

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 4 5 （環境感染、標準予防策、手洗い、手術室）

手術室の手洗い設備、方法等の現状について。

今現在当院では、オゾンレス殺菌装置というのを2台使用していますが、1台が使用不可となり、今後、装置を入れるにあたり、今は流水でも良いと言われている中、どの様な装置を入れたら良いか検討中です。

清潔な水、管理された水となっていますが、OPe室にどの様な装置が良いのか、各施設におけるOPe室手洗いの現状についてご教示下さい。

A - 4 5

手術室の手洗い設備につきまして述べます。

本年2月1日に改正されました医療法施行規則は、手術時手洗い水に滅菌水の使用を否定しているものではありませんが、水道水でも良いとするものです。

従いまして、今後は水道法における水道水が使用できれば良いことになりました。しかし、加温して保存したり、他の水を混合したものは含まれません。

しばらく使用しなかった場合には、ある程度の捨て水を行って使用するとか、時々塩素濃度を測定するなどの、常識的な管理は必要です。

蛇口につきましては、加温式もしくは紫外線殺菌灯付きなど、逆行性汚染の防止装置が付いたものが望ましいです。

また、従来の手洗い法でも、水道水による手洗い法でも、最終的に持続殺菌効果のある（生体消毒薬配合の）擦式アルコール製剤によるラビングは必要ですので、必ず実施してください。

ご質問にあります各施設での手洗い水の種類の現状につきましては、現在では把握できておりません。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 4 6 （環境感染、伝染性膿痂疹、新生児、消毒、リネン、標準予防策）

当院は病床53床、分娩数年間約1,000人の産科病院で、希望者のみ母子同室あるいは半（昼間だけ）母子同室を行っています。新生児は日齢5に退院します。先日1週間で、退院後3日～5日の新生児3人に伝染性膿痂疹が発症しました。1人は入院が6/21-26で発症6/29、1人は入院が6/26-7/1で発症が7/6、あと1人は入院が6/28-7/3で発症が7/7です。3人とも経産で、妊娠中・出生後入院中を通じて問題なく経過しています。3人とも母子同室をされました。皮疹は3人とも手指で、2人は眼瞼にも病変を認めます。3人とも全身状態は侵されていませんが、1人（黄色ブドウ球菌が検出）は今後のSSSS（ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群）への進展を危惧して他院へ入院、1人は培養後（結果未）抗菌薬の内服（ケフラル）と軟膏（ゲンタシン）、点眼（エコリシン）で治療中、あと1人はゲンタシン軟膏のみ処方しています。現在入院中の新生児には発症した児はいません。

ここで伺いたいのですが、

今回の症例は院内感染と考えるべきでしょうか？退院後の感染も考えられるでしょうか？

院内感染と考えた場合、手洗い・手指消毒の徹底以外にどのような早急の対策が必要になるのでしょうか？

今は、手指については手洗いより速乾性アルコールによる消毒に重点をおく考えです。

分娩室・新生児室や器具・リネン類等の消毒に関し、特に注意する点をご教示下さい。器具や台、保育器・コットの消毒は塩化ベンザルコニウムを使うつもりですが、他に望ましいものがあれば教えて下さい。消毒は1日1回でよろしいでしょうか？

日頃の感染対策の見直しに加え、今回保菌した児が現在新生児室内にいと仮定した場合の特別な対策（消毒法と頻度、タオル・シーツなど間接的に接触するものの個別化など）があれば、ご教示下さい。

新生児室に立ち入る機会のある職員と入院中の新生児について鼻腔培養を施行予定ですが、その結果の活用法（たとえば、常在菌であるブドウ球菌が職員の鼻腔から検出された場合どう対応すればいいのか？）について、ご教示下さい。

職員の手指の培養は必要でしょうか？

発症した新生児にはどのような対策を講じていけばよろしいでしょうか？新生児室内で発症した場合は保育器隔離でよろしいでしょうか？治療は抗菌薬の内服と外用でよろしいでしょうか？新生児の場合、静注が望ましいでしょうか？使う抗菌薬はどのようなものがよろしいでしょうか？

