
委員会機能強化プロジェクト

感染対策委員会

2025. 09. 04

本日の内容

1/ 感染症対策の考え方

2/ 活動指針

3/ ICT・委員会の活動

4/ 新しく提供するツール

5/ HMWグループの基本的感染対策

1

感染症対策の考え方

感染対策は

” 誰かのため ” ではなく ” 自分と自分の大切な人のため ”

に行うもの

3つの考え方の柱

1. 感染対策は ” 全員が当事者 ”



2. 予防は治療よりも遥かに効果大きい



3. 感染対策は患者のQOLと両立してこそ意味がある

1. 感染対策は “ 全員が当事者 ”

感染対策は一部の専門職だけの役割ではない。

患者・利用者・家族・職員すべてが感染源となりうるとの前提に立ち、一人ひとりが当事者意識を持ち、基本的な予防策を徹底することが重要である。

「自分が感染しないために」「自分が広げないために」行動する。

感染対策は個人の努力だけでなく『職種を越えた連携(チーム医療)』により支えられる。

全員が役割を理解し、責任を持って行動する体制をつくる。

2. 予防は、治療よりも遥かに有効である

感染症の治療は容易ではなく、重大な影響を及ぼすこともある。

だからこそ、**感染を未然に防ぐ予防こそが最も有効な手段** である。

標準予防策の徹底と、日々の地道な取り組みが安全を守る力となる。

本部感染委員会は、**正しい知識と実践が広がる仕組み** を整え、

継続的な教育を通じて、現場の行動変容を支える。

3. 感染対策は、QOLと両立してこそ意味がある

どれほど厳密な対策も、生活や心を損なっては意味がない。

科学的根拠に基づく**過不足のない対策**と、安心・尊厳・自由のバランスを重視する姿勢が必要である。

感染対策は制限ではなく**安心して過ごせる環境をつくるための工夫**である。

自分を生きるを尊重し、現場と対話しながら進めていく。

活動指針

1. 予防可能な院内感染の減少

標準予防策(スタンダードプリコーション)の徹底を図り、手指衛生の徹底、正しい個人防護具の使用など基本的な対策を強化する
抗菌薬使用前の細菌培養検査の実施など、抗菌薬の適正使用と多剤耐性菌対策に努める

2. 職員の感染対策意識・知識の向上

全職種を対象に、定期的な研修や啓発活動を実施し、感染対策の意識向上に努める

3. 患者の精神面、QOLに配慮した感染対策の実施

面会など、コミュニケーションや人と人とのかかわりを過度に制限しない感染対策に配慮する

グループ感染対策委員会メンバーの紹介

看護部

- 川口一美 / 小山真代 / 吉田稔正

薬剤部

- 坂東理江 / 梅井康宏

検査部

- 森脇奈々 / 市来翼

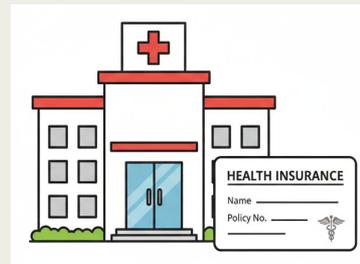
アドバイザー

- 坂上祐樹(副代表)

2

ICT・委員会の活動

院内感染対策は医療法上にある



感染症法

感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的とする

医療法

医療を受ける者の利益の保護や良質かつ適切な医療の効率的な提供を確保することなどを目的とする

診療報酬

医療の安全・質の向上に資する体制・運用・記録の整備を評価・促進し、継続的改善を図ることを目的とする

院内感染対策管理体制

1. 院内感染対策チーム (ICT)

- a. 構成: 医師、看護師 (リンクナース)、薬剤師、検査技師
- b. 開催頻度: 週1回

2. 院内感染対策委員会

- a. 構成: 医師 (院長)、看護部長 (看護副部長)、事務長
全部署責任者
- b. 開催頻度: 月1回

院内感染対策チーム(ICT)の活動

1. 週1回の**院内ラウンド、ミーティングの実施**
 - a. 感染症患者,薬剤耐性菌の発生状況等を点検
 - b. 各種予防策の実施状況や効果等を定期的に評価
2. 院内感染対策委員会へ**報告と検討議題の提案**
3. 院内感染対策強化・推進のための**改善策の提案**
4. 院内感染対策のための**研修の企画と実施**

