

# 2010年度日本感染管理ネットワーク

## 感染管理活動についての会員調査

ICNJ 調査研究担当

### はじめに

日本感染管理ネットワーク（Infection Control Network of Japan：以下 ICNJ）では、2003年2月の発足以来、「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」を目的として活動を続けてきた。

その活動のひとつとして、感染管理看護師の感染管理活動の背景や実践に関する実態把握と、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、会員を対象とした活動調査を実施している。

2010年度の会員を対象とした感染管理活動調査では、2009年度の活動について調査した。さらに、2010年4月の診療報酬改訂で新設された感染防止対策加算と感染管理看護師の活動の変化を4月から調査実施期間までの期間について調査したので合わせて報告する。

### 目的

ICNJ 会員の活動実態を調査し、感染管理看護師がどのように活動を実践しているかを明らかにする。また、その結果を ICNJ の活動目的を達成する上での参考とする。

### 調査方法

#### 1. 対象

ICNJ 一般会員 824 名  
(2010年3月現在の会員数)

#### 2. 調査実施期間

2010年11月18日～12月12日  
(25日間)

#### 3. 調査方法

Web 入力によるアンケート調査を行った。  
会員あてに調査協力依頼文書を電子メール

で配信し、調査協力に同意の得られた会員には、指定のアドレスから Web アンケートフォームへ入りデータを入力後送信してもらった。

#### 4. 調査内容

調査対象期間は、2009年4月～2010年3月の1年間とし、以下の項目について調査した。

- 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) 感染管理実践内容
- 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
- 7) 2010年4月の感染防止対策加算による活動の変化に関して

#### 5. 倫理的配慮

Web 入力方式を採用し、無記名で回答者が特定できないようにした。指定の Web アドレスは会員にのみメールで通知し、会員以外はアンケートフォームに入れないようにした。調査協力は自由意志とし、Web アンケートへの入力をもって同意を得たものとした。また、集計時に使用するデータは個人が特定されないよう一次処理した後、調査研究担当で共有した。データの保存については、パスワードで管理された媒体に保存し管理した。

### 結果

#### 1. 回答者の属性

アンケート回収数は 279 で、回収率は 33.9%であった。アンケートフォームへのアクセス数は 524 であり、アクセスされた中での回収率は 53.3%であった。

表1から、回答者の年齢は、40～49歳が53.8%と最も多く、次いで30～39歳が34.8%であった。回答者の所属施設の種別については、総合病院が45.2%、一般病院が24.7%、大学附属病院が19.7%、専門病院が6.8%であった。所属施設の病床数については、200～499床が47.3%で、次いで500～799床が29.0%であった。

感染管理に関する資格については、日本看護協会認定の感染管理認定看護師が96.4%、それ以外では、感染症看護専門看護師が2名であった。

表1 回答者の基本属性

n=279		
項目	カテゴリー	名 (%)
年齢	20～29歳	1 (0.4)
	30～39歳	97 (34.8)
	40～49歳	150 (53.8)
	50～59歳	27 (9.7)
	60歳以上	1 (0.4)
	無回答	3 (1.1)
所属施設	総合病院	126 (45.2)
	大学附属病院	55 (19.7)
	一般病院	69 (24.7)
	専門病院	19 (6.8)
	その他	6 (2.2)
	無回答	4 (1.4)
病床数	200床未満	26 (9.3)
	200～499床	132 (47.3)
	500～799床	81 (29.0)
	800～999床	16 (5.7)
	1000～1199床	15 (5.4)
	1200床以上	3 (1.1)
無回答	6 (2.2)	

専門病院 (救命救急センター、循環器専門病院、がんセンターなど)

図1では日本看護協会認定の専門看護師、または認定看護師の資格取得年を示した。

研修/教育歴については、感染管理認定

看護師教育課程が92.5%と最も多く、大学院修士課程が29名(10.4%)、大学院博士課程が7名(2.5%)であった。所属施設が特定機能病院である者は66名(23.7%)、特定機能病院でないと回答した者は、203名(72.8%)であった。

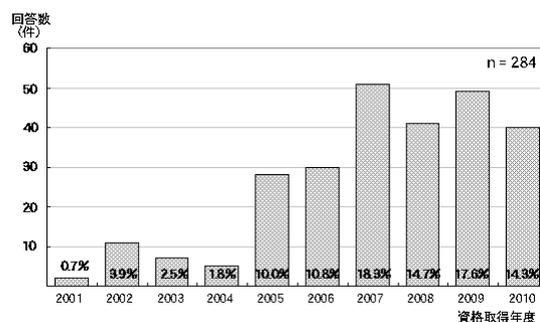


図1 回答者の専門看護師または認定看護師の認定資格取得年

## 2. 感染管理活動の業務形態

回答者の看護師としての臨床経験年数の平均は18年3カ月であり、中央値は18年6カ月であった。

勤務状況については、医療機関や施設に勤務している者が96.1%、進学中が6名(2.1%)、感染管理認定看護教育課程などの教員が4名(1.4%)であった。現在の職位としては、看護師長が27.2%、スタッフナーズ25.1%、副看護師長20.1%、主任17.2%、看護管理者3.2%であった。

