

平成30年度
院内感染対策支援
事業概要

平成31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 29 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 30 年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成 31 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 兼 感染管理室長）
	竹田 正廣（小松市民病院 診療部長）
	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 臨床研究部 治験管理室 治験主任）
	中出 順也（金沢大学附属病院 薬剤部 薬剤主任）
看護師 リーダー	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）
	谷田部 美千代（恵寿総合病院 医療安全管理部感染制御室）
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）
	梅田 由佳（金沢市立病院 中央診療部臨床検査室）
	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）

2) ネットワーク会議開催日

第 1 回 平成 30 年 8 月 1 日 於：石川県庁

第 2 回 平成 31 年 3 月 15 日 於：石川県庁

Ⅱ. 平成 30 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 4 病院に派遣した。事業の実施に当たっては、病院が事前に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 30 年 8 月 7 日～平成 30 年 11 月 29 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 1 名、薬剤師 1 名、看護師 2 名、臨床検査技師 1 名）
※県医療対策課、県保健福祉センター又は金沢市保健所担当が同行

支援方法 実地訪問による院内感染予防や対策について助言
評価表により、支援病院が自己評価（A～C 評価）し、その内容を踏まえて支援を行うとともに、大項目を A～C で評価（※）した。

※評価項目

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

○ 平成 30 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 30 年 8 月 7 日	許可病床数： ～99 床	医師：和田泰三（リーダー） 薬剤師：多賀允俊 看護師：中村洋子、池田恵子 臨床検査技師：新川晶子	7～14p ・ 別添 1
平成 30 年 10 月 2 日	許可病床数： ～99 床	医師：竹田正廣（リーダー） 薬剤師：中出順也 看護師：佐分稲子、谷田部美千代 臨床検査技師：金谷和美	15～21p ・ 別添 2
平成 30 年 11 月 20 日	許可病床数： ～399 床	医師：西 耕一（リーダー） 薬剤師：多賀允俊 看護師：江波麻貴、谷田部美千代 臨床検査技師：梅田由佳	22～27p ・ 別添 3
平成 30 年 11 月 29 日	許可病床数： ～299 床	医師：渡邊珠代（リーダー） 薬剤師：池田浩幸 看護師：江波麻貴、小森幸子 臨床検査技師：坂上有希子	28～31p ・ 別添 4

○ 平成 30 年度院内感染対策実地支援実施施設の評価結果

評価項目	施設数		
	A評価	B評価	C評価
A 感染対策の組織	1 施設	3 施設	
B 院内感染対策活動（ICT が組織されている場合には ICT 活動）		4 施設	
C 外来	1 施設	3 施設	
D 病棟	1 施設	3 施設	
E ICU	—	—	—
F 標準予防策	1 施設	3 施設	
G 感染経路別予防策		4 施設	
H 病院感染症防止策	1 施設	3 施設	
I 洗浄・消毒・滅菌	1 施設	3 施設	
J 医療廃棄物	4 施設		
K 微生物検査室	—	—	—

実地支援の進め方

時間配分	区分	手続き及び内容
事前準備		<p>【事務局】 1. 支援実施病院へ実施決定通知を送付。 2. 院内感染対策支援ネットワーク評価表、ラウンド評価シート及びディスカッションシートを送付し、作成依頼をする。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【病 院】 事務局から送付するチェックリストは電子データにて、院内感染対策マニュアル・感染対策委員会組織図・ICT資料等・病院の概要は紙媒体にて実地支援日の2週間前までに事務局へ送付。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【事務局】 病院より提出されたチェックリスト及び院内感染対策マニュアル等の資料を派遣メンバー全員に送付する。</p> <p>[その他の準備]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランス・抗菌薬の資料、チェックリストに記載した取組みの裏付けとなる関係資料の準備。 ・実地支援チームが支援（担当者等からのヒアリング・資料の閲覧等）を行うために必要な場所（会議室等）の準備。 ・支援時は院内の院内感染対策に従事している各職種の担当者（医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師）が対応。 ・病院側に支援当日の院内ラウンドを実施する病棟・部署を選定をしておいてもらう。

(13時開始の場合) 13:00 ~13:30 (30分)	資料による確認・事前打合せ	<ul style="list-style-type: none"> ・評価表に記載された取組みを関係資料に基づき確認する。 ・院内ラウンドを行う場所、順番について打ち合わせする。
13:30 ~14:30 (60分)	ガイダンス・質疑応答	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問の目的と支援の流れについて、病院側に説明。 ・双方で自己紹介。 ・上記の確認結果に基づく質疑応答。
14:30 ~15:20 (50分)	院内ラウンド	<ul style="list-style-type: none"> ・院内をラウンドし、各現場での院内感染対策について確認するとともに、随時アドバイスを行う。
15:20 ~15:50 (30分)	講評（アドバイス） 内容のまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・実地支援チームは、講評（評価・アドバイス）を行うため、ヒアリング及び資料等の確認をし、内容に対する所感等を取りまとめる。
15:50 ~16:00 (10分)	講評（アドバイス）と懇談	<ul style="list-style-type: none"> ・実地支援チームは、病院側に対して講評（評価・アドバイス）を行い、病院側から院内感染対策に関する相談に応じる。

後 日	アドバイスレポートの作成	<ul style="list-style-type: none"> ・実地支援チームリーダー（医師）は、各職種のメンバーの意見を取りまとめて、アドバイスレポートを作成。
-----	--------------	--

2. 院内感染対策実地支援後の取組状況調査事業

(平成 29 年度実地支援実施病院対象)

平成 29 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 30 年 10 月
調査対象 4 病院
調査方法 調査表を郵送
調査結果 32～68p

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 30 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、委員長が確認の上で回答
相談内容・回答 感染物の廃棄について（70p）

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 30 年 11 月 23 日（金・祝）午後 2 時～午後 4 時 30 分
開催場所 石川県立中央病院 会議室 1
講演・討議 「各病院における AST 活動の紹介」
米山委員、田淵委員、多賀委員、梅田委員
特別講演 「抗菌薬適正使用普及のためのグラム染色検査の実施とその結果を患者教育に活かす取組み」
講師 前田 雅子 先生
(まえだ耳鼻咽喉科クリニック 薬剤師兼臨床検査技師)

開催結果概要は 71～72 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 30 年 8 月 7 日（火） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～99 床

支援実施者／和田 泰三（医師・リーダー）、多賀 允俊（薬剤師）、中村 洋子（看護師）、池田 恵子（看護師）、新川 晶子（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

- 感染対策委員会が必要な人員で組織され、適正に開催されていました。病院組織内における委員会の位置づけが明確になるように組織図を作成されることが望まれます。
- ICT が組織されていませんでした。ICT は院内の感染対策を指導する中心的な役割を担っており、また、院内感染が発生した場合に迅速に対応する実働部隊でもあります。さらに、院内感染発生（疑い含む）時の情報集約組織にもなります。現在は、各部署の看護師長が自部署の感染症発生状況に関し情報を集約しているとのことでしたが、アウトブレイク時以外の平時でも、部署（病棟）横断的に情報を集約する必要があります。ICT を組織するとともに、院内の組織図において ICT の位置づけを明確にし、権限と役割について整理ください。
- 委員の方々の感染対策への意識は高く感じました。ぜひ ICD や ICN 等の資格を取得し ICT の中心となって活動されるとよいと思います。また、感染防止対策加算 2 の申請も視野に入れ、取り組まれることをお勧めします。

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

評価：(B)

評価項目のなかから 3 項目について取り上げます。その他の項目は評価表の外部評価及びコメントをご確認ください。

【マニュアルについて】

- 院内感染症対策マニュアルは院内における感染対策の基本となります。院内感染が発生した際もしくは発生が疑われる際に現場のスタッフおよび感染対策を指導する者（ICT 等）が統一した考えのもと統一した行動（対策）を取るために必要となりますが、10 年間以上改定が行われていない項目も多く、また、修正・変更・追加が必要な項目などもあります。まずは現場スタッフが有事の際に手に取って見ることが

出来るような、見やすいマニュアルの整備が必要かと思います。

● 修正・追加・見直しが必要な項目と内容について以下に記載します。

1)委員会名簿の「事務部長」と連絡体制フローチャートの「事務長」、「院内感染発生時の対応」と「アウトブレイク具体的対応」はそれぞれ同じ事を指していると思われましたので、どちらかに統一した言葉を用いてはどうでしょうか。

2)言葉の修正及び追加、見直しをご検討ください。

①「アウトブレイク対応」の頁

- ・バンコマイシン耐性腸球菌 (VER)の略語⇒ (VRE)
- ・クロストリジウム・ディフィシル⇒クロストリディオイデス・ディフィシル
- ・監視する菌に、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE) を追加ください。

②「アウトブレイク具体的対応」の頁

- ・三側表⇒三測表
- ・1. 初動体制と対応に、「感染の疑いある発症者」とありますが、「アウトブレイク対応」にある院内でアウトブレイクを起こしやすい感染症を指すのか、少しわかりにくいと思います。どのような場合に連絡するのか具体的な対象を明記すると良いでしょう。
- ・連絡体制は図式化されておりわかりやすくなっていますが、文章での説明と連絡体制図の矢印が合いません。誰が何をするのがわかるように矢印に説明を加えても良いかもしれません。

③「院内感染対策の基本」の頁

- ・暴露⇒曝露
- ・1. 標準予防策 1)自己の衛生・健康管理には、発熱や下痢・嘔気症状を有する場合の対応も必要かと思います。勤務前に上司に連絡するなど取り決めておくとう良いでしょう。
- ・1. 標準予防策および 2) 手洗いに、「・・・その前後で手洗い(図 1)を励行する」および「液体石鹸(ミューズ)と流水による手洗いが基本であるが・・・」とありますが、手指に目に見える汚れが無い場合等は、手荒れの観点等から石けんと流水による手洗いではなく、速乾式擦式アルコール製剤による手指消毒が推奨されます。石けんと流水による手洗いを要する具体的な場面は(③トイレの後、⑤食事の前等)と定め、それ以外は手指消毒薬による手指衛生をご検討ください。
- ・3)手指衛生の基本原則 6 項目についても③を最初にあげることを推奨します。
- ・WHO(世界保健機関)が発表した医療現場における手指衛生のためのガイドラインに 5 つのタイミングが図式化されています。マニュアルに取り入れるとう良いでしょう。
- ・1. 標準予防策 9)血液汚染にある、扱う祭⇒際
- ・1. 標準予防策 9)血液汚染に、「⑤使い捨ての・・・使用現場にできるだけ近い場所に置いてある専用廃棄容器に廃棄する。」となっていますが、現場で直接廃棄できるように携帯型の専用廃棄容器を持参するしくみを整えてください。
- ・2. 感染経路別予防策(1)空気感染予防策にある、患者は N95 マスク⇒患者はサージカルマスク
医療従事者あるいは家族が入室する場合は、サージカルマスク⇒N95 マスク

- ・ 2. 感染経路別予防策(2)飛沫感染予防策にある、
感染性粒子の大きさ「直径 5μ 以下の大きさ」⇒「直径 5μ 以上の大きさ」
- ・ 手洗い手順、手袋・マスク・ガウン等の着脱手順、器具・機材の洗浄・消毒・滅菌、
採用消毒薬・濃度の一覧表、リネンの分別方法、針刺し後対応等の職業感染対策に
ついて、いつでも確認できるようマニュアルに記載されると良いでしょう。

④「MRSA 接触感染予防」の頁

- ・ 病室の日常清掃、「② 皮膚落屑が多い場合、血液、・・・が飛散している場合は、適
当な消毒剤 (0.1%~1%次亜塩素酸ナトリウム) で清拭し、・・・」とありますが、血
液・体液等を物理的に拭き取るなどして除去した後と追加しましょう。
- ・ 物理的な除去が行えない場合には 0.5~1%の濃度での消毒が必要となります。物理
的除去の有無により使用可能となる濃度が異なり、場合によっては十分な消毒効果
が得られませんので、より具体的な記載をご検討ください。
- ・ 次亜塩素酸ナトリウムの希釈濃度について、貴院では 6%次亜塩素酸ナトリウム (テ
キサント) を希釈して使用されていましたが、「MRSA 接触感染予防」の「④・・・
MRSA 患者と直接接触した場合は、ヘキサックアルコール、0.1%~1%次亜塩素酸
ナトリウムで清拭する」等に記載されている使用濃度の見直しが必要かと思えます。
例えば、MRSA 患者に使用したノンクリティカル器具 (聴診器, 血圧計等) は可能
な限り患者専用にすることが望ましいですが、複数の患者で共用する場合の消毒薬
に次亜塩素酸ナトリウムを使用するのであれば、0.02%~0.1% (200ppm~
1000ppm) で十分です。また、上記の MRSA に関しては消毒用エタノールでも効果
が期待できますので、希釈の手間等を省くため、消毒用エタノールクロスによる清
拭 (病原微生物によっては次亜塩素酸ナトリウムによる清拭が必要) をご検討くだ
さい。

⑤「流行性角結膜炎」の頁

- ・ ムンテラ⇒病状説明、インフォームド・コンセント (説明と同意) など
- ・ 潜伏期間や発症後の院内対応 (環境清掃など) も記載があると良いです。
- ・ 「3.1)病室の出入りには廊下の備え付けのベルコムローションでの・・・」とありま
すが、流行性角結膜炎の原因ウイルスであるアデノウイルス D 型等はベルコムロー
ション (0.2%ベンザルコニウム塩化物) では十分な消毒効果が得られない可能性が
あります。貴院では手指消毒薬としてラビジェル (80%エタノール) も採用されてい
ますので、手指消毒薬をラビジェルに統一されてはいかがでしょうか？
- ・ 「3.2 協力が得られなければ、隔離する」となっていますが、感染力が強いため「入
院患者が発症した場合は原則隔離する」とされてはどうでしょうか。

