

1. 院内感染対策の指針・組織・権限・業務

院内感染対策の指針

1. 総則

1-1. 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の基本理念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、収束を図ることは医療機関の義務である。北福島医療センター（以下「当院」とする）においては、本指針により院内感染対策を行う。

1-2. 用語の定義

1) 医療関連感染

「医療提供の場にかかわらず医療が提供された患者に発生する感染」と定義されている。

病院・施設的环境下で感染した全ての感染症を医療関連感染と言い、病院・施設という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても医療関連感染という。病院外(市中)で感染した感染症は、医療関連感染ではなく、市中感染という。

2) 医療関連感染の対象者

医療関連感染の対象者は、入院患者、外来患者の別を問わず、見舞人、訪問者、医師、看護師、医療従事者、その他の職員、さらには院外関連企業の職員を含む。

1-3. 本指針について

1) 策定と変更

本方針は院内感染対策委員会の議を経て策定したものである。また、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際には最新の科学的根拠にもとづかなければならない。

2) 職員への周知と遵守率向上

本方針に記載された各対策は、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。

①感染対策チーム（感染対策委員）は、現場職員が自主的に各対策を実践するように自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。

- ②感染対策チームは、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう動機付けをする。
- ③就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通して、全職員の感染対策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- ④定期的感染対策チーム・ラウンドを活用して、現場における効果的介入を試みる。
- ⑤定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況につき監査すると共に、擦式消毒薬の使用量を調査してその結果をフィードバックする。

3) 本方針の閲覧

職員は患者との情報共有に努め、患者およびその家族から本方針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。なお、本方針の紹介には感染対策委員が対応する。

2. 医療機関内における感染対策のための委員会など

院長が積極的になって感染対策に関わり、院内感染対策委員が中心となって、全ての職員に対して組織的な対応と教育・啓蒙活動をする。院内感染対策委員会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、運営会議での検討を経て、日常業務化する。感染委員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、組織的に活動する。

1) 院長

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

2) 施設内感染防止対策委員会の構成

院長・副院長・看護部長・事務長・医師（委員長・ICD）・感染対策管理者（ICN）・医療連携室室長
医療安全担当師長・看護部（師長会代表、感染管理委員会代表）・薬剤科長・検査科長
細菌検査担当臨床検査技師・診療放射線技師・管理栄養士・臨床工学科・リハビリテーション科
予防健診センター・医事課・施設課

3) 施設内感染防止対策委員会（ICC）

- ①1ヶ月1回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。
- ②ICTのラウンドの内容や結果を検討した上で、必要に応じて各科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をする。
- ⑤それぞれの業務に関する規定を定めて、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) 感染対策チーム (ICT) について

- ①専任の感染管理者として、ICD (感染管理認定医)、ICN (感染管理看護師)、を中心に組織する。
週に1回程度の定期的に各部署ラウンドを行って、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時の特定と制圧、その他に当たる。
- ②各診療科同様、院長所属のチームとして、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、感染対策チームは重要事項を定期的に院長・ICCに報告する義務を有する。
ICT会議の重要事項や院内での決定が必要な事項はICCへ報告し、必要時は承認を得る。
- ③重要な検討事項、異常な感染症発症時および発生が疑われた場合は、その状況および患者・医療関連感染の対象者への対応などを、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 (集団教育と個人教育) 企画遂行を積極的に行う。

5) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST) について

- ①専任の構成員として、感染症診療経験3年以上の常勤医師、感染管理従事経験5年以上の感染管理看護師、病院勤務経験3年以上の薬剤師および臨床検査技師の4職種を中心に組織する。
- ②各診療科同様、院長所属のチームとして、抗菌薬適正使用支援に関する権限を委譲されると共に責任を持つ。また、ASTは重要事項を定期的に院長・ICCに報告する義務を有する。
- ③抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む広域抗菌薬などの指定抗菌薬を使用する患者、菌血症等の重大な感染症徴候のある患者、血液疾患など免疫不全状態で重篤化リスクの高い患者における抗菌薬処方状況を早期からモニタリングするとともに、10日を超える抗菌薬長期使用患者における抗菌薬処方状況をモニタリングする。
- ④上記③の対象患者における微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、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状況、検査結果の治療方針への活用状況などを評価し、必要に応じて主治医に推奨案をフィードバックし、その旨を診療録に記載する。
- ⑤厚生労働省の院内感染対策サーベイランス (JANIS) および感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) に微生物検査の実施状況や検出菌の薬剤感受性結果、抗菌薬使用量などのデータを定期

