

特集

血管カテーテルの 最新動向と選択のポイント ～ ミッドラインカテーテルの 有用性と管理 ～

中山 賢人

佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助教

阪本 雄一郎

佐賀大学医学部 救急医学講座 教授

Topics

環境消毒薬の有効性評価指針
2025 改定のポイント

継田 雅美

新潟薬科大学 医療技術学部 臨床検査学科 臨床感染症研究室

01 特集

血管カテーテルの最新動向と選択のポイント
～ミッドラインカテーテルの有用性と管理～

中山 賢人 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助教
阪本 雄一郎 佐賀大学医学部 救急医学講座 教授

08 Topics

環境消毒薬の有効性評価指針 2025 改定のポイント

継田 雅美 新潟薬科大学 医療技術学部 臨床検査学科 臨床感染症研究室

10 聞いてみよう! とんりの感染対策

小さな工夫から始める、手指衛生と業務効率の両立

岡田 恵代 大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部

13 地域連携

岐阜県・岐阜市における地域連携の取り組み

馬場 尚志 岐阜大学医学部附属病院 感染制御室 室長 生体支援センター 教授/センター長

16 World Information

Jigger Infestation in Kenya and Treatment Innovation

Dr STANLEY KAMAU, EBS, HSC
CEO, AHADI KENYA TRUST

みんなのつぶやき

今月の表紙: ゼラニウム (学名: *Pelargonium*)

「天竺葵」とも呼ばれる多年草で、原産地は南アフリカのケープ地方です。17世紀以降にヨーロッパへ広まり、現在はハンガリーの国花としても親しまれています。品種ごとに異なる香りを楽しめるのが魅力の一つで、バラやリンゴを思わせる香りのものもあります。花色も豊富で赤や白、ピンク、黄色などさまざまです。花言葉は「尊敬」「信頼」「真の友情」などがあり、本誌を飾るピンクのゼラニウムには「約束」「決意」「決心」という意味が込められています。



A large, vibrant pink geranium flower cluster is positioned on the left side of the page, extending from the top left towards the bottom. The flowers have five petals each, with some showing a white center. The green leaves are visible at the bottom.

特集

血管カテーテルの 最新動向と選択の ポイント

～ミッドラインカテーテルの有用性
と管理～

中山 賢人

佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助教

阪本 雄一郎

佐賀大学医学部 救急医学講座 教授

はじめに

2024年、本邦においても、ミッドラインカテーテルという新しい末梢静脈カテーテルが登場しました。少しずつ使用されるご施設も増えてきているようですが、新しいカテーテルであり、PICC (Peripherally Inserted Central Catheter：末梢挿入型中心静脈カテーテル)とどう違うか、どんな使い方をすればよいか、どんな合併症に注意する必要があるかなど、現場における疑問は多いように感じます。これから使っていきたいという方にも、すでに使っている方にも現場で役に立つ実践的な情報をお届けできればと思います。

※従来の短い末梢静脈カテーテルとミッドラインカテーテルは末梢静脈カテーテルに分類されますが、本誌では従来の短い末梢静脈カテーテルを「末梢静脈カテーテル」と記載します。

ミッドラインカテーテルとは

ミッドラインカテーテルは、「上腕部の静脈から挿入され、先端が腋窩静脈付近に位置するカテーテル」¹⁾等と定義されています。末梢静脈カテーテルのように簡単に挿入でき、PICCのように一定期間留置が可能という特性を併せ持つ“中間的”な位置づけのカテーテルです。注意点として、ミッドラインカテーテルはあくまで末梢静脈カテーテルの一種であり、中心静脈カテーテルとしては使用できないため、「留置長の短いPICC」ではないことを強く意識する必要があります。

ミッドラインカテーテルの分類

ミッドラインカテーテルは、ガイドワイヤー型(図1)と非ガイドワイヤー型(図2)に大別されます。ガイドワイヤー型は、PICCやCVC(Central Venous Catheter: 中心静脈カテーテル)と同様に、ガイドワイヤーを使用し、カ



図1 ガイドワイヤー型



図2 非ガイドワイヤー型

テーテルを挿入します。挿入時はマキシマルバリアアプリケーションが推奨されます。一方、非ガイドワイヤー型は、末梢留置針と同じように内筒(穿刺針)と外筒(カテーテル)で構成されています。ガイドワイヤーを使用しないため、挿入手技が簡便であり、厳密な清潔操作を必要としないという特徴があります²⁾。

他のカテーテルとの比較

ミッドラインカテーテルを他のカテーテルと比較しました(表)。比較すると、ミッドラインカテーテルは、留置期間が短いという末梢静脈カテーテルの課題を補完するデバイスであることが分かります。また、挿入に時間を要するというPICCの課題も軽減できます。ミッドラインカテーテルの特徴は以下の通りです。

穿刺部位

上腕を3等分したうちの、中央の部位が穿刺部位として適切とされており、左右区別なく穿刺することができます。

穿刺血管

上腕内側を走行する尺側皮静脈が第一選択です。エコーで十分な血管径があり、動脈や神経の位置関係から、安全に穿刺できると判断した場合には、上腕静脈を選択することもあります。橈側皮静脈は、比較的浅い位置にあり穿刺しやすいという特徴がありますが、腋窩静脈への合流角度が急であり、カテーテルが通過しにくいことがあります。特に、長いカテーテルを使用する場合は注意が必要です。

先端位置

使用するカテーテルの長さや穿刺位置によって異なりますが、一般的には腋窩静脈から鎖骨下静脈に先端が位置します。

留置期間

一般的に6～14日程度の輸液治療が想定される場合に適応となります。ただし、15日を超えたからといって直ちに抜去が必要になるわけではありません。添付文書上は最大30日間の使用が可能とされている製品もあります。

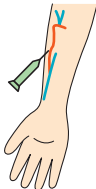
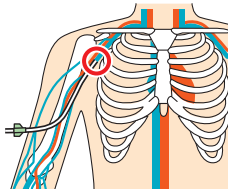
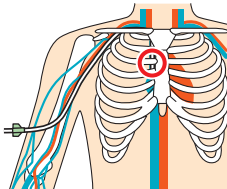
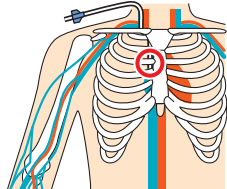
使用できる薬剤

基本的には末梢静脈カテーテルと適応は同じと考えてください。しかし、昇圧剤や静脈栄養剤など比較的侵襲度の高い薬剤を投与するときは、ミッドラインカテーテルを優先していただいても差し支えありません²⁾。

カテーテル選択のアルゴリズム

2025年9月に、「輸液カテーテル管理の実践基準 2025年版 輸液治療の穿刺部位・デバイス選択とカテーテル管理ガイドライン 改訂2版(南山堂)」²⁾が発売されました。本ガイドラインでは、投与薬剤の血管刺激性および、想定される治療期間に基づいて、適切なカテーテルを選択することが推奨されています。一方、実臨床においては、DIVA(Difficult Intravenous Access：静脈路確保困難)患者に対して、どのカテーテルを選択するかということが、重要な判断ポイントとなります。そこで当院では、DIVA患者に限定した図3のようなアルゴリズムを

表 カテーテルの比較

末梢静脈カテーテル		中心静脈カテーテル		
				
	短い末梢静脈カテーテル	ミッドラインカテーテル	PICC	CVC
穿刺部位	主に前腕 両側穿刺可	上腕 両側穿刺可	上腕 右上肢が優先	頸部(右が優先) 鼠径部
穿刺方法	主にブラインド	エコーガイド	エコーガイド	エコーガイド
カテーテル先端	穿刺部から数cm	腋窩静脈 鎖骨下静脈	上大静脈	上大静脈 下大静脈
留置期間	72時間	14日間または30日間	長期留置可能	長期留置可能
挿入場所	ベッドサイド	ベッドサイド	原則として透視室	ベッドサイド
安全性	高い	高い	高い	低い
ルーメン数	シングル	シングル ダブル	シングル ダブル トリプル	シングル ダブル トリプル クワッド

