

# 茨城県立中央病院 病院感染対策のための指針

## 1 総則

### 1 - 1.基本理念

われわれ医療従事者は、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、収束を図ることは医療機関の義務である。茨城県立中央病院（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行う。

### 1 - 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、以下の2つを指す。

- (1) 入院後 48 時間以降に発症した感染症（入院時既に感染のあったものは除外）
- (2) 入院中に感染し、退院後に発症した感染症

#### 2) 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、入院患者、外来患者の別を問わず、見舞い人、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等を含む。

### 1 - 3.本指針について

#### 1) 策定と変更

本指針は、当院の感染対策委員会の議を経て策定したものである。また、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) 感染制御チーム（Infection control team:以下 ICT）は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう、また、自覚を持ってケアにあたるよう誘導する。
- (2) ICT は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう動機づけをする。
- (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) 定期的に各種の感染対策の遵守状況につき監査するとともに、現状を調査してその結果をフィードバックする。

#### 3) 本指針の閲覧

本指針は、病院内に掲示するとともに、病院のホームページに掲載する。また、患者またはその家族からの閲覧の求めに応じる。

## 2 病院感染対策のための委員会その他の組織に関する基本的事項

### 2 - 1.感染対策委員会 (Infection control committee : 以下 ICC)

病院長のもと、関係部門の代表等を構成員として感染対策委員会 (以下、委員会) を設置する。

- 1) 委員会は、病院長から院内感染対策の実施に関する権限を委譲されており、病院感染対策が適正に実行されるために設置された中心的機関として位置付けられる。
- 2) 委員会で検討・協議された対策は、管理者等会議の審議・承認を経て起案・決裁されたのち実施するものとする。
- 3) 原則として月 1 回の開催の他、必要時には随時に開催する。
- 4) 運営等についての詳細は、感染対策委員会要項に定める。

