



独立行政法人
地域医療機能推進機構
金沢病院

院内感染対策のための指針

目次

第1	趣旨	・・・P. 2
第2	医療関連感染対策に関する基本的な考え方	・・・P. 2
第3	用語の定義	・・・P. 2
	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（医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本事項）	・・・P. 4
	Ⅰ 感染対策部門の設置	
	Ⅱ 感染対策委員会の開催	
	Ⅲ 感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）活動の推進	
	Ⅳ 抗菌薬適正使用支援チーム活動の推進	
	Ⅴ 感染防止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に対する教育、研修等	・・・P. 10
第6	感染症の発生状況の報告	・・・P. 11
	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. 11
第8	患者等に対する当該指針の公開	・・・P. 12

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「JCHO」という。）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。JCHOの各病院（附属施設を含む。以下同じ。）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。

第2 感染管理のための基本的考え方

JCHO金沢病院（以下「当院」という）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にのっとり医療を患者・利用者に提供できるように取り組むものとする。

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 感染管理指針（以下「JCHO感染管理指針」という。）

JCHO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。

2. JCHO金沢病院 感染管理指針（以下「病院感染管理指針」という。）

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で、JCHO感染管理指針に基づき以下の要件を含むものを作成する。病院感染管理指針は、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。

- （1）医療関連感染対策に関する基本的な考え方
- （2）医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院等の組織に関する基本事項
- （3）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
- （4）感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- （5）医療関連感染発生時の対応に関する基本方針
- （6）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
- （7）その他の当該病院における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

1. 医療関連感染（HAI：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。

2. 感染症アウトブレイク

(1) 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としては、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を基本とする。ただし、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）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。なお、CRE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。

(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（医療関連感染対策のための委員会その他の当該病院の組織に関する基本事項）

I 感染防止対策部門の設置

当院は、感染防止対策部門を設置し、組織的に医療関連感染対策を実施する体制を整える。感染防止対策部門には、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師を配置し、感染制御チームを組織して、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）、発生動向監視（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。

医療関連感染対策に関する取組事項は、院内の見やすい場所に掲示して周知するものとする。

II 感染対策委員会の開催

各病院は、医療関連感染対策の推進のため、感染対策委員会を開催する。感染対策委員会は、以下に掲げる事項を満たすものとする。

1. 感染対策委員会の管理及び運営に関する規程を定める。
2. 感染対策委員会の構成員は、院長、看護部長、事務部長をはじめ管理的立場にある職員及び診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌消毒部門、給食部門、事務部門等、各部門を代表する職員等により職種横断的に構成する。
3. 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
4. 院内の各部署から医療関連感染に関する情報が感染対策委員会に報告され、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。
5. 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。
6. 感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う。
7. 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、届出制のもと使用可能とする。
8. 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。

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防止対策部門に、感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームを設置する。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。

1. 感染制御チームは、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の職員により構成する。
2. 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、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。手順書は電子カルテから閲覧できる体制をとっている。
 - (2) 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）
 - (3) 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。
 - (4) 1週間に1回程度、院内を定期的に巡回し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。感染制御チームによるラウンドは、チームのメンバーが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、各病棟を毎回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行っている場合には、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。
 - (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。
 - (6) 新興感染症発生時等は、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを速やかに行う。

3. 感染管理者の配置

病院長は感染対策の実務的責任者として「感染管理者」を指名する。
感染管理者は、感染対策委員会の方針に基づき「地域の病院」や後述の「感染制御チーム」との連携のもと、次の業務を行う。

- 1) 職員の健康管理
- 2) 感染対策に関する教育
- 3) 感染に関する相談（コンサルテーション）
- 4) 発生動向の監視（サーベイランス）
- 5) 感染対策実務の適正化と指導

4. 感染制御チーム（ICT）の設置

院内感染等発生、または防止対策に関して迅速に活動することを目的として、感染対策部門に実働部隊として感染制御チームを設置する。

(1) 感染制御チームの構成（感染対策向上加算1の施設基準に基づく）

- ① 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- ② 5年以上感染症対策に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を終了した専従の看護師
- ③ 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
- ④ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- ⑤ ①～④に定める者以外に、①～④の要件に相当する経験年数等を有しないが、院内感染対策の充実および人材育成のために関係部門から選抜して配置する職員

