

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE） 対応マニュアル

はじめに

静岡県では2019年からバンコマイシン耐性腸球菌（Vancomycin Resistant Enterococci 以下「VRE」とする。）感染症の発生が増加し、現在も主に県東部の複数の病院から散発的に発生届が出されており、無症状病原体保有者も確認されています。VREの多くは無症状のため、報告よりも多くの保菌者が存在し、気づかずに感染を広げている恐れがあります。

そこで、東部保健所管内感染管理対策担当看護師等連絡会は、東部地域でのVRE感染拡大を防止するため、令和2年10月に本対応マニュアルを作成し、このたび内容の見直しを行いました。

各施設において、VREが検出された場合や保菌者を受け入れる際には本マニュアルを参考に対応していただくとともに、日頃の感染対策に役立てていただければ幸いです。

なお、本マニュアルは、今後も適宜見直し、改訂していく予定です。

東部保健所管内感染管理対策担当看護師等連絡会

令和2年10月作成
令和7年3月改訂

目 次

1	バンコマイシン耐性腸球菌	1
2	スクリーニング検査について	3
3	アウトブレイク時の調査、疫学調査について	7
4	感染対策	
	(1) 環境整備	16
	(2) おむつ交換	18
	(3) 尿道留置カテーテル 尿廃棄手順	21
	(4) PPE (個人防護具)	26
	(5) ベッドコントロール	31
	(6) 病室環境・物品	33
	(7) 汚物処理室の管理	35
	(8) 回診等病室入退室の手順	38
5	退院・転院時の説明 参考様式	
	(1) 病院・施設への転院時	
	(2) 自宅退院時	

1 バンコマイシン耐性腸球菌

(Vancomycin-resistant Enterococci:以下 VRE)

(1) VRE とは

バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) は、バンコマイシンに耐性を獲得した腸球菌である。健常者の場合は、腸管内に VRE を保菌していても通常、無害、無症状で感染症を引き起こすことは稀であるが、癌患者や免疫不全患者では、腹膜炎や敗血症などの感染症を起こすことがある。

(2) 病原体

VRE として臨床上問題にされ、院内感染対策の対象となっているのは、VanA または VanB 遺伝子を保有する腸球菌である。一方 VanC 型 VRE は重篤な感染症を引き起こしたという報告は稀であるが、感染症法では重症感染症の発生状況を正確に把握するために血液、髄液など通常無菌的であるべき臨床材料から分離された場合は報告が求められている。

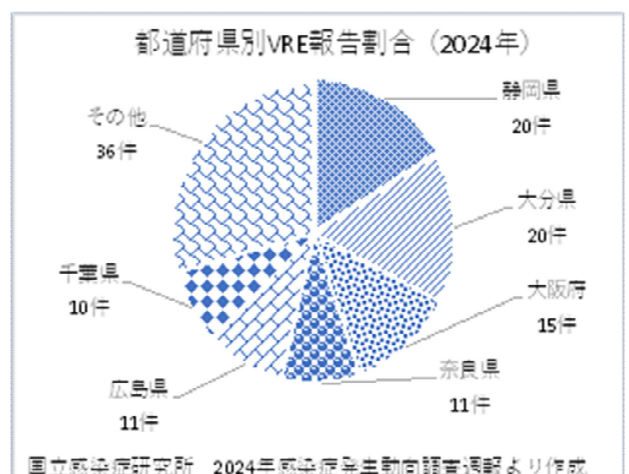
国内でバンコマイシン高度耐性の VanD 型 VRE が分離され報告されているが、海外から報告されている VanE、VanG 型の VRE は臨床分離例も少なく、それらの臨床的な意義や動向は十分に把握されていない。

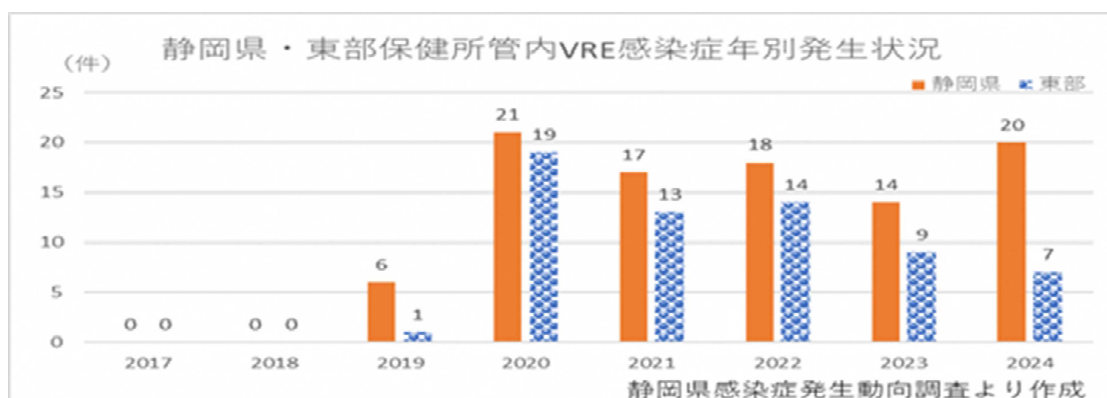
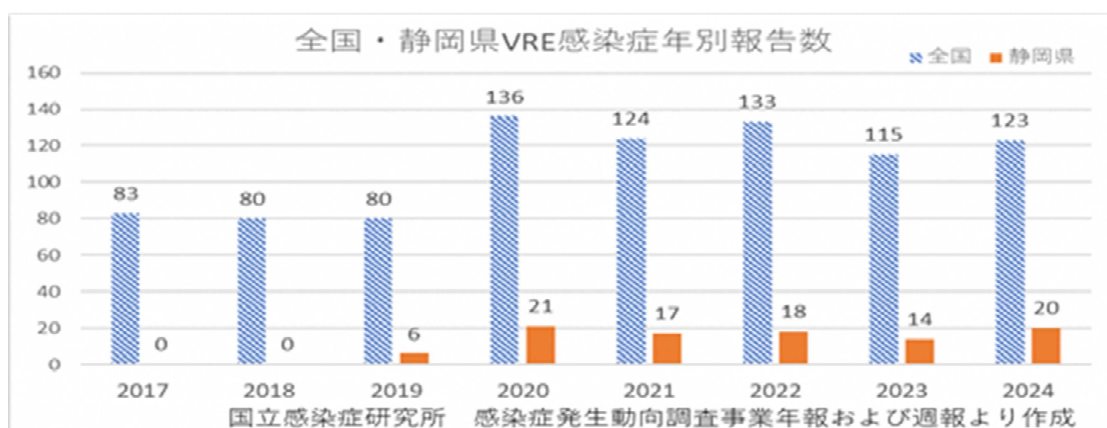
(3) 疫学

国内において 2019 年は 80 名の報告であったが、2020 年以降は 100 名以上の報告数で推移している。

静岡県は 2019 年に 6 名の報告があり、その後、毎年全国の 10% 以上を占めている状況が続いている。

2024 年は全国で 123 件の報告があり、そのうち 20 件が静岡県からの報告となり、全国 1 位の発生数となっている。





静岡県内では、東部地区からのVRE報告数が多く、2020年以降東部保健所管内の発生数がいちばん多い状況にある。

現在、入院時及び定期的なスクリーニングを実施している施設が複数あり、一部の病院からの検出というよりは東部地区全体への広がりが考えられ、地域全体で取り組まなければならない事案となっている。

(4) 感染対策

VREは腸管内に保菌され無症状のことが多いため、気づかぬうちに伝播することが多い。

病原性は低いですが、伝播力と定着力が強く、VREが1例でも検出された場合は、VRE陽性患者の接触予防策を確実に実施し、他患者への伝播を防止することが重要である。そのため、積極的なスクリーニング検査が推奨される。

VREはポリ塩化ビニールの表面で1週間は存在すると言われており、株によっては16週間生存する。そのため、人の手が頻回に触れる可能性がある高頻度接触部位を定期的に清拭することも重要である。

さらに、院内の拡散状態の監視を行いVREが気づかぬうちに院内で拡散することがないように管理する必要がある。

2 スクリーニング検査について

スクリーニング検査には、突発的に VRE 患者が発見されたときにその感染の広がりを確認するための検査と、院内感染の継続や地域流行を鑑み恒常的に病院内の監視を続けるための検査の 2 種類に分けることができる。前者をアウトブレイク発生時のスクリーニング検査、後者をその他のスクリーニング検査として示す。

スクリーニング検査は、便培養検査で VRE の有無を確認することが求められる。検体として提出される便には VRE 以外の多くの常在菌が混在しているため、培地中にバンコマイシン（VCM）が添加された選択培地への検体塗布が欠かせない。

また、スクリーニング検査で重要な要素は、①高感度、②簡便、③安価、④迅速性である。各施設の検査体制などを考慮し、施設に合った適切な方法を選択する。

1 アウトブレイク発生時のスクリーニング検査

VRE は保菌も含めて 1 例でも確認された場合、アウトブレイク発生として対応する。陽性者が 1 例だけであっても、すでに院内感染が広がっている可能性が高いことは、これまでの多くの国内事例からもわかっている。可能であれば全入院患者または疫学的関連のある病棟に入院中の患者すべてをスクリーニング対象とすることが望ましい。初めに限局した対象者（同室者など）に検査を実施して、そこで広がりを観て次の対象者を改めて決定する方法がとられることがあるが、対策が遅れてしまう可能性がある。検査結果を待たずに標準予防策の強化、接触予防策の追加など対策を並行して実施しておくことが重要である。

【具体的な方法】

アウトブレイク発生時には感染管理担当者や病院幹部等で緊急の会議等を開き、スクリーニング検査をどのように実施していくか検討し、施設で継続して実施できる最適な方法を決める。

（1）検査実施機関の検討

- ア 院内での検査
- イ 外注による検査

（2）対象者の範囲決定

- ア 同室者
- イ 病棟全体
- ウ 院内全体

(3) 患者説明および同意方法の決定

ア 検査についての説明および同意書の作成等

(4) 検査手順及び留意点

ア 患者の同意を得て検査を実施する。

イ スワブを肛門に挿入もしくは排出便を提出する(※VREは腸管内の保菌の有無を確認する検査である)。

ウ バンコマイシン含有の選択培地で培養検査を実施する。

※外注検査の場合は、提出時に目標菌がVREであることを指示する。

(5) 検査結果を受けて

検査結果が出るまでには、院内検査の場合48時間以上かかり、外注検査では一週間程度かかる。その間並行して標準予防策の徹底および陽性者の確実な隔離・接触予防策を実施する。

検査結果を受けて感染状況の把握につとめ、新たな陽性者が確認された場合は疫学的な手法を用いて、感染経路を推定し、院内感染リスクを見積もるなどの考察へつなげる。さらに陽性者が出た場合にはスクリーニング検査の対象者を拡大・継続して実施するなどしていく。

