

秦野赤十字病院 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

秦野赤十字病院は、地域中核病院として二次救急医療を担う。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。院内感染防止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機構

1) 院内感染対策委員会

感染対策委員長を議長とし、関係各部門責任者及び感染制御部代表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回定期的に会議を行い、次に掲げる審議事項を審議する。また、緊急時は、臨時会議を開催する。

2) 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) 院内感染防止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

3) 院内感染対策特別部会

病院長、副病院長、感染対策委員長、看護部長、事務部長等で構成され、重大な院内感染事例が発生した場合に必要な迅速な対応をとるために開催される。

4) 院内感染対策特別部会が開催される場合

- (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) 病院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
- (3) その他、病院長が必要であると認めた場合

5) 感染制御チーム (ICT)

院内感染等の発生防止に関する業務を行うため感染管理室を置く。院内感染制御チーム(以下「ICT」という。)は病院長が指名する医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師、事務職員等で構成され、院内感染発生防止のための調査・研究及び対策の確立に関し、迅速かつ機動的に活動を行う小集団(実働集団)である。ICTは毎週1回定期的に会議を行い、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。また、緊急時は、臨時会議を開催する。

【感染制御チームの役割】

(1) 医師

- 感染対策の実質的な責任者であり、感染症に関する全般的なコンサルテーションを行う。
- 伝播するリスクのある感染症が疑われた際に、部屋のゾーニングや隔離の必要性と期間などを協議し、ICTのリーダーとして決定する。
- アウトブレイク発生が疑われる際に介入の必要性と方策などをICT、ICCにて協議し決定する。

(2) 看護師（感染管理認定看護師）

- 関連地域や病院内で発生する感染症の監視と疫学的調査、感染症患者の確認、患者や医療従事者の保菌状況の確認、病院環境の汚染状態の把握と改善策などをICTで立案し実践する。
- 標準予防策の遵守の評価、病院感染に関する情報収集と教育、サーベイランスの実施、感染防止術の提供（マニュアル作成・改訂）、職業感染防止、感染管理コンサルテーション、ファシリティマネジメントリンクナースの育成や地域の病院のICNとの連携。
- 針刺し、血液・体液曝露者の記録管理や、流行期に接種すべきワクチンの人数想定、職員への接種日程計画。

(3) 臨床検査技師

- 提出検体からの起炎菌検出、薬剤感受性測定などの日常業務のほかに、病院内の感染に関する疫学情報の提供、感染源・感染経路の調査、病院環境汚染度の調査、保菌者の調査などを行う。
- 検査方法や結果の解釈などについて、他職種に対して教育的な責務を有し、ローカルアンチバイオグラムの作成と評価、関連地域の技師との連携など。

(4) 薬剤師

- 抗菌薬や消毒薬の評価、これらの適正使用の教育と指導、抗菌薬や消毒薬の使用状況の把握、薬剤や滅菌水等の清潔管理などを行う。院内、病棟ラウンドに際しても各部署の薬剤の管理や使用期限、剤形の適切性などを判断し、必要時にはICTとしての指導を行う。
- アンチバイオグラムの定期的な評価および問題点の抽出、患者に応じたオーダーメイドの抗菌薬初期投与量の相談や、TDMの測定結果解釈に関する責務を有する。

(5) 事務職員

- 感染対策チームの事務処理全般を担当する。
- 病院内各部署への情報伝達や連絡のほか、他施設や保健所などの行政機関との事務連絡、または感染対策チームの円滑な活動のためのコーディネーター。

- 会議日程や参加者の出席記録の管理や、ICC など感染対策関連の定例、臨時会議における議事録の作成と管理など。
- 行政、マスコミ、メディア由来の感染対策最新情報の収集、広報、地域連携ネットワークにおける各種連絡事項の伝達など必要に応じて行う。

6) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST)

