

平成25年度 院内感染対策支援事業概要

平成26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24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25年度）

1) 石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（平成26年3月現在・職種別五十音順）

医師 委員長	藤田 信一（金沢大学附属病院 感染対策室室長）
副委員長・リーダー	飯沼 由嗣（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
	太田 和秀（金沢医療センター 小児科部長）
	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）
	西村 元一（金沢赤十字病院 副院長）
	馬場 尚志（金沢医科大学 臨床感染症学准教授）
	真智 俊彦（恵寿総合病院 診療部長内科科長）
薬剤師 リーダー	山本 康彦（金沢医科大学病院 薬剤部）
	石田美由紀（やわたメディカルセンター 診療技術部薬剤課）
	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 医療安全管理室看護師長）
	大井希美佳（公立能登総合病院 医療安全管理部）
	近藤 祐子（石川県立中央病院 医療安全管理室）
	嶋田由美子（公立松任石川中央病院 医療安全部医療安全課安全対策室係長）
	中村 洋子（金沢大学附属病院 感染対策室副部長）
	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25年 7月 2日 於：石川県庁

第2回 平成26年 3月26日 於：石川県庁

Ⅱ. 平成25年度の事業実績状況

1. 院内感染対策実地支援事業

病院が個別に取り組んでいる院内感染予防や対策について、実地で助言するため、平成23年8月に設置した石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の委員（医師・薬剤師・看護師・臨床検査技師）で編成する実地支援チームを、県内4病院に派遣した。事業の実施に当たっては、病院が「感染管理評価スタンダード Ver3.0」（出典：医療の質に関する研究会）を元に作成された評価表にて自己評価を行うとともに、その自己評価表を活用し、評価・支援を行った。

支援実施期間 平成25年8月8日～平成25年9月20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25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25年 8月8日	許可病床数： 200～499床	医師：飯沼由嗣（リーダー）、西耕一 薬剤師：石田美由紀 看護師：池田恵子、野田洋子 臨床検査技師：千田靖子	7～12 p
平成25年 9月2日	許可病床数： 500床以上	医師：馬場尚志（リーダー）、西村元一 薬剤師：山本康彦 看護師：西原寿代、藤本淑子 臨床検査技師：新川晶子	13～16 p
平成25年 9月5日	許可病床数： 500床以上	医師：太田和秀（リーダー）、竹田正廣 薬剤師：中出順也 看護師：大井希美佳、嶋田由美子 臨床検査技師：小林治	17～22 p
平成25年 9月20日	許可病床数： 100～199床	医師：藤田信一（リーダー） 薬剤師：田淵克則 看護師：近藤祐子、中村洋子 臨床検査技師：浅香敏之	23～25 p

・平成25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	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24年度実地支援実施病院対象)

平成24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25年8月

調査対象 4病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 26～44 p

3. 院内感染対策相談事業

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

相談については、書面による受付とし、金沢大学の教授又は金沢医科大学の教授の指示・確認のもとでネットワーク会議委員が回答を作成する体制を取っている。平成25年度は3件の相談があった。

相談期間 随時受付

相談対象施設 県内の病院、診療所

相談方法 書面による相談を受付〔院内感染対策相談票に記載〕

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

平成25年度の回答書 45～48 pの通り

4. 院内感染対策講習会の実施

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

開催日時 平成25年10月6日(土)午後1時30分～4時30分

開催場所 金沢流通会館 4階研修室

内 容 (1) 報告1「平成24年度厚生労働省
一類感染症診断・治療・予防研修の報告」
(2) 報告2「それぞれの職種における感染対策上の主な問題点及びその解決策
について」
(3) 講演「行政施策の変遷と感染制御の実際」
講師：東京医療保健大学 副学長 大久保 憲 氏

開催結果概要は 49 p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25年8月8日（木） 13:00～16:00

支援病院／200～499床

支援実施者／飯沼 由嗣（医師・リーダー）、西 耕一（医師）、石田 美由紀（薬剤師）、
池田 恵子（看護師）、野田 洋子（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

- ・ 日常的な感染対策および危機管理に関しても病院長が実務責任者となっています。さらに感染対策加算2を申請し、専任医師として病院長が担当されていますが、病院長としての日常的業務を考えると、過度な負担がかかり、実務的な対応が困難なことも多い状況と考えられます。病院長以外の医師に実務責任者（加算における専任医師）の任命を是非ともご検討下さい。
- ・ 感染対策委員会、小委員会、感染対策チーム（ICT）の役割が不明瞭な印象を受けます。小委員会は感染対策チーム（ICT）とほぼ同一の組織のようですので、組織の統合整理をご検討下さい。特に感染対策チームの活動は、院内感染対策活動の中核となりますので、業務内容、メンバー構成および業務役割分担などについてご検討下さい。
- ・ 院内感染対策活動において、専任の看護師はその中心的役割を担います。認定看護師の育成と、専従あるいは専任ICN（感染対策看護師）としての院内での地位の確保につきましてご検討下さい。
- ・ リンク委員（ナース）が組織され、サーベイランスやラウンドなどの活動を活発に行っており、大変すばらしいと思います。今後は、現場のナースへの啓発活動について、より積極的な関与を望みます。
- ・ 「届出が必要な感染症の連絡体制（1～5類全数報告対象）」と「日常的に感染対策上問題となる病原体（薬剤耐性菌、*Clostridium difficile*、インフルエンザ、ノロウイルスなど）」について、連絡体制を見直して下さい。日常的には後者の対応が、より重要であり、検査室から現場への迅速な報告、感染対策の実施、ICTによる監視体制の確立が重要となります。
- ・ 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ような、システム構築（たとえば電子カルテの改修により病床マップ上に掲示されるなど）についてご検討下さい。

II ICT活動について

評価：B

1) 感染対策マニュアルについて

- ・ 非常に多くの情報が含まれる力作と思いますが、すべての病院職員が利用することを考えると、教科書的な内容については最小限に留め、使いやすいものを作成するよう心がけて下さい。マニュアルの改訂に関して、まずは形式を統一し、内容の重複を可能な限り少なくし、図、表、写真、フローチャートなどを用いて短時間でポイントが理解できるような工夫をして下さい。全部を一度に行うのは困難ですので、まずは必要最小限の内容について作成し、順次充実させてははいかがでしょうか。
- ・ アウトブレイク対応のマニュアルが必要です。内容的には、①中核な業務を行う担当者の明確化（通常はICDまたはICNなど）、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（通常は専任検査技師またはその情報を日常的に受けているICNなど）、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、などがその主な内容となり

ます。

- 表現のばらつきがみられるので、統一した方がよいと思います。ガイドラインではなくマニュアルですので、すべて病院内で実行すべき内容となることをふまえて記載内容を見直しして下さい（例：した方がよい、すべきである、などの表現は不可。～する。等とする。）。
- 消毒薬に関するマニュアルはありますが、実際の商品名や濃度の記載がありません。また、マニュアルの項目毎に消毒薬の商品名が異なる場合があります、採用品切り替え後にマニュアルが変更されていないようです。消毒薬は薬剤師が責任を持って担当し、正確に使用できるようにマニュアルの整備及び現場での確認体制が必要です。
- 抗菌薬マニュアルは薬剤部主導で作成されていますが、現場（特に医師）と連携を取りつつ、現実的に使用可能なものへの改訂が必要です。
- その他内容について
 - ① 「標準予防策」：感染経路別予防策も記載されていますが、別々に内容を整理し記載される方が分かりやすくなると思います。標準予防策には「手洗い」の他「咳エチケット」「汚染したりネンの取り扱い」「安全な注射処置」「ビニールエプロン使用の基準」なども含めてはいかがでしょうか。「個人防護具の着脱」について加えても良いかと思います。また、標準予防策と感染経路別予防策の表ですが「規定なし」ではなく、「標準予防策と同じ対策を行う」が正しい表現となります。
 - ② 「手洗い」：手洗いは日常的手洗い、衛生的手洗い、手術手洗いに分類されますが、医療従事者が職務上行う手洗いはすべて衛生的手洗いとなります。衛生的手洗いの中に、流水と抗菌石鹸による手洗いとアルコール含有手指消毒薬による手指消毒が含まれます。現在では、手指消毒が専ら用いられる衛生的手洗いであり、流水石鹸は、目に見える汚染がある場合やアルコール耐性の病原体（ノロウイルスや *C. difficile* など）で汚染された場合などに行います。
 - ③ 手洗いのタイミングについては、もう少し具体的に記載されたほうが、実践に結びつきます。湿性物質に触れた後などが強調されていますが「手袋を装着する前」「患者に触れる前」などの場面でも必要です。タイミングについては WHO が推奨している 5 モーメントの図を掲載されると分かりやすいと思います。
 - ④ 手荒れは手指衛生遵守率を下げる要因ともなりますので、手荒れ防止策についても記載願います。
 - ⑤ 「ゴジョウ」ではなく「ゴージョー (GOJO)」です。商品名を記載される場合は「®」を付けてください。
 - ⑥ 「院内感染」：内容的に、感染対策の指針に近いようです。教科書的な内容は削除し、あらためて指針として作成し直しはいかがでしょうか。
 - ⑦ 「感染経路別予防策」：こちらにも標準予防策の記載があります。「標準予防策」の項とあわせ整理し見直しして下さい。感染成立の条件など教科書的な内容は削除してはいかがでしょうか。
 - ⑧ 脱衣の時はガウンもエプロンも同じ順序です。手袋→ゴーグル、キャップ→ガウン→マスク→手指消毒となります。
 - ⑨ N95 マスクは全部署に設置されたようですので修正してください。また、顔にフィットし、漏れの無いように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してはいかがでしょうか。
 - ⑩ 結核：感染経路は空気感染です。ツベルクリン反応は、偽陽性が多いため、限定的な利用（小児の接触者健診など）にとどめてください。
 - ⑪ 疾患別（病原体別）予防策については、まずは感染経路別に整理した方が分かりやすいと思います。例えば、薬剤耐性菌については、一つのマニュアルとしてまとめて、菌毎に個別に対応が必要な部分についてのみ記載するなどしてはいかがでしょうか。

- ⑫ 感染性胃腸炎：ノロウイルスおよびロタウイルスの院内感染が問題となります。病院食からの感染（食中毒）は極めて稀です。院内感染対策（胃腸炎患者の入院と伝播防止対策）の視点から作り直して下さい。逆に食中毒や栄養室の衛生管理については感染対策マニュアルとして必須項目ではないと考えます（栄養部のマニュアルとしては必要）。
- ⑬ 感染性胃腸炎の隔離基準として、菌の陰性化は必要条件ではありません。通常は下痢症状の改善後 2～3 日間くらいまでが目処となります（免疫不全の場合には更に長期隔離も考慮）。
- ⑭ 職員の健康管理（ワクチン接種、各種抗体価測定）についてマニュアルを整備されてはいかがでしょうか。
- ⑮ 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ですが、皮膚切開開始 1 時間以内というのは切開後投与のことでしょうか。切開前 1 時間以内と明記されてはいかがでしょうか。

2) サーベイランスについて

- ・マンパワーが限られている中で、中心静脈カテーテル血流感染（CLABSI）および手術部位感染（SSI）サーベイランスを全病院的に行っており、大変すばらしいと思います。
- ・一方で、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については不十分な印象を受けました。これらを限られたマンパワーで行うためには、現在手作業で行っているサーベイランスの日常的な情報収集の電子化（電子カルテ上への記載）が望ましく、そのためのカルテの改修あるいは感染制御システムの導入についてもご検討下さい。

3) その他

- ・コンサルテーションについて、感染対策の各職種専任者の役割分担を明確にされてはいかがでしょうか。またそれらをどのように集約し検討するかについても明確にされた方が良いと思います。
- ・ラウンドについて、週 1 回定期的に行われていますが、チェック項目について統一してはいかがでしょうか。またラウンドにはマニュアル遵守のチェックの目的もありますので、チェック項目についてマニュアル内容を確認できるよう工夫されてはいかがでしょうか。
- ・感染対策の教育講演会への出席率を上げるために、ビデオ上映会の開催や DVD の作成などの工夫はいかがでしょうか。また、職員が気づかない自施設の問題点を周知するなど、より身近な教育的内容となるよう工夫されてはいかがでしょうか。部署毎の出席率を職種の長にフィードバックするなどして、部署毎の努力を促すようされ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

1) 外来での感染対策について

- ・外来でトリアージは、患者が来院したときから開始する必要があります。玄関や受付などにわかりやすくポスターなどの掲示（咳、発赤、嘔吐、下痢などの症状がある場合は、受付で申し出てください）をしてはいかがでしょうか。
- ・感染症疑いの患者をどのようにトリアージするかは、フローチャートを使用してわかりやすくマニュアル化することが必要です。
- ・空気感染予防策が必要な患者を管理できる個室（可能なら陰圧空調または空気清浄機設置）の準備が必要です。
- ・小児科のミキシング台が水回りの横に設置されていました。ミキシングを行うスペースに水がはねやすい状況にあったため、水はね予防対策やミキシング台の場所を変更するなどご検討下さい。

