感染管理指針

目次

１．趣旨・・・

感染管理指針

１．　趣旨

この指針は、病院感染の予防および、集団感染事例発生時の対応などにおける感染対策の基本方針を定め、患者および全職員、訪問者を病院および施設感染から防御し、安全で質の高い医療の提供に資するものとする.

２．感染対策に関する基本方針

独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）東京蒲田医療センター（以下当該施設と呼ぶ）は大田区内における総合的医療を担う中核病院であることから伝播リスクの高い感染症患者に対する高度な感染対策を実践するとともに易感染症患者を含む全ての対象者を病院感染から防護する責務がある. そのため効果的な感染管理組織を整備し、サーベイランスを核にした感染管理プログラムを策定し実施する. また、全職員は感染対策マニュアルを遵守し、常に標準予防策と適切な感染経路別予防策を医療行為において実践する.

さらに、院内外の感染情報を全職員が共有し異常を速やかに察知し迅速な対応を目指す.

また、当該施設において発生した感染事例を分析、評価し、感染対策の改善に活かす.

こうした感染対策に関する基本姿勢を職員に周知し、医療の安全性を確保し患者に信頼される医療サービスを提供する.

３．感染管理体制

１）医療安全管理部※1　院内感染管理者の配置

※１　医療安全管理部門をもって感染対策部門とする

（１）院内感染管理者の配置

配置基準：医療法（第６条の１２）に基づき院長が任命

（２）資格要件

医師・歯科医師・薬剤師・看護師のいずれか

（３）院内感染管理者

感染管理担当看護師：松田奈津美（2026 年４月現在）

（４）院内感染管理者の任務

①方針の企画、立案

最新のエビデンスに基づき、院内感染対策マニュアルの作成並びに改訂を行う.

②院内ラウンド

定期的に巡視し感染防止対策が正しく実施されているか確認・指導

対策実施の適正化（レギュレーション）および介入（インターベンション）

③職員教育（研修）

すべての職員に対する感染対策の意識向上や定期的な研修の実施

④感染対策相談（コンサルテーション）

⑤職員の健康管理

⑥アウトブレイクの対応

アウトブレイクが発生した場合は原因究明と迅速な対策（診療制限や隔離など）を講じる.

⑦サーベイランス

感染症の状況や抗菌薬の使用状況をデータで分析し効果的な対策に役立てる.

2）感染対策室の設置

当該施設の感染制御を円滑に運営するために、医療安全管理部に感染対策室を設置する.
院内の感染防止対策に関する全体の問題点を把握し、改善策を講じるなど院内の感染防止対策活動の中枢的な役割を担う.

【感染対策室の任務】

①院内感染防止対策委員会の方針を ICT/AST の活動に反映する.

②ICT/AST の中核として他関連部門との連携を図り活動する.

③サーベイランスを中核となり実施する.

④医療関連感染に関する職員教育の実施.

⑤院内ならびに大田区および周辺施設との連絡・相談窓口となり、医療関連感染に関するコンサルテーションの実施

【感染管理室の業務】

①サーベイランスに関する事項

②感染管理教育の啓発、研修企画、運営に関する事項

③感染管理プログラムの策定と実施

④感染防止マニュアルの策定、改訂

⑤アウトブレイク発生時の調査、介入

⑥院内ラウンド、施設外ラウンドにおける助言

⑦感染対策に関わるコンサルテーション（院内・院外）

⑧感染防止対策委員会、ICT、感染管理リンクスタッフ部会の活動に関する事項

⑨職員の健康管理に関する事項

⑩清掃、洗濯、施設設備、給食に関わる事項

⑪感染対策に関わる医療材料、器材の選定に関わる事項

【感染管理室の権限】

①組織横断的な指導・監督

・院内感染対策に係る実働チーム（ICT 等）を統括しすべての部門に対し指導や必要と判断された調査を行うことができる.

②病床、入退院の管理

・感染症の発生時やアウトブレイクの可能性がある場合、病院長の承認のもとで特定の病床の使用制限や隔離、入退院の調整を指示できる.

③抗菌薬の適正使用支援

・AST と連携し、特定の広域抗菌薬の使用に対する監視や、投薬中止などの適正使用に向けた介入・助言を行う.

④職員の教育と健康管理

・職員に対する感染対策教育や職業感染予防、ワクチン接種状況等の管理を行う.

3）院内感染防止対策委員会の開催

院内感染防止対策委員会（ Infection Control Committee：ICC）以下 ICC の組織および運営に関し必要事項を定める

（1）ICC は次の各号に掲げる組織体制をとる

①ICC は院内における医療関連感染防止対策に関する院長の諮問機関として設置する.

②ICC は当該施設に関する事案の協議、承認など決定権を持つ機関である.

③ICC は当該施設の感染管理に関する方針作成と承認機関として機能する.

④院長、副院長、看護部長、事務部長をはじめ管理的立場にある職員および診療部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌部門（手術室・中央材料室）、放射線部門、給食部門の各代表による職員、感染管理医師または感染管理担当医師、専門認定を受けている看護師（認定看護師等）または感染管理担当看護師で構成される.

