

平成 29 年度 院内感染対策支援 事業概要

平成 30 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 28 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 29 年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成 30 年 3 月現在・職種別五十音順）

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 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 教育研修部長）
竹田 正廣（小松市民病院 内科担当部長）
中積 泰人（金沢市立病院 中央診療部副部長）
西 耕一（石川県立中央病院 診療部長）
渡邊 珠代（石川県立中央病院 診療科長）
米山 宏（浅ノ川総合病院 内科医長）

薬剤師 リーダー 池田 浩幸（城北病院 薬剤部）
多賀 允俊（金沢医科大学病院 薬剤部）
田淵 克則（金沢医療センター 治験主任）
中出 順也（金沢大学附属病院 薬剤部）

看護師 リーダー 江波 麻貴（浅ノ川総合病院 感染対策管理者）
池田 恵子（城北病院 医療安全管理室看護師長）
小森 幸子（加賀市医療センター 感染管理室看護師長）
佐分 稲子（やわたメディカルセンター 医療安全対策室感染管理担当課長）
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）
藤川 真佐子（県立中央病院 医療安全管理室主査）
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 新川 晶子（石川県立中央病院 医療技術部検査室技師長）
金谷 和美（金沢医科大学病院 中央臨床検査部）
坂上有貴子（公立松任石川中央病院 医療技術部検査室副技師長）
千田 靖子（金沢大学附属病院 感染制御部）

2) ネットワーク会議開催日

第 1 回 平成 29 年 7 月 27 日 於：石川県庁

第 2 回 平成 30 年 3 月 8 日 於：石川県庁

Ⅱ. 平成 29 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 1 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 29 年 8 月 24 日～平成 30 年 1 月 11 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 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又は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 29 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 29 年 8 月 24 日	許可病床数： ～199 床	医師：中積泰人（リーダー） 薬剤師：多賀允俊 看護師：江波麻貴、野田洋子 臨床検査技師：坂上有貴子	7～13p ・ 別添 1
平成 29 年 9 月 29 日	許可病床数： ～199 床	医師：竹田正廣（リーダー） 薬剤師：田淵克則 看護師：藤川真佐子、佐分稲子 臨床検査技師：新川晶子	14～21p
平成 29 年 10 月 5 日	許可病床数： ～199 床	医師：太田和秀（リーダー） 薬剤師：中出順也 看護師：小森幸子、中村洋子 臨床検査技師：金谷和美	22～25p ・ 別添 2
平成 30 年 1 月 11 日	許可病床数： ～199 床	医師：米山宏（リーダー） 薬剤師：池田浩幸 看護師：池田恵子、藤本淑子 臨床検査技師：千田靖子	26～29p ・ 別添 3

● 平成 29 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	1 施設	3 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	1 施設	3 施設	なし

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・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	アドバイスイレポートの作成	<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、アドバイスイレポートを作成。 	

2. 院内感染対策実地支援後の取組状況調査事業

(平成 28 年度実地支援実施病院対象)

平成 28 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 29 年 10 月

調査対象 4 病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 30～48p

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 29 年度の相談件数は 2 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、委員長が確認の上で回答

相談内容・回答

(1) 透析室の整備における院内感染対策について (50p)

(2) 感染マニュアルの改正に係る感染対策カ所の記載について (52p)

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 29 年 11 月 5 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 講演「当院における麻疹患者への対応と課題」

講師：太田和秀委員、野田洋子委員（石川県院内感染対策支援ネットワーク会議）

講演「麻疹発生時の金沢市保健所の対応」

講師：金沢市保健所地域保健課感染症対策係 主査 折坂聡美 氏

講演「麻疹患者への対応と課題～行政の立場から～」

講師：石川県健康推進課感染症対策グループ 主幹 四方雅代 氏

特別講演「麻疹・風疹の現状と対策－輸出国から輸入国へ－」

講師：川崎市健康安全研究所 所長 岡部信彦 先生

開催結果概要は 54～55 p 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再ラウンドに係る

アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成 29 年 8 月 24 日（木）13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～199 床

支援実施者／中積 泰人（医師・リーダー）、多賀 允俊（薬剤師）、江波 麻貴（看護師）、
野田 洋子（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. 感染対策に関わる組織構成において、医療安全管理部門と感染制御部門の位置づけを明確にし、ICT を含めた系統だった組織図の見直しが必要と思われました。
2. 院内感染対策委員会の委員長を病院長がされています。また、実践の感染対策においては、臨床検査技師が院内感染管理者で中心的な役割を担っておられますが、日常業務の傍ら院内全体の感染対策を担っていくには、膨大な労力だと思われま。現場からの情報集約、迅速な対応等を実施するためには、ICT のリーダーを医師が担当し、専従ないし専任のスタッフ（ICN など）を配置することが望ましいと考えられますのでご検討ください。
3. 院内感染対策委員会の委員出席簿がありませんでした。出席率等一目でわかるように管理されると良いです。
4. 感染対策における患者への検査・隔離・対策の説明について、電子カルテに記載されており、インフォームドコンセントがとられていました。

II ICT活動について

評価：(B)

1. 2.1.1 マニュアルの項目において、院内感染で問題となりやすい医療関連感染対策（血流感染・尿路感染・人工呼吸器関連肺炎など）、4 種ウイルス感染症（麻疹・水痘・風疹・ムンプス）の対策についても掲載されると良いです。
 2. 2.2.1 感染管理に重要と思われる微生物の動向について、専任者が週報や月報で把握していました。異常の早期発見・早期対応に向けて日常的に把握し、介入できるような体制の構築をご検討ください。
- 2.5 ICT ラウンドは、1 回/週、環境ラウンドを行っていました。現場でどのような感染対策が実施されているか確認する（経路別対策など）ラウンドも取り入れるこ

とをお勧めします。また、ICT ラウンドではマニュアルに記載内容の実施状況を確認します。ラウンドチェック項目は感染対策マニュアルと整合性が取れるような項目としてください。

3. 2.6.2.2 全体研修において、同一の内容を 2 回実施して出席率向上を目指していましたが、100%には近づけないとのことでした。上映会や DVD 視聴、オンデマンド等多側面からアプローチし、100%の参加率を目指してください。全体研修のテーマについては、ICT ラウンドでのフィードバックや周知事項、など院内における感染対策に関わる内容とされると、より多くの職員に興味をもっていただけると考えます。
4. マニュアルの記載が、ガイドライン的な表現が見受けられます。具体的に現場が実践可能であるよう写真、フローチャート、現在使用されている物品を記載するなど、一目で理解しやすいものを作成されることをお勧めします。

【院内感染防止マニュアルについて】

- P4-5
患者の処置・ケア 結核も通常と同じ対応です。
空気感染予防策では、マスクはすべて N95 マスクを使用します。
- P8
空気感染の経路でレジオネラ肺炎（一次感染）のみの記載は、通常の空気感染と誤解されてしまう可能性があります。ヒトからヒトへの感染はなく、病院環境からの感染（主にエアロゾル吸入）であり、別項目に記載するか、削除するかご検討ください。
- P10
アウトブレイクの基準を下記の通知を参考に見直してください
厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「医療機関における院内感染対策に関する留意事項」（医政指初 1219 第 1 号 H26.12.19)
- P13
図の①には「消毒薬約 3mL を手掌に取ります」とありますが、下から 7 行目には「1) ゴージャーを 2 プッシュ（約 1.3mL 以上・・・）」と記載があります。液状タイプでは約 3mL 必要ともされていますが、貴院で使用されている手指消毒薬はジェルタイプ（ポンプ式）でしたので、1 プッシュで必要量（15～20 秒擦式しても乾燥しない量、約 1.2mL）が吐出されるのではないかと考えられます。製造会社に、必要量は 1 プッシュなのか 2 プッシュなのか、手指消毒に必要な量（mL）、擦式に必要な時間（秒）、をご確認ください。また、併せて、下から 1 行目の「十分乾燥させる」を「〇〇秒以上擦式する」に修正をご検討ください。
- P17
針傷・切傷を受けた場合は絞り出しせず、流水で傷口を十分に洗いながす。
消毒は不必要です。
- P22
血液・体液・排泄物を物理的に除去せずに次亜塩素酸ナトリウム液を使用するには 0.5～1% の濃度が必要とされています。実際は、汚染後直ちに 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で処理しているのでは無く、汚染後血液等を除去した後に 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液で処理しているとのことでしたので、「血液・体液、排泄物を除去した後に 0.1%次亜塩素酸ナトリウム液・・・」に修正してください。

• P24

滅菌前の高水準の消毒は不要です。滅菌前は、洗浄により適切に汚染を除去後、乾燥が必要です。また、洗浄工程まで時間を要する場合は、血液などタンパク質の固着防止のために、器具用蛋白凝固防止剤のご使用もお勧めいたします。

参考資料：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

• P25

「5) マットレス」となっていますので「マットレス」に修正ください。

• P25

「7) アルコールワッテ缶：・・・」となっておりますが、単包式アルコール綿の導入をご検討いただき(詳細は III 17. 参照)、当該項目は削除するようご検討ください。

• P38

バンコマイシン投与前に血液培養検査及び喀痰培養検査が行われていれば、投与前の再度の検査は必ずしも必要ありません。

• P40

結核の対応は通常の消毒で問題ありません。

• P41

塗抹陰性で培養陽性の場合、核酸同定検査の結果が出るまでは結核としての対応が必要であり、原則として患者はサージカルマスク、職員は N95 マスクを使用します(IV 1.参照)。

• P62-3

0.02%と 0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液の調製方法例として、それぞれピューラックス 1.6mL と 8.3mL 添加すると記載されていますが、1.6mL や 8.3mL は計量しにくいと思います。また、次亜塩素酸ナトリウム液の原液(ピューラックス等)は室内散乱光下での保管により 12 週間後には 85%まで濃度低下しているとの報告もあります。調製の利便性や濃度低下も考慮し、1.6mL を 2mL に、8.3mL を 10mL に変更しては如何でしょうか？

• P64

「3) 環境衛生に注意し・・・次亜塩素酸ナトリウムにより清拭消毒をする。」と記載されていますが、濃度の記載が抜けていますので、濃度の記載をお願いいたします。なお、*Clostridium difficile* に対しては少なくとも 0.1%の濃度が必要とされています。

• P65

下から 5 行目「投与量を調製する」となっておりますので「投与量を調整する」に修正ください。

• P65 と P66

「腎排泄型」「腎障害時の抗菌薬種類別用法」となっておりますのでそれぞれ「腎排泄型」「腎障害時の抗菌薬種類別用法」に修正ください。

• P66

「TC 系 (MONI) を除く」となっていますので「TC 系 (MINO) を除く」に修正ください。
「TDM は該当患者の・・・その啓示的な」となっていますので「継時的な」に修正ください。

• P67

「トラフ値：投与前の値が 10~15 μ g」となっていますが、抗菌薬 TDM ガイドラインでは「複雑性感染症においては、TDM に基づいた投与量の調整の段階で、必要と判断すればトラフ値は 15~20 μ g/mL を目標とした投与設計を行う」とされています。貴院での VCM

の使用指針（15～20 $\mu\text{g}/\text{mL}$ が必要な症例では他剤に変更する等）に合わせ「トラフ値：投与直前の値が10～20 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 」に修正することをご検討ください。

「【PK/PD パラメーター】」となっていますので「【PK/PD パラメータ】」に修正ください。
「暴露量」となっていますので「曝露量」に修正ください。

• P68

「消毒剤の使用一覧表（在庫品目）」でディスオーパが環境に対して Δ （注意して使用）となっていますが、新版 増補版 消毒と滅菌のガイドラインでは環境に対しては使用不可となっています。同様に、ピューラックスが人体に対して Δ （注意して使用）となっていますが、ガイドラインでは使用不可となっています。その他の項目についても全面的に見直しをお願いいたします。

• P74

カルバペネム系抗生剤の使用届に「(事後でも結構です)」と記載がありますが、本来、抗菌薬の使用届は、処方する際にその抗菌薬を使用する意義（その抗菌薬を選択する理由）を検討して頂くためのものですので「事後でも結構です」は削除するようご検討ください。

• 感染症法に基づく発生届についての記載がマニュアル中にありませんでした。記載が必要です。一覧表にしておくと思えます。

【ラウンドチェック表について】

- 種々の項目に「適切に」との記載がありますが、やや具体性に欠けており、専門家以外には「適切」の基準が分からないと思いますので、より具体的な記述にするようご検討ください。
- 「調製した輸液が6時間以上室温放置されていない」との記載がありますが、6時間を限度とした場合6時間を超えてしまうことがあるかと思えます。業務の流れもあるかと思えますが、新版 増補版 消毒と滅菌のガイドラインでは輸液の作り置きは最大6時間までとされていますので、「最大6時間まで」を遵守できるよう、より厳しい基準への変更をご検討ください。

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)

1. 3.1.1 外来トリアージの際、発熱等の風邪症状のある方にマスクをお渡しするシステムになっており、病院入口での感染対策の取り組みが伺えました。感染性胃腸炎も含め、季節を問わず注意喚起が必要ですので、共に啓発ポスターの掲示、トリアージを行ってください。感染者対応の部屋については、換気が適切に作動されているかのメンテナンス、受診後の流れ（会計、薬受け取り）をマニュアルに記載し、周知してください。
2. 3.1.2.2 手荒れ対策において、自己管理するよう呼びかけをされているとのことでした。手荒れで適切な手指衛生ができない方や傷口が感染源になりますので、施設として手荒れ対策用品の提供をご検討ください。
3. 3.1.2.3 手指消毒剤の使用量モニタリングを払い出し量から空ボトル回収方法に変更し、集計を開始されていました。加えて、適切なタイミング・方法で実施されているか現場をICTラウンド等で直接観察することも効果的です。調査結果については、目標値を定め、現場のモチベーションアップのためにも院内全体にフィードバックされるといいでしょう。
4. 3.1.3 メチシリン耐性 CNS 分離患者の感染対策は標準予防策の遵守です。医療器具の専用化等の接触感染予防策は不要です。

5. 3.1.4 院内全体の清掃が行き届いていました。しかし、清潔物品と汚染された物品やベッドサイドから持ち帰った物品が交差するエリアがありました。別紙を参照いただき、改善してください。
6. 3.1.5 経路別対策の表示がされていませんでした。誰もが正しい対策を実施できるように表示やPPE着脱に関するポスターで啓発されると良いでしょう。
7. ラウンドの際、個人用防護具の適切な着脱が不適切な職員の方を確認しました。あらゆる微生物が手袋に付着すると共に様々な物品や環境を汚染させる可能性があります。適切なタイミングと方法で個人用防護具を着脱できるよう教育、指導、トレーニング、実施状況の確認を行ってください。
8. 吸痰・口腔ケアの必要な患者のベッドサイドに設置されていたPPEは、手袋のみでした。適切な対策を実施するため、必要な個人用防護具（フェイスシールドマスク、ガウン、エプロン）は全て設置されると良いです。標準予防策であれば、室内で汚染されないよう設置、感染経路別予防策であれば室外での装着、外す際は患者スペース内となります。
9. 個人用防護具は使用毎に着脱しなければならず、現在看護師が使用している布エプロンでは代用できません。また液体を透過しない素材を選択してください。必要な場面で、着脱できるビニールエプロンの導入をご検討ください。
10. 3.3.2 微生物検査は外部委託ですが、血液培養陽性時、抗酸菌染色陽性時にはFAX、電話連絡が届く連絡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、検査室からの連絡体制も整っていました。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な役割は果たされていると思います。
11. 血液培養陽性時、抗酸菌染色・遺伝子・培養検査陽性時等の報告体制はマニュアルに記載ありましたが、フローチャートにし、掲示をおこない検査室内でも周知されるとよいと思います。
12. MRSA、ESBL 産生菌疑いなどの耐性菌分離数は月報のみ病棟別記載がありました。週報でも耐性菌は検出された病棟の記載があると発生動向が迅速に把握できると思われます。
13. アンチバイオグラムを作成されていましたが、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年毎に集計すべきですが、少ない菌種の場合は期間を延長して集計されるとよいと思います。また、すべての菌種ではなく、分離割合が多い菌種を選択されるとよいと思います。
14. 多剤耐性グラム陰性桿菌（ESBL産生菌、カルバペネマーゼ産生菌、メタロβラクタマーゼ産生菌など）の確認試験は外部検査機関に依頼されていないようですが、今後検討いただければと思います。
15. 検体は密閉容器で搬送されていました。容器の設置場所は清潔区域ではなく、非清潔区域におくことが望まれます。また、容器の定期的な清掃を行なってください。
16. 検体検査、生理検査で白衣の区別がなく、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。ご検討ください。
17. 3.4

