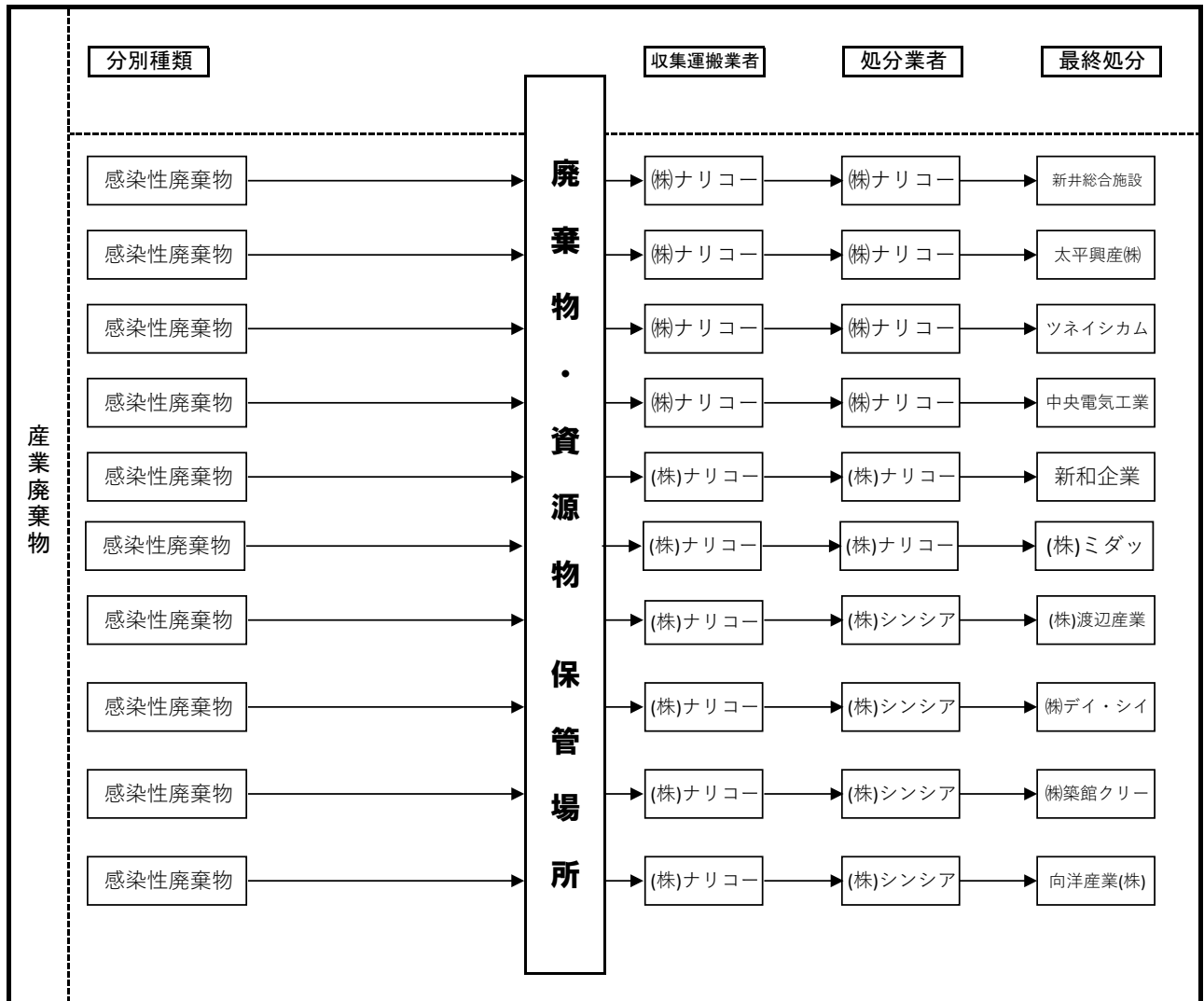


別紙1

廃棄物・資源物処理フロー



I 東戸塚記念病院 院内感染防止対策指針

1. 指針の目的

この指針は、東戸塚記念病院（以下「当院」という。）における院内感染防止対策及び院内感染発生時の対応等において、院内感染対策体制を確立し、適切かつ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して、下記事項について定めるものである。

