



独立行政法人
地域医療機能推進機構

横浜保土ヶ谷中央病院

感染管理指針

令和4年5月10日改訂

第2版

目次

第1 趣旨	・・・ P. 2
第2 医療関連感染対策に関する基本的な考え方	・・・ P. 2
第3 用語の定義	・・・ P. 2
I 医療関連感染に係る感染管理指針	
II 事象の定義及び概念	
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該病院の組織に関する基本事項）	・・・ P. 4
I 感染対策部門の設置	
II 感染対策委員会の開催	
III-I 感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）活動の推進	
III-II 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team [AST]）活動の推進	
IV 感染リンク部会活動の推進	
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に対する教育、研修等	・・・ P. 6
第6 感染症の発生状況の報告	・・・ P. 7
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	・・・ P. 7
第8 患者等に対する当該指針の公開	・・・ P. 8
第9 その他、院内感染対策の推進のために必要な基本方針	・・・ P. 8

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院（以下「JCHO横浜保土ヶ谷中央病院」という。）における感染管理体制、医療関連感染の予防策等に係る基本方針を示すものである。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障及び安全な医療の提供に努めるものとする。

第2 医療関連感染管理のための基本的な考え方

JCHO横浜保土ヶ谷中央病院は、JCHOの基本理念に基づき、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基づく対策の実施により制御、終息を図る。職員は、この目標を達成するため、感染管理指針及び院内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。

第3 用語の定義

I 医療関連感染に係る感染管理指針

1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 感染管理指針（以下「JCHO感染管理指針」という。）

JCHO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。

2. 独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院感染管理指針（以下「感染管理指針」という。）

当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。当院は、JCHO感染管理指針に基づき以下の要件を含むものを作成する。感染管理指針は、院内感染対策委員会（ICC：Infection Control Committee）において策定及び改訂をするものとする。

- （1）医療関連感染対策に関する基本的な考え方
- （2）医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院等の組織に関する基本的事項
- （3）医療関連感染対策のための職員に対する研修に関する基本方針
- （4）感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- （5）医療関連感染発生時の対応に関する基本方針
- （6）患者等に対する病院感染管理指針の閲覧に関する基本方針
- （7）その他の当該病院における医療関連感染対策の推進のために必要な基本方針

II 事象の定義及び概念

1. 医療関連感染（H A I：Healthcare-Associated Infection）

医療関連感染とは、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及び医療従事者等が医療機関内において感染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過程で感染源（微生物を保有するヒトや物）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あらゆる人に起こりうるものである。

2. 感染症アウトブレイク

(1) 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。

アウトブレイクを疑う基準としては、1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発病症例が計3例以上特定された場合又は同一医療機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)が計3例以上特定された場合を基本とする。ただし、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目の発見をもって、アウトブレイクに準じて厳重な感染対策を実施する。なお、CREの定義については、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）の定めに基づき準拠するものとする。

(2) 感染症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。

- 1) 最後の症例の感染性が消失して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とき
- 2) アウトブレイクの原因となった病原体について検出率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該病院の組織に関する基本事項）

I 感染対策部門の設置

組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整えるため、感染対策室を設置する。感染対策室は、感染管理に係る適切な研修を修了した看護師（CNIC）

を感染管理者とし配置し、院内感染対策委員長（ICD）、看護師、薬剤師、臨床検査技師と共に感染制御チームを組織して、職員の健康管理、教育、医療関連感染対策相談（コンサルテーション）、発生動向監視（サーベイランス）、対策実施の適正化（レギュレーション）及び介入（インターベンション）を行う。

II 院内感染対策委員会の開催

医療関連感染対策の推進のため、院内感染対策委員会(**Infection Control Committee : ICC**)を開催する。院内感染対策委員会は、以下に掲げる事項を満たすものとする。

