

病院感染対策のための情報誌

ホスコム
HosCom Hospital Communication

2025
vol.22
no. **3**

特集

日本版CDC (JIHS)の概要と 果たすべき役割

堀井 久美 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
看護部 院内感染管理室 副看護師長

窪田 志穂 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
看護部 院内感染管理室 副看護師長

エキスパートに聞く

精神科領域での感染対策

森田 亮一 兵庫県立 ひょうご こころの医療センター 感染管理認定看護師

SARAYA

01 特集

日本版CDC (JIHS) の概要と
果たすべき役割

堀井 久美 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 看護部
院内感染管理室 副看護師長 感染管理認定看護師
窪田 志穂 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 看護部
院内感染管理室 副看護師長 感染管理認定看護師/感染症看護専門看護師

09 サラヤ製品情報

10 エキスパートに聞く

精神科領域での感染対策

森田 亮一 ひょうご こころの医療センター 感染管理認定看護師

12 聞いてみよう! とんりの感染対策

地域とつながり、在宅の現場から見えた
これからの感染対策

篠原 久恵 訪問看護ステーション レジハビ 管理責任者/感染管理認定看護師

14 地域連携

薬剤耐性菌保菌患者の転院に向けての取り組み

福井 優貴 地方独立行政法人 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター 感染対策室
主任/感染管理特定認定看護師

16 World Information

Challenges and Pitfalls in Hand Hygiene Culture

Associate Professor. Kumthorn Malathum
Advisor, Infection Control Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Thailand

みんなのつぶやき

今月の表紙: カランコエ (学名: *Kalanchoe*)

ベンケイソウ科の多年草で、アフリカ南部や東部、東南アジア、アラビア半島など幅広い地域に分布します。開花時期は種類によって異なりますが、一般的には10月～6月と長く、冬も手入れをすることで美しい花を咲かせます。花の色はピンクやオレンジ、赤など鮮やかなものが多く、種類が豊富です。

花言葉は「あなたを守る」「柔軟性」「幸福をつげる」などがあり、本誌を飾るピンクのカランコエの花言葉は「長く続く愛」です。



A close-up photograph of several pink Kalanchoe flowers with green leaves, positioned on the left side of the page.

特集

日本版CDC (JIHS)の概要 と果たすべき役割

堀井 久美

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 看護部
院内感染管理室 副看護師長 感染管理認定看護師

窪田 志穂

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 看護部
院内感染管理室 副看護師長 感染管理認定看護師/
感染症看護専門看護師

はじめに

2019年末に中国で肺炎患者が発生し、2020年1月以降世界中に感染症が広がり、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）パンデミックが発生しました。これにより、世界中でパンデミック対策が講じられました。

医療機関では患者の受け入れを進める中、COVID-19ということで、受診したくても受診できない患者や、重症患者の受け入れ先が見つからないといった事態も発生しました。

COVID-19パンデミックの教訓を活かして重大な感染症危機に備えることを目指し、「国立健康危機管理研究機構（Japan Institute for Health Security 以下、JIHS（ジース））」が設立されました。

JIHS設立の目的

内閣感染症危機管理統括庁・厚生労働省感染症対策部に科学的知見を提供する「新たな専門家組織」として、国立感染症研究所

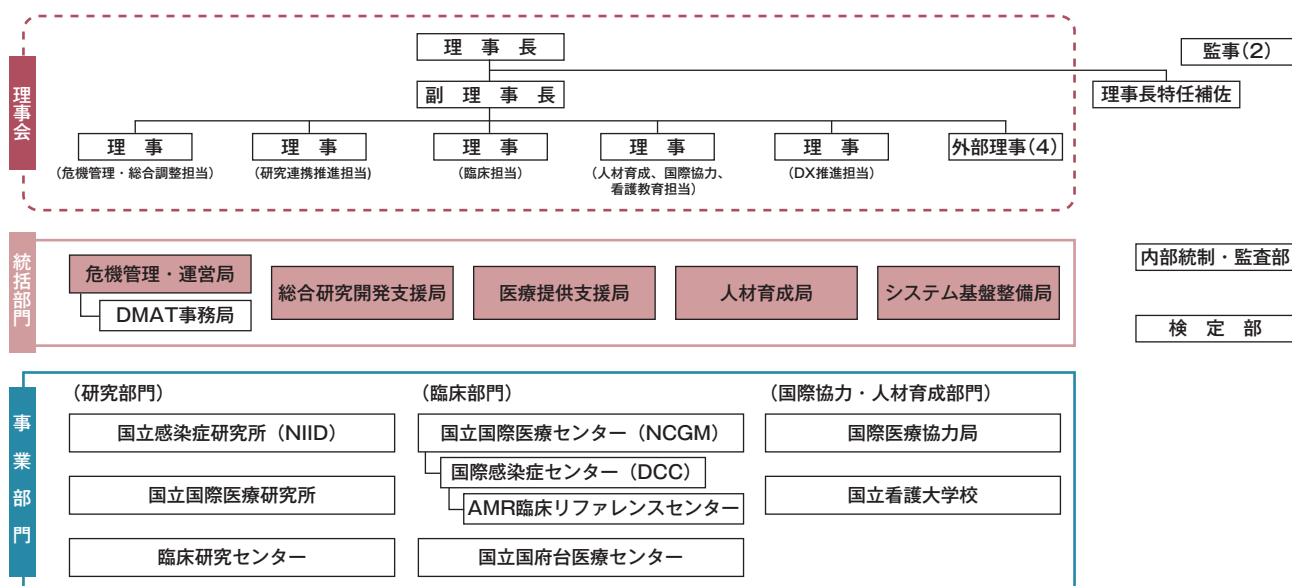


図1 JIHSの組織図 出典：JIHSホームページ「組織図」より改変
<https://www.jihs.go.jp/aboutus/organization.html>. Accessed August 12, 2025.

(以下、NIID)と国立国際医療研究センターの2つの組織統合により、2025年4月にJIHSが設立されました。

JIHSの組織

JIHSは、NIIDと国立国際医療研究所の2つの研究所、国立国際医療センター(以下、NCGM)と国立国府台医療センターの2つの総合病院、看護人材の育成を担う国立看護大学校、臨床研究センター、国際医療協力局の7つの事業部門と、それら事業部門を支える統括部門という体制であり、DMAT[※]事務局もJIHSに移設されました(図1)。

※DMAT(Disaster Medical Assistance Team) : 「災害急性期に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム」と定義されており、医師、看護師、業務調整員(医師・看護師以外の医療職や事務職員)で構成され、専門的な訓練を受けた医療チーム

JIHSの役割(4つの機能)(図2)

1 情報収集・分析・リスク評価機能 (Disease Intelligence)

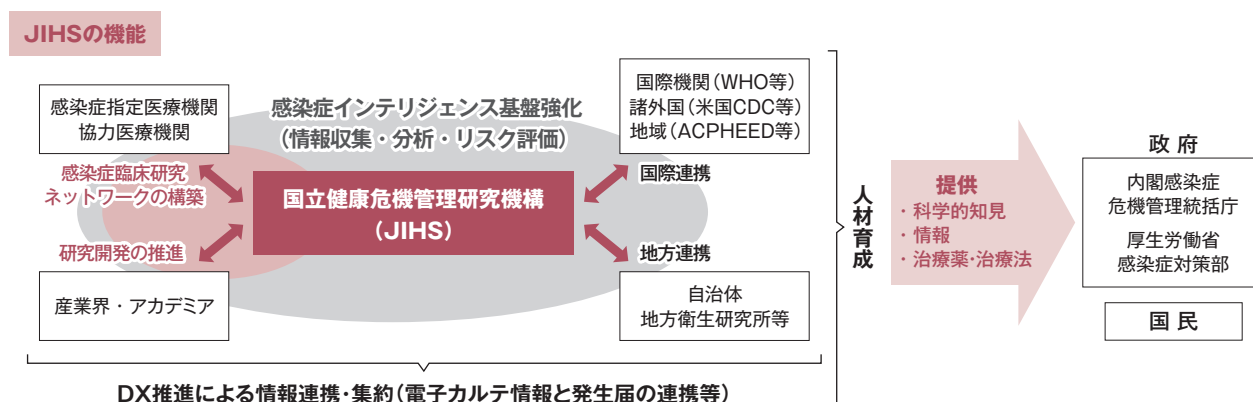
サーベイランスや情報収集・分析の実施、国内外の関係機関との協働・連携により、感染症インテリジェンスにおけるハブとしての役割を担います。科学的知見を政府に迅速に提供するとともに、国民にわかりやすい情報提供を行っていきます。

