

梨大医総発第 19号
平成25年 6月20日

市立甲府病院
院長 小澤 克良 殿

山梨大学医学部附属病院
病院長 島田 眞



市立甲府病院 感染管理体制に係わる調査結果報告の提出について

貴院の感染管理体制について、国公立大学附属病院感染対策協議会の相互チェック項目表を視点として、訪問調査により、感染防止対策マニュアルの内容と院内ラウンドによる現状の確認を行いました。つきましては、その報告書を添付いたします。

今回の調査結果は、貴院の感染管理体制全般を網羅する報告書ではありませんが、感染対策のより一層の充実を目指す上で活用して頂ければ幸甚です。

山梨大学医学部附属病院

感染対策委員会委員長	木内博之
感染対策委員会副委員長	井上 修
感染管理看護師長	矢崎正浩
臨床検査技師	内田 幹
薬剤師	橘田文彦

市立甲府病院 感染管理体制に係わる調査結果報告

訪問調査実施日 平成25年6月 3日

結果報告書作成日 平成25年6月17日

山梨大学医学部附属病院

感染対策委員会委員長 木内博之

感染対策委員会副委員長 井上 修

感染管理看護師長 矢崎正浩

臨床検査技師 内田 幹

薬剤師 橘田文彦

1. 感染対策の組織

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

2. ICT 活動

- 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。
- 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。
- 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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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、麻しん以外に風疹、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。
- 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。

3. 外来 (添付資料1 1. 外来 参照)

- 1) 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。

- 2) 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。
- 3) 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。
- 4) 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。
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 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。
- 8) 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。
- 9) 採血時の腕固定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用されていたが、安価なディスポシートを利用し、固定枕は汚染時に清拭消毒が可能な素材のものとするこ
とで、患者ごとの清潔が保持される。
- 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まれている。無菌的環境整備が整っていない。
- 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。清潔なリネン、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。

4. 病棟（添付資料1 2. 病棟 参照）

- 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。
- 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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

5. 標準予防策（添付資料1 3. 標準予防策 参照）

- 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。
- 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。
- 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。

6. 経路別予防策（添付資料1 4. 経路別予防策 参照）

- 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。

- 2) 麻しん、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。
- 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。

7. 術後創感染予防

- 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。
- 2) 周術期抗菌薬については、マニュアル上に規定がある。

8. 医療器材の管理

- 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。
- 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。

9. 洗浄・消毒・滅菌（添付資料1 5. 洗浄・消毒・滅菌 参照）

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

10. 医療廃棄物（添付資料1 6. 医療廃棄物 参照）

- 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、選別されたい。最終保管庫の表記と施錠の状態は良好であった。

11. 微生物検査室（添付資料1 7. 微生物検査室 参照）

- 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。
- 2) ダンボール類が床に直接置かれている点は柵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。

12. その他

- 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
- 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。
- 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。
- 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。

【 参考資料 】

1. 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」医政発第0330010号.平成19年3月30日
2. 「医療機関等における院内感染対策について」医政指発0617第1号.平成23年6月17日
3. 「看護関連施設基準・食事療養等の実際 平成24年4月版」社会保険研究所
4. 「院内感染対策マニュアル2010年版」東京都福祉保健局 平成22年10月
5. 「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティガイドライン」日本環境感染学会等
6. 「病院感染対策ガイドライン 改訂版」国公立大学附属病院感染対策協議会.じほう.2012

添付資料 1

市立甲府病院 感染管理体制に係わる調査結果報告 「院内ラウンド結果」

訪問調査実施日 平成25年6月 3日

結果報告書作成日 平成25年6月17日

報告書作成者 矢崎正浩

1. 外来

1) 外来ホール



外来患者用の手指消毒剤が設置され、手指衛生や咳エチケットを推奨する方策がとられているが、台上やポスターのアルコール製剤による汚染が目立つ。より頻回な清掃管理が望まれる。

