

院内感染対策指針



岩見沢市立総合病院

1. 院内感染に関する基本的な考え方

岩見沢市立総合病院は、地域住民の健康の維持と良質な医療の提供を使命とした地域基幹病院である。医療関連感染の発生を未然に防止するとともに、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、終息を図ることが重要である。これらの責務を迅速かつ効果的に遂行し、当院の基本理念に則った医療を提供できるよう本指針を作成する。

2. 院内感染対策に関する管理組織機構

(1) 院内感染対策委員会 (ICC)

委員長を院長として、各部門責任者、感染防止対策部門、その他院長が指名した職員を構成員とし院長の諮問機関とする。毎月1回定期的に会議を行い、下記の審議事項を審議する。

【院内感染対策委員会審議事項】

- ① 院内感染防止対策に関すること。
- ② 院内感染防止のための調査・研究、啓発に関すること。
- ③ 院内感染が発生した場合の緊急対策に関すること。
- ④ 院内感染に関連し、職員の健康管理に関すること。
- ⑤ その他院内感染防止に関し必要と思われる事項。

(2) 感染防止対策部門

- ① 前項の目的達成のため、当院に「感染防止対策部門」を設置する。
- ② 組織横断的に院内の感染予防対策を担うため、「感染防止対策部門」に「感染防止対策室」を設置する。
- ③ 感染防止対策室は病院長直属の部門として、感染対策医師、専従看護師（感染管理認定看護師）、薬剤師、臨床検査技師、医療事務職員で運営し、院内感染防止対策チーム（以下「ICT」という）及び抗菌薬適正使用支援チーム（以下「AST」という）を配置する。

(3) 感染防止対策室

【感染防止対策室の任務】

- ① 院内感染対策委員会と連携し ICT・AST の活動に反映させる。
- ② ICT・AST の中核として、他関連部門と連携を取り活動を行う。
- ③ 院内感染サーベイランスを行う。
- ④ 院内感染対策に関する職員教育を行う。

⑤ 地域医療機関と連携を取り、院内感染対策に関する情報交換を行う。

【感染防止対策室の業務】

- ① 院内感染サーベイランスに関すること
- ② 院内感染管理に関する教育、啓発、研修の企画・運営に関すること
- ③ 院内感染対策マニュアルの策定・改訂に関すること
- ④ アウトブレイク発生時の調査と介入に関すること
- ⑤ 院内ラウンドによる感染対策の点検と助言に関すること
- ⑥ 院内感染対策委員会、ICT、AST、リンクナースの会議及び活動に関すること
- ⑦ 職員の健康管理に関すること
- ⑧ 中央材料室における洗浄・消毒・滅菌業務に関すること
- ⑨ 医療材料・器材に関すること
- ⑩ 各部門との連絡・調整に関すること
- ⑪ 薬剤耐性対策の推進、抗菌薬の適正使用に関すること

【感染防止対策室の権限】

感染防止対策室は、次の掲げる権限を有する。

- ① 患者データの閲覧の自由
- ② アウトブレイク発生時の調査と介入
- ③ 職種、職位を問わず感染対策の改善、指導

(4) 感染防止対策チーム

院内感染を防止し、安全かつ適正な医療の提供を目指して、感染防止対策チーム（以下「ICT」という）を置く。ICTは、医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師で構成し、うち1名を院内感染管理者とする。

【ICTの業務】

- ① 院内感染発生状況の把握
細菌検査室及び病棟より報告される院内感染情報の把握と分析、対策を行う。
- ② 院内感染防止対策
週1回、4職種により院内ラウンドを行い院内感染防止対策の実施状況の予防の観点から指摘や改善指導を行う。ただし、4職種でのラウンドが不可能な場合は最低2職種でのラウンドとする。
- ③ 院内感染症治療対策
院内発生の感染症に対する治療法の提言、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導を行う。
- ④ アウトブレイク時の対応

アウトブレイクあるいは異常発生時は、迅速に特定し、対応する。

⑤ 連携医療機関とのカンファレンス

感染防止対策加算 2 の医療機関と定期的（年 4 回）な院内感染対策に関するカンファレンス実施、及び感染防止対策地域連携医療機関との年 1 回の相互評価の実施と報告

⑥ 院内感染事例、院内感染の発生率

日常的に当院における感染症の発生状況を把握するシステムとして、対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する

