

目次

院内感染対策指針

1. 院内感染対策指針の目的
2. 院内感染防止対策に関する基本的な考え方
3. 院内感染対策のための委員会等組織に関する基本的事項
 - ・ 院内感染対策委員会 要綱
 - ・ 組織図
4. 院内感染対策のための職員研修に関する基本方針
5. 感染症発生状況の報告に関する基本方針
6. 院内感染発生時の対応に関する基本方針
7. 患者等に対する指針の閲覧に関する基本方針
8. その他院内感染対策推進のために必要な基本方針

院内感染対策指針

令和 7 年 5 月 1 日 第 13 版

1. 院内感染対策指針の目的

感染防止対策は患者に安全な医療提供の基盤となるものである。そのため、医療関連感染の発生を未然に防止することと、院内で発生した感染症が拡大しないよう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。稲城市立病院（以下「当院」という。）は、当院の理念に基づき、患者及び職員に、適切かつ安全で質の高い医療環境を提供するため、院内における感染防止対策に取り組むため、下記に掲げる基本的事項を定める。

2. 院内感染防止対策に関する基本的な考え方

院内における感染防止に留意し、感染症発生の際には拡大防止のためその原因の速やかな特定、制圧、終息を図る。このため、患者・職員への感染症の伝播リスクを最小化するとの視点に立ち、標準予防策を基本とした感染対策を遵守し、あわせて感染経路別予防策を実施する。

個別および病院内外の感染症情報を広く共有して院内感染の危険および発生に迅速に対応する。また、院内感染が発生した事例については、速やかに調査を行い、その根本原因を究明し、これを改善していく。

さらに、近年、医療機関内外でも問題視されている薬剤耐性の拡大を制御するため、抗菌薬の適正使用を推進していく。こうした感染対策活動の必要性、重要性を全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的に取り組みを行う。併せて、新興感染症発生時には「第一種、第二種指定医療機関」として東京都の要請に合わせ発熱外来、入院受け入れ開始に伴う検討を管理会議で決議し、決定事項を全職員へ周知し円滑な体制構築に取り組む。

本指針は院内感染防止対策委員会の議を経て策定したものである。また、委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際に最新の科学的な根拠に基づかなければならない。

3. 院内感染対策のための委員会等組織に関する基本的事項

1) 感染管理部・感染管理室

感染管理部は、病院長の直属の部門として組織横断的に活動する。感染管理部は ICT と AST メンバーで組織され、院内感染対策と抗菌薬適正使用の取り組みに対する全般を担う。迅速かつ機動的にそれぞれの職種の専門性を活かし感染対策の実働を行う。活動結果は院内感染対策委員会に報告する。

感染管理部には感染管理室を設置し、感染管理部長には内科診療部長が任命され、感染管理室には専従の感染管理者を感染管理室長として配置する。

感染管理室長の主な業務は、院内感染対策委員会への報告、ICT・AST・感染リンクナース会の運営・実務を行う。また、各種サーベイランスと、抗菌薬適正使用への介入と AST カンファレンスの運営、全職員への感染防止対策の教育を行う等、感染対策に係る企画・運営を担う。

院内感染対策委員会 設置要綱

(目的)

第1条

稲城市立病院の院内感染対策委員会業務に関する必要な事項を定め、院内の感染予防、感染拡大防止を目的とした院内感染対策委員会（以下「委員会」という）設置する。

(組織)

第2条

委員会は、次の者をもって構成する。病院長が指名し任命する。ただし、病院長は必要によりこれを変更する事ができる。構成員は以下とする。

- | | |
|----------|--------------|
| ① 病院長 | ⑪ 薬剤師 |
| ② 感染管理部長 | ⑫ 検査科技師長 |
| ③ 感染管理者 | ⑬ 検査技師 |
| ④ 感染管理医師 | ⑭ 栄養科 |
| ⑤ 医師 | ⑮ 放射線科 |
| ⑥ 看護部長 | ⑯ 臨床工学科 |
| ⑦ 事務長 | ⑰ 健診センター科長 |
| ⑧ 管理課長 | ⑱ 手術室・中央材料室 |
| ⑨ 医事課長 | ⑲ リハビリテーション科 |
| ⑩ 薬剤部長 | ⑳ その他 |

(委員長)

