



独立行政法人

地域医療機能推進機構

福井勝山総合病院

感染管理指針

改訂第3版

感染管理指針改訂・見直し履歴

<改訂履歴>

2018/10/01	新規作成（第1版）
2019/04/01	改訂（第2版）
2021/06/15	改訂2版「感染管理指針」感染対策委員会にて再承認
2022/06/20	改訂2.1版「感染管理指針」感染対策委員会にて承認
2023/03/20	改訂3版「感染管理指針」感染対策委員会にて承認

<改訂内容>

★改訂2版

- ・「基本理念」の変更
- ・「用語の説明」の変更
- ・「組織および体制」の修正
- ・「委員会規定」の修正
- ・「設置規定」の新設
- ・「感染管理室長の配置と業務」の新設
- ・「感染管理者の配置と業務」の新設
- ・「感染対策チームの規約」の新設
- ・「感染管理スタッフ部会の規約」の新設

★改訂2.1版

- ・感染防止対策加算を感染対策向上加算に変更
- ・指導強化加算の要件に関わる、感染対策向上加算2・3の医療機関と連携及び、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施について追加
- ・参加メンバーに居宅介護支援センター・訪問看護ステーション・健康管理センターから代表職員の参加

★改訂3版

- ・組織図の改編
- ・医療廃棄物委員会議と感染対策委員会会議の統合
- ・感染対策委員会構成メンバー表記を変更し、新メンバーに特別管理産業廃棄物管理責任者・看護師長を追加
- ・感染管理責任者と感染管理室長の明記
- ・ICM部会をICSと名称を変更し委員会議開催規約を変更
- ・感染対策委員会規約に抗菌薬適正使用支援チーム規約を統合
- ・感染対策委員会規約に医療廃棄物対策委員会規程を統合

院内感染対策委員会

目次

1. 総則

1) 基本理念

2) 用語の説明

3) 組織および体制

2. JCHO 福井勝山総合病院院内感染対策委員会規程

3. 感染管理室(ICR)の設置規程

4. 感染管理室長・感染管理責任者の配置と業務

5. 感染管理者の配置と業務

6. 感染対策チーム (ICT) の規約

7. 感染管理スタッフ (ICS) 部会の規約

8. 抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の規約

9. 医療廃棄物対策委員会の規程

履歴

- ・令和3年6月21日感染対策委員会にて改訂2版「感染管理指針」再承認
- ・令和4年6月20日感染対策委員会にて改訂2.1版「感染管理指針」承認
- ・令和5年3月20日感染対策委員会にて改訂3版「感染管理指針」承認
- ・令和6年3月20日感染対策委員会にて改訂3版「感染管理指針」承認
- ・令和7年5月19日感染対策委員会にて改訂3版「感染管理指針」承認
- ・令和8年4月20日感染対策委員会にて改訂3版「感染管理指針」承認

1. 総則

1) 基本理念

独立行政法人地域医療機能推進機構（以後 JCHO とする）および JCHO 福井勝山総合病院の基本理念にもとづき、医療関連感染を未然に防ぐことを第一として取り組み、感染症患者発生の際には拡大防止のため、原因の速やかな特定と科学的根拠にもとづく対策の実施により管理、終息を図る。職員は、この目標を達成するため、各病院の感染対策指針および感染対策マニュアルにのっとり医療を患者・利用者に提供できるように取り組むものとする。

2) 用語の説明

(1) 医療関連感染

入院中の患者に限定するものではなく、在宅も含めた医療を受ける場すべてで発生する感染をいう。「医療に関連した感染」という意味で用いられる。

(2) 感染管理活動

感染予防のためには正しい情報と知識、実践が必要であるため、専門の職員を配置し患者および職員の安全管理に務める。

(3) サーベイランス

監視を目的とした調査。または監視そのものの意を含むサーベイランスは、感染対策の観点からは、病院感染の発生に関するデータを収集・分析・評価し、その結果を病院内の感染防止に関わる医療スタッフに報告還元することによって、感染率の低減を目指す活動を指す。

(4) 院内感染対策委員会：ICC（infection counterplan committee：インフェクション・コンテプラン・コミティー）

院長直轄の病院における感染対策の最高意志決定機関

(5) 感染管理医師：ICD（Infection Control Doctor：インフェクション・コントロール・ドクター）

主に ICD 制度協議会により認定された感染対策の専門家を指す。

(6) 感染管理看護師：ICN（Infection Control Nurse：インフェクション・コントロール・ナース） 感染管理認定看護師 感染制御実践看護師など感染管理の専門知識・技術をもつ認定を受けた感染管理を担っている看護師を指す。

(7) 感染管理チーム：ICT（Infection Control Team：インフェクション・コントロール・チーム）

ICD、ICN、臨床検査技師、薬剤師などから構成され、病院内で感染対策活動を横断的に実践し管理するチームをいう。

(8) 感染管理スタッフ：ICS（Infection Control Staff：インフェクション・コントロール・スタッフ）

各部署の感染情報の収集に努め、ICT と院内の感染情報の授受にあたる。また感染対策の各種啓発活動を実施する際の、部署のスタッフに対する教育上の模範的モデルとしても機能するように配置される。

