

令和5年度
院内感染対策支援
事業概要

令和6年3月

石川県

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

院内感染対策支援事業の概要

I. 事業目的・内容

1) 事業目的

院内感染対策に関する県内の医療機関及び関係行政機関のネットワークを構築し、医療機関が取り組む院内感染対策を支援するとともに、院内感染発生等の緊急時に医療機関の対応に對し的確な支援を図る。

2) 事業内容

(1) 院内感染対策支援ネットワーク会議の設置

構成：院内感染の専門家、行政

内容：医療機関が取り組む院内感染対策への支援、院内感染発生等の緊急時における適切な対応及び再発防止への支援、その他医療機関の院内感染対策の向上に資する取り組み。

(2) 院内感染対策実地支援事業

県内医療施設に医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師で編成する実地支援チームを派遣。感染予防対策の取組みに関して実地で助言。

(3) 院内感染対策実地支援後の取り組み状況調査事業

昨年度に実地支援を実施した病院に対し、その後の取り組み及び改善状況を調査。
→新型コロナウイルス感染拡大防止のため、昨年度は中止

(4) 院内感染対策相談事業

院内感染対策相談窓口の設置、院内感染予防等に関する相談への対応。

(5) 院内感染対策講習会の実施

院内感染対策の推進を目的に、県内の医療従事者等を対象とした講習会を実施。

Ⅱ. 事業実施体制（令和5年度）

（1）石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（令和6年3月現在）

医師 委員長 飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
副委員長・リーダー 岩田 恭宜（金沢大学附属病院 感染制御部 特任教授）
太田 和秀（金沢医療センター 教育研修部長 兼 感染管理部長）
中積 泰人（金沢メディカルステーションヴィーク 院長）
西 耕一（石川県立中央病院 診療部長）
渡邊 珠代（石川県立中央病院 診療部長）
米田 太郎（小松市民病院 呼吸器内科医長 兼 感染制御室長）
小峰 伸彦（浅ノ川総合病院 感染対策室長）

薬剤師 リーダー 池田 浩幸（城北病院 薬剤部）
鬼頭 尚子（金沢医療センター 調剤主任）
多賀 允俊（金沢医科大学病院 薬剤部主任）
中出 順也（金沢大学附属病院 薬剤部 薬剤主任）

看護師 リーダー 池田 恵子（城北病院 医療安全管理室看護師長）
江波 麻貴（浅ノ川総合病院 感染対策室副看護師長）
太田 律子（能美市立病院 感染制御室）
金谷 周（久藤総合病院 看護部 感染制御室）
中村 洋子（金沢大学附属病院 看護部 看護師長）
野田 洋子（金沢医科大学病院 医療安全部 感染制御室課長）
澤田 明美（公立能登総合病院 副看護師長）
中川 かつ枝（七尾病院 看護部 副看護師長）

臨床検査技師 リーダー 新川 晶子（石川県立中央病院 検査科 科長）
梅田 由佳（金沢市立病院 中央診療部臨床検査室）
片山 雪絵（浅ノ川総合病院 中央検査部）
河村 佳江（金沢医科大学病院 中央臨床検査部）

（2）ネットワーク会議開催日

第1回：令和5年10月10日（火）

第2回：令和6年3月28日（木） 計2回開催

Ⅲ. 令和5年度実地支援病院

(1) 令和5年度実施概要

病院が個別に取り組んでいる院内感染予防や対策について、実地で助言するため、平成23年8月に設置した石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の委員（医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師）で編成する実地支援チームを、県内3病院に派遣した。

支援実施期間 令和5年10月12日～令和5年11月8日
1施設につき3時間程度派遣

支援対象 小松ソフィア病院
松原病院
東野病院

支援実施者 1施設につき、ネットワーク会議委員5名
(医師リーダー1名、薬剤師1名、看護師2名、臨床検査技師1名)
※県医療対策課、県保健福祉センター又は金沢市保健所担当が同行

支援方法 実地訪問による院内感染予防や対策について助言
評価表により、支援病院が自己評価（A～C評価）し、その内容を踏まえて支援を行うとともに、大項目をA～Cで評価（※）した。
また、再ラウンドの小松ソフィア病院については、前回の改善結果表を元に、改善状況の確認や、再度評価・支援を行った。

※評価項目

- A) 感染対策の組織
- B) 院内感染対策活動（ICTが組織されている場合にはICT活動）
- C) 外来
- D) 病棟
- E) ICU
- F) 標準予防策
- G) 感染経路別予防策
- H) 病院感染症防止策
- I) 洗浄・消毒・滅菌
- J) 医療廃棄物
- K) 検査室
- L) 清掃

○ 令和5年度院内感染対策実地支援実施病院等一覧（3病院）

実施日	実施病院	実施者	内容
令和5年 10月12日	小松ソフィア病院 ※再ラウンド (前回H30)	医師：西 耕一（リーダー） 薬剤師：鬼頭 尚子 看護師：江波 麻貴、金谷 周 臨床検査技師：片山 雪絵	参考資料 6参照
令和5年 10月24日	松原病院	医師：太田 和秀（リーダー） 薬剤師：多賀 允俊 看護師：野田 洋子、中川 かつ枝 臨床検査技師：新川 晶子	参考資料 6参照
令和5年 11月8日	東野病院	医師：岩田 恭宜（リーダー） 薬剤師：中出 順也 看護師：太田 律子、澤田 明美 臨床検査技師：河村 佳江	参考資料 6参照

○ 令和5年度院内感染対策実地支援実施施設の評価結果

評価項目	施設数		
	A評価	B評価	C評価
A 感染対策の組織	2施設	1施設	
B 院内感染対策活動（ICTが組織されている場合にはICT活動）		3施設	
C 外来		3施設	
D 病棟		3施設	
E ICU	—	—	—
F 標準予防策		3施設	
G 感染経路別予防策	1施設	2施設	
H 病院感染症防止策		3施設	
I 洗浄・消毒・滅菌		3施設	
J 医療廃棄物	2施設	1施設	
K 検査室	1施設	1施設	
L 清掃		2施設	1施設

実地支援の進め方

時間配分	区分	手続き及び内容
事前準備		<p>【事務局】 1. 支援実施病院へ実施決定通知を送付。 2. 院内感染対策支援ネットワーク評価表、ラウンド評価シート及びディスカッションシートを送付し、作成依頼をする。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【病 院】 事務局から送付するチェックリストは電子データにて、院内感染対策マニュアル・感染対策委員会組織図・ICT資料等・病院の概要は紙媒体にて実地支援日の2週間前までに事務局へ送付。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【事務局】 病院より提出されたチェックリスト及び院内感染対策マニュアル等の資料を派遣メンバー全員に送付する。</p> <p>[その他の準備]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランス・抗菌薬の資料、チェックリストに記載した取組みの裏付けとなる関係資料の準備。 ・実地支援チームが支援（担当者等からのヒアリング・資料の閲覧等）を行うために必要な場所（会議室等）の準備。 ・支援時は院内の院内感染対策に従事している各職種の担当者（医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師）が対応。 ・病院側に支援当日の院内ラウンドを実施する病棟・部署を選定をしておいてもらう。
(13時開始の場合) 13:00 ~13:30 (30分)	資料による確認・事前打合せ	<ul style="list-style-type: none"> ・評価表に記載された取組みを関係資料に基づき確認する。 ・院内ラウンドを行う場所、順番について打ち合わせする。
13:30 ~14:30 (60分)	ガイダンス・質疑応答	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問の目的と支援の流れについて、病院側に説明。 ・双方で自己紹介。 ・上記の確認結果に基づく質疑応答。
14:30 ~15:20 (50分)	院内ラウンド	<ul style="list-style-type: none"> ・院内をラウンドし、各現場での院内感染対策について確認するとともに、随時アドバイスを行う。
15:20 ~15:50 (30分)	講評（アドバイス） 内容のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・実地支援チームは、講評（評価・アドバイス）を行うため、ヒアリング及び資料等の確認をし、内容に対する所感等を取りまとめる。
15:50 ~16:00 (10分)	講評（アドバイス）と懇談	<ul style="list-style-type: none"> ・実地支援チームは、病院側に対して講評（評価・アドバイス）を行い、病院側から院内感染対策に関する相談に応じる。
後 日	アドバイスレポートの作成	<ul style="list-style-type: none"> ・実地支援チームリーダー（医師）は、各職種のメンバーの意見を取りまとめて、アドバイスレポートを作成。

