

感染管理指針

第1 医療従事者全員が、感染症に対する正しい認識を持ち、倫理的配慮に考慮した感染防止対策を実施します。感染対策を充実させることで、患者様が安心して医療を受けられる病院を目指します。

第2 病院長を中心に、積極的な感染対策を実施するとともに、技術的事項等を常に検討し、院内各部門への情報共有を図ります。全ての職員に対し、組織的対応の指示や、教育を行い、感染対策マニュアルに基づいて、手洗いの徹底など根拠のある感染防止対策に努めます。

第3 感染が疑われる事例が発生した場合には、速やかに対策を講じ、介入を図ります。また、重大な感染事例や集団発生の場合には、発生の原因を究明し改善策を立案します。これを実施するために、全職員への周知徹底を図ります。必要な場合には、行政などへ協力を依頼し、迅速な対応を図ります。

第4 近隣の医療・介護・福祉機関や行政と共に、地域完結型医療の一環として地域の感染制御を支援していきます。また感染における安全な在宅医療を提供していきます。

| | 戦略目標 | 重要成功要因 CSF : Critical Success Factor | 業績評価指標 KPI : Key Performance Indicators | ターゲット 数値目標 | アクションプラン | 評価 (%) |
|-----------------------------------|------------------|--|--|---|--|-----------|
| 【顧客の視点】 | 1. 院内感染の低減 | 1) 院内感染対策委員会の開催 | 開催数 | 12回/年 | *毎月、第3金曜日(13:00~)に会議を開催 | |
| | | 2) 耐性菌サーベイランス ①耐性菌(院内・KICN・徳洲会) ②季節性感染症(インフル・ノロなど) | ①院内発生率 発生密度率 | 2017年 よりも低値 平均値以下 | *院内耐性菌サーベイランスの実施 *関係部署へのフィードバック | |
| | | | | | *KICN耐性菌サーベイランスによるベンチマーキングの実施 *対象病院:河内地域の医療機関10施設 *対象菌種:MRSA ESBL MDRP MBL CRE VRE *徳洲会グループの耐性菌サーベイランスによるベンチマーキングの実施 *対象病院:70病施設 *対象菌種:MRSA ESBL MDRP MBL CRE VRE | |
| | | | ②院内発生数 | 患者10例 (季節性)/年 | *季節性感染症の監視・症例定義による入院時スクリーニング *総室発症時における同室者及びアウトブレイク時の予防内服の実施 | |
| | | 3) 感染対策マニュアルの整備と実施 | 改定数 立入調査評価 | 随時改訂 指摘事項なし | *感染症法の改定、ガイドラインに基づいたタイムリーな改定と周知 *八尾市保健所による立入調査 | |
| | | 4) 公開医療講座 | 講座数 | 6回/年以上 | *地域住民に対する公開医療講座の実施 | |
| | 5) 手術部位感染サーベイランス | 感染率 | JANIS・JHAIS 75%タイル値内 | *外科・肝臓外科・脳外科・整形外科・心臓外科 | | |
| | 6) ICUサーベイランス | 感染率 | JANIS DiNQL 75%タイル値内 | *VAP・CABSI・UTI(CAUTI含む) データ収集開始:2016年7月 データ登録開始:DIQUL:7月 JANIS:2017年1月 | | |
| | 2. 職業感染対策の充実 | 1) 結核対策 | 職員の院内発症数 | 0人/年 | *喀痰培養の推進 *曝露時のT-SPOT検査による追跡 *潜在性結核職員の早期発見とフォロー | |
| | | 2) インフルエンザ対策 | 職員の院内発症数 | 10人/年 | *インフルエンザワクチン接種の実施 *適切な予防内服の実施 *二次感染防止のため、発症時の就業停止 | |
| 3) 流行性ウイルス感染症対策 麻疹・水痘・風しん・ムンプス | | 職員の院内発症数 | 0人/年 | *麻疹・水痘・風しん・ムンプスのワクチン接種の実施 *二次感染防止のため、発症時の就業停止 | | |
| 4) 血液・体液曝露対策 | | 針刺し・切創件数 粘膜曝露件数 職員感染数 | 10件未満/年 10件未満/年 0件/年 | *HBVワクチン接種の実施 *曝露後のフォローアップ実施 *安全装置付医療器具の適切な使用推進 *労働安全衛生委員会との連携 | | |