2 その他のスクリーニング検査

(1) 入院時スクリーニング

外からの入り込みを確認するために入院時の患者を対象に実施する検査である。対象者の選定は各施設でルールを作ることが必要となる。

検査の結果が出るまでは、患者は可能であれば接触予防策を行うことが望ましいが、対策が困難な場合は標準予防策を徹底する。

(2) 定期的スクリーニング

一定の決められた対象者に、決められた時期に一斉に行われる検査である。アウトブレイクが継続している場合は、院内全体の一定の伝播状況を把握するため、この検査が実施される。

メリットは、院内の感染状況を明らかにできること、特に複数の病棟を保有する施設では院内一斉スクリーニングを実施することで、患者が病棟を移動する場合でも、知らずと他の病棟へ伝播を広げていることを逃すことなく把握できる。特に手術や検査、病状によって病棟を移動する患者の多い施設においては、病棟単位でスクリーニング検査を行っている場合と陽性者が検査対象から外れる可能性がある。そのため、同日入院患者一斉スクリーニング検査は陽性者をもれなく発見できるため、非常に有用である。

(3) 退院時スクリーニング

自施設から他の医療機関への転院や高齢者福祉施設等への退院、また退院後透析医療機関への通院を予定される場合に、VRE 感染の有無を転院・退院先の施設へ情報提供するための検査である。VRE を地域へ広げることを防ぐために重要な情報となる。

東部地域での流行について考えた場合、入院時スクリーニング検査や定期スクリーニング検査は、地域での広がりや院内での伝播状況の評価指標となりうるため、可能な限り多くの施設で広く継続実施されることが望ましい。これまで他の地域におけるアウトブレイク事例でも、地域内で同じ条件で2年以上にわたるスクリーニング検査が行われたことで、収束に導かれた報告もされている。現在、当地域では一部の医療機関でのみ実施されているが、地域におけるアウトブレイクの収束を目指す上では多くの施設で継続して検査が行われることが望まれる。

【具体的な方法】

院内のアウトブレイク継続時や地域流行を受けて、院内への入り込み・陽性者の有無確認など、一定の条件を設けて院内を監視する目的で実施する。

スクリーニング検査は施設で継続して実施できる最適な方法を決める。

(1) 入院時スクリーニングにおける対象者の選定

- ア 全例実施
- イ 静岡県東部地域での医療接触（入院歴）のある患者
- ウ 院内のアウトブレイクが継続している場合は自施設への入院歴のある患者

入院時スクリーニングを実施した後結果が出るまでは、可能であれば患者には接触予防策を実施することが望ましい。

(2) 院内定期スクリーニングにおける対象の選定

- ア 院内全体一斉スクリーニング
院内全体を一斉に監視・スクリーニングする方法
- イ 病棟内定期スクリーニング
限局した部署を定期的に監視・スクリーニングする方法

実施間隔については、1回/月など同日に一斉に検査を実施する。アウトブレイク継続時には1回/2週間など実施間隔を短くして継続実施する。

(3) 退院時スクリーニング

院内のアウトブレイクが継続している場合で、他の医療機関に転院または受診する

場合や高齢者福祉施設等への退院時に、最終確認、出口調査として実施する。定期スクリーニング実施がある場合は、検査後に一定期間が経過している場合などに考慮して実施する。検査回数が増えて負担も大きい、アウトブレイクが継続している場合などは、地域への影響を考慮して実施される。

3 アウトブレイク時の調査、疫学調査について

アウトブレイク総論

(1) アウトブレイクとは

ある一定の期間に、特定の場所で、特定の集団・グループにおいて、通常予測されるよりも、多くの事象が発生すること。感染症のアウトブレイクの場合は、事象の部分が感染症となる。疫学では、時、場所、ヒトを疫学の3要素といて、特に重要視する。

(2) 院内感染のアウトブレイクの定義

一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことであること(「医療機関における院内感染対策について」(平成 26 年 12 月 19 日付医政地発 1219 第 1 号より抜粋)。

(3) アウトブレイクを起こしやすい病原微生物

感染源	感染・伝播経路	病原微生物
医療従事者 見舞客・付添者 外来患者	空気感染	結核、麻疹、水痘
	飛沫感染	インフルエンザ、ノロウイルス、ロタウイルス、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、風疹
	接触感染	
入院患者	空気感染	結核、麻疹、水痘
	飛沫感染	インフルエンザ、ノロウイルス、ロタウイルス
	接触感染	
医療器具 リネン トイレ 汚物処理室	接触感染	MRSA、VRE、MDRP、ESBLs産生菌等耐性菌、CDトキシン、セラチア 疥癬、腸管出血性大腸菌、流行性角結膜炎
水槽、シンク 汚染した点滴製剤	接触感染	緑膿菌、セラチア
空調、加湿器、 シャワー	エアロゾル吸入	レジオネラ

(4) アウトブレイクの察知と判断

- 医療スタッフが察知した場合は、速やかに感染管理者に報告する。
- サーベイランスの実施により得られる、ベースラインを基にアウトブレイクを察知する。
- アウトブレイクが察知された場合は、まず本当にアウトブレイクかどうかを判断する。
- 同じ病原微生物でも保菌者が検知されただけなのか、ヒト-ヒト感染によって拡大した物なのかをしっかりと見定める必要がある。
- アウトブレイクと判断した場合は、すぐに終息のための対策に取りかかる。

(5) アウトブレイクを疑い嚴重な対応が必要な状態

- カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 (VRSA)、多剤耐性緑膿菌 (MDRP) バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) 及び、多剤耐性アシネトバクター属 (MDRA) の5種類の耐性菌については、保菌も含めて1例目の発見をもってアウトブレイクに準じた嚴重な感染対策を実施する。
- 同じあるいは極めて類似した生物学的性状を示す菌種による感染症が数日から数週間の間に院内で多発した場合は、特定の菌種の伝播拡散が発生していることを疑う。
- 複数の入院患者の尿や喀痰などから、同じ種に属する病原体の分離件数や分離率が急に増加した場合は、特定の病原体の伝播拡散と増殖が発生していることを疑う。
- 複数の入院患者の尿や喀痰などから同じあるいは類似した薬剤耐性パターンやバイオタイプを示す病原体が分離されている場合は、特定の病原体の伝播拡散と増殖が発生していることを疑う。

(6) アウトブレイク時の初期対応

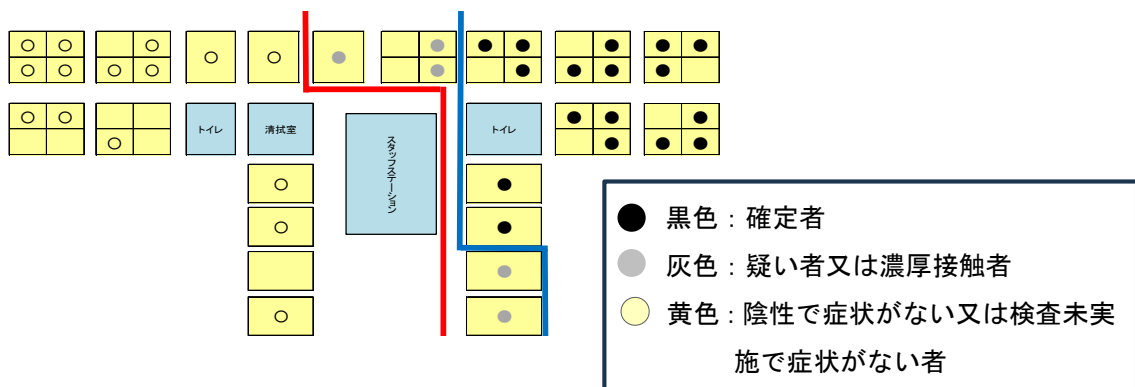
- 感染対策委員長・病院長にアウトブレイク発生 の報告をする。
- 院内全体での意思や感染対策の統一を図るために臨時の感染対策委員会を開催する。
- 感染制御活動開始する。(7) 参照
- 実地疫学調査を実施する。(10) 参照

(7) 感染制御活動

- 病原微生物が判明している場合は、標準予防策の遵守状況を確認するとともに感染経路別予防策の徹底を図る。
- 病原微生物が生息しやすい場所や清潔を保たなければならない場所の清掃・消毒をする。
- 環境整備が手順通り出来ているか確認し厳守させる。頻度を通常よりも増やす。
- 当該部署への入院制限など感受性者の対策を検討し実施する。

(8) 患者配置

- 以下の A, B, C の患者を同部屋に混在して配置してはならない。
 - A: 陽性者
 - B: 疑い者、濃厚接触者
 - C: 不明者 (A や B 以外)
- ※無症状の濃厚接触者は C ではなく B に分類される。
- 4 人部屋に 2 人いる場合は、対角に配置する。
- 受け持ち看護師、リハビリ担当者等もエリアに準じて分ける。



(9) 疫学調査とは

- 疫学 (epidemiology) という言葉は、ギリシャ語の epi (～について) と demos (人々に由来し、文字通り人々に起きていることを明らかにすることを意味する。
- 特定の集団における人々の健康状態やある事象の分布及び要因を探求する学問であり、健康問題の解決に応用するための手法である。
- 集団を対象として調査し、起きている問題の集団内での頻度や分布を明らかにしながら、浮かび上がった要因 (曝露) と問題の関連性を定量化 (数値化) して、解決策を導き出していく手法。

院内のどこでどのような人がいつから感染が起きているのか等を明らかにし、感染源や感染経路について仮説を導き出すための調査。

(10) 実地疫学調査の実施

患者情報、病棟内環境等の情報収集は看護師長が中心に行い、感染管理担当者に情報が集まるようにする。感染管理担当者は現場に赴き必要な情報が収集できているか確認する。

① アウトブレイクの概要を把握

- 予備調査により、いつから始まっているか (始まっている可能性があるか) を調べる。
- 事例のいくつかをサンプルとして抽出して、発症日や臨床経過などを検討した結果から推定する。

② 症例定義の作成

- 予備的調査の結果をもとに、アウトブレイクの症例を定義する。
- 症例定義には、時、場所、人の疫学の3要素が入る。
- 時と場所の要素によって調査対象となる母集団の範囲を決める。
- 時の要素において、潜伏期間がはっきりしている感染症のアウトブレイク事例の場合は、最初の患者の発症日から潜伏期間の2～3倍程度を遡って調査すると真の初発患者を見つけることができる。

③ 積極的症例探査

- 母集団から、ヒトの要素に合致する症例をピックアップする。
- 個人属性に関する情報（氏名、性、年齢、病名、既往歴、入院日等）
- 危険因子や防御因子への曝露状況（手術日、術式、主治医、執刀医、麻酔科医、担当看護師、病棟・病室、侵襲的な装置の使用、検査など）
- 発症や検査結果に関する情報（臨床症状、発症日、微生物学的検査の採取日・種類・検査法・結果、抗菌薬の使用状況）
- 調査員の情報（調査員氏名、調査日）

