

JCHO 可児とうのう病院 院内感染対策指針 2017.4 改定版

1 総則

1-1. 基本理念

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることは医療機関の義務である。可児とうのう病院(以下「当院」とする)においては、本指針により院内感染対策を行う。

1-2. 用語の定義

1) 院内感染

病院環境下で感染した全ての感染症を院内感染と言い、病院内という環境で感染した感染症は、病院外で発症しても院内感染という。逆に、病院内で発症しても、病院外(市井)で感染した感染症は市井感染という。両者をあわせて医療関連感染という。

2) 院内感染の対象者

院内感染の対象者は、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、さらには院外関連企業の職員等を含む。

1-3. 本指針について

1) 策定と変更

本指針(院内指針、手順書と言うべきもの:以下同様)は院内感染対策委員会 infection control committee (ICC : 2-2) 参照)の議を経て策定したものである。また、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際には最新の科学的根拠に基づかなければならない。

2) 職員への周知と遵守率向上

本指針に記載された各対策は、全職員の協力の下に、遵守率を高めなければならない。

- ① 感染対策チーム infection control team (ICT : 2-4) 参照)は、現場職員が自主的に各対策を実践するよう自覚を持ってケアに当たるよう誘導する。
- ② ICT は、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践して行くよう動機付けをする。
- ③ 就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通して、全職員の感染対策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- ④ 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場に於ける効果的介入を試みる。
- ⑤ 定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況につき監査するとともに、擦式消毒薬の使用量を調査してその結果をフィードバックする(容器に使用量が分かるよう、線と日付を記しておくなど)。

3) 本指針の閲覧

本指針は院内感染対策マニュアル(紙版および院内ネット版)に掲載する。職員は患者との情報の共有に努め、患者およびその家族等から本指針の閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。なお、本指針の照会には ICT が対応する。

2 医療機関内における感染対策のための委員会等

病院感染対策は病院全体として取り組むべき問題であり、感染対策の最終意志決定機関として院

内感染対策委員会を置きすべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動をする。ICTは院内感染対策委員会の下部組織でありその実働部隊であるが、院長が一定の権限を委譲し組織横断的に活動し感染対策の立案、実行、評価、提言を感染対策委員会、および現場スタッフに対して行う。

1) 院長

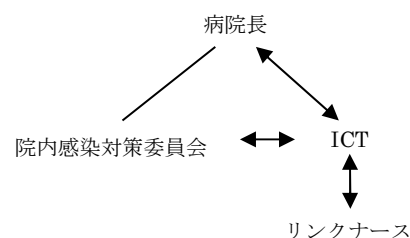
答申事項に関し、運営会議での検討を経て、必要なICTの業務を決定し、日常業務として指定する。

2) 院内感染対策委員会の構成

専門職代表を構成員として以下のとおり組織する。

- ① 院長(委員長を務める。出席できない場合はICDが代理)
- ② インфекションコントロールドクター(ICD)
- ③ 微生物検査技師
- ④ 診療科代表医師 3名(内科、外科。ICDと兼任可)
- ⑤ 看護部長、各看護師長等
- ⑥ 医療安全管理者
- ⑦ 手術部・中材代表(⑤と兼任可)
- ⑧ 薬剤科長
- ⑨ 診療放射線技師長
- ⑩ 臨床検査技師長
- ⑪ 栄養管理室長(不在の場合は主任栄養士)
- ⑫ 理学療法士長(不在の場合は主任理学療法士)
- ⑬ 老健副施設長
- ⑭ 健康管理センター棟看護師長(不在の場合は副看護師長)
- ⑮ 事務部長
- ⑯ 総務企画課(書記)

