

市立甲府病院 医療安全体制等検証委員会  
指摘等事項に対する対応状況一覧<感染対策>

[平成 25 年 7 月 9 日現在]

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
<b>1 感染対策の組織</b>			
	1)	感染対策委員会、感染管理室、感染対策チームが組織され、入院基本料算定要件に規定される構成員となっているが、感染対策委員会・感染対策チーム会設置要綱に記載された構成員と、該当者氏名の一覧表の作成や、任期の規定が望まれる。	院内感染防止対策委員会・感染対策チームの構成員については、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱に記載されており、一覧表についても作成した。しかし、構成員の任期について記載されていないため、院内感染防止対策委員会・感染対策チームの要綱を改訂し任期を記載する。
	2)	貴院で感染防止対策の中心的役割を担う、感染管理室に関する設置要綱が策定されていない。また、設置要綱に、抗菌薬適正使用への介入や、ベッドコントロールなどの権限を明文化することにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。	感染管理室は、甲府市事務分掌規則により規定されている組織であり、院内感染防止対策委員会の方針に従い、感染対策の中核組織の一つとして活動している。感染管理室の感染対策に関する具体的な活動や権限については、感染防止対策マニュアルに明示する。
	3)	毎月 1 回定期的に感染対策委員会が開催されているが、欠席者への代理出席が求められていない。欠席者とそれに対する代理出席の状況が簡便に時系列で把握できる出席表の作成が望まれる。	当院の職員数では、委員会に所属する全ての職員に代理出席を出すのは困難であることから、セクションへ確実に周知するため、部門において 1 名は出席できるよう指導する。 各委員の委員会への出席状況について委員会議事録に出席委員と欠席委員を明記し出欠状況が分かるようにしている。時系列で各委員の出席状況がわかるよう出席表を作成し、記録に残すこととする。
	4)	議事録は適正に記載されているが、検査技師が議事録を作成しており、専任で関わる事務系スタッフの協力体制の確保は必須である。	今後は、議事録を事務担当者が作成することとした
<b>2 ICT 活動</b>			
	1)	感染対策マニュアルは適宜改訂され充実した内容となっているが、改訂の経緯と内容が把握できる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル改訂時はできるだけ速やかな院内周知が必要とされるため、広報の手段も同時に検討する必要がある。	院内感染防止対策マニュアルについて、ガイドラインの変更や法律改正などにより内容を見直す必要があるときには、適宜改定を実施している。改訂実施時には改訂日を記載しているが、改訂の内容について記載していない。次回改訂からマニュアル更新履歴を作成する。 マニュアル改訂時には、ICT ニュースにより院内に広報している。今後もマニュアル改訂について速やかな院内周知のため ICT ニュースだけではなく改訂に関する通知もし、より一層院内全体に周知できるようにする。
	2)	教育については、年間 2 回以上の講習会開催や、出張講習会実施といった感染管理室の努力姿勢がみられる。しかし、職員一人当たりの出席率や職種別出席率など、各出席率間での統一性がなく、算出数値の持つ意味が不明確であり、また、出席率改善方策の検討データとして十分活用されていない。感染管理室は、年間を通じて一度も講習会に参加していない職員を把握して、参加させるよう一層の工夫と努力が必要と考える。	院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごと出席者を把握しており、職員が年 2 回以上研修会に出席するよう関係部署に働きかけている。しかし、職員一人一人の出席回数などは出していないため、職員一人一人への働きかけとなっていない。 今年度から、研修会への職員の出席回数や職種ごとの出席率を算出し職員の出席状態の把握を行ない、研修会に参加していない職員に通知を出すなど研修会への参加を促す活動を実施する。
