

2008年 保健社会福祉法

(The Health and Social Care Act 2008)

皆さんこんにちは！いつも特定非営利活動法人日本感染管理支援協会のホームページをご覧いただきありがとうございます。理事長の土井英史でございます。

さて今回は英国の感染管理に動きがありましたのでそのご紹介をさせていただきます。2008年に保健社会福祉法という感染管理に関する法律ができ、2009年4月から施行されることとなりました。この法律の詳細は本文をご覧いただければお分かりになると思いますが、今まで『拘束力』のない形での規制であったものが、この法律ができ施行されたことにより、明らかな罰則が科せられることとなり、2009年7月に渡英した時には、感染管理部門がさらにパワーアップしていました。法律ですので事細かな記載はありませんが、法律ができたところに意義があり、これからの医療、福祉施設は『感染管理は**しないといけない**』から、『感染管理は**しなければならない**』と変化したのです。感染管理は全ての人々で行わなければ完結しないものでありますが、一握りの自分本位な医療従事者の為に、全ての方々の努力が水の泡になるようなことだけは阻止しなければなりません。また、悲しいかな人間はルールを守らない人は必ずいるものです（交通規則を見ても分かりますね）その為にも日本にも感染管理に関わるこのような法律ができることを祈るばかりです。

保健省

2008年保健社会福祉法

*医療関連感染の予防と制御に関する
NHS のための実践規範と関連指針*

第1部：はじめに

背景

保健省は医療関連感染（HCAI）の削減に大いなる力を注いでおり、*Getting ahead of the curve: winning ways: working together to reduce healthcare associated infection in England; Towards cleaner hospitals and lower rates of infection: a summary of action; Clean, safe care - reducing infections and saving lives; Saving Lives: reducing infection, delivering clean and safe care; Essential steps to safe, clean care: reducing healthcare-associated infections* 等、ポリシー、ベストプラクティス、エビデンスベースのケアに向けた動きに関する指針を提供する数多くの文書を作成してきた。セイヴィング・ライブス・プログラムへの参加は、この実践規範（「本規範」）を実施していることを示すひとつの方法である。

2008年保健社会福祉法は、ヘルスケア委員会、社会福祉調査委員会、精神衛生法委員会に代わってケアの質委員会（www.cqc.org.uk）を、患者に提供されるケアの改善をモニタリングし、見直し、調査し、支援する機関として設置するものである。本実践規範は、2009/2010年に規制対象活動を行っているNHS組織に適用し、2010/2011年については、独立の医療組織や社会福祉団体をカバーする、本規範の改訂版が作成される予定である。

医療関連感染を予防するためのシステム

高い基準の感染管理を確立するためには、良好な組織管理と組織体系が非常に重要である。医療関連感染の予防や制御のためのシステムは、以下について取り組むことが期待されている。

- ・ リーダーシップ。
- ・ 経営幹部によるアレンジメント。
- ・ 環境やデバイスの設計とメンテナンス。
- ・ エビデンスベースの手順や実践のユーザーとスタッフにおける適用。
- ・ 教育、トレーニング、情報、コミュニケーション。

HCAIの効率的な予防と制御は、毎日の実践のなかに組み込まれ、あらゆる人によって一貫性をもって適用されなければならない。早期の迅速な診断を確実にするためには、患者と医療従事者の両者が、HCAIの可能性について

高い認識を持つことが特に重要である。早期の迅速診断を行うことにより、感染を効果的に治療し封じ込めることができるはずである。効果的な措置は、最新の実践を考慮した累積するエビデンスに依拠している。実践を見直し情報を伝えるためには、このエビデンスベースというものを活用するべきである。スタッフは全員が、良好な感染管理や衛生管理の実践を示さなくてはならないが、それでも、すべての感染を防ぎきることは不可能である。

本文書の目的

本文書では、2008年保健社会福祉法第20条(5)のもとに設置される規制に規定される要件について、ケアの質委員会がどのように遵守の評価を行うかを設定し、また、HCAIに関する上記規制の登録要件を、サービス提供者がいかに満たすことができるかについても指針を提供するものである。

あらゆるサービス提供者は、1974年職場における保健安全法、2002年健康危害物質の管理に関する規制、その他関連する保健や安全に関する規制等、すべての関連法規を遵守しなければならない。

本規範を遵守しない場合には、ケアの質委員会による規制措置の対象となる場合があり、登録要件への違反の証拠として使用される可能性がある。

実践規範の遵守に資するため、参考文献の部に裏づけとなる全英的指針を列挙する。列挙する指針のすべてが各施設にとって適切かどうかは、各施設で判定するべきものである。これらの文献やその他の関連文書へのアクセスには、National Resource for Infection Control (www.nric.org.uk) が役に立つであろう。

NHSにおける医療関連感染の予防と制御のための法的枠組み

2009年4月より、一定のNHS組織は2008年保健社会福祉法のもとに、ケアの質委員会に登録することが法的に要求されており、登録の法的要件として、HCAIを獲得するリスクにある恐れのある患者、作業員、その他の人々をまもらなくてはならない。関連する規制は、本書の第2部に記載している。

これは、NHS組織に適用する、最初の登録要件である。ケアの質や安全のその他の側面をカバーするさらなる要件は、2010/2011年から適用し、それ以降は、NHSに対する要件は、2000年ケア基準法のもとに現在登録されているサービス（民間や自発的な医療サービスや社会福祉サービス組織）と横並びとなる。HCAIに関連する要件が早期に導入されたことは、NHS医療に関連する感染の低減が高い優先順位にあること、またこれに対してコミットメントがなされていることを反映するものである。

NHS については、この新しい法的要件は、2006 年保健法のもとの HCAI 予防制御の要件や、特に感染に焦点をあてたよりよい保健の中核的基準要素を踏襲するものである。新しい要件のもとに NHS 組織に求められる措置は、2006 年の法律のもとに求められるものと本質的に変わらない。現在でも、各施設独自のリスクや状況により、各施設は HCAI への対応を調整する柔軟性を与えられている。しかし、法的要件の非遵守に対する対応は、新しい規制制度のもとでは異なってくるであろう。

2008 年保健社会福祉法のもとの全要件が 2010 年 4 月 1 日に施行されるまで、よりよい保健のための基準が継続して適用される。

登録が要求される組織

登録が要求される NHS 組織は、2006 年保健法：医療関連感染の予防と制御のための実践規範を遵守しなければならない組織と同様である。すなわち NHS トラスト、NHS 基金トラスト、プライマリーケアトラスト、NHS 血液移植トラストである。本規範は、問題の組織が患者に直接提供する医療の提供に関連しており、第三者へ当該組織が依頼する医療に関連するものではない。これらの組織は、登録をしないことは違反となる。

