

# JCHO 高岡ふしき病院

## 感染管理指針

- 第1 趣旨
- 第2 医療関連感染対策に関する基本的な考え方
- 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 感染対策部門の設置
  - II 感染対策委員会の開催
  - III 感染対策チーム（Infection Control Team:ICT）活動の推進
  - IV 抗菌薬適正使用支援活動の推進
  - V 感染防止対策地域連携に実施
- 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
- 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）
  - II 発生状況の報告
- 第7 医療関連感染発生時の対応
- 第8 患者等に対する当該指針の公開

## 第1 趣旨

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。）JCHO 高岡ふしき病院における感染管理体制、医療関連感染の予防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・訪問者および全職員を医療関連感染から防御し、安全で質の高い医療に資することを目的とする。

## 第2 医療関連感染対策に関する基本的な考え方

JCHO 高岡ふしき病院は、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. JCHO高岡ふしき病院感染管理指針（以下「病院感染管理指針」という。）  
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の感染管理指針に基づき作成し、病院感染管理指針は、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

JCHO 高岡ふしき病院の医療関連感染対策は、全ての患者さんが感染症を保持し、かつ罹患する危険性を併せ持つと考えて対処する「標準予防策（スタンダードプリコーション）」の観点に基づいた医療行為を実践する。

また、院内外の感染症情報を広く収集して病院感染の危険及び発生に迅速に対応することを目指す。病院感染が発生した事例については、速やかに調査を行い、その根本原因を究明し、これを改善していきます。病院感染対策活動の必要性・重要性を全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。

#### (2) 医療関連感染対策のための委員会や組織に関する事項

感染対策に関する院内全体の問題を把握し、改善策を講じるなどの院内感染対策活動の中核的な役割を担うために、病院長の諮問機関として院内の組織横断的な「感染対策委員会」を設置する。委員会は月1回以上、必要時には随時開催する。さらに実働部隊として「感染対策チーム（ICT）」を設置し、週1回カンファレンスやラウンドを行い、抗菌薬の適正使用の指導や感染問題に迅速に対応する。

#### (3) 医療関連感染対策のための職員研修に関する基本方針

全職員を対象とした感染対策に関する研修会を年に2回以上開催する。

また、各部署に感染対策マニュアルを配備し、感染防止のための基本的な考え方や具体的な方法について、全職員への周知を行う。

#### (4) 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

各病棟に薬剤耐性菌や感染対策上問題となる細菌の検出状況を各職員に知らせ、注意喚起を行う。感染対策委員会に各種分離菌月報を作成して提出し、検出状況を共有する。必要に応じて、厚生センターや地区事務所、本部等への報告を速やかに行う。

(5) 医療関連感染発生時の対応に関する基本方針

院内感染発生が疑われる事例が発生した場合は、細菌検査室または発生部署が ICT に報告する。ICT は、速やかに現状の把握、疫学的調査、感染対策の徹底などを行い、感染源や感染経路を究明し、感染拡大を防止に努める。状況は、随時、病院管理者に報告し、必要に応じて感染対策委員会が召集される他、各種の届出や連絡を行う。

また、継続して感染症の発生があり、制御困難と判断した場合は、速やかに協力関係にある医療機関の専門家に支援を依頼する。

(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

感染症の流行が見られる場合には、ポスター等の掲示物で広く院内に情報提供を行う。あわせて感染防止の意義及び手指衛生や咳エチケットなどについて、協力を求める。また、本指針は、患者、家族、地域住民の方が閲覧できるように当病院のホームページにて公開する。

(7) 医療関連感染対策の推進のために必要な基本方針

医療関連感染を防ぐための具体的な手順については、ICT が中心となりマニュアルの作成、見直しを行い、感染対策委員会の承認を経て周知する。作成、見直しに際しては、CDC ガイドラインや関連学会ガイドライン・マニュアルを参考に、具体的かつ実践可能な手順であることを基本とする。

## 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

### I 感染対策防止部門の設置

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、感染対策チーム（以下ICT）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）、発生动向監視（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院内の見やすい場所（病院入口掲示板）に掲示して周知する。

### 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、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（ICD）、看護部門（ICN）医療安全部門、薬剤部門、臨床検査部門、放射線部門、リハビリ部門、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. 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、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）については届出制とする。
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 感染対策チーム（Infection Control Team：ICT）活動の推進

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、感染管理部門内に感染対策チームを設置する。院長は、感染対策チームが円滑に活動できるよう、感染対策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. 感染対策チームの具体的業務内容を明確にする。
2. 感染対策チームは、加算要件を満たす感染制御医師、感染管理認定看護師、薬剤師、臨床検査技師、により構成する。
3. 感染対策チームは、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マニュアルを作成し、各部署に配布する。なお、マニュアルは1回/年程度、あるいは新しい知見が公開された場合はその都度改訂を行う。
  - （2）職員を対象として、年2回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。
  - （3）院内の抗菌薬の適正使用を監視するため特定抗菌薬（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。感染対策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、各病棟は1回/月必ず巡回できるように計画するが、耐性菌の発生状況や広域抗菌薬の使用状況などから、院内感染や耐性菌の発生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は、2か月に1回程度は、巡回するよう計画する。
- (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」を週に1回作成し、ICTと疫学情報を共有するとともに、感染防止対策に活用する。月ごとに感染対策監視病原菌検出状況をまとめた月報感染対策情報レポートを作成し、院長をはじめとする病院管理者および感染対策委員会で報告を行う。

#### IV 抗菌薬適正使用支援活動の推進

当院は、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以下の業務を行う。

- (1) 広域抗菌薬や抗MRSA薬等の特定の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など感染症早期からのモニタリングを実施する。  
患者の把握に努め、その患者に対して、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する。また、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
- (2) 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。
- (3) 院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- (4) 院内で使用可能な抗菌薬の種類、用量など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) 感染防止対策加算1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) JANISサーベイランスに参加し、データを送付する。

### 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感染対策チームと連携し、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。（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。
5. 看護師の継続教育については看護課感染委員会および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. 発生状況の監視

当院の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（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
  - ・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実施率や遵守率の評価）
  - ・手指衛生サーベイランス

### 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、厚生センター、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、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、速やかに厚生センター及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、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。