

I 病院感染対策指針の目的

この指針は、病院感染^{*1}の予防、集団感染事例発生時の対応等、茨城県立中央病院における病院感染対策の基本方針を定め、患者、全職員（委託業者含む）及び訪問者を病院感染から防御し、安全で質の高い医療の提供に資することを目的とする。

本指針は、当院の感染対策委員会の議を経て策定し、適宜変更するものである。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。

II 病院感染対策に関する基本的な考え方

茨城県立中央病院は、先進医療を担う自治体病院であることから、伝播リスクの高い感染症患者に対する感染対策を実践するとともに、易感染患者を含むすべての対象者を病院感染対策から防護する責務がある。こうした感染対策に関する基本姿勢を全職員に周知し、病院感染防止対策を全職員が理解及び実践し、本指針に則った安全な医療を患者様に提供するよう取り組む。

III 病院感染対策のための組織に関する基本的事項

当院における病院感染対策を推進することを目的として以下を設置する。なお、それぞれの詳細については別途定める。

1 感染制御室

- (1) 病院長直轄の感染管理の統括部門として設置する。
- (2) 病院長の命を受けた感染制御医師（以下 ICD という）^{*2}が感染制御室長として配属され、病院感染管理責任者の任を担う。
- (3) 専従として感染管理看護師（以下 ICN という）^{*3}、及び事務職員をおく。
- (4) 病院全体の感染対策について組織横断的に管理する。

2 感染対策委員会

- (1) 病院長の諮問に応じて医療関連感染予防対策の策定と推進を目的として設置する。

¹ 病院感染：病院環境下で感染した全ての感染症で、病院内で発症したもの他、病院外で発症したものも含み、患者、医療従事者、訪問者がその対象となる。

² 感染制御医師（ICD）：Infection Control Doctor。感染症や感染制御、病院感染対策を専門に取り扱う医師。ICD 制度協議会が認定する専門資格の名称。

³ 感染管理看護師：ICN（Infection control nurse）。病院における感染管理を担う能力を有する看護師。日本看護協会認定の感染症看護専門看護師（CNSIC）、感染管理認定看護師（CNIC）や、東京医療保険大学大学院の感染制御実践看護学講座受講終了した感染制御実践看護師（PNIPC）がこれに該当する。

- (2) 感染対策に関する情報を把握し、感染制御室の活動に対する助言、援助を行う。
- (3) 感染対策に関連する事項の決裁を行う。
- (4) 委員は病院長が指名する。各部署・部門を代表する職員及び病院感染管理責任者、ICN で構成する。
- (5) 毎月 1 回定期的に会議を開始し、必要に応じて臨時で開催する。

3 感染制御チーム (Infection Control Team 以下 ICT という)

- (1) 病院全体の感染防止対策を適切に実践するため、感染制御室の実働組織として設置し、感染対策推進の中心的な役割を担う。
- (2) それぞれの専門的知識・技術を持った医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務をメンバーとする。
- (3) 週 1 回院内ラウンドを行い、医療関連感染事例を把握するとともに、感染防止対策の実施状況の把握、確認、指導を行う。
- (4) ICT ニュースを定期（年 4 回程度）又は臨時に発行する。また、必要な情報は適宜院内メール等で情報提供する。

4 抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial Stewardship Team 以下 AST という)

- (1) 薬剤耐性 (AMR) 対策^{*4}の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を図るため、感染制御室の実働組織として設置し、抗菌薬適正使用推進の中心的な役割を担う。
- (2) それぞれの専門的知識・技術を持った医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師をメンバーとする。
- (3) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するため特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬など）については、届出制をとる。
- (4) 広域抗菌薬使用事例や血液培養陽性事例などのモニタリングを行い、対象患者を把握し、適切な微生物検査・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、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
- (5) 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット提出など）や、施設内のアンチバイオグラム^{*5}の作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- (6) 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- (7) 院内の抗菌薬適正使用指針を作成し、定期的に見直し及び改訂する。
- (8) 院内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬に

⁴ 薬剤耐性 (AMR) 対策：AMR：Antimicrobial Resistance に起因する感染症による疾病負荷のない世界の実現を目指すため、薬剤耐性の発生をできる限り抑えるとともに、薬剤耐性微生物による感染症の蔓延を防止する対策。2016 年 4 月 5 日、わが国で「AMR 対策アクションプラン」が決定され、6 つの分野に関する目標及び実現のための戦略、具体的取り組みが盛り込まれた。