薬剤耐性 (AMR) 対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用の支援に関する業務を行う。

抗菌薬適正使用支援チーム (以下「AST」という。) は病院長が指名する医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師、事務職員等で構成され、感染症患者への介入・診断の支援・治療の適正化・抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行う小集団 (実働集団) である。AST は毎週 1 回定期的に会議を行い、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。また、緊急時は、臨時会議を開催する。

7) 院内感染管理者の業務

- (1) 定期的な巡回を実施し、現場の改善に努力する
- (2) 院内感染管理者は、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する
- (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、院内感染管理者はその状況および患者/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 (集団教育と個別教育) の企画遂行を積極的に行う。

8) 感染管理室の業務

- (1) 院内感染対策マニュアルの作成
- (2) 感染症関連資料
(抗菌薬や消毒薬、各種ガイドライン、感染防止用医療機器の情報等) 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) 各種ワクチンの接種等
- (6) 感染に関する各種コンサルテーション業務
- (7) 院内感染防止の教育
- (8) 抗菌剤の適正使用の推進
- (9) 各種専門委員会との連絡調整
- (10) その他院内感染の発生防止に関する事項

9) ICTの業務

- (1) 院内感染事例の把握とその対策の指導
- (2) 院内感染防止対策の実施状況の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) 特定抗菌薬（投与量、投与期間等）の把握と適正化
- (5) 院内感染マニュアルの遵守状況の把握と指導
- (6) 定期的な巡回の実施とその記録

10) ASTの業務

- (1) 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- (2) 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- (3) 抗菌薬適正使用に係る評価
- (4) 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- (5) 院内での使用可能な抗菌薬の見直し
- (6) 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

11) 職員研修に関する基本方針

- (1) 院内感染防止対策の基本的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で職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図ることを目的に実施する。
- (2) 職員研修は、就職時の初期研修のほか、病院全体に共通する院内感染に関する内容について年2回以上全職員を対象に開催する。院内講師による研修の場合、同じ内容の研修を複数回行う等受講機会の拡大に努める。必要に応じて、各部署、職種毎の研修についても随時開催する。
- (3) 各部署主催の自主研修も積極的に開催し、参加状況等を感染管理室に報告する。
- (4) 職員は、年2回以上研修（外部研修を含む。）を受講しなければならない。
- (5) 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）又は外部研修の参加実績（受講日時、研修項目等）等を記録・保存する。

12) 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継続的かつ組織的に収集して、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する。

- (1) 耐性菌のサーベイランス
- (2) 伝播力が強く、院内感染対策上問題となる各種感染症のサーベイランス
- (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) カテーテル関連血流感染、人工呼吸器関連肺炎、尿路感染、手術部位感染などの対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。
- 1 3) アウトブレイクあるいは異常発生時の対応に関する基本方針
- (1) 各種サーベイランスをもとに、院内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) 検査部細菌検査室では、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) アウトブレイクあるいは異常発生時には、その状況及び患者への対応等を病院長に報告する。対策委員会を開催し、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。
- (4) 報告の義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。
- 1 4) 患者等への情報提供と説明に関する基本方針
- (1) 本指針は、本院ホームページにおいて、患者又は家族が閲覧できるようにする。
- (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て、理解を得た上で、協力を求める。
- 1 5) その他院内感染対策の推進のための基本方針
- (1) 職員は、感染対策マニュアルに沿って、手洗いの徹底、マスク着用の励行など常に感染予防策の遵守に努める。
- (2) 職員は、自らが院内感染源とならないよう、定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意するとともに、病院が実施するB型肝炎、インフルエンザ及び小児ウイルス性疾患ワクチンの予防接種に積極的に参加する。
- (3) 職員は、感染対策マニュアルに沿って、個人用防御具の使用、リキャップの禁止、安全装置付き器材の使用、真空採血管ホルダーの利用、職業感染の防止に努める。

3. 感染対策の組織

(感染対策組織図 P6 図1)

1) 院内感染対策の組織

- ・ 秦野赤十字病院において、感染防止対策に関する最終意思決定機関として、院内感染対策委員会 (ICC) を設置する。
- ・ さらに、感染に関する院内・外の情報や対策の一元化、地域連携強化を目的に「感染管理室」を設ける。そのメンバーを中心として、院内感染対策委員会の下に、実働部隊としての役割を感染制御チーム (ICT) と抗菌薬適正使用支援チーム

