

確認された場合はインプラント器具およびインプラント器具以外の器具について回収、再滅菌を行う。生物学的インジケータの追試においても陽性の場合、インプラント器具以外の器具についても回収、再滅菌を行う。

- m. 包装された滅菌物の使用期限は、包装

材の品質、保管状況、搬送における状況、取り扱う回数、包装内の無菌性に影響をおよぼす事象（濡れなど）の有無に依存する。事象依存型の滅菌有効期限手順を採用している場合は、滅菌物の包装に異常がない限り、包装された滅菌物は無期限で使用できる。

E. まとめ

「改訂 消毒と滅菌のガイドライン」第2版が2004年2月16日に発行されている。その後2006年に結核予防法が感染症法に統合されて、2007年4月1日より施行された。そのほか新型インフルエンザが新しい類型分類に加えられ、ノロウイルス対策やクロストリジウム・ディフィシルの施設内感染、輸液の衛生管理、シングルユースのリユース問題など、感染制御に関する新しい動きがあった。病原体の種類では、四種病原体（ただし多剤耐性結核菌は三種病原体）に

定義された。この様に感染症法が改定されるごとに、それに対応できる消毒と滅菌のガイドラインが求められているため、改訂作業が開始された。

昨年のアンケート結果を踏まえて、日本の臨床現場での洗浄・消毒・滅菌および手指衛生、院内環境整備、消化器内視鏡消毒、創処置などの実情から、エビデンスに基づいた新しい「消毒と滅菌のガイドライン」の改定版を作成していきたい。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予約を含む）

なし。

表1. 消毒薬一覧

(1) 高水準消毒薬

分類	一般名	商品名	使用濃度	消毒対象	備考
酸化剤	過酢酸 (エタンペルオキシ酸)	アセサイト	0.3%		① 液の付着に注意！(化学損傷を生じる) ② 蒸気の吸入や曝露に注意！(粘膜を刺激する) ・換気 ・酸性ガス用マスクの着用 ③ 適用後の器材に対しては、十分な水洗が必要 ④ 10分間を越える浸漬を行わない(材質の劣化防止)
		ステリハイド ステリスコープ サイデックス グータルハイド クリンハイド グルトハイド グルトハイドスコープ グルトハイドプラス サイデックスプラス28 消毒用ソレスコープ ステリコール ステリゾール ソレゾール ハイドリフト ワシユアイト デイスオーバ (オルトフタルアルデヒド)	2~3.5%	内視鏡 ウイルス汚染の医療器材	① 液の付着に注意！(化学損傷を生じる) ② 蒸気の吸入や曝露に注意！(粘膜を刺激する) ・換気 ・ホルムアルデヒド用のマスクの着用 ・蓋付きの浸漬容器で用いる ・清拭法や噴霧法で用いない ③ 適用後の内視鏡などに対しては、十分な水洗が必要 ④ フタラールを経食道エコーのプローブや、軟性膀胱鏡に用いない (残留の可能性)

(2) 中水準消毒薬

分類	一般名	商品名	使用濃度	消毒対象	備考
塩素系	次亜塩素酸ナトリウム	ミルトン テキサント消毒液6% ハイボライト10 ビューラックス ヤクファックスD 次亜塩6%「ヨシダ」 ピュリアアンP ジアンソック ミルトンCP	0.01~0.0125% (100~125 ppm) 0.02% (200 ppm) 0.05~0.1% (500~1,000 ppm) 0.5~1% (5,000~10,000 ppm)	ほ乳瓶 投薬容器 蛇籠、薬液カップ 食器 まな板 リネン ウイルス汚染のリネン、器材 ウイルス汚染の環境(目にみえる血液汚染がない場合)	洗浄後に1時間の浸漬 洗浄後に5分以上の浸漬 清拭 洗浄後に5分間以上の浸漬、その後水洗 洗浄後に30分間以上の浸漬 清拭、ただし、傷みややすい材質への適用では、その後の水洗が必要となる 本薬をしみ込ませたガーゼなどで拭き取る
		<希釈済み製品> 次亜塩「ヨシダ」(0.05, 0.1, 0.5%)	0.5~1% (5,000~10,000 ppm)	床上などのウイルス汚染血液	本薬をしみ込ませたガーゼなどで拭き取る
	ジクロロイソシアヌレートナトリウム	ミルトンCP プリセプト顆粒 シクロシア	次亜塩素酸ナトリウムの項を参照	床上などのウイルス汚染血液	ふりかきつけて5分間以上放置後に処理する

※

0.5%クロルヘキシジン含有の 消毒用エタノール	ステリクロンハンドローション0.5% ウエルアップハンドローション0.5%	柄前手指 手指 <速乾性手指消毒薬>	① 傷や手荒れがある手指には用いない(刺激性がある) ② 引火性に注意!
0.2%クロルヘキシジン含有の 消毒用エタノール	ビゼフト ビビスコールA液 ウエルアップ ステリクロンハンドローション ウエルマツチエタノール 消毒用グルコジンハンドリキッド0.2% ワードケアハンドローション0.2% サニサーブW		
0.2%塩化ベンザルコニウム 含有の消毒用エタノール	ウエルバース ウエッシュクリーン ウエッシュクリーンジェル オスバンプレッシング カネバース ハンドコール ピオシラベング ベルコムローション ペンゼットラブ ベルコムローション ホエスミンアベング ラビネット リナバース ピュアミスト	手指 <速乾性手指消毒薬>	① 傷や手荒れがある手指には用いない(刺激性がある) ② 汚れのある手指では、流水下での手洗いをおよびペーパー タオルでの乾燥後に用いる ③ 引火性に注意!
0.2%塩化ベンザルコニウム含 有の50%エタノール	トリソフオーム		
0.5%ピビドン含有の消毒 用エタノール	イソジバーム ネオヨシンラブ 消毒用エタブラス		
消毒用エタノール	エタブラスジェル ピュアラベング サニサーブEGO ゴージョーMHS		

