

よくある質問(FAQ)

このツールの説明

この文書は、医療における手指衛生について、いくつかのよくある予想された質問を詳述しています。答えは、「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」、専門家の意見、臨床現場の同僚の経験からの学習の中に描かれる形で、得られるエビデンスから取られています。

質問と答えは主要な表題の元に列挙されます：（日本語訳では質問も表題と共に列挙した）

1. 清潔なケアが安全なケアであり命を守る：手をきれいにしなさい	4
▶ WHOの患者安全とは何ですか？	4
▶ WHO患者安全の世界的な挑戦（複数）とは何ですか？	4
▶ 最初の世界的患者安全の挑戦「清潔なケアが安全なケア」は何を含んでいますか？	4
▶ なぜWHO患者安全は、二番目の世界的患者安全の挑戦(GPSC)（「安全な手術が命を救う」）が2008年夏に開始された時に、最初のGPSC（「清潔なケアが安全なケア」）に焦点を定めたのですか？	5
▶ 最初の世界的患者安全の挑戦は終わるのですか？	5
▶ 「命を守る：きれいな手で！」発議とは何ですか？	5
▶ 「命を守る：きれいな手で！」発議の目的はなんですか？	5
▶ 「命を守る：きれいな手で！」発議はどのくらい継続するのですか？	6
▶ 「命を守る：きれいな手で！」発議に、私はどのように参加すればいいのですか？	6
2. 手指衛生ガイドラインのためのエビデンス	7
▶ 世界中の医療において感染の問題はどの程度重要なのですか？	7
▶ 総体的な患者安全討議事項において、手をきれいにすることはどの程度重要ですか？	7
▶ 先進国と開発途上国の間で医療関連感染(HCAI)の率に違いはありますか？	7
▶ 手指衛生順守は最近の数十年のあらゆる努力においてもなぜまだ低いのですか？	8
▶ どんなタイプの病原菌が、手指衛生の誤りによって広がる可能性があるのですか？	8
▶ なぜWHOは手指衛生ガイドラインを発行する必要があったのですか？	9
▶ WHOガイドラインはCDCガイドラインとどのくらい違いますか？	9
▶ 「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」はどのようにパイロットテストを受けたのですか？パイロットテストはどこで行われたのですか？	9
3. 手指衛生ガイドラインの実施	10
▶ 特に、我々が現在「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを順守するために必要なインフラストラクチャーを持っていない場合、わたしの施設はどのように「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の実施を開始するのでしょうか？	10
▶ 医療施設は、どのようにして実施案内と関連ツールを利用できますか？	10
▶ もし私が施設でインターネットあるいは印刷された資料を利用できないなら、「命を守る：きれいな手で！」ウェブサイトにある手指衛生のツールを私はどのように利用や複製できますか？	10
▶ どのようなツールと資源が利用可能ですか？	10
▶ 私は利用できる全ての資源を使うか実行すべきですか？	12
▶ 私の施設は手指衛生改善戦略ですでに非常に進んでおり、進行中の行動計画と評価サイクルを持っています。私たちはさらに追加のツールあるいは支援を必要としますか？	12
▶ 「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は、手指衛生への医療従事者の順守の行動面に対処しますか？	13
▶ 世界中でその他の手指衛生ガイドラインは多いですか？	13
▶ どうして国々は、自分たちのガイドラインを使い続けるより、「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」を使うべきなのですか？	13
▶ 世界中の地域社会が医療関連感染(HCAI)の拡大を予防し管理することをさらに援助するための他のWHOの計画はなんですか？	14
▶ 「多様な手指衛生改善戦略」とはなんですか？	15
▶ WHO「多様な手指衛生改善戦略」に従って手指衛生改善を達成するために必要とされる資源はなんですか？	16

- WHO推奨と戦略に関して私の医療施設で手指衛生の資源と推進の状況をどのように評価したらいいですか？ 17
- WHOロゴの使用に関してWHOの規則はどうなっていますか？ 17
- WHO著作権のある材料に関してのWHOの規則はどうなっていますか？ 17
- WHOの情報材料の再版に関するWHOの規則はどうなっていますか？ 17
- WHOの情報材料の翻訳に関するWHOの規則はどうなっていますか？ 17
- 「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」の推奨を、国がこのアプローチに乗り出すことを容易にするために優先させることは可能でしょうか？ 18
- 「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」と実施戦略は病院とは別の医療施設（外来ケア、長期ケア施設）で使われますか？ 18
- 「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」は、医療以外でも使えますか？ 18
- 目標は手指衛生順守とすべきですか？もしそうなら、どの程度の増加レベルが好ましいでしょうか？ 19
- 「WHO医療における手指衛生ガイドライン」を実行するための必需品はなんですか？ 19

4. 国家的誓約(Country Pledges) 20

- 私の厚生大臣が医療関連感染(HCAI)に関する「誓約」声明に署名しました。この誓約は何ですか？ 20
- 厚生大臣は約束（誓約）の声明に署名することで何に取り組むのですか？ 21
- どのくらいの数の国々が声明に署名することによってすでに誓約しましたか？ 21
- 私の国は誓約しましたか？ 21

5. 私の手指衛生の5つの瞬間 23

- 「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」の中に含まれている「私の手指衛生5つの瞬間」アプローチは、どのように手指衛生の適応に関係していますか？ 23
- 要約すると、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチの理論の根底にあるのは何ですか？ 23
- 手指衛生の「適応・indication」と「機会・opportunity」と「瞬間・moment」の違いはなんですか？ 24
- なぜ「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、患者の直近にある家具に触れる前の手指衛生を含んでいないのですか？ 25
- 「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは改作あるいは変更することができますか？ 26
- 私たちは、多人数部屋で「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチをどのように適応させたいですか？ 26
- ベッド間隔が適切以下の状況で「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチをどのように適応しますか？ 26
- 日常的な経口薬物投与の間の手指衛生適応はどのようなものですか？ 27
- 同じ患者にケアを提供する時（いかなる無菌処置やいかなる体液被爆のない）連続した接触の間に手指衛生の適応はありますか？ 27
- 「適応（瞬間）4」と「適応（瞬間）5」はどうして一つの「機会」を形成するように同時に起こることがないのでですか？ 27
- あなたは、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチをどのように精神衛生サービスを受けている患者に当てはめますか？ 28
- 清掃スタッフは「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチに従うべきですか？ 28
- 無菌操作が行われる時はどのレベルの手指衛生が適用されるべきですか？（例えば、中心ラインの挿入） 29
- 患者ゾーンと医療エリアを定義する時に、患者のカーテンに関して特別のアドバイスはありますか？ 29

6. システム変革 — 「ケアの現場」で手指衛生行為を変える 30

- どうしてWHOは「ケアの現場」での擦式アルコール製剤による擦式法を大きく強調し、手指衛生の国際的標準としてそれらを推進しているのですか？ 30
- WHOは医療従事者がもはや石けんと流水の使用は必要ないとしていますか？ 30
- 擦式アルコール製剤は、いくつかの重要な病原体（例えば、クロストリジウム・デフィシルやノロウイルス）に対して有効でないというのは本当ですか？ 31
- 「ケアの現場の擦式アルコール製剤」は実施においてどんな意味があるのですか？ 31
- 手指衛生は未滅菌手袋を着用する前に行なわれるべきですか？ 32
- アルコールは手袋をした手で使用できますか？ 32

- 宝石類と指の爪に関する推奨は何ですか？ 3 2
- もし医療従事者が「ケアの現場」で擦式アルコール製剤に慣れ親しんでなければ、その有効性を彼らに納得させる方法はあるのでしょうか？ 3 3
- 擦式アルコール製剤のポケットボトルを使用する時、ボトル（あるいは医療従事者のガウン）は汚染しないものですか？これは手指衛生活動に影響しますか？ 3 3
- 医療従事者が長袖を着ることにしてWHOの推奨はありますか？ 3 3
- WHOは非アルコール擦式製剤の使用についてなにか推奨しますか？ 3 3
- 石けんがない医療施設で、手指衛生のために灰と泥を使うことはできますか？ 3 4

7. 擦式アルコール製剤：処方と製造 3 5

- なぜWHO推奨の処方が医療従事者にふさわしいのですか？ 3 5
- 誰が、WHO推奨製剤を作るのですか？ 3 5
- 現在のメーカーは商売ができなくなりますか？ 3 5
- WHO処方を使うという動機はなんですか？ 3 5
- 医療施設は擦式アルコール製剤を製造して、近くの病院に配布できますか？ 3 6
- もし蒸留水が利用できなければ、WHO推奨処方の製剤のための適当な代用品はなんですか？ 3 6
- 擦式アルコール製剤はどのくらい有効ですか？ 3 6
- もし施設が地域でWHO推奨処方の一つを製造するなら、CENやASTMの基準に従って製品をテストする必要がありますか？ 3 6
- どのように現場で製造されたWHO推奨処方を品質管理しますか？ 3 7

8. 擦式アルコール製剤：リスク/危険 3 8

- 擦式アルコール製剤の使いすぎは耐性を作りますか？ 3 8
- アルコールは手を乾燥肌あるいは使用時皮膚を刺激しますか？ 3 8
- 医療従事者は擦式アルコール製剤を何回くらい使うことができますか？ 3 8
- WHO推奨処方に関係する特別な危険はありますか？ 3 8
- どのように大アルコール火災（すなわち大量貯蔵）に対処しますか？ 3 8
- あなたは、患者あるいは医療従事者が製品を飲んでしまう問題に気付いていますか？ 3 9
- 使ったボトルはどのように処理したらいいのでしょうか？ 3 9
- 医療従事者は擦式アルコール製剤でどんな悪影響を受けますか？ 4 0
- 正常な皮膚あるいは吸引を通しての吸収で起こされた理論的な有害効果のため、いくつかの国が、エタノールを禁止することを考慮しているという報告を考慮してどんな助言をしますか？ 4 0
- イスラム教の医療従事者は擦式アルコール製剤を使えますか？ 4 0
- 擦式アルコール製剤に関係する火災の危険はどんなものがありますか？ 4 1
- 何人かの専門家が、イソプロピルアルコールは目への刺激性と麻薬性性質のため、擦式アルコール製剤には適切ではないと述べています。それは正しいですか？ 4 1
- 擦式アルコール製剤はどこに保管すべきですか？ 4 2
- ディスペンサーは火災の危険を考慮に入れて、どこに置くべきですか？ 4 2
- 患者と見舞客にどのような特別な案内がなされるべきですか？ 4 2
- こぼした時はどのように管理しますか？ 4 2

9. 患者関与と権限付与（エンパワーメント） 4 3

- 患者に医療従事者が医療従事者の手をきれいにするように思い出させるよう勧めることは適切ですか？ 4 3
- 感染の拡大において患者はどのような役を演じるのですか？ 4 3
- いくつかの医療施設は積極的に全ての医療従事者と病棟に入る見舞客による手指衛生を推進しています—これは正しいアプローチですか？ 4 3

1. 清潔なケアが安全なケアであり命を救う：手をきれいにしなさい

WHOの患者安全とは何ですか？

2004年10月に、WHOはWHOと加盟国を患者安全の問題に最も緊密な可能性のある注意を払うように促す世界保健総会決議(2002年)に答えて「患者安全のための世界的提携」を開始しました。WHO患者安全は、全てのWHOのメンバー国で、ケアの安全を改善するための認識と政治的関与を高め、患者安全政策の開発と実施を促進します。毎年、チームは世界中で患者安全を改善するという系統的で技術的な局面をカバーするかなりの数のプログラムを提供します。

WHO患者安全の世界的な挑戦(複数)とは何ですか？

WHO患者安全のための核となる要素は、医療を受ける患者にとってのリスクの大きな重大な局面をカバーし、世界規模の行動のために確認されている全てのWHO加盟国と関連したトピックの「世界的な患者安全の挑戦」の公式化です。2010年4月時点で、2つの世界的患者安全の挑戦が正式に開始されました：

- *最初の世界的な患者安全の挑戦「清潔なケアが安全なケア」が2005年10月に開始されました
- *二番目の世界的患者安全の挑戦「安全な手術が命を救う」は2008年6月に開始されました

最初の世界的患者安全の挑戦「清潔なケアが安全なケア」は何を含んでいますか？

最初の世界的患者安全の挑戦「清潔なケアが安全なケア」は、手指衛生推進を土台として世界中での医療関連感染(HCAI)の問題に取り組むため、2005年10月に開始されました。