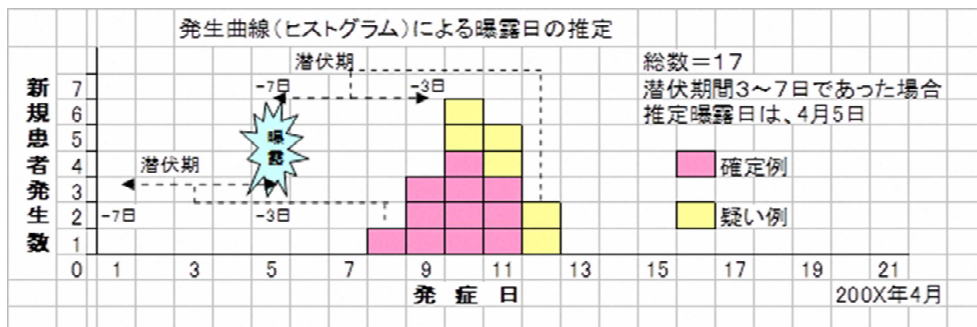
④ 記述疫学の実施

- 積極的症例探査でピックアップした症例を、時、場所、ヒトの疫学の3要素に分解してその特徴を探る。
- 症例に関して収集した情報の一覧表を作成する。
- 一覧表をもとに、時、場所、ヒトの要素ごとに図表やグラフを作成してアウトブレイクの概要を視覚的に捉える。

症例	年齢	性別	診療	病室	入院日	検査日	手術日	部位	病名	気管支鏡	医師	看護師
1	66	男	内	401	4/10	4/15	4/11	痰	肺炎	○	A	a
2	72	女	外	403	4/12	4/18	4/13	痰	肺炎		B	b
3	81	女	心	404	4/26	4/30	4/28	痰	肺炎	○	C	c
4	68	男	循	401	4/20	4/24	4/21	痰	肺炎	○	D	d

⑤ ヒストグラム（発症曲線）を作成

- 時の要素の分析ではグラフを作成する。（最も重要なのが、横軸に発症日を、縦軸に新規発生数をとったヒストグラムで、これを発症曲線と呼ぶ）
- 横軸の長さは症例定義で示された期間。
- 棒と棒の間に隙間のないグラフにする。



【場所の要素】の分析

- 症例の発生場所を検討する。
- 症例を地図上にプロットし、ある場所に症例の集積性が見られれば、場所の特性と発症とに関連があることを示唆している。

- 場所を検討する時は、発症した場所とするよりは、危険因子に曝露したと推定される場所の方が、より明確に場所的特性や危険因子を検討することができる。

【ヒトの要素】の分析

- ラインリストをもとに、性・年齢・基礎疾患別の分布などを検討し症例の特徴を把握する。
- 症例が共通の危険因子に曝露されている場合は、それぞれの危険因子への曝露状況のリスクを評価する。

① 仮説の設定

- アウトブレイクの感染源や感染経路について仮説を立てる。
- 記述疫学の結果、既知の事実（微生物学的な特徴、過去の事例）、環境調査の結果などをもとに仮説を設定する。
- 仮説の作成には、時、場所、ヒトの疫学の3要素の他に、感染源または感染経路を考える上で関連性の高いと思われる危険因子を含めて成文化する。

例：「200X年4月8日～4月12日までの間、A病院において発生した△△感染症事例は、〇〇〇の関与の可能性が高い」

仮説の設定

時 4月8日～4月12日までの間で、
場 所 A病院において発生した
ヒ ト △△感染症事例は
危険因子 〇〇〇の関与の可能性が高い

② 解析疫学による仮説の検証

- 立てた仮説が正しいかどうかを検証する。
- コホート研究か症例対照研究を行い、疫学的な関連性の強さをそれぞれリスク比、オッズ比で表す。
- 統計学的な有意差は、95%信頼区間かカイ二乗検定を行う。
- コホート研究は、調査対象の母集団のすべてを、危険因子への曝露群と非曝露群に分けて、それぞれの発症率を比較する方法。
- 症例対照研究という研究方法は、症例と同じ時期に同じような危険因子に曝露される機会がありながら発症していないものを対照として選定し、症例と対照における危険因子への曝露の程度を比較する方法。

③ 因果関係の確認

- 時間性：時間軸を考えて曝露が前で、結果が後であること
- 密接性：関連性の強さ（リスク比またはオッズ比が2倍以上の関連性）
- 一貫性：他の研究でも同様の結果が出ているかということ（症例対照研究とコホ

ート研究の両方で同様の結果)

- 量依存関係：危険因子への曝露の程度が強ければ、リスク比やオッズ比などの関連性の強くなる傾向にあること
- 特異性が高い：健康人において、危険因子に曝露されなかった割合が高いということ

④ 仮説外の機序を追及

- 危険因子に曝露されていないにもかかわらず発症してしまった症例がいた場合は、新しく症例と定義し、記述疫学（時、場所、ヒト）によって共通項目を探し出す。

(11) 保健所への報告・相談

- 感染症法第 12 条に基づき、定められた感染症を診断した医師は届出を行う。
- 医療機関において院内感染対策を実施した後、同一菌種による感染症の発病症例（CRE, VRSA, MDRP, VRE, MDRA は保菌者を含む）が多数にのぼる場合、目安としては 10 名以上になった場合、または、当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合には、速やかに報告する。
- 上記のような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所へ報告・相談することが望ましい。

【参考】その他連絡先として、一般社団法人日本環境感染学会の「感染制御に関する相談窓口」や浜松医科大学医学部附属病院感染制御センターの「院内感染対策および感染症の相談窓口」がある。各ホームページに詳細が掲載されている。

(12) その他の対応

- 調査状況に応じて検体、検査培地などを保存する。
- 必要に応じて通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関に感染拡大防止に向けた支援を依頼する。
- 患者・家族・医療従事者への情報提供
- 入院患者及び、その家族に対しては、初期対応時に診療担当者と院内感染対策の担当者等から十分な情報を提供し、対策に必要な協力を要請する。

(13) アウトブレイクの収束目安

- 最後の症例の感染性が消失してから、その疾患の潜伏期間の 2 倍が経過した時点
- 院内生息菌によるのである場合は定着症例が存在することを考慮する必要がある。

(14) 収束後の対応

- アウトブレイクの終息が確認された後、感染源、感染経路に関しての調査結果を参

考に一時的に強化していた種々の対策を継続可能な対策に切り替えていく。

- 実施した感染対策の評価とその後の再発防止策について検討する。

各論：VRE 発生時の対応

VRE が発生した時の具体的行動例

(1) VRE 患者が発生

(2) 陽性者の個室隔離

- 陽性患者を個室（可能な限りトイレ付）へ隔離する。
- 個室にトイレがない場合は、当該患者専用のトイレとし、他患者の使用を禁止する。

(3) 陽性者のいた部屋の清掃

- 特別な消毒薬は不要（通常的环境整備に使用している4級アンモニウム塩やアルコール等でよい）
- 陽性患者の周囲だけでなく、その部屋全体に VRE が多数存在していると考え、部屋全体また同室者に対しても以下の清掃を行う。
 - ①病室内のカーテン交換
 - ②部屋のドアノブ、電気のスイッチ、エアコンのモニタ等共有部分の湿式清拭
 - ③床頭台、オーバーテーブル、ロッカー等の備品、ベッド柵、ナースコール等の湿式清拭を行う。

(4) 接触感染対策を開始

- 部屋の入口に「接触感染対策」であることがわかる掲示をする。
- 部屋の入口に手袋、長袖ビニールエプロンを設置する。
- 部屋の中に感染性廃棄物ごみ箱を設置する。
- 血圧計、パルスオキシメーター、体温計等は個人持ちとし、室内に配置する。

(5) 院内で周知

- 医師、リハビリ、放射線科、MSW、清掃業者等に周知する。

(6) 保健所へ届け出

- 感染症発症者は5類感染症・全数報告対象であるため、医師は診断から7日以内に届け出を行う。
- 発生届の対象でない保菌者について、東部保健所管内では毎月15日までに所定のフォーマットで報告する。

(7) 標準予防策の見直し

- 環境整備の方法や頻度
- 手指衛生
 - ①職員の手指衛生実施率や遵守率
 - ②患者の手指衛生の指導強化（病室の出入り前後、食前、トイレの後等）
- 個人防護具の着脱方法
- 清潔ケア（特におむつ交換、陰部ケア）
- 共有トイレの清掃方法や頻度
- 汚物処理室の清掃方法やゾーニング
- おむつカートの清掃方法やゾーニング
- 患者ケア用の機器、器具、器材の消毒方法やタイミング

(8) 陽性患者の情報収集

- ケア内容
 - (ア) 経管栄養
 - (イ) 胃管
 - (ウ) 胃ろう
 - (エ) 中心静脈カテーテル
 - (オ) おむつ着用
 - (カ) 尿道留置カテーテル
 - (キ) 陰部保清（陰部洗浄・陰部清拭）
 - (ク) 人工呼吸器
 - (ケ) 手術
 - (コ) 口腔ケア
 - (サ) リハビリ
 - (シ) ドレーン
 - (ス) 内視鏡
 - (セ) 共用トイレの使用
 - (ソ) ストーマの有無
- 入院前後の状況
 - (ア) 入院前の状況（自宅、病院、施設）
 - (イ) 退院後の行先（自宅、病院、施設）

