

令和 6 年度
院内感染対策支援
事業概要

令和 7 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

院内感染対策支援事業の概要

I. 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

昨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。

Ⅱ. 事業実施体制（令和6年度）

（1）石川県院内感染対策支援ネットワーク会議（令和7年3月現在）

医 師 委員長 副委員長・リーダー	飯沼 由嗣	（金沢医科大学 臨床感染症学教授）
	岩田 恭宜	（金沢大学附属病院 腎臓・リウマチ膠原病内科長）
	太田 和秀	（金沢医療センター 教育研修部長 兼 感染管理部長）
	渡邊 珠代	（石川県立中央病院 診療部長 兼 免疫感染症科長）
	米田 太郎	（小松市民病院 呼吸器内科医長 兼 感染制御室長）
	小峰 伸彦	（浅ノ川総合病院 整形外科副部長 兼 感染対策室長）
	片山 伸幸	（やわたメディカルセンター 副部長 兼 医療安全対策室長 兼 院内感染防止対策委員長）
薬剤師 リーダー	池田 浩幸	（城北病院 薬剤部 薬剤師）
	多賀 允俊	（金沢医科大学病院 薬剤部主任）
	中出 順也	（金沢大学附属病院 薬剤部主任 兼 感染制御部副部長）
	鳥羽 英理子	（金沢市立病院 薬剤室主査）
看護師 リーダー	池田 恵子	（城北病院 医療安全管理室看護師長）
	江波 麻貴	（浅ノ川総合病院 感染対策室副室長）
	野田 洋子	（金沢医科大学病院 医療安全部 感染制御室課長）
	澤田 明美	（公立能登総合病院 副看護師長）
	金谷 周	（久藤総合病院 看護部 感染制御室）
	岩島 さやか	（JCHO 金沢病院 副看護師長）
	佐武 多恵	（金沢大学附属病院 看護部 看護師長 兼 感染制御部 副部長）
	小谷口 みさき	（芳珠記念病院 感染制御室 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 検査科 科長）
	梅田 由佳	（金沢市立病院 中央診療部臨床検査室）
	片山 雪絵	（浅ノ川総合病院 中央検査部）
	河村 佳江	（金沢医科大学病院 中央臨床検査部）

（2）ネットワーク会議開催日

第1回：令和6年 8月19日（月）

第2回：令和7年 3月 7日（金） 計2回開催

Ⅲ. 令和 6 年度実地支援病院

(1) 令和 6 年度実施概要

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。

支援実施日 令和 6 年 10 月 2 日（3 時間程度派遣）

支援対象 県内病院（公募により 1 施設を選定）

支援実施者 ネットワーク会議委員 5 名
（医師リーダー 1 名、薬剤師 1 名、看護師 2 名、臨床検査技師 1 名）
※県医療対策課、南加賀保健所担当が同行

支援方法 実地訪問による院内感染予防や対策について助言
評価表により、支援病院が自己評価（A～C 評価）し、その内容を踏まえて支援を行うとともに、大項目を A～C で評価（※）した。

※評価項目

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

○ 令和6年度院内感染対策実地支援実施病院

実施日	実施病院	実施者	内容
令和6年 10月2日	許可病床数： 200床～	医師：米田 太郎（リーダー） 薬剤師：中出 順也 看護師：澤田 明美、岩島 さやか 臨床検査技師：片山 雪絵	9～17p ・ 別添1

○ 令和6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
A 感染対策の組織	—	○	—
B 院内感染対策活動（ICTが組織されている場合にはICT活動）	—	○	—
C 外来	—	○	—
D 病棟	—	○	—
E ICU	—	—	—
F 標準予防策	—	○	—
G 感染経路別予防策	—	○	—
H 病院感染症防止策	—	○	—
I 洗浄・消毒・滅菌	—	○	—
J 医療廃棄物	—	○	—
K 検査室	—	○	—
L 清掃	—	○	—

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		【事務局】支援実施病院へ実施決定通知を送付。また、自己評価シートを送付し、作成依頼をする） ↓ 【病院側】事務局から送付するチェックリストは電子データにて、院内感染対策マニュアル・感染対策委員会組織図・I C T 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。 ↓ 【事務局】病院より提出されたチェックリスト及び院内感染対策マニュアル等の資料を派遣メンバー全員に送付する。 [その他の準備] ・サーベイランス・抗菌薬の資料、チェックリストに記載した取組みの裏付けとなる関係資料の準備。 ・実地支援チームが支援（担当者等からのヒアリング・資料の閲覧等）を行うために必要な場所（会議室等）の準備。 ・支援時は院内の院内感染対策に従事している各職種の担当者（医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師）が対応。 ・病院側に支援当日の院内ラウンドを実施する病棟・部署を選定をしておいてもらう。
（14時開始の場合） 14：00 ～14：30 （30分）	ガイダンスと事前打合せ	・双方で自己紹介。 ・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。 ・院内ラウンドを行う場所、順番について打ち合わせする。
14：30 ～15：30 （60分）	資料による確認と質疑応答	・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。 ・上記の確認結果に基づく質疑応答。
15：30 ～16：20 （50分）	院内ラウンド	・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。
16：20 ～16：50 （30分）	講評（アドバイス）内容のまとめ	・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。
16：50 ～17：00 （10分）	講評（アドバイス）と懇談	・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	・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

（令和５年度実地支援実施病院対象）

令和５年度に実地支援を実施した病院（３病院）に対し、当事業の実地支援チームによるアドバイスに基づき、実際に改善等の取組みが行われているかの確認及び実地支援が有効であったかアンケート調査を行った。

調査実施日 令和６年１０月

調査対象 ３病院

調査方法 調査表を郵送

調査結果 17～51p

（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。（令和６年度の相談件数：１件）

相談期間 随時受付

相談対象施設 県内の病院、診療所等

相談方法 書面による相談を受付〔院内感染対策相談票に記載〕

相談対応体制 ネットワーク会議委員が回答を作成、委員長が確認の上で回答

相談内容・回答 講習会の内容及び針刺し事故時の対応について（53p）

（４）院内感染対策講習会の実施

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

・開催日時 令和６年１２月１４日（土）

・開催場所・参加人数 オンライン講習会

当日視聴件数 約１２０件（録画／約６００件）

テーマ	講師
高齢者施設における感染拡大防止と医療介護連携	沖縄県立中部病院 高山 義浩 氏
リアルワールドデータにみるインフルエンザワクチンとコロナワクチンの有効性と副反応～日臨内研究および石川スタディの結果から～	ばんどう内科・呼吸器クリニック 坂東 琢磨 氏
院内感染対策における最新の話題	鳥羽委員
	澤田委員
	新川委員

・アンケート結果

災害時の感染対策が今後の対策を考える上で非常に参考になった。
気になっている様々なトピックスについて、各職種の方のお話が聞けてよかった。

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

院内感染対策実地支援ラウンドに係るアドバイスレポート

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

支援実施日／令和6年10月2日（水）14:00～17:00

支援病院／許可病床数：200床～

支援実施者／米田 太郎（医師・リーダー）、中出 順也（薬剤師）、澤田 明美（看護師）、岩島 さやか（看護師）、片山 雪絵（臨床検査技師）

A 感染対策の組織

評価：(B)

1. 院内感染対策委員会

・理事長、病院長主導の下で病棟主任や感染症専門医、事務長、薬局長、看護部長等で院内感染対策委員会が組織されており、院内の感染対策について熱心に取り組んでいる様子がうかがえました。委員会は定期的に開催され、議事録も漏れなく作成されていました。前回のラウンドで指摘されていた滅菌部門は院内にないため委員が選出されていないとのことでした。

2. ICT

・院内感染対策委員会がラウンドなど実践的な活動も担っているとのことでしたが、本来、院内感染対策委員会は決定機関であり各部署の所属長等が参加する必要があります。実働部隊として感染防止対策チーム（ICT）を設置し、実際に現場の感染対策を推進していくメンバーを選定されることをおすすめ致します。ご施設として感染対策に真摯に取り組まれていますので、ぜひ感染対策向上加算3を取得し、近隣の医療機関との感染対策連携を強化されることをおすすめ致します。感染対策向上加算3の算定を目指すためにも、院内感染対策チーム（ICT）が必要です。

B 院内感染対策活動（ICT活動が組織されている場合にはICT活動）

評価：(B)

1. マニュアル

マニュアル改訂が必要と思われる箇所を記載します。

【マニュアル全般に関して】

・名称：実質的に「感染対策マニュアル」の役割を果たしているマニュアル（院内感染対策委員会）の名称を職員に分かりやすい「感染対策マニュアル」へ変更することを推奨します。内容に関して、毎月委員会の際に改訂を検討する箇所が定められており、定期的な見直しがされていて良いと思います。一方、これら改訂を行った日付の記載はありましたが、こういった内容を改訂したかの記載がないため、マニュアルに表紙を作成して、これらの情報を記載してはいかがでしょうか。

・目次等：それぞれの項目を速やかに開けるように目次を作成するとともに、ページ数を各項目にご記載ください（例：標準予防策の手洗い場面の図示 → IV-1-1）。

【マニュアル各論に関して】

IV. 標準予防策

・衛生的な手洗い手順が、マニュアルに掲載され、また、手洗いのシンクのところに掲示されていました。前回の指摘事項にもありましたが、石けんと流水での手洗いの後にアルコール消毒を実施する手順

となっていました。これは日本食品衛生協会作成の手順であり食品取扱者用の手洗い手順です。医療従事者に推奨されている手洗い手順では、最後のアルコール消毒は不要です。医療関連団体が作成されたものに変更することを推奨します。日本環境感染学会教育ツール Ver. 4 等を御参照下さい。

- ・手指衛生が必要な場面の動画が New England Journal of Medicine のホームページに掲載されています。英語での解説ですが、設定されているシチュエーションや患者ゾーン、医療エリアの定義の説明が理解しやすいですのでご参照ください。

(<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm0903599#:~:text=Proper%20use%20of%20hand%20hygiene%20is%20a%20critical>)。

- ・マスクの項目に N95 について「飛沫感染、空気感染の病原体に対する予防策」と記載がありますが、N95 マスクは空気予防策が必要な場合に着用する个人防护具です。

- ・个人防护具の着脱順番が、写真付きの着脱手順と絵の着脱順番とで異なっています。絵の方が正しいと思われますので統一をお願い致します。職業感染制御研究会ホームページや日本環境感染学会の医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 5 版などを御参照下さい。

- ・「標準防護服の着衣手順」について、特に COVID-19 対応時の 2 重手袋の着用は必須ではありません。十分に手指衛生が出来る環境であれば、PPE のコストも減りますので 1 重に変更を検討してはいかがでしょうか。その際、「標準防護服の脱衣手順」の修正もご配慮ください。また、キャップの着用については「个人防护具の着用例」に記載されている通り、全ての場面での着用は不要と考えますのでご検討ください。

V. 感染経路別予防策

- ・接触感染予防策：手袋は、患者のみでなく患者周辺の環境や物品に触れる場合にも着用が必要です。ビニールエプロンは、ユニホームが触れる場合に着用が必要です。追記をお願い致します。

- ・飛沫感染予防策：飛沫感染予防策が必要な患者さんの部屋に入室する場合は、サージカルマスクを着用する必要があります。一覧表のマスクの欄に追記をお願い致します。

- ・マニュアル内に「院内感染予防委員会」と記載されている箇所がありました（手洗い OK ですかの表）。用語の統一をお願いします。

VII. 感染防止・緊急対策チェックリスト

- ・「緊急対策チェックリスト」は、平時からの対策・今すぐ必要な対策・後々必要な対策が混在しているようなので、フェーズを分けて作成すると、より使いやすいものになると思います。

VIII. 各種マニュアル

- ・MRSA 感染対策マニュアルの「2. 感染経路」には、4 つの経路が挙げられており、中には「空中感染」という耳慣れない言語も使われています。一般的に、MRSA の主な感染経路は接触感染です。接触感染は、1) 直接接触感染：感染者から微生物が直接伝播、2) 間接触感染：微生物に汚染した物や人を介して伝播、の 2 形態に分かれています。日本環境感染学会教育ツール Ver. 4 等を参考に修正を御検討下さい。

