

山口県立総合医療センター

医療関連感染制御策指針

目次

1. 院内感染対策に関する基本的な考え方	1
2. 院内感染対策のための組織に関する基本事項	1
1) 院長	1
2) ICC (Infection Control Committee)	1
3) 院内感染管理者	1
4) 感染対策室	2
5) ICT (Infection Control Team)	2
6) 院内感染予防推進員 (リンクスタッフ) 会	2
7) AST (Antimicrobial Stewardship Team)	2
3. 職員に対する研修に関する基本指針	2
4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針	3
5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針	3
6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	4
7. 院内感染対策の推進に必要なその他の基本方針	4

別紙 1. 山口県立総合医療センター院内感染対策委員会設置規程

別紙 2. 山口県立総合医療センター「感染対策室」の運営規程

別紙 3. 院内感染対策チーム運営要領

別紙 4. 院内感染予防推進員会運営要領

別紙 5. 抗菌薬適正使用支援チーム運営要領

山口県立総合医療センター医療関連感染制御策指針

本指針は、山口県立総合医療センターにおける医療関連感染制御に関する基本的な事項について定めたものである。

1. 院内感染対策に関する基本的な考え方

山口県立総合医療センター（以下「当院」という。）は、高度急性期医療を担う県の基幹病院として、県民の健康と生命を守るために良質で満足度の高い医療を効率的に提供し、県民の福祉の増進に寄与することを基本方針としている。

このためには、安全で質の高い医療を提供することが極めて重要であるとの認識のもとに、病院全体として組織的に院内感染対策の推進に積極的に取り組む必要がある。

本目的の実現を図るため、以下に掲げる院内感染対策に関する基本的な事項を実践することはもとより、職員一人ひとりが院内感染対策マニュアルを遵守し、標準予防策をはじめとする適切な感染防止対策を実施することで、院内感染防止を推進する。

2. 院内感染対策のための組織に関する基本事項

1) 院長

院長は、積極的に感染制御に関わるとともに、院内感染対策委員会（以下「ICC：Infection Control Committee」という。）の答申について、当院の意思決定機関での検討を経て、院内感染対策チーム（以下「ICT：Infection Control Team」という。）の必要な業務を決定し、日常業務として指定する。

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

ICCは、当院における院内感染対策に関する諮問機関として、また院内感染対策の推進組織として以下に掲げる業務を行うとともに、別に定める規程（別紙1）に掲げる所掌事項を統括する。

- (1) 院長の諮問を受けて、感染制御策を検討して答申する。
- (2) 感染対策部門からの報告を受け、その内容を検討した上で、感染対策部門の活動を支援するとともに、必要に応じて、感染対策部門に対して院内感染対策委員会名で改善を促す。
- (3) 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
- (4) 各組織の業務に関する規程を定めて、院長に答申する。
- (5) 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を答申する。

3) 院内感染管理者

院内感染管理者は、院内感染対策の実務責任者として ICC の方針に基づき感染対策室 ICT とともに、以下に掲げる業務を行う。なお、院内感染管理者は、院長が指名する。

- (1) 院内感染対策としての職員の健康管理
- (2) 院内感染対策に関する教育
- (3) 院内感染に関するコンサルテーション

- (4) サーベイランス
- (5) 院内感染対策実務の適正化と指導
- (6) 地域の医療機関との感染防止対策の連携

4) 感染対策室

感染対策室は、安全で適切な医療を提供するため、院内感染対策に関する業務を行うとともに、感染防止対策に関する地域医療機関との連携や、別に定める規程（別紙2）に掲げる活動を行う。

5) ICT（Infection Control Team） 院内感染対策チーム

ICT は、院内感染対策の推進に関する実動組織として以下に掲げる感染対策に関する一般的事項を行うとともに、別に定める規程（別紙3）に掲げる事項を所掌する。

- (1) ICT の活動については、ICC の方針に基づいて行う。
- (2) 重要な検討事項、異常な感染症発生時及び発生が疑われた際は、その状況及び患者への対応等について、院長へ報告する。
- (3) 異常な感染症が発生した場合等は、速やかに発生原因を究明し、改善策を立案するとともに、全職員への周知徹底を図る。
- (4) 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。また、現場職員が自主的に各制御策を実践し自覚を持ってケアに当たるよう誘導するとともに、現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践して行く動機付けをする。

