

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
作りお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、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
補液ルートの一括化(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 of 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
ディスプレイ製品の再利用中止（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
カルババ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、蓄尿バック一体型）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）
ベッドバ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
酸素使用時蒸留水を使っていたが、4L以下の経鼻カニューラ使用時には水は入れない
鼻カニューラ、酸素マスク—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

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

質問項目	病室数 数	病床数													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	病床数不明						
1 所属する施設について 施設の種類	a. 国立	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	388
	b. 公立	0	0	0	2	7	20	24	14	15	7	9	0	0	0	0	98	98
	c. 独立行政法人	0	0	0	4	15	11	11	7	4	4	4	1	0	0	0	61	61
	d. 私立	0	0	14	35	10	14	10	9	1	8	0	0	0	0	0	101	101
	e. 会社立	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	6
	f. 団体(記載なし)	0	0	0	0	1	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	9	9
	g. 団体(記載あり)	0	0	2	7	6	6	4	3	3	1	0	0	0	0	0	32	32
	h. その他(記載なし)	0	0	2	2	1	3	2	2	2	1	0	1	0	0	0	14	14
	i. その他(記載あり)	0	0	4	11	9	8	3	3	4	1	3	0	0	0	0	45	45
	無回答	0	0	3	5	2	3	2	2	3	2	1	2	1	0	0	20	20
2 立場について	a. 感染管理責任者	0	0	5	6	5	4	6	3	0	1	0	0	0	0	0	30	30
	b. 感染対策委員会メンバー	0	0	21	47	40	48	22	22	8	11	11	0	0	0	0	220	220
	c. ICTメンバー	0	0	5	36	27	33	27	23	10	13	0	0	0	0	0	174	174
	d. その他	0	0	5	15	9	14	5	9	6	7	1	0	0	0	0	71	71
	無回答	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
	a. 医師	0	0	2	2	5	2	2	0	2	0	1	0	0	0	0	14	14
	b. 看護師	0	0	2	24	59	41	50	33	26	14	22	0	0	0	0	269	269
	c. 薬剤師	0	0	2	13	4	14	6	6	3	3	3	0	0	0	0	53	53
	d. 臨床検査技師	0	0	4	9	10	7	2	6	2	3	2	0	0	0	0	45	45
	e. 事務/設備職員	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
f. 臨床工学士	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
g. 放射線技師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
h. その他	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	
無回答	0	0	2	4	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	11	11	
3 専門性について	a. 管理職	0	0	19	55	36	41	27	20	10	16	0	0	0	0	0	224	224
	b. 中間管理職	0	0	10	25	17	24	11	18	10	11	0	0	0	0	0	128	128
	c. スタッフ	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	d. その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	無回答	0	0	1	3	4	3	5	3	1	1	1	0	0	0	0	21	21
	1) CICD	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	3
	2) 感染制御関連大学 院修了者	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4) 感染管理認定者 講習会修了	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5) ICS 養成感染管理 講習会修了	0	0	2	4	1	1	1	1	3	1	2	0	0	0	0	15	15
6) 認定感染制御専門 薬剤師	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	3	
7) その他(記載なし) 7) その他(記載あり)	0	0	4	19	12	11	9	7	6	2	1	0	0	0	0	66	66	
無回答	0	0	6	10	3	7	3	1	3	1	6	0	0	0	0	39	39	
	0	0	19	52	41	52	29	23	14	19	0	0	0	0	0	255	255	