1. 院内感染対策委員会の管理及び運営に関する規程を定める。
2. 院内感染対策委員会の構成員は、院長、看護部長、事務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、薬剤部門、臨床検査部門、手術室（洗浄・滅菌消毒）部門、給食部門、事務部門等、各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回開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
4. 院内の各部署から医療関連感染に関する情報が院内感染対策委員会に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元される体制を整備し、重要な検討内容について、医療関連感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、院長へ報告する。
5. 医療関連感染が発生した場合には、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び職員への周知を図る。
6. 院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う。
7. 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整える。特定抗菌薬（広域スペクトラム抗菌薬、抗 MRSA 薬等）については、届出制又の体制を整備する。
8. 検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、医療関連感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立する。

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

院内感染対策の実務を担当し、院内感染に関する監視を行い、巡回等により情報を収集し、アウトブレイクの予防・特定・制圧のため中心的に活動して、指導・啓発する役割を担う。

本チームの構成員は、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師及び一般技術職、事務職等により構成する。

原則的に週1回程度、院内を巡回し医療関連感染事例を把握するとともに、感染防止対策の実施状況の把握、確認、指導を行う。また、必要に応じて適宜各部署を巡回する。

1. 感染制御チームは、以下の活動を行う。
 - (1) 院内感染サーベイランス（院内における感染症発生の確認・感染源や感染経路の把握、院内環境の汚染状況や保菌者の把握、抗菌薬適正使用、院内疫学情報の把握）を行う。
 - (2) 感染対策に関するコンサルテーション（感染症患者発生時に対応する等）に対応する。
 - (3) 病院職員を対象として感染教育（医療感染に対する啓発やポスターの掲示、感染対策講習会や勉強会の開催など）を行う。
 - (4) 院内感染ラウンド及びラウンド結果を各部署へフィードバックし改善につなげる。
 - (5) 院内感染対策マニュアルの作成及び改訂を行い、遵守していることを定期的に確認する。
 - (6) 感染対策活動の ICC への報告を行う。
 - (7) 感染リンク部会の活動を支援し、スタッフ教育を実践する。

III-II 抗菌薬適正使用支援チーム (Antimicrobial Stewardship Team [AST]) 活動の推進

院内に抗菌薬適正使用支援チームを設置する。

本チームの構成員は、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師及び一般技術職により構成する。

原則的に週 1 回程度、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、抗菌薬適正使用の推進を行う。

1. 抗菌薬適正使用支援チームは、以下の活動を行う。
 - (1) 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、血液培養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。
 - (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、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経時的に評価し、必用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) 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。
 - (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) 抗菌薬の使用指針の見直しを、定期的に行う。

IV 感染リンク部会活動の推進

感染リンク部会（以下「リンク部会」という。）は、ICC 及び ICT の方針を受けて、ICT の下部組織として、各部署における感染対策の実施及びその発生時における適切な対策を講じる推進者となる。

本部会の構成員は、各部署から選出された担当者で構成し、月に 1 回開催する。

1. 感染リンク部会は、以下の活動を行う。
 - (1) 感染防止対策の方針を周知させるため、啓発活動を行う。
 - (2) 各部署での感染対策上の問題点を抽出し、感染対策委員会への問題提議を行う。
 - (3) 現場での感染対策のロールモデルとなる。
 - (4) 各部署のスタッフの職業感染防止の窓口となる。
 - (5) ICT との連携及び情報交換を行う。
 - (6) 各部署のスタッフに対して感染防止教育を実施する。
 - (7) ICT ラウンド時は当該職場長またはリンクスタッフが同行し、部署内での感染対策状況を説明し必要時指導を受ける。
 - (8) 新導入物品の使用法の指導及び業務改善内容の確認、周知徹底を行う。
 - (9) スタンダードプリコーションの啓発活動を行う。
 - (10) 感染対策に関する知識取得に努力する。