- ・職員の感染症・復帰時の対応では、COVID-19 陽性者は職場復帰後 3 日間、濃厚接触者は無症状の場合抗原検査で陰性確認の上 3 日間、インフルエンザの濃厚接触者は 5 日間、いずれも N95 マスクを着用するとされています。N95 マスクは、飛沫核の吸入を防止するマスクです。飛沫の飛散を防止するためにはサージカルマスクの着用で良いかと思われます。

- ・インフルエンザについて「季節型」との記載がありますが、一般的には季節性が正しい表記です。また、前回指摘された「ペア血清」についても記載されたままでした。現場レベルで実施されていない検査であれば不要かと思われます。フローチャートには同室者には予防投与と個室対応を開始することが記載されていますが、患者さんの特性上、同室者に限定せず接触者を洗い出して対応する必要があると思われます。また、フローチャートでは他病室からもインフルエンザが発症した時点で、当該病棟と職員

に予防投与となっていました。予防投与の範囲をどこまで拡大するかは、都度、協議が必要だと考えられますので、フローチャートについても一度見直しをご検討ください。

- ・「疥癬感染防止マニュアル」に記載されている安息香酸ベンジルは試薬となります。使用時は倫理審査や十分な患者同意を得る等が必要となります。記載へのご配慮をお願いします。

- ・带状疱疹感染対策マニュアルに、感染対策の記載がありませんでした。带状疱疹は、患部が局限し被覆できる場合は標準予防策ですが、免疫不全患者の带状疱疹や播種性带状疱疹では空気及び接触感染予防策が必要です。追記を御検討下さい。

- ・クロストリジウム・ディフィシル腸炎対策マニュアルについて、「クロストリジウム・ディフィシル」は、遺伝子学的な解析が進み他の Clostridium 属と性状が異なることから、2016 年に「クロストリディオイデス・ディフィシル (Clostridioides difficile)」に名称が変更されていますので修正をお願い致します。また、隔離・接触予防策の解除についても記載しておくことで現場が対応しやすいと思われます。Clostridioides difficile 感染症 診療ガイドライン 2022 では、「CDI 患者に対し、下痢・泥状便 (BSS5 以上) が持続している間は接触予防策を継続する。可能であれば、下痢が治まってから少なくとも 48 時間は接触予防策を継続することが望ましい。」とされています。職員が特に注意すべき点として、アルコールが無効な芽胞菌であるため、流水下での手洗いが必要であることを明記しておくことが望ましいです。

- ・各疾患への対策マニュアルに一部記載がありましたが、「ESBL 産生菌感染対策マニュアル」での「トイレ・ポータブルトイレの処理」「入浴後の清掃」のような項目に病室内の清掃など必要項目を追記したものを別の章立てでマニュアルに記載（他のマニュアルに既に記載されている場合は、どのマニュアルを見れば分かるのかを記載）するとわかりやすくなると思いますのでご検討をお願いします。

IX. 消毒薬の抗微生物スペクトル

- ・【消毒一覧表】には、尿器やポータブルトイレのバケツの消毒時 0.01%次亜塩素酸で 60 分以上浸漬と記載されています。2020 年版消毒と滅菌のガイドラインでは、0.1%次亜塩素酸ナトリウムへの 30 分間浸漬を推奨しています。また、ガーグルベースンは、0.125%ミルクポンで 60 分以上浸漬と記載されていますが、ガイドラインでは、「食」関連器材・物品の消毒は、0.01%次亜塩素酸ナトリウムへの 1 時間浸漬を推奨しています。消毒薬の濃度や浸漬時間の見直しを御検討下さい。

2. 教育

- ・院内感染対策研修は定期的に行われており、院内感染対策委員会のご尽力により、感染に関わる研修の出席率が非常に高い水準でしたが、それでも 92%と 100%には届いていないようです。今後は、様々な職種や働き方のスタッフが研修を受講しやすいよう、休憩時間に食事をしながらでも視聴できるよう研修の様子を録画したものを配付したり、e-ラーニングを活用するなどの工夫をして出席率 100%を目指してください。定期的な感染対策に関する講習会は現状では外部コンテンツを利用した年 2 回の開催でしたが、例えば、マニュアル改訂内容や院内ラウンドを行った際に指摘した事例、サーベイランス結果及び院内感染対策委員会のメンバーに病棟などから相談 (Q&A 形式) があった事例等を取りまとめて全職員に周知するような研修を行うのもご施設の現状に即した研修として職員の感染対策に関する関心が向上すると思われると思います。また、感染症専門医が在籍しており、感染症診療のコンサルテーションを受ける体制がありました。さらに、薬剤師による抗菌薬に関する講習会も行われているということでしたので、これらを引き続き開催されることを推奨します。

- ・掲示物などで感染対策の広報がされていました。掲示物の中には数年以上更新されていないもの（一部の手洗い手順）がありましたので、院内で統一された最新の情報が掲示されるようにしましょう。

3. サーベイランス

- ・サーベイランスは実施していないとの自己評価でしたが、手指消毒薬の使用状況は継続的に確認され

ていました。使用量についてのフィードバックがあまりできていないようでしたが、手指消毒薬の使用状況と院内での感染症の発生状況と絡めて現場にフィードバックするなどして、ここからサーベイランスを始められるとよいと思います。

- ・病棟における水質の調査に関して、塩素濃度や温度を毎日、定期的に病棟スタッフで監視活動が行われていました。評価としてBに該当すると思います。これを是非継続いただくとともに、今後は、地域の基幹病院と相談され、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE、<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>）の導入についてもご検討ください（更なる診療報酬上の加算に繋がります）。

4. 抗菌薬適正使用

- ・モニタリングしている抗菌薬を感染対策委員会にてフィードバックされていました。

また、抗菌薬適正使用に関する研修会も行われていました。

5. コンサルテーション

- ・感染症専門医が在籍され、感染症治療のみならず感染対策にまで助言をいただける心強い環境です。上記でも述べたように ICT を設置することで感染対策や抗菌薬治療に関するコンサルテーションを受ける窓口にもなり、相談内容など情報の集約もしやすくなります。

6. 職業感染曝露の防止

- ・全職員に対する HBs 抗体の検査は実施されていないようでした。清掃のみに携わる職員であっても、落下していた針で針刺しをしてしまうリスクもありますので、HBs 抗体価を確認する職員の範囲を明確にし、抗体価が基準値以下の職員へのワクチンプログラムを含め体制の整備をご検討ください。職員の抗体価の把握やワクチン追加接種に関して、特に B 型肝炎ワクチンの「1 回のシリーズで免疫獲得とならなかった医療関係者に対する対応」については「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 4 版」（日本環境感染学会）を参考に修正されることを推奨します。

- ・前回指摘されていた針刺しが発生した際のフローチャートはありませんでした。針刺し・切創・血液曝露後の対応はマニュアルの「標準予防策」の項目に一部と医療安全のマニュアル内に掲載されているとのことでしたが、曝露時にその他の感染対策に関する項目とあわせて速やかに確認できるよう、ぜひ感染対策マニュアルの方にも掲載ください。

7. 院内ラウンド

- ・職責者で構成された委員会ではラウンドの時間がなかなか確保できず難渋されていました。そのためラウンドも 1 回／月で病棟以外へのラウンドも十分行えていないようでした。ICT がラウンドを担い、定期的にかつ病棟以外の部署へも計画的にラウンドができる体制が理想的です。院内ラウンドは、全ての部門や病棟において全ての項目を一度に見る必要はなく、毎週見るべき項目を変えながら短い間隔で院内ラウンドを実施されることを推奨します（例：汚物処理室のラウンド、衛生的な薬剤管理のラウンド等）。また、項目を絞ることで、改善が必要な点があれば、その場で病棟師長などにお伝えする時間も出てくるのではないのでしょうか。このようにラウンドを実施することで感染対策向上加算の基準にも適応できると思いますのでご検討ください。

C 外来

評価：(B)

1. 外来患者の感染隔離

- ・病院の敷地内に発熱外来用の建物を設置し、空間的に分離して診療ができるよう工夫されていました。マニュアルにも発熱外来についての記載がありましたが、すべての个人防护具を着用して対応する手順となっていました。COVID-19 を想定しているのであれば、常にすべての个人防护具を着用する必要はありません。

2. 外来診察室

- ・診察中につき、ラウンドは控えさせていただきました。

3. 外来処置室

- ・点滴のミキシング台にゴーグルや聴診器など不要なものがありました。ミキシング台は清潔エリアであり、ミキシングにのみ使用することが望ましいです。別の場所で管理するようご検討ください。
- ・前回指摘されていた採血用の肘枕は拭ける素材のものに変更されていました。

D 病棟

評価：(B)

1. 病室

- ・スタッフステーション横の病室では、喀痰吸引が必要な患者さんが入院されており、ベッドサイドに個人防護具が設置されていました。清潔であることが求められるグローブが、吸引時の飛沫等で汚染されやすい距離に置かれていたため、汚染を受けない場所に磁石で壁に設置できるようなラックを用いるなどの工夫を行い、清潔と不潔の交差が無いようにご配慮ください。平置きではなく縦で保管すると埃による汚染も減らすことができます。

2. 病棟スタッフステーション

- ・新館の手洗いシンクは水ハネしづらい深い設計のものを選択されていました。ラウンドをした際は、手洗いシンク周囲の水ハネはあまりなく乾燥するよう心がけられていました。
- ・鋭利器材の廃棄容器は廃棄基準の8分目を超えているものがありましたので、針刺し防止のため廃棄基準は遵守するようお願いします。また、ステーション内のミッペールに使用後の注射針が廃棄されていました。本来、注射を行う際には針廃棄容器を携行し、使用後に速やかに針を廃棄することが針刺し防止対策に繋がります。ご施設の特性上、針廃棄容器を携行する方が危険な場合があるとのことですが、患者から離れてすぐに廃棄できるよう、廃棄容器をなるべく近くまで携行するようご検討ください。
- ・患者特性から、ベッドサイドで物品を保管することが難しい環境であると推察します。しかし、使用前の衛生材料と患者が使用した物が混在することは交差感染のリスクとなり、清潔エリアでの保管は望ましくありません。やむを得ずナースステーションで患者専用の薬品や物品を保管する場合は、ゾーニングをするなどして清潔エリア以外で管理する場所をご検討ください。
- ・点滴調整台の一番下の段に清潔が求められるトレーが保管されていました。汚染リスクを考慮し別の場所に移すことや引き出しを完全に閉める管理体制をご検討ください。
- ・引き出しの滅菌物が紙製の箱に入っていました。プラスチック製など洗浄可能な容器への変更をお願いします。
- ・汚物処理室内の処理槽に尿器用と吸痰瓶用のブラシが接近して吊るされていました。用途をご検討の上、必要に応じて保管場所の変更を推奨します。
- ・嘔吐物処理カート内の物品について、必要時に速やかに用いることができるよう整理整頓をお願いします。
- ・点滴調整台のある部屋等、新棟にて今年発生した天井の汚れを清掃されているとのことでした。空調出口を含めて定期的な清掃をお願いします。また、空調の流れが点滴調整台に向いている場合は埃などの落下に配慮するため調整中の空調停止をご検討ください。

3. 処置室

- ・包交車はありませんでしたが、ワゴンの上が物置になっていました。患者用のものと衛生材料が混在して置かれているため、交差感染防止のため、未使用の衛生材料と患者に使用するものは区別して保管するようご検討ください。

4. 汚物処理

- ・旧館ではナースステーションに感染性廃棄物の廃棄容器が置かれ、ベッドサイドで使用したものを持

ち帰り廃棄されていました。汚物処理室までの動線が長く廃棄しに行くことはなかなか困難なようです。ナースステーションで管理せざるを得ない状況であれば、他の物品が汚染されないよう注意して管理してください。

5. 薬局・薬剤の管理

- ・ミキシング台には手指消毒薬と必要時すぐに清拭清掃できるようにアルコールの環境クロスが設置されていました。しかし、フックに輪ゴムがかかっており、清拭清掃の妨げになり、埃が溜まる原因にもなります。ミキシング台は清潔に保つために、清掃しやすいよう不要なものを置かずに整えておくことが大切です。

- ・消毒薬の使用期限をラミネートしたものを掲示し注意喚起されていました。環境クロスには開封日の記載がないものが多かったため、期限内に使用する目安として開封日を記載するようご検討ください。

- ・自動散薬分包機が設置されており、また錠剤の粉砕は分包後に包装の上から行われているためコンタミネーションしやすい粉薬の管理は清潔に実施されていました。機械への散薬補充時の汚染リスクを評価し、マスクおよび防止の着用をご検討ください。

