

# I 総則

## I-1 (趣旨)

本指針は、大分岡病院（以下、当院）における感染管理体制、医療関連感染の予防策等に係る基本方針を示すものである。本指針に基づき、適切な医療関連感染の予防を推進し、患者ならびに利用者サービスの質の確保及び安全な医療の提供に努めるものとする。

## I-2 (感染管理のための基本的考え方)

当院は、医療関連感染を未然に防ぐことを第一として取り組み、感染症患者発生の際には感染拡大防止のため、原因の速やかな特定と科学的根拠に基づく対策を実施することにより、感染の制御ならびに終息を図る。職員は、この目標を達成するため、感染管理指針及び感染管理マニュアルにのっとり、安全な医療を患者・利用者・職員に提供できるように取り組むものとする。

# II (用語の説明)

## 1) 医療関連感染

入院中の患者に限定するものではなく、在宅も含めた医療を受ける場の全てで発生する感染を言う。「医療に関連した感染」という意味で用いられる。

## 2) 感染管理活動

感染予防のためには正しい情報と知識、実践が必要であるため、専門の職員を配置し、患者及び職員の安全管理に務める。

## 3) サーベイランス

監視を目的とした調査または監視そのものの意を含むサーベイランスは、感染対策の観点からは、病院感染の発生に関するデータを収集・分析・評価し、その結果を病院内の感染防止に関わる医療スタッフに報告ならびに還元することによって、感染率の低減を目指す活動を指す。

4) ICD (Infection Control Doctor: インфекション・コントロール・ドクター)  
主に ICD 制度協議会により認定された感染対策の専門家を指す。

5) ICN (Infection Control Nurse: インфекション・コントロール・ナース)  
感染対策の専門知識・技術を持ち感染管理を担う日本看護協会の認定を受けた看護師を指す。

## 6) ICT (Infection Control Team: インфекション・コントロール・チーム)

感染制御チームでのことで、ICD、ICN、臨床検査技師、薬剤師などから構成され、病院内で感染対策活動を横断的に実践するチームをいう。

## 7) リンクスタッフ

部署の感染情報の収集に努め、ICT と院内の感染情報の授受に当たる。また感染対策の各種啓発活動を実施する際の、部署のスタッフに対する教育上の模範的モデルとしても機能するように配置されている。

## 8) エビデンス

根拠、証拠、Evidence based medicine (EBM) として汎用されている。実験や調査による明らかなデータに基づいた医療を意味する。習慣や感覚的な予測による、過剰もし

くは無駄な医療行為や感染対策を防止することが目的。

#### 9) 標準予防策 (standard precaution:スタンダード・プリコーション)

患者および医療従事者を感染から守るための基本的な予防策をいう。全ての患者さんの血液、体液、分泌物(汗を除く)、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は感染性のあるものとみなし、直接接触することを避けて対応することが重要である。

#### 10) 感染経路別予防策

特定の感染性の強い病原体が起因菌として検出された場合、またはそのような病原体に感染している可能性が疑われた患者に対し、感染経路の遮断を目的として、標準予防策に加えて適用される感染対策のことをいう。感染経路により、①空気感染予防策②飛沫感染予防策③接触予防策の3つに分類される。

#### 11) 高度無菌遮断予防策 (maximal sterile barrier (MSB) precautions; マキシマル・バリア・プリコーション)

カテーテル関連感染を防ぐため、中心静脈カテーテル挿入時に滅菌手袋、滅菌長袖ガウン、非滅菌マスク、非滅菌帽子を着用し、十分なサイズのドレーピングを行うこと。

#### 12) 日和見感染症 (opportunistic infection)

通常健康人には発病させることがない病原性の弱い微生物が、感染抵抗性(感染防御免疫能)の減弱した人に起こす感染症のこと。入院患者の場合、種々の医療行為が患者自身の感染に対する抵抗力を減弱させ、易感染性宿主(compromised host)を生み出す。このような状況下では、本来健康人には病原性を示さない、病原性の弱い微生物による感染症が起こる。

#### 13) アウトブレイク (outbreak)

一定期間に施設内または特定の部署で、ある感染症の発生頻度が日常レベルを超えること。

#### 14) CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

米国疾病予防管理センターの略称。CDCの感染対策ガイドラインにより「標準予防策(スタンダード・プリコーション)」が提唱されている。他にも種々のガイドラインが提唱され、日本の感染対策に活用され、その基盤整備に役立っている。

