病院感染対策のための情報誌

HosCom（ホスコム）

Hospital Communication

2026 vol.23 no.3



特集

今こそICT業務に革命を ～AIの活用ポイントと注意点～

四宮 聡　医療法人協和会 法人感染対策委員会 副委員長
感染管理認定看護師

Topics

高用量インフルエンザワクチンについて

三鴨 廣繁　朝日大学病院 感染症内科 教授
愛知医科大学 名誉教授

SARAYA

contents

HosCom
2026 vol.23 no.3

01 特集
今こそICT業務に革命を
～AIの活用ポイントと注意点～
四宮 聡　医療法人協和会 法人感染対策委員会 副委員長
感染管理認定看護師

07 おすすめ文献ちょこっとのぞき見
感染対策の実践を変える4つの注目文献
田代 将人　横浜市立大学大学院医学研究科 感染症内科学 主任教授
横浜市立大学附属病院 感染制御部 部長
横浜市立大学新興感染症研究センター センター長

10 Topics
高用量インフルエンザワクチンについて
三鴨 廣繁　朝日大学病院 感染症内科 教授
愛知医科大学 名誉教授

12 地域連携
地域全体で取り組む感染対策
名戸ヶ谷あびこ病院が我孫子市で築いた
多機関連携の実践
加藤 久美子　社会医療法人社団 蛍水会 名戸ヶ谷あびこ病院 感染対策室 室長
感染制御実践看護師

14 第41回 日本環境感染学会総会・学術集会 出展レポート

16 World Information
Hand hygiene in Africa: A personal journey to scaling up in Uganda through the MIKONO study
Dr.Hiroki Saito
Department of Infectious Diseases, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

みんなのつぶやき





今月の表紙：サイネリア（学名：*Pericallis × hybrida*）

キク科ペリカルリス属のサイネリアは、冬から春にかけてこんもりと咲く華やかな姿や放射状に広がる花びらが魅力です。赤・青・紫・白・黄色など花色が豊富で、一重咲き、蛇の目咲きなど、さまざまな表情を楽しむことができます。花言葉は「喜び」「愉快」「希望」などで、寒い時期にも色鮮やかな花を咲かせる姿は、見る人の心を前向きにしてくれる花です。色とりどりに咲くサイネリアに、喜びと希望を託してみませんか。



特集

今こそICT業務に革命を

～AIの活用ポイントと注意点～

四宮 聡
医療法人協和会 法人感染対策委員会 副委員長
感染管理認定看護師

はじめに

医療機関や介護施設における感染対策は、利用者や患者の安全を守るうえで極めて重要な業務です。しかし現場では、「感染対策専従者がいない」「他業務と兼務している」「教育やマニュアル整備まで手が回らない」といった課題が多く見られます（図1）。

特に最近では、人手不足や業務の多忙さから、感染対策が後回しになってしまうことも少なくありません。本来であれば、継続的な教育や監査が必要であるにもかかわらず、「時間がないため実施できない」という状況が少なくないと考えられます。

このような背景の中で、近年注目されているのがAI（人工知能）の活用です。AIは専門的な知識がなくても活用でき、文章作成や情報整理、

教育資料作成などを短時間で行うことが可能です。

本稿では、感染対策に関わる医療従事者および介護職員を対象に、AIをどのように活用できるのかを具体的に解説します。特に「明日から現場で使える」ことを重視し、実践的な活用方法を中心に紹介します。

※各図は筆者が作成したAI生成画像を基に、サラヤ株式会社にてデザイン・加工

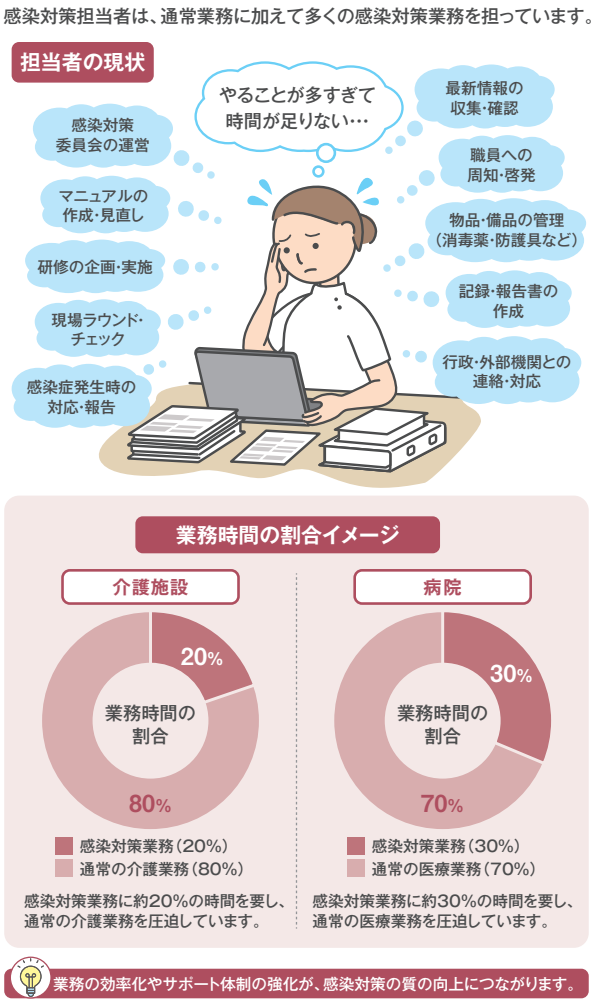


図1　感染対策担当者の業務負担イメージ

AIを使うことのメリット

1.業務時間の短縮

感染対策業務には、マニュアル作成、研修資料の準備、報告書の作成など、多くの「文章作成業務」が含まれます。これらは時間がかかる一方で、後回しになりやすい業務でもあります。AIを活用することで、これらの作業時間を大幅に短縮することが可能です（図2）。例えば、これまで30分以上かかっていたマニュアル作成が、AIを使うことで5分程度で下書きが完成することもあります。

また、「ゼロから考える負担」が減るため、心理的なハードルも低下します。結果として、これまで実施できていなかった感染対策業務に取り組めるようになります。

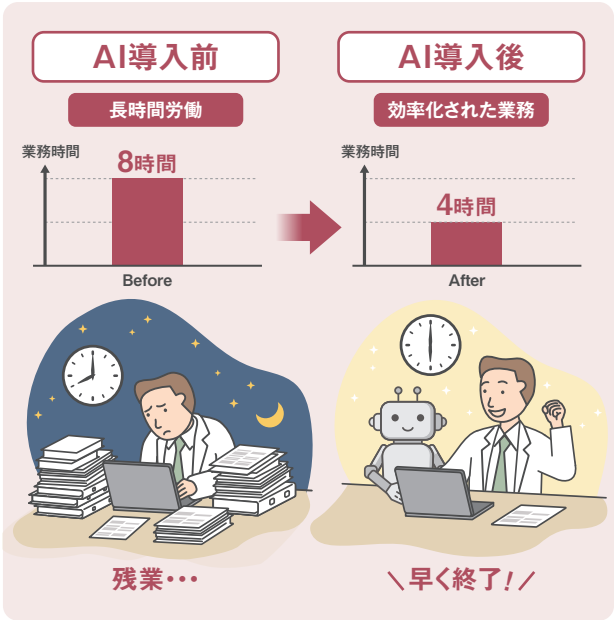


図2　AI導入前後の業務時間比較イメージ

2.業務・指導の標準化

感染対策は「人によって指導内容が異なる」ことが課題になりやすい分野です。例えば、手指衛生の説明一つをとっても、担当者によって内容や強調点が異なることがあります。

AIを活用することで、一定の水準を保った説明やマニュアルを作成でき、指導内容のばらつきを減らすことが期待できます。これは特に多職種が関わる現場において重要なメリットと考えられます（図3）。