(AST) が担う。

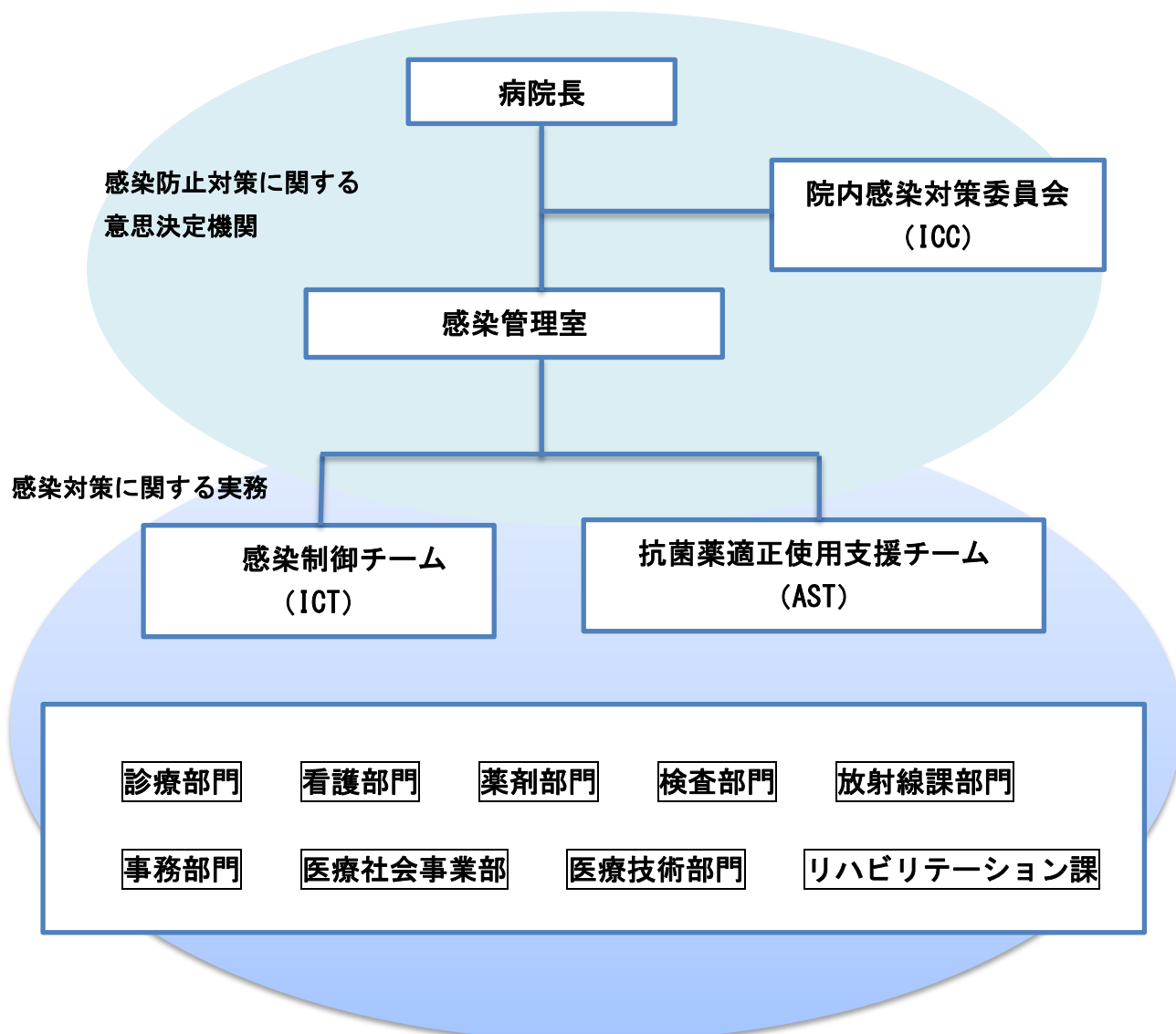
- ・ 同時に、各部署において感染制御チームと連携し感染防止対策の指導的役割を果たすために、看護部感染防止リンクナース会を設置する。

