

201232004A

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24年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

平成 25 (2013) 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24年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

平成 25 (2013) 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

小栗豊子
奥住捷子
菅原えりさ
吉田理香
竹内千恵
中田 諭
黒須一見
鈴木明子
萱島すが

平成 24 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 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
III 中小医療施設との協同ラウンド	1
IV インфекション・コントロール・ナース（ICN）およびインフェクション・ コントロール・ドクター（ICD）の日常業務必要時間に基づく算定	2
V 感染対策地域支援ネットワーク	2
VI 感染制御実践看護学講座（6ヵ月研修）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 萱島 すが 菅原えりさ 吉田 理香	
II 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	15
小林 寛伊 大久保 憲 小栗 豊子 尾家 重治 奥住 捷子 菅原えりさ 吉田 理香 竹内 千恵 黒須 一見	
III 中小医療施設との協同ラウンド	33
小林 寛伊 竹内 千恵 菅原えりさ 吉田 理香	
IV インフェクション・コントロール・ナース（ICN）およびインフェクション・ コントロール・ドクター（ICD）の日常業務必要時間に基づく算定	40
小林 寛伊 中田 諭 菅原えりさ 吉田 理香 黒須 一見 森屋 恭爾 賀来 満夫	
V 感染対策地域支援ネットワーク	73
小林 寛伊 鈴木 明子 菅原えりさ 吉田 理香 賀来 満夫	
VI 感染制御実践看護学講座（6ヵ月研修）の一般化と中小施設教育への寄与	93
小林 寛伊 大久保 憲 菅原えりさ 吉田 理香 竹内 千恵 中田 諭 黒須 一見	

平成24年度 総括研究報告書

平成 24 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 6 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、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ことで遂行する当研究は、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、現場での使用経験により改善が繰り返され、最終的に 50 項目に圧縮整理し、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、社団法人日本病院協会 2012 年度 第 11 回感染制御講習会 (ICS 講習会) 受講生および、東京医療保健大学大学院 感染制御実践看護学講座受講生に対し研修中に説明し、自施設実習で評価を求めた。また、2012 年度 ICS 講習会の受講生については、ラウンドを実際に行っている受講生を対象に絞り調査した。その結果、ICS 講習会受講生は、感染制御策について改善策や介入の状況が明らかになった。また、感染制御実践看護師については、本講座で学んだ知識や技術を生かして現場の問題点を明確化し改善に向けて行動していた。

今回の調査より 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、さらに、ラウンドを開始する場合においても現状の問題点を明確化し、改善につながるツールとして活用できることから、感染制御策の質向上を図る上において多大なる効果を挙げられることを証明した。

II 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

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、今までの報告に加え、事例の表示と解説を試みた。

III 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感染制御実践看護学講座は、カリキュラムに受講者の所属施設でおこなう自施設実習が含まれており、本学の教育スタッフが各受講生の施設を訪問ラウンドし、現場での指導に当たっている。この訪問ラウンドにおける教育スタッフからの指導事項をまとめ、さらに、受講生訪問ラウンドにおけるチェックリストの開発を試みた。チェックリストの開発は、今後の指導の均質化と質向上に大きな効果を持つと考えられる。

IV インфекション・コントロール・ナース（ICN）および

インфекション・コントロール・ドクター（ICD）の日常業務必要時間に基づく算定

実際の感染制御に必要な活動や人員は、施設の感染制御の体制や病床数や平均在院日数などの施設の規模、患者の特性によって異なることが予測され、感染管理認定看護師（Certified Nurse in Infection Control 以下 CNIC）やインフェクションコントロールドクター（Certified Infection Control Doctor 以下 CICD）の活動内容や時間を調査することは、感染制御に必要な医療従事者の適正配置を考慮する上で有用な指標となる。日本看護協会に登録されている CNIC 1,284 名を対象に CNIC の現状、施設背景、CNIC 活動時間を段階的に調査した。また、病棟ラウンドなどを日常業務としている CICD 10 名に対し、Delphi 法に基づく感染制御に必要な時間週の調査を実施した。結果、現状の病床数あたりの CNIC 数は、335.3 床あたり 1 名、回答者が必要と考える施設の平均 CNIC 数は、2.34 名（標準偏差 0.91）であった。また、感染管理業務の実績時間を基に分析した結果、病床数あたりの CNIC 必要人数は 191.74 床につき 1 人必要とし、実際に感染制御を行っている CICD を対象にした Delphi 法に基づく調査によると 600 床規模の急性期病院においては 1.37 人の専従の CICD が必要であり、病床数あたりに必要な専従の CICD 人数は 438.0 床に 1 人であった。

V 感染対策地域支援ネットワーク

平成 24（2012）年度診療報酬改定による感染防止対策加算を受けて、加算 1 算定医療機関と加算 2 算定医療機関による、新しい地域医療連携ネットワークの構築が始まった。開始日が平成 24（2012）年 4 月 1 日である感染防止対策加算 1 算定医療機関は、全国で 898 施設であった。そのうち、回答の得られた 292 施設（300 床以上は 212 施設）は、平均 3.6 施設、総数 1,041 施設（300 床未満は 890 施設）の加算 2 算定医療機関と連携した。財政的な後押しにより、院内での感染対策の重要性が理解され、専従者増加や相談体制の強化が図られ、アウトブレイクの早期特定も認められた。したがって、感染防止対策加算によって感染対策は、確実に推進されていると推察する。

