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結果集計表 <感染対策>

(平成 25 年 10 月 1 日現在)

計	完了	年度内完了	次年度以降対応	対応困難等
57	22	28	7	0

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 10 月 1 日現在〕

原染対策の結構	区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
1) 脱染対策委員会、脱染質性に規定される機成長となっているが、感染 対策委員会・総乗対策チームの場解に記載されており、一演表については、院内感染的止対策表 対策委員会・総乗対策チームの要解に配載されて構成した。			女王40/02日		אםוויטיוני.
大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 対策変員会・感染対策チームの要綱に配載されており、一覧表についても作成した。 接当も氏名の一葉表の作成や、圧伸の対定が望まれる。 会 発力策チームの変綱に記載された構成員と、 接当も氏名の一葉表の作成や、圧伸の対定が望まれる。 会 発力策チームの変綱を対している。 場合 発力では、 成分の表としている。 は、 のの大人や、 ペット・フトロールととの構態を切立ですることにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。 コールととの構態を対立ですることにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。 コールととの構態を対象ではですることにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。 コールととの構態を対象ではですることにより、さらなる活動範囲の拡充が期待される。 コールととの構態を対象では、 変換を変更を対象に関する具体的な活動や構能については、 感染的正対策で表し、 できないの代理出席が求められていない。 欠席者とそれに対する。 世界のの代理出席が求められていない。 欠席者とそれに対する。 世界の職員数では、 変易会に所属する全での職員に代理出席を出すのは困難で 元 コールに関する。 との会員会の出席状況が飼かるようにといる。 を受雇の受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まいたが、 であることから、 セクションへ確実に同知するため、 部門において 1 名は出席できるとの場合の出席状況が行かるよう、 出席表を作成し、記録に残すこととする。 会をの受責会への出席状況が行かるよう、 対路を作成し、記録に残すこととする。 今後は、 議事録を事務担当者が作成することとした 完了 から、 セクションへ確実に同知すると委員の出席状況がわかるよう 出席表を作成し、記録に残すこととした 完了 ことした 別方のおとうには、 数章位前を実施している。 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る。 改訂実施時には改訂日を記載しているが、 改訂の内容を列面でいて記載している。 の、 次回改訂から マニュアル改訂的には、 ICT ニュースにより節めに成りている。 今後もマニュアル改訂にして、 できのに失きる子をである。 マニュアル改訂について建かかな腕の周辺がたりまで、 スーア・ロースにより節めにないこの。 今後もマニュアル改訂には、 ICT ニュースにより節めにないこの。 今後もマニュアル改訂にし、 より一個研究全をに関すてきるようにする。 でも内でする。 でも内でする。 でも内で表すをいるし、より一個研究全をに関すてきるように言いする。 でも内でするをおしている。 では内でするではいるが、 でいのでは関するとはしている。 今後もマニュアル改訂にし、より一個研究全をに関すてきる。 では内を了		1)	成為対策未号令。成為英田安。成為対策エ、人が知嫌され		年度のウマ
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、接当省氏名の一覧表の作成や、仕静の規定が望まれる。 2) 貴族で認動的上対策の中心的的な音を担う、忌味管理學に関する設善を開始している。 2) 貴族で認動的上対策の中心的的な音を担う、忌味管理學に関する設善を開始している。 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。大席者とそれに対する代理 世界の状況が簡便に時系列で記載されている。 4) 指車線は適正に記載されているが、欠席者とそれに対する代理 世界の状況が開きさるという。 というの表別を関するとない、大席者とそれに対する代理 世界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) 議事線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いる。 とクションへ確実に周知するため、影響に起いました。 との表別で発表員を明显し出文状況が分かるようにしている。時系列で各奏会の出席状況がわかるようしている。 時系列で各奏会の出席状況がわかるようにしている。 時系列で各奏会の出席状況がわかるようにしている。 時系列で各奏会の出席状況がわかるよう ととした でする。 今後は、議事録を事務担当者が作成することとした 第2 を表し、記述の教育とする。 今後は、議事録を事務担当者が作成することとした 第2 を表し、表にマニュアル成訂時はできるをには、適定改訂を実施している。 改訂大解的に改計しているが、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。 またマニュアル成訂時にできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル成訂時に使討する必要がある。 との内容を見着す必要があるときには、適定改訂を実施している。 改訂実施的に改成目を記載しているが、改訂の経費が分かるよう履歴の様式寺について統制しており、水質に応決定する多定である。 マニュアル要が原歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式寺について統制しており、体理がに決定を表している。 今後も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時には、ICT ニュースにはではなく改訂に関するがで、表しましまりを表しましまり、年度が広決を表しませないを認めら知りため、上で記述される。 マニュアル改訂時には、ICT ニュースにはではなく改訂に関するとし、立即内容を実施し、可能会ごとに出席者を					牛皮心元
設当香氏名の一覧表の作成や、任期の規定が望まれる。 会会・感染対策チームの要網を改訂し任期を記載する。 会談管理解に関する影質と解析が策定されていない。また、設置要網に、抗菌薬理 正使用への介入や、ペットコントロールなどの権機を確文化することにより、必ちなる活動範囲の拡充が明持される。 場別に関連を対している。 一般学育理を回聴・対策を負金の方針に使い、感染可集の中核組織の一つとして活動している。 保証・対策を含むにより、さらなる活動範囲の拡充が明持される。 場別の職員数では、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 名で、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関便に時系列で把握できる出席表の作成が望まれる。 場別の職員数では、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 完了 表で、裁している。 なることが、なりまうとの職員に代理出席を出すのは困難で 完了 表で、裁している。 なることが、なりまうとの、事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。 場別の報酬を事務担当者が作成することとした 完了 「成染対策マニュアルは習言改訂され充実した内容となっているが、放了の経緯と内容が理解できる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル政訂所はできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル政訂所はできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル政訂所はできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル政訂所はできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル政訂所はできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアル政訂所はできるだけ速やかな時内周知が必要を見直す必要があるときには、適宜改訂を実施している。 政訂実施明にいるが、改訂の内容をが分かるよう履歴の様式等について連びかな時内周知のでより、政訂内容等が分かるよう履歴の様式等について対しているが、改訂の内容等が分かるよう履歴の様式等について対しており、年度内に決定する予定である。 マニュアル政訂について速やかな時内周知のでよりにはなく改訂に関する通知し、より、一個時内とはでする予定である。 マニュアル政訂について速やかな時内周知のでようにする。 年度内売了 年度内売了 年度内売了 年度内売了 年度内売了 年度内売了 日本のよりに対するを実施し、研修会ごとに出席者を 年度内売了 日本のよりに対するを実施し、研修会でとに出席者を 年度内売了 日本のよりに対するととに出席者を 年度内売了 日本のよりに対するととに出席者を 年度内売了 日本のよりに対するとのはに対するととに出席者を 年度内売了 日本のよりに対すると述されるとのまれると述されるとのまたが表述される。 日本のよりに対すると述されるとのまたが表述されると述されると述されると述されると述されると述されると述されると述されると					
2)					
□ おいました。 では、		2)			+ + + - - -
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開待される。 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、欠席者とそれに対する。 第1回定期的に感染対策委員会が開催されているが、欠席者とそれに対する。 第2回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。 第3回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。 第4回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。 第5回の表員会の表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認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。 第5回の表員会議事録に出席委員と欠席委員を明認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ており、事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発表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歴色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 「大田 を		2)			年度闪元了
