

令和7年度
院内感染対策支援
事業概要

令和8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對し、その後の取り組み及び改善状況を調査。

(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7年度）

（1）石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（令和8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	金森 肇（金沢大学附属病院 検査部長 兼 感染制御部長）
	南 啓介（石川県立中央病院 診療部医長）
	北 俊之（金沢医療センター 呼吸器内科部長 兼 感染管理室長）
	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 整形外科副部長 兼 感染対策室長）
	片山 伸幸（やわたメディカルセンター 副部長 兼 医療安全対策室長 兼 院内感染防止対策委員長）
薬剤師 リーダー	多賀 允俊（金沢医科大学病院 薬剤部課長代理）
	中出 順也（金沢大学附属病院 薬剤部主任 兼 感染制御部副部長）
	鳥羽 英理子（金沢市立病院 薬剤室主査）
	山田 留美子（石川県立中央病院 薬剤部主幹）
看護師 リーダー	小谷口 みさき（芳珠記念病院 感染制御室 感染対策管理者）
	根上 剛（やわたメディカルセンター 感染管理認定看護師）
	松本 千明（金沢医科大学病院 医療安全部 感染制御室課長）
	金谷 周（桜ヶ丘病院 感染管理認定看護師）
	中川 佳子（金沢医科大学病院 医療安全部感染制御室主任）
	澤田 明美（公立能登総合病院 副看護師長）
	小笠原 佐緒里（公立松任石川中央病院 感染管理認定看護師）
	佐武 多恵（金沢大学附属病院 看護部 看護師長 兼 感染制御部 副部長）
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7年 8月19日（火）

第2回：令和8年 3月11日（水） 計2回開催

Ⅲ. 令和7年度実地支援病院

(1) 令和7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1病院に派遣した。

支援実施日 令和7年12月17日（2～3時間程度派遣）

支援対象 県内病院（公募により1施設を選定）

支援実施者 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）
※県医療支援課・健康推進課、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。

※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7年度院内感染対策実地支援実施病院

実施日	実施病院	実施者	内容
令和7年 12月17日	許可病床数： ～100床	医師：飯沼 由嗣（リーダー） 薬剤師：鳥羽 英理子 看護師：小谷口 みさき、金谷 周 臨床検査技師：河村 佳江	P8～13 ・ 別添1

○ 令和7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	—	○	—
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	—	○	—

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】支援実施病院へ実施決定通知を送付。また、自己評価シートを送付し、作成依頼をする)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【病院側】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。
(14時開始の場合) 14:00 ～14:30 (30分)	ガイダンスと事前打合せ	<ul style="list-style-type: none"> ・双方で自己紹介。 ・実地支援チームリーダーが訪問の目的と支援の流れについて、病院側に説明。 ・院内ラウンドを行う場所、順番について打ち合わせする。
14:30 ～15:30 (60分)	資料による確認と質疑応答	<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。 ・上記の確認結果に基づく質疑応答。
15:30 ～16:20 (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。
16:20 ～16:50 (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。
16:50 ～17:00 (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6年度実地支援実施病院対象)

令和6年度に実地支援を実施した病院(1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、実際に改善等の取組みが行われているかの確認及び実地支援が有効であったかアンケート調査を行った。

調査実施日 令和7年10月
調査対象 1病院
調査方法 調査表を郵送
調査結果 P14～32

(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7年度の相談件数:1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
相談内容・回答 口腔ケア用コップの洗浄方法及び汚染リネンの処理方法(P34)

(4) 院内感染対策講習会の実施

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。

- ・開催日時 令和7年12月6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120件(録画/約230件)

テーマ	講師
重症熱性血小板減少症候群(SFTS)を知ろう！	山口県立総合医療センター 高橋 徹 氏
薬剤耐性菌制御	金沢大学附属病院 金森 肇 氏
院内感染対策における最新の話	多賀委員
	中川委員
	河村委員
感染対策向上加算取得に関する発表	十全病院 中谷氏、林病院 中村氏

・ アンケート結果

- ・ SFTS の日本初症例の経緯や対応を知ることができ、参考になった。
- ・ SFTS の全体像を把握でき、最新の治療法の知見も得られた。
- ・ 院内のシンクや排水路からも薬剤耐性菌が検出されることが分かった。

※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7年12月17日（水）14:00～16:10

支援病院／許可病床数：～100床

支援実施者／飯沼 由嗣（医師・リーダー）、鳥羽 英理子（薬剤師）、小谷口 みさき（看護師）、
金谷 周（看護師）、河村 佳江（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

- ・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、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。
- ・委員長（院長）の参加が時々になっているとのこと、毎回参加できるように日程調整をご検討ください。
- ・感染防止対策チームは院長直轄組織として設置され、メンバーは感染対策委員会と同一（事務、地域連携を除く）多職種による構成でした。メンバー表の作成をお願いします。メンバー表の職名に「検査」と表記されていますが、正確な職名「診療放射線技師」で記載をお願いします。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に、今後も計画的な感染対策をお願いいたします。
- ・感染対策委員会、感染対策部門の組織的な位置づけを示す「感染管理体制の組織図」の作成が求められていますので、作成をお願いします。
- ・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。
- ・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。
- ・各病棟にはリンクナースが配置されており良い取り組みと思います。
- ・薬剤師は抗菌薬や消毒薬の適正使用において中心的な役割を担いますが、現在、常勤の薬剤師がおらず、マンパワーの問題から薬剤師の関与が十分ではありません。より良い感染対策のため、可能であれば薬剤師の人員増についてもご検討ください。

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】

- ・感染対策マニュアルの一部のみの配布の部署もありましたので、電子媒体で全職員が最新の情報を共有できると良いと思います。
- ・直近では、保健所から指摘された「疥癬」の項目を追加更新していますが、実際の実施内容とは異なる表記や誤表記がありました。定期的に見直し、新たな知見（ガイドライン等）を踏まえた内容にアップデートできると良いです。また作成日、改訂日を明記してであるとよいです。

- ・目次がなく、ページ数が抜けている箇所もあります。各項目へ速やかにたどり着けるよう、目次等の整備をお勧めいたします。
- ・様々な箇所で「防御具」となっています。「防護具」へ修正ください。

【教育】

- ・院内講師による感染対策に関する講習会が年 2 回行われています。参加できなかった職員へはオンデマンド配信としており、参加率向上のための努力がなされていました。講習会後にはアンケートも実施されており、講習会の効果の検証も実施できています。院内広報等にて職員へアンケート結果についても共有していくと良いでしょう。

【サーベイランスとインターベンション】

- ・耐性菌発生件数集計、使用抗菌薬集計が行われており、現状のモニタリングが実施されており、それもサーベイランスの一部となります。サーベイランスとは「監視」「注意深く観察すること」であり日常的な感染発生率(ベースライン)の把握と低減、感染対策の評価と改善、アウトブレイクの早期発見等を目的としています。
- ・隔離できる病室への適切な移動が行われていることから対応していると評価しますが、アウトブレイクの判定基準の設定、及び基準を超えた時の対応についてマニュアルに記載されているとよいと思います。
- ・院内の相談役がおられ対応できているのはすばらしいです。もし院内で解決が難しい事案に対して院外にコンサルテーションできる体制が整えられるとよいです。