上記③以下の代表者が欠席の場合は必ず代理が出席することとする。



3) 院内感染対策委員の業務

- ① 1か月に1回の定期的会議を開催する。緊急時は必要に応じて臨時会議を開催する。
- ② ICTの報告を受け、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科に対して院長名で改善を促す。
- ③ 感染対策についての討議をおこない、議案によっては管理者会議に答申する。
- ④ 感染対策に必要な物品の購入伺いを出す。
- ⑤ 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- ⑥ 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を勧告する。
- ⑦ ICTが検討した事項についてさらに討議し感染対策マニュアルを更新する。
- ⑧ 職員への予防注射の実施を決定する。
- ⑨ 感染対策に関する研修を主催する(3-2)
- ⑩ 院内、および厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業を実施しその結果を評価、検討する

4) ICTについて

- ① ICTは認定インフェクション・コントロール・ドクターICD(21学会/研究会による協議会2000年~)1名、看護師2名、薬剤師1名、微生物検査技師1名、事務1名からなり院長が任命する。院長より感染対策に関する権限を委譲された院長直属のチームとして活動をおこない重要事項を院内感染対策委員会に報告する。

- ② 定期的院内ラウンドを行って、現場の改善に関する介入、コンサルテーション、サーベイランス、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定と制圧に当たる。
- ③ 重要な検討事項、異常な感染症発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者／院内感染の対象者への対応等を担当医と検討し、院長へ報告する。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 職員教育(集団教育と個別教育)の企画遂行を積極的に行う。院内ネットや掲示物で広報活動をおこなう。
- ⑤ 院内細菌分離情報、抗菌薬感受性を把握する。
- ⑥ 適切な抗生物質使用を指導する。
- ⑦ 感染対策マニュアルを常に見直し、検討し感染対策委員会へ諮る。
- ⑧ 保健所からの情報、指示を受けたり、感染症発症届出の支援をする。
- ⑨ 清掃委託業者と連絡をとりあい適切な環境整備に協力する。
- ⑩ 洗浄・滅菌業務が適切に行われているかどうか把握する。
- ⑪ 医療情報ネットワークに参加し最新の感染対策情報を収集する。
- ⑫ 感染防止対策加算のための病院間カンファレンスに参加する。

5)リンクナースについて

- ① リンクナースは各病棟、または外来の看護師長の推薦で ICT が委嘱する。
- ② リンクナースの役割
 - ① ICT からの情報伝達
 - ② ICT への情報提供、サーベイランスの協力
 - ③ 現場での問題点をあげ、ICT と一緒に解決にあたる
 - ④ 標準予防策、針刺し事故防止策実践の手本となる
 - ⑤ 院外講習会などに極力参加し感染対策についての知識を得る。

6) その他

発生した院内感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにくいときは、厚生労働省地域支援ネットワーク担当事務局、あるいは、日本環境感染学会認定教育病院担当者に相談する。日本感染症学会施設内感染対策相談窓口(厚労省委託事業)へのファックス相談も活用する。

3 院内感染に関わる従業者に対する研修

- 1) 就職時の初期研修は、ICT あるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
- 2) 継続的研修は、年 2 回程度開催する。また、必要に応じて、臨時の研修を行う。これらは職種横断的に開催する。
- 3) 学会、研究会、講習会など、施設外研修を受けた者の伝達講習を、適宜施設内研修に代えることも可とする。
- 4) ラウンド等の個別研修あるいは個別の現場介入を、可能な形で行う。
- 5) これらの諸研修の開催結果、あるいは、施設外研修の参加実績(開催または受講日時、出席者、研修項目)を、記録保存する。

4 感染症の発生時の対応と発生状況の報告

4-1. サーベイランス

日常的に当院における感染症の発生状況を把握するシステムとして、対象限定サーベイランスを

必要に応じて実施し、その結果を感染対策に生かす。

- 1) カテーテル関連血流感染、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、尿路感染、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。
- 2) MRSA に関しては環境検査を行い標準予防策のモニタリングとして啓蒙に利用する。

4-2. アウトブレイクあるいは異常発生

アウトブレイクあるいは異常発生は、迅速に特定し、対応する。

- 1) 施設内の各領域別の微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、医療関連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) 臨床微生物検査室では、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) 必要に応じて保健所や岐阜大学医学部付属病院生体支援センター (kansen@gifu-u.ac.jp) にアドバイスをもちめる。
- 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 院内感染対策推進方策等