コニアルに明示する。 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。 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より、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。 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。またマニュアルの改訂時にできる履歴の作成と保存が望まれる。またマニュアルの政語時にできる履歴の作成と保存ができる。 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。またマニュアルの政語時にできる同様で表がでいます。 改訂実施時には改訂日を記載しているが、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。またマニュアルの政語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。 マニュアル或訂時には、ICT ニュースにはないない、次回成前からマニュアル或訂的には、ICT ニュースにはないに新載している。今後もマニュアル或訂について決定する予定である。 マニュアル或訂時には、ICT ニュースにはないないとないないので決定が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表が表					
33					
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、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、記録に残すこととする。 4) 機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、事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理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 ICT 活動 3 成別の経緯と内容が理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。 3 次別の容を見直す必要があるときには、適宜改訂を実施している。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る。のでは対しており、年度内に決定する予定である。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。 3 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 院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了		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	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	完了
れる。			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	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	
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。 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。 (本) 機能を事務担当者が作成することとした (特別の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、適宜改訂を実施している。改訂実施時には、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る。次回改訂からマニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。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。 (本) 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 院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を			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	るよう指導する。	
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。 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。 (時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、適宜改訂を実施している。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るい。次回改訂からマニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。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、研修会ごとに出席者を年度内完了			れる。	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	
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				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	
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				出席表を作成し、記録に残すこととする。	
 須である。 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。またマニュアルの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。 中度内完了 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。 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時には、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。 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 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 年度内完了年度内完了 		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	今後は、議事録を事務担当者が作成することとした	完了
1)			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		
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。			須である。		
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。 い要とされるため、広報の手段も同時に検討する必要がある。 のコュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。 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 院内感染防止対策委員会では年2回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了	2 ICT 活動	•			
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。 マニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等 について検討しており、年度内に決定する予定である。 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。		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	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	年度内完了
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。 マニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。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 院内感染防止対策委員会では年2回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了			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	より内容を見直す必要があるときには、適宜改訂を実施している。改訂実施時に	
について検討しており、年度内に決定する予定である。 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 院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了			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	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 院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了			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。	マニュアル更新履歴を作成することとし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等	
コ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。 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 院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了				について検討しており、年度内に決定する予定である。	
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 院内感染防止対策委員会では年2回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を年度内完了				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	
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 院内感染防止対策委員会では年2回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を 年度内完了				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	院内感染防止対策委員会では年 2 回上研修会を実施し、研修会ごとに出席者を	年度内完了
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しる。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					
性がなく、算出数値の持つ意味が不明確であり、また、出席率しの働きかけとなっていない。					
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 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					
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					
して、参加させるよう一層の工夫と努力が必要と考える。 の参加を促す活動を実施する。					

