

医療関連感染対策指針

社会医療法人 同仁会 耳原総合病院

1. 医療関連感染対策指針の目的

耳原総合病院（以下「当院」とする）は、安心・安全で患者から信頼される医療を目指す事を理念の1つとしている。この理念に基づき、医療関連感染の発生を未然に防止すること、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、終息させ、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを本指針の目的とする。

2. 医療関連感染対策に関する基本的な考え方

医療関連感染とは、院内において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症と医療従事者等が院内において感染した感染症の事である。

医療関連感染は人から人へ直接、または医療器具等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、老人等の易感染患者は、通常の病原微生物のみならず、感染の弱い微生物によっても、医療関連感染を起こす可能性がある。そのため、われわれ医療従事者は医療関連感染を積極的に防止し、患者の安全及び医療従事者等の健康を守る必要がある。医療従事者が個々で対策を行うのではなく、医療施設全体として対策に取り組む必要がある。当院においては本指針により医療関連感染対策を行う。

3. 医療関連感染対策のための委員会等に関する基本的事項

病院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会 infection control committee(以下:ICC) 感染制御室、感染制御チーム infection control team(以下:ICT)などが中心となって、総ての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動を行う。ICCは病院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は病院長に答申され、常務委員会での検討を経て、日常業務化される。感染制御室は品質管理部の一部門として、病院長の直接的管理下にあり、ICTは感染制御室の日常業務実践チームである。感染制御室は病院長より一定の権限を移譲され、組織横断的に活動する。

1) 感染対策委員会 (ICC)

【任務】

感染対策委員会は、院内における感染防止に関する病院長の諮問機関として設置する。

【業務】

- (1) 感染制御室の報告を受け、その内容を検討した上で、感染制御室とICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、感染制御室に対して病院長名で改善を促す。
- (2) 病院長の諮問を受けて、感染制御策を検討して答申する。

- (3) 病院長を構成員とし、病院長が副病院長もしくは管理部長医師より感染対策委員会委員長を任命する。各専門職代表を構成員として組織する。
- (4) 1ヶ月に1回の定期的会議を持ち、緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。
- (5) 委員長は、必要と認めるときなど臨時に関係職員及び関係業者の出席を求め、意見を聴くことができる。
- (6) 基本的構成員の追加、変更など委員会規定の変更を必要とする場合には、委員会で議論を行い、常務委員会の承諾を得て、決定する。

【構成員】

- (1) 委員会の委員長は病院長が推薦し、常務委員会の議を経て、他の委員とともに病院長が委嘱する。
- (2) 委員の任期は、毎年4月1日より翌年3月31日までとする。但し、再任を妨げない。また、役職者が交代した場合は後継が引き継ぐ。
- (3) 委員会の構成員は以下のとおりとする。

病院長、感染制御室室長（感染対策委員会委員長）、事務長、看護部長、技術部長、品質管理部部長、サポートセンター部長、診療部長、各科診療科部長（外科、内科、泌尿器科、小児科、産科、口腔外科）、副看護部長（安全・感染管理担当）、各部門担当看護師長（ICU、手術室、外科病棟、腎・透析センター）、担当初期研修医、院内安全管理者、感染制御室担当看護師（院内感染管理担当者）、ICT 担当薬剤師、ICT 担当検査技師、ICT 担当事務

2) 感染制御室

【任務】

医療関連感染に関する病院全体の問題・課題を把握し、改善策を講じるなど院内感染対策活動の中核的な役割を担うために、病院長直属の品質管理部内に感染制御室を設置する。

【業務】

- (1) 1ヶ月に1回の定期的会議を持ち、緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。
- (2) 院内感染サーベイランスを中核となって企画する。
- (3) 院内感染管理に関する教育、啓発、研修企画、運営に関することを計画する。
- (4) 感染管理プログラムの策定と運営に関すること計画する。
- (5) 院内感染対策マニュアルの策定・改訂に関する業務を企画する。
- (6) 院内ラウンドによる感染対策の点検と助言に関する運営を行う。
- (7) アウトブレイク発生時の調査と介入に関する中心的役割を果たす。
- (8) 感染対策のコンサルテーションに関することを、集約し適切にトリアージしたり回答したりする。
- (9) 院内感染対策委員会、ICT、感染対策担当者の会議及び活動の運営、企画を果たす。