【ICT の権限】

院内における感染対策を強力かつ円滑に実行していく上で即座に活動できるチームとして、以下の一定の権限を有する。

- ①院内を横断的に動き、必要な指示・指導ができる。
- ②感染対策において必要な場合は、倫理的配慮に基づきカルテ等を閲覧し、情報収集できる。
- ③感染対策上の指導・指摘を行った部署に対して、改善事項を書面で提出を求めることができる。

6) 院内感染予防推進員（リンクスタッフ）会

院内感染予防推進員会は、ICT の下部組織として、各部署において院内感染防止活動を実践、推進していくリーダー的役割を担うとともに、別に定める規程（別紙4）に掲げる事項を所掌する。

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

AST は、薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を図ることを目的として、別に定める規程（別紙5）に掲げる事項を所掌する。

3. 職員に対する研修に関する基本指針

- 1) 院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について周知徹底するため、全職員を対象に研修会を年2回開催し、併せて職員の院内感染対策に対する意識向上を図る。また、必要に応じて研修会を随時開催する。
- 2) 研修会は、職種横断的に実施するとともに、研修内容は、当院の実情に即した内容と

し、職員は年2回以上本研修に参加するものとする。

- 3) 入職時に院内感染対策に関する研修を行う。なお、本研修は、ICT もしくはそれに関わる十分な実務経験を有する指導者が適切に行う。
- 4) 特定の部署、職種、職務内容に応じた研修を必要に応じて実施する。
- 5) これら諸研修の開催結果を記録し、保存する。

4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

- 1) ICT が院内ラウンドを実施し、各部署の感染管理状況の把握と現場への個別指導を行い、院内感染予防推進委員会は、ICT と協力して部署内の院内感染対策に当たる。また、感染が日常的にどれくらいの頻度で発生しているのかを把握するため、各種（手術部位感染、医療器具関連感染、細菌検出、抗菌剤使用状況等）サーベイランスを行い、部署内の感染対策に活用する。
- 2) 感染情報は、全部署の協力のもと、口頭または文書により感染対策室に集約する。ただし、当院における MRSA をはじめとする耐性菌の検出状況については、感染対策室長が、「感染情報レポート」により毎週、院長、看護部長、事務部長に報告する。また、重大な院内感染が発生した場合は、直ちに院長に報告する。
- 3) 院内感染対策上問題となる検体からの薬剤耐性菌の検出情報等は、細菌検査室から担当医、看護師長に直ちに電話で報告するとともに、感染対策室に文書（臨床連絡記録台帳）で伝達する。ICT では、院内感染の発生状況の把握・分析を行い、感染対策を評価するとともに、感染対策室は ICT の協力を得て情報を分析し、必要に応じ対策を講じる。これら感染症の動向については、院内感染対策ニュース等により職員に周知する。
- 4) 当院における MRSA をはじめとする耐性菌の検出状況及び重大な感染症の発生状況については、感染対策室長が ICC に報告する。
- 5) 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号、令和 4 年度一部改正）の規定を遵守し、感染症の発生に関して規定された届出義務のある感染症患者が発生した場合は、保健所への届出を適切に行う。また、その他の院内感染発生を疑う事例がある場合には、保健所等の行政機関に適宜相談し、技術的支援を得るよう努める。

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

- 1) 院内感染対策上問題となる感染症（疑いを含む）が発生した場合、各部署の看護師長は、直ちに感染対策室に報告する。
- 2) 感染対策室は、ICT と協力し発生状況を把握・調査し、発生原因の究明、感染経路の遮断及び拡大防止策を実施するとともに、速やかに院長に報告する。
- 3) 感染拡大が懸念される場合は、ICC を開催し、発生原因の調査と対応策を検討・実施する。
- 4) 院内感染の発生状況及び感染対策の実施結果については、随時全職員に情報提供する。
- 5) 感染症の発生に関して法律に規定された届出を適切に行うとともに、重大な院内感染

が発生した場合、行政機関と連携し対応する。

- 6) 院内感染の集団発生や院内感染の因果関係が否定できない死亡者が確認された場合のマスコミ等の院外への公表は、事務部長が対応する。

6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

- 1) 本指針は、当院ホームページに掲載し、誰でも閲覧できるようにする。

7. 院内感染対策の推進に必要なその他の基本方針

- 1) ICC は、院内感染防止のため、本指針に即した院内感染対策の具体的な実施方法に関する病院感染対策マニュアル（以下「マニュアル」という）を当院に適した形で整備し、本指針とともに、職員に周知する。
- 2) マニュアルは、最新の科学的根拠や当院の院内体制の実状に基づき定期的に見直し、必要な修正を行い、ICC の議を経て、改訂する。
- 3) 職員は本指針及びマニュアルを遵守し、これらに基づいて院内感染対策を実施する。
- 4) 職員は、自らが感染源とならないよう、ワクチン接種を受ける等、自身の健康管理を十分に行い、感染症罹患時またはその疑いのある場合は、速やかに医療機関を受診し、就業制限を検討する等の対応を行う。

