



独立行政法人
地域医療機能推進機構

感染管理指針

第 3 版

可児とうのう病院

2026 年 8 月改訂

目次

第1 趣旨	2
第2 医療関連感染管理のための基本的考え方	2
第3 用語の定義	2
I 医療関連感染に係る感染管理指針	2
II 事象の定義及び概念	3
第4 感染管理体制の整備	3
I 感染管理室の設置	4
II 感染対策委員会	4
III 感染制御チーム（Infection Control Team：I C T）活動の推進	5
IV 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：A S T）活動の推進	6
V その他	7
VI 感染防止対策地域連携の実施	7
第5 医療関連感染対策のための職員研修	7
第6 感染症発生状況の監視と報告	8
I 感染症発生状況の監視（サーベイランス）	8
II 発生状況の報告	8
第7 医療関連感染発生時の対応	8
第8 病院感染管理指針の公開	9

JCHO 可児とうのう病院 感染管理指針

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構可児とうのう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。（附属施設を含む）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。可児とうのう病院（以下「当院」とする）においては、本指針により院内感染対策を行う。

第2 医療関連感染管理のための基本的考え方

JCHO可児とうのう病院は、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、各病院の感染管理指針及び感染管理マニュアルのもと医療を患者・利用者に提供できるように取り組むものとする。

<基本理念>

われわれ医療従事者には、患者の安全を確保するための不断の努力が求められている。医療関連感染の発生を未然に防止することと、ひとたび発生した感染症が拡大しないように可及的速やかに制圧、終息を図ることは医療機関の義務である。当院においては、本指針により院内感染対策を行う。

第3 用語の定義

I 医療関連感染に係る感染管理指針

独立行政法人地域医療機能推進機構 可児とうのう病院感染管理指針

当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。

感染管理指針（以下「病院感染管理指針」という）

当院における医療関連感染管理定性、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方針を示したもので、感染管理指針に基づき作成する。病院感染管理指針は、院内感染対策委員会（ICC：Infection Control Committee）において策定及び改訂をするものとする。

院内の組織的な感染対策については、次の項を含めた、院内感染対策指針を定め、職員へ周知する。

医療関連感染対策に関する基本的な考え方

医療関連感染対策のための委員会その他の組織に関する基本事項

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

感染症の発生状況の報告に関する基本方針

医療関連感染発生時の対応に関する基本方針

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

その他、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

医療関連感染（H A I：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。

感染症アウトブレイク

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

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。

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（C R E）、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（V R S A）、多剤耐性緑膿菌（M D R P）、バンコマイシン耐性腸球菌（V R E）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。

C R E 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。

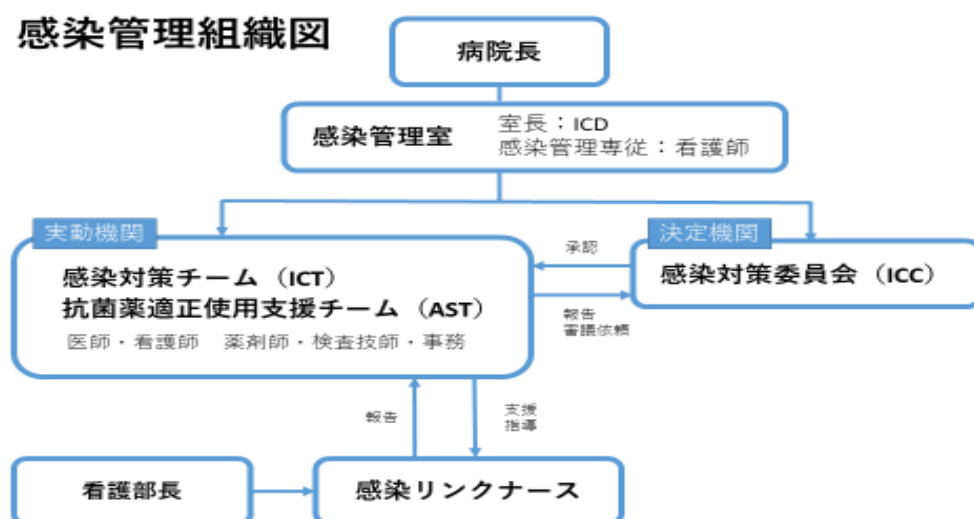
感染症アウトブレイクの終息とは、以下のいずれかの要件を満たしたことをいう。

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

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

感染管理組織図



2025年 9 月作成

I 感染管理室の設置

感染管理室を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。

本指針(院内指針、手順書と言ふべきもの:以下同様)は院内感染対策委員会 infection control committee (I C C) の議を経て策定したものである。また、院内感染対策委員会の議を経て適宜変更するものであり、変更の際には最新の科学的根拠に基づかなければならない。

- (1) 感染管理室には、専任の医師 (ICD)、専従の感染管理認定看護師を配置し、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。
- (2) 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書 (マニュアル) を作成し、各部署に配布する。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。
- (3) 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)
- (4) 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、届出制の体制をとる。

II 感染対策委員会

医療関連感染対策推進のため、感染対策委員会を開催する

感染対策委員会の構成員は各部門を代表する職員等により職種横断的に構成する。

院長 (委員長を務める。出席できない場合はI C Dが代理)

インфекションコントロールドクター (I C D)

微生物検査技師

診療科代表医師 2名 (内科、外科。I C Dと兼任可)

看護部長、副看護部長 各看護師長等

医療安全管理者

手術部・中材看護師長

薬剤部長

診療放射線技師長

臨床検査技師長

副栄養管理室長

理学療法士長

老健副施設長 (事務長)