⑥「セラチア感染対策マニュアル」の頁

- ・ 2. 消毒用アルコールの取り扱いについて、貴院では単包式アルコール消毒綿を使用
されているとのことでしたので、このまま単包式のみを使用を継続するとともに、
マニュアルも現況に合わせた改定をご検討ください。なお部署によっては単包式で
なくパック式のものを使用していました。採血、点滴、薬剤ミキシング時は単包式
アルコール消毒綿をご使用ください。
- ・ 3. 末梢静脈ラインについて、「24 時間以上の維持輸液に関して以下の点に留意する」
とありますが、一般的にクリーンベンチ内で調製した注射薬であったとしても「室

温において保存され、調製後 28 時間以内（調製から投与までのタイムラグ 4 時間を含む）にすべて投与される」必要があります。本邦においては、クリーンベンチ外で調製した注射薬を何時間以内に使用するかに関する明確な基準はありませんが、適切な無菌調製が実施されていたとしても上記の調製後 28 時間以内に投与終了する必要があるかと思えます。注射薬は投与直前に混合調製するとともに、長くても 24 時間ごとの切り替えをご検討ください。

- ・ 3. 末梢静脈ラインについて、1)は単包式消毒薬、2)は速乾性擦式アルコール消毒による手指消毒を優先した記載に修正しましょう。

⑦「ノロウイルス」の頁

- ・ 感染対策に手袋の 2 重装着を記載していますが、安全性のための装着ということでしょうか。外すときは汚染が拡大しないよう 2 枚同時に外してください。心配であれば厚手のディスポ手袋の導入なども検討されるとよいかと思えます。

⑦「空気感染予防策マニュアル」の頁

- ・ 結核 2. 抗酸菌検査についての、「喀痰抹検査」⇒「喀痰塗抹検査」
- ・ 結核 2. 抗酸菌検査についての、③G0 号で後日培養陽性の場合、状況によっては対策が必要となる場合もあるため、「原則必要ない」とされてはどうでしょうか。
- ・ 結核 5. 接触職員健診についての、感染者リスト⇒接触者リスト

⑧「レジオネラ症感染防止マニュアル」の頁

- ・ 3. レジオネラ症の発生した際の対策として個室管理としていますが、ヒト→ヒト感染の報告はなく、患者を個室隔離する必要はありません。

⑨「インフルエンザ対応マニュアル」の頁

- ・ 5. 感染防止の基本的な考え方のなかに対応の流れが書かれているので、6、7 も組み込んで、5. 感染防止の基本的な考え方と対応としてまとめるとわかりやすい。
- ・ 1)の発熱患者を、発熱、咳症状のある患者はマスク装着のうえ、他の患者から離れた場所で待つようにする、としてはどうでしょうか。
- ・ 職員のインフルエンザ予防投与については記載ありますが、入院患者についても対発症後の対応や予防投与について取り決め、マニュアルに記載しておきましょう。
- ・ 8. 職員の感染予防について、就業自粛の基準を記載しましょう。現在、学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）では「発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児にあっては、3 日）を経過するまで」をインフルエンザによる出席停止期間としていますのでご参考にしてください。

⑩「マイコプラズマ感染症」の頁

- ・ 風邪ウイルスと同様空気感染となっていますが、飛沫感染としてください。

⑪「ベビー室における血液感染症産婦の取り扱い」の頁

- ・ 分娩時の機械類はステリハイドで消毒したあと中央材料部門で滅菌消毒となっていますが、ステリハイドはグルタールにて取り扱い時は換気や防護が必要です。環境の整っている中央材料部門で一元化して消毒滅菌できるようにされてはいかがでしょうか。
- ・ ベビー服の廃棄、乳首の廃棄、シャワーの禁止などが書かれていますが、過度な対応になっていないでしょうか。母体血による汚染度合いによっては廃棄等の方法をとることもありますが、スποルディングの分類の考え方にもとづいた消毒滅菌レベ

ルをご検討ください。

⑫「食中毒防止対策及び発生時対応マニュアル」

- ・定期検便で職員に陽性者が出た場合の4. 24時間異常⇒以上
- ・大量施設衛生管理マニュアルに基づいて対応されていると思いますが、職員の始業時の健康チェックのルールはありますか。誰が責任者で監督しているか等も含め確認しておきましょう。また、定期検便についても、腸管出血性大腸菌の検査が含まれているか、必要に応じ10月から3月にはノロウイルスの検査を含めることが望ましいといわれていることから内容を確認しておきましょう。

【抗菌薬適正使用について】

- 特定抗菌薬（抗MRSA薬やカルバペネム系薬等）の使用に関して届出制とはしていないとのことでしたが、貴院では7日間以上MEPMを使用されている症例に介入されているとのことでした。この取り組みは素晴らしいと思いますので、抗菌薬の適正使用のため今後も継続するようご検討ください。ただし、抗菌薬の適正使用のためには抗菌薬投与開始時（初回処方時）における抗菌薬選択に関するアセスメントが不可欠であり、届出制はそのアセスメントを義務化することが可能となります。貴院の状況に応じて対象薬を設定し、届出制の導入をご検討ください。

【院内ラウンドについて】

- 感染に関するラウンドが実施されていないとのことですが、定期的にラウンドを実施し、改善すべきことや気になることを洗い出しましょう。安全のラウンドに同行する形から始めても良いかと思います。積み重ねていくことで現場からのコンサルテーションを行うしくみも確立できると思います。

C 外来

評価：(B)

- 今回は直接ラウンドの機会がありませんでしたが、発熱者の待機場所など、交差しない取り組みについての質問があり、意識の高さが伺えました。評価は自己評価から評価しました。

D 病棟

評価：(B)

現場ラウンドにて写真撮影させていただいたものは、現場実践アドバイスレポートとして別途報告します。

【病棟について】

- 手洗い場の近くにペーパータオルを捨てるゴミ箱が無く、不潔エリアに設置されたゴミ箱に手を拭いたペーパータオルを捨てているとのことでした。ゴミ箱が手洗い場から遠いと、手指衛生の実施意欲を削ぐことにもなりかねず、また、手指衛生後直ちに不潔エリアに入ることは好ましくありません。手洗い場の横にゴミ箱を設置できるスペースはあるとのことでしたので、手洗い場横のゴミ箱設置をご検討ください。
- ナースコール板のネーム横に経路別予防策が必要な患者にマークをつけており周知されていました。

- 食堂の手洗い場にペーパー・石けんの設置がなかったように思います。患者さん、面会者が手洗いができる環境にしましょう。
- 注射薬調製時に手袋着用をしていないとのことでした。手指消毒薬による手指消毒を行えば、手指の細菌数はかなり減少しますが、それでも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、未滅菌のディスポーザブル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の徹底をお願いいたします。
- 現場スタッフへの聞き取り調査において、アルコール禁の患者さんに対する注射薬調製時（バイアルやアンプルの消毒）に0.2%クロルヘキシジン含浸綿を使用しているとのことでした。アルコールは揮発した後は残留しないため、アルコール禁の患者さんに対しても使用可能です。また、クロルヘキシジンは低水準消毒薬であり中水準消毒薬であるアルコールよりも消毒効果が劣ります。さらには、貴院で使用されている0.2%クロルヘキシジン含浸綿はアルコール含浸綿よりも高価であると思われるので、消毒効果の点のみならず医療費の点においても、クロルヘキシジンを器具の消毒に使用することは推奨されず、アルコール禁の患者さんに対する生体以外の消毒にはアルコールの使用が推奨されます。注射薬調製台付近のクロルヘキシジン含浸綿の撤去と現場スタッフへの教育をお願いいたします。
- ノロウイルス、*Clostridioides difficile* (*Clostridium difficile*) に対する手指消毒薬として次亜塩素酸ナトリウムが使用されていました。次亜塩素酸ナトリウムを手指消毒薬として使用する場合は0.01%～0.05%の濃度で使用するとされていますが、手荒れを招く場合が多く、持続効果も期待できないため、生体適用が適切な場合はほとんどありません。他方、ノロウイルスに対しては0.1% (1000ppm) 以上の濃度が必要とされていますので、次亜塩素酸ナトリウムをノロウイルスに対する手指消毒薬として使用することは推奨されません。ノロウイルスに対する手指衛生は石けんと流水による手洗いが基本ですが、ノロウイルスに対し効果が期待できる速乾式擦式アルコール製剤も上市されていますので、流行期等に状況に応じて使用をご検討ください。

【薬剤部について】

- 手洗い場の横が調剤棚になっていましたが、手洗い場と調剤棚の間に仕切り板等の設置がありませんでした。手洗い時の水はねによる調剤棚汚染のリスクがありますので、仕切り板の設置をご検討ください。

E ICU

該当せず

評価：(一)

F 標準予防策

評価：(B)

- 手指消毒薬の使用量モニタリングを実施されていないとのことでしたが、手指衛生は感染対策の基本であり、その実施状況を確認することは非常に重要です。その方法として、毎月（一定期間ごと）の手指消毒薬使用量モニタリングがあります。例えば、ある部署（病棟）に1か月に払い出した手指消毒薬を集計し、各部署のその値の推移をみていく方法等がありますので、貴院に適したモニタリングを行い、各部署にその結果をフィードバックすることで手指衛生実施率を向上ください。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- 空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策に関するマニュアルはあり、疾患別にいくつかとりあげられていましたが、4種ウイルス感染症（麻疹・水痘・ムンプス・風疹）のマニュアルも作成しましょう。とくに4種ウイルス感染症は職業感染防止の視点からも作成されるとよいと思います。また検出歴がないとのことですが、ESBL産生の耐性菌は増加してきていますのでMRSA以外の耐性菌に対する対応マニュアルもご検討ください。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- 帝王切開や婦人科疾患系の手術に関連した創感染防止対策マニュアルがあるとよいです。また、尿道カテーテル挿入患者は常時数名いるとのこと、自己評価においても集尿時の取り扱い、手袋交換が十分でないとのことにて、尿路感染症防止に関連したマニュアルも作成しましょう。セラチア感染対策マニュアルとして末梢静脈ラインの取り扱いが上げられていますが、血管内留置カテーテル関連血流感染防止策マニュアルとしてあげると点滴患者すべてに対応できるマニュアルとなり、活用しやすいと思います。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- 様々な消毒薬が採用されていましたが、0.5%クロルヘキシジンアルコール等使用意義（消毒効果）の乏しい消毒薬もあるようでした。採用消毒薬の見直しを行い、消毒薬の整理をされてはいかがでしょうか。また、開封後期限や管理方法など一覧表になっていると分かりやすいと思います。
- 現場で一次消毒が行われていました。また、用手洗浄にグルタラールなどの薬剤使用がマニュアル記載されていましたが、中央材料部での一元化をご検討ください。

J 医療廃棄物

評価：(A)

- 感染性廃棄物処理マニュアルは作成されており、現場でも分別して廃棄されていました。

K 臨床検査室

評価：(B)

- 細菌検査は外注検査となっており、院内では生理検査および生化学血液一般検査等の検体検査（インフルエンザ迅速検査を含む）を実施しています。検体はプラスチック製の密閉輸送容器に入れて適切に搬送されており、臨床検査室でも適正に保管されていました。インフルエンザ迅速検査や採血管の蓋を開ける作業はエアロゾルが発生するため、手袋・マスク・プラスチックエプロンなどを装着することが望ましいと思います。手指衛生のためのアルコール製剤や液体せっけんは常備されていましたが、洗面台周りにティッシュペーパーなどがあり、水撥ねで汚染することが考えられますので、別の場所に移しましょう。全体として清潔で整頓されていると思いました。
- 外注している細菌検査のデータについては、数か月に一度ずつ CD で集計結果をもらって、レポートを作成されています。検体数があまり多くないため、細菌検出数も少ないということですが、集計の中身について、よりよいデータとなるように外注先と相談なさってください。ESBL 産生菌などの耐性菌の検出歴がないということでしたが、追加検査について外注先に確認が必要です。
- 採血室では患者ごとに新しい手袋を着用してください。手袋を箱から取り出す手順についても、手袋を汚染させないやり方をお願いします。また、消毒綿については単包化されたものを使用するのが望ましいです。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成 30 年 10 月 2 日（火）13:00～16:30

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）、中出順也（薬剤師）、佐分稲子（看護師）、谷田部美千代（看護師）、金谷和美（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(A)

- ・ 感染予防対策委員会は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、診療放射線技師、臨床工学技士、事務職員など多職種から構成され、病院長、看護部長、経理管理部長などの幹部もメンバーとなっており、病院全体で院内感染対策に真摯に取り組んでおられますが、さらに清掃部門や物品管理部門の責任者もメンバーに加えられてはいかがでしょうか。
- ・ 前回アドバイス事項であった組織体制（組織図）も改善があり、ICT は ICC の下部組織として位置づけも分かりやすく改編されていました。
- ・ ICT 活動内容が明文化されていることや、口頭面談から組織構成委員の感染対策活動が積極的に行われている様子が伺えました。
- ・ しかし、リンクメンバーの役割・活動内容の明文化が望まれます。組織図からは、ICT からの支援・指導および ICT への報告をしているようですが、リンクメンバーの役割と活動内容を具体的に記載することで、メンバーの感染対策活動への意識向上にもつながると思われれます。
- ・ マニュアル内「アウトブレイク - 1」に、「院内感染緊急対策チーム」の記載がありますが、このチームの位置付けが不明確です。通常の ICT にて緊急時も対応可能と思われれますが、組織が異なる場合は、組織図に明示してください。また、マニュアル内に「院内感染対策委員会（長）」、「感染予防対策委員会（長）」、「感染対策委員会（長）」が混在していますので、統一されてはいかがでしょうか。
- ・ マニュアルは毎年改訂を行い、新しい知見も追加されていました。改訂の日付がマニュアルの表紙にあります。できれば項目ごとに作成日、改定日を入れて頂ければ、いつの見直しかが分かります。

