

結核予防会複十字病院における院内感染対策指針

1. 院内感染対策に関する基本的な考え方

当院の院内感染対策は、医療機関内においては感染症患者と易感染性患者とが同時に存在していることを前提に、「スタンダードプリコーション（標準予防対策）」と感染経路別予防策の観点に基づいた医療行為を実践する。院内感染を未然に防止するとともに、ひとたび感染症が発生した際には拡大防止のためにその原因を速やかに特定して、これを制圧、終息させることが重要である。院内感染予防対策を全職員が把握し、病院の理念に則った医療を提供できるように本指針を作成する。

2. 院内感染対策に関する管理組織に関する事項

（1）院内感染対策委員会

病院長の諮問機関として、ICC/ICT 長を議長とし、関係各部門責任者および感染予防対策室長を構成員として組織する院内感染対策委員会を設け、毎月 1 回定期的に会議を開催して、次に掲げる事項について審議し院内感染予防対策の策定と推進を行う。また、緊急時は臨時会議を開催する。

【院内感染対策委員会審議事項】

- ① 院内感染対策の検討・推進
- ② 院内感染時の対応及び原因究明
- ③ 院内感染等の情報収集及び分析
- ④ 院内感染防止等に関する職員の教育・研修
- ⑤ その他院内感染対策に関する事項 など

（2）緊急時の臨時会議

病院長、副院長、ICC/ICT 長、看護部長、事務部長、感染管理担当看護師およびこれらが必要と判断した者で構成され、重大な院内感染事例が発生した場合に必要なかつ迅速な対応をとるために開催される。

【臨時会議が開催される場合】

- ① 院内感染アウトブレイクが発生して、緊急な対応が必要となった場合
- ② 院内感染対策マニュアルに対応が定められていない院内感染が発生して、緊急な対応が必要となった場合

その他、病院長、ICC/ICT 長が必要であると認めた場合

（3）医療安全管理部 感染予防対策室

院内感染等の発生防止に関する業務を行うために医療安全管理部 感染予防対策室を置く。

2006年に設立された安全管理室は、2012年度医療安全管理部へと組織改変された。毎週1回医療安全管理部会議を開催し、医療安全、感染管理に関する内容の検討・対応を行う。その中に設置されている感染予防対策室では、**医療安全管理部専従の感染制御看護師**（CNIC）1名が配属されている。また、院長はじめ医療安全管理部担当副院長、**特任部長**、事務部長、医療安全部長（RM）2名、医薬品安全管理責任者、薬剤部薬品管理科長、**専任感染制御認定薬剤師**、医療機器管理者、**専従事務員**、防災対策室長の参加で、月に1回は医療安全管理部全体会議を開催している。（**太字**は感染予防対策担当）

【感染予防対策室の業務】

- ① 感染対策マニュアルの作成と見直し
- ② 感染症関連資料の整備
- ③ 院内感染発生状況のサーベイランス
- ④ アウトブレイクや針刺し事故時の対策
- ⑤ 各種ワクチン接種推進（庶務課、健康管理センターとの協働）
- ⑥ 感染に関する各種コンサルテーション業務
- ⑦ 院内感染防止教育に関する企画・実施・協力
- ⑧ 抗菌薬適正使用の推進及び適正な検査実施の周知を含めた支援
- ⑨ 連携施設や院内各部門、各種委員会との連携調整
- ⑩ その他院内感染の発生防止に関する事項 など

（4）感染対策チーム（Infection Control Team：以下 ICT）

感染対策委員会が策定した感染対策を実施するための実働部隊としての ICT は、毎週1回のラウンド、と2回/月の会議を行う。ICT のメンバーも感染制御医師（ICD）、CNIC、薬剤師、細菌検査技師をコアメンバーとし、内科・外科医師、看護部、理学療法士、事務部のメンバーを加えた構成となっている。緊急時は、緊急安全管理委員会（院内感染対策委員会メンバーが含まれる）、臨時安全管理委員会（臨時感染対策委員会）が開催され、医療安全管理部と ICT が速やかに実働する。また、院内各部署に感染対策担当者、看護部にはリンクナース（看護部感染委員会メンバー）を置き、院内全体の感染対策の円滑な実施、推進、教育を行う。

