

2006 年日本感染管理ネットワーク会員における感染管理活動調査

I. はじめに

感染管理看護師が医療施設で感染管理活動の中核となり、組織横断的に感染管理を実践するためには、感染管理プログラムの開発や科学的根拠の探索、サーベイランスをはじめとした知識・技術の習得と、その維持・向上が必要である。

2001 年に(社)日本看護協会によって育成と認定が開始された感染管理認定看護師(Certified Nurse in Infection Control: CNIC)は、2008 年 3 月現在で 582 名となった¹⁾。また、感染管理への社会的ニーズの高まりの中、2003 年 2 月には感染管理看護師に対する期待を背景に、日本感染管理ネットワーク(Infection Control Network of Japan: ICNJ)が発足した。ICNJ は、発足以来その活動目的である「感染管理実践スキルの向上と会員相互の交流と連携を通して医療施設における感染管理の実践を推進すること」を達成するため、実践活動の共有や内外の講師による研修会を中心とした活動を行い、社会や各医療施設の感染管理への期待やニーズに対応する会員の実践を支援してきた。

ICNJ は、その活動のひとつとして、会員である感染管理看護師の感染管理の活動背景や実践の実態把握と ICNJ の活動目的を達成する上での課題を明らかにするために、会員を対象とした調査を定期的に行っている。本稿は、その調査結果の概要報告である。

II. 目的

ICNJ 会員の活動実態を調査項目にある指標を用い集約し分析を行うことで、感染管理看護師が医療施設において、どのような感染管理を実践しているかを明らかにする。また、その結果を基に ICNJ の活動目的を達成する上での課題を明らかにする。

III. 調査方法

1) 対象

ICNJ 会員一般会員 419 名
(平成 19 年 9 月 13 日現在)

2) 調査期間

平成 19 年 9 月 13 日～10 月 15 日

3) 調査方法: 質問紙法

(1) 質問紙の配布・回収

調査協力の依頼文書とエクセルファイルで作成した質問紙を電子メールに添付し、ICNJ 一般会員用メーリングリストで配信した。返信は回答したエクセルファイルを電子メールに添付し、事務局宛に返信されたものを担当者が回収した。

(2) 調査項目

調査項目は、洪らの作成した調査票を参考に²⁾、①回答者の属性、②感染管理を実践している施設の特徴、③感染管理活動の業務形態、④感染管理実践、⑤感染管理活動に対する支援と組織のニーズ、⑥役割機能別活動の実際、に関する質問で構成し、2006 年 1 月から 12 月までの感染管理活動について調査した。

(3) 用語の定義

感染管理活動を実践している時間を以下の 3 つで区分し、専従、専任、兼任の業務形態に分類した。

専従 勤務時間の 80%以上

専任 勤務時間の 20%以上 80%未満

兼任 勤務時間の 20%未満あるいは勤務時間以外の時間

4) 倫理的配慮

質問紙は、個人を特定することのできるデータは使用せず無記名とした。調査協力は自由意志とし、質問紙の返信をもって同意を得たものとした。また、質問紙の回収は電子メールで行なったため、担当者以外の者が閲覧せず、エクセルファイルに番号を付けコピーした後、電子メールは速やかに削除した。

5) 統計学的解析

統計学的解析は、SAS システム Ver.9.1 (SAS Institute, Cary, NC)を用いて実施した。

IV. 結果および考察

1) 回収率

回収数は 133 部(内未記入回答等無効回答 3)で、有効回答回収率は 31.0%であった。

2) 回答者の属性(表 1)

回答者は、男性 7 名(5.4%)、女性 123 名(94.6%)であった。平均年齢は 40.6±6.1 歳(中央値 40.5; 範囲 28-59)で、年齢群の分布では 31-45 歳が 70.0%と最も多かった。

感染管理に関する認定資格の有無では、感染管理認定看護師が 90.0%を占め、感染症看護専門看護師(Certified Nurse Specialist: CNS)1名、その他の資格が 12名であった。研修/教育歴では、感染管理認定看護師教育課程が 96.2%と最も多かった。職位では、看護師長、副看護師長、主任などの中間管理職が 69.2%で、20.8%はスタッフナースであった。また、3.9%は看護部長や副看護部長などの看護管理者であった。

表 1. 回答者の属性

	n=130	
	n	%
年齢(歳)		
21-30	4	3.1
31-45	91	70.0
46-50	18	13.8
51-60	6	3.9
60 以上	0	0.0
無回答	12	9.2
認定資格の有無		
(社)日本看護協会感染症看護専門看護師	1	0.8
(社)日本看護協会感染管理認定看護師	117	90.0
その他	12	9.2
研修/教育歴(重複回答あり)		
感染管理認定看護師教育課程	125	96.2
大学院修士課程	5	3.8
大学院博士課程	0	0.0
日本看護協会 4-6 週間継続(感染看護)コース	12	9.2
その他(4 週間以上の研修/教育)	12	9.2
職位		
看護師長	32	24.6
副看護師長	28	21.5
主任	30	23.1
副主任	2	1.5
スタッフナース	27	20.8
看護管理者(看護部長あるいは副看護部長)	5	3.8
その他	5	3.8
無回答	1	0.8

3) 所属施設の特徴

本調査における回答者の所属施設の設置主体と病床数の分布を表2に示す。設置主体別では、都道府県・市町村立の200-499床の施設が23(17.7%)と最も多かったが、全体に大きな偏りはなかった。施設の種類では、総

合病院が65(50.0%)、大学附属病院が27(20.8%)、救命救急センター、循環器専門病院、がんセンターなどの専門病院が13(10.0%)、その他25(19.2%)であった。(表3)