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

評価：(B)

- ・ 各部門から構成された委員会、ICT が組織され、活動が行われていました。各委員は感染制御活動への熱意がラウンドを通して感じることができました。どの部署に伺っても問いかけに答えられ、質問も積極的にされていました。
- ・ サーベイランスの自己評価について、フィードバックを C と評価していましたが、針刺し

事故等や手指衛生剤使用量調査を実施されています。針刺し事故等の回避や改善行動の効果判定のために、発生件数、状況分析などを行い現場にフィードバックしてはいかがでしょうか。また耐性菌検出率の低減や耐性菌蔓延防止に向けた感染対策が実践されるためにも、耐性菌検出率と擦式アルコール消毒薬使用量調査（今後は直接観察法の考慮）とを併せた経時的推移データのフィードバックはいかがでしょうか。

- 評価表の「抗菌薬治療を必要とする患者の感染症診療を支持・教育するシステムがある」について。自己評価がCでしたが、実際に感染症診療のコンサルテーションを受ける臨床医がおられますのでBでよいと思います。コンサルテーション（相談）事項について、ICT間の情報共有のひとつとして活用するために記録保管することを推奨します。
- 外部委託職員への感染防止対策の教育について、例えば清掃スタッフや送迎のドライバーがどのような教育をされているか把握されていないとのことでした。インスリン自己注射針などの鋭利物や汚物・吐物処理の場面に出会う可能性の高い職種ですので、実際にどのようなものが危険であるのか針などの実物を提示しながら説明し、汚物・吐物処理もどのように行うか ICT スタッフが研修する機会があつてよいと思います。清掃業者にマニュアル提出を依頼し、確認・指導をご検討下さい。
- 職業感染曝露防止について、抗体価の管理とワクチン接種の有無を追跡することは患者や職員を守るためにも必要となります。職種別、入職年度別など、管理しやすいデータ一覧表の作成からはじめることが望まれます。
- 抗菌薬適正使用マニュアルは某大学病院のものを引用されているようですが、採用医薬品名などは貴院の状況を踏まえたものに改訂ください。同マニュアル 25 頁の CDI 治療においては、2018 年 10 月に新しいガイドラインが発行されておりますのでご確認下さい（*Clostridioides difficile* 感染症診療ガイドライン、CDI 診療ガイドライン作成委員会編（発行：日本化学療法学会、日本感染症学会））。同マニュアル 26 頁のセフォビットは販売中止となっておりますので記載を修正ください。MDRP 感染症の 3 剤併用療法の記載がありますが、それぞれ投与量が不足していると思われるので再考ください。
- 院内採用抗菌薬一覧表において、抗インフルエンザ薬の銘柄の記載が一か所にまとまっていないため把握しにくいように思われます（No. 26, 45, 49）。他の抗ウイルス薬やキノロン系薬等も同様。同一系統のものは、剤形によらず一か所にまとめておくほうが見やすいと思います。
- 感染対策マニュアルについて、大幅な改訂が必要であると前回アドバイスされた事項については、検討修正されていましたが、まだ見直しが不十分な箇所がありましたので、以下ご検討下さい。また、誤字が数箇所あり、置換機能を活用し一斉修正が効果的です。（暴露→曝露、期間内→気管内、培養要請→陽性、好中球品食貧→貧食（能））。
 - 「6. 職員の健康管理 職員健康管理-1」では、HB ワクチンの再接種を 1 クールのみと記載している内容と、「職員健康管理-3」の HB ワクチンスケジュール表が相違しています。ワクチン接種 4 回目、5 回目および抗体価検査実施時期は「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版 環境感染学会」においても相違しており、6 回目接種で終了に変更して下さい。
 - 「7. 針刺し・切創・皮膚・粘膜曝露の対応マニュアル」において、受傷部位から血液を絞りだそうとする試み（または曝露部位への消毒剤の使用など）は、有効性が証明されておらず、曝露後予防内服（HIV の受傷時）開始までの貴重な時間を失うことにな

るため推奨されていません。受傷後は直ちに流水で洗い流し、速やかに報告される体制が必要です。

- ▶ 「2. 感染経路別予防策 感染予防-4 (6) 患者指導」の項目において、湿性生体物質に手が汚染した場合には、擦式アルコール消毒薬での手指消毒ではなく、流水石鹸での手洗い指導が必要です。
- ▶ 「尿路管理—2」において、細菌尿の菌量の目安の記載に誤植がありますので修正ください。「医薬品微生物汚染—3」において、「ICU や手術室」との記載がありましたので、貴院の現状に合うように修正ください
- ▶ 針刺し事故の採血および感染症検査に関する同意書:検査項目に HBs 抗原検査も必要かと思われますので追記下さい。また、TPHA 検査が入っておりますが、不要と思われま
- ▶ 検体方法 - 2 3) 便検査:直腸スワブを推奨されておりますが、糞便の採取については、菌の検出率を高めたり、糞便の性状確認をしたりするためにもできる限り自然排便されたものを検査材料とすることが基本です。貴院は培養検査が外注委託のため指定容器に採取する必要があるのかもしれませんが、委託先と相談されご検討下さい。
- ▶ リハビリ - 2 表 3. 往診が望ましいケース④:感染性の強いウイルスを排出している患者でも往診することとなっておりますが、流行性結膜炎や、ノロウイルス感染症などの場合には、症状が治まってからの施術としてはいかがでしょうか。
- ▶ MRSA-2 2. ESBL 産生菌:緑膿菌やアシネトバクターの記載があり、メタロ-β-ラクタマーゼ産生菌などと混同した記載となっているようなので訂正して下さい。
- ▶ アウトブレイク基準は、厚労省医政局通知“「医療機関における院内感染対策について」のアウトブレイクの考え方と対応について”を参考に耐性菌の発生件数によって、介入の目安をマニュアルにも掲載してください。
- ▶ 「標準予防—13、14」において、用いるべき次亜塩素酸の濃度の記載がない状況です(空欄になっています)。適切な濃度を追記ください(3箇所)。「29. 洗浄・消毒・滅菌」の項目も2箇所記載が抜けています。また、消毒薬の調整法に記載のある次亜塩素酸ナトリウムの濃度調整法の記載が不十分です。マニュアルに記載した全濃度について、作成方法を明示ください。
- ▶ 結核の接触者検診にツベルクリン反応が記載されていますが、現在は IGRA 検査(T-SPOT または QFT) で行われています。

G 外来

評価:(B)

- ・ 感染対策に関して様々な配慮がなされており意識が向上している様子が伺えました。
- ・ 内視鏡処置室内の水栓も自動化されることをお勧めいたします。
- ・ 薬剤部門において、散剤調剤時のマスクと帽子の着用がありませんでした。感染対策およびスタッフ粉塵暴露防止の観点より着用が望まれます。また、散剤調剤棚の上に物品が載せられておりました。取り出す際に埃が散剤に混入する恐れがありますので載せないようにご配慮ください。
- ・ キシロカインゼリーやハンドソープに開封日を記載して下さい。
- ・ 患者が横になるベッドの近くに器具の洗浄・消毒スペースがあり、取り扱い時に注意をお

願います。

- ・採血室において、足踏み感染性廃棄容器周囲に清潔物品が配置され、汚染されやすい環境がありました。また、書類ラックに多数の駆血帯がかけられており、環境汚染をきたしやすい状況がありました。採血台の引き出し等には収納可能な状況がありましたので、清潔・不潔のゾーニングを考慮した5Sが望まれます。
- ・外来ミキシング台周囲に、私物棚や冷蔵庫、足元には訪問時に利用する多数の紙袋などがあり、やや作業効率が悪い状況がありました。限られた空間の中ですが、医療ケアゾーンと私物ゾーンを区分すること、必要物品の見直しなど全体的な5Sが望まれます。
- ・外来ミキシング室において、吸入に使用する生理食塩水が常温で置かれ、使用期限を1ヶ月間として表示されていました。細菌汚染の可能性を考慮しますと基本的には冷蔵保存して24時間で破棄することが望まれます。頻度に応じて、使用する生理食塩水の規格を5～20mlに変更してはいかがでしょうか。また、使用開始時に全量をシリンジに吸っておき、分割注入していくことも方法の一つです。
- ・清潔吸入しかんは蓋付ケースに保管されていましたが、仕切りが紙製品でした。紙製品は微生物の温床となりますので、拭ける素材のへの変更が望まれます。
- ・ミルトンケースを用いた浸漬消毒で、物品が浮いているものが見られました。専用の中蓋もしくは何かしらの落とし蓋を用いて、浮かない工夫をお考え下さい。

D 病棟

評価：(A)

- ・一つのフロアですが、真ん中にスタッフステーションが配置され、各病室にアクセスしやすいと思われました。面会にこられた方が、エレベーターを降りた目の前にマスクや擦式アルコール消毒薬が準備されていて、感染防止対策が整っているという印象を受けました。倉庫などもいくつか作られており清潔リネン、不潔リネンも分かれていることがよかったです。
- ・噴霧式のエタノールが設置してありました。吸い込みしないような使用法が確実に周知されていないようでしたら、除菌クロス等に変更をご検討下さい。
- ・病棟での監視菌の職員への周知方法は工夫されておりました。清掃業者にも教育し、情報共有をお勧めします。
- ・軟膏チューブは共用せず、患者個人持ちへの変更をご検討ください。また、開封日を軟膏チューブに記載してください（軟膏類の使用期限の取り決めも望まれます。）。次亜塩素酸ナトリウム（病院用ハイター）の開封日も記載しておいてください。
- ・擦式アルコール消毒薬の日付記載はありましたが、ハンドソープへの日付記載がほぼありませんでした。衛生的管理にも日付を記載する習慣が必要です。
- ・薬品冷蔵庫の中に薬品以外のものがありました。未採取の採血管は採取済ではないため清潔・不潔の交差はないようですが、可能であれば薬品冷蔵庫には薬品のみ保管ください。どうしても専用化できない場合は、どの棚が何を入れる棚か（薬品・使用前の採血管）を明示しておいてください。
- ・冷凍庫内のアイスパックについて、使用済み点滴バックを再利用した手作りの色付きアイスパックがありました。点滴として使用されるリスクはゼロではなく、医療安全の観点からも推奨できません。すでに製品化されているものをご利用下さい。

- ・ 冷凍庫内の氷の管理が曖昧でした。使用しない場合は撤去が望まれます。病院冷凍庫の氷から医療関連感染の原因となる微生物が検出された報告があります。使用する場合も、受け皿を洗浄消毒し曜日を決めて交換など衛生管理が必要です。
- ・ 点滴調整台にテープ跡が多くありました。剥がした後に埃がたまり不潔となりやすいため、直接、台には貼らないようにするか清掃を心がけてください。
- ・ 駆血帯が、ミキシング台や聴診器かけなど多様な場所にかけていました。環境汚染を受けやすい状況にありますので、使用後は清潔にしてから環境汚染を受けない場所に保管（引き出しや蓋付ケースなど）が望まれます。
- ・ ミキシング台に多様な注意喚起の案内用紙が貼付されていましたが、汚れやカビを認めていました。注意喚起方法を検討し貼紙を撤去して、ミキシング台は全体的に清拭できる環境に整えることが望まれます。
- ・ ミルトン浸漬消毒が不十分でした。浮いている部分は消毒がされていないため、中敷（落とし蓋）の準備が必要です。
- ・ 救急カート内の診療材料が輪ゴムでまとめられていました。ゴムの締め付けは、診療材料に破綻を来す要因となります。緊急時に取り出す際にも破綻しやすくなりますので、仕切り等を利用した保管が望まれます。また、引き出した際に少し詰め込みすぎている印象でした。必要なものが衛生的かつ瞬時に取り出せるよう定数の見直しが望まれます。
- ・ 包交車台上に衛生材料などが多数置かれ、注射針と事務用品も混在していました。埃や環境汚染を受けないよう引き出し内に収納保管必要できるよう、物品と定数の見直しが望まれます。
- ・ 汚物洗浄室内の尿器乾燥台が汚水流層の直ぐ横に配置されていました。せっかく洗浄・消毒された尿器が、汚水の飛散によって汚染する環境があります。限られた空間ではありますが、汚水流層から離れた場所に乾燥台の配置が望まれます。
- ・ 器材庫の棚などに、患者の開封済みティッシュボックスが多数詰まれていました。使用した対象患者が不明なことや、再利用できていない状況がありますので、今後は退院時に持ち帰っていただくか、速やかな処分が望まれます。

E ICU
非該当

評価：(／)

F 標準予防策

評価：(A)

- ・ 個人防護具は、必要な時に取り出せるように配置され、擦式アルコール消毒剤も病室の前やその他の場所にも設定されていました。
- ・ 手指衛生の実施状況を直接観察法によるサーベイランスを行うと、手指衛生が習慣化していないスタッフへの再教育の機会となり、その後再びサーベイランスによる監視を受けることで手指衛生の実践につながり、遵守率の向上が期待されます。直接観察法でのチェックをご検討下さい。
- ・ 汚物処理室では、感染性廃棄容器が奥に設置されており、手前に置いてあるものなどを避けて蓋を開けるには開けにくく設置場所の変更を検討していただきたいと思いました。また、感染性廃棄容器の前に洗浄・消毒後の尿器などの保管棚があり、布製のカバーがかけ