【抗菌薬適正使用】

- ・抗菌薬の使用量については毎月集計がなされていますが、現在貴院には常勤の薬剤師がおらず、マンパワーの問題から薬剤師の関与が十分ではありません。近日、J-SIPHE (感染対策連携共通プラットフォーム) への参加利用条件が緩和されています。原則として、感染対策向上加算 1 の届出施設が作成したグループへの参加が求められてはいますが、加算 1 施設より招待を受けなくとも利用開始が可能となりました。J-SIPHE へ登録すると、入院 EF 統合ファイル、又はレセプトファイルから抗菌薬情報を抽出するアプリケーションを用いて、抗菌薬の使用量のみならず、使用日数や使用患者数が自動集計され、全登録施設と自施設の比較ができるようになりますので、J-SIPHE 導入を前向きにご検討ください。
- ・院内採用の注射抗菌薬として、2024 年は『CEZ、CMZ、CTRX、SBT/CPZ、TAZ/PIPC、MEPM、IPM/CS、VCM、MINO』の使用量が集計されており、抗緑膿菌作用のある SBT/CPZ や TAZ/PIPC の使用数が比較的多くみられました。抗緑膿菌作用のないβラクタマーゼ配合薬である SBT/ABPC を採用することにより、緑膿菌活性を持つ広域抗菌薬の使用量を減らせる可能性があります。院内採用の経口抗菌薬としては、『KM、CAM、CDTR-PI、ST、FRPM、MNZ、MINO、LVFX』が在庫されていました。WHO が定義する Access 薬 (一般的な感染症の第 1、第 2 選択薬として用いられる耐性化の懸念が少ない安価な抗菌薬) の採用が少なく、ペニシリン系薬の AMPC 製剤や第 1 世代セファロsporin系薬の CEX は処方できない状況のようです。FRPM は Reserve 薬 (他の手段が使用できなくなった時に最後の手段として使用すべき抗菌薬) としての位置づけであり、使用する場面はほとんどないと考えます。IPM/CS、FRPM の採用を削除、

SBT/ABPC、AMPC、CEX を採用するなどにより、薬剤耐性を減らせる可能性があります。今もなお供給が不安定な抗菌薬製剤もありますが、採用抗菌薬の見直しをご検討ください。

- ・抗菌薬使用薬剤の使用時に薬剤選択、量、期間が適正に実施されているかをモニタリングできるとさらに適正使用がすすむと思います。

【コンサルテーション】

- ・院内の相談役がおられ対応できているのは素晴らしいです。もし院内で解決が難しい事案に対して院外にコンサルテーションできる体制が整えられるとよいです。
- ・新型コロナウイルス感染症の発生等、家庭内も含めて ICT 担当看護師へ連絡が来て、その都度対応がなされているとのことでした。同じような状況が発生した時には過去事例を即座に有効活用できますし、介入方法の見直しも可能となりますので、コンサルテーション結果を是非ご記録ください。
- ・感染対策コンサルテーションの仕組みが未整備のため、感染対策向上加算 3 を取得し、加算 1 施設との連携を構築されることをお勧めいたします。

【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、ガイドラインでも推奨されています HBs 抗体陰性者に対するワクチン接種をご検討ください。
- ・麻疹・風疹・ムンプス・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、職員のワクチン接種歴、接種歴が無い場合には抗体価を把握し、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。
- ・HBV、HCV 曝露時のフローチャートがあり、院内で緊急検査を実施する仕組みがありました。
- ・針刺し、切創事故発生時 HBV、HCV、HIV に関連した検査が必要であり、曝露源者、被曝露者の検査結果により緊急を要する投薬処置が必要となるためマニュアルの見直しをお願いします。

【院内ラウンド】

- ・各職種（3 人 1 組）でメンバーを変えながら、リンク NS も交えて毎週 1 回院内ラウンドが実施されていました。チェック表には自己評価項目はないとのことですが、各部署スタッフが確認項目の意識付けができるよう、自己評価を取り入れると良いでしょう。

C 外来

評価：(B)

- ・感染を疑う症状がある方のルートは交差することなく、外来待合、診察室を別に設けてありました。
- ・通常外来診察室の検査機器設置場所と清潔物品との交差が懸念されます。エリア分けをご検討ください。

- ・鋭利器材の廃棄容器が設置されていましたが、中身だけ感染性医療廃棄物 BOX に廃棄しているようでしたので、容器ごと廃棄するように周知をお願いします。
- ・外来採尿トイレから検査室への尿運搬に紙箱が使用されていました。プラスチック容器など清拭可能な容器へ変更をご検討ください。
- ・環境清拭シートと手指消毒用アルコールジェルの間、青色のスプレーボトルが置いてありました。内容物の記載がありませんでしたので、スプレー容器には内容物と使用期限が分かるように明記しましょう。スプレー容器に消毒薬が入っている場合には、散布時に粘膜刺激等の有害事象が起きる可能性があります。他製品使用で代用できるのであれば撤去いただき、スプレー使用は最小限としてください。
- ・薬剤が入っている箱が床に直置きされていました。床上 30cm は人が歩くことにより床の埃が舞い上がります。医薬品を含めて清潔物品が汚染されることのないよう、足元に置かない場所で管理してください。
- ・外用薬はチューブタイプであっても、「開封年月日」を記載し、古い薬剤が使用されることのないよう適正に管理してください。薬剤開封後の施設内基準を定めていただき、感染対策マニュアルにも記載することをお勧めいたします。

D 病棟

評価：(B)

- ・必要時隔離できる病室が準備されていました。
- ・手洗いシンクと器材洗浄用シンクが分けてありました。創傷処置等に使用した（血液付着の可能性のある）器材がナースセンター内に持ち込まれています。構造上難しい点もあると思いますが器材の洗浄/消毒場所について検討をお願いします。
- ・点滴留置ロックのための生理食塩水が開封後 24 時間以内で破棄しているとのことでしたが開封後も常温保管となっていましたので、繁殖や汚染リスクを考慮し冷所で管理してください。
- ・薬品冷蔵庫は一般的な冷蔵庫を使用しており、開閉により庫内の温度が変動しやすいです。また薬品管理として冷蔵庫内の温度に異常がないかを毎日確認し記録されているとよいです。
- ・5階汚物処理室はスペースが狭いためゴミ箱設置が無く、別場所（洗面所）で使用後 PPE を廃棄していました。汚物処理後 PPE は耐性菌付着を想定し、汚物処理室内で脱着して、耐性菌を外に出さない工夫をお願いいたします。
- ・高圧蒸気滅菌器の横にミルトンやお茶ボトルが置いてありましたので、配置変更が必要です。次亜塩素酸ナトリウム液は、温度が高くなると成分の分解が促進されます。窓際でもあり日差しも入ってきますので、冷暗所での保管をお願いいたします。
- ・次亜塩素酸ナトリウム希釈液への浸漬は、患者毎に分ける必要はないかと思います。消毒対象物の全ての面が消毒薬に接触していなければ十分な効果を得られませんが、軽い物は希釈液から浮きやすく、複雑な構造の物も特に注意が必要です。エアポケットができないよう留意し、落とし蓋の利用をご検討ください。
- ・各病室前には、面会前後の手指衛生実施を促すポスターが掲示されていました。ポスターはラミネートされており、掲示物の劣化が防止されていたのでとても良いと思います。設置されていた手指消毒薬の開封年月日と使用期限年月日はきちんと記載されており、期限を超過した使用もありませんでした。

