

平成27年度 院内感染対策支援事業概要

平成28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

I. 院内感染対策支援事業の概要

1. 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

- ・平成26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。

(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。

2. 事業実施体制（平成27年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成28年3月現在・職種別五十音順）

医 師 委員長 副委員長・リーダー	飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
	和田 泰三（金沢大学附属病院 感染制御部長）
	太田 和秀（金沢医療センター 小児科部長）
	竹田 正廣（小松市民病院 内科担当部長）
	西 耕一（石川県立中央病院 診療部長）
	中谷 安宏（石川県立中央病院 診療部長）
	中積 泰人（金沢市立病院 中央診療部副部長）
	道輪 良男（浅ノ川総合病院 外科医長）
薬剤師 リーダー	山本 康彦（金沢医科大学病院 薬剤部）
	石田美由紀（やわたメディカルセンター 診療技術部薬剤課）
	田淵 克則（金沢医療センター 試験検査主任）
	中出 順也（金沢大学附属病院 薬剤部）
看護師 リーダー	西原 寿代（金沢医療センター 看護部副看護師長）
	池田 恵子（城北病院 感染管理担当看護師長）
	川上英津男（恵寿総合病院 感染管理者）
	江波 麻貴（浅ノ川総合病院 感染対策管理者）
	嶋田由美子（公立松任石川中央病院 医療安全部医療安全課安全対策室係長）
	中村 洋子（金沢大学附属病院 感染制御部副部長）
	野田 洋子（金沢医科大学病院 医療安全部感染制御室課長）
藤本 淑子（芳珠記念病院 感染対策管理者）	
臨床検査技師 リーダー	千田 靖子（金沢大学附属病院 検査部副臨床検査技師長）
	浅香 敏之（金沢医療センター 臨床検査科血液主任）
	坂上有貴子（公立松任石川中央病院 主任検査技師）
	新川 晶子（石川県立中央病院 医療技術部検査室技師長）

2) ネットワーク会議開催日

第1回	平成27年	7月17日	於：石川県庁
第2回	平成28年	3月10日	於：石川県庁

II. 平成27年度の事業実績状況

1. 院内感染対策実地支援事業

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。事業の実施に当たっては、病院が「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）を元に作成された評価表にて自己評価を行うとともに、その自己評価表を活用し、評価・支援を行った。

また、以前実地支援を実施した1病院に対し再ラウンドを行い、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。

支援実施期間 平成27年8月3日～平成28年1月26日
1施設につき3時間程度派遣

支援対象 県内病院（公募より4施設を選定）

支援実施者 1施設につき、ネットワーク会議委員5, 6名
（医師リーダー、薬剤師、看護師、臨床検査技師）
県保健福祉センター・金沢市保健所担当職員1名

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
「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）
を元に作成された評価表により、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、感染管理評価スタンダードの
大項目をA～Cで評価（※）した。
※評価項目 I. 組織的な感染管理システムについて
II. ICT活動について
III. 病院における種々の分野での感染対策について
IV. 職業感染対策について

・平成27年度院内感染対策実地支援実施病院等一覧（4病院）

実施日	実施病院	実施者	内容
平成27年 8月3日	許可病床数： ～99床	医師：竹田正廣（リーダー） 薬剤師：石田美由紀 看護師：西原寿代、藤本淑子 臨床検査技師：坂上有貴子	7～15 p
平成27年 9月11日	許可病床数： ～99床	医師：飯沼由嗣（リーダー）、和田泰三 薬剤師：田淵克則 看護師：中村洋子、野田洋子 臨床検査技師：千田靖子	16～24 p
平成27年 10月8日	許可病床数： ～99床	医師：西耕一（リーダー）、中積泰人 薬剤師：中出順也 看護師：池田恵子、江波麻貴 臨床検査技師：新川晶子	25～28 p
平成28年 1月26日	許可病床数： 500～床	医師：太田和秀（リーダー） 薬剤師：山本康彦 看護師：西原寿代、中村洋子 臨床検査技師：新川晶子	29～32 p

・平成27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
I. 組織的な感染管理について	なし	4施設	なし
II. ICT活動について	なし	4施設	なし
III. 病院における種々の分野での感染対策について	なし	4施設	なし
IV. 職業感染対策について	なし	3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】支援実施病院へ実施決定通知を送付。また、「感染管理評価表（感染管理評価スタンダード Ver3.0）」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感染管理評価表は電子データにて、院内感染対策マニュアル・感染対策委員会組織図・I C T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感染管理評価表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、感染管理評価表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。 	
当 日 の 流 れ	(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"> ・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。 ・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み状況調査事業

(平成26年度実地支援実施病院対象)

平成26年度に実地支援を実施した病院(4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 平成27年9月

調査対象 4病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 33~45p

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。

平成27年度の相談件数は1件だった。

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し、委員長または副委員長が確認の上で回答

相談内容及び回答は、46pのとおり

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 平成27年11月29日(日)午後2時~午後4時30分

開催場所 石川県立中央病院 健康教育館 大研修室

内容 (1) 講演「アウトブレイク事例報告」

講師：藤本委員、野田委員

(2) N95マスクの着脱実演

(3) 特別講演「結核院内感染対策 アウトブレイクに備える」

講師：猪狩 英俊 先生

(千葉大学医学部附属病院 感染症制御部長・感染症内科長)

開催結果概要は 48pのとおり

※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 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／平成27年8月3日（月） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～99床

支援実施者／竹田 正廣（医師・リーダー）、石田 美由紀（薬剤師）、西原 寿代（看護師）、
藤本 淑子（看護師）、坂上 有貴子（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

① 実戦チーム

- ・精神科、神経科のみと総合病院等とは異なる特殊な施設ではありますが、職員全体で積極的に感染管理に取り組まれている姿勢が伺われました。また、委員会は管理職の方が中心に組織され十分機能していると感じました。
- ・専任者やリンク委員がいませんが、今後は現場での実働部隊としての ICT チームとリンク委員を導入されると、感染対策の周知や改善がスムーズになり、より効果的だと考えます。

② マニュアル

- ・マニュアルは ISO 基準様式で整備されていました。マニュアル改正は常時必要です。少し時間がかかりますと思いますがガイドラインを参考に作成すると必要項目が過不足なく作成できると思います。（＝感染対策管理全体の枠組みを理解する事に繋がります）。また、病棟の看護手順とも内容をリンクされると良いのではないかと思います。改訂の際は改訂年月日も記載して下さい。
- ・手指消毒薬等は一般名を記載し、消毒薬濃度の再確認をお願いします。
- ・標準予防策の中には咳エチケットや安全な注射処置の項目が有りますので、マニュアルにも明記して下さい。
- ・アウトブレイクに対する対策のマニュアルの追加を検討して下さい。委員会では検出菌の報告や抗菌薬の使用量報告もありますが、アウトブレイクでは早急な対策が必要になります。常に監視する体制と、評価・検討し指示を出す流れをマニュアル化し、周知してはいかがでしょうか。アウトブレイク、耐性菌等の発生時の手順、連絡体制（日中、時間外）をフローチャートにしておくこと全職員が統一した対応が出来ると考えます。全体に文章での記載が多いですが、ノロウイルスのマニュアルのように写真を使用すると更に使用しやすくなると思われれます。
- ・MRSA 等感染症は隔離管理になっていました。慢性期中心の病院特性を考慮すると感染症でノロウイルス、結核、麻疹、風疹、水痘、インフルエンザなどは隔離管理必要ですが、MRSA をはじめとする耐性菌は注意すべきと思いますが、標準予防策を周知徹底することで良いと思います。特に排泄物の取り扱いを注意して下さい。
- ・結核で塗抹陰性・PCR 陽性の場合には個室管理で培養結果を待つことになっていますが、この場合は培養結果を待たずに保健所に連絡し、結核病院へ紹介して下さい。
- ・届け出が必要な感染症法対象疾患の一覧もマニュアルにあるとよいと考えます。

（参考資料）

高齢者介護施設における感染対策マニュアル（2013年）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/dl/130313-01.pdf>

医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き

https://www.nih-janis.jp/material/material/Ver_5.0本文_070904.pdf

東京都 院内感染対策マニュアル

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2010/10/DATA/20kat700.pdf> 等

II ICT活動について

① ICTチームとラウンド

- ・実践する組織（ICTチーム）を作ることが必要です。チームには医師、看護師のみではなく、他職種も含み、年齢層も幅広く含むと、今後継続した感染管理が可能になると思われます。このICTチームで定期的にラウンドを行う体制を検討して下さい。ラウンドでは、マニュアルの遵守状況の確認や手指消毒薬の使用状況を確認する事を目的として開始してはいかがでしょうか。

② 活動の記録

- ・委員会活動・ラウンド報告・関連データの記録も必要です。地道な作業ですが、データの蓄積は感染対策に関する傾向や問題点が明確になります。アウトブレイク等の対応についても記録を振り返り改善策が立案できます。職員研修などに活用すれば職員の理解につながります。

III 病院における種々の分野での感染対策について

- ・まず必要な清掃・整理整頓ですが、施設内全体の清掃が行き届いていました。病院の特殊性として患者個人の物品の取り扱いが管理されていることもありますが、病室、廊下、トイレ洗面所は非常にきれいでした。
- ・感染対策の基本は清潔ゾーンと不潔ゾーンを区別し動線もクロスしないことです。既存設備ではかなり困難な問題ですが、可能な範囲での工夫がポイントになります。

① リネンとオムツ

- ・汚染オムツ専用ゴミ箱、患者用の清潔な衣類置き場、使用済みの衣類置き場が同じ空間に管理されていました。別管理が必要です。オムツは新聞紙に包んで処理することになっていましたが、ナイロン袋に包んでゴミ箱へ廃棄しましょう。感染性胃腸炎の排泄物処理は特に糞口感染への注意も必要です。新聞紙では不十分と思います。

② ナースステーションの水回り

- ・設備上かなり難しいと思いますが、一つのシンクで処置後の鋼製小物の洗浄・滅菌と経管栄養関連医療物品の洗浄・消毒がされています。区別する方が良いと思います。水回りはグラム陰性桿菌が多く発生し清掃・乾燥が重要視されています。周囲の整頓、シンク内の三角コーナーや布製布巾等の廃止を検討して下さい。（別紙参照）

③ 点滴準備台

- ・点滴準備ゾーンは清潔な区域として扱われていますが、周囲の整理整頓をして、ミキシング時の衛生対策や物品の配置など再度検討して下さい。

④ 滅菌・消毒とその管理

- ・物品使用後の処理について、現在は滅菌物も洗浄後消毒をされてから滅菌機にかけているとのことですが、スποルディングの分類について確認していただき、業務手順を再度検討されると良いと思います。
- ・ガーゼ交換車の上にあった布について、埃防止として使用されているのかと思いますが、洗濯や交換頻度が問題となり逆に不潔となっている可能性があります。交換車にのせる物品を見直していただき、上に物は置かず拭けるような管理をされると良いと思います。

⑤ 吸引カテーテル

- ・交換は1日1回が良いと思います。ただ、カテーテル保管が水道水であったので改善をお勧めします。管理方法として乾燥法と消毒薬浸漬法とがあります。消毒薬浸漬法は、清潔保持困難、消毒効果不十分、マンパワーが必要という欠点があります。また、消毒薬をベッドサイド管理するのは異食の危険があるので乾燥法をお勧めします。別紙を参照にご検討下さい。

⑥ 手指消毒薬

- ・手指消毒薬は、患者の目に触れない場所で処置の現場に多数存在しました。開封日の記載が無い手指消毒薬もあり、各消毒薬の管理する体制が必要と思われます。アルコール製剤使用量のモニタリングを実施され、フィードバックすることでより効果的に手指衛生の促進が可能と思われます。検討中とのことですが、携帯用アルコール製剤の導入と使用量のモニタリングをぜひご検討下さい。

⑦ 抗菌薬

- ・抗菌薬の払い出しは、手書きの注射箋で対応し、集計も手作業で行われていました。データも委員会でフィードバック出来ていました。広域抗菌薬の採用もあるので、使用に対する監視の方法とし

て届出制をご検討下さい。また、広域抗菌薬の適正使用への薬剤師の積極的関わりを期待します。

- TDMについて、VCMの使用症例が少ないようですが、塩野義製薬からのTDMシミュレーションソフトやTDMガイドライン (<http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/index.html>) を参考に薬剤師からの提案も積極的に行いましょう。
 - また、薬剤師は院内の医薬品の管理に積極的に関わってください。吸入薬やインスリン等開封後の使用期限が明示されている医薬品もありますので、院内に情報発信を行いましょう。
- ⑧ 細菌学的検査
- 細菌学的検査は院外で実施されておりますが、組織的には機能されていると思われまます。抗酸菌染色陽性時等の連絡体制も出来ていました。
 - インフルエンザ迅速検査（イムノクロマト法）は自施設で実施されていましたが、ノロウイルス検査は行われていませんでした。保険適応の年齢制限がありますが、迅速検査を採用されるとより迅速な対応が可能となりますのでご検討ください。

IV 職業感染対策について

評価：C

① アイシールド

- 眼は唯一剥き出しの粘膜です。吸痰等の処置は、飛沫を浴びるリスクが高い行為ですので、アイシールド（ゴーグル）の導入をぜひご検討下さい。

② 抗体価検査とワクチン

- 医療従事者の抗体価（B型肝炎、麻疹、風疹、ムンプス、水痘）の把握と、ワクチン接種の体制を整えてください。
- 2012年5月に日本環境感染学会より「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」
http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content_id=4
が出ていますので参考にして下さい。
- 院内感染対策の一環として、医療従事者へのB型肝炎、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、インフルエンザのワクチンについて、接種対象者、接種時期、接種方法、効果、副反応などについて示されています。特に、切創・曝露での感染力が高いHBVワクチン接種については、ぜひご検討下さい。
- 針刺し時のHIV対応に関して、石川県のホームページに医療従事者の針刺し事故用に抗HIV薬の配置や依頼書などの書類が有ります。南加賀では小松市民病院にも抗HIV薬の配置が有りますので、ホームページを参考に小松市民病院と連携を取ることをお勧めします。
(<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kansen/hiv.html>)

水回り周辺



- 水回りは常に清潔・乾燥状態を保たれるように！ 周囲に物品が多い為、必要な物品だけ置くようにご検討を
- 布製布巾は湿った状態で放置されるため汚染源となります。できれば廃止へ

リネン類管理



- 個人衣類管理室内に、使用済オムツ用ゴミ箱と使用済みの個人衣類が一緒になってました。検討をお勧めします。
- 物品保管は床上20~30CMは置かない。埃が被ります。

浴室

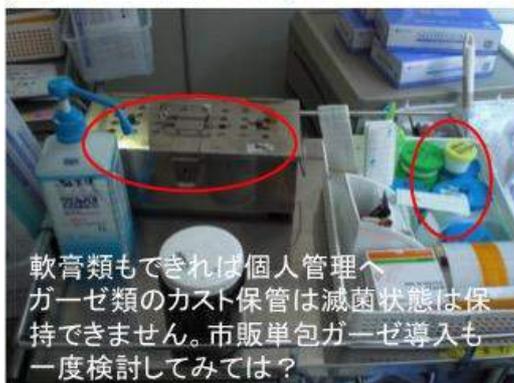


- 清掃、乾燥が徹底されていました。
- 入浴時に必要なリネンやオムツ等を収納するカートに悩んでいらっしゃいました。清潔不潔の区別に留意して下さい。

点滴準備台 他



ハザードマークを前面に設置を



軟膏類もできれば個人管理へ
ガーゼ類のカスト保管は滅菌状態は保持できません。市販単包ガーゼ導入も一度検討してみては？



点滴準備台に設置する針BOXには血液のついた針はすてない。

患者個人別物品管理



- 剃刀はすべて電気カミソリになっていました。一か所に管理する場合は、個別に分けて保管したほうが探しやすく、感染面としてもより良いのでは。
- 歯ブラシも個別管理されていました。せっかく分けていたので歯ブラシ同士が接触しないような工夫を

家族への感染対策



- 面会人への表示や手指衛生管理がされていました。



開封日には日付けのあるものがないものがあります。有効期限は？一覧表があれば便利です。



包交車の上のカバーの保清は？清潔物品は引き出しへ。上段にはなるべく置かないことでカバー不要になります。



危険回避のためのセンサー式体温計を使用していました。確認できませんでしたがアルコール消毒清拭を



尿パックの内の尿回収の目的バケツ。共用になっていたため、一人1個の容器での回収を勧めます。尿からの水平感染防止。トイレはとっても清潔感ありました。

吸痰装置



- 吸痰(口腔・鼻腔)カテーテルは1日1本で破棄⇒OK
保管は水道水で保管されている。⇒改善を
- 手袋、アルコールと吸痰物品の設置位置が近いので
汚染されやすい⇒少し離れて設置を

カテーテルを単回使用しない場合



吸引カテーテルの清潔保持方法『浸漬法』

吸引チューブを消毒液に漬けて保管する方法

手順

- ①吸引後、チューブ外側の汚染除去のため、清浄綿等で拭く。
- ②チューブ内側の粘液の除去のため、滅菌水（口鼻腔は水道水で可）を吸引する。
- ③吸引チューブを消毒液に浸して保管する。

交換頻度（推奨）

吸引チューブ、消毒液は 24 時間おき

洗浄液は 8 時間おき

介護職員等による吸痰吸引・経管栄養研修テキスト 全国訪問看護事業協会編集より

吸引カテーテルの清潔保持方法『乾燥法』

吸引チューブを乾燥させて保管する方法

手順

- ①吸引後、チューブ外側の汚染防止のため、清浄綿等で拭く。
- ②チューブ内側の粘液の除去のため、滅菌水（口鼻腔は水道水可）を吸引する。
- ③吸引チューブ内の水滴がない状態で、蓋付の乾燥容器に保管する。

