

2006年度第6回日本病院会主催、ICS養成のための感染管理講習会参加者431名の回答集計：2007年5月

質問項目	病床数	病床数											病床数不明	合計
		a. 無床	b. 1~19	c. 20~99	d. 100~199	e. 200~299	f. 300~399	g. 400~499	h. 500~599	i. 600~699	j. 700以上			
1 所属する施設について	施設の種類	1	0	0	107	67	88	40	35	16	33	2	431	
	a. 国立	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	
	b. 公立	0	0	0	8	7	20	10	16	6	7	1	75	
	c. 独立行政法人	0	0	6	14	4	10	2	2	3	2	0	43	
	d. 私立	1	0	22	48	39	22	16	7	3	18	0	176	
	e. 会社立	0	0	0	5	0	0	0	2	0	0	0	7	
	f. 団体(記載なし)	0	0	0	0	3	3	1	2	0	2	0	11	
	g. その他(記載あり)	0	0	0	7	4	5	6	2	2	2	1	29	
	h. その他(記載なし)	0	0	2	9	1	5	1	0	1	0	0	19	
	i. その他(記載あり)	0	0	8	14	6	20	3	0	1	3	0	55	
	j. 無回答	0	0	4	2	3	3	1	1	0	0	0	14	
	2 立場について	役割	0	0	5	16	10	6	2	1	3	1	0	44
		a. 感染管理責任者	1	0	33	69	41	54	22	25	12	21	1	279
		b. 感染対策委員会メンバー	0	0	10	36	22	43	18	18	6	16	1	170
c. ICTメンバー		0	0	2	15	10	17	10	7	2	4	0	67	
d. その他		0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	5	
職種		0	0	0	0	3	3	2	1	2	0	0	13	
a. 医師		0	0	34	77	51	66	22	29	11	22	1	313	
b. 看護師		1	0	5	12	5	10	4	2	2	7	1	49	
c. 薬剤師		0	0	2	13	9	7	11	3	1	3	0	49	
d. 臨床検査技師		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
e. 事務/設備職員		0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	
f. 臨床工学技士		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
g. 滅菌技師/士		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
無回答		0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	
職位	0	0	3	12	5	1	2	0	1	1	0	25		
a. 管理職	1	0	21	69	46	67	31	24	12	23	1	295		
b. 中間管理職	0	0	15	22	13	13	4	11	3	8	1	90		
c. スタッフ	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2		
d. その他	0	0	3	4	3	6	3	0	0	1	0	20		
無回答	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3 専門性について	1) 認定インフェクション・コントロール・スペシャリスト(CICD)	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0	6	
	2) 感染制御関連大学院修了者	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	3) 感染制御に関する専攻終了	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	4) 感染管理認定看護師	0	0	17	38	34	41	14	16	7	9	0	176	
	5) ICS養成感染管理講習会修了	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
	6) 認定感染制御専門薬剤師	0	0	5	10	6	9	5	3	1	5	0	44	
	7) その他(記載なし)	0	0	1	13	1	4	0	3	0	3	0	25	
	無回答	1	0	19	48	24	32	20	12	6	14	2	178	

