

感染管理指針

改訂第9版



医療感染管理委員会

目次

1. 総則	3
1) 基本理念	3
2) 用語の説明	3
3) 組織および体制	
2. 公益財団法人筑波メディカルセンター感染対策専門委員会・医療感染管理委員会 設置規程	8
3. 医療感染管理部の設置規程	13
4. 医療感染管理者の配置と業務	15
5. 感染制御チームの規約	16
6. 感染対策実践グループの規約	20
7. 抗菌薬適正使用支援チームの規約	22



公益財団法人 筑波メディカルセンター感染管理指針

1. 総則

1) 基本理念

病院感染の定義：院内感染（病院感染）hospital（-acquired）infection, nosocomial infection とは、病院内で接種された微生物によって引き起こされる感染症である。病院内で発生しても、病院外で接種された微生物による感染症であれば、市中感染症 community-acquired infection と呼ばれる。施設内感染防止に留意し、感染症にて発病した患者がいる際には、その原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは医療提供施設にとって重要である。感染防止対策を全職員が把握し、安全かつ適切な医療を提供するため感染を防止する必要な事項を定めるものである。

2) 用語の説明

(1) 医療関連感染

入院中の患者に限定するものではなく、在宅も含めた医療を受ける場全てで発生する感染を言う。「医療に関連した感染」という意味で用いられる。

(2) 感染管理活動

感染予防の為には正しい情報と知識、実践が必要である為、専門の職員を配置し患者及び職員の安全管理に務める。

(3) サーベイランス

監視を目的とした調査。または監視そのものの意を含むサーベイランスは、感染対策の観点からは、病院感染の発生に関するデータを収集・分析・評価し、その結果を病院内の感染防止に関わる医療スタッフに報告還元することによって、感染率の低減を目指す活動を指す。

(4) ICD（Infection Control Doctor：インフェクション・コントロール・ドクター）

主に ICD 制度協議会により認定された感染対策の専門家を指す。

(5) ICN（Infection Control Nurse：インフェクション・コントロール・ナース）

当院において、感染対策の専門知識・技術を持ち感染管理を担っている看護師を指す。

(6) ICT（Infection Control Team：インフェクション・コントロール・チーム）

感染制御チームで、ICD、ICN、臨床検査技師、薬剤師などから構成され、病院内で感染対策活動を横断的に実践するチームをいう。

(7) ICPG（Infection Control Practice Group）

部署の感染情報の収集に努め、ICT と院内の感染情報の授受に当たる。また感染対策の各種啓発活動を実施する際の、部署のスタッフに対する教育上の模範的モデルとしても機能するように配置されている。

(8) エビデンス(EB)

根拠、証拠、Evidence based medicine (EBM) として汎用されている。実験や調査による明らかなデータに基づいた医療を意味する。習慣や感覚的な予測による過剰の無駄な医療行為や感染対策を防止することが目的。

(9) 標準予防策（standard precaution：スタンダードプリコーション）

患者および医療従事者を感染から守るための基本的な予防策をいう。全ての患者さんの血液・体液・分泌物（汗を除く）、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は感染性のあるものとみなし、直接接触することを避けて対応すること。

(10) 感染経路別予防策

特定の感染性の強い病原体が起因菌として検出された場合、またはそのような病原体に感染している可能性が疑われた患者に対し、感染経路の遮断を目的として、標準予防策に加えて適用される感染対策。感染経路により、①空気感染予防策②飛沫感染予防策③接触予防策の3つに分類される。

(11) 高度無菌遮断予防策 (maximal sterile barrier (MSB) precautions : マキシマルバリアプリコーション)

カテーテル関連感染を防ぐため、中心静脈カテーテル挿入時に滅菌手袋、滅菌長袖ガウン、非滅菌マスク、非滅菌帽子を着用し、十分なサイズのドレーピングを行うこと。

(12) 日和見感染症 (opportunistic infection)

通常健康人には発病させることがない病原性の弱い微生物が、感染抵抗性（感染防御免疫能）の減弱した人に起こす感染症のこと。入院患者の場合、種々の医療行為が患者自身の感染に対する抵抗力を減弱させ、易感染性宿主 (compromised host) を生み出します。このような状況下では、本来健康人には病原性を示さない病原性の弱い微生物による感染症が起こる。

(13) アウトブレイク (outbreak)

一定期間に施設内または、特定の部署である感染症の発生頻度が日常レベルを超えること。

(14) CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

米国疾病予防管理センターの略称。感染対策ガイドラインにより「標準予防策スタンダードプリコーション」が提唱されている。他に種々のガイドラインが提唱され、日本の感染対策に活用し基盤整備に役立っている。

(15) 手術部位感染 (Surgical Site Infection : SSI)

手術操作の直接及んだ部位に発生する感染症を指す。SSI は、切開層 SSI と臓器/体腔 SSI とに分類される。切開層はさらに表層と深部に分けられ、いずれの場合も手術後 30 日以内に起きた感染を SSI と呼ぶ。あるいは、移植片が残されており、手術に関連していると推測された場合は、手術後 1 年以内に起きた感染も SSI と呼ぶ。

(16) EPINet (Exposure Prevention Information Network : エピネット)

