

平成26年度 院内感染対策支援事業概要

平成27年3月

石川 県

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

I. 院内感染対策支援事業の概要

1. 事業目的・内容

1) 事業目的

院内感染対策に関する県内の医療機関及び関係行政機関のネットワークを構築し、医療機関が取り組む院内感染対策を支援するとともに、院内感染発生等の緊急時に医療機関の対応に對し的確な支援を図る。

2) 事業内容

(1) 院内感染対策支援ネットワーク会議の設置

- ・構成：院内感染の専門家、行政
- ・内容：医療機関が取り組む院内感染対策への支援、院内感染発生等の緊急時における適切な対応及び再発防止への支援、その他医療機関の院内感染対策の向上に資する取り組み。

(2) 院内感染対策実地支援事業

- ・県内医療施設に医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師で編成する実地支援チームを派遣。感染予防対策の取組みに関して実地で助言。

(3) 院内感染対策実地支援後の取り組み状況調査事業

- ・平成25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26年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成27年3月現在・職種別五十音順）

医師 委員長	飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
副委員長・リーダー	西村 元一（金沢赤十字病院 副院長）
	太田 和秀（金沢医療センター 小児科部長）
	竹田 正廣（小松市民病院 内科担当部長）
	西 耕一（石川県立中央病院 診療部長）
	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）
	和田 泰三（金沢大学附属病院 感染制御部長）
薬剤師 リーダー	山本 康彦（金沢医科大学病院 薬剤部）
	石田美由紀（やわたメディカルセンター 診療技術部薬剤課）
	田淵 克則（金沢医療センター 試験検査主任）
	中出 順也（金沢大学附属病院 薬剤部薬剤師）
看護師 リーダー	西原 寿代（金沢医療センター 看護部副看護師長）
	池田 恵子（城北病院 感染管理担当看護師長）
	川上英津男（恵寿総合病院 感染管理者）
	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 感染制御部副部長）
	野田 洋子（金沢医科大学病院 医療安全部感染制御室課長）
	藤本 淑子（芳珠記念病院 感染対策管理者）
臨床検査技師 リーダー	千田 靖子（金沢大学附属病院 検査部副臨床検査技師長）
	浅香 敏之（金沢医療センター 臨床検査科血液主任）
	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 医療技術部検査室主幹）

2) ネットワーク会議開催日

第1回 平成26年 7月11日 於：石川県庁

第2回 平成27年 3月23日 於：石川県庁

II. 平成26年度の事業実績状況

1. 院内感染対策実地支援事業

病院が個別に取り組んでいる院内感染予防や対策について、実地で助言するため、平成23年8月に設置した石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の委員（医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師）で編成する実地支援チームを、県内3病院に派遣した。事業の実施に当たっては、病院が「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）を元に作成された評価表にて自己評価を行うとともに、その自己評価表を活用し、評価・支援を行った。

また、以前実地支援を実施した1病院に対し再ラウンドを行い、前回の改善結果表を元に、改善状況の確認や、再度評価・支援を行った。

支援実施期間 平成26年8月19日～平成27年2月27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26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26年 8月19日	許可病床数： ～99床	医師：西村元一（リーダー）、馬場 尚志 薬剤師：山本康彦 看護師：中村洋子、野田洋子 臨床検査技師：新川晶子	7～12 p
平成26年 10月2日	許可病床数： ～99床	医師：竹田正廣（リーダー） 薬剤師：石田美由紀 看護師：池田恵子、藤本淑子 臨床検査技師：千田靖子	13～17 p
平成26年 10月23日	許可病床数： 200～499床	医師：西耕一（リーダー） 薬剤師：中出順也 看護師：近藤祐子、嶋田由美子 臨床検査技師：小林治	18～21 p
平成27年 2月27日	許可病床数： 200～499床	医師：竹田正廣（リーダー） 薬剤師：山本康彦 看護師：西原寿代、嶋田由美子 臨床検査技師：浅香敏之	22～23 p

・平成26年度院内感染対策実地支援実施施設の評価結果

評価項目	施設数		
	A評価	B評価	C評価
I. 組織的な感染管理について	1施設	3施設	なし
II. ICT活動について	なし	4施設	なし
III. 病院における種々の分野での感染対策について	1施設	3施設	なし
IV. 職業感染対策について	なし	3施設	1施設

実地支援の進め方

時間配分	区分	手続き及び内容
事前準備		<p>【事務局】 支援実施病院へ実施決定通知を送付。また、「感染管理評価表（感染管理評価スタンダード Ver3.0）」を送付し、作成依頼をする</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【病院側】 事務局から送付する感染管理評価表は電子データにて、院内感染対策マニュアル・感染対策委員会組織図・ICT資料等・病院の概要は紙媒体にて実地支援日の2週間前までに事務局へ送付。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【事務局】 病院より提出された感染管理評価表及び院内感染対策マニュアル等の資料を派遣メンバー全員に送付する。</p> <p>[その他の準備]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランス・抗菌薬の資料、感染管理評価表に記載した取組みの裏付けとなる関係資料の準備。 ・実地支援チームが支援（担当者等からのヒアリング・資料の閲覧等）を行うために必要な場所（会議室等）の準備。 ・支援時は院内の院内感染対策に従事している各職種の担当者（医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師）が対応。 ・病院側に支援当日の院内ラウンドを実施する病棟・部署を選定をしておいてもらう。

当日の流れ

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

2. 院内感染対策実地支援後の取組み状況調査事業

(平成25年度実地支援実施病院対象)

平成25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26年8月

調査対象 4病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 22～37p

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、委員長、副委員長の指示・確認のもとでネットワーク会議委員が回答を作成する体制を取っている。

平成26年度の相談件数は0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

相談方法 書面による相談を受付〔院内感染対策相談票に記載〕

相談対応体制 ネットワーク会議委員が回答を作成し、委員長または副委員長が確認の上で回答

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26年10月12日(日)午後2時～午後4時30分

開催場所 石川県地場産業振興センター コンベンションホール

内容 (1) 特別講演「疥癬についての基礎知識」

講師：勝俣 道夫 先生

(NTT 東日本伊豆病院 医療技術協力センター長・皮膚科部長)

(2) 講演「アウトブレイク事例報告」

講師：田淵委員、小森看護師(山中温泉医療センター)

(3) 「疥癬の感染防止対策のポイント」

講師：嶋田委員

(4) 長袖ガウン・手袋の着脱実演

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26年8月19日（火） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～99床

支援実施者／西村 元一（医師・リーダー）、馬場 尚志（医師）、山本 康彦（薬剤師）、
中村 洋子（看護師）、野田 洋子（看護師）、新川 晶子（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

- ・ 介護老人保健施設、訪問看護・訪問介護事業、小規模多機能型居宅介護事業等関連する医療機関を有し、小規模ながら病院の役割は重要と考えられます。そのような環境の中、少ない職員の人数で多職種の方々が丸となって感染対策を実践されていることが伺えました。ただしいろいろ工夫がなされている一方で、旧態依然として継続されている部分もあり、ぜひ今回の実地支援をきっかけとして改善していただければ幸いです。
- ・ 感染防止対策加算2の算定施設ですので、4職種にそれぞれ専任者が配置され、日常的に活動していることが求められます。患者・職員の体調や微生物検査結果、市中での感染症流行状況など各種情報の収集・集約や分析など感染対策活動における役割分担を、より明確にしておくことが望ましいと考えます。
- ・ 感染防止対策委員会委員とICTメンバーが同じとのことでしたが、諮問機関・決定機関としての感染防止対策委員会、実働部隊としてのICTという機能が活かされるとメリハリがついて良いかと思えます。職員数が少なく難しいかもしれませんがご検討ください。
- ・ 日々の感染対策活動記録やアウトブレイク事例の記録などは、問題点の評価・分析・再発防止活動のために非常に重要となります。監査等の際にも、各専任者の業務実績を示す文書・資料を求められる可能性もあり、適宜必要な記録を残し、整理しておく必要があると考えます。
- ・ 感染防止対策委員会委員長を院長がされていますので、必要な予算請求が可能かと思えます。そして購入していただきたいものの一例としては環境清拭シートがあります。作成工程、管理、容器の衛生管理、すぐに使用できず結局は十分な清掃ができないために発生する環境汚染リスクなどを考えると、プライスレスの部分が、のちのアウトブレイク、風評被害、患者数の減少などにつながります。どうしても全部署に導入が難しいのであれば、それに見合った職員教育をしつつ、最低限必要な個所（たとえば病棟の注射薬の調製スペースなど）から導入していくことをお勧めします。

II ICT活動について

評価：B

- ・ マニュアルは紙および電子媒体での運用をされており、いつでもすぐに確認できる体制は整っていると思われますが、各種規定や病原体別対応マニュアルとして別々に作成されたものが感染対策マニュアルとなっているようです。血管内カテーテルや尿道カテー

テルなどデバイス関連感染対策や、麻疹、風疹、水痘・带状疱疹、ムンプスなど感染対策上重要となる病原体への対応策などに関する記述が無い一方、「注射針取り扱いマニュアル」と「誤刺防止マニュアル」や、「院内感染防止のための環境清掃マニュアル」と「日常的环境清拭（清掃）について」など内容が重複しているものも見られます。アウトブレイク定義・対策など感染対策マニュアルとして網羅すべき基本的な事項を含め項目立てを再検討し、改訂・整理することが望ましいと考えます。この作業を円滑に進めるには、連携している感染防止対策加算 1 算定施設のマニュアルなどを参考にされることが有用と考えます。下記にいくつかの例を記載します。