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

ICD、ICN、臨床検査技師、薬剤師などから構成され、感染症の治療効果を高め、耐性菌の出現を抑えるために、検査や抗菌薬について支援するチーム。

(10) エビデンス (EB)

根拠、証拠、Evidence based medicine (EBM) として汎用されている。実験や調査による明らかなデータにもとづいた医療を意味する。習慣や感覚的な予測による過剰・無駄な医療行為や感染を防止することが目的。

(11) 標準予防策 (standard precaution : スタンダードプリコーション)

患者および医療従事者を感染から守るための基本的な予防策をいう。すべての患者の血液・体液・分泌物（汗を除く）、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は感染性のあるものとみなし、直接接触することを避けて対応すること。

(12) 感染経路別予防策

特定の感染性の強い病原体が起因菌として検出された場合、またはそのような病原体に感染している可能性が疑われた患者に対し、感染経路の遮断を目的として、標準予防策に加えて適用される感染対策。感染経路により、①空気感染予防策②飛沫感染予防策③接触予防策の3つに分類される。

(13) アウトブレイク (outbreak)

感染症アウトブレイクとは、一定期間内に同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した医療関連感染の集積が通常よりも統計学的に有意に高い状態をいう。

(14) CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

米国疾病予防管理センターの略称。感染対策ガイドラインにより「標準予防策スタンダードプリコーション」が提唱されている。他に種々のガイドラインが提唱され、日本の感染対策に活用し基盤整備に役立っている。

(15) 手術部位感染 (Surgical Site Infection : SSI)

手術操作の直接及んだ部位に発生する感染症を指す。SSI は、切開層 SSI と臓器/体腔 SSI とに分類される。切開層はさらに表層と深部に分けられ、いずれの場合も手術後 30 日以内に起きた感染を SSI と呼ぶ。あるいは、移植片が残されており、手術に関連していると推測された場合は、手術後 1 年以内に起きた感染も SSI と呼ぶ。

(16) JANIS (Japan Nosocomial Infections Surveillance)

厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業を指す。医療機関ごとに「薬剤耐性菌の分離率」や「院内感染の発症率」に関するデータを収集することで、院内感染の概況を把握し、医療現場への院内感染対策に有用な情報の提供を行うことを目的としている。5 部門すなわち、検査部門、全入院患者部門、手術部位感染 (SSI) 部門、集中治療室 (ICU) 部門、新生児集中治療室 (NICU) 部門の 5 部門のサーベイランスを実施している。