第3条 委員会には委員長を置き、病院長が指名する。

2) 委員長は委員会を代表し、会務を総理する。

3) 委員長は事故等で不在の場合は、委員の中から選任しその職務を代理する。

(委員)

第4条 委員の任期は1年とする。但し、再任を妨げない。また、委員に欠員が生じた場合における後任の委員の任期は前任者の残任期間とする。

(会議)

第5条 委員会は、委員長が招集する。

- 1) 委員会は、委員の半数以上の出席がなければ会議を開く事ができない。ただし、委員長が緊急を要すると判断した場合にはこの限りではない。
- 2) 委員会の議事は、出席委員の3分の2以上をもって合意をもって決することができる。可否同数の時は委員長が決する。
- 3) 委員会は必要に応じて委員以外の者に出席を求め、その意見を聴くことができる。
- 4) 委員長は、委員会を代表し、その業務を統括する。
- 5) 書記は議事録を作成し保管する。
- 6) 必要に応じて関係者の出席を求めることができる。

- 7) 必要に応じて責任者を指名して小委員長を設置することができる。
- 8) 委員会は毎月1回、定期開催する
- 9) 新興感染症発生時は、病院長はさらに、委員を任命し、臨時会議を開催することができる。

(所掌業務)

第6条 委員会は、以下の事項について審議する。

- 1) 院内感染対策の検討、支援
- 2) 院内感染発生時の対策、原因究明に関する事
- 3) 施設内感染症の発生動向調査、微生物および耐性菌等のサーベイランスに関する事項
- 4) 院内感染対策マニュアルの承認
- 5) 院内感染対策に関する器材ならびに対策、システム変更に対する審議・承認
- 6) 感染対策実施状況を調査し、効果に関する評価
- 7) 院内感染に関連し、職員の健康管理に関する事
- 8) 院内感染対策徹底のための職員教育の推進
- 9) 抗菌薬適正使用の検討、支援
- 10) その他、院内感染に関する事項

(会議及び会議録公開)

第7条 会議及び会議録は公開とする。ただし委員長又委員の発議により、出席委員の過半数で議決したときは、会議又は会議録を公開しないことができる。

- 2) 会議及び会議録を公開する場合、委員長は、患者のプライバシー保護及び医学上の秘密の保護等を十分配慮し、必要な条件を付することができる。

(結果の報告等)

第8条 感染管理者は委員会が審議した事項等を記録し、文書決裁により報告又は意見具申し5年間は保存しなければならない。

(庶務)

第9条 本委員会の庶務は、感染管理者において処理する。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、病院長が別に定める。

附則

この要綱は平成14年4月1日から施行する。

平成14年4月1日 制定

平成14年9月1日 改訂

平成19年9月1日 改訂

平成23年7月1日	改訂
平成25年9月1日	改訂
平成26年4月1日	改訂
平成27年4月1日	改訂
平成28年4月1日	改訂
平成31年4月1日	改訂
令和3年4月1日	改訂
令和4年5月1日	改訂
令和6年6月1日	改訂

2) 感染管理者の配置

院内感染防止のため組織横断的に院内における感染症発生の動向を把握し、必要に応じて調査及び指導を行う。アウトブレイク発生時の対応の指揮を執る。

院内感染対策のための指針の整備に関すること

- ① 院内感染対策のための委員会開催に関すること
- ② 院内感染対策のための感染制御チームの活動に関すること
- ③ 院内の従業者に対する院内感染対策のための研修の実施に関すること
- ④ 当該病院における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施に関すること
- ⑤ 院内感染対策マニュアルの整備と職員への周知に関すること
- ⑥ 院内感染対策にかかわる事務に関すること
- ⑦ 患者・家族・その他の訪問者に対する院内感染対策に関すること
- ⑧ アウトブレイク発生時の早期対応と疫学的調査・分析・改善に向けた取り組みに関すること
- ⑨ 抗菌薬の適正使用に関すること
- ⑩ その他の感染対策に関すること

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

院内感染対策方針並びに院内感染対策委員会決定事項に基づく実行部隊である。病院における感染予防及び感染防止対策を充実させるための体制の強化を図り、その実践的活動を組織横断的に行うことを目的とする。院内感染対策全般に関する事項の具体的な提案、実行、評価などを委員会に対して行う。ICTは院内感染防止対策を充実するための体制の強化を図り、その実践的活動を組織横断的に行う実働組織である。