3.教育の質の向上

AIは対象者に応じた説明が得意です。例えば、「新人職員向けにやさしく説明する」「ベテラン向けに根拠

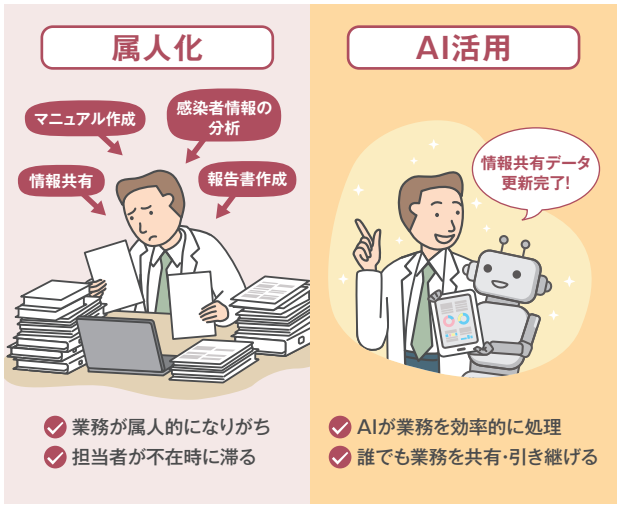


図3　属人化とAI活用の比較

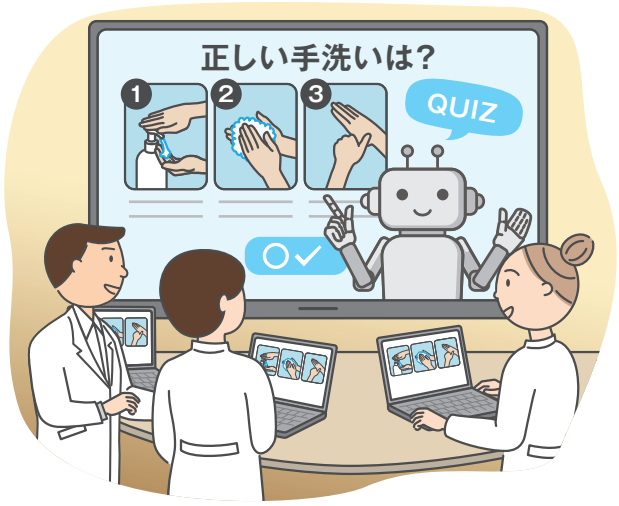


図4　AIによる教育支援のイメージ

を示しながら説明する」といった調整が可能です。さらに、クイズ形式の問題や事例問題も簡単に作成できるため、参加型の研修を実施しやすくなります（図4）。

これにより、「聞くだけの研修」から「理解を深める研修」へと質を向上させることが期待できます。

4. 心理的負担の軽減

文章作成が苦手な職員にとって、報告書や資料作成は大きな負担となります。AIは文章のたたき台を作成してくれるため、「書き始められない」というストレスが軽減できると考えます。また、「誰かに相談したいが時間がない」という場面でも、AIを補助的に活用することで考えを整理することができます。

AIを使うときの基本的な注意点

1. 個人情報の取り扱い

AIを利用する際に最も重要なのが、情報管理です。特に個人情報は取り扱いに注意が必要で、患者名や利用者名、具体的な病歴などをそのまま入力することは

表　入力して良い情報・避けるべき情報の具体例とポイント

	内容	具体例	ポイント
入力して良い情報	一般化された情報	「高齢者」「発熱がある利用者」	個人が特定されない表現にする
	業務内容	「手指衛生の手順」「嘔吐物処理方法」	感染対策の一般的な内容は入力可能
	教育・研修関連	「新人向けに手洗い方法を説明」	個人情報が含まれなければ安全
	匿名化された事例	「80代・発熱・咳ありのケース」	年齢や条件は抽象化して使う
	一般的な相談	「感染対策マニュアルの作成方法」	抽象化すると安全性が高い
入力を避けるべき情報	個人が特定できる情報	氏名、住所、生年月日	絶対に入力しない
	詳細な患者情報	「○○さん（実名）、○月○日入院」	匿名化が必要
	顔写真・画像情報	利用者の写真	プライバシーの侵害に注意
	施設内部の機密情報	未公開の報告書、内部資料	情報漏えいのリスク
	特定可能な組み合わせ	年齢＋疾患＋入所日など	組み合わせでも特定される

避けなければなりません。例えば、A病院、○月○日、△病棟…と情報を合わせると個人を特定できるような情報になるリスクもあります。入力する際は、個人が特定されない形に置き換えることが重要です（表、図5）。

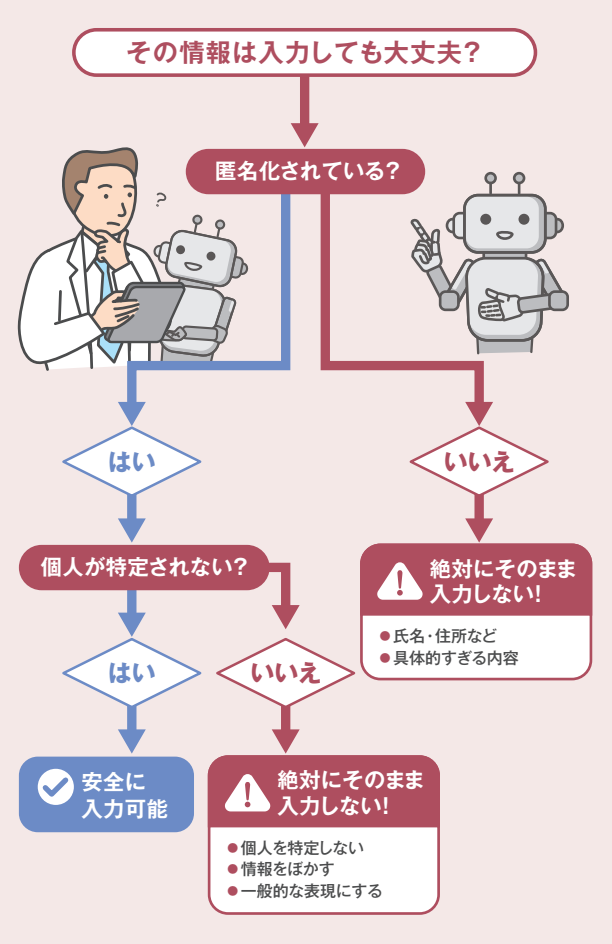


図5　AI活用時の確認フロー

2.AIの回答は参考情報である

AIは非常に便利なツールですが、常に正しい情報を出すとは限りません。誤情報（ハルシネーション）には注意する必要があります。特に感染対策は、最新のガイドラインや施設の方針に基づいて判断する必要があります。AIの回答を鵜呑みにせず、「参考」とし、最終的な判断は必ず人が行うことが重要です。

3.根拠の確認

AIが提示した内容が、ガイドラインや標準的な考え方に合致しているかを確認する必要があります（図6）。特にアウトブレイク対応など、判断を誤ると影響が大きい場面では慎重な確認が求められます。

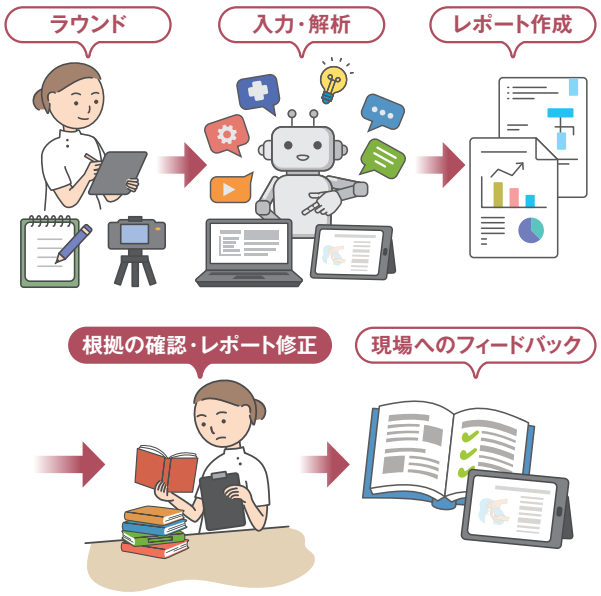


図6　根拠の確認

4.使いすぎへの注意

AIに頼りすぎることで、自分で考える力が低下する可能性があります。感染対策は現場の状況判断や関連する部署・職員との対話が重要であり、AIだけでは対応できない場面も多く存在します。AIはあくまで「補助ツール」として活用することが重要です。

感染対策担当者の活用可能な業務

1.マニュアル・手順書の作成

AIは、感染対策マニュアルの作成に非常に有効です。例えば、「嘔吐物処理手順」「手指衛生の方法」「PPEの着脱手順」などを短時間で作成することができます。作成された内容を施設の実情に合わせて修正することで、効率的に質の高いマニュアルを整備できます。

2.研修資料の作成

研修の準備は時間がかかる業務の一つです。AIを

活用すれば、スライドの構成案や説明文、さらにはクイズ問題まで作成できます（図7）。

〈例〉

「介護職員向けに手指衛生の重要性を説明するスライド案を作成してください」

このように依頼することで、すぐにたたき台が得られます。

3. ラウンド・監査の効率化

感染対策ラウンドでは、チェックリストの作成や指摘内容の整理をする機会が多いと考えられます。AIを活用することで、施設に合わせたチェック項目を簡単に作成できます。また、指摘事項をわかりやすい文章に整えることも可能です（図8）。

4. 感染症発生時の対応支援

感染症が発生した際には、迅速な対応が求められます。AIは初動対応の整理や対応フローの確認に役立ちます（図9）。

例えば、「ノロウイルス発生時の初動対応を整理してください」と入力することで、対応の流れを確認できます。

5. 記録・報告書作成

会議資料の作成はAIを活用することで時間効率を大幅に改善することが期待できます。音声を文字起こしする、あるいは箇条書きの情報を入力するだけで、読みやすい文章に整えることが可能です。これにより、記録業務の負担を軽減できます。