- ・小児科のプレイルームが絨毯敷でした。吐物などでの汚染時は、吐物を処理後、委託業者が消毒をしているとのことでしたが、絨毯は内部まで適切に消毒することができません。絨毯の使用の是非についてご検討下さい。
- ・耳鼻科・泌尿器科外来で内視鏡を洗浄する場合、洗浄時に使用する防護具が手袋、マスクだけとのことでした。職員への曝露予防策として、手袋、マスク、エプロン又はガウン、ゴーグルを使用して内視鏡の洗浄を行うようご配慮下さい。
- ・速乾性手指消毒薬や個人防護具（マスク、手袋、ガウンなど）の配備が全般的に不足している印象を受けます。
- ・外来採血室では、手袋の着用あるいは患者毎に交換が不十分なようです。手袋着用および交換の遵守と消毒薬は単包用製品に切り替えた方がよいでしょう。
- ・衛生物品を扱う場所（特に点滴調製スペース）については、スペースに限りはありますが、衛生管理が徹底できるような環境整備（消毒薬や手袋の設置など）と衛生管理の徹底が望まれます。
- ・消毒薬・洗浄剤・環境クロスが直射日光に当たっていました。設置場所のご検討をお願いします。
- ・消毒薬や洗浄剤の種類が多く、環境クロスはあるがエタノールを噴霧して環境整備をしていました。消毒薬の種類を見直し、環境清拭を噴霧から環境クロスを使用する清拭方法へ見直しして下さい。

2) 病棟での感染対策について

- ・在庫数は、SPDシステムが導入されていますが現場の在庫が多く感じました。定数化などをして物品数の削減、キャビネットを設置し整理整頓を行うとよいでしょう。
- ・また、回診車にも衛生材料が多量に設置してありました。毎日、補充しているようですが、在庫数の見直しをご検討下さい。
- ・感染性廃棄物や汚染物と清潔エリア（ミキシング台など）が職員ステーション内に混在しており、感染対策上非常に問題です。汚物処理室と職員ステーションが離れているなどのハード面の問題がありますが、ゾーニングなどの工夫により、清潔物品と汚染物の交差を可能な限り減らす工夫が必要です。
- ・ミキシング台の上は血管留置カテーテル感染予防として、「ミキシング前には台の上を消毒する」「手指衛生を行う」「手袋マスクの防護具を装着する」必要がありますので、環境消毒のための消毒剤含有の環境清拭シートの導入や防護具の設置をする必要があります。
- ・ミキシング台の上に（水平面）ラミネート加工されたポスターが掲示されていました。水平面にポスター類を掲示すると台とポスターの隙間の清掃が十分に行えないためポスターを掲示する場所をご検討下さい。
- ・ミキシング台が空調の下およびシンクに近くにありました。処置室のスペースからハード面の改善は難しいと思いますので、ミキシング時のルールを決め（ミキシング時は、シンクを使用しない、空調を止めるなど）清潔・無菌的にミキシングできる環境を整えて下さい。
- ・感染経路別予防策の実施については、全職員が確実に統一した感染対策を実施できるように、病室前にわかりやすくポスターなどで表示し、入室前に必要な防護具を装着できるように部屋前に設置する必要があります。
- ・防護具の設置状況について、すべての防護具の取り出し口が上向きにして置いてあり、装着時すでに汚染されている可能性があります。防護具が清潔かつ整理整頓できるように、防護具ホルダーの設置をおすすめします。
- ・滅菌物が収納されているキャビネットの扉の多くが開放されていました。埃などによる清潔物品の汚染防止のために、必ず締めるように指導願います。
- ・清拭タオルについて、翌日のタオルがすでに濡らした状態で準備してありました。セレウス菌やセラ

チア菌などの院内感染のリスクが高くなるので、乾燥した状態で準備し、できる限り使用直前に煮沸消毒するようにしてください。

- ・ 陰洗ボトルは、各患者 1 個とし、複数の患者の使い回しは避けて下さい。また、必ず使用ごとに消毒、洗浄を行い、保管時は十分に乾燥させましょう。

3) 透析室での感染対策について

- ・ 肝炎ウイルス陽性者に対する対応（ベッド配置、器具の取り扱いなど）の徹底が必要です。スタッフが共通認識できるように、テープを床に貼るなどゾーニングについてご検討下さい。
- ・ 透析室の感染性廃棄ボックスの保管場所がなく、室内に積み重ねられています。パーテーションの設置、または午前午後のそれぞれに処理場へ移動するなどご検討ください。
- ・ 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 0.1%に希釈済みの次亜塩素酸（泡ハイター）の使用をご検討下さい。
- ・ 透析室内で个人防护具（PPE）（手袋、フェイスシールドマスクまたはゴーグル、エプロン）および速乾性手指消毒薬の設置場所が少ない印象を受けます。すみやかな PPE の装着と手指衛生ができるように設置場所を増やしてはいかがでしょうか。
- ・ 透析室内でのリネン交換について、患者毎の交換についてご検討下さい。

4) 微生物検査について

- ・ 感染対策上重要な耐性菌（MRSA、VRE、MDRP、ESBL 産生菌）発生時の連絡体制、週報と月報の作成、血液培養陽性患者リスト（月報）、アンチバイオグラム（年報）の作成など、少ない人数でしっかりとした対応をされています。
- ・ 一方で、週報、月報、年報について、分析、評価が十分に行われていないため、現場へのフィードバックが不十分な印象を受けます。これらのデータの活用方法（検査室、ICT、現場）についてマニュアル化など含めてご検討下さい。
- ・ 血液培養検査の陽性報告は休日でも対応できるように、検査部全体で検討をお願いします。
- ・ 細菌検査室の予防対策について：
 - ① 安全キャビネットは設置されていますが、HEPA フィルター交換などの定期点検がされていない。
 - 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ていない。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（エプロン）を着用することが望ましい。
 - ③ 感染性廃棄物容器は蓋がされておらず、非感染性廃棄物容器との区別が付きにくい。
 - ④ 検体搬送容器は病棟毎に工夫されているが、バイオハザードマーク付きの統一した密閉容器とすることが望ましい。
 - ⑤ 新病院では、尿採取場所と尿検査室の配置をご検討ください。

5) 薬剤管理について

- ・ 薬剤師は院内での抗菌薬あるいは消毒薬の適正使用に関して中心的な役割を担っています。薬剤師さらには全職員に対する教育啓発とともに、薬剤部で行なわれている衛生的なミキシングの方法の院内全体への周知徹底についてもご担当いただければと思います。
- ・ 院内で使用されている消毒薬の種類が多く、さらに開封期限の未記入が目立ちます。消毒薬の種類を絞り込み、使用用途を明確にした上でマニュアル化してください。感染対策の病棟ラウンド時あるいは病棟担当薬剤師による管理状況の確認を行って下さい。
- ・ 抗菌薬の適正使用のために、抗菌薬の使用量、指定抗菌薬の届出率、抗菌薬の TDM データを ICT で検

討し ICC を通じて病院全体へフィードバックされてはいかがでしょうか。

- ・ 感染症の症例検討や勉強会を通じて、抗菌薬適正使用の必要性や方法について、定期的な啓発活動を実施することをおすすめします。
- ・ 多用量薬剤の開封後の使用期限の徹底のために、一覧表（シーラーされたもの）を作成し、薬剤保管冷蔵庫の周囲に掲示してはいかがでしょうか。
- ・ 消毒剤の噴霧が多用されています。消毒薬含有クロスへの変更が望まれます。
- ・ アレベール、ピソルボン、ベネトリン等の吸入剤の管理は難しいため、インタールやメプチンなどのアンプル液への変更についてご検討下さい。
- ・ 薬品用の冷蔵庫に食品が入っていました。食品と薬品用の冷蔵庫は分けて使用して下さい。

6) その他

- ・ 内視鏡は、全科中央化での管理が望ましいのですが、困難な場合は管理方法について ICT で把握しておく必要があります。科別で実施している場合は、自動洗浄機の使用状況など確認した結果について、記録に残すように指導して下さい。

IV 職業感染対策について

評価：B

- ・ 防護具について、眼の粘膜曝露予防としてゴーグルやフェイスシールドの装着が不十分です。職業感染防止の視点からも装着の遵守に対する啓発をし、装着状況を払出量やラウンド等で確認してください。また、一部不適切な防護具の装着をされている職員の方がおられました（マスクの腕装着等）。ラウンド等で随時注意して下さい。
- ・ N95 マスクは、外来を含め全部署に配備し装着方法のトレーニングを必ず行って下さい。
- ・ リキャップされた針が廃棄されていました。リキャップの全面廃止を徹底してください。
- ・ 蓋の開いている針捨てボックスが多くみられました。危険ですので蓋を閉めることを徹底して下さい。
- ・ 針刺し防止器材について、定期的な見直しをされているようですが、針刺し・切創事例の発生状況を分析したうえで、器材の見直しにつなげて下さい。
- ・ 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は、職員の保護とともに患者への感染伝播防止のためにも早急な課題と考えます。
- ・ 職員の感染症抗体価検査結果は、ICT において個人情報として厳重な管理を行うとともに、職員個人が自身の情報を把握できるようにご検討下さい。

以上

院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成25年9月2日（月） 14:00～17:00

支援病院／500床以上

支援実施者／馬場 尚志（医師・リーダー）、西村 元一（医師）、山本 康彦（薬剤師）、
西原 寿代（看護師）、藤本 淑子（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

- ・ 感染管理組織として、病院長を委員長とした感染対策委員会（ICC）が、実働部隊として副院長を長とした院内感染防止対策チーム（ICT）が組織されている。また、看護部には感染防止リンクチームが組織され各部署に配置されている。

（アドバイス）

- ・ 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。ICT活動における自身の役割を意識するためにも、各職種の専任者を明確にし、ICT規程もしくは名簿などに示しておくことが望ましいと考えます。
- ・ 日々の感染対策活動記録は、問題点の評価や分析に必要であるほか、アウトブレイクなど事例に関する記録は、再発防止教育のためにも非常に重要です。監査等の際にも、各専任者の業務実績を示す文書やデータを求められる可能性もあり、適宜必要な記録を残し、分析・検討結果を含め整理しておく必要があります。

II ICT活動について

評価：B

- ・ 感染対策マニュアルは定期的に改訂されている。直近の改訂でも、手指衛生や个人防护具の着脱法などの解説に多くの図を取り入れるなど様々な工夫が見られる。病原体別対応マニュアルも多くの病原体について用意されている。
- ・ ICTラウンドは、ラウンドシートに基づき環境整備の状況確認が週1回実施されており、記録も残されている。
- ・ アウトブレイクなど感染管理に必要な情報は、基本的に看護部長に集約される形となっている。
- ・ 各現場への情報伝達・周知は、部門毎のミーティングでの伝達や文書の回覧によって行われている。

（アドバイス）

- ・ マニュアルには、滅菌・洗浄・消毒、廃棄物の取扱い、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などの項目の追加をご検討ください。この中では、使用目的や使用法をまとめた消毒薬の一覧表や廃棄物分別の一覧表、病原体別予防策の一覧表などを作成すると有用と考えます。
- ・ 標準予防策の項目では、個々の个人防护具の着脱方法だけでなく、一連の流れの中でそれぞれの防護具を着脱する順番についても解説があると良いと考えます。
- ・ 環境整備マニュアルにも、清掃担当者がより理解しやすいよう、図や写真、表などを取り入れることをご検討下さい。
- ・ 院内ラウンドは、マニュアルで規定した様々な感染対策法が、確実に理解・遵守されているかどうか

か現場で確認することが主な目的となります。環境整備だけでなく、手指衛生や各種感染対策法の中で遵守されにくい事項など貴院が抱える問題点を十分吟味・把握し、その問題点についても確認していくことが必要と考えます。

- ・ 院内ラウンドでは、現場が抱える疑問・問題点の吸い上げや、適切な形でのフィードバックも重要です。写真などを使ってわかりやすく問題点を指摘し、「何故こうする必要があるのか」など理由を含めて改善策を提示することが重要です。また、一定期間経過後に各部署から改善状況を報告してもらうなど、確実に改善につながるような工夫が必要と考えます。
- ・ 明らかとなった問題点や改善策については、全職員対象の感染対策講習会の内容に盛り込むなど、より周知徹底を図る工夫が必要と考えます。感染対策講習会の出席率が低いとのことでしたが、具体的な院内の問題点・改善策を解説することで、出席する動機づけにつながることも考えられます。
- ・ 一方、感染対策上の重要項目は、清掃担当など職種（業務内容）により異なる点もあり、部門別講習会や採用時オリエンテーションの計画・実施もご検討下さい。
- ・ 掲示物は時間が経つと効果が低下しますし、内容もタイムリーであることが求められるため、期限をつけ掲示することも必要と考えます。
- ・ 今回の我々のラウンドだけでなく、連携している感染防止対策加算1の算定施設の協力を仰ぐなど、適宜外部の評価・アドバイスを受けることも有益と考えます。

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価：B

- ・ 精神科病棟を抱えるため、病室前や廊下等に速乾性手指消毒剤が配置されておらず、手指衛生は携帯用手指消毒剤の使用を基本としている。しかし、患者に引っ張られる恐れがあるとして、白衣のポケット内に入れ携帯している。
- ・ リネン庫はきれいに整頓され、清潔に管理されている。汚染されたリネンは所定の袋に入れ、速やかに回収場所に搬送されている。
- ・ 病棟での注射薬調製は、看護詰所とは別室にスペースが確保されており、汚染物と交差しないよう配慮されている。
- ・ 検査室では、インフルエンザおよびノロウイルス抗原検査を実施し、感染症の早期把握に努めている。検査実施場所は適切にゾーニングされ、感染性廃棄物も適切に取り扱われている。
- ・ 細菌検査は外部委託であるが、MRSA、多剤耐性緑膿菌、ESBL 産生菌等の薬剤耐性菌は分離状況が検査部でまとめられ報告されている。至急の塗抹検査や、抗酸菌検査や血液培養が陽性になった際には、速やかに電話・FAXで連絡される体制となっている。