交換頻度（推奨）

吸引チューブ、保管容器は 24 時間おき

介護職員等による吸痰吸引・経管栄養研修テキスト 全国訪問看護事業協会編集より

在宅での必要物品の再利用と保管（例）

カテーテル

気管内吸引基本単回使用

再利用する場合（主治医との合意で決定）

次亜塩素酸ナトリウムに 30 分浸食し滅菌水で洗浄

10 分間の熱湯消毒

等

保管用の清潔な容器（消毒浸食法・乾燥法）

熱湯消毒した容器

新しいビニール袋

保管のための消毒液：

8%エタノール含有塩化ベンザルコニウムに浸漬

訪問看護師のための在宅感染防止テキストより

院内感染対策実地支援 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／平成27年9月11日（金） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～99床

支援実施者／飯沼 由嗣（医師・リーダー）、和田 泰三（医師）、田淵 克則（薬剤師）、
野田 洋子（看護師）、中村 洋子（看護師）、千田 靖子（臨床検査技師）

当支援病院は、透析医療を主体とする病院であり、透析装置による血液透析の他、療養型病床を有し、外来診療では内科系外科系の専門外来、消化管内視鏡検査も実施されている。手術室はない。感染防止対策加算2を申請している。

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

- 理事長を感染対策委員会の委員長とし、県内屈指の透析施設として感染症を起こさないという高い意識のもと感染対策を実践してきていることが伺えます。電子カルテの導入をご検討中とのことですが、カルテ内に感染対策に関する情報を集約できるシステムの導入により、感染対策活動は格段に効率的に実施可能となります。導入につきまして前向きにご検討下さい。
- 今年5月より感染防止対策加算2を届出しており、感染に関する専門的知識を持ち、病院内の感染に関わる問題点などを把握し、院内全体の感染対策を集約しマネジメントできるICTメンバーが必要です。特に、看護師（ICN）は、その中核となるべき重要なメンバーであり、「感染管理認定看護師」認定の取得、または「感染制御実践 看護学講座」を受講し、専従あるいは専任として業務にあたるのが望まれます。施設責任者のサポートも期待されます。
- 外来からの患者、家族の出入りが多く、患者および家族への衛生行動への指導は、持ち込み防止につながります。標準予防策の遵守や、持ち込みの耐性菌患者の対応、流行期のウイルス感染症発症時の対応などについて、周知し協力していただくよう入院時のしおりをういての説明やポスター貼用による注意喚起、手指衛生の定期的な教育などの実施をお勧めします。
- 院内感染対策委員会とICTの役割や業務を明文化されるといいでしょう。
- 院内感染対策委員会での協議決定事項は、全職員への周知徹底が重要であり、ICTニュースや議事録の閲覧を行なうなど徹底できるようにしてください。
- ハンドソープの詰め替えはしっかり乾燥させているようでもノズルの部分などはどうしてもできない部分もあります。使い捨てが導入されるよう予算の確保をしていただければと思います。

II ICT活動について

評価：B

1) マニュアルについて

- マニュアルの内容は、ガイドライン的な記載が目立ちます。何をどのようにすればよいかなどの具体的な記載が必要です。自施設において実施可能な内容について、写真や絵、フローチャート等を用いて簡潔かつわかりやすく記載し、すべての職員が直ちに適切な対応がとれるようなものとするのが望まれます。
- マニュアルは、自施設に必要な項目が挙げられておりますが、透析医療を専門とする施設でもあり、水痘・麻疹・風疹・耳下腺炎などの流行性ウイルス感染症についても対応マニュアルがあると良いと思います。
- マニュアルの改訂日が項目別表記であることは、わかりやすく良いかと思いますが、項目の改訂漏れが無いように、改訂日の一覧表の作成もご検討下さい。
- 感染症法に基づく届出に関しては、最新の情報を一覧として記載された方がよいと思われます。（参照：厚生労働省ホームページ：感染症法に基づく医師の届出のお願い）
- マニュアル内の次亜塩素酸ナトリウム濃度はページ毎に多様な表記がされており、実務者が苦勞されると思います。例として、低濃度200ppm、高濃度1000ppmなど、大まかな区切りをつけて設定してはいかがでしょうか。また複数種類の製品が採用されており、業務上支障が無いなら品目を絞ってはいかがでしょうか。
- マニュアル内のインフルエンザに対する予防内服について、適応となるハイリスク患者の定義を明記されると良いと思います。例：高齢者（65歳以上）、慢性心疾患、糖尿病などの代謝性疾患、腎機能障害、慢性呼吸器疾患患者、など。

- インフルエンザの予防投与に関しては薬剤費は保険が適応されませんので、実務者が迷うこと無いよう、「患者に説明し同意を得て、患者側が負担するか、病院が負担するか」についてもマニュアルに明記されると良いと思います。
 - 抗菌薬に関するマニュアルは臨床現場で活用しやすいものとするよう、再検討が必要と思われます。また、開封後の消毒薬の使用期限など、院内で一定の基準を設けてはいかがでしょうか。
 - P9 院内感染が疑われる菌の報告 ⇒ 具体的に記載する
 - P12 旧の菌名 Chryseobacterium ⇒ Elizabethkingia
 - P36～39 食中毒 (O157)、O157 (腸管出血性大腸菌)、下痢性大腸菌 (O18 等)、O 抗原陽性の大腸菌など記載に統一性がなくわかりにくいいため修正願います。
- 2) サーベイランスについて
- 耐性菌などの監視菌の検出状況や抗菌薬使用量などの感染対策に関する重要なデータのサーベイランスが行われておりましたが、活用状況が不十分な印象を受けました。サーベイランスの目的を明確にし、ICT 会議や感染対策委員会での報告検討事項とするなど積極的な活用が望まれます。
 - ICT に提出する週報・月報は、MRSA 患者数、血液培養陽性患者数の他、膿・喀痰血液などの検出菌情報 (菌名、菌量、薬剤感受性など) が記載されていました。MRSA 以外の多剤耐性グラム陰性桿菌などの情報は主治医が把握されているようですが、週報・月報には記載がなく、今後記載された方がよいのではないのでしょうか。
例：薬剤耐性グラム陰性桿菌：0 例、多剤耐性緑膿菌：0 例、結核：0 例など (0 例の記載が重要だと思います)。
 - 多剤耐性グラム陰性桿菌 (メタロβラクタマーゼ産生菌、ESBL 産生菌、カルバペネマーゼ産生菌など) の確認 (追加) 試験は、委託検査機関に依頼されていないようですが、今後検討していただければと思います。
 - 手指衛生材料の使用量、手指衛生実施率、個人防護具の着用率、あるいは経路別感染予防策実施状況の評価も ICT 活動において重要なデータであり、今後の検討課題として下さい。
- 3) ラウンドについて
- ICT ラウンドはマニュアル記載内容の遵守状況のチェックを行うことが主な目的となります。逆に遵守が困難な項目について、マニュアルを見直す契機ともなります。ICT ラウンドのチェック項目と、マニュアルの内容との整合性が取れるようにして下さい。
 - ラウンドは用紙を用いて実践されており、写真入りで問題点の指摘や提案などがされています。今後はどのように改善したか現場の取り組みや工夫が共有しあえるとよいでしょう。
- 4) アウトブレイク対策について
- アウトブレイクに関しては、判定基準が記載されておらず、また発生時の対応、報告経路なども不明確です。迅速かつ的確に対応できるように、対応方法をフローチャートなどにまとめ、発生時スムーズに対応できるようにしましょう。
 - 院内感染を早期に察知し感染が拡大するまえに封じ込めることが最も重要です。そのためには、サーベイランスの結果や感染に関する情報の一元化し、的確に分析し、改善のための取り組みができる組織づくりをしてください。
- 5) 教育啓発について
- 感染対策に関する教育講演会については、全職員 (正規職員以外、委託業者も含む) が必ず参加できるように工夫する必要があります。ビデオの閲覧が行われていますが、全員が閲覧し内容を理解しているか、アンケートやクイズ形式などで確認してください。また講演会後評価としてラウンド等で確認されるといいでしょう。
 - 全職員対象に入職時教育 (新入職員、中途採用含め) は必ず実施してください。内容については時間も限られますので、マニュアルに基づき標準予防策、針刺し切創粘膜曝露防止などの基本的かつ重要な内容としてください。
 - 外来通院患者は比較的少ないようですが、外来からの院内への持ち込みを防ぐために、啓発ポスターの掲示やマスクの提供についてもご検討ください。加えて、症状のある患者のトリアージ方法も、事務職員も適切に対応できるようマニュアルの整備が必要です。
 - 外部施設から複数の医師の派遣を受けており、それらの医師に対して常勤職員に準ずる感染対策に関する教育啓発が必要と考えます。
- 6) その他
- コンサルテーションについては、誰がどのように対応しているかを明確にし、対応した内容は、ICT

メンバーで共有し、改善策を検討する必要があります。

- 手荒れのある職員を確認いたしました。手荒れは耐性菌の定着による院内感染の原因となる場合もあり、手指衛生遵守率の低下の原因ともなりますので、手荒れの少ない手指衛生剤の検討、ハンドケア用品の提供、手荒れの治療に対する指導も必要です。
- 手指衛生剤の設置が少ない印象を受けました。導線や適切なタイミングで手指衛生が実施できるよう、設置場所の工夫や手指衛生の啓発教育、トレーニングを行ない、手指衛生材料あるいは直接観察による手指衛生サーベイランスの評価もお勧めします。

評価：B

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

1) 病室について

- 病室および廊下は広くすっきりしており、清掃も行き届いており、清潔感があります。また、洗面台、トイレの水はすべて自動活栓となっており、感染対策上有効な設備となっています。擦式消毒薬と手順ポスターが各病室入口にわかりやすく設置掲示してあります。
- 病室内の手洗い場に私物（口腔ケア用品）があると、置かれている部分の清掃が行き届かなくなる、清掃時に手に触れ周囲に菌を広げる恐れがありますのでできるだけ置かないように工夫して下さい。
- エアータオルは、騒音の問題の他、水気を完全に乾燥させづらい、吹き出し口周辺が細菌の温床となるなどの問題があります。すでにペーパータオルが設置されており、使用中止をご検討下さい。
- 病室内における防護具については、カーテンに接触しない、飛沫した分泌物で汚染しないよう、衛生的に管理可能な場所に設置してください。

2) スタッフステーションについて

- 病棟スタッフステーションは全体的に狭く、まずは不要なものは置かないように整理整頓から行うとよいでしょう。患者に使用した物品をのせたカートがありました。清潔ゾーンと不潔ゾーンの徹底をしてください。
- 病棟での点滴調整の件数は少ないようですが、感染対策の必要性は件数の多寡とは関連しません。点滴調整台は1トレイごとに準備するなどの配慮はされていますが、整理整頓を心がけ、清潔ゾーンは常に衛生管理を徹底し、無菌操作できるようにしてください。
- バイアルでキャップ内も含めた外側の滅菌保証をしているメーカーは殆ど無く、輸液については一部の製品では滅菌をしています。保証はしていないというのが実際のところ。その為、どのメーカーからも消毒してから使用することを推奨しています。もちろん開封直後の清浄度が高いという事は想定していますが、過信しない事が重要です。
- 環境中にはアルコール耐性の微生物もたくさん常在しているため、ゴム栓部の消毒の際にさらにそれらを汚染させないように、手技だけでなく、環境整備も非常に重要になってきます。薬剤の調製の方法について再度検討されると良いと思います。

3) 消毒薬について

- アルコール消毒綿の完全単包化をおすすめします。
- 手指衛生の徹底（手洗いと擦式アルコール消毒剤の使用）について、実践可能なマニュアルへの記載と教育、トレーニングも必要です。
- 貴施設で使用されている環境消毒薬「コモスイ」は次亜塩素酸ナトリウムであり、原液で 200ppm、開封後 3 か月で 15%ほど濃度が低下するとの情報があります。開封日の記載、適切な使用状況、保管方法の徹底、効果的かつ人体に安全な使用方法の確認が必要です。また噴霧は人体への曝露の危険性があり使用法として不適切です。浸漬または清拭消毒への変更をお勧めします。

4) 物品管理について

- 処置車（包交車）は、滅菌物品と使用済みの物品が混在した状態となっています。清潔ゾーンと不潔ゾーンを明確にしてください。また、衛生材料や滅菌物の積載は、汚染防止のために、患者毎に必要な物品を棚から取り出し準備する、1日分の使用量のみを掲載するなどをご検討ください。
- 開封日のない共用および個人用の軟膏類が雑然と置いてありました。使用期限切れや使い回しの危険があるため、整理整頓を心がけ、個人使用のものは個別に管理することをお勧めします。
- 観察室内にはベッドの他、酸素ボンベ、聴診器、包交車、感染性廃棄箱、衛生材料、消毒薬、内服カート、下膳かごなどがあり、清潔な動線、不潔な動線が交差しやすい環境となっています。交差ししないような物品配置や間取りをご検討ください。
- 段ボールや新聞紙の再利用が目立ちます。汚染や菌の付着状況が不明であり再利用しないことをお勧めします。棚は拭き取りや洗浄ができるプラスチック製の物を使用する、床には余分なシートは敷か

ず、浸漬バケツなどは飛散しないように物品を入れる、バケツの設置場所自体を検討するなどこまめに清掃できる環境にしてください。

5) 消毒滅菌について

- 滅菌は高度な質管理が要求されます。手順書の作成、機器整備、始業時のボウイー・ディックテストによる真空かつ滅菌蒸気の供給の実施の検証、1回/1日以上 of 生物学的インジゲータによる殺菌効果の検証が勧告されています*。滅菌に関する専門知識を持った方が責任者として一括して担当されることをお勧めします。*「医療現場における滅菌保証のガイドライン」参照
- 精度の高い洗浄が滅菌の質を左右します。現場レベルで行っている洗浄を中央化し、トレーニングされた職員による洗浄も併せてご検討ください。洗浄滅菌のマニュアル作成が望まれます。
- 滅菌室が倉庫の一部であり同時に洗濯も行われている、滅菌物と清掃用モップや使用後のユニフォームが置かれている、など滅菌室の環境整備が不十分と思われるので、改善をお願いします。
- カストやセッシ缶は開封後の滅菌状態の維持が難しいため単包化した滅菌パックのものを使用することをお勧めします。なお、滅菌物がセッシ、ガーゼに偏っているようであり、外部委託および既製品の使用もご検討下さい。
- 吸引カテーテルは消毒用エタノールによる浸漬消毒が行われていますが、除去が不十分であった場合に粘膜への刺激が強く、危険性が高いと思われます。浸漬法に使用する消毒薬は8%エタノール添加0.1%ベンザルコニウム塩化物が適していると思われますので、消毒薬の見直しをご検討下さい。
- 吸引カテーテルは基本的には単回使用が推奨されます。再利用に必要な経費や手間（消毒薬にかかる費用、消毒薬や滅菌水を入れる瓶の手入れ、準備の時間、環境汚染、設置スペースの確保など）と単回使用の経費を比較し再検討されると良いと思います。

6) 透析室における感染対策について

- 透析センター奥にある器材室兼滅菌室は清潔な動線と不潔な動線が交差しています。また高圧蒸気滅菌器や器材洗浄用のシンクもあるため湿気対策も必要と考えます。器材室と滅菌室は別室にしてください。
- 透析室では、複数の患者に対して使用した防護具（手袋、エプロン、マスク）を装着したまま、移動していた職員を多数確認しました。特に血液を取り扱う環境においては、使用後の汚染した防護具により環境汚染し、患者のみならず、職員自身の血液曝露の危険性も高まります。1患者（処置）1防護具の徹底をお願いします。
- ブラッドアクセスの消毒方法について、穿刺時に使用する薬剤については、10%ポビドンヨードを使用されていますが、0.5%を超えるクロルヘキシジンアルコールを推奨するガイドラインもあり、代換薬として検討してはいかがでしょうか。

7) 接触感染対策について

- MRSA 患者の血圧計をディスポ製品の個人使用としていますが、小分けされた棚にそのまま置くという保管方法が気になりました。持ち運び時はそのまま素手で運ぶことが予想されます。ディスポ製品であっても使用後は消毒薬で拭き取ることを徹底してください。
- 耐性菌検出患者については、毎日病棟内で引継ぎされているようですが、感染対策はすべての医療者が情報共有し、統一した方法で実施することが重要です。今後導入される予定の電子カルテ上での表示および病室前表示をお勧めします。感染対策に対する全職員の共通認識がなければ遵守は困難ですので、同時に教育や啓発、ラウンドによる実施状況確認も必要です。
- ノロウイルス発生時、直ぐに使用できるよう物品がセット化されていることは、よい取り組みと思います。ICTが中心となって職員自身にセットの物品管理（物品の補充や消毒薬の管理）についても徹底し、流行期前には吐物処理方法などトレーニングしておくことをお勧めします。

8) 抗菌薬適正使用について

- 抗菌薬の使用状況についてはDDDが使用されることが多いですが、その方法だと小児や腎機能障害がある患者さんについては正しく評価ができません。貴院が透析施設ということもあるので、DOT(days of therapy)*という評価法で抗菌薬の使用状況を検討してはいかがでしょうか。*DOT = 抗菌薬の延べ使用患者日数 ÷ 延べ患者日数 × 1000
- 腎機能障害（透析）時の抗菌薬投与について、関連するガイド*を参考に適切に調節することをお勧めします。例えば透析の患者へのVCM使用について、初回1g、その後1週間毎に0.5gで、血中濃度測定は1か月後のみとのことですが、透析患者としても低用量と思われます。ガイド*を参考に投与設計し、TDMによる積極的な用量調節をお勧めします。* JAID/JSC 感染症治療ガイドライン、日