規制対象の医療や社会福祉活動を提供するその他のタイプの医療施設や社会福祉施設は、2010/2011 年以降の同等の法的要件を遵守しなければならないこととなり、それ以降は、これら組織も 2008 年保健社会福祉法のもとに登録しなければならないこととなる。それまでは、感染管理に関するものも含めて、2000 年ケア基準法のもとの法的要件、関連規制、全英最低基準が継続して適用される。

ケアの質委員会が HCAI に関する登録要件の遵守をモニタリングし、本実践規範に照らして要件が満たされたかどうかを判断する。2008 年保健社会福祉法により、保健大臣が本規範を発する権限を与えられている。

法的要件への違反後の措置

法的要件の違反が発生したかどうかを判定するにおいて、ケアの質委員会は、実践規範に詳細記載されているように措置が講じられている証拠があるかどうかを検討する。登録済みのケア提供者が代替的アプローチをとっている場合、当該ケア提供者は、法的要件の遵守に照らして、そのアプローチがどのようによりよいのか、あるいは同様に効果的であるのかを正当化する必要がある。また、ケアの質委員会は、たとえば 1974 年職場における保健安全法や 2002 年健康危害物質の管理規制等、他の関連する法的要件の違反も考慮に入れることができる。

新しい法的要件を遵守しないことは、2008年保健社会福祉法のもとの登録要件の違反であり、ケアの質委員会は、こうした違反に対応するにおいて用いることのできる2006年法のもとにあったよりもさらに広い範囲の強制力を持っている。こうした状況の場合、ケアの質委員会は改善を奨励し、患者、スタッフ、訪問者を危害からまもるために、モニターや戦略的保健当局等のパートナー組織と密接に連携するものである。

登録要件の非遵守の場合、ケアの質委員会は以下を行うことがある。

- ・ 違反のあった登録済みサービス提供者に違反の事実を知らしめ、当該サービス提供者に妥当な時間を与えてその間に是正する機会を与える。
- ・ 一定期間、登録済みのサービス提供者に対しより厳しい目を向ける。
- ・ 警告通知を発行する。通知には違反の詳細が記され、違反施設が是正を行うことのできる期間が設定され、当該期間中に違反が是正されない場合にはさらなる措置がとられる旨が明記される。
- ・ 登録に関して条件を課する。ケアの質委員会は、何時でも、規制の遵守があるまで、たとえば特定の病棟を閉鎖させるような条件をサービス提供者に課することができる。
- ・ 金銭的な懲罰通知を発行する。ケアの質委員会は、訴追する代わりに、金銭的な懲罰通知を出すことができる。
- ・ 登録を一次停止する。ケアの質委員会はサービス提供者の登録を一次停止し、特定期間サービスを提供できないようにすることができる。こうすることで、サービス提供者は違反を是正する機会が与えられ、是正後にサービスの提供を再開することが可能となる。しかし、上記の指定期間中は、誰もサービスを受けることができない。
- ・ 特定の違反について訴追する。訴追が成功した場合には、最高5万ポンドまでの罰金が裁判所によって課されることになる。
- ・ 登録を取り消す。違反がひどい場合には、ケアの質委員会は登録を取り消す権限を持っている。

またケアの質委員会は、医療関係者や国民が違反についての情報を知り得るように、一定の強制措置についての情報を通知し公表する義務を負っている。

第2部：規制草稿（抜粋）

以下は、草稿規制（2008年保健社会福祉法の2009年（規制対象活動の登録）規制）の抜粋であり、当該規制の登録要件のみをカバーするものである。当該規制の範囲やその他の詳細については、規制そのものを参照されたい。2008年法の関連する部分は、第6部に記載する。

規制対象活動の登録

5.(1) 規制対象活動の実施を行うサービス提供者として登録されている者は、これが妥当に適用する範囲において、

- (a) 患者、
- (b) 規制対象活動の実施のために働く人々（職員であるか否かを問わない）、
- (c) 規制対象活動の実施から帰結する医療関連感染に暴露するリスクにある可能性のあるその他の人々が、

第(2)項に記載する手段により、こうした感染を獲得する特定リスクから確実にまもられるようにしなければならない。

(2) 上記第(1)項で言う手段とは、

(a) 医療関連感染のリスクを評価し、その拡大を予防し、検知し、治療し、制御するべく設計されたシステムの効果的な運営、

(b) 以下に関連する、設計、清潔、衛生の適切な基準の維持。

(i) 規制対象活動の実施のために占拠される施設構内。

(ii) 上記構内で使用される装置。

(3) 本規制の目的に関して、「施設構内」とはサービス提供者として登録する者が所有または使用する、以下を搬送するための乗り物を含む。

(a) 患者（治療目的のため）。

(b) 医療関連感染で材料が感染するリスクがある場合に、患者の治療に使用される材料。

第3部：医療関連感染の予防と制御のための実践規範

サービス提供者が第2部に規定する法的要件を遵守しているかどうかは、以下ならびに付録に記載する基準に照らして判断されるものとする。

遵守基準	サービス提供者が実施を示す必要のあるもの
1	リスクアセスメントと感染発生の分析の情報にもとづく、HCAIの予防と制御のための効果的な管理システムが設置されており運営されていること。
2	HCAIの予防と制御を促進する、清潔で適切な環境を提供し維持していること。
3	患者が別の医療サービス提供者や社会福祉提供者のケアにゆだねられる場合には、患者、公衆、また他のサービス提供者に対し、HCAIに関する適切かつ十分な情報を提供していること。
4	感染の症候のある患者や、ケアを受けている間に感染を獲得した患者が迅速に特定されており、感染伝播のリスクを減らすための適切な管理や治療が確実に行われていること。
5	感染の予防と制御において、医療提供に関与するスタッフ、業者、その他の人々の協力を得ていること。
6	十分な隔離施設が提供されている、または確保されていること。
7	検査室による支援への十分なアクセスが確保されていること。
8	HCAIの予防と制御に関する適切なポリシーと手順があり、遵守されていること。
9	妥当に考えて実践可能な範囲で、医療従事者が職場において感染性疾患がなく、また感染性疾患への暴露からまもられており、スタッフ全員がHCAIの予防と制御について適切な教育を受けていること。

