

# 平成24年度 院内感染対策支援事業概要

平成25年6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23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24年度）

### 1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成25年3月現在・職種別五十音順）

医師 委員長	藤田 信一（金沢大学附属病院 感染対策室室長）
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）
	太田 和秀（金沢医療センター 小児科部長）
	亀田 正二（小松市民病院 副院長）
	西 耕一（石川県立中央病院 診療部長）
	西村 元一（金沢赤十字病院 副院長）
	馬場 尚志（金沢医科大学 臨床感染症学准教授）
	真智 俊彦（恵寿総合病院 診療部長内科科長）
薬剤師 リーダー	山本 康彦（金沢医科大学病院 薬剤部）
	石田美由紀（やわたメディカルセンター 診療技術部薬剤課）
	橋本さつき（金沢大学附属病院 薬剤部薬剤主任）
	田淵 克則（金沢医療センター 試験検査主任）
看護師 リーダー	西原 寿代（金沢医療センター 看護部副看護師長）
	池田 恵子（城北病院 感染管理担当看護師長）
	大井希美佳（公立能登総合病院 医療安全管理部）
	小森 幸子（山中温泉医療センター 医療安全管理室）
	近藤 祐子（石川県立中央病院 医療安全管理室）
	嶋田由美子（公立松任石川中央病院 医療安全部医療安全課安全対策室係長）
	中村 洋子（金沢大学附属病院 感染対策室副室長）
	野田 洋子（金沢医科大学病院 医療安全部感染制御室課長）
臨床検査技師 リーダー	千田 靖子（金沢大学附属病院 検査部副臨床検査技師長）
	浅香 敏之（金沢医療センター 臨床検査科血液主任）
	小林 治（公立能登総合病院 臨床検査部副技師長）
	新川 晶子（石川県立中央病院 医療技術部検査室検査主任専門員）

### 2) ネットワーク会議開催日

第1回 平成24年 7月17日 於：石川県庁

第2回 平成25年 3月25日 於：石川県庁

## Ⅱ. 平成24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「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）を元に作成された評価表にて自己評価を行うとともに、その自己評価表を活用し、評価・支援を行った。

支援実施期間 平成24年8月30日～平成24年9月21日  
1施設につき3時間程度派遣

支援対象 県内病院（公募より4施設を選定）

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

支援方法 実地訪問による院内感染予防や対策について助言  
「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）  
を元に作成された評価表により、支援病院が自己評価（A～C評価）し、  
その内容を踏まえて支援を行うとともに、感染管理評価スタンダードの大  
項目をA～Cで評価（※）した。

- ※評価項目
- I. 組織的な感染管理システムについて
  - II. ICT活動について
  - III. 病院における種々の分野での感染対策について
  - IV. 職業感染対策について

・平成24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24年 8月30日	許可病床数： 200～499床	医師：飯沼由嗣（リーダー） 薬剤師：田淵克則 看護師：嶋田由美子、中村洋子 臨床検査技師：小林治	7～12p
平成24年 9月11日	許可病床数： 200～499床	医師：藤田信一（リーダー）、太田和秀 薬剤師：橋本さつき 看護師：西原寿代、野田洋子 臨床検査技師：浅香敏之	13～15p
平成24年 9月20日	許可病床数： 100～199床以上	医師：西村元一（リーダー）・西耕一 薬剤師：山本康彦 看護師：池田恵子、大井希美佳 臨床検査技師：新川晶子	16～18p
平成24年 9月21日	許可病床数： 100～199床	医師：馬場尚志（リーダー） 薬剤師：石田美由紀 看護師：西原寿代、小森幸子 臨床検査技師：千田靖子	19～23p

・平成24年度院内感染対策実地支援実施施設の評価結果

評価項目	施設数		
	A評価	B評価	C評価
I. 組織的な感染管理システムについて	なし	4施設	なし
II. ICT活動について	なし	4施設	なし
III. 病院における種々の分野での感染対策について	なし	4施設	なし
IV. 職業感染対策について	なし	4施設	なし

## 実地支援の進め方

時間配分	区分	手続き及び内容
事前準備		<p>【事務局】 支援実施病院へ実施決定通知を送付。また、「感染管理評価表（感染管理評価スタンダード Ver3.0）」を送付し、作成依頼をする</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【病院側】 事務局から送付する感染管理評価表は電子データにて、院内感染対策マニュアル・感染対策委員会組織図・ICT資料等・病院の概要は紙媒体にて実地支援日の2週間前までに事務局へ送付。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【事務局】 病院より提出された感染管理評価表及び院内感染対策マニュアル等の資料を派遣メンバー全員に送付する。</p> <p>[その他の準備]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サーベイランス・抗菌薬の資料、感染管理評価表に記載した取組みの裏付けとなる関係資料の準備。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>

当日の流れ

(13時開始の場合) 13:00 ~13:30 (30分)	資料による確認・事前打合せ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・院内ラウンドを行う場所、順番について打ち合わせする。</li> </ul>
13:30 ~14:30 (60分)	ガイダンス・質疑応答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実地支援チームリーダーが訪問の目的と支援の流れについて、病院側に説明。</li> <li>・双方で自己紹介。</li> <li>・上記の確認結果に基づく質疑応答。</li> </ul>
14:30 ~15:20 (50分)	院内ラウンド	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、随時アドバイスをを行う。</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> </ul>
15:50 ~16:00 (10分)	講評（アドバイス）と懇談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
後 日	アドバイスイレポートの作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実地支援チームリーダー（医師）は、各職種のメンバーの意見を取りまとめて、アドバイスイレポートを作成。</li> </ul>

## 2. 院内感染対策実地支援後の取組み状況調査事業

(平成23年度実地支援実施病院対象)

平成23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24年8月

調査対象 4病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 24～37p

## 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、金沢大学の教授又は金沢医科大学の教授の指示・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24年度は1件の相談があった。

相談期間 随時受付

相談対象施設 県内の病院、診療所

相談方法 書面による相談を受付〔院内感染対策相談票に記載〕

相談対応体制 ネットワーク会議委員が回答を作成し、藤田教授又は飯沼教授の確認の上で回答

平成24年度の回答書 38pの通り

## 4. 院内感染対策講習会の実施

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

開催日時 平成24年10月27日(土)午後2時～5時

開催場所 石川県地場産業振興センター本館 第5研修室

内容 (1) 報告1「ICT活動における各職種の役割について  
—実地支援をしてあらためて分かったことを中心に—

(2) 報告2「院内感染対策実地支援を受けて」

(3) 講演「岐阜県における院内感染地域ネットワーク活動について」

講師 岐阜大学医学部附属病院 副病院長

村上 啓雄 氏

開催結果概要は 39pの通り

※実地支援結果は、各実地支援施設での助言内容を県内の医療機関が参考にし、今後の感染対策の取組みに活かされることを目的に公表している。なお、病院が特定されるような情報については、適宜加工している。

## 院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成24年8月30日（木） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：200～499床

支援実施者／飯沼 由嗣（医師・リーダー）、田淵 克則（薬剤師）

嶋田 由美子（看護師）、中村 洋子（看護師）、小林 治（臨床検査技師）

感染対策委員会および感染対策チームが整備され、感染防止対策加算2を算定している。

### I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

- ・院内感染対策委員会および感染対策チームは適切な人員で構成され、感染管理を担当する医師1名、看護師2名が専任で対応されており、効果的な組織のシステムとなっている。
- ・財源に関しても、感染対策に必要な経費は請求可能となっている。

（アドバイス）

- ・ 日常的な感染防止対策の活動内容はしっかりと実施されていましたが、記録が不十分との事でしたので、特に感染管理を担当されている看護師の日々の活動を日誌の形で記録に残しておくことをお勧めします。
- ・ 感染管理認定看護師（CICN）の育成を考えられているとのことでしたが、感染管理を担当する看護師が専任で任命されると、感染管理に関わる情報が集約しやすく、組織的な対策が強化されます。是非、育成をご考慮下さい。
- ・ 感染対策のための隔離時に使用する患者説明用の資料作成をご考慮下さい。

### II ICT 活動

評価：B

- ・ ICTは医師を中心に、各病棟のリンクナースが加わり機能的な組織になっている。院内の感染防止対策研修においては、ICTメンバーが講師になり、医師に関しては医局内等のミーティング時に血液培養等の実施を啓発されるなど、研修の工夫が見られる。
- ・ 栄養士がメンバーになっていることも栄養（経管栄養）管理が多い病院における食中毒や褥創対策には強力な支援である。
- ・ 感染対策マニュアルに関しては、定期的に見直しを実施されており、項目毎に改定年月日が記入されている。
- ・ ラウンドは週替わりで構成されている為、多角的な視点での介入ができると期待できる。また、ラウンド報告も書面を活用して報告周知しており、わかりやすい。
- ・ 耐性菌サーベイランスが実施されている。

（アドバイス）

- ・ 医師が1名であることは不在の場合の緊急対応や、アウトブレイク対応などを考えると不安要素です。兼任でもよいので複数の医師のICTへの参加が望まれます。
- ・ 医師、看護師以外の職種のメンバーについても、専門分野の講習を受け、感染管理に関する認定取得を目

指して下さい。

- ・ ラウンド時の指摘事項が介入の結果どのように改善できたかの報告が委員会・部会だけでなく院内に周知できるような仕組みが必要です。日頃から相談事、介入内容を日報として記載し、ラウンド時に情報を活用するとより焦点の定まったラウンドができると思います。

#### 【サーベイランスについて】

- ・ 耐性菌サーベイランス以外の医療器具関連感染サーベイランス（中心静脈カテーテル感染サーベイランスなど）の実施についてもご考慮下さい。
- ・ 耐性菌サーベイランスに関しては、持ち込み、院内発生を把握した上で、抗菌パターンの類似、ケアに関連した特定の職員の把握などにより、院内伝播の可能性をある程度把握可能です。現場の感染対策に利用できるデータの提示方法をご検討願います。
- ・ ICT ラウンドで擦式手指消毒薬の使用状況をチェックされていますが、払い出し量などで擦式手指消毒薬や液体石鹸などの使用状況を調査し、現場にフィードバックし、さらなる手指衛生の遵守を目指して下さい。
- ・ 薬剤師の人員が限られており、抗菌薬サーベイランスについては業務に負担のかからない工夫が必要です。購入量から推測する、あるいは電子カルテなどから病棟毎に使用量が抽出できるなら、病棟毎に、院内全体での各抗菌薬の使用割合などを調査すると良いと思います。
- ・ ATC/DDD システムを用いた抗菌薬のカウントが可能ならば対応をご検討下さい。
- ・ バンコマイシン、テイコプラニン、ハベカシンなど抗 MRSA 薬は、血中濃度測定が必要ですが、検査のタイミング、検査方法（同一ルートから採血しない）、検査所要日数などについてマニュアル等による周知徹底が望まれます。過去の血中濃度測定の状況についても一度ご確認下さい。
- ・ 抗菌薬使用状況（使用量）や手指衛生遵守状況（擦式手指消毒薬の使用量、払い出し量）について、現場にフィードバックすると実践行動（抗菌薬適正使用や手指衛生）の向上に活かせます。
- ・ 抗菌薬使用状況（使用量）と各菌種の薬剤感受性の調査により、アウトブレイクの早期発見および原因究明につながられる可能性があります（例：カルバペネムやシプロフロキサシンなどの抗緑膿菌薬に耐性の菌株数とそれぞれの使用量との関係など）。