VI 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

6 ヶ月研修修了者の所属施設、つまり、感染制御についての関心が高く、その業務に理解を示し協力を得られると考えられる施設の、医療関連業務外部委託および感染防止対策加算の届出の状況を調査した。この結果、6 ヶ月研修修了者の 45/55、81.8%が専従か専任となっていること（看護協会の 6 ヶ月研修では 50%未満）、および、中小医療施設の感染制御体制の質向上に寄与していることが明確となった。

この結果より、病院上層部の推薦による参加であり、かつ、現在の看護業務を継続しながら受講できる（自施設実習を効果的に活用可能としている）本講座が、さらに一般化し、中小医療施設教育へ寄与し続けていくことが重要であると結論する。

I 施設内指針遵守のためのチェックリストの実用評価

平成 24 年度 インфек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報告 ～ICT ラウンド時介入リスト Intervention Item List (IIL)による介入効果の分析～

小林寛伊、萱島すが、菅原えりさ、吉田理香

インフェクション・コントロール・チーム (ICT) 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)” が厚生労働科学研究で試作、現場での試用経験により改善が繰り返され最終的に 2010 年度版 (第 3 案) として、50 項目に圧縮整理された。改善された IIL50 項目は 2010 年と 2011 年に社団法人日本病院協会における感染制御講習会 Infection Control Staff (ICS) 養成講習受講生および、診療報酬院内感染対策入院加算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における自施設実習において実用評価された。その結果、「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」において、施設内での感染対策指針遵守率の向上に繋がっている事が証明された。

今回は、IIL50 項目を 2012 年度 ICS 養成講習会において、自施設ラウンドを実際に行っている受講生に絞り実用評価をおこない、さらに、2012 年度感染制御実践看護学講座における自施設実習において実用評価したことについて調査したので報告する。

1. 方 法

2012 年度感染制御講習会 (以下、ICS 講習会) 受講生 513 名に、第 1 クール (2012 年 6 月 2 日～3 日) の現状調査でラウンドをしていると回答を頂いた 207 名を対象として文書を用いて協力を得た。対象者には ICS 講習会終了までの期間、毎週のラウンド時、病棟別に IIL50 項目 (以下 IIL) の各項目をチェックし記録してもらい、第 2 クール (2012 年 11 月 10 日～11 日) の際に、一次報告として回収、第 3 クール (2013 年 2 月 23 日～24 日) の際に最終報告として回収した。また、ラウンド頻度回数別による IIL5 点評価による病棟の数を算出した。

2012 年度感染制御実践看護学講座受講生 23 名については、自施設実習時の毎週おこなわれるラウンドで IIL の評価を依頼し、自施設実習終了時 (各受講生により異なる) に回収した。

評価項目は表 1 の通りで、評価は以下の 3 段階評価とした。

○：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)

評価した結果については、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。採用した結果を次の集計法により得点化 (5 点法) し、項目ごとに 0～5 点の得点に該当する病棟の数を算出した。この 5 点法は、継続的に最終回よりさかのぼって 5 回連続○であった項目を 5 点とし、以下、継続的に最終回よりさかのぼって実施した回収に準じて 4 回連続○であれば 4 点、3 回連続であれば 3 点、2 回連続であれば 2 点、最後の 1 回のみ改善がみられて場合は 1 点、上記以外は 0 点とし、継続的に N と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。

2. 結 果

2012年度ICS講習会においてラウンドを実施している受講生207名の調査では、ICS講習会の第2クールで70名138病棟分を回収し有効回答は95病棟分、第3クールで51名118病棟分を回収し有効回答は81病棟、合計176病棟であった。また、第2クールと第3クールを2回共に受講し回答を得た受講生も複数名いた。感染制御実践看護学講座受講生は23名61病棟分を回収し有効回答は41病棟であった。それらの0-5点およびNに占める数を、ICS講習会受講生は表2、ラウンド頻度別の調査結果は表3に示す。また、ラウンドを実施している受講生207名の調査で有効回答とした176病棟におけるラウンド頻度の結果については表4に示す。そして、感染制御実践看護学講座受講生における0-5点およびNに占める数を表5に示す。

ICS講習会におけるIII評価各項目の5点法による集計結果では、B9「感染対策上の適切な患者配置を行っている」が94.3%の施設において5点評価であった。80%以上の施設が5点評価できている項目は、A5「原因菌未定時の経験的先行治療の開始」、B10「下痢嘔吐患者対策」、B11「病棟スタッフが感染の危険性の情報を把握している」、F40「安全装置付き器材の導入」、F44「洗濯後リネン類の適切な管理」などの19項目であった。5点評価が50%以下の項目はC17「高水準消毒薬の暴露対策」、E32「滅菌物の事象依存型無菌性維持」、F50「隔離室、手術室、陰陽圧切替え質の差圧確認」の3項目であった。

ICS講習会受講生によるラウンド頻度別による5点評価は34項目(68.0%)において、ラウンドの頻度が、1回/1ヶ月実施している方が1回/1週間よりも多い結果であった。その項目は大分類のA[検査および治療]5項目中3項目(60.0%)、B[特定と対応]6項目の全項目(100%)、C[汚染防止と清潔管理]6項目中1項目(16.7%)、D[清潔と整備]13項目中9項目(69.2%)、E[在庫適正管理と物品清潔管理]7項目中5項目(71.4%)、F[職業感染対策と交差汚染対策]13項目中9項目(69.2%)であった。