針刺し・切創など血液・体液曝露を記録し追求するサーベイランスシステム。1991 年米国バージニア大学 Janine Jagger 教授によって開発された。システムは、2 種類の報告書 (A: 針刺し・切創報告書、B: 血液・体液汚染報告書) とそれぞれの報告書を入力・解析するコンピュータプログラムによって構成されている。日本では EPINet 日本語版として 1995 年日本ベクトン・ディッキンソンから「エピネット日本語版」として東京大学医学部附属病因感染制御部を事務局として職業感染制御研究会から発行されている。

(17) JANIS (Japan Nosocomial Infections Surveillance)

厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業を指す。医療機関ごとに「薬剤耐性菌の分離率」や「院内感染の発症率」に関するデータを収集することで、院内感染の概況を把握し、医療現場への院内感染対策に有用な情報の提供を行うことを目的としている。5 部門すなわち、検査部門、全入院患者部門、手術部位感染 (SSI) 部門、集中治療室 (ICU) 部門、新生児集中治療室 (NICU) 部門の 5 部門のサーベイ

ランスを実施している。

(18) AST (Antimicrobial Stewardship Team)

抗菌薬適正使用支援チームで、抗菌薬の適正使用を推進し、耐性菌の発現あるいは蔓延を抑制させる活動を担うチームをいう。

3) 組織および体制

公益財団法人筑波メディカルセンター（以下法人という）における感染防止を推進するために、本指針に基づき以下の組織を設置する。

(1) 感染対策専門委員会・医療感染管理委員会

(2) 医療感染管理部

(3) 感染制御チーム (ICT)

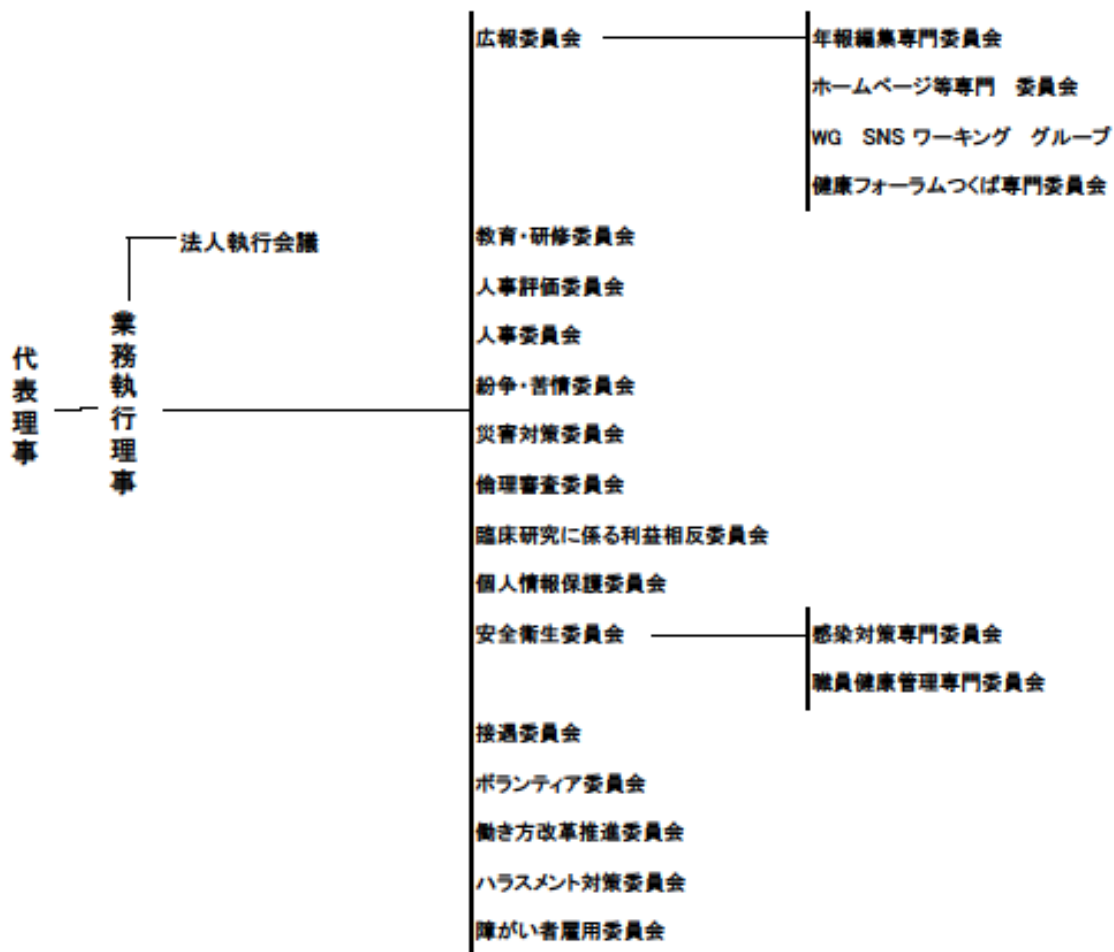
(4) 感染対策実践グループ (ICPG)