(3) 低水準消毒薬

分類	一般名	商品名	使用濃度	消毒対象	備考
		ヒビテン ヒビテングルコネート アビルテン オールカット クリガン グルクロ グルコン酸クロルヘキシジン クロキジーナ	0.02%	外陰・外性器の皮膚 結核菌	① 適用濃度に注意!

<p>ビ グ ア ナ イ ド 系</p>	<p>クロルヘキシジン ステリクロン ネオカルミール フェルマジン ヘキサック ベンタクロジド マスキ ラボテック アセスクリン イコロル ウエルアップ クロバイン ヘヴイック ヘキシジン <希釈済み製品> ヒビディール(0.05%) ステリタロンW(0.02, 0.05, 0.1, 0.5%) ヘキサック水W(0.02, 0.05, 0.1, 0.5%) マスキ水(0.02, 0.05, 0.1, 0.5%)</p>	<p>創傷部位 0.05%</p>	<p>(たとえば、創部消毒に掛けて0.5%を用いると、 ショックが生じる可能性がある) ② 外陰・外性器の皮膚や結膜嚢への適用では、 無色のクロルヘキシジン(ヒビテングルコネートなど)を用いる ③ 結膜嚢へ適用後には、滅菌水で洗い流す ④ 膀胱・膣・耳へは禁忌</p>
<p>クロルヘキシジン</p>	<p>手指 皮膚 医療器材 0.1~0.5%</p>	<p>原液(4%)</p>	<p>頻回使用を避ける(手荒れの防止)</p>
<p>塩化ベンゼンアルコール</p>	<p>ヒビスクラブ マスキンスクラブ マイクロシールド オスバン オロナイン-K カネトール 逆性石けん クレミール ザルコニン チアミトール トリソソ ハイテシン パスタドロール ピオシドール ホエスミン ヤクノール ネオザルコニン プリビージ ベンザルコニウム塩化物液10%(タイセイ)</p>	<p>0.01% 0.01~0.025% 0.01~0.05%</p>	<p>① 適用濃度に注意! (0.1%液は眼に、1%液は粘膜に、5%液は皮膚に毒性を示す) ② 眼科に注意! (経口毒性が高い) ③ 結膜嚢へ適用後には、滅菌水で洗い流す</p>
<p>第四級アンモニウム塩</p>	<p><希釈済み製品> オスバン液(0.025, 0.05, 0.1%) ザルコニン液(0.01, 0.02, 0.025, 0.05, 0.1, 0.2%) チアミトール水(0.025, 0.05, 0.1, 0.2%) ヤクノール水(0.05, 0.1, 0.2%) プリビージ液(0.02, 0.05, 0.1%) 逆性石けん液「ヨシダ」(0.01, 0.02, 0.025, 0.05, 0.1, 0.2%)</p>	<p>0.1% 0.1~0.2%</p>	<p>手指 医療器材 環境</p>

両性界面活性剤	8%エタノール含有の0.1%塩化ベンザルコニウム 12%エタノール含有の0.1%塩化ベンザルコニウム 塩化ベンゼトニウム	0.1%塩化ベンザルコニウム 12%エタノール含有の0.1%塩化ベンザルコニウム	0.01% 0.01~0.025% 0.02% 0.025% 0.1% 0.1~0.2%	気管内吸引チューブ	
		0.1%塩化ベンザルコニウム	0.004%(洗口) 0.01~0.02%	感染症の予防	
		0.1%塩化ベンザルコニウム	0.01~0.05%	手術部位の粘膜	
		0.1%塩化ベンザルコニウム	0.05~0.2%	創傷部位	
		0.1%塩化ベンザルコニウム		手指、皮膚	
		0.1%塩化ベンザルコニウム		医療器材	
		0.1%塩化ベンザルコニウム		環境	
		0.1%塩化ベンザルコニウム		口腔内	
		0.1%塩化ベンザルコニウム		抜歯前の感染予防	
		0.1%塩化ベンザルコニウム		手術部位の粘膜	
企業系	アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.1~0.2%	医療器材 環境	結核菌では0.2~0.5%濃度を用いる
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	手術部位の粘膜	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	創傷部位	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	手指、皮膚	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	手術部位の粘膜	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	創傷部位	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	手指、皮膚	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	手術部位の粘膜	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	創傷部位	
		アルキルジアミノエチルグリシン塩酸塩	0.05~0.2%	手指、皮膚	

(4) その他

分類	一般名	商品名	使用濃度	消毒対象	備考
酸化剤	オキシドール (過酸化水素)	オキシドール オキシフル	原液(3%)または2~3倍希釈 2倍希釈 10倍希釈	創傷、傷部 口腔粘膜 口内炎の洗口	① 薬石による異物除去効果 ② 新たに表皮が形成された部位には用いない (治療組織の潰瘍化が生じるため) 洗浄・消毒 洗浄・消毒
		オキシドール (過酸化水素)	原液	ハードコンタクトレンズ スリーミラー(拡大鏡)	① 10分以上の浸漬 (HIV, アデノウイルス, および単純ヘルペスウイルスの殺滅) ② 消毒後の対象物に対しては、十分な水洗が必要 (強い眼刺激性を示すため)

