

令和元年度
院内感染対策支援
事業概要

令和2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

県内医療機関に医師・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。感染予防対策の取り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組状況調査事業

平成 30 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（令和元年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（令和2年3月現在・職種別五十音順）

医 師 委員長 副委員長・リーダー	飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
	和田 泰三（金沢大学附属病院 感染制御部長）
	太田 和秀（金沢医療センター 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）
	米山 宏（浅ノ川総合病院 内科医長）
	渡邊 珠代（石川県立中央病院 診療部長）
薬剤師 リーダー	池田 浩幸（城北病院 薬剤部）
	鬼頭 尚子（金沢医療センター 教育研究主任）
	多賀 允俊（金沢医科大学病院 薬剤部）
	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（石川県立中央病院 医療安全管理室主査）
	谷田部 美千代（恵寿総合病院 医療安管理部感染制御室感染管理者）
臨床検査技師 リーダー	新川 晶子（石川県立高松病院 検査科科长）
	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 医療技術部検査室技師長）

2) ネットワーク会議開催日

第1回 令和元年8月1日 於：石川県庁

第2回 令和2年3月12日 於：石川県庁 **（中止）**

Ⅱ. 令和元年度の事業実績状況

1. 院内感染対策実地支援事業

病院が個別に取り組んでいる院内感染予防や対策について、実地で助言するため、平成 23 年 8 月に設置した石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の委員（医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師）で編成する実地支援チームを、県内 3 病院に派遣した。事業の実施に当たっては、病院が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 令和元年 9 月 6 日～令和元年 11 月 14 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

○ 令和元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
令和元年 9月6日	許可病床数： ～199床	医師：米山 宏（リーダー） 薬剤師：多賀 允俊 看護師：池田 恵子、藤川 真佐子 臨床検査技師：新川 晶子	7～13p ・ 別添1
令和元年 9月26日	許可病床数： ～299床	医師：太田 和秀（リーダー） 薬剤師：鬼頭 尚子 看護師：野田 洋子、谷田部 美千代 臨床検査技師：坂上 有貴子	14～19p ・ 別添2
令和元年 10月7日	許可病床数： ～299床	医師：竹田 正廣（リーダー） 薬剤師：池田 浩幸 看護師：佐分 稲子、小森 幸子 臨床検査技師：金谷 和美	20～24p ・ 別添3
令和元年 11月14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、谷田部 美千代 臨床検査技師：梅田 由佳	25～30p ・ 別添4

○ 令和元年度院内感染対策実地支援実施病院の評価結果

評価項目	病院数		
	A評価	B評価	C評価
A 感染対策の組織	—	4病院	—
B 院内感染対策活動（ICTが組織されている場合にはICT活動）	—	3病院	1病院
C 外来	1病院	3病院	—
D 病棟	—	4病院	—
E ICU	—	—	—
F 標準予防策	—	4病院	—
G 感染経路別予防策	—	4病院	—
H 病院感染症防止策	1病院	3病院	—
I 洗浄・消毒・滅菌	—	4病院	—
J 医療廃棄物	2病院	2病院	—
K 微生物検査室	—	2病院	—

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 30 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	令和元年 10 月
調査対象	4 病院
調査方法	調査表を郵送
調査結果	31～80p

3. 院内感染対策相談事業

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

相談については、書面による受付とし、委員長、副委員長の指示・確認のもとでネットワーク会議委員が回答を作成する体制を取っている。令和元年度の相談件数は 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	・耐性菌の接触感染予防策について（82p） ・下用タオル等の消毒について（83p）

4. 院内感染対策講習会の実施

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

開催日時	令和元年 11 月 3 日（日・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	「各病院における手指衛生の取組みの紹介」 鬼頭委員、江波委員、佐分委員、梅田委員
特別講演	「マَسギャザリングにおける感染症対策～輸入感染症への対応～」 講師 倭正也 先生 （地方独立行政法人りんくう総合医療センター 感染症センター長）

開催結果概要は 84～85p 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／令和元年9月6日（金）13:00～16:00

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）、多賀 允俊（薬剤師）、池田 恵子（看護師）、
藤川 真佐子（看護師）、新川 晶子（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

- ・ 「院内感染防止対策指針」にて、院内感染対策委員会の構成メンバーは病院長を委員長とするとありますが、それ以外のメンバーの記載がされていません。委員が一部の職種に偏らないように、各職種・部門から選出するよう明文化してください。
- ・ ICTは組織されていましたが、構成員に医師が入っていません。精神科の医師がICTを担うことは可能と考えますので選出をお願いします。精神科領域の感染制御を考える会や精神科感染制御セミナーがあるため、ICTで参加するなどいかがでしょうか。
- ・ また、ICTラウンドは定期的（可能なら1回/週）に実施するために、曜日や時間など具体的な日程も取り決めてはいかがでしょうか。

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)

- ・ 感染防止マニュアルは、現場や新入職員が見て実践できるマニュアルのご検討をお願いします。感染対策の書籍などを参考に自施設の実情に合わせたものを作成しましょう。
- ・ 写真や表・フローチャートなどを使い、手指衛生や個人防護具の着脱などはイラストや写真などをご活用ください。
- ・ マニュアルには通しページや題名をつけ、検索しやすいようにしましょう。
- ・ 以下に修正が必要と思われる箇所がありますので、確認をお願いします。

<院内感染防止対策指針>

- ✓ 1頁7行目：「院内感染防御（ICT）委員会」 ⇒ 「院内感染対策チーム（ICT）」
- ✓ 同29行目：院内感染対発生時の… ⇒ 院内感染発生時の…

<院内感染対策チーム（ICT）の設置要綱>

- ✓ 1頁17行目：メンバーに医師を加えてください。

<院内感染対策マニュアル>

- ✓ 表紙（目次）4. 各論 8) 多剤耐性菌：(ニューデリー・メタロ-β-ラクタマーゼ1) (NDM-1) ⇒ 他の耐性菌も対象となります。(CRE、MDRP、MDRA、VRE、ESBL産生菌、カルバペネマーゼ産生菌など)に変更をお願いします。
- ✓ 1頁 2. 1) 接触感染：感染源に接触することにより… ⇒ 患者との直接接触または患者に使用した物品や環境表面などとの間接接触によって成立する。MRSA、MDRP、MDRA、VRE、CREなどの耐性菌感染症、クロストリディオイデス（クロストリジウム）・ディフィシル感

感染症、腸管出血性大腸菌感染症、ロタウイルスやノロウイルス感染症（おむつ使用時または失禁状態の場合）、急性ウイルス性結膜炎、皮膚粘膜の単純ヘルペスウイルス感染症、膿痂疹、疥癬など

- ✓ マニュアル1頁 2. 2) 空気感染：空気中に浮遊した…ヘルペスウイルスなど ⇒ 微生物を含む直径5 μm以下の微小飛沫核が、長期間空中を浮遊し空気の流れによって広範囲に伝播される感染様式。結核、麻疹、水痘（免疫不全者あるいは播種性の带状疱疹を含む）
- ✓ マニュアル1頁 2. 3) 飛沫感染： …飛沫から空気中で乾燥して浮遊する粒子を吸入し… ⇒ 咳、くしゃみ、会話、気管吸引などに伴って発生する液体が経気道的に粘膜に附着し、それに含まれる病原体が感染すること。飛沫直径は5 μmより大きいため、飛散する範囲は約2m以内であり、床面に落下するとともに感染性はなくなる。インフルエンザ、流行性耳下腺炎、風疹、マイコプラズマ、溶血性連鎖球菌感染症、インフルエンザ菌や髄膜炎菌性髄膜炎など。
- ✓ マニュアル2頁 3. 1)：標準的予防対策 ⇒ 標準予防策
- ✓ マニュアル2－3頁：個人防護具着脱の順番に手指衛生を実施する手順を追加してください。図やイラストを活用ください。
 - ・ 着用順序 エプロン… ⇒ 手指衛生→エプロン、ガウン…
 - ・ はずす順序 …手袋をはずす際に手指が汚染された場合は、手指衛生を追加して… ⇒ 手袋をはずした後は必ず手指衛生を行って
 - ・ 手袋→ゴーグル、 ⇒ 手指衛生→手袋→ゴーグル、フェイスシールド→エプロン、ガウン→マスク→手指衛生
- ✓ マニュアル5頁 3. 2) 手指衛生：
 - ・ 日常的な手指衛生には擦式アルコール手指消毒薬の使用が推奨されていますので、【手指衛生の方法】で、それを明記するとよろしいと思います。 ⇒ 目に見える汚染がある場合には石鹼と流水による手洗いが推奨されるが、簡便さや除菌効果を考えると、それ以外の場合には擦式アルコール手指消毒薬の使用が適している。
 - ・ 擦式アルコール製剤に対し、一部のウイルス（エンベロープを有していないノロウイルスなど）では効果が低下し、芽胞形成菌（クロストリディオイデス・ディフィシルなど）に対しては無効となります。 ⇒ ノロウイルス、ロタウイルスではアルコールの効果が低下するため流水と石けんによる手洗い、または擦式アルコールを使用する場合は消毒薬との接触時間をのばすため2回手指衛生を行う。
 - ・ 【手指（衛生的手洗い）の方法】 ⇒ 【手指衛生（衛生的手指衛生）の方法】
 - ・ 石鹼と流水のよる手洗い ⇒ 石鹼と流水による手洗い
 - ・ アルコールが効きにくい微生物（芽胞菌、ノロウイルス、アデノウイルス、ロタウイルス、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス）とありますが、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルスは、血液汚染（目に見える汚れ）であり、石鹼流水手洗いをするべきですが、エンベロープをもつウイルスなので、アルコールが効きにくい微生物からは削除してもよろしいのではないかと思います。
- ✓ マニュアル6頁6行目：開封時に開封日の日付を記載する。 ⇒ 開封時に開封日の日付と使用期限を記載する。
- ✓ マニュアル7頁1行目：畜尿や尿量足底が… ⇒ 畜尿や尿量測定が…
- ✓ マニュアル7頁15行目：輸液を調剤する前にも手指衛生を… ⇒ マスクおよび手指衛

生を・・・

✓ マニュアル 8 頁および 9 頁：空気感染予防策および飛沫感染予防策の個人防護具の欄にも、手指衛生に関する記載を追加してください。

✓ マニュアル 11 頁 15 行目：感染症課 ⇒ 感染症科

<院内感染対策マニュアル：各論>

✓ 各論では、貴院で問題となりうる薬剤耐性菌や流行性疾患などを絞り込んで作成しましょう（重症急性呼吸器症候群は不要です）。

各論 1) MRSA

✓ 21 行目：バクトロバン軟膏の鼻腔塗布などの MRSA 除菌は、主に術後の SSI 予防などに使用されます。慢性保菌者では一時的に鼻腔培養から消失しても多くは復活しますので療養主体の病棟においては必要ないのではないのでしょうか。

各論 3) レジオネラ

✓ 10 行目：通じよう ⇒ 通常

✓ 6 行目および 12 行目：菌の名称はイタリックにしてください。また、属名を省略したドットの後には半角スペースを空けてください。 Legionlla pneumophila ⇒ *Legionella pneumophila* , L.pneumophila ⇒ *L. pneumophila*

各論 4) 疥癬

✓ 治療：塗り薬にフェノトリンローション（スミスリンローション 5%*）が保険適応になっています。

各論 7) 感染性腸炎（ウイルス性）

✓ 5、6 行目：細菌性食中毒との違いは…ヒト由来である。 ⇒ 事実誤認があるようなので、訂正をお願いします。

✓ 同 20 行目：5. 吐物にも… ⇒ 便や吐物にもウイルスは排出されるので、その処理をした医療者の手を介して伝播する。

✓ 「毎年 11 月 1 日よりテキサントを用いて床等の清掃を出入り業者に依頼し…」とありますが不要です。ルーチンの床消毒に関してエビデンスはありません。通常の清掃で構いません。吐物や下痢の始末に注意が必要です。

✓ テキサントをペーパータオルに浸すとありますが、パルプのような有機物と次亜塩素酸ナトリウムが接触すると、消毒効果は数分で半減します。布や不織布を使用するようにしてください。

各論 8) 多剤耐性菌（ニューデリー・メタロ-β-ラクタマーゼ 1）（NDM-1）

✓ この見出しでは、多剤耐性菌の対象が NDM-1 だけのような誤解を与えます。マニュアル 10 頁接触感染対策の対象となる微生物に記載されている、基質拡張型 β ラクタマーゼ産生菌、2 剤耐性陰性桿菌、多剤耐性緑膿菌、多剤耐性アシネトバクター、メタロ β ラクタマーゼ産生菌、バンコマイシン耐性腸球菌に加えて、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌についての記載をお願いします。菌の特徴についても複数の定義が混在しておりますので、訂正をお願いします。MDRP, MDRA, VRE, CRE については、感染症法の定義をご参照ください。

