



独立行政法人  
地域医療機能推進機構  
九州病院

# 感染管理指針

第2版 Ver.5

# 目次

第1	趣旨	・・・P. 2
第2	感染管理のための基本的な考え方	・・・P. 2
第3	用語の定義	・・・P. 2
	Ⅰ HAIに係る本指針	
	Ⅱ 事象の定義及び概念	
第4	感染管理体制	・・・P. 3
	Ⅰ 感染管理室の設置	
	Ⅱ 委員会の開催	
	Ⅲ 感染制御チーム（ICT:Infection Control Team）部会活動の推進	
	Ⅳ 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）活動の推進	
	Ⅴ 感染防止対策のための地域連携	
第5	HAI 対策のための職員に対する研修等	・・・P. 6
第6	感染症発生状況の監視と発生状況の報告	・・・P. 6
	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	HAI 発生時の対応	・・・P. 7
第8	患者等に対する本指針の公開	・・・P. 7
第9	HAI 対策推進のための「院内感染対策マニュアル」	・・・P. 7

## 第1 趣旨

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院（以下「当院」という。）感染管理指針（以下「本指針」という。）は、当院における感染管理体制、医療関連感染（Healthcare-Associated Infection、以下「HAI」という。）の予防策等に係る基本方針を示すものである。院長直轄の感染管理部門は、本指針に基づき、当院内の適切な HAI の予防を推進し、患者・家族へ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

感染管理部門は、HAI を未然に防ぐことを第一として取り組み、HAI 発生時は拡大防止のため、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、本指針及び院内感染対策マニュアルに則った医療を患者・家族へ提供できるように取り組むものとする。さらに、感染対策の質の向上のために院内のみならず、地域との連携に心掛ける。

## 第3 用語の定義

### I HAI に係る本指針

1. 本指針は HAI 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. 本指針に示す要件と策定

本指針は、院内感染対策委員会（ICC：Infection Control Committee）（以下「委員会」という。）において策定及び改定され、以下の要件を含む。

- 1) HAI 対策に関する基本的な考え方
- 2) HAI 対策のための組織、委員会に関する基本事項
- 3) HAI 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) HAI 発生時の対応に関する基本方針
- 6) 患者等に対する本指針の閲覧に関する基本方針
- 7) その他の HAI 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. HAI

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する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することをいう。

HAI 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 HAI 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) 及び多剤耐性アシネトバクター属 (MDRA) 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に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 (HAI 対策のための組織、委員会に関する基本事項)

### I 感染管理室の設置

当院感染管理部門に感染管理室を設置し、組織的に HAI 対策を実施する体制を整える。感染管理室には、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、HAI 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。HAI 対策に関する取組事項は院内の見やすい場所に掲示して周知するものとする。

### II 委員会の開催

HAI 対策の推進のため、委員会を開催する。委員会は、第 1 項に定める委員で構成され、第 1 項以下に掲げる事項を所掌する。

1. 院長、副院長、診療科部長または医長、看護部長、薬剤部長、診療放射線技師長、臨床検査技師長、臨床工学室、リハビリテーション室、栄養管理室、事務部門、清掃委託業者、滅菌委託業者等各部門を代表する職員、研修医代表等により職種横断的に構成される。
2. 委員会の管理及び運営に関する規程を定める。

3. 原則として、月1回程度開催するが、アウトブレイク発生時には、必要と判断されれば、臨時開催する。
4. 院内の各部署から HAI に関する情報が委員会へ報告され、委員会から状況に応じた対応策が現場へ迅速に還元される体制を整備する。さらに、重要な検討内容については、HAI 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. HAI 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. 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、見直す。
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、HAI 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（ICT：Infection Control Team）部会活動の推進

HAI 防止に係る諸対策の推進を図るため、委員会の下に ICT 部会（以下「部会」という。）を設置する。

1. 部会は、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の職員により構成する。
2. 部会は、以下の活動と役割を担う。
  - 1) 最新のエビデンスに基づき、当院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）を作成し、各部署へ配布する。なお、手順書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、院内感染対策に関する研修を行う。
  - 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、HAI 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。部会員によるラウンドは、チームで行い、少なくとも感染対策向上加算の要件を満たすメンバー2名以上を含み、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し、患者へ侵襲的な手術・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（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。抗菌薬適正使用支援加算は、以下の要件を満たすものとする。

