

# 看護師の手洗い阻害因子

## 6階西病棟

○ 佐藤 仁美 東村 沙保 岡本 明子  
大崎 しず 北村 真紀 大久保 淑子  
植田 累美子 府川 貴美子 文野 和美

### I. はじめに

現在の医療はきわめて高度化し、患者のケアに介入する機会や時間が求められるとともに免疫力の低下した患者も増大し、感染を受けやすい環境となっている<sup>1)</sup>。院内感染の一つであるMRSA感染症は、重症化すると死亡するという事から、医療先進国においては社会問題となっている。感染予防策の第1として手洗いの励行があげられるが、手洗いの重要性は多くの医療従事者は「知っているけど行わない・行えない」というコンプライアンスの悪い行動が大きな問題となっている。手洗いの効果が感染予防上きわめて重要な位置を占めることから、効果的な手洗いの遵守率を上げなければならない。

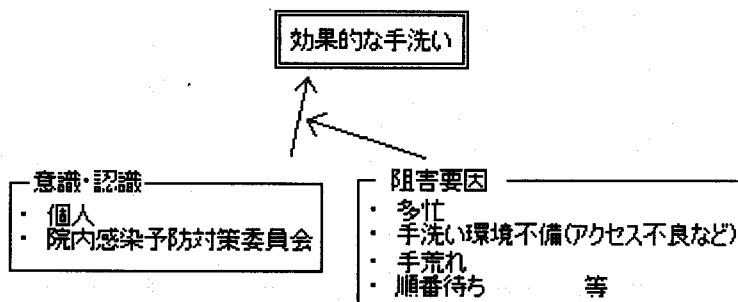
先行文献では看護師の手洗いコンプライアンスは63~69%に留まったという結果があり、その理由として、多忙、アクセスが不便、手が荒れる、管理者の支援がないといったことがあげられている<sup>2)</sup>。コンプライアンスをあげるためには、個人レベル、グループレベル、施設レベルで要因を考慮に入れた対策が必要だといわれている。

A病院のB病棟では、他病棟と比較してMRSAの伝播率が高い現状がある。このことから正しい手洗いが行なわれていない可能性があると考えられる。A病院において、手洗いの阻害因子に具体的に着目して検証した報告はない。そこで、今回B病棟において、手洗いの阻害因子を究明し、今後の手洗いの啓発の参考にするために研究テーマとした。

### II. 研究目的

院内感染防止において最も基本となるのは手洗いであり、手洗いの重要性は医療従事者だれもが理解しており、継続した啓発はかかすことは出来ない。現在、院内感染予防対策委員会により病院全体で感染予防に取り組んでいることから、感染予防に対する意識は高まっているといえる。また、手洗い方法のマニュアルも各部署に配布され、効果的な手洗い方法の統一化もはかられている。しかし、臨床現場において、実際手洗いをマニュアル通り確実にこなしているとはいいがたく、手洗いに対するコンプライアンスが悪いことから、十分な手洗いが実践されていないと考える。今回、私達はB病棟内での手洗いの実態調査によって、マニュアル通りの効果的な手洗いを行えない原因を明らかにすることは、今後の手洗いの啓発の参考にできると考えた。

### III. 概念枠組み



## 〔用語の定義〕

手洗い：速乾性擦り込み式手指消毒（以下ウエルパスとする）、または、シャボネットと流水による手洗いの両方を意味する

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

観察法による実態調査

### 2. 対象

B病棟の師長を除く看護師 14 名

### 3. 期間

平成 17 年 10 月～11 月

### 4. データ収集方法

観察法

調査前対象者に手洗いの定義と手洗いの必要な場面を記載した資料を配布し、理解してもらった。

日勤勤務中の看護師 1 人に研究者 2 人がついて、午前中の 2 時間、手洗いに関する観察を行った。

観察内容は、場面、理由を自作のチェックリストに記載した。

### 5. データ分析方法

カテゴリー化

## V. 倫理的配慮

研究の主旨と方法について説明を行った。研究への参加は被験者の自由意志であること、又、参加の有無により不利益を受けることはないこと、個人が特定できぬようプライバシーの保持に努めることを書面と口頭にて説明し、同意を得るようにした。

## VI. 結果

B病棟での午前中の 2 時間で看護師 14 名の手洗いが必要とされる場面は 308 であり、そのうち手洗いが出来た場面が 180、出来なかった場面が 128 であった。全体の手洗いコンプライアンスは 58.4%で、ノンコンプライアンスは 41.6%であった。

