

I. 福井県立病院院内感染対策指針

目次

1.	<u>院内感染対策に関する基本的考え方</u>	I-1
2.	<u>院内感染対策に関する管理体制</u>	I-1
3.	<u>従事者に対する研修に関する基本方針</u>	I-4
4.	<u>感染症発生状況の報告に関する基本方針</u>	I-4
5.	<u>院内感染発生時の対応に関する基本方針</u>	I-4
6.	<u>患者さんへの情報提供と説明</u>	I-4
7.	<u>指針の閲覧に関する基本方針</u>	I-4
8.	<u>その他の院内感染対策推進のための基本方針</u>	I-4
(別添)	<u>院内感染対策に関する管理体制図</u>	I-5
	<u>感染防止対策委員会設置規程</u>	I-6

I. 福井県立病院院内感染対策指針

1. 院内感染対策に関する基本的考え方

福井県立病院（以下「当院」という。）は、福井県の基幹病院として、患者さんに質の高い医療を提供することを使命とする病院であり、患者さんの安全を確保するために不断の努力が求められている。このため、医療関連感染（以下「院内感染」という。）の発生を未然に防止するとともに、ひとたび感染症が発生した場合には、拡大防止のために、その原因を速やかに特定し、これを制圧および終息させることが重要である。当院においては、本指針により院内感染対策を行う。

2. 院内感染対策に関する管理体制

当院における院内感染防止を推進するために、以下の委員会および組織等を設置する。

（別添：院内感染対策に関する管理体制図）

（1）感染防止対策委員会

- ①院内感染に関する重要事項を調査、審議および決定する機関として、感染防止対策委員会を設置する。
- ②委員会は、院長を委員長とし、各部門管理者等により構成する。組織および運営等の詳細については、「別添：福井県立病院感染対策委員会設置規程」に定める。
- ③所掌事務は次のとおりとする。
 - （i）院内感染に関する基本方針、重要事項等の決定に関すること
 - （ii）院内感染に関する各部門への啓発、周知および指示に関すること
 - （iii）職員の健康管理に関すること
 - （iv）その他院内感染に関し、院長が必要と認める事項

（2）医療安全管理室感染防止グループ

- ①院内感染に関する総合的な運営を行う部門として、医療安全管理室感染防止グループを設置する。
- ②当該部門は、次項3に定める感染制御チーム（ICT）の代表者等により構成し、グループ内に、統括管理者（感染防止）、リーダー、グループ員を置く。
組織および運営の詳細については、「福井県立病院医療安全管理室設置規程」に定める。
- ③所掌事務は次のとおりとする。
 - （i）院内感染に関する総合的な企画、立案および日常業務の運営に関すること
 - （ii）感染防止対策委員会との連携に関すること
 - （iii）感染制御チーム（ICT）の組織および運営に関すること
 - （iv）抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の組織および運営に関すること
 - （v）感染防止対策に関して地域連携を行う医療機関との連絡および調整に関すること

（3）感染制御チーム（Infection Control Team：以下 ICT）

- ①感染防止に関する日常業務を実行するため、医療安全管理室感染防止グループ内に感染制御チーム（ICT）を設置する。
- ②ICTは、以下の職員により構成する。
 - （i）感染防止対策加算1の施設基準に基づく構成員
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染対策に従事した経験を有し、感染管理に適切な研修を修了した専従の看護師

- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- (ii) (i)に定める者以外に、(i)の経験年数等を有しないが、院内感染対策の充実および人材育成のために関係部門から選抜して配置する職員
- ③(3)②の(i)イに定める者を院内感染管理者として配置する。院内感染管理者は、次の④に定めICTの所掌事務が円滑かつ確実に遂行されるよう管理を行うものとする。
- ④感染制御チーム(ICT)の所掌事務は次のとおりとする。
 - (i) 院内ラウンドに関すること
 - ア 1週間に1回、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、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと
 - イ 院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策を実行すること
 - ウ 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およびサーベランスデータ等を基に改善策を講じること
 - エ 巡回、院内感染に関する情報を記録に残すこと
 - (ii) 抗菌薬の適正使用に関すること
 - ア 微生物検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進すること
 - イ バンコマイシン等の抗MRSA薬および広域抗菌薬等の使用に際して届出制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化を図ること
 - (iii) 職員研修に関すること
 - ア 職員を対象として、年2回以上定期的に院内感染対策に関する研修を行うこと
 - イ アの研修について、職員1名あたり年2回の受講を確認すること
 - (iv) 院内感染マニュアルに関すること
 - ア 最新のエビデンスに基づき、当院の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、各部署に配布すること
 - イ マニュアルは、定期的に新しい知見を入れ改訂すること
 - ウ 職員がマニュアルを遵守していることを院内ラウンド時に確認すること
 - (v) 地域連携に関すること
 - ア 感染防止対策加算2又は3に係る届出を行った医療機関と合同で、年4回以上、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録すること
 - イ 感染防止対策加算2又は3を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けること
 - ウ 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている医療機関と連携し、年1回以上、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関に相互に赴いて国が定める様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該医療機関にその内容を報告すること、また年1回以上、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関より評価を受けること
 - エ 保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は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い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること
 - オ 感染制御チームの専従医師又は看護師が、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又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保

険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること。

⑤ICT 構成員間の情報共有等を図るため、1回/月 ICT 会議を開催し、必要時は臨時会議を行う。

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

①抗菌薬適正使用支援チーム (AST) は、治療効果の向上、副作用の防止、耐性菌出現リスク軽減を目的として抗菌薬の適正使用を支援する。

②AST のメンバーは以下の職種による構成員を基本とする。

- (i) 医師 感染症診療について3年以上の経験を有する専任の医師
- (ii) 感染管理認定看護師 5年以上感染管理に従事した経験を有した感染管理認定看護師
- (iii) 薬剤師 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療に関わる専任の薬剤師
- (iv) 臨床検査技師 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査に関わる専任の検査技師
- (v) その他感染対策に関連のある職員 若干名
 - (i) ~ (v) の中で1名を専従とする。
 - (i) に掲げる者を責任者とする。

*看護師による特定行為研修(感染に係る薬剤投与関連)を修了した、感染管理認定看護師1名をAST専従者とする。

*AST会議の開催はICT会議と合同開催とする。

*AST事務局はICT事務局と兼務する。

③抗菌薬適正使用支援チーム (AST) の業務

- (i) 感染症診療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
 - ア 感染症診療の早期モニタリングのためのカンファレンス(以下、ASTカンファレンス)を、原則として平日朝に行う。
 - イ 血液培養検査で陽性になった患者を対象とする。
 - ウ 血液培養検査陽性患者の抗菌薬の使用状況を確認し、必要に応じて主治医に検出菌の情報提供および、適切な抗菌薬を提案する。
 - エ 当該保険医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。
- (ii) 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
 - ア 臨床検査技師は血液培養検査で陽性になった患者名簿を作成する。
 - イ 臨床検査技師は血液培養検査陽性検体の検出菌状況をASTカンファレンス時に報告する。
- (iii) 抗菌薬適正使用に関する評価
 - ア 医師が特定抗菌薬使用届出書を提出しているかを薬剤部が監査し、毎月感染防止対策委員会で報告する。
 - イ 薬剤部は抗MRSA抗菌薬とカルバペネム系抗菌薬の使用状況を、毎月の感染防止対策委員会にて報告する。
- (iv) 抗菌薬適正使用の教育・啓発
 - ア 抗菌薬を適正に使用するための研修を年2回以上行う。
 - イ 抗菌薬適正使用に関するマニュアルを作成し、電子カルテで公開する。

- (v) 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
 - ア 院内でアンチバイオグラムを作成し、電子カルテで公開する。
 - イ アンチバイオグラムは細菌毎の薬剤感受性等を考慮し、毎年見直す。
 - ウ 抗菌薬の見直しは、抗菌薬適正使用部会で検討する。
- (vi) 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける
 - ア 当院と感染防止対策加算 2 を取得している連携施設と合同カンファレンス時の相談を受ける。
 - イ 当院 ICT が、他の医療施設から相談があった場合に対応する。