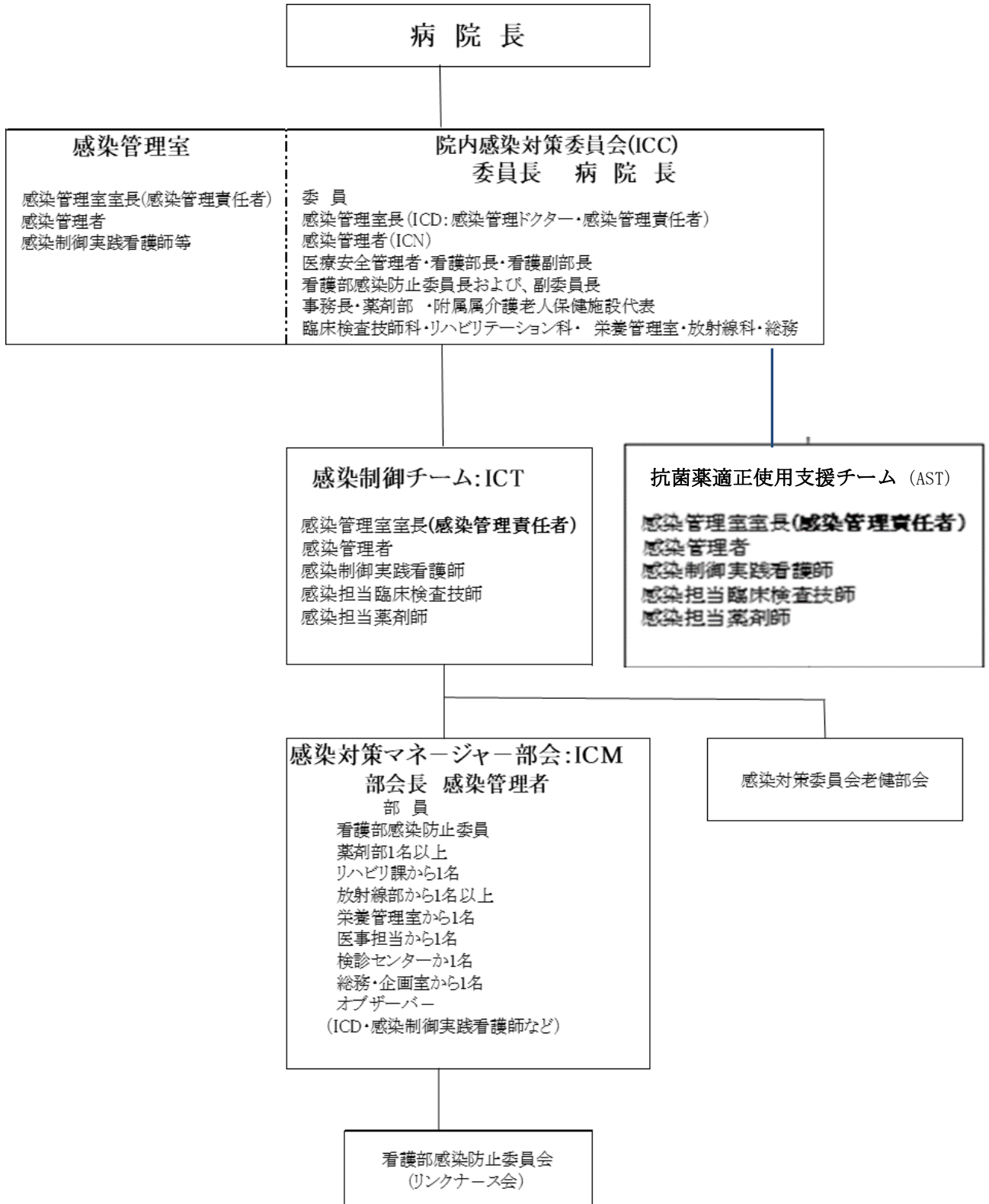
3) 組織および体制

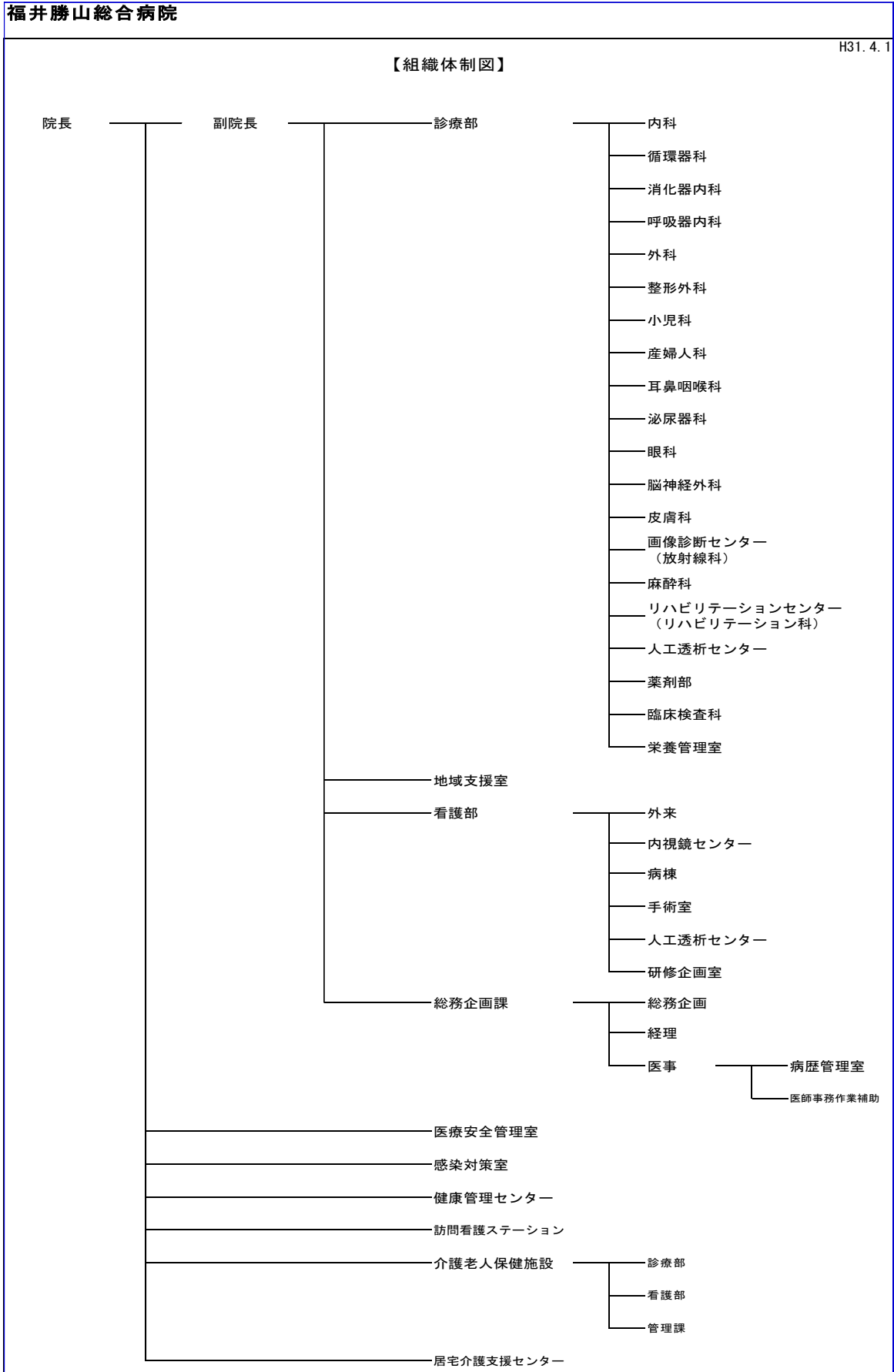
JCHO 福井勝山総合病院における感染防止を推進するために、本指針にもとづき以下の組織を設置する。