表2. 所属施設の設置主体と病床数

	n=130					
	200未満	200-499	500-799	800-999	1000	無回答
国立(厚生労働省)	0	4(3.1)	4(3.1)	1(0.8)	0	0
独立行政法人	1(0.8)	5(3.9)	6(4.6)	0	0	0
国立大学法人	0	0	6(4.6)	2(1.5)	1(0.8)	0
都道府県・市町村立	4(3.1)	23(17.7)	9(6.9)	3(2.3)	1(0.8)	0
学校法人	2(1.5)	2(1.5)	1(0.8)	2(1.5)	7(5.4)	0
医療法人	3(2.3)	5(3.9)	0	0	0	0
その他法人	1(0.8)	6(4.6)	6(4.6)	2(1.5)	0	0
日本赤十字社	2(1.5)	4(3.1)	4(3.1)	0	0	0
その他の公的医療機関 (済生会・厚生年金事業 振興団・厚生連など)	0	5(3.9)	5(3.9)	0	0	0
共済組合	0	3(2.3)	3(2.3)	0	0	0
会社	0	2(1.5)	2(1.5)	0	0	0
全国社会保険連合会	0	0	0	0	0	0
その他の保険関連団体	0	1(0.8)	1(0.8)	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0
無回答	0	0	0	0	0	1(0.8)

1200床以上は該当者なし

()内は%

表3. 回答者の施設の種類と地域の分布

	n=130			
	総合病院	大学附属病院	専門病院*	その他
北海道・東北	3(2.3)	1(0.8)	1(0.8)	0
関東・甲信越	13(10.0)	7(5.4)	5(3.9)	7(5.4)
東海・近畿・北陸	17(13.1)	11(8.5)	6(4.6)	6(4.6)
中国・四国	9(6.9)	1(0.8)	0	5(3.9)
九州・沖縄	1(0.8)	1(0.8)	0	3(2.3)
無回答	22(16.9)	6(4.6)	1(0.8)	4(3.1)
合計	65(50.0)	27(20.8)	13(10.0)	25(19.2)

*救命救急センター、循環器専門病院、がんセンターなど

地域区分は、日本感染管理ネットワーク地域推進プロジェクトブロック区分による

()内は%

- 4) 感染管理活動の業務形態
 回答者の看護師経験年数は、平均 18±5.9 年(範囲 6.7-28.7)であった。そのうち、感染管理分野における経験年数は、平均 5.8±2.8 年(範囲 0-15.8)であった。(表 4)臨床経験年数および感染管理の経験年数と、専従かそれ以外の業務形態による統計学的有意差はなかった

表 4. 回答者の経験年数と施設の種類

n=130					
	年齢(歳)	看護師 経験年数(年)	感染管理 経験年数(年)	CN/CNS の資格取得 あり なし	
全体 (130)					
平均値±SD*	40.6±6.1	18.0±5.9	5.8±2.8	118	12
範囲	28-59	6.7-28.7	0-15.8		
総合病院(65)					
平均値±SD*	39.7±6.4	17.6±6.0	5.8±2.8	55	10
範囲	28-59	6.7-28.8	0-15.8		
大学附属病院(27)					
平均値±SD*	42.0±5.9	19.8±6.1	6.0±3.4	26	1
範囲	32-53	8.8-28.8	0.3-12.8		
専門病院(13)					
平均値±SD*	39.9±4.5	17.2±5.0	6.5±2.7	12	1
範囲	33-49	9.5-27.7	1.8-10.8		
その他(24)					
平均値±SD*	41.6±6.0	18.6±5.8	5.5±1.8	24	0
範囲	32-54	7.5-27.7	3.3-9.2		
無回答(1)	47	25.7	4.3	1	0

*SD: standard deviation, 標準偏差

表 5. 業務形態と経験年数・資格

n=130				
	看護師経験年数	感染管理経験年数	CN/CNS の資格取得 あり なし	
専従				
平均値±SD*(範囲)	19.2±5.6 (7.5-28.8)	6.3±2.9 (0.3-12.8)	40	1
専任				
平均値±SD*(範囲)	18.6±5.7 (7.8-27.7)	6.1±2.2 (1.8-11.7)	34	1
兼任				
平均値±SD*(範囲)	16.7±6.0 (6.7-28.8)	5.3±3.0 (0-15.8)	42	10
その他				
平均値±SD*(範囲)	19.7±14.0 (8-27.8)	6.4±1.9 (5-8)	2	0

*SD: standard deviation, 標準偏差

業務形態は、感染管理活動時間が 1 週間の勤務時間の 20%以下である兼任が 52 名(40%)と最も多かった。所属施設の種類別に

よる業務形態は、大学附属病院では専従の割合が 59.3%と高かった。(表 6)本調査では、大学附属病院所属の回答者 27 名のうち、特

定機能病院が 22 施設 (81.5%) であった。2004 年の医療法の一部改正により特定機能病院 81 施設に感染管理専任者の配置が義務付けられたことが影響していると考えられるが、全回答者のうち特定機能病院に所属していたのは 28 名であったが、3 名 (10.7%) は専任、8 名 (28.6%) は兼任であると回答していた。医療法における位置づけが専任であることや、感染管理看護師の複数配置による影響などが考えられるが、本調査では明らかにならな

い。また、“その他の施設”では、70.8% が兼任であると回答していた。今回の調査では、感染管理看護師の活動している主な施設の区分が急性期医療機関であったため、精神科や長期療養型施設における活動実態は明らかにできない。感染管理看護師の実践活動の場は、より拡大してきていることが推察され、所属機関については詳細な調査が必要である。

表 6. 回答者の感染管理分野における業務形態と施設の種類の種類

n=130

	専従	専任	兼任	その他 無回答	専従になってからの年数 平均値±SD* 範囲
全体	41 (31.5)	35 (26.9)	52 (40.0)	2 (1.5)	1.8±1.5 0.1-5.5
総合病院	20 (30.8)	22 (33.9)	21 (32.3)	2 (3.1)	1.3±1.3 0.1-4.7
大学附属病院	16 (59.3)	3 (11.1)	8 (29.6)	0	2.5±1.5 0.1-5.5
専門病院	2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.2)	0	0.9±1.2 0.1-1.8
その他	2 (8.3)	5 (20.8)	17 (70.8)	0	0.9±0.2 0.8-1.0
無回答	1 (100.0)	0	0	0	3.7

