

感染対策指針

1. 主な用語の定義 Definition

1) 医療関連感染 Hospital Acquired Infection HAI

医療環境下で感染した全ての感染症を医療関連感染と言い、病院内という環境で感染した感染症は、院外で発症しても医療関連感染という。逆に院内で発症しても、病院外（市中）で感染した感染症は、医療関連感染ではなく市中感染という。

2) 病院感染対策委員会 Infection Control Committee (ICC)

病院が院長直属の法定委員会として設定する、病院感染対策の意思決定委員会。関係部署の感染対策担当者が参加する。

3) 感染対策推進室 Division of Infection Control

病院が、院長直属の組織として設定する、病院感染対策を統括する部署。この部署の所属組織として感染制御チーム Infection Control Team がある。

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

感染対策推進室に所属する、感染管理プログラムをマネジメント及び実行する組織。医師、薬剤師、看護師、微生物検査技師、事務スタッフなど多職種から構成される。

2. 指針・ポリシー

基本理念

我々医療従事者には、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。NTT 東日本関東病院（以下「病院」とする）においては、本指針を感染対策の基本的な考え方とする。具体的な方策については病院感染対策マニュアルに従う。

手指衛生 (IPSG.5)

手指衛生は、すべての感染対策の基本である。病院は、医療関連感染リスクを低減させるため、WHO の手指衛生ガイドラインに基づき職員が手指衛生を遵守するよう定める。

経営会議の決定 (IPSG.5.1)

- 1) 経営会議は、院内感染症の改善について優先するべき領域を特定する。
- 2) 経営会議は、該当する患者全員を対象に、バンドルなどエビデンスに基づく介入の実施を指示する。
- 3) バンドルなどのエビデンスに基づく介入の遵守状況および臨床的アウトカムの改善について、モニターを行う。

感染予防・感染管理活動の監督 (PCI.1)

病院は院長直属の病院感染対策統括部署として感染対策推進室を設置し、その室長が国の法律および規則に準拠した感染管理プログラムを管理・監督し、感染管理に関する権限を委譲され、責任を持つ。病院は室長に感染症専門医、認定インフェクションコントロールドクター (ICD)、感染管理認定看護師 (CNIC)、感染制御実践看護師 (PNIPC)、感染制御専門薬剤師 (ICPh)、感染制御認定臨床微生物検査 技師 (ICMT)、その他の適格者のいずれかの人物を 1 名指定する。この者は感染予防・感染管理計画を 監督し、感染の予防と管理に関するプログラムに関連する優先順位、資源の活用、改善の必要性について病院との調整を行う (PCI.1 ME 1,2,3,4)

全ての感染予防・管理活動に対する指定の協力体制（PCI.2）

病院は、感染管理プログラムの対象として病院に出入りするすべての職種、すべての患者とその家族、すべての訪問者、すべてのサービスをカバーする。また病院のすべての場所を含む。感染予防・管理活動のために多職種からなる ICT を設置し常に各職種からの協力を得る。（PCI.2 ME 1,2,3）

感染予防・管理計画の根拠（PCI.1 ME5, 6）

病院は感染予防・管理計画について、米国疾病管理予防センター（US-CDC）、世界保健機関（WHO）を中心に世界的コンセンサスを得た各種ガイドライン、またはそれに準じる科学的知見を根拠とする。また、本邦における感染症予防法に基づくものとする。

病院の管轄は品川区保健所であり、病院は保健所からの要請に応じてプログラムの結果を随時報告する。また、厚生労働省、品川区保健所、及び東京都からの情報については逐次共有し、感染対策推進室と ICT が対応する。

（PCI.1 ME 5,6）

病院の指導者による資源提供と支援（PCI.3）

病院は感染予防・管理体制のために感染対策推進室を設置し、職員を配置する。責任者として感染管理に精通した医師を指定する。さらに病院は多職種からなる ICT を設置し、感染予防・管理活動を行う。病院はその活動のために必要な物資を支援し、かつ、情報システム担当に対し、感染対策推進室及び ICT を全面的に支援することを指示する。

