

201129051A

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

# 中小医療施設における感染制御策の質向上を 目指す支援体制についての研究

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

平成 24 (2012) 年 5 月

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

# 中小医療施設における感染制御策の質向上を 目指す支援体制についての研究

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

平成 24 (2012) 年 5 月

主任研究者

小林 寛伊

分担研究者

木村 哲  
森屋 恭爾  
賀来 満夫  
大久保 憲  
尾家 重治

研究協力者

菅原えりさ  
竹内 千恵  
吉田 理香  
黒須 一見  
中田 諭

平成 23 年度 総括研究報告書

■はじめに	1
I 施設内指針遵守のためのチェックリストの実用評価	1
II 感染制御策遵守のための e-learning	1
III 感染制御策の質向上を目指す教育的 DVD	1
IV アウトブレイク発生時の特定方法ならびに原因追求に関する指針案の改善改定	1
V 中小医療施設との協同ラウンド	2
VI インфекション・コントロール・ナース (ICN) の日常業務必要時間に基づく算定	2
VII 中小医療施設地域支援ネットワーク	2
VIII 感染制御実践看護学講座 (6 カ月研修) の一般化と中小施設教育への寄与	2
I 施設内指針遵守のためのチェックリストの実用評価	3
小林 寛伊 吉田 理香	
II 感染制御策遵守のための e-learning	28
木村 哲 森屋 恭爾 尾家 重治	
III 感染制御策の質向上を目指す教育的 DVD	29
小林 寛伊	
IV アウトブレイク発生時の特定方法ならびに 原因追究に関する指針案の改善改定	30
小林 寛伊 大久保 憲 尾家 重治 菅原 えりさ 竹内 千恵 吉田 理香 黒須 一見	
V 中小医療施設との協同ラウンド	37
小林 寛伊 吉田 理香 黒須 一見	
VI インфекション・コントロール・ナース (ICN) の日常業務必要時間に基づく算定	49
小林 寛伊 中田 諭 吉田 理香 黒須 一見	
VII 中小医療施設地域支援ネットワーク	67
小林 寛伊 大久保 憲 菅原 えりさ 竹内 千恵 吉田 理香 黒須 一見	
VIII 感染制御実践看護学講座 (6 カ月研修) の一般化と中小施設教育への寄与	77
小林 寛伊 大久保 憲 菅原 えりさ 竹内 千恵 吉田 理香 黒須 一見 中田 諭	

# 平成23年度 総括研究報告書

## 平成 23 年度 厚生科研 総括研究報告書

### はじめに

中小医療施設における感染制御策の質向上を図るため、下記の 8 項目を総合的に研究し、医療現場でその成果を試用、活用することによって、大きな成果を挙げることを目的とした。特にここ数年、厚生労働省は中小医療施設での感染制御策の質向上を目指しており、今回 2012 年 4 月の診療報酬改正も、そのことが明白である。この方向性をも重視した。幅広い視野に立った施策を多数組み合わせる遂行する当研究は、感染制御策を専門とする先進的な研究者に分担、かつ、協力を仰ぎおこなわれるものであり、わが国においては他に類をみないものと思われる。

### I 施設内指針遵守のためのチェックリストの実用評価

厚生労働科学研究で試作し、現場での使用経験の情報を収集して、改善を繰り返して、最終的に 50 項目に圧縮整理して、各施設で有効活用に使ってきたインフェクション・コントロール・チーム・ラウンド時の介入項目リスト intervention item list(IIL)を、社団法人日本病院会 2010 年度 第 9 回感染制御講習会 (ICS 講習会) 受講者、および、診療報酬院内感染対策入院時加算 100 点の専従または専任看護師の条件となっている 6 ヶ月研修として厚生労働省より認められた感染制御実践看護学講座受講生に、説明、指導をし、回答を求めた。また、2010 年度 ICS 講習会受講生には、IIL50 項目に関して、介入したか、改善が見られたかの回答も求めた。この結果、IIL は、どの規模の施設においても、日頃の感染制御の効果を評価するツールとして有効であり、そのことは、感染制御策の質向上を図る上で、多大なる効果を挙げられることを証明した。