- (10) 職員の感染症に関わる健康管理に関することに助言、指導する。
- (11) 院内における（手術室・中央材料室含む）洗浄・消毒・滅菌業務に関することに助言、指導する。
- (12) 清掃・洗濯・施設設備・給食などの感染防止対策に関することに助言、指導する。
- (13) 医療材料・器材の選定に参画し、助言、指導する。
- (14) 褥瘡対策委員会、NST チームなどとの連携、各部門との連絡・調整に関わる。

【構成員】

品質管理部の一部門として、病院長の直接的管理下に感染制御室を設け、感染対策委員会委員長が感染制御室室長を兼ねる。副室長は安全・感染管理担当副看護部長とする。また感染制御室担当看護師（院内感染管理担当者）として感染管理認定看護師を配属する。なお、感染対策担当医師は室長が感染対策チームの構成員から選出し、病院長が委嘱する。

3) 感染制御チーム (Infection Control Team : ICT)

【任務】

ICT は病院長が指名する医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師、事務職員等で構成され、院内感染発生防止のための調査・研究及び対策の確立に関し、迅速かつ機動的に活動を行う実働集団である。

【業務】

- 1) 1 週間に 1 回程度の定期会議を持ち、院内感染対策の推進を図る。
- 2) 院内感染関連検出菌の監視と介入を行う。
- 3) 抗菌剤の適正使用の推進を図る。
- 4) 1 週間に 1 回程度の院内ラウンドを行い感染対策の浸透、改善を行う。また重要な問題が発生した場合等必要に応じて随時ラウンドを開催する。
- 5) 感染制御に関する職員教育を行う。
- 6) 感染対策のコンサルテーションを受ける。
- 7) 褥瘡対策委員会、NST チームなどとの連携、各部門との連携・調整を行う。
- 8) その他、感染防止の為に感染対策委員会委員長が認めた事項を行う。

【構成員】

感染制御室（室長 1 名・副室長 1 名・感染管理担当者 1 名）のメンバーに加え、感染対策担当の医師若干名・担当薬剤師 1 名・臨床検査技師若干名・病棟代表看護師 1 名・担当事務 1 名で構成する。構成員のうち感染管理担当者を専従とし、他の構成員については専任とする。構成員の推薦は室長が行い、常務委員会の議を経て、病院長が委嘱する。構成員の任期は、毎年 4 月 1 日より翌年 3 月 31 日までとする。但し、再任を妨げない。欠員が生じた場合は、速やかに室長が推進し、常務委員会の議を経て補充する。

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

【任務】

耳原総合病院抗菌薬適正使用支援チーム（以下「AST」は病院長が指名する医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師で構成される。ASTはその組織及び運営に関し必要な事項を定め、抗菌薬の適正使用支援の推進を目的として設置する。

【業務】

- 1) 抗菌薬治療の最適化のために、モニタリング対象を設定の上、抗菌薬の種類や用法・用量（PK-PD、TDM）、治療期間が適切かモニタリングし、必要時、抗菌薬ラウンドや主治医へのアドバイスを行う。
- 2) 起因菌を特定するために、適切な患者検体の採取方法と培養検査の提出を推進し、また、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。
- 3) 抗菌薬の使用状況、耐性菌発生状況等を把握し、感染対策委員会等で適宜報告する。
- 4) 最新の情報を職員へ提供するとともに、職員研修等による教育・啓発を年2回行う。
- 5) 抗菌薬適正使用マニュアルとアンチバイオグラムの見直しを行い、その活用法について啓発する。
- 6) 抗菌薬の使用量や感受性率（アンチバイオグラム）の調査を行い、抗菌薬曝露による耐性菌出現の抑止（選択圧の低減）に努める。
- 7) 使用可能な抗菌薬の種類、用量等を定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について使用中止を提案する。
- 8) 他の医療施設等からの抗菌薬適正使用推進に関する相談等へ対応する。
- 9) その他抗菌薬適正使用支援のために必要な業務を行う。

