

伊勢赤十字病院 感染管理指針

<目次>

1. 感染対策に関する基本的な考え方
2. 組織の基本的事項
 - 1) 感染管理室の役割
 - 2) 感染症対策委員会
 - 3) 感染症対策委員会の構成
 - 4) 感染症対策委員会の業務
 - 5) インфекションコントロールチーム（ICT）
 - 6) ICTの業務
 - 7) 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）
 - 8) ASTの業務
 - 9) ICTリンクナース会
3. 職員研修に関する基本方針
 - 1) 感染対策研修のあり方
 - 2) 対象者別教育のポイント
 - 3) 研修について
4. 感染発生状況の報告に関する基本方針
5. 感染発生時の対応に関する基本事項
6. 感染対策推進のために必要なその他の基本方針
7. 本指針の改訂
感染指針改訂一覧

伊勢赤十字病院（以下「病院」という。）は、病院の理念に基づき、患者及び職員に安全で質の高い医療環境を提供するため、感染防止及び感染制御の対策に取り組むため下記に掲げる基本的な事項を定める。

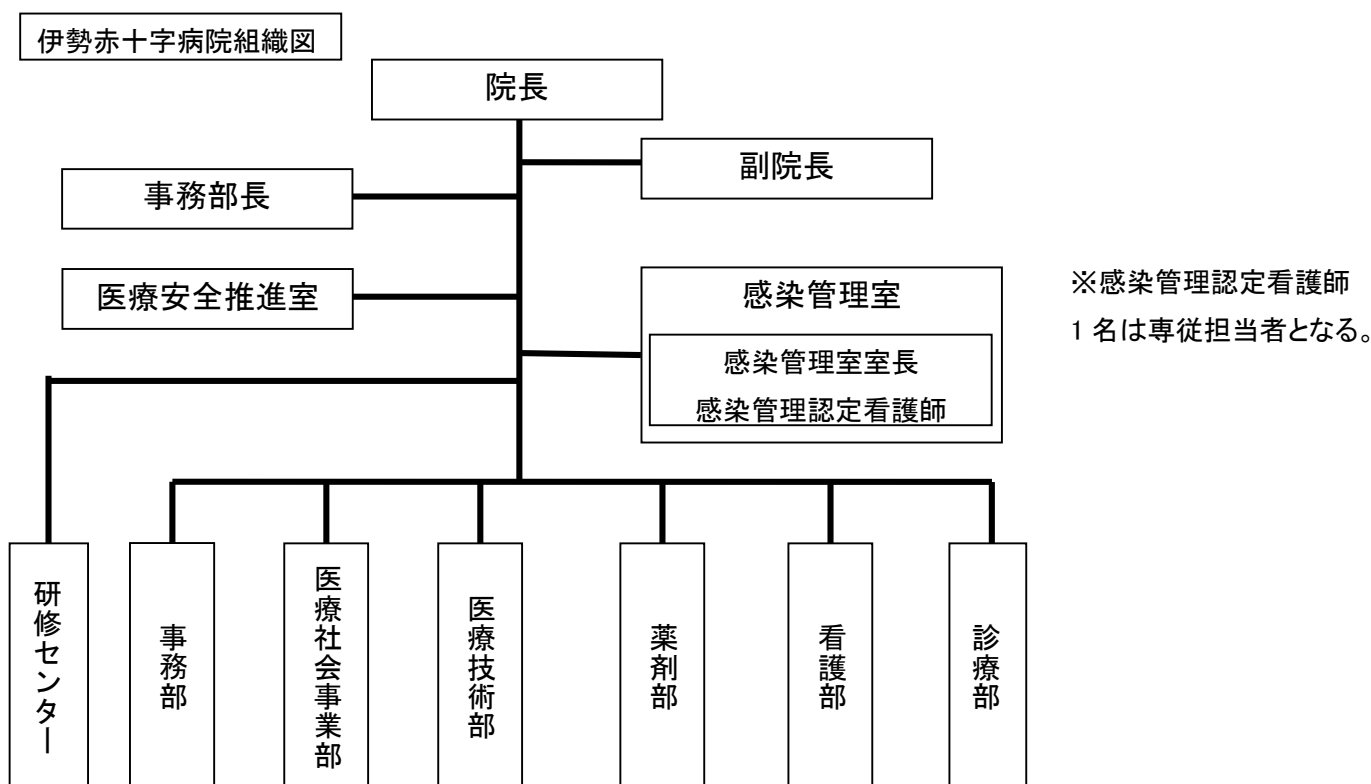
1. 感染対策に関する基本的な考え方

病院感染防止が有効に機能すれば、医療の質の向上とコスト削減が可能となり、さらに医療従事者の安全も向上する。病院感染防止においては、単にマニュアル作成のみではその対応が不十分であり、すべての医療スタッフが感染対策の必要性を認識し、遵守することが、病院感染防止の最も有効な手段である。

病院感染防止対策は、医療を安全に行ううえでの最優先事項であることをすべての職員が自覚し、日常の医療における感染防止対策を実施する必要がある。