質問項目	病床数	a. 無床	b.1~19	c. 20~99	d.100~199	e.200~299	f.300~399	g.400~499	h.500~599	i.600~699	j. 700以上	病床数不明	合計
	数	1	0	42	107	67	88	40	35	16	33	2	431
	a.1回/週	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0	5
	b.1回/2週	0	0	0	4	2	2	1	2	0	1	0	12
あり	c.1回/月	1	0	39	96	62	80	36	30	16	30	1	391
	d.1回/2ヶ月	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	e.その他	0	0	1	2	0	3	1	1	0	1	0	9
	空欄	0	0	1	1	3	1	0	0	0	1	1	8
なし	無回答	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	3
	a.1回/週	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
	b.1回/2週	0	0	2	3	1	15	4	10	2	6	0	43
あり	c.1回/月	0	0	10	31	17	30	13	9	7	13	1	131
	d.1回/2ヶ月	0	0	2	2	5	1	2	1	0	2	0	15
	e.その他(記載なし)	0	0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	6
	e.その他(記載内容)	0	0	3	4	2	10	6	3	4	2	0	34
	空欄	0	0	0	2	3	1	0	1	0	1	0	8
なし	無回答	1	0	24	49	27	20	9	4	0	3	1	138
	a.上司の薦め	0	0	1	3	4	4	0	2	0	1	0	15
	b.知人の紹介	0	0	36	85	54	67	29	27	10	17	2	327
	c.自ら	1	0	4	13	10	9	8	4	5	3	0	8
	d.その他(記載なし)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	55
	d.その他(記載あり)	0	0	3	9	2	9	4	5	0	2	0	3
	無回答	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	34
裏面無回答	a.信頼性	0	0	4	3	4	1	3	2	0	0	1	18
	b.根拠・知見	1	0	18	58	30	42	22	15	8	17	0	211
	c.代替案	1	0	25	82	53	69	27	31	15	27	1	331
	d.情報入手	1	0	26	64	36	45	23	22	11	19	1	248
	e.法令	1	0	12	28	17	31	13	16	5	11	1	135
	f.事例	1	0	6	36	21	32	12	17	5	12	0	142
	g.その他	1	0	15	44	35	31	18	18	3	18	1	184
	無回答	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	5
	a.上層部の理解不足	0	0	6	0	1	1	1	0	0	1	0	10
	b.職員の認識と協働体制不足	0	0	9	24	19	17	5	2	1	3	0	80
	c.中心的専門職の欠如	0	0	20	40	27	34	10	11	3	7	0	152
	d.知識不足	1	0	13	39	20	31	8	9	1	8	0	130
あり	e.知識・情報を得る機会の不足	1	0	9	29	20	15	6	8	0	3	0	91
	f.多忙	0	0	15	20	10	13	4	8	2	3	0	75
	g.その他	1	0	12	30	21	24	11	12	4	9	0	124
	空欄	0	0	0	7	4	0	1	0	0	0	0	12
なし	無回答	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	a.1回/週	0	0	11	30	12	31	13	10	10	13	0	130
	b.1回/2週	0	0	0	0	1	1	4	1	1	2	1	12

※この項目で記述されたコメントは本書のp46~61に掲載しています(参考資料1~4)

8 施設内感染制御策で最近改善されたこと
がありましたら記述くだ
さい

参考資料1-Ⅲ

改善したい点、改善できた点

2006年度第6回日本病院会主催、ICS養成のための感染管理講習会参加者431名のコメントより

a. 無床診療所

なし

b. 1～19床の有床診療所

なし

c. 20～99床

サーベイランスが開始できた
サーベイランスの実施
サーベイランス (SSI) まだ不十分であり、充実をはかりたい
マニュアルの見直し
各種マニュアルの改定
消毒薬の統一。見直し (スペクトルから考えて)
院内消毒液の統一
院内の消毒薬の変更
エタノール消毒綿の単包化
ネブライザー消毒回数の拡大
病棟での器械消毒の廃止→蛋白凝固防止剤の使用 (洗浄後) →食器乾燥機の使用→中材へ
内視鏡洗浄装置の設置
床の消毒 (ルーチン的な) の廃止
吸引用消毒ボトルの見直し
術前手指消毒法の検討
今さらながらですが……。病院全体 (総務などの患者とかわりのない所) に全て擦式アルコール製剤を配備
手術時手洗いをスクラビング法からラビング法へ変更
手洗い用の液体石鹸の詰め替え禁止
術前てい毛の見直し
術野剃毛の廃止 (カミソリによる)
穿刺時の滅菌手袋・滅菌シーツの使用 (透析)
ICT ラウンドを月1回→週1回へ変更
末梢持続点滴カテーテルの72時間交換
カテーテル接続時の消毒 (カテーテル接続部) の検討