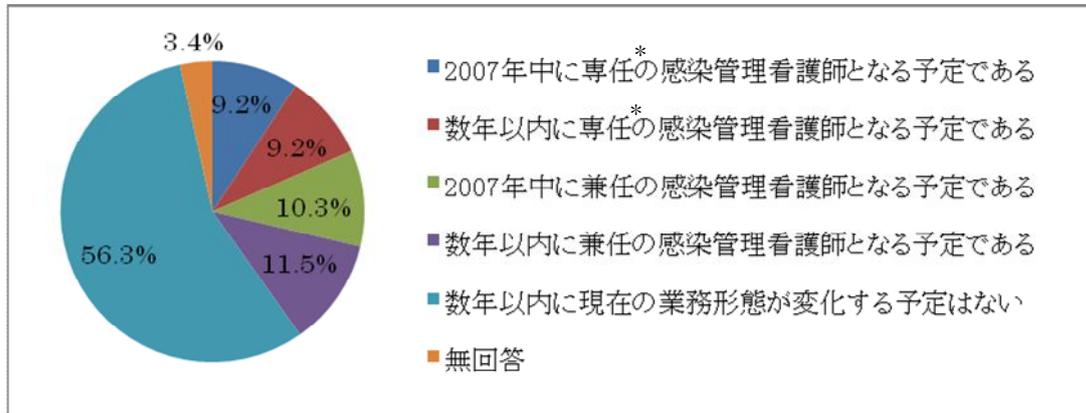
()内は施設の種類の別における業務形態の割合(%)

*SD: standard deviation, 標準偏差

また、回答時点において専任または兼任であった 87 名では、79 名 (56.3%) は数年以内に現在の業務形態が変化する予定はないと

回答していたが、17 名 (19.5%) は翌年から数年以内に専従の業務形態となる予定であると回答している。(図 1)

n=87



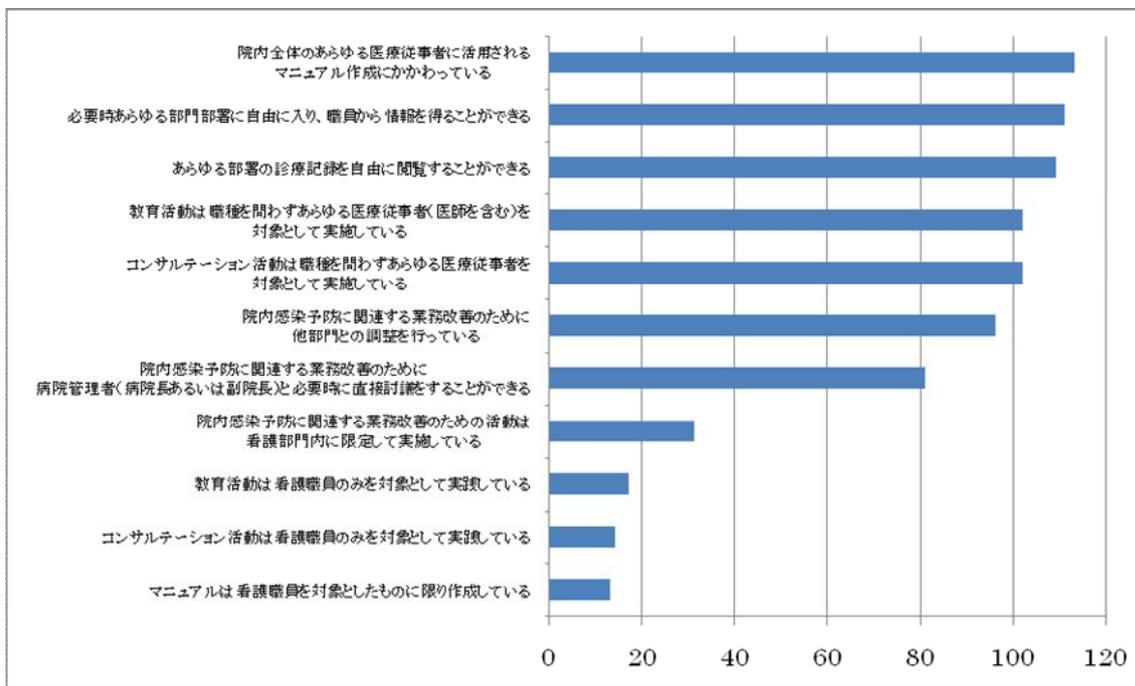
*専任は、専従の業務形態を指す

図 1. 専任/兼任者の今後の業務形態の変化

5) 感染管理実践

感染管理看護師の活動の範囲と権限について図 2 に示す。多くの感染管理看護師が、

看護部のみならず部門を超えた組織横断的な活動を実践する権限を与えられている。



n=130(複数回答)

図 2. 感染管理活動の範囲と権限

感染管理看護師の業務形態と 1 ヶ月あたりの総活動時間は、表 7 の通りである。このうち

時間外活動時間を業務形態ごとに比較すると、兼任は専従と専任のいずれの業務形態よりも

時間外活動時間が有意に短かった。この結果から、兼任では主たる業務による超過勤務も必要となり、時間外でも感染管理活動時間を

確保することができない可能性があると考えられる。

表 7. 業務形態と1ヶ月あたりの総活動時間

	時間内	時間外	
全体 平均値 ±SD* (範囲)	62.5±64.2 (0-186)	24.4±21.7 (0-100)	
専従	131.3±54.8 (0-186)	32.4±26.4 (0-100)	} * } **
専任	61.9±35.1 (5-140)	28.1±15.8 (1-60)	
兼任	11.1±24.3 (0-168)	16.5±18.2 (0-100)	

n=130

one-way ANOVA; * $P < .01$, ** $P < .05$

*SD: standard deviation, 標準偏差

感染管理看護師の活動として、サーベイランス、感染防止技術、感染管理プログラムの構築、コンサルテーション、感染管理教育(指導)、職業感染対策、ファシリティマネジメントの実施状況を表 8-15 に示す。