2. 組織の基本的事項

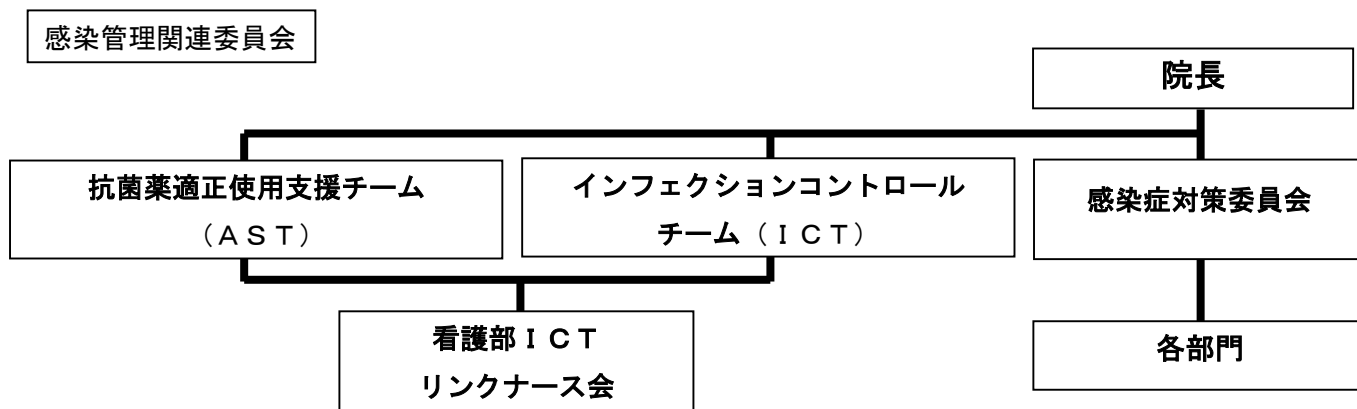
【感染対策組織の概要】



1) 感染管理室の役割

感染管理室は、インфекションコントロールチーム（ICT）の調整役として、院内における感染症の情報を集約し、発生状況を確認するとともに感染対策を提言する。また、アウトブレイク発生時など早急な対応が必要とされる事案が発生した場合は、院長の指示の下、感染管理室のメンバーが中心となり、関連部署と協議し感染対策活動を行うことができる。

院内外における感染症発生状況を把握し、対策、管理、コンサルテーションを日常的に行う。院外の感染症情報を院内通知するとともに地域での感染対策地域連携をはかる。



2) 感染症対策委員会 infection control committee (ICC)

感染対策に関する院内外の問題点を把握し改善策を講じるなど、感染対策活動を担う為に、院内のすべての職員、及び必要に応じて地域の病院、診療所に対して組織横断的な委員会として感染症対策委員会（以下委員会）を設置する。

3) 感染症対策委員会の構成

専門職代表を構成員として以下のとおり組織する。

- (1) 院長
- (2) 院長の任命する副院長または感染管理室室長
- (3) 感染症対策委員長が任命する診療科部長
- (4) 感染症内科医師
- (5) 看護部長
- (6) 医局長
- (7) 薬剤師
- (8) 放射線科
- (9) 臨床検査科課長
- (10) 臨床検査科
- (11) リハビリ部門
- (12) 管理栄養士
- (13) 看護師長
- (14) 施設課
- (15) 事務担当者
- (16) 感染管理認定看護師
- (17) 研修医