【ICT の業務】

- ① 院内感染事例の把握とその対策の指導
- ② 院内感染対策の実施状況把握とその対策の指導
- ③ 院内感染発生状況のサーベイランスの情報分析、評価と効果的な感染対策の立案
- ④ 抗 MRSA 薬の届け出制、広域抗菌薬等の投与方法（投与量、投与期間など）の把握と適正化
- ⑤ 院内感染マニュアルの順守状況の把握とその指導
- ⑥ 地域連携病院に対するコンサルテーション及び感染対策向上加算1 地域連携合同カンファレンス4 回/年間（うち1回は保健所・医師会と協同した実施訓練）開催

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

当院では 2011 年から ICT ラウンドとして、主に抗 MRSA 薬や特定広域抗菌薬使用について感染対策などの遵守状況と併せて介入を行っていたが、2012 年より感染防止対策加算の算定が可能になり、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の 4 職種から構成される ICT が、感染防止対策活動のみならず抗微生物薬適正使用の推進活動もさらに積極的に実施するようになった。

しかし、同加算の施設基準では看護師以外の資格基準は必ずしも厳格ではなく、これまで抗 MRSA 薬や広域スペクトラム抗菌薬など特定抗微生物薬の使用制限(届出制等)のみが強調され、抗菌薬適正使用支援プログラム (ASP) が十分に実施されてきたとは言い難く、効果的な ASP 運用のためには、感染制御部門の中に、ICT とは別に AST を組織する必要があった。そこで当院では、2017 年 8 月に AST を立ち上げ、抗菌薬の不適切な使用による薬剤耐性菌 (AMR) を作らないための活動を開始した。

AST メンバーは、感染症・感染制御の専門知識を有する医師や薬剤師を中心に、細菌検査技師や感染管理認定看護師で構成され、ICT とは情報共有をして連携した活動を行っている。

【AST の業務】

- ① 院内の抗菌薬の使用状況を把握する
- ② 対象抗菌薬が適切に使用されているか確認する。
- ③ 可能な限り毎日、血培の検査結果情報を把握する。
- ④ 1 回/週 症例を検討する
- ⑤ 不適切な使用の場合や必要な検査が行われていない場合など、主治医と相談する。
- ⑥ 早急な対応が必要な場合には臨時で介入する。

【AST が介入する対象】

- ① 特定抗菌薬、抗緑膿菌薬使用症例 新規・長期届出書提出症例
外来で急性気道感染症・急性下痢症に使用される抗菌薬
- ② 血培陽性症例 血培提出症例
- ③ その他 AST が必要とした症例またはコンサルテーションがあった患者

3. 院内感染対策のための病院職員に対する研修に関する基本方針

病院職員の感染対策に対する意識向上を図るため、感染対策に関する研修を院内必修研修規約に則り年 2 回、その他必要に応じて全職員を対象に行う。

抗菌薬適正使用に関する研修については、医師・看護師・薬剤師・検査技師などを対象に、年 2 回程度実施する。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

院内で発生した感染症の発生状況や原因に関するデータを収集して的確な感染対策を実施できるように各種サーベイランスを実施し、情報を報告する。

- ① MRSA などの耐性菌のサーベイランス
2009年1月より厚生労働省院内感染サーベイランス検査部門に参加し、院内での菌検出状況の報告を行っている。
- ② SSI（手術部位感染）サーベイランス
2014年1月より厚生労働省院内感染サーベイランス SSI 部門に参加している。
- ③ 外来・入院病棟におけるインフルエンザ迅速検査者数及び陽性者数のサーベイランス。
- ④ カテーテル関連などのサーベイランスについて可能な範囲で実施する。
- ⑤ 「監視対象菌検出状況」を作成し、毎週1回週報として病院職員周知して情報の共有に努める。また、毎月1回月報は、院内感染対策委員会でまとめて分析した資料にて報告を行い、職場責任者会議を通じて院内全職員への周知を行う。
- ⑥ ICT ニュースや病院電子掲示板（病院グループウェアサイボウズ）では、マニュアル変更やリアルタイムな情報、抗菌薬適正使用に関する情報、多摩小平保健所管内や東京都の感染情報なども提供する。

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

院内で感染症患者が発生した場合は、次の対応を行い、かつ届出義務のある感染症患者が発生した場合には、感染症法に準じて行政機関へ報告する。なお、感染症患者とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という）に規定されている対象疾患や院内感染の恐れのあると判断される者すべてをいう。