E ICU

評価：(×)

なし

F 標準予防策

評価：(B)

- ・スタッフの擦式アルコール消毒薬は個人持ちとなっており必要なタイミングで行える体制がとられています。払出し量の確認は行えているためモニタリングはできていると評価します。
- ・手洗い場に手順ポスターが掲示されていました。
- ・手指消毒剤が病室前、ナースステーション、診察室、個人携帯と、数多く設置されており、感染対策意識の高さを感じました。500mL 手指消毒剤が多数あり、期限内に使用できるのかと少し心配になりました。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- ・感染経路別に分けて専用病室でコホート管理を実施されていました。
- ・N95 マスク装着について、フィットテストやユーザーシールチェックが不十分のようです。サージカルマスクとは異なり、N95 マスク装着の場面は少ないと思われませんが、適切な装着方法でない場合は漏れ率がかなり高くなります。各スタッフの顔の大きさ等は異なるため、N95 マスクの種類がそのスタッフには不適當である場合もあります。
- ・病原体別にみた感染症及び対策のマニュアルには職員の対応だけでなく患者対応の記載も追記されるとよいです。
- ・薬剤耐性菌の検出についてのマニュアルを確認できませんでした。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- ・施設内に薬剤混合のためのクリーンベンチ設置がないため、高カロリー輸液については汚染リスク低減のためにバッグ製剤を採用することで対応されていました。高カロリー輸液バッグ製剤に薬剤を追加する処方オーダーもあると思いますので、空調の流れを含めて落下菌の混入を防ぐ対応を意識づけていただき、清潔エリアには不要な物品を置かずに清潔を保てるような環境整備をお願いいたします。
- ・CV の挿入時はマキシマルバリアプリコーションを遵守することで感染率を減らす効果があるといわれています。また挿入場所を考慮できると良いです。
- ・感染を疑う症状がある方の外来待合、診察室を別に設けてありました。
- ・症状が疑わしい場合、抗原検査を行える体制があり実施できていると評価しました。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- ・3 階ナースセンターに高圧蒸気滅菌器が設置されていますが、すぐ傍にミルトンが置かれていました。次亜塩素酸ナトリウムは紫外線により消毒効果が低減するため、遮光、揮発防止のフタを必要とし、24 時間ごとの交換が必要です。消毒薬を開封した日については、「年」も記載するよう意識づけてください。消毒薬についても開封後の施設内基準を定めていただき、感染対策マニュアルにも記載することをお勧めいたします。また、用途に合わせた器材消毒の薬剤や濃度（希釈）が記載されているとよいです。

- ・次亜塩素酸ナトリウム希釈液への浸漬は、患者毎に分ける必要はないかと思えます。まずは物品に付着した汚れ（有機物等）を除去することが大切です。消毒対象物の全ての面が消毒薬に接触していなければ十分な消毒効果が得られませんが、軽い物品は希釈液から浮きやすく、複雑な構造の物も特に注意が必要です。エアポケットができないよう留意し、落とし蓋の利用をご検討ください。
- ・スプレー容器に消毒薬が入っている場合には、散布時に粘膜刺激等の有害事象が起きる可能性があります。環境清拭クロス等の他製品使用で代用できるケースは多いと思われるので、可能な限り撤去をご検討ください。

J 医療廃棄物

評価：(B)

- ・感染対策マニュアル内の「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル(別紙①)」のフローチャートのSTEP1～3の図の文字が薄く潰れておりほとんど見えません。感染対策マニュアル内には同様の内容が前ページにも明記されてはいるのですが、折角フローチャートを掲載していますので、見やすい文書に差し替えをお願いいたします。「廃棄物処理規定(資料②)」についても、感染対策マニュアルのp53の項目へ移動すると見やすくなると思います。
- ・感染性廃棄物の設置はバイオハザードマークが正面に表記されるよう設置してください。
- ・最終保管場所には鍵がかかっており適切でした。
- ・バイオハザードマーク赤の感染性廃棄BOX(40L相当)、バイオハザードマーク黄の感染性廃棄BOX(20L相当)があり、すべて足踏み式開閉台にのせて使用されていました。

K 微生物検査室

評価：(×)

なし

L 清掃

評価：(B)

- ・清掃業務は外部委託されており、使い捨て手袋で不衛生なものを掴んだ場合には、他の場所に触らないなど、仕様書にしっかり記載するなど、仕様書を見直すことも有効です。ディスポ製品は「自分が汚れないために使用するもの」という認識ではなく、「感染を広げないために使い捨てにするもの」という認識を持ってもらうように、その都度、清掃業者に伝えることも大切です。清掃委託業者と定期的に話し合いを行い、清掃手順をご確認ください。清掃委託業者に対する研修も実施しましょう。

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

病 院 名 200床～
 実地支援日 令和6年10月2日

A 感染対策の組織

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>・院内感染対策委員会がラウンドなど実践的な活動も担っているとのことでしたが、本来、院内感染対策委員会は決定機関であり各部署の所属長等が参加する必要があります。実働部隊として感染防止対策チーム（ICT）を設置し、実際に現場の感染対策を推進していくメンバーを選定されることをおすすめ致します。ご施設として感染対策に真摯に取り組まれていますので、ぜひ感染対策向上加算3を取得し、近隣の医療機関との感染対策連携を強化されることをおすすめ致します。感染対策向上加算3の算定を目指すためにも、院内感染対策チーム（ICT）が必要です。</p>	<p>・感染対策向上加算3取得を視野に入れ、取り組み中。 R7年度は他病院への見学、感染対策連携強化加算に係る合同カンファや訓練に参加しています。</p>	<p>検討中</p>

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）

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
1. マニュアル		
<p>【マニュアル全般に関して】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称：実質的に「感染対策マニュアル」の役割を果たしているマニュアル（院内感染対策委員会）の名称を職員に分かりやすい「感染対策マニュアル」へ変更することを推奨します。内容に関して、毎月委員会の際に改訂を検討する箇所が定められており、定期的な見直しが行われていて良いと思います。一方、これら改訂を行った日付の記載はありましたが、こういった内容を改訂したかの記載がないため、マニュアルに表紙を作成して、これらの情報を記載してはいかがでしょうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルファイルの名称については他の委員会との兼ね合い上、これまで同様の管理とさせていただきます。 ・マニュアルの改訂内容などについては、マニュアル本文最後に改訂履歴を記載するようにしています（令和7年9月以降）。 	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> ・目次等：それぞれの項目を速やかに開けるように目次を作成するとともに、ページ数を各項目にご記載ください（例：標準予防策の手洗い場面の図示 → IV-1-1）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・目次を新たに整理しました。またマニュアルは改訂の際に順次、ページ数を記載するようにしています。 	一部改善
<p>【マニュアル各論に関して】</p> <p>IV. 標準予防策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・衛生的な手洗い手順が、マニュアルに掲載され、また、手洗いのシンクのところに掲示されていました。前回の指摘事項にもありましたが、石けんと流水での手洗いの後にアルコール消毒を実施する手順となっていました。これは日本食品衛生協会作成の手順であり食品取扱者用の手洗い手順です。医療従事者に推奨されている手洗い手順では、最後のアルコール消毒は不要です。医療関連団体が作成されたものに変更することを推奨します。日本環境感染学会教育ツール Ver.4 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者に推奨されている手洗い手順を参考に、「標準予防策（スタンダードプリコーション）」を改訂し、正しい手洗い・正しい手指消毒について分かりやすいよう図を盛り込みました。 	改善