ICT院内巡視は週1回ICT会議前にメンバーで行い、ICT会議は週1回、巡回後に開催する。

(ア) ICTの構成メンバーは、医師（感染管理医師）、看護師（感染管理認定看護師：専従）、薬剤師・臨床検査技師がコアメンバーとする。その他、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等によって構成する。

(イ) 主な業務

- ・ 各種サーベイランスによる院内感染発生状況の把握する
- ・ 週1回程度のICTミーティングを開催する
- ・ アウトブレイクあるいは異常発生の速やかな原因究明、改善策の立案・実施による早期制圧する
- ・ 院内感染防止対策の実施状況の調査、効果に対する定期的な評価する
- ・ 目的に応じた部署の巡回（週1回程度）、院内感染予防の観点からの指導や改善活動
- ・ 院内感染症治療、感染防止策に関するコンサルテーション
- ・ コンサルテーションの内容はチーム一覧（ICT）に各メンバーが記載し、コンサル

テーション依頼部門と共有し感染対策への支援を行う。

- ・微生物分離状況による感染症対策の周知
- ・全職員に対する教育、院内感染対策の積極的な啓発
- ・最新知見に基づき、院内感染対策マニュアルの作成、改訂
- ・他施設との情報ネットワークの構築と情報提供
- ・院内感染対策に関連する研修を開催する（2回/年）
- ・保健所、医師会と連携し感染対策向上加算2又は3の届出施設と合同でカンファレンス（新興感染症発生想定の実施訓練）を実施、開催する
- ・保健所、医師会と連携し外来対策向上加算の医療機関と合同でカンファレンス（新興感染症発生想定の実施訓練）を実施、開催する

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

世界的に脅威となっている薬剤耐性菌感染の対策に取り組む目的で、国がAST活動を推奨し当院においても組織化された。薬剤耐性菌対策には、薬剤耐性菌を作らない対策と薬剤耐性菌を有する患者から保菌していない患者へ広げない対策の2つがある。ASTの活動は「患者への抗菌薬の使用を適切に行い、薬剤耐性菌を生み出さない」ことを目的に活動する。AST会議は週1回開催する。

(ウ) ASTの構成メンバーは、感染管理医師、薬剤師、臨床検査技師、感染管理認定看護師をコアメンバーとする。

(エ) 主な業務

- ・症例検討および感染症治療に係わる微生物検査・臨床検査の適正化について検討及び抗菌薬適正使用の検討を行う。
- ・症例検討の主な対象は、血液培養陽性事例と広域抗菌薬を長期使用している患者とする。ただし、広域抗菌薬使用している全患者は感染症治療の早期モニタリングと経時的評価・主治医へのフィードバックを行うよう努める。
- ・患者の臨床所見を検討し必要な検査・処置・使用抗菌薬の適正について検討する。
- ・抗菌薬選択、広域抗菌薬からのデスカレーション等抗菌薬適正使用に関連するコンサルテーション
- ・コンサルテーションの内容はチーム一覧（AST）に各メンバーが記載し、各科の主治医と共有し治療方針への支援を行う。
- ・採用されている抗菌薬について必要性の低い抗菌薬やクリニカルパスでの抗菌薬の用法・用量など定期的に見直しをする。併せて必要性の低い抗菌薬については使用中止の提案をする。
- ・検討事例は記録し、ICTと院内感染対策委員会に報告するその他
- ・主治医および病棟薬剤師は、抗菌薬使用に関して相談がある場合、「チーム医療介入依頼」から介入オーダーを発行し介入する。介入依頼をASTチームで受諾し抗菌薬選択等、カンファレンスで検討を行う。
- ・抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を開催する（2回/年）。
- ・抗菌薬使用指針を作成し、定期的な見直しを実施する（抗菌薬適正使用の手引きを参考）。
- ・外来における「急性気道感染症」「急性下痢症」の患者数並びに経口抗菌薬の処方状況

を把握する（過去 1 年間）

- ・他の医療機関から抗菌薬適正使用推進に関する相談を受け助言する。

5) 感染リンクナース・感染リンクスタッフ

院内感染対策を円滑に推進するため、I C T と連携し感染対策の実行・評価などを行う感染リンクナースと感染リンクスタッフを各部門に配置する。現場で実践する感染防止対策の推進者として、ICT と連携し、企画・実行する役割を担う。