4) 感染症対策委員会の業務

- (1) 1か月に1回程度の定期的会議を開催する。緊急時は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、各診療科など関連部署に対して院長名で改善を促す。
- (3) ASTの報告を受けその内容を検討した上で、ASTの活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科など関連部署に対して院長名で改善を促す。
- (4) 院長の諮問を受けて、感染対策を検討して答申する。

- (5) 日常業務化された改善策の実施状況の調査結果をもとに、感染対策の方針を決定する。
- (6) それぞれの業務に関する規定を定めて、院長に答申する。
- (7) 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。
- (8) 国内外、特に地域の感染症発生状況に注意し、早期に対応策を検討していく。

5) インфекションコントロールチーム (ICT)

感染対策の立案、実行、評価などをリアルタイムに行動できるようインフェクションコントロールチーム(以下 ICT)を設置する。

ICTは、医師、感染管理認定看護師(ICN)、看護師長、看護師、臨床検査技師(細菌検査担当)、薬剤師、によって構成される。

ICTは感染症対策委員会の方針に対応して、より具体的に感染管理対策の年間計画、活動方針、感染防止対策の基準・手順などを立案・実行・評価する。

※早急な対応が必要とされる事案が発生した場合は、ICTは感染症対策委員会の承認を得る前に、院長の指示の下、感染対策活動を行うことができる。

ICT会議は、毎月1回第2木曜日に定期開催日とし、その他、必要に応じて開催する。

6) ICTの業務

(1) 感染症診療

ICTの医師が主として細菌検査結果やその他の臨床データに基づき、診断・治療・予防および院内外の感染防止対策について個別に評価し、介入を行う。

【対象】

- ・重症感染症(血液培養陽性例、無菌検体からの菌検出例、各種感染症マーカー陽性例、他)
- ・薬剤耐性菌感染(MRSA、メタロ-β-ラクタマーゼ(MBL)産生菌、基質拡張型β-ラクタマーゼ(ESBL)産生菌、多剤耐性緑膿菌、CRE、VRE、VRSA)、*Clostridioides difficile*(CD)
- ・特別な対応が必要な感染症(新型コロナウイルス感染症、結核、流行性角結膜炎、ヤコブ病、O157やノロウイルスによる食中毒、輸入感染症、感染症新法対象感染症、他)

感染症・感染対策コンサルテーション

- ・感染症診療・院内外感染対策に関するコンサルテーションに随時対応

(2) 病院感染対策遵守のための指導・監視

- ・感染対策上の問題が指摘された病棟・診療科に対する重点的な指導・監視
- ・ICTたよりの発行や感染対策研修による感染対策徹底事項の周知
- ・ICTによる定期的な病棟監視

ICTは1週間に1回程度定期的に院内を巡回し、院内感染防止対策の実施状況の把握および、指導を行う。

- ・週1回、細菌検出情報レポートを作成・公開する。

(3) 各種サーベイランス

病院感染についてサーベイランスを行い、感染対策実施状況の評価およびフィードバックを行う。また感染対策の問題点が疑われた場合には随時介入を行う。

① 薬剤耐性菌サーベイランス

目的：薬剤耐性菌の新規陽性患者の把握

実施：細菌検査室

細菌検査データを基に集計し、週報を発行

- ・薬剤耐性菌（MRSA、MDRP、VRE、VRSA、CRE、MBL産生菌、ESBL産生菌）
- ・院内感染対策上、問題となる感染症（新型コロナウイルス感染症、溶血性レンサ球菌、セラチア、レジオネラ、ロタウイルス、ノロウイルス、*Clostridioides difficile*(CD)、結核、麻疹、流行性角結膜炎）