られていました。せっかく清潔にしたものが感染性の汚染物に触れてしまうのではないかと感じました。消毒後の容器を乾燥するラックが汚物を流す汚物槽の横に設置していることも汚物を破棄するときに飛び跳ねて再汚染するのではないかと考えられました。レイアウトの検討をお願いします。

- ・ ベッドパンウォッシャーの設置を検討されている様子でした。設置することで、清潔と不潔のエリア分けができるのではないかと考えます。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- ・ 推奨されているように、専用個室がない場合は採痰ブースの設置が望まれます。しかし貴院での対象者を考慮し、採痰ブース設置ではなく、現場視察した一角を採痰コーナーに検討されていることは、現状の最善策ではないと言えます。衝立などでの区画整備とプライバシー保護が望まれることや、採痰後は窓を開けて換気を行い、他者への拡散リスク低減を推奨します。(詳細はディスカッションシート②参照)
- ・ 結核や麻疹疑いの患者にかかわることを想定し、ハード面での対応だけでなく、職員の抗体検査やワクチン接種、IGRA 検査に関しても整えておくことが重要と思われ、雇い入れ時に実施されていました。
- ・ N95 マスク装着時、ユーザーシールチェックは実施されているとのことでしたが、フィットテストは実施されておりました。確実にサイズの合っているものを装着することが重要ですので、1年に一度フィットテストを実施できるよう計画下さい。
- ・ 感染症患者の表示が決められており、スタッフステーション内および病室前でも確認できる工夫がありました。しかし、感染症以外の表示も多々あり、表示を判断する複雑さを少し感じました。感染経路別（接触・飛沫・空気感染対策）の表示にすることで、職員全員が感染対策を統一して判断できる方法のひとつとなりますのでご検討下さい。
- ・ 麻疹および水痘発生時の対応マニュアルの整備をご検討ください。

H 病院感染症防止策

評価：(A)

- ・ 院内発生する感染症は比較的少ないように思われます。施設から入院される患者が多い様子ですので、持ち込みの感染症が多いと想定します。まずは、標準予防策を講じ対応されていると思われます。適時、个人防护具を使用されていますし、嘔吐物処理の方法など職員研修も行われていますので、継続して下さい。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- ・ 内視鏡の細菌培養検査は、日本消化器内視鏡技師会内視鏡安全管理委員会編“内視鏡定期培養検査プロトコール”や栄研株式会社発行“モダンメディア 2017年10月号(第63巻10号)”浅利誠志先生の文献“内視鏡を介した病原体伝播とその検査法”参考にしてください。
- ・ 内視鏡室において、洗浄消毒後のカメラを黄色のプラスチックケースに受け取り、カメラの水分をふき取りしていたタオルが繰り返し使用されていました。湿潤したタオルは、医療関連感染の原因となるグラム陰性桿菌の温床となります。メーカー作成のポスターが掲

示してありましたので、手順通りに洗浄機でアルコールフラッシュ後、滅菌ガーゼで拭き上げ整理棚に保管ください。

- ・ 病棟の中に滅菌を行う場所がありました。消耗品などを保管する部屋と隣接し、同じドアを開けて出入りするようになっていましたので、清潔と不潔が交差しやすく、滅菌を行う場所としては不適切であると思います。
- ・ 外来では、点滴を受ける患者のベッドがある場所のコーナーが洗浄・消毒スペースとなっており、壁の無いワンフロアの中であることが気になりました。病棟や外来で使用した器材を一時洗浄せずに持ち運び、洗浄から消毒・滅菌できる構造、中央管理化が望ましいと思われました。
- ・ 医療器材のうち添付文書に「単回使用」と記載されているものの再利用は、各種監査においても認められておりません。コスト高となってしまう可能性があります。単回使用への変更をご検討ください。

J 医療廃棄物

評価：(A)

- ・ 点滴のバッグなどを廃棄する容器は、手で開閉するゴミ箱を使用しており、蓋は重量感のあるゴミ箱でしたので、蓋は無くてもよいのではないかと思われました。
- ・ 足踏み感染性廃棄物容器内に、注射器外袋など、鋭利や感染性でもないものが破棄されていましたので分別指導が望まれます。
- ・ 緑袋の大きなゴミ箱ですが、廃棄ごとに持ち手を触る環境がありました。蓋を撤去して手が触れない環境もしくは、足踏み開閉式のゴミ箱が望まれます。点滴製剤によって臭いが気になる場合はナイロン袋で密閉し破棄する方法もあります。蓋を撤去できない場合は、持ち手の清拭をこまめに行うことや、触れた場合の手指衛生は必須となります。

K 微生物検査室

評価：(／)

- ・ 外注検査のため非該当。塗抹検査も実施していないが、外注業者から結果は同日中に得られている。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成 30 年 11 月 20 日（火）13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～399 床

支援実施者／西 耕一（医師・リーダー）、多賀允俊（薬剤師）、江波麻貴（看護師）、谷田部美千代（看護師）、梅田由佳（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

・院内規約によれば、院内感染防止対策委員会および感染対策チーム（ICT）は、病院長の下に設けられており、委員会の委員は各職域の代表者、ICT は各専門職と事務職員となっていました。一般に ICT は院内感染対策の実働部隊であり、院長や委員会は ICT の活動を評価／指導／支援する立場であり、貴院においては各委員の構成はそのようになっているようでした（委員会は各部署の代表者が委員、ICT は各専門職が委員）。しかし、ICT の規約（第 6 条 2）では、「必要な都度、院長、看護部長、医療安全対策管理者に指示する」となっていました。これでは ICT の指示に基づいて院長、看護部長、医療安全対策管理者が院内感染対策を実行することになり、本末転倒になります。また、ICT の規約（第 6 条 6）でも「院内感染防止対策委員会を運営する」となっていますが、ICT が院内感染防止対策委員会を運営するのも本末転倒です。一方、院内感染防止対策委員会の規定の第 4 条、第 5 条、第 6 条、第 7 条は本来は ICT の業務です。特に重要な「第 6 条 1. 院内感染発生時、及び院内感染防止のための方策を立案する。」は ICT 規約で規定する必要がある、「第 7 条 1. 感染患者が発生した場合は、情報を収集し速やかに感染防止対策委員長に報告しなければならない。」についても、それはそうなのですが、通常まず ICT に報告する必要があります。しかし、ICT 規定にそのような規定がありません。ICT 規定に院内感染発生（疑い含む）時の報告体制や手順を定めるとともに感染防止対策マニュアル等に明文化することをご検討ください。是非、この機会に院長、感染防止対策委員会と ICT の関係性や役割分担、ICT の権限を再整理し、院内の組織図を作成してください。

下記に平成 27 年 1 月 5 日に厚労省が作成した院内感染対策のための指針の中で、院長、院内感染防止委員会、ICT の活動について要約して示しますので参考にしてください。

院長：

1) 感染防止対策委員会（ICC）の答申事項に関し、然るべき検討機関（運営会議など）での検討を経て、必要な ICT 業務を決定し、日常業務として指定する。

2) ICT での感染制御業務に関する検討結果を尊重し、可能な限り施設の方針として日常業務化する。

3) 経済効果を考慮しつつ、可能な限り ICC の要望に応じて必要経費を予算化する。

感染防止対策委員会（ICC）：

1) 院長の諮問を受けて、感染制御策を検討して答申する。

2) ICT の報告を受けて、その内容を検討した上で、ICT の活動を支援するとともに、必要

に応じで ICT に対して院長名で改善を促す。

- 3) ICT の要請に応じて改善すべき課題を検討し、施設の方針とすべき場合はその旨を院長に答申する。
- 4) 日常業務化された改善策の実施状況を調査し、必要に応じで見直しする。
- 5) 個々の日常業務に関する規定（誰がどのように行うか）を定めて、院長に答申する。
- 6) 実施された対策や介入の効果に対する評価を定期的に行い、評価結果を記録、分析し、必要な場合はさらなる改善策を勧告する。

ICT:

- 1) 院長直属のチームとし、感染制御に関する権限を委譲されると共に責任を持つ。
- 2) ICT は定期的に重要事項を院長に報告する。
- 3) 日常業務としての感染対策を計画立案する（サーベイランス、感染防止技術の普及、職業感染防止に関すること、職員教育に関することなど）。
- 4) 週 1 回以上の頻度で病棟ラウンドを行って（2 名以上の参加）、現場の改善に関する介入、現場の教育／啓発、アウトブレイクあるいは異常発生（単発の異常感染症を含む）の特定と制圧などを行う。
- 5) 重要な検討事項、感染症のアウトブレイクあるいは異常発生時および発生が疑われた際は、その状況及び患者への対応などを院長に報告する。
- 6) 異常な感染症が発生した場合は、速やかに発生の原因を究明し、改善策を立案し、実施するために全職員への周知徹底を図る。
- 7) サーベイランスデータをはじめ、様々な感染に関する情報を収集し、現場の感染制御対策に役立つように発信する。また、収集したデータをわかりやすくまとめ記録する。
- 8) 職員教育の企画遂行を積極的に行う。

・細菌検査は外注検査でありましたが、アンチバイオグラムの作成など、検査結果を生かすことに取り組んでおられました。検査件数が少ないため、数年分の株を合わせて作成することで信頼性のあるものとなります。院内感染対策講習会の際にお渡しした資料などをご参考にしていただけたらと思います。

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

評価：(B)

- ・感染対策マニュアルは院内における感染対策の基本となります。院内感染が発生した際もしくは発生が疑われる際に現場のスタッフおよび感染対策を指導する者（ICT 等）が統一した考えのもと統一した行動（対策）を取るために必要となりますが、10 年間以上改定が行われていない項目もあり、採用薬の変更等に対応されていないようです。現場スタッフが有事の際に手に取って見ることが出来るような見やすいマニュアルの整備が必要かと思えます。
- ・「MRSA 院内感染予防対策マニュアル」について（p41）。医療器具の消毒に「0.01～0.5%次亜塩素酸ナトリウムに 1 時間浸漬」とありますが、通常それらの物品には 0.5%もの高濃度は必要ありません。また、0.01～0.5%といった記載ですと、実際に消毒を行う職員によって使用濃度がバラバラになり誤った濃度に調製する恐れもあります。貴院の使用状況等を参考に、例えば 0.02%等に統一（変更）されては如何でしょうか？
- ・職業感染対策曝露の防止について、職員の HBs 抗体検査を 5 年毎に実施していると評価して

いますが、感染対策マニュアル P54 の職員の定期検査では年 1 回としていますので、修正が必要ではないかと思えます。

- 肝炎予防ワクチン（“B 型肝炎ワクチン” との明記が妥当でしょうか）接種歴があり、抗体陰性になった方に、希望で追加ワクチンを施行するとマニュアルに明記されています。ワクチン接種シリーズ後の抗体価検査で免疫獲得と確認された場合はその後の抗体価検査や追加のワクチン接種は必要ではないとされています。「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版」をご参照いただければと思います。
- B 型および C 型肝炎院内感染防止予防対策マニュアル P55<患者への対策>について、怪我をした時はできるだけ自分で処置することを指導」と明記されていますが、明らかに血液感染リスクのある方の処置となりますので、周囲への拡散防止のためにも、職員が適切に対応することが必要ではないかと思えます。またマニュアルに患者様の様は不要ではないかと思えます。
- HIV 感染対策マニュアルについて、H18 年以降改訂がないようです。「感染者の生活は大きく制限される」「他の性感染症とは比べものにならないくらい恐ろしい病気」等の表現が気になります。エイズ予防情報ネット（API-Net）や石川県立中央病院発行の“HIV 感染症対応マニュアル”等を参考にされ改訂が望まれます。
- 血液汚染事故対応マニュアル P62 において、事故発生後に傷口から血液をしぼりだす試みは、有効性が証明されておらず、曝露後予防内服（HIV の受傷時）開始までの貴重な時間を失うことになるため推奨されていません。事故発生後は直ちに流水で洗い流し、速やかに報告される体制が必要です。また、感染症検査方法も新しくなっているかと思えます。検査方法の確認をお願いします。また、粘膜暴露による汚染事故時」の対応も追加されてはいかがでしょうか。
- 「インフルエンザ感染予防、治療マニュアル」について（P67）。Ⅲ. 治療の項のタミフルに「1 日最高用量は 75mg まで」との記載があります。腎機能等によって減量することもあります。正常腎機能者には 1 回 75mg を 1 日 2 回（1 日 150mg）投与するのが通常です。低用量での治療は治療失敗および耐性化誘導のリスクがあります。マニュアルの改訂をご検討ください。
- 「感染情報レポート」は週に 1 回程度作成されているようですが、インターベーションの目安について、内容が不十分であると自己評価を C としていました。基本診療科の院内感染防止対策施設基準では「当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるもの」と定められていますので、何が不十分であるのかを明確にされ、レポートが活用されることが望まれます。

C 外来

評価：(B)

- 手指消毒剤のモニタリングを C と自己評価されていますが、F の標準予防策では AorB と自己評価されています。実際はどのようにモニタリングされているのでしょうか。手指衛生は感染対策の基本的行動となりますので、使用量推移の適切な把握が望まれます。

D 病棟

評価：(B)