的に提出し、フィードバックされるデータを活用して施設内のアンチバイオグラムの作成や血液培養指標・耐性菌発生率・抗菌薬使用量などを他の医療機関と比較検討して経時的に評価する。

- ⑥外来における年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数ならびに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。
- ⑦抗菌薬適正使用推進を目的とした院内研修を年2回実施する。また、主要な感染症に対する標準的な抗菌薬治療マニュアルを整備し、入院および外来診療に活用できるようにする。なお、当院で使用可能な抗菌薬の種類、用量等を定期的に見直し、必要に応じて採用薬の中止や追加を提案する。
- ⑧他の医療機関から抗菌薬適正使用に関する相談を受ける体制を整備し、抗菌薬適正使用に関する推奨案を提供する。

6) その他

発生した医療関連感染が、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、厚生労働省地域支援ネットワーク担当事務局、あるいは、日本感染環境学会認定教育病院担当者に相談する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口（厚生省委託事業）へのファックス相談も活用する。

3. 医療関連感染に関わる従業者に対する研修

- 1) 就職時の初期研修や中途採用者研修は、感染対策チームあるいはそれに関わる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
- 2) 継続的研修は、年2回程度開催する。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。
- 3) 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。
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ことも可とする。
これらの研修の開催の結果、あるいは施設外研修の参加実績（開催または受講日時、出席者、研修項目）を、記録保存する。

4. 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

4-1. 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、包括的サーベイランス・ターゲットサーベイランスを必要に応じて実施し、その結果を感染対策に生かす。

- 1) 厚生労働省院内感染対策サーベランス（以下 JANIS）へ参加。（平成 19 年 8 月より）
参加部門、全検査部門、全入院患者部門（耐性菌）のデータを毎月 15 日にまでに国立感染研究所へ送信。併せて感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加（令和 3 年 12 月より）。AST 関連情報、IGT 関連情報、医療関連感染情報などを毎月送信。
- 2) データ解析後はインターネットで閲覧。
- 3) ターゲットサーベランス診断基準については、NHSN による。

4-2. 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。

- 1) 施設内感染対策マニュアル（参照）
施設内の各領域別の微生物の分離状況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、感染に関わる情報管理を適切に行う。
- 2) 臨床微生物検査室では、業務として検体からの菌検出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感染対策チームおよび臨床側へフィードバックする。
必要に応じて地域支援ネットワーク、日本環境感染認定学会認定教育病院を活用し、外部よりの協力と支援を要請する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口へのファックス相談を活用する。
- 3) 報告の義務付けられている病気が特定された場合は、速やかに保健所に報告する。

5. 施設内感染防止対策推進方策など

5-1. 手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。

手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。（入所時の手洗い教育等）

- 1) 手洗い、あるいは、手指消毒のための設備・備品を整備し、患者のケア前後には必ず手指衛生を遵守する。
- 2) 手指消毒は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒、もしくは、石鹼あるいは抗菌性石鹼と流水による手洗いを基本とし、これを行う。
- 3) 目に見える汚れがある場合は、石鹼と流水もしくは抗菌性石鹼と流水による手洗いを行う。
アルコールに抵抗性のある微生物に考慮して、適宜石鹼と流水もしくは抗菌性石鹼と流水による手洗いを追加する。

5-2. 微生物汚染経路遮断

微生物汚染（以下汚染）経路遮断策としてアメリカ合衆国疫病予防管理センター（CDC）の標準予防策、および付加的対策で詳述する感染経路別予防策を実施する。

- 1) 血液・体液・分泌物液・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛まつ感染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人防護具（PPE）を適切に配備し、その使用法を正しく認識、遵守する。

- 2) 呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫感染を防止するために、サージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散を防止する。

5-3. 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質のよい清掃の維持に配慮する。
- 2) 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔のとの区別心がける。
- 3) 流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。
- 4) 床に近い棚（床から30cm以内）に、清潔な機材を保管しない。
- 5) 薬剤・医療機材の長期保存を避ける工夫をする。
- 6) 手が高頻度で接触する部位は1日1回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 7) 床などの水平面は時期を決めた定期清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかな場合に清掃または洗濯する。
- 8) 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚染物などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。
- 9) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する重要な基本知識に関する清掃員の教育・訓練歴などを確認し、必要に応じて教育、訓練を行う（業務責任者より再教育を養成するも可）。