#### 15) 手術部位感染 (Surgical Site Infection: SSI)

手術操作の直接及んだ部位に発生する感染症を指す。SSIは、切開層SSIと臓器/体腔SSIとに分類される。切開層はさらに表層と深部に分けられ、いずれの場合も手術後30日以内に起きた感染をSSIと呼ぶ。手術後に移植片が体内に残されており、手術に関連していると推測された場合は、手術後1年以内に起きた感染もSSIと呼ぶ。

#### 16) EPINet (Exposure Prevention Information Network: エピネット)

針刺しや切創などの、血液もしくは体液による曝露を記録し、追求するサーベイランスシステムのこと。1991年米国バージニア大学のJanine Jagger教授によって開発された。システムは、2種類の報告書(A:針刺し・切創報告書 B:血液・体液汚染報告書)と、それぞれの報告書を入力し解析するコンピュータプログラムによって構成されている。日本では、1995年、日本ベクトン・ディッキンソン社から「エピネット日本語版」として、東京大学医学部附属病院感染制御部を事務局とする職業感染制御研究会から発行されている。

#### 17) JANIS (Japan Nosocomial Infections Surveillance)

厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業を指す。医療機関ごとに「薬剤耐性菌の分離率」や「院内感染の発症率」に関するデータを収集することで、院内感染の概況を把握し、医療現場への院内感染対策に有用な情報の提供を行うことを目的としている。

検査部門、全入院患者部門、手術部位感染（SSI）部門、集中治療室（ICU）部門、の4部門のサーベイランスを実施している。

18) AST (Antimicrobial Stewardship Team)

抗菌薬適正使用支援チームのことで、抗菌薬の適正使用を推進し、耐性菌の発現あるいは蔓延を抑制させる活動を担うチームをいう。

### Ⅲ （感染管理体制）

当院における感染防止を推進するために、本指針に基づき以下の4つの組織を設置する。

1. 感染管理委員会
2. 感染管理部
3. 感染制御チーム（ICT）
4. 抗菌薬適正支援チーム（AST）

#### Ⅲ－1 感染対策委員会

当院は、医療関連感染対策の推進のため、感染対策委員会を開催する。感染対策委員会は、以下に掲げる事項を満たすものとする。

- 1) 感染対策委員会の管理及び運営に関する規程を定める。
- 2) 感染対策委員会の構成員は、感染管理部長、看護部長、事務長を始め、管理的立場にある職員及び診療部門、看護部門、医療技術部門、医療福祉支援部、事務部門等、各部門を代表する職員等により職種横断的に構成する。
- 3) 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- 4) 院内の各部署からの医療関連感染に関する情報が、感染管理部において集約され、これに基づいて対応策が作られる。これらが感染対策委員会に報告され、状況に応じた対応策を決定し、これを現場に迅速に還元する体制を整備する。委員会における重要な検討内容について、医療関連感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、院長へ報告する。
- 6) 感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う。
- 7) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整える。特定抗菌薬（広域スペクトラム抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制を整備する。
- 8) 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、医療関連感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立する。

#### Ⅲ－2 感染管理部

- 1) 当院は、感染防止対策部門を担う感染管理部を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。医療関連感染が発生した場合には、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び職員への周知を図る。
- 2) 感染防止対策部門には、医療関連感染管理者（医師）、看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学技師、理学療法士、事務スタッフを配置し、感染制御チーム ICT を組織して、職員の健康管理、教育、医療関連感染対策相談（コンサルテーション）、発生動向監視（サーベイランス）、対策実施の適正化（レギュレーション）及び介入（インターベンション）を行う。

3) 医療関連感染対策に関する取組事項を院内の見やすい場所に掲示して周知するものとする。

### Ⅲ－3 感染制御チーム (Infection Control Team: ICT)

当院は、医療関連感染防止に係る各種対策の推進を図るため、感染管理部内に感染制御チームを設置する。院長は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

- 1) 当院は、感染管理委員会において「感染制御チーム規程」を策定及び改訂する。
- 2) 感染制御チームの具体的業務内容を明確にする。
- 3) 感染制御チームは、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の職員により構成する。
- 4) 感染制御チームは、以下の活動を行う。

(1) 最新のエビデンスに基づき、自施設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内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布する。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ年1回程度の点検及び見直しを行う。

(2) 職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行う。なお当該研修は、医療安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うものとする。(「第5 医療関連感染対策のための職員に対する研修」参照)