ICT標準活動フロー

検査室

速報(24h以内)
感染症検査・培養検査での
耐性菌検出

ICT記録担当

議事録へ転記

感染ラウンド

週1回

ICT-MTG

週1回
(振り返り・是正策)

委員会への報告

月1回
(4週分報告+付議)

実施・フォロー

(改善・研修・手順見直し)

院内感染対策委員会の活動

1. 院内感染対策のための**委員会の開催**(月 1回)
2. 院内における**感染症の発生状況の確認**
3. **実施された対策や介入の効果に対する評価、分析**
4. 院内感染対策の**推進を目的とした改善のための方策の決定**
5. 院内感染対策のための**研修の決定**

3

新しく提供するツール

院内感染対策委員会・ICTで使用するツール

1. 感染ラウンド表
2. 抗MRSA薬・広域スペクトル抗菌薬使用申請書
3. 委員会議事録
4. 感染見える化レポート(感染管理に関する最新情報などを掲載)

感染ラウンド表

感染ラウンドの目的

1. 現場での感染対策実践状況の確認

- マニュアルや指針が実際に守られているかを確認する

2. 感染リスクの早期発見

- 環境や手技の中で「感染につながる危険」がないかを見つける

3. 職員への啓発・教育

- 気づきや改善点を現場でフィードバックし、学びに繋げる。

4. 患者・利用者の安全確保

- 院内感染・施設内感染を未然に防ぎ、安全な療養環境を守る

5. 組織全体の質向上

- 標準予防策や経路別予防策の徹底を通じて、感染対策文化を根付かせる

感染ラウンドの視点

- 標準予防策の実践
- 手指衛生・個人防護具(PPE)の使用
- 環境整備
- 医療器具・処置関連の管理
- 経路別予防策
- 職員の意識・情報共有

感染ラウンド表

実施部署：	実施日：	チェック者：	評価者：
チェック項目		評価	備考欄
標準予防策			
マスクは鼻から顎まで覆い正しく着用している			
防護用具(PPE)を適切な箇所に取りやすく配置している			
マニュアルに沿った防護用具(PPE)の選択、着脱ができています			
処置前に手袋を着用している			
同一患者であっても一処置・手技に手袋を交換している			
手袋を装着したまま、日常業務を行っていない			
医療機器(体温計など)を1患者使用ごとに消毒している			
手指衛生			
速乾式手指消毒剤を携帯し、開封日・期限日の記載がある			
清潔な携帯ゴーチを使用している			
手指衛生の5つのタイミングが言える			
不潔行為から清潔行為を行う前に手指消毒をしている			
感染性廃棄物			
マニュアルに沿って分別している			
感染性廃棄箱、ハリクイが8割以上溜まっていない			
感染性廃棄箱、ハリクイの蓋は常に閉まっている			
感染性廃棄箱、ハリクイから廃棄物が飛び出していない			
感染性廃棄箱、ハリクイのハザードマークが見えるようにしている			
感染性疾患患者の紙おむつは感染性廃棄物として処理している			
環境整備			
病室	病室前に速乾式手指消毒剤を設置し、空でない ※病棟の種別により設置を検討		
	病室前の速乾式手指消毒剤に開封日・有効期限が記入され期限が切れてない		
	ウロバックが床についていない		
	定期的に換気をしている		
各部署※	作業台は使用することにアルコール清拭している		
	速乾性手指消毒剤、洗浄剤、ペーパータオルは適時補充している 診療用具、検査器具、衛生材料は清潔に保管している		
汚物室	棚の物品をゾーニングしている		
	適切な濃度、時間で消毒をしている		
食堂 談話室	テーブルの使用後は決められた方法で拭いている		
	速乾性手指消毒剤、洗浄剤、ペーパータオルは適時補充している		
浴室	使用後は水、又は適時温水で十分流し、乾燥させている		
	シャンプー類は使い切って、乾燥させ、補充している		
リネン庫	使用後のリネンは感染性・非感染性に分けて保管している		
トイレ	清掃がされており、不快な臭いや汚れがない		
総評			
評価 記入方法	○：適切に行われている、あるいは十分である △：適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない ×：不適切である、あるいは行われていない /：チェックが出来なかった		

※各部署 = スタッフ室、検査室、薬局、放射線室etc...