【構成員】

感染制御室（感染管理担当者1名）のメンバーに加え、感染対策担当の医師若干名・担当薬剤師1名・臨床検査技師若干名で構成する。構成員のうち1名を専従とし、他の構成員については専任とする。なお、メンバーは、感染対策委員会及び感染対策チーム（ICT）との兼任を妨げない。構成員の推薦は室長が行い、常務委員会の議を経て、病院長が委嘱する。構成員の任期は、毎年4月1日より翌年3月31日までとする。但し、再任を妨げない。欠員が生じた場合は、速やかに室長が推進し、常務委員会の議を経て補充する。

5) 感染対策リンクスタッフ会議

【任務】

すべての職員が正しく感染対策を行い、医療関連感染から患者と職員自身を守る事を目的として、各部署代表の感染対策の担当者を置き、感染制御チームと協働し

て、各部署の感染対策を行う。各部署の感染対策担当者は感染対策推進の役割モデルとして以下に挙げる業務を行う。

【業務】

- 1) 月 1 回の感染対策リンクスタッフ/ICT 合同会議に出席し部署の感染症情報や地域の流行情報を共有する。
- 2) 会議に出席し会議報告や感染対策に関わる事項を各部署に報告する。
- 3) スタッフが感染対策マニュアルを遵守するよう促す。
- 4) 感染対策において院内統一した決定事項の周知徹底、現場での指導教育にあたる。
- 5) サーベイランス等を行う。
- 6) 感染対策に関わる、各部署の課題を発見し所属長と感染制御室に報告するとともに、改善するよう活動する。
- 7) 基本的構成員の追加、変更などを必要とする場合には、感染制御室で確認し決定する。

【構成員】

感染対策担当者は、職場長が推薦し、感染制御室の議を経て、他の委員とともに病院長が委嘱する。感染対策担当者の任期は、毎年 4 月 1 日より 3 年後 3 月 31 日までとする。但し、再任を妨げない。委員会の構成員は以下のとおりとする。欠員が生じた場合は、速やかに職場長が推薦し、感染制御室の議を経て補充する。

各病棟、外来 A(ER、放射線科)、外来 B、手術室、腎・透析センター看護師、リハビリ、ME 室、栄養科もしくは食養科、放射線科（放射線技師）、サポートセンター、健診科、検査科、薬剤科

代表責任者は伝達事項を会議後に伝達する。

各外来部門においては感染担当者を決定し、そのスタッフを中心に感染対策を行う。課題発生時、マニュアル発生時等に特別参加を要請する。

4. 院内感染対策のための職員研修に関する基本方針

1) 研修の目的

医療関連感染の基本的な考え方及び標準予防策、経路別予防策、職業感染予防策をはじめとする医療関連感染防止の具体策を全職員に周知徹底し、職員個々の医療関連感染に関する意識と技術の向上を図る。

2) 研修の種類、方法

(1) 新規採用者、中途採用に関する研修

採用時等に感染管理の基礎に関する研修を感染制御室もしくはその部署の職場長が行う。

- (2) 感染管理組織に所属する職員の研修
感染対策委員会、感染制御室、ICT、感染対策リンクスタッフの各メンバーは、院内研修会、外部研修会研究会、学会などに積極的に参加し、感染管理の最新の知識と技術を得る。
- (3) 全職員を対象にした継続的な研修。
感染制御室と ICT で企画し、感染対策リンクスタッフと協働して全職種対象の感染対策講習会開催する(2回以上/年)。本講習は感染制御室・ICT 主催による講習会で、講義や実地訓練、アウトブレイク事例報告と検討、または外部講師を招聘した講演などの方法で行う。
- (4) 感染制御室・ICT による、職場単位の研修を必要に応じて実施する。
- (5) 研修会、講習会など、施設外研修を広く院内に広報し参加を推進する。
- (6) これら研修の開催結果あるいは施設外研修の参加実績を、記録保存する。