(アドバイス)

- ・ 感染対策の一番の基本は、確実な手指衛生の実施です。その遵守率の向上には、適切な場所に速乾性手指消毒剤を配置することが重要です。精神科病棟では患者特性から病室前や廊下などへの設置は困難と考えますが、全ての病棟で不可能であるのか十分な検討が必要と考えますし、少なくとも血管内カテーテル挿入患者を管理する病室などには、壁付（固定）型手指消毒剤を設置するなど、より遵守されやすい環境・状況を検討することが必要と考えます。
- ・ ラウンド中に何人かの携帯用手指消毒剤の開封日を確認したところ、3か月前のものを持っているスタッフも見られ、手指消毒剤があまり使用されていないことが伺えました。携帯用手指消毒剤もポケットに入れては遵守率が上がらないほか、白衣を汚染することになり不衛生でもあります。ポーチ型やポシェット型など携帯用でも様々なものがありますので、出来る限り遵守率が上がるような運用を検討すべきと考えます。

- ・ 手指消毒剤の使用量調査を開始したとお聞きしましたので、早急にデータをまとめ、使用量が増加するよう現場へ有効なフィードバック・介入をご検討下さい。
- ・ 石鹼・流水による手洗いの適切さも重要です。詰替えの手洗い石鹼が使われていますが、汚染のリスクもあり、少なくとも医療者が使うものについてはディスポーザブル製品が望ましいと考えます。
- ・ 手洗いシンクも、医療者が使用する場所については自動水栓やレバータイプのものが望ましいと考えます。また、シンク周辺にタオルがかかっている部署がありましたが、ペーパータオルの使用を徹底して下さい。
- ・ 一部のシンクにスポンジやブラシが直に置かれ、水浸しになっている部署がありました。水回りやスポンジは十分に乾燥していないと、緑膿菌などが繁殖し感染伝播のリスクが高くなりますので、乾燥状態を保つよう心掛けるなど十分な管理が必要です。
- ・ 汚物室に、手洗い石鹼やディスポエプロンなどが設置されていませんでした。尿などを廃棄するときには、目には見えなくても周囲に飛び散りますので適切な个人防护具の着用が必要ですし、その後の手洗いも必須であり、これらの設置が必要です。また、設置方法・場所は全病棟で統一しておく方が良いと考えます。
- ・ 注射薬調製に専用スペースが確保されているのは非常に良いことですが、調製台を清拭する物品が置かれていませんでした。アルコール含有の環境清拭用シートなどを採用し配置することをご検討下さい。
- ・ 酒精綿は、パック製剤を使用期限 1 日として使用されていますが、残ることが多く、環境に使用することもあったとのことでした。ラウンド中に 2 日前に開封されたものが見られるなど期限が徹底されていない様子でしたし、単包装化製剤の導入により無駄な廃棄も減るためコスト面でも有利な可能性があり、変更を検討されてはいかがでしょうか（環境の清拭には、上述した環境清拭用シートを用いる方が機能的にも良いと考えます）。
- ・ 外来部門で簡易オートクレーブが使用されていましたが滅菌バリデーション（滅菌保証）が不十分な様子でした。また、布製袋で覆った鑷子立てやガーゼカストが使用されていましたが、これらにより長時間滅菌状態を保持することは困難ですので、滅菌物も使用頻度に合わせて単包化をご検討下さい。
- ・ 外来でのトリアージや、患者および家族の適切な手指衛生・咳エチケットなどを促すため、外来窓口だけでなく玄関周囲や受付などにより目立つ形で患者向けのポスターやサインを掲示するようご配慮下さい。
- ・ 環境整備も感染対策には重要な要素となります。特に水回りや汚物室、高頻度接触表面の清掃は重要となりますが、使用する物品や薬剤、手順まで示された具体的な清掃規定がなく、担当する職員によって異なる方法で実施している状況がありました。早急に院内で統一した方法を取り決め、担当職員全員に周知徹底することが必要と考えます。
- ・ 環境整備に用いられている次亜塩素酸の濃度が、臭気の問題からかなり低く抑えられており効果が乏しい状況でした。また、布製品（雑巾）を繰り返し洗浄・室内乾燥して使用しており、多くの労力がかかる一方、衛生面に不安を抱える状況でした。通常の清掃であれば、臭気の少ない環境整備用の製剤を選択すべきですし、特に環境整備クロスなどディスポーザブル製品を使用すれば、清潔さが担保され、かつ洗浄や乾燥に関する現場の負担も軽減すると考えられます。使用用途にあった製剤の導入をご検討下さい。
- ・ 一方、嘔吐物や体液による環境汚染などに対しては、適切な濃度で次亜塩素酸を用いる必要があります。また、物品の消毒などでも用途に合わせ適切な薬剤を選択し、適切な濃度で用いることが必要です。誰もが間違いなく実施できるよう、マニュアルの記載に加えて、各現場にも消毒薬の用途

や希釈法の一覧表を掲示したり、希釈に用いる容器にも希釈法を表示したりしておくことが望ましいと考えます。

- ・ 多用量バイアルや消毒薬については、開封後の使用期限に関する院内規定があり、現場でも認知されている様子でしたが、一覧表を作成し現場（冷蔵庫等）に掲示されると、より確実に遵守されることが考えます。
- ・ 今後改訂されるとのことでしたが、抗菌薬使用マニュアルの内容が若干古い印象を受けました。また、現場スタッフへのさらなる周知も望まれます。
- ・ 抗菌薬の使用量を薬剤部で集計しておられますが、近年抗菌薬使用量の指標として広く使用されているAUDでの算出・集計をご検討下さい。
- ・ 検査室でも、飛沫の発生の恐れがある検査を行う際には、プラスチックエプロンなどの個人防護具の着用が必要です。
- ・ 年単位の薬剤耐性菌の分離状況に関する集計や、分離菌全体の薬剤感受性率表（アンチバイオグラム）などの作成もご検討下さい。
- ・ 外部委託検査会社との契約によっては、ESBL等、確定のために追加検査が必要な薬剤耐性菌が判定されないことがあります。念のため契約の確認をお願いします。

IV 職業感染対策について

評価：B

- ・ 安全装置付きの留置針やヒューバー針、個人防護具としてディスポーザブルのゴーグルが採用されており、針刺し防止や粘膜曝露防止に対する意欲が伺える。
- ・ 職員に対するB型肝炎ワクチンやインフルエンザワクチンは、病院が費用負担し接種されている。

（アドバイス）

- ・ 翼状針では、安全装置付でないものの使用が見られました。使いにくさなどの問題があったかも知れませんが、現在様々な製品が出ており、他の医療器材を含めて、より一層の安全装置付き器材の導入をご検討下さい。
- ・ 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。優先すべき職種や部署の吟味は必要かもしれませんが、ご検討下さい。
- ・ 血液・体液曝露対応マニュアルの中で、汚染源側（患者）の検査結果として、何か月以内の結果なら有効とするかについて規定しておくことが必要と考えます。また、廃棄物や誰に使用したかわからない針による刺傷など、汚染源不明の場合の対応についても記載しておくことが必要と考えます。

以上

院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成25年9月5日（木） 14:00～17:00

支援病院／500床以上

支援実施者／太田 和秀（医師・リーダー）、竹田 正廣（医師）、中出 順也（薬剤師）、
大井 希美佳（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は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、作業療法士、事務職員など多職種から構成され、病院長、副院長、看護部長、事務長もメンバーとなっており、病院全体で院内感染対策に真剣に取り組んでいる。また、リンク委員は、放射線部を除くほぼ全ての部署に配置されている。
- ・ 予算は、必要に応じてとの事だったが、ICT の意見をしっかり吸い上げて必要なものは購入している様子がうかがえる。
- ・ 感染対策の実施に際して、インフォームドコンセントはしっかりとっているようだが、口頭だけで記録には残っていない。

(アドバイス)

- ・ 非常に一生懸命に院内感染対策に取り組んでおられますが、専任の医師、看護師がいないため、細かなところで対策に不十分な点が散見されます。是非、ICD や ICN を置き、もう少し専門的な活動をして下さい。専任が出来るまでは、関連病院の ICN などに相談し活動するのも一法です。
- ・ リンク委員は、概ねの部署にて任命されており問題はありません。しかし、放射線部のみリンク委員がおられなかったため、この際、放射線部でもリンク委員を任命されると良いと考えます。
- ・ 感染対策の実施時には、患者に口頭で説明し同意を得ているとのことですが、やはり検査や隔離に関しては、文書による同意取得が望まれます。同意文書を作製するか、難しければ、せめて同意を得たものは簡単な文書でもいいですからカルテに記載して下さい。
- ・ 医療安全と院内感染対策は、切っても切れない関係にあり、それぞれの主要メンバーの一部が両方の委員会に属するといった配慮が必要だと思われまます。

II ICT活動について

評価： B

- ・ 院内感染対策マニュアルは、ほぼ必要な項目が網羅されており、しっかり改訂もされている。また、アウトブレイクを起こしやすい疾患に関するマニュアルは、かなり詳細に記載されている。ただし、新しい内容を加えた時に、他の関連する箇所の修正がなされていなかったり、最新の感染情報が盛り込まれていなかったりする。
- ・ ICT ラウンドは多職種で行い、1回／2か月（偶数月）の頻度で、すべての部署をラウンドチェックし、院内感染の発生率や感染管理に重要と思われる微生物の動向も把握されている。また、ICT 活動の議事録などは、PC で全職員が閲覧できるシステムとなっておりフィードバックできている。
- ・ 院内講習会、採用時オリエンテーションといった教育的活動は、委託業者以外の正規職員全員に対して定期的に実施され、参加できなかった正規職員へのバックアップもしっかりされている。

- ・ コンサルテーションは、日常的に行われているが、記録が無い。

(アドバイス)

- ・ 医師が1名であることは、不在の場合における緊急対応や、アウトブレイク対応などを考えると不安要素です。兼任でもよいので複数の医師の ICT への参加が望まれます。
- ・ ICT ラウンドの方法も、一度にまとめてではなく、訪問場所を毎回変えて（例えば、培養陽性者に対し適切な感染症治療や対策が実施されているか確認するラウンドなど）頻回に実施する方法を取ってはいかががでしょうか。そうすることで、現場の問題点をその都度、ICT や感染対策委員会など決められた人に集約でき、すみやかに対応できる体制が整えられると思います。そして、定期ラウンドに“ゴミ収集場”も加えてみてはいかがでしょうか。
- ・ コンサルテーションの内容が、メンバー全員の共通認識となるよう、院内 LAN (Intranet) などを利用し工夫してください。
- ・ 針刺し事故のマニュアルが、医療安全マニュアル参照となっていました。感染対策マニュアルにも掲載する方法が望まれます（そのまま転載するだけで宜しいかと思いますが）。
- ・ 職業感染対策を含め、院内のすべての職種（委託業者や学生なども含めた）が参加できる感染対策の講習会にしてはいかがでしょうか。
- ・ 中心静脈栄養の実施者が多いため、医療器具関連感染サーベイランス（中心静脈カテーテル感染サーベイランスなど）の実施についてもご考慮下さい。
- ・ 耐性菌サーベイランスに関しては、現場の感染対策に利用できるようなデータの提示方法を貴院の実情に合わせてご検討願います。

<マニュアルに関して>

- ・ (マニュアル 1-2) 給食関係者のマニュアル: 食中毒等緊急事態発生時の対応は細かくありましたが、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が必要となります。
- ・ (マニュアル 1-11) 感染症法に基づく発生届は、感染症法の改訂に伴い平成 25 年までに幾度か変更がなされています。厚生労働省の HP を参考に修正をお願いいたします。
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou11/01.html>)
- ・ (マニュアル: 3-2) 「空気感染」の部分に、結核、麻疹に加えて“水痘（汎発性帯状疱疹も含む）”も加えて下さい。“汎発性帯状疱疹”は、接触感染だけではなく水痘と同じ「空気感染」です。
- ・ (マニュアル 4-1) 手洗い: 医療行為に必要な手洗い・衛生的手洗い（消毒剤＋流水）について消毒剤入り石鹸と通常石鹸と使い分けを行っているのか分かりにくく、現場で実際に行う方法の明示が必要となります。
- ・ (マニュアル 4-4) 「グリッターパブ」→「グリッターバグ」です。
- ・ (マニュアル 7-1-1) MRSA: 接触感染防止のために、看護物品を患者専用することにより、他の患者への伝播を防止することができます。実際の対策を明記する方法をご検討ください。
- ・ (マニュアル 7-3-1) 結核: 医療従事者及び家族の入室時は、ガウンは不要と考えます。
- ・ (マニュアル 7-4-1) インフルエンザ: 飛沫感染防止策＋接触感染防止策が必要となります。対応について、アウトブレイクまでを想定したフローチャート作成することをお勧めします。また、タミフルやリレンザの予防投与を実施するようでしたら、これらの投与に関する同意説明文書もご用意されることをお勧めします。
- ・ (マニュアル 7-11-1) 一行目「緑膿菌の抗菌薬」→「βラクタム系、アミノグリコシド系、ニューキノロン系の3系統の抗菌薬」に変更したほうが分かりやすいです。中程「要な要因」→「主な要因」