#### 【感染対策マニュアルについて】

- ・ 以下の点について、マニュアル内の記載及び修正等、ご検討をお願いします。
1. 感染対策の組織的な対応について
    - ①感染対策に関する組織の権限・活動内容・各メンバーの役割について（ICT のラウンド内容、活動方法など）。
    - ②感染管理教育について、目標・方法・年間計画の概要。
    - ③サーベイランスの実施の概要・内容を記載。
    - ④コンサルテーションに関する方法・内容について記載。
    - ⑤アウトブレイクの定義、アウトブレイク時の具体策・報告体制・組織の介入方法等とフローチャートを記載。
    - ⑥培養検査結果の情報の共有・早期対策の実施のために、報告システムの記載（日中・夜間等のフローチャートも含む）。
  2. 感染症法について
    - ①感染症法対象疾患及び届出基準・方法（病院における対応を含む）。
  3. 標準予防策について
    - ①2007 年 CDC 隔離予防策のためのガイドラインに追加された呼吸器衛生/咳エチケット、安全な注射手技、

腰椎穿刺処置時の感染対策について、具体的な対策を記載。

②感染経路別予防策が標準予防策の項目に入っているが、別の項目として記載。

#### 4. 細菌検査について

①細菌検査の検体採取時の注意、方法、検査の見方等を記載。

#### 5. 結核対策について

①気管支ファイバースコープ検査時の、実際の対策を記載。

②内視鏡検査後のファイバーの消毒に実際に使用している薬剤を記載。

③N95 マスクの勤務中外した場合の保存方法を記載。

④喀痰が付着したティッシュペーパーの最終廃棄方法を記載。

#### 6. 感染症別対策

①MRSA：キャリアはガウンで MRSA 発症または多量の保菌者はナイロンエプロンと記載がありますが反対なのではと考えます。

MRSA は接触予防策が必要な耐性菌であり、マニュアルにもそのように書かれていますが、実際には標準予防策として対応しています。最低限必要な対策（手袋着用、密に接する場合はエプロン着用、ケア前後の手指衛生の徹底、など）は必要ですので、ご考慮下さい。

②疥癬：クロタミント → クロタミトン（どのように使用するか記載。参考までに、10g チューブで体幹全体を塗布でき、24 時間ごとに洗い流し 7~10 日間継続するなど）。院内製剤（安息香酸ベンジルローション）の取り扱いについて、使用する際に同意書などの設定、また、ストロメクトール等の薬剤について使用の検討が必要です。仮に使用する場合など、高齢者の場合、1 度の服用では治療効果が薬効成績ほど高くない場合があるため、初回、1 週間後など、間隔をあけて使用することが望ましい。ノルウェー疥癬では、ガウンも袖付きが必要です。

③インフルエンザ：抗インフルエンザ薬については、イナビルやラピアクタなど、新規採用薬などあれば更新する。新型インフルエンザ (A/H1N1) → 「インフルエンザ (H1N1) 2009」名称変更となっているため、改定が必要です。

④日和見感染、耐性菌：耐性菌以外でも注意すべき菌（セラチア、緑膿菌？）、多剤耐性菌として問題となる菌（ESBL 産生菌、耐性緑膿菌、耐性アシネトバクター、等）として整理されてはいかがでしょうか。

⑤MDRP：閉鎖式吸引カテーテルの導入について、コスト面、環境への汚染などを考慮した検討をお勧めします。

⑥HIV：防御レベル別の PPE が明記されているが、ゴーグルはレベルⅡの行為から必要、針刺し時のフローチャートは、予防内服や時間について、国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターの対応マニュアルが改定されており、改定が必要です。

⑦CJD：感染予防策としては現実的ではない所（手洗い等）も散見される。「孤発型&家族型」と「変異型」の区別が必要であり、現実的には「孤発型&家族型」の対応になると思われる。「プリオン病感染予防ガイドライン(2008)」の「第 2 章 非侵襲的医療行為、看護及びケア」などを参考にすると良いです。

⑧感染性胃腸炎：次亜塩素酸ナトリウムの濃度が、院内向けと家族向けで異なるので、統一されたほうが良いです。（参考文献なども記載されると尚良い）

#### 7. 血液・体液曝露の対応について

①各疾患の中に対策が記載されているが、血液・体液曝露の対応として一つの項目にまとめたほうが、分かりやすい。

②事故と明記すると悪いことをしたということで、報告件数が少なくなる可能性があるため、生じた事柄の報告、報告内容に対する評価・対策が検討できるようにシステムの構築が必要です。

③針刺し発生時の検査について、「肝セット」と明記されているが、「AST(GOT)、ALT(GPT)」と記載が必

要です。

- ④針刺し時の感染症検査の同意書には、検査項目の記載が必要です。
- ⑤針刺し対応フローチャートにはその区別を記載されているが、「ウイルス性肝炎感染防止対策」について、職員の HBs 抗体陽性の場合の記載が必要です。また、HBIG は血液製剤の為、説明書と同意書などをあらかじめ準備している事が望ましいです。
- ⑥肝炎感染防止対策の「7.妊婦などの特殊なケースは専門家の意見を求める」について、具体的な診療科や医療機関などが記載されている事が望ましいです。

#### 8. 感染性医療廃棄物について

- ①廃棄方法のフローチャートが必要です。
- ②医療用廃棄容器とマニュアル内で明記されているが、感染性医療廃棄物容器に変更が必要です。
- ③感染性医療廃棄物は感染症を生じる恐れがあるため、その管理についての項目が必要です。
- ④医療用廃棄物の容器に廃棄は、「満タンにしない」と記載されているが、感染性医療廃棄物は、「8割で廃棄」と具体的に記載が必要です。

#### 9. 血管内留置カテーテル関連感染について

- ①薬液の調製時の注意点が必要やアクセスポートの管理手技が必要です。
  - ②ドレッシング材の交換について「定期的に交換する必要がない」とありますが、ガーゼドレッシングは少なくとも2日に1回、透明な半透過性ドレッシングは少なくとも1週間ごとに交換が必要です。
- \*血管内留置カテーテル由来感染の予防のための CDC ガイドライン 2011 をご参照ください。

#### 10. 尿路尿道留置カテーテル関連感染について

- ①挿入患者の適応について記載が必要です。
- ②ルーチン交換は必要ではなく、留置が必要か尿路感染を生じていないか、評価が必要であり、閉塞及び尿混濁や浮遊物が多く見られたら交換することが重要となります。
- ③陰部洗浄時に、カテーテルを挿入部位から 10cm は洗浄することが重要となります。

#### 11. その他

- ①抗菌薬のマニュアルについては、採用薬品の一覧、用法・用量、PK/PD 理論に基づく使用法、感受性の見方と注意点等を一度整理し、マニュアルに記載すると良いと思われます。
- ②職員の HBs 抗体ワクチン接種、流行性ウイルス疾患の抗体価測定及びワクチン接種等、職員の健康管理について記載が必要です。
- ③家族への指導内容が書かれているもの、書かれていないものがあり、手指衛生、面会方法等が全てに書かれているとマニュアルが活用しやすくなります。

### III 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

- ・手術や外科的な処置がなく、医療器材を使う頻度が少なく、器材の洗浄・消毒・滅菌については外部委託をされている。
- ・長期患者が多く、患者の清潔ケア及び経管栄養を行っている患者が多くみられた。
- ・全体的には室内、廊下とも間取りが広くすっきりとしていた。
- ・消毒薬、医薬品の管理については、開封日チェックや廃棄などは定期的に行われていた。

(アドバイス)

#### 【衛生管理一般】

- ・患者の清潔ケア時に使用するタオルを汚物室等で温めると、セレウス菌やグラム陰性桿菌による院内感染を生じる可能性がありますので、ディスポ製品で低価格のおしぼりタオル等がありますので、費用対効果を

見ながらご検討を推奨します。

- ・ 汚物室に実施されている清拭タオルの消毒は 60 度から 70 度で蒸しているが、セレウス菌などの芽胞菌は死滅せず、敗血症の報告もある。使用毎のタオルの電子レンジ等での保温加湿が推奨されています（参考データとして、清拭タオルの培養検査もご検討下さい）。
- ・ 経管栄養を実施されている患者が多いことから、洗浄・乾燥等に看護師が多く時間を費やしている現状がありました。この状況に関しても、費用対効果を見ながらディスポ製品の導入及び衛生管理方法の見直しのご検討を推奨します。
- ・ 擦式手指消毒薬を、部屋毎ではなく個人用のポシエットで準備されていましたが、部屋毎あるいは接触予防策が必要な患者ではベッド毎の配備も有効です。ご考慮下さい。
- ・ 患者のベッドサイドでの薬の準備及び清潔ケア、様々な処置時に、手指衛生の実施が必要となります。擦式手指消毒薬をどのタイミングで実施することが感染防止対策に必要なか、WHO が提唱している 5 つの場面も参考にしつつ、啓発活動をすすめてください。
- ・ ICT による環境ラウンドを実施されていますが、各部署内の清潔と不潔が交差している状況がありました。ラウンド時に清潔・不潔の観点から病棟内の環境整備を点検し、各部署へフィードバックし、改善の有無を評価していくと、効果的に環境整備が行えると思います。
- ・ 包交車、採血車等の処置台について、物品が多いと清掃が困難で、汚染もしやすくなります。また、物品管理上、在庫が多くなりますのでコスト面でも不利益となります。必要な時に必要な物品を準備して患者の処置へ行くシステムの構築をお勧めします。
- ・ 感染症室の防護具等も清潔な管理ができるように必要数や配置を見直してください。
- ・ お尻拭き用タオル、経管栄養物品等のリユースが目立ちますが、特にお尻拭きは感染の温床の危険が感じられました。ディスポによるコストと看護師の洗浄等にかかる労力・時間等のコストを考慮して費用対効果のある改善を目指して下さい。
- ・ 汚染管理区域におけるセミクリティカル器具である蛇管の乾燥などは好ましくありません。改善が必要です。