	3)	ICT ニュースや院内通知にて随時、感染情報を発信しているが、現場に周知されたか確認がされていない。この確認システムの構築が望まれる。ポスターコンテストを企画するなど、感染対策に興味を持たせる良いアイデアが取り入れられている。	ICT ニュースや感染対策に関する通知は適宜出しているが、関係部署の職員への周知状況は確認していない。 今年度からは、メールによる配信や回覧の際に職員が署名するなど、部署にあった確認方法を用いることとし、周知状況は感染対策チームのラウンド時に確認する。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
2 ICT 活動			
	4)	JANIS 検査部門サーベイランスに参加しており、それを通じて、MRSA 検出データは半期ごとに各病棟、各診療科にフィードバックされている。蓄積されたデータに基づいた介入目安の明確化が望まれる。ターゲットサーベイランスは、カテーテル関連血流感染サーベイランスが2病棟で継続的に実施されていた。	MRSA に関して病棟ごとに検出数を把握し、半年毎に院内感染防止対策委員会や感染対策チーム、各病棟にフィードバックしている。MRSA の検出が通常より多い場合は感染管理室や感染対策チームでラウンド等を行ない介入している。 また、蓄積データを基に介入基準を明確にした。(例：MRSA の場合は新規検出3例の場合介入する)
	5)	アウトブレイク事例については、いずれも早期より適切な介入が実施され、最小範囲で制圧されていた。介入事例については、発生経過、集計データ、具体策、結果までの一連の経緯が記録に残されており、外部より介入が入った場合でも容易に事例把握が可能であると考えられる。	今後もアウトブレイク事例については適切な対策を実施し、発生の経過や対策などについて記録を残していく。
	6)	広域抗菌薬・抗 MRSA 薬について届出制・許可制がとられ、感染管理室の薬剤師・医師により全例に監視体制がとられていた。感染症専門医が不在であることから、各診療科への横断的な指導介入が課題とされている。また、申請書に、許可制が取られている LZD の使用が認められない場合の理由を記載する欄を設けるべきである。	抗菌薬の適正使用のため、広域抗菌薬や抗 MRSA 薬について届け出制・使用許可性を取り使用状態について監視している。感染症専門医が不在であるため、内科系医師・外科系医師を感染対策チームに配置し、介入できるよう体制を整えている。 LZD は使用許可制がとられており、使用する場合は申請書を提出している。申請書に使用を許可しない理由を記載する欄がないため、申請書の見直しを行い理由を記載する欄を設けた。
	7)	現場からのコンサルテーションについては、迅速に感染管理室に相談できる体制が確保されており、さらに内容によって専門分野の室員へ振り分けがなされている。コンサルテーション内容の記録は残されているので、集計・分析を十分に行い、感染防止対策の見直しとして活用して欲しい。	感染管理室に職員から相談があった場合、相談内容・問題点・回答内容等について記録を残している。相談数や相談内容に関する分析が不十分であることから、今年度は、相談された内容について引き続き記録するとともに、職員がどのようなことについて疑問を持ち相談してくるのか把握し、多くの職員が共通して相談することや感染対策上重要なことについては、マニュアルを改訂し追加するなど感染対策の改善に生かすことができるようにする。
	8)	職業感染防止として、新採用者と中途採用者に対する HBs 抗体検査体制が構築されている。感染管理室において抗体価データの活用も可能であり、有事の際は迅速に曝露後対策が実施できる体制がとられている。今後、個人情報管理に対する、職員の承諾の取得についての検討が必要と思われる。また、麻疹以外に風疹、水痘、流行性耳下腺炎に関しても、同様の体制構築が望まれる。	職業感染防止策として新採用者と中途採用者に対して、HBs 抗体・麻疹抗体価検査、QFT を実施している。結核や針刺し事故などが起きた場合は、抗体価を基に必要な感染防止策を実施している。しかし、麻疹同様感染対策が必要な風疹・水痘・流行性耳下腺炎に関しては検査が実施されていなかった。 今年度は、風疹に関して検査と必要者に対する予防接種を実施しており、水痘・流行性耳下腺炎に関しては、来年度以降の実施を検討していく。 また、これら検査結果に関して感染対策上必要となる場合に、データを感染対策チームや感染管理室で活用することについて必要時に職員個人から同意を得ているが、今後は職員全員に文書による同意を得ていきたいと考えている。