です。また、MDRP：嚴重な接触感染防止策を実施し、感染拡大を防止する必要があるため、ケア時のガウンは必要と考えます。

- ・（マニュアル 7-12-1）ノロウイルス：ノロウイルス対策においては、消毒が「アルコール」と「次亜塩素酸ナトリウム」と記載されていますが、「次亜塩素酸ナトリウム」への統一が必要となります。
- ・（マニュアル 7-12-7）「ハイター消毒液の作り方と使用上の注意」（6-12-9）参照 →（7-12-10）参照でしょうか。
- ・（マニュアル 7-14-2）リネン・衣類の項目 この箇所のみ 0.1%次亜塩素酸ナトリウム（ハイター消毒液）と一般名と商品名が併記されています。マニュアル全体で統一をお願いします。また、（9-4）の消毒薬一覧に一般名と濃度の併記をお願いします。
- ・（マニュアル 9-5）マンシュート汚染時に「洗浄」とありますが、具体的な洗浄方法の記載を追加してはいかがでしょうか。また、ディスポのマンシュートカバーもありますので、必要な患者さんに使用してみてもはどうでしょうか。
- ・（マニュアル 9-5 ～ 9-10）超音波ネブライザー：おもな汚染菌になる *Burkholderia cepacia* に対しては、両性界面活性剤（ハイジール®など）と比べて次亜塩素酸ナトリウムの方が、はるかに確実な殺滅効果を示します。超音波ネブライザーの蛇管やトラキマスクの消毒を消毒薬で行うのであれば、0.01%（100ppm）次亜塩素酸ナトリウムへの1時間浸漬の方が適していると考えます。
- ・（マニュアル 9-5 ～ 9-10）排泄物の消毒：ステリハイド（グルタール：高水準消毒薬）を使用していますが、取扱者を含めて管理最中に曝露を受けると、粘膜系への刺激や皮膚症状などの発現頻度が高いと言われています。ステリハイドの使用は、不適切となります。排泄物対応時、物品の消毒をする際は、排泄物を洗い流して、次亜塩素酸ナトリウム液の消毒でよいと考えます。

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策について

評価： B

- ・ 外来部門では、インフルエンザ予防等のポスターなどが貼ってあり外来患者への注意喚起が行われている。また、咳や発疹の患者への対応は、外来看護師がトリアージを行い、必要時隔離対応が実施されている。
- ・ 病棟では、個室が2室あり隔離用に準備されている。手洗い場には、ペーパータオルが置かれている。また、尿路カテーテルは、床につかないように管理されている。ただ、衛生物品と汚染物品が交差している箇所がいくつか散見される。
- ・ 病棟の薬品用冷蔵庫は、温度管理をされている。
- ・ セッシとチリンデルなど病棟に必要な最小限の器材は、簡易オートクレイブを使用して滅菌され、その他の器材は、関連病院へ依頼するシステムとなっている。
- ・ 手指衛生のための速乾式手指消毒薬が非常に多く配置されており、開封日、使用期限などがしっかり記載されている。
- ・ 細菌学的検査は、外注である。外注検査結果の報告体制については、MRSAはFAXにより病棟管理者へ連絡し、結核等は、主治医に連絡が行くなど組織的に運用されている。なお、検査が院外で実施されているため、ガフキーなどの結果は翌日に持ち越されている。
- ・ 抗菌薬適正使用マニュアルが整備されている。なお、広域抗菌薬の届け出制は、現在は機能していない。また、薬物の投与量の設定は、投与法のシミュレーションのみにて行なっている。
- ・ 輸液製剤の調製では、TPN製剤は衛生環境下で注意深く調製されている。
- ・ 感染性廃棄物の処理は適切に行われており、現場および最終保管場所までの確認も行われている。

(アドバイス)

<標準予防策・感染経路別予防策>

- ・ 速乾式手指消毒薬の使用量を部署毎にチェックし、手洗いの励行を推進してください。携帯式の速乾式手指消毒薬の導入も試みられてはいかがでしょうか。
- ・ 手袋、ゴーグルの装着などが不十分とのことですが、感染経路別予防策の教育および実践を徹底してください。
- ・ 擦式消毒薬や病棟の冷蔵庫内の薬品には、開封日と使用終了日が記載されていましたが、医薬品開封後の期限の一覧表をマニュアル内に設けてはいかがでしょうか。

<衛生管理一般>

- ・ ミキシング台は薬液汚染を防止するために、必要最低限の必要物品とし、不潔物品をミキシング台周囲に設置せず、清潔管理が行えるように整理整頓をご検討ください。
- ・ 点滴準備に使用するトレイは、清潔管理が必要となります。使用时、アルコール綿などで清拭し、埃がかぶらないような管理方法をご検討ください。
- ・ 開封されている 100 枚入りのアルコール綿が多く設置されていましたが、頻回に開けることによりアルコールの濃度が低下します。単包化がコスト面においても理想です。
- ・ 包交車の上に何でも置きすぎです。また、包交車及びおむつカート上に、清潔物品と不潔部品が交差しているので、清潔・不潔を区別して管理することを推奨いたします。可能であれば、回診車は廃止するか、必要な物品のみ置いてベッドサイドに行くようにして下さい。
- ・ 手洗い場周囲は、水はねが生じる為、診療材料等は、周囲に置かないで下さい。
- ・ 感染性廃棄箱の蓋の開閉が、踏み台によるものとそうでないものがありました。すべて踏み台による蓋の開閉にしてください。
- ・ 全ての箇所には言えることですが、ペーパータオルホルダーは、下から引くようなホルダーに変更された方が宜しいかと思えます。
- ・ 薬剤師による TPN 混注時に噴霧式のアルコールにて、台を消毒しているようですがマスク着用の有無に関わらずスタッフのアルコール被爆が起こります。浸漬式アルコール綿使用への変更をお願いします。
- ・ カレンダー式（壁掛け式）の配薬ボックスは、見やすく利便性が高いですが埃がたまりやすいです。こまめな清掃をお願いします。

<細菌学的検査>

- ・ 細菌学的検査は、これまで通りに外注で宜しいかと思えます。しかし、検査結果を即座に知りたい抗酸菌塗抹染色などは、自院でも同時進行で検査された方がいいと思えます。但し、施行する時は、簡易な卓上小型の安全キャビネットを用意したほうがいいでしょう。
- ・ 血液培養は、ルチーンに 2 セット施行してください。

<薬剤管理>

- ・ 抗菌剤の投与量設定は、耐性菌および副作用出現の回避のために、シミュレーションだけでなく、実際に測定した血中濃度を参考に TDM 解析を導入してください。マニュアルには TDM 解析を推奨し記載されているのに実際に行われていないのは残念です。
- ・ VI章の抗菌薬適正使用（適性→適正、ACU→AUC です）の項目ですが、実際に処方する医師の参考

になるように、院内で頻用される薬剤だけでも JAID/JSC 感染症治療ガイド（日本感染症学会、日本化学療法学会 発行）、抗菌薬 TDM ガイドライン（日本化学療法学会、日本 TDM 学会 発行）および MRSA 感染症の治療ガイドライン（日本化学療法学会、日本感染症学会 発行）などを参考に内容の充実を図ることが望ましいと考えます。また、採用している抗菌薬一覧表も添付してはいかがでしょうか。

- ・ 特定抗菌薬の使用届は、病院の特性、使用頻度、医師数などを考慮すれば、中止のままでも構いませんが、薬剤部からの監視強化を決してゆるめないでください。ただ、抗菌薬使用に関する届出・許可制の実施は、もし病院機能評価を受審時には求められると思います。
- ・ 抗生剤、抗生物質は抗菌薬へ、消毒剤は消毒薬へ、用語の統一をお願いいたします。
- ・ ハイポアルコールがシンクの下に収納されていましたが、これはイソジンやポビドンヨードの効果をなくします。消毒後の色消しなど不適切な使用がないか、再確認をお願いします。
- ・ 薬品の保管に、中が見られる薬用保冷庫の設置が望ましいです。
- ・ 病棟や汚物室内のワゴン車に様々な種類の開封済みの軟膏がありました。軟膏の使い廻しは交差感染のリスクを高めます。患者個人用への変更が望まれます。

<滅菌・施設設備管理>

- ・ 鑷子は、単包化がいいでしょう。
- ・ 病室の清潔管理、栄養部に関して、委託業者のマニュアルも確認し把握してください。そのマニュアルでの「自院に合わない部分」や「感染対策上不十分な部分」をチェックし話し合ってください。
- ・ 空調（換気口）に埃がたまっている病室がありました。
- ・ 使用済みの点滴類は、処置台の感染性廃棄物ボックスまで持ってこないようにして下さい。処置台の感染性廃棄ボックスは清潔区域内です。他に廃棄する場所を設定してください。
- ・ 器材の一次洗浄+消毒を病棟で行うことは、作業をする職員へ曝露するリスクが高い為、一次洗浄等を院内1か所に集めて汚れを落とす程度の洗浄を実施できないかご検討ください。滅菌をお願いしている関連病院ともご相談下さい。
- ・ 院内にウォッシャーディスインフェクター（WD）設置されれば、一定の高水準消毒が可能となり、一時洗浄も自動的に実施可能となります。ご検討下さい。

<汚物室>

- ・ 洗剤やクレンザーにも管理のため開封日を記載してください。
- ・ 保管用に段ボール箱を再利用されていますが、段ボール箱は、埃、細菌、カビの温床となります。清掃ができるプラスチック製の箱などを導入してください。
- ・ オムツ交換車に設置されている布製の手袋入れは、一度汚染すると水平感染のもととなります。定期的に洗浄・乾燥等の管理が必要となるため、管理方法をご検討ください。
- ・ 雑巾は、毎日使用後、次亜塩素酸ナトリウム液に浸漬消毒され、乾燥して利用することが管理上必要となります。管理方法をご検討ください。
- ・ 洗浄した物品は、すぐに乾燥した方がいいので、乾燥機の設置が望ましいと思います。
- ・ 尿器や便器を消毒するために、消毒液で浸け置きできる「大きなバケツ」を用意したら良いでしょう。
- ・ 陰部洗浄用のボトルは、洗浄や消毒しやすい単純なものを使用してください（先の細いものは先端が洗浄しにくく細菌やカビが繁殖します）。なお、1患者1個の使用法が望ましいと思います。

<病室>

- ・ 床頭台の上には、色々な物が置かれていました。整理整頓するようご検討ください。
- ・ 吸引スネイクチューブのリンズ用水入れ等ペットボトル再利用されていましたが、洗浄・消毒・乾燥が十分できる使用方法をご検討ください。
- ・ リネン交換時に、汚染リネンを床に置かれている現状がありました。床に置くと汚染が拡大するため、直ちに汚染リネン用の袋等へ入れるように、手順の整備を行うことが必要です。
- ・ 個室は、空調を調整することで相対的な陰圧（簡易陰圧）にすることが可能とのことでした。実際のやり方をマニュアルなどにも追記しておいて下さい。

IV 職業感染対策について

評価： B

- ・ 安全装置付き器材の導入がおこなわれている。
- ・ 手袋やゴーグルの適正使用が不十分である。
- ・ せっかく PPE がしっかり準備されているのに、配置場所が適正でない。
- ・ 血液・体液曝露（針刺しなど）に関するマニュアルがあるが、即時に行うべき検査項目、検査対象者が不十分であり、事故後のフォローアップも不十分である。
- ・ 職業感染対策として「インフルエンザワクチン」は積極的にすすめられている。しかし、B型肝炎に関する抗体価測定やワクチン接種は、過去に施行したことがあるものの、現在は行われていない。もちろん、麻疹、水痘、風疹、ムンプスなどに関する抗体価測定やワクチン接種も施行されていない。

(アドバイス)

- ・ 新規採用者はもちろんのこと、現職員に対して B 型肝炎、C 型肝炎の抗体価測定と B 型肝炎ワクチンの接種を早期に施行することをお勧めします。なお、麻疹、水痘、風疹、ムンプスなどに関する抗体価測定やワクチン接種に関しては、汎発性帯状疱疹などの観点から、せめて水痘の抗体価測定とワクチン接種をお勧めします。
- ・ 血液・体液曝露（針刺しなど）に関しては、採血項目（HIV 含む）、検査対象者（患者、受傷スタッフ）の再考が必要です。検査を依頼している関連病院の ICN に相談してみてください。その際、妊娠反応の検査実施と判定者に関する記載も必ず盛り込むようお願いいたします。なお、受傷スタッフのフォローアップも抜けること無く追跡して下さい。
- ・ 高齢者の患者が多く、血管がわかりにくい患者が多いといった背景があるものの、針刺し切創・皮膚粘膜曝露を考えると採血、静脈確保時には、手袋の装着は必須となります。ニトリル手袋の利用もご検討下さい。
- ・ 眼球粘膜を保護するためにも、個人防護具は、ゴーグルの装着が必要となります。
- ・ 今後、結核患者の増加が考えられます。外注となっている検査のうち、塗抹検査だけでも自院で同時施行し早期発見に努めると良いと考えます。また、結核患者発生時の接触者（入院患者および職員）対策を、「感染症法に基づく結核の接触者健康診断の手引き」（改訂第 4 版）（平成 22 年 6 月）（厚生労働省）を基にマニュアルを改訂して下さい。現在のマニュアルで結核の部分の記載内容が古く（例えば、BCG 接種は、成人の結核の予防効果はありません）そして不十分だと思います。