本化学療法学会抗菌薬 TDM ガイドライン、サンフォードガイド、など参照

9) 検査部門について

- 検査室では、尿検査、生理検査、血液検査（血算のみ）、迅速検査（インフルエンザ・ノロウイルス抗原検査、A 群溶連菌）が実施されていました。微生物検査は外部委託ですが、血液培養陽性時には、電話連絡と FAX が届くなど報告体制も整っていました。また、MRSA など耐性菌が検出された場合は、検査室からの連絡で病棟でも把握されていました。週報、月報も作成されていました。以上、検査室としての基本的役割は果たされていると思います。
- 病棟や外来から微生物検査材料、血液、尿などの検体を検査室に搬送する際に、蓋の無い容器や手に直接検体を持って搬送されていました。検体は感染性ありと考え、また患者の目に触れないように、バイオハザードマークのシールを貼った容器に入れて搬送するのが望ましいと考えます。
- 検査室の出入口に手洗い設備がありませんでしたので、速乾性手指消毒剤の設置をお勧めします（外部委託業者、看護師さんが出入りされています）。
- 感染症法での届出に関して、最新の届出一覧をマニュアルに掲載し、検査室も把握することが重要と考えます。
- 検査室の中でも汚染（感染）領域と非汚染（感染）領域を認識し、もう少し整理整頓されるとよいと思います。
- 検査室内と外で白衣の区別はなく、検査時は検査用の白衣またはエプロンを着用するなどされた方がよいと思います。

10) その他

- 床上排泄の対象患者が多いため、汚染物（オムツや尿器）を介して、耐性菌が広がる可能性が有ります。オムツ交換や汚染物取り扱い方法などは、より実践的な内容でマニュアルに記載し、トレーニングされるといいでしょう。（写真で作成されると、より分かりやすいと思います）
- 日常的に布エプロンを着用されているようですが、交換頻度など規定されていないようです。また、聞き取りでは、ビニールエプロンを着用せず、防護具の代用としている場面があるということでした。布エプロンは廃止し、適切な場面で使い捨てエプロン（ガウン）を着用するようご検討ください。
- 清掃については、委託業者がされているようですが、清掃方法や使用している物品管理方法などのマニュアルの作成および実施状況の確認が必要です。特に冬季におけるトイレの清掃方法は、感染性ウイルス（ノロウイルス対策）の拡大防止として、清掃時に使用する薬剤の見直しや清掃方法の教育を行なってください。
- 内視鏡室については、内腔洗浄のブラシが壁に密着していましたので衛生管理について徹底してください。何回も使用しているとブラシの毛の部分が取れ、内腔を傷つけてしまうことがありますので、交換頻度の規定などマニュアルに記載してください。
- 栄養部門の職員が ICT メンバーであることは、素晴らしいと思います。

評価：B

IV 職業感染対策について

1) 個人防護具（PPE）について

- 手袋・エプロン・マスクなどの個人防護具（PPE）を使用しやすいように部屋前などにホルダーにセットすることをお勧めします。とくに透析センターではゴーグルの使用を促すためにも、個人使用として持ち歩く、他の防護具と一緒にホルダーにセットする、フェイスシールド付きマスクを使用するなど手が届きやすく使いやすくする工夫をしてみてください。
- 透析センターの穿刺用ワゴンには感染性廃棄箱がセットされており使い勝手が良さそうと感ずますが、廃棄時にワゴンの引き出しに手が当たりうまく鋭利物を廃棄できない可能性があります。ワゴンの引き出しをなくするなど安全に廃棄できる空間を作れるようご検討下さい。
- 内視鏡室における職業感染対策として、実施中および洗浄時の防護具の着用（ガウン、マスク、ゴーグルまたはフェイスシールドマスク、手袋）について徹底してください。また、N95 マスクの準備も必要です。
- 吸痰処置を確認させていただきました。眼粘膜曝露防止のためのゴーグルまたはフェイスシールドマスク（必要に応じてエプロン）を着用していませんでした。また、オーラルケア時、透析室においても着用していないようです。着用遵守の取り組みをお願いします。

2) 血液体液曝露対策、ワクチン接種

- 職員の感染症に対する抗体検査やワクチン接種は労働安全衛生の観点からも重要です。B 型肝炎について病棟、透析室に出入りする一部のスタッフは対象になっていなかったため、それらも含めて接種

対象者とするようご検討下さい。

- 麻疹、風疹、水痘、ムンプスの4種のウイルス感染症についても職員の免疫獲得のためのワクチン接種をご検討ください*。また、職員の抗体価については、ICTが管理し、適切なワクチンプログラムの実施に活用して下さい。*日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン」参照
- 血液体液曝露の定義として、針刺し、粘膜曝露、咬傷事例も加え、発生時の具体的な対応策をマニュアルに記載して下さい。
- HIV感染予防について、現在のマニュアルでは具体的な対策が記載されておらず、実際に針刺しが起こった際にもHIV抗体検査が直ちにできず対応が困難と考えます。職員の安全を確保するためには迅速検査が行える体制が必要ではないかと思われます。
- HIVについても血液体液曝露時の患者側の必須検査項目として下さい。HIV陽性であった場合について、HIVの石川県立中央病院のマニュアルを参考に、HIVの予防薬の確保から服薬までの具体的な対応マニュアルの作成を検討されると良いと思います。

III 病院内における種々の分野での感染対策がなされている

1. 包交車について

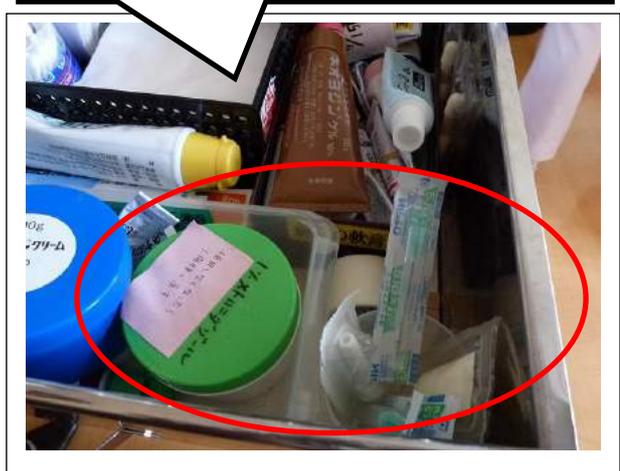


包交車
必要物品のみとして整理整頓をしてください。
清潔ゾーン、不潔ゾーン分けを明確にしましょう。

軟膏類はいつ開封されたか記載し清潔に取り扱いましょう。



開封後の個人用軟膏と、滅菌物が混在しています。個人用は、個別管理をお勧めします。



滅菌期限の確認がしやすく、清潔に取り扱えるよう、物品数を減らしてください。
引き出しをあけると、滅菌包装が巻き込まれて破損する可能性があります。
収納方法もご検討ください。

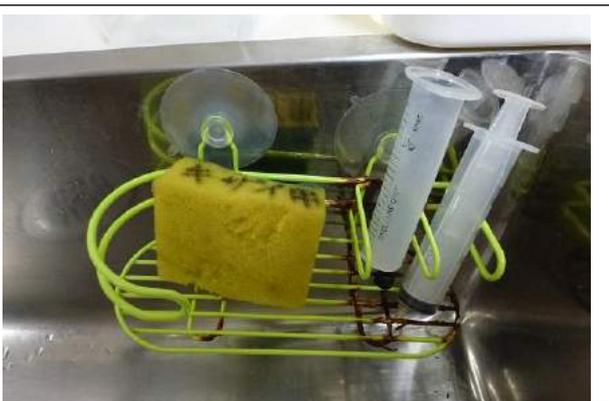
2. 滅菌室について



小型のオートクレーブについて
数が少ないとはいえ、滅菌についての専門的知識を持った職員が対応もしくはその職員による指導が必要です。
滅菌物の取り扱いについての教育も不十分でしたので、滅菌保証が確認できていない可能性が有ります。
消毒滅菌に関するマニュアル作成が望まれます。



滅菌物を取り扱う場所は、清潔管理がされていなければなりません。環境の整備をお願いいたします



洗浄時の防護具（ゴーグルまたはフェイスシールドマスク、マスク、手袋、ガウン）を設置してください。器材を洗浄するスポンジが汚染したままです。交換日を決めましょう。



袋づめする場所を整理し、作業しやすい環境で滅菌物の取り扱いをしましょう。

3. 病棟における感染対策



病室前のアルコール消毒薬

使用頻度が少ないようです。また、使用期限が確認しやすいように、設置してください。
ICT ラウンドでは、消毒薬の使用期限についても確認し、指導してください。



トイレの前に設置してあったケア用品、清掃用品

多数の物品があり、清掃が行き届いていませんでした。物品の整理と管理について検討してください。



エアータオル

作動時の騒音や、吹き出し口に水滴が飛び散り、細菌の温床となります。ペーパータオルへの変更をお勧めします。

支援実施日／平成27年10月8日（木） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～99床

支援実施者／西 耕一（医師・リーダー）、中積 泰人（医師）、中出 順也（薬剤師）、
池田 恵子（看護師）、江波 麻貴（看護師）、新川 晶子（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

病院長や病院幹部のご指導・ご支援の下、ICTが実務を担う部署として存在しており、ICTが院内感染対策に貢献している状況が伺われた。

（アドバイス）

- ・ 組織図：組織図ではICTの下部組織が感染対策委員会（ICC）となっていた。ICTは感染対策の実働部隊であり、組織図としては院長直下にICC、その下にICTを配置することが望まれる。
- ・ 院内感染対策専任ないし専従スタッフの配置：院内で感染に関する情報を集約する医療従事者がおらず、各ICTメンバーが個別に問題に対処している状況が伺われた。ICT活動をさらに充実させるためには、院内感染に関する情報が集約され、常に適切な感染対策を実施できるように介入できる院内感染対策専任ないし専従スタッフ（看護師など）を1名配置することが望まれる。
- ・ 院内感染対策マニュアル：感染管理・感染対策の充実のためには現状の院内感染対策マニュアルの大幅な改訂が必要である（後述）

II ICT活動について

評価：B

院内ラウンドチェック表が丁寧に作成され、定期的にラウンドも行われていた。

（アドバイス）

- ・ 院内感染対策マニュアル：MRSA対策を中心に記載されており、項目の見直しが必要である。平成18年度厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）「薬剤耐性菌等に関する研究」から発行されている「医療機関における院内感染対策マニュアル 作成のための手引き（案）（070413 ver. 3.0）」などを参考に作成すると良い。
- ▶ 主な修正すべき点は下記のごとくである。
 - ・ 3ページ：黄色ブドウ球菌で接触感染予防策が必要となるのはMRSAの場合。
 - ・ 標準予防策は感染経路別予防策とは独立して記載する。
 - ・ 消毒薬に関して記載する場合、成分名と濃度を明記する。
 - ・ 消毒薬の希釈方法の表、採用消毒薬（水準ごとに分けて）の表の作成。
 - ・ 採用抗菌薬の表をマニュアルに添付する。
 - ・ 消毒薬等の開封後の使用期限一覧表をマニュアルに添付する。
 - ・ 耐性菌に関する抗菌薬使用基準を作成しマニュアルに記載する。
 - ・ 抗菌薬の届出書提出に関する例外規定は届出制本来の趣旨と異なるので、投与開始前に例外なく届出書提出を求めるのが良いと思われる。
 - ・ 5ページ「救急患者は検査結果が判明するまで感染患者に準じて対応する」に関しては改訂が必要である。
 - ・ 病原体別感染対策では、必要な感染経路別の予防策を明記したほうが理解されやすいと考えられる。
 - ・ 結核に対する管理では適正な対応策に改訂が必要である。
 - ・ ICTの活動記録：今後様々な場面において記録が求められると思われるため、それぞれのICT活動（会議、ラウンド、コンサルテーション、研修など）に関して逐次記録を取り保管する必要がある。
 - ・ アウトブレイクに関する定義・対応：感染対策マニュアルの中に記載がなかった。この項目は優先順位が非常に高く、早急な記載の追加が求められる。

- ・ 耐性菌やアンチバイオグラムの情報管理:外注している細菌検査の耐性菌などの情報をまとめて把握するキーパーソナルを明確にし、そのキーパーソナルが細菌検査の情報をまとめて把握するとアウトブレイクの発見に効果的である。また、外注先に問い合わせ、種々の菌の検出状況やアンチバイオグラムなどの情報をまとめることが望まれる。
- ・ 院内研修について:院内全体研修も実施されていたが、未参加者への対応の工夫も必要である(数回に分けての研修会、DVD 上映会など)。
- ・ 滅菌物の管理方法:滅菌物のリコール手順が作成されておらず、滅菌のモニターはプロセスインジケーターのみ使用していた。滅菌不良が起きた場合、後追い調査が必要となるため、「2015年5月25日 一般社団法人日本医療機器学会 医療現場における滅菌保証のガイドライン 2015」を参考に、滅菌物の管理方法について検討することが望まれる。
- ・ サーベイランスの実施:院内感染対策で一番重要である手指衛生に関連して、手指衛生材料払い出し量のモニタリングから始めることが勧められる。次いで、耐性菌サーベイランス、流行性疾患(インフルエンザやノロウイルスなど)などのサーベイランスを実施することが望まれる。将来的には、医療関連感染における CLABSI、CAUTI サーベイランスなど感染リスクや使用数が多いものから選定・実施することが望まれる。

III 病院における種々の分野での感染対策について

評価: B

新病院であり院内は清潔感があつた。今後も維持することが期待される。

病棟廊下に ICT ニュースが掲載され、目につきやすいよう配慮されていた。

【外来】

(アドバイス)

- ・ 感染患者のトリアージ:カンファレンス室が隔離室として使用されており、使用の際には空調を止めるなどの工夫もなされていた。これらの対応についてマニュアルに記載することが望まれる。
- ・ 外来者のマスク:来院した患者や訪問者がマスクを購入(若しくはスタッフから受領)する方法が不明確であった。病院入口等に患者用マスク販売機を設置するなど、必要時に患者や訪問者がすぐにアクセスできるような環境が望まれる。

【透析室】

(アドバイス)

- ・ ペーパータオルの設置:入口の手洗いシンク上に予備のペーパータオルが積み重ねられていた。水周りは水滴が付着しやすく細菌繁殖が助長される場所である。使用分のみ設置し、不要なものは収納庫で保管されることが勧められる。
- ・ ゴーグル(アイシールド)の管理:ゴーグルは洗浄・乾燥後シンク上のフックへ移動させているとのことであった。上記同様、水周りは細菌繁殖しやすいため水跳ねの少ない、衛生的な場所に保管されることが勧められる。また、ゴーグルは両面界面活性剤またはアルコール綿で消毒されているとのことであった。目に見える汚染がある場合は廃棄しているとのことであったので、使用後の消毒方法は血液汚染も考慮しアルコール綿での消毒が勧められる。
- ・ 消毒後のチューブ鉗子の管理:使いまわしているタオルで拭かれていた。乾燥には乾燥器などの使用が勧められる。
- ・ 血圧計のマンシエット:患者の皮膚に接触する物品のため、定期的な洗浄(洗濯)が必要である。防水用でかつ清拭清掃しやすいマンシエット、ディスポーザブルのマンシエットカバーが販売されているので貴院に最適な方法での取り扱いを検討する必要がある。
- ・ 感染性廃棄容器:カートに設置されている感染性廃棄容器に足踏みペダル(容器のフォルダー)がなかった。手動で蓋の開閉をされる際、暴露のリスクが非常に高く危険である。カートへの固定方法を工夫し、足踏みペダル(容器のフォルダー)を早急に設置されることが勧められる。
- ・ タオル:汚物処理室やスタッフステーション横にタオルが干してあつた。タオルは乾燥機を用いて乾燥するか、環境清拭する場合はディスポーザブルの環境クロスを用いるか、などの対応が必要である。
- ・ 次亜塩素酸ナトリウム消毒液容器:汚物処理室内の次亜塩素酸ナトリウム消毒液容器に蓋が

なかった。気発化し、濃度変化が生じるので蓋を取り付ける必要がある。

- ・ 50枚入りアルコール綿の管理：50枚入りアルコール綿の管理BOXに開封日が記載されていなかった。体温計の清拭に使用しているとのことであったが、アルコール耐性の微生物による汚染の可能性があるため、開封日を記載し、適切に使用することが望まれる。
- ・ 製氷機の管理：氷沈に使用している製氷機がメンテナンスされていなかった。製氷機が感染源となり人の手を介して感染が拡大する可能性があるため、製氷機のメンテナンスについて業者と相談することが望まれる。
- ・ 冷蔵庫の管理：病棟において採取済みの検体が入った冷蔵庫に未使用の薬品などが保管されていた。検体と医薬品と食品はそれぞれ異なる冷蔵庫にて保管する必要がある。
- ・ 化学療法薬のミキシング：化学療法薬は薬剤部にてクリーンベンチのファンを停止させた状態にて調製されていた。化学療法薬による被爆防止のためにも吸水保持力のある専用のパッドを敷くことが望まれる。また、次回機器購入の際には安全キャビネットの導入を検討する必要がある。
- ・ 外来者のマスク：来院した患者や訪問者がマスクを購入（若しくはスタッフから受領）する方法が不明確であった。病院入口等に患者用マスク販売機を設置するなど、必要時に患者や訪問者がすぐにアクセスできるような環境が望まれる。