② 手術部位感染サーベイランス

目的：手術部位感染症発生率の把握と、感染予防策の実施

実施：ICT

③ 血流感染（中心静脈カテーテル関連）、尿路感染（膀胱留置カテーテル関連）サーベイランス

目的：カテーテル関連感染発生率の把握と、感染予防策の実施

実施：ICT

(4) ICTへの報告が必要な感染症

病院感染対策上、問題となる病原体が検出された場合、あるいは臨床的に疑われる場合には直ちにICTに報告を行う。また対応について診療科と協議し必要な指導を行う。

(5) 職業感染防止

針刺しや結核曝露などの職業感染防止および曝露後の対応を行う。

① 感染予防

- ・ワクチン接種（B型肝炎、インフルエンザ、麻疹、風疹）
- ・結核関連（QFTおよびTスポット）
- ・針刺し防止のためのマニュアル作成と周知、針刺し防止器材の導入

(6) 職員啓発活動と研修の開催

病院感染対策について職員が十分な知識が得られるよう啓発活動を行う。

- ・新入職者研修
- ・感染対策研修の開催（年2回以上）
- ・診療科や各部署別のスタッフを対象に出前講座
- ・ICTたよりの発行

(7) 感染アウトブレイク（集団発生）の把握と対策

感染アウトブレイク（集団発生）の早期発見、原因究明、感染拡大防止および迅速な収束、再発防止について中心的な役割を果たす。

(8) 感染性廃棄物処理

医療廃棄物委員と連携し、適切な感染性廃棄物の取り扱いについて指導管理を行う。

(9) 感染対策マニュアルの作成および周知

感染対策マニュアルの定期的な見直しおよび改訂を行い、マニュアル記載事項の周知徹底を行う。

(10) 患者への情報提供と説明

- ・患者および家族などの希望があれば本指針に基づき、説明する。
- ・感染防止の基本について説明し、理解を得て協力を求める。

(11) 院内外における感染アウトブレイク（集団発生）時の対応

【ICTによるアウトブレイク調査開始の基準】

- ① 調査開始基準設定菌、ウイルスについては、下記基準を満たした場合

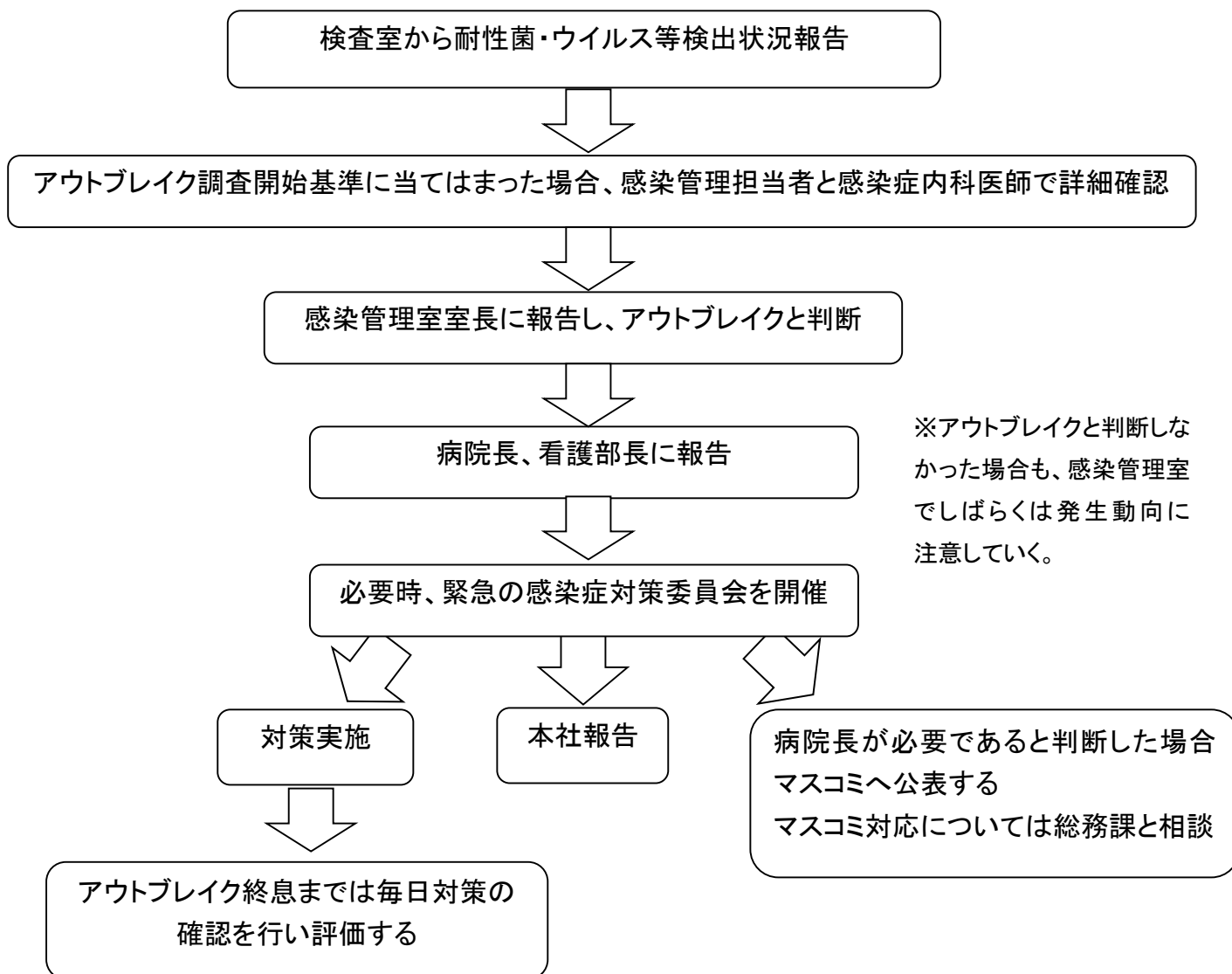
MRSA ESBL 産生菌、CRE CD	同一部署で持ち込みを除く新規検出数が3例/週以上発生した場合（新規感染例は細菌検査室から感染管理室に連絡が入るため、感染管理室でアウトブレイクの判定を行う）
上記以外の耐性菌 MDRP、MDRA、VRE、VRSA、 MBL 産生菌 新型コロナウイルスなど	1例でも発生した場合

