

A 規定・指針

A-1 院内感染対策委員会規定

(名称)

第1条 本会は野村病院院内感染対策委員会と称する。

(目的)

第2条 本会は院内の感染予防及び感染時における適正な処理を図るため、院内感染対策委員会を設ける。

(事業及び任務)

第3条 委員会は、次の各号掲げる事項を審議する。

- 1) 院内感染予防の対策及び監視に関する事項
- 2) 院内感染対策のマニュアル作成及びその実施に関する事項
- 3) 院内感染予防について職員教育活動に関する事項
- 4) 院内感染ラウンド実施

(全体ラウンド月1回第4水曜日 13時30分～14時)

- 5) その他委員会が必要と認める事項

(構成)

第4条 1 本委員会委員長は病院長とする。

2 委員会は次の各部署に定める委員をもって構成する。

- 1) 病院長 2) 事務長 3) 看護部長 4) 各看護師長または看護師/看護補助者
- 5) 薬剤師 6) 栄養管理士 7) リハビリ科 8) 放射線科技師 9) 検査科技師
- 10) 医事課 11) 在宅部門 12) その他病院長が必要と認めた者

(運営)

第5条

- 1 委員長は必要に応じて委員会を招集し、その議長となる。
- 2 委員会に副委員長を置き、副委員長が議事進行を行う。
(※副委員長は感染委員から選出する)
- 3 副委員長は委員長を補佐し、委員長不在時は職務を代行する。
- 4 委員長は、特に必要と認めた時は、委員以外の者を出席させ意見を聞き、または、資料の提出を求めることができる。
- 5 書記は会議内容を記録し、書記報告する。(※書記は各部署輪番制とする)
- 6 本会は原則として月1回の開催とする。(第2水曜日 13時30分～14時)

A-2 院内感染対策のための指針

1 総則

1-1 基本理念

我々医療従事者には、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。

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) 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、病院内と言う環境で感染した感染症は、病院外で発生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・外来患者を問わず、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 infection control committee(ICC:2-2)参照)の議を経て策定したものである。又、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、変更に際して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) 院内感染対策委員は、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) 院内感染対策委員は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実施して行うよう動機付けをする。
- (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) 定期的なラウンドを活用して、現状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。(容器に私用量が分かるように線と日付を記しておく等)

3) 本指針の閲覧

職員患者との情報の共有に努め、患者及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。

2 医療機関内における感染対策のための委員会等

本委員会委員長は病院長とし、病院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会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。院内感染対策委員は病院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は病院長に答申され、運営会議での検討を経て日常業務化する。院内感染対策委員は病院長の直接的管理下にある日常業務実践チームであり、病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。

院内感染対策委員会定例会の開催は1回／月とする。但し、必要時は臨時に開催する。

1) 病院長

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

2) 院内感染対策委員 (ICC) の構成

専門職を構成員として以下のとおり組織する。

- (1) 病院長
- (2) 事務長
- (3) 看護部長
- (4) 病棟看護師長または病棟看護師/看護補助者
- (5) 薬剤師
- (6) 管理栄養士
- (7) リハビリ科
- (8) 放射線科技師
- (9) 検査科技師
- (10) 医事課
- (11) 在宅部門
- (12) その他病院長が必要と認めた者

3) 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のつきにくい場合は、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(厚生省委託事業)への FAX 相談も活用する。

3 院内感染に関わる従事者に対する研修

- 1) 就職時の初期研修は、十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
- 2) 継続的研修は、年 2 回程度開催する。又必要に応じて臨時の研修を行う。これらは職種横断的に開催する。学会、研究会、講習会等、院外研修を適宜院内研修に代えることも可とする。
- 3) 学会、研究会、講習会等、院外研修を受けた者の伝達講習を、適宜院内研修に代えることも可とする。
- 4) ラウンド等の個別研修あるいは個別の現場介入を可能な形で行う。
- 5) これらの諸研修の開催結果、あるいは院外研修の参加実績(開催または受講日時、出席者、研修項目)を記録保存する。