- ・ 「インフルエンザ感染対策マニュアル」で職員が発症した場合の就業制限は、ワクチン接種で発熱があまり見られない場合もありますし、『発症後 5 日間』とした方が良いと思います。
- ・ 「時間外嘔吐物処理マニュアル」および「感染性腸炎感染対策マニュアル」に、『吐物処理後石鹸での手洗い・うがいをする』とありますが、マスクを着用していますので、うがいは必要ないのではないかと考えます。
- ・ 「栄養科職員の定期検便検査・結果判定後の対応について」の 3 就業制限についての検出菌ですが、『ベロ毒素非産生の腸管出血性大腸菌』は定義上ありえません（O157 でもベロ毒素を産生しなければ腸管出血性大腸菌ではない）。ベロ毒素非産生の菌の表現は、『下痢原性大腸菌』とされるのが適切と思います。
- ・ 「抗生物質使用基準」でのバンコマイシンの適応と書かれている『MRSA 偽膜性腸炎』は『MRSA 感染症およびクロストリジウム・ディフィシル関連腸炎（CDAD）』と変更をお願いします。点滴静注と内服の違いについても記載があるといいと思います。
- ・ 「抗生物質使用基準」が 2006 年以降改訂されておらず、外科手術後の予防的投与の項目など不要なものの削除する一方で、内容の見直しが必要と考えます。
- ・ 透析室は、病棟や一般外来などと対応が異なる点も多く、内視鏡、リハビリテーション、検査室等とともに部門別マニュアルとして項目に追加することもご検討ください。
- ・ 使用している消毒薬については、用途・適正濃度（希釈方法）・使用期限・保管方法などを一覧にすると見やすいと思われます。また分割して使用する薬剤についても保管方法や使用期限などが一覧になっていると見やすいと思われます。
- ・ 感染管理に重要と思われる微生物の発生動向は把握されているようですが、報告のフローチャートがあればよいと思います。また、感染対策を迅速に実施するために、どのような疾患で、どのような微生物が検出されて、どのような拡散リスクがある場合に、どのような感染対策を実施するか、マニュアルに記載があると良いと思います。
- ・ 現場からのコンサルテーションについては、簡易的に記載できるような用紙を作成されてはいかがでしょうか（例えば、感染対策について 対応者： など、で記録していくなど）。この内容は、院内における感染対策の評価にも活用できます。
- ・ ラウンドはテーマを持って行うことも重要ですが、大きな目的はマニュアルに記載されている内容の実施および遵守状況をラウンドで確認することです。またそのチェック項目は、マニュアルに記載されているものと違った内容では、現場も混乱します。したがって、ラウンドチェック表については、通年チェックすべき項目と特にポイントをおいてチェックすべき項目を追加して作成されることをお勧めします。
- ・ 感染対策講習会の出席率が 50% 満たないということですが、院内で発生したアウトブレイク事例の分析、例えば昨年度のインフルエンザが多発した直後など、開催月、時間、

タイミング、回数などや内容の選定も必要かと思います。内容も単に教育的な内容だけではなく、ラウンド結果やサーベイランス結果のフィードバック会、場面設定をしてトレーニングを行なう（吐物処理方法など）参加型もご考慮ください。具体的かつ身近な話題を取り上げることで、講習会の出席率の向上のきっかけになることも期待されます。また内容を録画した DVD の貸し出し、当日資料の配布等で受講率向上を図ることもご検討下さい。

- ・ 外部委託であっても感染対策に強く関連する清掃業務などの従事者には、感染対策講習会への参加など職員同様の教育機会を提供することが望ましいと考えます。
- ・ 院内における感染に関する情報が一元化されていないように感じました。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。重要事項については、各部署でのミーティングでの口頭伝達のほか、ICT ニュースの作成・掲示など、複数かつ誰の目にも触れる方法での情報発信をご検討下さい。それにより関連する施設とも情報を共有することが可能となると思います。

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

- ・ 総合案内では外来患者のトリアージの初期対応が可能な部門です。トリアージができるような待合室の設置、啓発ポスターの掲示、その他ビニール袋やマスクなどの準備も効果的であるのでご検討ください。
- ・ 構造的な面では不潔エリア・清潔エリアの区分けはきちんとされていました。しかし、使用物品の保管に関しては、包交車上の衛生材料が多い、スタッフ控え室に包交車がある、書類と衛生材料が同じ棚内で保管、多数のポシエットを吊して保管しているため消毒剤の入口が接触汚染しやすい、など交差感染しやすい状況が見られます。整理整頓とともに交差感染しない動線を考慮した保管方法を検討してください。
- ・ 改善策の提案として①物品の定数化（必要最低限にする）もしくは必要な物品はセット（トレイなどに）し、必要なときのみ棚から準備し、包交車自体を撤去する②包交車の上段は清潔ゾーン、下段は不潔ゾーンと区分する③包交車の滅菌物を取り扱う前には、手指衛生を行なうための手指衛生剤の設置（委託業者が補充しているようですので、手指衛生し手袋をして補充することについての教育が必要となります）④病棟での経管栄養に使用する衛生材料についても、食事を取り扱う場面として環境の整備、また物品の洗浄後の乾燥等、見合直しが必要です。（別紙も参照ください。）
- ・ 内視鏡室や汚染物を洗浄する場面で必要な防護具の設置がされていない、もしくは使用しやすい位置に設置されていませんでした。感染経路では、特に接触予防策における直接接触（手指を介して）と間接触（環境、物品など）への対策が重要であり、それぞれに応じた手指衛生剤と个人防护具の設置をご検討ください。設置に関しては、現場のスタッフを参加させ、ともに感染対策を考えるということも必要でしょう。
- ・ 細菌検査は外注となっており、感染対策上重要な菌（MRSA,VRE,MDRP,ESBL 産生菌）についての分離状況は把握されています。近年新たに問題となっている KPC,CRE などの耐性菌の把握は可能でしょうか。外注先にご確認ください。
- ・ 分離菌集計や菌種別薬剤感受性率表は、外注先から入手されていますが、アンチバイオグラムに作り直すなど、見やすい形で臨床に提供することができればよいと思います。
- ・ 検査室においては、検査実施スペースと事務処理スペースが明確に区別されています

が、呼吸機能検査実施場所が、検査室と外来待合廊下の間の前室となっており、もし排菌患者の検査をした場合、廊下部分に空気が流れる可能性があります。スペースの問題もあるかと思いますが、検査後、窓を開けて換気ができる所での検査が望ましいと思います。

- ・ 検体輸送容器は、尿検体だけでなく採血検体もボックス式の容器にご変更をお願いします。
- ・ 薬剤の管理に関しては、インスリン等多用量バイアルや消毒薬の開封後の使用期限の院内指針がないとのことでした。これではインスリンに開封日を記載しても、使用可能期限が不明確となります。また、消毒薬に関しても、希釈方法、浸漬時間、対象器具等の一覧表を作成して、前述の多用量バイアルの開封後の使用期限一覧表とともに、現場に掲示することで周知を図ることが必要と考えます。
- ・ ミキシング台の衛生管理については、確実な徹底が必要です。何となく区分されているだろう、という印象を受けました。すべての職員が、どこからどこまでが清潔ゾーンなのか、清潔を保持すべきゾーンのかなど、「表示する」「学習会やラウンド等で周知する」必要があります。例えば、ミキシング台の上にはベッドサイドに持ち運んだトレイや物品は置かれていないこともチェック項目として必要です。手指衛生剤は、患者のケア中に使用したものの使用（携帯用）は避けるべきであり手指衛生剤自体も清潔管理されているものを使用すべきでしょう。
- ・ 病室の清潔管理については、マニュアルがなく委託業者への感染対策の教育がされていないようです。例えば、清掃マニュアルを作成して、その内容についての勉強会を開催することをお勧めします。
- ・ 新聞紙・点滴外装の再利用にあたっては必要性和清潔度を検討しましょう。
- ・ 手指衛生のためには、スタッフが利用するシンクの蛇口栓も自動開閉式をご検討ください。
- ・ 内視鏡の消毒に関しては、グルタールが使用されておりましたが、平成17年2月24日に厚生労働省基準局長名で「医療機関におけるグルタルアルデヒドによる労働者の健康障害防止について」として通知文がでており、フタールや過酢酸がより揮発性や刺激性が低く、使用が推奨されておりますので、同薬剤への変更もご検討下さい。
- ・ 内視鏡洗浄器や透析室の物品を滅菌しているオートクレーブについては、日常点検に加えて、定期的なメンテナンス及びその記録の保存が必要と考えます。

IV 職業感染対策について

評価：B

- ・ 数か所で7～8割以上廃棄物がある感染性廃棄ボックスを確認しました。感染していない廃棄物を少なくし、廃棄時手指がボックスの入口にできるだけ近づけずに廃棄できるように考慮してください。
- ・ HBs抗体陰性者に対するワクチン接種は、職業感染対策において極めて重要となりますので、接種対象者には強く接種を呼びかける必要があると考えます。特に透析室担当者については、確実な抗体獲得が求められます。
- ・ 近年多くの病院で麻疹、風疹、水痘、ムンプスについて職員の抗体価確認および必要な職員に対するワクチン接種が検討・実施されています。貴院でも併せてご検討下さい。
- ・ これらの抗体検査結果は、曝露時に速やかに対応できるよう、一元管理しておくことが望ましいと考えます。

- ・ 針刺し対応について、マニュアルは事務的な流れを中心とした内容となっており、具体的な対応の詳細が記載されていません。針刺し以外の血液・体液曝露を含めて、対応を再検討し、できればマニュアルとして同じ項目に整備しておいてはいかがでしょうか。また、HIV 曝露時の県からの配置薬借り入れ手順などもマニュアル化しておくことが求められます。
- ・ 結核発生時（アウトブレイクも含め）マニュアルへの明文化がされていません。発生時にはすぐに保健所、という流れではあるようですが、保健所への連絡も含めて自施設で行う感染対策のマニュアルを作成してください。

