

平成28年度 院内感染対策支援事業概要

平成29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27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28年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成29年3月現在・職種別五十音順）

医師 委員長 飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
副委員長・リーダー 和田 泰三（金沢大学附属病院 感染制御部長）
太田 和秀（金沢医療センター 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）
渡邊 珠代（石川県立中央病院 診療科長）
中積 泰人（金沢市立病院 中央診療部副部長）
米山 宏（浅ノ川総合病院 内科医長）

薬剤師 リーダー 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）
池田 浩幸（城北病院 薬剤部）
多賀 允俊（金沢医科大学病院 薬剤部）

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 医療安全管理部感染管理認定看護師）
江波 麻貴（浅ノ川総合病院 感染対策管理者）
小森 幸子（加賀市医療センター 看護師長）
中村 洋子（金沢大学附属病院 感染対策室副部長）
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 新川 晶子（石川県立中央病院 医療技術部検査室技師長）
千田 靖子（金沢大学附属病院 感染制御部）
金谷 和美（金沢医科大学病院 中央臨床検査部）
坂上有貴子（公立松任石川中央病院 医療技術部検査室副技師長）

2) ネットワーク会議開催日

第1回 平成28年 7月25日 於：石川県庁

第2回 平成29年 3月 7日 於：石川県庁

Ⅱ. 平成28年度の事業実績状況

1. 院内感染対策実地支援事業

病院が個別に取り組んでいる院内感染予防や対策について、実地で助言するため、平成23年8月に設置した石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の委員（医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師）で編成する実地支援チームを、県内1病院に派遣した。事業の実施に当たっては、病院が「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）を元に作成された評価表にて自己評価を行うとともに、その自己評価表を活用し、評価・支援を行った。

また、以前実地支援を実施した3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28年9月2日～平成29年1月26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28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28年 9月2日	許可病床数： ～99床	医師：竹田正廣（リーダー）、米山宏 薬剤師：多賀允俊 看護師：大井希美佳、藤本淑子 臨床検査技師：千田靖子	8～20p
平成28年 10月19日	許可病床数： 200～499床	医師：中積泰人（リーダー）、渡邊珠代 薬剤師：石田美由紀 看護師：江波麻貴、池田恵子 臨床検査技師：金谷和美	21～38p
平成28年 12月13日	許可病床数： ～99床	医師：西耕一（リーダー） 薬剤師：石田美由紀 看護師：藤本淑子、中村洋子 臨床検査技師：新川晶子	39～43p
平成29年 1月26日	許可病床数： 500～床	医師：竹田正廣（リーダー） 薬剤師：池田浩幸 看護師：小森幸子、野田洋子 臨床検査技師：金谷和美	44～52p

● 平成28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	1施設	3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"> ・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28年度実地支援実施病院対象)

平成28年度に実地支援を実施した病院(4病院)に対し、当事業の実地支援チームによるアドバイスに基づき、実際に改善等の取組みが行われているかの確認及び実地支援が有効であったかアンケート調査を行った。

調査実施日 平成28年10月

調査対象 4病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 53～70p

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28年度の相談件数は3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し、委員長または副委員長が確認の上で回答

相談内容・回答

(1) 利用者を使用している物品の消毒の必要性について(72p)

(2) 針刺し、血液暴露の対応(HIV対策)等にかかるマニュアル改正について(73p)

(3) 入浴介助者の足白癬の感染防止について(74～75p)

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28年10月23日(日)午後3時30分～午後6時

開催場所 石川県立中央病院 健康教育館 大研修室

内容 (1) 講演・討議「病院におけるICTラウンドの実際」
金沢大学附属病院 感染制御部副部長 中村 洋子 委員
城北病院 薬剤部 池田 浩幸 委員

(石川県院内感染対策支援ネットワーク会議)

(2) 特別講演「高齢者施設における感染対策—多職種チームを中心に—」
講師: 森下 幸子 先生

(医療法人財団永広会島田病院 院内感染管理責任者)

開催結果概要は 73pのとおり

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

院内感染対策実地支援再ラウンドに係る

アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成28年9月2日（金） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：～99床

支援実施者／竹田 正廣（医師・リーダー）、米山 宏（医師）、多賀 允俊（薬剤師）、藤本 淑子（看護師）、大井 希美佳（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

平成23年の前回支援実施のアドバイスに対し改善を実施されており、院内感染に対し組織的に前向きに活動されています。ICTメンバーが中心に活発に活動されており、各職種間の連携も有効に機能しています。

しかし、専従ICNがないためサーベイランスなど各メンバーの負担が大きいのと思われます。病院規模から難しいかもしれませんが、可能であれば感染対策室の設置と専従ICNをご検討ください。感染対策委員会は適切に運用されており、データも適切に残されていますが、契約業者を含めて全体を管理する必要があり、清掃や中央材料室など契約業者の院内での代表者を委員に加えることをお勧めします。

II ICT活動について

評価：B

ICTラウンドは、毎週週テーマを決めて環境評価が行われており、電子カルテ掲示板を利用して現場へフィードバックされています。また、血液培養2セット率85%は非常に高い数字であり、ICT活動が機能している証拠です。

しかし、感染対策マニュアルは、現場の職員が使えるように具体的な内容を明記することが必要です。また、一部記載が古いものもあり、以下の点について、マニュアル内の記載及び修正等、ご検討ください。

①感染症法に基づく発生届について、

2類感染症：鳥インフルエンザ（H7N9）、中東呼吸器症候群（MERS）追加

4類感染症：ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）追加

5類感染症（全数把握疾患）

：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症（CRE）、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘（患者が入院を要すると認め

られるものに限る)、播種性クリプトコックス、薬剤耐性アシネトバクター感染症

以上追加

髄膜炎菌性髄膜炎は削除

5 類感染症（定点把握疾患）

：感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）、細菌性髄膜炎は髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合は除く。

②町立富来病院管轄の保健所の連絡先

- ・ 夜間、休日対応の携帯番号が変わっていますので保健所に確認してください。
- ・ 緊急時に必要となってきますので、マニュアルへ正しい番号を記載してください。

③擦式手指消毒剤はゴージョーからラビジェルへ薬剤が変更されているので、マニュアルも修正して下さい。

④プラスチックエプロン（ガウン）、マスク、手袋、ゴーグルの着脱手順および注意点などを図示してみてもいいでしょうか。汚染しないように着用し、環境や自身を汚染しないように脱ぐことは重要です。

⑤おもな起因菌別対策に記載されている各疾患の対応については、新しく出ているガイドラインなどを参照し、貴院の構造、現場でどう対応をする必要があるかを考慮したマニュアル修正の検討をお勧めします。

- ・ 感染症法に基づく結核の接触者健康診断手引き(改訂第5版)平成26年3月
- ・ 日本皮膚科学会 疥癬診療ガイドライン(改訂第3版)平成23年 など

⑥マニュアルは分冊されていて確認しづらいです。一か所のマニュアルで対応が確認できるようにしましょう。

⑦ノロウイルス対策のマニュアルは、A4サイズ1枚でまとめられていましたが、吐物処理や防護具の着脱方法など図示化したほうが、わかりやすいかと思われます。個人防護具の着脱については、どのマニュアルにも詳細な着脱方法、注意点の記載が確認できませんでした。

⑧アウトブレイクに関する定義：感染対策マニュアルの中に記載がありませんでした。基準を決めて具体的に行動レベルでの記載が必要になります。「院内感染が疑われた時の対応」には、指示命令系統しか記載がありません。

- ・ アウトブレイク発生時の保健所報告基準は、下記を参照してください。

医政指初1219第1号 平成26年12月19日 厚生労働省医政局地域医療計画課長から出ている「医療機関における院内感染対策に関する留意事項」

⑨全体的に、言葉や数字の統一をして下さい。感染管理者、管理者、感染管理医師など言葉が混在しています。

⑩全職員が必要時にマニュアルを見て同様の対応が取れるように、より具体的な記載を行う必要があると思います。

例えば、消毒薬に関しては、p.24のf)3)に「次亜塩素酸ナトリウムにて消毒」との記載がありますが、貴院には0.02%と0.1%があるようですので何%の次亜塩素酸で消毒するか混乱する可能性があるかと思います。このため「0.1%の次亜塩素酸ナトリウムにて消毒」と改訂しては如何でしょうか。

⑪管理抗菌薬の運用で、VCMの推奨投与量をシミュレーションソフトにて算出し依頼医に報告しているのは素晴らしいと思います。一方で、限られた人員の中でシミュレーションをするのは大変なご苦労もあるかと思います。改訂版抗菌薬TDMガイドラインではeGFRに応じた初期投与量が設定されていますので、それを参考に推奨投与量を報告することも可能かと思っておりますのでご検討ください。

⑫感染対策マニュアルp.45の「0.1%次亜塩素酸Naの調製後の使用期限3ヶ月」は若干長いかと思いま

す。施設によって期限設定は様々ですが、消毒効果を保証するためにも1か月に設定してみても如何でしょうか。また、救急センターで使用期限切れの0.1%次亜塩素酸Naが置いてありました。0.1%次亜塩素酸Naはノロウイルス感染症の吐物処理等で緊急に必要となることもあり消毒効果の保証は重要です。0.1%製剤も市販されていますので、院内採用をご検討されては如何でしょうか。

⑬消毒薬やマルチドーズバイアル等の開封後の使用期限の一覧をマニュアルに追記しては如何でしょうか。また、使用期限一覧を薬品保管庫に貼付し、全スタッフが使用期限への意識を持つようラウンド等で教育すると良いと思います。

⑭感染対策マニュアルp.47の消毒薬使用例について、0.05%ヘキサック水Wの使用例に「結膜のうの消毒・洗浄。産婦人科・泌尿器科における外陰・外性器の皮膚消毒」との記載がありますが、[新版 増補版]消毒と滅菌のガイドラインのp.141では同部位の消毒には0.02%を使用すると記載されています。結膜のうには0.05%は使用不可能(0.1%を超える濃度は使用できない)ではありません(実際、製品説明書には0.05%以下との記載があります)が、実際の使用状況を確認し、状況に応じてガイドラインをもとに改訂を検討されては如何でしょうか。

⑮サーベイランスも積極的に行われていますが、診断基準がJHAIS、JANIS、CDC/NHSNいずれも2015年以降で改定となっています。以前のデータと比較する点では不利ですが、他院と比較する点からは診断基準の見直しもご検討ください。

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

①診療材料

- ・ 診療材料の在庫数が多く、期限切れのある物もありました。在庫数を見直し定期的に期限切れのないようにしましょう。

②整理整頓/清掃

- ・ 救急外来の包交車の上には、多数の薬剤や診療材料が置かれ埃が目立つ場所がありました。清掃しやすい環境づくりを検討して下さい。

③医薬品管理

- ・ 医薬品は詰替えをしないで使用しましょう。
- ・ 消毒薬や軟膏類は開封日を記載し、使用期限内に使用しましょう。
- ・ 次亜塩素酸Na浸漬液の調製濃度が200ppmに統一されているのは素晴らしいと思います。実際に浸漬液の濃度を測定させて頂いたところ200ppmでした。一方で、浸漬容器が遮光容器ではありませんでした。次亜塩素酸Naは蛍光灯下でも濃度低下することがあるため、蓋が閉まる遮光容器の使用を推奨いたします。また、消毒薬の適正使用のためにもラウンド等で次亜塩素酸Na浸漬液の濃度測定を行うこともご検討ください。

④点滴準備室の管理

- ・ 病棟のミキシング室は、空調の下にミキシング台がありました。ミキシング台の位置の検討が必要です。また、空調周囲の埃などが目立ちました。定期的清掃以外にもチェックを行いましょう。

⑤水回り

- ・ ペーパータオルは、上向きに設置すると、汚染する可能性があるため下向きに取り出せるように、各病室へのペーパーホルダーの設置をご検討ください。
- ・ 病室の手洗い洗面所に患者のコップとスプーンが置かれていましたが、水はねにより汚染する可能性があります。患者個人の物はベッドサイドで管理しましょう。
- ・ 水回りに、个人防护具などの診療材料や消毒済みの物品を設置すると水はねにより汚染する可能性があります。設置場所を検討しましょう。

⑥オムツ交換車の管理

- ・ 汚染オムツが触れる可能性がある枠周囲に清潔な個人防護具や擦式手指消毒剤などを設置すると清潔物品が汚染する可能性があります。清潔物品の設置場所を検討してください。

⑦汚染リネンの管理

- ・ 病棟の廊下の一角に使用済み（汚染）リネン置き場がありました。以下2点より、汚染リネン置き場は密閉することをお勧めします。
 1. 職員以外の人や認知症などの患者が触り汚染する可能性があり危険。
 2. 汚染リネン置き場の上に空調がありました（周囲は廊下、病室もある）。
- ・ 噴霧スプレーが付いている別の容器に消毒用アルコールを詰替えて使用されていました。消毒薬のつぎ足し使用は微生物汚染のリスクを伴いますので推奨されません。また、アルコール噴霧による健康被害の可能性もありますので、アルコール噴霧も推奨されません。アルコール含有の清拭クロス等で対応されては如何でしょうか？