等を御参照下さい。		
<ul style="list-style-type: none"> 手指衛生が必要な場面の動画が New England Journal of Medicine のホームページに掲載されています。英語での解説ですが、設定されているシチュエーションや患者ゾーン、医療エリアの定義の説明が理解しやすいですのでご参照ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 上記対応時の参考としました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> マスクの項目に N95 について「飛沫感染、空気感染の病原体に対する予防策」と記載がありますが、N95 マスクは空気予防策が必要な場合に着用する个人防护具です。 	<ul style="list-style-type: none"> 「標準予防策（スタンダードプリコーション）」のマニュアルの全体的な見直しに伴い、本記載は削除しました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 个人防护具の着脱順番が、写真付きの着脱手順と絵の着脱順番とで異なっています。絵の方が正しいと思われるので統一をお願い致します。職業感染制御研究会ホームページや日本環境感染学会の医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 5 版などを御参照下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 写真付きの着脱手順は廃止し、絵の着脱順番に統一しました。またその内容（絵）を「標準予防策（スタンダードプリコーション）」に盛り込みました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 「標準防護服の着衣手順」について、特に COVID-19 対応時の 2 重手袋の着用は必須ではありません。十分に手指衛生が出来る環境であれば、PPE のコストも減りますので 1 重に変更を検討してはいかがでしょうか。その際、「標準防護服の脱衣手順」の修正もご配慮ください。また、キャップの着用については「个人防护具の着用例」に記載されている通り、全ての場面での着用は不要と考えますのでご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 「標準防護服の着衣手順」「標準防護服の脱衣手順」を廃止しました。手袋の着用は 1 重とし、「標準予防策(スタンダードプリコーション)」に盛り込みました。 	改善
V. 感染経路別予防策 <ul style="list-style-type: none"> 接触感染予防策：手袋は、患者のみでなく患者周辺の環境や物品に触れる場合にも着用が必要です。ビニールエプロンは、ユニホームが触れる場合に着用が必要です。追記をお願い致します。 	<ul style="list-style-type: none"> 「感染経路予防策」のマニュアルの全体的な見直しに伴い、本記載を修正しました。 ↓ <ol style="list-style-type: none"> 接触感染予防策（一部抜粋） 个人防护用具（手袋、エプロンなど） <ol style="list-style-type: none"> 入室前に手袋を着用する。 着衣が患者と直接接触するか、環境表面に触れることにより着衣の汚染が予測される場合には、エプロンを着用する。 退室時に 	改善

	は室内で手袋、エプロンを脱ぎビニール袋で密封し、手指消毒を行う。	
<ul style="list-style-type: none"> 飛沫感染予防策：飛沫感染予防策が必要な患者さんの部屋に入室する場合は、サージカルマスクを着用する必要があります。一覧表のマスクの欄に追記をお願い致します。 	<ul style="list-style-type: none"> 一覧表にサージカルマスクについても追加しました。 また、「感染経路予防策」のマニュアルの全体的な見直しに伴い、一覧表をマニュアル内に盛り込みました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> マニュアル内に「院内感染予防委員会」と記載されている箇所がありました（手洗いOKですかの表）。用語の統一をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 既存のマニュアルを一通りチェックし、修正対応しました。（手洗いOKですかの表については、「標準予防策（スタンダードプリコーション）」マニュアルなどの全体的な見直しに伴い、廃止としました） 	改善
<p>7. 感染防止・緊急対策チェックリスト</p> <ul style="list-style-type: none"> 「緊急対策チェックリスト」は、平時からの対策・今すぐ必要な対策・後々必要な対策が混在しているようなので、フェーズを分けて作成すると、より使いやすいものになると思います。 	<ul style="list-style-type: none"> 「緊急対策チェックリスト」の内容を精査し、新たに「医療関連感染アウトブレイク発生の対策」としました。 フェーズ分けについては今後検討いたします。 	一部改善
<p>VIII. 各種マニュアル</p> <ul style="list-style-type: none"> MRSA 感染対策マニュアルの「2.感染経路」には、4つの経路が挙げられており、中には「空中感染」という耳慣れない言語も使われています。一般的に、MRSA の主な感染経路は接触感染です。接触感染は、1) 直接接触感染：感染者から微生物が直接伝播、2) 間接触感染：微生物に汚染した物や人を介して伝播、の2形態に分かれています。日本環境感染学会教育ツール Ver. 4 等を参考に修正を御検討下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 「MRSA 感染対策マニュアル」から空中感染を削除し、下記の通り修正しました。 ↓ 2. 感染経路 2) 患者から患者への伝播 ①直接接触感染 ②間接触感染 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 職員の感染症・復帰時の対応では、COVID-19 陽性者は職場復帰後3日間、濃厚接触者は無症状の場合抗原検査で陰性確認の上3日間、インフルエンザの濃厚接触者は5日間、いずれも N95 マスクを着用するとされています。N95 マスクは、飛沫核の吸入を防止するマスクです。飛沫の飛散を防止するためにはサージカルマスクの着用が良いかと思われます。 	<ul style="list-style-type: none"> 今後検討します 	検討中
<ul style="list-style-type: none"> インフルエンザについて「季節型」との記載がありますが、一般的には季節性が正しい表記です。また、前回指摘された「ペア血清」につ 	<ul style="list-style-type: none"> 各種インフルエンザ関連のマニュアル記載について、「季節型」→「季節性」へ修正しました。 	改善

<p>いても記載されたままでした。現場レベルで実施されていない検査であれば不要かと思えます。フローチャートには同室者には予防投与と個室対応を開始することが記載されていますが、患者さんの特性上、同室者に限定せず接触者を洗い出して対応する必要があると思われまます。また、フローチャートでは他病室からもインフルエンザが発症した時点で、当該病棟と職員に予防投与となっていました。予防投与の範囲をどこまで拡大するかは、都度、協議が必要だと考えられますので、フローチャートについても一度見直しをご検討ください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・<インフルエンザ感染対策マニュアル>中の「ペア血清」の記載箇所についても削除しました。 ・<院内におけるインフルエンザ感染予防フローチャート>の指摘箇所について、下記の通り見直しました。 ↓ <u>接触者に対する情報収集</u>、直ちに同室の患者と<u>濃厚接触者</u>に予防投与 他病室からも発症、<u>対象者の決定</u>、予防投与 	
<ul style="list-style-type: none"> ・「疥癬感染防止マニュアル」に記載されている安息香酸ベンジルは試薬となります。使用時は倫理審査や十分な患者同意を得る等が必要となります。記載へのご配慮をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・原則皮膚科専門医受診、指示を受けるとし、薬剤等の詳細については削除しました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・帯状疱疹感染対策マニュアルに、感染対策の記載がありませんでした。帯状疱疹は、患部が局限し被覆できる場合は標準予防策ですが、免疫不全患者の帯状疱疹や播種性帯状疱疹では空気及び接触感染予防策が必要です。追記を御検討下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「帯状疱疹感染対策マニュアル」に新たに感染対策（入院患者、職員）についても記載しました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・クロストリジウム・ディフィシル腸炎対策マニュアルについて、「クロストリジウム・ディフィシル」は、遺伝子学的な解析が進み他の Clostridium 属と性状が異なることから、2016年に「クロストリディオイデス・ディフィシル (Clostridioides difficile) に名称が変更されていますので修正をお願い致します。また、隔離・接触予防策の解除についても記載しておく現場が対応しやすいと思われまます。Clostridioides difficile 感染症 診療ガイドライン 2022 では、「CDI患者に対し、下痢・泥状便 (BSS5 以上) が持続している間は接触予防策を継続する。可能であれば、下痢が治まってから少なくとも 48 時間は接触予防策を継続することが望ましい。」とされています。職員が特に注意すべき点として、アルコールが無効な芽胞菌であるため、流水下での手洗いが必要であることを明記しておくことが望ましいです。 	<ul style="list-style-type: none"> ・クロストリジウム・ディフィシル→クロストリディオイデス・ディフィシルへ修正しました。 ・隔離接触予防策の解除についても新たに記載しました。 ・また対策に、アルコールが無効な芽胞菌のため流水下での手洗いを行うことを追記しました。 	改善

