

島根県立中央病院 院内感染対策指針

医療関連感染の発生を未然に防止し、感染症発生時には、拡大防止、制圧、終息を図る必要があるため、島根県立中央病院(以下「当院」という)における院内感染対策指針を以下のように定める。

1 院内感染対策に関する基本的考え方

当院の院内感染対策の基本的指針は以下のとおりである。

- (1) 人権尊重と守秘義務の徹底
- (2) 透明性と説明責任
- (3) 患者や面会者との協働の感染症対策
- (4) 基本的エチケット(咳にマスク、トイレ後や食べる前に手洗いの指導・協力・援助など)、標準予防策(汗を除く全ての血液・体液・分泌物・排泄物・粘膜・創傷は、感染性物質として対応)、感染経路別予防策の遵守
- (5) 根拠のある感染症対策(Evidence-based infection control)

2 院内感染対策のための委員会等の組織

院内感染対策指針を推進するために、院内感染防止対策委員会とその下に感染制御委員会を設置する。

また、医療安全推進室は院内感染対策の実務を担当し、感染制御チーム(Infection Control Team:以下ICT)、抗菌薬適正使用支援チーム(Antimicrobial Stewardship Team:以下AST)、SSIサーベイランスWGと協力し、感染防止にかかる日常業務、抗菌薬の適正使用支援を行う。

(1) 院内感染防止対策委員会

副院長(医療安全・事故担当)を責任者とし、委員長を病院長、副委員長(議長)を医療安全・事故担当副院長とし、本委員会を組織する。委員会は、病院長、副院長、医療安全推進室長、医療局長、医療局次長、診療部長、薬剤局長、薬剤局次長、薬剤局科長、医療技術局長、医療技術局次長、医療技術局科長、看護局長、看護局次長、看護部長、事務局長、事務局部長、広報室長、委託業務代表、専任院内感染管理者、および病院長が必要と認める者をもって構成する。これらの構成員は、毎年度管理会議で承認・決定されるが、その再任を妨げない。委員長が月1回委員会を招集する。

本委員会は、感染対策に関する最終意志決定機関であり、臨床の現場で確実に実行されなければならない感染対策について、すべての事項を決定し実行させる権限をもつ。本委員会で決定されたことは、関連するすべての組織が直ちに責任をもって義務を遂行しなければならない。

(2) 感染制御委員会

医療安全推進室長を責任者とし、本委員会を組織する。

委員会は、医療局・看護局・薬剤局・医療技術局・事務局の各局からの代表者、細菌検査業務受託者代表、消毒滅菌業務受託者代表、病院内清掃業務受託者代表、医療事務業務委託者代表、リネン業務委託者代表、物流管理室業務委託者代表、統合運用推進室代表、給食業務委託者代表等により構成され、各部署・各部門の感染対策の実務を担当する。これらの構成員は、毎年度管理会議で承認・決定されるが、その再任を妨げない。また、委員長と副委員長は、責任者である医療安全・事故担当副院長が推薦し、管理会議の承認を受けて、病院長が任命する。委員長が委員会を招集する。

院内感染防止対策委員会への報告・提案を行い、同委員会の指示のもと院内感染防止対策活動を行う。

(3) 医療安全推進室

院内感染管理者として専任の感染管理担当医師（医療安全推進室長補佐）と専従の感染管理認定看護師を配置する。院内感染管理者が ICT、AST、SSIサーベイランスWGと協力し、病院全体の病院感染について把握し、改善策を講じるなど感染管理の役割を担い、具体的業務に当たる。

(4) ICT

ICTは、感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の感染管理認定看護師（医師または看護師のいずれかを専従とする）、3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、臨床検査技師から構成され、この中から院内感染管理者を配置する。また、感染制御委員会副委員長、滅菌部門担当者、細菌検査担当者、病院内清掃業務担当者、事務局担当者、臨床研修医など、感染制御委員会委員長が必要と認めるものを構成員に加える。

ICTの役割は、院内各部署と連携し、院内感染対策に関係する活動を日常的に行い、緊急事態にも対応する。

(5) AST

ASTは、感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の感染管理認定看護師）、3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師で構成され、いずれか1名を専従とする。

