

201232004B

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～24年度 総合研究報告書

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23年度～24年度 総合研究報告書

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 23 年度～24 年度 総合研究報告書

■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	1
VI 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
VII 感染対策地域支援ネットワーク	2
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	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 感染制御策遵守のための e-learning	22
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	23
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求に関する 指針案の改善改定	24
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	
V 中小医療施設との協同ラウンド	42
小林 寛伊 竹内 千恵 菅原えりさ 吉田 理香 黒須 一見	
VI 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	56
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	
VII 感染対策地域支援ネットワーク	95
小林 寛伊 鈴木 明子 菅原えりさ 吉田 理香 賀来 満夫	
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	118
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23年度～24年度 総合研究報告書

## 平成 23 年度～24 年度 厚生科研 総合研究報告書

### 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、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、現場での使用経験により改善が繰り返され最終的に 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(III)を、社団法人日本病院協会第 9 回、第 11 回感染制御講習会 (ICS 講習会) 受講生 (2010 年度、2012 年度) 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、カリキュラム内の自施設実習で評価を求めた。また、2010 年度 ICS 講習会受講生には、III50 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。2012 年度の ICS 受講生については、自施設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。

2 年に亘る調査より、III 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、これからラウンドを中心となって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が明らかになったことから、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 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しているものと確信する。

### 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しているものと確信する。

### 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、実例の表示と解説を試みた。

### V 中小医療施設との協同ラウンド

平成 22 年度診療報酬改定において新設された感染防止対策加算の施設基準のひとつである「適切な研修」として厚生労働省より認められている感染制御実践看護学講座 (6 ヶ月研修) は、現職を続けながら受講できる教育カリキュラム (週末講義、集中講義、指定施設実習、自施設実習、課題演習など) となっているため、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持っている。6 ヶ月研修のカリキュラムである自施設実習では、実習期間中に必ず 1 回、教育スタッフによる訪問ラウンドとカンファランスとに基づいた実

習をおこなっている。

第2回6ヶ月研修（平成23年度）における受講生の全報告および、第3回6ヶ月研修（平成24年度）における訪問指導報告をまとめた。さらに、訪問ラウンドの際に統一かつ包括的な指導が可能となるよう、訪問ラウンド時におけるチェックリストを開発した。

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）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

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。第2回感染制御実践看護学講座（6か月研修）受講生13名を対象とした調査によると病床数あたりに必要な専従感染制御担当看護師は、1人/217床であった。CNICおよびCICDを対象とした調査によると、現状の病床数あたりのCNIC数は、335.3床あたり1名であり、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1人/191.74床であった。CICDを対象にしたDelphi法に基づく調査では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、病床数あたりでは438.0床に1人という結果が得られた。

## VII 感染対策地域支援ネットワーク

平成22（2010）年から始まった、日本環境感染学会が認定している認定教育施設を核とした感染対策地域ネットワーク構築は、参加施設は熱心な努力がおこなわれており、十分な効果を挙げたが、活動している認定教育施設が少なく、積極的な活動が望まれていた。平成24（2012）年から始まった感染防止対策加算により、加算1算定医療機関と加算2算定医療機関によるこれまでにない新しい連携構築が、全国で多くの医療機関を巻き込んで始まった。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、感染対策が推進されていると推察する。一方、保健所等行政機関との連携はいまだ十分ではなく、今後一層の関係構築が進められるよう双方の努力が必要である。また、共同カンファレンスの達成項目や、専任、専従の業務割合といった問題点を解決することも課題として残されている。さらに、加算を算定していない施設における感染制御の在り方についても今後検討すべき課題である。

## 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

2011年度の調査としておこなった感染制御実践看護学講座（6ヶ月研修）の修了生を対象とした、現状での業務状況および感染制御に関する業績等に関する調査では、6ヶ月修了者は、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ことが、明確となった。

2012年度は、調査の観点を換え、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 23 年度、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)”は、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 項目に圧縮整理して、各施設での有効活用に供した。改善を行った IIL 50 項目は更に検討を重ねるため 2010 年度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を行った。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。

今回はさらに ICS 養成講習会において 2010 年度の受講生には介入したか、改善が見られたかの回答を求め、2012 年度の受講生は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行った。感染制御実践看護学講座受講生は 2011 年度 13 名、2012 年度 23 名における自施設実習においての実用評価したことについての調査をまとめたので報告する。

