

第1章

院内感染対策 指針

1. 基本的な考え方

1. 基本理念

我々医療従事者には、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。財団法人心臓血管研究所および同付属病院（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実施する。

2. 用語の定義

(1) 院内感染

病院環境下で感染した全ての感染症を院内感染と言い、病院内という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても院内感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外(市中)で感染した感染症は、院内感染ではなく、市中感染という。

(2) 院内感染対象者

院内感染の対象者は、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、その他職員、さらには院外関連企業の職員等を含む。

3. 本指針について

(1) 策定変更

本指針(院内指針、手順書と言うべきもの：以下同様)は院内感染対策委員会 infection control committee（以下「ICC」とする）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基づかなければならない。

(2) 職員への周知と遵守率向上

本指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 infection control team（以下「ICT」とする）は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。
- ② ICT は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践できる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 ICT ラウンドを活用して、現場に於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し、フィードバックする。

II. 委員会・組織に関する基本的事項

病院長が積極的に感染対策に関わり、院内感染対策委員会、ICT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・啓発活動をする。院内感染対策委員会は病院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は病院長に答申され、院内感染対策委員会での検討を経て、日常業務化する。ICTは病院長の直接的な管理下にある日常業務実践チームであり、病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. 病院長

答申事項に関し、院内感染対策委員会での検討を経て、必要なICT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 (ICC)

(1) 役割・業務

- ① ICTへの助言と支援（ICTの報告を受け、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科に対して病院長名で改善を促す。）
- ② 病院長の注意喚起
- ③ 感染症およびその対策上の問題に関する報告の検討
- ④ アウトブレイク対策の検討
- ⑤ 年間感染対策プログラムの検討
- ⑥ ストラテジー（計画・戦略）に対する助言と確認
- ⑦ 各職種の教育促進（ICTが作成する研修計画の承認・決定・助言）
- ⑧ 各分野の交流促進
- ⑨ 以下の事項の審議
 - ・ 院内感染防止策の確立に関すること
 - ・ 院内感染防止のための調査・研究に関すること
 - ・ その他院内感染対策についての重要事項に関すること

(2) 構成

専門職代表を構成員として以下のとおり組織する

- ① 病院長
- ② 院内感染対策委員会委員長（医師）
- ③ ICT委員長（医師）
- ④ 感染管理専従担当者（看護師）
- ⑤ 医療安全管理担当者
- ⑥ 各診療科部長
- ⑦ 看護部長
- ⑧ 各看護師長
- ⑨ 臨床検査部長
- ⑩ 薬局長
- ⑪ 放射線部長
- ⑫ 栄養士長
- ⑬ 総務部長
- ⑭ その他必要と認められる者

顧問は、青木眞医師（感染症医）とする。

(3) 院内感染対策委員長の役割

- ① 委員長は、委員会の議長となる。
- ② 委員長が出席できないときは、病院長がその職務を代行する。

(4) 委員会の開催と議事録

① 委員会の開催

原則月1回定期的に開催し、以下の場合には院内感染対策委員長は委員を招集し随時開催する。

- ・ 院内感染死亡例発生時
- ・ 感染症予防法第12条に基づき保健所に届出を要する事象が発生した場合
- ・ アウトブレイク発生時
- ・ その他院内感染対策委員長が開催を要すると判断した場合

② 議事録

- ・ 欠席者には、翌日以降議事録を配布する。(必要時、口頭伝達も行なう。)
- ・ 委員会の議事録は、院内LAN『GroupSession』の『ファイル管理』内で公開する。
- ・ 議事録は、会議後10日以内に『GroupSession』の『ファイル管理』へ掲載する。
- ・ 議事録に患者名を載せる必要がある場合は、個人情報の保護に努める。

3. 感染対策チーム infection control team (ICT)**(1) 役割・業務**

① 定例会議の実施（毎月第3月曜日とする）

ICT委員長が開催を要すると判断した場合は、上記以外でもメンバーを臨時召集できる。

- ② 院長の諮問を受けて、感染対策を検討して答申する。
- ③ 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。
- ④ それぞれの業務に関する規定を定めて、院長に答申する。
- ⑤ 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、ICTは、重要事項を定期的に院長に報告する義務を有する。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。（サーベイランスの実施）
- ⑨ 院内ラウンドの実施
感染管理担当者によるラウンドを週2回以上実施する。また、ICTによるラウンドを1回/週、定期的に実施する。ラウンドは、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制圧等を目的とし実施する。
- ⑩ 現場への介入（教育的介入、設備備品の介入）
- ⑪ 院内感染対策マニュアルの作成、改定
1回/2年（4月に改訂版発行）マニュアルを定期的に改定する。
上記以外でも、改訂の必要があると判断された場合は適宜改訂を実施する。
改訂にあたっては、院内感染対策委員会にて承認を得る。
- ⑫ 職業感染防止への対策、対応
- ⑬ 院内感染防止に関する情報提供
1回/月、情報誌（ICTニュース）を発行する。
ICTの活動内容の報告や感染に関するトピックスなどを掲載する。
- ⑭ 研修の実施（『Ⅲ. 従事者研修に関する基本方針』参照）
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。