<ul style="list-style-type: none"> 各疾患への対策マニュアルに一部記載がありましたが、「ESBL 産生菌感染対策マニュアル」での「トイレ・ポータブルトイレの処理」「入浴後の清掃」のような項目に病室内の清掃など必要項目を追記したものを別の章立てでマニュアルに記載(他のマニュアルに既に記載されている場合は、どのマニュアルを見れば分かるのかを記載)するとわかりやすくなると思いますのでご検討をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 「トイレ・ポータブルトイレの処理」「入浴後の清掃」等の分かりにくかった追記部分については廃止し、対応と対策については MRSA のマニュアル 6～12 参照と 新たに記載しました。 	改善
<p>IX. 消毒薬の抗微生物スペクトル</p> <ul style="list-style-type: none"> 【消毒一覧表】には、尿器やポータブルトイレのバケツの消毒時 0.01% 次亜塩素酸で 60 分以上浸漬と記載されています。2020 年版消毒と滅菌のガイドラインでは、0.1%次亜塩素酸ナトリウムへの 30 分間浸漬を推奨しています。また、ガーグルベースンは、0.125%ミルクポンで 60 分以上浸漬と記載されていますが、ガイドラインでは、「食」関連器材・物品の消毒は、0.01%次亜塩素酸ナトリウムへの 1 時間浸漬を推奨しています。消毒薬の濃度や浸漬時間の見直しを御検討下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿器等については 0.1%次亜塩素酸ナトリウムへの 30 分間浸漬へ修正しました。 ガーグルベースンについても同様に濃度確認し、適切な濃度へ変更しました。 	改善
2. 教育		
<ul style="list-style-type: none"> 院内感染対策研修は定期的開催されており、院内感染対策委員のご尽力により、感染に関わる研修の出席率が非常に高い水準でしたが、それでも 92%と 100%には届いていないようです。今後は、様々な職種や働き方のスタッフが研修を受講しやすいよう、休憩時間に食事をしながらでも視聴できるよう研修の様子を録画したものを配付したり、e-ラーニングを活用するなどの工夫をして出席率 100%を目指してください。定期的な感染対策に関する講習会は現状では外部コンテンツを利用した年 2 回の開催でしたが、例えば、マニュアル改訂内容や院内ラウンドを行った際に指摘した事例、サーベイランス結果及び院内感染対策委員会のメンバーに病棟などから相談 (Q&A 形式) があった事例等を取りまとめて全職員に周知するような研修を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 2025 年 6 月研修受講率：86%。 冬季もノロウイルス等の嘔吐に関する研修を開催中。消毒薬の使用状況のデータに基づいた分析評価とフィードバックや、9 月に他院開催の研修に参加した際に用いた資料を活用するなど、関心が向上する研修となるよう工夫いたしました。 	一部改善

<p>のもご施設の現状に即した研修として職員の感染対策に関する関心が向上すると思われ良いと思います。また、感染症専門医が在籍しており、感染症診療のコンサルテーションを受ける体制がありました。さらに、薬剤師による抗菌薬に関する講習会も行われているということでしたので、これらを引き続き開催されることを推奨します。</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・掲示物などで感染対策の広報がされていました。掲示物の中には数年以上更新されていないもの（一部の手洗い手順）がありましたので、院内で統一された最新の情報が掲示されるようにしましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内の掲示物を見直ししました。 	改善
<h3>3. サーベイランス</h3>		
<ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランスは実施していないとの自己評価でしたが、手指消毒薬の使用状況は継続的に確認されていました。使用量についてのフィードバックがあまりできていないようでしたが、手指消毒薬の使用状況と院内での感染症の発生状況と絡めて現場にフィードバックするなどして、ここからサーベイランスを始められるとよいと思います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の委員会にて消毒薬の使用状況の確認を実施しています。 ・また、11月の研修（全体研修）にて消毒薬の使用状況のデータに基づいた分析評価とフィードバックを実施しています。 	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟における水質の調査に関して、塩素濃度や温度を毎日、定期的に病棟スタッフで監視活動が行われていました。評価として B に該当すると思います。これを是非継続いただくとともに、今後は、小松市民病院等地域の基幹となる病院と相談され、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE、https://j-siphe.ncgm.go.jp/）の導入についてもご検討ください（更なる診療報酬上の加算に繋がります）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一部実施中 	一部改善
<h3>5. コンサルテーション</h3>		
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症専門医が在籍され、感染症治療のみならず感染対策にまで助言をいただける心強い環境です。上記でも述べたように ICT を設置することで感染対策や抗菌薬治療に関するコンサルテーションを受ける窓口にもなり、相談内容など情報の集約もしやすくなります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検討中 	検討中
<h3>6. 職業感染曝露の防止</h3>		

<ul style="list-style-type: none"> 全職員に対する HBs 抗体の検査は実施されていないようでした。清掃のみに携わる職員であっても、落下していた針で針刺しをしてしまうリスクもありますので、HBs 抗体価を確認する職員の範囲を明確にし、抗体価が基準値以下の職員へのワクチンプログラムを含め体制の整備をご検討ください。職員の抗体価の把握やワクチン追加接種に関して、特に B 型肝炎ワクチンの「1 回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対するの対応」については「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 4 版」（日本環境感染学会）を参考に修正されることを推奨します。 	<ul style="list-style-type: none"> 体制整備検討中 	<p>検討中</p>
<ul style="list-style-type: none"> 前回指摘されていた針刺しが発生した際のフローチャートはありませんでした。針刺し・切創・血液曝露後の対応はマニュアルの「標準予防策」の項目に一部と医療安全のマニュアル内に掲載されているとのことでしたが、曝露時にその他の感染対策に関する項目とあわせて速やかに確認できるよう、ぜひ感染対策マニュアルの方にも掲載ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全の針刺しマニュアルを感染マニュアルのファイルにも追加しました。 	<p>改善</p>
<p>7. 院内ラウンド</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 職責者で構成された委員会ではラウンドの時間がなかなか確保できず難渋されていました。そのためラウンドも 1 回/月で病棟以外へのラウンドも十分行えていないようでした。ICT がラウンドを担い、定期的にかつ病棟以外の部署へも計画的にラウンドができる体制が理想的です。院内ラウンドは、全ての部門や病棟において全ての項目を一度に見る必要はなく、毎週見るべき項目を変えながら短い間隔で院内ラウンドを実施されることを推奨します(例:汚物処理室のラウンド、衛生的な薬剤管理のラウンド等)。また、項目を絞ることで、改善が必要な点があれば、その場で病棟師長などにお伝えする時間も出てくるのではないのでしょうか。このようにラウンドを実施することで感染対策向上加算の基準にも適応できると思いますのでご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟外のラウンドはまだ実施できておらず、やり方を検討中。 	<p>検討中</p>

