
透析施設における標準的な透析操作と 感染予防に関するガイドライン (四訂版)

Guidelines for Standard Hemodialysis Procedure and Prevention of
Infection in Maintenance Hemodialysis Facilities
(4th edition)

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究
(H24-エイズ-指定-002)

HIV 感染患者における透析医療の推進に関する研究

■ 協力

日本透析医会 日本透析医学会

日本臨床工学技士会 日本腎不全看護学会

緒 言

このガイドラインは、平成 11 年度厚生科学特別研究事業「透析医療における感染症の実態把握と予防対策に関する研究班（主任研究者 秋葉隆）」の報告書「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル」の 4 訂版に相当する（後述するように今回マニュアルからガイドラインに変更した）。

平成 11 年 5 月、兵庫県のある透析施設において劇症肝炎が多発し患者が死亡したことが報道され、透析施設における院内感染の防止策を早急に進めなければならないという状況のなか、日本透析医会危機管理委員会感染対策委員会を中心に、感染・疫学の専門家を加えて、厚生科学研究事業の一部として「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（初版）」が作成された。各透析施設が、それぞれの施設の診療内容に応じて「感染対策マニュアル」を作成するときの「たたき台」として使われることを目指して作成された。

今回、マニュアルからガイドラインに作り替えたのは、各記述のエビデンスの強さと推奨の程度を明確に記載することで、各施設における診療の実態に合わせた、かつ医学的に正しい変更・追加・削除を容易にして、医療法に定められた医療機関独自の感染対策マニュアルを、各施設の患者背景の違いや施設の要求される診療内容の違いに応じて作成いただけるのに役立つようにした。

また、三訂版と、日本透析医会・日本透析医学会 HIV 感染患者透析医療ガイドライン策定グループが平成 22 年に作成した「HIV 感染患者透析医療ガイドライン」との記載のずれを、厚生労働科学

研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」から指摘されたことが、今回改訂に着手する大きな動機となったことも付け加えたい。

最後に、このガイドラインが、透析施設の院内感染の減少に役立ってくれることを祈念して、またこの改訂に努力いただいた委員の先生方に感謝して筆をおく。

平成 27 年 3 月吉日

東京女子医科大学 腎臓病総合医療センター 血液浄化療法科
日本透析医会 医療安全対策委員会
感染防止対策部会 部会長

秋葉 隆

初めに

「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」作成の方針

本ガイドラインは、「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル」の改訂版である。

透析医療は、慢性透析患者が易感染性であること、血液を体外に導いて治療するという治療法特性、多数の患者を大きな透析室内で集団治療を行うという治療環境などから、院内感染を起こしやすい集団である。幾多の outbreak の経験から、これらの患者群に対して一般の外来患者に対する感染対策では不十分であることが、強く認識されるようになった。

医療法は、医療施設毎に感染対策マニュアルを作成し、感染対策を行うように求めている。よく知られているように、「感染予防策」は厳重な対策を求めれば、感染予防効果は高くなる。しかし厳しい感染予防策は、スタッフの負担が増加し、医療コストを高め、最終的には、その順守が困難になるという性格を持っている。感染予防策の「厳重さ」は、感染予防効果と労力・コストのバランスが取れたところで、順守可能な、実態と合った感染予防策となる。

この観点から、各透析施設は、自施設の患者の病態、社会的な要請、コスト負担能力により「身の丈にあった」感染対策を作成する必要がある。この作成のための資料となるよう、従来の「マニュアル」の名称から「ガイドライン」と変更して、エビデンスの強さと推奨度を明記したガイドラインを作成した。

感染の領域では、ほとんど介入研究がなく、その対策の根拠も「CDC が記載している」と専門家の意見に属するものも多い。極力、対策が取られるようになった「根拠」を記載するように努力した。

本ガイドラインの使用上の注意

本ガイドラインは基本的には 2015 年 1 月現在の保険診療に基づいて記載されている。本ガイドラインは、医療者が実地の透析診療で感染対策を必要とする手技等を行う場合の指針であり、最終的に透析療法をどのように行うかどうかは個別の症例で病態を把握し、患者への利益を考えたうえでの判断にゆだねられる。本ガイドラインの内容に従わない透析医療が行われても、個々の症例での特別な事情を勘案した医療者の判断が優先されるものであり、追訴されるべき法的論拠を本ガイドラインが提供するものでは決していない。

エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度

原則として日本透析医学会の「エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度」¹⁾に則り、エビデンスレベルについては、感染症の特殊性に鑑み「E：法律等により規定」を加えたうえで、表現を統一する（表1）。この基準は、Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation（GRADE）システム²⁾をもとにしたKDIGOの指針³⁾に準じて作成されたものである。

エビデンスレベルは、まず形式によってRCTをhigh、観察研究をlow、それ以外をvery lowと分類するが、それだけではなく、さらに詳細な内容と質、バイアス等の検討に応じて、最終的にA：高い（真の効果が推測する効果に近いと確信できる）、B：中等度（真の効果が推測する可能性に近いと考えるが、結果的に異なる可能性が残る）、C：低い（真の効果は推測する可能性と結果的に異なる可能性がある）、D：最も低い（推測する効果は大変不明瞭で、しばしば真の効果とかけ離れることがある）に分類している。原法にはないが、感染症対策の特殊性としてE：法律等により規定を加えた。

一方、推奨度の表現は、1. 強い：推奨する（原則としてほとんどの症例で行う）、2. 弱い：望ましい（多くの症例で行うが、場合によっては別の選択もある）に分類した。推奨度は、必ずしもエビデンスレベルと機械的に連動させているわけではなく、臨床的な重

表1 エビデンスレベルと推奨度

推奨度

1. 強い（推奨する）、2. 弱い（望ましい）、3. グレードなし（妥当である）

エビデンスレベル

A：高い、B：中等度、C：低い、D：最も低い、E：法律等により規定

*各ステートメントに、1A、2C等、推奨度とエビデンスレベルの組み合わせで示す。

要度も考慮して決定した。さらに、エビデンスが乏しいが、expert opinion として採用したものは、グレードなし：妥当である、と表現している。

利益相反情報について

日本透析医会は、作成する臨床ガイドラインについては作成に携わるメンバーが中立性と公明性をもって作成業務を遂行するために、実際または予想されうる問題となる利益相反状態を避けることに最大限の努力をはらっている。今回発表するガイドラインがメンバーの利益相反情報を開示する最初のガイドラインとなる。全てのメンバーは可能性としてまたは実際に生じる利益相反情報の開示を行う書類を提出した。これらの全ての情報は、「利益相反情報についての開示（署名済み）」⁴⁾に記載され、この書類は事務局が保管しており、開示請求があれば、理事会の判断で請求者に開示される。

略語一覧

略 語	英語表記	日本語表記
ADA	adenosine deaminase	アデノシンデアミナーゼ
ALT	alanine aminotransferase	アラニンアミノトランスフェラーゼ
AST	aspartate aminotransaminase	アスパラギン酸トランスアミナーゼ
ATL	Adult T cell Leukemia	成人 T 細胞性白血病・リンパ腫
AVF	arteriovenous fistula	自己血管使用皮下動脈瘻
BCP	business continuity planning	事業継続計画
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	アメリカ疾病管理予防センター
CHG	chlorhexidine gluconate	クロルヘキシンジングルコン酸塩
CNIC	Certified Nurse in Infection Control	感染管理認定看護師
COI	Conflicts of Interest	利益相反
DPT	Diphtheria Pertussis Tetanus vaccine	三種混合ワクチン
EB	ethambutol	エタンブトール
EPA	Environmental Protection Agency	米国環境保護局
FDG-PET	18-fluorodeoxyglucose positron emission tomographic	フルオロデオキシグルコースポジトロン断層法
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation	GRADE システム
HBV	hepatitis B virus	B 型肝炎ウイルス
HCV	hepatitis C virus	C 型肝炎ウイルス
HEPA filter	high efficiency particle air filter	ヘパフィルタ
HIV	Human Innunodeficiency virus	ヒト免疫不全ウイルス
HTLV	Human T-lymphotropic virus	ヒト T 細胞白血病ウイルス-1
HTLV-1	Human T-lymphotropic virus Type 1	ヒト T リンパ球向性ウイルス I 型
ICD	Infection Control Doctor	インフェクションコントロールドクター
IGRA	interferon gamma release assay	インターフェロン γ 遊離試験
INH	isoniazid	イソニアジド
LVFX	levofloxacin	ニューキノロン系合成抗菌薬, レボフロキサシン
MDRA	Multiple Drug-Resistant Acinetobacter	多剤耐性アシネトバクター
MDRP	Multi drug-resistant Pseudomonas aeruginosa	多剤耐性緑膿菌
MERS	Middle-east respiratory syndrome	中東呼吸器症候群
MR	Measles Rubella vaccine	麻疹・風疹混合ワクチン

略 語	英語表記	日本語表記
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
OSHA	Occupational Safety and Health Administration	米国労働安全衛生局
PI	povidone-iodine	ポビドンヨード
PPD	Tuberculin Purified Protein Derivative	精製ツベルクリン
PPE	personal protective equipment	個人防護具
QFT-3G	QuantiFERON TB Gold	クオンティフェロン TB ゴールド
RCT	Randomized Controlled Trial	ランダム化比較試験
RFP	rifampicin	リファンピシン
SM	streptomycin	ストレプトマイシン
SVR	sustained virological response	ウイルス学的著効：抗ウイルス療法終了 24 週後の HCV RNA 陰性化
VRE	Vancomycin-resistant Enterococcus	バンコマイシン耐性腸球菌

ガイドライン作成に携わった委員リスト（敬称略）

日本透析医会医療安全対策委員会感染防止対策部会

部会長	秋葉 隆	東京女子医科大学腎臓病総合医療センター 血液浄化療法科
副部長	杉崎 弘章	八王子東町クリニック
担当理事	篠田 俊雄	河北総合病院 透析センター（日本透析医学会）
委員	朝比奈靖浩	東京医科歯科大学消化器内科学大学院肝臓病態制御学
委員	安藤 稔	東京都立駒込病院（日本透析医学会）
委員	安藤 亮一	武蔵野赤十字病院（日本透析医学会）
委員	大石 義英	純真学園大学保健医療学部医療工学科 （日本臨床工学技士会）
委員	大藺 英一*	越谷大袋クリニック
委員	大瀨 和也	埼玉医科大学病院血液浄化部（日本臨床工学技士会）
委員	帯金 里美**	中東遠総合医療センター（日本腎不全看護学会）
委員	金子 岩和	東京女子医科大学病院臨床工学部
委員	川崎 忠行	前田記念腎研究所茂原クリニック （日本臨床工学技士会）
委員	菊地 勘	下落合クリニック
委員	久野 勉	池袋久野クリニック
委員	佐藤 千史	おおつか内科クリニック
委員	佐藤 久光	増子記念病院（日本腎不全看護学会）
委員	照屋 勝治	国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター
委員	萩原千鶴子	横須賀クリニック（日本腎不全看護学会）
委員	日ノ下文彦	国立国際医療研究センター腎臓内科
委員	松金 隆夫	医療法人財団松圓会
委員	松本 哲哉*	東京医科大学微生物講座
委員	森兼 啓太*	山形大学医学部附属病院検査部/感染制御部

（ ）内は委員推薦学会名

* インфекションコントロールドクター（ICD）

** 感染管理認定看護師（CNIC）

委員会等開催記録

日本透析医会医療安全対策委員会感染防止対策部会開催

- | | | |
|-----|----------------|----------|
| 第1回 | 平成25年11月19日（火） | 午後4時～ |
| 第2回 | 平成26年2月18日（火） | 午後4時～ |
| 第3回 | 平成26年5月16日（金） | 午後4時～ |
| 第4回 | 平成26年7月18日（金） | 午後5時～ |
| 第5回 | 平成26年9月4日（金） | 午後5時～ |
| 第6回 | 平成26年10月24日（金） | 午後6時～ |
| 第7回 | 平成26年11月21日（金） | 午後4時30分～ |
| 第8回 | 平成27年1月16日（金） | 午後4時30分～ |

参考文献

- 1) 深川雅史, 塚本雄介, 椿原美治, 海津嘉蔵, 草野英二, 中山昌明, 久木田和丘, 友 雅司, 平方秀樹, 秋澤忠男: 委員会報告: エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度について. 透析会誌 43 : 347-349, 2010
- 2) Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group : Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 328 : 1490-1494, 2004
- 3) Uhlig K, Maclead A, Craig J, Lau J, Levey AS, Levin A, Moist L, Steinberg E, Walker R, Wannar C, Lameire N, Eknoyan G : Grading evidence and recommendations for clinical practice guidelines in nephrology. A position statement from Kidney Improving Global outcomes (KDIGO). Kidney Int 70 : 2058-2065, 2006
- 4) 日本透析医学会: 日本透析医学会における医学研究の利益相反 (COI) に関する指針. 2011 : <http://www.jsdt.or.jp/jsdt/1236.html>

感染予防からみた透析診療内容のチェックリスト

本ガイドラインを読まれる前に、ご自分の施設のご診療内容が感染予防の観点からどのような状況にあるかご判断頂くために20項目のチェックリストを作成しました。■いいえ を選択された場合は該当の章節を特にご参照ください。本ガイドラインのすべての内容が網羅されているわけではありません。すべて ■はい を選択された場合でも感染に対する備えが万全とは限りません。院内感染予防の取り組みのきっかけとしてご利用ください。

1. 施設と透析医療機器

- 1) 透析に使用する医療器具は患者毎に滅菌したものか、ディスポーザブル製品を使っている。 ☐はい ☐いいえ→1章 II-2, 3章 II
- 2) スタッフが透析操作前後に手洗いを容易にできる十分な手洗い設備があり、手指衛生を適切に行うことができる物品が適切な場所に設置されている。 ☐はい ☐いいえ→1章 I-1, 4, 5, 7~10, 2章 IV
- 3) 感染対策上十分なベッド間隔がとられている。 ☐はい ☐いいえ→4章 II-3
- 4) 透析装置の消毒や保守点検は取り扱い説明書に従って定期的に行い、透析用水・透析液の品質で評価している。 ☐はい ☐いいえ→4章 III

2. スタッフ

- 1) 施設の長（責任者）を委員長とした感染対策委員会が設置され、各職種のスタッフが参加して定期的に開催されている。 ☐はい ☐いいえ→2章 I, 6章 II, IV
- 2) スタッフに対して透析の標準的操作や感染症対策に関する教育が定期的に行われている。 ☐はい ☐いいえ→1章 I-2, II-3~10, 2章 II, 6章 IV~VI
- 3) スタッフには定期健康診断が行われ、HBワクチン接種の機会がある。 ☐はい ☐いいえ→6章 II, III
- 4) スタッフに発熱や下痢等の感染症を疑う症状のある時は透析室に入室する前に医師の診察を受け就業可能か指示を仰いでいる。 ☐はい ☐いいえ→1章 I

3. 透析操作

- 1) 透析回路のプライミングは治療直前に、清潔操作で添付文書に基づいた方法で行っている。 ☐はい ☐いいえ→1章 II-1

- 2) 透析開始，終了操作は，清潔・不潔の概念をよく理解した医師，臨床工学技士，看護師，准看護師，などの有資格者スタッフが行っている。 ☐はい ☐いいえ→1 章 II, 2 章 II～V, 3 章 I, 6 章 IV
- 3) 透析開始，終了操作は患者側と機械側にそれぞれ 1 名ずつが共同して行っている。 ☐はい ☐いいえ→1 章 II-5, 7, 9
- 4) スタッフは侵襲的手技の前後に入念な手指衛生を必ず行い，未使用のディスポーザブル手袋を装着している。穿刺および抜針操作をするスタッフは，さらに必要に応じてマスク，ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，ゴーグルを装着することを推奨している。 ☐はい ☐いいえ→1 章 I-1, II-4, 5, 7, 8, 9, 2 章 III
- 5) 穿刺針は安全装置つきものを用い，穿刺後の針はリキャップせずに耐貫通性容器に廃棄している。 ☐はい ☐いいえ→1 章 II-4
- 6) 血液に汚染された物品は，周囲を汚染しないように注意して感染性廃棄物として廃棄するか，マニュアルにのっとり洗浄滅菌されている。 ☐はい ☐いいえ→1 章 II-5, 7, 10, 3 章 II
- 7) ヘパリンや ESA 製剤はプレフィルドシリンジ製品を使用し，それ以外の透析中に投与される注射薬剤は，透析室から区画された場所で無菌的に準備されている。 ☐はい ☐いいえ→1 章 II-2
- 8) 透析記録（患者毎，一回ごとの透析経過，診療内容，担当者名の記録）を作成している。 ☐はい ☐いいえ→1 章 II-3, 6 章 IV
- 4. 院内感染対策**
- 1) 感染症のある患者を入室前に観察し，状態にあわせて対策を変更している。 ☐はい ☐いいえ→1 章 I-2, 2 章 II, V, 5 章 IV～VI, VIII, X
- 2) B 型肝炎，C 型肝炎の定期的な検査を実施している。 ☐はい ☐いいえ→2 章 I, II, 5 章 I, 6 章 II, III
- 3) 肝炎ウイルス陽性の患者は透析室内の一定の位置に固定して透析されている。 ☐はい ☐いいえ→5 章 I
- 4) リネン類は適宜交換し，患者から離れた場所で患者やスタッフの手指が高頻度に接触する場所（ドアノブなど）は 1 日数回清拭や消毒を行っている。 ☐はい ☐いいえ→3 章 III

目 次

緒言	iii
初めに	v
「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関する ガイドライン」作成の方針	v
本ガイドラインの使用上の注意	vii
エビデンスレベル評価とガイドライン推奨度	viii
利益相反情報について	ix
略語一覧	x
ガイドライン作成に携わった委員リスト	xii
委員会等開催記録	xiii
院内感染予防からみた透析診療内容のチェックリスト	xiv

第1章 標準的透析操作

I 基本的感染防止対策の遵守	1
1. 透析室従事者側の準備	1
2. 患者側の準備（患者教育の徹底）	4
II 血液透析の手技に関する操作	8
1. 血液透析の準備	8
2. 注射薬・医療材料・皮膚消毒薬の準備	11
3. 治療準備	13
4. バスキュラーアクセスへの穿刺	14
5. 穿刺針と血液回路の接続	16
6. 透析中の装置監視および患者観察	17
7. 返血操作	18
8. 止血操作—スタッフによる止血—	20
9. ダブルルーメンカテーテル，長期留置カテーテルによる透析操作	21
10. 透析中の処置	24

第2章 院内感染予防の基本

I 医療法による院内感染対策の義務化	29
II 患者への感染対策の基本	32
III 標準予防策（スタンダードプリコーション，Standard precaution）	37

IV	手指衛生（手洗い・手指消毒）	40
V	感染経路別予防策	43

第3章 標準的洗浄・消毒・滅菌

I	バスキュラーアクセスの消毒	53
II	器具・器材の洗浄・消毒	56
III	患者療養環境の清掃・消毒	59

第4章 透析室設備と環境対策

I	透析室の照明	65
II	透析室の室内環境	68
	1. 室内環境	68
	2. 換気条件	71
	3. ベッド配置の原則	74
III	透析用原水管理, 供給装置・コンソール・配管の洗浄消毒	76
	1. 透析用原水	76
	2. 透析用水（透析液希釈水）	77
	3. 透析用水の配管	77
	4. RO 装置および RO 水の透析装置への配管の消毒	78
	5. 透析液水質基準	79
	6. ダイアライザ接続部ジョイントカプラー	80

第5章 各種感染症患者に対する感染予防

I	B 型肝炎ウイルス（HBV）、C 型肝炎ウイルス（HCV）	81
II	HIV（human immunodeficiency virus）	89
III	HTLV-1（human T-lymphotropic virus type 1 : ヒト T リンパ球向性ウイルス I 型）	94
IV	多剤耐性菌（MRSA・VRSA・VRE・MDRP・MDRA・ESBL 産生菌 など）およびクロストリディウム・ディフィシル （ <i>Clostridium difficile</i> ）	96
V	ノロウイルス	101
VI	疥癬	105
VII	結核	110
VIII	インフルエンザ	117
IX	ウエストナイル熱・デング熱・日本脳炎・マラリア	

などの蚊媒介感染症	124
X 新興感染症	126
XI 透析患者に対するワクチン接種	130
XII 医師から都道府県知事への感染症発生に関する届出	133

第6章 スタッフの検査・予防と針刺し・血液体液曝露時の対応, 日常教育

I 日常の健康管理	145
II 定期健康診断	145
III 感染の予防	149
IV 針刺し・血液体液曝露時の対策	151
V その他の感染症（特に結核）発生時	153
VI スタッフの教育	155
索引	161

第1章 標準的透析操作

本章では、血液透析療法の「準備・開始・回収・片づけ」という一連の行程について、今日の知見に基づいて、感染対策という視点から「標準的」とも呼べる手技について述べる。なお、IおよびII節（血液透析の準備）において、添付文書などを基に行われる行為については、エビデンスレベルを記載せずに表記した。

I 基本的感染防止対策の遵守

1. 透析室従事者側の準備

- 1) 発熱・下痢などの感染症を疑う症状があるときは、透析室に入室する前に電話等で連絡し、医師の診察を受け、勤務可能かどうかを決定する。
- 2) 爪は短くして、マニキュアはしないなど身なりを整える。
(Level 2 B)
- 3) 穿刺、止血、カテーテルへのアクセスや管理、創部の処置などの手技の前は、石けんと流水による手洗いまたは速乾性手指消毒薬による手指衛生を行い、未使用のディスポーザブルの手袋を着用する。それらの手技の終了後、ただちに手袋を外して廃棄し、手指衛生を行う。(Level 1 A)
- 4) 穿刺、止血、カテーテルへのアクセスや管理、創部の処置といった血液などの飛散が予想される場合は、ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールドを着用する。
(Level 1 C)

- 5) 手指に外傷や創がある場合は創部を覆うなど特別な注意を払い、自らへの感染を防止すると同時に感染を媒介しないよう嚴重に注意する。(Level 2 B)

解説

- 1) 発熱・下痢などの感染症を疑う症状があるときは、透析室に入室する前に電話等で連絡し、医師の診察を受け、勤務可能かどうかを決定する。

わが国の血液透析室は、血液が飛散しやすい体外循環治療を、1つの大部屋に数十人が同時に行うという形態が一般的である。また、透析患者は易感染者（compromised host）であり¹⁾、B型肝炎ウイルス（Hepatitis B Virus；HBV）、C型肝炎ウイルス（Hepatitis C Virus；HCV）、ヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus；HIV）、ヒトT細胞白血病ウイルス（Human T-cell Leukemia Virus Type 1；HTLV-1）、インフルエンザウイルスやノロウイルスの院内集団感染を起こす危険が大きい患者群と言える。こうした特殊性を踏まえ、標準予防策を徹底するだけでなく、「血液透析患者のための特別な感染予防策」が必要である²⁾。

「医療関連感染」の対象者は、入院患者、外来患者だけでなく、見舞人、訪問者、医師、看護師、その他職員、さらには院外関連企業の職員等をも含む³⁾。従って、透析室従事職員は、①自らがウイルス等の感染源とならないよう、細心の注意を払って業務に臨む必要があること、②穿刺など侵襲のある行為を実施した後に、透析ベッド間（別の患者間）でのディスポーザ

ブル手袋や器材を共有しないことの2点を大原則として準備を整えておく必要がある。医療従事者自身が感染症に罹患している可能性があるとは判断された場合は、速やかに医師の診察を受ける。安易に勤務してはならない。特に結核、インフルエンザ、ノロウイルスに罹患している可能性がある場合は、医療従事者の責務として慎重に対応しなければならない。

2) 爪は短くして、マニキュアはしないなど身なりを整える。
(Level 2 B)

「身だしなみ」について、例えば、爪が長いと手洗いをしても爪と皮膚の間に細菌が残りやすくなり、髪が垂れていると、穿刺などの処置に際して、清潔区域を汚染させる危険性が増す。アメリカ疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）は、手指衛生のガイドラインにおいて爪の先端を1/4インチ（6.35 mm）未満に保つよう推奨している⁴⁾。マニキュアは微生物汚染の増大とは関連しないが、マニキュアがはがれてくると、爪上の微生物数が増加する可能性が指摘されている⁵⁾。少しでも感染のリスクを減らすために、白衣・術衣の洗濯・交換など「身だしなみ」を整えることは重要である。これらは医療従事者のマナーの問題でもある。

3) 穿刺、止血、カテーテルへのアクセスや管理、創部の処置などの手技の前は、石けんと流水による手洗いまたは速乾性手指消毒薬による手指衛生を行い、未使用のディスポーザブル手袋を着用する。それらの手技の終了後、ただちに手袋を外して廃棄し、手指衛生を行う。(Level 1 A)

手指衛生は感染対策上、最も有用性が高い。手袋を外した後も手指衛生を行うことは必須である。それは、ピンホール等

から手指に微生物が侵入している可能性があるためである^{6)~9)}。

- 4) 穿刺，止血，カテーテルへのアクセスや管理，創部の処置といった血液などの飛散が予想される場合は，ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，サージカルマスク，ゴーグルあるいはフェイスシールドを着用する。

(Level 1 C)

サージカルマスクは，処置ごとに取り換えることが望ましいが，常時着用し続けても構わない。その他，個人防護具（Personal Protective Equipment；PPE）の項（第IV章3）を参照。

- 5) 手指に外傷や創がある場合は創部を覆うなど特別な注意を払い，自らへの感染を防止すると同時に感染を媒介しないよう厳重に注意する。（Level 2 B）

ディスポーザブル手袋で覆われていない部位に傷がある場合も，飛散物により感染する可能性があるため，傷口は，撥水性の素材で覆う必要がある¹⁰⁾。

2. 患者側の準備（患者教育の徹底）

- 1) インフルエンザやノロウイルス感染症が当該地域で流行期にあるとき，発熱・下痢などの症状が出現した場合，透析施設やクリニックに出かける前に，電話等で医療スタッフに連絡し，その指示を受けるよう指導する。また，そうした感染症の疑いのある症状が出たときは，速やかにスタッフに申し出るよう患者に指導する。
- 2) 内シャントの患者は穿刺前にシャント部を中心にシャント肢全体を通常の石鹸を使って流水でよく洗浄する。自分で洗浄

できない患者は、皮膚に汚れないことを確認し、手指衛生には速乾性手指消毒薬を用いてもよい。

- 3) 施設内のトイレや洗面所などで、手を拭く場合、ペーパータオルや個人用タオルなどを用い、共用を避ける。
- 4) 咳の出ている患者はサージカルマスクを着用する。
(Level 1 A)
- 5) 止血綿やインスリン注射針など血液で汚染された物品は机上などに放置せず、直接、感染性廃棄物入れに廃棄するよう指導する。(Level 1 A)
- 6) 血液、体液、分泌物、排泄物（汗を除く）、正常皮膚組織の剝離した局面、粘膜などは感染の危険があることを説明する。
(Level 1 A)
- 7) 手洗いの励行という日常の習慣を身に付ける。(Level 1 A)
- 8) 感染症情報など、リアルタイムで患者に情報を提供し、その施設における「感染対策ガイドライン」についても周知するように日常的な患者教育を行う。(Level 1 B)

解説

- 1) インフルエンザやノロウイルス感染症が当該地域で流行期にあるとき、発熱・下痢などの症状が出現した場合、透析施設やクリニックに出かける前に、電話等で医療スタッフに連絡し、その指示を受けるよう指導する。また、そうした感染症の疑いのある症状が出たときは、速やかにスタッフに申し出るよう患者に指導する。

HBV, HCV, HIV, HTLV-1 など、血液を媒介とする感染源

を保有している患者には、患者およびその家族に「自らが感染源」にならないための留意事項について、具体的に教育しておくことが必要である。

インフルエンザウイルスやノロウイルスなどの感染症についても、血液透析患者や高齢者にとっては、重症化する恐れがある危険な感染症¹¹⁾であることをよく理解してもらう必要がある。また、「検査で陰性だったからインフルエンザ（ノロウイルス）ではない」と安易に考えず、偽陰性である場合もあるため¹²⁾、発熱、下痢などの感染と思われる症状がある場合は、自らが感染源になりうるということをよく理解してもらい、早期に対処できるように患者教育を徹底しておかなければならない。インフルエンザ、ノロウイルス感染症の流行期には、症状が出た場合、来院する前に病院（施設）に連絡するよう、予め、患者や家族に説明しておく必要がある。疑いがある場合、来院時間、入室の道順、ベッドの変更など、施設ごとに適切な指示を出すことも必要である。

- 2) 内シャントの患者は穿刺前にシャント部を中心にシャント肢全体を通常の石鹸を使って流水でよく洗浄する。自分で洗浄できない患者は、皮膚に汚れないことを確認し、手指衛生には速乾性手指消毒薬を用いてもよい。

血液透析患者の感染症のうち、細菌感染症ではバスキュラーアクセス関連感染が最も多い¹³⁾。自己血管使用皮下動静脈瘻（arteriovenous fistula；AVF）＜人工血管（グラフト）＜カテーテルの順にその危険性が高くなるとされている¹⁴⁾。汚れ、血液、粘膜、組織は消毒作用の妨げになる¹⁵⁾。入室前のシャント肢の洗浄は透析室に病原体を持ち込ませないためにも必須である。

- 3) 施設内のトイレや洗面所などで、手を拭く場合、ペーパータオルや個人用タオルなどを用い、共用を避ける。

手洗いに手を拭く場合、タオルやハンカチを共用すると病原微生物が再付着する危険がある。ペーパータオルやハンドドライヤーを設置することが望ましい。洗浄後の手拭きは、ペーパータオルや個人専用のものとし、タオル等を共用しないようにする。

- 4) 咳の出ている患者はサージカルマスクを着用する。

(Level 1 A)

咳があるときは、「咳エチケット」に準じサージカルマスクを「通院時より帰宅まで着用する」¹⁶⁾。

- 5) 止血綿やインスリン注射針など血液で汚染された物品は机上などに放置せず、直接、感染性廃棄物入れに廃棄するよう指導する。(Level 1 A)

感染性廃棄物の廃棄場所については、予め、患者に詳しく説明しておく必要がある。患者待合室などの「一般のごみ入れ」に廃棄することがないように留意する。

- 6) 血液、体液、分泌物、排泄物（汗を除く）、正常皮膚組織の剥離した局面、粘膜などは感染の危険があることを説明する。

(Level 1 A)

- 7) 手洗いの励行という日常の習慣を身に付ける。(Level 1 A)

- 8) 感染症情報など、リアルタイムで患者に情報を提供し、その施設における「感染対策ガイドライン」についても周知するように日常的な患者教育を行う。(Level 1 B)

標準予防策の遵守については、医療従事者だけではなく、日常的な患者への教育も必要である。患者教育は日々の診療の合

間に適時行う。特に大きく手順を変更したり、新たな手順を追加したりする場合には、この変更で感染制御に関する安全性がいかに高くなるかを繰り返し伝える。患者会行事などがあれば、そうした機会を利用して、教育をすることも大切である。

II 血液透析の手技に関する操作

1. 血液透析の準備

- 1) ダイアライザ・血液回路（ルアーロック機能付，トランスジューサー保護フィルター付）を透析装置へ装着する。
 - ・直前に手指衛生を行う。（Level 1 A）
 - ・使用患者名，滅菌有効期限，袋の破損，液漏れ，異物混入などの確認をする。
- 2) ダイアライザ・血液回路の洗浄充填（プライミング）および抗凝固薬の装着
 - ・プライミング用生理食塩液（以下生食液と略す）を用いて，ダイアライザ・血液回路内の洗浄・充填を行う。
 - ・使用する生食液は添付文書に記された量を使用する。
 - ・ダイアライザに透析液流入出カプラ（透析液ライン）を装着し，透析液側を洗浄充填する。
 - ・規定のシリンジに準備された抗凝固薬を抗凝固薬注入ラインに清潔に接続し，注入ポンプに設置する。
- 3) 複数機器を用いて透析液濃度を確認する。

解説

- 1) ダイアライザ・血液回路（ルアーロック機能付，トランスジュー

ーサー保護フィルター付) を透析装置へ装着する。

- 直前に手指衛生を行う。(Level 1 A)
- 使用患者名, 滅菌有効期限, 袋の破損, 液漏れ, 異物混入などの確認をする。

ダイアライザや血液回路の装着前には手指衛生を行い, 未使用のディスポーザブル手袋を装着する。ダイアライザ, 血液回路の透析装置への装着は, 開封前に滅菌有効期限, 包装に不良がないことを確認する。次に開封後, ダイアライザ, 血液回路の外観, 内部に異常のないことを確認してからホルダーに装着する。各接続部を清潔に維持し確実に接続する。また, 血液回路の折れや捻れがないよう注意する。回路系は, 各ラインのキャップ, ローラークランプ, 抗凝固薬注入ライン等は閉じておく, 密閉状態としておく。

2) ダイアライザ・血液回路の洗浄充填(プライミング) および抗凝固薬の装着

- プライミング用生理食塩液(以下生食液と略す)を用いて, ダイアライザ・血液回路内の洗浄・充填を行う。
- 使用する生食液は添付文書に記された量を使用する。
- ダイアライザに透析液流入出力プラ(透析液ライン)を装着し, 透析液側を洗浄充填する。
- 規定のシリンジに準備された抗凝固薬を抗凝固薬注入ラインに清潔に接続し, 注入ポンプに設置する。

洗浄充填(プライミング)は, ダイアライザ内の空気, 中空糸の保護剤, 充填液および血液回路の溶剤を洗浄, および生食液を充填することである。洗浄充填は, 治療直前に行うことが望ましい。ダイアライザにはウェット型, ドライ型で洗浄充填