### II 感染制御策遵守のための e-learning

教育啓発教材としての e-learning を継続的に作成、公開し、現場感染制御策、特に専門家のいない中小医療施設の質向上に寄与する。

### III 感染制御策の質向上を目指す教育的 DVD

感染制御の歴史にも触れた普遍的な教育啓発用 DVD を作成して公開することにより、感染制御策の質向上に寄与する。

### IV アウトブレイク発生時の特定方法ならびに原因追究に関する指針案の改善改定

病院感染 (医療関連感染) アウトブレイクは、早期にそれを特定し、対応していくことが鍵であり、これまでアウトブレイク発生時の特定方法と対応に関して提言を重ねてきたが、今回更に検討を重ねて改訂を試みた。今回は特に、環境汚染菌によって媒介される病院感染への注意を喚起した。

## V 中小医療施設との協同ラウンド

現職を続けながら受講できるため、勉強したことを日々の業務に生かして直ぐに実習として実践できるという特徴をもった、感染制御実践看護学講座（6 ヶ月研修）のカリキュラムとして、指導者訪問ラウンドとカンファランスとに基づいた自施設実習をおこない、この実習についての受講生の全報告（PP）かから改善点を読み取ってまとめた。この結果、日常業務を継続しながらの感染制御学に関する適切な研修を受けられる6 ヶ月研修（厚生労働省承認）の協同ラウンドは、医療現場のサービス向上に貢献しているものと確信した。

## VI インфекション・コントロール・ナース（ICN）の日常業務必要時間に基づく算定

今求められているインフェクション・コントロール・ナース（ICN）の一定病床数当たり必要人数を算定するため、2010年度は、第1回感染制御実践看護学講座（6 ヶ月研修）受講生19名を対象に10回のDelphi法による調査をおこなったが、600床規模の施設で、2.5人の専従感染制御担当看護師が必要であるという数値を得た。つまり、240床あたり、1人の専従ICNが必要という結果であった。

今回更に検討を重ねるため、A. 第2回感染制御実践看護学講座（6 ヶ月研修）受講生13名を対象としたDelphi法による調査、B. 感染管理認定看護師を対象とした調査、の2つをおこなった。B.は、2012年度へ継続調査中であるが、A.で得られた必要ICN数は、1人/217床であり、B.の現段階で得られている必要ICN数は、1人/182.5床であった。

## VII 中小医療施設地域支援ネットワーク

日本環境感染学会では、会員向けに、医療関連感染地域支援ネットワークの活用についての通知をすると共に、学会ホームページで公開し、認定教育施設に対し、感染制御地域支援ネットワークの構築を目的とした試行を義務付けた。その活動報告の内容をとりまとめた結果、2012年4月の診療報酬改定による感染防止加算におけるネットワーク構築は、特に専門家のいない中小医療施設における感染制御策の質向上に、大きな推進力となると確信している。

## VIII 感染制御実践看護学講座（6 ヶ月研修）の一般化と中小施設教育への寄与

2010年度第1回感染制御実践看護学講座、および、2011年度第2回感染制御実践看護学講座修了生（感染制御実践看護師）を対象として、現状での業務状況および感染制御に関する業績等に関して明確にすることを目的として調査をおこなった。結果として、感染制御実践看護学講座（6 ヶ月研修）のカリキュラムの修了生は、感染制御実践看護師として、各自施設において、施設上層部、ならびに、各職種職員の理解と協力を得て、これまで専門職のいなかった各施設で、効果的な感染制御日常業務に専念し、効果を着実に挙げてきているものと結論する。

# I 施設内指針遵守のためのチェックリストの実用評価

## ラウンド時介入項目リスト Intervention Item List (IIL) による現場介入の効果

小林寛伊 吉田理香

インфекション・コントロール・チーム (ICT) 施設内ラウンド時に役立つチェックリスト、“ラウンド時介入項目リスト Intervention Item List (IIL)” を厚生労働科学研究で試作し、現場での試用経験の情報を収集して、改善を繰り返してきたが、最終的に 50 項目に圧縮整理して、各施設での有効活用に供した<sup>1)</sup>。このような汎用性のあるインフェクション・コントロール・チーム・ラウンド時の介入項目リスト intervention item list (IIL) の作成と活用は、初の試みである。