【委員会メンバー】

院長、副院長（感染管理責任者）、看護部長、事務部長、呼吸器外科医師（感染管理担当医師）、薬剤部長、臨床検査技師長、経理課長補佐、診療放射線技師長、副栄養管理室長、感染管理担当看護師（副看護師長）、透析室/感染対策室看護師長（感染管理認定看護師）、洗浄・滅菌部門：手術室/中央材料室看護師長

※2026 年 4 月現在

（2）ICC の委員長は院長または院長が指名したものがこの任にあたる

① ICC は月 1 回開催※2する（毎月第３金曜日 16：00）

※2 重要案件等発生時には臨時開催

②委員長が必要と認める時は、委員以外のものを臨時に委員会へ出席させる事が出来る

③ICC の実働組織として感染対策チーム（ICT）ならびに抗菌薬適正支援チーム（AST）を直轄する.

④感染対策チーム（ICT）は医療関連感染防止における諸対策の実践と推進を行う.

⑤抗菌薬適正支援チーム（AST）は主治医が抗菌薬を使用する際、個々の患者に対して最大限の治療効果を導くと同時に、有害事象をできるだけ最小限にとどめ、感染症治療を最適化する.

（3） ICC の任務

①院内における重要事項について、感染発生時および発生が疑われる患者への対応を含め協議する.

②院内におけるアウトブレイクまたは異常発生時は、緊急感染対策委員会を開催し、発生原因の分析、改善策立案および実施ならびに職員への周知を図る.

③立案された改善策の実施状況を必要に応じ調査し、見直しを図る.

④感染対策チーム（ICT）、抗菌薬適正支援チーム（AST）の報告を受け対応を示唆する.

⑤抗菌薬使用における仕組みと監視・評価を行う.

3）感染対策チーム活動

感染対策チーム（Infection Control Team：ICT）以下 ICT の組織および運営に関し必要事項を定める.

（1）ICT は感染対策室に設置する.

（2）ICT は ICC の直轄機関である.

（3）ICT は ICC の方針に従い、医療関連感染防止における諸対策の実践と推進を行う.

（4）ICT 全ての感染管理プログラム活動を推進するために、迅速、的確な情報伝達と決断力を持ち、感染の早期発見と感染経路遮断などの活動を展開する.

（5）ICT メンバー※3

感染管理医師（Infection Control Doctor：以下 ICD）または感染管理担当医師
感染管理認定看護師（Certified Nurse Infection Control:以下 CNIC）他専門認定を受けた看護師または感染管理担当看護師、臨床検査技師、薬剤師、事務職員、他 ICT が必要と認めた職種

※3 ICT メンバー

①感染管理担当医師：内科医師 1 名、呼吸器外科医師 1 名
②感染管理担当看護師：専従者 1 名（副看護師長）、感染管理認定看護師 1 名（看護師長）
③薬剤師：1 名
④臨床検査技師：主任臨床検査技師 1 名、臨床検査技師 1 名
⑤事務職（医事課）：入院係長 1 名

※3 ２０２６年４月現在

（6）ICT ミーティングは毎週火曜日 15：30 から開催する.
但し、曜日・時間は随時変更することがある.

（7）院内ラウンドは毎週火曜日 16：00 から開催する（週に 1 回、2 名以上で実施）
但し、曜日・時間は随時変更することがある.
①環境ラウンド（各病棟）
病棟以外の部署（2 か月に 1 回）
②感染症発生ラウンド（随時）

（8）ICT は感染対策向上加算１の施設基準に沿って活動を展開する.
【感染対策向上加算１】
① 当該施設は「連携する感染対策向上加算２ならびに外来感染対策向上加算※4」もしくは加算３を算定する施設に対し合同カンファレンスを年４回以上開催する.
但し、大田区内加算１施設、蒲田医師会、大森医師会、田園調布医師会、大田区保健所合同による年３回の合同カンファレンスを含む.

※4 連携する感染対策向上加算２施設：医療法人社団メドビュー東京ちどり病院
連携する外来感染対策向上加算施設：医療法人社団紘榮会東京羽田渡辺クリニック
2026 年７月現在

②原則、感染対策チームを構成する各々の職種（医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師）が少なくとも１名参加.

③合同のカンファレンスの議事録は加算１施設が作成し、連携する感染対策向上加算２もしくは加算３を算定する施設に送付する.

④感染防止に関わる相談は通常、メール代表：matsuda-natsumi@kamata.jcho.go.jp を通じ各職種に対し行い、メール代表より相談者に回答を行う.

⑤地域連携

当該施設は「連携する感染対策向上加算 1」※5 を算定する施設と年 1 回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を実施する.

※5　連携する感染対策向上加算 1：医療法人社団松和会　池上総合病院

2026 年 4 月現在

⑥新興感染症発生・まん延期における医療体制

医療措置協定について

（病床確保）

当該施設は第一種協定指定医療機関（入院）であり東京都の要請に応じて必要な入院の受け入れを行う.

受け入れ人数は**最大 26 名**とし**中等症Ⅰ、中等症Ⅱの患者**とする.

（発熱外来）

当該施設は第二種協定指定医療機関（発熱外来）であり東京都の要請に応じて必要な診療・検査を行う.