#### 【薬物管理】

- ・ ポビドンヨードなどの消毒薬については、衛生管理およびコスト面から個包装のスティックタイプ製品の導入をお勧めします。
- ・ ハイポアルコールはイソジン（or ポビドンヨード）消毒の効果を無くします。不適切な使い方（消毒後の色消しなど）がされていないか再度確認をお願いします。
- ・ 薬液注入等に使用するカテーテルチップが、洗浄のみで使いまわしの状態でした。交差感染を起こす原因となりますので、患者専用に準備を行うか、次亜塩素酸ナトリウムでの消毒の実施を行うよう、ご検討願います。
- ・ スペースは広く感じますが、注射等清潔な行為をする場所はオープン物品棚の前にあり、物品の出し入れや気流の変化などにより清潔が維持できないのではと感じます。注射台の周囲は清潔エリアとして確保するなどスタッフの動線が一直線に流れるように配置の工夫、保管の工夫をしてみてください。
- ・ 医薬品開封後の期限は、院内で統一すると病棟も業務がしやすいと思われます。
  - ① 点眼薬 約 1 カ月（別に期限の設けられているものを除く）
  - ② 擦式手指消毒薬：6 か月のもの、12 か月のもの、安定性はメーカー確認
  - ③ 経腸栄養剤：開封後常温や冷所での期限、他
- ・ 輸液調製作業台上に物品がたくさん置いてあると、作業前の清拭消毒もしにくく、埃もたまりやすくなるため、極力減らすようにして下さい。

- ・ 高カロリー輸液の調製については、理想的には薬剤科でのクリーンベンチ調製が望まれます。しかしながら、薬剤科のマンパワーが限られているため、他の業務も含めて増員確保についてご考慮下さい。

#### IV 病院職員に対する教育および職業感染対策について

評価：B

- ・ 職業感染対策については、安全装置付きの器材の導入が行われていた。
- ・ 職員が流行性のウイルス疾患に罹患した場合の連絡・報告ルートが書面でしっかりと明記されていた。
- ・ 結核病床があるものの、職員の結核曝露もなく、アウトブレイクの発生もない。
- ・ ワクチンは、B型肝炎のみ実施している。
- ・ N95 マスク装着時はユーザーシールチェックが実施されている。

##### (アドバイス)

- ・ 安全装置の器材については、翼状針に加えて、静脈留置針の導入もご検討下さい。
- ・ 採血困難患者への手袋の装着に関しては、血管が見えにくい患者ほど、処置時に針刺し等のリスクが高くなります。手袋装着の啓発と同時に、装着時の作業がしやすい薄くて丈夫なニトリル手袋等が販売されていますので、ご検討をお勧めいたします。
- ・ 患者のベッドサイドに必要な防護用具が多数置いてありましたが、各病室の壁にホルダー式で防護用具を設置すると、衛生的かつ機能的に防護用具が使用できます。
- ・ 結核病棟があるため、結核患者の対応が多いと思われます。結核曝露時の対応をスムーズに行うために、特に結核患者を担当する職員（医師、看護師、薬剤師、検査技師、その他職員）については入職時あるいは異動時に QFT 検査のベースラインの把握を推奨します。
- ・ 抗体価の測定、ワクチン接種等は、計画性を持って継続および対象を拡大し、4種および HB ワクチン接種について新規入職者への実施を推奨します（4種のうちでは麻疹、水痘が優先されます）。抗体の検査法は統一し、マニュアルに明記する事をお勧めします（日本環境感染学会：院内感染対策としてのワクチン接種ガイドライン等参考にして下さい）。
- ・ 針刺し等対応時マニュアル内に HIV は陽性または感染が強く疑われる場合の対応がありますが、不明な場合はどのように対応するのか、HBV・HCV と同じく同意のもと検査するのか明記して下さい。
- ・ 検査室の安全キャビネットのフィルター交換は4年～5年毎の実施をお勧めします。

以上

# 院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成24年9月11日（火） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：200～499床

支援実施者／藤田 信一（医師・リーダー）、太田 和秀（医師）

伊藤 さつき（薬剤師）、西原 寿代（看護師）、野田 洋子（看護師）、  
浅香 敏之（臨床検査技師）

## I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

感染対策委員会（ICT 部会）は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、事務など多職種から構成され、各部署にもリンクナースが任命されている。委員長は診療部長（小児科医師、産業医）が就任し、病院長はメンバーになっていない。感染管理を担当する医師や看護師は任命されているが、専任でないため、感染対策の立案・指示、感染情報の集約・発信を中心となって行う職員が明確でない。さらに、インフォームドコンセントが十分に実施されていない。

（アドバイス）

- ・感染対策委員会に病院長が加わることが望ましいです。
- ・病院の規模や入院患者の多くが重症患者であることから、感染管理者である専任の医師もしくは看護師がぜひとも必要です。
- ・感染対策のための検査、隔離、ガウンテクニック（予防着、マスク、手袋などの使用）、手洗いなどは文書化して職員に周知することが必要です。同意が必要な事項は、診療録に残すようにして下さい。

## II ICT活動について

評価：B

院内感染防止マニュアル（電子カルテ版）は、ほぼ必要な項目が網羅されているが、内容はガイドライン的で内容的に古い部分もある。ICT ラウンドや院内講習会などは定期的実施され、抗菌薬の使用状況や分離菌の報告なども定期的にされているが、その結果の分析・評価や各部署へのフィードバックは不十分である。また、アウトブレイクの定義や発生時の対応が明文化されていない。

（マニュアルに関するアドバイス）

以下の点について、マニュアル内の記載及び修正等、ご検討お願いいたします。

- ・図や表、写真、フローチャートなどを使って職員が理解しやすいように工夫。特に、貴院で使用されている消毒薬・抗菌薬、防護具の着脱方法、咳エチケット、アウトブレイク対応、など。
- ・消毒剤は消毒薬に、抗菌剤は抗菌薬に統一。
- ・消毒薬とそれらの調製方法、抗菌薬などを一覧表にしてマニュアルに記載。
- ・クロストリジウム・ディフィシル感染対策をマニュアルに記載。
- ・「JAID/JSC 感染症治療ガイド 2011」や「抗菌薬 TDM ガイドライン Executive summary」などを参考に、抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを作成。
- ・手洗い方法やノロウイルス感染対策などで別紙参照と記載されているが、参照文章をマニュアルに掲載。
- ・アルコールの使用期限はマニュアルでは「-----使用期限までに使い切る」となっているが、ICT ラウンド評価表では「6 か月」となっており、統一。（P.5）

- ・「マスクは一人1日1枚使用」となっているが、必要時に使用し処置が終了したら廃棄。(p.13)
- ・「ハンドクリームを用意する時にはチューブタイプが良い」とあるが、共用する場合にはプッシュタイプを使用。(p.15)
- ・「速乾性手指消毒薬の使用期限は開封後6ヶ月」とあるが、開封後6ヶ月まで検討して消毒効果(成分濃度)が有効範囲内であったということであり、6ヶ月過ぎても消毒効果は期待できる。(p.15、ICTラウンド評価表)。ウェルパスでは開封後12カ月まで安定とされている。(12カ月以上は未検討)
- ・感染症発生報告書をマニュアルに記載。また、感染対策委員会に報告する疾患名を明記。(p.21)
- ・「ツ反陰性者で希望する職員にBCGを接種する」とあるが、成人に対するBCG接種の予防効果は明らかでなく、時代の流れとしては中止の方向。(p.40)
- ・結核患者の濃厚接触者に対する検診に、クオンティフェロン検査の導入を検討。(p.40-41)
- ・インフルエンザの治療薬はイナビル、ラピアクタなどの新薬を入れて現状に即した内容にする。タミフルやリレンザの予防内服を必要とする症例のために、予防内服の同意説明文書もあったほうがよい。(p.28)
- ・「アルコール綿は・・・短期間に使い切る」とあるが、個包装のアルコール綿を使用しているのでは？(p.48)
- ・ノロウイルス感染症では吐物の取り扱いについても記載。(p.50-51)
- ・食器のテキサント浸漬は不要で、通常の洗浄と乾燥とする。衣類も汚染がなければ熱水による洗濯・乾燥で問題ない。また、「手洗い後ウェルパス消毒する」となっているが、貴院で採用されている消毒薬はユージェルでは？(p.61)
- ・針刺し発生後の処置で、「直ちに血液を絞り出し、0.5%テキサント液に浸す」とあるが、「直ちに流水下で洗い流す」に変更。(p.68)
- ・「ベッドサイドには、使用済み注射針などを入れるための膿盆を・・・」とあるが、膿盆を針捨てボックスなど耐貫通性容器に変更。(p.74)
- ・「疥癬の治療薬として安息香酸ベンジルアルコールを使用する」とあるが、この薬剤は日本では入手不可。(p.81)
- ・抗HIV予防薬に関して、県立中央病院で採用されている薬剤名とそれらの作用・副作用を確認。また、予防投与の同意説明文書が必要。妊娠反応の検査者と判定者についても担当者を明文化。(p.105)

(コンサルテーション活動に関するアドバイス)

- ・感染対策や感染症治療に関する責任者を任命して、いつでもコンサルテーションに応じられる体制を築く必要があります。また、相談内容と対応策の記録・保管も重要です。

(サーベイランスに関するアドバイス)

- ・感染サーベイランスを行っていないということですが、人工呼吸器を使用している患者さんが多数おられますので、人工呼吸器関連の感染サーベイランスから始めてみてはいかがでしょうか。

(情報の収集と提供に関するアドバイス)

- ・感染対策ニュースや電子媒体により感染対策情報を発信して、迅速な情報の共有化を図ってはいかがでしょうか。

### Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

病棟の水洗い場は乾燥が保たれるように工夫されている。また、陰圧室4床(完璧な陰圧室ではない)も確保されている。細菌学的検査は十分に施行されており、その結果も定期的に報告されている。また、抗菌薬の使用状況などは現場にフィードバックされているが、抗菌薬適正使用のためのマニュアルがない。患者給食や栄養部の職員の衛生管理は適切に行われている。

(アドバイス)