(3) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を構築する。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとる。

(4) 1週間に1回程度、院内を巡回し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。感染制御チームによるラウンドは、チームのメンバーが全員で行うことが望ましく、少なくとも2名以上で行い、必要に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎回巡回することを基本とするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないものとする。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、2か月に1回以上巡回する。

(5) 微生物学的検査に係る状況を記した「感染情報レポート」を週1回作成し、院内で疫学情報を共有するとともに、感染防止対策に活用する。

### Ⅲ－4 抗菌薬適正使用支援チーム(AST; Antimicrobial Stewardship team)

1) 当院は、薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を図るため、感染管理委員会において「抗菌薬適正使用支援チーム規程」を策定及び改訂する。

2) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行う。

(1) 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症、ICU入室患者等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

(2) 外来診療における抗菌薬適正使用の推進を図る。

(3) 感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適

切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・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。

(4) 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採取など)や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、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。

(5) 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。

(6) 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。

(7) 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ついて院内での使用中止を提案する。

3) 抗菌薬適正使用支援チームが、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相談等を受ける。

### Ⅲ-5 感染防止対策地域連携の実施

1) 感染防止対策加算1を算定する目的で以下の業務を行う。

(1) 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少なくとも年4回程度、定期的に医療関連感染対策に関するカンファレンス(薬剤耐性菌等検出状況・感染症患者の発生状況・医療関連感染対策の実施状況・抗菌薬の使用状況等)を行い、その内容を記録する。

(2) 感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染に関する相談等を受ける。

(3) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)等、地域や全国のサーベイランスに参加する。

(4) 感染防止対策地域連携加算を取得する病院においては、感染防止対策加算1に係る届出を行っている医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関に相互に赴き、既定の様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年1回、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関から評価を受ける。

## Ⅳ (感染管理のための職員に対する教育、研修等)

感染管理部並びに感染制御チームは、感染管理委員会と協力し、医療関連感染対策を推進するため、職員に対する研修等を以下のとおり企画し実施する。

1. 医療関連感染対策のため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で、個々の職員の医療関連感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技術の向上等を図る。

2. 当院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下で行う。

3. 病院全体に共通する医療関連感染に関する内容について、年2回程度、定期的に開催するほか、必要に応じて開催する。

4. 研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録し保管する。

## V（感染症発生状況の監視と発生状況の報告）

### V-1 感染症発生状況の監視（サーベイランス）

感染管理部は、日常的に院内における感染症の発生状況を把握するシステムとして、以下のサーベイランスを実施し、結果を感染対策に反映させる。

#### 1) ターゲット（対象限定）サーベイランス

- ・手術部位感染サーベイランス
- ・耐性菌サーベイランス
- ・抗菌薬使用量サーベイランス（抗菌薬使用量、抗菌薬使用日数）
- ・手指衛生サーベイランス
- ・他、必要なターゲットサーベイランス

#### 2) 症候性サーベイランス

- ・インフルエンザ様症状サーベイランス
- ・消化器症候群サーベイランス

#### 3) プロセスサーベイランス

- ・医療行為のプロセスの評価（実施率や順守率の評価）

### V-2 発生状況の報告

感染管理部は、感染症に係る院内の報告体制を確立し、必要な情報が感染管理部に集約されるよう整備する。また、保健所へ必要な報告を可及的速やかに行う。

## VI（医療関連感染発生時の対応）

感染管理部は、医療関連感染症の発生又はその兆候を察知したときは、以下に沿って、迅速かつ適切に対応する。

1. 各種サーベイランスを基に、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し、制御のため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。
2. 臨床微生物検査室では、検体から検出菌の薬剤耐性パターン等の解析を行い、疫学情報を日常的にICT及び臨床側へフィードバックする。
3. 細菌検査等を外注している場合は、外注業者と緊密な連絡を維持する。
4. アウトブレイク又はその兆候察知時には、ICTミーティングを開催し、可及的速やかにアウトブレイクに対する医療関連感染対策を策定し、感染対策委員会へ報告し、その承認を経て実施する。
5. アウトブレイクに対する感染対策を実施したにもかかわらず、継続して当該感染症の発生があり、制御困難と判断した場合は、速やかに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等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

## VII（患者等に対する当該指針の公開）

大分岡病院感染管理指針は、各病院のホームページに掲載し、患者及び家族並びに利用者が閲覧できるように配慮する。