	9)	ICT ラウンドについては、週1回実施されている。ラウンド結果を受けて、現場から2週間以内に改善報告書の提出がシステム化されている。改善報告書の内容が実施されているかどうかについての確認を報告書への捺印により行われているが、日付記載が必要。また、一年間に全セクションをラウンドすべきであるが、その意味でもラウンド箇所の一覧表があると良い。	感染対策チームでは週1回院内関係部署のラウンドを実施し、感染対策上問題となることがないか確認している。ラウンドの結果については関係部署にフィードバックし、必要時には改善計画書を感染管理室に提出してもらい改善内容の確認を実施している。 しかし、ラウンド箇所の一覧表や改善計画書の確認日について文書化していないことから、今年度は、ラウンド部署が明確になるよう一覧表を作成する。また、改善計画書に基づき確認ラウンドした場合には日付を記載する。



区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
3 外来			
	1)	<p>外来正面玄関に手指消毒剤が設置され、外来患者にも手指消毒が推奨されている。咳エチケットに関する掲示もあり、外来患者自身への意識付けの体制は取られている。このような体制が、外来各診療科の窓口等でも取られることが望ましい。台上やポスターにアルコール製剤の付着による汚染が目立つので、より頻回な清掃管理が望まれる。マスクの販売は売店のみで可能であり、患者の動線を考えたときに、自販機の導入なども検討していただきたい。</p>	<p>感染防止のため手指衛生や咳エチケットに関して外来患者に協力を依頼するためポスターの掲示や手指消毒剤を正面玄関・北口玄関に設置している。しかし、各診療科の外来受付窓口では患者に明確に分かるようにポスターの掲示等ができていない。</p> <p>上半期中には、各診療科外来窓口でも手指衛生や咳エチケットへの協力を得るためのポスター掲示や手指消毒剤を設置していく。</p> <p>正面玄関や北口玄関に設置しているポスターや手指消毒剤を設置している台については清掃業者に定期的に清掃してもらうこととし、感染管理室でも清掃状態について確認していく。</p> <p>咳エチケットに必要な来院者用マスクについては、引き続き売店で販売するとともに、10月1日からは正面玄関付近等に自動販売機を設置する予定である。</p>
	2)	<p>清潔なシンクの横に埃取りが置かれているため、清潔区域と不潔区域の区域分けを検討する必要がある。</p>	<p>手洗いシンクの横のほこり取りは撤去した。</p> <p>また、清潔区域に汚染の原因となるものは置かないなど清潔区域・不潔区域について意識し管理するよう指導を徹底する。</p>
	3)	<p>固形石鹸は細菌汚染を受けやすいため、詰替をしないことを原則とした液体石鹸への変更の検討が望まれる。</p>	<p>固形石鹸については当院では使用しないこととなっているため撤去した。液体石鹸は一部詰め替え式を使用しているが、詰め替え式でない液体石鹸の配備については来年度以降に予算措置していく。</p>
	4)	<p>感染性の患者を隔離して診察するスペースや、採痰ブースの設置がなく、運用上の規定を明確化して、各診療科で円滑に、最大限の隔離対応が取れるよう準備する必要がある。</p>	<p>外来には結核疑い患者が使用する採痰ブースがなく、空気感染予防策が適切に実施できるスペースでの診察が出来ていないが、今年度中にはHEPAフィルター空気清浄機の導入ができるよう関係部署と協議し予算措置する。</p> <p>外来でのトリアージは各診療科外来で実施しており統一化されていないことから、各診療科外来と調整し統一した対応がとれるよう院内感染防止対策マニュアルに記載していく。</p>
	5)	<p>ラウンドした診療科の各診察ブースに手指消毒剤が設置されておらず、必要時に適宜、手指消毒を行うことが困難である。手指衛生行動の改善に向けた環境整備を行うべきである。</p>	<p>全診療科の外来診察ブースに手指消毒剤を設置するとともに、手指衛生の実施を促すポスターを掲示する。</p>
	6)	<p>外来処置室スタッフの手袋着用率は高い。交換のタイミングとその際に手指衛生行動を徹底するよう継続教育を期待する。</p>	<p>院内感染防止対策研修会等で職員に個人防護具の着脱や手指衛生に関する研修会を実施する。</p> <p>また、感染対策チームでのラウンドでの確認と指導や看護部感染対策ナースチーム会スタッフからも職員に対して働きかけをしてもらい徹底する。</p>
	7)	<p>検体搬送用リニア搬送機のラック緩衝材に尿検体の付着あり。検体容器外面を汚染する可能性があり、尿検体の量を厳しく制限するなど改善が必要である。</p>	<p>尿検体は尿をカップに採取した後に蓋をし、検体搬送用のラックに入れリニアで検査室に搬送している。尿検体の中には、量が多いとリニア搬送中にこぼれてしまうことがある。</p> <p>尿検体が必要な時には、患者に説明し協力を得ることにより、検査に必要な量以上はカップに尿を入れないようにする。</p>
