

ファシリティ・マネジメント

- ファシリティ・マネジメントとは、施設内の環境整備に関して、感染管理を行うことである。
- ①施設の清掃、②医療廃棄物の管理、③使用済みリネン・布団類の管理、④空調とゾーニングなどが対象となる。

1. 清掃

- 医療施設には患者や医療スタッフが存在し、常に医療業務が行われている。医療施設の清掃は常に、「患者を優先した」清掃作業でなければならない。
- 患者に清潔な療養環境を提供することは、良質な医療の提供を約束するとともに、医療従事者にも良好な労働環境を保障することにつながる。
- 環境の感染リスクは、低リスクと最小リスクに分類される（→ p53、表 2-1 参照）。
- 通常的环境中では、消毒をするのではなく、清掃を行い乾燥させることが重要である。
- 汚れがあると、水分を吸着し、結露・湿潤してカビが生えるなど、感染管理対策上好ましくない。見た目にも清潔な環境が大切である。
- 感染管理では、手が高頻度に触れる環境表面（ドアノブ、ベッド柵、手すり、床頭台など）に存在する菌そのものを消毒することよりも、それらの温床となるホコリや汚れを除去することが有効である。
- 環境を消毒する必要がある場合を Box1-1 に示す。

1) 清掃方法

- 清掃は、上方から下方、奥から手前へ、一定方向に向かって行う。
- 通常、細菌は空气中を単独で浮遊するのではなく、ホコリに付着した状態で浮遊しているため、ホコリを最小限にすることが大切であり、湿式清掃が基本である。

Box1-1 環境消毒を要する状況

- 薬剤耐性菌を排菌している患者の手が高頻度に触れる部位：低水準消毒剤を用いた清拭消毒を行う。
- 血液、体液などが付着している部位：安全な方法で血液を拭き取った後、次亜塩素酸ナトリウム液 500ppm(0.05%)を用い、外側から内側に向かって消毒する。その後、湿式清掃し乾燥させる。

- 湿式清掃の基本は、強く絞ったクロスやモップで、ホコリや汚れを拭き取ることである。
- 床の清拭作業において、従来の一枚のモップで「拭く、すすぐ、絞る」を繰り返して清拭する方法を、オンロケーション方式と呼ぶ。
- スペアモップを用意し、次々と清潔なモップと交換しながら拭いていき、後で一括して洗濯する方法をオフロケーション方式と呼ぶ。この方法は常に清潔なモップで拭くことになり、衛生的な清拭方法と考えられ、近年普及が進んでいる。

(1) 一般域：医療を行わない場所 (例：事務部門など)

- 日常清掃
 - ・ 1日1回、湿式清掃をする。常に絞り具合を考えて拭き取る。
 - ・ 中央配管バキューム方式を採用している施設は活用

する。

- ・外来トイレなどの不特定多数の人が使用する場所は、汚染が起りやすいので、頻繁な清掃が必要である。
- ・除塵効果のある化学モップを使用する施設もある。油類が含まれている化学モップは、拭いた後にモップの跡が付着することもあるので注意する。

● 定期清掃

- ・定期清掃の頻度は、施設ごとに決める。
- ・普段手の届かない部分まで清掃をする(例:窓、カーテン・ブラインド、網戸など)。

(2) 患者ケア区域：病室

● 日常清掃

- ・1日1回、湿式清掃をする。常に絞り具合を考えて拭き取る。
- ・中央配管バキューム方式を採用している施設は、これを活用する。
- ・日常清掃には通常、消毒は不要である(消毒を要する状況については Box1-1 を参照)。