- ・発熱や咳の患者さんに手洗いやマスクの着用を促す看板を病院入口に設置してはいかがでしょうか。
- ・多用量バイアル開封後の使用期限を院内で統一して下さい。
- ・冷蔵庫の温度管理が不十分です。毎日1回、温度と記入時刻を記入した表を冷蔵庫に貼って温度管理を行って下さい。
- ・検査部内の手指消毒薬の数が少ないです。また、消毒薬は職員の動線に沿って目につくところに設置して下さい。
- ・古くなったスポンジは交換して下さい。
- ・処置室内の薬液調製台は、清潔区域であり、清掃しやすいように聴診器等の吊り下げや貼り紙は適切ではありません。また、血液が付着した針が針捨てボックスに投入されていましたが、薬液調製台に設置するボックスには血液で汚染された物品を入れないようにして下さい。
- ・手指消毒薬の開封日の記載がないものがありました。
- ・汚物室では手洗いが必要となりますので、手洗い石鹸を設置して下さい。
- ・个人防护具（特にエプロン）がアクセスしやすい場所にありませんでした。緊急時に使用する場合に対応できるように設置場所を考慮して下さい。
- ・洗浄後の器材乾燥にタオルを使用していますが、湿ったタオルが感染拡大のリスク要因となりますので、ペーパータオルまたは乾燥機を使用して下さい。
- ・オムツ交換の際は、1回ごとにナイロン袋に密封して運搬・廃棄することにより、臭い対策と感染拡大防止に有効です。
- ・ラウンド評価表に水回りの乾燥状態についての記載を追加することが必要です。
- ・ICTラウンドで指摘したことに対する改善報告書を提出してもらい、指摘事項が改善されたか確認することをおすすめします。
- ・リネンや清掃に関する外注業者のマニュアルをチェックして下さい。感染管理の面で不適切な部分が見つかるかもしれません。
- ・バイオハザードボックスが、適正に使用されていません。何でも捨てられる便利ボックスといった感じで使用されている部所がありました。
- ・薬局における土足禁止区域の設定は必要ありません。

#### IV 職業感染対策について

評価：B

B型肝炎やインフルエンザに関しては、抗体価測定やワクチン接種は適切に施行されている。しかし、麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎は抗体価測定のみでワクチンの接種が施行されていない。

(アドバイス)

- ・麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に対する抗体検査を毎年実施していますが、抗体陰性者で接種を希望する職員に対してワクチンを接種することをご検討下さい。
- ・針刺し事故の内容と事故件数を現場にフィードバックするなどして、職員全員で針刺し防止に取り組むようにして下さい。

以上

# 院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成24年9月20日（木） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：100～199床

支援実施者／西村 元一（医師・リーダー）、西 耕一（医師）

山本 康彦（薬剤師）、池田 恵子（看護師）、大井 希美佳（看護師）、

新川 晶子（臨床検査技師）

## I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

（委員会について）

- ・院内感染防止委員会・感染制御チーム会・リンクナース会のメンバーが同じ委員会の中で組織されています。また感染対策マニュアルで、組織図等には、院内感染対策委員会として提示されており、感染制御チーム ICT 会議録には、感染対策委員会記録とされています。このようにするのであれば、病院長・看護部長の出席が必要です。病院の規模を考えると3つ全ての委員会を組織する必要はないと考えますが、組織の機能や特徴・活動目標に合わせ、院内感染防止委員会とリンクナース会を組織するなど、どのような組織構成であると効率的に ICT が活動を行いやすいのかご検討されたいかがでしょうか。

（マニュアルに関して）

- ・部門別マニュアル（透析、内視鏡、リハビリテーション、検査室等）・血管内留置カテーテル関連感染対策、尿路留置カテーテル関連感染対策、手術部位感染対策、人工呼吸器関連肺炎対策、食中毒発生マニュアル、感染症に対する対策等のマニュアルについても整備されると良いと思います。
- ・職業感染防止マニュアルは、針刺し事故時の対策のみでなく、ワクチン接種プログラムについても記載されるとよいと思います。
- ・難しい面もありますが、針刺し事故時や感染症発生時の流れなどのマニュアルの記載に関しては、具体的な内容で書かれた方が良いかと思われまます。
- ・院内に感染対策の取り組み事項に関しての掲示がありませんでした。ぜひご掲示下さい。
- ・誤植が若干目立ちますので改訂の際にはご留意ください。

（抗菌薬適正使用ガイドライン等に関して）

- ・抗菌薬使用ガイドラインは非常によくまとめられていますが、術後感染予防薬として『第1世代・第2世代セフェム薬』などでなく具体的に『CEZ』のように薬剤名で表記されるとよいと思います。また可能であれば具体的な抗菌薬の投与量（腎障害時を含む）や臓器別の感染症に対する使用薬剤や投与量、術前抗菌薬の使用法（薬剤名等）の記載が望ましいと思います。
- ・抗菌薬適正使用を実施するに当たり、院内感染防止委員会へ抗菌薬の適正指導を行うための権限委譲がされていないように感じました。委員会の中で権限を委譲し、届出の実施・指導を行っていくと活動しやすいと考えます。
- ・各医師の抗菌薬の処方を制御するのは容易ではありませんが、抗菌薬使用の院内ガイドラインを感染症の部位別に医師の分担執筆で書いてもらうことから始められたらよいのではと思います。特定抗菌薬の使用申込書または届出表も各主治医になるべく直接依頼し、後日でもよいので書いていただくようにされたいかがでしょうか。

- ・マニュアル同様、誤植が若干目立ちますので改訂の際にはご留意ください。

## II ICT活動について

評価：B

- ・委員会は、メンバーが多いのに参加率が高くとても良いと思います。また毎月、リンクナースがチェックリストに基づきラウンドを行い報告していることは素晴らしいです。現場がラウンドの報告を受け、現場がどのように改善したか報告があるとさらに良くなるのではないかと考えます。
- ・病原体サーベイランス、医療器具関連感染サーベイランス（4種）、針刺しサーベイランス、抗菌薬サーベイランスが実施されていました。この調査は、発生件数・使用日数のカウントのみならず、病院で必要なサーベイランスの見直し（量）を行い、データの分析・評価のみならず、何に注意してケアを行わなければならないか などのコメントを入れてフィードバックをされると改善（質）につながると思います。
- ・教育は回数も多く、参加率も高く良いと思います。ただし、参加できなかった職員へのフォローが必要なため、今後ご検討下さい。
- ・アウトブレイク時の活動記録が適切に残っていましたが、実施した対策についてもう少し詳細に記入し、改善しないといけない点など、例えば、連絡体制や現場がどう対応しなければならないかを記入された方が良いと思います。

## III 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

（総論）

- ・日々ラウンドを行い、感染対策に関心を持ち個人・組織が努力されている様子がうかがえました。しかし、職種間の認識の差が見られたり、日常業務のやりやすさが優先されている場所がかなり有りました。今後の課題と考えます。
- ・感染経路別予防策が必要な患者の表示や抗菌薬の一覧表の有無など感染対策が病棟間で異なっていました。全職員が分かるように院内の表示方法を統一して下さい。
- ・また各種のサインもまちまちなところが見受けられました。統一された方が良いと思われます。

（現場）

- ・清拭車、製氷機、薬品などを入れる冷蔵庫・冷凍庫の管理方法を改めて見直して下さい。
- ・個人防護具の種類・設置場所が多く、整理された方が良いと感じました。必要な場所に必要な防護具を設置する、又、導線に合わせて手指衛生剤を設置することをご検討下さい。アルコール用のポシエットがハサミなどの物品入れとなっていました。ポシエット使用の目的を再確認し、使用をご検討下さい。手袋に関しても一本化もしくは、ニトリルは高価なので使用目的以外は使用しないなど統一化を図れば、コスト削減にもなると思います。（病棟の医療材料の在庫量・管理方法を再度見直して下さい）
- ・回診車、オムツ交換車、ワゴン車の物品で清潔と不潔が交差している物がありました。例）感染性携帯用器（使用後の針あり）と手袋、血糖測定器（血液付着）と体温計、オムツ用計量器と消臭剤や石鹸など
- ・汚物室・ナースセンター・ワゴン車・オムツ交換車・水回り・ミキシング台は、清潔不潔の区分を共通認識させ、交差感染を予防する取り組みを実施されると良いかと思います。また壊れたアンプルは、感染性の廃棄物となります。また、ワゴン車に設置されたゴミ袋の中に、紙ごみ・エプロン・手袋（ニトリル）が一緒に入っていました。廃棄物の分別方法を再度見直して下さい。
- ・3階待合室（透析室）、外来入院施設と交差しているため咳エチケットの徹底を患者さんが実施できる環境作りをご検討下さい。

#### IV 職業感染対策について

評価：B

- ・実地としてはインフルエンザのワクチン接種率が高いなど良い点が見受けられますがまだまだなぜ検査が必要でワクチン接種を行っているか理解していない職員が多いと思いますので院内で行っている入職時の感染症検査およびワクチン接種をなぜ行っているのか、どこまで推奨し行っているかを理解してもらうように工夫されたらよいと思います。
- ・職員のワクチン・抗体価検査などについて衛生委員会の部門で、感染制御チームでは把握していないとのことでした。感染管理上、実施状況や対策への介入は重要となるため、衛生委員会へ感染制御チームのメンバーが参加されるなど共同で対策を行なうようにされたら良いのではと思います。またその中で5種のワクチンを今後どうしていくか相談されたらいかがでしょうか。
- ・結核感染対策で、QFT 検査は単回の検査でなく、ベースラインとの比較をすることによって当該曝露による感染か否かを判断しますが、結核病棟のない病院では、すべての職員のベースラインをとることは実際的ではありませんので、曝露後4週間以内の採血をベースラインとし、曝露後8週間以降の結果と比較する方法が良いと思います。
- ・針刺し粘膜曝露事故時、感染症発生時などは、病院内での連絡系統（フローチャート）の記載を行い、発生時に確認しすぐに対応できるようにしてはどうか？

全体を通して病院としての意気込みを感じました。県内のモデル地区となりますよう頑張ってくださいと思います。

以上

# 院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成24年9月21日（金） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：100～199床

支援実施者／馬場 尚志（医師・リーダー）、石田 美由紀（薬剤師）

西原 寿代（看護師）、小森 幸子（看護師）、千田 靖子（臨床検査技師）

## I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

- ・ 感染管理組織として、副院長を委員長とする感染防止委員会（ICC）が組織されている。委員会には、各科医長、各職種の長、病棟・外来だけでなくデイサービスなど、院内の様々な部署から様々なメンバーが参加している。
- ・ 実働部隊として、医師を長とする感染対策チーム（ICT）が組織されており、各病棟から看護師1名がメンバーとして参加している。
- ・ 感染管理に関する院内の情報については、ICTメンバーである主任薬剤師に集約されるシステムとなっている。
- ・ 各現場への周知については、ICC・ICTメンバーによる部門毎のミーティングにおける情報伝達のほか、各個人へも院内メールなどが活用されている。