表 8. サーベイランスの実施状況

	n=130	
	n	%
血管留置カテーテル関連血流感染 (BSI) サーベイランスを実施する	78	60.0
尿路カテーテル関連尿路感染 (UTI) サーベイランスを実施する	30	23.1
人工呼吸器関連肺炎 (VAP) サーベイランスを実施する	21	16.2
手術部位感染 (SSI) サーベイランスを実施する	50	38.5
感染症(分子)の判定に CDC の判定基準を使用する	94	72.3
感染症(分子)の判定に CDC 以外の判定基準を使用する	17	13.1
感染症(分子)を判定するためのデータの全てを ICN が収集する	45	34.6
感染症(分子)を判定するためのデータの一部をリンクナースまたは現場スタッフが収集する	60	46.2
感染症(分子)を判定するためのデータの全てをリンクナースまたは現場スタッフが収集する	13	10.0
臨床所見と検査結果の両方に基づき感染症(分子)を判定する	82	63.1
感染症(分子)の判定を、ICN が主に行う	67	51.5
感染症(分子)の判定を、ICN を含むチーム(リンクナース、スタッフ、ICT 構成員)で行う	30	23.1
感染症(分子)の判定を、ICD が主に行う	8	6.2
感染症(分子)の判定を、担当医師が主に行う	6	4.6
感染症(分子)の判定をリンクナースまたは現場のスタッフのみが行う	6	4.6
のべ医療器具使用日を分母とした医療器具・処置関連感染率を計算する	82	63.1
リスク層別化した SSI 発生率を計算する(例: ASA スコア、術時間、創分類によるリスク層別化)	48	36.9
医療器具使用比を計算する	81	62.3
感染率を NNIS レポートと比較する	77	59.2
基礎的な統計学的手法(平均値、標準偏差など)を活用してサーベイランスデータを分析する	65	50.0
高度な統計学的手法(T検定、カイ二乗検定など)を活用してサーベイランスデータを分析する	31	23.9
サーベイランスの報告時期および対象を計画する	88	67.7
サーベイランスデータの分析結果を定期的に報告する	82	63.1
サーベイランスデータを活用して、感染予防技術を見直し、その感染予防効果を評価する	72	55.4
あなたがまったく関与しない院内感染サーベイランスが行われている	36	27.7
耐性菌のサーベイランスを実施する	80	61.5
耐性菌のサーベイランスにおいて、定着と感染を分けて報告する	47	36.2
検出微生物の抗生剤への耐性パターンをモニターする	52	40
アウトブレイク発生を探知するための基準を作成あるいは改訂する	47	36.2
アウトブレイク発生時の対応方法を明文化あるいは改訂する	55	42.3
アウトブレイク(疑い含む)の調査・対策を実施する	82	63.1
定期的な職員の培養検査を実施する	3	2.3
定期的な患者の培養検査を実施する	13	10.0

表 9. 感染防止技術に関する実施状況

	n=130			
	実施/該当		一部実施/該当	
	n	%	n	%
手指衛生に関するマニュアルを立案・導入・評価・改訂する	58	43.1	20	15.4
上記以外に、手洗いと手指消毒に関して焦点を絞り、実施状況を改善する活動を計画的に実施する	75	44.6	12	9.2
洗浄・消毒・滅菌に関するマニュアルを立案・導入・評価・改訂する	46	57.7	15	11.5
医療器具の中央部門での一括処理への取り組みを計画的に実施する	31	35.4	6	4.6
上記以外に、洗浄・消毒・滅菌に関して焦点を絞り、実施状況を改善する活動を計画的に実施した	41	23.9	11	8.5
入院患者に対するケアが実施される部署(病棟,ICU,手術室など)における感染予防マニュアルを立案・導入・評価・改訂する(あれば具体的な部署を備考へ記入)	40	31.5	10	7.7
血管内留置カテーテルに関連した感染予防策(マニュアルなど)を立案・導入・評価・改訂する	45	30.8	19	14.6
尿道内留置カテーテルに関連した感染予防策(マニュアルなど)を立案・導入・評価・改訂する	36	34.6	11	8.5
院内肺炎の予防策(マニュアルなど)を立案・導入・評価・改訂する	19	27.7	9	6.9
手術部位感染の予防策(マニュアルなど)を立案・導入・評価・改訂する	27	14.6	14	10.8
上記以外に、入院患者に対するケアが実施される部署(病棟,ICU,手術室など)における感染予防のためのケア改善活動を計画的に実施(あれば具体的な部署とテーマを備考へ記入)	27	20.8	7	5.4
外来患者に対するケアが実施される部署(外来,透析室など)における感染予防策を立案・評価・改訂する(あれば具体的な部署を備考へ記入)	30	23.1	5	3.9
予防隔離策の実施または解除についてマニュアルなどを作成し、アドバイスを提供する	60	46.2	8	6.2
患者ケアが直接提供されない部署(栄養科,施設課)などにおける感染予防策を立案・導入・評価・改訂、あるいはこれに協力する(あれば具体的な部署を備考へ記入)	30	23.1	6	7.6

表 10. 感染管理プログラムの構築の実施状況

	n=130	
	n	%
感染管理に関連する委員会などに参加する	116	89.2
自分が実践した感染管理活動の内容および成果について組織の長または委員会へ報告する	97	74.6
自分が実践した感染管理活動の内容および成果を記録に残す	96	73.9
感染予防効果とコストの両面から感染予防策の変更を提言する	91	70.0
自身が中心になって感染管理に関連する委員会などを運営する	85	65.4
感染管理プログラムの目標、目的、および計画を明文化し、評価、改訂する	68	52.3

