

I) 院内感染防止対策のための指針

<基本的指針>

1. すべての人に対して人権尊重と守秘義務を徹底する。
2. スタンダードプリコーション（標準的予防策）を徹底する。
3. 「病院環境の特殊性」を十分考慮し、感染経路別の院内感染防止対策を日常的に行う。
4. Evidence-based infection control（根拠に基づいた感染症対策）に努める。
5. 危機管理の観点に立ち、迅速かつ的確に対応する。

1. 院内感染防止対策に関する基本的な考え方

院内感染とは：

1. 医療施設において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症
2. 医療従事者等が医療施設内において感染した感染症

院内感染は、人から人へ直接、または医療器具等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者（高齢者）は、通常の病原微生物のみならず感染力の弱い微生物によっても院内感染を起こす可能性がある。そのため、院内感染防止対策は、医療従事者が個々に対策を行うのではなく、医療施設全体で取り組むことが必要である。

2. 院内感染防止対策のための組織に関する基本的事項

「院内感染防止対策の基本指針」を実践し、患者および来院者、医療従事者の感染からの保護、医療従事者の感染に対する知識向上を図り、可能な限り費用対効果を考慮の上、これらの目標を達成する事を目的として、院内感染防止対策委員会、ICT、リンクナース委員会を設置する。

1) 感染管理者および院内感染防止対策委員会の活動

院内感染防止体制は、病院長を統括責任者とし、そのもとに感染管理者および院内感染防止対策委員会を設け、院内における院内感染防止体制の整備を行う。この体制は病院全体で取り組むものであり、各部門・部署での院内感染防止活動を行う。定例会は毎月1回開催し、必要に応じて臨時に開催する。

1. 院内感染の実態を把握するために調査および院内巡視・点検を行う。
 - ・ 細菌等検出状況や薬剤感受性のパターンを院内免疫学情報として把握する。
 - ・ 感染の危険性が高い病棟は頻繁に訪問し、マニュアルの徹底を図る。
 - ・ 検査データの保管、分析を行う。プライバシーの保護に配慮する。
2. 感染予防策の立案（恒久的なもの、応急的なもの）
3. 感染症発生時の対策
 - ・ 疫学的、臨床的問題となる感染症患者が発生した場合、直ちに委員会を招集し、院内感染の有無を判定し、その対策を検討する。
4. 院内感染防止対策のための職員研修
 - ・ 全職員対象に年2回以上の研修会を実施する。院内感染に必要な基本的な考え方や具体的な

方策の周知徹底を図る。新規採用職員には、感染対策の初期研修を行い、必要に応じて臨時研修会も開催する。

- ・ ポスター・配布物による啓蒙を行う。
5. 院内感染対策マニュアルの作成・定期的な見直しと修正。
 6. 委員会の委員は、病院長・事務長・総務局長・看護部長・感染委員長・副委員長・医師・薬局長・管理栄養士・臨床検査技師・臨床工学士・理学療法士等により構成され、毎月1回定期的に委員会を開催する。任期は1年とし、再任を妨げない。
 7. 感染対策リンクナース委員
 - ・ 感染対策リンクナース委員は、看護部からの各看護単位の職員が指名され、構成される。

2) 院内感染対策チーム（ICT）の役割

院内感染対策チーム（以下ICT）は、医療安全管理委員会での決定を確実に実施し、院内感染防止対策を実効性のあるものにするため、以下の日常業務を行う。

1. 院内感染発生状況の把握。
2. 院内感染予防の観点から各職場の点検と改善指導（院内ラウンド月1回）。
3. 院内感染症（特に多剤耐性菌）に対する治療法の提言、特定抗菌薬の使用、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導。
4. 教育・啓蒙活動を行い、常に「院内感染防止対策マニュアル」の適正提示に努める。
5. 院内の衛生管理に関する問題点を提起し、病院長からの諮問事項を討議する。

メンバーは病院長から診療技術部、看護部、薬剤科、検査科、栄養科、人事総務課、臨床工学技師を含む職員が指名され構成される。

3. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

MRSA、PISPまたはPRSP、MDRP、VRE、ESBL産生菌、および他の多剤耐性菌、血液培養陽性例の発生状況の集計は、毎週臨床検査技師が作成し、院内感染防止対策委員会に報告する。法令で定められた報告すべき疾患や院内で対応困難な事態が発生した場合は、速やかに管轄の保健福祉事務所に報告し、対応を相談する。さらに、感染対策の概要は病院運営会議で各部署責任者への周知を図る。

II) 院内感染防止対策委員会設置要綱

1. 院内感染防止委員会の目的

この委員会は、病院内の院内感染防止とその対策を遂行し、院内の衛生管理の万全を期することを目的とする。

2. 感染管理者及び委員会の活動

1. 院内感染の実態を把握するため、調査および院内巡視・点検を行う。
2. 各種検体からの細菌等検出状況や薬剤感受性のパターンを院内免疫学情報として把握する。
3. 感染および伝播の予防を目的に、感染の危険性が高い病棟を頻繁に訪問し、マニュアルの徹底を図る。
4. 検査データの保管、分析を行う。ただし、プライバシーの保護に配慮する。
5. 感染予防策の立案（恒久的なもの、応急的なもの）を行う。
6. 感染症発生時の対策
 - ・ 疫学的、臨床的問題となる感染症患者が発生した場合、直ちに委員会を招集し、院内感染の有無を判定し、その対策を検討する。
7. 職員に対する安全教育を行う。
職員一人一人が感染症全般に対する正しい知識を持ち、理解を深めるため、
 - ・ 定期的な勉強会
 - ・ 専門家による講習会
 - ・ ポスター・配布物による啓蒙を行う
8. 院内感染対策マニュアルの作成・定期的な見直し・変更を行う。