【6月】 質問項目	病状数	病状数											700以上	病状不明	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	病状不明			
		0	0	0	30	89	60	73	43	42	21	28	2	388	
		a. 1回/2週	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	4	
		b. 1回/2週	0	0	0	1	2	4	0	2	0	2	0	11	
あり		c. 1回/月	0	0	30	79	56	68	39	38	19	23	1	353	
		d. 1回/2ヶ月	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	
		e. その他	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	
		空欄	0	0	0	3	0	2	0	2	2	2	1	10	
なし		無回答	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
		a. 1回/2週	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	
		b. 1回/2週	0	0	0	5	5	12	6	9	3	6	0	49	
		c. 1回/月	0	0	1	7	0	5	5	4	2	2	0	29	
あり		d. 1回/2ヶ月	0	0	5	24	21	24	23	14	11	6	1	129	
		e. その他(記載なし)	0	0	1	2	4	0	2	1	4	0	2	16	
		e. その他(記載あり)	0	0	2	2	3	3	0	1	2	3	0	16	
		空欄	0	0	0	5	8	10	3	3	1	6	0	38	
なし		無回答	0	0	0	0	0	0	3	3	1	3	0	11	
		a. 上司の薦め	0	0	22	39	16	12	2	4	0	2	1	96	
		b. 知人の紹介	0	0	0	3	5	2	0	2	1	0	0	13	
		c. 自ら	0	0	28	71	52	60	33	30	17	21	2	314	
		d. その他(記載なし)	0	0	0	1	1	0	0	4	0	1	0	7	
		d. その他(記載あり)	0	0	1	7	4	6	2	6	1	2	0	29	
		無回答	0	0	0	1	4	0	1	2	0	1	0	9	
		a. 遺族性	0	0	2	11	7	6	5	3	4	5	1	45	
		b. 相談・知見	0	0	13	36	23	30	22	25	6	10	0	165	
		c. 代読案	0	0	20	51	36	38	24	20	10	13	0	269	
		d. 情報入手	0	0	7	16	23	24	13	13	2	7	0	105	
		e. 法令	0	0	6	21	14	18	16	17	5	5	0	102	
		f. 事例	0	0	13	32	19	27	19	15	7	13	0	145	
		無回答	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	4	
		a. 上層部の理解不足	0	0	3	12	6	10	2	5	1	1	0	40	
		b. 職員の間隙と協力体制不足	0	0	13	22	23	26	13	10	5	5	0	117	
		c. 中心幹部・門下の欠如	0	0	6	21	18	22	11	10	2	1	0	91	
		d. 知識不足	0	0	8	23	13	20	5	6	0	2	0	78	
あり		e. 知識・情報を得る機会の不足	0	0	8	23	16	16	5	7	3	4	0	62	
		f. 多忙	0	0	10	30	20	23	18	11	4	6	0	122	
		無回答	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	6	
		空欄	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
なし		無回答	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	5	
		a. 行っている(記載なし)	0	0	25	65	44	56	32	31	13	16	1	283	
		b. 行っていない	0	0	4	6	4	6	4	1	3	2	0	24	
		無回答	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	

【6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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997
10 周知	a. よく周知されている b. まあまあ周知されている c. どちらともいえない d. あまり周知されていない e. ぜんぜん周知されていない 無回答	0	0	0	30	89	60	73	43	42	21	28	2	388																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
11 報告	a. 総て報告されている b. 重要と思われる症例のみ c. あまり報告されていない d. ぜんぜん報告されていない 無回答	0	0	23	59	30	39	22	23	11	13	1	221																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
12 物理診断的CT	a. されている b. されていない 無回答	0	0	12	32	14	12	0	3	1	1	0	176																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
13 物理診断的感染対策委員会	a. されている b. されていない 無回答	0	0	27	69	46	59	24	33	16	21	1	296																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
14 マニュアルの見直し	a. 定期的に見直し(記載あり) b. 定期的に見直し(記載なし) c. 必要に応じて不定期に見直し d. 見直していない 無回答	0	0	0	1	1	3	1	1	1	1	0	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
15 抗菌薬使用基準	a. 全病院共通の基準 b. 各診療科別の基準 c. はない d. いない 無回答	0	0	0	14	31	18	32	13	17	7	9	141																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

表5. 改善したい点、改善できた点 (2007年度)

