

200835007B

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

安全性の高い療養環境及び 作業環境の確立に関する研究

平成 18年度～20 年度 総合研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

分担研究者 大久保 憲

研究協力者 尾家 重治
渡會 睦子
菅原 えりさ
佐々木 昌茂
及川 由記子
竹内 千恵

平成 21 (2009) 年 3 月

— 目 次 —

本研究をおこなった背景	1
1. 院内感染対策のための指針の策定	1
2. 院内感染対策のための委員会	1
3. 従業者に対する院内感染のための研修	1
4. 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策	2
I 医療施設の現状調査	3
表1 調査用紙	4
表2 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	6
表3 改善したい点、改善できた点（2006年度）	9
表4 2007年度第7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388名の回答集計：2007年6月	24
表5 改善したい点、改善できた点（2007年度）	27
II 介入項目リスト intervention item list およびケア・バンドル care bundle の検討	
— 日本病院会平成20年度感染制御講習会参加者を対象とした試用結果 —	36
表1 介入項目リスト intervention item list の活用状況	39
表2 ケア・バンドル試用結果	44
表3 ICS講習会 Care Bundle 試用後所感	45
表4 ICS講習会チェックリスト Check List 試用後所感	45
III 介入項目リスト intervention item list に関する意見	46
表1 ICTラウンド時介入項目リストへの意見	47
IV 中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）、施設内指針 （マニュアル）2009、インфекション・コントロール・チーム（ICT）ラウンド時介入項 目リスト intervention item list 2009、ケア・バンドル care bundle の事例 2009 の作成	48
資料IV-1 中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針 （ガイドライン）2009	51
資料IV-2 小規模病院／有床診療所施設内指針（マニュアル）2009 — 単純かつ効果的マニュアルの1例 —	64
資料IV-3 無床診療所施設内指針（マニュアル）2009 — 単純かつ効果的マニュアルの1例 —	69
資料IV-4 インフェクション・コントロール・チーム（ICT）ラウンド時 介入項目リスト intervention item list 2009年版	72
資料IV-5 ケア・バンドル care bundle の事例 2009年版	78

平成18年度～20年度 総合研究報告書

本研究をおこなった背景

2007年4月1日に施行された改正医療法¹⁾により、医療関連感染対策については、病院、有床診療所、無床診療所、歯科診療所、助産所のすべての医療施設に対して体制確保が義務となり、法的遵守事項として位置づけられている。改正医療法の医療法施行規則²⁾における医療関連感染防止に関わる重点的4項目は以下のごとくである³⁾。

1. 院内感染対策のための指針の策定

院内感染対策のための指針は、感染対策委員会にて作成・変更され、次に掲げる事項を文書化し、医療従業者へ周知徹底する必要がある。ただし、無床診療所及び入院施設のない助産所においては、院内感染対策委員会の議を経る必要はない。

- 1) 院内感染対策に関する基本的な考え方
- 2) 院内感染対策のための委員会（委員会を設ける場合を対象とする）
- 3) 院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針
- 4) 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- 5) 院内感染発生時の対応に関する基本方針
- 6) 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- 7) その他の当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

2. 院内感染対策のための委員会

院内感染対策のための委員会とは、当該病院等における院内感染対策の推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満たす必要がある。無床診療所と入所施設を有しない助産所では適用は除外される。

- 1) 管理及び運営に関する規定が定められている
- 2) 重要な検討内容について、院内感染発生時および発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告する
- 3) 院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図る
- 4) 院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しをおこなう
- 5) 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催する
- 6) 委員会の委員は職種横断的に構成する

3. 従業者に対する院内感染のための研修

研修は、院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、従事者に周知徹底をおこなうことで、個々の従事者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一人としての意識の向上等を図る。また、当該病院の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下におこなう。

研修は、年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催する。また、研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録する。ただし、研修については、患者を入院させるための施設を有しない診療所及び妊婦等を入所させるための施設を有しない助産所については、当該病院等以外での研修を受講することも代用できるものとし、年2回程度の受講のほか、必要に応じ