⁵ アンチバイオグラム：院内で検出された細菌ごとの抗菌薬の感受性率を集積し、そのデータを表したもの。S (感受性) と判定された結果がその菌全体の何%を占めているかを計算する。

ついて院内での使用中止を提案する。

- (9) 抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関するコンサルテーションを受ける。

5 感染対策リンクスタッフ会

- (1) 感染制御室の方針の下で各部門・部署における感染対策の実践モデルとなり感染対策を推進する。
- (2) 病院感染防止に重要な各部門・部署から1名以上をメンバーとする。
- (3) ICTからの指導内容や情報を自分の職場に伝達し、教育活動を行う。
- (4) 自部署の感染対策上の問題点を抽出・情報収集を行い、ICTへの報告・連絡・相談を行う。
- (5) 感染防止の知識及び技術の習得に努める。

IV 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

- (1) 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徹底を図ることを目的に、全職員を対象に年2回以上研修会を実施する。
- (2) 上記研修会に参加できなかった職員に対してのフォローを行い、受講率100%を目指す。
- (3) 職員の入職時（中途含む）に、基本的な感染対策の知識と具体策について研修を行う。
- (4) 必要に応じて、職種別、部門別、委託業者、ボランティア等への学習会を行う。
- (5) 研修の実施内容（受講日時、出席者、研修項目）について記録する。

V 職業感染防止対策に対する基本方針

1 結核対策

- (1) 職員は、健康管理のため、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。
- (2) 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。
- (3) IGRA検査⁶を新規入職者に実施する。また、ハイリスク部署・職種職員⁷には年1回実施する。
- (4) ハイリスク部署・職種は年1回、他は入職時など最低1回以上、N95マスクの着脱訓練を受講し、また、定性フィットテストにより自分にフィットしたN95マスクを選定する。受講履

⁶ IGRA検査：抗原特異的インターフェロン- γ 遊離検査（Interferon-Gamma release assay）。BCG菌や非結核性抗酸菌（一部の菌に例外あり）には無い結核菌特異的タンパクを抗原として血液中の免疫系細胞を刺激し、感染者のT細胞の免疫反応（IFN- γ 産生量もしくは産生細胞の数）を測定する検査。BCG接種等に影響されない。

⁷ ハイリスク部署・職種職員：2019年3月現在の対象は、6西病棟に勤務する職員（医師・看護師・薬剤師・MSW・NST関係者・WOCNs・結核病棟専従清掃業者）、及び臨床工学技術科・救急センター・ICU・放射線技術科・内視鏡室・HCU・救急一般・6東・臨床検査技術科の職員。

歴は感染制御室で記録・保管する。

2 ワクチンプログラム

- (1) 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。
- (2) ボランティアや研修・実習生，委託業者等に対しても同様の対応を求める。
- (3) 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 回接種又は免疫獲得（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。
- (4) 感染症を疑う症状が出現した際は所属部署長に申告し，就業制限や勤務調整を行うなど，感染拡大防止に努める。

3 針刺し・切創，血液・体液曝露防止対策

- (1) 針刺し防止のため，リキャップを禁止する。
- (2) 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。
- (3) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- (4) 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。
- (5) 安全機能付き器材の導入を推進する。
- (6) 個人防護具の使用しやすい環境，教育機会を作るなど，曝露を低減する環境を整える。

VI 感染症の発生状況の監視と報告に関する基本方針

感染制御室は，感染症に係る院内の報告体制を確立し，必要な情報が迅速かつ正確に集約されるよう整備する。また，重要な感染症や耐性菌が同定された場合など，必要に応じてリアルタイムな情報の共有に努める。

- (1) AST は，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感染情報レポート（週報）を発行し，ICT と疫学情報を共有し，感染防止対策に活用する。また，月報を感染対策委員会にて報告し，病院職員に情報提供する。
- (2) AST は，当院のアンチバイオグラムを作成し，年 1 回職員に報告する。
- (3) ICT は，ターゲットサーベイランス（手術部位感染・カテーテル関連血流感染。カテーテル関連尿路感染・人工呼吸器関連肺炎など），感染症サーベイランス（インフルエンザ，消化器症状など），プロセスサーベイランス（手指衛生など）など，現状に応じて必要なサーベイランスを実施し，感染率等を把握する。また，結果を定期的に現場に報告し，感染防止対策に反映させる。
- (4) 職員は，病院感染対策マニュアルに規定した感染症や，インフルエンザや下痢・嘔吐を発症した入院患者及び職員について，所属部署長から感染制御室に報告を行う。
- (5) 感染制御室は，届け出が義務付けられている感染症が発生した時は，速やかに保健所へ届け