1. 当院感染管理部門に抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team、以下「AST」という。）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. ASTは、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成する。
3. ASTは以下の業務を行う。
  - 1) 広域抗菌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徴候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からモニタリングを実施する患者を設定する。
  - 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へフィードバックを行う。
  - 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等のプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量等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。
  - 6) 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委員会へ提案する。
4. ASTは、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関からの抗菌薬適正使用の推進に関する相談等には、業務に支障がない限り協力する。

#### V 感染防止対策のための地域連携

1. 感染対策向上加算 1・指導強化加算を算定する当院においては以下の地域連携を行う。
  - 1) 感染対策向上加算 2・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 HAI 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・HAI 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。
  - 2) 感染対策向上加算 2・3を算定する医療機関から、必要時に HAI に関する

相談等を受け、助言を行う。

- 3) HAI 対策サーベイランス (JANIS) 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相互に赴き、既定の様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該医療機関へ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。
- 5) 部会の専従の医師または看護師は、1 年間に 4 回以上、感染対策向上加算 2・3 の医療機関に赴き、院内感染対策等に関する助言を行う。

## 第 5 HAI 対策のための職員に対する研修等

感染管理室は、部会と連携して、HAI 対策を推進するため、職員に対する研修等を、当院の実情に即した内容で、職種横断的な参加のもとで行う。

1. HAI 対策のための基本的考え方及び具体的方策について、職員へ周知徹底を行うことで、個々の職員の HAI 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. 病院全体に共通する HAI に関する内容について、少なくとも年 2 回以上の定期的な研修を開催するほか、必要に応じて開催する。なお、医療安全管理の体制確保のための研修とは別に行うものとする。
3. 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）

当院の感染管理部門は、院内における感染症の発生状況を日常的に把握するシステムとして、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
  - 1) 中心ライン関連血流感染サーベイランス
  - 2) 手術部位感染サーベイランス
  - 3) 耐性菌サーベイランス
  - 4) 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）
  - 5) 針刺し・血液体液曝露サーベイランス
2. 症候性サーベイランス
  - 1) 発熱、急性呼吸器症候群サーベイランス
  - 2) 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
  - 1) 医療行為のプロセス評価（実施率や順守率の評価）

## 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へ集約されるよう整備する。また、当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合、病棟内で市中発生を除く、同一菌種の細菌、ウイルス又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の集積（目安として1事例につき10名以上となった場合）が見られた場合、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）及び多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）の5種類の多剤耐性菌については保健所に届け出を行う症例が確認された場合、又は院長が報告の必要があると判断した場合は、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 HAI 発生時の対応

感染管理室は、HAIの発生又はその徴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、HAI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. 中央検査室（細菌検査室）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部会及び臨床部門へフィードバックする。
3. アウトブレイク又はその徴候察知時には、委員会又は部会を開催し、可及的速やかにアウトブレイクに対する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、当院で制御困難と判断した場合は、速やかに北九州市、NPO法人KRICT（Kitakyushu Regional Infection Control Team：北九州地域感染制御チーム）へ感染拡大の防止に向けた支援を依頼する。

### 第8 患者等に対する本指針の公開

本指針は、当院のホームページへ掲載し、患者及び家族並びに利用者が閲覧できるよう配慮する。

### 第9 HAI対策推進のための「院内感染対策マニュアル」

HAI対策推進のため、詳細については「院内感染対策マニュアル」の職員への周知徹底を図ると共に、感染管理室、部会を中心にマニュアルの定期的な見直し・改訂を行う。



第一版	施行日	2008年1月1日
	改訂	2011年7月1日
	改訂	2014年4月1日
	承認	2016年9月21日
	改訂	2017年11月1日
第二版	改訂	2018年9月3日
	承認	2019年8月21日
	承認	2022年3月25日
	改訂	2023年3月15日
	改訂	2024年3月27日