健康管理センター棟看護師長

事務 (事務長補佐: 総務企画班長、医事班長)

感染管理認定看護師 (C N I C)

総務企画課 (書記)

上記③以下の代表者が欠席の場合は必ず代理が出席することとする。

院内感染対策委員会は、以下の業務を行うものとする。

- (1) ICTの報告を受け、その内容を検討した上で、ICTの活動を支援すると共に、必要に応じて、各診療科に対して院長名で改善を促す。
- (2) 院内の各部署から医療関連感染に関する情報が院内感染対策委員会に報告され、院内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。
- (3) 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。
- (4) 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、届出制の体制を整備する。
- (5) 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。
- (6) 感染対策に必要な物品の購入伺いを出す。
- (7) 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じて見直しする。
実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合は、さらなる改善策を勧告する。
- (8) ICTが検討した事項についてさらに討議し感染対策マニュアルを更新する。
- (9) 職員への予防注射の実施を決定する。
- (10) 院内、および厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業を実施しその結果を評価、検討する
- (11) 委員会の開催及び活動の記録
委員会の開催は毎月第2木曜日、重大な問題が発生した場合は緊急で必要に応じて臨時会議を開催する。
委員会の議事は、記録し感染管理室または事務部門が管理する。

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

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。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。

感染制御チームは、医師、看護師、薬剤師、微生物検査技師、事務員により構成し、院長が任命する。院長より感染対策に関する権限を委譲された院長直属のチームとして活動する。

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、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、電子カルテに掲載する。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、検討し院内感染対策委員会へ諮る

- (2) 1週間に1回定期院内ラウンドを行って、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。現場の改善に関する介入、コンサルテーション、サーベイランス、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生の特定制圧に当たる。感染制御チームによるラウンドは、チームメンバー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、各病棟を毎月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
- (3) 重要な検討事項、異常な感染症発生時および発生が疑われた際は、その状況および患者／院内感染の対象者への対応等を担当医と検討し、院長へ報告する。改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る
- (4) 職員教育（集団教育と個別教育）の企画遂行を積極的に行う。院内ネットや掲示物で広報活動を行う
- (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。院内細菌分離情報、抗菌薬感受性を把握する
- (6) 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
- (7) 保健所からの情報、指示を受け、感染症発症届出の支援をする
- (8) 清掃委託業者と連絡をとりあい適切な環境整備に協力する
- (9) 洗浄・滅菌業務が適切に行われているかどうか把握する
- (10) JANIS、J-SIPHEなどのサーベイランスに参加し最新の感染対策情報を収集する
- (11) 感染防止対策加算のための感染対策地域連携カンファレンスを企画、参加する
- (12) 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
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）

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、特に抗菌薬の適正使用の推進を図る。感染対策向上加算1を取得する場合は、抗菌薬適正使用支援チームを設置する。

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。

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続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) 抗菌薬の採用と採用中止の検討
- (8) 感染症診療の各種コンサルテーション

V その他

発生した院内感染症が、正常範囲の発生か、アウトブレイクあるいは異常発生かの判断がつきにくいときは、圏域内の可茂保健所・岐阜県院内感染対策相談窓口（岐阜大学医学部附属病院生体支援センター内に設置した専門相談窓口）を活用する。

VI 感染防止対策地域連携の実施

感染対策向上加算 1 を算定する医療機関であり以下を行う。

保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算 2 又は 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（当院と中部国際医療センターが主催する合同カンファレンス年 4 回＋岐阜県病院協会主催の岐阜県感染対策向上加算算定施設合同カンファレンス 2 回）、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。このうち少なくとも 1 回は、新興感染症等の発生等を想定した訓練を行う

感染対策向上加算 2・3 又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関から、必要時に院内感染に関する相談等を受ける

院内感染対策サーベイランス（J A N I S）、感染対策連携共通プラットフォーム（J - S I P H E）等、地域や全国のサーベイランスに参加する

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、当該医療機関に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

第 5 医療関連感染対策のための職員研修

感染管理室は、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、企画し実施する。

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。病院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下で行う。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。）

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）

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。

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

カテーテル感染尿路感染サーベイランス

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）

その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する（手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎）

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

プロセスサーベイランス

医療行為のプロセスの評価（実施率や遵守率の評価）

MRSAに関しては環境検査を行い標準予防策のモニタリングとして啓蒙活動に利用する

II 発生状況の報告

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、JCHO本部及び西日本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

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。

施設内の各領域別の微生物の分離率ならびに感染症の発生動向から、医療関連感染のアウトブレイクあるい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

臨床微生物検査室では、業務として検体からの検出菌の薬剤耐性パターンなどの解析を行って、疫学情報を日常的にICTおよび臨床側へフィードバックする

外注している検体検査がある場合は、外注業者と緊密な連絡を維持する

アウトブレイク又はその兆候察知時には、緊急に院内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

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、速やかに圏域の可茂保健所や岐阜大学医学部附属病院生体支援センター内に設置した専門相談窓口（kansen@gifu-u.ac.jp）に支援を依頼する

第 8 病院感染管理指針の公開

病院感染管理指針は、各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。

附則

この指針は 2008 年 3 月 1 日より施行する

2014 年 10 月 1 日改訂

2016 年 4 月 1 日改訂

2016 年 9 月 1 日改訂

2017 年 4 月 1 日改訂

2018 年 10 月 1 日改訂

2022 年 10 月 1 日改訂

2024 年 6 月 1 日改訂

2025 年 7 月 1 日改訂

2026 年 7 月 1 日改訂

2026 年 8 月 13 日改訂