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について ＜実地支援（ラウンド）にて改善が望まれる点＞

1. アルコール消毒綿の作り置き



単包アルコール消毒綿とは別に、作り置きアルコール消毒綿がありました。点滴セット外装の再利用、単包アルコール消毒綿の余剰液の再利用による作成および保管は衛生的とはいえ、消毒綿に菌が繁殖するなどの問題があります。単包アルコール消毒綿が導入されているので適切にご使用願います。

2. 経管栄養チューブの乾燥方法



水分補給用として使用しているチューブの使用後の乾燥時において、先端を不潔にしないようナイロン袋内に入れる工夫がされていましたが、袋内に水が溜まり複数の先端が浸かっている状態でした。菌の繁殖、交差感染のリスクがあります。接触や浸漬しないように高さの調節や個別の対応をご検討下さい。

3. 擦式消毒薬用ポシェットの管理



擦式消毒薬を携帯する工夫がされています。消毒薬の清潔な保管を考えると、ポシェットに入れたままの吊り下げは口の部分がいろいろな物に接触し汚染されます。消毒薬は別途保管するようにしましょう。また、ポシェット自体も汚染されていますので、定期的に清掃し交差感染しないように管理しましょう。

4. 包交車の管理



外部委託業者が管理しているとのことでしたが、衛生材料の数が多く感じます。必要な物を探す際に使用しない物に触れる、汚れが付く機会も多くなります。衛生材料は処置毎に必要な分を棚や引き出しから出す、またはその日必要な分のみを載せるなど、使用頻度を考え常備しましょう。また、包交車の清掃が常に行えるようにしましょう。



外部委託業者への教育も徹底していきましょう。包交車の保管場所についても、人の出入りの多い場所、汚染しやすい場所は避け、清潔に保管しましょう。

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26年10月2日（木） 13:00～16:00

支援病院／～99床

支援実施者／竹田 正廣（医師・リーダー）、石田 美由紀（薬剤師）、
池田 恵子（看護師）、藤本 淑子（看護師）、千田 靖子（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

- ・ ISO を取得していることもあり、院内の組織構成もしっかりしていますが、リハビリや清掃業者もメンバーに加えてはいかがでしょうか。リハビリは多数の患者と濃厚な接触をする機会が多く高リスクです。清掃業者にも感染対策の周知が必要ですし、清掃業者から問題の指摘を受ける場合もあります。
- ・ 感染対策委員会の議事録はきちんと記載され活動内容がよくわかり、感染管理活動がしっかりと実施されています。しかし、感染対策の具体的な活動内容が記録に残されていません。アウトブレイク事例や対策に困ってコンサルトした場合、日常と違う対策や活動を行った場合などについて、対応とその評価も含めて記録に残してはどうでしょうか。今後問題が発生した場合等に活用でき、施設の特徴も明らかになって対策に役立つと思われます。
- ・ 検査技師と薬剤師が1人ずつで大変ですが、せっかくきちんとした体制をつくっておられますので、可能であれば院内感染対策加算2を取得してはいかがでしょうか。
- ・ 感染予防対策の実施に際して、口頭での説明・同意をとっておられますが、そのことをカルデに記録して残すことをお勧めします。

II ICT 活動について

評価：B

- ・ マニュアルは改訂されており、棟と療養病棟にわけてあり、非常に見やすく、その理由を添えて職員に理解しやすい書式になっていました。
- ・ 「院内感染防止マニュアル」以外に部門のマニュアルと思われる「院内感染防止のための知識とマニュアル」が存在し、内容が古く全体のマニュアルと整合性が取れていない様子が見られます。また、この対応でよいのかな？と思えることも若干あり、定期的に見直しをお勧めします。

例

- ・ 肝炎感染対策 隔離の必要性？ 血圧計、聴診器、体温計の専用化が必要か？
- ・ 結核疑い発生時フローチャート：保健所への報告等追加すれば実用的です。接触者健診に関しても、保健所の指示の下に行うこととなりますので、保健所との連携体制も明文化されてはいかがでしょうか。また、接触者健診での QFT 検査も、判明早期に一度検査してベースラインをチェックし、2～3ヶ月後に再検して陽性化した場合を接触感染として判断する必要があります。労災申請の観点からも、ベースラインの検査をマニュアルに追加して下さい。
- ・ インフルエンザ：大部屋で患者が発生した場合に、同室者に対しての予防内服等の対応も予め基準を設けてマニュアルに追加してはいかがでしょうか。
- ・ 食中毒：確認できませんでしたが、給食室が汚染で使用できなくなった場合の対処法もマニュアルにいれてはいかがでしょうか。

- ・ 感染症に基づく届け出基準に関しては、平成 20 年から更新されていません。更新して下さい。
昨年度、今年度も新たに 5 類全数報告疾患に追加された感染症があります。

(参考：H26 年の変更点)

- ①「薬剤耐性アシネトバクター」5 類定点報告から 5 類全数報告に変更
- ②「カルバペネム耐性腸内細菌科感染症」、「水痘（入院例に限る）」、「播種性クリプトコックス症」
を新たに 5 類全数報告疾患に追加

- ・ 議事録で MRSA 患者総数、インフルエンザ陽性患者数など、月報で検査材料別の検出菌種数などを確認することができました。
- ・ 耐性菌サーベイランス等の基準や方法などをマニュアルに明文化していきましょう。
- ・ 議事録では、MRSA 患者総数だけ記載されていましたが、療養病棟の患者数が多いことから一般病棟の増減を把握しやすいように、一般病棟や療養病棟にわけた患者数も記載された方がよいのではないのでしょうか。

例えば、MRSA：〇〇例（一般病棟：〇例、療養病棟：〇例、外来：〇例）

- ・ MRSA 以外の感染対策上問題となっている薬剤耐性グラム陰性桿菌など（MDRP、ESBL 産生菌など）の患者数も記載された方がよいのではないのでしょうか？

例えば、薬剤耐性グラム陰性桿菌：0 例、多剤耐性緑膿菌：0 例、結核：0 例など（0 例の記載が重要だと思います）

- ・ アウトブレイクに対して定義も含めて院内体制の明文化をして下さい。
参考「医療機関等における院内感染対策について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-76.pdf>
- ・ コンサルテーションについて、各職種の対応などを集約する体制を検討してはいかがでしょうか。ICT の会議を頻回に行いコンサルテーションについて報告して記録するとともに、これを集約する場を検討してください。
- ・ ラウンドを通して ICT 活動が機能しており、写真も入れたレポートが作成されており、改善策と改善されたかの確認も行われています。また、ラウンドも院内を 3 つのセクションに分けて月 1 回行う等の改善も行われています。放射線科で感染症情報がないために感染経路別予防策ができていない等、早期に解決すべき点もまだあるようですので、引き続き改善活動を継続して下さい。
- ・ 職員勉強会は今年度より同じ研修を 2 回繰り返して参加の機会を増やし参加率が增加となっています。また、欠席者には研修のレジメを配布し教育を行っている点が評価されます。さらに踏み込んで、自施設の問題点の周知など身近な教育内容として興味を持たせる工夫と、レジメ配布以外に DVD を作成して上映するなども検討し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

- ・ 外来での空気感染予防策（結核など）の基準を検討中ですが、決まり次第、基準化して下さい。結核などの最初の感染対策は、咳エチケットです。外来での咳エチケットを実施できるようポスターの掲示などを含めてご検討下さい。また、外来に空気感染や飛沫感染患者を隔離するスペースも検討して下さい。
- ・ 空気感染予防策の手袋の項目で、入室の際には常時着用するとあります。が、空気感染予防策時は常時不要です。空気感染予防策とスタンダードプリコーションを適切に実施して下さい。
- ・ 手指消毒薬の払い出し量が集計されていますが、継続的に委員会や院内へ発信を行ってください。最近、ボトルの残量チェックより 1 人の患者さんが 1 日あたり擦式アルコール製剤による手指衛生を何回行われて

いたかを集計する方法や、病棟別年間目標(最少)使用量を算出し払い出し量を比較する方法などがありますので、全職員で取り組める方法も検討してください。

- 病棟のミキシング台の上にエアコンがありました。高カロリー輸液も病棟で調剤しているため、ミキシング時は空調を止めるなど工夫して下さい。
- 清潔リネン庫のシーツ類が床に接触（直接触れないように布がひいてありましたが）していました。埃などで汚染する可能性があるため、床上 30~40 cm以上の所に設置していきましょう。
- 包交車の上に汚染対策としてビニールシートがかかっています。ビニールシートを衛生的に管理することは難しいため、包交車の廃止や包交車の上に設置するものなどを検討し、デッキの使用等をご検討下さい。
- 環境整備に雑巾を使用中ですが、検討中の環境クロスを導入して下さい。
- アンビューバックのバック内腔の消毒がされていません。使用後、滅菌するか L 字コネクターの先端にバクテリアフィルタをつける、もしくはディスポーザブル製品のアンビューバッグの使用をご検討下さい。
- 尿瓶（蓄尿瓶）の使い回しは感染源となるため、必要個数を増やすなどご検討下さい。
- 看護師さんが病棟や外来から採血した血液や培養検体を手に持って搬送されていましたが、検体は感染性ありと考え、また患者様の目に触れないように、バイオハザードマークのシールを貼った容器に入れて搬送して下さい。
- 手術室のへパフィルターの交換を行われていません。交換頻度を確認し、定期的に交換して下さい。
- 手術室の陽圧確認（室圧測定）ができませんでした。日常的にも行っていないとのこと。構造上、工事は難しいようでしたらスモークテストなどを行い定期的にご確認下さい。
- 手術室で布製品（デッキなど）を使用しており、へパフィルターに緑のリントが付着しているとのことでした。リントは創感染の原因となるため、布製品をディスポ製品へ変更することをご検討下さい。
- 微生物検査は外部委託されていますが、血液培養陽性時や耐性菌等が分離された場合は検査室から病棟に FAX が届くなど報告体制も整っていました。検査時には手袋もされており、室内も整理整頓がされていました。
- 検査技師が増員される予定があれば、抗酸菌の塗抹検査などは院内で実施されることが望ましいと思われれます。
- 検査技師が 1 名ですが、ICT に提出する月報が作成されており、検査材料別にすべての菌の検出件数が記載されていました。しかし、MRSA 以外の耐性菌、たとえば ESBL 産生菌などの情報は主治医への連絡のみで、月報には記載がありません。今後記載・集計された方がよいのではないのでしょうか。
- 細菌検査の外注においても、委託業者と検査室の間で培養検査や TDM 結果の迅速な FAX 連絡という流れで対応は可能です。積極的に連携し合いデータ収集に取り組んでください。
- 抗菌薬マニュアルに関して、内容の濃い十分な文章が作成されています。しかし電子カルテ内だけで、まだ印刷物でマニュアルの配布は行われていませんでした。医局に監修してもらうなどを行い承認された内容を院内へ周知を行ってください。また、内容に関して採用抗菌薬の商品名を記載するなどわかりやすい内容を検討してください
- 抗菌薬の使用状況が調査され報告されていますが、昨年のみ取り組みだったので、継続して毎月・毎年の連続した調査の取り組みを行って下さい。集計に関する単位は AUD が勧められますが、バイアル数やg数での集計から取り組んでください
- カルバペネム系抗菌薬のみで払い出し時に投与日数の集計を行なわれ、長期投与患者の把握がされてい