国立大学医学部付属病院感染対策協議会がとりまとめた病院感染対策ガイドライン、および平成15年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)による「国、自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究」(主任研究者:小林寛伊・NIT東日本関東病院名誉院長)の分担研究報告書「医療施設における院内感染(病院感染)の防止について」を規範に当院での感染対策マニュアルを作成し院内ネットに掲示するとともに病棟にてファイル保管し活用する。なおマニュアルは ICT が中心となり常に更新し啓蒙する。以下はその骨子である。

5-1. 手指衛生

手指衛生は、感染対策の基本であるので、これを遵守する。

- 1) 手指衛生の重要性を認識して、遵守率が高くなるような教育、介入を行う。
- 2) 手洗い、あるいは、手指消毒のための設備/備品を整備し、患者ケアの前後には必ず手指衛生を遵守する。
- 3) 手指消毒は、手指消毒用アルコール製剤による擦式消毒を基本とし、使用量をモニタリングする。
- 4) 目に見える汚れがある場合、感染性胃腸炎患者対応後には、石けんと流水による手洗いを行う。
- 5) 患者の血液、体液、排泄物、分泌物に触れるときは手袋を着用する。

5-2. 微生物汚染経路遮断

微生物汚染(以下汚染)経路遮断策としてアメリカ合衆国疾病予防管理センター Centers for Disease Control and Prevention (CDC) の標準予防策 (Jane D Siegel et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007.

<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/Isolation2007.pdf>、および、5-7.付加的対策で詳述する感染経路別予防策を実施する。

- 1) 血液・体液・分泌物・排泄物・あるいはそれらによる汚染物などの感染性物質による接触汚染または飛沫汚染を受ける可能性のある場合には手袋、ガウン、マスクなどの個人用防護具 personal protective equipment (PPE) を適切に配備し、その使用法を正しく認識、遵守する。
- 2) 呼吸器症状のある患者には、咳による飛沫汚染を防止するために、サージカルマスクの着用を要請して、汚染の拡散を防止する。

- 3) 各感染症につき隔離基準を設け、コホーティングや個室隔離をおこなう。

5-3. エビデンスに基づいた予防策

ガイドラインが呈示されている下記の病態についてはこれに従い ICT が中心となって実施状況をモニタリングする。

- 1) 血管内留置カテーテル関連感染
 - (ア) CV ラインは可能なかぎり使用しない努力をする。
 - (イ) CV ライン挿入はクロロヘキシジナルコールによる消毒を原則とし、高度バリアプレーション(マスク、ガウンテクニック)をおこなう。
 - (ウ) CV ライン挿入部は透明シールでドレッシングし毎日観察、週 1 回クロロヘキシジナルコールで消毒。
 - (エ) 末梢静脈カテーテルはできる限り 3 日以上留置しない。ロックは生食で行う。
- 2) 尿路カテーテル関連感染
 - (ア) できる限り尿路留置カテーテルを使用しない。
 - (イ) 閉鎖式カテーテルを使用する。
- 3) 人工呼吸器関連肺炎
- 4) 手術部位感染
- 5) 褥瘡感染、ストーマの管理

5-4. 環境清浄化

患者環境は、常に清潔に維持する。

- 1) 患者環境は質の良い清掃の維持に配慮する。
- 2) 限られたスペースを有効に活用して、清潔と不潔との区別に心がける。
- 3) 流しなどの水場の排水口および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。
- 4) 床に近い棚(床から 30cm 以内)に、清潔な器材を保管しない。
- 5) 薬剤/医療器材の長期保存を避ける工夫をする。
- 6) 手が高頻度で接触する部位は 1 日 1 回以上清拭または必要に応じて消毒する。
- 7) 床などの水平面は時期を決めた定期清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は、汚染が明らかかな場合に清掃または洗濯する。
- 8) 可能な限り蓄尿を控える。汚物室などの湿潤部位の日常的な消毒や衛生管理に配慮する。
- 9) 清掃業務を委託している業者に対して、感染対策に関連する重要な基本知識に関する、清掃員の教育・訓練歴などを確認し、必要に応じて教育、訓練を行う(業務責任者より再教育を要請するも可)。
- 10) 生花の持ち込みはお断りする。