第4部：実施のための指針

HCAIに関する登録要件の遵守を達成するために、サービス提供者は第3部に列挙した各基準のもとにポリシーと手順が設置されていることを示し、以下の指針を考慮したことを示すことが通常期待される。この指針は強制的なものではないが、上記基準を確実に満たすための基本的なステップであると考えられている。

サービス提供者には、それぞれの状況において、遵守達成のために同等またはより効果的であるとして正当化することのできる追加の措置、または代替的な措置があるかもしれない。サービス提供者は代替的なアプローチをとることができるが、基準を確実に満足させるにおいて、選択したアプローチがいかに同等に効果的であるか、またはより効果的であるかを、ケアの質委員会に対し正当化する準備がなければならない。

運営管理、組織体系、環境

遵守基準1 実施のための指針

リスクアセスメントと感染発生への分析の情報にもとづく、HCAIの予防と制御のための効果的な管理システムが設置されており運営されていること。

適切な管理システムとは、通常以下を含んでいる必要がある。

- a. 感染のリスクを最低限に抑制するための、理事会としての責任と、当該リスクを予防し制御するための一般的な手段について概括する理事会レベルの合意。
- b. 最高責任者と理事会（ただし、特定の理事に対してでなくともよい）に直接報告を行う、感染予防制御ディレクターの指名。
- c. HCAIの効果的予防と制御を確保するために使える資源が十分であることを、理事会が確実にするためのメカニズム。これには、適切な室保証のための骨子、感染管理プログラム、感染管理インフラストラクチャー、情報システム等が含まれるべきである。
- d. 通常の職務が患者のケアに直接または間接に関連するスタッフ、業者、またその他の人々が、感染リスクの予防と制御のために必要な手段について、適切かつ十分な情報を提供され、これについてのトレーニングと監督を受けていること。

- e. 主要なポリシーや実践方法が、適切に実施されていることを確実にするための監査プログラム。
- f. 患者の入院、移送、退院、また部門間、また医療施設内や医療施設間での患者の移動に関するポリシー。
- g. 除染リーダーの指名。

リスクアセスメント

サービス提供者は以下を確実に行わせるようにする必要がある。

- 医療を受けている患者の、HCAIに関するリスクの適切かつ十分な評価。
- 上記リスクの削減や制御のために講ずる必要のあるステップの特定。
- 上記2点についての記録。
- 特定されたステップの実施。
- HCAIの削減や制御のためにさらなるステップを講ずる必要があるかどうかを判定できるように、感染リスクのモニタリングのための適切な方法の設定。

感染予防制御ディレクター

感染予防制御ディレクターの役割は以下の通りである。

- 施設内の感染管理チーム（ICT）（感染予防制御チーム（IP&CT）と呼称される場合もある）の責任を負う。
- 施設内の感染ポリシーの管理やその実施を監督する。
- ICTのフルタイムメンバーとなり、感染管理ミーティングに定期的に出席する。
- 最高責任者、またはその同等者（間に人をいれずに）、および理事会、またはその他の上級経営管理委員会に直接報告を行う。
- 不適切な臨床衛生の実践や、不適切な抗生物質の処方決定に対し意義を唱える権限を持つ。

- HCAIに関するすべての既存ポリシーと新規ポリシーを評価し、変更の勧告を行う。
- 施設のクリニカルガバナンスや患者安全チーム/機構の不可欠なメンバーとして機能する。
- 責任を負っている施設における HCAI の状況について年次報告書を作成し、公表する。

質保証の骨子

感染管理がクリニカルガバナンスや施設の組織としてのガバナンスの不可欠の部分であることを示すための活動としては、以下のものがある。

- 感染予防制御ディレクターや ICT からの定期的なプレゼンテーション - これには、感染の傾向分析や、監査プログラムの遵守等が含まれる。
- 臨床ディレクターやマトロン（「マトロン」という肩書きはなくても、同等の権限を持っており、患者や患者環境の同様の側面についてコントロールを行うナースを含む）による理事会への四半期ごとの報告。
- 警報微生物（たとえば、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、クロストリジウム・ディフィシル等）の発生や状況、アウトブレイク、重篤な予期されなかった感染発生についての統計のレビュー。
- 必要に応じて根本原因分析を含め、感染発生に対応するために適切な措置がとられた証拠。
- ポリシーが実施されていることを確実にするための監査プログラム。

医療と安全の要件によると、適切かつ十分なリスクアセスメントにより適切な措置をとることが必要とされた場合には、本規範の遵守を示す証拠、また必要に応じて、適切でよりよい代替策の正当化ができる証拠がなければならない。

感染管理プログラム

感染管理プログラムは、以下を行う必要がある。

- 施設のニーズを満たし、患者の安全を確実にする目標を設定する。
- 措置の優先順位を特定する。

- HCAI 削減のために関連するポリシーが実施されていることについて、証拠を提供する。
- 感染予防制御ディレクターの年次報告書において、感染管理プログラムの目標に関する進捗状況を報告する。

感染管理インフラストラクチャー

感染管理インフラストラクチャーは、以下を包括する必要がある。

- 急性期病院においては、ナース、医師（感染管理専門家）、適切な経営管理スタッフ、分析スタッフ（情報技術を含む）からなる感染管理チーム（ICT）。感染予防制御ディレクターは、ICT の主要メンバーである。
- 他の医療施設においては、感染管理関係に責任を持ち、必要時に専門家知識にアクセスすることができる感染管理ナース、またはその他指名された者。
- 指名された感染管理ドクター、または健康保護/感染性疾患制御の専門医師への 24 時間体制のアクセス。

患者の移動

患者の入院、移送、退院、または部門間や他の医療施設との間での移動の計画策定においては、ICT、ベッドマネジャー、ハウスキーピングの間での協力のエビデンスがなければならない。必要な場合には、この計画策定に、救急車トラストが参画する場合がある。

サービス提供者は、ひとつの施設から別の施設に患者が動かされるときには、患者やその他の人々の感染のリスクを最小限に抑制するために、患者の感染の状況について適切かつ十分な情報を提供するようにすべきである。

