

日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の
現状と普及に関する研究

課題番号:17592225

平成 17・18 年度科学研究費補助金 (基盤研究(C))
研究成果報告書

平成 19 年 3 月

研究代表者 藤田比左子
(広島大学大学院保健学研究科 助教授)



目 次

I. 研究組織	1
II. 研究経費（交付決定額）	1
III. 研究成果による工業所有権の出願・取得状況	1
IV. 研究発表	1
V. 研究成果	
1. 研究要旨	2
2. 緒言	4
3. 方法	6
4. 結果	8
図表	15
5. 考察	33
6. 結論	40
参考文献	42
謝辞	43
資料	44
VI. 研究発表	71

I. 研究組織

研究代表者： 藤田比左子 (現:広島大学大学院保健学研究科・助教授,
前:広島大学大学院保健学研究科・講師)

研究分担者： 吉谷須磨子 (山形大学・医学部・教授)

樋之津淳子 (現:札幌市立大学・看護学部・教授,
前:筑波大学・大学院人間総合科学研究科・助教授)

II. 研究経費 (交付決定額)

(金額単位:千円)

	直接経費	間接経費	合計
平成 17 年度	1,100	0	1,100
平成 18 年度	2,100	0	2,100
総計	3,200	0	3,200

III. 研究成果による工業所有権の出願・取得状況

なし

IV. 研究発表

藤田比左子, 樋之津淳子, 吉谷須磨子(2006):看護職による感染予防対策実践の現状に関する分析, 第 26 回看護科学学会学術集会, 神戸市, 平成 18 年 12 月 2・3 日.

(日本看護科学学会学術集会 26 回講演集, 269, 2006.11.)

V. 研究成果

1. 研究要旨

目的 近年、各医療機関では、感染対策委員会を設置し、院内感染の根絶に努力しているが耐性菌等の課題がつかない。

そこで、本研究の目的は、次の3点とした。

- 1) 看護職による感染予防対策(スタンダードプレコーションの主要項目)の実践の現状を明らかにする。
- 2) 全国の医療施設の看護部門における感染予防対策の実態を明らかにする。
- 3) 1)2)の結果より、看護職によるスタンダードプレコーションの普及に向けたガイドライン作成を検討する。

方法 対象は、全国の医療施設のうちの一般病院から、第1段階調査では、比例層化無作為抽出した500施設、第2段階調査では、2400施設である。第1段階調査は、2006年3月1日～3月27日に、第2段階調査は、2006年9月15日～10月15日に、いずれの調査も自由回答欄を一部含む選択回答肢から構成される自記式質問紙を用いた郵送調査を実施した。調査項目は、第1段階調査の質問紙は、感染予防対策に関する実践内容、施設の属性から構成された。第2段階調査の質問紙の内容は、第1段階調査にて使用したものに準じ、一部を改訂したものを使用した。最終解析対象は、第1段階調査では281施設、第2段階調査では、998施設であった。いずれの調査も、分析においては、各質問項目ごとに集計を行い、基本統計量を求め、 χ^2 検定、ウェルチのt検定、スチューデントのt検定、あるいは一元配置分散分析、二元配置分散分析及び多重比較(Scheffe法)によって、属性によるスタンダードプレコーションの主要項目の実践の分布を比較検討した。なお、本研究の実施においては、広島大学医学部保健学科看護学専攻倫理委員会の承認を得た。

結果 感染予防対策における組織体制として、感染対策委員会などの構成人数と職種については、地域や施設規模による違いがみられた。感染対策委員会における看護師数は、病院規模に関わらず、関東・甲信越地方、東海・北陸

地方、近畿地方が少なく、九州・沖縄地方が有意に多かった。医師数は、中規模・大規模施設において、近畿地方が最も多く、東高西低を示した。また、現在の感染予防対策マニュアルは、記載されている項目に、施設によるばらつきがみられた。白衣のタイプや袖の長さ、カーディガンの着用に関する記載がないとした施設は、90%以上であった。未滅菌ディスポーザブル手袋の使用方法に関する記載があるとした施設は、70%に満たなかった。特に、全患者に手袋を使用すると規定されている項目は、排便と蓄尿バッグの取り扱い時(排泄)としたのが最も多く、約90%の施設であった。創処置・採血の時とした施設は、約70%程度であった。薬剤・経管栄養などの取り扱い時、清拭・洗髪の際の手袋の使用については、全患者とする施設や特定の場面や感染症患者のみにしている施設など、施設によってばらつきがみられた。環境整備について記載のある施設は、537施設(56.2%)であり、布製雑巾の再利用をしている施設は、208施設(38.7%)であった。感染予防対策上、重要視されている感染対策項目で挙げられたものは、手洗いが最も多く、791施設(79.3%)であったが、スタンダードプレコーションや職員の意識向上は、15%程度の施設であった。手洗いについての教育・推進の時期については、入職時の新人教育の際とした施設が、839施設(83.9%)であったが、定期的・不定期的な研修など入職時以降の時期とした施設は、50%に満たなかった。

考察 感染予防対策において重要な機能となる感染対策委員会などの組織体制として、地域や施設規模による違いがみられたことから、各施設の特徴や規模・地域性などをふまえた上で、専任の構成員と構成人数の適正配置がなされる必要があることが示唆された。感染予防対策における実践内容として、感染対策マニュアルの記載内容は、施設によるばらつきがあり、スタンダードプレコーションにおける具体的項目を十分ふまえておらず、看護師個人の判断に任されている可能性があることが示された。さらに、感染予防対策上、重要な項目として手洗いは認識されているものの、その他の項目については認識が不十分であり、継続的な教育・推進活動が重要である。

以上のことから、看護職によるスタンダードプレコーションの普及に向け、ガイドラインを検討した。感染予防対策に必要な体制の整備・感染対策マニュアルの具体的な内容の充実と機能性の向上・感染予防に関する継続的な教

育推進活動が重要な中核として示唆され、今後はこれらの内容を明確に示すガイドラインの構築が必要である。

2. 緒言

わが国の医療技術の進歩や食物及び栄養の充足などにより、感染症による死亡は減少したが、医療現場における院内感染の問題は後を絶たない。米国では、疾病予防センター（CDC）により 1987 年に普遍的感染予防対策（Universal Precaution）がガイドラインとして提唱され、以後、1996 年に改訂され、世界に向けて発信されたものがスタンダードプレコーション（標準的感染予防対策；Standard Precaution）である。これにより、手洗いをはじめとする感染予防対策が各施設で徹底され、中でも、全米でのナースキャップの全廃は、感染予防の中でも大きな変化である（「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会編，2003）。

米国では、スタンダードプレコーションの実践により、院内感染の発生率を低下させることを明らかにしている。1995 年までの米国の調査では、入院（年間 3500 万人）によって 5-10%（175-350 万人）が何らかの感染症にかかると推定されており、これにより医療費は 45 億ドルであるところを 150 億ドルに増加させているといわれている（Herwaldt・Wenzel，1995）。

一方、わが国では、1999 年に日本環境感染学会が院内感染に関する全国調査を実施したのが初めてである（小林，1999）。以後、院内感染の発生状況については、厚生労働省及び国立感染症研究所により、院内感染対策サーベイランスとして公開されている。2001 年における院内感染対策サーベイランスでは、四半期ごとの平均感染率は 5-8% で推移していることが報告されている。わが国の 2003 年度の新規入院患者数は約 1400 万人であることから、70-112 万人が感染症に罹患していることになり、米国の推計と類似すると考えるならば、感染予防対策が適切に行われることにより、その効果として、5000 億円以上の医療費の削減を図ることが期待できる。

そこで、感染予防対策に関する研究を概観すると、わが国ではスタンダードプレコーション導入の試みや、マニュアルの作成・整備などに関する研究が散見された。全米にて全廃となったナースキャップについては、わが国では着用することが前提のもの（福地ほか，2000.；武政ほか，2000.）がほとんどで、スタンダードプレコーションを前

提とした研究はほとんどなかった。手洗いについては、手洗い前後の細菌検査の結果(石井ほか, 2003.; 中村ほか, 2003.)や、医療従事者の意識変化に焦点を当てたもの(工藤・越, 2003.; 小林・内海, 2002b.)が多く、院内感染の発生率を評価指標として用いている研究は少なかった。また、スタンダードプレコーションの具体的な内容や、重要な役割を果たす看護職による実践内容を明らかにした研究は稀少である。これらのことから、わが国の院内感染の対策としては、感染予防の各項目については認識されているものの、項目によってばらつきがあり、感染予防という明確な目的をもったものが不足している可能性が考えられる。さらに、スタンダードプレコーションでは感染経路とされる鉗子立てによる鉗子・鑷子の使い回しや、雑巾によるベッドサイドの環境整備が行われているなどの現状もあることから、清潔不潔区域の明確な区別の徹底などが不十分であるといえる。

21世紀になった現在、わが国では、各医療施設に感染対策委員会が設置されているにもかかわらず、院内感染は多くの医療施設で発生していることから、感染対策マニュアルをはじめとするさまざまな対策の適正な実施と効果が十分であるとはいえない。CDCが提唱している感染予防対策の原則を、わが国の医療従事者がどのように認識し実践しているのか、わが国にどの程度普及しているのかが定かではない上、感染予防対策の実践に地域格差が存在することも考えられる。

以上のことから、わが国の医療施設ごとに行われている感染予防対策に共通する実践内容となるスタンダードプレコーションの普及は、急務である。

各医療施設において、適切な感染予防対策が実施されているかどうかは、医療サービスの質の評価となるばかりではなく、死亡率の上昇や入院期間の延長などから医療費の高騰にもつながる医療経済的な問題ともいえる。今後、わが国においても超高齢社会などの影響により医療費のさらなる高騰が予測され、ますます医療の質が問われることになろう。本研究によって、看護職による感染予防対策の実践の現状が明らかとなることで、スタンダードプレコーションの徹底と普及に向けたガイドラインの作成検討に資するとともに、スタンダードプレコーションの今後の徹底と普及、院内感染の発生率減少に貢献することが、期待できる。

そこで、本研究の目的は、次の3点とした。

- 1) 看護職による感染予防対策(スタンダードプレコーションの主要項目)の実践の現状を明らかにする。

- 2) 全国の医療施設の看護部門における感染予防対策の実態を明らかにする。
- 3) 1)2)の結果より、看護職によるスタンダードプレコーションの普及に向けたガイドライン作成を検討する。

3. 方法

目的を達成するため、目的 1)に対して第 1 段階調査、目的 2)に対して第 2 段階調査を行った。

1) 対象

病院要覧 2003-2004 年版(医療施設政策研究会, 2003)に掲載されている医療施設のうちの一般病院から、対象となる施設を抽出した。

第 1 段階調査では、単科の精神科と 100 床未満の施設を除外した上で、病床数を層化変数とし、比例層化無作為抽出した 500 施設(400 床未満:340 施設, 400 床以上:160 施設)を対象とした。

第 2 段階調査では、単科の精神科は除外した上で、約 8000 施設の総数のうち、半数以上を占める 100-600 床の医療施設から、無作為抽出した 2400 施設を対象とした。質問紙送付後に、市町村合併などにより、宛先不明にて返信されたものが 28 部発生したため、対象は 2372 施設であった。

なお、本研究では、病床数により、施設の規模を、100~199 床の施設を小規模、200~399 床を中規模、400~599 床を大規模と称する。

2) 調査期間及び調査方法

第 1 段階調査は、2006 年 3 月 1 日~3 月 27 日に、第 2 段階調査は、2006 年 9 月 15 日~10 月 15 日に、いずれの調査も自由回答欄を一部含む選択回答肢から構成される自記式質問紙(資料 3, 資料 5)を用いた郵送調査を実施した。

第 1 段階調査の実施の際は、事前に対象の看護部門に郵送にて調査協力検討依頼をし(資料 1)、協力の同意を得られた施設に対し、郵送にて調査協力依頼(資料 2)及び質問紙(資料 3)を 1 部配付し、郵送にて回収した。第 2 段階調査の実施の際は、対象の看護部門に郵送にて調査協力依頼書(資料 4)と質問紙(資料 5)を

1 部同封して配付し、郵送にて回収した。なお、回収率を上げるため、質問紙を郵送してから 4 週間後に、催促文を含めたお礼状(資料 6)を発送した。

3) 調査項目

第 1 段階調査の質問紙(資料 3)の内容は、感染予防対策に関する実践内容 17 項目(手洗いの設置, ナースユニフォーム・ナースキャップ・手袋の着用・創傷処置・ドレッシング材の使用など), 施設の属性 4 項目(所在地域, 病床数, 1 病棟あたりの標準的な病床数, 看護職員数)から構成された。

第 2 段階調査の質問紙(資料 5)の内容は、第 1 段階調査にて使用したものに準じ、感染予防対策に関する実践内容をさらに詳細に調査するため、感染予防対策に関する組織体制(9 項目)の質問項目を加え、感染予防対策に関する実践内容 18 項目(感染対策マニュアルの記載内容, 手洗いの設置, ナースユニフォーム・手袋の着用・創傷処置・ドレッシング材の使用など)に改訂したものを使用した。

なお、施設の属性については、その特定ができないように、所在地域は、全国を 6 地区に分け、その選択肢により回答し、施設の規模(病床数)は、200 床未満, 200 ~ 399 床, 400 床以上の選択肢により回答するよう設定した。回答形式は、全て選択肢とし、一部の選択肢は自由記述により多くの意見を回答できるよう設定した。

4) 分析方法

第 1 段階調査では、回収された 288 施設(回収率 57.6%)のうち、所在地域及び病床数未記入の 7 施設を除く 281 施設を解析対象とした。

第 2 段階調査では、回収された 1008 施設(回収率 42.5%)のうち、所在地域及び病床数未記入の 10 施設を除く 998 施設を解析対象とした。

いずれの調査も、看護職や看護部門による感染予防対策(スタンダードプレコーションの主要項目)の実践の現状を明らかにするために、各質問項目ごとに集計を行い、基本統計量を求めた。また、属性によるスタンダードプレコーションの主要項目の実践の分布を比較検討するため、 χ^2 検定, ウェルチの t 検定, スチューデントの t 検定, あるいは一元配置分散分析, 二元配置分散分析及び多重比較(Scheffe 法)を行った。

さらに、スタンダードプレコーションの主要な各項目や質問項目の間の関連を検討

するため、 χ^2 検定による比較分析を行った。

なお、統計学的有意差の検定には、Microsoft Excel のアドインソフトであるエクセル統計 2004 for Windows を使用し、有意水準は全て 5% とした。また、10% 未満も、傾向差として解釈した。

5) 倫理的配慮

第 1 段階調査は、広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座 倫理委員会により承認を受け、実施した(承認番号:132)。第 2 段階調査は、第 1 段階調査に準ずるとともに、同 倫理委員会により承認を受け、実施した(承認番号:155)。

いずれも、研究課題名、期間、目的、方法、対象の擁護(プライバシー・心身への負担等への配慮・結果の公表の仕方)、研究参加は自由意思が尊重されること、参加の任意性とその同意の撤回、予想される危険性及び不利益が生じないこと、研究により対象が受ける利益および看護上の貢献の予測等を明記した文書を作成した。第 1 段階調査では、協力検討依頼文書及び調査概要説明書を作成し、同意書とともに調査実施前に郵送した。調査協力の同意は、同意書を返送することにより確認すること、質問紙への回答・返送をもって同意が得られたものとする事も明記した。質問紙は、同意書の返信があった施設のみに郵送した。第 2 段階調査では、協力依頼文書及び調査概要説明書を作成し、質問紙と同意書を同封し郵送した。調査協力の同意は、同意書を返送することにより確認すること、同意書と質問紙の開封・処理・保管は別々に行うことも明記した。また、同意書は、同意書用の封筒を用意し、封印したものを、質問紙の返信用封筒に同封して返信することで回収した。返信用封筒の開封の際は、質問紙と別々に取り出し、データ処理後、保管した。さらに、同意書には、同意の可否とともに、協力した対象が受ける利益として、報告書送付の希望の有無と送付先の記入欄も設定し、それらのデータは、送付にのみ使用することを明記した。

4. 結果

1) 対象の特性

2 回の調査における対象の所在地域、病床数の分布は、表 1 のとおりである。

第 1 段階調査では、関東・甲信越地方及び東海・北陸地方に所在する施設が、ほぼ半数を占めた。第 2 段階調査では、近畿地方以南に所在する施設が、半数以上を占めた。また、第 1 段階調査と第 2 段階調査の対象の所在地域の分布を比較すると、第 1 段階調査では、東海・北陸地方以北、第 2 段階調査では、近畿地方以南の方が有意に多い割合を占めた($P<0.001$)。

病床数の分布は、第 1 段階調査では、中小規模の施設(400 床未満)施設から 210 部(回収率:61.8%)、大規模の施設(400 床以上)から 71 部(44.4%)を回収することができた。中小規模施設からの回収率は、大規模施設よりも高く、中規模施設が 71.7%を占めた。第 2 段階調査では、小規模施設が、495 施設(49.6%)と最も多かった。

看護職員の人数及び常勤の(正看)看護師数は、第 2 段階調査の方が第 1 段階調査よりも、平均・標準偏差ともに小さかった。常勤の(正看)看護師数は、第 2 段階調査の方が 94.7 人少なく、病床数別にみても、いずれの規模の施設も、第 2 段階調査の方が有意に少なかった(小規模: $P<0.001$, 中規模: $P=0.003$, 大規模: $P<0.001$)。