	8)	<p>台上に清潔物品と不潔物品が混在しているため、整理が必要である。</p>	<p>台の上を清潔区域と不潔区域に区分けし、清潔・不潔の徹底を図る。</p>
	9)	<p>採血時の腕固定枕に、手術室で使用しているクウムが再利用されていたが、安価な DISPOSABLE を利用し、固定枕は汚染時に清拭消毒が可能な素材のものとする事で、患者ごとの清潔が保持される。</p>	<p>採血枕にクウムを使用することは中止し、採血する患者ごとに DISPOSABLE を利用することとする。また、採血枕は清拭消毒が可能となるようビニール製のものを使用する。</p>

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
3 外来			
	10)	外来通院治療センターでは、クリーンベンチでの無菌的調剤がなされているが、横の棚の上には書類等が入ったコンテナが積み重ねられている。無菌的環境整備が整っていない。	通院治療室の棚の上に置かれているコンテナなどは撤去し、何も置かないこととした。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。
	11)	調剤室内の清浄度を高く保つためにも、埃を除去しやすい環境とする必要がある。入口には簡易的な棚が置かれ、さまざまな物品の保管場所となっている。清潔なりネン、一般ゴミ、感染性廃棄物が隣接して置かれており、清潔と不潔の区域分けがなされていない。清潔物品は埃がつかない扉付きの棚に収納するなど、区域分けを検討する必要がある。	治療室入口の棚について整理を行い一般ゴミや感染性廃棄物などの環境汚染の原因となる物は置かないこととした。部署内で通院治療室を定期的に整理・整頓を実施し、環境整備することとした。 シーツなどの清潔物品については、扉付の棚に収容できるようにするため今年度中に扉付の棚が導入できるよう関係部署と協議する。 また、感染対策チームでラウンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、継続的な整備ができるよう指導する。
4 病棟			
	1)	各病室に手洗い場と手指消毒剤が設置され、清潔に管理されていたが、ペーパータオルの設置がなされていない部屋があった。水道栓を手で締める際にペーパーを使用できると、手洗い効果がより高まるのでペーパータオルを欠かさないようにすべきである。	全病室には手洗い場と手指消毒剤が設置されているが、一部の病室にペーパータオルは設置されていない。 感染対策上手指衛生が必要な患者の病室にはペーパータオルを設置していくこととし、全病室への一斉設置については、多額の経費を要することから来年度以降に予算措置していく。
	2)	スタッフステーション内の点滴台周辺は、よく整理整頓されているが、空調下に点滴台が置かれているので、埃などの落下防止のため、定期的な空調清掃が重要である。調剤時に使用するマスク、手袋、点滴台を清拭するための消毒用エタノール等の物品配置について、確実な清潔行動が実施されるための効率的な配置を、看護師の動線に合わせて検討する必要がある。	点滴作成時に汚染されないよう点滴台に点滴以外のものは置かないこととなっている。点滴作成時に使用する手袋やマスク等の物品は、それぞれ別の場所に保管しており、アクセスしやすい配置となっていないことから、点滴台の上やカートなどに必要な物品をセットすることで、効率的な配置となるようにした。 また、空調については、引き続き埃等で汚れていないかチェックするとともに、定期的に清掃する。
	3)	点滴台周辺のスペースを清潔区域とした場合、血液などの付着した点滴ルートが区域内のメディカペールに廃棄されないよう、看護師の作業動線の改善に取り組んでいただきたい。	感染性医療廃棄物容器メディカルペールについて、病棟ではナースステーションと汚物処理室に設置している。ナースステーションでは点滴台の周囲にメディカルペールを設置しているが医療法による立ち入り検査時の指導に従い、点滴台から一定の距離をおいて設置している。また、看護師には湿性生体物質等に汚染された器材等による交差感染が起きないように清潔・不潔の動線を分けるよう指導している。しかし、メディカルペールには、注射針や使用した個人防護具、血液の付着した点滴ルートなどを廃棄しており交差感染が起こる可能性がある。 ナースステーションに設置しているメディカルペールには、湿性生体物質で汚染された点滴ルートや個人防護具は一切破棄しないこととした。湿性生体物質などに汚染された物はすべて汚物室に設置されているメディカルペールに廃棄する。 また、感染対策チームで分別に関するポスターを作成しメディカルペール付近に貼付しスタッフに注意喚起するとともに、感染対策チームによるラウンド時にメディカルペールの分別ができているか確認、必要時には指導する。 今年度中に、ナースステーションに設置されているメディカルペールの撤去の可否も含めて管理方法の見直しを行う。