(9) スクリーニング検査の実施

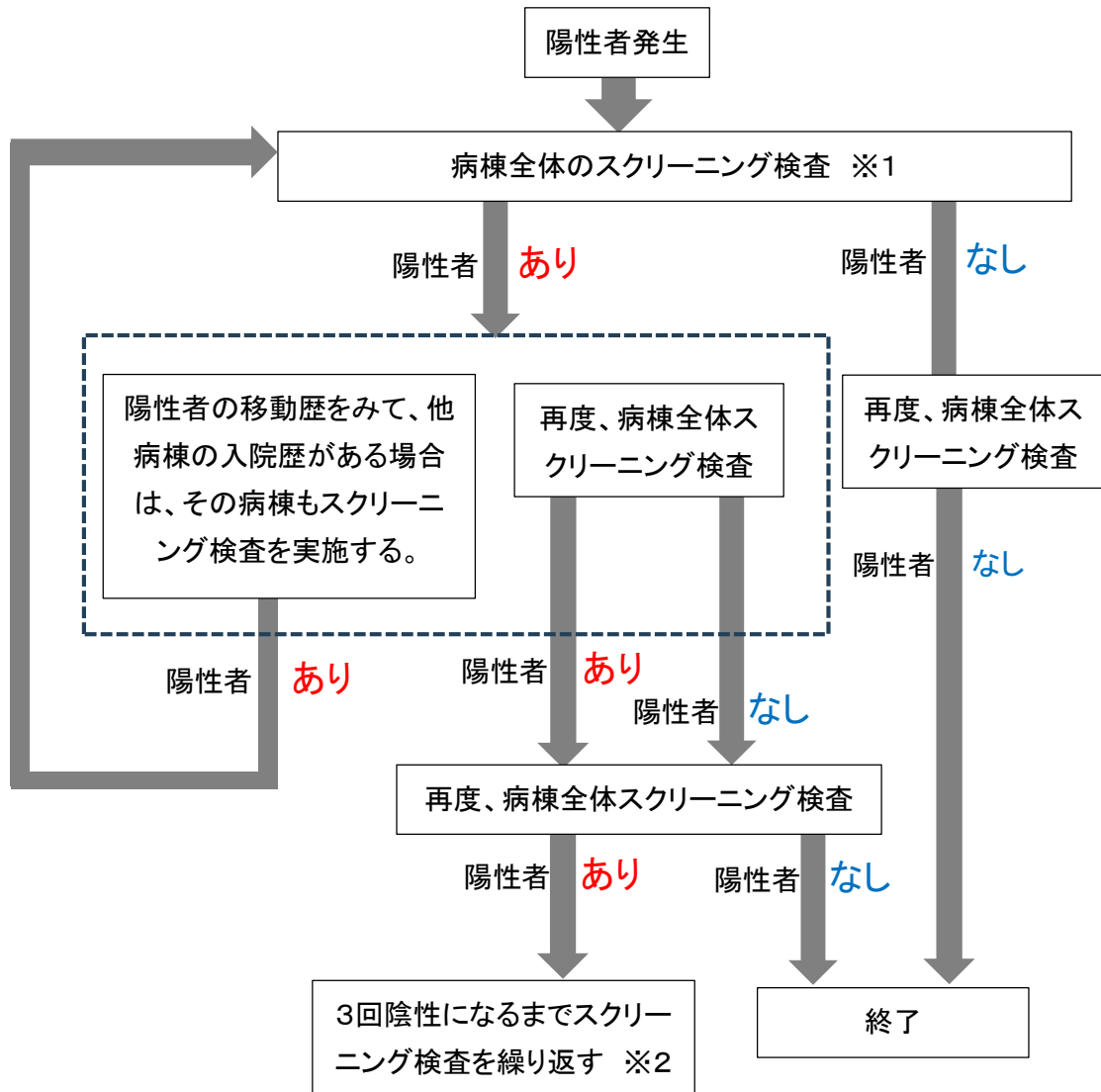
- 便検査（直腸スワブ等）の実施
- 病棟全体を対象とする。
※VREは1件発生した時点で、病棟内に拡大している可能性が高いため、スクリーニングは大きく対象をとることが重要となる。
- リスクのある患者に対するスクリーニング検査中は接触感染対策を実施する。ただし、リスクの有る無しに関わらず病棟や院内全体に行う定期スクリーニングの場合は、接触感染対策ではなく標準予防策でもよい。

(10) スクリーニング検査でさらなる陽性者が発生したら

- 陽性者の病棟移動歴を考慮してスクリーニング対象病棟を拡大する。

- 新規陽性者の発生がなくなるまでスクリーニング検査を繰り返す。(目安：3～4週間あけた3回陰性を確認するまで)

【検査の進め方例】



※1 この時の検査は拡大状況を把握する検査のため、結果判明前に退院が決まっている患者も実施する。転院が決まっている場合は、先方に状況を説明し結果が出てから転院することが望ましい。

※2 収束の目安は「3～4週間間隔をあけた検査で、3回陰性が確認される」こととする。

※3 陽性者が‘介護度が高い’、‘おむつ交換等を実施している’などで、水平感染の可能性が高いと判断される場合は、再度全病棟患者スクリーニング検査を実施することを検討する。

4 感染対策

(1) 環境整備

感染対策において、患者環境は、床・壁・天井など通常医療従事者や患者が直接接触することのない部分（低頻度接触表面部位）と、床頭台など医療従事者や患者が頻繁に接触するベッド周辺などの部分（高頻度接触表面部位）とに分けて考える必要がある。

VRE 感染では、症状の出ない保菌者（定着）が大部分であるため、知らず知らずのうちに患者に伝播しているパターンが少なくない。

VRE の伝播に環境が関係しているとの報告があるため、病室環境の整備を日常的に行う事が重要である。

有効な消毒法

すべての消毒薬が有効である。0.2%両性界面活性剤、0.2%塩化ベンザルコニウム、0.2%塩化ベンゼントニウム及び、消毒用エタノールなどを中心に用いる。

清掃の注意事項

1. 環境からの感染をコントロールするには、手指衛生に加えて「手指の高頻度接触表面」の徹底した清掃が重要である。
2. 床などは、消毒にて一時的に菌量は減少するが、人が存在すれば数時間で元の菌量に戻ってしまう。床を消毒する必要はなく、汚れを取ることが必要である。
3. 手袋、マスク、エプロン等の防護用具を着用し、自身への曝露を防ぐ。

	場所	清掃
高頻度接触表面	オーバーテーブル、イス、床頭台、ベッド柵、リモコン、コンセント、ナースコール、ドアノブ、手すり、使用中の医療用具 等	最低1日1回以上清拭を行う。
低頻度接触表面	水平表面 ・床	1日1回清掃する。
	垂直表面 ・壁、天井、窓枠 ・換気口 ・カーテンレール、カーテン	定期的な清掃を月1回程度行う。

※医療用具：輸液ポンプ、心電図モニター、点滴架台など

日常的な清掃

1. 室内の手の触れる環境（ドアノブ、床頭台、ベッドの手すり、スイッチなど）である高頻度接触表面部位は、低水準消毒薬ないしアルコールを用いて最低1日1回以上清掃する。
2. 床は、定期的な湿式清拭を行う。目に見える汚染が発生した場合や、退院時に行う。壁やカーテンなど垂直面は、目に見える汚染が発生した場合に清掃、洗浄を行う。使用後のモップは洗浄し、十分に乾燥させる。乾燥を怠るとモップ自体に菌が繁殖しそのモップを使用することで院内に菌を拡散する事になるため注意する。床に直接薬剤を噴霧や散布をする事は、作業者に対する毒性の問題や、消毒薬と環境表面の十分な接触を確保するという点で不確実性が存在するため行わない。機器の消毒には、性能に影響しない消毒薬を用いる。移送に使用した車椅子、ストレッチャーは、使用後に消毒用アルコール等で清拭する。

病室環境での高頻度接触表面部位



(2) おむつ交換

はじめに：おむつ交換の感染リスク

便には多くの細菌が混入しているため、使用済みのおむつは目に見えなくても細菌が付着している可能性がある。鼠径部に触れることは他の皮膚に触れるより細菌が伝播しやすく、手袋のまま触れたベッド柵も汚染されるという報告もある。

おむつ交換は、新しいおむつや周辺環境・自分の着衣を汚染する可能性があるため、手指衛生の実践や个人防护具を適切に使用することが求められる。

1. 物品の準備

1) 必要物品

長袖ビニールエプロン、手袋、

洗浄する場合はゴーグル等、トイレットペーパー、清拭用のタオル等、ビニール袋、新しいおむつや尿とりパッド、ワゴン（できれば2段以上）の使用が望ましい。上段に使用前の清潔な物品を準備し、下段に廃棄するおむつや汚染した物品を置く。

※必要物品を患者の床頭台等に置かない。

洗浄する場合は、お湯（ボトル）と石けん、必要に応じて保湿クリームなどを準備する。

洗浄時はゴーグル等で目を防護する

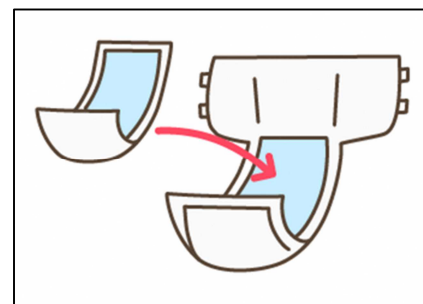
廃棄用のごみ袋はワゴン下段に広げてお



2) 手指衛生を実施してから必要物品を準備する。

使うおむつ・パッドは先に広げておく。

パッドをおむつのギャザーの中に入れてむと、排せつ物が漏れにくくなる。



3) 汚染したおむつの廃棄用にビニール袋を広げてワゴンの下段に置く。

ワゴンがない場合は、周囲を汚染しないよう近くにビニール袋を広げておく。

（床に直に置いたり新聞紙に包んで染み出ると環境を汚染するためビニール袋を使用する。）

<https://fukushi-job.jp/lab/archives/6216>
介護のお仕事研究所 HP

2. 个人防护具着用

1) 手指衛生をしてから个人防护具を着用する。

2) 着用する順番

①マスク



②長袖ビニールエプロン

洗浄液のはね返りや患者を抱えるなど、腕の汚染を防ぐ必要があるため、長袖ビニールエプロンを着用する。

(②´陰部洗浄を行う時はゴーグル等使用)

③手袋

https://www.kango-roo.com/ki/image_378/

看護 roo!

3. 汚染したおむつをまとめる。

1) 寝衣のズボンをおろす。

状態により、ベッドを汚染しないように臀部の下に防水シート等を敷く。

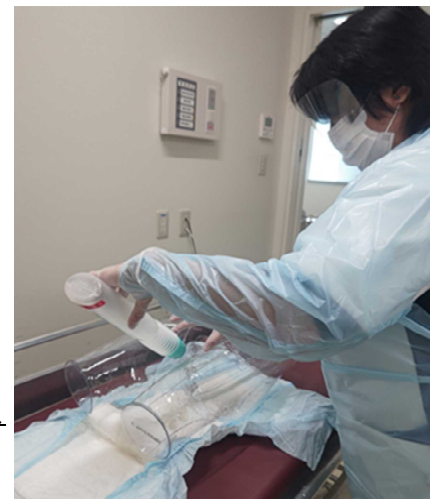
- 2) 周囲を汚染しないようにおむつの汚染部分を中心に丸めながらおむつをずらし、汚染していない部分を臀部に持ってくる。



4. 陰部を洗浄する。

洗浄するときは、細菌が尿道に入らないように上から下へとお湯を流す。

拭くときは前から後ろに向かって拭く。



！ポイント！

○陰部洗浄ボトルは患者の臀部や陰部などと接触したり、汚染された手袋を着用した手で把持しており汚染されている可能性が高いため、他の患者と共有しない。

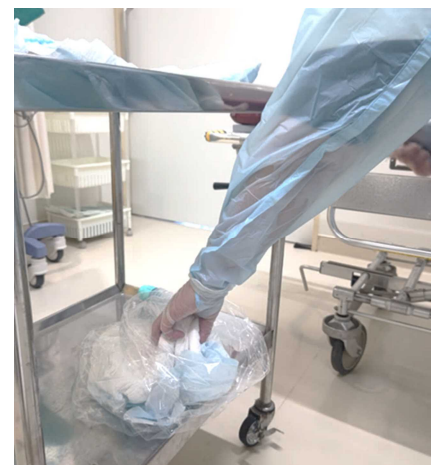
○勢いよく洗浄するとしぶきでベッド周辺等を汚染するので、注意する。

5. おむつの回収・手袋を脱ぐ。

外したおむつは廃棄用のビニール袋に入れる。

ベッドサイドで処理することで環境の汚染を防ぐ。

汚染したおむつに触れた手袋をぬいで、廃棄用のビニール袋に入れる。



！ポイント！

○二重手袋：手袋を二重に着用し、汚染物の処理が終わったら1枚外すという使い方は、「脱ぐ時に汚染する可能性」「ピンホールの可能性」などあるため、実施しない。

6. 新しいおむつをあてる。

1) 手指消毒をして新しい手袋を装着する。

！ポイント！

○これから使用するおむつが汚染されてしまうため、汚染したおむつを触った手袋で新しいおむつを触らない。



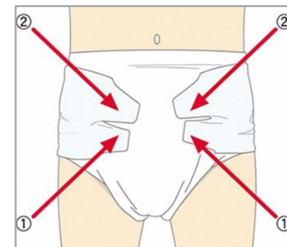
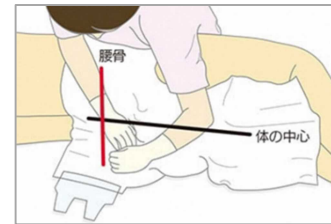
2) 新しいおむつの中心が患者の臀部の中心になるように敷きこむ。