の方法が異なる。添付文書に基づいて行う。洗浄液量は、添付書に示す通り生食液 1 L 以上用いて、体外循環回路系内の空気を確実に除去する。

洗浄充填の操作では、動・静脈側エアートラップチャンバの液面は 2/3～3/4 の間に保持すること、回路系全体に空気のないことに注意し、さらに接続部のゆるみ、クランプ状態、回路の折れ曲がりなどを確認する。透析液ラインを接続して対向流に還流し、中空糸外側の洗浄およびダイアライザの透析液側を充填する。

洗浄充填後、抗凝固薬を接続し、さらに、治療開始前に体外循環回路系全体に異常が無いことを確認する。自動プライミング装置や透析液による自動プライミング装置での操作に関しては、添付文書や学会水質基準¹⁷⁾を順守する。また、装置を用いずにプライミングを実施する場合では、安全と感染防止に関わる基本操作は本ガイドラインに準ずる。

以上のダイアライザ、血液回路装着、洗浄・充填操作は、医学上の清潔不潔概念をよく理解した臨床工学技士、看護師、准看護師などの有資格者が行うものとする。また、洗浄充填後、治療に使用しなかった場合は破棄する。

3) 複数機器を用いて透析液濃度を確認する。

透析開始前に透析液濃度を確認する。透析液濃度測定は、電解質測定装置、血液ガス分析装置、pH 計、電導度計、浸透圧測定装置など、複数の装置を用いて適正範囲であることを確認する。電解質測定装置、血液ガス分析装置では、透析液モードのある装置を使用する。

2. 注射薬・医療材料・皮膚消毒薬の準備

1) 注射薬等の準備に関する注意事項

- ① 注射薬等を準備する場所は、血液汚染の危険がない清潔な区域とする。(Level 1 A)
- ② 準備する前に手指衛生を行う。(Level 1 A)
- ③ 薬剤をシリンジに吸引する場合は、未使用のシリンジと注射針（ディスポーザブル製品）を使用する。
(Level 1 A)
- ④ プレフィルドシリンジ製品が市販されている薬剤に関しては、極力これを選択する。(Level 1 A)

2) 医療材料・皮膚消毒等の準備

- ① 滅菌処理をしたディスポーザブルキット（透析開始用・透析終了用）を使用することが望ましい。これらのキットの準備が不可能な場合は、開始・終了操作直前に患者ごと別々に滅菌トレイなどに無菌的に用意する。
- ② 皮膚消毒液に浸した綿球や滅菌綿棒は開始直前に準備する。

解説

1) 注射薬等の準備に関する注意事項

- ① 注射薬等を準備する場所は、血液汚染の危険がない清潔な区域とする。(Level 1 A)
- ② 準備する前に手指衛生を行う。(Level 1 A)
- ③ 薬剤をシリンジに吸引する場合は、未使用のシリンジと注射針（ディスポーザブル製品）を使用する。(Level 1 A)

- ④ プレフィルドシリンジ製品が市販されている薬剤に関しては、極力これを選択する。(Level 1 A)

注射薬，医療材料等の準備前には手指衛生を行う．使い捨て注射針・シリンジの使用，単回使用バイアルを用いる．準備は基本的に透析室と区画された場所で行う．使用前・使用後の交差や扱うスタッフの交差のないようにゾーニング化が基本とされる¹⁸⁾．すなわち，準備室から透析室への移動は一方向として，透析室内で処理する．抗凝固薬など薬剤では多くがプレフィルド化されたものが導入されており感染防止，安全性から，極力これを使用する．キャップシールの剥がれのないことを確認し使用する．

2) 医療材料・皮膚消毒等の準備

- ① 滅菌処理をしたディスポーザブルキット（透析開始用・透析終了用）を使用することが望ましい．これらのキットの準備が不可能な場合は，開始・終了操作直前に患者ごと別々に滅菌トレイなどに無菌的に用意する．
- ② 皮膚消毒液に浸した綿球や滅菌綿棒は開始直前に準備する．透析開始用ディスポーザブルキット（消毒綿・消毒綿棒，防止シート，ガーゼ，ピンセット，穿刺部保護テープなど）や終了用ディスポーザブルキット（止血圧迫ガーゼ，消毒綿・消毒綿棒，ピンセット，インジェクションパッドなど）は，操作性，感染防止面からその使用が望ましい．皮膚消毒液は，キットに付属したものや単品包装の消毒綿棒も市販されている．それ以外では，処置直前に綿球，滅菌棒などを消毒液に浸し準備する．

3. 治療準備

- 1) 透析室スタッフ立会いのもと、体重測定を行う。
- 2) 透析記録用紙にバイタルサイン、治療条件、薬剤、補液等を記載する。
- 3) 穿刺部位および周辺皮膚の状態を観察し、異常があれば消毒液や固定用テープの変更を考慮する。

解説

- 1) 透析室スタッフ立会いのもと、体重測定を行う。
- 2) 透析記録用紙にバイタルサイン、治療条件、薬剤、補液等を記載する。

スタッフは、体重測定、血圧測定、一般状態（顔色、呼吸状態、四肢・顔面浮腫など）の観察を行い、さらに前回透析終了後からの体調異常などについて聴取する。異常時には医師に当日治療の可否について上申する。体重測定では、測定ミスを生じないように、必ずスタッフが確認をする。総除水量、時間あたり除水量、血液流量、透析液温など条件設定を行う。これら条件の設定値を患者に説明する。

- 3) 穿刺部位および周辺皮膚の状態を観察し、異常があれば消毒液や固定用テープの変更を考慮する。

バスキュラーアクセスの観察を行い、穿刺部位や皮膚状態を観察して消毒薬やテープによるかぶれ等について確認をする。

これら手順については各施設で標準化したリストを基に行うようにする。

4. バスキュラーアクセスへの穿刺

- 1) バスキュラーアクセスの状態を「見て」「聞いて」「触って」異常のないことを確認する。
- 2) 事前に手指衛生を行う。(Level 1 A)
 ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，サージカルマスク，ゴーグルあるいはフェイスシールド，未使用のディスポーザブル手袋を装着する。
 (Level 1 C)
- 3) 動脈側穿刺では血管走行，深さ，太さ，硬さなどを確認して，穿刺針の先端位置を決定する。静脈側穿刺は再循環を避けるため動脈側とできるだけ離して穿刺する。
- 4) 使用後の穿刺針内筒はリキャップせず，職員の針刺し切創を起こさないように耐貫通性専用容器に入れて感染性廃棄物として廃棄する。(Level 1 A)
- 5) 安全装置付穿刺針の使用が望ましい。(Level 2 A)

解説

- 1) バスキュラーアクセスの状態を「見て」「聞いて」「触って」異常のないことを確認する。

穿刺部位の消毒は，1点につき1つ以上の綿球を用い，穿刺予定部位の中心から外へと円を描くように十分に行う。バスキュラーアクセスへの穿刺の前に必ずシャント音，スリルを確認する。また，発赤，腫脹，疼痛など皮膚状態についても確認をする。穿刺は十分血液流が認められる直線的な血管を選択する。また皮膚の癬痕化，薄くなっている部位は避ける。再循環を起

こさないように静脈側を選択する。

2) 事前に手指衛生を行う。(Level 1 A)

ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，サージカルマスク，ゴーグルあるいはフェイスシールド，未使用のディスポーザブル手袋を装着する。(Level 1 C)

3) 動脈側穿刺では血管走行，深さ，太さ，硬さなどを確認して，穿刺針の先端位置を決定する。静脈側穿刺は再循環を避けるため動脈側とできるだけ離して穿刺する。

バスキュラーアクセスへの穿刺は感染の機会も多いことから穿刺部の消毒，穿刺および穿刺針の固定等は，十分熟知したスタッフが行うべきものである。素手による穿刺はすべきではない。穿刺をやむを得ず素手で行う場合には，石けんと流水で手洗い後に速乾性手指消毒薬で手指を十分消毒してから行い，穿刺後直ちに手指衛生を行う。

穿刺針の刺入部には滅菌テープを使用して固定することが望ましい。穿刺針の固定は，抜針事故防止の上でも血液回路固定テープと共にΩ固定（テープで回路を囲むように覆い，皮膚に密着させる），α固定（テープで回路とカニューレ接続部等を交差してから皮膚に密着させる）などテープと皮膚および回路のと接触面積が大きくとれる方法を用いる。

4) 使用後の穿刺針内筒はリキャップせず，職員の針刺し切創を起こさないように耐貫通性専用容器に入れて感染性廃棄物として廃棄する。(Level 1 A)

使用後の穿刺針はリキャップせずに耐貫通性容器に廃棄する。容器は容易に手が届く場所に設置する^{19), 20)}。

5) 安全装置付穿刺針の使用が望ましい。(Level 2 A)

安全装置付穿刺針は、針刺し切創防止に有効であり導入が望まれる。構造的には針の先端部のみを保護するものや針全体を保護するものなどが存在する。

5. 穿刺針と血液回路の接続

1) 患者側と装置側それぞれ 1 名ずつ担当し共同で行う。

2) 事前に手指衛生を行う。(Level 1 A)

ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールド、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。

(Level 1 C)

3) 汚染された、または汚染の可能性のある廃棄物（ディスポーザブル製品、ガーゼ、包帯等）は、可能な限り個々の患者のベッドサイド近くに廃棄物入れを用意し、感染性廃棄物として廃棄する。

解説

1) 患者側と装置側それぞれ 1 名ずつ担当し共同で行う。

2) 事前に手指衛生を行う。(Level 1 A)

ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールド、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。(Level 1 C)

開始操作は、穿刺からの一連の操作であり、穿刺トラブルの対応や条件設定の再確認など安全性を考慮して 2 名で行うことが理想である。開始操作を 1 人で操作する場合は、手袋が血液

や浸出液で汚染する可能性もあり，汚染物質がついた手袋が装置に直接触れないように操作する．抜針事故や回路離脱のないように穿刺針の固定，血液回路の接続・固定は，十分に注意を払う．文献的にも抜針事故は，事故発生の中で最も多い²¹⁾．抜針事故は圧倒的に静脈側であり回路の重みによる影響もあり，ループ固定法等の工夫をする．

- 3) 汚染された，または汚染の可能性のある廃棄物（ディスポーザブル製品，ガーゼ，包帯等）は，可能な限り個々の患者のベッドサイド近くに廃棄物入れを用意し，感染性廃棄物として廃棄する．

血液が付着したディスポーザブル製品などは感染性廃棄物として廃棄し，安全に移動できるよう破損，漏出しない保管容器を使用する．容器はバイオハザードマークを貼付して他の廃棄物と区別し安全な場所に保管しておく²²⁾．

6. 透析中の装置監視および患者観察

定期的に治療条件および総除水量，抗凝固薬注入量を確認する．また，バイタルサインを確認し一般状態を観察するとともに穿刺部位の観察を行う．

解説

定期的に治療条件および総除水量，抗凝固薬注入量を確認する．また，バイタルサインを確認し一般状態を観察するとともに穿刺部位の観察を行う．

透析中は治療が計画通り安全に施行されているか確認が必要であ

る。血液流量，除水量（除水量設定，総除水量），静脈圧，透析液圧，抗凝固薬注入量および血圧，脈拍，一般状態などを確認する。同時に，バスキュラーアクセスでの穿刺部位からの出血や腫脹の有無を確認する。また，各接続部位（穿刺針と血液回路，血液回路とダイライザ，圧力モニターライン接続部，抗凝固薬シリンジとライン等）については，すべてロック化されて安全が確保されているが²³⁾，穿刺針の固定不備や血液回路の固定不備などによる抜針事故²⁴⁾の発生もあり得ることから，透析中では十分な監視，観察が必要である。透析中は穿刺部位が観察しやすいように工夫する。

7. 返血操作

- 1) 原則として2名で共同して行うことが望ましいが，以下の一定の条件を満たす場合に限り1人で行ってもよい。
 - ・生食液置換での返血操作がすべて終了し，さらに装置側のパネル等に触れる操作を終了した後に，動・静脈の抜針を行うように工夫された手順を守っている場合
 - ・全自動透析装置を使用している場合
- 2) 事前に手指衛生を行い（Level 1 A），ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，サージカルマスク，ゴーグルあるいはフェイスシールド，未使用のディスポーザブル手袋を装着する（Level 1 C）。終了後，手袋は直ちに廃棄する（Level 2 A）。
- 3) 返血中は，患者の一般状態，穿刺部位の観察および装置モニターを監視する。
- 4) 使用済みのダイアライザ・血液回路は残液が漏出しないよう

に密閉し、感染性廃棄物として廃棄する。(Level 1 E)

解説

- 1) 原則として2名で共同して行うことが望ましいが、以下の一定の条件を満たす場合に限り1人で行ってもよい。

- ・生食液置換での返血操作がすべて終了し、さらに装置側のパネル等に触れる操作を終了した後に、動・静脈の抜針を行うように工夫された手順を守っている場合
- ・全自動透析装置を使用している場合

返血操作は患者側の抜針操作と装置側の返血操作を別々に2名で行うことが安全面から望ましいが、現状の返血法は生食液による置換返血であることから、生食液への置換完了後、次に抜針操作となる。この操作がマニュアル化されている場合では、1名での操作も許容される。また、自動返血機能搭載装置についても同様な返血方法になるため1名での操作も許容される。また、返血スタッフは開始から終了まで一貫して行い途中交代しない。

- 2) 事前に手指衛生を行い (Level 1 A)、ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールド、未使用のディスポーザブル手袋を装着する (Level 1 C)。終了後、手袋は直ちに廃棄する (Level 2 A)。
- 3) 返血中は、患者の一般状態、穿刺部位の観察および装置モニターを監視する。

返血時には、ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラ

スチックエプロン，サージカルマスク，ゴーグルあるいはフェイスシールド，未使用のディスポーザブル手袋を装着することが推奨される．返血は，生食液 200～400 mL による置換のために装置モニターの監視と共に患者側の一般状態やバスキュラーアクセス部の観察が必要である．

4) 使用済みのダイアライザ・血液回路は残液が漏出しないように密閉し，感染性廃棄物として廃棄する．(Level 1 E)

終了後のダイアライザ，血液回路内は，少量の血液が含まれることから漏出，飛散しないように閉鎖回路とし，感染性廃棄物として処理する．また，血液が付着したガーゼ，防水シートも同様に処理する．金属針は切り離して専用容器に廃棄する．

装置パネルおよび外装は，常に血液が付着しているものと考え，洗浄剤入り消毒剤を用いて清拭する²⁴⁾．

8. 止血操作 —スタッフによる止血—

サージカルマスクを装着する．

手指衛生を行い，未使用のディスポーザブル手袋を着用する．

(Level 1 A)

必要に応じてディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，ゴーグルあるいはフェイスシールドを装着する．(Level 1 C)

止血前に血圧確認と共に，血管の走行，深さ（皮膚と穿刺孔のずれ）等を確認する．

解説

サージカルマスクを装着する。

手指衛生を行い、未使用のディスポーザブル手袋を着用する。

(Level 1 A)

必要に応じてディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、ゴーグルあるいはフェイスシールドを装着する。

(Level 1 C)

止血前に血圧確認と共に、血管の走行、深さ（皮膚と穿刺孔のずれ）等を確認する。

バスキュラーアクセスの種類に応じて止血時間は異なる。止血の基本はスリルが確認できる圧迫であり、内シャントでは初め5分程度はスリルが確認できる圧力とし以後5～10分程度徐々に弱める。15分程度後に徐々に皮膚孔からガーゼをはなして、漏血や腫脹がないことを確認する。止血時間の延長では抗凝固薬（量）、穿刺部位、凝固能について検討する。

近年では高齢化や糖尿病などから自己止血が困難な症例や大腿部グラフトでの止血困難な症例も存在することからスタッフによる止血が行われる。終了後スタッフは、止血を確認して異常のないことを確認して患者を退室させる。

血液が付着したガーゼなどは感染性廃棄物として処理する。止血終了後、手袋は廃棄してさらに手指衛生を行う。

9. ダブルルーメンカテーテル、長期留置カテーテルによる透析操作

- | |
|--|
| 1) 患者側の操作をするスタッフと装置側の操作をするスタッフの2名で行うことが望ましい。 |
|--|

- 2) 手指衛生を行い（Level 1 A）、ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールド、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。（Level 1 C）。
- 3) カテーテル・回路接続部をカテーテルの材質に応じた適切な消毒薬で消毒する。
- 4) カテーテル内の充填液を吸引して閉塞の有無を確認する。
- 5) 返血終了後、ヘパリンでカテーテル内を充填してカテーテル・回路接続部を消毒する。
- 6) カテーテル皮膚挿入部は適切な消毒剤を使用し、ドレッシングで覆い、密封状態を保つ。但し、長期留置カテーテルを挿入後十分な時間が経過し、皮膚に定着し、皮膚刺入部からの浸出液が見られない状態においてはこの限りでなく、患者の皮膚状況などに応じて管理方法を決定する。

解説

- 1) 患者側の操作をするスタッフと装置側の操作をするスタッフの2名で行うことが望ましい。
- 2) 手指衛生を行い（Level 1 A）、ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスク、ゴーグルあるいはフェイスシールド、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。必要に応じてゴーグル、エプロンを装着する（Level 1 C）。

血液透析導入時やバスキュラーアクセスの長期使用による荒廃などでは短期、長期留置カテーテルが使用される。カテーテ

ル管理するスタッフは、感染防止に十分注意を払い操作しなければならないことから、熟練したスタッフが望ましい^{25), 26)}。挿入部の発赤、腫脹、疼痛、排膿など観察や血液回路接続部の消毒、終了時のカテーテル内のヘパリン充填時などは注意を要する。

- 3) カテーテル・回路接続部をカテーテルの材質に応じた適切な消毒薬で消毒する。

消毒薬については第3章を参照。

- 4) カテーテル内の充填液を吸引して閉塞の有無を確認する。

カテーテル内の閉塞の有無を確認する。シリンジ（10 mL）を接続して充填液・血液を吸引して血液塊の有無を確認する。スムーズに吸引できたら血液回路を接続する。接続後、さらに血液流量、静脈圧などを確認して閉塞の早期発見に努める。

- 5) 返血終了後、ヘパリンでカテーテル内を充填してカテーテル・回路接続部を消毒する。
- 6) カテーテル皮膚挿入部は適切な消毒剤を使用し、ドレッシングで覆い、密封状態を保つ。但し、長期留置カテーテルを挿入後十分な時間が経過し、皮膚に定着し、皮膚刺入部からの浸出液が見られない状態においてはこの限りでなく、患者の皮膚状況などに応じて管理方法を決定する。

終了後は感染防止のため周囲、局所を清潔に保つ。カテーテル管理では適切な消毒、カテーテル内外の観察、血流（脱血、静脈圧）観察が重要であり、スタッフは情報を共有して管理することが必要である。

10. 透析中の処置

1) 透析を一時中断する場合は、ダイアライザ・血液回路を生食液で置換し、動脈・静脈回路をコネクタ等で接続し灌流しておく。また、穿刺針は、シリンジ、キャップ等を用いて保持しておく。

2) 創部処置では処置の前に手指衛生を行い、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。処置終了後、直ちに手袋を外して廃棄し、手指衛生を行う。(Level 1 A)

汚染されたガーゼは感染性廃棄物として、持ち運ぶことなくその場で適切に廃棄する。必要に応じて撥水性が高く、非透過性のディスポーザブルガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスクを着用する。(Level 1 E)

3) ベッド上で排泄された喀痰、便、尿の処理は必ず手袋を着用し、適宜撥水性が高く、非透過性のディスポーザブルガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスクを着用して処置を行う。(Level 1 A)

排泄物は汚染物流しやトイレに廃棄する。(Level 3 C)

解説

1) 透析を一時中断する場合は、ダイアライザ・血液回路を生食液で置換し、動脈・静脈回路をコネクタ等で接続し灌流しておく。また、穿刺針は、シリンジ、キャップ等を用いて保持しておく。

透析の中断は、トイレ等により治療を一時的に回路系から離脱することで、その手順はダイアライザ、血液回路内の血液を生食液で置換し、バスキュラーアクセスから動脈・静脈回路を

外して、回路系はコネクタ等で接続して循環させておき、穿刺針は、シリンジ、キャップ等を用いて接続し清潔に保持しておくことである。血圧が低い場合には、生食液の置換に補充分も加える。再開始時には中断前後の体重、置換液量を考慮して再度除水設定を行う。透析中断を行う場合、スタッフは、事前に手指衛生を行い、サージカルマスク、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。手袋は終了後、廃棄して手指衛生を行う。

- 2) 創部処置では処置の前に手指衛生を行い、未使用のディスポーザブル手袋を装着する。処置終了後、直ちに手袋を外して廃棄し、手指衛生を行う。(Level 1 A)

汚染されたガーゼは感染性廃棄物として、持ち運ぶことなくその場で適切に廃棄する。必要に応じて撥水性が高く、非透過性のディスポーザブルガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスクを着用する。(Level 1 E)

創部処置は、バスキュラーアクセスの処置や抜糸などの後処置であり、事前にスタッフは手指衛生を行い、ディスポーザブル手袋を装着する。処置終了後、手袋は直ちに廃棄して手指衛生を行う。使用した消毒器材等は適切に廃棄する。処置において汚染が予測される場合には、ガウンやエプロン、サージカルマスクを着用する。使用後は直ちに廃棄して手指衛生を行う。

- 3) ベッド上で排泄された喀痰、便、尿の処理は必ず手袋を着用し、適宜撥水性が高く、非透過性のディスポーザブルガウンまたはプラスチックエプロン、サージカルマスクを着用して処置を行う。(Level 1 A)

排泄物は汚染物流しやトイレに廃棄する。(Level 3 C)

尿器、便器の洗浄を手で行う場合には洗剤を用いて洗浄し、

適切な消毒薬を用いて消毒し，乾燥させる．また，血液，体液の付着したものは感染性リネン類として取り扱う．

参考文献

- 1) 稲本 元：透析患者における感染症の高い死亡率およびその特性．感染症学雑誌 57：142-147, 1982.
- 2) CDC. Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients. MMWR 50(RR-5), 2001.
- 3) 山家敏彦：透析室職業感染とその予防策，臨牀透析 30（6月増刊号）：48-53, 2014.
- 4) Boyce JM, Pittet D. : Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Am J Infect Control, 30 : S1-S46, 2002.
- 5) Wynd CA, Samstag DE, Lapp AM. : Bacterial carriage on the fingernails of OR nurses. AORN J 60; 799-805, 1994.
- 6) Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. : Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet 356 : 1307-1312, 2000.
- 7) Anonymous. Guidelines for hand hygiene in healthcare settings MMWR 51(RR-16) : 1-45, 2002.
- 8) WHO guidelines on hand hygiene in health care, 2009.
- 9) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al. : Guideline for isolation precautions : preventing transmissions of infectious agents in healthcare settings, Am J Infect Control 35(Suppl 2) : S65-S164, 2007.
- 10) Leonas KK, Jinkins RS : The relationship of selected fabric characteristics and the barrier effectiveness of surgical gown fabrics. Am J Infect Control 25 : 16-23, 1997.
- 11) Interim Guidance for Clinicians on Identifying and Caring for Patients with Swine-origin Influenza A (H1N1) Virus Infection, 2009.
- 12) Ikematsu, H, Yamaji K, Fukuda T, et al. : Clinical evaluation of an immuno-chromatography test kit, Capilia FluA,B, for rapid diagnosis of influenza. In : Kawaoka, Y., ed. Options for control of influenza V. Elsevier Science Publishers, Amsterdam, pp. 372-375, 2004.
- 13) Kessler, M, Hoen B, Mayeux D, et al. : Bacteremia in patients on chronic hemodialysis. A multicenter prospective survey. Nephron 64;

- 95-100, 1993.
- 14) Pisoni RL, Arrington CJ, Albert CJ, et al. : Facility Hemodialysis vascular access use and mortality in countries participating in DOPPS : an instrumental variable analysis. *Am J Kidney Dis* 53 : 475-491, 2009.
 - 15) TRAINING MANUAL FOR CENTRAL SERVICE TECHNICIANS/ American society for Healthcare Service Professionals of the American Hospital Association, 2006.
 - 16) 国公立大学附属病院感染対策協議会. 病院感染対策ガイドライン 改訂版. じほう, 2012.
 - 17) 秋葉 隆, 川西秀樹, 峰島三千男他. 透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準. 透析会誌 41 : 159-167, 2008.
 - 18) CDC : Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings New York, Oklahoma, and Nebraska, 2000-2002. *MMWR* 52 : 901-906, 2003.
 - 19) Aiken LH, Sloane DM, Klocinski JL, Hospital nurses occupational exposure to blood : prospective, retrospective, and institutional report. *Am J Public Health*. 87 : 103-107, 1997.
 - 20) Bilski B. Needlestick injuries in nurses - the Poznan study. *Int J Occup Med Environ Health* 18 : 251-254, 2005.
 - 21) 平澤由平, 内藤秀宗, 栗原 怜, 他 : 透析医療事故の実態調査と事故対策マニュアルの策定に関する研究. 平成 12 年度 厚生科学研究費補助金 (厚生科学特別研究事業) 研究報告書. 透析会誌 34 : 1257-1286, 2001.
 - 22) 廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル 環境省大臣官房 15-18. 平成 21 年 5 月.
 - 23) 透析用血液回路標準化基準 (Ver. 1.00) 公益社団法人 日本臨床工学技士会 透析装置安全委員会. 2012 年 9 月.
 - 24) CDC : Guideline for Environmental infection Control in Health-Care Facilities 2003.
 - 25) Vanherweghem JL, Dhaene M, Goldman M, et al. : Infections associated with subclavian dialysis catheters : The Key role of nurse training. *Nephron* 42 : 116-119, 1986.
 - 26) 野口隆司, 嶋津真季子, 松金隆夫, 他 : 長期留置カテーテル管理の実際. 腎と透析 66 (別冊) : 34-38, 2009.

第2章 院内感染予防の基本

I 医療法による院内感染対策の義務化

平成19年4月改正の医療法¹⁾により、無床診療所を含むすべての医療施設において医療安全管理が義務化されている。

1) 院内感染対策のための委員会の開催

全ての有床医療施設において院内感染対策のための委員会を設置し、定期的に会議を開催しなければならない²⁾。

(Level 1 E)

2) 院内感染対策のための指針の策定

各施設の実状に合った院内感染対策マニュアルを作成する必要がある^{3), 4)}。(Level 1 C)

施設内で伝播しやすい流行性のウイルス性疾患や耐性菌に対する対応策をルール化し、マニュアルに記載しておく必要がある^{3), 4)}。(Level 1 C)

3) 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施

最低年に2回、全職員向けの感染対策の講習会等を実施し、必要に応じて各職種向けに研修会等を実施する³⁾。

(Level 1 E)

透析関連の部署については、必要に応じて個別に研修を実施する³⁾。(Level 2 B)

4) 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施

院内感染の実態を把握するためにサーベイランスを実施すべきである⁴⁾。(Level 1 A)

また、アウトブレイクと考えられる状況が確認された場合は感染経路の解明に努め、必要な対策を実施する⁴⁾。
(Level 1 A)

解説

1) 院内感染対策のための委員会の開催

全ての有床医療施設において院内感染対策のための委員会を設置し、定期的に会議を開催しなければならない²⁾。(Level 1 E)

院内感染対策のための委員会の開催は元来有床施設のみであるが、無床透析施設でも原則として感染対策委員会を設置することが望しい。院内感染対策委員会は診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される。

2) 院内感染対策のための指針の策定

各施設の実状に合った院内感染対策マニュアルを作成する必要がある^{3), 4)}。(Level 1 C)

施設内で伝播しやすい流行性のウイルス性疾患や耐性菌に対する対応策をルール化し、マニュアルに記載しておく必要がある^{3), 4)}。(Level 1 C)

院内感染対策マニュアルは各医療機関の状況を考慮して、自施設に合った内容にすべきであり、状況の変化に応じて改訂する必要がある。必要に応じて部門ごとに特有の感染対策を盛り込んだマニュアルを整備する必要があるため、透析部門における特有の内容を盛り込む必要がある。作成されたマニュアルはスタッフの誰もが容易に閲覧できる状態にしておくべきである。

3) 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施

最低年に2回、全職員向けの感染対策の講習会等を実施し、必要に応じて各職種向けに研修会等を実施する³⁾。(Level 1 E)

透析関連の部署については、必要に応じて個別に研修を実施する³⁾。(Level 2 B)

院内のスタッフは入れ替わりがあるため、新規入職者に対しては別の機会を設けて教育を徹底する必要がある。無床診療所・歯科診療所を含む全ての医療機関において、“医療安全管理”に加えて“院内感染対策”に関する職員研修を年2回程度実施することが義務づけられている。なお、無床診療所・歯科診療所では外部講習会の受講でも可とされている。

4) 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施

院内感染の実態を把握するためにサーベイランスを実施すべきである⁴⁾。(Level 1 A)

また、アウトブレイクと考えられる状況が確認された場合は感染経路の解明に努め、必要な対策を実施する⁴⁾。(Level 1 A)

検体からの薬剤耐性菌の検出情報等、院内感染対策に重要な情報が、臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立する必要がある。

透析に関連した院内感染サーベイランスとしては、微生物検査の結果を主体とした分離菌サーベイランスが重要であるが、感染症の種類に基づいた血流感染サーベイランスや尿路感染サーベイランスなどもある⁵⁾。

II 患者への感染対策の基本

1) 手指衛生の徹底

医療従事者だけでなく、患者自身も感染予防策を実施できるように指導しなければならない⁶⁾。手指衛生は入退室時を含めて必要なタイミングで実施する必要がある⁷⁾。

(Level 1 A)

2) 咳エチケットの励行

咳やくしゃみをしている人にはサージカルマスクを着用させる^{5), 8)}。インフルエンザ等の流行期は咳エチケットを積極的に実施する^{5), 8)}。(Level 1 A)

入り口および病院内の効果的な場所に、咳エチケット啓発のためのポスターを掲示する⁹⁾。(Level 2 B)

3) 飛沫感染や接触感染の可能性が高い患者は他の患者と区別して扱う。

発熱など感染症が疑われる症状を有する患者や、咳やくしゃみ、下痢など周囲への病原体の伝播を起こしやすい症状を有する患者の場合は、他の患者と仕切られた区画で透析を実施することが推奨される^{10), 11)}。それが困難であれば、ベッド間の距離を十分に確保するか、カーテンなどで物理的に患者間の感染を予防できるような状態で透析を実施する必要がある^{10), 11)}。(Level 1 A)

その場合、患者および家族に理由を十分に説明し、理解と同意を得なければならない。(Level 1 C)

物理的に感染者/保菌者を別の区画で扱うことが困難な場合は、他の患者と時間差を設ける対応も有効である。

(Level 2 B)

- 4) 透析実施前に感染の可能性を確認し、対応を分ける。

体調不調者は透析を実施する前（透析室に入る前）に判別し、当該者への治療を含め感染対策の変更（飛沫感染予防策や接触感染予防策の追加，隔離など）を行う¹²⁾。透析室への入室や透析の開始を止めて診察や検査を実施し、その結果を踏まえて必要な対応を判断する¹²⁾。(Level 2 B)

- 5) 必要に応じて微生物の保菌状態を確認する。

通常、患者の微生物検査は感染症を発症した患者の起因病原体の検索を目的として行われる。しかし、ときに保菌の有無の確認を目的とした検査を必要とする場合がある^{11), 12)}。

(Level 2 B)

- 6) 検査結果は患者本人に告知する。

肝炎ウイルスや耐性菌など感染症に関する検査は事前に患者の承諾を得て実施し、その結果を患者に告知するとともに、関連する必要な情報を提供しなければならない。(Level 1 C)

- 7) 透析患者には各種ワクチンの接種が推奨される。

特に B 型肝炎および肺炎球菌ワクチンの接種が推奨される^{12), 13)}。(Level 1 A)

可能であれば B 型肝炎ワクチンは透析の導入が推定される段階から接種し、透析に入る段階で十分な抗体価を得られるようにしておくことが望ましい¹³⁾。

(Level 2 B)

解説**1) 手指衛生の徹底（IV 項を参照）**

医療従事者だけでなく、患者自身も感染予防策を実施できるように指導しなければならない⁶⁾。手指衛生は入退室時を含めて必要なタイミングで実施する必要がある⁷⁾。（Level 1 A）

手指衛生については、医療従事者、患者、面会者への教育が重要である。また、施設内に啓発用のポスターを掲示するなどの工夫も必要である。まず入室時の手指衛生は医療従事者だけでなく、患者や面会者を含めて入室者全員が行うべきである。その励行によって感染対策の意識をさらに高めることが期待される。

2) 咳エチケットの励行

咳やくしゃみをしている人にはサージカルマスクを着用させる^{5), 8)}。インフルエンザ等の流行期は咳エチケットを積極的に実施する^{5), 8)}。（Level 1 A）

入り口および病院内の効果的な場所に、咳エチケット啓発のためのポスターを掲示する⁹⁾。（Level 2 B）

咳エチケットは、咳やくしゃみをしている人にマスクを着用させることが前提となっている。マスクを着用していない場合はティッシュペーパーや腕で口と鼻を覆い、飛沫の飛散を防ぐことが重要である。使用したティッシュペーパーは適切に廃棄し、手指衛生を行う。