採用しています。想定される治療期間によって、短期間ならエコーガイド下末梢静脈路確保、それ以上ならミッドラインカテーテルを選択しています。これはあくまで「想定される治療期間」であり、カテーテルの使用期限とは異なる点は注意が必要です。私たちの部署（高度救命救急センター）では、重症患者の急性期対応を主に担っており、カテーテル選択時点で治療期間が明確に定まっているというケースは多くありません。そのため、DIVA患者に対してPICCを選択することはほとんどありません。

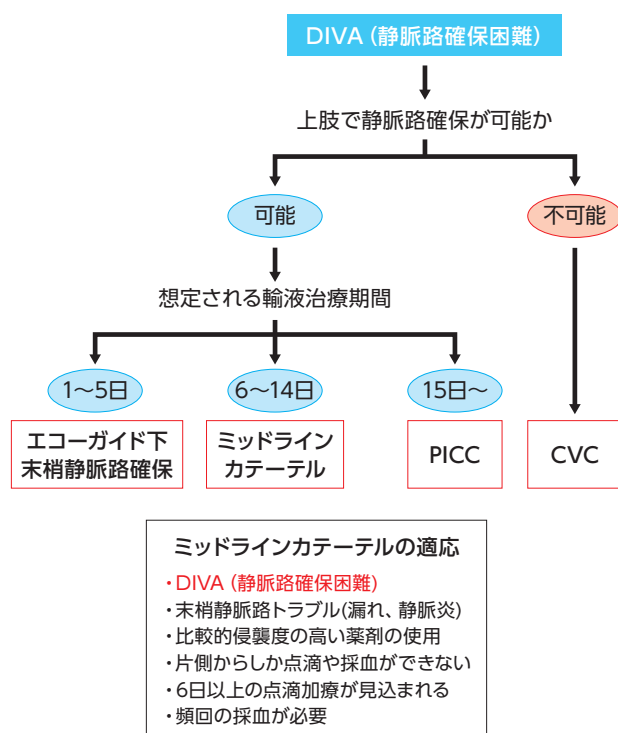


図3 DIVA患者におけるカテーテル選択のアルゴリズム

ミッドラインカテーテルが 適応となりにくい場合

透析患者や慢性腎不全患者では、将来的なシャントの作成に影響を及ぼす可能性があるため、ミッドラインカテーテルの使用を避けることが望ましいとされています。その他、上腕に熱傷や外傷がある場合や著明な凝固異常のある患者、リンパ浮腫のある患者（腋窩部位の手術や放射線療法後など）、ならびに麻痺のある上肢への穿刺も避けるようにしてください。

ミッドラインカテーテルが 有効と思われる使用例

主な適応としては前述の通りDIVAですが、それ以外に、比較的血管刺激性の高い薬剤を使用する場合、末梢静脈カテーテル使用中に静脈炎や点滴漏れが頻回に起こる場合などに適応となります²⁾。

さらに、高齢者医療においてもミッドラインカテーテルは重要な役割を担います。ミッドラインカテーテルは穿刺時に透視装置を必要としないという特性から、急性期病院のみならず、慢性期病院や介護施設などにおいても導入可能です（図4）。また、ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）が低下した高齢者が重篤な疾



図4 高齢者施設におけるミッドラインカテーテル導入事例

患で入院した場合、ACP(Advance Care Planning：人生会議)が十分でないと、家族説明を行っても治療方針の決定に時間を要することがあります。そのような状況では、ミッドラインカテーテルを留置した上で治療を開始し、経過を踏まえて治療方針を再検討するという選択が可能となります。実際に高齢者医療でミッドラインカテーテルを使用されている施設からは、「ミッドラインカテーテルは『意思決定のための時間を確保する一時的なルート』として活用でき、治療的意義を超えた役割を果たしている。治療を中断することなく、患者・家族が必要な時間と全身状態の安定を得られる点は、今後の高齢者医療における重要な視点といえる(一部修正)」との報告が寄せられています³⁾。

ミッドラインカテーテルのメリット

ミッドラインカテーテルの最大の利点は、末梢静脈カテーテルと比較して長期留置が可能という点にあります。末梢静脈カテーテルは、当院では72時間ごとにカテーテルを交換していますが、DIVA患者では、交換のたびに複数回の穿刺を要することも少なくありません。これは患者・医療者双方に大きな負担となっています。ミッドラインカテーテルを使用することで、それらの問題を軽減することが可能です。当院のデータでは、ミッドラインカテーテルの使用により、1患者あたり6.7回、末梢静脈穿刺回数を削減できると見込まれます。1回の穿刺に30分かかると仮定すると、合計201分の穿刺に費やす時間が削減される計算になります⁴⁾。

合併症に関するメリット

ミッドラインカテーテルのその他のメリットとして、他の血管内カテーテルと比較して、カテーテル関連合併症を低減できる可能性が挙げられます。末梢静脈カテーテルでは、静脈炎、カテーテルの自己抜去、浸潤など、さまざまな要因により、約43～59%の症例で何らかの合併症が生じていると報告されています⁵⁾。また、PICCと比較して、CRBSI(Catheter-Related Bloodstream Infection：カテーテル関連血流感染)の発生率が低いという報告もあります⁶⁾。ミッドラインカテーテルは上腕から挿入され、先端が中心静脈まで到達しないため、CVCのように致死的な合併症が生じる可能性は極めて低く、CVCより安全性は高いといえます。

ミッドラインカテーテルを使用する上で注意すべきポイント

上述のように、ミッドラインカテーテルは末梢静脈カテーテルより安定し、PICCより感染リスクが低く、CVCより安全に使用できる、素晴らしいカテーテルです。しかし、注意すべきポイントがいくつかあります。

1：適応判断を正確に

ミッドラインカテーテルは多くのメリットを有する有用なデバイスですが、適応判断を誤ると予期せぬ合併症を招く可能性があります。手技的に導入しやすいという利点はあるものの、末梢静脈路が確保できないという理由だけで、すべての症例に使用すべきではありません。禁忌事項、使用予定の薬剤、想定されるカテーテル留置期間、血管径など複数の要素を総合的に評価した上で、適応がある場合に限って使用することが重要です。また、他のカテーテルと同様に、不要となった時点で速やかに抜去することも忘れてはなりません。

2：各カテーテルの注意すべきポイント

Argyle™ Fukuroi Midline カテーテル(カーディナルヘルス株式会社)

キットに同梱されているガイドワイヤーは細く、ややコシがないと感じられる場合があります。固定用のゴムリングを外さないまま誤ってガイドワイヤーを進めようとする、屈

曲してしまう可能性があるため注意が必要です(図5)。



図5 ワイヤーの屈曲

Arrow™ Midlineカテーテルキット(テレフレックスメディカル株式会社)

ダブルルーメンのカテーテルは5Fr(外径：1.8mm)サイズで、現在市販されている製品の中では最も径が大きいです。カテーテル径が大きいことで、滴下や採血が安定するというメリットはありますが、血管径によっては適応としないケースもあり、使用にあたっては慎重な判断が求められます。

サーフローMidela(テルモ株式会社)

カテーテルの意図しない抜去や位置ズレを抑えるための固定具が入っており、カテーテル挿入後はカテーテル根元の突起に固定具をはめ込みます。これによって輸液ライン等のロックコネクタが皮膚に接触することを避けることもできます。突起がやや確認しづらいため、固定具を装着した際に「カチッ」という音がすることを必ず確認してください(図6)。

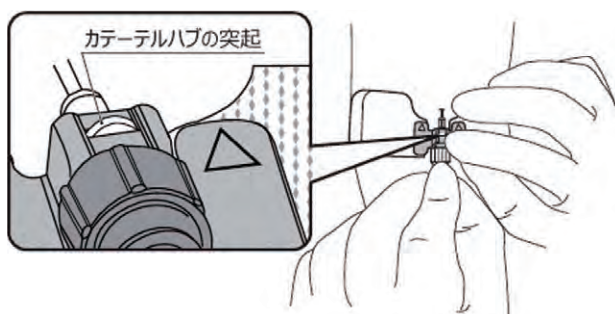


図6 カテーテル固定具の装着確認(テルモ株式会社より引用)