* 濃度表示はアルコール系および3.5%グルタラールではvol/vol%, その他ではw/w%

厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）
分担研究報告書

医療機関における感染症伝播に関する研究

分担研究者 河野文夫 国立病院機構熊本医療センター副院長

研究要旨

国立病院機構熊本医療センターにおいて、全入院患者を対象とする包括的院内感染サーベイランスが1986年より続けられている。これは院内感染症の積極的発見とその疫学調査分析を目的として行うものである。当院での包括的院内感染サーベイランスの有用性を検討、分析した。

病棟のMRSAの検出数は、昨年に比べ大幅な増加がみられた。新入院患者数の増加も併せて考察しても増加傾向といえる。MRSAでは、持ち込み例が多く、新規検出菌の約3割～4割が持ち込みと考えられる。現在最も問題とされている多剤耐性緑膿菌は、2人と昨年に比べさらに減少し、そのすべてが保菌状態であり、治療を要する感染症はなかった。しかし、MRSAにみられるように持ち込みによる耐性緑膿菌感染の可能性はいつもあるので常に院内感染対策の徹底が必要と思われる。セラチア菌は、当院では耐性菌の検出はまだみられていないが明らかに増加傾向にある。またESBLについても、明らかに増加していることが裏付けられた。

分担研究者氏名・所属機関名及び所属機関における職名

分担研究者 河野文夫

国立病院機構熊本医療センター副院長

菌の混合感染、メタロ-β-ラクタマーゼ産生グラム陰性杆菌、MRSAとメタロ-β-ラクタマーゼ産生グラム陰性杆菌の混合感染、VRE、VRSA、その他危険な薬剤耐性菌とした。

(倫理面への配慮)

当院で実施している薬剤耐性菌サーベイランスのデータは、個人としての特定はできない。

A. 研究目的

国立病院機構熊本医療センターにおいて、全入院患者を対象とする包括的院内感染サーベイランスが1986年より続けられている。これは院内感染症の積極的発見とその疫学調査分析を目的として行うものである。当院での包括的院内感染サーベイランスの有用性を検討、分析する。

B. 研究方法

1) 当院で実施している薬剤耐性菌サーベイランスのデータを基に、薬剤耐性菌による発生動向を調査した。

2) 調査方法

調査対象は入院患者とし、対象菌種はMRSA、PRSP、多剤耐性緑膿菌、MRSAと多剤耐性緑膿

C. 研究結果

平成20年のMRSA新規検出は病棟で492人（前年458人）、外来では66人（前年60人）でいずれも前年より増加した。しかし市中あるいは他院からの持込と思われる入院から1週間以内の検出者数は202人；41%（前年179人；35.7%）、48時間以内の検出者数119人；24.1%（前年98人；26.3%）であり年々増加傾向にある。平成20年の多剤耐性緑膿菌の検出は病棟で2人；2件（前年5人；6件）で昨年に比し減少した。これらはすべて保菌者であり、院内感染や病棟の集中ではなく全例短期間で菌の消失がみられた。セラチア菌の検出は病棟で43人；53件（前年34人；

38件)であったが薬剤耐性菌は認められず、病棟の集中もなかった。血液培養からは267人;294件(前年185人;210件)の検出であった。ESBLについても昨年よりサーベイランスを開始し、入院患者のESBL菌の検出数は93人;103件(前年80人;92件)であった。また、MRSAの感染者数は、2004年から本年まで、246人(病棟MRSA新規検出数317件)、269人(398件)、213人(368件)、251人(372件)、306人(421件)とMRSAの新規検出者数の増加に伴い増加してきている。

D. 考察

病棟のMRSAの検出数は、昨年に比べ大幅な増加がみられた。新入院患者数の増加も併せて考察しても増加傾向といえる。MRSAでは、持ち込み例が多く、新規検出菌の約3割~4割が持ち込みと考えられる。現在最も問題とされている多剤耐性緑膿菌は、2人と昨年に比べさらに減少し、そのすべてが保菌状態であり、治療を要する感染症はなかった。しかし、MRSAにみられるように持ち込みによる耐性緑膿菌感染の可能性はいつもあるので常に院内感染対策の徹底が必要と思われる。セラチア菌は、当院では耐性菌の検出はまだみられていないが明らかに増加傾向にある。またESBLについても、明らかに増加していることが裏付けられた。

E. 結論

サーベイランスを行っている薬剤耐性菌の中で、MRSAは、検出数が明らかに増加している。その中で、48時間以内の検出が、24%を占め、持ち込み症例の増加が伺われる。病院だけでなく、地域での院内感染対策が必要と思われる。一方、多剤耐性緑膿菌は、わずかに2例が検出されただけで、しかも保菌状態であり、問題にはなっていない。また、セラチア、ESBLについては、まだ院内感染事例はないが、確実に増加してきており今後もモニターを継続する必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