3) 飛沫感染や接触感染の可能性が高い患者は他の患者と区別して扱う。

発熱など感染症が疑われる症状を有する患者や、咳やくしゃみ、下痢など周囲への病原体の伝播を起こしやすい症状を有す

る患者の場合は、他の患者と仕切られた区画で透析を実施することが推奨される^{10), 11)}。それが困難であれば、ベッド間の距離を十分に確保するか、カーテンなどで物理的に患者間の感染を予防できるような状態で透析を実施する必要がある^{10), 11)}。

(Level 1 A)

その場合、患者および家族に理由を十分に説明し、理解と同意を得なければならない。(Level 1 C)

物理的に感染者/保菌者を別の区画で扱うことが困難な場合は、他の患者と時間差を設ける対応も有効である。(Level 2 B)

肝炎ウイルスのキャリアや耐性菌の保菌者など、他の患者に伝播する可能性がある病原体を有する患者は、他の患者とベッドおよび透析の機器を分けるなど区別して扱う必要がある。医療従事者は肝炎ウイルス陽性の患者と陰性の患者を同時に扱ってはならない。

4) 透析実施前に感染の可能性を確認し、対応を分ける。

体調不調者は透析を実施する前（透析室に入る前）に判別し、当該者への治療を含め感染対策の変更（飛沫感染予防策や接触感染予防策の追加、隔離など）を行う¹²⁾。透析室への入室や透析の開始を止めて診察や検査を実施し、その結果を踏まえて必要な対応を判断する¹²⁾。(Level 2 B)

感染症の疑いのある患者については、透析前に検知し、その対応を行うことが必要である。具体的には、発熱や倦怠感などの非特異的症状、咳、痰、くしゃみ、鼻水などの呼吸器症状、下痢、嘔吐、腹痛などの消化器症状などについて、その有無を透析室に入室する前に確認することが望ましい。なんらかの感染症が疑われる患者は、他の患者と離れた場所で待機してもら

い、医師による診察を事前に受ける必要がある。なお、感染症の可能性の検知は事前のチェックシートの記入や受付の際の確認などが望ましく、感染が疑わしい患者は医師に限らず医療従事者が待機等の対応を実施する。感染症の鑑別については医師の診察のもとに、インフルエンザの迅速診断など必要と思われる検査を実施し、その結果を待って対応を決定する。

5) 必要に応じて微生物の保菌状態を確認する。

通常、患者の微生物検査は感染症を発症した患者の起因病原体の検索を目的として行われる。しかし、ときに保菌の有無の確認を目的とした検査を必要とする場合がある^{11), 12)}。

(Level 2 B)

保菌の確認が必要な状況としては、①施設内で感染者/保菌者が有意に増加した場合、②明らかに施設内での病原体の伝播と考えられるケースが生じた場合、③有効と思われる感染対策を実施しても効果がみられない場合、などである。なお、サーベイランス目的の検査は、患者にその意義と必要性を説明し、理解と同意を得る必要がある。

6) 検査結果は患者本人に告知する。

肝炎ウイルスや耐性菌など感染症に関する検査は事前に患者の承諾を得て実施し、その結果を患者に告知するとともに、関連する必要な情報を提供しなければならない。(Level 1 C)

患者に説明の際は各種の資料を用いて十分に理解できるように説明する。透析従事者には感染症の有無を判別できる処置を講ずるが、他の患者に知られないようプライバシー保護に努める。

7) 透析患者には各種ワクチンの接種が推奨される。

特にB型肝炎および肺炎球菌ワクチンの接種が推奨される^{12), 13)}。(Level 1 A)

可能であればB型肝炎ワクチンは透析の導入が推定される段階から接種し、透析に入る段階で十分な抗体価を得られるようにしておくことが望ましい¹³⁾。(Level 2 B)

B型肝炎および肺炎球菌ワクチン以外に透析患者に推奨されるワクチンとして、ジフテリア・百日咳・破傷風ワクチン(DPT)、インフルエンザワクチン、麻疹・風疹混合ワクチン(MR)、ムンプスワクチン、水痘ワクチンなどがある。

III 標準予防策

(スタンダードプリコーション, Standard precaution)

- 1) 標準予防策は全ての患者を対象として行われる。

患者がどの病原体を保有しているか診療前に確認することは現実的に困難であり、全ての患者がなんらかの病原体を保有している可能性があるものとして扱う¹⁴⁾。(Level 1 A)

- 2) 標準予防策は感染性を有する全ての湿性生体物質が対象となる。

標準予防策は、すべての血液、(汗を除く)すべての体液、分泌物、排泄物、粘膜、健常でない皮膚が感染性を有する対象として適用される¹⁵⁾。(Level 1 A)

- 3) 標準予防策の基本は手指衛生と个人防护具(PPE)の着用である。

患者が保有する病原体を医療従事者が受け取らず、広げないために、適切な手指衛生の実施および个人防护具(PPE)

解説

- 1) 標準予防策は全ての患者を対象として行われる。

患者がどの病原体を保有しているか診療前に確認することは現実的に困難であり、全ての患者がなんらかの病原体を保有している可能性があるものとして扱う¹⁴⁾. (Level 1 A)

病原体に曝露される可能性が考えられる場合には、状況に応じて未使用のディスポーザブル手袋、マスク、ガウンなど個人防護具を使用する（下記3）のPPEの解説を参照のこと）。患者に接する前後、感染の危険があるものを取り扱った場合、さらに手袋をはずした後に、手洗いや手指衛生を励行する。

- 2) 標準予防策は感染性を有する全ての湿性生体物質が対象となる。

標準予防策は、すべての血液、（汗を除く）すべての体液、分泌物、排泄物、粘膜、健常でない皮膚が感染性を有する対象として適用される¹⁵⁾. (Level 1 A)

感染性を有する湿性生体物質に触れる可能性が高い場合は、未使用のディスポーザブル手袋の着用が重要である。その他のPPEの着用は状況に応じて判断する。注射針のリキャップを禁止し、耐貫通性の容器に廃棄する。患者のケアに用いられる器具や物品、リネンや洗濯物の管理、日常の清掃も標準予防策に含まれる。

- 3) 標準予防策の基本は手指衛生と個人防護具（PPE）の着用である。

患者が保有する病原体を医療従事者が受け取らず、広げない

ために、適切な手指衛生の実施および個人防護具（PPE）の着用が必要である^{5), 14)}。（Level 1 A）

PPEの種類に応じて下記の内容の遵守が必要である。

① 手袋

血液、体液、分泌物、排泄物、粘膜、健常でない皮膚への接触の際には、未使用のディスポーザブルの手袋を使用する。患者の健全な皮膚に接触する場合であっても、医療従事者の手に切り傷、病変部、あるいは皮膚炎があるときには、未使用のディスポーザブルの手袋を使用する。手袋は各種サイズのことを患者周辺の取りやすい場所に配置しておく。手袋は患者や透析ステーション毎に交換し、手指衛生を行う。同じ患者であっても、汚染部位からきれいな部位の処置に移行する場合は手袋を交換する。手袋を洗ったり、アルコール消毒などを行って引き続き使用したりしてはならない。

② エプロン、ガウン

エプロンは医療従事者の衣服の汚染を防ぐのに用いられるが、長袖のガウンは腕など露出部位を広くカバーするために使用される。ガウンやエプロンは水分が浸透しない撥水性で非浸水性のものが推奨される。エプロンやガウンは患者毎に交換するが、体液などで汚染した場合などでは、衣服等の汚染を防ぐために可能なタイミングでなるべく早めに交換する。ガウンやエプロンの使用後は、汚染した表面に触れないようにして廃棄し、直ちに手指衛生を行う。

③ マスク、ゴーグル、フェイスシールド

処置や患者ケアの過程で医療従事者の目・鼻・口の粘膜に患者の血液や体液などによる汚染が予測される場合は、マスク、

ゴーグル、フェイスシールドなどを装着する。ゴーグルは十分な視野を確保でき、きちんとフィットするように装着でき、曇りが生じにくいものを使用する。

IV 手指衛生（手洗い・手指消毒）

- 1) 感染防止のために必要な場面において手指衛生を行う。
(Level 1 A)
- 2) 手指が目に見えて汚れている場合には、石けんと流水で手を洗う。(Level 1 A)
- 3) 手指が目に見えて汚れていない場合には、アルコールを基剤とする速乾性手指消毒薬を用いて手指消毒する。代わりに石けんと流水で手を洗っても良い。(Level 1 A)
- 4) 透析室内に速乾性手指消毒薬および手洗い場（シンク）を適切に配置する。(Level 1 C)

解説

- 1) 感染防止のために必要な場面において手指衛生を行う。
(Level 1 A)

手指衛生は医療現場において病原体の伝播を減らすための最も重要な単一の行為であり、前項で述べた標準予防策の最も重要な要素である^{6), 14)~16)}。

手指衛生が必要な行為や場面は、以下である：

- 患者に直接接触する前
- 血液、血性体液、排泄物、粘膜、創のある皮膚、創部ドレッシングに触れた後

- 患者の正常皮膚に触れた後（脈拍・血圧測定・患者を持ちあげるなど）¹⁷⁾
 - 同一患者の汚染部位から清潔部位に移る場合
 - 患者の近傍物品に接触した後¹⁸⁾
 - 手袋を外した後
- 2) 手指が目に見えて汚れている場合には、石けんと流水で手を洗う。（Level 1 A）
- 3) 手指が目に見えて汚れていない場合には、アルコールを基剤とする速乾性手指消毒薬を用いて手指消毒する。代わりに石けんと流水で手を洗っても良い。（Level 1 A）
- 4) 透析室内に速乾性手指消毒薬および手洗い場（シンク）を適切に配置する。（Level 1 C）

手指衛生には主に2種類の方法がある。それは、石けんと流水による手洗いと、アルコールを基剤とする速乾性手指消毒薬



石けんと流水を用いた手指衛生の手順
（ヨシダ製薬のウェブサイトから引用）



速乾性手指消毒薬による手指衛生の手順
（ヨシダ製薬のウェブサイトから引用）

を用いた手指消毒である。

後者は、短時間でより確実に手指衛生を実施できる方法であり、医療現場における手指衛生の基本として各種ガイドラインで推奨されている^{6), 15), 16)}。透析室における手指衛生もこの方法を基本とすべきである。一方、前者は手指の汚染を物理的に除去する方法や、アルコールの消毒効果があまり期待できない病原体に接触した可能性がある場合の手指衛生方法として推奨される。すなわち、目に見える汚染がある場合や、クロストリジウム・ディフィシルなどの芽胞形成菌、ノロウイルスなどエンベロープのないウイルスに接触した可能性がある場合には、石けんと流水を用いた手洗いにより、物理的除去をはかる。

アルコールを基剤とした速乾性手指消毒薬は、透析用ベッドや椅子の近く、病室の入口付近、医療用カートの上や、スタッフステーション内など、透析室内の各所に配置する。スタッフが個々に携帯してもよい。石けんと流水を用いた手指衛生を実施するための手洗い場は適所に配置し、水栓はセンサー感知の

自動タイプあるいは足踏み式が望ましい。石けんは液体とし、細菌の感染を防ぐためにディスポーザブルのボトルに入ったものを使用する。手洗い後の乾燥にはペーパータオルを用いる。手荒れの防止のためにクリームまたはローションを設置する。

V 感染経路別予防策

- 1) 医療施設においては血液媒介感染，接触感染，飛沫感染および空気感染の4つの感染経路が重要であり，いずれも標準予防策を基本として実施される¹⁴⁾。(Level 1 A)
- 2) 接触感染予防策は耐性菌などの病原体の感染予防に有効である。

接触感染によって伝播しやすい病原体として，黄色ブドウ球菌（MRSA），緑膿菌（MDRP），腸球菌（VRE），ノロウイルス，ロタウイルス，アデノウイルス，疥癬などがある¹⁹⁾〔（ ）内は各菌種の耐性菌〕。患者の耐性菌の保有の有無を確認するためには培養検査の実施が不可欠である²⁰⁾。患者間の伝播を防ぐため，接触感染予防策の対象となる患者は個室管理あるいは別の区画での対応が望ましい^{19), 20)}。もし個室管理が難しい場合は患者のベッド間隔をあけるなどの対応が推奨される^{19), 20)}。(Level 1 A)

特殊な空調や換気システムは設けなくても良い²⁰⁾。

(Level 1 B)

- 3) 飛沫感染予防策は呼吸器病原体などの感染予防に有効である。(Level 1 A)

飛沫感染を起こす主な病原体として，インフルエンザウイ

ルス、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、髄膜炎菌、百日咳菌、インフルエンザ菌、肺炎マイコプラズマ、肺炎クラミジア、などがある²¹⁾。患者は個室管理あるいは別の区画での対応が望ましい²²⁾。もし個室管理が難しい場合は、患者ベッド間隔を2 m 以上あけるか、カーテンやパーティションで仕切りを設ける²²⁾。医療従事者は患者から2 m 以内での医療行為を行う際にはサージカルマスクを着用する²²⁾。(Level 1 A)

特殊な空調や換気システムは設けなくても良い²²⁾。

(Level 1 B)

医療従事者は、インフルエンザ流行前にワクチンを接種する方がよい²¹⁾。(Level 1 A)

- 4) 空気感染予防策は、陰圧室への患者の個人収容が原則となる。(Level 1 A)

空気感染を起こす病原体は結核菌、麻疹ウイルス、水痘ウイルスである^{14), 23)}。空気予防策を必要とする患者には陰圧環境が必要である²³⁾。給気は全外気方式が望ましいが、循環式空調の場合にはダクト回路内に HEPA フィルタを設置する²³⁾。医療従事者および面会者が部屋に入る時は、N95 マスクを着用する^{14), 23)}。(Level 1 A)

麻疹や水痘の患者に対応する医療従事者は予めウイルスに対する免疫を獲得していることを確認できた者を担当者となることが望ましい²⁵⁾。(Level 1 C)

解説

- 1) 医療施設においては血液媒介感染、接触感染、飛沫感染および

空気感染の4つの感染経路が重要であり、いずれも標準予防策を基本として実施される¹⁴⁾。(Level 1 A)

血液媒介感染は血液への直接接触や、針刺し切創などを介して血液内に存在している病原体が体内に入る感染経路を指す。この感染形式を示す疾患は、B型肝炎、C型肝炎、HIV感染症、梅毒などである。針刺し切創による梅毒の伝播はきわめてまれである。

2) 接触感染予防策は耐性菌などの病原体の感染予防に有効である。

接触感染によって伝播しやすい病原体として、黄色ブドウ球菌(MRSA)、緑膿菌(MDRP)、腸球菌(VRE)、ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス、疥癬などがある¹⁹⁾〔()内は各菌種の耐性菌〕。患者の耐性菌の保有の有無を確認するためには培養検査の実施が不可欠である²⁰⁾。患者間の伝播を防ぐため、接触感染予防策の対象となる患者は個室管理あるいは別の区画での対応が望ましい^{19), 20)}。もし個室管理が難しい場合は患者のベッド間隔をあけるなどの対応が推奨される^{19), 20)}。(Level 1 A)

特殊な空調や換気システムは設けなくても良い²⁰⁾。

(Level 1 B)。

接触感染によって伝播しやすい病原体として、黄色ブドウ球菌(MRSA)、緑膿菌(MDRP)、腸球菌(VRE)、ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス、疥癬などがある〔()内は各菌種の耐性菌〕。インフルエンザウイルスも接触感染を起こす場合がある。

耐性菌の保菌リスクが高い症例として、高齢者、耐性菌の分離歴(保菌歴)がある症例、最近、抗菌薬が投与されたことの

表 1 各種病原体の感染経路別分類

感染経路	代表的な病原体
血液媒介感染	B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、HIV、梅毒トレポネーマなど
接触感染※	黄色ブドウ球菌（MRSA）、緑膿菌（MDRP）、腸球菌（VRE）、腸内細菌科（ESBL産生菌（AmpC型β-ラクタマーゼ産生菌、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌：CRE）など）、アシネトバクター属菌（多剤耐性イントバクター：MDRA）ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス、疥癬など
飛沫感染	インフルエンザウイルス、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、髄膜炎菌、百日咳菌、インフルエンザ菌、肺炎マイコプラズマ、肺炎クラミジアなど
空気感染	結核菌、麻疹ウイルス、水痘ウイルス

※（ ）内は各菌種の耐性菌

ある症例，入院歴のある症例，他院（他施設）からの転院症例，腎不全や糖尿病などの基礎疾患を有する症例，長期透析症例，免疫抑制剤による治療を受けている症例，皮膚病変（創傷や皮膚炎など）を有する症例，人工異物が長期間挿入されている症例などがある。これらの症例は耐性菌のスクリーニング検査の対象とする場合があるが，実際に検査を実施するかどうかは感染対策の担当者と相談の上，決めることが望ましい。

接触感染は患者との直接接触や，物品や環境の表面に触れることによる間접接触により感染が成立する。そのため，患者だけでなく，患者の病室内環境も病原体で汚染されている可能性を考慮して対策を行う。特にベッド柵やドアノブ，手すりなどの高頻度接触部位はエタノールクロスなどを用いて清拭を行う（最低1日1回が目安）。汚染部位と接触する可能性がある場合は，ディスプレイガウンの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロンを着用する。また接触感染により伝播しやすい病原体の

場合は、血圧計、聴診器、体温計などの医療器材は患者専用にするのが望ましい。

3) 飛沫感染予防策は呼吸器病原体などの感染予防に有効である。
(Level 1 A)

飛沫感染を起こす主な病原体として、インフルエンザウイルス、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、髄膜炎菌、百日咳菌、インフルエンザ菌、肺炎マイコプラズマ、肺炎クラミジアなどがある²¹⁾。患者は個室管理あるいは別の区画での対応が望ましい²²⁾。もし個室管理が難しい場合は、患者ベッド間隔を2 m以上あけるか、カーテンやパーティションで仕切りを設ける²²⁾。医療従事者は患者から2 m以内での医療行為を行う際にはサージカルマスクを着用する²²⁾。(Level 1 A)

特殊な空調や換気システムは設けなくても良い²²⁾。

(Level 1 B)

医療従事者は、インフルエンザ流行前にワクチンを接種する方がよい²¹⁾。(Level 1 A)

飛沫感染によって伝播しやすい病原体として、インフルエンザウイルス、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、百日咳菌、肺炎マイコプラズマ、肺炎クラミジアなどがあるが、アデノウイルスなども飛沫感染を起こす場合がある。飛沫感染は直径5 μm 以上の大きさを持つ飛沫を介して感染が広がる。患者の咳やくしゃみによって放出された病原体は飛沫自体の重みでおよそ2メートル程度の範囲内で落下してしまうため、それより離れた場所にいる患者が感染する確率は低くなる。ベッド間隔の距離を保つことやカーテンなどによる仕切りは有効な予防策のひとつとなる。くしゃみや咳などを訴える患者にはサージカ

ルマスクを着用してもらい、さらにインフルエンザなどの流行期には医療従事者も積極的にマスクを着用する。入院中の患者が発症した場合は病室では個室隔離が望ましいが、さらに多くの患者が発症した場合は、コホーティング（集団隔離）が必要である。

4) 空気感染予防策は、陰圧室への患者の個人収容が原則となる。
(Level 1 A)

空気感染を起こす病原体は結核菌、麻疹ウイルス、水痘ウイルスである^{14), 23)}。空気予防策を必要とする患者には陰圧環境が必要である²³⁾。給気は全外気方式が望ましいが、循環式空調の場合にはダクト回路内に HEPA フィルタを設置する²³⁾。医療従事者および面会者が部屋に入る時は、N95 マスクを着用する^{14), 23)}。(Level 1 A)

麻疹や水痘の患者に対応する医療従事者は予めウイルスに対する免疫を獲得していることを確認できた者を担当者とする²⁵⁾。(Level 1 C)

空気感染を起こす病原体として、結核菌、麻疹ウイルス、水痘ウイルスが挙げられる。空気感染は直径 5 μm 以下の飛沫核の状態では病原体が空中を浮遊し、それを吸入することで感染を起こす。粒子が小さいために空気の流れに乗って遠くまでの移動が可能であり、部屋全体に病原体が拡がる可能性がある。

患者は陰圧室で管理し、部屋から出る必要がある場合はサージカルマスクを着用してもらう。医療従事者は N95 マスクを着用しなければならないが、N95 マスクはそれぞれの医療従事者にうまくフィットしたものを使用できるように予め準備しておく必要があり、着用時はマスクの周囲から息漏れがないかど

うかをシールチェックで確認する。

参考文献

- 1) 厚生労働省：医療法. <http://www.houko.com/00/01/S23/205.HTM>
- 2) 厚生労働省医政局指導課：医療施設における院内感染の防止について. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0202-1.html>
- 3) 厚生労働省. 医療機関等における院内感染対策に関する留意事項 http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/110623_2.pdf
- 4) 大久保憲. 医療施設における院内感染（病院感染）の防止について. 国, 自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究（厚生労働科学特別研究事業） <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/dl/tp0202-1.pdf>
- 5) 細田清美, 森兼啓太, 谷口弘美, 他：透析関連感染サーベイランスシステムの構築. 日本環境感染学会誌 27 : 189-194, 2012.
- 6) Kang J, Weber DJ, Mark BA, et al. Survey of North Carolina hospital policies regarding visitor use of personal protective equipment for entering the rooms of patients under isolation precautions. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 35 : 259-264, 2014.
- 7) WHO. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
- 8) Hines L, Rees E, Pavelchak N. Respiratory protection policies and practices among the health care workforce exposed to influenza in New York State: evaluating emergency preparedness for the next pandemic. *Am J Infect Control* 42 : 240-245, 2014.
- 9) CDC : Guide to Infection Prevention for Outpatient Settings : Minimum Expectations for Safe Care, 2011. <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/standatds-of-ambulatory-care-7-2011.pdf>
- 10) Schweizer M, Graham M, Ohl M, et al. Novel hospital curtains with antimicrobial properties : a randomized, controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 33 : 1081-1085, 2012.
- 11) APIC. Guide to the Elimination of Infections in Hemodialysis, 2010. http://www.apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/7966d850-0c5a-48ae-9090-a1da00bcf988/File/APIC-Hemodialysis.pdf
- 12) CDC. Recommendations for Preventing Transmission of Infections among Chronic Hemodialysis Patients. *MMWR* 2001; 50(RR-5). <http://>

www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5005.pdf

- 13) Yassin MH, Gupta V. Role of infection control in prevention of hepatitis B virus (HBV) in hemodialysis (HD) patients. *Infect Disord Drug Targets* 13 : 162-168, 2013.
- 14) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al. the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>
- 15) CDC, Boyce JM, Pittet D. the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. *MMWR* 2002; 51.
- 16) Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet* 356 : 1307-1312, 2000.
- 17) Mortimer EA Jr., Lipsitz PJ, Wolinsky E, et al. Transmission of staphylococci between newborns. Importance of the hands to personnel. *Am J Dis Child* 104 : 289-95, 1962.
- 18) Bhalla A, Pultz NJ, Gries DM, et al. Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 25 : 164-7, 2004.
- 19) Barnes SL, Morgan DJ, Harris AD, et al. Preventing the transmission of multidrug-resistant organisms: modeling the relative importance of hand hygiene and environmental cleaning interventions. *Infect Control Hosp Epidemiol* 35 : 1156-1162, 2014.
- 20) Clock SA, Cohen B, Behta M, et al. Contact precautions for multi-drug-resistant organisms : Current recommendations and actual practice. *Am J Infect Control* 38 : 105-111, 2010.
- 21) Seto WH, Conly JM, Pessoa-Silva CL, et al. Infection prevention and control measures for acute respiratory infections in healthcare settings : an update. *East Mediterr Health J* 19(Suppl 1) : S39-47, 2013.
- 22) CDC. Influenza Vaccination of Health-Care Personnel. *MMWR* 2006; 55(RR02) : 1-16. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr55e209.pdf>
- 23) Sehulster L, Chinn RY; CDC; HICPAC. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HIC-

PAC). MMWR Recomm Rep. 52(RR-10) : 1-42, 2003.

- 24) 日本環境感染学会ワクチン接種プログラム作成委員会. 院内感染対策としてのワクチンガイドライン. http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content_id=4

第3章 標準的洗浄・消毒・滅菌

透析室では多くの患者が同時に治療を行うことに加え、血液による汚染が頻繁に発生する。汚染された機器、医療器具、備品、環境表面、医療従事者の手指が感染病原体の直接的、間接的な伝播に関与する。従って、透析室の感染予防策として、標準予防策とともにより厳密な伝播予防策、特に HBV や HCV などの血液媒介病原体の伝播予防策が極めて重要となる。洗浄・消毒・滅菌はこれらの予防策において重要な役割を果たす。この章では透析室における標準的洗浄・消毒・滅菌方法について記述する。

I バスキュラーアクセスの消毒

- 1) 透析開始時、シャント・グラフトを穿刺する前に実施する皮膚消毒には、0.5% を超えるクロルヘキシジングルコン酸塩含有アルコール、10% ポビドンヨード、消毒用エタノール、70% イソプロパノールのいずれかを用いる。(Level 1 A)
- 2) 透析用カテーテルを挿入する時の皮膚消毒、および挿入後の皮膚出口部消毒には、0.5% を超える濃度のクロルヘキシジングルコン酸塩を含有するアルコール、10% ポビドンヨード、消毒用エタノール、70% イソプロパノールのいずれかを用いる。ただし、カテーテルの材質に適合しない消毒薬は使用してはならない。(Level 1 A)
- 3) 透析時に透析用カテーテルを回路に接続する時に使用する消毒薬は、カテーテルの材料に適合したものをを用いる。

解説

- 1) 透析開始時，シャント・グラフトを穿刺する前に実施する皮膚消毒には，0.5% を超えるクロルヘキシジングルコン酸塩含有アルコール，10% ポビドンヨード，消毒用エタノール，70% イソプロパノールのいずれかを用いる。 (Level 1 A)

シャント・グラフトの穿刺の際には，低率ではあるが患者の皮膚の常在菌や一時的に存在する細菌による感染症が発生する。細田らのデータによると，1,000 透析アクセスあたりシャントでは0.1 件程度，グラフトでは1 件程度の感染症が発生している¹⁾。これらの感染症はバスキュラーアクセスの寿命を短縮するだけでなく，患者の生命予後をも悪化させる可能性がある。適切な消毒を行うことで，感染のリスクを低下させることができる。

適切な消毒には，適切な消毒薬の選択が必須である。シャント・グラフトの穿刺の際の消毒薬に求められる性能として，一般的な細菌に有効であり，速効性をもち，かつ持続活性（透析実施中の3～4 時間程度）をもつこと，があげられる。速効性の点ではアルコール（エタノールやイソプロパノール）であり，持続活性に優れるのはクロルヘキシジングルコン酸塩（Chlorhexidine Gluconate, CHG）である。両者とも，一般細菌には有効である。従って，両者を共に含むCHG 含有アルコール製剤が消毒薬として最も優れていることになる。

実際には，患者の皮膚の状態，特にアルコールに対して過敏

な患者や皮膚が荒れやすい患者の場合に、他の薬剤を考慮する。ポビドンヨード（Povidone-iodine, PI）はCHGに比べて残留活性に劣るが、透析実施中の3～4時間程度であればCHGと同程度の効果が期待できる。

- 2) 透析用カテーテルを挿入する時の皮膚消毒、および挿入後の皮膚出口部消毒には、0.5%を超える濃度のクロルヘキシジングルコン酸塩を含有するアルコール、10% ポビドンヨード、消毒用エタノール、70% イソプロパノールのいずれかを用いる。ただし、カテーテルの材質に適合しない消毒薬は使用してはならない。（Level 1 A）

カテーテルに関しては、挿入時および維持中の皮膚消毒と、カテーテルの透析回路への接続部の消毒を分けて考える必要がある。

挿入時の皮膚刺入部消毒および維持中の出口部消毒は、中心静脈カテーテル（中心ライン）に関する推奨を準用すればよい。アメリカCDCが発出している「血管内カテーテル関連感染予防のためのガイドライン2011」²⁾では、中心ラインや末梢動脈ラインの挿入前、およびドレッシング交換時の皮膚消毒として、0.5%を超える濃度のCHGを含有するアルコールを推奨している。CHGが禁忌の場合には、代用消毒剤としてPI、ヨードチンキ、70% アルコール製剤を使用することができるとしている。推奨の根拠としては、CHG含有消毒薬の方がPIやアルコールよりもカテーテル関連血流感染の発生や微生物定着を低下させることがメタ解析により明らかになっていることである³⁾。

1) と同様に、実際には患者の皮膚の状態を考慮し、推奨される消毒薬の中から最適な消毒薬を選択する。また、消毒効果

を高めるため、カテーテル挿入部位の皮膚を事前に洗浄しておく。また、消毒薬の効果が発揮されるよう、皮膚との接触時間を十分に保つ。

最後に、挿入中のカテーテルの皮膚出口部消毒は、皮膚のみならずカテーテルにも消毒薬が使用されるので、後述の材質適合性をも考慮する。

3) 透析時に透析用カテーテルを回路に接続する時に使用する消毒薬は、カテーテルの材料に適合したものをを用いる。(Level 1 E)

カテーテルの透析回路への接続部の消毒は、カテーテルなど接続部に使用される器材の使用説明書を熟読し、材質に適合した消毒薬を選択する。アルコールが不適であるにもかかわらず、毎回アルコールで接続部を消毒した結果、接続分に不具合を生じた事例が厚生労働省から報告されており⁴⁾、注意が必要である。なお、PI は、生体に用いる消毒薬であり、カテーテルも含めた器材に用いることは適応外であることに留意する必要がある。

II 器具・器材の洗浄・消毒

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) クリティカル器具は滅菌する。(Level 1 A)2) セミクリティカル器具は高水準消毒（一部中水準消毒でも可）を行う。(Level 1 B)3) ノンクリティカル器具を患者間で共有する場合は、使用毎に血液媒介ウイルス（特に HBV）の伝播遮断に有効な洗浄・消毒を行う。(Level 1 B) |
|---|

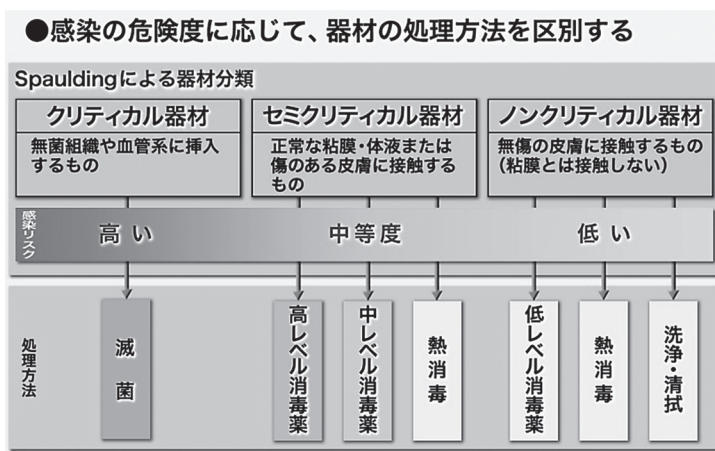
4) 消毒・滅菌の前処理として必ず洗浄を行う。(Level 1 A)

解説

1) クリティカル器具は滅菌する。(Level 1 A)

器具、器材の洗浄・消毒・滅菌の適応は、器具を使用目的（感染リスクの程度）毎に分類した Spaulding の分類に応じて、適切に処理する。

クリティカル器具とは、微生物で汚染された場合に高い感染リスクを有する⁵⁾ものであり、無菌的組織や血管系に挿入するものが含まれる。例として、穿刺針、ダイアライザ、血液回路、手術用具、尿道留置カテーテル、ドレッシング材などがある。これらの多くは滅菌済みのディスポーザブル製品として供給されるが、そうでない場合は、高圧蒸気滅菌などによって滅菌し



Spaulding の分類による洗浄・消毒・滅菌

Y's Text 消毒薬テキスト第4版エビデンスに基づいた感染対策の立場から

てから使用する。

2) セミクリティカル器具は高水準消毒（一部中水準消毒でも可）を行う。（Level 1 B）

セミクリティカル器具とは、正常な粘膜又は傷のある皮膚に接触するものである。一般的に透析室で使用されるセミクリティカル器具は少なく、セミクリティカル器具の例として呼吸器療法器具、麻酔器具、軟性内視鏡、喉頭鏡、気管内挿管チューブなどがあげられる。少数の芽胞を除きいかなる微生物も存在しないような消毒法を用いるべきであり、高水準消毒薬による処理が本来望ましい。しかし、高水準消毒薬であるグルタールやフタラル・過酢酸などは、消毒作業者に対する接触・吸入毒性および、残留薬剤の患者に対する影響が懸念されるといふ欠点を有している。

実際には、熱に耐える器具は熱水消毒（80℃、10 分間）を第一選択とし、また器具によっては中水準消毒である次亜塩素酸ナトリウムやアルコールなどの消毒薬を用いる。例えば、口腔用・直腸用体温計もセミクリティカル器具に属するが、比較的感染リスクは低いと考えられ、中水準消毒でよい。

3) ノンクリティカル器具を患者間で共有する場合は、使用毎に血液媒介ウイルス（特に HBV）の伝播遮断に有効な洗浄・消毒を行う。（Level 1 B）

ノンクリティカル器具とは、健常な皮膚に接触するが粘膜とは接触しない器具である。透析室でしばしば使用されるノンクリティカル器具には、血圧計のカフや聴診器、ベッドパン、血液回路に使用する鉗子、トレイ、駆血帯などがある。皮膚は多くの微生物に有効なバリアとして機能するため、ノンクリティ

