

熊本地域医療センター 院内感染対策指針

熊本地域医療センターにおける院内感染対策を進めるため、本指針を定める

1. 院内感染に対する基本的な考え方

院内感染防止に留意し、感染発生の際にはその原因を速やかに特定し制圧、終息を図ることが、患者および職員の安全を守る上で重要と考える。このため院内感染防止対策を、全職員が理解・把握し、安全で良質な医療が提供できるよう基本的事項を定める

2. 組織と体制

院内感染防止を推進する為に以下の組織を設置する

1) 感染制御部

- ・院内感染管理者・感染管理認定看護師・薬剤師・臨床検査技師で構成し、以下のチームを下部組織としておく
- ・院内感染防止に関する事項を感染対策委員会・医療安全管理委員会、診療管理会議に提言する

(1) 感染制御チーム (ICT) *組織横断的に活動する組織である

- ①医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師で構成する
- ②定期的な院内ラウンドを行い、感染対策の遵守を促す
- ③地域連携カンファレンスを企画・運営し実施する
- ④院内感染対策の推進のため「院内感染対策マニュアル」を作成し、病院職員への周知徹底を図るとともに、「院内感染対策マニュアル」の定期的な見直し、改訂を行なう

(2) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST) *組織横断的に活動する組織である

- ①医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師で構成する
- ②定期的な院内ラウンドを行い、抗菌薬適正使用の遵守を促す
- ③微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況を把握し、抗菌薬が適切に使用されているか評価する
- ④微生物検査・臨床検査が適正に利用できる体制を整備する
- ⑤院内の抗菌薬適正使用のため「抗菌薬適正使用指針」を作成し、病院職員への周知徹底を図るとともに、「抗菌薬適正使用指針」の定期的な見直し、改訂を行なう

2) 感染対策委員会 (毎月1回開催し、委員会議事録を速やかに作成し、全職員に回覧する)

- (1) 委員会は、病院長が任命した者が委員長を務める。委員は、病院長、事務長、看護部長、薬剤部門の責任者、臨床検査部門の責任者、感染症対策に関して相当の経験を有する医師及び看護部門(感染管理認定看護師)、放射線部門、栄養部門、内視鏡部門、医療安全部門、リハビリ部門、事務部門から構成し、可能な限り部門長が委員となる
- (2) 管理、運営は感染対策委員会規程に定める
- (3) アウトブレイクなどの緊急時は、委員長判断で臨時会議を開催する

3) 感染対策リンクナース会 (毎月1回開催し、委員会議事録を感染対策委員会で報告する)

- (1) 感染管理認定看護師、各看護単位から選出された看護師で構成され、感染対策委員会との連携を図るとともに、各看護単位での感染対策の実践・評価・改善を行なう
- (2) 看護部だけでなく、他職種に対する感染対策に関する個別的な研修を実施する

3. 医療従事者に対する研修（感染制御チーム及び抗菌薬適正使用支援チームが企画・運営する）

- ・院内感染の基本について入職時の初期研修を実施する
- ・年2回程度全職員対象の研修を開催する

- ①院内感染に対する意識を高め、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向上を図る
- ②院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について、職員に周知徹底を図る

- ・院内感染の基本について委託業者へ年1回研修を実施する
- ・研修の開催結果または外部研修の参加実績を記録・保管する

※抗菌薬適正使用支援チームは、抗菌薬の適正な使用を目的とした研修を年2回行なう。対象職種は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の4職種とする

4. 感染症の発生状況の報告に関する事項

- ・法令による感染症届出及び院内の菌分離状況のサーベイランス、SSI・血流感染・呼吸器感染サーベイランスを行い、必要に応じて院内感染管理者に報告、感染制御チーム内で検討及び現場へのフィードバックをする

5. 感染症発生時の対応に関する事項

- ①感染症患者が発生した場合、職員は「感染（症）発生報告書」を作成し、院内感染管理者及び感染管理認定看護師へ報告する（職員用・患者用）
- ②緊急を要する感染症が発生した場合は、直ちに院内感染管理者に報告し、必要に応じて感染対策委員会を開催し緊急対策を講じるとともに、再発防止及び対応方針を検討する
- ③感染症患者が発生した場合、院内感染管理者及び病院長は必要に応じて対応方針を実施のために、全職員へ周知徹底を図る

6. 患者等に対する指針の閲覧に関する事項

- ・患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合は、これに応じるものとする
- ・院内感染対策指針は、当院のホームページに掲載する
- ・疾病の説明とともに、感染防止対策の基本についても説明し、理解を得た上で患者からの協力を求める

7. その他院内感染対策の推進のために必要な事項

- ・職員は自らが院内感染源とならないように定期健康診断を受診し、健康管理に留意するとともに病院が実施する予防接種に積極的に参加する
- ・感染制御に関する質問は、熊本大学病院、熊本県感染管理ネットワーク及び熊本市保健所に直接質問を行い、適切な助言を得る
- ・感染制御に関する相談は、院内感染管理者及び感染管理認定看護師が適切な助言を行い、その他医療機関における院内感染対策を推進する