✓ 同 2 行目：浸潤環境 ⇒ 湿潤環境

✓ 同 13 行目：VCM はグリコペプチド系です。

✓ 同 23 行目：ケアの前後に必ず実施 ⇒ WHO の 5 つのタイミングを厳守してください。

✓ 同 28 行目：使わざる得ない ⇒ 使わざるを得ない 消毒エ ⇒ 消毒を

各論 9) 麻疹

✓ 21 行目：亜急性硬化性全脳炎（SSPE）の記載が尻切れトンボになっています。

<院内感染対策マニュアル：職業感染予防策>

✓ 職業感染対策として、医療職として必要な抗体価の基準も明示しておきましょう。その数値を基に、ワクチン接種の対象職員が明確に判断できます。またワクチンだけでなくインフルエンザや感染性胃腸炎など流行性疾患に罹患した場合の就業規制・停止、就業開始基準も掲載することで、職員による持込みによる院内感染を防止できます。

✓ 3 頁 3, 4 行目：①直ちに刺切部位から血液を絞り出し、…②…消毒する。 ⇒ ①針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露が起きた場合は、直ちに流水と石鹼、粘膜曝露の場合は流水で十分に洗浄する。（絞り出しは行わない）②消毒液で消毒してもよいが、消毒のために洗浄を遅らせてはならない。

✓ 同 11 行目：IFN と使用する。 ⇒ 新しい抗ウイルス薬が使用できますので、改定が必要と思います。

✓ 同 3 頁 14 行目：曝露源の HIV 抗体検査を迅速に行う必要があります。早期に採血結果の報告をしてもらえるよう、委託業者と打ち合わせが必要です。マニュアルへの記載もお願いします。（報告はどの部門が受けるか、なども明確にする）

<院内感染対策マニュアル：消毒液の種類と使用方法>

✓ 消毒薬の使用方法に、濃度（%）だけでなく、具体的に水〇リットルに対して消毒薬はどれだけ必要か一覧表にすると、全部署で確実な消毒が実施可能となります。

<院内感染対策マニュアル：採用抗菌薬と使用指針>

✓ セファム系 ⇒ セフェム系

✓ 誤嚥性肺炎は嫌気性菌が関与することが多いので選択薬は SBT/ABPC、または CTRX にクリンダマイシンまたはメトロニダゾールを併用としてください。

<その他>

- ・ マニュアル作成後は、委員会などを通じ現場へ周知し、対策が遵守されているかをラウンドで確認し、定期的にマニュアルの改訂をお願いします。
- ・ 委託職員への教育がおこなわれていませんでした。本来は、貴院 ICT が実施することが望ましいのですが、委託業者が独自で研修会を行っていることもあるため、一度業者へご確認ください。
- ・ 全職員研修会は参加率が 90% ということで頑張っている様子が伺えました。このまま継続し、今後 100% を目指して頑張ってください。
- ・ 冬場に流行する感染症については、フェーズシートに基づいて対策を行っていること、インフルエンザなど症状別サーベイランスを行っているとのことでした。また、報告書として感染症情報が現場から ICT へ情報提供もされているとのことでした。このデータをまとめることでサーベイランスとなるため今年データとしてまとめてみるのはいかがでしょうか。
- ・ IGRA や麻疹などの抗体価検査、ワクチン接種は入職時に実施しているとのことでした。今後は全職員に実施できるようご検討ください。

- ・ 外来の待合室や玄関に発熱、咳など呼吸器症状、下痢・嘔吐など感染症状のある患者が自ら申し出るようにポスター掲示することで、院内へのウイルス侵入を防止できますので、ご検討ください。
- ・ 心エコーのゼリーなどは使い捨てで使用されていたため良かったです。

D 病棟

評価：(B)

- ・ ナースコールの横に感染経路別予防策を行う患者一覧があり、職員への周知がされていました。
- ・ 職員は手指消毒薬を携帯していました。廊下や居室に石鹸や手指消毒薬を設置することは難しい環境ですので携帯用の手指消毒薬を活用し、患者や面会者にも手指衛生をすすめてください。
- ・ 環境整備を行うクロスが自動おしぼりタオルで行われていました。自動おしぼり機に使用されている洗浄剤や消毒薬がはっきりとわからなかったのですが、専用の環境クロス製品がありますので導入をご検討ください。
- ・ 院内の高頻度接触表面（人の手がよく触れるところ：ドアノブなど）の環境清拭が行われていませんでした。精神科では高頻度接触面が患者間の交差感染防止上のポイントとなるため、定期的に清拭を行いましょう。
- ・ スタッフステーションの床を次亜塩素酸ナトリウムに浸したモップで毎日清拭されているとのことでした。床は、通常医療従事者や患者が直接接触することのない部分であり、床清掃に消毒薬を使用しても感染率に変化がないことを示した報告が複数存在しています。このため、床は、定期的な清掃のほか、目に見える汚染が発生した場合に行い、通常は消毒薬を用いる必要は無いとされています。床清掃の具体的方法として、1モップ2バケツ法やオフロケーション方式などがあります。各種ガイドライン・成書をご参考に貴院の状況に合わせた清掃方法の再考をお願いいたします。
- ・ 注射薬調製時にマスク着用をしていないとのことでした。注射薬調製時にはダブルチェックを受ける時など言葉を発する事があります。注射薬調製時は特に不要な会話を控えるとともに、細菌混入のリスク低減のためマスクを着用するようご指導ください。
- ・ 病棟にて保管される冷所医薬品が家庭用冷蔵庫にて保管されていました。冷所保管の必要な医薬品の多くは保管温度が設定されており（多くは2～8℃）、家庭用冷蔵庫では適切な温度管理は困難であるため、医薬品の品質保証のためにも医療用冷蔵庫の設置をご検討ください。また、温度管理も必要ですので、定期的（1日1回程度）に庫内温度の記録を取ることをご検討ください。
- ・ 様々な場所で物品の保管・整理整頓に紙箱が多用されていました。紙の箱は、湿気を帯びて培地となり病原微生物の温床となります。保管容器にはアルコールなどで拭けるもの、または洗浄できるものを準備してください。
- ・ 窓際や棚の上、包交車の上などに様々な医療品・ケア物品が数多く置かれていました。物品を収納できる大きな棚を配置して、埃をかぶらない環境で管理できるようにしてください。特に包交車は、患者に必要な物品を処置する時に準備するようにし、在庫は棚等で管理できるようにしましょう。
- ・ スタッフ休憩室のドアに昔からの飾りつけが埃をかぶったまま残っていました。埃にはカ

ビなど病原微生物が混在していますので、健康管理からも好ましくありません。何かの記念もあるかもしれませんが、一旦整理して排除するか定期的な清掃を行ってください。まずは身の回りに慣習的に残っている物を整理しつつ、病棟環境を見直していくのも良いと思います。

- ・ その他：詳細については、別添の写真付きの現場実践アドバイスレポートをご参照ください。

E ICU

評価：(－)

- ・ 該当なし

F 標準予防策

評価：(B)

- ・ 流水と石鹼による手指衛生：ポピドンヨード入りの液体石鹼を使用していましたが、消毒薬入りである必要はありません。コストの削減にもなりますので再検討をお願いします。
- ・ 擦式アルコール手指消毒薬：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すので是非とも行ってください。簡易的方法として各部署（病棟など）に一定期間内に払い出した手指消毒薬を集計し、グラフなどでフィードバックしていく方法等があります。
- ・ ハンドケア：手荒れを防止するためにハンドケア用品の導入が推奨されます。皮膚保護剤やハンドクリームの導入をご検討ください。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

<空気感染対策>

- ・ 結核を疑う事例があるとのことでした。N95 マスクの着脱トレーニングなど 1 回／年は行いましょう。

<接触感染対策>

- ・ MRSA、ESBL、CRE 保菌患者が持ち込みで判明した場合、個室や大部屋で接触感染予防策を実施されていました。感染経路別予防策も大切ですが重要なのは、日常からの標準予防策です。血液や痰、尿、便などに触れる場合、手袋、エプロン、長袖エプロン、ゴーグルを使用し予防策を実施することがより大切となります。吸痰時やおむつ交換時など手指衛生をはじめ手袋、エプロン、マスクなどを使用していきましょう。
- ・ 定期的に手指衛生、PPE 着脱の教育を行ってください。方法として毎年吐物処理トレーニングを行い、トレーニングを通じ吐物処理のプロセスを学ぶ、手指衛生や PPE 着脱の教育も行うなどはいかがでしょうか。

<その他・一般>

- ・ 感染経路別予防策も必要ですが、具体的な場面の標準予防策についてもマニュアル化し感染予防策を周知できるようご検討ください。（例：おむつ交換の手順、吸痰の手順、環境清拭の手順など写真などで手順化されていると分かりやすいと思います。）

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- ・ 中心静脈カテーテルや尿道留置カテーテルの使用患者はあまり多くないと思いますが、感染リスクが高い医療器具です。実際の挿入手順や管理方法、また観察項目について、図や写真を活用したマニュアルを作成しましょう。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- ・ 薬剤部内の清掃に雑巾が使用されていました。薬剤部内は医薬品を扱う環境であり一般清潔区域（病院設備設計ガイドライン）に該当します。調剤機器（散剤分包機や錠剤分包機等）は単回使用のガーゼやアルコール清拭クロスによる清掃をご検討ください。
- ・ 超音波ネブライザーの薬液カップが、シンク内に置かれた膿盆内で次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬消毒されていました。次亜塩素酸ナトリウムは揮発性で刺激臭を出し、光によって濃度低下します。また、シンク内に置いた場合、水が混入し濃度低下する恐れもあります。適切な浸漬消毒および安全のため、遮光性の蓋つきの容器を用いましょう。
- ・ 上記の次亜塩素酸ナトリウムの濃度を測定したところ、約 800 ppm (0.08%) 程度でした。貴院のマニュアルでは「器具消毒（金属製品以外）には 0.02～0.05%に希釈したテキサントを使用」となっています。説明文を配置し、薬液と希釈する水の使用量を計量容器に線引きするなど、病棟スタッフへの周知を充分に行ってください。
- ・ 検査室に使用されている洗浄剤（インスルネットジェット®）が他の容器に小分けされ継ぎ足し使用されていました。消毒薬や洗浄剤中でも微生物は増殖し、継ぎ足し使用により汚染は持続します。消毒薬・洗浄剤の継ぎ足し使用を中止してください。
- ・ 滅菌物の保管場所が検体置き兼洗浄室兼滅菌室にありました。保管場所を清潔区域に変更してください。
- ・ 滅菌保証を確認するインジケータは、包装外部（テープ）と包装内部（カード）、器械が正常に動いているかを評価（ボイディックテスト）する必要があり、現在はテープと包装外部の変化で滅菌保証を管理されていました。まずは包装内部の滅菌保証を確認するために包装内部にカードを入れ滅菌の確認をしていきましょう。次にボイディックテストを行えるようご検討ください。
- ・ 滅菌保証の期限ですが、滅菌物の保管場所や滅菌方法、滅菌保証などの視点から不織布包装（撮子）は1～3ヶ月、滅菌パックは6ヶ月と考えてください。ただ、このような手間を考えると、滅菌物の使用量や頻度が低いため、滅菌物の外部委託やディスプレイ化も視野に入れ、何を選択したら良いか総合的にご検討ください。

J 医療廃棄物

評価：(B)

- ・ 感染性医療廃棄物容器には部署名も記載され、分別もしっかりされていたように思います。
- ・ 一部の感染性医療廃棄物容器やゴミ箱で、蓋を手で開けないと廃棄できない容器がありました。足踏み式、自動で蓋が開閉するタイプ、側面に投入口があるタイプなどの容器への変更をご検討ください。

K 微生物検査室

評価：(一)

- ・ 検査技師不在のため評価はありません。
- ・ 検査室は、検体保管と診療機材の洗浄滅菌に使用されていましたが、清潔物品と不潔物品が交差しているので改善が必要です。
- ・ また採血検体については、委託業者の回収まで密閉された容器の中で保管するのが望ましいと思います。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和元年 9 月 26 日（木） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～299 床

支援実施者／太田 和秀（医師・リーダー）、鬼頭 尚子（薬剤師）、野田 洋子（看護師）、
谷田部 美千代（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)

ラウンドにおきましては「これでいいのか?」「少しでも改善したい」という質問が多く寄せられ、職員の皆様の熱意と、感染制御に関わる専門家不在の中、感染対策に熱心に取り組まれている姿が非常に印象的でした。

1. 院内感染対策委員会

議事録の内容の周知方法が各部署で異なっていますので、施設として統一化し、周知されたかどうかの確認は ICT が行ってください。

2. 感染制御を実際に行う組織 (ICT)

1) 感染防止対策チーム：感染制御を実際に行う ICT において、感染対策委員長を施設管理者で重責を背負う院長、感染に関わる情報集約と対応を看護部長が担っておられます。感染対策は、早期発見、早期対応、再発防止が重要であることから、実働的、かつ迅速な対応が可能な感染管理担当者の任命と、職務に対する権限の委譲等を検討し、報告体制・手順なども明確にしてマニュアルに追記してください。また、副委員長のポストの設置についてもご検討ください。厚生労働省作成の「中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針」などを参考にして、組織体系と活動について再考されるとよいと考えます。

2) 医師：医師数が少ないので困難な部分はあるかもしれませんが、可能であれば ICC の委員長を院長が兼任するよりも、他の医師が担当して、院長はそれを統括する立場をとるとよいかと思いました。是非、感染制御医師 (ICD) の資格をもった医師を育成してください。

3) 看護師：感染対策推進のためには、感染管理担当看護師の配置や、感染管理認定看護師、感染制御実践看護師の育成についてもご検討ください。ICT メンバーの組織内活動については、院内での活動のサポートや周知する目的に応じて、役割・業務内容を具体的にマニュアルに明記してください。