感染制御実践看護学講座の自施設実習時におけるIII評価各項目の5点法による集計結果では、F38「スタッフステーション等の共有スペースの整頓」が92.7%の施設において5点評価であった。80%以上の施設が5点評価できている項目は、B9「感染対策上の適切な患者配置を行っている」、F41「マニュアルの整備」、F42「廃棄物処理と保管方法」、F44「洗濯後リネン類の適切な管理」、F48「洗浄室・汚染室の医療用具保管」の5項目であった。5点評価が50%以下の項目は、A3「ラウンド時に感染症の有無を判定している」、B8「個人防護具の適切な着脱を实践」、C17「高水準消毒薬の暴露対策」、E33「清潔物品を床上30cm以下に保管していない」、F47「内視鏡の適切な洗浄」、F50「隔離室、手術室、陰陽圧切替え質の差圧確認」など11項目であった。

ICS講習会受講生と感染制御実践看護学講座受講生が同じIIIによる実用評価の各項目を調査した結果、5点評価はICS講習会が述べ6,638病棟(75.4%)に対し、感染制御実践看護学講座受講生は延べ1,284病棟(62.6%)であった。0点評価については、ICS講習会が述べ922病棟(10.4%)に対し、感染制御実践看護学講座受講生は延べ336病棟(16.3%)であった。

3. 考 察

ICS講習会受講生におけるIII評価各項目の5点評価が高かった項目、A5「原因菌未定時の経験的先行治療の開始」、B9「感染対策上の適切な患者配置を行っている」、B10「下痢嘔吐患者対策」、B11「病棟スタッフが感染の危険性の情報を把握している」、F40「安全装置付き器材の導入」、F44「洗濯後リネン類の適切な管理」は日常の感染対策に関する項目であった。これは感染対策に関する基本的な項目で、現場で感染制御に対する意識向上が継続されていると考えられる。5点評価が50%以下の項目は施設の改善が必要な項目であった。特にC17「高水準消毒薬の暴露対策」の項目に0点およびNと評価した施設は85.8%であり、施設を建設するときに設置されていない事も考えられる。また、改善するには設備投資などの問題があり、講習会を受講中の短期間においては介入が難しかったことも考えられる。

ICS 講習会受講生によるラウンド頻度別の結果において5点評価となった項目がラウンド頻度の1回/1週間よりも、1回/1ヶ月の方が多かった結果については、一人で自施設において複数の病棟をチェックしていた受講生が複数いたため5点評価による結果に差が出たと考える。ラウンドによる評価は厳密に行えば厳しいチェックとなり、現場の感染対策の充実につながると考える。厚生労働省の通知の別記「医療機関等における院内感染対策に関する留意事項（医政指発0617第1号平成23年6月17日）」では、「病棟ラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましいこと。」とあるが、今回、実際にICTラウンドをおこなっている受講生に限った調査において、各施設で努力をしているものの、なかなか実践できない現状であることもわかった。ICTラウンドは、現場における感染制御策が実践されているか、改善した対策を評価することなどが目的であり、各施設での今後の努力を期待したい。

感染制御実践看護学講座の自施設実習時におけるIII評価各5点法による集計結果より、高得点であったB9「感染対策上の適切な患者配置を行っている」、F38「スタッフステーション等の共有スペースの整頓」、F41「マニュアルの整備」、F42「廃棄物処理と保管方法」、F44「洗濯後リネンの適切な管理」、F48「洗浄室・汚染室の医療用具保管」の項目は、日常業務による基本的な感染対策であり、受講生が本講座の目的でもある自施設の感染対策における中心的役割を果たすため、積極的に介入し実践したと考えられる。しかし、5点評価が50%以下のC17「高水準消毒薬の暴露対策」、F50「隔離室、手術室、陰陽圧切替え質の差圧確認」の項目においては、ICS講習会受講生と同様に施設の改善が必要な項目で、設備投資の問題等が自施設実習中における限られた期間では解決できなかったと考えられる。

ICS講習会受講生と感染制御実践看護学講座受講生が、同じIIIによる実用評価の各項目を比較した結果、5点評価による継続評価はICS講習会受講生の方が高く、0点評価については感染制御実践看護学講座受講生の方が高かった。これは、今回の調査対象者のICS講習会受講生は、既に日常的にラウンドを実践している受講生を対象としたため、改善や介入がしやすかったのではないかと考える。また、感染制御実践看護学講座受講生は本講座で学んだ知識や技術を、直ちに自施設実習で生かしながらの評価であったため、結果に差が出たと考えられ、これから自施設において、習得した知識や技術を現場で生かしながらICTラウンドを中心となって行う役割を果たすことを期待する。

IIIは日常業務において職員に大きな負担がかからない感染制御対策が行われ、施設の問題点の明確化と改善に向けて、検討および評価する指標として実用評価が繰り返された。今後は、各施設において新たに積極的に感染制御に関わる担当者も、ICTラウンドで感染制御策の効果がさらに評価しやすい使い方の検討が必要である。

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). *JHealthcare-ass Infect* 2010; 3: 22-26.
2. 小林寛伊. 施設内指針遵守の為に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фек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. *JHealthcare-ass Infect* 2009; 2: 90-97
4. 小林寛伊. 施設内指針遵守の為にチェックリストの実用評価. 厚生労働科学研究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. 東京: 幸書房 2012.