3) 防水用のシーツを丸めこむ。

4) 患者を仰臥位にしておむつを装着する。

すき間ができないようにパットを入れすぎない。

また、テープは下から留める。



7. 個人防護具を外し、手指衛生を行う。

1) 個人防護具を適切な順番（個人防護具の着脱参照）で外し、ビニール袋に入れて密閉する。

2) 病室を出るときに手指消毒を行う。

3) 病院所定の廃棄物容器に廃棄してから手指衛生（消毒またはせっけん・流水による手洗い）を行う。

※状況に応じて病室に廃棄物容器を設置する。

<https://media.nurse-senka.jp/>

イラスト：ナース専

8. ワゴン使用した場合、使用後は環境クロスで清拭清掃する。

1) 手袋を着用する。

2) 環境クロスで上段→下段の順に清拭する。

3) 使用後のクロスは病院所定の方法で廃棄する。

【追記：陰部清拭】

石けんと湯を用いた洗浄以外に、洗浄クリームや洗浄シートなど、汚れをうかせて清拭することができる製品がある。陰部清拭は、必要物品や準備・ケア時間の削減にもなるが、しぶきによる周囲の汚染がない、洗浄ボトルの管理が不要など、感染管理上の効果も期待できる。

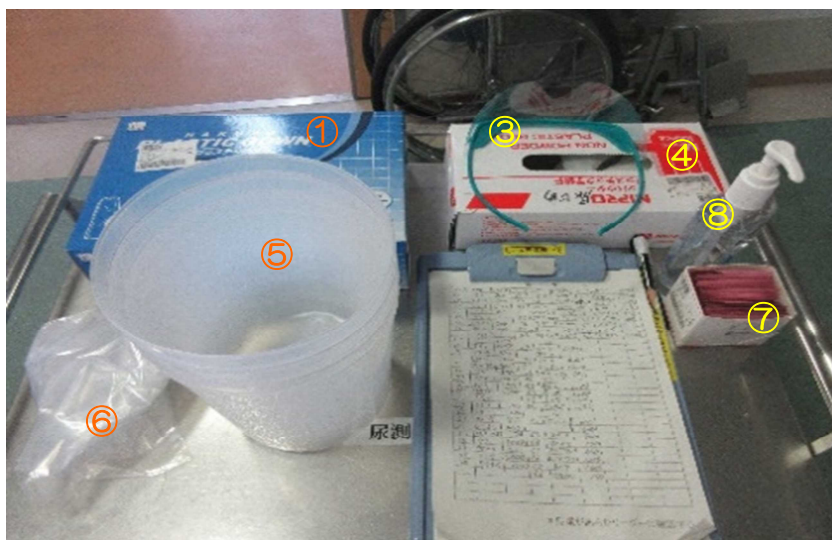
患者の皮膚の状態や排泄物性状により、または感染管理上必要な場合など、洗浄と清拭を選択できることが望ましい。

(3) 尿道留置カテーテル 尿廃棄手順

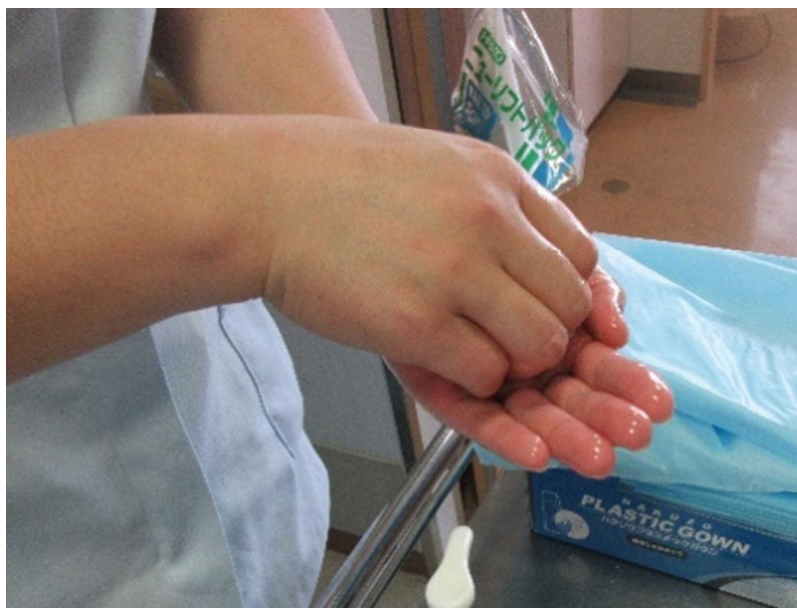
1. 必要物品を用意する

- ① 長袖ビニールエプロン
- ② サージカルマスク ③ ゴーグル ④ 手袋
- ⑤ 集尿容器（容器、もしくはバック＝廃棄患者が多ければ廃棄できるものがよい）
- ⑥ ゴミ袋（ビニール袋）
- ⑦ アルコール綿（個包装のパックタイプのもの）
- ⑧ 擦式アルコール手指衛生剤 以上をワゴンなどに乗せる

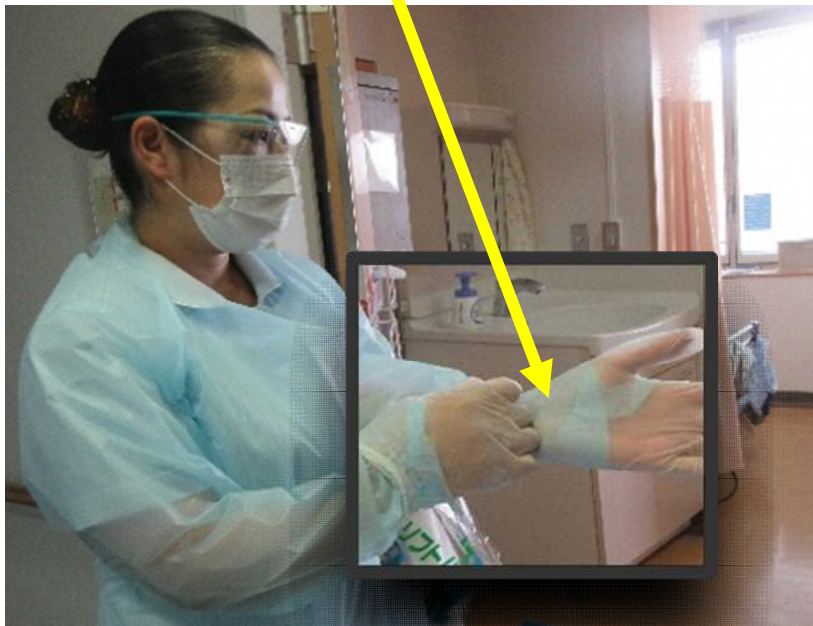
用意の例



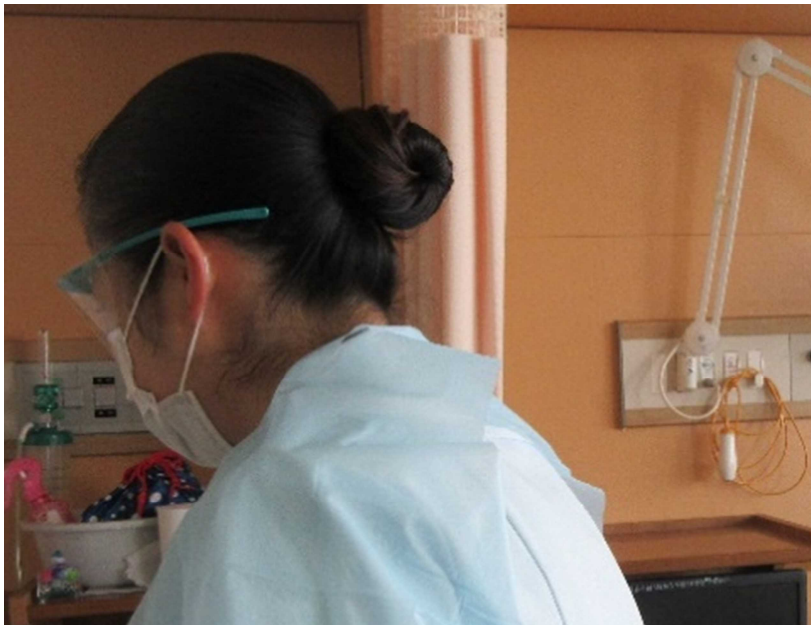
2. 患者病室の前で手指衛生を実施。



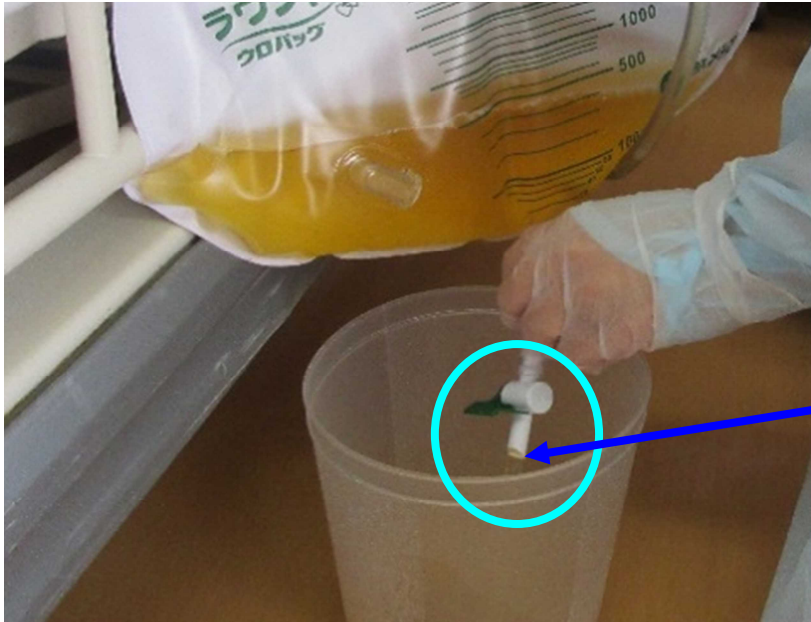
3. 1 で用意した防護具を ①→②→③→④の順に装着します。
※手袋は袖口を覆います。