【病棟】

軟膏つぼ内にアルコール含浸綿を作成（1日1回交換）されていましたが、軟膏つぼはしっかりと閉めなければアルコール揮発を受けやすく、閉め忘れ等により著しく

消毒効果が低下する恐れがあります。またアルコールはプラスチック劣化作用もあり、劣化したプラスチックがアルコール綿に付着する可能性も否定できません。消毒効果の保証・注射薬への異物（プラスチック片等）混入のリスク軽減のためにも単包式アルコール綿導入をご検討ください。

18. 薬品保管庫が家庭用冷蔵庫となっていました。家庭用冷蔵庫は温度設定が厳密に行えず管理が適切に行えないため、薬品用冷蔵庫の導入をご検討ください。また、薬品保管庫の温度管理の記録が抜けている日がありました。さらに、温度計の設置場所の影響も疑われますが、温度の記録が 10℃となっていた日もありました。保管する薬品により異なりますが、インスリン等では 2～8℃での保存が必要とされています。貴院のラウンドチェック表では「6. 保冷庫の温度管理が適切になされている（5℃以下、凍結していない、温度管理表がある）」となっていますので、適切な薬品管理と共にラウンドでの確認・指導をお願いいたします。また、ラウンドチェック表の温度の見直しもご検討ください。
19. 貴院ではピューラックス（次亜塩素酸ナトリウム液）の希釈濃度を 0.1%に統一されておりラウンド中にも調製濃度が周知されていることが確認できました。一方で、希釈液の保管容器がペットボトル（透明・キャップ付き）であり、実際に希釈液の濃度を測定したところおよそ 0.06%となっていました。ノロウイルス、*Clostridium difficile* 等の微生物に対しては少なくとも 0.1%の濃度が必要とされており、この希釈液を使用すると効果不十分となる恐れがあります。保管容器の見直し（遮光保存の可能な容器）や、0.1%次亜塩素酸ナトリウム製剤採用のご検討をお願いいたします。
20. 注射薬調製時に手袋が着用されていませんでした。速乾性手指消毒薬を用いた手指消毒を行えば、手指細菌数はかなり減少しますが、未滅菌のディスポーザブル手袋の付着菌数の方がはるかに少量とされています。このため、未滅菌のディスポ手袋を着用していれば、たとえ知らず知らずのうちに手指が注射針刺入箇所に触れてしまっても、その刺入箇所の微生物汚染のリスクを軽減することができます。また、2008年10月1日～2014年6月25日に、抗菌薬 A の調製を行った看護師 2 名に、アナフィラキシーショック、蕁麻疹等の過敏症状が発現したと報告されており、その内 1 例は、手袋なしで調製した際にアナフィラキシーショック、心肺停止、肺気腫を認めたと報告されています。このため、調製者の安全を守るためにも、注射薬調製時の手袋着用を徹底をお願いいたします。

【薬剤部】

21. 半錠調剤時等は調剤前に手洗いを行っているとのことでしたが、一般的に目に見える汚れが無い場合には手指消毒薬による手指衛生が推奨されます。半錠調剤時の手指衛生を実施しやすくするために、近くに手指消毒薬の設置をご検討ください。

IV 職業感染対策について

評価：(B)

1. 結核（疑い含む）対応の際、結核確定後に N95 マスクを装着しているとのことでした。検査で陽性とわかる前のケアや処置（吸痰など）時の曝露防止のため、疑いの時点で N95 マスクを装着する必要があります。早急に見直し、周知・徹底されることをお勧めします。また、シールチェック、フィットテスト、装着トレーニングは必要です。

2. 血液や体液に触れる際の手袋の装着、飛散リスクのある処置時のゴーグルの防護具装着について、職員によって遵守が異なるとのことでした。標準予防策の教育と指導、トレーニングや実施状況の確認をお願いします。
3. 針刺し切創粘膜曝露対策については、発生状況の分析、改善策、周知をおこなう担当部門を明らかにし、発生報告が一元化されるようにしてください。
対応方法はフローチャートなどを活用され、表示されるといいでしょう。
HIV 対応については、発生後は近隣の病院の対応となるようですが、発生してから、時間外を含め、誰が報告を受け対応するのか、など具体的に明文化してください。日常的に発生しないケースだからこそ、発生時に現場が混乱しないような体制づくりをお願いします。針刺し切創時、HIV 検査については、2 時間以内に対応が必要となります。患者説明、採血、結果待ち時間、その他の対応時間を考えますと早急な対応を可能とする体制を整えておく必要があると思われれます。また、検査外注業者と打ち合わせをしておくこともお勧めいたします。

支援実施日／平成 29 年 9 月 29 日(金)14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～199 床

支援実施者／竹田 正廣(医師・リーダー)、田淵 克則(薬剤師)、藤川 真佐子(看護師)、佐分 稲子(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)

- ・ 組織的な管理システムは遂行基準をみたしていると思われます。ラウンドの記録や PPE の装着率の調査のまとめなど活動内容を把握できる資料もきちんと整理されていました。多岐に渡るサーベイランス、JANIS への参加、スタッフへの教育、TDM 業務等、日々感染対策に取り組んでいることも確認できました。
- ・ 一方で、様々な集計や記録関連の業務もあるため、ICN が病棟師長兼任で専任として業務を遂行することはかなり大変だと思われます。専従としての枠を組織として確保されるとなお良いかと思いました。その際には、事務局を薬剤部に置くのではなく、情報を ICN に集約されると効率的で良いのではと思いました。
- ・ 清掃関係等外部スタッフの代表も委員会に加えられたら如何でしょうか。

II ICT活動について

評価:(B)

【ラウンド】

- ・ 決められた職種と人数、日程で行われていました。又、年間計画に基づき、毎週院内のラウンドを実施されていますが、病棟は毎週されているのに対し、他部署のラウンドが 1 回/年のようです。ラウンドによる指導などがあると思いますが、その改善状況を確認するためにもラウンドの回数を増やすことをお勧めします。
- ・ 細菌検査が院外であれば、耐性菌が判明する前から標準予防策が徹底されているか、耐性菌が判明した時点で適切な経路別予防策がタイムリーに開始しているか確認が必要と思います。
- ・ 全職員参加が義務付けられている研修の開催方法に工夫がみられての参加率 98%は大変素晴らしいと思います。今後も継続してください。

【マニュアル】

- ・ 全体的に法律的な内容や教科書的な内容が多いように思います。能美市立病院に必要な内容に特化して、いつでも現場のスタッフがすぐに活用できるように簡潔明瞭に、すぐに探せる、見やすいフォントにしたらいとと思われます。又、全体的に小さくまとめられていて、逆に字が小さく見づらい印象です。上下やサイドの空白欄をもっと少なくして内容が見えやすい工夫がされるとよいと思われます。字が多いので、写真や表なども取り入れてスタッフに見てもらえるマニュアルにされるとよいのではないのでしょうか。
- ・ 周術期抗菌薬について:術前投与と追加投与について記載があり、施設で取り決めがされており、良いと思いました。ただ、一部の術式ではセフォチアムが使用されるケースがあり、理由ははっきりしていないとの事でした。国内、国外のガイドラインを参考にすると、清潔手術で抗菌薬を使用する

場合は、セファゾリンが推奨される事が多いのですが、一度、ガイドラインを参考に周術期抗菌薬について、診療科の先生と内容の確認をしておいてはいかがでしょうか。ただし、院内のデータ等で、セフォチアムを使用することの優越性があるのであれば、それはそれで良いのかと思います。

- ・ 抗インフルエンザ薬予防投与方法について(141ページ) : Ccr < 10ml/分、特に透析の際にはオセルタミビルTMの投与方法が院内マニュアルに定められていません。これは添付文書通りで正しい事ですが、ご施設では透析を行っているので、治療・予防投与方法については院内の取り決めがあっても良いのではと思いました。製薬会社のホームページには、少数透析患者で実施した臨床試験のデータも公開されているので、それらの見解も合わせて、院内で取り決めをしておいてはいかがでしょうか。
- ・ 抗 MRSA 薬、広域抗菌薬の届出について: 抗 MRSA 薬、広域抗菌薬については、届出制をとっており、特に提出頂けない医師もいないとの事で、書類については特に問題ないように感じました。ただ、提出書類の内容を確認したところ、検出された菌に対して、選択された抗菌薬の有効性に疑問がある症例、検出菌がコンタミの可能性が高い症例などが散見されましたので、今一度、チームで抗菌薬ラウンドに取り組まれてはいかがでしょうか。
- ・ JANIS 検査部門について: アンチバイオグラムを作成した後、自施設で検出される菌の耐性率について評価されると良いと思われます。JANIS の検査部門では、全国から収集された菌の耐性率が公開されています。公開情報から得られた情報と、自施設のアンチバイオグラムとを比較して、菌の薬剤耐性率が全国と比べてどのような位置付けにあるか、ある程度状況把握することができそうですので、まずは確認してみてもいかがでしょうか。
- ・ 13 ページ リンクスタッフ委員会規定で目的役割と審議事項が同じ内容です。
- ・ 16 ページ以降 感染症の届出で、5 類感染症の麻疹と侵襲性髄膜炎菌感染症は直ちに、風疹はできるだけ早くに保健所へ届け出が必要です。
- ・ 新型インフルエンザ等感染症は 1 項目で、新型インフルエンザや再興型インフルエンザの表記はなくなりました。
- ・ 33 ページ 経路別予防策にウイルス性出血熱の表記は、必要でしょうか。ご検討ください。
- ・ 41 ページ アウトブレイクでは、多剤耐性菌の同一菌株と思われる感染症の発症症例となっておりますが、入院中に感染し定着してしまい検出することもあります。それも医療関連感染なので、発症しなくても ICT は注意すべきと思います。
- ・ 66 ページ 消毒方法が明示されていますが、最初に行う洗浄を十分に行うことが重要であることをもっと目立つように表示が欲しいと思います。(私達感染対策に通じたものは当たり前でも、そうでない職員はわかりません。すぐに消毒薬に入れてしまう方もいます。)
- ・ バイドブロックが熱水洗浄となっておりますが、かみしめたバイドブロックについての菌型の中に微生物が残存している可能性があります。ディスポか AOG が主流だと思います。バックバルブマスクは使用毎にアルコールでの清拭となっておりますが、次亜塩素酸ナトリウムか耐熱性がある物は AOG 処理と推奨されていると思います。
- ・ 次亜塩素酸ナトリウムの濃度が、一般細菌を対象での環境消毒では 0.02% から 0.1% でよいと思います。エンベロープの無いウイルスや芽胞菌による感染症が発症した時の環境では、0.1% 以上が必要なので、分けて記載されてもよいかと思います。
- ・ 感染経路別予防策実施患者は、陰部洗浄をせず清拭や面会禁止など、過剰な対応が時々見受けられますので、ご検討の上、訂正が望まれます。
- ・ 95 ページ MDRA 患者の外来対応も過剰のように思います。標準予防策でよいと思います。(入院したら厳重な接触感染防止策でよいと思いますが)
- ・ 103 ページ MDRP と CRE が混在しています。

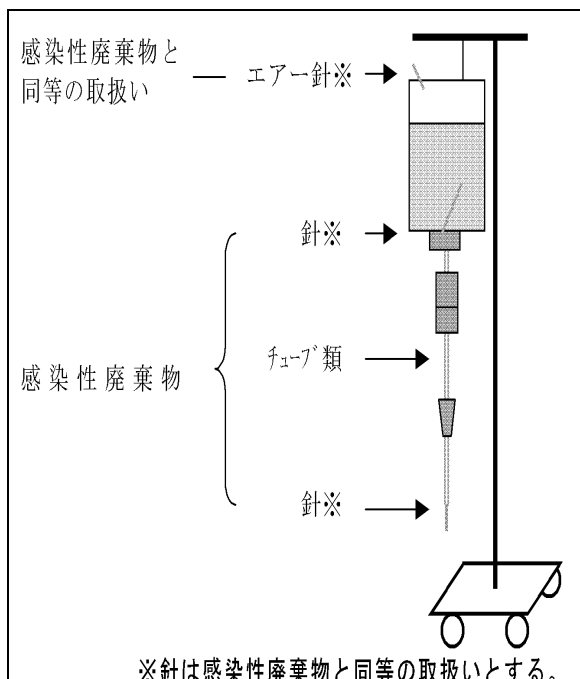
- ・ 外来患者は誰が何を保菌しているかわかりませんので、徹底した標準予防策で周知がいいのではないのでしょうか。

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)

【ミキシング台など】

- ・ ミキシング台周辺の清潔エリア・不潔エリアまたは清潔物品と不潔物品の交差がありましたので、配置をご検討ください。
- ・ ミキシングスペース上にマジックやハサミ、環境クロス保管カゴがあり、そのカゴの中にホコリを認めました。カゴの中の物を使用することでミキシング台にホコリが落下します。
- ・ ミキシング台の下にある引出内の整理に紙箱を多用し、長期使用しているようでした。紙は微生物の培地となり易いので、洗える・または環境クロスで拭ける素材のモノに変更することをお勧めします。
- ・ 患者エリアで使用していた紐付き洗濯バサミが、ミキシング台の下の引出に未使用のボトルとともに収納されていましたが、不潔物品です。紐付きのままということは再利用すると考えられますが、交差感染にもなります。
- ・ ディスポ注射器が満杯に引出に補充されていましたが、開閉時に袋の破たんのリスクがあります。また常に満杯にする習慣では補充する際に前からあったモノが残ってしまい有効期限切れの恐れもあります。ある程度、空になってから補充するくらいにしてもいいかと思われます。
- ・ 搬送された滅菌蒸留水のようなプラボトルが、段ボールに入ったまま棚の上に置かれていました。大きな段ボールは、運送中に土壌の虫・卵、微生物で汚染していますので、大変不潔なモノです。外界に触れた段ボール類は、医療エリアに保管しないのが望ましいと思います。または保管場所をご検討ください。
- ・ 感染性医療廃棄物容器に点滴セットをつけたままの点滴ボトルが廃棄されていました。点滴セットは感染性医療廃棄物でいいのですが、点滴ボトルは血液が逆流していなければ廃プラスチックで可能です。廃棄する時に点滴セットを外して感染性医療廃棄物容器に、ボトルを廃プラスチックと分別すれば、感染性医療廃棄物の容器・廃棄コストが節約されると思います。(貴院のマニュアル46 ページも参照)