● 定期清掃

- ・普段手の届かない部分まで、丁寧に清掃をする(例:窓、カーテン・ブラインド、網戸など)。

(3) 手術室

- 手術室においても床は最小リスクであり、通常は消毒の必要はない。手術中は、血液・体液などは床に落とさないように回収しながら、手術を行う。
- 手術室でも、靴は履き替える必要はない。また、病室のストレッチャーもそのまま、手術室に入室してもかまわない。足元に血液・体液が飛散する可能性がある場合は、術者を保護する目的で、靴カバーを使用する。
- 手術室から退出するときは、靴底が血液・体液などで汚染されていないか、または糸くずなどの付着がないかを確認する。
- 手術室内に湿潤や結露、目視できる汚染、水平部分や無影灯上のホコリなどはあってはならない。
- 日常清掃
 - ・無影灯：毎日、湿式清掃後に乾燥する。使用しない無影灯は垂直にしておく。
 - ・床：血液や体液などが付着した場合は、次亜塩素酸ナトリウム液 500ppm(0.05%) を用い、外側から内側に向かって消毒する。手術と手術の間には、清掃や消毒は行わない。すべての手術が終了した床は、湿式で清掃し、乾燥させる。できればウェットバキューム方式(湿式吸引清掃)がよい。
- 定期清掃
 - ・頻度は施設ごとに決める。普段手の届かない部分まで、丁寧に清掃をする。

(4) 造血幹細胞移植病室

- 感染管理対策上の特徴は、主に内因性感染を予防するのが目的であるが、免疫が極端に低下しているので、結露やホコリのない部屋を提供する。
- 定期清掃の頻度は、施設ごとに決める。
- 日常清掃
 - ・湿式清掃を徹底する。血液や体液などが付着しているところは、安全な方法で血液を拭き取った後、次亜塩素酸ナトリウム液 500ppm(0.05%) を用い、外側から内側に向かって消毒する。その後、湿式清掃し、乾燥させる。
- 定期清掃
 - ・頻度は施設ごとに決める。普段手の届かない部分まで、丁寧に清掃をする。
- アスペルギルス、クリプトコックス対策
 - ・造血幹細胞ユニットでは、特にアスペルギルス対策が必要である。ホコリのたまっているところ、鳥の糞(鳩など)、鉢植え植物、生花、管理不十分な水(シャワー)、製氷機などに対して、対策を講じる必要がある。
 - ・具体策：丁寧に清拭する。鳩対策を十分に行う。鉢植え植物、生花は病室へ持ち込まない。シャワーなどの水は、残留塩素濃度の測定により管理する。製氷器は設置しない。

(5) 廊下・階段など

- 日常清掃
 - ・1日1回、湿式清掃をする。
 - ・汚染が確認された場合は、その都度湿式清掃をする。
- 定期清掃
 - ・頻度は施設ごとに決める。普段手の届かない部分まで、丁寧に清掃をする。

2) 清掃用具の適切な管理

- 清掃用具は、清掃用具専用の洗濯機がない場合には、感染性のある(血液や体液排泄物で汚染された)モップ類は分別して、単独に洗濯する必要がある。次亜塩素酸ナトリウム液 500ppm(0.05%) で浸漬消毒する。
- 感染性のないモップ類は通常の洗剤を用い、洗濯後乾燥させるが、衣類に比べて繊維の密度が高いため、洗濯時間は短縮できない。
- 用途によってはその都度、また、一日終了後には清掃・乾燥させ、換気の良いところに保管する。患者や訪問者の目に触れないように保管する。
- トイレ・洗面台は、病院の中でも特別に衛生的な管理を要求され、また、心理的な判断要素も含まれる場所である。したがって、使用する手袋や清掃用具は、他部署と区別する(例:色を変える)(表 1-1)。

表 1-1 清掃の区分けと清掃用具のカラーリング

A：清潔区域	青系統	バイオクリーン手術室、一般手術室、易感染患者用病室
B：通常医療区域	緑系統	NICU、ICU、CCU、未熟児室、一般病室、診察室
C：一般区域	白系統	待合室、玄関ホール、廊下、階段、事務室、医局
D：汚染拡散防止区域	黄系統	ごみ処理室、臨床検査室
	赤系統	一般トイレ

全国ビルメンテナンス協会：病院清掃用資機材のカラーリング 2004年版より

3) 清掃の契約

- 病院清掃では、見た目きれいであることを基本として、さらにホコリのたまりやすい場所を作業仕様に含めることが必要である。
- EU 諸国では、清掃作業仕様書の作成から清掃業者の選定までを ICT が中心となって行っており、契約手続きや会計業務は事務部門が行っている。病院環境が感染予防対策に重要であることの認識が高いことがうかがえる。
- 清掃業者と定期的な話し合いをもち、アメニティの向上に努めることが重要である。

