



矢野 邦夫 先生

浜松市感染症対策調整監

浜松医療センター感染症管理特別顧問

'81年 名古屋大学医学部卒業。名古屋第二赤十字病院、名古屋大学病院を経て、'89年 フレッドハッチンソン癌研究所、'93年 県西部浜松医療センター（2011年4月より「浜松医療センター」に病院名変更）。'96年 ワシントン州立大学感染症科エイズ臨床・エイズトレーニングセンター臨床研修修了。'97年 感染症内科長／衛生管理室長、'08年 副院長、'20年 院長補佐、'21年4月より現職。

ホームページでも、公開しています。

メディコン CDCWatch

検索

清掃

「環境整備」は標準予防策の一つの構成要素であり、感染対策において極めて重要である。とりわけ「清掃」は、環境整備の中でも最も基本的でありながら、感染対策の成否を左右する中核的要素と言える。CDCは清掃に関する最新のベストプラクティスを提示しているので、その内容を紹介する(1)。

このベストプラクティスは、本来は低所得国および中所得国など、資源が限られた医療施設での実践を念頭に作成されたものである。しかし、記載されている基本的な清掃原則はすべての医療現場に通用し、汎用性の高い内容となっている。本稿では、外来および一般病棟の清掃の重要ポイントについて抜粋した。

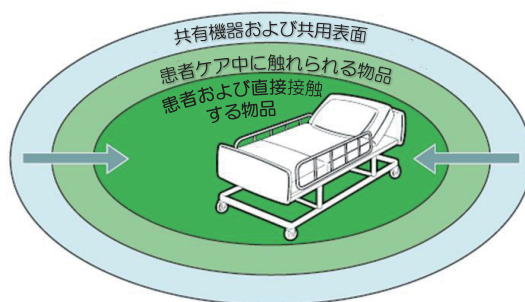
[清掃の基本]

- 清掃の頻度・方法・プロセスの決定には、「環境汚染の確率」「患者の感染に対する脆弱性」「露出の可能性（例：高頻度接触面 vs 低頻度接触面）」の三要素に基づく「リスク評価」アプローチを基本とする。

[清掃の技術]

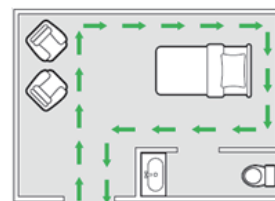
- 清掃を開始する前に視覚的な事前アセスメントを実施する。具体的には患者の状態（感染経路別予防策が実施されているか否か）、血液・体液のこぼれの有無、障害物や汚損家具の有無などを確認する。
- 次に「きれいな場所から汚れた場所へ（clean → dirty）」「高部から低部へ／高頻度接触面から低頻度接触面へ（high to low / high-touch to low-touch）」という動線・順序ルールで清掃する(図1)。例えば、ベッド柵（高頻度接触面）を先に、ベッド脚（低頻度接触面）を後に清掃する。また、時計回りや左→右など、系統的な動線で清掃を行うことは見落とし防止の観点から有用である(図2)。
- 清掃布／クロスやモップの取扱にも注意を要する。清掃開始時には新品の布を用い、汚染時には速やかに交換する。モップ頭やクロスを清掃液に浸して「再使用」すると、塵埃／微生物の再拡散リスクが高まる。
- 床の清掃手順として、モップを「(部屋の)奥側からドア手前へ(図3)」「重なりを持たせた8の字パターン」「モップ頭を適度に回転させる」ことが推奨される。

図1 きれいな場所から汚れた場所への清掃の例



患者ゾーンの外から内へ向かって清掃を進める

図2 患者ケアエリアを系統的な動線で清掃する例



時計回りや左→右など、系統的な動線で清掃を行う

図3 病室の出口に向かって作業するモップ掛けの戦略



モップ掛けは出口から最も遠い場所から始めて、出口に向かって進める。

[清掃スケジュール]

外来（待合室・診察室・処置室）

- 「環境汚染の確率」および「患者の感染に対する脆弱性」が比較的低いため、専門病棟（集中治療室、手術室、透析室、隔離病棟など）に比して頻度・方法の簡素化が可能である。
- 具体的には、以下のような頻度が例として挙げられる：
 - 待合室／受付：少なくとも1日1回、高頻度接触面と床を清掃する。
 - 診察／検査エリア：少なくとも1日2回、高頻度接触面と床を清掃する。
 - 軽手術・処置室（例：縫合・膿瘍穿刺など）：各処置前後に、高頻度接触面と床を清掃・消毒する。処置間の時間が空く場合や、塵埃飛散のリスクがある場合には、次の処置前に再ワイプを実施する。
- 終業時には、全表面および床を清掃・消毒する。特に手洗いシンク等は“こすり洗い (scrub) + 消毒”が必要である。