表 11. コンサルテーションの実施状況

	n=130	
	n	%
看護職に対して感染管理に関するコンサルテーションを実施する	101	77.8
施設内の職員に対して感染管理に関するコンサルテーションを実施する	89	68.5
コンサルテーションの内容および結果を記録に残す	80	61.5
リスクマネジメントの活動に協力する	76	58.5
インターネット、イントラネットなどの電子媒体により感染管理に関する情報の伝達を図る	69	53.1
感染管理に関するコンサルテーション計画を立案・評価・改訂する	49	37.7
建築、改築、増築などの工事の際、感染予防の視点からアドバイスを提供する	41	31.5

1年間に実施したコンサルテーションの回数 平均 22.6(範囲 0-322)回

表 12. 施設内における感染管理教育(指導)の実施状況

	n=130	
	n	%
感染管理に関する医療従事者の教育ニーズを査定する	90	69.2
教育(指導)の効果(行動変容、遵守率など)を把握する	88	67.7
教育(指導)プログラムの目標、目的、計画を立案、改訂する	69	53.1
医療従事者に対し、政策や手順の変更についてアドバイスを提供し、指導を行う	27	20.8

表 13. 感染管理教育(指導)の実施状況

n=130

	回数		実施時間(h)	
	平均±SD*	範囲	平均±SD*	範囲
施設内				
新人看護師のみ	1.3±1.8	0-14	2.5±3.8	0-30
新人医師のみ	0.7±1.5	0-12	1.3±3.3	0-30
すべての医療従事者	1.6±4.2	0-40	2.3±7.7	0-60
看護師のみ	3.1±5.0	0-40	4.4±9.5	0-90
医師のみ	0.1±0.5	0-4	0.1±0.5	0-4
看護助手のみ	0.6±0.8	0-5	0.5±0.9	0-5
清掃担当者	0.4±0.7	0-4	0.3±0.6	0-3
実習生	0.4±1.3	0-12	0.5±2.1	0-20
病院管理者/幹部職員	0.1±0.5	0-5	0.1±0.3	0-2
その他	0.3±1.0	0-10	0.2±0.8	0-5
全体	8.5±10.3	0-70	12.2±20.1	0-180
施設外(社会貢献活動)				
一般市民	0.1±0.3	0-1	0.1±0.3	0-2
医療従事者	0.8±1.4	0-8	3.45±7.4	0-40
大学や専門学校の学生	0.2±0.4	1-3	0.6±1.6	0-10
感染管理認定看護師教育 課程の講義	0.01±0.1	0-1	0.4±1.5	0-9
認定看護師教育課程以外 の感染管理実習指導	0.1±0.4	0-2	0.4±3.6	0-40
感染管理認定看護師教育 課程の実習指導	0.1±0.3	0-1	15.1±51.8	0-360
全体	1.4±2.0	0-10	20.0±56.2	0-377

*SD: standard deviation, 標準偏差

表 14. 職業感染対策の実施状況

n=130

	n*	%
職業感染の発生に関するデータの収集を行なう	104	80.0
針刺し発生時の対応を明文化する	97	74.6
収集したデータに基づいて、職業感染発生状況や要因について分析を行なう	97	74.6
データ収集を継続して、導入した職業感染予防策を評価する	94	72.3
職業感染発生状況のデータ分析結果可から対策を立案する	92	70.8
医療従事者の予防接種プログラムを実施する	89	68.5
感染源に暴露した医療者のフォローアップを実施する	78	60.0
結核について医療者のスクリーニングプログラムを実施する	74	56.9
B型肝炎について医療者のスクリーニングプログラムを実施する	72	55.4
その他	81	62.3