感染リンクスタッフは薬剤部、臨床検査技師、臨床工学士、栄養士、リハビリステーション職員、健診センター職員、事務職員、その他必要と認められる者によって各部署から選出される。各部門の感染リンクスタッフは院内感染対策委員が兼務してもよい。

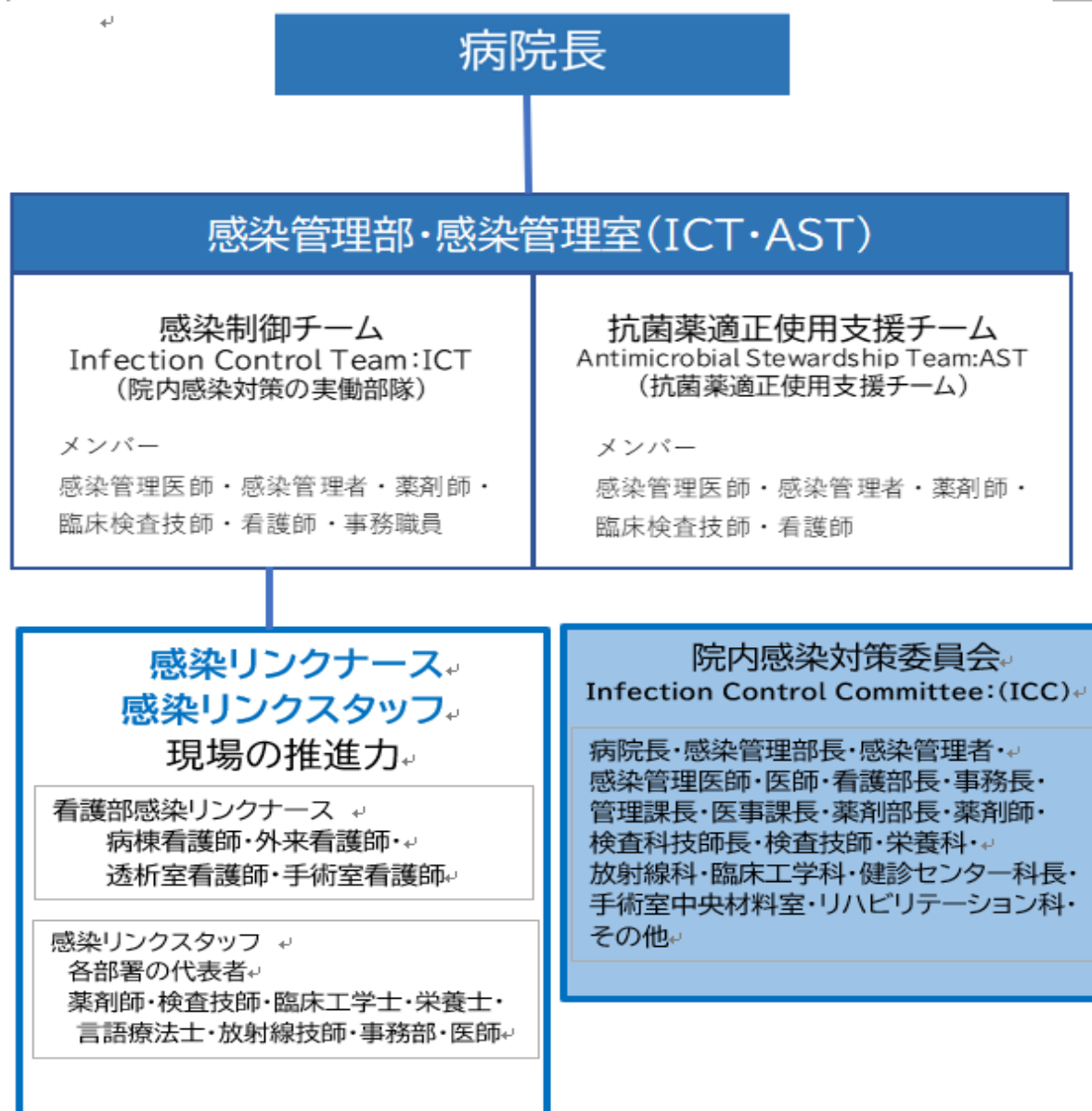
看護部の感染リンクナースは臨床現場における感染対策の実行を職員に促し、感染対策行動を定期的に評価する。感染リンクナース会は毎月第 2 火曜日に会議を開催する。