- ② 上記以外の菌（セラチア、エンテロバクター、シトロバクター、アシネトバクター、緑膿菌、食中毒起炎菌など）では、ICTが調査開始の必要性を個別に判断する。
- ③ 情報が細菌検査室で得られないウイルス（流行性角結膜炎、麻疹、水痘、ムンプス、肝炎ウイルス、ロタウイルスなど）や原虫（疥癬など）では検査室・病棟・診療科からの情報に基づき、ICTが調査開始の必要性を個別に判断する。
- ④ 汚染器具などの感染対策上の不備が原因であることが明確な場合。
- ⑤ 大規模な集団感染につながる可能性の高い菌やウイルスによる病院感染事例（例：新型コロナウイルス、レジオネラ、流行性角結膜炎、ノロウイルス、インフルエンザウイルス、結核など。これらの病原体が検出された場合は、即座に検査室から感染管理室へ連絡を入れる。）
- ⑥ その他、ICTが必要であると判断した場合。

【具体的対応】

- ① 疫学的調査の開始と同時に診療科・病棟への報告を行い、病原体に応じた適切な感染防止対策の徹底を指導するとともに、今後の対応について協議する。
- ② 感染事例の発生が判明後、できるだけ速やかに感染管理室のメンバーが中心となり対応するとともに、臨時のICT会議および感染症対策委員会を開催し、事実関係の確認および対応を協議する。
- ③ 診療記録の調査などにより症例の探査を実施する。
- ④ 必要に応じて入院患者および医療従事者の保菌調査、血清検査による無症候性感染者の発見、隔離等の感染防止対策を徹底する。
- ⑤ アウトブレイクの早期収束へ向けて、診療制限の必要性を検討・協議し、適宜実施する。
- ⑥ 保健所に報告する（感染症法の届け出に準拠する）。
- ⑦ アウトブレイクの状況に応じて、関係部門・委員会への報告を行う。
- ⑧ アウトブレイク収束後も一定期間、重点的サーベイランスを継続し、再発防止策が適切であったか、感染防止策の徹底が遵守されているか評価を行う。
- ⑨ 調査報告書の作成を行い、関連部署・委員会へ報告する。

