

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

#### Q26（環境感染、標準予防策、清掃）

ICU内において、患者周囲の生物培養調査は必要か否か。患者周囲（床・枕頭台・壁面・ヘッドコンソール等）を1日1回以上、除菌剤（ミルトン<sup>®</sup>）を使用し清掃しているが、清掃状況の確認のため、生物培養調査が必要ではないかとの意見がある。一方、そもそも清掃を行い、感染が発生していないのだから、必要が無いのではとの意見も有る。生物培養の必要性についてご教示下さいますようお願い申し上げます。

#### A26

まず、ICUも含めて、患者周囲のベッド、テーブル、床、などは通常の清掃で十分であるとされています。明らかに、肉眼的に血液や糞便などで汚染がある場合は、次亜塩素系の薬剤を用いて消毒すべきとされています。よって、ミルトン<sup>®</sup>で清拭している貴施設の方法で十分だと考えます。むしろ、ミルトン<sup>®</sup>やアルコール製剤は使用せず、拭き掃除だけで充分といえます。この件につきましては、多くの書物があり、また、消毒薬メーカーの詳しいパンフレットなどでも、かなり詳細に説明してありますので、ご参照ください。

さて、通常の場合、清掃だけ（消毒薬を用いず）でも良いとされる理由は、その患者が、耐性菌を持っている場合は、その患者が排菌源となって、周囲を汚染させる可能性はありますが、医療従事者が正しく手指衛生を行えば、そこから他の患者への交差感染は予防できるという考えからです。そもそも、本当に患者周囲の汚染を防ぐのであれば、1日1回という根拠はなく、もっと頻回に清掃する必要があるわけですから、事実上不可能であるともいえます。また、患者周囲の汚染は、気管切開や気管内挿管中の患者の気道吸引の時に周囲を汚染させる危険性がありますが、広範で完全に被覆できない感染創、滲出液が漏れてしまう感染巣を除くと、それほどリスクが大きいわけではありません。

ただし例外として、耐性緑膿菌やセラチア、バシルス属、*Clostridium difficile*が水回りや便器などがリザーバーとなって、交差感染することがあります。このような場所は厳密に、時には消毒薬も必要となることはあり得ると考えます。さて、ご質問の清掃による消毒効果の確認については、正しく清掃が行われているのであれば、定期的に細菌検査などで確認する必要はありません。ただし、例外として、前述のように、耐性緑膿菌やセラチア、バシルス属、*C. difficile*が水回りや便器などがリザーバーとなる危険性がある場合には、このような場所を探す意味において環境の細菌検査を行うことが、今後、必要になると考えます。また、院内感染対策を学ぶための教育の一環として、清掃の効果を確認することは意味がないとは言えませんので、何かの折りに行うことが無駄とは思いませんが定期的に行う必要はないでしょう。

“一方、そもそも清掃を行い、感染が発生していないのだから、必要が無いのではとの意見”は、決して誤りではありませんが、現在、感染が出ていないからと言って、何もしなくて良いとは言えないと考えます。たとえば、MDRPが蓄尿や尿の廃棄の際に汚染が拡大していることが報じられているのであれば、自分たちの施設でも気が付かないうちに汚染されている危険性はないだろうか、調べてみる意義はあり、そのような姿勢は必要と考えます。