標準予防策
マスクは鼻から顎まで覆い正しく着用している
防護用具 (PPE) を適切な箇所に取りやすく配置している
マニュアルに沿った防護用具 (PPE) の選択、着脱ができています
処置前に手袋を着用している
同一患者であっても一処置・手技に手袋を交換している
手袋を装着したまま、日常業務を行っていない
医療機器 (体温計など) を1患者使用ごとに消毒している
手指衛生
速乾式手指消毒剤を携帯し、開封日・期限日の記載がある
清潔な携帯ポーチを使用している
手指衛生の5つのタイミングが言える
不潔行為から清潔行為を行う前に手指消毒をしている
感染性廃棄物
マニュアルに沿って分別している
感染性廃棄箱、ハリクイが8割以上溜まっていない
感染性廃棄箱、ハリクイの蓋は常に閉まっている
感染性廃棄箱、ハリクイから廃棄物が飛び出していない
感染性廃棄箱、ハリクイのハザードマークが見えるようにしている
感染性疾患患者の紙おむつは感染性廃棄物として処理している

環境整備	
病室	病室前に速乾式手指消毒剤を設置し、空でない ※病棟の種別により設置を検討
	病室前の速乾式手指消毒剤に開封日・有効期限が記入され期限が切れてない
	ウロバックが床についていない
	定期的に換気をしている
	ドアノブ、ベッド柵、手すり等、人がよく触れる箇所を定期的に掃除している
各部署※	作業台は使用するごとにアルコール清拭している
	速乾性手指消毒剤、洗浄剤、ペーパータオルは適時補充している
	診療用具、検査器具、衛生材料は清潔に保管している
汚物室	棚の物品をゾーニングしている
	適切な濃度、時間で消毒をしている
食堂 談話室	テーブルの使用後は決められた方法で拭いている
	速乾性手指消毒剤、洗浄剤、ペーパータオルは適時補充している
浴室	使用後は水、又は適時温水で十分流し、乾燥させている
	シャンプー類は使い切って、乾燥させ、補充している
リネン庫	使用後のリネンは感染性・非感染性に分けて保管している
トイレ	清掃がされており、不快な臭いや汚れがない

抗MRSA薬・広域スペクトル 抗菌薬使用申請書

抗MRSA薬・広域スペクトル抗菌薬使用申請書の使用目的

- **適正使用の推進**
 - 乱用を防ぎ、必要な症例に限定して使用
- **使用基準の明確化**
 - 培養結果や臨床所見など根拠を記録
- **監査・フィードバック**
 - ICT・ASTによるモニタリングと改善
- **情報共有の促進**
 - 医師・薬剤師・検査技師・感染管理者で活用
- **耐性菌発生の予防**
 - MRSA・ESBL産生菌・CREなどの拡大防止

抗MRSA薬・広域スペクトル抗菌薬使用申請書 変更点

- ・申請対象抗菌薬の変更
- ・投与期間記載欄を追加
- ・疾患名、起炎菌、申請理由等は記載からチェック形式で簡素化
- ・起炎菌不明の場合は「グラム染色・培養の提出」を強調

抗MRSA薬・広域スペクトル抗菌薬使用申請書

申請医師名	:	
申請日	:	

1) 患者情報

ID:	氏名:	年齢:	性別: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----	-----	-----	---

2) 使用予定の抗菌薬 (該当するものにチェックを入れてください)