河野文夫:院内感染症 新訂 感染症と生体防

御(河原和夫、岸本忠三、岩本愛吉編) pp181~194, 放送大学教育振興会 東京, 2008

2. 学会発表

西野隆、河野文夫、富澤 達他:国立病院における薬剤耐性菌サーベイランスシステムからみた感染状況推移 第24回日本環境感染学会総会 2009.2.27 横浜

厚生労働科学研究補助金（新興・再興感染症研究事業）
分担研究報告書

「病院施設の規模別の感染対策の実態調査」

分担研究者 西岡 みどり 国立看護大学校 教授

本研究は、中小規模施設向けのサーベイランス手順書策定を最終目的とする3年計画の2年目である。今年度は「施設規模・資源別サーベイランス実態調査報告書」を取りまとめた。調査結果からはサーベイランスに必要な資源および実施状況の詳細とともに、中小規模施設でも大規模施設と同等の人員費が感染管理活動に投じられていることが明らかになり、中小規模施設の感染管理活動支援のために診療報酬上の優遇措置が必要と考えられた。

調査結果をもとに中小規模施設に適した医療関連サーベイランスとして6種類を特定し、簡便な手順書案を策定した。6種類のサーベイランス手順書案は、研究グループで検討を行い改訂をし、さらに埼玉県感染管理者のネットワークで意見収集を行い再改訂した。

最終年度は手順書案についての意見収集を継続し、中小規模施設の感染管理担当者を対象としたサーベイランス研修会等を実施して検討を重ね、手順書を完成させる予定である。

研究協力者

森那美子 国立看護大学校 講師
坂木晴世 東京大学大学院 博士後期課程学生/感染管理認定看護師
藤田烈 国立病院機構名古屋医療センター 感染管理認定看護師
沼直美 国立看護大学校 研究課程部学生/感染管理認定看護師
平松玉江 国立看護大学校 研究課程部学生/感染管理認定看護師
森兼啓太 国立感染症研究所 主任研究官

A. 研究目的

感染防止に有効とされるサーベイランスは、侵襲的処置に関連した4種類の対象限定サーベイランス、すなわち中心静脈ライン関連血流感染サーベイランス、尿道カテーテル関連尿路感染サーベイランス、人工呼吸器関連肺

炎サーベイランス、手術部位感染サーベイランスの実施が推奨されている。しかし、昨年度実施した文献検討からは全国の8割以上を占める300床未満の中小病院での実施率が極めて低い可能性と、多様な種類の対象限定サーベイランス実践が示唆された。

本研究の最終目的は中小規模あるいは資源不足の施設でも実践可能なサーベイランスの種類を特定し、効果的な手順を構築することである。

そこで本年度は、サーベイランス実施率、病院の人的物的資源、それら資源とサーベイランス実施との関連などを明らかにするために、全国の病院を対象に調査を実施した。さらに、調査結果を中小病院での実施可能性と有効性の視点で総合的に検討し、中小病院向きと考えられるサーベイランスの種類を特定し、感染管理専門職でなくとも実施できるよ

う簡便な手順書案を作成した。

B. 研究方法

1. 施設規模・資源別サーベイランス実施状況調査

全国の病院から無作為抽出した 1000 施設を対象に自記式質問紙調査実施し、各種サーベイランス実施状況および必要な資源、概算人件費などを 300 床未満の中小病院とそれ以上の大病院とで比較した。概算人件費は、人事院「平成 19 年国家公務員給与等実態調査報告書」の平均給与月額より週 40 時間労働とした職種別時給（ただし、賞与、法定福利費の事業主負担部分、退職給付金の月額換算分は含まない）に、職種別の活動時間を乗じて算出した。なお、本研究では感染管理業務に従事し他業務を兼務しない職員を専従者とし、他業務を兼務するものの専ら感染管理業務に従事する職員を専任者とした。統計学的検討はウィルコクソンの順位和検定またはフィッシャーの直接確率検定を実施した。分析ソフトは SAS ver. 9.1 を用いた。

2. 中小規模施設向けサーベイランス手順書案策定

調査結果をもとに、中小病院での実施可能性と有効性の視点でサーベイランスの種類を検討し、フローチャート、報告書見本、ワークシート見本などで構成される簡便なサーベイランス手順書案を作成した。作成した手順書案を研究メンバーで検討し改訂した後、埼玉県の感染管理者のネットワークで意見収集を行い再改訂した。

（倫理面への配慮）

施設規模・資源別サーベイランス実施状況調査の開始にあたり国立国際医療センター倫理委員会の審査を受け承認を得た（受付番号 507、2008.2.14 承認）。

C. 研究結果

1. 施設規模・資源別サーベイランス実施状況調査（結果詳細は添付資料「施設規模・資源別サーベイランス実施状況調査報告書」）

回答 244 施設（24%）のうち、300 床以上の大病院は 58 施設、300 床未満の中小病院は 186 施設であった。244 施設の分布は厚生労働省「平成 18 年度医療施設動態調査」の全国医療施設データと統計学的に有意な違いはなかった。67%の施設が平成 19 年 4 月に改正医療法で示された「院内感染対策のための指針」を約 1 年後にすでに作成済みで規模による有意差はなかった。なんらかのサーベイランスを実施していたのは、中小病院の 69%、大病院の 85%であり、大病院の方が実施率は高かった（ $p=0.027$ ）。MRSA 感染サーベイランス実施率は 62%と規模にかかわらず最も高かったが、実施施設の 7 割以上では適切な手法で行われていなかった。サーベイランス実施に必要な資源は、各種認定資格者、微生物検査機能、PC 環境、感染管理者の権限、地域ネットワークや院外の専門家からのサポートなどであった。

