

魚沼基幹病院 院内感染対策指針

1. 院内感染対策に関する基本的な考え方

(1) 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることは医療機関の義務である。院内感染対策を全職員が把握し、病院の理念に沿った医療を提供できるように、本指針により院内感染対策を行う。

(2) 用語の定義

① 院内感染、医療関連感染

病院環境下において入院後 48 時間、退院後 48 時間までに発生した原疾患と関係のない感染症を「医療関連感染」という。指針の中では、医療法施行規則で用いられている「院内感染」の用語を用いる。

② 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、入院患者、外来患者の別を問わず、見舞人、訪問者、医療従事者、さらには委託業者および、出入り業者等を含む。

(3) 本指針について

① 策定と変更

本指針は感染管理委員会の議を経て策定したものである。定期的または必要に応じ、変更し、変更に関しては最新の科学的根拠に基づき行う。

② 職員への周知と遵守率向上

本指針に記載された各対策は、全職員で協力し遵守率を高めなければならない。感染防止対策部門は、現場職員が自主的に各対策を実践し、自覚を持って医療にあたるよう誘導する。

2. 院内感染対策のための組織に関する基本的事項

(1) 感染管理委員会

ア 感染管理委員会

病院長を委員長とし、感染管理部長、感染管理認定看護師及び各部門責任者を構成員として組織する感染管理委員会を設け、毎月 1 回定期的に会議を行い、感染発生状況の共有、及び次に掲げる審議事項を審議し決定する。

また、緊急時は臨時感染管理委員会（イ）を開催する。

【感染管理委員会審議事項】

- ① 院内感染対策に関する事項
- ② 院内感染対策マニュアルに関する事項
- ③ 職員感染予防に関する事項

イ 臨時感染管理委員会

感染管理委員会メンバー、その他委員長が必要と判断した職員で構成され、重大な医療関連感染症の発生時、また感染症の流行、蔓延を防ぐために必要かつ迅速な対応をとる際に臨時開催する。

【緊急感染管理委員会が開催される状況】

- ① アウトブレイク発生時、または特定の感染症が発生するなど緊急対応が必要となった場合。
- ② 院内感染対策マニュアルに対応が定められていない院内感染が発生して、緊急の対応が必要となった場合。
- ③ 国内、国際規模での感染症の流行や蔓延の恐れにより感染対策実施の必要がある場合の情報収集、分析、管理、供給、対策の検討の実施の必要性がある場合。
- ④ その他、病院長が必要であると認めた場合。

(2) 感染防止対策部門

院内感染防止ならびにアウトブレイク時に適切な対応を組織横断的に行うことを目的とした感染防止対策部門を以下の組織により構成する。

ア 感染管理部

感染管理委員会の実働組織として感染管理部を置く。病院長が任命する医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成され、感染管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に感染対策を企画・立案、および改善するための感染管理部門の指令塔として活動する。また、感染管理委員会に感染防止における問題を提起し、解決への方策を提言する。

【感染管理部の活動】

- ① 院内感染の発生状況の把握とその予防策、指導
- ② アウトブレイク対策
- ③ 感染対策の実施に係る監視と指導
- ④ 感染の発生と対策に係る連絡、調整
- ⑤ 職業感染暴露の防止
- ⑥ 感染制御チーム（ICT）の活動に必要な諸事の起案、調整
- ⑦ 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の活動に必要な諸事の起案、調整
- ⑧ ICT および AST 活動で収集された情報のうち、厚生労働省院内感染対策サーベイランス（JANIS）日本環境感染学会医療器具関連サーベイランス（J-HAIS）等へのデータ提供
- ⑨ 感染管理向上加算Ⅰを取得する他の保険医療機関との連携
- ⑩ 感染症法で定められた感染性疾患の届出に関する、医師の届出支援、および保健所との情報共有や届け出
- ⑪ その他、院内感染対策の推進に関すること

