

長岡西病院 院内感染対策指針

1. 院内感染対策指針の目的

この指針は、院内感染の予防・再発防止対策及び集団感染事例発生時の適切な対応など長岡西病院（以下「当院」）における院内感染対策体制を確立するため、医療安全対策室内に感染防止対策部門を設置し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする。

2. 院内感染対策に関する基本的な考え方

(1) 感染対策に関する基本的な考え方

当院の院内感染対策は、院内に感染症の患者と感染症に罹患しやすい患者とが、同時に存在していることを前提に、必然的に起こりうる患者・職員への感染症の伝播リスクを最小化するために、「スタンダードプリコーション（標準予防策）」の観点に基づいた医療行為を実践する。あわせて、感染経路別予防策を実施する。また、個別および病院内外の感染症情報を広く共有して、院内感染の危険および発生に対して迅速に対応する。そのために、感染防止対策委員会等を組織し、その活動を中心として院内での感染症の発生状況を常に把握し、院内感染が発生した事例に迅速かつ適切に対応するとともに、これらを評価し、感染対策システムの改善を行う。

(2) 院内感染対策委員会

当院、「院内感染対策委員会規程」に則り、感染対策に関する院内全体の問題点を把握し改善策を講じるなど院内感染対策活動の中核的な役割を担うために、院内の組織横断的な院内感染対策委員会（以下「委員会」）を設置する。

（委員会の目的、委員の構成、委員会の開催等に関しては、院内感染対策委員会規程に則す）

所掌業務は（院内感染対策委員会規程・目的と同様）

1. 院内感染を防止するための基本となるべき対策に関する事項。
2. 院内感染の調査および院内環境調査に関する事項。
3. 消毒・清掃等の技術、処理の改善方法など院内感染に対するマニュアルの作成に関する事項。
4. 感染に対する職員への教育訓練に関する事項。
5. 感染症発生時の連絡網の確立および関係省庁への連絡等に関する事項。
6. その他、院内感染に関し必要と認められる事項。

(3) 感染対策チーム

感染対策チームは、医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師によって構成され、院内感染対策委員会の決定事項に基づき次の任務を遂行する。

- (1) 週1回程度の定期的な院内巡視を行い、現場の改善に関する介入、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と記録その他に当たる。
- (2) 院内巡視の結果、検討事項があれば審議した上、案として委員会に報告する。
- (3) 院内感染マニュアルの作成と関連部署への配布。ラウンド時にはマニュアル遵守を確認する。
- (4) 院内感染マニュアルは、最新のエビデンスに基づき定期的に改定を行う。
- (5) 年2回以上の院内感染対策に関する研修を行う。
- (6) 年4回以上感染防止対策加算1の届出を行った医療機関のカンファレンスに参加する。
- (7) 院内感染の調査（サーベイランス）感染防止行動に関し、職員に情報提供を行う。
- (8) 委員会と協力し、抗菌薬使用に関して届出制を用いた使用量の把握や培養検査での確認など、投与方法の適正化について必要な業務と推進を行う。

(4) 感染管理者の役割

感染管理者は院内感染対策チームと協力し、実施している院内感染の調査（サーベイランス）感染防止行動、院内感染マニュアル、職員への教育訓練等に関し、助言や情報提供を行う。

またアウトブレイク時には委員会とともに疫学調査（感染症発生時の対応）や予防・拡大防止対策に努めるとともに、今後の改善活動を推進するにあたっては、関連する部署や組織に対し必要時には

コンサルテーションを行う。

3. 院内感染対策に関する職員研修についての基本方針

委員会は、入職時に院内感染防止のための初期研修を含め、研修会・講習会を企画をする。

研修会・講習会は院内感染に関する教育と実習とを行い、必要に応じて全職員対象、各部署代表を対象とするもの、特定の部署を対象にするものとする。

また、院外の感染対策を目的とした各種学会、研修会、講習会の開催情報を広く告知し、参加希望者の参加を支援する。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

・ 院内感染とは、病院内で治療を受けている患者が、原疾患とは別に新たな感染を受けて発病する場合を指す。なお、病院に勤務する職員が院内で感染する場合も含まれる。

・ 医師は、MRSA、多剤耐性緑膿菌、疥癬、インフルエンザ、ノロウイルス、アデノウイルスや多剤耐性菌などの感染症が発生した場合、所定の書式をもって委員会に報告する。結核については、ただちに委員会に報告とする。その他隔離を必要とする感染症が発生した場合は、医師ならびに委員会の指示に従う

・ 当院の感染情報レポートや細菌検査の検出状況から委員会はリスク評価し対策の検討や指導を行う。また感染情報レポートは、委員会を経て院内に公示する。

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

職員は、院内感染が発生した場合には、発生部署責任者が院内感染対策委員長に報告する。内容によって緊急委員会を設置し、二次感染の予防、治療の方針・指示をするとともに改善策が必要とする場合は、各部署長を召集し会議をとおして全職員に通知する。