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
2 ICT 活動				
	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	の周知状況は確認していない。	完了
		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。	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。	
	4)	JANIS 検査部門サーベイランスに参加しており、それを通じている。 AND CA to U.S. Park Marie La Septe 1985年7月15日	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	完了
		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。	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	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	完了
		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	などについて記録を残していく。	
		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		
		他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、	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	完了
		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	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	
		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	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	
		欄を設けるべきである。	LZD は使用計り削がとられており、使用する場合は中間音を提出している。中 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	
		間にはいるべきにある。	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	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	年度内完了
			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	
		染防止対策の見直しとして活用して欲しい。	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	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	次年度以降完了
			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・	
			ラ中度は、風疹に関して快食と必要者に対するア的接種を美脆しており、水短・ 流行性耳下腺炎に関しては、来年度に実施する方向で検討している。	
		構築が望まれる。	ボガロゴー	
			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。	

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
2 ICT 活動				
	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	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	年度内完了
		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	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。	
		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。	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。	
3 外来			以告計画者に至り合唯誌 プラスト した場合には自己を記載する。	
	1)			年度内完了
	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。	について確認していく。 咳エチケットに必要となる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。 手洗いシンクの横のほこり取りは撤去した。 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	完了
			ついて意識し管理するよう指導を徹底する。	
	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。	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。	次年度以降完了
	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。	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、今年度中にはヘパフィルター空 気清浄機の導入ができるよう関係部署と協議を開始し、来年度予算措置する。 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。	次年度以降完了
	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。	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。	年度内完了
	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。	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等を継続していく。 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。	完了

