

院内感染対策指針

I 院内感染対策に関する基本的な考え方

われわれ医療従事者には、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。湘南東部総合病院（以下「当院」とする）においては、本方針により院内感染対策を行う。

II 院内感染対策に関する管理組織機構

院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会（I C C）、院内感染対策チーム（I C T）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。I C Cは、院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は院長に答申され、運営委員会での検討を経て、日常業務化する。I C Tは院長の直接的管理下にある日常業務実践チームであり、院長が一定の権限を委譲し、同時に義務を課し（各診療科長／部長と同様）、組織横断的に活動する。

1) 院長

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

2) 院内感染対策委員会 infection control committee（I C C）の構成

専門職代表を構成員として以下の通り組織する。

委員長（医師） 内科系代表医師 外科系代表医師 看護部長 看護師代表
薬剤科長またはスタッフ 放射線科長またはスタッフ 臨床検査科長またはスタッフ
医療安全管理推進責任者 事務担当 その他、必要と認められる者

3) 院内感染対策委員会 infection control committee（I C C）の業務

- ① 1ヶ月に1回、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 I C Tの報告を受け、その内容を検討した上で、I C T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 院長の諮問を受けて、感染対策を検討して答申する。
- ④ 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。
- ⑤ それぞれの業務に関する規程を定めて、院長に答申する。
- ⑥ 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。

4) 院内感染対策チーム infection control team（I C T）について

- ① 専任の院内感染管理者として、院長が適任と判断した者を中心に組織する。月に4回程度の定期的全病棟ラウンドを行って、現場の改善に関する介入、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定と制圧、その他に当る。
- ② 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、I C T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、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。

5) 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がつきにくいときは、茅ヶ崎市保健所 保健予防課に相談する。

III 院内感染予防に関わる従業者に対する研修

- 1) 就職時の初期研修はI C Tが適切に行う。
- 2) 継続的研修は、年2回以上開催する。また、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、講習会など、施設外研修を適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 3) 学会、研修会、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、あるいは施設外研修の参加実績を記録保存する。

IV 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

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、その結果を公表して感染対策に活かす。

- 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、カテーテル関連尿路感染、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判断基準はCDCガイドラインに準拠する。

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。

アウトブレイクの定義として、同一病棟にて72時間以内に3名以上（患者、職員含む）の発生があった場合を基本とする。

- 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、感染に関わる情報共有を適切に行う。
- 2) 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) 必要に応じて、茅ヶ崎市保健所 保健予防課に協力や支援を要請する。
- 4) 報告の義務付けられている疾病が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

V 院内感染対策推進方策等

- ①手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。
- ②微生物汚染経路遮断 アメリカ合衆国疾病予防管理センター（CDC）の標準予防策、および、⑦の付加的対策で詳述する感染経路別予防策を実施する。
- ③患者環境は、常に清潔に維持する。
- ④交差感染防止
 - ・易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。
 - ・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。
 - ・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。
- 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、対象物と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。
- ⑥抗菌薬適正使用
抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株の出現や誘導させる危険性があるので、対象微生物や感染臓器を考慮し、投与期間は可能な限り短くする。
- 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。

VI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行う。

- 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。

附則

当指針は平成20年4月1日より施行する。

平成25年9月改訂

平成26年8月改訂

平成27年9月改訂

平成28年10月改訂

令和元年6月改訂