

釧路赤十字病院 感染防止対策指針

I 院内感染対策に関する基本的な考え方

1. 目的

この指針は、院内感染の予防、集団感染事例発生時の対応等、釧路赤十字病院における院内感染対策の基本方針を定め、患者、全職員及び、訪問者を院内感染から守り、安全で質の高い医療の提供に資することを目的とする。

2. 院内感染対策における基本的な考え方

- 1) 当院では院内感染対策として、一般の患者様、家族の皆様等および職員への感染防止に細心の注意を払い、伝播リスクを最小限に留めることに努めます。
- 2) 病院内外の感染情報を広く共有し、院内感染の危険性および発生に対し迅速に対応することを目指します。
- 3) 院内感染が発生した場合、速やかに分析・評価して原因を究明し、感染対策上の不備や不十分な点を改善し感染の拡大防止と再発防止に努めます。

3. 組織

釧路赤十字病院は、院内感染対策に関する組織として「感染予防対策委員会 Infection Control Committee」「感染予防対策チーム Infection Control Team」「抗菌薬適正使用支援チーム Antimicrobial Stewardship Team」「感染管理室」「看護部感染対策委員会」を設置する。

II 院内感染対策のための委員会

1. 釧路赤十字病院感染予防対策委員会規定

(設置)

第1条 釧路赤十字病院に感染予防対策委員会 Infection Control Committee (以下 ICC) を置く。

(目的)

第2条 この委員会は院内感染対策に関する問題点の把握と改善策を講じる病院長の諮問機関として、病院における感染症の予防対策方針を作成することを目的とする。

(審議事項)

第3条 この ICC は次の事項を業務とする。

- 2 病院の感染管理のために方針作成に関する事項を審議し、管理会議へ答申する。
- 3 ICC 及び AST の報告内容に関する検討と、評価及び助言を行う。
- 4 職場環境を快適な状態に維持管理する等安全衛生に関しての感染管理については、安全衛生委員会へ ICC の感染管理方針等を伝達・情報提供をする。職員の感染防止対策は安全衛生委員会での決議事項に従い協力する。
- 5 感染症の予防対策に関する講演会、研修会等を開催する。
- 6 感染予防対策マニュアルを定期的に見直し、その対策等を情報として院内に周知する。

(ICCの構成)

第4条 ICCは院長の委嘱した次の職員等によって構成する。

- 2 院長、副院長（ICD・委員長）、看護部長、薬剤部長、臨床検査科技師長、事務部長、感染に対し経験のある医師、Infection Control Doctor（以下ICD）、Certified Nurse Infection Control（以下CNIC）、臨床工学課・リハビリテーション課・診療放射線科・栄養課・診療支援課・医事課・営繕・施設係の担当者、感染管理室事務員、その他必要と認められた者で構成される。

(役員)

第5条 ICCには次の役員を置く。

- 2 委員長1名、副委員長1名、事務局は感染管理室事務員とする。
- 3 委員長は院長により委嘱され、副委員長は委員長が指名する。

(役員の仕事)

第6条 委員長はICCを統括し会議を招集する。

- 2 副委員長は委員長を補佐し、委員長不在のときは副委員長が職務を代行する。
- 3 事務局はICCの処務を担当する。

(ICCの開催)

第7条 ICCの開催は月1回以上とする。但し、委員長が必要と認められた場合は随時に招集することができる。

- 2 委員会の成立には委員の3分の2以上の出席がなければ委員会を開き決議することができない。
- 3 委員会の議長は委員長があたる。但し、委員長が不在の時は副委員長が代行する。
- 4 委員会の議決は出席者の過半数をもって決し、可否が同数であるときは議長の決するところに従う。
- 5 委員長は、委員以外の者を委員会に出席させ、説明または意見報告を求めることができる。

(議事録)

第8条 事務局は速やかに議事録を作成し、管理会議に報告及び答申事項として甲決裁を受ける。

- 2 甲決裁後は院内情報システム掲載またはその他の方法により公表する。

- 付則
- 1) 本規程は1987年8月1日から実施する
 - 2) 本規程は1999年5月1日一部改正する
 - 3) 本規程は2000年7月26日一部改正する
 - 4) 本規程は2001年6月12日一部改正する
 - 5) 本規程は2002年10月25日一部改正する
 - 6) 本規程は2005年3月29日一部改正する
 - 7) 本規程は2008年6月21日一部改正する