5-5. 交差感染防止

- 1) 易感染患者を保護隔離して病原微生物から保護する。
- 2) 結核が疑われる外来患者は待機室にて採痰し待機していただく。また必要に応じて発熱外来を設置するなど、感染の疑い患者を他の患者と出来るだけ接触させないよう対処する。
- 3) 感染リスクの高い易感染患者を個室収容する場合には、そこで用いる体温計、血圧測定装置などの用具類は、他の患者との共用は避け、専用のものを配備する。
- 4) 各種の感染防護用具の対応を容易かつ確実に行う必要があり、感染を伝播する可能性の高い伝染性疾患患者は個室収容、または、集団隔離収容して、感染の拡大を防止する。
- 5) 単回使用の指定がある医療機器(医療用具)については、特段の合理的理由がない限り、これを再使用しない

5-6. 消毒薬適正使用

消毒薬は、一定の抗菌スペクトルを有するものであり、適用対象と対象微生物を十分に考慮して適正に使用する。

- 1) 生体消毒薬と環境用消毒薬は、区別して使用する。ただし、アルコールは、両者に適用される。
- 2) 生体消毒薬は、皮膚損傷、組織毒性などに留意して適用を考慮する。
- 3) 塩素製剤などを環境に適用する場合は、その副作用に注意し、濃度の高いものを広範囲に使用しない。
- 4) 高水準消毒薬(グルタール、過酢酸、フタールなど)は、環境の消毒には使用しない。
- 5) 環境の汚染除去(清浄化)の基本は清掃であり、環境消毒を必要とする場合には、清拭消毒法により汚染箇所に対して行う。

5-7. 抗菌薬適正使用

抗菌薬は、不適正に用いると、耐性株を生み出したり、耐性株を選択残存させる危険性があるので、対象微生物を考慮し、投与期間は可能な限り短くする。

- 1) 抗メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)薬、カルバペネム系抗菌薬はICD、薬剤科への届出制度とする。リネゾリドは許可制とする。
- 2) 院内全体の抗生物質使用状況を把握しておく。
- 3) バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、MRSA、多剤耐性緑膿菌(MDRP)など特定の多剤耐性菌を保菌しているも、無症状の症例に対しては、抗菌薬の投与による除菌は行わない。
- 4) 施設内における薬剤感受性パターン(アンチバイオグラム)を把握しておく。併せて、その地域における薬剤感受性サーベイランスの結果を参照する。

5-8. 付加的対策

疾患及び病態等に応じて感染経路別予防策(空気予防策、飛沫予防策、接触予防策)を追加して実施する。次の感染経路を考慮した感染対策を採用する。

5-8-1. 空気感染(粒径 $5\mu\text{m}$ 以下の粒子に付着。長時間、遠くまで浮遊する)

- a. 麻疹
- b. 水痘(播種性帯状疱疹を含む)
- c. 結核
- d. 重症急性呼吸器症候群(SARS)、高病原性鳥インフルエンザ等のインフルエンザ、ノロウイルス感染症等も状況によっては空気中を介しての感染の可能性あり

5-8-2. 飛沫感染(粒径 $5\mu\text{m}$ より大きい粒子に付着、比較的速やかに落下する)

- a. 侵襲性B型インフルエンザ菌感染症(髄膜炎、肺炎、喉頭炎、敗血症を含む)
- b. 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎、肺炎、敗血症を含む)
- c. 重症細菌性呼吸器感染症
 - ① ジフテリア(喉頭)
 - ② マイコプラズマ肺炎
 - ③ 百日咳
 - ④ 肺ペスト
 - ⑤ 溶連菌性咽頭炎、肺炎、猩紅熱(乳幼児における)
- d. ウイルス感染症(下記のウイルスによって惹起される疾患)
 - ① アデノウイルス
 - ② インフルエンザウイルス
 - ③ ムンプス(流行性耳下腺炎)ウイルス
 - ④ パルボウイルス B19
 - ⑤ 風疹ウイルス

e. 新興感染症

- ① 重症急性呼吸器症候群(SARS)
- ② 高病原性鳥インフルエンザ

f. その他

5-8-3. 接触感染(直接的接触と環境／機器等を介しての間接的接触とがある)