【病棟】

- ・ 感染症患者の情報共有：感染症患者の情報はスタッフステーションで共有され、病室前にも印をする等の工夫がされていた。しかし、病室前の表示については、確認の度に病室番号表示板を手で開ける必要があり、汚染リスクが懸念された。病室前の表示方法に手指を汚染させない工夫が必要である。
- ・ 汚染リネン庫：汚染リネン庫の中に手指消毒剤が設置されていた。退室後、手指消毒しやすいように廊下側に設置されることが勧められる。
- ・ サクションチューブやPPEの設置：病室のシンク周囲にサクションチューブ、PPEが設置されていた。水周りは細菌繁殖しやすいため、衛生材料が汚染する可能性が高い。ベッドサイドに棚や病室内にラック（PPE専用のもので販売されています）の設置が望まれる。
- ・ 陰部洗浄ボトルの消毒・保管：陰部洗浄ボトルの消毒・保管が汚物処理室で実施されていた。粘膜に直接ケアする物品のため、汚染を交差させない工夫が必要である。現状では、スタッフステーションでの管理が望まれる。
- ・ ミキシング台の管理：ミキシング台が空調の気流下にあった。細菌のコンタミネーション防止のためにも配置を工夫する必要がある。また、ミキシング台の架台に埃がかぶった手袋・マスク・N95マスク、注射伝票、ペミロックなどが置かれてあった。埃の貯留・落下菌のリスクなどを考慮し、必要最小限の物品配置が望まれる。
- ・ 物品の収納：病棟書棚やゴミ箱用に使用している紙製の箱・段ボール箱は吸湿しやすく湿潤環境を作りやすいためプラスチック製のものへ切り替えることが勧められる。
- ・ 冷蔵庫の管理：採取済みの検体が入った冷蔵庫に未使用の医薬品などが保管されていた。検体と医薬品と食品はそれぞれ異なる冷蔵庫にて保管することが望ましい。
- ・ 擦式消毒薬やPPEの配置：様々な場所に擦式消毒薬やPPEの配置が点在していた。それぞれの配置を工夫する必要がある。また、手袋の開封口が上向きになっており、埃貯留のリスクが高いので横向きに設置されることが勧められる。

【内視鏡】

- ・ コード類の収納：コード類がコンパクトに収納されており、埃の貯留や汚染のリスクを軽減できる工夫が伺えた。
- ・ 内視鏡の消毒に強酸性電解水が使用されていた。「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド 改訂版 2013年7月10日」の21ページの解説に強酸性電解水についての見解が示されている。その実践ガイドと「機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き」を改めて確認し、スコープの消毒方法について再検討する必要がある。
 - 消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイドに記載されている強酸性電解水について以下にご紹介する。(P21、16行)「強酸性電解水をはじめとする機能水に関しては、内視鏡機器を対象とした殺菌効果の安定性や抗酸菌への有効性などに関していくつかの問題点が指摘されており、その効果が安全かつ良質な消化器内視鏡医療を保証する水準にある事を示す信頼性の高い科学的データが充分提示されて

いるとは言い難い状況にある。一方、機能水を使用した内視鏡洗浄消毒装置が医療機器として既に承認市販されて久しい状況にあるが、今日に至るまで、臨床現場からこれらの機器を用いた消化器内視鏡機器消毒に関する大きな問題は報告されていない。しかしながら、医療全般において厳格な感染管理が求められる趨勢にあることから、今後、機能水を用いた内視鏡洗浄消毒装置に関しても殺菌効果を保証する明確な科学的データの提示が強く求められる。したがって現状では、機能水の特性、欠点、そして、内視鏡機器の殺菌効果に関して科学的根拠の上で不確実な点があることなどを正しく理解し、財団法人機能水研究振興財団発行の”機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き”（資料1）などを参照の上、各施設の責任において適正かつ慎重に使用することが強く望まれる。

- ・ キシロカインゼリーの管理：使用中のキシロカインゼリーが複数置かれていた。キシロカインゼリーは使いまわす物であり細菌汚染の可能性があるため、開封日や使用期限などを決めて使用することが望まれる。
- ・ 鉗子の管理：再利用できる鉗子の洗浄後乾燥の際、内視鏡室のベッドの上に吊り下げられ、ベッドが汚染しないよう新聞紙が敷かれ、鉗子の一部が新聞紙に接触していた。新聞紙は水分を吸収し、下のベッドまで汚染させるリスクが非常に高い。環境汚染させない洗浄・乾燥（床や環境物品に付着しない）の工夫が必要である。
- ・ 防水シートの保管：防水シートの保管が床面に近い。床面に近いと汚染リスクが高いため、設置位置を高くする工夫が必要である。
- ・ サージカルテープ：サージカルテープの端を処置台に付着・セッティングしてあった。粘着部分に埃等が付着し、汚染リスクが高くなるため使用毎にテープを剥がすよう注意する必要がある。
- ・ 電気スタンド：滅菌物・衛生材料保管台にある電気スタンドに埃が貯留していた。滅菌物・衛生材料に埃が落下する等の汚染リスクが高いため、定期的な清掃が必要である。
- ・ 感染性廃棄容器：感染性廃棄容器が滅菌物・衛生材料保管台の横に設置してあった。清潔・不潔が交差しやすいため、清潔・不潔エリアを分けて設置されることが勧められる。

【中央材料室】

- ・ インジケータ管理：記録類インジケータ管理、記録類が不十分であった。
- ・ 清拭車の乾燥：清拭車の乾燥は最低1回/日、定期的な洗浄も必要である。

【検査室】

- ・ 呼吸機能検査：心電図や呼吸機能などの生理学的検査と、ガス分析や検尿や血算生化学の検体検査を院内で実施されていた。呼吸機能検査が、耳朶採血と接続したスペースで実施されており汚染されやすい状況になっている。検査後の換気のしやすい場所が設定することが望まれる。
- ・ 検体の取り扱い：病棟からは密閉容器で搬送されていた。外来採血分についても密閉容器の使用が望まれる。手洗いスペースのすぐ横に検体が置かれており、交差感染が懸念される。交差感染しないような対応が必要である。

IV 職業感染対策について

評価：B

(アドバイス)

- ・ 手荒れ対策の併用：手荒れにより手指消毒が十分に実施できず細菌繁殖を助長させる可能性が生じる。保湿剤の支給等が検討課題となる。
- ・ 透析室での血液検体採取：透析室での血液検体採取時、安全機能がない針でスピッツに分注していた。非常に針刺し事故のリスクが高いため、分注器の導入が勧められる。（例 BD バキュテイナ® ブラッド トランスファー デバイス）
- ・ 医療従事者の水痘予防対策：水痘の抗体価検査やワクチン接種がマニュアルの中で基準化されていなかった。水痘も職業感染対策上、必要な感染症であるため検査の実施・ワクチン接種の実施を検討する必要がある。
- ・ 事前評価表 3.4.7.において、血液・体液曝露時の抗 HIV 薬の使用基準、使用薬剤は設定されておらず他院に委託しているとのことであったが、患者発生から他院連絡に至るまでのフローチャートを作成し、スタッフに周知させておくことが望まれる。

院内感染対策実地支援に係る再ラウンド

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／平成28年1月26日（火） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：500床～

支援実施者／太田 和秀（医師・リーダー）、山本 康彦（薬剤師）、西原 寿代（看護師）、
中村 洋子（看護師）、新川 晶子（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

前回の指摘を受けて、各職種の責任者を明確にし、ICT 規程もしくは名簿などに示し、日々のラウンド結果も残されており良かったと思います。専任の確保、感染対策活動の記録がまだ不十分であったために前回評価より評価ランクが下がっていました。以下のアドバイスを参考にして下さい。

（アドバイス）

- ・ 感染対策委員会の名簿は記されていましたが、ICT の各職種の専任者名等が見当たりませんでした。誰が見ても分かるように具体的に記載されることを推奨いたします。
- ・ ラウンドのチェック表にコメント等が記載されておりますので、それに具体的な写真等を添えて残していけば十分な活動内容記録になると思います。また、同様にコンサルテーションの記録等も残していってはいかがでしょうか。
- ・ 病院の特殊性を考えるとリハビリ関係の職種の方も ICT メンバーに加わると院内感染の早期発見などにつながるかと思います。

II ICT活動について

評価：B

マニュアル内に、消毒薬等の一覧表が作成され現場で掲示されていることが確認できました。図や表も取り入れられており、見やすいものへと改善されていました。

また、昨シーズン、インフルエンザ・アウトブレイクがあったとのことですが、流行状況の早期把握を徹底して行う等、病院全体で院内感染拡大防止に取り組まれており良かったと思います。

（アドバイス）

- ・ マニュアルの記載内容が細かく改定されているのですが、内容にバラツキがみられる印象です。さらに、若干古い記載も散見されますので、再度内容をご確認いただき、ICT の責任者の方が一元的にマニュアルを整備、管理されてはいかがでしょうか。
- ・ マニュアル項目に関しては、現行の内容を、「組織体制」「標準予防策」「経路別感染対策」「病原体別感染対策」「処置別感染対策」「部署別感染対策」「洗浄・消毒・滅菌」「感染性廃棄物取り扱い」「職業感染」「デバイス関連感染対策」等の大分類に区分するなど関連性がわかるようにまとめるとよいと思います。
- ・ 職員研修についてですが、未受講の職員（外部業者も含めて）に対しては資料を提供しているようですが、DVD の貸し出し等により、受講率を向上させるのも一法かと思います。また、受講後の簡単な確認試験を行うと理解度も上がると思います。またご検討下さい。

III 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

手洗いの遵守のための速乾性手指消毒剤の配置に努力されておりました。病院の特性上、配置が難しい部署もあり苦労されているようです。また、酒精綿の単包化にも完全とは言えませんが努力されておられました。

消毒薬の希釈方法もわかりやすく掲示されており、多用量バイアルや消毒薬についての使用期限に関して一覧表を現場に設置してあり良かったと思います。また、AUD の算出が昨年度より行われており、いずれも改善がみられていました。

手荒れ対策ということでハンドソープが2種設置されており素晴らしいと思いました。

検査部の室内は整理整頓され、インフルエンザウイルスやノロウイルスなど感染対策に必要な迅速検査が適切に実施されており、検査の際の PPE 着用などの感染防御対策も適切でした。検体の搬送ボックス

スは、適切な器材で、清潔に管理されていました。なお、細菌検査は外注ですが、至急の塗抹検査や、抗酸菌検査や血液培養検査が陽性になった場合の速やかな報告体制がとられており、剤耐性菌の分離状況は検査部でまとめられ、感染対策委員会及び ICT に、適切に報告されていました。

(アドバイス)

- 手指衛生の遵守状況の調査についてですが、薬剤部での払い出し量／5mL (1 回使用分) とのことでしたが、実質はこれより若干少ないと思います。御施設での 1 回量を再度ご検討下さい。また、多少の手間がかかりますが、実質の使用量 (日付と線を記入する等) で行くと、正確なデータが得られますし、職員の動機付けにつながりますので、ご検討下さい。
- バンコマイシン使用時における血中濃度測定は必須であり、TDM を行いながら使用すれば有効性も安全性も高まります。外注検査でも結構ですので、測定は是非ご検討下さい。また、初期投与設計を含めた TDM 解析についても、メーカー提供のソフトがありますので、実施をご検討下さい。
- アルコール綿が、単包化とパック製剤の両方を使用しておられますが、注射台等の環境清拭クロスが導入使用されておりましたので、パック製剤の残りを環境に使用する必要ももはやないのではないかと思います。使い切れない場合の廃棄＝無駄を削減可能となりますので、単包化への全面切り替えをご検討頂ければよいと思います。
- アンチバイオグラムを作成されていますが、検体数があまり多くないため、菌株数が 30 株未満で集計されている菌種が多いです。アンチバイオグラムは 1 年ごとに集計すべきではありますが、少ない菌種の場合、期間を延長して集計されると良いと思います。
- 抗菌薬マニュアルは、「サンフォード感染症治療ガイド」「JAID/JSC 感染症治療ガイド」などを各部署に配置するだけでいいと思います。誰でもすぐに標準的な治療を参照できる体制を整えることが大切です。
- また、別紙の写真付きコメントも参考にして下さい。

IV 職業感染対策について

評価：B

職員のマスク着用者で、鼻が出ているなど着用が不完全なヒトを見かけなかったのですばらしいと思いました。また、嘔吐セットなど適切に配置されており感心しました。

(アドバイス)

- 血液・体液に触れる可能性があるときに、手袋の着用を実施しているという項目が自己評価では a でしたが、医師への聞き取りでは未実施の例もあるようでした。ICT がモデルとなって推進していけるよう、手袋装着に慣れて頂ければと思います。
- また吸痰処置時、エプロン着用が見られない状況が確認されました。感染の有無で防護具着用を考えるのではなく、標準予防策の対象 (血液、体液、粘膜、損傷した皮膚) に暴露する可能性がある際に着用が徹底されるようご指導を継続頂ければと思います。
- 職員の血液・体液曝露に関してですが、24 時間対応ではないとのことでしたが、ある程度はリアルタイムに対応できるシステムが必要かと思います。マンパワー等の問題もあるかとは思いますが、起きたときに慌てないように、一目でわかる対応フロー図の作成などもご検討下さい。
- 前回の指摘にもありますが、優先すべき部署を考慮したうえで「麻疹・風疹・水痘・ムンプス」の職員の抗体価測定およびワクチン接種を是非ご検討下さい。

実地支援レポート 〈ラウンドからの気づき〉

2016年1月26日訪問

感染対策の周知



- ☺ 擦式消毒薬、液体石けんの置いてある場所には注意喚起ポスターや手順が貼ってありわかりやすくなっていました。
- ☺ 咳エチケット、マスク装着に関しても周知されていました。

点滴準備1



- ☺ 病棟内では注射準備場所を決め、見た目にもわかるように工夫されていました。
- ☺ マスク・手袋を装着し注射準備していました。
- ☹ 床上30cm以内の高さに注射準備に使用するトレイがありますが不潔になります。
- ☹ カーテンの開け閉めによる埃の舞い上がりや注射背後に人が通る動線であることが気になります。

点滴準備2



- ☺ 点滴専用部屋がありました。
- ☹ 物品棚の前で準備されましたが、物品を取るときに作業の中断、埃の落下が気になります。反対の壁側にも準備台を設けていたのでそちらを使いやすく工夫しましょう。
- ☹ 床上30cm以内に衛生材料等が置かれていますが不潔になるためここには置かないようにしましょう。

感染性胃腸炎対策



- ☺ 専用の部屋を準備し、必要物品もリスト表を作成しわかるように配慮されていました。
- ☹ セット内容が不足した場合、容易に棚から取れる分汚染が拡大するリスクもあります。棚に置いてある予備分が容易に触れないように整理整頓をお願いします。

病棟内擦式消毒薬



- ☺ 個人携帯以外にも必要な場所に擦式消毒薬ディスペンサーが設置されていました。

滅菌材料



- 😊 滅菌の実施記録はきちんと行っていました。
- 😊 外来の一角で滅菌専用の部屋が準備されていました。
- 😞 病棟で行う洗浄の質、包布滅菌後の清潔な保管、滅菌機自体の滅菌工程の適正確認、適正なメンテナンス状況確認、必要なメンテーターの実施等を考えると、1か所で専任者のもと洗浄、滅菌、管理が行える環境が望ましいと考えます。
- 😞 使用状況、保管状況にもよりますが、鑷子缶での複数管理より滅菌パックでの1~2本セットの方が感染対策的には望まれます。費用対効果を考え検討してみてください。

浴室



- 😊 広い浴室を看護師の方々が清掃され、見た目には清潔感がありました。しかし、目が届かない部分も見られました(配管部分や目線の高い部分の埃など)。定期的な業者による清掃などはいかがでしょうか。
- 😞

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

許可病床数：～ 99床

実地支援日 平成26年8月19日

I 組織的な感染管理システム

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〕
・ 感染対策活動における役割分担の明確化	感染防止対策指針に役割分担を追記した。	改善
・ 諮問機関・決定機関としての感染防止対策委員会と、実働部隊であるICTとの機能分化	感染防止対策委員会とICTの機能を分化した。	改善
・ 日々の感染対策活動記録やアウトブレイク事例の記録	感染業務管理日誌を作成した。アウトブレイク事例はその都度ファイルを作成している。	改善
・ 環境清拭シートの導入	環境清拭シートを導入した。	改善

II 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〕
<p>・ 感染対策マニュアルの改訂・整理 (主な参考例)</p> <p>① デバイス関連感染対策・病原体への対策、アウトブレイク定義・対策等の追記、清掃等お重複項目の整理</p> <p>② 「インフルエンザ感染対策マニュアル」で職員が発症した場合の就業制限を『発症後5日間』とする</p> <p>③ 「時間外嘔吐物処理マニュアル」および「感染性腸炎感染対策マニュアル」で、マスクを着用しているのであればうがい不要</p> <p>④ 「栄養科職員の定期検便検査・結果判定後の対応について」で、ベロ毒素非産性の菌の表現は『下痢原性大腸菌』と変更</p> <p>⑤ 「抗生物質使用基準」での『MRSA偽膜性腸炎』は『MRSA感染症およびクロストリジウム・ディフィシル関連腸炎』と変更</p> <p>⑥ 「抗生物質使用基準」の内容の見直し</p> <p>⑦ 透析室の部門別マニュアルとしての項目追加</p>	<p>① デバイス関連感染対策として、「尿道留置カテーテルの管理」と「皮下埋込型ポートの管理」を作成し、「アウトブレイク時の対応」も作成した。重複項目については見直しをした。</p> <p>② ～⑤までは、指摘事項の修正を行った。</p> <p>⑥ 「抗生物質使用基準」は見直し作業をしている。</p> <p>⑦ 透析室の部門別マニュアルを作成した。</p>	一部改善