2. 医療廃棄物管理

- 医療廃棄物とは病院、診療所、介護老人保健施設などの医療関係機関などで生じた廃棄物のことであり、人が感染する恐れのある病原体が含まれる、もしくは付着している、またはその可能性があるものである。
- 廃棄物が発生した時点で感染性廃棄物であっても、焼却または消毒・滅菌などの処理により感染性が失われたものは、一般廃棄物として処理する。

1) 感染性廃棄物の判断基準

- 表 2-1 の 3 つの視点から、客観的に判断することを基本とする。
- 紙おむつの取り扱い例について、表 2-2 に示す。地域によって処理方法が異なることに注意する。
- 感染性廃棄物の判断フローは図 2-1 を参照のこと。

2) 感染性廃棄物の処理

(1) 分別・表示

- 医療機関から出される廃棄物には一般廃棄物やリサイクル可能な廃棄物などもあり、医療施設のある市町村の処理体制を確認し、処理を行う。
- 感染性廃棄物は、これらの一般廃棄物と分別して廃棄するものとする。適切な廃棄および分別作業を行うためには、安全で使いやすい容器（例：足踏み開閉式の容器など）を設置することや、周囲環境を考慮して人の出入りの頻繁な場所を避けるなど、適切な廃棄容器置き場の工夫をすることが望ましい。
- 各施設で廃棄物分別表を作成し、廃棄物設置場所に掲示しておくことよい（図 2-2）。
- 廃棄物を適切に管理するためには、関係者が感染性廃

表 2-1 感染性廃棄物の判断基準

視点	内容
形状	血液、血清、血漿、体液（精液含む）
	病理廃棄物（臓器、組織、皮膚など）、ホルマリン漬臓器
	病原微生物に関連した試験、検査用品（培地、試験管など）
	血液などが付着した鋭利物（破損したアンプルなどのガラスくずなどを含む）
排出場所	感染症病棟（感染症法による入院措置が講じられる病床）、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室および検査室で治療・検査に用いられたもの
感染症の種類	1～3 類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の治療・検査に使用されたもの
	4・5 類感染症の治療・検査に使用された医療器材など（紙おむつについては表 2-2 参照）

棄物であることを識別できるように、廃棄物容器にはマークなどの表示を行うものとされている。全国共通のマークとして、バイオハザードマークが推奨されている（表 2-3）。

(2) 移動・保管・梱包

- 感染性廃棄物の施設内における移動は、移動の途中で内容物が飛散・流出することのないよう、蓋のついた容器に入れてカートなどにより移動させることが望ましい。
- 感染性廃棄物を処理業者に引き渡すまでの保管は、極力短期間とする。保管施設には、感染性廃棄物の存在

表 2-2 感染症ごとの紙おむつの取り扱い(例)

感染症の分類	感染症名	取り扱い
1類	エボラ出血熱など	感染性廃棄物
2類	結核、ジフテリア、鳥インフルエンザ(H5N1)など	感染性廃棄物
3類	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス	感染性廃棄物
4類	E型肝炎、A型肝炎、鳥インフルエンザ(H5N1 除く) ポツリヌス症、サル痘、レプトスピラ症など	感染性廃棄物
	マラリア、ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、日本脳炎、日本紅斑熱、ブルセラ症、 発疹チフス、レジオネラ症など	非感染性廃棄物 血液が付着したものは感染性廃棄物
5類	クリプトスポリジウム症、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、突発性発疹、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症	感染性廃棄物
	インフルエンザ(上記2類、4類除く)、ウイルス性肝炎(A型、E型除く)、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、クラミジア肺炎、クロイツフェルトヤコブ病、尖圭コンジローマ、伝染性紅斑、マイコプラズマ肺炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症	非感染性廃棄物 血液が付着したものは感染性廃棄物

廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル(平成24年5月改訂、環境省)を参照し、医療関連施設で取り扱うことの多い疾患を中心に作成

