# Ⅰ．福井県立病院院内感染対策指針

## 目次


１．　院内感染対策に関する基本的な考え方　Ⅰ-1

２．　院内感染対策に関する管理体制　Ⅰ-1

３．　従事者に対する研修に関する基本方針　Ⅰ-4

４．　感染症発生状況報告に関する基本方針　Ⅰ-4

５．　院内感染発生時対応に関する基本方針　Ⅰ-4

６．　患者への情報提供と説明　Ⅰ-5

７．　指針閲覧に関する基本方針　Ⅰ-5

８．　その他院内感染対策推進のための基本方針　Ⅰ-5

（別添）院内感染対策に関する管理体制図　Ⅰ-6
感染防止対策委員会設置規程　Ⅰ-7

# 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な考え方

当院は福井県の基幹病院として質の高い医療を提供することを使命とする医療機関であり、患者の安全を確保するために不断の努力が求められる。このため院内に関連する感染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その原因を速やかに特定し、制圧および終息させることが肝要である。

当院においては本指針により院内感染対策を行うこととする。

## 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。

①院内感染における基本方針、重要事項等の決定に関すること
②院内感染における各部門への啓発、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こと

1） 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、リーダー（院内感染管理者）、構成員を置く。

組織および運営の詳細については、別添:「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。

①院内感染防止における総合的な企画、立案および日常業務の運営に関すること
②感染防止対策委員会との連携に関すること
③感染制御チーム（ICT）の組織および運営に関すること
④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
⑤感染防止対策における地域医療機関との連携に関すること

3） 感染制御チーム（Infection Control Team）

(1)感染防止に関する日常業務を実践するため、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。

(2)感染制御チーム（ICT）は以下の職員により構成する。

①感染対策向上加算 1 の施設基準に基づく構成員
ⅰ 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師
ⅱ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師
ⅲ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
ⅳ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
② ①に定める者以外に、①の経験年数等は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された職員

(3) (2)①のⅱ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、次項(4)に定めた感染制御チーム（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。

(4)感染制御チーム（ICT）の所掌事務は次のとおりとする。

①院内ラウンドに関すること

・週 1 回を目安に ICT 構成員が 2 名以上で部署を巡回し、院内感染防止対策実施状況の把握・指導を行う
・侵襲的な手術・検査等を行う部署については 2 ヶ月に 1 回を目安に ICT 構成員が 2 名以上で巡回し、院内感染防止対策実施状況の把握・指導を行う
・定期的なリスク評価を行い、院内感染に関連する兆候・事項が確認された場合には速やかに介入を行い改善活動を講じる
・院内ラウンドでの確認箇所や改善状況等について記録・保管を行う

②サーベイランスに関すること

・医療関連感染発生密度率、手指衛生、針刺し・粘膜曝露事故等に関するサーベイランスを行い、データを元に改善活動を講じる
・各サーベイランス結果を元として、地域や全国のサーベイランス機関に参加する

③抗菌薬適正使用に関すること

・微生物検査を活用し、抗菌薬の適正使用を推進する
・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は許可制とし、投与量や投与期間の把握や臨床上問題と判断した場合は投与方法の適正化を図る

④職員教育に関すること

・年 2 回以上を目安に全職員を対象とした院内感染防止対策研修に関する研修を企画・開催する
・院内感染防止対策研修の受講状況を確認し、研修内容とともに記録・保管を行う
・新興感染症対応チーム（SUB ICN）の育成やフォローアップに関する研修を企画・開催する
・その他必要時各部署において院内感染対策に関する教育活動を行う

⑤マニュアルに関すること

・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、抗菌薬適正使用等を盛り込んだマニュアルを作成し、全部署に向けて共有・周知する
・マニュアルは常に新しい知見を取り入れ、年 1 回以上改訂を行う
・各部署のマニュアル遵守状況を定期的に確認する

⑥職業感染に関すること

・針刺し・粘膜曝露事故発生防止に向けた啓蒙活動及び曝露事故発生時の迅速介入、曝露事故発生後に経過観察を要する場合は検査結果等の確認を行う
・職員および同居家族等の感染症発生時には、状況調査や伝播防止に向けた対応を行う