3. 従事者に対する研修に関する基本方針

- (1) 院内感染防止対策の基本的考え方および具体的方策について、職員に周知徹底を図り、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の向上等を図ることを目的として、全職員を対象に定期的に院内研修を実施する。
- (2) 必要に応じて、各部署および職種毎の研修についても随時実施する。
- (3) 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）は、記録し保存する。

4. 感染症発生状況の報告に関する基本方針

- (1) 院内感染の防止を図るために、病原微生物の検出状況等、感染症の発生状況、経路および原因に関する必要なサーベイランスを継続的かつ組織的に実施する。
- (2) 収集された情報は、感染制御チーム（ICT）に迅速に報告され、また病院職員にフィードバックすべき情報は院内メールで配信または病院ニュースで閲覧可能とするなど、必要な情報が周知徹底される院内環境を整える。

5. 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または異常発生をいち早く特定し、迅速な対応が実施されるよう、適切な情報管理を行う。
- (2) アウトブレイクまたは異常発生時はその状況を院長に報告する。院長は、感染防止対策委員会を招集して対応方針を決定するとともに、医療安全管理室に必要な対応を指示するなど、速やかに感染経路の遮断および拡大防止策を講じる。
- (3) 報告が義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに福井市保健所に報告する。

6. 患者さんへの情報提供と説明

- (1) 患者さん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。
- (2) 疾病の説明とともに、感染制御の基本についても説明し、理解を得た上で協力を求める。