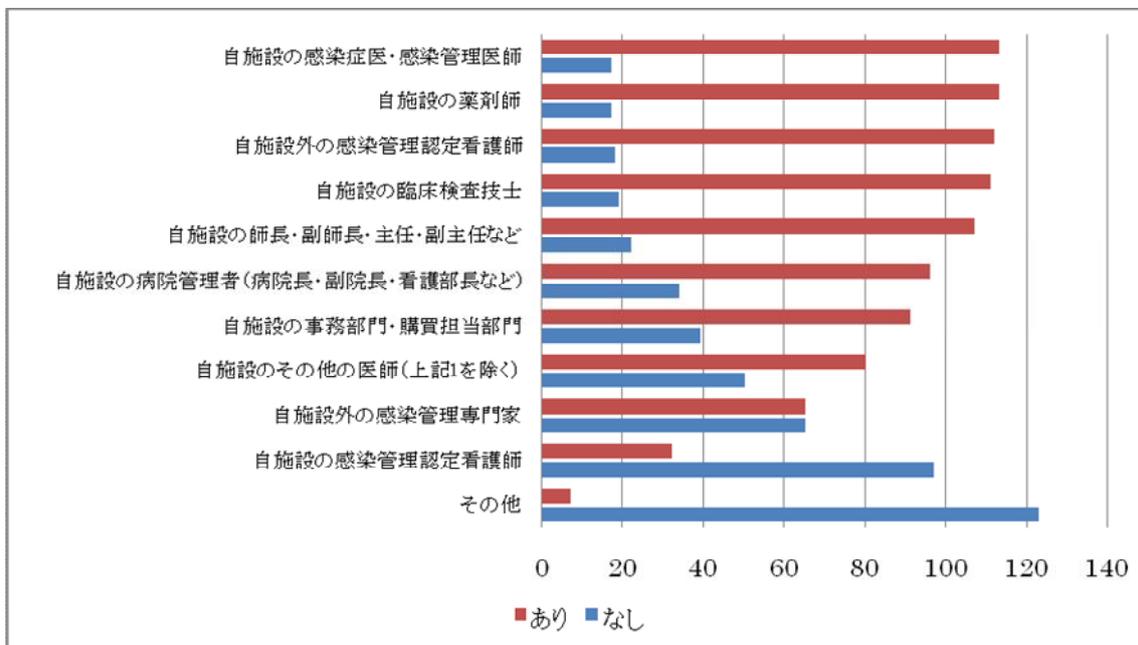
*一部実施または協力を含む

表 15. ファシリティマネジメントの実施状況

	実施		一部実施	
	n	%	n	%
医療廃棄物の管理方法の立案・評価・改訂の相談にのる	66	50.8	17	13.1
医療廃棄物の管理方法を立案・評価・改訂する	37	28.5	20	15.4
清掃に関する改善計画を立案・評価・改訂する	32	24.6	21	16.2
空調と水質管理に協力する	26	20.0	8	6.2
定期的な環境培養を実施する	5	3.9	6	4.6
その他	35	26.9	21	16.2

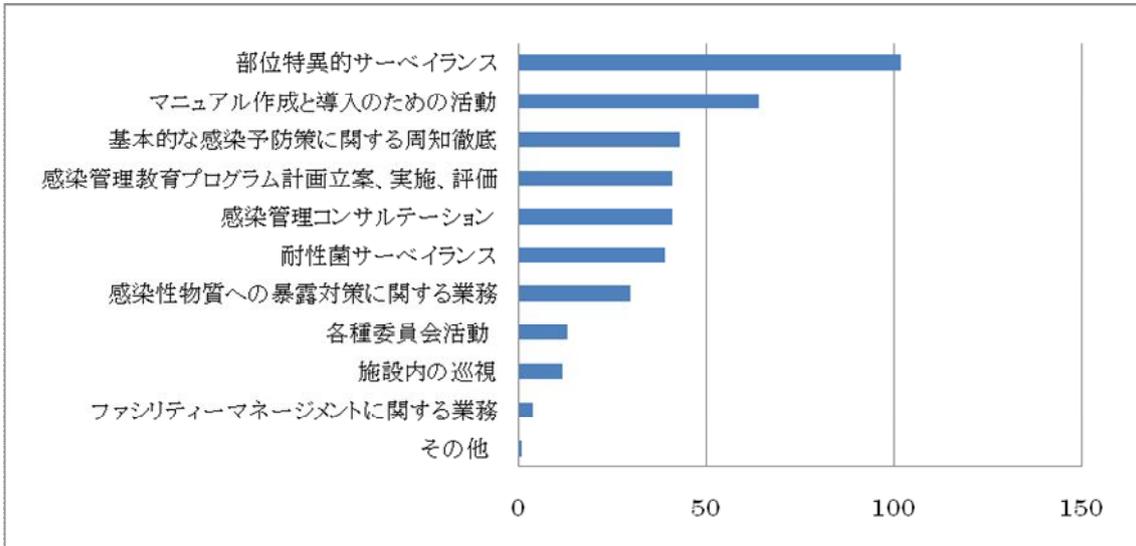
6) 感染管理活動に対する支援と組織のニーズ
 感染管理上の相談相手としては、自施設の感染症医・感染管理医師、薬剤師、臨床検査技師が最も多く、多職種で構成された ICT (Infection Control Team) などによる感染管理が展開されていることが推察される。また、自施設の看護部管理職、病院管理者も相談相手であることが明らかとなった。自施設外では、他施設の感染管理認定看護師

が最も多く、教育課程や研修会、地域での交流によって相談できる関係が拡大していることが考えられる。
 また、相談者として自施設の感染管理看護師を「なし」と回答している点については、今回の調査では自施設に複数の感染管理看護師配置の有無について問う設問がなかったため詳細は不明である。(図 3)



n=130(複数回答)

図 3. 感染管理上の相談相手



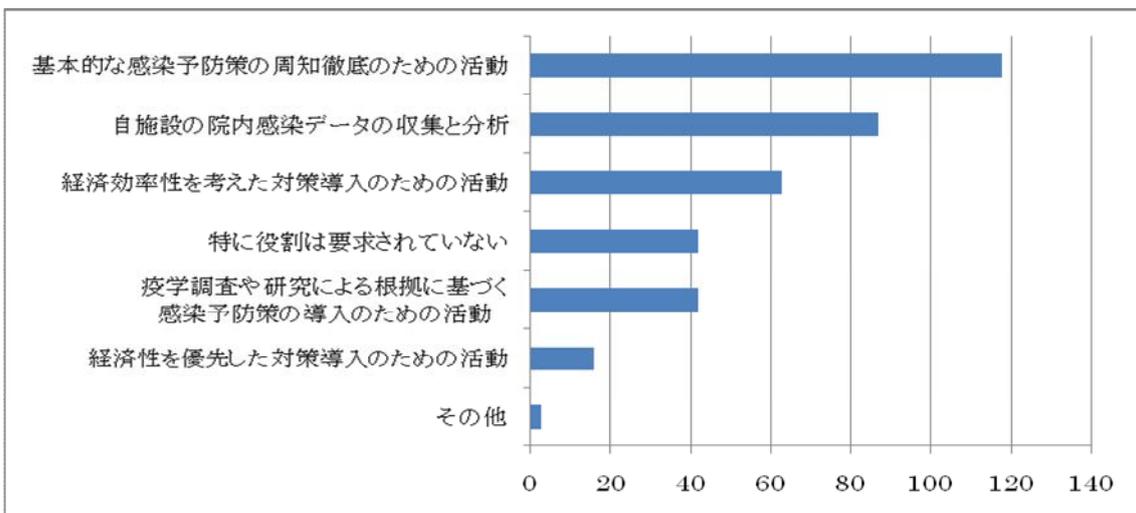
n=130(複数回答)