サーベイランスは「必要」と回答した 217 施設のうち 44%が、実施は「無理」または「かなり困難」とし、規模別比較では大病院の 28%よりも中小病院の 49%の方が高かった（ $p<0.011$ ）。理由では、「業務時間が不足しているから」がもっとも多く、規模別では中小病院の 84%の方が大病院の 53%よりも多かった（ $p=0.015$ ）。

人的資源に関しては以下大病院対中小病院の順に、感染管理者専従配置は 21%対 1%（ $p<0.001$ ）、有資格者配置は ICD62%対 19%（ $p<0.001$ ）、感染管理認定看護師 36%対 4%（ $p<0.001$ ）、認定感染制御専門薬剤師 62%対 0%（ $p=0.013$ ）、認定臨床微生物検査技師 17%対 1%（ $p<0.001$ ）であった。その他、微生物検査機能、感染管理活動用部屋、診療録電子化、院外支援などの資源も中小病院は大病院に比べて乏しかった。

月間職種別活動時間の中央値は以下大病院対中小病院の順に、医師5時間対2時間 ($p < 0.001$)、看護師20時間対6時間 ($p < 0.001$)、薬剤師2時間対1時間 ($p < 0.001$)、臨床検査技師4時間対1時間であった ($p < 0.001$)。月間総活動時間は55時間対15時間であった ($p < 0.001$)、100患者日あたりでは差はなく0.52時間であった。月間概算人件費は127,000円対37,000円であった ($p < 0.001$)、100患者日あたりでは差はなく1,280円であった。またサーベイランス実施施設における同活動概算人件費は410円/100患者日であった。

中小病院のサーベイランス実施と有意な関連があった資源は、専従管理者の配置、各種認定資格者(認定ICD・感染管理認定看護師・ICSなど)の存在、微生物検査機能、感染管理活動用のPC、感染管理費の充足、地域の感染管理ネットワークの参加、他施設の感染管理者・感染管理ネットワーク関係者・メーリングリスト参加者などからの助言であった。

2. 中小規模施設向けサーベイランス手順書案策定(手順書案は添付資料「中小規模施設向けサーベイランス手順書案2009.3.10版」)

調査結果を基に次の6種類、すなわち「手指衛生サーベイランス」「消化器症候群サーベイランス」「呼吸器症候群サーベイランス」「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌サーベイランス」「多剤耐性緑膿菌サーベイランス」「尿道カテーテル関連尿路感染サーベイランス」を、中小規模施設での実践に適した種類として選定した。

研究グループで、6種類の中小病院向けサーベイランス手順書の原案を作成し、持込/院内発生の区別、持続/新規発生の区別、感染判定基準、報告頻度、簡略化の度合いなどについて検討した。さらに埼玉県の感染管理者のネットワークで意見収集を行い、16施設の意見を集約し再改訂した。

D. 考察

調査の結果より、小規模施設には専従者や有資格者は少ないが大規模施設と同等の人件費が投入されていた。感染管理活動の概算人件費は少なく見積もった値であることや、活動には人件費以外の費用も掛かることを考慮すると医療安全対策加算入院時1回50点の再考が必要と考えられる。

またサーベイランス実施に必要な資源には、各種認定資格者、微生物検査機能、PC環境、感染管理者の権限、地域ネットワークや院外の専門家からのサポートなどであることがわかった。

以上より、中小規模施設に施設努力を強いるのみではサーベイランスの実施には限界があり、各種の制度の整備による支援が必要と考えられる。

本調査の結果より、すべての中小規模施設での実施に適すると推測されるサーベイランスは、手指衛生サーベイランスと耐性菌感染関連の各種サーベイランス(MRSA感染、MDRP感染、VRE感染、抗菌薬使用量)であると考えられた。これらは感染防止の基本である標準予防策と接触予防策に深く関わっており、サーベイランスデータの活用も容易である。また、施設の特性に応じて、十分実施に適すると推測されるサーベイランスにはインフルエンザサーベイランスやノロウイルス感染サーベイランスなどがあり、これらは微生物検査体制が整わない施設向けに、それぞれ有熟者サーベイランスまたは呼吸器症状サーベイランス、消化器症状サーベイランスなどの症候群サーベイランスが有用であると考えられた。

E. 結論

調査結果より、感染管理および医療関連サーベイランスの実施に関して下記1~10の事項が明らかになった。さらに、同結果をもとに中小規模施設に適した医療関連サーベイランスとして6種類を特定し、簡便な手順書案

を策定した。6種類のサーベイランス手順書案は、研究グループで検討を行い改訂をし、さらに埼玉県の感染管理者のネットワークで意見収集を行い再改訂した。

最終年度は手順書案についての意見収集を継続し、中小規模施設の感染管理担当者を対象としたサーベイランス研修会等を実施して検討を重ね、手順書を完成させる予定である。

1. 感染管理者の専任配置率は規模に関係なく36%であり、専従配置率は300床以上の大規模施設が21%、300床未満の中小規模施設が1%であった。
2. 改正医療法の「院内感染対策のための指針」は規模に関係なく、1年以内に67%で作成されていた。
3. サーベイランス実施率は大規模施設の85%の方が、中小規模施設の69%よりも高かった。
4. MRSA感染サーベイランスは規模にかかわらず最も実施率が高かったが、実施施設の7割以上では適切な手法で行われていなかった。
5. サーベイランス実施に必要な資源は、各種認定資格者、微生物検査機能、PC環境、感染管理者の権限、地域ネットワークや院外の専門家からのサポートなどであった。
6. 中小規模施設は各種認定資格者数、微生物検査機能、感染管理活動用部屋、診療録電子化、院外支援などの資源が大規模施設に比べて乏しかった。
7. 患者入院100日あたりの概算人件費は、規模に関係なく感染管理活動に1280円、サーベイランス活動に410円が費やされていた。
8. 中小規模施設の感染管理実務担当者の9割がサーベイランス実施を必要としつつ、5割が実施困難と認識し、9割が手順書や研修会を希望していた。
9. 中小規模施設では、4つの標準的対象限定サーベイランスよりも手指衛生、MRSA感染、MDRP感染、インフルエンザ（または呼吸器症状、有熱者）、ノロウイルス感染（または消化器症状）サーベイランスなどが実施に適する