- 8) 本規程は 2006 年 8 月 8 日一部改正する
- 9) 本規程は 2009 年 5 月 1 日一部改正する
- 10) 本規程は 2010 年 4 月 1 日全部改正する
- 11) 本規程は 2013 年 6 月 3 日全部改正する
- 12) 本規程は 2017 年 4 月 1 日一部改正する
- 13) 本規程は 2018 年 4 月 1 日一部改正する
- 14) 本規定は 2020 年 4 月 1 日一部改正する
- 15) 本規定は 2023 年 4 月 1 日一部改正する
- 16) 本規定は 2023 年 10 月 1 日一部改正する
- 17) 本規定は 2024 年 4 月一部改正する

2. 感染予防対策チーム規程

(設 置)

第 1 条 釧路赤十字病院に感染予防対策チーム Infection Control Team (以下 ICT) を置く。

(役 割)

第 2 条 ICT は医療現場における全ての部署・部門を対象として、組織横断的に感染制御活動を推進する多職種連携チームである。ICT の役割は実働性の高い専門家チームとして、病院長より一定の権限を委譲され全ての感染プログラム活動を推進するために、迅速かつ的確な情報伝達と決断力を特徴に役割を担う。

- 2 ICT は感染対策基本指針を基に、より具体的に感染管理対策の年間計画、活動方針、感染予防対策マニュアルの作成、実行、評価をする。

(ICT の構成)

第 3 条 ICT は病院長が指名した次の職員等によって構成する。

- 2 ICD (ICT 部会長・ICG 委員長兼任)、CNIC、感染に対し経験のある医師 (ICT 副部会長ほか)、薬剤部感染担当薬剤師、細菌検査担当臨床検査技師、看護部感染対策担当者、感染管理室事務員 (ICT 事務局)、その他事例により他職員の招集をする。

(ICT 部会の開催)

第 4 条 ICT 部会の開催は月 1 回とする。但し、部会長が必要と認めた場合は随時に招集することができる。

- 2 部会の成立にはメンバーの 3 分の 2 以上の出席がなければ部会を開き決議することができない。
- 3 部会の議長は部会長があたる。但し、部会長が不在の時は副部会長が代行する。
- 4 部会の議決は出席者の過半数をもって決し、可否が同数であるときは議長の決するところに従う。
- 5 部会長はメンバー以外の者を部会に出席させ、説明または意見報告を求めることができる。

(ICT の業務)

第 5 条 ICT の業務は下記のとおりとする。

- 2 1 週間に 1 回程度の院内ラウンドを行い、院内感染事例の把握。

- 3 院内感染防止策の実施状況の把握・指導。
- 4 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分析及び評価し、効率的な感染対策を作成。
- 5 院内感染の増加が確認された場合は、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作成。
- 6 院内ラウンド、院内感染に関する情報を記録。
- 7 微生物検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進。
- 8 バンコマイシン等の抗 MRSA 薬及び広域抗菌薬等の使用に際しての届出制をとり、投与量、投与期間を把握し、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法を適正化する。
- 9 院内感染対策を目的として職員研修を開催。
- 10 感染予防対策マニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守しているか巡回し確認。
- 11 看護部門各部署に配置されたリンクナースと連携し、感染対策の推進を図る
- 12 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携し、年に 1 回程、感染防止対策に関する相互評価を実施する。
- 13 感染対策向上加算 2 及び 3 の医療機関と合同で、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、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施する。
- 14 外来感染対策向上加算の医療機関と合同で、年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンス、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施する。
- 15 感染対策向上加算 2、3 及び外来感染対策向上加算の医療機関や高齢者施設に対し、必要時の院内感染対策に関する助言を行う。
- 16 患者の適切な療養環境の維持および感染対策の観点から、面会に関しては時間帯等を定めた運用を行う。
- 17 感染症の流行状況や院内における感染症発生の状況を踏まえ、患者および来院者の安全確保を目的として、必要に応じて面会方法の見直しその他の対応を検討する。

(議 事 録)