4) 検査技師：細菌検査室は、感染制御においては要になる部門のため、ICT メンバーに検査技師の追加をお願いします。

5) 予算等の財政保証：確保されていないようですが、ご検討いただきたい機材、事項を記載いたしました。

- ① 感染管理担当看護師の育成
- ② 環境清拭シート
- ③ 清掃用具収納庫
- ④ 結核患者（又は疑い例）もあるようですので、喀痰ブース、もしくはパーテーションタイプの空気清浄機（以下はイメージです。参考までに）の検討



気流により、クリーン仕様と汚染除去仕様があります。ご検討される場合は多数のメーカーが製品提供していますので、使用方法やコストなどは直接ご相談ください。

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)

1. マニュアル

1) マニュアル作成においては、苦慮されているようです。頂いたマニュアルに、コメントを入れましたので、ご参考にして改訂をお願いします。また、今後も可能であれば1回/年改訂が望ましく、その際には専門家のアドバイスも必要となりますので、本ネットワークや近隣施設の感染管理担当看護師にご相談いただくとよいでしょう。

2) なお、貴院のマニュアルには含まれていなかった下記の項目も、今後含まれるのが望ましいと思われます。

- ・ 委員会の構成、組織図など
- ・ 院内感染で問題となりやすい医療関連感染対策（尿道カテーテル関連尿路感染、人工呼吸器関連肺炎対策、カテーテル関連対策、経管栄養法の感染対策、等）
- ・ 手洗いの手順、個人防衛具（マスク、エプロン、ゴーグル）の装着、脱着方法
- ・ 職員の健康管理におけるワクチンによる予防について（水痘（or 汎発性帯状疱疹）、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎の4種ウイルス感染症も含む。）
- ・ アウトブレイクの定義など

これらを図や写真を使用してわかりやすく作製するとよいでしょう。マニュアルは、医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き Ver6.02 (janis.mhlw.go.jp/material/material/Ver_6.02_本文_170529.pdf) や高齢者介護施設における感染対策マニュアル (www.mhlw.go.jp/content/000500646.pdf) を参考にしてください。

2. 教育

1) 年2回全体講習会が行われています。できる限り多数の職員が参加するようなテーマの工夫や啓発をしていきましょう。内容に関しては、貴院の感染対策に関する周知事項の伝達や、最も重要な標準予防策については毎年繰り返しテーマとされてもよいでしょう。

また、講習会に対する職員の理解度の確認、評価として、クイズ形式やアンケートもお勧めします。講習会の内容については、ICT ラウンド項目に追加し遵守状況の確認を行ってください。

2) 委託業者の教育は、ICT が介入し内容の確認や、日頃の実施状況を評価の上、問題点等を伝達する機会としてください。

3. サーベイランスとインターベンション

1) 手指衛生サーベイランス、微生物サーベイランスが導入されました。データの分析を行い、感染制御に活用してください。

4. **抗菌薬適正使用**：抗菌薬適正使用の手引きについては、必要最低限のことは記載されていますが、不十分かと思えます。まず、「なぜVCM、MEPMは使用届を提出するのか」について明記されていません。この点を明らかにすると、他の採用薬の中にも届出制にすべき薬剤があることが考えられます。また、「感染源や起炎菌判明時には、適切な抗菌薬にデ・エスカレーションする」という原則の明記も必要かと思えます。その他、採用薬の一覧や分類ごとの効果的な投与量設定についての記載もあるとよいかと思えます。

なお、MEPMに匹敵する広域スペクトラムをもつTAZ/PIPCも採用されており、平成30年度の使用バイアル数は院内採用注射抗菌薬の中では最も多いようでした。耐性菌発生防止の観点から、PIPCなど比較的狭域な抗菌薬で治療できる症例などに投与していないかどうかを監視していただき、できれば届出対象薬とするのが望ましいと思えます。

5. **コンサルテーション**：看護部長がコンサルテーションの要になっておられます。看護部長不在時・問題発生時の対応方法等、フローチャートで明確にしておくといいでしょう。コンサルテーションの内容で問題がある場合は、ICTで議論し、必要であれば院内に周知するようにしてください。

C 外来

評価：(A)

1. 外来患者の隔離

1) **感染性の患者を早期に検出**：受付では、事務員が聞き取りを行っているようですが、患者家族からも申し出いただくような、ポスター等による啓発をお願いします。また、受診者による用紙記載という方法でスクリーニングされていますが、できれば必要項目を具体的に示し（発熱、咳、下痢、嘔吐等）チェックしていただく方法が、簡易的かつ、必要な情報が得られると思えます。

2) **手指消毒**：外来についても、手指消毒薬の使用量のモニタリングの実施をご検討ください。

3) **薬剤部門**：シンクは独立しており、水撥ねによる薬品の汚染などは防止できているかと思えます。しかし、近くに薬品用保冷庫がありますので、その清拭などを適切にさせていただければと思えます。ダンボール箱もキャスターにのせてあり、直置きされることなく、室内の清浄が保たれていました。薬品用保冷庫が設置されており、適切に管理されていました。1日1回は温度を確認し、記録すると更によいかと思えます。

しかし、手指消毒剤の設置が1箇所もありませんでした。半錠調剤などの際には流水と石鹼による手洗いをされているとのことでしたが、目に見える汚れがない場合には、擦式手指消毒薬による手指衛生が推奨されます（細菌数の減少、手荒れの発生リスク、所要時間を比較して）。手指消毒薬の設置をご検討ください。また、手洗い石鹼への開封日の記載もお願いいたします。ペーパータオルが直置きされていました。可能な限り、下に引き出すタイプのペーパーホルダーの設置、難しければ、平置きタイプでも構いませんのでホルダーに収納して保管してください。濡れて汚染してしまいます。

また、一部の棚上に薬品在庫がありました。埃がかかると汚染される可能性もありますので、収納場所の検討をされるとよいかと思えます。

薬品の半錠予製品や薬袋の収納に紙製の箱を作成され、工夫して整頓されていました。しかし、可能な限り、プラスチックなどの洗浄・清拭可能な素材の収納箱を使用されることをご検討ください。

D 病棟

- 1) 床や廊下に物品が放置されていることがなく、清浄が保たれていました。
 - 2) スタッフステーション：手洗いシンク周りが、濡れていました。手洗いで水撥ねした場合は、個人の責任でシンク周りを拭き取るようにしましょう（手洗い⇒手の水滴拭き取り⇒水を止める⇒シンク周りを拭き取る）
 - 3) 手指消毒薬や手洗い石鹸への開封日の記載が徹底されている病棟と未記載がある病棟がありました。定期的に ICT メンバーの方を中心とした声かけやラウンドでの指摘を行うと改善されると思います。
 - 4) 水道のシンク外周は擦拭され乾燥されていましたが、一部、ペーパータオルが直置きになっており、その下にふやけたペーパーが敷かれているところがありました。何かを乾燥させる場合でも、ペーパーを敷いてその上に載せるのは不衛生です。また、医療用器具洗浄を行うシンク横に患者の食品が置かれていました。清潔と不潔の交差となりますので、保管場所を検討してください。
 - 5) 薬品保冷庫の中には、薬品のみが適切に保管されていました。しかし、家庭用冷蔵庫で保管されていたので、適切な温度管理の担保のためにも、アラーム付きデジタル温度計などを設置し、毎日同時時間帯に温度確認・記録をされるとよいでしょう。
 - 6) 点滴調製台は、清潔物品と不潔物品が混在しており、多くの物品が置かれていました。調製台の上は使用前に必ず消毒をし、余計なものは吊るさないようにしなければなりません。本来清潔でなければいけないところ（点滴調製台）に、採血後の針捨て箱、糖測定器や採尿カップなどが乱雑に置かれていました。清潔と不潔の交差がないように、早急な改善が求められます。また、調製台の前に色々なものを吊るしておくとは不潔になりやすいです。配置を工夫していただければと思います。また、破損した駆血帯と清浄な駆血帯が折り重なるように保管されていました。破損したものを使用していると、消毒が不十分になり細菌の温床となります。破損のないものを使用してください。
 - 7) 清潔リネン庫は下段に剥き出しのリネンなどがなく、ケースを利用するなど工夫されており、概ね適切に管理されていました。少し湿気が高く、かび臭い印象でしたので、古い保管物がないか、また棚や空調の掃除は適切かどうかを定期的に確認していただければと考えます。
 - 8) オートクレーブがシンクの真横に設置されていました。機器管理面からもシンクから離されるとよいと思います。
 - 9) 個人用のワセリンが多くありました。作成日の記載がなく、大容量のものが多いため使い切れないこともあるとのことでした。容量を小さくして、作成日を記載し、使用しなくなったものは適切に廃棄されるとよいと思います。
- ※ 以上の項目も含め「現場実践アドバイスレポート」にて詳細に記載してありますので参考にしてください。

E ICU

該当なし

F 標準予防策

評価：(B)

1. 手指衛生：標準予防策における手指衛生は、最も重要な感染対策です。PDCA サイクルで取
り組まれることをお勧めいたします。一例を下記に示しました。

P：現状確認、問題点の抽出、取り組みの計画

D（計画の実践）：全職員対象にした手指衛生の必要性、適切な方法とタイミングに関する教
育、指導。遵守向上に向けた各部署での取り組み。

C（評価）：遵守状況の評価として手指衛生サーベイランスしフィードバック。

A（問題点の抽出と改善）

払出量からの算出方法：1日1患者あたりの擦式手指消毒使用回数（手指消毒回数）=手指消
毒薬払出本数×容量/1回使用量/延べ入院患者数（医事課等で確認可）

施設の目標値、各部署の目標値を定め、定期的なフィードバックを行うと、より介入しや
すいと思われれます。あわせて、直接観察による適切なタイミングでの手指衛生実施状況も確
認してください。聞き取りを行った医師においても、手指衛生の必要性については認識され
ているようですので、遵守状況の評価を行ってください。（参考文献：ハウツーガイド：手指
衛生の改善 医療従事者におけるプラクティス改善のためのガイド）

2. PPE：職員の方の多くがサージカルマスクを常時装着しているようです。マスク装着のタイ
ミングは①湿性物質の曝露の可能性がある場合、②自身に症状（咳、くしゃみ、鼻汁等）が
ある場合の2場面です。取り換えるタイミングとしては、患者に接触した後は取り換えてく
ださい。そして、マスクを取り換えた後は、手指がマスク表面に触れて汚染している可能性
があるため手指衛生を遵守する、まです徹底してください。「適切な方法、タイミングで装着
する教育とトレーニング」と遵守状況の評価を行ってください。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

1. 飛沫感染予防策：インフルエンザの流行期はもちろんのこと、飛沫感染予防策の基本は、
患者・職員共にマスク着用などの咳エチケットです。マスクから鼻が出ている職員がいたの
で注意してください。

2. 接触感染予防策：CD 腸炎疑いの患者については、トキシンは陰性であっても、下痢症状が
ひどい場合には、同疾患に準じた治療と対応（接触予防策）が必要です。

3. 空気感染予防策：結核を疑う患者が発生した場合は、早急に他の患者との分離（個室管理）、
喀痰塗抹培養（3回）、PCR 検査をお願いします。喀痰採取が困難な場合は、誘発吸入、喀痰
吸引や朝一番の胃液採取などの方法があります。自己排痰困難に対する検査採取の見合わせ
はやめましょう。ただし、喀痰採取時は、最も曝露リスクが高いので、職員の適切な N95 マ
スク装着（装着トレーニングの実施）、部屋のドアの締め切り、出入り時の部屋の開け閉め、
換気等十分に注意してください。陰圧設備の準備が困難の様ですので、結核患者（疑い例も
含む）に対する適切な個室管理方法のマニュアルと手順化、その他パーテーションタイプの
空気清浄機使用もお勧めいたします（A.-2.-5）-④を参照）

H 病院感染症防止策

評価：(A)

1. 尿道カテーテル関連尿路感染、人工呼吸器関連肺炎対策、カテーテル関連対策、経管栄養
法の感染対策のマニュアルがありません。貴院に適応したマニュアルの作成が望まれます。

2. 尿道カテーテル関連尿路感染症（CAUTI）：貴院においては、尿道留置カテーテル挿入件数

が最も多いようです。尿バックからの尿廃棄時には、患者ごとに異なる清潔な尿器を用いることが必要です。現在は畜尿瓶を使用されているようですが、毎回、患者ごとに消毒が必要です。できれば、使い捨ての大きめの尿カップなどご使用されるとよいと思います。このように、現場における管理方法については、定期的な管理方法の評価（プロセスサーベイランス：遵守状況の評価を行い、フィードバックし改善する）を行うといいでしょう。

3. 血管内留置カテーテル関連血流感染（CRBSI）：予防と関連して、「ライン刺入部やカテ走行部の皮膚状態が観察できる状態で固定すること」をマニュアルに記載し、周知を徹底してください。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

院内で使用されている機材の消毒方法をマニュアルに具体的に記載し、遵守状況の確認をお願いいたします。

消毒：次亜塩素酸ナトリウム液を希釈して浸漬消毒されていますが、揮発による環境曝露防止及び濃度低下防止のため、必ず蓋をするようにしてください。なお、一部のみですが浸透が不十分な例がありました。