(2) 院内感染対策実地支援後の取組状況調査事業

(令和4年度実地支援実施病院対象)

→新型コロナウイルス感染拡大防止のため、昨年度は中止

(3) 院内感染対策相談事業

県内の医療施設等から寄せられた日常の院内感染対策の基本的な相談、院内感染対策上の疑問点について随時対応するため、平成23年8月からネットワーク会議事務局内（石川県健康福祉部医療対策課内）に相談窓口を設置している。

相談については、書面による受付とし、委員長、副委員長の指示・確認のもとでネットワーク会議委員が回答を作成する体制を取っている。（令和5年度の相談件数：0件）

相談期間 随時受付

相談対象施設 県内の病院、診療所等

相談方法 書面による相談を受付〔院内感染対策相談票に記載〕

相談対応体制 ネットワーク会議委員が回答を作成、委員長が確認の上で回答

(4) 院内感染対策講習会の実施（計3回）

県内の医療機関における院内感染対策を推進することを目的とし、病院・診療所の医療従事者等を対象とした講習会を開催した。

第1回

・開催日時 令和5年6月17日（土）

・開催場所、参加人数 オンライン講習会
当日視聴件数 約500件（録画／約1200件）

・テーマ

テーマ	講師
効果的かつ負担の少ない医療現場における 感染対策について	飯沼委員長
	野田委員
	江波委員
	中村委員

・アンケート結果

5類移行後も確実な感染防御と持続可能な対応の両立が必要だということが分かった
加算に関する実際の活動が職種別、施設別、診療所の対応などが聞けて良かった
施設向けの対策方法を聞きたい

第2回

- ・開催日時 令和5年8月22日（土）
- ・開催場所・参加人数 オンライン講習会
当日視聴件数 約100件（録画／約560件）
- ・テーマ

テーマ	講師
効果的かつ負担の少ない施設内における 感染対策について	飯沼委員長
	野田委員
	公立つるぎ病院 嶋田 由美子 氏

・アンケート結果

施設の感染対策において過度な対策や緩んでいる部分について再認識できた
フェーズごとの感染対策は大いに参考になった

第3回

- ・開催日時 令和5年12月16日（土）
- ・開催場所・参加人数 オンライン講習会
当日視聴件数 約230件（録画／約500件）
- ・テーマ

テーマ	講師
5類移行を含めたBCP対策について	三重大学附属病院 田辺正樹 氏
各施設における感染・耐性菌対策・環境整備の 対応について	太田（和）委員
	多賀委員
	太田（律）委員
	新川委員

・アンケート結果

今後の感染に対する動向、対応、組織づくりについて知ることができた
BCP 対策の考え方について大変参考になった

※実地支援結果は、各実地支援施設での助言内容を県内の医療機関が参考にし、今後の感染対策の取組みに活かされることを目的に公表している。なお、病院が特定されるような情報については、適宜加工している。

院内感染対策実地支援ラウンドに係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和5年10月12日（木）14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～199床

支援実施者／西 耕一（医師・リーダー）、鬼頭 尚子（薬剤師）、江波 麻貴（看護師）、金谷 周（看護師）、片山 雪絵（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

- ・感染対策向上加算3を取得されており、加算1との連携に加え、本ネットワークによる外部評価も複数回受け入れをされていることから病院全体で積極的に感染対策の質向上・改善・底上げに取り組まれている様子が伺えました。
- ・院内感染対策が定期的開催され、病院長をはじめとする病院管理者が参加されていました。議事録には、協議されたディスカッション内容も記載があると良いです。
- ・ICTのメンバーに病院長、看護部長の記載がありました。病院長・看護部長は、有事の際の指揮をとる役割であるため、実働部隊であるICTのメンバーには、実働可能な職員配置をされることをお勧めします。
- ・ICT活動はマニュアルに明記されていましたが、リンクメンバーの活動が不明確でした。実際行っている活動内容を伺いましたが、ICTと同等の役割の方もおいでますのでICTメンバーとリンクメンバーの見直しをされることをお勧めします。

B 院内感染対策活動（ICT活動が組織されている場合にはICT活動）

評価：(B)

- ・コンサルテーションや感染症に関する報告・察知するシステムにおいて、窓口になる担当者が不明確であり、院内感染対策活動としての機能が不十分であることが伺えました。組織の中に窓口となる方（ICNなど）の配置をぜひご検討ください。
- ・検査データやアウトブレイクの察知システムについてICTでタイムリーに情報共有できるシステムを構築されるとより良いと思います。アウトブレイクに介入しているというチェック項目において、「C」評価をされていましたが、アウトブレイクが発生した場合は、必要な委員会で会議をされ、病院としての対策を実施されていました。「B」評価でよいかと思われました。
- ・麻疹・風疹・水痘・ムンプスの抗体価測定は、入職時に実施されていました。その後のワクチン接種については、声かけは実施されていますがプログラムとして管理されていない状況でした。小児に限らず成人以降の年代でも発症する可能性がある感染症ですので院内感染対策として実施されることをお勧めします。ご検討ください。
- ・AST活動については、J-SIPHEにも登録され、抗菌薬使用量サーベイランスに参加されていますので、そのデータを職員（特に医師）に向けてフィードバックされることが必要だと思います。加

算 1 施設との合同カンファレンス等で得た知見なども職員に共有できるとよいと思います。

・広域抗菌薬だけではなく、処方された注射抗菌薬全てについて、腎機能、投与開始日等を薬剤科で記録管理されており、マンパワーの限られる中で、取り組めることを着実に実施されていました。その情報を ICT で共有し、検出菌や感染臓器も踏まえて、適正化していく取り組みにつなげられるとさらによいと思います。

・院内感染対策マニュアルについて

・4. 中心静脈カテーテル：挿入時の対策は「マキシマム・バリアプリコーション」は誤りで、「マキシマル・バリアプリコーション」に訂正が必要です。

・15. 検体採取の方法：3. 各種検体採取容器について。写真入りでわかりやすくなっています。なお、便の保存法が冷蔵になっていますが低温で死滅する細菌もいるので室温保存に訂正が必要です。CD チェックの採取法が「採血量」になっています、「採便量」に修正をお願いします。保存法が室温になっていますが冷蔵保存と思われます。外注先に確認して下さい。インフルエンザは院内で検査しているとのことですが、保存法は室温より採取後ただちに検査室に（または、ただちに検査）などがよいと思います。

・16. 抗菌薬適正使用マニュアル。P24 の抗 MRSA 薬の使い方。バンコマイシンについては、昨年度の抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン（化学療法学会/日本 TDM 学会）の改訂で、トラフ値評価ではなく AUC 評価をすることが標準となっておりますので、可能な限りトラフ値、ピーク値採血での評価が望ましいです。最新の TDM ガイドラインを参考に、マニュアル改訂と医師への啓発が望まれます。また、同ガイドラインに腎機能によらず負荷投与を確実に実施することも明記されていますので、これについても反映されると良いと思います。P26 に記載されている MDRP の治療の項の抗菌薬投与量記載は過小のままとなっているので、成人標準投与量で記載されることをご検討ください。