4. 集尿の用意が出来たら、患者に集尿作業を実施する声掛けを行う。



5. 集尿容器を床に置き、集尿容器にウロガードの排液口が触れないようにして排液コックを開き、静かに尿を廃棄します。



先端は容器に触れないようにします。
尿を容器の内側に沿わせるように廃棄するとはねずに廃棄できます。

6. 尿の排液後排泄口のコックを閉めて、排液口から尿が飛び散らないよう静かにアルコール綿で拭き取り、排泄口を収納します。



7. 患者に作業の終了を告げて静かに集尿容器を持ち、トイレ（廃棄できる洗浄槽など）尿を廃棄します。



8. 集尿容器はビニール袋に入れて感染性廃棄物とします。
手袋→手指衛生→ガウンの順に脱いで次の回収場所へ移動します。
手順2～8をくり返します。→ 患者毎装備を変えながら作業していきます。

廃棄できない集尿瓶などを使用する場合は患者毎に容器を変えて尿を廃棄していきます。



9. 尿の回収終了後、防護具は、手袋→手指衛生→ガウン→ゴーグル→マスクの順で外して、ビニール袋に廃棄。それを洗浄室の感染性廃棄専用容器に入れて廃棄する。



10. 再度手指衛生後に手袋を装着し、ワゴンを環境清拭布（第四級アンモニウム・アルコール、次亜塩素酸など含有）で清拭する。
手袋を外して、最後に流水と石ケンで手洗いを実施する。



(4) PPE (個人防護具)

VRE 患者に対して、予想される援助内容によって 接触の程度により PPE の選択をする

北大病院感染対策マニュアル参照

接触の程度	援助内容	個人防護具の選択
患者・環境 接触なし	モニター観察 コミュニケーション	手指衛生 (入室前後) 手袋
患者・環境 軽度接触	検温、点滴操作	手指衛生 (入室前後) 手袋 患者・環境に白衣が触れる場合 上記+半袖エプロン
患者・環境 濃厚接触	体位変換、清拭 口腔ケア 創処置 排泄介助	手指消毒 (入室前後) 長袖エプロン、手袋、サージカルマスク ゴーグル (必要時)
	気管吸引、 喀痰の飛散 (咳) 又は 皮膚落屑が多い場合等	手指消毒 (入室前後) 長袖エプロン、手袋、サージカルマスク ゴーグル

* PPE (個人防護) は原則単回使用とする。

* PPE (個人防護具) は、病室入室直前に着用し、患者の病室内 (準汚染区域) で破棄する

個人防護具の着脱手順

個人用防護具(PPE)の使い方

PPEの基本的な扱い方を解説します。着脱には手順があり、感染予防のためにその手順を守ることが大切です。

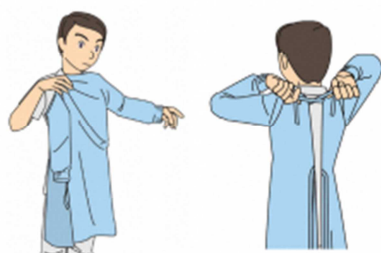


一般社団法人 職業感染制御研究会 (JRGICP)



ガウンの着脱方法

装着時のポイント



- ① PPEを装着前に手指衛生（手洗いや擦式アルコール消毒剤の擦り込み）を行います。
- ② 着用するときは、袖を先に通し、首の後ろのひもを結びます。
- ③ 腰の後ろのひもを結び、その後、手袋を着用します。
- ④ 手首が露出しないようにします。

脱ぐ時のポイント



- ① 外すときには、首の後ろのひもを解き、腰のひもを解きます。
- ② ガウンの外側は汚染しているため、端をもつか、袖の内側からすくい上げるようにし、手を引き抜きます。
- ③ 汚染面を中にたたみ、小さくまとめて廃棄します。
- ④ PPEを脱いだ後は、手指衛生を行います。

一般社団法人 職業感染制御研究会 (JRGICP)



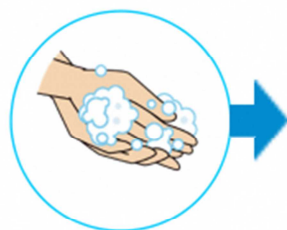
個人用防護具（PPE）の着脱の手順

着け方

ポイント 入室前に着用すること。

1 ガウン・エプロン

最初に手指衛生を行います。



◎エプロン

首の部分を持って静かに かぶる。
腰ひもをゆっくり広げて後ろで結ぶ。
患者と接する部分に触れないで裾を広げる。

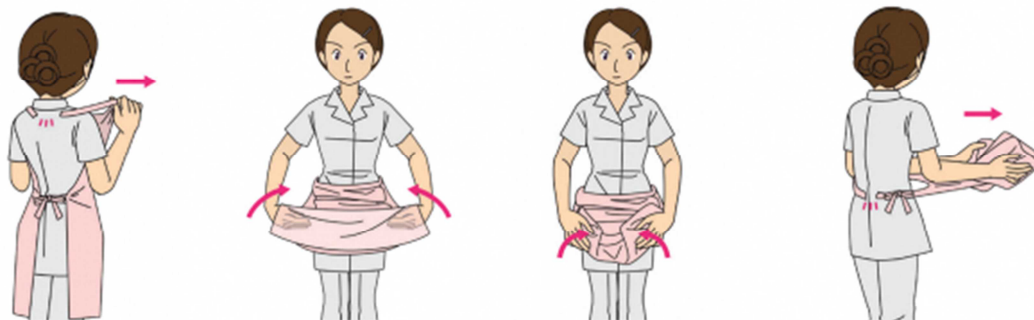


一般社団法人 職業感染制御研究会 (JRGICP)



エプロンの着脱方法

脱ぐ時のポイント



- ① まず、首の後ろのひもを左右に引っ張り、切ります。
- ② 前あてを前に垂らします。
- ③ 裾を手前に持ち上げます。
- ④ 汚染面を中に折込み、三つ折にします。
- ⑤ 汚染面を中にたたみ、小さくまとめて廃棄します。
- ⑥ PPEを脱いだ後は、手指衛生を行います。

一般社団法人 職業感染制御研究会 (JRGICP)

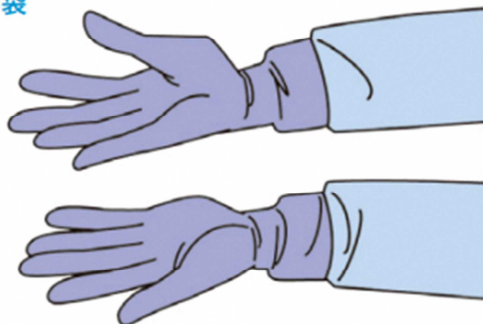


個人用防護具（PPE）の着脱の手順

着け方

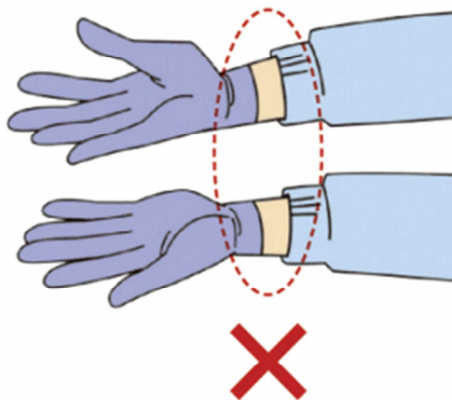
ポイント 入室前に着用すること。

●手袋



手首が露出しないように
ガウンの袖口まで覆う。

4 手袋



手首が露出している

一般社団法人 職業感染制御研究会 (JRG/ICP)



個人用防護具（PPE）の着脱の手順

外し方

ポイント N95マスク以外のPPEは病室を出る前か前室で外す。

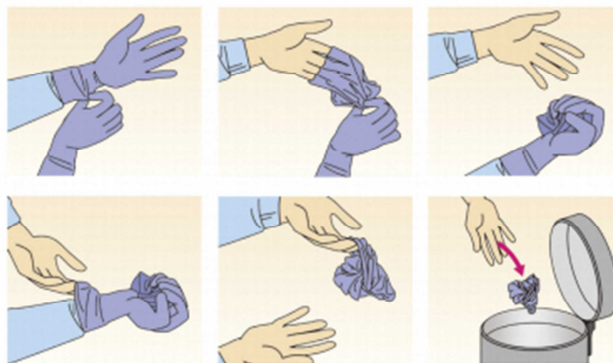
1 手袋

●手袋

外側をつまんで片側の手袋を中表にして外し、まだ手袋を着用している手で外した手袋を持っておく。

手袋を脱いだ手の指先を、もう一方の手首と手袋の間に滑り込ませ、そのまま引き上げるようにして脱ぐ。

2枚の手袋をひとかたまりとなった状態でそのまま廃棄する。



ここで手指衛生。



一般社団法人 職業感染制御研究会 (JRG/ICP)



ガウン代替物品

医療用個人防護具の代替品 性能評価と作り方 評価は[一般社団法人 職業感染制御研究会](#)有志らによる

1、ポリ袋、ゴミ袋 手作り可 単回使用 医療推奨

- 入手しやすいポリ袋による簡便で自作できるガウン・エプロンである
- 袖を作成することで、ガウンとして代用できる
- ポリ袋にはサイズが複数あり、着用者の身長等のサイズに合わせて自作できる
- 単回仕様が基本
- 低コストであるが、作る手間がかかる
- 設計図を要し、作成には慣れが必要
- ハサミとシーラー（袖付け）で作成可能
- 一人では脱げないので脱衣時に補助者が必要
- 前面が汚染しているため、背部を切って脱衣する
- ポリ袋の強度によって、破れやすい

2、雨合羽、レインコート、ポンチョ 代替品 単回使用 医療推奨

- 既成の雨合羽・レインコート・ポンチョのため、作成等の作業が不要ですぐに着用することができる。また、身体を覆い、使用後に破棄することが可能である。
- ただし、挿管や集中治療室などクリーンレベルでの医療処置には推奨しない。受付業務、介護の感染対策には推奨できる。
- 作業性が落ちる

3、クリーニング屋の洋服カバー 代替品 単回使用 医療推奨

- 洋服カバーには、不織布、ビニールなどの素材があり、用途によって、介護施設やおむつ交換など際の使用を推奨できる
- 形状は、ファスナー付きやマチが有るもの、ロング丈などがあるが、袖口がないため、少し加工が必要である
- 洋服カバーの素材や形態の違いがため、袖口を作成するなどのカットや加工が必要、その際に袖の部分がないため、処置後の手指衛生（腕まで）が必要である
- 有害性について確認（かぶれやアレルギー）