### 2 - 2.感染制御チーム (ICT)

委員会が策定した感染対策を実施する実働機関を組織し、組織横断的に活動する。

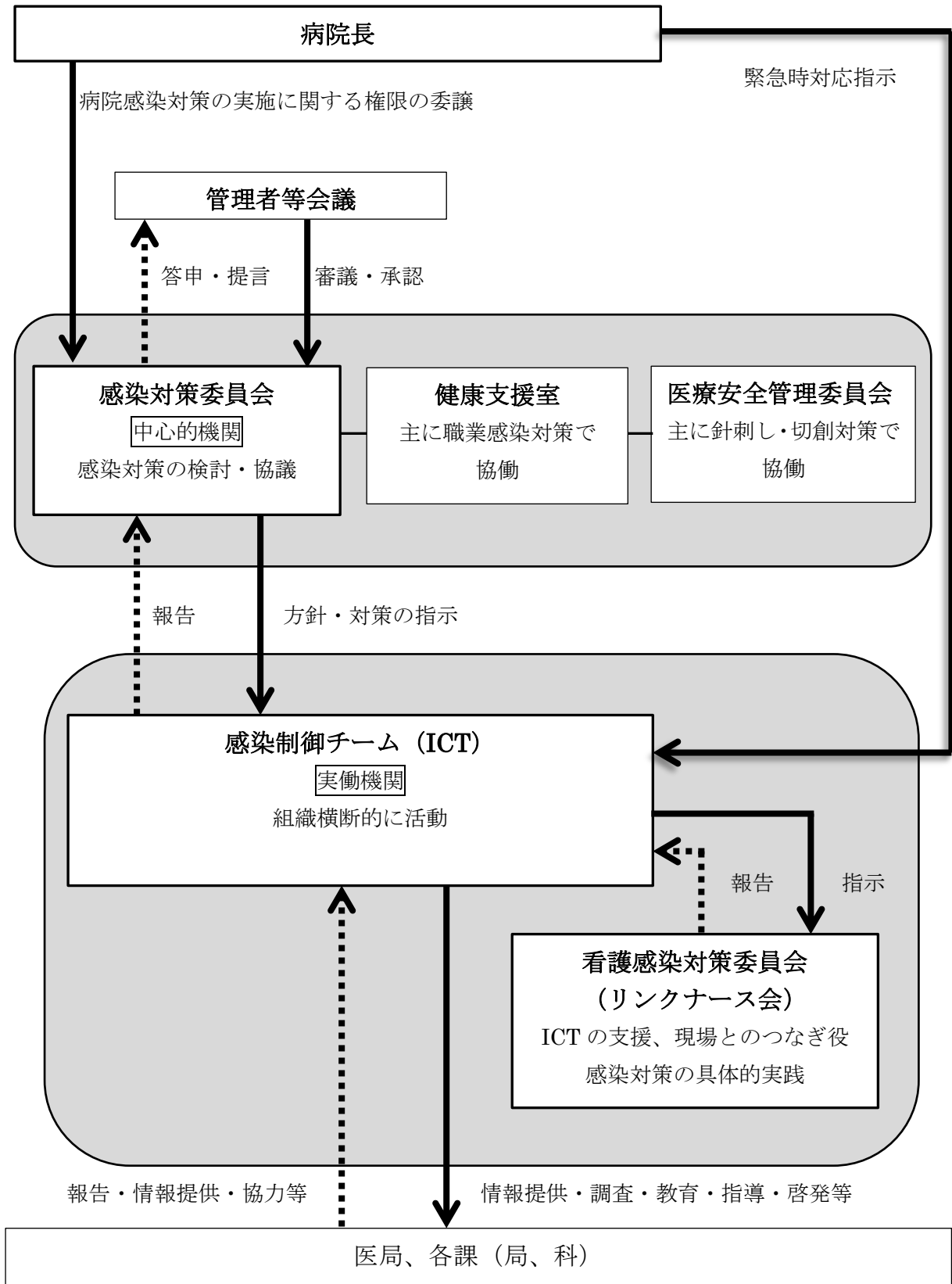
- 1) 構成員
  - ① 感染制御医師 (ICD) : 感染症対策に 3 年以上の経験を有する常勤医師。1 名は専任とし院内感染管理者とする。
  - ② 感染管理看護師 (ICN) : 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した看護師。1 名は専従とする。
  - ③ 3 年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
  - ④ 3 年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師上記①～④をコアメンバーとし、その他、看護局、総務課等からメンバー選出し構成する。
- 2) 週 1 回ミーティングを開催し、緊急時には臨時の会議を開催する。
- 3) 感染防止に係る日常業務として、本指針 3～6 の業務、推進活動を行う。
- 4) 専従の ICN は、感染制御室に配置され、
  - ① 委員会事務局として委員会や ICT 会議等の準備・企画・運営・議事録作成・保管を行う。
  - ② 感染症発生報告窓口として、各部署の感染発生の把握、調査、保健所等との対応を行う。
  - ③ 各部署の定期巡回を実施し、感染対策状況を確認及び相談を受けるとともに、ICT ラウンド・マニュアル作成等のための基礎資料を作成する。
  - ④ ICT メンバー及びリンクナースの教育・啓発に努め、役割意識の向上を促す。

### 2 - 3.看護感染対策委員会 (リンクナース会)

ICT との現場でのつなぎ役として、リンクナースを各部署に置き、委員会や ICT で決定した対策を具体的実践につなげる。リンクナースの役割を以下に示す。

- 1) 自分の職場における感染対策上の問題点を抽出する。
- 2) 病棟・外来で情報収集を行い、ICT への報告・連絡・相談を行う。
- 3) 病棟・外来における役割モデルとして、感染対策を実施する。
- 4) 感染防止の知識の習得に努める。
- 5) ICT からの指導内容や情報を自分の職場に伝達し、教育指導を行う。