ました。しかし、届出制は採られておらず、介入も行われていません。抗 MRSA 薬も含めて届出制とICTでの検討・介入などの体制について検討を行ってください。

- ・ グリコペプチド系抗菌薬の採用はTEICのみで、使用症例も少ないためかTDMは行われていません。TDMについて血中濃度測定値があれば、メーカーから提供されるシミュレーションソフトを用いて現状把握が可能です。血中濃度測定の提案をICTや薬剤部から発信できるように体制を検討してください。
- ・ 多用量バイアル等の使用期限は明確化されており、病棟の冷蔵庫などに表示されていました。また、病棟での注射薬混合のスペースも確保されていました。2007年6月「隔離予防策のためのガイドライン:医療現場における感染性微生物の伝播の予防」には安全な注射手技の項目が追加されました。多用量バイアルの取り扱いが主であります。注射薬の調整や投与の過程で起こる汚染が重大な医療関連感染を引き起こす問題となります。作業台の清掃から作業者の手指衛生が重要になりますので、積極的な監視を行ってください。
- ・ 血液体液暴露時の抗HIV薬の使用基準について、南加賀では小松市民病院に抗HIV薬が配置されています。石川県健康福祉部健康推進課のホームページでは「石川県HIV感染予防薬整備要領」に関して公表されています。血液体液暴露時に2時間以内に抗HIV薬内服でHIV感染予防が出来るので院内の体制及び、小松市民病院との連携体制の整備を整えてください。
- ・ 滅菌物のリコール手順書が作成されていません。ご検討下さい。
- ・ 医療器具は、現場（病棟）で一時洗浄・消毒し、中央材料室で包装・滅菌しているとのことでした。滅菌全自動洗浄装置の普及により病棟・外来における使用済み医療器材の現場での一次洗浄・消毒廃止が推進されています。洗浄・消毒の中央化は現場での汚染の拡散防止、および職業汚染に繋がる危険性の防止、さらには熟練した専従職員による中央での洗浄によって医療器材の良好な品質管理が行えるとされています。整形外科のインプラント手術もあるようなので滅菌物の質保障として、各工程を再検討する必要があると思います。各種インジケータでの確認作業が必須です。（ラウンドで確認できませんでした）。現場で一時洗浄・消毒が必要ならば、現場にベットパンウオッシャーの設置等も検討してはいかがでしょうか？
- ・ カストや撮子缶等をご使用ですが、滅菌状態が保てないため衛生用も含めて単包化をお勧めします。
- ・ アルコール綿などは最近コストが抑えられていますので、変更した場合の業務量の短縮（人件費）やコストを比較してみてください。
- ・ 中央材料滅菌室での消毒滅菌一元化について検討を行ってください。中央材料滅菌担当者へPPEの装着の意義などの教育を行い、安全対策を十分に行うことを検討してください。

IV 職業感染対策について

評価：C

- ・ 安心な職場の提供として、感染症の抗体検査やワクチン接種の実施が必要です。2014年9月に日本環境感染学会より「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版」が出ていますので参考にしてください。ホームページよりダウンロードできます。B型肝炎に対しては「感受性のあるすべての医療関係者に対してB型肝炎ワクチン接種を実施しなければならない。」また、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘ワクチンに関しては、「免疫を獲得した上で勤務・実習開始すること原則とする。免疫が不十分であるにもかかわらず、ワクチン接種を受けることができない医療関係者については、個人のプライバシーと感染発症予防に十分配慮し、当該医療関係者が発症することないよう勤務・実習体制を配慮する。」とされています。インフルエンザに関しても、「接種不相当者に該当しない全医療関係者を対象として、インフルエンザ HA ワクチンを、毎年1回、接種する。」とされています。費用がかかりますが、優先順位をつけ実施し、ワクチン接種の体制を整えてください。

- 感染性廃棄容器が2/3以上入っていました。針刺しのリスクが高くなるため2/3で蓋を閉めるようにご指導をお願い致します。
- 点滴ラインを針とラインに切って分別していました。点滴ラインは全て感染性のためそのまま、感染性廃棄容器に入れて下さい。
- プラスティックごみに入れる点滴バッグですが、ゴミの嵩を減らすためハサミで切って廃棄していました。薬品による曝露、業務の増加などが考えられるためそのまま廃棄して下さい。
- 状況にあったPPEの設置、安全装置付器材の導入等感染対策に関してコスト検討が多い案件が多いと思いますが、年間計画等を立てて少しずつ改善できるよう交渉してはどうか。
- 針刺し事故の際の採血検査項目がHBVとHCVのみでHIVが含まれていません。是非HIVも検査項目に追加して下さい。また、陽性であった場合の対処も明文化・フローチャート化してください。

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26年10月23日（木） 14:00～17:00

支援病院／200～499床

支援実施者／西 耕一（医師・リーダー）、中出 順也（薬剤師）、
近藤 祐子（看護師）、嶋田 由美子（看護師）、小林 治（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

- ・ 院内感染対策委員会には病院長を含む病院幹部の職員が含まれており、ICT（感染制御チーム）も適切な人員で構成されていた。検査室が事務局となり組織的に活動し、委員会において感染対策上問題となる事項が検討されていた。
- ・ 感染管理認定看護師（CICN）は一般病棟に所属しており、専任あるいは専従として活動していなかった。
- ・ 委員会の議事録以外に、日々の感染対策の具体的な活動記録がなかった。
- ・ 経路別感染防止対策の実施に関して口頭で同意を得られていたが、説明文書に基づいた同意が確認できなかった。

（アドバイス）

- ・ 感染管理認定看護師（CICN）の活用：専任、できれば専従の立場で活動できると、感染管理に関わる情報がCICNに集約し、組織的な対策が強化される。また、感染対策の具体的な活動が実施しやすくなるため、記録も残すことができる。そこで、CICNに専任あるいは専従の立場が与えられることが望まれる。
- ・ 経路別感染対策時の説明同意書の作成：院内で統一した説明同意書があると、同意書が残るのみならず、統一された感染対策の実施にもつながる。院内で統一した経路別感染対策時の説明同意書の作成が望まれる。

II ICT活動について

評価：B

- ・ ICTラウンドでは抗菌薬ラウンドを中心に行われ、環境ラウンドの実施も追加されていた。菌の検出時には主治医・ICD・各所属長・リンクナース会の師長へ報告がされ、経路別感染対策の指示が行われていたが、情報の共有がやや不十分な面を認めた。
- ・ マニュアルにおいては標準予防策、経路別予防策、疾患別予防策が記載されており、内容の見直しが必要な部分に関しては、今後リンクナース会で修正予定となっていた。
- ・ 耐性菌の検出やインフルエンザ、ノロウイルス等の流行感染症の対応については、マニュアルに明文化されていた。しかし、現場でどの程度感染対策が遵守されているか、確認されていなかった。
- ・ サーベイランスは中心静脈カテーテルサーベイランスが実施されていた。
- ・ マニュアルの内容に不適切な記載や誤字が認められた（アドバイスで詳細を記載）。
- ・ アンチバイオグラムの対象菌はグラム陰性桿菌においては緑膿菌のみであった。
- ・ 職員の年2回以上の感染防止対策の参加率が50%未満であった。