(5) 感染管理研修企画チーム

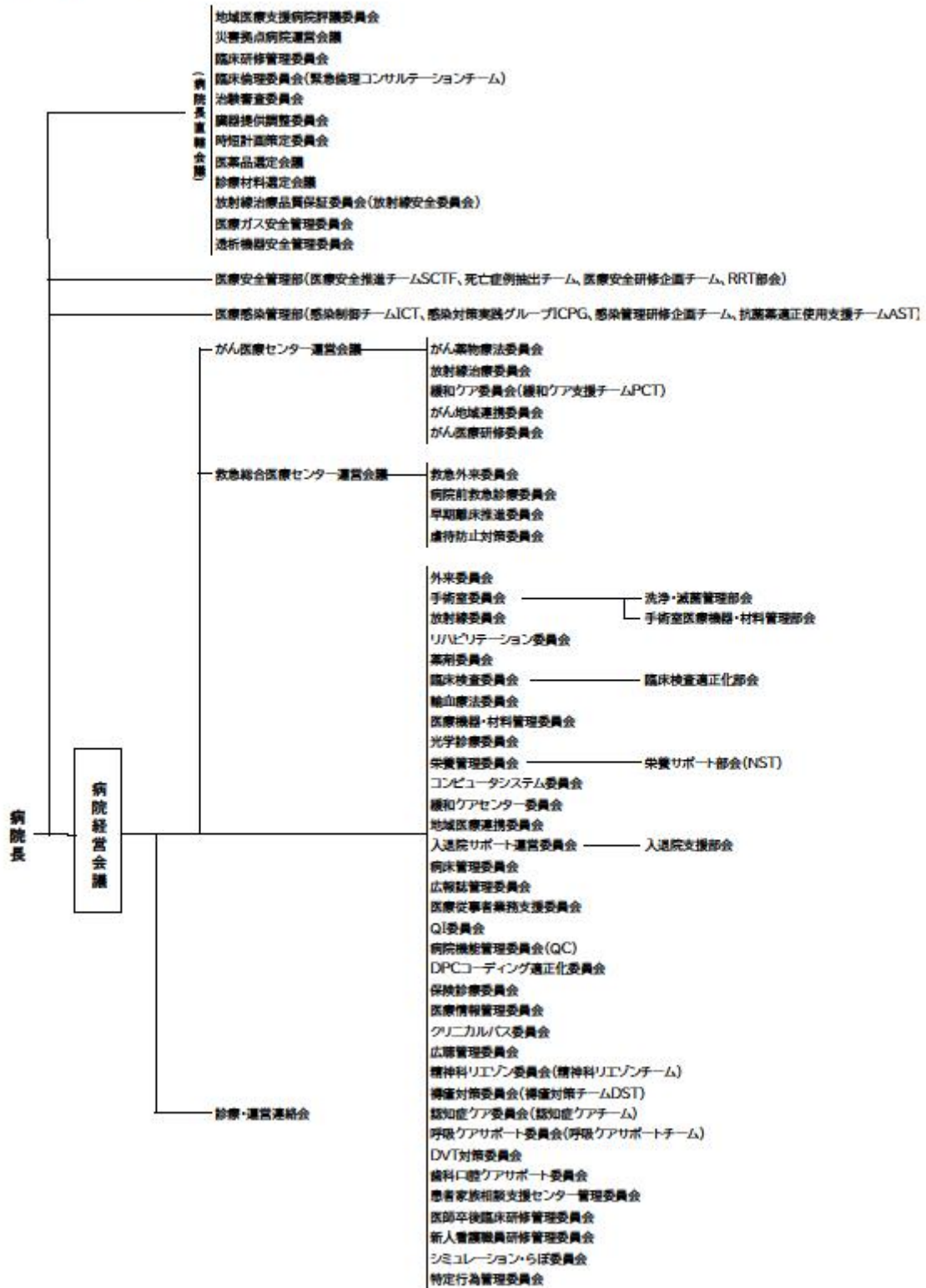
*機能別組織体制図を次項に示す

*医療安全・感染管理組織体制図を次項に示す

法人委員会組織体制図



病院委員会組織体制図



2022年6月

2. 公益財団法人筑波メディカルセンター 感染対策専門委員会設置規程

筑波メディカルセンター病院 医療感染管理委員会設置規程

第1条 (設置)

公益財団法人筑波メディカルセンター（以下「法人」という）に、各事業所での業務遂行にあたり、感染対策専門委員会を置く。

公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院（以下病院という）（直営事業）においては、病院長直轄委員会として医療感染管理委員会を置く。

第2条 (目的)

患者・受診者・利用者、その家族及び職員への感染予防を図る。（医療感染管理委員会）

職員の職業感染予防を図る。（感染対策専門委員会）

第3条 (活動)

委員会は、第2条の目的を達成するため、以下の活動を行うものとする。

- 1) 感染管理指針および感染対策マニュアルの改訂を必要に応じておこなうこと
- 2) 感染対策に関する情報の収集と職員への周知をおこなうこと
- 3) 感染予防のための教育研修の企画をすること
- 4) アウトブレイク発生時の対応（原因追究、改善策の策定、職員への周知・教育）をすること
- 5) 感染対策に関する広報活動をすること

