

院内感染対策のための指針

I 焼津市立総合病院における 院内感染対策のための指針

目次

1. 趣旨
2. 院内感染対策のための基本的考え方
3. 感染制御の組織化
 - 1) 感染管理室
 - 2) 院内感染対策委員会の設置
 - 3) 感染制御チーム Infection Control Team (ICT)
 - 4) 抗菌薬適正ラウンドチーム
 - 5) 院内感染対策リンクスタッフ委員会
4. 用語の定義
5. 院内感染対策のための従事者に対する研修に関する基本方針
6. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
7. 院内感染発生時の対応に関する基本方針
8. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本的方針
9. その他の院内感染対策の推進のための必要な基本方針
10. 組織図

1. 趣旨

医療法第6条の10および新省令第1条の11第2項第1号の規定に基づき、院内感染対策のための体制を確保する。

2. 院内感染対策に係わる基本的考え方

患者および病院職員に安全で快適な医療環境を提供するため院内感染を未然に防ぎ感染症発生の際には拡大防止のため速やかに原因の特定、制圧、終息を図るには、個々の医療従事者に判断を委ねるのではなく、焼津市立総合病院（以下「当院」とする）組織全体で対策に取り組む。当院では本指針を活用し管理運営を一元的に行う感染管理室

を設置して院内感染対策体制を確立する。

3. 感染制御の組織化

1) 感染管理室

病院長の指名により選任された I C D (Infection Control Doctor) を室長とし、専従看護師が担当者となり、院内感染に関わる事項を一元的に管理・運営する。

(1) 詳細

- ① 院内感染対策委員会を開催する。
- ② ICT ラウンド、感染対策リンクスタッフ委員会を運営する。
- ③ 抗菌薬適正ラウンドにて抗菌薬適正使用に向けて介入する。
- ④ 各種サーベイランスを行う。
- ⑤ 全職員に対する感染管理教育を行う。
- ⑥ 感染対策に関するコンサルテーションを受ける。
- ⑦ 院内感染対策マニュアルを見直し改定を行う。
- ⑧ 職業感染対策を行う。
- ⑨ 地域支援ネットワークおよび保健所対応を行う。

(2) 権限

- ① 組織横断的に介入でき、感染対策上必要な助言勧告することができる。
- ② 院内各部署へ自由な出入りおよびカルテ閲覧が出来、感染対策に必要な情報を収集できる。

2) 院内感染対策委員会の設置

感染対策委員会は病院長等の医療機関の管理者が積極的に感染制御にかかわるとともに診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌消毒部門、給食部門、事務部門を代表する職員により構成される。

- (1) 委員長は感染管理室長とし、副委員長は感染管理室長が選任する。
- (2) 委員会は、月 1 回第 2 火曜日とするが重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- (3) 委員長が必要と認めた時は委員の外に関係職員の出席を求める事ができる。
- (4) 委員会は、以下の事柄について審議するものとする。
 - ① 院内の感染症発生や耐性菌等の分離状況等の報告を受け、その内容を検討し感染制御活動支援すると共に必要に応じて各診療科および各部門に対して委員長名で改善を促す。
 - ② 院内感染予防対策マニュアルの改定時の承認を行う。
 - ③ 院内感染対策に関する器材の変更ならび職員の健康に対する対策への審議・承認を行う。

- ④ 医療関連感染防止対策の順守のための職員教育を推進する。
- (5) 事務局
委員会に事務局を置き、総務課職員担当と感染管理室が所掌する。

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

構成員は、感染防止対策加算 1 算定病院として届け出登録している医師、看護師、検査技師、薬剤師（院内感染対策委員と重複している者もあり）で構成される。

- (1) 掌握は感染管理室
- (2) 詳細
 - ① 感染防止対策加算 2 に係わる届け出を行った医療機関と合同で少なくとも年 4 回程度の院内感染対策に関するカンファレンス開催とその内容の記録を残す。
 - ② 感染防止対策加算 1 同士でそれぞれの病院に赴き相互評価を行う。
 - ③ 感染防止対策加算 2 に係わる届け出を行った医療機関から、院内感染対策に関する相談や改善等に対応する。
 - ④ 目的に応じた部署のラウンドを行い感染予防の観点から指導や改善に向けた活動を行う。

4) 抗菌薬適正ラウンドチーム

構成員は、感染制御チームの医師、薬剤師、検査技師、看護師および抗菌薬適正ラウンド協力医師で構成される。業務は院内の抗菌薬の適正使用の監視および指導である。

- (1) 掌握は感染管理室。
- (2) 詳細
 - ① ラウンドは毎週火曜日とする。
 - ② 微生物分離状況、薬剤感受性成績に基づき適正な抗菌薬の選択や投与方法に関する検討および提言を行う。
 - ③ 感染症発生状況を把握し臨床現場での感染拡大予防対策の実施状況等の確認し指導を行う。
 - ④ 全病棟にラウンドし感染防止策に関するコンサルテーションを受け、積極的な啓発活動を行う。
 - ⑤ メンバー以外の職員も参加することができる。