（アドバイス）

- ・ ICTラウンド：介入した内容やどのように改善できたかという報告が、委員会だけでなく院内に周

知できるような仕組みができれば（ラウンド内容の現場へのフィードバック）、よりラウンドの効果が高まると思われる。

- 日頃からの相談事、介入内容を日報として記載し、ラウンド時に情報を活用すると、より焦点の定まったラウンドができると思われる。
- 中心静脈カテーテルサーベイランス：結果を各部署へフィードバックするときに、薬液準備の環境や点滴管理時の手指衛生状況の問題点を一緒に提示すると、サーベイランスの結果と問題点が結びつき、現場の改善につながるとと思われる。
- 擦式手指消毒薬の使用量：耐性菌サーベイランスを実施し、消毒薬の使用量が多い部署で耐性菌の検出率が低いといった関係性が示すことができると、現場のスタッフに対して手指消毒推進を啓発しやすいと思われる。
- マニュアル要修正項目
 - 全体：「～薬」と「～剤」の記載が混在している。「～薬」での統一が望まれる。
 - Page8：感染症法が改訂されているので、更新が必要である。
 - Page35：接触感染予防策の項目：ガウンは1処置ごとに交換が望まれる。
 - Page36：「業務感染」と「職業感染」の用語が混在している。
 - Page39：抗 HIV 薬予防投与の項目：石川県 HIV 感染予防薬配置医療機関に配置されている薬剤が変更になっている（IVに記載）。
 - Page47：各部署での「ほうき」の使用については、塵などが舞うため院内での清掃には不適切と考えられる。修正が望まれる。
 - Page53：TDM の実施は外注検査のため、積極的に行われていないとのことであるが、耐性菌出現防止や抗菌薬による副作用予防の観点において非常に有用な手段である。Page63 に引用されている資料にも TDM の実施の記載がある。ICT 回診を利用するなどして積極的に TDM を行うことが望まれる。
 - Page55：脱字が幾つか見受けられますので修正が必要である。
 - Page59：院内採用抗菌薬一覧表の最新版への改訂が望まれる。また、院内採用消毒薬一覧表と希釈手順を示したもの、インスリン・吸入薬等の開封後の期限を示したものについてもマニュアル掲載が望まれる。
- 耐性菌の検出、インフルエンザやノロウイルス等の院内アウトブレイク時の対応：現在の報告書とあわせ、ICT が直ちに現場に行き、感染対策について確認し不十分な点を指導し、その後の経過にあわせ、対策の継続、変更、終了等に介入できる体制が望まれる。
- アンチバイオグラム：大腸菌、クレブシエラ、アシネトバクターなど他のグラム陰性桿菌にも行えると良いと思われる。
- 職員研修：研修内容を DVD で撮影し、各部署で回覧を行う等の工夫を行うことで、参加率向上が期待される。

III 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

- 外来における咳エチケットのポスターが貼られており、外来の呼吸器感染症の対応が啓発されていた。
- 空気感染対策を要する患者を診察する場合、決められた個室で対応され、へパフィルター付空気清浄器が設置されていた。
- 病棟では看護師がポシエットで擦式手指消毒剤を携帯し、定期的に使用量が計測され、手指衛生

行動に高い意識が感じられた。

- ・ しかしながら、ある病棟では水まわりの近くや空調の真下で点滴薬液準備が行われていた。不潔区域で清潔操作が行われると点滴薬液が汚染する危険性が懸念される。また、ブラインドや掲示物の埃による薬液汚染の危険性のある病棟や薬液の清潔保持が難しい状況にある病棟も認められた。
- ・ ナースステーション内の各棚や包交車において、清潔物品と不潔物品が交差している配置となっていた。清潔と不潔が交差する環境下は、医療関連感染が生じやすくなる。
- ・ 床上 20cm 以下の不潔区域に聴診器があるなど、物品の清潔管理が不十分な部分が認められた。
- ・ 個人防護具の設置が水まわり設備の近くやワゴン等に多く設置されており、適切な設置方法になっていなかった。
- ・ 内視鏡室では内視鏡が中央管理され、洗浄・消毒が適切に行われていた。しかし、保管庫に内視鏡以外の物品が多くあり、適切に清潔保管されているとは言い難い状況にあった。
- ・ 病室のトイレの中には、手洗い設備があり、液体せっけんとペーパータオルが設置され、トイレからの菌の伝播が遮断できる環境となっていた。
- ・ マニュアルの内容に不適切な記載や誤字が認められた（アドバイスで詳細を記載）。

(アドバイス)

- ・ 外来における咳エチケットのポスター：外来受診の患者にさらに目立つようなポスターの工夫をされると、患者から感染兆候の申し出が早くなり、早期対応がしやすいと考えられる。
- ・ 空気感染対策を要する患者を収容する外来診察室の対応：共有する空調を停止して、ヘパフィルター付空気清浄器を使用することが勧められる。
- ・ 各部署の環境（清潔区域、不潔区域）：清潔と不潔の観点から物品の整理や薬剤の準備する場所の検討が進められる。水まわりはグラム陰性桿菌の温床となるので、その近くに清潔物品を置かない、点滴薬のミキシングを行わない工夫が必要。
- ・ 個人防護具（PPE）の設置：壁にラックを装着すると清潔な管理ができる。必要なところに、必要な数の準備を行うと、整理整頓ができると考えられる。
- ・ 手指衛生：病室の手洗い設備には液体せっけん及びペーパータオル等の設置がなかった（トイレの手洗い設備にはあったが）。液体せっけん・ペーパータオル・ゴミ箱の設置が勧められる。
- ・ 病棟書棚やゴミ箱用に使用している紙製の箱・段ボール箱：吸湿しやすく湿潤環境を作りやすいためプラスチック製のものへの切り替えが望まれる。
- ・ エアコンの清掃：不十分なところが認められた。こまめな清掃が必要。
- ・ 患者用マスク販売機の配置：病院入口ではなく、院内の飲み物の自動販売機コーナーに設置されていた。必要時に患者や訪問者がすぐにアクセスできるような配置が望まれる。

IV 職業感染対策について

評価：B

- ・ 4種流行性ウイルス疾患の抗体価検査を全職員に実施し、ワクチン接種を行うシステムが構築されていた。
- ・ 血液や体液が飛散する可能性がある場合の個人防護具の準備は行われていたが、
- ・ ゴーグルの設置がなかった。
- ・ 針刺し時や血液曝露時の対応について、一部不十分な部分を認めた。
- ・ 4種類ウイルス疾患の抗体価及びワクチン接種、結核対策、血液・体液曝露時の対応は、安全衛生委員会において対応されていたが、情報の共有が不十分となっている点を認めた。

(アドバイス)

- シールド付きマスクの導入：ゴーグルが設置できないようであれば、シールド付マスクを導入する方が勧められる。
- 針刺し、血液曝露時のフローチャートの作成：24時間対応できるように、当直者でも対応可能なフローチャートが必要である。
- 安全衛生委員会：感染管理認定看護師（CICN）がアドバイザー等であればよいので委員会に入ると、現場への介入がタイムリーに実施できる。
- マニュアル Page39 の抗 HIV 薬予防内服の項目：石川県 HIV 予防薬配置医療機関に配置されている薬剤が TDF/FTC（ツルバダ）と RL（アイセントレス）へと変更になっているので、記載の変更が勧められる。妊娠反応陽性者への対応を含めて、エイズ治療北陸ブロック拠点病院である石川県立中央病院のマニュアルが参考になる。

院内感染対策実地支援に係る再ラウンド

アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成27年2月27日（金） 13:30～16:30

支援病院／許可病床数：200～499床

支援実施者／竹田 正廣（医師・リーダー）、山本 康彦（薬剤師）、西原 寿代（看護師）、
嶋田 由美子（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：A

【良かった点】

- 前回の指摘事項については、ほぼ改善がみられました。

【今後更に検討・改善が必要な点】

- さらに ICN の専従化を検討されるとより良いものになると考えます。

II ICT 活動について

評価：B

【良かった点】

- 前回の指摘事項については、ほぼ改善がみられ、感染対策マニュアルも修正・追加・検討されていました。

【今後更に検討・改善が必要な点】

- 呼吸器装着患者や尿道留置カテーテル患者が多いことから、ぜひサーベイランスの実施をご検討ください。中心静脈カテーテル使用患者は少ないとのことですが、可能であればプロセスサーベイランスもご検討ください。
- マニュアルの中の感染症法の届出が必要な疾患一覧に、平成25年4月追加疾患を追加してください。
- PPEホルダーの設置等を検討頂けると良いと思います。
- 業者との契約もありますが、一次洗浄はしないでも良い方向を検討して下さい。
- マニュアルの「針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露時の対応」の中で、**【曝露部位の洗浄法】**の1. 注射器、メスなどで刺傷、切傷を受けた場合、流水（石鹼併）で傷口を十分に洗浄し、ポピドンヨードもしくは消毒用エタノールで消毒する、とありましたが、流水と石鹼による洗浄で十分と思われます。
- マニュアルの**【針刺し等職業感染発生時の採血及び治療におけるフローチャート】**の中で、職員のHBs抗体（+だが、+8以下）と記載されている部分は、（+10以下）で良いのではないのでしょうか？
- マニュアルのHBs抗体の測定法はおそらくPHA法で、基準値は8（倍）未満です。ただし、医療関係者のワクチンガイドラインでは第2版（日本環境感染学会 2014）ではEIA、CLIA、RIA法で10mIU/mLが免疫獲得の目安となっています。よって、まず測定法が感度の低いPHA法からCLIA法等に変更し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：A

【良かった点】

- 前回の指摘事項については、ほぼ改善がみられました。

【今後更に検討・改善が必要な点】

- マニュアルの「針刺し事故」という「事故」についての表現の改善がされると良いと思います。Accident（事故；予測が難しい、避け難い）よりもむしろ、Injury（損傷；予測が可能で予防可能）であるという概念に基づき、職業感染制御研究会でも事象をそのまま表現する、「血液・体液曝露」、「針刺し・切創」、「接触曝露」などの表現を使用することが提案されています。

Ⅳ 職業感染対策について

評価：B

【良かった点】

- 安全器材、ニトリル手袋等の検討、導入が行われていました。
- B型肝炎等の抗体検査やIGRA検査が導入されていました。

【今後更に検討・改善が必要な点】

- 前回の指摘事項については、ほぼ改善がみられましたが、B型肝炎ワクチンの接種を定着化させるとより良いと思います。可能であれば麻疹、水痘、風疹、ムンプスについてもワクチン接種を進めてください。
- 個人防護具の設置に関して、壁への設置が不要と判断され、ワゴン車に準備し、必要時ワゴンを持参されていましたが、吸痰処置やおむつ交換時の標準予防策の対応時にも個人防護具は必要となってきます。各部屋への個人防護具の設置を推奨いたします。