感染対策専門委員会

- 1) 職員への感染防止を目的とした感染予防に関する実践と啓発に関する活動を行うこと

在宅部門

- 1) 各事業所及び在宅における感染の発生状況を把握して、その原因を究明すること
- 2) サーベイランスに基づき、各事業所の管理運営会議等に対して感染予防策の提言を行うとともに、事業所や在宅の施設環境、衛生環境のチェックとその改善を勧告すること

第4条 (組織)

感染対策専門委員会・医療感染管理委員会は、次に掲げる委員で組織する。

- 1) 病院長
- 2) 診療部の代表職員 若干名（ICD：感染制御ドクター、研修医を含む）
- 3) 看護部長
- 4) 看護部の代表職員 若干名（ICN：感染制御ナースに感染管理認定看護師を含む）
- 5) 診療技術部の代表職員 若干名（薬剤師・臨床検査技師・放射線技師・リハビリテーション療科を含む）
- 6) 介護・医療支援部の代表職員
- 7) つくば総合健診センターの代表職員
- 8) 在宅事業所の代表職員
- 9) 事務部長

- 10) 事務部門の代表職員 若干名
- 11) 委託業者の代表職員 若干名
- 12) その他委員長が指名する者 若干名

第5条 (医療感染管理委員会)

- 1) 委員会に委員長を置き、ICD感染制御ドクターの診療部長をもって充てる。
- 2) 委員長は、必要に応じて、各事業所の長の出席を求める感染予防対策に関する現状について意見を聴くことができるものとする。

第6条 (感染対策専門委員会・医療感染管理委員会の会議)

- 1) 医療感染管理委員長は、感染対策専門委員会・医療感染管理委員会を召集し、その議長となる。ただし、やむを得ない理由により委員長が出席できない場合は、議長を代行させることができる。
- 2) 両委員会は、原則として、毎月第3金曜日に開催する。ただし、委員長が必要と認めるときは、臨時に両委員会を召集できるものとする。
- 3) 会議の書記は、委員が持ちまわり制とし、議事録を作成および保存を行う。
- 4) この規程は、両委員会の設置目的から、職員の周知を図るために閲覧可能とし、規程及び議事録は、イントラネット内委員会専用のパブリックフォルダ上、および電子カルテ内共有フォルダに公開する。

第7条 (委員の任期)

- 1) 委員の任期は、1年とし再任を妨げない。
- 2) 前項の委員に欠員を生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

第8条 (委員以外のものの出席)

委員長が必要と認めたときは、委員以外の者の出席を得て、意見を聴くことができる。

第9条 (医療感染管理部)

病院の医療感染管理委員会の下に、設置された ICT (感染制御チーム)、ICPG (感染対策実践グループ)、AST (抗菌薬適正使用支援チーム) を「医療感染管理部」(以下管理部という)とする。管理部は組織横断的に感染管理を担う部門として設置する。

第10条 (ICT の設置)

感染対策専門委員会・医療感染管理委員会における具体的かつ実践的に感染対策を実行する組織として ICT を設置する。

第11条 (ICPG の設置)

感染対策専門委員会・医療感染管理委員会における具体的かつ実践的に感染対策を実行する組織として、各部署における活動の拠点として ICPG を設置する。

第 12 条 (AST の設置)

感染対策専門委員会・医療感染管理委員会における具体的かつ実践的に感染対策を実行する組織として、抗菌薬適正使用を推進し耐性菌の発現あるいは蔓延を抑制させるため、AST チームを設置する。

第 13 条 (感染管理のための指針・マニュアル作成)

- 1) 感染管理指針・感染対策マニュアルの作成と見直し
 - (1) ICPG スタッフは各職場において感染管理指針・感染対策マニュアルを整備する。
 - (2) 感染管理指針・感染対策マニュアルは各職場共通のものとして整備する。
 - (3) 感染管理指針・感染対策マニュアルは全員に周知し、適宜必要に応じて見直す。
 - (4) 感染管理指針・感染対策マニュアル等は、作成・改訂の都度、医療安全・感染管理合同委員会に報告する。
 - (5) 感染管理指針・感染対策マニュアル等は、改訂内容を医療安全・感染管理合同委員会で承認の後、病院長の決済をもって承認を受け実行される。
 - (6) 感染管理指針・感染対策マニュアル等は、病院長、医療安全・感染管理合同委員会等を通じて、全職員に周知徹底する。
 - (7) 感染対策専門委員会・医療感染管理委員会は、毎年 1 回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ検討するものとする。
 - (8) 本指針の改訂は、感染対策専門委員会・医療感染管理委員会の決定により施行する。

第 14 条 (職員に対する教育)

