

独立行政法人国立病院機構天竜病院
院内感染対策指針

平成19年10月作成
平成20年 4月一部改正
平成24年10月一部改正
平成25年11月一部改正
平成26年 2月一部改正
平成27年 1月一部改正
平成28年 8月全面改正
平成29年12月一部改正
平成30年 4月一部改正
令和 3年 4月一部改正
令和 4年 4月一部改正
令和 6年 3月一部改正

- 目次 -

1-1 基本理念	1
1-2 用語の定義.....	1
1-3 本指針について	1
2 当院における感染対策のための組織	1
2-1 ICC(院内感染防止対策委員会)	2
2-2 感染対策室の設置.....	3
2-3 ICT(感染対策チーム)	4
2-4 AST(抗菌薬適正使用支援チーム)	6
2-5 ICT 連絡会.....	7
3. 天竜病院委員会規程.....	8
3-1 院内感染防止対策委員会	8
3-3 ICT 連絡会規程	11
3-2 ICT ミーティング規程	13
5. 抗菌薬の適正な使用に関する職員研修.....	15
6. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告	15
6-1 サーベイランス	15
6-2 アウトブレイク	16
7. その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針.....	17
7-1 患者への情報提供と説明.....	17
7-2 職員の情報共有と義務.....	17
8. 院内感染対策推進方策等	18
8-1 手指衛生	18
8-2 微生物汚染経路遮断	18
8-3 環境清浄化.....	19
8-4 交差感染防止	19
8-5 消毒薬適正使用	20
8-6 抗菌薬適正使用	20
8-7 付加的対策.....	21
8-8 地域支援	21
8-9 予防を目的とした薬剤.....	22
8-10 職業感染防止	22
9. 感染症発症職員の就業制限について	24
10. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	24

1 総則

1-1 基本理念

私たち医療従事者は、患者と職員自身の安全を確保するために、医療関連感染の予防・再発防止に努め、及び、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、終息を図る義務がある。独立行政法人国立病院機構天竜病院(以下、当院)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) 医療関連感染

医療関連感染とは、入院外来を問わず患者が医療機関で治療を受けている間に感染症に罹患することをいう。医療関連感染は患者が病原性の細菌、ウイルス、真菌に曝露される結果引き起こされる。こうした曝露の原因として、医療従事者の手の汚染、環境表面、患者同士の接触、カテーテルの挿入および留置などの作業があげられる。

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(市中)で感染した感染症は、院内感染ではなく市中感染という。

3) 院内感染対策の対象者

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

本指針は院内感染対策委員会(ICC: Infection Control Committee、以下ICC)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 当院における感染対策のための組織

院長は積極的に感染対策に関わり、ICCと感染対策チーム(Infection Control Team: ICT、以下ICT)が中心となって、すべての職員に対して感染対策を推進する。抗菌薬の適正使用の推進は、抗菌薬適正使用支援チーム(Antimicrobial Stewardship Team: AST、以下AST)が中心となる。ICCは諮問委員会であり、検討した諮問事項は院長に答申され、ICCでの検討を経て日常業務化する。感染対策室は院長の直接的管理下にある。ICTおよびASTは、院長が一定の権限を委譲し、同時に義務を課し、組織横断的に活動する。感染対策に関わる組織図を図1に示す。