A - 4 6 - 1

まず、今回の事例が院内感染かどうかについては、疑いは濃厚ですが断定はしかねます。黄色ブドウ球菌はヒトの常在菌ですし、環境にもたくさん生息していますので、院内感染を明らかにするためには、3名の新生児から黄色ブドウ球菌が検出、さらに新生児室の物品や新生児と接触するスタッフからも同一の菌が分離され、これらの菌がパルスフィールド電気泳動法で、装置がなければ薬剤感受性やコアグラマーゼ型別で同一の性状を有した株であることの証明が必要です。

次に、この事例が院内感染であるとして感染対策の要点を述べます。健常新生児と低出生体重児では異なりますので、あくまでも健常新生児を対象とした対策です。伝染性膿痂疹は接触感染ですので、新生児に触れる際には手洗いか手指消毒が必要です。手洗いか擦式消毒剤のどちらが優れているかについては種々の意見がありますが、両者とも正しい方法で行わなければ効果は落ちますし、手荒れがひどくても十分な効果は期待できませんので、何を使用するかではなく、正しく行われているかを検討してください（このあたりが盲点になっていることがあります）。新生児に使用するリネンは病院で通常行われる高温での洗濯・乾燥させたものなら問題はありません。新生児の皮膚に直接触れない器具や場所は消毒剤を多用するものではないので、湿式清拭が原則です。ただし、新生児の皮膚が直接触れる個所や共有する物品については、感染源の可能性があれば清拭後塩化ベンザルコニウムまたはアルコールでしばらく消毒すると良いと思います。伝染性膿痂疹の患者がこのまま増えなければこのような対策で経過観察してよいと思います。

新たな患者が増えるようでしたら、詳細な環境調査を実施し、黄色ブドウ球菌の由来を明らかにして、スタッフの手指が由来ならディスプレイの手袋の使用、器具が由来なら湿式清拭から定期的な消毒剤清拭など重点的な対策をとります。消毒の頻度および使用する消毒剤は消毒するものや汚染の程度でかわりません。患者が増えていないにもかかわらず、高度な対策をとることはコストがかさんだり、時間や労力がスタッフにかかるので、現実的ではありません。

黄色ブドウ球菌は鼻腔内の常在細菌ですので、MRSAでない限りスタッフから検出されても特別な対応は必要ありません。仮にMRSAであったとしても一過性で自然に消失することもあり、自らの鼻に触れた手で児に接触しないように注意して、すぐ除菌をはかることは不要です。手指の培養も、手洗いや手指消毒の効

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

果の評価としての意味しかありませんので、菌が検出されれば手洗いの指導をしてください。

新生児に発症した場合、全身状態が良好であれば母児同室として他の児と一緒にしないことが原則です。やむなく他の児と同室にするにしても、空気感染・飛沫感染ではありませんので、保育器は不要です。治療は病変部位がせまければ局所療法が第一選択です。抗菌薬の全身投与や全身の皮膚消毒は常在細菌叢の形成を抑制しますので、好ましくありません。ただし、長期にわたる使用は避けるべきです。局所療法で増悪する時には、黄色ブドウ球菌に抗菌力がある抗菌薬を内服させます(例cefдинիրやcefaclor)が、どれほど腸管から吸収されて有効性を示すかを検討した報告はありませんので、重篤な症状であれば静注用薬剤で治療します。このあたりのことは新生児の抗菌薬に関する成書をご参考ください。

A - 4 6 - 2

新生児室に黄色ブドウ球菌感染症が流行する場合、以前から膿痂疹、結膜炎、臍炎がよくみられました。近年、日本では、NTEDとよばれる発疹症の流行がよくみられますが、その多くは日本に多い、TSST-1という毒素を産生するMRSAだといわれます。

ご相談ケースは、伝染性膿痂疹が3例続けて発症していますので、院内感染の可能性が高いと考えられます。正確には皮膚部位から細菌培養を行い、黄色ブドウ球菌が分離されるのか、薬剤感受性検査でMRSAか、MSSAかどうか、という検査が必要です。さらに、分離された黄色ブドウ球菌のパルスフィールドゲル電気泳動法によるDNAの泳動パターンが一致しているかを調べると、単一の黄色ブドウ球菌が原因の流行ということになり、院内感染の可能性が高くなります。