と考えられた。

10. 中小規模施設でのサーベイランス実施推進には、手順書の策定、職員のICS講習受講、耐性菌同定検査の機能整備、PC環境の整備、診療報酬上の優遇措置、外部評価項目の改訂、地域支援推進などが有効と考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

西岡みどり：日本と欧米での手術部位感染サーベイランス結果の違い、INFECTION CONTROL 18(1):50-53, 2009

西岡みどり, 森那美子, 坂木晴世, 藤田烈, 沼直美, 平松玉江, 森兼啓太: 日本における医療関連感染サーベイランスと病院規模に関する文献検討. 国立看護大学校研究紀要 8(1): ページ未定, 2009 (採用決定通知 受付日 H20.9.10 採用日 H20.10.2)

2. 学会発表

西岡みどり, 森那美子, 坂木晴世, 藤田烈, 沼直美, 平松玉江, 森兼啓太: 日本の病院における感染管理活動に関する人的資源および概算人件費の施設規模比較. 第24回日本環境感染学会総会. 2009.2.27~28. 横浜.

西岡みどり: 中小病院におけるサーベイランス. シンポジウム 5. 中小病院での感染対策に何が必要か. 第24回日本環境感染学会総会. 2009.2.27~28. 横浜.

G. 知的所有権の取得状況

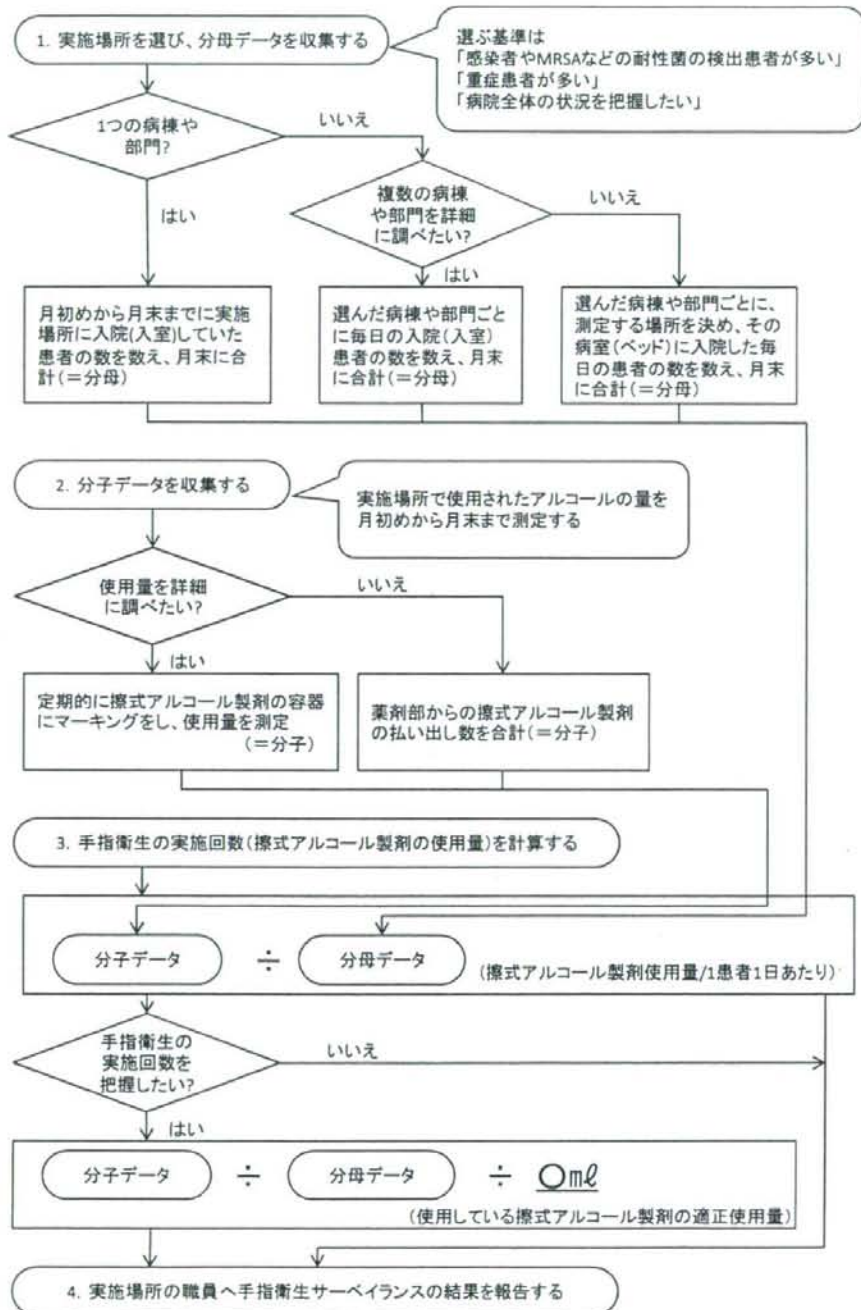
なし

(資料)