表1. 評価表

大分類	No	項目内容	チェック施行月日 (日/月)と評価											
			/	/	/	/	/	/	/	/	/			
A [検査および治療]	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（一覧表は、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）している												
	2	必要に応じて、細菌検査室との情報交換情報収集（検査外注の場合は、電話やメールによって情報交換情報収集）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、保菌、検体汚染（コンタミネーション）等の区別を判断した上で、現場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）等を行っている												
	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）を開始している												
B [特定と対応]	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行っている												
	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の患者配置（個別隔離、集団隔離・コホート、逆アイソレーション等）を行っている												
	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	当該病棟のスタッフは、交差感染の危険性がある症例情報を把握している												
C [汚染防止と清潔管理]	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等）の適切な取り扱いをしている												
	14	浸漬消毒を行う場合、適切な消毒薬の選択と器具/器材を確実に浸漬する												
	15	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、ディスペンサーの適正設置/活用/管理（故障、ノズルのつまり等）/使用量チェックをしている												
	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を整備している												
	17	高水準消毒薬（グルタラル、過酢酸、フタラル）の曝露対策としてのPPE着用、換気対策を完備している（いずれも空気より分子量が重いので、下方からの排気を考慮する）												
D [清潔と整備]	18	適切な清掃方法と清掃順序（高清潔度区域から順次清掃、埃を立てない）、適切な用具の採用（病院用掃除機等）、用具の使用区域による使い分け（カラーコーディング等）を実施している												
	19	患者のベッド周辺（ベッド、床頭台、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール等）は、清潔維持と物品整理ができています												
	20	壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理（埃が付いていない等）が維持されている												
	21	空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理（埃、汚れがない）をしている												
	22	床の汚れやしみの対策（手指消毒薬の飛散等）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、使用していない機器はカバーを掛け、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）には埃がなく、清掃管理ができています												
	26	ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、埃）、点滴スタンド等の清潔管理ができています												
	27	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をしている												

	28	便所の適正清掃（汚れ着色/悪臭等への対応）と必要に応じて環境消毒を実施している								
	29	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限は適正である								
	30	清掃用具の適切な清浄化と臭いモップや埃がとれていないブラシ等がなく、雑巾、スポンジ等の管理は適正である								
E 〔在庫適正管理と物品運搬管理〕	31	滅菌物や医療材料の不良在庫/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、後入れ先出し法を遵守している								
	32	滅菌物に対して、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								
	33	滅菌物や消毒された清潔物品は、床上30cm以下の棚に保管していない（汚染の危険性あり）								
	34	清潔物品/清潔作業台と水回りとの適正な隔離確保と汚染防止策を実施している								
	35	清潔な輸液混注作業の遂行と混合後の適正管理を実施している								
	36	脂肪乳剤、プロポフォル、血液製剤等の分割使用禁止を徹底している								
	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 〔職業感染対策と交差汚染対策〕	38	スタッフステーション等の共有スペースでは、スタッフが手で触れるようなバインダー/ファイル類や器具を足元の棚に置いていない								
	39	医療廃棄物の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、および、適切な分別を実施している								
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、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、および、フローチャートを整備している								
	42	廃棄物処理方法に基づき、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され、管理責任者等を明示している								
	43	使用済みリネンやタオル類等は熱水洗濯（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、等）を守っている								
	44	洗濯後のリネン、あるいはタオル類は清潔に保管している								
	45	使用した鋼製小物の付着物固化防止処理、汚染拡大防止を考慮した安全搬送/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・滅菌方法の遵守とその評価管理を実施している								
	47	内視鏡に対する適切な洗浄、および、高水準消毒、または、滅菌管理を実施している								
	48	洗浄室・汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、氷嚢等）を保管していない								
	49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄（熱水洗濯）と清潔管理を遵守している								
	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*）をしている								

*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2. ICS講習会（2012年度）におけるIIL評価各項目の5点法による集計結果 回答者数121名 有効回答件数176

大分類	No	項目内容	各評価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（一覧表は、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）している	120	1	0	3	4	36	12	176
	2	必要に応じて、細菌検査室との情報交換/情報収集（検査外注の場合は、電話やメールによって情報交換/情報収集）をしている	155	2	3	5	0	4	7	176
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、保菌、検体汚染（コンタミネーション）等の区別を判断した上で、現場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	92	1	0	0	1	61	21	176
	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）等を行っている	115	0	0	1	1	43	16	176