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

消毒に対して、院内の統一されたマニュアルを作成し、外来や病棟における消毒方法の見直し
トイレや玄関などの足拭きマットの除去
院内の環境整備
職員の抗体調査
全スタッフに対する勉強会の開催
手指洗浄用消毒薬の変更
スタッフに対するB型肝炎ワクチンの接種
手洗いの徹底
機器類の消毒方法の見直し
病院感染防止マニュアルに基づいた対応の実践
尿路留置カテーテルを閉鎖式に変更
生食ロック用の生食をプレフィルドタイプに変更
陰部洗浄用のボトルを個別使用とし、乾燥させたものを使用(個別に2～3個準備して)
バルンカテーテルと蓄尿バックが一体になったものに変更
酒精綿の単包化
リキャップの不要な安全対策つき注射針の導入
単包式のアルコール綿の導入
新しい口腔ケアの研修の実施
回診時の病室への入室・退室時の手指消毒の実施
手術前に患者の感染リスクの把握
感染症発症時の検査の迅速化

d. 100～199床

衣類を廊下の手すりやストレッチャーに干して乾燥していたが、物干し場を増築した
院内の廃棄容器(感染、非感染)のほとんどをスタッフ用のゴミ箱に変えた
流し台に水はね防止板を取り付けた
院内の水道蛇口の培養検査を実施し、定期的清掃をおこなった
針専用の廃棄容器を使うことにした
静脈注射に使用したシリンジはプラスチックグローブと共に感染性廃棄容器にすてることに統一

薬剤耐性菌を検出した時には、必ず主治医に報告する伝票システムとした
針の専用廃棄容器の改善
クロストリジウム・ディフィシル腸炎対策
感染症データを1/週ごとに表にしてスタッフに配布して検査および感染への認識を向上させた
自動式活栓の取り付け
ペーパータオルをすべての手洗い場に設置
閉鎖式ドレナージの導入と手術部位感染防止の実施
閉鎖式輸液回路の導入
個人用防護具の配置と使用促進を ICT がスタッフに働きかけを実施
手術前日の剃毛を廃止
ターゲットサーベイランスの導入
手袋の着用と擦式消毒の遵守
感染に対して以前より気にかけるようになった（職員全て）
抗菌薬適正使用マニュアルの作成
手洗い、手指消毒への取り組みの強化
使用済み針や尿廃棄方法の見直しとマニュアル化
疥癬、ノロウイルス対策
混合病棟化による新生児への感染防止対策のマニュアル化
疥癬への対応強化
肝炎ウイルス対応マニュアルの改訂
クロイツフェルト・ヤコブ病の新しいマニュアルの作成
抗菌薬が適正使用
指定抗菌薬使用届の院内提出基準の作成（オーダリングシステムに合わせて）
院内ラウンド結果をフィードバックすることにより、ポイント的改善がなされるようになった（現場で）
ネプライザーの蛇管の消毒方法の変更。0.01% テキサント液1時間→乾燥機での乾燥
ICTによる施設内ラウンドの導入
手洗い
血液培養の手順
疥癬対応
閉鎖式バルンカテーテルの導入
膀胱内留置カテーテルの閉鎖式導入
CVカテーテル挿入時、マキシマムバリアプローションの実施
検体を手で持ち運ばないようにするため、容器に入れて持ち運ぶように変更
廃液容器内にあらかじめ次亜塩素酸を一定量入れておく
酒精綿の作りおきをやめ、既製品の購入
輸血前後の感染症検査の実施

感染経路別の分析シートの作成
初期に作成したマニュアルの見直し、無駄をはぶいた
当院ではMRSAの個室隔離やガウンテクニックなどをやめて、処置前後の手指消毒の実施および手袋の着用の実施
届出制抗菌薬申請書改訂と届出制の強化。
看護師に擦式消毒薬を携帯できるよう配布した→しかし、まだ定着されておらず減りは悪い
室内の防臭・殺菌目的で次亜塩素酸水の噴霧器の導入・配管設置
全体的にマニュアル見直し中
ノロウイルスの対策（対応）の見直し
2006年よりリンクナース委員制度をつくり、リンクナースが活動
マニュアルの改定
全体的にマニュアルの見直し中
全体的にマニュアルの見直し中
現場での一次消毒廃止
既製品滅菌ガーゼ導入
足踏み式ゴミ箱の導入
消毒薬の見直し
汚物の管理の徹底
ラウンド方法の検討
ゴミ箱（患者用）排除
マスク・エプロンの着用がどういう時に必要かを検討した
手指消毒用のボルトに使用期間64時間の日付けの明示
針廃棄容器は8分目で廃棄
手指消毒剤の使用期間の日付け記入
一次洗浄の廃止
スリッパのはきかえ・ガウン着用の廃止
ベッドサイド、壁等へのアルコール擦式消毒薬の設置
マニュアルの中に文章で書かれていたスタンダードプリコーション、感染経路別（空気・飛沫・接触）対策を一覧表にした
感染経路別（空気・飛沫・接触）対策の一覧表を各部署に配布し、すぐ見える様にした
ICTだよりを発行（本年2月～）ホットな話題、注意喚起したいことを載せる
安全装置付翼状針の導入
ビニールエプロンの導入
マニュアルの改訂
MRSA患者在室のグレード別マークの表示
ICTラウンドにより感染症発生の原因追求が改善された