- ・スタッフステーションは広く整理整頓に心がけているように感じましたが、一部通路に患者私物の箱と医療器材が混同されていました。ご施設の特徴から長期入院となり私物も増えてしまう傾向があるのでしょうか。煩雑にならないよう配置場所をご検討下さい。
- ・水周りに患者の義歯が置かれていますが、水はねの汚染環境がありますので、配置場所をご検討下さい。
- ・ミキシング台の上部に多様な物品が置かれていました。埃が溜まりやすい環境となりますので、常時配置を避けるよう整理整頓が望まれます。
- ・ガーゼ交換を日常的に実施する対象患者がいないため、包交車はないとのことでしたが、セッシン、単包ガーゼ、スティック消毒薬など多数がワゴン上にオープンに配置されていました。環境汚染を受けないよう引出しや蓋付きケースなどへの保管が望まれます。
- ・物品倉庫内の仕切りにダンボールが多用されていました。長期放置するとゴキブリが卵を産み付け、衛生管理上問題となります。既製品への変更をお願いします。
- ・もともとは他の消毒薬（次亜塩素酸）が入っていた空容器に別の消毒薬（異なった濃度の次亜塩素酸および加速化過酸化水素）が詰め替えられていました。消毒薬の取り違えのリスクや混合による有毒ガスの発生、さらに、消毒薬中にも微生物汚染が起こることが知られており、消毒薬の継ぎ足し・入れ替え等は推奨されません。また、希釈後の次亜塩素酸は種々の因子により濃度低下しますので、予製は使用期限を定め適切に管理・使用する必要があります。使用用途に合わせた消毒薬の適正使用をお願いいたします。
- ・点滴ルートロック用の生食を 20mL のプランプル製剤を使用して作成されていました。プレフィルドシリンジの導入について過去に検討した結果、コストの問題で見送ったとのことですが、シリンジ・注射針・アルコール綿等を含めるとコスト差は比較的小さく、また、調製によるスタッフの労力削減および注射薬汚染リスクを低減することが可能となります。再度プレフィルドシリンジ導入をご検討ください。

E ICU

評価：()

※対象外

F 標準予防策

評価：(B)

- ・感染対策マニュアル P17 廃棄物管理規定のページ途中で、平成 30 年 4 月 1 日に作成された標準予防策と経路別予防策一覧表が掲載されていました。ページ設定の変更や従来の標準予防策と感染経路別予防策マニュアルとの重複もありますので、修正が必要ではないかと思えます。
- ・手指衛生や個人防護具の着脱研修の実施を C と自己評価されています。インフルエンザやノロウイルスが交互にアウトブレイクする現状もあると伺いましたので、感染対策の基本となる手指衛生と個人防護具の着脱研修は望まれます。石川県看護協会主催研修会への参加など、研修方法は色々ありますので積極的な実施をご検討下さい。
- ・手指消毒薬の使用回数を増やすために、熱心に取り組まれている様子が伺えました。しかし種類が多いと管理等で大変な面はありませんでしょうか。手荒れしやすいスタッフとそうで

- はないスタッフ等、製剤の使い分けの目安を設けてモニタリングをしてはいかがでしょうか。
- ・マスク装着について「鼻出し」、「表面に触れる」スタッフを見かけました。マスクの使用法および着脱について、今一度周知をお願いします。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- ・MRSA 保菌者へのバクトロバン軟膏塗布やイソジンガーグルでのうがいなどの治療は、心臓手術や人工関節置換術の術前患者でなければ不要であると言われていています。口腔や鼻腔には常在菌が存在し防護機能として働いています。イソジンなどで常在菌まで抹殺する必要もなく、イソジンを使用しても全てが除菌できるわけでもありませんので、マニュアルの見直しが望まれます。
- ・インフルエンザの感染予防“職員への対策”について「患者に感染させない為、勤務を控える」とマニュアルに提示されています。インフルエンザがアウトブレイクすることでしたので、発症職員から患者さんや職員へ感染させないためにもインフルエンザの感染期間は休業されることが望まれますのでご検討下さい。
- ・ノロウイルスやインフルエンザ流行期に非常にご苦労されているようです。嘔吐物の速やかかつ汚染を広げないための適切な処理方法や個人防護具の着脱を含めた正しい取り扱いが重要です。感染力の強い病原体は、一人の医療従事者の対応が不適切であっただけですぐに拡大します。流行期前に定期的なスタッフ教育を行うことで早期収束が図れるかと考えます。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- ・ディスクッションシートにも記載しましたが、定期的な間隔での尿道留置カテーテルまたは採尿バックの交換は推奨されていません。むしろ、感染や閉塞のような臨床的な適応に基づくか、閉鎖式システムが損なわれたときにカテーテルと採尿バックを交換することが推奨されています。
- ・また、尿道留置カテーテル挿入に対しての陰部洗浄は1日1回および汚染時も実施されていることを不十分と自己評価されていますが、衛生管理が出来ていると評価されますので、ケアを継続して下さい。
- ・点滴をすることが少ないとのことでしたが、全くないわけではありません。むしろあまり実施がないからこそ、カテーテル血流感染対策のマニュアルを作成し、感染防止対策を実施することが望まれます。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- ・患者に使用した大量の清潔コップを、蓋付き水切りかごに保管されていましたが、水滴がついたままで乾燥不十分な状態でした。水滴はカビやその他微生物の温床となりますので乾燥が十分できる対策をご検討下さい。
- ・スタッフステーションの流し台に洗面器を利用し、目分量で作成されたという次亜塩素酸ナトリウムに浸漬消毒中の包帯がありました。次亜塩素酸ナトリウムは蓋をしないと揮発され

て濃度が変わることや、周囲への曝露問題が生じます。作成濃度も目分量では有効性が保証できませんので適正管理が必要です。

- ・貴院は木材の机や手すり等、環境に木がたくさん使用されていました。次亜塩素酸はその特性上、木材への適応が困難であるとのことから、貴院では加速化過酸化水素を環境消毒に使用されていました。本剤は米国環境保護庁（EPA）の登録を取得しており、濃度によってはノロウイルス等エンベロープの無いウイルスにまで消毒効果が認められており、かつ、加工の施された木材には適応可能な製品である一方、我が国では「除菌洗剤」に該当しています。ノロウイルスの消毒に推奨されるのは次亜塩素酸ですので、本邦において消毒薬ではない加速化過酸化水素のみでノロウイルスの消毒を行うことは一般の施設においては推奨されません（参考：日本感染症学会，平成 19 年度施設内感染対策相談窓口，45.）。また、たとえ次亜塩素酸であっても、加工された木材の机（塩化ビニル等で表面を加工した製品）等、水の染み込まないような製品であれば次亜塩素酸も適応可能とされています。まずは貴院で使用されている製品の素材を調査頂き、次亜塩素酸が適応可能な製品には次亜塩素酸をご使用ください。
- ・複数濃度（0.016%，0.03%，0.06%，0.026%）の加速化過酸化水素（スプレータイプ）が採用されており、使用用途に応じて使い分けをされていました。複数濃度を採用しているために、用途を誤って使用するリスクがあります。また、スプレータイプの消毒薬は使用方法を誤ると吸入し健康被害の恐れもあります。加速化過酸化水素は材質を傷めにくいといった利点がありますが、日常の環境清掃には、加速化過酸化水素と同様に材質を傷めにくいとされているその他の消毒薬でも可能です。また、それらは環境清拭クロスとして予めクロスに消毒薬がしみ込んでいますので噴霧による消毒薬の吸入の恐れは無く、さらに、清拭に適切な量の消毒薬が含まれています。貴院の使用状況等に合わせて、環境用の消毒薬を見直されては如何でしょうか？

J 医療廃棄物

評価：(A)

- ・現状の廃棄物の分別方法は特別課題となることはないかと思います。職員が正しく分別廃棄できているか、ICT ラウンド等で継続評価していきましょう。

K 微生物検査室

評価：()

※対象外

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 11 月 29 日（木）14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～299 床

支援実施者／渡邊珠代（医師・リーダー）、池田浩幸（薬剤師）、江波麻貴（看護師）、小森幸子（看護師）、坂上有貴子（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

院内感染対策委員会は、多職種で構成され、病院全体で感染対策に取り組まれています。医療機関における院内感染対策についての厚生労働省課長通知（医政地発 1219 第 1 号、平成 26 年 12 月 19 日）では、洗浄・滅菌消毒部門を代表する職員を構成員に挙げていますが、委員会名簿からは確認できませんでした。

小委員会が多職種の 19 名で構成され、ICT として活動されているとのことですが、院内感染の発生時に、どのように機能されているかが不明確でした。薬剤耐性菌検出時や耐性菌保菌者の入院時の感染対策の指示や確認、集団発生を監視し情報提供できるよう連絡体制の中に ICT を組み込んで明記されると良いと思います。また、マニュアル内の構成メンバーに医師が記載されていません。ご確認・追記をお願いいたします。

感染対策管理者は、病棟師長との兼任とのことでした。ともに業務量が多いことが予想されますので、リンクナースなど業務分担できる担当者の育成・配置もご検討ください。

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

評価：(B)

抗菌薬の適正使用について、限られたスタッフ数ですが、TDM の実施、抗菌薬長期使用者への介入、培養結果を反映した抗菌薬選択への関わり、抗菌薬の月別バイアル数・アンプル数の集計が実施されていました。しかし、薬剤師個人の努力の上で成立している印象がありますので、抗菌薬適正使用支援チームを編成し、各職種の専門性を生かしながらかつ必要があると考えられます。すべての抗菌薬について支援することが困難ですが、まずはグリコペプチド系やカルバペネム系抗菌薬等に限定して支援を始めることもご検討ください。抗菌薬使用量については、抗菌薬の系統別、投与期間、施設間での比較が可能な AUD、DOT でモニタリングすることが推奨されます。算出方法は「抗菌薬使用量集計マニュアル <https://www.jshp.or.jp/cont/18/1115-1.pdf>」などをご参照ください。

ラウンドは、対象病棟のスタッフと感染担当の看護師で実施されていました。週 1 回、複数職種・複数人でのラウンドが求められていますので、ラウンドメンバーを増員し、1 年間に最低 1 回は院内の全ての部署をラウンドできるよう、ご検討ください。ラウンドでの評価項目は、いくつかのパターンとして設定し、様々な視点から評価されることを提案します。

インフルエンザやノロウイルス感染症の症候性サーベイランスが実施されている中で、過去にアウトブレイクが発生していないことは、個々の職員の感染対策が実施されている結果と考えられます。今後さらに、発生時の死亡リスクの高い中心静脈カテーテル挿入者での血流感染

症などのサーベイランスを実施されることで、日常ケアの質向上を図られることを期待します。

職業感染対策として、HB ワクチンの接種率向上は必須です。HBV 感染症はワクチンで予防可能な疾患ですので、医療者として接種されるよう、教育・啓発が必要です。

C 外来

評価：(B)

ポスターは見やすく整備されており、感染症の流行を来院者が意識できるように掲示されていました。

擦式アルコール消毒薬の使用量モニタリングが実施されていませんでした。病棟のみならず、外来でも、患者処置や診察等の際の手指消毒は重要ですので、モニタリングの実施をご検討ください。

D 病棟

評価：(B)

シンクなどの水回りは乾燥しており、床や廊下に物品が放置されていることもなく、整理整頓がされていました。

薬品冷蔵庫は整理されており、インスリン製剤の開封日の記載や使用期限が遵守されており、良かったと思います。しかし、吸入用の生理食塩水 100mL に開封日が記載されていませんでした。記載がないと、数日間使用される可能性もあるため、開封日の記載をお願いします。生理食塩水は 20mL の製品もありますので、用量の少ない規格への切り替えも一つの方法です。

ミキシング台下の引き出し内の仕切りは、プラスチック製品で整理されていました。しかし、空き箱も利用されており、その底面に汚染が見られましたので、清掃可能なプラスチック等の素材の容器への変更もご検討ください。ミキシング場所のドアが常に関開けられており、ミキシング台の架台に埃が見られました。埃や人の出入りによる薬品汚染を防ぐためにも、少なくともミキシング時にはドアを閉鎖し、最低 1 日 1 回は架台を含めたミキシング台の清拭をお願いします。

手袋やエプロンなどの個人防護具(PPE)の設置数が少なく、清潔、不潔の動線が交差していました。PPE の設置数を増やし、必要時にすみやかに使用できるよう、ご検討ください。

包交車の台上に、様々な物品が置かれており、整理されていませんでした。包交車は、清潔な物品と使用後の不潔な物品を隣接させやすく、多くの患者病室に出入りするため、物品が汚染されやすいです。必要な物品だけを個別に持参することが最も清潔な管理方法ですので、包交車の設置物品の見直しをお願いします。物品車として使用される場合は、台上には埃が蓄積しやすいため、清拭しやすいように物品を常設しないようにしてください。パック撮子は立てて保管されると先端が滅菌破綻するため、横向きに保管してください。ガーゼ缶は開け閉めや取り出しの際に滅菌が破綻するため、パックガーゼで衛生的に使用し、引き出し内で管理されると良いです。引き出しの中にも、開封日が記載されていない軟膏などが多数ありましたので、記載や開封後の使用期限を設定されるとよいと思います。また、下段にはゴミ箱が設置されていましたが、複数の患者のベッドサイドで共有されることがないように、1 患者毎に作業が完結する方法をご検討ください（ゴミ箱ではなく、患者毎にナイロン袋を使用して廃棄する等）。

全体的に紙箱の空き箱の利用が多く見られました。汚染しやすく、拭き取り清掃も困難なため、衛生材料の保管には適していません。清掃可能なプラスチック等の素材の容器の導入をご