カル器具は感染伝播には通常関与しない。しかし、透析室で使用する器具では血液による汚染が頻繁に発生するため、ノンクリティカル器具にHBVやHCVが付着している可能性を常に念頭におくべきである⁶⁾。洗浄できるものは日常的な洗浄、それ以外は清拭を基本とし、熱水消毒や次亜塩素酸ナトリウム・アルコールなどによる中水準消毒を実施する。

4) 消毒・滅菌の前処理として必ず洗浄を行う。(Level 1 A)

洗浄とは、異物（汚れ、有機物など）を除去することであり、滅菌や消毒のために必要な最初のステップである。汚れは消毒および滅菌効果を減弱させるので、消毒・滅菌の前に洗浄が必要となる。通常は水と洗浄剤または中性、酵素系洗剤により行う。洗浄方法には、用手洗浄、超音波洗浄機やウォッシュャー、ディスインフェクターなどの機械洗浄がある。作業時はディスポーザブル手袋及び適切な防護具を装着する。

III 患者療養環境の清掃・消毒

- 1) 透析ベッドの柵やオーバーテーブル、椅子などの環境表面、および透析装置外装は、透析終了ごとに洗浄（清拭）し、適切な消毒薬を用いて消毒する。(Level 1 A)
- 2) リネン類は患者ごとに交換することが望ましい。(Level 2 B)
- 3) リネンが汚染されることが予想される場合には、ディスポーザブル手袋などでリネンの保護を行い、リネンに明らかな汚染がある場合には交換する。(Level 1 B)
- 4) 患者から離れた場所で、患者やスタッフの手指が高頻度に接触する場所に対しては、1日数回清拭や消毒を行う。

(Level 1 A)

- 5) 床や壁など、それ以外の場所に関しては、埃が目立たない程度の清掃で良く、消毒薬を用いる必要はない。(Level 2 C)

解説

- 1) 透析ベッドの柵やオーバーテーブル、椅子などの環境表面、および透析装置外装は、透析終了ごとに洗浄（清拭）し、適切な消毒薬を用いて消毒する。(Level 1 A)

透析室では、血液によるベッド周辺への汚染が頻繁に発生する。透析室のノンクリティカル器具、透析装置外装やベッド周辺の環境表面から HBV が検出される⁶⁾。このような汚染された環境表面は、スタッフの手や器具を介して HBV や HCV の伝播に関与し、HBV・HCV 感染のアウトブレイクの原因となりうる^{7)~9)}。2008 年から 2013 年の 6 年間に CDC に報告された血液透析施設における HBV・HCV 感染のアウトブレイクに関する報告では、7 事例中 4 事例で環境の清掃消毒に関する不備がみられ、これが原因のひとつになっているとしている¹⁰⁾。従って、患者毎に、透析終了後、透析装置外装を含むベッド周辺の環境表面を、洗浄（清拭）および消毒を行う必要がある。

環境表面に対する消毒薬を選択する際、HBV や HCV に有効であることが重要である。CDC ガイドラインは、血液汚染がある際の消毒に中水準消毒薬、特に 300~600 ppm (0.03~0.06%) 次亜塩素酸ナトリウムを推奨し、周辺環境の清拭による消毒には、低水準消毒薬を推奨している¹¹⁾。しかし、前述¹⁰⁾のようなアウトブレイクの原因となりうる周辺環境に対しては、

HBV や HCV を意識した中水準消毒薬を使用すべきであると考えられる。

中水準消毒薬のうち、エタノールは HBV を不活化させるために必要な接触作用時間が2分以上と長く¹²⁾、アルコールの揮発性を考えるとそれだけの接触時間を確保するのは現実的ではない。ポビドンヨードは皮膚などの生体に使用するものであり、物品には適応がない。従って、次亜塩素酸ナトリウムや、その他の塩素系化合物が最も適した消毒薬ということになる。

透析終了後、ベッド周辺の環境表面を洗剤あるいは洗浄剤で拭き、環境表面に付着した有機物や汚れを除去する。そののち、500～1,000 ppm (0.05～0.1%) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭消毒する。消毒後は水拭きする。目に見える血液の付着時は、ペーパータオルやディスクロス等で物理的除去を行った後、同濃度の次亜塩素酸ナトリウムで清拭消毒する。なお、これらの作業時はディスポーザブル手袋を着用し、換気を適宜行う。

透析装置外装には、かつて多くの金属製部品が使用されていたが、現在の装置は金属製部品をほとんど使用していない。従って、透析装置外装に対しても環境表面と同様に、500～1,000 ppm (0.05～0.1%) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭消毒する。金属部分に関しては、同薬剤を使用したのち速やかに拭き取る、あるいはアルコール製剤を使用する（その場合、十分な接触時間を確保する）。

近年、米国環境保護局 (Environmental Protection Agency; EPA) や米国労働安全衛生局 (Occupational Safety and Health Administration; OSHA) に登録された、HBV に対する有効性表示のある環境用消毒薬配合洗浄剤（第四級アンモニア塩化合

物・塩素系含有製品）や、次亜塩素酸を活性本体としながら金属腐食が少なく、塩素臭もないペルオキソー硫酸水素カリウムを主成分とした製品も利用可能になってきている。

2) リネン類は患者ごとに交換することが望ましい（Level 2 B）

リネン類は他の環境表面と異なり、清拭による消毒が困難である。基本的に洗濯による清浄化に頼ることになり、患者ごとに交換することが望ましい。しかし一方で、交換の際にはこりが舞い上がり、逆に環境を汚染したり患者が吸入したりといったデメリットもある。各施設の状況や運用に応じて適宜工夫する。

3) リネンが汚染されることが予想される場合には、ディスポシーツなどでリネンの保護を行い、リネンに明らかな汚染がある場合には交換する。（Level 1 B）

血液・体液等で汚染されたりリネンは、他の患者の感染源になり得るので直ちに交換する。頻繁な交換は、コストや手間、ほこりの舞い上がりなどのデメリットがあり、なるべくそうしなくて済むよう、汚染が予想される場合にリネンの保護を考慮する。

4) 患者から離れた場所で、患者やスタッフの手指が高頻度に接触する場所に対しては、1日数回清拭や消毒を行う。（Level 1 A）

透析ベッドや椅子から離れた場所であっても、患者や医療従事者の手指が高頻度に接触する場所（例：体重計の手すり、患者控え室の椅子、車椅子、ドアノブ）は、様々な病原体が付着し、患者や医療従事者の手指を汚染させる危険性が高い^{13)~15)}。従って、患者周辺環境と同様に頻回の清拭・消毒が推奨されている¹⁶⁾。目安として1日1回以上とし、洗剤による湿式清拭を

基本とする。想定される汚染のリスクや程度に応じて、四級アンモニウム塩配合洗浄剤、アルコール製剤などの消毒薬を適宜用いる。血液汚染を認める場合は、解説1)と同様の処置を行う。

5) 床や壁など、それ以外の場所に関しては、埃が目立たない程度の清掃で良く、消毒薬を用いる必要はない。(Level 2 C)

床や壁などにも通常病原体による汚染は存在するが、手指が触れない限りこれらの環境表面が患者や医療従事者への病原体伝播に関わることは極めてまれである。従って、これらの環境表面を日常的に消毒する必要はなく、清掃が推奨される。血液汚染を認める場合は、解説1)と同様の処置を行う。

参考文献

- 1) 細田清美, 森兼啓太, 谷口弘美, 他 透析関連感染サーベイランスシステムの構築 日本環境感染学会誌 27(3) : 189-194, 2012.
- 2) O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Am J Infect Control 39(Suppl 1) : S1-S34, 2011.
- 3) Chaiyakunapruk N, Veenstra DL, Lipsky BA, et al. Chlorhexidine compared with povidone-iodine solution for vascular catheter-site care: a meta-analysis. Ann Intern Med 136 : 792-801, 2002.
- 4) 「ブラッドアクセス留置用カテーテルに係る使用上の注意等の自主点検等について」薬食審査発第1007002号, 薬食安発第1007001号 2004年10月7日. <http://www.info.pmda.go.jp/mddevices/md2004-1007001.html>
- 5) Singh J, Bhatia R, Gandhi JC, et al. Outbreak of viral hepatitis B in a rural community in India linked to inadequately sterilized needles and syringes. Bull World Health Organ. 76 : 93-98, 1998.
- 6) Favero MS, Maynard JE, Petersen NJ, et al. Hepatitis-B antigen on environmental surfaces [Letter]. Lancet 2 : 1455, 1973.
- 7) Snyderman DR, Bryan JA, Macon EJ, et al. Hemodialysis-associated

hepatitis : report of an epidemic with further evidence on mechanisms of transmission. *Am J Epidemiol* 104 : 563-570, 1976.

- 8) Anonymous. Outbreaks of hepatitis B virus infection among hemodialysis patients—California, Nebraska, and Texas, 1994. *MMWR* 45 : 285-289, 1996.
- 9) Anonymous. Hepatitis C virus transmission at an outpatient hemodialysis unit – New York, 2001-2008. *MMWR* 58 : 189-194, 2009.
- 10) Healthcare-associated hepatitis B and C outbreaks reported to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 2008-2013. <http://www.cdc.gov/hepatitis/Outbreaks/HealthcareHepOutbreakTable.htm>
- 11) Anonymous. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic hemodialysis patients. *MMWR* 50(RR-5) , 2001.
- 12) Kobayashi H, Tsuzuki M, Koshimizu K, et al. : Susceptibility of hepatitis B virus to disinfectants or heat. *J Clin Microbiol* 20 : 214-216, 1984.
- 13) Bhalla A, Pultz NJ, Gries DM, et al. Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol* 25 : 164-167, 2004.
- 14) Duckro AN, Blom DW, Lyle EA, et al. Transfer of vancomycin-resistant enterococci via health care worker hands. *Arch Intern Med* 165 : 302-307, 2005.
- 15) Hota B. Contamination, disinfection, and cross-colonization : Are hospital surfaces reservoirs for nosocomial infection? *Clin Infect Dis* 39 : 1182-1189, 2004.
- 16) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions : preventing transmissions of infectious agents in health-care settings, *Am J Infect Control*. 35(Suppl 2) : S65-164, 2007.

第4章 透析室設備と環境対策

透析医療における感染の経路は患者相互、スタッフから患者へ伝播、また、患者及びスタッフが外部で感染して持ち込むものなどさまざまである。血液透析においては、透析液汚染に起因する合併症という特殊性も存在する。このため、この章では感染防止に寄与する環境対策として透析室設備（照明・環境清浄度・換気と空気清浄度・ベッド配置）に推奨される、あるいは望まれる基準について述べる。透析用水と透析液の水質基準についても簡潔に付記する。本ガイドラインを参考に透析施設の設備整備や環境対策を行い、感染防止に役立てていただきたい。特に今後の透析施設の新築・増改築の際は感染予防に視野をおいた設計を心掛けることが望まれる。

I 透析室の照明

- 1) 昼間と夜間それぞれの時間帯の適正照度を満たしたように照明設備を用意する。（Level 2 C）
- 2) 穿刺や処置等、部分的に高照度を要する所では、必要に応じて局所照明を併用する。（Level 2 C）
- 3) 室内の装置配置等を考慮し、グレア^{†1}を避けるために必要に応じて間接照明を併用し、照度の調和を図る。（Level 2 C）
†1：視野の中に特にまぶしい光や輝度が大きいものがあると不快感や目の疲労を生じる。このような現象のことをグレアという。

解説

- 1) 昼間と夜間それぞれの時間帯の適正照度を満たしたすように照明設備を用意する。(Level 2 C)
 - 2) 穿刺や処置等, 部分的に高照度を要する所では, 必要に応じて局所照明を併用する。(Level 2 C)
 - 3) 室内の装置配置等を考慮し, グレア^{†1}を避けるために必要に応じて間接照明を併用し, 照度の調和を図る。(Level 2 C)
- 透析室の照明の目的

透析患者は血液透析治療の数時間を透析室で過ごすため, 快適な照明に配慮しなければならないが, 一般病室と同程度ないし, やや明るい照度を要する。また, 医療側からは治療行為や看護が, 清潔かつ安全に行う上で十分な明るさ(診察室に準じ

表1 病院の照度基準 JIS Z 9110 : 2010 (保健医療施設)

	領域, 作業又は活動の種類	Em(lx) 維持照度	Uo 照度 均斉度	UGR _L UGR 制限値	Ra 平均演色 評価数	注記
作業	視診, 救急処置, 分娩介助, 注射, 予防接種, 製剤, 調剤, 技工, 検査	1000	0.7	19	90	
	剖検	500	0.7	19	90	
	窓口業務	500	0.7	19	80	
	包帯交換(病室), ギプス着脱	300	0.7	—	80	
	ベッドの読書	300	0.7	—	80	
診療・検査空間	診療室	500	—	19	90	
	救急室, 処置室	1000	—	19	90	
	手術室	1000	—	19	90	手術部位の照度は, 10000 ~ 100000 lx
	回復室	500	—	19	90	

	領域、作業又は活動の種類	Em(lx) 維持照度	Uo 照度 均斉度	UGR _L UGR 制限値	Ra 平均演色 評価数	注記
	病室	100	—	19	80	
	消毒室、滅菌室、麻酔室	300	—	22	80	
	温浴室、水浴室、運動機械室、物療室	300	—	19	80	
	一般検査室（血液、尿などの検査）、計測室	500	—	19	90	
	生理検査室（脳波、心電図、視力などの検査）	500	—	16	90	
	剖検室、病理細菌検査室、アイソトープ室	500	—	16	90	
	X線室（撮影、操作、読影など）X線透視室、内視鏡検査室、聴力検査室	300	—	19	80	
	眼科暗室	75	—	—	90	0lxまで調光できるものとする
	視機能検査室（眼科明室）	1000	—	19	90	相関色温度は5000K以上で50lxまで調光できることが望ましい。
執務空間	霊安室	500	—	—	90	
	院長室	500	—	19	80	
	研究室、事務室、医局、看護師室、保健師室、薬局	500	—	19	80	
	製剤室、調剤室、技工室、中央材料室	500	—	19	90	

注記 UGR段階とグレアの程度との関係

UGR段階	グレアの程度
28	ひどすぎると感じ始める
25	不快である
22	不快であると感じ始める
19	気になる
16	気になると感じ始める
13	感じられる
10	感じ始める

た照度)を確保する必要がある。

日本工業規格の照度基準¹⁾(JIS Z 9110:2010)に準拠して照明計画を行う。透析室の照明では下記の照度を確保する。参考までに病院の照度基準を表1に示す。

- ① 患者が安静横臥，ないし睡眠をとっている時の照明：
100～200 lx 程度（グレアに配慮）
- ② 患者が読書や TV 観賞する時の照明：150～350 lx 程度
- ③ スタッフの穿刺等処置のための照明：350～500 lx 程度

II 透析室の室内環境

この項では，ゾーニング^{†2}を考慮に入れた透析室の室内環境，換気条件，ベッド配置について述べる。

†2：建築などの設計において，用途などの性質によって空間を区分，区画すること。

1. 室内環境

診療内容別，室内環境の清浄度クラス基準

- 1) 一般透析室，隔離透析室（手洗い場所を含む）：清浄度クラスⅣ（Level 2 E）
- 2) 救命救急センターに附属した透析室：清浄度クラスⅢ（Level 1 E）
- 3) バスキュラーアクセスのための緊急用留置カテーテル等を挿入する場合：清浄度クラスⅣ（Level 1 E）
- 4) 機械室：清浄度クラスⅣ（Level 1 E）

解説

感染防止における清浄度区分は、病院内の機能に応じて清浄度を変えて対応することを言う。表 2²⁾ に日本医療福祉設備協会が作成した病院の機能的区域別の要求される清浄度クラスを示す。

透析室に求められる清浄度は感染防止の観点では、穿刺時や創傷処置時の空気中の浮遊物に由来する落下細菌による感染防止のためである。この意味では、日常の室内や装置の清掃と、清潔操作の徹

表 2 清浄度クラスと換気条件（代表例）²⁾

清浄度クラス	名 称	摘 要	該当室(代表例)	最小換気回数 (回/h)		室内圧 (P: 陽圧) (E: 等圧) (N: 陰圧)	給気最終フィルタ の効率
				外気量 ^{*1}	全風量		
I	高度清潔区域	層流方式による高度な清浄度が要求される区域	バイオクリーン手術室 ^{*2} 感染患者病室 ^{*5}	5 ^{*3} 2	— ^{*4} 15	P P	DOP 計数法 99.97%
II	清潔区域	必ずしも層流方式でなくてもよいが、I に次いで高度な清浄度が要求される区域	一般手術室	3 ^{*3}	15 ^{*6}	P	高性能フィルタ JIS 比色法 98% 以上 (ASHRAE 比色法 90% 以上)
III	準清潔区域	II よりもやや清浄度を下げてもよいが、一般区域よりも高度な清浄度が要求される区域	未熟児室 膀胱鏡・血管造影室 手術手洗いコーナー NICU・ICU・CCU 分娩室	3 3 2 2 2	10 15 6 6 6	P P P P P	高性能フィルタ JIS 比色法 95% 以上 (ASHRAE 比色法 80% 以上)
IV	一般清潔区域	原則として開創状態でない患者が入室する一般的な区域	一般病室 新生児室 人工透析室 診察室 救急外来(処置・診察) 待合室 X 線撮影室 内視鏡室(消化器) 理学療法室 一般検査室 材料部 手術部周辺区域(回復室) 調剤室 製剤室	2 ^{*7} 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	E P E E E E E E E E E E E E E	高性能フィルタ JIS 比色法 90% 以上 (ASHRAE 比色法 60% 以上)

V	汚染管理区域	有害物質を扱ったり、感染性物質が発生する室で、室外への漏出防止のため、陰圧を維持する区域	RI 管理区域室 ^{*9} 細菌検査室・病理検査室 ^{*9} 隔離診察室 ^{*9} 感染症用隔離病室 ^{*9} 内視鏡室(気管支) ^{*9} 解剖室 ^{*9}	全排気 2 2 2 2 全排気	6 ^{*8} 6 12 12 12 12	N N N ^{*10} N N N	中性能フィルタ JIS 比色法 90% 以上 (ASHRAE 比色法 60% 以上)
	拡散防止区域	不快な臭気や粉塵などが発生する室で、室外への拡散を防止するため陰圧を維持する区域	患者用便所 使用済みネン室 汚物処理室 霊安室	— ^{*11} — ^{*11} — ^{*11} — ^{*11}	10 ^{*12} 10 ^{*12} 10 ^{*12} 10 ^{*12}	N N N N	—

*1：換気回数と、一人当りの外気取り入れ量 30 m³/h を比較し、多い値を採用する事が必要である。

*2：本ガイドライン「8.6.5 バイオクリーン手術室の空気環境」を参照すること。

*3：余剰麻酔ガスやレーザメス使用時の臭気を排除するため、10 回/h 以上を要求される場合もある。

*4：吹出し風速を垂直層流式 0.35 m/s、平層流式 0.45 m/s 程度とする。

*5：造血幹細胞移植患者用病室など。

*6：本ガイドライン「8.6.4 一般手術室の空気環境」を参照すること。

*7：各室に便所などを配置した場合、必要排気量によって外気量が決定する事もあるので注意する。

*8：実際に必要な換気量は、放射線物質の種類や量、取り扱い方に対して、有効な希釈量を考慮し決定する。

*9：排気には汚染物質を有効に処理可能な、廃棄処理装置を考慮すること。

*10：空気感染防止の場合。

*11：特に規定しない、各施設の状況により決定する。

*12：排気量を示す。

*日本医療設備福祉設備協会：病院設備設計ガイドライン（空調設備編）（HEAS-02-2013）より引用

底が実際にはより重要となる。

1) 一般透析室、隔離透析室（手洗い場所を含む）：清浄度クラス IV (Level 2 E)

一般透析室、隔離透析室の清浄度は、一般病室や診察室と同程度の清浄度クラス IV が要求される。透析室内の手洗い場所は、スタッフの動線を十分に考慮した場所に設置し、隔離透析室にも設置する必要がある。

2) 救命救急センターに附属した透析室：清浄度クラス III (Level 1 E)

救命救急センターに附属した透析室では、準清潔区域である ICU・CCU と同レベルの清浄度Ⅲが要求される

3) バスキュラーアクセスのための緊急用留置カテーテル等を挿入する場合：清浄度クラス IV (Level 1 E)

バスキュラーアクセスのための緊急用留置カテーテル等を挿入する区域では、局所的な清潔操作と挿入部の清潔維持操作を行えば、一般透析室と同じ清浄度 IV が要求される。

4) 機械室；清浄度クラス IV (Level 1 E)

機械室の清浄度はクラス IV とされるが、超純粋透析液作製のためにはクラス III レベルに改善して、必要な換気や空調（次項参照）を整備することが望ましい。

2. 換気条件

- 1) 一般透析室・隔離透析室（空気感染症以外の場合） 等圧換気，全風量 6 回/h 以上 (Level 1 E)
- 2) 隔離透析室（空気感染症の場合） 陰圧換気，全風量 12 回/h 以上，外気量 2 回/h，原則として全排気とし，前室を設けることが望ましい。(Level 1 E)
- 3) 透析機械室 機器の発熱と臭気への対策として，空調設備と換気設備を設けることが望ましい。(Level 1 E)

解説

- 1) 一般透析室・隔離透析室（空気感染症以外の場合） 等圧換気，全風量 6 回/h 以上 (Level 1 E)

一般透析室の換気条件は一般病室と同程度であり，特別の換気装置を要さない（外気量については表 2 の脚注*1 を参照）。

なお，日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドライン³⁾

(空調設備編) (HEAS-02-2013) によると「一般清潔区域においては、中性能以上のフィルタを使用することが望ましく、感染防止対策上も適切な気流が得られるように、吹出し口と吸込み口の位置関係などを検討しなければならない。」と規定されており、透析室内に清潔区域を設ける場合には適用する必要がある。

2) 隔離透析室 (空気感染症の場合) 陰圧換気, 全風量 12 回/h, 外気量 2 回/h, 原則として全排気とし, 前室を設けることが望ましい。(Level 1 E)

空気感染症 (肺結核など) 患者を収容する隔離透析室は「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第 38 条第 2 項の規定に基づく厚生労働大臣の定める感染症指定医療機関の基準 (平成 11 年 3 月 19 日, 厚生省告示第 43 号)」において, 次のイ)～ト) に掲げる要件を満たす空調設備を有することが必要である。

- イ) 空調設備は, 全外気方式 (屋外の空気のみを給気に用いる方式) のもの又は再循環方式 (病室からの排気の一部を循環させて給気の一部に用いる方式) であって感染症の病原体を第一種病室等 (第一種病室及びこれに隣接する前室) 内に再流入させないために十分な能力を有するフィルタを備えているものであること。
- ロ) 当該病院内の第一種病室等の区域 (以下, 「特定区域」) に対する給気設備は, 当該病院の他の区域に対する給気設備と同一のものとしないこと。
- ハ) 給気設備には, 外部に感染症の病原体を飛散させないために十分な能力を有するフィルタが設置され, 又は空気の逆

流を防止するような機能が設けられていること。

二) 特定区域における排気は、当該病院のそれぞれの第一種病室等ごとに行われるものであること。

ホ) 排気設備には、外部に感染症の病原体を拡散させないために十分な能力を有するフィルタが設置されていること。

へ) 陰圧制御（それぞれの第一種病室等の内部の気圧をその外部の気圧より低くすること）が可能であること。

ト) 特定区域内の換気を十分に行う能力を有すること。

病院設備設計ガイドライン³⁾では感染症用隔離病室にあたり、基本的にこの考えかたに準じて設備を用意する（表2参照）。すなわち、専用の空調設備を設置して室内の空気を循環し、ま

表3 透析部門における各室の条件³⁾*

エリア・部屋	清浄度 クラス	最小風量のめやす		室内圧 P：陽圧 E：等圧 N：陰圧	排 気	室内循環 器の設置 ○：可 ×：否 □：注
		外気量 [回/h]	全風量 [回/h]			
透析室	Ⅳ	2	6	E	—	○
シャント手術室	Ⅱ	3	15	P	—	○
準備室	Ⅳ	2	6	E	—	○
洗浄室・機械室	Ⅳ	2	10	N	全排気	○

エリア・室	温湿度条件				許容騒音レベル [dB(A)]
	夏期		冬期		
	温度 [℃]	湿度 [%]	温度 [℃]	湿度 [%]	
透析室	26	50	23	50	40～45
シャント手術室	26	50	22	50	40～45
準備室	26	50	22	50	45～50
洗浄室・機械室	<28	—	>15	—	50～55

* 日本医療福祉病院設備協会：病院空調設備の設計ガイドライン（空調設備編）（HEAS-02-2013）より抜粋

た周囲より陰圧に保ち、排気は排気処理装置（HEPA フィルタ）を通して行い、周辺環境の汚染を防止する必要がある。医療スタッフの感染防御のため、室内循環送風は常にスタッフの作業側を上流とするなどの配慮も必要である。

3) 透析機械室 機器の発熱と臭気への対策として、空調設備と換気設備を設けることが望ましい。(Level 1 E)

透析機械室は臭気への対策として、表 3³⁾ に準じた換気設備を設けることが望ましい。また、機器の発熱に対して、必要に応じて冷暖房設備を設置する必要がある。換気回数の増加が室内温度制御に影響しないように注意する。

3. ベッド配置の原則^{4), 5)}

- 1) 一般透析室：ベッド間隔を 1 m 以上とる。(Level 1 B)
- 2) 隔離透析室：基本的に 1 室 1 ベッド単独で使用する。
(Level 1 B)

解説

1) 一般透析室：ベッド間隔を 1 m 以上とる。(Level 1 B)

感染防止に配慮すれば、ベッド間隔を十分取るよう配慮しなければならない。米国建築学会の病院設計指針によると「専有面積は 7.2 m^2 またはベッド間隔を 1.2 m とする」となっている。一般病室においても、1.0 m 以上とされている。現在、日本の透析施設におけるベッド間隔は 0.8～1.0 m 程度であろうと推測され、十分とは言いがたい現状である。

従来、透析ベッドの専有面積は、既存の透析室の床面積とそ

ここで治療を行う患者数と装置の数などによって二次的に決まってきた。しかし、ベッド配置は、感染予防や緊急時の対応などを考慮した配置が必要であり、今後、血液透析室の新規設計や増改築などを行う際には適切なベッド配置を取り入れるよう努力すべきである。

ベッド間隔を充分に取ることは、下記のような効果も期待できる。

- ① 患者のプライバシーを保護しやすい。
- ② スタッフの移動が容易となり、緊急時の対応も容易となる。
- ③ 人（患者（既知感染の有無）・医療従事者・見舞い客・出入り業者）の動線と物（清潔物・不清潔物・廃棄物）の動線を明らかにし、不潔物と清潔物が交わらない配置（ゾーニング）を設定できる。
- ④ 隣接するベッドの患者処置を行う前に手洗いをするようになるなど、感染予防に対する医療スタッフの意識レベルに微妙な影響を与える効果が期待できる。

2) 隔離透析室：基本的に1室1ベッド単独で使用する。

(Level 1 B)

空気感染のみでなく、飛沫感染でも接触感染でも、感染防止のために患者の隔離が必要な場合には、個室隔離が原則である。空気感染の場合は既述のように室内陰圧の換気設備がある個室となる。

透析施設では、インフルエンザの流行時などに複数の患者がでた際に全員を個室隔離することができない。その場合空間的・時間的隔離とカーテンあるいはスクリーンによる遮蔽で代用する必要がある。

III 透析用原水管理，供給装置・コンソール・配管の洗浄消毒

ここでは透析用原水の管理，供給装置・コンソール・配管の洗浄消毒についてのべる。透析関連機器に関しては，感染予防の外装消毒等は第3章で述べられている。

1. 透析用原水

- 1) 透析用原水は，水道水のみを使用する施設は基準値が担保されているとみなし，水質基準を免除する。ただし自施設が供給を受ける水道事業者に対して最新水質データの開示を要請し，文書として保管する。(Level 1 E)
- 2) 水道水以外の原水を単独または併用する施設では水質の確認を水道法に定める水質検査計画に則り検査をおこない，水質基準を担保する。(Level 1 E)

解説

- 1) 透析用原水は，水道水のみを使用する施設は基準値が担保されているとみなし，水質基準を免除する。ただし自施設が供給を受ける水道事業者に対して最新水質データの開示を要請し，文書として保管する。(Level 1 E)
- 2) 水道水以外の原水を単独または併用する施設では水質の確認を水道法に定める水質検査計画に則り検査をおこない，水質基準を担保する。(Level 1 E)

水道水，地下水などを問わず水道法（昭和32年法律第177号）による水質基準（厚生労働省第101号，平成16年4月1

日施行)を満たすこととする。化学物質などについては高額な検査費用がかかることから供給を受けている浄水場で公開されている水質データの確認があれば、透析用水の水質検査は割愛可能である。水質の確認は年1回以上測定を行い、結果を文書で保存する。

2. 透析用水（透析液希釈水）

- 1) 透析用水（RO 水等）は細菌学検査とエンドトキシン検査を月に一度行う。（Level 1 A）
- 2) その結果により洗浄消毒回数の増加や洗浄消毒方法を変更するなど、水質の維持に努める。（Level 1 B）

解説

- 1) 透析用水（RO 水等）は細菌学検査とエンドトキシン検査を月に一度行う。（Level 1 A）
- 2) その結果により洗浄消毒回数の増加や洗浄消毒方法を変更するなど、水質の維持に努める。（Level 1 B）

最近では、装置内部の消毒用の洗浄剤が多く発売されている。次亜塩素酸系、過酢酸系、熱湯、クエン酸系等、装置に応じた洗浄消毒剤を選択する。

3. 透析用水の配管

- 1) 透析用水の配管は成分溶出がない材質を用い、細菌汚染巢となりうる構造、例えば盲端配管やジョイント、未使用分岐管

などのデッドスペースを避けた設計を心がけるべきである。

(Level 1 B)

- 2) できれば数年毎に交換可能な配管を更新することが望ましい。

(Level 1 B)

解説

- 1) 透析用水の配管は成分溶出がない材質を用い、細菌汚染巣となりうる構造、例えば盲端配管やジョイント、未使用分岐管などのデッドスペースを避けた設計を心がけるべきである。

(Level 1 B)

(公社)日本臨床工学技士会の透析清浄化ガイドライン Ver. 2.01 において、デッドスペースなどの配管内面の流れがよどんだ部分にバイオフィームが形成されやすいと示されている⁶⁾。

- 2) できれば数年毎に交換可能な配管を更新することが望ましい。

(Level 1 B)

透析施設の新築・増改築の際は配管を数年毎に交換できるように設計を心がけるべきである。

4. RO 装置および RO 水の透析装置への配管の消毒

- 1) 透析用水を生成する逆浸透水システムは初期抜水機構を備えた装置が望ましい。(Level 1 B)

- 2) できれば月に一度以上、装置に適した洗浄消毒剤もしくは熱湯を用いて洗浄消毒することが望ましい。(Level 1 B)

- 3) 各透析装置に供給する配管は毎日洗浄消毒する。

(Level 1 A)**解説**

最近の逆浸透水システムは初期排水機構を備えた装置が多くなっている。

最近は週1回の熱湯消毒と透析終了時に洗浄消毒剤の封入を行っている施設が増えている。配管の毎日の洗浄消毒は、清浄化のみでなく感染対策の意味においても必ず行うべきである。

5. 透析液水質基準

- 1) 標準透析液の生物学的汚染管理基準は ET 活性値：0.050 EU/mL 未満，生菌数：100 CFU/ml 未満（Level 1 B）
- 2) 検査頻度：月一回以上測定，1年で全台実施することが望ましい。（Level 1 E）
- 3) 透析液に明らかな微生物学的汚染等異常な状態が認められる場合には適切な対処をすること。（Level 1 B）

解説

ダイアライザの機能区分 IV 型，V 型を使用している施設では，標準透析液の基準では不十分で，超純粋透析液の基準（ET 活性値：0.001 EU/L 未満，生菌数：0.1 CFU/mL 未満）を満たすことが要求される。

6. ダイアライザ接続部ジョイントカプラー

- 1) コンソールのダイアライザ接続部ジョイントカプラーの O リング近傍は細菌繁殖が起こる可能性があるために定期的に取外し洗浄消毒を行う。(Level 1 B)
- 2) 可能であればジョイントレスカプラーとすることが望ましい。(Level 1 B)

解説

最近発売されている装置はジョイントレスカプラーを装備している装置が増えている。

参考文献

- 1) 日本規格協会：JIS Z 9110：2010 照明基準規則，13-14，2010.
- 2) 病院の機能的区域別の要求される清浄度クラスと換気条件：日本医療福祉設備協会：病院設備設計ガイドライン（空調設備編）（HEAS-02-2013）.
- 3) 病棟部門の各室の条件－② [ICU・CCU（冠疾患）他]：日本医療福祉設備協会：病院設備設計ガイドライン（空調設備編）（HEAS-02-2013）.
- 4) 渡邊有三：なぜ？ どうして？ エビデンスから学ぶ透析療法 合併症管理 感染症対策，透析ケア 16：1124-1125，2010.
- 5) 芝本 隆：透析室の環境設備 院内感染も含めて 血液透析スタッフの作業動線から考える透析室とは，臨牀透析 20：1063-1068，2004.
- 6) 透析清浄化ガイドライン Ver. 2.01（公社）日本臨床工学技士会透析液等安全委員会，2014，<http://www.ja-ces.or.jp/ce/wp-content/uploads/2013/03/72ca45279a884falf4faa647058754f5.pdf>