抗MRSA薬	広域スペクトル抗菌薬	
<input type="checkbox"/> VCM(要TDM)	<input type="checkbox"/> MEPM	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> ABK(要TDM)	<input type="checkbox"/> TAZ/PIPC	
<input type="checkbox"/> LZD	<input type="checkbox"/> CFPM	
	<input type="checkbox"/> LVFX(注射)	

3) 投与計画

投与予定開始日	:	
投与期間	:	日間

4) 感染症情報

疾患名 (該当するものにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 敗血症・菌血症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 胆管炎・胆嚢炎 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 術後感染症 <input type="checkbox"/> カテーテル感染症 <input type="checkbox"/> その他()
起炎菌またはターゲットとする菌名 (該当するものにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL産生菌 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 起炎菌不明 ⇒起炎菌検索のためグラム染色・培養を提出してください <input type="checkbox"/> その他() ※ MRSA: VCM、ABK、LZDが対象 ※ ESBL産生菌: MEPM、TAZ/PIPCが対象(CMZで対応可能な場合あり) ※ 緑膿菌: MEPM、TAZ/PIPC、CFPM、LVFXが対象(感受性があればPIPC、CAZで対応可能)

5) 培養検査実施の確認

抗菌薬投与前の培養提出 <input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> なし(理由:)	検体(該当するものにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 膿汁 <input type="checkbox"/> その他() ※ 起炎菌が未確定の場合は、抗菌薬投与前にグラム染色・培養を提出してください
過去の培養結果 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL産生菌 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他()	検体(該当するものにチェックと提出日を記載してください) <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 膿汁 (/) (/) (/) (/) <input type="checkbox"/> その他()

6) 使用理由 (該当するものにチェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 重症感染症であり経験的治療(empiric therapy) <input type="checkbox"/> 培養結果に基づく標的治療(definitive therapy) <input type="checkbox"/> 他の抗菌薬が無効 <input type="checkbox"/> 多剤耐性菌リスクが高い <input type="checkbox"/> その他()
--

7) 承認欄

承認者サイン:	承認日:
---------	------

- 運用開始: 10月。
- PDF: マニュアルサイトに掲載。
- Aloe: 文書作成フォルダにテンプレ格納(10月から即利用可)。

議事録 (Googleドキュメント)

院内感染対策チームの議題

1. 院内の感染状況の確認

病棟速報 有（下記、必要事項を記入）無し
速報転記（ICTメールの内容を転記）

種別：コロナ ノロ インフル その他（____）
場所：病棟____ / 病室____ ※患者名・IDは記載しない
発生日/採取日：____ / ____ / ____
状態：確定 疑い
メモ（20字程度）：_____

2. ラウンドの振り返り

対応要否：要（下段に記入） 不要

#1 チェック項目：____

#1 指摘事項：____

#1 改善策：____

#1 担当：____ / 期限：____ / フォロー日：____

#2 チェック項目：____

#2 指摘事項：____

#2 改善策：____

#2 担当：____ / 期限：____ / フォロー日：____

3. 抗菌薬使用申請書の提出状況と 抗 菌薬の使用状況の確認

- 抗菌薬使用申請書の提出状況の確認
- 抗菌薬の長期処方例への介入
- 血液培養陽性例への介入 等

4. 委員会への報告事項の検討

5. その他

- 院内研修計画の企画（年2回）

テーマ / 対象 / 時期 / 担当：____

- 指針の見直しの企画（年1回）

院内感染対策委員会の議題

1. 感染症発生状況の確認

- 院内の感染状況
- グループ内や地域の感染状況

2. QIデータの確認

- 手指衛生アルコール使用量
- CLABSI発生率
- 抗菌薬投与前の細菌培養実施率

3. 抗菌薬使用申請書の提出状況と抗菌薬の使用状況の確認

4. ICTからの報告の確認、検討と院内感染における業務体制の見直し

5. その他

- 院内研修計画の決定(年2回)
- 指針の見直しの決定(年1回)