滅菌：フラッシュ滅菌器を使用されていますが、インジケーターでの評価方法については、メーカーにご確認いただき、適切に評価してください。使用方法は、取り扱う全ての職員に対して、定期的な講習会と遵守状況の評価をしてください。メンテナンスの実施状況の確認が取れませんでしたので、ご確認いただき、実施状況については記録に残すようにしてください。

J 医療廃棄物

評価：(A)

1) 廃棄物の処理過程：廃棄ボックスの蓋は、廃棄時に蓋に手が触れ汚染しないよう、足踏み式タイプをお勧めいたします。貴院におかれましては、テープでゾーン分けされているものの、処置室に設置されているので、処理する際には、正しく個人用防護具（マスク、エプロン、手袋）を装着し、埃を巻き上げない、滅菌物と接触しないよう配慮（処置室内でゴミ回収を取り扱わない）しながら処理を行ってください。

2) バイオハザードマーク：付いていましたが、マークが見えない方向に向いていました。マークを適切な方向で設置してください。

3) 使用済みおむつ：一時的な保管場所が、エレベーターホール前の下膳ワゴンの隣でした。以前から、検討事項にはなっているとのことでしたが、場所を変更し、アコーディオンカーテンなどで区切るなど、対策を講じる必要があります。

K 微生物検査室

評価：(B)

1) 微生物検査は外部委託でした。培養検査も少数でした。ただ、抗菌薬を投与される前は起炎菌検索のため各種培養を実施されるとよいと思います。

2) 検査室は手指衛生のための設備が整っていましたが、手指衛生方法のポスターが掲示してあるとより適切な手指衛生が出来ると思います。患者との接触の前後や手洗い場への移動が困難な場合は速乾性アルコール剤による手指消毒が有効です。設置をご検討ください。

3) 感染物（血沈棒等）を運搬する際、そのまま運んでいるようですが、せめてビニール袋に入れて運搬してください。

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和元年 10 月 7 日（月） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～299 床

支援実施者／竹田 正廣（医師・リーダー）、池田 浩幸（薬剤師）、佐分 稲子（看護師）、
小森 幸子（看護師）、金谷 和美（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

- ・ 感染防止対策委員会は、院長、看護部長、事務長、薬局長、臨床検査技師を含む多職種で構成され、病院全体で感染対策に真摯に取り組まれています。ただ、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。委員会名簿から確認できませんでしたので、明記をお願いいたします。
- ・ また、メンバーは職責者が多く、現場の感染対策を指導する ICT との兼任は難しいと考えます。サーベイランスを行いアウトブレイク等の発生時等に迅速に対応できる実働 ICT チームの設置をご検討ください。

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：(C)

1. マニュアル

- ・ 定期的に見直しがされていますが、文章主体でしたので、手洗いの手順や、個人防護具の着脱なども含め、写真・絵・フローチャート等を利用されると活用しやすくなると思われます。
- ・ 社会保険研究所発行の医科点数票の解釈では、『最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成する。』と記載されていますので、準じた項目の整理をお願いします。
- ・ 高齢で長期の入院患者様も多いとのことでしたので、水痘（带状疱疹を含む）及び C. difficile 感染対策マニュアルの追記をご検討ください。
- ・ 耐性菌については、MRSA と多剤耐性菌感染対策のみが記載されておりました。感染対策上問題となる ESBL や CRE、CPE、VRE などもあり追記された方がよろしいかと思われませんが、実施する感染対策は全て同じなので、耐性菌をひとまとめにして記載されてもよいかと思われれます。
- ・ インフルエンザ感染対策マニュアルの 4. 診断 2) ペア血清による診断は、季節性インフルエンザについては不要かと思われれます。現行に基づいてマニュアルの整備をお願いいたします。
- ・ ノロウイルス感染対策マニュアルの汚物処理方法 Ⅲ. 吐物の除去（9）手袋を交換する とありますが、途中でアルコール消毒する場合、ボトルに触れることでノロウイルスに汚染される可能性も考えられるため、処理前に手袋を数枚重ねて装着するという手順にしてはいかがでしょうか。

- ・ 結核感染対策マニュアル 7.2)フットチェック⇒ユーザーシールチェックにご修正ください。

2. 教育

- ・ 研修会は、2回/年を開催しており、各研修会の参加率は80%と高く、更に参加できなかった人には資料を配布しレポート提出の課題を課して参加率向上に取り組んでいました。

3. サーベイランスとインターベンション

- ・ サーベイランスの実施は確認できませんでした。インフルエンザやノロウイルス感染症などの症候性サーベイランスや手指衛生に関するサーベイランスに着手し、自施設の評価を関連職員にフィードバックされると、改善活動が明確化されと考えます。
- ・ インターベンションの目安が定められていません。厚生労働省医政局課長通知（医政地発1219第1号、平成26年12月19日）「医療機関等における院内感染対策について」などを参考に、貴院でのアウトブレイク基準を定義して、対応の手順も含め院内感染対策マニュアルへの追記をご検討ください。

4. 抗菌薬適正使用

5. コンサルテーション

- ・ 感染症のコンサルテーションを行うシステムがないとのことでした。難渋する感染症も少ないかと思われませんが、感染対策や抗菌薬適正使用等、患者や職員の安全確保のため、地域ネットワークの構築をご検討ください。

6. 職業感染曝露の防止

- ・ 職業感染対策では、針刺し対策としてHIVのみ記載されていましたが、HBやHCV患者の針刺し時の対応や後の採血フォローに関する記載がありませんでした。是非フローチャートに追記してください。

7. 院内ラウンド

- ・ ラウンドは、評価表を用いて1回/月程度実施されているとのことでしたが、1回/週程度、複数職種・複数人でのラウンドが求められています。ご検討ください。

C 外来

評価：(B)

1. 外来患者の感染隔離

- ・ インフルエンザやノロウイルスを疑う場合、他の外来患者と別に診察できる場所が発熱外来として設置されていました。受付時にいち早く対処されることは、感染拡大を防止する観点から素晴らしいと思えました。一度外に出て移動し、患者が入る場所までの誘導や部屋での観察、ケアが途切れないようにしていただければよいと思います。

2. 外来診察室

3. 外来処置室

- ・ 採血のテーブル上に手袋や検温セットなどが置かれてあり、血液の飛散による汚染が危惧されました。引き出し内の滅菌物が輪ゴムでまとめられていましたが滅菌破綻しやすく、段ボールの間仕切りでは清掃が不十分で埃がたまりやすいので、拭き取り清掃可能な材質への改善をお願いします。
- ・ 採血の際は、安全装置付き針や分注器を使用し、職員の針刺し防止対策を行ってください。止むを得ず分注される時は、採血管立てに立てたまま採血管に触れないよう穿刺してください。針の前に手を置くことは危険です。

- ・ 採血の椅子に背もたれがありませんでした。転倒の少ない背もたれ付きの椅子のご使用をご検討ください。
- ・ 採血用腕枕は、布で覆われ、汚れたときに交換とのことでした。血液汚染防止のため、患者毎に布を交換されるか、患者毎に清拭できるものへの交換をご検討ください。

4. 検査室

- ・ 採血時に使用する肘当てはビニールタイプにし、採血ごとにアルコール清拭することをご検討ください。
- ・ 冷蔵庫の温度は毎日チェックされていますが記録がありません。記録もお願いします。
- ・ 床の清掃は2～3日毎に検査技師が行っていました。歩くことによって埃や菌が舞うため感染対策上、床の清掃は毎日必要です。業務上、自分たちで行うことが困難であれば委託清掃業者に行っていただくことも方法の一つと考えます。

5. 薬剤部

- ・ スペースに制限がある中、輸液は床に直接触れないように工夫して保管されており非常に良いです。
- ・ 手指消毒薬は調剤台1か所のみを設置されていました。しかし、内服・外用薬の調剤時、散剤計量時、輸液・注射薬の調剤時など手指衛生が必要な場面は多いです。1か所の設置のみでは手指衛生が不十分になる可能性があるため、動線上に設置するか個々に携帯することをご検討ください。
- ・ 調剤・鑑査された内服薬が段ボールで保管されています。汚れた時に清拭できるプラスチック容器で保管することをご検討ください。

D 病棟

評価：(B)

1. 病室

- ・ 病棟は、広々とした空間で綺麗でした。処置室、汚物処理室、清潔リネン室、不潔リネン室など確保され、管理されていました。
- ・ 手洗い場所に石鹼液と手指消毒剤は同箇所を設置されていました。濡れた手のままアルコール製剤を刷り込むと手荒れの原因になるので、手洗い場所には石鹼液のみ設置し、手洗い場から離れている場所に手指消毒剤を設置してください。手指衛生ポスターも食品管理者用の物ですので、見直しをお願いします。

2. スタッフステーション

3. 処置室

- ・ 包交車は、最上段に手指消毒剤のみ設置して、常に清拭しやすいようにしてください。埃除けの掛物は不要です。
- ・ 検体搬送はトレーで行っているとのことでしたが、検体落下による、紛失や感染のリスク軽減のため、蓋つきの搬送BOXのご使用をご検討ください。
- ・ 汚物処理室は、患者の洗濯物が置かれており、臭気がありましたので、換気にご留意ください。
- ・ 洗浄室のゴミ入れなどすべて足踏み式になっていました。洗浄室は、汚染区域に相当するため、洗浄・消毒後の陰洗浄ボトルは洗浄室以外の場所で保管が必要です。洗浄室は、清潔エリアと汚染エリアに動線を分け、洗浄後の尿器は清潔エリアに保管してください。

4. 薬剤の管理

- ・ ミキシング台下の引き出しは、プラスチックの間仕切りが使用され清潔でした。ゴミ箱もミキシング台から離れて設置されていました。
- ・ ミキシング時の防護具がミキシング台付近に設置されておりませんでした。防護具装着忘れの無いように付近に設置をご検討ください。
- ・ ミキシング台が空調の下に設置されています。埃などで汚染される可能性があるため空調の下にならないような場所に設置することが必要です。設置が困難な場合、ミキシング時は空調を止めるなどの対応が必要と考えます。
- ・ インスリン製剤の開封後使用期限は、一般的に4週間が推奨されています。また製剤ごとに使用期限が異なると現場が混乱すると思われるため、すべてのインスリン製剤について開封後使用期限を4週間で統一することをご検討ください。
- ・ 軟膏の開封後使用期限が設定されておりませんでした。使用期限を設定すること、また多患者間で使用する軟膏については単包製剤の導入をご検討ください。
- ・ 薬剤カートは高頻度接触表面で多数の手の接触があるため、環境クロスでの清拭が必要です。まずは1週間に1回程度から始めることをご検討ください。

E ICU

評価：(－)

該当なし

F 標準予防策

評価：(B)

1. 手指衛生

- ・ マニュアルが整備され、個人防護具、擦式アルコール消毒液の携帯など遵守できる対応をされていました。
- ・ 手指消毒薬の使用量のモニターは行われていませんでした。手指消毒薬の使用は手指衛生が実施されているか評価するツールの一つでもあります。まずは、請求量(払出量)についてモニターすることをご検討ください。

2. 個人防護具

- ・ 検査後の尿廃棄時、ディスポエプロンを装着していないとのことでした。尿廃棄時は、尿の跳ね返りによってESBL産生菌等の耐性菌が付着する可能性があります。耐性菌の院内伝播を防ぐためにも、尿廃棄時はディスポエプロンの装着をご検討ください。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- ・ 一覧表にまとめて表示されていました。麻疹、水痘、風疹、ムンプスなど医療従事者として抗体を得ておくことが望ましいと思われます。感染症に対応できるよう、職業感染対策もマニュアルに入れておくのとよいと思いました。B型肝炎ウイルスや結核対策としてIGRA検査なども職業感染対策として対応をご検討いただき、明文化をお願いします。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- ・ 尿道留置カテーテル挿入患者は少なく、末梢輸液も1日留置し抜針の現状とのことでした。医療器材使用に関連する感染防止のため、尿道留置カテーテルや末梢輸液の管理方法を手順化してください。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

1. 医療器具

- ・ 器具の一次洗浄剤を月ごとに変更されておりました。器具は、使用后直ちに徐タンパク剤で血液等の固着を防いで中材への搬入をご検討ください。
- ・ 1回/日滅菌作業を実施。滅菌保証の確認のため各種インジケーターを使用した評価を行う必要性があります。実施されているかご確認ください。
- ・ スポルディングの分類によって、滅菌・消毒のレベルが決められています。また、消毒薬も低水準～高水準レベルがあります。消毒薬選択は薬剤師と協同で行うことをお勧めします。
- ・ スポンジは乾燥されるように設置してありました。1か月毎に交換とお聞きしましたが、どの部署でも使用開始日が記入されておりました。手順の周知をお願いいたします。
- ・ ガーゼカスト、撮子缶など滅菌期限が短い状況の使用方法でしたが、使用頻度が少ないようでしたので、ガーゼや撮子は単包化に変更できないかご検討ください。
- ・ 軟膏類は、開封後の期限があります。特にアネトカインゼリーは、5/6に開封した状態でした。使用目的をお聞きしたら、導尿時に使用しているとのお返事でした。導尿など清潔操作を行う場合は、未開封のゼリーを使用するようにしてください。そのように使用すると、大きなサイズのゼリーは1回使用ごとに次の使用方法を考えなくてはいけなくなりますので、導尿時の潤滑用に使用する単包の潤滑ゼリーの導入をご検討いただければと考えます。