区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
<b>4 病棟</b>			
	4)	病棟担当薬剤師が配置されており、適正な薬品管理が可能な体制が整っているが、薬品冷蔵庫内において、内服、注射、外用薬の区域分けを明確にしていきたい。また、冷蔵庫の温度表示が正しいか、検定済の温度計を用いての検証が必要である。	薬品冷蔵庫内の内服、注射、外用薬について明確に区分けにすることとした。 冷蔵庫の温度表示が正しいか確認できるようにするため、冷蔵庫内にも温度計を設置することとした。
	5)	浴室前洗面台には、複数患者で共用するリスクがあるためブラシを置かず、原則的に患者所有のものを使用する。ドライヤーの引き出しに、髪の毛が溜まっていたため、日常的な清掃が必要である。安全面からカミソリやハサミの管理は厳重にする必要がある。	安全管理上も問題があることから、浴室洗面台にはカミソリ、ハサミなど置かないこととし、不要なものが置いていないか、汚れていないか確認するため浴室の掃除時に洗面台の引き出し内も一緒に確認し清掃することとした。また、ブラシ類の共有をしないよう患者個人に用意してもらうことを徹底する。
	6)	浴室内に清掃用ブラシ・スポンジが置かれているが、乾燥が困難な浴室内に置かれたスポンジは細菌繁殖のリスクが高い。患者が座る椅子との距離も近く、患者を汚染させる可能性もある。これらの環境を整える必要がある。	浴室の洗浄に使用するブラシは使用後乾燥させるために、浴室の壁に下げていたが、風通しが悪く乾燥が困難なことから浴室のブラシは、風通しがよく乾燥させやすい特浴室で乾燥することとした。
	7)	清拭タオル保温車については、細菌が増殖しやすく芽胞形成菌によるアウトブレイクの要因となることから、使用を中止する施設も多いため、運用について検討願いたい。	清拭タオルについては、濡れた状態で作り置きしておくこと細菌が繁殖しアウトブレイクの原因となる可能性がある。このため、清拭タオルについては濡れた状態で作り置きしておくことは止めることとした。また、作成してから使用するまでの時間をできるだけ短くするため、清拭終了後は清拭車を洗浄し乾燥させるとともに、使用する日に乾燥したタオルから作成することとした。また、清拭タオルでは点滴刺入部や創部など清潔操作が必要なところには使用しないこととした。 アウトブレイクの発生を防止するため清拭車の使用をやめることも含め、清拭タオル・清拭車の管理について検討している。
	8)	観賞用鉢植え植物の土、生花、花瓶の水、ドライフラワーの表面などより緑膿菌やアスペルギルスなどが培養されることから、運用について検討願いたい。	病棟ナースステーションのカウンターなどに観賞用の植物がおかれている。易感染性の患者が入院していることから、植物などは置かないこととした。 お見舞いのために持ち込まれる花などについては、すみやかに自宅に持って帰るよう患者に協力依頼することとした。
<b>5 標準予防策</b>			
	1)	手洗い・手指消毒を実践していただいた看護師の手順や、手技は適切に行われていた。ラウンド中に観察した医師の手洗いは、短時間で手順も簡略化されたものであったため、医師への手指衛生遵守向上を目的とした教育指導を継続していただきたい。	医師に対する手指衛生の実施徹底については、院内感染防止対策委員会・感染対策チームに所属する医師に率先して指導してもらうこととした。
	2)	手袋の着用状況は良いが、手袋着用のまま周囲環境に触れる場面も見られたため、着用と外すタイミングについても継続教育を期待する。	院内感染防止対策研修会等において、個人防護具の着脱に関して職員の意識啓発に努める。 また、感染対策チームによるラウンドで手袋の着脱の確認と指導を実施するとともに、看護部感染対策ナースチーム会に属するスタッフからも職員に対して指導する。
	3)	防護具が必要な病室にはマスク、手袋、エプロンなどが設置されており、必要時、すぐに使用できる環境が整っている。聞き取り調査では、リンクナースが自部署において着脱方法を指導教育しているとのことであった。感染対策実践の充実は、on the job training (OJT) が極めて重要であるため、リンクナース活動の推進に取り組んでいただきたい。	看護部感染ナースチーム会に所属する看護師が中心となって、所属する部署の病棟スタッフに対し勉強会や日常業務での指導を継続実施する。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