e. 200～299 床

看護師が擦式手指消毒薬を持ち歩きやすいように容器を整備
抗生剤の TDM 開始
アンギオ室のスリッパはきかえ廃止
消毒用エタノール綿の単包パック製剤導入
便座清拭用アルコールの設置
感染報告菌種の追加 (MDRP、ノロウイルス)
MDRP 取り扱い内容の追加
ノロウイルス取り扱い内容の追加+サンプリングの実施
麻疹抗体検査+ワクチン接種 (職員対象)
手指衛生の強化 写真を入れて具体的な手洗い方法を示した
清掃の見直し
麻疹、結核などの危険性のある患者の部屋の見直し
感染対策マニュアルの全般的な見直し
感染対策マニュアルの全般的な見直しと、マニュアルの啓蒙活動を実施
感染対策新聞を 2 回発行した
CV カテーテル挿入時のガウンテクニック
酸素流量計の加湿水の廃止
ICU のガウン、スリッパの廃止
アルコール綿の単包化
閉鎖式吸引カテーテルの導入
ヘパリンロック→生食ロックへ
抗生剤の時間的与薬の見直し
消毒薬万能つぼの廃止 (一部使用)
棋子、ガーゼの単包化
経管栄養セットの毎日交換
万能つぼの廃止
ガーゼカストの廃止
セッシの単包化
一部一次消毒の廃止
ごみ廃棄の方法の統一
洗浄・消毒手順の統一 (各部署に誤差が生じたため)
看護助手への学習会
結核患者発生の対応フローチャートの見直し
経管栄養のイルリガートルの消毒
ICT ラウンドを企画、本年より
抗 MRSA 薬、カルバペネム薬届出制の導入
感染症月報→週報へ

予防具・・・ビニールエプロンの採用（布ガウン廃止）
カルバベネム使用届けの徹底（直接 Dr に Tel する）
ラウンドの強化（7月より1回/w 定期的に行う）
感染対策グッズの見直し
水まわりの環境整備
勉強会の充実

f. 300～399 床

E・H・スポルディング分類に準じた物品の処理の実施
スタッフ間で日ごろの業務に無駄のない処理の方法が工夫されている
スタンダードプリコーションの徹底。ーリンクナースによるラウンド
OP での手洗い、はきもの交換などの改善
抗菌薬の使用マニュアル
ノロウイルス集団発生に対して、食事時の対応、食器のディスボ化
MRSA 患者に対しての定期培養検査の採用（集団発生した為）
院内感染防止対策マニュアルの見直し
自動水栓への切りかえ
針刺し防止策に関すること
防護具に関すること
抗菌薬使用に関すること
吸引びんのディスボ化（結核病棟）
吸引チューブの単回使用
アルコール綿の単包化
O ₂ アクアバックの使用
包交車の廃止と中材物品、衛生材料の単包化
ペーパータオル・ホルダー
院内発生・覚知規定（報告書提出等）
アルコール擦込製剤変更
経管栄養のボトル、チューブの洗浄方法・交換日数の変更
環境整備の基準（検討中）
針捨てボックスの導入
蓋付き廃棄容器の採用
エプロンのディスポーザブル化
吸引カップのディスポーザブル化
一次洗浄の廃止（現場での洗浄を廃止して→中央滅菌部へ）
病室内手袋ホルダーの設置
外来棟にマスク自動販売機の設置
気管内サクシジョンチューブのディスポーザブル化