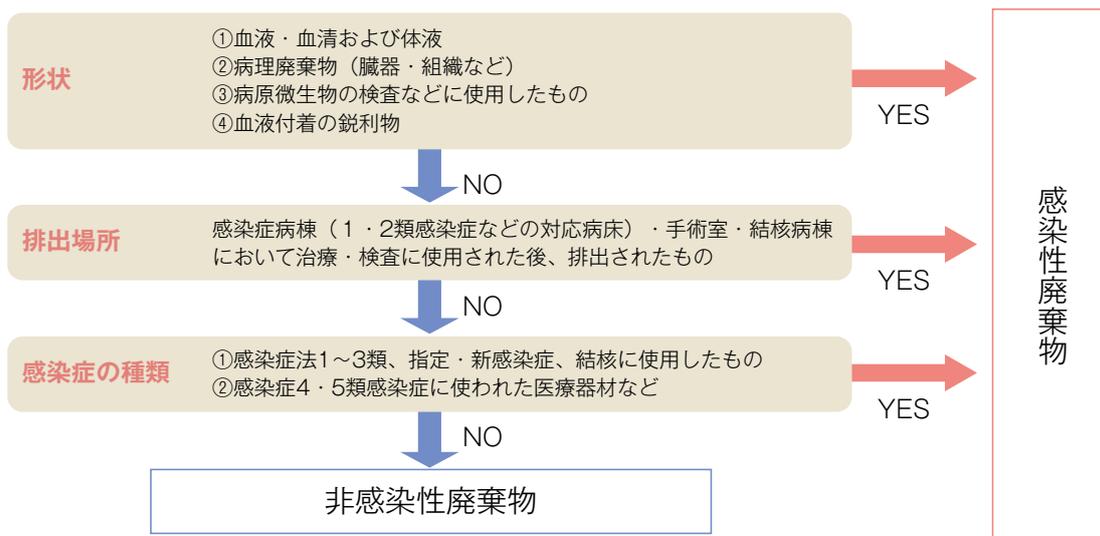


図 2-1 感染性廃棄物の判断フロー

を表示するとともに、関係者以外立ち入れないように配慮しなければならない。

- 収集・運搬に先立ち、収納しやすく、損傷しにくい容器に入れて密閉する必要がある。感染性廃棄物の他の容器への移し変えは、飛散・流出防止の観点から好ましくないため、廃棄の段階から梱包に耐える密閉性・堅牢性のある容器を使用するか、または、廃棄容器ごと梱包用容器に入れることが望ましい。