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〕
・消毒薬・分割して使用する薬剤の一覧の作成（用途、適正濃度（希釈方法）、使用期限、保管方法等）	消毒薬の一覧表を作成した。	改善
・微生物の発生動向の報告等に関するフローチャート、マニュアルの作成	微生物の発生動向の報告等に関するフローチャートを作成した。	改善
・簡易的に記載できるコンサルテーション用紙の作成	コンサルテーション用紙を作成した。	改善
・ラウンドチェック表の見直し （通年チェックすべき項目、特にポイントをおいてチェックすべき項目の追加）	ICTで部署別のラウンドチェック表を作成した。	改善
・感染対策講習会の実施タイミング、回数、内容等の見直し、 DVDの貸し出し、当日資料の配布等による受講率向上	感染対策講習会は年2回計画し、必要に応じて臨時で実施している。DVD作成は未着手、当日資料の配布による伝達講習がどこまで実施されているか、部署でチェックし名簿を提出してもらうことにした。	一部改善
・清掃業務従事者への感染対策講習会への参加など、教育機会の提供	今年度は、個別に講習を行ったが、毎年継続できるか検討している。	検討中
・院内における感染に関する情報の一元化	毎週病棟でのサーベイランス時、ICTで必要な情報を共有している。	一部改善

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

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〕
・総合案内におけるトリアージの初期対応に関する準備	・発熱者用の待合室・診察室を設置した。受付時に発熱の有無を確認し、誘導している。トリアージの初期対応に関するマニュアルは作成中である。	一部改善
・使用物品の整理整頓及び、交差感染しない動線を考慮した保管方法の検討 （改善策の例） ・物品の定数化、もしくは包交車自体の撤去 ・包交車の区分（上段は清潔ゾーン、下段は不潔ゾーン等） ・包交車の滅菌物を取り扱う前の手指衛生の実施 ・経管栄養に使用する衛生材料の見直し	改善策 ・包交車の滅菌物を取り扱う前の手指衛生を実施するために、手指衛生剤を設置した。 ・不要な物品は撤去し、必要時に物品棚から取り出し使用することにした。 ・経管栄養に使用する衛生材料は、交差しないように居室にて個別に管理することにした。	改善

IV 職業感染対策について

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
・手指が感染性廃棄ボックスの入口にできるだけ近づけずに廃棄できるよう考慮	感染性廃棄ボックスは8割で廃棄するようにし、定期的にラウンドを行い確認している。	改善
・HBs抗体陰性者に対するワクチン接種の呼びかけ	採用時健診でHBs抗体陰性者にワクチン接種を呼びかけている。	改善
・麻疹、風疹、水痘、ムンプスについて職員の抗体価確認および必要な職員に対するワクチン接種の検討	聞き取り調査を行い、必要な職員に対してワクチンの接種を検討することにした。	検討中
・抗体検査結果の一元管理	一元管理できるようにファイルを作成した。	改善
・針刺し対応の詳細及び針刺し以外の血液・体液曝露への対応の再検討、マニュアルの整備	マニュアルを作成中である。	一部改善
・HIV曝露時の県からの配置薬借り入れ手順のマニュアル化	マニュアルの作成を検討中である。	検討中
・保健所への連絡も含めた、自施設で行う感染対策のマニュアルの作成	マニュアルを作成中である。	一部改善

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

許可病床数：～ 99 床

実地支援日 平成 26 年 10 月 2 日

I 組織的な感染管理システム

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"> リハビリや清掃業者を組織構成のメンバーに加える 	リハビリ、清掃業者の各責任者を加入した	改善
<ul style="list-style-type: none"> 感染対策の具体的な活動内容を記録 	感染報告書を院内共有フォルダーに入れ、活動時は当該部署で記録、ICT で保管することとした	改善

II 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
<p>「院内感染防止の為に知識とマニュアル」の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 肝炎対策 結核フローチャートに保健所との連携を追加、QFT 検査について インフルエンザ大部屋発生時のマニュアル 食中毒、厨房が使用できない時のマニュアル 感染症に基づく届け出基準更新 	<p>それぞれ見直しを行なった。</p> <ul style="list-style-type: none"> 隔離、血圧計などの専用化を、修正した。 保健所との連携、QFT 検査を追加記載した。 インフルエンザの大部屋発生時対応を追加した。 使用不可時のマニュアルを追加記載した。 更新した。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> 耐性菌サーベイランスの基準、方法の明文化 	厚生省からの当院で可能なことから、取り組んでいく。	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> MRSA の記載方法について 	月報に記載し、院内感染対策委員会で報告	改善
<ul style="list-style-type: none"> MRSA 以外の患者数 	月報に記載し、院内感染対策委員会で報告	改善
<ul style="list-style-type: none"> アウトブレイク時の連絡網など院内体制の明文化 	院内体制を明文化した	改善
<ul style="list-style-type: none"> コンサルテーションについての各職種の対応など院内体制の明文化 	「感染報告書」にコンサルテーション内容を記録する	改善
<ul style="list-style-type: none"> 院内感染対策研修会の充実について 	出席者参加型研修、外部講師依頼、DVD 上映など研修会の充実を努める。同内容を複数回行なう。	改善

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

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〕
・ 外来での空気感染予防策の基準化	2階診察室を隔離室として設置した。	一部改善
・ 空気感染予防策の手袋の着用は常時不要	マニュアル内を修正した。	改善
・ 手指消毒剤払い出し量の集計結果より継続的な発信	手指消毒剤払い出し量の集計結果より継続的な発信として、 1患者1日当たりの使用量を算出し、毎月の院内感染対策委員会で報告することとした。	改善
・ ミキシング台の上にあるエアコンの使用の工夫	ミキシング時は空調を止めることを徹底	改善
・ 清潔リネン庫のシーツ類を床上に設置	すのこを使用し床面を高くした	改善
・ 包交車の廃止や上に設置するものの検討	病棟では包交車の上には何も置かないこととし、 包交時に必要な物品は包交車の引き出しに収納した。 外来は業務上、現状のままであるが、今後はガーゼカスト、セッシン缶、チリンデルの廃止を検討している。	一部改善
・ 環境クロスの導入	スキットクロス、環境クロスを使用	改善
・ アンビューバック内腔の消毒	バクテリアフィルターを使用	改善
・ 蓄尿ビンの必要個数を増やす	患者ごとの廃棄容器を購入した。	改善
・ 採血した血液や培養検体はバイオハザードマークを貼った 容器に入れ搬送（患者様の目に触れないよう）	バイオハザードマークを貼った専用容器で搬送とした。	改善
・ 手術室のヘパフィルター交換	ヘパフィルターはH27. 7. 29交換した	改善
・ 手術室の定期的な陽圧確認（室圧測定）の実施	ヘパフィルター交換によって陽圧を確認した	一部改善
・ 手術室の布製品をディスポ製品へ変更	布デッキ廃止に向けて、リユース業者に試作品を依頼し、検討中である	検討中
・ 抗酸菌の塗抹検査などは院内での実施が望ましい	現時点では不可能である	未実施

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〕
・ MRSA 以外の耐性菌の関する月報への記載、・ 集計	月報に記載し、院内感染対策委員会で報告	改善
・ 抗菌薬マニュアルの印刷物での配布	配布した	改善
・ 抗菌薬使用状況の毎月、毎年の連続した調査	抗菌薬使用量の調査を継続	改善
・ 抗 MRSA 薬を含めたカルバペネム系抗菌薬の届出制	抗 MRSA 薬を含めたカルバペネム系抗菌薬の届出制について 届出書類を作成した。今後、電子カルテ内に入れ、使用していく。	改善
・ グリコペプチド系抗菌薬、血中濃度測定 の提案	現時点では不可能	未実施
・ 注射準備室の清掃、手指消毒の監視	各部署で徹底する	改善
・ HIV 感染予防対策、病院体制について	針刺し事故時、HIV 検査を追加した。 今後、結果の把握と陽性の場合の対応を検討していく。	一部改善
・ 滅菌物のリコール手順作成	作成した	改善
・ 現場でのベットパンウオッシャーの設置の検討	現時点で必要性はなし	改善
・ カスト、セッシ缶の使用→単包化への検討	単包化への検討中である。使用数、コストなどについて調査	検討中
・ 酒精綿コスト比較	各部署、状況に応じて、単包とパックを併用している。	改善
・ 中材での消毒、滅菌一元化の検討、滅菌担当者教育	一元化はハード面で不可能であるため、各部署での洗浄・消毒の徹底を継続する。滅菌担当者教育については、マニュアルを基に手術室で行なう。	一部改善

IV 職業感染対策について

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〕
・ 感染性の抗体検査やワクチン接種の実施	来年度より、職員健診時、B 型肝炎検査を追加することとした。 ワクチンに関しては職員割引価格で任意接種を継続	一部改善

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
・ 感染性廃棄容器は2 / 3 で蓋を閉める	8割で蓋を閉めることを周知徹底	改善
・ 点滴ラインは分別せずに感染性廃棄容器に入れる	点滴ライン、点滴バックはそのまま破棄すること	改善
・ プラスチックごみを入れる点滴バックはハサミで切らずそのまま廃棄	点滴ライン、点滴バックはそのまま破棄すること	改善
・ 針刺し事故時の採血項目 HIV の追加	追加することとした	改善
・ 感染性の抗体検査やワクチン接種の実施	来年度より、職員健診時、B 型肝炎検査を追加することとした。 ワクチンに関しては職員割引価格で任意接種を継続	一部改善

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

許可病床数：200～499床

実地支援日 平成26年10月23日

I 組織的な感染管理システム

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〕
・感染管理認定看護師（CNIC）の活用	兼任→専任に変更	改善
・経路別感染対策時の説明同意書の作成	現在未実施だが、今後作成予定	未実施

II 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〕
・ICTラウンド内容の現場へのフィードバック	ICTニュースレター、LANなどで実施	改善
・日ごろからの相談事、介入内容を日報として記載し、ラウンド時に情報を活用	改善済み	改善
・中心静脈カテーテルサーベイランス結果のフィードバック時に、薬液準備の環境や点滴管理時の手指衛生状況の問題点を一緒に提示	今年度実施予定	検討中
・耐性菌サーベイランスを実施することによる、現場スタッフに対する手指消毒推進の啓発	個人携帯とした	改善
・耐性菌の検出、インフルエンザやノロウイルス等の院内アウトブレイク時は、現在の報告書とあわせ、ICTが直ちに現場に行き、感染対策について確認・指導を行い、その後の対策の継続、変更、終了等に介入できる体制づくり	ICNが現場に出向き確認、必要に応じてICTで検討	改善
・アンチバイオグラムについて、大腸菌、クレブシエラ等他のグラム陰性桿菌にも行えるようにする	一部について改善済み	一部改善
・職員研修は、研修内容をDVDで撮影し、各部署で回覧を行う等の工夫を行う	DVD、複数回実施等により対応	改善

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>[マニュアル要修正項目]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「～薬」「～剤」の記載が混在→「～薬」に統一 ・感染症法の改訂に合わせた更新が必要 ・ガウンは1処置ごとに交換 ・「業務感染」「職業感染」の記載が混在 ・各部署における「ほうき」の使用は不適切 ・ICT回診を利用するなどした積極的なTDMの推進 ・院内採用抗菌薬一覧表の改訂 	各項目につき、改正を行った	改善

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

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〕
・外来患者に更に目立つような咳エチケットのポスターの工夫	改善済み	改善
・空気感染対策を要する患者を収容する外来診察室では共有する空調を消し、HEPAフィルター付空気清浄器を使用	一部について改善済み	一部改善
・清潔区域と不潔区域を考慮した物品整理や薬剤を準備する場所の再検討	ICTラウンド時に指導を実施した	一部改善
・个人防护具（PPE）の設置について、清潔な管理、整理整頓を行う	ICTラウンド時に指導を実施した	改善
・手指衛生のため、手洗い設備には液体せっけん・ペーパータオル・ゴミ箱を設置	ICTラウンド時に指導を実施した	改善
・病棟書棚やゴミ箱用に使用している紙製の箱・段ボール箱をプラスチック製のものへと切り替え	順次変更予定	一部改善
・エアコンのこまめな清掃	改善済み	改善
・患者用マスク販売機は、必要時に患者や訪問者がすぐアクセスできるような配置にする	改善済み	改善

IV 病院職員に対する教育および職業感染対策について

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〕
・シールド付きマスクの導入	導入について検討中	検討中
・針刺し、血液曝露時のフローチャート作成	改正を行った	改善
・感染管理認定看護師（C N I C）を委員会に入れる（アドバイザー等で可）	必要に応じてその都度参加を予定している	一部改善
・石川県H I V予防薬配置医療機関に配置されている薬剤の変更に伴うマニュアルの記載変更	改正を行った	改善

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

許可病床数：200～499床

実地支援日 平成27年2月27日

I 組織的な感染管理システム

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"> ・ICNの専従化を更に検討 	<p>平成26年に副看護師長を認定看護師教育課程に受講させ、平成27年6月に感染管理認定看護師の認定を受けた。当該副師長は、平成27年4月以降月2回専門的知識を活かしCNICとして院内感染管理業務に携わっている。また、院内感染にかかる相談等については常時受け対応している。</p> <p>今後常時管理業務に従事させるかどうかは、必要性、安定した看護師の確保及び収支等、総合的に勘案して決定したいと考えている。</p>	一部改善

II 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〕
<p>[マニュアル]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染性法の届出が必要な疾患一覧に、平成25年4月追加疾患を追加 	<p>左記アドバイスについて、平成27年11月1日付けで改訂した。 (資料1～4頁参照)</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・「針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露時の対応」について、メスなどで刺傷、切傷を受けた場合は流水と石鹼で十分 	<p>左記アドバイスについて、平成27年10月1日付けで改訂した。 (資料5～6頁参照)</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・「針刺し等職業感染発生時の採血及び治療におけるフローチャート」について、職員のHBs抗体(+だが、+8以下)とある部分は(+10以下)で良い 	<p>後述の通り従前どおりPHA法を用いて測定を行うため、そのままとする。</p>	未実施
<ul style="list-style-type: none"> ・HBs抗体の測定方法について、測定法をPHA法からCLIA法等に変更 	<p>幹部会議にてCLIA法導入について検討を行ったが、PHA法に対し委託検査料は倍増するため、費用対効果の観点から今回は導入を見送った。</p>	未実施

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>[サーベイランス等]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランス、プロセスサーベイランスの実施の検討 	<p>平成27年4月から1年間として尿道留置カテーテル関連感染についてサーベイランスを実施しており、ICTにて報告、検討を行っている。 (資料7頁参照)</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・PPEホルダーの設置の検討 	<p>PPEホルダーの各病室内の設置にあたり、取り付け位置や運用について検討しており、平成28年3月末迄に設置予定である。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・一次洗浄について、しないでも良い方向を検討 	<p>現在、まとめて一次洗浄を行う場所は無いため、平成30年竣工予定の病棟以外の建物更新築整備工事において、運用面を含めて検討していくこととする。</p>	検討中

III 病院における種々の分野での感染対策について

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"> ・マニュアルの「針刺し事故」という「事故」についての表現の改善 	<p>マニュアル標記について、「事故」は「職業感染」あるいは「事象」等に変更し、平成27年12月1日付けで改訂した。</p>	改善

IV 職業感染対策について

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"> ・B型肝炎ワクチンの接種の定着化 	<p>抗体陰性者に対し平成27年6、7及び10月にワクチン接種を行い12月に再度抗体価測定を行った。以後、新規採用、異動者に対しても同様に行う。なお、4種（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）についても今年度からワクチン接種を実施している。 (資料14~20頁参照)</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・各部屋への個人防護具の設置を推奨 	<p>平成28年3月末迄に、各病室内に個人防護具を設置する予定である。</p>	改善

感染症法に基づく届出

1. 感染症届出の目的

感染症に基づいて、下記の感染症を診断した医師に届出義務がある。届出により、感染症の発生や、流行を探知し、蔓延を防ぐための対策や、医療従事者・国民に対する情報提供に役立てる。

2. 報告義務がある感染症

全数把握の1～5類感染症

※ 1～4類： 直ちに保健所への報告義務あり

※ 5類： 7日以内に報告義務あり

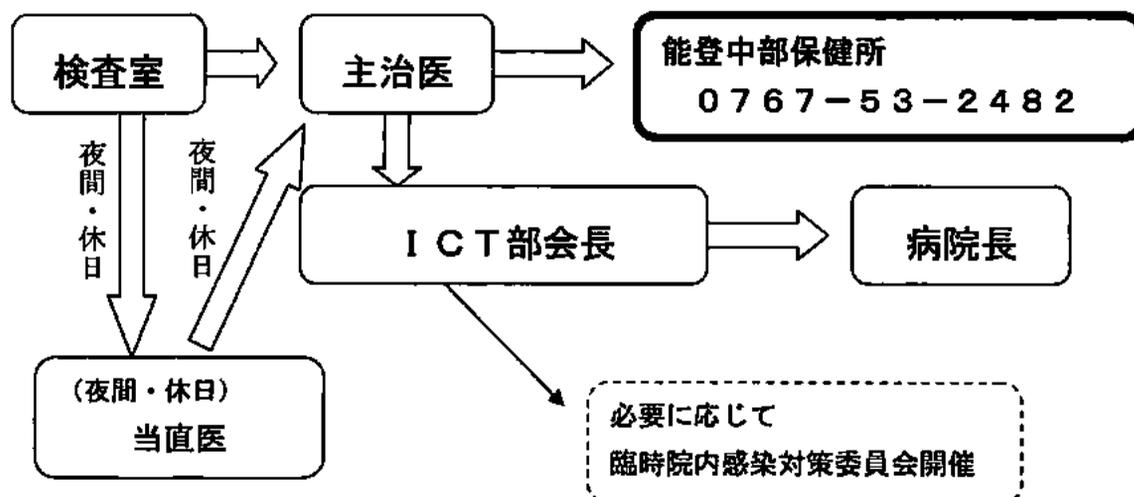
定点医療機関としての届出：把握対象となる性感染症（月単位）

1) 保健所への届出（下記フローチャート参照）

- ① 保健所の届出は、ICT部会長に報告後、原則として主治医が行う。
- ② 報告を受けたICT部会長は、院長へ報告する。
- ③ 平日に関しては、主治医が、ICT部会長に報告後に、保健所へ連絡、届出する。
- ④ 夜間・土日祝日等は、当直医を通じて、主治医に報告する。主治医はICT部会長に報告し、保健所への連絡や届出は、原則、主治医が行う。（院内で検出された届出感染症については別途参照）