所属施設のICNとしての有資格者数では、2人73(26%)、3人11(4%)、4人2(0.7%)、5人以上4(1.4%)と有資格者数が複数と回答した者も多かった。

感染管理分野における業務形態については、勤務時間の80%と回答したものが110名(39%)、20～80%未満との回答が75名(27%)、20%未満が72名(26%)であった。

次に、感染管理を行う勤務時間が、1週間の勤務の80%以上を専従、20～80%未満を専任、20%未満を兼任とした場合の感染管理活動の業務形態を地域別、所属施設種

類、病床数別に示した。

図2では地域別感染管理業務形態を示した。その地域での専従の割合は、北海道・東北が40.5%、関東・甲信越が47.3%、東海・近畿・北陸が38.2%、中国・四国が46.4%、九州・沖縄が45.8%であった。

また、図3では所属施設の種類の別に感染管理業務形態を示した。所属施設別の専従の割合は、総合病院で46.6%、大学附属病院で62.7%、一般病院で22.7%、専門病院で42.1%であった。

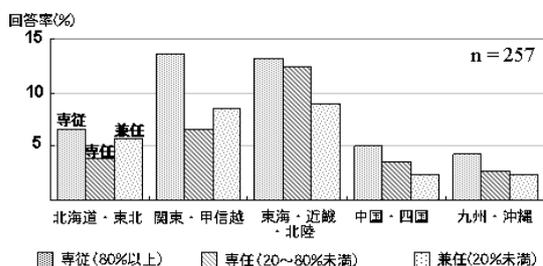


図2 地域別にみた感染管理

分野における業務形態

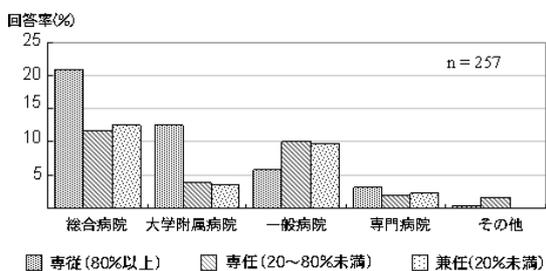


図3 所属施設の種類と業務形態

次に、図4では所属施設の病床数別に感染管理業務形態を示した。所属施設の病床数別の専従の割合は、200床未満で17.4%、200床~499床で33.3%、500~799床で56.2%、800~999床で80.0%で、1000~1199床で60.0%、1200床以上で66.7%であった。

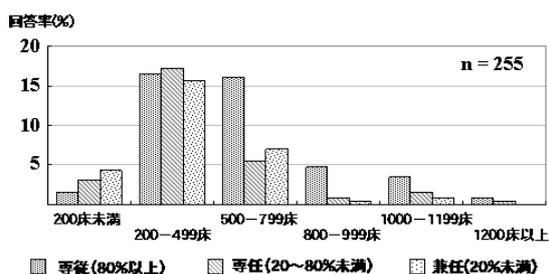


図4 施設の病床数と業務形態

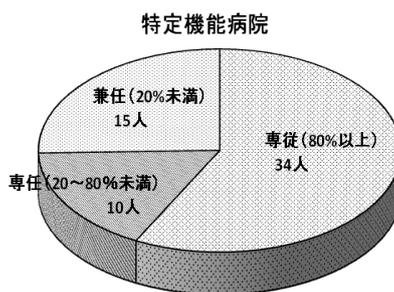


図5 特定機能病院における業務形態

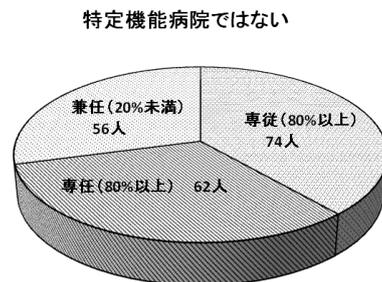


図6 特定機能病院以外における業務形態

特定機能病院と特定機能病院以外で業務形態をみると、特定機能病院では、58%が専従であるのに対し、特定機能病院以外では、専従の割合が39%と少なかった。しかし、兼任の割合については、特定機能病院で25%、特定機能病院以外で29%と大きな差はみられなかった。