第 6 条 事務局は速やかに議事録を作成し、ICG に報告及び甲決裁を受ける。

- 2 甲決裁後は院内情報システム掲載またはその他の方法により公表する。

- 付則
- 1) 本規程は 2013 年 6 月 3 日より施行する
 - 2) 本規程は 2017 年 4 月 1 日内容確認する
 - 3) 本規程は 2018 年 4 月 1 日一部改正する
 - 4) 本規程は 2022 年 4 月 1 日診療報酬の改定に伴い一部改正とする
 - 5) 本規程は 2026 年 4 月 1 日連携施設の増加、看護部委員会廃止に伴い一部改正とする

3. 抗菌薬適正使用支援チーム規程

(設 置)

第 1 条 釧路赤十字病院に抗菌薬適正使用支援チーム Antimicrobial Stewardship Team (以下 AST) を置く。

(役 割)

第 2 条 院長の直接的管理下で抗菌薬の適正使用推進に係る業務を迅速かつ実践的に遂行する組織。

(AST の構成)

第 3 条 AST は病院長が各部門から指名した次の職員等によって構成する。

- 2 ICD (部会長)、感染症診療の経験のある医師 (副部会長)、薬剤部感染担当薬剤師、CNIC、看護部感染対策担当者、細菌検査担当臨床検査技師、感染管理室事務、その他事例により他職員の招集をする。

(AST 部会の開催)

第 4 条 AST 部会の開催は月 1 回とする。但し、部会長が必要と認めた場合は随時に招集することができる。

- 2 部会の成立にはメンバーの 2 分の 1 以上の出席がなければ会議を開き決議することができない。
- 3 部会の議長は部会長があたる。但し、部会長が不在の時は副部会長が代行する。
- 4 部会の議決は出席者の過半数をもって決し、可否が同数であるときは議長の決するところに従う。
- 5 部会長はメンバー以外の者を会議に出席させ、説明または意見報告を求めることができる。

(AST の業務)

第 5 条 AST の業務は下記のとおりとする。

- 2 1 週間に 1 回程度の院内ラウンドを行い、抗菌薬適正使用の実施状況の把握と指導。
- 3 月 1 回抗菌薬の使用状況を調査して、病院内ヘフィードバック (AUD: antimicrobial use density、DOT : days of therapy) を行う。
- 4 最新の抗菌薬適正使用に関する情報の提供およびコンサルテーション。
- 5 抗菌薬の適正使用推進に向けた取り組みを遵守するようなリーダーシップを執る。
- 6 抗 MRSA 薬、カルバペネム系薬など特定抗菌薬適正使用の推進。
- 7 抗 MRSA 薬使用患者に対する抗菌薬適正使用への提言及び病棟ラウンドの実施 (耐性菌ラウンド)。
- 8 抗菌薬の適正使用推進を目的として職員研修を開催。

(議 事 録)

第 6 条 事務局は速やかに議事録を作成し、ICG に報告及び甲決裁を受ける。

- 2 甲決裁後は院内情報システム掲載またはその他の方法により公表する。

付則 1) 本規程は 2018 年 4 月 1 日より施行する

2) 本規程は 2024 年 4 月一部改正する

4. 感染管理室業務内容

感染管理室は以下の業務を遂行する。

- 1) 医療関連感染サーベイランスに関すること

- 2) 感染管理に関する教育、啓発、研修企画・運営に関すること
- 3) 感染予防対策マニュアルの策定・改訂に関すること
- 4) アウトブレイク発生時の調査と介入に関すること
- 5) 感染対策のコンサルテーションに関すること
- 6) 院内巡回による感染対策の点検と助言に関すること
- 7) 感染予防対策委員会、ICT、AST、看護部感染対策委員会の会議及び活動に関すること
- 8) 職員の健康管理に関すること
- 9) 中央材料室における洗浄・消毒・滅菌業務に関すること
- 10) 清掃・洗濯・施設設備・給食などの感染防止対策に関すること
- 11) 医療材料・器材の選定に関すること
- 12) 院外施設及び院内各部門との連携、連絡・調整に関すること

Ⅲ 院内感染対策のための職員に対する研修に関する基本方針

1. 目的

院内感染防止のための基本的な考え方及び標準予防策、感染経路別予防策、職業感染対策をはじめとする院内感染防止の具体策を全職員に周知徹底し、職員個々の病院感染対策に関する意識と技術の向上を図る。