附則：この指針は、平成19年6月から施行する。

2009年10月改訂 2013年09月改訂 2016年09月改訂
2017年08月改訂 2018年04月改訂 2022年12月改訂
2022年12月27日 診療管理会議承認
2024年（令和6年）4月8日 感染対策委員会承認

感染制御チーム（ICT:Infection Control Team）活動規程

第1条（名称）

本チーム名は感染制御チーム（ICT）と称する

第2条（組織）

感染対策委員会の下部組織である感染制御部に位置し、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などの多職種が集まり、組織横断的に病院全体の感染対策活動に従事する組織である。

第3条（目的）

院内感染の防止・対策を強力かつ円滑に実行することを目的とする

第4条（役割）

院内で起こる様々な感染症から患者や職員の安全を守るための活動、日常業務での感染予防や院内感染発生時の迅速な対応、啓発、教育を行う

第5条（メンバー構成）

メンバーは、感染対策委員会にて選出、次に掲げる職種にて構成する

1. 医師：ICD
2. 看護師：感染管理認定看護師
3. 薬剤師
4. 臨床検査技師

第6条（職種別役割規程）

- 1) 医師：ICT のチームリーダー
 - ・病院管理者への感染管理に関する提言と専門知識を生かした支援
 - ・院内感染対策マニュアル改訂における監修
 - ・アウトブレイク時の対応、感染管理に関わるコンサルテーション
 - ・院内ラウンド
- 2) 看護師：ICT メンバーおよび感染管理システムの連携と調整
 - ・院内感染対策マニュアルの改訂と整備及び評価
 - ・アウトブレイク時の対応、感染管理に関わるコンサルテーション
 - ・院内ラウンド
- 3) 薬剤師：ICT メンバー、院内ラウンド
- 4) 臨床検査技師：ICT メンバー、耐性菌情報の報告、院内ラウンド

第7条（権限）

ICT は以下に掲げる権限を有する

- 1) 組織横断的に他部署・他部門に出入りできる
- 2) カルテをはじめとする院内の記録物を閲覧できる
- 3) 感染症発生（アウトブレイク含む）に関する調査と介入（検査・治療等）・指導ができる
- 4) 職種・職位を問わず感染対策の改善、助言、指導ができる
- 5) 状況に応じてメンバーを招集し、適宜臨時会議を開催することができる

第8条（活動内容）

ICT は以下に掲げる業務を遂行する

- 1) 病院感染対策上問題となる微生物について、医療器具に関連したものや院内で発生した感染症のサーベイランスを実施・評価し、感染防止のために活用する。
 - (1) 耐性菌サーベイランス（多剤耐性菌：MRSA、ESBL 酸性菌、MDRA、MDRP など）

検査室の細菌検査結果情報から、病棟ラウンドを行い患者情報収集と対策を確認する

- (2) 以下のサーベイランス事業に参加する
 - ①JANIS：検査部門、手術部位感染（SSI）部門、集中治療室（ICU）部門、全入院部門
 - ②JHAIS：尿道カテーテル関連尿路感染、中心ライン関連血流感染
 - ③J-SIPHE：AST 関連、感染症診療情報、AMU 情報、ICT 関連情報、医療関連感染情報（医療器具関連感染情報、SSI 情報）、微生物・耐性菌関連情報
- 2) 院内ラウンドによる院内感染事例の把握、院内感染対策の実施状況（院内感染マニュアルの遵守状況）の把握と指導、感染対策に対する問題点の明確化と指導・教育を行う
 - (1) 感染制御チーム（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）のうち2名以上でラウンドする
 - (2) 院内を週1回以上ラウンドする
 - (3) 指導内容(問題解決策)・ラウンド結果は、後日文書で現場へフィードバックする
- 3) 感染防止対策連携施設、介護保険施設へ赴き院内感染対策等に関する助言を行う
- 4) 院内感染対策マニュアルの作成・改訂
- 5) アウトブレイクへの対処（マッピング作成、分析・対策を実施・指導）
- 6) 病院職員への感染管理教育
 - (1) 新規採用者を対象とした研修を実施する
 - (2) 全職員を対象とし、年2回以上感染対策に関する研修会を実施する
- 7) 病院間のカンファレンスへの参加
 - ・感染防止対策向上加算2・3の施設及び外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関と合同で、年4回程度定期的なカンファレンス、うち1回は新興感染症等の発生を想定した訓練を実施する
 - ・感染防止対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と相互ラウンドを年1回実施する
- 8) 新興感染症発生時に、感染症患者を受け入れるための汚染区域や清潔区域のゾーニングを行う
- 9) 感染管理コンサルテーション
 - ・感染対策に関して、院内 PHS 及び院内メールなどで相談に対応する
 - ・感染防止対策連携施設及び他施設から感染防止対策に関する助言を行う
- 10) 職業感染防止対策
 - (1) 職員の予防接種の計画
 - (2) 血液・体液暴露対策
 - (3) 結核接触者等の対応とフォローアップ
- 11) 感染症情報の伝達