QI

QIデータの確認

- 手指衛生アルコールの使用量(対 従事者数、対 入院患者数)
- CLABSI発生率
- 抗菌薬投与前の細菌培養実施率

CLABSIの定義について

CLABSI発生率のQI値

正しいCLABSI発生率を算出する為には、判定基準を十分に理解した上でのCLABSIの発生件数が必要となるが判定基準の表現が難しく解釈に差が生じていた

日本環境感染学会 CLABSIの判定基準をもとに再確認をかねて、解釈の統一化を図るため判定基準を具体化した

判定基準に基づいて正しく診断するためには

血液培養2セットを必ず採取する必要があります

CLABSI定義

判定基準に該当する一次血流感染数

血液培養から菌を検出した場合、血液以外からの検出がないことを確認し

発熱、悪寒戦慄、血圧低下及び

血液培養2セット共に、同一の一般皮膚汚染菌が検出でアウト=CLABSI確定

あるいは

一般皮膚汚染菌以外の菌であれば、検出すれば一発アウト=CLABSI確定

分母データ: 1か月の延べ中心静脈ライン日数

分子データ: 判定基準に該当する一次血流感染数

一次血流感染数は基準1、2のどちらかを満たさなければならない

基準1: ①②をすべて満たす場合

①: 1回以上の血液培養から「**認定された病原体**」が検出される

認定された病原体: 黄色ブドウ球菌、腸球菌、腸内細菌科細菌 (Citrobacter、Enterobacter、Escherichia、Klebsiella、Proteus、Salmonella Shigella、Yersinia 属) 緑膿菌、カンジダ属など。
一般の皮膚汚染菌と考えられる微生物を含まない。

②: ①の微生物は他の部位の感染に関係がない

分母データ: 1か月の延べ中心静脈ライン日数

分子データ: 判定基準に該当する一次血流感染数

一次血流感染数は基準1、2のどちらかを満たさなければならない

基準2: ③④⑤すべてが 24時間を超えない範囲で満たされる場合

③: 38℃以上の発熱、悪寒戦慄、血圧低下の症状のうちどれか一つ以上がみられる

④: 同一の「**一般の皮膚汚染菌**」が、別々の機会に採取された2回以上の血液培養から検出される

一般の皮膚汚染菌 : Corynebacterium属 (C.diphtheriaeを除く)、バシラス属 (B. anthracis は除く)、Propionibacterium 属、コアグラウゼ陰性ブドウ球菌 (S.epidermidisを含む)、viridans群連鎖球菌、Aerococcus 属、Micrococcus 属

⑤: 検出された病原体は他の部位の感染に関係がない

CLABSI定義

判定基準に該当する一次血流感染数

血液培養から菌を検出した場合、血液以外からの検出がないことを確認し

発熱、悪寒戦慄、血圧低下及び

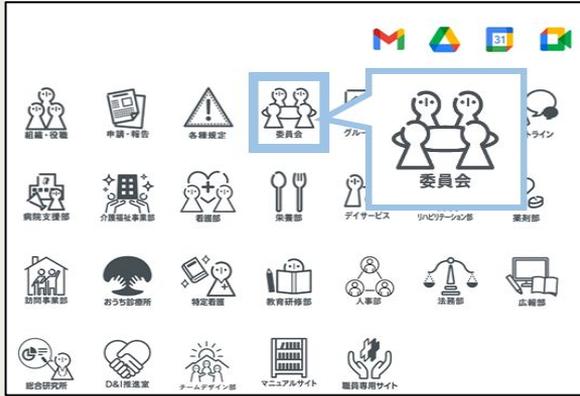
血液培養2セット共に、同一の一般皮膚汚染菌が検出でアウト = CLABSI確定

あるいは

一般皮膚汚染菌以外の菌であれば、検出すれば一発アウト = CLABSI確定

ポータルサイト

感染対策委員会ポータルサイト



ICT・委員会 議事録管理フォルダ

感染対策委員会ポータルサイト

- 委員会の概要
- ICT・委員会 議事録管理フォルダ
- 各種資料
- 研修動画・資料

お知らせ

※一覧が表示されない場合は [こちらの設定手順](#) をご確認ください

09月01日 **お知らせ** 掲載期限：12月31日
お知らせはこちらに表示されます

全国 感染状況レポート (NHK感染症データと医療・健康情報)