＜病院感染対策の実施に関する組織構成図＞



\* 議案等については、管理者等会議で審議・承認後、起案・決裁をうける。

### 3 病院感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針

病院感染対策の基本的考え方や具体的方策について病院職員に周知し、感染対策の知識向上を図るために研修会を実施する。

- 1) 入職時研修は、ICT またはリンクナースなど十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
- 2) 医療法に基づき、全職員、全職種を対象とした病院感染研修会を年2回開催する。
- 3) 職種に応じ、各部署における病院感染対策に関する研修会の実施または勉強会を支援する。
- 4) 病院ボランティアおよび委託業者に対して病院感染対策研修会を年2回程度開催する。
- 5) ICT ニュースを定期（年4回程度）、不定期に発行する。
- 6) 研修の実施内容（開催もしくは受講日時、出席者、研修項目）について記録する。

### 4 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

#### 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、サーベイランスを実施し、その結果を現場にフィードバックし感染対策に生かす。緊急時は、サイボウズその他にて注意喚起を呼びかけるなどにより全職員への周知を図る。

##### 1) 耐性菌サーベイランス

- ・ 細菌検査室に提出された臨床材料から検出された微生物の同定、分離頻度、薬剤感受性成績について、通常週1回電子カルテ上で感染情報レポートとして病院職員に周知し、月1回感染対策委員会にて報告する。
- ・ 当院のアンチバイオグラムについて年1回職員に報告する。
- ・ 耐性菌など重要な菌種が同定された場合は、速やかに、現場確認や感染対策の指導を行う。

##### 2) 手術部位感染（SSI）サーベイランス

JANIS（厚生労働省院内感染サーベイランスシステム）に参加し、消化器外科等対象の手術手技において手術部位感染サーベイランスを展開し、半年に1回データ報告する。

##### 3) ICU サーベイランス

JHAIS（日本環境感染学会の医療器具関連感染サーベイランスシステム）に参加し、当院ICUにおいてカテーテル関連血流感染、人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連尿路感染のサーベイランスを展開し、結果を3か月に1回データ報告する。

##### 4) 症候サーベイランス

インフルエンザや感染性胃腸炎のアウトブレイクを未然に防ぐため、発熱、下痢・嘔吐を発症した入院患者及び職員について所属部署長から報告を受け、発生動向を把握する。

#### 4-2.感染症発生動向調査（基幹定点報告）・感染症法に基づく届け出

- 1) 当院は、基幹定点、インフルエンザ定点、インフルエンザ入院定点、病原体定点の届出医療機関であり、保健所へ週1回（病原体は月1回）報告を行う。
- 2) 感染症法に基づく報告の必要な感染症は、主治医が報告書を作成し保健所へ提出する。