- ・ 感染性医療廃棄物容器が、針捨て容器専用とその他の感染性廃棄物と2種類並んで配置してありましたが、1種類だけでいいと思います。感染性医療廃棄物容器に廃棄したら、絶対に手を入れないのが原則です。別にする意義はないと思います。
- ・ 燃えるゴミ箱のすぐ横に未使用のアルコール手指消毒剤が保管されていましたが、不潔物品と未使用の清潔なモノが接触していますので配置をご検討ください。
- ・ 体温計などを使用後に清拭するウェットシートはボックスタイプに入ったシートを使用されていましたが、できれば医療用の清潔なアルコール綿での清拭をお勧めします。
- ・ 擦式消毒液の使用量は多いように思われました。空の容器を1ヶ月貯めていましたが、廃棄個数のチェックを行うことでよいように思います。空の容器を貯めておくことにスペースが取られていますし、保管の必要性はないように感じました。ジェルタイプでしたが、ポンプの出口に固まりが付着していました。

【薬品用冷蔵庫】

- ・ インスリンが毎月1日に交換となっていました。開封日から日が浅いと大変もったいないと思います。分割使用のインスリンは、ほぼ使用開始から4週間または1ヶ月の使用期限が多いと思います。開封後1ヶ月後を記載するのが、コストパフォーマンス的にも有用だと思いますので、ご検討ください。
- ・ ミキシング台の横にある冷蔵庫の上に物が置いてありました。冷蔵庫の上を毎日清掃出来ているでしょうか。冷蔵庫の上は埃が溜まりやすいので、上にある物を降ろす際に埃が舞って、ミキシング台が汚染する可能性があります。棚の上に物を置かないようにしましょう。

【物品管理】

- ・ 氷枕が多く使用されているようでした。棚に保管されていた氷枕の中には、まったく乾燥していませんでした。氷枕に残っている水は、水回りに多い緑膿菌など抗菌薬が効きにくいグラム陰性桿菌が繁殖している可能性が大変高い不潔な水であり、それに汚染している氷枕は不潔です。感染防止で多くの文献でも氷枕は望ましくなくアルコール等で拭けるアイスノンに変更が推奨されています。また製氷機内に氷を入れるスコップが入れたままで保管してあったのも大変不潔です。(CDCガイドラインでスコップは氷とともに入れてはいけないとあります。)早急に排除することを推奨します。

【汚物処理室】

- ・ 消毒液が病院用ハイターで0.1%に作成で設定した表示がされていました。具体的で確実な濃度の消毒液が作成されると思います。しかし、作成する側としては毎回計量カップ?で29500mlをカウントして作成は現実的ではないと思いますので、容器内に用意する水量の目印を表示されてはいたかがでしょうか。また毎日交換となっていました。希釈した次亜塩素酸ナトリウム0.1%では、有効期限はもっと長く使用可能です。交換頻度を減らすことで、ハイターや人件費のコスト削減になると思いますのでご検討ください。
- ・ 汚物処理槽に隣接して、洗浄・消毒乾燥させた尿器や蓄尿ビン置き場がありましたが、処理槽の汚水でせつかく清潔にしたものが汚染する可能性があります。仕切り板を大きいサイズのものに変更するか、場所の移動をご検討ください。
- ・ また尿器は患者様が直接手にすることがあるので、最下段でなく上の方に移動させた方がよろしいと思います。
- ・ 蓄尿袋を下げる場所にも使用前の蓄尿ビンがありますが、これも保管場所をご検討ください。
- ・ 療養病棟の汚物室に、オムツ処理用に新聞紙が棚の最下段に保管されていましたが、使用方法を

確認したところ、患者のベッドに新聞を置いて使用することでした。保管場所が汚物処理室の床から汚染する低い高さにありましたので、上段へ移動をお願いします。できれば新聞紙ではなく、ナイロン袋にすぐ入れて密閉し始末するように手順の変更をお勧めします。

- ・ 汚物処理室やナースステーションでも洗浄・消毒後の物品管理エリアが限られ、十分な乾燥ができない再汚染する状態が多いように感じました。熱水洗浄・滅菌が可能なベッドパンウォッシャーなど導入もご検討されることを推奨いたします。

【リネン類】

- ・ 汚染リネン類は全て蓋が設置されており、清潔リネンも下段には引出がセットされて不潔にならないように管理されており、大変良く管理されていました。
- ・ しかし、汚染したリネンをナイロン袋に個別に入れる際に細菌名を入れる必要はないと思います。細菌別にどのように業者の処理が行われているのか確認されてもいいかと思います。

【検査室】

- ・ 検査室内にアルコール手指消毒剤の配置が大変少なく、お尋ねすると流水手洗いを主流に行っているようでした。しかし除菌率から言うと、流水石鹼は約 30 秒から 1 分を行っても爽快感があるかもしれませんが、除菌率はわずかです。アルコール手指消毒剤は 95%以上の除菌率があります。自分自身が感染しないためにも、目に見える汚れが無ければアルコール手指消毒剤での手指衛生を第一選択で行う習慣をお勧めします。手指衛生に関するCDCガイドラインでも同様にのべられています。
- ・ 生理機能検査では、患者 1 人実施毎に手指衛生を行えるようにアルコール手指消毒剤の配置と習慣化するように周知をお願いします。
- ・ ポータブル検査や出血時間の検査にベッドサイドに行くときは、持参した物品が患者エリアで汚染させないためにも、持参する物品は最小限で、容器やワゴン類はアルコールなど環境クロスですぐに拭くようにしてください。
- ・ 血液培養検査を推進し、2 セット採取キャンペーン等の働きかけをしています。血液培養陽性の場合の報告体制をマニュアルに明記し、ICTでリアルタイムに把握できるようにして下さい。
- ・ 細菌学的検査は外部委託ですが、耐性菌の確認検査まで実施する契約となっており、ESBL産生菌やMBL産生菌も適切に検出されています。しかし、マニュアルに報告体制が明記されていないので、記載をお願いします。
- ・ 月ごとに検出菌の薬剤感受性率が報告されていますが、年間集計の感受性率表(アンチバイオグラム)が作成されていないようです。感染症に対する適切な抗菌薬選択に有用ですので、是非作成してください。
- ・ 検体の運搬容器が一部蓋のないものがありました。蓋付きの密閉容器に変更してください。(色について決まりはなく、患者様の目に触れない場合は透明でも差支えないと思います。)
- ・ 手洗い設備とペーパータオルは整備されています。患者様との接触の前後や、手洗い場への移動が困難な場合のために、アルコール手指消毒剤の設置及び携帯にもご考慮下さい。
- ・ 手袋およびマスクは整備されていますが、プラスチックエプロンが整備されていません。白衣に水しぶきが飛ぶような作業の場合、プラスチックエプロンを使用することによって、白衣の汚染を防ぐことができます。汚染された白衣のまま、患者エリアに行かないようにしましょう。
- ・ 検査室内の清掃でPCのキーボードについても一日一回アルコール含有の環境クロスで清拭をお願いします。

- ・ 出血時間のセットが紙箱にたくさん入っていました。紙箱は不潔になりますので、患者エリアに持ち込まないようにしましょう。一回分ずつトレイに準備しましょう。患者様の洋服をカバーするエプロンも汚れているようですので、廃棄して、ティッシュを多めに用意するのがよいと思います。
- ・ 心電図の電極について、ペーストが残ったままになっていましたので、一患者ずつふき取ってください。皮膚に汚染や傷がある場合は、使い捨てのシール電極を使用してください。

【処置室】

- ・ 採血のテーブルの上に多くのラミネートした注意書きなど一面に貼り付けてありました。採血で、微少な血液が飛んでいる可能性があるテーブルであり、貼り付けてあるポスターの境界に血液や埃などがたまりやすい状況です。テーブルの上はなるべく何もなく、アルコールで拭けるようにしておくのが望ましいと思われます。
- ・ 患者様が持参した自己注射・血糖測定関連の針など危険物を受け取る時は、窓口で直接看護師が手で受け取る手順のようでしたが、トレーを配置して直接手が触れないように工夫するのが良いと思います。患者様の持参した物が袋内でこぼれている可能性もありますので、針刺し防止のためにも導入をご検討ください。

【内視鏡室】

- ・ 汚物処理槽のすぐ横に清潔な内視鏡保管棚があったり、患者の手洗い・含嗽するシンクに未使用の清潔物品があったりと清潔・不潔の交差が多く認めました。配置をご検討ください。保管庫を移動する予定と伺いましたので、早急に移動をお願いします。
- ・ 吸引チューブは使用後、洗浄してすぐに取り付けているとのことでした。細いチューブであり、洗浄後の乾燥に時間がかかるのではないのでしょうか？

【薬剤部】

- ・ 乳鉢、乳棒など、調剤に使用している物品を洗浄し、自然乾燥していましたが、乾燥する場所が流し場の横で、水の跳ね等で汚染を受けやすい場所でした。乾燥する場所は水場から離れた場所が望ましいと思われます。どうしても場所が確保できない場合は、食器乾燥機など、上部が覆われたものを使用するという方法もありますが、洗浄中は結局、水の跳ねを防ぐことが出来ないのと、定期的な清掃が必要で、工夫が必要かと思えます。そのような点から、乾燥の場所について一度検討してはいかがでしょうか。
- ・ ダンボールの床置きがありました。直置きは避けてください。

【無菌調製室】

- ・ 現在は、高カロリー輸液の無菌調製は行っておらず、化学療法については、現在は対象患者さんがいないものの、薬剤部にて安全キャビネット内で調製しているとの事でした。
- ・ 手洗い場が安全キャビネットに近いと、水の跳ねによる汚染が懸念されます。可能であれば、手洗い場そのものを、安全キャビネットから離す事ができれば良いと思います。また、手洗いの水を流す際には握って回すタイプの蛇口でしたので、レバー式、あるいは電動式の蛇口に更新される方が望ましいと思います。但し、費用対効果という面があるとは思いますが、施設内で一度検討してはいかがでしょうか。
- ・ また、抗がん剤暴露のリスクを最小限にするために、抗がん剤の調製は、安全キャビネットの中に出し入れするものを制限された方が良いかと思えます。調製後廃棄されるような清潔物品は必要最小

限を安全キャビネット内に入れても良いと思いますが、保管するような注射箋などは安全キャビネット外で管理される方が良いかと思います。また、1人体制で調製を行う事は、カルテ確認や、緊急時の対応が困難になりますので、可能であれば2人体制で業務に携わる方が良いかと思います。

- ・ 薬剤の無菌調製と、抗がん剤暴露の観点から、ガイドライン等を参考に、手順等の再確認をしてはいかがでしょうか。

【洗い場】

- ・ 病棟内で陰部洗浄ボトル、患者が使用するコップ、ガーグルベースンがそれぞれ専用の容器に消毒浸漬され、管理していますが、消毒前の洗浄は、スポンジ等を用いて有機物を取り除くことをお勧めします。手洗いで消毒されたコップをご自身が使えるかどうかを考えて対応をお願いします。浸漬後の乾燥も自然乾燥のようですが、できれば食器乾燥機などをご用意されるとよいと思います。スポンジは使用開始日を記入し、定期的に交換されることをお勧めします。
- ・ マスキン4%が洗い場に設置されていましたが、用途としては、褥瘡に使用した器材の消毒に希釈して使用しているとの事でした。周囲には次亜塩素酸ナトリウムで消毒されている器材があり、現場ではそれらの消毒薬を使い分けする理由が明確に周知されていないようでした。特に理由が無ければ次亜塩素酸ナトリウムに統一されても良いのではないのでしょうか。また、保管場所についても汚染を受けやすい場所に置くことはあまり望ましいとは言えません。同じ場所に氷のうなども乾燥させているようで、これも水場の汚染を受けやすいかと思います。設置場所や必要性も含めて、検討してはいかがでしょうか。



IV 職業感染対策について

評価:(B)

- ・ 施設として、職員のワクチン接種を推奨しており、さらに接種率も高いという事でその点は良い取り組みに感じました。ただ、患者と接する機会のあるスタッフを優先とのことでしたので、抜けがあるように感じました。例えば、薬剤師はB型肝炎ワクチンの接種対象職種でないと確認しましたが、病棟業務、特に透析室での業務や、インスリン使用患者の持参薬確認、皮下注射の指導や使用済み針の回収など、常に血液暴露のリスクがある業務を行うこともあるため、今一度、B型肝炎ワクチンに限らず、ワクチン接種対象者の見直しをされてはいかがでしょうか。
- ・ 4種のウイルスの抗体価は、日本環境感染学会から出ている「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」(2014)を参照していただきたいと思います。この中では、水痘、ムンプスも基準を満た

すには、抗体価 4.0 以上と出ています。(+)だけの判定にしないように数値で管理されてはいいかが
でしょうか。

- ・ マニュアル 247 ページ HBs 抗体検査を毎年実施となっていますが、日本環境感染学会のワクチン
ガイドラインや国公立大学附属病院感染対策協議会からでている病院感染対策ガイドラインを参
考にされて、過剰な職員健診を減らしてもいいかと思います。

【誤字】

89ページ 多剤耐性緑膿菌の定義について、MIC の単位は $\mu\text{g}/\text{mL}$ になるかと思ひます。

101ページ III. カルバペネム耐性腸内細菌科に～ → カルバペネム耐性

109ページ 水痘／帯状疱疹ウイルス(VSV)→(VZV:Varicella Zoster Virus)

141ページ オセルタミビル、ザナミビルの金額が合わないと思うのですが確認していただけますでし
ょうか。

249ページ 日本環境対策としてのガイドライン→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

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／平成 29 年 10 月 5 日（木）14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～199 床

支援実施者／太田 和秀（医師・リーダー）、中出 順也（薬剤師）、中村 洋子（看護師）、小森 幸子（看護師）、金谷 和美（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)

- ・ 院内感染対策委員会は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、作業療法士、事務職員など多職種から構成され、病院長、副院長、看護部長、事務局長もメンバーとなっており、病院全体で院内感染対策に真剣に取り組んでおられます。なお、医政地発 1 2 1 9 第 1 号（平成 2 6 年 1 2 月 1 9 日）では、洗浄・滅菌消毒部門を代表する職員を構成員にあげていますが、委員会名簿からは確認できませんでした。
- ・ ICT（チーム）の組織体制の中での位置づけがはっきりしていませんでした。
- ・ リンク委員は、ほぼ全ての部署に配置されているようですが、詳細な記載がないために確認できませんでした。
- ・ 予算は、必要に応じてとの事でしたが、ICT の意見をしっかり吸い上げて必要なものは購入している様子がかがえて良かったと思います。
- ・ 感染対策の実施に際して、インフォームドコンセントはしっかりとっているようですが、その結果の記録が十分ではありませんでした。

<アドバイス>

- ・ 実働部隊である ICT の位置づけを、委員会と区別し、具体的に組織体制の中に組み込んで明記した方が良いでしょう。
- ・ リンク委員が存在する部署をしっかりと明記した方が良いと思われます。
- ・ 感染対策の実施に際して、インフォームドコンセントはしっかりとっているようでしたが、是非、その記録は残すようにしてください。マニュアルの中に、シチュエーション毎の同意書の取り方やその見本が明記してあるといいのではないのでしょうか（一部は、あるのですが）。

II ICT 活動について

評価：(B)

- ・ 院内感染対策マニュアルは、ほぼ必要な項目が網羅されておりますが、十分に改訂されておらず、病院の実情に合っていない、具体性に欠ける部分も多かったです。
- ・ ICT ラウンドは多職種で行い、ラウンドチェックし、院内感染の発生率や感染管理に重要と思われる微生物の動向も把握されておりました。また、ICT 活動の議事録なども保存されてはいますが、職員へのフィードバックは、十分ではないようです。
- ・ 感染サーベイランスは、デバイス関連の実施はありませんでしたが、手指消毒薬使用量や針刺し件数、インフルエンザ発生状況などの把握はされておりました。
- ・ 院内講習会、採用時オリエンテーションといった教育的活動は、定期的に行われ、参加できなかった正規職員へのバックアップも検討され、努力の跡が伺えました。しかし、参加率は、まだまだ不十分でした。