1 病棟あたりの病床数は、第 1 段階調査と第 2 段階調査で比較すると、有意な差はみられなかったものの、第 2 段階調査では中規模施設が 49.0(± 8.1)床、全体的にも 48.7(± 8.1)床と、第 1 段階調査よりも少ない傾向がみられた(中規模: $P=0.081$, 全体: $P=0.050$)。

1 病棟あたりの常勤の看護師数は、小・中・大規模ごとでは、有意な差はみられなかった。第 1 段階調査、第 2 段階調査ともに、規模が大きくなるにつれ、看護師数が多くなっていた。

2) 看護部門による感染予防対策に関する組織体制と教育・推進の現状

地域別・病床数別による感染予防対策に関する組織体制の分布は、表 2 のとおりである。感染予防対策委員会の設置は、2 施設が「なし」と回答した。

感染予防対策委員会の構成員は、主に看護師・医師を中心に構成され、その他に薬剤師や事務職・検査技師・放射線技師といった他職種が入っていた。それぞれの構成人数の平均では、関東・甲信越地方、東海・北陸地方、近畿地方よりも、九州・沖縄地方における看護師数が、いずれの規模でも有意に多かった。一方、九州・

沖縄地方における医師数は、北海道・東北地方、関東・甲信越地方に比べ、小規模施設では多く、中規模・大規模施設では有意に少なかった。しかし、九州・沖縄地方における事務職数は、北海道・東北地方、関東・甲信越地方に比べ、いずれの規模でも有意に少なかった。地域別・病床数別による感染対策委員会を構成する医師数と看護師数の比較を、図 1 に示した。看護師数は、関東・甲信越地方、東海・北陸地方、近畿地方が構成人数は少なくなり、医師数は、中規模・大規模施設において、最も多い近畿地方を頂点として、東高西低を示した。

病床数別による感染予防対策に関する教育・推進の概要を、表 3 に示した。どの規模の施設も、最も重要視している感染対策項目は、手洗いであった。しかし、大規模施設の方が、91 施設 (70.5%) と、中小規模施設よりも、重要視している割合は少ない傾向にあった。次に多かった項目は、スタンダードプレコーション(標準予防対策などを含む)または職員の意識向上に関するものであった。小規模施設は、大中規模施設に比べると、スタンダードプレコーションよりも職員の意識向上の方が、重要視している割合が多かった。一方、大規模病院は、中小規模病院に比べ、職員の意識向上よりも、スタンダードプレコーションをより重要視していた(29 施設:22.5%)。そして、中小規模施設が、職員の意識向上を重要視している一方で、職員への教育はあまり重要視しておらず、大規模施設の方が、職員の意識向上と教育をほぼ同じ程度に重要視していた(13 施設:10.1%, 12 施設:9.3%)。

多くの施設で、重要視されていた看護師個人の手洗いに関する教育・推進がどの時期に行われているのかについては、その分布に有意な差を認めた($P<0.001$)。入職時の新人教育で実施していると回答したのは、837 施設 (83.9%) であり、特に、大規模病院では、125 施設 (96.9%) とほぼ全ての施設で行われていた。その後の研修は、どの規模の施設も、定期・不定期には行われているが、定期的な研修よりも不定期的な研修で行われている方が多く、68 施設 (52.7%) の大規模病院では、不定期的な研修を行っているという回答し、中小規模施設よりもその割合が多かった。また、予告なしの抜き打ちでの研修も、大規模施設では、38 施設 (29.5%) と、中小規模施設よりもその割合が多かった。

そこで、手洗いについての教育・推進方法の分布をみると、有意な差は認められなかった。いずれの規模の施設でも、講義が最も多く、次に演習と手洗い試験(手洗い反応液を使用)を実施しているという回答した。

次に、看護師個人の手洗いに関する教育・推進の時期と方法との関連を、表 4 に示した。その分布は、入職時の新人教育では、講義(747 施設:74.8%)と演習(549 施設:55.0%)が最も多く、不定期的な研修において、演習を行う施設がより多く(301 施設:30.2%)、有意な差が認められた($P=0.003$)。また手洗い試験は、521 施設(52.2%)が手洗い反応液を使用して行っており、培地の使用は新人教育のときでさえ、108 施設(10.8%)のみであった。手洗い反応液の使用している施設は、定期的な研修よりも、不定期的な研修の方が、297 施設(29.8%)とより多かった。

病床数により看護師個人の手洗いに関する教育・推進の継続性について、表 5 に示した。入職時の新人教育での手洗いに関する教育が、以後、どのように継続されているかについて、分布をみると、施設の規模による有意な差は認められなかった。いずれも、新人教育を行うと回答した施設のうち、以後の研修を行っていると回答した割合は、60%に満たず、大規模施設での不定期的な研修を行うとした施設が、66 施設(52.8%)と最も多くの割合を示した。また、定期・不定期的な研修を行うとした施設は、中小規模施設では、40~45%であるのに対し、大規模施設では、定期的な研修を行うとしたのは、45 施設(36.0%)と少なかった。

3) 感染対策マニュアルの設定と機能の実際

施設規模による感予防染対策マニュアルの設定と改訂の比較を、表 6 に示した。感染対策マニュアルの設定は、6 施設が、なしと回答した。初版の時期に有意な差はなく、8~9 年前に初版を設定していた。その後の感染対策マニュアルの改訂がある、と回答したのは、約 90%の施設であり、大規模施設では、117 施設(90.7%)と最も多くを占めた。一方、改訂がない、と回答した施設もあり、中規模施設が 34 施設(9.1%)と最も多くを占めた。また、改訂間隔は、全体としては、 22.2 ± 15.6 ヶ月であり、施設規模の間で有意な差を認めた。最も改訂間隔が短かったのは、中規模施設であり、 21.2 ± 16.9 ヶ月であり、最も長かったのは、大規模施設の 25.8 ± 16.1 ヶ月であった($P=0.037$)。すなわち、中小規模施設は、2 年以内での改訂間隔であることに対し、大規模施設では、2 年以上の改訂間隔であった。

第一段階調査において、看護師が着用する衣類等に関する感染予防対策における規定または運用に関する結果を、表 7 に示した。看護師の白衣の袖の長さについては、80%程度の施設が、半袖や七分袖に統一していたが、白衣の下については、

80%程度が着用のタイプを自由としていた。しかし、カーディガンの着用については、70%以上の施設が着用を自由としていた。ナースキャップについては、30施設(10.7%)が義務付けていた。いずれも、施設規模による有意な差は認められなかった。また、地域による有意な差も認められなかった。

ナースキャップを義務付けている理由として、自由記載にて回答を求めたところ、「院長・上層幹部・病院全体などの方針である」「看護のシンボルだから」「他職種との区別がつかないから」「身だしなみとして、髪の毛が乱れることが予想されるから」「感染源となるというエビデンスが低いから」「数日に1回クリーニングしていれば問題ないから」といったものが主に挙げられた。

そこで、第二段階調査において、看護師が着用する衣類等に関する感染対策マニュアルへの記載の有無を、表8に示した。看護師の白衣のタイプや袖の長さ・白衣の交換時の洗濯・カーディガンの着用については、約90%以上の施設が、感染対策マニュアルへの記載がない、と回答した。

さらに、第二段階調査において、看護師が着用する衣類等に関する感染対策マニュアルへの記載がある、と回答した内容の分類を、表9に示した。白衣の袖の長さは、47施設(85.5%)が半袖または七分袖が適当とし、白衣の下は、足首までタイプが適当もしくはどのようなタイプでも規定はしないとした施設が、26施設(65.0%)を占めた。白衣の交換時の洗濯については、洗濯の処理場所・業者の指定(院内外)、洗濯する時期について、記載している施設は、半数以上を占めたが、洗濯時の糊の使用の是非についての記載があるとしたのは、4施設(4.5%)にすぎなかった。

一方、第二段階調査において、看護師が着用する衣類等に関する感染対策マニュアルへの記載がない、と回答した施設について、看護師が着用する衣類等に関する感染予防対策における規定または運用に関する結果を、表10に示した。白衣の袖の長さは、633施設(67.8%)が半袖または七分袖に統一とし、281施設(30.1%)が着用を自由としていた。白衣の下は、659施設(69.7%)が自由とし、施設の規模が大きくなるほど、その割合は有意に多くなっていた($P=0.012$)。カーディガンの着用は、小中規模施設では、70%以上が制限なしとしたが、大規模施設では68施設(54.4%)が有意に少なかった。また、全面的な着用禁止及び部分的に禁止としているのは、大規模施設では、中小規模施設よりも、その割合が有意に多かった。

4) 看護職による感染予防対策(スタンダードプレコーションの主要項目)の実践の現状

感染予防対策の最も重要といわれる手洗いについて、その実践に関する環境について、表 11 に示した。手洗い専用の蛇口の数、施設の規模による有意な差はなく、どの規模の施設にも 2 ヶ所程度設置されていた。その蛇口水洗の型は、半数以上が自動あるいはレバーであったが、手洗い後に再び触ることで汚染される可能性の高いハンドル型も、小規模・大規模施設において、20%程度存在した。手洗い後の手の乾燥に使用するものは、中・大規模施設においては、90%以上がペーパータオルを使用していた。また、小・中規模施設では、10%以上がジェットタオルを使用していると回答した。速乾性すり込み式手指消毒剤を使用しているのは、280 施設(99.6%)とほぼ全施設であった。

感染予防対策の中で、手洗いと同様に重要な手袋の使用について、表 12 に、未滅菌ディスポーザブル手袋の設置と規定を示した。未滅菌ディスポーザブル手袋は、必要などころへは設置はされているものの、調剤室または点滴を準備する際にも使用する場所への設置は、半数に満たなかった。また、未滅菌ディスポーザブル手袋の使用方法を、感染対策マニュアルへの記載している施設は、第一・第二段調査のいずれにおいても 70%に満たなかった。

次に、未滅菌ディスポーザブル手袋の使用に関し、感染対策マニュアルへの具体的な記載があるとした施設におけるその記載内容を、表 13 に示した。いずれの項目間においても、施設の規模による差は認められなかったことから、全体を概観するため、同一項目をまとめて表記した。全患者に手袋を使用するとした割合が最も高かった項目は、排便に関わる時と蓄尿バッグを取り扱う時で、排泄に係るものであった。次に高かったのは、創処置・採血の時、全体の 70%程度の施設だった。薬剤や経管栄養剤などを取り扱う時や、清拭や洗髪の際での手袋の使用については、全患者とする施設や、特定の場面や感染症患者にのみといったように限定している施設など、施設によって記載内容にばらつきがみられた。

一方、未滅菌ディスポーザブル手袋の使用に関し、感染対策マニュアルへの具体的な記載がないとした施設における、手袋の使用方法を、表 14 に示した。全患者に手袋を使用するとした割合が最も高かった項目は、感染対策マニュアルへの具体的

な記載があったとした施設同様、排便に関わる時と蓄尿バッグを取り扱う時で、排泄に関係するものであった。次に高かったのは、創処置・清拭や洗髪の際での手袋の使用であり、感染予防対策で重要とされる採血時や薬剤・経管栄養剤などを取り扱う時に全患者に使用するとした施設の割合は、全項目の中で最も低かった。

さらに、感染予防対策において、重要な無菌操作に関連する物品や器材の取り扱いの回答内容について、表 15 に示した。包交車は、80%近くがまだ使用中としており、ステンレス製の長時間置く鉗子立てに直接入れて使用する鉗子立てを使用している施設は、20%に満たず、滅菌鑷子が入っていた滅菌パックのみで使用していると回答した割合は、60%以上であった。滅菌器材のパッキングの単位は、鑷子・ガーゼ・綿球いずれも単包である施設が 60%~70%程度であり、半数近くの施設が鉗子立て・カスト・万能壺を使用していた。

ディスプレイの滅菌材料を再利用しているものの一覧を、表 16 に示した。なお、表は、全体の割合が多い順に表記した。10~20%の施設で、再利用していると回答した滅菌材料は、カテーテルチップ・吸引カテーテル・滅菌カップ・注射器・栄養チューブ・点滴ボトルまたはパックであった。

表 17 に、感染対策マニュアルにおける環境整備に関する記載の有無と実際の方法について示した。記載があったとした施設は、537 施設(56.2%)であった。感染対策マニュアルに記載されている環境整備の方法で、最も多かったのは、化学性雑巾(アルコール綿や布を含む)を使用し、使いきりにするというものであったが、布製雑巾を使用し、再利用する施設も、208 施設(38.7%)存在した。一方、環境整備について、感染対策マニュアルに記載がないとした施設では、布製雑巾を使用し、再利用する方法をとっている施設が 251 施設(60.0%)あり、化学性雑巾(アルコール綿や布を含む)を使用し、使いきりにする 195 施設(46.7%)よりも多かった。

表1. 2回の調査における対象の特性

	第1段階調査		第2段階調査		統計学的検定
	n	%	n	%	
(施設数)					
北海道・東北地方	44	15.7	68	6.8	
関東・甲信越地方	84	29.9	128	12.8	
東海・北陸地方	51	18.1	135	13.5	$\chi^2=99.184$ P<0.001
近畿地方	47	16.7	243	24.3	
中四国地方	31	11.0	191	19.1	
九州・沖縄地方	24	8.5	233	23.3	
計	281	100.0	998	100.0	
病床数					
小規模(100-199床)	13	4.6	495	49.6	
中規模(200-399床)	197	70.1	374	37.5	$\chi^2=185.307$ P<0.001
大規模(400-599床)	71	25.3	129	12.9	
計	281	100.0	998	100.0	
(人)					
看護職員の数	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
常勤の(正看)看護師数	252.2	150.7	157.5	105.1	t=12.021 P<0.001
病床数別 小規模(100-199床)	201.1	144.9	112.5	101.1	t=11.693 P<0.001
中規模(200-399床)	88.1	35.3	53.1	31.9	t=3.888 P<0.001
大規模(400-599床)	151.3	70.5	131.8	77.8	t=2.943 P=0.003
1病棟あたりの病床数	360.0	186.9	284.7	115.8	t=3.513 P<0.001
病床数別 小規模(100-199床)	51.2	21.3	48.7	8.1	t=1.968 P=0.050
中規模(200-399床)	46.1	10.1	48.0	8.4	t=-0.829 P=0.407
大規模(400-599床)	52.2	25.1	49.0	8.1	t=1.754 P=0.081
1病棟あたりの看護師数	49.6	5.2	50.4	7.0	t=-0.836 P=0.404
病床数別 小規模(100-199床)	21.0	15.7	17.4	6.9	t=3.741 P<0.001
中規模(200-399床)	17.2	7.5	15.6	6.5	t=0.906 P=0.365
大規模(400-599床)	19.6	13.7	18.1	6.9	t=1.488 P=0.138
1病棟あたりの看護士数	25.4	20.6	22.2	5.5	t=1.271 P=0.208

*:P<.05

**：P<.01

***:P<.001

表2. 病床数別による感染予防対策に関する組織体制 (第2段階調査のみ)

