

I. 序論

院内感染とは、「医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症」または、「医療従事者等が医療機関内において感染した感染症」のことであり、昨今では、病院感染（hospital-acquired infection）や医療関連感染（healthcare-associated infection）という表現も広く使用されている。

院内感染はヒトからヒトへ直接または、医療従事者、医療機器、環境等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、高齢者等の易感染患者は、通常の病原微生物のみならず、感染力の弱い微生物によっても院内感染を起こす可能性がある。

このため、院内感染対策については、個々の医療従事者ごとの判断に委ねるのではなく、医療機関全体として対策に取り組むことが必要である。また、地域の医療機関でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築も求められる（「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日医政地発1219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知））。

院内感染対策室について

院内感染対策室は医療監査部に位置づけられ、感染予防・感染制御における実働組織であり、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員で構成され、各職種の専門性を生かし、「医療関連感染」の予防と対策を担う部署として設置されている。

院内感染対策室の業務及び活動は、以下の項目に大別される。

- 適切な感染対策の指導を中心としたコンサルテーション
- 適切な感染対策を実施するための実態把握（サーベイランス）
- 院内感染対策に関する情報伝達・教育・啓発

感染管理者は、病院長より感染管理における権限を委譲され活動する。病院で勤務する全教職員は、上記の院内感染対策活動に対して協力しなければならない。

院内感染対策のための指針

2007年7月1日 策定

2024年4月1日 改訂

1. 院内感染対策に関する基本的考え方

私たち東海大学医学部附属病院において医療に従事する者は、全ての行為に対して常に適度な緊張感を持ち、危機管理意識を維持し、患者診療における院内感染防止対策のため努力する。

2. 院内感染対策のための委員会その他の組織に関する基本事項

院内感染防止対策委員会

(目的)

この規程は、東海大学医学部付属病院（以下「本院」という。）における医療関連感染対策に係る必要な事項を定める。

(設置)

本院に、(医療法施行規則第一条の十一第二項)及び院内感染対策管理のための施設基準に基づき、院内感染防止対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(任務)

委員会は次の各号に掲げる事項について審議し、管理者に勧告を行うとともに、管理者の指示に基づいて各部門に対する指導・助言を行う。

- (1) 感染症発生時などの把握・対策の立案・対応、本指針及び感染対策に関する各マニュアル等の制定・改廃を行う。
- (2) 必要に応じて各診療科、各病棟・部署と対策を協議する。
- (3) 病院長の指示をする業務及び委員会で必要と認めた事項を協議する。
- (4) 委員会における審議事項は、病院運営会議に諮り、医療安全管理委員会、診療科長会、病院運営連絡会へ報告する。

(構成)

委員会は、病院長等医療機関の管理者、診療部門・看護部門・薬剤部門・臨床検査部門・洗浄滅菌消毒部門・給食部門・事務部門等の各部門を代表する職員、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等、委員長が必要と認めた関係者により構成される。委員長に事故があるときは、副委員長が職務を代行する。

院内感染対策チーム (Infection Control Team ; ICT)

(設置目的)

ICT は病院における病院感染症の実情を把握し、その発生・蔓延を防止する対策を適正に立案、実行、評価するため設置する。

(構成員)

ICT は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等から若干名の委員をもって構成する。責任者と委員は病院長が指名・委嘱する。

(職務)

ICT は適正な院内感染対策を実施するため、次の業務を行う。

- (1) 院内感染防止対策マニュアルの作成及び改訂
- (2) 院内感染対策サーベイランスの実施とフィードバック
- (3) 院内感染対策に関する研修
- (4) 職業感染対策
- (5) アウトブレイク発生時の対応・指導
- (6) 個別事例におけるコンサルテーション
- (7) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント
- (8) 定期的な院内の巡回
- (9) 感染症に関連する情報発信

(会議)

ICT による会議を定期的で開催し、院内感染対策に係る事項について立案・協議する。ICT で立案・協議した内容は、院内感染防止対策委員会に審議依頼・報告する。

ICT ラウンド

(目的)

- (1) ICT は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染対策の実施状況及び抗菌薬適正使用の把握・指導を行う。
- (2) 院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析・評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。

(種類)

- ・ ICT 定期ラウンド
- ・ ICT 確認ラウンド
- ・ 手指衛生及び個人防護具の着脱に関する直接観察ラウンド
- ・ 重要な薬剤耐性菌検出時のラウンド
- ・ アウトブレイク時の緊急ラウンド
- ・ 清掃ラウンド

(構成)

定期 ICT ラウンドはチーム委員である医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等から構成され、最低2名以上、複数の職種でラウンドを行う。

事務局は、院内感染対策室が行う。

(日時)

