



独立行政法人
地域医療機能推進機構
玉造病院

感染管理指針

目次

第 1	趣旨	・ ・ ・ 2
第 2	感染管理のための基本的な考え方	・ ・ ・ 2
第 3	用語の定義	・ ・ ・ 2
I	医療関連感染に係わる感染対策指針	
II	事象の定義及び概念	
第 4	感染管理体制の整備	・ ・ ・ 3
I	部門の設置	
II	院内感染防止対策委員会（ Infection Control Committee : ICC ）	
III	感染制御チーム（ Infection Control Team : ICT ）の権限と業務内容	
IV	抗菌薬適正使用支援チーム（ Antimicrobial Stewardship Team : AST ）活動の推進	
V	感染防止対策地域連携の実施	
第 5	医療関連感染対策のための職員研修	・ ・ ・ 6
第 6	感染症の発生状況の監視と報告	・ ・ ・ 6
I	感染症発生状況の監視（サーベイランス）	
II	発生状況の報告	
第 7	医療関連感染発生時の対応	・ ・ ・ 7
第 8	公表	・ ・ ・ 7
第 9	病院感染管理指針の閲覧	・ ・ ・ 7

第1 趣旨

医療法上、院長は院内感染対策など医療安全の確保に関して責任を持ち、院内感染対策のための体制の確保に係る措置として院内感染対策のための指針の策定等を行う。また、医師は感染症法で定められた感染症を特定した場合には、速やかに保健所に届け出る必要がある。

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）感染管理指針*に基づき JCHO 玉造病院（以下「玉造病院」）という。）における感染管理体制、医療関連感染の予防対策に係わる基本方針を示すものである。玉造病院は本指針に基づき適切な医療関連感染の予防を推進し、患者・利用者サービスの質の保証及び安全な医療の提供に努めるものとする。

*「JCHO」ホームページで閲覧可能 <https://www.jcho.go.jp/>

第2 医療関連感染対策のための基本的考え方

「地域の住民、行政、関係機関と連携し地域医療の改革を進め安心して暮らせる地域づくりに貢献します。」の JCHO 理念の基、玉造病院は整形外科、リハビリの基幹病院として高度で安全な医療を提供することが使命である。医療関連感染対策として新たな感染症発生を未然に防ぐと共に一度感染症が発生した際には拡大防止のためその原因を速やかに特定しこれを制圧、終息させることが重要である。院内感染防止対策を全職員が把握し、病院の理念に沿った医療を提供できるように取り組むものとする。

感染対策に係わる取り組み事項を院内の見やすい場所に掲示して周知するものとする。

第3 用語の定義

本指針で使用する主な用語の定義は以下の通りである

I 医療関連感染に係わる感染管理指針

1. JCHO

Japan Community Healthcare Organization

独立行政法人 地域医療機能推進機構

2. 病院感染管理指針

「JCHO 感染管理指針」に基づき、玉造病院における医療関連感染予防を推進していくための基本的な考え方を示したもので、院内感染防止対策委員会（ICC : Infection Control Committee）において策定及び改定をするものとする。

3. 職員

玉造病院の職員で雇用形態は問わない

II 事象の定義及び概念

1. 医療関連感染（Healthcare –Associated Infection : HAI）

医療機関（外来を含む）や療養型施設、在宅医療等のさまざまな形態の医療サービスに関連し、患者が原疾患とは別に新たに感染症に罹患したこと。また医療従事者が医療機関

内において感染症に罹患したことをいう。

医療関連感染は、医療サービスを受ける過程や提供する家庭で感染源に曝露することにより発生する感染症であり、患者のみならず医療従事者や訪問者など医療サービスに関わる全ての人に起こりうるものである。

＊市中で感染し医療機関で発症した場合はこれに該当しない

2. アウトブレイク

一定期間に特定の地域、場所で疾患の発生頻度が日常レベルを超えて発生することで、医療機関内では、感染対策上問題となる微生物の分離や医療関連感染が通常よりも統計学的に有意に高い状態をいう。

＜アウトブレイクを疑う基準＞

- ・ 1 例目の発見から 4 週間以内に同一部署において新規に同一の病原体による感染症の発症例が 3 例以上特定された場合
- ・ 院内で同一菌株と思われる感染症の発症症例（抗菌薬の感受性パターンの一致など）が計 3 例以上特定された場合
- ・ 以下は保菌も含め 1 例目より該当する
 - カルバペネム腸内細菌科細菌（CRE・CPE 含む）
 - バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）
 - バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）
 - 多剤耐性緑膿菌（MDRP）
 - 多剤耐性アシネトバクター（MDRA）
 - 新型インフルエンザ・SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）