遵守基準 2 実施のための指針

HCAI の予防と制御を促進する、清潔で適切な環境を提供し維持していること。

サービス提供者は通常、HCAI のリスクを最低限に抑制するために、以下を確実にする必要がある。

- a. ICT のメンバーと施設管理の全体責任を負う人々との間の連絡に備えるような、環境関連のポリシーを設定すること。

- b. 清掃や、治療に使用される装置の除染についての、リードマネジャーを指名すること（洗浄と除染の両分野について1名を指定してもよい）。
- c. 契約交渉やサービス立案から病棟レベルでの納入にいたるまでの清掃サービスの全側面について、リードマネジャーは、看護部長、マトロン、ICT を関与させること。
- d. マトロンは、安全で清潔なケア環境を提供する個人的な責任があり、患者エリアの責任ナースは、清潔基準がシフト中を通じて維持されることを確実にする直接の責任があること。
- e. 医療を提供する施設構内のあらゆる部分が、目的に対し適切であり、清潔に維持されており、物理的修理が良好に行われており、良好な状態に維持されていること。
- f. 清掃のアレンジメントには、施設構内の各部分に必要な清潔基準が詳細記されており、清掃頻度の計画が公表されていること。
- g. 適切な手洗い施設と抗菌手指消毒剤が十分に提供されていること。
- h. 器械やその他の装置の適切な除染について、効果的なアレンジメントがされていること。こうしたアレンジメントは、適切な消毒や除染のポリシーに組み込まれているべきである。
- i. リネンやランドリー用品の供給や提供は、ヘルスサービス指針（HSG）（95）18、使用済みリネンと感染リネンに関する病院ランドリーアレンジメントを反映していること。
- j. 職務を実行する際にスタッフが着用する着衣は、清潔であり目的に適したものであることを確保するようなユニフォーム/作業衣のポリシーがあること。

「環境」とは、医療施設構内での、患者の周囲全体を言う。これには、建物や備品の布、器具、空気や水の供給等のサービスが含まれる。

環境に関するポリシー

施設構内は、ベストプラクティス指針にしたがって提供される必要がある。施設ポリシーの策定では、専門家、諮問組織、または ICT による感染管理アドバイスを考慮するべきであり、このポリシーでは、なかんづく以下について取り組むべきである。

- 清掃サービス。
- 建物と、空調システムを含めた改装作業。
- 医療廃棄物管理。
- 計画的予防的メンテナンス。
- 害虫害獣駆除。
- 食物衛生や、患者、スタッフ、訪問者が持ち込む食物を含めた、給食サービス。

清掃サービス

清掃のアレンジメントには、以下を含む必要がある。

- 清掃に関する具体的役割や責任の明確な定義。
- 明確で、合意された、周囲徹底された清掃ルーチン。
- 院内または業者に委託する際の、清掃手順についての ICT とのコンサルテーション。
- 環境を清潔で目的にかなった状態に保つための、専用の十分な資源。
- 緊急またはルーチンで、ナースが追加の清掃を要求できる詳細な手順。

除染

除染リーダーは、施設のポリシーどおりに除染プログラムが実施され、全国的なガイドラインが適切に勘案されていることを確実にする責任がもたされているべきである。

除染プログラムは、以下の実施を示さなくてはならない。

- 再使用可能の医療用具の除染が、適切な専用施設で行われていること。
- 除染装置の購入や保守点検については、適切な手順がまもられていること。
- スタッフが除染プロセスについてトレーニングを受けており、各自の役割について適切な技能を持っていること。

- 除染のプロセスが目的にかなったものであり、必要とされる基準を満たしていることを確実にするための、モニタリングシステムが設置されていること。

「医療用具」とは、診断、予防、モニタリング、または治療のために、医療において使用される、医薬品意外のあらゆる製品を言う。製品の範囲は非常に広く、たとえば、コンタクトレンズ、コンドーム、心臓弁、病院ベッド、放射線治療用の機械、蘇生器、手術器械、シリンジ、車椅子、歩行器等を含む。

リネン、ランドリー、ドレッシング

患者と臨床場面で不意に患者と接触する可能性のある着衣には、特別の注意を払わなければならない。また、ユニフォームや着衣規則ポリシーでは、具体的に良好な手指衛生について記載するべきである。

遵守基準 3 実施のための指針

患者が別の医療サービス提供者や社会福祉提供者のケアにゆだねられる場合には、患者、公衆、また他のサービス提供者に対し、HCAI に関する適切かつ十分な情報を提供していること。

こうした情報の提供に関連する分野としては、以下のものが含まれる。

- a. HCAI の予防と制御に関する一般原則と、感染予防と制御に関するサービス提供者のポリシーの主要側面。
- b. 患者を訪問する際の、HCAI の予防と制御における各個人の役割と責任。
- c. 患者における支援的警戒体制。
- d. 手指衛生や訪問制限に関する、訪問者の遵守の重要性。
- e. 衛生や清潔に関する違反の報告。
- f. 感染発生/アウトブレイク管理の説明。
- g. 患者のパスウェイに焦点をあてたフィードバック。
- h. 入院前スクリーニングと術後ケア等の、施設内での境界線を越えたサービスの提供。

情報は、Local Involvement Networks (LINKs)や Patient Advice and Liaison Services (PALS)等の、地元の患者擁護団体とともに編纂されるべきである。

遵守基準4実施のための指針

感染の症候のある患者や、ケアを受けている間に感染を獲得した患者が迅速に特定されており、感染伝播のリスクを減らすための適切な管理や治療が確実に行われていること。

HCAIの予防と制御のためのアレンジメントは、感染の予防と制御の責任が効果的に以下に割り振られるようになっている必要がある。

- サービス提供者内の全専門家集団。
- 診療科と各部門、また必要に応じて、支援的部門やその他の同様の部門。

遵守基準5実施のための指針

感染の予防と制御において、医療提供に関与するスタッフ、業者、その他の人々の協力を得ていること。

サービス提供者は、妥当に考えて実践可能な範囲において、そのスタッフ、業者、その他医療の提供に関与する人々が、サービス提供者が本規範のものと義務を果たすために必要な範囲において、サービス提供者と、また相互に、協力することを確保しなければならない。

遵守基準6実施のための指針

十分な隔離施設が提供されている、または確保されていること。

入院ケアを行っているサービス提供者は、患者に適切で、HCAIの拡大を予防または最小限に抑制する十分な隔離プレコーションや隔離施設を使えるようにできなければならない、またはその提供を確保しなければならない。これには、デイケア施設も含まれる。

施設内のリスクアセスメントにもとづく患者の隔離施設への割り振りについてのポリシーが設定されていなければならない。リスクアセスメントには、特別の換気隔離施設の必要性についても勘案されていなければならない。患者を安全にケアするために、十分なスタッフが確保されているべきである。