2. 内視鏡

該当なし

J 医療廃棄物

評価：(A)

- ・ 各種ゴミ箱は、足踏み式のゴミ箱が導入されて分別ができていました。8分目を超える量が入っている物はありませんでした。シャンプーの空容器などは医療プラではなく、一般ゴミでよいと思いました。

K 微生物検査室

評価：(一)

該当なし

院内感染対策実地支援に係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和元年 11 月 14 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）、
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)

- ・ I 要領、II 指針の組織 1-2 ・ 1-13 がありますが、内容が重複しているように思います。II 1-13 が最新のものでしょうか？ 感染制御メンバーは感染制御チーム (ICT) と別組織でしょうか？ II 1-13 には感染対策活動における医療安全課の権限、構成員、活動内容などの記載がありませんでした。感染対策防止対策組織図を見直し、ICT と医療安全課の役割を明確にして、要領・指針等を再度整理していただくと分かりやすいと思われます。
- ・ 院内感染対策委員会の委員長、感染制御チームの医師代表を病院長がされています。多忙で重責を担っておられる病院長が院内全体の感染対策のすべてを担っていくのは限界があると思われます。マンパワーの問題もありますが、可能ならば他の医師が担当され、病院長が管理する（評価／指導／支援）立場が良いと思います。特に ICT の業務は、院内感染対策の実働部隊であり、将来は是非他の医師に担っていただくようにご検討ください。

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)

教育

- ・ 病院感染対策に関する講習会が年 2 回全職員を対象に実施されていましたが、参加できなかった職員にはレポート提出で研修フォローを行い、98%と比較的高い受講率ではありましたが、本講習会は全職員が適切に感染対策を実施できるようにするためのものですので、受講率 100%となるように更なる工夫をお願いいたします。

サーベイランスとインターベンション

- ・ タイムリーなサーベイランスが実施できていないと自己評価されていましたが、感染管理認定看護師が兼任業務の中でも CLABSI、UTI、SSI サーベイランスに積極的に取り組まれました。しかし一方で、サーベイランスに限らず他の多様な感染管理業務もあり、かなりのオーバーワークをしているのではないかと感じられました。感染管理認定看護師活動日の更なる確保（専従業務への移行のご検討も含めて）や貴院で最も気になる項目や部署などに限定したサーベイランスの実践をご検討されてはいかがでしょうか。

抗菌薬適正使用

- ・ マンパワー等の関係で十分に実施できていないとのことでした。貴院は感染防止対策加算 2 を算定されており、院内の抗菌薬適正使用を監視するために一定レベルの体制が必要です。まずは貴院で取り組みやすく必要性の高い事項（例えば、バンコマイシン等の TDM 実施率を 100%にする）から取り組まれてはいかがでしょうか？

- ・ 貴院のバンコマイシンの TDM は外注とのことであり、結果判明までに数日程度必要とのことでした。本剤の有効性・安全性を高めるためには、速やかに結果判明可能な TDM が必須となります。院内測定への変更が望ましいですが、採算性の課題もあるかと思しますので、結果判明をより迅速に行ってくれる外注業者の選定をされてはいかがでしょうか？
- ・ 抗菌薬使用のガイドラインはやや内容が教科書的であり、実際に抗菌薬を使用する際のガイドラインとしては必要項目が満たされていないように感じます。貴院でよく診療される感染症、頻用薬について内容を充実（腎機能別投与量一覧、標準的治療期間）させることをご検討ください。なお、その際は貴院単独で作成されるのではなく、関連病院とともに作成されることをお勧めいたします。

職業感染曝露の防止

- ・ 針刺し事故等の際、患者感染症（+） or （-）の結果は、例えば「過去一年以内の検査結果で」と期間を明確にされてはいかがでしょうか。
- ・ 針刺し事故等の曝露時、HIV 検査実施については希望があれば行うとのことでしたが、HIV 陽性者の一般的な臨床像など、疑う目安をマニュアルに記載してはいかがでしょうか。例えば、関東・関西・東海・福岡に居住歴がある人、海外居住歴がある人、外国人、輸血歴がある、性感染症の既往がある、など。
- ・ HIV に対する予防内服は、事故後 2 時間以内が推奨されており、可能な限り早急に HIV 抗体検査を行う必要があります、その旨を記載しておいた方が良いと思いますのでご検討ください。

【その他のマニュアル】

Ⅲ 総論

感染症および病態別予防策と実施期間

- ・ 各論の疾患ごとの感染対策と一致していない疾患（麻疹、水痘など）があり、統一した方が良いと思いますのでご検討ください。

洗浄・消毒・滅菌

- ・ 洗浄・消毒・滅菌の消毒剤の適用一覧表は、一般的な適用一覧表であると思います。例えば、次亜塩素酸を粘膜や手指・皮膚に使用することはないと思います。マニュアルは貴院で実際に感染対策のために使用するものですので、「☆には○%の△を□のように使用する」といった形で、貴院として使用を推奨する方法を記載するようご検討ください。
- ・ 薬品（消毒薬、マルチドーズバイアル等）の開封後の使用期限に関する一覧表がありませんでした。貴院として統一した期限を設定するため、マニュアルへの記載をご検討ください。

Ⅳ 各論

腸管出血性大腸菌（O-157）感染対策

- ・ 抗菌薬の使用については「主治医の判断による」としてはいかがでしょうか。見解が分かれる部分であり、臨床判断なく「経口投与を行う」との記載は危険かと思えます。

インフルエンザ感染対策

- ・ 指針の中のアウトブレイク時の対応と少し異なっており、院内感染委員長の医師名が違っているようです。対応はできるだけ統一する方が良いと思いますので、ご検討ください。

クロストリディウム・ディフィシル

- ・ クロストリジオイデス・ディフィシルへ、菌名が変更されています（Clostridioides difficile）。 ※略語に変更はありません。

その他

- ・ 検査技師、薬剤師も感染対策の業務には、相当の時間が必要です。通常診療以外に、感染対策のための勤務時間を確保できるようにご配慮いただけると良いと思います。
- ・ 感染対策全般のことですが、関連病院とできるだけ同様に統一して、また協力し合って実施する方が効率良いと思いますので、ご検討ください。

C 外来

評価：(B)

- ・ 感染症の患者とそれ以外の患者を分けて診察できる診療体制が整っていました。診察室には専用の診察器具・器材、個人防護具などの準備があり、空気感染が疑われる患者の外来対応についても各論マニュアルで明文化されていました。
- ・ 結核（疑い例含む）患者の報告もありますので、周囲への拡散リスク低減に向け、採痰場所の確保と周知、できれば前向きに、採痰ブース設置をご検討されてはいかがでしょうか。
- ・ 救急外来の汚物槽のすぐ前や横に、使用中および未使用の感染性廃棄容器や各種ゴミ箱が配置されていました。汚物処理時の障害物となり、安全な廃棄がしづらい状況や、周囲へ汚染水の飛散リスクがあります。汚物槽のすぐ前のスペース確保のため、未使用の感染性廃棄容器の在庫数見直し、保管場所として窓側の棚下にある空間スペースの利用、飛散防止の遮へい板の設置などをご検討ください。
- ・ 薬剤部の段ボールに入った薬品が一部床に直置きされていました。薬品を置くための篋の子が足りないとのことでしたので、適切に薬品を保管できる数の篋の子の購入をご検討ください。

D 病棟

評価：(B)

- ・ 前回ラウンド時のアドバイスを踏まえ、個人防護具の種類や設置場所が動線を考え整理されていました。
- ・ 各病室に手指消毒剤が設置され、使用期限の管理も適正に実施できていました。
- ・ 病室トイレのゴミ箱が、注射薬の空き箱を利用されていました。紙類は湿気をよび、床清掃時にモップ等が触れて汚染し、微生物の温床となってしまいます。洗浄や拭ける素材のゴミ箱への変更をご検討ください。
- ・ 包交車の上段に多数の衛生材料などが隙間無く置かれていました。包交車は患者さんのベッドサイドに持参されるため、職員の手を介して汚染するリスクがあります。また、上段は必要物品を準備するスペースともなりますので、前後の清拭が行いやすいように物は置かないことが望まれますので、引き出し収納のある包交車をご検討ください。現状のワゴンを使用するのであれば、設置可能な引き出しの準備をご検討ください。また、先の尖った滅菌物が鉋と一緒にオープンに立て置きされていたが、破綻しないよう鉋とは別にして横置き保管が望まれます。
- ・ ケア物品の次亜塩素酸ナトリウムによる浸漬消毒容器は、揮発防止に外蓋がありました。視察時は浸漬消毒中のものはありませんでしたが、中蓋の使用はしていないと現場からご返答がありました。浮力で浮いてしまう部分は消毒されませんので、落とし蓋などを利用され、

しっかり浸漬していきましょう。

- 多数の聴診器がマグネットフックに掛けられ、その重みで床下近くまですべり降り、ベル部分が床に付いている聴診器がありました。患者さんの皮膚に直接接触れるものですので、重みに負けないよう安定性のあるものへ変更するか、マグネットフックを増量し掛けすぎを防止するか、個人ごとにジップロックなどに入れ保管するなど、衛生管理をご検討ください。
- ミキシング台の引き出し内に輪ゴムでまとめてある注射針がありました。滅菌保証の維持のためにも、注射針に限らず滅菌物の輪ゴム分別は避け、摩擦による破綻を防止していきましょう。
- ミキシング台の吊り下げポールに埃が溜まっていました。無菌操作が必要なスペースですので、台を清拭する流れで日常的に消毒清拭を行っていきましょう。
- 未使用の採血管やテープ保管容器などに、髪の毛混入、埃や汚れがありましたので、清掃を行いましょ。今後は環境汚染のリスク低減に向け、扉付き棚への変更、引き出しまたは蓋付容器への保管などもご検討されてはいかがでしょうか。
- 以前はフラッシュ用の生食として 20mL のプレフィルドシリンジを使用していたとのことですが、10mL 程度しか使用せず残が出るため、現在は採用削除され、スタッフが注射器に生食を吸ってフラッシュ用に使用されているとのことでした。本邦では 10mL のプレフィルドタイプの生食も上市されております。確かにコストの問題はありますが、調製に必要な物品（生食 10mL+シリンジ+注射針+エタノール含浸綿）の合計金額と比べると、場合によってはプレフィルドの方が安価である可能性もあります。さらに、スタッフの労力削減、感染対策および医療安全上の利点もありますので、プレフィルドタイプの採用をご検討ください。

E ICU

評価：(一)

該当なし

F 標準予防策

評価：(B)

- 手指衛生の直接観察法の取り組みに着手できない状況（人・時間）があるようでした。課題となることは十分に把握されていますので、何とか組織体制を見直し、ICT メンバーをサポートする現場のリンク委員や感染管理認定看護師の活動時間を確保し、感染管理の基本である手指衛生遵守にむけた取り組みができることを期待したいと思います。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

- 空気感染対策として N95 マスクのユーザーシールチェック教育は実践されているようでした。今後は、より安全な職業感染対策を目指し、フィットテストの実践ははいかがでしょうか。定量式が推奨されますが、定性式も含め貴院でのフィットテストをご検討されてはいかがでしょうか。
- 感染対策マニュアルに取り決めている“感染症マークの表示”に従い、接触感染対策が必要な多床室の 1 名の患者さんについて、ベッドサイド入口に適正に表示されていました。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

- ・ 尿道カテーテル関連尿路感染防止対策マニュアルの有無が不明瞭でした。尿路感染症は最も多く見られる医療関連感染症であり、その殆どが尿道留置カテーテル留置に起因しているため、貴院に適応したマニュアル作成と誰もが閲覧できる保管が望まれます。“カテーテルが適正に固定していない”と自己評価もされていたので、固定方法とその理由もマニュアルに落とし込み周知されてはいかがでしょうか。
- ・ 前回の実施支援でのアドバイスを参考にされ、血管内留置カテーテル関連血流感染防止対策マニュアルが作成されていました。視覚的に分かり易いように画像やコメントを入れ大変丁寧に作成されていました。今後は、ラウンドにおけるマニュアル内容の遵守の確認とフィードバックが期待されます。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

- ・ 内視鏡器材洗浄と職員手洗い用のシンクが共有され、蛇口も手指活栓でした。シンク周辺からの環境汚染リスクが高い状況がありますので、職員用の手洗いシンク設置や蛇口の自動活栓への変更をご検討ください。
- ・ 同じく内視鏡器材室シンクのペーパーホルダの直下に、カメラ拭き用のタオルが置かれていました。手洗い後の水が滴り、タオルが湿潤され微生物の温床となりやすい状況があります。壁に取り付けるなど配置場所の変更をご検討ください。
- ・ 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？

J 医療廃棄物

評価：(B)

- ・ 医療廃棄物の分別廃棄について、現場視察時には大きく課題となることはありませんでした。ICTラウンド計画表に医療廃棄物の確認項目がありましたので、今後も職員の分別廃棄を継続的に評価できる体制であることが伺えました。
- ・ 急性期一般病棟のミキシング台の前に、引き出し位置にかかる大容量の一般ゴミ箱が配置されていました。サイズが大きいため引き出し開閉時は、毎回ゴミ箱を移動させなければならない状況があり、ミキシング者の手指汚染リスクが高まります。そのゴミ箱を触れることにより、手指衛生の実施場面が必要以上に増え、作業効率も低下しているのではないかと思います。地域包括ケア病棟と同じようなゴミ箱へのサイズダウンが望まれますが、現状品を継続使用時するようでしたら、キャスターを取り付け、手を触れなくてもゴミ箱を移動できる工夫などをご検討ください。
- ・ 内視鏡保管庫の前に感染性廃棄容器が設置されていました。清潔・不潔の交差リスクが高いため、廃棄容器の設置場所をご検討ください。