2. 院内感染防止対策に関する基本的な考え方

院内感染防止は、感染症を持っている人からの拡大を防止するのみではなく、知られざる微生物や未知の感染症から、医療施設に関わる全ての人々（患者・訪問者・職員等）を対象に守ることが目的である。そのため、「全ての人々が何らかの感染症を保持し、また罹患する可能性がある」という考えのもとに標準予防策原則とし、経路別予防策を組み合わせた感染防止対策を行う必要がある。

職員については、個人及び院内外の感染情報を広い範囲で共有し、院内感染の拡大防止に迅速に対応しなければならない。

院内感染が発生した事例については、担当者が速やかに情報収集・分析・評価を行い、発生要因を探求し、根拠に基づいた感染防止対策を現場スタッフが展開し、終息・制圧することが求められる。

また、院内感染発生頻度を公的機関のデータと比較し、当院の医療水準の安全性を高める感染防止対策を推進し、基本理念の『全職員に信頼される医療の実践と、地域住民に必要とされる病院』を実現できるよう、院内感染対策活動の必要性・重要性を全部署および全職員に周知徹底し、院内共通の課題として積極的な取り組みを行う。

3. 院内感染防止対策のための委員会その他、当院の組織に関する基本的事項

当院における院内感染防止対策のための管理体制は以下の通りとする

- 1) 施設管理者（病院長）は感染管理者に院内感染対策の実施に関する権限を委譲する。
- 2) 施設管理者（病院長）は院内感染対策の実施に関する財政的措置を行なう
- 3) ICT は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などの職員で構成する。
- 4) 感染管理者あるいは ICT は、院内感染対策として職員の健康管理、教育、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）、および介入（インターベンション）を行なう。

5) 感染管理部門

・当院における感染対策を円滑に運営する為に設置する

また当院における感染管理者とは感染管理に関して適切な研修を修了した感染管理部門専従看護師である。

・感染管理者は地域感染症流行状況及び院内の感染症発生状況（患者・職員含め）を常に確認し、必要と判断した際は ICT 招集・ラウンド・臨時感染対策委員会の開催など組織横断的に活動し早期終息へ向けた活動を行う

(1) 業務内容

① ICT と各部署リンクスタッフが協働して活動を展開する。

【目標】スタッフを含め、ICT 活動を通して問題点を認識し改善することができる

院内感染対策委員会・看護部感染対策委員会の運営

- ②ターゲットサーベイランスを実施し、医療の質の向上に役立て、院内サーベイランス手法の統一に向けシステム構築ができる。
【目標】手指衛生サーベイランス及び BSI サーベイランスを複数病棟で実践する。
当院のベースラインを知り、監視業務情報とする。
- ③院内感染対策マニュアルの見直しを 1 回/年程度及び必要時に行い、実践活動で活用し感染防止に役立てる。
【目標】現場で実施可能な内容に修正変更し、実践活動で活用されるマニュアルにする。
- ④職業感染防止対策のプログラムの検討及び立案ができる。
【目標】各職員と病院管理部門が、ワクチン接種状況と抗体価検査数値を共に認識することができる。
針刺し切創事故の際、速やかな対応を行い、当事者に必要以上の不利益を被らないようなアシストを行うことができる。
- ⑤コンサルテーションシステムを構築し活動できる。
【目標】タイムリーなコンサルテーションを検討・実施し、院内の感染防止技術の向上に繋げることができる。
- ⑥感染管理教育計画を立案・実施・評価・改善ができる。
【目標】各職種に対して関係部署と協働して、教育計画を立案・実施・評価・改善を行う。
地域及び病院連携のもと、感染管理教育を展開することができる。
- ・ 2 回/年全職員に向けた法定研修会の企画運営、
 - ・ 流行状況に合わせ必要と判断した際、当該部署に赴き講義・研修会の開催
 - ・ 地域住民・教育機関等のニーズに合わせた感染対策教育の実施
 - ・ 感染管者は、患者、患者家族、見舞い等のために来院する人に対して、ポスターおよびパンフレットを用いて院内感染予防のための啓発を行う。
 - ・ 職員に向けて院内感染の状況及びその対策に関する情報を、ニュースレターなどを用いて定期的に関連部署に提供する。
- ⑦ファシリティ・マネジメントの推進ができる。
【目標】医療廃棄物処理方法及びそれにかかわる用品の選定を吟味し、費用対効果の高い方法で改善策を立案・実施・評価・改善ができる。
ファシリティ・マネジメントについての現状と問題点を把握する。
院内工事等に関し、感染対策の観点から参加し適切な方法を講じることができる。
- ⑧
(2) 構成メンバー：感染管理者が感染管理部門に常駐
随時、感染対策チームが実働部隊として活動