特殊機送用リニア機送機のラック緩衝材に尿検体の付着あり、尿検体回接を敷しく無限するなど改善が必要である。		区分	器号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
り。核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度するなど改善が必要である。 「核音室に脱送している。尿検体の中には、星が多いとリニア脱送中に二ぼれてしまうことがある。 「なおっことがある。 「なおっことがある。 「なおっことがある。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように連用方法の検討しており、中度内に決定する多定である。 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) 探血肺の腕型定状に、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ツを利用し、固定収は汚染 時に清拭消毒が可能な素材のものとすることで、患者ごとの声 場が保持される。 10) 外来通際治療を2ツターでは、クリーンペンチでの無菌的調剤がなされているが、根の療の上には連携等が入ったコンテナが、精まれている。無菌的環境整備が整っていない。 第10 対象を変がある。入口により、ケシの大力では、大力に変更した。 環境の手を変した。 東京の大力により、検索性のようとしているが、根の療の上には連携等が入ったコンテナが、持まれている。無菌的環境整備が整っていない。 「環境の大力では、大力により、持定しているとされた地の場で進動が大力にしているが、ため、原力は変更した。 「大力により、清潔なりネシー・製工・を除去しているときに物品等の整理・整備を運動が現について確認し、清潔で見が関係して整備できるよう指導する。 11) 精神室の必要がある。入口には関係的な様がざかれ、たま、原染対策チームでラウンドを実施し環境整を定期的に整理・整備を実施が見たしている。 「大き除去しやすい胃」環境を入口の側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となる物は値がないこととした。 部書内で通常発力の下治療室を定期的に整理・整備を実施しているとも、関係を変して通常物品について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。 ターツなとの清潔物品については、原材の棚に収容できるようにするため今年を中に扉がの棚が違えできるようにするようにするため今年を中に扉がの棚が違えできるように環境を備の実施が況について確認し、継続的な整備ができるよう指導する。 4 筋棒	3 外来					
とおうことがある。 しまうことがある。 におうことがある。 尿検体が必要な特には、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戻を入れないようにする。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように連用方法の検討しており、年度内に決定する子定である。 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。 採血時の親国定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用されていたが、安価なディスボシーツを利用し、固定枕は汚染 特に清润清末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。 100 外来通院治療センターでは、クリーンペンチでの無菌的調剤がなされているが、検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。 積まれている、無菌的環境整備が整っていない。 清潔なりの消浄後を高く保つためにも、皮を除去しやすい環境とする必要がある。 入口には悪質等が入ったコンテナが 技術を検討して知るとさらい場所できるよう指導する。 お腹室内の消浄後を高く保つためにも、皮を除去しやすい環境とする必要がある。 入口には悪質が整っていない。 清潔なりの消浄後を高く保つために、皮を除去しやすい環境とする必要がある。 入口には悪質を放射を対する。 とし、収納方法を検討しているとさらに物品等の整理・整頓を進めている。 末環境が継続して整備できるよう指導する。 と、機能を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、 常環境が関係していない。 清潔なりネン、一般ゴミ、感を実施し、環境整備することとし、 収納方法等について治療室のスタッフが中心をの検討しており、 年度内に決定する予定である。 よた、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、 を実施し、環境整備することは、 収納方法等について治療室のスタッフが中心をの検が関入できるよう関係的層と協議する。 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、 を実施し、 環境を備の実施状況について確認し、 を実施し、 要は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、 を実施が乗りてきるよう指導する。 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、 を実施では手流い場と手指消毒剤が設置され、一部の病室にベーバー 次年度以 女体療 全病室には手流い場と手指消毒剤が設置されているが、一部の病室にベーバー 次年度以 な様様			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	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	年度内完了
原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原を入れないようにする。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、一方の表で、関連している。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、一方の表で、である。である。である。である。である。である。である。である。である。である。				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		
以上はカップに尿を入れないようにする。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように運用方法の検討しており、年度内に決定する予定である。 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) 採血時の瞬間定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用 採血枕にクルムを使用することは中止し、採血する患者ごとにディスボシーツを利用し、固定枕は汚染 音に清末消击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。無謝的環境整備が整っていない。 第創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、移動・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、移動・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、移動・できるよう指導する。 11) 湯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、移動・できるよう指導する。 11) 海膜とする必要がある。入口には磨易的な棚が置かれ、さまでき場所となっている。清潔なリネン、一般ゴミ、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、清潔環境が移動して整備がないこととした。部場内で通済治療室のよりで対しため、特別して設定する予定である。シーツなどの情報して設定がないまでした。に対していて治療室のスタッフが中心を実施している。は、環境整備することとし、収納方法等について治療室のスタッフが中心を実施している。に、環境整備することとし、収納方法等について治療室のスタッフが中心を実施している。と、反域分けを検討する必要がある。また、原及となる物は置かないこととした。の場内で通済が発については、原体の解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、原来対策チームできるよう関係部署と協議する。また、原来対策チームできるよう関係部署と協議する。また、原来対策チームできつンドを実施し環境整備の実施状況について確認し、継続的な登価ができるよう指導する。				く制限するなど改善が必要である。		
(係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように運用方法の検討しており、 年度内に決定する予定である。 (お)						
年度内に決定する予定である。 10 日本の報告を表す。 日本の報告を表す。 日本の報告を表す。 日本の報告を表す。 日本の記事を表す。 日本の記事を表する。 日本の						
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) 採血時の傾固定枕に、手術室で使用しているクルムが再利用されていたが、安価なディスボシーツを利用し、固定枕は汚染時に清減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、機関的環境整備が整っていない。 対象がなされているが、機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。 清潔は最が継続して整備できるよう指導する。 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、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 からとする。また、球を除去しやすい環境とする必要がある。入口には暗象的な棚が置かれ、さまざまな物品の保管場所となっている。 清潔なりネン・吸針で、水の風の保管場所となっている。 清潔なりネン・吸針で、水の機の大きに関係を変を使用のないこととした。 お書内で通院治療室を定期的に整理・整頓を集めている。 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、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 また、感染対策チームでラウンドを実施して調査を変を定期的に整理・整頓を発向されていない。 清潔と不潔の反域分けがないこととした。 部署内で通院治療室を定期的に整理・整頓を発向ないこととし、 環境整備することとし、 収納方法等について治療室のスタッフが中心となり、対象性原象物が頻接して置かれており、清潔と不潔の反域分けがない、 環境を構造する。 となり検討しており、年度内に現定する予定である。 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考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、 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、 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、 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、 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、 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、 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、 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、 また、感染対策チームでラウンドを実施して過路の表述を対しているが、 一部の病室にベーバー 次年度と 4 病棟						