⑧滅菌物の管理

- ・ 滅菌物や診療材料が露出して置かれているところがありました。滅菌物は、扉のある棚や引き出しに入れて管理することが望まれます。
- ・ 滅菌物は、ゴムで縛ると包装が破れて滅菌破綻する為、プラスチックケースを使用するなど管理方法を検討しましょう。

⑨病棟

- ・ 全体的に各部署ともに工夫を凝らし感染対策を行っている印象です。
- ・ 感染患者病室の職員への周知については煩雑な印象をうけました。感染患者病室前にマークをつけるも一法です。
- ・ Ns センター手洗い場：スポンジがシンク外に直置きされていました。基本スポンジは不潔なものです。シンク内の壁にホルダーをつけるなどして、乾燥した状態で保持できるようにしましょう。
- ・ 病室からスタッフステーションに帰ってきた際にスタッフが必ず手洗いをされており、手指衛生への高い意識がうかがえました。一方で、手洗い後に蛇口に素手で触れていましたので、院内講習会等で手洗い方法の再確認を行ってみては如何でしょうか。

⑩検査

- ・ 検査室では、尿検査、生理検査、生化学検査、迅速検査（インフルエンザ・ノロウイルス抗原検査など）、グラム染色などが実施されていました。細菌検査は外部委託されていますが、血液培養陽性時、抗酸菌染色/PCR/培養陽性時には、電話連絡とFAXが届くなど報告体制も整っていました。ESBL産生などの薬剤耐性グラム陰性桿菌は、耐性菌の確認試験の契約もされており、検査室で耐性菌検出患者の把握や臨床への対応も迅速にされていました。
- ・ 週報、月報、年報も作成されていました。月報は細菌別検出数の増減からアウトブレイクが察知できるように、年報は菌種別/検査材料別に検出状況や薬剤感受性率がグラフ化され、現場にフィードバックされていました（前回実地支援での指摘事項）。例えばカルバペネム系薬耐性の緑膿菌などは年々減少傾向にあり、JANISなどの外部サーベイランスには参加されてはいませんが、近隣の病院との比較など客観的に評価もされていました。
- ・ また、血液培養サーベイランスも実施されており、件数、複数セット率、陽性率なども詳細に集計され、複数セット採取の啓蒙により適切に検査が依頼されていました（複数セット率：>80%）。
- ・ 検査技師3名で検査や感染業務など多忙と思われるのですが、院内で抗酸菌の塗抹検査についても今後検討して頂ければと思います。（ただし、院内で実施する場合、安全キャビネットが必要になります。）
- ・ 検査室内と外で白衣の区別はなく、検体検査時は検査用の白衣またはエプロンを着用するなどされた

方がよりよいのではないのでしょうか。

⑪救急室

- ・ 喉頭鏡ブレードの滅菌シールが開封されていました。滅菌の保持が理想ですが、豆球がつくかの確認のためには開封が必要です。近年はLED＋ファイバータイプの喉頭鏡が主流となってきており、ハンドル部に電球がつくため、滅菌を保持した状態で点灯確認が可能です。将来的には入れ替えも考慮ください。
- ・ キシロカインゼリーが多数（8個程度）おいてありました。どのチューブが開封しているか不明であり、必要な数のみおいた方がよいでしょう。

IV 職業感染対策について

評価：B

B型肝炎、麻しん／風疹／水痘／流行性耳下腺炎の抗体価検査およびワクチン接種について、決められたマニュアルがないとのことでした。

- ・ 下記ガイドライン等を参考に基準を決めマニュアル化することが望まれます。
- ・ 日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン第2版」
- ・ HBV、インフルエンザワクチン接種は全額病院の補助で行われ、95%程度の接種率は素晴らしいです。ワクチン接種状況については、衛生委員会が管理しているとのことでしたが、感染対策委員会も情報共有し把握し、感染対策に活かしてください。
- ・ 針刺し切創／皮膚粘膜曝露事象時、夜間休日でも検査を行えるように体制作りがされていました。
- ・ HIV薬の予防投与を行えるように、HIV/AIDS診療拠点病院と連携体制が整えられていました。
- ・ 針刺し件数が約1件/年であることは素晴らしいと思います。また、HIV曝露後の予防薬も配置されているとのことであり必要時に迅速に内服できるよう整備されていました。針刺し件数が少ないことで、実際に針刺しが起こった時の対応が後手になる可能性もありますので、定期的に針刺し時の対応を確認するよう教育されても良いかと思います。
- ・ 針刺し事故件数は報告しないため少ない場合もあります。HBV、HCVの汚染針以外の刺傷であっても報告するように職員に周知をしてください。

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／平成28年10月19日（水） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：200床～499床

支援実施者／中積 泰人（医師・リーダー）、渡邊 珠代（医師）、石田 美由紀（薬剤師）、池田 恵子（看護師）、江波 麻貴（看護師）、金谷 和美（臨床検査技師）

地域医療を担う中核病院として、院内感染対策について病院長を中心として積極的に取り組みを始めた姿勢が感じとられました。以下に今後改善すべきこと、または、ご検討していただきたいことを記載いたします。

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

1.1

- ・ 通常の組織図としては、院内感染対策委員会は医療安全管理委員会の下にあるわけではなく、感染管理体制としては中心的な委員会は院内感染対策委員会になると思います。組織図を再度ご検討ください。
- ・ 病院の職員として、臨床検査技師が不在になっていますが、感染対策としては臨床検査技師の役割は大きく、少なくとも病院全体の感染対策に関連する検査結果等を把握する担当者をご検討ください。

1.2

- ・ 感染対策には ICT が最も重要です。大変ご多忙の院長がすべての感染対策活動に直接に関与することは実際的ではないと考えられますので、感染管理を担当する医師、看護師、薬剤師等が中心的に活動する体制を構築していただき、可能であれば看護師は専任に近い状態で活動できるようにご検討ください。
- ・ 感染対策の具体的な活動を記録することが重要ですので、日報やそれに準じたものに記録することをご検討ください。

II ICT活動について

評価：B

2.1

- ・ 定期的に改訂されていますが、改訂箇所が分かるよう、改訂日およびその内容を記載されることをお勧めします。
- ・ 詳細とフローチャートがあり、使いやすいように配慮されていました。

感染対策マニュアルの要訂正点

目次 *Clostridium difficile* 関連下痢症と薬剤耐性菌の順番が異なっています。

5・13 ページ チャートの中で、具体的な担当者を明記した方が迅速に対応可能と考えます。連絡・報告の順序を明記する等、経時的な流れが記載されていると良いと思います。

16 ページ 感染症法に基づく届け出は、結核については患者居住地为管轄する保健所が届出先になり

ます。

- 24 ページ N95 マスクの使用に際しては、シールチェックだけでは不十分です。フィットテストの導入をご検討ください。
- 26 ページ 八文目は8分目の間違いと思います。
- 34 ページ 患者別予防対策一覧ですが、不適切な部分が多いと見受けられ、予防策を再検討ください。すべての疾患に対して標準予防策を行うことが基本です。
- 38 ページ 針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露について、HCV 曝露の場合は12ヶ月目までのフォローアップが推奨されています。曝露源のHIV感染症の有無が不明の場合は、HIV抗体検査を実施し、陽性の場合は針指し事故後2時間以内の予防内服をお勧めします。石川県立中央病院での検査支援も利用できますので、ご検討ください。
- 45 ページ 各感染症の項目に、経路別予防策の内容が記載されていますが、感染予防策(21ページ〜)に各予防策の内容説明がありますので、必要な予防策の名称が記載されていればよいと思います。また、麻疹、風疹、ムンプス、水痘の4種ウイルス疾患(後述)やレジオネラについてマニュアルの追加が望ましいと考えますのでご検討ください。
- 52 ページ 結核は標準予防策+空気予防策ですので、過剰な対応は不要です。
- 56 ページ インフルエンザの発症予防策での抗インフルエンザの予防的内服について、その対象者および内服方法(期間など)の確認・見直しをお願いします。
- 61 ページ 薬剤耐性菌はMRSAに限定されていますが、ESBL産生菌、薬剤耐性緑膿菌(多剤耐性緑膿菌を含む)、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)など様々な薬剤耐性菌についても想定されると良いと思います。
- 66 ページ ノロウイルス胃腸炎の感染対策の基本は通常(流水と石鹸での)手洗いであるので明記しておくべきであると思います。ノロウイルスに対して速乾性擦式アルコール製剤(原則無効となっておりますので、患者との接触前の手指消毒に限る、等)を使用する場合はその使用法を明記しておいた方が良いと思います。資料7-10はこの項目にまとめておいた方が良いと思います。
- 69 ページ フローチャートが未完成です。
- 72 ページ ノロウイルス胃腸炎と同様に、クロストリジウム・ディフィシルの感染対策の基本は通常の手洗いであるので明記しておくべきであると思います。また、*Clostridium difficile* 関連下痢症は、*Clostridium difficile* 感染症と記載することが一般的となっておりますので、表記につきましてもご検討ください。
- 75 ページ 疥癬治療に、安息香酸ベンジルローションや安息香酸ベンジルオイラックスの記載がありますが、近年ストロメクトール錠が保険適応となつてからは、試薬による上記薬剤の治療は推奨されていません。副作用の心配もありますので、オイラックスクリームとストロメクトールの治療にしてはいかがでしょうか。
- 77 ページ 接触者リストをAとBにクラス分けしますが、それをどう活用されるのでしょうか。
- 81 ページ 職員自身の感染対策法の記載がありません。
- 103 ページ 末梢静脈カテーテルと中心静脈カテーテルと分けた方が理解しやすいと思います。
- 105 ページ 4. 検体採取の実際①血液培養の5) 採取時間間隔をあけて行くと陽性率が高くなるという記述について、「CUMITECH 血液培養検査ガイドライン」では、“抗菌療法の迅速な開始が必要とされる緊急の状態では、血液培養は同時または短い時間で採取しなければならない。患者が比較的安定していてそれほど緊急でない状況では1-2時間間隔をおいて採血を実施することが望ましいと記載されておりますので、再考して下さい。
- 106 ページ 経鼻挿管により経口挿管を選択する→経鼻挿管より経口挿管を選択する、へ修正ください。

109 ページ 6 行目の(2)の内容がない。胃瘻増設は胃瘻造設へ修正ください。

111 ページ 消毒薬一覧表に、ヒビスクラブやグリンスの記載があります。先日米国 FDA はトリクロサン等成分含有の抗菌石けんなどの販売を禁止すると発表しました。これらの成分は、通常のせっけんと比べて優れた殺菌効果があるとは言えず、健康に悪影響を及ぼすリスクがあると警告しています。通常の石鹸と流水で洗うことが疾病を予防し、感染拡大を防ぐ上で最も効果的な方法と発表されていますので、安価な液体石けんをご検討ください。また、医療施設で使用する液体石けんは医療関連感染汚染を未然に防止するために、希釈などの調製が必要ない原液タイプで、容器は再利用しないディスポーザブルの製品を選択することが勧められています。容器の洗浄乾燥の手間より、大量の製品のまとめ買いによる価格交渉を行い、職員が手軽に手指衛生できる環境整備の検討をしてはいかがでしょうか。

125 ページ 院内感染情報レポートは、MRSA アウトブレイクを把握するため、黄色ブドウ球菌を MRSA と MSSA において集計することが望ましいと考えます。

126-127 ページ 資料 13・14 患者さん用のシートがありません。

2.2

インフルエンザやノロウイルス感染症について、感染症サーベイランスが実施され、対応されてきました。今後、MRSA、ESBL 産生菌感染症の発生数等についても把握し、ICT で情報共有されることをお勧めします。

2.3

重大な感染事例（11 ページ）で集団発生を定義されているようですが、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、基準の見直しをご検討ください。

2.4

本年度より、ICT 内（医師と看護師間）で情報共有を開始されてきました。コンサルテーションの都度、内容を記録されることをお勧めします。

2.5

今年度より活動を開始されてきました。最初は、現場でスタッフと問題点について話すだけでも結構ですので、定期的なラウンドの継続とその記録をお勧めします。

また、感染防止マニュアルにあるチェック表を使用すると簡単に行うことができるかと思えます。

2.6

全職員対象の年 2 回の講習会は、オンデマンドツールなどを利用し、90%以上の参加率を達成されてきました。感染管理に関する情報（薬剤耐性菌等の発生状況など）の共有については、現在準備を進められているようですが、早期に整うことが望まれます。

マニュアル作成後は、周知のための研修を行いましょう。臨床の現場で遵守するための研修として実務を取り入れて、各部署の ICT 委員などを中心に部署の特性を生かした研修となるように検討してみましよう。そして、遵守できているか確認のためのラウンドを検討してください。

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

3.1

- 麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎は、感染対策上重要となる疾患ですので、疾患別感染対策マニュアルに追記しておくことが望ましいと考えます。