	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）を開始している	159	1	0	1	0	7	8	176
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行っている	141	2	0	1	3	18	11	176
	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	146	3	4	6	2	15	0	176
	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	140	4	1	4	3	20	4	176
	9	感染対策上の適切な病棟内の患者配置（個別隔離、集団隔離・コホート、逆アイソレーション等）を行っている	166	2	1	0	0	6	1	176
	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	159	4	1	1	2	5	4	176
	11	当該病棟のスタッフは、交差感染の危険性がある症例情報を把握している	158	4	2	2	1	6	3	176
	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	152	2	2	5	1	12	2	176
C	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等）の適切な取り扱いをしている	145	4	1	1	5	7	13	176
	14	浸漬消毒を行う場合、適切な消毒薬の選択と器具/器材を確実に浸漬する	135	5	8	2	2	19	5	176
	15	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、ディスペンサーの適正設置/活用/管理（故障、ノズルのつまり等）/使用量チェックをしている	139	7	0	5	3	20	2	176
	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を整備している	138	0	0	1	1	28	8	176
	17	高水準消毒薬（グルタール、過酢酸、フタール）の曝露対策としてのPPE着用、換気対策を完備している（いずれも空気より分子量が重いので、下方からの排気を考慮する）	23	0	0	1	1	44	107	176
	18	適切な清掃方法と清掃順序（高清潔度区域から順次清掃、埃を立てない）、適切な用具の採用（病院用掃除機等）、用具の使用区域による使い分け（カラーコーディング等）を実施している	115	2	3	1	1	32	22	176
D	19	患者のベッド周辺（ベッド、床頭台、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール等）は、清潔維持と物品整理ができています	136	3	9	9	4	15	0	176
	20	壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理（埃が付いていない等）が維持されている	96	11	14	7	6	41	1	176
	21	空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理（埃、汚れがない）をしている	111	7	6	12	3	33	4	176
	22	床の汚れやしみの対策（手指消毒薬の飛散等）を実施している	140	5	3	5	2	17	4	176
	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	156	6	2	0	1	8	3	176
	24	廊下に機器の放置等がなく、整備されており、使用していない機器はカバーを掛け、清潔に管理している	122	6	5	2	8	27	6	176
	25	階段・非常階段（特に壁下部、階段直角部等）には埃がなく、清掃管理ができています	128	7	6	5	3	22	5	176
	26	ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、埃）、点滴スタンド等の清潔管理ができています	123	16	4	2	10	19	2	176
	27	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をしている	142	6	5	3	0	15	5	176
	28	便所の適正清掃（汚れ/着色/悪臭等への対応）と必要に応じて環境消毒を実施している	157	1	1	4	0	7	6	176
	29	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限は適正である	137	9	4	2	0	20	4	176
	30	清掃用具の適切な清浄化と臭いモップや埃がとれていないブラシ等がなく、雑巾、スポンジ等の管理は適正である	127	5	4	6	6	25	3	176
E	31	滅菌物や医療材料の不良在庫/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、後入れ先出し法を遵守している	138	3	3	3	8	19	2	176
	32	滅菌物に対して、事象依存型無菌性維持（event related sterility maintenance ERSM：有効期限内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	82	1	1	0	0	50	42	176

	33	滅菌物や消毒された清潔物品は、床上30cm以下の棚に保管していない(汚染の危険性あり)	140	8	2	3	4	15	4	176
	34	清潔物品清潔作業台と水回りとの適正な隔離確保と汚染防止策を実施している	134	5	4	6	0	25	2	176
	35	清潔な輸液混注作業の遂行と混合後の適正管理を実施している	155	5	2	2	1	6	5	176
	36	脂肪乳剤、プロポフォール、血液製剤等の分割使用禁止を徹底している	145	1	0	1	1	7	21	176
	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	156	6	1	1	0	6	6	176
F	38	スタッフステーション等の共有スペースでは、スタッフが手で触れるようなバインダー/ファイル類や器具を足元の棚に置いていない	122	9	3	7	0	34	1	176
	39	医療廃棄物の適正使用、針鋭利物の使用後適正処理、および、適切な分別を実施している	137	2	6	3	4	23	1	176
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、安全使用を実行している	163	0	0	3	0	5	5	176
	41	血液・体液曝露後の対応マニュアル、および、フローチャートを整備している	155	3	1	0	1	11	5	176
	42	廃棄物処理方法に基づき、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され、管理責任者等を明示している	140	0	0	0	0	31	5	176
	43	使用済みリネンやタオル類等は熱水洗濯(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、等)を守っている	113	0	0	0	0	13	50	176
	44	洗濯後のリネン、あるいはタオル類は清潔に保管している	165	2	2	0	1	5	1	176
	45	使用した鋼製小物の付着物固着防止処理、汚染拡大防止を考慮した安全搬送/保管等の対策を実施している	148	0	0	2	0	4	22	176
	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・滅菌方法の遵守とその評価/管理を実施している	122	0	0	0	0	4	50	176
	47	内視鏡に対する適切な洗浄、および、高水準消毒、または、滅菌管理を実施している	123	0	0	0	0	2	51	176
	48	洗浄室・汚物室に清潔な医療用具(チューブ、ガーゼ、氷嚢等)を保管していない	155	6	1	2	2	6	4	176
	49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄(熱水洗濯)と清潔管理を遵守している	136	0	0	0	0	1	39	176
	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*)をしている	36	1	0	1	0	23	115	176

*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3. ICS 講習会(2012年度)におけるIIL5点評価となったラウンド回数別項目の集計結果 回答者数121名 有効回答件数176

大分類	No	項目内容	ラウンド回数								5点評価施設数	5点未満施設数	計	
			1 / 6 カ 月	1 / 3 / 4 カ 月	1 / 2 カ 月	1 / 1 カ 月	1 / 2 / 月	1 / 2 週	1 / 週	1 / 2 / 週				未 回 数
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(一覧表は、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)している	1	0	0	29	4	18	62	2	4	120	56	176
	2	必要に応じて、細菌検査室との情報交換/情報収集(検査外注の場合は、電話やメールによって情報交換/情報収集)をしている	1	0	6	44	4	24	67	2	7	155	21	176
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、保菌、検体汚染(コンタミネーション)等の区別を判断した上で、現場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	0	0	0	29	4	12	38	2	7	92	84	176