- (1) 院内感染対策委員会 (ICC) ・ 医療廃棄物対策委員会
- (2) 感染管理室 (ICR)
- (3) 感染管理チーム (ICT)
- (4) 感染管理スタッフ部会 (ICS)
- (5) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST)
- (6) 看護部感染防止委員会 (リンクナース)

* 感染管理組織体制図を次項に示す

感染管理組織体制図





2. JCHO 福井勝山総合病院院内感染対策委員会設置規程

第1条（設置）

JCHO 福井勝山総合病院の業務遂行にあたり、院長直属の諮問機関として院内感染対策委員会を置く。

第2条（目的）

病院の全構成員が対象。患者および家族、面会者、職員、研修生・ボランティア、出入り業者（給食、清掃、廃棄物など）病院に出入りするすべての人への感染予防を図る。職員の職業感染予防を図る。

第3条（活動）

委員会は、第2条の目的を達成するため、以下の活動を行うものとする。

- 1) 感染管理指針および感染対策マニュアルの改訂を必要に応じて行うこと
- 2) 感染対策に関する情報の収集と職員への周知を行うこと
- 3) 感染予防のための教育研修の企画をすること（年2回以上）
- 4) アウトブレイク発生時の対応（原因追求、改善策の策定、職員への周知・教育）をすること
- 5) 感染対策に関する広報活動をすること

第4条（組織）

院内感染対策委員会は、次に掲げる委員で組織する。

- 1) 院長
- 2) 副院長
- 3) 診療部門代表
- 4) 感染管理責任者
- 5) 医療廃棄物委員会委員長
- 6) 感染管理者（ICN）
- 7) 医療安全管理者
- 8) 看護部長
- 9) 看護副部長
- 10) 看護師長
- 11) 看護部感染防止委員会委員長および副委員長
- 12) JCHO 勝山総合病院附属介護老人保健施設代表
- 13) 診療技術部の代表職員：
薬剤部・臨床検査技師科・放射線科・リハビリテーション科・栄養管理室
- 14) 事務長
- 15) 総務（事務局）・医事課
- 16) 外来部門・病棟部門・居宅介護支援センター・訪問看護ステーション・健康管

理センターから代表職員

- 17) 特別管理産業廃棄物管理責任者
- 18) その他委員長が指名する者

第5条（院内感染対策委員会）

- 1) 委員会に委員長を置き、委員長は原則として院長とする。
- 2) 委員長は、必要に応じて、各事業所の長の出席を求める感染予防対策に関する現状について意見を聴くことができるものとする。

第6条（院内感染対策委員会の会議）

- 1) 感染対策委員長は、院内感染対策委員会を召集し、その議長となる。ただし、やむを得ない理由により委員長が出席できない場合は、議長を代行させることができる。
- 2) 委員会は、原則として、毎月第3月曜日に開催する。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に委員会（諮問委員会）を召集できるものとする。
- 3) 院内感染対策委員会議は医療廃棄物対策委員会議を兼ねる。
- 4) 事務局が会議の書記を行い、議事録の作成および管理を行う。
この議事録は5年間保存する。
- 5) この規程は、委員会の設置目的から、職員の周知を図るために閲覧可能とし、規程および議事録は、イントラネット部会専用のパブリックフォルダ上に公開する。

第7条（委員の任期）

- 1) 委員の任期は、1年とし再任を妨げない。
- 2) 前項の委員に欠員を生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

第8条（委員以外の者の出席）

委員長が必要と認めたときは、委員以外の者の出席を得て、意見を聴くことができる。

第9条（感染管理室の設置）

病院の院内感染対策委員会に、組織横断的に感染管理を担う部門として感染管理室を設置する

第10条（感染管理チーム（ICT）の設置）

感染管理室における感染対策を計画、実行する組織として感染管理チーム（ICT）を設置する。

第11条（感染管理スタッフ（ICS）部会の設置）

感染管理室の下に、感染対策を具体的かつ実践的に感染対策を実行する組織とし

て、感染対策マネージャー部会（ICS）を設置する。

第12条（抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の設置）

病院の院内感染対策委員会に、抗菌薬を使用する際、個々の患者に対して最大限の治療効果を導くと同時に、有害事象を最小限にとどめ、いち早く感染症治療が完了できるように抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を設置する。

第13条（感染管理のための指針・マニュアル作成）

1) 感染管理指針・感染対策マニュアルの作成と見直し

- (1) ICSは各部署において感染管理指針・感染対策マニュアルを整備する。
- (2) 感染管理指針・感染対策マニュアルは各職場共通のものとして整備する。
- (3) 感染管理指針・感染対策マニュアルは全員に周知し、適宜必要に応じて見直す。
- (4) 感染管理指針・感染対策マニュアル等は、作成・改訂の都度、感染対策委員会に報告する。
- (5) 感染管理指針・感染対策マニュアル等は、改訂内容を感染対策委員会で承認の後、院長の決済をもって承認を受け実行される。
- (6) 感染管理指針・感染対策マニュアル等は、院長、感染対策委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。
- (7) 院内感染対策委員会は、毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。
- (8) 本指針の改訂は、院内感染対策委員会の決定により施行する。