### 1. 方 法

2010 年度感染制御講習会 (以下、ICS 講習会) 受講生 426 名には表 1 に示す IIL 50 項目 (以下 IIL とする) を説明し、自施設実習時各項目をチェックするよう、第 1 クール時に指導、依頼し、第 2 クール時に回収した。また、第 3 クール時に出席した受講生 417 名に、IIL 50 項目に関して表 2 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、介入しえた項目、改善が見られた項目、の数を解析した。

2012 年度 ICS 講習会受講生 513 名には、第 1 クール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 講習会講習会終了までの期間、毎週のラウンド時、IIL の各項目をチェックし記録してもらい、第 2 クール時と第 3 クール時に回収した。また、ラウンド頻度回数別による IIL 5 点評価による病棟の数を算出した。

感染制御実践看護学講座の 2011 年度の第 2 回受講生 13 名、2012 年度第 3 回受講生 23 名には自施設実習時に実用評価し、自施設実習終了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、評価は下記の 3 段階で行った。

○：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

### 1) ICS 講習会受講生による III5 点法の結果

ICS 講習会受講生による5点法の回答数は2010年度255病棟分、2012年度ではラウンドを実施している受講生207名中、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病棟分であった。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。それらの0-5点およびNに占める数を表3、4に示す。

最も5点評価が高かった項目は、2010年度ではF44「洗濯後リネン類の適切な管理」（92.9%）、2012年度はB9「感染対策上の適切な患者配置を行っている」（94.3%）であった。

80%以上の施設が5点評価した項目は、2010年度ではB7「手指衛生の実施」、C12「汚染器具／リネン類の適切な処理と搬送」、E36「適正な輸液混注作業遂行と混合後の清潔管理」、E37「消毒薬管理」、F41「マニュアルの整備」、F42「廃棄物管理と保管方法」、などの19項目、2012年度は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18項目であった。

50%以下の施設が5点評価した項目は、2010年度ではA3「ラウンド時に感染症の有無を特定している」、C17「高水準消毒薬の曝露対策」、E32「滅菌物の事象依存型無菌性維持」、2012年度はE32「滅菌物の事象依存型無菌性維持」、F50「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」であった。

最も低かった項目は、2010年度ではF50「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」（29.0%）、2012年度はC17「高水準消毒薬の曝露対策」（13.1%）であった。

### 2) ICS 講習会における 2010 年度受講生による介入と改善の結果

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を表5に示す。介入できた項目上位3つは、B7「手指衛生の実施」、B8「個人用防護具の適切な着脱を實踐」、B10「下痢嘔吐患者対策」であった。改善できた項目上位3つはD25「階段・非常階段等の清掃管理」、C12「汚染機器/器具/リネン等の適切な処理と搬送」、A5「原因菌未定時の経験的先行治療を開始」であった。介入できた項目の中で改善も同時におこなえた項目は、D23「臭気対策の実施」における改善率は38施設中27施設（71.1%）、B9「感染対策上の適切な患者配置を行っている」における改善率は63施設中40施設（63.5%）、F50「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。

### 3) ICS 講習会における 2012 年度受講生によるラウンド頻度による結果

2012年度ICS講習会においてラウンド頻度別の調査結果は表6に示す。5点評価となった34項目（68.0%）においては、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。その内容は大分類の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。

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は表 7 に示す。

#### 4) 感染制御実践看護学講座受講生による III5 点法の結果

感染制御実践看護学講座受講生は 2011 年度 11 名 21 病棟分、2012 年度 23 名 41 病棟分の合計 62 病棟分であった。III による 5 点評価に関する調査結果は表 8 に示す。5 点法による集計結果で最も高かった項目は F38 「スタッフステーション等の共有スペースの整頓」が 91.9%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 5 項目で B9 「感染対策上の適切な患者配置を行っている」、B11 「病棟スタッフが感染の危険性の情報を把握している」、F41 「マニュアルの整備」、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」であった。5 点評価が 50%以下の項目は 8 項目あり、A3 「ラウンド時に感染症の有無を特定している」、B8 「個人防護具の適切な着脱を実践」、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」、F46 「中央滅菌供給部門における汚染拡散防止策」、F47 「内視鏡の適切な洗浄」、F49 「厨房の食品衛生管理」、F50 「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え質の差圧確認」であった。