以上

院内感染対策実地支援 アドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／平成25年9月20日（金） 13:00～16:15

支援病院／100～199床

支援実施者／藤田 信一（医師・リーダー）、田淵 克則（薬剤師）、近藤 祐子（看護師）、
中村 洋子（看護師）、浅香 敏之（臨床検査技師）

I 組織的な感染管理システムについて

評価：A

感染対策委員会（ICC）は病院長を筆頭に、医師、看護師、薬剤師、検査技師、栄養士、事務などで構成されている。感染対策チーム（ICT）が組織されていて、ICT 委員会が月2回開催され、議事内容も適切に記録されている。また、感染管理のための必要な予算が確保され、ICC に予算執行の権限が与えられている。

II ICT活動について

評価：B

ICT メンバーは積極的に活動していて、耐性菌サーベイランスに加えて、感染サーベイランスが2週間ごとに集計され報告されている。ICT ラウンドは週1回行われ、問題点が記録されるとともに、それらの改善に向けて取り組んでいる。また、マニュアルは絵や写真などにより、誰でも分かりやすいように工夫されている。

＜サーベイランスに関するアドバイス＞

- ・ デバイス関連感染サーベイランス（SSI、CLABSI、CAUTI、VAP）を行っているが、これらすべてについて、より精度を高めたサーベイランスの実施が可能か再検討して下さい。
- ・ 「ICT 感染検討シート」に記載されているデータは、感染対策向上に十分活用できます。データを表または図にして、流れとして一目で把握できるように工夫して下さい。これにより、感染がどれくらい発生しているのか、増えているのか減っているのかが容易に把握でき、そのデータを ICC や職員などに報告することで、感染防止対策のさらなるレベルアップが期待できます。

＜マニュアルに関するアドバイス＞

- ・ ICT 委員長は感染対策委員会の委員長と紛らわしいので ICT は代表、副代表としてはいかがでしょうか。また、ICT 代表と ICT メンバーの氏名および連絡先などが記載されていると職員との意思疎通がスムーズにいくと思います（p.8）。
- ・ 日常的手洗いと衛生的手洗いの違いがはっきりしません。また、手術時手洗いの記載内容も現状と異なるのではないかと思います（p.21）。日常的手洗いは記載せず、手指衛生（流水下での石鹸による手洗い、消毒剤による消毒）についてのみ記載されてはいかがでしょうか。
- ・ 全体の改訂日の記載と同時に、項目ごとに最終改訂日も記載するのが良いと思います。
- ・ 消毒薬が商品名と一般名が混在しています（10%ネオヨジン、10%ポピドンヨード）ので統一して下さい（p.48、p.56）。また、廃棄缶、医療用廃棄缶、感染性廃棄物容器なども特別な理由がなければ統一して下さい。
- ・ 消毒薬の希釈倍数を訂正して下さい（p.110）
- ・ MRSA 感染対策の判断基準、隔離時対応、発生時対応などについて記載されていますが、ページがバラバラですので、まとめて記載して下さい。

- ・ クロストリジウム デフィシル下痢症を病原菌別予防策に加えて下さい。
- ・ 針刺し/切創報告書や針刺し届け出用紙をマニュアルに入れて下さい。
- ・ 陽性職員の取り扱い管理指導は主治医が指導すると思いますので、マニュアルには必要ないように思います。結核やインフルエンザ等は病原菌別予防策に含めてはいかがですか。
- ・ 抗菌薬の種類 (pp.65-66) は、貴院で採用されている抗菌薬について記載すればよいと思います。なお、パセトクール (CTM) はβ-ラクタマーゼに弱いため手術時の感染予防抗菌薬には不適です。
- ・ MRSA 保菌が疑われる場合にスクリーニング検査を行うとしていますが、「感染症が疑われる場合にのみ培養検査を行う」に変更されてはいかがですか (p.68)。資料 I -②の隔離解除は菌の陰性化ではなく、拡散の恐れがなくなった時点でよいと思います (p.102)。
- ・ 院内ウイルス感染症の項目のなかで、接触者の A, B, C などのランク分けは困難であり必要ないと思います。免疫能が低下していない職員では、こまめな健康チェックが重要となります。

○削除が必要な事項

ニューデリー・メタロβ-ラクタマーゼ (p.26)、日常的手洗い (p.31)
 ケトライド系抗菌薬 (p.65)、結核患者との接触者はツベルクリン反応陽性者に限る (p.91)、六十ハップ入浴 (p.112)

○修正を要する事項

術後創感染→手術部位感染 (p.62)、受傷者/事故者→暴露者、汚染者→暴露源、
 針刺し事故→針刺し/切創、Standard precaution→Standard precautions (pp.2,31)、
 感染制御部→ICT (p.74)、産業医→主治医または ICT のメンバー (p.110)、
 ノルウェー疥癬→角化型疥癬、発症後 5 日間もしくは解熱後 2 日間→発症後 5 日間
 かつ解熱後 2 日間 (p.25)、メタロβラクタマーゼ陽性菌→メタロβ-ラクタマーゼ産
 生菌 (p.29)、GOT→AST または AST(GOT)、GPT→ALT または ALT(GPT)

<手指衛生遵守に関するアドバイス>

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す。なお、下記計算式で患者 1 人 1 日あたりの手指消毒回数が算出できますので、手指衛生遵守状況を把握するための手段としてご検討下さい。

$\text{一定期間の擦式手指消毒薬使用量} \div 1 \text{ 回の手指消毒薬勧告量} \div \text{同じ期間の延べ入院患者日数}$
--

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

ほぼ全部署で積極的に感染防止対策に熱心に取り組んでいる様子がうかがえました。手指消毒薬や防護具も適切に配置されていて、抗 MRSA 薬やキノロン系薬、カルバペネム系薬は、電子カルテから届け出ができるようになっています。

<アドバイス>

- ・ 感染性廃棄物容器の表示が赤 (液体用) と黄 (鋭利器材用) の 2 種類ありました。構造的には同じだと思いますので、場所の狭さや分別による煩雑さを考えると、廃棄時に鋭利物の跳ね返りに問題なければ黄色 1 種類として、液体も鋭利器材も分別せずに廃棄しても問題ないと思います。
- ・ ベッドパンウオッシャーが設置されていますが、集尿瓶等が耐熱性でないため、用手洗浄と次亜塩素酸ナトリウム液による消毒が行われていました。ベッドパンウオッシャー処理が最も安全で消毒効果が高い処理方法ですので、ベッドパンウオッシャーでも処理できる物品に変更されてはいかがですか。
- ・ 泌尿器科外来と内視鏡室に設置されている自動内視鏡洗浄器は、患者エリアと隣接しており、高水準消毒薬の吸入毒性による患者への影響が懸念されます。可能なら、内視鏡の洗浄消毒エリアと患者エ

リアを区別することや換気扇等の設置などの対策を行うことをお勧めします。

- ・ ミキシング台に、注射薬保管かごや伝票類が数多く置かれたままになっていました。
ミキシングエリアと注射薬や伝票類の保管エリアは区別し、ミキシングエリアが常に清潔な状態を維持できるように工夫されたらよいと思います。
- ・ **MRSA** 感染防止対策に熱心に取り組んでおられますが、やや過剰になっている気がします。拡散リスクの低い **MRSA** 検出例（例えば上気道感染症状のない喀痰や鼻腔からの検出等）では、標準予防策（患者毎に手指衛生し、聴診器や体温計を使用ごとにアルコール綿消毒する等）でも感染防止は可能です。拡散リスクの高い状況（吸痰が必要な患者や開放状態で患部を完全に覆いつくせない患者等）では、個室に隔離して接触予防策を追加して下さい。
- ・ 外部委託の職員が結核菌の直接塗抹検査を行っていますが、安全キャビネットがなく、検査室も換気が不十分です。N95 マスクを着用し、換気が十分行われるように指導して下さい。
- ・ 細菌の薬剤感受性結果が S.I.R で表示されています。VCM 2 μ g/mL 以上の **MRSA** による感染症では VCM の効果が期待できない場合があるとされていますので、VCM だけでも MIC 報告が可能か委託業者に確認して下さい。
- ・ リネン保管倉庫に紫外線が使われていますが、効果は限られていますので不要です。
- ・ 材料室の流し台周辺の出窓に洗剤/消毒剤がありましたが、直射日光が当たりますので保管場所を変更して下さい。
- ・ 清拭ケア用の専用ワゴンには、手袋しかセットされていません。エプロンやマスク、擦式手指消毒薬もお願いします。

IV 職業感染対策について

評価：B

毎年健診にて、HBs 抗原、HBs 抗体、HCV 抗体が測定されていて、HBs 抗体陰性者にはワクチン接種が行われている。また、今年度は、全職員を対象に風疹、麻疹、水痘、流行性耳下腺炎などのウイルス抗体価の測定が予定されている。

<アドバイス>

- ・ 結核の接触者検診はクオンティフェロンテストなどのインターフェロング遊離試験が主流になっていますので、新入職員のツベリクリン反応は必要ないと思います。また、数種類の文献やガイドライン等では、ツ反陰性者が結核患者に対応しても差し支えないとされています。
- ・ 針刺し/切創発生時の追跡検査が頻回に行われていますが、国立大学病院感染対策協議会のガイドライン（平成 23 年）では、HBV や HCV に暴露後は 1,3,6,12 ヶ月後に、HIV に暴露後は 6 週,3,6,12 ヶ月後に追跡検査を行うとしています。HCV-RNA 定量は肝機能に異常を認めた時に行うとなっています。また、梅毒患者の針刺しで感染したエビデンスはありませんので、梅毒検査は術前検査も含めて必要ないと思います。
- ・ 夜間休日であっても 2 時間以内の抗 HIV 薬予防内服が行えるよう、「石川県立中央病院 HIV 対応マニュアル」に記載されている『HIV 検査および予防薬剤提供支援体制』を参照して、貴院の「HIV 針刺し切創血液体液曝露時対応フローチャート」を作成されたらよいと思います。また、時間外の針刺し/切創、血液体液曝露時の対応についてもマニュアルに記載して下さい。
- ・ B 型肝炎定期検診の回数が職種別と抗体の有無で細かく決められていますが、A ランクの職員に毎年 4 回の検査は必要ですか。また、B ランクと C ランクは一緒にして年 1 回でも良いと思います (p.22)。
- ・ ワクチン接種に関する検査法と判定法については、「日本環境感染学会：院内感染対策としてのワクチンガイドライン第 1 版」（2012 年）が参考になります。「ワクチンガイドライン」で検索してみてください。

以上

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数：200～499床

実地支援日 平成24年 8月30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
・日々の感染防止対策の活動記録の作成	今まで感染管理に対する質問は口頭対応であったが、平成24年9月より質問事項に対してコンサルティングした事項を記録し、ICT部会で共有している。	改善
・感染管理専従の看護師配置の検討	病院機能の特色から感染管理認定看護師(CICN)の配置は必要と考えている。来年度石川県立看護大学内にコースが開設されると聞いているので、募集方法、希望者の資質及び研修中の看護職員の病棟配置状況などを考慮のうえ、候補者の選定に取り組んでいる。	検討中
・感染対策のための隔離時に使用する患者説明資料の作成	平成24年11月に患者及び家族への説明用紙を作成し、院内感染防止マニュアルに加え周知した。	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] ・複数の医師のICTへの参加	現在常勤医師10名未満でありなかなか困難であるが、平成25年8月から研究検査科長(医師)がICT部会の副会長として参加することになった。	改善
・医師、看護師以外の職種の感染管理に関する認定取得	院内では臨床検査技師長が平成19年1月1日に日本臨床微生物学会が認定運用している「感染制御認定臨床微生物検査技師(ICMT)」を認定取得している。その他、栄養管理士は保健所が主催する講習会に積極的に参加し、感染管理について研鑽している。	一部改善
・ラウンドによる改善結果を院内に周知する仕組みの構築	平成25年4月から、院内ラウンドを行った結果を「現状」と「改善」としてまとめ、ICT部会内で報告するとともに、次回のラウンド時の情報に活用している。なお、これらの状況は、毎月行われる院内感染対策委員会において、ICT部会長から報告している。	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)
[サーベイランス]		
・医療器具関連感染サーベイランスの実施	現段階では使用頻度が少ないため、サーベイランスは今後の課題とする。	未実施
・耐性菌サーベイランスに関して、感染対策に利用できるデータの提示方法の検討	持ち込み若しくは院内発生を把握するために、平成25年3月から、 1) 入院時チェックリストに細菌培養検査を追加した。 2) 電子カルテのコメント欄に「入院48H」を作成した。 3) 毎月耐性菌チェックリストを検査科が作成し、各病棟リンクナースが確認するようにした。 これにより入院時の耐性菌のチェックを強化し、また、細菌検査統計システムに反映するように改善した。	改善
・擦式手指消毒薬や液体石鹸の使用状況の調査	擦式手指消毒剤の払い出し量は平成24年8月分から、調査を開始し、ICT部会で報告している。また、使用量は平成25年5月から病棟毎に把握するようにした。	改善
・ATC/DDDシステムを用いた抗菌薬のカウントの検討	医事室からデータを受取り、平成25年4月よりATC/DDDシステムを用いた抗菌薬のカウントを行っている。	改善
・抗MRSA薬の血中濃度測定について、検査のタイミング、検査方法、検査所要日数等の周知徹底	抗MRSA薬の使用には血中濃度測定が必要で、そのためのマニュアルの策定を今年度内として取り組んでいる。	検討中
・抗菌薬使用状況や手指衛生遵守状況のフィードバック	平成25年6月より、抗菌薬使用量や擦式消毒剤の払い出し量と使用量について調査し、ICT部会に報告して部会員が現場にフィードバックしている。	改善
・抗菌薬使用状況と各菌種の薬剤感受性調査の実施	平成25年4～6月分の抗菌薬使用状況と各菌種の薬剤感受性の結果に基づき、9月開催のICT部会にてアウトブレイクの早期発見などについて話し合うこととしている。	検討中