- ・ ハンドケア用品を提供されていますので、全職員が適切に使用し手荒れを予防できる対策をご検討ください。
- ・ 手指衛生の遵守状況把握として、速乾式擦式アルコール製剤の使用量を集計されていました。環境整備の商品も、通常季節使用のサラサイド除菌クロスと、ノロウイルス流行時期の商品と使い分けを行うなど、積極的に取り組まれていると感じました。
- ・ 外来に個室はありませんでしたが、結核などを疑った際、自家用車で待機するなどトリアージがなされていました。今後、建て替えも計画されているということでその際は、個室など空間的分離が可能なスペースの設置をご検討ください。
- ・ スペースの問題があると思いますが、全体的に清潔と不潔が交差している箇所が目立ちました。特に汚物室、オムツ交換車、ミキシング台、ワゴン車などです。清潔・不潔が交差しないよう保管方法や動線を含め見直してください。
- ・ 陰部洗浄ボトルが使い回しされていました。現在改善中とのことですがノロウイルスやクロストリジウム・ディフィシルなどの感染症の伝播リスクもあるため早期改善をご検討ください。
- ・ 各病棟 40 名近い患者のオムツ交換が必要だということなので、陰部洗浄ボトルは本数を揃えるや消毒の手間を考えベットパンウオッシャーなどの設置をご検討されるとよいかと思います。
- ・ また、尿回収容器（尿カメ）も使い回しされていました。こちらも改善中とのことでしたが、陰部洗浄ボトルと同様にご検討ください。
- ・ 経管栄養ボトルですが消毒後濡れた状態で保管されています。使用本数も多い為、洗浄・消毒・乾燥の手間やそれらの保管場所を考え、ボトルやラインのディスポーザブル化もご検討いただくと現場での管理方法が見直ししやすいのではないかと思います。

3.3

検査技師不在ですが、検査会社と協力し感受性率を表にして感染対策委員会で報告がされていました。

- ・ 検体搬送時は、トレイを使用とのことでしたが、転倒などにより検体落失の可能性があるため、蓋付き BOX の使用が望ましいと考えます。
- ・ 病棟での検体一時保管場所が、ナースステーション内ではありますが廊下沿いでした。可能な限り部外者（患者）の手の届かない場所を検討下さい。また、冷蔵保存検体についても、薬品よりも下段で、保管場所がわかるようにしてください。
- ・ アミノグリコシドの使用が比較的多く、緑膿菌の AMK 感受性率が 60～70%程とかなり低い印象でした。主な菌種別薬剤感受性率表を臨床にフィードバックし、薬剤のさらなる適正使用に利用されることが望ましいと考えます。

3.4

- ・ マニュアルの中には抗菌薬に関するページがありませんでした。抗菌薬を連続 3 日使用すると耐性菌発生リスクが高まりますので、有効な抗菌薬による最適治療のためのマニュアル作成や、併用についての記載、PK/PD に基づいた投与量についての記載を検討してください。
- ・ 薬品用冷蔵庫に職員の飲み物が保管されています。薬品用冷蔵庫には薬品のみ保管するようにしましょう。
- ・ ミキシング台に注射薬が注射伝票の上に設置されていました。また、ミキシング台には物が多く設置されており、ミキシング台を清潔に管理すること、注射薬を衛生的に保管することが難しいと考えます。また、注射薬もミキシング台に直置きされておりました。注射役を衛生的に管理するため、また清潔操作を適切に実施するため準備は 1 患者 1 トレイとすることやミキシング台の整理整頓を行いましょう。
- ・ 使用中のインスリンが箱の中にまとめて保管されていました。使用中のインスリンは、1 トレイずつ

保管するなど管理方法を見直しましょう。

- ・ 病棟の冷蔵庫に多用量バイアルなどの吸入薬やインスリン製剤が保管され、開封日の記載がありませんでした。保存剤が配合され長期保存が可能な薬剤や、保存剤の配合がないため開封後は 7 日程度しか使用できない薬剤があります。薬剤師は薬剤の開封後の使用期限の確認や院内でのルール作りを行い、周知してください。また、薬剤を清潔に管理するために、看護師は薬剤の開封時に開封日を必ず記載するようにしてください。
- ・ 注射薬の払い出しは、薬剤師により一施行毎にセットされ、患者毎のトレイで払い出しが行われていました。そのデータを利用して抗菌薬使用の集計も毎月行われていました。
- ・ ナースセンターでの点滴調整区域には手指衛生アルコールや環境整備クロスの配置が見られませんでした。実際の手順の確認はできませんでしたが、輸液調整のミキシング作業が衛生的に行われるように速乾式擦式アルコール製剤や環境整備クロスを設置されると良いと思います。

3.5

撮子などが現場で洗浄・消毒・乾燥・包装・滅菌されています。現場の環境から撮子類が十分に洗浄や乾燥が出来ているのか、清潔に包装されているのか、滅菌後の物が衛生的に管理されているか、それらのプロセスを全て確認することができませんでした。撮子類は主に導尿に使用されるものでしたので、滅菌物の外注や撮子類のディスポーザブル化も視野に入れ管理方法を見直してください。

3.6

看護師さんが予防衣を使用していました。予防衣は感染予防策のエプロンの代替えとなりません。洗濯代や保管など管理の手間を考え使用についてご検討ください。

IV 職業感染対策について

評価：B

4.1

数年前より安全機能付き翼状針や携帯用感染性廃棄ボックスの導入をされており、針刺し事故防止に留意されていました。

- ・ 標準予防策の実施という点において、①血液・体液に触れる可能性がある時に手袋の着用を実施すること、②目や口、衣服に飛散する可能性がある時にマスクやゴーグル（アイシールド）、ガウンやエプロンを着用すること、③防護具がいつでも取り扱いやすい個所に配置することは、重要です。全職員の理解に繋がられるような教育やディスカッション（どうすれば実施できるか現場職員と話し合うなど）を行い、病院全体で強化されることをお勧めします。
- ・ 針刺し事故件数は、年間 3~4 件とのことでした。事故発生時は、部署管理者を通して看護部長に集約されるシステムとなっていました。看護部の報告システムは確立されていましたが、看護部以外にも含めた全職種の情報集約ができるシステム化をご検討ください。
- ・ 職員のワクチン接種について、HBV は優先的に全職種にシステム化されると良いです。（針刺し事故時の HBV 発症リスクは 30%、HBe 抗原陽性時は 50%です。）
- ・ 麻疹、風疹、ムンプス、水痘の 4 種ウイルス疾患は、職業感染対策上、非常に重要な疾患です。蔓延リスクが非常に高いため、マニュアルの整備、それに順じた感染対策の実施・教育、職員の抗体価の把握（抗体がある職員が担当）が重要です。加えて、抗体陰性者へのワクチン接種も積極的に行っていくことをお勧めします。
- ・ 検体検査室にノロウイルス患者使用トイレの清掃の為、次亜塩素酸ナトリウムの噴霧容器が設置されておりました。噴霧は吸い込むと危険ですので、使い捨てクロスに浸漬させて使用するなど別の方法を検討ください。
- ・ 感染性廃棄 BOX は、バイオハザードマークが見えるように設置してください。

ラウンド報告

【東1病棟】

- ① 入口に食品用冷蔵庫、製氷機あり
→安全管理上、スタッフが責任もって管理のできる場所での保管が望ましいです。
- ② 冷蔵庫内の食品に日切れなし
- ③ 洗面所の液体石鹸（キレイキレイ）は容器を洗浄＋乾燥させて詰め替え用を使用。
予備用の容器のポンプ部分に赤色様汚染あり。掃除道具と同じボックスに収納されていました。
→ポンプなどの細かい部分の清掃は難しく、汚れが溜まりやすいです。汚染したものは使用せず、新しい物に更新してください。洗浄の労力＋感染リスクを考慮して使い捨てとすることをお勧めします。
清潔物品を清掃物品などの汚染物と同じエリア内に保管しないようにしてください。
- ④ ごみ箱は足ふみペダルが望ましいです。
- ⑤ オムツ交換車のゾーニングに課題があります。
→清潔・不潔の交差リスクがあります。床に近い下段に清潔物品が収納されていました。中段以上に設置する、または蓋付きの洗浄可能なプラスチック容器に収納するなど汚染しない工夫が必要です。
- ⑥ 陰部洗浄一時保管ケースを使い回しされていました。
→使用するならば患者毎に洗浄・消毒するか、1患者1ケースとしてください。
- ⑦ 消毒物品が浮いていました。
→物品が浮いていると十分な消毒効果が得られません。空気を入れないように十分に浸漬することが重要です。
- ⑧ 洗浄用ブラシが消毒液に浸漬保管されていました。
→洗浄用ブラシの消毒は不要です。洗浄＋乾燥が重要です。
- ⑨ 複数の患者の採尿を一つのバケツで実施されていました。MRSA 検出患者用のバケツがありました。
→標準予防策の概念より排泄物は、感染性があるものとして取り扱ってください。他患者の尿の跳ね返りが排尿口に付着し、尿路感染の原因となる可能性があります。採尿は1患者毎に容器を交換するかビニール袋を1患者毎に交換することが必要です。

【西病棟】

- ① 汚物処理室内に清潔物品保管棚がありました。ゾーニングに課題があります。
→汚物室は清浄度クラスでは、汚染管理区域（クラスV）であるため、患者に使用する清潔物品の保管は一般清潔管理区域（クラスIV）に移動が必要です。
- ② 汚物処理室に保管のあったアルコール綿が複数枚入りの大容量の物でした。
→複数回取り出すことで中のアルコール綿が汚染するリスクが高くなること、それによる細菌繁殖の可能性が高まること、適切に密封しないと乾燥しやすいことなどデメリットの点が多いです。清潔・安全に使用できるものとして単包化したものが望ましいです。大容量の場合、必要以上に取り出すことがあり、廃棄分も考慮すると単包化で経費削減が可能なこともあります。
- ③ 汚物処理室に保管されていたゴーグルのアイシールド面に汚染がありました。
→汗を除く体液・血液等が飛散した可能性があるものは速やかに感染性廃棄物に廃棄が必要です。汚染を他のスタッフや環境に拡げる可能性が高くなるため、使用後のアイシールドは適切に処理をすることが必要です。
- ④ 手袋やエプロンの防護具が水回りの湿潤環境にあるものがありました。
→水回りや湿潤環境は細菌繁殖しやすくなります。清潔物品の保管は乾燥・清潔が保たれるエリア

での保管が必要です。

- ⑤ 病室・患者ベッドサイドに感染対策を表示するポスターがありました。
→各経路別対策に応じて必要物品がイラストで示しており、誰でも統一した対策がとれる工夫がされていました。
- ⑥ 食堂のカート内、入れ歯とお茶が同じエリアに保管されていました。
→不特定多数の患者が口にする飲食物と汚染している物が交差する可能性が高いため、別のエリア（上下の段で分けることも可能）に保管する必要があります。

【外来】

- ① 窓の棧の清掃が行き届いていました。
→高頻度接触面であり、不特定多数の方が触れる可能性があるため、日常的な清掃が必要です。
- ② 観葉植物に埃が貯留していました。中の容器・その周囲の汚染もありました。
→①に加え、埃の中にアスペルギルス等のカビによる暴露の可能性がある場合があります。
- ③ ブランケットの洗濯頻度が不明でした。
→埃が吸着しやすく、汚染しやすいブランケットは定期的な清掃が必要です。
- ④ 加湿器（各病室にもあるとのこと）の清掃頻度・管理について不明でした。
→加湿器はレジオネラ菌等の感染リスクが高く、定期的な清掃・乾燥（毎日～数日が目安）が望ましいです。
労力を考慮すると極力加湿器を使用しない施設もあります。

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28年12月13日（火） 13:00～16:00

支援病院／許可病床数：～99床

支援実施者／西 耕一（医師・リーダー）、石田 美由紀（薬剤師）、藤本 淑子（看護師）、中村 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：A

・前回の実地支援後、マニュアルや指針の変更がなされており、感染対策の組織も再編成されるなどアウトブレイクに対する体制が整えられています。コンサルテーション体制も整備され記録されています。薬品管理体制の改善ではかなり努力されています。評価 b が評価 a へ多数変更になっており、感染管理システムが徐々に構築されていることがわかります。しかし、ICT のメンバーが病院長や看護部長を含む 6 名では迅速な対応が難しいと思われます。院長や看護部長を除いた医師、看護師、検査技師、薬剤師などで ICT を組むことができればより動きやすい ICT になるのではないかと考えられます。今後は、評価 c を少しでも減らせることを願います。