	全体			小規模			中規模			大規模			統計学的検定		多重比較
	施設数	(%)	(N = 998)	施設数	(%)	(N = 495)	施設数	(%)	(N = 374)	施設数	(%)	(N = 129)	F値	P値	
感染予防対策委員会の設置															
あり	992	(99.4)	491	(99.2)	372	(99.5)	129	(100.0)					4.947	<0.001	***
なし	2	(0.2)	1	(0.2)	1	(0.3)	0	(0.0)					3.274	0.038	*
不明	4	(0.4)	3	(0.6)	1	(0.3)	0	(0.0)							
感染予防対策委員会の構成員と人数															
				平均±標準偏差		平均±標準偏差		平均±標準偏差		平均±標準偏差		平均±標準偏差			
看護師				7.1 ± 2.1		6.6 ± 3.8		5.5 ± 3.5		†	4.947		<0.001	***	
北海道・東北地方				6.0 ± 2.3		5.6 ± 3.4		5.1 ± 3.6		‡	3.274		0.038	*	
関東・甲信越地方				5.5 ± 3.0		5.9 ± 3.4		4.9 ± 3.0							*
東海・北陸地方				5.4 ± 2.6		5.7 ± 3.6		5.4 ± 3.7							**
近畿地方				5.7 ± 2.6		6.4 ± 3.8		5.7 ± 4.8							**
中四国地方				6.3 ± 2.8		7.4 ± 4.2		8.0 ± 6.3							*
九州・沖縄地方				1.9 ± 1.1		3.6 ± 2.4		5.8 ± 3.1							**
医師				2.1 ± 1.4		3.6 ± 2.4		6.0 ± 4.5		†	5.872		<0.001	***	
北海道・東北地方				2.8 ± 2.2		3.6 ± 2.7		6.3 ± 5.0		‡	85.605		<0.001	***	**
関東・甲信越地方				2.3 ± 1.5		4.3 ± 3.1		6.3 ± 4.2							a**
東海・北陸地方				2.6 ± 2.2		3.6 ± 2.5		4.9 ± 3.3							b**
近畿地方				2.3 ± 2.0		3.3 ± 2.5		5.0 ± 2.6							c**
中四国地方				1.3 ± 0.5		1.0 ± 0.4		1.2 ± 0.5							
九州・沖縄地方				1.0 ± 0.3		1.1 ± 0.4		1.2 ± 0.6		†	1.610		0.155		
薬剤師				1.0 ± 0.2		1.2 ± 0.9		1.2 ± 0.4		‡	14.600		<0.001	***	
北海道・東北地方				1.0 ± 0.3		1.1 ± 0.3		1.3 ± 0.6							
関東・甲信越地方				1.0 ± 0.2		1.1 ± 0.4		1.3 ± 0.4							b**
東海・北陸地方				1.0 ± 0.2		1.0 ± 0.3		1.1 ± 0.3							c**
近畿地方				2.1 ± 0.9		2.1 ± 1.4		2.2 ± 1.3							*
中四国地方				1.5 ± 1.0		2.0 ± 1.6		2.4 ± 1.8		†	5.170		<0.001	***	*
九州・沖縄地方				1.5 ± 0.9		1.7 ± 1.0		2.3 ± 1.5		‡	8.090		<0.001	***	*
事務職				1.5 ± 1.2		1.6 ± 1.3		1.7 ± 1.0							a**
北海道・東北地方				1.5 ± 0.9		1.7 ± 1.3		1.9 ± 1.4							b**
関東・甲信越地方				1.5 ± 1.0		1.6 ± 1.0		2.0 ± 0.9							c**
東海・北陸地方				3.0 ± 1.3		3.3 ± 3.6		3.7 ± 2.5							*
近畿地方				3.6 ± 3.7		2.9 ± 3.1		4.8 ± 5.5		†	3.040		0.010		*
中四国地方				2.6 ± 2.3		2.8 ± 1.9		3.0 ± 3.2		‡	2.213		0.110		
九州・沖縄地方				2.3 ± 2.0		3.3 ± 2.9		2.3 ± 1.8							
その他				2.8 ± 2.3		2.6 ± 2.6		2.2 ± 1.0							
北海道・東北地方				3.1 ± 2.6		3.3 ± 3.4		4.9 ± 4.3							c**
関東・甲信越地方															
東海・北陸地方															
近畿地方															
中四国地方															
九州・沖縄地方															
感染予防対策委員会に所属する看護師の勤務															
				施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)		
専属	19	(1.9)	3	(0.6)	5	(1.3)	11	(8.5)							
兼務	907	(90.9)	460	(92.9)	345	(92.2)	102	(79.1)							
その他	18	(1.8)	8	(1.6)	7	(1.9)	3	(2.3)							
不明	54	(5.4)	24	(4.8)	17	(4.5)	13	(10.1)							

(%)は、病床数別対象数に占める割合)

†: 地域間の検定値

‡: 規模間の検定値

a: 小規模・中規模で有意な差があることを示す

b: 中規模・大規模で有意な差があることを示す

c: 小規模・大規模で有意な差があることを示す

*p<0.05

**p<0.01

***p<0.001

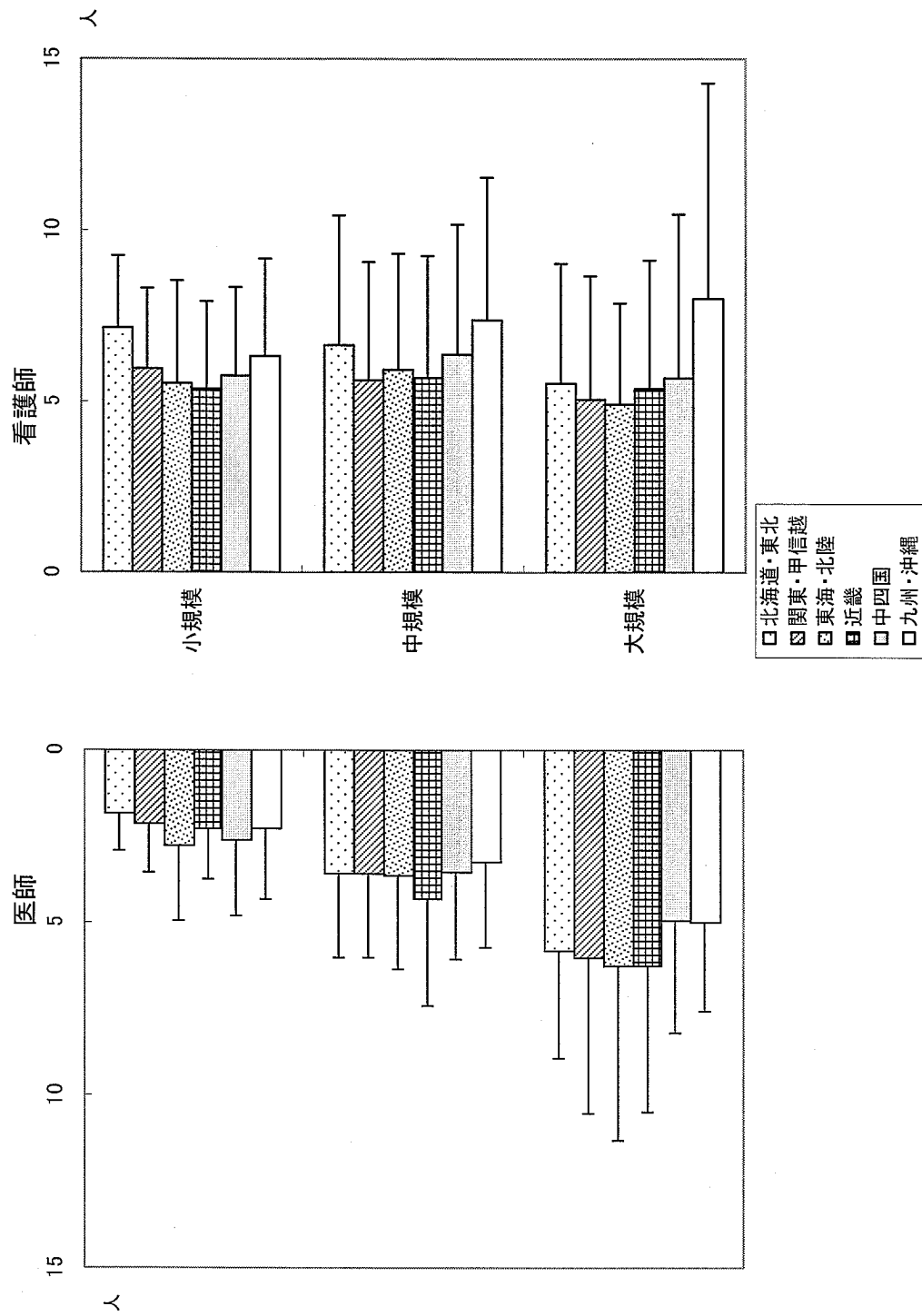


図1. 地域別・病床数別による感染対策委員会を構成する医師数と看護師数の比較(平均値と標準偏差)

表3. 病床数別による感染予防対策に関する教育・推進の概要 (第2段階調査のみ)

	全体 (N = 998)			小規模 (N = 495)			中規模 (N = 374)			大規模 (N = 129)			統計学的検定
	施設数	(%)		施設数	(%)		施設数	(%)		施設数	(%)		
最も重要視されている感染対策で多かったもの													
手洗い	791	(79.3)	402	(81.2)	298	(79.7)	91	(70.5)					
スタンダードプレコシヨン	143	(14.3)	51	(10.3)	63	(16.8)	29	(22.5)					
職員の意識向上	127	(12.7)	64	(12.9)	50	(13.4)	13	(10.1)					
職員への教育	44	(4.4)	15	(3.0)	17	(4.5)	12	(9.3)					
手袋着用	79	(7.9)	48	(9.7)	24	(6.4)	7	(5.4)					
消毒	63	(6.3)	30	(6.1)	26	(7.0)	7	(5.4)					
清掃	34	(3.4)	22	(4.4)	8	(2.1)	4	(3.1)					
うがい	31	(3.1)	16	(3.2)	13	(3.5)	2	(1.6)					
ゴミ処理	20	(2.0)	14	(2.8)	6	(1.6)	0	(0.0)					
看護師個人の手洗いに関する教育・推進の時期 (複数回答) 新人教育(入職時)	837	(83.9)	383	(77.4)	329	(88.0)	125	(96.9)					
定期的な研修	412	(41.3)	205	(41.4)	160	(42.8)	47	(36.4)					
不定期的な研修	466	(46.7)	231	(46.7)	167	(44.7)	68	(52.7)				79.171	<0.001 ***
予告なし(抜き打ち)	195	(19.5)	83	(16.8)	74	(19.8)	38	(29.5)					
その他	85	(8.5)	1	(0.2)	62	(16.6)	22	(17.1)					
手洗いの教育・推進方法													
講義	858	(86.0)	414	(83.6)	326	(87.2)	118	(91.5)					
演習	616	(61.7)	284	(57.4)	237	(63.4)	95	(73.6)					
手洗い試験(培地使用)	121	(12.1)	65	(13.1)	42	(11.2)	14	(10.9)				6.4892	0.5926
手洗い試験(手洗い反応液使用)	603	(60.4)	264	(53.3)	242	(64.7)	97	(75.2)					
その他	84	(8.4)	40	(8.1)	30	(8.0)	14	(10.9)					

***:P<.001

(%は、病床数別対象数に占める割合)

表4. 看護師個人の手洗いに関する教育・推進の時期と方法との関連 (第2段階調査のみ)

時期	教育・推進方法										統計学的 検定
	講義		演習		手洗い試験		手洗い反応液使用		その他		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
新人教育(入職時)	747	(74.8)	549	(55.0)	108	(10.8)	521	(52.2)	73	(7.3)	$\chi^2=36.444$ $P=0.003^{**}$
定期的な研修	367	(36.8)	268	(26.9)	57	(5.7)	270	(27.1)	38	(3.8)	
不定期的な研修	412	(41.3)	301	(30.2)	56	(5.6)	297	(29.8)	35	(3.5)	
予告なし(抜き打ち)	166	(16.6)	145	(14.5)	48	(4.8)	141	(14.1)	19	(1.9)	
その他	120	(12.0)	82	(8.2)	18	(1.8)	87	(8.7)	28	(2.8)	

(%は、対象数に占める割合)

**P<.01

表5. 病床数による看護師個人の手洗いに関する教育・推進の継続性 (第2段階調査のみ)

	総数	新人教育(入職時)を行うと回答した施設			統計学的 検定
		小規模 (N = 383)	中規模 (N = 329)	大規模 (N = 125)	
合計	837				
定期的な研修	353 (42.2)	165 (43.1)	143 (43.5)	45 (36.0)	$\chi^2=8.783$
不定期的な研修	384 (45.9)	172 (44.9)	146 (44.4)	66 (52.8)	
予告なし(抜き打ち)	176 (21.0)	70 (18.3)	68 (20.7)	38 (30.4)	P=0.186
その他	125 (14.9)	49 (12.8)	54 (16.4)	22 (17.6)	

()内は規模別対象数に占める割合

表6. 施設規模による感染予防対策マニュアルの設定と改訂の比較 (第2段階調査のみ)

	全体 (N = 998)	小規模 (N = 495)		中規模 (N = 374)		大規模 (N = 129)		統計学的検定	
		施設数	(%)	施設数	(%)	施設数	(%)	F値	P値
感染予防対策マニュアルの設定									
あり	988	(99.0)	488	(98.6)	371	(99.2)	129	(100.0)	
なし	6	(0.6)	3	(0.6)	3	(0.8)	0	(0.0)	
感染予防対策マニュアルの初版の時期 (年前), 平均±標準偏差	8.2 ± 5.1		8.0 ± 5.3		8.3 ± 4.9		9.0 ± 4.9		1.880 0.153
感染予防対策マニュアルの改訂									
あり	892	(89.4)	439	(88.7)	336	(89.8)	117	(90.7)	
なし	84	(8.4)	41	(8.3)	34	(9.1)	9	(7.0)	
感染予防対策マニュアルの改訂間隔 (ヶ月ごと平均±標準偏差)	22.2 ± 15.6		22.0 ± 14.2		21.2 ± 16.9		25.8 ± 16.1		F値 3.301 P値 0.037 *

(%は, 病床数別対象数に占める割合)

*P<.05

表7. 看護師が着用する衣類等に関する感染予防対策における規定または運用 (第1段階調査)

	全体 (N = 281)			小規模 (N = 13)			中規模 (N = 197)			大規模 (N = 71)			統計学的検定	
	施設数	(%)		施設数	(%)		施設数	(%)		施設数	(%)		X ² 値	P値
看護師の白衣について														
膝丈のタイプのいずれかに統一	15	(5.3)	0	(0.0)	11	(5.6)	4	(5.6)						
足首までタイプに統一	27	(9.6)	3	(23.1)	20	(10.2)	4	(5.6)					4.639	0.326
着用は自由	239	(85.1)	10	(76.9)	166	(84.3)	63	(88.7)						
計	281	(100.0)	13	(100.0)	197	(100.0)	71	(100.0)						
看護師の着用する白衣の袖のタイプ														
半袖または七分袖に統一	220	(78.3)	10	(76.9)	150	(76.1)	60	(84.5)						
手首までの長袖に統一	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)					2.164	0.339
着用は自由	61	(21.7)	3	(23.1)	47	(23.9)	11	(15.5)						
計	281	(100.0)	13	(100.0)	197	(100.0)	71	(100.0)						
カーディガンの着用														
全的に着用を廃止	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.4)						
病棟以外所など、部分的に着用可	61	(22.0)	1	(7.7)	47	(23.9)	13	(18.3)					7.341	0.290
制限なし	215	(77.6)	12	(92.3)	146	(74.1)	57	(80.3)						
計	277	(100.0)	13	(100.0)	193	(98.0)	71	(100.0)						
白衣(看護衣)の交換時の洗濯について														
全的に施設内で処理	94	(33.7)	6	(46.2)	57	(28.9)	31	(43.7)						
全的に施設外で処理	166	(59.5)	6	(46.2)	123	(62.4)	37	(52.1)					7.125	0.309
個人で処理	19	(6.8)	1	(7.7)	15	(7.6)	3	(4.2)						
計	279	(100.0)	13	(100.0)	195	(99.0)	71	(100.0)						
一人の看護師が利用可能な白衣の枚数														
1-2枚	1	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.4)						
3-4枚	101	(36.2)	7	(53.8)	73	(37.2)	21	(30.0)					6.814	0.557
5枚以上	155	(55.6)	5	(38.5)	107	(54.6)	43	(61.4)						
その他	22	(7.9)	1	(7.7)	16	(8.2)	5	(7.1)						
計	279	(100.0)	13	(100.0)	196	(100.0)	70	(100.0)						
ナースキャップについて														
廃止	228	(81.4)	8	(61.5)	158	(80.6)	62	(87.3)						
廃止を予定もしくは廃止の方向で検討中	19	(6.8)	2	(15.4)	15	(7.7)	2	(2.8)					7.920	0.441
着用は個人の自由	3	(1.1)	0	(0.0)	3	(1.5)	0	(0.0)						
着用を義務	30	(10.7)	3	(23.1)	20	(10.2)	7	(9.9)						
計	280	(100.0)	13	(100.0)	196	(100.0)	71	(100.0)						

(%は、対象数に占める割合)

表8. 看護師が着用する衣類等に関する感染予防対策マニュアルへの記載の有無 (第2段階調査)

記載内容	全体			統計学的検定†		
	小規模	中規模	大規模	X ² 値	P値	
看護師の白衣について	施設数 (%)					
記載あり	20 (4.0)	15 (4.0)	5 (3.9)			
記載なし	467 (94.3)	356 (95.2)	123 (95.3)	0.011	0.995	
無回答	8 (1.6)	3 (0.8)	1 (0.8)			
計	495 (100.0)	374 (100.0)	129 (100.0)			
看護師の着用する白衣の袖のタイプ	施設数 (%)					
記載あり	26 (5.3)	18 (4.8)	11 (8.5)			
記載なし	463 (93.5)	352 (94.1)	118 (91.5)	2.555	0.279	
無回答	6 (1.2)	4 (1.1)	0 (0.0)			
計	495 (100.0)	374 (100.0)	129 (100.0)			
看護師が着用する白衣の交換時の洗濯について	施設数 (%)					
記載あり	48 (9.7)	33 (8.8)	7 (5.4)			
記載なし	437 (88.3)	337 (90.1)	122 (94.6)	2.501	0.286	
無回答	10 (2.0)	4 (1.1)	0 (0.0)			
計	495 (100.0)	374 (100.0)	129 (100.0)			
カーディガンの着用	施設数 (%)					
記載あり	14 (2.8)	16 (4.3)	4 (3.1)			
記載なし	474 (95.8)	354 (94.7)	125 (96.9)	1.393	0.498	
無回答	7 (1.4)	4 (1.1)	0 (0.0)			
計	495 (100.0)	374 (100.0)	129 (100.0)			

(%は、対象数に占める割合)

†:無回答除く

表9. 看護師が着用する衣類等に関する感染予防対策マニュアルへの記載内容 (第2段階調査)
(感染予防対策マニュアルへの記載ありとした施設)