また、この付近にマスク自販機が設置されているとより効果的と考える。

2) 外来処置室



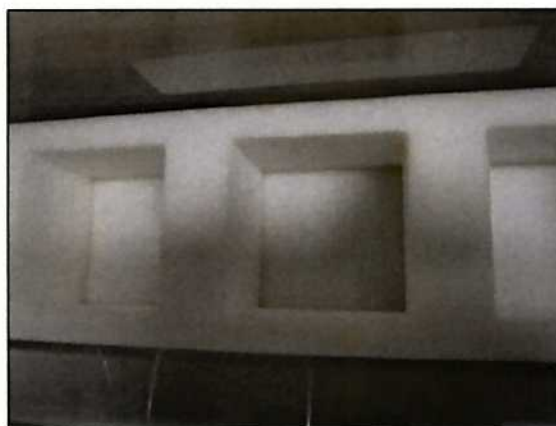
清潔なシンクの横に埃取りが置かれている。清潔区域と不潔区域の区域分けを検討する必要がある。



固形石鹸は細菌汚染を受けやすい。

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。
スポンジが乾燥困難な容器に入れられている。

添付資料 1



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。



台上に清潔物品と不潔物品が混在している。整理が必要である。



採血時の腕固定枕に手術室で使用されているクルムが再利用されている。安価なディスポシーツを利用し、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。

添付資料 1

3) 外来通院治療センター



抗がん剤調剤室

クリーンベンチでの無菌的調剤がされているが、横の棚の上には書類等が入ったコンテナが積まれていて、日常的な環境整備が困難と考えられる。

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。



通院治療センター入口

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。清潔なリネンや、一般ゴミと感染性廃棄物が隣接して置かれており、清潔不潔の区域分けがなされていない。

清潔物品は埃など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。

添付資料 1

2. 病棟



病室の洗面台にはペーパータオルの設置なし。
自動水栓ではないため、栓を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と考える。

空調や扇風機の下に点滴台が位置しているため、清
潔エリアに埃の落下のリスクがある。

定期的な空調内の清浄や、点滴台周囲の日常的な清
掃が重要となる。



浴室前洗面台

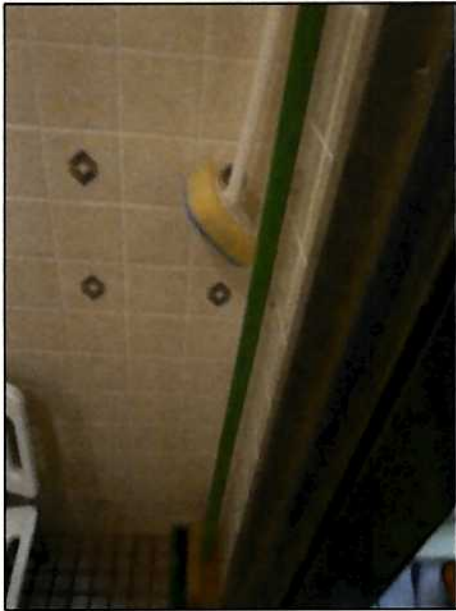
ブラシを複数患者で共用するリスクがあるため置か
ない。

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。

添付資料 1



浴室内に清掃用ブラシ・スポンジが置かれている。
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。

保管場所の検討が必要である。

清拭タオル保温車

濡らしたタオルを畳んで数時間置いておか
なければならぬので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
なるため、運用を中止する施設も多い。

細菌汚染は必須であるため、デバイス挿入周
囲の使用を禁止するなど、使用方法の教育が
重要である。



リネン庫は清潔に管理されていた。

添付資料 1



観賞用の鉢植え植物の土、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。

3. 標準予防策



手洗い、手指消毒の実施は、丁寧に手順通りに実施できていた。

ペーパータオルの設置位置がシンクから離れており、濡れた手からの滴下により周囲を汚染する可能性がある。

4. 経路別予防策



耐性菌など感染症患者情報はネームボードに表示することが規定されているが、表示方法が病棟間で統一されていないため、病棟外部職員には把握が困難であると考えられる。院内規定を定めると良い。

