独立行政法人
地域医療機能推進機構

熊本総合病院

感染管理指針

最終改訂日：2023 年 4 月 12 日

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．３
　Ⅰ　感染対策部門の設置
　Ⅱ　感染対策委員会の開催
　Ⅲ　感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）活動の推進
　Ⅳ　抗菌薬適正使用支援チーム活動の推進
　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．７

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．８

第８　患者等に対する当該指針の公開　・・・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　熊本総合病院」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。熊本総合病院は、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

熊本総合病院は、独立行政法人地域医療機能推進機構（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った医療を患者・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

熊本総合病院 感染管理指針（以下「感染管理指針」という。）

熊本総合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。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、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（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　感染防止対策部門の設置

感染防止対策部を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整備する。

感染防止対策部門には、感染対策委員長（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）及び介入（インターベンション）を行う。

また、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　感染対策委員会の開催

医療関連感染対策の推進のため、感染対策委員会を開催する。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．　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．　感染対策委員会の構成員は、病院長、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、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回程度開催するとともに、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感染対策委員会に報告され、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、病院長へ報告する。

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．　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、届出制又は許可制の体制を整備する。

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

病院長は、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。病院長は、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、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）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

等の内容を盛り込んだ院内感染対策マニュアルを作成し、各部署に配布する。なお、院内感染対策マニュアルは定期的に新しい知見を取り入れ年１回程度の点検及び見直しを行う。

（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）院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を構築する。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗ＭＲＳＡ薬等）については、届出制又は許可制の体制をとる。

（４）１週間に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。感染制御チームによるラウンドは、チームのメンバーが全員で行うことが望ましく、少なくとも２名以上で行い、必要に応じて各部署を巡回する。なお、各病棟を毎回巡回することを基本とするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況などから、病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的に実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないものとする。患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署についても、２か月に１回以上巡回する。

（５）微生物学的検査に係る状況を記した「感染情報レポート」を週１回作成し、院内で疫学情報を共有するとともに、感染防止対策に活用する。

Ⅳ　抗菌薬適正使用支援チーム活動の推進

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。自施設は感染対策向上加算Ｉを取得しており、以下の要件を満たすものとする。

１．院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、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。

２．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。

３．抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行う。

（１）抗MRSA薬及ぶ抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定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、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患者を自施設の状況に応じて設定する。

（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・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い記録する。

（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）外来における過去１年間の経口抗菌薬の処方状況を把握する。

（６）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する。

（７）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。

４．抗菌薬適正使用支援チームが、感染対策向上加算１を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、感染対策向上加算 3 及び外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関との定期的なカンファレンスの場を通じて周知する。

Ⅴ　感染防止対策地域連携の実施

１．感染対策向上加算１を算定する当院において以下を行う。

（１）保健所及び地域の医師会と連携し、感染防止対策向上加算 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。このうち１回は、新興感染症等の発生等を想定した訓練を行う。

（２）感染防止対策加算 3 及び外来感染対策向上加算を算定する医療機関から必要時に院内感染対策に関する助言を行う。

（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）等、地域や全国のサーベイランスに参加する。

（４）感染対策向上加算１に係る届け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する。

（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、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．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について、年２回程度、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、当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（J-SIPHE 参加）

・手術部位感染サーベイランス（JANIS、J-SIPHE 参加）

・血液透析関連サーベイランス

・検査部門サーベイランス（JANIS 参加）

・全入院部門サーベイランス（JANIS 参加）

・ICU サーベイランス（JANIS 参加）

・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）

・針刺し切創/体液曝露サーベイランス

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

・手指衛生サーベイランス（J-SIPHE 参加）

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．院内で測定できない検査等に関しては､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。

第８　患者等に対する当該指針の公開

感染管理指針は、当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。