

北海道消化器科病院 院内感染対策指針

I. 基本理念

院内感染の防止に留意し、感染等発生の際にはその原因の速やかな特定、制圧、終息を図ることは、医療提供施設にとって重要である。院内感染防止対策を全従業員が把握し、指針に則った医療が提供でき、院内感染防止の徹底を図るため、ここに院内感染防止対策指針を定める。

II. 院内感染対策委員会の設置

1. 感染対策委員長を議長とし、病院長、各専門職代表、看護部7部署を構成員として組織する院内感染対策委員会（以下、対策委員会）を設け、毎月1回第4水曜日に定期的に会議を行い、院内感染対策を行う。緊急時は、臨時会議を開催する。
2. 対策委員会は、次の内容の協議・推進を行う。
 - (1) 院内感染対策指針及びマニュアルの作成・見直し
 - (2) 院内感染対策に関する資料の収集と職員への周知
 - (3) 職員研修の企画（採用時教育、定期的教育、臨時的教育）
 - (4) 異常な感染症が発生した場合は、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) 患者の疑問、不安等の日常的な把握に関する事項
3. 委員は、職種・職位等にかかわらず、院内感染の防止に関して自由に発言できる。
4. 委員はその職務に関して知りえた事項のうち、一般的な院内感染防止対策以外のものは委員会及び院長の許可なく、院外の第三者に公開してはならない。
5. 下記に掲げる者を診断したときは、「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」により①は直に、②は7日以内にその者の年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項を、保健所長を通じて都道府県知事へ届出る。
 - (1) 一類感染症の患者、二類感染症、三類感染症又は四類感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新感染症にかかっていると疑われる者
 - (2) 厚生労働省令で定める五類感染症の患者（厚生労働省令で定める五類感染症の無症状病原体保有者を含む）。

III. 感染防止対策部門の設置

感染防止における業務の更なる向上と遂行のために、感染防止対策部門を設置し、部門内に感染防止対策チームを設置する。

1. 構成

- (1) 当該部門は各専門職及び科（課）により構成する。
- (2) 感染防止対策チームの構成は、以下の職員により構成する。
 - 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（院内感染管理者を努めるものとする）
 - ② 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
 - ③ 3年以上の病院勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師
 - ④ 3年以上の病院勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の臨床検査技師
 - ⑤ ①～④に定める職員以外に経験年数等を有しないが、院内感染防止対策の充実を図るために各専門職及び科（課）から選抜して配置する職員

2. 業務内容

- (1) 感染防止対策部門
院内感染に関する総合的な運営を行う。
- (2) 感染防止対策チーム
 - ① 院内感染ラウンド
 - a. 毎週金曜日、4職種（医師、薬剤師、検査技師、看護師）でのラウンドが基本。1回30分程度でチェックリストに沿って実施し、ラウンド結果を部署にフィードバックし改善につなげる。病棟ラウ

- ンドは原則毎週行い、それ以外の部署・部門は月1回～2か月に1回ラウンドする。
- b. 現状の把握と、問題を早期に発見・対策を立てるためにラウンドを行い、対策を立て実践を促し、院内感染(アウトブレイク)の防止を図る。
 - c. 院内感染事例、発生率に関する情報等を分析、評価し、効果的な感染対策を実行する。
 - d. 院内感染の増加が確認された場合には、データ等を活用しながら原因を究明、改善策を立案し全職員への周知徹底のため、院内感染対策委員会及び各会議との連携を行いながら終息に向け、速やかな対応を行う。
 - e. 病院職員の感染防止意識を高める。
 - f. ラウンド、院内感染に関する相談・情報は記録に残す。
- ②抗菌薬の適正使用
- 薬剤耐性菌の検出状況や感受性パターンなどのデータを把握・活用し、投与方法の適正化を図る。
- ③職員研修
- a. 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を目的に実施する。
 - b. 職員研修は、就職時の初期研修1回のほか、年2回全職員を対象に開催する。また、必要に応じて随時開催する。
 - c. 研修の開催結果又は外部研修の参加実績を記録・保存する。
- ④院内感染マニュアル
- a. 必要に応じて、新しい知見を入れ、改訂する。
 - b. 巡回時、職員がマニュアルを遵守していることへの周知徹底を図る。

IV. 地域連携

1. 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を行う(平成25年4月より)。
医療機関名: 北海道大学病院
2. 年4回以上、1.が主催する院内感染防止対策に関するカンファレンスに参加する。

V. 院内感染発生時の対応

1. MRSA等の感染を防止するため、「感染情報レポート」を週1回程度作成し、スタッフの情報供給を図るとともに、院内感染対策委員会で再確認等して活用する。
2. 異常発生時は、その状況及び患者への対応等を院内連絡網に沿って、順次報告し、院長に報告する。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。

VI. 患者への情報提供と説明

1. 本指針の内容については、当院ホームページで公開し、患者および家族から閲覧の求めがあった場合にはこれに応じるものとする。指針の照会については院内感染対策委員会が対応する。
2. 疾病の説明とともに、感染防止の基本についても説明して、理解を得た上で協力を求める。
3. 必要に応じて感染率などの情報を公開する。

付則 この指針は平成20年1月より実施する。平成20年3月より改訂する。

付則 この指針は平成22年10月、平成24年5月、平成25年4月より改訂する。

付則 この指針は平成29年4月より改訂する。

付則 この指針は2024年4月より改訂する