受診者数：**１日 20 名程度の患者の診療**を行う.

⑦高齢者施設等との協力体制

（助言・研修）

高齢者施設等から感染対策に関する相談等の依頼があれば当該施設に赴き実地指導、助言を行う.また当院で開催する感染対策研修・新興感染症等訓練において介護保険施設等から年１回以上参加し合同で実施する.

（高齢者施設等感染対策向上加算算定による連携施設：介護報酬関連）

- 社会福祉法人長寿村　特別養護老人ホーム　大田翔裕園
- 社会福祉法人長寿村　介護老人保健施設　大田ナーシングホーム翔裕園
- 社会福祉法人池上長寿園　特別養護老人ホーム蒲田
- 社会福祉法人池上長寿園　特別養護老人ホーム大森
- 社会福祉法人池上長寿園　特別養護老人ホーム羽田
- 社会福祉法人池上長寿園　特別養護老人ホーム糀谷
- 社会福祉法人桜花　特別養護老人ホーム　千里
- 社会福祉法人善光会　介護老人保健施設　アクア東糀谷
- 社会福祉法人善光会　特別養護老人ホーム　フロース東糀谷
- 社会福祉法人善光会　フラクタルビレッジ西六郷
- 社会福祉法人善光会　フラクタルビレッジ羽田

・社会福祉法人善光会　フラクタルビレッジ大森南
・工藤建設株式会社　フローレンスケア千鳥町

2026 年 4 月現在

（9）ICT 行動指針

①患者を感染から守ること.
②職員を感染から守ること.
③訪問者を感染から守ること.
④合理的、経済的対策であること.
⑤環境に配慮していること.

（10）ICT 活動

①感染対策に関する医療上、看護上のアドバイスを行う.
②アウトブレイク、種々の感染症に対して可及的速やかな対応を講じる.
③感染制御に対する職員研修を年２回以上実施する.（外部委託業者を含む）
④サーベイランスを積極的に行い、結果を現場にフィードバックし感染率の低減を図る.
⑤週 1 回程度ラウンドを行い感染対策の浸透、改善を行う.
⑥感染対策のマニュアルの作成、見直し、改訂を適時行い職員に徹底する.
⑦環境衛生、器具導入、病院建築などの問題を検討する.
⑧職業感染対策を行う

（11）各職種の主な役割

①ICD または感染管理担当医師

・感染制御の実質的な責任者.
・感染対策上、特定の個人や診療科、医局全体に関わる内容について調整を行う.
・職員の教育および啓発を行う.
・感染症診療におけるコンサルテーション.
・感染症患者やその家族に対し、病状の説明や隔離の必要性について説明を主治医と共に行い、患者や家族の同意を得る.
・各種伝染性疾患における報告・届け出の管理.
・院内各科の医師、看護師、薬剤師、検査技師、栄養士、事務官など院内すべての職員と密接な連絡を取る.

②CNIC 等の専門認定を受けている看護師または感染管理担当看護師

看護師の視点から対象を個人ではなく集団全体として捉え病院施設のシステムにおいて、患者や医療従事者の集団に、どのような感染管理上の問題が存在し、どのような対策が必要かを明らかにする役割がある.

・医療関連感染サーベイランス
感染率の低減を図るため、サーベイランス（データの収集・分析・評価）を実践する.
・感染防止技術
疫学的に認められた感染防止技術について理解し対策を選別した上で各施設、各部署の状況に合わせて主にマニュアルという形で導入し、サーベイランス等を通して、その

遵守率や導入効果についてコストパフォーマンスを評価、適宜改訂を実施する.

・感染管理教育

効果的な感染管理対策が現場において実践されるために、病院職員がどのような教育を必要としているかアセスメントし感染防止に関する継続的な教育、現場での教育を立案・実践・評価を行う.

・職業感染防止

病院で働く全ての人々に対し、針刺しなど血液曝露防止、結核など空気感染防止対策を立案・実践・評価を更新あるいは推進する.

・ファシリティマネジメント

患者の安全な療養環境を確保するためにファシリティマネジメントを推進.廃棄物、給食、空調、水、清掃などの管理が含まれ、感染防止の視点からこれらの活動の実践をサポートする.

・コンサルテーション

病院で働く全ての人々ならびに連携施設等に対して感染防止に関連した問題についてコンサルテーションを行う. コンサルテーションは相手に指示を与えることではなく正確な情報を提示して相手の問題解決を支援する.