5) 院内感染対策リンクスタッフ委員会

委員は、看護部、診療技術部、事務部門の病院各所属より選出される。各部署の現場において感染防止対策の実践モデル・推進者となる。

- (1) 院内感染対策委員会の下部組織とする。
- (2) 委員長は、院内感染対策委員長が兼任する。

(3) 詳細

- ① 委員会は月1回第4火曜日とする。
- ② 院内感染対策委員会での決定事項や感染防止対策事項の変更等を伝達・情報の共有・対策の統一を図る。
- ③ 月毎の微生物発生・感染症発生・血液曝露状況を把握する。
- ④ 標準予防策・手指衛生の遵守状況を把握する。
- ⑤ 各所属部署で院内感染防止対策に関する問題点を抽出し、解決へと導く。
- ⑥ 各部署配置マニュアルの整備。
- ⑦ サーベイランスデータ入力状況の把握及び指導。
- ⑧ 感染症テントの設営及び物品の作動状況確認（監視室職員と共同実施）

4. 用語の定義

(1) 院内感染対策マニュアル

当院において院内感染対策のための具体的方策（標準予防策・感染経路別予防策・手洗い・消毒法・感染症別対応・血液媒介病原体への職務的曝露時の基本的対応等）、医療関連感染発生時の具体的対応をまとめたものとする。改定時には院内感染対策委員会で承認を受けるものとする。

(2) 医療関連感染（院内感染と同義語として扱う）

病院環境下で感染した全ての感染症を指し、入院患者においては入院後48時間以降に発症した原疾患とは関係ないもの、また医療的手技・処置に関連した感染症をいう。

(3) 院内感染の対象者

入院患者・外来患者・見舞人・訪問者・医師、看護師、医療従事者・病院職員・外部委託業者の職員を含む全てである。

(4) アウトブレイク

- ① 関連する院内感染が複数例発生
- ② 同一の感染症が通常頻度より統計学的に有意に高い頻度で発生
- ③ 同一の臨床検体から同一の微生物の分離率が通常より統計学的に有意に高い（統計学的有意：2標準偏差値を目安とする）
- ④ 通常発生しないような特殊な感染が院内で発生

5. 院内感染対策のための従事者に対する研修に関する基本的方針

院内感染対策の基本的な考え方および具体的方策（標準予防策、感染経路別予防策、職業感染対策など）を周知し、スタッフ個々の院内感染対策に対する知識と意識の向上を図ることを目的とする。

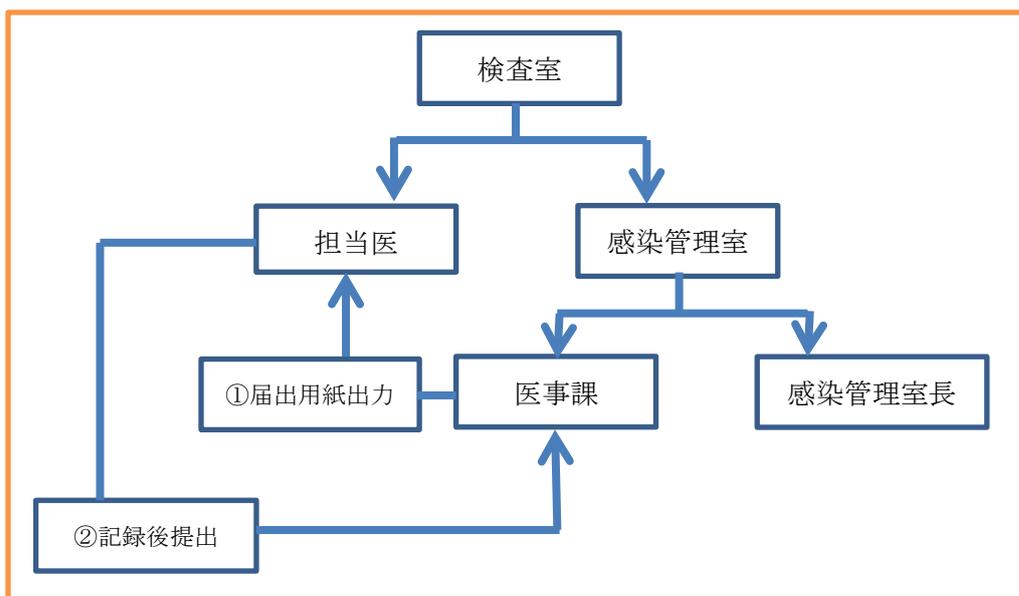
- (1) 全職員対象の研修会を年2回程度定期的を開催する。
- (2) 採用時研修、目的別・臨時研修等必要に応じて開催する。