3：挿入時の清潔操作について

ガイドワイヤー型と非ガイドワイヤー型で、求められる清潔操作が異なります。ガイドワイヤー型では、マキシマルバリアプリコーションが推奨されます²⁾。特にミッドラインカテーテル挿入に不慣れな場合や、20cm以上の長いカテーテルを挿入する際は、ガイドワイヤー操作によって不潔になるリスクが高まります。そのため、滅菌手袋と滅菌ガウンを着用した上で挿入していただくことが望ましいと考えます。

一方、非ガイドワイヤー型は、ガイドワイヤー操作がなく、挿入手順も比較的シンプルなため、マキシマルバリアプリコーションは不要であり、非滅菌手袋装着での挿入が許容されます。しかし、刺入部の清潔は確実に維持する必要があり、エコープローブカバーの使用は必須です。近年、非滅菌の超音波ゲルを経皮の手技に使用した事例で、患者の血液から細菌が検出された報告が複数あったことを受け、CDC(Centers for Disease Control and Prevention：米国疾病予防管理センター)は、経皮の手技では滅菌超音波ゲルのみを使用するよう注意喚起を行っています⁷⁾。このような背景から、非ガイドワイヤー型ミッドラインカテーテル挿入においても、エコー関連器材を含めた感染対策の確実な実施がより重要となります。その具体的な手段の一つとして、エコープローブカバーとカテーテル固定フィルムの役割を兼ねた製品を用いることで、挿入時の清潔維持に寄与すると考えられます(図7)。



図7 エコープローブカバーとカテーテル固定フィルムの役割を兼ねた製品(ニチバン株式会社より引用)

4：PICCと混同しない

PICCと穿刺部位が同じで外観も類似していますので、ミッドラインカテーテルをPICCと誤認し、中心静脈栄養や高濃度カリウム製剤をミッドラインカテーテルから投与してしまうというリスクがあります。このような誤使用を防ぐためには、ミッドラインカテーテルが末梢静脈カテーテルの一種であることを院内で十分に周知する必要があります。当院では、ミッドラインカテーテル導入時にハンズオンや説明会を実施するとともに、高度救命救急センターの看護師に1人1冊ずつ私が執筆した書籍¹⁾を配布し、理解の促進を図っています。

5：創部観察を怠らない

ミッドラインカテーテルはカテーテルが深い位置にあり、目視できませんので、静脈炎や点滴漏れの発見が遅れる可能性があります。日々、創部の観察を注意深く行うようにしてください。

6：カテーテル閉塞に注意する

当院の高度救命救急センターにおいて、ミッドラインカテーテルを留置した29例を対象に合併症の検討を行いました。その結果、ミッドラインカテーテル関連合併症として最も多く認められたのはカテーテル閉塞で2例でした⁸⁾。カテーテル閉塞は予定外の抜去の要因となります。カテーテル閉塞を予防するため、薬剤の配合禁忌を十分に確認するとともに、カテーテル採血後やカテーテルロック時にはバルシングフラッシュ[※]を徹底してください。

※バルシングフラッシュとは、「3mL注入⇒少し待つ」を繰り返して、断続的にフラッシュする方法です⁹⁾。断続的に注入することで、カテーテル内に乱流を起こし、内腔の物理的洗浄効果を高めることが可能です。

7：カテーテル自己抜去に注意する

ミッドラインカテーテルは無縫合でも安定した固定性が得られます。実際に経験した患者からは「前腕の末梢ルートより上腕に留置したミッドラインの方が気にならない」との意見が聞かれました。しかし、せん妄などにより、

自己抜去のリスクが非常に高いと判断される場合には、カテーテルの縫合固定を検討することも必要です。

おわりに

ミッドラインカテーテルは、これからの輸液管理を大きく変えていく可能性を秘めています。正しく理解し、適切に使いこなすことで、患者さんにとっても医療者にとっても、より良い選択肢となるはずです。明日からの臨床に、ぜひ活かしていただければ幸いです。

参考文献

- 1) 中山賢人. すぐわかる!ミッドラインカテーテル46の疑問. 南山堂. 2025年.
- 2) 日本VADコンソーシアム研究会. 輸液カテーテル管理の実践基準 2025年版 輸液治療の穿刺部位・デバイス選択とカテーテル管理ガイドライン 改訂2版. 南山堂. 2025年.
- 3) 福添恵寿. その一本が、医療に“対話”を取り戻すー Midlineで変わる意思決定の現場. Chorusline. Vol.57.
- 4) 中山賢人, 小網博之, 阪本雄一郎. 第9回日本VADコンソーシアム研究会発表 一般演題.
- 5) Pittiruti et al. European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project, The Journal of Vascular Access 2021.
- 6) Shah P, Jones C, Smith R, et al. Comparing complication rates of midline catheter vs peripherally inserted central catheter: a systematic review and meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2023;**10**(2):ofad024. doi:10.1093/ofid/ofad024.
- 7) Centers for Disease Control and Prevention. Alert: Use Only Sterile Ultrasound Gel for Percutaneous Procedures. CDC; 2025.
- 8) 中山賢人, 小網博之, 阪本雄一郎. 高度救命救急センターにおけるミッドラインカテーテル関連合併症の検討. 日本救急医学会雑誌. 2026.
- 9) Cardinal Health. バルシングフラッシュの方法. <https://cardinalhealth-info.jp/faq/pulsing-flush/> (accessed January 8, 2026)

環境消毒薬の有効性評価指針 2025 改定のポイント

継田 雅美 新潟薬科大学 医療技術学部 臨床検査学科 臨床感染症研究室

はじめに(環境消毒薬の評価指針とは?)

医療関連施設では環境消毒に多様な消毒薬が使用されています。日本では、2020年まで環境消毒薬における標準化された有効性評価指針がなく、メーカーが独自に試験を実施して有効性を示してきたので、それぞれの消毒薬を比較することができませんでした。一方、欧米ではすでに消毒薬の評価方法が確立されていて、米国では環境消毒薬は米国環境保護庁(EPA)、生体消毒薬は米国食品医薬品局(FDA)の管轄で評価されており、欧州では欧州標準化委員会(CEN)によるEN規格に基づく試験により評価されています(日本の環境消毒薬の中には、『欧州規格EN16615:2015で定められたワイプ試験の要求事項を満たしました』と書かれているものもあります)。そのような背景の中、2020年、欧米の基準を参考に日本環境感染学会の消毒薬評価委員会により、日本初の環境消毒薬評価指針である「環境消毒薬の評価指針 2020」(以後、「評価指針2020」)が策定されました¹⁾。医療現場において環境に適した真に有効な消毒薬を選択するために役立ててもらいたい、という思いで作られたわけです。

環境消毒薬の評価指針 2020の概要

「評価指針2020」では、どのような微生物をどれくらい減らせれば「有効性あり」と言ってよいか、という評価基準が設けられました(表1)。試験に用いる細菌は、黄色ブドウ球菌や緑膿菌の他、MRSAやCREなどの薬剤耐性菌も用い

ます。ウイルスは、ノロウイルスの代用となりうるネコカリシウイルスとアデノウイルス、芽胞はクロストリディオイデス・ディフィシルが対象とされています。これらについては、「環境消毒薬の有効性評価指針 2025」²⁾も同様です。

試験法としては、サスペンション試験とサーフェス試験が設けられました(図1)。

・サスペンション試験

消毒薬と微生物、負荷物質を混ぜて、経時的(1、5、10分間など)に生き残っている微生物数を測定します。清浄条件と、羊血球を添加した汚濁条件で実施します。

・サーフェス試験

微生物液をシリコンディスクやステンレス板などに滴下して乾燥させ、その表面に消毒薬を滴下して、経時的(1、5、10分間など)に生き残っている微生物数を測定します。

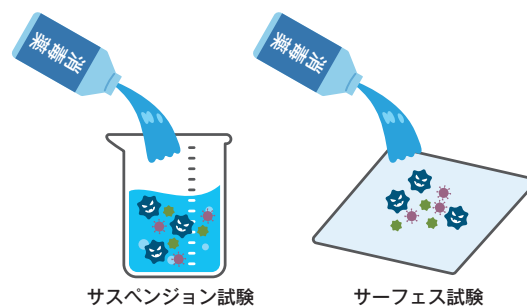


図1 サスペンション試験とサーフェス試験(イメージ)