また、医療に関する法律に規定される診断及び届出は基準に沿い担当医師が行う。

アウトブレイクの定義、取組み等については、以下の通りである。

(アウトブレイクの定義と取組み)

院内感染のアウトブレイク（原因微生物が多剤耐性菌によるものを想定。以下同じ。）とは、

- ・ 一定期間内に、同一病棟や院内において、一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態であること。
- ・ 疫学的にアウトブレイクを把握できるよう、日常的に菌種毎およびカルバペネム耐性などの特定の薬剤耐性を示す細菌科毎のサーベイランスを実施する。
- ・ 厚生労働省院内感染対策サーベイランス（JANIS）のサーベイランスデータと比較し、自施設での多剤耐性菌の分離や多剤耐性菌による感染症の発生が特に他施設に比べて頻繁となっていないかを、日常的に把握するように努めること。

(アウトブレイク時の対応)

- 院内又は同一病棟内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の集積が見られ、疫学的にアウトブレイクと判断した場合には、院内感染対策委員会による会議を開催し、速やかに必要な疫学的調査を開始するとともに、厳重な感染対策を実施すること。この疫学的調査の開始及び感染対策の実施は、アウトブレイクの把握から1週間を超えないこと。
- プラスミドとは、染色体DNAとは別に菌体内に存在する環状DNAのことである。プラスミドは、しばしば薬剤耐性遺伝子を持っており、接合伝達により他の菌種を含む別の細菌に取り込まれて薬剤に感性だった細菌を耐性化させることがある。

(アウトブレイクへの介入基準とその対応)

- アウトブレイクについては、定義に沿って判断し、遅滞なく必要な対応を行うが、以下の基準を満たす場合には、アウトブレイクの判断にかかわらず、アウトブレイク時の対応に準じて院内感染対策を実施する。

この基準としては、1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例が計3例以上特定された場合又は院内で同一菌株と思われる感染症の発病症例(抗菌薬

感受性パターンが類似した症例等)が計 3 例以上特定された場合を基本とすること。ただし、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 (VISA)、多剤耐性緑膿菌 (MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE) 及び多剤耐性アシネトバクター属の 5 種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて 1 例目の発見をもって、アウトブレイクに準じて厳重な感染対策を実施すること。

なお、CRE の定義については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 (平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。) の定めに基づいてすること。

- 季節性インフルエンザ および急性胃腸炎 (ノロウイルス等) のアウトブレイク基準は以下のとおりとする。
 - (1) 院内感染を疑うインフルエンザ様症状呈した患者 (医療従事含む) または急性胃腸炎症状呈した患者 (医療従事含む) が、10 名以上になった場合。
 - (2) 当該院内感染事例との因果関係が 否定できない死亡者 1 名以上確認された場合
※上記、基準に至った場合は、管轄する保健所に速やかに報告をすること。
- アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例 (上記の 5 種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。) を認めた場合には、院内感染対策に不備がある可能性があるかと判断し、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼すること。
- 医療機関内での院内感染対策を実施した後、院内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含むプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例 (上記の 5 種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。) が多数に上る場合 (目安として 1 事例につき 10 名以上となった場合) 又は当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合には、管轄する保健所に速やかに報告すること。また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告または相談すること。

(アウトブレイクにおける報道機関への対応)

- アウトブレイクにより明白な過誤による重大な事故が発生した場合は、「長岡西病院緊急事態・事故に関する規定」第 2 条の 10 に基づく対応をする。

6. 本院の院内感染対策指針の閲覧に関する基本方針

本指針は、院内感染対策マニュアルの文書管理で全職員が閲覧できる。また患者ならびに家族には、本院ホームページで閲覧できるようにする。

7. 院内感染対策マニュアルの周知と見直しについて

職員に本院の院内感染対策を周知するため、委員会が別に定めた院内感染対策マニュアルを配布しているため、職員はマニュアルに基づいて感染対策を実施する。感染対策上の疑義が解消できない場合は、委員会が回答する。なお、委員会は最新の院内感染対策を適時マニュアルに取り入れるが、1 年 1 回、定期的にマニュアルの見直しを行う。(QMS 文書管理規定に従い、年度毎)

8. 付 則

この指針は平成 21 年 12 月 1 日より制定・実施。

- 2. 平成 23 年 12 月 1 日 一部改定 (2 版)
- 3. 平成 24 年 4 月 1 日 一部改定 (3 版)
- 4. 平成 25 年 7 月 1 日 一部改定 (4 版)
- 5. 平成 25 年 8 月 1 日 一部改定 (5 版)
- 6. 平成 27 年 8 月 1 日 一部改定 (6 版)
- 7. 平成 29 年 8 月 1 日 一部改定 (7 版)
- 8. 平成 31 年 3 月 1 日 一部改定 (8 版)