| | | | | | |
|-----------------|---|-------------------|---|---|--|
| 【財務の視点】 | 1. 感染防止対策加算1の取得【390点】 | 他施設との合同カンファレンスの開催 | 開催数 | 4回/年 | *概ね毎月の会議の開催：第2水曜日 16:00~16:30 *連携施設：東朋八尾病院 松原徳洲会 |
| | 2. 地域連携加算の取得【100点】 | 他施設との相互ラウンドの実施 | 実施数 | 評価：1回 受審：1回 | *受審：石切生喜病院（6月） 野崎徳洲会（未定） 評価：若草第一病院（12月） 野崎徳洲会（未定） |
| | 3. 抗菌薬適正使用支援加算の取得【100点】 | 要件と施設基準の構築 | 要件・基準の実施 | | ①地域連携加算の算定⇒継続して算定 ②チームの構築（専従配置1名）⇒薬剤師あるいは検査技師の専従配置の検討 ③感染症早期からモニタリングを実施する患者の設定 ⇒広域抗菌薬長期投与（2週間）患者、耐性菌血液培養陽性患者、カンジダ菌血症患者 ④上記モニタリングの経時的に評価し、主治医にフィードバック ⇒毎週水曜日 AST ラウンドの実施、カルテ記載によるフィードバック ⑤微生物検査・臨床検査の適正利用可能な体制⇒血液、喀痰培養採取基準の運用、アンチバイオグラムの作成継続 ⑥プロセス指標、アウトカム指標の評価⇒抗菌薬使用状況、血液培養セット提出率、耐性菌発生率、抗菌薬使用量のデータを ICT あるいは ICC で評価 ⑦研修の年2回の開催とマニュアル⇒院内感染対策講習会での実施、マニュアルの更新 ⑧定期的な抗菌薬の採用見直し⇒薬剤審議会で検討 ⑨他施設からの consultation への対応⇒随時 |
| | 4. 歯科感染防止対策加算【初診料 234点⇒237点】 【再診料 45点⇒48点】 | 算定要件・施設基準の構築 | 要件・基準の実施 | | ①歯科医師、歯科衛生士の ICC への参加⇒占部部長、**歯科衛生士 ②歯科感染防止対策指針作成・掲示⇒作成・掲示済み ③歯科感染対策マニュアルの作成・遵守⇒作成済み ④感染対策にかかる研修を修了した常勤医師の配置⇒ICD 取得検討 ⑤院内感染防止対策に関する研修を定期的に受講する⇒ICD 講習会参加検討 |
| 5. 病棟閉鎖・施設閉鎖の低減 | 1) 八尾徳におけるアウトブレイクの制御 | 閉鎖の数 終息日数 | 1件/年 14日間 | *タイムリーな情報提供と情報収集を行い、早期介入を図る *八尾保健所と連携 | |
| | 2) 徳洲会グループにおけるアウトブレイクの制御（感染管理部会） | 閉鎖の数 終息日数 | 20件/年 14日間 | *徳洲会グループの医療・介護施設のアウトブレイク事例に介入（相談含む） | |
| 【業務プロセスの視点】 | 1. 機能評価項目の推進 | 機能評価項目の継続 | 測定項目の継続したクリア | 項目クリア | *病院機能評価項目の継続した取り組み 1.4. 1 1.4. 2 医療感染制御に向けた取り組み 2.1. 9 2.1. 10 診療・ケアにおける質と安全の確保 |
| | 2. 感染管理部会活動の推進 | 1) 手指衛生遵守率調査 | 遵守率 | 徳洲会遵守率 平均 60%以上 | *手指衛生遵守率向上への取り組み 手洗いポスター作成・配布、遵守調査システム構築、フィードバック |
| | | 2) アウトブレイクセミナー開催 | 開催数 | 各ブロック 1回 | *各ブロックでのアウトブレイクセミナー開催 北海道ブロック、北関東ブロック、南関東ブロック 関西・大阪ブロック、九州・沖縄・離島ブロック |
| | | 3) 施設ラウンド | ラウンド数 | 各施設 1回 | *ラウンド希望施設のラウンド実施 *2017年度 アウトブレイク施設のラウンド実施 |
| 3. 手指衛生の遵守率の向上 | WHOの5つのタイミングによる手指衛生の実施（感染管理部会） プロセスサーベイランス | 遵守率 | 使用量（平均） 遵守率：80%台 直接観察 遵守率：80%台 | *コンプライアンスモニター継続、フィードバック *感染管理部会による『手洗いキャンペーン』 *ICT リンクナース主導による手指衛生の指導 *手指衛生遵守率調査により、徳洲会グループの医療期間全体の遵守率を可視化する。 手指衛生の基本となる WHO の 5つのタイミングが実施できているか観察する。 | |

