

岩手県立中部病院院内感染対策指針

(目 的)

第1 岩手県立中部病院（以下「当院」という。）における院内感染の予防を推進するとともに、発生時に適切な対応を行うことを目的として必要な事項を定める。なお、当院の院内感染予防対策は、本指針によるもののほか、岩手県立病院院内感染対策基準（平成19年7月1日制定）、県立病院院内感染対策ガイドライン（平成20年10月作成）及び別に定める岩手県立中部病院感染管理指針を基準として運用する

(感染管理室等)

第2 当院における院内感染予防対策の実施に関し、総括責任者として院内感染管理者（※1）を、実施組織として感染管理室を置く（※2）ものとし、関係職員は別表1のとおりとする。

※1 院内感染管理者（医療安全管理者の兼任禁）は、原則として副院長（又は部長・科長等）をもって充て、感染管理室長を兼ねる。

※2 病院の組織図等に感染管理室及び室長の氏名を明示するとともに、当該室に「感染管理室」の表示を設置する（医療局組織規程に基づく「感染管理室」を設置したい場合には、感染管理室長の人事発令も含め医療局長に協議する）

2 病院長は、院内感染予防対策に関する次の権限について、院内感染管理者に委譲する。

(1) 感染管理室（感染制御チーム infection control team ; ICT）・抗菌薬適正使用支援チーム antimicrobial stewardship team:AST を含む）が所掌する業務の総括指揮に関すること

(2) 院内各部門の長に対し、感染症の発生状況など院内感染対策上必要な報告を求めること

(3) 院内各部門の長に対し、院内感染対策の推進上必要な措置を命じること

(4) その他病院長が個別に指定する事項に関すること

3 感染管理室には、室長のほか感染管理担当者を置くものとし、当該担当者により ICT・AST（※3）を組織し、日常的に院内感染防止活動、抗菌薬適正使用活動を行うものとする。

※3 感染制御チーム・抗菌薬適正使用支援チームの標準的な構成は、専門的な知識及び経験を有する医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師とされる。

4 感染管理室（ICT・AST）は、委員会及び院内各部門に置く院内感染担当者と連携しながら次の業務を実施する。

(1) 感染管理室の会議を月1回開催する。

(2) 院内感染の予防策及び発生した感染症への対応の実施

(3) 院内感染予防対策関係の規程及びマニュアル等の案の作成・更新及び院内周知

- (4) 多剤耐性菌及び医療器機に関するサーベイランスの実施
 - (5) 院内感染対策に係る情報収集・交換
 - (6) 週1回程度の院内ラウンド（点検・指導）の実施と記録
 - (7) 届出抗菌薬の使用状況の把握と適正使用のための監視と介入
 - (8) 全職員を対象とした院内感染予防対策の向上に資する研修会、抗菌薬適正使用に関わる職員を対象とした研修会の開催（年2回以上）
 - (9) 感染に関する院内及び院外、患者からの相談への対応
 - (10) 院内感染予防対策に係る他の県立病院・医療機関との連携
- 5 感染管理室感染管理担当者（AST 兼務）は、週1回ミーティングを開催する。
- 6 感染管理室は院内感染予防対策・抗菌薬適正使用に係る調査、監視、企画の他、院内感染発生時に迅速な対策の立案を行い、病院長等または委員会に助言・提言を行う。
- 7 感染管理室は、本指針のほか県立病院院内感染対策ガイドラインに従って院内感染予防対策を進めることを基本とし、必要に応じて病院の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布しなければならない。なお、作成した指針及びマニュアル等については、国や県の感染対策の動向や病院の実情等を踏まえ、常に最新の状態に更新しなければならない。
- 8 感染管理室は、地域の感染管理の視点から地域感染制御ネットワークに参加し、院内感染対策に関するカンファレンスを少なくとも年4回程度行い、その内容を記録する。

（感染対策委員会）

第3 当院における院内感染予防対策を推進するため、病院長の諮問機関として岩手県立中部病院感染対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会は、次の事項について担当する。