伝染性膿痂疹は溶連菌が原因の場合もありますが、新生児室での流行の多くは、exfoliative toxin (ET,A~D)を保有する黄色ブドウ球菌の感染症です。SSSSも同様の毒素を産生する黄色ブドウ球菌による感染が原因です。膿痂疹の広がりには限局性ですが、SSSSでは毒素が血流に入り、全身の皮膚に症状がでると言われます。新生児室での膿痂疹の流行では、生後1カ月以内に発症しています。また、新生児室で膿痂疹が流行すると少数例ずつ長期間にわたって発生が続くこともあります。膿痂疹を発症後に股関節炎などの深部感染症を発症する例もありますので、注意が必要です。

黄色ブドウ球菌は、乳児の常在菌の一つですので、定着を防ぐことは困難ですが、出生直後に母親に新生児を抱っこしてもらい、母乳を与えるなどで、母親の常在菌を、児に感染させるのがよいという考えがあります。

院内感染と考えた場合には、サーベイランスとして、他の新生児も生後5日目頃に鼻腔培養を行い、黄色ブドウ球菌の保菌状況を調査され、職員についても、鼻腔培養を検査されてはいいでしょう。患者数が多く、病室が混雑し、1職員あたりの担当患者数が多いと院内感染が増加します。また、手荒れのある職員から流行したという報告がありますので流行が続く場合は職員の鼻腔培養を試みては如何でしょうか。

現在、衛生的手洗いには、肉眼的に汚染のない場合はアルコール含有の速乾性消毒薬による手指消毒が推奨されていますが、この場合も15秒程度はすり込みが必要です。ウェルパスはやや手荒れが多いので、保湿剤入りのゲル状速乾性擦式殺菌消毒剤が好まれます。通常、新生児室に入室時には、肘までの石けんと流水による手洗いを行い、その後は新生児に接する前後に手指消毒を速乾性擦式殺菌消毒剤で行い、肉眼的に汚染が有る場合は、石けんと流水で手洗いをすることが大切です。医療従事者が自分の顔面や頭部をさわったり、聴診器や筆記用具をさわること、手に黄色ブドウ球菌が付着してしまいますので、そのまま、新生児に触れると感染させてしまいます。手荒れがあると黄色ブドウ球菌が多量に増殖していることもよくみられます。また、新生児室で黄色ブドウ球菌感染が流行している場合には、ディスポーザブルの非滅菌手袋を多用することで、感染が減少することが立証されています。ただし手袋の脱着前後に手指消毒が必要です。また、次項の質問のように、沐浴槽を使用後は児毎に塩化ベンザルコニウムで消毒する、環境整備にも臨時に消毒薬を使用する、母児同室をすすめる、母児同室時間を長くする、新生児室では、個々の患者毎に、授乳時などのタオルやガウンを交換する、などの対策が考えられます。

日常の環境整備では、消毒剤は不要であるという考えもあり、保育器やコットなどの日々の消毒は不要で、水による清拭のみでもいいとも言われます。しかし、黄色ブドウ球菌の流行が疑われる状況では、第4級アンモニウム塩の塩化ベンザルコニウム(オスパン®など)、塩化ベンゼトニウム(ハイアミン®など)や両界面活性剤(デコー51®など)などの低水準の消毒液による保育器、コット、体重計などの器具、ドアのノブなどのふき取りによる消毒が必要です。保育器やコットは、共有ではないので、消毒は1日1回でいいでしょう。台やドアのノブなど職員が何度も触れる場所は、1日に数回消毒するのが望ましいと思われま

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

す。体重計などの共有のものはタオルを個別に変えたり、患者毎に消毒する必要があるでしょう。

消毒は上記を参照してください。タオル・シーツは、個別化が望ましいでしょう。

膿痂疹の原因菌がMRSAでない場合には、無症状の人から分離された黄色ブドウ球菌が今回の膿痂疹の原因であるET産生株であるのかどうか、不明です。ETの保有の有無は研究室で検査は可能ですが、実際的には、流行対策の一つとして、ムピロシンの鼻腔塗布1日3回、3日間を試みては如何でしょうか。ムピロシンは、易感染患者から隔離することが困難な入院患者（新生児も該当すると思われます）や易感染患者に接する医療従事者のMRSAの除菌には保険適応がありますが、MSSAにはありませんので、院内感染対策費を利用することになります。

