

院内感染対策指針

第1条 院内感染対策に関する基本的な考え方

基本的な対策として標準予防策(血液などに生体に係る湿成物質は、すべて感染性病原体を含んでいるものとして対応する予防策)を適用し、この標準予防策を常時適用した上で、特定の感染経路がある疾患等に対して「感染経路予防策」を追加提供する。

これ等の基本に院内感染の防止に組織的な対応を行い、感染等発生の際にはその原因の迅速な特定と制圧、終息を図るものとし、全医療従事者がこの指針に即して感染防止に留意し、良質な医療の提供ができるよう定めるものである。

【用語の定義】

1) 院内感染

病院環境下で感染したすべ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、病院内で発症した院内感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外(市井)で感染した感染症は院内感染ではなく、市井感染という。

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も含む。

本指針について

1) 策定と変更

本指針は(院内指針、手順書というべきもの:以下同様)は院内感染対策委員会(ICC)の議を経て策定した者である。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(ICT)は現場職員が自主的に各対策を実践するように自覚を持ってケアに当たるように誘導する。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。
- ② 就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通じて、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。
- ③ 定期的な 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。

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すると共に、擦式消毒薬の使用量を調査してその結果をフィードバックする(容器に使用量が分かるよう、線と日付を記しておくなど)

3) 本指針の閲覧

職員は患者との情報の共有に努め、患者及びその家族等から本指針の閲覧の求めがあつた場合には、これに応じるものとする。なお、本指針の照会には ICT が対応する。

第2条 院内感染対策委員会の設置

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、すべての職員に対して組織的な対応と教育・開発活動を行う。院内感染対策会は院長が委員長を務め、院内感染対策委員会の検討を経て、日常業務化する。

1) 院長

院内感染対策委員会での検討を経て、必要な業務を決定し、日常業務として指定する

2) 院内感染対策委員会(ICC)の構成

- ① 院長(委員長を務める)
- ② 副院長
- ③ 医師
- ④ 看護副部長
- ⑤ 看護師長・手術室師長
- ⑥ 事務部長
- ⑦ 診療技術部部長
- ⑧ 総務課長
- ⑨ 薬剤部責任者＋薬剤師
- ⑩ 臨床検査責任者＋臨床検査技師
- ⑪ 管理栄養士
- ⑫ 法人本部看護療養部理事

3) 院内感染対策委員会の業務

- ① 毎月 1 回定期的に会議を行い、院内感染対策を行う。また、緊急時には臨時会議を開催する。
(定例会議:毎月第 3 火曜日)
- ② 感染対策を検討する
- 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をする。
- ④ それぞれの業務に関する規定を定める。
- ⑤ 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、必要な場合は、さらなる改善策を講じる
- ⑥ 院内感染対策指針及びマニュアルの承認
- ⑦ サーベイランスを実施し、院内感染対策に関する情報の収集と、それらを職員への周知
- ⑧ 分離菌の動向や抗菌薬使用状況を把握し、適正な抗菌薬使用を進める。

4) 感染対策チームの業務(ICC 構成のアンダーラインが ICT メンバー)

- ① 定期的にラウンドを行い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、その他に当たる。(週 1 回)
- ② 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、重要事項を定期的に感染対策委員会に報告する。
- ③ 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る際は、その状況および患者・院内感染の対象者への対応を感染対策委員会に報告する。
- ④ 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。
- ⑤ 職員教育の企画遂行を積極的に行う。
- ⑥ 感染対策看護部会への指導

ICT の下部組織として設置する。(毎月 1 回定例会議を実行)

院内感染対策委員会で決定した感染防止策、啓蒙活動を看護現場への周知徹底する。

看護現場での感染状況を確認し、委員会に報告する。

第3条 院内感染に関わる従業者に対する研修

1. 院内感染防止対策の基本的考え方および具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的に実施する。
2. 職員研修は、就職時の初期研修 1 回の他、年 2 回全職員を対象に開催する。また、必要に応じて随時開催する。
3. 学会、研修会、講習会など、施設外研修を受けた者の伝達講習を適宜施設内研修に代えることも可とする。
4. 研修の開催結果、あるいは施設が研修の参加実績(開催または受講日時、出席者、研修項目)を記録保存する。

第4条 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

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。

カテーテル関連血流感染、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、尿路感染、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。

4-2. アウトブレイクあるいは異常発生

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、感染に関わる情報管理を適切に行う。

1. 臨床検査室は、院内感染対策上問題となる病原体を検出した場合、速やかに委員会窓口(看護部長)に報告する。委員会窓口(看護部長)は現状を把握し、必要な感染対策を行う。
2. 臨床検査室は毎週院内感染対策上主要な病原体の検出状況を報告する。
3. 感染症の異常発生を確認した(疑った)職員は、直ちに対策委員(部門長)に報告する。部門長は、現状把握を行い、委員会窓口(看護部長)に報告を行い、組織と協力して必要な感染対策を行う。
4. 必要に応じて対策委員会を開催し、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。地域支援ネットワーク等を活用する
5. 方向の義務付けられている病気が特定された場合は速やかに保健所に報告する。