サスペンション試験は消毒薬そのものの殺微生物効果を評価するものなので必須です。サーフェス試験は、より実使用に近い試験法ですので実施すべきですが、「評価指針2020」策定当時は“望ましい”という表現に留まりました。

表1 環境消毒薬の評価基準の変遷

	環境消毒薬の評価指針 2020	環境消毒薬の有効性評価指針 2025
殺細菌効果	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC 15442 などの細菌を $\geq 4\log_{10}$ 減少させる	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> ATCC 15442 などの細菌をサスペンション試験 $\geq 5\log_{10}$ 、サーフェス試験・ワイプ試験 $\geq 4\log_{10}$ 減少させる
殺ウイルス効果	Feline calicivirus F9 などのウイルスを $\geq 3\log_{10}$ 減少させる	Feline calicivirus F9 などのウイルスをサスペンション試験 $\geq 4\log_{10}$ 、サーフェス試験・ワイプ試験 $\geq 3\log_{10}$ 減少させる
殺芽胞効果	<i>Clostridioides</i> (旧名称 <i>Clostridium</i>) <i>difficile</i> ATCC 9689 などの芽胞を $\geq 3\log_{10}$ 減少させる	<i>Clostridioides difficile</i> ATCC 9689 などの芽胞をサスペンション試験 $\geq 4\log_{10}$ 、サーフェス試験・ワイプ試験 $\geq 3\log_{10}$ 減少させる

環境消毒薬の有効性評価指針 2025改定のポイント

「評価指針2020」の発表と同じ時期に新型コロナウイルス感染症の流行があり、その経験から得られた知見や欧米の評価法、有効性基準改定を踏まえて本指針の改定を行うことになりました。

まず、「評価指針2020」では、誰がこの試験を行うのか少し混乱していたところがあったので、目的を明確にしました。つまり、この指針における試験評価は医療施設（ユーザー）が行うのではなく、消毒薬メーカーが実施し公開するものであること、様々な製品の中から自施設に適切な消毒薬を選定するために活用されることを目的としていることを明記しました。

試験法としては、サーフェス試験は“望ましい”から“基本的に実施する”との記載に変更されました。また、サスペンション試験、サーフェス試験に次いでワイブ試験を取り入れました。

・ワイブ試験

合成樹脂素材やプラスチックシャーレの表面に微生物液を塗り広げ、乾燥させます。その後に消毒薬を含浸させたワイブで清拭し、任意の作用時間経過後にエリアの表面に残っている微生物数を測定します（図2）。ワイブ試験は新しい試験法ではありますが、現在、医療現場はワイブ製品が多く使用されているという実情を踏まえ、サーフェス試験の代用になりうるものとして記載することになりました。

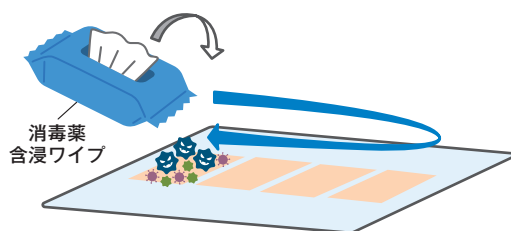


図2 ワイブ試験（イメージ）

評価基準については、「評価指針2020」と異なる点として、サスペンション試験とサーフェス試験およびワイブ試験の要求基準に差をつけました。これは、消毒薬そのものの有効性を確認するサスペンション試験は、サーフェス試験やワイブ試験のような乾燥状態の微生物を対象とする試験よりも1ランク高い要求基準とすることが臨床的に妥当と考えられたからです（表1）。

その他、「評価指針2020」では試験法が複雑でわかりにくかったので、本文に概要として、まとめの表を載せ、各試

験の詳細については別表1～3にA4サイズ1枚で見やすく収まるよう記載しました。

雑品の扱いについて

医療現場や介護施設など、消毒薬を扱う場所では、医薬品以外のいわゆる雑品に分類される消毒薬が、ワイブ製品などの形で広く使用されています。本指針はあくまでも医薬品である消毒薬が対象であり、医薬品であればこの指針に則って有効性をうたうことができます。しかし、雑品については薬機法（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）などの法律により有効性を表示することはできません。今後、環境用の医薬品としての消毒薬が新たに上市される可能性は低く、ワイブ製品などの雑品が主流になると考えられる中で、効果が不確実な製品との差別化を図る意味がこの指針にはあります。指針に則った試験を行っているということが、製品選択のエビデンスに繋がるよう、ユーザー側も適切に選定していくべきと思います。また、雑品に関しては、法的制約がある中でもメーカーとして十分な評価をしていることを理解していただくため、補足として「日本の業界団体における雑品の試験方法」を掲載しました。

おわりに（指針の使い方）

消毒薬評価委員会では、消毒薬における標準化された有効性評価基準として、「生体消毒薬の有効性評価指針：手術野消毒 2013」、「生体消毒薬の有効性評価指針：手指衛生 2023 第2版」を発出し、このたびは「環境消毒薬の評価指針 2020」の改定として「環境消毒薬の有効性評価指針 2025」を発出いたしました。これらは医療現場で使用する消毒薬の均質で信頼性の高いエビデンスとして、抗菌薬におけるMICブレイクポイントのような有効性の指標として活用されることが望まれます。そのためには、まず、みなさんに指針の存在を認知していただき、施設内での適切な消毒薬選定に活かしていただければと思います。

参考文献

- 1) 一般社団法人日本環境感染学会 環境消毒薬の評価指針2020,一般社団法人日本環境感染学会消毒薬評価委員会,日本環境感染学会誌35巻3号 PS1-S5 (2020.05)
- 2) 一般社団法人日本環境感染学会 環境消毒薬の有効性評価指針2025,一般社団法人日本環境感染学会消毒薬評価委員会,日本環境感染学会誌41巻1号 PS1-B (2026.01)



聞いてみよう！ となりの感染対策

小さな工夫から始める、手指衛生と業務効率の両立

岡田 恵代 大阪公立大学医学部附属病院 感染制御部

現在、多くの医療機関が、病床稼働率の向上、慢性的な人手不足、限られた経営資源といった厳しい状況の中で診療を続けている。そのような環境においても、医療安全と感染対策、特に手指衛生の徹底は省略できない。一方で現場は常に繁忙であり、「手指衛生の徹底が正しいことは分かっているが、実践し続けるのが難しい」というジレンマを抱えているのも事実である。

当院は築30年以上が経過した施設であり、構造的にも感染対策上、理想的とは言えない部分が少なくない。そこで私たちは、「個人の努力」に頼るのではなく、清潔と不潔の境界をできるだけ明確にし、手指衛生が適切に実施されやすい構造や手順へ変えることを重視して、環境整備、手順の見直し、材料選定に取り組んできた。

事例① ケア手順の工夫だけで変わる手指衛生の効率

感染対策の工夫というと、新しい物品の導入や設備整備に目が向きがちである。しかし、日常のケア手順を少し見直すだけでも、手指衛生の実践のしやすさと業務効率は大きく変わる。

例えば、同一患者に対して「バイタルサイン測定」と「点滴接続」を行う場面を考える。バイタルサイン測定を先に行い、その後に点滴接続を行う場合、患者接触前後や清潔操作前の手指衛生を含めると、手指衛生は合計4回必要になる。一方、先に点滴接続を行い、その後にバイタルサイン測定を行う手順にすると、手指衛生は2回で済む(図1)。