2 研究・開発機能 (Research, Development and Innovation)

平時より世界トップレベルの研究体制を確保し、基礎研究、シーズ開発から臨床試験まで戦略的に進められる組織を目指します。感染症危機の際には、国内外の機関等と連携し、臨床試験を含め研究開発のネットワークハブとして迅速に対応します。

3 臨床機能 (Comprehensive Medical Care)

感染症危機にJIHSの持つ機能を十分に発揮するため



- JIHSの業務**
- 感染症その他の疾患に係る予防・医療に関し、調査・研究・分析・技術の開発を行うとともに、これに密接に関連する医療を提供する。
 - 予防・医療に係る国際協力に関し、調査・研究・分析・技術の開発を行う。また、国内外の人材の養成及び資質の向上を行う。
 - 感染症等の病原等の検索及び予防・医療に係る科学的知見に関する情報の収集・整理・分析・提供を行う。
 - 病原体等の収集・検査・保管及びその実施に必要な技術開発・普及等を行うほか、地方衛生研究所等の職員に対し研修等の支援を行う。
 - 科学的知見を内閣総理大臣 (内閣感染症危機管理統括庁) 及び厚生労働大臣 (感染症対策部) に報告する。
 - 上記のほか、NIID、国立国際医療研究センターの業務を引き継いで実施する。

図2 JIHSの機能 出典：厚生労働省ホームページ「JIHSの目的・機能」より改変
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/jihs.html. Accessed August 12, 2025.

には、高度な臨床能力が不可欠です。そのため、国立国際医療研究センターが担ってきた総合病院機能を引き続き備え、さらに高めていくことにより、人々の健康を守ります。

4 人材育成・国際協力機能 (Human Resource Development, International Cooperation)

産官学連携や国際的な人事交流などを通して、医療従事者・研究者・公衆衛生実務者など多様な専門家の育成・確保に努めます。また、グローバルヘルスに貢献する国際協力を進めていきます。

平時の活動

AMR臨床リファレンスセンター

薬剤耐性菌が増加しつづければ、医療の継続が困難になるため、日本政府ではその対策として、初版の薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプランを2016年4月に発表しました。NCGMでは、AMR対策を推進するため2017

年4月にAMR臨床リファレンスセンターを設置し、薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプランに基づく取り組みを行っています。

AMR臨床リファレンスセンターの主な活動は、臨床疫学事業、AMR対策情報・教育支援事業、そしてAMR対策の研究の3本柱となっています。

臨床疫学事業としては、医療施設内での感染症や抗菌薬使用量など、AMRに関連したサーベイランスである感染対策連携共通プラットフォーム (Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology: 以下、J-SIPHE) を構築し、国内の感染症に関する情報収集や、データを地域連携等で活用できるよう支援しています。また、AMR対策に係る基本的な問題解決スキルの習得を目的とした医療疫学講習会 (NIID共催) も開催・運営し、人材育成にも力を入れています。AMR対策情報・教育支援事業では、医療従事者の研修やガイドライン作成、国民向けの啓発資料作成など幅広く情報・教育に係る業務を行っています。AMR対策の研究としては、AMRについて

十分に解明されていないことも多く、より効果的なAMR対策を確立するための研究も行っています。

NCGMは感染対策向上加算1を取得しており、地域連携カンファレンスでは、J-SIPHEデータを用いて、薬剤耐性菌の検出状況や抗菌薬の使用状況について連携施設間にて共有し、また、診療所における抗菌薬適正使用支援システムのOASCIS(診療所版J-SIPHE)データを用いて、外来感染対策向上加算取得施設の抗菌薬の使用状況や使用理由を共有するなど、地域の感染症流行状況などを把握するためにデータを活用しています。

国内アウトブレイク時の対応

国内アウトブレイク発生時には医療機関や保健所からの依頼で耐性菌アウトブレイク対策実地支援等も行っています。

AMR臨床リファレンスセンターでの活動や、厚生労働省委託事業である国際感染症危機管理対応人材育成・派遣事業や国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 国際感染症センター(Disease Control and Prevention Center: 以下、DCC)による感染症対策支援サービス(Infectious Diseases Response Service: IRS)事業の一環として、国内外の感染症危機管理について、その予防・迅速対応・適切な医療の提供・評価・共有を行うために、医療機関や行政・学校等からの相談への対応や情報・技術支援を行っています。他施設で薬剤耐性菌によるアウトブレイクが発生した場合には、NIID職員とNCGM職員が合同で当該施設へ出向いて現状把握し、改善が必要な場面には改善活動へのアドバイスや提言を行っています。また、他施設からの支援者とも合同カンファレンスを行い、問題点の共有や改善策の新たな提言を通じて、アウトブレイクの終息に向けた活動を行っています。さらに、感染対策向上加算の連携病院やその他の

病院から寄せられる、感染対策情報全般についてや、薬剤耐性菌、COVID-19などのクラスター発生対応に関する多岐にわたる電話・メール相談の対応も行っています。

国際感染症危機管理委員会の発足

NCGMは国内に4施設10床しかない特定感染症指定医療機関の1つで、感染症病床を4床有しています。特定感染症指定医療機関のため、1類感染症や2類感染症に加えて未知の感染症発生時にも患者を受け入れる施設となっています。新感染症への対応は、感染症科や院内感染管理室だけでは対応はできず、多様な診療科や看護部、コメディカルの協力が必要となります。このような経緯から、2025年3月に院内感染防止対策委員会の下部組織として、国際感染症危機管理委員会を発足しました。その中で、運営チーム、事務局、重症部会、CBRNE[※]部会、看護部会、小児産婦部会、精神疾患部会、多文化部会、検査部会を立ち上げ、様々な部門が関わり患者対応ができるようにしています。まだ、発足したばかりのため発展途上段階ではありますが、委員会として活発に議論を重ね、受け入れ準備を進めているところです。

特定臨床研究の枠組みで特殊な感染症に関する治療薬を準備しており、当該患者が入院・治療が必要になった際にすぐに薬物治療が行えるように薬剤部とも密に連携を取り、治療体制を整えています。

※CBRNE:

C: chemical化学的、B: biological生物学的、R: radiological放射線、N: nuclear核、E: explosion爆発、をまとめて表記したもの

国際感染症危機管理対応推進センター

昨今、感染者数の増減を繰り返すCOVID-19や2022年にアウトブレイクを引き起こしたMpoxやウガンダにおけるスーダン型エボラウイルス病などの経験から、感染症危機管理の体制構築、ならびに対策整備が喫緊

の課題となっています。

国際感染症危機管理対応推進センターは、COVID-19発生初期の経験を活かし、今後、海外で国際的に脅威となりうる新たな感染症の発生に備えるため、2022年12月にDCC内に開設されました。

国内の感染症専門家が海外で円滑に業務を行えるよう必要な能力や技術の向上に努めるとともに、海外の感染症危機管理に携わる協力機関とのネットワーク強化を使命として活動しています。この使命を達成するために、感染症専門家を対象とした研修や情報共有の機会を提供するとともに、海外の協力機関との連携強化に資するカンファレンスやシンポジウムを開催し、感染症危機管理対策に貢献します。また、国際保健機関（WHO）のGlobal Outbreak Alert and Response Network（GOARN）という枠組みを通し、国際的な貢献も行っています（写真1）。



写真1 National Emerging Special Pathogens Training and Education Center(NETEC)の職員の皆さんと記念撮影

