

山形市立病院済生館 院内感染防止対策ガイドライン

1. 院内感染対策に関する基本的考え方(基本理念)

医療機関においては感染症患者と感染症に罹患しやすい患者とが同時に存在していることから、院内感染対策は医療に係る安全確保において重要である。山形市立病院済生館(以下「当院」)においては、本指針により医療機関全体として院内感染防止対策に取り組む。

- 1) 院内感染防止は「標準予防策」を基礎に感染経路別予防策を実施する。
- 2) 感染サーベイランス、微生物サーベイランスを実施し、医療安全の向上に努める。
- 3) アウトブレイクの予兆を組織的に把握して発生予防対策を行う。
- 4) 洗浄・消毒・滅菌、ファシリティ・マネジメントにより衛生的で安全な治療環境を確保する。
- 5) 感染予防教育を行い、職員が感染を受けることや感染の媒体者になることのないよう職業感染防止対策を行う。
- 6) 院内外の感染症情報を広く共有するとともに院内感染防止に必要な情報の公開と広報活動、コンサルテーションを行う。

以上の院内感染防止対策を総合的に実施することにより、医療の安全を確保し、患者に信頼される医療サービスを提供する。

1-2. 用語の定義

1) 院内感染

医療施設に入院した患者や医療従事者等が、医療施設内で感染した感染症のことを言う。患者では、入院時に該当する感染病原体を持っておらず、入院 48 時間以降に原疾患とは別に起こった感染症を指す。

2) アウトブレイク

一定期間内に、同一病棟など一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態。

3) サーベイランス

病院感染に関するデータを収集、分析、評価し、その結果を感染防止にかかわるスタッフに報告・還元し、感染率の低減を目指す活動。

1-3. 指針の規定

1) 策定と変更

この指針は院内感染防止対策委員会(infection control committee:ICC)の協議を経て策したものである。また、院内感染防止対策委員会におい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

この指針および院内感染防止対策マニュアル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 院内感染防止対策マニュアルを整備し、職員が遵守すべき基本ルールと参照情報を明記する
- ② 感染対策チーム(Infection Control Team:ICT)は、現場職員が自主的に各対策を実践できる

よう教育啓発し、動機付けを行うなど日常的な指導を行う

- 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、現場における効果的介入を行う
- ⑤ 定期的に手指衛生や各種の感染対策の遵守状況を監査し、その結果をフィードバックすることによって改善に結びつける。

3) 本指針の閲覧

職員は患者との情報の共有に努め、患者およびその家族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。また本指針はホームページ上でも閲覧を可能とする。

2. 院内感染防止対策組織体制

館長は、当院における感染管理を統括するために、院内感染防止対策委員会(Infection Control Committee:ICC)を設置する。また、院内感染対策に関する日常活動を行うために、感染対策室およびICTを組織する。

1) 館長

積極的に感染対策に関わるとともにICCの答申事項に関し、経営会議での検討を経て、全ての職員に対する組織的な対応方針の指示や教育等を行う。

2) 院内感染防止対策委員会:ICC

管理および専門職代表を構成員として以下のとおり組織する

館長、副館長(委員長)、診療部長(副委員長)、感染管理者(Infection Control Nurse:ICN)

感染管理医師(Infection Control Doctor:ICD)、事務局長、看護部長、薬局長、臨床検査室技師長、副看護部長(感染管理担当)、その他、館長の指名により選任されたもので構成する。

- ① 院内感染防止対策委員会は毎月1回開催する。ただし、委員長が必要と認めるときは、随時開催できる。
- ② 院内感染対策に必要な規定の策定や改訂を行う。
- ③ 院内感染が発生した場合の対応方法を策定する。
- ④ ICTからのサーベイランス、ラウンドなどの報告を受け、ICTの日常活動を支援すると共に、必要に応じて各部署および診療科に対して館長名で改善を促す。
- ⑤ 実施された感染対策や介入の効果を評価・分析し、さらなる改善策を検討する。
- ⑥ 院内感染予防について職員に対する体系的な指導や研修方法を検討する。
- ⑦ 院内感染防止に必要な患者の検査及び職員の検診について検討する。
- ⑧ その他、感染予防に関し必要と認める事項を検討する。

3) 感染対策室

当院における院内感染対策に関する病院全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど院内感染対策活動の中核的な役割を担うため、感染管理医師(ICD)、感染管理担当副看護部長および感染管理認定看護師(ICN)により感染対策室を組織する。