2) 院内感染対策委員会 (ICC) 規定 (毎年更新)

3) 感染管理室・感染制御チーム (ICT)・抗菌薬適正使用支援チーム (AST) 規定
(毎年更新)

4) 看護部感染対策委員会規定 (毎年更新)

図 1 院内感染管理体制



感染管理室・感染制御チーム（ICT）規定

令和2年4月1日改訂

第1条 【総則】 感染に関する院内・外の情報や対策の一元化、さらに地域連携の強化を目的として「感染管理室」を設置する。そのメンバーを中心として、秦野赤十字病院（以下「病院」という）において院内（病院）感染を防止し、患者の安全と職員の健康を守るため、院内感染対策委員会（以下「ICC」という）の下に感染制御チーム（以下「ICT」という）を置く。

第2条 【目的】 感染管理室・感染制御チームは、感染の発生予防、発生時対応と拡散防止等に関する諸問題に、具体的な提案、実行、評価を行う。

第3条 【審議事項】 次の事項について協議し、結果を ICC 委員長に答申する。

- (1) 感染対策マニュアルの作成
- (2) 抗菌薬の使用状況の把握と監視
- (3) 院内感染に関する各種サーベイランス
- (4) アウトブレイク対策と対応
- (5) 院内ラウンド
- (6) 職員への啓蒙活動
- (7) 感染管理コンサルテーション
- (8) 各種ワクチン接種に関すること
- (9) 職業感染防止対策
- (10) 感染防止対策に関する地域連携

第4条 【委員】

感染管理室および ICT は、次の者をもって構成する。

【医師】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

【看護師】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

【薬剤師】3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

【臨床検査技師】3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
いずれか1名は専従であること。

【その他】事務部門1～2名

第5条 【任務・委員会】

- 1 感染管理室および ICT は、感染管理室のメンバーが中心となり運営する。
- 2 ICT 定例会（ICT ミーティング）は、1回/週 開催し、内容を ICC に報告する。
- 3 ICT ラウンドは、ICT メンバーが中心となり、1回/週 実施する。

第6条 【任期】

感染管理室メンバー、および ICT メンバーの任期は1年間とする。

感染管理室・抗菌薬適正使用支援チーム（AST）規定

平成 30 年 8 月 1 日

第 1 条 【総則】 感染管理室メンバーを中心として、秦野赤十字病院（以下「病院」という）において院内（病院）感染を防止し、患者の安全と職員の健康を守るため、院内感染対策委員会の下に抗菌薬適正使用支援チーム（以下「AST」という）を置く。

第 2 条 【目的】 秦野赤十字病院における感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育、啓発等を行うことで、患者にとって安全な医療の推進、提供が出来ることを目的に抗菌薬適正使用支援チームを設置する。このチームは感染管理室所属室員により構成する。

第 3 条 【審議事項】 次の事項について協議し、結果を ICC 委員長に答申する。

- (1) 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- (2) 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- (3) 抗菌薬適正使用に係る評価
- (4) 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- (5) 院内での使用可能な抗菌薬の見直し
- (6) 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

第 4 条 【委員】

1 AST は、次の者をもって構成する。

【医師】 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

【看護師】 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

【薬剤師】 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

【臨床検査技師】 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

いずれか 1 名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましいことや、薬剤に関する専門的知識が求められることから、2020 年頃を目標に薬剤師を専従とする。

【その他】 感染管理室事務部門 1～2 名

第 5 条 【任務・委員会】

1 AST は、感染管理室のメンバーが中心となり運営する。

2 AST 定例会（AST ミーティング）は、1 回/週 開催し、内容を ICC に報告する。

第 6 条 【任期】

AST メンバーの任期は 1 年間とする。