C 外来

評価：(B)

・前回アドバイスのキシロカインゼリーやハンドソープの開封日の記載は改善されていました。
・前回アドバイスのミキシング台周囲に私物が置かれる、感染廃棄容器周囲に清潔物品の配置については、改善されていました。清潔・不潔の混在は院内感染において非常にリスクが高くなりますので継続して取り組んでください。

・透析室では、清潔物品であるボトル類の乾燥がシンクに近い場所でペーパータオルの上で乾燥・保管されていました。湿潤環境であると細菌繁殖しやすいこと、シンクからの水撥ねにより清潔な物品が汚染される可能性が高い等のリスクがあります。シンクから十分に離れた場所で水切り籠を利用するなどの工夫をご検討ください。また、ハンドソープや消毒薬で開封日の記載がされていないものがありました。使用頻度が高いことも関係していると思いますが、病院全体の感染対策への意識向上のためにも、院内のルールとして開封日記載を徹底されると良いと思います。

・内視鏡室では、患者に使用するマウスピースが蓋のない状態で保管されていました。埃や汚染防止のため、蓋つきの容器に保管されることをお勧めします。

・救急カート上段に PPE などの物品が置かれていました。緊急時に使用するカート上段は薬剤調製などを行うこともありますので、物品はサイドに取り付けるなど、上段には何も置かないようなエリアを確保されると良いと思います。エリアが確保されると未使用中のディスポカバーは不要になると考えられます。

D 病棟

評価：(B)

- ・前回のアドバイス内容については概ね改善されていました。コロナ禍の経験も踏まえて衛生管理について非常に見直し・改善された経過が伺えました。
- ・水回りのスポンジは、メラミンスポンジを利用されていました。クリップで止められており、1日交換となっていました。日付の記載はされるようにした方が交換が徹底されると思いますので、ご検討ください。
- ・ミキシング台に張り紙や物品が多く配置されていました。埃の蓄積や汚染しやすい環境を可能な限り回避するためにも必要最低限の物品管理にされることをお勧めします。一つの方法として、ミキシングエリアと物品設置エリア（張り紙や掲示物も含む）を区切る方法もあります。ご検討ください。
- ・オムツ交換台車が清潔物品と不潔物品が1台で管理されており、汚物室で保管されていました。汚物室は汚染管理区域のため、清潔な物品が汚染される可能性が高いため、一般清潔区域の保管場所の検討が必要ですのでご検討ください。
- ・汚物室内に消毒・乾燥された尿瓶等をビニール袋に入れて布製のカーテンで仕切られたスペースで保管されていました。乾燥棚が殆ど活用されていない状況とのことでしたので、上段と下段で乾燥中・乾燥後のエリア分けをして保管されてはいかがでしょうか。布製のカーテンは湿気を含みやすく、埃や汚染も蓄積しやすいですので撤廃されることをお勧めします。
- ・薬剤部門については前回ラウンドで指摘を受け、散剤調剤時のマスク、帽子の着用を徹底されるようになっており、改善されていました。また、散財調剤棚上には物品が置かれることはなく、清潔に調剤できる環境となっていました。
- ・薬剤部門が病棟に配置されていることもあり、患者さんの継続持参薬が薬剤部内に保管されていました。上から吊るされており、調剤された薬剤とは触れないように工夫されておりましたが、監査台とは別のゾーンで区別して患者さんの持参薬を保管できるように工夫が望まれます。

E ICU
なし

評価：(/)

F 標準予防策

評価：(B)

- ・手指衛生が非常に重要であることに着目しながら、携帯用ポシエットを活用するなど取り組まれている様子が伺えました。使用量のサーベイランスも行っておられますが、部署毎に課題や取り組み事項についてディスカッションできると良いです。可能な部署から直接観察法も取り入れ、実際のタイミングの場面を確認されると部署の特徴がわかり、課題も明確になりやすいです。ぜひ、ご検討ください。
- ・手袋を装着して患者対応をされている職員が患者エリアから出た後、そのまま医療エリアに入っていられる姿がありました。患者ケアを行った直後に手袋（個人防護具）を脱ぎ、手指衛生を実施するというルールへの定着に課題が見られました。繰り返しの確認と声掛けを行える風土づくり、研修会や勉強会にも標準予防策の遵守に関する取り組み等をぜひ取り上げてみてください。

G 感染経路別予防策

評価：(A)

- ・N95マスクのユーザーシールチェックの実施、フィットテストについても業者に依頼されて実施されていました。ぜひ、継続をお願いします。
- ・コロナ禍の経験もあり、個人防護具の着脱トレーニングも定期的に行われていました。期間が空くと忘れてしまいますので、ぜひ継続をお願いします。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

・尿路感染、血流感染、人工呼吸器関連肺炎等、各種感染の早期発見・早期対策に向けて医師や看護師等職種間でのコミュニケーションをはじめ、適切なタイミングで検体採取ができるようシステムの定期的な見直しもされると良いです（サーベイランスのシステムの見直し等）。デバイス管理についての確認や研修・演習についても積極的にされると質の担保に繋がりますのでご検討ください。

・新型コロナウイルス対策については、ゾーニングや日常のPPE着用等整備されていました。職員の持ち込みによる院内感染があらゆる施設で懸念されておりますので、職員の体調管理については、引き続き継続されてください。体調チェック表も活用されておりましたので、管理者による毎日のチェック体制も引き続き強化し持ち込み防止に繋げて下さい。

・薬剤耐性菌が検出された場合の対応マニュアルは作成されていますが、国内・地域の耐性菌検出状況について JANIS 等で把握されるようにして、追加修正されていくと良いと思います。最近ではカルバペネム大腸腸内細菌科細菌（CRE）も比較的良好に見られるようになってきています。隔離解除基準も合わせて、マニュアルに記載されるようにしてください。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

・病棟にオートクレーブがあり、スタッフが管理されていました。一次洗浄廃止に向け、悩まれていましたが、ディスカッションシートにも記載した通り、洗浄・消毒・滅菌は、誰が実施しても正しくできていることが必要です。一元化できると良いですが、一つの方法として滅菌については、外部委託業者で検討することもいかがでしょうか。

・ベッドパンウォッシャーを検討中とのことでした。導入されると職員の曝露のリスクや労力軽減、環境汚染のリスクの軽減にも繋がります。十分な洗浄・消毒・乾燥が実施可能であれば問題ありませんが、現在の環境下においては、乾燥するには、風通しが良い環境とは言えず、十分に乾燥できる工夫が必要です。（ディスカッションシート参照）

J 医療廃棄物

評価：(A)

・感染性廃棄物容器の取り扱い、全体的に適正な使用をされていました。継続されてください。
・その他の廃棄物についても手を汚染しない形式の容器であり、廃棄されている物品も適正でした。継続されてください。

K 微生物検査室

評価：(/)

L 清掃

評価：(B)

・院内全体的に清掃が行き届いており、廊下の不要なものもなく衛生的な管理がされていました。
・清掃業者にも研修を開催しておられました。感染管理における連携をとり、定期的な評価・確認やディスカッションできる場があると良いです。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和5年10月24日（火）14:00～17:00

支援病院／許可病床数：200床～

支援実施者／太田 和秀（医師・リーダー）、多賀 允俊（薬剤師）、野田 洋子（看護師）、中川 かつ枝（看護師）、新川 晶子（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：A

1. 院内感染対策委員会 評価：A

2) -1 病院感染防止委員会の参加者については、メンバーが全員出席されているかの確認として、出席簿の作成、参加率を算出してください。毎月の出席を一覧表にして記録を残しておくといいでしょう。