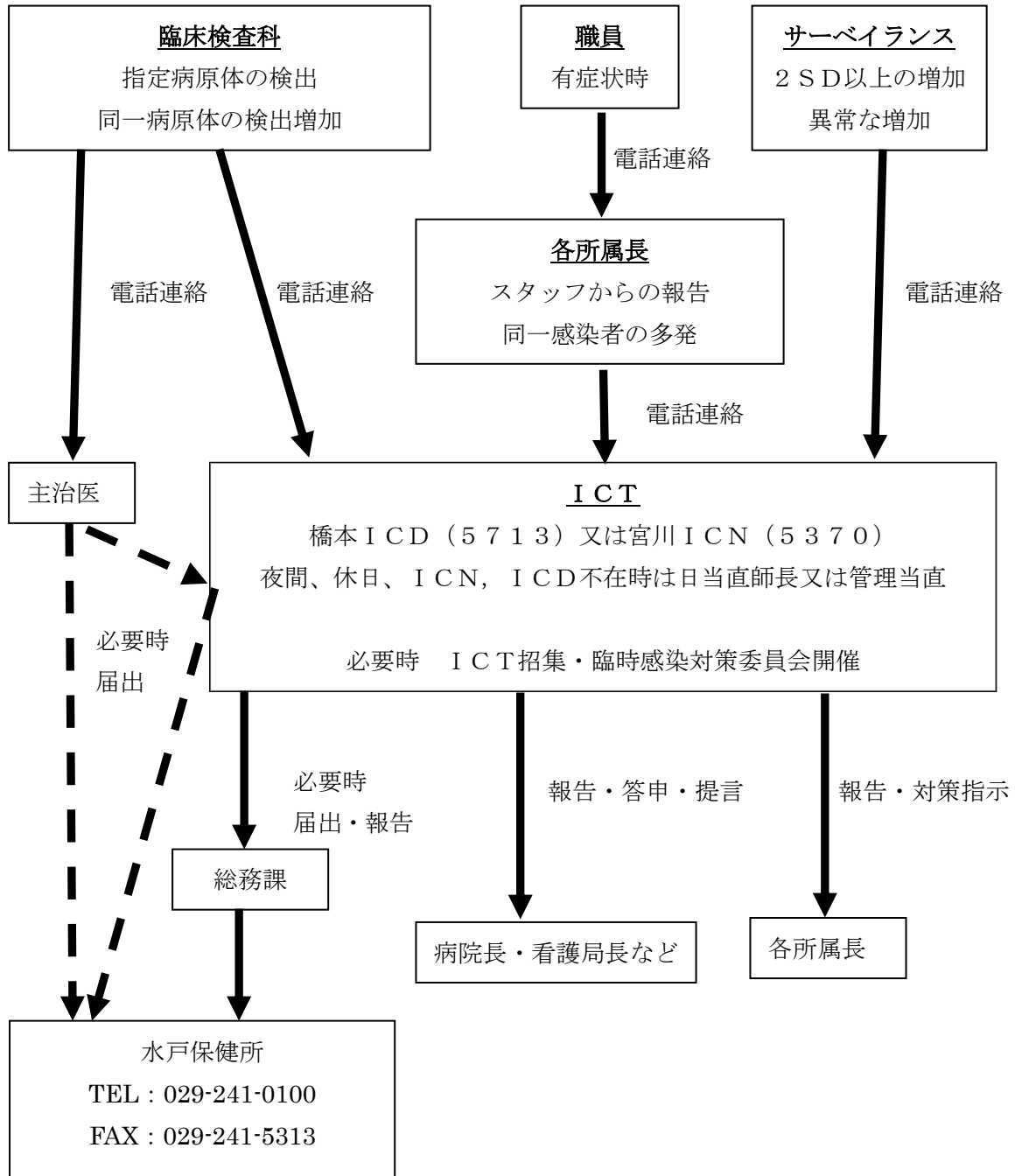
## 5 病院感染発生時の対応に関する基本方針

- 1) 施設内の各領域別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できるよう、通常発生数（ベースライン）を把握し、感染に関わる情報管理を適切に行う。
- 2) アウトブレイク調査開始の基準
  - ① 特定の感染症の発生数、発生率が1年間の平均の2SDを越えた場合
  - ② 特定の病棟、科など疫学的に関連のある単位で感染症の発生が増加した場合
  - ③ 通常見られない病原体による感染症が発生した場合  
Ex.多剤耐性菌：1例目の発生から4週間以内に3件以上の感染症発生
  - ④ 感染力の強い病原体による感染症が発生した場合  
Ex.インフルエンザ、ノロウイルスなど1週間に10名以上の発生（保健所報告）
- 3) アウトブレイクもしくはそのおそれのある病原体が検出された時は、細菌検査室より直ちにICTに連絡する。
- 4) ICTは、速やかに状況を把握し、患者への対応等を病院長、感染対策委員会および関連部署に報告する。状況により、感染対策委員会を臨時開催し、速やかに発生の原因を究明して改善策を立案し、対応策を実施するために全職員への周知徹底を図る。
- 5) 必要に応じて保健所等関連機関と連絡をとる。また、外部機関に適切な助言を求める。
- 6) アウトブレイクに対する改善策の実施結果は、感染対策委員会に報告され、取りまとめられた後、職員へ周知する。

# 院内感染報告フローチャート

2015年4月1日改訂

感染対策委員会



## 6 その他の当該病院等における病院感染対策の推進のために必要な基本方針

### 6 - 1.感染対策マニュアルの編纂

院内感染対策の推進のため、病院感染対策マニュアルを編纂し、病院職員への周知徹底を図る。  
また、最新の知見を取り入れ定期的に改訂する。

### 6 - 2.職業感染対策

#### 1) ワクチンプログラムの推進

- ・ ワクチン接種によって感染予防できる疾患（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。
- ・ ボランティアや研修・実習生、委託業者等に対しても推奨し支援する。
- ・ 患者と接する業務に従事する職員は、上記疾患についてワクチン2回接種もしくは免疫獲得（抗体陽性）を確認する。職員のワクチン歴、抗体価結果は、健康支援室で保管・管理する。