### 3. 感染管理実践内容

2009年4月~2010年3月末の一年間で実施した感染管理活動は、委員会活動、施設内の巡視、基本的な感染予防策に関する

周知徹底に関するものの順に多く、ついで、感染管理コンサルテーション、マニュアル作成と導入のための活動、緊急案件に対する対応、そして部位特異的サーベイランスであった。

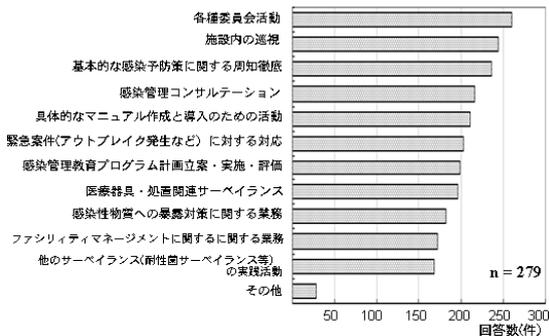


図7 一年間に行った感染管理活動

医療関連感染サーベイランスの実施については、BSIサーベイランスが最も多く、次いでSSIサーベイランスであったが、サーベイランスを実施していないという回答も56あった。

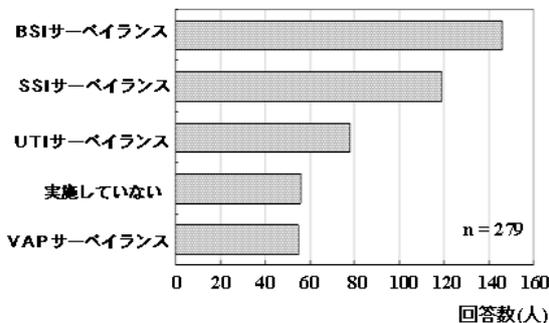


図8 医療関連感染サーベイランスの実施

医療関連感染サーベイランスで感染症の判定に用いられている定義は、NNIS (現NHSN) のものが最も多かった。

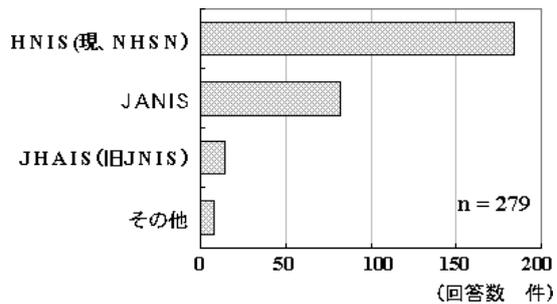


図9 サーベイランスで使用している定義

感染症の判定のためのデータ収集は、ICN自身が行っている場合と、データの一部をリンクナースや現場スタッフが収集している場合が多かった。

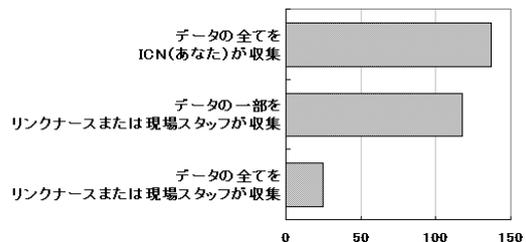


図10 分子判定のためのデータ収集

感染症の分子判定を行うのは、ICNが主に行っているという回答が多数であった。

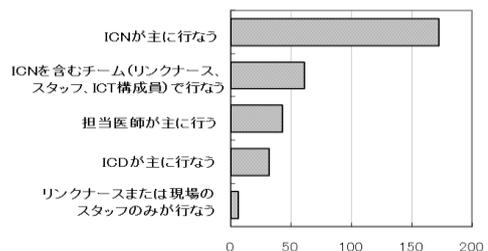


図11 分子判定は誰が行うか

サーベイランスで得られたデータの扱いについて回答数が多かったのは、感染率の算出(173)、医療器具使用比の算出(155)、分析結果の定期的な報告(142)、ベンチマークデータとの比較(139)であった。平均値や標準偏差など、基礎的な統計学的手法を用いての分析を行っているという回答数は88で、T検定やカイ二乗検定などを活用し

でデータを分析しているという回答は 30 と少なかった。

他の医療関連感染サーベイランスでは、耐性菌サーベイランス(回答数 212)、検出微生物の抗生剤への耐性パターンのモニター(回答数 143)、JANIS (厚生労働省 院内感染サーベイランス事業) へのデータ提出(回答数 140)、アウトブレイク発生時の対応方法の明文化あるいは改訂(回答数 118)等が行われていた。