2) 届出疾患は、表1を参照して、所定の様式を用いて届け出る。

各疾患の届出用紙および届出基準は、石川県のホームページ「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律・届出基準・届出様式」を参照し、届出に必要な書類をダウンロードする。



届出感染症発生時の対応フローチャート

表1：七尾病院において届出が必要な疾患一覧

平成27年1月21日施行			
感染症類型	疾患名	届出対象	届出時期
一類感染症	(1) エボラ出血熱 (2) クリミア・コンゴ出血熱 (3) 痘そう (4) 南米出血熱 (5) ペスト (6) マールブルグ病 (7) ラッサ熱	・患者 ・無症状 病原体 保有者 ・疑似症 患者	診断後直 ちに届出
二類感染症	(1) 急性灰白髄炎 (2) 結核（疑似症患者を含む） (3) ジフテリア (4) 重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウ イルス属SARSコロナウイルスであるものに限る） （疑似症患者を含む） (5) 中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイル ス属MERSコロナウイルスであるものに限る） （疑似症患者を含む） (6) 鳥インフルエンザ（H5N1）（疑似症患者を含む） (7) 鳥インフルエンザ（H7N9）（疑似症患者を含む）	・患者 ・無症状 病原体 保有者	診断後直 ちに届出
三類感染症	(1) コレラ (2) 細菌性赤痢 (3) 腸管出血性大腸菌感染症 (4) 腸チフス (5) パラチフス	・患者 ・無症状 病原体 保有者	診断後直 ちに届出
四類感染症	(1) E型肝炎 (2) ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む） (3) A型肝炎 (4) エキノコックス症 (5) 黄熱 (6) オウム病 (7) オムスク出血熱 (8) 回帰熱 (9) キャサヌル森林病 (10) Q熱 (11) 狂犬病 (12) コクシジオイデス症 (13) サル痘 (14) 重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウ イルス属SFTSウイルスであるものに限る） (15) 腎症候性出血熱 (16) 西部ウマ脳炎 (17) タニ媒介脳炎 (18) 炭疽 (19) チクングニア熱 (20) つつが虫病 (21) デング熱 (22) 東部ウマ脳炎 (23) 鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及びH7N9）を除く） (24) ニパウイルス感染症 (25) 日本紅斑熱 (26) 日本脳炎 (27) ハンタウイルス肺症候群 (28) Bウイルス熱	・患者 ・無症状 病原体 保有者	診断後直 ちに届出

	<ul style="list-style-type: none"> (29) 鼻疽 (30) ブルセラ症 (31) ベネズエラウマ脳炎 (32) ヘンドラウイルス感染症 (33) 発しんチフス (34) ポツリヌス症 (35) マラリア (36) 野兔病 (37) ライム病 (38) リッサウイルス感染症 (39) リフトバレー熱 (40) 類鼻疽 (41) レジオネラ症 (42) レプトスピラ症 (43) ロッキー山紅斑熱 		
五類感染症 (全数把握)	<ul style="list-style-type: none"> (1) アメーバ赤痢 (2) ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く） (3) カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症 (4) 急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く） (5) クリプトスポリジウム症 (6) クロイツフェルト・ヤコブ病 (7) 劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (8) 後天性免疫不全症候群 (9) ジアルジア症 (10) 侵襲性インフルエンザ菌感染症 (11) 侵襲性髄膜炎菌感染症 (12) 侵襲性肺炎球菌感染症 （髄膜炎菌性髄膜炎は平成25年3月31日まで） (13) 水痘（患者が入院を要すると認められるものに限る） (14) 先天性風しん症候群 (15) 梅毒 (16) 播種性クリプトコックス症 (17) 破傷風 (18) バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症 (19) バンコマイシン耐性腸球菌感染症 (20) 風疹 (21) 麻疹 (22) 薬剤耐性アシネトバクター感染症 	・患者 ただし、 後天免疫不全症候群及び梅毒無病原保有者出とま す。	診断から 7日以内 に届出 ただし、 麻疹につ いては、 診断後24 時間を以 て目処に 届出を 願います。
五類感染症 (定点把握)	<ul style="list-style-type: none"> (23) RSウイルス感染症 (24) 咽頭結膜熱 (25) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 (26) 感染性胃腸炎 (27) 水痘 (28) 手足口病 (29) 伝染性紅斑 (30) 突発性発しん (31) 百日咳 (32) ヘルパンギーナ (33) 流行性耳下腺炎 (34) インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く） (35) 急性出血性結膜炎 (36) 流行性角結膜炎 (37) 性器クラミジア感染症【月】 (38) 性器ヘルペスウイルス感染症【月】 (39) 尖圭コンジローマ【月】 	・患者	診断した 日の属す る週の翌 週月曜日 ただし、 疾患名の 横に【月】 の記載が あるもの については、 診断した日 の属する月 の翌月の 初日

	<p>(40) 淋菌感染症【月】</p> <p>(41) 感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）</p> <p>※平成 25 年 10 月 14 日から基幹定点医療機関のみ届出が義務付けられました。</p> <p>(42) クラミジア肺炎（オウム病を除く）</p> <p>(43) 細菌性髄膜炎 （インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く）</p> <p>(44) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症【月】</p> <p>(45) マイコプラズマ肺炎</p> <p>(46) 無菌性髄膜炎</p> <p>(47) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症【月】</p> <p>(48) 薬剤耐性緑膿菌感染症【月】</p>		
<p>新型インフルエンザ等感染症</p>	<p>新型インフルエンザ</p>	<p>・患者 ・疑似症患者</p>	<p>診断後直ちに届出</p>

平成 24 年 11 月作成
平成 25 年 5 月改訂
平成 27 年 11 月改訂

針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露時の対応

【針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露の定義】

針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露のとは、他者（曝露源）の血液、体液、分泌物（汗は除く）、排泄物で損傷した皮膚や粘膜（口・鼻・眼）などが汚染した場合、または、他者（曝露源）の血液、体液、分泌物で汚染した針などの鋭利器材で受傷した場合をさす。曝露源に未使用での器材での受傷は含まない。針刺し・切傷および皮膚・粘膜の汚染を総称し以下「曝露」と表す。

曝露は血液や体液を介した感染を起す可能性があるものとして、B型肝炎ウイルス（HBV）、C型肝炎ウイルス（HCV）、梅毒、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）、クロイツフェルト・ヤコブ病などがある。日常、特に注意が必要な針刺しは、採血、抜針時のリキャップ時に多く、その他、後片付け時、清掃時、針の廃棄時等がある。医療従事者にとっては、日常的に起こる院内感染の一つであり、その対策は重要である。

【感染症患者の把握と感染症検査同意書の運用】

当院で曝露があった場合、患者・および受傷者の感染症検査は、365日、24時間体制で対応するが、原則入院時にはHBs抗原、HCV抗体を測定しておく。HBs抗原陽性患者はHBe抗原を、HCV抗体陽性患者はHCV-RNAを測定する。特に内視鏡検査、観血的処置、髄液検査等は曝露の危険性が高く、事前に感染症検査を実施しておく。

職員の曝露に際して、患者に本来必要のなかった感染症検査を実施することになった場合は、「感染症検査同意書」に添って説明後に署名をいただき検査する。署名後の同意書は患者ファイルに保管する。

（同意書は別紙参照）

【職員におけるHBs抗原、HBs抗体、HCV抗体所有の把握】

年1回、健康診断時にHBs抗原、HBs抗体、HCV抗体を測定する。職員健診の結果は電子カルテ内に反映されるが、この結果は、職員の健康管理上、庶務課で保管する。原則として、HBs抗原、HBs抗体が陰性である者は、HBワクチンの接種を本人の意向に基づき接種する。新たにHBs抗原陽性に転じた職員は、最近の感染が考えられるため、感染管理委員長と産業医が連携し、対策を講ずる。

【曝露部位の洗浄法】

1. 注射針、メスなどで刺傷、切傷皮膚・粘膜曝露を受けた場合、流水と石鹼で十分に洗浄する。
2. 眼球、結膜が汚染された場合、流水で十分に洗浄した後、眼科医の診察を受ける。

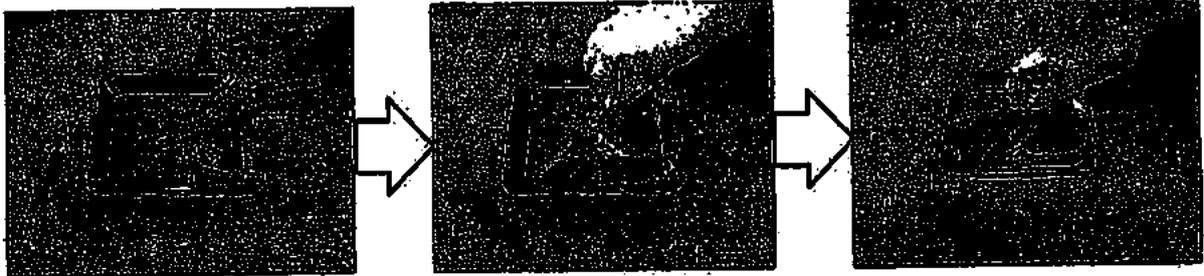
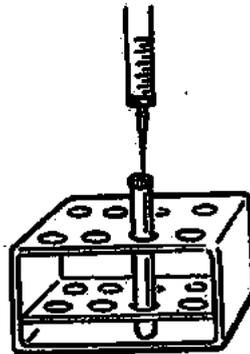
【血液曝露後の感染率】

曝露源の血清学的性状	血清学的感染	臨床的肝炎の発症
HBs抗原陽性 HBe抗原陽性	37-62%	22-31%
HBs抗原陽性 HBe抗原陰性	23-37%	1-6%
HCV抗体陽性	0-7% (平均1.8%)	70-90%慢性化
HIV抗体陽性	0.3-0.5%	—

※ HBVは30% HCVは3% HIVは0.3% と覚えておくとうまい

【針刺しを予防するための対策】

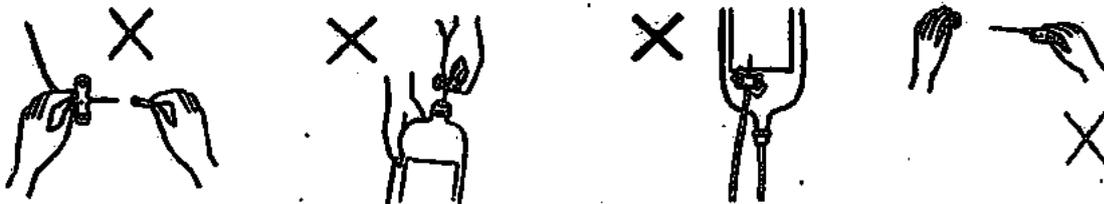
1. 注射、採血時は必要物品をトレイに入れて持ち運ぶ。
2. 処置をする手元までトレイを近づける。
3. 注射、採血時は、必ず手袋を着用して実施する。
4. 取り外した注射針、採血針のキャップはトレイの中に置く。
5. 使用後の注射針、翼状針（膜刺防止機構付きは正しく針を収納する）はリキャップをしない。捨てる時に針には触れず、そのまま感染性医療廃棄物容器に捨てる。
リキャップしても良い場合は、シリンジポンプを使用する注射シリンジとする。必ずスクープ式（下図）でリキャップをする。注射シリンジ交換後は、リキャップした状態で感染性医療廃棄物容器に捨てる。
6. 真空採血針使用時は、針捨て容器を持参し、使用後の針は、リキャップせずその中へ直接捨てる。
* 使用後の注射針は原則的に感染性危険物であるという認識をもって取り扱う。
7. 針捨てボックスも含め、感染性医療廃棄物容器の廃棄は8割で廃棄する。



トレイにキャップを置く

トレイの角ですくいあげるようにして、リキャップする。

図. スクープ式



【針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露時の対応】

次に記すフローチャートにそって、迅速に対応する。

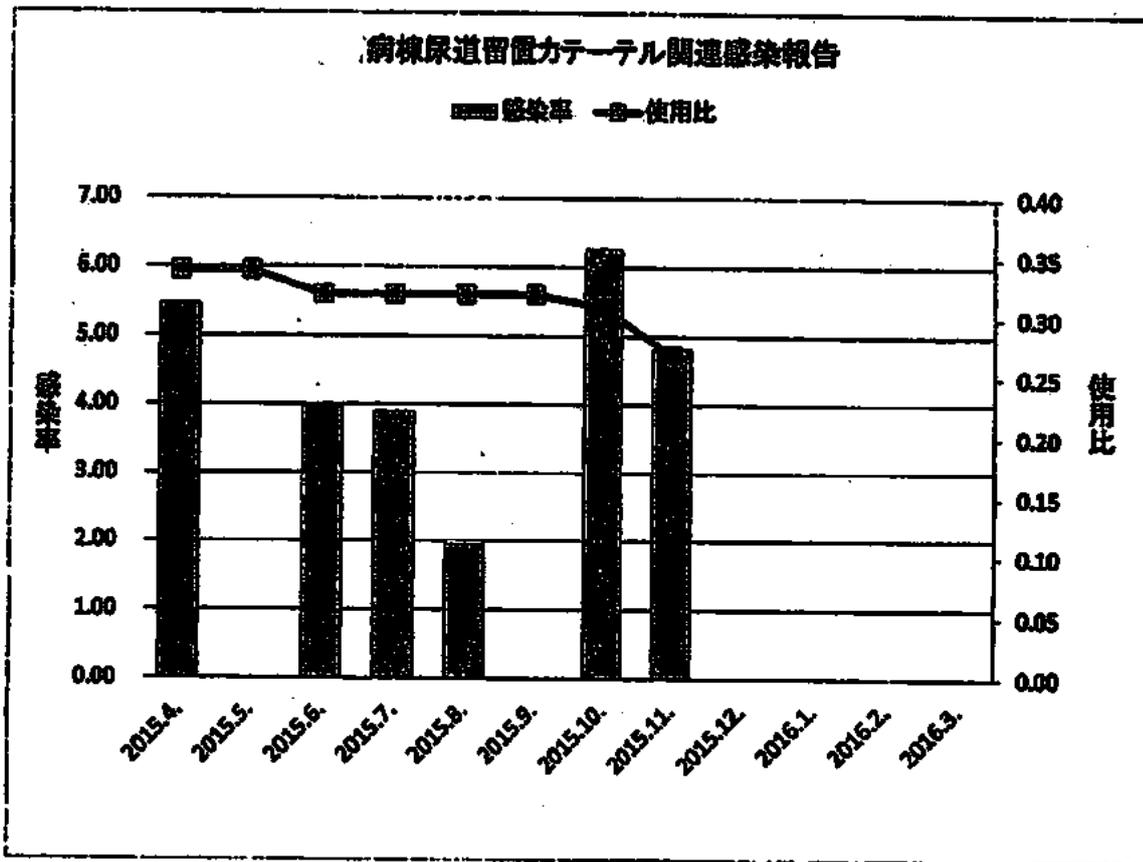
- * 妊婦など、特殊なケースは、連携病院意見を求めていく。

の感染管理室や産婦人科医等の専門家の

平成24年1月改訂
平成24年11月改訂
平成27年10月改訂

2015.4.～2016.3. 病棟尿道留置カテーテル関連感染サーベイランス

年	月	UTI 件数	のべカ テーテル 使用日数	のべ入院 患者数	月	感染率	使用比	
2015	4	3	547	1604	2015.4.	5.48	0.34	
	5	0	554	1648	2015.5.	0.00	0.34	
	6	2	501	1577	2015.6.	3.99	0.32	
	7	2	512	1594	2015.7.	3.91	0.32	
	8	1	508	1602	2015.8.	1.97	0.32	
	9	0	478	1496	2015.9.	0.00	0.32	
	10	3	478	1549	2015.10.	6.28	0.31	
	11	2	415	1537	2015.11.	4.82	0.27	
	12				2015.12.			
	2016	1				2016.1.		
		2				2016.2.		
		3				2016.3.		
件数		13	3993	12607		2.58	0.32	



5月: 医師に不必要な尿道留置カテーテル抜去を勧めた。
 8月: 病棟学習会にて、ESBL患者尿廃棄時、個人ごとにエプロン交換とした。(ガウン装着により個人交換し
 10月: 氏他のデバイスありUTI診断不詳

H I V 感染防止対策マニュアル

1. H I V 概念

1) 概要

H I V (human immunodeficiency virus) は後天性免疫不全症候群 (A I D S : acquired immunodeficiency syndrome) の病原ウイルスであり、血液を介し免疫機構に大きく関与しているヘルパーT細胞 (CD抗原陽性リンパ球) に感染し、破滅させる。H I V感染後のヒト体内ではウイルスが次々と産生されているが、CD4抗原陽性リンパ球もウイルスに見合うだけ産生されている。しかし、免疫系が破綻するとCD4抗原陽性リンパ球数が減少し、宿主は免疫不全状態になり日和見感染や悪性腫瘍を発症する。未治療の場合では予後は不良である。