それには5つの構成要素があります：

- *清潔な処置 — 外科的および緊急的処置の安全
- *清潔な製品 — 輸血安全
- *清潔な環境 — 安全な水、衛生と廃棄物管理
- *清潔な器材 — 注射安全
- *清潔な手指

「手をきれいに」の構成要素は、2005年の「清潔なケアが安全なケア」の最初の焦点として開始され、「命を守る：きれいな手で！」発議を通して強化されてきました。

「命を守る」を発展させる活動：「きれいな手で！」発議は2008年に開始され、「清潔なケアが安全なケア」の一部として、すでに成し遂げられていた優れた仕事に基づいています。それは持続可能性の主要な構成要素であり、世界的手指衛生改善を、次の当然の段階へと進めます。

「命を守る」の一部：「きれいな手で！」の発議、世界中の医療施設は、手指衛生を改善し医療関連感染を減らすための、最後の、修正され更新されたバージョンとして2009年5月に利用可能となった「WHO医療における手指衛生ガイドライン(2009)」を紹介するように勧められます。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン(2009)」で概略が示された案内に基づいた一連のツールと包括的実施案内は、世界中の医療施設が、その出発点に関わらず、手指衛生を改善する行動計画を準備し実施することを支援するために企画され、実施試験されました。

それらはWHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ からアクセスできます。

なぜWHO患者安全は、二番目の世界的患者安全の挑戦(GPSC)（「安全な手術が命を救う」）が2008年夏に開始された時に、最初のGPSC（「清潔なケアが安全なケア」）に焦点を定めたのですか？

最初の世界的患者安全の挑戦「清潔なケアが安全なケア」は現在進行中の発議です。2005年に開始されたこの挑戦は、（他の挑戦に沿って）「WHO患者安全」のために長期の主要目的とされるよう意図し、されてきたので、医療関連感染を現場の改善を進め維持するために継続的な入力を必要とする大きな患者安全の問題として認識しました。

2005年以来、123ヶ国の加盟国が(2010年4月現在)「世界的患者安全の挑戦」プログラムと並行して、医療関連感染に対して彼らが支援することを誓っています。

医療における手指衛生を改善させる世界的契約を確立するためのこれらの誓約に続いて、手指衛生発議のためのそれぞれの加盟国が特定のゴールを達成することを支援するために必要なツールと機材を改良する作業が続けられています。

プログラムは、ツールの仕上げられた実際のシリーズが、政治的誓約を「ケアの現場」での行動計画の実行に転換すること可能とする新しい段階に入りました。

最初の世界的患者安全の挑戦は終わるのですか？

この世界的患者安全の挑戦は、医療関連感染の普遍的な問題に注目するために2005年にその実質的活動を開始しました。医療関連感染のトピックの重要性とそれらを予防する活動を強化する必要性を考えて、活動は2009年にさらに拡大されました。

最初の挑戦の作業は、手指衛生に関係する発議がそのうちに停止してしまわないことを確実にするための長期計画として継続します。

「命を守る：きれいな手で！」発議とは何ですか？

「命を守る：きれいな手で！」は、自然な次の段階に続くための「清潔なケアが安全なケア」の作業の主流の一つです。

それは、医療関連感染(HCAI)とそれゆえに関連した疾病率と死亡率を減らすための努力として手指衛生を改善するように世界中の医療施設に希望を与えます。

WHO患者安全の最初の挑戦「清潔なケアが安全なケア」の作業と重要な進歩に基づいた「命を守る：きれいな手で！」発議を明確にする。

患者安全の手指衛生に焦点を当てて、「命を守る：きれいな手で！」発議は患者、医療従事者と医療環境を有害な病原体から守りそれにより医療関連感染を減少させるためのキーとして「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを補強します。

この発議の一部として、WHO患者安全は一連のツールと「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」で概略された案内に基づいた「包括的実施案内」を提供してきました。

医療施設の現在の手指衛生のレベル、教育や「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチの認識あるいは変革を実施するための必要な資源に関係せず、ツールは、世界中の医療施設が、手指衛生を改善するための行動計画を準備し実行することをサポートするように設計されています。

ツールと案内は、WHO患者安全のウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ からアクセスできます。

「命を守る：きれいな手で！」発議の目的はなんですか？

「命を守る：きれいな手で！」発議の目的は以下です：

- *全ての医療設定で手指衛生の最善の実施を動機付ける
- *「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを理論から実践に移行させる
- *「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを世界的に順守することを推進する
- *世界中で手指衛生を改善することで、医療関連感染を減少させる

「命を守る：きれいな手で！」発議はどのくらい継続するのですか？

WHO患者安全は、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチに対する世界的順守の持続的改善の目標を2020年までと決めました。
このように、この発議は現在少なくとも2020年まで実施されるように計画され、医療における行動変容の複雑性を反映しています。

「命を守る：きれいな手で！」発議に、私はどのように参加すればいいですか？

世界中の全ての医療施設は、「命を守る：きれいな手で！」発議に「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチへの順守を増大させ、それによって医療関連感染と関連する疾病率と死亡率を減らすことで、参加するよう動機付けられます。
医療施設は、WHO患者安全のウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ で彼らの関心を登録し、医療施設が手指衛生を改善することをサポートするためにWHO患者安全によって提供された全ての資源を利用するように勧められます。
同様に更なる情報のため、www.who.int/gpsc/5may/en/ の「命を守る：きれいな手で！」FAQを参照してください。

2. 手指衛生ガイドラインのためのエビデンス

世界中の医療において感染の問題はどの程度重要なのですか？

医療関連感染(HCAI)は世界中で発生しており、先進国と開発途上国の両方で何億もの患者に影響しています。

信頼できる標準的なサーベイランス・データがないことが、疾病の真のバーデンの重大な過小評価があることを示唆しています。

医療関連感染を被るリスクは、普遍的で世界中の全ての医療施設と組織に充満しています。医療従事者が、しばしばこのような感染を他の患者に彼らのケアの中で広げる導管となっています。

ここで多くの患者が、明らかな感染の症状や症候を示すことなく（コロニー化あるいは潜在性感感染）、病原体を運ぶ可能性についても同様に気をつけるべきである。

このことは明らかに、ケアを受けている患者のタイプに関わらず、手指衛生の必要性をさらに強調します。

総合的な患者安全討議事項において、手をきれいにすることはどの程度重要ですか？

手指衛生は患者安全を維持するために非常に貢献します。

手指衛生は、医療関連感染(HCAI)の原因である全ての微生物の広がりを防ぐ簡単な、廉価な行動です。

手指衛生は医療関連感染に対する唯一の方法ではありませんが、医療関連感染の原因の微生物は医療従事者の手を介して患者間に最も頻繁に広がっていることを示している多くの科学的エビデンスがあるため、手指衛生の順守のみが劇的に患者安全を高めることができます。

さらに、手指衛生を改善する戦略を既に受け入れている医療施設は、概して、彼らの感染管理実施の綿密な調査をより受け入れやすいことも証明しています。

従って、手指衛生に注目するロックオン効果が、組織全体にまたがる患者安全の全体的改善をもたらすことができます。

最後に、WHO患者安全による最初の世界的患者安全挑戦の最初の根幹としての手指衛生の選択は、患者安全の討議事項におけるその重要性を示しています。

先進国と開発途上国の間で医療関連感染(HCAI)の率に違いはありますか？

世界中の医療施設のどれも医療関連感染から免れていると主張できませんが、感染の頻度とタイプにおいて双方の間には違いがあります。

詳細は明確にするために以下に示されます：

先進国：

洗練された治療と技術を持った先進国では、医療関連感染は入院患者の5～15%の合併症として説明され続けています。例えば、医療関連感染は、米国では10大死亡原因の中にあり、2002年には170万人の患者が影響を受け、約9万9千人が死亡しています。米国の医療関連感染の一年当たりの経済的影響は、2004年ではおよそ65億米ドルでした。

開発途上国：

文献から得られる開発途上国からの医療関連感染におけるデータは限られており、これらの研究のほとんどは一つの病院に関係するもので、国全体の問題を代表していないかもしれません。それにしても、開発途上国で行われた研究は、病院全体の感染率は先進国より高いと報告しています。例えば、文献の系統立ったレビューで、新生児の感染は開発途上国では先進国より、病院で生まれた子どもでは3～20倍と報告されています。医療関連感染のバーデン（負担）は、ICUに収容された成人のような高リスクの集団で、全体的な感染率（特に器具関連感染率）は先進国より数倍高度でよりなおさら厳しいです。

手指衛生順守は最近の数十年のあらゆる努力においてもなぜまだ低いのですか？

最近の数年で、世界の多くの地域で、手指衛生における主要な改善が見られました。しかし、きれいな水の不十分な利用、不十分な手洗いシンクあるいはタオル、手指衛生が中心的役割を演じるという認識の不十分さ、そしてとてつもなく低い順守レベルに取り組むための多面的アプローチにおける不十分な投資がまだ存在しています。低い順守となっている多くの因子があり、「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」第1部第16章の中に列挙されています。理由に関わりなく、資源が豊かな設定でさえ、順守は、最も頻度が高い順守レベルでも40%以下で、0%ほど低い可能性もあります。

どんなタイプの病原菌が、手指衛生の誤りによって広がる可能性があるのですか？

以下の病原菌の例が、医療従事者の手指によって広がる可能性があります；

- *黄色ブドウ球菌（MRSAを含む）
- *化膿連鎖球菌（A群連鎖球菌）
- *バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）
- *肺炎桿菌（ESBL産生肺炎桿菌（クレブシエラ）を含む）
- *大腸菌（ESBL産生大腸菌を含む）
- *エンテロバクター属
- *緑膿菌属（多剤耐性緑膿菌種を含む）
- *クロストリジウム・デフィシル
- *カンジダ属
- *ロタウイルス
- *アデノウイルス
- *A型肝炎ウイルス
- *ノロウイルス

創には多くの病原菌が付きます。会陰部周囲は、病原菌が濃厚に付きますが、脇の下、体幹や手指も甚だしく多い数でしばしば覆われます。黄色ブドウ球菌やクレブシエラのような病原菌は正常皮膚の上に、100~100万/cm²ほども存在する可能性があります。医療従事者の手が以下のような「きれいな」と思われる処置の後ですら、汚染されている可能性があることを理解することは簡単です：

- *脈を取る
- *血圧を測る
- *体温を測る
- *患者の手、肩や鼠径部に触れる

さらに、いくつかの研究が、もし手をきれいにしなければ、病原菌は時に数時間も、手の上で生存する優れた能力を持っているという劇的なエビデンスを示しました。全ての研究が、汚染した手が、病原菌が広がる媒介物となっている可能性を明確に示しています。

なぜWHOは手指衛生ガイドラインを発行する必要があったのですか？

多くの国はすでに手指衛生のなんらかの形の案内を持っていますが、「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は開発とテストの独特のプロセスに従いました。

さらに、WHOは様々な資源の国々からの会合の必要とアプローチを狙って、世界的な見通しを考えてきました。これは、多くの国の安全と感染管理組織に、彼らが手指衛生を改善するために行ってきた以前の努力に付加価値をもたらすことに役立ちます。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」に詳述されたガイドラインに基づいた正しい手指衛生実施を実施するために、医療施設が手指衛生における必要な改善のための行動計画を準備するように勧められます。

医療施設が行動計画を準備し実行することを援助するために、WHO患者安全は一連のツールと包括的実施案内を提供してきました。

ツールと案内は、WHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ 経由で利用できます。

WHOガイドラインはCDCガイドラインとどのくらい違いますか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は2002年のCDCガイドラインの厳格さに基づいていますが、多くの追加の革新的な局面で更新しています。CDCガイドラインは、特に先進国に向けられた医療施設における手指衛生に焦点を当てていました。この出発点において、「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は、世界中の全ての国々における医療に焦点を当てることを試みてきました。

およそ300ページと1000の文献を含む広範囲に亘る作業が、これらの「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」を、手指衛生の取り組みに真剣な多くの地域、国あるいは施設にとって必須アイテムとしています。

最後に、国際的な感染対策専門家の大きなグループが「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の開発に寄与し続けています。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の独特の構成要素の一つが、実施において地域、国と施設を手助けする関連ツールです。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」と実施ツールが実施テストを行われ、結果とテストから学ばれた教訓に基づいて最終的にまとめられました。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」はどのくらいの頻度で更新されますか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は2～3年ごとに更新される予定です。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」はどうしてパイロットテストを受けたのですか？パイロットテストはどこで行われたのですか？