II ICT活動について

評価：A

- ・文書番号 1004：「1.検査科は以下の発生があった場合、直ちに臨床に報告しなければならない、において⑦その他報告すべきと思われる微生物の検出・感染」と記載されていますが、漠然としているので、具体的な菌種などの記載があると良いと思います。
- ・文書番号 1080：疥癬対応マニュアルに「安息香酸ベンジルオイラックス」での処置の記載がありますが、安息香酸は試薬で保険適応外のため使用頻度は少なくなっています。「イベルメクチン」内服を主とした対策を検討してください。
- ・文書番号 1181：針刺し事故後フローチャートについて、『汚染』という文言より『暴露』という方が、一般的と思われます。汚染源の血液検査 は暴露源の血液検査 HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗原／抗体のように変更していただけるといいと思います。HCV の経過観察は、1,3,6 ヶ月に加えて 12 ヶ月後も検査するのが適当と思われます。HIV 感染の頻度は 0.3% と低率ですが、暴露源の HIV 検査陽性の場合、あるいは不明だが強く疑われる場合は、できるだけ速やかに、可能であれば 2 時間以内に予防内服が推奨されています。石川県立中央病院や小松市民病院には HIV 感染予防薬提供窓口がありますので、窓口連絡後、必要な書類を作成し提出すれば、自己判断で初回服用できること等を記載してはいかがでしょうか。

詳細は石川県ホームページ <http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kansen/hiv.html> を参考にしてください。

また、HIV 検査については、石川県立中央病院の検査支援も利用できますが、第四世代のイムノクロマト法の試薬が上市されました。臨床検査技師が配置されている病院では院内検査が可能ですので、採用を検討してはいかがでしょうか。

- ・文書番号 1132：血液培養検体採取方法について、⑨⑩でダイレクトドローで採取されていますが、メーカーの解説では、『血液培養ボトルは医療機器ではないためシリンジを用いて採血して下さい』

となっています。逆流の危険と採血量の点でも、いったんシリンジ採血後、血培ボトルに分注する方法が妥当です。

- II-2-3 市中の感染症流行時に、院内に持ち込まれないように、患者及び面会者に呼びかける必要があると思います。インフルエンザやノロウイルス腸炎が流行している現在、正面玄関や病棟の入口に注意喚起のポスターなどを掲示し、感染対策を啓蒙してはいかがでしょうか。
- 多用量バイアルの管理基準として、3ヶ月の使用期限の記載がありますが、対象薬剤の記載がないので周知が難しいと思われます。もう一步詳しい記載を検討してください。また、吸入薬などは開封後短時間で廃棄が必要な薬剤がありますので、使用薬剤の確認を行ってください。
- 研修参加率は前回同様 c 評価でした。時間内研修のためどうしても参加率を上げることは困難かと思いますが、職員に興味を持たせ、感染対策の周知徹底ができる研修開催を期待します。
- その他の活動は計画通り実施し記録もされています。

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

(詳細は別紙参照)

- III-3-1 水回りは乾燥し清潔に保たれていますが、どの部署もスポンジが直置きになっているのが気になりました。吊るして乾燥するようにしてください。
- 外来処置室：きれいに整理され使い勝手も良さそうです。前回指摘事項である物品の保管（包交車上）は改善されていました。薬品棚も整理されていましたが薬品自体の開封後の管理もお願い致します。
- 内視鏡センター：作業環境暴露対策については、前回もグルタラール使用について指摘されています。高水準消毒液は人体への毒性や環境汚染への配慮が必要です。グルタラールは比重 3.4 で空気より重いため強制排気口は低い位置もしくは洗浄装置の蓋付近の高さでの設置が望ましいです。また、グルタラール液を注入廃棄するためのポンプ・バケツが無造作に洗浄器横に置いてありました。患者・医師・看護師ともにグルタラールによる暴露の危険が大きいです（室内 グルタラール臭あり）。清掃用綿モップですが、モップ自体が清潔保持できないため使い捨て（クイックルワイパー）等ご検討をお勧めします。
- 透析センター：治療区域と物品管理区域が混在状態で療養環境として感染対策としても問題に感じます。透析に使用する点滴類は数量的にも多く段ボールごと搬入になってしまいがちです。そうならないように直置きせず、患者ベッドとは十分な間隔で区分けして物品管理することが必要です。フラッシュ滅菌機は厳重な滅菌目的用途でないのでインジゲータは必要でないと思いますが、滅菌器なので清潔区域での管理が妥当です。また、透析センターの出入り口が病棟ラウンジ内に設置されており、外来患者が病棟ラウンジ内を通過してセンターに出入りしないように、感染管理だけでなく、療養環境の安全・安楽の観点からも検討する必要性を感じました。
- 病棟：汚物室：ナースセンター内、汚物室ともに整理整頓をすることでスペースを広く取れると思います。外来の処置室のように交差感染を起こさない動線を意識し工夫することで感染面・作業能率面ともに改善されると思います。
- III-3-3-3 検査室で呼吸機能検査を、換気不良のスペースで検査されており、改善がしにくいとのことでしたが、発熱外来（旧小児科外来）の近辺でスペースを確保できたら良いと思いました。
- 抗菌薬に関して、CTRX のみでしたが AUD での算出と報告が院内感染対策委員会で報告され、届出抗菌薬 MEPM 使用例も把握されていました。また、感染防止対策加算 1 の病院に委託し抗 MRSA 薬の TDM にも取り組んでいると思われます。今後は感染防止対策加算 1 施設の情報を参考に自施設での積極的な取り組みも検討してください。

- ・ 抗菌薬適正使用マニュアルは各種疾患毎に整備され完成度が高いと思われます。しかし、スタッフへの周知が不十分とのことで、抗生物質使用基準に記載がある基本的視点や感染防止の観点などについて感染防止推進委員会を通じて理解できるように検討してください。
- ・ 外来において開封日が不明な複方ヨード・グリセリン液が在庫されていました。スタッフには開封日の記載および開封後は3ヶ月の使用期限であることの周知に取り組んでください。また、ラウンド時にも開封日の記載についてチェックを行ってください。

IV 職業感染対策について

評価：B

- ・ マニュアルは分かりやすく作成されていました。
- ・ 針刺し防止対策は改善され、針刺しが年1件程度で制御されています。
- ・ 職員へのウイルス疾患に対するワクチン接種が推進されていないようです。高齢者が水痘を発症することも実際にあり、麻疹・風疹等の集団発生が起こると非常に大変な感染対策を強いられることになり、患者や職員の安全も確保できません。職員へのワクチン接種を目標に、まずは抗体検査だけでも検討してはいかがでしょうか。

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29年1月26日（火） 14:00～17:00

支援病院／許可病床数：500床～

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

I 組織的な感染管理システムについて

評価：B

病院全体で積極的に感染対策に取り組んでおられ、マニュアルも含め全般に前回ラウンド時よりかなり改善されています。各部門の意識も高く、更に改善が期待されます。

1.1：院内感染対策委員会の構成については、必要なメンバーが選定されていますが、院長先生が感染対策専任者を兼任されており、負担が大きいと思われます。感染対策専任者を専任医師や感染管理認定看護師(CNIC)とすることも、ご検討ください。また、可能であれば、感染対策周知のために、セラピストや清掃等の外部委託業者の代表も委員会に含めることもご検討ください。CNICを専属にして感染管理対策加算を算定することもご検討ください。

院内感染対策委員会やICT、各メンバー、リンクナース等の位置付け、役割分担を明文化し、感染対策に必要な組織図をマニュアルに記載して下さい。

ICT会議が2ヶ月に1回の開催ですが、感染対策の実務や情報伝達のために、院内感染対策委員会と同様に月1回の開催をご検討ください。メンバーはより確実に毎回参加できる人選をご検討ください。

1.4：インフォームドコンセントについては、入院案内やオリエンテーション時に説明文を入れてはいかがでしょうか。また、経路別予防策実施時には、必ずカルテ内に記載することなどのルールを決めるなどの方法もあります。

II ICT活動について

評価：B

2.1.1：感染対策マニュアルについては、定期的に改訂されていますが、内容がガイドライン的な表現が多数みられます。ICTメンバーやCNICが中心となり専門的知見、最新の情報やエビデンスを網羅した、現場で実践可能な内容にされるといいでしょう。また、改訂箇所が分かるよう、改訂日およびその内容を記載されることをお勧めします。

耐性菌の感染対策については、菌種毎で区分せず、「耐性菌感染対策」として項目をまとめ、整理されると、より見やすいマニュアルになると思われます。

貴院の患者は、高齢者が多いことからあまり重要ではないかもしれませんが、麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎は、感染対策上重要となる疾患ですので、追記しておくことが望ましいと考えます。

(7-2-2 疥癬)通常疥癬と角化型疥癬では対策が少し異なります。疥癬には消毒薬は効果がありま

せん。

(7-3-1 結核)感染対策 患者への指導 (N95 マスク着用等) と記載されています。患者は室外に出るときはサージカルマスク着用です。

2.1.2: マニュアル改訂は 2012 年以来されていません。感染対策の見直しや修正などをした時点で、改訂するようにしてください。また、マニュアル改訂については、院内通信や院内感染講習会などを利用して周知徹底し、実施状況の確認をラウンドにより確認されるといいでしょう。

2.2.1: 感染症発生状況は、検査室⇒感染制御室または ICT という流れで情報伝達され、主たる部門のメンバーが情報共有できるような報告体制を整えてください。

2.2.3: 感染症サーベイランスの結果は、院内感染対策委員会で毎月報告されているようですが、実働部隊である ICT メンバー内および院内各部署に対しても伝達されるようにしてください。

2.3.1、: マニュアル内にアウトブレイクの定義がありませんので、疫学的定義と自施設においての介入を行う基準を決め記載して下さい。(参考: 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」)

また、アウトブレイクなど感染に関する問題が発生した場合の担当部門、担当者、報告経路の記載がされていません。職員が、問題発生時すぐに行動可能なように、フローチャートなどで、簡便に記載して下さい。近隣施設への紹介となるようですが、その対応方法についても記載されるといいでしょう。

アウトブレイク発生時は、直ぐに ICT チームが現場介入できる組織体制が重要です。検出された時点で細菌検査室より感染対策責任者や感染対策委員会にも報告する等、組織体制の変更をご検討ください。

2.4.1: 現場からの感染に関する報告や相談は CNIC または感染対策専任者に集約するようにし、多職種で構成する ICT メンバーがそれぞれの特殊性を活かして対応できる体制づくりを目指してください。また、コンサルテーションは、情報を知るだけではなく現場と改善にむかえるよう現場と共に考え、実践への支援や実施状況の確認をすることが必要です。このような動きが可能な組織体制やメンバーの選定についてもご検討ください。

2.6.2.1: 院内教育講習会は、あくまでも病院全体における感染対策の問題点などを情報共有する場として活用するものです。医療施設においては多職種、多部門で構成されているため、感染対策の遵守や周知徹底については、各々の特殊性や業務に合わせた感染対策の講習や指導を行う必要があります。

2.6.3: 感染管理の情報収集は、現在院長先生に集約されているようですが、それが院内職員への情報提供までには至っていないようです。定期的でなくても、何かしらの手段で情報伝達や共有できる手段をご検討ください。

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価: B

3.1.1: 外来における感染症トリアージに対する対応については、疑い例であっても適切な対応が必要です。他の患者と分離しての診察業務の流れと設備についてご検討ください。(陰圧室又は簡易へパフィルターパネル、その他採痰ブースなど)

3.1.2.3: 手指消毒薬の受払量による遵守状況のモニタリングをされており、フィードバックも定期的実施されているようですが、やや伸び率が少ないように思います。目標値は決められているようですが、すでに達成している部署や使用量の多い部署は決まっており、いっぽうで少ない部署が改善しない要因分析がされていませんので、ICT が分析を行ったうえで、改善するための支援を行っていくといいでしょう。

3.1.5：感染経路別予防策の病室前表示については、院内すべての職員が、統一かつ適切な感染対策の実施を行うために必要ですので、是非作成して運用してください。また、これらが適切に使用されるためには、感染対策マニュアルに記載し、患者に対しても入院時案内で説明して、ICTラウンドで実施状況を確認するようにするといいでしょう。

3.3：検体搬送時は、転倒などにより検体落失の可能性があるため、蓋付きBOXの使用が望ましいと考えます。

病棟での検体一時保管場所が、ナースステーション内の清潔か不潔かが不明な場所におかれていたため、定位置を決めておくことが望ましいと考えます。

血液培養の2セット率は、検査技師の声掛けでほぼ100%と高いものの、細菌培養件数が非常に少ない印象でした。感染フォーカス不明の症例が多いとのことでしたので、まず、血液培養を採取され、抗菌薬適正使用の推進が望まれます。

培養検査が外注委託で、データを紙でしか頂けないとのことでした。手入力で集計されていますが、労力や入力ミスの軽減のため、ファイルでもデータを頂けるよう委託先との契約の見直しを望まれます。

緑膿菌のみアンチバイオグラムを作成されているとのことですが、他の菌種についても1年に一度作成して臨床へのフィードバックすることが望ましいと考えます。

検査室の白衣は、検体検査中も生理検査中も同じ白衣で実施されているので、可能ならば、白衣を交換されるなどの対策が望まれます。

3.4.1：抗菌薬の投与量は、各患者の腎機能に適した投与量を投与しています。不適切な投与量が処方されている場合は、薬剤師が疑義照会を行っていますが腎機能毎の投与量マニュアルは未作成です。腎機能毎の投与量マニュアルを作成することで医師に対して統一した指導を行うことができ、医師が投与量に迷った時に確認することもできます。抗菌薬投与時に有効性と安全性を確保するため、腎機能毎の投与量マニュアル作成についてご検討をお願いします。