2007. 7 制定

2010. 1. 18 改定

2013. 11. 1 改定

2015. 11. 1 改定

2017. 4. 24 改定

2019. 1. 21 改定

2021. 4. 20 改訂

2021. 10. 26 改訂

2021. 11. 1 改訂

2022. 5. 17 改訂

2023. 4. 18 改訂

2025. 4. 15 改訂

山口県立総合医療センター 院内感染対策委員会設置規程

(目的及び設置)

第1条 山口県立総合医療センターの院内感染対策に関わる問題点を把握し、感染防止対策の中心的な役割を果たす組織として、山口県立総合医療センター院内感染対策委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について協議する。

- 1) 院内感染対策の立案と実施に関すること。
- 2) 院内感染及び、院内感染症のサーベイランスに関すること。
- 3) 対策の評価及び対策の再構築に関すること。
- 4) 患者・職員の教育・啓発に関すること。
- 5) 感染症例に対する緊急対応に関すること。
- 6) 院内感染アウトブレイク時の対応に関すること。
- 7) 抗菌薬適正使用の検討・支援
- 8) その他、院内感染対策に関する事項

(組織)

第3条 委員会は、委員長及び委員をもって組織する。

- 2 委員長は、山口県立総合医療センター院長をもって充てる。
- 3 委員は、院長、院内感染管理者、看護部長、事務部長、薬剤部長、検査部技師長、栄養管理部長、リスクマネージャー、医師（外科系、内科系）、感染制御認定臨床微生物検査技師、感染管理認定看護師、感染制御認定薬剤師、滅菌管理士、事務職員とする。

(会議)

第4条 会議は、月1回開催する。また、委員長が必要と認めた場合、委員長が臨時会議を召集する。

- 2 会議の議長は、委員長があたる。
- 3 会議は、委員の半数以上の出席で成立する。
但し、委任状を以て出席とみなすことができる。

(委員以外の職員の出席等)

第5条 委員長は必要に応じて、会議に委員以外の職員及び外部の有識者の出席を求め、意見を求めることができる。

- 2 委員会への出席を希望する職員は、委員長の許可を得て、委員会に出席し、意見を述べるることができる。

(協議事項の取り扱い)

第6条 委員長は委員会において協議した事項について意見のとりまとめをする。但し、院内設置の他の「会議及び委員会」が所管する事項に係わることが協議されたときは、関係する「会議の議長又は委員会の委員長」に報告するものとする。

2 軽微な事項については、委員長名で職員に周知するものとする。但しこの場合にあっても、前項但し書きは準用する。

(事務局)

第7条 委員会の事務局は、総務課に置く。

附則

この規程は、平成4年4月1日から施行する。

この規程は、平成15年9月22日から施行する。

この規程は、平成17年4月1日から施行する。

この規程は、平成22年1月18日から施行する。

この規程は、平成25年11月1日から施行する。

この規程は、平成27年11月1日から施行する。

この規程は、平成29年4月24日から施行する。

この規程は、令和3年4月20日から施行する。

この規程は、令和4年4月19日から施行する。

この規程は、令和5年4月18日から施行する。

この規程は、令和7年4月15日から施行する。

山口県立総合医療センター「感染対策室」の運営規程

第 1 条（目的）

安全で適切な医療を提供するため、院内感染対策部門の上部組織として院内感染防止対策に関する業務を行うとともに、地域の医療機関との感染防止対策の連携を行うため、感染対策室を設置する。

（医療関連感染対策を担う横断的組織とし、他の部門から独立して設置。）

第 2 条（活動）

感染対策室は、以下に掲げる活動を行うものとする。

1) 感染管理システムの運営

院内感染対策委員会、感染対策チーム、抗菌薬適正使用支援チーム、院内感染予防推進委員会の運営に関わり、サーベイランスデータ・状況分析などに基づく感染管理上の問題発見・対策立案し、対策導入に向けた活動を行う。

（1）関連部門間の調整

（2）マニュアルの作成

（3）教育・情報発信など

（4）抗菌薬の使用状況の把握など

2) サーベイランス

耐性菌、SSI、ICU、NICU、デバイス（中心静脈カテーテル・膀胱留置カテーテル・挿管チューブ）等サーベイランスのデータ収集、分析、評価を行い、感染防止策の効果をカンファレンスで評価する。