- ① 週3回程度、当院における感染発生の現状把握および分析又は感染発生の防止について検討を行う。
- ② 院内感染対策に関わることについて、保健所、他の病院等との連絡・調整を行う。
- ③ 院内感染防止対策委員会に対し、感染防止策又は病院感染における問題を提起し、解決への方策を提言する。
- ④ ICT およびAST活動の推進および助言を行う。

4) 感染制御チーム:ICT

当院における院内感染対策に必要な事項を日常的に実行するため、館長は感染管理者を指名し、ICTを組織する。ICTは感染管理医師(ICD:ICTリーダー)、感染管理認定看護師(ICN)、感染担当看護師長、細菌検査を担当する臨床検査技師、薬剤師、その他の職員をもって充てる。

感染管理チームミーティングは週一回を目途に開催し、感染症発生動向の把握および院内ラウンドを行う。

ICTは以下の事項を所掌し、その結果を院内感染防止対策委員会および感染対策室に報告する。

①感染予防教育

定期的に、あるいは院内感染の増加時に、全職員あるいは部署を限定して、院内感染対策に関する教育と実習を行う。

②サーベイランス

週に1回程度、各部署における院内感染事例および病原微生物の分離状況を把握・分析・評価し、効率的な感染対策に役立てる。

③改善への介入

院内感染の増加やアウトブレイクが疑われた場合には、疫学的調査などで要因分析を行い、改善策を講じる。また発生部署への直接介入を行う。

④情報の共有化

サーベイランスデータや病棟ラウンドによる所見、要因分析の結果などの情報を関係部署へ周知し、職員間での情報の共有化を図る。

⑤洗浄・消毒・滅菌に関すること

⑥ファシリティ・マネジメント(清掃・医療廃棄物・リネン・空調など)に関すること

⑦職業感染防止対策

⑧感染対策に関する相談支援

5) 感染対策リンクナース

院内感染管理に関する重要事項の職員への周知徹底、各部署における取り組み状況の情報交換及び連絡調整を図るためリンクナースを設置する。

リンクナースは看護部長が指名し、ICCが認定した、病棟、外来などの部署の看護師である。リンクナースは各病棟および外来部署等毎に看護師1名を選任する。

リンクナースはICTと現場をリンクする役割を果たすとともに、各部署のラウンドを定期的に行って、現場での感染対策の指導的役割を担う。具体的には以下の業務を行う。

- ①ICCの権限を受けて各部署における感染対策を実践指導するモデルとなる。

手指衛生、感染経路別対策、洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理などが適切に行われているか監視、指導を行う。

②月 1 回、他部署のラウンドを行い、決められたチェック項目について評価を行って点数化する。

③感染対策上の問題となる患者を抽出するサーベイランスを行う。

各部署の院内感染患者を把握し報告する。ターゲット・サーベイランスの窓口となる。

④所属する部署のスタッフおよびICTと連携してリンク役として感染防止に努める。

3. 院内感染発生時の対応

1) 発生情報等確認・伝達

① 院内感染症発生時、あるいは検出したときは、覚知者(病棟師長、主治医、担当看護師あるいは検査室技師)は速やかに感染管理者(ICD)ならびに感染管理認定看護師(ICN)へ報告する。

② 感染管理者とICNは主治医、担当看護師からの詳細情報を入手し、また検出病原体の詳細の確認を行う。複数患者・箇所から発生した場合は、院内全体の状況の確認をする。また職員の感染状況を把握する。

③ 発生情報確認・把握後、院内感染対策委員長へ報告する。

④ 院内感染対策委員長は館長へ報告し、必要に応じて臨時院内感染防止対策委員会を開催する。

2) 情報整理・対策検討

① 集団発生時は状況把握のための「症例定義」を行う。

対象期間、対象範囲、および対象疾患(症状、病原体検出)。

② 患者発生状況・症状・検査結果などを時系列、発生場所別にサーベイランスシートを用いて整理する。

③ 発生状況(範囲・期間)をもとに感染経路などの検討を行う。

④ 潜伏期間の確認、接触者探索の範囲を検討する。

⑤ 保菌者探索の要否を検討する。

⑥ 環境調査の要否を検討する。

⑦ 易感染症患者などハイリスク患者の把握を行う。

⑧ 当面の対策(当該患者への適切な治療と感染拡大防止)を決定し速やかに実施する。緊急に必要な対応は、院内感染対策委員長に報告の上、ICTを中心に緊急的措置などを行う。