記載内容	全体			統計学的検定	
	施設数 (%)	小規模	中規模	大規模	X ² 値 P値
看護師の白衣について					
膝丈のタイプのいずれかが適当	6 (15.0)	5 (25.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	
足首までタイプが適当	12 (30.0)	5 (25.0)	6 (40.0)	1 (20.0)	
どのようなタイプでも規定はしない	14 (35.0)	6 (30.0)	6 (40.0)	2 (40.0)	2.622 0.623
無回答	8 (20.0)	4 (20.0)	2 (13.3)	2 (40.0)	
計	40 (100.0)	20 (100.0)	15 (100.0)	5 (100.0)	
看護師の着用する白衣の袖のタイプ					
半袖または七分袖が適当	47 (85.5)	20 (76.9)	17 (94.4)	10 (90.9)	
手首までの長袖が適当	4 (7.3)	4 (15.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	5.021 0.285
どのようなタイプでも規定はしない	4 (7.3)	2 (7.7)	1 (5.6)	1 (9.1)	
計	55 (100.0)	26 (100.0)	18 (100.0)	11 (100.0)	
看護師が着用する白衣の交換時の洗濯について					
洗濯の処理場所・業者の指定(院内外)	66 (75.0)	41 (85.4)	23 (69.7)	2 (28.6)	
洗濯する時期	48 (54.5)	24 (50.0)	19 (57.6)	5 (71.4)	8.307 0.216
洗濯時の糊の使用の是非	4 (4.5)	1 (2.1)	2 (6.1)	1 (14.3)	
その他	4 (4.5)	1 (2.1)	2 (6.1)	1 (14.3)	
カーディガンの着用					
着用しないのが適当	11 (35.5)	6 (30.0)	5 (33.3)	0 (0.0)	
病棟以外所など、部分的な着用は適当	17 (54.8)	7 (35.0)	7 (46.7)	3 (60.0)	3.205 0.524
特に規定はしない	3 (9.7)	1 (5.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	
計	31 (100.0)	14 (70.0)	14 (93.3)	3 (60.0)	

(%は、対象数に占める割合)

†: 様数回答のため、記載があるとした88施設を分母とする割合とした

表10. 看護師が着用する衣類等に関する感染予防対策における規定または運用
(第2段階調査)
(感染予防対策マニュアルへの記載なしとした施設)

	全体			大規模			統計学的検定	
	施設数	(%)		施設数	(%)		χ^2 値	P値
看護師の白衣について								
膝丈のタイプのいずれかに統一	99	(10.5)	61	(13.1)	30	(8.4)	8	(6.5)
足首までタイプに統一	157	(16.6)	91	(19.5)	53	(14.9)	13	(10.6)
着用は自由	659	(69.7)	301	(64.5)	261	(73.3)	97	(78.9)
無回答	31	(3.3)	14	(3.0)	12	(3.4)	5	(4.1)
計	946	(100.0)	467	(100.0)	356	(100.0)	123	(100.0)
看護師の着用する白衣の袖のタイプ								
半袖または七分袖に統一	633	(67.8)	304	(65.7)	249	(70.7)	80	(67.8)
手首までの長袖に統一	4	(0.4)	1	(0.2)	1	(0.3)	2	(1.7)
着用は自由	281	(30.1)	148	(32.0)	100	(28.4)	33	(28.0)
無回答	15	(1.6)	10	(2.2)	2	(0.6)	3	(2.5)
計	933	(100.0)	463	(100.0)	352	(100.0)	118	(100.0)
カーデイガンの着用								
全面的に着用を廃止	20	(2.1)	7	(1.5)	6	(1.7)	7	(5.6)
病棟以外所など、部分的に着用可	198	(20.8)	75	(15.8)	81	(22.9)	42	(33.6)
制限なし	706	(74.1)	380	(80.2)	258	(72.9)	68	(54.4)
無回答	29	(3.0)	12	(2.5)	9	(2.5)	8	(6.4)
計	953	(100.0)	474	(100.0)	354	(100.0)	125	(100.0)

*:P<.05 **:P<.001

(%)は、対象数に占める割合)

表11. 手洗いの実践に関する環境 (第1段階調査)

	全体 (N = 281)			小規模 (N = 13)			中規模 (N = 197)			大規模 (N = 71)			統計学的検定	
	平均±標準偏差											F値	P値	
ナースステーション内にある手洗い用蛇口の数	1.9 ± 0.9	1.5 ± 0.5	1.9 ± 0.9	2.0 ± 0.8	1.874	0.155								
ナースステーション内にある手洗い用蛇口水洗の施設数 (%)	(複数回答)													
自動	144 (51.2)	6 (46.2)	91 (46.2)	47 (66.2)										
レバー	155 (55.2)	8 (61.5)	116 (58.9)	31 (43.7)	7.410	0.285								
ハンドル	52 (18.5)	3 (23.1)	33 (16.8)	16 (22.5)										
その他	10 (3.6)	1 (7.7)	6 (3.0)	3 (4.2)										
手洗い後の手の乾燥に使用するもの	(複数回答)													
施設数 (%)														
布製のタオル	5 (1.8)	0 (0.0)	5 (2.5)	0 (0.0)										
ペーパータオル	263 (93.6)	11 (84.6)	185 (93.9)	67 (94.4)	4.645	0.590								
ジェットタオル	26 (9.3)	2 (15.4)	20 (10.2)	4 (5.6)										
その他	5 (1.8)	0 (0.0)	3 (1.5)	2 (2.8)										

(%は、病床数別対象数に占める割合)

表12. 未滅菌ディスプレイポーチ手袋の設置と規定

	第一段階調査 (N = 281)	第二段階調査 (N = 998)
未滅菌ディスプレイポーチ手袋の設置場所	施設数 (%) [†]	
ナースステーション内(棚や流しのそば)	217 (77.2)	
処置室または処置コーナー	244 (86.8)	
調剤室または点滴を準備するコーナー	123 (43.8)	
上記2・3項以外のナースステーション内	30 (10.7)	
汚物室	198 (70.5)	
一般病室入口の廊下側	60 (21.4)	
一般病室入口の室内側	54 (19.2)	
未滅菌ディスプレイポーチ手袋の使用方法		
感染予防対策マニュアルへの記載あり	187 (66.8)	597 (61.4)
感染予防対策マニュアルへの記載なし	93 (33.2)	375 (38.6)
計	280 (100.0)	972 (100.0)

(%)は、病床数別対象数に占める割合)

†: 複数回答のため、施設全数を分母とする割合とした

表13. 感染予防対策マニュアルへの具体的な記載があるとした施設における未滅菌ディスプレイ手袋の使用に関する記載内容

施設数 (%)	施設数 (%)	
	第一段階調査 (N = 187)	第二段階調査 (N = 597)
未滅菌ディスプレイ手袋の使用方法の内容	施設数	(%)
採血時	全患者	145 (77.5)
	特定の場面	11 (5.9)
	感染症患者と特定の場面	16 (8.6)
	感染症患者のみ	9 (4.8)
	無回答	6 (3.2)
	計	187 (100.0)
清拭時	全患者	51 (27.3)
	特定の場面	41 (21.9)
	感染症患者と特定の場面	46 (24.6)
	感染症患者のみ	16 (8.6)
	無回答	33 (17.6)
	計	187 (100.0)
洗髪時	全患者	28 (15.0)
	特定の場面	41 (21.9)
	感染症患者と特定の場面	38 (20.3)
	感染症患者のみ	20 (10.7)
	無回答	60 (32.1)
	計	187 (100.0)
蓄尿バッグを取り扱う時	全患者	160 (85.6)
	特定の場面	5 (2.7)
	感染症患者と特定の場面	7 (3.7)
	感染症患者のみ	2 (1.1)
	無回答	13 (7.0)
	計	187 (100.0)
排便に係る時	全患者	167 (89.3)
	特定の場面	3 (1.6)
	感染症患者と特定の場面	6 (3.2)
	感染症患者のみ	2 (1.1)
	無回答	9 (4.8)
	計	187 (100.0)
気管内吸引を行う時	全患者	173 (92.5)
	特定の場面	3 (1.6)
	感染症患者と特定の場面	3 (1.6)
	感染症患者のみ	(0.0)
	無回答	8 (4.3)
	計	187 (100.0)
創処置を行う時	全患者	141 (75.4)
	特定の場面	15 (8.0)
	感染症患者と特定の場面	13 (7.0)
	感染症患者のみ	4 (2.1)
	無回答	14 (7.5)
	計	187 (100.0)
薬剤や経管栄養剤などを取り扱う時	全患者	44 (23.5)
	特定の場面	52 (27.8)
	感染症患者と特定の場面	21 (11.2)
	感染症患者のみ	18 (9.6)
	無回答	52 (27.8)
	計	187 (100.0)
計	187 (100.0)	597 (100.0)

(%は、病床数別対象数に占める割合)

表14 感染予防対策マニュアルへの具体的な記載がない施設における
未滅菌ディスポーザブル手袋使用方法

		施設数 (%)	
		第一段階調査 (N = 93)	第二段階調査 (N = 375)
未滅菌ディスポーザブル手袋の使用法の内容		施設数 (%)	
採血時	全患者	16 (17.2)	50 (13.3)
	ときどき	45 (48.4)	136 (36.3)
	感染症患者のみ	25 (26.9)	136 (36.3)
	無回答	7 (7.5)	53 (14.1)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
清拭時	全患者	33 (35.5)	150 (40.0)
	ときどき	33 (35.5)	109 (29.1)
	感染症患者のみ	14 (15.1)	78 (20.8)
	無回答	13 (14.0)	38 (10.1)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
洗髪時	全患者	17 (18.3)	64 (17.1)
	ときどき	36 (38.7)	130 (34.7)
	感染症患者のみ	19 (20.4)	105 (28.0)
	無回答	21 (22.6)	76 (20.3)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
蓄尿バッグを取り扱う時	全患者	81 (87.1)	300 (80.0)
	ときどき	6 (6.5)	45 (12.0)
	感染症患者のみ	2 (2.2)	18 (4.8)
	無回答	4 (4.3)	12 (3.2)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
排便に係る時	全患者	85 (91.4)	345 (92.0)
	ときどき	4 (4.3)	17 (4.5)
	感染症患者のみ	0 (0.0)	8 (2.1)
	無回答	4 (4.3)	5 (1.3)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
気管内吸引を行う時	全患者	78 (83.9)	315 (84.0)
	ときどき	8 (8.6)	34 (9.1)
	感染症患者のみ	3 (3.2)	13 (3.5)
	無回答	4 (4.3)	13 (3.5)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
創処置を行う時	全患者	34 (36.6)	163 (43.5)
	ときどき	46 (49.5)	137 (36.5)
	感染症患者のみ	9 (9.7)	54 (14.4)
	無回答	4 (4.3)	21 (5.6)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)
薬剤や経管栄養剤などを 取り扱う時	全患者	4 (4.3)	17 (4.5)
	ときどき	48 (51.6)	163 (43.5)
	感染症患者のみ	27 (29.0)	86 (22.9)
	無回答	14 (15.1)	109 (29.1)
	計	93 (100.0)	375 (100.0)

(%は、病床数別対象数に占める割合)

表15 無菌操作に関連する物品や機材の取り扱い

	施設数 (%)	
	第一段階調査 (N = 281)	第二段階調査 (N = 998)
包交車の使用		
	施設数 (%)	施設数 (%)
廃止	9 (3.2)	39 (3.9)
廃止を予定もしくは廃止の方向で検討中	16 (5.7)	50 (5.0)
病棟の事情により使用	42 (14.9)	110 (11.0)
使用中	212 (75.4)	791 (79.3)
無回答	2 (0.7)	8 (0.8)
計	281 (100.0)	998 (100.0)
処置時の滅菌鑷子の取り扱い	施設数 (%) [†]	
ステンレス製の長時間置く鉗子立てに直接入れて使用	52 (18.5)	
滅菌された鉗子立てに、直接、一時的に入れて使用	53 (18.9)	
滅菌されていない鉗子立てに、滅菌鑷子が入っていた滅菌パックを入れ、その中に一時的に入れて使用	52 (18.5)	
滅菌鑷子が入っていた滅菌パックのみで、使用	182 (64.8)	
その他	14 (5.0)	
滅菌器材のパッキングの単位	施設数 (%) [†]	
鑷子 単包		722 (72.3)
鉗子立て		389 (39.0)
その他		37 (3.7)
ガーゼ 単包		701 (70.2)
カスト		424 (42.5)
その他		22 (2.2)
綿球 単包		617 (61.8)
万能壺		411 (41.2)
その他		103 (10.3)

(%)は、病床数別対象数に占める割合)

†:複数回答のため、施設全数を分母とする割合とした

表16 デイスポーザーガブルの滅菌材料を再利用しているもの (第2段階調査のみ)

	施設数 (%) [†]			
	全体 (N = 998)	小規模 (N = 495)	中規模 (N = 374)	大規模 (N = 129)
カテーテルチップ	216 (21.6)	114 (23.0)	74 (19.8)	28 (21.7)
吸引カテーテル	215 (21.5)	131 (26.5)	66 (17.6)	18 (14.0)
滅菌カップ	147 (14.7)	85 (17.2)	45 (12.0)	17 (13.2)
注射器	145 (14.5)	78 (15.8)	53 (14.2)	14 (10.9)
栄養チューブ	135 (13.5)	64 (12.9)	50 (13.4)	21 (16.3)
点滴ボトルまたはパック	120 (12.0)	66 (13.3)	42 (11.2)	12 (9.3)
ガーゼ	47 (4.7)	31 (6.3)	14 (3.7)	2 (1.6)
胃チューブ	43 (4.3)	25 (5.1)	17 (4.5)	1 (0.8)
手袋	13 (1.3)	10 (2.0)	3 (0.8)	0 (0.0)
針	9 (0.9)	7 (1.4)	1 (0.3)	1 (0.8)
綿球	9 (0.9)	4 (0.8)	4 (1.1)	1 (0.8)
膀胱内留置カテーテル	5 (0.5)	3 (0.6)	2 (0.5)	0 (0.0)

†: 複数回答のため, 施設全数を分母とする割合とした

表17 感染予防対策マニュアルにおける環境整備に関する記載の有無と実際の方法

	施設数 (%)	
	第一段階調査 (N = 281)	第二段階調査 (N = 998)
環境整備の方法について	施設数	(%)
感染予防対策マニュアルへの記載あり	537	(56.2)
感染予防対策マニュアルへの記載なし	418	(43.8)
計	955	(100.0)
感染予防対策マニュアルへ記載されている環境整備の方法	施設数	(%) [†]
化学性雑巾(アルコール綿や布を含む)を使用し, 再利用	47	(8.8)
化学性雑巾(アルコール綿や布を含む)を使用し, 使いきり	302	(56.2)
布製雑巾を使用し, 再利用	208	(38.7)
布製雑巾を使用し, 使いきり	59	(11.0)
その他	99	(18.4)
実際に行われている環境整備の方法	施設数	(%) [†]
化学性雑巾(アルコール綿や布を含む)を使用し, 再利用	21	(7.5)
化学性雑巾(アルコール綿や布を含む)を使用し, 使いきり	152	(54.1)
布製雑巾を使用し, 再利用	145	(51.6)
布製雑巾を使用し, 使いきり	24	(8.5)
その他	6	(2.1)

(%)は, 病床数別対象数に占める割合)

†: 複数回答のため, 施設全数を分母とする割合とした

5. 考察

1) 感染予防対策に必要な体制づくりに及ぼす影響の検討

感染予防対策は、医療においては大きな課題であり、確実に実施すれば、院内感染に使われた治療費は、確実に削減できるとされ(Haley RW ほか, 1985), 医療経済面においても、大きな効果を上げることが可能となる。1999年に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が施行されたことにより、わが国の院内感染の対策は、大きく進歩してきたといえる。しかし、未だに院内感染の発生率が大幅には減少しておらず、各施設に合った実践可能な適切な方法がとられるよう、施設ごとに検討していく必要があると思われる。

そのため、本研究では、各施設が具体的にどのような内容のものを実施しているのかを中心に、質問紙調査を実施した。2段階に分けた調査を行ったが、それぞれの回収率が40%以上を超えたことは、各施設の関心の高さが窺える。質問紙とともに、質問状や相談が書かれた用紙が同封されて返信されてくる施設が少なくなく、関心の高さのみならず、各施設が困窮していることを示すものと思われた。これらの施設の質問状や相談に対しては、本研究班が1件ずつ、対応にあたる予定である。

各施設に合った実践可能な適切な方法をとるためには、それぞれの施設で感染予防対策について十分な検討を重ねる必要がある。そのための人材として、感染対策チームや感染対策委員会の役割が重要であり、「院内感染防止対策に関する基準」にも明確に記されている。本研究の結果から、地域性や施設の規模により、感染対策委員会の構成人数に影響を及ぼすことが明らかとなった。医師数は、近畿地方が最も多い東高西低の様相を示したことに對し、看護師数は関東地方が最も少ない東低西高の様相であり、医師とは逆の違いを示した。医師・看護師は、感染対策チームや感染対策委員会には欠かせない構成員であるが、現在は専任ではなく、兼務であることが多いことから、構成員と構成人数の適正配置がなされた組織体制は困難であることがうかがえる。そのようなことから、本研究で得られた結果のように、少ない人数のところを、医師と看護師でお互いに補い合っている可能性も考えられた。今後は、そのようなことがないよう、適正配置がなされた組織体制を目指すとともに、専任となる人材の確保と職務を遂行するための保証を行う体制を整える必要が示唆された。

感染対策チームや感染対策委員会が正常に機能するためには、専任の医師または看護師を適正配置することが、重要であるということが、Haley RW ほか(1985)の研