WHOガイドライン準備のための勧告に従って、ガイドラインのテスト段階が行われました。WHO多層的改善戦略と実施ツールは推奨を執行するのに必要な資源についての地域データを提供するためにパイロットテストされました：介入の実現可能性、信頼性、費用効果についての情報を作るために；実施戦略を適応させ改良するために。

全てのWHO地域を代表するいくつかの国からの8つのパイロット・サイト（バングラデシュ、コスタリカ、香港、イタリア、サウジアラビア王国、マリとパキスタン）がパイロットテストのために選定され、技術的そしていくつかの例では最初の世界的患者安全挑戦チームから経済的支援を受けました。

世界中の他の医療施設は自発的にテスト段階に参加することを申し出て、これらは「補完的テストサイト」と名付けられました。

パイロットと補完的サイトから学ばれた教訓は、「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の中で報告されています。

3. 手指衛生ガイドラインの実施

特に、我々が現在「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを順守するために必要なインフラストラクチャーを持っていない場合、わたしの施設はどのように「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の実施を開始するのでしょうか？

WHO患者安全は、世界中の医療施設がよき手指衛生実施を確立し医療関連感染を減らすための行動計画を開発することを援助するための実施案内と一連のツールを作ってきました。全ての国を通して、よき手指衛生を実施するための認知と障害の非常に大きなレベルの違いを認めて、ツールは出発点の如何に関わらず、それぞれの施設で手指衛生を医療従事者が改善すること援助するように設計されています。これらの文書はWHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ を経由して利用できます。

医療施設は、どのようにして実施案内と関連ツールを利用できますか？

実施案内と関連ツールは、WHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ を経由して自由に利用できます。

もし私が施設でインターネットあるいは印刷された資料を利用できないなら、「命を守る：きれいな手で！」ウェブサイトにある手指衛生のツールを私はどのように利用や複製できますか？

もしあなたが、WHO患者安全ウェブサイトのツールや資源を利用することに様々な障害があるなら、どうぞWHO患者安全 savelives@who.int に連絡してください、そうすれば我々は配布を促進するために地域の患者安全の仲間と協力します。

どのようなツールと資源が利用可能ですか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」とこれらのガイドラインのサマリーバージョンに加えて、出発点に関わらず、手指衛生を実施する効果的な行動計画を医療施設が準備することを援助するための一連のツールをWHO患者安全ウェブサイト (www.who.int/gpsc/5may/en/) から利用できます。ツールは、全ての医療施設が手指衛生を改善するために利用すべき「WHO多様的手指衛生実施戦略」の5つの構成要素にしたかって分類されています。

1. システム変革
 - 石けんとタオルと同様に安全な持続的な水供給の利用
 - 「ケアの現場」で擦式アルコール製剤が直ちに利用できる
2. トレーニング/教育
3. 評価とフィードバック
4. 作業現場におけるリマインダー
5. 組織安全風土
 - 組織と個人レベルの両方で積極的な参加
 - 変革と改善するという個人的および組織的能力（自分が達成できるという信念）の認識；
 - と
 - 患者と患者組織との共同

5つの構成要素を利用することを援助するために必要なものは、医療施設によって様々でしょう。実施案内は効果的な手指衛生改善行動計画をどのように開発するか、その他のツールをどのように使うかについて包括的な助言を提供する主要なツールです。

このツールは、どのその他の支援ツールがあなたの医療施設に最も関連するかをあなたが確認することを援助します。行動計画のひな型も同様に提供されます。

組織変革を支援するためのツールは以下の通りです；

- 病棟インフラストラクチャー調査 — 病棟レベルで構造と資源についてのデータを集めるために
- 擦式アルコール製剤の計画と原価計算ツール — あなたの医療施設で擦式アルコール製剤による擦式法を実施できる可能性の決定を援助するために
- 現場製造の案内：WHO推奨の手指擦式剤処方 — あなたの施設での擦式アルコール製剤の製造方法
- 石けん/手指差式剤消費調査 — 手指衛生資源の使用に関するデータ収集のために
- 使用中あるいは導入を検討している擦式アルコール製剤の認容性と受容性を評価するためのプロトコル：方法1 — 擦式アルコール製剤使用と使用による皮膚状態を評価するために
- 様々な擦式アルコール製剤の認容性と受容性の評価と比較のためのプロトコル：方法2 — 異なる擦式アルコール製剤の受容性を比較するために

トレーニング/教育を支援するためのツールは以下の通りです；

- コーディネータのためのスライド — あなたの手指衛生代表者が医療従事者と管理者に手指衛生を推奨することを援助するために
- トレーナー、観察者と医療従事者のための教育セッションのスライド — 医療関連感染と手指衛生について医療従事者をトレーニングするために
- 手指衛生トレーニング動画および、共に使用するトレーニングスライド — 医療関連感染と手指衛生について医療従事者をトレーニングするために
- 手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル — 訓練された医療従事者が手指衛生を適応し監視し、トレーニングするための案内
- 観察フォーム — 手指衛生を監視するために
- 手指衛生、なぜ、どのようにそして何時パンフレット — 適切な手指衛生の要約
- 手袋使用パンフ — 手指衛生に関して適切な手袋使用について
- あなたの手指衛生の5つの瞬間ポスター — あなたの医療施設で掲示するために
- よくある質問 — 医療における手指衛生についてのあなたの質問に答える
- 主要な科学的出版物 — 手指衛生について選択された出版物の文献目録の一覧
- 改善をなし続ける — 医療施設が考えるための更なる追加 — 手指衛生の勢いと標準を維持するための可能性のある追加の活動を助言する

評価とフィードバックを支援するためのツールは以下の通りです；

- 手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル — 訓練された医療従事者が手指衛生を適応し監視し、トレーニングするための案内
- 観察フォームと順守計算フォーム — 手指衛生を監視する
- 病棟インフラストラクチャー調査 — 病棟レベルで構造と資源についてのデータを集めるために
- 石けん/手指擦式剤消費調査 — 手指衛生資源の使用に関するデータ収集のために
- 医療従事者のための認知調査アンケート — 医療関連感染と手指衛生の認識を評価する
- 上級管理者のための認知調査アンケート — 医療関連感染と手指衛生の認識を評価する
- 医療従事者のための手指衛生知識アンケート — 手指衛生の本質的側面の知識を評価する
- 使用中あるいは導入を検討している擦式アルコール製剤の認容性と受容性を評価するためのプロトコル：方法1 — 擦式アルコール製剤使用と使用による皮膚状態を評価するために
- 様々な擦式アルコール製剤の認容性と受容性の評価と比較のためのプロトコル：方法2 — 異なる擦式アルコール製剤の受容性を比較するために
- データ入力分析ツールと関連する指示 — データ入力のために事前に準備されたフレ

ームワークを含む*データ要約報告フレームワーク — 手指衛生データの分析と報告のためのテンプレート

作業現場でのリマインダーを支援するツールは以下の通りです；

- 手指衛生ポスター — あなたの手指衛生5つの瞬間のポスター
- あなたの医療施設で掲示される手指擦式法と手洗い法
- 手指衛生パンフレット — 手指衛生なぜ、どのようにそして何時のパンフレット
- 「命を守る：きれいな手で！」スクリーンセーバー — あなたのコンピュータのスクリーンに

組織安全文化を支援するツールは以下の通りです；

- 管理者に手指衛生を推奨するためのテンプレート文 — 主要な意思決定者から支援を得るため、手指衛生発議の導入/再活性化に興味を持った人を援助する
- 手指衛生発議を管理者に伝えるためのテンプレート文 — 主要な意思決定者に手指衛生発議の導入/再活性化に興味を持った人が重要なメッセージを伝えることを手伝う
- 手指衛生発議において患者と患者組織を巻き込む案内 — 患者と患者組織を巻き込むための助言
- 改善をなし続ける — 医療施設が考えるための更なる追加 — 手指衛生の勢いと標準を維持するための可能性のある追加の活動を助言する
- 「命を守る：きれいな手で！」促進動画 — 手指衛生を推進するための強力なイメージの短い動画

私は利用できる全ての資源を使うか実行すべきですか？

WHO患者安全ウェブサイト(www.who.int/gpsc/5may/en/)を經由して入手可能なツールや資料は、世界中の医療施設が、彼らの現在の手指衛生レベルに関わらず、手指衛生を改善し、医療関連感染を減らすのを援助するために作られてきました。従って、多くの異なるツールが利用可能ですが、それらの全てが全ての医療施設に必要なわけではありません。あなたは、あなたの医療施設に最も関係するだろうその他の支援ツールをあなたが突き止めるために「実施案内」を読むように勧められます。あなたは、あなたの医療施設で行動計画を準備する手助けに役立ち、手指衛生を改善すると考える全てのツールを利用できます。

私の施設は手指衛生改善戦略ですでに非常に進んでおり、進行中の行動計画と評価サイクルを持っています。私たちはさらに追加のツールあるいは支援を必要としますか？

すでに包括的な手指衛生発議を実行した医療施設のために、高い基準を維持あるいは更により高めるために、施設が優れた作業の勢いを維持するのを援助するいくつかのツールが提供されてきました。これらのツールはWHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ を經由して利用できます。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」は、手指衛生への医療従事者の順守の行動面に対処しますか？

手指衛生行為は医療従事者の間で非常に様々で、このことは個人の特性は行動を決定する役割を演じることができることを示唆しています。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」の章の一つがこのトピックに割り当てられ、社会科学と健康に関わる行動、手指衛生の行動的側面、行動に影響する因子と改善した順守のための標的領域のような問題をカバーしています。

世界中でその他の手指衛生ガイドラインは多いのですか？

手指衛生に完全に特化したあるいはそのことにかかなりの章を割いたようなガイドラインは、いくつかの国々の国あるいは地方で利用可能です。しかしながら、目的、目標、定義と用語、エビデンスの選択方法と評価法、実施戦略は文書によって非常に様々です。

これらの食い違いと矛盾に打ち勝つために、「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」が、以前に出版された国内あるいは国際的ガイドラインからの主要な勧告を取り入れているので、最も包括的なエビデンスに基づいた文章であるという一般的な合意があります。

さらに、実施戦略と支援ツールの付加価値的構成要素が「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」をもしかするとより今日的な意味を持ち応用できるものとしています。

現場適応は、しかしながら広く実際の適応を確実にするために最大限に重要です。

手指衛生のための国内および地域のガイドラインの比較が行われ、「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」の第IV部で報告されています。

どうして国々は、自分たちのガイドラインを使い続けるより、「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」を使うべきなのですか？

国々は彼らの今あるガイドラインを検討し、必要ならWHO戦略とガイドラインを使うように考慮するよう助言されます。今あるガイドラインがWHO推奨の路線に沿っているなら、不必要な変更を加える必要はありません。しかし多くの場合、WHOは独立した手指衛生ガイドラインは絶対に存在していないとわかっています。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」は、国あるいは施設内に影響力があるしっかりした独立したガイドラインの開発のための青写真を提供します。

世界中の地域社会が医療関連感染(HCAI)の拡大を予防し管理することをさらに援助するための他のWHOの計画はなんですか？

「最初の世界的患者安全の挑戦」の行動を通しての手指衛生推進が、多くの国々と医療施設において感染管理の認識を高め強化するための入り口となってきました。

近い将来、この重要な達成をもとに、挑戦の作業は、その他のWHO部門との共同作業で、その他の感染管理介入に拡大します。

血液安全、免疫安全、安全な臨床処置と安全な水と衛生におけるWHOのプログラムは、全て医療関連感染の拡大を予防し管理することを目指しています。

WHOは同様に、SARSあるいは潜在的なインフルエンザ・パンデミックに対する準備のような特殊な分野での感染予防と管理について詳細な助言を提供します。

手指衛生は、飛沫予防策（適切な時にマスクを着用することを基本的に意味する）と共に標準予防策の本質的な部分であり、擦式アルコール製剤で直ちに不活化されるインフルエンザA(H1N1)を含み、インフルエンザの交差感染を制限するための主要な行動です。

地域社会の中での手指衛生教育と推進キャンペーンは、世界のある部分で（いくつかは「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」文書自身の中で簡単に検討されている）進行中で、教育、推進と行動変化のための戦略は、共通要素を共有しながらも、医療施設と比べて地域社会の中では様々です。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の焦点は、医療施設内の手指衛生にあります；しかしながら、結合されがアプローチは成功のよりよい機会となることは明らかです。

二番目の世界的患者安全の挑戦「安全な手術は命を救う」は、世界中で手術安全を改善することに関係します。

この仕事の1部は当然、手術部位感染を減らす方法を全ての医療施設に、手術を受ける患者にとって不必要な命の損失と重大な合併症を最小限とするために適応してもらうことを確実にすることを狙っています。