改善をおこなった IIL を、診療報酬院内感染対策入院時加算 100 点の専従または専任看護師の条件となっている 6 か月研修として厚生労働省より認められた感染制御実践看護学講座 (2012 年 4 月の診療報酬加算の条件においても同様である) における自施設実習において、2010 年度の研究として実用評価を試み、施設内指針遵守率向上に寄与することを証明した<sup>2)</sup>。

今回更に検討を重ねるため、社団法人日本病院会 平成 23 年度(第 9 回)感染制御講習会(ICS 講習会:2002 年度開始で 2010 年度までの講習修了者 3,775 名)参加者を対象として、同様の調査をおこない、併せて、2011 年度第 2 回感染制御実践看護学講座受講生 13 名を対象として調査をおこなった。

### 1. 方法

2010 年度、第 9 回感染制御講習会(ICS 講習会)受講者全員 426 名に、IIL50 項目を説明し、自施設実習時、各項目をチェックするよう、5 月 28 日(第 1 クール)に指導、依頼し、11 月 19 日(第 2 クール)に回収した。同様に、第 2 回 6 か月研修生 13 名に、2011 年 4 月 29 日に指導、依頼し、自施設実習終了時 (各受講生により異なる) 10 月中旬までに回収した。評価項目は、表 1. の通りで、評価は、下記の 3 段階でおこなうよう指示した。

○：自施設で実践されている

×：自施設で実践されていない。

N：該当事項なし (施設内の体制としておこなっていない、おこなえない事項)

そして、同一病棟を、継続的に 5 回以上チェックできた結果を資料として採用した。各項目のチェックの結果を表 2. のごとく得点化 (5 点法) して、項目ごとに、0-5 点までのそれぞれの得点に該当する病棟の数を算出した。なお、N と継続的に記載された項目は、空欄とした。また、評価継続が、5 回未満の病棟は無効回答とした。

また、2010 年度 ICS 講習会の第 3 クール、2011 年 2 月 5 日に出席した受講生 417 名に、IIL50 項目に関して表 3. に示す評価表を配布し、介入したか、改善が見られたか (最初から改善していた項目を含む) の回答をもとめ、翌 2 月 6 日に回収し、介入しえた項目、改善が見られた項目、の数を解析した。

### 2. 結果

5 点法の回答者数は、ICS 講習会 255、6 か月研修 11 名 21 病棟分であった。それらの、0-5 点および N に占める数を、表 4、5 に示す。

2010 年度 ICS 講習会受講生を対象とした、介入改善に関する調査は、88 の回答を得て、その 2 項目



における“介入した”、および“改善された”の件数としてまとめたものが、表6. である。

### 3. 考察

ICS 講習会（2010 年度）受講生における IIL 評価各項目の 5 点法による集計結果では、「洗濯後リネン類の適切な乾燥（方法、場所）と使用前清潔保管が適切である」が最も高く 92.9%の施設が 5 点評価であった。80%以上の施設が 5 点評価することができる項目は、20 項目（40.0%）あり、「リネン管理」、「血液・体液曝露後の対応マニュアルの整備」、「手指衛生」、「廃棄物管理」、「適正な輸液混注作業遂行と混合後の清潔管理」、「消毒薬管理」に関する項目であった。これは、施設における基本的感染対策に関することが多く含まれ、2009 年の調査においても同様の結果が得られており<sup>3)</sup>、各施設において既に ICT が活動し、日常的にチェックしている施設も増えてきているため、ICS 講習会受講者が ICT メンバーでなくても介入し易かったのではないかと考える。5 点評価が 50%以下の項目は、「ラウンド時に感染症の有無を特定している」、「滅菌物の適正管理」、「高水準消毒薬の曝露対策」、「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」などの 4 項目で、最も低い項目は、「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」であり、29.0%の施設しか 5 点評価することができていなかった。これらは、施設の改善や ICT としての知識が必要な項目であり、特に、「高水準消毒薬の曝露対策」は 0 点または N と評価した施設が 65.8%、「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」について 0 点または N と評価した施設が 71.0% であり、施設を建築するときに設置されておらず、介入が難しかったのではないかと考えるが、感染対策上重要な問題であるため、今回の IIL 評価を実施したことで改善に向けて設備投資の必要性を受講生が理解し、施設側に伝え改善することを希望する。