3. アウトブレイクの終息

アウトブレイクの終息とは、以下のいずれかの要件を満たしたことをいう

＜アウトブレイクの終息要件＞

- ・ 最後の症例から原因となった病原体の潜伏期間の 2 倍の期間が経過するまで新たな症例が確認されなかった
- ・ アウトブレイクの原因となった病原体について検出レベルが通常レベルに戻ったとき

第4 感染管理体制の整備

I 部門の設置

医療安全管理部門で「医療安全管理室」「感染管理室」「総合相談室」が連携しながらそれぞれの役割を担う。

感染管理室は医療安全管理委員会及び院内感染防止対策委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の感染防止と対策に係わる業務を担う。医療関連感染管理者（医師）、看護師、薬剤師、臨床検査技師による感染制御チームを組織し、感染症の発生動向監視（サーベイランス）、感染対策の適正化（レギュレーション）、及び介入（インターベンション）、職員の健康管理、教育、感染対策に関する相談（コンサルテーション）を主な業務とする。感染

管理室は院長より任命を受けた医師を室長とし、感染管理に係わる適切な研修を終了した看護師を専従者として配置する。

II 院内感染防止対策委員会（Infection Control Committee : ICC）

1. 医療関連感染対策推進のため、院内感染防止対策委員会を設置する。
2. 院内感染防止対策委員会の構成員は、院長、看護部長、事務部長、臨床検査技師長、薬剤部長を始め管理的立場にある職員及び診療部門、看護部門、中央材料室、リハビリテーション室、放射線室、栄養管理室など部門を代表する職員等により職種横断的に構成する。
3. 院内感染防止対策委員会は、以下の業務を行うものとする
 - （1）病院感染管理指針の策定および改訂
 - （2）院内感染防止対策委員会の管理及び運営に関する規定の制定
 - （3）院内各部署から医療関連感染の発生状況や対策に関わるあらゆる事項、状況、問題点等の報告及び医療関連感染対策の実態把握のための調査と対応
 - （4）医療関連感染や地域や国など感染情報報告書の分析や感染対策の検討・実施並びに職員への周知
 - （5）感染防止対策のためのマニュアルの改訂承認
 - （6）院内の抗菌薬適正使用推進と監視体制の整備
 - （7）薬剤耐性菌の検出に関する情報、薬剤感受性情報等を共有する体制の確立
4. 委員会の開催及び活動の記録
 - （1）委員会の開催は概ね月 1 回程度とするほか、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
 - （2）委員会の議事は、記録し事務部門が管理する。

III 感染制御チーム（Infection Control Team : ICT）の権限と業務内容

院内感染防止対策の実動チームとして感染制御チームを設置する。感染制御チームは感染防止と対策に関する活動が円滑にできるよう、院長より権限の委譲を受け活動するものである。チームは多職種で構成し、うち医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師各 1 名は診療報酬上の加算の算定要件を満たす者で、各部署所属長の推薦により院長が認めた者が従事する。原則週 1 回以上の活動を行い専門的知見から意見を出し合い問題解決を行う。

以下の役割を果たす。

1. 医療関連感染の症例把握と対策及び指導
 2. 院内感染防止対策の実施状況の把握と対策の指導
 3. 微生物の分離状況や院内感染発生状況のサーベイランス情報分析、評価と感染対策の立案
 4. 院内ラウンドの実施と評価、分析、改善状況の確認
- 週 1 回程度の院内ラウンドはチームメンバー全員で実施することが望ましいが少なくとも 2 名以上で行い、必要に応じて各部署をラウンドする。耐性菌分離の状況や広域抗菌

薬の使用状況を把握し、必要に応じラウンド部署を選定する場合でもリスクの高い部署は毎回ラウンドを行う。それ以外の部署においてもラウンドを行っていない月がないように巡回する。

5. 院内感染防止対策マニュアルの見直しと職員への周知
6. アウトブレイクの早期発見と発生時の原因分析と対策
7. 各種職業感染の防止対策
8. 医療関連感染防止のための教育・職員研修の開催
9. 感染対策に関する各種コンサルテーション

IV 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team : AST）活動の推進

薬剤耐性（AMR）対策の推進のため抗菌薬の適正使用の推進を図る目的で、抗菌薬適正使用支援チームを設置する。薬剤師・医師・臨床検査技師・看護師で構成し以下の業務を行う。

1. 広域抗菌薬や抗 MRSA 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、易感染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の設定
2. 感染症治療の早期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・容量の適切性、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経時的な評価と主治医へのフィードバック
3. 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・臨床検査が活用される体制の整備
4. 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率など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の評価
5. 経口抗菌薬の処方状況の把握
6. 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修
7. 院内採用抗菌薬の管理
8. 抗菌薬使用に関する指針・マニュアルの見直し
9. 感染症診療や抗菌薬に関する院内外からの各種コンサルテーション