③臨床検査技師

パニック結果の報告（随時）

・血液培養、血管カテーテル、髄液などの無菌材料からの菌の検出報告、薬剤感受性報告
・インフルエンザ、ノロウイルスなど伝染性の強い病原体の検出報告
・MRSA,MDRP,ESBL,VRE,MDRA,CRE など多剤耐性菌の検出報告
・病院疫学情報（感染対策情報）の把握とその情報を提供
・耐性菌検出状況の把握、集計報告
・対象病原体の検出数の把握
・保菌調査および監視培養の報告（毎日、随時）

多剤耐性菌や MRSA などアクティブサーベイランスの調査報告

・耐性菌株の疫学マーカーによる調査（必要時）

外部機関へ耐性菌株の毒素産生能や遺伝子レベルでの解析依頼（PFGE 法、POT 法など）

・薬剤感受性の解析（アンチバイオグラム作成）毎年

対象菌の薬剤感受性の集計

・感染症ラウンド資料作成

血液培養陽性患者のリスト及び検査結果のまとめ

・各種サーベイランスの集計に参画

ICC,ICT で集計結果や解析結果の報告

・環境調査（病棟環境や医療器具）：必要時

院内流行時や内視鏡などの医療器具の細菌学的検査

・微生物検査に関する教育、研修

医師、看護師へ検体採取、保存、輸送などの研修

病原微生物に関する研修

・感染対策向上加算における合同カンファレンス（4 回/年）
検査結果の集計・報告、コメント

④薬剤師

医師の診断に基づいて、腎機能などの検査値や原因微生物の薬剤感受性から、抗菌薬選択や投与方法などを提案。投与開始後の臨床検査値や薬剤血中濃度をモニタリング臨床所見と対比しながら投与計画の有効性を検証.

【抗菌薬適正使用推進】

・抗 MRSA 薬、カルバペネム系薬、ニューキノロン系薬、第 4 世代セフェム系薬の特定抗菌薬に関する届け出制または許可制管理
・抗菌薬ミキシング※6（グラム陰性桿菌に抗菌活性を示す薬剤を中心に）

※6 抗菌薬の使用状況を月ごとにモニタリングし、使用頻度が少ない抗菌薬の選択を奨励し使用頻度の多い抗菌薬を制限し、各抗菌薬を隔たりなく使用する.
AUD を用いて使用割合を算出.

・TDM をはじめ PK/PD 理論を考慮した抗菌薬の投与設計など薬物動態からのアプローチを行う.

【消毒薬の適正使用】

・消毒薬マニュアル作成;
使用する消毒薬の種類、消毒方法、消毒手順など標準化使用状況の把握等.

【注射薬の調整】

・輸液の調整は薬剤部で集中的に行われているが多くの注射薬の調整は病棟で医師、看護師により通常の環境で行われており無菌的に調整されているとはいえない現状注射薬の調整方法について指導・監視を行う.

⑤事務職員（コーディネーター）

・ICT/AST の事務処理全般を担当
・院内各部への情報伝達や連絡
・他施設や保健所などへの事務連絡
・感染予防対策や処置などに関する必要経費の算定、経費管理
・清掃業務、廃棄物処理業務使用策定（経理部門）
・清掃業務、廃棄物処理業務の業者選定時の技術審査(経理部門）
・清掃作業員等への感染対策についての指導・教育
・職員健康管理
・物品の管理
・感染情報トピックス、ICT 活動 PR、感染対策イベント企画、キャンペーンなど感染に関するリソース

4）抗菌薬適正使用支援チーム

この要綱は抗菌薬適正使用チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）以下AST の組織および運営に関し必要事項を定める.

（1）AST は医療安全管理部門内に設置する.

（2）AST は ICC の直轄機関である.

（3）AST は ICC の方針に従い、ICT と協働し、感染症診療における耐性菌抑制と予後向上を両立させる.

（4）ASTは主治医が抗菌薬を使用する際、個々の患者に対して最大限の治療効果を導くと同時に有害事象をできるだけ最小限にとどめ，いち早く感染症治療が完了できる（最適化する）ようにする目的で支援する.

（5）AST メンバー※7

医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師とし他、AST が必要と認めた職種

①感染管理担当医師：内科医師 1 名、呼吸器外科医師 1 名

②感染管理担当看護師：専従者 1 名（副看護師長）、感染管理認定看護師 1 名（看護師長）

③薬剤師：1 名

④臨床検査技師：主任臨床検査技師 1 名、臨床検査技師 1 名

⑤事務職（医事課）：入院係長 1 名

※7 2026 年 4 月現在

（6）AST ミーティングは毎週火曜日 15：30 分から開催する.

但し、曜日・時間は随時変更することがある.

（7）AST の任務

感染対策向上加算１/感染防止対策地域連携加算の施設基準に沿って活動を展開する.

① 特定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、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.

② 対象患者の適正な微生物検査、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掲示的に評価し必要に応じて主治医に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 2 セット採取等）やアンチバイオグラムの作成を行う.

④ 特定抗菌薬使用状況および血液培養（2 セット）提出率、耐性菌発生率、抗菌薬使用量の結果を定期的に評価する.

⑤ 抗菌薬の適正な使用も目的とした職員の研修を年 2 回以上実施する.

⑥ 院内の適正抗菌薬使用マニュアルの作成・改訂を行う.

⑦ 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コンサルテーションを受ける.

コンサルテーション窓口：AST 薬剤師

5）感染管理リンクスタッフ部会（Infection Control Link.Staff：ICLS）

この要綱は感染管理リンクスタッフ（以後 ICLS と呼ぶ）部会の組織および運営に関し必要事項を定める.

（１）ICLS 部会は現場とのつなぎ役であり、臨床現場での中心的な役割を果たし、科学的根拠に基づいて具体的な感染対策を実践する. また、患者ケアおよび臨床業務の質の向上を目的に活動する機関として設置する.