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、安価なディスボシーツを利用し、固定枕は汚染 時に清拭消毒が可能な素材のものとすることで、患者ごとの清 深が保持される。			8)			年度内完了
されていたが、安価なティスボシーツを利用し、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、クリーンペ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いました。の場所が表である。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、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。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 物棟		_				
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、クリーンペ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、横まれている。無菌的環境整備が整っていない。 道院治療室の棚の上に置かれているとともに物品等の整理・整頓を進めている。 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、清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 法の場合を関係を表している。 清潔なリネン、一般ゴミ、感染対策チームで多し、収納方法等について治療室のスタッフが中心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、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、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。 タ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。 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。 全病室には手洗い場と手指消毒剤が設置されているが、一部の病室にベーバー 次年度以			9)			完了
深が保持される。						
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、横まれている。無菌的環境整備が整っていない。					ものに変更した。 	
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。 11) 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 かなされているが、人間の内容を進動していてととした。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、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。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。 2 内容を関係が整点といるが、一部の病室にベーパー 次年度以			10)			ケーク
様まれている。無菌的環境整備が整っていない。 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。清潔なリネン、一般ゴミ、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整理・整頓を実施し、環境整備することとし、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。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を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 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 次年度以			10)			年度闪元
清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 清潔環境が継続して整備できるよう指導する。 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 年度内完 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。 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 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 次年度以						
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。				傾まれている。無国的境境整備が整つていない。		
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		<u> </u>	11)	ヨシウカの注次在をライルのとないと、 やを除さしなさいで		ケーク
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。 を実施し、環境整備することとし、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。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。			11)			年度闪元
 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。 となり検討しており、年度内に決定する予定である。 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。 有病棟 各病室に手洗い場と手指消毒剤が設置され、清潔に管理されを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次年度以の有効である。 						
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。 ジ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 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 次年度以						
るなど、区域分けを検討する必要がある。						
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 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 次年度以						
 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 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 次年度以 				るなと、区域カリを検討する地会かめる。		
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 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 次年度以						
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 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 次年度以	4 病棟					
	エ パピハ		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	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	次年度以降完了
			1/			
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しととし、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						
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 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 完了			2)			完了
ているが、空調下に点滴台が置かれているので、埃などの落下している。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し						
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「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						
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。						
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 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、						
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。 定期的に清掃する。				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。	定期的に清掃する。	

