



独立行政法人  
地域医療機能推進機構

# 感染管理指針

松浦中央病院

# 目次

## 第1 趣旨

## 第2 医療関連感染対策のための基本的な考え方

## 第3 用語の定義

- 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)

- I 感染防止対策部門の設置
- II 感染対策委員会の開催
- III 感染制御チーム (Infection Control Team : I C T) 活動の権限と業務内容
- IV 抗菌薬適正使用の推進
- 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

## 第6 感染症の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)
- II 発生状況の報告

## 第7 医療関連感染発生時の対応

## 第8 公表

## 第9 患者等に対する当該指針の閲覧

## 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する必要がある。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。）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を基に、松浦中央病院版へ改訂したものであり当院の感染管理体制、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 感染管理のための基本的考え方

当院は、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、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

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. 各病院 感染管理指針（以下「病院感染管理指針」という。）  
JCHOの各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。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。病院感染管理指針は、当該病院の感染対策委員会（ICC：Infection Control Committee）において策定及び改訂をするものとする。

### II 事象の定義及び概念

1. 医療関連感染（HAI：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. アウトブレイク

(1) 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。

### 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。

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嚴重な感染対策を実施する。

(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 感染管理体制の整備

### I 感染防止対策部門の設置

当院は、感染防止対策部門を設置し、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、薬剤師、臨床検査技師を配置し、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。

各病院は、医療関連感染対策に関する取組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。

### II 感染対策委員会(ICC)

1. 各病院は、医療関連感染対策の推進のため、感染対策委員会を設置する。

2. 感染対策委員会の構成員は、院長、副院長、看護部長、事務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、栄養部門、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. 感染対策委員会は、以下の業務を行なうものとする。
  - (1) 病院感染管理指針の策定及び改訂
  - (2) 感染対策委員会の管理及び運営に関する規定の制定
  - (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
  - (4) 医療関連感染発生時の原因分析及び改善策の実施、並びに職員への周知
  - (5) 院内の抗菌薬適正使用の推進と監視体制の整備
  - (6) 薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報などの共有体制の確立
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。(毎月第 2 火曜日 15 時～開催)
  - (2) 委員会の議事は、記録し感染対策部門・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

各病院は、医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染管理部門内に感染制御チームを設置する。院長は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チーム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. 感染制御チームの具体的業務内容を明確にする。
2. 感染制御チームは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の職員により構成する。
3. 感染制御チームは、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手順書 (マニュアル) の作成と年 1 回程度の点検及び見直しと職員への周知
  - (2) 職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行う。なお当該研修は、医療安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うものとする。(「第 5 医療関連感染対策のための職員に対する研修」参照)
  - (3) 抗菌薬使用状況の把握及び適正使用支援の推進と監視  
指定抗菌薬 (広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRSA 薬等) については、届出制の体制をとる)
  - (4) 1 週間に 1 回程度、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、原因分析及び対策
- (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。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。

#### V 感染防止対策地域連携の実施

1. 感染対策向上加算 2 を算定する病院である当院は以下を行う。

- (1) 感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する医療関連感染対策に関するカンファレンスに参加する。また、複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスにそれぞれ少なくとも年 1 回程度参加し、合わせて年 4 回以上参加する。また、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年 1 回以上参加する。
- (2) サーベイランス強化加算を算定しており、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加する。
- (3) 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又は疑い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する。
- (4) 新興感染症の発生時等に、感染症患者又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。
- (5) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイク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、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議する。
- (6) 連携強化加算を算定するため、感染症対策向上加算 1 を算定する保健医療機関に対して、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況について報告を行う。

#### 第 5 医療関連感染対策のための職員研修

感染防止対策部門は、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. 各病院の実情に即した内容で、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回程度、定期的を開催するほか、必要に応じて開催する。(安全管理体制確保のための研修とは別に行う。)
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。

## 第6 感染症発生状況の監視と発生状況の報告

### I 感染症発生状況の監視(サーベイランス)

感染防止対策部門は、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
  - ・ 耐性菌サーベイランス
  - ・ 手指衛生サーベイランス
2. 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

感染防止対策部門は、感染症に係る院内の報告体制を確立し、必要な情報が感染防止対策部門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. 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、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。（当院は、長崎感染制御ネットワークに参加している）

## 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 病院管理指針の閲覧

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。

（附則）この規程は、平成30年9月にJCHO感染管理指針に基づき、  
松浦中央病院 院内感染対策指針の改訂を行い、10月1日から  
施行する。

（平成20年2月1日制定、平成24年4月1日改訂、平成26年4月1日改訂、平成27年6月1日改訂平成30年9月1日改訂 令和2年11月修正（病院名変更） 令和3年11月見直し

令和4年10月第2版へ改訂されたことを受け当院版改訂、令和6年5月改訂、令和7年10月改訂

令和8年4月15日改訂 ）