（２）ICLS 部会は ICT との協働機関である.

（３）ICLS 部会の構成メンバーは CNIC もしくは感染管理担当看護師と各部署から１名の選出. 選出基準は臨床経験年数を問わず、医療関連感染に対し関心と知識のある職員を所属長が推薦し選出する.

（４）ICLS 部会の任期は２年とするが、再任は妨げない.

（５）ICLS 部会は毎月１回第３月曜日１５：００から開催する.

（６）ICLS の任務

ICT の活動方針に従って、臨床現場の医療関連感染防止対策推進の**役割モデル**として次の各号に掲げる任務を行う.

①医療関連感染防止対策を自部署の職員に周知徹底する.

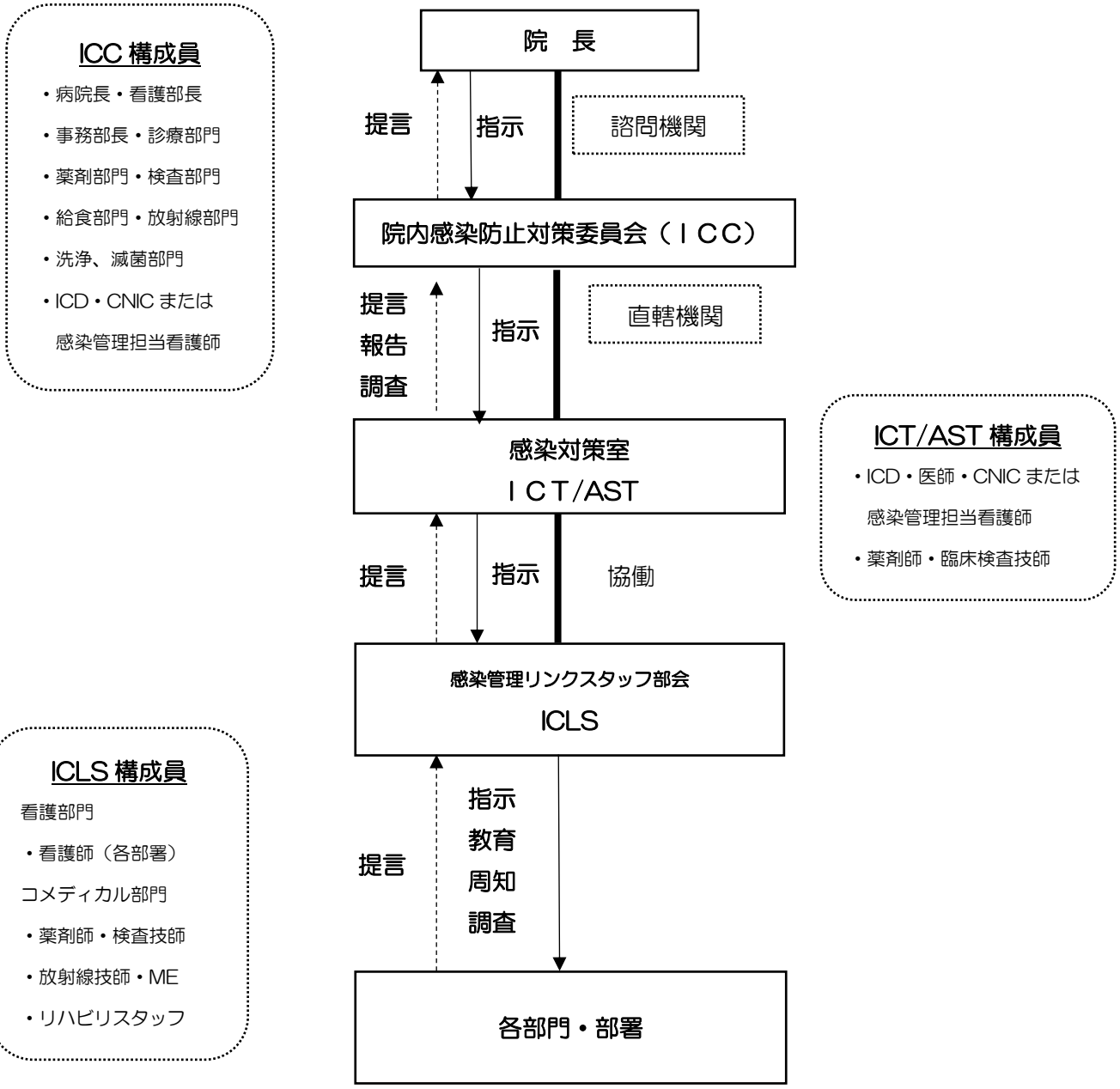
②現場の医療関連感染防止対策上の問題点・課題点を発見し、ICT に報告するとともに、協働で改善するよう活動する.

③アウトブレイクの防止、調査、制圧を ICT と共に行う.