⑨ 各部門の担当者を決め、日々の報告・情報伝達を行う体制を整える。

3) 届出・報告

① 感染症法など法令に基づく保健所への届出を行う。

② 通常と異なる発生状況などがみられる場合も保健所へ報告する。

4) 周知

院内感染防止対策委員会の決定事項などについて情報周知を行う。

5) 感染防止対策

① 投葉など

感染症患者に対して適切な治療薬の選択、必要があれば予防内服などを行う。

② 感染防止対策

- 標準予防策に加え、病原体に応じた感染経路別予防策を実施する。
- 病原体の種類に応じて、必要な隔離と従事者の限定を行う。
- 患者・家族に対して隔離などの理由や必要性について説明する。
- 職員に対し手指衛生、個人防護具使用などの注意を喚起する。
- 医療器具や環境面の衛生管理に関する注意喚起を行う。
- 必要があれば当該病棟などへの新規患者受入制限を検討する。
- 面会や来院制限などを検討・実施する。
- 職員が感染した場合、院内規準に従って出勤・従事制限を行う。
- 職員の業務復帰に際しては、院内規準、担当医師の確認を行う。

6) アウトブレイク(感染拡大)時の対応

- ① 当院全体または同一病棟内で同一菌種の細菌または共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の集積が見られ、介入基準に沿ってアウトブレイクと判断した場合には、院内感染対策委員会を開催し、速やかに必要な疫学的調査を開始するとともに、嚴重な感染対策を実施する。これらの実施はアウトブレイクの把握から1週間以内とする。
*プラスミドとは、染色体 DNA とは別に菌体内に存在する環状 DNA のことである。
プラスミドは、しばしば薬剤耐性遺伝子を持っており、接合伝達により他の菌種を含む別の細菌に取り込まれて薬剤に感性だった細菌を耐性化させることがある。
- ② 感染防止対策が適切に実施されているか、ICT は院内巡回し現場の取り組みが徹底しているかどうかを確認する。
- ③ アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例(カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MRDP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、多剤耐性アシネトバクター属は保菌者を含む)を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があるかと判断し、外部専門家(保健所、地方衛生研究所、県を通じて国立感染症研究所実地疫学専門家養成プログラム、東北感染症危機管理ネットワーク、大学等の医育機関、日本感染症学会など)に感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。
- ④ 院内感染対策を講じた後、同一菌種の細菌または共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例(カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MRDP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、多剤耐性アシネトバクター属は保菌者を含む)が多数にのぼる場合(目安として1事例につき10名以上となった場合)または、当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告する。
また、このような場合に至らない時点においても、必要に応じて保健所に連絡・相談する。
- ⑤ なお、腸内細菌科細菌では同一医療機関内でカルバペネム耐性遺伝子がプラスミドを介して複数の菌種に伝播することがある。当院では薬剤耐性遺伝子検査を行うことは不可能であることから、カルバペネム系薬剤または広域β-ラクタム系薬剤に耐性の腸内細菌科細菌が複数分離さ

れている場合には、菌種が異なっても CRE の可能性を考慮する。また保健所への報告とは別に、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、薬剤耐性アシネトバクター感染症およびカルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症については、感染症法の定めるところにより、届出を行う。

- ⑥ 新たな感染防止や診療機能の維持のために、一時的な患者受入制限を行う必要があるかどうか検討する。
- ⑦ 職員に多数の欠勤者が出た場合、病院機能の一部休止や機能集約などを行う。
- ⑧ 専門医の治療が必要である場合や自院のみでの対応が困難になった場合は、近隣医療機関に応援要請を行う。

7) 終息判断

- ① 保健所と相談し集団感染に関する終息判断を行う。
- ② 終息判断を行うまで、注意深く発生状況などの把握を継続する。

疫学的にアウトブレイクを把握できるよう、日常的に菌種ごと及び下記に述べる、カルバペネム耐性などの特定の薬剤耐性を示す細菌科ごとのサーベイランスを実施する。また、厚生労働省院内感染対策サーベイランス(JANIS)等の全国的なサーベイランスと比較し、当院で、多剤耐性菌の分離や多剤耐性菌による感染症の発生が他施設に比べて頻繁になっていないかを日常的に把握するように努める。以下をアウトブレイクの介入基準とする。(平成26年12月19日厚生労働省医政局通知)