人材育成・国際協力

職員を海外へ長期派遣、短期派遣等行い、技術協力や緊急援助などを行っています。また、グローバル保健医療人材を育成する活動として、JICA（Japan International Cooperation Agency）などと連携し、海外からの研修生を国際医療協力局へ多く受け入れています。研修生は、病院長、医師、看護師、検査技師などの医療関係者や、保健省大臣など行政職員の参加も

あり、感染症に関する研修を行っています（写真2）。

NCGM所属の私たちですが、国際医療協力局とも連携し、外国人向け研修のひとつである「院内感染管理指導者養成研修」で講師を担当し、感染管理に関する講義や実習を行っています。



写真2 JICA AMR研修の様子

特定感染症指定医療機関

前述したように、NCGMは、特定感染症指定医療機関としての病床（以下、特定感染症病棟）や、結核をはじめとする2類感染症までを受け入れることが可能な病床を有しています。

特定感染症指定医療機関は、未知の病原体による新感染症の所見がある者、またはエボラ出血熱等の1類感染症、中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome:以下、MERS）等の2類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者等を受け入れる医療機関として、厚生労働大臣が指定している病院です。全国に4医療機関あり、NCGM（4床）の他には、千葉県の成田赤十字病院（2床）、愛知県の知多半島りんくう病院（2床）、大阪府のりんくう総合医療センター（2床）があります。いずれも国際線が乗り入れる空港や港に近い場所に設置され、海外で発生した新感染症等の患者を受け入れることもできるような場所

に設置されています。

NCGMでは、過去に重症急性呼吸器症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS) やMERS、エボラ出血熱の疑似症や、新型インフルエンザA/H1N1、COVID-19の初期の患者の受け入れを行いました。

特定感染症病棟の特徴

NCGMの特定感染症病棟は、一般病床とは棟が異なる場所に設置され、新感染症を発症した重症患者や産婦も受け入れることができるように、特殊な設備になっています (写真3)。病室は陰圧に設定されており、一般的な廊下から病棟内の廊下 (前々室)、前々室から前室、前室から病室へとそれぞれ各 -10hPa の陰圧で、病室は計 -30hPa の陰圧となっています。扉は、病室の扉と前室の扉といった、続いている複数の扉が同時に開かないようなインターロックシステムを導入し、人の出入りにより病原体が漏れ出ないような構造になっています。また、病室内空気を取り込む吸入口と外気へ排出する排気口にはHEPAフィルターが設置され、病室で使用した水は高圧蒸気滅菌処理され下水に排出、廃棄物は室内に設けられた高圧蒸気滅菌装置で処理してから外へ排出を行うなど、病室の外に病原体がでないようにする設備も備わっています。



写真3 特定感染症病棟の病室

新興感染症への備え

特定感染症病棟での平時の取り組み

特定感染症病棟の4床は、通常は使用しておらず、有事のときに行政とNCGMの院長、および特定感染症病棟の責任者が協議し、必要に応じて病棟を開棟します。スタッフは、医師が感染症科、呼吸器内科、救急科、集中治療科、腎臓内科、産科等の約20名、臨床経験が豊富な副看護師長レベルの看護師25名、臨床検査技師4名、放射線技師4名、臨床工学技士2名が併任し、普段はそれぞれの部署で勤務していますが、新感染症等の受け入れで特定感染症病棟が開棟となった場合には、特定感染症病棟で勤務を行うこととなります。

新感染症はいつ発生し、特定感染症病棟で受け入れることになるかわかりません。したがって、急に患者を受け入れることになっても対応できるように、日頃から院内感染管理室と併任者は協働で準備を行っています。

平時の取り組みとして、まずはどの職種も個人防護具 (Personal Protective Equipment : 以下、PPE) の装着練習を行っています。PPEは新感染症を想定し、タイベックスーツにガウン、手袋 (2重)、N95マスク、ゴーグル+フェイスシールド、シューズカバー+ブーツといった通常の病棟では装着しない装備になります (写真4)。エボラ出血熱に曝露した医療従事者の多くはPPEの脱衣時に曝露し、PPE着脱のトレーニングを行う仕組みがなかったといわれています¹⁾。したがって、定期的にPPE着脱のトレーニングを行うことはとても重要となります。NCGMでは、PPE着脱手順をチェックリスト化し、それを元にトレーニングを5回以上行くとライセンスが取得できるようにしています。しかし、ライセンスを取得していても、実際の患者受け入れ時には焦りから着脱手順がわからなくなるリスクもあるため、PPE着用方法と脱衣方法の別々のポスターを該当の場所に掲示し、手順を忘

れた場合でも確認しながら着脱が行えるような環境に整えています(写真5)。



【フルPPE：基本】
・タイベックスーツ
・手袋(2重)
・アイソレーションガウン
・ゴーグル+フェイス
シールド
・N95マスク
・シューズカバー+
ブーツ



【電動ファン付き呼吸
用保護具(PAPR)】
入院受け入れなど長時
間になる時
気管内挿管など曝露
が多い処置の時

入院する患者の感染症や曝露リスクによって変更

写真4 特定感染症病棟で装着するPPE例



写真5
PPE脱衣方法
ポスターの掲示
(特定感染症病棟
病室の前室)

2つ目の平時の取り組みとしては、併任者の定期的なミーティングを行い、国外の感染症の発生状況やエボラ出血熱等の病態といった知識面に関することから、新感染症患者の清潔ケアや吐物処理、開棟時の物品等の準備といった技術面に関することなどを習得する機会を設けています。

有事を想定した訓練

NCGMの特定感染症病棟の併任者は、前述のようなPPE着脱等の平時の取り組み以外に、有事を想定した訓練も実施しています(写真6)。訓練は、主に病院内の医師、看護師、放射線技師、検査技師、事務職員等多職種が参加して実施する訓練と、空港等の検疫所や保健所、自衛隊、NIID等の行政や他施設と合同で行う訓練があります。

病院内の多職種が参加する訓練は、入院の病室準備から開始し、患者の病室への搬送とレントゲン撮影や検体採取などを行う内容や、救急外来から特定感染症病棟への患者搬送訓練、患者の急変対応訓練、ご遺体のケアおよび搬送訓練など、実際に特定感染症病棟に患者を受け入れた場合に起こりうる様々なシチュエーションを想定しています。訓練には、事前にシナリオを参加者に公開してから実施する「シナリオ訓練」と、参加者に進行やシナリオを事前に与えず、想定のみを伝えて行う実践的な「ブラインド型訓練」があり、それぞれ年1回ずつ実施しており、院内の職員だけでも年間最低2回は訓練を行っています。病院外の職員と合同で行う訓練では、他施設での患者発生から特定感染症病棟への受け入れの実際の協議や患者搬送を含む入院受け入れ訓練を年1回以上実施しています。それ以外にもNETECとの合同訓練など、国外の施設とも訓練を実施することもあります。

訓練は、併任者が日頃の学びを実際の受け入れに活かせるかを実践を通じて振り返り、学ぶ場にもなります。

それと同時に、自施設のマニュアルや運用上の課題を見出すことができる貴重な場となっています。



写真6 患者対応訓練の様子

新興感染症対応に関する人材教育

JIHSは、新興感染症などの重大な感染症危機に備えるための人材育成の役割を担っているため、前述したような新興感染症への平時からの備えや対応訓練を通して得たリソースを、他の医療施設へ広める活動も重要となります。現在は、各研究班の活動の一環として、日本における新興感染症の備えを向上させることを目的に、1類感染症セミナーの実施や第一種感染症指定医療機関とのワークショップなどを実施しています。それ以外には、国際感染症危機管理対応人材育成・派遣事業の一環として、他施設の新興感染症受け入れ時の設備や運用に関する助言なども行っています。

今後の課題と展望

JIHSはまだスタートしたばかりです。日本の新興感染症等をはじめとする重大な感染症危機の備えを向上させる役割を担うためには、

1. 今後は、国内外の感染症のサーベイランス結果や感染症および感染対策に関する最新の知見などを周知し、自施設の対策に活用してもらえるようなシステムの充実を図る
2. 特定感染症病棟等で得られたリソースや感染対策をより多くの施設に周知し、新興感染症対応や感染対策を行える人材育成に貢献する

以上の2点が課題と考えます。そして、その課題を達成するためにも、前述したような様々な部署や事業が今後も連携を密にして、それぞれの活動やその成果、課題を共有し、他の医療施設に活用してもらいリソースをさらに充実させていきたいと思います。

参考文献

- 1) Centers for Disease Control and Prevention: Ebola virus disease in health care workers- Sierra Leone, 2014. MMWR 2014; 63: 1168-71.