	区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
4 病棟					
		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、	感染性医療廃棄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	年度内完了
			 看護師の作業動線の改善に取り組んでいただきたい。	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	
				棄することとしたが、医療安全等の観点からの検討も必要であり感染対策と医	
				療安全の観点から、メディカルペールの設置場所、廃棄するもの、スタッフの	
				作業動線について関係部署と検討しており、年度内に決定する予定である。	
				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。	
		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	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。	年度内完了
			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	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	
			の区域分けを明確にしていただきたい。また、冷蔵庫の温度表示	計を設置することとし、採用する温度計を選定している。	
			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)			完了
				かないことにし、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	
			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	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。 	
			් විය		
		6)			完了
				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	
			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	燥させやすい特浴室で乾燥することとした。 	
			れらの環境を整える必要がある。		

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
4 病棟	•			
	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。	年度内完了
	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。	年度内完了
5 標準予防策	<u> </u>			
	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。	年度内完了
	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。	年度内完了
	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。	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。	完了
6 経路別予防策				,
	1)	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	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	年度内完了
	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。	ニュアルに作成追加する。	年度内完了

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
6 経路別予防策	•			
	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	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	完了
		には運用されていない。	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。	
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	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。	年度内完了
		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	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。	
		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。	マニュアルは作成されているため、周知徹底していく。	完了
8 医療器材の管理	<u> </u>		,	1
	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	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、	年度内完了
		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	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	
		ーテル管理の評価と見直しを行っていただきたい。	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	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。	完了
		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	'			,
	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	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	年度内完了
		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	管は菌が増殖することが指摘されている。	
		れる。	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っていなかったため、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	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	年度内完了
		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	 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	
		現状が見られたので改善が望まれる。	を使用することとし、採用物品について検討しており、年度内に決定する予定	
			である。	
	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	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	年度内完了
		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	病棟のジェットウォッシャーで一次洗浄している。しかし、機材につく血液や	
		ので、現場での一時処理は、可能な限り行わず、中央材料室で集	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次洗浄は廃止	
		中的に管理すべきである。	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、搬送用の容器と運用方法について検討	
			しており、年度内に決定する予定である。	
	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	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	完了
		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	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	
		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	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	
		る。保管は埃が付かないような保護が必要である。	た。	

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
9 洗浄・消毒・滅菌				
	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。		完了
	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。		完了
10 医療廃棄物	•			
	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。	廃棄物の分別についてポスターを作成し注意喚起するため、ポスターの内容を検討している。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。	年度内完了
11 微生物検査				
	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。	今年度中に実施できるよう、関係部署と協議しており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。	次年度以降完了
	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、床に直接接触し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。	年度内完了
12 その他				l
	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。		完了
	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。	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	年度内完了
	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。		完了
	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。	完了

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	対応結果
12 その他				
(委員)	1)	参考文献の表示が統一されておらず、参考文献名だけがあり、 出版社や発行年次が記載されていない。ネット上の参考資料についても慎重な取扱いが必要である。承認年月日の記載はあるが、 作成責任者は苗字だけの記載となっている。 表記を統一し、できるだけ最新の文献にしていただきたい。	次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて対応する。	次年度以降完了

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> 【新旧対照表】

〔平成 25 年 10 月 1 日現在〕

∇ \	番号	おは、亜胡笙の内容	考え方・対応等の状況			
区分	金写	指摘・要望等の内容	18	新		
修正	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。	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。	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、適宜改訂を実施している。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こととし、改訂内容等が分かるよう履歴の様式等について検討しており、年度内に決定する予定である。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。		
修正	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 抗体検査は制が構築されている。感知では、有事の際はあいて抗体価データの活用も可能であり、有事の際はる情報であられている。今後、個人情報管理に対する、職員の承諾のの表に、所した以外に関しての検討が必要と風疹、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。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る時程を実施しており、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を表しているが、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。	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、来年度に実施する方向で検討している。また、これら検査結果に関して感染対策上必必要はまた、これら検査結果に関して感染対策上必要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。		

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対	応等の状況
区力	(金)	拍摘・安美寺の内合	IΒ	新
修正	外来 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、外来患られている。このような体制が、外来患られると診療望ましい。台上やポスタよの窓口にアルコール製剤の付着回りで、より切りの販力でであり、までではいるであり、までではであり、患者では、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	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。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。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岩については清掃業者に対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。咳エチケットに必要となる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。	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したいるでは、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。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し、掲示するポスターを作成するため、内容を検討しており、年度内に決定する予定である。正面玄関や北口玄関に設置しているポスターを作成するため、内容を検討しており、年度内に決定する予定である。正面玄関や北口玄関に設置している清掃業でも指導・である。である。
修正	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。	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、今年度中にはヘパ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。 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。	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、今年度中にはヘパ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を開始し、来年度予算措置する。 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。
修正	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。	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。 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。	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。 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。また、ラックの洗浄方法についても関係者と協議しており、ラックを適切に管理できるように運用方法の検討しており、年度内に決定する予定である。