⑦コンサルテーションに関すること

・院内での感染管理に関する相談について、直接又は電話、メール等で受諾し速やかに介入する
・感染管理相談に関する内容についてその情報を記録・保管する

⑧地域連携に関すること

・保健所及び地域医師会と連携し、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・保管する（カンファレンスについて少なくとも 1 回は新興感染症発生等を想定した訓練とする）
・保健所及び地域医師会と連携し、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 2 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・保管する（カンファレンスについて少なくとも 1 回は新興感染症発生等を想定した訓練とする）
・感染対策向上加算 2・3・外来感染対策向上加算の係る届出を行った医療機関の求めに応じて、

院内感染対策に関する相談等を受諾し助言を行う
・感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている他医療機関と連携し、いずれかの医療機関に相互に赴き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、また年１回以上当該加算に係る届出を行っている医療機関より評価を受ける
・感染制御チームの専従医師又は看護師が年 4 回以上感染対策向上加算 2・3・外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に赴き、院内感染対策に関する助言を行う

⑨会議開催に関すること
・ICT 構成員間の情報共有や感染対策に関する検討等を図るため、月に 1 回 ICT 会議を開催する
・必要と判断された場合は臨時会議として開催する
・議事録を作成・保管する

4) 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team）
(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。
(2)抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は以下の職員により構成する。
①感染対策向上加算 1 の施設基準に基づく構成員
ⅰ 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 5 年以上感染管理に従事した経験を有する感染管理認定看護師
ⅲ 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 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臨床検査技師
② ①に定める者以外の感染対策に関連のある職員
＊AST 事務局は ICT 事務局と兼務する
＊AST 会議は ICT 会議と合同開催とする
(3) (2)①の中で専従および責任者を置き、次項(4)に定めた抗菌薬適正使用支援チーム（AST）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。
＊令和 8 年度現在は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 専従者としている
(4)抗菌薬適正使用支援チーム（AST)の所掌事務は次のとおりとする。
①感染症診療の早期モニタリングとフィードバック
・血液培養検査で陽性になった患者を対象とし、平日朝8時より感染症診療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）を行う
・血液培養検査陽性患者の抗菌薬使用状況を確認し、必要に応じて主治医に検出菌の情報提供および現状に応じた適正抗菌薬を提案する
・薬剤師はASTカンファレンスで挙がった提案内容を主治医に対して電話もしくはToDoメールにてフィードバックする
・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
・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カンファレンスで報告する
・薬剤師・感染管理認定看護師はASTカンファレンス対象患者数および介入件数、デ・エスカレーション件数を記録する

②抗菌薬適正使用に係る評価
・薬剤部は特定抗菌薬使用届出書提出状況を監査する

・薬剤部は抗MRSA抗菌薬と広域抗菌薬の使用状況を、毎月感染防止対策委員会にて報告する
・薬剤部は当院の抗菌薬使用状況についてサーベイランスを実施し、各報告対象機関に提出する
・薬剤部は当院外来における過去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、評価する

③抗菌薬適正使用の教育・啓発
・抗菌薬適正使用に関する研修を年2回以上開催する
・抗菌薬適正使用に関するマニュアルを作成し、定期的に改訂する
・薬剤部は院内アンチバイオグラムを作成し電子カルテで公開する
・院内アンチバイオグラムは細菌毎の薬剤感受性等を考慮し、年1回改訂を行う

④院内採用抗菌薬の検討
・抗菌薬種別に関する変更は抗菌薬適正使用部会において検討を図る

⑤抗菌薬に関する相談の受諾
・医師からの相談事項に関してはASTカンファレンス等で検討を行い、その内容をフィードバックする
・感染対策向上加算2･3･外来感染対策向上加算に係る届出があり、かつ連携強化加算を算定する医療機関より年4回以上感染症発生状況・抗菌薬使用状況に関する報告を受け、その結果についてカンファレンスやメール等でフィードバックを行う
・求めに応じて、他医療機関からの抗菌薬に関する相談等を受諾する

## 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）年２回以上、全職員を対象とした必須研修（前期および後期）を実施する。
3）上記の他、必要に応じて各部署の研修について随時実施する。
4）研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）は記録し保管する。

## ４．感染症発生状況報告に関する基本方針

1）院内感染防止を図るために、病原性微生物の検出状況や感染症発生状況、経路および原因に関して必要なサーベ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、また職員にフィードバックすべき情報は院内メール配信または病院ニュースで掲載するなど、必要な情報が周知徹底される院内環境を整備する。

## ５．院内感染発生時対応に関する基本方針

1）各種サーベランスを基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．患者への情報提供と説明

1）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。
2）疾病の説明とともに院内感染制御の基本的考え方についても説明を行い、理解を得た上で院内感染対策への協力を求める。