(5) ベッドコントロール

1. ベッドコントロール

- ① 保菌（感染の兆候が無い）も含め、VRE が検出された場合は個室隔離とする
- ② 多床室に入院していた場合、その部屋は同室者のスクリーニング検査の結果を待ち、新規の入院患者を受け入れる
- ③ VRE が検出された患者が複数いる場合、同じ菌が検出された患者を集め、同じ部屋での隔離（コホート隔離）でもよい
 - ※ 隔離する前には必ず患者及び家族に説明をし、了解を得る
 - ※ 患者の部屋に入室する全職員が接触予防策を実施できるように工夫する
例) 接触予防策を実施している患者であることがわかる目印を入口に表示する など

2. 隔離する部屋

- ① トイレ・シャワー付き個室が望ましい
- ② トイレ付きの個室がなく、室外のトイレ（他患との共有）を使用する場合は、使用するトイレを決めておく
- ③ 共有トイレ使用後の消毒は使用直後に実施する
- ④ 共有シャワーを使用する場合も使用直後に洗浄と高頻度接触面の消毒を行う
 - ※ 次の患者が使用する前に実施しておくことが重要
 - ※ トイレ使用後に、患者の協力が得られる場合は実施してもらうが、病棟スタッフもできる限り消毒が実施できる体制を整える

3. 入室時

- ① 防護具は着用して入ることができるよう、入口付近に設置する
 - ※ 入室時は、患者への接触の有無にかかわらず、必ずビニールエプロンと手袋を着用する（接触予防策の実施）
 - ※ 必要な衛生材料は室内に設置するが、室内に入れたものを外には出せない（他の人には使用できない）ため、必要最小限の量にする

4. 退室時

- ① 退室するときに防護具を脱ぐことができるように、病室内に感染性廃棄物容器を設置する
 - ※ 設置が難しい場合は、感染性廃棄物をビニール袋に直ぐに入れ封をしてその都度廃棄できるように環境を整える

- ② 体温計、血圧計、聴診器、駆血帯、血糖測定器などの共有物品は専有にしておくことが望ましいが、専有にできない場合は必ず消毒して部屋から持ち出す
- ③ 退室時は室内で手袋等の防護用具を廃棄し、手指衛生を行う

5. その他

- ① 処置・検査・リハビリテーションはできる限り病室内で実施する
- ② 病室外で行う場合には、必ず VRE である旨を対象部署へ連絡する

6. 経路別対策実施時の注意事項

経路別対策の実施状況は、定期的に確認することが重要。

(6) 病室環境・物品

1. 原則は個室隔離とする。トイレ付きが望ましい。
2. 病室内に、感染性廃棄物容器を設置する。
3. 入室時には、患者の接触の有無にかかわらず、必ず手指消毒とエプロン・手袋等個人防護具を着用する。
4. 体温計、血圧計、聴診器、創処置に使用する衛生材料は専用とする。
個人用にできない場合は、アルコール等の消毒薬で清拭する。
5. ディスポ製品は単回使用が望ましいが、再利用する場合は、使用后周囲を汚染しないように取り扱い、施設の基準で洗浄、消毒を行う。
6. 退室時は室内で手袋等の防護具を廃棄後、手指衛生を行えるよう物品を置く。

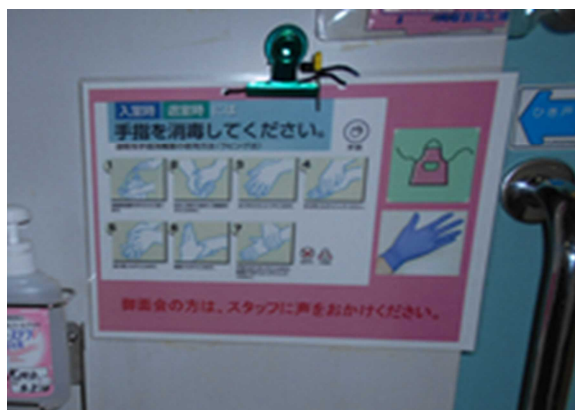
※静岡県環境衛生科学研究所微生物部 細菌班が実施した『病院環境拭取り調査（環境培養）』では、ベッド柵、ベッドサイドテーブル、ポータブルトイレの手すり、床頭台や衣類棚の取っ手など（高頻度接触面）から、VRE が検出されている。患者の自立度に関係なく同様の箇所から検出されているため、医療者が患者周囲の環境を汚染している可能性がある。

高頻度接触面の定期的な清拭清掃、環境接触後の手指衛生など、隔離病室から病原体を持ち出さないための行動が求められる。

個室



病室入り口には
個人防護具（マスク、エプロン、手袋）、手指消毒剤を設置する。
入室時には、患者への接触の有無にかかわらず必ず、手指衛生を行い、個人防護具を着用する。



全職員が、接触予防対策を実施できるように表示や目印等を工夫する。



病室内手洗い場には
石鹼、ペーパータオルを設置する。
(可能であれば吊り下げ式が望ましい)



病室内には
感染性廃棄物容器（ペダル式が望ましい）、ビニール袋、一処置毎交換
できるよう手袋等の防護具、防護具
を脱いだ後に使用する手指消毒剤
を設置する。



個人用検温グッズ
(体温計、血圧計、ステート、パルス
オキシメーター)
手指消毒剤を設置する。

多床室



多床室でも、
個人用検温グッズ、感染性廃棄物容
器（ペダル式が望ましい）、ビニー
ル袋、手指消毒剤を設置する。

参考：壁付けラックは、100円グッズにて400円で作成

病室内に感染性廃棄物容器を置かない場合は、処置毎にビニール袋におむつ、エプロン・手袋などの防護具を破棄し、手指衛生をしてから病室を出て所定の場所に廃棄する。

(7) 汚物処理室の管理

1. ゾーニングの考え方

汚物処理室は汚染された物品と洗浄・消毒後の物品が混在する場所である。ゾーニングを行い、清潔と不潔が交差しないように注意する必要がある。

1) 不潔エリア

- ・ ベッドパンウォッシャー
- ・ 汚物処理槽・物品洗浄用シンク
- ・ 感染性廃棄物容器
- ・ 一般用ごみ箱
- ・ 使用後鋼製小物・回収ボックス
- ・ 使用後のリネンボックス
- ・ 洗浄、消毒前の物品（陰部洗浄ボトル、吸引瓶、尿器など）

2) 清潔エリア

- ・ 擦式アルコール製剤
- ・ PPE（手袋、エプロン、ガウン、ゴーグル）
- ・ 汚物処理室清掃用環境クロス
- ・ 汚物処理室内で使用する消毒薬、消毒用容器
- ・ 洗浄・消毒・乾燥後の物品（陰部洗浄ボトル、吸引瓶、尿器など）



図1 汚物処理室ゾーニングの例（左）と十分なスペースが確保できない場合のゾーニング例（右）

清潔・不潔の物品が分けられて配置され、適切にゾーニングすることで交差を防いでいる。

2. 汚物処理室の日常管理

- 1) 汚物処理槽はつねに病原体に汚染されていると考える必要がある場所であり、周囲も水跳ねで病原体に汚染されているため、清潔な物品（洗浄・消毒・乾燥後の物品、使用前のPPEなど）を置かない。
- 2) 物品を洗浄する場合はPPEを着用する。手順書を作成するなど、全員が同じ手順で物品の洗浄・消毒を実施できるようにする。
- 3) 物品洗浄用シンクでは手洗いを行わない。跳ね返りで手指を汚染する。
- 4) 汚物処理槽周囲の物品を減らし、清掃しやすい環境を整える。
- 5) 洗浄後の物品の下敷きにペーパータオル・タオルを使用しない。湿潤環境が持続し、病原体の温床となりやすい。洗浄後の物品はかごや網などで乾燥させる。
- 6) 室内は湿潤環境になりやすいので、段ボールなどで物品を保管しない。また、手順等掲示する場合、汚染されても拭き取ることができるように、ラミネート加工等されたものを掲示する。
- 7) 汚物処理室のドアは解放したままにしない。ドア開閉前後に手指衛生を行う。