(1) 通常時の対応

院内で感染症患者が発生した場合は、担当医又は看護師長（当日の責任者）から医療安全管理部に報告するとともに「感染症発生報告書」を提出する。

細菌検査室は多剤耐性菌の検出や、複数の同一菌の検出または希少な菌の検出などが見られた時は医療安全管理部へ報告する。微生物の分離率や感染症報告などから、アウトブレイクあるいは異常発生を迅速に特定する。

報告が義務付けられている感染症が特定された場合は、速やかに保健所に報告する。

(2) 緊急時（重大な院内感染等の発生）の対応

感染症患者の発生の緊急時（重大な院内感染等の発生）には、担当医又は看護師長は医療安全管理部に直ちに報告を行い、報告を受けた医療安全管理部は、病院長に報告するとともに臨時感染対策委員会を開催し、速やかな対策を講じる。病院感染のアウトブレイクや、重症者・死亡者などが出た場合の保健所報告については病院長が判断する。

医療安全管理部は特定の感染症の院内集団発生を検知し、病院内の感染管理組織機能のみでアウトブレイクへの対応が不十分な場合は、多摩・小平保健所、国立感染症研究所相談窓口などを活用し、外部支援を要請する。（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〕へのファックス相談も活用できる。）

(3) 感染伝播リスクのある患者さんとそのご家族への対応

感染伝播リスクのある患者さんへ担当医が、微生物が検出された事実及び蔓延防止に必要な感染対策を説明し同意を得る。また必要であればご家族にも説明し同意を得る。

6. 患者さん等に対する指針の閲覧に関する基本方針

この指針は、患者さんやそのご家族に感染対策への理解と協力を得るため、院内掲示や病院ホームページに記載などを行い、積極的な閲覧に努める。

7. 当院における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

院内感染対策の推進のため、「院内感染対策マニュアル」を整備して、電子カルテ内や病院電子掲示板（病院グループウェアサイボウズ）に掲載して病院職員に周知徹底を図る。

職員は、複十字病院感染対策マニュアルに記載された感染対策を実施し、感染対策上の疑義については、医療安全管理部又は ICT と十分に協議する。また職員は、自部署の感染対策上の問題発見に努め、医療安全管理部、ICT と協働しこれを改善する。さらに職員は、病院感染を防止するため、ワクチンを積極的に接種する。日頃から家族も含めて健康管理を行い、自身の感染症罹患時またはその疑いのある場合は速やかに受診して、勤務に関しては上司と相談し、自己で判断しない。各部門の責任者は、院内報告体制に基づき報告する。

感染対策向上加算 1 地域連携合同カンファレンスは、向上加算 2 及び 3、外来感染対策向上加算施設と年 4 回実施（うち 1 回は保健所・医師会と協同した実施訓練）し、地域医療機関との連携を図る（2022 年 4 月より）。また向上加算 1 連携病院とは年に 1 回相互ラウンドを行い、お互いの施設の感染対策の評価を行う。

院内感染対策委員会
医療安全管理部 感染予防対策室

2007 年 11 月 01 日 初版
2008 年 05 月 30 日 改訂
2009 年 05 月 28 日 改訂
2012 年 05 月 25 日 改訂
2014 年 02 月 01 日 改訂
2015 年 05 月 01 日 改訂
2017 年 03 月 01 日 改訂
2017 年 11 月 15 日 改訂
2018 年 04 月 01 日 改訂
2020 年 11 月 01 日 改訂
2021 年 06 月 01 日 改訂
2021 年 12 月 01 日 改訂
2023 年 4 月 1 日 改訂
2024 年 10 月 3 日 改訂

感染管理上の組織図
2024年07月現在

病院長

医療安全管理部

- ・医療安全対策室
- ・医療機器管理室
- ・防災対策室

感染予防対策室

担当医師 (ICD) : 1名 専任
室長 (CNIC) : 1名 専従
室員 (薬剤師) : 1名 専任
室員 (細菌検査技師) : 1名 専任

ICC
(感染対策委員会)

ICT

(感染対策チーム)

ICD

感染制御認定薬剤師

細菌検査技師

感染管理認定看護師

AST

(抗菌薬適正使用支援
チーム)

看護部感染委員会

リンク Ns

各部署感染対策担当者

職場責任者会議

全職員 (委託職員含む)