バイタルサイン測定→ 点滴接続の順番で作業	点滴接続→ バイタルサイン測定 の順番で作業	バイタルサイン測定→ 点滴接続の順番で最後に 電子カルテ接触面を清拭消毒
手指衛生回数 4回	手指衛生回数 2回	手指衛生回数 3回
 患者接触前	 清潔操作前 手袋着用	 患者接触前
 測定	 点滴接続	 測定
 患者接触後	 手袋外す	 患者対応後に電子カルテ接触面を清拭消毒することで不要となる 患者接触後
 入力	 測定	 入力
 清潔操作前 手袋着用	 患者接触後	 清潔操作前 手袋着用
 点滴接続	 入力	 点滴接続
 手袋外す		 手袋外す
 患者接触後		 患者接触後
		 清拭消毒
		電子機器と患者接触の行き来が多い場合にオススメ

図1 ケア手順の工夫
バイタルサイン測定と点滴接続を行う場合の手指衛生のタイミング

このように、ケアの順番を変えるだけで必要な手指衛生の回数を減らすことができる。忙しい現場では、ケアの途中で何度も手指衛生を行うこと自体が負担となり、手指衛生が省略されるリスクが高まる。であれば、清潔操作を先にまとめるなど、手指衛生が適切に実施されやすい流れに手順を組み替えることが重要である。また、電子カルテ操作を途中で挟む必要がある場合には、患者対応終了後に電子カルテ周辺を清拭消毒してリセットする、といった工夫も有効である。ケア内容や頻度を踏まえ、より効率的な手順を選択することが、手指衛生を「実践し続ける」ための現実的な方法となる。

事例② 陰部ケアの見直し： 洗浄から清拭ワイプへ

陰部ケアは患者の清潔保持に欠かせない一方、準備や片付け、物品洗浄など多くの工程を含んでいる。当院では従来、タオルと洗浄物品を用いた陰部洗浄を行っており、1回のケアに「準備5分、洗浄15分、片付け10分」、合計約30分を要していた。この方法は丁寧なケアが可能である反面、使用后物品の洗浄・消毒・乾燥・保管が必要なため、さらに時間を要し、また汚染物（陰部洗浄ボトルなど）をベッドサイドから持ち出す動線が生じる。その過程では手指衛生の機会も増え、繁忙時には手指衛生が省略されるリスクが高まるという課題があった。

そこで、陰部ケアに使い捨ての清拭ワイプを導入した。ワイプは単価だけを見ると高価に感じられるが、準備や片付け、物品洗浄などが不要となり、ケア時間は大幅に短縮され、手指衛生のタイミングも削減された。さらに使用後はその場で使用済みワイプを廃棄できるため、汚染物を持って病棟内を移動する必要がなくなり、環境汚染リスクの低減にもつながった（図2）。さらに近年では、ワイプ製品に加えて泡タイプの清拭剤も普及しており、比較的安価で洗浄力に優れた製品も選択可能となっている。これらを適切に使い分けることで、施設の状況に応じた柔軟な運用が可能となり、感染リスク低減と業務効率化の両立が期待される。

一方、「お湯と石鹸を使わないことで清潔が保てないのではないか」「尿路感染症（UTI）が増えるのではないか」

という懸念もあった。当院ではカテーテル関連尿路感染（CAUTI）サーベイランスにより感染発生状況を継続的にモニタリングしている。ワイプ導入後のCAUTI発生率（1,000カテーテル・日あたり）は、2023年1.69、2024年1.49、2025年1.44と減少傾向で推移しており、ケア変更による感染リスク増加は認められていない。

これらのデータを現場へフィードバックし、「ケア方法」ではなく尿路感染を防ぐという目的意識を共有しながらUTI低減に取り組んでいる。

重要なのは、「お湯と石鹸で洗うこと」そのものではなく、感染を起こさせないという視点でケア全体を再設計することである。



図2 陰部清拭ワイプ導入による工程数の削減

事例③ 尿量測定の見直し： 従来法からシステム化へ

次に紹介するのは、より規模の大きい取り組みである尿量測定の見直しである。

従来、尿量測定は採尿、計量、容器の洗浄・消毒・乾燥・保管という工程で行われてきた。1回あたりの負担は小さく見えても、病棟全体では大きな業務量となる。当院の業務量調査では、採尿容器処理だけで年間約4,000時間、時給1,500円換算で約600万円相当の person 件費を要していることが明らかとなった。さらに洗浄作業に伴う環境汚染や交差リスクも課題であった。



採尿、計量、容器洗浄・消毒の工程は手指衛生の回数が増え、さらに周囲環境の汚染リスクが高い。



尿量測定装置は、便器で排泄できる患者だけでなく、尿回収した尿量測定も可能。尿量データを電子カルテに連携すると、手指衛生機会を省略できるなど業務効率化にもつながる。

図3 尿量測定装置導入による効果

そこで、頻回測定が必要な部署に限定し、排尿と同時に便器内で尿量を測定できるシステムを導入した。初期コストを考慮し、院内一律ではなく効果が大きい部署に絞って運用している。その結果、採尿、計量、容器の洗浄・消毒といった工程が不要となり、業務時間削減に加え、汚染物に触れる機会そのものを減らすことができた。これは手指衛生回数を減らすというより、「汚染物に触れない構造へ変える」ことで感染リスクを下げる取り組みである(図3)。

おわりに

事例①の手順の工夫、事例②の物品の見直し、事例③のシステムの導入は、規模こそ異なるが、根底にある考え方は共通している。それは、「清潔と不潔の境界を明確にし、手指衛生が適切に実施されやすい構造や手順をつくること」である。

感染リスクを下げるためには、手指衛生の徹底が重要であることは言うまでもない。しかし、現場の負担が増え続ける中で、「やるべきこと」を増やすだけでは、実践を継続することは難しい。業務手順や環境を見直し、不要な工程や汚染に触れる機会そのものを減らすことも、感染対策の重要な視点である。業務効率を高めるための整備は、結果として手指衛生が必要となる場面やタイミングを減らし、無理なく遵守できる環境づくりにつながる。手指衛生の手順そのものに注目するだけでなく、日常業務全体の流れとして捉え直すことで、感染対策と業務効率の両立という新たな可能性が見えてくるのではないだろうか。

忙しい、余裕がない—だからこそ、私たちは「何を増やすか」だけでなく、「何を減らせるか」という視点を持つ必要がある。小さな工夫の積み重ねが、結果として手指衛生を遵守しやすい環境をつくり、感染リスク低減へとつながっていくと考えている。

岐阜県・岐阜市における地域連携の取り組み

馬場 尚志 岐阜大学医学部附属病院 感染制御室 室長
生体支援センター 教授/センター長

はじめに

2020年からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックにより、社会全体が大きな影響を受けました。その中で我々医療機関は、個々の施設での感染制御の強化とともに、診断や治療、ワクチン接種など様々な領域で、医療機関や保健所など地域全体で連携して乗り越えてきました。一方、“サイレントパンデミック”として気づかれることなく進行しつつある薬剤耐性菌の問題も、医療上の大きな懸念事項です。その対策においても、情報共有や対応支援など地域全体で連携して進めることが必要です。

本稿では、岐阜県・岐阜市の感染対策における地域連携の取り組みについて、その背景とともに紹介します。

岐阜県による地域連携ネットワーク

感染症は、急性期や療養型など医療機関の機能や規模にかかわらず発生しますが、感染制御の専門人材は限られています。そのため、以前より行政による地域ネットワーク・支援体制の整備が進められてきました。モデル事

業として8つの県に地域ネットワークが設置された2004年以降、厚生労働省は繰り返し地域ネットワークの構築・強化について通知し、アウトブレイク時には保健所に報告し、必要に応じて地域ネットワークによる支援を受けるよう求めています^{1,2)}。

岐阜県でも、2005年に県が設置する協議会として、急性期病院の医師や看護師、岐阜県医師会や岐阜県病院協会の代表、保健所を含む行政機関からなる院内感染対策協議会が発足し、中小病院への訪問指導やアウトブレイク対応を支援しています（図1上、図2上）。これら訪問指導・支援の際には、県の医療整備課や地域を管轄する保健所が立ち合うとともに、必要に応じて地域で中心的な役割を担う急性期病院の感染制御担当者にも参加・協力を求め、お互いの視点や分析、指導内容を共有し、地域全体の情報共有・支援につなげています。また、医療機関の要請だけでなく、保健所など行政機関からも各医療機関からの届出や報告の内容について相談を受け、当該医療機関への追加調査や地方衛生研究所（岐阜県保健環境研究所）での病原体解析など、必要な対応について助言しています（図2下）。これら行政機