ニトリルエクステンドAF

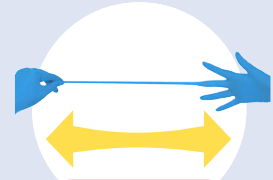
- 加硫促進剤フリー・パウダーフリー・ラテックスフリーでアレルギーリスクを低減
- 優れた伸縮性とフィット感
- 指先滑り止め加工付きで安全性を追求



手首側から1枚ずつ手袋を取り出せる箱設計で衛生的



手指にフィット



優れた伸縮性



指先滑り止め加工

一般医療機器

【サイズ】XS,S,M,L

届出番号：27B1X00120000900
非天然ゴム製検査・検診用手袋
食品衛生法適合品(厚生省公示第370号)



商品情報はサラヤの医療・介護関係者向けサイト「Medical SARAYA」よりご覧いただけます。
<https://med.saraya.com/products/ppe/50933.html>

在宅医療でも使用できるコンパクトサイズ /

安全性 と 利便性 を兼ね備えた サラヤ針捨てBOX

医療・介護現場の針刺し切創防止のために

- 耐貫通性で針が飛び出さない安全設計
- 仮ロック・完全ロック機能付き
- ISO 23907-1:2019の認証を取得
- CDC(米国疾病予防管理センター)のNIOSH※が求める機能性、アクセスの容易さ、視認性、便宜性を考慮

※National Institute for Occupational Safety and Health
(国立労働安全衛生研究所)



0.2L

ペン型注入器用針専用



持ち運びに便利なコンパクトサイズ



半透明の容器で廃棄量が確認しやすい



1L

ペン型注入器用針取り外し対応



入れやすい投入口
小容量のシリンジや翼状針の廃棄にも対応



転倒時の廃棄物の流出をブロック
投入口内部の仕切板で廃棄量の上限も分かりやすい

※その他のサイズもございます。



商品情報はサラヤの医療・介護関係者向けサイト「Medical SARAYA」よりご覧いただけます。
<https://med.saraya.com/products/kankyoeisei/45313.html>

エキスパートに聞く



精神科領域での感染対策

森田 亮一 兵庫県立 ひょうご こころの医療センター 感染管理認定看護師

はじめに

精神科病院に対する感染対策支援に際し、「疾患や環境が特殊でイメージが湧かない」との声を聞くことがあります。確かに一般科とは異なる点もありますが、基本的な感染対策は他科と同様の標準予防策です。本稿では、精神科領域における感染対策の特徴と、現場での実践的な工夫について紹介します。

精神科領域における感染対策の特殊性

精神科病院では患者は身体的に健康であることが多く、また、医療デバイスの使用が少ないことから、感染症の発生頻度は一般科より低い傾向があります。しかし、精神科といってもひとくくりには出来ず、「精神科救急」「児童思春期」「慢性期」「依存症」など、病棟によって感染リスクは大きく異なります。加えて、精神科病院では、感染対策の協力が得られにくい患者の存在や、様々なものが危険物となり得る可能性があるため、速乾性手指消毒剤や個人防護具（以下、PPE）等の適切な配置が難しく、標準的な対策が困難な場面もあります（表1）¹⁾。

表1 精神科病院が感染症に脆弱な環境である要因（総合病院と比べた場合）（文献1より改変）

病院構造・ 治療環境の要因	治療の場であるとともに、集団で生活する場でもある
	閉鎖的環境で、ドアが多く、鍵の使用が必須であり、鍵を携帯する必要がある
	窓を大きく開けることができない
	集団プログラムが多い
患者側の要因	速乾性手指消毒剤を配置しづらい
	自己衛生管理ができない
	症状を適切に訴えられない
	感染症に関する検査・治療への協力が得られない
	安静や「個室にいてください」の指示が守れない
治療者側の要因	咳エチケットを遵守してくれない
	感染症の専門スタッフがいない
	感染症治療に関する知識・経験が乏しい
	スタッフの数が少ない
	コストを多くかけることができない

また、精神科病院は閉鎖的な環境でありながら、外出・外泊などを通じて外部との接点も多く、感染症の持ち込みリスクは決して低くありません。感染症が発生すると、逃げ場のない構

造ゆえに急速に拡大する可能性が高く、標準予防策の徹底が不可欠です。

優先度の判断と柔軟な対応

精神科病院での感染症発生時には、「何を最優先するか」を都度判断し対応することが必要です。例えば、重症化リスクが低い患者が多い場合は、「感染が拡大する可能性はあるが、感染対策強化によるストレスで患者の日常生活が破綻するリスクが高いため、精神的安定を優先し、通常に近い環境を保つ」とします。一方で、高齢者など重症化リスクが高い患者が多い場合は、「拡大させると命にかかわるため、感染対策に重きを置いた対応にしないといけない」となります。また、スタッフの安全確保も重要で、「対応可能な人員が減ると患者に不利益が生じるため、スタッフの安全を第一優先にする」等で対応します。日常から個別の症状に対してアセスメントしているスタッフの皆様だからこそ、一律の対応でなくその場その場での適切な判断につながります。

必要な感染対策と対応の工夫

・手指衛生

精神科病院でも感染対策の基本は手指衛生です。しかし、多飲水や誤飲リスクから、患者エリアでは流水・石鹸の設置が制限され、速乾性手指消毒剤の配置も困難です。そのため、職員が速乾性手指消毒剤を携帯する必要がありますが、「患者に引っ張られる」等の安全面や業務の妨げを理由に拒否されることもあります。「引っ張られた場合も首が締まらないように肩掛けを避け、腰への装着やポケット保管にします」等の具体策を示すことで協力を得やすくなります。また、鍵やドアの存在により環境に触れる頻度が高いことに加え、鍵そのものも汚染されているという報告²⁾もあり、鍵の洗浄も重要となります。実際に、環境や鍵に触れた後に都度、手指衛生することは難しいため、当院では、「患者接触前後の手指衛生」をまず優先して実施するように指導を行っています。当然、医療デバイスの使用が多い部署では、清潔操作の前も注意する必要があります。

・PPEの携帯と廃棄

精神科病院ではPPEも配置が難しく、使用後の廃棄場所

も限られています。当院では手袋・エプロン・シールド付マスクをビニール袋に封入し、携帯可能な形で運用しています(写真1)。使用後は袋を廃棄用として活用することで、清潔かつ迅速な対応が可能です。これにより、必要な場面での即時対応が可能となり、感染拡大の防止に寄与しています。

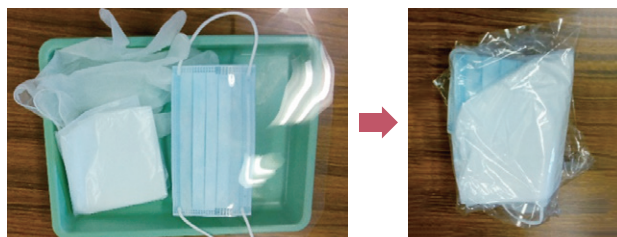


写真1 当院での清潔に携帯できる個人防護具セット

・呼吸器衛生・咳エチケット

精神科病院ではマスク着用や手洗いが困難な患者も多く、咳エチケットの実施が難しい場合があります。「指導しても実施できないから」とあきらめず、まず職員が「有症状者を把握」した上で、「感染を拡大させないために周囲の職員や患者がマスクを着用する」、「環境調整(個室利用や食事時間の調整等)を工夫する」といった対策を行うことで、感染拡大のリスクを下げることが可能になります。

