



独立行政法人

地域医療機能推進機構

大和郡山病院

感染管理指針

2025年 月

改訂版

目次

第 1	趣旨	・・・P.3
第 2	医療関連感染のための基本的考え方	・・・P.3
第 3	用語の定義	・・・P.3
	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.5
	I 感染対策部門の設置	
	II 感染対策委員会	
	III 感染管理室（感染対策チーム）	
	IV 抗菌薬適正支援チーム	
	V 感染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教育	・・・P.7
第 6	感染症の発生状況の監視と報告	・・・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	公表	・・・P.8
第 9	感染管理指針の閲覧	・・・P.9

別添 1	大和郡山病院感染管理体制図
別添 2	感染対策委員会規程
別添 3	感染対策委員会名簿
別添 4	感染対策チーム規程
別添 5	感染対策チーム名簿
別添 6	抗菌薬適正使用支援チーム規程
別添 7	抗菌薬適正使用支援チーム名簿
別添 8	感染管理室専従看護師業務基準
別添 9	アウトブレイク発生時の対応
別添 10	アウトブレイク発生時の連絡網

大和郡山病院 感染管理指針

第1 趣旨

この指針は、院内感染の予防・再発防止策ならびに集団発生時の適切な対応等、院内における院内感染対策体制を確立し、適切かつ安全で質の高い医療サービスの提供を図ることを目的とする。

第2 医療関連感染のための基本的考え方

当院の院内感染対策は、感染症の患者と感染症に罹患しやすい患者とが同時に存在していることを前提に、医療行為を行う際に起こりうる患者および職員への感染症の伝播リスクを最小限にすることを目的としている。そして、すべての患者を対象に「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とあわせて感染症に応じた感染経路別予防策を実践する。

院内感染が発生した場合は、速やかに情報収集と評価をし、事例を発生させた感染対策システム上の不備や不十分な点の改善に努める。さらに、院内感染事例の発生頻度を院外から発表される各種データと比較し、安全性を確保しながら患者に信頼される医療サービスと質の向上を目指す。

こうした基本姿勢をベースに院内感染対策活動の必要性、重要性を病院利用者および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。

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 大和郡山病院感染管理指針（以下「大和郡山病院感染管理指針」という。）

大和郡山病院の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を示したもので、JCHO 感染管理指針に基づき作成する。大和郡山病院感染管理指針は感染対策委員会（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

2. 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関わるあらゆる人に起こりうるものである。

3. 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

- 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）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関しては、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嚴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き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. 感染管理部門の設置

感染防止部門には、医療関連感染管理者、看護師、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、職員の教育、医療関連感染の相談（コンサルテーション）、発生動向調査（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り組み事項を院内の見やすい場所に掲示して周知する。

II. 感染対策委員会

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。

1. 委員会の構成員は院長、看護部長、事務部長、医師、看護師、薬剤部門責任者、中央検査技師長、放射線技師、理学療法士、管理栄養士、事務職員、医療安全管理者とし、院長が委嘱する。

2. 感染対策委員会は、以下の業務を行うものとする。

- (1) 感染管理指針の策定及び改訂
- (2) 感染対策委員会の管理及び運営に関する規定の策定
- (3) 各部署からの医療関連感染に関する報告及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及び改善策の実施、並びに職員への周知
- (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

3. 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、記録し総務企画課が管理する。

III. 感染対策チーム（Infection control team：ICT）

医療関連感染防止に係る対策の推進を図るため、感染対策チームを設置する。

1. 感染対策チームは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師により構成する。
 2. 感染対策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 回程度の点検及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及び定期的な院内研修の開催
 - (3) 抗菌薬使用状況の把握及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並びに発生状況の把握、分析及び対策
 - (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

IV. 抗菌薬適正支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team:AST）

薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策及び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・髄液等）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) モニタリング対象患者の経時的な評価と主治医へのフィードバック
 - (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. 奈良県郡山保健所、郡山市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 1 を算定している医療機関から、感染対策に関する評価を年 1 回相互に行う。
3. 感染対策向上加算 2 を算定している医療機関と、感染対策に関するカンファレンスを年 4 回開催し、うち 1 回は新興感染症を想定した訓練を実施する。
4. 感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 及び厚生労働省院内感染サーベイランス事業 (JANIS) に参加し感染対策活動の推進に活用する。

第 5 医療関連感染対策のための職員研修

ICT により、医療関連感染対策を推進するために職員に対する研修等を企画実施する

1. 医療関連感染対策のための基本的考え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を図る。
2. 職種横断的な参加のもとで行う。
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（開催日、出席者、研修事項）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）

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下記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. ターゲットサーベイランス
 - 中心静脈カテーテル関連感染サーベイランス (J-SIPHE)
 - カテーテル関連尿路感染サーベイランス (J-SIPHE)
 - 薬剤耐性菌サーベイランス (JANIS)
 - 抗菌薬使用量サーベイランス (J-SIPHE)

- 手指衛生剤使用量 (J-SIPHE)
- 2. 症候性サーベイランス
- 3. プロセスサーベイランス
 - 手指衛生直接観察

II. 発生状況の報告

院内の感染症発生状況について下記のように報告し、所管の保健所、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。

1. 抗原検査、Film array

院内抗原検査陽性例については即時感染管理室に電子カルテ「伝達事項」にて報告。

2. 細菌培養検査

無菌材料陽性例について、細菌検査室から主治医、該当部署、ICT へ「伝達事項」で報告。

3. 耐性菌等

院内感染のリスクが高い耐性菌 (ESBL 産生等) 多剤耐性菌等が分離された場合、即時主治医、当該部署、ICT へ「伝達事項」で報告。

第7 医療関連感染発生時の対応

医療関連感染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. 細菌検査に関する外注について、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、当該病棟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、必要に応じて所管の保健所・本部との協議の上報告する。

第9 病院感染管理指針の閲覧

病院感染管理指針は、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。

本指針は、2011（平成 23）年 7 月 1 日から実施する。

	2013（平成 25）年 4 月 1 日	一部改正
2014（平成 26）年 4 月 1 日	機構、病院名変更に伴い	改定
	2015（平成 27）年 4 月 1 日	一部改訂
	2016（平成 28）年 4 月 1 日	一部改訂
	2016（平成 28）年 9 月 12 日	一部改訂
	2017（平成 29）年 4 月 1 日	一部改訂
	2018（平成 30）年 4 月 1 日	一部改訂
	2019（平成 31）年 4 月 1 日	一部改訂
	2020（令和 2）年 4 月 1 日	一部改訂
	2021（令和 3）年 4 月 1 日	一部改訂
	2022（令和 4）年 4 月 1 日	一部改訂
	2023（令和 5）年 4 月 1 日	一部改訂
	2024（令和 6）年 4 月 1 日	一部改訂
	2025（令和 7）年 5 月 1 日	改訂