$\nabla \Delta$	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
区分			18	新
修正	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。	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。	台の上を清潔区域と不潔区域に区分けし、清潔・不潔の徹底を図るため関係者と協議し、具体的な方法について年度内決定に向け協議している。
修正	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ことで、患者ごとの清潔が保持される。	採血枕にクルムを使用することは中止し、採血する患者ごとにディスポシーツ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。	採血枕にクルムを使用することは中止し、採血する患者ごとにディスポシーツ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 <u>に変更した。</u>
修正	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。	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。	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、 <u>収納方法を検討しているとともに物品等の整理・整頓を進めている。</u> 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。
修正	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、清潔を不潔の区域分けがなされてい。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。	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、収納方法等について治療室のスタッフが中心となり検討しており、年度内に決定する予定である。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。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			IB	新
修正	病棟 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。	感染性医療棄容器メディンと活物の過程を 病棟ではオースステーションではが原発では、 大きないったでは、 大きないでは、 大きないでは、 大きないでは、 大きないでは、 大きないでは、 大きないでは、 大きないでは、 大きないででは、 大きないがでいる。 大きないが、 大きないがが、 大きないがが、 大きないがが、 大きないがが、 大きないがががががががががががが	感染性医療廃棄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では点療を について、 について、 にでは、 にでは、 にでは、 にでは、 にでは、 にでは、 にでは、 にでいるがからに、 にでいるがからにない。 にでいるがからにない。 にでいるがからにない。 にでいるがからにない。 にでいるがからにない。 にでいるがいて、 にでいるがいでは、 にでいるがいでは、 にでいるがいで、 にでいるがいで、 にでいるがいで、 にでいるがいで、 にでいないで、 にでいるがいで、 にでいる。 にででいる。 にいいる。 にいいる。 にいいる。 にいいる。 にいいる。 にいいる。 にいいる。 のいのののには、 にいいる。 のいのののにした。 にいいる。 のいるのにした。 にいいる。 のいるのにした。 にいいる。 のいるのにした。 にいいるののにした。 にいいるのにした。 にいいるのにした。 にいいるのにした。 にいいるのにした。 にいいるのにした。 にいいるのにした。 にいいるのにした。 にいいる。 のいるのにした。 にいいる。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいる。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのにした。 のいるのい。 のいののい。 のいののい。 のいののいのい。 のいののいのいののい
修正	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ただきたい。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。	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、 採用する温度計を選定している。

区分	番号	指摘・要望等の内容	考え方・対応等の状況	
			IB	新
修正	洗浄・ 消毒・ 滅菌 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。	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、採用物品について検討しており、年度内に決定する予定である。
修正	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ので、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。	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次洗浄している。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 ため病棟での一次洗浄は廃止する。 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、搬送用の容器と運用方法について検 討しており、年度内に決定する予定である。
修正	医療廃 棄物 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。	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。	廃棄物の分別についてポスターを作成し注意喚起するため、ポスターの内容を検討している。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。
修正	微生物 検査 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。	今年度中に実施できるよう、関係部署と協議して おり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。
追加	(委員) 1)	参考文献の表示が統一されておらず、参考文献名だけがあり、出版社や発行年次が記載されていない。ネット上の参考資料についても慎重な取扱いが必要である。承認年月日の記載はあるが、作成責任者は苗字だけの記載となっている。 表記を統一し、できるだけ最新の文献にしていただきたい。	_	次回のマニュアル改訂時には記載の統一も含めて 対応する。

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。
- 1 1) 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ただきたい。 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。
 - 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ので、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。

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
- 「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

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せれ 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。





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 ことで、患者ごとの清潔が保持される。

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。

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。



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ない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。



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。

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。



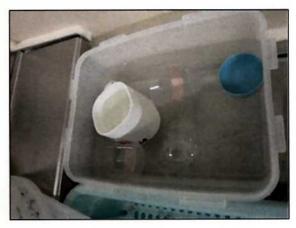
喉頭鏡ブレードは、粘膜と接触するためセミク リティカル器材となる。高水準以上の消毒レベ ルが必要である。

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。





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。

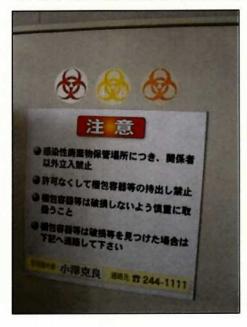
患者間の共有を回避することを原則とし、紙 コップなどディスポ製品を活用するなど、業 務改善を図ることが望まれる。

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。





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。









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いない 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

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。

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。