(1) ICT 定期ラウンド

毎週火曜日（第1・2火曜は午後3時より、第3・4火曜は午前11時より）定期 ICT ラウンドを実施する。但し、第5火曜日と火曜日が祝日となっている場合は、必要に応じてラウンド部署を決定し行う。

(2) ICT 確認ラウンド

毎週火曜日（第1・2火曜は午後3時より、第3・4火曜は午前11時より）確認ラウンドを実施する。

(3) 手指衛生及び個人防護具の着脱に関する直接観察ラウンド

毎週火曜日 ICT ラウンド開始前の30分間（第1・2火曜日は午後2時30分より、第3・4火曜日は午前10時30分より）及び第1・2水曜日の午前10時より年間計画表に従い実施する。

(4) 重要な薬剤耐性菌検出時のラウンド

当院規定の「耐性菌レベル分類2」以上の薬剤耐性菌検出時に実施する。

(5) アウトブレイク時の緊急ラウンド

当院規定の「耐性菌レベル分類」に従い、アウトブレイク時に実施する。

(方法)

(1) ICT 定期ラウンド・ICT 確認ラウンド

- ・ 原則、毎週1つ以上の部署のラウンドを行う。ラウンドの場所については、ICT 会議にて年間ラウンド計画を立案し年度初めに部署所属長宛てに通知する。アウトブレイクが発生した場合は、その病棟を重点的に巡回する。
- ・ ラウンドにあたっては、「ICT ラウンド結果及び改善報告書」・「有症状者・薬剤耐性菌検出患者記載の病棟マップ」をもとに観察、評価する。
- ・ ラウンド終了後、対象部署の責任者等に講評を行う。またラウンド報告書を作成し速やかに部署へフィードバックを行う。
- ・ 対象部署は、指摘事項について改善計画を立案・実施し、実施内容について記載の上、2週間以内に院内感染対策室へ提出する。
- ・ 院内感染対策室は、ICT ラウンドから1ヶ月以内を目安に「確認ラウンド」を行い、指摘事項が改善

されたことを確認し記録として保存、部署責任者へ通知する。

- ・確認ラウンドにて改善がみられなかった場合は、さらに1ヶ月後に、「再確認ラウンド」を行う。院内感染対策室は対応部署へ、改善されていない事項について「改善計画書」の提出を要請し、改善に向けた支援を行う。

(2) 手指衛生及び個人防護具の着脱に関する ICT 直接観察ラウンド

- ・院内感染対策室は週2回、ラウンド計画表に従い、対象部署において WHO の5moments での手指衛生遵守状況及び、「個人防護具着脱チェックリスト」に準じた、個人防護具の着脱手順を観察する(一部リンクナースとともに実施する)。
- ・ラウンド終了後、結果集計表を作成し対象部署へフィードバックを行う。

(3) 重要な薬剤耐性菌検出時のラウンド

- ・当院規定の「耐性菌レベル分類2」以上の薬剤耐性菌検出時に直ちに実施する。
- ・院内感染対策室は、入院歴・抗菌薬投与歴・病室接触者・看護チーム・臨床経過を確認し、「重要な耐性菌検出時チェックリスト」に従い確認を行い評価・分析・指導する。

(4) アウトブレイク時の緊急ラウンド

- ・当院規定の「耐性菌レベル分類」に従い、アウトブレイク時に直ちに実施する。
- ・院内感染対策室は、入院歴・抗菌薬投与歴・病室接触者・看護チーム・臨床経過を確認し、評価・分析・指導する。
- ・院内感染対策室は、該当部署に対し「多発分析報告書」の提出を要請する。

(記録・報告)

ICT ラウンドを行った際は、チェックリストの入力及びラウンド報告書を作成し記録として保存し、ICT 会議で口頭、もしくは文書にて報告する。また問題提起や検討を行い改善に努める。

抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial Stewardship Team ; AST)

(設置目的)

AST は、病院(入院、外来)における抗菌薬使用状況を把握し、抗菌薬適正使用を推進するための対策を立案、実行、評価するため設置する。

(構成員)

AST は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等から若干名の委員をもって構成する。責任者と委員は病院長が氏名・委嘱する。

(職務)

AST は適正な院内感染対策を実施するため、次の業務を行う。

- (1) 院内感染防止対策マニュアル(抗菌薬使用の手引き)の作成
- (2) 抗菌薬適正使用に関する具体的立案
- (3) 個別事例におけるコンサルテーション対応
- (4) 抗菌薬適正使用状況の評価

(具体的内容)

- (1) 届出対象抗菌薬使用症例、抗菌薬長期使用症例、血液培養陽性症例、特殊病棟による発熱症例等についてモニタリングを実施する。
- (2) モニタリングにおいて、微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、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等を経時的に評価し、必要に応じて主治医・担当医にフィードバックし、記録する。
- (3) AST ラウンドを週に1回(毎週火曜日)実施する。最低2名以上、複数の職種で患者のベッドサイドに赴き抗菌薬適正使用状況を確認する。