第5章 各種感染症患者に対する感染予防

I B型肝炎ウイルス（HBV）、C型肝炎ウイルス（HCV）

- 1) 透析患者では無症状であっても月に1回以上は血清トランスアミナーゼの検査を行うことが望ましい。（Level 2 C）
- 2) 透析導入時および転入時は HBs 抗原，HBs 抗体，HBc 抗体，HCV 抗体の検査を行うことを推奨する。（Level 1 C）
- 3) HBs 抗原陽性患者には HBe 抗原，HBe 抗体，HBV DNA 検査を，HCV 抗体陽性患者には HCV RNA 検査を行うことを推奨する。（Level 1 C）
- 4) HBs 抗原陰性患者でも HBs 抗体または HBc 抗体陽性であれば既往感染者と診断し HBV DNA の検査を行うことを推奨する。ただし，HB ワクチン接種による HBs 抗体単独陽性例は除外する。（Level 1 B）
- 5) 透析患者は6カ月に1回は HBs 抗原，HBs 抗体，HBc 抗体，HCV 抗体の検査を行うことを推奨する。（Level 1 C）
- 6) 明らかな原因もなく血清トランスアミナーゼが上昇した場合は，B型急性肝炎の検査として IgM-HBc 抗体，HBs 抗原，HBs 抗体，HBc 抗体，C型急性肝炎の検査として HCV RNA の検査を行い，急性肝炎が疑われる場合は肝臓内科専門医へのコンサルテーションを行うことを推奨する。（Level 1 C）
- 7) 透析施設において HBV および HCV の感染を予防するためのマニュアルを作成すること，これに基づくスタッフ教育および厳格な感染コントロール手順を実施することを推奨する。

(Level 1 B)

- 8) HBV 感染患者は個室隔離透析，隔離が不可能な場合はベッド固定，専用の透析装置や透析関連物品の使用を行うことを推奨する。(Level 1 A)
- 9) HCV 感染患者はベッド固定，専用の透析装置や透析関連物品の使用を行うことを推奨する。(Level 1 A)

※HBs 抗原，HBs 抗体，HBc 抗体の検査は高感度の測定系である CLIA 法，CLEIA 法，ECLIA 法を，HCV 抗体の検査は第2世代または第3世代のアッセイ系を推奨する。HBV DNA および HCV RNA 検査を施行する場合，測定レンジが広く感度の高いリアルタイム PCR 検査を推奨する。

解説

- 1) 透析患者では無症状であっても月に1回以上は血清トランスアミナーゼの検査を行うことが望ましい。(Level 2 C)

透析患者の血清トランスアミナーゼ (aspartate aminotransaminase AST・alanine aminotransferase ALT) は腎機能正常者より低値を示すことから，腎機能正常者の基準値が使用できない。ただし，透析患者でも肝炎の患者は肝炎ではない患者より血清トランスアミナーゼは高値である^{1), 2)}。したがって，血清トランスアミナーゼが突然上昇した場合，それが基準値内の変動であっても，肝炎の新規発症や肝炎の増悪の可能性を常に考慮する必要がある。

透析患者における血清トランスアミナーゼの測定頻度に関してのエビデンスはない。しかし，透析患者では月に1回以上は

定期検査として血液検査を施行していることから、定期検査の際に血清トランスアミナーゼを測定することが望ましい。

2) 透析導入期および転入時は HBs 抗原, HBs 抗体, HBc 抗体, HCV 抗体の検査を行うことを推奨する。(Level 1 C)

HBV 感染患者および HCV 感染患者の管理・治療を行うため、および透析施設での感染を予防するために、患者の肝炎感染の有無を把握することが重要である。

HBV キャリアの診断には HBs 抗原が最も重要であり、HBs 抗原陽性であれば現在 HBV に感染していることを示している。HBs 抗体は HBs 抗原に対する中和抗体として HBV に対する感染防御機能を持っている。HBs 抗体が陽性であることは過去に HBV 感染の既往があるか、または HB ワクチン接種を受けたことを示している。既往感染者は HBc 抗体陽性であるが、HB ワクチン接種による HBs 抗体陽性者は HBc 抗体陰性である。HBc 抗体が陽性であることは、過去に HBV 感染したことがあるか、現在も HBV に感染しているかのどちらかである。HBs 抗原陰性で HBc 抗体陽性の場合は HBs 抗体の有無に関わらず HBV の既往感染であることを示す³⁾。

HCV 抗体が陽性であるということは過去に HCV 感染したことがあるか、現在も HCV に感染しているかのどちらかである。

3) HBs 抗原陽性患者には HBe 抗原, HBe 抗体, HBV DNA 検査を, HCV 抗体陽性患者には HCV RNA 検査を行うことを推奨する。(Level 1 C)

HBs 抗原陽性患者は HBV キャリアであるため、活動性の評価として HBe 抗原, HBe 抗体, HBV DNA 検査を施行する。HBe 抗原は HBV 増殖を反映するマーカーであり、陽性者では

HBV の増殖が盛んである。HBe 抗体が陽性化し HBe 抗原が陰性にセロコンバージョンすると、ほとんどの場合はウイルス量が低下して肝炎が沈静化する。HBV DNA 量は病態の把握や予後予測、治療適応や治療効果判定に用いられる³⁾。

HCV 抗体陽性は、現在 HCV に感染している（HCV キャリア）と過去に HCV に感染し治癒した（感染既往）とに大別され、現在の感染状態を評価するためには HCV RNA 検査を施行する必要がある。

※ HCV 血症の診断方法について

リアルタイム PCR 法導入以前の HCV 血症の診断には、HCV RNA 検査としてアンプリコア法が用いられ、定性法と定量法とに分けて測定する必要があった。一方、リアルタイム PCR 法では定性法と定量法を兼ねており、測定感度も著しく向上している。また、HCV コア抗原の測定感度はアンプリコア法の定量と同程度であり、リアルタイム PCR 法の感度と比較して、ウイルス血症の有無判定の測定感度は低い。実際に従来のアンプリコア法で HCV RNA 陰性と診断されていた検体が、リアルタイム PCR 法では陽性と診断される事例が確認されている。したがって、このガイドラインでは HCV RNA 検査の方法として、リアルタイム PCR 法を推奨した。

- 4) HBs 抗原陰性患者でも HBs 抗体または HBc 抗体陽性であれば既往感染者と診断し HBV DNA の検査を行うことを推奨する。ただし、HB ワクチン接種による HBs 抗体単独陽性例は除外する。（Level 1 B）

透析患者では免疫抑制剤を使用していない場合でも、HBs 抗原陰性かつ HBs 抗体または HBc 抗体陽性の既往感染者の中

に、HBV DNA 陽性の HBV キャリアが存在することが報告されている^{4),5)}。したがって、既往感染者と考えられる HBs 抗体または HBc 抗体陽性の患者には HBV DNA の検査を行うことを推奨する。ただし、HB ワクチン接種による HBs 抗体単独陽性例は除外する。

- 5) 透析患者は 6 カ月に 1 回は HBs 抗原, HBs 抗体, HBc 抗体, HCV 抗体の検査を行うことを推奨する。(Level 1 C)

透析患者では HBV および HCV の新規感染率が高いことが報告されているが、肝炎の活動性を評価する血清トランスアミナーゼが低値であるため新規の感染を発見することが困難である。C 型急性肝炎患者を対象に腎機能正常者と透析患者を比較した研究では、急性肝炎を診断する場合、腎機能正常者では ALT の上昇が診断に有効であったが、透析患者では ALT が低値であるため HCV 抗体の陽転化が診断に有効であったことが報告されている⁶⁾。このため定期的な肝炎ウイルスマーカーの検査を行い新規感染の有無を評価することは患者の管理や治療、透析施設の感染対策を行うために重要である。

- 6) 明らかな原因もなく血清トランスアミナーゼが上昇した場合は、B 型急性肝炎の検査として IgM-HBc 抗体, HBs 抗原, HBs 抗体, HBc 抗体, C 型急性肝炎の検査として HCV RNA の検査を行い、急性肝炎が疑われる場合は肝臓内科専門医へのコンサルテーションを行うことを推奨する。(Level 1 C)

B 型急性肝炎が疑われる場合、HBs 抗原, HBs 抗体, IgM-HBc 抗体, HBc 抗体の検査を行う。急性肝炎の診断には HBs 抗原と IgM-HBc 抗体の検査を同時に行う。以前から HBs 抗原が陽性であった患者の場合はキャリアからの急性増悪と診断し、

以前の HBs 抗原が陰性であった患者の HBs 抗原が陽性化した場合は急性肝炎と診断する。ただし、急性肝炎では早期に HBs 抗体が陽性化し HBs 抗原が陰性化する場合があります。HBs 抗原が陰性でも IgM-HBc 抗体を確認する必要がある。急性肝炎では IgM-HBc 抗体が高力価の陽性、HBc 抗体は低力価の陽性であり、キャリアの急性増悪では、IgM-HBc 抗体は低力価の陽性、HBc 抗体は高力価の陽性であることが多い。IgM-HBc 抗体が陽性で急性感染またはキャリアからの急性増悪と診断した場合、病態の評価として HBe 抗原、HBe 抗体、HBV DNA 検査を施行する³⁾。

C 型急性肝炎が疑われる場合、HCV RNA の検査を行う。HCV には初期感染を示す IgM 型抗体の検査はなく、HCV 抗体が陽性化するまでのウィンドウ期が存在することから、C 型急性肝炎を疑う場合は HCV RNA の検査を施行する必要がある¹⁾。

- 7) 透析施設において HBV および HCV の感染を予防するためのマニュアルを作成すること、これに基づくスタッフ教育および厳格な感染コントロール手順を実施することを推奨する。
(Level 1 B)

Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) の報告では、透析施設での HBV の有病率は 3.3%、新規感染率は 1.2%/年および HCV の有病率は 19.9%、新規感染率は 3.1%/年と非常に高率である。しかし、HBV は 78.1% の施設で、HCV は 55.6% の施設で年間の新規感染は 0% であり、施設により新規感染率に差があることが報告されている^{7), 8)}。このなかで HBV 患者に対する診療プロトコルがあるかどうかが新

規感染率を低下させる重要な要因であることが示されている。また、HCV 有病率と新規感染率には強い相関関係があり、有病率の低下には高度熟練スタッフ（2年以上の正式な訓練を受けた経験）が多い施設ほど有病率が低いことが報告されている。HBV および HCV の新規感染を予防するためには、施設環境に対応した実践可能なエビデンスに基づく感染対策マニュアルを作成し、徹底したスタッフの教育を行い、感染対策を実践することが重要である。

- 8) HBV 感染患者は個室隔離透析、隔離が不可能な場合はベッド固定を行い、専用の透析装置や透析関連物品の使用を行うことを推奨する。（Level 1 A）

HBV は室温で最低7日間は環境表面に存在することが可能であり、透析装置や鉗子などから HBs 抗原が検出されることが報告されている^{9),10)}。定期的な清掃や消毒が行われていない透析装置や透析関連物品がリザーバーとなり、透析スタッフの手指、透析関連物品から新規感染やアウトブレイクを引き起こす可能性がある。HBs 抗原陽性患者および HBs 抗原陽性患者が使用した器具を隔離することで、患者間の HBV 感染を減少させることができることが報告されている¹¹⁾。したがって、HBV 感染患者は個室隔離透析、隔離が不可能な場合はベッド固定を行い、専用の透析装置や透析関連物品の使用を行うことを推奨する。

HBV 感染患者の個室隔離またはベッド固定は、HBs 抗原陽性患者および、HBs 抗原陰性かつ HBs 抗体または HBc 抗体陽性の既往感染者で HBV DNA 陽性の HBV キャリア患者を対象とする。この HBs 抗原陰性キャリア患者は、HBs 抗原陰性で

あるがHBV DNA 陽性であり，感染媒体となる可能性があるため感染対策を行うことを推奨する^{4), 5)}。

※HBV 感染患者のベッド固定を行う場合は，HBV 感染者を透析室の隅に配置，その周囲にHBs 抗体陽性患者（既往感染者またはワクチン接種者）を配置して，その外側にHBs 抗体陰性である非感染患者を配置する。

9) HCV 感染患者はベッド固定，専用の透析装置や透析関連物品の使用を行うことを推奨する。（Level 1 A）

国内のHCV 抗体陽転化率は2000年から2001年が2.2%，2006年から2007年が1.0%と減少しているもののいまだに高率であり，厳格なHCV 感染対策が必要と考えられる^{12), 13)}。また，国内ではHBVだけではなく，HBVより感染力の弱いとされるHCVのアウトブレイクが多数報告されており，これらは静脈注射製剤の共用が原因とされる事例，原因不明の事例であった。これらの透析施設では日常的な作業の不備や感染対策の徹底不足が報告書で指摘されている^{14)~18)}。米国でもHCVのアウトブレイクが多数報告されており，静脈注射製剤の共用以外に，感染者と非感染者の透析装置の共用が危険因子となったことが指摘されている^{19), 20)}。このような新規感染を予防するために，HCV患者の固定や隔離を行うことにより新規感染率が減少したことが，国内外から報告されている^{21)~26)}。実際にHCVのアウトブレイクが報告されていること，新規感染率の高率な施設が存在すること，HCV患者の固定や隔離により新規感染率が減少したと報告されていることから，HCV感染患者はベッド固定，専用の透析装置や透析関連物品の使用を行うことを推奨する。

※HCV 感染患者のベッド固定は HCV RNA 陽性であるキャリア患者を対象とする。ただし、抗ウイルス療法中の HCV RNA 陰性患者や抗ウイルス療法後 24 週未満の HCV RNA 陰性患者は感染対策の対象となる。抗ウイルス療法後 24 週以降に SVR を確認し感染対策を解除する。

II HIV (human immunodeficiency virus)

- 1) HIV 陽性患者の透析実施時、患者を個室隔離する必要はない。
(Level 1 A)
- 2) 透析スタッフは、HIV 陽性患者に透析を実施する際、標準予防策による対応でよい。(Level 1 B)
- 3) 透析導入時や他院からの転入時には、患者の同意を得て、HIV スクリーニング検査を実施することが望ましい。
(Level 2 B)
- 4) 透析用器材の消毒と医療廃棄物の処理は、標準予防策にしたがって処理すればよい。(Level 1 A)
- 5) HIV 陽性患者の針刺しによる感染リスクは曝露後の対策を行わなくても 0.3% と低率であり²⁷⁾、曝露時には HIV 汚染対策フローチャートに従って迅速に対応すればよい²⁸⁾。
(Level 1 A)
- 6) HIV 曝露に備え、最低限の抗 HIV 薬（予防内服薬）を備蓄しておくことが望ましい。(Level 2 C)

解説

- 1) HIV 陽性患者の透析実施時、患者を個室隔離する必要はない。

(Level 1 A)

HIV は、血液による媒介、性的接触、注射その他の医療行為、あるいは出血を伴う民間療法、刺青などにより感染するので水平感染する可能性がある。しかし、HIV の感染力は弱く（hepatitis B virus の約 1/50）、加熱や消毒により容易に不活化されるため、通常、透析施設内における患者間での伝播の可能性は低く、一部の発展途上国を除き透析施設内での患者間水平感染は報告されていない²⁹⁾。したがって、一般病院や市中の維持透析施設でも HIV 陽性患者の維持透析は十分可能であり、本ガイドラインに記載されている標準感染予防策と血液媒介感染予防策を遵守して透析を実施していれば透析ベッドの固定、個室隔離の必要はない²⁸⁾。心理的側面から、各施設の判断として透析ベッドやマンシェット、血圧計、筆記具、バインダー等を専用としてもよい²⁸⁾。

2) 透析スタッフは、HIV 陽性患者に透析を実施する際、標準予防策による対応でよい。 (Level 1 B)

- ① 血液透析：穿刺時には必ず 2 名のスタッフで対応する。接続部はロック式の血液回路を使用し、採血・輸血・輸液時に金属針を用いない。ディスポーザブルのマスク、未使用の手袋、非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン、フェースシールドマスクまたはゴーグルを着用する。透析終了時、抜針後の止血を未使用のディスポーザブルの手袋を着用して確実に行う²⁸⁾。しかし、繁忙時にはこれらの予防策が徹底されないことがあり、穿刺操作や返血操作の際に HIV 汚染した手袋のまま次の処置や装置のパネル操作に移りかねないので、他の患者やスタッフへの汚染を防ぐ意味でも、厳格な対応は

必要である。返血操作を1名で行う場合には、装置の操作を終えてから血液回路の操作と抜針処置を行って、手袋からの2次汚染を防止する。HIV 陽性血液が付着した部位および手袋で触れた部位（可能性のある部位も含む）は、新たなディスポーザブル手袋を着用して500～1,000 ppm（0.05～0.1%）次亜塩素酸ナトリウム液で清拭消毒した後、水拭きを行う。視認できる血液付着の場合、消毒前にまずペーパータオルやディスポクロス等で物理的除去を行うことが重要である（第3章「標準的洗浄・消毒・滅菌」参照）。

- ② CAPD：排液中には HIV が存在している可能性があり^{30～32}，取り扱う際には、ディスポーザブルのマスク，未使用の手袋，非透水性ガウンまたはプラスチックエプロン，フェースシールドマスクまたはゴーグルを着用する。①②いずれの場合も患者のプライバシー保護には注意を払う。

3) 透析導入時や他院からの転入時には、患者の同意を得て、HIV スクリーニング検査を実施することが望ましい。（Level 2 B）

HIV のスクリーニング検査は有用である。HIV 陽性の維持透析患者の増加が予想されることより、HIV 陽性かどうかを管理上、確認しておく必要がある^{33～35}。医療従事者も患者自身も HIV 感染に気づかず維持透析を続けていたケースや、末期腎不全に到りシャント造設直前の検査で初めて HIV 陽性が判明したケースが存在する。スクリーニング検査により HIV 感染が早期診断できれば、抗 HIV 治療を適切な時期に導入できる上に、パートナーへの伝播を未然に防ぐことも可能となる。職員への曝露が発生した場合にも、感染予防のための曝露後予防内服を遅滞なく開始できるメリットがある。

しかし、HIV 陰性維持透析患者やスタッフに対する HIV 抗体の定期的サーベイランスは、ハイリスク群（男性同性愛者など）でない限り必要ない。スクリーニング検査は、感度は高いが偽陽性の可能性がありうることで、感染した直後には陽性とならない偽陰性期間が存在すること、保険審査で査定される可能性があることを承知しておく必要がある。

4) 透析用器材の消毒と医療廃棄物の処理は、標準予防策にしたがって処理すればよい。(Level 1 A)

標準的洗浄・消毒・滅菌方法は第3章に詳述されている通りであり、基本的には HIV もこれに従えばよい（第3章「標準的洗浄・消毒・滅菌」参照）。HIV は消毒薬や加熱に対する抵抗性が低く、次亜塩素酸ナトリウム、過酢酸、消毒用エタノール、70% イソプロパノール、ポビドンヨードで消毒可能である²⁸⁾。また、通常の患者同様、血液や体液が付着した物品は感染性廃棄物、針やメスなどの先端が鋭利な器材は耐貫通性容器に廃棄する²⁷⁾。透析装置外装は、表面を洗剤あるいは洗浄剤で拭き、付着した有機物や汚れを除去する。その後、500～1,000 ppm (0.05～0.1%) 次亜塩素酸ナトリウムで清拭消毒する。消毒後は水拭きする。医療用器材については、ウォッシャーディスインフェクターを使用した洗浄＋熱水消毒が望ましいが、中性洗剤または酵素洗浄剤を用いて十分に予備洗浄後、0.1% 次亜塩素酸ナトリウム溶液に 30 分間浸漬して消毒してもよい^{28), 36)}。

リネンは患者ごとに交換する。リネン類が血液汚染した場合には水溶性ランドリーバッグ等に密封し、熱水消毒 (80℃, 10 分) するのが望ましい。リネンが非耐熱性素材の場合、まず微温湯で洗浄した後にすすぎの段階で、100～200 ppm (0.01～

0.02%) 次亜塩素酸ナトリウム溶液で5分間浸漬処理するか、または1,000 ppm (0.1%) 次亜塩素酸ナトリウム溶液に30分～1時間浸漬したのちに洗濯を行う。外部委託を行っている場合には、病院内できちんと消毒後に委託する。

- 5) HIV 陽性患者の針刺しによる感染リスクは曝露後の対策を行わなくても0.3%と低率であり²⁷⁾、曝露時にはHIV 汚染対策フローチャートに従って迅速に対応すればよい²⁸⁾。(Level 1 A)

HIV 感染患者透析医療ガイドライン²⁸⁾にHIV 汚染対策フローチャートや病院関係者(担当責任者)の対応、曝露後予防内服の考え方、曝露後対応に関する検索サイトや各地域の拠点病院が示されている。①曝露部位を大量の流水と石けん(眼球・粘膜への曝露の場合は大量の流水のみ)で十分に洗浄する^{28), 37)}。②管理責任者に報告し、必要な血液検査を行う。③対象者が女性で妊娠の可能性がある場合、妊娠反応もチェックする。④曝露後、抗HIV薬の予防内服が必要と判断されれば迅速(数時間以内)に内服を開始する。予防内服薬の基準は、エイズ治療・研究開発センターのホームページに示されているほか³⁷⁾、米国公衆衛生局(United States Public Health Service)ガイドラインでも公表されているが³⁸⁾、HIV 感染患者が通院している病院の感染症科医に直接連絡し、相談することが最善である。適切な曝露後予防内服を行うことにより、感染確率をほぼゼロにすることができると考えられている²⁷⁾。

- 6) HIV 曝露に備え、最低限の抗HIV薬(予防内服薬)を備蓄しておくことが望ましい。(Level 2 C)

HIV 感染者を取り扱っている透析施設では、万が一の曝露に備えて、抗HIV薬(予防内服薬)を備蓄しておくことが望

ましいが、各都道府県にブロック拠点病院や中核拠点病院が定められているので²⁸⁾、緊急連絡先（連絡医）と連絡を取り、事前に予防薬入手から内服までの手順などを打ち合わせておけば、休日や夜間でも安心である。本邦では、HIV 感染者診療時の針刺しなどの曝露に対して、予防内服薬の費用に労災保険が適用される。

各透析医療施設で透析環境や医療事情が異なるため、HIV 陽性透析患者を受入れる施設では、事前に紹介病院の感染症科医、透析医と相談して、独自の曝露時対応マニュアルとフローチャートを作成しておくことを推奨する。被汚染者のプライバシーには十分配慮し、HIV のみでなく HBV や HCV の合併伝播にも配慮して対応しなければならない。

III HTLV-1 (human T-lymphotropic virus type 1 : ヒト T リンパ球向性ウイルス 1 型)

HTLV-1 は ATL (Adult T-cell leukemia, 成人 T 細胞性白血病・リンパ腫) および HAM (HTLV-1 Associated Myelopathy, HTLV-1 関連脊髄症) の原因ウイルスである。ただし感染した場合でもこれらの生涯発症リスクは極めて低く、それぞれ 2.5~5%, 0.3~2.0% 程度であり、多くは無症状のまま経過する³⁹⁾。感染から発症までの潜伏期間が長いこと、成人後の感染例からの ATL の発症率は極めて低いと考えられている。最近の調査 (2006~2007 年度) では、南九州、南四国を中心に約 108 万人のキャリアが存在すると推定されている。近年、関東地方など大都市圏での増加がみられ、全国に拡散する傾向があることが指摘されている⁴⁰⁾。

- 1) 標準予防策を行う。特別な感染対策は不要である。
(Level 1 A)
- 2) HTLV-1 抗体陽性者の体液による針刺し，あるいは粘膜への曝露があった場合には，曝露直後，1, 3, 6, 12 ヶ月後に HTLV-1 抗体検査を実施する。(Level 1 B)
- 3) 透析患者を対象とした HTLV-1 抗体のスクリーニング検査は不要である。(Level 1 B)

解説

- 1) 標準予防策を行う。特別な感染対策は不要である。(Level 1 A)

感染経路としては，(1) 母子感染，(2) 性行為感染，(3) 輸血感染，(4) 汚染注射器による感染が知られている。感染はウイルスに感染した白血球を介してのみ起こり，血漿成分には感染性がないため，血液を介した感染リスクも他の血液媒介感染症である HBV，HCV，HIV に比べて著しく低い。感染性をもつウイルス感染白血球についても，乾燥・熱・洗剤等で簡単に死滅するため，衣服，食器，医療器具などを介した感染のリスクもないと考えられている。実際の感染リスクについては，感染者の全血が少なくとも 1 単位 (200 mL) 輸血された場合で，64.4% に感染が成立した報告がある⁴¹⁾。1986 年のスクリーニング開始以降，輸血による感染事例の報告例はない⁴²⁾。

- 2) HTLV-1 抗体陽性者の体液による針刺し，あるいは粘膜への曝露があった場合には，曝露直後，1, 3, 6, 12 ヶ月後に HTLV-1 抗体検査を実施する。(Level 1 B)

HTLV-1 抗体陽性の体液汚染があった場合には，曝露直後，

1, 3, 6, 12 ヶ月後に HTLV-1 抗体検査を実施する⁴³⁾。万一、抗体陽性となった場合には、専門医の指示を受ける。

3) 透析患者を対象とした HTLV-1 抗体のスクリーニング検査は不要である。(Level 1 B)

上述のように、キャリアからの経皮曝露による感染リスクはほとんどゼロと考えられること、また有効な曝露後予防策もないことから、感染対策上の観点からすべての透析患者を対象に HTLV-1 抗体のスクリーニングを実施する意義は乏しい。ただし、居住区や患者背景等により HTLV-1 感染リスクが高いと判断される場合には、施設の判断で HTLV-1 抗体検査を検討してよい。母子感染予防の観点から、厚生労働省は平成 22 年 10 月の通達で、妊婦の健康診査項目として HTLV-1 抗体検査を追加している⁴⁴⁾。

IV 多剤耐性菌 (MRSA・VRSA・VRE・MDRP・MDRA・ESBL 産生菌など) およびクロストリディウム・ディフィシル (*Clostridium difficile*)

- 1) 多剤耐性菌感染症患者および保菌者、クロストリディウム・ディフィシル感染症患者には原則個室隔離が望ましい。透析室内でも接触感染予防策を行う。(Level 1 A)
- 2) 透析室入室前に患者の状態を見分け、飛沫が生じる状況にも適切に対処する。(Level 1 A)
- 3) 患者が透析室を利用した後、すぐに環境を整備する。(Level 1 B)

解説

- 1) 多剤耐性菌感染症患者および保菌者，クロストリディウム・デ
ィフィシル感染症患者には原則個室隔離が望ましい．透析室内
でも接触感染予防策を行う．（Level 1 A）

- ① この節の対象病原性微生物とその略称：感染症法で報告義務のある多剤耐性菌感染症は，定点報告のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）・多剤耐性緑膿菌（MDRP）・多剤耐性アシネトバクター（MDRA），全数報告のバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）・バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）である．MRSAを除くこれら報告の対象菌より，基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ（ESBL）産生菌・AmpC型 β -ラクタマーゼ産生菌・メタロ β -ラクタマーゼ産生菌などの β -ラクタマーゼ産生菌や2剤耐性緑膿菌のほうが分離頻度も高く臨床上対策が必要とされる．またクロストリディウム・ディフィシルによる消化管感染症も，診断・治療により感染症が制御されるまでの対策は同様であり，この節に含めた．
- ② 接触予防策^{45), 46)}の必要性が透析患者で高い理由：透析患者の死因第二位の感染症の内訳は，肺炎が47%，敗血症が42%である⁴⁷⁾．MRSAが起因菌で最も多く3割を占め，その制御が感染症死の低減に直接つながる．長期保菌者が存在し，発症の相対危険度は非保菌者の11倍に及ぶ⁴⁸⁾ため，新たな保菌者を作らない事が重要となる．

自立し比較的健康な外来通院の保菌者でコントロール不能な便や分泌物が無い場合には，標準予防策のみでよいとする意見もある^{46), 49)}．しかし，耐性菌の対策には接触予防策が必要であり，保菌者による透析室使用直後にも環境整備を行

う^{45), 46)}. (Level 1 A)

- ③ 個室隔離：耐性菌陽性者の個室隔離は感染対策として有効である (Level 1 A). 行政指導⁵⁰⁾や、国内発症のない VRSA などの新興感染症や、各施設の取り決めで隔離対象とされている菌の場合に、個室隔離は必須である (Level 1 E). また個人の衛生習慣が乏しい場合や伝播予防策への協力が期待できない場合には個室隔離の方が良い⁴⁵⁾場合がある.

しかし、隔離透析用のベッドを用意できないことが、多剤耐性菌に感染した患者の透析を拒否する理由にはならない.

- 2) 透析室入室前に患者の状態を見分け、飛沫が生じる状況にも適切に対処する. (Level 1 A)

鼻腔内保菌者が急性上気道感染症を発症した場合、湿性分泌物が増加することで、感染力が増大しうる⁵¹⁾. 入室前に状態を観察し判断する. 咳エチケットとしてマスクの着用のみでは不十分と考えられる気道症状 (持続する咳、大量の喀痰・鼻汁など) や、腸炎/カテーテル (血管・尿・ドレナージ) 関連感染/高度の皮膚感染などで管理不能な体液による汚染⁴⁵⁾があり事後の環境整備のみで不十分と想定されるような場合には、液体の拡散を防ぐために、つい立やビニールシートなどで対応する.

- 3) 患者が透析室を利用した後、すぐに環境を整備する.