閉鎖式尿道カテーテル留置
高カロリー輸液を施行している患者のライン交換、ドレッシング材交換についての見直し
IVH 挿入時マキシマルバリアプリコーションの実施
ノロウイルス対策
新型インフルエンザ対策
インフルエンザ予防接種の接種率向上へ（職員）
TB（ツベルクリン判定）への対応
新スタッフのツ反2段階法→陰性者のみへの実施へ
抗MRSA薬使用時の届出制
抗菌薬耐性菌サーベイランスの実施
真空採血管の導入
点滴・採血時の手袋着用
採血時などにおける手袋着用の実施
人工透析患者に対する HIV 抗体の検査実施
手術時手洗いにおけるブラッシングの廃止
カストの廃止
スリッパの履き替え中止
スタンダード・プリコーションの徹底、実施
看護詰所のゴミ箱の新しいタイプのものを導入、配置変更

d. 100～199 床

処置時の防護具
手指消毒法
刷り込みタイプの手指消毒剤が各病室毎の配置に変更（この講習会のテキストを上層部にみせた後）
手指消毒剤をジェル状のものに変更
就業時の手洗い
固形石鹸の廃止
固形石鹸から、液体（泡状）石けんに変更
速乾性消毒液がジェル状に変更
一次洗浄は流水のみで後はすべてサプライで消毒滅菌の実施
ノロウイルスマニュアル
院内感染対策マニュアルの改訂
針刺しマニュアル
環境整備マニュアル

リンクナース立ち上げとスタンダードプリコーションのマニュアル作成
マニュアルの再検討
MRSA 保菌者への対応
抗MRSA薬の事前予測シミュレーションを必ず実施
今年初、スタッフ選抜で、シリーズ化して研修計画を実施
抗生剤使用状況を薬局長よりだしてもらい長期投与、耐性化、効果などにつき検討
ノロウイルス対策
リネンの取り扱いについて
擦式消毒薬の開封後の使用期限をきめた
正しい手袋の着脱法
採血時の手袋着用（一般病棟のみ）
採血、注射時 手袋着用
ビニールエプロン、ゴーグル等の使用
リキャップ防止の為にディスプレイ製品の変更、針廃棄容器の使用
ペーパータオルの採用
ペーパータオルの全部署への導入（病棟のみであったが外来部門へも）
ペーパータオルの使用（患者さん）
手洗い場全てへペーパーホルダー、ペーパータオルの設置
バイトブロックの滅菌と単包化
セッシ、ガーゼ等の単包化
アルコール綿の単包化
ガーゼの単包パック化
各感染対策の見直し
単包パックの使用（ガーゼ 綿球 アルコール綿）
鑷子の1本パック化
超音波ネプライザーの管理
安全対策機構付きの翼状針の採用
針刺し防止機構付翼状針、逆流防止弁付針の導入
針刺し防止のための諸物品の見直し
吸引カテーテルのシングルユース化
感染性廃棄物容器の位置の統一（全病棟で同一位置）し、研修医、新人看護師にわかりやすくした
感染性廃棄物のゴミ箱を改善
高カロリー輸液のミキシングのためのクリーンベンチの導入
口腔・鼻腔吸引カテーテルの取り扱い方の見直し

CV カテーテルは、シングルラインとしてフィルターを廃止
CV カテーテル挿入時、病棟内での実施は、ガウン・マスク・帽子着用とした
万能壺の廃止
包交車廃止に向けて取り組み中
洗濯物の室内干し禁止と物干し場の整備
アルコール製剤消費量と手洗い回数のチェックにより手指消毒に関する認識が向上した
消毒薬、洗浄剤、清掃用具の使用などの管理マニュアルを作成
病院内スタッフへの意識を少しずつ高めている
MRSA の隔離基準（例、個室隔離、カーテン隔離など）
マスクを病院で用意するようになった
雑巾を廃止した
アルコール綿は、全て単包化に
手洗い石鹸（液状）の導入
院内視察を実施
病棟での器材の洗浄、消毒の廃止
鑷子ガーゼ等の単包化
医師の確認の上尿測を廃止
ガウンテクニックの義務づけ（IVH、留置処置等）
血流感染防止対策と TB マニュアルを改訂
インフルエンザマニュアルを改訂
ノロウイルスマニュアルを作成
職員への院内感染に対する認識度調査
現場での器材消毒方法の改善（ス波尔ディング分類によるマニュアル作成）
気管内吸引のカテーテルのディスプレイ化（リユースからシングルユースへ）
結核マニュアルの見直し（感染症法に準じて）
浴室、脱衣室の整備
リネン類の扱い方
不必要な消毒の廃止
消毒する前の洗浄の実施（今まで指導不足による無資格者スタッフの意識改善を徐々に行っている）
針のセーフティーボックスの導入
マニュアルの見直し
0.02%塩化ベンザルコニウム綿球を単包化にし、1日交換とした。又、3球、5球、10球を使い分けをした
フォーリーカテーテルを、閉鎖式カテーテルに変換した

