

院内感染対策指針

1. 総則

1-1 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。院内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。彩の国東大宮メディカルセンター（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。

1-2 用語の定義

1) 院内感染

病院環境下で感染した全ての感染症を院内感染と言い、病院内という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても院内感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外(市井)で感染した感染症は、院内感染ではなく、市井感染という。

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、医師、看護師、医療従事者、その他職員、さらには院外関連企業の職員等を含む。

1-3 本指針について

1) 策定と変更

本指針(院内指針、手順書と言うべきもの：以下同様)は院内感染対策委員会の議を経て策定したものである。また、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際には最新の科学的根拠に基づかなければならない。

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、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。

- ① 感染対策チーム ICT (infection control team) は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。
- ② ICT は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう同期付けをする。
- ③ 就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通して、全職員の感染対策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- ④ 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場に於ける効果的介入を試みる。
- ⑤ 定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況につき監査するとともに、擦式消毒薬 の使用量を調査してその結果をフィードバックする(容器に使用量が分かるよう、線と日付を記しておく等)。

3) 本指針の閲覧

職員は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 ICT が対応する。

1-4 医療機関内における感染対策のための委員会等

院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会、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・啓発活動をする。院内感染対策委員会は院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は院長に答申され、運営会議での検討を経て、日常業務化する。ICTは院長の直接的管理下にある日常業務実践チームであり、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。

1-4-1 委員長

答申事項に関し、運営会議での検討を経て、必要なICTの業務を決定し、日常業務として指定する。

1-4-2 院内感染対策委員会の構成

専門職代表を構成員として以下のとおり組織する。

- ① 院長
- ② ICD
- ③ ICT
- ④ 医療安全管理担当者
- ⑤ 看護部長
- ⑥ 薬剤部長
- ⑦ 臨床検査科科長または臨床検査担当者
- ⑧ 事務長
- ⑨ 次長、科長、各所属長
- ⑩ その他必要と認められる者

1-4-3 感染対策チーム infection control team (ICT) の業務

- ① 1週間に1回程度の定期的会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。リーダーはinfection control doctor (ICD)、メンバーは看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職で構成される。
- ② ICTの報告を受け、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科に対して院長名で改善を促す。
- ③ 院長の諮問を受けて、感染対策を検討して答申する。
- ④ 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- ⑤ それぞれの業務に関する規定を定めて、院長に答申する。
- ⑥ 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を勧告する。

1) ICTについて

- ① 専任の院内感染管理者として、認定インフェクション・コントロール・ドクター(ICD) (21学会／研究会による協議会 2000年～)、感染制御関連大学院修了者、感染管理認定看護師(日本看護協会2001年～)、感染制御実践看護学講座修了者(厚生労働省2010年～)、インフェクショ

ン・コントロール・スタッフ（ICS）養成講習会修了者（日本病院会4病協 2002年～）、あるいは、認定感染制御専門薬剤師（日本病院薬剤師会 2006年～）、あるいは、感染制御認定臨床微生物検査技師（日本臨床微生物学会2006年～）その他の適格者のいずれかで、院長が適任と判断した者を中心に組織する。月に1回程度の定期的全病棟ラウンドを行って、現場の改善に関する介入、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特特定と制圧、その他に当たる。

- ② 各診療科同様、院長直属のチームとし、感染対策に関する権限を委譲されると共に責任を持つ。また、ICTは、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。
- ③ 上記2-4) ①に記した専門職を施設内に擁していない場合は、非常勤として、施設外部に人材を求める。
- ④ 重要な検討事項、異常な感染症発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者／院内感染の対象者への対応等を、院長へ報告する。
- ⑤ 異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
- ⑥ 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。

2) 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、厚生労働省地域支援ネットワーク担当事務局、あるいは、日本環境感染学会認定教育病院担当者に相談する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚労省委託事業）へのファクス相談も活用する。

1-4-4 抗菌薬適正使用支援チーム（AST：Antimicrobial Stewardship Team）の業務

- 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、院内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・啓発を行う。
抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。
- 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）の調査を積極的に行い、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。
- 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。