2. 研修方法

- 1) 職員研修は、就職時の採用時オリエンテーションのほか、病院全体に共通する院内感染に関する内容について、および抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を、それぞれ年2回以上全職員を対象に開催する。必要に応じて、各部署、職種毎の研修についても随時開催する。
- 2) 感染予防対策委員会、ICT、AST、看護部感染対策委員会の各委員は、外部研修会や学会などへ積極的に参加し、感染管理の最新の知識と技術を得るように努める。
- 3) 職員は院内で実施される感染予防に関する研修および抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修に、それぞれ年2回以上参加する。
- 4) 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修内容、アンケート結果等）は、感染管理室にて記録・保存を行う。

Ⅳ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

1. 報告

- 1) 関係職員は、感染予防対策マニュアルに規定された感染症の報告（感染症法に基づく報告を含む）を、感染管理室に行う。
- 2) 関係職員は届出制、許可制の指定抗菌薬を使用する際は、規定に基づき届出を行う。

2. サーベイランス

- 1) 院内で発生した感染症の発生状況や原因に関するデータを継続的かつ組織的に収集して、的確な感染対策を実施できるように、各種サーベイランスを実施する。
 - ① 手指衛生サーベイランス
 - ② 耐性菌サーベイランス
 - ③ 手術部位感染（SSI）サーベイランス

- ④ カテーテル関連血流感染（CRBSI）サーベイランス
 - ⑤ 尿路感染（UTI）サーベイランス
 - ⑥ 伝播力が強く、院内感染対策上問題となる各種感染症サーベイランス
 - ⑦ 外来・入院病棟におけるインフルエンザ迅速検査実施数及び陽性者数のサーベイランス
 - ⑧ 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）への参加（検査部門、NICU 部門）
 - ⑨ 感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）への参加（AMU、ICT 関連、医療関連感染、微生物・耐性菌関連）
- 2) ICT は感染症例報告、サーベイランス結果、ICT ラウンド、指定抗菌薬届出報告などからリスク事例を把握し対策の検討・指導を行う。

V 院内感染発生時の対応に関する基本方針

1. 各種サーベイランスをもとに、院内感染のアウトブレイクあるいは異常発生をいち早く特定し、制圧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. 検査部細菌検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析を行って、疫学情報を日常的に ICT および臨床側へフィードバックする。
3. アウトブレイクあるいは異常発生時には、その状況及び患者への対応等を病院長に報告する。対策委員会を開催し、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
4. 報告の義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。
5. 日本赤十字社で定められた「院内感染及び届出を要する感染症にかかる報告」の規定に基づき、報告が必要な感染症及び院内感染事例が発生した場合は速やかに報告を行う。

VI 患者等に対する当該指針の閲覧等に関する基本方針

1. 本指針は、院内情報システムを通して全職員が閲覧できる。
2. 本指針は、釧路赤十字病院ホームページにて一般に公開する。

VII その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針

1. 職員は、感染予防対策マニュアルに沿って、手指衛生の徹底、マスク着用の励行など常に感染予防策の遵守に努める。
2. 職員は、自らが感染源とならないように、定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意するとともに、病院が実施する B 型肝炎、インフルエンザワクチン等の予防接種に積極的に参加する。
3. 当院へ入職する職員は、入職前の健康診断にて小児ウイルス性疾患に関する抗体価検査を受け、抗体価が、当院が規定する基準に満たない場合には、ワクチン接種を受け院内感染予防に努める。
4. 職員は、感染予防対策マニュアルに沿って、个人防护具の使用、リキャップの禁止、安全装置付き器材の使用、真空採血管ホルダーの利用を徹底し、職業感染防止に努める。
5. 薬剤耐性菌の発生を抑制する為、抗菌薬は「抗菌薬の使用ガイドライン」に基づき適切に使用する。
6. 消毒薬は、一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適応対象外と対象微生物を十分に考慮して適切に使用する。
7. 患者本人および患者家族に対して、適切なインフォームドコンセントを行い、院内感染防止のための協力を求める。