出を行う。

- (6) 院外（国内外や県内など）の感染症発生状況について、国立感染症研究所感染症情報センター、検疫所、茨城県感染症情報センターなどのホームページを活用して適宜に最新の情報の収集に努め、必要に応じて病院内に周知する。

VII 病院感染発生時の対応に関する基本方針

1 平時の対応

- (1) 病院感染対策マニュアルに沿って標準予防策、感染経路別予防策を遵守する。
- (2) 感染対策の周知・徹底のため、病室にシグナルカード^{*8}を掲示する。主治医や担当看護師は、感染伝播リスクのある患者・家族に対し、微生物が検出された事実及び蔓延防止に必要な感染対策を説明し同意と協力を得る。
- (3) 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、理解を得た上で協力を求める。

2 異常の早期探知

施設内の各領域別の微生物の分離率及び感染症の発生動向から、医療関連感染のアウトブレイク又は異常発生をいち早く特定する。

【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 アウトブレイク対応

- (1) アウトブレイク又は異常発生時は、ICTは感染制御室長の指示のもと、発生状況の調査により速やかに状況を把握し、結果を病院長へ報告する。
- (2) 感染制御室長はICTを招集し、初期対策を開始する。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。
- (3) 病院感染のアウトブレイクや、重症者・死亡者などが出た場合の保健所報告については病院長が判断する。また、報告が義務付けられている感染症が特定された場合は、感染制御室よ

⁸ 当院では、感染経路別に、標準予防策＝青色（手洗いマーク）、接触予防策＝緑色（手袋のマーク）、飛沫予防策＝黄色（マスクのマーク）、空気予防策＝赤色（N95マスクのマーク）の各カードを該当患者の病室前（オープンベッドの場合カーテン）に掲示する。

り保健所に報告する。

- (4) アウトブレイクに対する感染対策を実施したにも関わらず、継続して当該感染症の発生があり、病院内の感染管理組織のみで制御困難と判断した場合は、速やかに保健所及び連携医療機関や外部の専門家に外部機関に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。
- (5) 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。

VIII 病院感染対策に対する地域連携の取り組み

- (1) 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 回以上の相互評価を実施する。評価基準は「感染防止対策地域連携加算チェック表」に基づいて行う。結果は双方の医療機関で保管する。相互評価は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師が少なくともそれぞれ 1 名以上参加する。
- (2) 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う。このカンファレンスは、各医療機関における薬剤耐性菌等の検出状況、感染症患者の発生状況、院内感染対策の実施状況（擦式アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）、抗菌薬の使用状況等の情報の共有及び意見交換を目的とする。議事録は、双方の医療機関で保管する。カンファレンスには、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師が少なくともそれぞれ 1 名以上参加する。
- (3) 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。
- (4) 当院は、地域医療支援病院として、水戸医療圏や近隣の医療圏の医療機関、保健所及び医師会等と連携し、専門家を擁しない地域の中小病院や診療所、社会福祉施設からの病院感染管理に関する相談や支援要請に応え、感染対策を推進する役割を担う。

XI 患者等に関する指針の閲覧に関する基本方針

- (1) 本指針は、職員だけでなく患者様をはじめ当院に出入りする全ての人々に感染対策への理解と協力を得るため、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など情報開示を行い、積極的な閲覧の推進に努める。
- (2) 患者又はその家族から本指針の閲覧の求めがあった場合はこれに応じる。
- (3) 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、院内正面玄関や各部署入口など見やすい場所に掲示する。