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
<p>[感染対策マニュアル]※マニュアル内への記載および修正点（主なもの）</p> <p><感染対策の組織的な対応について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織の権限・活動内容・各メンバーの役割 ・感染管理教育の目標・方法・年間計画の概要 ・サーベイランスの実施の概要・内容 ・コンサルテーションに関する方法・内容 ・アウトブレイクの定義、発生時の具体策・報告体制・組織の介入方法等 ・培養検査結果の報告システムの記載（日中・夜間等のフローチャート等） 	<p>当院における院内感染対策指針等（アウトブレイクの定義を含む）について改訂し、平成24年11月及び平成25年7月に職員へ周知した。（電子カルテ上にも掲示）</p> <p>また、アウトブレイクの対応については、平成25年11月に作成して職員へ周知した。培養検査結果の情報共有・早期対策については、フローチャートを作成した。その他、毎月入院患者の耐性菌リストを検査科から各看護師長に配信し、感染対策に努めている。</p>	改善
<p><感染症法について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症法対象疾患及び届出基準・方法 	<p>当院における「感染症法に基づく届出基準・方法」を作成し、平成25年11月職員に周知した。（また、電子カルテ上にも掲示）</p>	改善
<p><標準予防策について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器衛生/咳エチケット、安全な注射手技、腰椎穿刺処置時の具体的対策 	<p>平成25年5月に標準予防策マニュアルを見直し、感染経路別予防策を別項目として作成し、各部署のマニュアルを差し替え周知した。なお、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。</p>	改善
<p><細菌検査について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・細菌検査の検体採取時の注意・方法・検査の見方 	<p>平成25年7月に「良質な喀痰採取マニュアル」を作成した。なお、当院では、従来から細菌検査マニュアルで対応しているので、感染マニュアルへの記載はしない。</p>	改善
<p><結核対策について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管支ファイバースコープ検査時の実際の対策 ・内視鏡検査後のファイバーの消毒に使用している薬剤の記載 ・N95マスクの保存方法（勤務中に外した場合） ・喀痰が付着したティッシュペーパーの最終廃棄方法 	<p>平成24年10月に結核院内感染防止対策マニュアルを見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。</p>	改善

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
<p><感染症別対策></p> <p>・MRSAについて・・・个人防护具の使用法について</p>	<p>平成25年5月にMRSA感染防止対策マニュアルを見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。</p>	改善
<p>・疥癬について</p> <p>・・・外用薬・内服薬の使用方法について 个人防护具の使用法について</p>	<p>平成25年7月に疥癬感染防止対策マニュアルを見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。なお、昨年度、集団感染が発生した県外他施設のマニュアルを参考に全面改訂し、クロタミトンの使用方法及び袖付きエプロンの着用等を追記した。また、ストロメクトールの薬剤は、現在院内採用薬品ではないが、基本的な考え方として記載した(発症時に臨時採用予定)。その他、院内製剤(安息香酸ベンジルローション)を使用するときは、電子カルテの「説明と同意書」の中に『院内製剤使用についての説明・同意書』があるので、それを使用する。</p>	改善
<p>・インフルエンザについて・・・新規採用薬、新型インフルエンザの名称の変更について</p> <p>・日和見感染、耐性菌について</p>	<p>抗インフルエンザ薬は、タミフル・リレンザとして用法・用量も含めて、また、日和見感染、耐性菌についても整理・見直しが必要と考えており、今年度末までに感染症対策マニュアルを改訂する。</p>	検討中
<p>・MDRPについて・・・閉鎖式吸引カテーテルの導入について</p>	<p>ICT部会で検討した結果、コスト高となることから導入は困難と判断した。なお、環境への汚染については、改善が必要であり看護課に専門部会を設置し、ここで具体的な方法を検討し、各部署に周知した。</p>	未実施
<p>・HIVについて・・・个人防护具の使用法、予防薬について</p>	<p>針刺し事故(職業感染)の対応は、平成25年7月に見直し、他病院から提供の内服薬に変更した。なお、変更前のAZT200mg、3TC150mg、Indinavir800mgの3剤からツルバダ配合錠、カレトラ配合錠の2剤に変更した。</p>	改善
<p>・CJDについて・・・具体的な対策の変更について</p>	<p>平成25年3月、感染予防対策からクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)にかかるマニュアルを全面的に見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。なお、現在感染者はいない。</p>	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"> ・ 感染性胃腸炎・・・次亜塩素酸ナトリウム液の濃度について 	<p>平成25年4月、感染性胃腸炎感染防止対策マニュアルを見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。</p>	改善
<p><血液・体液曝露の対応について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血液・体液曝露の対応として項目をまとめる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成24年11月に「針刺し・切傷および皮膚・粘膜曝露時の対応」としてマニュアルを見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・ 報告・評価・対策が検討できるシステム構築 ・ 針刺し時の感染症検査の同意書には、検査項目の記載が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 針刺し等事故の「事故」を「職業感染」に変更し、4ヶ所全て訂正した。システムの構築に関しては、針刺し等職業感染発生時の対応の被職員の対応欄に、6)として針刺し・切傷報告書の記載とインシデントレポートの提出を追加し、平成25年7月に改訂した。併せて、針刺し時の検査について生化学検査の「肝セット」から、アドバイスのあった「AST(GOT)、ALT(GPT)」に2ヶ所訂正した。 ・ 平成25年7月、「感染症検査(採血)に関する同意書」に、「HBs抗原」、「HCV抗体」、「HIV抗体」の検査項目を記載した。 	改善
<ul style="list-style-type: none"> ・ ウイルス性肝炎感染防止対策について職員のHBs抗体陽性の場合を記載 	<p>平成25年7月、「ウイルス性肝炎(HBV・HCV)感染防止対策」の「4」に、職員のHBs抗体陽性の場合を追加した。また、HBsグロブリンは血液製剤であるので、説明と同意書が必要(*輸血の同意書)である事を、「針刺し等職業感染発生時の採血および治療におけるフローチャート」に追加した。その他、「妊婦などの特殊なケースは専門家の意見を求める」欄に医療機関名や診療科を明示した。</p>	改善
<p><感染性医療廃棄物について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 廃棄方法のフローチャート ・ 感染性医療廃棄物の管理に関する項目の追加 	<p>平成25年7月感染性医療廃棄物のマニュアルを見直し、各部署のマニュアルを差し替え、職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。</p>	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)
<血管内留置カテーテル関連感染について> ・薬剤調製時の注意点、アクセスポートの管理手技 ・ドレッシング材の交換頻度	平成25年5月、「血管内留置カテーテル関連感染防止対策マニュアル」を見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。	改善
<尿路尿道カテーテル関連感染について> ・挿入患者の適応について	平成25年4月、「尿路留置カテーテル関連感染防止対策マニュアル」を見直し、各部署のマニュアルを差し替えた。職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。	改善
<その他> ・抗菌薬マニュアルにおける採用薬品の一覧等を整理し記載	現在、採用薬品の一覧、用法用量、PK/PD理論に基づく使用法、感受性の見方と注意点も網羅した「抗菌薬適正使用マニュアル(仮称)」策定に向け検討中である。なお、平成25年6月、「抗菌薬マニュアル」に感受性の見方と注意点を追加した。	一部改善
・職員の健康管理について	平成25年8月、感染対策マニュアルに、QFT検査や4種の感染症の抗体測定とワクチン接種を含めた、「病院職員に対する職業感染対策について」を策定して職員に周知した。	改善
・その他	平成25年7月、家族への手指衛生、面会方法等の指導が書かれていないものにはあらためて記載し、各部署のマニュアルを差し替えた。	改善

Ⅲ 病院における種々の分野での感染対策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善 検討中・未実施)
[衛生管理一般] ・ディスポ製品（おしぼりタオル）の導入検討	・おしぼりタオルとディスポ製品の費用対効果を検討したが、相当のコスト高となるため、今後も保温庫を使用する。 ・また、経管栄養ボトルについても、費用対効果からディスポ製品の導入は困難と判断した。そこで、経管栄養ボトルの洗浄・乾燥の確認、保管方法の改善、交換時期については、看護手順(1)基礎編を順守するよう職員に周知した。	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)
・清拭タオルの管理方法の変更	年内には、100℃で煮沸できる清拭車を導入する。導入までの間は、準備時間の短縮（6時間以内）、及び保温に使用する袋は清潔なものとする。本件について、職員に周知し、ICT部会のラウンド時に適正に行われているか確認し、順守できていない場合は注意喚起している。	改善予定
・（接触予防策が必要な患者の場合）擦式手指消毒薬のベッド毎の配備	擦式手指消毒剤は、各看護師は携帯しているが、平成24年9月から家族、面会者及び他の医療従事者が使用できるよう部屋あるいは接触予防策が必要な患者ではベッド毎に設置した。	改善
・擦式手指消毒薬の実施タイミングについての啓発活動の実施	平成24年12月及び平成25年6月に、ICT部会から各部署において、手指衛生が必要な5つのタイミングを提示し、何故必要なのか、どんな場面に必要なのかを啓蒙した。	改善
・清潔不潔の観点から病棟内の環境整備の点検・各部署へのフィードバック ・包交車・採血車等の処置台の整理	ICT部会のラウンドにて環境整備の点検を行い、順守できていない場合はその都度注意喚起するとともに、写真を一覧にしICT部会に報告している。これに基づきICT部会員の病棟看護職員は日頃からチェックしている。	改善
・感染症室の防護具等の必要数や配置数の見直し	感染症室に防護用具を適正に配置し、ICT部会のラウンド時にチェックしている。	改善
・汚染管理区域におけるセミクリティカル器具である蛇管の乾燥について	汚物室で超音波ネブライザー用のジャバラの洗浄・乾燥を行っているが、病棟設備上、他の場所では実施することは困難な状況である。超音波ネブライザー使用患者が多いことから、ジャバラを毎日使い捨てるにはコストがかかるため、リユースしている。今後、小スペースでジャバラを乾燥できる装置機器（チューブドライヤー）を購入予定としている。（処置室に設置予定）	検討中
[薬物管理] ・ポピドンヨード等について、個包装のスティックタイプ製品の導入	衛生管理及び費用対効果から、平成25年3月からスティックタイプ製品に変更した。	改善
・不適切な使い方（消毒後の色消しなど）の有無の再確認	ハイポアルコールの使用について、直接医師に説明して協力を得、現在は使用していない。	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)
・薬液注入等に使用するカテーテルチップを患者専用に準備するか、次亜塩素酸ナトリウムによる化学的消毒等による消毒の実施	ICT部会で検討した結果、薬液注入時に使用するカテーテルチップの交差感染の可能性から、平成24年11月より患者個別使用とした。	改善
・注射台の周囲を清潔エリアとして確保する	指摘を踏まえ平成25年5月に注射等の準備車、台の配置を変更した(4階病棟)。	改善
・医薬品開封後の期限を院内で統一	② 眼薬：1ヶ月(エコリシン点眼液のみ1週間) ② 擦式手指消毒剤：6ヶ月 ③ 経腸栄養剤：常温、6時間以内に使用 についてICT部会で院内統一し、リンクナースを通して周知徹底した。	改善
・輸液調製作業台上の整理と周囲の清潔環境の確保	平成25年5月のICT部会のラウンドで指摘・指導した。早急に改善できない病棟もあったが、整理と周囲の清潔環境の確保が行われるようになった。また、継続して適正に行われているかどうかについては、同じラウンドでその都度確認している。 なお、クリーンベンチについては、診療機能上複雑な調剤は必要なく、また、場所も無いことから病院として不要と判断した。なお、医療法上の薬剤師数は平成24年度入院患者数、外来調剤数から現員と一緒の3名となっている。	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)
・安全装置付の静脈留置針の導入(翼状針に加えて)	針刺し事故の防止対策として、安全装置付きの静脈留置針を検討している。	検討中
・採血時の手袋装着の啓発・作業しやすいニトリル手袋の導入	ニトリル手袋について、現在試用しており、使用基準を定めたくて購入予定。	検討中
・各病室の壁にホルダー式で防護用具を設置	感染症室に限り病室の出入り口前に、PPE(防護具)を配備したワゴン車を設置している。	検討中
・結核患者を担当する職員について、入職時あるいは異動時にIGRA検査のベースラインの把握	平成25年8月、感染対策マニュアルに、インフルエンザワクチンの接種、HBsの抗体価測定とワクチン接種及びQFT検査を含めた「病院職員に対する職業感染対策について」を策定し、職員に周知した。	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"> 抗体価の測定、ワクチン接種等は、計画性を持って継続および対象を拡大。4種およびHBワクチン接種について、新規入職者へ実施。抗体価の検査法は統一し、マニュアルに明記 	<p>平成25年8月、感染対策マニュアルに、インフルエンザワクチンの接種、HBsの抗体価測定とワクチン接種及び4種の感染症の抗体価測定とワクチン接種を含めた「病院職員に対する職業感染対策について」を策定し、職員に周知した。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> HIVの感染が不明な場合の対応についてマニュアルに明記 	<p>平成25年7月、「針刺し等職業感染発生時の対応」にHIV針刺しを記載した。また、「感染症検査（採血）に関する同意書」に、「HBs抗原」、「HCV抗体」、「HIV抗体」の検査項目を記載した。なお、同年同月HIVの検査試薬も新規購入した。</p>	改善
<ul style="list-style-type: none"> 検査室の安全キャビネットのフィルター交換は4～5年毎を推奨 	<p>安全キャビネットの前回のフィルター交換時期は確認できなかったが、メーカーが推奨する3年をはるかに超えているため、平成25年8月にフィルターの交換を発注した。</p>	改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