遵守基準7実施のための指針

検査室による支援への十分なアクセスが確保されていること。

サービス提供者は、感染予防と制御のアレンジメントに関連して、微生物サービスを提供するために利用される検査室が、適切な手順を持っており、英国 CAP (Clinical Pathology Accreditation (UK) Ltd.)による認定に必要な基準にしたがって、運営されていることを確保しなければならない。

手順には以下が含まれているべきである。

- HCAI の調査とサーベイランスのための微生物検査室ポリシー。
- 検体の検査のための標準作業手順。

遵守基準 8 実施のための指針

HCAI の予防と制御に関する適切なポリシーと手順があり、遵守されていること。

適切な中核的ポリシーとは、

- 急性トラストで提供されるサービスの場合には、すべてのポリシーをいう。
- 本文書の付録が適用するその他の医療施設の場合には、当該付録に記載するポリシーをいう。

サービス提供者は、HCAI の予防、削減、制御に関連して、以下(a)から(m)に記載する事柄に関する適切な中核ポリシーを策定していなければならない。

- a. スタンダード (ユニバーサル) 感染管理プレコーション。
- b. 無菌操作。
- c. 感染性疾患のアウトブレイク。
- d. 患者の隔離。
- e. 鋭利物の安全な取り扱いと処分。
- f. 鋭利物による怪我の予防を含め、血液媒介ウイルスへの職務上の暴露の予防。
- g. 血液媒介ウイルスへの職務上の暴露の管理と暴露後の予防投与。
- h. 新規入院に対する、病棟、部門、病院の閉鎖。

- i. 環境消毒ポリシー。
- j. 再使用可能な医療用具の除染。
- k. 抗生物質の処方。
- l. 保健省の指示による、健康保護局（HPA）への HCAI の報告。
- m. 特定の警戒微生物に関連するアウトブレイクや感染の制御。

サービス提供者はまた、本規範第5章部に記載するポリシーの必要性についても検討すべきである。

a. スタンダード（ユニバーサル）感染管理プレコーション

- ポリシーは、手指衛生やPPEの利用についてのガイドラインを含め、エビデンスベースのガイドラインにもとづいているべきである。
- ポリシーは、あらゆるスタッフグループ、患者、公衆が読みやすい場所にあるべきである。
- ポリシーの遵守は監査されるべきである。
- ポリシーに関する情報は、あらゆるスタッフグループのオリエンテーションプログラムに含まれているべきである。

b. 無菌操作

- 臨床現場で行われる手技は、無菌操作の原則を維持し促進するような形で行われるべきである。
- 無菌操作に関する教育、トレーニング、アセスメントは、当該手技を行うスタッフ全員に提供されるべきである。
- 無菌操作のテクニックは、施設全体を通じて標準化されるべきである。
- テクニックの遵守をモニタリングするために、監査が行われるべきである。

c. 感染性疾患のアウトブレイク

- ポリシーの詳細度は、リスクにある患者や診療科を考慮するべく、施設の状態を反映するべきである。

- 感染性疾患の大きなアウトブレイクに対するポリシーは、最初のアセスメント、コミュニケーション、管理や整理、調査と制御を含んでいるべきである。
- アウトブレイク管理に関与する可能性の高い窓口となる人々や機関の詳細情報を、少なくとも年に一度は見直すべきである。
- 重要なアウトブレイクは、重篤な予期せぬ感染発生として報告するべきである。
- アウトブレイクへの対処のコストの資金源として、正式なアレンジメントがなされているべきである。

d. 患者の隔離

- 隔離ポリシーはエビデンスベースであり、各施設の入院患者のリスクアセスメントを反映しているべきである。
- どういう場合に隔離をするかがポリシーに記載されており、隔離患者の感染管理についての手順も記載されているべきである。
- 隔離に関する情報は、あらゆるスタッフグループ、患者、公衆が容易に見ることができるようになっているべきである。

e. 鋭利物の安全な取り扱いと処分

以下を検討する必要がある。

- 針刺し事故の予防と管理についてのリスク管理とトレーニング。
- 医療従事者にとって安全な作業システムとなることが明確に示されている場合には、安全機構を組み入れた医療用具の提供。
- あらゆるスタッフグループが容易に見ることのできるポリシー。
- ポリシー遵守の監査。
- あらゆるスタッフグループに対する、オリエンテーション時のポリシーに関する情報の説明。

f. 鋭利物による怪我を含め、血液媒介ウイルスへの職務上の暴露の予防

血液媒介ウイルスへの暴露を回避するための措置としては、以下を含める必要がある。

- B型肝炎予防接種。
- 手袋やその他の PPE の着用。
- 医療従事者にとって安全な作業システムとなることが明確に示されている場合には、安全機構を組み入れた医療用具の提供を含め、鋭利物の安全な取り扱いと処分。
- 外科手技を行う際のリスク削減措置。

g. 血液媒介ウイルスへの職務上の暴露の管理と暴露後予防投与

管理としては、以下を含める必要がある。

- 職務上の血液暴露があった場合に、医療医療スタッフまたは他の人がすぐにアドバイスを求める先としての医師の指名（1人または複数）。
- 潜在的職務上暴露の報告についての医療スタッフへの明確な情報の提供 - 特に、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）や B 型肝炎への既知の暴露または潜在的暴露の後に、すぐにどのような措置を取る必要があるかについて。
- 血液媒介ウイルスについて、暴露後予防投与のアレンジメント。

h. 病棟、部門、施設の新規入院に対する閉鎖

- 感染予防制御ディレクターや ICT から、施設の最高責任者やメディカルディレクターに対するアドバイスの提供に関する制度が設置されているべきである。
- 閉鎖については、明確な基準がなければならない。
- ICT の意見を聞きながら、新規入院をどこへ持っていったらいいかについての管理的アレンジメントがなされているべきである。
- 閉鎖した病棟や部門を再開するに先立ち、環境の除染の必要性についてポリシーに記載しておくべきである。