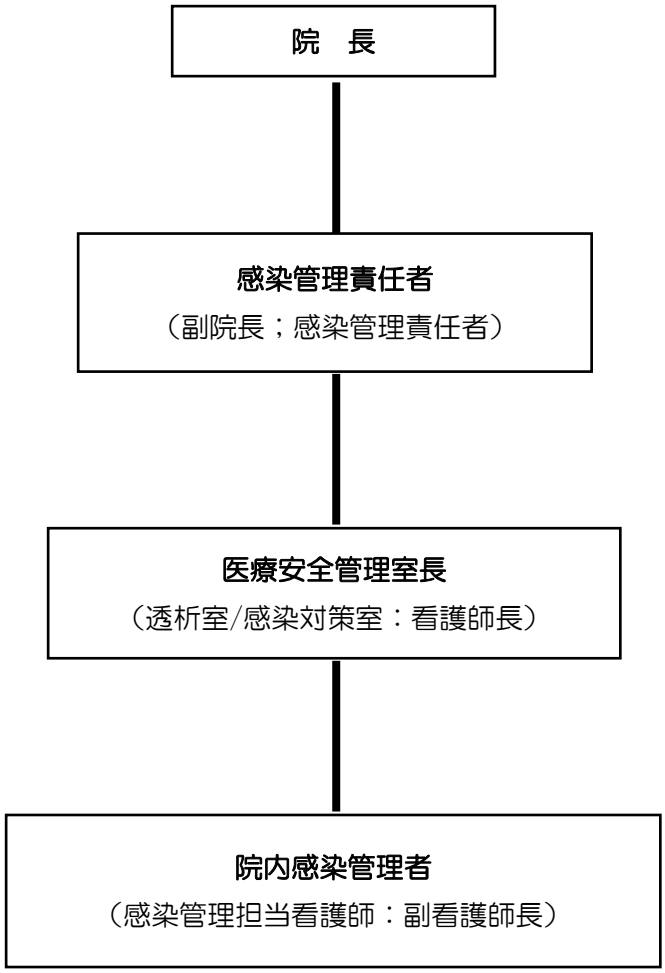
④サーベイランスの協力をする.

⑤医療関連感染防止対策に関する学習会、研修会に参加し知識の習得に努めると共に情報を現場に提供する.

感染管理委員会組織図


ICC 構成員
・病院長・看護部長
・事務部長・診療部門
・薬剤部門・検査部門
・給食部門・放射線部門
・洗浄、滅菌部門
・ICD・CNIC または
感染管理担当看護師
院　長
提言
指示
諮問機関
院内感染防止対策委員会（ＩＣＣ）
提言
報告
調査
指示
直轄機関
感染対策室
ＩＣＴ/AST
ICT/AST 構成員
・ICD・医師・CNIC または
感染管理担当看護師
・薬剤師・臨床検査技師
提言
指示
協働
感染管理リンクスタッフ部会
ICLS
ICLS 構成員
看護部門
・看護師（各部署）
コメディカル部門
・薬剤師・検査技師
・放射線技師・ME
・リハビリスタッフ
提言
指示
教育
周知
調査
各部門・部署

感染管理の組織体制



感染対策室

- 感染管理責任者（医師）
- 感染管理担当医師
- CNIC または感染管理担当看護師
- 薬剤師
- 臨床検査技師
- 医事課事務員

※　2026 年 4 月現在

4. 感染管理に関する職員研修の基本方針

1）研修の目的

（1）感染対策に関する事項（全職員）

感染管理の基本的な考え方及び標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策をはじめとする感染防止の具体策を全職員に周知徹底し、職員個々の感染対策に関する意識と技術の向上を図る.

（2）抗菌薬適正使用/微生物関連に関する事項（関連職員）

不適切な抗菌薬の使用が耐性菌を発生あるいは蔓延させる原因となるため、抗菌薬の使用を適切に管理できるよう抗菌薬関連/微生物関連の知識と意識の向上を図る.

2）研修の種類および方法

（1）新規採用職員に対する研修

採用時に感染管理の基礎に関する研修を行う.

（2）感染管理組織に所属する職員の研修

外部研修会、研究会、学会などへ積極的に参加し、感染管理の最新の知識と技術を得る.

（3）**全職員**を対象にした継続的な研修（ICT）

①全職員を対象とした感染管理研修を**年２回以上実施**する.

②研修は感染対策室が企画しICT 主催で行う.

③年間研修計画および参加実積（開催日・研修項目・出席）を記録.

④院外、施設外の研究会、講習会を広く院内全体に広報し参加を推進する.

（4）関連職員※8 を対象にした継続的な研修（AST）

①研修は AST が企画・主催する.

②抗菌薬関連/微生物関連の研修を**年２回以上**実施する.

③年間研修計画および参加実積（開催日・研修項目・出席）を記録.

※8　関連職員：医師・看護職員・薬剤師・臨床検査技師

5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

医療関連感染発生時は、当該患者を第一に考慮し適切な治療が受けられるよう診療支援に努めることとし、また必要日応じて関連する暴露者からの二次感染予防、職員への感染症の伝搬を予防するための適切な処置を講じていくこととする.

1）臨床検査室より院内感染の発生もしくは疑われる場合は院内感染発生時（院内・院外関係者）連絡フローチャート※9 に則り報告が行われること.

2）院内感染発生時は、感染防止対策マニュアルに定めた各項に従い、標準予防策並びに感染経路予防策を実施していく.

3）暴露患者のうち、感染症伝搬防止のために隔離あるいはコホートを必要とする場合には適切な措置を講じる.