3) 施設内処理方法

(1) 高圧蒸気滅菌

- 121℃以上で20分間以上、作用させる。

(2) 煮沸

- 15分間以上煮沸する。

(3) 乾熱滅菌

- 180℃で30分間以上、作用させる。

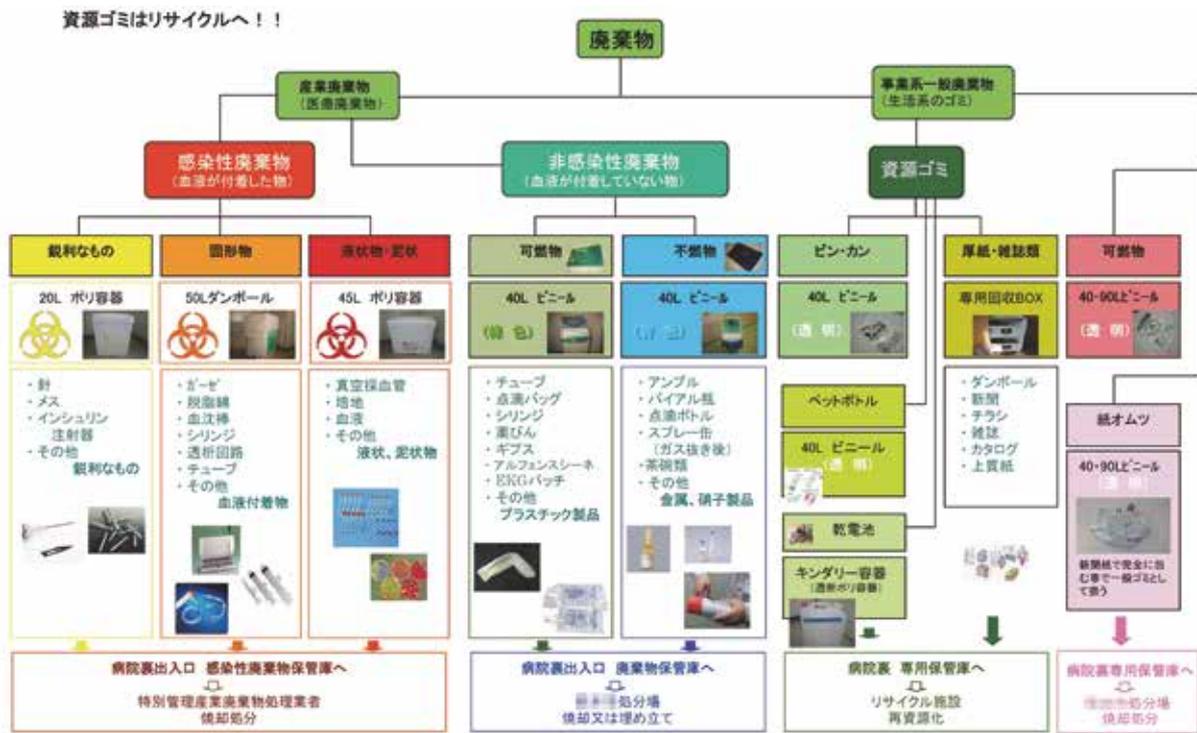


図 2-2 廃棄物分別表 (例)：廃棄物処理法、〇〇市廃棄物処理及び清掃に関する条例に基づく

表 2-3 バイオハザードマーク

表示	種類	容器
赤色 	液状のもの 血液・体液	廃液などが漏れない密閉容器
橙色 	固形・泥状のもの 血液の付着した ガーゼ類	丈夫なプラスチック袋を 二重にするか、堅牢な容 器を使用
黄色 	鋭利物 注射針・メスなど	金属製、または丈夫なブ ラスチック製など(危険を 防止するため、耐貫通性 のある堅牢な容器を使用)

(4) 化学的消毒

- 次亜塩素酸製剤：遊離塩素 1,000ppm 以上の水溶液に 60 分間以上浸漬する。
- グルタルール：2% グルタルール液に 60 分間以上浸漬する。

3. 使用済みリネン(シーツ類)・布団・ベッドマットの取り扱い

1) 使用済みリネン(シーツ類)の取り扱い

(1) リネン交換時の注意点

- 汚染したリネンは汚染エアゾルの発生を少なくするため、できるだけ静かに取り扱う。
- リネン交換時には、リネンの汚染や微生物による曝露

を防止するため、手袋・ガウン・マスクを使用する。

- 1 ベッドごとの個人用防護具(PPE)の交換は必ずしも必要ではないが、使用済みリネンを交換後に清潔リネンを取り扱う場合や、血液・体液などで PPE が汚染された場合などは、清潔リネンや周囲環境を汚染する可能性があるため、速やかに交換する。

(2) リネンの移送

- 汚染リネンはベッドサイドなどの使用した場所で、袋や蓋付きランドリーカート(写真3-1)に入れて持ち運ぶ。
- 血液・湿性生体物の付着したリネンは、耐水性の袋に入れる。
- 血液・湿性生体物の付着したリネンを入れた袋には、取り扱う業務スタッフがわかるような表示をする。
- 清潔リネンは、カバーができる専用カートを用いるかビニール袋に入れるなどして、ホコリが付着しないようにして持ち運ぶ。
- 使用済みリネンと清潔リネンを運ぶワゴン類は、分けて使用する。

(3) リネンの保管

- 清潔リネンは汚染されないように、清潔リネン専用の扉付き保管庫に収納する。または、ビニール袋などに包んで保管する。

(4) リネンの洗濯

- リネンの洗濯を委託している場合には、洗濯の一連の工程(引き渡しから払い戻されるまで)が適切に行われているかを把握しておく。
- 血液・湿性生体物の付着したリネンが、院内で消毒して洗濯業者に引き渡すシステムになっている場合は、原則として手作業では洗わない。
- 手作業で洗う場合は、専用の場所で、適切なPPEを着用して洗う。
- リネンの洗濯に熱水を使用する場合は、75℃ 25分間以上または80℃ 10分間以上で行う(写真3-2)。
- 75℃以下の熱水を使用する場合、または熱水を使用



