

感染防止対策指針

I. 総則

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。清恵会病院（以下「当院」とする）においては、本指針により院内感染対策を行う。

2. 本指針について

1) この指針は、当院における院内感染防止対策および院内感染発生時の対応等における院内感染対策体制を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を目的として、下記の内容について定めたものである。

- ①感染管理の組織体制
- ②感染対策のための職員研修
- ③感染症の発生状況報告に関する基本方針
- ④アウトブレイク発生時の対応に関する基本方針
- ⑤その他院内感染に関する事項

2) 策定と変更

本指針は院内感染防止対策委員会で協議し院長副院長等会議で承認を得て策定したものである。また、院内感染防止対策委員会で協議し院長副院長等会議の承認を得て適宜変更するものであり、変更に際しては最新の科学的根拠に基づかなければならない。

II. 感染管理の組織体制

院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染防止対策委員会、ICT が中心となって、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動を行う。院内感染防止対策委員会は院長の諮問委員会であり、検討した事項は院長に答申され、院長副院長等会議での検討を経て、実行される。ICT は、院長の直接的管理下にある感染管理実践チームであり、院長が一定の権限を委譲し、同時に義務を課し、（各診療科長／部長と同様）組織横断的に活動する。

1. 組織

当院における院内感染防止を推進するために本指針に基づき、院内に以下の組織を設置する。

- 1)院内感染防止対策委員会
- 2)感染対策チーム（ICT）
- 3)抗菌薬適正使用支援チーム（AST）
- 4)看護部リンクナース会

2. 院内感染防止対策委員会の任務

1) 院内感染防止対策委員会

院内感染に関する最高の審議機関であり、決定機関である。月1回程度の定例会議を開催する。会議において、感染対策上の問題点を検討し、具体策を決定する。委員会は院内各部署を代表する職員によって構成される。

ICT に対応が困難と判断した案件については、院内感染対策防止委員会コアメンバーで臨時会議を開催し、院内感染対策に関する方針や具体策を決定する。また、院内だけでは対応が困難である事態が発生した場合は、管轄保健所へ速やかに報告を行い、指導を仰ぐ。

<院内感染対策委員会コアメンバー>

- ・院長
- ・ICD
- ・ICN
- ・看護部長
- ・事務長、その他必要と認めた職員

2) 感染対策チーム (ICT)

院内感染防止対策委員会の下部組織であり、週1回の定期的な巡回により現場での情報収集、効果的介入、スタッフ教育・啓発活動を行う。院内感染状況の把握に努め、アウトブレイクあるいは異常発生時、その特定と制圧、等に当たる。

【実際の活動内容】

(1) サーベイランス活動

- ・ 院内での感染症の発生状況の把握
- ・ アウトブレイクの早期発見と対策
- ・ 細菌検出状況の把握

MRSA など耐性菌サーベイランスに基づき、感染防止対策を立案し周知徹底を図る。

- ・ 院内の環境汚染の状況や保菌者の調査
- ・ 手術部位感染 (SSI)、血流感染 (BSI)、尿路感染 (UTI)、人工呼吸器関連肺炎 (VAP) のサーベイランス (発生分布や原因に関するデータを継続的、組織的に収集、統合、分析) を実施し、結果を改善する。

(2) コンサルト活動

- ・ 問題となる感染発生時の速やかな調査・対応
- ・ 現場での感染対策への助言

(3) 院内感染対策の教育、啓蒙

(4) 職員の職業感染予防のための教育・実践

(5) 院内感染防止対策マニュアルの作成と改訂

(6) 感染リンクナースの活動支援・指導

(7) 感染対策に向けたネットワーク構築

清恵会グループ施設や感染防止対策加算連携医療機関との連携・相談窓口となり、病院感染 対策に関するコンサルテーション、情報交換をおこなう。

3) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST)

AST は、院内感染防止対策委員会の下部組織であり、定期的な巡回・情報収集により感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の適正化や抗菌薬適正使用に係る評価ならびに、教育・啓発等を行うことで、抗菌薬の適正な使用を推進するチームである。

【チームの構成】

感染症・感染制御の専門知識を有する医師や薬剤師が中心となって AST を組織する。感染症・感染制御の専門知識を有する医師をリーダーとし、薬剤師、臨床検査技師、感染管理認定看護師を含めた多職種で構成し、ICT を兼務する。

【活動内容】

(1) 抗菌薬使用状況・耐性化の把握

抗菌薬を使用する際、個々の患者に対して最大限の治療効果を導くと同時に、有害事象をできるだけ最小限にとどめ、いち早く感染症治療が完了できる（最適化する）ようにするためには、まず抗菌薬使用状況や耐性菌の動向を把握する必要がある。

※MRSA 治療薬、広域抗菌薬（届出）申請書

- ・ MRSA 治療薬、広域抗菌薬が必要と判断されたら、医師は各届出申請書をオーダー時に電子カルテで作成する。届出申請書は ICT メンバーの薬剤師が確認する。
- ・ AST で使用状況を確認し、介入が必要な場合は直接各主治医へ適正使用について指導を行う。

