

# 第1章

## 院内感染対策 指針

### I. 院内感染対策に関する基本的な考え方

#### 1. 基本理念

公益財団法人心臓血管研究所附属病院（以下「当院」とする）は、臨床に立脚・直結する研究を行って循環器医療を発展させていく目的を持つ研究所と、臨床における実践を通じ患者の生命を守り QOL（クオリティーオブライフ）を高め、循環器専門病院として先進医療を安全に提供することを使命とする病院である。

医療関連感染の発生を未然に防止するとともに、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その原因を特定し、これを制圧、終息させることが重要である。院内感染防止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、本指針を作成する。

#### 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内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・組織に関する基本指針

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および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. 院内感染対策委員会 infection control committee (ICC)

病院長を議長とし、関係各部門責任者および感染管理専従者を構成員として組織する院内感染対策委員会を設け、毎月1回定期的に会議を行い、次に掲げる審議事項を審議する。また、緊急時は、臨時会議を開催する。

#### (1) 院内感染対策委員会審議事項

- ① 院内感染対策の検討及び推進
- ② 院内感染防止の対応及び原因究明
- ③ 院内感染および対策に関わる情報収集及び分析
- ④ 院内感染防止等に関する職員の教育・研修
- ⑤ その他院内感染対策に関する事項

#### (2) 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 感染症およびその対策上の問題に関する検討および推進
- ③ 感染発生時の情報収集・分析・対応・原因究明および再発防止策の検討
- ④ 年間感染対策プログラムの検討
- ⑤ ストラテジー（計画・戦略）に対する助言と確認
- ⑥ 職員の教育・研修（ICTが作成する研修計画の承認・決定・助言）
- ⑦ 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

#### (3) 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 院内感染対策委員長（医師）
- ③ 感染管理担当看護師（専従）
- ④ 各診療科部長
- ⑤ 看護部長
- ⑥ 各看護師長（外来・ICU・手術室・3F・4F）
- ⑦ 臨床検査室長
- ⑧ 薬剤管理室長
- ⑨ 放射線技術室長
- ⑩ 栄養管理室長
- ⑪ ME室室長
- ⑫ 総務部長
- ⑬ リハビリテーション室長

- 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。

#### (4) 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。

#### (5) 委員会の開催と議事録

##### ① 委員会の開催

毎月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。必要時は、口頭伝達も行なう。  
また、議事録の内容について承認をいただいた場合は、押印または署名を頂戴する。
- ・ 委員会の議事録は、会議後10日以内に『Group Session』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、個人情報への保護に努める。

## 2. 感染制御チーム infection control team (ICT)

院内感染等の発生防止及び対策等に関して、迅速かつ機動的に活動することを目的として、インフェクションコントロールチーム(以下、ICT)を置く。ICTは医師、看護師、臨床検査技師、放射線技師、薬剤師、栄養士、事務職員等で構成される。

### (1) 役割・業務

#### ① 定例会議の実施（原則毎月1回）

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 病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病院長に答申する。
- ⑤ 各診療科同様、病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病院長に報告する義務を有する。
- ⑥ 重要な検討事項や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病院長へ報告する。
- 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  
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と制圧等を目的とし実施する。
  - ・ 感染管理担当者によるラウンドを週3回以上実施する。
  - ・ メンバーによる相互ラウンドを2か月に1回以上定期的に実施する。
  - ・ 清掃責任者およびファシリティ担当者とは毎月定期的にラウンドを実施する。
- ⑩ 現場への介入（教育的介入、設備備品的介入）
- ⑪ 院内感染対策マニュアルの作成、改定

## 第1章 院内感染対策 指針

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、改定の必要があると判断された場合は適宜改定を実施する。

改定にあたっては、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

情報誌（ICT ニュース）を発行する（1回/1～2か月程度）。

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。

### (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、病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 感染管理担当看護師（専従）

④ 循環器科医師（冠動脈疾患担当1名・不整脈担当1名・心不全担当1名・レジデント1名）

⑤ 外科医師（1名）

⑥ 病棟・ICU・外来・手術室の感染担当看護師（リンクナース）

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 リハビリテーション室室長

⑪ ME 室室長

⑫ 総務部担当者

⑬ 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。

### (5) 議事録

① 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）。

② 委員会の議事録は会議後10日以内に『GroupSession』の『ファイル管理』へ掲載する。

③ 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. 院内感染対策特別部会(COVID-19 対策チームなど)

病院長、看護部長、感染管理担当者、業務本部長、企画総務部部長および循環器内科部長、心臓血管外科部長で構成され院内感染対策上、迅速な対応を求められた場合（①アウトブレイク発生時、②院内感染対策マニュアルに対応が定められていない感染症が発生し迅速な対応が必要となった場合）に召集され、対策が決定される。