感染制御実践看護学講座受講生（6 ヶ月研修）自施設実習時における IIL 評価各項目の 5 点法による集計結果より、高得点であったのは、「細菌検査室に赴いて情報交換/収集」、「原因菌未定時の経験的先行治療の開始ができている」が 95.2%の施設が 5 点評価であった。80%以上の施設が 5 点評価することができる項目は、30 項目（60.0%）あり、ICS 講習会の受講者より継続的に介入して○評価となっている項目が多かった。これは、ICS 講習会受講生に比べて感染制御実践看護学講座受講生は、より専門的な学習と実習で学びながら同時に自施設の協力を得て自施設実習で IIL の評価を実施するため、5 回以上の継続介入が行えていると考える。5 点評価が 50%以下の項目は 7 項目あり、「高水準消毒薬の曝露対策」、「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」については ICS 講習会と同じ項目であったが、他は、「清掃用具の使用区域による使い分け」、「厨房の衛生管理」、「事象依存型無菌性維持を採用している」、「中央滅菌供給部門における適正な洗浄・消毒・滅菌とその評価/管理」、「内視鏡の清潔管理」であり、ICS 講習会受講者の評価でも 60%台であった。50%以下の項目の内、0 点評価は 1~3 病棟であるが 50%以上が N 評価であり、設備がないため介入できないと考える。

ICS 講習会と感染制御実践看護学講座の受講生が同じ IIL 評価各項目で調査した結果、5 点評価は ICS 講習会が延べ 9,312 病棟（73.1%）に対し、感染制御実践看護学講座は延べ 760 病棟（72.4%）であり、継続評価の比率は大きく変化が無いことが分かった。しかし、0 点評価については、ICS 講習会が延べ 1,973 病棟（15.5%）に対し、感染制御実践看護学講座は延べ 82 病棟（7.8%）とほぼ半分率であった。0 点評価は、清掃に関する項目や滅菌物・在庫管理に関する項目で、医療従事者が日々実施する業務であるため、一度や二度の介入では改善できない現状がある。感染制御実践看護学講座の受講生は、チェックを重ねるたびに評価も厳しくなり、また、できるだけ改善しようという努力が伺える。

ICS 講習会(2010 年度)における IIL 評価各項目の介入と改善との評価結果より、介入できた項目上位 3 つは、「手指衛生の実施」、「個人用防護具の適切な着脱を實踐」、「下痢/嘔吐患者対策の実施」という順位

であるが改善率は 0～2.9%という結果から、受講者が介入する前から改善していたことが予測される。改善できた項目上位3つは「階段・非常階段等の清掃管理」、「汚染機器/器具/リネン等の適切な処理と搬送」、「原因菌未定時の経験的先行治療を開始する」であり、受講者自身の学びを施設で提供し改善することができたと考える。介入できた項目の中で改善も同時におこなえた項目は、「臭気対策の実施」における改善率は38施設中27施設(71.1%)、「適切な患者配置をおこなっている」における改善率は63施設中40施設(63.5%)、「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」における改善率は16施設中10施設(62.5%)であった。「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」については、当初のⅢでは改善が難しい項目として挙げられていたが、3回のコースを受講する中で、受講生がICS研修期間中に施設に働きかけ設備改善を実施していると予測できる。

このように、ラウンド時介入項目リスト Intervention Item List (Ⅲ)は、どの施設規模においても感染制御を実施するうえで必要な施設環境は同じように評価でき、また標準化することができる。日常業務にⅢを取り入れ遂行することによって、全職員の感染制御策に関する意識向上を図ると共に、項目を数値化できることで施設管理者に対しても問題点を明確にして改善に向け検討する指標となる。日頃の感染制御の効果を評価するツールとして有効と考える。