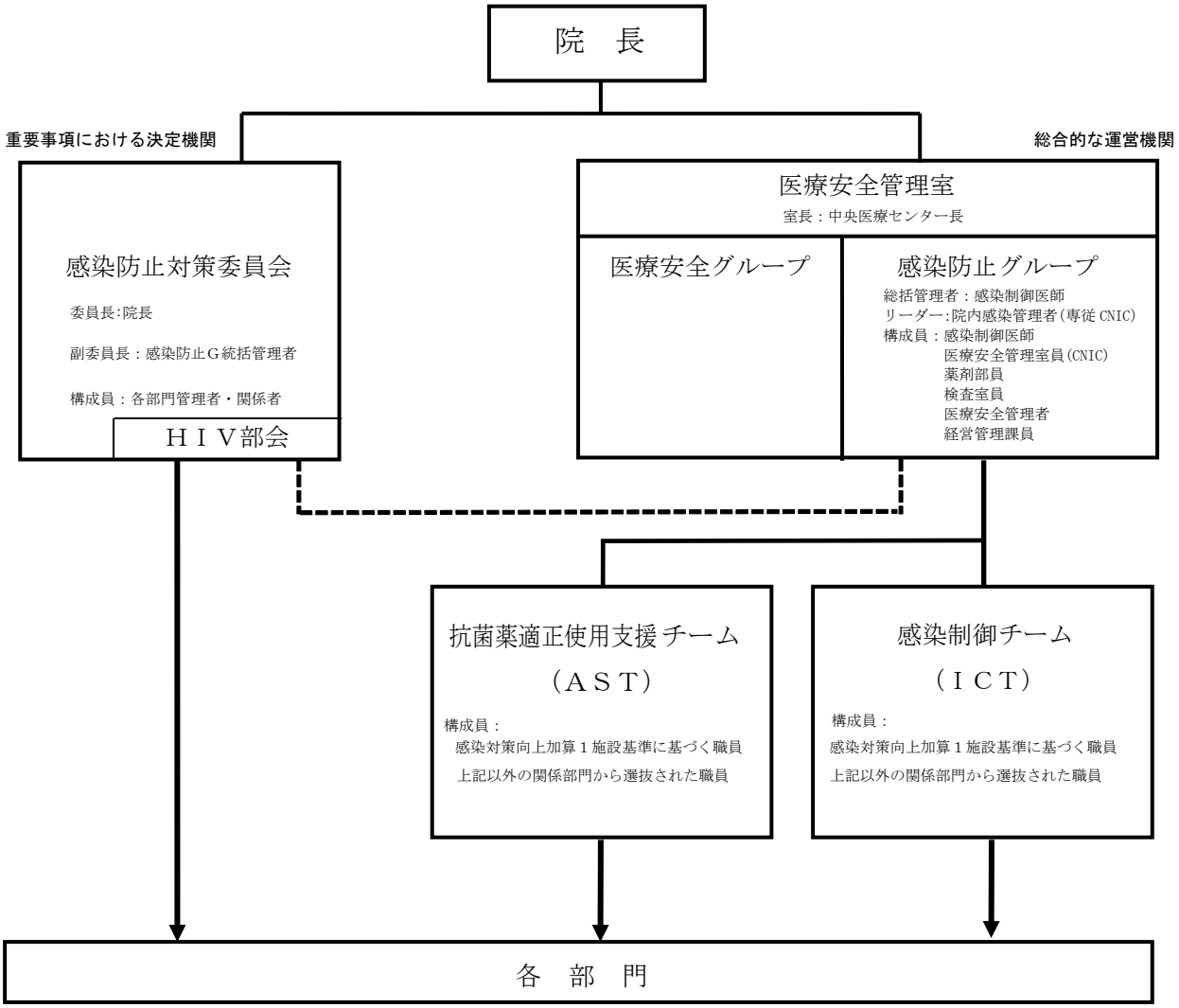
## ７．指針閲覧に関する基本方針

1）患者および患者家族が当院で安心して医療を受けることができること、また職員の安全性向上や組織全体の危機管理を目的として本指針は公開し閲覧に供する。

## ８．その他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医療機関・施設等からの感染対策に関する相談に応じ、必要時介入を行う。
2）第１種感染症指定医療機関として平時より関連する機関との連携を密にとり、新興感染症等発生時の安全な医療体制強化に努める。

## （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」）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 |
| 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<br>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<br>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種感染症病床、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、<br>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こと

（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他、委員会の運用に関し必要な事項は委員会が定める。