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25年 8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
・ 病院長以外の医師に実務責任者（加算における専任医師）を任命	内科医に感染管理者になっていただいた。	改善
・ 感染対策委員会、小委員会、感染対策チーム（KICT）等組織の統合整理の検討	感染対策委員会は従来通り、看護師の小委員会はコメディカルをいれてリンク会として ICT に組み込んだ。ICT はリンク会の中心で指示、指導を行う。	改善
・ 認定看護師の育成及び専従あるいは専任 ICN としての地位確保	26 年度 1 名看護大学で研修中。	改善
・ リンク委員（ナース）から現場のナースへの啓発活動の実績	26 年度は部署ごとに年間目標を立ててもらい現場の職員の意識の向上を旨とし、リンク委員が各部署の学習会を行なう。	改善
・ 「届出が必要な感染症の連絡体制」と「日常的に感染対策上問題となる病原体」の連絡体制の見直し	連絡体制のフローチャートを ICT が中心となって行うよう見直した。	改善
・ 感染経路別感染対策が必要となる患者情報の共有ができるシステム構築	病棟師長より患者の情報をもらい各部署で参照可能とした（エクセルの書類）。	改善

II ICT 活動

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
[感染対策マニュアル] ・ 感染対策マニュアルが短時間でポイントが理解できるような工夫をした改訂および表現や形式の統一	感染対策マニュアルは要点をわかりやすく一部フローチャートし作成中	一部改善
・ アウトブレイク対応のマニュアル作成（主な内容） ① 中核な業務を行う担当者の明確化 ② 日常的に感染対策上問題となる病原体について、アウトブレイクを早期に発見するための情報の集約の方法 ③ 重大な感染対策事例についてどのように対応するのか	①、②は改善 ③はマニュアル作製中	一部改善

<p>主なアドバイス事項</p>	<p>取組み状況及び改善結果</p>	<p>自己評価 <small>改善・一部改善 検討中・未実施</small></p>
<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬マニュアルは現場（特に医師）と連携を取りつつ使用可能なものへの改訂 	<p>各医師が通常使用する抗菌薬を調査し顧問医師と検討中</p>	<p>検討中</p>
<p><その他内容について>（主なもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手洗いについて… 分類について 手洗いのタイミングの具体的な記載について 手荒れ防止策について ・「院内感染」…指針として作成し直す ・「感染経路別予防策」… 「標準予防策」の項とあわせ整理して見直す 感染成立の条件など教科書的な内容を削除 ・N95 マスクについて…装着前のユーザーシールチェックの具体的方法を写真や絵で示す。 ・結核について…ツベルクリン反応は限定的な利用にとどめる。 ・疾患別（病原体別）予防策について… 感染経路別に整理 ・感染性胃腸炎について…院内感染対策（胃腸炎患者の入院と伝播防止対策）の視点で作り直す ・感染性胃腸炎の隔離基準について（菌の陰性化は不要） ・職員の健康管理のマニュアル整備 ・手術部位感染マニュアルの予防的抗菌投与のタイミングについて 	<p>手洗いについて 衛生的手洗いに記述を変更、すべて衛生的手洗い5モーメントのポスターを病棟に貼る、保湿剤を院内で購入できるように売店に置く、病院購入の保湿剤の購入を検討している。 「院内感染」の指針を作成し表示してある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「感染経路別予防策」…見直済み ・N95 マスクについて…改善済み ・結核について…T-SPORT を使用 ・感染性胃腸炎の隔離基準については、改定済み ・感染性胃腸炎については、改定済み ・感染性胃腸炎の隔離基準については、改定済み ・以外の項目は検討中 	<p>一部改善</p>
<p>[サーベイランス]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランスの本来の目的である、分析・フィードバック、更にはプロセス改善のための方策の検討 	<p>プロセス改善のための方策の検討は不十分</p>	<p>検討中</p>
<p>[その他]</p> <p><コンサルテーションについて></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染対策の各職種専任者の役割分担及び集約の明確化 	<p>コンサルテーションについては ICT に行うとする。</p>	<p>一部改善</p>

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 検討中・未実施
<ラウンドについて> ・チェック項目の統一、工夫	検討中	検討中
・出席率を上げるため（ビデオ上映会やDVDの作成等）の工夫	研修会については、DVDによる参加、アンケートの提出	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] ・トリアージに関するポスター等の掲示	未実施	未実施
・感染症疑いの患者へのトリアージのマニュアル化およびポスター等の掲示などの検討	未実施	未実施
・空気感染予防策が必要な患者を管理できる個室の準備	検討中	検討中
・小児科のミキシング台の水はね防止策や場所の変更の検討	未実施	未実施
・小児科のプレイルームの絨毯の是非について検討	小児科のプレイルームの床材の変更済み	改善
・耳鼻科・泌尿器科外来での内視鏡の洗浄時の防護具についての指導	防護具の使用を必須とした	改善
・外来への速乾性手指消毒薬や個人防護具の配備	各外来に速乾性手指消毒薬と個人防護具の配備した	改善
・外来採血室の手袋着用および交換の遵守と消毒薬の単包用製品への切り替えの指導	外来採血室の手袋着用および交換の遵守と消毒薬の単包用製品への切り替えの指導済み	改善
・外来での環境整備と衛生管理の徹底の指導	指導済み	改善
・消毒薬・洗浄剤・環境クロスの設置場所の検討	未実施	未実施
・消毒薬の種類及び清拭方法の見直し	見直し済み	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
[病棟] ・在庫数の削減、整理整頓	ラウンド時に毎回指導	一部改善
・回診車の衛生材料の在庫数の見直し	ラウンド時に毎回指導	一部改善
・清潔物品と汚染物の交差を可能な限り減らす工夫	各病棟で清潔物品と不潔な物の距離をとるように指導	一部改善
・ミキシング時の清潔管理のための環境整備や防護具の検討	マニュアル化しポスターを掲示	改善
・感染経路別予防策の実施のために、病室前のポスターの掲示や防護具の設置の検討	検討済み	改善
・防護具ホルダーの設置検討	未実施	未実施
・滅菌物収納キャビネットの扉を必ず閉める	ラウンド時に毎回指導	改善
・清拭タオルについて、乾燥した状態で準備し、使用直前に煮沸消毒する	改善済み	改善
・陰洗ボトルの使い回しを避け、使用ごとに消毒、洗浄、乾燥する	改善済み	改善
[透析室での感染対策]	検討済み	改善
・肝炎ウイルス陽性者に対する対応の徹底、ゾーニングの検討	検討済み	一部改善
・感染廃棄ボックスの保管場所の検討	検討済み	一部改善
・透析室の環境消毒について次亜塩素酸含有の環境清拭シートの導入や次亜塩素酸の使用の検討	改善済み	改善
・PPE 及び速乾性手指消毒薬の設置場所の増加	改善済み	改善
・患者毎のリネン交換の検討	検討済み（基準を設けて、リネンを交換している）	改善
[微生物検査]	未実施	未実施
・感染対策上重要な耐性菌発生時の週報、月報、年報について、データの活用方法のマニュアル化の検討	未実施	未実施

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
・血液培養検査の陽性報告の休日対応の検討	未実施	未実施
<ul style="list-style-type: none"> ・細菌検査室の予防対策について ① HEPA フィルター交換などの定期点検 ② 感染領域（細菌検査室）と非感染領域（検査室外）とで着用する白衣を分ける。特に抗酸菌検査業務は、手袋だけでなく N95 マスクと予防衣を着用する ③ 感染性廃棄物容器と非感染性廃棄物容器の区別 ④ 検体搬送容器について、バイオハザードマーク付きの統一した密閉容器とする ⑤ 新病院での、尿採取場所と尿検査室の配置の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ①は未実施 ②は予防衣を指導 ③は実施済み ④は未実施 ⑤検討中 	一部改善
<p>[薬物管理]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬あるいは消毒薬の適正使用に関して全職員の教育啓発、衛生的なミキシングの方法の院内全体への周知徹底 	検討中	検討中
・消毒薬の種類・絞込み、現場での管理状況確認及びマニュアル化	絞り込み済み、マニュアルは未実施	一部改善
・抗菌薬の適正使用のための関連データの院内全体へのフィードバック	院内研修会などで実施	一部改善
・抗菌薬適正使用の定期的な啓発活動の実施	院内研修会などで実施	一部改善
・多用量薬剤の使用期限について、一覧表の作成及び掲示	未実施	未実施
・消毒薬含有クロスの採用	採用済み	改善
・アレバール等吸入剤をインターール等アンプル液へ変更を検討	未実施	未実施
・食品と薬品用の冷蔵庫を分ける	指導済み	改善
<p>[その他]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡を科別で実施している場合は、自動洗浄機の使用状況などを記録に残す 	自動洗浄機の使用状況などを記録に残すように指導済み	改善

IV 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
・防護具について、装着の遵守に対する啓発及びラウンド等での装着状況の確認、注意	ラウンド時に毎回指導	改善
・N95 マスクの全部署への配備及び装着方法のトレーニング	年一回フィットテストを行う。マスクは配備済み	改善
・リキャップの全面廃止	ラウンド時に毎回指導	改善
・針捨てボックスの蓋を閉めることの徹底	ラウンド時に毎回指導	改善
・針刺し・切創事例の発生状況の分析に基づく針刺し防止器材の見直し	針刺し防止器材の見直し済み	改善
・職員の麻疹・水痘・ムンプス・風疹の抗体価検査とワクチン接種	麻疹・水痘・ムンプス・風疹の抗体価検査とワクチン接種（麻疹・風疹）済み	改善
・職員の感染症抗体価検査結果の厳重な一括管理及び職員個人が自身の情報の把握できるようにする	検討中	検討中