吸引カテーテルを閉鎖式に変えた
吸引チューブ（気切、挿管患者）の使い捨て実施
医材の再生の禁止
セッシ立て、万能壺廃止、消毒薬の単包化
ガーゼカストの廃止、既製品の導入
一次消毒の廃止
マキシマルバリアプリコーションの徹底
バス、トレイ（キット）の導入
カラヤヘッシングの導入
チューブドライヤーの購入
アンビュー使用時のフィルターの導入
バイトブロック、エアウエイ、喉頭鏡ブレード使い捨ての導入
酸素吸入時の流量計ボトルの水を中止
経管栄養パックの消毒方法
針捨てボックスの運用開始と周知
結核患者の当院のマニュアルの見直し（陰圧空調設備なし）
主要ドアノブのアルコールでの清拭（毎日）
正しい喀痰の取り方と保管方法の検討
麻疹に対する抗体検査の実施に向けて
手術室でのベットの乗換えを廃止し、病棟のストレッチャーで手術室へ入室
ノロウイルスに対する手順書の見直し
創洗浄が水道水となる
IVH カテーテルキットが閉鎖式に改められた
一般病棟でのゴーグル導入（内視鏡室とカテーテル検査室のみでの使用であった）
血液を扱う際の手袋装着の徹底
感染対策マニュアルをイントラネット（ICT ニュース）で見ることができるようにした
ナースサンダルをナースシューズに変更（くつタイプへ）
アルコールジェルを徹底して使うように教育
ウイルスに対する予防、発生した場合の対処法の検討
疥癬に対する対処法の検討
感染性廃棄物分別の徹底
職場環境の日常的な消毒の廃止
針刺し切創の減少へ向けて
針刺し防止の為の安全器材の導入
吸入チューブ、瓶などの消毒方法の変更

インシュリンなど複数回使用のバイアルの使用期間の見直し
手術時手洗いの備品の配備・手術時の衣類（マスク、キャップ、手術衣）（Dr用）の配備
MRSA 患者の部屋の接触感染予防の為のガウンの配備
職業感染防止についてHB ワクチン接種の実施、麻疹ワクチンの投与
全トイレに0.02%次亜塩素酸ナトリウムの配置

e. 200～299 床

検査室における手袋装着
採血時の手袋装着（まだ全員ではない）
輸液セットの改善 閉鎖式回路の使用
安全器具付き採血針の導入
酸素流量計の蒸留水の廃止
吸引瓶の中に消毒薬を入れるのを廃止
酸素マスクをディスポーザブル化に変更
ノロウイルスの感染制御
抗菌剤使用ガイドラインの改訂
抗MRSA薬、カルバペネムの届出制度
1%、0.1%次亜塩素酸ナトリウムの導入
汚染リネンの始末方法
感染性腸炎対策
手術室での一足制
血管造影室での一足制
感染症患者の受け入れ対策の検討
インフルエンザ対策
布製のエプロンが廃止され、ビニールエプロンの使用へ
吸引チューブのシングルユース化
手洗い石鹸が手荒れの少ない製剤へと変更
院内の巡視を年に3回であるが開催されるようになった
マニュアルの改訂にともない、ICS研修参加者の意見を取り入れてくれる雰囲気になってきた
院内感染対策マニュアルの見直しと改訂
針刺し防止マニュアルの見直しと改訂
中材の集中的消毒管理
感染研修会出席の義務化
気切の吸引法
手洗い用の水道栓を自動に切り替え（1年間で実施）