図4. ICN が優先順位が高いと考えている感染管理活動

感染管理看護師自身が最も優先順位が高いと考える感染管理活動は部位特異的サーベイランスであった。(図4)部位特異的サーベイランスは、血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス 60.0%、尿路カテーテル関連尿路感染サーベイランス 23.1%、人工呼吸器関連肺炎 16.2%、手術部位感染サーベイランス 38.5%の実施率であった。自施設の院内感染データの収集と分析は、施設から期待されていると考えられる役割でも上位にあった。実際に、サーベイランスの分析

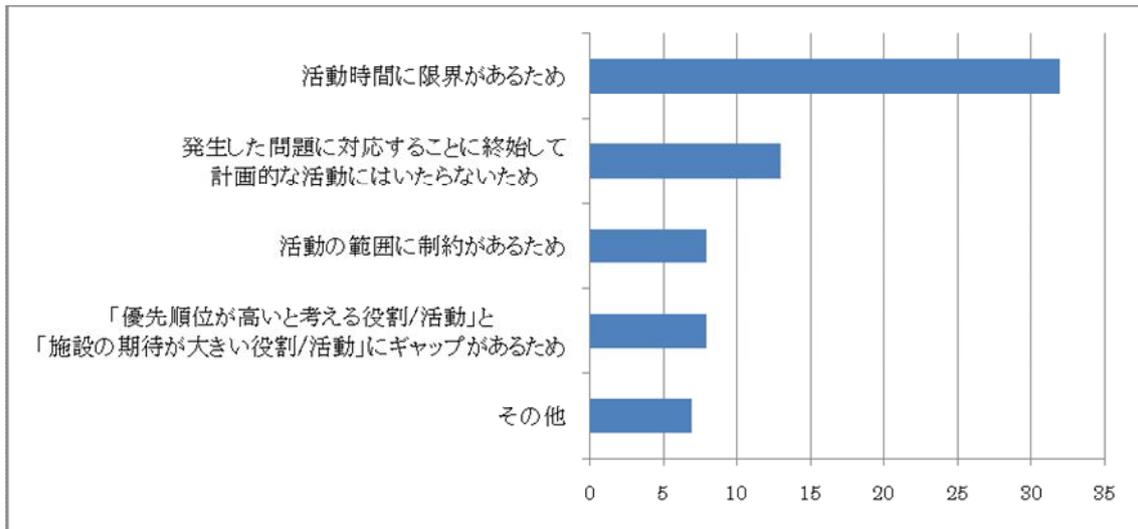
結果を定期的に報告し、その結果を活用して感染予防技術を見直し、予防効果を評価する活動が実践されている。

施設が期待していると考えられる役割で最も高かったのは、基本的な感染予防策の周知徹底のための活動であった。(図5)感染管理看護師は、感染防止技術(表9)や感染管理教育・指導(表12)などの活動を通して、その役割を果たしていた。



n=130(複数回答)

図5. ICN が施設から期待されていると考えている役割



n=130(複数回答)

図 6. ICN が優先順位が高いと考えている感染管理活動を実践できない理由

自分自身が優先順位が高いと考える役割/活動と、組織が期待する役割/活動にギャップがあると感じるという回答者が 43 名 (33.1%) いたが、ないという回答者は 87 名 (66.9%) であった。また、優先的に実践すべきであると考えている感染管理活動を実際に実施できているという回答者は 37 名 (28.5%) で、93 名 (71.6%) は実践できていないと回答していた。その理由の内訳は図 6 の通りである。優先順位が高いと考えているにも関わらず実践できない理由と業務形態との関連では、活動時間に限界があるためと回答した兼任者が有意に多かった ($p=0.004$)。また、兼任者の方が専従/専任の感染管理看護師よりも活動範囲に制限があると回答していたが ($p=0.01$)、その他の項目では業務形態と回答に関連はみられなかった。その他の具体的な理由としては、「ICT や職員が協力的でない」「権限がないため」「自己の能力」などの回答が得られたが、いずれも若干名であった。

組織が求める役割/活動は、感染管理看護師が考えるそれとおおよそ一致しているが、様々な理由により十分な活動実践ができていないと感染管

理看護師が感じていることが明らかとなった。

7) 役割機能別活動の実際

感染管理看護師が、実践、指導、相談、調整、研究、という 5 つの役割において、その全活動を 100%とした時に実施している割合と実施したいと考えている割合の平均値の分布を表 16 に示す。業務形態に関わらず感染管理活動における優先順位に差はなかった。また、実践、指導、相談、調整の割合は、現在と予定との間で大きな差はなかったが、研究は専従者と兼任者が現在の割合よりも高くしたいと考えていた。

感染管理看護師が実施している自己研鑽方法について図 7 に示す。ほとんどの回答者が文献やインターネットからの情報収集に努め、講演会、講習会、学会などへ参加している。また、感染管理看護師が活動実施の上でプラスに影響したことの上位は、CN/CNS の資格を取得し、教育課程の同期生や ICNJ などのネットワークを通して感染管理実践者との情報交換ができたこと、病院管理者の感染管理に対する理解と支援であった。(表 17)

表 16. 役割機能別感染管理活動の実際

	全回答者(130)				専従(41)				専任(35)				兼任(52)			
	実施*		実施予定†		実施*		実施予定†		実施*		実施予定†		実施*		実施予定†	
	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%	順位	%
実践	1	35.4	1	29.3	1	33.6	1	31.5	1	35.7	1	35.7	1	37.9	1	28.0
指導	2	24.5	2	24.9	2	27.5	2	25.4	2	24.2	2	24.2	2	23.4	2	25.7
相談	3	18.3	3	21.5	3	23.2	3	24.5	3	17.4	3	17.4	3	15.7	3	21.0
調整	4	15.0	4	16.1	4	20.7	4	18.2	4	16.5	4	16.5	4	10.2	4	15.1
研究	5	5.5	5	12.5	5	4.8	5	15.5	5	5.3	5	5.3	5	6.2	5	11.2