・患者の配置

精神科病院では隔離の判断が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)と感染対策の両面から求められますが、感染管理上の隔離は施錠を伴わず、患者の協力を得る形で行うべき対策です。「隔離」による精神的な影響を日常的に検討しながら対応している私たちは、感染症の発生を「精神保健福祉法における隔離」で安易に対応することは避けるべきです。

注釈として、厚生労働省からの事務連絡(令和5年5月1日)では、「感染の可能性が高い必要最小限の期間に限り、精神保健福祉法上の隔離の対象とすることはやむを得ない」と通知されましたが、原則は『感染対策により行動範囲の制約を伴う場合は、～中略～病室の施錠は厳に行ってはならない。』³⁾とあるため、施錠ありきの対応は行いません。

当院でも、新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)流行下では積極的に陽性患者を受け入れていました。「隔離」という感染対策の手段がありますが、隔離される患者の想いを身近に感じている現場スタッフは安易に「隔離」の手段を選ばず、COVID-19患者であっても様々な工夫を行いました。写真2は、2021年2月頃(COVID-19第3波)の写真です。PPEが過剰に感じられるかもしれませんが、それを実施することでCOVID-19患者も、可能な限り開放的な環境での療養が可能となりました。

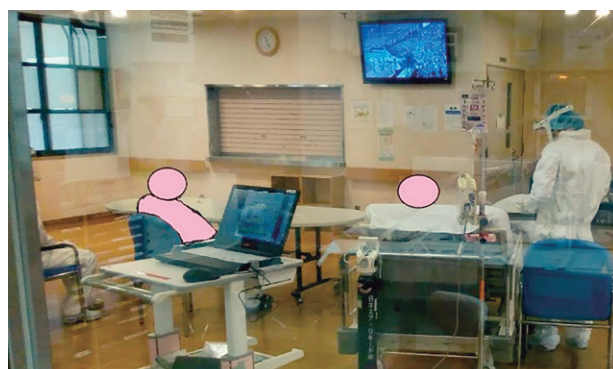


写真2 開放的な療養環境の提供

・環境整備の重要性

精神科病院では廊下に寝転ぶ、異食などの行動が見られるため、壁・床の清掃も重要となります。精神的に不安定な状態では、過剰な環境接触がみられることも多く、特に保護室では、床・壁の汚染防止を意識した環境整備が求められます。一般科では優先度が低い部分ですが、精神科病院では感染経路となり得るため、床や壁も日常的な清掃が不可欠となります。

・血液体液曝露への対応

精神科病院では、処置件数は少ないものの、興奮時の筋肉注射の実施や、唾棄・嘔みつき等があり、血液体液曝露リスクは決して低くありません。他科においては、カーディガン等を着用したままでの患者接触は推奨されないことも多いですが、精神科病院では長袖着用などで自身を守ることも考慮されるべきです。加えて、B型肝炎ワクチンの接種なども積極的に行うべきです。職員の安全確保は、患者ケアの継続にも直結します。

おわりに

精神科領域でも標準予防策の実践が基本です。むしろ、患者の協力が得られにくい分、職員が積極的に感染対策を行う必要があります。「患者に触れる前後で手指衛生を行う」などの基本的な対策を徹底することで感染拡大を防ぎ、アウトブレイク対応など不要な業務を減らすことにつながります。標準予防策を「知っている」から「当たり前実践できる」へと意識を高め、「精神科病院だからこそ感染対策は必須」と認識し、日常的な感染対策に取り組みましょう。

引用・参考文献

- 1) 鈴木健一. 精神科病院における新型コロナウイルス感染症対策. 日本精神科病院協会雑誌2020;39(11):61-69
- 2) 山内勇人ほか. 精神科病院における「鍵」に対する清潔意識と取り扱いの現状—手指衛生遵守の観点から—. 環境感染誌2007;22(3): 214-218
- 3) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う精神科病院における感染への対応について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001094137.pdf> (accessed. 2025.7.25)
- 4) 藤信憲明 編著. 新型コロナウイルスで、初めて真剣に感染対策のことを考えた精神科病棟ではたらく人のための感染対策きほんの「き」. メディカ出版2022.



聞いてみよう！ となりの感染対策

地域とつながり、 在宅の現場から見た これからの感染対策

篠原 久恵 訪問看護ステーション レジハピ 管理責任者/感染管理認定看護師

はじめに

私は2007年に感染管理認定看護師の資格を取得し、病院で15年間感染管理業務に従事してきました。その間、地域の基幹病院と安芸地区地域感染対策ネットワークを構築し、年に2～4回程度、有床・無床を問わずクリニック、病院、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等の地域の感染対策水準向上のため、研修会を開催してきました。

新型コロナウイルス感染症の流行により、私たちの感染対策への取り組みは大きな転換期を迎えました。病院には感染管理認定看護師が配置されていましたが、在宅・施設領域には感染対策をリードする人材が不足しており、多くの課題があることをネットワークメンバーからの相談を通じて痛感しました。そのため、在宅・施設領域の感染対策により近い現場として訪問看護を選び、2021年に訪問看護ステーションを立ち上げました。

病院から在宅へ

～在宅領域での課題と解決に向けての取り組み～

長年の病院勤務から在宅領域への転身は、私にとって大きな挑戦でした。病院という管理された環境から、利用者様の生活の場である在宅という多様な環境での感染対策は、全く異なるアプローチが必要であると実感しました。

ステーションを立ち上げたことによって、コロナ禍でのクラスター対策支援に存分に携わることができました。病院勤務時代には、コロナ禍に他施設の支援に行くことは非常に困難でしたが、訪問看護ステーションという立場から、より機動的に地域の施設を支援できるようになりました。

クラスター対策支援から見た課題

クラスター対策支援に携わの中で、最も深刻な課題として浮かび上がったのは、平時からの感染対策の水準が低いことでした。特に、感染対策の基本中の基本である標準予防策の普及が十分でないことが明らかとなりました。

多くの施設では、感染症が発生してから対策を講じるという遅れた対応が見られるなど、日常的な感染対策への意識や実践が不足していました。手指衛生のタイミングや個人防護具の適切な着脱、環境整備など、基本的な感染対策手技についても統一された理解や実践が行われていない現状がありました。

標準予防策普及への取り組み

この課題を受けて、現在は「シリーズ感染対策」と称し、在宅・施設領域の感染対策研修会を年間5回のシリーズ研修としてオンラインで実施しています。オンライン形式を採用することで、地理的な制約を超えて多くの関係者に参加していただけるようになり、継続的な学習機会を提供できています。

研修内容は、標準予防策の基本から始まり、各施設の特性に応じた実践的な内容まで幅広くカバーしています。単発ではなく、シリーズ研修とすることで、段階的な理解の深化と実践への定着を図っています。

在宅感染対策の特殊性と課題

在宅での感染対策は、施設での感染対策とは異なる特殊性があります。利用者様の生活の場である在宅では、医療機関のような標準化された環境を整備することは困難であり、個々の生活環境に応じた柔軟な対応が求められます。

在宅での感染対策においても、標準予防策の普及が最も重要な課題ですが、特に深刻なのは職業感染対策に関する問題です。この課題は、在宅医療の特性に起因する構造的な問題として捉える必要があります。

針刺し・切創のリスク

在宅での採血検査や点滴などの処置実施の際は、それぞれのクリニックから針類が提供され、利用者様の自宅で使用します。しかし、この針類の多くは安全対策装置付きではないため、針刺し・切創のリスクが高まります。安全対策装置付きのものでも、クリニック毎に種類が異なるため、自宅での点滴や処置施行時に初めて使用することが多く、かえって危険な状況を招くことがあります。また、使用後の針を廃棄する針廃棄容器がクリニックから提供されることは少なく、現場では自宅やステーションにあるペットボトル(写真1)や空き瓶などを利用することがあります。この際に針刺し・切創のリスクが大幅に増大します。