	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/過剰な抗菌薬投与は是正への介入、必要に応じた薬物血中濃度測定 (therapeutic drug monitoring :TDM) 等を行っている	1	0	0	39	4	13	51	2	5	115	61	176
	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) を開始している	1	0	6	44	4	25	71	2	6	159	17	176
B	6	感染症か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行っている	0	0	6	42	4	21	61	2	5	141	35	176
	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	0	2	2	46	2	20	65	2	7	146	30	176
	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	1	1	6	41	2	18	62	2	7	140	36	176
	9	感染対策上の適切な病棟内の患者配置 (個別隔離、集団隔離・コホート、逆アイソレーション等) を行っている	1	2	6	47	4	24	73	2	7	166	10	176
	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	1	1	5	49	4	22	69	2	6	159	17	176
	11	当該病棟のスタッフは、交差感染の危険性がある症例情報を把握している	1	2	5	46	4	24	67	2	7	158	18	176
	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	1	2	6	44	4	19	71	2	3	152	24	176
C	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等) の適切な取り扱いをしている	0	2	6	40	4	20	68	1	4	145	31	176
	14	浸漬消毒を行う場合、適切な消毒薬の選択と器具/器材を確実に浸漬する	1	2	5	39	3	18	62	1	4	135	41	176
	15	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、ディスペンサーの適正設置/活用/管理 (故障、ノズルのつまり等) /使用量チェックをしている	1	2	6	45	2	16	62	1	4	139	37	176
	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を整備している	1	2	6	38	4	15	63	2	7	138	38	176
	17	高水準消毒薬 (グルタラル、過酢酸、フタラル) の曝露対策としてのPPE着用、換気対策を完備している (いずれも空気より分子量が重いので、下方からの排気を考慮する)	0	1	0	4	4	4	9	0	1	23	153	176
D	18	適切な清掃方法と清掃順序 (高清潔度区域から順次清掃、埃を立てない)、適切な用具の採用 (病院用掃除機等)、用具の使用区域による使い分け (カラーコーディング等) を実施している	1	2	2	26	4	19	58	1	2	115	61	176
	19	患者のベッド周辺 (ベッド、床頭柵、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール等) は、清潔維持と物品整理ができている	1	1	6	39	4	18	63	0	4	136	40	176
	20	壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理 (埃が付いていない等) が維持されている	1	0	3	33	4	9	43	0	3	96	80	176
	21	空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理 (埃、汚れがない) をしている	0	1	4	29	0	15	58	2	2	111	65	176
	22	床の汚れやしみの対策 (手指消毒薬の飛散等) を実施している	1	2	6	39	4	16	63	2	7	140	36	176
	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	1	2	6	45	4	23	69	2	4	156	20	176

	24	廊下に機器の放置等がなく、整備されており、使用していない機器はカバーを掛け、清潔に管理している	0	2	4	37	3	18	56	0	2	122	54	176
	25	階段・非常階段（特に壁下部、階段直角部等）には埃がなく、清掃管理ができています	1	0	6	39	4	18	56	2	2	128	48	176
	26	ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、埃）、点滴スタンド等の清潔管理ができています	1	1	3	38	4	15	55	2	4	123	53	176
	27	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をしている	1	2	6	47	4	15	61	1	5	142	34	176
	28	便所の適正清掃（汚れ着色悪臭等への対応）と必要に応じて環境消毒を実施している	1	1	6	46	4	20	71	2	6	157	19	176
	29	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限は適正である	1	2	3	42	4	21	59	0	5	137	39	176
	30	清掃用具の適切な清浄化と臭いモップや埃がとれていないブラシ等がなく、雑巾、スポンジ等の管理は適正である	1	2	6	38	4	17	54	1	4	127	49	176
E	31	滅菌物や医療材料の不良在庫/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、後入れ先出し法を遵守している	0	2	6	45	4	18	56	2	5	138	38	176
	32	滅菌物に対して、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	0	0	0	25	0	6	47	1	3	82	94	176
	33	滅菌物や消毒された清潔物品は、床上30cm以下の棚に保管していない（汚染の危険性あり）	1	2	6	39	3	19	63	1	6	140	36	176
	34	清潔物品/清潔作業台と水回りとの適正な隔離確保と汚染防止策を実施している	1	2	2	40	4	19	59	2	5	134	42	176
	35	清潔な輸液混注作業の遂行と混合後の適正管理を実施している	1	1	6	46	4	21	68	1	7	155	21	176
	36	脂肪乳剤、プロポフォール、血液製剤等の分割使用禁止を徹底している	1	2	4	41	4	24	63	2	4	145	31	176
	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	1	2	6	44	4	25	66	1	7	156	20	176
F	38	スタッフステーション等の共有スペースでは、スタッフが手で触れるようなバインダー/ファイル類や器具を足元の棚に置いていない	1	2	2	42	4	16	51	2	2	122	54	176
	39	医療廃棄物の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、および、適切な分別を実施している	1	0	6	46	0	15	62	1	6	137	39	176
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、安全使用を実行している	1	2	6	45	4	24	72	2	7	163	13	176
	41	血液・体液曝露後の対応マニュアル、および、フローチャートを整備している	1	2	3	50	4	23	64	2	6	155	21	176
	42	廃棄物処理方法に基づき、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され、管理責任者等を明示している	1	2	4	44	4	16	62	2	5	140	36	176
	43	使用済みリネンやタオル類等は熱水洗濯（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、等）を守っている	1	1	2	32	4	13	55	1	4	113	63	176
	44	洗濯後のリネン、あるいはタオル類は清潔に保管している	1	2	6	48	4	21	74	2	7	165	11	176
	45	使用した鋼製小物の付着物固化防止処理、汚染拡大防止を考慮した安全搬送/保管等の対策を実施している	1	0	6	45	4	16	68	1	7	148	28	176
	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・滅菌方法の遵守とその評価管理を実施している	1	0	6	35	4	21	49	1	5	122	54	176