- ・ コンサルテーションは、日常的に行われているようでしたが、記録が不十分でした。

(アドバイス)

- ・ タイムリーに感染管理に関する情報を集約かつ周知していくためにも、ICT のなかで、誰か一人でもいいので専従に近い人がいると良いと思われまます。看護師が適任と考えますが、必ずしも認定看護師 (ICN) である必要はありません。院長が任命し、専従に近い仕事をして頂ければ、きっと良い方向に進むと思います。
- ・ ICT ラウンドの方法は、今のままの方法で十分かと思われましたが、職員へのフィードバックの方法を考えてください。
- ・ コンサルテーションの内容が、メンバー全員の共通認識となるよう、院内 LAN (Intranet) などを利用し工夫してください。
- ・ 院内感染対策マニュアルに関するアドバイスは別紙に記載しました(別紙 “マニュアルへのアドバイス” を参照して下さい)。

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)

- ・ 外来部門では、全ての診察台に擦式アルコール消毒薬が配置してありました。使用量は、医師によって個人差があるみたいでした。また、空気感染、飛沫感染などの患者が来院されたときの診察手順は、整備されていました。ただ、陰圧室もしくはそれに相当する部屋がなく残念でした。
- ・ 手洗い箇所には、最低一つは自動栓が備え付けてあり感心しました。しかし、ただ、1箇所救急外来に自動栓がなかったのが残念でした。
- ・ 病棟では、手洗い推奨のポスターが多く見られ感心いたしました。手洗い場には、ペーパータオルもしっかり置かれていました。
- ・ 手指衛生のための擦式消毒薬が非常に多く配置されており、開封日、使用期限などがしっかり記載されていました。
- ・ 手あれ対策として擦式消毒薬は複数種類を配備されていましたが、クリームやローションなどのハンドケア用品の常備がありませんでした。
- ・ ラウンド中のスタッフのマスクなどをチェックしていましたが、殆どの職員のマスクは、適切に装着されており感心しました。
- ・ 新生児室のコットには、患児一人一人の聴診器、体温計などなどが個別に配置されており良かったです。
- ・ 病棟のミキシング台の針箱に、血液付着器具も同時に破棄されていました。また、ミキシング台の消毒に噴霧式アルコール剤が使用されていましたが、良くないと思われまます。
- ・ 包交車に関しては、以前に比べて整理されていましたが、まだまだ包交車の上のいろんな物品が多くあり、埃が堆積している状況がありました。
- ・ 病棟の薬品用冷蔵庫は、温度管理をされていました。
- ・ セッシとチリンデルなど病棟に必要な最小限の器材は、個別に滅菌包装されていました。
- ・ 抗菌薬適正使用マニュアルが整備されていました。広域抗菌剤の届け出制も機能していました。また、薬物の投与量の設定は、投与方法のシミュレーションをおこなって管理されていました。
- ・ 空調口、冷蔵庫の上など普段目が届かないところに埃が多く認められました。
- ・ 手術室は、未だ、スリッパの履き替えが行われており、術前の手洗いもブラッシングが行われていました。また、滅菌タオルなどの使用が行われていました。

(アドバイス)

<標準予防策・感染経路別予防策>

- ・ 速乾式手指消毒薬の使用量を部署毎にチェックし、実態を把握した上で手洗いの励行を推進してください。携帯式の速乾式手指消毒薬の導入も試みられてはいかがでしょうか。
- ・ 擦式消毒薬や病棟の冷蔵庫内の薬品には、開封日と使用終了日が記載されていましたが、医薬品開封後の期限の一覧表をマニュアル内に設けてどこかに掲示するなどの工夫もプラスしてはいかがでしょうか。
- ・ 救急外来に、自動栓を早急に付けてください。一番血液などで汚染されやすく、栓に触れないで水を出すことが絶対に必要な部署だと思います。
- ・ 意外と目が行き届かない箇所の定期的清掃が必要です。清掃業者との契約時に盛りこんでみては如何でしょうか？

<衛生管理一般>

- ・ ミキシング台は薬液汚染を防止するために、必要低限の必要物品とし、不潔物品をミキシング台周囲に設置せず、清潔管理が行えるように整理整頓をご検討ください。また、ミキシング台の針箱に不潔な血液付着器具は、破棄しないでください。清潔・不潔が交差していることになります。
- ・ 包交車の上に何でも置きすぎです。清潔・不潔を区別して管理することを推奨いたします。可能であれば、回診車は廃止するか、必要な物品のみ置いてベッドサイドに行くようにして下さい。また、衛生材料と患者使用物品は混在しないように管理しましょう。
- ・ 噴霧式のアルコールにて台を消毒しているようですが、消毒薬の接触差や、マスク着用の有無に関わらずスタッフのアルコール被爆が起こります。浸漬式アルコールワイプ使用への変更をお願いします。
- ・ 空調口、冷蔵庫のうえなど普段目が届かないところの清掃も定期的をお願いします。
- ・ 患者に使用する共用物品は、洗浄方法、管理方法は使用用途や感染リスクに応じた管理が望まれます。

<細菌学的検査>

- ・ 細菌学的検査は、これまで通りで宜しいかと思えます。しかし、貴院は、結核患者も扱っております。よって、安全装置付き（バイオハザード対策用シールドカバーつきローター）の遠心機や全排気型安全キャビネット（クラスⅡB）などの利用が望ましいと思われます。また、監視菌が検出された場合、主治医だけでなく ICT が速やかに確認できような連絡体制が臨まれます。
- ・ 血液培養は、ルチーンに2セット施行しているようですが、その結果も時々職員にフィードバックして頂ければ良いでしょう。
- ・ 手狭で整理の難しさもありますが、清潔不潔のゾーニングを可能な限り実施していきましょう。

<薬剤管理>

- ・ 抗菌剤の投与量設定は、耐性菌および副作用出現の回避のために、シミュレーションが行われていますが、今後も継続して下さい。
- ・ 特定抗菌剤の使用届も、継続して下さい。
- ・ 薬品の保管に関しては、中がみえる薬用保冷庫の設置が望ましいです。
- ・ 病棟内の点滴ミキシング台の設置場所は空調の気流下にありました。細菌コンタミネーション防止のためにも設置場所の変更、気流の防止などをご検討ください。
- ・ 抗悪性腫瘍薬は薬剤部門内の安全キャビネットにて調製され払い出ししていましたが、調製に使用する

アルコール消毒綿は濃度維持のためにも単包のものを推奨します。

<滅菌・施設設備管理>

- ・ 前述してありますが、空調（換気口）に埃がたまっているスタッフルームや病室がありました。綺麗に清掃を。
- ・ 使用済みの点滴類は、ミキシング台の感染性廃棄物ボックスまで持ってこないようにして下さい。ミキシング台の感染性廃棄ボックスは清潔区域内です。他に廃棄する場所を設定してください。
- ・ シングルユースに関する院内とりきめや滅菌物のリコールに関する手続きなどは、組織としての方針を書面化し周知されてはどうか。

<汚物室・洗浄室>

- ・ 洗浄した物品は、すぐに乾燥した方がいいので、乾燥機の設置が望ましいと思います。
- ・ モップが壁に立てかけてありましたが、壁および柄部分の汚染が気になります。使用のたびに取り外して洗浄し保管しましょう。

<病室>

- ・ 個室は、空調を調整することで相対的な陰圧（簡易陰圧）にすることが可能です。一度施設担当者と相談し確認して下さい。そして、実際のやり方をマニュアルなどにも追記しておいて下さい。

<手術室>

- ・ スリッパの履き替え、術前の手洗いを見直し、一足制やラビング法の導入を是非お願いします。
- ・ 手術間の清掃は看護職が中心となって行っていましたが、清潔エリアと不潔エリアを区分けして清掃が行えるように役割分担することを奨めます。外部委託の導入もご検討されてはどうか。

IV 職業感染対策について

評価：(A)

- ・ PPE の配置がやや不十分でした。また、マスクやゴーグルがないなど必要な物品がそろっていないところがありました。
- ・ 血液・体液暴露（針刺しなど）に関するマニュアルがありますが、現実に合っていない部分がありました。
- ・ 職員のワクチン接種や抗体価測定などが積極的に行われるようになっていました。3年前は、本当に不十分だったのですが、今回は、しっかり改善されており感心しました。ただ、結核の接触者健診の方法がまだ不十分であると思われました。

(アドバイス)

- ・ PPE はホルダーを有効に活用し、必要な物品をそろえて設置しましょう。また、標準予防策の教育とトレーニングを行い、実施状況を確認していきましょう。
- ・ 結核患者発生時の接触者（入院患者および職員）対策を、「感染症法に基づく 結核の接触者健康診断の手引き」（改訂第5版）（平成26年3月）（厚生労働省）を基にマニュアルを改訂して下さい。職員を守ることが大切です。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成 30 年 1 月 11 日（木）14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～199 床

支援実施者／米山 宏（医師・リーダー）、池田 浩幸（薬剤師）、池田 恵子（看護師）、藤本 淑子（看護師）、千田 靖子（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：(A)

<全体> (1.1 - 1.4)

- ・院内感染対策委員会（ICC）、インфекションコントロールチーム（ICT）など必要な組織は適切に組織され、定期的に委員会も開催されています。また院内感染対策費も予算計上されているとのことで適切に運用されていると思います。
- ・病院の構造・設備・業務負担など、色々解決しにくい問題点はあるようですが、多くの施設で同じ問題点を抱えている問題でもあります。病院管理部門との話し合い、ICT メンバーの創意工夫、熱意をもって乗り越えていきましょう。

II ICT活動について

評価：(B)

<院内感染対策マニュアル> (2.1)

- ・マニュアルは定期的に改正されており見やすいマニュアルになっています。更に職員に活用してもらう為には、もう少し具体的な実践方法について記載したほうがよいかと思います。例えば「14-2 部門別感染対策：外来における感染対策」では、待機場所、誰がどのように対応するのかを明確に記載すれば、いざという時に迷わず行動できると思います。以下にマニュアルにて気づいた点を記載します。
 - ・3-1 感染経路別予防策：「N95 マスクは1勤務毎帯を目安に廃棄する」とあります。原則はメーカーの指示に従うこととなりますが、汚染されたり、水に濡れたり、フィットしなくなるまで再利用可能で使用期間を延ばすことが可能です。また、飛沫感染対策において「飛沫の飛散する範囲は1m以内」と記載されていますが、病原性の高い病原体ではさらに遠くへ飛散・感染することが報告されており、「CDCの隔離予防策のためのガイドライン2007」では6-10フィート（1m83cm～3m5cm以内に居るときにはマスクを着用することを推奨しています。
 - ・6 針刺し・切創・皮膚暴露時の対応：「暴露時1か月後、3か月後、6か月後、1年後にHBV-DNA、HCV-RNA、HIV抗体を測定する」と記載されています。遺伝子増幅検査は優れた感度で早期診断に有用ですが、コストを考えると6か月後、1年後時点での測定はHBs抗原、HCV抗体で代用可能ではないでしょうか。
 - ・7-1 カテーテル関連血流感染（CRBSI）対策：「カテーテル感染は多くの場合、カテーテル抜去のみで治癒することが多い」と記載されていますが、CRBSIを疑いカテーテルを抜去する場合は必ず血液培養とカテーテル先端培養を施行しましょう。黄色ブドウ球菌やカンジダが検出された場合など多くの場合、抗菌薬や抗真菌薬の投与が必要です。また「血液培養キッド・・・」との記載がありますが、血液培養キットでしょうか。ご確認ください。
 - ・ノロウイルス対策マニュアル：次亜塩素酸・ハイター・ピューラックスなどの言葉が混在していました。マニュアル内に使用する言葉は統一したほうが読みやすいと思います。また消毒薬は実際に使用する

る濃度をマニュアルに明記したほうがよいと思われま

＜サーベイランス＞(2.2.3)

・現在手術部位サーベイランスを行っているとのことでした。他のサーベイランス（管理に問題のあるデバイスや多数の使用があるデバイスサーベイランスなど）の実施についても今後 ICT にてご検討ください。

＜アウトブレイクの対応＞ (2.3)

・アウトブレイクの発生基準、解除基準についてはマニュアル上一般論的な記載となっていました。平成26年12月19日付けの厚生労働省からの通達「医療機関における院内感染対策」ではMRSAなど検出が多い耐性菌とVREなど検出が少ない耐性菌に分けて記載してあります。この通達ではインフルエンザやノロウイルスなど急性ウイルス性疾患に関する記述がなく、各病院にて実情にあった基準を定める必要があります。これらウイルス性疾患の基準もマニュアルに記載しておきましょう。

＜ICT ラウンド＞(2.5)

・ICT ラウンドはチェックリストを作成し毎週ラウンドが行われていました。次のステップとして、ラウンドで指摘した事が現場で改善されているか、さらに継続できているかを確認する再ラウンドするなどバージョンアップさせてください。

・ラウンド時のチェック項目については、現在行われている病棟ラウンドに加え、院内設備の確認（手術室であれば空調やへパフィルターの管理、清掃状況など）、院内の器具が適切に管理されているか（歩行器や自動おしぼりタオル機など）、栄養部のラウンドなど院内全体を幅広くラウンドすると、感染の意識も高くなりよりよくなっていくと思います。

＜教育活動＞ (2.6)

・全職員講習会の参加率は高く、更に上げるための工夫されていました。吐物処理のトレーニングも行われていました。今後は、全職員で吐物の処理のトレーニングを行うなど教対象者を広げることを検討してください。

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)

＜標準予防策、感染経路別対策＞ (3.1)

・以下に病棟ラウンドにて気になった点を示します。

・全体的に病棟には物品が多く煩雑に感じました。処置車（台）には複数の絆創膏や使用中の軟膏などがあり、一度本当に必要な物品かを確認し、断捨離をすることを考慮ください。医療物品も必要な配置数を見直すことでデッドスペース・デッドストックを無くすことが出来ます。包交車の廃止またはスリム化を病院全体で一度チャレンジしたらどうでしょうか。案外、スタッフは興味を持って実施してくれると思います。

・眉毛そりなどの管理：療養病棟にて記名のないボックス内に眉毛そりや爪切りが入っていました。眉毛そりは刃物であり、肝炎ウイルスなど血液を介した感染症の感染経路となり得ますので必ず個人使用とし、間違えて他人が使用しないように厳重に管理する必要があります。

・経腸ライン：単回使用（ディスポーザブル）の経管栄養ラインが再使用されていました。ラインは洗浄・消毒後シンク内でぬれた状態で保管されていました。再使用する場合には洗浄・消毒・乾燥方法をマニュアル化する、使用回数・期限を設けるなど感染・安全の面からラインが感染源とならないよう管理しましょう。予算の関係もありますが可能であれば単回使用も検討ください。

・ネブライザーの管理：ナースセンター内に吸入薬液作成用の500ml 生食ボトルが室温で置いてありました。近年安全性や感染防止の観点などより、薬品類は大容量で多人数に使用する製品から単回使用量

の小分け製品へと変化してきました。超音波ネブライザーは吸入液が肺胞レベルまで到達するため、薬液汚染による感染のリスクが高いことが知られています。薬液作成の労力なども考えると、単回使用量の小分け製剤への変更も考慮しましょう。

・清掃用具について：(外部委託で掃除用具など細かく見ることが出来ませんでした) 掃除用具でモップが目につきました。モップ自体清潔に保つことが難しいです。消毒洗浄・乾燥が出来ていないモップの掃除はかえって不潔になる恐れがあります。可能ならば、使い捨てタイプをお勧めします。シンク回りにあった布巾(雑巾)も常に清潔な状態を保持できないのであれば廃止も考慮ください。

＜手指衛生＞(3.1.2)