写真3-1 ランドリーカート

蓋付きで、耐水性の容器が取り付けられたカートや、水溶性ランドリーバッグがセットできるものがある。蓋はペダルで開閉できるものが望ましい。



写真3-2 熱水洗濯機

血液・体液が付着したまま洗濯することができるため、汚染リネンによる感染リスクを大幅に軽減できる。

しない場合は、適切な消毒剤を用いて洗濯する(次亜塩素酸ナトリウム 250ppm 30℃ 5分間以上)。

- NICUのリネンを滅菌する必要はない。
- 汚染リネンを洗濯する際の曝露を予防するために、水溶性ランドリーバッグを使用してもよい。
 - ・水溶性ランドリーバッグ(アクアフィルム[®]): 熱水(65℃以上)で溶解するリネン用ビニール袋。血液や体液などで汚染されたリネンをアクアフィルムに収容し、そのまま熱水洗濯が可能な洗濯機に入れることができる。洗濯担当者が血液や体液に曝露されることを予防できる。

2) 布団・ベッドマットの取り扱い

(1) 布団・ベッドマットの選定

- 洗濯が可能な布団(毛布)類を使用する。
- ベッドマットは清拭できる素材のもの、またはカバーリングを行う。

(2) 布団・ベッドマットの洗濯

- 布団(毛布)は患者の使用ごと、または血液・体液などで汚染した場合に交換する。
- 施設で洗濯可能な素材はリネン同様、75℃ 25分間以上または80℃ 10分間以上で洗濯する。
- 75℃以下の熱水を使用する場合、または熱水が使用できない場合は、適切な消毒剤を用いて浸漬消毒する(次亜塩素酸ナトリウムなど)。
- 施設で洗濯できない布団類については、業者に適切な処理を依頼する。
- ベッドマットの洗濯は、熱水やオゾンなどの洗濯・消毒設備があれば使用する。そのような設備がない場合は天日干しするか、または清拭消毒できる製品を使用することが望ましい。

4. 空調とゾーニング

1) 院内環境の清浄度区分(表 4-1、2)

(1) 清浄度クラス I：高度清潔区域

- HEPA フィルタ (high efficiency particulate air filter) を介した層流方式により換気が行われ、周辺諸室に対して陽圧を維持する部屋
- バイオクリーン手術室、易感染患者用病室が該当する。

(2) 清浄度クラス II：清潔区域

- 高性能以上のフィルタを使用して空気を浄化し、周辺諸室に対して陽圧を維持する部屋
- 一般手術室および滅菌器材を展開する部屋が該当する。

(3) 清浄度クラス III：準清潔区域

- 中性能以上のフィルタを使用して換気し、周辺諸室に対して陽圧を維持する部屋
- ICU、NICU、CCU、分娩室、アンギオ室、未熟児室、手術室手洗いコーナーなどが該当する。

(4) 清浄度クラス IV：一般清潔区域

- 中性能以上のフィルタを使用して換気する部屋
- 一般病室、診察室、待合室などが該当する。
- 点滴用薬液を混注する領域は、クリーンベンチを使用して作業することを前提として、一般清潔区域に含めている。

表 4-1 清浄度クラスと換気条件 (代表的な例)

清浄度クラス	名称	摘要	該当室 (代表例)	最小風量の目安 (回/時)		室内圧 (P:陽圧) (E:等圧) (N:陰圧)	給気最終フィルタ の効率
				外気量*1	室内循環風量		
I	高度清潔区域	層流方式による高度な清浄度が要求される区域	バイオクリーン手術室*2 易感染患者用病室*5	5*3	—*4	P	PAO 計数法 99.97%
				2	15	P	
II	清潔区域	必ずしも層流方式でなくてもよいが、Iに次いで高度な清浄度が要求される。	一般手術室	3*3	15*6	P	高性能フィルタ JIS 比色法 98%以上 (ASHRAE 比色法 90%以上)
III	準清潔区域	IIよりもやや清浄度を下げてもよいが、一般区域よりも高度な清浄度が要求される。	未熟児室	3	10	P	高性能フィルタ JIS 比色法 95%以上 (ASHRAE 比色法 80%以上)
			膀胱鏡・血管造影室	3	15	P	
			手術手洗いコーナー	2	6	P	
			NICU・ICU・CCU	2	6	P	
			分娩室	2	6	P	
IV	一般清潔区域	原則として開創状態でない患者が在室する一般的な区域	一般病室	2*7	6	E	中性能フィルタ JIS 比色法 90%以上 (ASHRAE 比色法 60%以上)
			新生児室	2	6	P	
			人工透析室	2	6	E	
			診察室	2	6	E	
			救急外来(処置・診察)	2	6	E	
			待合室	2	6	E	
			X線撮影室	2	6	E	
			内視鏡室(消化器)	2	6	E	
			理学療法室	2	6	E	
			一般検査室	2	6	E	
			材料部	2	6	E	
			手術部周辺区域(回復室)	2	6	E	
			調剤室	2	6	E	
			製剤室	2	6	E	