施設全体の職員を対象として定期的に感染防止対策に関する教育を行う。

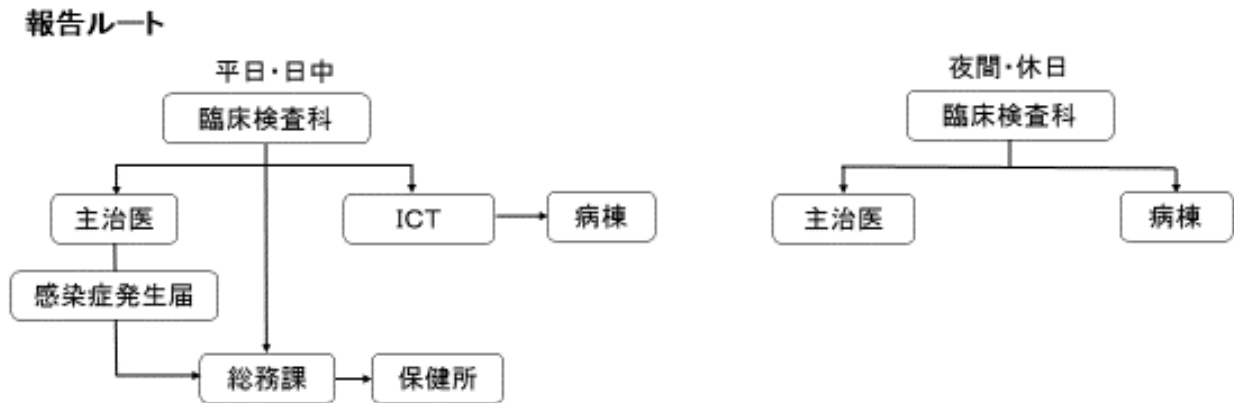
- 1) 入職時の初期研修は、ICT・ICPG が中心に行う。
- 2) 継続的研修は、内部・外部が開催する研修会へ年 2 回程度を目標として積極的に参加するように努める。また、内部研修は施設内の実情に即した内容で職種横断的に開催する。
- 3) 諸研修の開催結果および参加実績を記録・保存する。

第 15 条 (感染症の発生状況の報告とその他に基づいた改善策)

- 1) サーベイランス
 - (1) 感染症の発生状況を把握するシステム(院内感染対策サーベイランス: JANIS)として、集中治療室サーベイランス、手術部位感染サーベイランス、検査部門サーベイランスを実施している。
 - (2) サーベイランスにおける診断基準は NHSN (National Healthcare Safety) を基準としている。
- 2) 施設内感染集団発生時の対応
 - (1) 施設内において感染症患者が集団発生した時は、部会を召集し感染経路の遮断とともに、家族や外来患者等院外への拡大を防止するよう努める。
 - (2) 臨床検査科では疫学情報を日常的に ICT 及び部署へフィードバックする。
 - (3) 医療の質管理室では各部署の発生状況に関する情報を各部署へフィードバックする。
 - (4) 感染防止で報告の義務付けられている疾患が特定された場合は、速やかに感染対策マニュアル

に基づき、速やかに管理者とともに保健所に報告する。

報告ルートを下記に示す。



第 16 条 (遵守率向上)

マニュアルに記載された各制御策は、全職員の協力の下に遵守率を高めなければならない。

第 17 条 (推奨業務)

- 1) ICT は現職員が自主的に各制御策を実践するよう自覚を持ってケアにあたるよう教育する。
- 2) ICT は現場職員を教育啓発し、自ら進んで実践していくよう動機付けをする。
- 3) 就職時初期教育、定期的教育、必要に応じた臨時教育を通じて、全職員の感染制御策に関する知識を高め、重要性を自覚するよう導く。
- 4) 定期的 ICT ラウンドを活用して、現場における効果的介入を行う。
- 5) 定期的に手指衛生や各種の感染制御策の遵守状況につき擦式消毒薬の使用量を調査してその結果をフィードバックする。(容器に使用量がわかるよう、線と日付を記しておくなど)

第 18 条 (地域支援)

- 1) 地域支援ネットワークを充実させ、これを活用する。
- 2) 病院内で対策を行っているにもかかわらず、医療関連感染の発生が継続する場合もしくは病院内のみでは対応が困難な場合には、地域ネットワークに速やかに相談する。
- 3) 専門家を擁しない中小病院/有床診療所については、日本感染症学会・国立感染症研究所感染症情報センター・JANIS 事業運営センター・SSI サーベイランス研究会等などに設問を行い、適切な助言を得る事も可能である。(http://www.kansensho.or.jp/)

第 19 条 (第三者評価)

感染制御策の質は、第三者評価(外部評価)されることが望ましい。

- 1) 日本医療機能評価機構による評価。
- 2) 茨城県病院等立入検査による評価を活用。

第 20 条 (患者への情報提供と説明)

- 1) 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で協力を求める。
- 2) 必要に応じて感染率などの情報を公開する。

第 21 条 (感染管理指針・感染対策マニュアルの開示について)

- 1) 職員以外の利用者の要請があった場合、開示をすることができる。その際、申請日、開示希望者の氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、希望理由などを記録に残す。
- 2) 指針については、病院利用者が閲覧できるようにホームページに掲載する。

附則

この規程は、平成 3 年 4 月から施行する。

施行日	1991 年 4 月	
初回	2007 年 5 月 15 日	改訂
第 2 回	2010 年 9 月 17 日	改訂
第 3 回	2012 年 12 月 21 日	改訂
第 4 回	2016 年 7 月 15 日	改訂
第 5 回	2017 年 6 月 14 日	改訂
第 6 回	2018 年 10 月 19 日	改訂

3. 医療感染管理部の設置規程

第1条 (設置)