3.4.2.1：インスリン製剤（バイアル型）は、患者個人用で使用されています。マルチドーズバイアル（インスリン製剤）は患者間で使いまわしされることが多いですが、個人用で使用されており感染対策の意識が高いと感じます。このまま継続してください。

一部の滅菌器材が床に直接置かれて保管されています。病棟での輸液、注射薬の保管は、汚れた時に清拭できる物品で保管することが望ましいです。SPDが導入されスペースが空くようでしたら、注射カートを導入することもご検討をお願いします。

3.4.3.1：広域抗菌薬（グリコペプチド系抗菌薬など）の届出制は、以前行われていましたが現在は実施されていません。抗菌薬適正使用プログラムの二大戦略として、抗菌薬の使用制限と治療への介入があります。届出制は二大戦略の一つである抗菌薬の使用制限を担い、また感染防止対策加算の算定には必須となりますので届出制の再開をご検討をお願いします。届出書の様式は、できる限り項目を少なくし簡便にする（例として、患者名、感染症、使用抗菌薬のみ）ことで届出率上昇につながると考えます。

3.4.4：抗菌薬の使用状況の報告についてはAUDではなく、使用量で報告されています。抗菌薬の使用状況は使用量（バイアル数、グラム数）で算出する方法もありますが、現在はAUDを算出し把握、評価を行うことが一般的で「感染対策に携わる薬剤師のためのICTラウンドガイド」でも推奨されています。異なる系統の抗菌薬での比較、異なる使用期間での比較、異なる施設間での比較が可能となり、様々な評価が可能となりますので導入をご検討をお願いします。

3.4.6：バンコマイシン注の投与量、投与方法についてシミュレーションは行っていますがTDMは行われていません。抗菌薬のTDMは有効性の確保、副作用出現の回避、耐性菌の発生抑制

のために必要です。ご高齢の患者様の腎機能を評価することは難しくシミュレーションの予測値と実測値の解離は多々あります。貴院の「抗菌薬の適正使用マニュアル」の基本事項にTDMを行うことが明記されていますので、TDM実施についてご検討をお願いします。抗菌薬TDMガイドラインなどを参考に「バンコマイシン注投与マニュアル」を薬剤師中心にICTで作成し院内に周知することも方法の一つかと考えます。

3.4.8：高カロリー輸液が床に直接置かれて保管されています。無菌製剤輸液(TPN)は薬品棚で保管し、床から十分な間隔を確保する必要があります。薬品棚での保管が困難の場合は、それに準じた工夫(例えば簀子の使用)が必要と考えます。また、注射薬トレイの清拭は、定期的に行っておらず汚れが目立つ時のみ行っています。注射薬トレイの清拭は毎日行うことが必要と思いますが、業務の都合もあるかと思しますので可能な期間で(例えば1週間に1回など)実施することをご検討をお願いします。

IV 職業感染対策について

評価：B

4.1.1：防護具の装着は、標準予防策として湿性物質を取り扱う場面では必要です。介護施設も併設されており、オムツ交換や排泄物の取り扱いの場面も多いと思われま。適切なタイミングで使用できるよう、院内教育やICTラウンドにおいて指導やトレーニングを行ってください。

4.1.2：眼粘膜曝露防止対策としてのゴーグル又はフェイスシールドマスクが導入されていません。早急な導入をお願いします。

4.1.5：リキャップに関しては、習慣化が必要であり、国内の多くの施設では完全廃止に移行しています。未使用および使用済みの針はすべてリキャップ禁止とされてはいかがでしょうか。

4.1.6：針廃棄ボックス内に、鋭利機材以外の物品(消毒綿等)が廃棄され、7～8割以上入っていました。また、針の種類別の針廃棄ボックスが準備されていましたが、徹底できていませんでした。区分する必要性についてもご検討の上、徹底できるよう教育指導をお願いいたします。感染性廃棄BOXは、バイオハザードマークが見えるように設置してください。

4.1.10：針刺し事例については、年間1～2件と伺いましたが、職員数から考えますと、少ないように思われます。未報告の事例はないか、正確な発生件数の把握やその要因分析、安全装置付き機材の見直しをどの部門が行うか、明確にしてください。また発生した場合、他の施設に対応を依頼までの流れについて、的確かつ迅速に誰もが対応できるよう、マニュアルにフローチャートで表示したり、シミュレーションしたりする必要があります。

血液・体液曝露に注意すべき血液ウイルスとして、HBV/HCVのみが挙げられていますが、HIVについても追加してください(3.4.7含む)。また、針刺し切創のみではなく、粘膜曝露および咬傷時の感染対策と対応についても追加してください。

HIV検査は他の検査同様、外注のようですが緊急性を要する場合には早期に採血結果の報告をしてもらえるよう、委託業者と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)

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 改善・一部改善 検討中・未実施
<p>①リネンとオムツ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・汚染オムツ専用ゴミ箱、患者用の清潔な衣類置き場、使用済みの衣類置き場は別管理が必要 ・オムツはナイロン袋に包んでゴミ箱へ廃棄（新聞紙では不十分） 	<p>病棟単位で管理が異なる</p> <p>1 病棟はランドリーBOX、汚染おむつゴミ箱は汚染室で管理している</p> <p>2 病棟は汚染室がないため、ランドリーBOXは脱衣場の一面に集めて、使用前の衣類から離して管理、ゴミ箱は物置きに置いてある</p>	一部改善
<p>②ナースステーションの水回り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・処置後の鋼製小物の洗浄・滅菌と経管栄養関連医療物品の洗浄・消毒は区別することが望ましい ・周囲の整頓、シンク内の三角コーナーや布製布巾等の廃止を検討 	<p>経管栄養物品の洗浄は専用洗面器のなかで行い、シンク内に直接触れないようにする三角コーナー、布製布巾は廃止した</p>	改善
<p>③点滴準備台</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周囲の整理整頓をして、ミキシング時の衛生対策や物品配置等を再検討 	<p>清潔区域と汚染区域を明確にテプラで表示した</p>	改善
<p>④滅菌・消毒とその管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・物品使用後の処理について、スポルディングの分類について確認し、業務手順について再度検討 ・ガーゼ交換車について、上に物は置かず拭けるような管理が出来るよう、交換車に乗せる物品を見直す 	<p>使用後の鑷子類は洗浄後、消毒液に浸けオートクレーブで滅菌交換車の上は原則、鑷子たて、ガーゼカストのみとしかできるだけ物を置かない</p>	一部改善
<p>⑤吸引カテーテル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテーテル保管が水道水であったため、改善する 	<p>使用後のカテーテルは空のポリコップに入れて保管</p>	改善
<p>⑥手指消毒薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開封日の記載が無い手指消毒薬もあり、各消毒薬の管理する体制が必要 ・携帯用アルコール製剤の導入と使用量のモニタリングを検討 	<p>手指消毒薬の開封日記載の徹底とひと月毎のチェックの徹底</p>	一部改善
<p>⑦抗菌薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・使用に関する監視の方法として、届出制を検討 	<p>抗菌薬使用の届出制を感染委員会の中で話し合い再開となった</p>	改善
<p>⑧細菌学的検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ノロウイルス検査について迅速検査の採用を検討 		未実施

IV 職業感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
・アイシールド（ゴーグル）の導入を検討	シールド付マスクを導入	改善
・医療従事者の抗体価（B型肝炎、麻疹、風疹、ムンプス、水痘）の把握、ワクチン接種の体制の整備		未実施
・針刺し時のHIV対応について、県ホームページ等を参考に抗HIV薬の配置がある病院と連携を取る	入院時の採血セットの中にHIVを追加 小松市民病院と連携を契約した	改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数 ～ 99 床

実地支援日 平成 27 年 9 月 11 日

I 組織的な感染管理システム

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテ内に感染対策に関する情報を集約できるシステムの導入について検討 	<p>全体への研修会開催などの情報は掲示板に載せる。それぞれの患者から、新たに菌が検出された場合(培養・感受性テストの結果)は、それぞれのカルテを開くと患者メモとして見ることができる。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> 感染管理認定看護師の認定を所得、または「感染制御実践 看護学講座」を受講した看護師（ICN）が、専従あるいは専任として、業務に当たることが望まれる 		未実施
<ul style="list-style-type: none"> 外来患者・家族への衛生行動への指導について、入院時のしおりを用いての説明やポスター貼用による注意喚起、手指衛生の定期的な教育を実施 	<p>院内へのポスター掲示や、病室・透析室への入室時にその都度指導している。</p>	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> 院内感染対策委員会とICTの役割や業務の明文化 	<p>ICTでの提案事項を委員会へ上げ、決定している。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> 院内感染対策委員会の協議決定事項の全職員への周知徹底（ICTニュースや議事録の閲覧等による） 	<p>院内LANの感染対策の項目にあげて、院内のスタッフは誰でも常時見ることができるようにしている。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ハンドソープの詰め替えについて、使い捨てが導入されるような予算の確保 	<p>それも含め、ICT予算全体について検討中。</p>	検討中

II ICT活動

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>(1) マニュアルについて</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 水痘、麻疹、風疹、耳下腺炎などの流行性ウイルス感染症についても対応マニュアルがあると望ましい 	<p>現在、ワクチン接種を含めて作成中。</p>	検討中
<ul style="list-style-type: none"> 改正日の一覧表の作成について検討（項目改訂漏れの防止のため） 	<p>各項目の横に改正日を記入（一覧表については作成中）。</p>	検討中

<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"> ・感染症法に基づく届出について、最新の情報を一覧として記載 	<p>週報として院内 LAN にあげ、毎月の感染対策委員会にて報告。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・次亜塩素酸ナトリウム濃度について、大まかな区切りの設定を検討。加えて、業務上支障が無ければ品目を絞る事を検討 	<p>低濃度 200ppm→環境整備、高濃度 1000ppm →感染性病原菌に対して。 サニクロール 12%で統一。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザに対する予防内服について、適応となるハイリスク患者の定義を明記 	<p>当院はそのほとんどが透析の必要な慢性腎不全患者であるという前提のもと、病棟の同室者、透析室で周りのベッドにいた者など、濃厚接触した患者をハイリスク患者とする。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザの予防投与に関する薬剤費について、患者に説明して同意を得て、患者側が負担するか、病院が負担するかをマニュアルに明記 	<p>病院が負担しているが明記なし。→記載予定。</p>	<p>検討中</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬に関するマニュアルについて、臨床現場で活用しやすいものとするよう、再検討が必要。また、開封後の消毒薬の使用期限などについて、院内で一定の基準を設ける 	<p>抗菌薬の適正使用についてマニュアルあり。特にバンコマイシンの使用についてH28年7月に追加。開封後の消毒薬については1年以内の使用としているが、使用頻度の高いところ低いところのものを適時入れ替えて称している。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル 9P「院内感染が疑われる菌」の報告→具体的に記載 ・同 12P 旧の菌名「Chryseobacterium」→「Elizabethkingia」 ・同 P36～39 食中毒 (0157)、0157 (腸管出血性大腸菌)、下痢性大腸菌 (018 等)、0 抗原陽性の大腸菌等、記載に統一性が無い箇所を修正 	<p>→インフルエンザ、ノロ、MRSA、肝炎ウイルス、多剤耐性緑膿菌 →訂正した。 →0-157 は『腸管出血性大腸菌 0-157』に統一。 0 抗原性大腸菌を『下痢原性大腸菌 (0-18 等)』に統一。</p>	<p>改善</p>
<p>(2) サーベイランスについて</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・MRSA 以外の薬剤耐性グラム陰性桿菌等の情報についても、週報・月報等に記載 (0 例であっても記載することが重要と考える) 	<p>週報に載せるようになった。→院内 LAN の感染情報に上げるので、職員は誰でも常時閲覧し、情報を得ることができる。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・多剤耐性グラム陰性桿菌 (メタロβラクタマーゼ産生菌、ESBL 産生菌、カルベペネマーゼ産生菌等) の確認 (追加) 試験について、委託検査機関への依頼を検討 	<p>依頼できるかどうか、金銭的なものを含めて確認中。</p>	<p>検討中</p>