包括的感染管理計画の策定・実施と感染リスクの低減（PCI.4）

病院は感染対策推進室を通じて、リスクアセスメントに基づく感染管理プログラムを立案し実行、評価を行う。この感染管理プログラムは院内のすべての患者、職員、部署、場所を対象とし、医療関連感染のリスクを低減させることが目的である。この感染管理プログラムには、サーベイランス、感染防止技術の普及、職業感染防止に関すること、職員教育に関することなど、院内感染防止に関する多くの項目が含まれる。感染対策推進室 及び ICT はプログラムを通じて把握する院内感染リスクに対し、必要な対策を検討して実行に移すとともに、病院は感染対策推進室・ICT の活動を通じてこれらのリスクと対策を把握する

医療関連感染予防、および低減のための計画（PCI.5, PCI.5.1）

病院は、感染対策推進室・ICT の活動を通じて、次の点について把握し、医療関連感染発生のリスク監視と対策を継続する。すなわち、日常的に病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 サーベイランスを実施・解析し、病院はそのデータを部署にフィードバックして感染対策の見直しを行う。具体的な対象は次の通りとする。人工呼吸器関連肺炎（VAP）、尿道留置カテーテル関連尿路感染症（CAUTI）、血管デバイス関連感染症（CLABSI）、手術部位感染症（SSI）、法定届出対象感染症、多剤耐性微生物や強毒性の感染症、および新興感染症や再興感染症。病院はこれらについて感染対策 推進室から定期的に報告をうける。病院は感染対策推進室にこれらデータの解析とともに、年 1 回以上の データの振り返りとリスク評価・必要な感染対策の見直しを指示し、感染対策推進室はこれらを実行する。

滅菌プロセスの管理 (PCI.6)

病院は厳密な滅菌プロセス管理を滅菌供給部及び感染対策推進室に指示し、滅菌供給部及び感染対策推進室は別添の滅菌供給ポリシーに基づいて行動する。

病院では医療用機材の洗浄・消毒・滅菌について、スポルディング分類に沿って器材を分類し適切な方法を選択する。

病院は、洗浄・消毒・滅菌業務を委託している業者に対して、感染管理に関連する重要な基本知識の保持や滅菌手技の確認を求める。

滅菌物は清潔に保管し期限内に使用することを定める。病院は、滅菌物の使用時に、有効期限や包装の破損、化学的インジケーターの変色などについて確認することを定める。

単回使用器材の管理 (PCI.6.1)

病院では単回使用器材は再使用しない。

環境の清潔 (PCI.7)

病院は、環境の清潔さを維持するため、一般に広く認められている感染の予防と管理に関するプログラムから洗浄・清掃および消毒の基準と手順を選択する。また、感染の伝播のリスクが高いエリアと状況を特定し、必要な洗浄・清掃および消毒手順を実施する。

患者の入院中および退院後に感染がある部屋の洗浄・清掃を行う場合は、感染の予防と管理に関する消毒と滅菌のガイドラインなどのガイドラインに従う。

病院は、環境の洗浄・清掃および消毒のプロセスを監視し、該当する場合は、データに基づいてプロセスを変更する。

入院中清掃、退院後清掃について、病院は委託業者に対し、院内感染マニュアルに従った清掃を行う様指示する。また委託業者の清掃マニュアルについて感染対策推進室からの指導を通じて病院の感染管理方針を反映させる。

洗濯物、リネン (PCI.7.1)

洗濯方法は、法律および規則に準拠し、消毒と滅菌ガイドラインなどのガイドラインに従う。

洗濯物、リネン、および病院支給の医療用白衣を取り扱う際には注意事項を遵守し、適切な感染管理を行う。

洗濯物、リネン、および病院支給の医療用白衣は、汚染された品目と清潔な品目の交差感染を防止する方法で、処理、運搬、および保管する。

スタッフは、診療に従事する際には、病院支給の医療用衣を着用する。

廃棄物管理 (PCI.8)

病院では、感染性廃棄物は廃棄物分別表に従い廃棄する。病院は、廃棄物委託業者について、その作業内容について把握し、感染リスク低減のための手段がマニュアルとして定められているか確認し、不足がある場合は是正を求める。病院は、遺体安置所（霊安室）の運営委託業者について、標準予防策の徹底実施を求める。また、その作業内容について把握し、感染リスク低減のための手段がマニュアルとして定められているか確認し、不足がある場合は是正を求める。遺体解剖室（剖検室）の運営について、解剖後の器具は滅菌供給部にて洗浄するよう定め、解剖室清掃は解剖直後に一次清掃を実施後、院内清掃業者が清掃を行う様定める。これらの部署には定期環境ラウンド訪問を行い、平時のリスク評価を合わせて実施する。