添付資料 1

5. 洗浄・消毒・滅菌



器具が浮かんでいて浸漬消毒されていない。
対象物の全体が消毒薬と接触しなければ消毒
効果はない。



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。

タッパーは水捌けが悪いため、スポンジが乾
燥しにくい。

スポンジ管理については院内統一した方策
の検討が必要と考える。



使用後の鋼製小物を、病棟で一時洗浄して
から中材に戻しているが、現場での洗浄処理は
体液曝露のリスクが高い。現場での一時処理
はできる限り省き、中材での集中管理が求め
られる。

オープントレイではなく、周囲環境汚染のな
いよう蓋付きトレイが望ましい。

患者の出入りのある処置室入口に置かれて
いたが、清潔動線と交わらない区域に置くの
が望ましい。



添付資料 1



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。

患者間の共有を回避することを原則とし、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。

6. 医療廃棄物



一般ゴミ（アルコール綿包装紙）が混在している。

感染性廃棄物の最終保管場所は、バイオハザード表示がされ、施錠可能な場所に管理されている。保管状況も整理されていた。



添付資料 1

7. 微生物検査室



洗濯後の清潔なガウンが床に置かれている。床から 30cm 以内に清潔品は置かないと考えられている。籐製のカゴは埃が付きやすく除去しにくい。すぐ横に使用後の不潔ランドリーボックスが置かれ、清潔不潔の区域分けが必要である。



ダンボール類の床置きが多いが、床は不潔であること、また床清掃の障害となるため、避ける。歩行などにより埃が舞い上がる 30cm には清潔物（写真左：手拭きペーパータオル）は置かず、棚などに収納する必要がある。

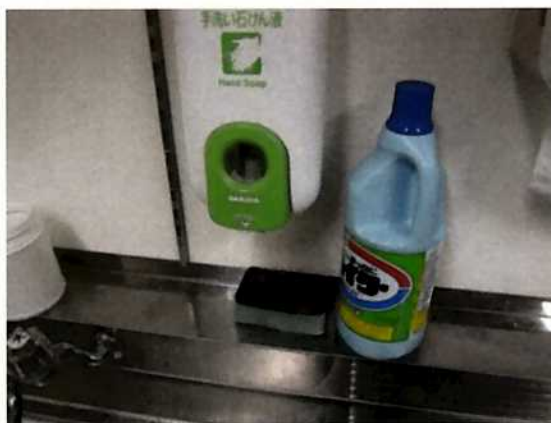
埃が目立つため、湿式清掃が容易となるような整理整頓が必要である。



添付資料 1



スポンジが直置きされている。接触面に水が溜まっていて乾燥が困難である。
スポンジ・タワシの管理方法を検討する必要がある。



血液汚染のあるクロスは、すぐに感染性廃棄物として廃棄する。
針捨てBOXに包装紙が廃棄されている。
転倒など不測の事態に針が飛び出さないように、針捨てBOXは使用後に蓋を閉める必要がある。

8. その他

1) 院内感染対策に関する取り組み事項の掲示



感染対策加算の要件には、「見やすい場所」とされているため、形式や場所の検討が必要である

添付資料 1

2) 清掃カート

バケツの中で、スポンジ・ブラシ・布タオルなどが接触している。

洗剤などの蓋がされていない。

絞った形状のままの布タオルの用途、スポンジ・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。



清掃業者が使用する清掃用具処理場の環境を改善する必要がある。

モップヘッド等の処理方法や、洗濯機の管理方法など確認が必要である。

添付資料 1

3) 使用後リネン保管場所



使用後リネンの最終保管場所は、清潔理念と交差することのないスペースが確保されている。
保管状況も整理されていた。

4) 水飲み場



冷水機の定期的なメンテナンスと、水質確認の実施が必要である。
これらの実施記録管理も必要である。