<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>
<p>・手指衛生材料の使用量、手指衛生実施率、個人防護具の着用率、経路別感染予防策実施状況の評価について、ICT活動において検討課題とする</p>	<p>手指衛生使用量のモニタリングを開始した。手指衛生のタイミングや適切な個人防護具の着用の仕方など、研修会を行っている。それについての評価はまだできていない。</p>	<p>一部改善</p>
<p>(3) ラウンドについて</p>		
<p>・ICTラウンドのチェック項目とマニュアルの内容との整合性を取る</p>	<p>マニュアルを見直した。</p>	<p>改善</p>
<p>・ラウンドについて、どのように改善したか現場の取組みや工夫を共有しあえるようにする</p>	<p>ICTラウンド結果を院内LANにアップしている。毎月の委員会資料にも載せているため、各部署で閲覧可能。</p>	<p>改善</p>
<p>(4) アウトブレイク対策について</p>		
<p>・アウトブレイク発生時の対応方法について、フローチャート等に纏める</p>	<p>作成した。</p>	<p>改善</p>
<p>・サーベイランスの結果や感染に関する情報の一元化、的確な分析、改善のための取り組みができる組織づくりを検討</p>	<p>電子カルテで確認ができるようになった。ICTの週1回のラウンド時のカンファレンスで情報共有・対策している。</p>	<p>改善</p>
<p>(5) 教育啓発について</p>		
<p>・教育講演会について、全員が閲覧し内容を理解できているか、アンケートやクイズ形式などで確認</p>	<p>アンケートを実施し、結果を集計している。</p>	<p>改善</p>
<p>・全職員を対象に入職時教育を必ず実施する</p>	<p>春に入職している人には、入職時プログラム実施</p>	<p>一部改善</p>
<p>・外来通院患者への啓発ポスターの掲示やマスクの提供について検討</p>	<p>ポスター掲示あり。マスクは必要に応じて提供している。</p>	<p>改善</p>
<p>・症状のある患者のトリアージ方法について、事務職員も実施できるようなマニュアルを整備</p>	<p>マニュアルは作っていない(症状のある患者が来院したときは、看護師にすぐに知らせ対応するようになっている)。</p>	<p>未実施</p>
<p>・外部施設から派遣された医師に対して、常勤医師に準ずる感染対策に関する教育啓発を実施</p>	<p>医局に研修会の案内を置いている。必要に応じて、マニュアル改訂のお知らせをしている。</p>	
<p>(6) その他</p>		
<p>・コンサルテーションについて、誰がどのように対応しているかの明確化、ICTメンバー内での共有、改善策の検討を行う</p>	<p>ICTの委員長で情報の一元化の窓口となり動くようになった。</p>	<p>改善</p>
<p>・職員の手荒れ対策として、手荒れの少ない手指衛生材の検討、ハンドケア用品の提供、手荒れの治療に対する指導を実施</p>	<p>各自でハンドケアをするように、また、手荒れの治療をするように、手指衛生の研修で呼びかけた。</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
<ul style="list-style-type: none"> 手指衛生について、手指衛生剤の設置場所の工夫や啓発教育、トレーニングを行い、手指衛生材料あるいは直接観察による手指衛生サーベイランスの評価を実施 	ICT ラウンド中に直接観察実施中。研修会を行い、啓発している。 手指衛生サーベイランスを開始した。	一部改善

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 改善・一部改善 検討中・未実施
(1) 病室について		
<ul style="list-style-type: none"> 病室内の手洗い場の私物（口腔ケア用品）について、できるだけ置かないように工夫 	そのように患者にお知らせし、実施。	改善
<ul style="list-style-type: none"> エアータオルの使用中止について検討 	ペーパーホルダーを設置し、ペーパータオルも使えるようにした。	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> 病室内における防護具について、衛生的に管理可能な場所に設置 	吸引が必要な患者サイドには、マスク・手袋・エプロンを設置しているが、すべての病室の前には設置していない。	一部改善
(2) スタッフステーションについて		
<ul style="list-style-type: none"> 整理整頓の実施、清潔ゾーンと不潔ゾーンの徹底 	できる限り、区域わけしている。 また、スタッフへの指導も随時行っている。	一部改善
<ul style="list-style-type: none"> バイアル・輸液について、消毒してから使用することを推奨 	実施している。	
<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の調製方法について、環境整備も考慮し再度検討 	棚の前の張り出し台や台車などを、整理および清拭・消毒後に使用している。	改善
(3) 消毒薬について		
<ul style="list-style-type: none"> アルコール消毒綿の完全単包化 	体温計・トレイ・台車・吸引チューブの清拭・消毒以外は単包のものを使用。	改善
<ul style="list-style-type: none"> 手指衛生の徹底（手洗い・捺式アルコール消毒剤の使用）について、実践可能なマニュアルへの記載と教育、トレーニングを実施 	感染防止対策の一環として、毎年手洗い・手指衛生の研修を行っている。本年度も6月に実施した。	改善
<ul style="list-style-type: none"> 環境消毒薬「コモスイ」について、開封日の記載、適切な使用状況、保管方法の徹底、効果的かつ人体に安全な使用方法の確認 (使用法は噴霧でなく侵浸又は清拭消毒への変更が望ましい) 	現在、コモスイは使用していない(使用中止とした)。	改善

<p style="text-align: center;">主なアドバイス事項</p>	<p style="text-align: center;">取組み状況及び改善結果</p>	<p style="text-align: center;">自己評価 改善・一部改善 検討中・未実施</p>
<p>(4) 物品管理について</p>		
<p>・ 処置車（包交車）の清潔ゾーンと不潔ゾーンの明確化</p>	<p>滅菌物と衛生材料を一つの引き出しにまとめた。</p>	<p>改善</p>
<p>・ 包交車への衛生材料や滅菌物の積載は、必要分のみを積載</p>	<p>不要な物品(余分な滅菌物)は載せないようにした。</p>	<p>改善</p>
<p>・ 開封日の無い共用及び個人用の軟膏類について、整理整頓を徹底（個人使用のものは個別管理）</p>	<p>包交車内の共用軟膏はなくし、全て個人用としてベッドサイドに置くこととした。また、開封日の記載を徹底した。</p>	<p>改善</p>
<p>・ 観察室内の荷物について、清潔な動線と不潔な動線が交差しないよう配置・間取りを工夫</p>	<p>床にテーピングをすることで、区域分けをした。</p>	<p>改善</p>
<p>・ 段ボールや新聞紙の再利用は避ける（汚染や菌の付着状況が不明のため）</p>	<p>段ボール等の紙箱類をなくし、すべてプラスチック容器へ変更した。</p>	<p>改善</p>
<p>・ 棚はプラスチック製の物を使用する（拭き取りや洗浄が出来るため）</p>	<p>容器は、極力、プラスチックなどに替えている。</p>	<p>一部改善</p>
<p>・ 床には余分なシートを敷かない</p>	<p>汚物室や処置室などに床濡れ防止に一部敷いてあった分も撤去した。</p>	<p>改善</p>
<p>・ 浸漬バケツは飛散しないよう物品を入れる、設置場所を検討する</p>	<p>浸漬バケツへの物品の投入は静かに行うこととし、飛散を防止している。また、設置場所は汚物室に限定している。</p>	<p>一部改善</p>
<p>(5) 滅菌消毒について</p>		
<p>・ 滅菌に関する専門知識を持った者が一括して、質管理を担当（手順書の作成、機器整備、滅菌蒸気の供給の実施の検証、殺菌効果の検証等を実施）</p>	<p>滅菌に関しては、特定の専門知識を持った者が行っているわけではなく、スタッフが交代で行っている。()内については、検討中。</p>	<p>検討中</p>
<p>・ 洗浄を中央化し、トレーニングされた職員による洗浄の実施、滅菌消毒のマニュアルを作成</p>	<p>それぞれの部署ごとに滅菌消毒を行っている。マニュアルについては検討中。</p>	<p>未実施</p>
<p>・ 滅菌室の環境整備について改善（同室で洗濯を行う、滅菌物と清掃用具等が混在している状況を改善）</p>	<p>止血ベルトはじめ、血液や痰の付いたものは別室(汚物室)で洗っている。清掃道具は置いていない。</p>	<p>一部改善</p>
<p>・ カストやセッシ缶は単包化した滅菌パックの使用を推奨</p>	<p>鑷子は単包化している。ガーゼカストは使っているが、ガーゼも単包化したものを置いている。</p>	<p>一部改善</p>
<p>・ 吸引カテーテルの浸漬消毒について、消毒薬の見直しを検討 (8%エタノール添加 0.1%ベンザルコニウム塩化物が適していると思われる)</p>	<p>口腔・鼻腔用カテーテルの外側は、アルコール綿で清拭し、内側は水道水を吸引して通している。その後滅菌したチリンデルに収納し、毎日交換。気切用は単回使用。</p>	<p>検討中</p>

<p style="text-align: center;">主なアドバイス事項</p>	<p style="text-align: center;">取組み状況及び改善結果</p>	<p style="text-align: center;">自己評価 改善・一部改善 検討中・未実施</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・吸引カテーテルの単回使用について、再利用との経費や手間等を考慮し検討（単回使用が推奨される） 	<p>気切用については単回使用。口腔・鼻腔用については単回使用について検討中。</p>	<p>検討中</p>
<p>（6）透析室における感染対策について</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・機材室と滅菌室は別室にする 		<p>一部改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・透析室においては、1患者（処置）1防護具を徹底 	<p>施設のスペース的な問題もあり、床に赤い区域分けテープを貼ることで対応。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ブラッドアクセスの消毒方法について、0.5%を超えるクロルヘキシジンアルコールの代替使用を検討 	<p>国内ではまだ、0.5%を超える製品がほとんど無く、現在調査検討中</p>	<p>検討中</p>
<p>（7）接触感染対策について</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・ディスポ製品であっても使用後は消毒薬で拭き取ることを徹底 	<p>MRSA 対策の必要な患者については、個人で使用しているの、消毒薬では拭き取っていない。</p>	<p>未実施</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・耐性菌検出患者について、電子カルテ上の表示や病室前表示など、統一した方法で実施 	<p>どのようなかたちにするか、検討中。</p>	<p>検討中</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ノロウイルス発生時、すぐに使用できるような物品のセット化について、ICTを中心に物品管理や流行期のトレーニングの実施を推奨 	<p>ラウンド時にセットと質問などにより知識の確認をするとともに、流行前に院内研修を実施した。</p>	<p>改善</p>
<p>（8）抗菌薬適正使用について</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・透析施設という特徴を踏まえ、DOTという評価法での抗菌薬の使用状況を検討（※DOT=抗菌薬の延べ使用患者日数÷延べ患者日数×1000） 	<p>検討の結果、現状では採用は難しい。</p>	<p>未実施</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能障害時の抗菌薬投与について、関連するガイドを参考に適切に調節 	<p>投与量やTDMについて変更し、マニュアルに記載した。</p>	<p>実施</p>
<p>（9）検査部門について</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・検体について、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 	<p>適切な容器について、現在検討中。</p>	<p>検討中</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・検査室の出入口に速乾性手指消毒剤を設置 	<p>設置済。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症法の届出について、最新の届出一覧をマニュアルに掲載し、検査室も把握すること 	<p>マニュアルに掲載予定。検査室に一覧表を掲示の他、携帯できるパンフレットを作成。</p>	<p>一部改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・検査室内における汚染領域と非汚染領域の認識、整理整頓の徹底 	<p>検体保管場所を表示して明確化。</p>	<p>改善</p>

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 改善・一部改善 検討中・未実施
・ 検査時は検査用の白衣またはエプロンを着用	PPE を検体検査室内に設置し着用している。	改善
(10) その他		
・ オムツ交換や汚染物取り扱い方法について、実践的な内容でのマニュアル記載、トレーニングの実施	マニュアルも作成し、研修も実施している。	改善
・ 布エプロンを廃止し、使い捨てエプロンの着用を検討	布エプロンの全面廃止。エプロンは全てディスポーザブルとした。	改善
・ 委託業者による清掃について、清掃方法や使用している物品管理方法などのマニュアル作成及び実施状況を確認	調査中。	検討中
・ 内視鏡室における内腔洗浄のブラシの衛生管理について、交換頻度の規定などをマニュアルに記載	内腔洗浄ブラシは、ディスポーザブルなものに変更した。	改善

IV 職業感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 改善・一部改善 検討中・未実施
(1) 個人防護具 (PPE) について		
・ 手袋、エプロン、マスクなどの個人防護具を使用しやすいよう、部屋前などにホルダーにセットする事を推奨	マスクは、各部屋前の壁に以前から設置。エプロン・手袋等の壁掛けホルダーについては、現在検討中。	検討中
・ 透析センターの穿刺用ワゴンにある感染性廃棄箱について、安全に廃棄できる空間を作るよう検討	引き出しをなくすことはできないため、ワゴンの両サイドと前面に注意を促すシールを貼った。	一部改善
・ 内視鏡室における職業感染対策として、実施中及び洗浄時の防護具の着用 (ガウン、マスク、ゴーグルまたはフェイスシールドマスク、手袋) について徹底、N95 マスクを準備	() 内のものについては、準備完了し、常時使用している。N-95 マスクを必要とする症例の内視鏡検査は当院ではない。	一部改善
・ 吸痰処置、オーラルケア時、透析室におけるゴーグルまたはフェイスシールドマスクの着用の遵守	フェイスシールドつきマスクを準備し、常時使用している。	改善
(2) 血液体液曝露対策、ワクチン接種		
・ B型肝炎について、一部スタッフが対象外となっていたため、それらも含めて接種対象者とするよう検討	すべての職員を対象とした。年明けから接種していく。	改善
・ 麻疹、風疹、水痘、ムンプスについても職員の免疫獲得のためのワクチン接種を検討 (職員の抗体価は ICT が管理)	今後、すべての職員に対し、抗体の無い者に対しては、ワクチン接種をしていく。	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"> 血液体液曝露の定義について、発生時の具体的な対応策をマニュアルに記載 	<p>ガイドライン^{注①}に準じて、院内感染防止マニュアルに記載済。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> HIV感染予防について、迅速検査が行える体制を整備 	<p>HIVに関しては、ガイドライン^{注②}に準じて、透析を導入した前医より、情報を得ている(ハイリスク患者については、適宜対応していく)。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> HIVについて血液体液曝露時の患者側の必須検査項目とし、予防薬の確保から服薬までの具体的な対応マニュアルの作成を検討 	<p>マニュアルに対応を追加した。</p>	改善

