

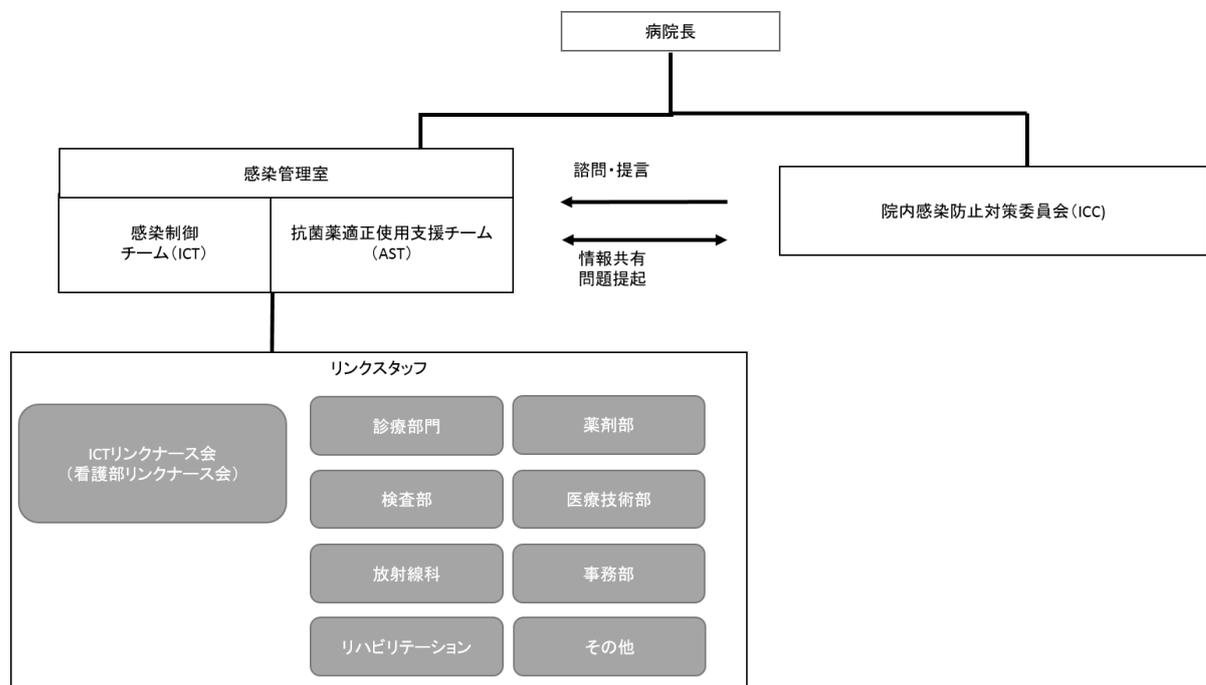
I. 院内感染対策に関する基本的な考え方

高槻赤十字病院は、人道・博愛の赤十字精神に基づき、良質で安全な医療を提供することを理念に、良質で安全な医療を提供する使命を負っている。安全な医療の実現のためには、職員の一人ひとりが院内感染対策の推進が不可欠であるとの認識を持ち、病院全体が院内感染対策を実践していくものとする。院内感染対策をとおして、患者の安心と安全な医療が提供できる環境を整え、地域医療にも貢献する。

II. 院内感染に関する組織

1. 組織図

院内感染防止対策委員会・感染管理室・感染制御チーム（Infection Control Team:以下 ICT）・抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team:以下 AST）が中心となり、すべての職員に対して組織的な対応と教育・啓発活動を行う。



(1) 院内感染防止対策委員会（ICC）

病院長が指名する委員長を議長とし、病院長を含めた看護部長、事務部長等の関係各部門責任者、感染管理室員等を構成員として組織する。

月 1 回定期的に委員会を行い、以下の審議事項について審議する。

また緊急時は臨時会議を開催する。

【審議事項】

- ① 院内感染の防止対策に関する事項
- ② 院内感染発生時の対策および原因究明に関する事項
- ③ 院内感染に係る情報収集および分析に関する事項
- ④ 職員の教育・研修に関する事項
- ⑤ 院内感染対策マニュアルに関する事項
- ⑥ その他院内感染対策に関する事項

【会議開催日】

毎月 第 4 木曜日

(2) 感染管理室

感染管理室は、病院長より委譲された権限に基づき、病院に関わる全ての人の健康と安全を確保するために、医療関連感染の発生予防や拡大防止に努め、関連部署と連携し、組織横断的に活動を行う。病院長の指名する医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務員等で構成する。