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：500床以上

実地支援日 平成25年 9月 2日

I 組織的な感染管理システム

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
・4職種それぞれに専任者を配置	各職種の専任者名をICT委員会規定に記載する	改善
・日々の感染対策活動の記録・分析	アウトブレイク事例についての分析記録は整理	一部改善

II ICT活動

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) 検討中・未実施
・マニュアルへの滅菌・洗浄・消毒、廃棄物、デバイス関連感染対策などの項目追加	器材の使用目的に応じた分類及び処理方法の一覧を作成	改善
・消毒薬や廃棄物の分別、病原体別予防策などに関する一覧表の作成	一覧表を適切な場所に貼付	改善
・環境整備マニュアルに図や写真、表を取り入れる	整備手順の要点が視覚的に分かりやすいよう図を入れる	改善
・貴院特有の問題点を把握した上での院内ラウンドの実施・現場確認	部署内ラウンドにはリンクナースを同行、問題点や疑問にはその場で直接検討	改善
・現場の疑問・問題点の把握および適切なフィードバック、一定期間経過後の改善状況の確認など院内ラウンドの機能充実	リンクナース同行し問題点の説明と改善案を提示し、改善状況は継続してのラウンド時に確認しながら徹底を図る	改善
・具体的な院内の問題点・改善策に関する全職員対象の講習会での周知徹底	問題、その解決策をフローと一緒に考える研修会を検討	検討中
・部門別講習会や採用時オリエンテーションの計画・実施	清掃、給食の委託職員を含め採用時にはICTが中心となり感染対策の教育を行う	一部改善
・必要に応じて掲示物の期限を明確にする	感染対策に関するポスターなど案内掲示物は6か月をお知らせ期限とします	改善
・感染防止対策加算の連携施設など外部からの評価・アドバイスを受ける	年4回感染対策連携病院合同カンファレンスへ参加し、連携施設からコンサルテーションを受けています	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
・適切な場所への速乾性手指消毒剤の配置	身体合併症病棟の重症者病室入り口に速乾性手指消毒薬を設置し、 容易に手洗いが行えるように改善	一部改善
・手指衛生の遵守率向上のため携帯用手指消毒剤の運用方法を検討	精神科病院では万一患者からの危害を想定して、首掛け、肩掛け の妥当性を検討しています	検討中
・手指消毒剤の使用量調査結果の有効なフィードバック・介入の検討	毎月部署別に使用量を提示し、全体との使用比較ができるように 案内を行う	改善
・手指衛生が重要となる場所の手洗いシンクの水栓について、自動水栓やレバータイプのものに変更を検討、布製タオルの廃止	作業内容により手動水栓を必要とする箇所があるので継続検討します。また手拭にタオルの使用はすべて使い捨てペーパーに変更します	一部改善
・シンクのスポンジやブラシの管理、乾燥状態の保持	フックに吊り乾燥できる工夫をします また、スポンジは使い捨ての推進を検討します	改善
・汚物室における手洗い石鹸やディスポエプロンなどの設置	汚物処理コーナの隣接する用具庫に随時使用できるように設置	改善
・注射薬調製台における環境清拭用シートの配置、調製時の使用	使い捨て環境クロス導入	改善
・酒精綿の単包化の検討（パック製剤を使用するならば管理の徹底）	使用量で単包 or パック製剤を取り入れている パック製剤で残った酒精綿は【器材用】と記載し管理を徹底	改善
・簡易オートクレーブ（外来部門に設置）の滅菌バリデーシンの徹底、滅菌物の単包化の検討	科学的、生物学的インディケーターを取り入れ滅菌を適正に管理する また撮子の単包化滅菌も一部導入	改善
・外来でのトリアージ等に関する患者向けポスターやサインの掲示	今後検討	未実施
・使用する物品や薬剤、手順などを具体的に示した清掃規定の作成及び担当職員への周知徹底	作成に向け準備中	検討中
・環境整備には不向きな消毒剤や清潔維持が難しい布製雑巾の使用を中止するため、環境整備クロスなど使用用途にあった製剤の導入を検討	環境クロス導入	改善
・各現場における消毒薬の用途や希釈法に関する一覧表の掲示等	手順に記載済み 一覧表掲示	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
・多用量バイアルや消毒薬の使用期限に関する一覧表の各現場への掲示	周知できるよう冷蔵庫ドアに掲示	改善
・抗菌薬使用マニュアルの改訂及び現場スタッフへの周知	マニュアル改訂	改善
・抗菌薬の使用量について、AUDでの算出・集計	AUD方法の導入検討中です	検討中
・飛沫の発生リスクがある検査を検査室で行う際のプラスチックエプロンなど個人防護具の着用	感染リスクの検体を扱う時はPPE（エプロン、マスク、ゴーグル、手袋）の着用を標準化します	改善
・年単位の薬剤耐性菌の分離状況に関する集計や薬剤感受性率表（アンチバイオグラム）の作成	H25年度薬剤耐性菌(MRSA)の集計およびH25年度薬剤感受性率表の作成を行う	改善
・薬剤耐性菌確認検査に関する外部委託検査会社との契約の確認	ESBLについては事前連絡で検査可能	改善

IV 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
・安全装置付き翼状針など、より一層の安全装置付き医療器材導入の検討	安全装置付器材を導入しすべての部署で使用し、誤刺防止を推進	改善
・麻疹、風疹、水痘、ムンプスについて、職員への抗体価確認及びワクチン接種の検討	感染対策委員会で継続検討	未実施
・血液・体液曝露対応マニュアルについて、汚染源側の過去の検査結果の有効期限や汚染源不明の場合の対応に関する記載追加	長期入院者が多い中で、データの有効期間については検討中	検討

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：500床以上

実地支援日 平成25年 9月 5日

I 組織的な感染管理システム

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
・ICD や ICN を置き、専門的な活動を実施	ICD：感染対策委員長受講済み。 ICN：病棟Ns 受講予定。	改善
・放射線部におけるリンク委員の任命	配置済み。	改善
・感染対策実施時における患者への文書による同意取得	同意を得た内容をカルテに記載。	改善
・医療安全と院内感染対策の委員会について、それぞれの主要メンバーの一部を双方の委員会に所属させる	配置済み。	改善

II ICT活動

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
・複数の医師の ICT への参加	Dr1 名参加し、計 2 名。	改善
・ICT ラウンドについて、訪問場所を変えて頻回に実施。	毎月訪問場所を変え 1 ヶ月に 1 度実施。	改善
・定期ラウンドにおける「ゴミ収集場」の追加	追加し、実施。	改善
・院内 LAN 等を利用した ICT コンサルテーション内容の把握	記録し、院内 LAN 上で閲覧可能にする。	改善
・血液および体液暴露時のマニュアルを感染対策マニュアルに掲載	記載済み。	改善
・院内のすべての職種が参加できる感染対策講習会の複数回の実施	最低年 2 回実施。	改善
・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	定期的実施。	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)
・ 耐性菌サーベイランスに関して、現場の感染対策に利用できるようなデータの揭示方法の検討	半年に1度感染対策委員会で報告。	改善
[マニュアル] ・ 給食関係職員の検便、衛生管理、器材の消毒方法等のマニュアル作成	作成中。	検討中
・ 手指衛生の方法について、現場で実際に行う方法の明記（消毒入り石鹸と通常石鹸の使い分け、他）	記載済み。	改善
・ 接触感染予防の為に看護物品の患者個人専用化、および実際の対策の明記	感染患者に対しては患者個人専用としている。	改善
・ インフルエンザ：アウトブレイクまで想定したフローチャートの作成。抗インフルエンザ薬予防投与に関する同意説明文書の作製。	作成中。	検討中
・ マンシェット汚染時の具体的な洗浄方法の記載。さらに、接触感染予防のための（ディスプレイザブル）マンシェットカバーなどの使用の考慮。	記載済み。 マンシェットカバー等については要検討。	改善 検討中
・ その他、マニュアル内の指摘事項における見直し。	見直し済み。	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)
[標準予防策・感染経路別予防策] ・ 手指衛生励行の推進、携帯式の速乾式手指消毒薬の一部導入も考慮	今後検討。	検討中
・ 感染経路別予防策の教育および実践の徹底	関連病院より感染管理認定看護師(ICN)派遣を受け、指摘を受けた事項はリンク委員に連絡し、各部署で報告してもらった。	改善
・ 医薬品開封後の使用期限一覧表のマニュアルへの掲載	記載済み。	改善
[衛生管理一般] ・ ミキシング台の整理整頓	不潔物品を汚物室へ移動。ナースセンター内に置かない。	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
・点滴準備用トレイにおける管理方法の検討	使用時にアルコール綿で清拭している。	改善
・病棟の医療材料の在庫量・管理方法の見直し	週2回必要な量だけ事務部に請求する。	改善
・包交車における清潔・不潔を区別した管理	指導する。	改善
・感染性廃棄箱をすべて踏み台による蓋の開閉に変更	不潔物が発生しないミキシングスペースにあるもののみ未変更。	一部改善
・ペーパーホルダーの変更と手洗い場周囲の診療材料の配置変更	管理棟の2か所(壁に設置スペースがなく設置困難)以外は変更済み。手洗い場周囲に診療材料等おかないようにする。	改善
・TPN混注時の噴霧式アルコールを浸漬式アルコール綿使用に変更	変更済み。	改善
〔細菌学的検査〕 ・血液培養は、ルチーンに2セット施行	実施する。	改善
〔薬剤管理〕 ・抗菌薬の投与量設定時における、シミュレーションや実測値を参考にしたTDM解析の導入	検討中。	検討中
・VI章の抗菌薬適正使用の項目の内容の充実及び抗菌薬一覧表の追加	作成中。	検討中
・病棟スタッフステーションにおける薬用保冷庫の設置	検討中。	検討中
・軟膏の患者個人用への変更	可能な限り変更する。	検討中
〔滅菌・施設設備管理〕 ・処置台周囲の感染性廃棄箱の設置場所を変更	汚物室に入れている。	改善
・器材の一次洗浄等を実施する場所の特定化	要検討。	検討中
・ウォッシャーディスインフェクターの設置の検討	要検討。	検討中
〔汚物室〕 ・資材保管用の段ボール箱をプラスチック製の箱などに変更	変更済み。	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〕
・オムツ交換車に設置されている布製の手袋入れの管理方法の検討	布製の手袋入れの使用を中止。	改善
・雑巾の管理方法の検討	検討中。	検討中
・洗浄後の物品の乾燥方法を検討（乾燥機の設置など）	検討中。	検討中
・陰部洗浄用ボトルを洗浄しやすいものに変更し、患者毎の個別使用を検討	検討中。	検討中
〔病室〕 ・床頭台の整理整頓	整理整頓する。	改善
・リネン交換時における汚染リネン取扱いの手順整備	整備する。	検討中
・簡易陰圧にするための個室空調の調整方法をマニュアルへ追記	要検討。	検討中