### 4. 抗菌薬適正使用支援ワーキンググループ(AST)

感染管理担当者がカルテより毎日(平日)情報収集を行う。(必要時は、患者ラウンドも実施する。)

ASTメンバーでのラウンドは、週1回実施する。

#### (1) 役割・業務

- ① 抗菌薬使用者、血液培養陽性者の早期モニタリングとフィードバック
- ② 広域抗菌薬の de-escalation についてのアドバイス
- ③ 抗菌薬投与前の培養検査実施の有無や培養検査の種類の確認(場合によっては医師への指導を実施)
- ④ バンコマイシンの TDM
- ⑤ 指定抗菌薬(MRSA 治療薬・カルバペネム系薬)の管理
- ⑥ 抗菌薬適正使用マニュアルの作成、改定

#### (2) 構成

- ① 薬剤師(感染防止対策加算カンファレンスのメンバー)
- ② 検査技師(感染防止対策加算カンファレンスのメンバー)
- ③ 看護師(感染管理担当看護師、感染防止対策加算カンファレンスのメンバー)
- ④ 医師(ICTのメンバー)

### 5. 感染管理担当看護師(専従)の役割

当院は専従の感染管理担当看護師を置き、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) 感染管理担当看護師の活動は組織横断的であり、院内全ての部署で活動できる権限を与えられている。

(2) 感染管理担当看護師の主な役割

- 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を病院長や ICC へ報告するとともに、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。

## 第1章 院内感染対策 指針

- 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の作成
  - ・ 1回/2年（4月に改定版発行）マニュアルを改定する。
  - ・ 上記以外でも、改定の必要があると判断された場合は適宜改定を実施する。
  - ・ 改定にあたっては、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) 感染管理担当看護師(専従)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

## III. 当院の感染対策の基本方針

### (1) 手指衛生と標準予防策の徹底

WHO の手指衛生の 5 つのタイミングを基本とする。

感染伝播のリスクが高い処置や場面を理解し、適切な防護具を適切なタイミングで着用する。

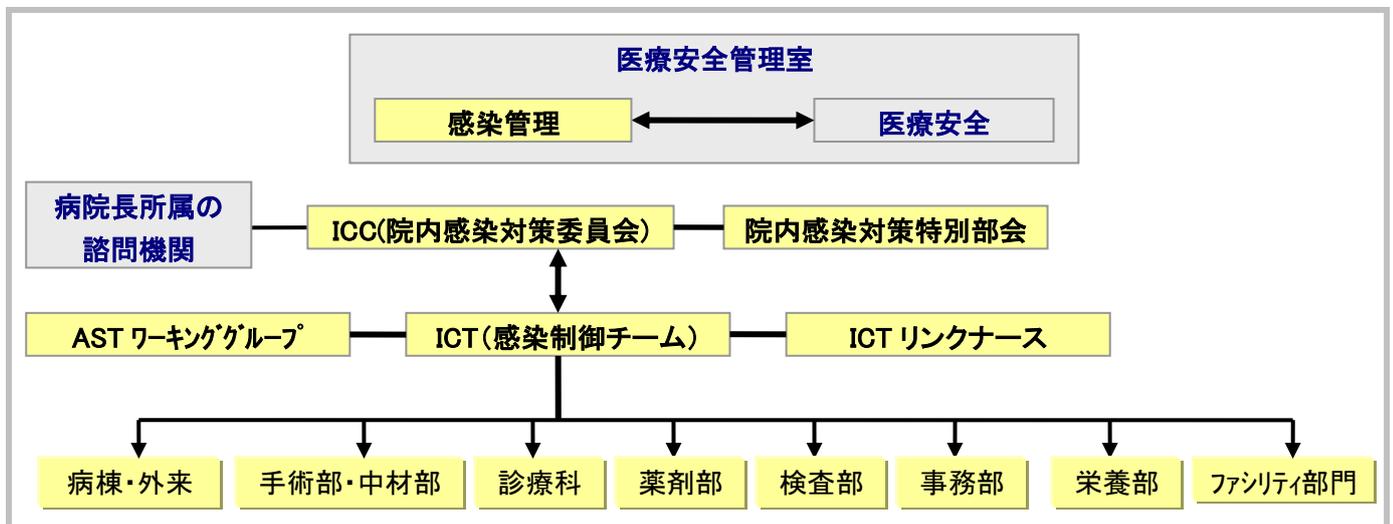
### (2) 環境整備の徹底

療養環境からの感染伝播が問題であり、日常清掃だけでなく退院時清掃も徹底する。

### (3) 抗菌薬の適正使用

薬剤耐性菌対策のため抗菌薬の適正使用を実践する。

### 【院内感染対策機構図】



## IV. 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：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・業感染対策について実技を交えた研修を行なう。
- (2) 院内感染に関する研修  
全職員対象の研修を2回/年程度 計画・実施する（集合研修の場合は、全員参加できるよう同内容の研修を3回実施）。また、告知は1ヶ月以上前に行う。  
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/年程度）  
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  
設備・清掃スタッフに対しては、2回/年程度 計画・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

