

医療法人社団 智聖会 安藤病院

# 感染対策指針



2023年10月18日改訂版

# 目次

I. 医療関連感染対策に関する基本的な考え方	P.2
II. 用語の定義	P.2
1. 医療関連感染に係る感染管理指針	
2. 事象の定義及び概念	
III. 感染管理体制	
(医療関連感染対策のための委員会その他の組織に関する基本事項)	P.3
1. 感染対策部門の設置	
2. 感染対策委員会の開催	
3. 感染制御チーム (Infection Control Team : ICT) 活動の推進	
4. 抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial Stewardship Team : AST) 活動の推進	
5. 感染防止対策地域連携の実施	
IV. 医療関連感染対策のための職員に対する教育、研修等	P.6
V. 感染症の発生状況の報告	P.6
1. 感染症発生状況の監視 (サーベイランス)	
2. 発生状況の報告	
VI. 医療関連感染発生時の対応	P.7
VII. 患者等に対する当該指針の公開	P.7

## I. 医療関連感染対策に関する基本的な考え

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。医療関連感染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。

## II. 用語の定義

### 1. 医療関連感染に係る感染管理指針

智聖会安藤病院において医療関連感染予防を推進していくための基本的な考え方を示したものの。感染管理指針は、感染対策委員会において策定及び改訂を行う。

- 1) 医療関連感染対策に関する基本的な考え方
- 2) 医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院等の組織に関する基本事項
- 3) 医療関連感染対策のための職員に対する研修に関する基本方針
- 4) 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- 5) 医療関連感染発生時の対応に関する基本方針
- 6) 患者等に対する病院感染管理指針の閲覧に関する基本方針
- 7) その他の当院における医療関連感染対策の推進のために必要な基本方針

### 2. 事象の定義及び概念

#### 1) 医療関連感染

医療関連感染とは、医療機関（外来を含む）や療養型施設、在宅医療等の様々な形態の医療サービスに関連し、患者が原疾患とは別に新たに感染症に罹患したこと及び医療従事者等が医療機関内において感染に罹患したことをいう。

医療関連感染は、医療サービスを受ける過程や提供する過程で感染源（微生物を保有するヒトや物）に曝露することにより発生する感染症であり、患者のみならず医療従事者や訪問者など医療サービスに関わるあらゆる人に起こりうるものである。

#### 2) 感染症アウトブレイクあるいは異常発生時の対応

##### (1) アウトブレイクを疑う基準

- ① 1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例や抗菌薬感受性パターンが類似した症例等が計3例以上特定された場合。
- ② カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属(MDRA)の5種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目の発見をもって、アウトブレイクに準じて厳重な感染対策を行う。

- ③ インフルエンザやノロウイルスによる感染性胃腸炎などのウイルス性感染症の場合は3日間の間に確定患者が3名あるいは疑い患者が複数存在する場合は厳重な感染対策を行う。
- ④ 日常的な発生頻度を超えて特定の微生物の検出や感染症が発生した場合には、発生状況を把握し、疫学調査を実施する。改善案を立案し具体的な対策の実行を全職員に徹底させる。報告の義務付けられている疾患が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

(2) 感染症アウトブレイクの終息

以下の2つの基準を満たすとき

- ① 最後の症例の感染性が消失してから原因となった病原体の潜伏期間の2倍の期間が経過するまで新たな症例が確認されなかったとき
- ② アウトブレイクの原因となった病原体について検出率が通常レベルに戻ったとき

### III. 感染管理体制（医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本事項）

#### 1. 感染管理部門（感染管理室）の設置

感染管理部門（感染管理室）を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。同部門には院内感染管理者を配置し、院内感染管理者は病院長の命による院内感染の制御に係る責務と権限を有し、次に掲げる職務を遂行する。

【業務内容】

- 1) ICT・AST活動を推進、統括する。
- 2) 院内感染対策マニュアルの遵守状況を評価し、新規作成、改訂を管理する。
- 3) 医療関連感染サーベイランスを推進し、ケアの改善を推進する。
- 4) 定期的な院内巡回、院内感染対策上重要な症例（デバイス留置、特定指定抗菌薬使用患者、無菌検体培養陽性患者等）に対する巡回を主となり行う。
- 5) 職員の院内感染対策教育のニーズアセスメントを行い、院内感染対策に関する研修を企画する。
- 6) 薬剤師と連携し、抗菌薬使用の適正化を促進する。
- 7) 薬剤師と連携し、感染症診療に係るコンサルテーションに対応する。
- 8) 職員の健康管理を行い、職業感染対策を推進する。
- 9) アウトブレイクを早期に察知し、情報収集、原因分析、拡大防止のための方策を講じ、早期終息に努める。
- 10) 院内感染に関する重要事項について、速やかに ICT で対応し、病院長への報告を行う。院内外、地域に対し、感染対策についての啓発を行う。

#### 2. 感染対策委員会の開催

医療関連感染対策の推進のため、感染対策委員会を開催する。感染対策委員会は、以下に掲げ

る事項を満たすものとする。

- 1) 感染対策委員会の管理及び運営に関する規程を定める。
- 2) 感染対策委員会の構成員は、院長、理事長、事務長、看護部長を始め管理的立場にある職員及び診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養部門、事務部門等、各部門を代表する職員等により職種横断的に構成する。
- 3) 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- 4) 院内の各部署から医療関連感染に関する情報が感染対策委員会に報告され、感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備し、重要な検討内容について、医療関連感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、院長へ報告する。
- 5) 医療関連感染が発生した場合には、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び職員への周知を図る。
- 6) 感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う。
- 7) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整える。特定抗菌薬（広域スペクトラム抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制を整備する。
- 8) 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、医療関連感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立する。