6. 多職種連携の支援

医師、看護師、介護職では専門用語や理解度が異なります。AIを活用することで、対象に応じて表現を調整できるため、円滑なコミュニケーションに役立ちます。

7. 患者・利用者への説明

感染対策の説明は、専門用語を避けてわかりやすく伝える必要があります。AIを活用することで、やさしい言葉での説明文を作成できます（図10）。

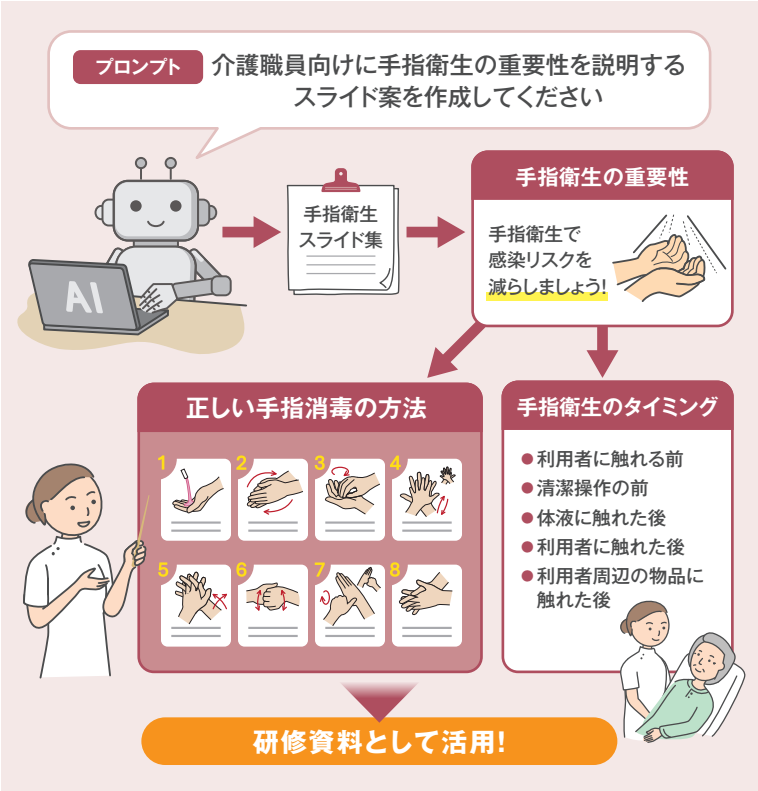
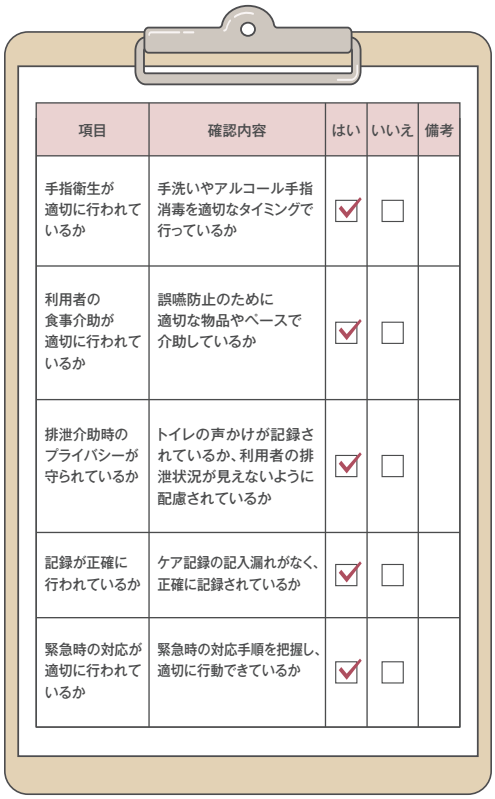


図7　AIによる研修資料作成フロー



項目	確認内容	はい	いいえ	備考
手指衛生が適切に行われているか	手洗いやアルコール手指消毒を適切なタイミングで行っているか	☑	☐	
利用者の食事介助が適切に行われているか	誤嚥防止のために適切な物品やペースで介助しているか	☑	☐	
排泄介助時のプライバシーが守られているか	トイレの声かけが記録されているか、利用者の排泄状況が見えないように配慮されているか	☑	☐	
記録が正確に行われているか	ケア記録の記入漏れがなく、正確に記録されているか	☑	☐	
緊急時の対応が適切に行われているか	緊急時の対応手順を把握し、適切に行動できているか	☑	☐	

図8　監査チェックリスト例



図9　感染症発生時の対応フロー



図10　専門用語の言い換え例

まとめ

本稿では、感染対策業務におけるAI活用について解説しました。AIは決して人の代わりになるものではありませんが、業務を支える強力なツールとなります。特に、感染対策は「継続」が重要です。AIを活用することで、これまで時間がなくて実施できなかった業務にも取り組めるようになり、時間的・精神的余裕が生まれると考えられます。

まずは、小さな業務から試してみることが重要です。例えば、1つのマニュアル作成や1回の研修資料作成から始めてみてください。AIを上手に活用することで、感染対策の質を高め、より安全な医療・介護環境を実現していくことが期待されます。

おすすめ文献 ちょこっとのぞき見

感染対策の実践を変える4つの注目文献

田代 将人　横浜市立大学大学院医学研究科 感染症内科学 主任教授
横浜市立大学附属病院 感染制御部 部長
横浜市立大学新興感染症研究センター センター長

1.はじめに

感染対策というと、手指衛生、個人防護具、隔離予防策がまず思い浮かびます。これらは感染対策の基盤ですが、医療関連感染を減らすには、患者の日常生活を支えるケア、共用医療機器の管理、対策を継続させる組織の仕組み、さらに院内伝播を早く見つける技術まで視野を広げる必要があります。本稿では、身近な歯磨きから全ゲノム解析を用いたサーベイランスまで、感染対策を異なる角度から捉えた文献4編を紹介します（表）。研究デザインは、メタ解析、クラスターランダム化比較試験、システマティックレビュー、前向きサーベイランスと多様です。本稿では、研究結果だけでなく、それぞれの限界と日本の医療・介護現場でどのように生かせるかを考えます。

2.歯磨きは院内肺炎を予防できるか

院内肺炎には、口腔内で増えた細菌の誤嚥が関与します。入院中は病状や認知機能の低下により普段どおりの歯磨きが難しく、口腔ケアを受けていても、清拭や保湿だけでは歯垢というバイオフィルムを十分に除去できません。

Ehrenzellerらは、入院成人に対する歯磨きの効果を検討した15件のランダム化試験をメタ解析しました[1)]。解析対象とした2,786例において、歯磨きを含む口腔ケアは、歯磨きを含まない口腔ケアと比べて院内肺炎のリスクを減少させました〔リスク比0.67、95%信頼区間0.56-0.81〕。ICU死亡率も減少し〔リスク比0.81、95%信頼区間0.69-0.95〕、人工呼吸器装着期間は平均1.24日、ICU在室期間は平均1.78日短縮しました。

表　本稿で紹介する4つの感染対策研究の概要

文献	対象・研究デザイン	主な介入・評価	主な結果	現場で生かすポイント
Ehrenzellerら、2024 JAMA Internal Medicine	入院成人を対象とした15件のランダム化試験のシステマティックレビュー・メタ解析	歯磨きを含む口腔ケアと、歯磨きを含まない口腔ケアを比較	院内肺炎のリスク比0.67。ICU死亡率、人工呼吸器装着期間、ICU在室期間も改善	歯磨きを清潔ケアにとどめず、院内肺炎を防ぐための基本ケアとして位置付ける
Browneら、2024 The Lancet Infectious Diseases	オーストラリアの1病院10病棟、5,002例。ステップウェッジ型クラスターランダム化比較試験	研修を受けた担当者による共用医療機器の清掃・消毒時間を追加し、教育、監査、フィードバックを実施	医療関連感染が17.3%から12.0%へ減少。調整後オッズ比0.62	共用医療機器について、誰が、いつ、どのように清掃するかを明確にする
Sonparら、2025 Clinical Microbiology and Infection	感染対策介入研究27件のシステマティックレビュー	システム変更、教育、監査、フィードバックなどを組み合わせた多角的戦略を評価	20件で医療関連感染の減少または手指衛生遵守率の改善	研修だけに頼らず、実行しやすい仕組みと評価・フィードバックを組み合わせる
Sundermannら、2026 Clinical Infectious Diseases	米国の1病院で得られた患者由来3,921菌株を対象とした前向きサーベイランス	医療関連分離菌を週単位で全ゲノム解析し、院内伝播を検出	476株を172のアウトブレイクに分類。介入した経路の95.6%で、その後の伝播なし	症例数の増加を待つだけでなく、ゲノム情報を院内伝播の早期発見と介入に結び付ける

ただし、根拠の中心はICU、特に侵襲的人工呼吸を受ける患者です。非人工呼吸患者を含む試験は2件に限られ、この集団の推定値は信頼区間が広く、統計学的に有意ではありませんでした。肺炎診断には画像所見など主観的要素があり、介入を二重盲検化できないこと、口腔ケアの方法や併用処置が試験間で異なることも考慮が必要です。したがって、一般病棟や高齢者施設で同程度の効果が得られるとは断定できません。

それでも、歯磨きは特別な薬剤や高価な機器を前提とせず、日本でも取り入れやすい対策です。清潔保持だけでなく肺炎予防のケアとして位置付け、自力で磨けない患者を把握し、誰が、いつ、どの方法で介助するかを標準化することが第一歩です。口腔内の状態や誤嚥リスクに応じ、看護職と歯科専門職が連携できる体制も重要です。

3.共用医療機器の清掃を個人任せにしない

血圧計、パルスオキシメータ、体温計などの共用医療機器は、病室間を移動し、病原体を運ぶ経路になり得ます。しかし、環境整備担当者と医療職のどちらが清掃するのか曖昧な施設もあります。担当者と実施時間が決まっていなければ、手順書があっても多忙な業務の中で清掃工程が抜け落ちます。