4 感染症発生時の対応と発生状況の報告

4-1 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生かす。

- 1) 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。
- 2) サーベイランスにおける診断基準は、アメリカ合衆国の方法(小林寛伊、広瀬千也子 監修(森兼啓太、今井栄子 訳)、改訂 5 版サーベイランスのための CDC ガイドライン-NNIS マニュアル(2011 年版)より、大阪:メディカ出版 2012 に準拠する。

4-2 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は、迅速に特定し対応する。

- 1) 院内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) 臨床微生物検査室では、業務として検体からの検出金の薬剤耐性パターン等の解析を行って、疫学情報を日常的に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、日本環境感染症学会認定教育病院を活用し。外部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(厚生相委託事業)への FAX 相談を活用する。
- 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、速やかに保健所へ報告する。

5 院内感染対策推進方策等

5-1 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、患者ケアの善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、もしくは石鹼あるいは抗菌性石鹼(クロルヘキシジン・スクラブ剤、ポピドンヨード・スクラブ剤等)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、石鹼あるいは抗菌性石鹼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に考慮して、適宜石鹼と流水もしくは抗菌性石鹼と流水による手洗いを追加する。

5-2 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、5-7. 付加的対策で詳述する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にある場合には手袋、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。

5-3 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質のよ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かかる。
- 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、水の跳ね返りによる汚染に留意する。
- 4) 床に近い棚(床から 30cm 以内)に、清潔な機材を保管しない。
- 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一日一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おこない、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯する。

- 8) 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。
- 9) 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、訓練をおこなう(業務責任者より再教育を要請するも可)。

5-4 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。
- 4) 集中治療室、手術部などの清潔領域への入室時、交差感染防止策として、履物交換、着衣交換等を常時実施する必要性はない。

5-5 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)の基本は清掃であり、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おこなう。

5-6 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出したり、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 をおこな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おこなう。
- 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(数日程度が限界の目安)。
- 6) 手術に際しては、対象とする臓器内濃度と対象微生物と考慮して、有効血中濃度を維持するよう投与することが重要である。
- 7) 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく。
- 8) 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穂菌していても、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌はおこなわない。
- 9) 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。

5-7 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。

5-7-1 空気感染(粒径 5 μ m 以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する)

- a. 麻疹
- b. 水痘(播種性帯状疱疹を含む)
- c. 結核
- d. 重症急性呼吸器症候群(SARS)、高病原性鳥インフルエンザ等のインフルエンザ、ノロウイルス感染症等も状況によっては空気中を介しての感染の可能性あり

5-7-2 飛沫感染(粒径 5 μ m より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する)

- a. 侵襲性 B 型インフルエンザ菌感染症(髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む)
- b. 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む)
- c. 重症細菌性呼吸器感染症
 - ①ジフテリア(喉頭)
 - ②マイコプラズマ肺炎
 - ③百日咳
 - ④肺ペスト
 - ⑤溶連菌性咽頭炎、肺炎、猩紅熱(乳幼児における)
- d. ウイルス感染症(下記のウイルスによって惹起こされる疾患)
 - ①アデノウイルス
 - ②インフルエンザウイルス

- ③ムンプス(流行性耳下腺炎)ウイルス
- ④パルボウイルス B19
- ⑤風疹ウイルス
- e. 新興感染症
 - ①重症急性呼吸器症候群(SARS)
 - ②高病原性鳥インフルエンザ
- f. その他

5-7-3 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)

