

# 1 . 院内感染防止に関する指針

## 1.0 [ 総則 ]

### 1.01 基本理念 「院内感染防止による患者さんの安全確保」

医療機関には患者さんや関係者の安全を確保するために不断の努力を行うことが求められている。院内感染の場合、検査や診断の結果を待っている間にも感染が広がり、初期対応の遅れなど、当然行うべき注意に欠けると重大な医療事故に結びつく可能性があり、現代の医療機関にとって大変重要な問題であります。院内感染症には病院全体で対処しないとその効果は期待できず、また院内感染を防止することは社会全体に対する病院の義務であり責任でもあります。久仁会は全職員が上記理念の趣旨を正しく理解し実行し、院内感染防止に関する活動を、円滑に効率よく行うために、院内感染防止委員会(以下、防止委員会と称する)を設置し、また以下の指針を策定する。

### 1.02 院内感染の定義

院内感染とは入院中の患者が病院内で原疾患とは別に新たに罹患した感染症、及び医療従事者が業務を介して感染した感染症のことをさす。他病院で感染し、転院してきた患者さんを介しての感染も、また、従事者を介して発症した場合も院内感染に該当する。本院では CDC (米国疾病対策センター) の定義に従い、入院して 3 日目 (48 時間以上) 以降に発病すれば、院内感染とみなす。

### 1.03 本指針の対象者

本院内感染対策指針の対象は、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、さらには委託職員等すべての関係者を含む。

## 1.1 [ 防止委員会 ]

### 1.1.1 防止委員会は、以下の部署の 1 名以上の代表者をもって構成する。

また必要に応じて、他の部署からの参加を求める。

各委員は行政や関連学会が主催する院内感染防止に関する研修に積極的に参加し、感染防止に関する知識や技能を高めなければならない。

委員には、ア) 感染防止委員会の感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師、イ) 5 年以上の感染管理に従事した経験を有する看護師、ウ) 3 年以上の病院経験をもち感染防止対策にかかる専任の薬剤師、エ) 3 年以上の病院経験をもち専任の臨床検査技師を含む。

医局、薬剤科、看護部(看護部長+各部署代表者)、リハビリテーション科、サプライ、検査科、放射線科、栄養科、管理部、保育所、清掃業者 その他(委員会名簿 表1 参照 p38)
--

### 1.1.2 防止委員長は上記ア) ~ エ) に該当する委員により選出し、任期は 1 年とする。

ただし、委員および委員長の再選は妨げない。

1.1.3 防止委員会に ICT ( Infection Control Team ) をおく。ICT は可能な限り認定 ICD および上記ア) ~ エ) に該当する看護師、薬剤師、および臨床検査技師で構成する ( 表 2 参照 p 3 8 )。

1.1.4 感染のアウトブレイクがみられた際には、ICT は病院長および必要な職員を加えた緊急の院内感染対策チームを構成し、セーフティマネジメント委員会 ( 以下 PSM 委員会 ) および、医療事故対策委員会と連携しながら対応にあたる。

## 1.2 [ 防止委員会の運営 ]

1.2.1 防止委員会は、定期的に開催する。( 1 回 / 月 )

1.2.2 委員長は必要に応じて防止委員会を開催できる。

1.2.3 防止委員会は出席者の過半数の賛成により、院内感染防止に関する決定を行い、病院長に勧告する。

1.2.4 病院長は防止委員会の勧告を尊重し、管理会の承認を得て必要な対策を速やかに実施するが、緊急を要する場合は委員長の判断で必要な事項を速やかに実施し事後に報告する。

## 1.3 [ 防止委員会の業務 ]

防止委員会は次の業務を行う。

1.3.1 科学的根拠に基づく感染防止対策マニュアルとして、「鳴門山上病院院内感染防止規約」( 以下、防止規約 ) の原案及び改正案を作成すること。

1.3.2 院内感染とその対策に関する情報を収集すること。

1.3.3 防止規約の定める院内感染防止に関する日常業務の実施状況を把握し、各部署に勧告を行うこと。

1.3.4 院内感染防止のため全職員対象の研修活動を年 2 回以上行うこと。また、各部署での研修を支援すること。

1.3.5 院内感染の発生時には医療事故対策委員会 ( 非常設 ) の活動に協力すること。

1.3.6 院内感染の発生状況を把握し、サーベイランスレポートに基づき、発生状況、対策について院長へ報告すること。

1.3.7 感染防止対策加算 1 に係る届出を行った医療機関 ( 鳴門病院 ) が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに年 4 回参加する。また、全ての連携医療機関が開催するカンファレンスには、年 1 回程度参加する。カンファレンス参加により地域の感染情報を共有して感染対策を協働して実施する。

## 1.4 [ ICT の業務 ]

ICT は次の業務を行う。

1.4.1 院内感染の発生状況を把握し、サーベイランスレポートを作成すること

( CRBSI は H16(2004)年 3 月から、CRUTI は平成 22 ( 2010 ) 年 10 月から毎月実施 )

1.4.2 院内細菌培養・感受性のモニタリングに関すること

1.4.3 院内細菌培養・感受性データに基づく Antibigram 作成および改訂

( 平成 16 ( 2004 ) 年から 3 ヶ月毎、平成 29 ( 2018 ) 年から 6 か月毎に作成 )

- 1.4.4 院内各部署の感染対策実施状況の監視および助言のため、  
ICT ラウンドを週 1 回程度実施すること（平成 30（2018）年 5 月から）
- 1.4.5 院内感染アウトブレイク時の対応
- 1.4.6 薬剤科・医事課と協力し抗菌薬使用状況を把握し報告すること  
（使用状況は月毎、年度毎集計とし、AUD, DOT 等の指標を用いること）  
（平成 30（2018）年度に遡って報告を開始している）  
（ 参照：¥¥192.168.10.233¥share¥Data¥委員会¥感染防止委員会¥抗菌薬使用状況 ）
- 1.4.7 その他、院内感染防止に必要な活動（抗 MRSA 薬等特定抗菌薬届出体制の整備等）

## 1.5 [ 指針および防止規約の策定と改訂 ]

指針および防止規約(付帯する各種手順書等を含む)は院内感染対策委員会の議を経て策定され、委員の 3 分の 2 以上が出席した委員会で過半数以上の同意によるか、改定案の公示によ委員の過半数以上の同意をもって改訂される。防止規約は年 1 回以上その内容を検討され、必要な改訂をされなければならないが、変更の際には最新の科学的根拠に基づき、出典も明示されなければならない。

## 1.6 [ 職員への周知と遵守率向上 ]

本指針および防止規約の内容は全職員へ周知されなければならない。このため、年 2 回以上全職員対象の院内感染防止に関する研修会を開催する。研修会に出席できない職員には伝達研修にて周知させなければならない。また、新入職員にはオリエンテーション等を通じて本指針の周知を行う。

( JK00007 院内感染防止マニュアル ( RN・MN-27-20200401-E ) から抜粋 )