C 外来

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>1. 外来患者の感染隔離</p> <p>・病院の敷地内に発熱外来用の建物を設置し、空間的に分離して診療ができるよう工夫されていました。マニュアルにも発熱外来についての記載がありましたが、すべての个人防护具を着用して対応する手順となっていました。COVID-19を想定しているのであれば、常にすべての个人防护具を着用する必要はありません。</p>	<p>・「発熱外来マニュアル」を見直しし、个人防护具については「个人防护具の選択方法は標準予防策を参照する」としました。</p>	改善
<p>3. 外来処置室</p> <p>・点滴のミキシング台にゴーグルや聴診器など不要なものがありました。ミキシング台は清潔エリアであり、ミキシングにのみ使用することが望ましいです。別の場所で管理するようご検討ください。</p>	<p>・外来看護師へ周知しました。</p>	改善

D 病棟

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>1. 病室</p> <ul style="list-style-type: none"> スタッフステーション横の病室では、喀痰吸引が必要な患者さんが入院されており、ベッドサイドに个人防护具が設置されていました。清潔であることが求められるグローブが、吸引時の飛沫等で汚染されやすい距離に置かれていたため、汚染を受けない場所に磁石で壁に設置できるようなラックを用いるなどの工夫を行い、清潔と不潔の交差が無いようにご配慮ください。平置きではなく縦で保管すると埃による汚染も減らすことができます。 	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟（B2）については中央配管変更に伴い、个人防护具棟の設置場所を変更しました。その他の病棟についても確認しましたが問題ありませんでした。 	改善
<p>2. 病棟スタッフステーション</p> <ul style="list-style-type: none"> 鋭利器材の廃棄容器は廃棄基準の8分目を超えているものがありましたので、針刺し防止のため廃棄基準は遵守するようお願いいたします。また、ステーション内のミッペールに使用後の注射針が廃棄されていました。本来、注射を行う際には針廃棄容器を携行し、使用後に速やかに針を廃棄することが針刺し防止対策に繋がります。ご施設の特性上、針廃棄容器を携行する方が危険な場合があるとのことですが、患者から離れてすぐに廃棄できるよう、廃棄容器をなるべく近くまで携行するようご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 指摘内容について、感染チェックリスト（点検項目別：廃棄物処理、搬出方法）に新たに点検項目を追加し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 患者特性から、ベッドサイドで物品を保管することが難しい環境であると推察します。しかし、使用前の衛生材料と患者が使用した物が混在することは交差感染のリスクとなり、清潔エリアでの保管は望ましくありません。やむを得ずナースステーションで患者専用の薬品や物品を保管する場合は、ゾーニングをするなどして清潔エリア以外で管理する場所をご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 指摘内容について、感染チェックリスト（点検項目別：衛生棚・ミキシング台・処置ワゴンの取り扱い）を新たに作成し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善

<ul style="list-style-type: none"> ・点滴調整台の一番下の段に清潔が求められるトレーが保管されていました。汚染リスクを考慮し別の場所に移すことや引き出しを完全に閉める管理体制をご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同上 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・引き出しの滅菌物が紙製の箱に入っていました。プラスチック製など洗浄可能な容器への変更をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・指摘内容について、感染チェックリスト（点検項目別：滅菌物の取り扱い）を新たに作成し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・汚物処理室内の処理槽に尿器用と吸痰瓶用のブラシが接近して吊るされていました。用途をご検討の上、必要に応じて保管場所の変更を推奨します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟については、保管状況を確認し変更しました。その他病棟についても確認しましたが問題ありませんでした。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・嘔吐物処理カート内の物品について、必要時に速やかに用いることができるよう整理整頓をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> ・整理し物品を統一しました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・点滴調整台のある部屋等、新棟にて今年発生した天井の汚れを清掃されているとのことでした。空調出口を含めて定期的な清掃をお願いします。また、空調の流れが点滴調整台に向いている場合は埃などの落下に配慮するため調整中の空調停止をご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に清掃の他、汚れがある場合は清掃を実施しています。 	改善
<p>3. 処置室</p> <ul style="list-style-type: none"> ・包交車はありませんでしたが、ワゴンの上が物置になっていました。患者用のものと衛生材料が混在して置かれているため、交差感染防止のため、未使用の衛生材料と患者に使用するものは区別して保管するようご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・区別して保管するよう変更しました。 	改善
<p>4. 汚物処理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・旧館ではナースステーションに感染性廃棄物の廃棄容器が置かれ、ベッドサイドで使用したものを持ち帰り廃棄されていました。汚物処理室までの動線が長く廃棄しに行くことはなかなか困難なようです。ナースステーションで管理せざるを得ない状況であれば、他の物品が汚染されないよう注意して管理してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ゾーニングにて感染対策を実施しています。（ナースステーション内） 	改善
<p>5. 薬局・薬剤の管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ミキシング台には手指消毒薬と必要時すぐに清拭清掃できるようにアルコールの環境クロスが設置されていました。しかし、フックに 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局へ周知し、輪ゴムは撤去しました。 	改善

<p>輪ゴムがかかっており、清拭清掃の妨げになり、埃が溜まる原因にもなります。ミキシング台は清潔に保つために、清掃しやすいよう不要なものを置かずに整えておくことが大切です。</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 消毒薬の使用期限をラミネートしたものを掲示し注意喚起されました。環境クロスには開封日の記載がないものが多かったため、期限内に使用する目安として開封日を記載するようご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 開封日を記載するようにしました。また、感染チェックリスト（点検項目別：消毒薬、アルコールクロス）に開封日を記載する点検項目を新たに追加し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 自動散薬分包機が設置されており、また錠剤の粉碎は分包後に包装の上から行われているためコンタミネーションしやすい粉薬の管理は清潔に実施されていました。機械への散薬補充時の汚染リスクを評価し、マスクおよび帽子の着用をご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 検討中 	検討中
<ul style="list-style-type: none"> 開封後の軟膏については、単味および混合剤のもの期限が設定されていました。これらの期限設定について、感染対策マニュアルに記載しておくことを推奨します。 	<ul style="list-style-type: none"> 今後マニュアルに追加予定です。 	検討中
<ul style="list-style-type: none"> 段ボール箱を棚として長期に使用されている場面がありました。湿気が溜まり、微生物の繁殖にもつながりますので洗浄可能な素材のものへの変更を推奨します。 	<ul style="list-style-type: none"> 段ボールを撤去し、使用しないようにしました。 	改善