4）感染管理室は当該部署および関連する部署の職員に対して、必要な事項を確認し適切な感染対策の実施が徹底するよう指導を行う.

５）患者および職員の安全に関連する場合には、医療安全管理室へ報告し再発防止の立案に努めることとする.

６）職員の健康に関連する場合には、職員の労働安全の向上および職員から患者への交差感染の予防に努める.

７）上記の対策を適切に行ってもなお、感染症の制圧ができない場合は新規入院の一時停止、患者移動（転室・転棟等）について感染管理室は病院長へ進言し対応を図る.

8）アウトブレイクまたは異常発生時の対応

（１）微生物の分離率や感染症報告などからアウトブレイクあるいは異常発生を迅速に特定する.

（２）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、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以下 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

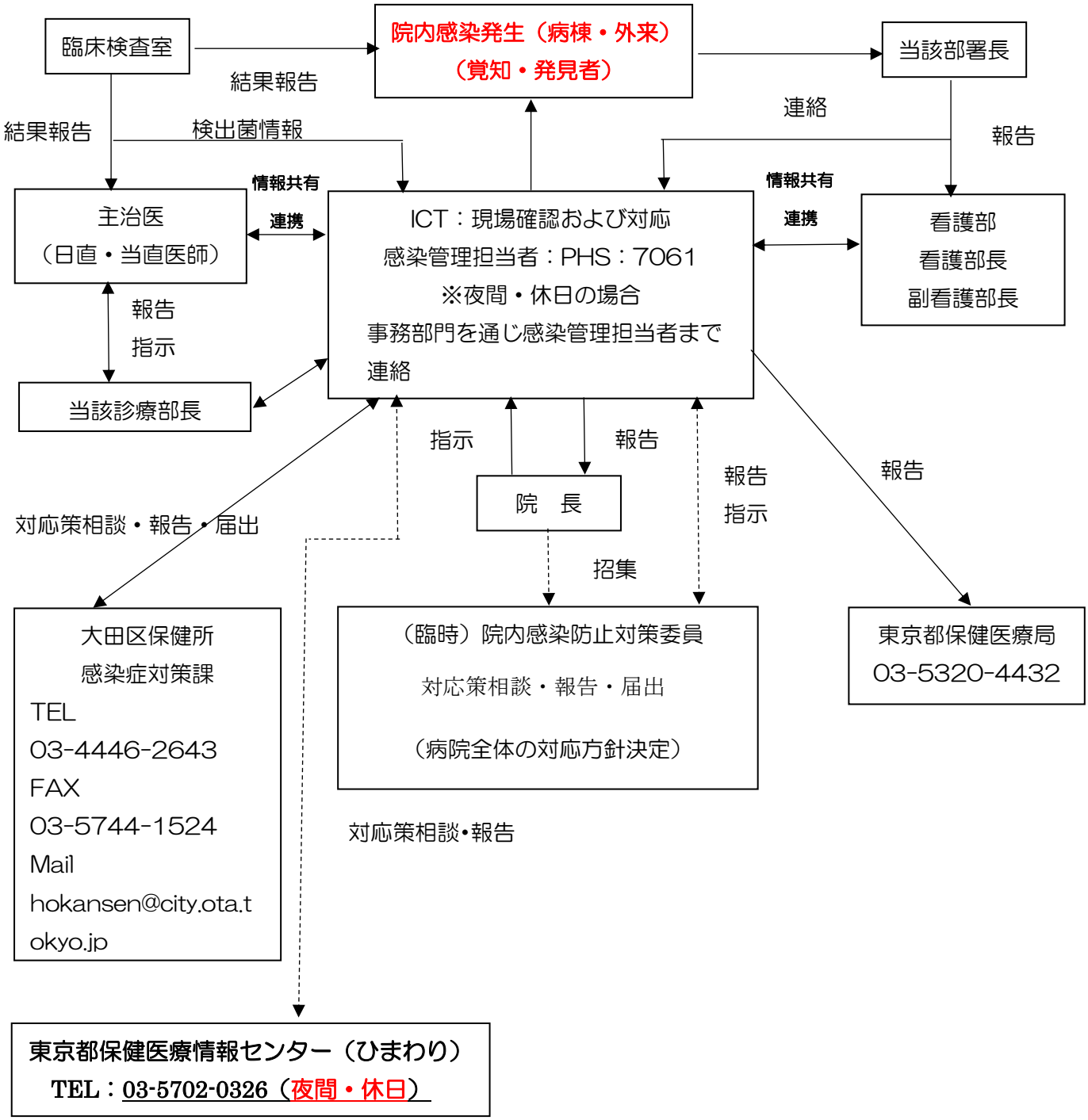
- カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）
- バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）
- 多剤耐性緑膿菌（MDRP）
- バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）
- 多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）

（３）病院感染のアウトブレイクまたは異常発生時は、速やかに病院長に報告するとともに、緊急感染防止対策委員会を開催し、原因の調査と対応策を講じる.

（４）病院のアウトブレイクや重症者、死亡者などが出た場合の保健所報告については院長、ICD が判断する.また、報告が義務付けられている感染症が特定された場合は速やかに管轄保健所に報告する.

