

医療関連感染対策のための指針

第 1	趣旨	2
第 2	医療関連感染対策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)	3
	I 感染対策部門の設置	
	II 院内感染対策委員会の開催	
	III 感染制御チーム (Infection Control Team : ICT) 活動の推進	
	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に対する教育、研修等.....	5
第 6	感染症の発生状況の監視と報告	5
	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.....	6
第 8	患者等に対する当該指針の公開	6

第1 趣旨

本指針は医療法に基づき、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）大阪病院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、患者の立場に立って、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 医療関連感染に対する基本的考え方

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、収束を図る。職員は、この目標を達成するため、各病院の感染管理指針及び感染管理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

JCHO 大阪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。

感染管理指針は、院内感染対策委員会において策定及び改訂を行う。

II 事象の定義及び概念

1. 医療関連感染

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) アウトブレイクを疑う基準

- (1) 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(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。
- (2) 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。
- (3) インフルエンザやノロウイルスによる感染性胃腸炎などウイルス性の感染症の場合は、2～3 日の間に確定患者が 3 名になった、あるいは、疑い患者が複数存在する場合。

2) アウトブレイク時の院内体制の確立

アウトブレイク発生時には速やかに原因を究明するための疫学的調査を行い、収束に向け対策を講じる。

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組織に関する基本事項）

I 感染防止対策部門の設置

当院は感染防止対策部門として医療安全管理部に感染管理室を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。感染防止対策部門には、医療関連感染管理者（医師）、看護師を配置し、感染制御チーム（以下 ICT）として薬剤師・臨床検査技師・事務員を含め組織し、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。

医療関連感染対策に関する取組事項を病院入口掲示板に掲示する。

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（別紙）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、洗浄・滅菌消毒部門、手術部門、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. 各部署からの医療関連感染に関する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を行う。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 病院感染管理指針の策定及び改訂
10. 委員会の議事は、記録し感染対策部門または事務部門が管理する。

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

医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染管理室内に ICT を設置する。院長は、ICT が円滑に活動できるよう感染対策の実施に関する権限を委譲し、ICT の院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

1. ICT の具体的業務内容を明確にする。
2. ICT は、感染制御医師、感染管理認定看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務員により構成する。
3. ICT は、以下の活動を行う。
 - 1) 最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成する。なお、マニュアルは年1回の点検及び見直しを行い、新しい知見が公開された場合はその都度改

訂を行う。

- 2) 医療関連感染防止のための教育及び年 2 回の院内研修の開催
- 3) 微生物学的検査に係る状況を記した日報を作成し、感染防止対策に活用する。
- 4) 1 週間に 1 回程度の院内ラウンドの実施と評価、分析、改善状況 の 確認
- 5) 医療関連感染の発生防止並びに発生状況の把握、分析および対策
- 6) 各種職業感染の対策
- 7) アウトブレイクの早期発見、原因分析および対策
- 8) 感染対策に関する各種コンサルテーション業務

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、特に抗菌薬の適正使用の推進を図るため感染管理室内に AST を設置する。院長は、AST が円滑に活動できるよう、AST の院内での位置付け及び役割を明確化し、院内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整える。

1. AST は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師により構成する。
2. AST は、以下の活動を行う。
 - 1) 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る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行う。
 - (1) 抗菌薬使用状況の把握及び適正使用支援の推進と監視を行う。
 - (2) 特定抗菌薬を使用する患者、菌血症の患者、免疫不全状態等の特定の患者など感染症早期からのモニタリングを実施する。
 - (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。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成および必要時改訂する。
 - (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採用中止を提案する。
 - (7) 地域の医療機関（病院・診療所）から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける。

V 感染防止対策地域連携の実施

1. 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年 4 回、定期的に医療関連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。
2. 感染対策向上加算 2 又は 3 を算定する医療機関から、必要時に院内感染に関する相談等を受ける。
3. 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加する。
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、年 1 回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く又はビデオ通信機器等を使用し、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、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。

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

院内感染防止対策委員会は、医療関連感染対策を推進するため、職員に対する研修等を、ICT と連携して、以下のとおり企画し実施する。

1. 医療関連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、職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の医療関連感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技術の向上等を図る。
2. 当院の実践に即した内容で、職種横断的な参加の下で行う。
3. 病院全体に共通する医療関連感染に関する内容について、年 2 回、定期的に開催するほか、必要に応じて開催する。
4. 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録し保管する。
5. 看護師の継続教育については看護部教育委員会と連携する。

第 6 感染症発生状況の監視と発生状況の報告

I. 医療関連感染サーベイランス

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. ターゲットサーベイランス
 - ・中心ライン関連血流感染（CLABSI）サーベイランス
 - ・カテーテル関連尿路感染（CAUTI）サーベイランス
 - ・人工呼吸器関連イベント（VAE）サーベイランス
 - ・手術部位感染（SSI）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）
2. 症候群あるいは感染症サーベイランス
 - ・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（実施率や遵守率の評価）

II 発生状況の報告

感染管理室は、感染症に係る院内の報告体制を確立し、必要な情報が感染管理室に集約されるよう整備する。
また、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

感染防止対策部門は、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. 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. 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。
4. 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、当該部署で制御困難と判断した場合は、速やかに保健所および連携している医療機関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

病院感染管理指針は、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。

地域医療機能推進機構 大阪病院 院内感染予防対策委員会

2007 年 7 月作成

2014 年 7 月改訂

2018 年 7 月改訂

2022 年 5 月改訂

2024 年 4 月改訂

2025 年 4 月改訂