2) -2 病院感染対策防止委員会の規則には、委員長は『院長』となっていますが、組織図では委員長は副院長となっています。整合性をもたせてください。なお、病院感染防止委員会の委員長は、委員会規則通りの『院長』が望ましいです。訂正したうえで『院長』にも常に出席してもらってください。

3) 議事録は全職員に対して周知するシステムの構築をしてください。例えば押印したものを回収するなどの工夫が必要です。

2. 感染制御を実際に行う組織（ICT） 評価：A

3) 看護師は、専門知識を持つ感染管理担当看護師の育成についてご検討ください。

4) 薬剤師は、現在、薬剤部門の管理者（部門の長）が不在とのことですが、それと同等の役割を担うものを委員会のメンバーとして頂きますようお願い致します。なお、薬剤師は感染対策の中で抗菌薬適正使用や消毒薬適正使用において中心的役割を果たす必要がありますが、貴院ではマンパワーの問題等から薬剤師の関与が十分ではありません。貴院のより良い感染対策のため、薬剤師の積極的な採用（人員増）についてご検討頂きますようお願い致します。

B 院内感染対策活動（ICT活動が組織されている場合にはICT活動）

評価：(B)

1. マニュアル 評価：B

1) 精度アップを試みたい項目は、連携施設等他施設への相談をお勧め致します。

2) 改訂も必ずしも十分とは言えません。改訂に際しても連携施設等他施設への相談をお勧め致します。

2. 教育 評価：B

4) 委託業者への教育については、院内に出入りする業者に対しても院内マニュアル（手指衛生、清掃方法、体調管理、針刺防止等）に関する教育を計画して下さい。

3. サーベイランスとインターベンション 評価：B

1) -1. 手指衛生サーベイランス：使用量の調査を実践されています。具体的にご施設での程度を目標にすべきかをICTで決定し、全職員で遵守アップを目指されることをお勧めいたします。一部署の延べ患者数がわかるとのことでしたので、1日一患者手指消毒実施回数

を算出されてはいかがでしょうか。フィードバックは定期的に行い、各部署が主体となって遵守向上活動に取り組んでください。なお、一患者当たりの指標が出しにくい部署（外来等）は、使用量だけでもいいので、月毎、年毎の推移で評価をお願いします。

1) -2. 医療関連感染サーベイランス（CLABSI、CAUTI）については、カテーテル感染が多い印象があるとのことでした。そのため、サーベイランス導入をお勧めいたします。定義に基づいて判定する必要がありますので、ICTとしてサーベイランスを行うための準備が必要となります。専門的な知識も必要ですので、連携施設へ、必ずご相談ください。

4. 抗菌や適正使用 評価：B

1) ~ 4) J-SIPHE に加入され、そこで得られたデータ（毎月の AUD/DOT）を委員会にて資料確認されておりました。一方で、「AUD/DOT」は「ある抗菌薬の 1 患者 1 日あたりの平均投与量」を表現します。抗菌薬投与量の適正化について働きかけを行った場合は「AUD/DOT」での評価も妥当と思われそうですが、長期投与への介入等の「抗菌薬使用量の削減」を評価する場合には「DOT」（または「AUD」）での評価がより適切となります。貴院で行う抗菌薬適正使用推進活動に応じた評価指標を設定頂きますようお願い致します。

5. コンサルテーション 評価：B

1) 2) 施設管理者である、看護部長がコンサルテーションを受け、対応されているようです。施設管理と感染管理の同時は業務負担が大きいこともあり、現場で発生する感染対策の問題に対し迅速に発見、対応が遅れる場合も予測されます。専門的な知識を習得した院内感染管理者の育成について、是非ご検討ください。

また、コンサルテーションの内容は ICT 内で共有し、改善活動推進に役立てていただきますようお願いいたします

6. 職業感染曝露の防止 評価：B

5) -1. 針刺し・切創・皮膚粘膜曝露事例の原因解析と、問題点の改善活動をお願いいたします。また、導入されている安全機材（安全装置作動状況等）は適正に使用されているかを定期的に評価するといいいでしょう。

5) -2. 一部の職員にサンダルを履いている方を見かけました。足全体が保護されていないため、針の落下による受傷防止や緊急対応時（災害を含め）のためにも硬度の高いシューズをお勧め致します。

7. 院内ラウンド 評価：B

1) 各部署のラウンドは、計画的に毎週実施できるようご検討ください。マンパワー不足が課題ということでしたので、「水回り環境」「个人防护具着用状況」「汚物室環境」「手指衛生実施状況」「点滴調整台環境」等テーマを決めて実施されるといいでしょう。

C 外来

評価：(B)

1. 外来患者の感染対策隔離 評価：A

1) ~ 3) ポスターの設置、マスクの貸与、感染患者の部屋の分離、等しっかりとされていました。

2. 外来診察室 評価：B

3) 各診察室毎にも、アルコール・ワイプの設置が望ましいです。

・その他

・環境消毒の使用する薬剤の濃度管理がされていません。

- ・ 薬品容器は本来の薬品以外の用途には使用しないようお願いします。誤使用や薬品濃度、成分の変性の可能性もあります。また薬剤噴霧は職員の健康被害へのリスクがあります。
- ・ 外来薬剤部 評価：B
- ・ 経管投与が必要な患者さんが多いため、経管投与可能な散剤の調剤件数が多いようです。散剤は経管投与に適した剤型の一つですが、調剤時に少なからずロスが出るため、適正量が患者さんに投与されない可能性があります。また、一般的に、散剤調剤は錠剤調剤に比べ調剤時の汚染リスクおよび他剤のコンタミのリスクが高くなります。一方で、錠剤の簡易懸濁法による経管投与であれば散剤よりも適正量が投与されます。また、患者状態の変化による薬剤変更がある場合に薬剤の損耗が減り、経済的な効果も期待できます。さらに、簡易懸濁であれば錠剤の調剤で良いため、散剤調剤に比べ薬剤師の業務負担軽減も期待できます。これにより、限られたマンパワーの中で薬剤師がより感染対策に従事できるようになります。簡易懸濁について導入を是非ご検討ください。

D 病棟

評価：(B)

1. スタッフステーション 評価：B

・ 鍵の管理を伺ったところ、勤務終了時に石鹼流水で洗った後、消毒用アルコールをかけているという話で、大変良いと思います。

3. 処置室 評価：B

3) 患者に使用した物品と未使用の衛生材料を混在して保管されていたので、分離して管理をお願いいたします。軟膏類など薬剤の患者共有使用については、可能であれば個人処方とされることが望ましいと考えます。難しい場合は開封日～使用期限を記載し衛生管理の徹底をお願いいたします。滅菌されたトレイの外装の汚染、滅菌物の外装の破損等を確認いたしました。滅菌物の適切な管理の徹底をお願いいたします。包交車は清潔・不潔のゾーニングと物品の整理、使用ごとの清拭消毒もお願いいたします。

4. 汚物処理 評価：B

3) 清掃用具が壁に立てかけてあり、衛生材料（個人防護具やペーパータオル）に近接して保管されていました。衛生材料が汚染する可能性もあります。清掃用具は専用ロッカーに収納されるといいでしょう。

5. 薬剤の管理 評価：B

・ 事前に頂いた自己評価表では「注射薬の調製時に手袋はしていない」と回答頂いております。現場確認した時にはミキシング台付近に適切に手袋が配置されていました。直ぐに手袋が使える環境にありましたので、注射薬の調製時には必ず手袋の着用をするようお願い致します。

E ICU

評価：(—)

該当無し

F 標準予防策

評価：(B)

1. 手指衛生 評価：B

1) 手指消毒薬使用量をモニタリングされているので、素晴らしいと思います。今後、自施設として目標値を設定し、全職員が目標クリアを目指す活動をお勧めいたします。そのため