V 感染防止対策地域連携の実施

1. 当院は、感染対策向上加算 2 を算定しており、以下について実施する。
 - (1) 感染制御チームの設置
専任の常勤医師：感染対策の経験が 3 年以上
専任の看護師：感染管理の経験 5 年以上
専任の薬剤師：病院勤務経験 3 年以上
専任の臨床検査技師：病院勤務経験 3 年以上
 - (2) 年 4 回以上、加算 1 の医療機関が開催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須）とする。
 - (3) 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議しておく。
 - (4) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、J-SIPHE 等、地域や全国のサーベイランスに参加する。
 - (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または疑い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。
 - (6) 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または疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体 HP で公開している。

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

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、個々の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等を図る目的として、年2回の研修等を企画し実施する。また、職種や雇用形態等を問わず、職種横断的な参加の下に行われるものとする。

研修の内容（開催又は受講日、出席者、研修項目）について記録し保管する。

さらに、外部の研修会等へ積極的に参加できるよう情報提供を行い、知識や情報を共有するようにする。

第6 感染症の発生状況の報告

I 感染症発生状況の監視（サーベイランス）

感染対策室は、日常的に院内における感染症の発生状況を把握するシステムとして、病院の状況に合わせて以下のサーベイランスを実施し、結果を感染対策に反映させる。

1. ターゲット（対象限定）サーベイランス
 - ・ 中心ライン関連血流感染サーベイランス
 - ・ カテーテル関連尿路感染サーベイランス
 - ・ 手術部位感染サーベイランス
 - ・ 耐性菌サーベイランス
 - ・ 抗菌薬使用量サーベイランス（抗菌薬使用量、抗菌薬使用日数）
 - ・ 他、必要なターゲットサーベイランス
2. 症候性サーベイランス
 - ・ インフルエンザ様症状サーベイランス
 - ・ 消化器症候群サーベイランス
3. プロセスサーベイランス
 - ・ 医療行為のプロセスの評価（実施率や順守率の評価）

II 発生状況の報告

法令に定められた感染症の届出及び院内の菌分離状況のサーベイランスを行い、必要に応じて院長への報告、感染制御チームでの検討及びフィードバックを行う。また、感染対策に係る連携施設への相談、保健所、本部及び所管の地区事務所へ必要な報告を可及的速やかに行う。

第7 医療関連感染発生時の対応

感染対策室は、医療関連感染症の発生又はその兆候を察知したときは、以下に沿って、迅速かつ適切に対応する。

1. 各種サーベイランスを基に、医療関連感染のアウトブレイク又は異常発生をいち早く特定し、制御のための初動体制を含めて迅速な対応がなされるよう感染に関わる情報管理を適切に行う。
2. 臨床微生物検査室では、検体から検出菌の薬剤耐性パターン等の解析を行い、疫学情報を日常的にICT及び臨床側へフィードバックする。
3. 細菌検査等を外注している場合は、外注業者と緊密な連絡を維持する。
4. アウトブレイク又はその兆候察知時には、院内感染対策委員会又はICT会議を開催し、可及的速やかにアウトブレイクに対する医療関連感染対策を策定し実施する。
5. アウトブレイクに対する感染対策を実施したにもかかわらず、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の防止に向けた支援を依頼する。

第8 患者等に対する当該指針の公開

感染管理指針は、病院のホームページに掲載し、患者及び家族並びに利用者が閲覧できるように配慮する。

第9 その他、院内感染対策の推進のために必要な基本方針

院内感染対策推進のため『院内感染対策マニュアル』を作成し、1年に1度定期的に見直し、必要に応じ改訂を行う。組織の取組として、標準予防策の中でも手指衛生は感染対策の基本であり、全職員の義務であることを職員へ周知し徹底する。また、1週間ごとに各病棟における特定菌検出状況を集約し『感染情報レポート』を作成し感染制御チームで報告を行う。検出状況で早急な感染防止策を講じる必要がある場合には、検査室より担当医及び当該職場長に報告し、必要な感染防止策を講じる。