X 病院感染対策の推進のために必要なその他の基本方針

1 病院感染対策マニュアルに関する基本的考え方

- (1) 病院感染対策マニュアルを整備し、全職員はこれに沿ってそれぞれの業務において感染対策に努めなければならない。
- (2) 科学的根拠と医療上の安全性・経済性を考慮しつつ、最新の知見に基づき適切に改訂、追加を行う。
- (3) 標準予防策、感染経路別予防策、病原体別対策、各種処置における感染防止対策、医療廃棄物の取扱い、職業感染対策、消毒剤使用基準、洗浄・消毒・滅菌、アウトブレイク時の対応や感染症発生時の報告・指示体制を明示し、緊急事態に速やかに対応できるようにする。
- (4) 全ての部署に配布するとともに、電子カルテ画面にて全職員が閲覧できるようにする。変更時にはその都度周知し対策の徹底を図る。
- (5) ラウンド等にてマニュアルに沿った感染対策の遵守状況を継続的に把握し、その活用を図る。

2 国内サーベイランス事業への参加及び第三者評価受審

感染対策の質の向上を図るため、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に参加する他、第三者機関（外部評価：日本医療機能評価、保健所立ち入り監査など）による外部評価を受ける。

3 災害時における病院感染対策に関する基本方針

台風、洪水、地震などの自然災害は、二次災害として感染症が発生しアウトブレイクする恐れが高いため、災害時の感染対策を準備しておく必要がある。

当院の災害マニュアルで想定している状況（震度5以上の地震）で想定されることとしては、

- ①建物及び備品の一部破壊・破損に伴うライフラインへの影響（水道・電気など）
- ②病院内にいる人（職員・患者・面会者）の人的被害
- ③病院の役割として病院外で受傷した傷病者の受け入れと治療
- ④治療・診療の継続が必要な患者への対応 などがある。

災害時においても感染管理は破綻することなく遂行されなければならないが、使用できる資源が限られている状況下においては柔軟な判断で対応することが必要となる。

(1) 災害発生直後の対応

- ①被害情報（主にライフライン）の把握と被害状況に応じた対応を行う。

ア. 断水の場合

- ・擦式アルコール製剤使用励行
- ・最低限の手洗いに必要な水の確保
- ・創洗浄や口腔ケア、清拭などに使用する水の確保 など

イ. 停電の場合 予備電力でカバーできるかなどの把握

- ・空調管理（陰圧・陽圧）

- ・滅菌消毒器の運用（通常の滅菌・消毒ができない場合の対応など）
- ウ．ア、イとも起こっている場合、水洗トイレが使用不可となる。デイスポーザブルタイプの便器バッグ製品を用いたり、便器をビニール袋で被覆し、中に吸水シートを敷くなどの対応を行う。
- エ．同様の場合、使用済みリネンの洗浄・消毒ができなくなるため、撥水シートでカバーしたり、交換の間隔を延ばすなどの対応を行う。
- ②入院中感染症患者の感染対策破綻がないか確認する。
 - ア．空気感染予防策を実施中の患者の把握
 - イ．多剤耐性菌検出患者の把握
 - ウ．ア、イの感染防止対策の破綻が疑われる場合は対応を検討する。
- ③（多くの傷病者搬入が予測される場合）个人防护具を確保・調整する。
- ④外傷患者の処置における抗菌薬使用や破傷風対策について、感染制御室長や薬剤部と連携して対応する。
- ⑤環境清掃は、汚染環境や高頻度手指接触面を優先的に、環境清拭クロスやアルコールクロスを用いて汚染を除去し、清潔な環境を確保する。
- (2) 災害発生数日後の対応
 - ①心身の疲労や季節によっては感冒・インフルエンザ・感染性胃腸炎などの発生リスクが高まるため、部署別に毎日又は感染症発生時に報告させ、異常の早期発見を行う。
 - ②ライフラインの復旧に合わせて災害発生直後の対応から通常の対応に戻し、その連絡と周知を徹底する。
 - ③具体的な対応に関して、国内外のガイドラインや手引きを参考に対策を実施していく。

【改訂履歴】

2007 年（平成 19 年） 5 月 9 日策定
2008 年（平成 20 年） 9 月 3 日改訂
2013 年（平成 25 年）4 月 26 日改訂
2013 年（平成 25 年）6 月 28 日改訂
2015 年（平成 27 年） 4 月 1 日改訂
2016 年（平成 28 年）9 月 27 日改訂
2018 年（平成 30 年） 4 月 1 日改訂
2018 年（平成 30 年）9 月 18 日改訂
2019 年（平成 31 年）4 月 1 日改訂