これまで検討されてきたMRSA対策として、職員の手指や鼻腔の培養の必要性は一致した意見がありません。また、培養回数を増やすと陽性例が増加する、すなわち保菌者を発見する効率もよくない、あるいは、職員では一過性の保菌者が多い、という報告もあります。通常の標準予防策が実行されれば、職員が保菌している黄色ブドウ球菌が新生児に感染することはありません。

しかし、今回の事態を異常と判断されれば、サーベイランスの一つとして、職員の鼻腔や手指の培養を実施されてはいかがでしょうか。保菌者が発見された場合でも、手袋の着用と鼻腔へのムピロシン塗布で除菌の可能性が高いと思われます。

職員の検査は、微妙な問題もありますので、職員間でのコンセンサスが必要でしょう。そのためにも、今回、膿痂疹が多発している状況のもとで、職員への院内感染防止の勉強会、とくに、標準予防策に関する勉強会を開催されては如何でしょうか。

発症した新生児は、入院中であれば接触隔離の対象となります。児に触れるときには手袋、授乳時のように児と接触する場合はガウンが必要です。手袋は非滅菌でよいですが、処置毎に使い捨て、着脱前後で衛生的な手洗いが必要です。ガウンは患者毎に個別化し、使い捨てのプラスチックエプロンを使用します。個室もしくは同じ症状の児を一室に集めることが薦められます。新生児室であれば、離れたところの保育器への隔離でいいと思われます。複数みられる場合には、他の児とは、距離的に離れた場所で、担当職員も分けるほうがいいでしょう

黄色ブドウ球菌による膿痂疹の治療には、明確なエビデンスがないといわれます。皮膚への消毒薬、皮膚への抗菌薬、抗菌薬の全身投与、および、それらの併用などが、どの程度効果があるのか、十分検討されていません。

海外ではムピロシン軟膏が膿痂疹に使用されていますが、日本では、MRSA除菌のみの適応であり、膿痂疹には認可されておりません。抗菌薬軟膏としては、フジジンレオ軟膏、テラ・コートリル軟膏などが感受性菌には有効です。経口抗菌薬としてはMSSAにはセファクロルなどの第1世代セフェムやセフジニルが有効と思われます。MRSAではST合剤、ミノサイクリンなどが試験管内では感受性ですが、とくに後者は新生児では使用しがたい薬剤です。消毒剤としては皮膚病変に使用できるものとしてはポビドンヨードがあります。膿痂疹の多くは自然治癒傾向が強いので1日に複数回の抗菌薬の外用や消毒薬でも治癒する例が多いが、抗菌薬内服を併用する方が、効果は良い傾向にある、というところでしょう。MRSAとなると抗菌薬の効果は乏しくなりますが、同様の治療で治癒するのが現状です。4Sについても、自然治癒傾向が強いのですが、不機嫌、哺乳不良、皮疹が強い場合は入院し、抗菌薬静注で治療をすることがありますが、VCM、TEIC、ABKなどのMRSA用抗菌薬は使用せず、第1世代セフェムやブドウ球菌用ペニシリンなどの投与が多いのが現状でしょう。

以上、詳細にお答えしましたが、エビデンスが求められる時代ですが、専門家の間でも意見が分かれる点があり、施設にあった方策を実施するというのが現状です。

日頃から、手指消毒をしっかりとやり、職員の髪の毛や顔、聴診器や筆記用具に付着している菌を新生児に移さないという基本を徹底することが最も重要であることについては、異論がないようです。

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 47 (環境感染、疥癬)

精神科患者入院の病室の消毒方法について

当院の概要 精神科・神経科(外来・入院)

病床 60床 60床 計120床

病室 1床~5床(全員ベット)

各病室 空調 電気キー

8月下旬より入院患者が掻痒及び発疹を訴え、皮膚科を受診しております。診断結果は湿疹と言われて軟膏塗布しております。当院は新築5年目で、9月7日に寝具(マットレス以外)全部新品にしました。尚掻痒患者が増えるのでダニを疑っております。取急ぎ、バルサン実施を考えておりますが、アドバイスがありましたらご指導下さい。