<b>6 経路別予防策</b>			
	1)	院内規定として、経路別予防策が適応される多職種間での患者情報の共有方法が明確ではなく統一性を欠いており、また、病棟にあるネームボードの活用方法も、病棟ごとで異なっていた。患者に関わるすべての職員が患者情報を統一性のある同じ方法で共有する方法を早急に確立して欲しい。	感染経路別の予防策の徹底が必要な患者に関する情報について職員全員が理解し共有できるよう全病棟で感染症に関する情報を統一するため、年度内に院内感染防止対策マニュアルに経路別予防策の表示に関する項目を作成追加する。
	2)	麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関する対応マニュアルがない。これらの感染症についての連絡体制や感受性者サーベイランスの期間や範囲などを規定した内容を含むマニュアル整備が望まれる。	年度内に麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎に関して院内感染防止対策マニュアルに作成追加する。
	3)	第二種感染症指定医療機関として、感染症病棟があるが日常的には運用されていない。	感染症病棟に隔離する必要がある患者が発生した場合には対応できるよう運用マニュアルが作成されている。 感染症病棟を必要とする患者が発生した場合には、運用マニュアルに基づき対応する。
<b>7 術後創感染予防</b>			
	1)	除毛については感染対策マニュアルに詳細な内容が記述されている。原則的には術直前に行うとしているが、前日実施の指示を出している診療科が存在しており、マニュアル違反が見られる。	除毛についてマニュアルに基づき術前日に実施しないよう徹底する。 エビデンスに基づいた実践ができるようマニュアル等の見直しも検討する。
	2)	周術期抗菌薬については、マニュアル上に規定がある。	マニュアルは作成されているため、周知徹底していく。
<b>8 医療器材の管理</b>			
	1)	カテーテル関連血流感染サーベイランスを継続して実施していることから、自施設の感染率データに基づいて、血管内留置カテーテル管理の評価と見直しを行っていただきたい。	カテーテル関連血流感染サーベイランスの感染率等のデータだけではなく、臨床現場でのカテーテル関連血流感染予防策の実施状況等の把握を行いカテーテルの管理方法等の評価を実施する。また、問題があるときにはケア方法の見直しを図る。
	2)	人工呼吸器の定期点検や回路交換などは、ME センターで管理されており、医療機器の安全管理を保証する上で有効と考える。	ME センターでの管理を継続し、感染・医療安全管理の徹底を図っていく。
<b>9 洗浄・消毒・滅菌</b>			
	1)	スポンジやタワシの管理が院内で明確に規定されていない。交換時期や乾燥促進を考慮した保管方法など院内規定の策定が望まれる。	スポンジ等はグラム陰性菌等の病原微生物が付着しており濡れた状態での保管は菌が増殖することが指摘されている。 当院では、スポンジ等について使用したら洗浄し乾燥できるよう保管することとなっているが交換の時期などが明確にならなかったため、交換時期を使用開始後 1 週間とし、汚染がひどい場合にはすぐに交換することとした。また、使用後は洗浄し固く絞り、吊るして乾燥できるよう保管することとした。 今年度中に、スポンジの代替品やコストなどを検証し、スポンジを廃止するか、使い捨てにするか検討する。
	2)	病棟での洗浄・浸漬消毒が行われているが、対象物が浮かんだまま消毒薬に入れられているなど、確実な消毒効果が得られない現状が見られたので改善が望まれる。	研修会や感染対策チームでのラウンドでの指導により、適切な消毒実施を徹底する。また、確実に消毒が必要な物品が消毒液に浸漬できるよう落としブタを使用することとした。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
<b>9 洗浄・消毒・滅菌</b>			
	3)	使用後の鋼製小物を、病棟で一時洗浄してから中央材料室に戻している。しかし、現場での洗浄処理は体液曝露のリスクが高いため、現場での一時処理は、可能な限り行わず、中央材料室で集中的に管理すべきである。	血液やタンパクなどが消毒・滅菌が必要な機材に固まるのを防止するため各病棟のジェットウォッシャーで一時洗浄している。しかし、機材につく血液や体液により職員が曝露するリスクを最小限とするため病棟での一時洗浄は廃止する。 使用後の機材については凝固防止剤を塗布した後に、蓋つきの箱に入れ一時保管し中央滅菌室に搬送することとした。