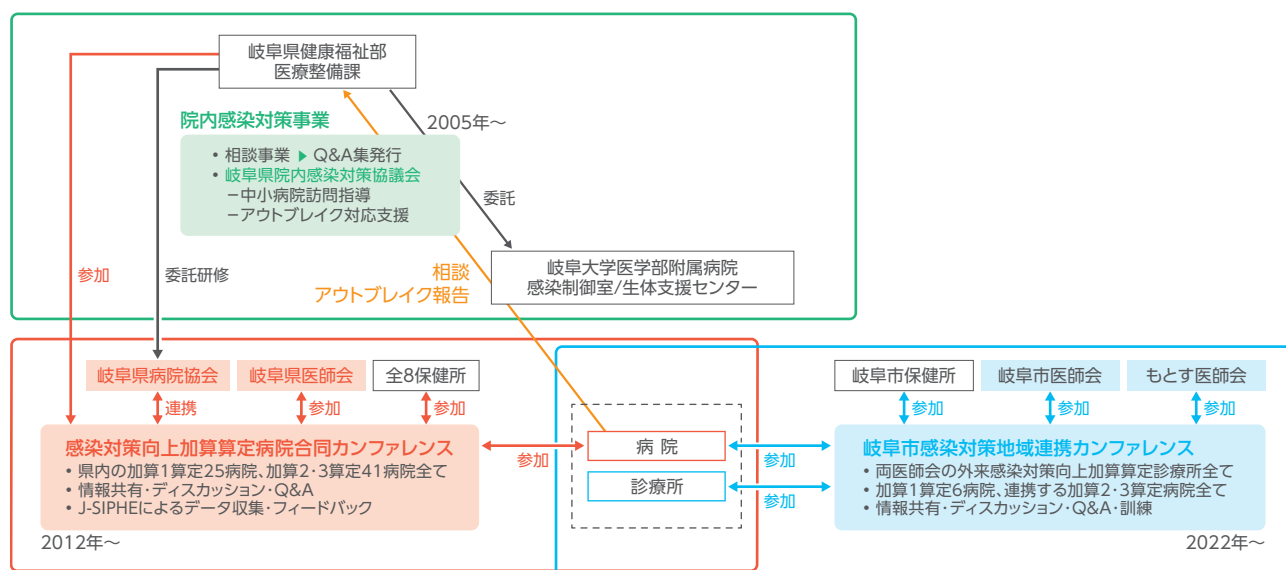


図1 岐阜県の感染対策における地域連携の枠組み (2026年3月時点)

関による緊密な地域連携・支援体制は、COVID-19においても迅速かつ的確な行政対応に貢献しました。

加算算定病院全体での合同カンファレンスとJ-SIPHEの活用

2012年には「感染防止対策加算」が新設され、診療報酬上でも病院間の連携や地域ネットワークの構築が図られています。その後、2016年に薬剤耐性対策アクションプランが策定されたことを受け、2018年には「抗菌薬適正使用支援加算」が追加され、COVID-19発生後の2022年には地域全体での感染症対策のさらなる推進・強化を目指し、「感染対策向上加算」として要件が見直されました³⁾。

感染対策向上加算（2022年以前は感染防止対策加算）（以下、加算）の算定要件として、連携病院間での合同カンファレンスの開催がありますが、岐阜県では2012年から年2回、県内の加算算定病院すべてが参加する合同カンファレンスを開催しています（図1左下）。ここには岐阜県病院協会や岐阜県医師会のほか、県の医療整

備課や県内すべての保健所も参加し、感染症に関する様々な課題について県全体で意見を交わし情報共有しています。以前は4職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）、計200人以上が集まり対面で開催していましたが、県域が広い岐阜県では遠隔地の病院を中心に参加に伴う負担が課題でした。COVID-19発生後の2020年からはweb会議システムを介したオンライン開催に切り替え、遠隔地にある病院の負担も軽減できました。一方、参加施設が多く、限られた時間の中で各施設の意見を取り上げることが難しいため、会議システムが持つ投票機能を活用するなど工夫もしています（図3）。さらに、2012年から続けている薬剤耐性菌や抗菌薬、手指衛生などのサーベイランスは、2021年に全病院がJ-SIPHE（感染対策連携共通プラットフォーム）に参加し、その中でデータを登録・収集し、フィードバックにも活用しています。これらのグラフは、J-SIPHEの「お気に入り」機能⁴⁾に登録しており、カンファレンス時だけでなく、各施設がいつでも確認できるようにしています。

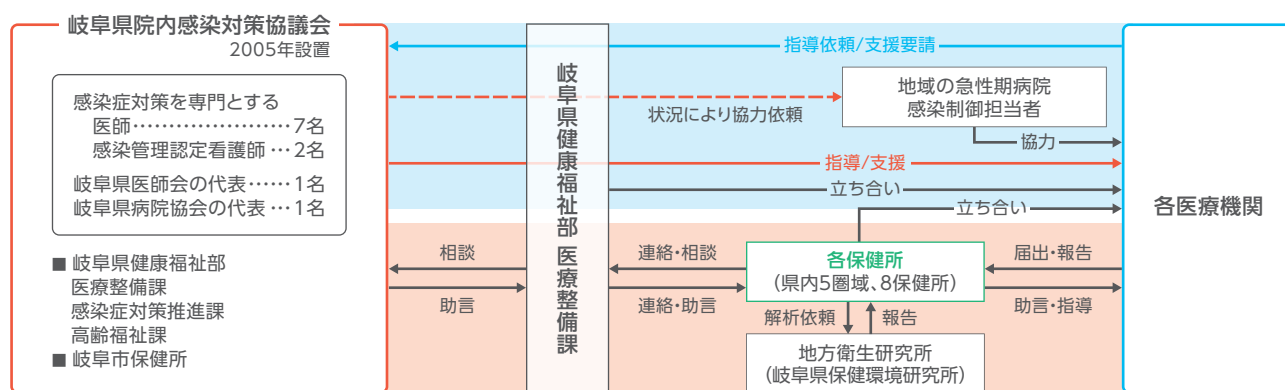
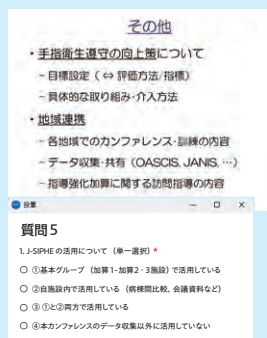


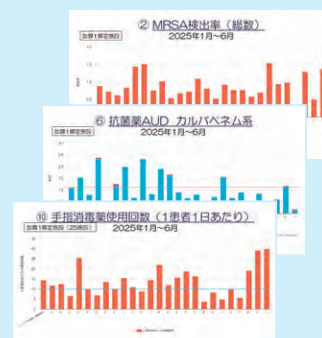
図2 岐阜県院内感染対策協議会の構成と活動



▲合同カンファレンスの様子



▲投票機能の活用による各施設からの意見把握



▲J-SIPHEの「還元情報」の活用によるフィードバック

図3 感染対策向上加算算定病院 合同カンファレンスの様子

岐阜市感染対策地域連携カンファレンス

岐阜市では、2022年に「外来感染対策向上加算」が新設されたことをきっかけに、市内の加算1算定病院と岐阜市保健所、岐阜市医師会、隣接するもつ医師会により新たな地域連携の枠組みを立ち上げ、岐阜市感染対策地域連携カンファレンスとして、年2回のカンファレンスと訓練を開催しています(図1右下)。