ASTの役割は、治療効果の向上、耐性菌出現リスクの軽減を目的として、抗菌薬の適正使用を支援する。

(6) SSIサーベイランスWG

リーダーは、ICTメンバーの医師から選出し、対象診療科医師、対象診療科病棟看護師、麻酔科医師、手術室看護師、ICU/HCU看護師、感染管理認定看護師等で構成する。

SSIサーベイランスWGでは、SSI発生率を継続的に算出し、分析評価を行い、改善することで、医療の質の向上を図ることを目的とする。

(7) 感染リンクナース

外来、中央診療、3階東病棟、HCU、ICU、手術室、救急外来、4階東病棟、母性病棟、小児病棟、NICU/GCU、6階東病棟、6階西病棟、7階病棟、8階病棟、9階東

病棟、9階西病棟、10階東病棟、10階西病棟に感染リンクナースを1名以上おく。看護局のキャリアラダーレベル別研修感染看護研修Ⅰ・Ⅱ修了者または受講予定者から任命する。任期は原則1年間とするが、再任は妨げない。感染リンクナースは、医療安全推進室、ICTに協力して感染対策活動を行う。

3 院内感染対策のための職員研修

- (1) 院内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、全ての職員に周知徹底を図るために研修会を開催し、併せて職員の感染対策に対する意識向上を図る。
- (2) 全職員を対象に年2回以上定期的に研修会を開催する。必要に応じて随時開催する。また、研修の実施内容について記録する。
- (3) 感染症対策マニュアルに基づいた職員教育を行う。

4 感染症の発生状況の報告

院内感染の発生状況を把握し、職員に感染症の発生状況を把握し、職員に感染症動向を周知する。

- (1) 院内感染対策上問題となる微生物の検出時には、細菌検査室から医療安全推進室、担当医、部署責任者に直ちに報告され、医療安全推進室とICTは協力して情報を分析し、必要に応じ対策を講じる。
- (2) 細菌検出状況や院内サーベイランスの情報により、アウトブレイクや重大な院内感染等を迅速に特定し、対応する。

5 院内感染発生時の対応

- (1) 院内感染対策上問題となる感染症が発生した場合は、職員が直ちに医療安全推進室に報告する。
- (2) 医療安全推進室は、ICTと協力し発生状況を把握、調査し、拡大防止策を実施する。
- (3) 感染拡大が懸念される場合は、臨時ICT会議を招集し、発生部署への入院、転入転出を制限するなどの対応や発生部署の入院患者へのスクリーニング検査などの対応を検討実施する。
- (4) 院内感染発生状況と感染対策の実施及びその結果については、随時全職員に情報提供する。
- (5) 感染症の発生に関して法律に規定された届出を適切に行うと共に、重大な院内感染が発生した場合、行政機関と連携し対応する。

6 抗菌薬適正使用支援

- (1) 広域抗菌薬を使用する患者、菌血症等の患者などの感染症早期からのモニタリングを実施する。
- (2) モニタリング対象患者を把握後、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掲示的に

評価して担当医にフィードバックを行う。

- (3) 適切な検体採取と培養検査の提出、アンチバイオグラムを作成する。
- (4) 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率、耐性菌発生率や抗菌薬使用量などを定期的に評価する。
- (5) 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など抗菌薬にかかわる業務に従事する職員を対象に抗菌薬の適正な使用を目的とした研修を年2回程度定期的実施する。
- (6) 抗菌薬使用の院内指針の見直しを行う。
- (7) 院内採用抗菌薬の種類、用量等について、見直しを行う。
- (8) 他の医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける。

7 患者等に対する当該指針の閲覧

本指針は、島根県立中央病院ホームページにおいて一般公開する。

8 その他の当院における感染対策の推進

- (1) 院内感染防止対策委員会は、院内感染防止のため、当該指針に即した「感染症対策マニュアル」を整備し、職員はこれを遵守する。
- (2) 同マニュアルは、最新の科学的根拠に基づき、院内感染防止対策委員会の議を経て、作成、変更する。

平成24年7月23日

平成25年7月22日改訂

平成26年6月23日改訂

平成30年11月26日改訂

令和4年11月21日改訂

令和6年10月21日改訂

院内感染防止対策委員会