#### 2) 針刺し防止対策

- ・ 針刺し防止のため、リキャップを禁止する。
- ・ 採血用容器その他を手に持ったまま、血液などの入った針付注射器を操作しない。
- ・ 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- ・ 使用済み注射器（針付のまま）その他、鋭利な器具専用の耐貫通性廃棄容器を用意する。
- ・ 安全機能付き器材の導入を推進する。

#### 3) 結核対策

- ・ 職員は、定期健康診断として、1回/年の胸部X線検査を必ず受ける。
- ・ 結核の発生があった場合、患者の隔離などについて速やかに対応し、保健所と連携し接触者検診の実施を行い、二次発症の早期発見と予防に努める。
- ・ ハイリスク部署・職種の職員を対象に、年1回QFT（Tspot）検査を実施する。
- ・ ハイリスク部署・職種は年1回、他は入職時など最低1回、N95マスクの定性フィットテストを受ける。

### 6 - 3.手指衛生

- ・ 手指衛生は感染制御の基本である。
- ・ 手指衛生の重要性を認識し、遵守率を高めるような教育・介入を行う。
- ・ 手洗いあるいは手指消毒のための設備を整備し、患者ケア前後には必ず手指衛生を遵守する。
- ・ 手指衛生の基本は、擦式アルコール製剤による擦式消毒、もしくは石けんと流水による手洗いである。
- ・ 眼に見える汚れがある場合には、石けんと流水による手洗いを行う。
- ・ 手指衛生遵守率向上を図るため、現場は、擦式アルコール製剤使用開始時、開封日および使用期限日（6ヶ月後）を記入する。ICTは、定期的に擦式アルコール製剤の使用量を調査し、その結果を現場にフィードバックする。

#### 6 - 4.微生物汚染経路遮断

- ・ 微生物汚染経路遮断として、米国疾病予防管理センター（CDC）ガイドラインの標準予防策及び感染経路別予防策を実施する。
- ・ 血液・体液・分泌物・排泄物・あるいは汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には、ディスポ手袋、ガウン、エプロン、マスクなどの個人防護具を適切に配備し、その使用方法を正しく認識、遵守する。
- ・ 呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫汚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。

#### 6 - 5.院内環境の整備（ファシリティ・マネジメント）

- ・ 患者環境は、常に清潔に維持する。
- ・ 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。
- ・ 流しなどの水場の排水口及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。
- ・ 床に近い棚（床から 30 cm以内）に、清潔な器材を保管しない。
- ・ 薬剤/診療材料の適正在庫に努め、長期保存を避ける工夫をする。
- ・ 手指高頻度接触部位は、1日1回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- ・ 床などの水平面は定期清掃を行い、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。
- ・ 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。
- ・ ICT は、担当事務との連携を図り、院内の清掃の徹底を図り、感染制御に関連する重要な基本知識等の教育、訓練を行う。
- ・ ICT は、院内での改修工事の際は施設課と連絡を取り合い、可能な限りの感染対策を講じる。
- ・ ICT は、安全でコストを意識した医療廃棄物処理について、担当事務と連携し取り組む。

#### 6 - 6.交差感染防止

- ・ 易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。
- ・ 感染リスクの高い易感染患者を個室隔離する場合は、そこで用いる体温計、血圧計などの用具は、他の患者との共用は避け、専用のものを配備する。
- ・ 各種の個人防護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隔離、または集団隔離して感染の拡大を防止する。

#### 6 - 7.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。
- ・ 生体消毒薬と環境用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。
- ・ 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。



- ・ 塩素系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。
- ・ 高水準消毒薬（グルタラル、過酢酸、フタラルなど）は、環境消毒に用いない。
- ・ 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、清拭消毒により汚染箇所に対して行う。