<アウトブレイク発生時の対応フロー>



7) 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

患者に質の高い医療を提供するため、院内外の抗菌薬の適正使用に関わる事項について検討・対策立案し、実施するために抗菌薬適正使用支援チーム（以下AST）を設置する。

ASTは、感染症内科医師（ASTリーダー医師とする）・内科系医師・外科系医師・小児科医師・薬剤師・細菌検査技師・看護師によって構成される。

ASTは抗菌薬適正使用を推進するために、具体的な年間計画、活動方針などを立案・実行・評価する。

AST会議は、毎月1回定期開催し、その他必要に応じて開催する。

8) ASTの業務

- (1) 薬剤師、または細菌検査技師は、モニタリング対象者をリストアップし、AST医師が患者の微生物検査・血液検査・画像検査の実施状況、抗菌薬の選択・用法・用量の適切性を確認（必要に応じてTDMの実施確認も含む。）する。微生物検査等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。また、フルオロキノロン系抗菌薬の処方状況の確認を行い、処方の妥当性について評価をするとともに監視薬剤であることを処方時に周知している。

【モニタリング対象】

抗MRSA薬、広域抗菌薬（カルバペネム系抗菌薬、ピペラシリン・タゾバクタム）、シタフロキサシン初回使用患者、及び血液・髄液・関節液培養陽性患者

【監視対象】

フルオロキノロン系抗菌薬（シタフロキサシンを除く）処方患者

- (2) 施設内のアンチバイオグラム・抗菌薬適正使用指針を作成し、院内共有フォルダーで職員が閲覧できるようにする。
- (3) 血液培養2セット採取率、及び耐性菌の発生状況、抗菌薬の使用状況などを院内掲示板で必要時に公開し、院内全体で共有する。これらの情報に関する現状を把握し、院内での血液培養2セット採取率や、耐性菌検出率などの目標値を設定し、それに向けた活動計画を毎年立案し、実行する。
- (4) 毎週2職種以上でASTラウンドを行う。（ASTリーダー医師・薬剤師・検査技師・看護師）ASTリーダー医師がラウンド対象を決定する。
- (5) 感染防止の研修とは別に抗菌薬の適正使用に向けた研修を2回/年以上、開催する。
- (6) 新規抗菌薬採用時、及び使用頻度の低い抗菌薬に関しては、ASTが確認のうえ、薬事委員会に採用の可否について進言する。
- (7) 院内外の医療機関等に抗菌薬に関する相談対応ができることを周知し、抗菌薬の適正使用に係る相談を受ける。

9) ICTリンクナース会

看護部門の組織であり、ICTの下部組織ともなる。感染管理認定看護師（ICN）、看護師長が会の進行を行い、各病棟・手術室・血液浄化センター・救急外来・外来看護師各1名から構成されており、毎月1回第3月曜日に定期開催とする。

3. 職員研修に関する基本方針

1) 感染対策研修のあり方

感染対策研修は医師や看護師・コメディカルスタッフなどの医療者だけではなく患者に関わるすべての人—例えば清掃スタッフや窓口の事務スタッフあるいは患者家族・面会者等—を対象として行わなければならない。病院スタッフに対しては対象となる職種の知識レベルや業務内容に応じた教育が必要であり、感染対策の知識や情報の提供の他に、手洗い実習などの実技講習を取り入れた教育を行う。また、多様な勤務形態をとっている職種に対しては、講演会等の集合教育だけではなく、自己学習ができるような教育ツールの提供や感染対策ラウンドなどによる現場教育も必要である。感染対策研修は、院内外の医療従事者に向けて実施し、必要に応じて地域の病院や診療所にも研修センターから広報してもらう。

教育の実施にあたっては、研修センターや他の委員会とタイアップして実施することによって、統合・整理された研修が提供できる。

2) 対象者別教育のポイント

(1) 医師

抗菌薬適正使用に関する内容や手術部位感染防止策など医師の業務に関わる内容をテーマとした教育を行う。根拠となる文献やサーベイランスデータなどを添えて提供すると興味を持ってもらいやすい。また、入職直後の医師の針刺し・血液曝露予防のため、他の職種同様、職業感染防止策についての教育も必