一般病棟

- 一般病棟では、日常清掃・退院時清掃・定期清掃の三段階を実施する。「環境汚染の確率」が低～中程度であるため、専門病棟と比して頻度・方法はやや簡易でよい。
- 日常清掃は患者入室中に実施するもので、主に患者ゾーンの高頻度接触面と床を対象とし、少なくとも1日1回の実施を推奨する。例えば、ベッド柵・電話機・ライトスイッチ・床などであり、手洗いシンクも対象となる。
- 退院時清掃（患者退室／転室時）は、患者ゾーンおよび患者ケアエリア全体を対象とし、使い捨てアイテムの廃棄、再処理対象機器の撤去、低頻度接触面・高頻度接触面・床・手洗いシンク等の「清掃+消毒」を行う。
- 定期清掃は、日常使用頻度が低く、目視上の汚れも少ない「低頻度接触面」を対象とし、壁・天井高部・ブラインド・カーテンなどを“毎週／毎月／年1回”などのスケジュールで実施する。

[高頻度接触面・床・体液汚染の対応]

高頻度接触面の把握

- 清掃手順を設計する上で「高頻度接触面およびアイテム」の同定は必須である。代表例として、ベッド柵・点滴ポール・手洗い蛇口ハンドル・ベッドサイドテーブル・カウンター・プライバシーカーテンの縁・モニタ機器のキーボード・車椅子のハンドル・コールベル・ドアノブ・ライトスイッチ等が挙げられる。
- 各施設内・各病棟・外来エリアのワークフローを臨床スタッフと協議しながら、実際の「触られている頻度の高い環境表面・機器」を観察・把握し、チェックリストやジョブエイド〔註釈1〕に反映させることが推奨される。

床

- 床は通常、患者が直接触れる機会が少ない低頻度接触面に分類され、通常の状態では消毒薬の適用を必ずしも要しない。一般的には「中性洗剤+水洗い」で清掃する形が基本であり、少なくとも1日1回実施する。
- ただし、「環境汚染の確率」が高まる状況（例：動線が多い、吐瀉・下痢・血液や体液の使用頻度が高いエリア）では、方法および頻度の見直しが必要である。
- 具体手法として、「モップまたは床用クロスをバケツ内の清掃液に浸し、絞ってから8の字パターンで拭く」「ドアから遠い位置（出口から遠ざかる）から始め、出口に向かって進む」「モップ頭／クロスを定期的に回転させ、汚れが滞留しないようにする」などの動線・手順が示されている。

血液／体液のこぼれの対応

- いかなる患者ケアエリアでも、血液・嘔吐物・下痢便などの体液汚染が発生した場合には、即時の対応が必要である。この時、「清掃+消毒」という2段階プロセスを厳格に行う。
- 手順は以下の通りである：
 - ① 適切な個人防護具を着用する。
 - ② 吸収材（紙タオル、布、粒状吸収材等）でこぼれを固化または取り除き、感染性廃棄物として処分する。
 - ③ 「中性洗剤+温水」でしっかり洗浄する。
 - ④ 中水準消毒薬（例：遊離残留塩素500～5,000 ppm）で消毒する。尿汚染の場合は塩素系消毒薬を避ける〔註釈2〕。
 - ⑤ 必要に応じて消毒薬の残留物を除去するために洗浄する。
 - ⑥ 使用した清掃布・モップ・その他可動用品を直ちに再処理または廃棄する。

[文献]

1. CDC. Environmental cleaning procedures
<https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/cleaning-global/procedures.html>

註釈1：ジョブエイドとは業務を行う際に、必要な手順・判断基準・注意点を現場で即座に参照できるようにまとめた支援ツールのことである。

註釈2：次亜塩素酸ナトリウムはトイレ清掃に有効な消毒薬であるが、尿（アンモニア）との反応でクロラミンガスが発生する。クロラミンガスとは「アンモニアと塩素の反応で生じる有毒な混合ガス群」のことである。

株式会社メディコン
カスタマーサービス www.bdj.co.jp/s/cs/

bd.com/jp/

BD, the BD Logo and all other trademarks are trademarks of Becton, Dickinson and Company or its affiliates.
© 2025 BD. All rights reserved.