石鹸を中止。泡立て式、ポンプ式手洗いに切り替え
カストすべて廃止→全て単包とした
処置車の布製袋廃止
手洗い刷り込み式に切り替え
掃除のマニュアル作成
入り口の粘着フィルムの廃止
定期的な駆虫剤の使用
中心静脈カテーテル挿入時のマキシマルバリアプリコーションの導入
手洗いの励行
手洗い用の固形石鹸をポンプ式の泡ハンドソープに切り替え
看護部の各部署にリンクナースを配置
消毒剤の単包化
空気感染が疑われる場合のサジカルマスクの使用
ポケット式アルコール剤が全職員に配布され、使用状況の点検も実施
ICS 講習会に参加し、感染委員となり病棟ラウンドを開始
輸液フィルターの一部使用に対する見直し
マキシマムバリアプリコーションの導入
MDRP 検出数の減少
速乾性擦式アルコールジェルの導入
気管吸引カテーテルのディスプレイ化
アルコール綿のワンパック製品への切り替え
ガーゼカストを廃止して単包化した
細菌検査は外注であるが、抗酸菌の塗末検査は、院内実施とした
採血時の手袋着用を実施
アルコール綿の単包化
手指消毒剤の変更
吸引チューブのシングルユース化
針廃棄ボックスの配布
安全装置付き針の購入
アルコール綿、ガーゼ、セッシンの単包化
針刺し防止マニュアルの整備
自動手洗い器の整備
医療従事者へ手洗いとバリアプリコーションの実践実習
看護師のためのマニュアル作成
汚染オムツの取り扱い

吸痰チューブの取り扱い洗浄
吸入器の洗浄
洗浄する際に曝露しないようにマスク、ゴーグル、ビニールエプロン、(使い捨て)手袋のマニュアル化
清掃時のトイレの取り扱い
剃毛を廃止し、サージカルクリッパーの配備
マキシマムバリアアプリコーションの実施(セット化)
咳エチケットの実施
ビニールエプロンの導入(今までは布製)
インフルエンザ発生時の対応のマニュアル化
点滴ルートの切断の廃止
感染情報(感染情報レポートの週報等)は全ての職員への周知徹底を図る
検出された全ての細菌情報を週報で医師全員に知らせる
職員の手洗いは擦式消毒薬を使用しているが、手荒れのあるスタッフ用に抗菌薬を含まない洗剤を導入
血管内留置針と血ガスキットを安全機構付きに変更
ICTを立ち上げ

f. 300～399床

ピンセット、綿球の単包化
万能壺の廃止
抗菌薬の届出制
マニュアルの見直し
吸引カテーテルを使い捨てにした
誤刺防止機能付翼状針の導入
オムツ交換時のエプロン、手袋の着用
吸引カテーテルのディスプレイ化
手術室でのスリッパの廃止
アルコール綿の単包化、綿球の単包化、セッシの単包化
マキシマルバリアアプリコーションの実施
感染対策手順の作成
救急外来でのスタンダードプリコーションの遵守
ロタウイルス対策
赤痢対策
外来で感染症疑い患者の待機場所の検討

CV ライン挿入の際のマニュアル作成
抗菌剤使用届け用紙の改善
ICT ラウンドに医師や薬剤師等が参加するようになった（今までは看護部のみ）
CV カテーテル、膀胱留置カテーテル由来感染のサーベイランスを実施するようになった
疥癬発見時は感染報告書を提出し、患者を隔離し、ガウンテクニックを実施
気管切開患者のチューブを使い捨てに変更
経管栄養はイルリガートルを使用せず、使い捨てになり缶などに入ったものは1日使用のEDパックに変更した
吸引カテーテルの全面単回使用化
ポビドンヨードスティックの導入
ドレッシング材の変更
PPE 導入
B 型肝炎ワクチンを接種（医師、看護師、准看護師、透析室従事者）
吸引チューブが使い捨てになった
咳の患者にマスクの提供
手洗いの指導
外来診察室、病棟の詰所等の蛇口を自動水栓へ変更
看護部をはじめとし、職員に擦式アルコール消毒薬配布、又、手の保護剤としてハンドローションを配布
万能壺の廃止への取り組み
消毒薬の見直し
消毒薬等の単包化
インフルエンザ、SRAS マニュアルの改正
人工呼吸機回路のディスプレイ化
処置キットの採用
施設内のラウンドの見直し
手術室前の粘着マットの除去、履物の履き替えの中止（新生児室）
手術室での手洗い方法見直しと滅菌水の中止を中止し、ラビング法の導入へ
針刺防止機能付静脈留置針、翼状針の導入
セッシの単包化、ガーゼの単包化、万能壺の廃止、綿球のパック化の導入（3個入り、10個入り）
中材業務を外部委託し、中央化できた
一部抗生剤（カルバペネム系、抗MRSA等）の届出制を開始
手洗いの確認用のグリッターパグを導入し、実際の現場での実習をおこない、成果をあげている
機器、器具の後始末の検討
防護用具の使用基準