感染管理における各部門の責務と役割

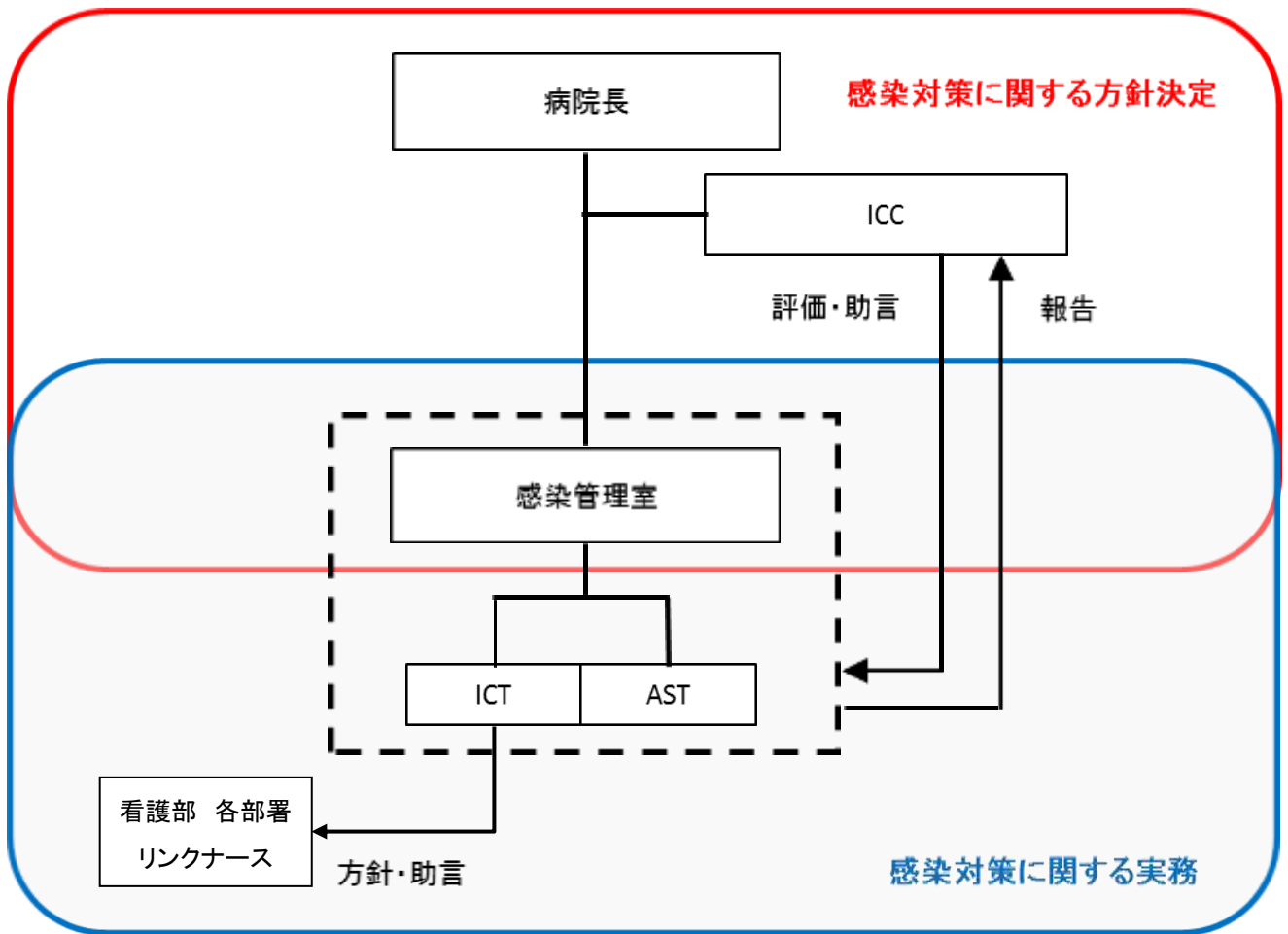
(感染管理における各部門の責務と役割)