- ① 1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例が3例以上特定された場合。
- ② 1例目の発見から4週間以内に病院全体で同一菌株と思われる感染症の発病症例(抗菌剤感受性パターンが類似した症例など)が計3例以上特定された場合。

注:カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRE)、多剤耐性緑膿菌(MRDP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の多剤耐性菌については、保菌を含めて1例目の発見をもってアウトブレイクに準じて厳重な感染対策を実施する。

4. 地域内集団感染発生時の診療体制

地域に集団感染が発生したときは、当該感染症を疑った診察医、看護師は標準予防策、感染経路別予防策を順守し、速やかに軽症者と重症者の振り分け(トリアージ)を行う。

1) 外来トリアージ対象感染症

- ① 隔離された診察室で診療する。

感染まん延期(第三段階)にある鳥・新型インフルエンザ、重症急性呼吸器症候群(SARS)
(空気・飛沫・接触感染)など麻疹、水痘、結核など空気感染する感染症

- ② 他の外来患者との接触をできるだけ避けた環境で診療する。

流行性耳下腺炎(飛沫感染)、風疹(飛沫感染)、百日咳(飛沫感染)
感染性胃腸炎(経口感染:接触・飛沫感染)など。

2) 対象感染症の診察

○時間内

対象感染症の可能性を疑った、担当医もしくは看護師は、外来看護師長へ連絡し診察室の隔離や予防策を講じる。

○時間外および休日

対象感染症の可能性を疑った、救急室当直医もしくは看護師は、当直看護師長へ連絡し診察室の隔離や予防策を講じる。

3) 感染管理者、感染対策委員長、館長への報告

SARSおよび鳥・新型インフルエンザは疑った時点で速やかに感染管理者へ報告する。感染管理者は情報確認後に館長および院内感染対策委員長へ報告する。

そのほかの対象感染症は、時間外・休日受診は、緊急の場合を除き、翌開院日に感染管理者およびICNへ報告する。緊急の場合は当直師長が連絡する。

4) 対象感染症疑い患者が急激に増加した場合、あるいは感染対策上重要な感染症が発生した場合

○ ICTは現場での情報確認を行うと同時に伝播防止のための経路別感染対策を実施し、感染対策委員長へ報告する。

○ 感染管理者は情報確認の結果を館長および感染対策委員長に報告し、臨時感染防止対策委員会を開催して対応(診療体制、終息までの対策など)を検討する。また、館長は感染対策本部を設置する。

○ 外来診療体制については、館長と感染対策委員長で担当診療科を決定し、協力を依頼する。

○ 感染対策委員長は、感染対策委員会で決定された事項を、速やかに病院職員へ通知する。

5) 各部署の感染防止対策

○感染経路別予防策の実施

院内感染対策マニュアル:感染経路別予防策に従う。

○ 感染症疑い患者の早期認知と待機

✓ 外来(時間外・休日を含む)看護師長または担当看護師:対象感染症が疑われる場合は患者に説明の上、隔離した診察室に誘導する。担当診療科医師に連絡し、診療を調整する。

✓ 外来(時間外・休日を含む)受付窓口:対象感染症が疑われる場合、外来(救急)看護師に相談する。

✓ 診療科外来窓口・ブロック受付:対象感染症が疑われる場合、医師または看護師長に連絡する。また一時的な隔離待機、マスクの着用など院内伝播防止について説明し協力を求める。

○ 診療場所と優先診療

病原体の拡散を防ぐためできるだけ患者を移動させない方法をとる。

感染症疑い患者の診察は、できる限り優先する。

○入院治療が必要な場合

✓ 時間内:各科外来師長(救急室を含む)は病棟師長へ連絡し、隔離された病室に入院させ

る。多数におよぶ場合は、コホート管理できる多人床病室へ入院させる。

- ✓ 時間外:救急室看護師長は各病棟看護師と連絡をとり、診療科病床配置に拘らず隔離可能な病室に入院させる。

5. サーベイランス

1) サーベイランスの目的

病院感染症の発生状況を正確に把握し、リスクを探り出し、感染率を低減する。

監視は最大の抑止力となる。

2) サーベイランスの意義

- ① 病院感染症の傾向が把握でき、適確な感染対策を行うことができる。
- ② 結果を分析し、感染対策の評価、新しい対策の立案ができる。
- ③ 病院感染症の標準感染率が把握できるので、客観的なアウトブレイクの判断が可能となる。
- ④ 他施設の感染率と比較検討ができ、自施設の感染発生の現状について評価をすることが可能
- ⑤ 感染防止対策の職員教育にサーベイランスの結果を利用できる。