47	内視鏡に対する適切な洗浄、および、高水準消毒、または、滅菌管理を実施している	1	0	6	37	4	23	46	1	5	123	53	176
48	洗浄室・汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、氷嚢等）を保管していない	1	2	5	48	4	24	65	0	6	155	21	176
49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄（熱水洗浄）と清潔管理を遵守している	1	0	6	42	4	24	54	0	5	136	40	176
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*）をしている	1	0	0	7	4	9	15	0	0	36	140	176

*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4. 2012年度 ICS 講習会受講生によるラウンド頻度の結果

ラウンドの頻度	対象病棟数
1回 /6ヶ月	1
1回 /3~4ヶ月	2
1回 /2ヶ月	6
1回 /1ヶ月	50
1~2回 /1ヶ月	4
1回 /2週間	25
1回 /1週間	79
1~2回 /1週間	2
未回答	7
合計	176

*2回/1ヶ月と回答のあったラウンドの頻度は1回/2週間とした。

表5. 感染制御実践看護学講座受講生による自施設実習における IIL 評価各項目の5点法による集計結果

回答者数 23名 有効回答件数 41

大分類	No	項目内容	各評価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（一覧表は、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）している	24	2	1	3	1	8	2	41
	2	必要に応じて、細菌検査室との情報交換/情報収集（検査外注の場合は、電話やメールによって情報交換/情報収集）をしている	28	6	0	1	1	0	5	41
	3	細菌の分離された部位と分離菌量を検討し、感染症、保菌、検体汚染（コンタミネーション）等の区別を判断した上で、現場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	12	0	1	3	6	17	2	41
	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）等を行っている	21	1	2	0	1	14	2	41
	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）を開始している	29	0	0	0	1	9	2	41
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行っている	26	0	1	2	1	10	1	41
	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	17	0	1	0	5	17	1	41
	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	13	1	1	3	4	18	1	41
	9	感染対策上の適切な病棟内の患者配置（個別隔離、集団隔離・コホート、逆アイソレーション等）を行っている	35	0	1	1	2	1	1	41
	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	28	2	0	2	0	8	1	41
	11	当該病棟のスタッフは、交差感染の危険性がある症例情報を把握している	32	4	1	1	0	2	1	41

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	31	3	2	1	1	2	1	41
	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等）の適切な取り扱いをしている	27	0	4	1	1	7	1	41
	14	浸漬消毒を行う場合、適切な消毒薬の選択と器具/器材を確実に浸漬する	32	0	0	0	1	7	1	41
	15	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、ディスペンサーの適正設置/活用管理（故障、ノズルのつまり等）/使用量チェックをしている	15	0	4	0	1	12	9	41
	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を整備している	31	0	5	0	0	3	2	41
	17	高水準消毒薬（グルタール、過酢酸、フタール）の曝露対策としてのPPE着用、換気対策を完備している（いずれも空気より分子量が重いので、下方からの排気を考慮する）	8	2	0	2	0	3	26	41
	D	18	適切な清掃方法と清掃順序（高清潔度区域から順次清掃、埃を立てない）、適切な用具の採用（病院用掃除機等）、用具の使用区域による使い分け（カラーコーディング等）を実施している	28	3	0	0	1	7	2
19		患者のベッド周辺（ベッド、床頭台、ベッド柵、ライト上、リモコン、ナースコール等）は、清潔維持と物品整理ができています	28	3	0	0	1	7	2	41
20		壁面、窓、さん、戸棚上面、機器の上面、スイッチ等の清浄管理（埃が付いていない等）が維持されている	30	0	3	3	2	3	0	41
21		空調吹き出し口、吸い込み口等の定期清掃と清潔管理（埃、汚れがない）をしている	22	3	3	2	1	10	0	41
22		床の汚れやしみの対策（手指消毒薬の飛散等）を実施している	27	3	1	1	1	8	0	41
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	31	0	2	0	1	4	3	41
24		廊下に機器の放置等がなく、整備されており、使用していない機器はカバーを掛け、清潔に管理している	31	1	0	1	0	8	0	41
25		階段・非常階段（特に壁下部、階段直角部等）には埃がなく、清掃管理ができています	31	2	0	0	1	4	3	41
26		ストレッチャー、車椅子（車輪の付着物、埃）、点滴スタンド等の清潔管理ができています	26	2	2	0	3	8	0	41
27		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をしている	18	5	10	2	2	4	0	41
28		便所の適正清掃（汚れ/着色/悪臭等への対応）と必要に応じて環境消毒を実施している	21	6	1	0	0	13	0	41
29		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限は適正である	31	2	0	0	1	2	5	41
30		清掃用具の適切な清浄化と臭いモップや埃がとれていないブラシ等がなく、雑巾、スポンジ等の管理は適正である	25	0	0	1	2	12	1	41
E	31	滅菌物や医療材料の不良在庫/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、後入れ先出し法を遵守している	27	4	0	0	1	9	0	41
	32	滅菌物に対して、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	26	2	1	1	0	11	0	41
	33	滅菌物や消毒された清潔物品は、床上30cm以下の棚に保管していない（汚染の危険性あり）	13	3	0	2	0	19	4	41
	34	清潔物品/清潔作業台と水回りとの適正な隔離確保と汚染防止策を実施している	31	0	1	0	2	7	0	41
	35	清潔な輸液混注作業の遂行と混合後の適正管理を実施している	29	1	3	0	2	6	0	41
	36	脂肪乳剤、プロポフォル、血液製剤等の分割使用禁止を徹底している	23	3	1	0	1	13	0	41
	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	30	1	1	0	0	9	0	41
F	38	スタッフステーション等の共有スペースでは、スタッフが手で触れるようなバインダー/ファイル類や器具を足元の棚に置いていない	38	0	1	0	0	0	2	41
	39	医療廃棄物の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、および、適切な分別を実施している	30	4	0	0	1	4	2	41
	40	安全対策装置付き器材の導入、教育、安全使用を実行している	29	3	1	0	3	2	3	41
	41	血液・体液曝露後の対応マニュアル、および、フローチャートを整備している	34	1	0	0	2	3	1	41