(Level 1 B)

個室隔離しない場合、透析するベッドの位置を管理して接触予防策で対応する. 透析室利用後すぐに環境整備して原状に復帰し、感染のない患者と同じ空間で透析する. (Level 1 B)

以下の多くは経験則からの推奨であるが、隔離設備を持たない透析専門施設やアウトブレイク発生後の対処に難渋した場合

には有用と思われる。(Level 2 C)

- ① ベッド位置：透析室入退室時・透析離脱時の移動，透析後の原状復帰や汚物の廃棄動線を考慮して最善の場所を選択する。耐性菌陽性者その他の患者はベッドの間隔を1 m以上あけ，隣接するベッドで透析を行わない。あるいは患者のベッド間に，つい立やカーテンを使用する⁴⁵⁾。カーテンの使用で，対象患者の位置をスタッフ間で周知しやすくなり管理が確実になる。
- ② 感染性廃棄物：汚染物の移送距離を短くするために，対象患者のベッドのすぐ脇に廃棄用のゴミ箱を臨時で設置する。
- ③ 時間差：待合や体重計など透析室の共用部分で他の患者との交差を避ける手段として，時間的隔離⁵²⁾は有効である。透析開始時間を遅らせて他の全ての患者が透析を始めてから入室し，全患者が終了退室後に透析を終了させる。対象となる陽性者が多数の場合，通常透析を行っていない時間帯や透析クールに行う方が効率的な場合もある。
- ④ 個人防護具：陽性者に関わるスタッフは，全ての処置や対応・ベッドサイドの作業時に，個人防護具（PPE）として未使用のディスポーザブル手袋・サージカルマスクとディスポーザブルの非透水性ガウンを着用する^{45), 46)}。ベッドサイドを離れる際には必ずこれらを外し用意した廃棄用のゴミ箱に捨てる。手指衛生を徹底して拡散を防止する。
- ⑤ 透析ベッドの原状復帰：透析後速やかに患者に対処したスタッフが，患者の手の届く範囲のベッド周囲を，消毒薬を用いて環境清掃する。一般に環境衛生用クロス（消毒薬を含ませたディスポーザブルの不織布）が用いられるが，クロスト

リディウム・ディフィシル感染症の場合にはアルコール系は無効であり、必ず次亜塩素酸 0.05～0.1% を含ませた物を用いる⁴⁵⁾。

体が触れていた部分のリネン類（包布とその中の毛布、シーツとマットレスパッド）を使用直後に清潔なものに交換する。原状復帰を考え、予め不透性のディスポーザブルシーツやディスポーザブル包布を用いる方法もある。

- ⑥ トイレの原状復帰：下痢症状者や多剤耐性の腸内病原体陽性者が透析室内の共用トイレを使用した場合、使用後は、病原体の飛散を避けるため、必ず便器のふたを閉めて流すことを患者に指導する。使用直後速やかにその場にいるスタッフが、便で汚染している可能性のある便器や手の触れる周囲環境表面^{53), 54)}を適切な薬剤を用いて清掃・消毒する^{45), 46)}。
- ⑦ 個人の衛生習慣：透析室の入室・退室時に手洗いなどの手指衛生を患者本人に⁵⁵⁾行ってもらい、洗濯した清潔な衣服に着替え、入浴や清拭で体表面に着いた菌を減らす。透析室に入室する直前に創部感染など湿性分泌物が多い部位を疎水性の被覆（ドレッシング）剤で保護する。
- ⑧ 多剤耐性菌歴：薬剤アレルギーの記載のように、個々の症例の多剤耐性菌による感染症や保菌の履歴（どの菌を・いつ頃・どんな症状でまたは何の治療をしている時に・どこから分離されたか）を記録する。症状の再燃や状態不良時などの原因推定・サーベイランスの適否の判断に役立つ。

V ノロウイルス

- 1) ノロウイルス感染患者に対しては、接触予防策を行う。
(Level 1 A)
- 2) 嘔吐物や下痢便の処理時には、接触予防策に加えて飛沫核感染（空気感染）予防策を行う。（Level 1 A）
- 3) ノロウイルスは、アルコールに抵抗性がある。汚染部位に接触したあとには、石けんと流水による物理的除去が必要である。（Level 1 A）
- 4) 患者に直接接触するときは、未使用のディスポーザブル手袋、非透水性のディスポーザブルガウンを装着する。（Level 1 B）
- 5) 個室あるいはカーテン隔離を実施する。（Level 1 B）
- 6) 患者使用のリネンは1回ごとに交換する。（Level 1 B）
- 7) 高頻度接触環境表面の環境清掃を実施する。（Level 1 B）

解説

- 1) ノロウイルス感染患者に対しては、接触予防策を行う。
(Level 1 A)

ノロウイルスは冬に大流行する。ノロウイルスの感染力は非常に強く、僅かなウイルスが口の中に入るだけで感染する。免疫力の低下した高齢者施設内での集団感染や死亡事故、小学校での集団感染も例年報告されている。

ノロウイルスの感染経路は、基本的に接触感染である。しかし、嘔吐物がカーペットに付着し、十分な清掃が行われないうちに数日経過したのちに塵埃として舞い上がり、それを吸入した人が感染したと思われる報告⁵⁶⁾もあり、まれな感染経路ではあ

るが留意が必要である。カーペットや絨毯の上に嘔吐されないように、あらかじめビニール袋を患者の近くに準備しておくことも予防対策として重要である。

2) 嘔吐物や下痢便の処理時には、接触予防策に加えて飛沫核感染（空気感染）予防策を行う。（Level 1 A）

嘔吐物や下痢便の処理時には、ノロウイルスを含む乾燥した飛沫が舞い上がり、処理に従事した者が感染する恐れがある。そのため、これらの処理時には未使用のディスポーザブル手袋と非透水性のディスポーザブルガウン（患者や病原体との接触の程度によってはプラスチックエプロン）だけでなく、必ずサージカルマスクも正しく着用し、飛沫核感染の予防をはかる。

後述の参考資料を参照のこと。

3) ノロウイルスは、アルコールに抵抗性がある。汚染部位に接触したあとには、石けんと流水による物理的除去が必要である。（Level 1 A）

ノロウイルスは、エンベロープを持たないウイルスのため、アルコールによる消毒効果が期待できない。石けんと流水による手洗いを実施する。

4) 患者に直接接触するときは、未使用のディスポーザブル手袋、非透水性のディスポーザブルガウンを装着する。（Level 1 B）

患者発生時の感染対策として、①環境のクリーニング（清拭）に、次亜塩素酸ナトリウムによる環境消毒を加える ②石けんと流水による手洗い、③个人防护具の装着（サージカルマスク・ディスポーザブル手袋・ディスポーザブルガウン・フェイスシールド）があげられる⁵⁷⁾。

5) 個室あるいはカーテン隔離を実施する。（Level 1 B）

個室が準備できる場合は個室で対応するのが望ましいが、個室隔離ができない場合は未感染者と時間や空間をあけることで対応、あるいは患者のベッド間についてやカーテンを使用する⁵⁷⁾。

6) 患者使用のリネンは1回ごとに交換する。(Level 1 B)

患者使用のリネンは1回ごとに交換し、熱水洗濯または次亜塩素酸ナトリウム浸漬後洗濯をする。

7) 高頻度接触環境表面の環境清掃を実施する。(Level 1 B)

ベッド周囲、手すり、患者の更衣室、トイレ、待合室、体重計など患者の高頻度接触表面を清拭後0.05～0.1%次亜塩素酸ナトリウム液を用いて消毒する。ノロウイルスアウトブレイクの間は、日常清掃を1日2回に増やすとともに、高頻度接触表面の清掃を医療用EPA（米国環境保護局；Environmental Protection Agency）許可製品を用いて1日3回洗浄消毒することの勧告⁵⁷⁾がある。近年、EPAや米国労働安全衛生局（Occupational Safety and Health Administration; OSHA）に登録されたHBVに対する有効性表示のある環境用消毒薬配合洗浄剤（第四級アンモニア塩化合物・塩素系含有製品）や、次亜塩素酸を活性本体としながら金属腐食が少なく、塩素臭もないペルオキシソー硫酸水素カリウムを主成分とした製品も利用可能になってきている。（第3章参照）

ノロウイルスは、下痢嘔吐が治まっても数週間は便中にはウイルスを排出していることが知られる。しかしながら、感染力は著しく低下するため、症状が治まってから2-3日後には接触予防対策の解除が可能である。また、ノロウイルス流行時は、感染性胃腸炎症状のある患者、職員を把握することで流行拡大防止に努める。

〔透析室で患者が嘔吐した場合の注意点〕⁵⁸⁾

- ① 清掃を行う職員は、個人防護具（PPE）として未使用のデイスポーザブル手袋・サージカルマスク・非透水性のデイスポーザブルガウン・フェイスシールドを着用する。「ノロセツト」として準備しておくことが望ましい。
- ② 吐物を拡大しないように速やかに新聞紙、ペーパータオルなどで覆い、0.1% 次亜塩素酸ナトリウム液をしみ込ませたあと、まとめてビニール袋に入れ密閉する。次亜塩素酸ナトリウムだけでは有機物の除去ができないので、洗浄剤入りのクロスなどでの清拭が必要となる。
- ④ ベッド上で嘔吐した場合、身体についた嘔吐物を拭き取り、紙シートで覆い汚染拡大を防ぐ。汚染した病衣は、血液回路近くまで脱がせビニール袋内に密閉する。透析終了後、汚染したリネン類はビニール袋に入れて密閉して感染性リネンとして洗濯にだす。血圧計マンシェットカバーも交換し洗濯にだす。

〔下痢便の処理の注意点〕⁵⁸⁾

- ① ベッド上で便器介助や紙オムツ交換する職員は、個人防護具（未使用のデイスポーザブル手袋・サージカルマスク・非透水性のデイスポーザブルガウン）を着用する。
- ② 使用後の便器は、ベッドパンウォッシャーで洗浄する。デイスポ便器の活用も有用。
- ③ 紙オムツはビニール袋に密閉後、感染性廃棄物として廃棄する。
- ④ 使用後の PPE は周囲を汚染ないように脱ぎ、石けんと

流水で手洗いを行う。

VI 疥癬

疥癬は、感染力の違いにより通常疥癬と角化型疥癬（ノルウェー疥癬）に分類される。

- 1) 通常疥癬の患者に対しては接触予防策を行う。（Level 1 A）
- 2) 角化型疥癬の患者に対しては、接触予防策に加えて原則として個室隔離を行う。（Level 1 A）
- 3) 疥癬の確定診断は難しい。疑わしい場合は予防対策を実施。（Level 1 B）
- 4) 集団発生した場合、潜伏期にある無症状の人に予防治療を行う場合に、集団発生の規模、治療の対象者などについて一定の基準はない。（Level 1 B）

解説

- 1) 通常疥癬の患者に対しては接触予防策を行う。（Level 1 A）

通常疥癬は、接触予防策を実施すれば隔離は不要である。

疥癬は、ヒゼンダニという小さなダニがヒトの皮膚に寄生して、皮膚の掻痒感や角化をきたす疾患である。ヒトからヒトへ感染する疾患である。感染経路は、皮膚と皮膚の直接接触が主体で、まれに寝具や衣類を介する感染もある。感染後ただちに症状が出現するわけではない。約1～2カ月間の潜伏期間（無症状期間）があり、2～4カ月後の再燃の報告もある。

通常疥癬と角化型疥癬はどちらも同じヒゼンダニ感染症である。通常疥癬は、長い時間の皮膚の接触でダニが移動して感染

する。短時間の接触ではほとんど感染しないが、疥癬の患者の使用した同じリネンを使うことで感染することもある。

2) 角化型疥癬の患者に対しては、接触予防策に加えて原則として個室隔離を行う。(Level 1 A)

角化型疥癬は集団疥癬の原因となるため、隔離対策が必要となる。患者ケアを実施する際は、個人防護具（PPE）として未使用のディスポーザブル手袋と非透水性のディスポーザブルガウン（エプロンは不可）を装着する⁶¹⁾。

角化型疥癬は、桁違いに多数のヒゼンダニが寄生し、感染力が強い。短時間の接触や衣や寝具を介した間接的な接触でも感染する。ヒゼンダニは人体から離れると2～3時間で死滅するとされるが、角化型疥癬は落屑の中にも多数の生きたダニが含まれ、それが付着することでも感染する。

角化型疥癬は全身衰弱者や重篤な基礎疾患を有する人、ステロイド剤や免疫抑制剤の投与などにより免疫能の低下している人など、また、それらを有する高齢者に発症し、高齢者福祉施設や養護老人施設などでの集団感染が見られる。

「通常疥癬」と「角化型疥癬」の対応の違いについては、疥癬診療ガイドライン「疥癬予防のポイント」⁶²⁾の表（P.108）を参照のこと。

【透析前後の環境整備】

- 透析ベッドは、個室を利用または、ベッドを連続して使わないように配置し、ディスポーザブルシートを準備すると後の清掃が簡易になる。血圧計など、患者専用にする。入院患者の場合は、患者の入院ベッドで透析を実施することで共有を防止する。

- ベッド上の落屑は、粘着シートを使って埃を立てないように清掃し、環境クロスなどで周囲環境を清拭する。
- 清拭や薬剤塗布、更衣、シーツ交換時は、ディスポーザブル手袋、ディスポーザブルガウンを使用する。
- シーツや病衣は毎日交換し、埃をたてないようにして小さくまとめビニール袋に密封し洗濯に出す。洗濯を依頼するときは、ビニール袋に日付と疥癬であることを明記し、一日放置後に洗濯をするような取り決めをするとよい。
- 個人防護具を脱いだ後は、必ずせっけん、流水で手洗いをする。

【角化型疥癬患者への対応】

- 個室隔離をして感染拡大を防ぐこと。
- シャワー浴の際は最後とし、シャワーベッドを熱水でよく洗浄し乾燥させる。
- シャワー介助時もディスポーザブル手袋、ディスポーザブルガウンを着用すること。
- 脱衣所などの共有物の利用時に感染する場合もあるため、大きな袋などに更衣したものをいれること。
- 透析前に、シャワーを実施、指示の薬剤塗布など実施しきれいな病衣に着替え、靴下や綿の手袋を着用させ、シーツ交換をして透析室へ移動することで落屑を最小限とする。

3) 疥癬の確定診断は難しい。疑わしい場合は予防対策を実施。 (Level 1 B)

疥癬の確定診断はヒゼンダニを検出することである。しかし、問診・皮膚症状で疥癬が疑われる患者からのヒゼンダニ検出率は、皮膚科医が行った場合でも 60% 前後であるといわれている。

る。検査で陰性であっても繰り返し検査することでようやく疥癬が見つかる場合がある。また、透析患者における掻痒感⁵⁹⁾は22～90%と頻繁にみられるため⁵⁹⁾、本疾患を疑われないまま長期間が経過し、角化型疥癬になってはじめて診断される場合もある⁶⁰⁾。

疥癬トンネルは、手関節屈側、手掌、指間、指側面に好発する。紅班性小丘疹は、腹部、胸部、腋窩、大腿内側などに好発し激しい掻痒を伴う。

予防対策として、疥癬が疑われる場合早期に皮膚科に検査を依頼すること、病院や施設への新しい入院、入所時には皮膚観察を実施すること、症状があれば皮膚科医に診察依頼し疥癬の有無のチェックをすることが望まれる。

4) 集団発生した場合、潜伏期にある無症状の人に予防治療を行う場合に、集団発生の規模、治療の対象者などについて一定の基準はない。(Level 1 B)

疥癬が集団発生した場合、潜伏期にある無症状の人に予防治療を行う場合に、集団発生の規模、治療の対象者などについて一定の基準はない^{62), 63)}。施設の感染対策委員会、皮膚科医、主治医などで対応策を検討していくことが必要になる。

疥癬診療ガイドライン⁶²⁾より 疥癬予防のポイント

対 応		通常疥癬	角化型疥癬
隔離	個室に隔離（隔離に当たっては患者の同意をとり人権に配慮する）	不要	個室には隔離の上、治療を開始する患者はベッド・寝具ごと移動する 隔離期間は治療開始後1～2週間とする
身体介護	手洗いを励行（すべての感染症予防の基本）	必要	必要

対 応		通常疥癬	角化型疥癬
	デイスポーザブルガウン・手袋を装着する。使用後のガウン・手袋は落屑がとびちらないようにポリ袋等に入れる	不要	必要（ただし隔離期間のみ）
リネンの管理	シーツ・寝具・衣類の交換	通常の方法	外用剤処置し、洗い流した後イベルメクチン内服の翌日
	洗濯物の運搬時の注意（ビニール袋か蓋付きの容器に入れて運ぶ）	必要	落屑が飛び散らないようにビニール袋に入れ、ビレスロイド系殺虫剤を噴霧し24時間密閉
	洗濯	普通の洗濯でよい	普通に洗濯後に乾燥機を使用するか、50℃ 10分間熱処理後普通に洗濯する
居室・環境整備	患者がいた居室に殺虫剤散布	不要	居室は2週間閉鎖するか、殺虫剤を1回だけ散布
	掃除	通常の方法	落屑を落とさないように掃除機で清掃
	布団の消毒	不要	治療終了後に一回だけ乾燥機またはビレスロイド系殺虫剤を散布後掃除機をかける
	車椅子、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、ビレスロイド系殺虫剤散布
	患者の立ち回った場所への殺虫剤散布	不要	1回だけ必要
入浴		特に対策は不要	入浴は最後とし、浴槽や流しは水で流す。 脱衣所に掃除機をかける
接触者への予防的治療		雑魚寝状態なら同室者、家族、同棲者には予防的治療を検討する。	必要：同室者は症状の有無を問わず予防的治療を検討する。職員は患者との接触の頻度・密度を配慮

VII 結 核

- 1) 早期発見・早期治療が院内感染防止に有用である。
(Level 1 B)
- 2) ツベルクリン反応よりもインターフェロン γ 遊離試験
(IGRA) が感染の診断に有用である。(Level 1 B)
- 3) 潜在性結核感染透析患者は治療することが推奨される。
(Level 1 A)
- 4) 排菌している結核の透析患者は原則として陰圧の空調を有する
専用の隔離透析室のある施設へ転院させることが推奨され
る。(Level 1 B)
また、結核患者の発生をただちに最寄りの保健所に届け出
る。(Level 1 E)
- 5) 透析患者に対する抗結核治療は多剤併用療法で行い、投与量
は腎排泄性の薬剤の場合、減量が必要である。(Level 1 B)

解説

- 1) 早期発見・早期治療が院内感染防止に有用である。(Level 1 B)

透析患者は一般人と比べて、約2倍～25倍結核感染のリスクが高い^{(65)～(68)}。しかし、透析患者の場合、肺外結核が比較的多く、培養検査の陽性率も低く、診断が困難な場合がある。

結核は、社会的インパクトが強い感染症であり、透析施設内でのアウトブレイクの防止は必須である。早期発見、早期治療が重要なのは、結核と診断されるまでがもっとも危険な感染源であり、いったん抗結核療法が始まれば、比較的速やかに(2～3週)感染源でなくなるからである。

透析患者では、細胞性免疫能が低下しており、初感染より長期間経過後、結核菌が再び活動し発病する内因性感染による肺外結核が全結核の約半数を占めるほど多い。肺外結核の部位としては、リンパ節がもっとも多く、血行性伝播による粟粒結核も比較的多い。透析導入1年以内の発症が多いこと、高齢者が多いことなども特徴である⁶⁹⁾。

透析患者における結核発症の有意なリスク因子としては、高齢、喫煙、低いBMI、低アルブミン血症、虚血性心疾患、貧血、失業、人種（アジア人、ネイティブアメリカンで多い）が報告されている⁷⁰⁾。

一方、透析患者では、定期的に胸部X線検査を施行していることより、定期X線検査での発見が多く、症状出現から受診までの期間が短い症例が多いことも特徴である。また、2～3週以上続く原因不明の咳、発熱を認めた場合には、結核も鑑別診断に含めて精査する。

透析患者における結核の診断は、培養検査で陽性にできることが少ないことや、免疫能の低下によりツベルクリン反応の陽性率が低いことなどによりしばしば困難である^{70), 71)}。

発見のきっかけとなる症状としては、一般抗菌薬無効の発熱、リンパ節腫脹、倦怠感、膿尿などである。肺結核に関しては、原因不明の発熱や咳が2～3週間以上持続する際には、胸部レントゲン、喀痰検査などをする必要がある。

確定診断には、結核菌を証明することが必要である。結核菌検査には、塗抹検査、培養検査、同定検査がある。遺伝子増幅検査は同定検査の一種で検出感度は良好であるが、外注検査で時間がかかることが問題である。最近、複雑な機器を使用しな

くても短時間で結核菌の核酸を検出する方法として、LAMP法のキットが開発され、保険収載もされた⁷²⁾。この方法では、施設内で約1時間で結果が判明するので、早期診断に有用である。

しかし、透析患者では結核菌が検出されないことが比較的多い。ツベルクリン反応は免疫能の低下した透析患者では約半数で偽陰性を呈し、陽性を示したら結核感染を疑うが、陰性だからといって結核を否定することはできない^{73), 74)}。また、ツベルクリン検査で用いる結核菌の抗原である精製ツベルクリンPPD (Tuberculin Purified Protein Derivative) は、BCGワクチンに使用されているウシ型結核菌の抗原部分のアミノ酸配列との類似性が高いため、BCGワクチン接種が一般的であるわが国では、結核菌に感染していなくても陽性（偽陽性）と判定される確率が高い。

最近、血液を用いたインターフェロン γ 遊離試験 (Interferon gamma release assay, IGRA) の結核診断における有用性が明らかになった。

その他結核の診断に関しては、画像検査で、18-fluorodeoxyglucose positron emission tomographic (FDG-PET) が肺外性結核の診断に有効とされる。不明熱でツベルクリン試験陰性、IGRAが陽性で、X線検査、CTなど従来の検査ではすべて陰性であったが、FDG-PETにてリンパ節の結核の診断が可能であった症例の報告がある⁷⁵⁾。

また、結核性胸膜炎の診断は、胸水中 adenosine deaminase (ADA) 高値や胸膜生検が一般的であるが、さらに簡便で診断能が高い方法として、胸水への IGRA の応用が試みられており、

有望であるが、透析患者への応用の報告はない。

透析患者でみられる結核の随伴症として、高カルシウム血症がみられることがあり、診断のきっかけとなることもある。これは、結核の肉芽腫で 1,25 水酸化ビタミン D が産生されることによる⁷⁶⁾。PTH は逆に抑制されている。

2) ツベルクリン反応よりもインターフェロン γ 遊離試験 (IGRA) が感染の診断に有用である。(Level 1 B)

透析患者における潜在性結核感染の診断において、ツベルクリン反応は免疫能低下により、感度が低く、偽陰性を呈することが多い⁷⁷⁾。また、逆に BCG により偽陽性を呈することもある。一方、QuantiFERON TB ゴールドや T-spot TB などのインターフェロン γ 遊離試験 (IGRA) は透析患者においても有用である。

IGRA には、結核菌特異蛋白である、ESAT-6, CFP-10, TB7.7 を抗原として刺激されるリンパ球からのインターフェロン γ を測定する検査方法である QuantiFERON TB ゴールド (QFT-3G) および、結核抗原に対するインターフェロン産生リンパ球数を enzyme-linked immunospot assay で計測する T-spot TB があり、いずれも免疫能が低下した透析患者で有用性が報告されている^{78)~80)}。一般にこれらの IGRA の感度は 80~85%、特異度は 98~99% 程度とされる。

また、IGRA は潜在性結核感染の診断に有用である。末期腎不全患者における潜在性結核感染の診断方法に関する 30 の研究を解析したメタアナリシスでは、ELISA による IGRA は種々の結核のリスクと関連しており、従来のツベルクリン試験よりも、特異性、感度に優れていることが示された⁸¹⁾。

3) 潜在性結核感染透析患者は治療することが推奨される。

(Level 1 A)

潜在性結核感染透析患者は、結核発病の高リスク群であり、イソニアジド (INH) 単独の 6～9 ヶ月の投与が推奨される⁸²⁾。INH が使用できない場合はリファンピシン (RFP) を 4 ヶ月または 6 ヶ月投与する。免疫抑制のない患者については、INH の使用により、結核発病の危険を 25～92% 減少させる (きちんと飲んだ人に限局すると 90% 程度)。

海外からの報告では、透析患者でツベルクリン陽性症例への化学予防の効果は、一般の場合よりもさらに効果が高いことが示されている⁸³⁾。透析患者に対する化学予防については、関係者へのアンケート調査によると、認知度も 14.5% と低い⁸⁴⁾。透析患者の化学予防の実際について問題となることは、薬剤のコンプライアンスおよび副作用である。薬剤のコンプライアンスに対応する方法としては、INH15 mg/kg の週 2～3 回、透析時に監視下での服用も選択肢のひとつである⁸⁵⁾。

以前は結核感染者に対して抗結核薬を投与して結核症の発病を防ぐ意味で化学予防とされていたが、2000 年アメリカで提唱された潜在性結核感染者が 2007 年からわが国でも届出基準に含まれるようになり、「潜在性結核感染者への治療」は潜在的な疾患に対する治療となった。

潜在性結核の治療の適応となるのは、感染していて発病リスクが相当高く、かつ治療を行う有益性が副作用を上回ると考えられるもので、透析患者は、HIV/AIDS、臓器移植 (免疫抑制薬使用)、珪肺、最近の結核感染 (2 年以内)、胸部 X 線画像で線維結節影 (未治療の陳旧性結核病変)、生物学的製剤の使用

患者とともに高リスク群とされる。このような高リスク群で、IGRAにより最近の感染と診断を受けた症例は適応となる。

- 4) 排菌している結核の透析患者は原則として陰圧の空調を有する専用の隔離透析室のある施設へ転院させることが推奨される。

(Level 1 B)

また、結核患者の発生をただちに最寄りの保健所に届け出る。

(Level 1 E)

結核は、飛沫核感染（空気感染）であり、通常は排菌陽性の肺、気管支、咽頭結核患者のみが感染源となる。呼吸器以外の肺外結核（結核性胸膜炎、胸水例でも）が周囲に伝染する可能性はきわめて低い。

排菌のある透析患者がいた場合、感染者は隔離入院とし、抗結核薬の投与を行う。そして、同時に透析室にいた透析患者、医療スタッフを対象に接触者検診を行う。なお、従来の結核予防法は感染症法に統合された。新たな感染症法では、結核は2類感染症にあたり、結核患者が発生した場合、ただちに最寄りの保健所に届け出る必要がある。この場合、患者（確定例）のほか、無症状病原体保有者、疑似患者も届出対象となる。したがって、初感染結核のほかに、潜在性結核感染者で抗結核薬による治療を行う場合も届け出る必要がある。治療については公費負担の対象ともなる。

実際には、透析が可能な結核病棟のある施設は少なく、結核病棟への転院が不能の場合、個室（独立した空調を有し、空気が流出しないよう陰圧にする。空調が独立していなければ空調を止め、ドアは閉めて一般病室へ空気の拡散がないようにする）で透析するか、それが不可能なら、時間帯を一般の透析患

者と変えて透析する。その際、スタッフは微粒子用（N95 規格）のマスクおよび非透水性のディスポーザブルガウンを着用する。また、換気を頻回に行う（1 時間に 6 回以上）。移送の際は、患者にサージカルマスクをしてもらう。シーツや食器などに付着した結核菌は感染源とはならないので、これらを特別に処理する必要はない。

IGRA は結核の接触者健診に有用であり、日本結核病学会予防委員会でも推奨している⁸⁶⁾。IGRA が陽性になるには、2～3 ヶ月かかるので、その時点で測定し、陽性者を潜在性結核感染者として治療の対象とする。基礎値（職員であれば雇用開始時など）があれば、さらに診断能が上がる。結核への曝露があった際に、最終接触から 2～3 ヶ月以内であれば、判明直後に IGRA を測定して基礎値とすることもできる。

5) 透析患者に対する抗結核治療は多剤併用療法で行い、投与量は腎排泄性の薬剤の場合、減量が必要である。（Level 1 B）

透析患者においても抗結核治療は多剤併用療法が原則で、INH、RFP、エタンプトール（EB）、ストレプトマイシン（SM）などが用いられる⁸⁷⁾。透析患者の場合、INH、EB、SM、ピラジナミド、カナマイシン、サイクロセリン、キノロン薬（LVFX）は腎機能の廃絶した透析患者では減量する。INH は腎排泄性薬物ではないが、透析患者では肝でのアセチル化能が低下して、腎外クリアランスが低下するため、200～300 mg/日に減量する。ビタミン B6 を併用投与するのは一般と同様である。EB は用量が増えると不可逆性の視力障害（視野狭窄）をおこしやすく、糖尿病患者では禁忌となっているほか、腎排泄であり、透析患者では、500 mg を隔日投与に減量し、定期

的な視野検査をする。SMは1回0.5gを週2回透析後に投与する。SMの聴力障害には注意を要する。そのほかのピラジナミド、カナマイシン、サイクロセリン、LVFXは透析後に通常量を投与するのが实际的である⁸⁸⁾。

治療の際には、患者に疾患の社会に及ぼす影響、治療が中断された場合の再治療の難しさをよく説明し、服用する薬剤の用法、用量を厳守してもらう。

VIII インフルエンザ

- 1) 透析患者は、インフルエンザのハイリスク群であり、インフルエンザ流行時には、アウトブレイクの発生を考慮して、特別の対策が必要である。(Level 1 B)
- 2) 透析患者においても、インフルエンザワクチンは有効であり、インフルエンザ流行前にインフルエンザワクチンを接種しておくことが推奨される。(Level 1 B)
- 3) インフルエンザ感染患者に透析を行う場合、他患者への伝播を防止するために個室で透析を行うか、他の患者と時間をずらして、また空間的に隔離して透析を行うことが推奨される。(Level 1 B)
- 4) インフルエンザを発症した患者に接触した透析患者に対して、抗インフルエンザ薬の予防投与が推奨される (Level 1 B)
- 5) 透析患者に対する抗インフルエンザ薬の投与量は腎機能を勘案して行う。(Level 1 B)
- 6) 新型インフルエンザに際しては、透析患者も基本的には新型インフルエンザ等対策特別措置法に従うが、透析医療は継続

する。透析施設での透析医療の継続のための事業継続計画をあらかじめ作成しておくことが望ましい。(Level 2 E)

解説

- 1) 透析患者は、インフルエンザのハイリスク群であり、インフルエンザ流行時には、アウトブレイクの発生を考慮して、特別の対策が必要である。(Level 1 B)

透析患者は、喘息患者や糖尿病患者などとともに、インフルエンザのハイリスク群であり、重症化しやすく、死亡率も高い。2009年のインフルエンザ(H1N1)2009では、Marcelliら⁸⁹⁾のヨーロッパ、アフリカ、南米の85施設での透析患者における新型インフルエンザに関する報告によると、入院率が38%と高く、死亡率は5%と一般人の約10倍で、糖尿病、慢性心疾患を合併している透析患者では、死亡のリスクがさらに3倍高かった。死亡の53%が肺炎に関連し、慢性呼吸器疾患があると約3倍肺炎のリスクが高まった。Liら⁹⁰⁾は、中国にて、新型インフルエンザにより入院を要した透析患者が、オルセタミビルによる治療を行っていたにもかかわらず、呼吸不全を呈するなど一般人より重症傾向で、ウイルス陽性期間が平均12日間と長いことを示した。

特に透析施設は、集団で長時間にわたり透析治療を行うことやインフルエンザ罹患後も通院透析を継続する必要があることにより、インフルエンザ流行時には、アウトブレイクの発生を考慮して、特別の対策が必要である。したがって、インフルエンザの流行状況には、常に注意を払い、早期発見および早期か

らの抗インフルエンザ薬の投与を行う。

基本的には、手指衛生の励行、咳エチケット、患者・家族への適切な説明、職員の健康状態の把握と早期対応、職員へのワクチン接種などが重要である。

また、早期発見のため、流行期の発熱時などインフルエンザが疑わしい場合は、透析ベッドへ行く前に診察し、迅速診断キットなどを用いて診断し、インフルエンザの可能性があれば、必要に応じて隔離して透析することが望ましい。

- 2) 透析患者においても、インフルエンザワクチンは有効であり、インフルエンザ流行前にインフルエンザワクチンを接種しておくことが推奨される。(Level 1 B)

健康人と同様に、透析患者においてもインフルエンザワクチン接種が予防には有効であり、副作用も少ない。季節性インフルエンザワクチンにより、透析患者においても入院や死亡が有意に減少し、ワクチンが有効であることが示されている⁹¹⁾。しかし、一方では、透析患者において、思っているほどの効果がえられないとする報告もある⁹²⁾。

インフルエンザ A (H1N1) 2009 のワクチンの効果について、Scharpe ら⁹³⁾は、透析患者において約 80% の有効率を示し、一般人と同様に高い効果が得られることを報告した。しかし、最近の報告では、透析患者では約 30～60% と一般人の半分程度しかワクチンによる免疫がつかないことも報告されている^{94)～97)}。しかし、いずれの報告でもインフルエンザワクチンは透析患者においても安全に使用できることが示されている。

また、スタッフのワクチン接種は、スタッフ自身のインフルエンザによる欠勤を減少させるとともに、スタッフによる透析

患者へのインフルエンザの伝播を防ぐ意味で重要である。

したがって、透析施設では流行期前（10～11月）に患者全員および医療スタッフ全員にワクチン接種を薦める必要がある。

さらに、免疫能の低下した透析患者では、インフルエンザと合併する細菌性肺炎が予後不良の原因となるので、インフルエンザワクチンとともに肺炎球菌ワクチンの接種が有効である。透析患者において、肺炎球菌ワクチンは、死亡率の減少、入院率の減少と関連し、インフルエンザワクチンとの相乗効果が認められている⁹⁸⁾。

- 3) インフルエンザ感染患者に透析を行う場合、他患者への伝播を防止するために個室で透析を行うか、他の患者と時間をずらして、また空間的に隔離して透析を行うことが推奨される。
(Level 1 B)

インフルエンザの流行が、飛沫核感染（空気感染）によって成立している可能性も考慮すべきではあるが、その確率は低く、飛沫感染と接触感染が主体と考えてよい⁹⁹⁾。したがって、陰圧室に隔離する必要はない。しかし、インフルエンザ感染・発症者が未感染の他の患者と直接に接触することを避けるのが重要であり、そのため個室で透析するか、他の患者と時間をずらして、また空間的に隔離して透析を行う。そのいずれも不可能な場合は、隣のベッドとの間にスクリーンをおくのが望ましい。感染患者にはマスクを着用させ、手洗いを励行させる。感染患者が透析を終えた後のベッドや床頭台などの環境は、通常以上に念入りに消毒する。多数のインフルエンザ患者が発生した状況では、インフルエンザ患者を集めて透析することも対応として考える。

4) インフルエンザを発症した患者に接触した透析患者に対して、
抗インフルエンザ薬の予防投与が推奨される。(Level 1 B)

日本感染症学会では、高齢者などで、抗インフルエンザ薬による予防投与をもっと積極的に行うように提言している。インフルエンザを発症した患者に接触した透析患者に対しては、承諾を得た上で、ただちにオセルタミビル、ザナミビル、あるいはラニナミビルによる予防投与を開始する。いわゆる曝露後予防 (post-exposure prophylaxis) である。

予防投与の場合は、治療以上に、できるだけ早期から開始する。可能であれば、インフルエンザ初発患者の発症から12～24時間以内とすべきである。インフルエンザ感染後のまだ症状がない潜伏期間中であっても、発症の1日前から感染力があると考えられているからである。シーズン前のワクチン接種があってもなくても、予防投与は必要である。ワクチン接種で感染と発病を100%抑えられるわけではなく、ワクチン効果は通常60～80%程度であり、透析患者ではさらに効果は低下している可能性がある。

予防投与は、オセルタミビルは1カプセル1回内服とし、5日後、もう1回1カプセル内服する。ザナミビルは1日1回10mg (5mg/ブリスターを2ブリスター) 吸入を7～10日間行い、ラニナミビルの場合は1日1回20mg吸入を2日間おこなう。予防投与の効果は70～80%程度ともされていて、予防投与を実施しても発症することはあり得るので、経過観察・サーベイランスは引き続き行い、発症したら治療量で治療する。

わが国では、2007年の季節性インフルエンザの透析施設での集団発生(9名が2日間で発生)の際に、施設の透析患者に

対してオセルタミビル 75 mg 1 回の予防投与が 299 名でなされ、有効であったとの報告がある¹⁰⁰⁾。2009 年のインフルエンザ (A/H1N1) 2009 でも、透析患者 441 名でオセルタミビルの予防投与がなされたところ、発症者はせず、副作用も軽微で有用であったとの報告がある¹⁰¹⁾。

なお、抗インフルエンザ薬の予防投与は保険適用でなく、自己負担となる。

5) 透析患者に対する抗インフルエンザ薬の投与量は腎機能を勘案して行う。(Level 1 B)

免疫能が低下している透析患者では、迅速診断キットが陽性の場合はもちろん、陰性の場合でも、臨床症状からインフルエンザと診断した後は直ちに抗インフルエンザ薬であるノイラミニダーゼ阻害薬を投与することが薦められる。

オセルタミビルの排泄経路は腎臓であり、減量する必要がある。オセルタミビル 75 mg 単回投与で、5 日後症状が残っていたら、もう 1 回投与する。血液透析患者では、オセルタミビル 30 mg を一回おきの透析後に、CAPD 患者では、30 mg を週 1 回投与で、治療および予防に有効な血中濃度が得られるとする報告もある¹⁰²⁾。