医療廃棄物の容器の検討、改善
環境整備の見直し、改善
サーベイランスの見直し
ICT ラウンドの定期的実施
ICN ニュースをイントラネットに掲載
閉鎖式輸液ルートの導入
消毒薬、ガーゼ、セッシの単包化
スリッパの廃止
単包化のガーゼ、や綿球の導入
手術時の手洗いマニュアルの見直し
より実践に則した消毒薬マニュアル
カルバペネム系、抗 MRSA 薬、第4世代セフェム・注射用ニューキノロン届出制
抗菌薬の使用許可制
CV カテーテル挿入時のマキシマルバリアプリコーションの導入
食洗機（家庭用）による一次消毒（熱水消毒）
抗 MRSA 薬使用の届出制
カルバペネム系使用の届出制
クロストリジウム・ディフィシルへの対応
多剤耐性緑膿菌対策
新型インフルエンザへの対応
麻疹の見直し
HBV、HCV、HIV 曝露後の対応マニュアルの改訂
空気感染対応マニュアルの改訂→麻疹、水痘を主に
ノロウイルス、クロストリジウム・ディフィシル関連腸炎の対応マニュアル
使用後器材の洗浄・消毒方法
出入口粘着マットの廃止
診療現場での一次洗浄をやめ、全て中央化した
ノロウイルスの流行で院内感染制御に重要となる職員（上属部）の意識改革と勤務体制の変更
オムツ交換手順と、使用済み紙おむつの廃棄場所の設定
電動式のアルコール消毒液
滅菌材料の使用期限の短縮と包装の変更
使い切りのポビドンヨード綿棒の導入
ICT の役割の検討
感染性廃棄ボックスの変更
ベストプラクティスの作成

指定抗菌薬使用届を薬剤科へ提出し、ICT 委員会でその抗菌薬の月別、病棟別使用量を検討
インフルエンザ流行時期に、病棟入り口へ、マスク、速乾性消毒薬を設置、また院内に注意喚起のポスター掲示
作り置きしていたアルコールガーゼにかわって、市販のエタノール含有除菌クロスを採用
手洗い蛇口の整備
粘着シートの撤去
手術室へのサンダルの履き替え中止
マニュアルの見直し
VCM の TDM を開始
手洗いの励行
処置時手袋使用
尿回収時ビニールエプロン、マスクの使用
酒精綿、ポビドンヨード綿球等の単包化
手洗いの蛇口をなくした
包交車内のガーゼ、セッシ類の単包化
エタノール綿の単包化
アルコール剤の単包化
スリッパのはきかえ中止
汚染物処理時の手袋装着の励行
ICN の育成
自動活栓化（手洗い用、トイレ）
ペーパータオルの設置
B 型肝炎ワクチン予防接種
インフルエンザワクチン接種
TDM の実施（抗 MRSA 薬）
緑膿菌の感受性試験を定期的に行い、薬剤の見直しを実施
ICT ニュースを発行するようにした
オムツ交換時、1 患者様に 1 手袋（組）交換
酸素流量計の加湿水の廃止
ワクチン接種率の上昇
手術室への一足制の導入
粘着マットの廃止
手術時手洗いに滅菌水の使用を廃止
創傷処置時のガーゼ、消毒の単包化
規定、マニュアルの見直し