- a. 感染症法に基づく特定微生物の胃腸管、呼吸器、皮膚、創部の感染症あるいは定着状態(以下重複あり)
- b. 条件によっては環境で長期生存する菌(MRSA、*Clostridium difficile*、*Acinetobacter baumannii*、VRE、MDRP など)
- c. 小児における respiratory syncytial (RS)ウイルス、パラインフルエンザウイルス、ノロウイルス、その他腸管感染症ウイルスなど
- d. 接触感染性の強い、あるいは、乾燥皮膚に起こりうる皮膚感染症
 - ① ジフテリア(皮膚)
 - ② 単純ヘルペスウイルス感染症(新生児あるいは粘膜皮膚感染)
 - ③ 膿痂疹
 - ④ 封じ込められていない(適切に被覆されていない)大きな膿瘍、蜂窩織炎、褥瘡
 - ⑤ 虱寄生症
 - ⑥ 疥癬
 - ⑦ 乳幼児におけるブドウ球菌癬
 - ⑧ 帯状疱疹(播種性あるいは免疫不全患者の)
 - ⑨ 市井感染型パントン・バレンタイン・ロイコシジン陽性(PVL+)MRSA 感染症
- e. 流行性角結膜炎
- f. ウイルス性出血熱(エボラ、ラッサ、マールブルグ、クリミア・コンゴ出血熱:これらの疾患は、最近、飛沫感染の可能性があるとされている)

5-9. 予防接種

予防接種が可能な感染性疾患に対しては、接種率を高めることが最大の制御策である。

- 1) ワクチン接種によって感染が予防できる疾患(B 型肝炎、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ等)については、適切にワクチン接種を行う。
- 2) 患者／医療従事者共に接種率を高める工夫をする。

5-10. 職業感染防止

医療職員の医療関連感染対策について十分に配慮する。(5-2. をも参照)

- 1) 針刺し防止のためリキャップを原則的には禁止する。
- 2) 原則として針は耐貫通性の廃棄ボックスにすてる。
もしくは、トレイの上ののせた空バイアルビンに片手でさしてトレイから捨てる。針をもったまま両手で操作しない。
- 3) リキャップが必要な際は、安全な方法を採用する。
- 4) 試験管などの採血用容器その他を手を持ったまま、血液などの入った針付き注射器を操作しない。
- 5) 廃棄専用容器を対象別に分けて配置する。
- 6) 使用済み注射器(針付きのまま)その他、鋭利な器具専用の安全廃棄容器を用意する。
- 7) 安全装置付き器材の導入を考慮する。
- 8) 前項 5-9-1)に記載した如く、ワクチン接種によって職業感染予防が可能な疾患に対しては、医療従事者が当該ワクチンを接種する体制を確立する。
- 9) 感染経路別予防策に即した個人用防護具(PPE)を着用する。
- 10) 結核などの空気予防策が必要な患者に接する場合には、N95 以上の微粒子用マスクを着用

する。胸部レントゲン写真による健診を年2回実施する。

5-11. 第三者評価

- 1) 医療関連感染対策の各施設に於ける質は、(財)日本医療機能評価機構などの外部機関の評価を受ける。

5-12. 患者への情報提供と説明

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う。

- 1) 疾病の説明とともに、感染制御の基本についても説明して、理解を得た上で、協力を求める。
- 2) 必要に応じて感染率などの情報を公開する。

附則

この指針は 2008年3月1日より施行する

2014年10月1日改訂

2016年4月1日改訂

2016年9月1日改訂

2017年4月1日改訂