（アドバイス）

- ・ 様々な構成員により感染防止委員会が構成されているほか、全ての病棟の代表者がICTに参加しており、非常に実践的な組織構成と考えます。これらを真に効果的なものとするため、各構成員がそれぞれの部署に伝達するだけでなく、マニュアル遵守状況の確認や教育・啓発まで担当すること、さらにはその意識を強く持つことが必要と考えます。
- ・ 全ての情報がICTメンバーである薬剤師に集約されることは、情報の一元化の点からは有利でもありますが、感染管理専従者ではないため負担が大きいと推察され、円滑なICT活動のためにはそれぞれの職種の専門性を活かした役割分担が必要と考えます。
- ・ 空調設備や水質管理などの施設管理や、清掃やリネンなど外部委託している領域のチェックも感染対策上で重要です。日頃から施設管理部門との連携や、外部委託業者の契約内容（仕様書）などの確認を行い、必要に応じて協議や改善を求めるなど、積極的に関与することが必要です。
- ・ 現在は、感染対策経費としての予算は無いとのことでしたが、病院全体の感染対策を推進していくためには、様々なコストが必要です。また、各部門において別々の形で予算計上し購入しているものを、感染対策専任者の視点で取りまとめることによって、逆にコスト削減につながることもあります。
- ・ 確実な感染対策を行うには、各種情報の職員への周知徹底も重要です。各部署での掲示のほか、院内メールでの配信もされているようですが、電子カルテとは別の画面を立ち上げる必要があり、職員によっては読まれない可能性も指摘されていました。重要事項については、単一のメディアだけでなく、なるべく多くの方法による情報発信を心掛けるほか、部署での回覧にはサイン欄を設けるなど、医療者個人まで確実に情報伝達される方法をご検討下さい。

## II ICT活動について

評価：B

### 1. マニュアル

- 非常に多くの項目が網羅されており、マニュアル整備に対する意識の高さが伺える。

(アドバイス)

- 現在のマニュアルは、かなり文章量が多いものとなっていますが、マニュアルは、一般医療者が現場で各種医療行為・作業を行う際の実践的な手順書であることが必要です。すなわち、現場のスタッフにとって使いやすく、実用であることが求められます。重要な手技や手順、個人防護具の着用法などは、写真や図、フローチャートなど多く取り入れ、わかりやすいものをご検討ください。
- また、現在のマニュアルには、他の文献や書籍からの引用、ガイドライン的な内容のものも混在しています。また、古い内容や現在使用されていない薬剤の記述も見られ、施設の実情や問題点を吟味した上で、施設にとって実用的な内容に適宜改訂していくことが必要と考えます。
- 迅速な対応が必要となる針刺し・切創対応についても、HIV が別項目に記載されているなど、実用面で改訂すべき項目も見られます。
- MRSA 対策についても、接触予防策が必要か否かは、抗 MRSA 薬の要否と異なり、本来感染の有無で判断するものではありません。米国 CDC の隔離予防策ガイドラインなどで再度原則をご確認いただき、マニュアルの改訂などをご検討ください。
- 標準予防策は、感染対策において一番重要な概念です。マニュアルには、7 ページからスタンダードプレコーションの項がありますが、多くは感染経路別予防策に関する記述であり、手指衛生以外の標準予防策に関する記載が非常に少ない印象を受けます。個人防護具の着用なども含めてしっかり職員に浸透するよう、マニュアル上でも配慮が必要と考えます。
- また、デバイス関連感染防止に関する記載、具体的な洗浄や消毒方法（その基になるスποルディング分類を含め）、具体的な目的別・状況別の消毒薬の使い分け、疾患別予防策として麻疹、風疹、水痘、ムンプスなどのウイルス性疾患などの項目について、適宜追加していくことをご検討ください。
- これらの改訂には、膨大な労力・時間を要します。まず、項目立てを再検討・整理することが必要ですし、それぞれの ICT メンバーが協力し、役割分担していくことも必要と考えます。また、毎月テーマを決めて各職種がお互いの意見を出し合いながら行うなど、時間をかけて着実に進める事も良いと思います。
- 改訂の際に、最新の情報を参照するものとして、米国 CDC の各種感染対策ガイドライン ([http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent\\_pubs.html](http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent_pubs.html)) や、国公立大学附属病院感染対策協議会「病院感染対策ガイドライン」(じほう社)などを活用することをお勧めします。また、消毒薬メーカーや感染対策関連の医療機器メーカーのホームページにも、消毒薬に関する情報や各種ガイドラインの和訳などの情報がありますので、参考になると思います。

### 2. サーベイランス

- サーベイランスとして、尿分離菌や薬剤耐性菌分離状況などが集計されている。

(アドバイス)

- サーベイランスは、組織における感染対策の向上を目的に行うものであり、実施するにあたり、施設の実情にあったターゲットを設定することが必要です。現在も検査部を中心に様々なデータが収集されていますが、目的が明確でないと分析・評価も不十分となり、現場への有効なフィードバックも不可能です。

- ・ カテーテル関連尿路感染サーベイランスなどデバイス関連感染サーベイランスは、各種デバイスの取扱いの適正さなどを評価することが可能ですが、発生数や分離菌のみを見るのではなく、「率」を出すことから始まります。米国 NHSN の基準 ([http://www.cdc.gov/nhsn/TOC\\_PSCManual.html](http://www.cdc.gov/nhsn/TOC_PSCManual.html)) や、日本環境感染学会の基準 ([http://www.kankyokansen.org/modules/iinkai/index.php?content\\_id=6](http://www.kankyokansen.org/modules/iinkai/index.php?content_id=6)) などをご参照ください。
- ・ 抗菌薬使用量については、AUD での算出を行ってください。病院全体の使用量とともに、病棟による使用量の偏りがあれば、現場にフィードバックし、提案につなげることが重要と思います。

### 3. ラウンド

- ・ 感染防止対策加算 2 を算定するにあたり、本年度より週 1 回の院内ラウンドが開始されている。

(アドバイス)

- ・ 院内ラウンドは、現場の質問・意見の聴取も 1 つの目的ですが、マニュアルで規定した各種感染対策法が、現場で確実に理解・遵守されているかどうかを確認することが主たる目的となります。よって、マニュアルをしっかりと整備するとともに、施設内で遵守されにくいことや問題点、向上させたい項目などを、事前に吟味・把握することが必要です。
- ・ 例えば、手指衛生の遵守向上を目的とする場合には、ラウンドで手順や遵守状況を確認することになりますし、環境整備が規定通り行われているかを確認することも重要です。また、感染症診療の向上を目指す場合には血液培養陽性例や薬剤耐性菌感染例、広域抗菌薬使用例、抗菌薬長期投与例などを対象にラウンドし、広域抗菌薬の必要性や投与法の適正さについて専門的な視点から確認することになります。すなわち、ラウンド内容やチェック項目は、ラウンド目的が明確になれば決まりますので、まず目的を決定することが必要です。
- ・ 薬剤管理としては、消毒薬の使用状況や開封日の記載の状況などを、ラウンドを通して確認することも重要です。また、TDM が必要な薬剤について積極的に医師と意見交換を行うことも効果的です。その際の資料としては「抗菌薬 TDM ガイドライン」

([http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/tdm\\_executive-summary.html](http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/tdm_executive-summary.html)) などが有用です。

- ・ ラウンド対象部署としては、外来や病棟以外に、手術室やゴミ廃棄場所、洗濯場、剖検室なども含め、空調設備の確認や外部委託業務の実施状況の確認を行うことも重要と考えます。ご検討ください。
- ・ ラウンドは、結果を現場に適切な形でフィードバックすることも重要です。現場の写真とともにわかりやすく改善策を提示することが必要ですし、逆に各部署で検討してもらうなど、確実に改善につながるような工夫が必要です。

### 4. 教育

- ・ 医療法に規定される年 2 回の全体講習会のほか、看護部では、採用時および中途採用者に対してオリエンテーションが行われている。

(アドバイス)

- ・ 全体講習会の内容は、外部講師の講演だけでなく、感染対策上の変更点や、ラウンドや各種データの分析により明らかとなった病院内の問題点など、全職員に周知徹底すべきことを盛り込むことが必要と考えます。
- ・ 病院全体の年度目標などを設定し、ラウンドによるチェックなどとも連動させると、より確実な推進が図れることもあります。

- ・ 一方、感染対策上の重要項目は職種によって異なる部分もありますので、全体講習会以外にも、部門別講習会などの計画・実施をご検討ください。
- ・ 採用時のオリエンテーションも、看護師以外の職種に対しても行うことが必要と考えます。

### Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

- ・ 病棟では、个人防护具を設置するためのフックが、各病室の前に取り付けられているなど、様々な工夫が見られた。また、点滴ミキシング台の上には、清潔操作を促す掲示物があるなど、意識を高める工夫も見られた。
- ・ 透析室では、患者毎の次亜塩素酸による環境整備や、抜針時の个人防护具の着用が徹底されているなど、意識の高さが伺えた。
- ・ 検査部門については、細菌検査が昨年7月から外部委託となったが、血液培養陽性時や届出対象菌が分離された場合には、速やかに電話・FAXで連絡される体制となっている。また、薬剤感受性検査（耐性菌確認試験）についても、適切な契約となっている。検体回収も毎日2～3回あり、外部委託としては迅速に検査が進められている。
- ・ グラム染色や抗酸菌染色については、時間外も含めて院内での実施が可能な状況であり、検査時の安全キャビネット使用および个人防护具の着用についても適切に行われている。
- ・ 検査部での薬剤耐性菌の分離状況およびアウトブレイク監視も毎日行われており、緊急時の報告体制も適切に構築されている。

(アドバイス)

- ・ より確実に清潔（使用前）物品と不潔（使用后）物品を区別し、交差感染のリスクを低減する工夫が必要と考えます。具体的には、
  - 病棟の処置用ワゴン車では、オムツを入れた袋が使用前物品と一緒になっていました。上段を清潔、下段を不潔とするなど分けて使用してはいかがでしょうか。
  - 点滴ミキシング台の上にあるフックに、患者環境で使用した後の点滴棒が掛けてありました。ミキシング台は、病棟で一番清潔さが必要な場所ですので、患者環境で使ったものは、別のところに置くようご検討ください。
  - ミキシング台横のアンプル廃棄用容器に、使用後の針が捨てられていました。患者の血液で汚染されたものをミキシング台付近に持ち込むと、患者環境で使ったものや血液で汚染された物を無意識にミキシング台に置いてしまうリスクも生じますので、厳密に分けることが必要です。また、同じ理由から、使用後の針捨て容器を置いておく（戻す）場所を、ミキシングゾーン付近に設定することも、潜在的なリスクにつながります。
  - 吸痰ビンや陰洗用ボトルの洗浄は、清潔物品を置く戸棚からできるだけ離れた場所で行うのが望ましいと考えます。
  - 透析室でも、穿刺や抜針に必要な物品を、カートごと患者サイドに持って行き処置をされていましたが、透析環境では見た目に血液付着が無くても、潜在的な血液汚染の発生が十分想定されます。患者サイドには、1人の処置に必要な物品のみを持っていくようにするとともに、一旦持ち込んだものはカートに戻さないよう、手順の変更をご検討ください。
  - 検査部においても、感染領域（検査室内）と非感染領域とで、着用する白衣を分けることをご検討ください。
  - 外来採血室では、未使用の採血ホルダーや手袋など清潔物品と、針捨て容器など汚染物品が採血台に並べて配置されていました。適切な配置場所・方法についてご検討下さい。