第1条 各部門の責務と役割については以下の表の通りとする。

職 種	責 務	役 割
ICD (感染制御ドクター)	<ul style="list-style-type: none"> ・ICDは感染対策に関係する多くの職種の役割を理解すると共に、感染制御に関する疫学や感染症診断と治療など専門的知識を基にそれらを統合し、効果的対策を実践する専門家として活動する。 ・ICC 委員長、ICT 部会長、AST 部会長として活動する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染に関する治療について、他医師へ示唆、助言、指導。 ・病院関連感染の実態調査（サーベイランス）の実施と解析、評価。 ・医療関連感染の診断、治療。 ・医療関連感染対策の立案と実施・評価。 ・感染症発生時の緊急対応。 ・病院感染多発時（アウトブレイク）の緊急対応。
ICN (感染管理看護師)	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の患者を重視した看護の視点とデータから集団としての問題を客観的にとらえる視点を持ち、組織横断的かつ主体的に院内各部署と連携して、感染管理業務を実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染管理のための実践活動を実施、評価し改善。 ・患者、職員、他病院へ感染を受けない安全な環境の整備。 ・職員の感染がないように健康管理の推進。 ・全職員へ感染防止教育の実施。 ・サーベイランスを実施し、感染率の低減に努力。 ・ICD、院内各委員会、看護部と共同で感染防止に関する諸問題を解決。 ・感染管理のためのマニュアルを立案、実践、評価、管理。 ・コンサルテーションの実施、評価。 ・ICC、ICT、AST へ専門的な立場からの意見の提示。 ・最新の情報の収集及び学会参加と他施設との情報交換等で自己研鑽。
細菌検査担当 臨床検査技師 (感染制御認定臨床微生物検査技師：ICMT)	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床分離菌に関する疫学情報収集し、ICD、ICN へ連絡する。 ・具体的な細菌の同定・薬剤感受性試験の方法などを ICD と協議する。 ・分離菌情報を基に院内感染の 	<ul style="list-style-type: none"> ・耐性菌、血液培養陽性者リストの作成と報告。 ・感染症法に関連した微生物の検出時の報告。 ・病院関連感染の実態調査（耐性菌サーベイランスの実施とデータ作成・

	<p>状況を把握して ICT 部会で報告する。</p>	<p>分析・報告)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検体採取法等の専門分野における感染管理教育の実施・評価。 ・検体採取方法のマニュアルの作成と指導、評価。 ・原因菌判定の正確な対応と初期治療に貢献できるデータの提供。 ・抗菌薬、抗菌薬感受性試験のデータ作成と分析、報告。
<p>感染担当薬剤師 (感染制御認定薬剤師 : BCPIC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の専門家として、消毒薬、抗菌薬の適正使用に向けての分析を報告する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬使用のモニタリング。 ・抗菌薬の適正使用に向けた指導、教育 (PK/PD 理論に基づいた投与方法の指導)。 ・消毒薬使用のモニタリング。 ・消毒薬の適切な調整・適切な使用方法のアドバイス。 ・TDM (Therapeutic Drug Monitoring) 解析による情報提供。 ・抗菌薬の使用状況の情報収集と結果を ICT 及び AST 部会で報告。 ・感染管理教育の実施・評価。
<p>管理栄養士</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・感染予防対策マニュアルを遵守した食事の提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食中毒予防の徹底の推進。 ・食中毒警報の連絡。 ・委託職員の教育。 ・病院関連対策の立案と実施。
<p>事務職員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・庶務全般を行う。 ・感染対策を講じるための必要なデータを提供する。 	<p>(施設及び廃棄物担当者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染管理のための設備整備、備品整備等の業務。 ・廃棄物等の業務。 <p>(感染管理室事務)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎週、毎月ごとの定点の報告。 ・各種届出の処理。 ・会議の準備、開催案内、議事録の作成。 ・研修会の準備、開催案内、実施記録の作成。 ・ニュースの発行。 ・院内情報システムのマニュアル管理。 ・予算の作成。 ・関係書類の提出及び管理。 ・その他庶務全般。

<感染管理 体制図>



- 付則
- 1) 2013年6月3日作成
 - 2) 2014年5月20日一部改訂
 - 3) 2017年4月1日一部改訂
 - 4) 2018年4月1日一部改訂
 - 5) 2021年10月一部改訂
 - 6) 2022年4月一部改訂
 - 7) 2023年4月一部改訂
 - 8) 2024年4月一部改訂
 - 9) 2026年4月一部改訂