2010 年度及び 2012 年度 ICS 講習会受講生と 2011 年度及び 2012 年度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 15,959 病棟 (74.1%) に対し、感染制御実践看護学講座受講生は延べ 2,044 病棟 (65.9%) であった。0 点評価については、ICS 講習会が述べ 2,895 病棟 (13.4%) に対し、感染制御実践看護学講座受講生は延べ 417 病棟 (13.5%) 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 B9 「感染対策上の適切な患者配置を行っている」、F44 「洗濯後リネン類の適切な管理」の項目や、80%以上の施設で 5 点評価となっている項目は、日常的に行う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、現場での意識向上が継続されていると考えられる。5 点評価が 50%以下の項目の C17 「高水準消毒薬の暴露対策」や F50 「隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室の差圧確認」については、設備の改善が必要な項目であり、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、講習会を受講中の期間においては介入が難しかったことも理由として考えられる。

2010 年度の報告に比べて 2012 年度に 5 点評価が増えた項目が 5 項目あった。最も多く増えた項目は F49 「厨房の食品衛生管理」で 60.4%から 77.3%に増えており、経口感染防止への積極的な取り組みや、他職種との連携も図られた結果から改善に導かれていると思われる。さらに B8 「個人防護具の適切な着脱を実践」についても 67.5%から 79.5%と増えており、これは適切な個人防護具装着が定着してきていると思われる。その他には D19 「患者のベッド周辺の清潔と物品整理」、F46 「中央滅菌供給部門における汚染拡散防止策」、F47 「内視鏡の適切な洗浄」の項目において増えていた。これらの項目は、職員の安全を考えた対策が講じられていると共に、現場における感染拡大防止に取り組んでいる施設の努力がうかがえる。しかし、5 点評価が減った項目もあった。まず、C17 「高水準消毒薬の暴露対策」が 32.2%から 13.1%に減っており、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。改善するには設備投資などの問題があり、講習会を受講中の期間においては介入が難しかったことも理由として考えられる。しかし、安全な環境提供は必須であり、ICT ラウンドの項目として評価し、結果を施設へ提案し改善するために必要な項目であると考えられる。その他にも 5 点評価が減った項目には C16 「アレルギー対策としての手袋導入」が 85.1%から 78.4%に、F42 「廃棄物処理と保管方法」が 87.8%から 79.3%となっていた。このような結果から、医用材料や病院設備の観点からの患者や医療従事者に関する感染対策および安全管理については、まだまだ充実しておらず対象施設が変われば

低下するのであれば、今後も継続して介入し改善する必要がある項目と考える。

2010年度ICS講習会受講生による介入と改善の評価で介入できた項目上位3つは、B7「手指衛生の実施」、B8「個人用防護具の適切な着脱を實踐」、B10「下痢嘔吐患者対策の実施」について改善率は0～2.9%という結果から、受講生が介入する前から改善していたことが予測される。また、改善できた項目上位3つはD25「階段・非常階段等の清掃管理」、C12「汚染機器/リネン等の適切な処理と搬送」、A5「原因菌未定時の経験的先行治療を開始」は、受講生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の中で、F50「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。

2012年度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、今回の結果では、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も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受講生の自施設実習時のⅢ評価各5点法による集計結果で高得点だったF38「スタッフステーション等の共有スペースの整頓」や、80%以上の施設が5点評価の5項目については、受講生が本講座の目的で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ていると考えられる。5点評価が50%以下の項目の中でもC17「高水準消毒薬の暴露対策」、F50「陰陽圧切り替え室の差圧確認」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。今後は、専任・専従の感染制御実践看護師として、本講座で学んだ知識や資料をもとに隔離室、手術室、陰陽圧切り替え室差圧メーターの設置や、高水準消毒薬を使用する環境の換気などを施設に提案し改善することを期待したい。

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かった。これは、ICS講習会受講生には既に日常的にラウンドを実践している人も含まれていたことから、改善や介入がしやすかったのではないかと考える。0点評価についてはICS講習会受講生と感染制御実践看護学講座受講生による差は少なかった。このことは感染制御実践看護学講座受講生が本講座で学んだ知識や技術を、直ちに自施設実習中に生かした成果だと考える。これからも自施設において、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. *J Healthcare-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											
	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、デイ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 (グルタラール、過酢酸、フタラール) の曝露対策としての P P E 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	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、プロポフォール、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	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パイプ/インダール/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/硬化防止処理、汚染拡散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2. 2010年度ICS講習会における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ス手袋、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	棄容器的適正使用、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）の整備がおこなっている		
	42	廃棄物処理方法、汚染拡散防止策、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（ドアが開まる瞬間等）での気流方向確認