究からも示されている。これらにより、得られる効果は、感染発生率の減少、感染発生率の減少に伴う在院期間の短縮と余剰の治療の削減、医療の質の向上などが挙げられる。したがって、各施設は、他の施設と同等の組織を構成しようとするばかりに、実践が不可能となるよりも、実践可能な組織構成を目指し、自らの施設の特徴や地域性などを熟知の上で、組織体制の整備を図ることが望ましいと思われる。

2) 感染対策マニュアルの内容の充実と機能の向上

感染予防対策は、医療従事者個人の意識や行動レベルで解決するものではなく、組織が一丸となって、適切に統一した対策をとることが重要であり、そのためには感染対策マニュアルの作成が不可欠である。また、そのマニュアルは、存在することに意味があるのではなく、最新の内容が反映され、充実することにより、機能しなければならない。感染対策マニュアルの見直しがどのように行われているかについて、過去 5 年間の研究を概観しても、該当論文は 60 件程度である。小林(2002a)らによっても、感染対策マニュアルの作成は、感染対策チーム(ICT)の任務として挙げられているが、見直しや更新については挙げられていない。

本研究の結果からは、感染対策マニュアルは、1999 年に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が施行されたことを機に、その前後で作成された施設が多いことが推察された。感染対策マニュアルが機能するためには、職員が適切に行動できるよう、常に内容を見直し、更新していくことが必要であるが、本研究の結果からは、全体的に 2 年ごとにしか改訂が行われていないことが示された。また、大規模施設での改訂期間は、小中規模施設よりも長く、感染対策委員会の構成員が多いことや、兼務であることから、改訂にかけるための時間の確保が困難であることが示唆された。

感染対策マニュアルの内容をみると、実施が可能となるよう、より具体的な内容を入れる必要性が示された。感染予防対策では、看護師の着用する白衣は、長袖であると袖口が汚れやすく、感染源になるとされている(「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会編, 2003)ことから、多くの施設が長袖を認めていない。そのため、白衣の上は、半袖または七分袖という袖が汚れにくいタイプのを規定している施設が多かった。しかし、カーディガンの着用については、制限を設けておらず、多くの施設は、それらについて、感染対策マニュアルへの記載がない施設であった。白衣の

上の着用についての規定がされている一方で、長袖のカーディガンを着用することは、感染予防対策上、矛盾する行為である。したがって、現在、一部の施設が行っているように、カーディガンの着用について、どのような場合に許可されるのか、具体的に記載するのが望ましいと思われる。

また、看護師がカーディガンを着用するのは、多くの場合、防寒を目的とするものであり、もし、看護師に防寒が必要であるならば、入院患者にはさらに防寒が必要であるという状況を考えることは想像するにたやすい。したがって、患者の入院生活の調整という面からも、看護師が病棟内でカーディガンを着用することは、ほとんど発生しないと思われ、おのずと着用する必然性は限局されてくるであろう。したがって、カーディガン（長袖）の着用について、感染対策マニュアルに明記するか、あるいは、教育の中で適切な使用方法を明確化することなどがよいと思われる。

ナースキャップについては、汚染されやすいことが既に明確になっている（「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会編，2003）が、わずかの施設で、まだ着用を義務付けていた。中でも、看護部は廃止を希望しているが、施設の創設者や施設長の方針などが障壁になっている要因が明らかとなった。また、ナースキャップの着用は、患者に対する危険性のみで、感染予防対策として認識されていない施設もあった。ナースキャップは、その素材や機能性からも、糊付けするようなタイプが多いと思われる。しかし、でんぷんを主成分とする糊は、細菌の温床となることも知られている。このようなことから、感染対策マニュアルには、ナースキャップ廃止もしくは型の変更後であっても、感染予防対策上、何が問題になるのかについて説明を明記しておく必要があると思われる。

感染対策マニュアルの内容を充実させるには、看護実践や医療行為の中で発生する具体的な内容を入れることがよいと思われる。その代表的な内容として、手袋の使用方法や、環境整備の方法、滅菌物の取り扱いなどが挙げられる。感染予防対策では最も感染する可能性が高いものとして、創や血液が挙げられるが、それらを取り扱う際には、手袋の使用は必須である。しかし、手袋の使用について、感染対策マニュアルへの記載があるとしている施設においても、その使用は、排泄に関するものが多く、創や血液を取り扱う場合の手袋の使用は全患者対象にはなっていないことが明らかとなった。このことは、知久ほか（2002）の研究によっても、ガーゼ交換の際に毎回手袋を着用しているのは、4.2%であり、対策をとった後においても65.4%にすぎなかった。

たことが報告されており、本研究でも類似の結果が示された。スタンダード・プリコーションの基本的考え方である「全ての患者の体液・血液は、感染の可能性のあるものとして扱う」ことが、わが国にはまだ十分普及していないことが窺えた。また、感染対策マニュアルへの記載がないとした施設では、さらにその使用率が低下することも、本研究の結果によって示唆された。感染対策マニュアルへ具体的な手袋使用に関する記載がないということは、その使用に関する全ての判断を、新人から熟練者まで、本人に依存しているということを意味している可能性が高い。しかし、個人の判断がそれぞれに異なっていれば、効果的な感染予防対策にはならない。したがって、遵守しなければならない行動や、感染予防の技術についての内容を、感染対策マニュアルに入れておく必要があるだろう。

同様のことが、滅菌物の取り扱いや、環境整備の方法にも相当する。多くの施設が包交車を使用しているが、ステンレス製の長時間置く鉗子立てを使用している施設は少なく、無菌操作に必要な鑷子・ガーゼ・綿球などは、単包として提供されている施設が多いことが示された。しかし、一方で、鉗子立て・ガーゼカスト・万能壺が使用されている、もしくは併用されている施設も少なくなかった。これらのことから、感染対策マニュアルには、包交車の使い方、無菌操作に必要な物品の提供方法と使用方法などについて、具体的に記載することが必要であると思われる。例えば、包交車の使い方は病棟によって異なるので、病棟ごとに任せる、のではなく、開放で放置する鉗子立ては使用しない、とか、開放で放置する鉗子立てを使用する場合は、開封した者が監視可能な範囲で使用する、というように、ある程度の方向性を示すこともひとつであろう。

滅菌物の取り扱いの中で、デイスポーザブルの滅菌材料を、何らかの理由で“再利用”している施設が多かったことは、本研究では大きな注目すべき結果のひとつである。本研究では、研究目的に適合しないことから、再利用の目的までは調査をしていないが、本来、滅菌材料として提供されているものを再利用するということは、感染予防対策上、“使いまわし”につながり、複数の新たな感染経路をつくることになる。また、本来の目的ではないものに使用するということは、思わぬ事故につながる可能性も大きい。カテーテルチップや注射器を再利用する目的は、細い器具類の洗浄時や液体の注入などであることが予想される。しかし、それらの本来の目的から考えると、薬液や栄養剤、胃液などの体液や血液が入っていた可能性が非常に高い。そのことから、

感染予防対策上、感染源となる可能性の高いものを洗浄や注入に使用することで、感染経路となると思われる。また、洗浄に使用したときは、何らかの洗浄剤などが付着あるいは残存していることもあり、それを何かの注入に使用するということは、事故の誘発因子となるだろう。カテーテルチップや栄養チューブなどは、栄養剤を注入するために使用するものであり、それらの洗浄が不十分なまま放置すれば、細菌の温床となることは既に知られている。そのため、栄養剤が残存しないよう洗浄することは、非常に困難であることから、ディスポーザブルとなっている。それらを再利用・再使用することは、内部で増殖した細菌を、患者に入れることになり、感染経路をつくることになる。点滴ボトルまたはパックの再利用の目的として、散見されるのは、空になった点滴パックの中に水を入れ、何らかの消毒剤によって着色した後、冷凍庫で凍らせて冷罨法に使用するというものである。そのように使用される点滴パックというのは、使用しやすい大きさから、100mL程度の小さな容量のものであると推察される。100mL程度の小さな容量の点滴パックは、特に生理食塩水の場合は、抗生剤を混注して使用する場合が少なくない。したがって、抗生剤を注射後、空になった容器を十分に洗浄することは非常に難しく、輸液剤や輸液回路は、血液の逆流や、清潔操作がおろそかになることによる微生物の空気・接触伝播や、患者自身からの直接伝播によって、潜在的に汚染される可能性が高いとされる(西岡・石原, 1999)。点滴パックに水を入れて使用するということは、微生物の直接伝播をさせていることになり、内部を汚染することで、内部に残存する薬剤(抗生剤)によっては、耐性菌を作ってしまうことにつながることも考えられる。感染予防対策上では、1回使用である物品や器具類の再使用は推奨されず、麻酔関連の器具については再使用の安全性を保証するデータはない(RutalaWA, 1996)とされるように、点滴パックの再利用に関して安全性を示す研究及び危険性を示す研究は見当たらない。さらに、安全性についても、本来の使用目的から逸脱して使用するため、内部に残存している薬剤の化学変化など、再利用時に安全性を脅かす可能性が非常に高いことが推察される。このようなことから、ディスポーザブルの滅菌材料の再利用の制限について、感染対策マニュアルには明記する必要がある(AORN guidance statement, 2005)。特に、再利用を禁止するもの、ある程度の回数と場合を限定した範囲ならば制限つきで再利用が許されるもの、とに分類して、記載した方がよいと思われる。

環境整備については、看護ケアの中でも重要なケアのひとつであるが、感染予防対

策の視点から、マニュアルへ記載している施設が半数程度であったことから、感染予防対策としての認識あるいはマニュアルへの記載が必要であるという認識があまり高くないことが示唆された。マニュアルへ記載している施設では、化学雑巾を使用し、使いきりにしているところも多かったが、一方で、布雑巾を再利用するという施設も少なくなく、マニュアルへの記載がない施設では、さらに多かった。患者の環境整備の際、ベッド周辺の物品を拭く方法が様々であり、各施設内で検討されていないことが示唆された。このことから、環境整備の方法と物品及びその後の処理について、感染対策マニュアルに明記する必要があると思われた。

3) 感染予防に関する教育・推進活動の継続性

感染対策チーム(ICT)の任務として、現場への介入(教育的介入)が挙げられている(小林ほか, 2002a)ように、感染予防の効果を上げるためには、教育・推進活動は重要であり、またそれらが単発あるいは断続的ではなく、継続して行われる必要がある。

本研究の結果から、感染予防対策の中で、特に重要と認識されていたのは手洗いであるが、職員への教育は、あまり重要視されていないことがわかった。そこで、手洗いに関する教育活動がどのように行われているのかに、着目した。入職の際の新人研修では、ほとんどの施設が教育として実施していたが、以後の教育が継続されている施設は半数程度であることが示された。特に、中小規模施設よりも、大規模施設の方が、継続教育を行うところは少なく、本人あるいは配属先へ依存されている可能性があることが推察された。今回の研究では、どの程度マニュアル通りに実施されているかをチェックする方法までは調査項目に入れなかったが、感染管理医師(ICD)や感染管理看護師(ICN)らの有無や実践内容と合わせて、今後明らかにしていくことが研究の課題として挙げられる。

職員が、確実に感染予防に関する手技を実施するためには、確実な手技を修得することが重要となる。教育形態が講義のみでは、知識の習得にとどまってしまい、手技との統合をするためにも、積極的に演習を取り入れていくことがよいだろう。本研究の結果からは、入職後に行われる研修では、演習を取り入れている施設は少なく、勤務時間と研修日程の都合や、研修費用の問題などが影響している可能性が推察された。医療施設における感染対策に関わる組織が、一方的に教育・推進活動を行うの

ではなく、職員が、専門職としての自覚を持ち、自学自習の能力を高めることで、教育・推進活動に継続的に参画できるような体制の整備と教授方法の工夫が必要と思われる。

4) 看護職によるスタンダードプレコーションの普及に向けたガイドラインの検討

本研究の結果は、スタンダードプレコーションの普及に向けたガイドラインを検討するために、資するところが大きい。スタンダードプレコーションに基づく看護職による実践の現状は十分とは言えず、感染対策マニュアルに必要な内容や、教育・推進活動を継続することの重要性が示唆された。

今後、スタンダードプレコーションの普及に向けたガイドラインを作成する際に、入れるべき重要事項を次のように提言したい。

- ① 自らの施設の特徴や規模，地域性などをふまえた上で，感染予防対策に必要な体制を整備する。
 - ・感染対策チームや感染対策委員会が正常に機能するための，専任の医師または看護師を確保し，適正に配置する。
 - ・感染対策チームや感染対策委員会における専任者が，職務を遂行することを保証できる体制を整備する。
- ② 感染対策マニュアルは，スタンダードプレコーションをふまえた上で，実践可能な具体的な内容を充実させ，機能性を向上させる。
 - ・感染対策マニュアルは，定期的に見直しと更新を行い，職員への啓蒙を行う。
 - ・職員が着用するもの（白衣，ナースキャップなど）についても，制限されるもの・禁止されるものを分類し，それぞれについて，衣類のタイプや袖の長さ，着用する場所などを具体的に明記する。
 - ・看護実践や医療行為の中で発生する具体的な内容を入れる。
(手袋の使用方法や，環境整備の方法，滅菌物の取り扱いなど)
 - ・物品の特徴と適正な取り扱い方について，再利用の制限・禁止事項を明記する。
(滅菌材料の再利用，滅菌材料の適正な保管と運用など)
- ③ 感染予防に関し，継続的な教育・推進活動を行う。
 - ・新人研修のみではなく，定期的な研修を行い，継続させることで，手技の向上を

図る。

- ・専門職として、職員の自学自習の能力を高めるような体制の整備と教授方法の工夫をする。

以上のような重要事項を中核とするガイドラインを作成することで、今後は、わが国にもスタンダードプレコーションが普及し、感染予防対策の効果として、院内感染の発生率が減少し、医療費削減とともに、医療の質が高められるであろう。今後は、効果的な感染対策マニュアルの要素や、教育・推進活動について、更なる検討を重ねる必要がある。

6. 結論

本研究は、看護職及び看護部門による感染予防対策（スタンダードプレコーションの主要項目）の実践の現状について、全国の中小規模の医療施設を対象に、明らかにした初めての研究である。そのため、スタンダードプレコーションの普及に向けたガイドラインを検討するために、資するところが大きい。

感染予防対策における組織体制として、感染対策委員会などの構成人数と職種については、地域や施設規模により違いのあることが明らかとなった。また、現在の感染予防対策マニュアルは、記載されている項目に、施設によるばらつきがみられた。さらに感染予防に関する教育は、入職時が最も多く、以後継続される施設が少なかった。

現在の感染予防対策としては、それぞれの施設に適切な組織体制（構成員と構成人数）を確保することが必要であることが示された。感染対策マニュアルは、スタンダードプレコーションにおける実践可能な具体的項目を十分ふまえておらず、看護師個人の判断に任されている可能性があることが示唆された。また、感染予防対策上、重要な項目として手洗いは認識はされているものの、今後、継続的な教育・推進活動が重要であることが示唆された。

以上のことから、看護職によるスタンダードプレコーションの普及に向けたガイドラインの検討において、有用な示唆を得た。

- 1) 自らの施設の特徴や規模、地域性などをふまえた上で、感染予防対策に必要な

体制を整備する。

- 2) 感染対策マニュアルは、スタンダードプレコーションをふまえた上で、実践可能な具体的な内容を充実させ、機能性を向上させる。
- 3) 感染予防に関し、継続的な教育・推進活動を行う。

参考文献

AORN guidance statement (2005): Reuse of single-use devices/in Standards, Recommended Practices, and Guidelines (Denver: AORN, Inc, 2005), 185-191.

福地典子, 増田知恵子, 田内恵子ほか(2000): ナースキャップ交換時期に関する意識調査 感染防止の立場から, 感染防止, 10(4), 36-40.

Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM.(1985): The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol, 121(2), 182-205.

HERWALDT, L. A. and WENZEL, R. P (1995): Dynamics of hospital-acquired infection. In Murray, P. R. et al. (eds): Manual of clinical microbiology (6th ed), 169-178, ASM, Washington, DC.

医事出版者(1999): 別冊 EBM(Evidence Based Medicine)に基づいた院内感染予防対策, 診療と新薬, 36(12), 10-40.

「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会編 (2003): ユニバーサルプレコーション実践マニュアルー新しい感染予防対策一, 南江堂, 東京.

医療施設政策研究会編(2003): 病院要覧〈2003-2004年版〉, 医学書院, 東京.

石井史郎, 高木偉博, 倉林工ほか(2003): 新潟大学附属病院周産母子センターNICUにおける MRSA(メチシリン耐性ブドウ球菌)感染の現状と対策, 新潟医学会雑誌, 117(3), 164-169.

小林寛伊(1999): 特集・医療現場における感染防止対策 病因感染防止対策の現状と今後, 臨床と微生物, 26(4), 359-362.

小林寛伊, 吉倉 廣, 荒川宜親(2002a): 厚生労働省医薬局安全対策課編, エビデンスに基づいた感染制御, メヂカルフレンド社, 東京.

小林督子, 内海節子(2002b): 看護業務における手洗いに関する研究 視覚的認知を伴う教

育プログラムの効果, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 13, 21-28.

工藤明子, 越玲子(2003):客観的臨床能力試験を手洗い教育に取り入れて, 健生病院医報, 26, 22-24.

中村朋子, 阿部和美, 林麻美ほか(2003):手洗いの実態調査 細菌数と性格検査, 感染防止, 13(4), 44-49.