Browneらが実施したCLEEN研究は、オーストラリアの1病院10病棟、5,002例を対象としたステップウェッジ型クラスターランダム化比較試験です[2]。介入では、研修を受けた担当者による共用医療機器の清掃・消毒時間を平日1日当たり3時間追加し、教育、清掃の品質評価、およびフィードバックを組み合わせました。医療関連感染は対照期17.3%から介入期12.0%へ減少し、調整後オッズ比は0.62、絶対差は5.2ポイントでした。

一方、本研究は約500床の単施設研究で、対照期の医療関連感染が高かったため、効果の大きさを他施設にそのまま当てはめることはできません。また、専任時間、教育、監査、フィードバックを一体として導入しており、各要素の寄与は分かりません。アウトカムが2週ごとの点有病率調査で評価された点にも注意が必要です。

日本の現場で重要なのは、同じ人員配置の再現ではなく、清掃を実行可能な業務として設計することです。共用医療機器を洗い出し、機器ごとに清掃方法、頻度、担当者、実施の契機を決めます。使用後、患者交代時、1日の終了時など清掃実施の契機を明確にし、記録と監査で確認します。専任者を置けない場合も、清掃に必要な時間を業務量として見積もることが、個人の善意に依存しない対策につながります。

4.感染対策を定着させる多角的な取り組み

有効な感染対策を知っていても、現場で継続して実行できるとは限りません。物品の配置、時間不足、役割の曖昧さ、結果が現場に返されないことなどの障壁が残れば、研修だけで行動を定着させるのは困難です。そこで、システム変更、教育、監査とフィードバック、注意喚起、組織文化という5つの要素への働きかけを組み合わせる多角的戦略が重視されています。

Sonparらは、WHOの感染対策プログラムの中核要素である多角的戦略に関するシステマティックレビューを更新しました[3]。2015年11月から2023年6月までの急性期医療施設の研究を検索し、質の基準を満たした27件を採用しました。内訳は、医療器具関連感染9件、手術部位感染4件、薬剤耐性菌による感染8件、手指衛生遵守6件です。少なくとも多角的戦略の3つの要素を含む介入を対象とし、20件で医療関連感染の減少または手指衛生遵守率の改善が報告されました。

ただし、このレビューから、どの対策を組み合わせるのが最も有効か、感染をどの程度減らせるかまでは分かりません。比較対照のある研究だけでなく、介入前後を比較した観察研究も含まれ、研究の質は全体として低〜中等度でした。また、対象とした感染症、介入内容、評価方法が研究ごとに異なるため、多角的戦略によって感染が何%減るかを共通の数値で示すことはできませんでした。

前述のCLEEN研究は、専任の清掃時間というシステム変更に、教育、監査とフィードバックを組み合わせた具体例です。多角的戦略は、決まった対策のセットをそのまま導入するものではありません。自施設で応用す

る際は、現場で実行を妨げる要因を確認し、それに応じた介入を選びます。教育で知識を補うのか、物品配置や役割分担を変えるのか、測定結果を誰にどの頻度で返すのかを具体化することが、継続可能な対策につながります。

5.リアルタイム全ゲノム解析で見えない院内伝播を捉える

従来のアウトブレイク調査では、同じ病棟で同じ菌種の検出が増えたことを手掛かりに院内伝播を疑います。しかし、ありふれた菌種の散発例、病棟をまたぐ伝播、時間を隔てた共通の医療行為による伝播は見逃されます。全ゲノム解析〔WGS〕で菌株間の近縁性を調べると、一見無関係な症例を同じ伝播連鎖として捉えられます。

Sundermannらは、米国の1大学病院で、医療関連の臨床分離菌を週単位でWGSにかけ、感染対策チームが介入する仕組みを2年間運用しました[4]。患者由来3,921菌株のうち476株〔12.1%〕が、患者数2-16例からなる172のアウトブレイクに分類され、476株のうち292株〔61.3%〕では疫学的な接点も確認されました。伝播経路に介入した114のアウトブレイクのうち109件〔95.6%〕で、同じ経路に沿ったその後の伝播を認めませんでした。

モデルでは、2年間で62件の感染と4.8人の死亡を回避し、投資額の3.2倍の収益が得られたと推計されました。ただし、これらは実測値ではなく、複数の仮定に基づきます。単施設で対照群がなく、介入後に伝播が止まったことだけで因果関係は確定できません。培養されない症例や無症候保菌は捕捉しにくく、検体採取から解析完了までの中央値も14日でした。また、リアルタイムは即日を意味しない点にも注意が必要です。

すべての施設が直ちにWGSを常時運用するのは現実的ではありません。解析費用に加え、検査室、感染対策部門、診療情報を結ぶ人材と基盤が必要です。一方、地域の検査機関との連携や、重要な菌種・状況に対象を絞った運用は検討できます。重要な点はゲノム配列を得ることではなく、患者の移動、処置、医療機器などの情報と照合し、結果を具体的な介入へつなげることです。

6.4編から見えてくる共通点

4編が扱う対策は、歯磨き、共用医療機器の清掃、多角的な取り組み、ゲノムサーベイランスと大きく異なります。それでも、共通する原則があります。第1に、日常的なケアや清掃を感染リスクに結び付く重要な業務として扱うことです。第2に、実施者の注意力や善意だけに頼らず、時間、物品、役割を整えることです。第3に、実施状況と患者アウトカムを測定し、結果を現場へ返して改善することです。第4に、新しい技術も、結果を受けて行動する体制がなければ効果を発揮しないことです。

また、いずれの研究も、結果を無条件に一般化できるわけではありません。対象患者、施設規模、通常ケア、対応できる人員が異なれば、期待される効果も変わります。研究で有効だった介入の表面だけをまねるのではなく、どの伝播経路や実装上の障壁に作用したのかを見極める必要があります。身近な対策にも先端技術にも、現場で確実に実行し、評価し、修正するという同じ感染対策の基本が求められます。

7.おわりに

今回の4編は、すべての施設に共通する完成済みの処方箋ではありません。自施設の患者構成、人員、既存業務、感染対策上の課題を確認し、取り組む問題を明確にすることが出発点です。そのうえで、誰が実施し、何を測定し、結果をどのように返すかまで設計することで、文献の知見を日々の患者安全へ結び付けることができます。

引用文献

1) Ehrenzeller S, Klompas M. Association Between Daily Toothbrushing and Hospital-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Internal Medicine. 2024;184:131-142. doi:10.1001/jamainternmed.2023.6638.
2) Browne K, White NM, Russo PL, et al. Investigating the effect of enhanced cleaning and disinfection of shared medical equipment on health-care-associated infections in Australia (CLEEN): a stepped-wedge, cluster randomised, controlled trial. The Lancet Infectious Diseases. 2024;24:1347-1356. doi:10.1016/S1473-3099(24)00399-2.
3) Sonpar A, Hundal CO, Totté JEE, et al. Multimodal strategies for the implementation of infection prevention and control interventions-update of a systematic review for the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the facility level. Clinical Microbiology and Infection. 2025;31:948-957. doi:10.1016/j.cmi.2025.01.011.
4) Sundermann AJ, Kumar P, Griffith MP, et al. Real-Time Genomic Surveillance for Enhanced Healthcare Outbreak Detection and Control: Clinical and Economic Impact. Clinical Infectious Diseases. 2026;82:134-141. doi:10.1093/cid/ciaf216.

Topics

高用量インフルエンザワクチンについて

三鴨 廣繁　朝日大学病院 感染症内科 教授
愛知医科大学 名誉教授

はじめに

インフルエンザは高齢者で入院・死亡の負担が大きく、医療機関や介護施設では集団発生が診療継続やケア提供に直結する課題である。高齢者では免疫老化のためワクチン応答が低下しやすく、標準量インフルエンザワクチン（以下、標準量ワクチン）で十分な防御が得られにくい可能性が指摘されてきた。この課題に対し、各株60μgのHA抗原を含む高用量インフルエンザワクチン（以下、高用量ワクチン）が開発された。本稿では、感染対策に携わる医療従事者・介護従事者向けに、その経緯、有効性・安全性、今後の展望を整理する。

高用量ワクチン定期接種に係るこれまでの経緯・背景

背景にあるのは、高齢者での疾病負荷の大きさと免疫老化である。免疫老化は抗体産生や細胞性免疫を含む防御機能を低下させ、季節性インフルエンザワクチンの効果を相対的に弱めうることが以前から指摘されている[1]。そのため、標準量ワクチン（各株15μg HA）より強い免疫応答を目指し、各株60μg HAを含む高用量ワクチンが開発された。

制度面では、米国で2009年に65歳以上向け高用量ワクチンが承認され、その後CDC/ACIPは65歳以上に対し高用量またはアジュバント添加などの強化型ワクチンを標準量より優先的に選択しうるとしている[2,3]。日本では高齢者のインフルエンザ定期接種は2001年から実施されてきたが、高用量インフルエンザHAワクチン（エフルエルダ®筋注）は2024年12月に60歳以上で薬事承認された[4]。その後、2025年11月の基本方針部会では、高齢者のインフルエンザ定期接種に用いるワクチンとして高用量ワクチンを追加し、その対象を75歳以上とする趣旨が了承された[5]。一方、2026年2月の分科会では、3価高用量ワクチンの用法・用量等の情報確定後に具体的な政省令案を改めて諮問する方針が示されている[6]。したがって、日本における高用量ワクチンの位置づけは、60歳以上での承認を前提に、75歳以上の定期接種への導入に向けて制度化が進められている段階と整理するのが適切である。