- ・ また、物品や手順を、その意義や必要性から吟味し、整理することが必要と考えます。具体的には、
  - － コップとガーグルベースンを別の容器で浸漬消毒しておられましたが、消毒という目的から考えると同じ容器で行って問題ないと考えます。
  - － 中材での洗浄をしっかり行っていますので、病棟では消毒薬への浸漬は行わず、蛋白凝固阻止剤などを活用することをご検討ください。
  - － 同じような種類の消毒薬が複数採用されています。これらを統一することで、コスト削減のほか、使用法の教育・徹底にも有用です。
- ・ 感染管理においては、適切な手指衛生実施と個人防護具着用が重要なポイントとなります。点滴ミキシング台だけでなく、これらが特に重要となる場所では、医療者が自然と遵守できるようポスターやサインの掲示をご検討ください。
- ・ また、手指衛生関連物品や個人防護具は、使いやすい場所に配置されていることが重要です。汚物室においても、壁掛け式にするなどこれらの設置方法をご検討ください。
- ・ 外来でのトリアージや患者の適切な手指衛生・咳エチケットなどを促すため、患者向けのポスターやサインを、外来入口だけでなく受診受付や各外来窓口などに掲示することをご検討ください。

#### IV 職業感染対策について

評価：B

- ・ 留置針・翼状針・ポート針など、様々な種類の安全装置付き器材が積極的に導入されており、針刺し防止に対する高い意識が伺える。

(アドバイス)

- ・ 針刺しなど血液・体液曝露事例は、他の委員会で審議されており、感染管理組織ではデータを把握していないとのことでした。職業感染対策として重要な項目であり、積極的に分析・改善に関与することが必要ですので、委員会同士の連携や担当業務の再編などもご検討下さい。
- ・ 携帯用の小型の針捨て容器は、仮蓋ができないタイプのものでした。転倒すると中身が飛出るリスクもあり、仮蓋のできる製品の採用もご検討ください。
- ・ 血液・体液曝露時の対応として、曝露源（患者）の HIV 確認は通常行わないとのことでした。現代の方向性としては、各種ガイドラインでも示されるとおり、血液・体液に曝露されたら肝炎ウイルスとともに HIV 検査も実施することが基本となっています。もう一度、対応を見直すとともに、検査や対処（予防内服）の体制作りを検討することが必要と考えます。
- ・ 血液・体液曝露後の HIV 対応について、情報が必要な場合には、石川県立中央病院が県下の病院を対象に講習会を行っています。
- ・ 近年、多くの病院で vaccine-preventable diseases である麻疹、風疹、水痘、ムンプスについて職員の抗体価を確認し、必要な職員に対してワクチン接種が実施されています。貴院には小児科もありますし、成人でも播種性帯状疱疹などは決して稀ではありません。職員本人の安全だけでなく、感染管理組織でデータを管理しておけば、無用な予防処置や就業制限も防げます。優先すべき疾患および対象者の吟味は必要と考えますが、是非ご検討ください。
- ・ ワクチン接種対象者の選定や、その考え方などについては、日本環境感染学会の「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」  
([http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content\\_id=4](http://www.kankyokansen.org/modules/publication/index.php?content_id=4)) などが参考になると考えます。

以上

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数：～ 99 床

実地支援日 平成 23年 11月 8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)
[組織的な感染管理システム] ・今後、ICN の育成を検討する。	スタッフ不足のため、長期研修受講には至っていない。 今年度は看護協会主催の専門的看護実践研修事業に1名参加予定	未実施
[院内感染対策マニュアル] ・病原体別予防策にノロウイルス、MDRP を加える。	感染症別入院対応マニュアルに多剤耐性菌 (MDRP など)、ノロウイルスの対応策を追加して記載	改善
・感染対策に関する事は、感染対策マニュアルにも記載する。	食中毒に関するマニュアルが記載されていなかったため、栄養部で作成してあったマニュアルを追加	改善
・消毒薬について、調整法や使用方法を記載する。	院内で使用している消毒薬の一覧と使用例を明記して感染対策マニュアルに記載。現在、実際の使用状況を調査中	一部改善
・細菌培養を行う際の血液、喀痰等の採取や検体の保管搬送に関する事項を記載する。	細菌検査材料別採取・保存方法のマニュアル作成し、感染対策マニュアルに記載	改善
・写真や図などを取り入れる。	インフルエンザの院内感染防止対策のマニュアルを実際に対策した写真を載せて作成した。順次マニュアル改訂時に写真入りに変更予定	一部改善

II サーベイランス

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)
[サーベイランスの実施] ・デバイスサーベイランスを期間限定で行い、現場にフィードバックする。	H24.5月発行の ICT 情報に、尿バルーン、CVC の年間感染率を過去5年分と比較。挿入実績感染率をグラフ化して掲載。CVC の感染率の増加に対してルート交換のマニュアルの再検討 (特に消毒薬について) を実施中	一部改善

### Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
[病棟] ・回診車の上で清潔なものと不潔なものが交差しないようにする。	回診車の上に物を置かないことを決定し、職員に指導	改善
・汚染物は現場でビニール袋に入れ、ヒモで閉じて搬送する。	ビニール袋には入れているが、ヒモの使用は行っていない	一部改善
・回診車に不要な滅菌機材を積載しない。	回診時に必要となる機材のみを積載するように変更	改善
・ミキシング台のポスターを除去する。	東病棟・西病棟ともにミキシング台のポスターを除去し、不要な物も置かないように指導・徹底	改善
・手指衛生剤の払い出し量を調査し、職員の手洗いを啓発する。	ICT 情報 H24.1 月号に、年間の使用量（月別）を掲載し、職員に使用量の変動を明示。その後 7 月にグリッターバッグを使用した手洗いの研修会を実施して、正しい手洗いを啓発	改善
[手術室] ・手術室の滅菌物の在庫を適正に保つ。	H23 年に比べて手術件数も増加し、手術日（月・水）に在庫管理を実施し、物品の適正化に努めている	改善
[栄養部] ・アルコールや石鹼の詰め替えはしない。	詰め替えしなくて良い物に変更（ジャポネット石鹼）	改善
[薬剤室] ・中心静脈から投与する高カロリー輸液は、クリーンベンチ内で調整できるようにする。	現状では、高カロリー輸液を使用する患者はいないが、今後使用する場合は、近隣病院にて調整を依頼できるよう検討	検討中
[リネン室] ・洗濯が終了したリネン類は、床上 30 cm 以上のところに保管する。	東・西病棟ともに下から 2 段目（床から 50 cm 上）にリネン類を置くように配置転換	改善
[汚染室] ・感染性廃棄容器は、職員が常時目の届く場所に設置する。	汚物室のミッパールを撤去し、ナースセンター内の感染性廃棄物容器に捨てるよう変更しました。	改善

### Ⅳ 病院職員に対する教育および職業感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
[感染管理の教育・研修] ・分離菌に対する抗菌薬感受性率を集計して、臨床側にフィードバックする。	培養検査で材料別、菌別の薬剤感受性率について、H21, H22, H23 年分を集計し、グラフ化して臨床側に提出	改善
[職員へのワクチン接種] ・麻疹、水痘、ムンプス、風疹などの抗体検査は、新規採用職員全員に行い、希望者にはワクチンを接種する。	H24 年採用職員についてはすべて抗体検査を実施。ワクチンの接種については調整中	一部改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

病 床 数 : 200 ~ 499 床

実地支援日 平成 23年 11月 22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)
[組織的な感染管理システム] ・専任者（特に医師、看護師）を配置する	専任者を決定済み	改善
[ICT 活動] ・年度ごとに目標を定め、活動を行う	目標を設定した	改善
[院内感染対策マニュアル] ・別資料となっていたワクチン・アウトブレイク対策・手洗い・抗菌薬適正使用等を、感染対策マニュアルとしてまとめる	一元ファイル化した。今後実施していく	一部改善
・感染管理教育の計画の概要を記載する	記載した	一部改善
・サーベイランスの実施の概要について記載する	サーベイランス概要を記載した。今後、マニュアルも変更予定	一部改善
・アウトブレイク時の対応について記載する	記載した	改善
・重要な微生物検査結果の報告について記載する	報告書の書類の検討中	検討中
[院内感染対策マニュアル]※各項目におけるアドバイスについて	作成中	一部改善
・標準予防策：擦式手指消毒方法、PPEの着脱方法等呼吸器衛生/咳エチケット、安全な注射手技、腰椎穿刺処置時の感染対策を追加する	作成中	一部改善
・接触感染予防策：疾患別の具体的な対策を追加する	作成中	一部改善
・空気感染予防策：N95 マスクの装着方法を追加する	作成中	一部改善
・血液・体液曝露の対策の追加、報告および対策のシステム構築を考慮する	H I V 検査追加済み	一部改善
・疾患別の対応：ノロウイルス、流行性ウイルス疾患対策を追加する	済み	改善
・消毒薬の適正使用について	済み	改善
・追加の必要な手技別項目について	作成中	一部改善
・微生物関連について	済み	改善
・抗菌薬関連について	済み	改善

## II サーベイランス

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)
[サーベイランスの実施]	現場にフィードバックしている	
・目標を設定し、現場にフィードバックする		一部改善
・継続可能なサーベイランスを実施する	実施中	一部改善
・尿培養における、定量値を記載する(カテーテル尿路感染の診断のため)	記載した	改善

## III 病院における種々の分野での感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
[外来]	ポスターを掲示した	
・感染症患者の早期発見のため、ポスター掲示を考慮する		改善
・消毒薬設置場所の増設あるいは目立つよう考慮する	目立つように配慮した	改善
[病棟]		未実施
・遵守率が悪い項目に関して、手順書などを作成し、スタッフ同士でチェックする		
・擦式手指消毒剤の設置方法や活用方法を検討する	設置場所再検討し管理方法を構築中	一部改善
・汚物処理内、処置ワゴン、ナースステーション内等で清潔なものと不潔なものとを交差させないよう工夫する	工夫・変更した	改善
・点滴調整台での専用針捨てボックスを配備する	設置した	改善
・水回りにおける清潔物品の除去、スポンジ設置の場合は定期的に交換する	清潔物品は除去した スポンジは2週間で交換	改善
[その他部署]		未実施
・中央材料滅菌について、資格をもった職員の配備を考慮する		