・ハンドケア用品は各自で用意しているとのことでした。ハンドケア用品にはハンドケアローションとバリアケアローションがありますが、各自で購入しているものはハンドケアローションが多いと思います。手荒れは手指衛生の阻害因子であり、バリアケアローションを導入することによって順守率の上昇も期待されます。院内感染対策費など病院の費用にて導入することをご検討ください。

＜清潔区域と汚染区域＞(3.1.4)

・物品を配置する時は、清潔・準清潔・汚染物品をできるだけ意識しゾーン化することをお勧めします。全体的に清潔物品と汚染物品が交差している個所が多く感じました。例えば滅菌物と患者に使用した物(針や軟膏類)が同じ箱に保管されているなどです。ICT ラウンド時にも交差がないかを確認し改善できたらよいと思います。

細菌学的検査(3.3)

・検査室では、生化学検査、尿検査、生理検査が実施されていました。微生物検査は外部委託されていますが、血液培養陽性や結核検査陽性(塗沫、PCR、培養)時には、検査部にFAXが届き迅速に主治医に連絡するなど報告体制も整っていました。

・また、MRSA、CD、ノロなど陽性患者は電子カルテに感染症ありの赤マークがついており、病棟でも把握されていました。検査室はPPEも整備、足踏み式感染廃棄物箱も適切に設置されており、整理整頓されていました。

＜細菌学的検査(外部委託)＞(3.3.2)

・院内感染委員会には、外部委託から抽出した週報、月報が提出されていました。アウトブレイクの早期察知のため、毎月の細菌別検出数の増減をグラフ化するなど工夫し、現場にフィードバックされてはいかがでしょうか?また JANIS や近隣の病院とのデータ比較など客観的に評価することも重要です。今後、アンチバイオグラムの作成もご検討ください

・ESBL 疑い菌などの耐性菌が検出された場合、一般細菌検出者として報告されていました。MRSA などと同様に感染赤マークの項目に追加されるとよいと思います。

・血液培養：感染症の適切な診断や治療に必須な血液培養検査は、複数セット採取が余り実施されていないようでした。複数セット採取は検出感度上昇や起因菌かどうかの判断に有用です。血液培養の依頼件数や複数セット率、陽性率など一度調査されてはいかがでしょうか。

＜検査室の院内感染対策＞(3.3.3)

・生化学検査と生理検査で白衣を区別なく使用されていました。検体を取り扱う場合は検査用白衣またはエプロンを着用するなど分けた方がよいと思います

・検査室の出入口に手洗い設備はありますが、外部委託業者、看護師さんが出入りされており、速乾性手指消毒剤も設置しておくとうよいと思います。

薬剤管理(3.4)

＜抗菌薬の適正使用＞(3.4.1)

・「腎機能低下時の投与量マニュアル」は、一部の抗菌薬(パニマシ、アミカシ、バクシなど)の記載のみですが、

院内採用抗菌薬すべてを記載し投与量を統一することをご検討ください。医師が投与量を確認する時間を削減でき、医師によって投与量が異なることもなくなります。

・「MRSA感染症の治療薬マニュアル」において、バンコマイシン点滴静注用のトラフ値が「10 μ g/mL以下にすることが望ましい」との記載があります。抗菌薬TDMガイドラインでは、10～15 μ g/mL、感染症によって15～20 μ g/mLにすることが推奨されています。改訂をお願いします。

＜薬剤管理＞ (3.4.2)

・多用量バイアル製剤の有効期限マニュアルがあり期限を決めていることは良いですが、インスリンの期限が製剤によって異なっています。期限を統一し、病棟看護師が順守しやすくすることをご検討ください。

＜抗菌薬の届け出制＞ (3.4.3)

・広域抗菌薬の届出率を上昇させる方法として、届出が必要な抗菌薬を医師に再度周知すること、処方する際に画面上に「届け出が必要です」など画面上にポップアップがでるようにする方法もあります。しかし、届出のメリットがなければ届出率上昇は難しいと思います。届出のメリットとして、届出が必要な抗菌薬についてICTで抗菌薬適正使用の支援を行うこと、つまり主治医と一緒に感染症の治療、抗菌薬の選択について考慮していくことをご検討ください。

＜抗菌薬の使用状況＞ (3.4.4)

・抗菌薬の使用状況は、AUDを算出し把握、評価を行うことが一般的で「感染対策に携わる薬剤師のためのICTラウンドガイド」でも推奨されています。異なる系統の抗菌薬での比較、異なる使用期間での比較、異なる施設間での比較が可能となり、様々な評価が可能となりますので導入をご検討ください。

＜抗菌薬血中濃度測定＞ (3.4.6)

・抗菌薬血中濃度測定は有効性の確保、副作用出現の回避、耐性菌の発生抑制のために必要です。測定することをマニュアル化し、医師、看護師に周知することをご検討ください。マニュアルは、抗菌薬TDMガイドラインを参照とし薬剤師が中心となりICTで作成をお願いします。

IV 職業感染対策について

評価：(B)

＜麻疹、風疹、ムンプス、水痘の抗体価測定とワクチン接種＞ (4.1.8)

・病原体別感染対策マニュアルでは、「抗体を有する職員が対応する」と記載されています。そのためには職員の抗体価測定とワクチン接種が必要です。昨年県内に麻疹患者が複数名発生しましたが、麻疹（疑い）患者を診療する場合、病院職員の抗体価が不明でワクチン接種がされていないとなると対応は極めて困難です。是非とも職員の抗体価検査やワクチン接種の体制を整えてください。すべての職員を一度に行うことはコスト面で困難かと思われますので、数年かけて行いましょう。

＜針刺し事故対策＞ (4.1.10)

・HIV陽性者よりの針刺し事故が起きた場合、速やかに（可能であれば2時間以内に）抗HIV薬の服用が推奨されており、迅速な対応が必要です。近隣では石川県立中央病院にHIV予防薬提供窓口がありますので、フローチャート、必要な書類や窓口の電話番号などをマニュアルに記載、添付してきましょう。詳細は石川県ホームページにあります（<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kansen/hiv.html>）。

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 28 年 9 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〕
専従 ICN（感染管理看護師）の不在によりサーベイランスなどメンバーの負担が大きいため、感染対策室及び専従 ICN を設置すること。	現状では看護師不足により、ICN を設置することは困難であるが、前向きに検討は行っていく予定	未実施
感染対策委員会は契約業者を含めて全体管理が必要なため、清掃や中央材料室など契約業者の院内での代表者を委員に加えること。	委員会で検討を行い、毎回でなくても関係する議件の時は、委員会に参加していただくように依頼した。	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〕
【院内感染対策マニュアル修正等】		
<p>感染症法に基づく発生届について、下記を追加。</p> <p>2 類感染症：鳥インフルエンザ（H7N9）、中東呼吸器症候群（MERS）</p> <p>4 類感染症：ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）追加</p> <p>5 類感染症（全数把握疾患）：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症（CRE）、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘（患者が入院を要すると認められるものに限る）、播種性クリプトコックス、薬剤耐性アシネトバクター感染症（髄膜炎菌性髄膜炎は削除）</p> <p>5 類感染症（定点把握疾患）：感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスに限る）、細菌性髄膜炎は髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合は除く。</p>	<p>感染症法を確認し、不足分を院内マニュアルに追加した。</p>	<p>改善</p>
<p>病院管轄の保健所の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜間、休日対応の携帯番号について保健所に要確認。 ・緊急時に必要なため、マニュアルへ正しい番号を記載。 	<p>夜間・休日対応の電話番号を確認して、院内マニュアルに記載した。</p>	<p>改善</p>

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〕
【院内感染対策マニュアル修正等（続き）】		
<p>擦式手指消毒剤はゴージョーからラビジェルへ薬剤が変更されているので、マニュアルも修正すること。</p>	<p>マニュアルの記載もラビジェルに変更した。</p>	<p>改善</p>
<p>プラスチックエプロン（ガウン）、マスク、手袋、ゴーグルの着脱手順および注意点などを図示してはいかがか。汚染しないように着用し、環境や自身を汚染しないように脱ぐことが重要なので意識すること。</p>	<p>着脱のポイントや処置に必要なPPEを一覧として作成し、マニュアルに記載した。</p>	<p>改善</p>
<p>おもな起因菌別対策に記載されている各疾患の対応について、最新のガイドライン等を参照し、貴院の構造、現場でどう対応すべきかを考慮したマニュアル修正を検討すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症法に基づく結核の接触者健康診断手引き(改訂第5版)H26.3 ・日本皮膚科学会 疥癬診療ガイドライン(改訂第3版)H23 等 	<p>結核や疥癬に関しては、「手引き」や「ガイドライン」を参考にしてマニュアル修正を行った。残りの感染症に関しては、病原性・潜伏期・予防策・隔離・解除基準などを明記した。</p>	<p>改善</p>
<p>マニュアルは分冊されていて確認しづらいので、一か所のマニュアルで対応が確認できるようにする。</p>	<p>分散していたマニュアルを少しずつ一本化している。</p>	<p>一部改善</p>
<p>ノロウイルス対策のマニュアルは、A41枚でまとめられているが、吐物処理や防護具の着脱方法などは図示化が分かりやすい。个人防护具の着脱については、注意点の記載が確認できない。</p>	<p>防護具の着脱方法や注意点については、マニュアルに図示化したが、吐物処理については未着手である。順次図示化していきたいと思っています。</p>	<p>一部改善</p>
<p>アウトブレイクに関する定義基準を決めて具体的に行動レベルでの記載が必要。「院内感染が疑われた時の対応」には、指示命令系統しか記載がありません。アウトブレイク発生時の保健所報告基準は、下記を参照してください。</p> <p>厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「医療機関における院内感染対策に関する留意事項」（医政指初1219第1号H26.12.19）</p>	<p>左記記載の通知を参照して、基準を明記しました。</p>	<p>改善</p>
<p>言葉や数字を統一すること。（感染管理者、管理者、感染管理医師など言葉が混在）</p>	<p>マニュアルの改訂を行いながら統一化している。</p>	<p>改善</p>
<p>全職員が必要時にマニュアルを見て同様の対応が取れるように、具体的な記載を行う必要がある。</p> <p>（例えば、消毒薬に関しては、p.24のf)3)に「次亜塩素酸ナトリウムにて消毒」との記載があるが、貴院には0.02%と0.1%があるため、何%の次亜塩素酸で消毒するか混乱する可能性がある。「0.1%の次亜塩素酸ナトリウムにて消毒」と改訂すべき）</p>	<p>起因菌別対策などに記載されている次亜塩素酸ナトリウムには、濃度の記載も行い、職員がわかりやすいように変更した。</p>	<p>改善</p>

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〕
〔マニュアル要修正項目（続き）〕		
管理抗菌薬の運用 VCMの推奨投与量について、改訂版抗菌薬TDMガイドラインではeGFRに応じた初期投与量が設定されているので、それを参考に推奨投与量を報告することも可能。	eGFRに応じた初期投与量に関しては検討中です。	検討中
P45「0.1%次亜塩素酸Naの調製後の使用期限3ヶ月」若干長いと、消毒効果を保証するためにも1か月に設定してみたいか。救急センターで使用期限切れの0.1%次亜塩素酸Naが置いてあったが、市販されているので、院内採用をお勧め。	0.1%次亜塩素酸Naの使用期限は、1か月に変更しました。市販の次亜塩素酸Naに関しては、コスト的なことも含めて検討を行っていきたいと思います。	改善 (検討中)
消毒薬やマルチドーズバイアル等の開封後の使用期限の一覧をマニュアルに追記すること。また、使用期限一覧を薬品保管庫に貼付し、全スタッフが使用期限を意識するようラウンド等で教育すると良い。	使用期限一覧を薬品保管庫に貼付して対応。また院内ラウンド時にチェックを行い、ラウンド報告書に記載して全スタッフに周知している。	改善
P47の消毒薬使用例 0.05%ヘキサック水Wの使用例に「結膜のうの消毒・洗浄。産婦人科・泌尿器科における外陰・外性器の皮膚消毒」との記載について、〔新版増補版〕消毒と滅菌のガイドラインのP141では同部位の消毒には0.02%を使用すると記載されているので、実際の使用状況を確認し、状況に応じてガイドラインをもとに改訂を検討すること。	消毒薬使用例の0.05%ヘキサック水に関して、「結膜のうの消毒・洗浄、産婦人科・泌尿器科における外陰・外性器の皮膚消毒には希釈して0.02%で使用する」と記載した。	改善
サーベイランスの診断基準がJHAIS、JANIS、CDC/NHSNいずれも2015年以降で改定となっているので、他院と比較する点からは診断基準の見直しを検討すること。	血液培養陽性・尿路感染・CV感染やVAPの診断基準の見直しを行った。	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〕
・診療材料 診療材料の在庫数が多く、期限が切れた物もあるので、在庫数を見直し定期的に期限切れのないように努めること。	ICTラウンド時に期限の確認を行っているが、在庫数の見直しまでには至っていない。	一部改善
・整理整頓／清掃 救急外来の包交車の上には、多数の薬剤や診療材料が置かれ埃が目立つ場所があるので、清掃しやすい環境づくりを検討すること。	ICTラウンド時にチェックを行い、ラウンド報告書にて指導を記載しているが、なかなかすべては改善されない。	一部改善

<p style="text-align: center;">主なアドバイス事項</p>	<p style="text-align: center;">取組み状況及び改善結果</p>	<p style="text-align: center;">自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品管理 ・医薬品は詰替えをしないで使用すること。 ・消毒薬や軟膏類は開封日を記載し、使用期限内に使用すること。 ・次亜塩素酸 Na 浸漬容器は蓋が閉まる遮光容器の使用を推奨。 ・ラウンド等で次亜塩素酸 Na 浸漬液の濃度測定を検討すること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・詰替はおこなっていない。 ・消毒薬の開封日記載はラウンド時にチェックしている。 ・遮光容器を使用している。 ・濃度測定は予算も含めて検討中。 	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> ・点滴準備室の管理 空調の下にミキシング台があり、ミキシング台の位置の検討が必要。 	<p>他病院の I C T に現場を確認してもらい、対応を検討中。</p>	検討中
<ul style="list-style-type: none"> ・水回り ・ペーパータオルは下向きに取り出すこと。 ・病室では、患者個人の物はベッドサイドで管理すること。 ・水回りに診療材料や消毒済みの物品を設置しないこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ペーパータオルのホルダー設置は検討中。 ・病室の個人用品は、ラウンド時に確認している。 ・水回りの物品は、ラウンド時に確認し指導している。 	検討中
<p>オムツ交換車の管理 汚染オムツが触れる可能性がある枠周囲に、清潔な个人防护具等を設置すると、清潔物品が汚染する可能性があるため、避けること。</p>	<p>オムツ交換車から个人防护具はずして、各病室に个人防护具を設置した。</p>	改善
<p>汚染リネンの管理（汚染リネン置き場は密閉すること。）職員以外の人や認知症などの患者が触り汚染する可能性があり危険。汚染リネン置き場の上に空調がある（周囲は廊下、病室もある）。</p>	<p>密閉できる汚染リネン庫を設置した。</p>	改善
<p>滅菌物の管理 滅菌物は、扉のある棚や引き出しに入れて管理することが好ましく、プラスチックケースを使用するなど管理方法を検討しましょう。</p>	<p>I C T ラウンド時に滅菌物の管理状況を確認している。また期限切れに関しても確認している。</p>	一部改善
<p>病棟</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Ns センター手洗い場におけるスポンジは不潔なため、シンク内の壁にホルダーをつけるなど、乾燥した状態で保持すること。 ・スタッフが、手洗い後に蛇口に素手で触れていたため、院内講習会等で手洗い方法の再確認を行うこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・スポンジは廃止した。 ・手洗い後の蛇口の対応は、ポスターを作成して手洗い場に掲示し、スタッフに周知した。 	改善
<p>検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査技師 3 名での検査や感染業務などは多忙と思われるが、院内での抗酸菌の塗抹検査についても今後検討してほしい。 ・検査室内と外で白衣の区別がないので、検体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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査業務や検査件数を考えると、コスト的にも業務量としても抗酸菌の塗抹検査は難しいと思われる。 ・グラム染色の実施時は、エプロンを使用して白衣が汚染されないように変更した。 	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
救急室 ・喉頭鏡ブレードで、近年主流のLED+ファイバータイプの喉頭鏡は、ハンドル部に電球がつくため、滅菌を保持した状態で点灯確認が可能。 ・キシロカインゼリーは開封の有無が分かるように、必要数のみ置くこと。	・喉頭鏡ブレードはLEDのみ。 ・LED+ファイバータイプの購入予定はない。 ・キシロカインゼリーは一本のみ在庫として保管している。	一部改善