写真1 針廃棄容器として使用されているペットボトル

当ステーションの取り組みと在宅医療の現状

当ステーションでは、職員の安全を確保するため、ステーションで針廃棄容器を購入し、使用後はクリニックで廃棄を依頼するシステムを構築しています。初期投資は必要ですが、職員の安全と利用者様への安全な医療提供のためには必要不可欠な対策と考えています。しかし、職員のB型肝炎、麻疹等の抗体検査実施やワクチン接種なども、在宅医療に従事する看護師全体で見ると十分に普及していないのが現状です。これらの基本的な職業感染対策が不十分な中で、日々針刺しリスクの高い環境で業務を行っている看護師が多数存在することは、看護職の安全確保の観点から非常に憂慮すべき状況です。

手指衛生の取り組みと成果

病院感染対策で特に力を入れていた手指衛生に関する取り組みも、今年新たに開始いたしました。在宅医療においても、手指衛生は感染対策の要であることに変わりはありません。ところが、2025年現在においても、一部のクリニックでは依然として手洗いベイスン(写真2)が使用されており、感染対策の基本となる衛生環境の整備が十分とは言い難い状況も見受けられます。

2025年に手指消毒用アルコール製剤の使用量調査を実施し(図1)、使用量の多かった職員を表彰する取り組みを行いました。この取り組みにより、職員の手指衛生に対する意識が向上し、実際の使用量も増加傾向を示しています。しかし、在宅医療においては、病院で用いられているような手指衛生遵守率や手指消毒用アルコール製剤の使用量に関する標準的な指標が存在しません。これは在宅医療における感染対策の評価を困難にしている要因の一つでもあります。



写真2 手洗いベイスン

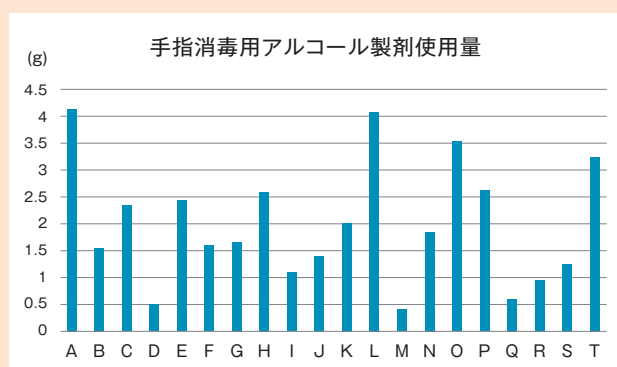


図1 各職員における在宅1件当たりの手指消毒用アルコール製剤使用量 (A~T: 職員)

今後の展望と取り組み計画

①実態調査研究の必要性

在宅医療における感染対策の課題を根本的に解決するには、まず正確に現状を把握することが必要です。そのため、実態調査研究から始めて、エビデンスに基づいた改善策を検討し、普及させていきたいと考えています。

調査項目としては、職業感染対策の実施状況や手指衛生の実践状況、感染対策に関する知識レベル、研修ニーズなどを想定しています。これらのデータを収集・分析することで、在宅医療における感染対策の標準化に向けた具体的な指針を策定できると考えています。

②指標作成への取り組み

病院感染対策では、様々な指標を用いて感染対策の質を評価し、改善につなげています。在宅医療においても同様の指標作成が急務です。特に、手指衛生に関する指標の作成を優先的に進めたいと考えています。

在宅医療の特性を考慮した独自の指標作成が必要であり、利用者数や訪問回数、処置内容などを考慮した、より実用的で意味のある指標の作成を目指しています。

③地域ネットワークの拡充

感染対策は一事業所だけで取り組むものではありません。地域全体の感染対策レベル向上のためには、より強固なネットワークの構築が必要です。既存の安芸地区地域感染対策ネットワークをさらに発展させ、在宅医療に特化した感染対策ネットワークの構築も視野に入れています。このネットワークを通じて、情報共有や合同研修、相互支援体制の確立などを進めていきたいと考えています。

おわりに

病院から在宅への転身を通じて、感染対策における新たな課題と可能性を発見することができました。在宅医療における感染対策は、まだ発展途上の分野ですが、だからこそ取り組み甲斐のある領域でもあります。利用者様が安心して在宅医療を受けられる環境を整備し、同時に医療従事者の安全も確保する。この両立を実現するために、今後も実践と研究を両輪として、在宅医療における感染対策の向上に取り組んでいきます。

となりの感染対策として、それぞれの現場で働く皆様と共に、一步一步着実に前進していけることを願っています。地域全体の感染対策レベル向上のため、今後ともご支援とご協力をお願い申し上げます。

薬剤耐性菌保菌患者の転院に向けての取り組み

福井 優貴 地方独立行政法人 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター
感染対策室 主任/感染管理特定認定看護師

はじめに - 転院の壁、どこにある？

薬剤耐性(Antimicrobial Resistance: 以下 AMR)は、世界的な公衆衛生上の脅威とされており、日本でも「薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(2023-2027)」¹⁾において、医療・介護・福祉の連携強化が掲げられています。しかし、現場では「その患者さん、バンコマイシン耐性腸球菌(以下 VRE)陽性とのことですが…うちではちょっと…」というやりとりにより、転院が頓挫する、あるいは交渉が長引く場面も少なくありません。超高齢社会の日本では、病院と高齢者施設、在宅を往来する高齢患者が増加しており、治療後の転院や転所は医療の重要なプロセスです。しかし「薬剤耐性菌の保菌者であること」が、転院の障壁となってしまう現状があります。

これは患者の生活の質(QOL)に直結するだけでなく、急性期病床の逼迫や医療資源の偏在にも影響を及ぼします。感染対策を行うことは、患者やその家族、病院に勤務する職員を守るうえで重要ですが、「感染していない保菌者」に対して過剰に制限をかけることは、科学的にも倫理的にも見直すべき課題であると考えています。本稿では、感染管理の視点から、薬剤耐性菌保菌患者の円滑な転院を実現するための実践的な取り組みについてお伝えします。

AMRの時代に、地域全体で支える必要性

日本の医療機関では、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(以下 MRSA)の割合が高く、VREによるアウトブレイクも報告されています²⁾。一方で、こうした薬剤耐性菌を「保菌しているだけ」の患者も多く、特に高齢者施設や回復期病棟では受け入れに慎重な傾向が見られます。その結果、転院・転所先が見つからずに急性期病棟での長期入院を余儀なくされるケースもあります。

1. 受け入れ困難の背景

療養病床における感染管理体制の実態調査を行った結果によれば、調査施設の82.5%で感染対策チームが組織されていた³⁾との報告もあり、薬剤耐性菌保菌患者への受け入れ態勢が整備されつつある一方、同調査では、受け入れ不可の理由として、「病床内の設備不足」、「薬剤耐性菌による感染症発症の既往歴がある」³⁾があると報告しています。これらのことから薬剤耐性菌保菌患者の転院を困難にしている主な要因として、筆者の経験も含みますが、表1のような現場の実情があると考えられます。

表1 保菌患者受け入れ困難と考えられる背景と理由

背景	理由
過去に薬剤耐性菌によるアウトブレイクの経験がある	再発防止のため転院に対し、慎重になりやすい可能性がある
感染対策インフラの未整備	感染対策に必要な物品や設備(個室、手袋、消毒剤など)が足りていない
感染管理担当者が不在	ICT(感染対策チーム)や感染管理認定看護師が不在で、対応に不安がある
教育機会と情報共有の不足	スタッフ教育や感染対策の情報共有が不十分である可能性

2. 保菌=感染ではない

感染管理の基本は、「保菌」と「感染」の違いを正しく理解することだと考えています。たとえば、喀痰からMRSAが検出された高齢者でも、咳嗽や発熱などの感染症状がなく、ADL[※]が自立している場合、標準予防策だけで十分対応可能であると考えます。VRE獲得リスク因子は、「おむつの使用」⁴⁾が有意に高かったことを示す研究もあります。つまり排便が自立しており、おむつの使用がない場合には、患者にも便座を使用する前後の便座クリーナー使用やトイレ使用前後の手洗いを指導し、協力を得られるのであれば、たとえ保菌していても水平伝播するリスクは大きく下げることが可能です。