| | | | | | |
|------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---|
| | 4. アウトブレイクの制御 | 感染症発生動向の監視と集団発生の早期発見 | 発生数 | 1件/年 | *タイムリーな情報収集と情報提供を行い、早期介入を図る *感染管理部会や八尾市保健所と連携 |
| | 5. 河内地域のネットワークの推進 | 1) 河内地域感染管理ネットワークの稼働 KICN | 会議の実施 | 10回/年 | *対象：医療 16 施設 介護 7 施設（老健・特養・障がい者）保育 3 施設 行政 3 施設 *概ね毎月 第 3 火曜日（15：00～）に例会を開催し、情報共有を図る *耐性菌サーベイランス実施によるベンチマーキング |
| | | 2) 中河内感染防止対策協議会への参加 | 合同カンファレンス ラウンド（加算 1⇒2） | 2回/年 2施設/年 | *協議会合同カンファレンス参加（年 2 回） *ラウンド施設 東大阪徳洲会 東朋八尾病院 |
| | 6. 環境清掃の推進 | 高頻度手指接触表面の清掃の実施 プロセスサーベイランス | 環境クロスの使用量 | 使用枚数 4000 枚/月平均 | *環境クロス使用量のモニター・フィードバック |
| | 7. 喀痰培養の推進 | 喀痰培養採取基準の作成 | 喀痰培養数 | 昨年より増加 | *喀痰培養採取基準の作成により、看護師の積極的な培養採取の実施 |
| | 8. ICT ラウンドの充実 | 1) 病棟・外来・部門ラウンドの実施 | 立入調査項目の遵守率 | 90%以上 | *週 1 回程度 各部署のラウンド実施とフィードバック |
| | 9. AST ラウンドの充実 | 1) 広域抗菌薬長期投与患者への介入 | 対象者数 | 昨年より減 | *毎週水曜日 広域抗菌薬長期投与患者の監視と適正使用推進 |
| | | 2) 血液培養耐性菌検出患者の監視 | 対象者数 | 昨年より減 | *毎週水曜日 血液培養耐性菌検出患者の監視と対策の推進 |
| | | 3) カンジダ菌血症検出患者の監視 | 対象者数 | 昨年より減 | *毎週水曜日 カンジダ菌血症検出患者の監視と対策の推進 |
| | 10. ICT リンクナース [®] の充実 | ICT リンクナース [®] の実施 | 立入調査項目の遵守率 | 90%以上 | *月 1 回程度 各部署のラウンド実施 |
| 【学習と成長の視点】 | 1. 職員の感染管理に対する意識と質の向上 | 1) 院内感染対策講習会の開催 | 延べ参加人数 | 延べ 2000 人 | *開催数：3 回/年（伝達講習会 2 回/年） |
| | | 2) ICT リンクナースの自立 | 感染管理プログラム実践数 | 看護部門 全部署 | *概ね毎月の ICT リンクナース会議の開催：第 4 火曜日 16：00～17：00 *各所属における感染管理プログラムを 1 年間通して実践する。*学会発表 |
| | | 3) 手洗いキャンペーンの実施 | 実施数 | 全部門実施 | *感染管理部会の手洗いキャンペーン時期に実施 ポスターの更新、遵守率調査 |
| | | 4) 看護部キャリアラダーの推進 | 認定数 | 1 人/年 | *新人教育（4 月） *感染管理コース（院内認定制度） |
| | | 5) ICT times の発刊 | 発刊数 | 20 回/年 | *発行数：20 回 |
| | | 6) 感染管理部会による講義 | 講義数 | 2 回/年 | *病院・介護施設：未定 |
| | 2. 感染対策室の充実 | 専門職の育成 | 専門職数 | ICMT：1 名 IDCP：1 名 ICN：1 名 | *感染制御認定臨床微生物検査技師（ICMT）の育成 *抗菌化学療法認定薬剤師（IDCP）の育成 *感染管理院内認定看護師（ICN）の育成 |
| | | 専門職の実績 | 学会発表数 | 2 題以上 | *日本医療マネジメント学会 日本環境感染学会 |
| | 3. 河内地域の感染担当者の質向上 | KICN 主催セミナー開催 | 参加者数 | 30 人 | *年 1 回開催 11 月予定 |