## 文献

1. 小林寛伊, 菅原えりさ, 竹内千恵, 佐々木昌茂, 吉田理香, 黒須一見. 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) . *J Healthcare-ass Infect* 2010 ; 3 : 22-26.
2. 小林寛伊. 施設内指針遵守の為のチェックリストの改善と質向上. *厚生労働科学研究 医療現場における安全性(感染制御策)の質向上をはかるための総合的研究 平成22年度総括研究報告書*.東京: 幸書房 2011.
3. 西山正恵, 小林寛伊, 大久保憲, 津村宏, 比江島欣慎. インフェクション・コントロール・チーム (ICT) ラウンド時の介入実施状況に関する調査研究. *J Healthcare-ass Infect* 2009; 2: 90-97

表 1. IIL 評価表

大分類	No	項目内容	年月日	年月日	年月日
			評価	評価	評価
A	1	臨床分離された微生物に関する個別患者情報を一覧表にして検討（微生物分離情報一覧表は、一般的には細菌検査技師、または、臨床検査技師が最低週1回は定期的に作成することが望ましい）している			
	2	必要に応じて細菌検査室に赴いて情報交換/収集（検査外注の場合は電話/メールによって情報交換/収集）をしている			
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、単なる保菌、検体汚染（コンタミネーション）などの区別を判断した上で、現場のラウンドにより担当医師、担当看護師と診療録情報を検討して、感染症であるか否かを特定している			
	4	感染症と特定された場合には、薬剤感受性を参照した適正治療法への介入、無効な抗菌薬投与/過剰な抗菌薬投与是正への介入、必要に応じた薬物血中濃度測定 therapeutic drug monitoring (TDM) 等をおこなっている			
	5	必要に応じ、検査結果を待たずに empiric therapy（原因菌未定時の経験的先行治療）を開始することができる			
B	6	感染症が病院感染か否かの特定、および、病院感染の場合、感染経路の特定と対応をおこなっている			
	7	ケア/作業前後の手指衛生（手洗い/手指消毒）の適正手技、適正遵守、および、手荒れ対策を実施している			
	8	個人用防護具 Personal Protective Equipment (PPE：手袋、マスク、ガウン/エプロン、ゴーグル、フェイス・シールド等)の適切な着脱を実践している			
	9	感染対策上の適切な病棟内患者配置（個別アイソレーション、集団アイソレーション、逆アイソレーション、技術的アイソレーション）をおこなっている			
	10	下痢嘔吐患者対策（接触感染対策、アイソレーション、下痢便および吐物の汚染拡散防止策）を実施している			
	11	交差感染の危険性ある症例の情報の適正な把握（当該病棟のスタッフ全員が把握）をおこなっている			
C	12	汚染機器/器具/リネン等の適切な処理と搬送を実施している			

	13	細菌汚染を受けやすい消毒薬（第四級アンモニウム塩、両性界面活性剤、低濃度クロルヘキシジンなど）の適切な取り扱いをしている			
	14	手指衛生用品（液体石けん、手指消毒薬、ペーパータオル等）の供給整備、および、手指消毒薬用ディスペンサーの適正設置/活用（使用量チェックが必要）/管理（適切な供給量、故障の有無、ノズルのつまり、など）ができています			
	15	患者清拭用タオルの熱水洗浄（芽胞汚染を考慮した適切な洗剤）と保温時清潔管理を実施している			
	16	アレルギー対策としてのノンパウダー手袋、非ラテックス手袋、非アルコール系消毒薬の供給体制が整備されている			
	17	高水準消毒薬（グルタラル、過酢酸、フタラル）曝露対策としての換気対策が完備されている			
D	18	適切な清掃方法、清掃順序（高清潔度区域から順次清掃、ほこりを立てない、滑らない対策、用具適正管理、病院用掃除機）を採用している			
	19	清掃用具の使用区域による使い分け（カラーコーディング）を実施している			
	20	患者ベッド周辺（ベッド、床頭台、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール、落屑等）の清潔維持と物品整理ができています			
	21	壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理（ほこりが付いていない等）が維持されている			
	22	床の汚れやしみの対策（手指消毒薬の飛散など）を実施している			
	23	異常な臭気がないことの確認、および、臭気対策（発生源対策と換気対策）を実施している			
	24	廊下に機器の放置等がなく、整備されており、機器を清潔に管理している			
	25	階段・非常階段（特に壁下部、階段直角部等）等の清掃管理ができています			
	26	空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理（ほこり、汚れがない）ができています			
	27	ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、ほこり）、点滴スタンド等の清拭と清潔管理ができています			
	28	湿潤区域の床/壁、手洗いシンク、洗浄槽、浴室、シャワー室、洗髪場所等の清潔管理、汚染対策とカビ対策がおこなわれている			