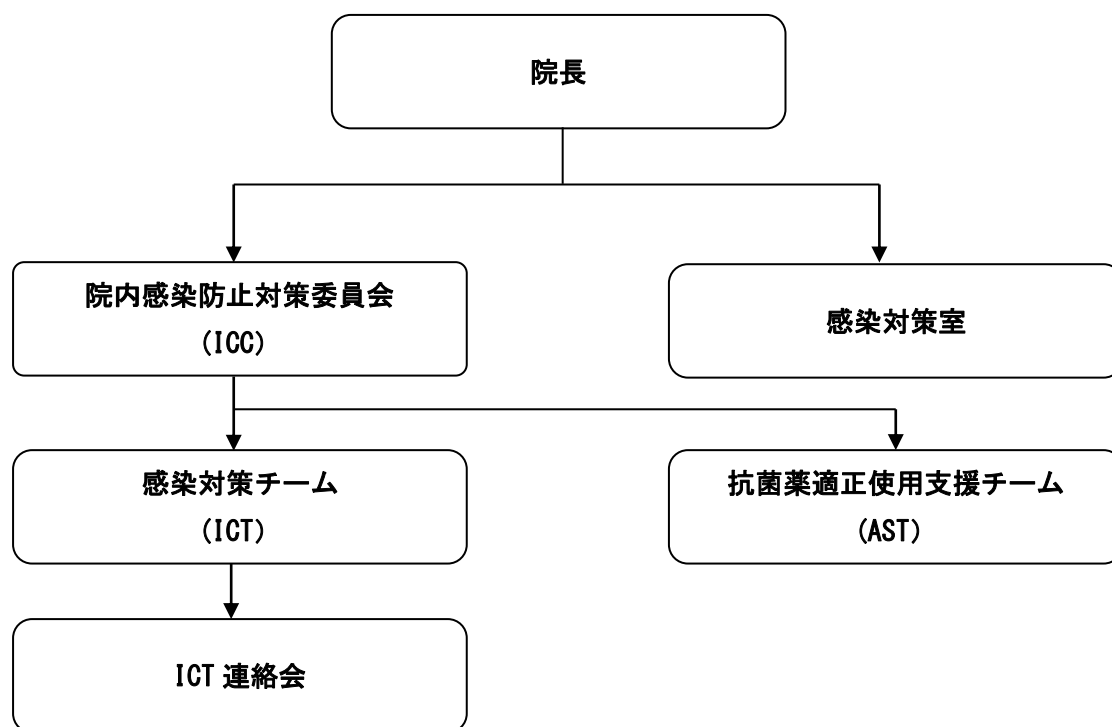


図1. 感染対策に関わる組織図

2-1 ICC(院内感染防止対策委員会)

1) 院長

答申事項を管理診療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。

2) ICCの構成

専門職責任者を構成員として以下のとおり組織する。

- (1) 院長、副院長（感染対策室長）、第一診療部長、第二診療部長、子どものこころのケアセンター長、内科医長、脳神経内科医長、小児科医長、呼吸器・アレルギー科医長、内分泌代謝内科医長、子どものこころのケア副センター長（又は児童精神科医長）、療育指導科長
- (2) 事務部長、企画課長、管理課長、専門職
- (3) 看護部長、副看護部長、看護師長（各病棟・外来）
- (4) 薬剤部長、診療放射線技師長、臨床検査技師長、栄養管理室長、リハビリテーション科長（又は理学療法士長）、療育指導室長（又は主任児童指導員）、地域医療連携係長、医療安全管理係長

- (5) 感染防止対策看護師（専従）
- (6) その他必要の都度委員長が指名する者

3) 院内感染対策委員会の業務

- (1) 1か月に1回の定期的会議を開催する。緊急時は速やかに必要に応じて臨時会議を開催する。
- (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) 感染対策を検討して答申する。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。
- (4) 院内感染発生時(疑い含む)は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施ならびに職員への周知を図る。
- (5) 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。

2-2 感染対策室の設置

感染対策を組織横断的に行う部門として院長の直下に感染対策室を設置する。感染対策室は感染対策に関わる委員会の運営を行う。

1) 感染対策室長および院内感染管理者の配置

- (1) 副院長を感染対策室長および院内感染管理者とする。
- (2) 感染対策室長(院内感染管理者)は感染対策室の所掌業務を主導する。

2) 感染防止対策看護師の専従配置

- (1) 感染防止対策看護師を感染対策室専従で配置する。
- (2) 感染防止対策看護師は、5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師であって、感染防止対策に係る適切な所定の研修を修了した者とする。
- (3) 感染防止対策看護師は、感染対策室長の指示のもと、ICTと連携・共同の上、感染対策業務を行う。

3) 感染対策室の所掌業務

感染対策室はICT、ASTと連携・共同し、以下の事項を所掌する。必要に応じて視察を行い、現状把握に努める。

- (1) 医療関連感染サーベイランス
- (2) 感染管理のための明文化した方針と手順を立案、実践、評価、更新
- (3) 感染症の感染経路を遮断するための直接的介入
- (4) 職業感染管理
- (5) 感染管理教育
- (6) 感染管理コンサルテーション
- (7) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティ・マネジメント(空調、水、廃棄物、食品など、安全な療養環境の提供)
- (8) 抗菌薬の適正使用に関する取り組み(感染症患者の検査の実施状況や治療経過のモニタリングとフィードバック、特定抗菌薬届出制、抗菌薬サーベイランス、専任薬剤師によるコンサルテーションなど)
- (9) 感染対策に関わる委員会の運営
- (10) ひまわり保育園の感染管理の関与
- (11) その他、感染症の低減のための必要な業務