検討ください。

経腸栄養者が多く、経腸栄養セットが並べて保管されていました。経腸栄養セット、特にチューブ内の乾燥が不十分であり、十分に乾燥されていませんでした。栄養剤が残存していると細菌の温床となります。乾燥機の使用や、使用直前まで消毒液を満たして管理する方法もあります。容器の洗浄や消毒作業の労力、水回りの環境整備を考慮し、パック式や注入式の栄養剤、単回使用の経管栄養バックなども発売されていますので、導入もご検討ください。

清潔リネン庫内の棚のひざ下エリアには物品は置かれておらず、棚にも埃がなく、清掃が行き届いていました。

尿の回収容器(バケツ)が患者毎ではなく、異なる患者で連続して使用されていました。薬剤耐性菌を含めた微生物の伝播原因となります。大き目の採尿カップなどを利用し、患者毎に尿を回収してください。

E ICU

評価：()

※対象外

F 標準予防策

評価：(B)

各部署の擦式アルコール消毒薬の使用量がモニターされ、結果も一覧として見やすくまとめられていました。フィードバックはされていないようでしたので、現場の職員にフィードバックし、改善点などを周知して病院全体で手指衛生の遵守率向上に取り組まれると良いと思います。次年度は手指衛生の遵守強化を検討されているとのことでしたので、適切なタイミングで手指衛生がされているかを直接観察されることもお勧めします。

手荒れのある職員は皮膚科受診を受診されることになっており、非常に良いと思いますが、ICT として手荒れ予防に関わることも重要と思います。バリアケアローションなどの皮膚保護剤の導入についてもご検討ください。

一部の汚物室に、PPE が設置されていませんでした。洗浄作業時に飛散し、曝露リスクが高いため、ゴーグルを含めた PPE と PPE ラックの設置をご検討ください。

検査室への検体の輸送時、専用の輸送容器に収納して運搬されていましたが、検体を扱った汚染した手袋を装着したまま運搬されているようです。ドアノブやエレベーターボタン等の環境汚染の原因となりますので、手袋を外し、手指衛生後に輸送容器を持って運搬されると良いでしょう。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

細菌検査室から感染管理小委員会への耐性菌検出の報告が、月 1 回のみであり、現状ではアウトブレイクに対応できない可能性が考えられます。アウトブレイクを早期に発見し、対応できるように、報告の間隔を短縮することをご検討ください。

アウトブレイクの基準は、耐性菌ごとに設定(例：MRSA は同一病棟で 4 週間以内に新規に 3 例検出された場合)し、周知されると、病棟のスタッフも迅速に対策が実施できると思います。医療機関における院内感染対策についての厚労省課長通知(医政地発 1219 第 1 号、平成 26 年 12 月 19 日)を参考に整備されると良いと思います。特に、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌、

バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌、多剤耐性緑膿菌、バンコマイシン耐性腸球菌及び多剤耐性アシネトバクターの5種類の多剤耐性菌については保菌を含めて1例目の発見をもってアウトブレイクに準じた厳重な感染対策を実施することが必要です。

N95 マスクは使用する機会が少ないかもしれませんが、安全に使用できるよう、マニュアル内にユーザーシールチェックの方法を写真で掲載されることを推奨します。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

中心静脈カテーテル挿入者数が近年増加しているとのことでしたが、血管内留置カテーテル関連感染防止策マニュアルが整備されていませんでした。一般病棟においても、カテーテル関連血流感染は十分な対策が必要であり、マニュアルの整備をお願いします。

腸内細菌科細菌による薬剤耐性菌が問題となってきています。便や尿から検出される機会が多い耐性菌ですので、排泄物の処理は感染対策上重要な課題です。尿の回収を複数名ずつバケツにまとめて回収されていましたが、尿の跳ね返りや連鎖した接触の機会となります。1患者毎に集尿されることをご検討ください。汚物室が狭いため、容器の洗浄・消毒など課題は多いかもしれませんが、病院全体で取り組んでいただきたいです。大き目の紙コップなど、使い捨て容器に変更して集尿されることも良いかもしれません。尿道留置カテーテルの定期的な交換について、一定の見解は出ていませんが、閉塞や感染を繰り返す場合は、2～3週間ごとの交換もご検討ください。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(A)

病棟での一次洗浄が廃止され、中央材料部に使用済み器材が提出されていたのは、大変良いと思います。

嚥下評価の際、病棟から担当医が内視鏡を持参されており、内視鏡の管理が発生していないのも良いと思います。

J 医療廃棄物

評価：(A)

医療廃棄物容器に、分別して廃棄されており、良いと思います。

K 微生物検査室

評価：()

※対象外

院内感染対策実地支援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 ～ 199床

実地支援日 平成29年8月24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。	別紙参照、検討中です	検討中
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ます。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。	院内感染対策委員会の委員長は病院長が行わなければならないと過去に指導を受けた為にそのようになっています。 医師、看護師のマンパワー不足により 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）を配置することの実現は困難であり当分の間現状のままとなります。	未実施
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。	作成しました。	改善
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。	継続して行います。	継続

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)
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	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）は平成30年度版マニ	一部改善

<p>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。</p>	<p>マニュアルに追加しました。4 種ウイルス感染症 (麻疹・水痘・風疹・ムンプス) の対策については職員の採用時のワクチン接種歴や抗体価報告書を受けるに留まりました。職員が罹患した場合や家族が罹患し濃厚接触者となった場合などに対する対策も必要であると立ち入り調査でも指摘されましたので、次年度追加します。</p>	
<p>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。</p>	<p>臨床検査室から培養結果を一部各病棟師長用の報告書として直接届け、耐性菌などが検出されているときにはマーカーして分かり易くしています。新規で耐性菌が続けて検出されるなどがあればラウンドにて点検を行い必要ならば介入しています。しかし、マニュアルに明文化されていないため、今後明文化するようにします。</p>	一部改善
<p>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。</p>	<p>ラウンドチェック項目の見直しを検討中です。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為の方法を模索しています。</p>	検討中
<p>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。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。</p>	<p>研修画像の上映会や DVD 視聴、オンデマンド等は設備が整っていないため難しく研修回数を増やすことで出席率を上げていっています。昨年は、ノロウイルスの吐物処理方法を各病棟で看護感染委員の協力のもと病棟で行い、看護部の研修率は 100%となりました。マニュアルにつきましては現場と打ち合わせながら変更していきたいと考えています。</p>	一部改善

院内感染防止マニュアルについて		
<p>・P4-5 患者の処置・ケア、結核も通常と同じ対応。 空気感染予防策では、マスクは全て N95 マスクを使用。</p>	訂正しました。	改善
<p>・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。</p>	訂正しました。	改善
<p>・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）</p>	訂正しました。	改善
<p>・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思います。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。</p>	製造会社に問い合わせしてみたところ、15～20 秒擦式しても乾燥しない量で約 1.3mL 以上～あれば十分ということでした。しかし、実際に検証してみた 2 プッシュだと 30～40 秒かかり、15～20 秒擦式しても乾燥しない量ということであれば 1 プッシュで十分でしたので「1 プッシュ」に変更し「15 秒以上擦式する」としました。	改善
<p>・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。</p>	訂正しました。	改善
<p>・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</p>	訂正しました。	改善

<p>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なく、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。</p>		
<p>・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</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・P25 「5) マットレス」となっていますで「マットレス」に修正ください。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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。</p>	<p>単包式アルコール綿を導入しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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。</p>	<p>培養検査を行わないでバンコマイシンを投与する事がないように投与を考えると時には培養検査を行うように記載してあります。</p>	<p>改善</p>
<p>・P40 結核の対応は通常の消毒で問題ありません。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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)。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>

<p>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？</p>		
<p>・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、<i>Clostridium difficile</i> 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。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・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。</p> <p>・P67 「トラフ値：投与直前の値が 10～15μg」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 15～20μg/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 (15～20μg/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 10～20μg/mL」に修正することをご検討ください。</p> <p>「【PK/PD バラメーター】」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。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>

<p>・P68</p> <p>「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△（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△（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。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>・P74</p> <p>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われやすいと見えます。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>ラウンドチェック表について</p>		
<p>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。</p> <p>【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」</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>できるだけ記録に残すように努力します。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>検討します。</p>	<p>検討中</p>
<p>「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</p>	<p>「調製した輸液が 6 時間以上室温放置されていない」は「調製した輸液が室温放置されていない」としました。現場では調整した輸液は直ぐに使用しているのでラウンドチェック</p>	<p>検討中</p>

<p>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。</p>	<p>よりこの項目を削除することも検討しています。</p>	
---	-------------------------------	--

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組み状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)</p>
<p>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。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。</p>	<p>ポスターの掲示、トリアージは行っています。マニュアルへの記載はまだできておりません。</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>ハンドケア用クリームを採用しました。ノンアルコールの手指消毒薬も導入検討中で現在試供品を試しています。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>全体研修にてフィードバックしました。今後も研修の度にモニタリング結果を報告していきたいと考えています。現場での観察についてはまだ行っていません。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>訂正しました。</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p>	<p>ラウンド時に改善できるか検討しているがなかなか難しく改善が進んでいません。</p>	<p>未実施</p>
<p>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。</p>	<p>ポスター類の掲示は最小限にする方針ですので貼付しておりません。</p>	<p>未実施</p>
<p>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。</p>	<p>一処置一交換の呼びかけのみです。</p>	<p>未実施</p>
<p>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。</p>	<p>病室前にPPEラックの導入を検討しています。現在は必要なPPEを予めナースセンターより準備して持ち出して使用していました。急に必要になった時にはナースセンターまで取りに戻らなければならず不便でした。導入されればPPEを使用しやすくなると考えています。</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>職員の制服として以前貸与していましたが、現在は出していません。過去に貸与されて現在看護師が使用している布エプロンは使用しないように周知しました。また、個人での購入も行わないように指導しています。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>ありがとうございます。</p>	<p>継続</p>
<p>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</p>	<p>フローチャートにし、掲示しました。</p>	<p>改善</p>

います。		
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。	現在使用の週報のコメントに載せてみましたが、あまり見やすすくないので記載方法を検討しています。	検討中
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。	アドバイスを参考にして今後も作成していきます。	継続
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。	検査センターに問い合わせ検討を行います。	未実施
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。	容器の設置場所はナースセンター内の清潔区域には置かない、定期的に清掃を行うこととしました。	一部改善
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。	マンパワー不足により分単位で検体検査と生理検査を入れ替わり業務を行う様な業務形態ですので実施は難しいと考えています。	未実施
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。	単包式アルコール綿導入しました。	改善

<p>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ませんが、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。</p>	<p>各病棟に薬品用保冷庫を設置しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>希釈液の保管容器を小型のポリタンクに変更しました。希釈方法は端数のある現在の方法をやめて原液を5%として希釈しやすいようにしました。実際に希釈液の濃度を測定は行っていませんが、今後は測定も考えています。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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の徹底をお願いいたします。</p>	<p>手袋着用できるように設置し指導しました。今後は遵守されているか確認していきたいと思えます。</p>	<p>改善</p>
<p>薬剤部</p>		

<p>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。</p>	<p>手指消毒薬の設置しました。</p>	<p>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

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組み状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕</p>
<p>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。</p>	<p>結核疑いの時点でN95マスクを使用するようにマニュアルを変更し周知しました。シールチェック、フィットテスト、装着トレーニングは委員会やICTとしてはまだ行っていません。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>現場での実施状況の確認しトレーニングを行うことができるようにしていきたいと考えています。</p>	<p>未実施</p>
<p>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。</p>	<p>発生状況の分析、改善策、周知は医療安全委員会、被汚染者の感染対策は院内感染防止対策委員会となっております。 HIV対応については現状の対応を具体的に明文化し対応可能か検討し作成していきます。</p>	<p>未実施</p>

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 ～ 199床

実地支援日 平成 29 年 9 月 29 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〕
<p>組織的な管理システムは遂行基準をみたとされ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、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。</p> <p>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ですので、専任枠を組織として確保されるとなお良いかと思えます。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と思えます。</p>	<p>2018 年 4 月より ICN が専任となり、事務局を薬剤部から ICN に変更しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>清掃関係等外部スタッフの代表は、2016 年より ICT の下部組織のリンクスタッフ委員会のメンバーになっており、リンクスタッフ委員会の中で院内の感染管理の状況等を伝えていきます。</p>	<p>改善</p>

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>ラウンド</p>		
<p>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、病棟の毎週に対し、他部署のラウンドが年 1 回のようなようです。ラウンドによる指導等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回数の増</p>	<p>他部署のラウンドも月 1 回実施する年間計画を立て、実施しております。</p>	<p>改善</p>