(3) 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目、研修評価など）を記録し保存する。

6. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

(1) 当病院における報告手順

①届出感染症報告経路（1～5類感染症の出現時）



②院内感染が疑われる場合

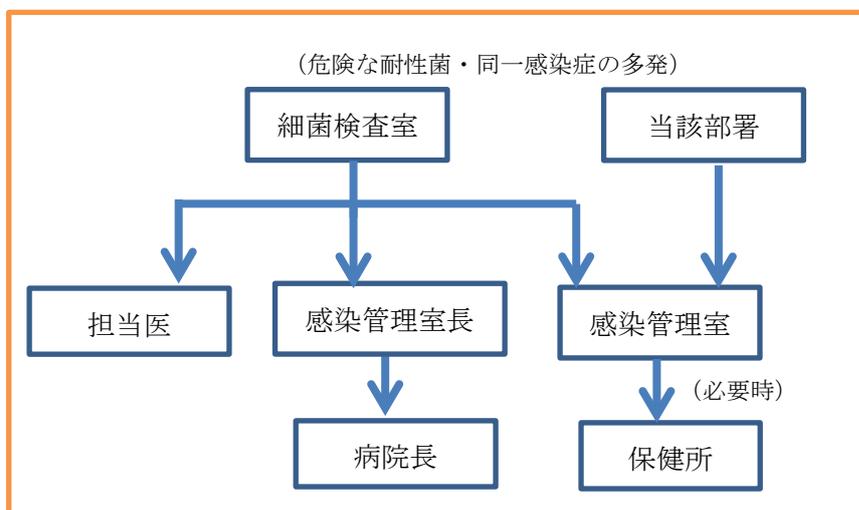
当該部署→感染管理室→保健所

③緊急を要すると判断した時

当該部署→感染管理室→病院長

④アウトブレイク時

アウトブレイクが疑われたとき及び危険な耐性菌の検出があった場合は、すみやかに主治医、感染管理室長、感染管理室に報告する。



7. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

重大な院内感染等が発生し、院内のみでの対応が困難な事態が発生した場合、又は発生したことが疑われる場合には、地域の専門家等（保健所・静岡県病院協会 感染対策地域支援相談システム等）に相談する。県への報告・保健所への報告、報道機関への対応、院内感染の報告体制及び院内感染原因調査の具体的対応は、以下のとおりとする。

(1) 患者・家族への対応

①患者に対して誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって院内感染の説明等を行う。

②患者、家族への説明の窓口を一本化するため、原則として責任者（診療科長など）が、まず事実関係について説明を行う。院内感染の有無が不明なものについては当病院の院内感染症対策委員会で十分検討する。なお状況に応じ感染管理室長・部門の管理責任者等も同席して対応する。