第5条 院内感染対策推進方策

5-1. 手指衛生

- 1) 手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育・介入を行う
- 2) 手洗い、あるいは手指消毒のための設備・備品を整備し、患者ケアの前後に必ず手指衛生を遵守する
- 3) 手指消毒は手指消毒用アルコール製剤による擦り込み式消毒、若しくは、石鹼あるいは抗菌性石鹼と流水による手洗いを基本としこれを行う
- 4) 目に見える汚れがある場合には、石鹼あるいは抗菌性石鹼と流水による手洗いを行う
- 5) アルコールに抵抗性のある微生物に考慮して、適宜石鹼と流水もしくは抗菌性石鹼と流水による手洗いを追加する

5-2. 微生物汚染経路遮断

- 1) 血液・体液・分泌物・排泄物あるいはそれらによる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手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具(PPE)を適切に配備しその使用法を正しく認識、遵守する

- 2) 呼吸器症状のある場合には、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陽性して、汚染の拡散を防止する

5-3. 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する

- 3) 患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する
- 4) 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
- 5) 流しなどの水場の排水口およ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
- 6) 床に近い棚(床から 30cm 以内)に、清潔な機材を保管しない
- 7) 薬剤/医療器材の長期保存を避ける工夫をする。特に滅菌物の保管・使用に当たっては注意を払う
- 8) 手が高頻度に接触する部位は 1 日 1 回以上清拭又は必要に応じて消毒する
- 9) 床などの水平面は時期を決めて定期清掃を行い、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又は洗濯する
- 10) 蓄尿や尿量測定が不可欠な場合は、汚染質などの湿潤部位の日常的な消毒屋衛生管理に配慮する
- 11) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する有用な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを確認し、必要に応じて教育、訓練を行う(ぎょうむ責任者より再教育を要請するも可)

5-4. 患者隔離

感染症患者の隔離によりほかの患者を病原微生物から保護する

- 12) 空気感染する感染症では、患者を陰圧の個室、または屋外に廃棄する換気扇のついた個室に収容する
- 13) 飛沫感染する感染症では、患者を個室に収容するのが望ましい。個室に収容できない場合には、患者にサージカルマスクを着用してもらうか、または、多床室に集団隔離(コホート看護)する。多床室においてはカーテンの活用を考慮する
- 14) 接触感染する感染症では、技術的隔離を原則とし、交差汚染を起こさないよう十分注意する
飛沫が飛散する危険性のあるときには個室隔離も考慮する
- 15) 感染リスクの高い駅感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの用具類は他の患者との共用は避け、専用のものを配備する
- 16) 手術部などの清潔領域への入室に際し、履物交換、着衣交換等を常時実施する必要性はない

5-5. 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適正に使用する。

- 17) 生体消毒薬と環境用消毒薬は、区別して使用する。但し、アルコールは両社に適用される
- 18) 生体消毒薬は皮膚損傷や組織毒性などに留意して適用を考慮する
- 19) 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、濃度の他界ものを広範囲に使用しない
- 20) 高水準消毒薬(グルタール、過酢酸、フタラールなど)は環境の消毒には使用しない
- 21) 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、清拭消毒法により汚染箇所に対して行う

5-6. 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出したり、耐性株を選択残存させる危険性があるので、対象微生

物を考慮し、投与期間は可能な限り短くする

- 1) 対象微生物と対象臓器の組織内濃度を考慮して適正量を投与する
- 2) 細菌培養等の検査結果を得る前でも、必要な場合は、経験的治療を行わなければならない
- 3) 必要に応じた血中濃度測定(TDM)により適正かつ効果的投与を行う
- 4) 特別な例を除いて、1つの抗菌薬を長期間連続使用することは厳に慎まなければならない
- 5) 手術に際しては、対象とする臓器内濃度と対象微生物を考慮して有効血中濃度を維持するよう投与することが重要である
- 6) 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)薬、カルバペネム系抗菌薬などの使用状況を把握しておく
- 7) バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、MRSA、多剤耐性緑膿菌(MDRP)など特定の多剤耐性菌を保菌していても、無症状の奨励に対しては、抗菌薬の投与による除菌は行わない

5-7. 予防接種

予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である

- 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行う
- 2) 患者/医療従事者共に接種率を高める工夫をする

5-8. 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する

- 1) 針刺し防止のためのリキャップを原則的に禁止する
- 2) リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する
- 3) 試験管などの採血用容器その他を手を持ったまま、血液などの入った針付注射器を操作しない
- 4) 廃棄専用容器を対象別に分けて配慮する
- 5) 使用済み注射器(針のついたまま)その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する
- 6) 安全装置付器材の導入を考慮する
- 7) ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する
- 8) 感染経路別予防策に即した個人用防護具(PPE)を着用する
- 9) 結核などの空気感染予防策が必要な患者に接する場合には、N95以上の微粒子用マスクを着用する

5-9. 患者への情報提供と説明に関する基本方針

患者本人およ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

- 1) 本指針は、患者または家族が閲覧できるものとする。病院ホームページを通じて、一般に公開する。
- 2) 患者または家族に対し、疾病(感染症)の説明とともに、感染防止の意義および基本手技(手洗い、マスク使用等)について説明し、理解を得た上で協力を求める。

〔 平成5年10月8日 制定 〕
〔 院内感染対策委員承認 〕

平成 15 年 4 月 9 日改定
平成 17 年 7 月 14 日改定
平成 22 年 4 月 14 日改定
平成 23 年 4 月 13 日改定
平成 24 年 4 月 11 日改定
平成 26 年 12 月 8 日改定
平成 28 年 7 月 1 日改定
平成 29 年 11 月 30 日改定
令和元年 8 月 30 日改定
令和 3 年 4 月 1 日改定