感染対策専門委員会・医療感染管理委員会設置規程第9条のもと、医療感染管理部（以下「管理部」という）を設置する。管理部は、組織横断的に感染管理を担う部門として設置する。

第2条 (目的)

感染防止対策を円滑に運営するため、法人内の感染防止対策に関する病院全体の問題点を把握し、改善点を講じるなど院内感染防止対策活動の中核的な役割を担う。

第3条 (活動)

- 1) 各部門における感染対策の実施状況の評価に基づき、感染管理確保のための年間計画書を作成し、それに基づく感染対策の実施状況及び評価・結果を記録する。
- 2) 委員会等で用いられる資料及び議事録の作成および保管管理を行う。
- 3) 感染予防対策に関する部署の情報収集及び定期的巡視等を行う。
- 4) 医療感染管理に関する情報の収集及び提供を行う。
- 5) マニュアルの見直し・改訂を行う。
- 6) 職員に対する感染防止対策への教育と啓発活動の企画・運営・広報を行う。
- 7) 感染防止対策に関する最新情報の収集と職員への周知を行う。
- 8) 感染対策専門委員会・医療感染管理委員会との連携、各部署との連絡・調整を行う。
- 9) 地域連携病院との定期的カンファレンスに参加し、進捗状況・検討事項を委員会へ報告する。
- 10) 指定抗菌薬の使用届け出制と投与期間の確認を行う。
- 11) 重大なアウトブレイクや感染症が発生した場合、直ちに医療安全・感染管理統括者および病院長へ報告するとともに、委員長の判断の下、緊急医療感染管理委員会を招集し、当該感染対策の迅速な感染拡大防止対策を行うとともに原因を解明し、アウトブレイクの早期終息と再発防止に繋げる。
- 12) 医療安全・感染対策等に係る取り組みの評価等を行うカンファレンスに週1回参加する。
なお、医療安全カンファレンスの規約は別項に定める。

第4条 (組織)

管理部には次にあげるチームを有する。

- 1) 感染制御チーム (ICT)
- 2) 感染対策実践グループ (ICPG)
- 3) 抗菌薬適正使用支援チーム (AST)
- 4) 感染管理研修企画チーム

第5条 (構成員)

管理部は以下の職員で構成する。

- 1) 医療感染管理者
- 2) 診療部門 (感染制御ドクター等)

- 3) 看護部門（感染管理認定看護師，感染管理担当看護師等）
- 4) 診療技術部門（薬剤師，臨床検査技師，理学療法士等）
- 5) 介護・医療支援部門（介護士）
- 6) 事務部門（事務員）

附則：この規約は2017年6月14日から施行する。

施行日 2017年6月

第2回 2018年10月19日 改訂

4. 医療感染管理者の配置と業務

第1条 (配置)

医療感染管理部に医療感染管理者を配置する。

第2条 (業務)

- 1) 医療感染管理の業務に関する企画立案および評価を行う。
- 2) 定期的に院内を巡回して各部門における感染防止対策の実施状況を把握・分析し、医療感染対策確保のために必要な改善計画書等を作成し、具体的な対策を推進する。また、それに基づく感染防止対策の実施状況および評価結果を記録する。
- 3) 各部門における ICPG リンクスタッフへの指導・助言等の支援を行う。
- 4) 感染防止対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
- 5) 感染防止対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施する。
- 6) 職員の感染管理に関する意識の向上、指導を行う。
- 7) 医療感染管理部に設置されている ICT, ICPG, AST などを統括し、検討された内容を委員会、医療安全・感染管理合同委員会へ報告する。
- 8) 重大なアウトブレイク、感染事故等が発生した場合には、迅速に医療安全・感染管理統括者および病院長へ報告し指示を得る。

5. 感染制御チーム（ICT）の規約

第1条 （設置）

本会は「感染制御チーム」と称する。ICT（Infection Control Team）という。
感染対策専門委員会・医療感染管理委員会設置規程第10条のもと、ICTを設置する。

第2条 （目的）

法人内の感染等の発生，または感染防止対策に関して，迅速かつ実践的に感染対策を実行する。

第3条 （活動）

感染制御チームは，主として以下の任務を負う。

1) チームの運営

年間事業計画の作成と病院長，感染対策専門委員会・医療感染管理委員会，ICPGへ報告する。
年間計画の実行とアウトカム評価し年間予算計画の作成と交渉を行う。

2) 特定抗菌薬使用状況の把握

(1) 特定抗菌薬の届出と監視，制御

投与期間が長期間に及んでいる場合はICDが主治医もしくは診療科長に注意喚起をカルテへ記載
もしくは口頭で行う。

(2) 使用状況の院内へのフィードバック

3) 感染制御ラウンド

(1) 週1回程度，4職種（医師・看護師・臨床検査技師・薬剤師）のチームで耐性菌データをもとに
全病棟ラウンドを行い，感染症患者の対策の確認及び指導，必要時相談を受ける。

(2) ICNとICDは2剤耐性緑膿菌，MDRP，MRSA，*C. difficile*発生時には，随時対象病棟のラウンド
を行い感染防止対策の実施状況の確認・指導する。