A - 47

疥癬はダニが原因で発症することは周知の通りです。

ダニは宿主から離れると乾燥に弱く、熱にも極めて弱いため50℃、10分で死滅します。リネン類の取り扱いには手袋やプラスチックエプロンを使用して、リネン類は熱水による洗濯が効果的です。

しかし、卵は乾燥状態でも1週間程度は感染力があります。

部屋の消毒は殺虫剤(バルサンなど)も有効ですが、部屋の消毒よりもむしろ、リネンを清潔に保つことが重要と考えます。

参考文献

国立病院大阪医療センター感染対策委員会編:EBMに基づく院内感染予防対策Q&A、南江堂、2003,p.131-132

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 4 8 (環境感染、手指衛生)

院内感染対策マニュアル改定とそれに伴う体制作り、環境整備の見直しを考えています。

そこで以前より疑問に思っていたのですが、平成17年2月1日付け、厚生労働省医政局からの通達の内容を中心に、以下のようなことに関しまして、実際の現状はどのようなのか、そのまま文面どおり行っていった良いものなのか、当院として判断させていただきたく、ご質問させていただきます。

1. ここ数年来、何かの機会に聞いたことはありましたが、「手術時の手洗いが滅菌水でなくても普通の水道水でよい」とのことですが、消化器外科で行う準汚染手術ならそれで十分と思いますが、心血管外科手術やprosthesisのような物を埋め込む手術、整形外科領域の手術などでも、本当に問題がないのでしょうか？実際に、そのような分野でも水道水でやっているところが日本国内にあるのでしょうか？日本の現状と今後の見通しについてご教示下さい。
2. 手術前の手指の消毒は、アルコール擦式消毒法(ラビング法)のみでも問題がないとのことですが、実際に、日本国内で、手術前にいわゆる手洗い(クロルヘキシジンやポビドンヨードを使用したスクラビング)をせずに、アルコール擦式消毒法のみで済ましているところがあるのでしょうか？本当にそれでよいのなら、我々もどんどんそうしていったよいものなのでしょうか？看護師をはじめとするスタッフにもそのように推奨・指導していったよいのでしょうか？日本の現状と今後の見通しについてご教示下さい。
3. 手術室や集中治療室への入室に際して履物交換は不要ということですが、これは、極論を言えば「土足でもよい」ということでしょうか？
床はたとえ手術室であっても基本的には不潔でしょうし、通常の手術台の高さであれば、床からのごみや感染性微生物が舞い上がって術野に付着するようなことはほとんどないと考えられるので、私もそれで良いのではと随分前から考えていますが、どうしても、心血管系と整形外科医の方々が納得・承知されません。実際のところ、現在、日本の多くの病院では、本当に手術室の内外で履物の区別なく出入りされているのでしょうか？日本の現状と今後の見通しについてご教示下さい。

A - 4 8

1. 心臓手術、脳外科手術、整形外科手術における手術時手洗いでも、水道水を使用した手洗い法で構いません。人の手はどのような方法で手洗いをおこなっても無菌にはなりません。水道水などの流水にて手の汚れを除去した後に、速乾性擦式消毒用アルコール製剤を使用した手指消毒をすれば問題ありません。いかにアルコール擦式消毒を確実にこなうかということが重要です。
滅菌水は必ずしも無菌ではなく、むしろ水道水の方が塩素が含まれていますので、菌が少ないとするデータもあります。ただし滅菌水でも水道水でも、使用する前に少し流してから使用するように心がけてください。
上記の清潔手術は素手でおこなうものではありませんので、通常の手術時手洗いが行われていれば何ら問題はありません。
日本における水道水の使用頻度につきましては、把握はできておりませんが、最近かなり多くの施設で実施されている事は事実です。
2. 速乾性擦式アルコール製剤を使用したラビング法を確実にこなえば、その前の手洗い法は普通石けんと流水(水道水など)による通常の手洗いで構いません。この場合には滅菌タオルを使用する必要もありません。
2003年7月より、非抗菌石けんと流水にて素洗いを行った後に、クロルヘキシジンスクラブ剤やポビドンヨードスクラブ剤を使用せずにアルコール擦式消毒のみで手術時手洗いをおこなって手術を実施してきましたが、SSIサーベイランスにて、むしろ感染率は下がってきています。
以下に、手術時手指消毒法を示します。