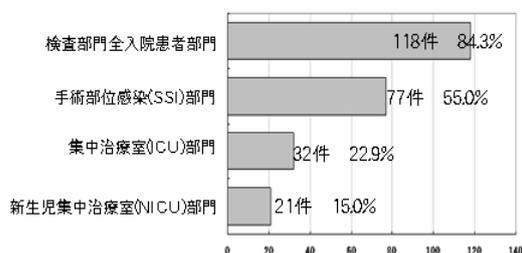


図 12 JANIS に提出しているデータ

JANIS にデータを提出している場合の対象サーベイランスについて、図 12 に示す。

JANIS にデータを提出している場合の対象サーベイランスについては、検査部門が最も多く、次いで、SSIが多かった。

JHAIS (日本環境感染学会) にデータを提出している場合の対象サーベイランスについては、回答数は少なかったが、中心ライン関連血流感染が 7 件、人工呼吸器関連肺炎が 5 件、尿道留置カテーテル関連感染が 3 件であった。

次に、感染防止技術について、表 2 に示す。

回答者の約 8 割が手洗いと手指衛生に関する何らかの活動を実施していた。

表 2 感染防止技術について

	評価まで実施 あるいは該当	評価を行っていない など活動が部分的	該当しない
手洗いと手指消毒に関するマニュアルを立案・導入・評価・改訂	44.7%	41.4%	13.9%
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の実施	45.3%	38.2%	16.5%
洗浄・消毒・滅菌に関するマニュアルを立案・導入・評価・改訂	24.6%	53.3%	22.1%
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の実施	20.1%	47.4%	32.5%
入院患者に対するケアが実施される部署における感染予防マニュアルの立案・導入・評価・改訂	19.9%	44.6%	35.5%
血管内留置カテーテルに関連した感染予防策の立案・導入・評価・改訂	25.7%	45.4%	29.0%
尿道留置カテーテルに関連した感染予防策の立案・導入・評価・改訂	18.9%	44.4%	36.7%
院内肺炎の予防策の立案・導入・評価・改訂	11.4%	32.8%	55.7%
手術部位感染の予防策の立案・導入・評価・改訂	16.8%	34.7%	48.5%
外来患者に対するケアが実施される部署における感染予防策の立案・評価・改訂	14.2%	44.2%	41.6%
隔離予防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	34.9%	45.2%	19.9%
患者ケアが直接提供されない部署における感染予防策の立案・導入・評価・改訂、あるいは協力	12.9%	43.0%	44.1%

洗浄・消毒・滅菌のマニュアルに関する活動は、78%が行っていた。

感染予防マニュアルに関する活動を行ったのは、全体の65%であった。

血管内留置カテーテルに関連した感染予防策に関する活動は71%が行っており、尿道留置カテーテル感染予防に関しては63%、院内肺炎の予防策に関しては44%が活動を行っていた。手術部位感染の予防策については、51%が活動を行っていた。

外来における感染予防策に関する活動は、58%が実施していると回答した。

隔離予防策の実施または解除についてのマニュアル作成やアドバイスの提供につい

ては、80%が活動を行っていた。

栄養科や施設課などの患者ケアが直接提供されない部署における感染予防策への関わりについての活動は、56%が行っていた。

感染防止技術に関することの中で、2009年度の活動から新たに開始したものはないという回答が106あったが、新たに開始したものの中では、「血管内留置カテーテルに関連した感染予防策」「手洗いと手指消毒に関するマニュアル関係」、「隔離予防策の実施や解除に関するもの」等が多かった。