鋭利物・注射針の管理 (PCI.8)

スタッフは、血液曝露防止について病院感染対策マニュアル V. 職業感染対策 に従う。感染性廃棄物は院内で定める感染性廃棄物分別一覧表に従い適切に廃棄する。スタッフに、交差感染の防止、記録の管理、取り扱い手順に関して訓練を行う。

曝露の管理 (PCI.8.1)

病院は、患者またはスタッフの血液および体液への曝露を結果的に引き起こす可能性があるプロセスを特定し、曝露のリスクを低減する手順を実行する。

患者およびスタッフの血液および体液への曝露が発生した場合は、感染対策推進室に報告する。（方法は、電話連絡と規定の報告用紙の記載）

感染対策推進室および予防医学センターは、患者およびスタッフの血液および体液への曝露が発生した場合、必要な対応を行う。

病院は、スタッフに、曝露インシデントを報告する方法について教育を行い、患者およびスタッフの血液および体液への曝露のインシデントを追跡し、監視する。

曝露インシデントのレポートについての検討を行い、リスクを抑えるため対策を行う。

給食業務における感染リスク低減 (PCI.9)

病院では、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいて作成された「給食衛生管理マニュアル」および「給食従事者衛生管理マニュアル」に従って給食運営を実施する。

病院は、調理、運搬、および配膳プロセス中に適切な飲食物の温度が維持されるよう管理を行う。

母乳、粉ミルク、その他の経腸栄養食品など、特殊な貯蔵および調理条件を必要とする栄養食品はガイドラインに従って管理を行う。

工学的システムの活用 (PCI.10)

病院は、法律、規則、基準に従って、「陰圧および陽圧換気システム」「水、蒸気、その他の温度制御装置」「空気流、換気システム、および湿度制御装置」の稼働およびメンテナンスの実施を行い、感染のリスクを最小限に抑える。

工事に関する感染リスク管理 (PCI.11)

病院は、施設の解体、建築、改築の情報について、患者、スタッフおよび面会者を感染から保護するために、設計の段階から感染対策推進室と ICT に情報を共有し、スタッフ動線やゾーニングの計画等について感染対策推進室と ICT のアドバイスを受けるよう計画する。また、施設内の解体、建築、改築や医療機器の設置など工事に伴う換気への影響、感染リスクを含めたリスクアセスメントと必要な対策の計画を行い、感染対策推進室と ICT が、それを適切かどうか審議する。病院はこれについて感染対策推進室と ICT から 報告を受け承認する。感染対策推進室と ICT は工事現場を訪問し必要な感染対策措置が講じられているかについて現場を確認する。

患者・見舞客・職員を感染症から守ること (PCI.12)

病院は、感染症を発症した患者について必要な経路別予防策を適切に設定する。特に、接触感染対策、飛沫感染対策、空気感染対策が必要な感染症を明確に定義し、これに基づいて適切に動線を隔離する。

この情報は電子カルテや個室表示で速やかに共有され、リスクの高い患者や職員が曝露を受けないように感染対策推進室が指示を行う。

また、病院は易感染患者を、推奨されるガイドラインに従って、隔離や、逆隔離／保護隔離によって保護する。陰圧個室について、定期的に陰圧作動確認を行い、使用開始時にも陰圧動作確認を行って、適切に陰圧隔離（空気感染対策）が行えるよう備える。

病院には複数の病棟に陰圧室を用意しており、一つが使用できない場合でも他の病棟の陰圧室を使用できる体制にある。

それらもすべて使用中で入室できない場合（同時に多数の空気感染対策が必要な患者が入院するような場合）は、一般個室に簡易陰圧装置を設置して一時的陰圧隔離部屋を設置する。

同時に複数の空気感染対策患者が来院する場合の対応（PCI.12.1）

病院では外来診療エリアには陰圧個室が1部屋（救急外来）のみ存在しており、同時に複数の空気感染対策患者が来院した場合、2部屋目としては採痰ブースを臨時使用する。病院はこれについてルールを定め、運用を確認する。