1. 施設規模・資源別サーベイランス実態調査報告書
2. 中小規模施設向けサーベイランス手順書案 2009.3.10版

中小規模施設向け手指衛生サーベイランス手順書案

I. 手順



Ⅱ. 報告書例

〇〇病棟 看護師長
〇〇様

2008 年 年 9 月 5 日
感染管理担当 〇〇〇〇

手指衛生サーベイランス報告

貴病棟の8月の手指衛生サーベイランス結果をご報告します。

今年1月に実施した手指衛生に関する勉強会の後からは、擦式アルコール製剤による手指消毒の実施回数が増えておりましたが、7月以降、下降の兆しがあります。再度、手指衛生の励行をお願い致します。

ご不明な点がございましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

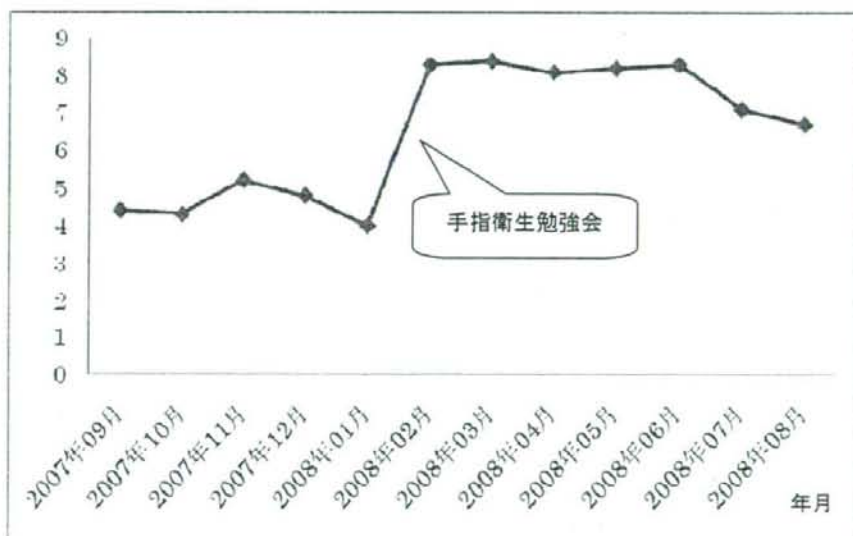


図 2007年9月～2007年8月の〇〇病棟における手指衛生実施回数の推移

(注) 手指衛生実施回数=1患者1日あたりの擦式アルコール製剤による手指消毒の実施回数
=擦式アルコール製剤使用量/入院患者のべ日数/3ml(1回の手指消毒に必要な量)
擦式アルコール製剤使用量は、薬剤科から1か月に払い出された量

Ⅲ. 分母データワークシート例 その1

* 毎日〇時に入院している患者の数を記入し月末に合計する。

〇年〇月	実施場所				備考
	〇〇病棟	△△病棟	◇◇病棟	▽▽病棟	
1日					
2日					
3日					
4日					
5日					
6日					
...					
30日					
31日					
合計(分母)					

分母データワークシート例 その2

* 毎日〇時に決められた病室に入院している患者の数を記入し月末に合計する。

〇年〇月	実施場所									備考
	〇〇病棟			△△病棟			◇◇病棟			
	号室	号室	号室	号室	号室	号室	号室	号室	号室	
1日										
2日										
3日										
4日										
5日										
6日										
...										
30日										
31日										
小計										
合計(分母)										

IV. 分子データワークシート例 その1

* チェック時の残量ラインにマーキングをする。

前回チェック日の残量から今回チェック時の残量を引く。

使用済みの空容器は、使用量を確認後、廃棄する。

○年○月	前回残量	チェック日残量	使用量 (前回残-チェック日残)	備考
使用中				

使用済み		0		
		0		
		0		
		0		
合計 (分子)				