2-3 ICT(感染対策チーム)

組織横断的にすべての感染管理プログラムを推進する実働的組織として ICT を設置する。其々の職種の専門性を発揮し、共同しながら感染対策を進めていく。

1) ICTの構成

ICTは、それぞれ(1)～(4)の要件を満たす感染対策室長(院内感染管理者)、感染制御医師1名、感染防止対策看護師、薬剤師1名、検査技師1名で構成する。当該メンバーは、ICCの委員長が委嘱する。なお、メンバーは、ICCおよびASTとの兼任を妨げない。

- (1) 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(感染対策室長、感染制御医師)
- (2) 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師で、感染防止対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師者(感染防止対策看護師、うち1名は専従)
- (3) 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師(専任)
- (4) 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の臨床検査技師(専任)

2) ICTのチームリーダーは感染対策室長とする。

3) ICTのサブリーダーは、感染防止対策看護師(専従)とする。

4) ICTの業務

- (1) 院内感染管理者を配置し、院長が適任と判断した者を中心に組織する各診療科同様、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。外来に、院内感染防止対策に関する取組事項について掲示する。
- (2) ICTは1週間に1回程度、定期的に院内を巡回（ICTラウンド）し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- (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。その他にも、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。
- (6) 感染対策向上加算1を算定する他の医療機関と連携し、年に1回程度、互いに感染防止対策に関する評価を行う。*
- (7) 感染対策向上加算2・3に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録する。感染対策向上加算2・3を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けられる体制を整備する。*
- (8) 抗菌薬の適正使用を推進するため、抗MRSA薬、カルバペネム系抗菌薬については特定抗菌薬届出制とし、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- (9) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域のサーベイランスに参加する。
- (10) 病原微生物の検出状況および薬剤感受性のモニタリングと、その結果を院内感染対策に活用し、定期的に院内に周知を行う。周知の頻度は下記の内容とする。
 - ① 病原微生物の検出状況：1週間に1回程度
 - ② 薬剤感受性：1年に1回
- (11) その他、感染対策のための必要な業務を行う。

※（6）、（7）は、当院の感染対策向上加算の区分および加算要件によって変更がある。

2-4 AST (抗菌薬適正使用支援チーム)

抗菌薬の適正使用支援の推進を目的とし、抗菌薬適正使用支援チームASTを設置する。其々の職種の特長性を発揮し、共同しながら抗菌薬適正使用を進めていく。

1) ASTの構成

ASTは、それぞれ(1)～(4)の要件を満たす感染対策室長(院内感染管理者)、感染制御医師1名、感染防止対策看護師で構成する。当該メンバーは、ICCの委員長が委嘱する。なお、メンバーは、ICCおよびICTとの兼任を妨げない。

- (1) 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師(感染対策室長、感染制御医師)
- (2) 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師(感染防止対策看護師、うち1名は専従)
- (3) 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師(専任)
- (4) 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師(専任)

2) ASTのチームリーダーは、感染対策室長とする。

3) ASTのサブリーダーは、感染防止対策看護師(専従)とする。

4) ASTの業務

ASTの主な業務は、以下のとおりとする。

- (1) 抗菌薬治療の最適化のために、血液培養陽性患者を対象に、対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗 菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリング、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
- (2) 起因菌を特定するために、適切な検体採取と培養検査の提出(血液培養の複数セット採取など)や、施設内のアンチバイオグラムを作成し、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) 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価し、定期的にICCおよびICTを通じて職員へフィードバックを行う。
- (4) 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアル「院内感染防止対策マニュアル 第9章抗菌薬適正使用」を整備し、適宜見直しを行う。また、平時からマニュアルとアンチバイオグラムの活用を啓発する。
- (5) 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。

- (6) 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。
- (7) その他、抗菌薬適正使用支援のために必要な業務を行う。