て受講することとする。

4. 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策

院内感染の発生状況を把握するため、当該病院等における感染症の発生動向の情報を共有することで、院内感染の発生の予防及びまん延の防止を図る。

また、重大な院内感染等が発生し、院内のみでの対応が困難な事態が発生した場合、又は発生したことが疑われる場合には、地域の専門家等に相談がおこなわれる体制を確保することが望ましい。さらに、「院内感染対策のための指針」に即した院内感染対策マニュアルを整備する等、その他の院内感染対策の推進のために必要な改善策を図るとともに、それらを定期的に見直すことが望ましい。

以上示した重点4項目を各医療機関で実施するために、その指針を作成するための案を作成した。中小の医療施設においては、必ずしも感染制御の専門家が存在するとは限らないため、本研究班では以下のごとき指針（案）と2種類の施設内指針（案）とを提示した⁴⁾。

「中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（案）（ガイドライン）」

「小規模病院／有床診療所施設内指針（案）」（マニュアル）

「無床診療所施設内指針（案）」（マニュアル）

上記3案の詳細については、東京医療保健大学ホームページ中（→大学院→調査）に掲載されている（<http://thcu.ac.jp/services/kansen-guide/index.html>）。これらの内容は、法律で定められた遵守事項であるが、未施行の場合に特別な罰則があるわけではない。しかしながら、医療法第25条に基づく立ち入り検査などに際しては、該当項目について指導などがおこなわれることになる。また、法的遵守事項が守られていない状況において医療関連感染症のアウトブレイクが生じた場合には、これまで以上に社会的責任が問われることになる。

今回の法改正を前向きにとらえて、専門家の常勤していない中小の医療機関においても、医療関連感染制御策を適切におこなっていくべきである。そのための指標とすべき諸点に関して、提示した上記3案を中心に、インфекション・コントロール・チーム（ICT）の施設内ラウンド時介入項目リスト intervention item list、ケア・バンドル care bundle 等に関し、特に中小医療機関を対象として検討をおこなったのが本研究である。

引用資料

- 1) 医療法、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、平成18年4月1日施行（平成18年法律第84号）
- 2) 医療法施行規則、第1条の11第2項第1号（昭和23年厚生省令第50号）
- 3) 厚生労働省医政局長通知、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施行について、平成19年3月30日付（医政発第0330010号）
- 4) 厚生労働省医政局指導課、院内感染対策のための指針案およびマニュアル作成のための手引きの送付について、平成19年5月8日付（事務連絡）

I. 医療施設の現状調査

1. 目 的

これまでに検討をおこなってきた、中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）、小規模病院／有床診療所施設内指針（マニュアル）、無床診療所施設内指針（マニュアル）、インフェクション・コントロール・チーム（ICT）の施設内ラウンド時介入項目リスト intervention item list、ケア・バンドル care bundle（エビデンスを伴う感染制御策 3-5 項目を束 bundle にしてまとめて実行することによって効果を高めようとする最近の施策）等を、現場に即した形で、より有効に活用できるよう細部の検討、修正をおこなうことを目的として、医療施設における感染制御策の現状を調査した。

2. 方 法

平成 18（2006）年度、および、平成 19（2007）年度日本病院会感染制御講習会参加者を対象として、表 1 のような調査用紙を配布し、回答を求めた。

3. 結 果

2006 年度講習会では、受講者 543 名中 431 名、79.4%、2007 年度講習会では受講者 524 名中 388 名、74.0%より回答を得た。それらの内容は、表 2-5 に示す。

4. 考 察

これらの回答結果を参照して、後記するインフェクション・コントロール・チーム（ICT）ラウンド時介入項目リスト intervention item list 2009 年版、および、ケア・バンドル care bundle 事例 2009 年版作成に資した。