- a. 感染症法に基づく特定微生物の胃腸管、呼吸器、皮膚、総武の感染症あるいは定着状態(以下重複あり)
- b. 条件によっては環境で長期生存する菌(MRSA、Clostridium difficile、Acinetobacter baumannii、VRE、MDRP など)
- c. 小児における respiratory syncytial (RS) ウイルス、パラインフルエンザウイルス、ノロウイルス、その他腸管感染症ウイルスなど
- d. 接触感染性の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症
 - ①ジフテリア(皮膚)
 - ②単純ヘルペスウイルス感染症(新生児あるいは粘膜皮膚感染)
 - ③膿痂疹
 - ④封じ込められない(適切に被覆されていない)大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
 - ⑤虱寄生症
 - ⑥疥癬
 - ⑦乳幼児におけるブドウ糖球菌癰
 - ⑧带状疱疹(播種性あるいは免疫不全患者の)
 - ⑨市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性(PVL+)MRSA 感染症
- e. 流行性角結膜炎
- f. ウイルス性出血熱(エボラ、ラッサ、マールブルグ、クリミア、コンゴ出血熱:これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性があるとされている)

5-8 地域支援

施設内に専門家がない場合は、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) 対策をおこな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) 専門家を擁しない場合は、日本環境感染学会認定教育病院に必要な応じて相談する。

4) 感染対策に関する一般的な質問については、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) に FAX で質問を行い、適切な助言を得る (<http://www.kansensho.or.jp/>)。

5-9 予防接種

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。

- 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おこなう。
- 2) 患者・医療従事者ともに接種率を高める工夫をする。

5-10 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は医療する。(5-2 をも参照)

- 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を持ったまま、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) 前項 5-9-1) に記載した如く、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。
- 8) 感染経路別予防策に即した個人用防護具 (PPE) を着用する。
- 9) 結核などの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。

5-11 第三者評価

医療関連感染対策の各施設に於ける質は、第三者評価 (外部評価 JANIS) を受ける。

- 1) 医療関連感染対策の各施設に於ける質は、第三者グループに依頼し、あるいは第三者グループを独自に組織し、審査結果を改善につなげる。
- 2) 必要時、第三者評価を受ける事ができる。

5-12 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おこなう。

- 1) 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。
- 2) 必要に応じて感染率などの情報を公開する。

5-13 情報収集と報告

1) 地域の感染症情報は下記で収集する。

- ・医師会情報
- ・広島県感染症情報センター
- ・広島市感染症情報センター

2) 報告は、下記の管轄保健所へ行う。

- ・広島市保健所

<http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/genre/0000000000000/1266464405098/>

5-14 その他、院内感染対策推進のため必要な基本方針

1) 院内感染対策マニュアルは文書ファイルを各部署に配布すると共に院内 Web でも閲覧できるようにする。

2009 年 3 月 31 日作成

2013 年 10 月改訂

2015 年 8 月改訂

2022 年 3 月 1 日改訂

2023 年 12 月 8 日改定

A-3 院内感染対策チーム（ICT）の規定

感染予防対策チーム（ICT）は病院長直属の組織として、院内感染発生防止のための調査・対策に関し、迅速かつ機動的に活動を行う。

チームメンバーは病院長、事務長、看護部長、病棟看護師長または病棟看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ科、放射線科技師、臨床検査技師、医事課、在宅部門、その他病院長が必要と認めた者等で構成され、それぞれの職種の専門性を生かし、協力しながら組織横断的に活動を行う。

感染予防対策チーム（ICT）の業務

1. 院内感染防止対策マニュアルの作成と更新
2. 院内感染マニュアルの遵守状況の把握と指導
3. 感染症関連資料（抗菌薬や消毒薬、各種ガイドラインや基準、感染防止用医療機器の情報等）の整備
4. アウトブレイクや針刺し事故時の対策
5. 感染に関する各種コンサルテーション業務
6. 院内感染防止の教育
7. 院内感染事例の把握とその対策の指導
8. 院内感染防止対策の実施状況の把握とその対策の指導
9. 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
10. 特殊抗菌薬の投与方法（投与量、投与期間等）の把握と適正化
11. 定期的な院内ラウンドの実施と記録
 - 1) 日常清掃のチェック表
 - 2) 一般病棟・療養病棟・外来のチェック表
 - 3) スタンダードプリコーションの実践状況のチェック表