「多様的手指衛生改善戦略」とはなんですか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」は、医療における適切な手指衛生の確立のために、かなりの数の構成要素を列挙しています。これらの構成要素が、「多様的手指衛生改善戦略」を意味します。

「多様的手指衛生改善戦略」の構成要素は以下の通りです；

1. システム変革
 - 石けんとタオルと同様に、安全で継続的な水の供給が利用できる
 - 「ケアの現場」で擦式アルコール製剤が直ちに利用できる
2. トレーニング/教育
3. 評価とフィードバック
4. 作業現場のリマインダー
5. 組織安全風土
 - 組織と個人の両方のレベルでの積極的な参加；
 - 変革と改善のための個人と組織の能力の認識（自分は達成できるという信念）；および
 - 患者と患者組織との共同

「多様的手指衛生改善戦略」に関するさらなる情報のために、どうぞWHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ 経由で利用できる「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」と「実施案内」を参照してください。

WHO「多様的手指衛生改善戦略」に従って手指衛生改善を達成するために必要とされる資源はなんですか？

医療における手指衛生改善は比較的低コストの介入でできます。

必要とされる資源は、国あるいは医療施設で現在あるインフラストラクチャーと戦略と選択されたアプローチの洗練性に依存します。

手指衛生改善が今まで一度も行われてこなかった施設で、「実施案内」の中に含まれている実施のための最小限の基準に基づくと、可能性のあるコストは以下の通りです；

1. 人的資源：

a. 活動をコーディネート（調整）する責任者

この職員は、上級レベルの臨床バックグラウンドを持つべきで、これは事前のコストを使わず、現在の役割の中に組み入れることが可能です；しかしながら、専任が好ましい。

2. 開始時コスト：

a. 擦式アルコール製剤；

- i. 「ケアの現場」での手指擦式剤はコストと利便性でさまざまです。
- ii. (国際標準に従って)効果選定基準に重点を置いて、医療従事者による認容性と受容性が示された後、もし市販製品が利用可能なら、最も廉価な製品が調達されます。製品は医療従事者から十分に認容され受容されるべきです。製品が値引き価格で調達されるかどうか評価することも価値のあることです。
- iii. もし市販製品が入手可能でなければ、「WHO推奨処方」を使って現地製造を考慮してください。現地製造のコストは、原料の現地コストと製造される量に影響されるので、非常に様々です。
- iv. ツールキットは、必要とされる量とかかるコストを見積もるためのツールも含まれています。

b. 病床数当たりの手洗いシンク比：施設は少なくとも10ベッド当たり一つの手洗いシンクを目指すべきです。

c. それぞれの手洗いシンク毎に石けんと新しいタオル

d. トレーニングと教育：

- i. トレーニングは戦略の主要な構成要素です。トレーニングに関するコストは、トレーニング提供する能力とトレーニングを行う地理的エリアを含みます。

e. 評価とフィードバック：

- i. 観察モニターの2つの期間が必要で（ベースラインと追跡）、実際の実施の程度に依存し、少なくとも一人の職員が観察の担当を引き受けられなければなりません。観察者は観察技術に少なくとも2時間のトレーニングが必要です。

f. 作業現場のリマインダー

- i. 最低、「方法（技術）」ポスターと「あなたの手指衛生の5つの瞬間」ポスターが全ての臨床現場で掲示されるべきです。翻訳、適応と印刷に関するコストが計算に入れられるべきです。

3. 繰り返し必要なコスト：

- i. 主な継続するコストは、少なくとも5年間以上コーディネートのための人的資源（すなわち、フルタイムの必要は必ずしもないが、責任ある職員）に関係します。
- ii. 擦式アルコール製剤の使用は、増加することが見込まれ、主な継続コストとなります。
- iii. トレーニング：年間ベースでリフレッシュ・トレーニングが必要です。
- iv. リマインダー：ポスターは変化し、発展し、理想的には現場文化と状況に合ったものであるべきです。

WHOがデザインしたポスターは、開始時点で有用ですが、地域のWHOの設計されたポスターは起動で役に立ちます。しかし、もし利用可能なら地域の状況を反映させて、地域の芸術家/デザイナーとマーケティング担当者を使って地域開発を考慮すべきです。いくつかの施設が、そのエリアで専門知識を持った地方の芸術家あるいはボランティアをつかって、コストをかけず素晴らしい結果を出しました。

WHO推奨と戦略に関して私の医療施設で手指衛生の資源と推進の状況をどのように評価したらいいですか？

「手指衛生自己評価フレームワーク」と呼ばれる新しいツールがWHOによって最近利用可能になりました。それは、医療施設における手指衛生推進と実施を評価することを援助する有効なシステムだった必要不可欠なツールです。

特に、「手指衛生自己評価フレームワーク」は以下を意図しています：

- 適切な手指衛生実施を確認するために、インフラストラクチャー、資源、行動、誓約と成果に関する医療施設の進行レベルを評価する
- 施設の手指衛生改善プログラムの行動計画の開発を促進する；
- 注意と改善が必要な主要問題を確認し、フレームワークを繰り返し使うことで長期間の進展を証明する

「手指衛生自己評価フレームワーク」は5つの構成要素と27のインジケータに分けられます。5つの構成要素は「多様的手指衛生改善戦略」の5つの要素を反映し、インジケータはそれぞれの構成要素の主要な要素を代表するように選ばれました。フレームワークは、手指衛生推進に関心を示している限り、全ての進行レベルの医療施設によって世界中で利用可能です。

WHOロゴの使用に関してWHOの規則はどうなっていますか？

どうぞ、www.who.int/about/licensing/emblem/を訪ねてください。

WHO著作権のある材料に関してのWHOの規則はどうなっていますか？

どうぞ、www.who.int/about/copyright/を訪ねてください。

WHOの情報材料の再版に関するWHOの規則はどうなっていますか？

どうぞ、www.who.int/about/licensing/reprints/を訪ねてください。

WHOの情報材料の翻訳に関するWHOの規則はどうなっていますか？

どうぞ、www.who.int/about/licensing/translations/を訪ねてください。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の推奨を、国がこのアプローチに乗り出すことを容易にするために優先させることは可能でしょうか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の推奨の多様の性質は、彼らの優先順位付けを困難にします。同様に、全体的な成功は、同時にかつ相乗的に作用するいくつかの要素に依存しているかもしれません（合計は一因となる部分個々よりもずっとすばらしい）。従って、絶好の成功のチャンスのために、「多様の手指衛生改善戦略」の実施が推奨されます。「多様の手指衛生改善戦略」を実施するために、医療施設が「多様の手指衛生改善戦略」の主要な要素のそれぞれを考慮する行動計画を準備するように勧められます。

全ての施設が直ちに「多様の手指衛生改善戦略」の構成要素の全てに対する行動に着手できるわけではありませんが、多様の行動計画を準備することは、少なくとも施設が違った構成要素を利用する適当な時間枠を考慮することが確実になります。医療施設が行動計画を準備し実行することを支援するため、WHO患者安全は一連のツールと包括的な「実施案内」を提供してきました。ツールと案内は、WHO患者安全ウェブサイト www.who.int/gpsc/5may/en/ を経由して利用できます。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」と実施戦略は病院とは別の医療施設（外来ケア、長期ケア施設）で使われますか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」の第一の焦点は病院ですが、ガイドラインとほとんどのツールは、医療が提供される全ての設定で利用されることができます。例えば、「私の手指衛生の5つの瞬間」の概念とアプローチは、設定と独立しており、医療活動に基づいています。同じように、手指擦式法と手洗い法を示したツールは、設定から同じように独立しています。しかしながら、かなりの改作が特定の設定（すなわち、プライマリー・ケア、救急車、救急設定、混雑による超過ベッド）が必要とされえます。例えば、「病棟インフラストラクチャー調査」「実施案内」とその他の調査フォーマットといくつかのその他のツールは、修正が必要かもしれません。我々は、エンドユーザにそれらの需要に合うようにそれらを翻訳し、修正することでツールを適合させるように勧めます。実施から起こる知識の改善と更なる研究が、この分野では必要とされ、「最初の世界的患者安全の挑戦」はそれを促進することに尽力します。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は、医療以外でも使えますか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」に基づいているエビデンスは、医療設定からほとんど生じています。しかしながら、それらの推奨の多くが、特に「多様の手指衛生改善戦略」を必要としている行動変化に関して、同様に非医療設定に関連しています。

目標は手指衛生順守とすべきですか？ もしそうなら、どの程度の増加レベルが好ましいでしょうか？

WHO患者安全は、2020年までに全ての医療施設が「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチによる順守を支援するために、順守とインフラストラクチャーにおいて、前年に比して次の年がより改善を達成するよう推奨しています。

しかし、手指衛生行為の改善を引き起こすために必要な長期の努力を考慮して、全ての現場の目標は、最初は現実的かつ達成可能であるべきです。

短期で順守率の非常に高いレベルを目指すことは、最初の順守率が10%以下の施設では明らかに到達困難です。

地域のために目指されるものは、ベースラインと着実な維持可能な毎月の毎年の改善の設立です。

WHOのパイロット・サイトでの経験に基づくと(2006-2008)、戦略の実施により、手指衛生の40~50%順守率に到達する初期の改善は、数カ月から一年で達成できます。

これよりさらに上昇させることは、到達することはより困難です；しかしながら一旦50%の順守率を達成すると、毎年10%の上昇は現実的な目標です。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン」を実行するための必需品はなんですか？

消耗品：

1. 擦式アルコール製剤（WHO推奨に準拠した現場製造あるいは市販製品のどちらでも）
2. 100mLのアルコールと相性のよい手指擦式剤用プラスチックボトル（医療従事者のポケットに入れる）
3. 薬用でない液体せっけん
あるいは、薬用でない石けんラックに入れて排水してある固形石けん（小さい棒）
4. 液体石けん用ディスペンサー
5. 手術時手洗い用消毒スクラブ剤
6. 使い捨てタオル
7. スキンケア用クリームまたはローション（これらは手指擦式剤の抗菌作用を阻害すべきでない）
8. 医療用手袋 — 日常の患者ケア用単回使用エグザミネーション手袋
9. 医療用手袋 — 滅菌済み手術用手袋

その他の品物：

1. 手洗いシンク
2. きれいな水道
3. 500mLの擦式アルコール製剤用壁掛けディスペンサー
4. 印刷物
作業現場のリマインダー — 例えば、ポスター
教育ツール（チラシ、パンフレット、手指衛生トレーニングスライドのプリント、など）
上級管理者のための支持文書
評価ツール（例えば、病棟インフラストラクチャー調査、手指衛生観察フォームなど）

4. 国家誓約 (Country Pledges)

我が国の厚生労働省大臣が医療関連感染 (HCAI) に関する「誓約」声明に署名しました。この誓約は何ですか？

2010年5月5日時点で、123の国々から厚生省が医療関連感染に対処する支援を行うことを誓うため声明書にサインしました。

これらの「誓約」の中で、大臣たちは以下を承認しました：

- 世界中の患者と医療システムが被っている医療関連感染の重大な疾病バーデンと重要な経済的影響
- これらの感染のほとんどは、治療可能で避けられる
- WHOの最初の世界的患者安全の挑戦（きれいなケアが安全なケア）が世界的規模で医療関連感染を減らすようにさせるという気運
- それらの国に医療関連感染の発生を逆転させる、めったにないチャンスが今存在します
- 誓約にサインすることで、大臣たちは以下を決意しました；以下のような行動を通して医療関連感染を減らす作業をする
 - ◇ 医療関連感染の重要性を認識する
 - ◇ 医療供給の中で、手指衛生を推進し改善するために、国家あるいは地方レベルで進行中のキャンペーンを開発あるいは強化する
 - ◇ 医療関連感染に関して、地域および地区レベルで適切な行動を育てるため、信頼できる情報を利用できるようにする
 - ◇ しかるべき場合は、WHO患者安全チームと経験と利用可能なサーベイランス・データを共有する
 - ◇ 特に手指衛生、血液安全、注射と免疫安全、臨床処置安全、水・衛生、廃棄物管理安全の領域で、医療関連感染に取り組むため、WHOの戦略とガイドラインの使用を考慮する。
- この国の医療保険専門家と協会・学会と協力する
 - ◇ 医療関連感染リスクを減らすため実施と行動の最も高度の基準を推進する
 - ◇ 医療関連感染のフィールドで知識と経験の完全な利用を確実にするために、その他のWHO加盟国の研究機関、養成所、教育センター、大学と医療施設との共同作業を育て維持させる。
 - ◇ 医療関連感染を減らすための介入の実行を推進するため、上級管理者に支援を、主要な医療従事者から模範的役割モデルになるよう勧める