現状においては、1 週間に 1 回以上の定期的施設内ラウンドを実践している施設数は、決して多くなく、今後の課題であり、感染制御策改善の障害要素として、上層部の理解不足、職員の認識と協力体制不足、中心的専門職の欠如、知識不足、多忙などが多くあげられていることも課題となる。この講習会受講者は、感染制御分野の専門職ではなく、講習を経て、インフェクション・コントロール・スタッフ infection control staff（ICS）として活動できるように育成することが目的で、講習会参加段階では、専門的経験はいまだ少なく、そのことを勘案して、回答内容を活用する必要がある。

いずれにせよ、今後の中小施設における感染制御策の質を向上させていく為には、この調査結果が参考として大きく役立つものと結論する。

5. 結 論

この調査により、中小医療機関の問題点等が明確になり、具体的な最終的施策作成に大きく寄与した。

表 1. 調査用紙

1. 所属する施設について伺います。

- 【施設の種類】 a.国立 b.公立 c.独立行政法人 d.私立
 e.会社立 f.団体 () g.その他 ()
- 【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

2. 所属する施設における、あなたの立場について伺います。(複数回答可)

- 【役割】 a.感染管理に関する責任者 b.感染対策委員会のメンバー
 c.感染対策チーム (ICT) のメンバー d.その他
- 【職種】 a.医師 b.看護師 c.薬剤師 d.臨床検査技士
 e.事務/設備職員 f.臨床工学技士 g.滅菌技士/師
- 【職位】 a.管理職 (院長・看護部長・事務部長など) b.中間管理職 (部長・師長・課長・主任など)
 c.スタッフ d.その他

3. 感染制御に関するあなたの専門性について伺います。(複数回答可)

- 1) 認定インフェクション・コントロール・ドクター (CICD)
 2) 感染制御関連大学院修了者 (該当者は右記に○をつけて下さい。 a.修士 ・ b.博士)
 3) 大学機関/大学連合組織において感染制御に関する専攻 (講習) 修了
 4) 感染管理認定看護師
 5) ICS 養成のための感染管理講習会修了
 6) 認定感染制御専門薬剤師
 7) その他 ()

4. 感染対策等について検討する場の有無とその開催頻度について伺います。

- 1) 感染対策委員会 (あり ・ なし)
 ★「あり」と回答された場合、その開催頻度
 a. 1回/週 b. 1回/2週 c. 1回/月 d. 1回/2ヶ月 e.その他 ()
- 2) インフェクション・コントロール・チーム ICT (あり ・ なし)
 ★「あり」と回答された場合、その全施設ラウンドの頻度
 a. 1回/週 b. 1回/2週 c. 1回/月 d. 1回/2ヶ月 e.その他 ()
- 3) その他 ()

5. 本日の ICS 講習会に参加するきっかけについて伺います。

- a.上司の薦め b.知人の紹介 c.開催案内情報を自ら入手
 d.その他 ()

6. 自施設において感染制御活動をすすめる上でどのようなガイドライン (指針) があつたらいいと考えますか。以下の該当する箇所を○で囲んでください。(複数回答可)

- a.実施策の信頼性がわかる b.実施策の根拠・知見がわかる
 c.ベストな方策だけでなく、代替案が記載されている d.情報入手経路・手段がわかる
 e.感染対策に関連する法令(通知までを含む)がわかる f.感染対策に関する事例が記載されている
 g.その他 ()