説明した担当者は、診療録（説明者の氏名・時刻・内容・説明を受けた人の名前及び患者との続柄・患者側の質問内容など）を具体的に記録する。

(2) 県への報告・保健所への報告

病院長あるいは感染管理室長は、県あるいは保健所への報告届出が必要な場合には県あるいは保健所に報告する。

(3) 報道機関への対応

院内感染が発生した場合、個々に対応せず当病院としての見解を統一し、対応者は、病院長・感染管理室長・診療科長・主治医及び看護部長とし、窓口は総務課とする。

8. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本的方針

①本指針は患者または家族が閲覧できるものとする。

②病院職員は院内ポータル・各部署配置の感染対策マニュアルにて閲覧することができる

9. その他の院内感染対策の推進のための必要な基本方針

①病院職員は感染対策マニュアルに記載された感染対策を実施し感染予防に努める。感染対策への疑義等については ICT にて十分に協議する。

②院内各部署において感染対策上の問題発見に努め、問題点を改善する。

③病院職員は自らが感染源とならないよう日頃からの健康管理に努める。

また、感染症罹患時または疑いがある場合は速やかに報告・対応する。

④予防接種施

・インフルエンザワクチン接種を行い、職員の発症予防と職場での集団免疫獲得を図る。

・HBV ワクチン接種を行い医療従事者の抗体獲得を図る。

・麻しん, 風しん, 水痘, 流行性耳下腺炎の抗体価検査結果よりワクチン接種の必要性を説

明し接種を勧めている。

⑤結核発生時対応

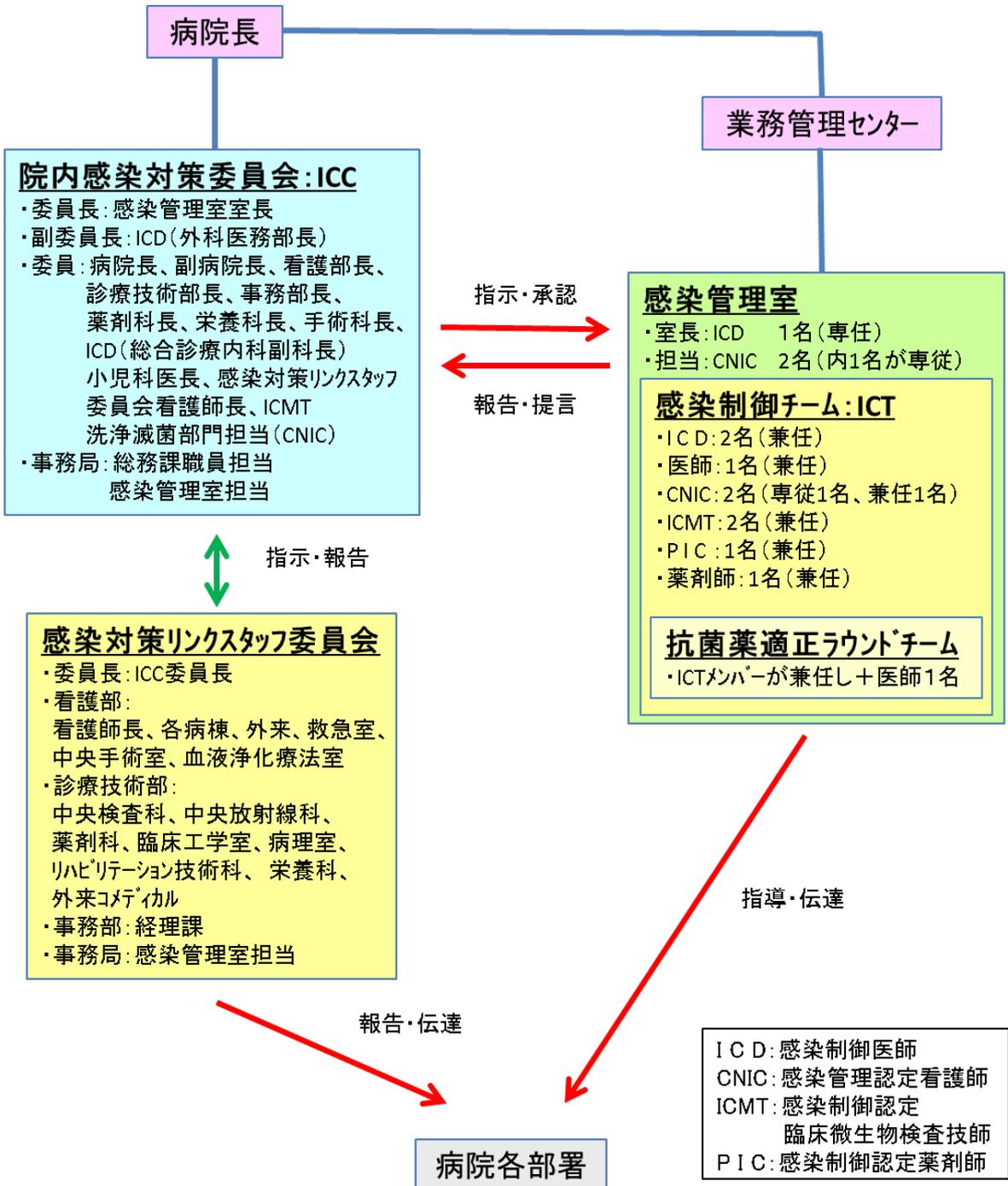
- ・その部署で関わった職員にインターフェロン γ 放出試験を施行し結果を当院職員のデータベースとする。
- ・接触者健診対象者となった同室患者と職員の follow を行う。

⑥外部サーベイランス事業に参加し自施設の感染状況を把握する。

- ・厚生労働省サーベイランス事業（微生物・手術部位感染）
- ・日本エピネット（針刺し、切創、血液曝露）
- ・日本環境感染学会 医療器具関連サーベイランス部門（中心ライン関連血流感染）

10. 組織図

〈院内感染対策組織図〉



附則

この指針は、平成 19 年 7 月 1 日から施行する。

この指針は、平成 22 年 12 月 1 日から施行する。

この指針は、平成 26 年 8 月 13 日から施行する。

この指針は、平成 30 年 5 月 1 日から施行する。