2-5 ICT 連絡会

この会議は、当院における感染対策を検討し、実施するために設置する。

- 1) ICT 連絡会の委員は次に掲げる者をもって構成する。
- 2) 委員長は感染防止対策看護師とする。
- 3) その他の構成員は以下のとおりとする。
 - (1) ICT（感染制御医師、薬剤師、臨床検査技師）
 - (2) 副看護部長、医療安全管理係長、看護師 7 名（各病棟・外来）
 - (3) 診療放射線技師 1 名、管理栄養士 1 名、理学療法士（又は作業療法士や言語聴覚士）1 名、児童指導員（又は保育士）1 名、医事係 1 名
- 4) 委員長が必要と認めた場合は、構成員以外の者を参加させることができる。
- 5) 構成員の任期は 1 年とし、再任を妨げない。
- 6) 構成員の役割
 - (1) ICT連絡会において情報伝達された事項について各部署の職員に周知徹底をする。
 - (2) 感染対策マニュアルの内容を把握し、各部署において感染対策の実践と教育を行う。
 - (3) 職場で発生する感染対策上の問題やスタッフの疑問を、ICT連絡会の議題にあげ、ICTと共に解決する。
 - (4) 自らが実践モデルとなれるように感染対策について積極的に学ぶ。
- 7) ICT 連絡会の記録は医事係が作成し医事課で保管し、院内 LAN で全職員に配信する。

3. 天竜病院委員会規程

3-1 院内感染防止対策委員会

(目的)

第1条 独立行政法人国立病院機構天竜病院における感染管理の最終決定機関として院内感染防止対策委員会(Infection Control Committee: ICC)を設置し、本規程を定める。

(ICCの構成)

第2条 ICCの構成は、委員長、副委員長及び委員をもって組織するものとする。

- 2 ICCの委員長は感染対策室長とする。
- 3 ICCの副委員長は委員長が指名する。
- 4 ICCの委員は次のとおりとする。
 - (1) 院長、副院長(感染対策室長)、第一診療部長、第二診療部長、子どものこころのケアセンター長、内科医長、脳神経内科医長、小児科医長、呼吸器・アレルギー科医長、内分泌代謝内科医長、子どものこころのケア副センター長(又は児童精神科医長)、療育指導科長
 - (2) 事務部長、企画課長、管理課長、専門職
 - (3) 看護部長、副看護部長、各看護師長
 - (4) 薬剤部長、診療放射線技師長、臨床検査技師長、栄養管理室長、リハビリテーション科長(又は理学療法士長)、療育指導室長(又は主任児童指導員)、地域医療連携係長、医療安全係長
 - (5) 感染防止対策看護師(専従)
 - (6) その他必要の都度委員長が指名する者

(委員長の責務)

第3条 委員長は会務を総括し、会議を主催する。

(副委員長の責務)

第4条 副委員長は委員長を補佐し、委員長の事故ある時はその職務の代行をする。

(ICCの運営)

第5条 ICCは、月1回の開催とする。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に開催することができる。

- 2 ICCの議長は、委員長がこれにあたる。
- 3 委員長が必要と認める場合は、委員以外の者を委員会に出席させて意見を聞くことができる。

(審議事項)

第6条 ICCは、次の院内感染に関する事項について審議するものとする。

- (1) 職員の教育、指導に関すること。
- (2) 情報の収集と関係部門等への伝達に関すること。
- (3) 医療関連感染、微生物サーベイランス及び抗菌薬のモニタリングの分析に関すること。
- (4) 院内感染症患者(疑い含む)の取扱に関すること。
- (5) 病原体媒介動物の駆除に関すること。
- (6) 消毒剤等の使用基準に関すること。
- (7) 感染防止に関するマニュアルの作成及び改廃に関すること。
- (8) その他委員長が必要と認めた事項。

(記録)

第7条 ICCの事務は、事務部企画課専門職が担当し議事録を備え保管する。

(伝達)

第8条 ICCの事務は、作成した議事録を院内メールにて全職員へ伝達する。

(雑則)