(2) ②に定める者を感染管理者として配置する。

感染管理者は、次に定める感染制御チーム（ICT）の所掌業務が円滑かつ確実に遂行されるよう管理を行うものとする。なお、感染制御チームの専従職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

(3) 感染制御チーム（ICT）の所掌業務は次のとおりとする。

① 院内ラウンドに関すること

ア 1週間に1回、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染対策の実施状況の把握・指導を行うこと

注1：巡回には少なくとも(1)①～④の構成員のうち2名以上が参加する。

注2：原則的に各病棟を毎回巡回する。患者に侵襲的な手術室や検査を行う部署（手術室・内視鏡室等）についても、2か月に1回以上巡回する。

イ 院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランスなどの情報を分析、評価し、効率的な感染対策を実行すること

- ウ 院内感染の増加が確認された場合には、病棟ラウンドの所見およびサーベイランスデータ等を基に改善策を講じること
 - エ 巡回、院内感染に関する情報を記録すること
 - オ 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) に参加する。
- ② 抗菌薬の適正使用に関すること
- ア 微生物検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進すること
 - イ 「院内抗菌薬適正使用指針」に定める特定抗菌薬等の使用に際して届出制を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化を図ること
 - ウ 専任の臨床検査技師は週に 1 回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。
- ③ 職員研修に関すること
- ア 全職員を対象として、年 2 回以上、定期的に院内感染対策に関する研修を行うこと
 - イ アの研修について、職員 1 名あたり年 2 回の受講を確認すること
- ④ 感染対策マニュアルに関すること
- ア 最新のエビデンスに基づき、当院の実情に合わせた標準予防策、感染経路予防策、職業感染予防策、感染症発生時のゾーニング、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、各部署に配布すること
 - イ マニュアルは、定期的に新しい知見を入れ改訂すること
 - ウ 職員がマニュアルを遵守していることを院内ラウンド時に確認すること
- ⑤ 地域連携に関すること
- ア 感染対策向上加算 2 または 3 に係る届出を行った医療機関と合同で、年 4 回以上、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録すること
 - イ 感染対策向上加算 2 又は 3 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等を受けること
 - ウ 他の感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている医療機関と連携し、年 1 回以上、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関より評価を受けること
- ⑥ 感染制御チーム (ICT) 構成員間の情報共有等を図るため、定期的に ICT 会議を開催する。

6) 抗菌薬適正使用支援チーム（以下 AST）の設置

当院は、薬剤耐性（AMR）対策の推進のために、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を定めた抗菌薬適正使用支援プログラム（ASP）を策定し、これを実践するために抗菌薬使用支援チーム（AST）を設置する。

（1）抗菌薬適正使用支援チームの構成

抗菌薬適正使用支援チームは、加算要件を満たす医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師で構成する。

- 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微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- 上記①～④のうちいずれか1人をAST専従職員として配置する。

AST専従職員は、次に定める抗菌薬適正使用支援チーム（AST）の所掌業務が円滑かつ確実に遂行されるよう管理を行うものとする。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

（2）抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行う。

- ① 院内の抗菌薬使用に関するマニュアル(抗菌薬適正使用支援プログラム/ASP)に基づき、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モニタリングを実施する患者を設定する。抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた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等について感染症早期からのモニタリングを実施する。
- 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 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象として、抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。院内感染対策に関する内容を含む場合については、合わせて研修を行ってもよい。
- ⑥ 院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院内での使用中止を提案する。
- ⑦ 当院外来における過去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。
- ⑧ 抗菌薬適正使用支援チームは、他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っていない保険医療機関に限る）から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける等を受ける。抗菌薬適正使用推進に関する相談等を受ける体制については、定期的なカンファレンスの場を通じて他の保険医療機関に周知する。
- ⑨ 院内の抗菌薬使用に関するマニュアル（抗菌薬適正使用支援プログラム/ASP）を作成する。また、厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する【院内抗菌薬適正使用指針】。外来における急性気道感染症、急性下痢症に対する治療についての記載も含んでいる。
- ⑩ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、抗菌薬適正使用支援チームが主となり、感染制御チーム（ICT）と協働して実施する。