### 3. 感染対策チーム（Infection Control Team : ICT）活動の推進

医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染対策室内に感染対策チーム（以下ICT）を設置する。院長は、ICTが円滑に活動できるよう、院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

- 1) ICTの具体的業務内容を明確にする。
- 2) ICTは加算要件を満たす医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師等の職員により構成する。
- 3) ICTは、以下の活動を行う。
  - (1) 最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、各部署に配布する。なお、マニュアルは定期的に新しい知見を取り入れ年1回程度の点検及び見直しを行う。
  - (2) 職員を対象に少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行う。
  - (3) 1週間に1回程度、院内を巡回し医療関連感染事例を把握するとともに、感染防止対策の実施状況の把握・確認・指導を行う。感染制御チームによるラウンドは、チームのメンバーが全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行い、必要に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎回巡回することを基本とするが、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している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないものとする。患者に侵襲的な手術・検査等を

行う部署（手術室、内視鏡室、透析室、救急外来、血管造影室等）についても、2か月に1回巡回する。

- (4) 微生物学的検査に係る状況を記した「感染情報レポート」を週1回作成し、院内で疫学情報を共有するとともに、感染防止対策に活用する。

#### 4. 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team : AST） 活動の推進

薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を図る。院長は、抗菌薬適正使用支援チーム（以下AST）が円滑に活動できるよう、院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

- 1) ASTの具体的業務内容を明確にする。
- 2) ASTは加算要件を満たす医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師等の職員により構成する。
- 3) ASTは、以下の活動を行う。
  - (1) 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・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行う。
  - (2) ASTは以下の業務を行う。
    - ① 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を構築する。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬等）については、届出制又は許可制の体制をとる。
    - ② 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する。
    - ③ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択、用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等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。
    - ④ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）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。
    - ⑤ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率等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。
    - ⑥ 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成し、必要時改訂する。
    - ⑦ 院内で使用可能な抗菌薬の種類・用量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院内での使用中止を提案する。
    - ⑧ 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。

## 5. 感染防止対策地域連携の実施

- 1) 感染対策向上加算2・3、外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関と合同で少なくとも年4回程度、定期的に医療関連感染対策に関するカンファレンス（薬剤耐性菌等検出状況・感染症患者の発生状況・医療関連感染対策の実施状況・抗菌薬の使用状況等）を行い、その内容を記録する。
- 2) 感染対策向上加算2.3、外来感染対策向上加算を算定する医療機関から、必要時に院内感染に関する相談等を受ける。
- 3) サーベイランスに参加し、データを送付する。
- 4) 感染対策向上加算1に係る届出を行っている医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関に相互に赴き、既定の様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年1回、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関から評価を受ける。

## IV. 医療関連感染対策のための職員に対する教育、研修等

感染対策室は、医療関連感染対策を推進するため職員に対する研修等をICTと連携して、以下のとおり企画し実施する。

1. 医療関連感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の医療関連感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技術の向上等を図る。
2. 当院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下で行う。
3. 病院全体に共通する医療関連感染に関する内容について、年2回程度、定期的に開催するほか、必要に応じて開催する。
4. 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録し保管する。

## V. 感染症発生状況の監視と発生状況の報告

### 1. 感染症発生状況の監視（サーベイランス）

以下のサーベイランスを実施し、結果を感染対策に反映させる。

- 1) ターゲット（対象限定）サーベイランス
  - (1) 中心ライン関連血流感染(CLABSI)サーベイランス
  - (2) カテーテル関連尿路感染(CAUTI)サーベイランス
  - (3) 手術部位感染(SSI)サーベイランス
  - (4) 人工呼吸器関連イベント(VAE)サーベイランス
  - (5) 耐性菌サーベイランス
  - (6) 抗菌薬使用量サーベイランス（抗菌薬使用量、抗菌薬使用日数）

- 2) 症候群サーベイランス
  - (1) インフルエンザ様症状サーベイランス
  - (2) 消化器症候群サーベイランス
- 3) プロセスサーベイランス
  - (1) 手指衛生サーベイランス

## 2. 発生状況の報告

感染管理室は、感染症に係る院内の報告体制を確立し、必要な情報が感染対策部門に集約されるよう整備する。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。

## VI. 医療関連感染発生時の対応

感染対策室は、医療関連感染症の発生又はその兆候を察知したときは、以下に沿って、迅速かつ適切に対応する。

1. 各種サーベイランスを基に、医療関連感染のアウトブレイク又は異常発生をいち早く特定し、制御のため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. 臨床検査室では、検体から検出菌の薬剤耐性パターン等の疫学情報を日常的にICT及び臨床側へフィードバックする。
3. アウトブレイク又はその兆候察知時には、感染対策委員会又はICT会議を開催し、可及的速やかにアウトブレイクに対する医療関連感染対策を策定し実施する。
4. アウトブレイクに対する感染対策を実施したにもかかわらず、継続して当該感染症の発生があり、当該病院で制御困難と判断した場合は、速やかに協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

## VII. 患者等に対する当該指針の公開

病院感染管理指針は、病院のホームページに掲載し、患者及び家族並びに利用者が閲覧できるように配慮する。