研修に参加できなかった職員については以下のいずれかの方法で周知を図る。

- (1) 研修資料の配布または『Group Session』の『ファイル管理』内の研修スライド<sup>※</sup>の閲覧の上、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）
- (3) ICT ニュースで周知する

# V. 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活かす。（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（2023年3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 手術部位関連感染(SSI)サーベイランス  
開胸・開腹・ステントグラフト手術を対象に実施  
JANIS(SSSI部門)/JHAISのSSIサーベイランスに参加(2015年から)  
対象手術手技：AAA・AAE・CARD・CBGB・CBGC・TAA・TAE
- ② 多剤耐性菌サーベイランス（MRSA・MDRP・VREなどが対象）
- ③ 指定抗菌薬（抗MRSA薬・カルバペネム系薬）サーベイランス
- ④ 手指消毒薬使用状況サーベイランス
- ⑤ 細菌検査の分離頻度及び抗菌薬感受性  
JANIS(検査部門)に参加(2015年から)

## 第1章 院内感染対策 指針

### (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担当看護師・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 インフルエンザ迅速検査
- ④ 血液培養陽性時
- ⑤ 新型コロナウイルス PCR 陽性および抗原定性検査
- ⑥ 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。

\*全数報告感染症名一覧と報告書は

『Group Session』→ファイル管理→感染対策(行政関連)に掲載

### 2. 発生時の対応方法

『第2章 感染者の把握と対応』を参照。

## VI. 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 感染者の把握と対応』を参照する。

### 1. 判定

CLABSI・SSI・CAUTI の第一次判定は、NHSN の基準に従い感染管理担当看護師が行う。感染管理担当看護師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で最終判定となる。

### 2. 報告方法

#### (1) CLABSI・SSI・CAUTI 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する。
- 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(感染者レポート)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) 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 会議内で報告を行う。

#### (4) 手指消毒薬使用状況サーベイランス

- ① 1回/3ヶ月 定期フィードバックを行う。
- ② ICC・ICT 会議内で報告を行う。

## VII. 感染制御における地域連携

地域の問題としての感染症の予防策においては、地域の連携可能な医療機関同士でネットワークを構築し、医療関連感染の発生時に行政機関を含め、各医療機関が適切に対応できるように相互に支援する体制を維持できることが、社会の要請となってきた。

### 1. 感染防止対策加算連携

当院は「感染防止対策加算2」を取得している。「感染防止対策加算1」を取得している東京済生会中央病院と4回/年で会議を持っている。

当院の出席者：院内感染対策委員長(医師)、薬剤管理室長(薬剤師)、臨床検査技師、  
医療安全管理室次長、感染管理担当者(看護師)

### 2. みなと感染制御協議会(2022年10月発足)

「東京都新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関(感染対策向上加算1に該当)」である区内の6病院(虎の門病院、東京慈恵会医科大学附属病院、北里大学北里研究所病院、東京都済生会中央病院、JCHO 東京高輪病院、国際医療福祉大学三田病院)が中心となり、港区医師会や港区とも連携しながら、区内の12の入院医療機関、約60の診療所で連携体制を組み、年4回以上の合同カンファレンスや医療訓練などを実施する。災害や新興感染症アウトブレイクなどの有事の際に、港区内の医療施設で連携できる体制を整備する。

当院の出席者：感染管理担当者(看護師)、総務課感染対策担当者

## VIII. 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す。

### 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委員長又はICT副委員長が代行する。
- (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。

[改訂履歴]

初版：2004年4月

改訂：2005年4月、2007年4月、2010年4月、2011年7月、2013年7月、2016年11月、2021年3月

改訂・発行日	改訂者	改訂内容
2023年3月	追谷美穂 上嶋病院長	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内感染対策委員会欠席者は議事録に署名 or 押印する(追加)</li> <li>・ICT相互ラウンドについて記載</li> <li>・実施サーベイランスをSSIのみに変更</li> <li>・AST活動内容の追加(医師によるアドバイスの実施)</li> <li>・「港区感染症ネットワーク会議」が「みなと感染制御協議会」に変更</li> </ul>