1) ASTのメンバーは以下の職種による構成員を基本とし、ICTとの兼任を妨げず、次に掲げる者をも

って組織する。

- ① 医師
- ② 薬剤師
- ③ 臨床検査技師
- ④ 看護師
- ⑤ その他必要な職員

2) 会議の開催は、原則、毎月1回開催する。ただし、必要に応じ臨時に開催することができる。また、ICT会議との合同開催とすることができる。

1-4-5 職員研修

1) 感染対策に関する教育は当院職員、委託業者、学生、入館者に対し実施する。

- ① 全職員対象 2回/1年
- ② 部署別研修 2回/1年
- ③ 中途入職者 新人研修 入職時
- ④ 入館手続き時

2) 院内の感染対策をはかるため、病院内すべての職員に対し、下記のタイミングで研修を行う。

- ① 入職時（新卒・中途）
- ② 定期的（全体研修2回/年、部門別研修2回/年）
- ③ 必要時（近隣で流行し始めた感染症や新興感染症が発生した時）

3) 定期的な研修を行うことにより院内全従業員に感染予防、管理についての正しい知識、情報を身につけ実践できるようにする。研修内容については研修プログラムに準じる。

4) 研修の出席、理解度の確認

- ① 研修プログラムに準じて、研修の参加の有無の確認を行い、出欠に関わらず全職員に理解度確認テストを実施する。（点数8割以上を合格とし、それ以下の場合は8割以上の点数が取れるまで繰り返し行う）。
- ② 理解度確認テストを行うことで研修内容を知識として身につけ実践出来るようにする。

5) データからの調査結果、傾向の伝達

- ① 院内のサーベイランスデータや外部のデータから、下記の方法で定期的に研修を実施、各部署への伝達を行い、周知徹底を図る。
 - (1) 管理職朝礼
 - (2) 院内LAN
 - (3) ポスター掲示
 - (4) デジタルサイネージ表示
- ② 医師・看護師対象に以下の内容の教育を行う
 - (1) 滅菌物の取り扱い

- (2) デバイス別感染症予防策（中心静脈ライン関連血流感染症、人工呼吸器関連感染症、尿道留置カテーテル関連尿路感染症）
- (3) 手術部位感染症予防策
- ③ 教育方法は以下を用いる
 - (1) 感染勉強会：全体研修、部門別（診療部、看護部、医療技術部、医療支援部、委託部）研修
 - (2) 感染対策プログラム
 - (3) ポスター掲示
 - (4) デジタルサイネージ
 - (ア) 手指衛生：手順、実施時間をポスター掲示する
 - (イ) 擦式手指消毒剤を使用した手指衛生方法
 - (ウ) 石鹸+流水を使用した手指衛生方法

1-4-6 患者、家族、訪問者に対する教育

- 1) 病院を訪れる患者、家族、訪問者に対して教育を下記の方法で実施し、院内の感染対策に対し認識を高めてもらい、協力を得て院内の感染予防を徹底する。
 - ① 口頭伝達
 - ② ポスター掲示
 - ③ デジタルサイネージ表示
 - ④ パンフレット
 - ⑤ 患者教室
- 2) 患者、家族、訪問者に以下の内容の教育を行う
 - ① 手指衛生：手指消毒剤または石鹸+流水を使用した手指衛生方法
 - ② 咳エチケット：マスクの使用
 - ③ 感染症状がある面会者の面会制限
 - ④ 感染症流行期の面会制限
 - ⑤ 教育方法は、ポスター、デジタルサイネージ、パンフレットを用いる
 - ⑥ 外来患者は初診時に、入院患者は入院時に改めて教育を行う
 - ⑦ ICU・HCU 他、感染症疾患患者入室時には別途教育を行う

2. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

2-1 サーベイランス

サーベイランスデータより感染率の把握・原因の追求・改善活動を行い感染率の低減を図る。

2-1-1 関連した感染症及び部位のプログラム

- ① 人工呼吸器関連肺炎（VAP: Ventilator Associated Pneumonia）
- ② 尿路感染（UTI: Urinary Tract Infection）
- ③ カテーテル関連血流感染症（CRBSI: catheter related blood stream infection）
- ④ 手術部位感染（SSI: Surgical site infection）
- ⑤ 多剤耐性菌（Multidrug-Resistant Bacterium）

⑥ 流行感染症（インフルエンザ、ノロウイルス等）

2-1-2 感染の予防と軽減のプロセス

関連感染症と感染部位の特定

当院では、毎月サーベイランスを実施し、感染対策委員会にて評価され、必要な対策を検討する。

1) 人工呼吸器関連肺炎

チェック項目：胸部 X-P 写真、発熱、白血球数、喀痰の性状・量、喀痰培養

2) 尿路感染

チェック項目：発熱、尿培養、白血球数、カテーテル先端培養

3) カテーテル関連血流感染症

チェック項目：発熱、血液培養

4) 手術部位感染

チェック項目：疼痛、圧痛、限局性腫脹、発赤、発熱、膿性廃液、培養

5) 多剤耐性菌（MRSA、ESBL 等）

チェック項目：各種培養検査

6) 新興感染症、再興感染症、流行感染症（インフルエンザ、ノロウイルス等）

チェック項目：ウイルスの抗原、抗体

2-1-3 感染率を軽減するための優先順位付け

- 1) JANIS に登録し、収集したデータを全国平均と比較する
- 2) 感染対策委員会にて、全国平均より高い感染率となっている項目に対し、優先的に対策案を立案する
- 3) サーベイランスデータは、感染対策委員会で報告し、対策の承認をうける

