

千葉県病院局

院内感染対策指針



千葉県マスコットキャラクター
チーバくん

令和6年3月

千葉県病院局

目 次

第 1	感染症対策におけるビジョン	1
第 2	目的と院内感染対策の基本的な考え方	1
第 3	用語の定義	1
第 4	院内感染対策	2
第 5	院内感染対策のための組織に関する基本的事項	3
第 6	I C T の役割	4
第 7	感染症の発生状況の監視と報告	5
第 8	院内感染発生時の対応	5
第 9	新興感染症等に関する事業継続計画	5
第 1 0	薬剤耐性菌対策と抗菌薬の適正使用	6
第 1 1	病院局長（経営管理課）への報告	6
第 1 2	医療安全対策会議感染管理部会の設置	6
第 1 3	持続可能な開発目標（S D G s）への取り組み	7
第 1 4	指針の改正	7
第 1 5	指針の掲示及び閲覧	8
様式 1	感染症発生報告書	9
様式 2	感染症（経過・終息）報告書	11
	各施設の感染管理体制（例示）	13

千葉県病院局院内感染対策指針

第1 感染対策におけるビジョン

感染対策を通じ、県民の健康維持に貢献する。

第2 目的と院内感染対策の基本的な考え方

本指針は、医療法施行規則第1条の11第2項第1号イの規定及び関係法令等に基づき、県立病院における院内感染の防止、院内感染発生時の対応、再発防止策の検討及び実施等により、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。

この目的を達成するため、県立病院における感染対策は、以下の基本的な考え方に基づいて行う。

- (1) 施設を利用するすべての者は標準予防策の考えのもと感染対策を実施し、感染症が判明した場合や、感染症を疑う症状を認めた場合は、経路別感染対策を併せて実施する。
- (2) 病院長は、最高責任者として組織的な対応を行い、院内感染等発生時には迅速に原因を特定し、終息を図る。
- (3) 院内感染対策を行うに当たっては、患者等の人権を尊重し、患者等に十分な説明と情報提供を行い、感染対策に関する理解と協力を得るよう努める。
- (4) 感染対策は、可能な限り適切な科学的根拠に基づくことを原則とする。
- (5) 病院職員に関する感染対策の詳細は、別途、各県立病院において院内感染対策マニュアルに定める。

第3 用語の定義

1 感染症

「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」に定める感染症のほか、未知の感染症を含むものとする。

2 院内感染

病院において新たに発症した感染であって、入院患者が発症した場合は、原則として入院後48時間以上経ってから発症した感染症をいう。

3 アウトブレイク

一定期間内に特定の場所、特定の集団で、通常予想されるより多くの感染症が発生すること、あるいは公衆衛生上、重要な特定の感染症が発生することをいう。

アウトブレイクと判断する具体的な基準については、各県立病院が個別に判断しなければならない未知の感染症への対策を除き、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日）に準ずる。

4 新興感染症

かつて知られていなかった、新しく認識された感染症で、局地的あるいは国際的に公衆衛生上問題となる感染症。（1990年WHO：世界保健機構）

5 再興感染症

かつて存在した感染症で、公衆衛生上ほとんど問題となくなっているように見えていたが、近年再び増加してきたもの、あるいは将来的に再び問題となる可能性のある感染症をさす。（1990年WHO：世界保健機構）

第4 院内感染対策

病院長は、医療法第6条の10及び同法施行規則第1条の11第2項第1号の規定により、次に掲げる院内感染対策のための措置を講じる。

なお、病院長は、院内の組織的な感染対策については、次の事項を含めた、院内感染対策指針を定め、職員へ周知徹底する。

- 1 院内感染対策に関する基本的考え方
- 2 院内感染対策のための委員会その他の組織に関する基本的事項
- 3 院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針
- 4 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- 5 院内感染発生時の対応に関する基本方針
- 6 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- 7 その他、院内感染対策の推進のために必要な基本方針

第5 院内感染対策のための組織に関する基本的事項

1 感染対策委員会

病院長は、医療法施行規則第1条の11第2項第1号ロに規定する院内感染対策のための委員会（以下「感染対策委員会」という。）を次のとおり設置する。

- （1）感染対策委員会は、病院長のほか、医療局長、看護局長、事務局長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、医療安全管理部門長、感染防止対策部門長、院内感染管理者等の職員の中から病院長が任命した者で構成する。
- （2）委員会に委員長を置き、病院長が任命する。
- （3）病院長は、感染対策委員会の管理及び運営に関する規程（設置要綱）を定める。
- （4）感染対策委員会の所掌事務は、次のとおりとする。
 - ア 院内感染対策指針の策定及び変更について、病院長へ提言すること。
 - イ 病院全体における感染管理に関する企画立案・評価を行うこと。
 - ウ 現場における感染防止対策に関する改善策を検討すること。
 - エ 現場における改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。
 - オ 職業感染対策に関する企画立案・評価を行うこと。
 - カ その他、感染対策上重要な事項について病院長へ提言すること。
- （5）感染対策委員会は、月1回程度開催するほか、病院長又は委員長が必要と認めた場合は、適宜臨時に開催する。

