

1. 組織・業務・要綱

岩手県立中部病院院内感染対策指針

I. 目的

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。

II. 岩手県立中部病院感染管理組織

1. 感染対策委員会

(1) 役割

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。委員会は、感染管理室、インфекションコントロールチーム（感染制御チーム infection control team；以下「ICT」という）、抗菌薬適正使用支援チーム（antimicrobial stewardship team；以下「AST」という）からの報告を受け、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
- 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

(2) 組織

- 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) 委員会の委員は、病院長、感染管理室長（院内感染管理者）、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。

(3) 会議

- 1) 原則として毎月1回（最終水曜日）、運営連絡会議の後に開催するものとする。
- 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、意見を聞くこ

1. 組織・業務・要綱

とができる。

- 5) 早急な感染対策を講じる必要がある場合等、必要に応じて委員長は臨時の会議を召集することができる。

2. 感染管理室（コア ICT）

(1) 役割

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）

※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）

1) 院内感染管理者は院内感染予防対策に関する以下の項目について、病院長より権限を委譲され協議・決定をする。

- ① ICT・AST 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

2) 感染管理室には室長のほか室員を置くものとし、次の事項について業務を遂行する。

- ① 各種サーベイランスの実施
- ② 各種規定及びマニュアルの作成や更新
- ③ 院内感染の監視と発生時の調査、評価、対策の立案（アウトブレイクを含む）
- ④ 院内環境整備（院内ラウンド週1回）
- ⑤ 各種コンサルテーション
- ⑥ 抗菌薬適正使用の調査、評価、対策の立案
- ⑦ 職員に対する教育と啓発
- ⑧ 患者・患者家族への援助及び指導
- ⑨ 職業感染対策の実態把握と評価、対策の立案
- ⑩ 年間計画の立案とアウトカムの評価
- ⑪ 情報の収集と交換
- ⑫ 院内外への情報公開

3) 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。

1. 組織・業務・要綱

(2) 組織

- 1) 感染管理室長を置くものとし、感染症対策経験3年以上を有する医師から病院長が指名する。感染管理室長は院内感染管理者となる。
- 2) 感染管理室は、室長及び室員（専従・専任）若干名をもって組織する。
- 3) 室員（専従）は、5年以上感染管理に従事した経験を有する感染管理認定看護師の中から病院長が指名する。
- 4) 室員（専任）は、病院長が指名する次に挙げる職員をもって充てる。
 - ① 薬剤師1名（3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策および感染症診療に関わる専任の職員）
 - ② 臨床検査技師1名（3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査に関わる専任の職員）
 - ③ その他室長が必要と認めた職員

(3) 会議（「ICTカンファレンス」とする）

- ① 原則毎週木曜日に開催する。
- ② 必要に応じて臨時のICTカンファレンスを開催する。
- ③ ICTカンファレンスでの決定事項は、感染対策委員会に協議事項・報告事項として挙げ審議を求める。

(4) 権限

感染管理室長および室員は、次の事項に関する権限を有する。

- 1) 感染管理業務に関連して、患者データの閲覧が自由にできる。
- 2) アウトブレイク発生の調査と介入を行うことができる。
- 3) 職種・職位を問わず、感染対策の改善・指導ができる。
- 4) 院内感染管理者は、病院感染のアウトブレイクまたは異常発見時に感染管理室員、感染対策委員会委員を招集することができる。

2-1. ICT (infection control team: 感染制御チーム)