９）上記１～８の適切な感染対策を行っても、なお制圧できない場合には**東邦大学大森病院感染管理部（外部）**や**当該管轄保健所**（大田区保健所）へ適宜相談、支援等を求める.

※[9]　院内感染発生時（院内・院外関係者）連絡フローチャート



6. 報告

1）所轄保健所（大田区保健所）

院内で同一菌種による感染症の発病症例が多数にのぼる場合（目安として 10 名以上となった場合）または、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、ならびに多剤耐性菌におけるアウトブレイクにおいては、院内において新規に同一菌腫による感染症の発病症例が計 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（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)、多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）は保菌も含めて 1 例目の症例をもって確認された場合は管轄する保健所に速やかに報告する.また、このような場合に至らない時点においても必要に応じて保健所に連絡・相談する.

2）ＪＣＨＯ本部及び地区事務所への報告

（1）感染症アウトブレイク発生報告書（発生時）

感染管理担当者は、地区事務所へ「感染症アウトブレイク発生報告書」様式１および所轄の保健所へ電話（第 1 報）メール（詳細）で報告.

（2）発生中

必要時、状況に応じ随時、所轄保健所、JCHO 地区事務所へ報告する.

（3）終息時

新規感染者の発生がないことを確認し所轄保健所と検討の上、終息宣言を行う

（4）アウトブレイク発生状況報告書及び感染症アウトブレイク終息報告書（終息後）

発生した感染症アウトブレイクについて、ＩＣＣ等で検証後、１か月内に「アウトブレイク発生状況報告書」様式２「感染症アウトブレイク終息報告書」様式３を用いて取りまとめ地区事務所へ報告する.

7. 感染管理指針の閲覧

1）職員は患者ならびに患者家族との情報共有に努めると共に本指針は当院ホームページに記載されており自由に閲覧できる.

2）本指針の照会は感染対策室が対応を行う.

3）各科医師は疾病の説明を行うとともに感染防止の基本についても説明し理解を得たうえで協力を求める.

8. その他院内感染対策推進のための必要な基本方針

1）院内感染防止対策マニュアルに関する基本的な考え方

（1）基本的考え方

CDC ガイドライン等の科学的根拠の強い臨床研究に基づいた実践可能な感染対策マニュアルを作成し随時、改訂、更新を行う.

（2）感染対策マニュアルの骨子

標準予防策、感染経路別予防策、病原体別対策、各種処置における感染防止対策、医療

廃棄物の取り扱い、職業感染予防、消毒薬使用基準、洗浄消毒、滅菌をはじめ、アウトブレイク時や、感染症発生時の報告・指示体制を明示し、緊急事態に速やかに対応できるようにする.

（3）職員への周知

- 電子カルテにて全部署が閲覧できる
  ①電子カルテ→②電子カルテトップ画面（エントランス）→③施設基準に係る指針等→④感染対策マニュアル
- 電子カルテトップ画面　掲示板（感染対策室からのお知らせ）
- 感染対策室より全職員へ院内メールおよび CoMedix（情報掲示板）にて周知
- 感染対策の遵守状況を継続的に把握する.（ICT ラウンド）

2）感染症発生状況の監視と報告に関する基本方針

（1）関係職員は感染対策マニュアルに規定した感染症の報告を感染対策委員会へ提出する.

（2）感染対策チームは感染症例報告、サーベイランスデーター、ラウンド等からリスク事例を把握し対策の指導を行う.

（3）サーベイランスを積極的に実施し感染対策の改善に活用する.

- 院内における微生物検出状況のサーベイランスや薬剤感受性パターンなどの解析を行い、疫学情報を感染管理組織、現場へフィードバックする.
- 手術部位感染、カテーテル関連血流感染、人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連尿路感染など対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する.
- 法令に定められた感染症届出及び検査室より MRSA などの多剤耐性菌週報、院内感染防止対策委員会に感染症情報レポート月報を報告する.

3）感染伝播リスクのある患者とその家族への説明と同意

感染伝播リスクのある患者へ、主治医や担当看護師が、微生物が検出された事実および防止に必要な感染対策を説明し同意を得る.また、必要に応じ家族にも説明同意を得る.

4）その他の事項

（1）職員は、感染対策マニュアルに記載された感染対策を実施する.
感染対策上の疑義については、ICT が十分に協議する.

（2）職員は、自部署の感染対策上の問題発見に努め、ICT、ICLS と協働しこれを改善する.

（3）職員は感染防止を防止するため、ワクチン接種を積極的に受ける. また日頃から自身の健康管理を十分に行い、感染症罹患時または疑いのある場合は速やかに報告体制に基づき報告する.

2014 年　発刊　初版

2015 年　 4 月　改訂

2016 年　 4 月　改訂

2017 年　11 月　改訂

2018 年　 4 月　改訂

2022 年　 4 月　改訂

2023 年　 4 月　改訂

2024 年　 4 月　改訂

2025 年　 1 月　改訂

2025 年　 5 月　改訂

2026 年　 3 月　改訂

2026 年　 6 月　一部改訂

2026 年　 7 月　一部改訂

2026 年　10 月　一部改訂