- ・開封後の軟膏については、単味および混合剤のものの期限が設定されていました。これらの期限設定について、感染対策マニュアルに記載しておくことを推奨します。

- ・段ボール箱を棚として長期に使用されている場面がありました。湿気が溜まり、微生物の繁殖にもつながりますので洗浄可能な素材のものへの変更を推奨します。

E ICU

評価：()

- ・該当なし

F 標準予防策

評価：(B)

1. 手指衛生

- ・患者の特性上、病室等に手指消毒薬の設置は難しいとのことですが、ナースセンター前等設置可能な場所にはきちんと設置されていました。また、個人携帯もされており必要なタイミングで手指衛生の実施が可能な環境でした。

- ・前回のラウンドでのアドバイスを受け、手指消毒薬の使用量を払い出し量でモニタリングが開始されていました。職員へのフィードバックがされていませんでしたので、感染対策委員会等で定期的に結果を報告し、院内全体で手指衛生遵守向上に取り組んでいかれると良いと思います。

- ・手指衛生の遵守状況の評価の1つとして、「1日1患者当たりの手指消毒使用回数」を部署毎に算出されてみてはいかがでしょうか。算出方法は、手指消毒使用量×1回使用量/延べ入院患者数です。御施設の目標を定め、結果を定期的にフィードバックされるとより効果的かと思います。

2. 個人防護具

- ・前回のラウンドでは、尿廃棄時にビニールエプロンを着用されてい wasn't でしたが、現在はきちんと着用し、患者毎に交換されていました。

G 感染経路別予防策

評価：(B)

1. 空気感染予防策

- ・結核感染対策マニュアルが作成されており適宜改正されていました。また、N95 マスク装着について、年1回のフィットテストおよび毎回のユーザーシールチェックが行われていました。

- ・麻疹および水痘発生時の対応マニュアルがありませんでした。小児だけでなく成人も罹患する可能性があり、いずれも院内発生した際は迅速な対応が必要です。マニュアルの作成を御検討下さい。

2. 飛沫感染予防策

- ・インフルエンザおよび風疹感染対策マニュアルが作成されており、適宜改正されていました。

・流行性耳下腺炎発生時の対応マニュアルがありませんでした。小児だけでなく成人も罹患する可能性があり、院内発生した際は迅速な対応が必要です。マニュアルの作成を御検討下さい。

3. 接触感染予防策

・MRSA や ESBL 等の薬剤耐性菌感染対策マニュアルが作成されており、適宜改正されていました。
・患者の特性から、PPE を病室前や病室内に設置できないことがあるとのことでした。その際は、別室で PPE を着用してから入室し、退室時にはきちんと病室で PPE を外しその都度ビニール袋に密閉してから持ち出して廃棄できているとのことでした。

H 病院感染症防止策

評価：(B)

1. 創部感染症 (SSI)

・該当なし。

2. 尿道カテーテル関連尿路感染症 (CAUTI)

・病室では、尿道留置カテーテルの集尿バッグが、膀胱より低い位置でかつ床に接触しないようにきちんと管理されていました。しかし、職員の認識不足が見受けられるとのことでした。看護手順のみでなく尿道カテーテル関連尿路感染防止策のマニュアル作成を御検討下さい。

3. 人工呼吸器関連肺炎 (VAP)

・該当なし。

4. 血管内留置カテーテル関連血流感染 (CRBSI)

・末梢の血管内留置カテーテルのライン挿入部にはドレッシング材が貼付されており、カテーテル走行部の皮膚が観察できる状態できちんと固定されていました。しかし、挿入日の記載がありませんでした。また、静脈炎の有無の観察を行っているとのことですが、記録に残されていませんでした。血管内留置カテーテル関連感染予防のための CDC ガイドラインでは、「成人の場合、感染と静脈炎のリスクを軽減するために末梢カテーテルを 72～96 時間毎より頻繁に交換する必要はない。」としています。持続点滴は、静脈炎や皮膚トラブルの異常が無いことが前提です。挿入日の記載と観察結果を記録に残す体制を整えることを御検討下さい。

・持続点滴の際、輸液セットのみ毎日交換しているとのことでした。ガイドラインでは、「血液、血液製剤または脂肪乳剤を投与されていない患者では、連続的に使用されている輸液セットの交換には最低 96 時間以上の間隔を設けること。ただし、最低限 7 日毎に交換すること。」とされています。輸液ルートの接続部位は感染原因菌の侵入ルートの 1 つです。輸液セットの使用開始後は 72～96 時間より高頻度に交換しない方が安全であり、費用対効果も優れていることが明らかとなっています。静脈カテーテルの定期交換時等、点滴刺し換え時に輸液セットを同時に交換する等、交換のタイミングを御検討下さい。

・上記対策を含め、末梢の血管内留置カテーテル関連血流感染防止に向けたマニュアルの作成を御検討下さい。

5. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

・新型コロナウイルス感染症対策マニュアルが作成されていましたが、改正が 2022 年 4 月であり、エアロゾル感染についての記載がないことや感染疑い時の対処・対応が保健所の指示を受けるとされている等、内容が古いようです。日本環境感染学会の医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 5 版などを参考に、改正をお願い致します。

I 洗浄・消毒・滅菌

評価：(B)

1. 医療器具

・前回指摘事項であった、スポンジに使用開始日がきちんと記入され定期交換されていました。回診車は廃止され、ガーゼや撮子が単包化されていました。導尿時に使用する単包の潤滑ゼリーが導入されて

いました。

- ・滅菌パックの使用期限が3か月に設定されていました。期限切れが見られた他、滅菌破綻も見られました。定期的に点検することをお勧め致します。これも院内ラウンドの確認項目に含めていただき、適正な管理をお願いします。

- ・滅菌物が輪ゴムでまとめられていました。滅菌破綻の原因となりますので輪ゴムは使用しないようにして下さい。

- ・滅菌物が、一部扉の無い床に近い場所で保管されていました。「医療現場における滅菌保障のガイドライン 2021」では、滅菌物は、床から少なくとも20 cm、天井のスプリンクラー設備周辺から45 cm以上、外壁から5 cm以上の距離を確保するとされています。保管方法を御検討下さい。

- ・シンクの排水口に黒カビが見られた所がありました。シンクの排水口等の湿潤環境はグラム陰性桿菌（緑膿菌、セラチア菌、CRE：カルバペネム耐性腸内細菌科細菌等）が増殖しやすく、アウトブレイクの原因となることもあります。水回りは常に乾燥させるように心掛け、菌が生存しにくい環境を作ることが重要です。また、定期的な清掃や次亜塩素酸による消毒を行う等、衛生管理の徹底をお願い致します。

- ・開封後の軟膏や吸入薬、インスリン製剤、消毒薬について、設定されている使用期限を院内周知できるよう感染対策マニュアルに記載をお願いします。

2. 内視鏡

- ・該当なし。

J 医療廃棄物

評価：(B)

- ・感染性廃棄物の搬出ルートが病棟毎に定められ、マニュアルに記載されており良いと思います。

- ・感染性廃棄物がナースセンター内にレッドゾーンを設けて設置されており、血液汚染のある廃棄物等も廃棄されていました。非感染性医療廃棄物用のゴミ箱や机とも隣接しており、周囲には清潔なワゴン車等も置かれていました。感染性廃棄物を廃棄

する際は、周囲の環境との接触や汚染を飛散させないこと、廃棄物のはみ出しが無いよう必ず8分目以下で廃棄する等、十分な注意が必要です。

- ・旧病棟のトイレの前に設置された一般廃棄物用のゴミ箱にビニールエプロンが多数廃棄されており、ゴミ箱からはみ出していました。非感染性の判断であったとしても周囲の環境を汚染しないよう小さくまとめて廃棄するように周知をお願い致します。また、尿等を運搬した際に使用したものであれば、薬剤耐性菌検出者リストがスタッフステーションに貼られていましたが、ESBL 産生菌等が伝播しないよう感染性廃棄物として区分けした廃棄をご検討ください。

K 微生物検査室

評価：(B)

- ・採血場所と培養検体を含めた検体の提出場所が近く、清潔・不潔の交差が起こる可能性が高いことを危惧します。採血管以外の検体提出場所を明確にするなどし、採血を行うデスクへの直接の提出は回避ください。また、検査室出入り口のドアノブを介した交差する可能性もありますのでご注意ください。

- ・検体提出容器に蓋が無いため搬送途中に検体が落下した時の汚染拡大リスクが高い状況と考えます。蓋付きの検体搬送容器を使用されることを推奨します。

L 清掃

評価：(B)

- ・ラウンド時に天井のカビ発生について御相談がありました。実際に給気口の周囲が最もカビが多く、エアコン周囲にも発生していました。カビは、種類によっては真菌感染症やアレルギーの原因ともなるため注意が必要です。カビが発生した主な要因としては、「多湿」と「換気不足」が考えられます。給気口は、夏季は外からの空気を冷却して給気するため、結露ができやすくカビが発生しやすい状況となります。また、エアコン周辺は元々換気の影響を受けにくく、カビが発生しやすい環境です。換気不足の

状態で湿度が上昇すると湿気が天井近くにこもりやすくなりカビの原因となります。カビの発生防止対策としては、①湿度管理：湿度を 40%～60%に保つ。②定期的な換気の実施：患者の特性から窓を開けて換気することが難しいとのことでしたが、可能な範囲で窓を開けて新鮮な空気を取り入れることをお勧め致します。また、空調システムが設置されている場合は、換気システムの定期的な点検とメンテナンスを行うことが重要です。フィルターの掃除や交換、ダクトの清掃などを定期的に行うことで、換気システムが適切に機能するように保つことができます。③定期的な点検と清掃：給気口やエアコン周辺等にカビや湿気の兆候がないかを定期的にチェックし、徴候が見られたら早急に清掃することをお勧め致します。

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数 ～ 1 9 9 床
 実地支援日 令和 5 年 1 0 月 1 2 日

A 感染対策の組織

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〕
・院内感染対策が定期的開催され、病院長をはじめとする病院管理者が参加されていました。議事録には、協議されたディスカッション内容も記載があると良いです。	・ICT 委員会での検討事項を感染委員会に提案事項として挙げ、検討した内容を明文化して記載していきます。	一部改善
・ICT のメンバーに病院長、看護部長の記載がありました。病院長・看護部長は、有事の際の指揮をとる役割であるため、実働部隊である ICT のメンバーには、実働可能な職員配置をされることをお勧めします。	・ICT メンバーの変更をしました。(別紙①参照)	改善
・ICT 活動はマニュアルに明記されていましたが、リンクメンバーの活動が不明確でした。実際行っている活動内容を伺いましたが、ICT と同等の役割の方もおいでますので ICT メンバーとリンクメンバーの役割については ICT メンバーとリンクメンバーの業務内容の見直しをお願いいたします。	・リンクメンバーの活動を明確にし、マニュアルに記載しました。	一部改善

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

主なアドバイス事項	取組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〕
-----------	-------------	--------------------------------

・コンサルテーションや感染症に関する報告・察知するシステムにおいて、窓口になる担当者が不明確であり、院内感染対策活動としての機能が不十分であることが伺えました。組織の中に窓口となる方（ICN など）の配置をぜひご検討ください。	・検出菌の集約は、検査科担当。アウトブレイク対策として MASA・緑膿菌 3 件以上、多剤耐性菌 1 件以上で専任医師・専任看護師に報告にしました。	改善
・検査データやアウトブレイクの察知システムについて ICT でタイムリーに情報共有できるシステムを構築されるとより良いと思います。アウトブレイクに介入しているというチェック項目において、「C」評価をされていましたが、アウトブレイクが発生した場合は、必要な委員会で会議をされ、病院としての対策を実施されていました。「B」評価でよいかわれました。	・引き続き、アウトブレイクが発生した場合は、臨時に委員会を開催し感染対策を実施していきます。	改善
・麻疹・風疹・水痘・ムンプスの抗体価測定は、入職時に実施されました。その後のワクチン接種については、声かけは実施されていますがプログラムとして管理されていない状況でした。小児に限らず成人以降の年代でも発症する場合がある感染症ですので院内感染対策として実施されることをお勧めします。ご検討ください。	・ワクチン接種の対象者を各部署長に報告を継続していきます。 ・委員会として対象者をリストアップ化し接種状況確認していきます。	一部改善
・AST 活動については、J-SIPHE にも登録され、抗菌薬使用量サーベイランスに参加されていますので、そのデータを職員（特に医師）に向けてフィードバックされることが必要だと思います。加算 1 施設との合同カンファレンス等で得た知見なども職員に共有できるとよいと思います。	・月 1 回の医局会、感染委員会にて報告していきます。	改善
・広域抗菌薬だけではなく、処方された注射抗菌薬全てについて、腎機能、投与開始日等を薬剤科で記録管理されており、マンパワーの限られる中で、取り組めることを着実に実施されていました。その情報を ICT で共有し、検出菌や感染臓器も踏まえて、適正化していく取り組みにつながれるとさらによいと思います。	・薬剤科での記録継続していきます。 ・専任医師・看護師とも情報共有し、適正化に取り組んでいきます。	改善
院内感染マニュアルについて		

