

## 愛知県院内感染地域支援ネットワーク事業

# 令和6年度愛知県院内感染ネットワーク 訪問指導報告書

### ～訪問事例・参考資料～

A 医療機関の要請により、院内感染ネットワーク委員2名（感染管理認定認定看護師）が A 医療機関へ訪問指導を行った。

#### <訪問指導内容>

1. チェックリスト（資料1）をもとに組織整備体制等のヒアリング
2. 病棟・外来部門をラウンドによる現場確認と、改善に向けてのディスカッション
3. ヒアリング・ラウンドによる評価については、訪問指導報告書（資料2）を作成した後、各委員がチェックし承認後に A 医療機関の担当者へ報告

今回、初めての現場に赴いての訪問指導であり、他施設の参考にもなり得る資料のため、A 医療機関の同意を頂いたうえで、委員会として HP 上に公開することとした。

感染防止対策地域連携加算チェック項目表

資料1

評価基準	A：適切に行われている、あるいは十分である
	B：適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない
	C：不適切である、あるいは行われていない
	X：判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)

A・感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1)委員会が定期的に開催されている	A	
	2)病院長をはじめとする病院管理者が参加している	A	
	3)議事録が適切である	A	
2. 感染制御を実際に行う組織(ICT)	1)専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している	B	委員会・チーム会は同一メンバーで、部門の設置はない
※医師または看護師のうち1人は専従であること	2)感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる	A	内科医師が担当されている
	3)感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を終了した専任看護師がいる	X	
	4)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる	X	
	5)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる	X	
B・ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1)感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている	A	
	2)必要に応じて改定がなされている	A	
2. 教育	1)定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている	A	
	2)講習会に職員1名あたり年2回出席している	B	全職員100%参加率とはなっていない 委託業者の参加はない
	3)必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている	B	現在、計画中
	4)全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある	A	院内連絡網を使用し情報共有 1回/月で職員向けの文書を出している
	5)外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している)	C	
3. サーベイランスと インターベンション	1)部署を決めて必要なサーベイランスが行われている	B	
	2)サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている	B	耐性菌、血液媒介ウイルス陽性者の状況を把握しフィードバックしている
	3)サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている	X	
	4)アウトブレイクに介入している	X	
	5)検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている。	A	
4. 抗菌薬適正使用	1)抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている	C	
	2)抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている	C	
	3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている	C	
	4)抗MRSA薬やカルバペナム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して 使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している	C	
5. コンサルテーション	1)病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている	A	
	2)コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている	A	
	3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている	A	

6. 職業感染曝露の防止	1) 職員のHBs抗体の有無を検査している	A	
	2) HB抗体陰性者にはワクチンを接種している	A	
	3) 結核接触者検診にQFTを活用している	A	
	4) 麻疹、風疹、ムンプス、水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している	A	
	5) 針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている	A	
	6) 安全装置付きの機材を導入している	A	
7. ICTラウンド	1) 定期的なICTラウンドを実施している	C	3-4回/年、部署でのセルフチェックを実施
	2) 感染対策の実施状況についてチェックを行っている	C	今後、ラウンドの実施を検討中
	3) 病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている	C	
<b>C・外来</b>		<b>評価</b>	<b>コメント</b>
1. 外来患者の感染隔離	1) 感染性の患者を早期に検出できる(ポスターなど)	A	
	2) 感染性の患者に早期にマスクを着用させている	A	
	3) 感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる	A	
2. 外来診察室	1) 診察室に手洗いの設備がある	A	
	2) 各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある	A	外来受付担当者のエリアに手指消毒薬がなく、タイムリーに手指衛生が取れないため検討をお願いします
	3) 各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある	A	
3. 外来処置室	1) 鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている(廃棄容器の蓋が開いていない、など)	B	
	2) 鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある	B	
	3) 検査検体が適切に保管してある	B	