西岡憲吾訳・石原 晋監訳(1999):麻酔業務における感染対策のための勧告(第2版), 県立広島病院 麻酔・集中治療科, 広島.

RutalaWA.(1996):Disinfection and sterilization of patient-care items. Infect Control Hosp Epidemiol, 17, 377-384..

武政良江, 杉田芙美恵, 田島啓子ほか(2000):ナースキャップの汚染度の実態調査, 感染防止, 10(1), 50-55.

知久祐子, 田中裕美, 山田弘美ほか(2002):ガーゼ交換時の手袋着用率向上への対策とその成果, 聖隷三方原病院雑誌, 6(1), 36-38.

謝辞

ご多忙の中を, 本調査にご協力いただいた医療施設の皆様に, 心より感謝申し上げます。

調査資料編

資料 1・・・第一段階調査事前確認文書(看護部長宛協力検討依頼文書, 同意書)

資料 2・・・第一段階調査実施時文書

(看護部長宛協力依頼文書, 院長宛調査協力依頼文書, 調査概要説明文)

資料 3・・・第一段階調査実施時質問紙

(協力者宛調査協力依頼文書, 質問紙)

資料 4・・・第二段階調査実施時文書

(看護部長宛協力依頼文書, 院長宛調査協力依頼文書, 調査概要説明文)

資料 5・・・第二段階調査実施時質問紙

(協力者宛調査協力依頼文書, 同意書, 質問紙)

資料 6・・・第二段階調査終了後文書(礼状)

看護部長 様

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」研究班
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・筑波大学 樋之津淳子

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」に関する調査への協力ご検討のお願い

謹啓

解氷の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて本日は、御多忙の中を突然にお伺い申し上げまして恐縮でございますが、私ども研究班で計画いたしております標記調査へのご協力につきまして、ぜひとも御検討をお願いいたしたく、書面をもちましてお伺い申し上げた次第でございます。本来ならば、お訪ねしてお願い申し上げるべきでございますが、お許しくださいませよう、併せてお願い申し上げます。

わが国の医療技術の進歩や食物及び栄養の充足などにより、感染症による死亡は減少いたしました。が、医療現場における院内感染は、21 世紀を迎えた現在でも大きな課題となっております。各医療施設に感染対策委員会が設置されるなど、かなりの整備が進んできたと思われませんが、医療施設における院内感染の発生は続いております。ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われれます。

そこで、私たちは、看護職による感染予防対策の実践内容に着目し、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策をより充実させていきたいと考えました。そのためには、貴院におかれまして感染予防対策の実践の現状をお聞きしたいと思ひ、本調査へのご協力のご検討をお願い申し上げます。

なお、本研究は、平成 17 年度の文部科学省の科学研究費補助金(基盤研究 C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)として認可されました。今回、ご協力の御検討のお願いをいたしております本調査は、この研究の一環として行うもので、概略は別紙に記させていただきます。御高覧くださいませようお願い申し上げます。

お忙しい折にお手数をおかけして申し訳ございませんが、本調査へのご協力の御検討をお願いできるようでしたら、改めて、調査依頼書及び調査票を、御指定のありました送付先宛にお送りいたしたく存じますので、同封の葉書に、御意見を御記くださいませ、3 月 10 日頃までに御投函くださいます様、お願い申し上げます。何卒ご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者 藤田比左子

広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号

TEL/FAX : 082-257-5356

E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

同意書(往復はがき使用)

〒734-8551

広島市南区霞 1-2-3

広島大学大学院保健学研究科

藤田比左子 行

〒734-8551

広島市南区霞 1-2-3

広島大学大学院保健学研究科

藤田比左子 行

看護部長 様

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」 研究班

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」

調査票送付とご協力をお願い

謹啓

早春の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

先日は、標記調査へのご協力依頼の申し出にご快諾いただきまして、誠に有難うございました。

さて本日は、標記調査の調査票をお送りさせていただきました。御多忙の中をお手を煩わせて大変恐縮ではございますが、何卒ご助力くださいますよう、宜しく願い申し上げます。

本調査は、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策の充実を目指し、その前提となる看護職による感染予防対策の実践内容を把握することを目的とした、平成 17～18 年度文部科学研究費補助金(基盤研究 C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)の一翼を担うものです。

ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われまます。

そのためにも、是非とも皆様の貴重な御意見、日々の実践内容をお聞かせいただきたいと切望しております。そこで、配布回収方法につきましては、お忙しい折にお手数をおかけして本当に申し訳ございませんが、調査にご協力いただく1名の方に、返信用封筒にて、御投函いただけますようお願い申し上げます。

なお、調査は、全て無記名の上、統計処理を行い、調査票は厳重保管いたしますので、個人や施設が特定されることは一切ございません。また、本調査にご協力いただける場合には、調査票にご回答いただき、ご協力を見合わされる場合には、調査票に何も記入なさらないようお願い申し上げます。その上で、調査票を返信用封筒に入れて、封をした後、**3月25日まで**には御投函いただければ幸いです。

本当に、御多忙の折に誠に申し訳ございませんが、何卒本調査へのご支援を賜りますよう、宜しく願い申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者 藤田比左子

広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座

〒734-8551 広島県広島市南区霞1丁目2番3号

TEL/FAX : 082-257-5356

E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班：
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・筑波大学 樋之津淳子

平成 18 年 3 月

病院長 殿

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」研究班
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・筑波大学 樋之津淳子

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」
に関する調査へのご協力をお願い

謹啓

早春の候、先生におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて本日は、御多忙の中を誠に恐縮ではございますが、私ども研究班で計画いたしております標記調査へのご協力を是非ともお願いいたしたく、書面をもちましてお伺い申し上げた次第でございます。本来ならば、お訪ねしてお願い申し上げるべきところでございますが、お許しくださいますよう、併せてお願い申し上げます。

わが国の医療技術の進歩や食物及び栄養の充足などにより、感染症による死亡は減少いたしました。医療現場における院内感染は、21世紀を迎えた現在でも大きな課題となっております。各医療施設に感染対策委員会が設置されるなど、かなりの整備が進んできたと思われませんが、医療施設における院内感染の発生は続いております。ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われれます。

そこで、私たちは、看護職による感染予防対策の実践内容に着目し、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策をより充実させていきたいと考えました。そのためには、貴院におかれまして感染予防対策の実践の現状をお聞きしたいと思ひ、本調査へのご協力のご検討をお願い申し上げます。

なお、本研究は、平成17年度の文部科学省の科学研究費補助金(基盤研究C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)として認可されました。今回、ご協力の御検討のお願いをいたしております本調査は、この研究の一環として行うもので、概略は別紙に記させていただきます。また、用います調査票等を同封いたしましたので、御高覧くださいませお願い申し上げます。

御多忙の折にお手数をおかけして誠に申し訳ございませんが、何卒本調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げますと共に、先生をはじめ、貴院職員の皆様方のますますのご盛栄を祈念申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者 藤田比左子

広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座

〒734-8551 広島県広島市南区霞1丁目2番3号

TEL/FAX : 082-257-5356

E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

**「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」に関する調査
概要説明**

1. 調査目的
看護職によるスタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)の中の主要項目について、その実践の現状を伺い、効果的かつ具体的な実践内容を確認するための資料とさせていただきます。
2. 調査対象
病院年鑑により無作為抽出し、調査への協力をご承諾いただいた病院において、看護部長様もしくは看護部管理部門・感染対策委員などの関係者の方 1 名様に、御回答いただきます。
3. 調査方法
 - 1) 調査票形式
無記名の個別自記式の形式です。
 - 2) 調査票分量
A4版用紙で 5 頁程度の量ですが、回答は選択肢方式のため、15 分間以内に記載を終了できる分量です。
 - 3) 調査項目
感染予防対策に関する実践内容 17 項目(手洗いの設置、ナースユニフォーム・ナースキャップ・手袋の着用・創傷処置・ドレッシング材の使用など)、病院の属性 4 項目で構成しております。
 - 4) 回答方式
一部、自由記載欄を備えた選択回答(択一・重複)肢方式です。
 - 5) 配布と回収
ご協力を承諾いただいた看護部管理部門の方のお手を煩わして申し訳ございませんが、封筒に入れた協力依頼書・協力承諾記載欄つき調査票・返信用封筒を、上記 2 に示した調査対象条件に合致する 1 名の方にお渡しいただきたく存じます。調査票の返送は、調査対象者が、回答記載後に、返信用封筒を用いて御投函いただきます。
 - 6) 分析方法
ご回答結果はコード化し、統計処理を行います。
 - 7) 保管方法
ご回答原票は、広島大学大学院保健学研究科看護開発講座 基礎看護開発学研究室内に設置している施錠保管庫で、厳重に保管いたしますので、外部に漏れることはありません。また、報告書等作成後は、厳重に廃棄処理いたします。
4. 公表と報告
統計処理後の結果公表は、本研究の義務である科学研究費補助金研究報告書と、関連学会などへの発表及び論文として公表を予定しておりますが、それらについては調査対象者の承諾を得て行います。
なお、調査協力者・各施設への報告は、ホームページ公開などで行います。
5. 倫理的配慮
広島大学医学部保健学科看護学専攻 倫理委員会の倫理審査規定に基づき、審査を受けた上で実施させていただきます。
実施の際は、調査主旨・方法を記載した調査協力依頼文書に調査票を添えて、協力機関にお送りし、調査協力への御承諾をいただいております。
直接回答いただく調査対象者には、調査主旨・方法を記載した調査協力依頼文書をお読み頂き、調査票の協力承諾意向記載により、協力の諾否を確認いたします。回答は、無記名であり、コード化され統計処理されることから、ご協力いただいたことやご協力いただかなかったことにより、個人や施設名が特定されることや御迷惑をおかけする可能性は全くございません。また、調査票を返送後に、ご協力を撤回されることはできませんが、回答が無記名で行われることから、個人や施設名が特定されることや御迷惑をおかけする可能性は全くございません。

調査ご協力者 様

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」研究班「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」
調査へのご協力をお願い

謹啓

早春の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて本日は、御多忙の中を恐縮ではございますが、標記調査につきまして、ご協力を賜りたく、書面をもちましてお伺い申し上げた次第でございます。

本調査は、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策の充実を目指し、その前提となる看護職による感染予防対策の実践内容を把握することを目的とした、平成 17～18 年度文部科学研究費補助金(基盤研究 C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)の一翼を担うものです。

ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われまます。

そのためにも、是非とも皆様の貴重な御意見、日々の実践内容をお聞かせいただきたいと切望しております。

お忙しい折にお手数をおかけして誠に申し訳ございませんが、何卒本調査の主旨をお汲み取りくださり、本調査へのご協力を賜りますよう、宜しくお願い申し上げます。

調査は全て無記名の上、統計処理を行い、調査票は厳重保管いたしますので、個人や施設が特定されることは一切ございません。

本調査にご協力いただける場合には、調査票にご回答ください。

ご協力を見合わされる場合には、調査票に何も記入なさらなくてください。

その上で、調査票を返信用封筒に入れて、封をした後、**3 月 25 日まで**には御投函いただければ幸いです。なお、ご協力いただける場合・見合わされる場合のいずれの場合も、調査票が無記名であることから、貴院及びご回答いただいた方に御迷惑をおかけすることは一切ございません。

何卒ご協力を賜りますよう、切にお願い申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者: 藤田比左子

広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号

TEL/FAX : 082-257-5356

E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班：
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・筑波大学 樋之津淳子

本調査では、現在、貴院で実践されている感染予防対策について、お尋ねいたします。ご回答いただく調査票は、5ページ（片面印刷）です。回答は、当てはまる番号を○で囲むか、（ ）内に数字または言葉をご記入ください。

I 貴院のことについてお尋ねいたします。

Q1. 貴院の所在地域について

1. 北海道・東北地方
2. 関越地方
3. 東海・北陸地方
4. 近畿地方
5. 中四国地方
6. 九州・沖縄地方

Q2. 貴院の病床数について

1. 200床未満
2. 200～399床
3. 400床以上

Q3. 貴院の看護部が総括する看護職員の人数について

約（記入： ）名

Q4. 貴院の看護部に所属する常勤の（正看）看護師数について

約（記入： ）名

II 貴院の看護師による感染予防対策の実践内容のおおよそについて、お尋ねいたします。

Q5. 管理職以外の看護師が着用する白衣（看護衣）の下は、どのようなタイプですか？

1. 膝丈のスカート・ワンピース・キュロット・ショートパンツのいずれかに統一している
2. 足首までのパンツまたはパンタロンタイプに統一している
3. 1.2.のどちらも、着用は自由にさせている

Q6. 管理職以外の看護師が着用する白衣（看護衣）の袖は、どのようなタイプですか？

1. 半袖または七分袖に統一している
2. 手首までの長さの長袖
3. 1.2.のどちらも、着用は自由にさせている

Q7. 看護師のカーディガンの着用を、どのようにしていますか？

1. 全面的に着用を廃止
2. 病棟以外での場所など、部分的になら着用可
3. 制限はしていない

Q8. 看護師が着用する白衣（看護衣）の交換時の洗濯について、どのようにしていますか？

1. 全面的に施設内で処理
(院内における業務委託も含む)
2. 全面的に施設外で処理
3. 個人で処理

差し支えなければ、一人の看護師が利用可能な白衣の枚数は何枚か、お聞かせください。

1. 1-2枚
2. 3-4枚
3. 5枚以上
4. その他

()

Q9. 看護師が着用するナースキャップについて、どのようにしていますか？

1. 廃止している
2. 廃止を予定もしくは廃止の方向で検討中である
3. 統一したナースキャップはあるが、着用は個人の自由としている
4. 着用を義務づけている

差し支えなければ、そのようにされた、もしくはしている理由をお聞かせください。

記入:

Ⅱ 貴院における標準的な一般病棟について、お尋ねいたします。

Q10. 1病棟あたりの病床数は、おおよその程度ですか？

(記入:) 床程度

Q11. 1病棟あたりの常勤の看護師数(正看)は、どのくらいですか？

約(記入:)名

P2

Q12. 手洗い設備について、手洗い専用の蛇口は、ナースステーションの中には何ヶ所ありますか？

(記入:)ヶ所程度

その蛇口水栓のタイプは、どのようなものですか？

- 1. 自動
 - 2. レバー
 - 3. ハンドル
 - 4. その他
- ()

Q13. 病棟の廊下に手洗いのできる蛇口が設置されていますか？

- 1. ある
- 2. ない

手洗いのできる蛇口は、病棟の廊下には何ヶ所ありますか？

(記入:)ヶ所程度

その蛇口水栓のタイプは、どのようなものですか？

- 1. 自動
 - 2. レバー
 - 3. ハンドル
 - 4. その他
- ()

Q14. 手洗い後の手の乾燥は、何を使用していますか？（複数回答可）

- 1. 布製のタオル
 - 2. ペーパータオル
 - 3. ジェットタオル
 - 4. その他
- ()

Q15. 速乾性すり込み式手指消毒剤を使用されていますか？

- 1. 使用している
- 2. 使用していない

差し支えなければ、使用していない理由を、お聞かせください。

記入:

Q16. 一般病棟において、ディスポーザブルの滅菌されていない手袋はどこに設置されていますか？（複数回答可）

1. ナースステーション内（棚や流しのそば）
2. 処置室または処置コーナー
3. 調剤室または点滴を準備するコーナー
4. 上記 2.3.以外のナースステーション内
5. 汚物室
6. 一般病室入口の廊下側
7. 一般病室入口の室内側

Q17. ディスポーザブルの滅菌されていない手袋をどのような場合に使用するかについて、感染予防マニュアルなどへの具体的な記載はありますか？

1. ある
2. ない

一般病棟における看護師は、次の場面で手袋をどのように使用していると思われますか？

	全患者	ときどき	感染症患者に 対してのみ
① 採血時	1	2	3
② 清拭時	1	2	3
③ 洗髪時	1	2	3
④ 蓄尿バッグを取り扱う時	1	2	3
⑤ 排便に係る時	1	2	3
⑥ 気管内吸引を行う時	1	2	3
⑦ 創処置を行う時	1	2	3
⑧ 注射薬や経管栄養剤などを取り扱う時	1	2	3

記載されているのは、次の場面でどのような場合ですか？

	全患者	特定の場面 のみを記載	感染症患者 の場合と、 特定の場面 の記載	感染症患者に 対してのみ
① 採血時	1	2	3	4
② 清拭時	1	2	3	4
③ 洗髪時	1	2	3	4
④ 蓄尿バッグを取り扱う時	1	2	3	4
⑤ 排便に係る時	1	2	3	4
⑥ 気管内吸引を行う時	1	2	3	4
⑦ 創処置を行う時	1	2	3	4
⑧ 薬剤や経管栄養剤などを 取り扱う時	1	2	3	4

Q18. 一般病棟において、包交車を使用していますか？

1. 廃止している
2. 廃止を予定もしくは廃止の方向で検討中である
3. 病棟の事情に任せている
4. 使用している

Q19. 一般病棟において、処置時の滅菌鑷子の取り扱いをどのようにしていますか？

(複数回答可)

1. ステンレス製の長時間置く鉗子立てに直接入れて使用する
2. 滅菌された鉗子立てに、直接、一時的に入れて使用する
3. 滅菌されていない鉗子立てに、滅菌鑷子が入っていた滅菌パックを入れ、その中に一時的に入れて使用する
4. 滅菌鑷子が入っていた滅菌パックのみで、使用する
5. その他