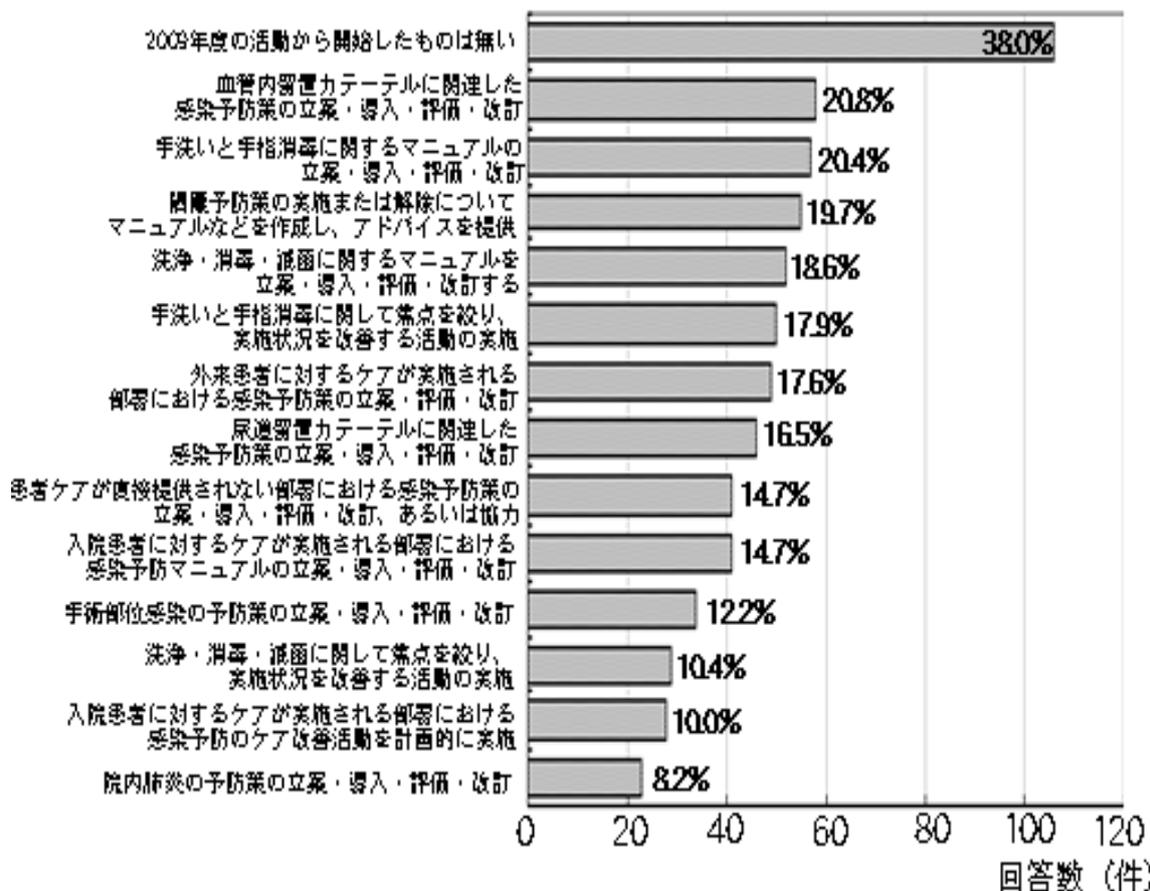


図 13 2009年度の活動から開始した感染防止技術

感染管理プログラムの構築に関しては、感染管理に関する委員会への参加をはじめ、実践した活動内容の報告は多くが実施しており、その他の感染管理プログラムの構築に関する項目でも実施しているという回答が多かった。また、2009年度から新たに開始したものはないという回答も159と多かった。(図14、図15)