手洗いきななかった場面をカテゴリー化してみると、12 のカテゴリーに分かれた。(表 1) その中で最も多かったのが、陰部・鼠径部に触れた後であり、全体の 30.5%を占めた。

全体としての手洗いが出来なかった理由としては、無意識（忘れていた）54.7%、認識不足（必要ないと思った、めんどくさかった、きれいだと思っていた）23.4%、ウエルパスが近くになかった 13.3%、急いでいた 3.9%、人手不足 2.3%、ウエルパスの残量不足 1.6%、があげられた。(表 2)

手洗いきななかった場面のカテゴリー①陰部、鼠径部に触れた後の場面では、「陰部洗浄後手袋をはずして手洗いをせず、清拭、更衣、体位変換や車椅子移動を行った」「陰部洗浄途中で手袋のまま物品を取り、陰部洗浄を続けた」「オムツ交換後手袋をはずしてそのまま病衣交換をした」などであった。その理由としては「無意識、ウエルパスが近くにならない」が多かった。

カテゴリー③ケア（入浴、清拭）の場面では「不潔手袋のまま患者のロッカーに触った」「入浴介助時、次の患者に移る前の手洗いができていない」などであり、理由として「人手不足、忙しい」であった。

カテゴリー④⑤吸引前後では理由として「無意識、認識不足、ウエルパスが近くにならない」が多かった。

カテゴリー⑧控え室、詰め所に戻ってきた時では、「詰め所に戻ってそのまま電話の対応を行った」であり、理由としては「急を要していたから」であった。

カテゴリー⑩検温時は「次の患者に移る前手洗いができていない」であった。

カテゴリー⑫その他については、「ベッド柵に触った後、他の患者のベッド柵に触る」、「患者に触った後清

潔なおしぼりを取る」などが見られ、その理由としては「無意識」があげられた。

手洗いが必要な場面において、手洗いが実施できていた割合を個人的に見ると、1番できていた人が94.3%、1番できていなかった人が7.7%であった。

表 1. 手洗い出来なかった場面のカテゴリー化(128 場面)

カテゴリー	場面	割合
①陰部、鼠径部に触れた後	39	30.5%
②入室時	17	13.3%
③ケア(入浴、清拭)	15	11.7%
④吸引後	12	9.4%
⑤吸引前	8	6.3%
⑥検温後	6	4.7%
⑦尿器、ポータブル、尿道留置カテーテルに触れた後	5	3.9%
⑧控入室、結め所に戻ってきた時	4	3.1%
⑨退室時	4	3.1%
⑩口腔ケア後	4	3.1%
⑪検温前	2	1.6%
⑫その他	12	9.4%

表 2. 手洗いが出来なかった理由

主な理由	場面	割合
①無意識(忘れていた)	70	54.7%
②認識不足	30	23.4%
③ウエルパスが近くに無かったから	17	13.3%
④急いでいた	5	3.9%
⑤人手不足	3	2.3%
⑥ウエルパス残量不足	2	1.6%
⑦その他	1	0.8%

## VII. 考察

沼口<sup>2)</sup>の報告によると、看護師の手洗いのコンプライアンスは他職種に比べて高く、ある調査では63~69%と言われている。今回の研究ではコンプライアンス58.4%、ノンコンプライアンス41.6%であり、この調査結果よりも低かった。今回は観察法で調査を行っていることを考えると、実際の結果はさらに低くなることも考えられる。

研究前は阻害因子として、多忙、手洗い環境不備、手荒れ、順番待ち、をあげていたが、今回の結果から無意識、認識不足、ウエルパスが近くになかったから、急いでいた、人手不足、などがあがった。院内では感染予防対策委員会により病院全体で感染予防に取り組んでおり、手洗いに対する意識は高まっているはずである。しかし、無意識、認識不足がノンコンプライアンス全体の78.1%を占めた。このことは、研究前に手洗いの必要な場面を記載した資料を配布、説明していたにもかかわらず、理解ができていなかったということを示している。中でも、無意識は54.7%を占めており、手洗いの意識が高まっているとは言い難い結果であった。認識不足は、手洗いの必要な具体的な場面が理解できていなかったのが原因の一つだと思われる。手袋をはずしたときにも手洗いが必要であると資料に記載していたが、「手袋を交換したら大丈夫だろう」という誤った理解をしていた。沼口<sup>2)</sup>によると、「多くの医療従事者は自分の手洗いコンプライアンスは高い、あるいは、自分は十分な時間をかけて手を洗っている、と思い込んでいる。しかし、あるICUで医師の手洗いを観察したところ、実際のコンプライアンスは9%であったにもかかわらず、医師らは73%との自己申告を行った」と述べている。これは、自分たちが思っているほど実際は手洗いができていないことを証明している。