K 微生物検査室

評価：(B)

- ・ 血液培養の複数セット採取率が上がっているとのことで、積極的に取り組まれている成果と思われます。抗菌薬開始前には積極的な血液培養採取と、感染フォーカス検索のため各種培養検査の提出を、これからも臨床へ働きかけてください。
- ・

- 安全キャビネットのメンテナンスが数年行われていませんでした。2～3年に一度等、定期的な点検およびHEPAフィルターの交換をお願いします。
- バイオハザード対策が施された遠心機がありませんでした。バイオクリーンユニット付属のものや、シーリングキャップ付きバケットを使用するものなどがあります。抗酸菌検査も院内実施しているとのことですので、作業者の安全のために導入をご検討ください。
- 鍵付きの菌株専用の保存庫は未設置とのことでした。近年問題となっている薬剤耐性菌の確認試験に用いる陽性コントロール菌株なども含め、病原体は適切に保管される必要があります。導入をご検討ください。
- 検体の輸送容器として、発泡スチロールの容器が使用されていました。汚染した場合に拭くことが困難な材質のため、容器中にプラスチック製の内箱（清拭できるもの）を入れるなどしてはいかがでしょうか。また定期的な交換もお願いします。

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組状況及び改善結果表

許可病床数 ～ 99床

実地支援日 平成30年8月7日

A 感染対策の組織

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
<p>感染対策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。</p>	<p>医療安全委員会のメンバーと重なるところが多いため、医療安全委員会につながる形で委員会の位置付けとしました。</p>	改善
<p>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、それにより院内全体に感染が波及するリスクを軽減できます。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してください。</p>	<p>何分、病院の規模も小さく職員の人数に限りがあるため、いろいろな委員会を掛け持っているのが現状です。今のところ、ICT を作ることは難しいと考えています。</p>	未実施
<p>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。</p>	<p>上記と同じく、Dr、Ns に関しましても委員会を掛け持ちしている状況です。今後の検討課題と考えます。</p>	検討中

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）

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕</p>
<p>マニュアルについて</p>		
<p>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えます。</p>	<p>今回、指摘を受けましたマニュアルの変更はすべて改定いたしました。 今後、適時、改定に努めていきます。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>指摘事項について、文言の統一をしました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>指摘事項の修正、追加、見直しをしました。</p>	<p>改善</p>
<p>② 「アウトブレイク具体的対応」の頁 ・ 三側表⇒三測表</p>	<p>修正しました。</p>	<p>改善</p>

<ul style="list-style-type: none"> 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。誰が何をするのか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。 	<p>文章での説明と連絡体制図を統一しました。</p> <p>誰が何をするか、矢印に説明を加えました。</p>	
<p>③ 「院内感染対策の基本」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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せん。勤務前に上司に連絡するなど取り決めておく良いでしょう。 1. 標準予防策 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 	<p>「曝露」に、修正しました。</p> <p>自己の衛生・健康管理の項を追加しました。</p> <p>指摘事項の修正、追加しました。</p> <p>順番の入れ替えをしました。</p> <p>WHO の医療現場における手指衛生のためのガイドラインにある 5 つのタイミングの図</p>	<p>改善</p>

<p>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良いでしょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p>式を追加しました。</p> <p>訂正済み</p> <p>訂正済み</p> <p>訂正済み</p> <p>訂正済み</p> <p>作成済み</p>	
<p>④ 「MRSA 接触感染予防」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<p>文言を追加しました。</p> <p>説明を追加しました。</p>	<p>一部改善</p>

<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、ヘキザックアルコール、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。 <p>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。</p>	<p>清拭用テキサント消毒液（0.02%次亜塩素酸ナトリウム） 殺菌用テキサント消毒液（0.1%次亜塩素酸ナトリウム） と文言、濃度を統一しました。</p> <p>検討します。</p>	
<p>⑤ 「流行性角結膜炎」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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） 	<p>修正しました。</p> <p>追記しました。</p> <p>ラビジェルに統一しました。</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「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。 	<p>修正しました。</p>	
<p>⑥ 「セラチア感染対策マニュアル」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>単包式アルコール消毒綿を使用としました。</p> <p>長くても 24 時間ごとの切り替えとしました。</p>	<p>改善</p>

<p>検討ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>修正しました。</p>	
<p>⑦ 「ノロウイルス」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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います。 	<p>2重装着を消しました。</p>	<p>改善</p>
<p>⑦ 「空気感染予防策マニュアル」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>修正しました。</p> <p>修正しました。</p> <p>修正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>⑧ 「レジオネラ症感染防止マニュアル」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、ヒトー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。 	<p>修正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>⑨ 「インフルエンザ対応マニュアル」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>修正しました。</p> <p>修正しました。</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p>入院患者に関しましても職員と同様に追記しました。</p> <p>追記しました。</p>	
<p>⑩ 「マイコプラズマ感染症」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	<p>修正しました。</p>	<p>改善</p>
<p>⑪ 「ベビー室における血液感染症産婦の取り扱い」の頁</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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ラ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、デュスポ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。 	<p>中央材料部門で一元化しました。</p> <p>清拭用テキサント消毒液（0.02%次亜塩素酸ナトリウム）、殺菌用テキサント消毒液（0.1%次亜塩素酸ナトリウム）、アルコール消毒とレベルによる使い分けを統一しました。</p>	<p>改善</p>

<p>⑫ 「食中毒防止対策及び発生時対応マニュアル」</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>24時間異常を48時間以上に改訂しました。</p> <p>始業時の健康チェックのルールについては、院内感染対策の基本の自己の衛生・健康管理の項に「発熱や下痢・嘔気症状を有する場合、勤務前に上司に連絡する」を追記しました。</p>	<p>改善</p>
<p>抗菌薬適正使用について</p>		
<p>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。</p>	<p>特定抗菌薬の使用日数のチェックは引き続き行っておりますが、届出制については未だ導入に至っていません。</p> <p>関係会議の場での説明・提案等により届出制が導入されるよう努めます。</p>	<p>検討中</p>
<p>院内ラウンドについて</p>		
<p>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。</p>	<p>計画して定期的に実施します。</p>	<p>改善</p>

C 外来

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>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。</p>	<p>インфекション室の前と一般外来待合室とを分けて使用しています。</p>	<p>—</p>

D 病棟

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
病棟について		
<p>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ないと思います。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。</p>	<p>ゴミ箱を購入して手洗い場横に設置しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>現状継続</p>	<p>—</p>
<p>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、面会者が手洗いのできる環境にしましょう。</p>	<p>ペーパータオル、泡のハンドソープを設置しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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、未滅菌のディスポ手袋</p>	<p>現在、未滅菌の手袋を着用し注射薬の調整を実施しています。</p>	<p>改善</p>

<p>を着用していれば、たとえ知らず知らずのうちには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。</p> <p>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>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。</p> <p>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。</p>	<p>アルコール禁の患者にも注射薬調製時（バイアルやアンプルの消毒）にアルコールの使用をすることとしました。</p> <p>クロルヘキシジンを器具の消毒に使用することをやめました。</p> <p>また、現場スタッフへの教育も行いました。</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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、</p>	<p>泡のハンドソープと流水による手洗いをすることとしました。</p> <p>清拭用テキサント消毒液（0.02%次亜塩素酸ナトリウム）</p> <p>殺菌用テキサント消毒液（0.1%次亜塩素酸ナトリウム）</p>	<p><u>改善</u></p>

<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>と文言、濃度を統一しました。</p> <p>手指消毒に次亜塩素酸ナトリウムの使用はやめました。</p>	
薬剤部について		
<p>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。</p>	<p>未だ設置されていません。</p> <p>改めて、汚染リスクについて説明し、設置を要望します。</p>	<p>検討中</p>

E ICU

該当なし

F 標準予防策

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕</p>
<p>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の実施率を向上させてください。</p>	<p>手指消毒薬の払い出しを集計します。</p>	<p>一部改善</p>

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>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。</p>	<p>今まで入ってなかったことが不思議ですが、その4種に関しては抗体検査・ワクチン接種を行っています。別に定めたマニュアルがありましたので加えておきました。ESBLも加えました。</p>	<p>改善</p>

H 病院感染症防止策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>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なので、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挙げられていますが、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。</p>	<p>新たにマニュアルを作成しました。</p>	<p>改善</p>

I 洗浄・消毒・滅菌

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>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。</p>	<p>現在、遂行中です。</p>	<p>検討中</p>
<p>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。中央材料部での一元化をご検討ください。</p>	<p>中央材料部での一元化としました。</p>	<p>改善</p>

J 医療廃棄物

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>感染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。</p>	<p>現状継続</p>	<p>—</p>

K 微生物検査室

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>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</p>	<p>洗面台周りを整理し、水撥ねするところに物を置かないこととしました。</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>ESBL 産生菌などの耐性菌を追加しました。</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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。</p>	<p>手順を統一しました。 消毒綿については単包化されたものを使用しています。</p>	<p><u>改善</u></p>

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組状況及び改善結果表

許可病床数 ～ 99床

実地支援日 平成30年10月2日

A 感染対策の組織

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>感染予防対策委員会は、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るてはいかがでしょうか。</p>	<p>年2回、清掃部門（委託業者）の責任者または実務者が院内感染予防対策委員会に出席する。</p>	改善
<p>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。</p> <p>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まます。</p>	<p>リンクメンバー（看護師以外を含む）・活動内容 検討中 月1回委員会開催</p>	検討中
<p>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にて緊急時に対応可能と思われまますが、組織が異なる場合は、組織図に明示してください。</p> <p>また、マニュアル内に「院内感染対策委員</p>	<p>「院内感染緊急対策チーム」 → ICT委員へ変更 「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）」の変更 順次訂正</p>	改善

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。	2019 年後より更新箇所の下線を入れる。項目ごとに最終頁に変更日を記載する。	改善

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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。	針刺し事故等、手指衛生剤使用量の報告は以前から実施済み。 耐性菌検出率の調査を 2019 年度から実施予定。	一部改善
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	コンサルテーション（相談）事項は、病棟ラウンド報告として、ICT 委員会で報告・記録している。	改善

<p>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。</p>		
<p>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・指導をご検討ください。</p>	<p>院内研修会を実施 清掃業者（実務者）のノロウイルス対策 参加 3 名</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>健診部へ依頼</p>	<p>改善</p>
<p>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ください（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。</p>	<p>改訂中</p>	<p>検討中</p>

<p>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。</p>	<p>改訂版作成</p>	<p>改善</p>
<p>院内感染対策マニュアル</p>		
<p>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、以下ご検討ください。</p> <p>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))。</p>	<p>順次 訂正済</p>	<p>改善</p>
<p>「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ください。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>
<p>「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。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>

<p>「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、流水石鹼での手洗い指導が必要です。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>
<p>「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。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>
<p>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ください。また、TPHA 検査が入っておりますが、不要と思われます。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>
<p>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ください。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>
<p>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ください。</p>	<p>改訂済</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p>	再検討中	検討中
<p>「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。</p>	改訂済	改善
<p>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。</p>	改訂済	改善

C 外来

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)</p>
<p>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。</p>	—	—
<p>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。</p>	未実施	未実施
<p>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曝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。</p>	対策済	改善

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ください。	全てに開封日記載	<u>改善</u>
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します。	未実施	未実施
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。	対策済	<u>改善</u>
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。	対策済	<u>改善</u>
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。	対策済	<u>改善</u>
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、拭ける素材への変更が望まれます。	対策済	<u>改善</u>

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ください。	対策済	改善
---------------------------------------------------------------------------	-----	----

D 病棟

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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いました。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ください。	対策済	改善
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。	ピクトグラムによる表示	改善
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めます。）。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。	対策済	改善
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。	対策済	改善

<p>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してください。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。</p>	<p>対策済 何を入れる棚か（薬品・使用前の採血管）を明示 検体等は専用箱に保管</p>	<p>改善</p>
<p>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、医療安全の視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ください。</p>	<p>対策済</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>対策 検討中</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>対策済</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>対策済</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>対策済</p>	<p>改善</p>

<p>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。</p>	<p>対策済</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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見望まれます。</p>	<p>対策済</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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。</p>	<p>対策済 包交車は廃止としました。</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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きました。せつかく洗浄・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。</p>	<p>対策済</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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っていた。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。</p>	<p>対策済</p>	<p><u>改善</u></p>

E ICU

該当なし

F 標準予防策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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。</p>	—	—
<p>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ください。</p>	未実施	未実施
<p>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を、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。</p>	対策済	改善
<p>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。</p>	ベッドパンウォッシャー 検討中	検討中

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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かと言えます。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)</p>	<p>専用個室がなく、採痰コーナーを検討中</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>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ください。</p>	<p>2019年2月 フィットチェック実施</p>	<p>改善</p>
<p>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ください。</p>	<p>ピクトグラム表示実施</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>整備済</p>	<p>改善</p>