2-1-4 データの収集と評価

- 1) 各サーベイランスデータは、各部署の感染対策委員が集計し、ICT 担当看護師へ提出する
- 2) ICT により、データの信憑性を評価する
- 3) サーベイランスデータを感染対策委員会で報告する

2-1-5 感染率を軽減するために導入された戦略

当院では、感染症を予防、軽減するために感染対策委員会が中心となり、以下のような活動を実施する。

- 1) 抗菌薬の適正使用（ICT ラウンド）
- 2) 各部署における手指衛生の遵守
- 3) ケアバンドルの実施状況
- 4) 感染対策勉強会の実施（全職員対象・部門別）

2-1-6 追跡システム

- 1) ICT にてサーベイランス下記の追跡を行う
 - ① 感染率の追跡

- ② トレンドの追跡
- ③ 関連情報の追跡
- 2) 日常のサーベイランス
- ① 感染率の追跡

- (1) 多剤耐性微生物

検査科が抗菌薬剤感受性データを1ヶ月毎に集計する。

- ② トレンドの追跡

- (1) MRSA、ESBL 検体数の推移・MRSA、ESBL 検出率の推移
院内感染対策委員会レポートにて毎月データを周知する。

対象：入院患者

- (2) インフルエンザ検体件数と発生件数の推移

院内感染対策委員会レポートにて毎月データを周知する。

対象：外来・入院患者

- (3) ノロウイルス検体件数と発生件数の推移

院内感染対策委員会レポートにて毎月データを周知する。

対象：外来・入院患者

- (4) CD 抗原／トキシン検査件数と発生件数の推移

院内感染対策委員会レポートにて毎月データを周知する。

対象：入院患者

- (5) 細菌培養検体数の推移

院内感染対策委員会レポートにて毎月データを周知する。

対象：入院患者

- 3) 関連情報の追跡

- ① サーベイランスの実施：判定基準は JANIS の定義を用いる。

- (1) デバイス別感染症予防策（中心静脈ライン関連血流感染症・人工呼吸器関連感染症・尿道留置カテーテル関連尿路感染症）

- (2) 手術部位感染症予防策

- (3) 検査科：院内感染情報レポート（週報）

- (4) 感染対策委員会での報告（主要薬剤感受性・材料別感受性・細菌培養検体数推移・MRSA 検出検体数・感染症発生件数（インフルエンザ・ノロウイルス・CD トキシン）

- (5) 薬剤科：届出抗菌薬使用状況・抗緑膿菌作用を有する抗菌薬の AUD 値

- (6) JANIS への参加：全入院患者部門・検査部門・SSI 部門・ICU 部門

2-1-7 感染対策マニュアルの焦点について検討

- 1) 感染対策委員会にて、サーベイランスデータに基づき感染率を低減するために優先順位付けを行う。
- 2) サーベイランスデータを基に感染管理リスクを評価し感染管理マニュアルに焦点を定める。
- 3) 目標を立て感染対策マニュアルを実施し定期的な評価と見直しを行う。

- 4) 品質向上に焦点を当てて検討
 - ① サーベイランスデータを基に感染管理リスクを評価し対策を検討する。
 - ② サーベイランスの結果は、感染対策委員会に報告をする。
 - ③ 年に一度行う感染リスク評価から活動計画を立て取り組み感染対策マニュアルの見直しを行う。
- 5) リスク低減の目標と測定可能な目標の確立と見直し
 - ① ICTおよび感染対策委員会にてサーベイランスデータを分析し、対策を検討する
 - ② 検討された改善策を院内に発信し実施する
 - ③ 改善策実施後、評価を行い、改善活動を継続する

2-2 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時は、迅速に特定し、対応する。

- 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动向から、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) 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場合は、外注業者と緊密な連絡を維持する。
- 4) 必要に応じて地域支援ネットワーク、日本環境感染学会認定教育病院を活用し、外部よりの協力と支援を要請する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚労省委託事業 <http://www.kansensho.or.jp/>）の『e-Consultation』を活用する。
- 5) 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。

2-3 患者への情報提供と説明

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う。

疾病の説明とともに、感染制御の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。

必要に応じて感染率などの情報を公開する。