勤医協中央病院　医療関連感染対策　指針

2007年8月作成、2009年4月改訂、2010年4月改訂、9月改訂、2011年11月改訂、2013年10月改訂
2014年6月改訂、2015年6月改訂、2018年4月改訂、2022年6月改訂、2023年10月改訂

Ⅰ．総則

1-1. 基本理念

1-1-1. 院内における病原体の感染を積極的に防止し、患者様の安全および職員の健康を守る。
1-1-2. 医師を中心とした民主的なチーム医療としての組織的運営を追及し、全職員をあげての取り組みとする。

1-2. 組織および体制

医療関連感染防止を推進するために、本指針に基づき以下の役職および組織を設置する。

① 感染制御部門
② ＩＣＴ（感染対策チーム）
③ ＡＳＴ（抗菌薬適正使用支援チーム）
④ ＩＣＣ（院内感染防止対策委員会）
⑤ 感染対策リンクスタッフ;リンクドクター（診療部門）・リンクナース（看護部門）・リンクパーソン（技術部門、事務部門）

Ⅱ．感染制御部門

2-1. 感染制御部門の設置

2-1-1. 感染対策推進および円滑運営のために、感染制御部門を設置する。

2-2. 感染制御部門の構成

2-2-1. 感染管理認定看護師(CNIC)、および薬剤師を専従で配置する。
2-2-2. 感染制御医師(ICD)または感染症専門医、3年以上病院勤務経験がある臨床検査技師を専任で配置する。

2-3. 感染制御部門の任務

2-3-1. 病院管理部より感染制御に関する権限を委譲されると共に、その責任を持つ。
2-3-2. 感染制御部門は、感染対策として職員の健康管理、教育、感染対策相談、発生動向監視、対策実施の適正化、及び介入等を行う。

Ⅲ．ＩＣＴ（感染対策チーム）

3-1. ＩＣＴの設置

3-1-1. 週に1回の定例会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。

3-2. ＩＣＴの構成

3-2-1. 医療関連感染管理者として、感染制御部門の構成に加え、ICD(感染制御医師)、ICN(感染管理認定看護師)、ICS(感染制御スタッフ)、ICP(感染管理実践者)、その他の適格者、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。
3-2-2. 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務員など、20名前後で構成する。

3-3. ＩＣＴの任務

3-3-1. 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様への対応等を、院長へ報告する。
3-3-2. 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。
3-3-3. 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。
3-3-4. 医療関連感染対策マニュアルの作成および更新を行う。
3-3-5. 週1回程度の定期院内ラウンドを実施する。緊急時は必要に応じて臨時ラウンドを実施する。
3-3-6. 発生した医療関連感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクか、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、または日本環境感染学会認定教育病院担当者に相談する。

Ⅳ．ＡＳＴ（抗菌薬適正使用支援チーム）

4-1. ASTの設置

4-1-1. 感染制御部門のもとに、抗菌薬の適正使用を支援する抗菌薬適正使用支援チーム(以下「AST」という)を設置する。

4-2. ASTの構成

4-2-1. 感染症診療・感染制御の経験を有する医師や薬剤師を中心に、臨床検査技師や看護師を含むメンバーで構

成する。

4-2-2. メンバーは感染対策チーム(ICT)との兼任を妨げない。

4-2-3. メンバーは職能団体、学会等が認定する感染症診療・感染制御に関する資格を取得することが望ましい。

4-3. ASTの任務

4-3-1. 抗菌薬使用の適正化のために、モニタリング対象を設定の上、抗菌薬の種類や用法・用量(PK/PD、TDM)、治療期間が適切かモニタリングし、必要時、抗菌薬ラウンドや主治医へのアドバイス、フィードバックを行う。

4-3-2. 起因菌を特定するために、適切な患者検体の採取方法と培養検査の提出を推進し、また、微生物検査・臨床検査が適切に利用可能な体制を整備する。

4-3-3. 抗菌薬の使用状況、耐性菌発生状況等を把握し、感染対策委員会等で適宜報告をする。

4-3-4. 最新の情報を職員へ提供するとともに、職員研修等による教育・啓発を行う。

4-3-5. 医療関連感染対策マニュアル「抗菌薬の適正使用」の項とアンチバイオグラムの見直しを行い、その活用法について啓発する。

4-3-6. 抗菌薬の使用量や感受性率(アンチバイオグラム)の調査を積極的に行い、抗菌薬暴露による耐性菌出現の抑止(選択圧の低減)に努める。

4-3-7. 使用可能な抗菌薬の種類、用法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使用中止や採用削除を提案する。

4-3-8. 他の医療施設等からの抗菌薬適正使用推進に関する相談等へ対応する。

4-3-9. その他、抗菌薬適正使用支援のために必要な業務を行う。

Ⅴ. ＩＣＣ（院内感染防止対策委員会）

5-1. ＩＣＣ（院内感染防止対策委員会）の設置

5-1-1. 医療関連感染防止対策に関する院長の諮問委員会として設置する。

5-1-2. 検討した諮問事項は管理部会議などでの検討を経て、日常業務化される。

5-1-3. 一ヶ月に1回の定例会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。

5-2. ＩＣＣ委員の構成

5-2-1. 委員長は病院長とする。

5-2-2. 委員会は次の委員で構成され、病院長が委嘱する。

看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、栄養科の責任者、中央材料滅菌室の責任者、感染対策に関して相当の経験を有する医師等の職員。