H 病院感染症防止策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>院内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、個人防護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るので、継続してください。</p>	<p>2019年11月 ノロウイルス対策研修会実施 委託業者含む</p>	<p>改善</p>

I 洗浄・消毒・滅菌

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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”を参考にしてください。</p>	<p>調査中</p>	<p>検討中</p>
<p>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。</p>	<p>タオル、ケースを廃止 滅菌ガーゼで拭き、乾燥させてから、片付けている。</p>	<p>改善</p>
<p>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</p>	<p>滅菌室のドアを開放厳禁としました</p>	<p>改善</p>

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。	対策済 パーティションを設置し、周りに飛び散らないようにした。 中央管理化は、現状では無理	一部改善
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。	対策済	改善

J 医療廃棄物

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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、蓋は無くてもしっかり蓋はしないかと思われました。	におい等の問題のため、蓋はしてある。定期的に清掃している。	未実施
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。	注意喚起を実施	改善
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。	におい等の問題のため、蓋はしてある。定期的に清掃している。	未実施

K 微生物検査室

該当なし

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組状況及び改善結果表

許可病床数 ～ 399床

実地支援日 平成30年11月20日

A 感染対策の組織

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>院内規約によれば、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。</p> <p>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。</p> <p>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程の第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 規約にそのような規定がありません。ICT 規約に院内感</p>	<p>抜本的に改変し、感染防止対策委員会は病院長の下に設け、ICTは委員長から直接の指示を受け、急な対応を行う権限をもった部署とし、実働部隊としての役割を明記することとしました。さらに ICT はあくまでも感染防止対策委員会の下の機関として改訂しました。</p> <p>感染防止委員会を開催するのはあくまでも病院長、感染委員長(感染症対策に経験を有する医師)の指示のもとで、感染管理者が議事運営を行い、その実働部隊としての ICT(医師、看護師、検査技師、薬剤師、栄養士)のチームで活動を行います。</p> <p>ICTの活動は、定期的な病院内のラウンドや、流行期の感染症の対応、標準予防策の徹底、サーベイランス、啓蒙活動など。さらにはラウンド等で現場のスタッフとコミュニケーションを行い「この場合どうすることが感染対策になるのか」を一人一人が考えて対応できる職場風土の構築を目指すことを共通認識として活動しています。</p> <p>感染防止対策委員会規程 第4 第5 第6 第7に関しては、新たに ICT の規定という形で定義し、感染委員会と ICT の役割を分けて明文化を再度行っております。病院長の承認が取れておらず、当院の場合はさらに理事長へのお伺いと、理事長が長である管理会議での検討、そこから更に決定が下りて初めて組織図が正式に決定となります。その手続きの間にいろんな意見が入るのでなかなかすぐに体制化しないのが難点ですが、諦めず取り組み、誰が見てもわか</p>	<p>検討中</p>

<p>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。</p>	<p>りやすい組織図を目指したいと思います。</p>	
<p>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いと思います。</p>	<p>2014 年～2018 年（5 年間）によく検出された菌種に絞ってアンチバイオグラムを作成しなおしました。</p>	<p>改善</p>

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕</p>
<p>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。</p>	<p>現在、インフルエンザ、静脈注射、尿道カテーテル、吸引カテーテルのマニュアルは改訂を行いました。 そのほかは現在、感染委員会にて見直し、改訂中です。 現場スタッフがその都度手に取って確認ができるものへの改訂を目指してまいります。</p>	<p>一部改善</p>
<p>「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</p>	<p>おっしゃる通りで 10 年以上前のマニュアルをそのまま採用していました。 実際には、現場では MRSA に関しては曝露がないように洗浄を行い、オートクレーブでの滅菌対応を行っていますので、書き直します。滅菌が必要のないトレーなどの機材においては、中性洗剤での洗浄乾燥ののち、0.1%の次亜塩素酸ナトリウム液を作成し</p>	<p>検討中</p>

<p>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？</p>	<p>30 分以上浸漬し、すすぎを行い乾燥させて使用しています。 0.02%のエビデンスを知らなかったので 0.1%で行っていますが、濃度についても勉強不足でした。エビデンスを確認し、できるだけ濃度の統一を今後図っていきたいと思います。</p>	
<p>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ひます。</p>	<p>「5 年に 1 回」の訂正を行いました。</p>	<p>改善</p>
<p>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ひます。</p>	<p>「医療関係者のためのワクチンガイドライン」の取り寄せができておらず、現在確認できておりません。当院では針刺し事故があった場合は、早急に近隣の総合病院への受診を行うため、院内での対応がありません。そのためにマニュアルも古いままで運用をしておりました。この機会に今の正しい対応を確認し、知識として普及する方向で早急にマニュアル化したいと思ひます。</p>	<p>未実施</p>
<p>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ひます。またマニュアルに患者様の「様」は不要ではないかと思ひます。</p>	<p>「様」はマニュアルから外しました。 「怪我をした時はできるだけ自分で処置することを指導」の文言を抜去しました。 「怪我をした時は周囲、他者への曝露が最小限になるよう注意を払いながら、職員が処置を行い、適切に対応すること。」を付け加えました。</p>	<p>改善</p>
<p>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</p>	<p>現在、担当の感染委員が改訂中です。ご指摘の表現は抜去させていただきました。さらに、今後は HIV 感染症対応マニュアルを読み合わせさせていただきたいと思ひます。</p>	<p>検討中</p>

<p>感染症対応マニュアル”等を参考にした改訂が望まれます。</p>		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>また、「粘膜曝露による汚染事故時」の対応も追加されてははいかがでしょうか。</p>	<p>ご指摘のとおり、「①傷口より血液を絞り出し」の文言を抜去し、「①傷口を直ちに流水で洗い流す」に変更しました。</p> <p>検査方法についての知識がないので、再度調べ直し、マニュアルに入れたいと思います。</p> <p>「粘膜曝露による汚染事故時の対応」について検討しています。</p>	<p>一部改善</p> <p>検討中</p>
<p>「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。</p>	<p>インフルエンザについてのマニュアルは新しく改訂いたしました。75mg、1日2回、5日間の記載に変更しました。</p>	<p>改善</p>
<p>「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。</p>	<p>成績のパターン等が病院の疫学情報として把握、活用されるには、検体数が少なく結果の信ぴょう性に欠ける可能性があるため、過去5年分を集計して傾向と対策としたいと思います。</p> <p>C評価に関しては、検査課で当該レポートの作成、集計管理を行っており内容的には十分なのですが、そのデータが臨床で有効活用されていないことをふまえ、不十分のC評価にさせていただきました。</p> <p>論点がずれてしまった評価をしたことをお詫びいたします。ただ、今後はデータ等の活用も含め感染防止対策に取り組んでいきたいと思っています。</p>	<p>一部改善</p>

C 外来

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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。</p>	<p>手指消毒剤は、外来では使用量はモニターしておりませんが、病院全体では薬剤科にてどれだけの数が出たかの管理をしており、そのような結果になりました。前日の研修会でも、目に見えない汚れへの対応、WHOの5つのタイミングを網羅することをテーマとしており、手指消毒剤の使用の頻度、使用量推移の適切な把握のための試みを来年度からでも始めることを検討しております。現時点では、使用頻度まではモニタリングされていません。</p> <p>同時に手荒れ防止対策も含め検討していきたいと思います。</p>	<p>未実施</p>

D 病棟

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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ください。</p>	<p>通路に透明なケースと棚を設置し、医療器材との混同を避ける収納を現在行っています。患者さんの私物やお菓子の預かりもナースステーションで行っているため、扱うことの多いケアワーカー（看護補助）への指導も含め、感染の概念について指導の徹底を今後も行っていきたいです。</p>	<p>一部改善</p>
<p>水周りに患者の義歯が置かれていますが、水撥ねの汚染環境がありますので、配置場所をご検討ください。</p>	<p>水回りに関しては特に水撥ねをそのままにしておかないように、指導を徹底し、必ずふき取るようにしています。患者さんの義歯を入れるカップに関しては、置き場所がなく、棚を設置し水撥ねのかからない高い位置に置き保管しています。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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</p>	<p>排除し、台の上には何も置いてありません。さらに、使用する場合は必ず除菌クロス（アルコール製剤）で清拭してから使用するよ</p>	<p>改善</p>

が望まれます。	うに指導しております。	
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、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。	引き出し、もしくは蓋つきの小物入れを買うように通達し、カートの上ではこりがかかる状態のままにしないように指導しています。それでもつい置きっぱなしにしている場面を現在も見かけます。スタッフ一人一人の意識の向上を図るためにどうしたらよいか日々考えておりますが、大変難しいです。	一部改善
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。	段ボールでの仕切りは一切排除し、プラスチックの籠での対応を行っています。指導しても、搬入時は段ボールで行うため、しばらくの間そのままに置いてあることがあります。見かけるたびに注意喚起を行っています。	改善
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。消毒薬の取り違い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。	次亜塩素酸の容器に別の消毒薬を詰めることについては行わないように通達しました。希釈後の次亜塩は1日使用しなかった場合（翌日には）破棄することを徹底。現在、環境衛生に、オキシビルファイブを導入しており、液の継ぎ足しについて、新しい容器の検討を行っています。容器の乾燥が難しく、噴霧ボトルの使用から、クロスでの環境整備、もしくはオキシビルつけ置きマイクロバイパーによる環境整備を検討中です。	一部改善
点滴ルートロック用の生食を20mLのプラア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	プレフィルドシリンジは1個当たり約100円なのに対して、生食20ml、シリンジ、アルコール綿、針を入れても72円でした。昨年の使用量が約900本、25,200円/年のコストの差額でした。 おそらく、総合病院や外科系の病院では大した額面ではないと思いますが、稟議を回し、上層の納得を得るにはそれ相当の対処（年間で30,000円の削減ができる運用）に	検討中

<p>シリンジ導入をご検討ください。</p>	<p>ついでにの提案が必要になります。 それにも代えられない業務改善になることを提唱すれば、了承を得られる可能性もありますので、指導を受けたということで再度チャレンジしたいと思ひます。ありがとうございます。</p>	
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

E ICU

該当なし

F 標準予防策

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)</p>
<p>感染対策マニュアル P17 廃棄物管理規程のページ途中で、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ひます。</p>	<p>現在外してあります。</p>	<p>改善</p>
<p>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ください。</p>	<p>手指衛生についての研究会は、今年度も病院内の全体研修会で行いました。ただ、この病院でもブラックライトによる手指衛生の研修会を行っており、新人には必ず 1 回は行っているという報告を聴き、来年度は当院でもブラックライトの導入を検討したいと思ひます。個人防護服に関しては、本などで書いてあることをもとに、来年度はまず病院内での研修会を目指します。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>医薬品と医学部外品の 2 つを採用しており、現在は医薬品に統一を図っています。手荒れのひどいスタッフへのアルコール製剤以外の手指消毒剤の導入はコスト面で先送りになっていましたが、手指衛生の普及のためには今後検討が必要と考えています。意識を高めるためにも手荒れしやすい職員、しにくい職員のモニタリングは次年度以降</p>	<p>検討中</p>

	<p>に取り組みたいです。</p> <p>ただ、今年の冬は、石鹼を泡のでる手荒れしにくいものと、普通の石鹼とで使いやすさをリサーチして検討しております。</p>	
<p>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。</p>	<p>再度、研究会でも行っております。</p>	<p><u>改善</u></p>

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
<p>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おります。口腔や鼻腔には常在菌が存在し防護機能として働いております。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。</p>	<p>常在菌の大切さや、消毒による弊害等への認知が甘く、マニュアルもそのままになっていました。再度 MRSA についての知識と、消毒のエビデンスを確認した上で、医師の認識も改訂できるような取り組みが必要なため、早急に取り組んでいきます。先日長く MRSA の保菌患者が熱心な口腔ケアと食事の管理で (+) が (-) になり、スタッフがとても喜んでおりました。</p> <p>スタッフのモチベーションにもつながることを実感しました。</p>	<p>検討中</p>
<p>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ください。</p>	<p>現在、学校法に準じて発熱（発症）から 5 日及び解熱後 2 日間は出勤停止と、罹患が証明された場合（処方箋など）特別休暇扱いにさせていただき、病院全体で、厳守できるように取り組んでおります。マニュアルは改訂いたしました。</p>	<p><u>改善</u></p>
<p>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个人防护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</p>	<p>10 月より感染委員会で通達し、感染委員が主催となり各部署で必ずノロウイルスの対応法の勉強会を年 1 で流行季節前に行っています。</p> <p>院内の共有情報ネットで勉強会の動画をい</p>	<p><u>改善</u></p>

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。	つでも閲覧できるようになっています。	
-----------------------------------------------------------------------	--------------------	--

H 病院感染症防止策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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。	エビデンスとご指摘はそのまま臨床に伝えました。各病棟や、ケースによっては現在も定期的な交換を続けているケースはあります。それは泌尿器科のDrの指示や、精神科特有の患者のこだわりから、交換せざるを得ない場合は行っております。	一部改善
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、ケアを継続してください。	ありがとうございます。 それが正しいのかわからず不十分と評価させていただきました。 継続して行っております。	—
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。	作成しました。	改善

I 洗浄・消毒・滅菌

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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ください。	現在は食器乾燥機を2台使用し、洗ってすぐに乾燥を行い使用しています。	改善