厚生労働大臣は約束（誓約）の声明に署名することで何に取り組むのですか？

ほとんどの国が使っている誓約の一般的なひな型（いくつかの追加あるいは修正をした）は、省が医療関連感染（HCAI）を減らすことに努める努力をすると決心した一連の行動を列挙しています。

これらは以下の通りです：

- 医療関連感染の重要性を認識する
- 医療提供者の中で、手指衛生を推進し改善するという国家的あるいは地域的規模で発達されたキャンペーンを開発しあるいは強化する
- 地域および地区レベルで適切な行動を育てるための信頼できる情報を利用可能にする
- しかるべき時には、WHO患者安全と経験、利用可能なサーベイランス・データを共有する
- 特に手指衛生、血液安全、注射と免疫安全、臨床処置安全、水と衛生、廃棄物管理安全で、医療関連感染に取り組むためのWHO戦略とガイドラインの使用を考慮する

さらに、大臣は彼らの国の医療保険専門家と協会・学会と協力することを決意します。

- 医療関連感染リスクを減らすため、実施と行動の最も高度の基準を推進する
- 医療関連感染のフィールドで知識と経験の完全な利用を確実にするために、その他のWHO加盟国の研究機関、養成所、教育センター、大学と医療施設との共同作業を育て維持させる。
- 医療関連感染を減らすための介入の実行を推進するため、上級管理者に支援を、主要な医療従事者から模範的役割モデルになるよう勧める

医療関連感染を扱うための支援を誓う声明の例は

<http://www.who.int/gpsc/resources/example.pledge.statement/en/index.html> 経由で利用できます。

どのくらいの数の国々が声明に署名することによってすでに誓約しましたか？

2010年5月5日時点で、123の国が誓いました。

ほとんどの国で、注目を浴びたイベントが記録され、厚生省は、WHOから提供された誓約テンプレートを少し修正して確約していました。

合計で、医療関連感染に取り組むことを誓約した国々は、世界の人口の3/4になります。

私の国は誓約しましたか？

以下の124カ国が声明に署名することで誓約しました：

アフリカ地方：

ベナン共和国、ブルキナファン、ブルンジ共和国、中央アフリカ共和国(CAR)、カーボベルデ共和国、チャド、コモロ、コンゴ、コートジボアール、コンゴ民主共和国(DRC)、エリトリア、エチオピア、赤道ギニア、ガボン、ガンビア、ガーナ、ギニア、ケニア、レソト、マダガスカル、マラウイ、マリ、モーリシャス、モザンビーク、ナミビア、ニジェール、ナイジェリア、ルワンダ、セネガル、南アフリカ、タンザニア、トーゴ、ウガンダ、ジンバブエ(35)

アメリカ地方：

アルゼンチン、ボリビア、ブラジル、カナダ、チリ、コロンビア、コスタリカ、キューバ、ドミニカ共和国、エルサルバドル、エクアドル、グアテマラ、ホンジュラス、メキシコ、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、ペルー、アメリカ合衆国、ウルグアイと14のカリブ海の国(34)

東地中海地方：

バーレーン、エジプト、イラン・イスラム共和国、ヨルダン、サウジアラビア王国、クウェート、オマーン国、パキスタン、スーダン、カタール、アラブ首長国連邦、イエメン(12)

ヨーロッパ地方：

ベラルーシ、ベルギー、ブルガリア、クロアチア、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、グルジア、ギリシャ、ハンガリー、アイスランド、アイルランド、イタリア、カザフスタン、キルギス共和国、ルクセンブルグ、マルタ、ポルトガル、モルドバ共和国、オランダ、ノルウェー、ロシア連邦、セルビア、スロベニア、スペイン、スウェーデン、スイス、タジキスタン、イギリス(30)

東南アジア地方：

ブータン、バングラデシュ、インド、インドネシア、タイ、(5)

西太平洋地方：

日本、オーストラリア、中国、マレーシア、モンゴル、フィリピン、シンガポール、ベトナム(8)

5. 私の手指衛生の5つの瞬間

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」の中に含まれている「私の手指衛生5つの瞬間」アプローチは、どのように手指衛生の適応に関係していますか？

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、手指衛生のための全てのWHOの推奨推薦の全てを組み込んでいます。

5つの瞬間にのみ注目することで手指衛生を扱うという決定は、手を介する病原体の伝播のリスクが何時なのかを簡単に理解させ、それらを記憶し、それらを医療活動の力に同化させようということを目指しています。

それは、手指衛生が最大の安全のために最低限行なわれるという、回数を減らすことを意図しています。

要約すると、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチの理論の根底にあるのは何ですか？

手指衛生の適応は病原体の伝播リスクに依存し、それぞれの患者を取り巻いている地理的エリア（患者ゾーン）内の医療従事者の活動と彼らが行うタスクに密接に関連します。

医療活動とは、医療従事者の手が様々なタイプの表面（患者、物、体液など）に触れながら行われる連続したタスクから成り立っています。

これらの接触が発生する順に従って、1つの表面からもう1つの表面への病原体の伝播は、それぞれの接触が汚染の源になる可能性があるため、さえぎられなければなりません。

適応つまり手指衛生の適応が発生するのは2つの接触の間です。

適応の「前」は、患者に微生物伝播のリスクがある今現在です；これらの適応に一致する手指衛生行動が患者を守ります。

「後」の適応は、医療従事者および/または医療環境（そしてその他の存在している職員）に微生物が伝播するリスクがある今現在です；これらの一致する手指衛生行動が、医療従事者と医療環境と結局その他の患者を守ります。

正しい瞬間の正しい手指衛生行動は、手による病原体伝播との関連で、きれいな安全なケアを維持することに非常に貢献します。

手指衛生の「適応・indication」と「機会・opportunity」と「瞬間・moment」の違いはなんですか？

「適応」は、手指衛生が全ての与えられた「瞬間」に必要な理由です。それは、1つの表面からもう1つの表面へ病原体が伝播するリスクに関係します。医療提供の間に医療従事者の手が病原体を伝播させるリスクがある時はいつでも、手指衛生の「適応」があります。

伝播のリスクは、医療環境から患者へ伝播する危険の結果として起こることもあるでしょう；同じ患者で身体の一部から他の部分へ；あるいは、患者および患者環境から、医療従事者および医療環境（その設定で存在している全てのヒトを含む）へ。

「適応」は時間としての基準点に関係します（すなわち、接触の「前」あるいは「後」）。「適応」の「前」と「後」は、ケアの連続あるいは活動の開始と終了に一致する必要はありません。それら「適応」は、地理的エリア間での移動の間、患者の近くでタスクの間、患者間、患者と少しの距離の推移する間に発生します。

「5つの適応」が採用され、これらは医療従事者のための基本的な時間の基準点を制定しました。「患者に触れる前」「清潔な/無菌処置の前」「体液曝露リスクの後」「患者に触れた後」そして「患者環境に触れた後」これらの5つの適応が、ケアの間の病原体の伝播を効果的にさえぎるために手指衛生が必要な「瞬間」を指定します。

手指衛生の「機会」は、順守を測定する時に重要です。

「機会」は、理由（手指衛生行為に通じる「適応」）が一つか複数かに関わらず、手指衛生行為を実施する必要を決定します。

観察者の視点からは、「機会」は、手指衛生の「適応」の一つが見つかるあるいは観察された時はいつでも、存在します。

単純に、それぞれの「機会」は手指衛生行動に結びつかなければなりません（すなわち、手指衛生）。

いくつかの「適応」が一つの「機会」を一緒に形成しているかもしれません。

これが意味することは、手指衛生行動のためにいくつかの同時発生がありうることです。手指衛生は病原体伝播のリスクを防止することができるので、医療安全は、「適応」に対応して起こされた手指衛生行動に依存しています。

「適応」と「機会」についての詳細は、手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル (www.who.int/gpsc/5may/en/で入手可能) で述べられています。

なぜ「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、患者の直近にある家具に触れる前の手指衛生を含んでいないのですか？

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、病原体伝播のリスクに基づいて優先順位づけされました。

患者ゾーンの中の物（ベッドフレーム、ベッドサイドテーブル、患者テーブル）に触れる前は、手指衛生を行う適応はありません。

患者に直近の環境にある物あるいは表面の全ては、「患者ゾーン」の一部であり、患者の病原体で汚染されているという事実が最も重要な理由です。

最初の適応が「瞬間1」で — 患者に触れる前 — 患者ゾーンに入る時で明らかにそれを示している（患者ゾーンを医療領域から理論的に分けるライン — 手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアルを参照）、「適応」は患者に触れる直前です。

もしベッドサイドテーブルに触れれば、この行為の前に手指衛生を行う必要はありません。

患者ゾーンに入りテーブルに触れる前に手指衛生しそして患者に触れる、あるいはベッドサイドテーブルに触れた後で患者に触れる直前に手指衛生を行います。

両方の例で、適応は患者に触れる「前」です（瞬間1）。

従って、手指衛生を観察する時はいつでも、「私の手指衛生の5つの瞬間」のそれぞれを覚えておき、そして「私が観察しているのは、「私の手指衛生の5つの瞬間」に従って手指衛生の適応か？」と自問することです。

もし「いいえ」ならば、手指衛生の必要はなく、手指衛生行動としてそれを検出する必要はありません。

「患者環境の前」に適応はありません；それで患者環境に触れる前に手をきれいにする必要はありません。

もしあなたが患者ゾーンに入りながら手をきれいにするなら、あなたの手は患者個人の病原体にのみで汚染されるので、あなたは環境に触れそして患者に触れることができます。

医療従事者が患者環境にのみ触れて患者に触れなければ、「患者環境に触れた後」の瞬間に従って、患者ゾーンを離れるときに手指衛生を行います。

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチのこの特別な局面の現場での改作が必要ないいくつかの臨床設定がある可能性もあり、我々はこれに関してのフィードバックを歓迎します。

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは改作あるいは変更することができますか？

もし、病院/国/専門学会が「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを、例えば瞬間を一つ追加したり削除したりと改作あるいは修正することを考えるなら、WHOはうまく設計された研究戦略を支援することに興味がありますし、これを開発する研究者たちと共同作業することを考えます。

しかし、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチが提供する潜在的なユニークなセールスポイントと付加価値は、根拠に基づいた普遍的な基準となる概念であるという前提にあります。WHOは根底にある根拠に注意を払わず、そのため「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチの潜在的な力を薄め、強力なキャンペーンのツールとしてのその役割を弱める変更について懸念を持っています。

私たちは、多人数部屋で「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチをどのように適応させたいですか？

残念ながら、1人以上の患者が患者環境/患者ゾーンを共有している所に、状況が発生します：同じベッドあるいはベッド周りの同じスペース。

環境を共有する結果、手指衛生にも関わらず、微生物伝播が起こりうる場所となります。

これらの状況では、頻回の手指衛生にも関わらず、おなじ細菌で患者（複数）がコロニー化する可能性があります。

これらの状況では、概念的に患者環境内には一組の共有された細菌がいます。

こういった状況で手指衛生順守は重要ですか？

答えは、はっきりと「はい」です。

しかし、ここでの順守は極めて重要なので、個々の患者のための強調は「瞬間2」と「瞬間3」に移ります。

「共有された患者ゾーン」に入る時は、「瞬間1」を順守します。

似たような方法で、どちらかあるいは両方の患者との接触の後、あるいは彼らの環境から離れる時は、手指衛生（瞬間4と5）を適応します。

しかし、患者環境内でタスクを行う時、一人の患者からもう一人に移動する時（同じベッド内で）、患者に触れる「前」と「後」の適応は重要性を失うかもしれないと論理的には言えます。

これは、母と赤ん坊のケアをする時に遭遇する状況と同じです。

ベッド間隔が適切以下の状況で「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチをどのように適応しますか？

それぞれのベッドはその周りにそれ自身の『ゾーン』を持っており、その中で「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチを適応することで、原則を適応し続けるべきです。

日常的な経口薬物投与の間の手指衛生適応はどのようなものですか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」に従って、「薬剤を扱う前、擦式アルコール製剤あるいは普通石けんか消毒スクラブ剤と流水での手洗いで手指衛生を行う」（エビデンス1B）。