ご意見をお聞かせください

()

Q20. 一般的な術後の手術創の処置（感染症患者以外）において、どのようなドレッシング方法をとっていますか？

1. ドレッシング材を使用し、毎日創処置を行う
2. ドレッシング材を使用し、数日おきに創処置を行う
3. 滅菌ガーゼをサージカルテープで貼り、毎日創処置を行う
4. 滅菌ガーゼをサージカルテープで貼り、数日おきに創処置を行う
5. その他

()

Q21. 環境整備の際、物品の汚れをどのように拭いていますか？ (複数回答可)

1. 化学性雑巾（アルコール綿や布を含む）を使用し、再利用する
2. 化学性雑巾（アルコール綿や布を含む）を使用し、使いきりにする
3. 布製雑巾を使用し、再利用する
4. 布製雑巾を使用し、使いきりにする
5. その他

ご意見をお聞かせください

()

ご多忙中、ご協力誠にありがとうございました。厚く御礼申し上げます。
返信用封筒に入れ、ご投函くださいませ。

P5

看護部長 様

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」 研究班「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」
調査票送付とご協力のお願い

謹啓

黄葉の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて本日は、御多忙の中を突然にお伺い申し上げまして恐縮でございますが、私ども研究班で計画いたしております標記調査へのご協力を、ぜひともお願いいたしたく、書面をもちましてお伺い申し上げた次第でございます。本来ならば、お訪ねしてお願い申し上げるべきでございますが、お許しくださいますよう、併せてお願い申し上げます。

わが国の医療技術の進歩や食物及び栄養の充足などにより、感染症による死亡は減少いたしました。が、医療現場における院内感染は、21 世紀を迎えた現在でも大きな課題となっております。各医療施設に感染対策委員会が設置されるなど、かなりの整備が進んできたと思われませんが、医療施設における院内感染の発生は続いております。ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われれます。

そこで、私たちは、看護職による感染予防対策の実践内容に着目し、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策をより充実させていきたいと考えました。そのためにも、是非とも皆様の貴重な御意見、日々の実践内容をお聞かせいただきたいと切望しており、本調査へのご協力をお願い申し上げます。

なお、本研究は、平成 17-18 年度の文部科学省の科学研究費補助金(基盤研究 C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)として認可されました。今回、ご協力をお願いをいたしております本調査は、この研究の一環として行うもので、概略は別紙に記させていただきます。御高覧くださいませようお願い申し上げます。

配布回収方法につきましては、お忙しい折にお手数をおかけして本当に申し訳ございませんが、調査にご協力いただく 1 名の方に、同封させていただきました調査票にご回答の上、返信用封筒にて、御投函いただけますようお願い申し上げます。

なお、調査は、全て無記名の上、統計処理を行い、調査票は厳重保管いたしますので、個人や施設が特定されることは一切ございません。また、本調査にご協力いただける場合には、調査票にご回答いただき、ご協力を見合わされる場合には、調査票に何も記入なさらないようお願い申し上げます。その上で、調査票を返信用封筒に入れて、封をした後、**10 月 02 日まで**には御投函いただければ幸いです。

本当に、御多忙の折に誠に申し訳ございませんが、何卒本調査へのご支援を賜りますよう、宜しく願い申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者 藤田比左子
広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座
〒734-8551 広島県広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号
TEL/FAX : 082-257-5356
E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班：
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・札幌市立大学 樋之津淳子

平成 18 年 9 月

病院長 殿

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」研究班
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・札幌市立大学 樋之津淳子

**「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」
に関する調査へのご協力をお願い**

謹啓

黄葉の候、先生におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて本日は、御多忙の中を誠に恐縮ではございますが、私ども研究班で計画いたしております標記調査へのご協力を是非ともお願いいたしたく、書面をもちましてお伺い申し上げた次第でございます。本来ならば、お訪ねしてお願い申し上げるべきところでございますが、お許しくださいますよう、併せてお願い申し上げます。

わが国の医療技術の進歩や食物及び栄養の充足などにより、感染症による死亡は減少いたしました。が、医療現場における院内感染は、21 世紀を迎えた現在でも大きな課題となっております。各医療施設に感染対策委員会が設置されるなど、かなりの整備が進んできたと思われませんが、医療施設における院内感染の発生は続いております。ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われま。

そこで、私たちは、看護職による感染予防対策の実践内容に着目し、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策をより充実させていきたいと考えました。そのためには、貴院におかれまして感染予防対策の実践の現状をお聞きしたいと思ひ、本調査へのご協力をお願い申し上げます。

なお、本研究は、平成 17・18 年度の文部科学省の科学研究費補助金(基盤研究 C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)として認可されました。今回、ご協力をいたしております本調査は、この研究の一環として行うもので、用います調査票は、看護部へお送りさせていただきます。概略は別紙に記載させていただきましたので、御高覧ください様お願い申し上げます。

御多忙の折にお手数をおかけして誠に申し訳ございませんが、何卒本調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げますと共に、先生をはじめ、貴院職員の皆様方のますますのご盛栄を祈念申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者 藤田比左子

広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号

TEL/FAX : 082-257-5356

E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

**「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」に関する調査
概要説明**

1. 調査目的
看護職によるスタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)の中の主要項目について、その実践の現状を伺い、効果的かつ具体的な実践内容を確立するための資料とさせていただきます。
2. 調査対象
病院年鑑により無作為抽出し、調査への協力をご承諾いただいた病院において、看護部長様もしくは看護部管理部門・感染対策委員などの関係者の方1名様に、御回答いただきます。
3. 調査方法
 - 1) 調査票形式
無記名の個別自記式の形式です。
 - 2) 調査票分量
A4版用紙で8ページ程度の量ですが、回答は選択肢方式のため、15分間以内に記載を終了できる分量です。
 - 3) 調査項目
感染予防対策に関する実践内容24項目(感染対策マニュアルの記載内容・手洗いの設置、ナースユニフォーム・手袋の着用・創傷処置・ドレッシング材の使用など)、病院の属性7項目で構成しております。
 - 4) 回答方式
一部、自由記載欄を備えた選択回答(択一・重複)肢方式です。
 - 5) 配布と回収
ご協力を承諾いただいた看護部管理部門の方のお手を煩わして申し訳ございませんが、封筒に入れた協力依頼書・協力承諾記載欄つき調査票・返信用封筒を、上記2に示した調査対象条件に合致する1名の方にお渡しいただきたく存じます。調査票の返送は、調査対象者が、回答記載後に、返信用封筒を用いて御投函いただきます。
 - 6) 分析方法
ご回答結果はコード化し、統計処理を行います。
 - 7) 保管方法
ご回答原票は、広島大学大学院保健学研究科看護開発講座 基礎看護開発学研究室内に設置している施錠保管庫で、厳重に保管いたしますので、外部に漏れることはございません。また、報告書等作成後は、厳重に廃棄処理いたします。
4. 公表と報告
統計処理後の結果公表は、本研究の義務である科学研究費補助金研究報告書と、関連学会などへの発表及び論文として公表を予定しておりますが、それらについては調査対象者の承諾を得て行います。
なお、調査協力者・各施設への報告は、ホームページ公開などで行いますが、ご希望があれば、報告書を個々に送付させていただきます。
5. 倫理的配慮
広島大学医学部保健学科看護学専攻 倫理委員会の倫理審査規定に基づき、審査を受けた上で実施させていただきます。
実施の際は、調査主旨・方法を記載した調査協力依頼文書に調査票を添えて、協力機関にお送りし、調査協力への御承諾をいただいております。
直接回答いただく調査対象者には、調査主旨・方法を記載した調査協力依頼文書をお読み頂き、調査票の協力承諾意向記載により、協力の諾否を確認いたします。回答は、無記名であり、コード化され統計処理されることから、ご協力いただいたことやご協力いただかなかったことにより、個人や施設名が特定されることや御迷惑をおかけする可能性は全くございません。また、調査票を返送後に、ご協力を撤回されることはできませんが、回答が無記名で行われることから、個人や施設名が特定されることや御迷惑をおかけする可能性は全くございません。

資料 5

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班：
広島大学 藤田比左子・山形大学 吉谷須磨子・札幌市立大学 樋之津淳子

平成 18 年 9 月

調査ご協力者 様

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの
実践の現状と普及に関する研究」研究班

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」
調査へのご協力をお願い

謹啓

黄葉の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて本日は、御多忙の中を恐縮ではございますが、標記調査につきまして、ご協力を賜りたく、書面をもちましてお伺い申し上げた次第でございます。

本調査は、院内感染の発生を減少させるための効果的かつ具体的な感染予防対策の充実を目指し、その前提となる看護職による感染予防対策の実践内容を把握することを目的とした、平成 17～18 年度文部科学研究費補助金(基盤研究 C)「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」(17592225)の一翼を担うものです。

ご存知のように、米国を中心として、スタンダードプレコーション(標準的感染予防対策)といわれるものが、世界に向けて発信されており、わが国でも、感染予防対策のマニュアルとその具体的な実践への評価についての検討が必要と思われまます。

そのためにも、是非とも皆様の貴重な御意見、日々の実践内容をお聞かせいただきたいと切望しております。

お忙しい折にお手数をおかけして誠に申し訳ございませんが、何卒本調査の主旨をお汲み取りくださり、本調査へのご協力を賜りますよう、宜しくお願い申し上げます。

調査は全て無記名の上、統計処理を行い、調査票は厳重保管いたしますので、個人や施設が特定されることは一切ございません。

本調査にご協力いただける場合には、調査票にご回答ください。

ご協力を見合わされる場合には、調査票に何も記入なさらないでください。

その上で、研究協力承諾書へ協力の可否をご記入の上、小さな封筒へ入れて下さい。調査票と承諾書入りの小封筒を返信用封筒(大)に入れて、封をした後、**10月02日までには御投函いただければ幸いです**。なお、ご協力いただける場合・見合わされる場合のいずれの場合も、調査票が無記名であることから、貴院及びご回答いただいた方に御迷惑をおかけすることは一切ございません。

何卒ご協力を賜りますよう、切にお願い申し上げます。

謹白

御不明なことがありましたら下記までお問い合わせくださるようお願いいたします。

研究代表者 藤田比左子

広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座

〒734-8551 広島県広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号

TEL/FAX : 082-257-5356

E-mail : hfujita@hiroshima-u.ac.jp

研究協力承諾書

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班：
広島大学 藤田比左子(研究代表者)宛

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」における調査の内容と、研究協力による利益と不利益について、文書を用いて説明を受け、その内容を十分理解いたしました。

研究協力について (該当する記号に○をつけてください)

1. 同意します。
2. 同意しません。

(記入された月日をご記入ください)

平成 18 年 月 日

(可能であれば自筆署名または病院名をお願いいたします。ご支障がございます場合は、空欄のままをお願いいたします。)

氏名 または 病院名

※分析終了後の報告書について

1. 送付を希望します。
2. 送付を希望しません。

↓
<1. 送付を希望します。を選択された方は下記のご記入をお願いいたします>

送付先

宛先:施設名 _____

〒 _____

住所: _____

送付受取の方のご氏名: _____

送付受取の方の役職: _____

研究協力承諾書の封筒に入れ、調査票の返信用封筒にご同封の上、ご返送ください。

※なお、この承諾書は研究班で責任をもって開封し、調査票と別々に開封・保管し、調査票は誰が書いたかわからないようにして集計いたします。この方法によりますと、承諾書を提出した方の数は確認できますが、それぞれの調査票につきましては、誰が書いたかわからないままに解析できるもので、個々のプライバシーの保護に配慮しております。お名前・施設名・住所が記入してある承諾書は、報告書送付の必要の確認および送付に必要なもので、それ以外には使用いたしません。

本調査では、現在、貴院で実践されている感染予防対策について、お尋ねいたします。ご回答いただく調査票は、8ページ(両面印刷)でQ31まであります。回答は、当てはまる番号を○で囲むか、()内に数字または言葉をご記入ください。

I 貴院のことについてお尋ねいたします。

Q1. 貴院の所在地域について

1. 北海道・東北地方
2. 関越地方
3. 東海・北陸地方
4. 近畿地方
5. 中四国地方
6. 九州・沖縄地方

Q2. 貴院の病床数について

1. 200床未満
2. 200~399床
3. 400床以上

Q3. 貴院の看護部が総括する看護職員の人数について

約(記入:)名

Q4. 貴院の看護部に所属する常勤の(正看)看護師数について

約(記入:)名

II 貴院の看護師による感染予防対策の実践内容のおおよそについて、お尋ねいたします。

Q5. 貴院に感染対策委員会は設置されていますか?

1. されている
2. されていない

感染対策について、どのように対処されていますか?
(師長会議・管理者会議など)

Q8へお進み下さい。

Q6. 貴院に設置されている感染対策委員会の構成員は、どのような職種で何名ですか?

下記の当てはまるもの全てについて、お聞かせください。

- | | |
|-------------|--------|
| 1. 看護師 ()名 | 5. その他 |
| 2. 医師 ()名 | (職種:) |
| 3. 薬剤師 ()名 | (人数:) |
| 4. 事務職 ()名 | |

裏へお進みください。

Q14. ディスポーザブルの滅菌されていない手袋をどのような場合に使用するかについて、感染予防マニュアルへの具体的な記載はありますか？

1. ある
2. ない

一般病棟における看護師は、次の場面で手袋をどのように使用していると思われるですか？

	全患者	ときどき	感染症患者に 対してのみ
① 採血時	1	2	3
② 清拭時	1	2	3
③ 洗髪時	1	2	3
④ 蓄尿バッグを取り扱う時	1	2	3
⑤ 排便に係る時	1	2	3
⑥ 気管内吸引を行う時	1	2	3
⑦ 創処置を行う時	1	2	3
⑧ 注射薬や経管栄養剤などを取り扱う時	1	2	3

記載されているのは、次の場面でどのような場合ですか？

	全患者	特定の場面 のみを記載	感染症患者 の場合と、 特定の場面 の記載	感染症患者に 対してのみ
① 採血時	1	2	3	4
② 清拭時	1	2	3	4
③ 洗髪時	1	2	3	4
④ 蓄尿バッグを取り扱う時	1	2	3	4
⑤ 排便に係る時	1	2	3	4
⑥ 気管内吸引を行う時	1	2	3	4
⑦ 創処置を行う時	1	2	3	4
⑧ 薬剤や経管栄養剤などを 取り扱う時	1	2	3	4

裏へお進みください。

Q15. 一般的な術後の手術創の処置(感染症患者以外)におけるドレッシング方法について、感染予防マニュアルへの具体的な記載はありますか？

1. ある
2. ない

一般病棟において、どのようなドレッシング方法が行われていると思われますか？（複数回答可）

1. ドレッシング材を使用し、毎日創処置を行う
2. ドレッシング材を使用し、数日おきに創処置を行う
3. 滅菌ガーゼをサージカルテープで貼り、毎日創処置を行う
4. 滅菌ガーゼをサージカルテープで貼り、数日おきに創処置を行う
5. その他
()

次の項目で、感染予防マニュアルへ記載されているものはどれですか？（複数回答可）

1. ドレッシング材の選択
2. ドレッシング材の交換方法（消毒薬や無菌操作も含む）
3. ドレッシング材の交換時期
4. その他
()

Q16. 環境整備の際（感染症患者以外）、物品の汚れを拭く方法について、感染予防マニュアルへの具体的な記載はありますか？

1. ある
2. ない

一般病棟において、どのような拭く方法が行われていると思われますか？
(複数回答可)

感染予防マニュアルへどのように記載されていますか？（複数回答可）

1. 化学性雑巾（アルコール綿や布を含む）を使用し、再利用する
2. 化学性雑巾（アルコール綿や布を含む）を使用し、使いきりにする
3. 布製雑巾を使用し、再利用する
4. 布製雑巾を使用し、使いきりにする
5. その他
ご意見をお聞かせください
()

Q20. 看護師のカーディガンの着用について、感染予防マニュアルへの具体的な記載はありますか？

1. ある
2. ない

現在は、どのように運用されていますか？

1. 全面的に着用を廃止
2. 病棟以外での場所など、部分的になら着用可
3. 制限はしていない

感染予防マニュアルへどのように記載されていますか？

1. 着用しない方が適当である
2. 病棟以外での場所など、部分的になら着用は適当である
3. 特に規定はしない

Ⅱ 貴院における標準的な一般病棟について、お尋ねいたします。

Q21. 1 病棟あたりの病床数は、おおよそどの程度ですか？

(記入:) 床程度

Q22. 1 病棟あたりの常勤の看護師数 (正看) は、どのくらいですか？

約 (記入:) 名

Q23. 手洗い設備について、手洗い専用の蛇口は、ナースステーションの中には何ヶ所ありますか？

(記入:) ヶ所程度

その蛇口水栓のタイプは、どのようなものですか？

1. 自動
2. レバー
3. ハンドル
4. その他 ()

Q24. 病棟の廊下に手洗いのできる蛇口が設置されていますか？

1. ある
2. ない

手洗いのできる蛇口は、病棟の廊下には何ヶ所ありますか？

(記入:) ヶ所程度

その蛇口水栓のタイプは、どのようなものですか？

1. 自動
2. レバー
3. ハンドル
4. その他
()

裏へお進みください。

Q30. 一般病棟において、ディスプレイザブルの滅菌材料で、廃棄せずに、洗浄・消毒・滅菌のいずれかの後、再利用するもの、もしくはすることがあるものの番号に○をおつけください。