5-3. ＩＣＣの任務

5-3-1. ICTの立案に基づき、討議・検討・決定する。

5-3-2. 病院内の感染に関する実態把握をし、日常業務化された改善策について、必要に応じて見直しをする。

Ⅵ. 従業者に対する研修

6-1. 就業時の初期研修

ICTあるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。4月入職者は新入職員オリエンテーションにて、研修する。転入者、中途採用者には、リンクスタッフ(医師には医局事務)が資料「感染対策資料」を配布し、資料読了を確認することで研修とする。

6-2. 継続的研修

6-2-1. 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。

6-2-2. 施設外研修を、適宜施設内研修に代えることも可とする。

6-3. 記録保存

6-3.1 これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績を、記録保存する。

Ⅶ. 感染症の発生状況の報告その他に基づいた改善方策

7-1. サーベイランス

7-1-1.中心静脈ライン関連血流感染(CLABSI)、手術部位感染(SSI)などの日常的に発生する感染症を把握するシステムとして、サーベイランスを実施する。

7-1-2. 上記サーベイランスにおける診断基準はNHSNまたはJANISの方法に準拠する。

7-1-3. 上記サーベイランスの他に、CDI、ノロウイルス、インフルエンザの発生状況を把握するためのサーベイランスを実施する。

7-1-4. ICTは耐性菌検出を関係者(主治医、師長など)へ周知し、感染の拡大防止を図る。

7-2. 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。

7-2-1. ICTは施設内の微生物の分離率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、感染に関わる情報処理を適切に行う。

7-2-2. 各部署長は、職場内の異常発生を察知した場合、ICT(感染制御室内)へ報告する。

7-2-3. 細菌検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤感受性パターンの解析を行って、疫学情報を日常的にICTおよび臨床側へフィードバックする。

7-2-4. 細菌検査を一部外注しているため、ICTおよび細菌検査室では、外注業者と緊密な連絡を維持する。

7-2-5. 医師は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。

7-3. 手指衛生

手指衛生は、感染制御策の基本である。WHOの手指衛生ガイドラインによる手指衛生の重要性を認識し、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。

7-4. 微生物汚染経路遮断

院内においては、もっとも有効な微生物汚染経路遮断策として、CDC(米国疾病管理予防センター)のスタンダード・プリコーション(標準予防策)および感染経路別予防策(空気予防策、飛沫予防策、接触予防策)を実施する。

7-5. 環境清浄化

6-5-1. 患者環境は、質の良い清掃の維持に配慮する。

6-5-2. 清掃業務を委託している業者に対して、感染制御に関連する重要な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを確認する。

7-6. 防御環境

各種の感染防御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様は個室収容、または、集団隔離収容する。

7-7. 消毒薬適正使用

塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。

7-8. 抗菌薬適正使用

7-8-1. 抗菌薬の濫用を避けるため、重要な抗菌薬の使用を許可制または届け出制にする。

7-8-2. AST は院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、臨床側へフィードバックする。

7-9. 予防接種

7-9-1. ワクチン接種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おこなう。

7-9-2.医療従事者に接種率を高める工夫をする。

7-10. 職業感染予防

7-10-1. 職員が医療関連感染しないために、安全装置付き器材や PPE(個人用防御具)を適所に配備する。

7-10-2. 針刺しなど職員が負傷した場合は、感染・発症を最小限にするために、受診などのシステムを確立する。

7-11. 第三者評価

7-11-1. 札幌市保健所の立入検査より感染制御策の質の評価を受け、審査結果を改善につなげる。

7-11-2. 日本医療機能評価機構より感染制御策の質の評価を受け、審査結果を改善につなげる。

7-11-3. 地域ネットワークによる地域連携ラウンドで感染制御策の質の評価を受け、ラウンド結果を改善につなげる。

7-12. 新興感染症・再興感染症

7-12-1. 新興感染症や再興感染症が発生した際に医療関連感染を防ぐ

7-12-2. 札幌市における当院の役割を発揮するために診療を継続するとともに都道府県の要請を受け感染症患者を受け入れる体制を有する。

Ⅷ. 当該指針の閲覧について

当該指針は当院ホームページ上に公開する。来院者には、必要に応じて感染管理専従者が説明する。

Ⅸ. 当該指針の改定とその周知徹底について

当該指針はICC(院内感染防止対策委員会)の議論を経て改定する。改定した場合は職員へ周知徹底する。

Ⅹ. マスコミ等の対応について

9-1. アウトブレイクあるいは異常発生時、マスコミなどへ公表が必要な場合は、その対応を次長室が担う。

9-2. 医療関連感染に関して、マスコミ等からの問い合わせがある場合は、その対応を次長室が担う。