感染にかかわる情報は、チーム内で協議し院内に情報を伝達する

第9条（報告）

- 1) ICT 年間計画を立案し、感染対策委員会で報告する
- 2) 毎月活動内容に関して、感染対策委員会で報告する
- 3) 感染症発生時の調査・介入事項を速やかに病院長に報告する

本活動規約は、年度初めに感染対策委員会で規程の改定の是非を協議し、必要時改訂を行う。

附則

熊本地域医療センター 2012年4月改訂 2016年4月改訂
 2017年4月改訂 2018年3月改訂
 2022年12月改訂 2024年4月改訂
 2022年12月27日 診療管理会議承認
 2024年5月28日 診療管理会議承認

抗菌薬適正使用支援チーム（AST：antimicrobial Stewardship Team）活動規程

第1条（名称）

本チーム名は抗菌薬適正使用支援チーム（AST）と称する

第2条（組織）

感染対策委員会の下部組織である感染制御部に位置し、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などの多職種が集まり、抗菌薬適正使用の教育・啓発活動に従事する組織である。

第3条（目的）

抗菌薬が適正に使用され、耐性菌出現を抑制し、適正な治療を支援することを目的とする

第4条（役割）

薬剤耐性（AMR）対策の推進、抗菌薬の適正使用の推進を図る。感染症治療の早期モニタリングとフィードバックを行い、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行う

第5条（メンバー構成）

メンバーは、以下の職種による構成を基本とし、ICTとの兼任を妨げず感染対策委員会にて選出する

1. 医師：ICD
2. 看護師：感染管理認定看護師
3. 薬剤師
4. 臨床検査技師

第6条（職種別役割規程）

1）医師：ASTのチームリーダー

- ・病院管理者への抗菌薬適性使用に関する提言と専門知識を生かした支援
- ・抗菌薬適性使用マニュアル改訂における監修
- ・抗菌薬適性使用に関わるコンサルテーション

2）看護師：ASTのメンバー

- ・細菌培養結果（感受性）確認、耐性菌発生率
- ・血液培養複数セット提出率、培養検査提出率（実施率）
- ・点滴抗菌薬投与症例数、抗菌薬使用量（AUD）

3）薬剤師：ASTのメンバー

- ・特定抗菌薬使用患者の監視
- ・抗菌薬（特定）使用届出書提出率、TDM

4）臨床検査技師：ASTのメンバー

- ・耐性菌情報の報告、アンチバイオグラム作成

第7条（権限）

ICTは以下に掲げる権限を有する

- 1）組織横断的に他部署・他部門に出入りできる
- 2）カルテをはじめとする院内の記録物を閲覧できる
- 3）職種・職位を問わず感染対策の改善、助言、指導ができる
- 4）状況に応じてメンバーを招集し、適宜臨時会議を開催することができる
- 5）多剤耐性菌発生時の調査と介入（検査・治療など）、指導ができる

第8条（活動内容） ASTは以下に掲げる業務を遂行する

1) 抗菌薬適正使用ラウンドを週1回行う

(1) 以下の患者は、感染症早期からモニタリングを実施する

① 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者

② 菌血症等の特定の感染兆候のある患者

(2) (1)の患者を把握後、経時的に以下の点を評価し、必要に応じて主治医へフィードバックする

・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

※抗菌薬適正使用に係る評価（抗菌薬（特定）使用届出書提出状況及び適正使用状況の評価し、患者カルテに評価・指導内容を記載）

・必要に応じた治療薬物モニタリングの実施

・臨床検査の利用の適正化（培養検査、特に血液培養の実施をモニタリング）

2) 微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制の整備

・アンチバイオグラムの作成

・適切な検体採取、迅速な培養検査の提出

3) 抗菌薬（特定）使用届出書提出率、血液培養複数セット提出率、培養検査提出率（実施率）、点滴抗菌薬投与症例数、抗菌薬使用量(AUD)、耐性菌発生率を定期的に評価する

5) 抗菌薬適性使用に関するマニュアルの作成

6) 院内で使用可能な抗菌薬の種類、用量など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

7) 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）への研修（年2回程度）

8) コンサルテーション

・抗菌薬適正使用の推進に関して、院内 PHS 及び院内メールなどで相談に対応する

・感染防止対策連携施設から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

9) 多剤耐性菌発生時の調査・介入

第9条（報告）

1) 毎月活動内容に関して、感染対策委員会で報告する

抗菌薬（特定）使用届出書提出率、血液培養複数セット提出率、培養検査提出率（実施率）、点滴抗菌薬投与症例数、抗菌薬使用量(AUD)、耐性菌発生率

3) 多剤耐性菌発生時の調査・介入事項を速やかに病院長に報告する

本活動規約は、年度初めに感染対策委員会で規約の改定の是非を協議し、必要時改訂を行う。

附則

熊本地域医療センター 2018年3月作成

2022年12月改訂

2022年12月27日 診療管理会議承認