(1) 役割

ICTは感染管理室（コアICT）の下部組織として位置付け、異常の早期発見、病原体拡散防止につながる感染対策の質改善を行う。

次の事項に関して活動し、感染対策委員会へ提出、あるいは報告をする。

1) 各種サーベイランスの実施

- ① 多剤耐性菌サーベイランス
- ② 医療関連感染サーベイランス
- ③ 針刺し切創・血液体液曝露事例サーベイランス
- ④ 手指衛生サーベイランス

・各種サーベイランスを行うにあたり、ベンチマーク分析ができるよう全国規模の

1. 組織・業務・要綱

- サーベイランス事業に参加する。
- 2) 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
 - ① 常に最新の対策を供給できるよう、更新が円滑にできるようなマニュアルの提供体制とする。
- 3) 院内感染の監視と発生時の調査、評価、対策の立案（アウトブレイクを含む）
 - ① サーベイランス項目に規定した、あるいは感染対策室が掌握すると規定している疾患、微生物の察知、報告、分析、対応など、一連の手順を疾患、微生物ごとに決める。
- 4) 院内環境整備（院内ラウンド）
 - ① 週1回程度の院内ラウンド（点検・指導）の実施と記録
- 5) 各種コンサルテーション
 - ① 感染予防策等、感染管理に係わるコンサルテーション業務を行う。
- 6) 職員に対する教育と啓発
 - ① 感染に係る基礎的な事項から専門的な事項まで、また、職種を限定したあるいは限定しない研修会等を企画し開催する。
 - ② 感染に係る問題が生じた場合には、緊急性や重大性がない限り自部門の解決に委ねるが、ICTは全面的にこれを支援する。
- 7) 患者・患者家族への援助及び指導
 - ① 特に伝播する感染症に関して、患者や患者家族にも対応してもらえるような体制を作る。
- 8) 職業感染対策の実態把握と評価、対策の立案
 - ① 針刺し切創・血液体液曝露事例に対応する。
 - ② 麻疹・風疹等、特定の感染性疾患に罹患した職員に対応する。
 - ③ 特定のワクチン接種を推奨する。
 - ④ インフルエンザなど、特定の感染性疾患に罹患した職員に対応する。
- 9) 年間計画の立案とアウトカムの評価
 - ① 年度初めに活動目標を示し、そのための計画を作成する。
 - ② 年度終わりに活動を振り返り、評価する。
- 10) 情報の収集と交換
 - ① 学会、研修会、SNSなどを利用して、最新の情報を入手するよう努める。
 - ② 流行が問題となる新興感染症やウイルス性出血熱など、国や地域で対応する感染症については、関係機関や近隣医療機関などと密に連携する。
- 11) 院内外への情報公開
 - ① 感染に係る院内情報を「感染管理室からの報告」として、1カ月をめぐりに全職員に公開する。
 - ② 必要に応じて、当院の感染症情報を院外に公開する。

1. 組織・業務・要綱

(2) 組織

- 1) ICT メンバーは感染管理室構成員の他、医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師、事務職員を基本とし構成する。ただし、ICT リーダーの判断で、必要に応じて他の者がメンバーに加わることは妨げない。
- 2) 感染管理室長が ICT リーダーとなる。

(3) 会議

- 1) 原則月 1 回（第 3 火曜日）に開催するものとする。
- 2) リーダーは、必要に応じてメンバー以外の者を会議に出席させ、会議案件に関して説明または意見を求めることができる。
- 3) 早急に検討を要する事案が発生した場合等、必要に応じて臨時会議をリーダーが招集する。
- 4) 会議での決定事項は、感染対策委員会に協議事項・報告事項として挙げ審議を求める。

2-2. AST (antimicrobial stewardship team : 抗菌薬適正使用支援チーム)