第9条 この規程において定めのない事項について、必要が生じたときは委員長が別に定めることができる。

附則

この規程は、平成2年11月1日から施行する。

この規程の一部改正は、平成16年4月1日から施行する。

この規程の一部改正は、平成17年8月1日から施行する。

この規程の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。

この規程の一部改正は、平成24年10月1日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 25 年 10 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 27 年 1 月 5 日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 28 年 8 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 29 年 12 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

この規定の一部改正は、令和 6 年 3 月 1 日から施行する。

3-3 ICT 連絡会規程

(目的)

第1条 この会議は、天竜病院における実効ある感染対策を検討し、実施するために設置する。

(構成)

第2条 ICT 連絡会の委員は次に掲げる者をもって構成する。

- (1) ICT (感染制御医師、感染防止対策看護師、薬剤師、臨床検査技師)
 - (2) 副看護部長、医療安全管理係長、看護師7名(各病棟・外来)、診療放射線技師1名、管理栄養士1名、理学療法士(又は作業療法士、言語聴覚士)1名、児童指導員(又は保育士)1名、医事係1名
 - (3) その他必要の都度委員長が指名する者
- 2 委員長は感染防止対策看護師(専従)とする。
 - 4 委員長が必要と認めた場合は、構成員以外の者を参加させることができる。
 - 5 構成員の任期は1年とし、再任を妨げない。

(会議の開催)

第3条 会議は毎月定例会を開催する。

- 2 委員長は必要に応じ、臨時の開催を行うことができる。

(検討事項等)

第4条 次の事項につき検討、または情報伝達する。

- (1) 細菌検出状況
 - (2) 抗菌薬使用状況
 - (3) 院内感染サーベイランス状況
 - (4) 院内決定事項
 - (5) その他
- 2 必要に応じて構成員に対し必要な教育を行う。

(記録)

第5条 ICT 連絡会の議事録は、医事係が作成して保管する。

附則

この規程は、平成28年8月1日から施行する。

この規定の一部改正は、平成30年4月1日から施行する。

この規定の一部改正は、令和3年4月1日から施行する。

この規定の一部改正は、令和6年3月1日から施行する。

3-2 ICT・AST ミーティング規程

(目的)

第1条 この会議は、天竜病院における医療関連感染の低減を目的とし、多職種で感染対策を検討し実践するために設置する。

(構成)

第2条 ICT・AST ミーティングは次に掲げる者をもって構成する。

- (1) 感染制御医師 1名
 - (2) 感染防止対策看護師（専従） 1名
 - (3) 薬剤師 1名
 - (4) 検査技師 1名
- 2 リーダーに感染制御医師をサブリーダーに感染防止対策看護師（専従）を充てる。
- 3 リーダーが必要と認めた場合、構成員以外の者を参加させることができる。

(ミーティングの開催)

第3条 会議は毎週木曜日の15時に定例会を開催する。

- 2 必要に応じ、臨時の開催を行うことができる。

(検討事項等)

第4条 次の事項につき検討する。

- (1) 医療関連感染サーベイランスの実施
- (2) 感染対策マニュアル改訂、活用推進
- (3) アウトブレイクの対応
- (4) 感染に関する各種のコンサルテーション業務
- (5) 抗菌薬使用状況の監視、適正使用推進(抗菌薬ラウンド)
- (6) 職業感染対策の推進(針刺し事故の監視、ワクチン接種計画作成)
- (7) 感染対策勉強会の検討・実施
- (8) 地域連携施設の会議調整
- (9) 感染症患者の把握と監視
- (10) 院内の巡回 (ICT ラウンド)
- (11) その他

(ICT ラウンドの実施)

第5条 ICTラウンドはICTの構成員のうち2名以上で実施する。

- 2 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内の感染事例の把握を行うとともに、

院内感染防止対策の実施状況の把握、指導を行う。

- 3 ICTラウンドは所定の用紙を使用して行い、ICT連絡会の構成員にフィードバックする。
- 4 ICTラウンドの指摘事項についてICT連絡会の構成員は職場長の支援のもと、改善に努める。

(抗菌薬ラウンドの実施)

第6条 抗菌薬使用状況の適正及び不適正使用の評価を行い介入する。

- 2 特定抗菌薬（抗MRSA薬、カルバペネム系抗菌薬）を使用している患者を対象とする。ただし感染症治療のコンサルテーションや発熱の遷延、感染症治療が難渋している症例についても必要に応じて介入する。
- 3 ASTの日々のモニタリングにおいて抗菌薬の選定に難渋しているケースなど、必要に応じて抗菌薬ラウンドの対象に加える。
- 4 抗菌薬ラウンドの記録は主治医を含む医療従事者が閲覧できるよう電子カルテ上に残すこととする。