CDCの多剤耐性菌の管理ガイドライン⁵⁾では、長期療養施設において、個々の症例ごとに感染リスクを評価したうえで対策を決定することが推奨されています。患者の状況によっては標準予防策でも対応可能であり、「薬剤耐性菌を保菌しているから」と一律に受け入れを拒否する理由にはならないと言えるでしょう。

※ADL(Activities of Daily Living): 日常生活を送るために最低限必要な日常生活動作(移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴など)

スムーズな転院を実現する3つの工夫

1. 「転院前の様子」を具体的に伝える

受け入れ先の不安は、「対象の患者はどの程度感染リスクがあるのか」という情報不足から生じます。そのため、転院先のスタッフが患者の具体的なイメージを持てるよう、事前に情報共有することが重要です。筆者は転院先に以下のような内容を伝えるようにしています(表2)。MRSAを保菌している

患者の感染対策について考えてみましょう。例えば、喀痰からMRSAが検出されているが排出量が少ない、患者が自立している、加えて手指衛生などの感染対策がとれるといった状態であれば、標準予防策で十分であり、隔離も不要と判断できます。このように保菌している病原体は何か、排菌量はどれほどか、患者のADLはどうか、感染対策に協力的かなど、ケアの様子がイメージできるような感染対策を転院先に伝えることで、相手の不安を大きく軽減することが可能です。

表2 転院先に情報提供している内容（MRSAを例として）

患者氏名	感染太郎
年齢	70歳
診断名	誤嚥性肺炎
検出された耐性菌	MRSA（少量）
検出部位	喀痰
検出された時期	〇〇年△△月××日に検出
保菌/感染	保菌と診断
投与歴のある抗菌薬	SBT/ABPC
実施している感染対策	標準予防策 ADLが自立している患者であり、手指衛生が励行できるため隔離は不要と判断

2. 感染対策における対応の共有

「標準予防策は分かっているけれど、具体的に何をすればいいのかが分からない」という声を筆者も転院先からいただくことがありました。そこで、表3のように感染経路ごとの対応をまとめ、転院時に共有することで、転院先からの理解が得られやすくなり、転院がスムーズに行えた事例も経験しました。また、こうした視覚的・実践的な資料を提供することは、感染対策に不安がある転院先にとって、大きな安心材料となります。

表3 感染対策の対応例

感染経路	主な感染リスク場面	対応策
接触感染	排泄介助、おむつ交換	手袋・エプロン使用、終了後の手指衛生、患者周囲環境の清拭（1日1回以上）
飛沫感染	吸引、会話時の飛沫拡散	職員のサージカルマスク着用、患者にもマスク着用の協力を仰ぐ

3. 「支援する姿勢」を見せることも感染対策

転院先に「うちでは受け入れが無理かもしれない」、「対策が間違っていたら感染が広がってしまう」という空気が漂う背景には、施設毎の過去の経験や感染管理の専門家からの支援が受けられないなどの現状があると感じています。感染管理のプロフェッショナルが次のような支援的姿勢を示すことで、施設間連携がスムーズになると考えます。

<支援的姿勢>

- ・感染対策に関する相談窓口の設置
- ・必要時の施設訪問・現場アドバイス
- ・地域研修での連携施設への啓発
- ・職員を巻き込んだ感染対策トレーニング

特に、高齢者施設等感染対策向上加算対象外の高齢者施設では、人的・物的資源の制約が大きく、実地支援が効果を発揮します。こうした支援は、単に感染を防ぐためだけでなく、患者の移行支援という観点でも重要です。

当院においても、感染対策に関する相談窓口を設置し、地域の施設や病院から相談を受け、当院ICTメンバーが支援できる体制を整えています。



当院HP「感染対策相談受付」より

<http://www.nara-hp.jp/medical-personnel/infection-consultation>

おわりに - 感染対策は「相手を支えること」でもある

薬剤耐性菌の保菌患者であることが理由で転院できないという現状は、患者のQOLを著しく損なう大きな課題であると考えています。感染管理の専門家として、私たちに求められているのは、「正しく恐れる」姿勢と、「伝える努力」、そして一時的な介入ではなく、「継続した支援を実施」することにあると考えます。そのためには、①保菌と感染の違いを啓発し、誤解をなくす ②適切な情報提供によって不安を軽減する ③連携先との信頼関係を築き、地域の感染対策力を高めるようにしていく必要があります。感染対策とは、ただ感染を広げないだけの技術ではなく、患者の生活の継続を支える仕組みを構築することができる技術のひとつであると考えています。

今後も、誰もが安心して次の生活へ移れるよう、地域と共に歩む感染対策を実践していきたいと考えています。

引用・参考文献

- 厚生労働省．薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/ap_honbun.pdf. Accessed July 22, 2025.
- 薬剤耐性ワンヘルス動向調査検討会．薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書 2024（NAOR 2024）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001447793.pdf>. Accessed July 22, 2025.
- 鈴木久美子他．療養病床における感染管理体制の実態に関する調査結果．環境感染誌 Vol.38 no.1, 2023.
- 赤澤奈々他．静岡県立静岡がんセンターにおけるVREアウトブレイク事例の単施設後方視的研究—VRE獲得リスク因子の検討—. 環境感染誌 Vol.37 no.4, 2022.
- CDC. Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006.
<https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/mdro-management/>. Accessed July 22, 2025.

Challenges and Pitfalls in Hand Hygiene Culture

Associate Professor. Kumthorn Malathum

Advisor, Infection Control Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand.



Hand hygiene is one of the key practices to prevent healthcare-associated infections (HAI) and interrupt the transmission of pathogens that are transmitted by contact, particularly multidrug-resistant organisms (MDRO), which can cause high mortality. Since its first intervention by Dr. Ignaz Philipp Semmelweis, the science and practice of hand hygiene have progressed, but gradually. It was not until the late 1990s when Professor Didier Pittet demonstrated an inverse correlation between methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection rates and hand hygiene compliance ⁽¹⁾. Furthermore, he found that alcohol-based hand rub solutions cannot only significantly decrease the amount of time healthcare workers (HCWs) spend on hand hygiene but also have better efficacy than soap and water. Subsequently, the World Health Organization (WHO) introduced the campaign ‘SAVE LIVES: Clean Your Hands’ worldwide, which included the 5-strategy approach and 5-moment framework for hand hygiene. Later studies suggested that adding three more strategies—namely, goal setting, incentive and accountability—to the existing ones could further increase hand hygiene compliance ⁽²⁾.

However, it is still very difficult to achieve and maintaining high hand hygiene compliance in healthcare facilities worldwide. The average hand hygiene compliance rate ranges between 20% in low-income and 40% in high-income countries ^(3,4). Some of the barriers to hand hygiene include suboptimal infrastructure, such as lack of adequate hand washing sinks and good quality alcohol-based hand rub solutions, high workload, understaffing, and inappropriate behaviour norms, patterns and role modelling ⁽⁵⁾. Time constraint has been a major barrier to hand hygiene, but it was resolved after shifting toward using alcohol-based hand rub solution instead of soap and water. Using alcohol-based hand rub solutions also partially downgrades the magnitude of tension created by understaffing and high workload.

Wearing gloves is increasingly recognised as a predictor of non-compliance with hand hygiene. This is because many HCWs perceive that gloves are absolute protection against hand contamination. Simultaneously, HCWs also tend to perceive that hand hygiene interrupts the workflow. Consequently, they would incline to wear gloves for every patient care activity and omit hand hygiene. Therefore, the WHO promoted ‘It might be gloves. It’s always hand hygiene’ as the main theme of 2025’s World Hand Hygiene Day. Furthermore, countries with limited resources continue to use powdered gloves because they are widely available at lower cost. However, using powdered gloves makes hand hygiene with alcohol-based hand rub solutions difficult, because residual powder can aggregate on the hands, interfering with the antimicrobial properties of alcohol, and can also create uncomfortable feeling. In addition, powdered gloves are associated with latex allergy and may trigger asthmatic attacks among people with asthma. The healthcare system, therefore, should focus on using non-powdered gloves, and industries manufacturing them should prioritise making good-quality and cost-effective gloves.

