

## I-3 院内感染対策指針

### 1 感染管理のための基本的な考え方

JCHOの基本理念に基づき、医療関連感染を未然に防ぐことを第一として取り組み、感染症患者発生の際には拡大防止のため、原因の速やかな特定と科学的根拠に基づく対策の実施により制御、終息を図る。職員は、この目標を達成するため、感染管理指針及び感染管理マニュアルにのっとった医療を患者・利用者に提供できるように取り組むものとする。

### 2 感染管理の組織に関する基本事項

#### (1) 感染管理室の設置

感染管理室を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。

感染管理室は、感染管理者を配置し、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師からなる感染制御チーム(ICT)、抗菌薬適正支援チーム(AST)を組織して、職員の健康管理、教育、医療関連感染対策相談(コンサルテーション)、発生動向監視(サーベイランス)対策実施の適正化(レギュレーション)、及び介入(インターベンション)を行う。

#### (2) 院内感染対策委員会の開催

医療関連感染対策の推進のため、院内感染対策委員会を開催する。

院内感染対策委員会は、以下に掲げる事項を満たすものとする。

- ① 院内感染対策委員会の管理及び運営に関する規程を定める。
- ② 院内感染対策委員会の構成員は、院長、感染管理室長、看護部長、事務長および看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、中央材料部門、給食部門、事務部門等、各部門を代表する職員等により職種横断的に構成する。
- ③ 開催は、月1回とし重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- ④ 院内の各部署から医療関連感染に関する情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備し、重要な検討内容について、医療関連感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め院長へ報告する。
- ⑤ 医療関連感染が発生した場合には、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び職員への周知を図る。
- ⑥ 院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う。
- ⑦ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整える。特定抗菌薬は、届出制とする。
- ⑧ 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、医療関連感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立する。

#### (3) 感染制御チーム(Infection Control Team:ICT)活動の推進

医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染管理室内に感染制御チームを設置する。院長は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

- ① 感染制御チームは、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の職員により構成する。

②感染制御チームは、以下の活動を行う。

- ・最新のエビデンスに基づき、当院の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布する。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ年1回程度の点検及び見直しを行う。
- ・職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行う。
- ・1週間に1回程度、院内を巡回し医療関連感染事例を把握するとともに、感染防止対策の実施状況把握、確認、指導を行う。感染制御チームによるラウンドは、チームのメンバーが全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行い、必要に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎回巡回することを基本とする。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2か月に1回以上巡回する。
- ・微生物学的検査に係る状況を記した「感染情報レポート」を週1回作成し、院内で疫学情報を共有するとともに、感染防止対策に活用する。

③抗菌薬適正使用支援チーム(Antimicrobial Stewardship Team:AST)は、抗菌薬の不適切な使用や長期間の投与が、AMR微生物を発生あるいは蔓延させる原因となりうる。主治医が抗菌薬を処方する際に個々の患者さんに最大限の効果をもたらす、副作用は最小限にとどめ、かつAMR対策として患者さんへの抗菌薬の使用を適切に管理・支援するための実働部隊である。院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を構築し、特に、特定抗菌薬については、届出制の体制をとる。

ASTは、以下の活動を行う。

- ・抗MRSA薬、カルバペネム系薬は届け出制とし、使用患者リストを作成し抗菌薬適正使用ラウンドを実施(4回/月:カルテラウンド)する
- ・薬物血中モニタリング対象薬剤に関する支援
- ・広域抗菌薬のモニタリングおよび長期使用患者に関する支援
- ・抗MRSA薬のモニタリングおよび長期使用患者に関する支援
- ・抗菌薬使用量・使用数などの定期的な評価
- ・採用抗菌薬の定期的な見直し
- ・抗菌薬適正支援マニュアルの作成及びアップデート
- ・当院のアンチバイオグラム作成
- ・培養検査の検体採取を適切に行い、血液培養複数セット提出率などを定期的に評価する。

### 3 感染防止対策地域連携の実施

当院は感染対策向上加算2を算定する

(1)感染対策向上加算1、感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関と定期的に医療関連感染対策に関するカンファレンスを合わせて年4回以上開催し、相互の情報交換により感染対策の共有・強化を行う。

(2)地域や全国のサーベイランスに参加する。

### 4 医療関連感染対策のための職員に対する教育、研修

感染管理室は、医療関連感染対策を推進するため、職員に対する研修等を、ICT、ASTと連携して、以下のとおり企画し実施する。

- (1) 医療関連感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の医療関連感染に対する意識を高め業務を遂行する上での技術の向上等を図る。
- (2) 病院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下で行う。
- (3) 病院全体に共通する医療関連感染に関する内容について、年2回程度、定期的を開催するほか、必要に応じて開催する。
- (4) 研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録し保管する。

## 5 感染症発生状況の監視と発生状況の報告

### (1) 感染症発生状況の監視(サーベイランス)

感染管理室は、日常的に院内における感染症の発生状況を把握するシステムとして、以下のサーベイランスを実施し、結果を感染対策に反映させる。

- ① ターゲット(対象限定)サーベイランス
  - ・耐性菌サーベイランス
  - ・透析関連感染サーベイランス
- ② 症候性サーベイランス
  - ・インフルエンザ様症状サーベイランス
  - ・消化器症候群サーベイランス
- ③ プロセスサーベイランス
  - ・医療行為のプロセスの評価(実施率や順守率の評価)

### (2) 発生状況の報告

感染管理室は、感染症に係る院内の報告体制を確立し、必要な情報が感染管理室に集約されるよう整備する。また、保健所、本部及び所管の地区事務所へ必要な報告を可及的速やかに行う。

## 6 患者医療関連感染発生時の対応

感染管理室は、医療関連感染症の発生又はその兆候を察知したときは、以下に沿って、迅速かつ適切に対応する。

- (1) 各種サーベイランスを基に、医療関連感染のアウトブレイク又は異常発生をいち早く特定し、制御のため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) 臨床検査部では、検体から検出菌の薬剤耐性パターン等の解析を行い、疫学情報を日常的に ICT 及び臨床側へフィードバックする。
  - ① アウトブレイク又はその兆候察知時には、院内感染対策委員会又は ICT 会議を開催し、可及的速やかにアウトブレイクに対する医療関連感染対策を策定し実施する。
  - ② アウトブレイクに対する感染対策を実施したにもかかわらず、継続して当該感染症の発生があり、院内で制御困難と判断した場合は、速やかに協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

## 7 患者等に対する当該指針の公開

病院感染管理指針は、ホームページに掲載し、患者及び家族並びに利用者が閲覧できるように配慮する。

## 第1章 院内感染対策体制

2020年4月1日改訂

2022年4月1日改訂

2023年1月1日改訂