薬剤保管戸棚に触れる前に手をきれいにする適応はありません。

手指衛生は、包みから出した薬剤を扱う前には行うべきです（「瞬間2」に従う）。もし患者の正常な皮膚あるいは粘膜との接触が発生するなら、手指衛生は「瞬間1」と「瞬間2」にそれぞれ従って必要です。

「瞬間3」が患者粘膜との接触の後に起こった後、あるいは患者あるいは患者環境と接触した後患者ゾーンから離れる時「瞬間4」あるいは「瞬間5」の後。

これ以上の情報は、www.who.int/gpsc/5may/en/で入手可能な「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」と「手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル」を参照してください。

同じ患者にケアを提供する時（いかなる無菌処置やいかなる体液被爆のない）連続した接触の間に手指衛生の適応はありますか？

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、患者細菌叢が患者ゾーン全体を直ちに汚染することを想定しています。

患者の正常皮膚表面同士の間あるいは患者ゾーン内の表面と正常皮膚の間の患者自身の細菌叢の交差感染は、患者の感染のリスクのある「重要な部位」に接触しない限り、臨床的に重要とはみなされません。

これ以上の情報は、www.who.int/gpsc/5may/en/で入手可能な「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」と「手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル」と次の論文を参照してください。

"My five moments for hand hygiene" - a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. Sax H, Allegranzi B, Uckay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. J Hosp Infect 2007;67:9-21

「適応（瞬間）4」と「適応（瞬間）5」はどうして一つの「機会」を形成するように同時に起こることがないのでですか？

「適応（瞬間）4」は医療従事者が患者に触れた後、患者の側を離れる時に適応になります。もし患者ゾーンを離れる前に、医療従事者が患者との接触に続いて、患者の衣類や表面に接触すれば、「適応（瞬間）4」はまだ当てはまります。

「適応（瞬間）5」は医療従事者が物や無生物表面のみに触れた後、患者に触れることなく患者ゾーンから離れる時に当てはまります。

このように、医療従事者が患者に触れようが（「適応4」の発生）触れまいが（「適応5」の発生）、医療従事者が患者ゾーンを離れる時は当てはまります。

あなたは、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチをどのように精神衛生サービスを受けている患者に当てはめますか？

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは医療活動の中での病原体伝播のリスクに基づいています。

手指衛生の5つの適応のそれぞれは、いかなる医療設定でも、またそういった接触の頻度に関わらず、手を介する細菌伝播のリスクが起こる間の、様々な手の接触のタイプに応じて定義されます。

これは、異なる設定間の甚だしい変動に制約されるつものない、包括的な統合されたアプローチです。

トレーニングは精神衛生サービスケアの特殊性に従って当てはめることができますが、アプローチそれ自体は、新しいエビデンスが提供されない限り改作すべきではありません。

更なる情報は、www.who.int/gpsc/5may/en/で入手可能な「どのように、いつそして何故手指衛生パンフレット」と「手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル」を参照してください。

清掃スタッフは「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチに従うべきですか？

アプローチに影響を与える決定的なポイントは、清掃スタッフが患者と接触するかどうかです。一般的な清掃作業において、専従スタッフは通常患者と接触しません。

従って、彼らは、ハウスキーピング活動に合わせるように設計されていない手指衛生のための適応（5つの瞬間）に関係しません。

しかし：

- 清掃スタッフは、手袋（家庭用であり医療用手袋でない）を脱いだ後、いかなる体液あるいはその他の物質で偶然に目を見て手が汚れた場合は、手指衛生をすべきです。
- 清掃スタッフは、患者環境の部分であるどんな物や家具を清掃した後は手指衛生をすべきです（「瞬間5」）（例えば、患者ゾーンにある電話/受話器を清拭した後）。
- 時々、補助的/補助の作業者のタスクが、医療とハウスキーピングの両方に関係します。活動の非常に明確な分離は、連続した作業の間に心に留め置くべきです。専門家がケア活動に関わっている時は、5つの瞬間の要求に従うべきです。
- もし手袋が患者ケア活動で使用されれば、それらは必ず個人の患者間の接触の間に交換されなければなりません（すなわち、一人の患者のケアからもう一人の患者に移る時）。

手袋の使用と脱ぐ適応は以下の通りです；

手袋使用：

1. 無菌状態の前
2. 正常でない皮膚や粘膜との接触を含み、無菌状態の存在に関わらず、血液あるいはその他の体液と接触する可能性のある時。
3. 接触予防策中の患者（および患者の直近の環境）との接触

手袋を脱ぐ：

1. 手袋が損傷（あるいは、完全性が疑われる）したら直ちに
2. 血液、その他の体液、正常でない皮膚と粘膜との接触が発生し、終了した時
3. 一人の患者および患者環境、あるいは患者の汚染された部位との接触が終了した時
4. 手指衛生の適応がある時

無菌操作が行われる時はどのレベルの手指衛生が適用されるべきですか？（例えば、中心ラインの挿入）

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、細菌の伝播を防ぐために手指衛生が必要な時5つの必要不可欠な適応（瞬間）を示しています；しかし、これらは、特別のケア手順の様々な段階に注意していません。

例えば、中心ラインの挿入時（手術処置として考えられているポートや埋め込みカテーテルはさておき）、手指衛生のいくつかの適応が発生します（医療従事者の手の接触に従って）。

明らかに適応（瞬間2）「清潔/無菌操作の前」は、中心静脈カテーテルを入れるために滅菌手袋を着用する直前に適応です。

発生する可能性のある追加の適応は、静脈アクセスのための部分を触診するために患者に触れる前、および/あるいは通常手袋を脱いだ後発生する体液への曝露リスクの後にあります。

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチの更なる事例は、

http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html で利用可能な「手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル」を参照してください。

患者ゾーンと医療領域を定義する時に、患者のカーテンに関して特別のアドバイスはありますか？

患者ゾーンは静的な地理的エリアではありません。

それは患者自身といくつかの表面と一時的およびもっぱら患者に専用されるアイテムを含み、患者直近の環境の一部です。

患者ゾーンの「境界」は壁、私的なカーテン、私的なスクリーンあるいはドアで物理的に定義されるものではなく、病室のタイプ（個室あるいは複数室）に関わらず、代わりに医療領域の一部として考えられます。

さらなる詳細は、http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html で入手可能な「手指衛生テクニカル・リファレンス・マニュアル」のII.5.1の節で提供されている実際例を参照してください。

6. システム変革 — 「ケアの現場」で手指衛生行動を変えること

どうしてWHOは「ケアの現場」での擦式アルコール製剤での擦式法を大きく強調し、手指衛生の国際的標準としてそれらを推進しているのですか？

病原体の伝播の点で手を安全なものとし、そして病原体伝播するまさにその場所で使うことができる製品の利便性は、近代における手指衛生改善戦略を大きく変えました。

この理由のため、擦式アルコール製剤は交差感染の防止に関して、安全性の最も高い基準を満たすと考えられています。

現在、「ケアの現場」で人間工学的に安全に配置される、最も効果的で、よく認容されよく研究された製品は、擦式アルコール製剤です。

このシステム変革は、正しい行為が正しい時に正しい方法で行われることを容易にします。

不可能ではないが、水道、石けんとタオルが個々の患者ベッドのちょうど横にあるとか、手頃で実地的な方法で「ケアの現場」で利用可能であることは、ありそうにありません。

しかしながら石けんと流水での手洗いは、擦式アルコール製剤による擦式法より効果は弱く、時間がかかり、皮膚を傷めやすいのです。

手洗いシンクの利用に制限があるあるいはない国では、擦式アルコール製剤による擦式法が、手洗いシンク設置の長期間の戦略に沿いながら、短期間で実施できる交差感染防止の方法として提案されます。

WHOは医療従事者がもはや石けんと流水の使用は必要ないとしていますか？

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」それ自体は、手指衛生順守を推進します。

事実は以下の通りです：擦式アルコール製剤が利用可能ならば、それは「ケアの現場」と「瞬間」において推奨される方法で医療従事者が適切に従うことを可能とするので、（目で見て汚れていない手の）手指衛生の第1選択としてそれは使われるべきです。

しかし、「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」と全てのトレーニング材料は、目で見てきたない、血液やその他の体液で汚染している、あるいはトイレを使用した後には、石けんと流水で手が洗われる必要があることを強調しています。

もし、クロストリジウム・デフィシルのアウトブレイクを含む芽胞形成病原体の被曝の可能性が強く疑われるか証明されるなら、石けんと流水による手洗いが好ましい方法です。

従って、WHOは医療施設内の手洗いシンク設置プログラムと水道、石けんとタオルの利用を支援します。

擦式アルコール製剤は、いくつかの重要な病原体（例えば、クロストリジウム・デフィシルやノロウイルス）に対して有効でないというのは本当ですか？

クロストリジウム・デフィシル（CD）：

擦式アルコール製剤を含む手指衛生用調剤に使われる全ての薬剤はCDの芽胞に効果がありません。

接触予防策が、CD関連アウトブレイク中は強く勧告され、特に、手袋着用（接触予防策の一部）と下痢患者のケアの後の手袋を脱いだ後、一般石けんまたは消毒スクラブ剤と流水による手洗いです。

擦式アルコール製剤は、このような時には手が完全に乾いていることを確認した後、例外的に手洗いの後に使うことができます。

ノロウイルス：

これは未解決の問題です。

70%エタノールに30秒暴露させると、ウイルス活性の点で他のアルコール溶液より優れていることを示した研究があります。

しかし、石けんより優れていることを証明したエビデンスはありません。

アルコールが、CDやノロウイルスのような微生物に効果があるかどうかは、多くの見過ごされてきた問題から注意をそらす可能性があります。

擦式アルコール製剤は大きな行動変容と医療改善で極めて重要な役割を演じます。

下痢症状の感染症に対応してこれらを広く使うことを思い留まらせることは、長期的には全体的な患者安全を危険にさらすだけです。

CDのアウトブレイクはともかく、擦式アルコール製剤は、その他の全ての例で、医療従事者の手を介する多剤耐性菌と非耐性菌から患者を守る一定のセーフティ・ネットを提供します。

「ケアの現場の擦式アルコール製剤」は実施においてどんな意味があるのですか？

「ケアの現場」で擦式アルコール製剤を利用できるようにすることは、患者と医療従事者の間で接触が起こる（「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチで図示されているように）ことを含め、ケアすなわち治療が正に行われる場所でそれを利用できることを意味します。

「ケアの現場」での製品は、患者環境から離れることなく利用できなければなりません（「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチ）。

これは、医療従事者が手指衛生を習慣的とし、速やかにそして容易に「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチに一致した適応に関連した順守を確実にする行動を起こすことを可能にします

（このように病原体を殺しそれらの広がりが防止されます）。

製品は、患者ゾーン（すなわち、「あなたの手指衛生の5つの瞬間」のポスターで示されているように患者ゾーンを示す点線の中でなければならぬ）を離れることなく使えなければなりません。

「ケアの現場」は通常、医療従事者が持参する擦式アルコール製剤（ポケットボトル）あるいは患者ベッド、ベッドサイドテーブルあるいは患者ベッドの隣の壁に取り付けられた擦式アルコール製剤によって達成されます。

物体に固定された擦式アルコール製剤（例えば、患者環境に持ち込まれる手押し車あるいはリネンとか配薬トレイ）も、もし接触を見越して患者ゾーンに確実に持ち込まれるなら、この定義を満たします。

手指衛生は未滅菌手袋を着用する前に行なわれるべきですか？

手指衛生は手袋（未滅菌でも滅菌でも）の使用の如何に関わらず、手指衛生が当てはまる適応の時は実施されます。

その意味：もし次のケア活動が（「患者に触れる前」あるいは「清潔/無菌操作の前」のような）手指衛生と手袋着用の両方の適応を暗示するなら、手指衛生が手袋を着用する前に行われなければなりません。

手袋着用自体の事実は、手指衛生の適応を構成しません（例えば、あなたは患者に触れたり無菌的処置を行わなくとも、汚れた材料を扱う時にはあなた自身を守ることで、手袋を着用するでしょう）。

