



独立行政法人地域医療機能推進機構
横浜中央病院

感染管理指針

令和 8 年 1 月

策定版

目次

第1 趣旨・・・P. 2

第2 医療関連感染対策のための基本的な考え方・・・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 感染管理体制の整備・・・P. 3

I 感染防止対策部門の設置

II 感染対策委員会（Infection Control Committee：I C C）

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

IV 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：A S T）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・・・P. 4

第6 感染症の発生状況の監視と報告・・・P. 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・・・P. 5

第8 公表・・・P. 5

第9 病院感染管理指針の閲覧・・・P. 6

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。

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。）における感染管理体制、医療関連感染の対策等に係る基本方針を示すものである。JCHO横浜中央病院（以下「当院」という。）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障および安全な医療の提供に努めるものとする。

第2 医療関連感染対策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、当院の感染管理指針およ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である。

2. 各病院感染管理指針（以下「病院感染管理指針」という。）

当院における医療関連感染管理体制、医療関連感染管理のための職員研修、および予防を推進するための基本的考え方を示し、JCHO感染管理指針に基づき作成するものである。

感染管理指針は、当院の感染対策委員会（Infection Control Committee：ICC）において策定およ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（Healthcare-Associated Infection: HAI）

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およ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。

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病原体による感染症の発病症例が計3例以上特定された場合、また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目細菌(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)および多剤耐性アシネトバクター属(MDR

A) 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。

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

当院においては、以下の事項を基本として、院内における感染管理体制の確立に努める。

I 感染管理部門の設置

当院は、感染管理部門を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。

感染管理部門には、医療関連感染管理部長（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）および介入（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（Infection Control Committee：I C C）

1. 当院は、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、看護部長、事務部長をはじ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、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. 感染対策委員会は、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) 感染対策委員会の管理および運営に関する規程の制定
 - 3) 各部署からの医療関連感染に関する報告およ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および改善策の実施、ならびに職員への周知
 - 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. 委員会の開催および活動の記録
 - 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：I C T）の権限と業務内容

当院は、医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染防止対策部門内に感染制御チーム（以下「I C T」という。）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対策の実施に関する権限を委譲し、感染制御チームの院内で位置付けおよび役割の明確化、院内全ての関係者の理解および協力が得られる環境を整える。

1. 当院は、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、事務員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) 感染対策マニュアルの作成と年 1 回程度の点検および見直しと職員への周知
- 2) 医療関連感染防止のための教育および定期的な院内研修の開催（「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および適正使用支援の推進と監視
- 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なら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：A S T）活動の推進

当院は、薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：A M R）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進を図るため、抗菌薬適正使用支援チームを設置する。

1. 抗菌薬適正使用支援チームは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成する。
2. 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行う。
 - 1) 抗 M R S A 薬および広域抗菌薬の使用や無菌検体（血液・髄液）の培養から感染兆候を認めるなど感染症治療を必要とする患者などを対象としたモニタリング
 - 2) 1) のモニタリング対象患者の継続的な評価と主治医へのフィードバック
 - （1）適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況
 - （2）抗菌薬の選択・用法・用量の適切性
 - （3）微生物検査等の治療方針への活用状況 など
 - 3) 適切な検体採取と培養検査の提出や、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できる体制の整備
 - 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の定期的な評価
 - 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研修
 - 7) 院内採用抗菌薬の管理
 - 8) 感染症診療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および他の医療施設、高齢者施設との連携に取り組む。
2. 感染対策向上加算に定められた施設との連携に取り組む。
3. 感染対策連携共通プラットフォーム（J－S I P H E）等に参加し、J C H O 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ことが望ましい。

第 5 医療関連感染対策のための職員研修

感染管理部門による I C T により、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、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およ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と抗菌薬の適正使用に関する内容について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。

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）

当院の感染管理部門は、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
 - ・ カテーテル関連尿路感染サーベイランス
 - ・ 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス
 - ・ 手術部位感染サーベイランス
 - ・ 薬剤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（実施率や遵守率の評価）

II 発生状況の報告

当院の感染管理部門は、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をする。また、管轄の保健所、本部およ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

当院の感染管理部門は、医療関連感染症の発生また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また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、検体からの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 I C T およ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. アウトブレイクまたはその兆候察知時には、感染対策委員会または I C T 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、院内で

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 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、当院のホームページに掲載し、患者および家族ならびに利用者が容易に閲覧できるように配慮する。

令和	4年	8月	策定
令和	5年	4月	改訂
令和	6年	6月	改訂
令和	8年	1月	策定