g. 400～499 床

マニュアルの見直しと作成
抗菌薬使用状況報告
抗菌使用指針の作成
手洗い確認のためのグリッターバグの導入
ハウスキーピングの外部委託業者への病室内注意レベルの表示
使用届出が必要な薬品の増加
院内感染対策マニュアル訂正
感染性廃棄ボックス（専用）設置
感染性廃棄ボックスをすべて蓋付きとした
ペーパータオルの導入
ポビドンヨード消毒綿の単包化
酒精綿の単包化
ポビドンヨード消毒綿の単包化
酒精綿の単包化
各人がアルコールスプレーをポケットに携帯
手洗いの実施方法の見直し
掃除の仕方の検討
器具の取り扱い方法の検討と変更（特に採血に関して）
膀胱留置カテーテルのキット化
補液ルートの一体化（閉鎖ルート化）
（新入）職員の麻疹等の抗体検査（予防接種）
ペパリンロックを廃止し→生食ロックの導入
IVH の三方活栓の廃止
IVH を入れる時の方法の検討
抗生剤の適正使用（正しい使用方法を広める）
麻疹対策
各病室に医療廃棄箱の設置（手袋入れ）
各手洗い場、病棟手洗い、トイレにペーパータオルの設置のための経済的負担の調査
PPE 着用のマニュアルの徹底・見直し
膀胱鏡洗浄法、自動洗浄器の使用
粘着マットの除去とスリッパの履き替えの中止
抗菌剤、適正使用についてのマニュアル化
病棟ラウンドの方法と頻度の見直し

感染勉強会開始（平成 18 年度「手指衛生」、平成 19 年度「標準予防策について」）
手術時手洗い水を水道水に変更
抗菌剤の使用状況の月報告制の導入

h. 500～599 床

使用済の針廃棄 BOX を検討（各職場の特殊性に応じ）—透析室、小児科病棟など
閉鎖式バルンカテーテルの導入
手術室手洗い水の滅菌水の廃止
未熟児室面会者のガウンの着用とサンダル履き換えの廃止
オムツ交換専用カートの導入
手術室の手洗いにラビング法の導入
NICU でのスリッパの履き替え中止
B 型肝炎ワクチンは、抗体価（-）の検査結果が出た人のみに接種
就職時に所定の病原体に対するワクチンを接種してから就職
清掃業者への感染対策教育を強化
おむつの自動販売機を設置
病院提供のおしぼりの廃止
抗生剤適正使用者への助言（ICT 回診）
ガイドラインに基づいたマニュアルの見直し
感染防止マニュアルの手順の改正、鳥インフルエンザとノロウイルスへの対応の追加
採血ホルダーのディスプレイ化
ビニールエプロンの導入
採血時の手袋着用
採血ホルダーの使い捨て
気管内吸引チューブの消毒薬をアルコール入りに変更
ノロウイルス感染予防に関する指針
マキシマルバリアアプリケーション導入
携帯用針廃棄用のトレイ配置
リネン洗濯、消毒の見直し
感染症患者受診用ブースの再区分化
擦式アルコールジェルへの変更
綿球の単包化（万能壺の廃止）
リンクナースの教育の為の勉強会（1 回／月）
病棟での一次消毒の廃止
安全装置付きの静脈留置針、針捨てボックスの導入

感染性胃腸炎の対応マニュアルの更新
感染性廃棄缶を全病棟、足踏開閉式のものを設置
レスピレーター回路の滅菌廃止、パストリゼーション法による洗浄に変更
経腸栄養剤のパック化と使い捨て
血培採血のタイミングの見直し
全職員は特別な理由がなければインフルエンザワクチン接種
全病棟でサーベイランスを実施するための勉強会
薬剤調整台、場所を専用にした
ディスポーザブル製品の再利用中止（一部・・・酸素マスク、蛇管などは再使用）
リキャップ防止の為の安全器材の導入、追加→静脈留置針
使用器材の一次消毒中止
カルバパネム系抗菌薬について申請制→一部許可制へ変更
MDRP を接触感染予防対策の中から独立したマニュアルへ変更、個室管理他
職員のワクチン接種（麻疹、風疹、流行性耳下性炎、水痘）を無料で行う
リンクナース研修会（教育計画年1回）
感染制御システム
抗生剤長期使用には薬剤部より主治医にメールでの報告→長期使用の減少
閉鎖式回路への変更
セーフティボックスの変更
抗菌薬適正使用基準の拡大
ラビング式での手指消毒の導入
NICU 入室時、スリッパはきかえ不要
食器乾燥機の導入（コップ、ガーグル、ベースンなどに対して）
連絡、報告、命令系統の見直し
閉鎖式（バルンカテーテル、蓄尿バッキー一体型）バルンカテーテルの導入
接触感染予防に関する指針の見直し
モデル病棟（院内感染予防）を作る
環境パトロールの見直し

i. 600～699 床

VRE 対策マニュアルを作成した
インフルエンザのアウトブレイク時の具体的なガイドラインを作成
職員の麻疹、風疹の予防接種
吸引チューブのシングルユース化
吸引チューブのシングルユース化