表2 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 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			
1 所属する施設について	施設の種別	a. 国立	1	0	42	107	67	88	40	35	16	33	2	431		
		b. 公立	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3		
		c. 独立行政法人	0	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	0	176	
		e. 会社立	0	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	3	1	2	0	2	0	11	
		g. その他(記載あり)	0	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	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	0	55	
		無回答	0	0	4	2	3	3	3	1	1	0	0	0	14	
		a. 感染管理責任者	0	0	5	16	10	6	2	1	3	1	3	1	0	44
		b. 感染対策委員会メンバー	1	0	33	69	41	54	22	25	12	21	21	1	279	
		c. ICTメンバー	0	0	10	36	22	43	18	18	6	16	16	1	170	
		d. その他	0	0	2	15	10	17	10	7	2	2	4	0	67	
無回答	0	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	5			
a. 医師	0	0	0	0	3	2	3	2	1	2	0	0	13			
b. 看護師	0	0	34	77	51	66	22	29	11	22	22	1	313			
c. 薬剤師	1	0	5	12	5	10	4	2	2	7	7	1	49			
d. 臨床検査技師	0	0	2	13	9	7	11	3	1	3	3	0	49			
e. 事務/設備職員	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
f. 臨床工学士	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3			
g. 減菌技師/士	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
無回答	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3			
a. 管理職	0	0	3	12	5	1	2	0	1	1	1	0	25			
b. 中間管理職	1	0	21	69	46	67	31	24	12	23	23	1	295			
c. スタッフ	0	0	15	22	13	13	4	11	3	8	8	1	90			
d. その他	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2			
無回答	0	0	3	4	3	6	3	0	0	0	1	0	20			
2 立場について	1) 認定インフェク ションコントロール チームリーダー(CICD)	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0	6		
		a. 修士	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		
		b. 博士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		記載なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		3) 感染制御に関する専攻終了 4) 感染管理認定看 護師	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	4	
		5) ICS養成専攻 研修生全修了	0	0	17	38	34	41	14	16	7	9	0	0	176	
		6) 認定感染制御専 門業務師	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
		7) その他(記載なし)	0	0	5	10	6	9	5	3	1	5	0	0	44	
		7) その他(記載あり)	0	0	1	13	1	4	0	3	0	3	0	0	25	
		無回答	1	0	19	48	24	32	20	12	6	14	2	178		
3 専門性について		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

質問項目	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
病床数	1	0	42	107	67	88	40	35	16	33	2	431
あり	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	5
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4(1) 感染対策委員会	0	0	39	96	62	80	36	30	16	30	1	391
あり	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
なし	0	0	1	2	0	3	1	1	0	1	0	9
無回答	0	0	0	1	1	3	1	0	0	0	1	8
4(2) ICTラウンド	0	0	2	3	1	15	4	10	2	6	0	43
あり	0	0	0	0	0	0	5	5	3	4	0	41
なし	0	0	10	31	17	30	13	9	7	13	1	131
無回答	0	0	2	2	5	2	1	2	1	0	2	15
5 講習会に参加する きっかけについて	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	5
あり	0	0	3	4	2	10	6	3	4	2	0	34
なし	0	0	0	2	3	1	1	0	1	0	0	8
無回答	1	0	24	49	27	20	9	4	0	3	1	138
6 どのようなガイドライ ンがあったらいいか	0	0	1	3	4	4	2	2	0	1	0	15
あり	0	0	36	85	54	67	29	27	10	17	2	327
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	0	0	4	3	4	1	3	2	0	0	1	18
7 読書になること	1	0	18	58	30	42	22	15	8	17	0	211
あり	1	0	25	82	53	69	27	31	15	27	1	331
なし	1	0	4	13	10	9	8	4	5	1	0	55
無回答	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
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	0	0	3	9	2	9	4	5	0	2	0	34
あり	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
なし	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	0	0	4	3	4	1	3	2	0	0	1	18
9 信頼性	1	0	18	58	30	42	22	15	8	17	0	211
あり	1	0	25	82	53	69	27	31	15	27	1	331
なし	1	0	4	13	10	9	8	4	5	1	0	55
無回答	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
10 情報入手	1	0	12	28	17	31	13	16	5	11	1	135
あり	1	0	6	36	21	32	12	17	5	12	0	142
なし	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
11 上層部の理解不足	0	0	6	0	1	1	1	0	0	1	0	10
あり	0	0	9	24	19	17	5	2	1	3	0	80
なし	0	0	20	40	27	34	10	11	3	7	0	152
無回答	1	0	13	39	20	31	8	9	1	8	0	130
12 知識・情報を得る機会 の不足	1	0	9	29	20	15	6	8	0	3	0	91
あり	0	0	15	20	10	13	4	8	2	3	0	75
なし	1	0	12	30	21	24	11	12	4	9	0	124
無回答	0	0	0	7	4	0	1	0	0	0	0	12
13 その他	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
あり	0	0	11	30	12	31	13	10	10	13	0	130
なし	0	0	0	1	1	1	4	1	1	1	1	12
無回答	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※この項目で記述されたコメントは本書のp.46～61に掲載しています(参考資料1～10)