・4. 中心静脈カテーテル：挿入時の対策は「マキシマム・バリアプリコーション」は誤りで、「マキシマル・バリアプリコーション」に訂正が必要です。	・マニュアル指摘事項を訂正しました。	改善
・15. 検体採取の方法：3. 各種検体採取容器について。写真入りでわかりやすくなっています。なお、便の保存法が冷蔵になっていますが低温で死滅する細菌もいるので室温保存に訂正が必要です。C Dチェックの採取法が「採血量」になっています、「採便量」に修正をお願いします。保存法が室温になっていますが冷蔵保存と思われます。外注先に確認して下さい。インフルエンザは院内で検査しているとのことですが、保存法は室温より採取後ただちに検査室に（または、ただちに検査）などがよいと思います。	・マニュアル指摘事項を訂正しました。 ・外注先に確認。便培養については、今まで通りスワブでの提出良く、保存も冷蔵での返答受けました。	改善
・16. 抗菌薬適正使用マニュアル。P24 の抗 MRSA 薬の使い方。バンコマイシンについては、昨年度の抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン（化学療法学会/日本 TDM 学会）の改訂で、トラフ値評価ではなく AUC 評価をすることが標準となっておりますので、可能な限りトラフ値、ピーク値採血での評価が望ましいです。最新の TDM ガイドラインを参考に、マニュアル改訂と医師への啓発が望まれます。また、同ガイドラインに腎機能によらず負荷投与を確実に実施することも明記されていますので、これについても反映されると良いと思います。P26 に記載されている MDRP の治療の項の抗菌薬投与量記載は過小のままとなっているので、成人標準投与量で記載されることをご検討ください。	・マニュアル指摘事項訂正します。	一部改善

C 外来

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
-----------	-------------	------------------------------

・透析室では、清潔物品であるボトル類の乾燥がシンクに近い場所でペーパータオルの上で乾燥・保管されていました。湿潤環境であると細菌繁殖しやすいこと、シンクからの水撥ねにより清潔な物品が汚染される可能性が高い等のリスクがあります。シンクから十分に離れた場所で水切り籠を利用するなどの工夫をご検討ください。また、ハンドソープや消毒薬で開封日の記載がされていないものがありました。使用頻度が高いことも関係していると思いますが、病院全体の感染対策への意識向上のためにも、院内のルールとして開封日記載を徹底されると良いと思います。	・ボトル類などは、水切り籠で乾燥し、乾燥エリアに棚掛けのラックを設置し保管することにしました。（別紙②参照） 消毒薬以外にもハンドソープやハンドクリームなど開封するものは開封記載をマニュアルに追加します。	改善
・内視鏡室では、患者に使用するマウスピースが蓋のない状態で保管されていました。埃や汚染防止のため、蓋つきの容器に保管されることをお勧めします。	・ベッドサイドに蓋付きのケースを置き片付けるようにしました。（別紙③参照）	改善
・救急カート上段に PPE などの物品が置かれていました。緊急時に使用するカート上段は薬剤調製などを行うこともありますので、物品はサイドに取り付けるなど、上段には何も置かないようなエリアを確保されると良いと思います。エリアが確保されると未使用中のディスポカバーは不要になると考えられます。	・上には物を置かず、サイドに手袋等下げる形に変更しました。（別紙④参照）	改善

D 病棟

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〕
・水回りのスポンジは、メラミンスポンジを利用されていました。クリップで止められており、1日交換となっていました。日付の記載はされるようにした方が交換が徹底されると思いますので、ご検討ください。	・トイレブラシの柄は毎日1回交換しています。 ・交換時には日付を記入するようにしました。	改善
・ミキシング台に張り紙や物品が多く配置されていました。埃の蓄積	・ミキシング台に物品については下の棚などに収納して改善しました。	検討中

や汚染しやすい環境を可能な限り回避するためにも必要最低限の物品管理にされることをお勧めします。一つの方法として、ミキシングエリアと物品設置エリア（張り紙や掲示物も含む）を区切る方法もあります。ご検討ください。	（別紙⑤参照） ・張り紙については、点滴を詰める際の注意事項などもあり医療安全委員と検討をしています。	
・オムツ交換台車が清潔物品と不潔物品が1台で管理されており、汚物室で保管されていました。汚物室は汚染管理区域のため、清潔な物品が汚染される可能性が高いため、一般清潔区域の保管場所をご検討ください。	・オムツ交換台車が、清潔・不潔が一緒になっているので、現在検討中です。 ・清潔な物は、患者様の部屋の前に設置してあるのでオムツ台車の清潔な物はなくします。	一部改善
・汚物室内に消毒・乾燥された尿瓶等をビニール袋に入れて布製のカーテンで仕切られたスペースで保管されていました。乾燥棚が殆ど活用されていない状況とのことでしたので、上段と下段で乾燥中・乾燥後のエリア分けをして保管されてはいかがでしょうか。布製のカーテンは湿気を含みやすく、埃や汚染も蓄積しやすいですので撤廃されることをお勧めします。	・乾燥・保管エリアを分けるようにします。	検討中
・薬剤部門が病棟に配置されていることもあり、患者さんの継続持参薬が薬剤部内に保管されていました。上から吊るされており、調剤された薬剤とは触れないように工夫されておりましたが、監査台とは別のゾーンで区別して患者さんの持参薬を保管できるように工夫が望まれます。	・監査台を別ゾーンに設けました。	改善

E ICU 該当せず

F 標準予防策

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〕
-----------	-------------	--------------------------------

・手指衛生が非常に重要であることに着目しながら、携帯用ポシェットを活用するなど取り組まれている様子が伺えました。使用量のサーベイランスも行っておられますが、部署毎に課題や取り組み事項についてディスカッションできると良いです。可能な部署から手指衛生遵守率測定のための直接観察法も取り入れ、実際のタイミングの場面を確認されると部署の特徴がわかり、課題も明確になりやすいです。ぜひ、ご検討ください。	・次年度より直接観察法を取り入れていきます。 また、コメディカルも含めた使用量の確認を行い、課題を把握し改善に努めます。	改善
・手袋を装着して患者対応をされている職員が患者エリアから出た後、そのまま医療エリアに入っていかれる姿がありました。患者ケアを行った直後に手袋（個人防護具）を脱ぎ、手指衛生を実施するというルール of 定着に課題が見られました。繰り返しの確認と声掛けを行える風土づくり、研修会や勉強会にも標準予防策の遵守に関する取り組み等をぜひ取り上げてみてください。	・手指衛生の5つのタイミングが遂行されるように研修会を開催します。また、直接観察法を取り入れリンクメンバーからのフィードバックをしていきます。	改善

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取り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〕
・N95 マスクのユーザーシールチェックの実施、フィットテストについても業者に依頼されて実施されていました。ぜひ、継続をお願いします。また、個人防護具の着脱トレーニングも定期的に行われていました。期間が空くと忘れてしまいますので、ぜひ継続をお願いします。	・年1回は、PPE の着脱のトレーニング・N95 のフィットチェックしていきます。	一部改善

H 病院感染症防止策

主なアドバイス事項	取り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
・尿路感染、血流感染、人工呼吸器関連肺炎等、各種感染の早期発見・早期対策に向けて医師や看護師等職種間でのコミュニケーションをはじめ、適切なタイミングで検体採取ができるようシステムの定期的な見直しもされると良いです（サーベイランスのシステムの見直し等）。デバイス管理についての確認や研修・演習についても積極的にされると質の担保に繋がりますのでご検討ください。	・サーベイランスのシステム見直し検討します。 ・研修・演習についても今後検討します。	検討中
・新型コロナウイルス対策については、ゾーニングや日常のPPE着用等整備されていました。職員の持ち込みによる院内感染があらゆる施設で懸念されておりますので、職員の体調管理については、引き続き継続されてください。体調チェック表も活用されておりましたので、管理者による毎日のチェック体制も引き続き強化し持ち込み防止に繋げて下さい。	・発熱・風邪症状ある場合は、当日に管理者に申し出をルーチン化しています。	改善
・薬剤耐性菌が検出された場合の対応マニュアルは作成されていますが、国内・地域の耐性菌検出状況について JANIS 等で把握されるようにして、追加修正されていくと良いと思います。最近カルバペネム大腸腸内細菌科細菌（CRE）も比較的良好に見られるようになってきています。隔離解除基準も合わせて、マニュアルに記載されるようにしてください。	・マニュアルに指摘事項を追加しました。	一部改善

I 洗浄・消毒・滅菌

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 検討中・未実施
・病棟にオートクレーブがあり、スタッフが管理されていました。一次洗浄廃止に向け、悩まれていましたが、ディスカッションシートにも記載した通り、洗浄・消毒・滅菌は、誰が実施しても正しくできて	・各部署に担当者の設置・手順書の作成にて一元化を目指しています。	一部改善

いることが必要です。一元化できると良いですが、一つの方法として滅菌については、外部委託業者で検討することもいかがでしょうか。		
・ベッドパンウォッシャーを検討中とのことでした。導入されると職員の曝露のリスクや労力軽減、環境汚染のリスクの軽減にも繋がります。十分な洗浄・消毒・乾燥が実施可能であれば問題ありませんが、現在の環境下においては、乾燥するには、風通しが良い環境とは言えず、十分に乾燥できる工夫が必要です。(ディスカッションシート参照)	・一定期間乾燥させ、拭き取るようにします。	一部改善

J 医療廃棄物

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〕
・感染性廃棄物容器の取り扱いは、全体的に適正な使用をされていました。継続されてください。その他の廃棄容器についても手を汚染しない形式の容器であり、廃棄されている物品も適正でした。継続されてください。	・引き続き継続していきます。	改善

K 検査室 該当せず

L 清掃

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〕
・清掃業者にも研修を開催しておられました。感染管理における連携をとり、定期的な評価・確認やディスカッションできる場があると良いです。	・業者とのカンファレンス開催を依頼中です。	一部改善

院内感染対策実地支援実施後における病院の取組み状況及び改善結果表

許可病床数 200床～

実地支援日 令和5年10月24日

A 感染対策の組織

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. 院内感染対策委員会		
2) -1 病院感染防止委員会の参加者については、メンバーが全員出席されているかの確認として、出席簿の作成、参加率を算出してください。毎月の出席を一覧表にして記録を残しておくとい良いでしょう。	・ 毎月の出席一覧を作成し、参加率を算出できるようにした。 ・ 2023 年度参加率 80%、2024 年度（4～6 月）参加率 85%	改善
2) -2 病院感染対策防止委員会の規則には、委員長は『院長』となっていますが、組織図では委員長は副院長となっています。整合性をもたせてください。なお、病院感染防止委員会の委員長は、委員会規則通りの『院長』が望ましいです。訂正したうえで『院長』にも常に出席してもらってください。	・ 病院感染防止委員会名簿の委員長を『院長』に訂正。	改善
3) 議事録は全職員に対して周知するシステムの構築をしてください。例えば押印したものを回収するなどの工夫が必要です。	・ 全職員に対する周知システムについては検討中。	検討中
2. 感染制御を実際に行う組織（ICT）		
3) 看護師は、専門知識を持つ感染管理担当看護師の育成についてご検討ください。	・ 感染管理担当看護師の育成について検討中。	検討中
4) 薬剤師は、現在、薬剤部門の管理者（部門の長）が不在とのことですが、それと同等の役割を担うものを委員会のメンバーとして頂きます	・ 薬剤課の管理者と同等の役割を担うものをメンバー構成とした。	一部改善