世界的脅威となる感染症に対する基本行動計画（PCI.12.2）

病院と感染対策推進室は平時より、世界的流行を引き起こす感染症の発生に常に留意する。米国 CDC や世界保健機関 WHO の発する情報は厚生労働省、東京都、品川区より当院に迅速に共有され、その情報は直ちに感染対策推進室に共有される。

病院は、世界的脅威（パンデミック）に至る感染症に対する備えを行うため、基本行動計画（BCP）を制定する。この計画の中に、WHO や CDC、品川区、東京都、厚生労働省からの情報監視と報告、必要な経路別予防策の確立と実施、個人防護具の適切な使用とそのための訓練、情報伝達方式の確立と実施、職員の割り当てや職員の曝露回避のための手順を盛り込む。

病院は、世界的脅威に至る感染症患者の病院への進入口について早期に特定し、迅速に対応するよう行動計画を策定する。行動計画には、伝染性疾患に感染した多数の患者の流入を管理するプロセスおよび、突然の流入時や陰圧室が利用できない際の感染症患者の管理を含む。これらの計画は年1回、見直しと更新を行う。またこの検証の結果を報告、共有し、行動計画を修正し、職員への教育を行う。

個人防護具、消毒薬の適正な使用（PCI.13）

病院は、微生物汚染（以下汚染）経路遮断策として CDC の標準予防策、および、感染経路別予防策を実施する。血液、体液、分泌物、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を適切に使用する。職員は個人防護具を適切に使用できるよう教育を受ける。部署の責任者は個人防護具を適切に配備する。

病院は、気道症状を有する患者に対し、サージカルマスクの着用を要請する。

高頻度接触面について1日1回以上清拭または消毒を行う様に指示する。

床などの水平面について、病院は定期的な清掃を行い、壁やカーテンなどの垂直面は汚染が明らかな場合に清掃または洗濯するよう定める。患者に使用したリネンについて、病院は、滅菌と消毒のガイドラインに従い熱水洗濯を行った上で適切に保管するよう定める。

病院は、手指衛生、手指消毒のための設備、備品を適切に整備し、また、患者および面会者に、手指の消毒が必要な場合および個人用保護装置の正しい使用方法について教育を行う。

品質改善・患者安全計画との統合（PCI.14）

病院と感染対策推進室は、プログラムに基づいてモニタリングした様々なデータについて、品質保証室や医療安全室と共有し、品質改善や安全計画に反映させる。

病院は、微生物検査室、ICT、感染対策推進室を経て得られる、疫学上重要な耐性菌の検出状況、耐性パターンについて把握し、分析する。

ICT、感染対策推進室は、手指衛生実施状況や耐性菌検出状況、サーベイランスデータについては定期的に評価を行って記録し、病院に提出する。

データのモニタリングには、ベンチマークされている感染率を含む。

患者・家族・職員への教育（PCI.15）

病院は、職員、委託業者を問わず、入職時に感染予防・感染管理について教育を実施する。

病院は全職員に向けて年 2 回の感染対策講習会を実施し、全職員の聴講を義務付けている。

病院は、患者およびその家族に対し、感染症とそれについて必要な対策について教育を行うほか、院内で必要な感染対策について教育や啓発を持続的に行う。

品質保証活動から得られる、院内の感染に関するデータや知見は、周知事項として院内に共有され、病院はこれを一つのツールとして院内全体の改善活動を促す。

3. 指針・ポリシーの手順（記録・再評価を含む） Procedure (Recoding/reassessment as appropriate)

病院感染対策マニュアル（KHIS2 文書「06 感染対策指針」>「感染対策推進室 HP」に掲載）

4. 必要なスタッフの資格・研修 Necessary staff qualification and training

なし

5. 表・図など Table, figure etc.

なし

6. 添付資料 Attachments

7. 参考文献 Reference

日本医療機器学会制定「医療現場における滅菌保証のガイドライン」2021 年.

消毒と滅菌のガイドライン（2021 年）へるす出版. 小林寛伊 編集.

WHO guidelines on hand hygiene in health care（2009）

制定責任者職名：感染対策推進室長

承認責任者職名：病院長

第 1 版制定日：2007/05

最終改定日：2022/06/02

最終確認日：2022/06/02