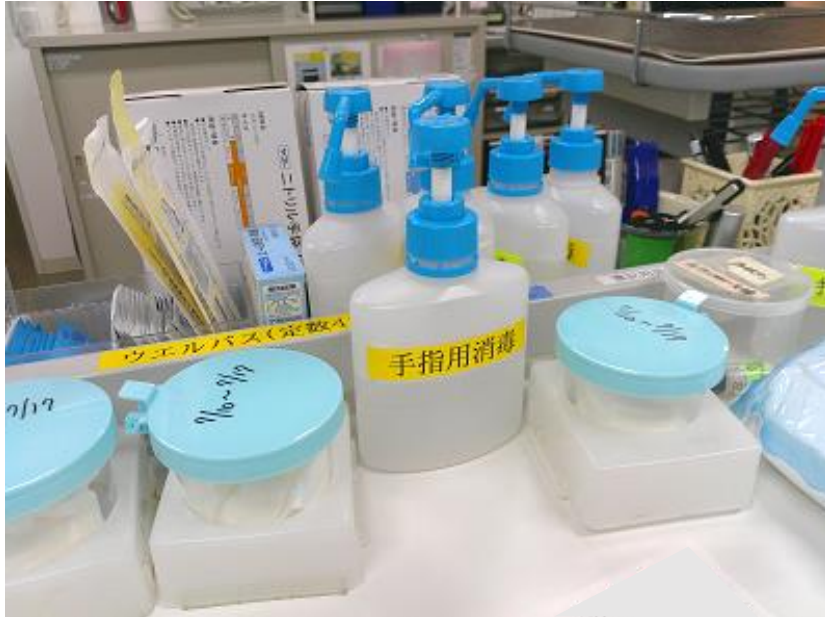
# 訪問指導報告書

訪問日時： 2024年

訪問施設：

訪問者： 院内感染ネットワーク委員会

# 病棟) 手指消毒用アルコール製剤の管理



- 手指消毒剤は詰め替えで使用されているため、詰め替えをする際にはボトルの洗浄・乾燥の処理が必要となります。
- 詰め替えの際は、継ぎ足ししないよう管理をお願いします
- 手指消毒薬を更新した際には、詰め替え日・次回更新日の記載が必要となるため、記載方法を検討してください。

# 病棟) 病室洗面台の 手指消毒用アルコール製剤の配置



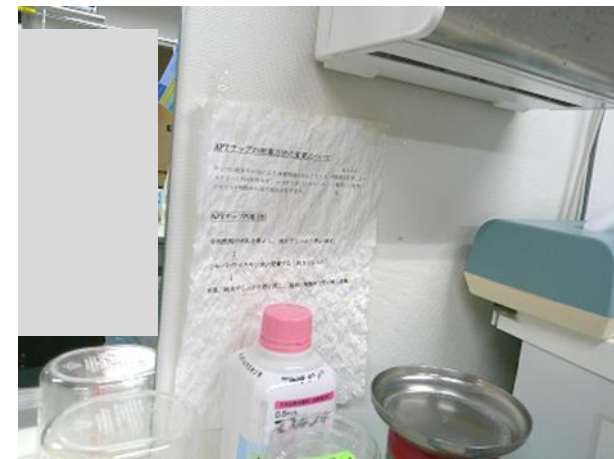
- 手洗い後にアルコール手指消毒を指導する施設もありますが、洗面台での配置は基本的にはハンドソープの設置だけでよいと思います。
- しかし、感染症等の患者が入室している際には手洗い+手指消毒用アルコール製剤での手指衛生の指導が必要と考えます。