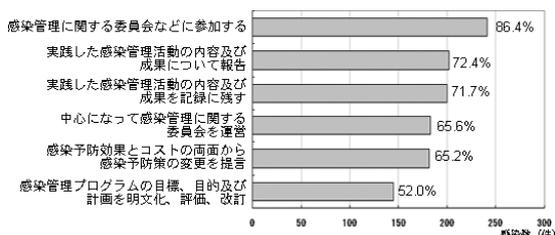


図14 感染管理プログラムの構築

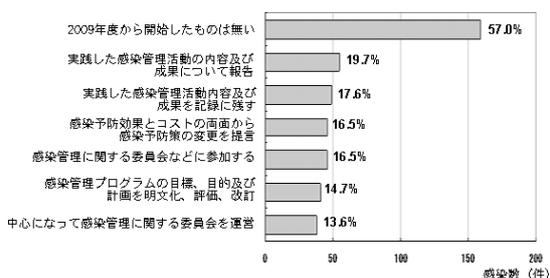


図15 感染管理プログラムの構築に関する項目のうち2009年から開始した活動

感染管理コンサルテーションに関しては、看護職に対して実施、施設内の職員に対して実施という回答が多かった。

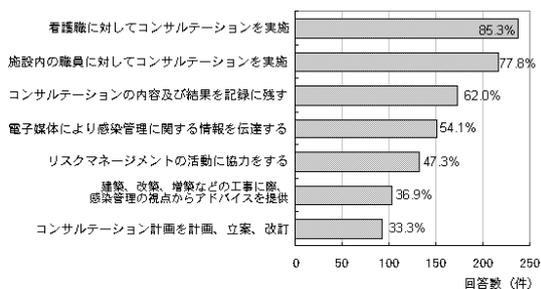


図16 感染管理コンサルテーション

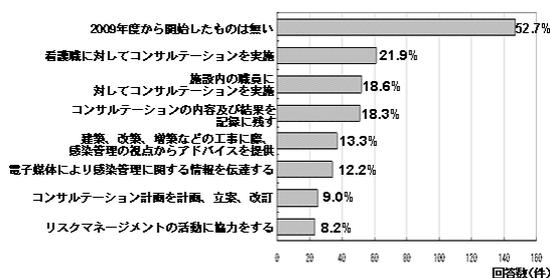


図17 感染管理コンサルテーションに関して、2009年度から開始した活動

感染管理教育については、どの項目も実施している人が多かったが、その中では、教育ニーズの査定が最も少なかった。

2009年度に実施した感染管理教育の対象は、医療従事者全体が最も多く、新採用者や看護師のみを対象とするものが次いで多かった。

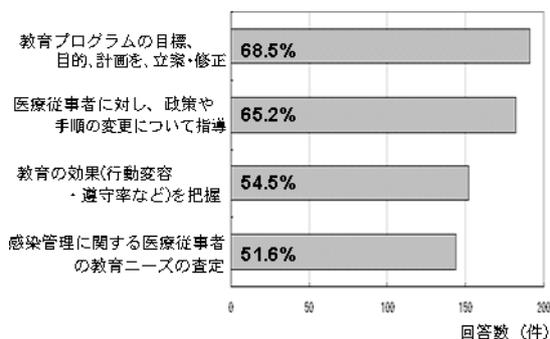


図18 所属施設内における感染管理教育について

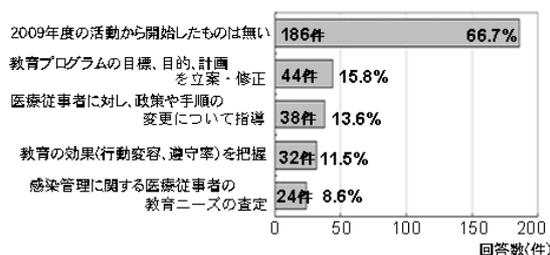


図19 感染管理教育のうち、2009年度から開始した活動

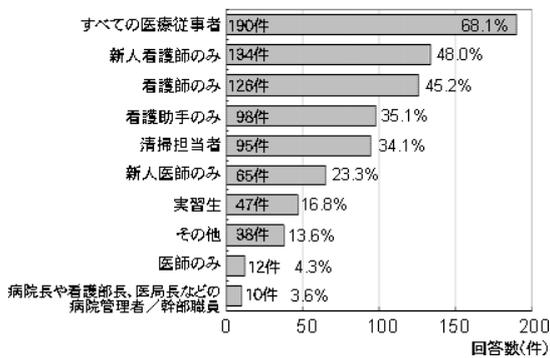


図 20 2009年4月～2010年3月に行った施設内における感染管理教育の対象

社会貢献活動として実施した教育の内容についての結果を図 21 に示す。

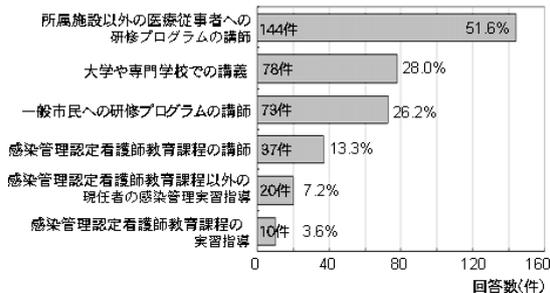


図 21 社会貢献活動として実施した教育の内容

次に職業感染防止に関する活動についての結果を図 22 に示す。ウイルス疾患に対する職員のスクリーニングプログラムに関しては、回答者自身や回答者を含む ICC, ICT が対応しているのは 32%、感染管理以外の部署が実施しているのが 50%であった。

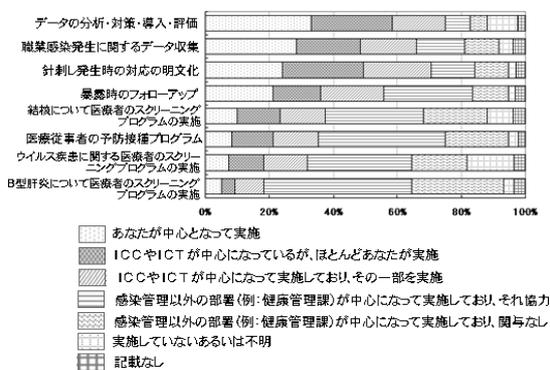


図 22 ウイルス疾患に関する医療者のスクリーニングプログラムの実施

結核についての医療者のスクリーニングプログラムについては、回答者自身、または回答者を含む ICC, ICT で行っていたのは 37%、感染管理以外の部署で実施されているのが 50%であった。