i. 環境の除染ポリシー

- 消毒剤の使用は各施設で決めることであり、特定の感染リスクに焦点をあてた消毒剤の使用についてのポリシーが策定されているべきである。
- 必要に応じて、バクテリア、ウィルス、芽胞を殺滅する高水準消毒剤の役割を検討するべきである。
- 再使用可能な医療用具の効果的除染は不可欠である。患者やスタッフをまもり、医療用具や、その他患者や患者の体液と接触するその他の装置からの感染の伝播のリスクを最小限に抑制するシステムが設置されているべきである。
- 除染とは、洗浄、消毒、滅菌等、再使用可能な製品を患者に再度使用したり、スタッフが取り扱うのに安全にするための一連のプロセスをいう。
- 再使用可能な医療用具やその他のデバイスは、メーカーの指示と最新のガイドラインにしたがって除染されるべきである。
- システムとしては、再使用可能な医療用具の十分な供給を確保し、除染のプロセスが効果的に実施されたことを担保するために、除染のプロセスを通じて再使用可能な医療用具をトラッキングできるようになっているべきである。
- 医療用具が使用された先の患者を特定できるようなシステムが実施されるべきである。

k. 抗生物質の処方

- 必要に応じて、各施設における処方は、英国医学会・薬学会共同編集処方集（British National Formulary (BNF)）と整合性があるべきである。
- すべての施設内ガイドラインは、特定の医薬品の処方計画や投与期間についての情報を含んでいるべきである。
- 懸命な処方と抗生剤の総合管理を確保するための手順が設置されているべきである。

l. 保健省の指示による HCAI の健康保護局への報告

これには、NHS トラストの最高責任者が、2 歳以上の患者における MRSA 菌血症全症例と、C. デフィシル全症例を報告するという義務要件が含まれて

いる。報告には、重篤な予期せぬ感染発生への対処の手順も含まれているべきである。

m. 特定の警告微生物によるアウトブレイクや感染の制御

これには、各施設の疫学状態やリスクアセスメントを勘案すべきである。警告微生物には、少なくとも、MRSA、クロストリジウム・デフィシル、伝染性海綿状脳症が含まれていなければならない。

MRSA

ポリシーは、以下に関する記載を含んでいる必要がある。

- 入院時の患者スクリーニング。これには、2009年3月までのすべての選択的入院と、緊急入院のスクリーニングに対する記載を含んでいるべきである。
- 必要に応じて、菌定着患者の除染手順。
- 感染患者や菌定着患者の隔離。
- 感染患者や菌定着患者の NHS 組織内や、他の医療施設への移送。
- 手術に対する抗生剤の予防投与。

クロストリジウム・デフィシル

ポリシーは、以下に関する記載を含んでいる必要がある。

- C. デフィシル感染のサーベイランス。
- 診断基準。
- 感染患者の隔離とコホート収容看護。
- 環境の除染。
- 抗生剤処方ポリシー。
- 症候性の抗生剤関連下痢における腸運動抑制剤の禁忌に関するステートメント。

伝染性海綿状脳症

ポリシーでは、既知の患者やハイリスク患者の管理について記載している必要がある。

その他の特定警告微生物に対する関連ポリシー

特定警告微生物やそれに引き続く事柄は、どの急性期トラストにも関係のあるものである。また、活動内容により、基準8の適用するNHS組織にも関係があるかもしれない。

グリコペプチド耐性腸球菌：

- ハイリスクグループのスクリーニング。
- 交差感染の隔離と予防。
- 手術の予防投与。

アシネトバクターとその他の抗生物質耐性バクテリア

- リスクにあることが特定された患者とハイリスク環境のサーベイランス。
- 感染拡大を予防するための感染患者の管理のための手順。

多剤耐性結核を含む、結核の制御

- 感染患者の隔離。
- NHS組織内、また他の医療施設への感染性患者の移送。
- 治療遵守。

呼吸器ウイルス

- 疑い症例に関する警告システム。
- 隔離基準。
- 感染管理措置。
- 退院時の消毒と退院。

下痢感染

- 隔離基準
- 感染管理措置。

- 清掃と消毒のポリシー。

ウイルス性出血熱

- 患者のリスクアセスメントと分類。
- ウイルス性出血熱患者の看護の際にとるべき特別の措置について、適切なスタッフに認識させ、完全隔離手順の適用について適切なトレーニングを行う。
- 確認症例については、ハイセキュリティの感染疾患ユニットや同等部署で、完全隔離措置のもとに取り扱う。
- 適切な封じ込めレベルでの患者検体の取り扱い。
- ケアの各段階での、患者との接触のあるスタッフ全員のフォローアップ。
- あらゆる医療廃棄物の取り扱いに対する特別措置。

レジオネラ

- 施設構内を感染の潜在的源がないかどうか定期的にレビューし、リスクを最小限に抑制するようなプログラムを設置すべきである。精確な優先順位は各施設の状況によって決めるが、患者エリアを優先するべきである。

上記の中核ポリシーのいずれかを設置する必要があるサービス提供者は、提供する医療に特に注意して、HCAIを最小限に抑制するために、本規範第5部に記載した追加のポリシーを設置したり、措置を講ずることが適切かどうかをも検討する必要がある。

追加のポリシーや措置を講ずることが適切であると考えられる場合には、指針やその他の文献の内容も含め、それに関する限りの第5部の内容を勘案しなければならない。

本規範の規定にしたがって実施されるポリシーが十分かどうか、また適切かどうかを、クリニカルガバナンスのシステムを通じてモニタリングすべきであり、また監査、改訂、改新の継続的プログラムがなければならない。

すべてのポリシーは、見直しの日付を明記しなければならない。

医療従事者

遵守基準9実施のための指針

妥当に考えて実践可能な範囲で、医療従事者が職場において感染性疾患がなく、また感染性疾患への暴露からまもられており、スタッフ全員がHCAIの予防と制御について適切な教育を受けていること。

医療従事者とは、その通常の職務が患者に対する治療やその他の関連するサービスの提供に関わっており、通常の職務上患者に接することのできる者を言う。医療従事者には、前線の臨床スタッフや臨床周りのスタッフのみならず、清掃のスタッフやエンジニア等、施設の管理に携わるスタッフも含まれる。

サービス提供者は、以下のために、HCAIの予防と制御に関してポリシーと手順が策定されることを確保しなければならない。

- a. スタッフ全員が、関連する職務上の健康管理サービスを受けられるようにすること。
- b. 予防接種を含め、医療従事者における感染性疾患の予防と管理について、職員の健康管理ポリシーが策定されていること。
- c. 新人のオリエンテーションプログラムと、スタッフ全員のトレーニングプログラムには、感染の予防と制御が含まれていること。
- d. 既存スタッフ（支援スタッフ、派遣スタッフ、業者のスタッフを含む）に対し、継続教育のプログラムがあること。
- e. 予防接種の記録があること。
- f. スタッフ全員に関してトレーニングや最新情報提供の記録があること。
- g. スタッフ各人の感染の予防と制御に関する責任が職責内容記述書や、能力開発計画書、査定書に反映されていること。