(2) 感染症治療の早期モニタリングとフィードバックにより抗菌薬の適正使用を推進する。感染症治療のモニタリング患者対象は、以下の抗菌薬とする。

カルバペネム系、ニューキノロン系、タゾバクタム/ピペラシリン、第4セフェム、抗 MRSA 剤、内服薬（ザイボックス、バンコマイシン、抗結核薬）

(3) 抗菌薬使用の適正化

早期モニタリングで対象患者を把握したら、細菌培養など適切な微生物検査がオーダーされているか確認すると同時に、初期選択抗菌薬が対象患者にとって適切かどうか判断する。

(4) 主治医（担当医）へのフィードバック

抗菌薬の選択や用法・用量の変更が必要となるのは、感染症検査結果の判明時、治療効果判定時、投与経路変更時、また、長期間投与時等が挙げられるが、特に患者予後に影響を与えることが想定される抗菌薬の不適切な選択や副作用出現が疑われる際には迅速に AST が対応する。

(5) 抗菌薬適正使用ガイドラインの見直し

感染症治療が適正に行われるよう、最新情報から適宜、ガイドラインの見直し

を行う。

(6)教育・啓蒙活動の実施

抗菌薬使用に関する教育を定期的を実施することで、抗菌薬の適正使用につなげるとともに、ガイドラインの周知を図る。

4)ICT・ASTメンバーの役割・権限および業務

(1) 権限

- ・ ICT で対応が不可能となった場合、院内感染防止対策委員会メンバーを招集し対策を講じる。
- ・ 感染症の治療や抗菌薬の適正使用について主治医への指導を行うことができる。
- ・ 病院内の各部門間を横断的に活動し、職種、職位を問わず全職員へ感染対策の指導ができる。
- ・ アウトブレイクが疑われた場合などは、当該部署へ調査・介入することができる。
- ・ 感染対策の目的のため、患者カルテを閲覧することができる。

①ICD（インフェクションコントロールドクター）

役割

感染対策の責任者であり、院内感染対策活動の中心的役割を担う。

具体的業務

- ・ 感染対策上の問題点の把握と改善
- ・ 伝染性感染症発症時の対応
- ・ アウトブレイク時の対応
- ・ 抗菌薬使用状況・耐性化の把握と介入
- ・ 感染症の治療、抗菌薬の適正使用の指導と評価
- ・ 感染症の治療と抗菌薬使用についてのコンサルテーション
- ・ 職員への教育実施
- ・ 職業感染防止に関すること

②ICN（インフェクションコントロールナース）

役割

感染症発生報告窓口として感染対策状況の確認、及び相談受けると共に各部署の把握調査を行う。

具体的業務

- ・ 感染対策上の問題点の把握と改善
- ・ 病院感染発生のサーベイランス
- ・ 抗菌薬使用状況・耐性化の把握と介入
- ・ 感染対策に関する院内ラウンドの実施
- ・ 感染防止教育プログラムの立案実施
- ・ 職業感染防止に関すること
- ・ 感染対策のための医療器材の検討、選定
- ・ ファシリティマネ-ジメント(廃棄物、リネン、空調・水質管理、院内清掃)

に関すること

- ・ 器材の洗浄や消毒、滅菌に関すること
- ・ マニュアル・ガイドラインの改訂
- ・ 院内スタッフ全員に対しコンサルテーションの実施

③薬剤師

役割

院内における抗菌薬・消毒薬の適正使用の推進に努める。

具体的業務

- ・ 薬物血中濃度解析（TDM）の実施状況の確認と推進
- ・ 感染に関する薬剤情報提供
- ・ 抗菌薬の届出制の確認
- ・ 抗菌薬の使用状況の把握
- ・ 消毒薬適正使用の推進

④検査技師

役割

原因菌や薬剤感受性成績、疫学情報などのさまざまな病原体情報についてデータの精度管理を行い、情報提供を行う。

具体的業務

- ・ 耐性菌、無菌検体より細菌検出時には、主治医・関連部署へ連絡する。
- ・ 耐性菌サーベイランスとアウトブレイクの早期発見
- ・ アンチバイオグラムの作成
- ・ 必要時、環境培養・保菌者調査の体制整備と実施
- ・ 微生物検体の採取方法や管理の指導

⑤リンクナース

役割

病院内の感染対策チーム（ICT）の下部組織として、ICT と所属する部署の間に立ち、橋渡し役となる。感染対策に関する情報や最新知識・技術を自部署に伝え、浸透させる。

具体的活動（看護部感染防止委員会を置き活動する）

- ・ 各病棟の感染症患者の把握とナースコールボードの表示確認
- ・ 消毒薬の管理と適正使用の指導（薬剤師との連携）
- ・ 委員会での決定事項を周知徹底
- ・ 職員への手洗い指導
- ・ 感染防止マニュアルの確実な実施と指導
- ・ 各病棟の環境整備
- ・ 擦式アルコール製剤の使用量を高める