手袋の使用は正にその適応にのみ限るべきであることを明らかにすることも重要です。

手袋は、しばしば過度に使用され、結果として安全の「錯覚」が医療従事者に手指衛生が適応の時でも手指衛生を省略してしまうことになるかもしれません。

手袋使用適応はWHOによって検討され、www.who.int/gpsc/5may/en/で入手可能な「手袋使用情報チラシ」に要約されています。

アルコールは手袋をした手で使用できますか？

医療従事者は、もし適応なら、手袋を着用する前にアルコールをしっかりと乾燥させ、手袋を脱いだ後再び手をきれいにします。

医療従事者が手袋をしたまま、擦式アルコール製剤を使うことは勧められません。

宝石類と指の爪に関する推奨は何ですか？

いくつかの研究が、指輪の下の皮膚が指輪をしていない同程度の指の皮膚エリアより、よりひどくコロニー化していることを示しました。

合意された推奨は、医療の間は、指輪やその他の宝石類を身につけることを強く押しとどめるようになっています。

もし宗教的あるいは文化的な影響が強く医療従事者の態度を調整していれば、日常ケアの間の単純な結婚指輪（バンド）の着用は、受け入れられるかもしれませんが、手術室のような高リスクの設定では、全ての指輪や宝石類は外されるべきです。

指の爪に関する合意された推奨は、医療従事者は患者と直接接触する時は人工爪あるいはエクステンダーは着けるべきでなく、自然の爪も短く（0.5cm以下あるいは大体1/4インチの長さ）しておくべきです。

もし医療従事者が「ケアの現場」で擦式アルコール製剤に慣れ親しんでなければ、その有効性を彼らに納得させる方法はあるでしょうか？

擦式アルコール製剤の初期の段階で、これは例えば石けんと流水を使うより手をきれいにするためには効果的でないという医療従事者間の認識がありました。実際、何人かの医療従事者が、手はアルコールを使う前に石けんと流水で洗われるべきと教育されていたかもしれません。

今日、エビデンスは、擦式アルコール製剤をそれだけで使うことは（事前に手洗いせず）、手が見た目にきれいで、体液や芽胞形成病原体に触れていない限り、実際好ましく完全に受容できるという見解を明確に支持しています。

擦式アルコール製剤は、石けんと流水より効果的で、時間を節約でき、皮膚にやさしいのです。これらは、起こりうる信頼性と順守の見込みを増加させ、医療関連感染のバーデンを減少させる高い影響力を持っています。

要約すると、擦式アルコール製剤を消毒スクラブ剤と流水とで比較した多くの研究が、アルコール擦式は、消毒スクラブ剤より手の上の細菌数とウイルス数を大きく減少させたことを示しました。

擦式アルコール製剤のポケットボトルを使用する時、ボトル（あるいは医療従事者のガウン）は汚染しないものですか？これは手指衛生活動に影響しますか？

ポケットボトルと医療従事者のガウンが汚染する可能性はあります。しかし、手指はボトルに触れた後、常に擦式されるため、手指衛生行為に問題を引き起こしません。

固定されたあるいは壁に付けられたディスペンサーもまた汚染します。

医療従事者が長袖を着ることにしてWHOの推奨はありますか？

長袖の上着は、患者ケアの間に微生物によって汚染するかもしれません。推奨するためのエビデンスは限られていますが、長袖は避けるべきです。

WHOは非アルコール擦式製剤の使用についてなにか推奨しますか？

目下のところ、非アルコール擦式製剤の使用については極わずかの文献しかありませんので、推奨をするときには考慮されるべきです。

非アルコール擦式製剤を使用することを意図している全ての医療施設は、以下の点を確認すべきです；

1. 短時間での製品の効果（例えば、時間は「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチへの順守の重要な因子であるので、30秒以内）

2. 成分の認容性と毒性および使用者による受容性

製品がヨーロッパのテスト基準にパスすることも重要です。

もしこれらの基準が満たされれば、製品は医療施設に導入できますが、持続的調査とフィードバックが重要です。

WHOガイドラインは規格を制定し、それで現在エビデンスがないため、これらの製品のための推奨を特徴づけることはせず、これらの国際的に認められたガイドラインが意思決定時に考慮されるべきです。

しかしながら、新しいうまく考案された、生体での製品検査はいつも歓迎です。

石けんがない医療施設で、手指衛生のために灰と泥を使うことはできますか？

最初の世界的患者安全挑戦チームは、医療における手指衛生に灰や泥の使用を推奨しません。

もしクエン酸含有が殺菌性であるので、他に何にも利用できないなら、新鮮なレモンジュースの使用が考慮できるかもしれませんが、その効果は研究されていません。

コレラ・アウトブレイクの状況で、擦式アルコール製剤が利用できない時、沸騰させた水と液体石けんの使用が手指衛生に推奨されるべきです。

手が目で見えて汚れている、あるいは血液あるいは他の体液が付いている、またはトイレを使用した後（これらの場合は石けんと流水が推奨されます）でなければ、擦式アルコール製剤の使用は医療施設における日常的手指衛生のために好ましい方法です。

更なる詳細は、「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」の第Ⅱ部を参照してください。

7. 擦式アルコール製剤：処方と製造

なぜWHO推奨の処方が医療従事者にふさわしいのですか？

2つの異なる処方のための「レシピ」が、多くの国で重要なテストを受けました（処方1はエタノール基剤手指擦式剤；処方2はイソプロピル基剤の手指擦式剤）
処方1は、また手を守るためにグリセロールと、成分あるいは再利用ボトルから汚染した芽胞を排除する特別な材料（過酸化水素）を含んでいます。
2つのWHO推奨処方の微生物学的活性は、ヨーロッパ基準（EN 1500）に従ってWHO参照実験室によってテストされました。
それらの活性は、衛生的手指消毒のための参照物質（60%v/vのイソプロパノール）と同等と判明しました。
レシピは、論理的あるいはコスト問題のため市販製品が現在利用できない、あるいは市場から調達する代わりに現場製造を行うこれらの施設のために利用できます。
WHOは、効果的なくまぐ認容された製品を利用してきている医療施設が、WHO処方に変更すべきとは決して示唆していません。

誰が、WHO推奨製剤を作るのですか？

製剤は、個々の医療施設内で現場の薬局研究室で製造されます。
しかし、いくつかの例で、正しい施設を持つ地方の会社が、医療施設の代わりにあるいは国の製造のためにWHO処方を製造しています。

現在のメーカーは商売ができなくなりますか？

現在市販製品を調達する財源あるいはインフラストラクチャーを持たないこれらの設定に擦式アルコール製剤の地方製造のための認証された方法を提供することは、擦式アルコール製剤メーカーの現在の世界的ビジネスにはなんら影響をもたらしません。

WHO処方を使うという動機はなんでしょう？

WHO処方を使って手指衛生を改善しようとWHO公式化を使うために手衛生を改善することを表明した医療施設にとっての動機は、それが手ごろになる可能性のある高級品であるということです。
WHO処方は、通常代替の市販製品が利用できない、あるいは手ごろな値段では利用できない状況で、速効性で効果的で医療従事者にうまく認容された製品を利用可能にします。
無作為化交叉試験で、WHO推奨手指擦式製品の短期間皮膚認容性と受容性は、参照製品のそれらよりもはるかに高かった。
認容性と受容性の情報は、一般的にWHO推奨処方が医療従事者にうまく評価された4つのサイト（バングラディッシュ、香港SAR、パキスタンとサウジアラビア）から利用できます。
香港SARとパキスタンでは、WHO推奨処方はより良い認容性のため、前に使われていた製品より好まれました。

医療施設は擦式アルコール製剤を製造して、近くの病院に配布できますか？

これは地域的にかつその地域の管理機関の調査の基で決定されるべきです。もしこれが製品の広範囲に亘る利便性を確実にする信頼性が高い方法とされれば、WHOはこのようなアプローチを歓迎します。WHO推奨の擦式アルコール製剤は量として50Lを超えて製造されるべきではありません。この量を超えることは可能ですか？もし擦式アルコール製剤が小さな病院施設の中あるいは特別な空調や換気のない中央薬局で製造されるなら、50Lを超える量は決して製造されてはなりません。しかしもし、処方医療施設に代わって、優れた研究室と安全な施設のある商業施設によって製造されるなら、50Lを超える大量を製造することが可能です。一度に50L以上の製造を制限する理由は、火災の危険を最小にすることです。

もし蒸留水が利用できなければ、WHO推奨処方の製剤のための適当な代用品はなんですか？

滅菌蒸留水が処方を作るために好ましいのですが、沸騰冷却水道水あるいはイオン除去滅菌水も目で見て異物がなければ使うことができます。

擦式アルコール製剤はどのくらい有効ですか？

「現場製造の案内」に従って製造されたWHO推奨処方の「貯蔵期間」；WHO推奨手指擦式剤処方少なくとも製造後2年です。現場の貯蔵温度によっていくらかの変動があるかもしれません。しかし、製造後19カ月まで追跡したマリでの品質管理の検査を受けたWHO処方は、最善の品質パラメーターを満たしました。高品質製品を製造するキーは、GMPの一般規則に準ずることです。寿命も同様に、「現場製造の案内」で推奨されているように保管されたアルコールによります：WHO推奨手指擦式剤処方文書。

もし施設が地域でWHO推奨処方の一つを製造するなら、CENやASTMの基準に従って製品をテストする必要がありますか？

WHO推奨処方は、「現場製造の案内」の中の指示に従って薬局あるいは研究室で製造されるべきです。

WHO推奨手指擦式処方。もし、指示が注意深く従われていれば、最終製造での品質管理を含め、CENとASTMに従って検査をする必要はありません。もしアルコールが評判の良い会社から購入され、最初の濃度が正確なら、最終製品でも推奨濃度に正しく作られることが達成できているに違いありません（エタノールで80%v/v、イソプロピルで75%v/v）もしエタノールが地域で製造されていれば、その濃度のチェックは、擦式アルコール製剤を製造する前に正確な濃度を決定されるべきです。

どのように現場で製造されたWHO推奨処方薬を品質管理しますか？

特にもし濃縮されたアルコールが地域製造から入手できるなら、製造後の製剤の最終アルコール濃度のチェックが行われるべきです。もし必要なら最終推奨濃度を得るために量の調整がなされるべきです。

アルコール計は最終使用溶液のアルコール濃度を調節するために使えます；

過酸化水素濃度は、滴定法で測定できます（酸性条件でのヨウ素によるオキシド-還元反応）。

高レベル品質管理はガスクロマトグラフィー法で、アルコールと過酸化水素含量管理は滴定法でそれぞれ行えます。

しかも、微生物汚染の欠如（芽胞を含む）はヨーロッパ薬局方仕様に従ってろ過法によって阻止できます。

8. 擦式アルコール製剤：危険/危険

擦式アルコール製剤の使いすぎは耐性を作りますか？

他の生体消毒薬や抗菌薬と異なり、擦式アルコール製剤に病原体の感受性が低下するというエビデンスはありません。

アルコールは手を乾燥肌あるいは使用时皮膚を刺激しますか？

近代的な擦式アルコール製剤は（正しく使われれば）手を乾燥肌にしません。いく人かの医療従事者が皮膚軟化剤（保湿剤）を全く含まない大量の擦式アルコール製剤に慣れ親しんでいるかもしれません。今日の手指擦式剤の全てに乾燥肌を防ぐための皮膚軟化剤が含まれています。いくつかの研究が、日常的にアルコール擦式を使っている看護師は、石けんと流水を使っている看護師より皮膚の過敏と乾燥肌の程度が低いことを示しています。擦式アルコール製剤は、もし医療従事者が切り傷あるいは裂傷を持っていれば刺激するでしょう。そのような部分は、水耐性絆創膏でカバーされるべきです。擦式アルコール製剤によるアレルギー性接触性皮膚炎は石けんへの反応と対照的に極めて稀です。擦式アルコール製剤は、日常的な手指衛生のために洗剤あるいは石けんと同時に使われるべきではありません。

医療従事者は擦式アルコール製剤を何回くらい使うことができますか？

手は擦式アルコール製剤を4～5回使うごとに洗われるべきだというありがちな誤解があります。個人的な好みとは別に、これを行う理由はありません（すなわち、もし手が洗われる必要があるように感じる、暑く湿度が極めて高い気候では）、しかし事情を考慮しても、擦式アルコール製剤と石けんは一緒に使われるべきではありません。

WHO推奨処方に関係する特別な危険はありますか？

擦式アルコール製剤のWHO推奨処方は、現場あるいは特別な空調や換気のない中央薬局では50Lを超える量で製造すべきではありません。希釈していないエタノールは、高度に可燃性で、引火点は10°C程度に低く、製造施設は「現場製造の案内」に概略された濃度まで直接希釈すべきです。

WHO推奨手指擦式剤処方

80% (v/v) エタノールと 75% (v/v) イソプロピルアルコールの引火点はそれぞれ 17.5°C と 19°C です。

どのように大アルコール火災（すなわち大量貯蔵）に対処しますか？

水あるいはアクア・フィルム形成泡（AFFF）を使うべきです；その他のタイプの消火器は効果がなく、火を消すというよりむしろさらに広い範囲に火を拡大させる可能性があります。