第14条（職員に対する教育）

施設全体の職員を対象として定期的に感染防止対策に関する教育を行う。

- 1) 入職時の初期研修は、感染管理室が中心に行う。
- 2) 継続的研修は、内部・外部が開催する研修会へ年2回以上を目標として積極的に参加するように促す。また、内部研修は施設内の実情に即した内容で職種横断的に開催する。
- 3) 諸研修の開催結果および参加実績を記録・保存する。

第15条（感染症の発生状況の報告とその他にもとづいた改善策）

1) サーベイランス

- (1) 感染症の発生状況を把握するシステム（院内感染対策サーベイランス：JANIS）として、耐性菌サーベイランスを実施する。
- (2) サーベイランスにおける診断基準は（院内感染対策サーベイランス：JANIS）を基準とする。
- (3) 手指消毒剤使用量、遵守率を調査する
- (4) AST・耐性菌・手指衛生の各サーベイランスはJ-SIPHEに参加する。

2) 施設内感染集団発生時の対応

- (1) 施設内において感染症患者が集団発生したときは、委員会を召集し感染経路の遮断とともに、家族や外来患者等院外への拡大を防止するよう努める。
- (2) 臨床検査科では疫学情報を日常的に感染管理室、ICT および部署へフィードバックする。
- (3) 感染管理室では各部署の発生状況に関する情報を各部署へフィードバックする。
- (4) 感染防止が報告の義務付けられている疾患が特定された場合は、速やかに感染対策マニュアルにもとづき、主治医、感染管理室長・感染管理者と情報を共有し、保健所に報告する。

第 16 条（遵守率向上）

マニュアルに記載された各管理策は、全職員の協力の下に遵守率を高めなければならない。

第 17 条（推奨業務）

- 1) ICT は現職員が自主的に各管理策を実践するよう自覚をもってケアにあたるよう教育する。
- 2) ICT は現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう動機付けをする。
- 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じて、全職員の感染管理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、手指消毒剤の使用量を調査してその結果をフィードバックする。

第 18 条（地域支援）

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 病院内で対策を行っているにも関わらず、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、地域ネットワークに速やかに相談する。
- 3) 日本感染症学会・国立感染症研究所感染症情報センター・JANIS 事業運営センター・SSI サーベイランス研究会等などに設問を行い、適切な助言を得ることも可能である (<http://www.Kansensho.or.jp/>)

第 19 条（第三者評価）

感染対策の質は、第三者評価（外部評価）されることが望ましい。

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構による評価。
- 2) I - I 連携病院による評価
など

第 20 条（患者への情報提供との説明）

- 1) 疾病の説明とともに、感染防止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。

第 21 条（感染管理指針・感染対策マニュアルの開示について）

- 1) 職員以外の利用者の要請があった場合、開示をすることができる。その際、申請日、開示希望者の氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、希望理由などを記録に残す。
- 2) 指針については、病院利用者が閲覧できるようにホームページに掲載する。

3. 感染管理室の設置規程

第1条（設置）

院内感染対策委員会設置規程第9条のもと、感染管理室（ICR）を設置する。
感染管理室は、組織横断的に感染管理を担う部門として設置する。

第2条（目的）

感染防止対策を円滑に運営するため、JCHO 福井勝山総合病院内の感染防止対策に関する病院全体の問題点を把握し、改善点を講じるなど院内感染防止対策活動の中核的な役割を担う。

第3条（活動）

- 1) 各部門における感染対策の実施状況の評価にもとづき、感染対策の実施状況および評価・結果を記録する。
- 2) 委員会等で用いられる資料および議事録の作成および保管管理を行う。
- 3) 感染予防対策に関する部署の情報収集および定期的巡視等を行う。
- 4) 感染管理に関する情報の収集および提供を行う。
- 5) マニュアルの見直し・改訂を行う。
- 6) 職員に対する感染防止対策への教育と啓発活動の企画・運営・広報を行う。
- 7) 感染防止対策に関する最新情報の収集と職員への周知を行う。
- 8) 院内感染対策委員会との連携、各部署との連絡・調整を行う。
- 9) 地域連携病院との定期的カンファレンスに参加し、進捗状況・検討事項を委員会へ報告する。
- 10) 指定抗菌薬の使用届け出制と投与期間の確認を薬剤部と連携し行う。
- 11) 重大なアウトブレイクや感染症が発生した場合、直ちに感染管理室長および院長へ報告するとともに、感染管理室長の判断の下、緊急院内感染対策委員会を招集し、当該感染対策の迅速な感染拡大防止対策を行うとともに原因を解明し、アウトブレイクの早期終息と再発防止に繋げる。
- 12) 感染対策等に係る取り組みの評価等を行うカンファレンスに週1回開催する。