（職員、患者、面会者の使用状況を把握し対策の検討や使用量のチェックを行う）

3. 院内感染管理のためのマニュアル・ガイドラインの整備

1)院内感染防止対策マニュアル作成の基本的な考え方

院内感染防止対策マニュアルは CDC ガイドライン・厚生労働省科学研究会ガイドライン等の中から重要と思われる内容を抜粋し、当院にあわせ作成したものである。マニュアルの見直しは年 1 回行う。さらには、ガイドライン改訂時、職員から相談があった場合等は見直しを行う。

2)抗菌剤適正使用ガイドライン

適切な抗菌薬の選択と投与量・投与期間および安全に配慮して感染症を治療させることであり、科学的根拠に基づいた使用が求められている。日本感染症学会抗菌薬使用のガイドライン・日本化学療法学会抗菌薬 TDM ガイドライン等から情報収集を行い、当院に合わせた最新ガイドラインを作成する。

4. 委員会開催

1)院内感染防止対策委員会は毎月 1 回程度開催する。ただし委員長が必要と認めたときは適宜開催する。

2)ICT の巡回は毎週 1 回行う。

3)AST の巡回は毎週 1 回行う。

4)看護部感染委員会（リンクナース会）は月 1 回行う。

5. 院内感染集団発生（アウトブレイク）時の対応

1)アウトブレイクの定義

アウトブレイクとは、「一定期間内(time)、特定の地域(place)、特定の集団(person)で予測されるより多くの感染症が発生すること」あるいは、「公衆衛生上重要な感染症（新興感染症など極めて稀な感染症）が発生すること」と定義されている。

2)対応

アウトブレイクあるいは異常発生については、迅速に特定し、対応する。

(1)各部署にて上記の定義によりアウトブレイクと判断した場合は直ちに ICT へ報告する。

①施設内の各領域別の微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、医療関連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臨床微生物検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析を行って、疫学情報を日常的に ICT および臨床側へフィードバックする。

③細菌検査等を外注している外注業者(BMI/SRL)と緊密な連絡を維持する。

④感染症法上、報告の義務付けられている感染症が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

(2)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

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種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目を発見した場合、アウトブレイクとみなして、院長に報告、対応を検討する。

- (3) 院長は、院内感染防止対策委員会コアメンバー、感染対策チーム（ICT）等を召集し、環境調査、保菌状態の調査や職員の鼻腔培養調査等の必要性を検討すると共に、今後の対応を決定する。また必要時、臨時院内感染対策防止委員会を開催し、院内全体でアウトブレイクの抑制を行うよう推進する。

III 感染対策のための職員研修

1. 就職時の全職種に対する初期研修は、ICT あるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
2. 継続的研修は、全職員を対象に年2回程度開催する。また、必要に応じて、各部署や職種等に対して臨時研修を職種横断的に開催する。全職員は、原則年2回以上前記感染対策研修会に参加する。また、学会、研究会、講習会など、感染対策に関する施設外研修への参加を院内研修参加に代えることができる。
3. これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績（開催または受講日時、出席者、研修項目）を、記録・保存する。

IV. 感染症の発生状況報告に関する基本方針

1. 保健所への感染症発生届け
報告の義務付けられている感染症が特定された場合は、速やかに保健所に報告する。
2. 院内感染拡大を防止するため、必要時、院内感染防止委員会や感染対策室から感染症の発生状況を病院全職員に速やかに周知させる。
3. その他、感染症に関連した情報は、電子カルテインフォメーション・院内一斉メールなどを通じて全部門に情報発信する。

V アウトブレイク発生時の対応に関する基本方針

1. ICT は発生の原因究明と改善策の立案・作成を行い、発生部署職員が改善策を速やかに実施できるよう指導する。
2. 薬剤耐性菌や市中感染症等の院内発生に伴う院内感染拡大を防止するため、院内感染防止委員会や感染対策室を通じて、感染症の発生状況を病院全職員に速やかに周知させる。
3. 保健所への報告が必要な状況が生じた場合には、速やかに報告する。

VI. 患者等への情報提供と説明に関する基本方針

1. 患者本人および患者家族に対して、適切なインフォームドコンセントを行い、内容を診療録に記載する。患者・家族が実施する感染対策についても説明し、理解を得た上で、

協力を求める。

2. 本指針は、当院のホームページに掲載すると共に、患者との情報の共有に努め、患者およびその家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。なお、本指針の照会には、部署管理者及び ICT が対応する。

VII.その他

発生した院内感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにくいときは、日本環境感染学会認定教育病院担当者に相談する。

院内感染対策指針	2007年4月	院内感染防止対策委員会作成
改訂	2014年4月	院内感染防止対策委員会
改訂	2017年4月	院内感染防止対策委員会
改訂	2018年4月	院内感染防止対策委員会
改訂	2019年6月	院内感染防止対策委員会
改訂	2020年4月	院内感染防止対策委員会
改訂	2021年6月	院内感染防止対策委員会
改訂	2022年10月	院内感染防止対策委員会
改訂	2023年9月	院内感染防止対策委員会