6) 感染対策チーム (Infection Control Team : ICT)

このチームは、東戸塚記念病院の組織図上、院長直下に設置された感染管理部門の下に、院内感染対策実践チーム (Infection Control Team : ICT) を設置し、実働部隊として活動を展開する。

(1) 活動内容

- ① 病院の方針に対応して、より具体的に感染防止対策の年間計画・活動方針、感染防止対策の基準・手順などの立案・実行・評価する。
- ② 導入した対策等の実践状況を調整し、遵守向上に向けての働きかけを行う。
- ③ リンクスタッフを推進役とし、院内感染防止対策マニュアルの周知徹底を図る。
- ④ 院内ラウンドを週一回（毎週金曜）程度の頻度で年間計画を立案・実施し、各部署の現状や問題点を把握し、感染防止対策の実践強化を図る。
- ⑤ 感染に関するインシデント・アクシデント事例、アウトブレイクへの対応、感染状況のモニタリング及びコンサルテーションを実施し、感染拡大のための現場調査内容を病院及び ICC に報告し、必要な場合、現場において指導を行う。
- ⑥ 医療関連感染サーベイランス（院内：薬剤耐性菌等検出状況・JANIS サーベイランス等）を実施・評価し、当院のベースラインを把握する。
- ⑦ 院内ラウンド及びコンサルテーションから得られた情報をもとに、院内感染防止対策マニュアルの見直し及び改訂を ICC に提案する。
- ⑧ 全職員に対し、感染に関する研修教育計画立案、現場での指導を行う。
- ⑨ 全職員に対して、職業感染防止対策を推進する。
- ⑩ 感染防止対策カンファレンスを通して、周辺参加病院との報告・連絡・調整・相談体制をとる。

(2) 構成メンバー

感染制御医師・感染管理認定看護師・薬剤師・検査技師・事務員

7) 抗菌薬適正使用支援チーム (antimicrobial stewardship Team : AST)

このチームは東戸塚記念病院の組織図上、院長直下に設置された感染管理部門の下に、抗菌薬支援対策チーム (antimicrobial stewardship Team : AST) を設置し、実働部隊として活動を展開する。

(1) 活動内容

- ① 指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施設の状況に応じて設定する。
- 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い、その旨を診療録に記載する。

- 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院内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。（マニュアルを年 1 回更新する）
- 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薬事委員会と協力して医療機関内での使用中止を提案する。
- ⑦ 連携施設及び周辺の医療機関から必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける。

(2) 構成メンバー

感染制御医師・感染管理認定看護師・薬剤師・検査技師・事務員

8) 院内感染防止対策委員会（Infection Control Committee : ICC）

院内感染に関する最終の意思決定機関である。本委員会は包括的でしかも機能は多岐にわたるため、臨床の現場で確実に実行されなければならない感染対策について、すべての事項を決定し、実行される権限を持つ。

(1) 活動内容

- ① 院内感染に関わるマニュアルに沿って実施されているかどうかを監視し点検する。
- ② 院内感染発生状況について、サーベイランス結果をカンセン対策チームから報告を受け、分析及び、フィードバックなどの事業を推進する。
- ③ 月に一度委員会を開催し重大な問題が発生した場合は適宜開催する。
- ④ 感染対策情報・起因菌の検出状況（多剤耐性菌を含む）を提供する。
- ⑤ 院内全体で使用できる総合的な院内感染対策マニュアルを ICT が中心に整備し、また必要に応じて部門毎にそれぞれ特有の対策を盛り込んだマニュアルを整備し、年 1 回改訂を実施する。
- ⑥ その他、院内感染の発生防止に必要と思われる事項について活動する。
- ⑦ 上記活動を円滑に行うため、院長直下の院内感染対策実践チーム(Infection Control Team : ICT)と抗菌薬適正使用支援チーム (antimicrobial stewardship Team : AST) と協働する。

(2) 構成メンバー

院長・事務長・看護部長・委員長・薬剤部長・検査技師長・ICD・CNIC ⇒コアメンバー
医局・放射線科・医事課・臨床工学科・各看護単位・教育研修室・栄養科・リハビリテーション科・システム室・医療福祉相談室・総務課・視能訓練科・地域連携室の責任者または日責者