ICUでのユニフォームの着替えの廃止
病棟での一次消毒の廃止
抗生物質の乱用の見直し
一部病棟での一次洗浄廃止。
環境整備の方法の見直し。箒の使用を廃止して粘着方式に変更
マニュアルの改訂
マニュアルの作成
経管栄養の洗浄方法
採血時などの手袋着用
血糖チェック時の針を安全装置付きのものに変更
感染症病室4床の新設
栄養チューブの管理法の検討
ナースシューズを靴に変更
高周波滅菌法をとりいれた
ベッド用の粘着式ロールの採用
アルコール綿の単包化

g. 400~499床

採血ホルダーのディスポーザブル化
清拭タオルのおしぼり（ディスポーザブル）への変更
感染性廃棄物ボックスの設置
中心静脈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実施
手指衛生の見直し（手術室での手洗いの方法、石けん、アルコール製剤の変更）
尿回収 1人1容器
手指消毒剤の変更
器具等滅菌システムの一括集中化
消毒綿の単包化
安全器材（サフーロ針、翼状針など）の導入
擦式手指消毒薬の設置場所の拡大
PPEの使用手順の見直し
安全器材の導入
使用物品の単包化、ディスポーザブル化
PPE マニュアルの見直し
一次消毒の見直し
麻疹ワクチン接種の実施
空気感染対策の外来での対応
静脈内留置カテーテルの透明ドレッシング材での固定の徹底
空気感染症（麻疹）が疑われる患者様の救外での対応の仕方の検討

病棟での感染委員会のメンバーによる巡回後の病棟での対応の仕方の検討
尿回収 1人1容器
一次洗浄廃止
マニュアル見直し
SSI サーベイランスの強化
スタンダードプリコーションの徹底
咳エチケット（咳嗽のある患者にマスク配布）の実施
手洗いの徹底
感染症疑いの患者の隔離
麻疹マニュアル
疥癬マニュアル
アウトブレイク対応時のマニュアル
手術室滅菌水の（手洗い用）廃止
手術時の手洗いの見直し
手術室の一足制導入
ICU の入室時のガウンテクニックの廃止
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実施
手術時手洗いの見直し
手術室入室時の着替えの中止

h. 500～599床

抗MRSA薬使用届導入によると思われる耐性（特にABK）化への対応
不必要な消毒を行わないことでの経済効果（一次消毒…床など）
外注で行っていた抗酸菌染色検査の迅速性
クオンティフェロンTB-2G検査の導入
耐性菌に対する接触予防策の強化
滅菌ガーゼ使用の適正基準
ミキシング時の専用シートの使用
携帯式手指消毒剤ポーチの採用
MDRP患者が多数発生したため、MRDP患者は個室管理とすることにした
抗菌剤の使用届対象薬を増やした
針刺し防止機能付翼状針の導入
消毒綿単包化導入
面会人へ、擦式手指消毒剤の使用を推奨
擦式消毒薬ゲルの導入
パウダーフリーの手袋導入
ICUスリッパの中止
グリッターバグ2台目導入

擦式消毒薬の導入
閉鎖式尿道留置カテーテルセットの導入
閉鎖バルンカテーテルの導入
消毒方法（薬剤の選択）について見直し
麻疹に対する予防ワクチン接種
環境整備を対象とした院内ラウンドの実施
手術時手洗い方法の見直し
陰部洗浄用ボトルの使用方法の見直し
ジャクソンリースの消毒の実施
救急外来で、呼吸器回路にフィルターを使用し、回路の消毒を廃止
マニュアル内の届出用紙の中で肺結核について変更
ウイルス性腸炎の接触感染予防策に、吐物の浮遊の問題を考慮して汚物処理方法を見直し
手術着や覆布のディスポーザブル化
中材物品の一次洗浄の廃止
蓄尿コップのふせ置き中止
抗菌剤の届出制のカルバネム薬、第4世代セフェム薬、ニューキノロン薬の追加
ICNによるリンクNSへの教育
ペーパータオルの設置場所の検討
手洗い石けん→液体のものに変更、開封日の記入
手洗い方法の徹底についての告知
ICUからのお知らせを各部署ですぐ見られるよう個別掲示板の設置