表 4-1 (続き)

清浄度クラス	名称	摘要	該当室 (代表例)	最小風量の目安 (回/時)		室内圧 (P:陽圧) (E:等圧) (N:陰圧)	給気最終フィルタ の効率
				外気量*1	室内循環風量		
V	汚染管理区域	有害物質を扱ったり、臭気が発生する室で、室外への漏出防止のため、陰圧を維持する。	RI 管理区域諸室*9 細菌検査室・病理検査室*9 隔離診察室*9 感染症用隔離病室*9 内視鏡室(気管支)*9 解剖室*9	全排気 2 2 2 2 全排気	6*8 6 12 12 12 12	N N N*10 N N N	中性能フィルタ JIS 比色法 90%以上 (ASHRAE 比色法 60%以上)
	拡散防止区域	不快な臭気や粉じんなどが発生する室で、室外への拡散を防止するため陰圧を維持する。	患者用便所 使用済みリネン室 汚物処理室 霊安室	—*11 —*11 —*11 —*11	10*12 10*12 10*12 10*12	N N N N	—*11

日本医療福祉設備協会規格 HEAS-02-2013 より引用

- * 1 換気回数と、一人当たりの外気採り入れ量 30m³/時程度を比較し、多い値を採用することが必要である。
- * 2 『バイオクリーン手術室の空調環境』を参照。
- * 3 余剰麻酔ガスやレーザーメス使用時の臭気を排除するため、10回/時以上を要求される場合もある。
- * 4 吹出し風速を垂直層流式 0.35m/秒、水平層流式 0.45m/秒程度とする。
- * 5 造血幹細胞移植患者用病室など。
- * 6 『一般手術室の空調環境』を参照。
- * 7 各室に便所などを配置した場合、必要排気量によって外気量が決定することもあるので注意する。
- * 8 実際に必要な換気量は、放射性物質の種類や量、取り扱い方に対して、有効な希釈量を考慮し決定する。
- * 9 排気には汚染物質を有効に処理可能な、排気処理装置を考慮する。
- * 10 空気感染防止の場合
- * 11 特に規定しない。各施設の状況により決定する。
- * 12 排気量を示す。

表 4-2 各室の空調換気条件

エリア・室	最小風量の目安	
	外気量 回/時	全風量 回/時
手術室	3	15
回復室	2	6
集中治療室	2	6
内視鏡室	2	6
気管支内視鏡室	2	12
一般病室	2	6
隔離病室	2	12
感染症用隔離病室	2	12

(5) 清浄度クラスV:

汚染管理区域、拡散防止区域

- 汚染管理区域
 - ・室内圧を周辺区域より陰圧に維持し、室内の有害な汚染空気が室外に漏出することを防止する部屋

- ・ RI 管理区域、細菌検査室、隔離診察室、感染症用隔離室、気管支内視鏡室、解剖室が該当する。
- 拡散防止区域
 - ・ 不快な臭気などが発生する部屋で、室外へ拡散することを防止すべき部屋
 - ・ 患者用便所、汚物処理室、霊安室が該当する。

2) 手術部門での換気

- 清潔と汚染の明確なゾーニングと、清潔と汚染の動線交差のない管理運用が求められていたが、手術部門では空気汚染を減らすために厳しいゾーニングを求めるのではなく、手術野そのものの清浄度を維持すればよいとする概念となった。運用効率を最優先としたレイアウトとすることが望ましい。
- これに基づき、手術室はクラスⅡ、手洗いコーナーはクラスⅢ、手術部内廊下はクラスⅣとなっている。
- 以前は、前室や更衣室を空調的緩衝帯としていたが、前室は必ずしも必要ではなく、履物交換も廃止される方向であるので、これらの領域は削除されている。