B型肝炎についての医療者のスクリーニングプログラムに関しては、回答者や回答者を含む ICC, ICT で行っているのは 18%と少なく、感染管理以外の部署で行っているのは 75%を占めた。回答者は関与していないという回答が 29%であった。

感染源に曝露した際の医療者のフォローアップに関しては、回答者や ICC, ICT で行っているのが 59%、感染管理以外の部署で行っているのが 39%であった。

針刺し発生時の対応の明文化については、回答者や感染管理に関する部署が実施しているという回答が 71%と多かった。

職業感染の発生に関するデータの収集は、66%が回答者や ICC, ICT が行っており、データの分析・対策の立案・導入・評価についても、75%が行っていた。

医療従事者への予防接種プログラムに関しては、回答者や ICC, ICT が実施しているのは 35%で、感染管理以外の部署で行われているほうが 60%と多かった。

医療廃棄物の管理方法の立案・評価・改定については、何らかの形で実践していたり、相談にのっているという回答が 7 割以上であった。

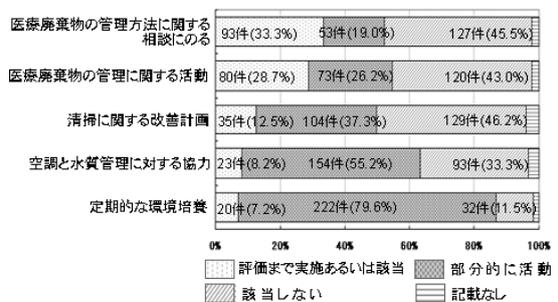


図 23 医療廃棄物の管理に関する活動

定期的な環境培養について、部分的、または評価まで実施しているという回答は、18.7%で、79.6%が該当なしと回答した。

空調や水質の管理に関しては、半数以上が該当なしと回答した。

清掃に関する改善計画については、部分的または、評価まで実施しているという回答が58.7%と半数を超えた。

#### 4. 感染管理活動に対する支援と組織のニーズ

2009年度、感染管理活動を実施する上でプラスになったと感じることに対する回答を表3に示す。

表3 感染管理業務を実施していく上で、プラスに影響したと感じていること

管理者の感染管理への理解と支援の大きさ	119
国内外の学会または外部の研修会等の参加	110
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	109
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	95
施設内に他の認定看護師や専門看護師がいること	84
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	72
厚生労働省や学会などが発行した通知や提言など	65
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	60
施設外に強力な協力者(支援者)がいたこと	58
入院基本料および特定入院料の算定	54
管理者が組織の目標を明確に示していること	32
医療情報の電子化が進んだこと	27

認定看護師、専門看護師のみへの質問では、教育課程の同期生との情報交換がプラスに影響したという回答が多数あった。(図24)

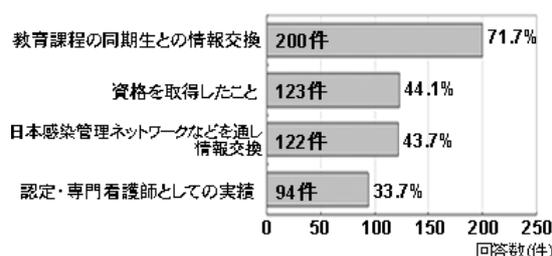


図24 2009年度の感染管理活動実践の上でプラスに感じたこと(専門・認定看護師のみ)

#### 5. 役割機能別活動の実際

実施している感染管理活動を100%として、どのような割合で実践しているかについての質問では、「実践」は平均±標準偏差34.8±19.0(%)、中央値30(n=225)、「指導」は平均±標準偏差26.5±11.7(%)、中央値25(n=223)、「相談」は平均±標準偏差18.7±8.9、中央値20(n=222)、「調整」平均値±標準偏差15.9±11.8、中央値12.5(n=212)、「研究」は平均±標準偏差6.1±7.1、中央値5.0(n=205)という結果であった。

これに対し、実施したいと考える役割の割合は、「実践」平均±標準偏差30.58±13.3(%)、中央値30(n=231)、「指導」平均±標準偏差25.3%±7.9(%)、中央値25(n=231)、「相談」平均±標準偏差19.0±6.7、中央値20(n=231)、「調整」平均値±標準偏差13.2±6.7、中央値10(n=218)、「研究」は平均±標準偏差13.5±7.6、中央値10(n=218)であった。

#### 6. 感染防止対策加算による活動の変化

2010年4月の診療報酬改訂で新設された「感染防止対策加算」について、加算をとっているという回答は71.7%で、今後とる予定があるという回答は5.4%であった。加算を今後とる予定がない、または不明との回答は22.6%であった。