には、各部署へ、効果的なフィードバック（データの可視化、啓発）をICTとして取り組んでください。なお、適切な方法とタイミングで実施できているかの評価（ICTラウンド中で評価可能）もご検討ください。

2. 個人用防護具（PPE） 評価：B

1) 手袋を外す際の汚染を予防する脱ぎ方や、エプロンは身体から離して外す方法について、再度トレーニングを行ってください。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

1. 空気感染予防策 評価：B

1) -1. 結核疑いの患者を症状、喀痰検査、画像診断の実施をマニュアル化し早期検知できるように取り組んでください。

1) -2. 結核、麻疹、水痘マニュアルは早期見直しをお願いいたします。播種性帯状疱疹も対象となりますので、よろしくをお願いいたします。

2) 陰圧作動確認は、診療報酬上加算取得が可能です。ティッシュなどで簡易的に確認することも可能ですので、実施手順の作成と周知徹底をお願いいたします。

5) N95 マスク装着において、フィットテスト、ユーザーシールチェックは装着者の安全確保のために非常に重要です。N95 マスクを着けていれば、絶対安全ではないことも認識し、適切な装着方法の訓練を含めたフィットテスト（またはフィットチェック）の実施をご検討ください。

2. 飛沫感染予防策 評価：B

8) すべての職員が適切な感染経路別予防策を実施し、感染拡大を防止するためには、職員間で周知するシステム構築をお願いします。（病室前アイコン表示、電子カルテに表示等）

3. 接触感染予防策 評価：B

4) 防護具の適切な選択と着脱は、定期的にICTで評価しフィードバックするようにしてください（ICTラウンドでチェックするなど）

6) 保菌者のスクリーニングにおける「適宜実施」とされています。マニュアルに実施方法を具体的に記載してください。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

2. 尿道カテーテル関連尿路感染（CAUTI） 評価：C

5) 患者ごとの尿の廃棄後は手袋交換していないということでした。グラム陰性菌（耐性菌も含む）によるアウトブレイクのリスクが非常に高い状況です。早急に改善活動に取り組んでください。

4. 血管内留置カテーテル関連血流感染（CRBSI） 評価：B

2) マキシマルバリアプリコーションの遵守状況は適切に行えているかの確認が必要です。評価項目を作成し評価をお願いいたします。

3) -1. ミキシング台の上に、ミキシングに不要な物品が置かれていました。ミキシングの前には、必ず清拭消毒を徹底してください。手指消毒剤の使用状況が少ないため、ミキシング前の手指衛生の徹底をお願いいたします。

3) -2. 貴院には薬剤部内も含めクリーンベンチの設置がありませんでした。高カロリー輸液の使用が多いため、クリーンベンチの導入をご検討ください。ただし、設置場所および費

用等の点から困難であれば、無菌調製を徹底頂きますようお願い致します。また、注射薬の調製を減らす（注射薬の汚染リスク低減）ため、バック製剤の積極的な使用も併せてご検討ください。

5. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）

評価：B

4) 病棟におけるゾーニングで、イエローゾーンの設置が不十分でした（現場実践アドバイスレポート参照）。適切なゾーニングなど写真で表示し、統一した対策の徹底をお願いします。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

1. 医療器具

評価：B

1) 適切に消毒・滅菌するためには、洗浄は非常に重要な工程です。水洗いのみとなっていますが、洗浄方法が適切に行われているかテクニックの教育指導、ラウンドでの評価を行ってください。

5) グラム陰性菌、および耐性菌による院内感染において、排水口を起点にした耐性菌によるアウトブレイク事例報告は増加しています。特に経管栄養剤を廃棄するシンクは細菌繁殖に適していることから、排水口の消毒は重要です。定期的な清掃や次亜塩素酸による消毒するなど、衛生管理の徹底をお願いいたします。

2. 内視鏡

評価：B

1) 内視鏡の洗浄・消毒については一定期間のトレーニングを受けた専任スタッフの担当は困難とされています。スタッフの定期的な教育・研修の受講と、実践状況の評価の実施については可能かと考えますので、ご検討ください。

4) 管理状況の確認のため、内視鏡の細菌培養検査は、一斉に実施は困難としても、分割で実施や、耐性菌や管理に問題が発生した場合は迅速に実施する対応マニュアル作成が必要です。

・その他

消毒薬を噴霧（スプレー）した場合、消毒薬が接触した場所は消毒効果が得られますが、非接触面は消毒効果が得られません。また、噴霧時に舞い上がった消毒薬を吸入することによる健康被害も報告されています。院内統一のルールとして消毒薬の噴霧は禁止し、消毒薬含侵クロスでの環境消毒をお願い致します。

J 医療廃棄物

評価：(A)

特に問題はありませんでした

K 検査室

評価：(A)

・検査室は、狭いスペースをきれいに運用していると思います。

原則的に検体検査室の室内は汚染区域と考えていただき、『関係者以外立ち入り禁止』として、表示をしてください。中でも感染の危険の高い新型コロナウイルスやインフルエンザウイルス検査の検体抽出を安全キャビネット内で実施しており、UV照射や清掃も実施されているので良いと思いました。

・水回りは手洗い用と汚物処理用に分かれていますが、汚物処理用のシンクの周囲にスペースが少ないので、こまめに清掃するようにして下さい。

- ・病棟の検体搬送容器に、『検体搬送専用』と表示するように指導して下さい。バイオハザードマークを付けると、なお良いです。
- ・生理機能検査の感染対策マニュアルは作成中ということですが、脳波室、超音波検査室は清潔に運用されていると思いました。(呼吸機能検査なし)

L 清掃

評価：(C)

- 1) 委託業者の清掃手順やマニュアルはICTが内容を確認し、院内感染防止を視点とした清掃の実施について話し合いの機会を持つことをお勧めいたします。
- 2) 隔離対象病室は病室前表示がなく口頭説明とのことでしたが、適切に清掃が行われ、感染対策を職員同様統一した内容で実施することにより、院内感染拡大防止につながります。清掃作業員にもわかるように、病室表示などの方法もご検討ください。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和5年11月8日（水）13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～200床

支援実施者／岩田 恭宜（医師・リーダー）、中出 順也（薬剤師）、太田 律子（看護師）、澤田 明美（看護師）、河村 佳江（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(A)

- ・院内感染対策委員会は、院長を委員長とし、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、給食部門、事務部門など多職種から構成されており、病院全体で院内感染対策に取り組んでおられました。ICTに所属していないスタッフへもICTの考え方を周知し実践できるよう、今後も計画的な感染対策をお願いいたします。
- ・院内感染対策に必要な予算は、適宜予算請求されていました。

B 院内感染対策活動（ICT活動が組織されている場合にはICT活動）

評価：(B)

【マニュアル】

- ・マニュアルは適宜改定され、電子媒体で全職員が共有できるようなシステムでした。また、イラストや写真、フローチャートなどが盛り込まれ見やすい内容でした。
- ・マニュアルの改訂時は、改訂日と内容を一覧にしておくことと定期的な見直しの際に活用できます。改訂が行われた際は、改訂ポイントを院内研修やICTニュースレターとして周知することで職員の意識向上のきっかけになると思います。また、スタッフがマニュアルを確認しようとした際、目次やページがあった方が検索し易いと感じました。
- ・マニュアルの項目において、医療関連感染として問題となりやすい、尿道カテーテル関連尿路感染、血管内留置カテーテル関連血流感染の対策についても作成を御検討下さい。
- ・「感染性廃棄BOX」や「医療廃棄物BOX」と記載が異なる箇所があります。「感染性廃棄物容器」に統一されてはいかがでしょうか。
- ・今月の耐性菌発生件数、培養検出菌と感受性結果をまとめてレポート作成されていました。院内感染対策として監視が必要な菌に絞り、今月だけでなく経時的な増減がわかるレポートの方が異常に気付きやすいと思います。また、インターベンション（介入）の目安がありませんでした。アウトブレイク判定基準の設定、及び基準を超えた時の対応についてご検討ください。
- ・「院内感染対策体制」のマニュアル3ページ目の病院・感染防止対策部門・院内感染対策委員会兼ICTの3者が横並びで記載されています。感染防止対策に関わる指揮命令や情報伝達系統を明らかにするため、組織図は上位・下位が分かるように記載されると良いと思います。