2) 臨床症状及び経過

H I V感染の自然経過は急性初期感染期、無症候期～中期、エイズ発症期の3期に分類される (表1参照)。

・急性初期感染期

インフルエンザ様或いは伝染性単核症様症状

発熱、咽頭痛、筋肉痛、皮疹、リンパ節腫脹、頭痛、下痢、倦怠感、無菌性髄膜炎などが挙げられ、個人差はあるが数日から10週間程度で自然に軽快する。

・無症候期～中期

H I V感染後6～8週でヒト体内にて抗H I V抗体が産生される。そして、ウイルス量は6～8カ月後にあるレベルまで減少し、定常状態を呈し無症状期に入る。しかし、CD4リンパ球数の減少に伴いエイズ発症前駆期 (中期) になると発熱、倦怠感、リンパ節腫脹などが出現し、ヘルペス群ウイルス感染の再発がみられる。

・エイズ発症期

日和見感染 (抗酸菌症、カンジダ症、カリニ肺炎、CMV感染症) や悪性腫瘍 (カポジ肉腫、非ホジキンリンパ腫、原発性脳リンパ腫) を発症する頻度が高くなり、食欲低下、下痢、低栄養状態、衰弱などが著明となる。予後は2～3年である (未治療の場合)。

H I V感染症のCDC分類 (1986年)

第I群：急性感染 (インフルエンザ様或いは伝染性単核症様症状)

第II群：無症候性感染

第III群：持続性全身性リンパ節腫脹 (PGL)

第IV群：その他の疾患合併

サブグループA 全身症状

一ヶ月以上続く発熱、下痢、10%以上の体重減少など

サブグループB 神経症状

痴呆、脊髄症、末梢神経症

サブグループC 二次感染症

C-1 カリニ肺炎、慢性クリプトスポジウム症、トキソプラズマ症、イソスポラ症、腸外糞線虫症、カンジダ症、クリプトコッカス症、ヒストプラズマ症、非結核性抗酸菌症、サイトメガロウイルス感染症、進行性多発性白質脳症、単純ヘルペス

- C-2 口腔毛状白板症、帯状疱疹、ノカルジア症、反復性サルモネラ血症、結核、口腔カンジダ症
- サブグループD 二次悪性腫瘍
カボジ肉腫、非ホジキンリンパ腫、原発性脳リンパ腫
- サブグループE その他の症状
慢性リンパ性間質性肺炎など

3) 感染形式

HIVの感染形式は水平感染（経血液、性的接触）と垂直感染（母子感染）がある。基本的に蚊などの昆虫媒介や出血を伴わない日常的な接触では感染しないといわれている。感染に対して以下の事例がハイリスクとしてあげられる。

経血液 : HIV汚染血液や血液製剤の輸血

(血液媒介) 薬物乱用者との薬物の回し打ち

医療行為における不慮の事故（注射針の誤刺、汚染血液との接触）

性的接触 : 不特定多数のパートナーとの性交渉

性交渉時におけるコンドームの未着用

出血を伴う行為

母子感染 : HIVに感染した母体から約30%の頻度で児に感染するといわれているが、現在の医学では予防が可能な状況である。

4) 検査

HIV関連検査は主にHIV抗体やHIV抗原（RNAや蛋白質）の検出がある。しかし、抗体検査はヒト体内にHIV抗体が産生されるまでに感染後6～8週間を要するためHIV感染直後に実施せず、必ず一定期間が経過した時に行う必要がある。HIV検査は極稀に偽陽性を示す可能性があるため、スクリーニング検査で陽性判定であった場合は必ず精密検査を実施する。

HIVのスクリーニング検査：HIV抗原・抗体検査（EIA法、RA法）

HIVの確認検査：HIV-1,2抗体（WB法）、HIV-RNA定量（PT-PCR法）

治療するにあたり血漿中のウイルス量やCD4陽性リンパ球数が目安になるため、HIV-RNA定量及びCD4陽性リンパ球数は定期的に測定するのが望ましい。

- ・ HIV検査は本人の同意が必要なため検査実施前には必ず確認を行う。
- ・ 検体及び伝票は印を付けて容器もしくは袋に入れ検査科に提出する。

2. 感染防止

通常の業務ではHIV感染が発生する可能性があるのは血液媒介による水平感染であり、同様の感染形式をとるHBV感染防止マニュアルを基準とし、HIVが体内に侵入するのを防ぐように努める。

- ・ 患者及び付添者対象

留意点としてHIVの二次感染防止とエイズ患者の免疫低下による日和見感染防止が挙げられる。

HIV二次感染防止について

職員は患者にHIVの感染形式を説明し、献血や不用意な性的接触などについて禁止を促す。

鼻出血や外傷、月経時の出血はなるべく感染者本人が処理する。

血液・体液が付着したものは、よく拭き取った後、流水でよく洗い流す。拭き取った紙などは、ビニール袋に包んで感染性廃棄物容器に廃棄する。

日用品については原則的に患者個人が管理する。

面会については特に制限する必要はないが、乳幼児や免疫能が低下した者あるいは結核などの感染症のある者との濃厚な接触は避けるようにする。

エイズに合併する日和見感染防止について

エイズ発症前駆期（中期）になると免疫機能に関与しているリンパ球が減少し、免疫能が低下し、日和見感染の発症頻度が高くなる。そのため、患者の病室は室温、湿度、換気などに注意し環境を整える。そして、患者病室入室時の注意点として外部より病原微生物の持ち込むことを防ぐためマスクやガウンの着用や手指の消毒などを行う。

・職員対象

注射針の誤刺を防ぐため注射針のリキャップは禁止する。

血液や体液が飛散する可能性がある処置を行う時はゴーグルなどで粘膜部位や創傷部位を防御する。血液や体液が皮膚に付着した場合は手指の消毒基準に準じ実施する。

処置はベッドにて行う。

血液や体液にて汚染された衣類などは専用のバケツに入れ消毒するか、感染性廃棄物容器に廃棄する。

入退室の時の手洗いの実施。

守秘義務を徹底させる。

通常の接触ではHIV感染は認められないが、他の患者への影響を考慮し必要時個室収容させる。

退院後の消毒については各物品を70～80%アルコールにて清拭する。

処置や検査における防御レベル

レベルⅠ

非観血的医療行為：血液や体液に触れない日時様行為

特別の防御を必要としない

レベルⅡ

小規模な観血的医療行為：採血、注射、点滴、抜糸

患者の血液や体液に接触する行為：ルンパール、生検、骨髄穿刺

ゴム手袋＋マスク＋ガウン（必要に応じて）

レベルⅢ

中規模な観血的医療行為：内視鏡検査、IVHカテーテル挿入、胸腔ドレナージ

ゴム手袋＋マスク＋ガウン（必要に応じて）

レベルⅣ

大規模な観血的医療行為：手術、分娩、血液透析

大量出血による室内汚染のある患者及び精神、神経症状、認知症など自分で清潔が保てない患者に対する医療行為

ゴム手袋＋マスク＋ガウン＋靴カバー＋キャップ＋ゴーグル

消毒方法

手指：石鹸と流水にて洗浄し、速乾式消毒剤にて消毒。

眼：流水にて十分に洗眼し、ポリビニールアルコールヨウ素剤にて消毒。

口腔：十分ながいをし、ポリビニールアルコールヨウ素剤にて消毒後1～2%亜硫酸水素ナトリウム液にて中和する。

床：1～2%次亜塩素酸ナトリウム撒布または、70～80%アルコールにて清拭する。

喀痰：ティシュペーパー、ガーゼ：医療用廃棄物容器に破棄する。

ガーグルベースン：消毒基準参照

	予防策	標準予防対策に加えて行う感染対策
1. 患者配置	標準	吐血・下血、重症の下痢、大小便の失禁、中枢神経などの障害による行動異常などの症状が重く、身辺を清潔に保ちたい患者には個室が必要
2. マスク・ ゴーグル・ ガウン・手袋	標準	
3. 手洗い	標準	
4. 食器	標準	汚染のある場合：0.5%次亜塩素酸ナトリウム 10～30 分浸漬
5. 清潔	標準	
6. 廃棄物	標準	
5. リネン	標準	0.5%次亜塩素酸ナトリウム 10～30 分浸漬
7. 器材・器具	標準	原則として、 Disposable を使用する。ガラス、プラスチック製品、チューブ類は 0.1～0.5%次亜塩素酸ナトリウムに 30 分浸漬する
8. 患者移送	標準	
9. 環境整備	標準	
10. その他		カミソリ、歯ブラシ、くしなどの血液のつきやすい日用品は、他人と共用しない。 針刺しなど職業感染防止に注意する

3. その他

以前、H I V感染者が検査目的で献血を行い、その血液を輸血された患者がH I Vに感染し社会的問題になった例がある。このような事例の再発防止のためにも啓蒙活動が必要と考えられる。

現在、H I V感染／発症の研究がなされており、H I Vに対しての抵抗性について遺伝的背景が解明されつつある。

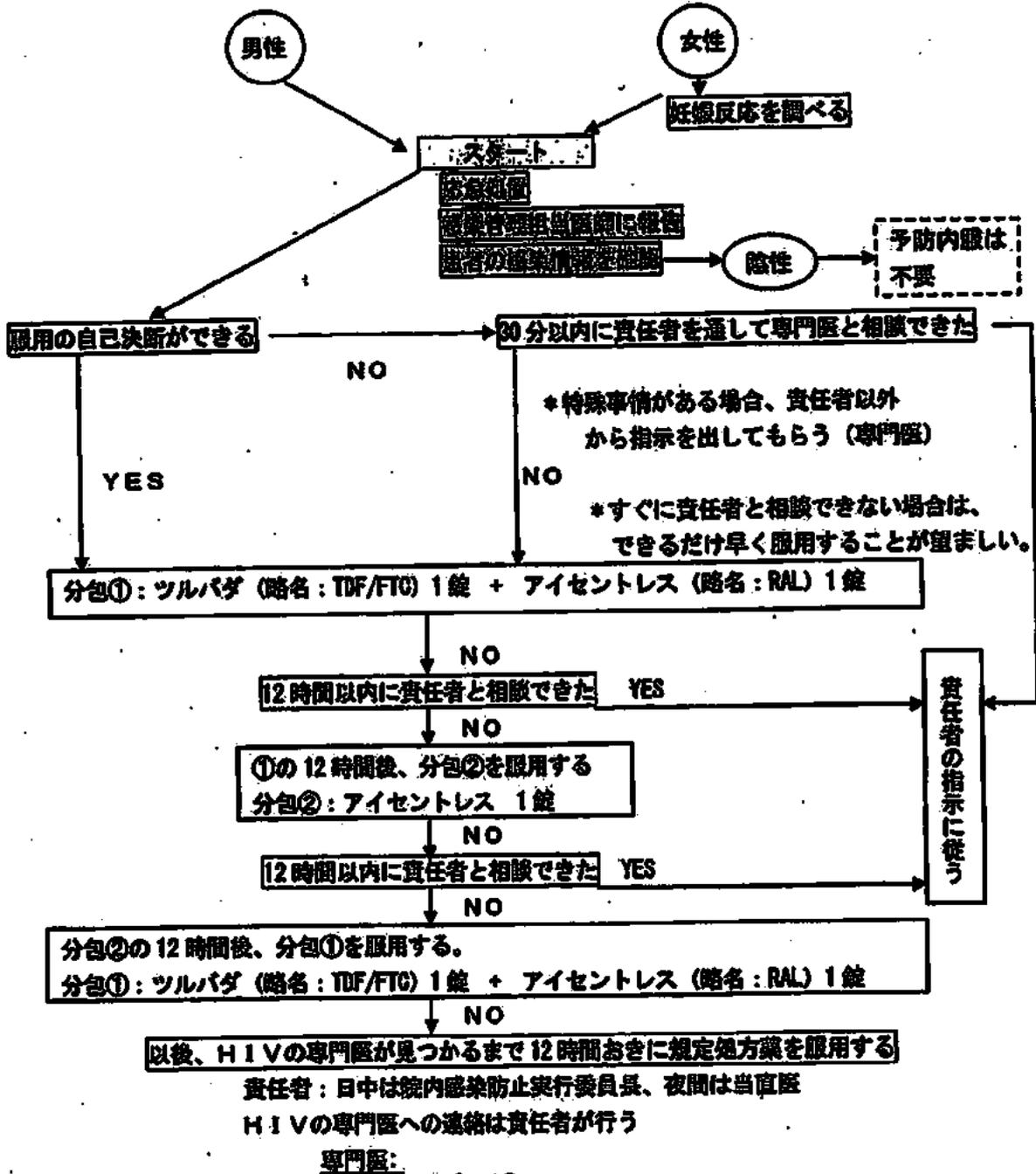
平成 23 年 11 月改訂

平成 26 年 3 月改訂

平成 27 年 12 月改訂

② 針刺し等事象後の対応フローチャート

HIV抗体陽性もしくは非常に強く陽性が疑われる患者の医療行為時に針刺し等をした



石川県 HIV 感染予防薬整備要領にともない石川県統一の依頼書を作成後、予防薬配置医療機関である龍登総合病院へ受診する。H26年3月より医薬品変更。

- ①依頼書 (様式 2)
- ②HIV 感染予防薬内服同意書 (様式 3)
- ③HIV 感染予防薬受領書 (様式 4) を作成する

様式は県のホームページからダウンロードできます。

石川県 エイズ 予防薬 検薬

平成 26 年 3 月改訂
平成 27 年 12 月改訂

感染症検査（採血）に関する同意書

_____様

この度、患者様の血液が付着した針を、誤って職員に刺さってしまう**事象**が発生いたしました。普段からこのような事象がおきないように十分に気をつけて参りましたが、誠に残念なことがおきてしまいました。

つきましては、職員への病原微生物感染予防のため、患者様の血液検査を行わせていただきたいと存じます。何卒ご協力をお願いいたします。

検査結果は後日ご報告させていただきます。

検査内容

- 「 HBs抗原・・・ B型肝炎ウイルスの検査
- 「 HCV抗体・・・ C型肝炎ウイルスの検査
- 「 HIV抗体・・・ 後天性免疫不全症の検査

以上を予定しています。

平成 年 月 日

担当医 _____

同席看護師 _____

上記の説明を受け、感染症検査（採血）を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名 _____

親族・代理者署名 _____

平成24年1月作成 平成25年7月改訂
平成27年12月改訂

起 案 用 紙

発願印.(施行年月日、文書番号等)		起 案	平成 27 年 4 月 16 日			
第 号		決 裁	平成 年 月 日			
平成 年 月 日		公 印	平成 年 月 日		印	
施 行 上 の 注 意		起 案 者				
<p style="font-size: 1.5em; margin: 0;">取扱注意</p>		事務長 内線 PHS: 5700番 氏名				
件 名	HBs抗体価及び4種の感染症(麻疹・風疹・ムンプス・水痘) 抗体価測定結果の周知について					
院 長	副 院 長	診 療 部 長	看 護 部 長	業 務 班 長	庶 務 班 長	
合 議		新 井		外 来 師 長	副 師 長	
(起 案 理 由)						
標記の抗体価測定結果は実施した健康診断の結果とともにその都度各職員お知らせして						
いるところですが、今後、職業感染予防策として測定結果「陰性」の場合ワクチンを接種						
していくこととしましたので、先ずは職員に再認識していただくために別紙(案)により						
周知するものである。						
保存期間	常用	30年	10年	7年	5年	(8年)
	1年	1年未満				
	その他(年)					

平成27年4月 日

〇 〇 〇 〇 殿

病 院 長

HBs 抗体価及び4種の感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）
抗体価測定結果について

先に行った標記の抗体価測定結果は下記のとおりであったのでお知らせいたします。

記

測定項目	測定法	陰性基準	測定年月	測定値	判定
HBs(B型肝炎)	PHA法	8未満	H26.6		
麻疹	EIA法 IgG	2未満	H .		
	HI法	8未満			
風疹 (45歳未満女性に限る)	HI法	8未満	H .		
ムンプス (おたふくかぜ)	EIA法 IgG	2未満	H .		
	HI法	4未満			
水痘	EIA法 IgG	2未満	H .		

