

独立行政法人
地域医療機能推進機構

東京高輪病院
感染管理指針

令和８年９月改訂

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：ＩＣＣ）
Ⅲ 感染制御チーム（Infection Control Team：ＩＣＴ）の権限と業務内容
Ⅳ 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：ＡＳＴ）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．６

第６ 感染症の発生状況の監視と報告 ・・・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 医療関連感染発生時の対応 ・・・Ｐ．７

第８ 公表 ・・・Ｐ．７

第９ 病院感染管理指針の閲覧 ・・・P．７

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。

本指針は医療法に基づき、東京高輪病院（以下「当院」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東京高輪病院は、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　医療関連感染対策のための基本的考え方

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及び感染管理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

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 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． 東京高輪病院感染管理指針（以下「病院管理指針」という。）JCHO の各病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、及び予防を推進していくための基本的考え方を示したもので、ＪＣＨＯ感染管理指針に基づき以下の要件を含む。

病院感染管理指針は、当院の院内感染対策委員会（Infection Control Committee：ＩＣＣ）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（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

①１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。

（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） 最後の症例の感染症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

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 感染防止対策部門の設置

院内に専従者（感染管理を専門とした看護師）が配置された感染対策室を設置し、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、医療関連感染対策室長（医師)、感染管理者（infection control nurse:ICN)、薬剤師、臨床検査技師を配置し、感染対策チームを組織して、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。

感染管理室は、感染対策チーム/抗菌薬適正支援チームメンバーとともに適切な感染対策を検討・実施し、院内感染対策委員会へ報告する。感染対策室の専従者は医療感染対策に関する取り組みを独自で判断し組織横断的に行う権限

をもつ。緊急時（アウトブレイク時）は先立って患者、職員の安全、倫理的配慮した対応を行い、内容を院長や院内感染対策委員長へ報告する。感染管理に関する医療関連感染対策に関する取り組み事項は関係する職員へメール等にて周知する。

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（Infection Control Committee：ＩＣＣ）

１．医療関連感染対策の推進のため、院内感染対策委員会を設置する。

２．院内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作成と年１回程度の点検及び見直し、職員への周知

（２）院内感染対策委員会の管理及び運営に関する規程の制定

（３）院内の各部署からの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の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。

（４）院内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。

（５）医療関連感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）院内の抗菌薬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。

（７）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。

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。

（２）委員会の議事は、記録し感染対策部門が管理する。

Ⅲ 感染対策チーム（Infection Control Team：ＩＣＴ）の権限と業務内容

医療関連感染防止に係る諸対策の推進を図るため、感染対策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

策の実施に関する権限を感染管理者に委譲し、感染対策チームの院内での位置付け及び役割の明確化、院内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、コアメンバーと感染リンクスタッフを構成する。コアメンバーは医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師の職員により構成し、院内・院外で中心的活動を行う。感染リンクスタッフは各部署から選出し、各部門における感染対策推進活動を行う。

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手順を作成し、各部署へ周知・共有する。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の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）院愛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、届出制または許可制の体制とする。

（４）１週間に１回程度、院内を巡視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、チームメンバーの全員で行うことが望ましい、少なくとも２名以上で行い、計画表に準じて部署を巡回する。なお、各病棟を少なくても月１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菌薬の使用状況などから、病棟ごとの医療関連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、すく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わない月がないものとする。病棟以外の部署は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」（週報）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。

（６）経口抗菌薬の処方状況の把握を行う。

（７）抗菌薬の適正な使用を目的とした職員研修をすくなくとも年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。

（８）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。

（９）感染症診療・感染対策に関する各種コンサルテーション業務

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、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける。

Ⅳ 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：ＡＳＴ）活動の推進

薬剤耐性（Antimicrobial Resistance ：ＡＭＲ）対策の推進のため、抗菌薬の適正使用支援チームを設置し以下の内容にて抗菌薬の適正使用の推進を図る。

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ＭＲＳＡ薬及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時的な評価と主治医へのフィードバック

・適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況
・抗菌薬の選択・用法・用量の適切性
・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及び他の医療施設、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－ＳＩＰＨＥ）等に参加し、当病院の感染対策活動及び地域連携の推進に活用する。

第５ 医療関連感染対策のための職員研修

感染防止対策部門のＩＣＴ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。（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報告

Ⅰ 感染症発生状況の監視（サーベイランス）

各病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
- 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）

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

Ⅱ 発生状況の報告

当院の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、管轄の保健所、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

当院の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。

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容易に閲覧できるように配慮する。

作成　平成 30 年　 3 月　初版
改定　令和４年　 8 月　第２版
改定　令和７年　 ２月　第３版
改定　令和８年　 ９月　第４版