3) サーベイランスの種類

① 包括的サーベイランス

入院患者全員を対象として、院内で起きている全ての感染(肺炎・尿路感染・菌血症・手術部位感染症などすべて)を数える。病院全体を観察できるのでアウトブレイクを早期に発見できるが、多くの時間や手間、経費を必要とし、非効率的である。

② ターゲット・サーベイランス

術後患者、ICU、NICU、留置カテーテル挿入患者といったハイリスク集団に焦点を絞って行うもので、比較的時間や手間がかからず効率的に行うことができる。感染症発生の危険因子である医療器具の使用率などを同時に調査することにより、問題の解析が容易になり介入による効果判定も可能となる。また他病院間における感染率の比較をする事もできる。主に以下の種類がある。

○血管内留置カテーテル関連感染サーベイランス

○手術部位感染サーベイランス

○尿道カテーテル関連感染サーベイランス

○人工呼吸器感染サーベイランス など

4) 包括的サーベイランスの届出について

① 院内感染連絡書

担当患者に院内感染が発症したと判断した場合、主治医は「院内感染連絡書」を記載してICTに届ける。

② 院内感染症報告書

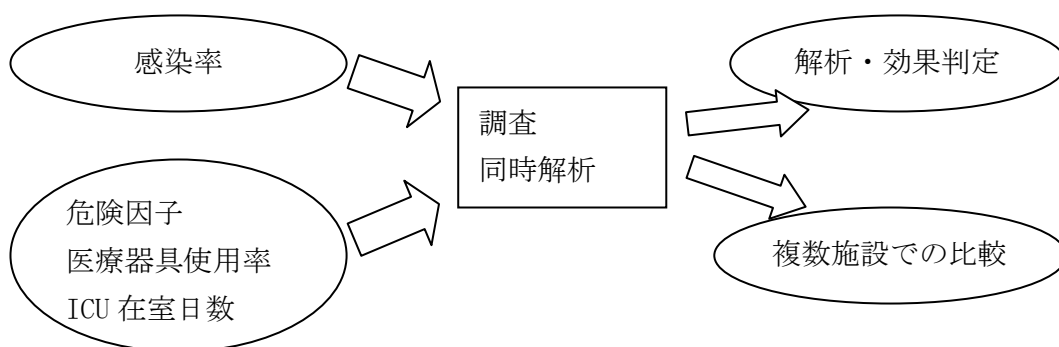
部署で院内感染が発生したと判断した場合、リンクナースは主治医・師長と相談して「院内感染症報告書」を記載してICTに届ける。

③ 細菌検査分離菌報告

- 細菌検査室では、毎週 MRSA・VRE 感染数・血管内留置カテーテル患者培養陽性者、血液培養陽性の菌種及び件数をICTに報告する。
- 年1回ICCとICTに病院全体の以下について報告する。
 - ・主要菌種の薬剤感受性 MIC 分布
 - ・病棟別 MRSA・緑膿菌検出件数
 - ・耐性菌検出状況
 - ・過去 5 年間の抗酸菌検出状況
 - ・材料別分離菌状況
 - ・病棟別分離菌状況
 - ・病棟別細菌培養検査依頼件数

5) ターゲットサーベイランスシステム

ターゲット・サーベイランスは、ハイリスクの感染症に焦点を絞りICTが計画立案しICCで承認を得たうえで実施する。実施に当たっては医師、病棟看護師、リンクナース、ICTの協力体制が不可欠であり信頼関係が大事である。そのため、ターゲット・サーベイランスを実施する病棟には事前に説明会や勉強会を行い、理解と協力を得る必要がある。実施後のデータは共有し、介入、改善へつなげる。結果はICCに報告する。1つのターゲット・サーベイランスの実施期間は1～2年とし、ターゲットとなる感染症は変更してゆく。



サーベイランスのデータを学会や研修等に使用する場合は感染対策委員長の許可を得る。

6) 入院時監視培養

高齢者、老人介護施設、療養型病床などの他施設からの転院および在宅医療患者等の入院にあたっては、さまざまな感染症病原体や耐性菌の保有者が少なくないことから、当該入院患者は入院時に監視培養検査を行う。

