

地方独立行政法人宮城県立病院機構 宮城県立がんセンター  
感染対策指針

目的

この指針は、医療法施行規則第一条の十一第 2 項第一号に基づき、宮城県立がんセンターにおける感染症の予防及び集団感染発生時の適切な対応など、感染対策の基本方針を定め、安全で質の高い医療を提供することを目的とする。

第 1 条 感染対策に関する基本的な考え方

宮城県立がんセンターは東北地方唯一のがん専門病院で、高度かつ最先端医療を提供することを基本としていることから、患者さんは易感染者である場合が多い。よって、センター全職員が感染対策の重要性を認識する必要がある。

そのため、効果的な感染管理体制の構築とその活動方針を策定し実行する。すべての職員は感染対策マニュアルを遵守し、常に標準予防策と感染経路別予防策を日頃の診療の中で実践する。また、感染症上重要な問題が発生した場合には、すべての職員がその感染情報を共有し、適切かつ迅速に対応する。また、感染症発生の原因分析を行い、感染対策の改善に活かす。こうした感染対策に関する基本姿勢を職員に周知し、医療の安全性を確保して患者さんに信頼される医療を提供する。

第 2 条 感染管理組織体制の基本的事項

院長が積極的に感染対策に関わり、以下の組織を設置し、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動を行う。

1) 院内感染防止・医療廃棄物対策委員会

院内感染防止・医療廃棄物対策委員会は、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、運営会議での検討を経て、日常業務化する。構成員は、総長、病院長、副院長（感染対策室長）、看護部長、感染対策室員、看護部、薬剤部、診療放射線技術部、臨床検査技術部、栄養管理室並びに研究所の代表、その他委員会が必要と認める者で構成する。総長が指名する委員長並びに副委員長をおく。委員長不在の場合には、副委員長がその職務を代行する。委員長が必要と認める場合には、委員以外のものを臨時に委員会へ出席させることができる。委員会の開催は、月 1 回とし、必要時、委員長は臨時委員会を開催することができる。

2) 感染対策室

感染対策室は、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ものとする。室員は、総長より任命された医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等で構成される。

3) 感染対策チーム／抗菌薬適正使用支援チーム（ICT／AST）

ICT／AST は、院内感染防止・医療廃棄物対策委員会委員長の管理下にある日常業務実践チームであり、委員長が一定の権限を委譲し、組織横断的に活動する。構成員は、感染対策室員の他に総長より任命された職員で構成される。活動内容は、感染制御としての ICT（Infection Control Team）の機能に加え、抗菌薬適正使用の推進を支援するための AST（Antimicrobial Stewardship Team）の活動も兼ねる。

1) 感染対策室、ICT／AST の任務

- ①院内をくまなくラウンドし、感染対策上の課題を把握し解決策を検討する。
- ②院内感染の発生状況を把握し、発生原因の分析を行い報告する。

- ③院内感染のアウトブレイクや異常事態発生時に対応する。
- ④院内感染症予防に向けて職員への教育を行う
- ⑤感染対策マニュアルを整備し、定期的に見直し改訂する。
- ⑥職業感染予防として、職員の抗体価測定及び予防的ワクチン接種を推進する。
- ⑦院内感染に関する事象を委員会へ報告する。
- ⑧感染対策に関する相談を受け対応する。
- ⑨広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。
- ⑩感染症治療の早期モニタリングにおいて、9) で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録に記載する。
- ⑪適切な検体採取と培養検査検体の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- ⑫抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- ⑬抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- ⑭宮城県立がんセンター内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について院内での使用中止を提案する。
- ⑮抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受け対応する
- ⑯院内のチームで対応困難な症例の場合は、地域の専門会に相談できる体制を整備する。

### 第3条 院内感染対策に関する職員研修に関する基本方針

院内感染管理の基本的な考え方及び標準予防策、感染経路別予防策、職業感染対策などの具体策を職員に周知徹底し、職員個々の感染対策に関する意識づけと意識及び技術の向上を図る。

#### 1) 新規採用職員に対する研修

採用時に、感染管理の基礎について研修を行う。

#### 2) 感染管理組織に所属する職員の研修

院内感染防止・医療廃棄物対策委員会の委員、感染対策室、ICT/AST、リンクナースの委員は、外部研修会や学会などに積極的に参加し、感染管理の最新の知識と技術を習得する。

#### 3) 職員を対象とした継続的な研修

全職員を対象とする研修会を年2回程度開催する。これは、職種横断的に行うが施設外の研修会を適宜院内研修会に代えること、また施設外研修を受けた者の伝達講習を施設内研修会とすることも可とする。

#### 4) 感染対策室、ICT/AST は、リンクナースと共同で定期的に研修を行い、知識及び技術の向上を目指す。

### 第4条 院内感染症の発生状況報告に関する基本方針

- 1) 関係職員は、感染対策マニュアルに規定した感染症の報告（感染症法に基づく報告を含む）を、院内感染防止・医療廃棄物対策委員会に行う。また、指定抗菌薬届出報告を行うと共にサーベイランスに協力する。
- 2) ICT/AST は、手術部位感染、カテーテル関連血流感染、カテーテル関連尿路感染など対象限定サーベイランス、抗菌薬サーベイランスを実施し、委員会へ報告する。
- 3) 院内感染防止・医療廃棄物対策委員会は、感染症例報告、サーベイランスデータ、ICT/AST 院内ラウンド情報、抗菌薬サーベイランスから院内の抗菌薬使用状況を把握し、対策を協議し決定する。

#### 第5条 院内感染症の発生時の対応に関する基本的事項

- 1) 施設内の各領域別の微生物の分離率並びに感染症の発生動向から、アウトブレイクあるいは異常発生をいち早く特定し、制圧の初動体制を含めて迅速な対応を行う。
- 2) アウトブレイクあるいは異常発生と判断された場合には、院長に報告するとともに、緊急院内感染防止・医療廃棄物対策委員会または ICT/AST 会議を開催し、感染の原因の調査と対応策を講じる。
- 3) 院内感染のアウトブレイクや、重症者・死亡者が出た場合の保健所への報告については院長が判断する。また、報告が義務付けられている感染症が特定された場合には、速やかに保健所へ報告する。
- 4) 感染伝播リスクのある患者さんへ、担当医から、微生物が検出された事実および蔓延防止に必要な感染対策を説明し同意を得る。また、必要であれば家族にも説明し協力を得る。
- 5) 院内の感染管理組織機能のみで対応が不十分であると判断したときは、保健所や日本感染症学会施設内感染対策相談窓口などを活用し、外部支援を要請する。

#### 第6条 院内感染対策指針の閲覧に関する基本方針

本指針は、オーダーリング画面から全職員が閲覧できる。また、宮城県立がんセンターホームページで一般に公開する。

#### 第7条 院内感染対策推進のための必要なその他の基本方針

- 1) 職員は、感染対策マニュアルに記載された感染対策を実施する。感染対策上の疑義については、感染対策室に報告し、最終的に院内感染防止・医療廃棄物対策委員会にて協議する。
- 2) 職員は、担当部署の感染対策上の問題発見に努め、感染対策室及び院内感染防止・医療廃棄物対策委員会と協同でこれを改善する。
- 3) 職員は、院内感染を防止するため、ワクチン接種を積極的に受ける。また、日頃から自身の健康管理を充分に行い、病院で指定された感染症罹患時またはその疑いがある場合には、速やかに院内報告体制に基づき報告する。

#### 附則

この指針は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する  
この改正は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する  
この改正は、平成 30 年 9 月 1 日から施行する  
この改正は、平成 30 年 11 月 1 日から施行する