第4条（組織）

感染管理室には次にあげるチームを有する。

- 1) 感染管理チーム（ICT）
- 2) 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

第5条（構成員）

感染管理室は以下の職員で構成する。

- 1) 感染管理室長（ICD）
- 2) 感染管理者（ICN）

3) 看護部門（感染制御実践看護師等）・臨床検査技師・薬剤師

4. 感染管理室長・感染管理責任者の配置と業務

第1条（配置）

- 1) 感染管理室長は院長の指名により ICD 制度協議会等の認定を受けた医師を任命し配置する。
- 2) 感染管理室室長を感染管理責任者とする。

第2条（権限）

- 1) 病院長は感染管理者に院内感染対策の実施に関する権限を委譲する。
- 2) 病院長は院内感染対策の実施に関する財政的措置を行なう。

第3条（業務）

- 1) 医療感染管理に必要な知識および技能を有する職員であり、感染管理責任者として医療感染に関わる担当者を指揮する。
- 2) 感染対策の業務内容を把握する。各部門と連携が図れるような協力体制を構築する。
- 3) 感染対策に係る業務（別途感染対策マニュアルに定める）
 - (1) 定期的運営する院内感染対策委員会を統括する。
 - (2) 院長の指示を受けて必要時開催される、臨時院内感染対策委員会を運営する。
 - (3) アウトブレイク発生時の苦情や訴訟への対応を管理する。必要に応じて自らが患者・家族への対応にあたる。
 - (4) 感染管理業務に関わる担当者の必要な業務量を把握し、過剰業務とならぬよう配慮する。各担当者の配置や業務範囲を定期的に見直す。
 - (5) 感染管理室の活動を統括管理し、緊密な連絡・連携をとり、情報収集・提供および感染管理対策の周知を図るよう努力する。

5. 感染管理者の配置と業務

第1条（配置）

院長の指名により任命し、感染対策室に専従感染管理看護師（ICN）を配置する。

第2条（業務）

- 1) 感染管理に必要な知識および技能を有する、感染防止加算の施設基準における感染管理に係る研修を受けた者で、感染管理の業務に関する企画立案および評価を行う。
- 2) 定期的に院内を巡回して各部門における感染防止対策の実施状況を把握・分析し、医療感染対策確保のために必要な改善計画書等を作成し、具体的な対策を推進するため、組織横断的に。また、それにもとづく感染防止対策の実施状況および評価結果を記録する。
- 3) 看護部感染防止委員会に対しての監督、指導、助言等の支援を行う。
- 4) 各部門における ICS の運用・指導・助言等の支援を行う。
- 5) 感染防止対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
- 6) 感染防止対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
- 7) 職員の感染管理に関する意識の向上、指導を行う。
- 8) 医療感染対策室に設置されている ICT、ICS、AST を統括し、内容を院内感染対策委員会へ報告する。
- 9) 重大なアウトブレイク、感染事故等が発生した場合には、迅速に医療安全・感染管理室長および院長へ報告し指示を得る。

具体的業務：

- ・ 当院における感染対策上の問題点の把握と改善
- ・ 病院感染発生のサーベイランス
- ・ 感染対策に関する院内ラウンドの実施
- ・ 感染防止教育プログラムの立案実施
- ・ 職業感染防止に関すること
- ・ 感染対策のための医療器材の検討、選定
- ・ 病院環境（ファシリティマネジメント）に関すること
- ・ 機材の洗浄や消毒、滅菌に関すること
- ・ 感染対策マニュアルの改訂
- ・ 院内スタッフ全員に対しコンサルテーションの実施

第3条（感染管理者の権限）

院内における感染管理を強力かつ円滑に実行していく上で即座に活動するため、以下の一定の権限を有する。

- 1)セクションの壁を取り除き、院内を横断的に動き、必要な指示・指導・助言ができる。
- 2)感染管理において必要な場合は倫理的配慮にもとづきカルテなどを閲覧でき、情報収集できる。
- 3)感染管理上の指導・指摘・助言を行った部署に対して、改善事項について書面での提出を求めることができる。
- 4)感染管理上の必要な事項について説明を求め、または意見を聴取することができる。

6. 感染管理チームの規約

第1条（設置）

「院内感染対策委員会設置規程第10条のもと、「感染管理チーム」ICTを設置する。

第2条（目的）

JCHO 福井勝山総合病院内の感染等の発生、または感染防止対策に関して、迅速かつ実践的に感染対策を実行する。

第3条（活動）

感染管理チームは、主として以下の任務を負う。

1) チームの運営

感染対策計画の立案と実施 院長、院内感染対策委員会へ報告する。
年間計画の実行とアウトカム評価し年間予算計画の作成と交渉を行う。

2) 特定抗菌薬使用状況の把握

(1) 特定抗菌薬の届出と監視、制御

投与期間が長期間に及んでいる場合は ICD が主治医もしくは診療科長に注意喚起をカルテへ記載もしくは口頭で行う。

(2) 使用状況の院内へのフィードバック

3) 感染管理ラウンド

(1) 週1回程度、4職種（医師・看護師・臨床検査技師・薬剤師）のチームで耐性菌データをもとに病棟ラウンドを行い、感染症患者の対策の確認および指導、必要時相談を受ける。

(2) ICN と ICD は2剤耐性緑膿菌、MDRP、MRSA、C. difficile、CRE、他耐性菌発生時には、随時対象病棟のラウンドを行い感染防止対策の実施状況の確認・指導する。