42	廃棄物処理方法に基づき、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され、管理責任者等を明示している	35	1	0	2	1	1	1	41
43	使用済みリネンやタオル類等は熱水洗濯（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、等）を守っている	23	1	2	1	0	8	6	41
44	洗濯後のリネン、あるいはタオル類は清潔に保管している	34	1	1	0	0	1	4	41
45	使用した鋼製小物の付着物固化防止処理、汚染拡大防止を考慮した安全搬送/保管等の対策を実施している	32	0	0	1	0	7	1	41
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・滅菌方法の遵守とその評価/管理を実施している	19	0	0	0	1	4	17	41
47	内視鏡に対する適切な洗浄、および、高水準消毒、または、滅菌管理を実施している	13	0	1	0	0	3	24	41
48	洗浄室・汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、氷嚢等）を保管していない	36	0	1	0	0	0	4	41
49	厨房の食品衛生管理、適切な食器洗浄（熱水洗濯）と清潔管理を遵守している	18	0	1	0	0	0	22	41
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*）をしている	6	1	2	1	0	0	31	41

*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）

II 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

アウトブレイク発生時の特定方法ならびに一次的対応に関する指針案 - III

— 感染症治療にはここでは言及せず —

(2012年度案 2013年4月)

小林寛伊 大久保 憲 小栗豊子 尾家重治 奥住捷子 菅原えりさ 吉田理香 竹内千恵 黒須一見

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^{1, 2)}を重ねてきたが、今回更に検討を重ねて改訂を試みたので報告する。

1. 環境長期生存菌による病院感染（医療関連感染）アウトブレイク

最近、国内外ともに、環境に長期生存している単一菌種によるアウトブレイク長期継続の報告が後を絶たず、早期特定の重要性がうかがえる。Klamer ら³⁾は、表1のようなシステムティック・レビューをおこなって、注意を喚起しており、日常的表面消毒をおこなわないと、継続的感染の原因と成ると指摘している。

表1. 微生物の環境における生存期間 (Review)

菌種	環境生存期間	引用文献数
<i>Acinetobacter</i> spp.	3日-5ヶ月	6
<i>Bordetella pertussis</i>	3-5日	2
<i>Campylobacter jejuni</i>	-6日	1
<i>Clostridium difficile</i> (芽胞)	-5ヶ月	2
<i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>C. trachomatis</i>	-30時間	2
<i>Chlamydomphila psittaci</i>	15日	1
<i>Corynebacterium diphtheria</i>	7日-6ヶ月	2
<i>Corynebacterium pseudotuberculosis</i>	1-8日	1
<i>Escherichia coli</i>	1.5時間-16ヵ月	10
<i>Enterococcus</i> spp. 含 VRE、VSE	5日-4ヶ月	5
<i>Haemophilus influenza</i>	12日	1
<i>Helicobacter pylori</i>	-90ヶ月	1
<i>Klebsiella</i> spp.	2時間-30ヶ月以上	5
<i>Listeria</i> spp.	1日-数ヶ月	3
<i>Mycobacterium bovis</i>	2ヶ月以上	2
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	1日-4ヶ月	2
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1-3日	3
<i>Proteus vulgaris</i>	1-2日	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6時間-16ヵ月 乾燥床面5週	7
<i>Salmonella typhi</i>	6時間-4週	1
<i>Salmonella typhimurium</i>	10日-4.2年	3
<i>Salmonella</i> spp.	1日	1
<i>Serratia marcescens</i>	3日-2ヶ月 乾燥床面5週	2
<i>Shigella</i> spp.	2日-5ヶ月	3
<i>Staphylococcus aureus</i> , 含 MRSA*	7日-7ヶ月	3
<i>Streptococcus pneumonia</i>	1-20日	1
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3日-6.5ヶ月	1
<i>Vibrio cholera</i>	1-7日	2

Kramer A. et al. *BMC Infect Dis* 2006; 6: 130. doi:10.1186/1471-2334-6-130 を翻訳一部改編

MRSA* : methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

註 *Salmonella typhi* : *Salmonella enterica* subsp. *enterica* serovar *Typhi*

Salmonella typhimurium : *Salmonella enterica* subsp. *enterica* serovar *Typhimurium*