このカンファレンスには、岐阜市医師会もしくはもつ医師会に所属し外来感染対策向上加算を算定する診療所のすべて、岐阜市内に6つある加算1算定病院、連携する加算2・3算定病院のすべて、そして岐阜市保健所が参加しています。参加医療機関の数は160を超えており、岐阜市医師会館をメイン会場としてハイブリッド開催しています。会の内容としては、医師会、保健所、加算1算定病院が、それぞれの立場から情報提供する時間を必ずとり、地域の状況や取り巻く環境、関連する知識・情報について地域全体で共有しています(図4左)。また、情報提供だけでなく、各診療所の疑問や問題点などを集め、それを加算1算定病院が解説する双方向のやり取り(Q&A)も重要な柱です。さらに、各診療所からの意見をリアルタイムに把握するため、ここでも会議システムの投票機能を活用しています。訓練は、加算1算定病院が各病院のアイデアや強みを活かし交代で企画していますが、診療場面の実演や保健所と協力し作成した麻しん対応の動画を取り入れるなど、実際の場面での課題解決につながるよう工夫しています(図4右)。

今後の地域連携に向けて

COVID-19による混乱の要因を振り返ると、新たな病原体で当初は病態や治療もはっきりしておらず、情報が乏しい中、多くの不安が渦巻いたことが挙げられます。また、その後も急ピッチでワクチンや治療薬、検査体制が整備され、行政対応も刻々と変化する中、医療機関同士、また保健所など行政機関との間でタイムリーかつ十分な情報共有ができず、意思疎通を欠いたことも否めません。これらの教訓から、新たな感染症発生への備えとして、保健所や地域の医療機関全体で、感染症やその課題・対応について情報共有・情報交換する場があることは重要です。また、薬剤耐性菌対策や抗菌薬適正使用、高齢者施設での感染対策など、地域全体での取り組みが十分とは言えない領域もあります。そのため、これまで岐阜県・岐阜市で医療機関と行政機関とで築き上げてきた地域連携体制を、さらに発展・進歩させていくことが必要と考えています。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 医政局指導課長通知「医療機関等における院内感染対策について」. 医政指発0617第1号 平成23年6月17日. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/dl/tp0118-1-76.pdf>:2026年3月24日現在.
- 2) 厚生労働省. 医政局地域医療計画課長通知「医療機関における院内感染対策について」. 医政地発1219第1号 平成26年12月19日. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000845013.pdf>:2026年3月24日現在.
- 3) 厚生労働省. 令和4年度診療報酬改定の概要 個別改訂事項I(感染症対策). <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf>:2026年3月24日現在.
- 4) AMR臨床リファレンスセンター. J-SIPHE参加施設マニュアル 2025年12月(ver.7.2.0). <https://j-siphe.jihs.go.jp/files/J-SIPHE参加施設マニュアル.pdf>:2026年3月24日現在.

- **岐阜市医師会**から情報提供
ー地域社会における課題やデータ提示 など
- **岐阜市保健所**からの情報提供
ー感染症法・届出、ワクチン、麻しん、結核、食中毒 など
- **加算1算定病院**からの情報提供・ミニレクチャー
ー新興感染症
ー抗菌薬適正使用
ー発熱性疾患の診療、輸入感染症、結核、梅毒
ー診療所版J-SIPHE (OASIS) など
- **Q&A**(事前アンケートに対する回答)
ー加算1算定6病院すべてが分担
- **訓練**
ー個人防護具の着脱
ー診療場面での標準予防策・個人防護具・手指衛生
ー吐物処理
ー保健所との連携、届出(麻しん疑い、新興感染症対応) など



図4 岐阜市感染対策地域連携(外来感染対策向上加算)カンファレンスの内容と訓練の様子

Jigger Infestation in Kenya and Treatment Innovation

Dr STANLEY KAMAU, EBS, HSC
CEO, AHADI KENYA TRUST

Abstract

Jigger infestation, medically referred to as tungiasis and caused by the sand flea *Tunga penetrans*, is a neglected parasitic disease affecting vulnerable populations in Kenya and other parts of sub-Saharan Africa. The condition is characterised by the penetration of gravid female fleas into the skin, most commonly affecting the feet. The associated morbidity includes pain, inflammation and secondary bacterial infections, as well as social consequences, such as stigma, school absenteeism and reduced economic productivity. Government and civil society estimates suggest that a substantial number of Kenyans are affected, with children, older persons and individuals living in poverty bearing a disproportionate burden.

In response to this public health challenge, the Government of Kenya developed the National Policy Guidelines on the Prevention and Control of Jigger Infestations to provide a coordinated, multi-sectoral framework for prevention and management. This article reviews the epidemiology and public health importance of tungiasis in Kenya and outlines the national policy framework and key implementation strategies. It also discusses emerging programmatic treatment innovations that aim to strengthen safe community-level management in alignment with Sustainable Development Goal 3.3 on neglected tropical diseases.

Introduction

Tungiasis is a parasitic skin disease caused by the sand flea *Tunga penetrans*. The disease predominantly affects populations living in resource-limited environments in which housing conditions, environmental hygiene and access to preventive measures are inadequate. In endemic areas, transmission is strongly associated with poverty, earthen floors, dusty surroundings and limited use of protective footwear.

Although tungiasis rarely causes life-threatening complications, the disease causes substantial suffering due to persistent pain, inflammation, itching and difficulty walking. In chronic or untreated cases, secondary bacterial infections, nail deformation, ulceration and tetanus may occur. Beyond physical morbidity, affected individuals often experience social stigma, exclusion and psychological distress, particularly among school-aged children.

Despite its prevalence in many African settings, tungiasis has historically received limited attention within national health planning and global neglected tropical disease (NTD) frameworks.

Life Cycle and Transmission Dynamics

The life cycle of *Tunga penetrans* includes both parasitic and off-host developmental stages. Once the gravid female flea has penetrated the epidermis of the human host, it enlarges and releases eggs over several days. These eggs fall into dry soil, where larvae and pupae develop under warm environmental conditions.

Human infection occurs primarily through direct contact with contaminated soil, especially when individuals walk barefoot. Transmission is therefore closely linked to environmental exposure, housing quality and socio-economic vulnerability. Domestic animals, such as dogs, cats, pigs and goats, may serve as reservoir hosts, contributing to persistent household transmission in endemic settings.

These characteristics highlight that tungiasis is shaped largely



by environmental and social determinants rather than biological susceptibility.

Burden and Public Health Importance

Tungiasis remains widely prevalent in many parts of Kenya, particularly in rural and marginalised communities. Although comprehensive national prevalence surveys are limited, reports from government agencies, academic studies, and civil society organisations consistently identify the disease as a significant public health concern.

Children are disproportionately affected due to frequent barefoot exposure and prolonged contact with contaminated soil. Recurrent infestation may impair mobility and contribute to school absenteeism and reduced participation in learning activities. In adults, tungiasis can limit physical productivity and contribute to household economic strain.

The disease also increases vulnerability to secondary infections in communities where access to health services is limited. Despite these impacts, tungiasis is underreported in routine health information systems, complicating accurate disease mapping and resource allocation.

National Policy Guidelines on the Prevention and Control of Jigger Infestations

In recognition of the public health burden of tungiasis, the Government of Kenya developed the **National Policy Guidelines on the Prevention and Control of Jigger Infestations** in 2014 through the Ministry of Health's Division of Environmental Health. The guidelines were developed through consultation with county governments, researchers and civil society partners.

The policy provides a framework for coordinated prevention and control efforts at the national and county levels. It promotes the integration of tungiasis interventions into existing community health strategies, school health programmes, environmental sanitation initiatives and broader NTD control efforts.

Importantly, the policy recognises tungiasis as a disease influenced by social, environmental and economic determinants, necessitating multi-sectoral collaboration beyond the health sector alone.

Policy Objectives

The guidelines aim to achieve the following:

- Reduce the occurrence of jigger infestation
- Promote safe and appropriate prevention and management practices
- Strengthen community awareness and participation
- Improve surveillance and reporting mechanisms
- Enhance collaboration across the health, education, water, sanitation, housing and community development sectors

These objectives situate tungiasis within both public health and development agendas.

Strategic Interventions for Prevention and Control

Environmental Hygiene and Housing Improvement

Environmental management remains a cornerstone of prevention. Regular cleaning of living spaces, proper waste disposal and improvement of housing conditions reduce flea breeding sites.