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)
[薬剤部] ・速乾性擦式手指消毒剤の導入を考慮する	導入済み	改善
・開封済み薬剤の使用期限を統一し周知をはかる	周知済み	改善
・輸液調整マニュアルを作成し、クリーンベンチには簡易版のマニュアルを添付する	現在クリーンベンチ使用しておらず	未実施
[抗菌薬の使用管理] ・ATC/DDDシステムによるモニタリングを行う		未実施
・抗菌薬使用量と病原菌の感受性率を比較しモニタリングする	実施済み	改善
[検査部関連] ・擦式消毒用アルコール製剤、個人防護具の設置を考慮する	アルコール製剤は設置済み 個人防護具は一部設置	一部改善
・清潔物品と汚染物品とを遠ざける	済み	改善
・検査センターからの微生物検査データはFAXでもらうことを検討する	MRSAに関するデータはファックスでもらい即時病棟へ報告	改善
・院内におけるグラム染色検査の実施を検討する		検討中

#### IV 病院職員に対する教育および職業感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
[感染管理の教育・研修] ・施設内の感染管理の問題点とリンクした内容の教育を行う	年 2 回予定（1 回実施済み）	改善
・新入オリエンテーション時における抗菌薬に関する項目を追加する	作成中	一部改善
・クリーンベンチの使用方法・調整操作の研修を行う		未実施
[職員に対する職業感染対策] ・毎年 HBs 抗体が陰性化した職員に対するブースターを実施する		検討中
・針刺し防止器材を導入する	器材導入済み	改善
・針刺し防止策や事故時の対応についてマニュアルを作成する	作成済み	改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数：500床以上

実地支援日 平成 23年 12月 9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>[組織的な感染管理システム]</p> <p>・専任医師の配置、薬剤師・検査技師についても、感染制御に関する認定取得をめざす</p>	<p>・抗菌薬化学療法認定薬剤師（日本化学療法学会）：講習会に参加（6/17）</p> <p>・感染制御認定薬剤師（日本病院薬剤師会）：薬剤師の為の感染制御セミナーに参加予定（9/23）、平成24年度感染制御専門薬剤師講師会に参加予定（1/12）</p> <p>・ICMT資格取得に前向きに検討中</p> <p>・本年度医師1名ICD資格取得予定</p>	<p>検討中</p>
<p>・感染対策委員会において、医療器材の管理者や清掃業者の参加を検討する</p>	<p>管財課の管理者は参加している。清掃業者の参加は検討中</p>	<p>一部改善</p>
<p>・消毒薬や手袋マスクなどの消費量モニタリング</p>	<p>消毒薬、手洗い製剤の払い出し量をモニタリングしている。マスク、手袋は検討中</p>	<p>一部改善</p>
<p>・抗菌薬使用量の月ごとの集計を報告する</p>	<p>3か月毎の集計報告であったところ、2か月毎にした</p>	<p>改善</p>
<p>・感染対策委員会（またはICT）として目標を定め、活動を行う</p>	<p>年度目標を定め、活動を行っている</p>	<p>改善</p>
<p>[感染対策マニュアルについて]</p> <p>・項目毎の更新履歴を記入する</p>	<p>更新毎に項目右上に日付を記入</p>	<p>一部改善</p>
<p>・目次を作成する</p>	<p>電子カルテ上、目次をクリックして開くようになっている</p>	
<p>・ノロウイルスなどのエンベロープを持たないウイルスについて、アルコールが無効であることを記載する</p>	<p>マニュアル修正済</p>	<p>改善</p>
<p>・PPEの着脱の順番の記載する</p>	<p>マニュアル修正済</p>	<p>改善</p>
<p>・消毒薬の表記の仕方、別表に希釈方法について記載する</p>	<p>マニュアル修正済</p>	<p>改善</p>
<p>・ノロウイルス抗原検査で陰性の場合でも、疑いがある場合は、感染予防策は必要であるとの内容を記載する</p>	<p>記載してある</p>	

## II サーベイランス

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〕
[アウトブレイクへの対処] ・アウトブレイクの基準については、より簡便で分かりやすい基準を考慮する	マニュアル修正済	改善

## III 病院における種々の分野での感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
[外来] ・感染症患者の早期発見のため、ポスター掲示などを工夫する	工夫している	改善
・正面玄関入口及び救急外来入口にマスク自動販売機を設置する	現在の2か所以外は、必要時に対処	
・感染症（隔離用）診療室内にも電子カルテを配置する	使用頻度が少なく、配置していない	検討中
[病棟] ・感染性廃棄物が清潔物品と交差することなく廃棄できるようスペースを工夫する	スペースを確保	改善
・手すり使用者に不都合が生じないよう、手袋（箱）の設置場所を工夫する	撤去した。必要な病室には室内に設置	改善
・点滴調整台で使用する鋭利物品を廃棄する容器は、調整台の上や横に設置する	調製台の横にバイオハザード容器を設置	改善
・点滴調整台の点滴フック用クロスバーの再設置を考慮する	特に差支えなく、再設置していない	未実施
・ディスポの経腸栄養セットの再使用は行わない		検討中
・結核を疑われた患者の採痰時の注意を記載する		修正中
・手指消毒薬の手かざし（自動）タイプを導入する	ポンプ式の使用頻度向上に向けて取り組み中。運用面で使い勝手が悪いいため、取り入れていない	未実施
・マルチアクセスバイアルや吸入薬の開封後の期限一覧表を作成する	期限一覧表（消毒薬、マルチドーズバイアル、自己注射薬、製品単独で持続投与される注射薬について）を作成し、電子カルテ上にアップ	改善
・滅菌物品は扉のある棚に保管する（衛生的管理）	通常、扉のある棚に保管してある。一部の部署には指導	改善
・採血ホルダーは使い捨てとする		検討中

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
[薬剤部] ・キャビネットやクリーンベンチ使用マニュアルや調整マニュアルを分かりやすく掲示する	環境整備の面から不要と考え、掲示しない。使用者には事前にマニュアルを熟読するよう指導	未実施
[抗菌薬の使用管理] ・抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを作成する（ガイドライン的書き方の修正）	作成中	検討中
・抗菌薬の適正使用について、長期使用例の検証など、個別に適正使用に踏み込めるようなシステムを構築する	薬剤部部門システムから、抗菌薬の投与日数が14日を超えている者をリストアップし、抗菌薬使用申請書及びカルテより情報収集し、委員会で検討・評価し、フィードバック	改善
・Antibiogram（主要菌種の抗菌薬感受性一覧表）を年1回程度作成する	2011年度版 作成	改善
[手術室] ・手術用の覆布をディスポ製品へ変更する	覆布に関しては、ディス製品を使用している。保温等で布製品を一部使用	一部改善
[検査部] ・微生物検査室の365日運用を検討する	前向きに検討中	検討中
・ESBL、メタロβラクタマーゼ産生菌の検査を行う	ESBL、メタロβラクタマーゼ産生菌の検査は実施	一部改善

#### IV 病院職員に対する教育および職業感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
[職員に対する職業感染対策] ・B型肝炎の針刺し後は、職員に免疫が無い場合には、グロブリン+ワクチン接種が必要でありマニュアルを変更する	マニュアル修正済	改善
・毎年 HBs 抗体が陰性化した職員についてブースターを実施する		検討中
・入職時のツ反の2段階法検査は中止を考慮する	QFTに移行	改善
・結核接触者検診について、新しい基準のマニュアル・手順を作成する	マニュアル修正済	改善
・針刺し防止器材を導入する		検討中
・血液汚染の可能性が高い手技の場合のHIV検査の実施を検討する		検討中
・4種ウイルス抗体検査後の陰性者へのワクチン接種率増加を目指す	ウイルス抗体陰性者へのワクチン接種の啓発活動を行う	一部改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数：200～499床

実地支援日 平成 23年 12月 14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>[組織的な感染管理システム]</p> <p>・現場の問題点を迅速に把握するためのリンクナースなどを通じた情報収集システム構築（強化）</p>	<p>・風土、文化作りとしてラウンド回数増・掲示物や院内 LAN 活用等の ICT 活動で職員の感染対策への意識は高まった。ラウンド時には必ず何らかの質問を受けるようになった。ただし、部署によってリンクナースの意識の温度差がある。委員会の時は必ずミニレクチャーを設定しリンクナースの知識や理解を深めることができるよう努めている</p> <p>・従来のシステムでは細菌検査データが殆ど把握できない状態だった （オーダーリングも入ってなかったため紙伝票のみの運用 過去検査結果が確認できない状態） 平成 24 年 3 月より委託業者を変更し、感染対策に必要なデータが毎日リアルタイムに入手可能になった。毎朝、チェックし耐性菌等確認が必要な症例はリンクナースや部署管理者へ情報を提供し、早期に介入する機会が増えた。（このことで問題意識が高まった）</p>	<p>一部改善</p>
<p>[院内感染対策マニュアル]</p> <p>・定期的なマニュアルの改定</p>	<p>・マニュアル目次はガイドラインや他施設のマニュアルを参考にして作成</p> <p>・常にマニュアルは改善しているが現在は紙ベースの為更新がかなり難しい。マニュアルの PC 管理に変更する為の「新・文書管理」の申請中</p>	<p>改善</p>
<p>・人工呼吸器関連肺炎防止策の追加</p>	<p>・マニュアル作成 VAP 対策と呼吸管理全般の視点で、認定看護師（呼吸器）と CE を含めた新たなチームで活動を結成し、ラウンドと介入システム作成中</p>	<p>改善 検討中</p>
<p>・サーベイランス手順以外の手術部位感染対策に関する具体的記載の追加</p>	<p>追加済</p>	<p>改善</p>
<p>・疾患別予防策として、流行性ウイルス疾患（麻疹、水痘、風疹等）に関する記載の追加</p>	<p>追加済</p>	<p>改善</p>
<p>・透析室、歯科領域、集中治療室、検査部・病理部などの部門別対策の追加の検討</p>	<p>以前から各部門と委員が中心となって作成済。（各部門のマニュアルに入っている。）感染対策マニュアル内にはすべてが揃えていないため今後は整理して追加</p>	<p>一部改訂</p>

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<ul style="list-style-type: none"> <li>・培養検査に関する注意事項（採取時期、方法、保存、搬送等）の追加</li> </ul>	<p>追加済</p> <p>臨床検査センターからの関連部署への手順や注意事項の情報発信があまりなかった。これを機会に周知徹底できるようにシステムを構築</p>	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・目次や索引の充実、より多くの図や写真、フローチャートの取り入れ</li> </ul>	追加済	改善