E ICU 該当せず

F 標準予防策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>1. 手指衛生</p> <ul style="list-style-type: none"> 前回のラウンドでのアドバイスを受け、手指消毒薬の使用量を払い出し量でモニタリングが開始されていました。職員へのフィードバックがされていなかったので、感染対策委員会等で定期的に結果を報告し、院内全体で手指衛生遵守向上に取り組んでいかれると良いと思います。 	<ul style="list-style-type: none"> 委員会にてフィードバック周知しました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 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」を部署毎に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。御施設の目標を定め、結果を定期的にフィードバックされるとより効果的かと思います。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在職種別の使用量で評価するなど取り組み中。 「1日1患者当たりの手指消毒使用回数」については今後検討いたします。 	未実施

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>1. 空気感染予防策</p> <ul style="list-style-type: none"> 麻疹および水痘発生時の対応マニュアルがありませんでした。小児だけでなく成人も罹患する可能性があり、いずれも院内発生した際は迅速な対応が必要です。マニュアルの作成を御検討下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 「麻疹（はしか）感染対策マニュアル」「水痘（みずぼうそう）感染マニュアル」を新たに作成しました。 	改善
<p>2. 飛沫感染予防策</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「流行性耳下腺炎（おたふく風邪・ムンプス）」感染対策マニュアル」 	改善

<ul style="list-style-type: none"> 流行性耳下腺炎発生時の対応マニュアルがありませんでした。小児だけでなく成人も罹患する可能性があり、院内発生した際は迅速な対応が必要です。マニュアルの作成を御検討下さい。 	<p>を新たに作成しました。</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	--

H 病院感染症防止策

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組み状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕</p>
<p>2. 尿道カテーテル関連尿路感染症 (CAUTI)</p> <ul style="list-style-type: none"> 病室では、尿道留置カテーテルの集尿バッグが、膀胱より低い位置でかつ床に接触しないようにきちんと管理されていました。しかし、職員の認識不足が見受けられるとのこと。看護手順のみでなく尿道カテーテル関連尿路感染防止策のマニュアル作成を御検討下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> マニュアル作成予定。 	<p>検討中</p>
<p>4. 血管内留置カテーテル関連血流感染 (CRBSI)</p> <ul style="list-style-type: none"> 末梢の血管内留置カテーテルのライン挿入部にはドレッシング材が貼付されており、カテーテル走行部の皮膚が観察できる状態できちんと固定されていました。しかし、挿入日の記載がありませんでした。また、静脈炎の有無の観察を行っているとのことですが、記録に残されていませんでした。血管内留置カテーテル関連感染予防のための CDC ガイドラインでは、「成人の場合、感染と静脈炎のリスクを軽減するために末梢カテーテルを 72～96 時間毎より頻繁に交換する必要はない。」としています。持続点滴は、静脈炎や皮膚トラブルの異常が無いことが前提です。挿入日の記載と観察結果を記録に残す体制を整えることを御検討下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 現状、抹消留置カテーテル看護手順では入れた日を記載するルールとなっているので、再度マニュアル内容を周知しました。 また、感染チェックリスト（点検項目別：尿道カテーテル・末梢留置カテーテルの管理）を新たに作成し、遵守状況を確認する体制にしました。 	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> 持続点滴の際、輸液セットのみ毎日交換しているとのことでした。 	<ul style="list-style-type: none"> 検討中 	<p>検討中</p>

<p>ガイドラインでは、「血液、血液製剤または脂肪乳剤を投与されていない患者では、連続的に使用されている輸液セットの交換には最低96時間以上の間隔を設けること。ただし、最低限7日毎に交換すること。」とされています。輸液ルートの接続部位は感染原因菌の侵入ルートの1つです。輸液セットの使用開始後は72～96時間より高頻度に交換しない方が安全であり、費用対効果も優れていることが明らかとなっています。静脈カテーテルの定期交換時等、点滴刺し換え時に輸液セットを同時に交換する等、交換のタイミングを御検討下さい。</p>		
<p>・上記対策を含め、末梢の血管内留置カテーテル関連血流感染防止に向けたマニュアルの作成を御検討下さい。</p>	<p>・マニュアル作成予定。</p>	<p>検討中</p>
<p>5. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）</p> <p>・新型コロナウイルス感染症対策マニュアルが作成されていましたが、改正が2022年4月であり、エアロゾル感染についての記載がないことや感染疑い時の対処・対応が保健所の指示を受けるとされている等、内容が古いようです。日本環境感染学会の医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第5版などを参考に、改正をお願い致します。</p>	<p>・「新型コロナウイルス感染症対策マニュアル」を改正しました。</p>	<p>改善</p>

I 洗浄・消毒・滅菌

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>1. 医療器具</p> <ul style="list-style-type: none"> 滅菌パックの使用期限が3か月に設定されていました。期限切れが見られた他、滅菌破綻も見られました。定期的に点検することをお勧め致します。これも院内ラウンドの確認項目に含めていただき、適正な管理をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染チェックリスト（点検項目別：滅菌物の取り扱い）に新たに作成し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 滅菌物が輪ゴムでまとめられていました。滅菌破綻の原因となりますので輪ゴムは使用しないようにして下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 同上 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 滅菌物が、一部扉の無い床に近い場所で保管されていました。「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20cm、天井のスプリンクラー設備周辺から45cm以上、外壁から5cm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。 	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟（B2）では、蓋つきケースでの保管に変更しました。その他の病棟については問題ありませんでした。 また、感染チェックリスト（点検項目別：滅菌物の取り扱い）を新たに作成し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> シンクの排水口に黒カビが見られた所がありました。シンクの排水口等の湿潤環境はグラム陰性桿菌（緑膿菌、セラチア菌、CRE：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌等）が増殖しやすく、アウトブレイクの原因となることもあります。水回りは常に乾燥させるように心掛け、菌が生存しにくい環境を作ることが重要です。また、定期的な清掃や次亜塩素酸による消毒を行う等、衛生管理の徹底をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 全病棟での清掃状況を再確認、主に夜勤帯で実施していることを共通認識としました。 また、感染チェックリスト（点検項目別：水回りの清潔・環境整備）を新たに作成し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 開封後の軟膏や吸入薬、インスリン製剤、消毒薬について、設定されている使用期限を院内周知できるよう感染対策マニュアルに記載をお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> 感染チェックリスト（点検項目別：滅菌物の取り扱い）に、新たに点検項目を追加し、遵守状況を確認する体制にしました。 今後マニュアルにも追加予定です。 	一部改善