5. 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
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、対象限定のサーベイランスを必要に応じて実施し、その結果を感染対策に生かす。
 - (1) 薬剤耐性菌サーベイランス。
 - (2) 季節性流行性病原体（ノロウイルス、インフルエンザ）サーベイランス
 - (3) 対象と特定の医療器具を限定し、特定の医療処置に焦点を絞って、可能な範囲でターゲットサーベイランスを実施する。
 - (4) サーベイランスにおける診断基準は NNIS（現 NHSN）または JHAIS の方法に準拠する。
- 2) アウトブレイクあるいは異常発生時
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。
 - (1) 感染制御室および ICT は、施設内の微生物の分離率ならびに感染症、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、感染に関わる情報処理を適切に行う。
 - (2) 各職場長は、職場内の異常発生を察知した場合、感染制御室へ報告する。
 - (3) 細菌検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤感受性パターンの解析を行って、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。
 - (4) 報告の義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

3) アウトブレイク時の対応手順

感染症のアウトブレイクとは、一定の期間中に、特定の部署に同一の感染症が通常予想される症例数より多く発生した場合、あるいは通常発生しないような重要な感染症が発生した場合を指す。発生時は、感染症発生報告手順に基づき感染制御室、ICT、感染対策委員会で協力し、早期発見・評価・終息のための対策に努める。

(1) アウトブレイク調査開始の基準

- ① **MRSA、ESBL、ノロウイルス、クロストリジウム・ディフィシル、インフルエンザ、疥癬**などの感染症については単一部署における持ち込みを除く新規検出件数が**3件/月**を超えた場合、あるいは**2件/月が3か月連続**した場合
- ② 他の耐性菌（カルバペネム耐性腸内細菌科細菌、多剤耐性緑膿菌、メタロβラクタマーゼ陽性菌、**VRE、VRSA**、多剤耐性アシネトバクターなど）新規に**1件**検出された場合
- ③ 通常は見られない病原体による感染症が発生した場合

上記の①-③の場合に、感染制御室は直ちに当該部署の職責者と協議して、患者様の経過を確認するとともに、院内伝播の有無やアウトブレイクの可能性を検討する。

(2) アウトブレイクの終息基準

当該部署において、病原体の潜伏期等を考慮した一定期間、原因菌が新規に検出されない、または有症状者が発生しない場合アウトブレイクは終息したと判断する。

3. アウトブレイク発生時の対応

1) 臨時感染対策会議の開催

- ① 各部署から、発生事例について感染制御室に報告する。あるいは、院内感染症情報から得られる発生事例について感染制御室で検討し、発生状況や拡大の危険性を調査し、必要に応じて臨時感染対策会議を開く。会議の構成は病院長、感染対策委員会委員長、感染管理認定看護師、事務長、看護部長、担当副看護部長とし、その他当該部署職責者等を必要に応じて招集する。
- ② 感染対策委員会委員長と病院長は、感染制御室と検討し、発生した感染症、拡大状況と危険性を判断して、必要ならば、同仁会本部および所轄保健所に報告する。
- ③ 臨時感染対策会議の報告はすべて、文書で行い、記録として残す。
- ④ 会議での決定事項はすみやかに関係部署に通達し、周知と協力を要請する。

2) 対応の手順

- ① アウトブレイク発生の確認：カルテの調査、職員からの聞き取り、病原体検出

状況の調査

- ② 発生状況の確認：有症状群サーベイランスの実施、疫学的データの収集と分析（時間；疫学カーブの作成、場所；病室、詰所、廊下、処置室などの配置図、病室内のベッドの配置などがわかる平面図を用意する。患者情報；感染者との接触状況、カテーテルの有無など）
- ③ 感染源の特定を行う。
- ④ ①～③の情報をもとに、臨時感染対策会議で対応策の検討を行い、当該部署を含む院内全体の対応策について、具体的に指示・確認を行う。
- ⑤ 保健所および同人会本部への報告を行う。
- ⑥ 感染対策会議で前述の終息基準に基づいて、終息の判断を行う。
- ⑦ 感染対策会議で検討の上、必要であれば、保健所および同人会本部への連絡・相談を行う。