V 感染防止対策地域連携の実施

1. 管轄の保健所、医師会と連携し地域及び他の医療施設や高齢者施設との連携に取り組む。
2. 感染対策向上加算に係る地域の連携施設と連携する。
3. 感染対策連携共有プラットフォーム（J-SIPHE）に参加し JCHO 各病院間の感染対策活動および地域連携の推進に活用する。

第5 院内感染防止対策のための職員研修

感染管理室は ICT 等と連携し医療関連感染対策を推進するために、職員に対する研修等を、以下のとおり企画し実施する。

1. 院内において院内感染防止対策の基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることで職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上を図る。
2. 職員研修は、就職時の初期研修の他、病院全体に共通する医療関連感染に関する内容や抗菌薬の適正使用に関する内容について、年2回以上全職員を対象に開催する。院内講師による研修の場合、同じ内容の研修を複数回実施するなど受講機会の拡大に努める。必要に応じて部署ごとや職種ごとの研修についても随時開催する。
3. 研修の実施内容（開催日（受講日時）・出席者・研修テーマ・開催方法）を記録する。
4. 院外の研修等にも参加し職員に情報を提供する。

第6 感染症発生状況の監視と報告

I 感染症発生状況の監視（サーベイランス）

日常的な感染症の発生状況把握とアウトブレイクの早期発見、感染対策評価を目的としサーベイランスを行う。新興感染症等発生時は国内および地域の発生状況に合わせ院内の監視を行う。

1. ターゲットサーベイランス

- ・MRSA などの薬剤耐性菌サーベイランス
- ・伝播力が強く、院内感染対策上問題となる各種感染症と微生物のサーベイランス
- ・外来、入院患者におけるインフルエンザ等の迅速検査実施者数と陽性者数のサーベイランス
- ・手術部位感染・カテーテル関連尿路感染
- ・抗菌薬使用量（DDD）
- ・抗菌薬使用期間（DOD）

2. 症候性サーベイランス

- ・呼吸器症状
- ・消化器症状

3. プロセスサーベイランス

- ・手指衛生遵守率
- ・アルコール使用量
- ・看護ケアや医療処置におけるプロセス遵守状況
- ・デバイス使用比

II 発生状況の報告

1. 日々においては臨床検査室、薬剤部、看護部から病原体の検出状況、広域抗菌薬、抗 MRSA

- 薬の使用、発熱や消化器症状、創状態不良の患者など適宜感染対策室へ報告するものとする。
2. 新規感染症が発生した場合(患者、職員を問わない)各種検体からの病原体の検出状況や薬剤感受性の把握を基に、感染伝播の予防を行いその結果を院内感染防止対策委員長に報告する。
 3. 院内感染防止対策委員長は管理者並びに医療安全管理委員会に報告しなければならない。
 4. アウトブレイクの定義・感染症法に該当する場合は管轄の保健所・JCHO 本部及び地区事務所へ必要な報告を可及的速やかに行う。
 5. 院内メールやデジタルサイネージ等を活用し感染対策上必要な情報は職員で共有する。

第7 医療関連感染発生時の対応

1. 各種サーベイランスをもとに、院内の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がなされるように、感染に関わる情報管理を適切に行う。
2. 臨床検査室細菌検査室では、業務として検体からの検出菌の感受性パターンなどの解析を行って、疫学情報を日常的に ICT 及び臨床現場へフィードバックする。
3. アウトブレイクあるいは異常発生時にはその状況及び患者への対応など病院長に報告する。対策委員会を開催し速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案、実施するために全職員へ周知徹底を図る。
4. アウトブレイクに対する感染対策を実施しにもかかわらず、継続して当該感染症の発生があり、当該病院で制御困難と判断した場合は、速やかに協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大防止に向けた支援を依頼する。
5. 医療安全管理室と情報を共有する。

第8 公表

公衆衛生上の影響について勘案し、必要に応じて管轄の保健所・本部と協議の上報告する。

第9 病院感染管理指針の閲覧

病院感染管理指針は、患者及び家族並びに利用者が容易に閲覧できるよう病院のホームページに掲載する。

附則	この指針は平成 21 年 1 月 1 日から施行する
附則	この指針は平成 22 年 4 月 1 日から施行する
附則	この指針は平成 26 年 4 月 1 日から施行する
附則	この指針は平成 29 年 4 月 1 日から施行する
附則	この指針は平成 30 年 7 月 1 日から施行する
附則	この指針は令和 1 年 10 月 1 日から施行する
附則	この指針は令和 3 年 10 月 1 日から施行する
附則	この指針は令和 4 年 10 月 1 日から施行する
附則	この指針は令和 6 年 4 月 1 日から施行する
附則	この指針は令和 7 年 7 月 1 日から施行する