ようお願い致します。なお、薬剤師は感染対策の中で抗菌薬適正使用や消毒薬適正使用において中心的役割を果たす必要がありますが、貴院ではマンパワーの問題等から薬剤師の関与が十分ではありません。貴院のより良い感染対策のため、薬剤師の積極的な採用（人員増）についてご検討頂きますようお願い致します。	・薬剤師の採用については継続して募集をかけている。	
---	----------------------------------	--

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

主なアドバイス事項	取組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. マニュアル		
1) 精度アップを試みたい項目は、連携施設等他施設への相談をお勧め致します。	・必要時、連携施設へ相談を行うこととしている。	検討中
2) 改訂も必ずしも十分とは言えません。改訂に際しても連携施設等他施設への相談をお勧め致します。	・必要時、連携施設へ相談を行うこととしている。	検討中
2. 教育		
4) 委託業者への教育については、院内に出入りする業者に対しても院内マニュアル（手指衛生、清掃方法、体調管理、針刺防止等）に関する教育を計画して下さい。	・委託業者に対する教育計画は行えていない。	未実施
3. サーベイランスとインターベンション		
1) -1. 手指衛生サーベイランス：使用量の調査を実践されています。具体的にご施設でどの程度を目標にすべきかを ICT で決定し、全職員で遵守アップを目指されることをお勧めいたします。一部署の延べ患者数がわかるとのことでしたので、1 日一患者手指消毒実施回数を算出されてはいかがでしょうか。フィードバックは定期的に行い、各部署が主体	・一患者あたりの手指消毒実施回数 5 回以上を目標値とし、各部署の感染防止推進委員が周知、指導を行っている。 ・2023 年度の一患者手指消毒実施回数について、部署別では内科病棟が 7.4 回であったが、他病棟は 1.3 回～4 回、全体平均が 3.2 回であった。結果について各部署にフィードバックし、目標値を達成できる	一部改善

となって遵守向上活動に取り組んでください。なお、一患者当たりの指標が出にくい部署（外来等）は、使用量だけでもいいので、月毎、年毎の推移で評価をお願いします。	よう指導を継続している。2024 年 4、5 月の平均は 4.1 回と使用量が増加しており目標値をクリアできるよう指導を継続している。 ・外来については手指消毒使用量の月次、年次評価を継続する。	
1) -2. 医療関連感染サーベイランス（CLABSI、CAUTI）については、カテーテル感染が多い印象があるとのことでした。そのため、サーベイランス導入をお勧めいたします。定義に基づいて判定する必要がありますので、ICT としてサーベイランスを行うための準備が必要となります。専門的な知識も必要ですので、連携施設へ、必ずご相談ください。	・連携施設への相談はまだ行えていない。	未実施
4. 抗菌薬適正使用		
1) ～ 4) 2023 年 1 月から J-SIPHE に加入され、そこで得られたデータ（毎月の AUD/DOT）を委員会にて資料確認されていきました。一方で、「AUD/DOT」は「ある抗菌薬の 1 患者 1 日あたりの平均投与量」を表現します。抗菌薬投与量の適正化について働きかけを行った場合は「AUD/DOT」での評価も妥当と思われますが、長期投与への介入等の「抗菌薬使用量の削減」を評価する場合には「DOT」（または「AUD」）での評価がより適切となります。貴院で行う抗菌薬適正使用推進活動に応じた評価指標を設定頂きますようお願い致します	・評価指標の設定はまだ行えていない	検討中
5. コンサルテーション		
1) 2) 施設管理者である、看護部長がコンサルテーションを受け、対応されているようです。施設管理と感染管理の同時は業務負担が大きいこともあり、現場で発生する感染対策の問題に対し迅速に発見、対応が遅れる場合も予測されます。専門的な知識を習得した院内感染管理者の育成について、是非ご検討ください。 また、コンサルテーションの内容は ICT 内で共有し、改善活動推進に役立てていただきますようお願いいたします。	・院内感染管理者の育成については検討中。 ・コンサルテーションの内容は ICT 内で共有している。	一部改善

6. 職業感染曝露の防止		
5) -1. 針刺し・切創・皮膚粘膜曝露事例の原因解析と、問題点の改善活動をお願いいたします。また、導入されている安全機材（安全装置作動状況等）は適正に使用されているかを定期的に評価するといいいでしょう。	・針刺し等発生時は医療安全の視点からも事例を分析、対策を検討しており継続していく。 ・安全器材の適正使用についての評価は未実施。定期的な評価について検討中。	検討中
5) -2. 一部の職員にサンダルを履いている方を見かけました。足全体が保護されていないため、針の落下による受傷防止や緊急対応時（災害を含め）のためにも硬度の高いシューズをお勧め致します。	・サンダル使用の職員に対して受傷防止、緊急時対応時を想定しシューズを推奨していく。	検討中
7. 院内ラウンド		
1) 各部署のラウンドは、計画的に毎週実施できるようご検討ください。マンパワー不足が課題ということでしたので、「水回り環境」「个人防护具着用状況」「汚物室環境」「手指衛生実施状況」「点滴調整台環境」等テーマを決めて実施されるといいでしょう。	・毎週火曜日をラウンド実施日に設定し、2名1組でラウンドすることとした。テーマは「廃棄物」「リネン」「水回り」「室内（環境）」「手指衛生」とした。なお、2名1組は病棟・デイケアと他部門（検査課・薬剤課・栄養課・相談課）の組み合わせで輪番制。	改善

C 外来

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
2. 外来観察室		
3) 各診察室毎にも、アルコール・ワイプの設置が望ましいです。	・各診察室にアルコール・ワイプを設置した。	改善
その他		
・環境消毒の使用する薬剤の濃度管理がされていません。 ・薬品容器は本来の薬品以外の用途には使用しないようお願いします。誤使用や薬品濃度、成分の変性の可能性もあります。また薬剤噴霧は	・噴霧ボトルは撤去し、環境消毒に使用するものは消毒薬含侵クロスとした。	改善

職員の健康被害へのリスクがあります。		
外来薬剤部		
経管投与が必要な患者さんが多いため、経管投与可能な散剤の調剤件数が多いようです。散剤は経管投与に適した剤型の一つですが、調剤時に少なからずロスが出るため、適正量が患者さんに投与されない可能性があります。また、一般的に、散剤調剤は錠剤調剤に比べ調剤時の汚染リスクおよび他剤のコンタミのリスクが高くなります。一方で、錠剤の簡易懸濁法による経管投与であれば散剤よりも適正量が投与されます。また、患者状態の変化による薬剤変更がある場合に薬剤の損耗が減り、経済的な効果も期待できます。さらに、簡易懸濁であれば錠剤の調剤で良いため、散剤調剤に比べ薬剤師の業務負担軽減も期待できます。これにより、限られたマンパワーの中で薬剤師がより感染対策に従事できるようになります。簡易懸濁について導入を是非ご検討ください。	・経管投与の患者さんには簡易懸濁法を用いることが増えつつあるが、一定数散剤での投与も見られている。簡易懸濁法の導入については検討していく。	検討中

D 病棟

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〕
3. 処置室		
3) 患者に使用した物品と未使用の衛生材料を混在して保管されていましたので、分離して管理をお願いいたします。軟膏類など薬剤の患者共有使用については、可能であれば個人処方とされることが望ましいと考えます。難しい場合は開封日～使用期限を記載し衛生管理の徹底をお願いいたします。滅菌されたトレイの外装の汚染、滅菌物の外装の破損等を確認いたしました。滅菌物の適切な管理の徹底をお願いいたします。包交車は清潔・不潔のゾーニングと物品の整理、使用ご	・患者に使用した物品と未使用の衛生材料については分離保管とした。 ・軟膏類については可能な限り個人で処方を受けることとした。 ・開封した軟膏類については開封日を記入することとした。 ・外装が破損した滅菌物は破棄とし、滅菌物の管理が適切に行えるよう包交車の整理整頓を行った。 ・包交車の上段を清潔区域、下段を不潔区域とし、包交車に物品を常時保管するのではなく処置時に必要分のみを包交車に準備すること	改善

との清拭消毒もお願いいたします。	とした。また、使用毎の消毒を行うこととした。	
4. 汚物処理		
3) 清掃用具が壁に立てかけてあり、衛生材料（個人防護具やペーパータオル）に近接して保管されていました。衛生材料が汚染する可能性もあります。清掃用具は専用ロッカーに収納されるといいでしょう。	・清掃用具は衛生材料と近接しない清掃用具専用スペースに収納することとした。	改善
5. 薬剤の管理		
事前に頂いた自己評価表では「注射薬の調製時に手袋はしていない」と回答頂いております。現場確認した時にはミキシング台付近に適切に手袋が配置されていました。直ぐに手袋が使える環境にありましたので、注射薬の調製時には必ず手袋の着用をするようお願い致します。	・注射薬、点滴の調剤時に手袋を着用するよう発信しているが周知しきれていない。周知継続が必要。	一部改善

E ICU 該当せず

F 標準予防策

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
1. 手指衛生		
1) 手指消毒薬使用量をモニタリングされているので、素晴らしいと思います。今後、自施設として目標値を設定し、全職員が目標クリアを目指す活動をお勧めいたします。そのためには、各部署へ、効果的なフィードバック（データの可視化、啓発）を ICT として取り組んでください。なお、適切な方法とタイミングで実施できているかの評価（ICT ラウンド中で評価可能）もご検討ください。	・手指消毒使用量のモニタリングは継続とした。 ・自施設の目標値設定および各部署へのフィードバックについては検討中で実施には至っていない。	検討中

2. 個人用防護具（PPE）		
1）手袋を外す際の汚染を予防する脱ぎ方や、エプロンは身体から離して外す方法について、再度トレーニングを行ってください。	・各部署で実技訓練を実施し周知できるよう検討中。（コロナ感染拡大時期は各部署で実技訓練を実施していたが最近では実施できていない）	検討中

G 感染経路別予防策

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
1. 空気感染予防策		
1) -1. 結核疑いの患者を症状、喀痰検査、画像診断の実施をマニュアル化し早期検知できるよう取り組んでください。	・マニュアル化に向けた作業を進められていない。	検討中
1) -2. 結核、麻疹、水痘マニュアルは早期見直しをお願いいたします。播種性帯状疱疹も対象となりますので、よろしくお願いいたします。	・感染防止推進委員会にてマニュアルの改訂作業中。	検討中
2) 陰圧作動確認は、診療報酬上加算取得が可能です。ティッシュなどで簡易的に確認することも可能ですので、実施手順の作成と周知徹底をお願いいたします。	・陰圧作動確認についての実施手順と周知については未実施。	未実施
5) N95 マスク装着において、フィットテスト、ユーザーシールチェックは装着者の安全確保のために非常に重要です。N95 マスクを着けていれば、絶対安全ではないことも認識し、適切な装着方法の訓練を含めたフィットテスト（またはフィットチェック）の実施をご検討ください。	・感染担当看護師長が連携病院との合同カンファレンスで N95 マスクの装着訓練に参加した。感染防止推進委員と連携し職員への訓練について検討中。	検討中
2. 飛沫感染予防策		
8) すべての職員が適切な感染経路別予防策を実施し、感染拡大を防止するためには、職員間で周知するシステム構築をお願いします。（病	・感染症については電子カルテに登録し、表示することとしている。 ・スタッフステーション内の病室一覧に感染症のアイコン表示をして	検討中

室前アイコン表示、電子カルテに表示等)	いる。上記以外に周知できるシステム構築については検討。	
3. 接触感染予防策		
4) 防護具の適切な選択と着脱は、定期的に I C T で評価しフィードバックするようにしてください (ICT ラウンドでチェックするなど)	・ N95 マスクの装着訓練と同じように職員へ訓練できるよう検討中。 ・ 定期的な評価について検討中。	検討中
6) 保菌者のスクリーニングにおける「適宜実施」とされています。マニュアルに実施方法を具体的に記載してください。	・ マニュアル改定見直し中。	検討中