3. 委員会メンバー構成

委員会の委員は、病院長・事務長・総務局長・看護部長・感染管理者・病棟担当医師・薬局長・管理栄養士・臨床検査技師・臨床工学技師・理学療法士等により構成され、毎月1回定期的に委員会を開催する。

4. 委員会の任期

委員の任期は1年とし、再任を妨げない

5. 感染対策リンクナース委員の業務

1. 各病棟の感染発生状況の把握。
検査室および病棟より報告される院内感染情報の把握を行う。
2. 感染防止対策
月1回、院内ラウンド行い、点検し、院内感染予防の観点から指摘や改善指導を行う。
3. 感染症の対策
院内発生の感染症に対する対策の提言、細菌学的な助言や院内感染防止のための指導を行う。

4. 教育・啓発

各病棟職員の教育・啓発を行い、常に「院内感染防止対策マニュアル」の適正提示に努める。

6. 物品などの調達

院内感染が発生し、その拡大を防止するために委員会が必要と認められる物品等は、病院長の許可を得て、速やかに調達する。

7. その他院内感染対策の推進のための基本方針

1. 職員は、感染対策マニュアルに従い、手指衛生、マスクの着用など常に感染予防策を遵守する。
2. 職員は、定期健康診断を年1回以上受診し、インフルエンザ及びコロナウィルスワクチンの予防接種に積極的に参加する。
3. 職員は、感染マニュアルに沿い、個人用防御具の使用、リキャップの禁止、安全装置付き機材の使用、真空管採血ホルダーの利用など職業感染の防止に努める。

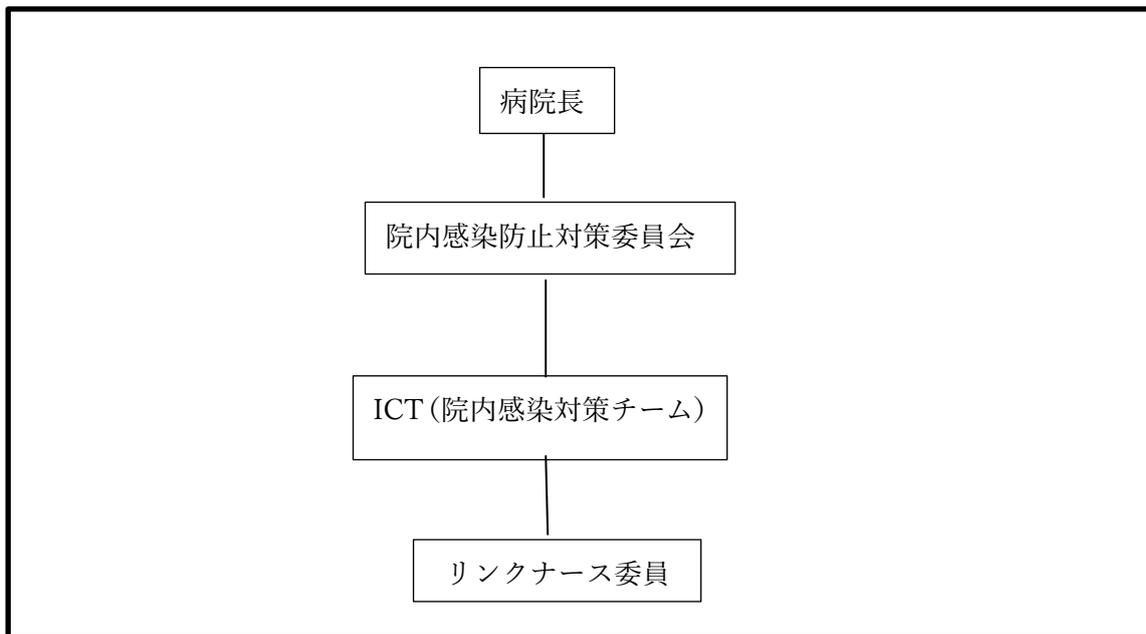
8. 患者等への情報提供と説明に関する基本方針

- ・ 患者本人及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。患者及びその家族から開示の求めがあった場合はこれに応じる。
- ・ 地域の診療所ならびに病院に向けても、当院で観察された感染症の実態に関する有用な情報を積極的に通知し地域全体で共有する。
- ・ 病院感染管理指針はホームページに掲載し利用者が閲覧できるよう配慮する。

9. その他

1. その他、委員会の運営に必要な事項は、病院長が定める。
2. 感染対策向上加算1・2・3に係る届け出を行った医療機関と定期的に医療関連感染対策に関するカンファレンスを年4回以上参加し、相互の情報交換を通じて感染対策の共有・強化を行う。
3. 地域の感染症サーベイランス調査結果を院内で共有し、啓蒙活動を行う。

10. 医療法人勝又 高台病院 体制図



付記

この指針は、2009年4月より実施とする。

付記（2008年12月1日）

この指針は、2008年12月1日から実施する。

付記（2022年5月2日）

この指針は、2022年5月2日から実施する。

付記（2022年10月31日）

この指針は、2022年10月31日から実施する。

付記（2024年1月9日）

この指針は、2024年1月9日から実施する。

付記（2024年7月24日）

この指針は、2024年7月24日から実施する。