質問項目	a. 無床 数	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
9 教育	1	0	42	107	67	88	40	35	16	33	2	431
a. 行っている(記載なし)	0	0	0	5	2	3	0	4	1	5	1	21
a. 行っている(記載あり)	0	0	33	82	57	76	34	25	15	26	0	348
b. 行っていない	0	0	4	13	3	6	2	4	0	0	0	32
無回答	1	0	1	4	1	2	1	0	0	2	0	12
10 周知	0	0	1	3	4	2	1	2	0	1	0	14
a. よく周知されている	0	0	16	52	30	41	21	16	8	21	0	205
b. まあまあ周知されている	1	0	9	23	15	29	7	8	8	9	1	110
c. どちらともいえない	0	0	12	21	13	12	8	5	0	2	0	73
d. あまり周知されていない	0	0	0	4	0	2	0	1	0	0	0	7
e. ぜんぜん周知されていない	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4
無回答	1	0	29	71	44	56	24	22	13	23	0	283
a. 絶て報告されている	0	0	7	27	15	27	12	10	2	7	7	107
b. 重要と思われた症例のみ	0	0	2	4	2	0	1	0	1	0	0	10
c. あまり報告されていない	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
d. ぜんぜん報告されていない	0	0	0	0	2	3	0	2	0	3	1	11
無回答	0	0	16	58	38	66	28	31	15	31	1	284
a. されている	1	0	20	38	23	18	7	2	0	110	0	110
b. されていない	0	0	2	8	2	3	2	0	1	1	0	19
無回答	0	0	34	89	57	76	36	30	15	30	1	368
a. されている	1	0	3	12	5	8	1	3	0	1	0	34
b. されていない	0	0	1	3	1	3	0	0	1	2	0	11
無回答	0	0	2	1	3	3	1	1	1	6	0	18
a. 定期的に見直し(記載あり)	0	0	6	22	17	20	6	9	3	7	0	90
a. 定期的に見直し(記載なし)	0	0	28	72	40	53	28	22	12	16	1	272
b. 必要に応じて不定期に見直し	0	0	2	5	2	7	2	1	0	4	0	23
c. 見直していない	1	0	0	4	1	4	0	0	0	0	0	10
無回答	0	0	7	29	17	36	17	13	6	12	1	138
a. 全病院共通の基準	0	0	4	12	4	1	2	3	3	2	0	31
b. 各診療科別の基準	0	0	2	0	1	2	0	0	0	0	0	5
はい	0	0	2	1	2	5	1	1	1	0	0	12
いいえ	1	0	21	58	36	43	15	15	5	14	0	208
無回答	0	0	2	4	3	0	2	1	2	5	0	19

表3. 改善したい点、改善できた点（2006年度）

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名のコメントを病床規模別に列挙

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アプリケーションの実施
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ブ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
綿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（スポル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ポーザブル化（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

経管栄養バットの消毒方法
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
針刺し切削の減少へ向けて
針刺し防止の為に安全器材の導入
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にガウンの配備
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回であるか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を導入
気管吸引カテーテルのディスポーザブル化
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アプリケ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ケーションの実施(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ケ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ポーザブル化
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様になった（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様になった
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
ポピ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イスポーザブル化
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バッグを導入し、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アプリケーションの導入
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