H 病院感染症防止策

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〕
2. 尿道カテーテル関連尿路感染 (CAUTI)		
5) 患者ごとの尿の廃棄後は手袋交換していないということでした。グラム陰性菌 (耐性菌も含む) によるアウトブレイクのリスクが非常に高い状況です。早急に改善活動に取り組んでください。	・ 尿の廃棄後は患者ごとに手袋を交換することとした。	改善
4. 血管内留置カテーテル関連血流感染 (CRBSI)		
2) マキシマルバリアプリコーションの遵守状況は適切に行えているかの確認が必要です。評価項目を作成し評価をお願いいたします。	・ 評価項目作成および評価について検討中。	検討中
3) -1. ミキシング台の上に、ミキシングに不要な物品が置かれていました。ミキシングの前には、必ず清拭消毒を徹底してください。手指消毒剤の使用状況が少ないため、ミキシング前の手指衛生の徹底をお願いいたします。	・ ミキシング台に置かれた不要物品は撤去し、ミキシング前に清拭消毒すること、手指消毒を行うよう各部署に指導を行った。	改善
3) -2. 貴院には薬剤部内も含めクリーンベンチの設置がありませんでした。高カロリー輸液の使用が多いため、クリーンベンチの導入をご検討ください。ただし、設置場所および費用等の点から困難であれ	・ 費用、設置場所の問題からクリーンベンチの導入は難しいため無菌調製を徹底していく。 ・ 可能な限りバック製剤を使用するよう検討している。	検討中

ば、無菌調製を徹底頂きますようお願い致します。また、注射薬の調製を減らす（注射薬の汚染リスク低減）ため、バック製剤の積極的な使用も併せてご検討ください。		
5. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）		
4）病棟におけるゾーニングで、イエローゾーンの設置が不十分でした（現場実践アドバイスレポート参照）。適切なゾーニングなど写真で表示し、統一した対策の徹底をお願いします。	・病室出入り口前にイエローゾーン設置としていたが、現在は『新型コロナウイルス感染症への対応について【更新・第4報】』の資料を各部署に配布し資料に基づきゾーニングを行っている。	改善

I 洗浄・消毒・滅菌

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. 医療器具		
1) 適切に消毒・滅菌するためには、洗浄は非常に重要な工程です。水洗いのみとなっていますが、洗浄方法が適切に行われているかテクニックの教育指導、ラウンドでの評価を行ってください。	・洗浄方法の教育指導およびラウンドによる評価について検討中。	検討中
5) グラム陰性菌、および耐性菌による院内感染において、排水口を起点にした耐性菌によるアウトブレイク事例報告は増加しています。特に経管栄養剤を廃棄するシンクは細菌繁殖に適していることから、排水口の消毒は重要です。定期的な清掃や次亜塩素酸による消毒するなど、衛生管理の徹底をお願いいたします。	・7日間隔に排水口の清掃、次亜塩素酸による消毒を行っている。	改善
2. 内視鏡		
1) 内視鏡の洗浄・消毒については一定期間のトレーニングを受けた専任スタッフの担当は困難とされています。スタッフの定期的な教育・研修の受講と、実践状況の評価の実施については可能かと考えま	・スタッフの研修受講については検討中。	検討中

すので、ご検討ください。		
4) 管理状況の確認のため、内視鏡の細菌培養検査は、一斉に実施は困難としても、分割で実施や、耐性菌や管理に問題が発生した場合は迅速に実施する対応マニュアル作成が必要です。	・対応マニュアルについて準備する方向で進めているが未着手。	未実施
その他		
消毒薬を噴霧（スプレー）した場合、消毒薬が接触した場所は消毒効果が得られますが、非接触面は消毒効果が得られません。また、噴霧時に舞い上がった消毒薬を吸入することによる健康被害も報告されています。院内統一のルールとして消毒薬の噴霧は禁止し、消毒薬含侵クロスでの環境消毒をお願い致します。	・職員に消毒噴霧時の健康被害について周知したうえで噴霧タイプのボトルを撤去し、消毒薬含侵クロスの使用とした。	改善

J 医療廃棄物

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〕
特に問題はありませんでした		

K 検査室

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〕
検査室は、狭いスペースをきれいに運用していると思います。 原則的に検体検査室の室内は汚染区域と考えていただき、『関係者以外立ち入り禁止』として、表示をしてください。中でも感染の危険の高い新型コロナウイルスやインフルエンザウイルス検査の検体抽出を安全キャビネット内で実施しており、UV 照射や清掃も実施されているので良いと思いました。	・検査室の扉に『関係者以外立ち入り禁止』の表示を行った。 ・安全キャビネット内での検体検出の実施、UV 照射や清掃は継続。	改善

水回りは手洗い用と汚物処理用に分かれています、汚物処理用のシンクの周囲にスペースが少ないので、こまめに清掃するようにして下さい。	・こまめに清掃することとした。	一部改善
病棟の検体搬送容器に、『検体搬送専用』と表示するように指導して下さい。バイオハザードマークを付けると、なお良いです。	・検体搬送容器の上部と正面に『検体搬送専用』と表示した。	改善
生理機能検査の感染対策マニュアルは作成中ということですが、脳波室、超音波検査室は清潔に運用されていると思いました。(呼吸機能検査なし)	・脳波室および超音波検査室の運用については継続。	検討中

L 清掃

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) 委託業者の清掃手順やマニュアルはICTが内容を確認し、院内感染防止を視点とした清掃の実施について話し合いの機会を持つことをお勧めいたします。	・委託業者の清掃マニュアルについて確認できていない。 ・感染防止を視点とした清掃について話し合う機会の設定は検討中。	検討中
2) 隔離対象病室は病室前表示がなく口頭説明とのことでしたが、適切に清掃が行われ、感染対策を職員同様統一した内容で実施することにより、院内感染拡大防止につながります。清掃作業員にもわかるように、病室表示などの方法もご検討ください。	・隔離室の清掃は患者ごとで実施するタイミングを調整する必要があるため、都度看護師と情報共有を行いながら実施している。病室前の表示はないが、毎日朝の申し送り時に隔離・身体拘束中である患者さんの情報共有を行うことで看護補助者が隔離として使用している病室の把握ができるよう努め、開放観察や保清、診察等により隔離室から入室している間に清掃に入っている。外部業者が清掃作業に入る病棟においても、隔離中である患者さんの状況など看護師に確認してから清掃に入っている。また、患者さんの状態によっては看護師が清掃を行っている。 ・隔離対象病室の表示についてはスタッフステーション内の病室一覧で確認している。	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 ～ 1 9 9 床
 実地支援日 令和 5 年 1 1 月 8 日

A 感染対策の組織

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. 院内感染対策委員会		
・院内感染対策委員会は、院長を委員長とし、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、給食部門、事務部門など多職種から構成されており、病院全体で院内感染対策に取り組んでおられました。ICT に所属していないスタッフへも ICT の考え方を周知し実践できるよう、今後も計画的な感染対策をお願いいたします。	・週 1 回の院内ラウンドの評価結果を、全職員に周知することになりました。	改善

B 院内感染対策活動（ICT 活動が組織されている場合には ICT 活動）

主なアドバイス事項	取組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. マニュアル		
・マニュアルの改訂時は、改訂日と内容を一覧にしておくとの定期的な見直しの際に活用できます。改訂が行われた際は、改訂ポイントを院内研修や ICT ニュースレターとして周知することで職員の意識向上のきっかけになると思います。また、スタッフがマニュアルを確認しようとした際、目次やページがあった方が検索し易いと感じました。	・改訂日と目次を記載しました。 ・改訂ポイントの周知については今後の課題としました。	一部改善

・マニュアルの項目において、医療関連感染として問題となりやすい、尿道カテーテル関連尿路感染、血管内留置カテーテル関連血流感染の対策についても作成を御検討下さい。	・尿道カテーテル関連尿路感染、血管内留置カテーテル関連血流感染のマニュアルを作成しました。	改善
・「感染性廃棄 BOX」や「医療廃棄物 BOX」と記載が異なる箇所があります。「感染性廃棄物容器」に統一されてはいかがでしょうか。	・現在全マニュアルの見直しを行っているため、改訂時に用語も統一しています。	一部改善
・今月の耐性菌発生件数、培養検出菌と感受性結果をまとめてレポート作成されていました。院内感染対策として監視が必要な菌に絞り、今月だけでなく経時的な増減がわかるレポートの方が異常に気付きやすいと思います。また、インターベンション（介入）の目安がありませんでした。アウトブレイク判定基準の設定、及び基準を超えた時の対応についてご検討ください。	・経時的な増減は JANIS のレポートを参照します。 ・インターベンション（介入）の目安、アウトブレイク判定基準の設定、及び基準を超えた時の対応についてマニュアルを作成しました	改善
・「院内感染対策体制」のマニュアル 3 ページ目の病院・感染防止対策部門・院内感染対策委員会兼 ICT の 3 者が横並びで記載されています。感染防止対策に関わる指揮命令や情報伝達系統を明らかにするため、組織図は上位・下位が分かるように記載されると良いと思います。	・組織図を修正しました。	改善
<標準予防策> ・ノロウイルスなどのノンエンベロープウイルスやクロストリディオイデス・ディフィシルの芽胞菌はアルコールが効きにくいいため、これらの病原体に接触した可能性のある時（下痢・嘔吐物の処理をした後など）には汚れの有無に関係なく流水と石けんによる手洗いが必要です。手指衛生の基本の中の項目には、石けんと流水での手洗いは、目に見える汚れがある場合だけでなく、ノロウイルスやクロストリディオイデス・ディフィシルの患者と接触した可能性のある場合を追加してはいかがでしょうか。 ・新型コロナウイルス感染症患者に使用したリネンの取り扱いが、後述の新型コロナウイルス入院時対応マニュアルの内容と異なるので、整合性を持たせましょう。	・マニュアルを見直し、修正しました。	改善

＜空気予防策マニュアル＞ ・空気感染予防策マニュアルに名称を変更しましょう。 ・空気中に浮遊している病原体の吸入→空気中に浮遊している病原体を含む飛沫核（直径 5 μ m 以下）の吸入に修正してください。	・空気感染予防策マニュアルに名称を変更しました。 ・病原体を含む飛沫核（直径 5 μ m 以下）の吸入に修正しました	改善
＜飛沫予防策マニュアル＞ ・飛沫感染予防策マニュアルに名称を変更しましょう。 ・感染伝播形式がウイルスの飛沫核となっていますが、病原体の飛沫に修正しましょう。	・飛沫感染予防策マニュアルに名称を変更しました ・病原体の飛沫に修正しました	改善
＜接触予防策マニュアル＞ ・接触感染予防策マニュアルに名称を変更しましょう。 ・O-157→腸管出血性大腸菌に修正しましょう。 ・个人防护具の記載がありませんでした。接触感染予防策では、手袋とエプロン（またはガウン）が必要です。自分の手が患者や患者周囲の環境表面や物品に触れる時には常に手袋を装着します。また、自分の身体（衣類）が患者や患者周囲の環境表面や物品に触れる時には常にエプロンを装着します。これらは、入室前に装着し退室前に廃棄します。个人防护具着用前後は手指衛生が必要です。 ・一覧表に个人防护具の欄を設け、空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策それぞれの対策に必要な个人防护具を明記されてはどうか。	・接触感染予防策マニュアルに名称を変更しました ・腸管出血性大腸菌に修正しました ・个人防护具について記載しました	改善
＜風しん感染対策マニュアル＞ ・スタッフの配置の必要な感染防御策という記載を、サージカルマスクの着用に修正しましょう。	・「飛沫感染予防策、接触感染予防策を適応する」と記載しました。	改善
＜結核感染対策マニュアル＞ ・清掃は、0.1%次亜塩素酸水で消毒すると記載されていますが、「結核院内（施設内）感染対策の手引き 平成 26 年版」では、「結核菌であるために特別な消毒法を必要とするわけではない。」とされています。また、「2020 年版消毒と滅菌のガイドライン」では、結核菌の消毒例	・清掃について 80%エタノールクロスに変更しました ・空気感染予防策マニュアルの換気時間を 1 時間に変更しました ・N95 マスクについて修正しました	改善