## II サーベイランス

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>[サーベイランスの実施]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアや手技、管理方法、使用器材などに対する、サーベイランスデータ（原因菌や感染率の経時的な増減など）を基にした具体的な分析・介入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度は、新人の手指衛生の実際をサーベイランスしデータ化着手</li> <li>・キノ系（クラビット）の大腸菌感受性低下（50%）がみられたので、事前に各 Dr への説明を行い、その後診療局へ出向いてデータの提示のもと第1選択の変更等の協力依頼を実施</li> </ul>	一部改善

### Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
<p>[外来]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ トリアージ強化として、症状の自己申告等を促すポスター等の全ての外来および玄関周囲における掲示の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内科や各科（ブース）のみだったので、玄関先に掲示を増やした</li> </ul>	改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 採血室における採血ホルダー、針捨て容器、手袋、手袋廃棄容器の適切な配置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 机の上に置かれている針捨て容器は廃止して、各ブースの足元に医療廃棄容器を設置</li> </ul>	改善
<p>[病棟]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病棟内での清潔エリアと不潔エリアの区別、物品配置の工夫</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ラウンド回数が増える毎に、清潔と不潔区域の区別が実施されているように思える。特に点滴準備台周辺は、以前は物置状態であったが、最近はいつラウンドしても点滴以外のものはなく清潔区域として保たれている</li> </ul>	改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各種个人防护具の配置の工夫</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実施</li> </ul>	改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベッドパンウォッシャーの導入の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 未設置 (業者、施設課、部署との話し合いは何度か実施)</li> </ul>	検討中
<p>[薬剤関連]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病棟内の注射混合スペースの位置の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 点滴準備専用台（ユニット）の購入が少しずつすすんでいる</li> <li>・ 換気の関係で位置を変更必要部署は3か所（1か所は改善）他の2か所はユニット購入段階で変更予定</li> </ul>	改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 消毒薬の使用期限の検討、マニュアルへの記載及び職員への周知徹底</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤部と協同で薬剤の使用期限についてのマニュアル更新を実施。ラミシートして各病棟に掲示済。ラウンド毎に確認</li> </ul>	改善
<p>[抗菌薬の使用管理]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 届出抗菌薬の対象や抗菌薬新規採用に関する取り決め見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤管理センターの担当 Dr が院長に交代、全面的に運用規定改正中</li> <li>・ 昨年度からマキビーム追加（届出書の変更や運用基準も検討中）</li> </ul>	改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 抗菌薬感受性表の各医師や各部署への配布・配置の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各病棟に配置済</li> <li>・ 抗菌薬感受性表の作成が不定期であったが、ソフト導入したため、今後は1年毎を目指す</li> </ul>	改善
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 抗菌薬使用量の集計方法の再検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ バイタル数による集計法から ACT/DDD 法を用いた集計法に変更</li> </ul>	改善

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>[検査関連]</p> <p>・委託検査機関による薬剤感受性検査法や検体回収のタイミングの検討</p>	<p>・平成24年3月15日から委託会社変更。契約内容を確認時に、以前の委託会社に比べて落ちることがないように検討</p> <p>・重要な薬剤耐性菌検出時は、TELやFAXの手段で至急報告体制</p> <p>・感染関連分析ソフトが導入され色々なデータが提示できるようになった</p>	改善
<p>・検査報告に関する簡易マニュアルの作成の検討</p>	<p>・報告に関するマニュアルは作成済</p> <p>・院内LAN「検査 information」のフォルダで閲覧できるように変更</p>	一部改善
<p>・検体搬送用のバイオハザードマーク付き密閉容器の導入</p>	<p>・運搬専用容器を導入。バイオハザードマークは検討中</p>	一部改善
<p>・検査室内の汚染領域/非汚染領域で、着用する白衣を分ける</p>	<p>・検査室が狭く大まかに検査部門と生理検査部門に分かれている。PPE（専用）の装着で区別するよう検討中</p>	検討中

#### IV 病院職員に対する教育および職業感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>[職員に対する職業感染対策]</p> <p>・血液曝露リスクのある処置を行う際の手袋着用を遵守出来るよう、様々な種類・サイズの手袋を試す等の工夫</p>	<p>・採血、静脈確保専用のニトリルグローブ導入 サイズ検討し配置。配置したときは手袋装着の為のポスターを作成し掲示</p>	改善
<p>・各種安全機能付き医療器材の導入の検討</p>	<p>・留置針の変更検討 デモを全員に実施を徹底⇒変更</p> <p>・手術室柄付メス・鈍針導入検討中</p> <p>・当院で一番多いペン型インスリン注射器による針刺し防止対策が暗礁に乗り上げている。(他の病院でも同じような状況)</p>	改善

## ■院内感染対策実地支援アンケート■

※平成 23 年度実地支援実施 4 病院に対し実施

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

大変役に立った	まあまあ役に立った	あまり役に立たなかった	どちらとも言えない
2	2	0	0

(その理由)

- 実際に見ていただけることで、職員全員が感染防止に対する意識が高まり改善もスムーズに行われたと思う。
  - 当院での感染対策の客観的な評価、細かい丁寧な指導を受けることができて良かった。
  - 感染症専門の医師、認定看護師等の的確なアドバイスは今後も必要性を感じる。
  - 指摘事項の内容が非常に細かく的を射ている。
- ・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。
  - 改善点について、再度 1～2 名の派遣でいいので、確認してほしい。
  - 具体的な感染対策の支援を受けることで、地域連携、感染防止対策加算合同カンファレンスに大変役に立った。

## ●平成24年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

HBV陽性透析患者の対応についてお伺いします。

HBe抗原陽性者は個室管理で透析すべきでしょうか。

今回のHBe抗原陽性患者の転院の話が出ております。当院では個室隔離に不満のあった方ですが、転院先でも個室管理をお願いすべきでしょうか。

### 【回答】

B型肝炎ウイルスは血液媒介感染症の中でも感染力が強く、特にHBe抗原陽性血は感染力が強いとされます。透析室内での個室透析が可能であれば、それが最優先となります。感染予防策としては、ベッドおよび対応するスタッフの固定、環境を含む厳密な消毒がポイントとなります。

#### 1. ベッド配置について

ベッド間隔を1m以上とること、および既知感染症（HBVやHCV）の患者を動線の交わらないでまとまった位置に固定し、できる限り専任のスタッフが治療を担当する。

#### 2. 感染対策の実際について

1) 原則として、肝炎ウイルス陽性の患者（キャリアを含む）はベッドを透析室の一定の位置に固定する（注）。個室が利用可能な場合は極力個室での透析を行う。ベッド固定は各シフトを通じて実施することが望ましい。共通の固定ができない場合には、シフト毎に機器の消毒およびリネンの交換を行う。

2) 肝炎ウイルス陽性の患者を処置するスタッフはシフトごとに固定することが望ましい。ただし、血圧測定など明らかに感染の機会が生じないと考えられる行為は除外する。

3) スタッフの固定が困難な場合、血液透析の開始、終了は肝炎ウイルス非感染者、HCV陽性患者、HBe抗体陽性HBs抗原陽性患者、HBe抗原陽性患者の順番に行う。

4) 聴診器、体温計、血圧計は専用とする。

5) 血液や体液で汚染した物品を取り扱う場合には、その都度新しい手袋を着用し、汚染部は直ちに消毒する。

注) CDCのガイドラインでは、HBV陽性患者と感受性患者（HBVに対する免疫のない患者）の間に、非感受性患者（HBVに対して免疫のある患者）を配置することにより、感染予防を実施することも推奨されています。

#### 3. 消毒方法

標準予防策に加えて、以下の消毒法を励行する。

##### 1) 透析従事者の手指

皮膚の血液汚染時には、ただちに流水と石けんによる手洗いをを行う。

##### 2) 透析中の薬物投与

針刺し防止のため血液透析回路の静脈側回路ラインに、注射器・点滴回路を接合し投与する方法やニードルレスポートを用いる。

##### 3) 医療器具

血圧計・聴診器・電子体温計類は専用のものを使用し、患者ごと、使用毎にアルコール綿で清拭する。廃棄可能物はビニール袋に密閉し感染性廃棄物として処理する。透析セットやトレイはディスポ製品が望ましい。

##### 4) リネン類

患者専用とする。またはディスポシートを用いる。

##### 5) ベッド柵、オーバーテーブル、カーテン

透析後、0.1%～1%次亜塩素酸ナトリウム液で清拭し、その後水拭きする。

##### 6) 食器類

吸い飲みなどは、患者専用とする。病院給食の食器は、使用ごとに、水洗して熱消毒（80℃10秒）、乾燥する。

##### 7) 室内

個室内で透析を行う場合は、入室時ガウン、手袋の着用が必要である。また、透析装置は、専用に個室に設置するのが望ましい。

上記の内容につきましては、厚生労働科学研究費補助金事業による透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（改訂第三版：日本透析医会ホームページから入手可能）を参考にしました。詳細につきましては、そちらをご参照願います。

## ■平成24年度院内感染対策講習会開催結果概要■

○開催日時 平成24年10月27日(土) 14:00～17:00

○開催場所・参加人数 地場産業振興センター第5研修室 134人

○参加者内訳

医療従事者						行政	その他	合計
医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	その他医療職	小計			
15	76	14	19	3	127	5	2	134

○アンケート

回答数	回答率
101	75%

・講習会は参考になりましたか？

大変参考になった	まあまあ参考になった	あまり参考にならなかった	どちらともいえない	未回答
54	44	2	1	0

・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。

- 院内感染対策ネットワーク会議の活動内容
- ラウンドの重要性
- 不潔清潔の認識
- 実地支援のポイント・視点
- ICT活動の内容
- 岐阜県における院内感染対策地域ネットワーク活動
- 各職種のICT活動における役割
- 実地支援を受けた病院の報告

・今後、本ネットワーク会議の実地支援を活用したいと思いますか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
14	37	26	2	13	8

・今後、本ネットワーク会議の相談窓口を活用したいと思いますか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
21	42	21	1	9	6

・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。

- 職種別にもっと具体的に聞きたい
- 想定されるアウトブレイク(ノロ、インフルエンザ等)の対策をシーズン前に教えてほしい
- 抗菌薬の適正使用について
- マニュアルの作成方法について
- 院内職員に対する感染対策の研修会について

・本ネットワーク会議の活動に対しご意見等がございましたらご記入下さい。

- ICT活動で未然に院内感染を防いでいるのは良い活動である
- 今後も情報提供を望む

---

平成24年度院内感染対策支援事業概要

平成25年6月

編集 石川県健康福祉部医療対策課

---