9) リンクスタッフ

ICTと現場とのつなぎ役を務める。

(1) 活動内容

① 病棟における感染の監視と報告

リンクナースは常に病棟の患者の臨床症状に注意するとともに、検査科からの結果報告とあわせ感染症発症を監視し主治医と協力して院内感染と思われる症例があれば直ちに ICT に報告する。

② 病院職員に対する、感染症対策の周知徹底を図る

感染対策マニュアルに基づいて実施されているか、会議の内容を伝達するとともに、伝達内容が運用されているか部署内の状況を見る。

(2) 構成メンバー

各部署より1名以上選出

看護部は看護部感染管理委員が該当、コ・メディカルはICCメンバーまたは当該部署で決定した担当者とする。

4. 院内感染防止対策のための職員研修に関する基本的な事項

院内感染防止対策の為の基本的考え方及び具体的方策について、研修を実施する。

職員に周知徹底を行なうことで個々の職員の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やチームの一員としての意識向上を図る。また研修内容は、病院の実情に即した病院全体に共通する内容で、職種横断的な参加の下で年2回程度、定期的で開催する。研修実施内容（開催日時、出席者、研修項目、研修後の感想等）について記録しておく。院外の感染に関する研修・学会等の開催情報を広く告知し、職員の参加を支援する。

- 1) 就職時の初期研修は、ICTあるいはそれにかわる十分な実務経験を有する指導者が適切におこなう。
- 2) 継続的研修は、年2回程度開催する。また、必要に応じて臨時の研修を行う。これらは、院内の状況に即した内容で、職種横断的に実施する。
- 3) 個別研修あるいは個別の現場介入を、可能な形でおこなう。
- 4) これらの諸研修の開催結果を記録保存する。

5. 感染症の発生状況報告に関する基本方針

院内感染発生状況について、ICTが中心となってサーベイランスを行い、発生患者の検索、記録、分析及び、フィードバックを関係部署に行う。

重大な問題が発生した場合は、臨時で院内感染対策委員会を開催する。また院内での対応が困難な事態が発生した場合や、発生が疑われる場合は、地域の専門家等に相談する体制を確保する。

厚生労働省院内感染サーベイランス事業（通称：JANIS）参加にて、情報を集積し提示する。

その他の医療関連感染サーベイランスとして、カテーテル関連血流感染（CALBSI）、手術部位感染（SSI）、人工呼吸器関連肺炎（VAP）、尿路関連感染（CAUTI）、その他の対象限定サーベイランスを可能な範囲で実施する。

6. 院内感染発生時（アウトブレイクもしくは異常時）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あるいは異常発生をいち早く特定し、制圧の初動

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) 検査室は、業務として検体からの検出菌の情報を日常的に ICT および臨床側へフィードバックする。
- 3) アウトブレイクあるいは異常発生時には、その状況及び患者への対応等を病院長に報告する。
- 4) 感染防止対策委員会を開催し、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
- 5) 報告の義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所に報告する。

7. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

- 1) 本指針は冊子を通じて全職員が閲覧できる。
- 2) 病院ホームページにおいて一般に公開する。

8. その他院内感染防止対策推進のために必要な基本方針

- 1) 院内感染対策防止マニュアルは冊子にて各部署へ配布する。
内容はイントラネット上に配信する。職員はいつでも閲覧でき、院内感染防止対策マニュアルに基づいて院内感染対策を実施する。電子カルテ上にも掲載しいつでも閲覧できるようにする。
- 2) 血液媒介感染予防（曝露後の対応）ガイドラインは院内感染防止対策マニュアル内に記載され、曝露後の対応について確認することができる。
- 3) 院内感染防止対策指針は定期的に見直しを実施する。（概ね 1 年程度）

制定・改訂履歴

この指針は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

平成 23 年 4 月 1 日改訂／平成 24 年 6 月 1 日改訂／平成 24 年 8 月 1 日改訂／平成 25 年 4 月 1 日改訂
平成 25 年 9 月 1 日改訂／平成 26 年 3 月 1 日改訂／平成 26 年 7 月 15 日改訂／平成 27 年 4 月 1 日改訂
平成 28 年 4 月 1 日改訂／平成 29 年 4 月 1 日改訂／平成 30 年 4 月 1 日改訂／平成 30 年 9 月 21 日
平成 31 年 4 月 1 日改訂