i. 600～699床

消毒薬を必要とときだけに使用（過剰な消毒の見直し）
ノロウイルス対策の検討
清掃法の検討
医療廃棄物の処理方法の検討
ICUにおけるMRSA入室患者・感染予防マニュアル
VAPサーベイランスの導入
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用キットの導入
アルコール消毒の見直し

j. 700床以上

手指消毒薬の変更（擦式消毒薬）
経管栄養関連の物品の取り扱い
末梢静脈留置カテーテル交換に関する表記法の検討
医療廃棄物分別の徹底
医療廃棄物バイオハザードBOXが足踏み式になり、針刺し減少

無駄なガウン装着がなく、ディスポーザブルエプロン装着へ変更
消毒の必要性がないものの区別により、業務の簡素化
呼吸器の蛇管や酸素マスクのディスポーザブル化
アルコール綿を単包装に
擦式消毒薬の各自携帯
手袋交換を頻繁に
感染症患者（MRSA など）に使用した清拭タオルや病衣・術衣などはスタンダードプリコーションの下に処理
HIV 患者の検体の運搬方法の見直し（普通検体と同様な方法で（病理検体以外））

k. 病床数不明

なし

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—

1. 目 的

感染制御策の遵守率および質の向上を目指す為、厚生労働省科学研究の一環として現場ラウンド liaison 時に活用する介入項目リスト intervention item list、および、ケア・バンドル care bundle の日本における実例を作成して 2008 年に公開し、試用を求めた。ケア・バンドルとは、同時に 3-5 個の感染制御策を束 bundle にしてまとめて遂行することによってより高い効果を得ようとする最近の国際的手法である¹⁾。この試用に基づき、両者の有効性を追及することを目的とした。

2. 方 法

日本病院会平成 20 年度感染制御講習会（全過程 3 クール/年）の第 1 クール 6 月 7-8 日開催の参加者 354 施設、452 名に、表 1 に示す 98 項目からなる介入項目リスト intervention item list、および、表 2 に示す 4 種類のケア・バンドルを配布し、講習の一環として自施設で試用することを依頼、11 月 8-9 日の第 2 クール時に試用結果と試用した結果に関する自由意見を提出するよう求めた。

介入項目リストは、インフェクション・コントロール・チーム infection control team (ICT) がおこなう定期的施設内ラウンド liaison に際して、現場で実際に介入した項目に印を付けるよう指示した。98 項目総てについて介入することを求めたのではなく、その日のラウンドで介入できた項目に印を付けるよう依頼した。

ケア・バンドルは、夫々をメモとして所持し、実際に当該処置をおこなった後に、自分で実行した、あるいは、観察して実行を確認した項目に印を付けることを依頼した。

3. 結 果²⁾

156 人、34.5%から記録の提出があった。但し、各試用回数は、施設によって大きくばらついていた。提出施設の病床数は、99 床以下 7 施設、5%、100-199 床 44 施設、28%、200-299 床 19 施設、12%、300-399 床 23 施設、15%、400-499 床 21 施設、13%、500 床以上 42 施設、27%であり、299 床以下の施設は、45%を占めていた。

介入項目リスト intervention item list の 98 項目それぞれに関する活用状況は表 1 に示すとおりで、回収したラウンド時記録用紙は、2,474 枚であり、施設によるラウンド試用頻度には多寡が認められるが、延べ 2,474 回のラウンドの記録であり、各ラウンド時に介入した項目の回数および率を示している。

ケア・バンドルの使用状況は表 2 のごとくであり、回収できたケア・バンドルの試行総数は、それぞれ、中心静脈 (CV) カテーテル挿入バンドルは延べ 1,124 回、尿路 (UT) カテーテル挿入バンドルは延べ 2,685 回、吸引処置バンドルは延べ 10,429 回、下痢嘔吐処理バンドルは延べ 1,310 回であり、それぞれのケア・バンドルの各 5 項目の遵守状況を示している。

