

「榛原総合病院 院内感染対策指針」

第1 総則

1 目的

本指針は、榛原総合病院における院内感染の予防・再発防止及び集団感染発生時の対応等における院内感染対策体制を確立し、安全な医療の提供を図る事を目的とする。

2 基本的な考え方

当院の院内感染対策は、感染症の患者と感染症に罹患しやすい患者とが混在していることを前提とする。

医療ケアを行う際に必然的に起こりうる患者・職員への感染症の伝播リスクを最小化するための視点に立ち、全ての患者が感染症を保持し、かつ罹患する危険性があると考えて対処する「標準予防策」の視点に基づいた医療行為を実践、あわせて感染経路別の予防対策を実施する。個別および病院内外の感染症情報を広く収集して院内感染の危険および発生に迅速に対応する。また、院内感染事例を、速やかに把握し、これを発生させた感染対策システム上の不備など、その根本原因を究明し、これを改善していく。

3 用語の定義

(1) 院内感染（医療関連感染と同義語として扱う）

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、病院外で感染した感染症は、院内感染ではなく、市中感染という。

入院後48時間を超えて発症した、あるいは退院後48時間以内に発症した、原疾病とは関係のない感染症を院内感染とする。

(2) 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、入院・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、更には院外関連企業の職員等を含む。

4 策定と変更

本指針は院内感染対策委員会の議を経て、策定・適宜変更する。

5 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 感染制御チーム infection control team (ICT) は、職員が各対策を実践することができるよう支援する。
- ② 抗菌薬適正使用支援チーム Antimicrobial Stewardship Team (AST) は、医師が感染症を診断し、抗菌薬を適正に使用できるよう支援する。
- ③ 入職時・定期、及び必要に応じた臨時の教育を通して、全職員の感染対策に関する知識を高め、実践できるように支援する。

- ④ 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場に於ける効果的介入を行う。
- ⑤ 定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況、抗菌薬適正使用状況について調査し、その結果をフィードバックする。

第2 組織および体制

1 各種委員会等の設置

当院における院内感染対策を推進するために、次に掲げる委員会などを設置する。

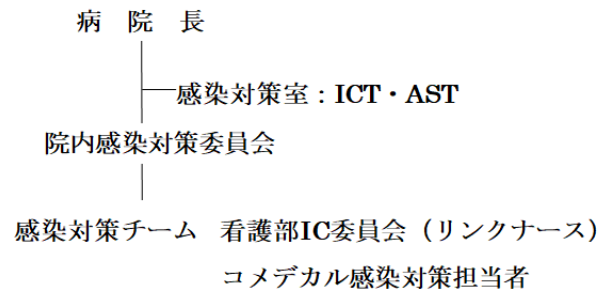
(1) 院内感染対策委員会

(Infection Control Committee : ICC)

(2) 感染対策室

(ICT、AST)

(3) 感染対策チーム



2 院内感染対策委員会

当院における院内感染対策に関する諮問機関であり、事項を審議し、その解決を図るため次の業務を行う。委員会は毎月1回開催する。

事務分掌

- (1) 感染対策室への助言と支援
- (2) 感染症およびその対策上の問題点に関する報告・検討
- (3) アウトブレイク対策の検討
- (4) 年間感染制御プログラムの検討および各職種の教育推進
- (5) 感染制御に関する戦略に対する助言と確認
- (6) 予算有効活用への助言 など

3 感染管理者

病院長は感染対策の実務的責任者として「感染管理者」を指名する。感染防止対策委員会の方針に基づき 地域の病院や感染防止対策チームと連携のもと、次の業務を行う。

業務内容

- (1) 職員の健康管理
- (2) 感染防止対策に関する教育
- (3) 感染に関する相談 (コンサルテーション)
- (4) 発生動向の監視 (サーベイランス)
- (5) 感染防止対策実務の適正化と指導

4 感染対策室

専従の感染管理認定看護師 (Certified Nurse Infection Control :CNIC) を置き、院内感染対策に関する病院全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど院内感染対策活動の中核的な役割を担うために、病院長直属の感染対策室を設置する。院内感染対策委員会が決定した方針に基づき、組織横断的に各部の院内感染対策指導の権限を持つ。

事務分掌

(感染制御チーム)

- (1) 院内感染の調査、予防対策
 - ① 院内感染に関する情報収集及び伝達
 - ② サーベイランスの実施
 - ③ 収集データの解析及び評価
 - ④ 院内感染防止に関する各種マニュアルの策定及び見直し
- (2) 院内感染防止の実施、指導
 - ① 感染防止策の指導及び実施
 - ② 感染防止策の実施後の評価
- (3) 院内感染発生時の措置
 - ① 患者及び接触者の管理及び指導
 - ② 再発防止策の策定と実施
- (4) 職員の院内感染の教育
 - ① 各委員会、研修会においての情報伝達
 - ② 定期的な院内感染対策講演会の開催
- (5) 院内巡視

ラウンド規定

(目的)

院内感染事例の把握を行うと共に、院内感染対策の実施状況の把握・指導を行う。耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的実施する。

(構成)

ICD (感染制御医師)・CNIC (感染管理認定看護師)・臨床検査技師 細菌検査担当・薬剤師の4職種で構成する。4職種全員でのラウンドを原則とし、最低2職種以上でラウンドする。