イ 感染制御チーム（ICT）

病院長から感染対策に関する権限を委譲され、責任を持って院内感染の発生予防に関する業務を行うためのICTを置く。ICTは病院長が任命する医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、

事務職員で構成され、院内感染発生予防のための調査、対策の確立に関し、迅速かつ機動的に活動を行う実働集団である。ICTは定期的にラウンド、ミーティングを行い、それぞれの職種の専門性を生かし、協力しながら組織横断的に活動を行う。

【ICTの活動】

- ① 感染対策マニュアルの作成、改定
- ② 感染対策マニュアルの遵守状況の把握と指導
- ③ 感染関連資料の作成
- ④ 職員に対する感染対策の教育
- ⑤ 定期的（1回以上/週）なラウンドとその記録と現場へのフィードバック
- ⑥ 微生物、耐性菌検出状況、感染症流行状況などの情報発信
- ⑦ 医療関連感染サーベイランスの実施
- ⑧ サーベイランス情報分析、評価、フィードバック、効果的な感染対策の立案
- ⑧ 針刺し切創時の対応、対策
- ⑨ 各種ワクチン接種の啓発
- ⑩ 院内感染事例の把握とその対策の指導
- ⑪ 院内感染予防対策の実施状況の把握と、対策に関する指導
- ⑫ アウトブレイク、あるいは異常発生の特定と制圧。発生の原因究明と、必要な改善策の立案と職員への周知
- ⑬ 感染に関する各種コンサルテーション業務
- ⑭ 隔離、コホーティングに関するベッドコントロールの助言、勧告
- ⑮ 感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関との合同カンファレンスおよび新興感染症の発生等を想定した訓練の開

ウ 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）

病院長から抗菌薬適正使用支援に関する権限を委譲され、責任を持って抗菌薬適正使用に関する業務を行うためのASTを置く。ASTは病院長が任命する医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成され、感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発などの活動を行う。

【ASTの活動】

- ① 院内抗菌薬適正使用マニュアルの作成、改定
- ② 院内抗菌薬適正使用マニュアルの遵守状況の把握と指導
- ③ 抗菌薬適正使用ラウンド（1回/週）とその記録
- ④ 指定抗菌薬届出制の管理
- ⑤ 微生物検査・臨床検査の体制整備（施設内アンチバイオグラム作成、適切な検体採取と培養検査の提出のための指導）
- ⑥ 抗菌薬使用量報告

- ⑦ 血液培養複数セット提出率、耐性菌発生率の報告
- ⑧ 外来における急性気道感染症および急性下痢症の患者数と、当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況の把握
- ⑨ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修会の実施
- ⑩ 他施設からの抗菌薬適正使用に関する相談応需

エ 感染対策部会

ICTの長（医師）を部会長とし、各部署の院内感染予防対策を中心となり行う職員で構成される感染対策部会を設け、毎月1回定期的に会議を行う。

各部署の感染対策担当者として、ICT、ASTと連携し、部署内の感染対策活動を担う。

【感染対策部会の活動】

- ① 院内感染対策に係る情報の収集、提供、相談、連絡。
- ② 院内感染対策マニュアルの修著
- ③ 院内感染予防対策を各部署に浸透
- ④ 感染対策に必要な知識、技術の習得および同部署内への教育、指導。
- ⑤ 部署内における感染対策上の課題を明確にし、課題達成に向け取り組む。

3. 職員研修に関する基本方針

- (1) 院内感染予防対策の基本的考え方及び具体的方法について職員に周知徹底を図り、職員の院内感染に対する知識、技術の向上を図る。また、医療従事者として感染対策への意識の向上を図ることを目的に実施する。
- (2) 職員研修は、就職時の初期研修のほか、病院全体に共通する院内感染に関する内容について、少なくとも年2回、必要に応じて適宜追加し、全職員を対象に開催する。院内講師による研修の場合、同じ内容の研修を複数回行う等受講機会の拡大に努める。必要に応じて、各部署、職種毎の研修についても随時開催する。
- (3) 就職時の初期研修は、ICTが適切に行う。
- (4) 職員は、年2回以上感染対策研修を受講しなければならない。
- (5) 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）または、外部研修の実績等（受講日時、研修項目等）を記録、保存する。
- (6) 研修の対象者は、職員および委託職員とする。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