<p>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化することや、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。</p>	<p>蓋は必ずするように指導を徹底しています。</p> <p>包帯に関しては、コストの面で再利用している状況でしたが、短期間の使用であれば、できるだけ使い捨てするようには伝えました。ですが、再利用する場合もあり、その際には適正消毒量を守り、消毒中は蓋を必ず閉め行い、その後洗濯機で洗濯して、完全に乾燥させるように指導しています。</p>	<p>改善</p>
<p>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「除菌洗浄剤」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。</p>	<p>ノロウイルスに関しては必ず、次亜塩素酸ナトリウムを使用しています。</p> <p>しかし、それ以外はオキシビルファイブの使用を原則とし、院内ではそれが浸透しています。エビデンスを考慮することなく、「指示があるのでその通り行っている」というスタンスが現状です。直接扱うのはケアワーカーが多いので、さらに指示通り行っている状態です。</p> <p>その風土の打破のためにエビデンスを勘案する職場風土を構築するとおそらく、疑問が出てきて検討がされるのですが、難しいのが現状です。</p> <p>消毒の場所、消毒する素材も含め、今後は次亜塩酸の消毒を増やしていくことを検討いたします。</p>	<p>検討中</p>
<p>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</p>	<p>なぜ、オキシビルファイブの採用に至ったのか、木の材質の消毒のためだけにそうなったのかを、感染委員が把握していない事態があります。オキシビルでの消毒が必要である、とマインドコントロールをされて</p>	<p>検討中</p>

<p>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？</p>	<p>いる部分があり、今急に変えることはおそらく職員の「大丈夫なのか」という不安につながる事が予測されます。病院に入っている掃除業者も使用している製品であるため、同一に使用することで一緒に勉強ができると考えてのことであった可能性があります。確かに、濃度が異なること、継ぎ足し容器の問題等、色々気になる点があるので、今後継続を含めた見直しを行っていききたいと思います。</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

J 医療廃棄物

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 <small>〔改善・一部改善〕 <small>〔検討中・未実施〕</small></small>
<p>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えます。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。</p>	<p>ありがとうございます。 ICT の確認を継続していきます。</p>	<p>—</p>

K 微生物検査室

該当なし

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組状況及び改善結果表

許可病床数 ～ 299床

実地支援日 平成30年11月29日

A 感染対策の組織

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	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。	洗浄・滅菌消毒部門より 1 名選出して名簿に記載しました。	改善
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。	薬剤耐性菌検出時や耐性菌保菌者の入院時の対応に関しては検討中です。 マニュアル内の構成メンバーに医師を 1 名記載しました。	一部改善
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。	管理者は病棟師長と兼任ですが、検査室長に協力していただくことになりました。	一部改善

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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、各職種の専門性を活かしながら関わる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は困難ですが、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.pdg」などをご参照ください。</p>	<p>抗菌薬使用量について、AUD でモニタリングを開始しました。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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。</p>	<p>週 1 回、複数職種でのラウンドは困難ですが、複数人でラウンドを行うようにしました。部署によりラウンドの評価項目を見直し、いろんな視点で評価できるようにしました。</p>	<p>一部改善</p>
<p>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</p>	<p>血流感染症のサーベイランスは検討中です。</p>	<p>検討中</p>

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。	検討中	検討中

C 外来

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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。	今年度も高齢者の方や小さなお子様が、理解しやすいポスターを掲示して対応しています。	—
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。	各自のモニタリングは実施出来ていませんが、外来のモニタリングは開始しました。	改善

D 病棟

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
シ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。	継続中	—
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。	吸入用の生理食塩水の開封日を記載しています。	改善

<p>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。</p>	<p>空き箱は廃止。プラスチック製品に変更。ミキシング場所のドアに関しても常時、ドアを閉めることにしました。除菌シートを設置。ミキシング台周囲は1日1回清拭を行うようにしました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>PPEホルダー設置数を増やしました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>包交車を見直しました。</p> <p>上段は何も置かないようにしました。処置に行く際、必要物品のみをかごに用意して行っています。</p> <p>鑷子立ては廃止。パック鑷子は引き出しに寝かせて保管。</p> <p>ガーゼ缶は廃止。個包装ガーゼパックを導入し引き出しに保管。</p> <p>軟膏に関しては開封日を記載して管理し始めました。</p>	<p>改善</p>

<p>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）。</p>	<p>下段のゴミ箱は廃止。不潔なものを管理する台車を導入しました。 処置一覧カードは、1患者1枚で清拭をしていませんでしたが、A3サイズに1枚化して使用後に清拭するようにしました。 包交車は使用後、除菌シートで清拭を行っています。</p>	
<p>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。</p>	<p>空き箱は廃止。プラスチック容器に変更しました。</p>	改善
<p>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。</p>	<p>経腸栄養の患者様が多く、パック式や単回使用のバックは当院では導入が困難な状態です。</p>	未実施
<p>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。</p>	<p>継続中</p>	—
<p>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。</p>	<p>連続使用は禁止。 回収容器を増やして患者毎に回収しています。</p>	改善

E ICU

該当なし

F 標準予防策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>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。</p>	<p>検討中</p>	<p>検討中</p>
<p>手荒れのある職員は皮膚科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だと思います。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。</p>	<p>皮膚保護剤は導入しました。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>汚物処理室に P P E を設置しました。アイガードの設置もしてあります。</p>	<p>改善</p>
<p>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。</p>	<p>手袋を着用しての運搬は禁止しました。</p>	<p>改善</p>

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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、報告の間隔を短縮することをご検討ください。	グループウェアを活用してアウトブレイク時には早期に情報を共有できるようになっています。	改善
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嚴重な感染対策を実施することが必要です。	検討中	検討中
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。	マニュアルを見直ししました。ユーザーシールチェック法を掲載しました。	改善

H 病院感染症防止策

主なアドバイス事項	取組状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
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予防策をマニュアルに追加しました。	改善

<p>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。</p>		
<p>腸内細菌科細菌による薬剤耐性菌が問題となってきました。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。</p> <p>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。</p>	<p>集尿時は1患者毎に変更しました。マニュアル内の尿道留置カテーテル関連尿路感染予防策を見直ししました。</p>	<p>改善</p>

I 洗浄・消毒・滅菌

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施</p>
<p>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。</p>	<p>継続中</p>	<p>—</p>

J 医療廃棄物

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施</p>
<p>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。</p>	<p>継続中</p>	<p>—</p>

K 微生物検査室

該当なし

院内感染対策実地支援アンケート

※ 平成 30 年度の実地支援実施病院（4 病院）が対象

○ 当ネットワーク会議の支援を受け、貴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	4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 改善したいという思いがあっても何から手をつけて良いか分からない状況の中で、感染対策で何が大切かを教えてもらい、勉強になった。 ・ 委員会メンバーだけでは判断できない箇所について助言をもらい、マニュアル改正など感染予防に必要な環境を整えることができた。 ・ 新しい情報を取り入れることができた。前回指摘を受けて改善した箇所が、時間の経過に伴い職員の作業しやすい形に変更されていることもあった。
まあまあ役に立った	0	-
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、お聞かせください。

- ・ 実地支援を受けたことで、病院全体の感染対策への意識が向上した。
- ・ 日々業務を行う中、感染対策で悩むことがあるので、気軽に相談できるネット窓口、通知やガイドラインなどの最新情報が閲覧できるホームページ・メール配信などがあれば利用したい。

令和元年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容】（病院）

耐性菌（MRSA、ESBL 等）が入院患者の無菌材料から検出された場合、接触感染予防策も必要でしょうか。個室隔離も含めて、お教え願えませんでしょうか。

【回 答】

無菌材料からの検出、つまり血液・関節液・髄液内などから検出されている場合であっても、他の部位（呼吸器系、尿路系など）から耐性菌が検出される場合が多く、重症感染症状態とも考えられますので、まずは個室隔離による接触予防策と感染症治療をお勧めします。

治療経過の中で、血液や関節液などの無菌材料も含め、他の部位からも耐性菌が検出されていないことが確認できれば、接触予防策は解除可能となります。

可能であれば、陰性確認まで個室隔離が望ましいですが、個室数も限られており、病原体の種類・排菌量・周囲を汚染するリスク・同室者の感染リスクなどを考慮して、個室隔離の優先順位を考慮する必要があります。感染源はどこか、ドレーン挿入の有無、被覆可能か、患者の感染対策に対する理解度や活動範囲、医療処置やケアの内容で判断します。例えば、肺炎からの敗血症により血液培養から MRSA が検出したのであれば、喀痰吸引などによる周囲の汚染リスクは高いと考え個室隔離が必要と判断されます。

令和元年 7 月 18 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）

1 下用タオルの消毒について

当施設では入所者の衣類等の洗濯を業者へ委託しています。今までは下用タオルを共用で施設にて消毒、洗濯していました。業者は汚染物の対応をしているので、今後は下用タオルを依頼する方向で考えています。（業者に確認したところ、80度以上の熱水で洗濯し、乾燥機を使用しているとのこと）

感染症に関する資料では、80度以上や80度10分間と記されていますが、上記の業者の対応で依頼可能でしょうか。

2 施設浴室・脱衣場の消毒について

入浴介助時、尿・便汚染時は適宜0.01%ブリーチ液で消毒対応していますが、念のため週1回、浴室と脱衣場を全体的に消毒しています。週1回の消毒はどのようなものか（そもそも必要か否か）相談いたします。

【回答】

1 下用タオルの消毒について

寝具・病衣などリネン類は、厚生労働省の推奨する洗濯条件では、洗濯洗剤を使用し、80℃以上の熱水で10分以上とされています。

寝具類の消毒に関するガイドライン6版に準じた対応をしている業者であれば、問題はないかと思えます。再度、ご確認ください。

可能であれば、排泄物除去の際には、ウエットティッシュなど使い捨ての物を使用しその場で廃棄すると、使用後のタオルの持ち歩きがなくなり、より環境を汚染するリスクを低減することができると考えます。

2 施設浴室・脱衣場の消毒について

汚染時毎の消毒や使用後の清掃がされているのであれば、週1回の浴室と脱衣場の消毒は必要ないかと考えます。

『高齢者介護施設における感染対策マニュアル』改訂版2019年3月をご参照ください。P.24浴室清掃について記載されています。浴室用洗剤で洗い、温水で十分に洗い流して乾燥させることが基本の清掃です。尿・便汚染時は0.1%次亜塩素酸ナトリウム液使用が必要です。上記マニュアルP.90をご参照ください。塩素濃度が高いため、マスク・手袋装着と換気のうえ取り扱ってください。

浴室専用車椅子やストレッチャーなどの入浴介護用品には、ウレタンマットやスポンジ様の材質が使用されることが多く、多孔性構造のため、洗浄・消毒が十分に行き届きにくく、微生物が繁殖しやすいです。使用後は、洗剤などを利用して念入りに洗浄・消毒し、十分に乾燥させてください。浴槽水などを介したレジオネラ属菌などの感染を防止するために、浴室環境の管理を適切に行うことが必要です。その他、シャワーノズルも細菌繁殖しやすいため、取り外し可能であればノズル内も洗浄、消毒をされるといいでしょう。

脱衣場は、洗浄・消毒のしにくい場所ですが、入浴後に清掃を行うこと、床を濡れたままにしないこと、バスマットを交換すること、脱衣かごや棚の清掃を行うことが求められます。清潔を保持することが汚染を防止することにつながります。（参照：インフェクション・コントロール 2018年夏季増刊号）

令和元年7月18日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

令和元年度院内感染対策講習会 開催結果概要

1. 開催日時 令和元年11月3日（日・祝）午後2時～午後4時30分

2. 開催場所・参加人数 石川県立中央病院 会議室1 124名

3. 参加者内訳

医療従事者						介護職	事務・施設長	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					
5	70	4	7	1	87	12	3	5	17	124

4. アンケート 回答率83%（回答数103）

4-1. 講習会は参考になりましたか？

大変参考になった	69 (67.0%)
まあまあ参考になった	33 (32.0%)
あまり参考にならなかった	1 (1.0%)
どちらともいえない	0 (0.0%)
未回答	0 (0.0%)

※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。

- ・ 海外渡航歴の確認や外来受診時の隔離の重要性
- ・ 麻疹、水痘の可能性を疑った場合の対応（陰圧個室管理対応した後の精査）
- ・ 手指消毒の具体的な周知・啓蒙の方法
- ・ 手指消毒剤の使用量のモニタリングの重要性
- ・ 流水＋石けんとアルコール消毒剤の使い分け方
- ・ 常在菌叢、通過菌叢の違い

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	19 (18.4%)	12 (11.7%)
機会があれば活用したい	51 (49.5%)	63 (61.1%)
今後検討したい	12 (11.7%)	13 (12.6%)
活用したいとは思わない	1 (1.0%)	1 (1.0%)
どちらとも言えない	19 (18.4%)	13 (12.6%)
未回答	1 (1.0%)	1 (1.0%)

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ください。

- ・ 標準予防策と感染別の予防策
- ・ 医師への働きかけ方をどのように行えばいいのか
- ・ インフルエンザの院内感染発生時の具体的な対応について
(多床室の一人がインフルエンザにかかったときに、他の患者とどのように対応していくか)
- ・ 災害発生時の感染症対策

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ください。

特になし

令和元年度石川県院内感染対策支援事業概要

令和2年3月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