1. 普通液体石けんと流水にて素洗い	2回	約1分間
2. 非滅菌ペーパータオルにて拭く (以降 無菌操作)		
1. 擦式アルコール製剤にて肘上までラビング	約2分間実施	
2. 最後に両指先のみラビング		約1分間実施
3. 完全に乾いてから滅菌ガウンと手袋を着用		
全手指消毒時間		計4~5分間

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

3. 我が国では手術部や集中治療室などのいわゆる清潔領域あるいは隔離病室への入室に際して履物交換を行う習慣があります。それは履物を交換することが感染防止の一環であると勘違いしているからです。

病室や手術室の床は無菌ではなく、どのようなビルレンスの強い微生物が存在しているかわかりませんが、菌が床から患者の創部や粘膜に到達する手段（感染経路）を有効に遮断すれば感染は起きないはずで、感染経路の遮断が感染防止であって、床の無菌性を追求すべきではありません。すなわち、靴に触れた手で創に触れるとか、床に落とした摂子で創に触れるかしない限り、環境（床）からの感染は起きないという認識が必要です。

いわゆる感染症の手術（B型肝炎、C型肝炎、AIDS患者など）を行っている手術室への入室に際しても、スリッパを履き替える必要はありません。手術中の床に血液汚染があった場合には、速やかに汚染を除去することの方が有意義です。血液汚染している可能性があるからと言う理由で履物交換する必要もありません。また目に見える血液が床に付着している場合には、手袋を着用してティッシュで血液を拭き取り、必要があれば汚染局所のみ次亜塩素酸ナトリウムで消毒します。床全体を消毒する必要はありません。

しかし、日本の大部分の手術部では、履物を脱がなければ更衣室に入れず、そこから出るときはスリッパを履かざるを得ない建築構造となっています。このような我が国固有の建築構造の手術室ではあえて一足性にこだわる必要はなく、感染防止のために履き替えているのではないという認識が大切ではないでしょうか。一足性に変更した病院でも、希望するスタッフにはスリッパを用意しておくことも必要でしょう。自分の足が血液で汚染されることを防止するためには、シューカバーを着用すべきですが、これは自分への汚染防止であって患者への感染防止ではないという認識が必要です。

（参考文献）

- 1) 大久保憲、小林寛伊（訳）：手術部位感防止ガイドライン、1999. 日本手術医学会雑誌 1999;20(3):297-326.
- 2) Weightman NC, Banfield KR: Protective over-shoes are unnecessary in a day surgery unit. Hosp. Infect. 1994; 28:1-3.

回答については、質問時の基準に沿って回答しておりますので、現時点とは異なっている場合もございます。

Q - 49 (環境感染、手指衛生)

医療従事者の腕時計着用は院内感染対策においてどのように考えられているのでしょうか。

A - 49

医療従事者から患者への手指を介した接触感染は、院内感染対策において最も重要視すべきことのひとつであることは言うまでもありません。こうしたなか、腕時計の着用が、院内感染に与える影響については、明確な因果関係の証明はありません。腕時計と同様によく議論されるものとして指輪があります。指輪の装着により指輪の下に菌が生息しやすいことが報告されていますが、このことが直接病原体の伝播に影響を及ぼしているかどうかは明らかではなく、未解決の問題として残されています。

またCDCの手指衛生に関するガイドラインでは、手術時の手洗いの際には腕時計を外し手洗いをするのが勧告されています。しかしながら、通常診療の手洗いに関しては腕時計に関する記載はありません。一方、衛生的手洗いを行う際には手首まで洗うことが推奨されていますので、この場合は腕時計を外して手洗いを行う必要があります。つまり衛生的手洗いや手指消毒を頻回に行う必要の高い部署（ICUなど）では、腕時計の着用は避けたほうがよいと思われます。一般病棟においても手洗いの観点からは着用を避けることが理想的ですが、時計は診療行為に必要なものでもあり、一概に言及するのは困難な問題です。以上のような点から、通常の診療において医療従事者の腕時計の使用を一律に制限することは、一般的ではありません。