(1) サーベイランス

当院における感染症の発生状況の把握と、原因に関するデータを継続的かつ組織的に収集し、的確な感染対策を実施できるように、各種サーベイランスを可能な範囲で実施する。

- ① MRSAなどの耐性菌サーベイランス
- ② 伝播力が強く、院内感染対策上問題となる感染症サーベイランス
- ③ 外来、病棟におけるインフルエンザ迅速検査者数及び陽性者数のサーベイランス
- ④ 血管内留置カテーテル関連血流感染、人工呼吸器関連肺炎、尿道留置カテーテル関連尿路感染、手術部位感染など対象限定サーベイランス
- ⑤ 手指衛生サーベイランス

(2) アウトブレイクあるいは異常発生

アウトブレイクあるいは異常発生は迅速に特定し対応する。

1 例目の発見から 4 週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例（以下の 4 菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性アシネトバクター・バウマニ（MDR-Ab）、カルバペネム耐性腸内細菌科腸内細菌（CRE））が計 3 例以上特定された場合アウトブレイクを疑う。

【保健所への連絡】

同一菌種による感染症の発病症例が多数にのぼる場合（目安として 10 名以上となった場合）または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告する。また、このような場合に至らない時点においても、感染管理委員長の判断のもと、必要に応じて保健所に連絡・相談する。

5. アウトブレイクあるいは異常発生時の対応に関する基本方針

- (1) 各種サーベイランスをもとに、院内感染のアウトブレイクあるいは異常発生をいち早く特定し、制圧の初動体制を含めて迅速な対応がなされるよう、感染に関わる情報管理を適切に行う。
- (2) 臨床検査科細菌検査室では、検体からの検出菌の薬剤パターンなどの解析をおこなって、疫学情報を日常的に ICT および診療部へフィードバックする。
- (3) アウトブレイクあるいは異常発生時には、その状況及び患者への対応等を病院長へ報告する。緊急感染管理委員会を開催し、速やかに発生原因を究明し、改善策の立案、対策を実施するよう全職員への周知徹底を図る。
- (4) 報告の義務付けられている届出疾患が特定された場合は、感染症法に基づき、速やかに保健所へ報告する。

6. 患者等に対する情報提供と説明に関する基本方針

- (1) 本指針は、本院ホームページにおいて、閲覧ができるようにする。
- (2) 感染防止の基本について患者、家族へ説明し、理解を得た上で協力を求める。

7. その他院内感染対策の推進のための基本方針

- (1) 職員は、感染対策マニュアルに沿って、標準予防策を遵守し感染対策に努める。
- (2) 標準予防策の一つである手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。WHOの手指衛生ガイドライン「私の手指衛生5つの瞬間」に従う。
- (3) 院内の療養環境の整備と推進を図る。(入院患者周囲環境の環境衛生、清潔・不潔のゾーニング、擦式アルコール手指消毒薬の設置、石けん・ペーパータオルの設置等、手指衛生を実施できる環境整備)
- (3) 職員は、個人防護具の使用、針取り扱い時リキャップの禁止、携帯用針捨てボックスの携帯、安全機能付き器材の使用など、職業感染予防に努める。
- (4) 職員は、自らが感染源とならないよう、定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意するとともに、ウイルス性疾患に関して個人抗体価を把握する。また、流行性ウイルス性疾患ワクチン(麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎)、B型肝炎ワクチン及びインフルエンザワクチンなど必要な予防接種を接種する。

平成27年6月1日 策定
平成28年11月1日 改定
令和2年3月1日 改定
令和5年9月1日 改定
令和8年3月31日改定