手洗い出来なかった場面で、陰部・鼠径部に触れた後が最も多く、理由としては、無意識が一番多かった。これは、観察した時間がケアする時間帯であったためと考えられるが、短時間で効率よくケアするため、陰部洗浄も全身清拭の一連の動作として続けてしまっていたためと思われる。したがって清潔・不潔の区別ができていない人が多かったということが言える。B病棟の特徴として、高齢者及び床上安静を強いられる人、介助を要する人が多いため、陰部洗浄やオムツ交換といった場面は多くある。陰部洗浄を行った後に、手洗いしやすい環境を作りコンプライアンスを上げることが大切である。

また、手洗いできていた場面を個人的に見ていくと、7.7~94.3%と幅広かった。このことは、全員の意識

が高まっていたわけではないということを示している。一人でも手洗いが遵守されなければ感染を防ぐことはできないため、手洗いを習慣付け、気づかせるためにも声掛けや指導が必要である。手洗い遵守率の向上には限界があると言われている中で、B病棟において、スタッフ間での手洗いのコンプライアンスの差をできるだけなくして行く事が手洗いの遵守率の向上に繋がるのではないかと考える。土井<sup>5)</sup>によると「業務中には他人の眼がとどかない時が往々にしてあるもので、手洗いが必要な場面があった時など、いかに意識するかが大きな鍵になると思われる。地道に継続教育する方法しかないように思われるが、お互いに監視できるときには注意しあえる環境も大切であると思われる。」と述べている。また、「講義形式の教育方法は知識の残存度が5%と非常に低いことが指摘されているので、様々な方法論の組合せにより、手洗いの重要性を何度も認識させる必要がある」、「他人を教育することは知識の残存率を95%保つ」と述べている。そこで、カンファレンスなどを利用してスタッフ全体がお互いに指導しあうことが学習にもなり、意識も高まるのではないかと考える。

認識不足を改善するためには個人レベルでの指導が必要であり、手洗いの必要な場面を再度提示して浸透させることが第一段階であるといえる。清潔・不潔の区別に対しても再度スタッフ間で確認しあいながら徹底していくことが必要だと考える。

手洗い環境不備としては、「ウエルパスが近くに無かったから」という項目が13.3%であったが、ケア時にはワゴンを持参し、ウエルパスを置き、すぐに使用できるようにするなどの環境作りも大切である。

阻害要因として、最初、一番多忙が多いのではないかと考えていた。本研究でも「急いでいたから」「人手が足りず、そこまでできない」などの理由もあがっていた。確かにこの問題は多くの場合、多数の者が感じていることではある。しかし、手洗いの必要な場面や必要性をきちんと理解していれば向上していくものと考ええる。

## VIII. おわりに

今回、B病棟での手洗い阻害因子として、無意識、認識不足、ウエルパスが近くに無かったから、などが明らかとなった。この結果をうけて、B病棟において1人1人が考えを改め、意識的に感染予防のための手洗いに努めなければならないということがわかった。

感染管理は「手洗いに始まり、手洗いに終わる」といっても過言ではなく、全ての医療従事者が真摯に受け止め、実施しなければならないことである。今後手洗いの遵守率を向上させるように、スタッフ間での手洗いの意識付け・習慣付けのための継続教育、ウエルパスの配置などの手洗いのアクセスの工夫を行っていく必要がある。

## 引用・参考文献

- 1) 土井英史：手洗い，臨床看護，28(10)，1539，2002.
- 2) 沼口史衣：臨床現場でおろそかにされるその理由，月刊ナーシング，21(8)，38，2001.
- 3) 矢野邦夫：CDCガイドラインの最新情報にみる感染対策の動向，看護技術，48(7)，2002.
- 4) 成毛一子：手洗いの方法、手順，INFECTION CONTROL，9(4)，2000.
- 5) 土井英史：手洗いの院内教育，INFECTION CONTROL，9(2)，2000.
- 6) 賀来満夫：感染対策におけるリスクアセスメントの重要性，INFECTION CONTROL，9(13)，2000.
- 7) 川村佐知子：感染管理ガイドブック，看護，54(14)，2002.