3) 感染防止技術

疫学的に効果が認められた感染防止技術について情報収集を行い、各部署の状況に適した効果的な感染防止策を立案、導入、評価、改善する。

4) 職業感染

病院で働く全ての人に対して、業務中に発生した職業感染防止策を立案、実践、評価、改善する。

（1）針刺し・切創・粘膜曝露時の対応

（2）結核等の接触者調査

（3）抗体価の保持情報の把握とワクチン接種の推奨

（4）二次感染の防止

5) 感染管理

病院で働く全ての人に対して、効果的な教育プログラムを立案し、啓発活動を実践、評価する。

6) コンサルテーション

医療機関内外で、以下の内容の感染防止のための助言や支援を行う。

（1）医療関連感染防止に関するコンサルテーションに関すること

- (2) 医療関連感染対策の立案と実施に関すること
 - (3) 対策の評価及び対策の再構築に関すること
 - (4) 医療関連感染対策の啓発と教育及び広報に関すること
 - (5) 院内感染アウトブレイク時の対応に関すること
 - (6) 感染症例に対する緊急対応に関すること
 - (7) 抗菌薬の適正使用に関すること
 - (8) その他医療関連感染防止に関すること
- 7) ファシリティマネジメント
- 患者の安全な療養環境を確保するため、洗浄・消毒・滅菌に関する最新情報の収集、廃棄物処理、空調、水質管理、リネン、清掃に関する知識及び関連する最新情報の収集など組織横断的に活動し改善する。
- 8) 地域の医療機関との感染防止対策の連携
- (1) 保健所、連携し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その内容を記録する。(このうち1回は、新興感染症などの発生を想定した訓練を実施する。) また、年4回以上連携した医療機関に赴いて、感染対策に関する意見交換・指導を行う。
 - (2) 連携した医療機関と年1回程度、相互に赴いて感染防止対策向上加算1チェック項目表に基づく感染防止対策に関する評価を行い、内容を報告する。また、年1回程度、連携している医療機関より評価を受ける。
 - (3) 地域の医療機関から、必要に応じて院内感染対策に関する相談等を受ける。
 - (4) 介護保険施設等から、必要に応じて院内感染対策に関する相談等を受ける。
- 9) 行政機関と連携し、地域の感染症予防対策に関する取り組みを行う。
- 10) その他感染防止対策に関する活動

第3条 (組織)

感染対策室の室長は、院内感染管理者が務める。

感染対策室は、次の職員で構成する。

- 1) 感染対策に3年以上経験を有する専任の常勤医師 (※院内感染管理者含む)
- 2) 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した看護師 感染管理認定看護師 (※専従を1名置く)
- 3) 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止にかかわる専任の薬剤師
- 4) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

附則

この規程は平成24年4月1日から施行する。

この規程は平成25年11月1日から施行する。

この規程は平成27年11月1日から施行する。

この規程は平成29年4月24日から施行する。

この規程は令和4年5月18日から施行する。

この規程は令和 5 年 4 月 18 日から施行する。

この規程は令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

この規程は令和 7 年 4 月 15 日から施行する。

院内感染対策チーム運営要領

(目的)

第 1 条 院内感染対策チームの円滑な運営を図るため必要な事項を定める。

(所掌事項)

第 2 条 院内感染対策チームは、感染対策室に協力して、院内感染対策全般に関する次の事項の具体的な対策・実施・評価を行う。

- 1) コンサルテーション業務に関すること。
 - (1) 院内感染対策の立案と実施に関すること。
 - (2) 院内感染防止に関するコンサルテーションに関すること。
 - (3) 対策の評価及び対策の再構築に関すること。
 - (4) 院内感染症の啓蒙と教育及び広報に関すること。
 - (5) 院内感染アウトブレイク時の対応に関すること。
 - (6) 抗菌薬の適正使用に関すること。
 - (7) 感染症例に対する緊急対応に関すること。
- 2) サーベイランス業務に関すること。
 - (1) サーベイランスの計画、実施、評価に関すること。
 - (2) 適正な感染対策の実施についての各部署への立ち入り調査（院内ラウンド）に関すること。

(構成員)

第 3 条 院内感染対策チームは、医師（院内感染管理者含む）、看護師、薬剤師、臨床検査技師、滅菌管理技士及び事務職員で構成する。

- 2 院内感染対策チームの構成員は院内感染対策委員会で協議し、院長が指名する。
- 3 チームリーダーは、医師をもって充てる。

(任期)