ザナミビルは減量する必要がなく、通常投与量である 10 mg (5 mg/ブリスターを 2 ブリスター) 1 日 2 回 5 日間の投与が推奨されている。

吸入剤であるラニナミビルは一部腎排泄であるが、腎不全患者でも常用量 (40 mg 単回吸入) が使用できる。

重症患者に主に用いられる点滴静注剤であるベラミビルも腎排泄であり、透析患者の場合、通常の 1/6 量に相当する 50～

100 mg を投与する。また、透析性があるので透析後の投与がよい。

- 6) 新型インフルエンザに際しては、透析患者も基本的には新型インフルエンザ等対策特別措置法に従うが、透析医療は継続する。透析施設での透析医療の継続のための事業継続計画をあらかじめ作成しておくことが望ましい。(Level 2 E)

2013 年 4 月に施行された新型インフルエンザ等対策措置法により、行動計画の作成、発生時の対応、および、緊急事態となった場合などが定められている。緊急事態となった場合「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」がなされ、外出の自粛などが要請されるが、透析医療は継続する必要がある。

医療に関しては、発生早期までは、専門外来、指定医療機関での入院による透析が想定されるが、感染期になり全医療機関での診療が行われる時期には、全透析施設での透析が必要となる。

また、透析医療の確保のために、職員の欠勤率 40% を想定して、透析医療のなかで継続すべきことの優先順位をつけて事業継続計画 (business continuity planning, BCP) をあらかじめ立てておく必要がある。この BCP は一施設にとどまらず、地域全体の透析医療、さらに全般的な地域の医療を包括して立てる必要があるので、あらかじめ、地域で話し合って検討しておくことが望ましい。

IX ウエストナイル熱・デング熱・日本脳炎・マラリアなどの蚊媒介感染症

- 1) 標準予防策を行う。特別な感染対策は不要。(Level 1 A)
- 2) 発症者の透析を行う際には、症例毎に感染対策についての専門医のアドバイスを受ける。(Level 1 A)
- 3) 専門医により体液曝露等による感染リスクがあると判断された場合には、感染リスクが消失するまで、専門医のいる医療機関での透析実施を考慮する。(Level 1 B)
- 4) 感染者の体液による針刺し、あるいは粘膜への曝露があった場合には、ただちに専門医の指示を受ける。(Level 1 A)

解説

- 1) 標準予防策を行う。特別な感染対策は不要。(Level 1 A)
- 2) 発症者の透析を行う際には、症例毎に感染対策についての専門医のアドバイスを受ける。(Level 1 A)
- 3) 専門医により体液曝露等による感染リスクがあると判断された場合には、感染リスクが消失するまで、専門医のいる医療機関での透析実施を考慮する。(Level 1 B)

蚊媒介感染症においては、針刺し等を介した体液曝露による感染リスクが存在する。ただし、これらの感染症は、一部のマラリアを除いて、HIV (human immunodeficiency virus) 感染症や HTLV-1 (human T-lymphotropic virus type 1) 感染症のような慢性持続感染を起こさないため、体液曝露による感染リスクは、流行地域から帰国後の潜伏期間および発症後治癒するまでの期間に限られている。発症者の透析実施に際しては、事

前に感染リスクや感染対策等について、専門医のアドバイスを受けることが望ましい。上述のように、体液曝露後の感染リスクは、発症前後の一定期間に限られているため、専門医により感染リスクがあると判断された場合には、感染リスクが消失するまで、専門医のいる医療期間での透析実施を考慮する。

一方、患者に使用した衣服、食器、医療器具などを介した感染のリスクはない。これらの取扱いは通常の処理で十分であり、消毒等も不要である。

4) **感染者の体液による針刺し、あるいは粘膜への曝露があった場合には、ただちに専門医の指示を受ける。(Level 1 A)**

ウエストナイル熱は、全米およびカナダ、メキシコを含む北米大陸で流行が見られる。針刺し事故を含む患者の体液への曝露で感染しうる¹⁰³⁾が、現時点(2014年3月)までに医療従事者の職業的曝露による感染事例の報告は見当たらない。感染が成立した場合でも80%が不顕性感染であり、脳炎を発症するのは感染者の1%未満とされている¹⁰⁴⁾。現時点(2014年3月)で日本国内での感染例はなく、平成17年に米国からの帰国後の国内発症が1例報告されているのみである¹⁰⁵⁾。

その他の疾患についての感染リスクの程度や、感染性を有する期間については疾患毎、あるいは患者毎に異なると考えられ、また現時点での知見も限られているのが現状である。感染リスクが否定できない患者からの体液曝露があった場合には、その後の対応について、速やかに専門医のアドバイスを受けることが望ましい。

X 新興感染症

- 1) 透析施設では新興感染症に関する情報収集を積極的に行う。
(Level 2 D)
- 2) 透析を開始する前に可能な限り感染症の診断・評価を行う。
(Level 1 B)
- 3) 流行初期は、透析患者が新興感染症に罹患していることが疑われる場合、感染症指定医療機関などへの転送に関して公衆衛生当局と協議する。(Level 1 E)
- 4) 流行が進み患者数が増加してきた段階では、当該感染症（疑い患者も含む）を可能な限りその他の患者と時間的・空間的に隔離して透析を実施する。(Level 1 D)

解説

- 1) 透析施設では新興感染症に関する情報収集を積極的に行う。
(Level 2 D)

ヒトにおいて過去に流行したことの無い疾患が出現し、流行するようになったものを新興感染症と呼ぶ。2003年、新興感染症の一つである重症急性呼吸器症候群（SARS）が世界的に流行し、8,000人以上の患者と700人以上の死亡者を出した。2009年には新たなタイプのインフルエンザA（H1N1）が世界的に大流行した。

現在、新興感染症として流行することが懸念されているのは、鳥インフルエンザA（H7N9）、中東呼吸器症候群（Middle-east respiratory syndrome, MERS）、鳥インフルエンザA（H5N1）などである。

2013年初頭から、中国で鳥インフルエンザ A (H7N9) の感染者が散発的に発生し、2013年末から2014年初頭にかけて急増した。同年2月頃がピークで、その後減少し、7月以降は感染者の報告はない。感染者の総数は約450名である(2014年9月27日現在)。感染経路は大多数が鳥や家禽市場での曝露と考えられるが、家族内でヒトからヒトへの感染と考えられる事例が少なくとも4事例存在し¹⁰⁶⁾、ヒトからヒトへの伝播が起こりうる。

2012年春から中東、特にサウジアラビアにおいて新しい型のコロナウイルスの感染症が流行しており、発生地域の名を取って中東呼吸器症候群(MERS)と命名されている。当初散発的な流行であったが、2014年3月から5月にかけて患者が急増し、数百名が罹患した。また、MERS患者の発生は中東地域にほぼ限定され、6月になり患者発生が終息に向かっている(2014年9月27日現在)。MERSはヒトからヒトへと感染する疾患であり、サウジアラビアでは患者から医療従事者への感染伝播、および透析室での患者間の感染伝播も認められている¹⁰⁷⁾。47人の患者に関する疫学的検討では、約半数が腎疾患を有していた¹⁰⁸⁾。

鳥インフルエンザ A (H7N9) と MERS の報告患者の約半数がICUに収容され、致死率も高いが、多数の軽症者が報告されていないと考えられており、真の重症度は不明である。

鳥インフルエンザ A (H5N1) の鳥における集団発生は、10年以上前から東南アジアなどの国々で継続的に発生している。また、鳥から感染したと考えられるヒト症例が、2004年から散発的ではあるが継続的に発生している。2006年にはヒト—

ヒト感染と考えられる事例も少数ながら存在したが、最近はそのような報告はなく、ヒト—ヒト感染が持続的に発生するようになる可能性が高まっているわけではない。

このような新興感染症の脅威、およびその世界的流行の可能性は常に存在するが、どのような病原体によって引き起こされ、流行がどれほどの速度で進んでいくかを予測するのは極めて困難である。透析施設も含めた医療機関は、その発生や流行に備えて可能な範囲で懸念される新興感染症に関する情報収集を行っておく必要がある。また、仮に何らかの新興感染症が世界的流行を開始した場合でも、日本の透析施設で透析患者がその感染症を発症するまでには、その感染症の病原体や特徴的な症状などに関する情報がある程度得られていると考えられる。従って、透析施設ではその情報を様々なソースから積極的に収集することが重要である。

2) 透析を開始する前に可能な限り感染症の診断・評価を行う。

(Level 1 B)

透析を開始する前の患者状態の把握と身体的評価、特に新興感染症に限らず感染症に罹患していないかどうかの判断は、透析施設での感染症伝播防止および患者への適切な医療提供のために、重要なステップである。日常的にこれらを実施しておくことが、新興感染症への最も有効な備えとなる。

3) 流行初期は、透析患者が当該感染症に罹患していることが疑われる場合、感染症指定医療機関などへの転送に関して公衆衛生当局と協議する。(Level 1 E)

新興感染症の流行に備えて、国では、主に新たな亜型のインフルエンザウイルスの大流行を想定し、「新型インフルエンザ

等」といった表現で対策を策定している。そして、都道府県や市町村、医療機関、企業、個人といった様々なレベルにおいて、流行の進行状況に応じて取るべき行動計画を示している。新興感染症の発生・流行時、透析施設ではこの計画に沿って対応することになると思われる。

流行の初期で患者数が非常に少ない状態では、患者を感染症指定医療機関など特定の病院に入院させることが示されている。この段階での公衆衛生施策は、新興感染症の日本での拡大防止・遅延を目標としている。従って、透析患者が当該感染症に罹患している場合も感染症指定医療機関などへ転送し、そこで当該感染症に関する臨床的評価を行うと共に、その医療機関で透析を行うことになる。

透析患者が当該新興感染症に特徴的な症状を呈している際には、透析を開始する前に可能な限り感染症の診断・評価を行う。感染症の症状はしばしば非特異的であり、当該新興感染症と他の疾患を鑑別することは必ずしも容易ではない。さらに、透析施設は感染症の専門医が不在であることも多く、感染症の診断・評価はしばしば困難である。

透析患者が当該感染症に感染している状態で自施設で透析を行い、他の透析患者や医療従事者に感染を拡大させないように、管轄の保健所や市町村の衛生主管部局に早めに相談し、指示を仰ぐ。

- 4) 流行が進み患者数が増加してきた段階では、当該感染症（疑い患者も含む）を可能な限りその他の患者と時間的・空間的に隔離して透析を実施する。（Level 1 D）

この段階では、入院勧告措置が解除され、透析施設を含む全

ての医療機関において当該新興感染症に感染している疑いのある患者を診断・治療することになると考えられる。透析開始前の問診や身体状態の評価を行い、当該感染症が疑われる患者は、個室隔離や早朝・夜間の時間を利用して透析を実施するなど、他の患者に対する感染伝播のリスクを低下させる対策を考慮する。

なお、当該感染症の感染経路が明らかになった場合は、それに応じた対策をとる（2章 V，感染経路別予防策の項を参照）。飛沫感染が主である場合は、当該感染症患者および周囲の患者にサージカルマスクを着用させ、隣のベッドとの間にスクリーンを設置するなどの対応をとれば、必ずしも前述のような方策は必要ではない。（5章 VIII，インフルエンザの項を参照）。

XI 透析患者に対するワクチン接種

- 1) すべての透析患者は、透析開始前に HBs 抗原・抗体を測定する（Level 1 A）
- 2) HBs 抗体陰性者に対して、3 回の B 型肝炎ワクチン接種を行う（Level 1 A）
- 3) 上記のワクチン接種後、十分な免疫反応がない者に対しては、もう 3 回の追加接種を行う（Level 1 A）
- 4) 抗体価が 10 mIU/mL 未満に低下した場合、追加で 1 回のワクチン接種を行う（Level 1 A）
- 5) すべての透析患者は、肺炎球菌ワクチンを接種する（Level 1 E）
- 6) すべての透析患者は、インフルエンザワクチンを接種する

(Level 1 A)

解説

- 1) すべての透析患者は、透析開始前に HBs 抗原・抗体を測定する。(Level 1 A)

透析患者は一般に免疫低下状態にあると考えられ、様々な感染症に罹患するリスクがある。また、血液透析の性質上、すべての透析患者は血液媒介感染症、特に B 型肝炎と C 型肝炎に対する罹患のリスクが一般人に比べて極めて高い。C 型肝炎はワクチンが存在しないが、B 型肝炎はワクチンで予防可能である。また、一旦透析が開始されるとワクチンの免疫原性が低下する。従って、透析に移行しそうな慢性腎不全患者は前もって B 型肝炎ワクチン接種を受けるべきである¹⁰⁹⁾。その際、血液中の HBs 抗原と HBs 抗体の値を測定し、ワクチンの適応を確認する。

- 2) HBs 抗体陰性者に対して、3 回の B 型肝炎ワクチン接種を行う。(Level 1 A)

HBs 抗原が陽性者は、急性肝炎、慢性肝炎などの状態であると考えられ、肝炎の診断・治療の専門家に相談する。HBs 抗原が陰性で、HBs 抗体価が 10 mIU/mL を超えた者は、B 型肝炎に対する十分な免疫を持っていると考えられるので、ワクチン接種を必要としない。HBs 抗体価が 10 mIU/mL 未満の者に対しては、ワクチン接種を行う。B 型肝炎ワクチンは接種回数が多くなるほど抗体獲得率が高まり、3 回目で 90% を超えるため、3 回の接種が標準的である¹¹⁰⁾。2 回目は 1 回目の 1 ヶ月後、3

回目は6ヵ月後が望ましい。

- 3) 上記のワクチン接種後、十分な免疫反応がない者に対しては、もう3回の追加接種を行う。(Level 1 A)

3回目接種の1ヵ月後、HBs抗体を測定する。10 mIU/mL 以上の場合、免疫が獲得されたと考える。10 mIU/mL 未満と、十分な抗体価を獲得できなかった人も、同様のスケジュール(0, 1, 6ヵ月)でもう3回追加接種することにより、その半数程度が抗体を獲得できる¹¹¹⁾ので、もう3回のワクチン接種を行う。

これを行ってもHBs抗体が10 mIU/mLを超えない患者は、ワクチン無反応者としてそれ以上のワクチン接種は行わず、血液透析におけるB型肝炎罹患ハイリスク者として、HBs抗原陽性の透析患者からできるだけ離れた場所で透析を行うなどの配慮を行う(5章I, B型肝炎の項を参照)。

- 4) 抗体価が10 mIU/mL 未満に低下した場合、追加で1回のワクチン接種を行う。(Level 1 A)

一般にHBs抗体価は徐々に低下する。10 mIU/mL 未満となった場合は、10 mIU/mL 以上を維持できた場合よりも有意にB型肝炎罹患リスクが高まる¹¹²⁾ので、追加で1回のワクチン接種を行い(ブースターと呼ぶ)、抗体価の上昇を確認する。

- 5) すべての透析患者は、肺炎球菌ワクチンを接種する。
(Level 1 E)

肺炎球菌は、高齢者を中心に肺炎の起因病原体として最も一般的である。市中感染症であり、すべての透析患者は罹患のリスクをかかえており、リスクを低下させるために本ワクチンを接種すべきである¹¹³⁾。成人用のワクチン(23価)が用いられ

る。

2014年10月、高齢者に対して本ワクチンの定期接種が開始された。60歳以上の透析患者は全員、5の倍数の年齢に達する年度に1度だけ接種を受ける制度である。その一方で、肺炎球菌ワクチンに対する終生免疫は得られないので一般には再接種が必要であり、今後の接種体制の課題となっている。5年以内に再接種を行うと、通常よりも副反応が出現する頻度および程度が増強すると考えられており、再接種する場合は5年以上の間隔をあける。なお、アメリカCDCは免疫不全者に対して5年毎の再接種を推奨している¹¹³⁾。

6) すべての透析患者は、インフルエンザワクチンを接種する。
(Level 1 A)

インフルエンザは毎年冬に流行し、多くの人が罹患する。インフルエンザに罹患した患者が透析施設に居た場合、狭い空間で長時間大勢の患者が滞在する特性から、患者間の伝播の場となりやすい。透析施設も含めた医療機関でのインフルエンザの集団発生は毎年のように発生しており、インフルエンザワクチンを接種して罹患のリスクを低下させ、集団で免疫を得た状態にするのが望ましい。卵アレルギーなどの禁忌でない限り、インフルエンザワクチンを毎年10月～11月に接種する。

XII 医師から都道府県知事への感染症発生に関する届出

- | |
|---|
| 1) 透析医療に従事するすべての医師は、届出すべき感染症の存在について認識しておく。(Level 1 E) |
|---|

解説

- 1) 透析医療に従事するすべての医師は、届出すべき感染症の存在について認識しておく。(Level 1 E)

「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」が1999年4月1日より施行されている。同法には、感染症患者の発生動向を把握し、公衆衛生に資するという観点から、医師による感染症患者発生に関する届出が規定されている。

同法で類型化されているうちの一類から四類までの全てについては、全ての医師が全ての患者発生について届出を行う必要がある(全数把握対象疾患)。五類感染症については、全数把握と定点把握(指定された医療機関に勤務する医師のみが全ての患者の発生について届出を行う)疾患の2種類がある。

全数把握の対象となっている疾病のうち透析医療と特に関わりのあるのは、五類感染症の「ウイルス肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)」、「後天性免疫不全症候群」、「侵襲性髄膜炎菌感染症」「侵襲性肺炎球菌感染症」などである。

届出の詳細については、厚生労働省のウェブサイト「感染症法に基づく医師の届出のお願い」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01.html>)などを参考にされたい。

参考文献

- 1) Akiba T, Hora K, Imawari M, et al.: 2011 Japanese Society for Dialysis Therapy guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in dialysis patients. Ther Apher Dial 16: 289-310, 2012.
- 2) 菊地 勘, 秋葉 隆, 新田孝作: 慢性血液透析患者におけるC型肝炎ウイルス感染のサーベイランス. 東女医大誌 76: 92-97, 2006.

- 3) 田中榮司：透析患者におけるB型肝炎ウイルスマーカー測定の意義。日本透析医会雑誌 26：55-61, 2011.
- 4) Nagakawa O, Miyatomi Y, Shigeta Y, et al. : Occult hepatitis B virus infection in Japanese chronic hemodialysis patients. *Ther Apher Dial* 17 : 289-292, 2013.
- 5) Aghakhani A, Banifazl M, Velayati AA, et al. : Occult hepatitis B virus infection in hemodialysis patients: a concept for consideration. *Ther Apher Dial* 16: 328-333, 2012.
- 6) Ferreira Ade S, Perez Rde M, Ferraz ML, et al. : Acute Hepatitis C in Brazil: Results of a National Survey. *J Med Virol* 83: 1738-1743, 2011.
- 7) Burdick RA, Bragg-Gresham JL, Woods JD, et al. : Patterns of hepatitis B prevalence and seroconversion in hemodialysis units from three continents : The DOPPS. *Kidney International* 63, 2222-2229, 2003.
- 8) Fissell RB, Bragg-Gresham JL, Woods JD, et al. : Patterns of hepatitis C prevalence and seroconversion in hemodialysis units from three continents: The DOPPS. *Kidney International* 65, 2335-2342, 2004.
- 9) Bond WW, Favero MS, Petersen NJ, et al. : Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. *Lancet* 1 : 550-551, 1981.
- 10) Favero MS, Maynard JE, Petersen NJ, et al. W : Hepatitis-B antigen on environmental surfaces. *Lancet* 2 : 1455, 1973.
- 11) Najem GR, Louria DB, Thind IS, et al. : Control of hepatitis B infection. The role of surveillance and an isolation hemodialysis center. *JAMA* 245 : 153-157, 1981.
- 12) 秋葉 隆, 山崎親雄, 内藤秀宗, 他：本邦の血液透析施設におけるC型肝炎ウイルス肝炎感染の実態調査。日本透析医会雑誌 18 別冊：74-82, 2003.
- 13) Nakai S, Suzuki K, Masakane I, et al. : Overview of regular dialysis treatment in Japan (as of 31 December 2008). *Ther Apher Dial* 14 : 505-540, 2010.
- 14) 千葉県保健衛生福祉局保険衛生部健康管理課 C型肝炎集団感染調査委員会：C型肝炎集団感染調査報告書（平成12年9月），日本透析医会雑誌 15：364-379, 2000.
- 15) Kokubo S, Horii T, Yonekawa O, et al. : A phylogenetic-tree analysis elucidating nosocomial transmission of hepatitis C virus in a haemodialysis unit. *J Viral Hepat* 9 : 450-454, 2002.
- 16) Furusyo N, Kubo N, Nakashima H, et al. : Confirmation of Nosocomial

Hepatitis C Virus Infection in a hemodialysis unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 25 : 584-590, 2004

- 17) 山崎親雄, 内藤秀宗 : 透析施設におけるウイルス性肝炎集団感染事故調査報告書に関する文献学的考察. *日本透析医会雑誌* 19 別冊 : 42-45, 2004.
- 18) 藤元昭一, 久永修一, 中山 健 : 宮崎市 C 型肝炎院内満船発生に関する報告. *日本透析医会雑誌* 20 : 424-433, 2005.
- 19) Thompson ND, Novak RT, Datta D, et al. : Hepatitis C Virus Transmission in Hemodialysis Units: Importance of Infection Control Practices and Aseptic Technique. *Infect Control Hosp Epidemiol* 30 : 900-903, 2009.
- 20) Patel PR, Thompson ND, Kallen AJ, et al. : Epidemiology, Surveillance, and Prevention of Hepatitis C Virus. *Infections in Hemodialysis Patients. Am J Kidney Dis* 56 : 371-378, 2010.
- 21) 鶴田良成, 渡邊有三, 山崎親雄, 他 : 愛知県の透析施設における B 型および C 型肝炎ウイルス感染の現況 (第 2 報). *日本透析医会雑誌* 17 : 422-429, 2002.
- 22) Saxena AK, Panhotra BR, Sundaram DS, et al. : Impact of dedicated space, dialysis equipment, and nursing staff on the transmission of hepatitis C virus in a hemodialysis unit of the Middle East. *Am J Infect Control* 31: 26-33, 2003.
- 23) Yang CS, Chang HH, Chou CC, et al. : Isolation effectively prevents the transmission of hepatitis C virus in the hemodialysis unit. *J Formos Med Assoc* 102 : 79-85, 2003.
- 24) Shamshirsaz AA, Kamgar M, Bekheirnia WR, et al. : The role of hemodialysis machines dedication in reducing Hepatitis C transmission in the dialysis setting in Iran : A multicenter prospective interventional study. *BMC Nephrol* 5 : 13-17, 2004.
- 25) Ross RS, Viazov S, Clauberg R, et al. : Lack of de novo hepatitis C virus infections and absence of nosocomial transmissions of GB virus C in a large cohort of German haemodialysis patients. *J Viral Hepat* 16 : 230-238, 2009.
- 26) Agarwal SK, Dash SC, Gupta S, et al. : Hepatitis C virus infection in haemodialysis : the 'no-isolation' policy should not be generalized. *Nephron Clin Pract* 111 : c133-c140, 2009.
- 27) Bell DM : Occupational risk of human immunodeficiency virus infec-

- tion in healthcare workers: an overview. *Am J Med* 102 : 9-15, 1997.
- 28) 日本透析医会・日本透析医学会 HIV 感染患者透析医療ガイドライン策定グループ. HIV 感染患者透析医療ガイドライン. 透析会誌 25 : 360-378, 2010.
- 29) Marcus R, Favero MS, Banerjee S, et al : Prevalence and incidence of human immunodeficiency virus among patients undergoing long-term hemodialysis The Cooperative Dialysis Study Group. *Am J Med* 90 : 614-619, 1991.
- 30) Breyer JA, Harbison MA : Isolation of human immunodeficiency virus from peritoneal dialysate. *Am J Kidney Dis* 21 : 23-25, 1993.
- 31) Scheel PJ Jr, Farzadegan H, Ford D, et al : Recovery of human immunodeficiency virus from peritoneal dialysis effluent. *J Am Soc Nephrol* 5 : 1926-1929, 1995.
- 32) Farzadegan H, Ford D, Malan M, et al : HIV-1 survival kinetics in peritoneal dialysis effluent. *Kidney Int* 50 : 1659-1662, 1996.
- 33) Winston JA, Klotman PE : Are we missing an epidemic of HIV-associated nephropathy? *J Am Soc Nephrol* 7 : 1-7, 1996.
- 34) Kimmel PL, Bosch JP, Vassalotti JA : Treatment of human immunodeficiency virus (HIV)-associated nephropathy. *Semin Nephrol* 18 : 446-458, 1998.
- 35) Delgado, C, Jain, C, Shah, R, et al : Barriers to HIV Testing in an Urban Dialysis Center. American Society of Nephrology Renal Week, San Francisco, November 2, 2007.
- 36) Rutala WA, Weber DJ : The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008. http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/disinfection_nov_2008.pdf#search='CDC+disinfection+2008+ncidod'
- 37) エイズ治療・研究開発センター. 血液・体液曝露事故(針刺し事故)発生時の対応. <http://www.acc.go.jp/doctor/eventSupport.html>
- 38) Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, et al : Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for postexposure prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 34 : 875-892, 2013.
- 39) Iwanaga M1, Watanabe T, Utsunomiya A, et al. Human T-cell leuke-

mia virus type I (HTLV-1) proviral load and disease progression in asymptomatic HTLV-1 carriers: a nationwide prospective study in Japan. *Blood* 116 : 1211-1219, 2010.

- 40) 山口一成, 厚生労働科学研究費補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」, 平成 21 年度 総括研究報告書.
- 41) 財団法人日本公衆衛生協会, HTLV-1 感染症, 感染症予防必携第 2 版, 57-59, 2005 年.
- 42) 国立感染症研究所, HTLV-1 感染症, 感染症発生動向調査, 13 : 18-21, 2011.
- 43) 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), 針刺し事故対策, <http://kansen.med.nagoya-u.ac.jp/general/general.html>
- 44) 雇児母発 1006 第 1 号, 「妊婦健康診査の実施について」の一部改正について, 平成 22 年 10 月 6 日.
- 45) CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007. <http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007isolationprecautions.html>
- 46) CDC. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MDRO/MDROGuideline2006.pdf>
- 47) 大藺英一: 細菌感染症. 腎と透析 69 : 609-613, 2010.
- 48) Zacharioudakis IM, Zervou FN, Ziakas PD, et al. Meta-Analysis of Methicillin- Resistant *Staphylococcus aureus* Colonization and Risk of Infection in Dialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 25 : 2131-2141, 2014.
- 49) CDC : Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients. *MMWR* : 50(RR05); 1-43, 2001.
- 50) 厚生労働省医療政策指導課長発 0617 第 1 号. 医療機関等における院内感染対策について. アウトブレイク時の対応. 平成 23 年 6 月 17 日厚生労働省.
- 51) Sherertz RJ, Reagan DR, Hampton KD, et al. : A cloud adult: the *Staphylococcus aureus*-virus interaction revisited, *Ann Int Med* 124, 539-547, 1996.
- 52) 日本透析医学会, 日本透析医会. 透析施設における新型インフルエンザ対策ガイドライン 2010. http://www.touseki-ikai.or.jp/hm/07_manual/doc/20081208_influenza.pdf

- 53) バンコマイシン耐性腸球菌の院内感染事例に関する外部調査委員を交えた調査委員会. 埼玉医科大学病院ならびに埼玉医科大学国際医療センターにおいて発生したバンコマイシン耐性腸球菌の院内感染集団発生に関する調査報告書. 2007. <http://www.saitama-med.ac.jp/kokusai/images/vre20071017.pdf>
- 54) 京都 VRE 調査班. 京都における VRE 感染対策指針. http://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~ict/ict/inf_practice/inf_ict/shishin.pdf 2003
- 55) Nakamura M, Watanabe Y, Osono E, et al. : Clonotypes of *Staphylococcus aureus* isolated from continuous ambulatory peritoneal dialysis patients : what is the vector between nares and infection site? *Adv Perit Dial* 16 : 248-251, 2000.
- 56) Kimura H, Nagano K, Kimura N, et al. : A norovirus outbreak associated with environmental contamination at a hotel. *Epidemiol Infect* 139 : 317-325, 2011.
- 57) CDC.Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
- 58) CDC.Guideline for the Prevention and Control of Norovirus Gastroenteritis Outbreaks in Healthcare Settings, 2011.
- 59) Patel TS, Freedman BI, Yosipovitch G. An update on pruritus associated with CKD. *Am J Kidney Dis* 50 : 11-20, 2007.
- 60) Chang MY, Wang HH, Hung SY. Pruritus in Advanced CKD. *Am J Kidney Dis* 55 : A33-35, 2010.
- 61) CDC.Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
- 62) 疥癬診療ガイドライン策定委員会, 疥癬診療ガイドライン (第2版), 日皮会誌 117 : 1-13, 2007.
- 63) 大滝倫子, 牧上久仁子, 関奈緒美, 疥癬はこわくない, 医学書院, 東京, 2003.
- 64) 鈴木幹三, 長期療養型施設の感染対策, 小林寛伊, 吉倉廣, 荒川宜親ほか編集, エビデンスに基づいた感染制御 - 第3集 - 展開編 メディカルフレンド社, 東京, pp.64-83, 2003.
- 65) Sasaki S, Akiba T, Suenaga M, et al. : Ten years' survey of dialysis-associated tuberculosis. *Nephron* 24 : 141-145, 1979.
- 66) 稲本 元: 透析患者の結核症. 透析会誌 20 : 165-176, 1987.
- 67) 長谷川廣文: 透析患者の感染症の現況と対策, 最新透析医学: 西沢良記編, 医薬ジャーナル社, 大阪, pp.451-455, 2008.

- 68) 福島千尋, 渡邊洋子, 赤穂 保: 東京都多摩地域における血液透析患者の結核発症の現状. *Kekkaku* 86 : 857-862, 2011.
- 69) 佐々木結花, 山岸文雄, 森 亨: 血液透析患者における結核発病の現状. *Kekkaku* 77 : 51-59, 2002.
- 70) Segall L, Covic A : Diagnosis of tuberculosis in dialysis patients: Current strategy. *Clin J Am Soc Nephrol* 5 : 1114-1122, 2010.
- 71) Sester M, Sester U, Clauer P, et al : Tuberculin skin testing underestimates a high prevalence of latent tuberculosis infection in hemodialysis patients. *Kidney Int* 65 : 1826-1834, 2004.
- 72) Mitarai S, Okumura M, Toyota E, et al : Evaluation of a simple loop-mediated isothermal amplification test kit for the diagnosis of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 15 : 1211-1217, 2011.
- 73) Shankar MS, Aravindan AN, Sohal PM, et al : The prevalence of tuberculin sensitivity and anergy in chronic renal failure in an endemic area : Tuberculin test and the risk of post-transplant tuberculosis. *Nephrol Dial Transplant* 20 : 2720-2724, 2005.
- 74) Abdelrahman M, Sinha AK, Karkar A : Tuberculosis in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Hemodial Int* 10 : 360-364, 2006.
- 75) Inoue T, Nangaku M, H Hinoshita : Tuberculous Lymphadenitis in a Dialysis Patient Diagnosed by 18-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography and IFN- γ Release Assay. *Am J Kidney Dis* 62 : 1221, 2013.
- 76) Felsenfeld AJ, Drezner MK, Llach F : Hypercalcaemia and elevated calcitriol in a maintenance dialysis patient with tuberculosis. *Arch Intern Med* 146 : 1941-1945, 1986.
- 77) Sester M, Sester U, Clauer P, et al : Tuberculin skin testing underestimates a high prevalence of latent tuberculosis infection in hemodialysis patients. *Kidney Int* 65 : 1826-1834, 2004.
- 78) Mori T, Sakatani M, Yamagishi F, et al Specific detection of tuberculosis infection : An interferon-gamma-based assay using new antigens. *Am J Respir Crit Care Med* 170 : 59-64, 2004.
- 79) Inoue T, Nakamura T, Katsuma A, et al : The value of QuantiFERON TB-Gold in the diagnosis of tuberculosis among dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 24 : 2252-2257, 2009.
- 80) 甲田 亮, 吉野篤範, 今西優仁, 他: インターフェロン γ 遊離試験 T-スポット[®]. TB が結核症の診断に有用であった透析患者の 1 例. 透析会

誌 46 : 681-386, 2013.