6) 院内感染対策委員会（ICC : Infection Control Committee）

院内感染対策委員会（以下「委員会」という。）は病院長の諮問委員会であり、検討した諮問事項は院長に答申され、管理会議での検討を経て、日常業務化する。委員会は、病院長、感染管理部長、感染管理者（専従の感染管理認定看護師、看護部長、薬剤部長、検査科技師長、事務長、医師、I C T メンバーの医師・薬剤師・検査技師、放射線技師、栄養士、リハビリ科言語療法士、臨床工学士、手術室・中央材料看護師、事務部（医事課・管理課）の委員によって構成される。委員長は病院長が任命によって決定する。委員会は委員長がこれを招集し、その議長となる。

委員会は毎月 1 回木曜日を定期開催日とし、その他、必要の都度に臨時に委員会を開催する。

【組織図】



4. 院内感染対策のための職員研修に関する基本方針

- 1) 院内感染対策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対策の具体策について研修を通して、職員の感染防止対策に関する知識・技術、意識の向上を図る。
- 2) 職員研修は感染制御チームで開催の内容を決定する。必要に応じて、職種別、部署別で研修会を実施する。
- 3) 全職員を対象とした感染防止対策に関する研修会を年2回以上開催する。
- 4) 研修を実施したときは、実施内容（開催日時、出席者、研修内容）を記録し、3年間は保管する。
- 5) ラウンドで介入が必要と判断した部門・部署、アウトブレイクや重大な感染事例が確認された場合は、臨時で全体あるいは部署・職種を限定し早急な感染制御を目的とした研修を行う。

5. 感染症発生状況の報告に関する基本方針

- 1) 当院の微生物検査レポートは I C T が監視を行う。CLINILAN システム等を活用し感染症の発生動向や耐性菌の出現について監視し、必要に応じて感染対策を実施する。結果は I C T 会議や院内感染対策委員会に報告する。
- 2) 薬剤耐性菌や院内感染対策上問題となる微生物の検出状況を I C T は職員に対し、情報収集結果を報告する。I C T は職員に対し注意喚起を行う。その結果を院内感染対策委員会で情報共有し、必要に応じた感染対策の周知や指導を行う。
- 3) 院内感染の発生状況を分析し、院内の職員への発生動向に合わせて具体的な対策を周知し、院内感染予防を図る。

6. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

- 1) 院内感染およびアウトブレイク発生時は、発生部署もしくは検査室より速やかに、I C T へ報告する。発生状況および患者状態、対策実施状況を把握し、I C T より病院長に報告する。情報収集した結果は院内感染対策委員会に報告する。
- 2) I C T と発生部署の職員は詳細な情報収集を行う。迅速に現場の状況を確認し、発生の原因を究明し、適切な対策のもと終息を確認し、院内感染対策委員会、病院職員へ報告する。
- 3) 報告すべき感染症や重大な院内感染事例等が発生した場合は、必要に応じて、通常から協力関係にある地域の医療機関に原因究明となる課題について相談する。また、速やかに最寄りの保健所に届出を行い、東京都保健医療局感染症対策部に報告する。

7. 患者等に対する指針の閲覧に関する基本方針

- 1) 本指針は患者または家族が閲覧できるものとする。院内掲示・病院ホームページを通じて一般公開する。
- 2) 患者または家族に対し感染症の説明とともに、感染防止の意義および手洗いやマスクの着用など基本的な手技についても説明し、理解を得た上で協力を求める。

8. その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針

- 1) 感染防止のための院内感染対策指針・院内感染対策マニュアルを作成し、定期的に改訂する。
- 2) 本指針については、病院長、院内感染対策委員会等を通じて全職員に周知する。
- 3) 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が抗菌薬の適正使用を推進するため、症例に対して介入を行い、治療効果の向上や副作用・耐性菌の減少に努める。

付則

この指針は、平成 14 年 3 月 25 日から施行する。

平成 14 年 8 月 26 日 施行
平成 19 年 9 月 1 日 改訂
平成 22 年 4 月 1 日 改訂
平成 25 年 9 月 1 日 改訂

平成 26 年 4 月 1 日	改訂
平成 27 年 4 月 1 日	改訂
平成 28 年 4 月 1 日	改訂
平成 31 年 4 月 1 日	改訂
令和 3 年 4 月 1 日	改訂
令和 4 年 5 月 1 日	改訂
令和 6 年 6 月 1 日	改訂