Replacement of earthen floors with finished surfaces has been associated with a lower infestation risk in endemic areas. The separation of animal shelters from human dwellings is also recommended.

Personal Protective Practices

The consistent use of footwear, routine bathing and regular inspection of feet are promoted as key preventive behaviours, particularly among children.

Health Education and Behaviour Change Communication

Community education initiatives address misconceptions associating jiggers with superstition or moral judgment. Behaviour change communication promotes an accurate understanding of transmission, prevention and safe treatment options, supporting early care-seeking and stigma reduction.

Clinical Management and Safe Treatment

The national guidelines discourage the mechanical extraction of jiggers using unsterilised instruments due to the increased risk of infection and tetanus. Instead, the guidelines emphasise safe wound care, topical antiseptic use and management under the guidance of trained health workers where possible.

Surveillance and Health Information Systems

The policy recommends the incorporation of tungiasis reporting into routine health information systems. However, implementation remains inconsistent, highlighting the need for strengthened surveillance and monitoring mechanisms.

Multi-sectoral Coordination

Effective control requires collaboration among the health, education, water and sanitation, housing and community development sectors. School-based screening and community mobilisation remain important components of integrated prevention strategies.

Community Engagement and Programmatic Treatment Innovation

Community-based interventions play a central role in tungiasis management in Kenya. Civil society organisations, county governments and community health volunteers have implemented prevention and treatment campaigns that emphasise hygiene, education and safe care practices.

Within this context, programmatic treatment innovations have emerged to support safer community-level management. Partnerships between private sector actors and civil society organisations, such as the collaboration between SARAYA and Ahadi Kenya Trust, have focused on developing standardised topical formulations intended to simplify application and reduce reliance on unsafe extraction methods.

While large-scale clinical trials remain limited, such innovations strengthen the operational components of Kenya's national policy framework by promoting safer, more practical approaches in community settings.

These efforts align with Sustainable Development Goal 3.3, which calls for strengthened responses to NTDs through improved access to prevention and care.

Challenges and Remaining Gaps

Despite policy and programmatic progress, several challenges persist. These include limited routine surveillance data, ongoing stigma, variable county-level resource allocation and incomplete integration of tungiasis into primary healthcare and NTD programmes. Addressing these gaps requires sustained investment, improved monitoring systems and long-term community engagement.

Conclusion

Tungiasis remains a significant yet preventable public health challenge in Kenya. The disease is closely linked to poverty, environmental exposure and limited access to basic services. Kenya's

National Policy Guidelines on the Prevention and Control of Jigger Infestations provide a strong foundation for coordinated action. With community engagement, improved surveillance and safe programmatic innovations, progress towards disease reduction and improved quality of life for affected populations is achievable. Strengthening implementation will contribute to health equity, social dignity and broader sustainable development outcomes.

References

1. Ministry of Health Kenya. *National Policy Guidelines on Prevention and Control of Jigger Infestations*. Division of Environmental Health; 2014.
2. Heukelbach J, Feldmeier H. Tungiasis: a neglected health problem of poor communities. *Tropical Medicine & International Health*. 2004;9(8):949–955.
3. Kimani BN, Nyagero J, Ikamari L. Knowledge, attitude and practices on jigger infestation among households in Kenya. *Pan African Medical Journal*. 2012;13:30.
4. World Health Organization. *Ending the Neglect to Attain the Sustainable Development Goals: A Road Map for Neglected Tropical Diseases 2021–2030*. WHO; 2020.
5. World Health Organization. *Global Report on Neglected Tropical Diseases 2023*. Geneva: WHO.
6. Feldmeier H, Eisele M, Sabóia-Moura RC, Heukelbach J. Severe tungiasis in underprivileged communities: case series and treatment considerations. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2013;7(7):e2348.
7. Abhra S, et al. Treatment approaches for tungiasis and community-based control strategies. *BMJ Open*. 2021;11:e046768.

日本語要約

スナノミ症は *Tunga penetrans* (スナノミ) によって引き起こされる寄生性皮膚疾患で、床材のない未舗装の住居や衛生環境の不備、裸足での生活が感染リスクを高め、主に貧困環境に暮らす人々に深刻な影響を及ぼす。命に関わることは少ないものの、強い痛み、炎症、かゆみ、歩行障害を引き起こし、慢性化すれば二次感染や爪の変形、潰瘍を伴うこともある。子どもには学業への影響や偏見による心理的負担も生じる。

スナノミ症は皮膚に侵入したスナノミの雌が卵を産み、これが乾燥した土壌で発育し、裸足での接触によって再感染が続く。犬や猫、豚などの家畜が家庭内の感染源となる例も多く、生活環境と社会経済状況が発生の中心的要因となっている。

ケニア政府は2014年に国家政策ガイドラインを策定し、環境衛生、学校保健、コミュニティの保健政策などとの統合的対策を推進している。住居の床の改善や家畜との生活空間の分離、履物着用促進、健康教育による迷信や偏見の解消、安全な創傷ケアなどが主要な戦略である。また、地域団体や民間企業による外用剤の開発など、コミュニティで実施しやすい新たな取り組みも進んでいる。

依然としてモニタリング不足やサポートの地域間格差といった課題は残るが、継続的なコミュニティ支援と安全な治療法の普及等により、スナノミ症に苦しむ人を減らし、生活の質を向上させることは可能と考える。

SARAYA Jigger Lotion

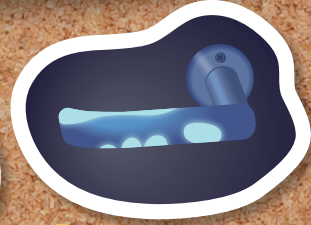


東アフリカのケニアやウガンダに拠点を持つサラヤは、深刻な社会課題となっているスナノミ症に苦しむ人々を支援するため、2018年より治療薬の開発に取り組み、2021年5月にSARAYA Jigger Lotionの販売認可を取得しました。現在では、東アフリカ地域におけるスナノミ症対策の一助となることを目指し、様々なステイクホルダーと協力しつつ普及活動を進めています。

みんなの つぶやき

温泉やサウナで
レジオネラを
気にするのは職業病
(東京都 Aさん)

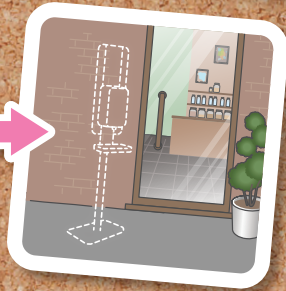
感染対策チームの役割は
「いかに可視化するか!」だと思っており、
研修するたびに蛍光塗料で
ぴっかぴっかになっています(笑)。
(北海道 Sさん)



街中の
手指消毒薬設置が
減少していることが
残念です。
(北海道 Kさん)

若い医師が率先して
手指衛生遵守に励む姿は
なぜか涙ぐみます。
(千葉県 Hさん)

スタッフに周知・実践
してもらうことに
難渋しています。
ウイルスも手こわいが
スタッフも手こわい。
(大分県 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「アラウ。 泡ボディソープ 480mL」、「アラ
ウ。 泡フェイスソープ 150mL」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9月30日

※ アンケート回答ページ用パスワード: 業務効率

アンケート回答はこちらから

<https://forms.gle/mxXoBu9pYUWsZ9Xt6>



アラウ。 泡ボディソープ 480mL 泡フェイスソープ 150mL

アラウ。は、洗うチカラと肌へのやさしさを考え、合成界面活
性剤・着色料・合成香料・保存料を使わず、植物生まれの
ピュアな無添加せっけんにこだわっています。さらに、天然
アロマと植物エキス(保湿成分)を配合し、使い心地や香り
にも配慮しています。洗うたびに合成香料とは異なる植物
のチカラとナチュラルな香りをお楽しみください。

★「セーブ・ザ・チルドレン」を支援



アラウ。シリーズの売上の一部は、国際NGOセーブ・
ザ・チルドレンを通じて、アフリカ・ウガンダの子ども
たちの衛生や健康改善に使われています。

泡ボディソープ
480mL

泡フェイスソープ
150mL



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7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。