	4)	喉頭鏡ブレードは、粘膜と接触するためセミクリティカル器材となる。高水準以上の消毒レベルが必要である。使用後は中材でのウォッシャーディスインフェクターによる熱水消毒が推奨される。保管は埃が付かないような保護が必要である。	喉頭鏡のブレードに関しては、中央滅菌室で熱水消毒、乾燥させ、袋に入れ各部署に返却する。また、使用前のブレードに関しては袋に入れ保管することとし、点検時には手袋を装着しブレードを汚染しないよう清潔に扱うこととした。
	5)	内視鏡センターにおける内視鏡の洗浄、消毒、管理については適切に行われている。消毒薬のバリデーションは業者推奨方法で施行され、結果の記録も取られていた。	内視鏡の洗浄、消毒、管理、記録が適切に実施できるよう引き続き対応していく。
	6)	内視鏡管理の中央化が図られると、より安全性が向上すると考える。	内視鏡管理の中央化は、人員や施設の制限から困難な状態にあるため、将来的に検討していく。
	7)	患者に貸与するコップや水のみが、一時消毒後に個装され保管されているが、患者間の共有を回避することを原則として、紙コップなどディスポ製品を活用するなど、業務改善を図ることが望まれる。	コップの共有は中止することとした。 必要な患者には、紙コップを使用することとし、患者に購入・準備してもらうよう徹底する。
<b>10 医療廃棄物</b>			
	1)	バイオハザードマークが表示された適切な廃棄容器が使用されていたが、感染性廃棄物に一般ゴミの混入があり、選別された。最終保管庫の表記と施錠の状態は良好であった。	廃棄物の分別についてポスターを作成し注意喚起する。また、感染対策チームのラウンド時に廃棄容器の確認を行い指導する。 最終保管庫については表記と施錠が適切に実施できるよう管理を継続する。
<b>11 微生物検査</b>			
	1)	安全キャビネットのメンテナンスや、HEPA フィルター交換の定期的な実施が望ましい。	今年度、関係部署と協議し可能であれば予算処置を行いメンテナンスを実施する。今年度実施できない場合には、来年度実施することを検討する。
	2)	ダンボール類が床に直接置かれている点は棚上などの埃の堆積が見られた。日常的な環境整備の早急な改善が望まれる。	段ボールを直接床に置かないよう職員に対し注意喚起した。また、一時的な保管のため段ボールを使用する場合は、床に直接触れないよう台を設置することとした。 環境整備については、定期的に環境面の清掃を実施する。また、感染対策チームでラウンドを実施し、環境面に問題が無いか確認することにより環境整備が継続してできるようにする。
<b>12 その他</b>			
	1)	感染対策加算の要件に、院内感染対策に関する取り組み事項の掲示は「見やすい場所」に行うとされているため、形式や場所の検討が必要である。	感染対策の取り組みについて内容の見直しをおこない、文字を大きくするなどして必要な項目が分かりやすいものに変更し掲示した。
	2)	清掃カートのバケツの中で、スポンジ・ブラシ・布タオルなどが接触しており、洗剤などの蓋がされていない。また、絞った形状のままの布タオルがある。これらの用途、スポンジやブラシなどの管理がどのようにされているかなど、ファシリティマネジメントとして感染管理室で把握している必要がある。	清掃業者の現場責任者・病院清掃受託責任者と清掃カートの整備状況について現状の把握をおこない、布タオルやスポンジ、ブラシ、洗剤等の保管・整備方法について話し合いを実施した。その結果をもとに清掃業者においてカート内の用具等の配置などを検討している。 清掃カートの検討結果については感染管理室で確認し、問題がある場合には指導していく。また、感染対策チームでのラウンド実施時に適切な管理ができていないか継続して確認・指導する。



区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況
12 その他			
	3)	使用後リネンの最終保管場所は、清潔リネンと交差することのないスペースが確保され、保管状況も整理されていた。	リネンの管理が適切に実施できるよう、引き続き整理していく
	4)	水飲み場の冷水機の定期的なメンテナンスと、水質確認の実施とその実施記録管理も必要である。	チェックリストを作成し、残留塩素の測定を含めた定期的な点検を行う。また、点検結果については、事務局(施設担当)で保管する。