	29	便所の適正清掃（汚れ/着色/悪臭等への対応：悪臭は換気設備等）と必要に応じた環境消毒（便座等）がおこなわれている			
	30	清掃用洗剤の希釈倍率と作成方法の文書化、希釈した清掃用洗剤の使用期間が適正である			
E	31	清掃用具の適切な清浄化と臭いモップやほこりがとれていないブラシなどがなく、雑巾、布巾、スポンジ等の適正管理がおこなわれている			
	32	滅菌物や医療材料の不良過剰在庫がなく、滅菌物、薬剤の適正管理（汚染/包装破損防止等）がされ、後入れ先だし法の遵守がされている			
	33	事象依存型無菌性維持 event related sterility maintenance (ERSM：有効期限ではなく汚染を起す事象を重視する無菌管理)を採用している			
	34	清潔物品/清潔作業台と水回りとの隔離確保と汚染防止策が適正になされている			
	35	床上 30cm 以下の棚に清潔物品の保管がない（汚染の危険性あり）			
	36	適正な輸液混注作業遂行と混合後の清潔管理が実施されている			
	37	経時的に分解する消毒薬（過酢酸、次亜塩素酸ナトリウム等）の使用期間を守っている			
F	38	脂肪乳剤、プロポフォール、血液製剤などの分割使用禁止している			
	39	棄容器の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、適切な分別がなされている			
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、効果的安全使用を実行している			
	41	血液・体液曝露後の対応マニュアル（フローチャート）の整備をおこなっている			
	42	廃棄物処理方法、汚染拡散防止対策、廃棄物の安全な移送、廃棄物保管場所の安全管理がなされ、管理責任者等が明示されている			
	43	使用済みリネンの熱水洗濯（80℃、10分以上）、熱水洗濯が出来ない時の薬物処理（250ppm 次亜塩素酸ナトリウム浸漬、など）が守られている			
	44	洗濯後リネン類の適切な乾燥（方法、場所）と使用前清潔保管が適切である			

45	使用した鋼製小物の付着物固化防止処理、汚染拡大防止した安全搬送/保管等の対策を実施している			
46	中央滅菌供給部門における汚染拡散防止策、適正な洗浄・消毒・滅菌とその評価/管理をしている			
47	適切な内視鏡洗浄、清浄化、清潔管理を実施している			
48	汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、氷嚢など）が保管されていない			
49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄（熱水洗浄）と清潔管理が守られている			
50	隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室（切り替え方法等の周知徹底）の差圧確認（差圧計あるいはダンパーによる確認、または、タフト法による気流方向確認*）ができています			

\*ダンパー：鍋蓋状のものが壁の穴をふさぐようにぶら下っており、陽圧が一定以上かかると浮かぶ  
タフト法：ティッシュ/脱脂綿等の吹流しによる細管隙（ドアが閉まる瞬間等）での気流方向確認

表 2. ICS 講習会における IIL 評価各項目の 5 点法による集計法

5 点	： 継続的に最終回よりさかのぼって 5 回連続○であった項目
4 点	： 継続的に最終回よりさかのぼって 4 回連続○であった項目
3 点	： 継続的に最終回よりさかのぼって 3 回連続○であった項目
2 点	： 継続的に最終回よりさかのぼって 2 回連続○であった項目
1 点	： 最後の 1 回のみ改善が見られて○になった項目
0 点	： 上記以外の項目

