

院内感染対策指針

1. 総則

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。
医療関連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速やかに制圧、終息を図ることは医療機関の義務である。
本指針により院内感染対策を行う。

2) 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いい、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。

3) 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、面会人、医師、看護師、医療従事者、その他職員、さらには院外関連業者の職員等を含む。

4) 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（以下、ICT）は現場職員が自主的に各対策を実践するように自覚をもってケアにあたるよう誘導する。
- ② ICTは現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践して行うよう動機づけをする。
- 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じて、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に導く。
- ④ 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場にお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を監査するとともに、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、線と日付を記載するなど）。

2. 医療機関における感染対策のための委員会等

院長が感染対策に関わり、院内感染防止対策委員会（以下、ICC）、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。院内感染防止対策委員会で検討した事項は院長に答申され日常業務化する。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、同時に業務を課し、組織横断的に活動する。

1) 院長

答申事項に関し、必要な ICT の業務を決定し、日常業務として指定する。

2) ICC の構成

専門職代表を構成員として以下の通り組織する。

- ①院長 ②院長が指定する者（委員長） ③ICT リーダー（医師）
- ④病棟看護師長 ⑤外来看護師長 ⑥臨床検査技師 ⑦薬剤師部長 ⑧放射線技師
- ⑨管理栄養士 ⑩事務局長 ⑪事務部長 ⑫保育士 ⑬その他必要と認められる者

3) ICC の業務

- ①委員長は ICC を代表し、会議の議長となり、会務を処理する。
- ②委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を処理する。
- ③1 か月に 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

- ④ICT の報告を受け、その内容を検討したうえで ICT の活動を支援するとともに必要に応じて各部署に対して改善を促す。
- ⑤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。
- ⑥ それぞれの業務に関する規定を定めて院長に答申する。
- ⑦ ICC は必要があると認めたときは、委員以外の者に対し会議に出席を求めることができる。
- ⑧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、必要な場合は更なる改善策を勧告する。
- ⑨全職員対象とした院内研修を年に 2 回計画・実施する。また、就職時の初期研修は各部署の院内感染防止対策委員が適切に行う。これらの諸研修の開催結果、あるいは施設外研修の参加実績（開催または受講日時、出席者、研修項目）を記録保存する。

4) ICT の構成

院長が適任と認めたもので

- ①感染症対策に 3 年以上経験のある医師
- ② 5 年以上感染管理に従事した経験のある看護師
- ③ 3 年以上の病院勤務経験を持つ薬剤師
- ④ 3 年以上の病院勤務経験を持つ臨床検査技師
- ⑤その他 事務員 2 名

のメンバーを中心に事務職員を加えた 7 名で構成する。院内感染管理者は医師を指名し、委員長は、①から④に定める者の中から 1 名指名する

5) 院内感染管理者の役割

ICT を統括し、ICT の活動状況、検討結果、緊急事項等を ICC に報告する。

6) ICT について

- ①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ともに責任を持つ。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。
- ②週に 1 回程度の定期的ラウンドを行って現場の教育・啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定制圧にあたる。
- ③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、その状況及び患者・院内感染の対象者への対応等を院長へ報告する。
- ④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。
- ⑤職員教育の企画遂行を積極的に行う。
- ⑥リンクナースとの連携の下、最新のエビデンスに基づいた具体的で実践的なマニュアルの作成を行い、必要時これを改定する。
- ⑦ICC とともに年に 2 回定期的に院内感染対策に関する研修を行う。また、職員への啓蒙活動としてポスター掲示・ニュースレターなどの配布を行う。
- ⑧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必要に応じて実施し、その結果を感染対策に生かす。
カテーテル関連血流感染、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、尿路感染、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。
- ⑨抗菌薬は不適正に用いると耐性株を生み出し、耐性株を選択残存させる危険性があるので対象微生物を考慮し、投与期間は可能な限り短期間で行うことが望ましい。ICT は抗菌薬適正使用マニュアルを作成し、それに基づいた抗菌薬選択を行い、使用基準を守るよう監視する。
抗菌薬サーベイランス 特にカルベペネム系使用状況の把握を行う。
カルバペネム系、抗 MRSA 薬長期使用患者の把握を行う。
使用状況については JANIS 登録を行い連携施設からのアドバイスを受け適正に使用されるように働きかける。

3. アウトブレイクあるいは異常発生

- 1) アウトブレイクとは、同一感染症が通常予想される症例数より多く発生した場合、または同一微生物による感染症が通常より統計学的に有意に多く発生した場合をアウトブレイクと判断する。

＊発生基準

- ①同一の院内感染が通常予測される頻度より高い頻度で発生した場合
- ②同一の微生物検体分離が通常より多く発生した場合
- ③関連する院内感染が2例以上発生した場合
- ④通常発生しないような特殊な微生物、もしくは特殊な状況による院内感染が1例以上発生した場合

＊終息基準

一定期間（陰性2回）原因菌が新規に検出されない、また有症状が発生しない場合、アウトブレイクは終息したと判断する。

- 2) 多剤耐性菌によるアウトブレイクを疑う基準

- ①1例目の発見から4週間以内に、同一病棟に置いて新規に同一菌種による感染症の発生症例が計3例以上特定された場合
- ②1例目の発見から4週間以内に、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発症症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例など）が計3例以上特定された場合。ただし、以下の4菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性アシネトバクター

- 3) ウイルス感染症のアウトブレイクを疑う基準

インフルエンザや流行性嘔吐下痢症（ノロウイルス、ロタウイルスなど）は、特定の病棟の入院患者3名以上が1週間以内に院内で発症した場合とする。

検査判断による判定が望ましいが、検査陰性の場合でも同一症状を呈している場合は同一疾患の可能性があると考えて対応する。

- 4) 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並びに感染症の発生動向から、医療機関のアウトブレイクあるいは異常発生をいち早く特定し、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 へフィードバックする。
- ③発生事例は ICT へ報告を行う。
- ④報告を受けた ICT は発生状況や拡大の危険性を調査し、速やかに院内感染防止対策委員へ報告する。
- 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へ報告する。

この指針は、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

R 元年 7 月 1 日改訂

R 3 年 4 月 1 日改訂

R 5 年 8 月 1 日改訂

R 6 年 7 月 1 日改訂

R 7 年 4 月 1 日改訂