IV 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〕
・全職員のB型・C型肝炎等の抗体価測定やB型肝炎ワクチン接種の実施	実施している。	改善
・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体価測定およびワクチン接種の実施	検討中。	検討中
・血液・体液曝露に関する、採血項目、検査対象者の再考及び受傷スタッフのフォローアップの追跡記録	検討中。	検討中
・全患者に対する採血、静脈確保時の手袋の装着	指導する。	改善
・個人防護具としてのゴーグルの準備・装着	検討中。	検討中
・抗酸菌塗抹検査の自院での施行および結核患者発生時の接触者対策マニュアルの改訂	現在は至急外部検査で対応。将来的に検討。マニュアル改定済み。	検討中 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：100～199床

実地支援日 平成25年 9月20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)
・なし	—	—

II ICT活動

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
<p>[サーベイランス]</p> <p>・より精度を高めたサーベイランスの実施の再検討</p>	ICTで検討した結果、現在のサーベイランスを継続	未実施
<p>・図表を活かした「ICT感染検討シート」の作成</p>	現在感染件数も少なく、年1回データを表にしている。感染件数の増加等があれば、データ化の頻度も考慮予定	一部改善
<p>・擦式手指消毒薬使用量は、消毒薬の空瓶を集めてカウントする方法や払い出し量で算出する方法が一般的で、下記計算式で行う事を検討</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> $\frac{\text{一定期間の擦式手指消毒薬使用量}}{\text{1回の手指消毒薬勧告量}} \div \text{同じ期間の延べ入院患者日数}$ </div>	現在は、取組みまでは至っていない。使用量調査を行う方向で再度検討する予定。	未実施
<p>[マニュアル]</p> <p>・衛生学的手洗いについては他と区別して明確に記載 手術時手洗いについては現状行っている内容を記載</p>	左記の指導のもと、マニュアルを改訂した。	改善
<p>・用語の統一、正しい表記、エビデンスに基づいた内容の訂正</p>	左記の指導のもと記載を行った。	改善
<p>・全体の改訂日と、項目ごとの最終改訂日を記載</p>	左記の指導のもと記載を行った。	改善
<p>・検索しやすいように、系統立ててまとめる(MRSAなど)</p>	マニュアル内で分散されていた内容はまとめ、説明用紙などの整理も行った。	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〕
<ul style="list-style-type: none"> ・「MRSA 保菌を疑う場合にスクリーニング検査を行う」 → 「感染症が疑われる場合にのみ培養検査を行う」への変更 	<p>当院の過去の事例もあり、スクリーニング検査は、変更せず現状のままである。</p>	未実施
<ul style="list-style-type: none"> ・病原菌予防策の対象となる感染症の追加（クロストリジウム・ディフィシル感染症、結核、インフルエンザ） 	<p>クロストリジウム・ディフィシル感染症に関する追加は未実施である。随時、追加予定</p>	一部実施
<ul style="list-style-type: none"> ・院内ウイルス感染症対策で、接触者の ABC などのランク分けについて、現状を確認し改訂する 	<p>ICT で検討した結果、現状のまま継続</p>	未実施
<ul style="list-style-type: none"> ・針刺し／切創報告書や針刺し届出用紙の項目を追加 	<p>届け出用紙をマニュアルに追加</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・「H I V 針刺し切創血液体液曝露時対応フローチャート」の作成を時間外の対応も含めてマニュアルへ記載 	<p>左記の指導をもとに、マニュアルを作成した。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルへは現在採用されている抗菌薬について記載 	<p>左記の指導のもと記載を行った。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・手術時感染予防抗菌薬の見直し 	<p>CTM を手術時の予防抗菌薬より外す</p>	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>[病棟]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集尿瓶などは、ベッドパンウオッシャーでも処理できる物品への変更を検討 	<p>変更できる病棟より変更した。他病棟へも、導入を進める。</p>	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> ・ミキシング台の清潔維持 	<p>ミキシング台には、不要なものは置かないことを徹底し、資料を挟むテーブルマットも撤去した。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・清拭ケア専用ワゴンに、エプロンやマスク等をセットすることの検討 	<p>清潔ケア専用ワゴンに PPE のセット化を行った。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・MRSA 感染対策の見直し 	<p>MRSA 保菌のみの患者に対する対応緩和</p>	改善
<p>[内視鏡・材料室]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡の洗浄消毒エリアと患者エリアの区別、または換気扇の設置 	<p>感染対策委員会にて検討した結果、資金も必要であり換気扇等の設置も難しい</p>	未実施

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
・材料室にある洗浄剤・消毒剤の保管場所の変更	保管場所変更	改善
[細菌検査室] ・安全キャビネット設置の検討と、設置までに外部委託職員のN95マスクの着用及び換気の指導	基本的には、院内での検査はしない方向となり、安全キャビネット設置はしない。また、例外として実施する場合はN95マスク着用および着用の指導は行い実施されている。	改善
・抗菌薬感受性検査について、VCMのMIC測定と報告	MIC報告可能となった	改善

IV 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〕
・新入職員のツベルクリン反応検査の見直し (結核の接触者検診はクオンティフェロンなどのインターフェロンγ遊離試験が主流)	感染対策委員会で新入職者のツベルクリン反応検査について検討し 行わず、インターフェロンγ遊離試験(T-SOPT)を採用し実施する。	改善
・針刺し/切創発生時の追跡検査の見直し	定期健診回数は、直後・1・3・6・12ヶ月後に見直し変更した。	改善
・B型肝炎定期検診の回数の見直し	Aランク 4回/年⇒2回/年 それ以外 年1回	改善

■院内感染対策実地支援アンケート■

※平成 25 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
4	0	0	0

(その理由)

- 職員全体が院内感染対策の重要性を再認識しその後の改善がスムーズに行えた。また、病院全体として取り組むきっかけとなった。
 - 院外の専門の先生方に院内環境、マニュアル等の改善のアドバイスを頂き大変ありがたいと思っております。院内職員だけではわからない事も多々あり適切にアドバイスを頂き大変役に立ちました。ありがとうございました。
 - 精神科病院の感染対策の要点は、その特殊事情を考慮した環境整備、手指衛生など基本の充実であると気づきました。
 - 院外の方々に現場を見ていただき、アドバイスをいただくことで普段気が付かないような気付きがあり、大変ためになりました。また、普段疑問に思っていること等を直接お聞きできるよい機会となり、大変勉強になりました。
- ・当ネットワーク会議の支援について、ご意見ご感想があれば、お聞かせ下さい。
- 院内感染対策に見識の高い方から現場ラウンドを通して、現場の基本的な知識不足、意識できていなかったことに助言が得られたことは、当院の感染対策への向上につながった。

■平成26年度院内感染対策講習会開催結果概要■

- 開催日時 平成26年10月12日(土) 14:00～16:30
- 開催場所・参加人数 石川県地場産業振興センター コンベンションホール 156人
- 参加者内訳

医療従事者						介護職	行政	その他	合計
医師	看護師	薬剤師	臨床検査技師	その他医療職	小計				
10	83	9	4	0	106	37	3	13	156

○アンケート

回答数	回答率
129	83%

・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
101	26	0	1	1

・今回の講習会の中で「今後の院内感染対策の参考になる」と思われた事項がありましたらご記載ください。

- 疥癬の患者の経験がないので写真が参考になった
- 新薬の発売情報、アウトブレイクの実体験談が非常に良かった
- ガウンの着脱をすることができてよかった。
- 疥癬の感染防止策についてあまり知らなかったので、施設での参考にしたい
- 勝俣先生の職員の就業制限に関する対応
- マニュアルには写真を載せるとわかりやすいと感じた
- 落屑した皮膚のナイロンの入れ方について、実際どのようにするのか写真で見たかった

・今後、本ネットワーク会議の実地支援を活用したいと思いませんか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
31	77	16	0	1	4

・今後、本ネットワーク会議の相談窓口を活用したいと思いませんか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
25	84	15	0	2	3

・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。

- 白癬との違いをもっと詳しく知りたかった。
- 在宅やグループホームで市販されているもので安価で手軽に予防できる方法を学びたい
- 集団感染が起きたときの他職種との連携のとり方に困っている
- デング熱など国際的な感染症や新型感染症の水際対策について
- 昨年に比べて会場が広くて良かった。

・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。

- もう少し実践を入れてほしい
- 新しい情報の発信をお願いします
- 能登でも研修をしてほしい

平成26年度院内感染対策支援事業概要

平成27年3月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