※ここでいう再利用とは、患者に対してだけでなく、業務上使用する（例：使用後の注射器でカテーテルに水を通すなど）場合も全て含みます。

1. 注射器
 2. 針
 3. ガーゼ
 4. 綿球
 5. 点滴ボトルまたはパック
 6. 吸引カテーテル
 7. 膀胱内留置カテーテル
 8. 胃チューブ
 9. 手袋
 10. カテーテルチップ
 11. 栄養チューブ
 12. 滅菌カップ
 13. その他
- ()

Q31. 本調査へご記入いただいている方の職位は何ですか？

1. 管理職（看護部長・副看護部長など）
 2. 中間管理職（看護師長・副看護師長など）
 3. 非管理職（一般職員など）
 4. その他
- ()

ご多忙中、ご協力誠にありがとうございました。厚く御礼申し上げます。
返信用封筒に入れ、ご投函くださいませ。

官製はがき使用

「日本における看護職によるスタンダードプレコーション
の実践の現状と普及に関する研究」
ご協力への御礼とお願い

謹啓 暮秋の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、ご依頼申し上げておりました標記調査につきましては、多くの医療施設の皆様から貴重なご回答を拝受いたしました。誠に有難うございました。これも偏に、看護部長様のご理解とご尽力のお陰と、研究班一同、心より感謝申し上げます。

何かとご多忙の時期にお手を煩わせるご依頼を申し上げ、誠に申し訳なく、改めてお詫び申し上げます。お陰様で、現在、順調に入力作業を進め、分析作業に着手できる予定でございます。

まずは、取り急ぎ御礼を申し上げますとともに、今後も何卒ご支援を賜りますよう宜しくお願い申し上げます

なお、調査票がまだお手元にごございましたら、大変恐縮ですが、是非ご協力いただきたく、お願い申し上げます。本状と行き違いに、既にご協力いただいております場合は、失礼の段、お許し下さいませ。

末筆ながら、看護部長様をはじめ、皆様の益々のご活躍を祈念申し上げます。 謹白

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班

研究代表者 藤田比左子
TEL/FAX:082-257-5356
E-mail:hfuji@hiroshima-u.ac.jp

「日本における看護職によるスタンダードプレコーション
の実践の現状と普及に関する研究」
ご協力への御礼

謹啓 暮秋の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、ご依頼申し上げておりました標記調査につきましては、多くの医療施設の皆様から貴重なご回答を拝受いたしました。誠に有難うございました。これも偏に、看護部長様・ご協力者様のご理解とご尽力のお陰と、研究班一同、心より感謝申し上げます。

何かとご多忙の時期にお手を煩わせるご依頼を申し上げ、誠に申し訳なく、改めてお詫び申し上げます。お陰様で、現在、順調に入力作業を進め、分析作業に着手できる予定でございます。別封の承諾書にて、報告書の送付をご希望いただいた施設様には、分析及び総括が終了し次第、お送りする予定でございます。

まずは、取り急ぎ御礼を申し上げますとともに、今後も何卒ご支援を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

末筆ながら、看護部長様をはじめ、皆様の益々のご活躍を祈念申し上げます。 謹白

「日本における看護職によるスタンダードプレコーションの実践の現状と普及に関する研究」研究班

研究代表者 藤田比左子
TEL/FAX:082-257-5356
E-mail: hfujita@hiroshima-u.ac.jp

VI. 研究発表

藤田比左子, 樋之津淳子, 吉谷須磨子

看護職による感染予防対策実践の現状に関する分析.

第 26 回看護科学学会学術集会, 神戸市, 2006.12.2-3.

(日本看護科学学会学術集会 26 回講演集, 269, 2006.11.)

発表形式: 示説

抄録:

目的 近年, 各医療機関では, 感染対策委員会を設置し, 院内感染の根絶に努力しているが耐性菌等の課題がつかない。そこで, 感染予防対策の課題を明らかにするため, スタンダードプレコーションの実態を調査し, その属性と感染予防対策内容との関連を検討した。

方法 調査の対象は, 病院要覧 2003-2004 年版に掲載のある医療施設から, 精神科と 100 床未満を除く, 病床数を層化変数とした比例層化無作為抽出した 500 ヶ所の病院である。288 の病院から郵送による回収(有効回答率 57.6%)を行い, 関連性を χ^2 検定により分析した。なお, 本研究の実施においては, 広島大学医学部保健学科看護学専攻倫理委員会の承認を得た。

結果 協力を得られた病院は, 210(74.7%)が 400 床未満, 71(25.3%)が 400 床以上であった。ナースキャップ着用は, 254(88.5%)が廃止或いは廃止の方向であったが, 30(10.5%)は着用を義務付けていた。カーディガンの着用制限は, 221(77.8%)が制限なしと回答した。どんな時に手袋を使用するか, 感染予防マニュアルに具体的に記載があるとした病院は, 193(67.2%)であり, 病院の規模による有意差は認められなかった。また, 環境整備の際の物品の汚れの拭き方は, 148(51.4%)の病院が, 布製雑巾を再利用していた。感染予防マニュアルへの手袋使用の具体的記載の有無と, 環境整備の際の雑巾の利用方法(再利用・一回使用)との間には, 有意な差は認められなかった。

考察 本研究では, 感染予防対策の具体的な内容(感染経路)として, 手袋を使用する場合が明確でなかったり, カーディガンの着用制限がない病院が多いことが明らかとなった。これらは病院の規模による違いがなかったことから, 予防対策マニュアルが作成されているものの, 具体的内容の記載が不十分であり, それらは看護師個人の判断に一任されていることが推察された。また, 感染経路や感染源となる得るナース・キャップ着用や布製雑巾の再利用など, マニュアルの記載内容の整備の必要性があると考えられた。今後は各病院が作成しているマニュアルの記載内容の具体性と, 現在行われている感染予防に関する看護師への教育内容を明らかにしていく必要があると考えられた。

看護職による感染予防対策実践 の現状に関する分析

藤田 比左子(広島大学大学院保健学研究科)
樋之津 淳子(札幌市立大学看護学部看護学科)
吉谷 須磨子(山形大学医学部看護学科)

目 的

日本における院内感染に関する全国調査は、日本環境感染学会が1999年に開始したばかりであり、ほとんどの研究は感染予防対策の視点からマニュアルの作成にとどまり、重要な役割を果たす看護職による具体的な感染予防対策の実践に関するわが国の文献は稀少である。近年、各医療機関では、感染対策委員会を設置し、院内感染の根絶に努力しているが耐性菌等の課題が付きない。そこで、感染予防対策の課題を明らかにするため、スタンダードプレコーションの実態を調査し、その属性と感染予防対策内容との関連を検討した。

方 法

- 調査対象
病院要覧 2003-2004年版に掲載のある医療施設から、精神科と100床未満を除く、病床数を層化変数とした比例層化無作為抽出した500ヶ所の病院
- 調査期間
2006年2月～3月
- データ収集及び回収
無記名(病院名)による自記式質問紙を用いた郵送法調査
- 分析方法
288の病院から郵送による回収(有効回答率57.6%)を行い、関連性を χ^2 検定により分析した。
- 倫理的配慮
本研究の実施においては、広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座倫理委員会の承認を得た。

対象病院の属性

カテゴリー	内訳	配布数	数(N)	割合(%)
病院規模	400床未満	340	210	61.8
	400床以上	160	71	44.4
	不明		7	
地方別分類	北海道・東北		44	15.3
	関越・関東		87	30.2
	東海・北陸		52	18.1
	近畿		48	16.7
	中四国		32	11.1
	九州・沖縄		24	8.3
	不明		1	0.3

ユニフォームのタイプに関する着用規定の有無と 病院規模及び地域別との関連

		膝丈のスカート・ワンピース・キュロット・ショートパンツのいずれかに統一している	足首までのパンツまたはパンタロンタイプに統一している	着用は自由にさせている	統計学的検定
病院規模	400床未満 (n=210)	11 (5.2)	23 (11.0)	176 (83.8)	X ² =1.729 P=0.421
	400床以上 (n=71)	4 (5.6)	4 (5.6)	63 (88.7)	
地域別	北海道・東北 (n=44)	3 (6.8)	1 (2.3)	40 (90.9)	X ² =5.672 P=0.842
	関東・甲信越 (n=87)	5 (5.7)	8 (9.2)	74 (85.1)	
	東海・北陸 (n= 52)	1 (1.9)	7 (13.5)	44 (84.6)	
	近畿 (n=48)	3 (6.3)	6 (12.5)	39 (81.3)	
	中四国 (n= 32)	2 (6.3)	3 (9.4)	27 (84.4)	
	九州・沖縄 (n= 24)	1 (4.2)	3 (12.5)	20 (83.3)	

()内は、各カテゴリーに占める割合

ユニフォームの袖の長さに関する規定の有無と 病院規模及び地域別との関連

		半袖または七分袖に統一している	手首までの長さの長袖に統一している	着用は自由にさせている	統計学的検定
病院規模	400床未満 (n=210)	160 (76.2)	0 (0.0)	50 (23.8)	X ² =2.159 P=0.142
	400床以上 (n=71)	60 (84.5)	0 (0.0)	11 (15.5)	
地域別	北海道・東北 (n=44)	28 (63.6)	0 (0.0)	16 (36.4)	X ² =7.987 P=0.157
	関東・甲信越 (n=87)	72 (82.8)	0 (0.0)	15 (17.2)	
	東海・北陸 (n= 52)	44 (84.6)	0 (0.0)	8 (15.4)	
	近畿 (n=48)	37 (77.1)	0 (0.0)	11 (22.9)	
	中四国 (n= 32)	24 (75.0)	0 (0.0)	8 (25.0)	
	九州・沖縄 (n= 24)	19 (79.2)	0 (0.0)	5 (20.8)	

()内は、各カテゴリーに占める割合

カーディガンの着用規定の有無と 病院規模及び地域別との関連

		全面的に着用を廃止	病棟以外での場所など 部分的になら着用可	制限はしていない	統計学的検定
病院規模	400床未満 (n=206)	0 (0.0)	48 (23.3)	158 (76.7)	X ² =3.586 P=0.167
	400床以上 (n=71)	1 (1.4)	13 (18.3)	57 (80.3)	
地域別	北海道・東北 (n=44)	0 (0.0)	6 (13.6)	38 (86.4)	X ² =9.445 P=0.490
	関東・甲信越 (n=86)	1 (1.2)	17 (19.8)	68 (79.1)	
	東海・北陸 (n=49)	0 (0.0)	9 (18.4)	40 (81.6)	
	近畿 (n=48)	0 (0.0)	16 (33.3)	32 (66.7)	
	中四国 (n=32)	0 (0.0)	9 (28.1)	23 (71.9)	
	九州・沖縄 (n=24)	0 (0.0)	4 (16.7)	20 (83.3)	

()内は、各カテゴリーに占める割合

ナースキャップの着用規定の有無と 病院規模及び地域別との関連

		廃止している	廃止を予定もしくは廃 止の方向で検討中で ある	統一したナースキャッ プはあるが、着用は個 人の自由としている	着用を義務づけ ている	統計学的検定
病院規模	400床未満 (n=209)	166 (79.4)	17 (8.1)	3 (1.4)	23 (11.0)	X ² =3.699 P=0.296
	400床以上 (n=71)	62 (87.3)	2 (2.8)	0 (0.0)	7 (9.9)	
地域別	北海道・東北 (n=44)	36 (81.8)	3 (6.8)	0 (0.0)	5 (11.4)	X ² =16.980 P=0.320
	関東・甲信越 (n=87)	70 (80.5)	6 (6.9)	1 (1.1)	10 (11.5)	
	東海・北陸 (n=51)	47 (92.2)	1 (2.0)	0 (0.0)	3 (5.9)	
	近畿 (n=48)	38 (79.2)	5 (10.4)	1 (2.1)	4 (8.3)	
	中四国 (n=32)	28 (87.5)	2 (6.3)	0 (0.0)	2 (6.3)	
	九州・沖縄 (n=24)	14 (58.3)	3 (12.5)	1 (4.2)	6 (25.0)	

()内は、各カテゴリーに占める割合

感染予防マニュアルによる手袋着用の規定の有無と 病院規模及び地域別との関連

		規定あり	規定なし	統計学的検定
病院規模	400床未満 (n=209)	137 (65.6)	72 (34.4)	X ² =0.567 P=0.451
	400床以上 (n=71)	50 (70.4)	21 (29.6)	
地域別	北海道・東北 (n=44)	29 (65.9)	15 (34.1)	X ² =3.339 P=0.648
	関東・甲信越 (n=86)	62 (72.1)	24 (27.9)	
	東海・北陸 (n=52)	36 (69.2)	16 (30.8)	
	近畿 (n=48)	28 (58.3)	20 (41.7)	
	中四国 (n=32)	23 (71.9)	9 (28.1)	
	九州・沖縄 (n=24)	15 (62.5)	9 (37.5)	

()内は、各カテゴリーに占める割合

感染予防マニュアルによる環境整備の際の 物品の汚れの拭き方の規定の有無と 病院規模及び地域別との関連

病院規模	のべ数 及び全体に占める割合(%)	化学性雑巾 (アルコール綿 や布を含む)を 使用し再利用 する	化学性雑巾(アル コール綿や布を含 む)を使用し、使い きりにする	布製雑巾を使用 し再利用する	布製雑巾を使用 し使いきりにす る	統計学的検定
病院規模	400床未満 (n=210)	15 (7.1)	116 (55.2)	105 (50.0)	17 (8.1)	X ² =0.810 P=0.0.847
	400床以上 (n=71)	6 (8.5)	36 (50.7)	40 (56.3)	7 (9.9)	
地域別	北海道・東北 (n=44)	2 (4.5)	23 (52.3)	25 (56.8)	2 (4.5)	X ² =18.935 P=0.217
	関東・甲信越 (n=87)	11 (12.6)	56 (64.4)	38 (43.7)	8 (9.2)	
	東海・北陸 (n=52)	1 (1.9)	28 (53.8)	30 (57.7)	5 (9.6)	
	近畿 (n=48)	6 (12.5)	18 (37.5)	26 (54.2)	5 (10.4)	
	中四国 (n=32)	1 (3.1)	19 (59.4)	13 (40.6)	3 (9.4)	
	九州・沖縄 (n=24)	0 (0.0)	12 (50.0)	16 (66.7)	1 (4.2)	

感染予防マニュアルへの手袋着用の規定の有無と
環境整備の際の物品の汚れを拭く物品の使用法との関連

	総計	手袋着用の規定 あり	手袋着用の規定 なし	統計学的検定
1回のみ使用(使い捨て)	180 (62.7)	126 (65.3)	54 (57.4)	X ² =2.412 P=0.120
再使用	169 (58.9)	105 (54.4)	64 (68.1)	
総 計	287 (100.0)	193 (100.0)	94 (100.0)	

()内は、各カテゴリーに占める割合

結 果

ユニフォームの袖の長さについては、ほとんどが短い丈のものに規定されていたが、裾の長さについては、個人の自由に任されていた。また、カーディガンの着用制限も、221病院(77.8%)で、個人の自由に任されていた。ナースキャップ着用は、254(88.5%)が廃止或いは廃止の方向であったが、30(10.5%)は着用を義務付けていた。どんな時に手袋を使用するか、感染予防マニュアルに具体的に記載があるとした病院は、193病院(64.9%)であった。また、環境整備の際の物品の汚れの拭き方は、148(51.6%)の病院が、布製雑巾を再利用していた。いずれも、病院の規模や地域別による有意差は認められなかった。

感染予防マニュアルへの手袋着用の具体的記載の有無と、環境整備の際の雑巾の利用方法(一回のみ使用・再使用)との間には、有意な差は認められなかった。しかし、感染予防マニュアルへの手袋着用の記載がある病院は、記載のない病院と比較すると、環境整備の際には、一回のみ使用としている割合が高い傾向にあった。

考 察

1. 規定の統一性の不足

ユニフォームの着用に関する規定については、上着の袖の規定はあるが、カーディガンの着用は自由に行っていることから、袖口が感染源・感染経路となる可能性は存続していると思われた。

2. 個人の責任への依存

カーディガンの着用やユニフォームの裾の長さについては、看護師個人の責任に依存しており、個人がどれほどの知識があるか不明である可能性が高く、知識・意識の標準化を図る必要があると思われた。

また、手袋着用についても、感染予防マニュアルに規定のあるところは、全体の7割程度であり、規定されていないところは、看護師個人の判断に一任されていることが推察された。

3. 感染予防マニュアルの内容の整備

現在行われている感染予防対策については、病院規模や地域による違いが認められなかったことから、ある基準には到達していると思われる。しかし、感染経路や感染源となり得る布製雑巾の再使用をしているところも、7割程度存在したことから、感染予防マニュアルが存在するものの、具体的内容の記載が不十分であり、内容の整備を進める必要があると考えられた。

また、手袋着用に関する記載があるところは、雑巾を1回使用の使い捨てにしている傾向にあったことから、業務の細部にわたって記載された感染予防マニュアルの重要性が示唆された。

4. 感染予防マニュアルの職員への徹底

今後は各病院が作成しているマニュアルの記載内容の具体性と、現在行われている感染予防に関する看護師の知識の再確認及び教育による正しい感染予防対策の徹底を図る必要があると考えられた。また、その教育内容を明らかにしていく必要性が示唆された。