- (4) 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養複数セット採取率等）や、院内アンチバイオグラムの作成等、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備し活用する。
- (5) 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット採取率等のプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量等のアウトカム指標を定期的に評価する。
- (6) 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者及び経口抗菌薬の処方状況を把握する。
- (7) 抗菌薬適正使用を目的とした研修を少なくとも年2回実施する。
- (8) 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採用中止を提案する。
- (9) 周術期の抗菌薬適正使用のために加刀前時間、術中再投与、術後投与時間をモニタリングし、クリニカルパスの作成にも関与する。

(会議)

AST による会議を定期的開催し、抗菌薬適正使用に係る事項について立案・協議する。AST で立案・協議した内容は、院内感染防止対策委員会に審議依頼・報告する。

リンクナース・リンクドクター

(目的)

特定機能病院における院内感染防止対策の組織的取り組みを強化するため、リンクドクター及びリンクナースは、院内感染対策チーム及び抗菌薬適正使用支援チームと連携して各診療領域における院内感染防止対策の指導的役割を担うことを目的に設置する。

(構成)

リンクドクターは、病棟医長、外来医長（混合診療科病棟においては各診療科から推薦）からなり、原則的にリスクマネージャーと同一の者である。

リンクナースは、原則的に看護単位ごとの看護部副主任から看護部長に指名される者からなる。リンクナース及びリンクドクターは、病院長が任命する。

(職務)

リンクドクターとリンクナースは連携して、各診療領域の感染症発生と蔓延を防止するため感染症患者の動向を把握する。また、院内の感染対策の状況を把握するために ICT ラウンドへの参加が望まれる。

一般医療スタッフにおける感染防止対策上の問題認識向上と啓発指導を図る。

3. 院内感染対策のための従事者に対する研修に関する基本方針

感染対策担当者及び ICT、AST は、施設全体の職員（委託業者を含む）を対象として、定期的に院内感染防止対策及び抗菌薬適正使用に関する教育、研修を行う。また、新採用職員（途中採用者を含む）において、採用時に随時、院内感染防止対策に関する教育、研修を行う。

感染対策担当者は、院内感染の増加が疑われる、あるいは確定した場合、介入の手段として、部署（診療単位）や職種を限定して、院内感染防止対策に関する教育、研修を行う。

リンクドクターとリンクナースは連携して、各診療領域における一般医療スタッフに対して院内感染防止対策上の問題認識向上と啓発指導を図る。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

感染症の院内における発生を迅速に把握できる方法を確認し、院内感染を未然に防ぐ、または蔓延を防止するために、リアルタイムに対策を立てられるようにする。

感染症の発生の報告は、主治医および病棟医長・病棟看護単位責任者から東海大学医学部付属病院感染症

患者報告書にて、院内感染対策室を経由して、病院長に提出される。

「感染症法」に規定される届出は、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出る。

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

院内感染の発生動向の監視（サーベイランス）を実施し、動向の分析に基づき、対策を立案し、改善のための方策を実施する（コンサルテーション）。

院内感染発生時の対応手順を明確化し、文書として「院内感染防止対策マニュアル」に記述し、院内感染発生時には迅速に対応できるようにする。

6. 患者に対する当該指針の閲覧に関する基本指針

院内感染防止対策のための指針（以下「指針」という）は、全職員が随時参照できるように、病院情報システム用端末の「医療安全管理」に掲載してある。

また、指針は患者が閲覧できるように、病院ホームページにも掲載してある。指針の詳細についての質問があれば、積極的に開示する旨、マニュアルの「I. 序論」に掲載してある。

7. その他の医療機関内における院内感染対策の推進のための必要な基本方針

院内感染防止対策の推進のために必要な方策を明確化し、文書として「院内感染防止対策マニュアル」に記述し、院内感染発生を未然に防ぐ、また発生時に蔓延を防ぐようにする。

院内感染対策室（院内感染対策担当者）では、感染症の発生状況を把握し、発生状況で重要な動向や患者発生については、病院全体で情報を共有化するよう情報提供する。

8. 感染対策に関する地域医療機関との連携

保健所や地域の医師会、感染対策向上加算2または3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行う。そのうち1回を新興感染症の発生等を想定した訓練を実施する。

感染対策向上加算2、感染対策向上加算3または外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う。また、本院における院内感染対策室専従医師または看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3または外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関へ赴き院内感染対策に関する助言を行う。

感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染対策に関する評価を行う。

以上の取り決めに加え、令和6年度診療報酬改定では「新型コロナウイルス感染症の経験も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、医療機関と介護保険施設等の連携に関する要件及び評価を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。」ことが明文化された。