【感染管理室業務】

- ① 院内感染に関する情報収集、分析、対策立案、評価、フィードバック
- ② 院内感染発生後の対応
- ③ 抗菌薬適正使用の推進
- ④ 感染管理教育
- ⑤ 地域ネットワーク活動
- ⑥ 感染症及び感染管理に係るコンサルテーション

(3) 感染制御チーム（ICT）

感染制御チーム（ICT）は、病院に関わる全ての人の健康と安全を確保するために、感染対策を実施・推進する。医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、事務職等で構成する。

【会議及びラウンド日】

ICT ラウンド：毎週木曜日 15時～

定例会議：毎月 第 1 木曜日

(4) 抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は、抗菌薬の適正使用の推進を行う。

医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等で構成する。

【会議及びラウンド日】

AST ラウンド：毎週水曜日 15時～

定例会議：毎月 第1木曜日

Ⅲ. 職員教育の基本方針

1. 院内感染防止対策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図ることで職員の院内感染に対する意識を高め、正しい知識と技術を習得し業務を遂行できる事を目的とする。
2. 職員研修は、就職時の初期研修のほか、病院全体に共有する院内感染に係る内容について年2回以上、全職員を対象に開催する。また、委託業者やボランティアに対しても研修会を計画的に開催する。
3. 各部署や職種ごとの特徴を踏まえた勉強会の開催及び支援を行う。
4. 研修は、実施内容（開催日時、出席者、感染項目等）を記録・保存する。
5. 感染症発生時や流行状況、当院の現状や対策、情報共有を図るため、適宜感染管理室だよりを発行する。
6. ICT は定期的に院内ラウンドを行い、リンクナース・リンクスタッフと協同し現場の感染対策の向上を図る。ラウンド結果及び指導、改善内容を記録・保存する。

Ⅳ. 発生動向監視に係る基本方針

院内で発生した感染症の発生状況や原因に関するデータを継続的かつ組織的に収集し、的確な感染対策を実施できるように、各種サーベイランスを実施する。

1. MRSA などの耐性菌サーベイランス
2. 伝播力が強く、院内感染対策上問題となる各種感染症のサーベイランス

3. インフルエンザ等の迅速検査者数及び陽性者数のサーベイランス
4. 特定の医療器具や医療処置に焦点を絞ったターゲットサーベイランス
5. 抗菌薬使用状況等、地域や全国のサーベイランスへ参加し、自施設の院内感染防止機能を相対的に評価する

V. 院内感染発生時の基本方針

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や異常発生をいち早く特定し、原因究明の調査を行うと同時に、アウトブレイク制圧のための対応を迅速に行う。
2. 検出菌の薬剤耐性パターンや、血培陽性率などを用いて日常的に疫学情報の解析を行う。
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。臨時の院内感染防止対策委員会を開催し、速やかに発生原因の究明、改善策の立案、実施するための全職員への周知徹底を図る。
4. 報告が義務付けられている病気が特定された場合には、速やかに保健所及び本社に報告する。

VI. 抗菌薬適正使用に係る基本方針

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。

1. 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方法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。
2. 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。
3. 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評価する。

Ⅶ. その他院内感染対策の推進のための基本方針

1. 職員は、院内感染対策マニュアルに沿って、手洗いの徹底、マスク着用の励行など常に感染予防策の遵守に努める
2. 職員は、定期健康診断を年1回以上受診し、健康管理に留意するとともに、B型肝炎、インフルエンザ及び麻疹・風疹等のウイルス疾患の予防接種を行う。
3. 職員は、感染対策マニュアルに沿って、个人防护具の使用、リキャップ禁止、安全装置付き器材の使用、真空採血管のホルダーの利用等職業感染の防止に努める。

Ⅷ. 患者等に対する本指針の閲覧に関する基本方針

本指針は患者のみならず広く一般に閲覧できるようホームページで公開する。必要に応じて患者及び家族に対して院内感染対策について説明し、理解と協力を求める。

付則 本規程は2002年7月1日から施行する。
本規程は2006年11月1日から施行する。
本規程は2007年8月1日から施行する。
本規程は2008年7月1日から施行する。
本規程は2013年8月1日から施行する。
本規程は2018年5月1日から施行する。
本規程は2023年7月6日から施行する。
本規程は2024年5月1日から施行する。