5-4. 交差感染防止

- 1) 易感染患者を保護隔離して、病原微生物から保護する。
- 2) 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、ほかの患者との併用は避け、専用のものを配備する。
- 3) 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。
- 4) 手術部門などへの清潔領域への入室時、交差感染防止策として、履物交換、着衣交換などを常時実施する必要はない。

5-5. 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、適用対象と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。

- 1) 生体消毒薬と環境消毒薬は、区別して使用する。ただし、アルコールは、両者に適用される。
- 2) 生体消毒薬は、皮膚損傷、組織毒性などに留意して適用を考慮する。
- 3) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その作用に注意し濃度の高いものを広範囲に使用しない。
- 4) 高水準消毒薬（グルタール、過酢酸、フルタールなど）は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去（清浄化）の基本は清掃であり、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対して行う。

5-6. 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出したり、耐性株を選択残存させる危険性があるので、対象微生物を考慮し、投与期間は可能な限り短くする。

- 1) 対象生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する。
- 2) 分離菌の薬剤感受性検査結果に基づいて抗菌薬を選択する。
- 3) 細菌培養などの検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療を行わなければならない。
- 4) 必要に応じた治療薬物モニタリング（TDM）により適性かつ効果的投与を行う。
- 5) 特別な場合を除いて、1つの抗菌薬を長期間連続使用することは厳に慎まなければならない。
- 6) 手術に際しては、対象とする臓器内濃度と対象微生物とを考慮して、有効血中濃度を維持するよう投与することが重要である。
- 7) 抗メシチリン耐性黄色ブドウ球菌（MASA）薬、カルバペネム系抗菌薬、抗緑膿菌作用薬などの広域抗菌薬は、届け出制とし使用状況を把握する。
- 8) バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、MRSA、MDRP などの特定の多剤耐性菌を保有していても、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌は行わない。
- 9) 施設内における薬剤感受性パターン（アンチバイオグラム）を把握しておく。併せて、その地域における薬剤感受性サーベイランスの結果を参照する。

5-7. 付加対策

疾患及び病態などに応じて感染経路予防策（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。

5-7-1. 空気感染（粒径 $5 \mu\text{m}$ 以下の粒子に付着、長時間、遠くまで浮遊する）

- a. 麻疹
- b. 水痘
- c. 結核
- d. SARS、鳥インフルエンザ、ノロウイルス感染症なども状況によっては空気中を介しての感染の可能あり。

5-7-2. 飛沫感染（粒径 $5 \mu\text{m}$ より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する。）

- a. 侵襲性B型インフルエンザ菌感染症（髄膜炎、肺炎、咽頭炎、敗血症などを含む）
- b. 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む）
- c. 重症細菌性呼吸器疾患症
 - ①. ジフテリア（咽頭）
 - ②. マイコプラズマ肺炎
 - ③. 百日咳
 - ④. 肺ペスト
 - ⑤. 溶連菌性咽頭炎、肺炎、猩高熱（乳幼児における）

d. ウイルス感染症（下記のウイルスによって惹起される疾患）

- ①. アデノウイルス
- ②. インフルエンザウイルス
- ③. ムンプスウイルス
- ④. パルボウイルスB19
- ⑤. 風疹ウイルス

e. 新興感染症

- ①. 重症急性呼吸症候群（SARS）
- ②. 高病原性鳥インフルエンザ

f. その他

5-7-3. 接触感染（直接的接触と環境・機器等を介しての間接的接触とがある）

- a. 感染症法に基づく特定微生物の胃腸管、呼吸器、皮膚、創部の感染症あるいは定着状態（以下重複あり）
- b. 条件によっては環境で長期生存する菌（MRSA、VRE、MDRPなど）
- c. 小児におけるRSウイルス、パラインフルエンザウイルス、ノロウイルスその他腸管感染症ウイルスなど

d. 接触感染の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症

- ①. ジフテリア（皮膚）
- ②. 単純ヘルペスウイルス（新生児あるいは粘膜皮膚感染症）
- ③. 膿痂疹
- ④. 封じ込められていない（適切に被覆されていない）大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
- ⑤. 虱寄生虫
- ⑥. 疥癬
- ⑦. 乳幼児におけるブドウ球菌せつ
- ⑧. 帯状疱疹（藩種性あるいは免疫不全患者の）
- ⑨. 市井感染型パントン、・バレンタイン・ロイコシジン陽性（PVL+）MRSA感染症

e. 流行性結膜炎

- f. ウイルス性出血熱（エボラ、ラッサ、マールブルグ、クリミア・コンゴ出血熱：これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性があるとされている）