自由意見は、表 3、4 の如く 85 施設から回答を得ており、これらを整理すると、介入項目リストに関しては、有効に使えた：22 施設 26%、抜けていたチェック項目が分かった：22 施設 26%、独自のチェックリストの基にした：8 施設 9%、行動の目安になった：2 施設 2%、ラウンド時の指標と成った：6 施設 7%、今後のラウンドの参考にする：8 施設 9%、実行が難しい項目もある：8 施設 9%、表現が難解な項目があった：13 施設 15%、項目が多すぎて一度にチェックできない（これは選択して試用と依頼した説明が伝わらず解釈誤解の結果）：22 施設 26%、活用できなかった：5 施設 6%、であり、ケア・バンド

ルに関しては、詳細にチェックするのに役立った：6 施設 7%、不足な施策が明らかになった：14 施設 17%、各自チェックで意識付けが出来た：18 施設 21%、教育指導効果があった：11 施設 13%、遵守率向上につながった：5 施設 6%、ケアの標準化が出来た：1 施設 1%、間歇的に使用して効果を挙げられそうだ：2 施設 2%、仕事が増えることへの抵抗があった：8 施設 9%、協力が得られなかった：10 施設 12%、具体的記載が必要な項目があった：13 施設 15%、であった。各施設の回答を総合的に評価して、積極的な回答（前向きな回答）が 45 施設 52%にみられ、消極的な回答（後ろ向きな回答）が 42 施設 48%に認められた（重複評価あり）。

4. 考 察

定期的ラウンド時に活用するよう依頼した介入項目リスト intervention item list は、平成 19（2007）年度厚生労働科学研究費補助金による研究、“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”によって作成し、広くパブリックコメントを求めているものであり、今回の試用結果からは、多くの施設で、前向きに捉えて効果的活用をおこなっていたことが明白となった。実行が難しい、表現が難解である、などの意見については、十分考慮して改善を図るつもりである。項目が多すぎて実行が難しかったとの意見が 22 施設から寄せられたが、試用依頼時、一度のラウンドで 98 項目総てに介入するということではなく、介入できた項目に印を付けるよう指示したが、情報伝達の難しさが明白に成った。感染制御策においても、誤解されずに正確に伝わる情報伝達方法は重要であり、今後の大きな課題となった。

ラウンド時介入した項目の頻度には、かなりのばらつきが認められた。これは当然のこととは考えるものの、今後の感染制御策の質向上を図る施策としては、大いに参考になる資料と成った。次に述べるケア・バンドルの今後の改善にとっても、非常に有効な資料と成り得る結果である。

ケア・バンドルの試用結果では、これも多くは前向きに活用されていたが、遵守率にやはりばらつきが見られ、介入項目リスト試用結果を参照しながら、かつまた、エビデンスを追及しつつ、日本の実情に適したケア・バンドルとして改良していく必要がある。

国際的にもケア・バンドルは、いまだ開発段階であり、感染制御分野よりは、むしろ医療全体のケアの質向上を目指して活用されている³⁻⁸⁾。今後、感染率評価との組み合わせで、ケア・バンドルの有効性が評価されていく時代となろう。

自由意見の中で、消極的な後ろ向きの意見が、42 施設、48%に認められ、新しいことを導入することの難しさを物語っていた。感染制御策の質向上を図る改善にあたっては、約半数に後ろ向きの反応が起ころうと考え、これらの医療職員からどのように積極的な協力体制を得るかの施策が、改善された制御策の遵守率向上を大きく左右することを肝に銘じて置かなくては成らない。このことは、国際的課題でもあり、手指衛生の遵守率が何時までも問題になっていることが一番の実例である。感染制御策実践の難しさであり、解決の鍵はこの辺りに存する。

5. 結 論

この調査の結果から、介入項目リスト intervention item list、および、ケア・バンドル care bundle の中小病院における感染制御策上の有効活用が可能になったことが明確になり、感染制御策の質向上に役立つことが明らかとなった。

今回の試行にご協力くださった諸施設の関係者各位に深謝します。