



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

第1 趣旨

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。

第2 感染管理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。職員はこの目標を達成するために指針および院内感染防止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。感染対策に係わる取り組みは事項を院内の見やすい場所に掲示して周知する。

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 Health care Organization

独立行政法人 地域医療機能推進機構

2. 感染管理指針

玉造病院において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（HAI：Healthcare –Associated Infection）

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

一定期間に同一病棟や同一医療機関といった特定の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）
 - 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（医療関連感染対策のための委員会その他の当院組織に関する基本事項）

I 感染部門の設置

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。

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。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。

感染対策室管理の下に実働的活動を行う感染制御チームを設置し業務の一部を行うことができる。

感染対策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の開催

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開催する。院内感染防止対策委員会は、以下に掲げる事項を満たすものとする。

1. 院内感染防止対策委員会の管理及び運営に関する規定を定める。
2. 院内感染防止対策委員会の構成員は、院長、副院長、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. 月1回程度開催し、問題が発生した場合は適宜開催する。
4. 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、問題点等を院長へ報告するものとする。臨床検査室は微生物の分離状況を報告する。
5. 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を行い職員への周知を図る。
6. 院内感染防止対策委員会内で立案された改善策の実施状況やマニュアルは必要に応じて調査し、見直しを行う。
7. 院内の抗菌薬適正使用推進のため広域スペクトラム抗菌薬・抗MRSA薬は届出制とし使用状況を報告、監視する。
8. 検体からの薬剤耐性菌検出情報や抗菌薬の感受性についてアンチバイオグラムを定期的に報告し抗菌薬適正使用推進を図る。

III 感染制御チーム（ICT：Infection Control Team）活動の推進

感染制御チームは感染対策室の実動チームとして院内の環境をはじめ、感染防止対策に係わる改善・指導を行い感染防止と啓蒙活動を行うものとする。原則週1回以上の活動を行う。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名は感染防止対策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。

チームメンバーは原則定期の活動において集合し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その対策の指導
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. 院内感染防止対策マニュアルの遵守状況（プロセス評価）の把握と指導
5. 環境ラウンドを実施し感染防止対策として適切な環境維持に向けた指導と改善の確認
6. 院内感染防止対策マニュアルの見直し
7. アウトブレイク時の積極的スクリーニング検査と疫学調査
8. 院内ラウンド

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、必要に応じて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。

IV 抗菌薬適正使用支援チーム活動の推進

感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係わる評価、抗菌薬適性使用の教育・啓蒙等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行う。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を施設の状況に応じ設定する。
2. 感染症治療の早期モニタリングにおいて1. 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・容量の適切性、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。
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などの作成など、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。
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を定期的に評価する。
5. 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、管理する。
6. 院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。
7. 感染対策向上加算を算定していない医療機関から抗菌薬適正使用に関する相談を受ける

V 感染防止対策に係わる地域連携の実施

1. 感染対策向上加算1を算定する当院は以下を行う。
 - (1) 保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った医療機関と合同で少なくとも年4回程度、定期的に医療関連感染対策に関するカンファレンス（薬剤耐性菌等検出状況・感染症患者の発生状況・医療関連感染対策の実施状況・抗菌薬の使用状況等）を行い、その内容を記録する。この内1回は新興感染症の発生を想定した訓練を行う。
 - (2) 感染対策向上加算2・3又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関から、感染対策に係わる相談を受け必要時に院内感染対策に関する助言を行う。
 - (3) JANIS : Japan Nosocomial Infection Surveillance、JHAIS : Japanese Healthcare -Associated Infection Surveillance の全国サーベイランスに参加し情報提供と共に自

施設感染対策評価の指標とする。

- (4) 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関に相互に赴き、既定の様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関から評価を受ける。
- (5) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開している。
- (6) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する

第 5 医療関連感染対策のための職員に対する教育・研修等

感染管理室は、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、ICT 等と連携し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などを図ることを目的に実施する。
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院内感染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. 職員は年 2 回以上受講しなければならない。
4. 研修の実施内容（開催日・出席者・研修テーマ・開催方法）を記録する。
5. 院外の研修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・デバイス使用比
 - ・ 必要に応じ症候群サーベイランス（消化器症状や呼吸器症状など）

2. プロセス評価
 - ・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
3. 抗菌薬使用に関すること
 - ・抗菌薬使用量
 - ・抗菌薬使用期間

II 発生状況の報告

1. 日々においては臨床検査室、薬剤科、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事例が発生した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. 報告に関しては 第6-II-4の項に準ずる。尚、終息宣言の定義に則り JCHO 本部、及び地区事務所へ適切に報告する。
5. 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。
6. 医療安全管理室と情報を共有する。

第8 新型インフルエンザ等（新型コロナウイルス含む）新興感染症対策

1. 「新型コロナウイルス（COVID-19）発生時における診療継続計画」に基づく患者と職員の安全確保および感染症発生段階に応じた診療機能維持に努める。
2. 行政や地域の病院施設等との連携を密にし、疾病の特性に即した正しい感染対策を講じながら地域の要請に応じた役割を発揮する。

第9 患者等への情報提供と説明に関する基本方針

玉造病院感染管理指針は、患者及び家族並びに利用者が閲覧できるよう、病院ホームページに掲載する。

第10 その他院内感染防止対策の推進のための基本方針

1. 全職員はスタンダードプリコーションの概念に基づき、院内感染防止対策マニュアルに沿って、手指衛生の徹底、適切な防護具の装着など常に感染予防対策の遵守に努める。
2. 職員は自らが院内感染の感染源とならないよう、定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意するとともに、病院が実施するB型肝炎、インフルエンザワクチンや新興感染症に係わる予防接種を積極的に接種する。
3. 職員は、院内感染防止対策マニュアルに沿って、個人防護具の装着、リキャップの禁止、安全装置付き器材の使用、真空採血管ホルダーの利用など職務感染防止に努める。
4. 患者が新たに罹患した感染症及び職員が院内で罹患した感染症について、各種検体からの細菌等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から管理者並びに感染予防対策委員会に報告しなければならない。

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