(3) 月1回程度病棟以外の部署（栄養管理・放射線科・外来・リハビリ部門等）についてもラウンドを行う。

4) サーベイランスの実施

(1) 手術部位感染サーベイランスの実施

(2) 手指消毒剤サーベイランス

(3) 臨床検査科による耐性菌サーベイランス

(4) 針刺し・切創、粘膜曝露サーベイランス

(5) 血流感染サーベイランス実施

(6) インフルエンザ、嘔吐・下痢等の適時サーベイランス

5) 職業感染防止

(1) 針刺し・粘膜曝露した状況の情報収集から分析・評価・報告を行う。

(2) 曝露した分析結果から具体的対策の導入や教育・指導を行い、実施後の評価も確認する。

- (3) 曝露した職員の受診状況やその後のフォローアップを把握するため、安全衛生委員会と連携し、問題発生時に対応する。
- (4) 結核（疑い）患者との接触があった場合、曝露した状況の情報収集を行い、ICDへ報告しその後の対応を得る。
- 6) 患者・職員の教育・啓発
 - (1) 全職員対象に対して年に2回程度、院内感染対策に関する研修を行う。
 - (2) ICSとの連携をもとに手洗い・隔離・無菌操作・消毒などの職員教育を行う。
 - (3) 各部署の感染対策上の問題、疑問の解決にあたる。
 - (4) 病院感染情報の広報を行う。
 - (5) 抗菌薬の適正使用に関する指導・助言を行う。
 - (6) 最新のエビデンスにもとづいた感染対策マニュアルの作成および改訂。
- 7) 地域連携
 - (1) 感染対策向上加算1を算定する医療機関同士で連携し、年1回以上、相互に感染防止に関する評価を行う。
 - (2) 感染対策向上加算2・3に係る届出を行った医療機関と合同で、年4回程度定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、うち1回は新興感染症の発生等を想定した訓練を実施し、その内容を記録および保管する。
 - (3) 感染対策向上加算2・3を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談を受ける。
 - (4) 地域の院内感染対策ネットワークを積極的に推進する。地域医療機関からの感染対策に関する相談にも対応する。

19 第4条（組織）

感染防止対策に必要な知識および技能を有する職員を所属長が指名する。

感染管理チームの構成は以下のとおりとする。

- 1) 医師：感染症対策に3年以上の経験を有する感染管理に係る適切な研修を修了した専任の常勤医師（ICD）
- 2) 看護師：感染対策向上加算の施設基準における感染管理に係る適切な研修を修了した看護師（ICN）
- 3) 薬剤師：3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
- 4) 臨床検査技師：3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- 5) その他委員長が指名するもの若干名

第5条（任期）

- 1) 任期は特に定めない

第6条（ICT会議）

- 1) ICT会議は原則として毎週ICTミーティングとして実施する。必要時に開催する。

第7条（感染管理医師（ICD）の役割）

- 1) 病院感染の実態調査
- 2) 病院感染対策の立案と実施
- 3) 感染対策の評価および対策の見直し
- 4) 職員の教育・啓発
- 5) 病院感染多発時の対応福井勝山総合病院感染管理指針
- 6) 伝染性感染症発症時の対応

第8条（感染管理看護師（ICN）の役割）

- 1) 感染予防・管理システムの実施
- 2) 医療感染関連サーベイランスの実施
- 3) 感染防止技術の教育
- 4) 職業感染対策の実施
- 5) 感染管理指導の実施
- 6) 感染管理相談の実施
- 7) ファシリティマネジメントの実施

第9条（感染管理薬剤師の役割）

- 1) 消毒薬の適正使用
消毒薬（選択、濃度、pH、温度、使用期限など）
使用統計（月、年別）
- 2) 抗菌薬の適正使用
各患者の病態に適した抗菌薬（選択、用法、用量、使用間隔など）を助言しながら、抗菌薬の届け出制や使用制限。
TDMの実施と処方設計
使用統計（月、年別）
抗菌薬使用ガイドラインの作成
- 3) 注射薬の調整：注射薬無菌混合調製、配合変化回避
- 4) 輸液療法と栄養管理
- 5) 医療器具汚染防止（衛生管理）
- 6) 患者様の薬歴管理（薬剤管理指導業務）の把握
- 7) 医療スタッフへの情報提供と教育・指導のほかに患者やご家族への手洗い方法に関する啓発
- 8) 病院感染症の早期発見と感染対策の実施・抗菌薬適正使用に関する JANIS、J-SIPHE 等のサーベイランスの実施
- 9) 病院内巡視による情報収集および指導
感染に関する情報を収集し、情報の根拠となる理由を医療スタッフに啓発する。
- 10) HIV 職業曝露後の予防内服

第10条（感染管理臨床検査技師の役割）

- 1) 日常業務（検体から起炎菌検出報告と薬剤感受性測定）
- 2) 分離菌の頻度・薬剤感受性（耐性）率（アンチバイオグラムの作成）などの統計と定期的な報告
- 3) 正確で迅速な検査結果報告
- 4) 日常検査におけるデータチェックおよび精度管理として病院感染を疑う事例の早期把握、感染源・感染経路の調査（病院感染サーベイランス）JANIS、J-SIPHE等サーベイランス（検査部門）の実施
- 5) 微生物検体の採取方法や管理の指導
- 6) 病院内巡視による情報収集および指導
- 7) 感染に関する情報を収集し、情報の根拠となる理由を医療スタッフに啓発する