7) 症候群サーベイランス

特定の感染症の流行期に院内部署・病棟などで特定の症状を訴える患者および職員数を毎日モニターし、その異常増加により部署・病棟などに発生した異変を早期に探知し対策を立てるために実施する。(インフルエンザ、感染性胃腸炎など)

8) 厚生労働省院内感染対策サーベイランス(JANIS)への参加

JANIS事業に参加し、全入院患者感染、手術部位感染、ICU感染および検査部門サーベイランスに登録する。当院の院内感染状況の相対的位置を知ることによって、院内感染対策のベンチマーキングを行う。

6. 職業感染防止

院内感染防止対策委員会および感染制御チームは、針刺し事故や体液曝露による感染など医療に係わる行為を通して職員が感染を受けることの無いよう、事業所安全衛生委員会と共同し必要な対策を講じる。

結核、肝炎ウイルス、HIVウイルスの感染予防策と針刺し事故発生時の対応は、「院内感染対策マニュアル」の「特殊病原体別予防策および発生時対応」の項に整備する。

付記)結核患者発生時の接触者健診について

入院・外来患者、あるいは当院職員が結核感染と診断された場合、保健所に届け出を行い、その指示に基づいて接触者健診を行う。濃厚接触者から健診を行い、濃厚接触者に感染が認められた場合は、健診の対象範囲を拡げて実施する。

1) 接触者リストの作成

結核感染発生部署の看護師長は、接触者リストを作成し、1週間以内にICNまで提出する。ICNは感染管理者とともに、接触の程度に応じて濃厚接触者(一次健診範囲)を決定する。

原則として、発症者と8時間以上同室であった者を濃厚接触者(主治医、担当看護師など接触の多い者、発症者と同室の患者など)とするが、それ以外では、免疫抑制状態の者や、乳幼児、痰の吸引などを行った医療者も濃厚接触者とする。

2) 健診範囲の決定

保健所担当職員の指示に基づき一次健診者を決定する。原則として、継続入院患者および職員については当院管理課で検査計画を立てて実施する。退院した患者については保健所の管理となるが、当該病棟看護師長は、患者(家族)に事情を説明し、保健所から通知があることや健診についての情報提供をあらかじめ行う。

3) 初回検査方法

接触3ヵ月後を目途に、T-スポット検査を行う。

4) T-スポット検査陽性、あるいは判定保留の対応

T-スポット検査陽性の場合、本人と相談の上、潜在性結核治療を行うか、定期的な胸部レントゲン撮影による経過観察を行う。判定保留の場合も胸部レントゲンなどによる経過観察が必要である。健診管理は管理課で行うが専門医の協力を求める。

7. 感染防止対策

以下の予防策に関わる「院内感染防止対策マニュアル」を整備し、全職員に周知徹底する。

1) 標準予防策

2) 感染対策の一般的手技

- 3) 感染経路別予防策
- 4) 針刺し切創/体液曝露対策
- 5) 特殊病原体別予防策と発生時対応
- 6) 医療手技の感染予防策
- 7) 抗菌剤適正使用
- 8) 消毒薬適正使用
- 9) ME機器の清拭・消毒・滅菌方法
- 10) 栄養給食業務における感染防止
- 11) 歯科院内感染対策
- 12) 感染症の知識と約束事項
- 13) 感染症新法及び届出を要する感染症

8. 患者(家族)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。

9. 院外公表

アウトブレイクなどで、院内感染との因果関係が否定できない死亡例が出た場合、院内感染対策委員長はICCを臨時招集する。ICCでの協議結果を館長に諮問し、保健所への届出と同時に院外公表を検討する。

10. 医療従事者に対する院内感染対策研修

- 1) 就職時の初期研修は、ICTあるいはそれにか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。

11. 地域支援ネットワーク

- 1) 対策を行っているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域支援ネットワークに速やかに相談する。

東北感染症危機管理ネットワーク 感染症診療地域連携講座

<http://www.tohoku-icnet.ac/cooperation/>

2) 感染対策に関する一般的な質問については、日本感染症学会 施設内感染対策相談口(厚労省委託事業)にファックスで質問を行い、適切な助言を得る。

<http://www.kansensho.or.jp/sisetunai/index.htm>、Fax 03-3812-6180

改訂日

平成24年4月

平成27年4月

平成29年11月

令和3年4月