グループ病院 感染状況レポート

感染者数。(グループ全体：新型コロナ)							2025/08/25 - 2025/08/31
1	※ 感染者数は各施設ごとに、毎週月曜～日曜までまとめて週単位で表示します。 ※ 各数値の下には前週比の増減を併記し、週単位は、2024年12月30日(月)を第1週の開始日とし、その週(12:00～1:00)を「第1週」として、以降は毎週同様に「第2週」「第3週」...と番号が付けられています。 ※ 画面右上の期間選択を使えば、任意の過去週間のデータもいつでも確認できます。						※ 過去週の感染者数は、隔週日本「日曜日」、終了日を「日曜日」として期間を決定することで、いつでも確認できます。 これらの曜日を選択しただけで、病院別でも詳しく集計されます。
2	世田谷記念病院	多摩川病院	大内病院	平成基病院	緑成会病院	緑成会 豊育園	平成横浜病院
3	0	0	0	0	0	0	0
4	0	+10	0	0	0	0	-11
5	0	0	0	0	0	0	0
6	+1	0	0	0	-20	0	-1
7	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0

お問い合わせ・ご相談窓口 (本部感染対策委員会)

委員会の運営・活動に関するご質問、または陽性者多数等により通常運営の継続が困難な場合のご相談は、下記本部感染対策委員会までご連絡ください。状況に応じて、応援職員の派遣や一時的な業務縮小等の対応を検討します。

☑ 仮：hmw_ict-team-ml@hmw.gr.jp

ICT・委員会 議事録管理フォルダ

ICT・委員会 議事録管理フォルダ

関東

- ◆ 世田谷記念病院
- ◆ 多摩川病院
- ◆ 大内病院
- ◆ 平成扇病院
- ◆ 緑成会病院
- ◆ 緑成会整育園
- ◆ 平成横浜病院
- ◆ 印西総合病院

関西

- ◆ 豊中平成病院
- ◆ 平成記念病院
- ◆ 弥刀中央病院
- ◆ 岸和田平成病院
- ◆ 泉佐野優人会病院
- ◆ 堺平成病院
- ◆ 淀川平成病院
- ◆ 西宮回生病院
- ◆ 神戸平成病院
- ◆ ココロネ住吉

山口・淡路

- ◆ 山口平成病院
- ◆ 東浦平成病院
- ◆ 平成病院
- ◆ 南淡路病院

徳島

- ◆ 博愛記念病院
- ◆ 徳島平成病院
- ◆ 江藤病院
- ◆ 浜病院

委員会の概要

ICT・委員会 議事録管理フォルダ

各種資料

研修動画・資料

グループ病院 感染状況レポート

毎週月曜から日曜までの1週間分として、新型コロナ・インフルエンザ・ノロウイルスの新規感染者数を集計し、翌火曜日に最新データを反映している。

いつでもグループ内病院の最新の感染状況を簡単に確認することができる。

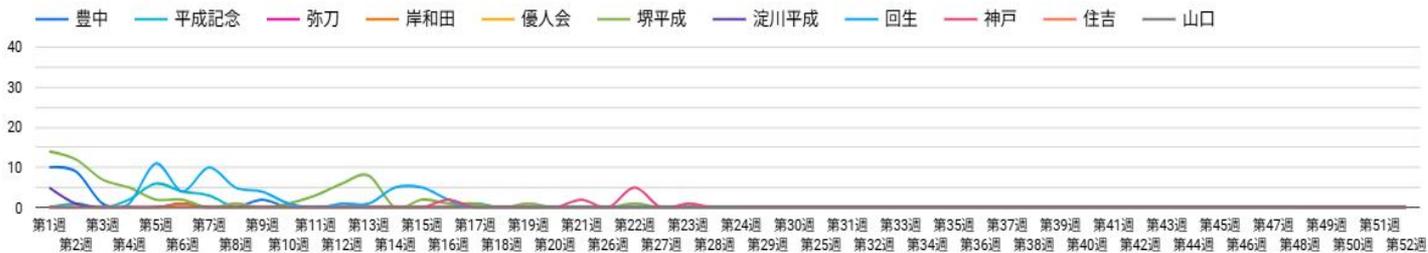
画面右上の期間選択を使えば、任意の過去週のデータもいつでも確認できる。

▷ 全国 感染状況レポート (NHK感染症データと医療・健康情報)