※注①・② 『透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン』(四訂版)

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27年10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〕
・組織図について、院長直下にICC、その下にICTを配置	院内感染防止対策マニュアル改定 H28年8月 ICT業務マニュアル	改善
・院内感染に関する情報が集約され、常に適切な感染対策を実施できるように介入できる専任ないし専従スタッフ（看護師等）を配置	ICT担当病棟Ns. 検査科 薬剤科より 情報収集し、感染対策実施、各部署へ連絡している。	一部改善

II ICT活動

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
・院内感染対策マニュアルについて、項目の見直し、修正等を実施 [マニュアル要修正項目]		
・3Pについて、黄色ブドウ球菌で接触感染予防策が必要となるのはMRSAの場合→修正	院内感染防止対策マニュアル改定	改善
・標準予防策は感染経路別予防策とは独立して記載	経路別マニュアル	改善
・消毒薬に関して記載する場合、成分名と濃度を明記	一般的製剤のみ記載 当院採用成分名と濃度を明記未⇒改定中	一部改善
・消毒薬の希釈方法の表、採用消毒薬（水準ごとに分けて）の表の作成	一般的製剤のみ記載 当院採用成分名と濃度を明記未⇒改定中	一部改善
・採用抗菌薬の表をマニュアルに添付	抗菌薬適正マニュアル作成	改善
・耐性菌に関する抗菌薬使用基準を作成しマニュアルに記載	抗菌薬適正マニュアル作成	改善
・抗菌薬の届出書提出について、例外なく届出書を求める	対応済 電子カルテに記載 各主治医に薬剤科より依頼	改善
・5P「救急患者は検査結果が判明するまで感染患者に準じて対応する」に関して改訂を行う	抗菌薬適正マニュアル作成 外来部門	改善
・病原体別感染対策では、必要な感染経路別の予防策を明記	経路別感染対策	改善
・結核に関する管理について、適正な対応策に改訂が必要	職業感染予防対策 結核予防対策	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
・ICTの活動記録については、逐次記録を取り保管する	ICT業務日誌作成 各担当者が業務日誌に記載している。	改善
・マニュアル中に、アウトブレイクに関する定義・対応について記載	アウトブレイク発生時の対応	改善
・耐性菌やアンチバイオグラムの情報管理について、外注している細菌検査の耐性菌などの情報をまとめて把握するキーパーソンを明確にする	検査科 年1回作成 ICT委員長 (院長)に報告	改善
・外注先に問い合わせ、種々の菌の検出状況やアンチバイオグラムなどの情報をまとめる	検査科 年1回作成 ICT委員長 (院長)に報告	改善
・院内研修について、未参加者への対応を工夫(数回に分けての研修会、DVD上映会など)	同じ内容の研修会を2-4回実施し、参加者名簿作成 DVD、インターネット動画利用	改善
・滅菌物の管理方法について検討	滅菌物管理表作成、実施者 実施日記載 管理担当Ns. 確認	改善
・サーベイランスの実施(手指衛生材料払い出し量のモニタリングから始め、実施を進めていく)	手指消毒用アルコール(サニサーラW) 部署ごとに購入量把握	改善

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価
		改善・一部改善 検討中・未実施
(1) 外来について		
・感染患者のトリアージについて、対応及び隔離室の使用についてマニュアルに記載	抗菌薬適正マニュアル 外来部門	改善
・病院入口等に患者用マスク販売機を設置するなど、必要時に患者や訪問者がすぐに購入へとアクセスできるような環境を整備	毎年11月~3月まで、各出入口に、マスク、手指消毒用アルコール製剤(サニサーラW)設置	改善
(2) 透析室について		改善
・入口の手洗いシンク上の予備のペーパータオルについて、使用分のみ設置し、不要なものは収納庫で保管	対応済 不要な分は、シンクに置かないこと	改善
・ゴーグルについて、水はねの少ない衛生的な場所に保管。また、使用のたびに、アルコールによる清拭消毒または交換の徹底をする	対応済	改善
・血圧計のマンシェットについて、定期的な洗浄(洗濯)または清拭消毒可能な素材への変更が必要	対応済 マンシェットはアルコール消毒可能な製品に変更	改善
・感染性廃棄容器について、足踏みペダルを設置	足踏み式廃棄容器採用	改善

<p style="text-align: center;">主なアドバイス事項</p>	<p style="text-align: center;">取組み状況及び改善結果</p>	<p style="text-align: center;">自己評価</p> <p style="font-size: small;">改善・一部改善 検討中・未実施</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・タオルについて、乾燥機を使用するかディスポーザブルの環境クロスを用いるなどの対応が必要 	<p>タオルを廃止、すべてディスポーザブル環境クロスを使用している。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・次亜塩素酸ナトリウム消毒液容器について、蓋を取り付けて浸漬する 	<p>環境除菌・洗浄剤 ルビスタ採用</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・50枚入りアルコール綿の管理について、管理ボックスに開封日を記載（可能であれば単包タイプを推奨） 	<p>容器に開封日記載されている。個包装を採用済</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・製氷機について、業者と相談しメンテナンスを行う 	<p>担当Ns. が 毎月製氷機をチェックしている。管理表作成</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・冷蔵庫について、検体と医薬品と食品はそれぞれ異なる冷蔵庫で保管 	<p>医薬品用、患者食食用冷蔵庫は別に行っている。定期的に洗浄している。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法薬のミキシングについて、被ばく防止の為に給水保持力のある専用のパッドを敷くことが望ましい（次回機器購入時は、安全キャビネットの導入を検討） 	<p>安全キャビネット購入済 抗ガン剤混注業務は薬剤科で実施</p>	<p>改善</p>
<p>(3) 病棟について</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症患者の情報について、病室前の表示方法に手指を汚染させない工夫が必要 	<p>病室前の表示版を触ったあとは、手指消毒を実施している。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・汚染リネン庫内の手指消毒剤について、廊下側に設置 	<p>手指消毒剤（サニサーラW）廊下側に設置済</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・サクシオンチューブやPPEについて、ベッドサイドに棚や病室内にラックを設置 	<p>ラック購入済 ラックに必要物品を設置</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・陰部洗浄ボトルの消毒・保管について、汚染を交差させないようにスタッフステーションにて管理 	<p>汚物室で洗浄し、浴室で乾燥。乾燥したものは汚物室整理棚で保管</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ミキシング台について、細菌のコンタミネーション防止のため配置を工夫（ミキシング台が空調の気流下にある現状の見直し、ミキシング前に台を清拭消毒する等） 	<p>ミキシング前、台を環境クロスで清拭し、空調は停止してからミキシングを実施している。</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ミキシング台の架台の物品について、必要最小限の配置にする 	<p>対応済 ミキシング台の物品整理済</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟書棚やゴミ箱用に使用している紙製の箱・段ボール箱について、プラスチック製のものへ切り替える 	<p>対応済 プラスチック製品購入済</p>	<p>改善</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・擦式消毒薬やPPEの配置について工夫（手袋の開封口については、横向きに設置） 	<p>検討中</p>	<p>未実施</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)
(4) 内視鏡について		
・内視鏡の消毒における強酸性電解水の使用について、再検討が必要	過酢酸製剤(エスサイド消毒液6%) 採用	改善
・キシロカインゼリーの管理について、開封日を記載し、使用期限を定める	キシロカインゼリー開封日記載している。	改善
・鉗子の洗浄後乾燥について、新聞紙の使用は水分を吸収し、下のベッドまで汚染させる可能性が高いため、環境汚染させない(床や環境物品に付着しない)方法を工夫	対応済	改善
・防水シートの保管位置を高くする工夫が必要	対応済	改善
・サージカルテープについて、使用毎にテープを剥がすよう注意	対応済	改善
・電気スタンドの定期的な清掃が必要(滅菌物等への埃の落下防止のため)	対応済	改善
・感染性廃棄容器について、清潔・不潔エリアを分けて設置する	対応済	改善
(5) 中央材料室について		
・インジケータの管理、記録類を徹底	管理表作成、実施者 実施日記載 管理担当Ns. 確認	改善
・清拭車の乾燥は最低1回/日、定期的な洗浄も行う	対応済	改善
(6) 検査室について		
・呼吸機能検査と耳朶採血とが連結したスペースで実施されており、検査後の換気のしやすい場所の設定が必要	対応未	未実施
・検体の取扱いについて、外来採血分についても密閉容器を使用する。また、交差感染しないような対応が必要	保管用容器購入済 検体の保管に使用している。	改善

IV 病院職員に対する教育および職業感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
・手荒れ対策として、保湿剤の支給等を検討	保湿剤の決定済 購入を管理部に依頼	検討中
・透析室での血液検体採取について、分注器の導入を推奨	分注器の導入	改善
・医療従事者の水痘予防対策について、検査・ワクチン接種の実施を検討	新規採用者の抗体価を検査し抗体価の低下の職員を対象にワクチン接種を勧めている。(実施は任意)	改善
・血液・体液曝露時の抗HIV薬の使用基準、使用薬剤について、患者発生から他院連絡に至るまでのフローチャートを作成、周知を行う	血液・体液曝露時の発生から他院連絡に至るまでのフローチャートを作成済。	改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数 500～ 床

実地支援日 平成 28年 1月 26日

I 組織的な感染管理システム

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
・ICTの各職種の専任者名について、具体的に記載	感染対策マニュアルに明記する	改善
・ラウンドのチェック表に具体的な写真等を添える、コンサルテーションの記録等も残す	ラウンド評価表に写真を添えフィードバックする。各部署からの相談の内容及び回答は記録に残している	改善
・リハビリ関係の職種もICTメンバーに加える	平成28年度よりすべての医療職を加えたチームで活動している	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〕
・ICTの責任者により、マニュアルの記載内容を整備・管理	平成28年4月1日感染対策マニュアル2版を発行。全体に齟齬がないよう整える	改善
・マニュアル項目について、現行の内容を大分類に区分するなど、関連性が分かるように纏める	関連する項目ごとにまとめて編集する	
・職員研修について、DVDの貸し出しや受講後の確認試験の実施を検討	研修を録画し未受講者対策を行う。研修の理解度チェックは検討中である	一部改善

III 病院における種々の分野での感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
・手指消毒の遵守状況調査について、施設での1回量を再度検討（実質の使用量で調査することも検討）	使用量1回3mlとして毎月病棟別に集計し評価している	改善
・バンコマイシン使用時における血中濃度測定、TDM解析の実施を検討	TDM解析ソフトを導入し、オーダーに対応可能とした	改善
・アルコール綿の単包化への全面切り替えについて検討	単包化に全面切り替え実施している	改善
・アンチバイオグラムについて、少ない菌種の場合は期間を延長して集計	菌株30以上になるように期間を延長し集計実施する	改善

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<ul style="list-style-type: none"> ・抗菌薬マニュアルについて、自院独自のマニュアル作製が大変であれば、「サンフォード感染症治療ガイド」「JAID/JSC感染症治療ガイド」などを各部署での配置を考慮 	<p>「サンフォード感染症治療ガイド」を各部署に配置した</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・注射準備に使用するトレイ、衛生材料等について、床から離れた場所に配置する 	<p>床上 30 cm以下に清潔器材は置かない。衛生材料は扉のある保管棚で管理するように指導している</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・注射準備場所の背後が人が通る動線であることについて、対応を工夫する 	<p>注射準備が衛生的に行える場所を検討中である</p>	検討中
<ul style="list-style-type: none"> ・物品棚前での点滴準備は避ける（物品を取る際の作業中断、埃の落下のため） 	<p>所定の準備台で作業するように指導している</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・感染性胃腸炎対策の必要物品について、予備分が容易に触れないよう整理整頓を実施 	<p>保管方法を改善し、取り出しによる汚染がないように工夫した</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・1箇所専任者のもと洗浄、滅菌、管理が行える環境の整備 	<p>滅菌作業は一元的に管理している</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・滅菌材料について、鑷子缶での複数管理よりも滅菌パックもしくは単包用綿棒の導入を検討する（1～2本セットが望ましい） 	<p>鑷子缶を廃止、鑷子は全て滅菌パックで管理している</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・浴室について、定期的な業者による清掃を検討（配管部分や目線の高い場所の埃に対応するため） 	<p>専従職員が定期的に清掃している</p>	改善