附則

この規程は、平成28年8月1日から施行する。

この規定の一部改正は、平成29年12月1日から施行する。

この規定の一部改正は、平成30年4月1日から施行する。

この規定の一部改正は、令和3年4月1日から施行する。

この規定の一部改正は、令和6年3月1日から施行する。

4. 院内感染防止対策に関する職員研修

- 1) ICT では、院内感染防止対策に関する基本的考え方及び具体的方策の周知徹底、意識向上を目的として、全職員を対象に講習会を行う。講習会は年に2回以上の定例開催とする。なお、抗菌薬の適正な使用に関する職員研修の内容を含む場合には、併せて行うこともある。
 - (1) ICT あるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が実施することも可能とする。
 - (2) 講習会の開催日、出席者名簿、出席人数を ICT で記録保存する。
 - (3) 外部委託の職員も必要に応じ、事務部を通して参加依頼する。(清掃業者・食器洗浄業者・保育園など)
- 2) ICT は必要に応じ、新採用者、個別、部署単位の研修会を開催する。
 - (1) 対象は当院の職員に限らず外部委託、他施設の職員、患者家族も対象に含む。
- 3) 学会、研究会、講習会など、施設外研修を受けた者の伝達講習を、適宜施設内研修を開催する。

5. 抗菌薬の適正な使用に関する職員研修

- 1) ASTでは、抗菌薬の適正な使用を目的として、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の職員を対象に講習会を行う。講習会は年に2回以上の定例開催とする。なお、院内感染防止対策に関する職員研修の内容を含む場合には、併せて行うこともある。
 - (1) AST あるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が実施することも可能とする。
 - (2) 講習会の開催日、出席者名簿、出席人数を AST で記録保存する。

6. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

6-1 サーベイランス

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活かす。

- 1) 病原性微生物、デバイス関連感染、症候群、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。
 - (1) 厚生労働省サーベイランス事業(以下JANIS)：検査部門サーベイランス、入院患

者部門サーベイランス

- (2) J-SIPHE 感染対策連携共通プラットフォーム
- (3) 中心静脈カテーテル関連血流感染サーベイランス
- (4) 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス
- (5) 手指衛生サーベイランス
- (6) 抗菌薬サーベイランス
- (7) 耐性菌を含む検出微生物サーベイランス
- (8) 血液培養サーベイランス（汚染率、血液培養2セット率）

6-2 アウトブレイク

アウトブレイクは感染源を迅速に特定し対応する。

1) アウトブレイクの定義

院内感染のアウトブレイクとは、一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のこと。疫学的にアウトブレイクを把握できるよう日常的に菌株ごと及び特定の薬剤耐性を示す細菌科ごとのサーベイランス等のデータと比較し、自施設が他施設と比べ耐性菌が頻繁になっていないか日常的に把握するよう努める。

2) 研究検査科では、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) アウトブレイク時の対応

- (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動向から、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) 感染対策室は感染拡大のリスクに応じて臨時のICCを開催する。
- (3) 感染対策室は、各所属長またはICTを支援・指示し感染防止対策に介入する。
- (4) 感染対策室は、感染の制圧・終息のために感染対策を支援すると共に、速やかに発生の原因を究明し、感染予防に努める。
- (5) 院内感染に対する対応およびその結果は、感染対策室は院長に報告し、再発防止の為の感染予防を検討し、またその情報を職員へ周知する。
- (6) 必要に応じて外部の協力と支援を要請する。
- (7) 必要な場合は保健所等の関係機関へ報告を行う。

- ① 報告の義務付けられている病原微生物が特定された場合

- ② 10名を超える集団感染になった場合
- (8) 国立病院機構院内感染報告制度に基づき報告を行う。
 - ① 多剤耐性菌、季節性インフルエンザ、COVID-19、急性胃腸炎によるアウトブレイクが疑われる事例
 - ② 1類～5類感染症、指定感染症、流行性耳下腺炎の院内感染事例が1例でも特定された場合
 - ③ 保健所へ報告した事例、国立病院機構全体で情報共有することが望ましいと病院長が判断した場合