として床頭台、オーバーテーブルなどは「アルコールまたは 0.5%両性界面活性剤で清拭」とされていますので、参考にして修正してください。又、次亜塩素酸水と次亜塩素酸ナトリウムは、まったく別のものです。マニュアル中の次亜塩素酸水と記載されている箇所の確認と、必要時訂正してください - 結核感染対策マニュアルの頁には、退院後の窓を開ける時間が 1 時間となっていますが、空気予防策マニュアルの頁には、2 時間と記載されていますので、統一しましょう。結核患者は、陰圧ではないものの空調の独立した個室で管理されているとのことでした。換気効率に関しては、新鮮な空気のみで室内の換気がなされた場合（室内の空気が完全に入れ替わったとする）、室内にまんべんなく飛散した汚染飛沫核の 90、99、99.9%が除去される時間は、理論上では 1 時間 12 回の換気ではそれぞれ 29、46、69 分であり、1 時間 6 回の換気ではそれぞれ 12、23、35 分であるとされていますのでご確認ください。（医療環境における結核伝播予防の CDC ガイドライン 2005 参照） - N95 マスクの頁に、着用の度にフィットテスト（シールチェック）を行うと記載されており、フィットテストとユーザーシールチェックが混同されています。着用の度、ユーザーシールチェックを行うと修正しましょう。		
<麻疹> - 問診票の日付が平成になっていますので、追加・修正しましょう。 - 麻疹疑い患者の対応は、麻疹抗体価が高い者（10 以上のもの）が優先的に対応する事になっていますが、麻疹抗体価陽性（基準を満たす）は、EIA 法（IgG）：16.0 以上、あるいは PA 法：1：256 以上あるいは中和法：1：8 以上です（医療関係者のためのワクチンガイドライン 第 3 版 一般社団法人 日本環境感染学会）。麻疹抗体価の把握や管理を行う事と、マニュアルの修正を行いましょう。	- 問診表を修正しました - 麻疹抗体価 EIA (IgG)：16.0 以上に変更しました。 - 職員検診で麻疹、風疹、水痘、ムンプスの抗体価を測定しました。ワクチン接種も進めていきます。	改善

＜新型コロナウイルス入院時対応マニュアル＞ ・吸痰などエアロゾル発生手技を実施する際の个人防护具に、フェイスシールドと手袋も追加して下さい。 ・Ba カテーテルの記載を尿道留置カテーテルに統一してください。 ・入室時に手袋をまず着用する事になっていますが、手袋は最後に装着しますので、修正してください。 ・退室後の身障トイレで手洗いと記載を削除し、マスクを外した後は直ちに手指衛生を実施し新しいマスクを着用して下さい。	・改訂、修正しました。	改善
＜HBV 感染事故対処法＞ ・定量測定値 1 以上陽性について、株式会社アルプの HBs 抗原精密測定 の基準値は 0.05 未満陰性 (IU/mL) です。測定値ではなく、判定「陽性」で記載した方が良いかと思います。 ・HBs 抗体 50mIU/mL について、医療関係者のためのワクチンガイドラインでは HBs 抗体 10mIU/mL 以上で免疫獲得と判定しています。	・改訂、修正しました。	改善
＜感染性胃腸炎（ノロウイルスなど）対応手順＞ ・リネン類は 85 度以上のお湯に 1 分以上つけてからビニール袋に入れ密封すると記載されていますが、85 度以上のお湯の準備までマニュアルに記載されていると良いです。熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、次亜塩素酸ナトリウムの消毒が有効ですのでご検討下さい。2020 年版消毒と滅菌のガイドラインでは、ノロウイルスに対するリネンの消毒は「熱水洗濯（80℃・10 分間など）、0.05～0.1%（500～1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウムへ 30 分間浸漬とされています。	・改訂、修正しました。 ・リネン類の消毒は 0.1%次亜塩素酸ナトリウムに 30 分浸漬するように変更しました。	改善
＜洗浄・消毒・滅菌マニュアル＞ ・微生物ごとのノンクリティカル表面の消毒法：ノロウイルス及び芽胞 0.05～0.1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒となっていますが、どちらも 0.1%次亜塩素酸ナトリウムに修正してください(2020 年版消毒と滅菌のガイドライン参照)。	・改訂、修正しました。	改善

・ノンクリティカル器材別次亜塩素酸ナトリウム有効塩素濃度（浸漬する場合） 2020 年版消毒と滅菌のガイドラインでは、「体液・排泄物」関連器材・物品の消毒は、尿器、吸痰瓶は 0.1%次亜塩素酸ナトリウムへの 30 分浸漬とされています。なお、「0.1%次亜塩素酸ナトリウム液は、目に見える汚れ（有機物）の混入がなければ、7 日間ほどの繰り返し使用が可能である。」とされていますので修正してください。		
2. 教育		
・感染対策に関する講習会が年 2 回行われていました。100%の参加率を目指し、同内容で複数回開催したり、不参加の職員に DVD 学習したりして頂くなどの努力も必要となります。	・講習会を録画し全職員が視聴できる体制を整備しました。 ・講習会、動画視聴により参加率 100%を達成しています。	改善
・講習会の効果の検証としては、研修終了後のアンケート調査（5 段階評価+フリーコメント）を実施したり、DVD 学習の場合はテストをしたりして提出して頂く等の方法もあります。	・研修後は講習会、動画視聴のどちらも確認テストを実施し職員の理解度向上に努めております。	改善
・外部委託職員への教育として、内容にもよりますが年 2 回の講習会時に声をかけ可能な限り参加して頂くのも良いと思います。また、各業者が自社でどのような研修を実施しているかを確認し、必要時に貴院 ICT による追加講義を実施するのが良いと思います。ご検討をお願いします。	・清掃業務委託業者が病院の研修会に参加可能であることを確認し参加していただきました。 ・清掃業務委託業者では現場責任者に対して年に一度最新の情報を集合の形式で教育しています。 ・清掃業者の感染対策に関する資料を確認し、アドバイスしました。	改善
3. サーベイランスとインターベンション		
・JANIS の検査部門に参加し耐性菌のサーベイランスが行われていました。データは病棟にお渡ししているとのことでしたが、感染対策委員会に報告し院内全体に周知されたら良いと思います。	・感染対策委員会で報告し、院内全体に周知する予定です。 ・アウトブレイクの介入の目安を定め、アウトブレイク対応についてのマニュアルを作成しました。	改善
・アウトブレイクの介入の目安が定められていませんでした。厚労省医政局通知 “「医療機関における院内感染対策について」のアウトブレ		

イクの考え方と対応について”を参考に介入の目安を検討し、解除基準も含めてマニュアルに記載されたら良いと思います。		
4. 抗菌薬適正使用		
・抗菌薬適正使用のモニタリング結果のフィードバックについて、まずは抗緑膿菌薬の使用量のモニタリング結果など始めやすいものから現場へのフィードバックを開始するのが負担が少なく継続性があると思います。その後、全ての抗菌薬の使用状況やde-escalation 件数についても取りまとめていくのが良いと思います。	・感染委員会で抗緑膿菌薬の使用症例報告を開始しました。 ・今後、院内全体にも周知していく予定です。	改善
・感染症診療を支持・教育するシステムについても ICT 薬剤師が熱心に活動を展開していることが分かりました。腎機能別の薬剤投与量表を作成し、院内周知することでこれらの疑義照会に係る手間や時間が軽減できると思います。また、院内採用抗菌薬も経口第3世代セファロsporin系薬の採用がなく注射薬も必要最低限のものが採用されており素晴らしいと思います。もし以前は経口第3世代セファロsporin系薬の採用があったようでしたら、なぜこれらの採用を中止したのかについて院内研修会にて講義いただくことで抗菌薬適正使用への理解が全病院的に進んでいくと思います。	・腎機能別の薬剤投与量表を作成、周知し、電子カルテから閲覧できるようにしました。 ・今後、感染研修で抗菌薬についての研修を行う予定です。	改善
5. コンサルテーション		
・C 評価とされていましたが、実際は現場で感染対策に関して迷った場合は ICT メンバーに相談されているとのことでした。現状を整理しフローチャートなどにまとめマニュアル化されると良いと思います。また、院内での感染症アウトブレイク基準を設けてはいかがでしょうか。ご検討をお願いします。	・院内アウトブレイク基準を設定しました。	改善
6. 職業感染曝露の防止		

・針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露対策として、HBs 抗体陰性者に対するワクチン接種が推奨されていました。	・今後も継続します。	改善
・麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価の把握がされていませんでした。「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版」では、1歳以上で「2回」の予防接種の記録を勤務前に医療機関に提出することを原則とする。勤務中は、予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数に関わらず保管する。などが記載されています。職業感染防止のためにも、職員の抗体価を把握し必要に応じてワクチン接種を推奨していくことをお勧めします。	・2024.4月の職員健診以降、麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価の把握を行うことになりました。 ・ワクチン接種の推奨も併せて行います。	改善

C 外来

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
・シンク内、排水口、水道周囲、水道エアレーターなどに汚染が認められました。シンク周囲は、湿潤環境を好むセラチア菌や多剤耐性緑膿菌などが繁殖しやすい環境であり医療関連感染の原因となります。1日1回は洗浄剤を使用し目に見える汚れを落としましょう。また、水はね時は、その都度ペーパータオルで拭き取る等して乾燥の維持に努めましょう。	・シンクは1日1回洗浄し、水はねは拭き取るよう心がけています ・週1回の院内ラウンドでシンクの水ハネなどをチェックし、改善が必要な場合は職員全体に周知しています。	改善
・スポンジの汚染が目立ちました。シンクなどの水周りは、湿潤環境を好むセラチア菌や多剤耐性緑膿菌などの温床となり医療関連感染の原因ともなります。スポンジは病原菌に汚染されているものと認識し、使用後はよく洗浄し乾燥させることが大切です。施設の状況に応じて、定期的に交換する、不織布など使い捨てに変更するなどの管理方法をご検討下さい。	・スポンジは月2回（1日・15日）に交換することとしました	改善
・滅菌物が扉のない棚で保管されており、一部床に近い場所でゴミ箱に接触していました。「医療現場における滅菌保障のガイドライン	・滅菌物を扉のある棚に保管しました	改善

2021」では、滅菌物は、床から少なくとも 20 cm、天井のスプリンクラー設備周辺から 45 cm以上、外壁から 5 cm以上の距離を確保するとされています。保管方法を御検討下さい。		
・駆血帯と聴診器が接触した状態で保管されていました。駆血帯は患者に使用后、洗浄や消毒せずそのまま保管されているとのことでした。採血は観血的手技であることから、患者間で共有する駆血帯はB型肝炎ウイルスなどの血液媒介病原体の交差感染を起こす危険性があります。患者毎にアルコール綿等で清拭消毒しましょう。	・駆血帯は個人持ちに変更しました ・患者毎にアルコール綿等で清拭消毒するようにしました	改善
・（外来診察室）感染性廃棄物容器の中身を上から押し込むための器具（浴槽内のお湯を攪拌するもの）が使用されていました。器具は使用後に不潔になっておりますので、器具の廃止や使用環境を再検討ください。	・器具を廃止・破棄しました	改善

D 病棟

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
・包交車が使用されていました。必要物品を患者ごとに持参できる環境が望ましいと考えます。	・包交車を廃止しました	改善
・汚染リネンは、汚染リネン庫にてリネンの種類ごとに区分けされ蓋付きのランドリーに一時保管されていました。しかし、汚染リネン庫内の棚に段ボール箱に入った汚染リネン以外の物も置かれていました。交差感染防止のため汚染リネン庫に他の物は入れないようにしましょう。	・汚染リネン庫の整理整頓をしました	改善
・病室前に手指衛生の実施を促す張り紙が掲示されていましたが、用紙が折れ曲がり埃が蓄積しやすい状況でした。掲示物は清拭できるようラミネートすることをお勧め致します。	・ラミネートしました	改善