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
B型肝炎、麻しん／風疹／水痘／流行性耳下腺炎の抗体価検査およびワクチン接種について、基準を決め、マニュアル化すること。 ※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第2版」	ワクチンガイドラインを参考にして基準を定め、マニュアルに記載した。	改善
ワクチン接種状況は、衛生委員会が管理しているようだが、感染対策委員会も情報共有し把握し、感染対策に活かすこと。	担当の外来師長から感染対策委員会で報告してもらうことになった。	改善
針刺し事故件数は報告しないため少ない場合もあるので、HBV、HCVの汚染針以外の刺傷であっても報告するよう、職員に周知すること。	委員会の議事録を掲示板にのせて、職員に針刺し等の報告を行うように周知している。	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 200～299 床

実地支援日 平成 28 年 10 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)
ICC（院内感染対策防止委員会）は医療安全管理委員会の下にあるものではありません。一般的には、院長直下に ICC（院内感染対策防止委員会）、その下に ICT（感染対策チーム）を配置する。	院内感染マニュアルで組織図を変更	改善
臨床検査技師が不在なので、少なくとも病院全体の感染対策に関する検査結果等を把握する担当者を配置	細菌培養の結果を I C T 委員の看護師と ICD でチェックしている。	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)
院内感染対策マニュアルについて、項目の見直し、修正等を実施 [マニュアル要修正項目]		
チャートで、具体的な担当者、連絡・報告の順序等を記載すること。	チャート内に PHS のナンバーを追加記入した。	一部改善
感染症法に基づく届出で、結核は患者居住地管轄の保健所に提出。	マニュアル P47 の届け出欄に結核と診断された時点で、患者居住地を管轄する保健所に届け出の文章を追加	改善
N95 マスクの使用は、フィットテストの導入も検討すること。	フィットテストの器械導入もまだ出来ない。	未実施
患者別予防対策一覧で、不適切な部分が多いため、予防策を再検討。すべての疾患に対して標準予防策が基本である。	一覧表を再検討し修正。	一部改善
針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露源の HIV 感染症の有無が不明の場合は、HIV 抗体検査を実施し、陽性の場合は針指し事故後 2 時間以内の予防内服を推奨。（石川県立中央病院での検査支援も利用できる所以要検討）	マニュアル P41 に、HIV 陽性→の後、石川県立中央病院受診し針刺し事故後 2 時間以内の予防内服の文を追加。	改善
麻疹、風疹、ムンプス、水痘の 4 種ウイルス疾患（後述）やレジオネラについてマニュアルの追加を検討すること。結核は標準予防策＋空気予防策、過剰対応は不要。	マニュアルに追加。	改善

[マニュアル要修正項目(続き)]		
インフルエンザの発症予防策での抗インフルエンザ薬の予防内服では、その対象者および内服方法(期間など)の確認・見直しを検討すること。	抗インフルエンザ薬の予防内服期間を検討するも、3日間の予防内服で現状維持。	検討中
薬剤耐性菌は MRSA に限定されているが、ESBL 産生菌、薬剤耐性緑膿菌(多剤耐性緑膿菌を含む)、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)など様々な薬剤耐性菌についても想定すること。	マニュアル変更。	改善
ノロウイルス胃腸炎の感染対策は流水と石鹼での手洗いであり、患者との接触前は速乾性擦式アルコール製剤を使用し、患者やその環境への接触後は流水と石鹼での手洗いをを行うことを明記すること。	マニュアル P69 に明記	改善
69P のフローチャートを作成すること。	フローチャート作成	改善
クロストリジウム・ディフィシルの感染対策の基本は、通常の手洗いのため、要明記。	マニュアル P74 に明記	改善
疥癬治療における安息香酸ベンジルローションや安息香酸ベンジルオイラックスは副作用の心配もあるため、採用薬を検討すること。(近年、ストロメクトール錠やスミスリンローションが保険適応となり、試薬による上記薬剤の治療は推奨されていない。)	マニュアル修正し、P75 に明記。	改善
81P、職員自身の感染対策法を記載。	マニュアル P82 に記載。	改善
103P、末梢静脈カテーテルと中心静脈カテーテルに分けて、理解すること。	マニュアル P113 など、末梢静脈カテーテルと中心静脈カテーテルのチェックポイントが混在している。今後修正していく。	未実施
4. 検体採取の実際①血液培養の 5) 採取時間間隔をあけて行うと陽性率が高くなるという記述について、「CUMITECH 血液培養検査ガイドライン」を参考にすること。	マニュアル修正し P115 に明記。	改善
6 行目の(2)の内容がないので明記し、胃瘻増設は胃瘻造設へ修正すること。	マニュアル修正し P120 に明記	改善
消毒薬一覧表に、ヒビスクラブやグリンスの記載があるが、先日米国 FDA はトリクロサン等成分含有の抗菌石けんなどの販売を禁止すると発表あった。 →ハンドソープ流水で洗うことが疾病予防、感染拡大を防ぐ最も効果的な方法であるため、安価なハンドソープ利用を検討すること。 →医療施設で使用するハンドソープは医療関連感染汚染を未然に防止するために、希釈などの調製が必要ない原液タイプで容器は使い捨て製品を選択することが推奨されている。 →容器の洗浄乾燥の手間より、製品の大量買いによる価格交渉を行い、職員が手軽に手指衛生できる環境整備を検討すること。	以前ヒビスクラブとグリンスを使用していた場所を確認し廃棄。 ハンドソープは使いきりボトルのシャボネット 2・ム P-5 に変更。	改善

[マニュアル要修正項目 (続き)]		
院内感染情報レポートは、MRSA アウトブレイクを把握するため、黄色ブドウ球菌を MRSA と MSSA にわけて集計すること。	H28. 10 月より分けて集計している。	改善
重大な感染事例 (11 ページ) で集団発生が定義されているが、基準の見直しを検討すること。 【参考】厚生労働省医政局課長通知 (医政地発 1219 第 1 号、H26. 12. 19) 「医療機関等における院内感染対策について」	検討課題	未実施
本年度より、ICT 内 (医師と看護師間) で情報共有をしているが、コンサルテーションの都度、内容を記録すること。	今年度より定期的な院内ラウンドを実施。各チェック表に添い 2 職種以上の ICT メンバーでラウンドし、改善が必要な箇所の写真を添付。	改善
ICT 活動について、定期的なラウンドの継続とその記録をし、感染防止マニュアルにあるチェック表の使用を検討すること。	アルプより薬剤耐性菌、CD の TEL あり。ICE 委員会などで情報共有。	一部改善
感染管理に関する情報 (薬剤耐性菌等の発生状況など) の共有は、早期実施が好ましい。	H28 年度より院内ラウンド開始。年 4 回より開始し、回数 UP やチェック項目を検討していく予定。改善が必要な箇所を写真で添付された報告書を使用し、各部署にフィードバックしている。	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
3. 1		
麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎は、感染対策上重要となる疾患のため、疾患別感染対策マニュアルに追記しておくこと。	疾患別感染対策マニュアルに追加。P84～P91	改善
ハンドケア用品を提供されているので、全職員が適切に使用し手荒れを予防できる対策を検討すること。	時間毎のローション塗布の声かけやパンフレットの配布を検討中。個人携帯の速乾性アルコール製剤に、手に優しいとされ、従来と同様の抗菌効果が得られる MPC ポリマー配合の製剤の使用を検討中。	検討中
外来では、結核などに「今後、建替を行う際は、個室など空間的分離が可能なスペースの設置を検討すること。	空気感染などが疑わしい患者の隔離待合室を、病院立替時には確保する。	検討中
清潔と不潔が交差している箇所が目立ったため (特に汚物室、オムツ交換車、ミキシング台、ワゴン車)、保管方法や動線の見直しをすること。	交差感染しないよう動線の見直し、汚物室やオムツ交換車を見直し、清潔材料を移動。	一部改善
陰部洗浄ボトルが使い回しされているので、ノロウイルス等の感染症の伝播リスクもあるため早期改善を検討すること。	陰部洗浄ボトルを購入し、1 患者 1 本使用を導入。消毒・乾燥して使用している。オムツ交換の仕方などの勉強会も開催。	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〕
陰部洗浄ボトルは本数を揃える事や、消毒の手間を考慮したベットパンウオッシャーなどの設置を検討すること。尿回収容器（尿カメ）も同様。	尿回収容器にナイロン袋を1患者1枚使用する方法で、院内統一を図っている。ベッドパンウオッシャーの設置は検討中。	一部改善
3.3		
検体搬送時は、トレイを使用とのことだが、転倒などにより検体落失の可能性があるため、蓋付きBOXを使用すること。	クーラーボックスを使用している。問題なければ随時購入を検討中。	一部改善
病棟での検体一時保管場所が、ナースステーションで、廊下沿いであるため、可能な限り、部外者（患者）の手の届かない場所を検討すること。冷蔵保存検体も、薬品よりも下段で、保管場所が分かるようにすること。	師長席の後ろに検体一時保管場所を変更。冷蔵保存検体も薬品より下段に変更。	一部改善
JANISのHPの検査部門では全国から集計した主要菌の抗菌薬感受性が公開されているので、自施設の主な菌種別薬剤感受性率表と共に臨床にフィードバックし、薬剤を適正に利用すること。	検討課題	未実施
3.4		
マニュアルの中には抗菌薬に関するページがないので、有効な抗菌薬による最適治療のためのマニュアル作成や、併用についての記載、PK/PDに基づいた投与量や回数についての記載を検討すること。	薬剤師やICDとも相談しながら今後検討していく。	未実施
薬品用冷蔵庫に職員の飲み物が保管されています。薬品用冷蔵庫には薬品のみ保管すること。	院内ラウンドにて指導、徹底を図っていく。	改善
注射薬がミキシング台や注射伝票の上に直置きされ、不要な物品もあるので、清潔に管理し、注射薬を衛生的に取り扱い、準備は1患者1トレイとすることや、ミキシング台の整理整頓を行うこと。	ミキシング台の整理整頓をし、点滴作成台にサテライト除菌クロスを設置。テーブル清拭後、手指消毒し手袋着用し、点滴作成する。点滴準備には1患者1トレイを徹底する。	改善
使用中のインスリンが箱の中にまとめて保管されていたので、1トレイずつ保管するなど管理方法を見直すこと。	個別で保管するためのトレイを購入し、1人ずつトレイに保管。	改善
病棟の冷蔵庫の薬剤について、薬剤師は、開封後の使用期限の確認や院内でのルール作りを行い、周知すること。また、薬剤を清潔に管理するために、看護師は薬剤の開封時に開封日を必ず記載すること。	消毒薬・薬剤の使用基準を薬剤師に確認。使用期限の表をH28.11月に作成し、ラミネートして各部署に配布。開封日を記入しているか院内ラウンドでチェックしている。	改善
ナースセンターでの点滴調製区域には速乾性擦式アルコール製剤や環境整備クロスの配置が見られず、実際の手順の確認はできなかったが、輸液調整のミキシング作業が衛生的に行われるように速乾性擦式アルコール製剤環境整備クロスを設置されると良いと思います。	速乾性擦式アルコール製剤や環境整備クロスを設置し、院内ラウンドでチェックし清潔なミキシングがおこなわれているかチェックしている。	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
3.5 撮子などが現場で洗浄・消毒・乾燥・包装・滅菌されており、撮子類が十分に洗浄や乾燥が出来ているのか、清潔に包装されているのか等のプロセスを全て確認することができない。撮子類は主に導尿に使用するのであれば、滅菌物の外注や撮子類の使い捨ても視野に入れ管理方法を見直すこと。	検討課題。導尿時は滅菌手袋使用に変更。	一部改善
3.6 看護師が予防衣を使用していたが、予防衣は感染予防策のエプロンの代替えとならないので、洗濯代や保管など管理の手間を考え、使用について検討すること。	看護師の予防衣は何年も前に中止になっている。一部カーディガンがわりに使用していた人もいた。現在ユニフォームも変わったため使用していない。	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
4.1 標準予防策の実施という点において、 (1) 血液・体液に触れる可能性がある時に手袋の着用を実施すること。 (2) 目や口、衣服に飛散する可能性がある時にマスクやゴーグル（アイシールド）、ガウンやエプロンを着用すること。 (3) 防護具がいつでも取り扱いやすい個所に配置すること。 は重要です。全職員の理解に繋がられるような教育やディスカッションを行い、病院全体で検討されることをお勧めします。	感染性胃腸炎等を想定した吐物処理の手順を各病棟などで確認し、実演時个人防护具の着け方・外し方も ICT 委員より指導している。	一部改善
針刺し事故件数は年間 3～4 件。事故発生時は、部署管理者を通して看護部長に集約されるシステムで看護部の報告システムは確立されているが、看護部以外も含めた全職種の情報集約ができるシステムを検討すること。	リスクマネジメント委員会、医療事故対策部会において、ヒヤリハット・インシデント報告書とともに、針刺し事故報告書による情報集約を行っている。	改善
職員のワクチン接種について、B 型肝炎ワクチンは優先的に全職種に接種するシステムをつくると良い。（針刺し事故時の HBV 発症リスクは 30%、HBe 抗原陽性時は 50%。）	H29.8 月より全職種に B 型肝炎ワクチン接種開始している。	改善
麻疹、風疹、ムンプス、水痘の 4 種ウイルス疾患は感染のリスクが非常に高いため、マニュアルの整備、それに順じた感染対策の実施・教育、職員の抗体価の把握（抗体がある職員が担当）が重要。加えて、抗体陰性者へのワクチン接種も積極的に行っていくこと。	職員検診などによる抗体価の把握は未実施。	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
検体検査室に噴霧式の次亜塩素酸ナトリウムが設置されていたが、噴霧は吸い込むと危険なので、使い捨てクロスに浸漬させて使用するなど、別の方法を検討すること。	使い捨てクロスに浸漬させて使用方法などを職員教育していく。	一部改善
感染性廃棄物容器は、バイオハザードマークが見えるように設置すること。	ICT委員会などで説明。院内ラウンドで徹底を図って行く。	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 28 年 12 月 13 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〕
ICT のメンバーが病院長や看護部長を含む 6 名では迅速な対応が難しい。院長や看護部長以外の医師、看護師、検査技師、薬剤師等で ICT を構成すること。	ICT のメンバーを増やしても、メンバー全員の会議参加が難しいので、必要時に必要なメンバーを招集して対応している。	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〕
【院内感染対策マニュアルの修正等】		
「1. 検査科は以下の発生があった場合、直ちに臨床に報告しなければならない、において、マニュアルで検査科から臨床に報告すべき微生物について、具体的な菌種を記載すべき。	マニュアルに具体的な菌種を追記した。	改善
疥癬対応マニュアルで、安息香酸は試薬で保険適応外のため使用頻度は少ないため、「イベルメクチン」内服を主とした対策を検討すべき。	マニュアルを作成中である。	一部改善
針刺し事故後フローチャートで、『汚染』より『暴露』の方が、一般的です。汚染源の血液検査は暴露源の血液検査 HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗原/抗体のように変更するとよい。	「汚染」を「暴露」に、HCV を HCV 抗体に、HIV を HIV 抗原/抗体に記載を変更した。	改善
HCV の経過観察は、1、3、6 ヶ月に加えて 12 ヶ月後も検査するのが適当。	12 ヶ月後も検査を実施することに変更した。	改善
HIV 感染の頻度は 0.3% と低率だが、暴露源の HIV 検査陽性の場合や、不明だが強く疑われる場合は、できるだけ速やかに、可能であれば 2 時間以内の予防内服を推奨。 (石川県立中央病院や小松市民病院には HIV 感染予防薬提供窓口があるので、窓口連絡後、必要な書類を作成し提出すれば、自己判断で初回服用できること等を記載してはいいかがか。)	マニュアルの作成を検討中である。	検討中