- 81) Rogerson TE, Chen S, Kok J, et al : Tests for latent tuberculosis in people with ESRD : a systematic review. *Am J Kidney Dis* 61 : 33-43, 2012.
- 82) 日本結核病学会予防委員会・治療委員会 : 潜在性結核感染症治療指針, *Kekkaku* 88 : 497-512, 2013.
- 83) Rose DN : Benefits of screening for latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Arch Intern Med* 160 : 1513-1521, 2000.
- 84) 川崎 剛, 佐々木結花, 西村大樹, 他 : 千葉県内の血液透析施設における結核対策. *Kekkaku*, 85 : 691-695, 2010.
- 85) Asher Korzets, Uzi Gafer : Tuberculosis prophylaxis for the chronically dialysed patient—yes or no? *Nephrol Dial Transplant* 14 : 2857-2859, 1999.
- 86) 日本結核病学会予防委員会 : クォンティフェロン[®] TB ゴールドの使用指針. *Kekkaku* 86 : 839-844, 2011.
- 87) 平田純生 : 腎不全患者への感染症治療薬の適正使用 7 抗結核薬. 腎不全と薬の使い方 Q & A : 平田純生編著, じほう, 東京, pp. 383-388, 2005.
- 88) 日本結核病学会 : 結核診療ガイドライン改訂第2版, 南江堂, 東京, 2012.
- 89) Marcelli D, Marelli C, Richards N : Influenza A (H1N1) pandemic in the dialysis population : first wave results from an international survey. *Nephrol Dial Transplant* 24 : 3566-3572, 2009.
- 90) Li H, Wang SX : Clinical features of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in chronic hemodialysis patients. *Blood Purif* 30 : 172-177, 2010.
- 91) Gilbertson DT, Unruh M, McBean AM, et al : Influenza vaccine delivery and effectiveness in end-stage renal disease. *Kidney Int* 63 : 738-743, 2003.
- 92) McGrath LJ, Kshirsagar AV, Cole SR, et al : Influenza vaccine effectiveness in patients on hemodialysis : an analysis of a natural experiment. *Arch Intern Med* 172 : 548-554, 2012.
- 93) Scharpé J, Peetermans WE, Vanwalleghem J, et al : Immunogenicity of a standard trivalent influenza vaccine in patients on long-term hemodialysis: an open-label trial. *Am J Kidney Dis* 54 : 77-85, 2009.
- 94) Labriola L, Hombrouck A, Maréchal C, et al : Immunogenicity of an

- adjuvanted 2009 pandemic influenza A (H1N1) vaccine in haemodialysed patients. *Nephrol Dial Transplant* 26 : 1424-1428, 2011.
- 95) Broeders NE, Hombrouck A, Lemy A, et al : Influenza A/H1N1 vaccine in patients treated by kidney transplant or dialysis : a cohort study. *Clin J Am Soc Nephrol* 6 : 2573-2578, 2011.
 - 96) Crespo M, Collado S, Mir M,lin : Efficacy of influenza A H1N1/2009 vaccine in hemodialysis and kidney transplant patients. *J Am Soc Nephrol* 6 : 2208-2214, 2011.
 - 97) Labriola L, Hombrouck A, Maréchal C : Immunogenicity of an adjuvanted 2009 pandemic influenza A (H1N1) vaccine in haemodialysed patients. *Nephrol Dial Transplant* 26 : 1424-1428, 2011.
 - 98) Gilbertson DT, Guo H, Arneson TJ, et al : The association of pneumococcal vaccination with hospitalization and mortality in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 26 : 2934-2939, 2011.
 - 99) 社団法人日本感染症学会提言 2012～インフルエンザ病院内感染対策の考え方について～（高齢者施設を含めて）. http://www.kansensho.or.jp/influenza/pdf/1208_teigen.pdf
 - 100) 菊地 博, 川崎 聡, 中山 均, 他 : 血液透析患者のインフルエンザウイルス感染に対する, オセルタミビルの治療的, 予防的投与の有効性, 安全性に関する検討. *透析会誌* 43 : 461-466, 2010.
 - 101) Choo D, Hossain M, Liew P, et al : Side effects of oseltamivir in end-stage renal failure patients. *Nephrol Dial Transplant* 26 : 2339-2344, 2011.
 - 102) Robson R, Buttimore A, Lynn K, et al : The pharmacokinetics and tolerability of oseltamivir suspension in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 21 : 2556-2562, 2006.
 - 103) Hayes EB, Komar N, Nasci RS, et al. Epidemiology and transmission dynamics of West Nile virus disease. *Emerg Infect Dis* 11 : 1167-1173, 2005.
 - 104) Martín-Acebes MA1, Saiz JC. West Nile virus : A re-emerging pathogen revisited. *World J Virol* 1 : 51-70, 2012.
 - 105) 国立感染症研究所, ウエストナイル熱患者の国内初報告事例について, 感染症発生動向調査 7 : 13-14, 2005.
 - 106) Li Q, Zhou L, Chen Z, et al. Epidemiology of human infections with avian influenza A (H7N9) virus in China. *N Engl J Med* 370 : 520-532,

2014.

- 107) Assiri A, McGeer A, Perl TM, et al. Hospital outbreak of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus. *N Engl J Med* 369 : 407-416, 2013.
- 108) Assiri A, Al-Tawfiq JA, Al-Rabeeh AA, et al. Epidemiological, demographic, and clinical characteristics of 47 cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus disease from Saudi Arabia: a descriptive study. *Lancet Infect Dis* 13 : 752-761, 2013.
- 109) Recommendations for preventing transmission of infections among chronic hemodialysis patients. *MMWR* : 50(RR55), 2001.
- 110) Andre FE. Summary of safety and efficacy data on a yeast-derived hepatitis B vaccine. *Am J Med* 87(Suppl 3A) : S14-20, 1989.
- 111) A Comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. *MMWR* : 55(RR-16), 2006.
- 112) Stevens CE, Alter HJ, Taylor PE, Zang EA, Harley EJ, Szmunes W. Hepatitis B vaccine in patients receiving hemodialysis. Immunogenicity and efficacy. *N Engl J Med* 311 : 496-501, 1984.
- 113) CDC : Guidelines for vaccinating kidney dialysis patients and patients with chronic kidney disease. December 2012.

第6章 スタッフの検査・予防と針刺し・ 血液体液曝露時の対応，日常教育

I 日常の健康管理

スタッフの感染症の発症予防のため，「日常の健康管理」と「針刺し・血液体液曝露時の対応」が必要である．一概に感染症といっても多岐にわたるので，ここでは透析室で一般的に経験する感染症を対象として取り扱うことにする．

II 定期健康診断

- 1) 施設管理者は職員に年1回の定期健康診断を実施する．
(Level 1 E)
- 2) 施設管理者は感染対策委員会を設置する．(Level 1 B)
- 3) ウイルス肝炎，特にB，C型肝炎については定期的な検査を別におこなう．(Level 1 B)
- 4) MRSAについては，定期的検査は必要でない．(Level 1 B)
- 5) 結核については，年1回の胸部レントゲン検査を行う．雇い入れ時の健康診断に際しては，法令に定められた検査項目の他に，IGRA (Interferon-Gamma Release Assays, インターフェロングamma遊離試験) の実施を推奨する．ツベルクリン反応検査は推奨されない．(Level 1 B)

解説

- 1) 施設管理者は職員に年1回の定期健康診断を実施する．

(Level 1 E)

労働安全衛生法第 66 条に基づき、事業者は医師による 1 年以内毎に 1 回の定期健康診断を実施しなければならない¹⁾。

2) 施設管理者は感染対策委員会を設置する。(Level 1 B)

医療機関においては、施設管理者は「感染対策委員会」を設置し、スタッフの健康診断の計画および施行、その結果に対して積極的に関与すべきである。

健康診断の内容としては、以下の項目を実施する²⁾。

- ① 既往歴および業務歴の調査、喫煙歴、服薬歴の調査
- ② 自覚症状および他覚症状の有無
- ③ 身長、体重、腹囲、視力、聴力（身長は 20 歳以上省略可、聴力は 35、40 歳を除く 45 歳未満では省略可、腹囲は以下の者は医師の判断にて省略可；40 歳未満（35 歳を除く）の者、妊娠中の女性、その他の者で腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映しないと診断されたもの、BMI が 20 未満である者、BMI が 22 未満であって自ら腹囲を測定しその値を申告した者）
- ④ 胸部エックス線検査および喀痰検査（喀痰検査は胸部エックス線検査により病変および結核発病のおそれがないと診断された者については医師の判断に基づき省略可）
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ 貧血検査：赤血球、血色素量
- ⑦ 肝機能：AST (GOT), ALT (GPT), γ -GTP (γ -GTP は 35 歳を除く 40 歳未満では省略可)
- ⑧ 血中脂質：LDL コレステロール, HDL コレステロール, 血清トリグリセライド（血清トリグリセライドは 35 歳を除く 40 歳未満では省略可）

- ⑨ 空腹時血糖，（HbA1c で代替も可，35 歳を除く 40 歳未満で省略可）
 - ⑩ 尿中の糖および蛋白の有無
 - ⑪ 心電図検査（35 歳を除く 40 歳未満で省略可）
- 3) ウイルス肝炎，特に B，C 型肝炎については定期的な検査を別におこなう。（Level 1 B）

上記①～⑪に加えて，追加すべき検査項目として感染対策委員会は定期健康診断にも積極的に関与し，下記の検査項目を追加し，スタッフの感染対策に役立てる．

ウイルス肝炎の病原ウイルスには，経口感染する A 型，E 型肝炎ウイルスと，血液を介して感染する B 型，C 型，D 型肝炎ウイルスがある．従って，A，E 型感染に対しては透析室での喫煙，飲食を禁止することや患者の糞便の取り扱いに注意することで十分予防はできる．D 型肝炎は B 型肝炎感染者のみに感染が起こる不完全ウイルスであり日本ではほとんど問題にする必要がないことから，B 型と C 型肝炎についての定期的な検査をおこなう^{3)～5)}．HBs 抗原，HBs 抗体，HBc 抗体，HCV 抗体の測定を追加する．

HBs 抗原，HBs 抗体，HBc 抗体，HCV 抗体は，トランスアミナーゼの上昇がなければ，年 1 回施行する．トランスアミナーゼ他（AST（GOT），ALT（GPT），ZTT， γ -GTP）は年 2～3 回施行する．

肝機能障害を認めたときには，HBs 抗原，IgM 型 HBc 抗体，HCV 抗体，必要に応じて HCV-RNA を測定し，感染の有無を判定し，陽性者は要治療者か無症候性キャリアか判定する⁴⁾．

なお，HTLV-1（ヒト T 細胞白血病ウイルス-1）の抗体検査

に関する勧告はない (Level 3 B).

[HBV および HCV キャリアの職員の取り扱い]

A. 感染予防指導

感染対策委員会が当該職員に対して、肝炎ウイルスキャリアであることの意味をウイルス肝炎研究財団刊『HBV と B 型肝炎の知識 (第 5 版)』, 『HCV 抗体と C 型肝炎の知識 (第 4 版)』などの小冊子を活用して十分に説明し、下記事項を管理指導する.

①出血時の注意, ②月経時, 鼻血などの処置, ③日用品の専有使用, ④輸血のための供血禁止, ⑤乳幼児に接する時の注意など.

B. 労働条件

上記感染源とならぬように①～⑤の注意事項を守る限り, 労働軽減など特別の措置は必要なく, 一般健康人と同様通常の労働に従事しうる. ただし CDC の推奨では, HBs 抗原陽性者は陰性化するまで, 曝露を起こしそうな手技を行わないように業務制限することを提案している⁶⁾.

4) MRSA については, 定期的検査は必要でない. (Level 1 B)

MRSA に対しては感染患者への対策マニュアルの項に従って対応することが重要で, 特に定期的な検査は必要ない.

5) 結核については, 年 1 回の胸部レントゲン検査を行う. 雇い入れ時の健康診断に際しては, 法令に定められた検査項目の他に IGRA (Interferon-Gamma Release Assays, インターフェロン γ 遊離試験) の実施を推奨する. ツベルクリン反応検査は推奨されない. (Level 1 B)

結核に対しては年 1 回の胸部 X 線撮影が必要であるが, そ

の他結核患者曝露した職員の結核感染の有無を調べる方法として、雇用時の IGRA の結果と、曝露後8~12週間後の IGRA の結果を比較する方法が有用であるので、雇い入れ時に一度だけ IGRA を実施しておくことが望ましい。ツベルクリン反応は BCG 接種歴に影響されるため有用性に乏しい⁷⁾。

III 感染の予防

- 1) 血液や体液に曝露される可能性のある職員に対し、B型肝炎ワクチンの接種を行う。(Level 1 B)
- 2) 風疹、流行性耳下腺炎、麻疹、水痘に対する抗体陰性の職員にそれぞれのワクチン接種、および毎年インフルエンザワクチンの接種を実施する。(Level 1 B)
- 3) 結核を疑われる職員は他者への感染の可能性のある期間は休業させる (Level 1 B)
- 4) 急性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス感染症を含む）、流行性角結膜炎、風疹、流行性耳下腺炎、麻疹、水痘、インフルエンザなどの伝染性疾患に職員が罹患した場合、二次感染の可能性がなくなるまで休業を含めて病原微生物に応じた対策を実施する。(Level 1 B)

解説

- 1) 血液や体液に曝露される可能性のある職員に対し、B型肝炎ワクチンの接種を行う。(Level 1 B)

HBs 抗原が陰性で、HBs 抗体が 10 mIU/mL 以下の者に対しては、針刺しや血液体液曝露の際に HBV 感染の危険性が高い

ので、インフォームドコンセントの上、できる限り HB ワクチンにより HBs 抗体を獲得させるように努める^{3), 5)}。

推奨される投与方法

HB ワクチン 10 μ g (0.5 mL) を皮下又は筋肉内に接種 (1 回目),

同量 1 回目より 1 ヶ月後に接種 (2 回目)

同量 1 回目より 6 ヶ月後に接種 (3 回目)

HBs 抗体の測定：1 回目接種前および 3 回目接種 1 ヶ月後 3 回接種後に HBs 抗体が 10 mIU/mL 以下の場合には、同様のスケジュールでもう 3 回の追加接種を行う。追加接種 1 ヶ月後に HBs 抗体を測定し、10 mIU/mL 以下の場合には HB ワクチン不応者として登録し、HBs 抗原陽性の血液・体液曝露の際に特別な配慮を講じる。

HBs 抗体陽性者に対しては、年 1 回の HBs 抗原・抗体の測定を行う (HBs 抗体が検出されなくなる場合があるので年 1 回は必要である)。HBs 抗体が 10 mIU/mL 以下になった場合は HB ワクチンの追加接種を行う。HBs 抗原陽性者に対しては、トランスアミナーゼ値を測定し肝機能を把握する。できれば HBe 抗原・抗体および HBV-DNA 量を測定する。

特に HBe 抗体陽性の場合、HBV 遺伝子の pre-C 変異株が存在し、これに新たに感染した場合、急激に肝機能が悪化し、劇症肝炎を発症することがあるため注意を要する。

HBs 抗原陽性で肝機能検査正常者は原則として無症候性キャリア扱いとする。HBs 抗原陽性で、過去に専門医の診察を受けたことがない者は、肝機能検査値が正常であっても専門医を紹介する。

HCV 陽性者に対しては HCV RNA 定性を測定し, HCV RNA 定性陽性患者はキャリアとして扱う⁴⁾. この場合も過去に専門医の診察を受けたことがない者は, 肝機能検査値が正常であっても専門医を紹介する.

IV 針刺し・血液体液曝露時の対策

- 1) すぐに大量の流水と石鹸で当該部位を洗い流す. (Level 1 B)
- 2) 曝露源の患者の HBs 抗原・HCV 抗体・HIV 抗体が陽性か否かを診療録等で調査する. (Level 1 B)
- 3) 検査を実施していない場合, できるだけ速やかに検査を行う. (Level 1 B)
- 4) 針刺し・血液体液曝露が発生したことを診療録に記載し, 感染対策委員会に報告する.

また労務担当の事務方に報告し, 以後の検査を労災扱いで実施する. (Level 1 B)

- 5) 曝露源が HBs 抗原陽性の場合, HBs 抗体が 10 mIU/mL 以上の職員については経過観察でよい. HBs 抗体が 10 mIU/mL 以下の職員には高力価 HBs 抗体含有免疫グロブリン (HBIG) をできるだけ早く (遅くとも 48 時間以内に) 投与し, 前述のスケジュールにて 3 回の HB ワクチン接種を実施する. (Level 1 B)
- 6) 数日以内に採血した血清を保存し, 後で評価できるようにしておくことが望ましい.
- 7) 曝露後 6 ヶ月後まで 2~4 週間ごとに AST, ALT を測定する. 測定値が基準値を上回った場合は速やかに専門医に紹介する.

(Level 1 B)

- 8) 曝露源が HCV 抗体陽性の場合、曝露後 6 ヶ月後まで 2～4 週間ごとに AST, ALT, HCV RNAなどを測定する。定値が基準値を上回った場合は速やかに専門医に紹介する。

(Level 1 B)

- 9) 曝露源が HIV 抗体陽性の場合、可能な限り速やかに抗ウイルス薬の予防内服を行うのが望ましい⁸⁾。(Level 1 B)
- 10) 曝露源が HTLV-1 抗体陽性の場合、曝露後 1, 3, 6, 12 ヶ月後に HTLV-1 抗体を測定し、陽性の場合には専門医に紹介する^{8), 11), 12)}。(Level 1 B)

解説

- 5) 曝露源が HBs 抗原陽性の場合、HBs 抗体が 10 mIU/mL 以上の職員については経過観察でよい。HBs 抗体が 10 mIU/mL 以下の職員には高力価 HBs 抗体含有免疫グロブリン (HBIG) をできるだけ早く (遅くとも 48 時間以内に) 投与し、前述のスケジュールにて 3 回の HB ワクチン接種を実施する^{6), 9)}。

免疫のない職員の感染成立の可能性は極めて高い (針刺しで 30%) 高力価 HBs 抗体含有免疫グロブリン (HBIG) : 1000 単位 (5 mL) を接種し、HB ワクチンをできるだけ早い時期 (曝露後 7 日以内) に 1 回目 10 μ g (0.5 mL) 1 ヶ月後 (2 回目) 同量、6 ヶ月後 (3 回目) 同量を投与する。

事故直後、事故後 7 ヶ月目 (必須) できれば事故後 1, 2, 3, 4, 5, 6 ヶ月にも HBs 抗原・抗体の測定を実施し、最後に 12 ヶ月目に確認するのが望ましい

- 8) 曝露源が HCV 抗体陽性の場合, 曝露後 6 ヶ月後まで 2~4 週間ごとに AST, ALT, HCV RNAなどを測定する. 測定値が基準値を上回った場合は速やかに専門医に紹介する. (Level 1 B)

特異的な予防法はないが, 感染が成立する可能性は低率 (1~2%) である¹⁰⁾.

- 9) 曝露源が HIV 抗体陽性の場合, 可能な限り速やかに抗ウイルス薬の予防内服を行うのが望ましい. (Level 1 B)

HIV は HBV や HCV と比較して感染力は極めて弱い. 曝露後予防内服 (PEP) を全く行わない場合の感染率は, 針刺し事故で 0.3%, 粘膜曝露の場合で 0.09% とされている. しかし, 万一の曝露事故発生に備えて, 必要に応じて速やかに抗 HIV 薬の予防内服を開始できる体制を確立しておくことが重要である. なお, 専門的判断を求めるために近隣のエイズ治療拠点病院の所在地と連絡先を確認しておく. また薬剤を常備してある医療機関との連携がとれていれば, 必ずしも当該施設に常備しなくてもよい^{11), 12)}.

V その他の感染症 (特に結核) 発生時

- 1) 患者に長期間続く咳や微熱などがあり, 胸部 X 線で肺結核の疑いがある場合は専門医を紹介する⁷⁾. (Level 1 B)
- 2) 結核が疑われる場合, 喀痰検査結果が判明するまで, 他の患者と時間的空間的にできるだけ離れた状況で透析を実施し, 当該患者を担当する職員は N95 マスクを着用する. または下記の確定患者に準じた対応をとる. (Level 1 B)
- 3) 結核の診断がなされた場合, 空気予防策を講じることのでき

る施設で透析を実施する。(Level 1 B)

- 4) 患者発生時には診療録に記載し、感染対策委員会に報告する。
(Level 1 B)

また、結核患者の発生をただちに最寄りの保健所に届け出る。(Level 1 E)

解説

透析患者が感染性結核を発症した場合の対応として、平常時のスタッフの管理が非常に大切である。結核の診断には、胸部エックス線検査とツベルクリン反応（TST）が従来実施されてきた。しかし近年 TST にかわり、IGRA の有用性が報告されてきている。QFT[®]（クオンティフェロン）は結核菌特異抗原により全血あるいは精製リンパ球を刺激後、産生されるインターフェロン γ （IFN- γ ）を測定し、結核感染を診断する方法であり、オーストラリアの Cellestis 社にて開発され、日本でも平成 17 年 4 月に体外診断薬として使用が承認、平成 18 年 1 月に健康保険に適用され、平成 21 年 7 月には感度を高めたクオンティフェロン[®]TB-3G（ゴールド）が承認された。その後 T-スポット TB 検査も承認され、現在 2 種類の IGRA 検査が可能である。これらの IGRA 検査は結核に感染しているか否かを判定する検査であり、また BCG（bacillus-Calmette-Guérin）接種の影響を受けない。ベースラインの IGRA 検査が陰性であった者が結核患者と接触してから 3 週間以後に行った IGRA で陽性になった場合は、結核感染を受けたと判定される。ただし確実に診断するには、8～12 週後に検査するのが適切とされる。したがって、配属時の IGRA 検査の実施が推奨される^{7),13)}。

VI スタッフの教育

- 1) 透析施設では無床診療所でも医療安全対策委員会を設置する。
(Level 1 B)
- 2) 医療安全対策委員会は、各施設規模にあった「医療安全管理のための指針」「院内感染対策のための指針」（両者を一体的に管理しても良い）を作成し、医療に係る安全管理を組織的に実施する。(Level 1 B)
- 3) 院内感染対策としては、「手指消毒」を含めた「標準予防策」と「感染経路別予防策」を全職員に浸透する必要がある。そのために新人教育、定例教育プログラムを実施する。この教育研修は年2回実施する。ただし、この研修は院外研修で代行しても良い。(Level 1 B)

解説

- 1) 透析施設では無床診療所でも医療安全対策委員会を設置する。
(Level 1 B)

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する」法律（第5次医療法の改正，2007年）¹⁴⁾において、無床診療所では「委員会」の設置は義務付けられていないが、血液透析療法は集団治療であり、また注射薬や医療機器の使用頻度も多い。同一ベッドをシフトごとに患者が共有するなど院内感染リスクは高く、手術室に近い環境が要求される。このリスクを「施設管理者」だけが負うことは荷が重すぎるので、「組織的な管理」が必要である。したがって、無床診療所でも「医療安全対策委員会（感染症対策委員会）」の設置が望

ましい。

- 2) 医療安全対策委員会は、各施設規模にあった「医療安全管理のための指針」「院内感染対策のための指針」（両者を一体的に管理しても良い）を作成し、医療に係る安全管理を組織的に実施する。（Level 1 B）

「医療安全管理委員会」、「感染対策委員会」（両者を一体的に管理しても良い）

医療安全管理体制を充実、強化するために、院内感染対策の他、医薬品、医療機器の管理体制などが必須である。これら进行管理するための指針を作成し、研修、報告制度を導入する。この医療に係る安全管理および院内感染対策のための研修は、年2回必要であり、医薬品の安全使用のための研修は必要に応じて、医療機器の研修は医療機器の導入時に合わせて実施する。

- 3) 院内感染対策としては、「手指消毒」を含めた「標準予防策」と「感染経路別予防策」を全職員に浸透する必要がある^{15)~17)}。そのために新人教育、定例教育プログラムを実施する。この教育研修は年2回実施する。ただし、この研修は院外研修で代行しても良い。（Level 1 B）

A) 教育内容

院内研修および教育は、以下の具体的項目（新人オリエンテーション、院内研修）を網羅するように実施する。

- ① 標準予防策（スタンダードプリコーション）と感染経路別対策
- ② 適切な手指衛生の方法
- ③ 適切な防護具（手袋・ガウンまたはエプロン・マスク・ゴーグル）の使用法¹⁸⁾

- ④ バスキュラーアクセス部位の穿刺，ケア，維持に関する適切な感染防止手技・手法
- ⑤ 血液媒介ウイルス，病原菌，（必要に応じて）その他の微生物の伝播様式
- ⑥ 肝炎ウイルス陽性患者の隔離透析，ベッド固定やゾーニング，透析装置，器具，スタッフを専属とする理由
- ⑦ 微生物の伝播を最小限にとどめるための清掃と消毒方法（器具や環境表面の適切な清拭方法・消毒法など）
- ⑧ 穿刺針や注射針の安全な廃棄，および針刺し事故への対応
- ⑨ 感染廃棄物の取り扱い
- ⑩ 人権保護と患者教育
- ⑪ 職員の衛生と健康管理

B) ケアレスミスからみた感染防止教育と日常業務の見直し

院内感染や針刺し事故，さらには医療過誤が起きるとすれば，その前兆として，日常業務上での「ヒヤリハットミス」，「インシデント」の件数増加からある程度予知でき，感染を未然に防げることが多い。したがって，ミスの報告を義務付けること，件数の動向を観察し増加傾向にある時期には，再度，院内感染・針刺し事故などについて，スタッフ全体の再教育により自覚を喚起することが望ましい。院内感染はいかなる予防手段をとっても感染を防ぎ得ない場合もあるが，ちょっとした一人のスタッフのミスや不注意で他の患者，スタッフに感染を広げることがあるので注意を要する。個々のスタッフが，「感染を持ち込まない」，「感染を起こさない」，「感染を広げない」という基本的理念に従って，絶え間ない注意と感染防止対策の習熟が

必要である。年2回の研修会の開催と出席は各施設の最低限の感染症防止対策である。また、新しい透析機器、医療機器を導入するときや透析方法・時間の変更などは、感染症患者の入室時刻・透析時間やスタッフの作業動線などを考慮すべきである。スタッフの作業動線が複雑となれば、間接的に感染症の伝播を招くことになるので、常に透析業務を見直し、改善する過程で感染症についての確認と教育を行う必要がある。

参考文献

- 1) 労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）及び労働安全衛生法施行令（昭和四十七年政令第三百十八号）最終改正平成23年1月14日
- 2) 労働安全衛生法規則44条（<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/130422-01.pdf>）
- 3) 厚生労働省、財団法人ウイルス肝炎研究財団・社団法人日本医師会感染症危機管理対策室作成協力；ウイルス性肝炎（http://www.vhfj.or.jp/06.qanda/about_hv.html）
- 4) 社団法人日本透析医学会『透析患者のC型ウイルス肝炎治療ガイドライン』透析会誌44：481-531, 2011.
- 5) NIID 国立感染症研究所感染症情報「ウイルス肝炎」（<http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/a/hepatitis.html>）
- 6) Holmberg, SD, Suryaprasad, A, Ward, JW : Updated CDC Recommendations for the Management of Hepatitis B Virus-Infected Health-Care Providers and Students. MMWR, Recommendations and Reports/ Vol. 61, 2012.
- 7) 日本結核病学会予防委員会；医療施設内結核感染対策について。Kekkaku 85：477-481, 2010.
- 8) 日本透析医会・日本透析医学会 HIV 感染患者透析医療ガイドライン策定グループ；HIV 感染患者透析医療ガイドライン（平成22年11月1日発行）
- 9) CDC guidance for evaluating health-care personnel for hepatitis B virus protection and for administering post-exposure management MMWR 2013/62(RR10); 1-19（<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6210a1.htm>）

- 10) Jaeckel E, Cornberg M, Wedemeyer H, et al. (German Acute Hepatitis C Therapy Group) : Treatment of acute hepatitis C with interferon alfa-2b. N Engl J Med 345 : 1452-1457, 2001.
- 11) 独立行政法人国立国際医療研究センターエイズ治療研究開発センター : 血液体液曝露事故 (針刺し事故) 発生時の対応 (最終更新 2014 年 10 月 1 日) (<http://www.acc.ncgm.go.jp/doctor/eventSupport.html>)
- 12) 東京都福祉保険局 : HIV 感染防止のための予防服用マニュアル—医療事故緊急対応用—(東京都エイズ診療強力病院運営協議会編) 平成 26 年 7 月改訂版 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/koho/kansen.files/manual.pdf>
- 13) 厚生労働科学研究「罹患構造の変化に対応した結核対策の構築に関する研究」(2010 年 6 月改訂第 4 版) 感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き (<http://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000k9ps-att/2r9852000000ka5y.pdf>)
- 14) 第 5 次医療法の改正 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf>
- 15) Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep 51(RR-16) : 1-45, quiz CE1-4, 2002.
- 16) Garner, JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol 17 : 53-80, 1996.
- 17) 2007 Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>)
- 18) CDC; Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings (<http://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppeslides6-29-04.pdf>)

索引

欧 文

B型肝炎ウイルス 81
 B型肝炎ワクチン 81, 130, 149
 Clostridium difficile →クロスト
 リディウム・ディフィシル
 C型肝炎ウイルス 81
 ESBL 産生菌 →多剤耐性菌
 HBc 抗体 81
 HBe 抗原 81
 HBe 抗体 81
 HBIG →高力価 HBs 抗体含有免
 疫グロブリン
 HBs 抗原 81, 151
 HBs 抗体 81
 HBV →B型肝炎ウイルス
 HBV DNA 81
 HB ワクチン →B型肝炎ワクチン
 HCV →C型肝炎ウイルス
 HCV RNA 81
 HCV 抗体 81, 151
 HIV 汚染対策フローチャート
 89
 HIV 抗体 151
 HIV スクリーニング検査 89
 HTLV-1 抗体陽性 95
 HIV (human immunodeficiency
 virus) 87
 HTLV-1 94

IGRA →インターフェロン γ 遊
離試験

MDRA →多剤耐性菌

MDRP →多剤耐性菌

MRSA →多剤耐性菌

N95 マスク 44, 153

→微粒子用マスク

PPE →個人防護具

VRE →多剤耐性菌

VRSA →多剤耐性菌

ア 行

アウトブレイク 117
 安全装置付穿刺針 14
 イソプロパノール 53
 一般透析室 71
 医療安全管理 29
 医療安全対策委員会 155
 医療関連感染 2
 医療法 29
 陰圧室 44
 陰圧の空調 110
 インターフェロン γ 遊離試験
 110
 院内感染対策のための委員会
 29
 院内感染対策のための研修 29
 院内感染対策マニュアル 29
 インフルエンザ 117, 149

インフルエンザワクチン	117, 130
ウイルス肝炎	134
ウエストナイル熱	124
易感染者	2
エビデンスレベル評価	viii
エプロン → ディスポーザブルエプロン	
エンドトキシン検査	77

カ 行

疥癬	105
ガイドライン推奨度	viii
ガウン → ディスポーザブルガウン	
角化型疥癬	105
隔離透析室	71, 110
蚊媒介感染症	124
環境清掃	101
環境の清掃・消毒	59
環境整備	96
患者教育	5
感染経路別予防策	155
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	134
感染性廃棄物	16
感染対策委員会	145, 151, 154
局所照明	65
空気感染	43
空気感染予防策	101
クリティカル器具	56
グレア	65
クロストリディウム・ディフィシル	96

クロルヘキシジングルコン酸塩含有アルコール	53
血液媒介感染	43
結核	110, 149
血清トランスアミナーゼ	81
抗 HIV 薬（予防内服薬）	89
抗 HIV 薬の予防内服	152
抗インフルエンザ薬の予防投与	117

抗結核治療	110
高水準消毒	56
後天性免疫不全症候群	134
高力価 HBs 抗体含有免疫グロブリン	151

個室あるいはカーテン隔離	101
--------------	-----

個室隔離	82, 96, 105
個人防護具	37
五類感染症	134

サ 行

サージカルマスク	39
細菌学検査	77
事業継続計画	118
手指衛生	32, 37, 40
消毒用エタノール	53
新興感染症	126
侵襲性髄膜炎菌感染症	134
侵襲性肺炎球菌感染症	134
新人教育	155
水質基準	76
水痘	149
清浄度クラス基準	68
咳エチケット	32
接触感染	32, 43

接触感染予防策 96
 接触予防策 101, 105
 セミクリティカル器具 56
 潜在性結核感染 110
 洗浄・消毒 56
 早期発見・早期治療 110
 ゾーニング 68
 速乾性手指消毒薬 40

タ行

ダイアライザ接続部ジョイントカ
 プラー 80
 耐性菌 45
 多剤耐性菌 96
 中東呼吸器症候群 (MERS)
 126
 通常疥癬 105
 ツベルクリン反応 110
 定期健康診断 145
 ディスポーザブルエプロン 39
 ディスポーザブルガウン 39
 ディスポーザブルキット 11
 ディスポーザブル手袋 39
 定例教育プログラム 155
 適正照度 65
 手袋 →ディスポーザブル手袋
 デング熱 124
 透析液水質基準 79
 透析液濃度の確認 8
 透析機械室 71
 透析用水の配管 77
 鳥インフルエンザ A (H5N1)
 126
 鳥インフルエンザ A (H7N9)
 126

ナ行

日本脳炎 124
 ノロウイルス 101, 149
 ノンクリティカル器具 56

ハ行

肺炎球菌ワクチン 130
 配管の消毒 78
 肺結核 153
 針刺し 151
 ヒト T リンパ球向性ウイルス 1
 型 →HTLV-1
 飛沫核感染予防策 101
 飛沫感染 32, 43
 標準予防策 2, 37, 155
 微粒子用マスク 116
 →N95 マスク
 風疹 149
 プレフィルドシリンジ製品 11
 ベッド固定 82
 ベッド配置 74
 保菌状態 33
 保健所への届け出 110, 154
 ポビドンヨード 53

マ行

麻疹 149
 マスク →サージカルマスク
 マスク →微粒子用マスク
 マスク →N95 マスク
 マラリア 124
 滅菌 56

ラ 行

流行性角結膜炎	149
流行性耳下腺炎	149
労災（労働災害）	151

ロタウイルス	149
--------	-----

ワ 行

ワクチン接種	33, 130
--------	---------

平成 27 年 3 月 31 日 発行

透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン（四訂版）

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究（H24-エイズ-指定-002）

HIV 感染患者における透析医療の推進に関する研究

協 力 日本透析医会 日本透析医学会
 日本臨床工学技士会 日本腎不全看護学会

発 行 公益社団法人 日本透析医会
 会長 山 崎 親 雄

事務局 〒101-0041
 東京都千代田区神田須田町 1 丁目 15 番 2 号
 淡路建物ビル 2 階
 TEL 03-3255-6471

印刷所 株式会社 三秀舎
 〒101-0047
 東京都千代田区内神田 1-12-2
 TEL 03-3292-2881