汚物室の洗浄用ブラシにカビが生えていました。定期的に交換する等管理方法を御検討下さい。また、病院用ハイターに開封日の記載がなく使用期限も不明でした。使用期限を確認し、期限を超過した消毒薬を使用しないようにするために、容器に開封日を記載するなどの院内ルールを決めましょう。	- 洗浄用ブラシ交換は、毎月 1 日、15 日の朝に交換することとしました。 - 病院用ハイターの使用期限に関して花王へメールにて問い合わせし、期限を超過したものは破棄します。 未開封・・・1 年～1.5 年半 開封後・・・半年以内 - 容器に開封日を記載しました	改善
ガーグルベースンなど浸漬消毒中の容器に蓋がされていませんでした。消毒薬成分が気化し、濃度が低下する他、埃が入り消毒薬が汚染されます。また、物品が完全に浸漬されておらず一部浮いていました。浮き上がった部分は消毒薬と接触できないため消毒効果はありません。浮き上がりを防止するために落とし蓋を使用するなどを御検討下さい。	浮き上がり防止の蓋と消毒容器の遮光の蓋を購入しました	改善
手指衛生の 5 つのタイミング、手順、1 回使用量など、手指衛生が正しく実施されていませんでした。また、手指衛生のタイミングの記載が、マニュアルや病室前の表示で異なっています。手指衛生は、最も効果的な感染対策です。マニュアルや院内表示を統一させ全職員に周知しましょう。	- 院内ラウンドにて手指消毒手順と 1 回使用量の確認を行います。 - 病室前、外来に手指衛生の 5 つのタイミングを掲示し、マニュアルと統一しました。	改善
コロナ対応病室から手洗い場への長い動線がありました。ご承知の通り、COVID-19 対応のみであれば、流水洗浄は不要で部屋前での消毒用アルコールの手指衛生にて十分であると思います。これらの運用について再検討いただければと思います。また、病棟の注射薬保管場所で薬剤輸液の段ボールの直置きが一部ありました。キャスター付き台車の上に置くことで清掃がしやすく、直置きによる湿気等の問題も軽減できますのでご検討をお願いします。	- 手洗い場への動線を廃止し、手指消毒での対応に変更しました - キャスター付き台車を導入し直置きしないようにしました	改善

F 標準予防策

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〕
10 月より手指消毒薬使用量のモニタリングを開始されていました。さらに、手指衛生の遵守状況の評価の 1 つとして、「1 日 1 患者当たりの手指消毒使用回数」を算出されてみてはいかがでしょうか。算出方法は、手指消毒使用量×1 回使用量/延べ入院患者数です。手指衛生遵守向上に向け、御施設の目標、部署目標を定め、ICT からのニュースレターなどで現場に定期的にフィードバックするとより効果的かと思います。	今後検討します	検討中

G 感染経路別予防策

主なアドバイス事項	取組み状況及び改善結果	自己評価 〔改善・一部改善〕 〔検討中・未実施〕
感染経路別予防策として、結核発生時、麻疹発生時、水痘発生時、インフルエンザ発生時、風疹発生時、流行性耳下腺炎発生時、薬剤耐性菌が検出された時のマニュアルの整備が最低限必要です。それぞれの項目には、連絡体制、感受性者のサーベイランスの期間と範囲、ワクチンやγグロブリンの接種対象者、接種感受性職員の就業制限の規定を記載してください。	各マニュアルを見直し、改訂しました。	改善
个人防护具は病室内に設置されていました。个人防护具の設置場所は、エアロゾルや飛沫、埃、水などで汚染されず、かつ、患者が触れない場所をご検討下さい。又、个人防护具の着脱のタイミングに課題があります。手袋やエプロンを交換せずに複数の患者に触れる事が無いように、カーテンの中で脱ぐ事を徹底しましょう。	- 个人防护具は病室前に設置しました - 各部屋にゴミ袋を設置し、カーテンの中で脱ぐ事を徹底しました	改善

・(評価表 G (各疾患への対応マニュアル整備)) : C 評価でしたがマニュアルへの記載はありましたので、見直しを進めていただき充実したものに改訂をお願いします。	・全マニュアルを見直し、改訂を進めています。	改善
・(評価表 G-3-7 (シーツやリネン類の処理)) : 運搬者の安全が確保できるよう、業者との契約書内容をご確認いただき、必要時に貴院 ICT からの追加依頼を実施するのが良いと思います。ご検討をお願いします。	・業者に確認し、COVID-19、MRSA、インフルエンザ、感染性胃腸炎は別の Box に入れることになりました。	改善
・薬剤耐性菌発生時のマニュアルがありませんでした。マニュアルの作成をお願いします。	・マニュアルを作成しました。	改善

H 病院感染症防止策

主なアドバイス事項	取組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
・術後や人工呼吸器装着患者がほとんど入院していない状況であれば、創傷感染症防止策や人工呼吸器関連肺炎防止策のマニュアル作成を急ぐ必要はないと思います。常時、一定数の尿道留置カテーテル挿入患者及び血管内留置カテーテル挿入患者が入院されており、尿路感染症、血流感染症が発生する可能性があります。尿路感染症防止策及び血流感染症防止策のマニュアルを作成しましょう。	・尿道留置カテーテル及び血管内留置カテーテルのマニュアルを作成しました。	改善
・(評価表 H-4-3 (TPN 製剤の混注)) : クリーンベンチはない状況であっても、専用の清潔な空間・机で空調の流れを含めて落下菌混入を防ぐ対応が取られていればよいと思います。意識的に清潔エリアを設けるなどの環境整備をお願いします。	・ミキシング台前のブラインドが不潔であり、撤去し遮光遮熱フィルムの購入を検討しています。	検討中

I 洗浄・消毒・滅菌

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
-----------	-------------	----------------------------

		検討中・未実施
・有機物で次亜塩素酸ナトリウム濃度は低下します。消毒前に十分洗浄を行いましょう。次亜塩素酸ナトリウムの濃度・浸漬時間は、「2020年版消毒と滅菌のガイドライン」などを参考に再検討してください。又、浸漬消毒時は、チューブ内や器材の空気を抜き、全体を浸漬させて下さい。落とし蓋を使うと浮き上がりを防止できます。次亜塩素酸ナトリウムは、気化や直射日光による分解等で濃度が低下するため、容器は日が当たらない場所に置き、遮光された蓋付のものを使用して下さい。	・落とし蓋、遮光された蓋付き容器を購入しました。	改善
・内視鏡洗浄ガイドラインなどを参考に内視鏡洗浄・管理のマニュアルを作成しましょう。内視鏡の洗浄に使用される薬剤は、高水準消毒薬であり、十分な換気の下に使用しなければなりません。内視鏡室の換気扇は上部に取り付けられた1つの換気扇のみであり、窓は無く、入口のドアを開けると外来の待合となっていましたので、洗浄する職員や患者の健康を守るために、外来患者さんがいない時間を選び、ドアを開けて換気しながら器械洗浄してください。	・マニュアルを作成しました。 ・換気扇については業者と相談中です	一部改善
・（内視鏡室）環境整備が必要と思われます。特に内視鏡の保管場所について、使用していない内視鏡保管棚があるようでしたので、使用再開できるよう整備をお願いします。	・整理整頓しました ・使用していない内視鏡保管棚は撤去し、新しい内視鏡保管棚の購入を予定しています	一部改善
・（評価表 I-2-4（内視鏡の細菌培養検査））：貴院の内視鏡の取扱業者にご相談いただき、適切なタイミングでの検査の実施をご検討ください	・業者に相談し内視鏡の細菌培養検査を行う予定です	検討中

J 医療廃棄物

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]
-----------	-------------	------------------------------------

・現在、関節注射に使用した注射器は、膿盆に入れていますが、針刺し事故や環境汚染のリスクがあります。持ち運び可能な携帯用廃棄容器を準備する、もしくは、感染性廃棄物容器の設置場所を変更する事で、針刺し事故のリスクや環境汚染の回避、膿盆洗浄の労務軽減が可能になります。	・感染性廃棄物容器を設置し、関節注射に使用した注射器を破棄できるようにしました	改善
・医療廃棄物を詰め込む時に使用する棒が感染性廃棄物容器の横に置かれていました。押し込む事で感染性廃棄物容器が中の鋭利物で破損する可能性があります。押し込む棒を撤去し、感染性廃棄物容器は8割で密閉して下さい。	・押し込む棒を撤去しました ・感染性廃棄物容器は8割で密閉するよう努めます	改善
・（感染性廃棄物管理規程）改正日の記載はありますが、制定日の記載はありませんでした。改訂を行った際に改訂ポイントを院内研修やICT ニュースレターとして周知することで職員の意識向上のきっかけになると思いますのでご検討をお願いします。	・制定日を記載しました ・ICT ニュースレターとして周知しました	改善

K 検査室

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〕
・狭いスペースですが、検査エリアと事務エリアを可能な限り分けていると思います。完全なゾーン分けは困難なため、エリア毎の運用（手袋着脱と手指衛生）の徹底をしてください。	・手袋着脱と手指衛生を徹底して行います。	改善
・検体飛散リスクが高い業務（採血管開栓、ピペット操作、検査後検体廃棄など）において、手袋だけではなく、エプロンやガウンの着用（必要な場合ゴーグル）もご検討ください。 試薬・検体保管冷蔵庫は、検体が誤ってこぼれた時に汚染範囲を少なくする、及び試薬汚染回避のため、上に試薬、下に検体を配置するようにして下さい。	・検体保管について、下段は床と近く視認性が悪いため上段に配置し、検体が誤ってこぼれた際下段が汚染しないように試験管立てをトレイに入れて保管しています。 ・今後は検体の真下に試薬を置かないようにします。	一部改善

・検体搬送容器は専用 BOX（蓋付き、中身が見えない、清拭可能、バイオハザードマーク貼付）をご検討ください。	・中身が見えないようにし、バイオハザードマークを貼り付けました。 ・素材はプラスチックのため清拭可能です。	改善
・生理機能検査室はシーツ無しのベッドでした。1 患者毎に清拭をお願いします。	・1 患者毎に清拭します。	改善

L 清掃

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
・清掃委託業者と定期的な話し合いがもたれており、情報共有ができていました。清掃手順が確認されていませんでしたので、清掃手順と清掃場所をご確認ください。清掃委託業者に対する研修も実施しましょう。	・清掃手順と清掃場所を周知しました ・定例会で感染対策上の注意点を伝えました ・委託業者にも研修に参加してもらいました	改善
・排水口や水道周囲に目に見えた汚染が確認され、シンクの清掃は不十分でした。委託清掃業者の清掃範囲以外を職員が実施できているか、清掃に抜けが無いか病院全体の清掃をご確認ください。	・シンクは職員が掃除しています ・掃除を徹底します	改善
・（評価表 L-1-1（ICT による清掃手順の把握））：清掃業者との契約をご確認ください。また、必要時に貴院 ICT による現場での手順確認を実施するのが良いと思います。ご検討をお願いします。	・清掃手順を確認しました ・現場での手順確認は今後検討いたします	一部改善

院内感染対策実地支援アンケート

令和6年度に実地支援を実施した病院（1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地支援が有効であったかアンケート調査を行った。

○アンケート結果

・感染対策について、現場を見て丁寧に教えてもらい、理由も理解できるもののため非常に有意義なものでした。

（理由）

・COVIDの発生により感染対策を考えるようになりましたが、普段は職場の現状を感染対策の視点で考えることが少なく、単に受け入れていました。

・感染対策に詳しいスタッフがいますが、多くのスタッフをまとめることや研修を行っても細かな部分を伝えることは難しいです。

・前回、今回と専門家の意見を聞いたことでスタッフにその根拠も説明することができました。自信がなければ言葉に力がなく、中途半端になってしまいます。

・今回の指摘ではハード面での改善が必要な部分も多いので時間がかかるとは思いますが、1つ1つ対応していきたいと思っています。

令和 6 年度院内感染対策相談事業 相談回答結果

【相談内容】（病院）

当院、毎年 2 回、院内感染対策に関する講習を実施しているところではありますが、今年度【HPV ワクチンについて】をテーマにしては？という声が上がっています。

①講習内容につきまして、上記の話題についても問題ありませんでしょうか？

②針刺し事故時の対応につきまして、抗 HB 免疫グロブリンも HIV 薬と同様に石川県内の指定病院等で確保していないのでしょうか？大病院等で、必ず確保してある等の情報がございましたらお教えいただけたら幸いです。

【回 答】

この度は石川県院内感染対策相談窓口をご利用いただきありがとうございます。

1. HPV ワクチンは、子宮頸がん予防ワクチンであり、院内感染対策とは直接関係なく、これのみを院内感染対策講習会の テーマとするのはおすすめいたしません。
2. 抗 HB 免疫グロブリンについては、抗 HIV 薬のような特別の配備は行われておらず、各施設に配備となります。配備されていない場合には、事故発生時に直ちに対応（発注および配送）できるよう、対応可能な卸業者なども含め体制を整備しておくことをおすすめいたします。なお、HBV はワクチン接種により感染防御可能な感染症です。医療者全員の免疫獲得を目指すことを目標にワクチン接種の推進もお願いします。

令和 6 年 6 月 27 日

石川県院内感染対策支援ネットワーク会議

令和 6 年度石川県院内感染対策支援事業概要

令和 7 年 3 月

編集 石川県健康福祉部医療対策課