7. 感染管理スタッフ部会の規約

第1条（設置）

- ・院内感染対策委員会設置規程第11条のもと、ICS部会を設置し、各部署における活動の拠点として感染管理スタッフ部会（ICS）を配置する。

第2条（目的）

病院内、各部署における感染の問題を具体的かつ実践的に感染対策を実行する。

第3条（活動）

ICSは、次に掲げる活動を行うものとする。

- 1) 部署での感染管理指針・感染対策マニュアルの整備する
- 2) 病院全体の感染対策に関する質の向上
- 3) 各部署における感染対策の実施状況の評価にもとづいた、感染対策の実施状況および評価・結果の記録する
- 4) 感染対策に関する現状を把握及び、問題点の提起と検討
- 5) 自部署のICTラウンドには可能な限り参加する
- 6) 感染予防のための教育・啓発
- 7) 学会・研修会等に参加し自己研鑽する

第4条（組織）

ICS部会は次に掲げる職員で組織する。

感染防止対策に必要な知識および技能を有する職員を所属長が、感染管理室に推薦し、感染管理者の指名により任命する。。

- 1) 部会長 感染管理者が任に就く
- 2) 看護部各病棟・外来・手術室・透析より1名以上(看護部感染防止委員の兼務)
- 3) 看護補助者会より1名以上
- 4) 附属老健より1名以上
- 5) 検査科
- 6) 薬剤部
- 7) リハビリ科から1名以上
- 8) 放射線科から1名以上
- 9) 栄養管理室から1名以上
- 10) 医事担当から1名以上
- 11) 総務・経営企画室から1名以上
- 12) 健康管理センターから1名以上
- 13) オブザーバー（ICD、感染制御実践当看護師、看護部代表）

第5条（ICS 部会議）

- 1) 部会長が ICS 会議が必要と判断した場合に召集する。

第6条（任期）

- 1) 任期は特に定めない。ただしメンバーが欠員になったときは、直ちに各所属が任命する

8. 抗菌薬適正使用支援チームの規約

第1条（設置）

院内感染対策委員会設置規程第12条のもと、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を設置する。

第2条（目的）

JCHO 福井勝山総合病院内で抗菌薬を使用する際、個々の患者に対して最大限の治療効果を導くと同時に、有害事象を最小限にとどめ、いち早く感染症治療が完了できるようにサポートすることを目的とする。

第3条（活動）

ASTは、主として以下の任務を負い、ICTと共同し取り組む。

広域抗菌薬使用事例や血液培養陽性事例等を対象に、モニタリングを実施する。感染症治療のモニタリングにおいて、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う。

適切な検体採取と培養検査の提出（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。

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。

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指針を作成し、定期的に見直し及び改定する。

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。

地域医療機関からの相談を受ける。

ASTミーティングは、上記に掲げる活動に関わる議案について検討し協議する。実施した諸指導、提言の内容について、毎月委員会へ報告する。

19 第4条（組織）

感染防止対策に必要な知識および技能を有する職員を所属長が指名する。

ASTの構成は以下のとおりとする。

- 1) 医師：感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- 2) 看護師：感染対策向上加算の施設基準における感染管理に係る適切な研修を修了した看護師
- 3) 薬剤師：3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
- 4) 臨床検査技師：3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

5) その他委員長が指名するもの若干名

第5条（任期）

1) 任期は特に定めない

第6条（AST 会議）

1) AST 会議は原則として週 1 回開催する。また、必要時に開催する。議事録を残す。

9. 医療廃棄物対策委員会規程

(目的)

第1条 福井勝山総合病院から排出される医療廃棄物を適正に処理し、あわせて公共の生活環境の保全および公衆衛生の向上を図ることを目的として医療廃棄物対策委員会を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は以下の事項について、調査・審議する。

- (ア) 医療廃棄物管理規程および感染性廃棄物処理計画に関すること。
- (イ) 医療廃棄物の適正な処理に関すること。
- (ウ) その他廃棄物の処理に関すること。

(組織)

第3条 委員会は以下の者をもって職種横断的に組織する。

病院長、病院長、総看護師長、事務長、医師および薬剤部門、臨床検査部門、放射線部門、リハビリテーション部門、栄養管理部門、看護部門、事務部門、附属介護老人保健施設看護介護部門、医療安全管理室長、感染管理者
その他病院長が必要と認める職員とする。

- 2. 委員長は、医師の中から病院長が指名する。
- 3. 委員長は、委員会を代表し会務を総理する。
- 4. 委員長が欠席の場合は、他の医師がその職務を代行する。
- 5. 委員長は、必要と認めるときは、委員以外の者を委員会に出席させ、意見を求めることができる。
- 6. 委員長は院内感染対策委員会で報告を行う。

(任期)

第4条 委員の任期は1年とし、再任されることを妨げない。ただし、欠員により補充された委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(事務)

第5条 委員会の事務は、総務において処理する。

- 2. 委員会の記録は5年間保存する。