#### 6 - 8.抗菌薬適正使用

- ・ 抗菌薬は、感染症の初期治療、最適治療、予防で使用する。不適正に使用すると耐性株を生み出すことや、耐性株を選択残存させる危険性があるので、対象微生物、抗菌薬の特性、感染部位を考慮し使用する。
- ・ 使用の際には、分離細菌の薬剤感受性検査結果に基づいた抗菌薬の選択や、施設内の薬剤感受性パターン（アンチバイオグラム）を活用する。
- ・ 抗 MRSA 薬、カルバペネム系抗菌薬については届出制をとる。
- ・ ICT は、週 1 回抗菌薬ラウンドを実施し、広域抗菌薬使用事例をピックアップし、必要に応じてコンサルテーションを実施する。

#### 6 - 9.付加的対策

疾患及び病態に応じて感染経路別予防策（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。

##### 6 - 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。）

- 麻疹
- 水痘（播種性帯状疱疹を含む）
- 結核
- 重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ等のインフルエンザ、ノロウイルス感染症等も、状況によっては空気中を介しての感染の可能性あり

##### 6 - 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。）

- 侵襲性 B 型インフルエンザ菌感染症（髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む）
- 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎、肺炎、敗血症を含む）
- 重症細菌性呼吸器感染症
  - ① ジフテリア
  - ② マイコプラズマ肺炎
  - ③ 百日咳
  - ④ 肺ペスト
  - ⑤ 溶連菌性喉頭炎、肺炎、猩紅熱（乳幼児期における）
- ウイルス性感染症（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（流行性耳下腺炎）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 重症急性呼吸器症候群（SARS）
  - ② 高病原性鳥インフルエンザ
- f. その他

#### 6 - 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、*Clostridium difficile*、*Acinetobacter baumannii*、VRE、MDRP など）
- c. 小児における respiratory syncytial (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. 接触感染性の強い、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感染症（新生児あるいは粘膜皮膚感染）
  - 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 疥癬
  - ⑥ 乳幼児におけるブドウ球菌癬
  - ⑦ 帯状疱疹（播種性あるいは免疫不全患者の）
  - ⑧ 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. 流行性角結膜炎
- 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）

#### 6 - 10.地域連携

- ・ 感染防止対策加算 2 に係る届出を行った医療機関と合同で、年 4 回、定期的に院内感染対策に係るカンファレンスを行い、その内容を記録・保管する。
- ・ 感染防止対策加算 2 に係る届出を行った医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談を受ける。
- ・ 感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保健医療機関と連携し、年 1 回相互にラウンドし感染防止対策に関する評価をしあう。結果を記録し保管する。
- ・ 水戸医療圏もしくは近隣の医療圏の医療機関、保健所および医師会等と連携し、地域における感染対策および他の医療施設における院内感染対策を協力して推進する。

## 6 - 11.コンサルテーション

- ・ 院内外から感染症治療に関する相談を受け、治療体系を確立する。
- ・ 感染対策・予防に関する具体的な対策について相談を受ける。
- ・ 病院内外、国内外における感染症（SARS、鳥インフルエンザ、新型インフルエンザ等）に関する最新の情報を国立感染症研究所感染症情報センター、検疫所等のホームページを活用して適宜に情報の収集に努め必要に応じて病院内に周知する。

## 6 - 12.第三者評価

- ・ 医療関連感染対策の質について、第三者（外部評価：日本医療機能評価、保健所立ち入り監査など）を受ける。

## 6 - 13.患者への情報提供と説明

- 1) 患者本人及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。
  - ・ 疾病の説明とともに、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。
  - ・ 必要に応じて感染率などの情報を公開する。
- 2) 院内正面玄関や各部署入口など見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項や、感染対策への協力依頼、注意喚起について掲示する。

平成 19 年 5 月 9 日 策定

平成 20 年 9 月 3 日 追加

平成 25 年 4 月 26 日追加・改訂

平成 25 年 6 月 28 日追加・改訂

平成 27 年 4 月 1 日追加・改訂