以下に修正が必要と思われる箇所がありますので、ご確認下さい。

<標準予防策>

- ・ノロウイルスなどのノンエンベロープウイルスやクロストリディオイデス・ディフィシルの芽胞菌はアルコールが効きにくいので、これらの病原体に接触した可能性のある時（下痢・嘔吐物の処理

をした後など)には汚れの有無に関係なく流水と石けんによる手洗いが必要です。手指衛生の基本の中の項目には、石けんと流水での手洗いは、目に見える汚れがある場合だけでなく、ノロウイルスやクロストリディオイデス・ディフィシルの患者と接触した可能性のある場合を追加してはいかがでしょうか。

・新型コロナウイルス感染症患者に使用したリネンの取り扱いが、後述の新型コロナウイルス入院時対応マニュアルの内容と異なるので、整合性を持たせましょう。

<空気予防策マニュアル>

- ・空気感染予防策マニュアルに名称を変更しましょう。
- ・空気中に浮遊している**病原体**の吸入→空気中に浮遊している**病原体を含む飛沫核(直径5 μ m以下)**の吸入に修正してください。

<飛沫予防策マニュアル>

- ・飛沫感染予防策マニュアルに名称を変更しましょう。
- ・感染伝播形式がウイルスの飛沫核となっていますが、病原体の飛沫に修正しましょう。

<接触予防策マニュアル>

- ・接触感染予防策マニュアルに名称を変更しましょう。
- ・O-157→腸管出血性大腸菌に修正しましょう。
- ・个人防护具の記載がありませんでした。接触感染予防策では、手袋とエプロン(またはガウン)が必要です。自分の手が患者や患者周囲の環境表面や物品に触れる時には常に手袋を装着します。また、自分の身体(衣類)が患者や患者周囲の環境表面や物品に触れる時には常にエプロンを装着します。これらは、入室前に装着し退室前に廃棄します。个人防护具着用前後は手指衛生が必要です。
- ・一覧表に个人防护具の欄を設け、空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策それぞれの対策に必要な个人防护具を明記されてはいかがでしょうか。

<風しん感染対策マニュアル>

- ・スタッフの配置の必要な感染防御策という記載を、サージカルマスクの着用に修正しましょう。

<結核感染対策マニュアル>

- ・清掃は、0.1%次亜塩素酸水で消毒すると記載されていますが、「結核院内(施設内)感染対策の手引き 平成26年版」では、「結核菌であるために特別な消毒法を必要とするわけではない。」とされています。また、「2020年版消毒と滅菌のガイドライン」では、結核菌の消毒例として床頭台、オーバーテーブルなどは「アルコールまたは0.5%両性界面活性剤で清拭」とされていますので、参考にして修正してください。又、次亜塩素酸水と次亜塩素酸ナトリウムは、まったく別のものです。マニュアル中の次亜塩素酸水と記載されている箇所の確認と、必要時訂正してください。
- ・結核感染対策マニュアルの頁には、退院後の窓を開ける時間が1時間となっていますが、空気予防策マニュアルの頁には、2時間と記載されていますので、統一しましょう。結核患者は、陰圧ではないものの空調の独立した個室で管理されているとのことでした。換気効率に関しては、新鮮な空気のみで室内の換気がなされた場合(室内の空気が完全に入れ替わったとする)、室内にまんべんなく飛散した汚染飛沫核の90、99、99.9%が除去される時間は、理論上では1時間12回の換気ではそれぞれ29、46、69分であり、1時間6回の換気ではそれぞれ12、23、35分であるとされていますのでご確認下さい。(医療環境における結核伝播予防のCDCガイドライン2005参照)
- ・N95マスクの頁に、着用の度にフィットテスト(シールチェック)を行うと記載されており、フィットテストとユーザーシールチェックが混同されています。着用の度、ユーザーシールチェックを行うと修正しましょう。

<麻疹>

- ・問診票の日付が平成になっていますので、追加・修正しましょう。
- ・麻疹疑い患者の対応は、麻疹抗体価が高い者（10 以上のもの）が優先的に対応する事になっていますが、麻疹抗体価陽性（基準を満たす）は、EIA 法（IgG）：16.0 以上、あるいは PA 法：1：256 以上あるいは中和法：1：8 以上です（医療関係者のためのワクチンガイドライン 第3版 一般社団法人 日本環境感染学会）。麻疹抗体価の把握や管理を行う事と、マニュアルの修正を行いましょう。

<新型コロナウイルス入院時対応マニュアル>

- ・吸痰などエアロゾル発生手技を実施する際の個人防護具に、フェイスシールドと手袋も追加して下さい。
- ・Ba カテーテルの記載を尿道留置カテーテルに統一してください。
- ・入室時に手袋をまず着用する事になっていますが、手袋は最後に装着しますので、修正してください。
- ・退室後の身障トイレで手洗いと記載を削除し、マスクを外した後は直ちに手指衛生を実施し新しいマスクを着用して下さい。

<HBV 感染事故対処法>

- ・定量測定値 1 以上陽性について、株式会社アルプの HBs 抗原精密測定の基準値は 0.05 未満陰性（IU/mL）です。測定値ではなく、判定「陽性」で記載した方が良いかと思えます。
- ・HBs 抗体 50mIU/mL について、医療関係者のためのワクチンガイドラインでは HBs 抗体 10mIU/mL 以上で免疫獲得と判定しています。

<感染性胃腸炎（ノロウイルスなど）対応手順>

- ・リネン類は 85 度以上のお湯に 1 分以上つけてからビニール袋に入れ密封すると記載されていますが、85 度以上のお湯の準備までマニュアルに記載されていると良いです。熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、次亜塩素酸ナトリウムの消毒が有効ですのご検討下さい。2020 年版消毒と滅菌のガイドラインでは、ノロウイルスに対するリネンの消毒は「熱水洗濯（80℃・10 分間など）、0.05～0.1%（500～1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウムへ 30 分間浸漬とされています。

<洗浄・消毒・滅菌マニュアル>

- ・微生物ごとのノンクリティカル表面の消毒法：ノロウイルス及び芽胞 0.05～0.1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒となっていますが、どちらも 0.1%次亜塩素酸ナトリウムに修正してください（2020 年版消毒と滅菌のガイドライン参照）。
- ・ノンクリティカル器材別次亜塩素酸ナトリウム有効塩素濃度（浸漬する場合）
2020 年版消毒と滅菌のガイドラインでは、「体液・排泄物」関連器材・物品の消毒は、尿器、吸痰瓶は 0.1%次亜塩素酸ナトリウムへの 30 分浸漬とされています。なお、「0.1%次亜塩素酸ナトリウム液は、目に見える汚れ（有機物）の混入がなければ、7 日間ほどの繰り返し使用が可能である。」とされていますので修正してください。