(3) 月1回程度病棟以外の部署（栄養管理科・放射線科・外来等）についてもラウンドを行う。

4) サーベイランスの実施

(1) ICU部門において，血流・尿路・人工呼吸器関連肺炎のサーベイランスを実施

(2) 手術部位感染サーベイランスの実施

(3) 臨床検査科による耐性菌サーベイランスの実施

(4) 針刺し・切創，粘膜曝露サーベイランスの実施

(5) 冬季に流行するインフルエンザ，嘔吐下痢サーベイランスの実施

5) 職業感染防止

(1) 針刺し・粘膜曝露した状況の情報収集から分析・評価・報告を行う。

(2) 曝露した分析結果から具体的対策の導入や教育・指導を行い，実施後の評価も確認する。

(3) 曝露した職員の受診状況やその後のフォローアップを把握するため，健康管理室，安全衛生委員会と連携し，問題発生時に対応する。

(4) 結核（疑い）患者との接触があった場合，曝露した状況の情報収集を行い，ICDへ報告しその後の対応を得る。

6) 患者・職員の教育・啓発

- (1) 全職員対象に対して年に2回程度、院内感染対策に関する研修を行う。
- (2) ICPG との連携を基に手洗い・隔離・無菌操作・消毒などの職員教育を行う。
- (3) 各部署の感染対策上の問題、疑問の解決にあたる。
- (4) 病院感染情報の広報を行う。
- (5) 抗菌薬の適正使用に関する指導・助言を行う。
- (6) 最新のエビデンスに基づいた感染対策マニュアルの作成および見直し

7) 地域連携

- (1) 感染対策向上加算 1 を算定する医療機関同士で連携し、年1回以上、相互に感染防止に関する評価を行う。
- (2) 感染対策向上加算 2, 3 に係る届出を行った医療機関及び外来感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関と合同で、年4回程度（外来感染対策向上加算はその内2回参加）定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録および保管する。
- (3) 感染対策向上加算 2, 3 を算定する医療機関及び外来感染対策向上加算を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談を受ける。
- (4) 地域の院内感染対策ネットワークを積極的に推進する。地域医療機関からの感染対策に関する相談にも対応する。

第4条 （組織）

感染防止対策に必要な知識および技能を有する職員を所属長が指名する。

感染制御チームの構成は以下のとおりとする。

- | | |
|--|-----|
| 1) 医師：感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師 | 若干名 |
| 2) 看護師：5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任もしくは専任の看護師または病院長から任命を受けた看護師 | 若干名 |
| 3) 薬剤師：3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師 | 若干名 |
| 4) 臨床検査技師：3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師 | 若干名 |
| 5) その他委員長が指名するもの | 若干名 |

第5条 （任期）

- 1) 任期は特に定めない

第6条 （ICT 会議）

- 1) ICT 会議には、リーダー1名。委員長が指名する。
- 2) 書記1名を選出する。議事録を残し、イントラネット内専用ファイルに投稿する。
- 3) ICT 会議は原則として月1回開催する。又必要時に開催する。

第7条 （感染制御医師の役割）

- 1) 病院感染の実態調査
- 2) 病院感染対策の立案と実施
- 3) 感染対策の評価および対策の見直し

- 4) 職員の教育・啓発
- 5) 病院感染多発時の対応
- 6) 伝染性感染症発症時の対応

第 8 条 (感染管理看護師の役割)

- 1) 感染予防・管理システム
- 2) 医療感染関連サーベイランス
- 3) 感染防止技術
- 4) 職業感染対策
- 5) 感染管理指導
- 6) 感染管理相談
- 7) ファシリティマネジメント

第 9 条 (感染管理薬剤師の役割)

- 1) 消毒薬の適正使用
消毒薬 (選択, 濃度, pH, 温度など)
使用統計 (月, 年別)
- 2) 抗菌薬の適正使用
各患者さんの病態に適した抗菌薬 (選択, 用法, 用量, 使用間隔など) を助言しながら, 抗菌薬の
届け出制や使用制限などを行う。
TDMの実施と処方設計を行う。
使用統計 (月, 年別)
抗菌薬使用ガイドラインの作成
- 3) 注射薬の調整: 注射薬無菌混合調製, 配合変化回避
- 4) 輸液療法と栄養管理
- 5) 医療器具汚染防止 (衛生管理)
- 6) 患者様の薬歴管理 (薬剤管理指導業務) の把握
- 7) 医療スタッフへの情報提供と教育・指導のほかに患者さんやご家族への手洗い方法に関する啓発
- 8) 病院感染症の早期発見と感染対策の実施
- 9) 病院内巡視による情報収集および指導
感染に関する情報を収集し, 情報の根拠となる理由を示して医療スタッフに啓発する。
- 10) HIV 職業曝露後の予防内服

第 10 条 (感染管理臨床検査技師の役割)

- 1) 日常業務 (検体から起炎菌検出報告と薬剤感受性測定)
- 2) 分離菌の頻度・薬剤感受性 (耐性) 率 (アンチバイオグラムの作成) などの統計と定期的な報告
- 3) 正確で迅速な検査結果報告
- 4) 日常検査におけるデータチェックおよび精度管理として病院感染を疑う事例の早期把握
感染源・感染経路の調査 (病院感染サーベイランス)