須である。医師への教育を徹底するために、感染症対策委員の医師や各診療科の部長など、キーパーソンとなる医師に協力してもらう。

(2) 看護師

患者の治療・療養生活全般に関わる業務を行う職種であるため、感染予防においても直接的なケアを行う時の予防策や医療器具使用時の管理、さらに器材類の洗浄・消毒などについての教育が必要である。特にリンクナースを現場の感染防止対策の推進者と位置づけ、計画的な教育を行う。教育方法については、感染管理認定看護師や感染管理医師が講義を行う以外に、部署での活動報告や問題提起等を組み合わせたリンクナース会を計画する。

看護師のキャリア開発支援プログラムの評価項目に感染対策の項目を盛り込んで、教育・評価を行っていくことも必要である。

(3) ナースエイド

看護師同様、直接的な患者ケアを行う看護補助者であるため、手洗いや防護用具の使用方法について具体的に指導する。また、器材の洗浄・消毒に関わるスタッフに対しては、洗浄・消毒時の防護用具の使用方法や、適切な洗浄の方法、消毒薬の副作用や取り扱い方法についての教育が必要である。

(4) 栄養課スタッフ

手洗いなどの基本的な感染予防策に加え、食中毒発生予防のための食品・食器類の衛生的な取り扱い、及び個人の健康管理についての教育が必要である。委託スタッフの場合は、委託会社の入職時研修内容や委託契約内容などを把握した上で研修プログラムを作成する必要がある。

(5) 清掃業者

委託会社の入職時研修内容や委託契約内容などを把握した上で研修プログラムを作成する必要がある。

手洗い等の基本的な感染予防策に加え、医療施設における環境清掃のあり方についての教育が中心となる。清掃作業中に医療廃棄物を取り扱うことや湿性生体物や放置された針などの鋭利器材に触れる可能性もあるため、廃棄物の取り扱い方や針刺し予防策、針刺し・血液曝露時の対策などについての指導も行うべきである。

3) 研修について

(1) 講演会（集合教育）

- ・毎年、年2回以上感染管理研修を開催する。
- ・全職員に対し、研修への参加を義務化し、参加を呼び掛ける。
- ・同じ研修を複数回開催し、参加しやすくする。
- ・講義を短時間にし、実技などを盛り込む。
- ・参加したいと思える内容を工夫する。

(2) 実技講習会

(3) 小グループ活動・検討会（部署別、部門別、テーマ別等）

(4) 自己学習ツール（講演会DVD、小冊子やパンフレットの配付）

感染管理教育の対象者

職種	対象者	教育の機会
看護師	新人看護師 看護師全体 リンクナース	入職時 集合教育 各部署単位 コンサルテーション

医師	研修医 医師全体	入職時 集合教育 各科単位 コンサルテーション
コ・メディカル	薬剤師、検査技師、放射線技師、栄養士 リハビリテーション (理学療法士：PT、作業療法士：OT、言語療法士：ST)	集合教育 各部門単位 コンサルテーション
院内職員	事務職員、看護助手、委託職員（中材、栄養課、清掃、医事課） ボランティア	集合教育 各部署単位 コンサルテーション
基礎教育	医学生、看護学生	講義 実習時
地域	医療関連施設	外部講義 施設内教育計画の紹介 コンサルテーション
その他	委託業者、看護師体験、病院見学	適宜

- (5) 感染対策ラウンド
- (6) 感染情報の提供
- (7) 教育ポスター類の提示

4. 感染発生状況の報告に関する基本方針

- 1) 院内感染とは、病院内で治療を受けている患者が原疾患とは別に新たな感染を受けて発病する場合をいう。なお、職員が院内で感染する場合も含まれる。
- 2) ICTは、院内ラウンドを行い、リスク事例の把握、評価、周知、対策、指導を行い、委員会に報告する。必要に応じて院外ラウンドも行う。
- 3) 耐性菌、市中感染症等の院内外感染拡大を防止するため、感染症の発生状況を週報など利用し、委員会を通じ職員に速やかに周知する。