6. 感染発生時の対応に関する基本方針

1) 手指衛生

手指衛生は、感染制御策の基本である。当院ではWHOの手指衛生の5momentsを採用し、手指衛生遵守に向けて介入する

- (1) 手指衛生の重要性を認識し、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。
- (2) 手洗いや手指消毒の為の設備、備品を整備し患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。

2) 微生物感染経路遮断

院内においては、もっとも有効な微生物汚染経路遮断策として、CDC（米国疾病管理予防センター）の標準予防策（スタンダード・プリコーション）および感染経路別予防策（空気予防策・飛沫予防策・接触予防策）を実施する。

3) 環境清浄化

患者様の環境は、質の良い清掃の維持に配慮する。

4) 防御環境

各種の感染防御用具の対応を容易かつ確実にを行う必要があり、感染を伝播する可能性の高い伝染性疾患患者様は個室収容、または、集団隔離収容する。

5) 消毒薬適正使用

- (1) 消毒薬は、一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適応対象と対象微生物とを考慮した適正使用を行う。
- (2) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。
- (3) 環境の汚染除去（清浄化）の基本は清掃であり、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により局所的に行う。

6) 感染経路別予防策

疾患及び病態等に応じて感染経路別予防策（空気予防策・飛沫予防策・接触予防策）を追加して実施する。

7) 予防接種

職業にワクチン接種によって感染が予防できる疾患（B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種をおこなう。職員にワクチン接種率を高める工夫をする。

8) 職業感染予防

職員が医療関連感染しないために、安全装置付き器材や PPE（個人防護具）を適所に配備する。

針刺しなど職員が負傷した場合は、感染・発症を最小限にするために、受診などのシステムを確立する。

9) 第三者評価

毎年実施される堺市保健所の立ち入り検査、および感染対策防止加算 1 連携病院からの相互ラウンドにより感染制御の質の評価を受け、審査結果を改善につなげる。5 年毎に受審する日本医療機能評価機構より感染制御の質の評価を受け、審査結果を改善につなげる。

7. 患者等に対する本指針の閲覧に関する基本方針

本指針は患者及び家族から閲覧できるように、ホームページ上で公開する。必要に応じ患者および家族に対してインフォームドコンセントを行う。

8. その他の本院における院内感染対策の推進のための必要な基本方針

- 1) 職員は感染対策マニュアルを遵守し、適切な手指衛生や防護具の使用など、標準予防策、経路別予防策を実施する。
- 2) 職員は感染対策マニュアルを遵守し、血液暴露防止や予防接種・健康診断受診、個人防護具着用などを実施し職業感染防止に努める。
- 3) 感染対策マニュアルは、院内 Web 上で閲覧できるようにする。
- 4) マニュアル類は大幅な改定がある場合、感染制御室や ICT が協働して、適宜見直しを行い、感染対策委員会の承認を得て、常務委員会の最終承認を得る。アウトブレイク時など急がれる場合や、細かな改訂の場合はこの限りではない。
- 5) 感染リスクの高い部署に配属される職員に対し HB 抗体取得をすすめるための管理を行う。全職員にインフルエンザワクチン接種のための管理を行う。

9. 本指針の追加、変更とその周知徹底について

本指針の追加、変更は感染対策委員会（ICC）で議論を行い、常務委員会の承認を得決定する。なお、改訂する場合は最新の科学的根拠に基づいて行う。

2008年10月1日作成

2010年10月1日改訂

2012年1月30日改訂

2013年8月30日改訂

2014年1月9日改訂

2014年5月1日改訂

2014年12月25日改訂

2015年4月1日改訂

2016年4月1日改訂

2017年4月1日改訂

2018年4月25日改訂

2018年5月16日改訂