なお、N と継続的に記載された項目は、空欄とした。また、評価継続が、5 回未満の病棟は有効回答に含まなかった。

表 3. ICS 講習会(2010 年度)における IIL 評価各項目の介入と改善との評価表

大分類	No	項目内容	介入できた○ 介入していない×	改善できた○ 改善されない×
A	1	臨床分離された微生物に関する個別患者情報を一覧表にして検討（微生物分離情報一覧表は、一般的には細菌検査技師、または、臨床検査技師が最低週1回は定期的に作成することが望ましい）している		
	2	必要に応じて細菌検査室に赴いて情報交換/収集（検査外注の場合は電話/メールによって情報交換/収集）をしている		
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、単なる保菌、検体汚染（コンタミネーション）などの区別を判断した上で、現場のラウンドにより担当医師、担当看護師と診療録情報を検討して、感染症であるか否かを特定している		
	4	感染症と特定された場合には、薬剤感受性を参照した適正治療法への介入、無効な抗菌薬投与/過剰な抗菌薬投与是正への介入、必要に応じた薬物血中濃度測定 therapeutic drug monitoring (TDM) 等をおこなっている		
	5	必要に応じ、検査結果を待たずに empiric therapy（原因菌未定時の経験的先行治療）を開始することができている		
B	6	感染症が病院感染か否かの特定、および、病院感染の場合、感染経路の特定と対応をおこなっている		
	7	ケア/作業前後の手指衛生（手洗い/手指消毒）の適正手技、適正遵守、および、手荒れ対策を実施している		
	8	個人用防護具 Personal Protective Equipment (PPE：手袋、マスク、ガウン/エプロン、ゴーグル、フェイス・シールド等) の適切な着脱を実践している		



	9	感染対策上の適切な病棟内患者配置（個別アイソレーション、集団アイソレーション、逆アイソレーション、技術的アイソレーション）をおこなっている		
	10	下痢/嘔吐患者対策（接触感染対策、アイソレーション、下痢便および吐物の汚染拡散防止策）を実施している		
	11	交差感染の危険性ある症例の情報の適正な把握（当該病棟のスタッフ全員が把握）をおこなっている		
C	12	汚染機器/器具/リネン等の適切な処理と搬送を実施している		
	13	細菌汚染を受けやすい消毒薬（第四級アンモニウム塩、両性界面活性剤、低濃度クロルヘキシジンなど）の適切な取り扱いをしている		
	14	手指衛生用品（液体石けん、手指消毒薬、ペーパータオル等）の供給整備、および、手指消毒薬用ディスペンサーの適正設置活用（使用量チェックが必要）/管理（適切な供給量、故障の有無、ノズルのつまり、など）ができています		
	15	患者清拭用タオルの熱水洗浄（芽胞汚染を考慮した適切な洗剤）と保温時清潔管理を実施している		
	16	アレルギー対策としてのノンパウダー手袋、非ラテックス手袋、非アルコール系消毒薬の供給体制が整備されている		
	17	高水準消毒薬（グルタラル、過酢酸、フタラール）曝露対策としての換気対策が完備されている		
D	18	適切な清掃方法、清掃順序（高清潔度区域から順次清掃、ほこりを立てない、滑らない対策、用具適正管理、病院用掃除機）を採用している		
	19	清掃用具の使用区域による使い分け（カラーコーディング）を実施している		
	20	患者ベッド周辺（ベッド、床頭台、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール、落屑等）の清潔維持と物品整理ができています		

	21	壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理（ほこりが付いていない等）が維持されている		
	22	床の汚れやしみの対策（手指消毒薬の飛散など）を実施している		
	23	異常な臭気がないことの確認、および、臭気対策（発生源対策と換気対策）を実施している		
	24	廊下に機器の放置等がなく、整備されており、機器を清潔に管理している		
	25	階段・非常階段（特に壁下部、階段直角部等）等の清掃管理ができています		
	26	空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理（ほこり、汚れがない）ができています		
	27	ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、ほこり）、点滴スタンド等の清拭と清潔管理ができています		
	28	湿潤区域の床/壁、手洗いシンク、洗浄槽、浴室、シャワー室、洗髪場所等の清潔管理、汚染対策とカビ対策がおこなわれている		
	29	便所の適正清掃（汚れ/着色/悪臭等への対応：悪臭は換気設備等）と必要に応じた環境消毒（便座等）がおこなわれている		
	30	清掃用洗剤の希釈倍率と作成方法の文書化、希釈した清掃用洗剤の使用期間が適正である		
E	31	清掃用具の適切な清浄化と臭いモップやほこりがとれていないブラシなどがなく、雑巾、布巾、スポンジ等の適正管理がおこなわれている		
	32	滅菌物や医療材料の不良/過剰在庫がなく、滅菌物、薬剤の適正管理（汚染/包装破損防止等）がされ、後入れ先だし法の遵守がされている		
	33	事象依存型無菌性維持 event related sterility maintenance (ERSM：有効期限ではなく汚染を起す事象を重視する無菌管理)を採用している		
	34	清潔物品/清潔作業台と水回りとの隔離確保と汚染防止策が適正になされている		
	35	床上 30cm 以下の棚に清潔物品の保管がない（汚染の危険性あり）		
	36	適正な輸液混注作業遂行と混合後の清潔管理が実施されている		