*現在実施している感染管理活動

†実施したいと考えている感染管理活動

表 17. 感染管理活動を実施する上でプラスに影響したこと

	n=130	
	n	%
CN/CNS 教育課程の同期生との情報交換	96	73.9
CN/CNS の資格を取得したこと	79	60.8
管理者の感染管理への理解と支援の大きさ	77	59.2
日本感染管理ネットワークなどを通して、同期生以外の実践者などの情報交換	77	59.2
アウトブレイクに関連した対策の必要性にせまられたこと	69	53.1
国内外の学会または外部の研修会等の参加	68	52.3
CN または CNS としての実績	67	51.5
施設内に他の CN や CNS がいること	58	45.0
医療情報の電子化が進んだこと	46	36.7
日本医療機能評価機構の審査準備の機会を活用できたこと	47	36.2
行政監査など日本医療機能評価機構以外の第三者評価を受ける機会を活用できたこと	38	29.2
管理者が組織の目標を明確に示していること	37	28.5
施設外に強力な協力者(支援者)がいたこと	37	28.5
施設内に管理者以外の強力な協力者(支援者あるいはチームなど)がいたこと	74	27.0
特定機能病院の院内感染対策担当者の専任配置が制度化されたこと	23	17.7
厚生労働省や学会などが発行した通知や提言など	3	2.3

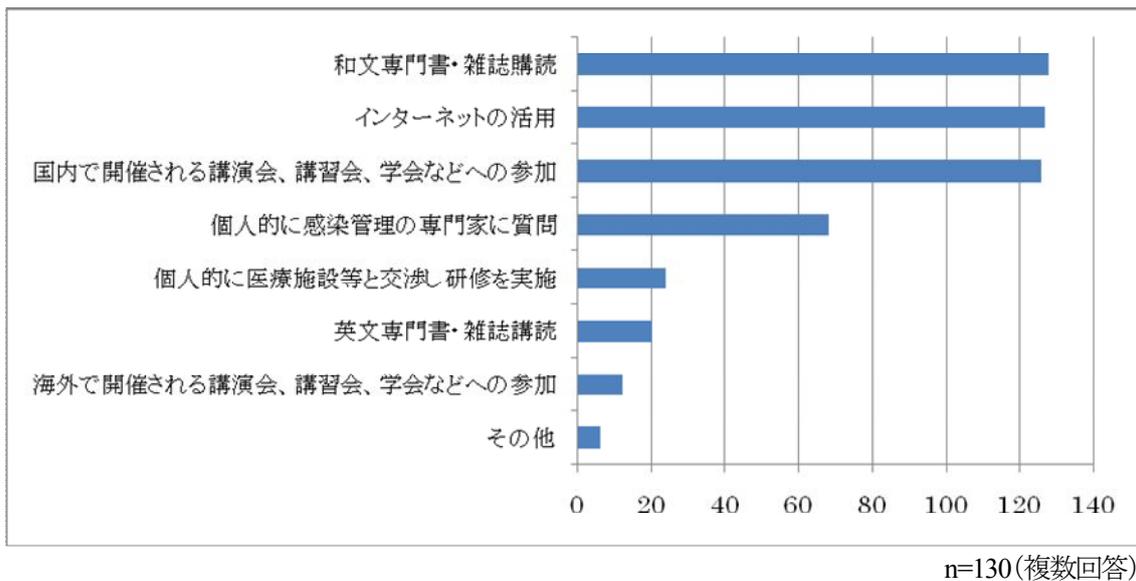


図7. 自己研鑽のために実施していること

V. おわりに

今回の調査では、ICNJ 会員である感染管理看護師の活動実態が明らかとなった。感染管理看護師は、様々な種類の医療施設に所属し、看護部にとどまらず組織横断的に積極的な感染管理活動を実践していた。そして、サーベイランスをはじめとした自施設データの収集、分析結果の定期的な報告、その結果を活用した感染予防策の見直しと周知徹底、対策の評価などの一連の実践活動を通して、施設が期待する役割が果たされていた。

また、今回の調査対象者のうち 90.8% は CN/CNS であり、感染管理看護師としての教育を受けた有資格者であった。しかし、業務形態によって活動できる時間や範囲には差があり、このことから専任/兼任の有資格者がその能力を十分に発揮するには限界があることが明らかとなった。このような専任/兼任者の活動範囲と時間を拡大することは、より質の高い感染管理活動の実践につながるものである。今後、活動時間や活動範囲を拡大し得るかどうかは、感染管理看護師個人の努力だけでは困難であろう。この専従者の適切な人員配置の推進につながる活動は、ICNJ の課題のひとつである。

さらに、本調査の結果は、感染管理看護師が医療施設における感染管理の実践を推進するために、実践スキルの向上をはかること、感染管理看護師間の交流や連携による情報交換や自己研鑽

が重要であることを示していた。したがって、ICNJ ではこの調査結果を基に今後も活動目的の達成のために、会員にとって有意義な活動を展開していきたいと考える。

VI. 謝辞

本調査の実施にあたり、ご協力頂きました ICNJ 会員の皆様に心から感謝申し上げます。

文献

- 1) 認定看護師登録者一覧. 日本看護協会公式ホームページ (オンライン)、<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintai/touroku.html>, (参照 2008-03-14).
- 2) 洪愛子, 沼口史衣, 廣瀬千也子. 感染管理認定看護師の活動評価指標と教育課題の検討. 環境感染 2003;18:143.
- 3) 沼口史衣, 洪愛子, 広瀬千也子. 感染管理看護師によるサーベイランス活動の現状と教育課程の課題. 環境感染 2003; 18: 247-250.
- 4) 洪愛子. 2003 年度日本感染管理ネットワーク会員の感染管理活動に関する実態調査. 日本感染管理ネットワーク会誌 2004; 2: 21-22.
- 5) Jackson MM, Soule BM, Tweeten SS. APIC strategic planning member survey, 1997. Am J Infect Control 1988; 26: 113-25.