職員の健康管理サービス

職員の健康管理サービスには、以下が含まれていなければならない。

- ・ 入職前、また継続的な、感染性疾患の健康スクリーニング。
- ・ 営業時間外の緊急対策を含めた、HCAIへの暴露管理。

- 予防接種。
- 感染性疾患に対する予防接種やその他の保健省の指針に沿った、医療従事者の免疫状態の定期的なチェックと、必要に応じた予防接種のアレンジメント。

職員の健康管理サービスは、血液媒介ウイルスに関し、以下を含んでいる必要がある。

- 新人の医療従事者の健康診断と、B型肝炎、HIV、C型肝炎に感染していることの特定および管理と、保健省の指針に沿った職務制限のアレンジメント。
- 血液媒介ウイルス性の感染を持つ医療従事者の行うことのできる手技に関するアドバイスが必要な時、また患者の追跡、血液媒介ウイルステストの通知や申し出が必要な時には、血液媒介ウイルス感染の医療従事者のための英国諮問委員会（UK Advisory Panel for Healthcare Workers Infected with Blood-borne Viruses）との連携。

オリエンテーション、トレーニングプログラム、継続教育

新人のオリエンテーションとトレーニングプログラム、ならびに既存スタッフの継続教育はすべて、感染の予防と制御の原則と実践を組み込んでいる必要がある。これには、以下が含まれる。

- ポリシーが最新であることの確認。
- 監査結果のフィードバック。
- グッドプラクティスの手本。
- 不備を是正するために必要な措置。

第5章：検討すべき追加のポリシー

本部は、第4部の臨床ケアの手順に関する部に関連している。上記した中核ポリシーに加え、サービス提供者は以下に記載するポリシーが自施設に関係があるかどうかを検討し、感染のリスクを減らすために、適宜実施すべき必要がある。

手技中の医療用具の取り扱い

クロイツフェルトヤコブ症（CJD）の既知症例や疑い症例、またCJDのリスク分類がされている患者について行う手技中の、医療用具の取り扱い（処分や隔離の手順を含む）のリスクを評価しなければならない。これは、微生物への暴露の可能性のあるすべての症例に適用されるべきものである。暴露を予防したり、十分に制御するために、適宜措置を導入する必要がある。

医療廃棄物の安全な取り扱いと処分

医療廃棄物からのリスクは、適切に管理されるべきものである。実際には、医療廃棄物には、医療施設から排出される医療廃棄物が関与する。その管理としては、以下が含まれている必要がある。

- ・ リスクのアセスメント。
- ・ 適切なポリシーの策定。
- ・ リスクを管理するための措置の策定。
- ・ 当該措置が有効であるかどうかのモニタリング。
- ・ 法規制の変更の認識。

医療廃棄物の取り扱いに関する注意事項としては、以下が含まれるべきである。

- ・ トレーニングと情報。
- ・ 個人衛生。
- ・ 廃棄物の分別。
- ・ 適切な PPE の使用。

- 予防接種。
- 医療廃棄物の適切な取り扱い手順。
- 適切な包装とラベル表示。
- 施設内、また施設外への適切な移送。
- 事故、ヒヤリハット、スピルに対する明確な対応手順。
- 医療廃棄物の適切な処置と処分。

環境中に存在する医療廃棄物による、患者の感染への暴露リスクが適切に制御され、環境法もとの義務が実践されることを確保するべくシステムが設置されている必要がある。もっとも重要な義務は、以下に関するものである。

- 廃棄物の管理に関する注意義務。
- 空中への汚染排気の制御義務。
- 下水への排水の制御義務。
- 廃棄物管理者の義務。

検査室検体の包装、取り扱い、搬入

生物学的検体、培養検体、その他は、搬送中に漏れることがなく、最新の法規制を遵守した形で搬送される必要がある。

死体のケア

適切な手順としては、以下が含まれていなければならない。

- 潜在的危険のリスクアセスメント。
- 適切な施設や装備の提供。
- 安全な作業慣行。
- 訪問者に関するアレンジメント。
- 情報、指示、トレーニング、監督。

- ・ 健康サーベイランスと予防接種（適宜）。

侵襲的デバイスを使用する治療を受ける患者のケア

ポリシーはエビデンスベースのガイドラインに基づいたものであり、関連する医療従事者全員が容易に閲覧できるようになっている必要がある。ポリシーの遵守は、監査でチェックすべきである。ポリシーに関する情報が、関連するスタッフグループすべてに対する感染管理トレーニングプログラムに含まれていなければならない。

単回使用の医療用具、再使用が制限されている医療用具

単回使用が指定されている医療用具や、再使用について回数制限されている医療用具の取り扱いについて、ポリシーが設定されている必要がある。

装置の購入、クリーニング、保守点検

あらゆる臨床装置の購入、クリーニング、保守点検に関するポリシーは、専門家、諮問委員会、または ICT が与える感染管理アドバイスを勘案しなければならない。

サーベイランスとデータの収集

感染率をモニタリングし、感染のリスクを評価するために、あらゆる適切な臨床現場においては、施設内のサーベイランスと比較データの使用に関するエビデンスがなければならない。このエビデンスには、警報微生物、その他必要に応じた HCAI、警報状況、術創感染に関する、臨床ユニット別や診療科別のデータが含まれているべきである。また、適宜、あるいは存在する場合には、認知されている定義を使用するべきである。

サービス提供者は、健康保護局の要請により、当該局へ自発的に報告することを検討するべきである。

また、サーベイランスの結果とられた措置や、達成した事項について、臨床ユニットに時節を得た形でフィードバックする必要がある。退院後の術創感染のサーベイランスも検討し、できる場合には、実践するべきである。

情報の配布

医療施設の間における HCAI に関する情報の配布について、手順が設置されているべきである。この目的は、より広いコミュニティにおいて感染を持つ患者のサーベイランスを促進し、最善の管理を行おうというものである。