7. 指針の閲覧に関する基本方針

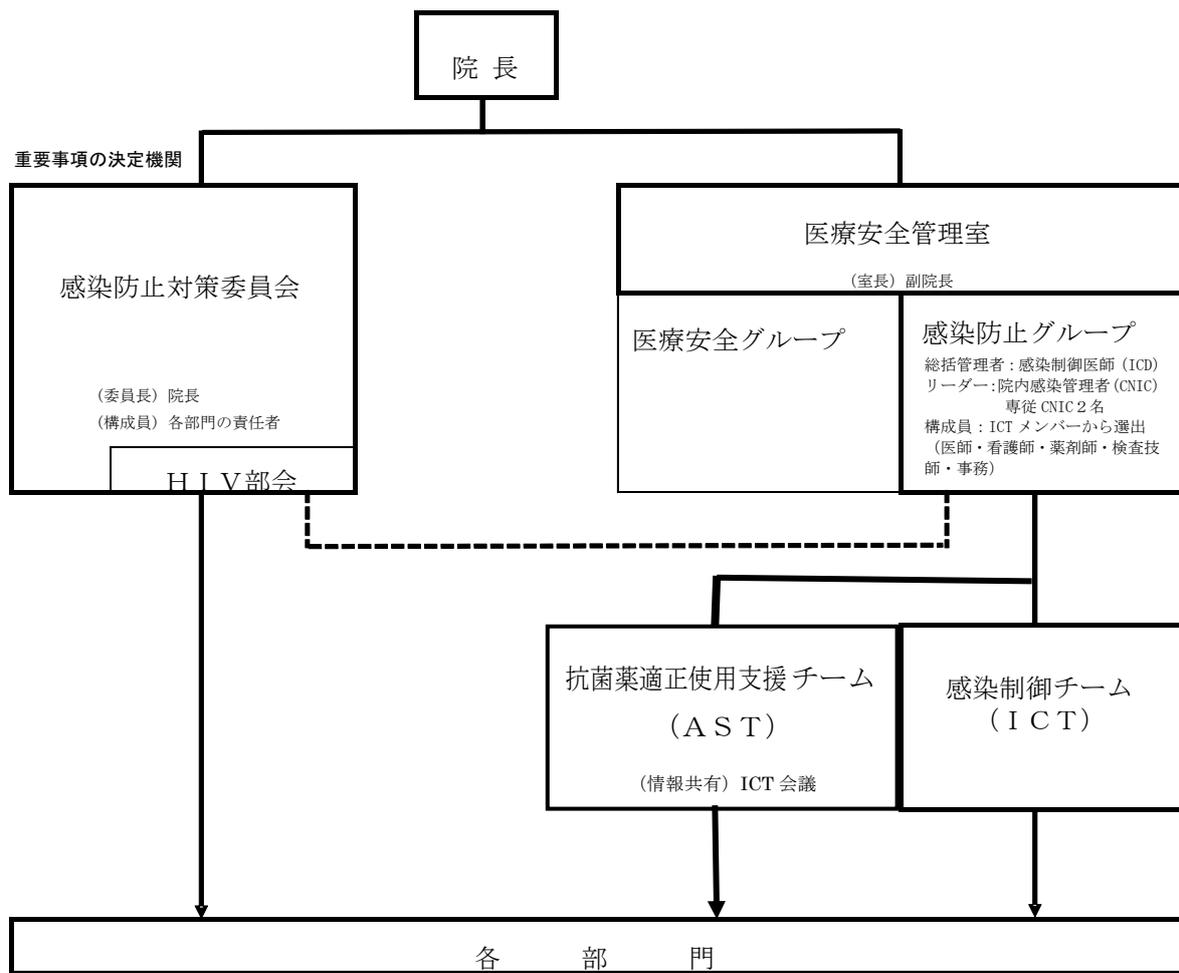
患者さんが安心して医療を受けることができるよう、本指針は公開し、閲覧に供する。

8. その他の院内感染対策推進のための基本方針

- (1) 地域医療支援病院として、他の医療機関・施設等からの感染対策の相談に応じ、必要であれば介入も行う
- (2) 第 1 種感染症指定医療機関として、新興感染症等発生時の受け入れ体制強化に努める。

令和 7 年 12 月 1 日 改正

(別添) 院内感染対策に関する管理体制図



(別添) 感染防止対策委員会設置規程**(目的)**

第1条 福井県立病院院内感染対策指針Ⅰの2に基づき、院内感染に関する重要事項を調査、審議および決定する機関として、感染防止対策委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(組織)

第2条 委員会は、次項以下に掲げる職員により構成する。

- 2 委員長は院長とする。
- 3 副委員長は医療安全管理室感染防止グループ統括管理者（感染制御ドクター）とする。
- 4 委員は各部門管理者から院長が任命する。ただし、院内関係分野への周知徹底等を図るために、各部門管理者に加え、関係分野に精通する者を併せて任命する。

(1) 各部門管理者

- | | |
|----------|---------------------------------------|
| ① 診療部門 | 呼吸器内科・感染症内科（感染制御ドクター） |
| ② 看護部門 | 看護部長、看護部次長（安全・感染担当） |
| ③ 検査部門 | 検査室長、検査室員 |
| ④ 薬剤部門 | 薬剤部長 |
| ⑤ 栄養管理部門 | 栄養管理室長 |
| ⑥ 医療安全部門 | 院内感染管理者、医療安全管理者
専従感染管理認定看護師 |
| ⑦ 事務部門 | 事務局長、利用環境サービス室長、医療サービス室課長補佐
経営管理課員 |

(2) 関係分野に精通する者

- | | |
|----------|-------------------------------------|
| ① 診療部門 | 医師（呼吸器内科、感染症内科、小児科） |
| ② 看護部門 | 看護師長（第1種感染症病棟、中央外来、手術室） |
| ③ 医療技術部門 | 放射線室長、リハビリテーション室長、臨床工学技術室長、
検査室員 |
| ④ 事務部門 | 経営管理課、医療サービス課 |

(所掌事務)

第3条 委員会の所掌事務は次のとおりとする。

- (1) 院内感染に関する基本方針、重要事項等の決定に関すること
- (2) 院内感染に関する各部門への啓発、周知および指示に関すること
- (3) 職員の健康管理に関すること
- (4) その他院内感染に関し、院長が必要と認める事項

(委員会の開催)

第4条 委員会は、委員長が招集し、月1回定期的に開催する。ただし、委員長が必要と認める場合は臨時に招集することができる。

委員会は、委員の過半数の出席がなければこれを開くことができない。

(庶務および記録)

第5条 委員会の事務局を検査室とする。事務局は、委員会の議事録を作成し保管する。

(雑則)

第6条 この規程に定めるもののほか、委員会の運用に関し必要な事項は、委員会が定める。

作成責任者 院内感染管理者