

大阪府済生会野江病院 感染防止対策指針

I. 総則

感染防止対策に関する基本方針

院内感染防止は、感染症患者の拡散防止を実践するとともに、すべての患者、来院者、職員など全てを対象者に院内感染から防護する責務をもってこれにあたる。

そのため、より効果的な感染管理組織を整備し、感染管理のためのサーベイランスを軸に感染監視システムを実行する。また、全職員は院内感染対策マニュアルを遵守し標準予防策と適切な感染経路別予防策を医療行為医において実践する。更に院内外の病院感染情報を全職員が共有し、感染動向を速やかに察知し、迅速な対応をするとともに感染発生事例を解析・評価し感染対策の改善に活かしていく。この感染対策に関する基本姿勢を職員に周知し、医療の安全を確保し信頼される医療サービスを提供する。

II. 院内感染防止対策のための組織に関する基本的事項

院内感染発生時の迅速な対応策、および院内感染の対策・予防を図るため次の組織を設置する。

1. 感染防止対策委員会

- 1) 感染防止対策委員会は院内における感染防止対策に関する病院長の諮問機関として設置する。
- 2) 委員は病院長が任命する。感染防止対策委員会規定 第4条（委員会の構成）参照
- 3) 委員会は毎月第2火曜日に開催する。必要に応じて臨時開催する。
- 4) 所掌業務は感染防止対策委員会規定 第3条（委員会の任務）参照

2. 感染制御チーム（ICT）

- 1) ICTは感染制御を日常的に行い、病院長の直轄機関として設置する。
- 2) ICTは機動力を発揮して、未然に院内感染を防ぐことを目的にした実働部隊である。
- 3) ICTメンバーは委員長が任命し、構成は医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学技士で構成し、任期は設けず必要に応じ委員長の承認を得て交代する。
- 4) ICTカンファレンスは毎週水曜日に開催する。その他、必要に応じて臨時に開催する。
- 5) 感染制御チームは以下の業務を行うものとする。
 - (1) 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。
 - (2) 院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効果的な感染対策に役立てる。
 - (3) 院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見およびサーベイランスデータ等を基

に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

- (4) 院内感染対策を目的とした職員研修を行う。
- (5) 院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

3. 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

- 1) AST は抗菌薬の適正使用支援を日常的に行い、病院長の直轄機関として設置する。
- 2) AST は主治医が抗菌薬を使用する際、個々の患者に対して最大限の治療効果を導くと同時に、有害事象をできるだけ最小限にとどめ、感染症治療を最適化することを目的とする。
- 3) AST メンバーは委員会が任命し、構成は医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師で構成し、任期は設けず必要に応じ委員長の承認を得て交代する。
- 4) AST カンファレンスは毎週水曜日に開催する。その他、必要に応じて臨時に開催する。
- 5) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うものとする。
 - (1) 抗 MRSA 薬や広域抗菌薬等の特定抗菌薬を使用する患者、血液など無菌検体の微生物培養陽性等の患者に対し、感染症早期からのモニタリングを実施する。適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
 - (2) 適切な検体採取と培養検査の提出や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
 - (3) 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
 - (4) 抗菌薬適正使用を目的とした職員研修を行う。
 - (5) 院内採用抗菌薬の種類、規格等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について採用中止を提案する。

Ⅲ. 院内感染防止に関する職員研修の基本方針

1. 院内感染対策の基本的な考え方、標準予防策、感染経路別予防策、職業感染対策など院内感染の具体策を全職員に周知徹底を図り、院内感染対策への意識と技術の向上を図る。
2. 院内感染の増加が疑われた場合や確認された場合は、全体あるいは部署や職種を限定として、院内感染対策に関する教育、研修を行う。
 - 1) 研修方法
 - (1) 全職員を対象とした継続的な研修（年 2 回以上）
 - (2) ICT が企画し全職員を対象とした院内感染対策に関する勉強会・研修会を開催する。
 - (3) 研修の評価は研修会受講後のアンケートに必要事項を記載し研修の評価をする。

IV. 感染症の発生状況報告に関する事項

(院内感染の定義)

病院内に感染源があり入院後 48 時間以上を経過し原疾患とは別に感染した感染症をさし、医療従事者が感染し発病した場合も院内感染とする。

1. 当院の細菌検査結果や感染報告書などから微生物の検出状況を把握し、感染防止対策委員会および ICT に報告する。
2. 関係職員は院内感染対策マニュアルに規定した感染症の報告を速やかに ICT に報告する。
3. 対象限定のサーベイランスを実施および感染対策の改善に活用する。

V. 院内感染集団発生時の対応

1. 院内感染のアウトブレイクまたは異常発生時は、速やかに病院長に報告し、緊急に ICT が原因の調査を行い、そのうえで委員会を開催し、対策を講じ、感染防止対策委員会に報告する。
2. 院内感染でアウトブレイクや重症者・死者などが発生した場合の保健所報告について病院長が判断する。届け出が義務づけられている感染症が特定された場合は速やかに届け出する。
3. 院内での感染対策組織機能で対応が不十分な場合は、大阪市保健センターなどの感染対策相談窓口などの外部支援を要請する。

VI. 感染伝播リスクのある患者とその家族への説明・同意

感染伝播リスクのある患者へ、主治医（もしくは担当看護師）は微生物が検出されたこと、および蔓延防止のための必要な感染対策を説明し同意を得る。必要があれば家族にも説明・同意を得る。

VII. 院内感染防止対策推進のために必要な基本方針

1. 職員は院内感染対策マニュアルに記載された対策を実施するが、対策上疑義がある場合、ICT に提案し十分に協議する。
2. 各自が所属する部署の感染対策上の問題の発見に努め、ICT と協働し改善する。
3. 院内感染対策マニュアルに関する考え方
CDC ガイドラインや科学的根拠による臨床研究に基づく実践可能な院内感染対策マニュアルを作成し、適時改訂・更新を行う。
4. 部署特異的な感染対策が盛り込まれた部門別マニュアルを整備する。
5. 職員に院内感染対策を周知するため、院内感染対策マニュアルを電子カルテ掲示板に掲示する。
6. マニュアルに沿った感染対策の遵守状況を継続的に把握する。
7. 院内ネットワークを活用して感染症の発生状況や対策の情報を職員に発信する。

Ⅷ. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

本指針は病院ホームページにおいて患者、患者家族などに一般に公開する。

Ⅸ. ネットワーク構築

1. 他施設との感染対策の情報交換、地域保健所および地域連携病院との連携。
2. 医療ネットワークなどからタイムリーな情報を現場に活かす。