# 病棟) ペーパーとペーパーホルダーについて



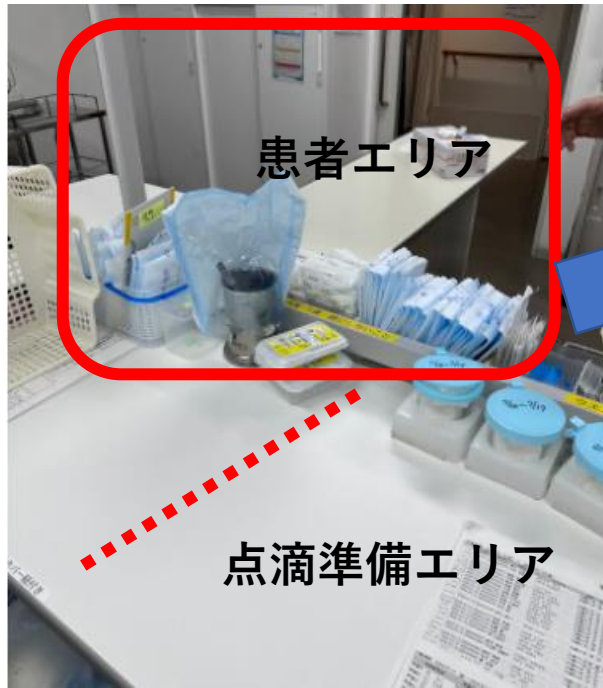
- ペーパーが全般的に置き型で設置されているため、水滴で汚染される状態になっています。
- ペーパーホルダーがあっても、ペーパー引き出し口直下に物が置かれているなど使用しにくい状態になっています。水滴も飛散しますのでホルダーの下に物品を置かないようにすることも必要です。
- ペーパー引き出し口が前面の物もありますのでご検討ください。

# 病棟) 水周り環境の感染対策



- 水滴対策のために敷かれたクロスは湿潤し細菌繁殖の温床となる恐れがあります。クロスは外して水滴があれば定期的に清掃を行いましょう。
- スポンジも使用開始日を記入し、定期的に（2週間毎などルールを決めて）交換してください。
- スタッフステーション内の水回りが、1カ所のみであるため手洗いも物品洗浄も同一場所で行われているとのことでした。洗浄物は中央材料室で中央化する、廃棄にするなど検討していただき、面台等の物品を撤去し手洗い専用にするよう検討いただければと思います。
- 水回りに掲示物を貼る場合は、ラミネートして掲示してください。

# 病棟) 点滴準備台と周囲の感染対策



- 点滴準備台と近接して、患者処置用のオーバーテーブルが設置されています。点滴準備台の患者エリアに衛生材料が常時設置されていました。処置によっては滅菌物の汚染につながるため、準備台からは撤去し衛生材料はケースに入れ必要分のみ取り出すなど検討してください。
- 点滴準備台の上に物品が多くあり清掃がしにくい状況です。手指消毒薬のストックは薬品棚を整理し配置するなど検討してください

# 病棟) 点滴準備台と周囲の感染対策



- 患者さんが点眼後に使用する綿花が、滅菌カップに入った製品が使用されていましたが開封された状態では滅菌が破綻しています。滅菌物としての使用の必要性がなければ、患者自身のティッシュの使用でも良いと思います。また、酒精綿は複数枚数入りのボックスタイプは24時間以内に使用できないことでの廃棄ロスや、取り出す際に手指衛生が遵守できないことでの汚染につながるため個包装のみの使用に切り替えることでコスト削減につながります。
- 鉗子立てを使用した滅菌鑷子の再使用・・・いったん、滅菌袋から出した鑷子は清潔物品として使用できません。鉗子立てを使用せず、1本ずつの滅菌パックで単回使用する、または Disposable 製品の採用などで対応してください。

# 病棟) 点滴準備台と周囲の感染対策



- 点滴準備台のフレームにメモやバンドなど不要な物があるため、撤去してください。また、フレーム上部にホコリがありましたので、定期的に清掃をお願いします。テーブル上も同様です。



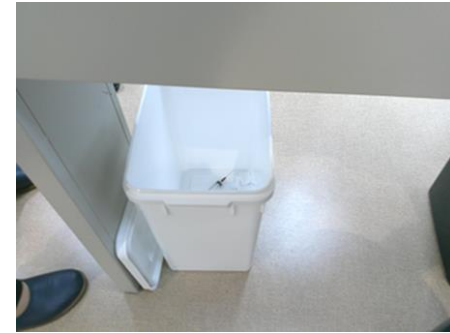
- 点滴準備台と手洗い場が近く、水滴が飛散するおそれがあります。水回りに潜在する菌による、薬剤汚染のリスクもあります。レイアウト変更が難しいと思いますので、点滴準備の際は手洗い場を使用しない。ミキシング開始時の清拭清掃を徹底するなどの対策をお願いします