IV 職業感染対策について

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<ul style="list-style-type: none"> ・血液・体液に触れる可能性がある際の手袋着用の徹底 	<p>採血注射時に医師の手袋未着用がある、部署アシスタンスより随時声掛けを徹底している</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・吸痰処置時のエプロン着用の徹底 	<p>エプロン用ホルダーの設置場所を工夫し適時着用できるように整備した</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・職員の血液・体液曝露事例についてリアルタイムで対応できるシステムの構築、一目で分かるフロー図の作成などを検討 	<p>感染曝露発生時、曝露源別対処法をフローチャートで図示し分かり易くした</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・麻疹・風疹・水痘・ムンプスの職員の抗体価測定及びワクチン接種を検討 	<p>平成 28 年度より職員の抗体価測定を病院管理で実施。抗体価陰性職員にはワクチン接種を推奨している</p>	改善

■院内感染対策実地支援アンケート■

※平成 27 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)

- 感染対策で困っていたことを直接お聞きすることができたり、その場で回答をもらったので導入しやすかった。既存の環境のなかで、出来る方法を提案してもらえたことで速やかに取り組めた。院内感染対策の重要性を再認識し、病院全体として取り組むきっかけとなりました。
 - 当院のマニュアルの不備な点がわかり、ICT委員全員で、一からマニュアル作成に取り組みました。
 - 院内感染防止基本となる院内マニュアルおよびガイドラインを確認し、内容を見直すよい機会となった。今後も継続して院内マニュアルを『見直し→必要に応じて訂正』していくことで、スタッフへの根拠のある説明が可能になると思われる。
- ・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。
- アウトブレイク時の対応等、その都度ご意見伺いたと思います。
2016年8月に 院内感染防止対策マニュアル作成いたしました。不備な点等、またご指導
お願いします。

● 平成28年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容】（介護施設）

（前腕までの手洗いを必要としない理由について）

当施設の感染対策委員会で、「正しい手洗いの勉強会」を開催しています。

その際、「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」の手洗いを参考に実施しています。それは、手首までの手洗いなのですが、職員の看護師から「前腕まで洗わなくて、いいのか？」と質問を受けました。前腕までの手洗いを必要としない理由を答えられず、困りました。

何か理由があれば教えてください。よろしくお願いいたします。

【回 答】

ご質問ありがとうございます。手指は、人の皮膚や環境を介して病原微生物の伝播経路となります。特に、病原微生物が手を介する伝播は医療関連感染の要因として重要であり、手指衛生は感染経路の遮断のため大変重要です¹⁾。したがって貴施設で行われている「正しい手洗いの勉強会」は、職員の皆様の感染対策に対する意識を高く保つために今後も継続されることをおすすめします。

高齢者介護施設における感染対策については、2013年3月「高齢者介護施設における感染対策マニュアル（改訂版）」²⁾が発表されています。介護施設における手指衛生については、標準予防策を基本とし、湿性生体物質（血液、体液、排泄物、分泌物など）に触れた後の適切な手指衛生が重要です。今回ご質問の前腕については手指ほど汚染される場面は少ないものの、ケアの程度（利用者と密着する）や湿性生体物質による汚染があれば実施することがすすめられます。特に、嘔吐物や下痢便などの排泄物を取り扱った後や、吸引処置で前腕に痰や唾液等の飛沫曝露を受けた場合は積極的に行う必要があります。したがって「前腕までの手洗いが必要としない理由」というより、必要とする場面を明確にして、その徹底を図られるといいでしょう。

また、前腕に明らかな湿性生体物質による汚染が予測されるケアや処置を行う際には、手袋に加えて前腕を防護可能な使い捨てのガウン（長袖）の装着もおすすめします。ただし、ガウンや手袋などの個人用防護具は入所利用者ごとに交換し、脱いだ後は手指衛生が必要となりますので、適切な方法やタイミングでの手指衛生について、勉強会に加えて防護具の着脱トレーニングも実施されるとよいでしょう。

参考文献

1) 医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン: 大久保憲 訳. 小林寛伊 監訳. 医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン. メディカ出版.

2) 高齢者介護施設による感染対策マニュアル（平成 25 年 3 月改訂）: 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/tp0628-1/dl/130313-01>

3) 光山正雄: 高齢者感染症、超高齢社会の課題と特徴. 医療ジャーナル社. 2016

平成28年6月30日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

【相談内容】（病院）

（針刺し、血液暴露の対応（HIV 対策）等にかかるマニュアル改正について）

マニュアルの見直しを検討しております。

下記の内容について相談したく、よろしく願いいたします。

針刺し、血液暴露の対応（HIV 対策）

- 1 暴露源の患者の血液検査項目として、HIV 抗体検査は必須でしょうか。
現在、当院では HBV、HCV、梅毒の血液検査を実施しています。
- 2 現在、当院のマニュアルでは HIV 対策について記載はありますがあくまで、入院患者を検討する際の診療情報提供書に感染症として記載された場合のみの対応。
- 3 当院は療養型病院であり該当する入院患者は少ないと思われます。暴露源の血液検査として HIV 抗体検査を実施している病院は多いのでしょうか。
- 4 実際に暴露源の患者が HIV 抗体陽性の場合、対策、事例などについても教えてください。

【回 答】

ご質問を頂き、誠にありがとうございます。

以下に回答させていただきます。

1 HIV による曝露事故後は、抗 HIV 薬の内服による感染症予防が可能です。平成 22 年からは労災保険の適応にもなっており、職員が安心して働くために、針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露後の対応として、少なくとも曝露源患者の HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体検査を実施していただくことが望まれます。

何らかの事情で貴院での HIV 抗体検査が困難な場合には、北陸三県の医療機関を対象に石川県立中央病院にて「曝露（針刺し）等緊急時における HIV 検査支援」を実施しておりますので、この支援のご利用もご検討ください。（別紙ご参照ください）

2 HIV の感染性は、既に HIV 感染症と診断されている治療中の患者さんではとても低いです。一方で、未診断・未治療の HIV 患者さんではウイルス量が多いため、曝露による感染リスクが高いです。そのため、曝露時には、全ての患者さんに対し、HIV 感染の可能性について評価することが求められます。

3 曝露後に HIV 検査を実施されている医療機関の把握はできていませんが、昨今、曝露後に HIV 検査を実施されている施設は増えていると推測されます。本年度にも、県内の医療機関での針刺し事故で曝露源患者が HIV 検査陽性と判明したため、予防内服等を行った事例がありました。

4 曝露源患者が HIV 抗体陽性の場合、速やかに（可能であれば 2 時間以内に）抗 HIV 薬による 4 週間の予防内服を行います。予防内服中は副作用の確認を行い、その後は感染の有無を定期的に検査します。抗 HIV 薬は、「石川県 HIV 感染予防薬整備要項」にもとづき、県内の 6 病院に配置薬がありますので、予防薬配置医療機関での抗 HIV 薬の提供につきましてもご検討いただけましたら幸いです。（こちらも別紙をご参照ください）

平成 28 年 12 月 8 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）

（入約介助者の足白癬の感染防止について）

施設内入浴介助者より、入浴介助で、入居者の足白癬が自身に感染するのではないか？

前の勤務していた施設では、入浴介助後洗5淨し、足を消毒液にひたしていたとのこと。

→ネットで調べてみましたが、足マットから感染しやすいのは存じてますが…

入浴介助後、普通のボディソープで職員の足を洗淨し、ハイエストで足趾消毒でよいでしょうか？普通のボディソープではなく薬用石けんに変えた方がよいでしょうか？

足マットは毎回、洗淨しています。

【回 答】

ご質問ありがとうございます。ご存知とは思いますが足白癬の特徴から申しますと

【白癬菌の特徴・感染経路】

足白癬とは皮膚糸状菌という真菌(かび)による感染症で、この菌は皮膚の表面を覆う角質に含まれるケラチンを栄養源に生きています。足白癬は、足ふきマットやスリッパなどを長く共用しているとそれらに付着した白癬菌が足に感染して発症します。家庭内の感染頻度が最も高いようです。温泉場、銭湯、足白癬患者のいる家庭の足ふきマットにはほぼ100%白癬菌が存在します。

入浴後、足マットを利用すると足に白癬菌が付着し、菌がついたまま靴下・靴を履くことで長時間白癬菌が付着した状態となり感染します。裸足で乾燥状態を保てば白癬菌は剥がれ落ちます。また、白癬菌が皮膚に侵入し感染成立まで最低24時間、足の皮膚に傷口がある場合は12時間で感染するというデータもあるようです。（日本皮膚科学会HPより）

【対策】

①入浴介助後は、白癬菌を早めに取り除き足を乾燥させる

入浴介助後は足の指の間も丁寧に石鹼で洗淨したあと乾燥させます。白癬菌に対しエタノールは有効です。揮発性が高く、乾きが早いという特徴もありますが、創傷がある皮膚には不向きです。また、貴施設ご使用の「ハイエスト」はエタノール50%及び湿潤剤含有となっており、適正濃度（通常80%前後）よりやや低いと思われる。

上記のように白癬菌が付着してもすぐに感染が成立するのではないので、石鹼で丁寧に洗淨したあと十分に乾燥させ清潔な靴下をはくことで感染防止は可能です。（付着した菌を洗い流すことが重要なので石鹼は普通の入浴石鹼で良いでしょう）

また、複数の方が利用する脱衣所の床が浴室より汚染されています。介助終了後は脱衣所の床も通常に清掃し換気を十分に行い、乾燥状態を保持させます。

②足マットの使用方法について

足マットは毎回洗淨しているとのことですが、交換頻度はいかがでしょうか？（1日1回の交換？入所者1人に1回の交換？）足マットによる感染防止であれば入所者1人につき1回交換が理想的ですが、現実的には困難です。足マットの共用を回避するのが最も良い対策だと思いますので、介助入浴で体を拭いた後のタオルを足ふきマット代りに使用するという方法があります。椅子に座って服を着るときにも足に敷いておけばよいと思います。スタッフだけではなく入所者の方の感染防止も重要です。このためには、スタッフも同様に足マットのかわりにタオルの使用はいかがでしょう？（回答者の施設では病院・療養施設ともに足マットは廃止しましたが特に問題はありません）

足マット1日1回交換であれば汚染リネン類の消毒方法として熱水（80℃10分間）又は0.05%～0.1%次亜塩素酸ナトリウム30分浸漬後通常の洗濯もしくは乾燥機で十分に乾燥させます。

③スタッフ共用のスリッパ・長靴を使用していませんか？

施設によっては介助入浴時サンダル・長靴を使用していたり裸足であったりと様々です。共用の長靴は最も汚染度が高く、洗浄・乾燥管理ができないので注意が必要です。サンダルも使用後は毎回洗浄し（通常の浴室洗浄剤）十分に乾燥させることが大切です。

④入所者の足白癬の有無を観察し早期の治療を

足白癬の予防は、感染者からの菌の散布防止、環境中の除菌、足への付着防止、発病防止です。集団生活をしている方で感染している方は適切な治療を受けることが大切です。（入所者・スタッフ問わず）

平成29年2月20日
石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

■平成28年度院内感染対策講習会開催結果概要■

○開催日時 平成28年10月23日(日) 15:30～18:00

○開催場所・参加人数 石川県立中央病院 健康教育館 大研修室 186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				
8	114	15	15	6	158	17	9	2	186

○アンケート

回答数	回答率
155	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
103	45	0	1	6

・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。

○森下先生の講義全体 ※ユーモラスかつ実践的であり、参考になったとの意見多数

○介護職の感染チームは良い対策になると思いました

○食堂の配置については新しい発想でした。大人数の為難しい点もありますが、参考にレクの部屋でも工夫できる所はしていきたいと思いました。

○正しいおむつ交換と手指衛生の実践(それに関する森下先生の教育研修の方法)

○ICTラウンドにおける薬剤師の関わり方

○ICTラウンド方法について、「現場の意見や思いをきく」「多職種のディスカッションをする」など時間を取れるようにしていきたい

○抗菌薬カンファレンスにおける提案件数と変更件数を表示し、効果を判定していく

・今後、本ネットワーク会議の現地支援を活用したいと思いますか？

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
23	65	30	0	15	17

・今後、本ネットワーク会議の相談窓口を活用したいと思いますか？

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
16	74	30	1	15	14

・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。

○CD感染症対策について

○ノロウイルス予防策、嘔吐物の(ノロ)処理の実施指導

○中小病院・施設の感染症対策について

○吐物処理、環境清拭の実技指導付き講習会

○感染対策 ICTの活動の仕方、方法など

○抗菌薬の適正使用

・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。

○飯沼先生のミニ講義を含めて、各地域と行政単位でグループワークをしてはどうか

○現地支援について、病院だけでなく高齢者施設も対象としてほしい

平成 28 年度石川県院内感染対策支援事業概要

平成 29 年 3 月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