高用量ワクチンの有効性および安全性

有効性については、65歳以上約3.2万人を対象とした無作為化比較試験で、3価高用量ワクチンは標準量ワクチンに比べ、検査確定インフルエンザの発症を相対的に24.2%減少させ、HI抗体価と血清防御率も有意に高かった[7]。また、システマティックレビュー・メタ解析では、検査確定インフルエンザの発症リスクの低下（RR 0.76, 95%CI 0.65-0.90）が示され[8]、より新しい更新版でも、外来レベルのインフルエンザ様疾患、インフルエンザ関連入院、肺炎、心肺系イベントなどで標準量ワクチンより良好な相対的有効性が報告されている[9,10]。介護施設に近い文脈では、米国ナーシングホームのクラスター無作為化試験で、呼吸器関連入院の低下も示された[11]。

安全性では、局所の疼痛・発赤・腫脹や、筋肉痛、倦怠感、発熱などの全身反応は標準量より多い傾向があるが、多くは軽度～中等度で一過性である[8]。一方、重篤な有害事象は大規模RCTでも標準量群と大差なく[7]、厚生労働省の検討でも、高用量ワクチン接種後の重篤な有害事象の発現頻度は標準量ワクチンと同等と整理されている[6]。したがって実務上は、接種後反応の説明を丁寧に行いつつ、重篤事象の頻度を過度に懸念しすぎないバランスの取れた説明が重要である。

今後の展望

今後の焦点は、「有効性があるか」から「誰に、どの制度で、どう実装するか」へ移りつつある。厚生労働省の審議では、高用量ワクチンを高齢者インフルエンザ定期接種に用いるワクチンへ追加することは妥当と整理され、対象は75歳以上とする方向が示された[5,6]。一方で、2026年2月時点では、3価高用量ワクチンの情報確定後に政省令案を改めて諮問する方針とされており、供給量、価格、接種経路（筋肉内接種）、自治体運用、標準量ワクチンとの選択方法など、現場実装にはなお調整項目が残っている[6]。

医療・介護現場では、今後は高用量ワクチンを単独で評価するだけでなく、標準量ワクチン、アジュバント添加ワクチン、組換えワクチンとの比較、フレイルや施設入所の

有無による効果差、リアルワールドデータに基づく入院・死亡抑制効果の検証が重要になる。加えて、日本環境感染学会「医療関係者のためのワクチンガイドライン 第5版（2026）（以下、日本環境感染学会ガイドライン第5版）」（図）は、接種不適当者を除く全医療関係者への毎年1回のインフルエンザワクチン接種を推奨し、患者保護、職員欠勤の抑制、接種率向上のための教育・広報、接種機会の確保、費用面への配慮などの施設的取り組みを重視している。さらに、医療関係者を含む高齢者では高用量ワクチンを優先的に使用することが推奨されている[12]。したがって、75歳以上に対する定期接種としての具体的運用や、60～74歳での任意接種を含めた実装のあり方については、今後の政省令・通知とエビデンスの蓄積を踏まえて整理されるとみるのが妥当である[6]。



図　医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版（2026）

まとめ

医療従事者・介護従事者向け実務上の要点

・適応と目的の理解

高用量ワクチンは、免疫老化の影響が大きい高齢者で、標準量より高い予防効果を期待して用いられる。国内では60歳以上で承認されており、定期接種としては75歳以上を対象とする制度設計とされた[4-6]。日本環境感染学会ガイドライン第5版では、医療関係者を含む高齢者に高用量ワクチンを優先的に使用する考え方が示されている[12]。

・副反応への事前説明

標準量ワクチンに比べ、注射部位の痛みや腫れ、発熱・倦怠感などの副反応がやや出やすい傾向があるため、被接種者やその家族への丁寧な事前説明と理解が求められる。

・接種後の観察

副反応の多くは一過性であるが、施設内等で接種を行う際は、接種後数日間の体調変化（特に発熱等）に留意し、適切なケアや記録を行う。

・医療施設としての考え方

日本環境感染学会ガイドライン第5版は、医療関係者への毎年のインフルエンザワクチン接種を患者保護と欠勤抑制の両面から推奨している。教育・広報、接種場所の確保、経済的配慮、接種率のフィードバックなど、施設ぐるみの接種率向上策が重要である[12]。

・制度の動向の注視

高用量ワクチンは75歳以上に対する定期接種導入に向けて制度整備が進められているため、対象年齢、使用ワクチン、接種方法、開始時期※などは、自治体通知、厚生労働省審議会資料、添付文書を定期的に確認する[6]。

※2026年10月1日から75歳以上を対象とする高用量ワクチンの定期接種が導入される予定だったが、ワクチンの供給が困難なことから、2026/27シーズンの定期接種は見送られることとなった。

参考文献

1）Sambhara S, McElhaney JE. Immunosenescence and influenza vaccine efficacy. Curr Top Microbiol Immunol. 2009; 333: 413-429. PMID: 19768417.
2）CDC. Flu and People 65 Years and Older. Updated Sept 5, 2024. https://www.cdc.gov/flu/highrisk/65over.htm: 2026年4月14日現在.
3）CDC. Higher Dose and Adjuvanted Influenza Vaccines for Persons Aged ≥65 Years: Evidence to Recommendations. Updated Sept 5, 2024. https://www.cdc.gov/acip/evidence-to-recommendations/influenza-older-adults-etr.html: 2026年4月14日現在.
4）PMDA. 高用量インフルエンザHAワクチン（エフルエルダ筋注）申請資料概要. https://www.pmda.go.jp/drugs/2024/P20241220002/index.html: 2026年4月14日現在.
5）厚生労働省. 高用量インフルエンザワクチンについて. 第72回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会資料. 2025-11-19. https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001639557.pdf: 2026年4月14日現在.
6）厚生労働省. 第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 議事録. 2026-02-12. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_71187.html: 2026年4月14日現在.
7）DiazGranados CA, Dunning AJ, Kimmel M, et al. Efficacy of high-dose versus standard-dose influenza vaccine in older adults. N Engl J Med. 2014; 371(7): 635-645. PMID: 25119609.
8）Wilkins K, Wei Y, Szwajcer A, et al. Efficacy and safety of high-dose influenza vaccine in elderly adults: A systematic review and meta-analysis. Vaccine. 2017; 35(21): 2775-2780. PMID: 28431815.
9）Lee JKH, Lam GKL, Shin T, et al. Efficacy and effectiveness of high-dose influenza vaccine in older adults by circulating strain and antigenic match: An updated systematic review and meta-analysis. Vaccine. 2021; 39 Suppl 1: A24-A35. PMID: 33422382.
10）Lee JKH, Lam GKL, Yin JK, et al. High-dose influenza vaccine in older adults by age and seasonal characteristics: Systematic review and meta-analysis update. Vaccine X. 2023; 14: 100327. PMID: 37333054.
11）Gravenstein S, Davidson HE, Taljaard M, et al. Comparative effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccination on numbers of US nursing home residents admitted to hospital: a cluster-randomised trial. Lancet Respir Med. 2017; 5(9): 738-746. PMID: 28736045.
12）日本環境感染学会ワクチン委員会. 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第5版. 日本環境感染学会, 2026. https://www.kankyokansen.org/wp-content/uploads/vaccine-guideline_05-2.pdf: 2026年4月14日現在.

地域連携

地域全体で取り組む感染対策
名戸ヶ谷あびこ病院が我孫子市で築いた多機関連携の実践

加藤 久美子 社会医療法人社団 蛍水会 名戸ヶ谷あびこ病院 感染対策室 室長
感染制御実践看護師

はじめに

地域の医療・介護・福祉・教育機関が密接に関わる環境では、感染症発生時には迅速で一貫した連携が求められます。これまで千葉県我孫子市の感染症対応は医師会をはじめとした関係機関の活動に支えられてきましたが、市内で地域支援を完結できる体制は十分ではありませんでした。名戸ヶ谷あびこ病院（以下、当院）では、ICT（Infection Control Team）が院内の感染対策を担いながら地域との連携にも取り組み、こうした基盤をもとに体制整備を進め、2024年に感染対策向上加算1（以下、加算1）を取得しました。本稿では当院が各機関のハブとなり、地域全体の感染対策の質の向上につなげた経緯について、加算1取得後に実施した多機関連携による新興感染症訓練を中心に報告します。

地域の感染対策体制と我孫子市の課題

我孫子市は人口約13万人、高齢化率は約31％と高く、市内には約200か所の高齢者施設と約30か所の乳幼児施設が存在しています。多様な年齢層が生活し、医療・介護・福祉・教育機関が密接に関わる地域であるため、感染症発生時には地域の医療・介護・福祉・教育を横断する感染関連領域で迅速かつ一貫した対応が求められます。新興感染症のように感染性・重症度・伝播様式が不確実な疾患が発生した場合、地域内の各機関が同じ判断基準を共有し、初動対応を統一する必要があります。しかし、2024年まで市内には加算1を取得している医療機関が存在せず、加算1に基づく地域支援やアウトリーチ活動を市内で完結させる制度上の仕組みが整っていない状況でした。地域の医療機関や医師会は、他市の加算1医療機関や行政と連携しながら感染症対応を続けてきましたが、市内で共通の判断基準を示し、地域全体を統一的に支援する“ハブ”となる機関が不在であったことは、地域連携を進めるうえで大きな課題となっていました。当院は、市内の急性期医療を担う中核病院としてこの課題に向き合い、ICTを中心に院内体制を整備し、地域の感染対策体制を強化する役割を果たす必要がありました。