分子データワークシート例 その2

* 毎月の薬剤部からの払い出し量を記入する。

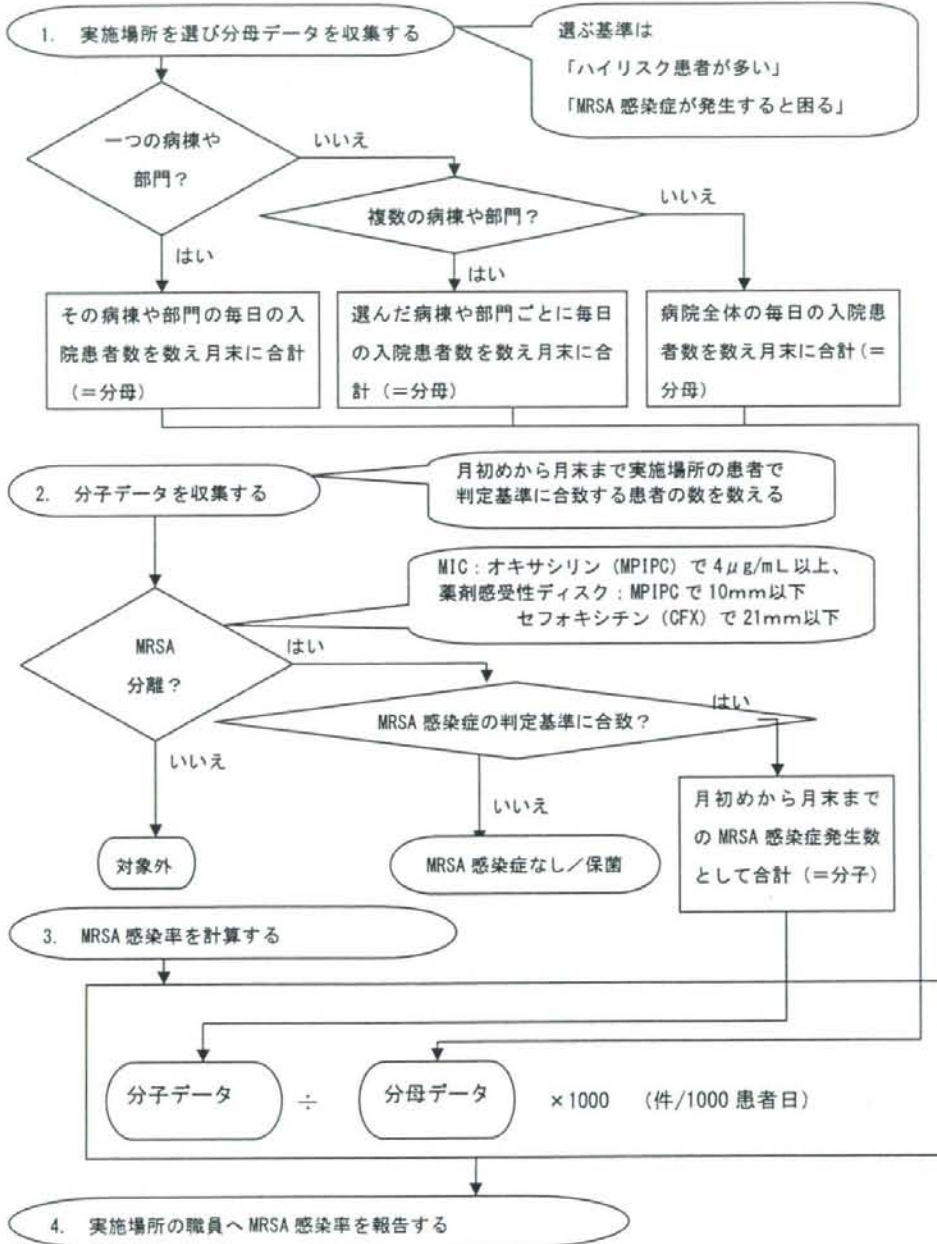
○年○月	設置型 500 ml	小計 (ml)	携帯型 60 ml	小計 (ml)	合計 (分子)	備考
○○病棟						
△△病棟						

◇◇病棟						
▽▽病棟						

中小規模施設向け MRSA サーベイランス手順書案

A. MRSA 感染症サーベイランス

I. 手順



II. 報告書例

〇〇病棟 看護師長

〇〇様

2008 年 9 月 5 日

感染管理担当 〇〇〇〇

MRSA 感染症サーベイランス報告

貴病棟の 8 月の MRSA 感染症サーベイランス結果をご報告します。

今年 1 月のディスポーザブル手袋導入後は感染率が低く推移しておりましたが、7 月以降、上昇の兆しがあります。接触予防策の実施を再度ご点検ください。

ご不明な点がありましたら、〇〇（内線〇〇）までご連絡ください。

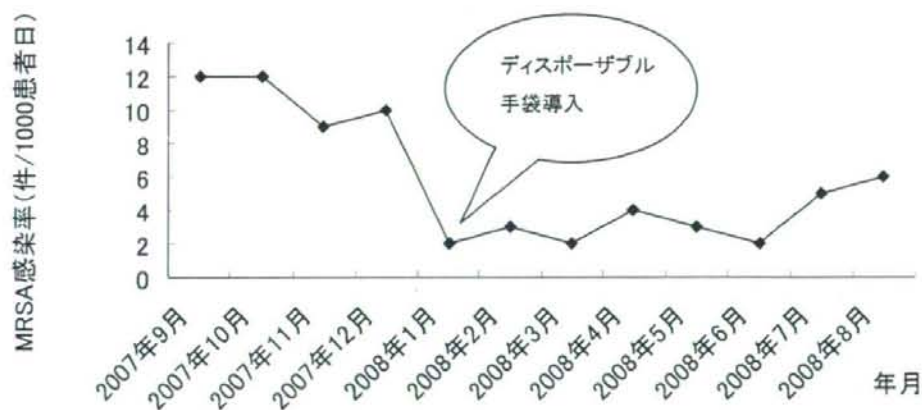


図 2007 年 9 月～2008 年 8 月の〇〇病棟における MRSA 感染率の推移

(注) 感染率=1000 患者日あたりの MRSA 感染症発症件数

=MRSA 感染症発症件数/入院患者日数合計*1000

Ⅲ. 分母データワークシート例

* 毎日〇時に入院患者数を記入し月末に合計する。

〇年〇月	実施場所				備考
	〇〇病棟	△△病棟	◇◇病棟	▽▽病棟	
1日					
2日					
3日					
4日					
5日					
6日					
7日					
8日					
9日					
10日					
11日					
12日					
13日					
14日					
15日					
16日					
17日					
18日					
19日					
20日					
21日					
22日					
23日					
24日					
25日					
26日					
27日					
28日					
29日					
30日					
31日					
合計 (分母)					