J 医療廃棄物

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<ul style="list-style-type: none"> ・感染性廃棄容器がナースセンター内にレッドゾーンを設けて設置されており、血液汚染のある廃棄物等も廃棄されていました。非感染性医療廃棄物用のゴミ箱や机とも隣接しており、周囲には清潔なワゴン車等も置かれていました。感染性廃棄物を廃棄する際は、周囲の環境との接触や汚染を飛散させないこと、廃棄物のはみ出しが無いよう必ず8分目以下で廃棄する等、十分な注意が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染チェックリスト（点検項目別：廃棄物処理、搬出方法）に、新たに点検項目を追加し、遵守状況を確認する体制にしました。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・旧病棟のトイレの前に設置された一般廃棄物用のゴミ箱にビニールエプロンが多数廃棄されており、ゴミ箱からはみ出していました。非感染性の判断であったとしても周囲の環境を汚染しないよう小さくまとめて廃棄するように周知をお願い致します。また、尿等を運搬した際に使用したものであれば、薬剤耐性菌検出者リストがスタッフステーションに貼られていましたが、ESBL 産生菌等が伝播しないよう感染性廃棄物として区分けした廃棄をご検討ください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・はみ出さないようなゴミ箱の形態（蓋つきゴミ箱）に変更しました。 ・（指摘された場所はデイケア前のゴミ箱であり、職員によるものと思われるため）、職員へ再度小さくまとめて廃棄するよう周知しました。 	改善

K 微生物検査室

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<ul style="list-style-type: none"> ・採血場所と培養検体を含めた検体の提出場所が近く、清潔・不潔の交差が起こる可能性が高いことを危惧します。採血管以外の検体提出場所を明確にするなどし、採血を行うデスクへの直接の提出は回 	<ul style="list-style-type: none"> ・検体提出場所の明確化については検討中。 ・検査室出入口にはアルコール消毒を設置しました。 	一部改善

避ください。また、検査室出入り口のドアノブを介した交差する可能性もありますのでご注意ください。		
・検体提出容器に蓋が無いため搬送途中に検体が落下した時の汚染拡大リスクが高い状況と考えます。蓋付きの検体搬送容器を使用されることを推奨します。	・蓋付きの輸送容器を作成。容器は別にせず、採血前後の拭き上げで対応します。	改善

L 清掃

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>・ラウンド時に天井のカビ発生について御相談がありました。実際に給気口の周囲が最もカビが多く、エアコン周囲にも発生していました。カビは、種類によっては真菌感染症やアレルギーの原因ともなるため注意が必要です。カビが発生した主な要因としては、「多湿」と「換気不足」が考えられます。給気口は、夏季は外からの空気を冷却して給気するため、結露ができやすくカビが発生しやすい状況となります。また、エアコン周辺は元々換気の影響を受けにくく、カビが発生しやすい環境です。換気不足の状態では湿度が上昇すると湿気が天井近くにこもりやすくなりカビの原因となります。カビの発生防止対策としては、①湿度管理：湿度を40%～60%に保つ。②定期的な換気の実施：患者の特性から窓を開けて換気することが難しいとのことでしたが、可能な範囲で窓を開けて新鮮な空気を取り入れることをお勧め致します。また、空調システムが設置されている場合は、換気システムの定期的な点検とメンテナンスを行うことが重要です。フィルターの掃除や交換、ダクトの清掃などを定期的に行うことで、換気システムが適切に機能するように保つことがで</p>	<p>・メンテナンス担当に清掃頻度確認、年2回フィルター清掃を継続。 ・上記以外で病棟職員が気づいたらその都度メンテナンス担当に連絡し清掃依頼を行います（病棟職員へ周知徹底）。 感染チェックリスト（点検項目別：温湿度、空調、換気）にも追加しました。</p>	改善

<p>きます。③定期的な点検と清掃：給気口やエアコン周辺等にカビや湿気の兆候がないかを定期的にチェックし、徴候が見られたら早急に清掃することをお勧め致します。</p>		
-------------------------------------------------------------------------------------	--	--

院内感染対策実地支援アンケート

令和7年度に実地支援を実施した病院（1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

- ・2025年度より、感染の組織を強化するために、委員会・ラウンド・リンクNSの活用を推進し粛々と進めてきました。疑問点やこれで良いのか？と不安な部分もありましたので、大変参考になりました。
- ・専門に特化した素晴らしい方々が、とてもフランクに明るいムードで導いて下さり、貴重なお時間をいただきました。いただいたレポートを参考にして指導強化していきます。

【相談内容】（病院）

1. 患者様の口腔ケアに使用するコップについて、感染症の有無で洗浄を分けて行った良いのでしょうか？また分ける場合は、どのような基準で対応すべきかご教示いただけますと幸いです。
現在、当院では感染症の有無に関係なく同じスポンジで洗浄しております。
一つのバケツに複数のコップを消毒につけることもありますますが、不潔なのではないかという意見があり、まとめて消毒につけることはやめました。口腔ケア後のコップのため血液や痰の付着があります。
2. 感染性の可能性がある汚染リネン類について、ご家族に持ち帰っていただいても問題ないでしょうか？それとも院内での処理が必要でしょうか？これまでは、感染性の汚染リネンは破棄するという対応をしていましたが、これまであまり例がなく、対応の仕方に疑問を持ちました。現場での対応に当たり正確な方針を確認したくご指導いただけますようよろしくお願いいたします。

【回 答】

この度は、石川県院内感染対策相談窓口をご利用いただきありがとうございます。

1. 共有して使用されるコップの洗浄、消毒については、感染症の有無で分けて行う必要はありません。検査で判明している感染症は一部でありすべて把握することはできないため、患者に使用された口腔ケア物品はすべて「感染性がある」と認識しておく必要があります。体液（血液、唾液、痰等）の付着と口腔粘膜への接触を考慮し、感染症の有無に関わらず、確実な洗浄（有機物を排除）後、消毒するという過程が重要です。口腔ケア後のコップの消毒方法は、「消毒と滅菌のガイドライン 2020年版」では、0.01%（100ppm）次亜塩素酸ナトリウムへの1時間浸漬が推奨されています。器材の使用用途に応じた消毒薬を選択し、適切な濃度と適切な時間を守ることで十分な効果が期待できます。浸漬消毒時は、薬液の揮発、濃度低下を防止するため蓋付きの容器を使用し、コップの浮き上がりがないよう完全に浸漬させます（薬液と接触していない部分は消毒されないため）。消毒後は、しっかり乾燥させます。また、スポンジは湿潤環境が持続するとグラム陰性桿菌などが増殖し、交差感染の原因となる危険性があります。スポンジは、乾燥できる状態で保管し定期的に交換する、または、メラミンスポンジを使い捨てにする、あるいは不織布ガーゼなどで代替し使用後廃棄する方法もあります。また、感染を伝播させないために、洗浄、消毒の際は、手袋、エプロン、ゴーグルなど適切な个人防护具を着用するとともに手指衛生の遵守が重要です。
2. 感染症の可能性がある汚染リネンは運搬方法や洗濯されるご家族への配慮がなされていれば、持ち帰って家庭内で洗濯していただいても問題ありません。ただし、家庭内では、洗濯機による洗濯と自然乾燥で概ね問題ないと思いますが、乾燥機にかけることができればほぼすべての病原体で感染性は消失します。また広範な血液汚染などあれば、次亜塩素酸ナトリウム溶液（キッチンハイターなど、洗濯用とは異なる）での消毒も推奨されますが、汚染が著しい場合は廃棄もやむを得ないと考えます。病院が患者に使用する寝具類及び貸与する衣類に関しては、「寝具類の消毒に関するガイドライン 第8版」を参考にして下さい。なお、新型コロナウイルス感染症は5類感染症に位置づけられており、通常洗濯で問題ありません。

令和7年7月9日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

令和7年度石川県院内感染対策支援事業概要

令和8年3月

編集 石川県健康福祉部医療支援課