第 4 条 構成員の任期は 1 年とする。ただし再任は妨げない。

- 2 任期中やむを得ない事情が生じた場合、チームリーダーは代理人を指名することができる。

(会議)

第 5 条 会議は月 1 回開催する。

- 2 会議の議長はチームリーダーがあたる。

(構成員以外の職員の出席)

第6条 チームリーダーは必要に応じて、会議に構成員以外の職員の出席を求め、意見を聞くことができる。

2 職員は、院内感染対策チームが円滑に運営できるよう、院内感染対策チームの求めに積極的に協力しなければならない。

(報告書の作成)

第7条 チームリーダーは院内感染対策チームにおいて協議した所掌事項について報告書を作成し、院内感染対策委員会へ報告するものとする。

2 チームリーダーは感染症発生に関する所掌事項について報告書を作成し、院内感染対策委員会へ報告するものとする。

(事務局)

第8条 院内感染対策チームの事務局は総務課に置く。

附則

この運営要領は、平成10年12月1日から施行する。

この運営要領は、平成15年9月22日から施行する。

この運営要領は、平成25年11月1日から施行する。

この運営要領は、平成27年11月1日から施行する。

この運営要領は、平成29年4月24日から施行する。

この運営要領は、令和5年4月18日から施行する。

この運営要領は、令和7年4月15日から施行する。

別紙 4

院内感染予防推進委員会運営要領

(目的)

第1条 院内感染予防推進委員会（以下「員会」という。）の円滑な運営を図るため必要な事項を定める。

(所掌事項)

第2条 員会は、院内感染対策チームの求めに応じ、院内感染全般に関する事項の推進の実施・評価及び推進活動に伴う問題提起をする。

- 1) 院内感染予防活動の実践、推進
- 2) 院内感染サーベイランスへの協力

(構成員)

第3条 員会は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士、臨床工学技士、管理栄養士及び事務職員で構成する。

- 2 員会長は、感染管理認定看護師（専従）をもって充てる。

(任期)

第4条 構成員の任期は2年とする。ただし再任は妨げない。

- 2 任期中やむを得ない事情が生じた場合、員会長は代理人を指名することができる。

(会議)

第5条 会議は月1回程度開催し、必要に応じて、員会長が召集する。

(構成員以外の職員の出席)

第6条 員会長は必要に応じて、会議に構成員以外の職員の出席を求め、意見を聞くことができる。

- 2 職員は員会が円滑に運営できるよう、員会長の求めに積極的に協力しなければならない。

(報告書の作成)

第7条 員会長は員会において協議した所掌事項について報告書を作成し、院内感染対策チームへ報告するものとする。

附則

この運営要領は、平成10年4月1日より施行する。

この運営要領は、平成15年9月22日より施行する。

この運営要領は、平成27年11月1日より施行する。

この運営要領は、平成29年4月24日より施行する。

この運営要領は、令和5年4月18日から施行する。

抗菌薬適正使用支援チーム運営要領

(目的)

第1条 抗菌薬適正使用支援チームの円滑な運営を図るため、必要な事項を定める。

(所掌事項)

第2条 抗菌薬適正使用支援チームは、院内感染対策チームに協力して、抗菌薬の適正使用に関する次の事項の具体的な対策・支援・評価を行う。

- 1) 抗MRSA薬及びカルバペネム系をはじめとした広域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を対象とし、感染症治療早期からのモニタリングを実施する。
- 2) 上記対象患者について、微生物検査等の実施状況、抗菌薬の選択や用法・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する。必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録等に記載する。
- 3) 微生物検査・臨床検査を適正に利用できる体制を整備する。
- 4) 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。
- 5) 外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。
- 6) 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を年2回実施する。
- 7) 抗菌薬使用に関するマニュアルの作成、管理を行う（病院感染対策マニュアル内）。
- 8) 採用抗菌薬の種類、規格等について定期的に見直しを行い、薬事委員会に提案する。
- 9) 地域の医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談を応需する。

(構成員)

第3条 抗菌薬適正使用支援チームは、次の職員で構成する。

- 1) 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - 2) 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師（※専従）
 - 3) 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - 4) 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- その他の構成員も含め、院内感染対策委員会で協議し、院長が指名する。

附則

この運営要綱は、令和3年11月1日より施行する。

この運営要領は、令和5年4月18日から施行する。

この運営要領は、令和6年4月16日から施行する。

この運営要領は、令和7年4月15日から施行する。