- (1) 院内感染の予防及び発生した感染症に係る調査及び対応の検討
- (2) 院内感染対策関係の規程及びマニュアル等の作成及び更新の検討
- (3) 多剤耐性菌及び医療器機に関するサーベイランス情報の分析と共有
- (4) 病棟及び各部門ラウンドに係る評価及び対策の検討
- (5) 抗菌薬の使用状況を踏まえた適正使用の推進と監視（※4）
- (6) 全職員を対象とした院内感染対策の向上に資する研修会の企画（年2回以上）
- (7) 衛生委員会の求めにより、職員の健康管理に関する事項の検討
- (8) その他院内感染対策に関し必要な事項の検討

※4 特定抗菌薬については、届出制又は許可制にすること

3 委員会の委員（※5）は別表2のとおりとする。

※5 委員会の委員は、病院長、感染管理者（感染管理室長）、総看護師長、事務局長、院内各部門の責任者、医療

安全管理室長又は医療安全管理専門員等を基本に病院長が選任する

- 4 委員会は毎月1回以上定期に開催するほか、必要に応じて臨時会を開催する。
- 5 委員会の運営は次のとおりとする。
 - (1) 委員長及び副委員長を置くものとし、委員長及び副委員長は病院長が指名する。
 - (2) 委員長が会議の議長になるものとし、委員長に事故ある場合は副委員長が代行する。
 - (3) 委員会は過半数の委員の出席により成立する。
 - (4) 委員長が必要と認めたときは、委員以外の者を委員会に出席させ、意見を聴くことができる。

(職員研修)

- 第4 院内感染予防対策・抗菌薬適正使用の基本的考え方及び具体的方策について、職員に周知徹底を行うことにより、個々の職員の院内感染防止・抗菌薬適正使用に対する知識を深め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上を図ることを目的とした職員研修について、委員会において企画し、感染管理室を中心として実施するものとする。
- 2 研修内容は、病院等全体に共通する院内感染防止に関する内容等、職場の実情に即したもののについて年2回以上全職員を対象に開催し、さらに抗菌薬適正使用に関わる職員を対象に年2回程度の開催するほか、必要に応じて随時開催する。
- 3 院内研修の実施内容(開催又は受講日時、受講簿(出席職員の自筆サイン)、研修項目)及び職員が外部研修に参加した実績についてとりまとめ、保存するものとする。

(感染症への対応)

- 第5 院内感染を防止するため、「感染情報レポート」等を週1回作成することにより、感染症発生状況の報告を速やかに行いスタッフの情報共有を図るとともに、委員会では、月報も再確認等して活用する。
- 2 患者情報は、主治医や部署の責任者に速やかに報告し、感染拡大しないよう対策を講じる。
- 3 院内感染アウトブレイク発生時には、速やかに委員と感染管理室メンバーとともに委員会を開催し、発生の原因究明のための調査・情報収集を行い、改善策を立案し全職員へ周知徹底するとともに実施状況を監視する。その状況及び患者への対応等について病院長に報告しなければならない。

(患者等に対する閲覧)

- 第6 本指針は院内に掲示するほか、患者、家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。また病院ホームページに掲載し外部から閲覧できるようにする

- 2 患者等に対しては、疾病の説明とともに感染防止の基本についても説明し、理解を得た上で協力を求めるものとする。

(その他の院内感染予防対策の推進)

- 第7 職員へ院内感染予防対策・抗菌薬適正使用の周知を図るため、本指針及び県立病院の基準等のほか、委員会が別に定める院内感染対策マニュアル（抗菌薬適正使用マニュアルを含む）を院内全部門に配布するものとし、院内各部門の長は、所属職員がいつでも参照できる場所にこれを常備しなければならない。
- 2 感染対策上の疑義が生じた場合には、他医療機関の感染対策室（東北大学、岩手医科大学など）、保健所、県医療福祉部、医療局院内感染対策委員会などと協議した上で対応する。
 - 3 地域の感染管理のレベル向上のため、近隣他病院とのネットワークを構築し、日常的に情報交換を行うなど、相互の協力関係を築く。

附 則

この指針は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する

附 則

この指針は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する

附 則

この指針は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する

附則

この指針は、平成 27 年 7 月 1 日から施行する

附則

この指針は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する

附則

この指針は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する

附則

この指針は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する