⑦ 教育・啓蒙

院内感染対策に関して職員の教育、啓蒙及び感染防止マニュアル・ガイドラインの作成・見直しを行う。

⑧ 委員会への報告

実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会へ報告する。

⑨ 記録

ICT の指摘・指導事項等の記録保管を行う。

⑩ その他

その他院内感染に関して必要な業務

(5) 抗菌薬適正使用支援チーム

薬剤耐性対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を目指して、抗菌薬適正使用支援チーム（以下「AST」という）を置く。AST は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成する。

【AST の業務】

① 感染症治療の早期モニタリングとフィードバック

- 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を設定する。
- 対象患者の把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物のモニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。

② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化

- 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を

整備する。

- 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標および耐性菌発生率や抗菌薬の使用量などのアウトカム指標を定期的に評価し、特定抗菌薬使用は届出制とする。

③ 教育と啓発

- 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員研修を年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアル、ガイドラインの作成・見直しを行う。
- 使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について使用中止を提案する。

④ 委員会への報告

- 実施した諸評価・提案の内容について毎月委員会へ報告する。

⑤ 記録

- ASTの指摘・指導事項等の記録保管を行う。

⑥ その他

- その他抗菌薬適正使用に関して必要な業務

(6) 感染リンクナース・スタッフ

ICTの活動方針に沿って臨床現場の感染対策推進の役割モデルとして、医師・事務部を除く全部署の職員で構成する。所属長が院内感染に対し、関心と知識のある職員を1名任命する。(※看護部はラダーⅢ以上の職員とする)

【感染リンクナース・スタッフの任務】

- ① 感染対策を自部署の職員に周知徹底する
- ② 現場の感染対策上の問題点を発見し、ICTに報告するとともに改善するように活動する。
- ③ アウトブレイクの防止・調査・制圧をICTと共に進行
- ④ サーベイランス・環境ラウンドの協力をする
- ⑤ 毎月1回の会議に参加し、得た知識・情報を現場に提供する

3. 職員研修に関する基本方針

- ① 院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることで職員の院内感染防止に対する意識・技術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や抗菌薬の適正使用に関する内容について、年2回以上は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。各部署、職種毎の研修についても必要に応じ随時実施する。

- ③ 職員は、年2回以上研修を受講しなければならない。
- ④ 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）等を記録・保存する。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

院内で発生した感染症の発生状況や原因に関するデータを継続かつ組織的に収集して、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実施する。

- ① MRSA などの耐性菌のサーベイランス
- ② 伝播力が強く、院内感染対策上問題となる各種感染症のサーベイランス
- ③ 外来・入院病棟におけるインフルエンザ陽性者数のサーベイランス
- ④ カテーテル関連血流感染、手術部位感染、カテーテル関連尿路感染などの対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。
- ⑤ 公衆衛生上の対策が必要な新興感染症（SARS-CoV-2 など）サーベイランス

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 細菌検査室では、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 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に報告する。場合によっては臨時の感染対策委員会を開催し、速やかに発生の原因を究明、改善策を立案、実施するために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。

6. 抗菌薬適正使用に関する基本方針

- ① 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を設定する。
- ② その後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生

物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。

- ③ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）やアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- ④ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

7. 患者等への情報提供と説明に関する基本方針

- ① 担当医や担当看護師は、感染伝播リスクのある患者に対し、疾病の説明とともに、蔓延防止に必要な感染対策を説明し同意を得た上で、協力を求める。また、必要であれば家族にも説明し同意を得る。
- ② この指針を病院ホームページ上に公開して患者・家族が閲覧できるようにする

8. 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、手指衛生の徹底、マスク着用の励行など常に感染予防策の遵守に努める。
- ② 職員は、自らが院内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、病院が実施するB型肝炎、インフルエンザ及び小児ウイルス性疾患ワクチンの予防接種に積極的に参加する。
- ③ 職員は、感染対策マニュアルに沿って、個人用防御具の使用、リキャップの禁止、安全装置付き器材の使用、真空採血管ホルダーの利用、職業感染の防止に努める。

附則 この指針は平成20年2月21日から施行する。

附則 この指針は平成22年1月25日から施行する。

附則 この指針は平成27年4月27日から施行する。

附則 この指針は平成28年4月1日から施行する。

附則 この指針は平成30年4月1日から施行する。

附則 この指針は令和3年12月1日から施行する。