ICTの院内活動とICN（Infection Control Nurse）による地域支援体制の構築

当院では、以前はICTが院内の感染対策を担い、標準予防策の徹底や職員教育、環境整備、事例対応など、日常的な感染対策を着実に積み重ねてきました。ICTの活動は院内の感染対策の基盤として機能し、院内の安全を支える重要な役割を果たしていました。一方、加算1の取得には、院内だけでなく地域支援体制の構築が求められます。地域の医療機関・介護施設・行政との連携やアウトリーチの実施、教育体系の整備など、ICTが担ってきた院内中心の活動だけでは満たせない要件が多く存在していました。こうした状況の中、2024年5月に感染制御実践看護師（PNIPC）（以下、ICN）が着任しました。ICNは、ICTが築いてきた院内の基盤を土台にしながら、地域の感染対策支援まで視野に入れた体制整備を主導しました。地域支援の枠組みづくりや部署間調整、記録の標準化、地域機関との連携強化など、加算1取得に必要な要件を一つひとつ具体的な行動に落とし込み、ICTと協働して進めていきました。このように、ICNが中心となって地域支援体制を構築したことで、当院は2か月という短期間で加算1を取得することができました。この取得は、ICNのリーダーシップとICTが長く支えてきた院内の取り組み、そして病院全体の協力が重なり合って生まれた成果でした。

ICTニュースが地域の“相談窓口”となるまで

加算1取得後、ICNが最初に着手したのは「ICTニュース」の発行でした。地域の感染症発生状況や季節ごとの注意点、現場で実践しやすい感染対策のポイントを、専門職以外にも理解しやすいようイラストを交えて作成し、院内だけではなく地域でも配布しました。当初の配布先は、市内の消防・市役所・医師会・病院・外来診療所・介護施設・託児所などでしたが、読みやすさと実用性が評価され、次第に「自施設にも配布してほしい」という依頼が増加しました。現在では35か所以上の施設が継続的に受け取りを希望し、地域の共通情報コンテンツとして定着しています。ICTニュースを通じて地域からの信頼が高まり、地域の施設から感染対策室への相談が増加しました。相談内容は多岐にわたり、施設内の感染対策の見直しや事例発生時の初動対応、職員研修の依頼など、医療・介護施設からの相談に加え、教育委員会や学校養護教諭からの相談も寄せられました。ICTニュースは、単なる情報提供ではなく、「相談しやすい窓口」として地域の感染対策をつなぐ起点となりました。

行政・保健所との連携基盤の構築

地域の感染対策の質を高めるためには、行政との連携が不可欠です。ICTは研修内容や資料を保健所へ共有し、行政と医療が同じ情報を持つ体制を整えました。市ともICTニュースを通じて情報共有を行い、保育・教育・高齢者福祉など市が把握する地域情報と医療側の視点が相互に補完される関係性が築か

れました。医療機関以外からの相談が増加した際には、保健所・市と連携し、行政と医療が協働して地域課題に対応する体制が整いました。こうした継続的な情報共有と信頼関係の構築により、保健所は当院が実施する新興感染症訓練の動画作成にも参加するようになりました。行政が訓練の企画段階から関与することで、地域全体で統一した初動対応の枠組みが形成されていきました。

消防との協働で強化された初動対応力

加算1取得後、消防からの信頼も高まり、手指衛生やPPE着脱、救急車内環境整備などの研修依頼を受けるようになりました。研修では、消毒薬の選択や環境清拭用ワイプの種類、救急車内の清掃・消毒手順など、現場に直結する相談が多く寄せられました。消防との研修を通じて、救急隊の感染対策の質が向上し、新興感染症訓練にも自然な流れで消防からの参加・協力が得られる体制が整いました。

新興感染症訓練の実践と多機関連携の深化

保健所・市・消防・医師会・病院・介護施設・障がい者施設・外来診療所など多機関と連携し、実践的な新興感染症訓練を実施しました（表）。

2024年度:エボラ出血熱を想定した訓練

救急搬送中の嘔吐、嘔吐物処理、動線確保など高リスク場面を映像化し、関係機関とカンファレンスを実施しました（図）。動画は保健所や乳幼児施設研修でも活用され、地域の学習資源となりました。

2025年度:麻疹様新興感染症を想定した訓練

介護施設面会者の急変から搬送、保健所の介入、接触者対応、検体採取～搬送までを可視化しました。行政と医療が一体となった訓練となり、地域全体の初動対応の理解が深まりました。

2026年度（予定）:新たな呼吸器感染症（MERS様疾患）

複数医療機関で同時発生し、転院調整が必要となる状況をテーマに、千葉県衛生研究所の助言を受けながら企画を進行しています。

表　訓練の概要：3年間の新興感染症訓練テーマ

年度	訓練	参加機関	重点ポイント
2024 年	**エボラ出血熱** 救急搬送→嘔吐→嘔吐物処理→入院	市、消防、保健所、医師会、加算2連携病院、診療所、連携以外病院、介護施設	エボラ対策用個人防護具 嘔吐物処理 受診・入院動線確保
2025 年	**麻疹様新興感染症** 介護施設面会者→路上行き倒れ→消防→保健所検体搬送→入院	市、消防、保健所、医師会、加算1.2.3連携病院、診療所、連携以外病院、介護施設、障がい者施設	早期通報 検体搬送 接触者対応
2026 年（予定）	**新たな呼吸器感染症（MERS 様疾患）** 当院と外来施設で受診２名同時発生→消防転院搬送→入院	市、消防、保健所、医師会、加算1.2.3連携病院、診療所、連携以外病院、介護施設、障がい者施設、アドバイザー（千葉県衛生研究所・県庁〔予定〕）	初期対応の標準化 搬送基準 転院搬送 情報共有



図　2024年度新興感染症訓練の様子

訓練後の反響と地域への広がり

訓練は新聞やNHKニュースなど複数のメディアに取り上げられ、地域内外から問い合わせが相次ぎました。加算未取得の医療機関からも参加希望が寄せられ、地域全体の感染対策への関心が高まりました。参加者からは以下の声が寄せられました。

「行政・消防・医療が同じシナリオで動く訓練は初めてだった」
「初動を具体的にイメージできた」
「動画教材が現場教育に有用だった」

特に検体採取～搬送の可視化は外来施設から高く評価され、地域の共通理解を深める教材となりました。

おわりに:地域全体で感染対策を進めるために

名戸ヶ谷あびこ病院の取り組みは、地域内の多機関連携を実効的に機能させるための基盤形成を支える第一歩となりました。新興感染症への備えは、医療・行政・福祉・教育が共通の認識と行動基準を持つことで初めて成立します。今後も当院は、加算1病院として地域の感染対策体制の強化に継続的に取り組み、地域の感染対策の質の向上に貢献していきます。

参考文献

厚生労働省．令和6年度診療報酬改定の概要【ポストコロナにおける感染症対策】．令和6年3月5日．https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001224802.pdf：2026年7月30日現在．
厚生労働省．感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則．令和8年7月1日 施行．https://laws.e-gov.go.jp/law/410M50000100099：2026年7月30日現在．

第41回 日本環境感染学会総会・学術集会 出展レポート

はじめに

弊社は2026年7月9日（木）～11日（土）にパシフィコ横浜にて開催された「第41回日本環境感染学会総会・学術集会」に出展しました。ホスピタリティスペースの会場では、「感染管理業務IT・DX研究会 ～ManGo感染管理版ユーザー交流会～」、「会場特別版 感染対策をカジュアルに語る会」、「手指衛生のタイミング ミニミニトレーニング」の3つのイベントを実施しました。また、ミニコーナーも設け、多くの学会参加者にお立ち寄りいただきました。ご来場いただいた皆様、ならびに開催にご協力いただいた関係者の皆様に、心より御礼申し上げます。本号では、会期中の様子の一部をご紹介します。

イベント

1.感染管理業務IT・DX研究会 ～ManGo感染管理版 ユーザー交流会～

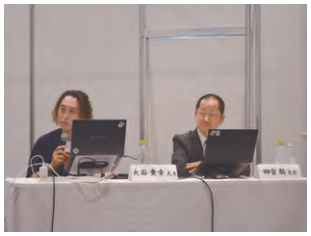
開催日時	7月10日（金）15：30～17：00
司会	大石 貴幸 先生　済生会横浜市東部病院 感染管理対策室 副室長 四宮 聡 先生　医療法人協和会 法人感染対策委員会 副委員長 感染管理認定看護師
基調講演	“頑張る感染対策”から“仕組みで回る感染対策”へ ―ICT業務のIT化・DX化を考える―　演者：四宮 聡 先生
事例紹介	ManGo感染管理版 導入事例 事例① 野瀬 正樹 先生　医療法人協和会 箕面市立病院 感染制御部 感染管理認定看護師 事例② 池田 智 先生　社会福祉法人やすぎ福祉会 特別養護老人ホームしらさぎ苑 感染症管理者 主任看護師
ディスカッション	登壇者と参加者との意見交換