(1) 役割

AST は感染管理室（コア ICT）の下部組織として位置付け、抗菌薬適正使用に係る実働的な役割を担う。

次の事項に関して活動し、感染対策委員会に提出、あるいは報告をする。

- 1) 適正な抗菌薬投与が特に必要な患者を早期から把握し、感染症診療を支援する。
- 2) 広域抗菌薬や抗 MRSA 薬、TAZ/PIPC 投与開始患者、血液培養陽性患者等を早期から把握する。
 - ① 微生物検査・血液検査・画像検査の実施状況、初期選択抗菌薬の種類・用法・用量・投与期間・TDM の実施、効果などを経時的に評価する。
 - ② 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への経口抗菌薬の処方状況を把握し報告する。
 - ③ AST で協議した内容は診療録に記載し主治医にフィードバックする。
- 3) 適切な微生物検査の実施と微生物検査にかかる情報公開を推進する。
 - ① 抗菌薬使用前（特に広域抗菌薬や抗 MRSA 薬、TAZ/PIPC）の微生物検査実施を押し進める。
 - ② 血液培養の複数セット提出を推進する。
 - ③ 良質な検体採取の方法について関係者に周知する。
 - ④ アンチバイオグラム等を公開して関係者に周知する。
- 4) 院内の抗菌薬使用に関して主導的立場となる。
 - ① 院内全体の抗菌薬使用状況をモニタリングして、使用薬剤の偏り等問題があるときには是正に努める。
 - ② 「抗菌薬適正使用マニュアル」は、「抗微生物適正使用の手引き」の外来におけ

1. 組織・業務・要綱

る抗菌薬適正使用に係る内容を含めた内容とし、スタッフへの周知を図る。また、マニュアルは定期的に見直す。

- ③ 新規抗菌薬の採用に関しては、当チーム内で協議して採否の参考にしてもらう。
- ④ 同系列同効薬の整理など、できる限り抗菌薬の削減に努める。

5) 感染症診療に関するコンサルテーションを受ける。

- ① 抗菌薬の使用等、感染症診療に係る診療科からのコンサルテーションを積極的に受け入れる。必要時 AST カンファレンスの対象とする。
- ② 感染対策防止加算上の連携病院（加算 2 取得）からのコンサルテーションも同様に受け入れる。

6) 院内外へ抗菌薬適正使用に係る情報を公開する。

- ① 抗菌薬使用状況、TDM 測定件数、血液培養 2 セット採取率をプロセスとした評価に加え、薬剤耐性率をアウトカムとした評価を行い、AST 活動の成果を「感染管理室からの報告」として適宜全職員に公表する。
- ② 必要に応じ、これらの情報を院外にも公開する。

7) 年間計画を作成しアウトカムを評価する。

- ① 年度初めに AST の活動目標を示し、そのための計画を策定する。
- ② 年度終わりに AST の活動を振り返り、評価する。

8) 職員に対する教育と啓発を行う。

- ① 抗菌薬適正使用に係る基礎的な事項から専門的な事項まで、また、職種を限定したあるいは限定しない研修会等を企画し開催する。（「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考にした内容を含める。）

(2) 組織

- 1) AST メンバーは感染管理室構成員を基本とし構成する。ただし、AST リーダーの判断で、必要に応じて他の者がメンバーに加わることは妨げない。また、ICT との兼務は許容する。
- 2) 感染管理室長が AST リーダーを指名する。感染管理室長が AST リーダーを併任することは、これを妨げない。

(3) 会議（「AST カンファレンス」とする）

- 1) 原則毎週火曜日、木曜日に開催する。木曜日は ICT カンファレンスに合わせて行う。
- 2) 以下の症例について抗菌薬の使用状況をチェックし、主治医へのフィードバックが必要と思われる症例について検討する。
 - ① 広域抗菌薬（カルバペネム系、ニューキノロン系、第 4 代セフェム系、TAZ/PIPC）や抗 MRSA 薬投与開始症例
 - ② 血液培養陽性症例
 - ③ 長期間抗菌薬使用症例
 - ④ 主治医（担当科）よりコンサルテーションを受けた症例

1. 組織・業務・要綱

- 3) AST カンファレンスした症例については、内容を記録しておく。
- 4) AST カンファレンスでの決定事項は、感染対策委員会に報告し場合によっては審議を求める。

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

附則

この指針は、令和元年 9 月 1 日から施行する

附則

この指針は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する

附則

この指針は、令和 2 年 12 月 22 日から施行する

附則

この指針は、令和 3 年 1 月 28 日から施行する

附則

この指針は、令和 3 年 4 月 28 日から施行する