第1章 院内感染対策 指針

(2) 構成

専従感染管理担当者として、感染管理認定看護師(CNIC)または、その他の適格者(感染対策に関連する研修を終了した者)のいずれかで、院長が適任と判断した者を中心に組織する。

- ① ICT 委員長 (医師)
- ② 看護部長 (ICT 副委員長)
- ③ 専従感染管理担当者 (看護師)
- ④ 循環器科医師 (カテ班より 1 名・不整脈班より 1 名・レジデントより 1 名)
- ⑤ 外科医 (1 名)
- ⑥ 病棟・ICU・外来・手術室の感染担当看護師 (リンクスタッフ)
- ⑦ 臨床検査技師 (細菌検査担当技師)
- ⑧ 薬剤師
- ⑨ 放射線技師
- ⑩ 総務部担当者
- ⑪ 栄養士 (ICT からの要請があった場合は、ICT 会議へ出席し情報提供や助言を行う。)

(3) ICT 委員長の役割

- ① 感染管理担当者と協働し、ICT の運営を行う (サポート的役割)
- ② スタッフの教育と啓発

(4) ICT メンバーについて

- ① 院内感染対策の中心的実践者となり、ICT 会議 (毎月) へ参加する。
- ② 院内感染対策委員会や ICT の方針に沿って、所属部署の中心となる。
- ③ 任期は設けないが、継続して 2 年以上 ICT への参加が可能な者とする。
- ④ 入職後 3 年目以降の職員が望ましい。
- ⑤ メンバーの交代は、4 月とする。(それ以外の時期の交代は、原則として認めない)
- ⑥ メンバーを交代する部署は、前年度の 2 月までに ICT 委員長または ICT 副委員長 (看護部長) に申し出る。

4. 感染管理認定看護師 (Certified Nurse in Infection Control : CNIC) の役割

当院は専従の CNIC を置き、院内感染の問題に迅速に対応できるよう原則として平日の日勤帯は常時院内で勤務する。

(1) CNIC の活動は組織横断的であるため、看護部に所属していても院内全ての部署で活動できる権限を与えられている。

(2) CNIC の主な役割

- ① 感染管理システムの構築と運営
 - ・ 感染管理システムの構築と運営において中心的な役割を果たす
 - ・ 感染対策の連絡や ICT の運営を行う
- ② 院内感染サーベイランスの実践
 - ・ 院内感染サーベイランスを計画、実践し、結果を現場と共有することを通して感染症の減少を目指す。
 - ・ サーベイランスデータに基づき、感染対策を評価・改善する。
 - ・ サーベイランス結果の病院長や ICC への報告、現場へのフィードバックを行う。
- ③ コンサルテーション (相談)
 - ・ 当院に勤務するあらゆる職種および患者や家族などの施設利用者から、感染防止のための処置

やケア、隔離予防策などについて相談を受け、状況に応じた的確な助言を行う。

- ・ 当院に勤務するあらゆる職種および患者や家族などの施設利用者を対象に、感染発生および伝播防止に関する教育を実施し、その効果を評価する。

④ 職業感染防止

当院に勤務するあらゆる職種に対して、針刺し・切創や空気感染などの職業感染防止対策を立案、導入・評価する。

⑤ ファシリティーマネジメントの推進

廃棄物、清掃、空調、水質、給食などの担当部門に対し、感染管理の観点から支援を行う。

⑥ 院内感染対策マニュアル改定案

- ・ 1回/2年（4月に改訂版発行）マニュアルを改定する。
- ・ 上記以外でも、改訂の必要があると判断された場合は適宜改訂を実施する。
- ・ 改訂にあたっては、院内感染対策委員会にて承認を得る。