# 病棟) 薬品の保冷管理



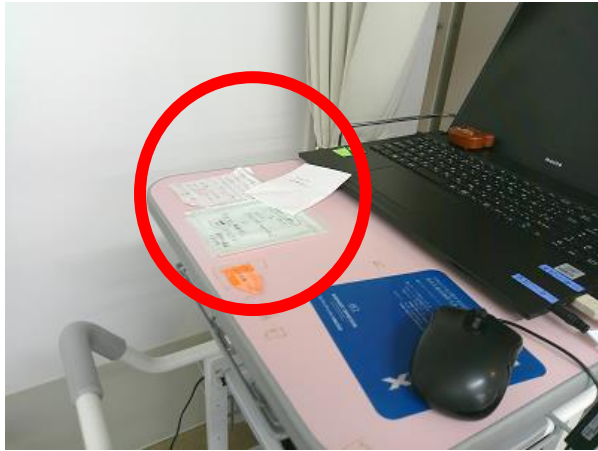
- 薬品冷蔵庫に温度計がありませんでした。保冷が必要薬品は保冷自体は一般冷蔵庫で問題ありませんが、温度計を入れ温度管理（2～8℃）を行う必要があります。
- また、薬品を保管する冷蔵庫には薬品以外の物（食品など）は入れないようにしましょう。

# 外来) 採血スペース



- 外来の採血スペースのデスクの上に、清潔物品と文房具等の日用品が混在しています。デスク上には物品を置かないようにするために、デスク引き出しを整理し収納することをおすすめします。
- 針捨てボックスのふたを外し、一時廃棄用として使用しバイオハザードボックスに移し替えている状況でした。針捨てボックスを設置しているカートの未使用のスピッツなどを汚染するリスクがあります。
- バイオハザードボックスが採血用デスク下に開放状態で設置されていました。採血後の動線を考慮し、スタッフの背後にフットペダル付きスタンドを利用してバイオハザードボックスを設置し、使用済物品を直接廃棄するよう検討をお願いします。

# 外来) ワゴン



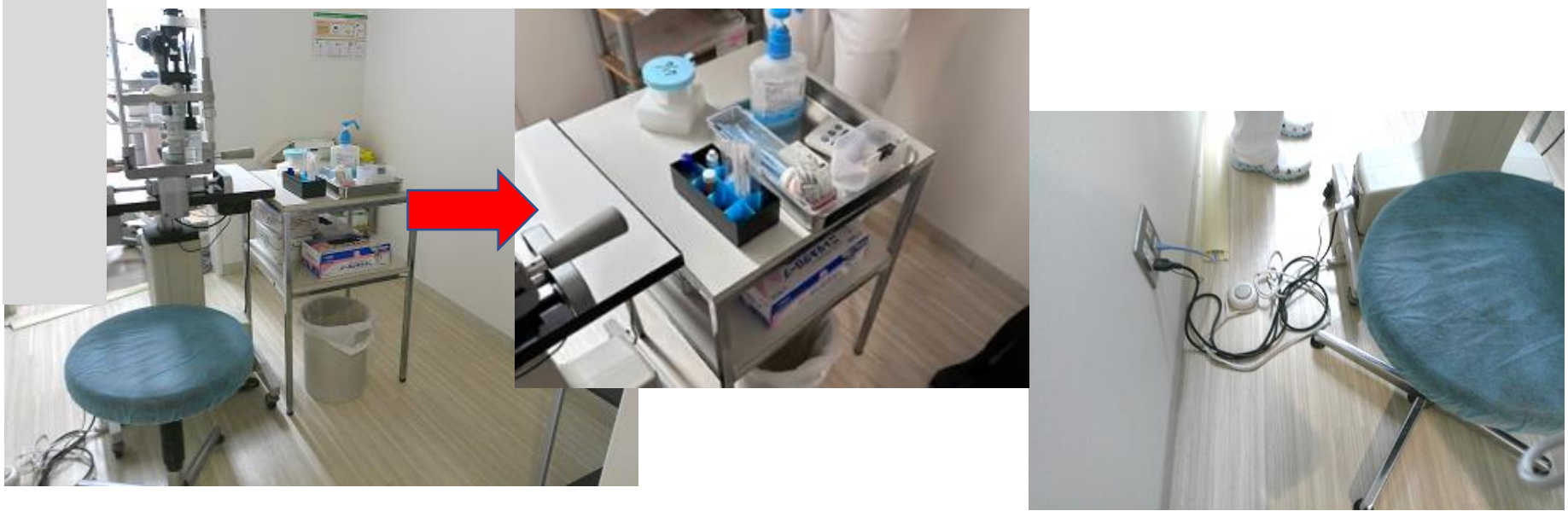
- 電子カルテワゴンテーブルにメモなどが貼られています。電子カルテワゴンテーブル等は高頻度に接触する所であるため勤務開始時、終了時には清拭清掃の要ですが、清掃が十分にできません。透明デスクマットなどを活用してもよいかと思えます。
- 清潔物品のワゴンに検体が置かれていました。検体保管場所を別に設置してください（同ワゴンの2段目を整理して検体置き場にしても良いと思えます）。
- ステンレス缶の中に「使用中点眼薬」・「滅菌材料」・「使用中の紙テープ」が混在しています。上記の検体置き場を変更し、ワゴン最上段をゾーニングして分別保管してください
- 点眼薬の使用期限の確認を定期的に行ってください