<院内感染対策体制>

【教育】

- ・感染対策に関する講習会が年 2 回行われていました。100%の参加率を目指し、同内容で複数回開催したり、不参加の職員に DVD 学習したりして頂くなどの努力も必要となります。
- ・講習会の効果の検証としては、研修終了後のアンケート調査（5 段階評価+フリーコメント）を実施したり、DVD 学習の場合はテストをしたりして提出して頂く等の方法もあります。
- ・外部委託職員への教育として、内容にもよりますが年 2 回の講習会時に声をかけ可能な限り参加して頂くのも良いと思えます。また、各業者が自社でどのような研修を実施しているかを確認し、必

要時に貴院 ICT による追加講義を実施するのが良いと思います。ご検討をお願いします。

【サーベイランスとインターベンション】

- ・ JANIS の検査部門に参加し耐性菌のサーベイランスが行われていました。データは病棟にお渡ししているとのことでしたが、感染対策委員会に報告し院内全体に周知されたら良いと思います。
- ・ アウトブレイクの介入の目安が定められていませんでした。厚労省医政局通知「「医療機関における院内感染対策について」のアウトブレイクの考え方と対応について」を参考に介入の目安を検討し、解除基準も含めてマニュアルに記載されたら良いと思います。

【抗菌薬適正使用】

- ・ 抗菌薬適正使用のモニタリング結果のフィードバックについて、まずは抗緑膿菌薬の使用量のモニタリング結果など始めやすいものから現場へのフィードバックを開始するのが負担が少なく継続性があると思います。その後、全ての抗菌薬の使用状況や de-escalation 件数についても取りまとめていくのが良いと思います。
- ・ 感染症診療を支持・教育するシステムについても ICT 薬剤師が熱心に活動を展開していることが分かりました。腎機能別の薬剤投与量表を作成し、院内周知することでこれらの疑義照会に係る手間や時間が軽減できると思います。また、院内採用抗菌薬も経口第 3 世代セファロsporin 系薬の採用がなく注射薬も必要最低限のものが採用されており素晴らしいと思います。もし以前は経口第 3 世代セファロsporin 系薬の採用があったようでしたら、なぜこれらの採用を中止したのかについて院内研修会にて講義いただくことで抗菌薬適正使用への理解が全病院的に進んでいくと思います。

【コンサルテーション】

- ・ C 評価とされていましたが、実際は現場で感染対策に関して迷った場合は ICT メンバーに相談されているとのことでした。現状を整理しフローチャートなどにまとめマニュアル化されると良いと思います。また、院内での感染症アウトブレイク基準を設けてはいかがでしょうか。ご検討をお願いします。

【職業感染曝露の防止】

- ・ 針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露対策として、HBs 抗体陰性者に対するワクチン接種が推奨されました。
- ・ 麻疹・風疹・ムプス・水痘に関する職員の抗体価の把握がされていませんでした。「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 3 版」では、1 歳以上で「2 回」の予防接種の記録を勤務前に医療機関に提出することを原則とする。勤務中は、予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数に関わらず保管する。などが記載されています。職業感染防止のためにも、職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨していくことをお勧めします。

【院内ラウンド】

- ・ 毎週水曜日に 2 職種以上で院内ラウンドを実施されていました。ラウンドではチェック表を用い、皆が同じ視点で評価できるよう工夫されていました。指摘事項を画像と共にフィードバックし、次のラウンドで改善状況を確認しポジティブフィードバックされていました。

C 外来

評価：(B)

- ・ 陰圧室はありませんが、感染性の患者はそれ以外の患者と分け別棟で診察されていました。また、採痰時は診察室とは別の空き部屋で採痰されており、限られた環境の中で空気感染対策に対する注意が払われていました。

- ・手指消毒薬を各自が携帯し 10 月より使用量のモニタリングが開始されており、感染対策向上に対する意識の高さが伺えました。
- ・シンク内、排水口、水道周囲、水道エアレーターなどに汚染が認められました。シンク周囲は、湿潤環境を好むセラチア菌や多剤耐性緑膿菌などが繁殖しやすい環境であり医療関連感染の原因となります。1 日 1 回は洗浄剤を使用し目に見える汚れを落としましょう。また、水はね時はその都度ペーパータオルで拭き取る等して乾燥の維持に努めましょう。
- ・スポンジの汚染が目立ちました。シンクなどの水周りは、湿潤環境を好むセラチア菌や多剤耐性緑膿菌などの温床となり医療関連感染の原因ともなります。スポンジは病原菌に汚染されているものと認識し、使用後はよく洗浄し乾燥させることが大切です。施設の状況に応じて、定期的に交換する、不織布など使い捨てに変更するなどの管理方法をご検討下さい。
- ・滅菌物が扉のない棚で保管されており、一部床に近い場所でゴミ箱に接触していました。「医療現場における滅菌保障のガイドライン 2021」では、滅菌物は、床から少なくとも 20 cm、天井のスプリンクラー設備周辺から 45 cm 以上、外壁から 5 cm 以上の距離を確保するとされています。保管方法を御検討下さい。
- ・駆血帯と聴診器が接触した状態で保管されていました。駆血帯は患者に使用后、洗浄や消毒せずそのまま保管されているとのことでした。採血は観血的手技であることから、患者間で共有する駆血帯は B 型肝炎ウイルスなどの血液媒介病原体の交差感染を起こす危険性があります。患者毎にアルコール綿等で清拭消毒しましょう。
- ・(外来診察室) 感染性廃棄物廃棄箱の中身を上から押し込むための器具(浴槽内のお湯を攪拌するもの)が使用されていました。器具は使用後に不潔になっておりますので、器具の廃止や使用環境を再検討ください。
- ・その他ラウンドの詳細は、別添の「現場実践アドバイスレポート」を御参照下さい。

D 病棟

評価 : (B)

- ・包交車が使用されていました。必要物品を患者ごとに持参できる環境が望ましいと考えます。
- ・ナースセンターの手洗い場には、正しい手順で手洗いができるよう手洗いの手順が掲示されていました。
- ・電子カルテ用ワゴンの最下段に携帯用感染性廃棄物容器が置かれており、きちんとゾーニングされていました。
- ・汚染リネンは、汚染リネン庫にてリネンの種類ごとに区分けされ蓋付きのランドリーに一時保管されていました。しかし、汚染リネン庫内の棚に段ボール箱に入った汚染リネン以外の物も置かれていました。交差感染防止のため汚染リネン庫に他の物は入れないようにしましょう。
- ・病室前に手指衛生の実施を促す張り紙が掲示されていましたが、用紙が折れ曲がり埃が蓄積しやすい状況でした。掲示物は清拭できるようラミネートすることをお勧め致します。
- ・汚物室の洗浄用ブラシにカビが生えていました。定期的に交換する等管理方法を御検討下さい。また、病院用ハイターに開封日の記載がなく使用期限も不明でした。使用期限を確認し、期限を超過した消毒薬を使用しないようにするために、容器に開封日を記載するなどの院内ルールを決めましょう。
- ・ガーグルベースンなど浸漬消毒中の容器に蓋がされていませんでした。消毒薬成分が気化し、濃度が低下する他、埃が入り消毒薬が汚染されます。また、物品が完全に浸漬されておらず一部浮いていました。浮き上がった部分は消毒薬と接触できないため消毒効果はありません。浮き上がりを防

止するために落とし蓋を使用するなどをご検討下さい。

- ・手指衛生の5つのタイミング、手順、1回使用量など、手指衛生が正しく実施されていませんでした。また、手指衛生のタイミングの記載が、マニュアルや病室前の表示で異なります。手指衛生は、最も効果的な感染対策です。マニュアルや院内表示を統一させ全職員に周知しましょう。
- ・その他ラウンドの詳細は、別添の「現場実践アドバイスレポート」を御参照下さい。
- ・コロナ対応病室から手洗い場への長い動線がありました。ご承知の通り、COVID-19 対応のみであれば、流水洗浄は不要で部屋前での消毒用アルコールの手指衛生にて十分であると思います。これらの運用について再検討いただければと思います。