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
HIV 検査について、臨床検査技師が配置されている病院では院内検査が可能のため、採用を検討するとよい。	検査件数が少ないので、試薬を購入しても、使用期限内に使い切れず廃棄することになるため、コストを含め検討中である。	検討中
血液培養検体採取方法について、ダイレクトドローで採取されているが、逆流の危険と採血量の点でも、いったんシリンジ採血後、血培ボトルに分注する方法が妥当。	血液培養検体採取方法のマニュアルを変更した。	改善
インフルエンザやノロウイルス腸炎が流行している時は、正面玄関や病棟の入り口に注意喚起のポスターなどを掲示し、感染対策を啓蒙すべき。	流行時期には、正面玄関・受付・待合室・病棟入り口に注意喚起のポスターを掲示し、感染拡大防止に努めている。	改善
多用量バイアルの管理基準（3ヶ月の使用期限の記載）について、対象薬剤の記載がないため周知が困難。詳細事項を検討すること。また、吸入薬などは開封後、短期間で廃棄が必要な薬剤があるので、確認すること。	対象薬剤はヒューマリンRのみなので、マニュアルに追記した。吸入薬は使用後すぐに廃棄している。	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
水回りは乾燥し清潔に保たれているが、どの部署もスポンジが直置きであったため、吊るして乾燥すること。	各部署の感染防止推進委員に自部署のスポンジが直置きになっていないか確認してもらい、吊るすように指示し、院内ラウンドでチェックした。	改善
(外来処置室) きれいに整理され使い勝手も良く、前回指摘事項である物品の保管(包交車上)も改善されていた。薬品棚も整理されているが薬品自体の開封後の管理も行うこと。	薬品の開封日を記入し、開封後期限が守られているかは使用時に期日を確認して使用している。	改善
(内視鏡センター) 高水準消毒液は人体への毒性や環境汚染への配慮が必要のため、グルタラールは比重3.4で空気より重いため強制排気口は低い位置もしくは洗浄装置の蓋付近の高さで設置すること。	内視鏡洗浄機を更新し、高水準消毒液はグルタラールから過酢酸製剤のエスサイドに変更した。	改善
(内視鏡センター) グルタラール液を注入廃棄するためのポンプ・バケツが無造作に洗浄器横に置いてあり、暴露の危険が大きい。清掃用綿モップは清潔保持できないため、使い捨て(クイックルワイパー)等の利用を検討すること。	清掃用モップは使い捨てに変更した。	改善
(透析センター) 治療区域と物品管理区域が混在状態で療養環境や感染対策として問題に感じる。透析に使用する点滴類は、直置きせず、患者ベッドとは十分な間隔で区分けして物品管理すること。	透析室のスペースは限られているので、治療区域と物品管理区域を分けることができない。透析に使用する点滴類はスノコの上に置き、患者ベッドとはできるだけ間隔を開けて管理することにした。	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
(透析センター) フラッシュ滅菌機は嚴重な滅菌目的用途でないのでインジゲータは不要だが、滅菌器なので清潔区域での管理が妥当です。	清潔区域に設置場所がないので、治療区域からできるだけ距離を置いた場所に設置している。	未実施
(透析センター) 出入口が病棟ラウンジ内に設置されており、外来患者が病棟ラウンジ内を通過してセンターに出入りしないように、感染管理だけでなく、療養環境の安全・安楽の観点からも検討する必要がある。	設計上、病棟ラウンジと透析用患者通路の区分けができず、現状のままである。	未実施
(病棟、汚物室) 外来の処置室のように交差感染を起こさない動線を意識し、工夫することで感染面・作業能率面ともに改善に繋がる。	清潔区域、不潔区域を明確にし、目視でわかるように環境を整える。	検討中
(検査室) 換気不良のスペースで呼吸機能検査をしており、改善がしにくいとのことだが、発熱外来(旧小児科外来)の近辺でスペースを確保できないか。	換気良好な部屋に呼吸機能検査スペースを確保した。	改善
院内で使用されている抗菌薬のAUD算出や他の抗菌薬に対するTDMの実施に積極的に取り組むべき	一番使用されている CTRX の AUD は毎月算出している。バンコマイシンの TDM も実施している。CTRX 以外の AUD 算出を検討する。	改善
抗菌薬適正使用マニュアルは各種疾患毎に整備され完成度が高いが、スタッフへの周知が不十分。抗生物質使用基準に記載がある基本的視点や感染防止の観点などについて感染防止推進委員会を通じて理解できるように検討すること。	抗生物質使用基準の基本的視点や感染防止の観点について、感染防止推進委員を対象にした学習会の開催を検討している。	検討中
外来で、開封日が不明な複方ヨード・グリセリン液が在庫にある。スタッフには開封日の記載および使用期限について把握・厳守させるとともに、ラウンド時にも開封日の記載についてチェックすること。	スタッフに開封日の記載を徹底し、使用期限についても厳守するよう、ラウンド時にチェックすることにした。	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
職員へのウイルス疾患に対するワクチン接種が推進されていない。 麻疹・風疹等の集団発生が起こると非常に大変な感染対策を強いられ、患者や職員の安全も確保できないため、職員へのワクチン接種を目標に、まずは抗体検査だけでも検討すべき。	1968年4月2日以降から1990年4月1日以前生まれの職員を対象に麻疹抗体価を測定し、抗体価8.0未満の職員にワクチン接種を行った。	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 500～ 床

実地支援日 平成 29 年 1 月 26 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〕
院内感染対策委員会で院長が感染対策専任者を兼任しているが、負担が大きいので、感染対策専任者を専任医師や感染管理認定看護師(CNIC)とすること。(可能であれば、セラピストや清掃等の外部委託業者の代表も委員会に含めること、CNICを専属にして感染管理対策加算を算定することもご検討ください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・院長ではなく、副院長が感染対策委員長を兼任している。現状においては CNIC が感染管理業務を主に行っており、必要時は感染対策委員長に相談し、アドバイスをもらっている。 ・セラピストは委員会に含まれており、清掃委託業者を委員会に含めるかは検討中。 ・感染管理対策加算の算定も検討中。 	検討中
院内感染対策委員会や ICT、各メンバー、リンクナース等の位置付け、役割分担を明文化し、感染対策に必要な組織図をマニュアルに記載すること。	マニュアル内に感染対策に必要な組織図を追加記載。	改善
ICT 会議は院内感染対策委員会と同様に月 1 回の開催を検討すること。	月 1 回の開催に変更した。	改善
インフォームドコンセントについて、入院案内やオリエンテーション時に説明文を入れてはどうか。経路別予防策実施時には、必ずカルテ内に記載することなどのルールを決めるなどの方法もあります。	検討中	検討中

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〕
【院内感染対策マニュアルの修正等】		
定期的に改訂しているが、ガイドライン的な表現が多数みられる。ICT メンバーや CNIC が中心となり専門的知見、最新の情報やエビデンスを網羅した、現場で実践可能な内容が好ましい。改訂日とその内容を記載すること。	マニュアル見直し中	検討中
耐性菌の感染対策について、菌種毎で区分せず、「耐性菌感染対策」として項目をまとめ、整理すると、より見やすいマニュアルになると考えられます。	マニュアル修正中	検討中

<p style="text-align: center;">主なアドバイス事項</p>	<p style="text-align: center;">取組み状況及び改善結果</p>	<p style="text-align: center;">自己評価 <small>改善・一部改善 検討中・未実施</small></p>
<p>麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎は、感染対策上重要となる疾患ですので、追記しておくことを推奨。</p>	<p>麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎の流行性ウイルス疾患については、マニュアル内に追加済</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>
<p>通常疥癬と角化型疥癬では対策が少し異なり、疥癬には消毒薬は効果がありません。</p>	<p>マニュアル修正中</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>感染対策 患者への指導 (N95 マスク着用等) と記載されているが、患者は室外に出るときはサージカルマスク着用です。</p>	<p>マニュアル修正済</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>
<p>マニュアル改訂は 2012 年以來されていません。感染対策の見直しや修正などをした時点で、改訂すること。(マニュアル改訂については、院内通信や院内感染講習会などを利用して周知徹底し、実施状況の確認をラウンドにより確認するよい。)</p>	<p>H29 年 8 月の改訂時にマニュアル修正済</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>
<p>感染症発生状況は、検査室⇒感染制御室または ICT と情報伝達し、主たる部門のメンバーが情報共有できるような報告体制を整えること。</p>	<p>感染報告書は ICT メンバー内で閲覧することにより情報共有する。また、院内において検出頻度の低い菌や多剤耐性菌などの検出があれば、検査室より直接連絡が来る体制をとる。</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>
<p>感染症サーベイランスの結果は、院内感染対策委員会で毎月報告されているが、実働部隊である ICT メンバー内および院内各部署に対しても伝達すること。</p>	<p>ICT メンバーと院内感染対策委員会出席者は重複しており、伝達されている。各部署に対してはリンクナースに報告書配布し、伝達する。</p>	<p style="text-align: center;">実施済</p>
<p>マニュアル内にアウトブレイクの定義がないので、疫学的定義と自施設における介入を行う基準を決め記載すること。 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「医療機関における院内感染対策に関する留意事項」(医政指初 1219 第 1 号 H26. 12. 19)</p>	<p>マニュアル内に追加作成済</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>
<p>アウトブレイクなど感染に関する問題が発生した場合の担当部門、担当者、報告経路の記載がされていないため、フローチャートなどで、簡便に記載すること。(近隣施設への紹介となるようですが、その対応方法についても記載するとよい。)</p>	<p>フローチャートは作成中</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>アウトブレイク発生時は、直ぐに ICT チームが現場介入できる組織体制が重要なため、検出された時点で細菌検査室より感染対策責任者や感染対策委員会にも報告する等、組織体制の変更を検討すること。</p>	<p>検討中</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>

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
現場からの感染に関する報告や相談は、CNICまたは感染対策専任者に集約するようにし、多職種で構成するICTメンバーがそれぞれの特殊性を活かして対応できる体制づくりを目指すこと。	集約された報告や相談内容のうち、ICTメンバーの支援が必要であると思われるものに関しては、支援をもらい対応する体制をとる	改善
コンサルテーションは、情報を知るだけではなく現場と改善にむかえるよう現場と共に考え、実践への支援や実施状況の確認をすることが必要なため、このような動きが可能な組織体制やメンバーの選定について検討すること。	コンサルテーションがあった際は、現場に赴きICTメンバーや当該リンクナース、当該師長または当該責任者などの協力を得て問題解決に向けて検討を行う。	改善
院内教育講習会において、感染対策の遵守や周知徹底については、各々の特殊性や業務に合わせた感染対策の講習や指導を行う必要がある。	業務の特性上、全員参加が難しいため感染対策に関する研修会は業務時間内と時間外の2回開催することとした。	改善
感染管理の情報収集は院長に集約され、院内職員への情報提供にまでには至っていない模様。定期的でなくても、何かしらの手段で情報伝達や共有できる手段を検討すること。	院内における感染情報についてその都度、「感染対策情報」や「アラート」を作成し共有するようにした。	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
外来における感染症トリアージに対する対応については、疑い例であっても適切な対応が必要なため、他の患者と分離しての診察業務の流れと設備についてご検討すること。（陰圧室又は簡易ヘパフィルターパネル、その他採痰ブースなど）	診察室は区別している。 当院の外来は急性期の患者を対象としておらず、患者の病状に応じて系列病院に紹介することで対応している。	改善
手指消毒薬の受払量による遵守状況のモニタリングについて、やや伸び率が少なく、目標値設定もない。達成できていない部署が改善しない要因分析がされていないので、ICTが分析を行った上、改善するための支援を行うとこと。	現在、アルコール手指消毒薬の使用量モニタリングは病棟のみで行っており、各病棟のリンクナースに自病棟の目標値設定を行なってもらい、目標達成できなかった病棟に対してICTが介入することとする。	改善
感染経路別予防策の病室前表示を作成して運用すること。（これらが適切に使用されるためには、感染対策マニュアルに記載し、患者に対しても入院時案内で説明して、ICTラウンドで実施状況を確認するようにするとよい。）	検討中	検討中
検体搬送時は、転倒などにより検体落失の可能性があるため、蓋付きBOXの使用が望ましい。病棟での検体一時保管場所が、ナースステーション内の清潔か不潔かが不明な場所に置かれていたため、定位置を決めること。	検体の一時保管場所は汚物処理室の一角と定位置を決めた。 蓋付きボックスに関しては検討中。	一部改善

<p style="text-align: center;">主なアドバイス事項</p>	<p style="text-align: center;">取組み状況及び改善結果</p>	<p style="text-align: center;">自己評価 〔改善・一部改善〕 検討中・未実施</p>
<p>血液培養の2セット率は、検査技師の声掛けでほぼ100%と高いものの、細菌培養件数が非常に少ない印象である。まず、血液培養を採取され、抗菌薬適正使用の推進が望まれる。</p>	<p>検討中</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>培養検査が外注委託で、データを紙でしか入手できないとのことでした。手入力で集計しているようだが、労力や入力ミスの軽減のため、ファイルでもデータを頂けるよう委託先との契約の見直しをすること。</p>	<p>以前にも委託先に問い合わせたことがあるが、当院検査技師が希望する形でのデータが貰えなかったことで、手入力している現状がある。 また、検査データ数も少なく手入力することでデータを見返す機会になり、感受性の変化にも気づきやすいため現状維持としたい。</p>	<p style="text-align: center;">現状維持</p>
<p>緑膿菌のみアンチバイオグラムを作成されているとのことだが、他の菌種についても1年に一度作成して臨床へのフィードバックすること。</p>	<p>当院では培養頻度が少なく、他菌種の検出頻度も少ない。そのため、十分なデータが揃わないことも考えられるため、現状維持としたい。</p>	<p style="text-align: center;">現状維持</p>
<p>検査室の白衣は、検体検査中も生理検査中も同じ白衣で実施されているので、可能ならば、白衣を交換されるなどの対策をすること。</p>	<p>検討中</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>抗菌薬投与時に有効性と安全性を確保するため、腎機能毎の投与量マニュアル作成について検討すること。</p>	<p>作成中</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>一部の滅菌器材が床に直接置かれて保管されています。病棟での輸液、注射薬の保管は、汚れた時に清拭できる物品で保管することが望ましい。注射カートの導入を検討すること。</p>	<p>物品保管庫を別に設け物品配置を分散させた。 床上30cmに物品を配置するように基準を設けた。</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>
<p>抗菌薬の使用状況の報告についてはAUDではなく、使用量で報告されている。現在はAUDを算出し把握、評価を行うことが一般的であるため、導入をお勧めしたい。</p>	<p>今後、検討予定</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>バンコマイシン注の投与量、投与方法についてTDMの実施を検討すること。</p>	<p>検討しているが、実施されていない</p>	<p style="text-align: center;">検討中</p>
<p>高カロリー輸液が床に直接置かれている。薬品棚での保管が困難の場合は、床に接しない工夫(簀子の使用など)が必要。また注射薬トレイの清拭は毎日行うことが必要ですが、まずは可能な期間での(1週間に1回程度)実施を検討すること。</p>	<p>床に直接置かずに折りたたみコンテナを敷き、注射薬トレイは週1回清拭することとした。</p>	<p style="text-align: center;">改善</p>