(日時・場所)

毎週木曜日、ラウンド後に感染カンファレンスで報告する。

急性期病棟は毎週、侵襲的な手術・検査を行う部署、療養病棟及びそれ以外の部署は毎月、ラウンドする。

(6) 地域活動

感染防止対策向上加算、指導強化加算、外来感染対策向上加算にかかる連携 (年4回のカンファレンス開催、病院ラウンド、日々のコンサルテーション対応など) 研修会講師、訪問指導など地域での感染対策普及活動

(抗菌薬適正使用支援チーム)

- (1) 抗菌薬使用動向調査 (サーベイランス)

<把握対象患者>

- ① カルバペネム系、抗 MRSA 薬等を使用中の患者
- ② その他抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬を使用中の患者
- ③ 14 日を超えて同一の抗菌薬を使用している患者
- ④ 血液培養陽性患者
- ⑤ その他

<評価内容>

- ① 初期選択抗菌薬や現在使用中の抗菌薬の選択・用法・用量の適切性
- ② 必要に応じた治療薬物モニタリング (TDM) の実施
- ③ 適切な細菌検査・血液検査等の実施状況
- ④ その他

以上を経時的に評価・介入し、主治医にフィードバックを行う。

・クロストリディオイデス・ディフィシルの感染状況の確認

(2) 適正な検査体制の確保

- ① 適切な検体採取・培養検査複数セット提出の確認
- ② アンチバイオグラム作成
- ③ 耐性菌検出時の連絡、必要に応じて主治医にアドバイス

(3) 抗菌薬のマニュアルを作成・改訂

・院内採用の抗菌薬を定期的な見直し

(4) 指定抗菌薬 (届出制・許可制) の使用状況などを週 1 回感染カンファレンス、月 1 回委員会で報告する。

(5) 年 2 回研修会を実施し、最新の情報を職員へ提供するとともに、教育・啓発を行う。

(6) 院内外を問わず抗菌薬に対する相談に対応する。

(7) 院内巡視

ラウンド規定

(目的)

抗菌薬治療の最適化のため、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、抗菌薬の選択や用法・用量、治療期間が適切かモニタリング、微生物検査などの治療方針への活用状況などを継続的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。

対象患者：指定抗菌薬使用患者・血液培養陽性患者・抗菌薬長期使用患者など

(構成)

ICD (感染制御医師)・CNIC (感染管理認定看護師)・臨床検査技師 細菌検査担当・薬剤師の 4 職種で構成する。CNIC を専従とし、AST の構成員は ICT との兼任を妨げない。

(日時)

毎週木曜日、ラウンド後に感染カンファレンスで報告する。

(8) 地域活動

感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 を算定している医療機関や外来感染対策向上加算を算定している診療所から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける。

5 感染対策チーム（各部署感染対策担当者）

当院の院内感染対策室において、計画した院内感染対策の具体的な実施および現場業務を行いながら、現場のつなぎ役となる。院内感染対策室長の指示に基づき、次の業務を行う。

事務分掌

- (1) 院内感染防止策の実施およびスタッフの支援
- (2) 院内感染発生時の対応の支援
- (3) アウトブレイクの予防、特定、制圧の支援
- (4) サーベイランスの補助
- (5) 職員の院内感染教育の実施・支援 など

第3 院内感染対策のための職員研修についての基本方針

- (1) 院内感染防止対策の基本的な考え方及び具体的方策について、職員に周知徹底を図ることを目的に、院内感染対策室が計画・実施する。
- (2) 全職員対象に講習会を年2回以上定例開催する。(院内感染予防対策講習会と抗菌薬適正使用研修会は各2回ずつ)
- (3) 感染対策チームを対象に研修会を開催する。
- (4) 必要時、個別・部署単位で研修会を開催する。
- (5) 研修の開催結果を記録・保存する。
- (6) 院外の感染対策を目的とした各種学会、研修会、講習会の情報は感染対策チームを通じて告知し、希望者の参加を支援する。

第4 感染症発生状況の報告に関する基本方針

- (1) 感染症の発生状況を把握するため、日常的にサーベイランスを行い、感染対策に活かす。
- (2) アウトブレイク・異常発生時は、ICTが迅速に特定し、対応する。
- (3) 報告が義務付けられている病原体が特定された場合は、細菌検査室から直ちに担当医・病棟管理者・感染対策室に連絡する。担当医は速やかに保健所に報告する。
- (4) 新興感染症発生時は、院内感染対策委員と連携し、対策本部を設置して対応する。
- (5) 院内ラウンドを行い、リスク事例の把握、評価、対策、指導を行う。細菌検査結果から微生物の検出状況を把握し、感染症情報レポートを作成して全部署に公表する。

第6 院内感染対策指針の閲覧に関する基本方針

全職員が閲覧できる。また、病院ホームページにおいて一般に公開する。

第7 院内感染対策の推進のために必要なその他の基本方針

- (1) 定期的にカンファレンスを開催し、地域の医療機関や介護施設などのコンサルテーションに対応する。
- (2) 地域の基幹病院と連携して相互評価を行い、質の向上を目指す。

附 則

この指針は、平成 19 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 22 年 3 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、2021 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この指針は、2022 年 4 月 1 日から施行する。