Sustainable hand hygiene requires the implementation of the multifaceted approaches mentioned above, and leadership is a critical part of this process. It is important for hospital administrators to understand that investment in hand hygiene is cost-effective, not a financial burden. A recent study in Vietnam showed a 10% reduction HAI when hand hygiene compliance increased from 26% to 58%, saving \$1,074 per HAI prevented, while the hand hygiene program cost only \$6.5 per patient ⁽⁶⁾. Hospital administrators can support hand hygiene programs by providing adequate resources to establish an adequate handwash basins, continuous supply of alcohol-based hand rub solutions at the point of care and non-powdered gloves.

Being the role model of good hand hygiene practices by hospital leaders can significantly influence the norms of HCWs. Thus, in addition to managing the budget, leaders at all levels of the hospital units must consistently perform hand hygiene according to the 5-moment guidance and provide direct feedback to HCWs and the hand hygiene (HH) team. Monitoring and feedback both in terms of overall compliance within specific areas of the hospital or among HCWs (e.g., physicians, nurses and students) and direct feedback when non-compliance is detected may lead to change in behaviour of HCWs. Hand hygiene compliance rates should be reported to each sector of the hospital along with HAI rate and prevalence of MDRO so that all stakeholders can easily recognize the benefit of hand hygiene. On the other hand, hospitals should not set the goal to achieve 100% hand hygiene without emphasizing the ultimate outcomes—HAI and MDRO rates, because that will likely lead to falsely high rates of hand hygiene compliance.

Hand hygiene technique has been a topic of interest. Recent research indicated that a 3-step hand rub takes less time and may increase compliance while maintaining similar HAI and MDRO rates as compared to the traditional 6-step suggested by the WHO ⁽⁷⁾. The three steps include (1) rubbing all surfaces of the hands, particularly both palms, (2) rotationally rubbing the fingertips on the palm of the alternate hand and (3) rotationally rubbing both thumbs. The total HH median time for the 3-step process was half that of the 6-step process, and the observed hand hygiene compliance rates were 84.88% and 76.85%, respectively ⁽⁷⁾. While this is important in HCW training, in real-life practice, during hand hygiene observation, the observers usually focus only on whether the hand hygiene is performed rather than how the HCW rubs his/her hands.

Finally, the hand hygiene campaign is an endless activity in healthcare system because hand hygiene is a learned behaviour that needs repetitive reminding. Therefore, having a permanent group of people working in this area as well as support from hospital administrators are vital for this sustainable hand hygiene program. Linking HAI and MDRO rates with hand hygiene compliance could eventually create a safety culture in the healthcare system, which is the ultimate goal of a hand hygiene campaign.

References

1. Pittet, Didier, Hugonnet, Stéphane, Harbarth, Stephan, et al. "Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme." *Lancet* 2000; 356: 1307-12. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02814-2
2. Luangsanatip, Nantasit, Hongsuwan, Maliwan, Limmathurotsakul, Direk, et al. "Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis." *BMJ* 2015; 351: h3728. DOI: 10.1136/bmj.h3728
3. Allegranzi, Benedetta, Nejad, Sepideh Bagheri, Combescure, Christophe, et al. "Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis." *Lancet* 2011; 377: 228-41. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61458-4
4. Erasmus, Vicki, Dahan, Thea J, Brug, Hans, et al. "Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care." *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2010; 31: 283-94. DOI: 10.1086/650451
5. Alshagrawi, Salah and Alhodaithy, Norah. "Determinants of hand hygiene compliance among healthcare workers in intensive care units: a qualitative study." *BMC Public Health*. 2024; 24: 2333. DOI: 10.1186/s12889-024-19461-2
6. Thi Anh Thu, Le, Thi Hong Thoa, Vo, Thi Van Trang, Dang, et al. "Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam." *American Journal of Infection Control* 2015; 43: e93-9. DOI:10.1016/j.ajic.2015.08.006
7. Chen, Nuo, Li, Yan, He, Wenbin, et al. "Clinical effectiveness of a 3-step versus a 6-step hand hygiene technique: a randomized controlled cross-over study." *Open Forum Infectious Diseases* 2024; 11: ofae534. DOI: 10.1093/ofid/ofae534

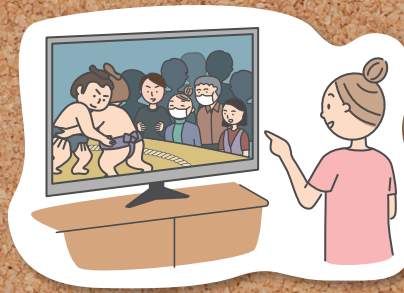
日本語要約

手指衛生文化の課題と落とし穴

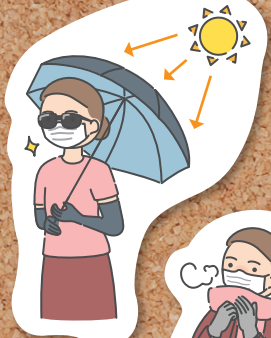
手指衛生は医療関連感染（HAI）を防ぎ、多剤耐性菌（MDRO）などによる感染拡大を防止する対策の1つです。しかし、手指衛生遵守率の平均は、低所得国で20%、高所得国で40%に留まっています。手袋着用が感染予防における完全な手段であると考える医療従事者も多く、遵守率が低い一因となっています。持続可能な手指衛生には多角的アプローチが必要ですが、中でもリーダーシップは重要です。管理者は模範的行動を示し、手指衛生が費用対効果の高いものであると理解すべきです。ベトナムで行われた調査では、手指衛生の遵守率が26%から58%に向上したことで、HAIが10%減少し、予防されたHAI1件あたり1,074ドルの節約となった一方、手指衛生に係る費用は患者1人あたりわずか6.5ドルでした。手指衛生は繰り返し注意喚起する必要があり、終わりのない活動です。その為、スタッフや管理者の支援が不可欠です。HAIやMDROの発生率と手指衛生遵守率を関連付けることで、最終的には医療システムにおける安全文化の醸成につながり、それが手指衛生キャンペーンの最大の目標となります。



みんなの つぶやき



大相撲中継で、
ついマスク着用者数を
数えてしまうのは
CNICのサガなのでしょうか？
(長野県 Mさん)



マスク着用が自由になって
しばらくたちますが、
まだまだ手放せません。
冬は防寒、夏は紫外線対策。
(北海道 Sさん)



歴史に残る感染症(コロナ禍)を経験したのに、
標準予防策を理解しているスタッフが
少ないことに驚きです。
うちの病院だけですか？
(青森県 Sさん)

前向きな
感染対策スタッフに
感謝。
(北海道 Kさん)

外食後、外で気持ちいいと爽快感にひたっていたら
マスクをしていないことに気づき、
何か悪いことをしたような気になり、
急いでマスクをつけるのは職業病だなと実感。
(東京都 M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
「ココバーム オーシャンエッセンス シャンプー 450mL」、
「ココバーム オーシャンエッセンス トリートメント 450mL」
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: 2026年1月31日

📅 アンケート回答ページ用パスワード: 22th3hoscom

メディカルサラヤHPへ <https://med.saraya.com/books/hoscom/enq/>

検索



ココバーム オーシャンエッセンス

ケルプエキス、マリンコラーゲン、パールエキスなど、海のサ
ステナブル天然補修成分を配合し、なめらかでまとまる髪
へ導きます。シャンプーは、バームヤシ油と糖の発酵で生ま
れた独自の天然洗浄成分であるソホロ(加水分解カンジ
ダボンビコラエキス)を配合。サルフェート(硫酸系界面活
性剤)、着色料、パラベン、鉱物油、動物油、シリコン*無添
加で髪へのやさしさを考えた製品です。天然精油100%
で落ち着いた海風の香り(ラベンダー&シダーウッド)。

※シャンプーのみ

*海を守る活動 売り上げの一部は、減少している藻場の再生、海の生物多様性の保全に使われます。



ココバーム
オーシャンエッセンス
シャンプー 450mL



ココバーム
オーシャンエッセンス
トリートメント 450mL

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

2025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) 2025 SARAYA Corporation. All rights reserved. 本資料の無断転載を禁じます。