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〕
防護具の装着は、適切なタイミングで使用できるよう、院内教育や ICT ラウンドにおいて指導やトレーニングを行うこと。	院内研修や新人オリエンテーションの際にトレーニングを行うことにする。	一部改善
眼粘膜曝露防止対策としてのゴーグル又はフェイスシールドマスクが導入されていないので、 <u>早急に導入すること。</u>	ゴーグル導入し、必要時請求して使用。	改善
リキャップに関しては、習慣化が必要であり、国内の多くの施設では完全廃止に移行している。未使用および使用済みの針はすべてリキャップ禁止とするのはいかがか。	検討中	検討中
針の種類別の針廃棄ボックス準備が徹底できていないため、区分する必要性についてもご検討の上、徹底できるよう教育指導を行うこと。感染性廃棄 BOX は、バイオハザードマークが見えるように設置すること。	感染性廃棄ボックスの設置向きについては ICT ラウンドの際に確認し、正しく設置されていなければ ICT ラウンドの結果と共に指摘する。 針廃棄ボックスの使い分けの必要性については検討中。	一部改善
針刺し事例については、未報告の事例はないか、正確な発生件数の把握やその要因分析、安全装置付き機材の見直しをどの部門が行うか、明確にすること。	針刺し事例があった際は、面談を行い要因の分析を行うようにした。 未報告事例の拾い上げ方法、安全装置付き器材の見直し部門についても検討中。	検討中
血液・体液曝露に注意すべき血液ウイルスとして、HBV/HCV のみが挙げられている。HIV も追加すること (3.4.7 含む)。また、針刺し切創のみではなく、粘膜曝露および咬傷時の感染対策と対応についても追加すること。	マニュアルに追加の方向で検討中	検討中
HIV 検査は他の検査同様、外注のようですが緊急性を要する場合には早期に採血結果の報告をしてもらえるよう、委託業者との入念な打合が必要。マニュアルへも記載すること。(報告はどの部門が受けるか等も明確化)	HIV 検査はウインドウ期があるため、曝露後早急に結果が分かるものではないと認識しております。 曝露後の予防内服に関しては、緊急の対応を必要とするためマニュアル整備中。	検討中

■院内感染対策実地支援アンケート■

※平成 28 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)

- 院内ラウンドを行う前であったため、ラウンドのポイントや方法などに役立ったほか、職員全体の感染対策に対する意識が向上したと感じた。また、普段気がつきにくい点を指摘され、大変参考になった。
- 指導を受けたことによってマニュアルが実用化されやすいよう変更し、職員も参考とするようになった。感染症法など、定期的に管理する必要性がわかり、管理体制ができたと思う。
- 当院では感染防止対策加算や病院機能評価などの第三者による院内のラウンドの機会がほとんどないため、第三者の視点で院内における感染対策に対してアドバイスを頂けたことは、今後の感染対策の軌道修正のための方向性が見えるいい機会となりました。

(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。)

- 今回の院内感染対策実地支援が再ラウンドであり、前回のラウンド結果と比較しての達成度などの評価がなかったため、つながりを感じられない印象でした。
- ラウンドの時間よりもマニュアルや組織に関するヒアリングが長いと感じました。
- 当院は慢性期の患者が入院する療養型病院であり、治療・検査・器材の導入・加算取得に至るまで急性期病院とは異なる面が多々あるかと思えます。ラウンドの際には、そのような視点でのアドバイスを頂けたらと思いました。

● 平成 29 年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容】（病院）

既設の建物を改装し透析室を作ることと考えており、保健所へ相談。

【病院→保健所】平成 29 年 5 月 8 日

1：図面での助言をお願いします。

2：透析室と前室の間のドアがない方が動きやすいのでなくてもよいか。

【保健所回答】

1：前室は清潔で透析室は不潔なので洗浄汚物の場所が良くない。

2：前室と透析室の清潔不潔をはっきりするためにもドアはあった方が良い。

修正した図面（平成 29 年 6 月 6 日）で、保健所から、前回にくらべ、不潔エリアが透析室に向かう動線上ではなくなったので、よくなったと回答いただいたが、感染対策支援ネットワークの専門医師にも、是非ご確認いただきたい。動線・配置等での助言よろしくをお願いします。

【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。現在透析ベッド 2 床で、2 年後には透析施設を新たに作られる予定であり、それまでの暫定的施設と伺いました。構造上や工事・配管の問題もあり、施工業者の林寺メディノールと相談させていただきました。また、南加賀保健所等より当院透析室に対して頂いているご意見も参考に、下記を提案させていただきます。

図面上のみの判断で御異論もあるかと存じますが、宜しく願い申し上げます。

入り口部分

- 手指消毒薬を設置してください。

清潔エリア

- 点滴調製の設備と薬品庫（保冷库）が必要です。ドアのついた 1 室が望ましいですが、スペースがないようです。やや使い勝手が悪く倉庫が狭くなりますが、清潔エリアの倉庫の一部を利用されては如何でしょうか。
- 清潔リネンは透析室の外で管理されると伺っています。

汚染エリア

- ベッド幅が 85cm 程度とのことで、推奨されているベッド間隔 1m が確保できていません。吸痰等の操作や、重症患者や急変時の対応等も考慮し、新施設では 1m 以上を確保されるようにお勧めします。
- 洗浄・汚物廃棄物置場は頻回にスタッフが出入りするエリアです。予定の配置では、手前のベッドと出入り口が近いと思われませんが、配管工事の必要性等より図面の位置から変更は難しいとのことでした。廃棄物置場の前のベッドでの穿刺操作やコンソール操作の際には廃棄物置場への出入りや汚染物の搬入等が難しい点も問題と思われれます。可能であれば、手前の 1 床を減らして 9 床とし、廃棄物置場への通路を確保されてはいかがでしょうか。
- 各種廃棄ボックスはまとめて廃棄物置場で管理されるものと存じますが、廃棄物置場がかなり手狭になってしまうかもしれません。
- 穿刺時等で汚染され不定期で交換するリネンはその都度室外へ持ち出す予定でしょうか。必要であれば汚染リネンの一時保管場所もご検討ください。

汚染エリア（続き）

- 換気の気流は基本的に入り口側から奥へ流れる設計と伺っています。インフルエンザ患者等は最も奥の2床をカーテンで仕切って対応されると伺っていますが、その際は、一番奥のエアコンは切って換気扇を利用し、奥から入り口側への気流が出ないように対応をお願いします。
- 整理整頓のためモニターや点滴棒等の器材の保管場所を確保してください。
- 室内にトイレがありませんが、透析中に患者が便意を催した場合、ベッド上での便器での対応のみでしょうか。ポータブルトイレを入れるスペースもなさそうです。その場合はカーテンやスクリーンでの対応の予定でしょうか。
- 新施設では手洗いを備えた診察室の設置もご検討ください。

「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン改訂第4版」の「第4章透析室設備と環境対策」をご参照ください。

透析会誌 34(5):329-334, 2001「感染防止に対する血液透析施設の最適設備条件について」や The American Institute of Architects Academy of Architecture for Health の出している「GUIDELINES FOR DESIGN AND CONSTRUCTION OF HOSPITAL AND HEALTH CARE FACILITIES」の 7.14 Renal Dialysis Unit (Acute and Chronic)も参考になるかもしれません。インターネットで入手可能です。

平成 29 年 7 月 13 日
石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

【相談内容】（介護施設）

感染マニュアルの見直しに伴い質問

- 【1】 ESBL 保菌者、CD 腸炎保菌者の感染対策について接触感染対策の他、気をつけるべき事項。
また、退院後、保菌なしと判断することは可能か。
- 【2】 冬期は室内の乾燥により感染しやすくなるが、各居室に加湿器を1台設置するが湿度40%以下になる事がある。加湿器の他に効果的な方法はあるか。
- 【3】 インフルエンザに4人床のうち1人が罹患した場合、他3名の罹患も疑い部屋での安静を実施している。その場合、予防投与などの早めの対策が効果的か。
- 【4】 インフルエンザなど隔離が必要な場合に、院内感染マニュアルに個室での隔離と記載しても良いか。（特養では身体拘束をしない事になっており隔離は拘束につながる言葉ではないかとの意見もあり慎重に判断したい）

【回 答】

- 【1】 ①多剤耐性菌やCD等の感染・保菌者への感染対策の基本は、標準予防策＋接触感染予防策です。高齢者施設内で病院に準じた感染対策を実施することは難しく、まずは標準予防策を確実に実施することが重要です。CDやESBLでは、尿や便の取り扱い時の、標準的な感染予防の徹底（手指衛生の遵守、当該患者に使用した個人用防護具〔手袋やビニールエプロン等〕を他の患者に使い回さないこと、など）が最も重要となります。特にCDはアルコール耐性ですので、こまめな流水+石けんの手洗いも必要となります。また、便中のみに保菌されている場合（特にCD）には、下痢など周囲への拡散の可能性が高い場合にのみ接触対策を行います（普通便では特別な対策不要）。

②「保菌なし」の判断について

①にも述べましたが、便中保菌のみの場合には、普通便であれば対策上は「保菌無し」の状態となります。その後、何らかの原因で下痢便が出現した場合には、その原因は多様（ノロウイルスなども含まれる）であり、原因判明までは便取り扱い時に十分な感染対策を行うことがまずは重要となります。尿中のESBLなどの耐性菌は感染伝播リスクが高く注意が必要ですが、一般的に保菌状態から脱するのは容易ではありません。機会がある毎に、検査を繰り返して陰性化を確認するしか方法はありません。

- 【2】 乾燥は、気道粘膜の防御機能を低下させ、またインフルエンザが生存しやすくなるとの報告もあり、厚生労働省のインフルエンザQ&Aにも、インフルエンザ対策として加湿器などによる保湿が効果的と記載されています。一方、湿度の高い環境は、細菌の繁殖においても都合の良い環境となり、また加湿器そのものが感染源となる可能性もあるため、取り扱いには十分注意が必要です。特に超音波加湿器は微生物汚染を受けやすいとされていますので、施設内での使用はおすすめできません。

冬期の乾燥した状態では、湿度40%維持もなかなか難しく、努力目標にとどまることが多いと考えられます。40%維持を絶対的な目標とすることは、その他の病原菌のリスクにもつながるため、一般的には推奨できません。加湿器以外の方法としては、マスク着用により保湿を促す、なども検討してみてもいかがでしょうか。

- 【3】 抗インフルエンザ薬の予防投与について「日本感染症学会提言2012：インフルエンザ病院内感染対策の考え方について（高齢者施設を含めて）」に以下の記載があります。

「高齢者施設では、接触者が特定できない場合が多く、発症しても症状が明確に出ないことも多いので、フロア全体、あるいは入所者全員の予防投与を積極的に実施する必要があります。インフル

エンザ様の患者が2～3日以内に2名以上発生して、1名でも迅速診断でインフルエンザと診断されたら、フロア全体の抗インフルエンザ薬予防投与の開始を考慮すべきです。」

生活環境である高齢者施設においては、入所者の活動範囲も様々であり、どの程度まで予防を行うかの線引きが難しく、総合的な判断のもと、予防投与の範囲を決めることになります。活動範囲がほぼ部屋内のみであれば、まずは同室者の予防を考慮することになります。

- 【4】 「隔離」とは、空間を物理的に遮断することにより、感染対策の徹底を図ることを目的に行われます。拘束とは全く異なる意味を持つ用語ですので、その意味が入所者や家族に説明できれば、記載は問題ないと考えます。

平成 29 年 11 月 9 日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

■平成 29 年度院内感染対策講習会開催結果概要■

- 開催日時 平成 29 年 11 月 5 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 120 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				
11	56	2	10	4	83	2	5	1	91

○アンケート

回答数	回答率
92	77%

■ 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
63	28	0	0	1

■ 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。

- ・初期対応の判断が大切。海外帰国者が突然受診した場合の対応が参考になりました。
- ・初期対応、ワクチン接種の重要性、情報収集・共有方法。
- ・日頃からの院内感染対策の重要性。
- ・麻疹排除状態を維持していくための県の取り組み、情報の一元化と窓口の決定。
- ・職員の抗体価カードを作るときに、記憶でなく記録がきちんと証明されるような調査を行っていく必要性。
- ・今後、麻疹疑い患者に対してどう対応するか、他のスタッフに伝えていきたい。
- ・マニュアルについて、病院の ICT だけでなく、他の職員からも意見を反映して日々更新する事。
- ・職員のワクチン接種と抗体価の管理について。
- ・自分が濃厚接触者という意識を持つ重要性。
- ・金沢医療センターで実施されている抗体価カードの携帯。
- ・大人でも、発熱・発疹(渡航歴有)は要注意。
- ・小さなクリニックで働いていますが、麻疹患者が来院された時の対応を学ばせて頂きました。
- ・事例への詳しい対応がわかり、勉強になった。医療センターのマニュアルが参考になった。
- ・自分自身や病院職員の抗体価を調べることが必要だと感じた。
- ・麻疹等の抗体価についての考え方。抗体価が低下した場合は、再度ワクチン接種を行うこと。
- ・疑わしい症例が来院した時の対応法は参考になった。

- ・予防接種の必要性。今回は、接種率が高かった事が三次感染に繋がらなかったと解釈できます。
- ・石川県の普段からの対策がよかった思える。決して運がよかつただけではないと思います。
- ・当院では隔離する場所があまりないので、早速検討していく必要があると思いました。
- ・麻疹対応全般。ディスカッションの内容。風疹対策について。18才 CRS のメッセージ。
- ・ワクチン接種率を向上させ、集団免疫があれば感染拡大を防げたり、最小に出来ると感じた。
- ・医療機関と行政が共に、今回の麻疹事例における課題について提示した点。
- ・発熱、下痢の患者を感染対策とし、N95 マスクを使用し、必要最小限の人数で対応を行った事。
- ・行政との連携

■ 今後、本ネットワーク会議の現地支援を活用したいと思いませんか？

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
23	65	30	0	15	17

■ 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せんか？

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
10	51	17	0	4	5

■ 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。

- ・AMR 対策。医療機関(病院、開業医)と介護施設はどのように対策を行っていけば良いか。
- ・地域の事例による研修会は理解しやすい。
- ・耐性菌対応。ESBL の対応についての施設での取り組み。
- ・患者や家族への指導、説明。
- ・感染症を知らないドクターが増えているため、感染症に対する日頃の疑問について調査した内容。
- ・ノロ、インフルエンザのほか、県内における風疹対策はどうなっているか気になりました。
- ・スライド、資料が見にくかったので改善をご検討下さい。
- ・渡航関連の感染対策全般について。
- ・新型インフルエンザやノロウイルスが流行した場合の感染拡大防止策。
- ・ワクチンについての考え方。
- ・抗菌薬の適正使用。
- ・感染症検査についての講習をしてほしい。
- ・陰圧室などの設備的に充分でない病院での対応方法について。

■ 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。

- ・保健所や県のコラボは、各々の取り組み状況がわかり良いと思います。
- ・感染対策について、ワクチン接種などの費用に乏しい病院はどうしたらよいか
- ・研修会は、無料で身近な問題に応じてくれているようで有難いと思う。
- ・勉強になるので、今後も参加させていただきます。
- ・とても素晴らしい講演、講習会でした。

平成 29 年度石川県院内感染対策支援事業概要

平成 30 年 3 月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