病床数 : 200 ~ 499 床

実地支援日 平成24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
・感染対策委員会に病院長の加入	感染対策委員会にはもともと病院長はメンバーに入っていたがマニュアルに不備があり変更している途中	一部改善
・感染管理専従の看護師配置の検討	なり手がいないのが現状、ぜひ配置したい	未実施
・感染対策のための検査、隔離、ガウンテクニック等を文書化し職員へ周知	ポケット版マニュアルを作成検討途中	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
[感染対策マニュアル]※マニュアル内への記載および修正点（主なもの） ・図や表、写真、フローチャート等を使い、理解しやすいよう工夫	現在改訂中	検討中
・消毒薬とそれらの調整方法、抗菌薬などを一覧にし記載	改訂中	検討中
・クロストリジウム・ディフィシル感染対策を記載	改訂中	検討中
・ラウンド評価表に水回りの乾燥状態についての記載の追加	改訂中	検討中
・抗菌薬の適正使用に関するマニュアルの作成	改訂中	検討中
・感染症発生報告書をマニュアルに記載。また、感染対策委員会に報告する疾患名を明記	改訂中	検討中
・結核患者の濃厚接触者に対する検診に、IGRA検査（クオンティフェロンなど）の導入を検討	新規検査法も出てきておりこの2,3年はツベルクリンで代用することを確認	一部改善
・インフルエンザの治療薬はイナビル [®] 等の新薬を入れ、現状に即した内容に	マニュアル改訂中	検討中

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 (改善・一部改善) (検討中・未実施)
・ノロウイルス感染症では吐物の取扱いについても記載	改訂中	検討中
・抗 HIV 予防薬に関して、県立中央病院で採用されている薬剤名とそれらの作用・副作用を確認。また、予防投与の同意説明文書が必要。妊娠反応の検査者と判定者についても担当者を明文化	県立中央病院へは確認済み、担当者の決定も済んでいるがマニュアルは今改善中	一部改善
[コンサルテーション活動] ・感染対策や感染症治療に関する責任者を任命。また、相談内容や対応策の記録・保管	責任者を決定。相談内容の記録の補完については検討中	一部改善
[サーベイランス] ・人工呼吸器関連の感染サーベイランス実施の検討	これは検討の結果当院では難しいと判断	実施保留
[情報の収集と提供] ・電子媒体等により感染対策情報を発信、情報の共有化の検討	すでに電子カルテ表紙に適宜提示している	実施保留

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] ・発熱患者等への手洗い・マスク着用を促す看板の設置)	ポスターの外来への掲示	改善
[病棟] (主なもの) ・冷蔵庫の温度管理の徹底	温度計の設置済み、ラウンドでの確認	改善
・洗浄後の器材乾燥はペーパータオルか乾燥機を使用	ペーパータオルホルダーを設置済み	改善
・个人防护具の適切な場所への設置	設置済み	改善
・オムツ交換 1 回ごとにナイロン袋への密封・運搬・廃棄の実施	看護手順の改訂と看護師への通達	改善
・感染性廃棄物容器の適正使用	廃棄物処理方法の通達	改善
[その他] ・リネンや清掃に関する外注業者のマニュアルをチェック	検討中	未実施

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
・麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎に関して、抗体陰性者で接種を希望する職員に対してのワクチン接種の検討	本年度抗体やワクチン歴のデータ化、環境感染学会の提言に従いワクチン接種開始予定	実施中
・針刺しの内容と発生件数を現場へフィードバックするなど、職員全員で針刺し防止に取り組む対策の検討	針刺しカルテの永久保管化の検討を開始	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

許可病床数：100床～199床

実地支援日 平成24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)
・組織の機能や特徴・活動目標に合わせた組織構成の検討	リンクナース会を別途組織化することは、困難であり、感染制御チーム人員を増員することで対応している。	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)
[ICT] ・ラウンド結果を受けた後の現場の改善状況	指摘事項の見直し改善を、順次行うことができた。	改善
・必要なサーベイランスについて見直しの実施。また、データ分析・評価のみならず、現場へのフィードバックの実施	H24. 11月より、中心静脈カテーテル関連サーベイランスにしぼり、使用比、感染率を出し分析、評価している。フィードバックは検討中	一部改善
・教育に関して、講習会等に参加できなかった職員へのフォロー対策	図書室に講習資料を1週間置き、閲覧できるようにしている。閲覧したら名簿に氏名を記入してもらう。設置のお知らせはメールです	改善
・感染対策の取組みが記載されたものを院内に掲示	病院玄関に掲示した	改善
・アウトブレイクジの詳細な記録について：フォーマット作成など	各部署共通のフォーマットを作成した	改善
[感染対策マニュアル] ・部門別マニュアルや血管内留置カテーテル関連感染対策等のマニュアルについて整備	マニュアル作成中	検討中
・職業感染防止マニュアルについて、ワクチン接種プログラムの記載	新規採用者は採血、ワクチン実施 現職員はH25年7. 8月採血実施、ワクチン実施 プログラムは作成中	一部改善
・針刺し発生時や感染症発生時の流れなどのマニュアルに関して詳細な記載	フローチャートを作成し、マニュアルに追加	改善

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
<p>[抗菌薬適正使用ガイドライン]</p> <p>・術後感染予防薬を薬剤名で表記。また、具体的な抗菌薬の投与量や臓器別の感染症に対する使用薬剤や投与量、術前抗菌薬の使用法の記載</p>	<p>主治医の判断に任せてあり、問題があれば、薬剤師から疑義照会をしています</p>	<p>検討中</p>
<p>・抗菌薬適正使用を実施するにあたり、院内感染防止委員会へ抗菌薬の適正指導を行うための権限委譲し、届出・指導の実施</p>	<p>各病棟、担当薬剤師が抗菌薬使用状況チェック用紙に記載し、主治医に確認を行っている</p>	<p>一部改善</p>
<p>・抗菌薬使用のガイドラインについて感染症の部位別に医師による分担執筆の実施の検討。</p>	<p>主治医の判断に任せてあり、問題があれば薬剤師から議義照会をしています</p>	<p>検討中</p>

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>[総論]</p> <p>・感染経路別予防策が必要な患者の表示や抗菌薬一覧表について、院内で表示方法を統一</p>	<p>感染経路別予防策の表示を決定し、表示方法も院内統一とした。 抗菌薬一覧表を作成し、統一した</p>	<p>改善</p>
<p>[現場]</p> <p>・清拭車、製氷機、冷蔵庫・冷凍庫の管理方法の見直し</p>	<p>清拭車管理方法のマニュアルを作成した 冷蔵庫、冷凍庫の管理は口頭指導を行った 製氷機は年1回の点検を行っているが、メンテナンスの契約を見直すか検討中</p>	<p>一部改善</p>
<p>・个人防护具の種類及び設置場所の整理。また、動線に合わせた手指衛生剤の設置の検討</p>	<p>手袋の種類は限定し、整理した 手指衛生剤のみが入るポシェットに一部変更した</p>	<p>改善</p>
<p>・病棟の医療材料の在庫量・管理方法の見直し</p>	<p>在庫量は必要最低限とした 管理は紙ボックスよりプラスチック容器に変更した</p>	<p>改善</p>
<p>・回診車、オムツ交換車の整理（清潔不潔の区分の共通認識）</p>	<p>不要なものは撤去し整理した 清潔、不潔を職員に指導した</p>	<p>改善</p>
<p>・3階待合室と外来入院施設が交差しているため、咳エチケットの徹底ができる環境作りの検討</p>	<p>咳エチケットのポスター表示を行い、待合室入り口に手指消毒剤を設置した</p>	<p>改善</p>
<p>・廃棄物分別の見直しについて</p>	<p>壊れたアンプル、エプロン、手袋は医療廃棄物に捨てるように指導、徹底した</p>	<p>改善</p>

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
・ 入職時の感染症検査及びワクチン接種の必要性を理解してもらうよう工夫	衛生委員会が行っていますが、情報は交換し共有はしています	一部改善
・ 職員のワクチン・抗体価検査の実施状況や対策について、衛生委員会と感染制御チーム共同による対策について検討	今後検討する	検討中
・ 血液・体液曝露時や感染症発生時の病院内での連絡系統（フローチャート）の作成	フローチャートを作成した	改善
・ 肺結核接触者健診時の IGRA 検査の対応について	衛生委員会に実施の提案をした	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

許可病床数：100～199床

実地支援日 平成 24年9月21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)
・円滑なICT活動のための各職種の専門性を生かした役割・業務分担の検討。感染防止対策加算における専任者(4職種)の業務の明確化。	マニュアルを4職種で分担して作成中である。	改善
・ICTの設備・施設管理や清掃・リネンなど外部委託業務への積極的関与(契約内容の確認、等)。	契約内容の確認OK。契約内容をファイルして保管する。	改善
・感染対策経費としての予算の策定、見直し、確保。	感染防止委員会で見積もりの提出をその都度している。	一部改善
・職員への周知徹底、各種情報の伝達方法の検討。		未実施

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] ※マニュアル内への記載および修正点(主なもの)		改善
・个人防护具の着用を含めた標準予防策に関する記載の充実。	標準予防策マニュアル完成。	改善
・MRSA対策や各種ウイルス対策など感染経路別予防策に関する事項の改訂または追加。		検討中
・デバイス関連感染対策、洗浄や消毒、消毒薬の使い分け等の項目を追加。		検討中
・誰もが理解しやすい図や表、写真、フローチャート等の挿入。	標準予防策には挿入。他一部のマニュアル内に挿入。	一部改善
[サーベイランス]	耐性菌のサーベイランス(MRSA・ESBL産生大腸菌)：3病棟は対策や要目の評価を含めて毎月報告。他部署は新規と保菌の患者数のみ報告。感受性結果は黄色ブドウ球菌・大腸菌・緑膿菌を対象に報告している。	改善
・目的を明確にしたサーベイランスの実施、分析・評価、フィードバック。		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〕
・AUDによる抗菌薬使用量サーベイランスの実施、現場へフィードバック。	AUD 導入。	改善
[ラウンド]		改善
・自施設の問題点を意識した（目的を明確にした）院内ラウンドの実施。		改善
・消毒薬の使用状況や開封日の記載など管理状況の確認。TDMデータなどに基づく医師との意見交換。	消毒薬開封日記載あり。TDM データなどに基づく医師との意見交換は病棟薬剤師がその都度行っている。	改善
・手術室やゴミ廃棄場所を含めたラウンド対象部署の検討。空調設備や外部委託業務の実施状況の確認。	手術室ラウンド開始 OK。外部委託業務の実施確認状況チェックあり。	一部改善
・現場へのフィードバック（改善策の提示）。	フィードバックはその都度行っている。	改善
[教育]	マニュアル周知を心掛ける。	改善
・全体講習会の内容の検討。		改善
・設定した年度目標や、ラウンドによる確認・フィードバックとの連動。		検討中
・全体講習会以外の、部門別講習会などの計画・実施。		検討中
・看護師以外の職種に対する採用時オリエンテーションの実施。		未実施