5-7-4. 節足動物媒介感染症

- a. デング熱（デング出血熱含む）
- b. つつが虫病
- c. ダニ媒介性感染症（重症熱性血小板減少症候群・・SF-TS）
- d. マラリア
- e. ライム病

- f. 発しんチフス
- g. ペスト
- h. 日本脳炎
- i. 日本紅斑熱
- j. Q熱
- k. 黄熱
- l. チングニア熱
- m. ウェストナイル熱
- n. 回帰熱
- o. クリミア・コンゴ出血熱
- p. ペスト

5-8. 地域支援

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 対策を行っているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。
- 3) 日本環境感染学会認定教育病院に必要なに応じて相談する。
(<http://www.kankyokansen.org/nintei/seido.html>)
- 4) 感染対策に関する一般的な質問については、日本感染症学会・施設内感染対策相談窓口(厚労省委託事業)にファックスで質問を行い、適切な助言を得る。
(<http://www.kansensho.or.jp/>)

5-9. 予防接種

予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である。

- 1) ワクチンによって感染が予防できる疾患（B型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等）については、適切にワクチン接種を行う。
- 2) 患者・医療従事者共に接種率を高める工夫をする。
- 3) 医療従事者をはじめ、病院内で業務を請け負う職種、実習生、研修生は B 型肝炎・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・インフルエンザ等のウイルス抗体価検査を行うとともに（インフルエンザは抗体価検査はなし）率先してワクチン接種をするように求める。

5-10. 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。

- 1) 針刺し防止のためリキャップを原則的に禁止する。
- 2) リキャップが必要な際には、ハンズフリーを採用する。
- 3) 試験管などの採血容器その他を手に持ったまま、血液等の入った針付き注射器を操作しない。
- 4) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。（病室で採血等を行う場合は安全廃棄容器を持参）

- 5) 使用済み注射器（針付のまま）その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- 6) 安全装置付き器材の導入を考慮する。
- 7) ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。
- 8) 感染経路予防策に即した個人用防護具（PPE）を着用する。
- 9) 結核などの空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の粒子用マスクを着用する。

5-11. 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) 疾病の説明と共に、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。（JANISによる公開等）

6. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

- 1) 本院の MRSA・多剤耐性菌検出状況については2週ごとに（アウトブレイクのおそれがある場合は緊急会議）において報告を行う。また毎月の感染防止対策委員会において MRSA・多剤耐性菌の検出症例の詳細を報告する。
- 2) その他、院内感染対策上重要な病原微生物の検出があった場合には、ICTにて当該病棟をラウンドし、感染防止対策委員会において報告する。
- 3) これら感染症発生状況については、管理診療会議および師長会・医局会において各部署へ報告する。院内の経路別予防策を実施している患者の情報は、「感染情報レポート」とし、必要部署へ毎週配布し、情報共有する。

7. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

院内における交差感染が発生した場合、本マニュアルのアウトブレイク対策に基づき、対応を行う。緊急施設内感染防止対策委員会が設置され、必要と判断された場合には、速やかに患者や家族へ事実説明を行うとともに保健所等の関係機関へ報告を行い、状況に応じて報道機関等へ公表する。

8. 患者などに対する当該指針に関する基本方針

本取り組み事項は、病院のホームページにて公開し、また、院内掲示をし開示を行うことにより閲覧ができるようにする。

また、感染症発生時は、「院内感染拡大防止」及び「感染症治療の徹底」を図るため、患者・家族へ十分な情報提供を行ない、対策に必要な協力を得る。

9. その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針

- 1) 各職員が知っておくべき院内感染対策の具体的実施法に関してはマニュアルを作成する。また必要に応じ、マニュアルの改訂を行う。マニュアルは、感染対策管理室と各部門の感染対策担当で作成し、感染防止対策委員会において審議、承認する。
- 2) 各職員は、院内感染対策および感染症の治療法等感染に関することで不明なことがあれば、感染防止対策委員長(治療に関して)または感染対策管理室(対策に関して)へ連絡し、共同して対処する。
- 3) 院内感染対策は、職員だけでなく患者および見舞客等の外来者の協力が不可欠であり、従業者以外への院内感染対策の啓発活動を積極的に行う。
- 4) 本院における業務を遂行していく上で、職員が感染症に罹患することを防止する対策を講じる。職員は自らが感染源とならないよう定期健康診断を受診し、ワクチン接種を受ける