5. 感染発生時の対応に関する基本事項

- 1) 院内感染発生時、発生部署の責任者は、直ちに感染管理室へ報告し、感染管理室は状況の把握に努め、患者への対応等について院長に報告する。
- 2) 院長が必要と判断した場合は、臨時に感染症対策委員会を開催する。
- 3) 感染症対策委員会は、速やかに発生の原因（感染源・感染経路・範囲）を究明し、二次感染の予防に努め治療方針を指示する。
- 4) 院内感染に対する改善策の実施結果は、感染症対策委員会・ICTを通じて速やかに職員へ周知する。
- 5) 地域病院等で感染発生時、必要に応じてコンサルテーションを受け対応する。
- 6) 感染症対策委員会に報告義務のある感染症は下記の通りである。
 - (1) 結核
 - (2) 麻疹

- (3) 風疹
 - (4) インフルエンザ
 - (5) 疥癬
 - (6) 流行性角結膜炎
 - (7) 多剤耐性菌
 - (8) 感染症法第12条の規定による以下の感染症（都道府県知事宛）
 - ① 1類感染症、2類感染症、及び3類感染症
 - ② 4類感染症
 - ③ 5類感染症
 - ④ 新型コロナウイルス感染症
- 7) 1～5類感染症など保健所に報告義務のある感染症が発生した場合
発生届は、「感染症の届出基準と様式」のから印刷し使用する。報告用紙を用いて主治医から保健所に届け出る。

6. 感染対策推進のために必要なその他の基本方針

- 1) 職員は、自らが院内感染源とならないため、年2回の定期健康診断の受診、予防接種を行うなど健康管理に留意する。
- 2) 職員に当院の院内感染対策を周知することを目的に、感染対策マニュアルが電子媒体で登録され各部署に配布されているので、職員はマニュアルを遵守し感染対策を実施する。
なお、感染対策上の疑義が解消できない場合、委員会、ICTが回答する。
- 3) マニュアルは、必要に応じて見直し、改訂結果は職員にICTたよりなどの広報、師長会議、ICTリンクナース会などを通じ周知徹底する。
また、委員会は、細菌検査結果からの検出状況を把握し、職員に周知する。

7. 本指針の改訂

本指針は、感染症対策委員会の議を経て改訂するものとする。

院内感染指針改訂一覧

1. 院内感染対策に関する基本的な考え方	平成 21 年 12 月 8 日作成 平成 22 年 8 月 10 日改訂 令和 4 年 5 月 17 日改訂
2. 組織の基本的事項	平成 21 年 12 月 8 日作成 平成 22 年 8 月 10 日改訂 平成 27 年 6 月 4 日改訂 平成 28 年 5 月 10 日改訂 令和 4 年 5 月 17 日改訂
3. 職員研修に関する基本方針	平成 21 年 10 月 13 日作成 平成 22 年 8 月 10 日改訂 平成 27 年 6 月 4 日改訂 令和 3 年 11 月 16 日改訂 令和 4 年 5 月 17 日改訂
4. 院内感染発生状況の報告に関する基本方針	平成 22 年 3 月 8 日作成 平成 22 年 8 月 10 日改訂
5. 院内感染発生時の対応に関する基本事項	平成 22 年 3 月 8 日作成 平成 22 年 8 月 10 日改訂 令和 3 年 11 月 16 日改訂 令和 4 年 5 月 17 日改訂
6. 院内感染対策推進のために必要なその他の基本方針	平成 22 年 8 月 10 日作成
7. 本指針の改訂	平成 21 年 10 月 13 日作成 平成 21 年 12 月 8 日改訂 平成 22 年 3 月 8 日改訂 平成 22 年 8 月 10 日改訂 平成 24 年 1 月 4 日改訂 平成 27 年 6 月 4 日改訂 平成 28 年 5 月 10 日改訂 平成 28 年 7 月 13 日改訂 平成 29 年 1 月 10 日改訂 平成 29 年 5 月 22 日改訂 令和 3 年 11 月 16 日改訂 令和 4 年 5 月 17 日改訂