7. その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針

7-1 患者への情報提供と説明

- 1) 本指針は、患者及び家族が希望した時に確認できるものとする。
- 2) 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明し、理解を得た上で協力を求める。
- 3) 感染対策上、個室隔離が必要であり、なおかつ有料個室で対応せざる得ない場合(ベッド調整や室内トイレの都合など)の個室料金は、原則患者負担とする。但し個室料金の支払いが困難なために、個室隔離に対する協力を得られない場合の個室料金は当院負担とする。

7-2 職員の情報共有と義務

- 1) 本指針及び手順書は電子カルテを通じて職員が閲覧できる
- 2) 職員は手順書に従って感染対策を実施する。
- 3) 職員は検査科から1週間に1回、院内LANを通じて配信される病原微生物の検出状況から自部署の検出状況を把握するよう努める。
- 4) 職員は、自らが感染源とならないよう努める。
 - ① 定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意する。
 - ② 体調不良の場合は職場長に報告する。

- 5) 職員が特定の疾患に罹患した場合は就業制限とし、職場長は就業制限期間を遵守する為に勤務調整を行う。
- 6) 職員は感染から身を守るために可能な限りワクチンを接種、または予防投薬を受けること。ただし、必要性を理解し、自己決断のもとに実施すること。

8. 院内感染対策推進方策等

8-1 手指衛生

手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。

- 1) 手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。
- 2) 手洗い、あるいは、手指消毒のための設備／備品を整備し、患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。
- 3) 手指消毒は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒、もしくは、石けんと流水による手洗いを基本とし、これを行う。
- 4) 目に見える汚れがある場合には、石けんと流水による手洗いを行う。
- 5) アルコールに抵抗性のある微生物を考慮して、適宜石けんと流水による手洗いを追加する。

8-2 微生物汚染経路遮断

微生物汚染(以下汚染)経路遮断策としてアメリカ合衆国疾病予防管理センター Centers for Disease Control and Prevention(CDC)の標準予防策*および、感染経路別予防策を実施する。

- 1) 血液・体液・分泌物・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具personal protective equipment(PPE)を適切に配備し、その使用法を正しく認識、遵守する。
- 2) 呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫汚染を防止するために、サージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散を防止する。

- 3) 結核等の空気予防策が必要な患者及び新型インフルエンザなど感染力、死亡率が強い疾患に接する場合には、N95以上の微粒子マスクを着用する。

* : Jane D Siegel et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>

8-3 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する。
- 2) 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。
- 3) 流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返しによる汚染に留意する。
- 4) 床に近い棚(床から20cm以内)に、清潔な器材を保管しない。
- 5) 薬剤／医療器材の長期保存を避ける工夫をする。
- 6) 手が高頻度で接触する部位は1日1回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 7) 床などの水平面は時期を決めた定期清掃を行い、壁垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃する。カーテンは定期的に交換し、接触感染対策が必要な患者に使用した場合は退室時に洗濯する。
- 8) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する重要な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを確認し、必要に応じて教育、訓練を行う(業務責任者より再教育を要請するも可)。

8-4 交差感染防止

- 1) 易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。
- 2) 感染リスクの高い易感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの用具類は、他の患者との共用は避け、専用のものを配備する。

- 3) 各種の感染防護用具の対応を容易かつ確実に行う必要があり、感染を伝播する可能性の高い伝染性疾患患者は個室収容、または、集団隔離収容して、感染の拡大を防止する。

8-5 消毒薬適正使用

消毒薬は、一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適用対象と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。

- 1) 生体消毒薬と環境用消毒薬は、区別して使用する。ただし、アルコールは、両者に適用される。
- 2) 生体消毒薬は、皮膚損傷、組織毒性などに留意して適用を考慮する。
- 3) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。
- 4) 高水準消毒薬(グルタラール、過酢酸、フタラールなど)は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去(清浄化)の基本は清掃とし、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対して行う。
 - ①消毒薬の噴霧、散布を基本は推奨しない。但し効果及び作業者の安全に関する科学的根拠ならびに想定される院内感染のリスクに応じて実施する場合もある。