7) 組織の基本的事項

前項に規定する委員会およびその他の組織運営等については別紙規約に定める。

V 感染防止対策地域連携の実施

当院は感染対策向上加算1を算定し、感染防止対策について以下のとおり地域連携を行う。

- (1) 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算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、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。
- (2) 感染防止対策加算2または3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。
- (3) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）に参加する。

- (4) 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。
- (5) 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、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録する。また、このうち少なくとも 1 回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施する。
- (6) (5) に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施することも可能とする。
- (7) ビデオ通話を用いる場合は、個人情報特定されないよう配慮する。やむを得ず画面上で共有する際は、患者の同意を得ること。
- (8) 感染対策向上加算 2 又は 3、または外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する。
- (9) 当院正面玄関の見やすい場所（正面玄関、入院病棟エレベータ正面）に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する。
- (10) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自施設および自治体のホームページにより公開している。

第 5 医療関連感染対策のための職員に対する教育、研修等

感染対策部門は、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、ICT と連携して、以下のとおり企画し実施する。

1. 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。
2. 各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。
3. 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、定期的で開催するほか、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。）
4. 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。
5. 新型コロナウイルス感染症の流行具合等を考慮し、動画視聴研修を検討する。

第6 感染症発生状況の監視と発生状況の報告

I 感染症発生状況の監視（サーベイランス）

各病院の感染防止対策部門は、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。

1. 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
- ・カテーテル関連尿路感染サーベイランス
- ・手術部位感染サーベイランス
- ・耐性菌サーベイランス
- ・他、必要なターゲットサーベイランス

2. プロセスサーベイランス

- ・手指衛生サーベイランス

II 発生状況の報告

感染防止対策部門は、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、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。

第7 医療関連感染発生時の対応

感染防止対策部門は、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。

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. 外注している一部の細菌検査については、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、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 患者等に対する当該指針の公開

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閲覧できるように配慮する。

1. 職員に対する研修に関する基本方針

- 1) 院内感染対策の基本的考え方および具体的方策について、職員に周知徹底を図り、院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図ることを目的として、全職員を対象に定期的に院内研修を実施する。
- 2) 必要に応じて、各部署および職種別の研修についても随時実施する。
- 3) 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目）は、記録し保存する。

2. 感染症発生状況の報告に関する基本方針

- 1) 院内感染防止を図るために、病原微生物の検出状況、感染症の発生状況、感染経路および原因に関する必要なサーベイランスを、継続的かつ組織的に実施する。
- 2) 収集された情報は、感染制御チーム（ICT）に迅速に報告し情報共有する。
- 3) 病院職員にフィードバックすべき情報は、院内 LAN で閲覧可能とし、必要な情報が周知徹底される環境を整える。

3. 院内感染発生時の対応に関する基本方針

- 1) 各種サーベイランスをもとに、院内感染のアウトブレイクをいち早く特定し、迅速な対応が実施できるよう、適切な情報管理を行う。
- 2) アウトブレイク発生時は、その状況を感染対策委員長に報告する。感染対策委員長は院内感染対策委員会を招集して対応方針を決定するとともに、感染管理者に必要な対応を指示するなど、速やかに感染経路の遮断および感染拡大防止策を講じる。
- 3) 法令により報告が義務付けられている疾患が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

4. 患者への情報提供と説明

- 1) 患者および患者家族に対して、適切なインフォームドコンセントを行う。
- 2) 疾病の説明とともに、感染制御の基本についても説明し、理解を得た上で協力を求める。

5. 指針の閲覧に関する基本方針

患者および患者家族が安心して医療を受けることができるよう、当院における感染対策に関する取り組みについて公開し、閲覧に供する。

院内感染対策に関する取組事項を、病院玄関に掲示する。

6. その他の当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針
- 1) 院内感染対策推進のため「院内感染対策マニュアル」を作成し、病院職員への周知徹底を図るとともに、マニュアルの見直し、修正を行う。
 - 2) 職員は自らが感染源とならないために、定期健康診断を年1回以上受診し健康管理に留意する。

(附則)

この指針は平成23年4月1日より施行する

平成26年4月1日 改訂
平成28年1月26日 改訂
平成28年6月3日 改訂
平成30年4月1日 改訂
令和3年9月16日 改訂
令和4年4月1日 改訂
令和4年7月25日 改訂