2 感染防止対策部門

病院長は、原則として、次のとおり感染防止対策部門を設置する。なお、医療安全管理部門をもって「感染防止対策部門」としても差し支えない。

- （1）感染防止対策部門に部門長を置き、病院長が任命する。なお、医療安全管理部門長が兼務しても差し支えない。
- （2）感染防止対策部門の事務分掌は、次のとおりとする。
 - ア 必要に応じて、感染防止対策の業務指針を整備すること。
 - イ 後述の院内感染管理者又は感染対策チームの具体的な業務内容を整備すること。

3 感染対策チーム（Infection Control Team（以下「ICT」という。））

病院長は、原則として、次のとおり感染防止対策部門内にICTを組織する。

（１） ICTの構成員は、次のとおりとする。

- ア 感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 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
- ウ 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
- エ ３年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- オ その他、病院長が必要と認める職員

（２） （１）アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は、原則として専従とする。

（３） ICTの構成員のうち１名を院内感染管理者とし、チームを統括させる。
ただし、医療安全管理者との兼務は出来ない。

第6 ICTの役割

1 マニュアルの作成と周知

ICTは、最新のエビデンスに基づき、院内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、各部署に配付するとともにその運用の周知徹底を図る。

2 研修等の実施

ICTは、医療法施行規則第１条の１１第２項第１号ハの規定に基づき、院内感染対策の基本的考え方及び具体的方策について、病院職員へ周知徹底を図るために、就職時研修、全職員を対象とした年２回以上の研修、各部門に特有の個別教育等を行い、研修・教育の結果を記録・保存する。

3 日常業務

ICTは、週１回以上すべての病棟をラウンドする。

また、外来や中央部門棟は、２か月に１回程度ラウンドする。ラウンドは、チェックシート表を用いて実施し、感染対策の状況を確認し、必要に応じて指導・改善を行い、その内容は、院内感染管理者から感染管理委員会に報告する。

第7 感染症の発生状況の監視と報告

- (1) ICTは、院内感染のサーベイランスを行い、院内感染対策上問題となる主要な病原体の検出状況、感染症発生状況等を週1回程度評価し、感染対策委員会に定期的に報告する。
- (2) 細菌検査室（兼務含む）は、院内感染対策上問題となる病原体を検出した場合、速やかにICT並びに患者担当医師及び看護チームリーダーに報告する。
- (3) その他、感染症の異常発生を察知した又は疑った職員は、直ちにICTに報告する。

第8 院内感染発生時の対応

- (1) ICTは、感染対策上問題となる院内感染の発生を知った場合、病院長の承認のもと、直ちに現状の調査を行い感染発生部署と協力して速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を行う。
- (2) 患者担当医師は、ICTの助言のもと患者への説明を行い、可能な限りインフォームド・コンセントに基づいて対策の遂行にあたる。法律上届出が必要な疾患の場合、期日までに保健所に届出を行う。
- (3) 院内感染管理者は、アウトブレイクにより組織的な対応が必要と判断した場合は、その状況や患者への対応等を、逐次病院長に報告する。必要に応じ、臨時の感染対策委員会を開催して、全職員に対策の周知・徹底を図る。また、県立病院や、各病院で事前に連携した感染対策に関するネットワークを活用し、アウトブレイクの早期終息を目指す。

第9 新興感染症等に関する事業継続計画（Business Continuity Plan（以下「BCP」という。））

- (1) 千葉県立病院 新興感染症等に関するBCPに準拠し、各病院の実情を反映したBCPを作成する
- (2) 各県立病院では、新興・再興感染症の発生・流行に備えた準備を進める。

第 10 薬剤耐性菌対策と抗菌薬の適正使用

県立病院における感染症治療は、薬剤耐性微生物の誘導を極力少なくするため、適切な抗微生物薬を適切な期間、適切な量を使用することを原則とする。

また、全病院的な抗菌薬適正使用プログラムを実践するため、抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team: A S T）の設置を原則とする。