弊社では、2025年より感染対策マネジメントシステム「ManGo」を発売しています。この度、「ManGo」を導入いただいている、もしくは導入を検討中のご施設の方を対象に、「ManGo感染管理版 ユーザー交流会」を開催しました。

本会では、四宮先生よりIT化・DX化に関する最新の知見やポイントについてご講演いただきました。さらに、導入施設による活用事例の紹介では、運用の工夫や導入後の効果、現場での課題など、実践に基づいた取り組みが共有されました。また、ご登壇の先生方と導入施設の参加者、今後導入を検討されている参加者が直接意見交換を行い、「ManGo」の活用方法や感染管理業務におけるIT化・DX化について、情報交換が行われました。参加者同士の交流も図られ、今後のつながりを広げる機会となりました。

●参加者の声（抜粋）

- 実際の活用（メリット・デメリット）について知ることができた
- 四宮先生の「業務に対しての活用」や「将来的な展望」が参考になった



司会：大石先生、四宮先生



会場全体の様子

- DX化にシフトしていくことの必要性を考えさせられるきっかけになった
- 業務内容が増えているのに人員は減っているため、有効活用していければいいと思った
- 自分がITやDXについていけるかどうか不安に思う

●耳寄り情報！

2027年に「第2回 感染管理業務IT・DX研究会 ～ManGo感染管理版 ユーザー交流会～」の開催を予定しています。

開催日については現在調整中のため、決定次第ご案内します。

IT化・DX化にご興味をお持ちの方や「ManGo」の導入をご検討中の方は、ぜひこの機会にご参加ください（参加費無料）。

「ManGo」の
詳しい情報はコチラから▶

2.会場特別版 感染対策をカジュアルに語る会

開催日時	7月11日（土）10：30～11：30
世話人	椎木 創一 先生　沖縄県立中部病院 感染症内科 部長 本田 仁 先生　藤田医科大学医学部 微生物学講座 感染症科 臨床教授 坂本 史衣 先生　医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 院長補佐
話題提供	手指衛生の取り組み ～行動変容と現場定着の工夫～
ゲストスピーカー	NHO栃木医療センター 山口 禎夫 先生　ICT・臨床研究部・小児科部長・感染アレルギー科医長 丸山 沙緒里 先生　ICT・感染管理特定認定看護師 髙嶋 瑠美子 先生　ICT・薬剤師 黒岩 ひかり 先生　ICT・臨床検査技師

「感染対策をカジュアルに語る会」は、日頃の感染対策業務で抱えているお悩みや課題について、世話人の先生方やゲスト、参加者の皆様が気軽に意見交換できることを特徴とした会です。通常はWeb上でリアルタイムに開催していますが、今回初めて学会会場での対面形式で開催しました。

「手指衛生の取り組み～行動変容と現場定着の工夫～」をテーマに、手指衛生遵守率向上に向けてどのような取り組みをしたらいいのか、手指消毒剤の適正使用量など、各施設が共通して抱える課題について意見交換が行われ、参加者の皆様は頷きながら熱心に耳を傾けていました。



世話人：左から本田先生、
椎木先生、坂本先生



会場全体の様子

笑いも交えながら終始和やかな雰囲気で進行し、対面ならではの交流が生まれるなど、「カジュアルに語る会」の名にふさわしい貴重な機会となりました。

●参加者の声（抜粋）

- 臨場感があってよかった
- 様々なヒントをいただけた
- 同じ悩みを一緒に考えられた
- 実践に活かしてみたいと感じた
- いつもオンラインで見ている先生方にお会いできてうれしかった

●耳寄り情報！

「第10回 感染対策をカジュアルに語る会」は、2027年春頃の開催（Web）を予定しています。

参加者同士でざっくばらんに意見交換できる場ですので、ぜひお気軽にご参加ください（参加費無料）。

また、ご自身やICT、ご施設全体で抱えている課題を共有・相談したいという方も大歓迎です。

3.手指衛生のタイミング ミニミニトレーニング

サラヤのホームページ「Medical SARAYA Link」で公開中の「手指衛生のタイミング間違い探し動画」を活用し、約20分間の簡易トレーニングを実施しました。

はじめに、弊社スタッフより、WHO「手指衛生の5つのタイミング」などの基本的な考え方について解説しました。その後、バイタルサイン測定時の動画をご覧いただき、「どの場面で手指衛生が必要か」を参加者の皆様に考えていただきました。続いて、グループメンバーで意見交換を行い、最後に、解説動画を視聴しながら適切な手指衛生のタイミングを振り返りました。参加者からは、「自施設の研修でも動画を活用したい」といったご感想を多数いただきました。



トレーニングの様子
（弊社スタッフが解説）



手指衛生のタイミング
間違い探し動画

●参加者の声（抜粋）

- わかりやすい、現場ですぐ使える
- 体験することでイメージがつきやすかった。リンクナースにもすすめたい
- 自身で動画を用いてトレーニング/講習会を実施してみたい
- 早速使います
- ありがとうございました。楽しく勉強できました

●耳寄り情報！

「手指衛生のタイミング間違い探し動画」はサラヤのホームページ「Medical SARAYA Link」でご視聴いただけます。ご施設での研修や勉強会などでご活用ください。

また、今回実施したトレーニングは簡易版でしたが、弊社認定スタッフによる「有償トレーニング（2時間程度）」をご施設にて実施することも可能です。

動画の視聴は
コチラから▶

ミニコーナー

リアル版 みんなのつぶやき

本誌裏表紙でおなじみの「みんなのつぶやき」を、会場でも楽しんでいただけるよう、「リアル版 みんなのつぶやき」を実施しました。一部の色を抜いた「バイキン軍団（黄色ブドウ球菌、レジオネラ属菌）」のボードを用意し、色付き付箋に「つぶやき」を書いて貼っていただくことで、ボードの色を埋めていただきました。日頃の業務で感じていることやサラヤへのメッセージなど、さまざまなつぶやきが集まりました。



リアル版 みんなのつぶやき

●みんなのつぶやき（抜粋）

- 直接観察をはじめるとスタッフがいなくなる（消える）
- サラヤ大好き！
- マスク、手袋などたくさん使っています
- 人に伝えるのって難しい〜うまく伝えて対策すすめたい
- 学会はやっぱり冬がいいなぁ、暑すぎです

※「耳寄り情報」に記載している内容の詳細については、営業担当もしくは本誌裏表紙に掲載している問い合わせ先までご連絡ください。

Hand hygiene in Africa: A personal journey to scaling up in Uganda through the MIKONO study

Dr.Hiroki Saito

Department of Infectious Diseases, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

Hand hygiene is a cornerstone of infection prevention and control (IPC) and is essential to quality universal health coverage (UHC), which is a target of the Sustainable Development Goals (SDGs). Yet one in four healthcare facilities globally and nearly half in sub-Saharan Africa are reported to lack basic water services. This underscores the global challenge of ensuring access to basic infrastructure and an enabling environment for hand hygiene.

In the early 2000s, I served as a Japan International Cooperation Agency (JICA) volunteer in Uganda, and my assignment was community-based HIV control. I was based at a district hospital that had been upgraded from a health center following receipt of a JICA grant aid for facility renovations. Both healthcare delivery and everyday life were challenging for someone who had grown up and been trained in Japan. During my two years of volunteer service, I lived next to the hospital and collected water for daily use from the nearest well. Because fetching water was tiring and time-consuming, I tried to conserve as much of it as possible. A friend made me an improvised shower from a plastic bottle: I poured water into the top, and it flowed through holes in the bottom. Some areas of the hospital had running water supplied from a storage tank, but performing hand-washing in accordance with the WHO's "My 5 Moments for Hand Hygiene" using soap and water alone was not practical. I never saw alcohol-based handrub (ABHR) on the wards. After completing my volunteer service, I moved to the United States to study public health, which I believed was fundamental to improving the lives of people in such settings.

Around 2013 or 2014, a former fellow JICA volunteer in Uganda emailed me. He had since joined SARAYA Uganda, which had started manufacturing ABHR from locally grown sugarcane in the early 2010s. At the time, I was still in the US, where I was obtaining training in infectious diseases. His proposal was compelling: he wanted to evaluate the effects of locally produced ABHR in Ugandan healthcare facilities. Together with Ugandan and international collaborators, we developed a protocol and conducted the WardGel study.[1] Following the provision of ABHR and hand hygiene education, the performance of hand hygiene improved, accompanied by reductions in healthcare-associated infections and sepsis. However, the study was conducted at a single regional referral hospital that was relatively well resourced. It lasted only six months, with three-month baseline and intervention phases, and a simple before-and-after design was used.