※ 判定が「陰性」の職員には、職業感染予防策からB型肝炎及び4種の感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）のワクチン接種の実施としてお知らせを同封しましたので、接種が適当でない場合を除きワクチンを接種して下さい。
なお、B型肝炎について栄養管理室及び事務部の職員は非接種といたします。

本件の問い合わせ先
事務部長 PHS:5700

病院職員に対する職業感染対策について

○インフルエンザワクチンの接種

対象者：原則、全職員

実施方法：毎年11月頃、企画課庶務班は、全職員に複数の接種日を提示しその年の流行タイプの抗体をもつインフルエンザワクチンを接種する。

費用負担：病院負担とする。

○HBsの抗体価測定と抗体ワクチン接種

測定対象者：毎年の定期健康診断までの1年間における採用者及び 病院への異動者

実施方法：毎年の定期健康診断に併せて測定対象者に対してHBs抗体価測定を実施する。企画課庶務班は測定の結果を対象者に周知するとともに、測定結果が「8倍未満」の医師、看護職員及び栄養管理士を除くコ・メディカル職員に対し、抗体ワクチンを接種する。

費用負担：病院負担とする。(抗体価測定は共済負担)

○QFT検査のベースラインの把握

検査対象者：毎年の定期健康診断までの1年間における採用者及び 病院への異動者並びに4階病棟に配置換となった看護職員(その他、院長が必要と認めた職員を含む。)

実施方法：毎年の定期健康診断に併せて検査対象者に対してQFT検査を実施し、企画課庶務班は検査結果を対象者に周知する。なお、結果が「判定保留」や「陽性」であった職員に対し医師から説明を行うこととし、必要に応じて病院長は配置換等について考慮する。

費用負担：病院負担とする。

○4種の感染症(麻疹・風疹・ムンプス・水痘)抗体価測定と抗体ワクチン接種

測定対象者：毎年の定期健康診断までの1年間における採用者及び 病院への異動者(なお、麻疹にあつては45歳未満の女性職員とする。)

実施方法：毎年の定期健康診断に併せて測定対象者に対して4種の抗体価測定を実施する。企画課庶務班は測定の結果を対象者に周知するとともに、別に定める数値に満たない職員に対し、抗体ワクチンを接種する。

費用負担：病院負担とする。(抗体価測定は共済負担)

平成25年8月作成

起案用紙

発議印 (施行年月日、文書番号等)		起案	平成 27 年 4 月 16 日					
第 号 平成 年 月 日		決裁	平成 年 月 日					
		公印	平成 年 月 日	印				
施行上の注意		起案者						
取扱注意		事務長 内線 PHS-5700番						
		氏名						
件名	B型肝炎及び4種の感染症 (麻疹・風疹・ムンプス・水痘) ワクチン接種の実施について							
院長	副院長	診療部長	看護部長	業務班長	庶務班長			
合議		薬務課		外来部長	副部長			
(伺)								
^{世帯単位は} ^{2員等既接種しているが、当該は/回とします。}								
標記について、B型肝炎と4種の感染症 (麻疹・風疹・ムンプス・水痘) 別にワクチン								
接種の実施について対象職員にお知らせしてよろしいかお伺いいたします。								
※費用 ① B型肝炎ワクチン ① $2347.12 \times 75人 \times 3回 = 528,082-$ ② 麻疹ワクチン ② $2516.82 \times 54人 = 135,005-$ ③ 風疹ワクチン ③ $2400 \times 3人 = 7200-$ ④ ムンプス ④ $2697.04 \times 38人 = 102,517,-$ ⑤ 水痘ワクチン ⑤ $4304.82 \times 2人 = 8768,-$ ⑥ HBS抗体再検査 ⑥ $172 \times 75人 = 14,400,-$ 計 727,052,-								
※ 22名/採用者等は、8月の健康診断後 対応していくこととする。								
※ B型肝炎ワクチンは、5月、6月及び10月に外来医師の協力を得て実施								
保存期間	常用	30年	10年	7年	5年	3年	1年	1年未満
	その他(年)							

4種に入るのは生ワクチンの為 日をおく必要があったため、麻疹と風疹は7月に
 ムンプスは9月に予定。水痘は対象者2人のため個別対応です。
 ※ 接種者 22名...

〇 〇 〇 〇 殿

病 院 長

B型肝炎及び4種の感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）の
ワクチン接種の実施について

先に実施したHBs及び4種の感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）抗体価を測定した結果、
貴殿は次の検体のうち、

B型肝炎 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ ムンプス ・ 水痘

は、基準を満たさず「陰性」の判定結果となりました。

については、職業感染予防策として下記によりワクチン接種を実施しますので接種が適当でない場
合を除き必ず接種して下さい。

記

○B型肝炎ワクチン接種のスケジュール（栄養管理室及び2階事務部の職員は非接種）

- ・ワクチンは5月、6月及び10月の計3回接種（1シリーズ）を行います。
- ・3回目の接種終了後の11～12月頃にHBs抗体検査を行い、基準値以上であれば免疫獲得と判定します。
- ・1回のシリーズで免疫獲得とならなかった職員に対してはもう1シリーズのワクチン接種を行います。

○4種の感染症（麻疹・風疹・ムンプス・水痘）のスケジュール

- ・B型肝炎ワクチンと違い、接種は1回としその後の抗体検査も行いません。
- ・麻疹・風疹のワクチン接種は7月に、ムンプスは9月に行います。
- ・水痘は対象者若干名のため個別に調整させていただきます。

○「接種が不適当な方」、「接種にあたり医師とよく相談する必要がある方」、「接種の際の注意点」
並びに「接種後の注意点」について

- ・ワクチン毎に別添のとおり説明書きを添付しましたので、事前に必ず熟読して下さい。

○接種希望日の登録

接種は外来にて行うこととし、各月の接種日時は別添のとおりといたします。勤務割り（夜勤明けの日は接種しないこと）を考慮のうえ希望日を職場長まで伝えて下さい。

○その他

- ・接種料は無料です。
- ・ワクチン毎に別添のとおり「予診票」を添付しましたので、接種当日体温等記入のうえ接種時に提出して下さい。

本件の問い合わせ先
事務部長 PHS:5700

B型肝炎ワクチン接種日時表

月	日時	職場名 接種希望職員氏名
5 月	18日(月)11:00~12:00	
	19日(火)11:00~12:00	
	20日(水)14:00~15:00	
	21日(木)14:00~15:00	
	25日(月)11:00~12:00	
	26日(火)11:00~12:00	
	27日(水)14:00~15:00	
	28日(木)14:00~15:00	

月	日時	接種希望職員氏名
6 月	15日(月)11:00~12:00	
	16日(火)11:00~12:00	
	17日(水)14:00~15:00	
	18日(木)14:00~15:00	
	22日(月)11:00~12:00	
	23日(火)11:00~12:00	
	24日(水)14:00~15:00	
	25日(木)14:00~15:00	

月	日時	接種希望職員氏名
1 0 月	19日(月)11:00~12:00	
	20日(火)11:00~12:00	
	21日(水)14:00~15:00	
	22日(木)14:00~15:00	
	26日(月)11:00~12:00	
	27日(火)11:00~12:00	
	28日(水)14:00~15:00	
	29日(木)14:00~15:00	

※各職場長は、お手数でも各月分取りまとめのうえ、5月分は「5月11日(月)」、6月分は「6月8日(月)」、10月分は「10月9日(金)」迄にサイボウズで報告願います。

麻疹ワクチン接種日時表

職場名

月	日時	接種希望職員氏名
7 月	21日(火)11:00~12:00	
	22日(水)14:00~15:00	
	23日(木)14:00~15:00	
	27日(月)11:00~12:00	
	28日(火)11:00~12:00	
	29日(水)14:00~15:00	
	30日(木)14:00~15:00	

風疹ワクチン接種日時表

月	日時	接種希望職員氏名
7 月	21日(火)11:00~12:00	
	22日(水)14:00~15:00	
	23日(木)14:00~15:00	
	27日(月)11:00~12:00	
	28日(火)11:00~12:00	
	29日(水)14:00~15:00	
	30日(木)14:00~15:00	

ムンプス ワクチン接種日時表

月	日時	接種希望職員氏名
9 月	7日(月)11:00~12:00	
	8日(火)11:00~12:00	
	9日(水)14:00~15:00	
	10日(木)14:00~15:00	
	14日(月)11:00~12:00	
	15日(火)11:00~12:00	
	16日(水)14:00~15:00	
	17日(木)14:00~15:00	

※各職場長は、お手数でも各月分取りまとめのうえ、7月分は「7月13日(月)」、9月分は「8月31日(月)」
迄にサイボウズで報告願います。

■院内感染対策実地支援アンケート■

※平成 26 年度実地支援実施 4 病院に対し実施

・当ネットワーク会議の支援を受け、貴病院における院内感染対策に役立ちましたか？

大変役に立った	まあまあ役に立った	あまり役に立たなかった	どちらとも言えない
3	1	0	0

(その理由)

- 当院における感染対策マニュアルの整備を通じて、職員の感染に対する考え方が整理されました。また、毎年のように感染症のアウトブレイクを経験している中で不十分であった実践的対策(手洗いの実施、タイミングなど)も改善したように考えられます。
 - 院内感染対策の重要性を再認識し、病院全体として取り組むきっかけとなりました。
 - 外部の方に現場を見ていただくことで、普段気が付かないような気付きがありました。
 - コストのかかる対策等にも、病院側への提案の根拠としてあげやすくなりました。
 - 院内で行っている事が妥当であり、また院内感染対策加算2の取得を勧めて頂いたことは、自分たちの自信にも繋がりました。ありがとうございました。
 - 外部調査が介入して頂けることで長らく改善できなかった事案が、改善できた。
- ・当ネットワーク会議の支援について、ご意見ご感想があれば、お聞かせ下さい。
- このような感染対策に対する支援を受けることができ感謝しています。それぞれのメンバーの方々もお忙しい中、時間をとっていただきありがとうございました。
 - サーベイランスの仕方と活用についての研修会を開催していただきたいです。
 - ホームページから、資料やリーフレット、マニュアル等をダウンロード出来たら良いと思います。
 - ネットワーク会議の支援を受けた病院、施設同士の意見交換、情報交換できる機会があると良いと思います。

●平成27年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容】（介護施設）

（利用者を使用している物品の消毒の必要性について）

- ・食事時に使用するエプロンやおしぼりを、0.02%ブリーチ液で浸し消毒してから洗浄、乾燥機にて乾かしています。
 - ・下用清拭タオルを使用後0.1%ブリーチ液に消毒し洗浄、乾燥機にて乾燥しています。
- 乾燥機の使用から、消毒は不要かどうか、相談したいのでよろしくお願い致します。

【回 答】

ご相談ありがとうございます。

今回の相談内容に挙げられている内容から、1. 乾燥機の使用による消毒効果、2. 使用後のエプロン、おしぼり、清拭タオル（下用）の洗浄・消毒方法、の2点についてアドバイスさせていただきたいと思えます。

1. 乾燥機の使用による消毒効果

はじめに、消毒方法についてガイドライン等で述べられていることを記載します。

「消毒方法には、主に熱による物理的消毒法と薬剤による化学的消毒法に分かれます。熱による消毒は、乾熱（乾燥した熱）の場合は160℃以上の高温でなければ殺菌効果は期待できませんが、湿熱（湿った熱、熱水）の場合は、80℃10分の処理で芽胞以外の一般細菌を感染可能な水準以下に死滅または不活性化できます¹⁾。」

貴施設でご使用の乾燥機が医療用リネン対応の熱水洗浄乾燥機であれば問題はないですが、一般的に使用されている乾燥機使用による熱処理のみでは消毒効果はないといえます。ただし、湿った洗濯物は細菌が付着しやすいため、増殖をさせないためにも早期の乾燥は有効であり、洗濯脱水後に乾燥機を使用することは良いと思えます。

2. 使用後のエプロン、おしぼり、清拭タオル（下用）の洗浄・消毒方法

使用済みリネンの洗濯については、日本の厚生労働省の推奨する条件は、「洗濯洗剤を使用し、80℃以上の熱水で10分以上」としています。CDCが推奨する条件は、「①温水洗濯では、洗剤を使用し71℃以上の熱水で25分以上」「②低水温洗濯（70℃未満）では正しい濃度で最適になるような洗剤を選ぶ」としています。

80℃10分の熱水で洗濯できる洗濯機を使用している場合はとくに問題はないのかもしれませんが、購入コストやランニングコストを考えると、日常的に使用している施設は非常に少ないと思われる。コストを考えると、次亜塩素酸ナトリウム（商品名ではキッチンハイターやブリーチなど）による薬液浸漬消毒が第一選択になりますが、ここで考えることは、すべての使用済みリネンが消毒を必要とするかということです。感染性の恐れがあるリネンとして、排泄物・血液体液汚染、薬剤耐性菌保菌者や活動性感染症（流行性角結膜炎、感染性胃腸炎など）の場合は消毒の必要性があります。感染性の恐れが低い場合は、洗濯洗剤を用いた洗浄とすすぎ、乾燥で十分汚れを取り除くことができますので、消毒が必要か否か、を考えた対応がとれるように見直すことも、無駄にマンパワーやコストを使わずにすむ方法といえます。では、エプロン、おしぼり、清拭タオルについて、それぞれの洗浄・消毒方法を具体的に挙げてみます。

エプロン：通常は、洗浄⇒すすぎ⇒乾燥の洗濯工程で良いと思えます。ただし、感染性胃腸炎が疑われる嘔吐による汚染時は、汚染物を取り除いたあと、洗浄⇒消毒⇒すすぎ（すすぎ時に次亜塩素酸ナトリウムを混ぜてもよい）⇒乾燥の洗濯工程をとることを必要とします。感染性胃腸炎の流行期や罹患中の

入所者には、ディスポ製品を導入することも一手かと考えます。

おしぼり：流行性角結膜炎（EKC）のアウトブレイクやセラチア、バチラスなどの血流感染の報告もあり、洗淨⇒消毒⇒すすぎ（すすぎ時に次亜塩素酸ナトリウムを混ぜてもよい）⇒乾燥を行うことが必要です。

清拭タオル：排泄物が付着したタオルから、耐性菌やクロストリジウム・ディフィシル（CD）関連下痢症の感染が広がる可能性がありますので、汚染物を取り除いたあと、洗淨⇒消毒⇒すすぎ（すすぎ時に消毒を混ぜてもよい）⇒乾燥の洗濯工程をとることを必要とします。

下用清拭タオルは、排泄物が付着した状態では消毒効果が得られにくいため、付着物を取り除く、軽く水洗いするなどの予備洗淨が必要となります。その際には個人防護具等を使用し感染防止に努める必要があります。施設内感染拡大防止のためにも費用対効果をご検討していただくこと、下用清拭タオルのリースできればディスポ化導入をお勧めいたします。

今回の相談を機会に、貴施設リネン類の使用前の保管方法から使用後の処理までの流れをマニュアル化し、十分な衛生管理をされることをお勧めします。最後にガイドラインに取り上げられている消毒法、洗濯の基本を下記に記載します。

1) 「消毒と滅菌のガイドライン」(2011年)による微生物や血液体液排泄物で汚染したリネン類の消毒法と消毒例²⁾

A 80℃の熱水で10分間以上の洗濯処理を行う方法

B 次亜塩素酸ナトリウムなどの塩素系消毒薬を加えて洗濯を行う方法

例：B型肝炎ウイルスなどの汚染が考えられるリネンは、1,000ppm(0.1%)次亜塩素酸ナトリウム液に30分間浸漬する。その他の場合には200ppm(0.02%)に5分間以上浸漬する。

C その他の消毒薬を加える方法

例：塩素系消毒薬の漂白効果により影響を受けるリネンは、0.1%ベンザルコニウム塩化物液、0.1%ベンゼトニウム塩化物液または0.1%アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩液に30分間浸漬する。

D すすぎの段階で次亜塩素酸ナトリウムを使用する方法

例：100～200ppm(0.01～0.02%)次亜塩素酸ナトリウム液のすすぎ水に5分間浸漬する。

2) 「消毒と滅菌のガイドライン」(2011年)による洗濯の基本²⁾

A 感染性の低いと考えられるものから洗濯する

B 汚れの少ないものから洗濯する

C 洗濯物の材質や汚れ具合に応じた洗濯時間、洗濯方法、使用洗剤、すすぎの回数などを工夫する

D 漂白剤、酵素系洗剤など適当なものを選択する

引用・参考文献

1) 消毒と滅菌のガイドライン 編集/小林寛伊 2011年 へるす出版

2) 消毒用テキスト エビデンスに基づいた感染対策の立場から 第4版

指導/小林寛伊 監修/大久保憲 執筆/吉田製薬文献調査チーム 2012年 協和企画

平成27年 7月9日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

■平成27年度院内感染対策講習会開催結果概要■

- 開催日時 平成27年11月29日(日) 14:00～16:30
 ○開催場所・参加人数 石川県立中央病院 健康教育館 大研修室 126人
 ○参加者内訳

医療従事者						介護職	行政	その他	合計
医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	その他医療職	小計				
14	66	7	11	1	99	8	10	9	126

○アンケート

回答数	回答率
89	71%

・講習会は参考になりましたか？

大変参考になった	まあまあ参考になった	あまり参考にならなかった	どちらともいえない	未回答
65	18	0	2	4

- ・今回の講習会の中で「今後の院内感染対策の参考になる」と思われた事項がありましたらご記載ください。
 ○アウトブレイクの課題報告 病院で取り組むことが具体的にまとめてあったこと
 ○N95マスクと言えども、しっかりフィットしていなければ何ら効果は見込めないの、手順に沿った着用が重要になってくることを理解でき、有意義でした
 ○N95マスクの着脱の仕方を当院の勉強会に取り入れればよいなと思いました
 ○高齢者の結核の感染対策——水際対策、外来トリアージの重要性
 ○高齢者の結核事例での発覚の流れ、症状の他に既応歴の把握が重要であること
 ○感染発生時の対応やマスク装着方法等について参考になりました。水際対策として基礎疾患を多くかかえる高齢者と接するため、適切な観察と対応が必要であると再確認しました

・今後、本ネットワーク会議の実地支援を活用したいと思いますか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
17	41	13	0	5	3

・今後、本ネットワーク会議の相談窓口を活用したいと思いますか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
12	52	7	0	6	2

・今度の講習会について、ご要望等がございましたらご記入下さい。

- インフルエンザの感染対策
 ○ノロウイルス、新型インフル感染症の具体的対応
 ○ESBLが理解できず…。院内でも一時的に流行したので、講習あればと思います
 ○吐物処理、環境清拭の実技指導付き講習会
 ○ラウンドで改善した事例の報告
 ○介護士向けの少し優しいテーマもあると嬉しいです
 ・本ネットワーク会議の活動に対しご意見等がございましたらご記入下さい。
 ○吐物処理方法や院内環境清拭方法などの実技指導付きDVDの作成をお願いいたします
 ○過去の講習会などネットで見れますか？

平成27年度石川県院内感染対策支援事業概要

平成28年3月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