5. ファシリティ・マネジメントにおける 感染管理担当者の役割

1) 現状の把握

- 施設の設備管理について、感染管理の視点で現状を把握する。
- 以下の事柄について、施設設備部門の担当者に感染委員会に参加してもらうなどにより施設設備部門と情報を共有し、協働して対策を実施できる関係づくりが必要である。
 - ・空調設備の定期点検・フィルタ類の適切な管理ができてきているか？
 - ・適切な頻度で水質検査が行われているか？
 - ・点検・検査に問題が生じた場合の報告体制があるか？
 - ・廃棄物処理業務およびリネン類の洗濯業務における契約内容
 - ・施設改修工事などにおける感染対策の実施状況

2) 意見の反映

- 施設の改築・改装時に、感染管理の立場から意見を反映させる。
- サニタリーデザイン（汚染されにくい構造）の導入
 - ・例：床と壁のアール構造、埋め込み式の棚・照明器具、壁掛け式ゴミ箱など

- 適切な手洗い設備や個人用防護具（PPE）設置のための設備の整備
- 清掃業者の選定（清掃方法の検討）

3) 清掃・施設設備の巡視

- 巡視における点検項目は、表 5-1 を参照のこと。

文献

< 1. 清掃 >

- 1) 満田年宏監訳：医療施設における環境感染管理のための CDC ガイドライン。2004。
<http://med.saraya.com/gakujutsu/guideline/pdf/kankyocdc.pdf>
- 2) ICHG 研究会編：標準予防策実践マニュアル；これからはじめる感染予防対策。南江堂，2005，p91-106.
- 3) 国立病院機構大阪医療センター感染対策委員会 ICHG 研究会編：新・院内感染予防対策ハンドブック。南江堂，2006，p158-163.

< 2. 医療廃棄物管理 >

- 1) 満田年宏監訳：医療施設における環境感染管理のための CDC ガイドライン。2004。
<http://med.saraya.com/gakujutsu/guideline/pdf/kankyocdc.pdf>

表 5-1 点検項目（例）

項目	内容
洗浄・消毒滅菌	使われている消毒剤の薬剤名・濃度が記載されているか。
	消毒剤の保管・管理状況はよいか。
	グルタール製剤を使用している部署では作成日の記載と効果テストができていないか。
	洗浄時に使用するブラシ・スポンジ類の管理はよいか（乾燥するような工夫がされているか、汚染のひどいものはないか）。
	洗浄後の物品はきちんと乾燥できているか（特にチューブ類）。
	洗浄後の物品はきちんと保管できているか（汚染物との区分け）。
	滅菌物の保管はできているか（濡れたり汚染したりしない場所に保管）。
	滅菌物が過剰にストックされていないか。
廃棄物	廃棄物の分別はできているか。
	針廃棄容器は活用できているか。
	リキャップは行われていないか（ベッドサイド用廃棄容器の確認）。
	廃棄容器からの針の飛び出し・容器周囲の落下針はないか。
清掃	水回り・流し台の清掃はできているか。
	ナースセンター内のテーブル・棚などの定期的な清掃ができていないか。
	清掃用具の管理ができていないか（濡れた雑巾・モップがそのままになっていないか）。

6章 ファシリティ・マネジメント

- 2) ICHG 研究会：標準予防策実践マニュアル；これからはじめる感染予防対策. 南江堂, 2005.
- 3) 国公立大学附属病院感染対策協議会編：病院感染対策ガイドライン, 改訂版. じほう, 2012.
- 4) 環境省 廃棄物・リサイクル対策部：廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル(平成 24 年 5 月改訂)

<http://www.env.go.jp/recycle/misc/kansen-manual.pdf>

< 4. 空調とゾーニング >

- 1) 日本医療福祉設備協会：病院設備設計ガイドライン；空調設備編 HEAS-02-2013. 2013 年改定
http://heaj.org/pdf/guideline_kuchou.pdf