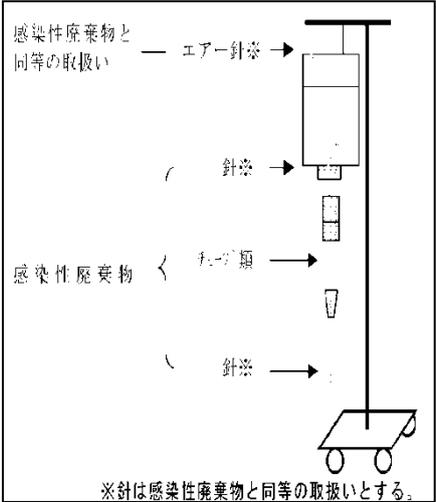
加をお勧めします。		
細菌検査が院外であれば、耐性菌が判明する前から標準予防策が徹底されているか、耐性菌が判明した時点で適切な経路別予防策がタイムリーに開始しているか確認が必要と思います。	週1回のICTラウンド時と週2回の感染管理認定看護師のラウンド時に標準予防策の実施状況を確認するようにしました。又、感染管理認定看護師が毎日検査室で培養結果を確認する他、検査科から部署の所属長に報告があり、部署の所属長から感染管理認定看護師に連絡する体制をとるようにしました。耐性菌検出の情報を得た感染管理認定看護師が経路別予防策の確認を行うよう改善しました。	改善
全職員参加が義務付けられている研修の開催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。今後も継続下さい。	2018年度も同一テーマで16コマ行い、参加率は第一回目100%、第2回目99%でした。	—
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よいと思われれます。 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。	改訂分より印刷時に上下やサイドの空白欄を少なくし、写真を入れるようにしました。感染防止対策加算1を取得後は、他院のマニュアルを見る機会が増えますので、他院のマニュアルを参考に、スタッフに見てもらえるマニュアルへと修正していきたいと思われれます。	一部改善
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、良いと思われれました。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、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はいかがでしょうか。但し、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	整形外科手術で金属プレートを融合させる時にグラム陰性菌にも効果のある第二世代セフェム薬のセフォチアムを使う必要があるとの整形外科医師の判断にて使用してまいりました。整形外科医師と相談し、ガイドラインを踏まえてセファゾリン注投与に変更していきたいと思われれます。	検討中

<p>るのであれば、それで良いと思います。</p>		
<p>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、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、院内で取り決めてはいかがでしょうか。</p>	<p>「タミフルの添付文書ではクレアチニンクリアランスが 10ml/分以下の方へのタミフルの推奨用量は確立していないと記載されているが、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（四訂版）（2015年3月31日発行）では、インフルエンザを発症時には、タミフル1カプセル単回投与を行うと記載されている。」と追加しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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と感じました。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。</p>	<p>2018年4月より ICNが抗菌薬の有効性に疑問がある症例をリストアップし、月1回の ICTでの抗菌薬ラウンドを行っています。又、必要時、週1回開催される内科カンファレンスで主治医や ICD と検討しています。</p>	<p>改善</p>
<p>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ますので、まずは確認してみてもいかがでしょうか。</p>	<p>2018年より JANIS 検査部門にデータを提出しています。今後は、結果の分析とフィードバックを行って行く予定です。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>リンクスタッフ委員会規程の審議事項を訂正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>「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する」と修正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>新型インフルエンザや再興型インフルエンザの表記を無くしました。</p>	<p>改善</p>

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。ご検討下さい。	経路別予防策からウイルス性出血熱の表記は削除しました。	改善
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例となっていますが、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。	週1回の ICT ラウンド時に ICT メンバーと病棟看護師で多剤耐性菌検出患者の新規発生患者と保菌患者を共有するようにしました。現在、病室前の表示を検討しております。	改善
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る方もいます。)	マニュアルの中に、消毒前に洗浄を十分に行う事が必要であると追加し、ICT ニュースで啓発を行いました。	改善
バイトブロックが熱水洗浄となっていますが、かみしめたバイト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、ディスポか AOG が主流です。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いるが、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ます。	バイトブロックは菌形が付かないプラスチック製に変更しました。バックバルブマスクは、熱水洗浄又は次亜塩素酸ナトリウムもしくはルビスタでの清拭に変更しました。	改善
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。	記載をエンベロープの無いウイルスや芽胞菌による感染症と分けました。	改善
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るので、ご検討、訂正が望まれます。	現在、マニュアルを見直しております。	検討中
95 ページ MDRAB 患者の外来対応も過剰かと思います。標準予防策で良いと思います。(入院時は厳重な接触感染防止策)	MDRAB 患者の外来対応は標準予防策に訂正しました。	改善
103 ページ MDRP と CRE が混在しています。	訂正しました	改善
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。	外来患者への標準予防策を周知しました。	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〕
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。	ナースセンター内の感染性廃棄物容器は撤去し、ナースセンターで出たゴミ以外は全て汚物処理室内にある感染性廃棄物一時保管場所内に廃棄するよう変更しました。	改善
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とミキシング台にホコリが落下します。	ミキシングスペース上のカゴは撤去しました。	改善
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。	ミキシング台下の引き出しの紙製品は全て撤去し、環境クロスで耽れる素材の物に変更しました。	改善
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るが交差感染にもなります。	使用後の紐は廃棄し、洗濯バサミは次亜塩素酸ナトリウムで消毒しています。消毒後は、不潔物品を収納する扉付きの棚で保管しています。	改善
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。	ある程度なくなってから、補充するようにしました。又、補充する際には、引き出しを開け閉めした時に外装が破損しないように余裕をもたせるように看護補助者に依頼しています。	改善
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。（又は保管場所をご検討）	段ボールを利用して薬剤を搬送する方法を止め、プラスチックカゴを利用することにしました。	改善

<p>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)</p>  <p>※針は感染性廃棄物と同等の取扱とする。</p>	<p>廃棄する際に点滴ボトルは廃プラへ、点滴セットは感染性廃棄物容器に廃棄するように分別するように手順を変更しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>感染性廃棄物容器の鋭利と非鋭利の区別を無くし、一種類としました。又、感染性廃棄物容器は、ナースセンターから撤去し、一時保管場所の一カ所に置くことにしました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>ゴミ箱横に保管されていたのは、空になったアルコール手指衛生剤の容器でした。1ヶ月分の空の容器から使用量を算出しているが、廃棄前に量を記録する方法に変え、記録後は速やかに空容器を廃棄しています。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>使用後の体温計は、医療用の単包アルコール綿で清拭するように統一しました。</p>	<p>改善</p>
<p>擦式消毒液の使用量が多いようです。空の容器を1ヶ月貯めているが、廃棄個数のチェックを行うと良いです。空の容器を貯めておくとスペースが不足しますし、保管の必要性はないと思います。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。</p>	<p>廃棄前に量を記録する方法に変え、記録後は速やかに空容器を廃棄しています。</p>	<p>改善</p>

薬品用冷蔵庫		
<p>インスリンが毎月1日に交換となっていたが、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。</p>	<p>マニュアル使用期限を1ヶ月間と表記し直しました。</p>	<p>改善</p>
<p>ミキシング台の横の冷蔵庫の上に物が置いてありましたが、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。</p>	<p>冷蔵庫の上に物を置かないことを徹底し、1日に1回冷蔵庫の上を清拭するようにしました。</p>	<p>改善</p>
物品管理		
<p>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。</p>	<p>院内の氷枕は全て廃止し、冷罨法はアイスノンや保冷剤に変更しました。製氷機も撤去しました。</p>	<p>改善</p>
汚物処理室		
<p>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ありました。具体的で確実な濃度の消毒液が作成されると思いますが、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すると良いです。また毎日交換となっていたが、希釈した次亜塩素酸ナトリウム0.1%では、有効期限はより長く使用可能です。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繋がります。</p>	<p>一部の病棟でベッドパンウォッシャーを導入しました。0.1%次亜塩酸ナトリウムで消毒を行う部署に置いては、交換頻度を週2回に変更し、容器内の水に分量の目印を表示しました。</p>	<p>改善</p>

<p>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。処理槽の汚水でせっ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。</p>	<p>汚物処理室に置く尿器・蓄尿瓶を必要最小限に整理し、汚物処理槽と離して保管するようにしました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>洗浄後の尿器は上段に移動しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>蓄尿袋を下げる場所は不潔区域とし、洗浄・消毒後の蓄尿ビンや尿器を置く場所は清潔区域として、汚物処理室内の区域を分けました。不潔区域には洗浄・消毒後の物品が置かれないようにレイアウトを変更しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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紙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。</p>	<p>新聞紙の保管場所は、上段に移動しました。当院は、オムツをパックする器械（エコムシユウ）を使用しています。エコムシユウの使用手順には、排便は飛び散りを防止するために新聞紙に包んだものをパックするようにと記載されていますので、水様便の時のみ新聞紙を使用しています。現在、新聞紙は、必要分のみ棚の上段から持ち出し、24時間で新聞紙は破棄しています。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>一部の病棟でベッドパンウォッシャーを導入しました。 段階的に全病棟にベッドパンウォッシャーを導入する予定です。</p>	<p>改善</p>
<p>処置室</p>		
<p>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、微小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。</p>	<p>テーブルの上のカバーを外し、ラミネートも取り去り、何も置かない状況にしました。</p>	<p>改善</p>

リネン庫		
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で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えます。	委託業者である日本海麺業に確認したところ、寝具類の消毒に関するガイドライン6斑に記載されているとおり、「被洗物」「疾患名」又は「注意」などがマジック等で容器に表示されていることを求められましたので、そのように実施している。	<u>改善</u>
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、流水石鹸は約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。	検査科内にアルコール手指消毒剤（ラビジェル）を、足踏み式4個と卓上式2個設置しました。 目に見える汚れが内場合は、アルコール手指消毒剤を使用することを啓発し、アルコール手指消毒剤の使用料も毎月確認するようにしました。	<u>改善</u>
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。	生理検査室にラビジェル（足踏み式）1個を設置しました。	<u>改善</u>
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。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。	ポータブルに持ち出した器械、物品は戻ってきた際に、アルコールで拭き取るよう周知徹底しました。	<u>改善</u>

<p>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検討下さい。</p>	<p>2セット化は2017.11.27より開始。血液培養陽性の報告体制はマニュアルに明記。報告体制は、週報で行っており、今後検討課題とします。</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>マニュアルに報告体制が明記できる準備をしています。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>1年に1回外注先にアンチバイオグラムを作成してもらうことになりました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。）</p>	<p>検体の運搬容器は全て蓋付きの密閉容器に変更致しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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ついてもご考慮下さい。</p>	<p>アルコール手指消毒剤の設置は完了しています。携帯については、今後の検討課題とさせていただきます。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>業務上、プラスチックをしていると、仕事に支障を来すので、今後の検討課題とさせていただきます。</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>1日1回キーボードをアルコール含有の環境クロスで清拭しています。キーボードをゴシゴシ拭くのは、月1回のシャットダウン時に行っています。</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p>	<p>紙箱は無くし、プラスチック箱に切り替えました。洋服のカバーは、エプロンを止め、ティッシュペーパーに変更しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>1日1回洗浄・乾燥していますが、現場では、一患者ずつ拭き取る行為は厳しいので、今後の検討課題にさせていただきます。</p>	<p>検討中</p>
<p>処置室</p>		
<p>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、トレイ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。</p>	<p>患者から受け取った針等が速やかに廃棄できる場に感染性廃棄ボックスを移動しました。また、トレイで受けとるように外来看護師に啓発しました。</p>	<p>改善</p>
<p>内視鏡室</p>		
<p>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。</p>	<p>内視鏡保管棚を移動しました。汚物処理槽に周囲には、何も配置していない状況です。</p>	<p>改善</p>
<p>吸引チューブは使用后、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。</p>	<p>吸引チューブの数を増やして、乾燥の時間を設けています。</p>	<p>改善</p>
<p>薬剤部</p>		
<p>ダンボールの床置きがありましたが、直置きは避けてください。</p>	<p>段ボールは棚に収納するようにしました。やむを得ず棚に入らない場合は、すのこの上に段ボールを置くこととしました。</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p>	<p>物品の入っている乾燥用のカゴを水場から離して置くようにしました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>段ボールは棚に収納するようにしました。やむを得ず棚に入らない場合は、すのこの上に段ボールを置くこととしました。</p>	<p>改善</p>
<p>無菌調整室</p>		
<p>手洗い場が安全キャビネットに近いので、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。</p>	<p>患者さんがほとんどいないため、設備を改善するのは困難です。費用対効果が良くなる位患者数が増えた時に提案できる可能性が出てくると思います。</p>	<p>検討中</p>
<p>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えます。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えます。</p>	<p>注射箋は安全キャビネット内に入れないようにしました。2人体制は人員上困難なため、患者数と薬剤師数が増えた時に検討したいと思えます。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>手順の見直しを行いました。</p>	<p>改善</p>

洗い場		
<p>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。手洗いだけ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良いです。スポンジは使用開始日を記入し、定期的な交換をお勧めします。</p>	<p>ベッドパンウオッシャーと食器洗浄機を導入しました。 陰部洗浄ボトル・ガーグルベースンはベッドパンウオッシャー、コップは食器洗浄機で洗浄・消毒する方法について現在検討しております。</p>	<p>検討中</p>
<p>マスクン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えます。設置場所や必要性も含めて、検討してははいかがでしょうか。</p> 	<p>マスクン4%を撤去し、次亜塩素酸ナトリウムに統一しました。 氷枕を廃止しました。陰部洗浄ボトル・褥瘡などの洗浄ボトルは、汚物処理室内で洗浄・消毒・乾燥・保管を行うことにしました。これにより、陰部洗浄ボトルなどが水場の汚染を回避できるようになりました。</p> 	<p>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)
<p>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を確認しましたが、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。</p>	<p>薬剤師全員にB型肝炎ワクチンを実施しました。又、ワクチン接種対象者を見直し、これまでワクチン接種対象者でなかった管理部（総務課・医事課）、委託業者（受付、会計、清掃、喫茶店、売店）もワクチン接種対象としました。</p>	<p>改善</p>
<p>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かがでしょうか。</p>	<p>抗体価は全て数値で管理するように変更しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>HBs抗体CLIA法で10mIU/ml以上が確認された場合は、その後の抗体価検査やワクチン接種は必要ないとマニュアルを変更しました。</p>	<p>改善</p>

【誤字】

ページ数	内容
89	多剤耐性緑膿菌の定義について、MICの単位は $\mu\text{g}/\text{mL}$ になるかと思います。
101	Ⅲ. カルバペネム耐性腸内細菌科に～ → カルバペネム耐性
109	水痘/帯状疱疹ウイルス (VSV) → (VZV: Varicella Zoster Virus)
141	オセルタミビル、ザナミビルの金額が合わないので、ご確認ください。
249	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