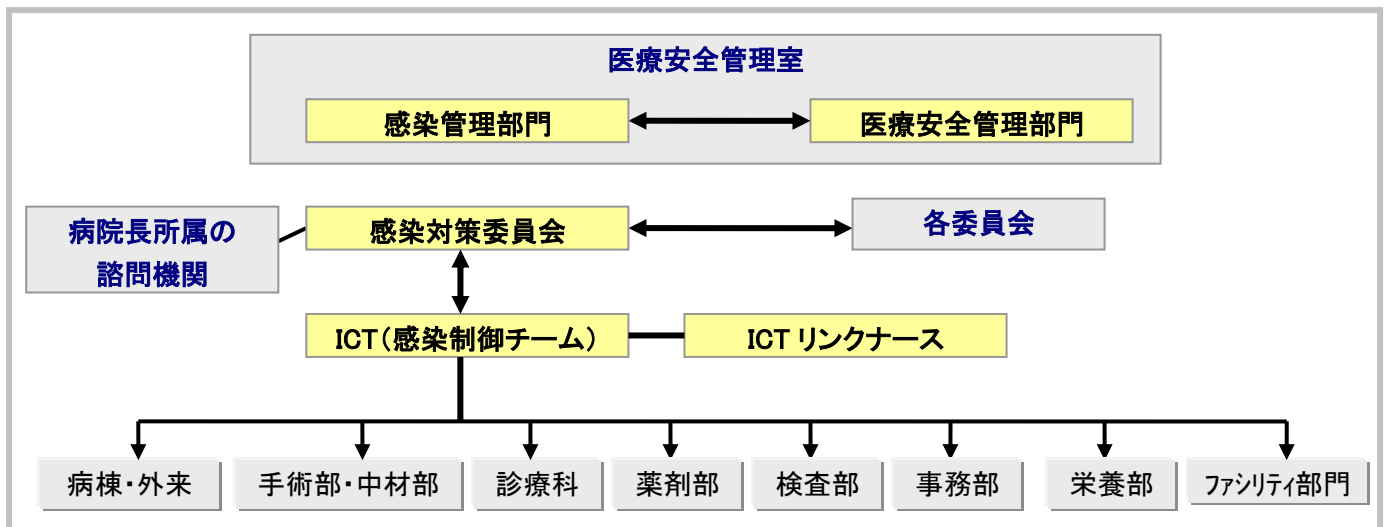
⑦ 院内感染対策委員会への報告

ICT で実施した諸指導・提言の内容について毎月委員会で報告する。

(3) CNIC の活動による効果

- ① 感染率の低減に伴う医療・ケアの質向上
- ② 感染率の低減に伴う在院期間短縮や不必要な感染対策の中止による経済性の向上
- ③ 業務改善および効率化

【院内感染対策機構図】



III. 従事者研修に関する基本方針

当院は、院内感染対策の更なる充実および最新の情報を収集し、実務に反映させるため、以下の研修を院内感染対策委員会およびICTを中心として、積極的に実施する。

また、諸研修の開催結果、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）は、記録保存（院内研修は院内LANのICTのフォルダー内・院外研修は総務部にて管理）する。

1. 院内研修

ICCの指示の基、ICTが計画を立案し、研修を実施する。

(1) 入職時研修（担当者：専従感染管理担当者）

職員の新規採用時に実施する。中途採用者に対しても行う。当院の感染管理体制、標準予防策、防護用具の着脱方法、手指衛生、職業感染対策について実技を交えた研修を行なう。

(2) 集合研修（2回/年）

全職員対象の研修を2回/年 計画・実施する。（全員参加できるよう、同内容の研修を2回する。）出席率に応じて、臨時研修会を実施する。（開催は、院内感染対策委員長の判断で行う。）

(3) 手指衛生強化月間の開催（1回/年）

手指衛生の強化を目的にポスター掲示・手指衛生チェック・院内ラウンド等を企画・実施する。

(4) 部署・職種別研修

清掃スタッフに対しては、1回/年実施する。

その他の職種に対しては、要請時または専従感染管理担当者の判断に応じて実施する。

2. 院外研修

ICTメンバーが、以下の研修に1回/年以上参加できるよう研修計画の立案を行う。また、院外研修後は、ICT会議等でメンバーに研修内容をフィードバックする機会を設ける。

(1) 看護協会（日本看護協会および東京都看護協会）主催の研修

(2) 各学会（日本環境感染学会・日本医科器械学会・日本手術医学会など）への参加

(3) 各セミナー・研修会への参加（EBICセミナー・ICNJ・HAICS・SSIサーベイランス研究会など）

3. 院内研修欠席者への周知

全職員が研修に参加できるよう、同内容の研修を2回実施する。また、告知は1ヶ月以上前に行う。研修に参加できなかった職員については、以下の方法で周知を図る。

(1) 研修資料を欠席者へ配布し、アンケートを記載してもらう。

(2) 出席率に応じて、臨時研修会を実施する。（開催は、院内感染対策委員長の判断で行う。）

IV. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

1. 監視体制

1-1. 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、その結果を感染対策に生かす。（サーベイランスを実施し院内感染の発生状況を監視する。）