# 外来) 点滴準備台



- 点滴準備台の上を整理し、ファイルやフレームにぶら下げられている紙類等は撤去が望ましいです。
- 病棟と同様に水場から近いため、水滴が飛散するリスクのある位置ではなく右手・奥側を点滴準備エリアとしてください。
- 点滴準備台に患者に使用する機械が置かれています。点滴準備台をゾーニングして、左手・手前側を処置用物品準備エリアとしてください
- 環境清拭クロスには開封日が記載されていました。点滴準備台の上を整理し、清掃しやすくしましょう。

# 外来) 隔離診察室



- 検査キットやPPEを隔離診察室においてしまうと汚染した物を使い回す事になるため、診察室内には置かず、トレイなどで必要な物品のみを持ち込むようにしてください。
- 椅子は消毒用エタノール又は0.1%次亜塩素酸ナトリウムを成分とする環境クロス等で清拭消毒すれば良いので、メディカルキャップは被せなくてもよいのではと思います。
- 電源コードはコードカバーなどを使用すると清掃が簡便にできます。

# 外来) 水周り環境の感染対策



- シンク、パソコン、書類、電源コード、衛生材料、洗浄器が並んでいます。棚などを設置して整理できればよいかと思います。
- 薬剤（プレセデックス）は薬品棚で管理しましょう。舌圧子は衛生材料なので、衛生材料は点滴準備台に引き出しがあるため整理して収納し、文具と一緒に置かないようにしてください。

# 病棟・外来) 廃棄物の管理



- 産業廃棄物としてバイアルを専用段ボールに廃棄するようになっていましたがボールペンなどが捨てられており、分別がされていませんでした。
- 感染性廃棄物用のホワイトペールも分別が適切にされていませんでした。また、ふたが常時開放状態です。フットペダルを活用してください。
- 段ボールが直置きになっており、満杯にならないと廃棄しないようでしたので、キャスター付きの台車にのせるなどして清掃が容易にできるよう検討をお願いします。

# 病棟) その他



- 滅菌物の仕切りに空箱の一部が再利用され、縁にテープが貼ってあります。外箱は運搬の途中で汚染している可能性がありますので、再利用しないようにしましょう。



- 点滴準備台の手袋のラックに、患者さんの病室の目印にするためのぬいぐるみが下げられています。廃棄物の汚染を受ける恐れもあります。物品の保管場所としては適当でないかと思いますので、別の場所で保管しましょう。