※誤字は全て訂正しました。

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 ~ 199床

実地支援日 平成 29 年 10 月 5 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)
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いいでしょう。	明記しました。	改善
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。	今年度からリンク委員不在	未改善

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)
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 の中で、誰か一人で良いので専従に近い人がいると良いと思われます。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。	前と同様、専従や専従に近い委員は不在	未実施
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。	同様にラウンド終了後、口頭で伝達。	未実施
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。	院内グループウェアを利用し、案内の発信を開始。	一部改善
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)。	指導されたところを順次修正を行っている	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
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。	携帯式を希望するスタッフに対し導入を行っている。	一部改善
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。	一覧表を作成し、各部署に配布。掲示場所はそれぞれの見やすい場所にと委任した。	改善
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。	要望しているが、設備の形状上水回りを大幅に改修する必要があるため、事務局で検討を行っている状態。現在は一部に簡易的な自動水栓を設置し、使用感などの検証を行っている。	一部改善
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？	業者とは年2回の定期清掃契約の他、日常清掃業務も委託している。	改善
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となります。	整理整頓を実施した。	改善
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。	一部包交車を廃止した。使用している部署も、整理を行い不潔なものを置かないよう取組を実施している。	改善

噴霧式のア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アルコール被爆が起きます。浸漬式アルコールワイプ使用への変更をお願いします。	噴霧式を廃止。 液体アルコールをワンウェイガーゼに浸し、利用している。	一部改善
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。	冷蔵庫の上などは実施できている。空調口など手が届きにくいところは、定期フィルター清掃時に盛り込み清掃を進めているが、回数が限られているため、用具購入も検討中。	一部改善
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。	一覧表を作成。 一部ディスプレイ製品を導入するなどをしてい	改善
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。	現在も継続している。	改善
特定抗菌剤の使用届も、継続して下さい。	現在も継続している。	改善
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。	直ちに変更は難しく、保冷庫の更新時に見えるタイプのものに変更の検討を行う予定。	検討中
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。	空調気流下の点滴ミキシング台は移動しました。	改善
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していました。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。	単包のものに変更を実施しました	改善
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。	空調機フィルタ定期清掃時に清掃を進めている状態。スポット的な清掃、日常的な物の用具購入を検討中。	一部改善
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ち歩かないように。ミキシング台の感染性廃棄ボックスは清潔区域内のため、他の廃棄場所を設定して下さい。	別に廃棄場所を設定した。	改善

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等は、組織の方針を书面化し周知されてはどうか。	まだ書面化はされていない	未実施
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。	設置スペースの問題もあり、各部署には設置されていない。	未実施
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。	取り外しての洗浄を実施している。	改善
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の上、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。		未実施
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ご検討下さい。	ラビング法を導入し、一足制は導入していない。	一部改善
手術間の清掃は看護職が中心であったが、清潔エリアと不潔エリアを区分けして清掃できるような役割分担を奨めます。外部委託の導入もご検討されてはどうか。	外部委託の導入は検討していない	未実施

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〕
PPEはホルダーの有効活用で、必要な物品は揃えて設置。標準予防策の教育とトレーニングを行い、実施状況を確認する事。	ホルダを活用し、必要物品を設置した。 教育は年一回実施。 実施状況はラウンド時に確認を行っている。	改善
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）（H26.3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。		未実施

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 ～ 199床

実地支援日 平成30年1月11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〕
<全体> (1.1 - 1.4)		
院内感染対策委員会（ICC）、インフェク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

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 (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。	外来のトリアージマニュアルに記載されている	改善

<p>3-1 感染経路別予防策</p> <p>「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。</p>	<p>2~3mに変更した。</p>	<p>改善</p>
<p>6 針刺し・切創・皮膚暴露時の対応</p> <p>「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。</p>	<p>次年度以降対応予定</p>	<p>検討中</p>
<p>7-1 カテーテル関連血流感染(CRBSI)対策</p> <p>「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。ご確認下さい。</p>	<p>キッドをキットに変更した。</p>	<p>改善</p>
<p>ノロウイルス対策マニュアル</p> <p>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濃度をマニュアルに明記すべきと思います。</p>	<p>次年度以降に新たな分かりやすいマニュアルに変更予定</p>	<p>検討中</p>
<p>サーベイランス(2.2.3)</p>		
<p>手術部位以外の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。</p>	<p>手指消毒剤のサーベイを実施している</p>	<p>一部改善</p>

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ついての記述がなく、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。	年度内に変更予定	検討中
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。	毎週のラウンドで実施している	改善
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。	病棟以外のラウンド場所に、年1回、薬剤部、栄養部も追加し、現場職員への感染対策の意識づけを行っている。	改善
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対象者を広げることを検討してください。	毎年全職員を対象に実施している。（実施支援時も行っていました。）	—

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

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。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 清掃用具について: (外部委託で掃除用

1. 物品を見直し不要な物は廃棄した。包交車については廃止出来なかった。今後の課題。

2. 共有しないようにした

3. 経営部に相談し検討中

4. 経営部に相談し検討中

5. 今後も毎年契約更新時に確認、指導してい

一部改善

<p>具など細かく見ることが出来ませんでした(が)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。</p>	<p>きたい</p>	
<p>手指衛生 (3.1.2)</p>		
<p>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。</p>	<p>経営部に相談し検討中</p>	<p>未実施</p>
<p>清潔区域と汚染区域 (3.1.4)</p>		
<p>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かと思えます。</p>	<p>清潔・汚染区域をラウンド時に指導した。</p>	<p>改善</p>
<p>細菌学的検査 (3.3)</p>		
<p>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(塗抹、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。</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>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。</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

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。	正直、手間がかかるため、現場の分担の見直しも含め今後の検討課題とした。	検討中
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。	追加済	改善
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。	複数セット採取は増加したが率については手が回らず調査していない	未実施
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。	次年度中の実施に向け検討中	検討中
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。	速やかに設置し、出入り者に手指衛生を促している	改善
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、アマシ、ハカシなど）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。	担当職員（医師等）に改善を促している、実施に至っていない。	未実施

<p>「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「10μg/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、10～15μg/mL、感染症によって15～20μg/mLにすることが推奨されています。改訂をお願いします。</p>	<p>10～15μg/mLに改訂した</p>	<p>改善</p>
<p>薬剤管理 (3.4.2)</p>		
<p>・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ります。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。</p>	<p>薬剤部で検討中</p>	<p>検討中</p>
<p>抗菌薬の届け出制(3.4.3)</p>		
<p>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「届出が必要です」など画面上にポップアップができ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。</p>	<p>次年度以降に対応予定</p>	<p>検討中</p>
<p>抗菌薬の使用状況(3.4.4)</p>		
<p>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。</p>	<p>今年度より実施済み</p>	<p>改善</p>
<p>抗菌薬血中濃度測定(3.4.6)</p>		
<p>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。</p>	<p>薬剤師に依頼済みだが手が回らない</p>	<p>検討中</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
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)		
<p>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。</p>	<p>6月に全職員に対し4種の抗体価・罹患の有無を母子手帳等で調査した。</p> <p>11月の職員健診で外来職員を対象に2種（麻しん・風しん）の抗体価を測定した。</p>	一部改善
針刺し事故対策 (4.1.10)		
<p>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）。</p>	<p>HIV 陽性者の針刺しにおいては、マニュアルに記載・添付した。</p>	改善

院内感染対策実地支援アンケート

※平成 29 年度の実地支援 4 病院が対象

○ 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	2	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>アドバイス内容が丁寧で、改善する上で、大変役に立った。</u> ● <u>改善しなくてはならない場所が明確となった。</u> すぐの改善は難しい場所もあるが、できるところから少しずつ改善していきたい。
まあまあ役に立った	2	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>有意義なアドバイスをいただいたが、現実的にはマンパワー・予算の不足を痛感しており、徐々に改善していきたい。</u> ● 自分たちでは気付いていなかった事、これで良いと思い込んで実行していた事等を指摘いただき改善できたほか、<u>今後の課題も明確になり良かった。</u>しかし、それに取り組む労力がかなり厳しかった。
あまり役に立たなかった	0	-
どちらとも言えない	0	-

○ 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。

感染対策ネットワーク会議の指摘事項として、院内に対して、改善要求する事により、稟議や申請が通りやすかったので、助かった。まだまだこれから改善していくべき課題があるため、ある程度改善出来た際に、またラウンドして頂きたい。

平成30年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容】（病院）

感染の専門看護師が不在のため、院内で決めている感染対策マニュアルの判断基準があいまいだと感じています。〇〇病院、〇〇病院と合同カンファレンスもさせていただいていますが、細かな点で疑問が多いです。

中でも、今回、感染物の廃棄について相談させていただきます。当院ではごみの分別を主に、

①感染性廃棄物（黄色のハザードマーク）

②非鋭利医療廃棄物

③一般廃棄物（事業系。ピンクのごみ袋）としております。

平成29年3月に感染性廃棄物処理マニュアルが改正になりましたが、注射針のついていない輸液セットの廃棄、②と③の区分について記載した法的根拠になるものがなく、他院の廃棄方法をまねて基準を作成している状態です。自分たちの知識不足であることは承知していますが、改正の目的が、「ごみの減量と適正な処理の徹底」であることのように見受けられること、市町村によって施設の処理能力に差があるため、その能力次第で分別区分は全国一律ではない旨の記載があるように思われました（自分の読解能力のため、間違っていたら申し訳ありません）。

法律の厳守のためにも、正しい分別方法を、処理施設の能力が同じ地域の方に伺う必要があると判断致しました。ご面倒おかけいたしますが、よろしく願いいたします。

【回 答】

この度は石川県院内感染対策相談窓口をご利用いただきありがとうございます。

- 平成29年3月の廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアルの改訂の目的は、「国政的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画（平成28年2月9日）」に基づき、国際的に脅威となる感染症や感染症法等の改正に対応するため改訂が行われております。（環産産発第1703316号）
- 注射針のついていない輸液セットは感染性廃棄物として取り扱うことが、平成29年度3月の廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアルの参考2（42ページ）に明示されています。
- ②「非鋭利医療廃棄物」と表現されていますが、感染性廃棄物の判断フローに基づき区分をすれば、「非感染性廃棄物」となります。その上で、医療関係機関から発生する主な廃棄物として分別を行ってください。（廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル8ページをご参照ください）。この分別と合わせて、貴施設がある市町村（津幡町）のホームページもご確認ください。事業所から出るごみの産業廃棄物として示されている（政令や法令で定められた）20種類で分別を検討されたらよろしいと思います。現場の職員が業務中に多量に排出される燃えるゴミ以外で容易に区分できる表示では、②非鋭利医療廃棄物を、（産業廃棄物）「廃プラスチック類」「ガラス・陶磁器」等と変更ではいかがでしょうか。医療機関から排出されるごみは、事業系廃棄物となり、ごみの区分けが家庭と異なることを職員に周知させていかれるとよいと思います。

平成30年8月30日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

平成30年度院内感染対策講習会 開催結果概要

1. 開催日時 平成30年11月23日（金・祝）14時～16時半

2. 開催場所・参加人数 石川県立中央病院 会議室1 123人

3. 参加者内訳

医療従事者						介護職	行政	委員	合計
医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	その他医療職	小計				
9	54	13	17	4	97	4	6	16	123

4. アンケート 回答率78%（回答数96）

4-1. 講習会は参考になりましたか？

大変参考になった	53 (55.2%)
まあまあ参考になった	34 (35.4%)
あまり参考にならなかった	3 (3.1%)
どちらともいえない	4 (4.2%)
未回答	2 (2.1%)

※小数点第二位四捨五入

4-2. 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。

- ・抗菌薬の適正使用
- ・グラム染色は AMR 対策のカギとなる、薬剤師がグラム染色を行うこと
- ・チームでの情報交換、評価等、時間外血培陽性検体の報告体制の確立
- ・AST 介入の時期、サーベイランスのアウトカム内容、専従者が不在でもできること
- ・データ集計にコンピュータシステムを使用することで作業が楽になること
- ・インプラントを有する方の症例、看護師としての AST への関わり方

4-3. 今後、本ネットワーク会議の「実地支援」及び「相談窓口」を活用したいと思いますか？

	実地支援	相談窓口
ぜひ活用したい	13 (13.5%)	12 (12.5%)
機会があれば活用したい	38 (39.6%)	44 (45.8%)
今後検討したい	18 (18.8%)	16 (16.7%)
活用したいとは思わない	4 (4.2%)	2 (2.1%)
どちらとも言えない	13 (13.5%)	12 (12.5%)
未回答	10 (10.4%)	10 (10.4%)

4-4. 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。

- ・在宅や介護施設における感染対策についての施設ラウンドをお願いしたい（看護師）
- ・アウトブレイク時に通常時より、どのような対策を追加して実施すればよいか（検査技師）
- ・普段接する事のない県外講師による講演（医師）
- ・看護師としてのAST活動への関わり方（看護師）
- ・消毒薬の適正使用（薬剤師）、清潔、不潔の区分けの仕方（看護師）
- ・抗菌薬、多剤耐性菌に関する院内教育について（検査技師）
- ・ワクチン接種のガイドライン、職員のワクチン対策（薬剤師）
- ・AST介入が成功した重症感染症の症例発表、典型症例が少ない水痘、ムンプス等への対応（医師）

4-5. 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。

特になし

平成30年度石川県院内感染対策支援事業概要

平成31年3月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