▷ グループ病院 感染状況レポート



感染者数推移：新型コロナ（全体）



凡例

- 第1週 (2024/12/30 - 2025/01/05)
- 第2週 (2025/01/06 - 2025/01/12)
- 第3週 (2025/01/13 - 2025/01/19)
- 第4週 (2025/01/20 - 2025/01/26)
- 第5週 (2025/01/27 - 2025/02/02)
- 第6週 (2025/02/03 - 2025/02/09)
- 第7週 (2025/02/10 - 2025/02/16)
- 第8週 (2025/02/17 - 2025/02/23)
- 第9週 (2025/02/24 - 2025/03/02)
- 第10週 (2025/03/03 - 2025/03/09)
- 第11週 (2025/03/10 - 2025/03/16)
- 第12週 (2025/03/17 - 2025/03/23)
- 第13週 (2025/03/24 - 2025/03/30)
- 第14週 (2025/03/31 - 2025/04/06)
- 第15週 (2025/04/07 - 2025/04/13)
- 第16週 (2025/04/14 - 2025/04/20)
- 第17週 (2025/04/21 - 2025/04/27)
- 第18週 (2025/04/28 - 2025/05/04)
- 第19週 (2025/05/05 - 2025/05/11)
- 第20週 (2025/05/12 - 2025/05/18)
- 第21週 (2025/05/19 - 2025/05/25)
- 第22週 (2025/05/26 - 2025/06/01)
- 第23週 (2025/06/02 - 2025/06/08)
- 第24週 (2025/06/09 - 2025/06/15)
- 第25週 (2025/06/16 - 2025/06/22)
- 第26週 (2025/06/23 - 2025/06/29)
- 第27週 (2025/06/30 - 2025/07/06)
- 第28週 (2025/07/07 - 2025/07/13)
- 第29週 (2025/07/14 - 2025/07/20)
- 第30週 (2025/07/21 - 2025/07/27)
- 第31週 (2025/07/28 - 2025/08/03)
- 第32週 (2025/08/04 - 2025/08/10)
- 第33週 (2025/08/11 - 2025/08/17)
- 第34週 (2025/08/18 - 2025/08/24)
- 第35週 (2025/08/25 - 2025/08/31)
- 第36週 (2025/09/01 - 2025/09/07)
- 第37週 (2025/09/08 - 2025/09/14)
- 第38週 (2025/09/15 - 2025/09/21)
- 第39週 (2025/09/22 - 2025/09/28)
- 第40週 (2025/09/29 - 2025/10/05)
- 第41週 (2025/10/06 - 2025/10/12)
- 第42週 (2025/10/13 - 2025/10/19)
- 第43週 (2025/10/20 - 2025/10/26)
- 第44週 (2025/10/27 - 2025/11/02)
- 第45週 (2025/11/03 - 2025/11/09)
- 第46週 (2025/11/10 - 2025/11/16)
- 第47週 (2025/11/17 - 2025/11/23)
- 第48週 (2025/11/24 - 2025/11/30)
- 第49週 (2025/12/01 - 2025/12/07)
- 第50週 (2025/12/08 - 2025/12/14)
- 第51週 (2025/12/15 - 2025/12/21)
- 第52週 (2025/12/22 - 2025/12/28)