I first met Professor Didier Pittet in 2014 or 2015 after having been introduced to him at a conference in the US. His plenary presentation was as energetic as those he gives today. He invited me to join his team in Geneva, which I did in 2017. Soon after, I presented the idea of a follow-up to the WardGel study to his team at Geneva University Hospitals. Following a few visits to Uganda as a team, during which we toured several healthcare facilities and met with Ministry of Health (MoH) officials, we developed a protocol. The study would cover eastern Uganda under a single referral system and introduce the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy (MMIS) in eight healthcare facilities across four districts. The facilities included a regional referral hospital, district hospitals, and health centers and represented both the public and private sectors. We designed a stepped-wedge cluster-randomized trial in which the intervention was introduced sequentially by district. We named the study MIKONO, meaning "hands" in Swahili and the languages spoken locally.[2]

The MIKONO study was conducted from November 2020 to July 2024 amid the COVID-19 pandemic, which complicated study operations. Before the pandemic, however, we had trained several Ugandan colleagues in hand hygiene in Switzerland and Japan, and they made major contributions to the project. As in the WardGel study, locally manufactured ABHR (Alsoft V) was supplied during the intervention to support system change, the first and foundational element of the WHO MMIS. Study stickers were placed on wall-mounted dispensers, and "My 5 Moments for Hand Hygiene" posters were displayed on the wards as reminders (Photos 1 and 2). In 2023, we also conducted Uganda's first Train-the-Trainers (TTT) course on hand hygiene (Photos 3 and 4). [3] MoH officials and IPC focal persons from most of the regional referral hospitals and the study sites attended to help build national momentum for IPC and hand hygiene. Overall, the MIKONO study demonstrated an improvement of more than 50% in hand hygiene compliance, and this improvement was sustained during follow-up after the active intervention ended (Figure 1).



Photo 1: The MIKONO study logo



Photo 2: An alcohol-based handrub dispenser with the MIKONO study logo

What worked well in this implementation study? First, local ownership grew throughout the study. The COVID-19 pandemic strengthened local relationships: the Ugandan research team communicated frequently with each facility's IPC focal persons to keep everyone aligned, provided practical guidance on hand hygiene and IPC monitoring during site visits, and during the intervention



Photo 3:
Simulation training of Train-the-Trainers in Hand Hygiene



Photo 4:
Train-the-Trainers group photo

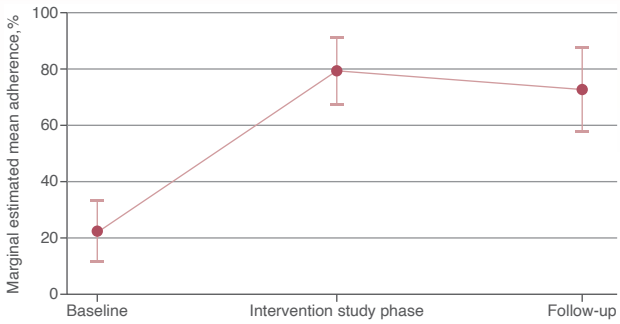


Figure 1: Trend of hand hygiene compliance in the MIKONO study

phase, applied an established TTT model. The research team trained the IPC focal persons, who in turn trained the healthcare workers at their facilities (Photos 5 and 6). Second, long-term commitment mattered. Although the gains observed during the WardGel study were not sustained at the regional referral hospital, the improvement following the MIKONO intervention was greater. This suggests that repeated exposure to hand hygiene promotion may have strengthened institutional readiness and capacity, which are integral to the "institutional safety climate," the fifth element of the WHO MMIS. For more than a decade, we have worked in Uganda in collaboration with SARAYA. This long-term partnership, which includes investment in local ABHR production and hand hygiene promotion, has supported social enterprise and progress toward quality UHC.



Photo 5:
Hand hygiene observation by an IPC focal persons



Photo 6:
Training of IPC focal persons during the COVID-19 pandemic

What comes next? From WardGel to MIKONO, the promotion of hand hygiene has expanded from a single facility to a regional level in eastern Uganda. However, our recent review found that local ABHR production remains difficult to sustain globally, which threatens reliable access to hand hygiene in resource-limited settings. The next step is to adapt and disseminate the WHO MMIS within local healthcare contexts, as demonstrated by MIKONO; to integrate hand hygiene into national IPC programs; and to extend these efforts to other countries in Africa. Our journey continues.

Acknowledgments:
I extend my sincere gratitude to Professor Didier Pittet and Mr. Kazumasa Miyamoto for their invaluable contributions to the MIKONO and WardGel studies.

References

1.Saito H, Inoue K, Ditai J, et al. Alcohol-based hand rub and incidence of healthcare associated infections in a rural regional referral and teaching hospital in Uganda ('WardGel' study). Antimicrobial Resistance & Infection Control. 2017;6:129. doi:10.1186/s13756-017-0287-8
2.Nyawere E, Saito H, Ajok R, Aber B, Owori F, Pittet D. World Health Organization multimodal improvement strategy for hand hygiene: a stepped-wedge cluster randomized trial. JAMA Network Open. 2026;9(7):e2625250. doi:10.1001/jamanetworkopen.2026.25250
3.Aber B, Nyawere E, Owori F, et al. First train-the-trainers in hand hygiene in Uganda: a multilevel evaluation. Journal of Hospital Infection. 2026;171:171–173. doi:10.1016/j.jhin.2025.11.029

日本語要約

手指衛生は感染対策の基本であり、質の高いユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現に不可欠であるが、特にサハラ以南のアフリカなど、多くの医療施設では水や水道設備が不足しています。

著者は2000年代初頭にJICAボランティアとしてウガンダで活動し、WHOが推奨する手洗いの実践が難しく、アルコール手指消毒剤（ABHR）もほとんど利用されていない現状を経験しました。

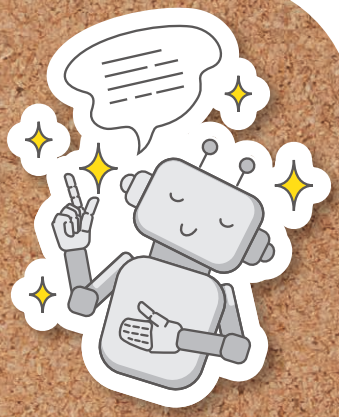
その後、現地製造されたABHRの有効性を検証する「WardGel研究」に参加し、手指衛生教育とABHRの導入によって手指衛生遵守率が向上し、医療関連感染や敗血症の減少が確認できました。この成果を発展させるため、2017年以降、WHO手指衛生多角的戦略を活用した大規模研究「MIKONO study」を東部ウガンダ8施設で実施しました。

COVID-19が流行したという困難な状況にもかかわらず、現地製造ABHRの供給、啓発活動、指導者養成研修などを通じて、手指衛生遵守率は50%以上改善し、その効果は介入後も維持されました。成功の要因として、現地関係者の主体的な参加と10年以上にわたる継続的な協力体制が挙げられています。

一方で、資源の限られた国々ではABHRの現地生産を維持することが依然として課題です。今後はMIKONO studyで示された手法を各国の医療環境に適応させながら普及し、手指衛生を国家レベルの感染対策プログラムに組み込むことで、アフリカ地域全体への活動を拡大していくことが期待されています。

みんなのつぶやき

「業務にAIを活用している」とよく聞きますが、AIが示したものは本当に正しいですか?
（北海道　Sさん）





どうやったら感染対策が定着するのだろう。バイ菌が見えたら良いのに…（笑涙）
（北海道　Mさん）

感染管理認定看護師になってから体調不良で休まなくなった。手指衛生をがんばっているからか。
（栃木県　Kさん）

看護学生の息子と感染対策について語り合える幸せを実感しています。
（富山県　Yさん）

連携しているクリニックが増えて、地域連携カンファレンスのあり方が変化していると感じている。参加者の満足度を上げるカンファレンス内容の検討に苦慮している。
（福岡県　Hさん）



読者アンケート & プレゼントのご案内

読者アンケートにご協力をお願いいたします。
メディカルサラヤリンクにアクセスして読者アンケートにご協力いただいた方の中から抽選で10名様に、弊社製品「ヤシノミ　洗たく洗剤　濃縮タイプ/柔軟剤　オサムグッズデザイン（各520mL）」をセットにしてプレゼントいたします。

（アンケートページでは下記パスワードをご入力ください）
締め切り：2027年1月31日
アンケート回答ページ用パスワード：AI活用

メディカルサラヤリンクHPへ　Medical SARAYA Link　検索
https://med.saraya.com/books/hoscom/2026-vol23-no3/

ヤシノミ 洗たく洗剤 濃縮タイプ/柔軟剤 オサムグッズデザイン（各520mL）

2026年、ともに周年を迎えた「ヤシノミ洗剤」と「OSAMU GOODS」は、「明るい未来を目指して」という想いを胸に、コラボレーションを実現しました！

●ヤシノミ 洗たく洗剤 濃縮タイプ
無香料・無着色であり、高い洗浄力で皮脂や食品汚れをしっかり洗浄します。すすぎ性にも優れ、洗剤除去率99%※1を実現しています。

●ヤシノミ 柔軟剤
無香料で使う人や場所を選ばず、植物由来の柔軟成分でふんわりなめらかな肌触りと高い吸水性を備えています。食品由来の防臭成分※2も配合しています。

※1 サラヤ調べ　※2 すべてのニオイ原因菌に効果があるわけではありません



洗たく洗剤 濃縮タイプ 520mL



柔軟剤 520mL

冊子の内容に関して、ご意見等ございましたら、下記までご連絡ください。

サラヤ株式会社 学術部　Eメール hoscom@saraya.com
Tel.06-4706-3938　Fax.06-6209-0242

2026年11月 発行
編集・発行 サラヤ株式会社　〒546-0013 大阪市東住吉区湯里2-2-8　Tel.06-6797-2525　https://www.saraya.com/

■本誌に掲載の記事内容を無断転載することを禁じます。
■写真及び印刷の仕上がり上、現品と色合いが若干異なることがあります。
Copyright (C) 2026 SARAYA Corporation. All rights reserved.　本資料の無断転載を禁じます。