おしぼりタオルの消毒
清拭用タオルの消毒法
擦式消毒薬にジェルタイプの導入
手術器具の滅菌時間の延長
手術器具の滅菌時間（CJD プリオンへの対応）の検討
外来患者の咳エチケットの指導、有症状患者へのマスクの配布
インフルエンザ患者に対するマスクの配布
抗 MRSA 薬使用患者の把握方法の検討
シリンジごと捨てられる針捨てボックスを全病棟に配布（今までは注射針のみ、針捨てボックスのみであった）
安全装置付翼状針・留置針の導入
一次洗浄中止（廃止）
手術時手洗いの水を水道水へ変更
感染対策室が設けられ専任の看護師の常駐
採血時等の手袋着用
救急室でのトリアージ（感染に対する）体制
抗菌薬等の使用届出制
患者、医療従事者の MRSA 保菌検査の見直し（ルーチン検査の見直し）
ベッドパンウォッシャーの設置（全病棟）
ペーパータオルの全手洗い場への設置
職員感染症発生報告書の作成、発生後のフローシートの作成

j. 700 床以上

針捨てボックスの設置
リキャップの禁止
安全装置付翼状針の購入
閉鎖式吸引キットの導入
閉鎖式尿道留置カテーテルの普及（手術室以外でも使用可に）
尿道留置カテーテルに関するガイドラインの作成（挿入前陰洗・ポビドンヨード消毒等）
閉鎖式吸引カテーテルの使用開始
清拭車洗浄法マニュアルの作成
環境整備の見直しとして各病棟ごとにマニュアルを作成、病棟シンクや冷蔵庫掃除の徹底
長時間手術時の抗生剤 2 剤（2 回分）持参の徹底→パスに組み込んだ
抗菌薬長期投与症例のチェック（抗菌薬：第 4 世代セフェム、カルバペネム、ニューキノロン、抗 MRSA 薬について）

指定抗菌薬届出をしている薬品について長期（14日以上）投与している症例についてのアプローチ
MRSA が血培から陽性症例についての積極的アプローチ
マニュアルの作成着手
フィールドチェックを外来に対しても行った結果、問題点がいろいろあり、改善することができた
酸素使用时蒸留水を使っていたが、4L 以下の経鼻カニューラ使用时には水は入れない
鼻カニューラ、酸素マスクー患者で使い捨てにした
中濃度マスクに変更、蒸留水も専用のものに変更した
サージカルマスクの自動販売器を設置した
酸素投与加湿水の閉鎖回路の使用
職員のインフルエンザワクチンの接種の無料化
インフルエンザワクチン接種を職員に実施。一部負担で全員接種をめざす
研修医に対する麻疹、水痘等の抗体価検査とその後のワクチン接種のフォロー
NICU 内専用スリッパの廃止
手術室、アンギオ室の手洗い用滅菌水を水道水へ変更
器具の消毒に関して回収方法の検討
超音波ネブライザー→コンプレッサー式ネブライザーへの変更
各種薬剤綿球の単包化
経腸栄養剤の単回使用
紙おむつの取り扱い方法の検討
病棟での巡回のポイント制
ICT の立ち上げ
ICT 巡回のポイント制で評価し、点数の悪いところは講習会を実施する
ICT 巡回時にチェックポイント制を導入し、一定ポイント以上になったら講習会による再教育実施
末梢血管内留置カテーテルの固定法の検討
トイレ周りの清掃、便座除菌にアルコールを導入
院内トイレ清掃の統一手順表示（実施確認は看護師が実施）
トイレの清掃方法の見直し
感染性廃棄物容器→ふた付き、足踏みペダル式（オレンジハザードマーク付）に変更

k. 病床数不明

セッシ単包化