隔離施設

隔離施設の提供について、ポリシーが必要である。このポリシーには、以下が含まれるべきである。

- 感染の潜在的源。
- PPE の使用。
- アウトブレイクの管理。

第 6 部：2008 年保健社会福祉法からの関連部分

登録関連の主要な規定

第 20 条(5)により、HCAI の予防と制御に備えさせるための規制の制定が許され、またこれには、個人（医療ケア、福祉ケア、その他を受けているかどうかにかかわらず）を、HCAI への暴露リスクやリスクの増加、易感染性またはより易感染性になるリスクやリスクの増加からまもるために、国務大臣の適切とする規定の制定を含むことができる。

第 20 条(6)は、「医療関連感染」とは、(a) 医療ケアまたは福祉ケアの提供中、または提供された経緯で、(b) 感染への暴露のリスク、あるいは当該感染への易感染性（もしくは易感染性の増加）のリスクが、直接または間接に上記ケアの提供に結び付けられる状況において、個人が暴露する感染、または易感染性（またはより易感染性）になる感染を意味すると規定している。

第 20 条(7)は、「医療関連感染」には、医療の一環として個人が意図的に暴露せられる感染は含まないとしている。

第 21 条(1)は、国務大臣は、HCAI の予防や制御に関する第 20 条の規制要件の遵守に関して、実践規範を発することができるとしている。

第 35 条は、本章のものと規定は、規制の規定の違反、または非遵守は、違法であると規定してもよいが、起訴により公判に付すことができると規定したり、禁固により罰することができる規定したり、また (a) 第 20 条（規制対象活動の規制）のものと規制の場合には、5 万ポンド、また (b) その他の場合には、標準スケールでレベル 4 を超える罰金を課することを規定することはできない。

強制関連の規定

第 10 条は、ケアの質委員会に登録をすることなく規制対象活動を行う者は違法の罪があり、即決裁判で最高 5 万ポンドまたは 12 ヶ月の禁固刑、あるいはその両方を課される可能性があり、起訴された場合には、上限なしの罰金、または 12 ヶ月の禁固刑、あるいはその両方を課される可能性があるとしている。

第 12 条(5)により、ケアの質委員会は、何時でも、サービス提供者としての登録に関し、条件を追加、変更、もしくは削除することができる。

第 17 条により、ケアの質委員会は、サービス提供者の登録を、特定の理由により解除することができる。

第 18 条により、ケアの質委員会は、サービス提供者の登録を、特定期間停止することができる。

第 26 条から第 28 条は、ケアの質委員会が一定の措置についてサービス提供者に提案通知をする場合に遵守しなければならない手順を規定しており、当該措置についてサービス提供者が 28 日間建議することができるようにした後に、サービス提供者に委員会の決定を通知するようにしたものである。この措置とは、一定条件のもとでの登録許可、登録拒否、登録の解除や停止、また登録に関して条件の追加、変更、または削除等である。

第 29 条により、ケアの質委員会は、たとえばサービス提供者がその HCAI 登録要件の遵守を怠った場合等、登録済みのサービス提供者に警告通知を出すことができる。

第 30 条から第 31 条では、ケアの質委員会がいかにして、「緊急」プロセスのもとにその強制力を発揮できるかについて規定している。第 30 条により、当該委員会は治安判事に申し立てて、即時に登録を取り消すことができる。また第 31 条のもとに、ケアの質委員会は、危険のリスクに暴露される人が存在すると信ずる場合には、サービス提供者の登録の停止、停止期間の延長、また、登録に関して即時に条件を追加、変更、削除することができる。

第 32 条は、ケアの質委員会の決定（ただし、第 29 条のもとでの警告通知を発する旨の決定をの除く）や、第 30 条のもとに出された治安判事の命令に対する上訴は、当該決定や命令の送達の後 28 日以内に独立の法廷にて行うことができると規定している。

第 33 条から第 37 条は、サービス提供者による登録の条件の遵守違反を含め、登録に関するさらなる違反について規定している。これらいずれかの条項のもとに違反が確定した場合には、登録済みのサービス提供者はその違反内容により、最高 5 万ポンドまでの罰金を課されると規定している。

第 39 条では、提案通知、決定通知、警告通知、第 31 条のもとでの緊急登録停止や変更等の手続き通知の写しを、関連するプライマリーケアトラスト、関連する地方当局、モニター等、一定の機関へ送付することを求めている。規制（2009 年 4 月 1 日より施行）では、通知の写しの送達の必要のない例を記載している（2008 年保健社会福祉法（規制対象活動の規制）2009 年規制の規制第 9 号参照）。

第 62 条から第 65 条では、ケアの質委員会の、施設構内に入って査察を行い、情報、文書等や説明を求める権限を規定している。これらの条項では、妥当な理由なしに施設構内に委員会が入って査察を行うことを阻止したり、文書や情報等、また説明の提供をしないことは、違反となる旨を規定している。

第 76 条は、ケアの質委員会の保有する個人情報を故意に、または無謀に開示する者は、違反の罪にあたるとしている。

第 86 条と第 87 条により、ケアの質委員会は、固定額の違反については訴追に代えて、罰金通知を発することができる。すなわち、サービス提供者は、罰金通知に記載の金額を支払うことにより、問題の違反についての有罪判決を受けなくてもすむ機会を与えられる。これは、たとえば、比較的小さな違反で、サービス提供者が後に問題の条件を遵守したような場合に用いることができる。もちろん、サービス提供者は、新規の（繰り返しの）違反については、さらなる強制措置を受けることがある。罰金通知に関するこれら規定のもとに、規制（2009 年 4 月 1 日に施行）が制定されている（2008 年保健社会福祉法（規制対象活動の規制）2009 年規制の規制第 7 号参照）。

第 88 条により、ケアの質委員会は、その強制力をいかに用いるかについての指針を発することが求められている。

第 89 条は、ケアの質委員会がとった強制措置について、規制により、一定の情報を公表することを求める、またはその権限を与えることができると規定している（2008 年保健社会福祉法（規制対象活動の規制）2009 年規制（2009 年 4 月 1 日施行）の規制第 8 号参照）

付録：急性期以外のトラストへの、遵守基準と指針の適用

遵守基準	NHS 組織			
	救急車	メンタルヘルス	NHS 血液移植	プライマリーケアトラスト
1				
2				
3				
4				

✓ 適用する

- 適用しない

* 医療廃棄物の管理、計画をたてて行う予防的保守点検、害虫害獣駆除等、一定の清掃側面は救急車トラストにも関連する。

** 患者情報は適切ではないかもしれないが、他のサービス提供者のための情報は必要であるかもしれない。