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〕
[清潔・不潔の交差感染リスクについて] (主なもの)		改善
・清潔・不潔の区別に関する病棟の処置用ワゴン車の運用の見直し。	全病棟で処置用ワゴン車の上段に PPE セット、パソコン、下段は、針廃棄 BOX、使用済みのオムツを置くように啓発した。又、処置用ワゴン車の横にぶら下げていたゴミ袋は廃止。	改善
・点滴ミキシング台の清潔保持を目的とした物品配置の見直し。	ミキシング台の横に、アンプル、バイアル、ミキシングに使用した注射器を廃棄する箱を設置。患者に使用した留置針等の不潔な物の廃棄場所はミキシング台と離れた。	改善
・吸痰ビンや陰洗用ボトルの洗浄場所と、清潔物品の置き場所との距離への配慮。	吸痰ビンは汚物処理室で洗浄する事に変更、清潔物品の置き場所を変え、陰洗用ボトルの洗浄場所と離れた。	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〕
・透析室における穿刺/抜針用物品用カートの運用の見直し。	穿刺時にはワゴン(小)にセットを作り、ムダな動き、感染物を1回1回持ち運ばなくてもよいようにした。又、回診車を廃止した。必要時、トレイに必要物品を棚より持ち出し、準備している。	改善
・外来採血室における清潔物品と不潔物品の配置の見直し。	採血台のしきりを取り、中央に清潔物品、左右に不潔物品を配置した。	改善
〔物品管理〕		検討中
・病棟における浸漬消毒の見直し。		未実施
・消毒薬の見直し(同じ用途のもの統一)。		未実施
〔その他〕		改善
・適切な手指衛生や个人防护具着用を促すポスターやサインの掲示。		改善
・手指衛生関連物品や个人防护具の設置場所・方法の検討。	汚物処理室に PPE セットを設置。全ての処置用ワゴン車に設置できるよう PPE を一つのカゴにセットし、持ち出し易くした。又、数を増やした。経路別感染予防が必要な部屋の前に PPE セットが設置できるよう、全部屋の前にフックを取付け、又、壁かけ用の PPE セットの数を増やした。	改善
・受診受付や各外来窓口等における患者向けのポスターやサインの掲示。	季節にあった感染対策ポスターを掲示している。	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〕
・労働衛生関連の委員会などとの連携や担当業務の再編を検討し、ICTが職業感染対策に関するデータ分析や業務改善に関与。		検討中
・仮蓋ができる針捨て容器の採用の検討。	仮蓋を周知した。ラウンド項目に追加した。	改善
・血液・体液曝露時におけるHIV検査や予防内服など対処に関する体制作りの検討。		検討中
・職員に対する必要なワクチン接種および免疫記録などデータ管理。		検討中

■院内感染対策実地支援アンケート■

※平成 24 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
3	1	0	0

(その理由)

- 実際に診ていただいた事で、I C Tのみでなく職員全員が感染防止に対する意識が高まった。
 - 改善がスムーズに行えた。
 - 細かく解りやすい指導を受ける事ができて良かった
 - 専門家による意見が聞けるから
 - 他施設での感染対策が大変参考になった。
 - 院内全体で、指摘事項についてエビデンスに基づいた対策を検討して改善につなぐための取り組みができた。
- ・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。
- 当院は慢性期の病院であるが、指摘は急性期病院を対象としたものがほとんどであり実用的でない部分も多い。もっと臨機応変な対応を期待する。

●平成25年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容1（診療所）】

酸素流量計の下記3点の清掃方法についてご回答をお願いします。

- ・流量計の部分
- ・金属部分
- ・ボトル

【回 答】

酸素加湿器については、本来粘膜に直接接触しないため、細菌汚染を受けた酸素バブル加湿器が感染源となる可能性は小さいといわれおり、スポルディングの分類「ノンクリティカル器材」になりますが、器材を通過する空気が呼吸器粘膜に触れるため「セミクリティカル器材」として扱うこととなります。したがって酸素バブル加湿器（酸素湿潤器）の日常処理は汚染を除去するための清潔管理が重要であり、埃の溜まるような場所やタオルなどを引いた上に乗せて保管するようなことはやめ、扉のついたキャビネット等にいれ、清潔に保管されることをお勧めします。



【流量計の部分】

流量計のプラスチック部分は、アルコールで清拭すると白濁します。ディスポーザー等による水拭きを行い、眼に見えて汚れがある場合は、中性洗剤にて汚れを拭き取り、その後水拭きを行う。医療用環境クロスをご使用になっていれば、そのクロスで清拭を行う方法もあります。

【金属部分】

流量計の金属部分は流水下にブラシ洗浄をおこない、消毒用エタノールもしくは70v/v%イソプロパノールで清拭消毒、あるいは0.1w/v%塩化ベンザルコニウム液に1時間浸漬をおこない、流水で十分に洗浄後に乾燥させます。



【ボトル】

ボトルは1～2週間ごとに洗浄・乾燥すれば十分です。汚染が強度で消毒を行う場合は、中性洗剤にて十分洗浄した後に、熱水を使用した処理が最も推奨されます。熱水の処理が出来ない場合は、0.01%（100ppm）次亜塩素酸ナトリウムへ1時間浸漬します。処理後は十分に乾燥させてください。

流量計のタイプによっても取扱いが異なり、使用不可の消毒液もありますので、詳細に関しましては
お買い求めのメーカーにご確認ください。

参考文献

1. 伏見了, 島崎豊, 吉田葉子. これで解決! 洗浄・消毒・滅菌の基本と具体策. ヴァンメディカル. 2008.
2. 感染と消毒. <https://ssl.disinfection.co.jp/member/qa/0601-02.php>

平成25年9月17日
石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

【相談内容2（診療所）】

ノロウイルス潜伏期間を過ぎた時点でマスクの解除はいつおこなえばいいのですか。

※ 当院は、発生した時点でマスクを着用しています。

【回 答】

ノロウイルスによる飛沫感染とは、ノロウイルス胃腸炎患者の吐物や乾燥した排泄物（吐物や下痢便など）が飛散し、そこに含まれるウイルス粒子を吸い込むことによって感染すること、となります（吐物は1～2m以上の範囲で飛散する）。

したがって、吐物・排泄物の処理の際、あるいは急性期の患者のケア時には飛沫感染対策としてマスクは必須となりますが、胃腸炎症状が軽快し一定期間（およそ2日間程度）経過した場合や、患者と濃厚接触したものの発病していない職員や家族に対しては、標準予防策で対応すれば十分となります。この場合、マスクは不要となります。

ノロウイルスの感染対策は、飛沫感染よりも接触感染（排泄物や患者との接触により経口的にウイルスが侵入する）がより重要です。次亜塩素酸系消毒薬による環境消毒と診療ケア時の手袋、ガウンなどのPPEの着用、さらには診療後の手指衛生の徹底（流水と石鹼による手洗いに加えてアルコールによる手指消毒を行う）が感染対策の基本となります。マスクによる感染予防は、ウイルス粒子が飛散している可能性のあるときのみ必要である、とご理解下さい。またウイルス粒子が飛散している場合には、頭髪に付着したウイルス粒子からの感染も報告されていますので、同時にディスポの帽子の着用もおすすめします。

参考・引用

国立感染症研究所 感染症情報センター：ノロウイルス感染症とその対応・予防（医療従事者・施設スタッフ用）<http://idsc.nih.go.jp/disease/norovirus/taio-b.html>

平成25年12月25日
石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

【相談内容3（介護施設内診療所）】

利用者より ESBLs 産生大腸菌が検出され、嘱託医より感染対策について注意するよう指示うけました。現在とっている対策が妥当であるかどうかご指導ください。

【利用者説明】

高齢女性が入所中に発熱。2日後に病院受診、慢性膀胱炎、肺炎と診断され、入院進められるが家族の希望で帰苑。その際尿培養提出。尿より ESBLs 産生大腸菌が検出される。個室利用。認知症あり
ADL：麻痺はないものの、膝関節の拘縮あり。全介助にて車椅子移乗。車椅子を自操することもない。日中は車椅子に他の利用者と食堂にて食事や談笑して過ごす。食事は自力摂取できる。（現在は体調不良あり、ベット上安静です。

入浴：リフト浴。（当苑には大浴場と個室がある。大浴場、個室共に循環式の浴槽ではありません。機械浴もありそちらには定期的に次亜塩素酸が注入される仕組みになっています。）

排泄：尿便意は曖昧でオムツ使用。オムツ内失禁がほとんどですが、昼間は定時にトイレ誘導しています。ろう便行為、不潔行為はありません。

【感染対策】

排泄：必要物品（グローブ、エプロン、陰部洗浄用ボトル、排泄タオル、ナイロン袋）は居室にて保管。その方専用として、他の利用者との共有はしない。排泄介助の順番は一番最後とし、その方の居室にて必要物品を装着、準備し処置にあたる。出た汚染物はナイロン袋に密封し汚物のみ持ち出し外のごみ置き場へ廃棄する。居室前にアルコールを常備し出入りの際は必ず手洗い、手指アルコール消毒を行う。今後トイレ使用になった場合はトイレをその方専用にし、陰部洗浄グッズはトレイにも保管する。

入浴：入浴順番は最後とし、個室を使用。使用後は浴槽、脱衣場の環境消毒を行う。

洗濯：尿、便等感染性の汚染物に関しては苑内の高圧除去機使用後、大型洗濯機にて洗浄、乾燥。

【質問】

洗濯方法について、この方の尿便に汚染されたものは他の利用者さんと一緒にして高温除去機にかけ、その後一緒に洗濯してよいですか？

環境整備について、1日1回は水で環境整備を行っています。

この方の場合環境消毒（次亜塩素酸や、強酸性水）に通年切り替えた方がよいのでしょうか？入浴後の掃除は他の方同様、市販のマジックリン等のお風呂用洗剤で良いのでしょうか？当苑にあるものは強酸性水と病院用ハイターです。

入浴について、今後個室対応が困難な場合もあると思います。（個室はリフト浴のみにて）

その様な時は大浴場を使用したくと思いますが入浴順番や前後の対応、単独が好ましいのか、注意点を守れば、他の利用者と一緒に入浴できるのか教えてください。

【回 答】

ESBLs 産生菌の伝播経路は、手指または医療器具による接触感染のため、標準予防策の徹底が重要です。陰部清拭等のケアなどでは接触感染予防策をとる必要があります。

<洗濯について>

標準予防策の考え方では、感染症の有無に関わらず、血液・体液・排泄物などの湿性生体物質で汚染されている場合は感染性があるものとして取り扱います。

ですので、他の利用者さんと感染の有無で分けるのではなく、体液や排泄物で汚染されている場合は他の洗濯物と分けて洗濯を行う必要があります。

感染性のあるリネンの洗濯・消毒方法として、日本の「消毒と滅菌のガイドライン」（2011年）に以下のものが提示されています。

A. 80℃の熱水で10分間以上の洗濯処理を行う方法

B. 次亜塩素酸ナトリウムなどの塩素系消毒薬を加えて洗濯を行う方法

C. その他の消毒薬を加える方法（0.1%ベンザルコニウム塩化物液、0.1%ベンゼトニウム塩化物または0.1%アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩液に30分浸漬する。）

D. すずぎの段階で次亜塩素酸ナトリウムを使用する

80℃、10分の処理により、芽胞を除くほとんどの栄養型細菌、結核菌、真菌、ウイルスを感染可能な水準以下に死滅または不活性化できます。

ご質問にある高温除去機は、80℃、10分以上の熱水洗濯処理が可能でしょうか。80℃、10分の処理が可能であればその後の洗濯は他の洗濯物と一緒にでも問題はありまじせんし、その後の洗濯も不要になる場合も考えられます。一度、機器の性能についてメーカーにご確認されることをお勧めいたします。

貴施設で可能な方法を選択し、汚染リネンの洗濯を実施するのが望ましいです。

<環境整備について>

ESBLs 産生菌が検出している利用者さんの周囲の環境整備は、低水準消毒薬～中水準消毒薬を使用して環境整備することが望ましいです（MRSA 検出患者周囲の環境整備と同等レベルの環境整備でよいと考えます）。

<入浴について>

ESBLs 産生菌が検出されている間、大浴場を使用する場合、入浴は一番最後にするのが望ましいです。

また、オムツ等を使用している利用者さんであれば、排泄介助時やオムツ処理の際に個人防護具の装着・前後の手指衛生を徹底することが重要です。

浴槽使用後の洗浄消毒については、洗浄剤（マジックリン等）で十分洗い、熱湯で洗い流すことで十分です。便汚染があるようであれば、貴施設にある病院用ハイターで適切に消毒してください。

<引用・参考文献>

1) 消毒薬テキスト第4版. 吉田製薬

2) 消毒と滅菌のガイドライン. へるす出版

平成26年2月10日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

■平成25年度院内感染対策講習会開催結果概要■

○開催日時 平成25年10月6日(土) 13:30～16:30

○開催場所・参加人数 金沢流通会館 4階研修室 100人

○参加者内訳

医療従事者						事務職	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			
18	50	8	13	6	95	1	4	100

○アンケート

回答数	回答率
70	70%

・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
28	39	1	2	0

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

- 抗菌薬の使用に関する薬剤師の支援
- 手荒れやマスク装着、抗菌剤の適性使用
- 院内環境の写真の例示
- アウトブレイク基準
- マニュアル作成時の注意点
- 行政施策変遷の背景(診療報酬など)
- 経験やニーズに応じた研修会の開催

・今後、本ネットワーク会議の実地支援を活用したいと思いますか？

ぜひ活用したい	機会があれば活用したい	今後検討したい	活用したいとは思わない	どちらともいえない	未回答
5	39	12	2	10	2

・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
6	41	10	1	10	2

・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。

- 小規模病院での対応策を知りたい
- 支援をうけた病院の意見を聞きたい。
- 施設(病院以外)の感染対策、具体的な例などの報告
- 抗菌薬使用の集中セミナー、耐性菌集中セミナー
- ラウンドを受けた病院の良かった点、悪かった点

・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。

- 感染について再確認できました
- 以前から悩んでいたことが解かりよかったです。参考になりました。

平成 2 5 年度院内感染対策支援事業概要

平成 26 年 6 月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