	37	経時的に分解する消毒薬（過酢酸、次亜塩素酸ナトリウム等）の使用期間を守っている		
F	38	脂肪乳剤、プロポフォル、血液製剤などの分割使用禁止している		
	39	棄容器的の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、適切な分別がなされている		
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、効果的安全使用を実行している		
	41	血液・体液曝露後の対応マニュアル（フローチャート）の整備をおこなっている		
	42	廃棄物処理方法、汚染拡散防止対策、廃棄物の安全な移送、廃棄物保管場所の安全管理がなされ、管理責任者等が明示されている		
	43	使用済みリネンの熱水洗濯（80℃、10分以上）、熱水洗濯が出来ない時の薬物処理（250ppm次亜塩素酸ナトリウム浸漬、など）が守られている		
	44	洗濯後リネン類の適切な乾燥（方法、場所）と使用前清潔保管が適切である		
	45	使用した鋼製小物の付着物固化防止処理、汚染拡大防止した安全搬送/保管等の対策を実施している		
	46	中央滅菌供給部門における汚染拡散防止策、適正な洗浄・消毒・滅菌とその評価/管理をしている		
	47	適切な内視鏡洗浄、清浄化、清潔管理を実施している		
	48	汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、氷嚢など）が保管されていない		
	49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄（熱水洗濯）と清潔管理が守られている		
	50	隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室（切り替え方法等の周知徹底）の差圧確認（差圧計あるいはダンパーによる確認、または、タフト法による気流方向確認*）ができている		

\*ダンパー：鍋蓋状のものが壁の穴をふさぐようにぶら下っており、陽圧が一定以上かかると浮かぶ

タフト法：ティッシュ/脱脂綿等の吹流しによる細管隙（ドアが閉まる瞬間等）での気流方向確認

\*N：該当事項なし（施設内の体制としておこなっていない、おこなえない事項）

表 4. ICS 講習会(2010 年度)における IIL 評価各項目の 5 点法による集計結果  
有効回答件数 (=施設数) 255

大分類	No	項目内容	各評点数における施設数							計
			5	4	3	2	1	0	N	
A	1	臨床分離された微生物に関する個別患者情報を一覧表にして検討（微生物分離情報一覧表は、一般的には細菌検査技師、または、臨床検査技師が最低週 1 回は定期的に作成することが望ましい）している	175	0	1	2	1	56	20	255
	2	必要に応じて細菌検査室に赴いて情報交換/収集（検査外注の場合は電話/メールによって情報交換/収集）をしている	222	0	0	0	1	18	14	255
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、単なる保菌、検体汚染（コンタミネーション）などの区別を判断した上で、現場のラウンドにより担当医師、担当看護師と診療録情報を検討して、感染症であるか否かを特定している	128	1	1	2	2	87	34	255
	4	感染症と特定された場合には、薬剤感受性を参照した適正治療法への介入、無効な抗菌薬投与/過剰な抗菌薬投与是正への介入、必要に応じた薬物血中濃度測定 therapeutic drug monitoring (TDM) 等をおこなっている	170	5	0	4	1	57	18	255
	5	必要に応じ、検査結果を待たずに empiric therapy（原因菌未定時の経験的先行治療）を開始することができる	212	2	1	2	1	27	10	255
B	6	感染症が病院感染か否かの特定、および、病院感染の場合、感染経路の特定と対応をおこなっている	185	1	2	2	0	49	16	255
	7	ケア/作業前後の手指衛生（手洗い/手指消毒）の適正手技、適正遵守、および、手荒れ対策を実施している	224	5	5	3	2	16	0	255