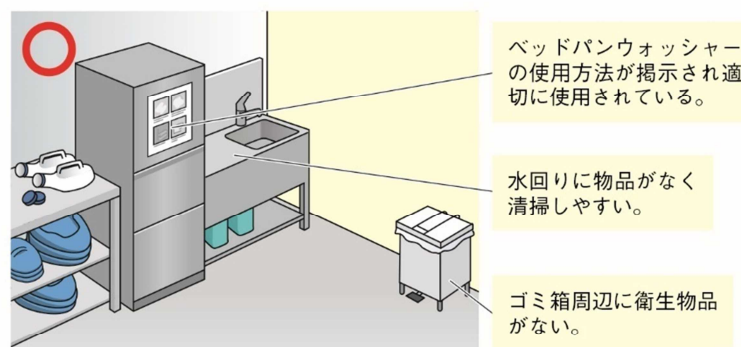


図2 汚物処理室のよい例

全体的に物品が少ない。

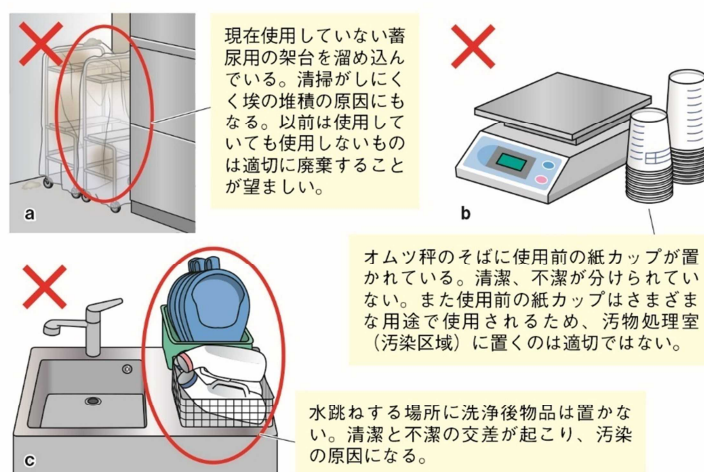


図3 汚物処理室のよくない例

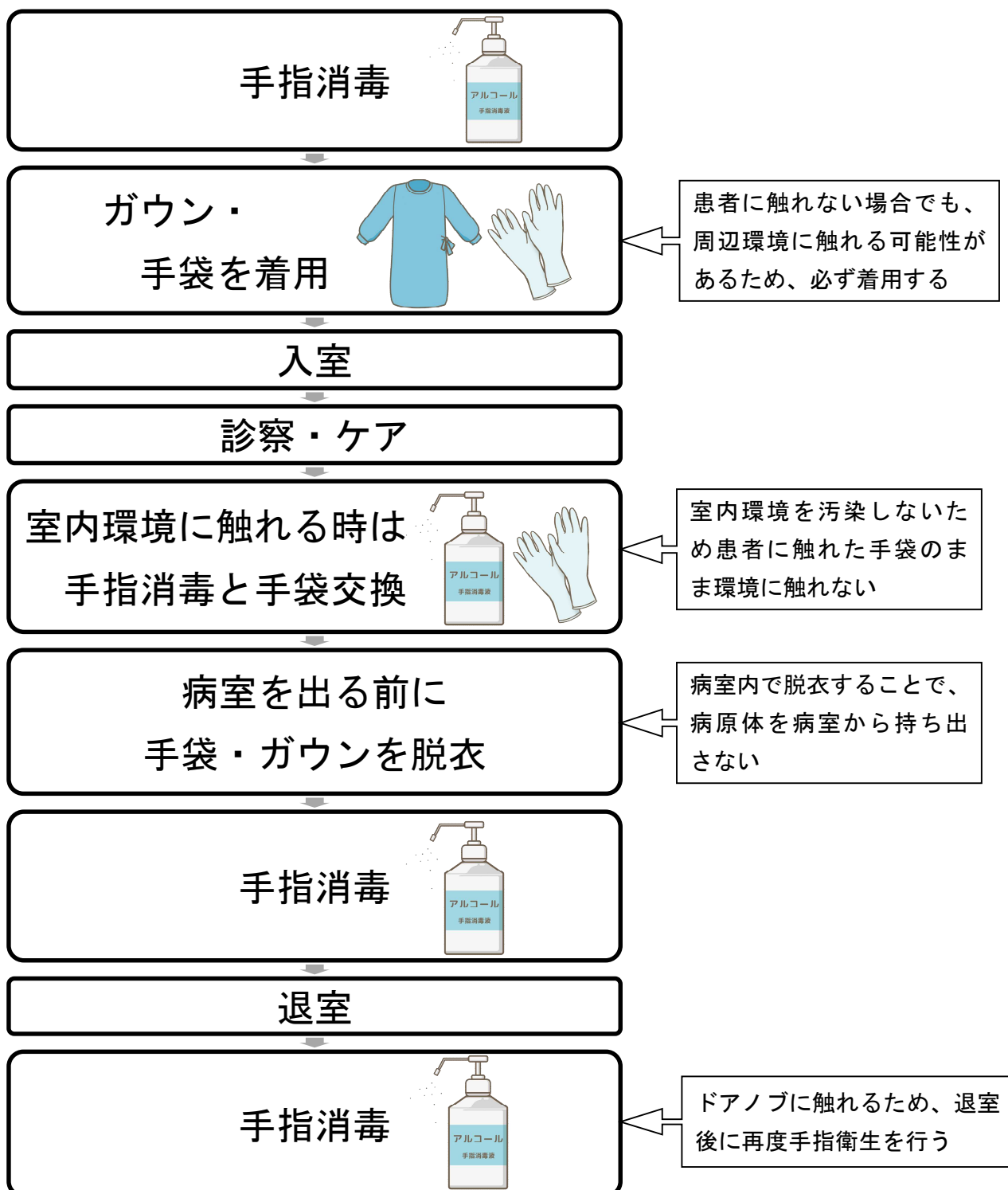
参考資料：メディカ出版 INFECTION CONTROL（インフェクションコントロール）

3. 汚物処理室管理チェック

○or ×	チェック項目	根拠
	導線が明確化されているか	清潔・不潔の交差を防ぐため
	棚等のゾーニングがされているか	
	PPEが清潔に管理されているか	
	洗浄・消毒済器具は再汚染しないように管理されているか	
	廃棄容器の保管場所は適切か	
	ベットパンウォッシャー使用時、器具は適切にセットされているか	適切に洗浄・消毒するため
	汚水槽の水は透明か	病原体の温床となるため
	スポンジは水を含んでいないか	
	蓄尿が最小限になるように検討の機会を設けているか	
	畜尿が必要な場合、畜尿ビン、畜尿ラック・自動畜尿器の周囲に汚染がないか	
	洗浄、消毒済み器具は水滴が付着したまま保管されていないか	
	採尿容器/尿器/便器は使用后、適切に洗浄/消毒されているか	患者間の交差感染を防ぐため
	採尿容器は患者間で共有されていないか	

(8) 回診等病室入退室の手順

【全職員が実践すること】



ラスト：看護 roo!

※静岡県環境衛生科学研究所微生物部 細菌班が実施した『病院環境拭取り調査（環境培養）』では、ベッド柵、ベッドサイドテーブル、ポータブルトイレの手すり、床頭台や衣類棚の取っ手など（高頻度接触面）から、VRE が検出されている。患者の自立度に関係なく同様の箇所から検出されているため、医療者が患者周囲の環境を汚染している可能性がある。高頻度接触面の定期的な清拭清掃、環境接触後の手指衛生など、隔離病室から病原体を持ち出さないための行動が求められる。

5 退院・転院時の説明 参考様式

- (1) 病院・施設への転院時
- (2) 自宅退院時

【受け入れる施設の方へ】

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）について

1 VRE とは

VRE（Vancomycin Resistant Enterococci）とはバンコマイシン耐性腸球菌の略で抗菌薬のバンコマイシンが効かない菌です。

病原性は低いため健康な人が病気を発症することはありません。検査で陽性の結果が出てもほとんどの人は保菌の状態です。主に腸内にいる菌で便・尿・胆汁・血液の培養検査で陽性になることがあります。免疫機能が低下した状態だと創部感染・肺炎・敗血症等の感染症を起こします。

2 VRE の感染経路

感染する経路は接触する（人から人・人から環境に移りその菌を人が触る）ことにより菌が伝播して行きます。

3 家族・職員への感染

健康な人が保菌することはまれです。保菌している患者さんと御家族と一緒に生活しても発症することはありません。日常生活の中では一般的な感染予防策を行っていただければ特別心配することはありません。

医療従事者も健康であれば保菌することはまれです。ただ施設内に抵抗力が弱い方がいる場合職員の手や環境を介してその方に菌を移してしまい新たな保菌者になってしまう可能性があります。感染を防止するために標準予防策と接触予防策を実施しましょう。

4 施設内での注意点

（1）手指衛生

手指衛生は感染症の有無に関わらず、利用者さんとの接触前後に実施します。

手に見た目に汚れがなければアルコール手指消毒剤、手に汚れがあれば石鹸と流水で手洗いをしましょう。

（2）個人防護具

感染症の有無に関わらず、おむつ交換や吸引など排泄物や飛沫に触れるケアを行う時は、個人防護具（使い捨て手袋、ビニール製のエプロン・ガウンなど）を使用します。使用した個人防護具は、利用者さんごとに交換しましょう。

（3）医療器具

体温計・血圧計など利用者さんに直接触れる器具は、可能であれば専用にします。専用ができない時は、利用者さんごと、アルコールなどで拭き取りをしましょう。

(4) トイレ・入浴・介助浴

トイレは共用でもかまいません。排泄後は利用者さんに手洗いをしてもらいます。介助した職員も手洗いをします。

入浴・介助浴の順番は最後でなくても良いですが、おむつを使用している場合は入浴前に排泄の確認をして便が付着している場合は洗浄してから入浴します。

(5) 食事

ほかの利用者さんと一緒に食事をしてもかまいません。食前の手洗いは全員します。使用後の食器は、他の利用者さんと同様に取り扱ってください。(特別な消毒などは必要ありません)

(6) 清掃

特別な清掃は必要ありません。埃を除去し拭き取り掃除をします。便で汚染された場所は0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で消毒しましょう。

(7) その他

他の薬剤耐性菌同様、基本的には陰性確認の検査は実施しません。

以上です 不明な事がありましたら御連絡ください

_____年 _____月 _____日

_____施設名_____

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）陽性が確認された方へ

バンコマイシン耐性腸球菌（Vancomycin Resistant Enterococci＝VRE）とは
バンコマイシン耐性腸球菌はバンコマイシンという抗生物質が効かない腸球菌です。
検査で VRE が陽性でもほとんどの人は菌を持っているだけ（保菌状態）で病気を引き
起こすことはまれです。保菌のまま退院しても健康な人に感染することはありません。

<ご自宅での日常生活について>

健康な人が保菌することは少ないので抵抗力が弱い方がいなければ過度に神経質に
なる必要はありません。日常的な感染防止対策を行ってください。
ご家族が VRE の検査を受ける必要はありません。

<手洗いについて>

食事の前やトイレの後は石鹼を使用して手洗いをしましょう。

<洗濯、食器の扱いについて>

衣類等の洗濯は、ご家庭で通常の洗濯をして下さい。ほかのご家族の衣類と一緒に
洗濯しても構いません。明らかに便や尿などがついた場合は下洗いしてから洗濯しま
しょう。
食器は普通に扱って構いません。

<入浴>

順番など特に制限はありません。

<退院後の外来受診>

病院に入院・外来通院されている方には抵抗力が弱っている方がいらっしゃいます。
そのような方たちに VRE など感染症を広げないため、病院職員は必要時手袋やガウン
を着用させていただきます。
また他院に入院されることがある場合は VRE が陽性であることを申告していただき
ますようお願いいたします。

_____年 _____月 _____日

_____施設名_____

<参考文献>

藤沢市民病院. 「藤沢市民病院 バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) 院内感染アウトブレイクに関する報告書」 2012年3月

https://fujisawacity-hosp.jp/data/media/fujisawa-hospital/page/section/group/infection-control/20120518_vrereport.pdf (2025年1月31日アクセス可能)

「バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) アウトブレイク発生時のスクリーニング」 国立感染症研究所 (IASR Vol. 42 p160-162: 2021年8月号)

「地域的なバンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) 感染症集積への対応」 国立感染症研究所 (IASR Vol. 44 p59-60: 2023年4月号)

国立感染症研究所. 「VREアウトブレイクに対する八戸市保健所の対応」 令和元年10月9日

<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/kikikanri/R1/1-07.pdf> (2025年1月31日アクセス可能)

東部保健所管内感染管理対策担当看護師等連絡会

バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）対応マニュアル作成メンバー

医療機関名 五十音順

【令和2年10月作成】

伊豆赤十字病院 七條 美奈
伊豆保健医療センター 原口 しのぶ
一般財団法人芙蓉協会聖隷沼津病院 佐藤 美由紀
医療法人志仁会三島中央病院 松田 雄一
N T T東日本伊豆病院 河野 幸恵
静岡県立静岡がんセンター 工藤 友子
順天堂大学医学部附属静岡病院 長富 美恵子
裾野赤十字病院 木戸 靖子
独立行政法人国立病院機構静岡医療センター 前田 奈緒子
独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院 岩川 美由紀
沼津市立病院 白井 保子
事務局 静岡県東部保健所

【令和7年3月改訂】

一般財団法人芙蓉協会 聖隷沼津病院 佐藤 美由紀
医療法人社団宏和会 岡村記念病院 神谷 薫
N T T東日本伊豆病院 河野 幸恵
静岡県立静岡がんセンター 野田 幸世
社会医療法人志仁会 三島中央病院 松田 雄一
順天堂大学医学部附属静岡病院 杉山 美和
裾野赤十字病院 木戸 靖子
独立行政法人国立病院機構静岡医療センター 前田 奈緒子
独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院 小出 愛美
沼津市立病院 白井 保子

助言者

静岡県立静岡がんセンター 感染症内科部長 倉井華子
伊豆赤十字病院 内科 古谷賢人

事務局 静岡県東部保健所