あなたは、患者あるいは医療従事者が製品を飲んでしまうという問題に気付いていますか？

患者あるいは医療従事者が擦式アルコール製剤を飲んだという国からのいくつかの報告があります。これはこれらの製品の大規模な導入実現を考慮する時に明らかに心配で、リスクは十二分に対処されるべきです。

完璧なリスクアセスメントが以下を含めて取られるべきです：

- 患者によって摂取のリスクが高いと考えられるエリアに製品を運んだ医療従事者は助言される。
- もし壁に取り付けられた製品が使われれば、小さいボトルにすることを考慮する。
- もし 500mL 以上のボトルが使われていれば、安全コンテナでの提供を考慮する。
- 手指擦式剤のラベルに、なにげなく見てアルコール含有がはっきりわからず、消費に対する警告を加えることを考慮する。
- 国と地方の毒物学専門家を、摂取に対してどのように扱うかの国/地方の案内を開発して出版することに関わらせる（国内で利用できる製品に基づいて）。

一般的に、しかしながら苦味剤を加えることは、摂取リスクが非常に高い例外的なケース（小児科あるいは混乱している患者）以外では進められません。メチルエチルケトンや安息香酸デナトニウムのような物質が事故的あるいは意図的摂取のリスクを減らすために加えられるかもしれません。

しかし、誤用を抑制するために擦式アルコール製剤の中に使われるこのような化学物質の互換性と抑止の可能性についての公表された情報はありません。

そのような添加剤が製品を有毒にするかもしれないことと生産原価が増加することに注意することが重要です。

さらに、苦味剤はこのような薬剤を含んだ手指擦式剤を使っている個人によって扱われた食べ物に、手から移ることもあります。

従って、互換性と妥当性はコストと共に、そのような苦味剤の使用を決める前に慎重に考慮されなければなりません。

手指衛生の配置を「ケアの現場」を対象とすることを確実にすることが重要です。

擦式アルコール製剤に関するリスクの多くは、「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチと「ケアの現場」哲学に足並みをそろえて、分別のあるボトルの配置によってさらに小さくすることができます。

使ったボトルはどのように処理したらいいのでしょうか？

使った容器とディスペンサーは擦式アルコール製剤の残りや可燃性蒸気を含んでいます。大量の冷却水で使った容器を洗うことは、火災のリスクを減らし、それで容器は再利用されるか、一般ごみとして廃棄されます。

医療従事者は擦式アルコール製剤でどんな悪影響を受けますか？

全身的な悪影響を示唆するエビデンスはありません。今まで出版された研究が、擦式アルコール製剤を使った後、アルコールの血中濃度は取るに足らないことを示しました。乾燥肌は近代的な擦式アルコール製剤では、全てがエモリエントを含んでいるので、まれです。アルコールによるアレルギー性接触性皮膚炎と手の毛の脱色は、非常に稀な副作用です。吸引によるアルコールの吸収のために、質問「正常な皮膚あるいは吸引を通しての吸収で起こされた理論的な有害効果のため、いくつかの国が、エタノールを禁止することを考慮しているという報告を考慮してどんな助言をしますか？」を参照してください。

正常な皮膚あるいは吸引を通しての吸収で起こされた理論的な有害効果のため、いくつかの国が、エタノールを禁止することを考慮しているという報告を考慮してどんな助言をしますか？

最近、オランダ健康審議会が、職業上エタノールに被曝する職員で乳がん和大腸直腸がんのリスクが増大する恐れがあるため、エタノールを発がん物質として分類することを示唆しました。一定レベル以上のアルコールの吸収は、動物と人間に毒性と慢性疾患となるかもしれません。経皮的吸収は非常に低いですが、アルコールは、吸入と正常皮膚を通して吸収されます。擦式アルコール製剤の使用が有害であるかもしれないことを示すデータはなく、血中への吸収を評価している研究はそうでないことを示しています。しかし、WHOは個々の施設はその政府の指令に従うように勧告します。

イスラム教の医療従事者は擦式アルコール製剤を使えますか？

いくつかの宗教で、アルコール使用が禁じられるか自己懺悔・ペナンス(シーク教)を必要とする違反と考えられている、あるいは、心の損傷を引き起こすと考えられています(ヒンズー教、イスラム教)。しかしながら、理論的には、毎日の生活におけるアルコールを禁止しているそれらの宗教は、最善の患者ケア提供の認識において、最も価値あるアプローチを受け入れることで、次に続く実際的な展望を説明しています。実際、病気を癒すかより良い健康に貢献するために人が製造あるいは開発できるどんな物質も、コーランによって許され、これは医学的薬剤として使用されるアルコールを含んでいます。擦式アルコール製剤使用の推進に対するいかなる深刻な障害も、WHOに報告されていません。イスラム教国内でのイスラム教医療従事者の擦式アルコール製剤に対する姿勢を理解する例として、サウジアラビア王国リヤドのアブドル・アジズ王医療都市(KAAMC)で、擦式アルコール製剤の採用において、なんら困難や抵抗もありませんでした(Ahmed et al, Lancet 2006)。KAAMCでは、擦式アルコール製剤を使う政策が許されているだけでなく、2003年以降感染対策のために活発に奨励すらされています。アルコールは長い間王国内で法律による制限なしで、香水を含む家庭用洗剤や公的使用のための他の材料の中に存在する成分だったことを鑑みて、擦式アルコール製剤の使用の正式な認可のための国策あるいは認可つまりファトワー(イスラム教の宗教的な勅令)は捜されませんでした。これらの全ての例で、アルコール含有は、摂取のためのものでないのに許されています。

擦式アルコール製剤に関する火災の危険はどんなものがありますか？

ドイツで行われた最近の研究で、2万5千38病院年で使われた擦式アルコール製剤の量は、病院のため3千5百万リットルの全体的消費を示したことが研究されました。この研究で、合計7件のボヤ事件が報告されています。米国におけるもう1つの研究で、調査された798医療施設のどれからも、擦式アルコール製剤ディスペンサー関連の火災の報告はありません。従って、このような製品に関係している火災の危険は非常に低いのです。

しかし、アルコールは可燃性あるので「WHO医療における手指衛生ガイドライン2009」は以下を推奨しています：

- システム変革に取り組む前にリスクアセスメントに、消防士、火災安全アドバイザー、リスクマネージャー、医療安全と感染管理専門家を巻き込む。
- リスクアセスメントは以下を扱います：
- ディスペンサーの配置場所
- 在庫の保管
- 使った容器/ディスペンサーと期限切れ在庫の処分
- 貯蔵：高温あるいは裸火から離しての保管
- 乾燥：擦式アルコール製剤を塗布し、次に手はアルコールが蒸発するまで擦り合わせる（一旦乾けば手は安全です）。

何人かの専門家が、イソプロピルアルコールは目への刺激性と麻薬性性質のため、擦式アルコール製剤の製剤には適切ではないと述べています。それは正しいですか？

イソプロパノールは目と粘膜への刺激物として分類されます。しかし、液体あるいは空中の高濃度蒸気との直接接触で、この副作用が起こります。国の勧告は、8時間で200～500 ppmの範囲を曝露限界としています。これは、一般的にはイソプロパノールを扱う仕事をしている人に適応します。私たちの知識では、手指用生体消毒剤として使用した時、医療従事者のための職業上の危険としてイソプロパノールを引用した報告も発行物もありません。

この問題を調査したいいくつかの研究は以下の通りです：

1. Loffler H et al. Hand disinfection: how irritant are alcohols? J Hosp Infect 2008 Oct. 70 suppl 1:44-48.
2. Turner P et al. Dermal absorption of isopropyl alcohol from a commercial hand rub: implications for its use in hand decontamination. J Hosp Infect 2004;56:287-290.
3. Pedersen L K et al. Short-term effects of alcohol-based disinfectant and detergent on skin irritation. Contact Dermatitis 2005: 52:82-87.
4. Kramer A et al. Quantity of ethanol absorption after excessive hand disinfection using three commercially available hand rubs is minimal and below toxic levels for humans. BMC Infectious Diseases: 2007: 7:117.

擦式アルコール製剤はどこに保管すべきですか？

- 現場および中央（大量）保管は、戸棚のタイプと保管に関するそれぞれの防火法規に従われなければなりません。
- 製造と貯蔵施設は理想的には空調のあるつまり涼しい部屋であるべきです。
- 裸火あるいは喫煙はこれらのエリアでは許可されるべきではありません。
- 国家安全ガイドラインと地方法的必要条件は、材料と最終製品の貯蔵のために順守されなければなりません。
- 個人的容器/ディスペンサーを持ち歩く時は、衣服や寝具あるいはカーテン、ポケットやバッグや乗り物の中にこぼさないよう注意をします。
- 容器/ディスペンサーは、涼しい場所に保管され、蓋が閉まっているか注意を払います：病棟や科に保管される擦式剤の量は、毎日の目的に応じた合理的な実際的であるように少なくすべきです。
- 「高度火気厳禁」に指示された保管は、50 L以上の保管が必要な状況では必要です（例えば、中央大量保管）。
- 擦式剤を入れる容器とディスペンサーのカートリッジは、発火の元から離れた涼しい場所に保管されるべきです。これは、水ですすがれていない使用後の容器にも適用されます。

ディスペンサーは火災の危険を考慮に入れて、どこに置くべきですか？

手指擦式剤ディスペンサーは、電灯スイッチやコンセント、酸素やその他の医療ガスの隣などの、引火の元となる可能性のある近くには、蒸気発火の危険が増すために置くべきではありません。カーペットの上に手指擦式剤ディスペンサーを置くことは、カーペットの損傷と浮き/反りのリスクのため推奨されません。歩行者のスリップも含め、床へのこぼれに関するリスクを考慮すべきです。

患者と見舞客にどのような特別の案内がなされるべきですか？

使用のための明確な案内が、見舞客による使用のために手指擦式ディスペンサーの場所に掲示されます。多すぎる量を使わないようにという警告と共に、使用后すぐに喫煙しないよう警告します。

こぼした時はどのように管理しますか？

- 大量のこぼれは、全ての発火源を取り除き、区域を換気し、水でこぼしたものを希釈する（少なくとも10倍量まで）ことで直ちに処理されます。
- そして液体は乾いた砂のような不活性な物質（おがくずのような燃えやすい材料でなく）で吸着され、化学廃棄物容器の中に廃棄されます。
- 蒸気は、部屋（あるいは乗り物）を換気することで消散させ、汚れたアイテムは、安全に洗浄および/あるいは乾燥されるまで、プラスチックの袋に入れられます。

9. 患者参加と権限委譲（エンパワーメント）

患者に医療従事者が医療従事者の手をきれいにするように思い出させるよう勧めることは適切ですか？

はい。

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」は以下を推奨しています：

「患者、患者家族と医療従事者を医療施設で手指衛生を推進するよう勧める」

「WHO医療における手指衛生ガイドライン 2009」は現在、「手指衛生推進における患者参加」の全ての章を含んでいます。

章は、エンパワーメント・プログラムを開発するためのこのアプローチとテンプレート戦略に取り組む時考慮すべきいくつかを概説しています。

患者を手指衛生に参加させる追加の案内と提案が、WHO患者安全ウェブサイト

www.who.int/gpsc/5may/en/の「患者と患者組織を手指衛生発議に参加させる案内」文書で見ることができます。

感染の拡大において患者はどのような役を演じるのですか？

「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチは、病原体伝播のダイナミクスに基づいて医療において手指衛生を行うべき時を単純なやり方で図示しています。

患者自身も、患者の身体の一部から他の部分へ病原体を移す可能性があります。

例えば、患者が患者の傷やデバイスが挿入されている部位を触るなら、手指衛生が勧められ、患者は教育されるべきです（擦式アルコール製剤は簡単に手指衛生を可能にします）。

いくつかの医療施設は積極的に全ての医療従事者と病棟に入る見舞客による手指衛生を推進しています — これはいいアプローチですか？

多くの医療施設はこのアプローチを使いますし、論理的であるように思われます。

しかし、このような戦略に取りかかる前に、そのようなアプローチが「私の手指衛生の5つの瞬間」アプローチと一致しているかどうかを考慮することが非常に重要です。

不必要な手指衛生を奨励することは、「ケアの現場」での医療従事者によるタイムリーな適切な手指衛生を犠牲にして行われるべきではありません。

現場の前後関係に最もふさわしい現場の決定がなされるべきです。