5) 微生物検体の採取方法や管理の指導

6) 病院内巡視による情報収集及び指導

感染に関する情報を収集し、情報の根拠となる理由を示して医療スタッフに啓発する。

附則：この規約は2003年3月18日から施行する。

施行日	2003年3月18日	
初回	2007年5月15日	改訂
第2回	2010年9月17日	改訂
第3回	2012年12月21日	改訂
第4回	2014年9月19日	改訂
第5回	2016年7月15日	改訂
第6回	2017年6月14日	改訂
第7回	2022年6月17日	改訂

6 感染対策実践グループ（ICPG）の規約

第1条 （設置）

本会は「感染対策実践グループ」と称する。

通称 ICPG（Infection Control Practice Group）という。

感染対策専門委員会（医療感染管理委員会）設置規程第 11 条のもと、部署における活動の拠点として ICPG を設置する。

第2条 （目的）

病院内、各部署における感染の問題を具体的かつ実践的に感染対策を実行する。

第3条 （活動）

感染対策実践グループは、次に掲げる活動を行うものとする。

- 1) 病院全体の感染対策に関する質の向上
- 2) 各部署における感染対策の実施状況の評価に基づき、年間計画書を作成し、それに基づく感染対策の実施状況及び評価・結果を記録する。
- 3) 感染対策に関する現状を把握し、問題点の提起と検討
- 4) 月 1 回 ICT ラウンドを診療技術部グループが担当する。
- 5) 感染予防のための教育・啓発
- 6) 学会・研修会等に参加し自己研鑽する。

第4条 （組織）

ICPG は次に掲げる職員で組織する。

感染防止対策に必要な知識および技能を有する職員を所属長が指名する。

- 1) 委員長（感染対策実践グループの参加メンバーから 1 名選出）
- 2) 看護部代表 各病棟より 1 名以上
- 3) 介護医療支援部代表 若干名
- 4) 診療技術部から 若干名
- 5) オブザーバー（ICD、感染管理認定看護師、感染管理担当看護師、看護部代表）

第5条 （ICPG 会議）

- 1) ICPG 会議は、原則的として月 1 回、第 2 火曜日に開催する。

委員長は必要に応じて臨時に召集できる。

第6条 （任期）

- 1) 任期は特に定めない。

附則：この規約は 1994 年 12 月から施行する。

施行日	1994 年 12 月	
初回	2000 年 4 月 1 日	改訂
第 2 回	2002 年 4 月 1 日	改訂
第 3 回	2004 年 4 月 1 日	改訂
第 4 回	2005 年 4 月	改訂
第 5 回	2005 年 6 月 14 日	改訂
第 6 回	2006 年 8 月 8 日	改訂
第 7 回	2007 年 5 月 15 日	改訂
第 8 回	2010 年 9 月 17 日	改訂
第 9 回	2012 年 12 月 21 日	改訂
第 10 回	2013 年 5 月 9 日	改訂
第 11 回	2017 年 6 月 14 日	改訂
第 12 回	2022 年 6 月 17 日	改訂

7 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の規約

第1条（設置）

本会は「抗菌薬適正使用支援チーム」と称する。AST (Antimicrobial Stewardship Team) という。感染対策専門委員会・医療感染管理委員会設置規程第10条のもと、ASTを設置する。

第2条（目的）

抗菌薬の適正使用を推進し、耐性菌の発現あるいは蔓延を抑制させる。

第3条（活動）

抗菌薬適正使用支援チームは主に以下の任務を負う。

- 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の以下に該当する患者のモニタリングを実施する。
 - (1) 血液培養検査で陽性を認めた患者
 - (2) 超広域抗菌薬（カルバペネム系抗菌薬・タゾバクタム・ピペラシリン）
抗 MRSA 薬使用患者
 - (3) 2 剤耐性緑膿菌などの高度耐性菌による感染症罹患患者
- 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、必要に応じてカルテの記載・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。
また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する際や院内研修の内容は「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考にする。
- 6) 当該保険医療機関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医療機関内での使用中止を提案する。
- 7) 該当する患者では、発生時に抗菌薬適正使用支援チームで
評価を実施し、週1回（水曜日）のASTミーティングで経時的に評価を行う。フィードバック、評価の記録については電子カルテに記載する。
- 8) 外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。

- 9) 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抗菌薬適正使用に関する相談等を地域連携カンファレンスや電話、メールなどで受ける。

第4条（組織）

抗菌薬適正使用支援チームの構成は以下の通りとする。なお、メンバーはICTとの兼任を妨げない。

- 1) 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- 2) 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- 3) 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- 4) 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

第5条（任期）

- 1) 任期は特に定めない

附則

この規定は、平成30年4月20日から施行する

初回	2018年4月20日
第2回	2018年10月19日
第3回	2022年6月17日

感染管理指針

初回	2007年5月15日	作成
第2回	2010年9月17日	改訂
第3回	2012年12月21日	改訂
第4回	2014年9月19日	改訂
第5回	2016年7月15日	改訂
第6回	2017年6月14日	改訂
第7回	2018年10月19日	改訂
第8回	2019年4月18日	改訂
第9回	2022年6月17日	改訂

公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院
医療感染管理委員会