また、病棟の注射薬保管場所で薬剤輸液の段ボールの直置きが一部ありました。キャスター付き台車の上に置くことで清掃がしやすく、直置きによる湿気等の問題も軽減できますのでご検討をお願いします。

E ICU

評価：(/)

該当せず。

F 標準予防策

評価：(B)

- ・10月より手指消毒薬使用量のモニタリングを開始されていきました。さらに、手指衛生の遵守状況の評価の1つとして、「1日1患者当たりの手指消毒使用回数」を算出されてみてはいかがでしょうか。算出方法は、手指消毒使用量×1回使用量/延べ入院患者数です。手指衛生遵守向上に向け、御施設の目標、部署目標を定め、ICTからのニュースレターなどで現場に定期的にフィードバックするとより効果的かと思います。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- ・感染経路別予防策として、結核発生時、麻疹発生時、水痘発生時、インフルエンザ発生時、風疹発生時、流行性耳下腺炎発生時、薬剤耐性菌が検出された時のマニュアルの整備が最低限必要です。それぞれの項目には、連絡体制、感受性者のサーベイランスの期間と範囲、ワクチンやγグロブリンの接種対象者、接種感受性職員の就業制限の規定を記載してください。
- ・个人防护具は病室内に設置されていきました。个人防护具の設置場所は、エアロゾルや飛沫、埃、水などで汚染されず、かつ、患者が触れない場所をご検討下さい。又、个人防护具の着脱のタイミングに課題があります。手袋やエプロンを交換せずに複数の患者に触れる事が無いように、カーテンの中で脱ぐ事を徹底しましょう。
- ・(評価表 G (各疾患への対応マニュアル整備))：C 評価でしたがマニュアルへの記載はありましたので、見直しを進めていただき充実したものに改訂をお願いします。
- (評価表 G-3-7 (シーツやリネン類の処理))：運搬者の安全が確保できるよう、業者との契約書内容をご確認いただき、必要時に貴院 ICT からの追加依頼を実施するのが良いと思います。ご検討をお願いします。
- ・薬剤耐性菌発生時のマニュアルがありませんでした。マニュアルの作成をお願いします。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- ・術後や人工呼吸器装着患者がほとんど入院していない状況であれば、創傷感染症防止策や人工呼吸器関連肺炎防止策のマニュアル作成を急ぐ必要はないと思います。常時、一定数の尿道留置カ

テーテル挿入患者及び血管内留置カテーテル挿入患者が入院されており、尿路感染症、血流感染症が発生する可能性があります。尿路感染症防止策及び血流感染症防止策のマニュアルを作成しましょう。

- ・(評価表 H-4-3 (TPN 製剤の混注))：クリーンベンチはない状況であっても、専用の清潔な空間・机で空調の流れを含めて落下菌混入を防ぐ対応が取られていればよいと思います。意識的に清潔エリアを設けるなどの環境整備をお願いします。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- ・有機物で次亜塩素酸ナトリウム濃度は低下します。消毒前に十分洗浄を行いましょ。次亜塩素酸ナトリウムの濃度・浸漬時間は、「2020年版消毒と滅菌のガイドライン」などを参考に再検討してください。又、浸漬消毒時は、チューブ内や器材の空気を抜き、全体を浸漬させて下さい。落とし蓋を使うと浮き上がりを防止できます。次亜塩素酸ナトリウムは、気化や直射日光による分解等で濃度が低下するため、容器は日が当たらない場所に置き、遮光された蓋付のものを使用して下さい。
 - ・内視鏡洗浄ガイドラインなどを参考に内視鏡洗浄・管理のマニュアルを作成しましょう。内視鏡の洗浄に使用される薬剤は、高水準消毒薬であり、十分な換気の下に使用しなければなりません。内視鏡室の換気扇は上部に取り付けられた1つの換気扇のみであり、窓は無く、入口のドアを開けると外来の待合となっていましたので、洗浄する職員や患者の健康を守るために、外来患者さんがいない時間を選び、ドアを開けて換気しながら器械洗浄してください。
 - ・(内視鏡室) 環境整備が必要と思われます。特に内視鏡の保管場所について、使用していない内視鏡保管棚があるようでしたので、使用再開できるよう整備をお願いします。
- (評価表 I-2-4 (内視鏡の細菌培養検査))：貴院の内視鏡の取扱業者にご相談いただき、適切なタイミングでの検査の実施をご検討ください。

J 医療廃棄物

評価：(B)

- ・現在、関節注射に使用した注射器は、膿盆に入れていますが、針刺し事故や環境汚染のリスクがあります。持ち運び可能な携帯用廃棄容器を準備する、もしくは、感染性廃棄物容器の設置場所を変更する事で、針刺し事故のリスクや環境汚染の回避、膿盆洗浄の労務軽減が可能になります。
- ・医療廃棄物を詰め込む時に使用する棒が感染性廃棄物容器の横に置かれていました。押し込む事で感染性廃棄物容器が中の鋭利物で破損する可能性があります。押し込む棒を撤去し、感染性廃棄物容器は8割で密閉して下さい。
- ・(感染性廃棄物管理規程) 改正日の記載はありますが、制定日の記載はありませんでした。改訂を行った際に改訂ポイントを院内研修や ICT ニュースレターとして周知することで職員の意識向上のきっかけになるとと思いますのでご検討をお願いします。

K 検査室

評価：(B)

- ・狭いスペースですが、検査エリアと事務エリアを可能な限り分けていると思います。完全なゾーン分けは困難なため、エリア毎の運用(手袋着脱と手指衛生)の徹底をしてください。
 - ・検体飛散リスクが高い業務(採血管開栓、ピペット操作、検査後検体廃棄など)において、手袋だけでなく、エプロンやガウンの着用(必要な場合ゴーグル)もご検討ください。
- 試薬・検体保管冷蔵庫は、検体が誤ってこぼれた時に汚染範囲を少なくする、及び試薬汚染回避の

ため、上に試薬、下に検体を配置するようにして下さい。

- ・検体搬送容器は専用 BOX（蓋付き、中身が見えない、清拭可能、バイオハザードマーク貼付）をご検討ください。
- ・生理機能検査室はシーツ無しのベッドでした。1 患者毎に清拭をお願いします。
- ・定期的にドアを開けて換気を実施されているので良いと思いました。

L 清掃

評価：(B)

- ・清掃委託業者と定期的な話し合いがもたれており、情報共有ができていました。清掃手順が確認されていませんでしたので、清掃手順と清掃場所をご確認ください。清掃委託業者に対する研修も実施しましょう。
- ・排水口や水道周囲に目に見えた汚染が確認され、シンクの清掃は不十分でした。委託清掃業者の清掃範囲以外を職員が実施できているか、清掃に抜けが無いのか病院全体の清掃をご確認ください。
- ・(評価表 L-1-1 (ICT による清掃手順の把握))：清掃業者との契約をご確認ください。また、必要時に貴院 ICT による現場での手順確認を実施するのが良いと思います。ご検討をお願いします。

院内感染対策実地支援アンケート

令和5年度に実地支援を実施した病院（3病院）に対し、当事業の実地支援チームによるアドバイスに基づき実地支援が有効であったかアンケート調査を行った。

○アンケート結果

- ・感染対策の考え方について細かく説明して頂き、対応・改善案の参考になった。
- ・各セクションごとに具体的に改善すべき点について、専門的知見をもとに詳細な評価をいただき、大変役に立った。
- ・当院の感染委員会メンバー内では解消できなかった疑問等について、丁寧に、具体的にご指導いただき大変参考になった。さっそく、改善に取り組み、再度支援を受けたいと思った。

令和5年度石川県院内感染対策支援事業概要

令和6年3月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