表3. 2010年度 ICS 講習会における 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への介入、無効な抗菌薬投与/過剰な抗菌薬投与は正への介入、必要	170	5	0	4	1	57	18	255

		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	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		
	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	172	8	8	11	6	50	0	255		
	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	227	2	1	1	5	15	4	255		
	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	229	2	1	0	1	15	7	255		
	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	215	2	3	3	0	27	5	255		
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	231	0	2	2	5	15	0	255		
	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	189	2	3	3	3	28	27	255		
	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) ができている	182	6	9	11	8	33	6	255		
	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	197	6	7	5	3	34	3	255		
	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	217	2	2	0	0	27	7	255		
	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	82	3	1	0	1	66	102	255		
	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	151	6	2	3	1	70	22	255	
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	161	10	13	10	13	47	1	255		
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る	133	12	4	16	15	73	2	255		
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	168	6	3	5	9	59	5	255		
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	196	3	3	3	7	41	2	255		
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	217	1	2	0	3	26	6	255		
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	177	4	7	11	12	40	4	255		
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る	178	4	7	6	4	43	13	255		
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) ができている	173	9	10	5	14	43	1	255		
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る	185	5	3	6	8	46	2	255		
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	224	3	1	0	2	21	4	255		
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	183	2	3	4	5	50	8	255		



	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	179	6	2	9	4	47	8	255
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	203	6	3	11	3	27	2	255
	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	112	1	2	0	0	95	45	255
	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	183	3	4	7	3	52	3	255
	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	208	2	1	6	3	33	2	255
	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）	213	4	2	4	0	30	2	255
	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	213	2	1	0	0	21	18	255
	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	220	1	1	3	2	21	7	255
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	181	6	5	3	3	56	1	255
	39	棄容物の適正使用、針/鋭利物の使用後適正処理、適切な分別がなされている	212	6	4	5	11	16	1	255
	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	220	2	1	2	0	23	7	255
	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	229	1	0	0	0	23	2	255
	42	廃棄物処理方法、汚染拡散防止策、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	224	1	1	1	0	26	2	255
	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	184	1	0	0	0	28	42	255
	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	237	0	1	0	0	15	2	255
	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	192	1	2	0	2	40	18	255
	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	132	0	1	0	0	47	75	255
	47	適切な内視鏡洗浄、清浄化、清潔管理を実施している	133	0	0	1	0	42	79	255
	48	汚物室に清潔な医療用具（チューブ、ガーゼ、水囊など）が保管されていない	215	1	1	4	1	30	3	255
	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	154	0	0	0	1	49	50	254
	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	74	0	0	0	0	73	108	255

\*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（ドアが開まる瞬間等）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. 2012年度 ICS 講習会における 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、無効な抗菌薬投与が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
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	152	2	2	5	1	12	2	176
	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（グルタラル、過酢酸、フタラール）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	医療廃棄容器の適正使用、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	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、水囊等）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

\*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5. 2010年度ICS講習会におけるIIL評価各項目の介入と改善との評価結果

大分類	項目	項目内容	介入できた	介入できたが改善された	介入できたが改善は不明	介入できなかった	介入せず改善された	介入不明だが改善された	改善できた	介入せず改善していない、他	合計
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	25	3	19	47	5	0	5	36	88
	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	30	2	25	57	8	0	8	23	88
	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	19	3	15	37	3	0	3	48	88
	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	20	3	18	41	10	0	10	37	88
	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	18	4	21	43	11	0	11	34	88
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	27	3	24	54	6	0	6	28	88
	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	42	8	23	73	0	0	0	15	88
	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	40	10	20	70	2	0	2	16	88
	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	40	0	23	63	7	0	7	18	88
	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	43	3	24	70	2	0	2	16	88
	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	30	6	18	54	5	0	5	29	88
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	33	3	22	58	11	0	11	19	88
	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	30	3	16	49	7	0	7	32	88
	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)ができている	31	8	20	59	4	0	4	25	88
	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	40	4	22	66	5	0	5	17	88
	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	28	3	20	51	8	0	8	29	88
	17	高水準消毒薬(グルタール、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	12	4	5	21	4	1	5	62	88
	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	14	3	12	29	6	0	6	53	88
D	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	26	9	16	51	4	0	4	33	88
	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る	23	4	15	42	5	0	5	41	88