第 11 病院局長（経営管理課）への報告

病院長は、次の事項につき病院局長（経営管理課）へ報告を行う。

- （１） 病院経営や運営上の危機をもたらす感染症発生時。
例：麻疹、コロナウイルス感染症 2019、高病原性インフルエンザ等新興・再興感染症の発生時。
- （２） 結核で接触者検診を実施する場合
- （３） 院内感染アウトブレイク発生時（別紙様式 1）
その後状況変化があった場合及び終息後にもその都度報告（別紙様式 2）を行う。
- （４） その他、病院長が必要と認めた場合

第 12 医療安全対策会議感染管理部会の設置

- （１） 感染対策におけるビジョンに基づき、県立病院の院内感染管理の質の向上に資することを目的として、医療安全対策会議に感染管理部会を設置する。
- （２） 感染管理部会は、県立病院の感染対策の質を向上し、院内の感染対策上の問題を速やかに解決するため、第三者評価（感染対策相互チェックや病院機能評価等）の意見や指摘をふまえ、医療安全対策会議座長の承認のもと県立病院間で連携・協働して感染対策を検討する。
- （３） 感染管理部会の構成、議事、報告、その他部会の運営に必要な事項は、感染管理部会設置要領に定める。

第 1 3 持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: S D G s) への取り組み



- (1) 感染対策加算連携および地域のニーズに対応し、県内医療福祉施設の質向上に貢献する。(目標 3、11)
- (2) 各職種の感染管理資格取得を含む、質の高い医療の提供を目指した人材育成。(目標 4、8)
- (3) 電子カルテシステムに付帯するサーベイランスを活用し、情報管理の効率的な実践、質の改善を推進する。(目標 9)
- (4) 医療廃棄物の分別を徹底するとともに、廃棄物の減量を目指す。(目標 12)

第 1 4 指針の改正

- (1) 本指針は、科学的知見や社会情勢の変化を踏まえ、内容の再検討を行う。
- (2) 本指針の改正は、感染管理部会が案を作成し、医療安全対策会議の承認を経て病院局長が行

第 15 指針の掲示及び閲覧

- (1) 本指針について、患者及びその家族に分かるように記載したものを千葉県庁ホームページに掲示する。
- (2) 本指針は、患者及びその家族から閲覧の求めがあった場合には、これに応じなければならない。本指針の照会については、各県立病院の感染防止対策部門が対応する。

(附則)

この指針は、令和 3 年 3 月 31 日より施行する。

令和 4 年 3 月 29 日改正

令和 6 年 3 月 31 日改正

【様式1】

感染症発生報告書

報告日 令和 年 月 日

病院名

初発患者情報

病棟名		初発患者の発症日	令和 年 月 日
入院病名		診療科	
原因微生物・感染症名			
入院日	令和 年 月 日	年齢	性別 男 女

経過

発症時の症状・医療器具等使用状況	該当するものに☑ ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 菌血症 ☐ 尿路感染 ☐ 肺炎 ☐ 手術部位感染 ☐ その他の創傷() ☐ その他()			
	【医療器具等使用状況】 ☐ 中心静脈カテーテル ☐ 尿道留置カテーテル ☐ 人工呼吸器 ☐ ドレナージ(部位) ☐ おむつ ☐ その他()			
報告時の状況	☐ 発症者が10人を超えた ☐ 発症者の病状重篤化 ☐ 発症者の死亡 ☐ その他			
対応	☐ 個室隔離 ☐ 大部屋隔離 ☐ 面会制限 ☐ 入院制限 ☐ 接触感染対策 ☐ 飛沫感染対策 ☐ 空気感染対策 ☐ その他()			
接触者の状況	病名	年齢	性別	状態
				☐ 感染 検出検体: ☐ 喀痰 ☐ 尿 ☐ 便 ☐ 血液 ☐ 保菌 ☐ 創部 ☐ その他()
				☐ 感染 検出検体: ☐ 喀痰 ☐ 尿 ☐ 便 ☐ 血液 ☐ 保菌 ☐ 創部 ☐ その他()
				☐ 感染 検出検体: ☐ 喀痰 ☐ 尿 ☐ 便 ☐ 血液 ☐ 保菌 ☐ 創部 ☐ その他()
				☐ 感染 検出検体: ☐ 喀痰 ☐ 尿 ☐ 便 ☐ 血液 ☐ 保菌 ☐ 創部 ☐ その他()
対応支援の必要性	☐ あり 具体的に() ☐ なし			

【様式2】

感染症（経過・終息）報告書

施設名					
報告日	令和	年	月	日	
報告者					
原因となった感染症 若しくは原因病原菌					
院内感染者数	合計	名	※最終発生日	年	月 日
【経過の概要】					

<各施設の感染管理体制（例示）>