(1) 現在、実施中のサーベイランス（2011年7月現在）

実施するサーベイランスは、感染の発生状況に応じて随時変更する可能性がある。

- ① 中心静脈カテーテル関連血流感染(CLA-BSI)サーベイランス
対象：中心静脈カテーテル・S-Gカテーテルの2つ
- ② 手術部位関連感染(SSI)サーベイランス
開胸・開腹手術を対象に実施。（ストリッピングやステントグラフト手術は対象外）
- ③ カテーテル関連尿路感染(CAUTI)サーベイランス
- ④ 人工呼吸器関連肺炎(VAP)サーベイランス
- ⑤ 多剤耐性菌サーベイランス（MRSA・MDRP・VREなどが対象）
- ⑥ 広域抗菌薬（VCM・MEPMの2剤）サーベイランス
- ⑦ 消毒薬使用および手洗い石鹸使用状況サーベイランス

(2) サーベイランスに用いる診断基準

NHSN(National Healthcare Safety Network：NHSN)および日本環境感染学会 JHAIS (Japanese Healthcare Associated Infections Surveillance) 委員会の疾患定義を用いる。

1-2. 細菌検査室による監視

- (1) 細菌検査室にて当院指定の微生物が検出された場合は、患者の主治医および感染管理認定看護師（以下 CNIC）・関係部署に連絡される。（詳細は、『第2章 感染症発生時の対応』参照）
 - ① 多剤耐性菌（MRSA・MDRP・VRE・ESBL産生菌など）
 - ② 結核菌
 - ③ インフルエンザ
 - ④ 血液培養陽性時
 - ⑤ その他、細菌検査室の技師が必要であると判断した場合
- (2) 報告の義務付けられている感染症が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

2. 発生時の対応方法

『第2章 感染症発生時の対応』を参照する。

V. 感染発生状況の報告に関する基本方針

感染発生時は、拡大予防のため速やかに報告を行う。また、報告に対して対策を立案に迅速に実施する。具体的な報告方法は、『第2章 感染症発生時の対応』を参照する。

1. 判定

CLA-BSI・SSI・CA-UTI・VAPの第一次判定は、NHSNの基準に従いCNICが行う。

CNICが行なった第一次判定の結果は、ICTおよび院内感染対策委員会・外科カンファレンス等で再検討された上、最終判定となる。

2. 報告方法

(1) CLA-BSI・SSI・CAUTI・VAPサーベイランス

- ① 感染発生時は、速やかに判定を行ない報告を行う。
- ② 3回以上/年 定期フィードバックを実施する。
- ③ ICC・ICT・OPEカンファレンス・関係部署に対してフィードバックを実施する。

(2) 多剤耐性菌（それに準じる微生物を含む）・結核・インフルエンザ・血培陽性者サーベイランス

- ① 1回/週 定期フィードバックを行う。
- ② 院内感染対策委員会参加者およびICTメンバーにメールにて連絡する。
- ③ ICC・ICT会議内でも報告を行う。

(3) 消毒薬・指定抗菌薬サーベイランス

- ① 1回/月 定期フィードバックを行う。
- ② ICC・ICT会議内でも報告を行う。

VI. 指針の閲覧に関する基本方針

当院では、情報共有のため患者およびその家族等から本指針の開示を求められた際は、これに応じるものとずる。

1. 閲覧の手続き

- (1) 院内感染対策委員長に連絡し許可を得る。感染対策委員長が不在の際は、その役割をICT委員長が代行する。
- (2) 院外への持ち出し（貸し出し）は、禁止する。
- (3) 複写を行う場合は、理由を含む記録を残す。

【引用・参考文献】

- 1) 柴田清・沼口史衣/感染管理のすすめ方 ナースが担う実務のすべて/メヂカルフレンド社/2005年
- 2) ICPテキスト編集委員会/ICPテキスト 感染管理実践者のために/メディカ出版/2006年2月
- 3) 日本医師会ホームページ/院内感染対策指針のモデルについて.

<http://www.med.or.jp/anzen/manual/kansenshishin.pdf>

- 4) 矢野邦夫/県西部浜松医療センター感染対策総合マニュアル/メディカ出版/2010年

マニュアル作成者	追谷美穂(感染管理認定看護師)
マニュアル確認者	山下武志(病院長)
発行日	2004年4月
改定	2005年4月 2007年4月 2010年4月 2011年7月