8-6 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると耐性株を産生し、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て投与期間は可能な限り短くする。

- 1) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する。
- 2) 分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づいて抗菌薬を選択する。
- 3) 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療empiric therapyを行わなければならない。
- 4) 必要に応じた血中濃度測定therapeutic drug monitoring(TDM)により適正かつ効果的投与を行う。

- 5) 特別な例を除いて、1つの抗菌薬を長期間連続使用することは厳に慎まなければならない。
- 6) 抗MRSA薬、カルバペネム系抗菌薬、コリスチンなどの使用状況を把握しておく。
- 7) バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、MRSA、多剤耐性緑膿菌(MDRP)など特定の多剤耐性菌を保菌しているも、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌は行わない。
- 8) 施設内における薬剤感受性パターン(アンチバイオグラム)を把握しておく。併せて、その地域における薬剤感受性サーベイランスの結果を参照する。

8-7 付加的対策

疾患及び病態等に応じて感染経路別予防策(空気予防策、飛沫予防策、接触予防策)を追加して実施する。次の感染経路を考慮した感染対策を採用する。

- 1) 空気感染(粒径 $5\mu\text{m}$ 以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する)
- 2) 飛沫感染(粒径 $5\mu\text{m}$ より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する)
- 3) 接触感染(直接的接触と環境/機器等を介しての間接的接触とがある)

8-8 地域支援

施設内に専門家がいない場合は、専門家を擁するしかるべき組織に相談し、支援を求める。

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 対策を行っているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。
- 3) 地域支援ネットワーク
 - ① 感染防止対策地域連携加算で連携をしている医療施設
 - ② 静岡県西部病院環境管理懇話会
 - ③ 国立感染症研究所

8-9 予防を目的とした薬剤

予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である。また、感染症に罹患する危険性を暴露後に予防する目的で投与する薬剤も院内感染対策としては重要である。

- 1) ワクチン接種によって感染が予防できる疾患(B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等)については、適切にワクチン接種を行う。
 - (1) B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の5疾患については病院負担で抗体価測定を行い、ワクチン接種が必要な職員に推奨していく。
- 2) 患者／医療従事者共に接種率を高める工夫をする。
- 3) 職員のワクチン接種の接種費用
 - (1) B型肝炎、インフルエンザ：全額当院負担
 - (2) 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎：薬剤費は職員負担、受診料と手技料は病院負担
- 4) 職員・患者が院内発生の感染症で暴露した場合の予防投与は病院負担で行う。
 - (1) インフルエンザのみ、職員の家族内の暴露も病院負担の予防投与の対象とする。

8-10 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。

- 1) 針刺し防止のためリキャップを原則的には禁止する。
- 2) リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。
- 3) 試験管などの採血用容器その他を手に持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。
- 4) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- 5) 使用済み注射器(針付きのまま)その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- 6) 安全装置付き器材の導入を考慮する。

- 7) 安全装置付き器材を適切に使用する。
- 8) ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。
- 9) 感染経路別予防策に即した個人用防護具(PPE)を着用する。
- 10) 空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の微粒子用マスクを着用する。

9. 感染症発症職員の就業制限について

以下の疾患に罹患した職員(疑い含む)は就業禁止の措置をとることとする。

疾患	対象者	就業禁止期間
COVID-19	感染者	症状軽快後 24 時間が経過するまでの期間かつ発症後 5 日まで
インフルエンザ	感染者	解熱後 48 時間を経過するまでの期間かつ発症後 5 日まで
感染性胃腸炎	感染者	嘔吐・下痢症状が消失し 24 時間経過するまで
流行性角結膜炎	感染者	症状出現後 14 日目まで、あるいは、眼科医の許可があるまで
麻疹	感染者	皮疹発現後 7 日目まで
風疹	感染者	皮疹発現後 7 日目まで
水痘	感染者	すべての病変が乾燥し、痂皮化するまで
流行性耳下腺炎	感染者	耳下腺腫脹出現後 5 日目まで
結核	感染者	感染症法に基づく(排菌していないことを確認できるまで)
疥癬	感染者	皮膚科医師の許可ができるまで (内服し検鏡陰性が確認されるまで)

10. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

当指針は、当院のホームページに掲載し、患者および家族など病院の利用者が閲覧できるものとする。