所属施設の種類別でみると、大学病院では、加算をとっている施設が多く、一般病

院では、今後の加算算定の予定は不明という回答も多い。

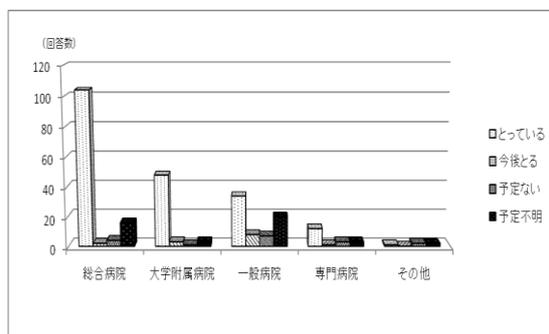


図 25 所属施設の種類の感染防止対策加算

していた者も多いが、加算により活動時間が増加したとの回答も多数あった。

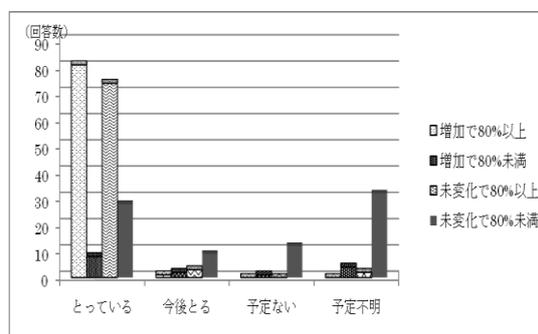


図 28 感染防止対策加算と活動時間の変化

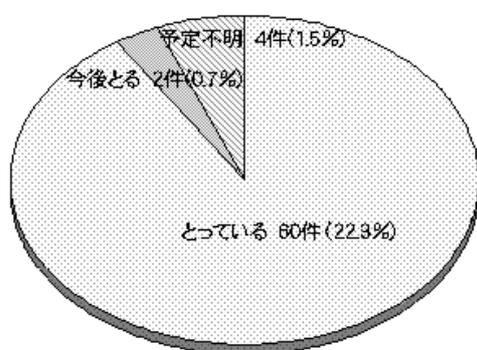


図 26 特定機能病院と感染防止対策加算

特定機能病院では、加算をとっているという回答が多数を占めた。病床数でみると、500床を超える規模の施設では、加算をとっている割合が高く、500床未満では、今後の予定も不明という回答も目立つ。

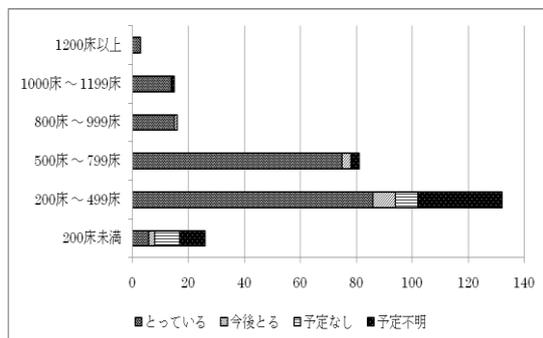


図 27 所属施設の病床数と感染防止対策加算

活動時間については、感染防止対策加算をとっていると答えた中には、これまでから勤務時間の80%以上感染管理活動を実践

### おわりに

2010年の診療報酬改訂により、感染防止対策加算が新設され、感染管理看護師の活動にプラスとなった一方で、小規模病院など加算がとれない施設も多く、そこでは、感染管理の有資格者が活動時間の確保されない中で活動している現状もみられる。

2010年は、NDM1（ニューデリーメタロβラクタマーゼ産生菌）や多剤耐性菌アシネトバクターなど薬剤耐性菌の問題が大きく取り上げられ、感染対策はより重要な課題としてとらえられるようになった。このような背景から、院内感染対策加算の算定に向けて、準備を進めてきた施設もあると思われる。

今回の調査で回答が得られたのは279名で、前年度よりも約100名増加し、一般会員の33.9%であった。これではまだ会員全体の活動状況を把握したものとは言い難いが、前年より回収率は上昇している。（前年度回収率26.7%）

今後も会員全体の活動状況の把握に努め、その結果をICNJの活動に生かしていきたいと考えている。

### 謝辞

本調査の実施にあたり、ご協力いただき

ました。ICNJ 会員のみなさまには心より  
感謝を申し上げます。

平成 23 年 7 月 30 日  
一般社団法人日本感染管理ネットワーク  
調査研究担当  
伴 信義・福田 真弓・竹村 美和