4

HMWグループの 基本的な感染対策

基本的な考え方：QOLとのバランス

当グループは、重症化リスクの高い方のケアを担っているため、感染対策は非常に重要です。しかし同時に、QOL(生活の質)や精神面にも十分配慮する必要があります。

感染対策と生活の質の両立を目指し、人と人との関わり(面会など)を過度に制限しないバランスが重要です。

「安全性を確保しながらも、利用者様の尊厳と生活の質を守る」

日常の感染対策:基本ルール

体調管理

出勤前に**体調チェック**（発熱・咳・嘔吐・下痢）を行いましょう
症状がある場合は**出勤せず受診**してください
（※慢性疾患等による症状は除く）

マスク着用

職員

利用者と接する場面では必須です。更衣室・食堂・会議では任意となります

利用者

利用者は任意ですが。症状がある場合は着用をお願いします。インフルエンザ流行期など、市中の感染状況に応じて各施設で判断してください

面会者

マスクの着用をお願いします。症状のある場合には、面会をご遠慮ください



手指消毒

手洗い・アルコール消毒
(1行為1消毒)を徹底しまし
よう

特にケア前後、食事前、
トイレ使用後は必ず行って
ください



環境整備・換気

換気は定期的に実施
してください

ワンステップクロスなどでの
清掃は
1日2回以上＋汚染時は適宜
実施してください

特に多くの人が触れる場所は
注意が必要です



フェイスシールド等の使用

症状がある人と接する時や、
嚙下リハ・喀痰吸引・口腔ケ
アなどの場面で使用します。
食事介助では原則不要です
(側面から介助)

職員・施設対応

職員食堂での対応

取り分け手袋・黙食は不要 です
手洗い・手指消毒 を徹底してください

面会対応

制限なしで実施可能 です

- ・体調不良時は控えるよう案内してください
- ・入退室管理(面会簿)／名札／手指消毒／基本的にマスク着用を
願います

家族との食事も可能 です(大部屋不可／生ものに注意)

感染者対応:適切な PPE選択

感染経路	使用するPPE	主な疾患
接触感染	マスク・手袋・エプロン	ノロ・MRSA・緑膿菌
飛沫感染	マスク・フェイスシールド・手袋・エプロン	インフル・ムンプス・新型コロナウイルス
空気感染	N95マスク、必要に応じフェイスシールド・手袋・エプロン	結核・麻しん・水痘 (新型コロナウイルス)

※N95マスクは**患者ごと交換不要**です。汚染時や勤務終了時に交換してください。

ゾーニングと生活支援:基本は**個室対応**、難しい場合は**カーテン隔離**で可能です(接触・飛沫)。食器・衣類・廃棄物は**通常対応で可**、入浴は原則清拭(必要時は最後に対応)、飛沫・空気感染の場合の面会は**原則不可**ですが、やむを得ない場合はPPE着用を依頼してください。

感染者のゾーニングと生活支援

■ 居室管理

個室対応が基本、難しい場合はカーテン隔離

■ 生活物品

食器・衣類・廃棄物は通常対応可能です

■ 入浴ケア

原則清拭、必要時は入浴の最後に

■ 面会制限

原則不可、やむを得ない場合は PPE 着用



クラスター発生時の対応

運営継続の原則

クラスター発生時も**原則として運営継続**します
(入院・入所は止めない)

施設内でのゾーニングを徹底し、感染拡大防止に努めます。

困難時の対応

陽性者多数などで運営継続が難しい場合はグループ本部感染対策委員会に相談してください

応援職員の派遣や一時的な業務縮小などの対応を検討します

面会対応

非感染者への面会は、感染対策を取りつつ**短時間で実施**可能です

感染拡大状況に応じて、オンライン面会への切り替えも検討します

事務連絡(運用開始・資料配布)

10月運用開始

- ・議事録(ICT/委員会)・感染ラウンドチェック表 :

ポータル「ICT・委員会 議事録管理フォルダ」に格納(準備中／格納次第メール案内)

- ・抗菌薬使用申請書 : マニュアルサイトに PDF掲載／Aloe 文書作成フォルダ にテンプレ格納
(Aloe上で作成)

資料配布

- ・HMWグループの基本的な感染対策 : 説明会後に PDF配信／マニュアルサイトに PDF掲載

Q&A

- ・ご質問はアンケートへ記入 → 後日Q&Aとして全体共有



平成医療福祉グループ

HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP