

---

研 究 報 告

---

## 看護師の手洗い行動および認識とその「ずれ」に関する検討

山本 美紀, 休波 茂子

### Discrepancy between Nurse's Action and Recognition of Handwashing

YAMAMOTO Miki, YASUNAMI Shigeko

キーワード：看護師、手洗い、行動、認識、ずれ

Key Words：Handwashing, Action, Recognition, Gap

#### Abstract

It carried out which clarifies a “gap” produced a nurse's handwashing action and recognition, and in the meantime, they are 21 nurses' nursing action, participating observation of a handwashing scene, and the non-constituting-like data collection through interviews.

The number of nursing actions was 1,152 times, and handwashing action was 451 times.

The number of times of a handwashing 4 to 47 times (an average of 21.5) the handwashing by running water and soap shows more than < 60% most the handwashing time is 5.0 seconds - 48.0-seconds (an average of 17.3 seconds). Each nurse's handwashing enforcement rates were 2.0% - 75.7%, and its back was higher compared with nursing action before. Nurse 16 items are extracted about the recognition to handwashing, and it classifies into a promotion factor and a prevention factor. Though a nurse recognizes the necessity and importance of a handwashing strongly, it is a nursing action place, but it is handwashing action and a “gap” between recognition.

In order to raise a nurse's handwashing, it was suggested that the various and interdisciplinary policy in consideration of Individual a factor is required.

#### 要旨

看護師の手洗い行動および認識とその間に生じる『ずれ』を明らかにするために、21名の看護師の看護行為と手洗い場面の参加観察と非構成的面接調査を行った。看護行為数は1,152回、手洗い行動は451回であった。手洗い回数は4～47回（平均21.5回）、流水と石鹸による手洗いが最も多く60%以上を示し、その手洗い時間は5.0秒～48.0秒（平均17.3秒）であった。各看護師の手洗い実施率は、2.0%～75.7%で、看護行為の前に比べ、後の方が高かった。看護師の手洗いに対する認識については16項目抽出され、促進要因と阻害要因に分類された。看護師は手洗いの必要性や重要性を強く認識しながらも、看護行為場面での

適切な手洗い行動の実施がみられず、手洗い行動と認識の間に『ずれ』が生じていた。看護師の手洗いコンプライアンスを向上させるために、個人的要因を考慮した多様および学際的な方策が必要であることが示唆された。

## I. はじめに

手洗いは、感染防止において最も基本的な看護技術の一つであるが、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (methicillin-resistant *staphylococcus aureus*; 以下 MRSA) に代表される手指を介して伝播し、交差感染を引き起こす場合に、特にその必要性が高い。医療従事者の必要な場面での手洗いの実践や適切な手洗いを遵守することにより、患者の病原性微生物の獲得が低下し、感染の発生率が減少するとも言われている (Pittet D, et al, 2000)。米国疾病管理センター (Center for Disease Control and Prevention: 以下 CDC) は、423の手洗いに関する研究結果のエビデンスに基づいて、従来の石鹸と流水による手洗いは、「目に見える汚染もしくは蛋白性物質で汚染された場合のアルコール処置前の対応」とし、「擦式消毒用アルコール製剤による手指衛生を基本とする」という新たな「医療現場における手指衛生のためのガイドライン」を発表した (大久保憲記, 2003)。このように手洗いに関する研究は数多く、その結果を根拠に感染予防対策が変化してきている。

日本においても手洗いに関する研究は数多く、手洗い時間・回数やその方法 (渡辺ら, 1998)、手洗い前後の細菌数の変化 (山本, 2004 / 高橋, 1999)、手洗いに関する意識 (岩田ら, 1999 / 鈴木, 2002)、手指消毒剤による効果 (芳賀, 2000 / 朝守ら, 2002) などがある。これらの研究は、基本的には、医療従事者の手洗いに対する意識、行動、取り組みなどを向上させることを目的としている。しかし、医療従事者の手洗いに対する啓蒙や教育などに効果があるものの (Sile A C, 1987)、限られた一定の効果しか期待できないことが指摘されている (Graham M, 1990 / 橋本ら, 2004)。

したがって、これまでの先行研究を概観すると、看護師は手洗いの必要な場面において1処置 (行為) 1手洗いを実施していないことや、排泄の援助後・汚染物の取り扱い後に手洗いをを行うが、侵襲的な看護処置前に手洗いを実施していない傾向にある (高良ら, 2004)。また、看護師の認識している手洗い回数・時間と実際の行動において違いがあることが明らかにされている (Simmons B, et al, 1990)。また、以上の研究結果は、看護師の手洗い行動や認識に対する問題や課題を示しているが、その行動と認識には、組織的要因とともに看護師の個人的要因が関与しているものと推察する。しかし、実際の患者に対する看護行為

のなかで、どのように手洗いを実践しているのか、看護師個人の行動に焦点をあてて分析した研究は数少ない。また、看護師は患者を感染のリスクから守るため手洗いの必要性や重要性について十分認識をしているものの (矢野ら, 1996)、実際の援助場面で、適切な手洗いを実施していないことも考えられる。しかし、その行動と認識の違い (ずれ) は、具体的にどのように生じているのか検討された研究はみあたらない。

そこで、本研究は、看護師の手洗い行動を改善させるための基礎的資料にしたいと考え、次の点に焦点をあてて研究を行った。①看護師の日勤業務帯の看護行為における手洗い行動の傾向を明らかにし、②看護師が手洗い行動に対してどのように認識しているのか検討した。③手洗い行動の傾向と認識の特徴をもとに、看護師の手洗い行動と認識の『ずれ』について分析を行った。

## II. 研究方法

### A. 対象と期間

調査対象は、A病院の外科系病棟に勤務している看護師21名であり、調査期間は平成16年7月～9月であった。対象者は、調査期間に日勤業務に就いている看護師から研究者が無作為に抽出し、事前に病棟師長を介して内諾を得た。手洗いのような習慣的行動は、観察の影響が少ないと報告されているが (Larson, 1985)、対象者へは、“看護業務の調査”とだけ説明した。対象者が勤務する病院には院内感染対策委員会が設置され、各病棟にリンクナースの役割を成す看護師1名が配置されていた。ICD (Infection Control Doctor) およびICN (Infection Control Nurse) は在職していなかった。病院の各病室前に速乾性擦込式手指消毒剤が配置されていた。調査期間中の2病棟のMRSA感染患者は2～3名であった。

### B. 調査方法

#### 1. 手洗い行動の参加観察

医療処置に伴う看護行為の多い外科系病棟を2ヵ所選択し、日勤業務帯 (午前8時30分～午後5時15分) における看護行為の種類・頻度、その行為前後の手洗いの有無・方法・時間の観察を行った。研究者は看護師とともに行動し、看護ケアに参加しながら観察するという「観察者としての参加者」の立場をとり、観察した看護師が行った全ての看護行為および看護業務と手洗い行動について記録した。手洗い方法については、①流水による手洗い、②流水および石鹸による手洗い、

③速乾性擦込式手指消毒剤使用による手洗い、④流水および石鹼と速乾性擦込式手指消毒剤使用による手洗いの4つに分類して観察した。手洗い時間についてストップウォッチを用いて測定したが、流水および石鹼による手洗いは、流水で手をすすぎ、石鹼で手指をすり合わせ、流水でのすすぎの行為が終わるまでとし、速乾性擦込式消毒剤による手洗いは、消毒剤を手に取りすり合わせ、その行為が終わるまでとした。参加観察においては研究者2名で行ったが、プレテスト期間を設定し、看護行為場面および手洗い行動に関する一致度を確認した。

## 2. 手洗いに関する面接調査

手洗いに関する対象者の認識を調査するため、参加観察終了後に半構成的質問紙による面接を行った。看護経験年数、教育の背景、感染に関する研修、院内感染対策委員の有無、手洗いに対する考えについてデータを収集した。また、参加観察中の手洗い行動に関する確認を行った。

## C. 分析方法

観察した看護行為は、日本看護協会看護師職能委員会による看護業務区分（日本看護協会職能委員会編、1995）を一部変更して分析に使用した。直接的看護行為を12項目、間接的看護行為を11項目に分類し、さらに、直接的看護行為の①身体の清潔、②与薬（注射を除く）、③食事の援助、④輸送、⑤排泄の世話、⑥身の回りの世話、⑦安楽、⑧自立の援助、⑨診療・治療の介助、⑩呼吸循環管理、⑪測定、⑫諸検査を分析対象とした。看護行為に対する手洗い行動の有無や回数、手洗い方法および時間については、単純集計を行った。CDCガイドライン（Garner JS & Favero MS, 1998）による手洗いが必要な場面については、①創部処置前後、易感染者接触前、③血液・体液接触後、④MRSA感染患者接触前後、⑤侵襲的処置前に分類し、単純集計を行った。手洗い実施率は、観察された手洗い/必要手洗い数×100により算出した。

看護師の手洗いに対する認識については、面接で確認されたデータから意味を考え、類似しているものをまとめ、名称をつけた。さらに、看護師の手洗い行動と認識の間の『ずれ』の場面を取り上げ、分析した。看護師の手洗いに対する認識と手洗い行動と認識の『ずれ』については、感染管理の役割を担っている看護師1名と感染看護の専門家1名に確認しながら分析を行った。

## D. 用語の定義

1. 手洗い行動：行動とはあることを行うことで、その人が示す全体的で観察可能な反応や行為である。また、手洗いは、社会学的手洗い、衛生学的手洗い、手術時手洗いに分類される。今回の調査では、手術時

手洗いを除外し、①流水、②流水と石鹼、③流水と石鹼および擦込式消毒剤の使用、④速乾性擦込式消毒剤の使用のいずれかの方法により、看護師が手を洗う観察可能な反応や行為とした。

2. 認識：知識はある事柄について知っているあるいはその内容で、認識は物事を見極め、その意味を理解していることとした。

3. 看護行為：看護師が患者に直接接して行われる全ての援助としたが、看護師が患者のために必要な日常継続して行われる仕事の、患者に直接接して行われる援助以外のものも看護業務に含めることとした。

4. ずれ：ずれとは、基準や標準となることからはずれることでくいちがいであるが、本研究において、看護師が手洗いに対して正しく認識しているにも関わらず、手洗いが必要な場面において手洗い行動が行われていないこととした。

## E. 倫理的配慮

病棟棟長および看護スタッフに研究の概要、匿名性やプライバシーの確保、得られた資料の取り扱いについて、口頭および文書で説明し、同意を得た。参加観察の仕方は「観察者としての参加者」あるいは「安全な参加者」の立場をとったが、看護業務および患者ケアに支障をきたさないように十分に配慮し、不利益が生じる可能性がある場合、調査を中断することを約束した。なお、研究の説明において感染管理における看護師の行動に関する調査ということに留め、特に、手洗い行動という言葉を用いなかった。

## Ⅲ. 結果

### A. 対象者の属性

対象者の年齢は20歳～50歳代、平均28.5歳（±6.41）、21名全員が女性であった。臨床経験は、1年未満が3名（14.3%）、1～5年が7名（33.3%）、6～10年が6名（28.6%）、11年以上が5名（23.8%）で、平均7.14年（±6.41）であった。看護基礎教育は大学が5名（23.8%）、短大が1名（4.8%）、専門学校3年課程が13名（61.9%）、進学コース2・3年課程が3名（14.3%）であった。看護師がその日に受け持った患者数は2～6名、平均4名（±0.82）であった。21名全員が感染に関わる委員やリンクナースの経験がなく、施設外の感染に関わる研修や学会への参加の経験もなかった。

### B. 看護行為と手洗い行動

#### 1. 手洗い方法・回数・時間

21名の看護師の手洗い回数、時間、方法については表1に示した。観察された看護行為数は1,152回で、手洗い行動は451回（39.1%）であった。手洗い回数は、

最低4回、最高47回、平均21.5回(±11.65)であった。手洗い方法において、最も多かったのが流水および石鹸による手洗いで283回(62.7%)、次に多いのが流水および石鹸と速乾性擦込式手指消毒剤使用による手洗いで108回(23.9%)であった。流水のみの手洗い、速乾性擦込式手指消毒剤使用による手洗いは少なく、ともに30回(6.7%)であった。手洗い時間は、流水お

よび石鹸による手洗いが5.0秒～48.0秒、平均17.3秒(±8.37)であったのに対し、速乾性擦込式手指消毒剤使用による手洗いが3.0秒～25.0秒、平均7.4秒(±4.96)であった。

2. 手洗いが必要な場面での手洗い実施率

手洗いの必要な場面の手洗い行動については図1に示した。創傷処置前後の手洗い実施率は、創部処置前10%、創部処置後55%であった。易感染者接触前後の手洗い実施率は、接触前17.5%、接触後32.5%であった。また、血液・体液接触後の手洗い実施率は54.1%、MRSA感染患者接触前後の手洗い実施率は、接触前14.4%に比べ、接触後の方が49.0%と高かった。侵襲的処置前の手洗い実施率は20.0%であった。手洗いが必要な場面においても行為前の手洗い実施率は少ない傾向を示した。

3. 看護行為における手洗い実施率

対象看護師の手洗い回数(総数)、直接的看護行為数、行為前と行為後の手洗い実施率、手洗いが必要な場面における手洗い実施率を表2に示した。患者に直接的な看護行為における手洗い実施率として、行為前は最も高い看護師が50.0%、最も低い看護師は2.0%であった。行為後は最も高い看護師で75.7%、最も低い看護師は4.3%であった。直接的看護行為46回に対して手洗い回数が6回、手洗い実施率が6.5～43.3%と、極端に低い看護師もいた。21名中20名が行為前より行為後の手洗い実施率が高い傾向にあった。手洗いが必要な場面での手洗い実施率については、血液・体液など接触後において、接触した看護師20名全員が手洗いをしていたが、その実施率は20.0～100%と個人差があった。また、MRSA感染症患者の接触前後においては、

表1. 手洗い回数、時間、方法

手洗い回数	4～47回、平均21.5回(±11.65)	
手洗い時間	流水および石鹸	5.0～48.0秒、平均17.3秒(±8.37)
	手指消毒剤	3.0～25.0秒、平均7.4秒(±4.95)
手洗い方法と回数	a. 流水	30回(6.7%)
	b. 流水および石鹸	283回(62.7%)
	c. 手指消毒剤	30回(6.7%)
	d. b+c	108回(23.9%)

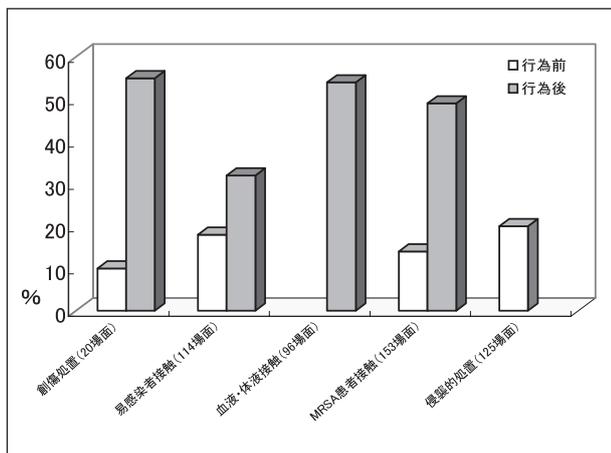


図1. 手洗いが必要な看護行為場面の手洗い行動

表2. 各看護師の手洗い実施率

ケース	手洗い回数(回)	看護行為*(回)	手洗い実施率(%)		手洗いが必要な場面の手洗い実施率**(%)				
			行為前	行為後	①	②	③	④	⑤
1	36	42	47.6	61.9	—	72.7	23.1	—	—
2	9	16	6.3	43.8	0.0	25.5	66.7	—	0.0
3	25	12	41.7	75.0	75.5	—	75.5	—	—
4	20	42	16.7	31.0	—	—	66.7	50.0	20.0
5	39	37	48.6	75.7	—	—	83.3	52.6	83.3
6	17	30	26.7	33.3	50.0	5.6	50.0	—	100
7	13	35	17.1	20.0	50.0	10.0	80.0	—	100
8	47	38	50.0	63.2	50.0	—	100	60.9	37.5
9	23	40	15.0	43.5	37.5	0.0	50.0	45.5	0.0
10	23	39	12.8	43.6	50.0	—	100	23.5	—
11	14	34	5.8	17.6	0.0	50	42.9	—	33.3
12	15	22	22.7	31.8	—	23.1	66.7	—	25.0
13	23	27	18.5	25.9	—	—	66.7	—	28.6
14	13	50	10.0	12.0	0.0	15.0	20.0	0.0	7.1
15	37	71	11.3	42.3	25.0	30.0	66.7	0.0	0.0
16	9	51	2.0	9.8	—	0.0	50.0	9.0	0.0
17	35	49	16.3	38.8	—	25.0	—	30.0	0.0
18	6	46	6.5	4.3	0.0	0.0	66.7	0.0	14.3
19	4	33	3.0	6.1	—	6.3	16.7	—	0.0
20	15	23	30.4	39.1	—	—	75.5	—	16.7
21	29	66	19.7	22.7	0.0	27.3	33.3	14.3	9.1

\* 直接的看護行為

\*\* 手洗いの必要な場面は、①創部処置前後、②易感染者接触前後、③血液・体液など接触後、④MRSA感染患者接触前後、⑤侵襲的処置前

n = 21

接触した看護師11名中3名が手洗いを行っておらず、さらに創部処置前後では12名中4名、易感染患者接触前後では14名中3名、侵襲的処置においては18名中6名の看護師は手洗いを行っていなかった。

### C. 看護師の手洗いに対する認識

面接による看護師の手洗いに関する考え・態度・関心などの認識については16項目抽出された。さらに、促進要因と阻害要因に分類した(表3)。

#### 1. 手洗いを促進する要因

《手洗いを促進する要因》として、〈手洗いの必要性・重要性〉、〈交差感染防止〉、〈自己防御〉、〈院内感染防止〉、〈感染源になることへの不安〉、〈手洗いに対する教育〉、〈汚染に対する不快・嫌悪〉、〈MRSA感染の発

生〉、〈過去の経験による習慣化〉の9項目確認された。

〈手洗いの必要性・重要性〉、〈交差感染防止〉については、看護師は患者ケアや感染患者との接触時に手洗いの必要性や重要性について認識していたが、特にMRSA感染患者との接触やケア時にその必要があると考えていた。また、ほとんどの看護師は、手洗いが交差感染防止のために行っていると認識していた。〈自己防御〉においては、「交差感染を防ぐことも大事だと思いますが、まず、自分自身を感染から守ることも大事だと思います」と語り、自分自身を感染から守るために手洗いを行っていた。〈MRSA感染の発生〉、〈院内感染防止〉においては、MRSA感染の発生がより手洗いをやるきっかけになったと語り、院内感染防止のために手洗いを行っていると認識していた。〈手洗い

表3. 手洗いに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	看護師が語った言葉
促進要因	手洗いの必要性・重要性	「患者さんのケアのとき、患者さんと接したとき、特にMRSA感染患者さんに接したときに、特に手洗いの必要性を感じる」[看護師を介して伝播させる可能性が高いので、手洗いをきちんと行うことが必要だと思う]「MRSA感染など広めてしまうのは私たちの手なので…、手洗いは大事だと思います。一処置・一手洗いが必要だと思います」[注射とか、導尿とかなどのとき、手洗いは大事だと思うので、行うようになっています]「手洗いの必要なケアって、MRSA感染患者に接触したときも大事だけど、化学療法を行っている患者さんも易感染状態にあるから、手洗いが必要だと思います」
	交差感染防止	「手洗いをすることで交差感染は防げると思う」「微生物は目に見えないから手のどこについているかわからないし、他の患者にうつさないために手洗いをやる」
	自己防御	「交差感染を防ぐことも大事だと思いますが、まず自分自身を感染から守ることも大事だと思います」「自分が手洗いをやる理由として、アトピー性皮膚炎をもっているの、傷口から菌が侵入するかも知れないので、まず自分が感染したくないという思いがある」
	院内感染防止	「勤務場所でMRSA感染者が発生し問題になったことがあって、それから院内感染防止ということ意識して手を洗うようになりました」「院内感染防止において手洗いは最も重要だと思うし、特にMRSA感染は手洗いで防げると思う」
	感染源になることへの不安	「看護師の1つ一つの行為が原因となっているのではと考えると自分も伝播させているのではないかと不安になる」「病棟内でMRSA感染患者が発生したりすると伝播させたのが自分でないかと心配になる…、だからできるだけ手を洗うようになっています」
	手洗いに対する教育	「院内感染対策委員会によるキャンペーン(ポスター)などが刺激になって手洗いをしなければと思うようになりました」「学生時代の手洗い実習のとき、手指にこんなに細菌がいるのかと驚いて、それから手を洗うことが大事だと思うようになりました」
	汚染に対する不快・嫌悪	「手洗いが特に必要だと考えるときは、自分の手が汚染されたとき、患者さんと触れたときで…、患者さんに悪いけど、こんな状態でご飯は食べられないと思います」「自分が手を洗う理由は不快感を感じたときです」
	MRSA感染の発生	「以前にMRSA感染患者が蔓延したとき、看護師側の対応が悪いのではと一方的に言われたときに悔しくて、それからより洗うようになりました」「MRSA感染患者が出たときにより手洗いをやるようになっています」
	過去の経験による習慣化	「自分の手洗い行動には未熟児センターに勤務しているときに、厳しく言われたことが影響していると思います、それが習慣化しているようにも思います」
	阻害要因	日常業務による多忙
手荒れ		「手荒れがあるとき(特に冬になって手荒れがひどくなったとき)、なるべく手を洗わないようになっている。手袋をしてケアを行って手洗いをしないですむようになっている。速乾性擦り込み式手指消毒剤は手荒れの原因になるし、特に手荒れがひどいとき、しみるので絶対に使いたくない」「手荒れは臨床で働きだしてからひどくなった。治療は日勤業務の時は忙しくてできないし、休みの時にわざわざ受診したくないし、特にしていません」
組織・体制の問題		「院内感染予防において病院内で統一した対策がとられていないように思います」「手を洗ってもMRSA感染患者がいなくなるのは体制にも問題があるのではないかと思います」
余裕のなさ		「時間的余裕がないとき、時間的な処置が重なっているとき、ナースコールにで対応しなければならないときに、手洗いができない」「手洗いは大事だと思うけど、看護業務をこなすことに精一杯で、手洗いをやる余裕がないって感じです」
手洗い設備の問題		「手が汚れたときに手洗い場が看護室にしかないと思うようできない」「手を洗うために看護室に戻るとしたときに、患者さんに呼び止められたり、何か頼まれたとき手洗いができない」
手洗いの省略・簡略化		「包帯交換の介助のとき流れ作業的に行われるので簡略したり省略したりしてしまうことがある」「患者から患者に移動して処置を行うときに手洗いは必要だと思うけど、緊急時や処置が重なったとき省略してしまう」「手洗いの途中でナースコールや患者に呼ばれたときに思うように手洗いができない」
手指消毒剤使用後の不快感		「速乾性擦り込み式手指消毒剤を使用した後もまだ手が汚いような気がして…、手に不快感があってさっぱりしたくなってすぐまた流水と石鹸で手を洗ってしまう」

教育)、〈過去の経験による習慣化〉では、施設内の手洗い教育や以前の勤務場所の経験が自分の手洗い行動に影響を及ぼしていると語っていた。また、〈感染源になることへの不安〉においては、「看護師のひとつひとつの行為が原因となっているのではと考えると、自分も伝播させているのではないかと不安になる」、「病棟内でMRSA感染患者が発生したりすると伝播させたのが自分でないかと心配になる」と、MRSA感染の発生に対する思いを述べていたが、そのことが手洗い行動を促進させていた。また、看護師は〈汚染に対する不快・嫌悪〉からも、手洗いを行っていた。

2. 手洗いを阻害する要因

〈手洗いを阻害する要因〉として、〈多忙〉、〈手荒れ〉、〈組織・体制の問題〉、〈余裕のなさ〉、〈手洗い設備の問題〉、〈手洗いの省略・簡略化〉、〈手指消毒剤使用後の不快感〉の7項目が確認された。

〈多忙〉、〈余裕のなさ〉では、「手が洗いたくても洗えないときは、とにかく忙しいときです」、「手洗いは大事だと思うけど、看護業務をこなすことに精一杯で、手洗いをやる余裕がないって感じがします」と語り、この2つのカテゴリーは、特に手洗い行動を阻害していた。また、包帯交換の介助時やいくつかのケアが重なるときに〈手洗いの省略・簡略化〉があると語っていた。〈手荒れ〉は、「(手荒れがひどくなったとき)、なるべく手を洗わないようにしている。手袋をしてケアを行って手洗いをしないで済むようにしている」、「手荒れは臨床で働きだしてからひどくなった。治療は日勤業務の時は忙しくてできないし、休みの時にわざわざ受診したくないし、特にしていません」と述べ、手荒れは手洗い行動を阻害する要因になっていた。「速乾性擦り込み式手指消毒剤を使用した後もまだ手が汚いような気がして……、手に不快感があってさっぱりしたくて、すぐまた流水と石鹸で手を洗って

しまう」と、〈手指消毒剤使用後の不快感〉によって、たとえ手洗いを実施していても、効果的な手洗い行動を阻害していた。さらに、「手を洗ってもMRSA感染患者がいなくなるのは体制にも問題があるのではないかと思います」と語り、〈組織・体制の問題〉、〈手洗い設備の問題〉として捉えていた。

D. 手洗いに対する認識と行動における『ずれ』

ほとんどの看護師は手洗い行動を促進させようと考えながら、適切な手洗いを実施していない場面が多く確認された。そこで、手洗いに対する認識と行動の『ずれ』が明らかにみられたケースを抽出し、その『ずれ』場面に焦点をあてて、分析を行った。

【ケース1 (MRSA感染患者のケア場面)】

手洗いに対する必要性・重要性を認識し、1処置1手洗いが大事だとしながら、いくつかの看護行為が重なった場合に行うごとの手洗いを行わなかったり、リーダーへの報告を優先させたり、手洗いに対する行動と認識に『ずれ』が生じていた。

看護行為と手洗い行動場面：MRSA感染患者の観察(患者の状態観察)、バイタルサイン・尿量・意識レベルの測定(測定)、与薬(注射)、経管栄養(食事の介助)の看護行為を行う。発熱していたため氷枕準備のためナースステーションに戻る。その後患者の罨法・体位変換(安楽)、口腔清潔(身体の清潔)の看護行為を行う。ナースステーションに戻り、リーダーナースに報告を行う(図2)。

手洗いに対する認識：「MRSA感染を広めてしまうのは私たちの手なので……、手洗いは大事だと思います。そのため1処置1手洗いが必要だと思います」、「院内感染防止において手洗いが最も大事だと思うし、MRSA感染は手洗いで防げると思いますね」看護師A(臨床経験1年未満、受け持ち患者5名(MRSA感染

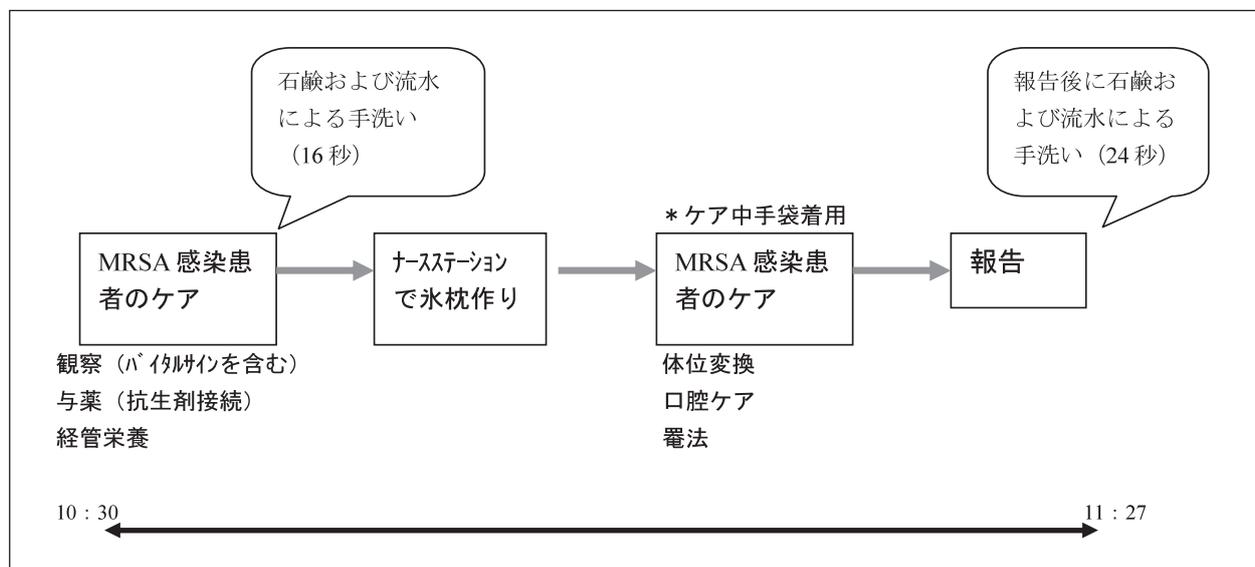


図2. ケース1 MRSA感染患者の看護行為場面

患者1名)、手洗い回数23回)

#### 【ケース2 (気管切開をしている患者のケア場面)】

MRSA感染症が発生してから対策をとるようでは遅いので、重症な患者さんや易感染状態にある患者のケアにおいて、特に手洗いは大事だと認識し、さらに、自分がMRSA源になっているのではないかと不安を感じていた。しかし、気管切開をしている患者の侵襲的なケア場面において適切な手洗いの実施はみられず、手洗いに対する認識と行動の間に『ずれ』が生じていた。

**看護行為と手洗い行動場面：**意識レベルが3度200(JCS)で気管切開をしている患者の抗生剤投与(与薬)、創部処置(診療・治療の介助)、手袋着用し気管内吸引(呼吸循環管理)、体位変換(安楽)の看護行為を実践する。ナースステーションに戻って記録を行う(図3)。

**手洗いに対する認識：**「この患者さんからMRSAは出ていないけど、いつMRSAが出るかどうか分からないし……、病棟内でMRSA感染が発生したりすると伝播させたのが自分でないかと心配になります……、手荒れは臨床で働きだしてからひどくなった。治療は日勤業務の時は忙しくてできないし、休みの時にわざわざ受診したくないし、特にしていません」看護師B(臨床経験3年、受け持ち患者3名、手洗い回数47回)

## Ⅳ. 考察

### A. 看護師の手洗い行動

日勤業務における看護師の手洗い行動として、451場面の手洗い行動が観察されたが、石鹸と流水による手洗いが283回と圧倒的に多く、60%以上を示し、その手洗い時間は、5.0秒～48.0秒(平均17.3)であった。鶏飼ら(2003, p.64)は、効果的な石鹸と流水による

手洗いの細菌学的調査を行った結果、石鹸と流水による手洗いについては、石鹸による泡立てを8～15秒間行い、泡とともに存在する細菌を、時間をかけ十分に洗い流すことが重要だと述べている。今回の調査では、21名の看護師の平均手洗い時間は17.3秒であったものの、5秒と極端に少ない看護師の手洗い行動が確認された。除菌効果は手洗い時間に依存し、15秒で10分の1、30秒で100分の1、60秒で1000分の1になるとされていることをふまえると、全ての看護行為において、適切な手洗いを実施しているとは言いがたい。また、速乾性擦込式手指消毒剤による手洗い法の選択は、10%以下であり、その手洗い時間は3.0～25.0秒(平均7.4)であった。現在、ほとんどの施設において、病室前に速乾性擦込式手指消毒剤が設置されている(福本ら, 2001)にもかかわらず、ナースステーションまで戻り、石鹸と流水による手洗いを実施していることが推測される。手指の汚染状況や看護行為によっては、速乾性擦込式手指消毒剤による手洗い法を選択することも、手洗いシンクへのアクセスにかかる時間を短縮でき、手洗い遵守率が改善することになる(Voss A, et al, 1997)。今後は、手洗いにかかる時間や回数以外に、そのときに実施した手洗いが効果的な方法なのか、手洗いの質にも焦点をあてて検討していくことが必要である。

看護師は、直接患者と接触して行われる直接的看護行為の手洗い実施率は、行為前に比べ行為後の方が高い傾向を示し、これは、これまでの研究(渡辺ら, 1998 / 高良ら, 2004)と同様の結果であった。看護師の手洗い行動において不潔な看護行為や手が汚染された時に手洗いを行うが、清潔な看護行為前の手洗いを行わない傾向にある。手洗いが必要な創傷処置後、血液や体液との接触後などの手洗い実施率は、約50%であった。また、MRSA感染患者との接触時におい

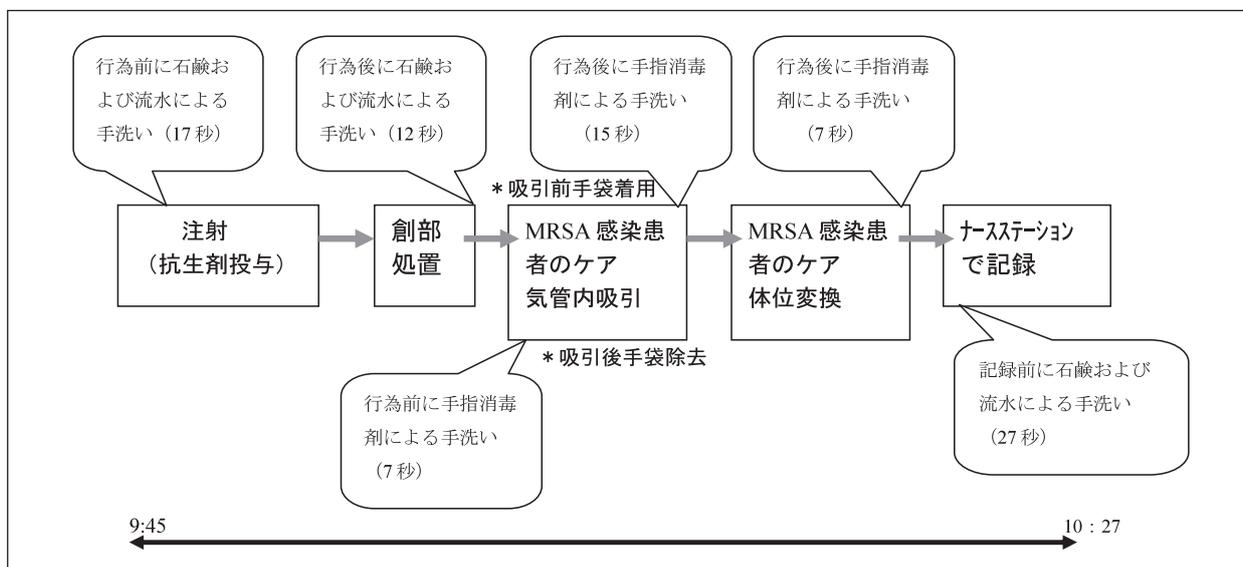


図3. ケース2 意識レベル200, 気管切開をしている患者の看護行為場面

ても、退出時にほぼ手洗いを実施していたものの、看護行為毎で見ると、約50%の手洗い実施率であった。MRSA感染患者の場合、重症のケースが多く、多くの援助が必要とされ、1人の患者にいくつかの看護行為が行われるが、その看護行為毎に手洗いを行っていないことや、手袋装着前後の手洗いが行われていないことが推察される。この手洗いが必要な場面においても、侵襲的処置前や易感染患者との接触前の手洗い実施率が低い傾向にあり、手洗いが必要な場面での、特に行為前の手洗い行動を改善していくことの方策の必要性を示唆している。

21名の看護師の手洗い行動においては、手洗い回数が4回～47回と、頻回に手洗いをを行う看護師と、ほとんど行わない看護師との差が大きく、直接患者に接触して行われる直接的看護行為の前後の手洗い実施率についても、2.0%～75.7%と、看護師間で極端な違いがみられた。この結果から、看護師の手洗い行動には極端な差があり、個人的要因が関与していることは明らかである。看護師の手洗い行動に影響する個人的要因として、経験、教育、関心、知識、手荒れ、忙しさなどがあると推察される。今回の調査からは明らかな関連は見いだせなかったが、ケース2の看護師のように手荒れのある看護師が数名いたこと、時間的余裕のない新人看護師に手洗い時間が短い傾向にあったことから、これらの要因のいずれかが影響していることも考えられる。看護師の手洗いに対するコンプライアンスを高めるために、教育や研修、ポスターの掲示によるキャンペーンなどの組織的な対策も重要であるが、看護師の行動そのものを容れさせる具体的な手段、特に個人レベルでの教育の実施、例えば参加観察した結果を個人にフィードバックする等が必要と考える。

## B. 看護師の手洗いに対する認識

21名の看護師の手洗いに対する認識においては、手洗いを促進する要因と、阻害する要因に分類された。手洗いを促進すると考えられる要因として9項目抽出されたが、看護師は交差感染防止や院内感染防止のために、手洗いの重要性や必要性を認識し、自己防御のために手洗いをを行うとしていた。これらは看護師の考える手洗い理由(矢野, 1996)とほぼ同様であった。看護者が手洗いを重要と考える背景にはMRSAの発生があり、そのため手洗いを意識し、実施していたが、その反面、MRSA感染患者の存在は、看護者の感染源となることへの不安を生じさせていた。しかし、それは看護師の手洗い行動の促進要因にもなっていることが推測される。

手洗い行動を阻害すると考えられる要因として、看護業務による多忙、余裕のなさ、手洗いの省略・簡略化があげられた。大須賀(2005, p.11)は、看護師の参加観察とアンケート調査から、手洗い行動に関係

していた因子は、忙しさ、教育、経験であり、特に忙しさとの関連が有意に高かったと報告していることから、看護業務の多忙は、手洗い行動に影響を及ぼしているものと思われる。また、手洗い行動を阻害する要因として手荒れがあげられたが、「速乾性擦り込み式手指消毒剤は手荒れの原因になるし、特に手荒れがひどいとき、しみるので絶対に使いたくない」と、手荒れは看護師にとって深刻な問題であった。「手荒れがあるときは、なるべく手を洗わないようにしています。手袋をしてケアを行って手洗いをしないですむようにしています」と語っていることから、手洗い行動に直接的に影響していることは明らかである。しかし、手洗いに対して「治療は日勤の時は忙しくできないし、休みのときにわざわざ受診したくないし、特にしていません」という言葉にあるように、手荒れという問題に対して効果的な対処を行っているとは言いがたい。斉藤ら(1999, p.78)が指摘するように、手荒れはその個人の生理的、精神・心理的条件、勤務条件や手洗い回数などの物理的条件を含む社会的因子、さまざまな要因が複雑に絡み合った結果であり、その対策は詳細な観察や情報に基づいた最も個別的な対策でなければならない。

## C. 手洗いに対する認識と行動との間の『ずれ』

看護師の手洗いに対する認識から分類された手洗いを促進すると考えられる要因と看護師の行動との『ずれ』に着目し分析を行った。その結果、看護師の手洗いに対する認識と行動には『ずれ』が生じていることが明らかになった。特に、手洗い行動を促進するはずの意味のある認識を持ちながら、実際の看護行為場面では適切な手洗いが実施されていなかったが、看護師の手洗いに対する認識には、手洗いを促進させる要因と同時に阻害する要因も存在しているため、『ずれ』が生じているものと考えられる。

看護師の手洗い行動に対する影響要因として、内的動機づけ要因より、看護ユニット活動の集中度(業務量)が影響している(Carol A, et al, 2001)という報告がある。しかし、手洗い行動と認識の極端な『ずれ』が生じるのは、洪ら(2001, p.74)の指摘する、看護師の手洗いに対する認識には必要性や重要性といった評価とは別に、面倒や好き嫌いで示される態度的次元の存在の他に、手荒れや手指消毒剤使用後の不快感といった個人特性的次元のものがあるものと推察される。看護師が手洗いは感染予防において、最も重要かつ必要であることを認識しているにも関わらず、必要な場面での手洗いの省略あるいは実施しないという行動との『ずれ』に対する対策は、我々の手指に付着する見えない病原微生物の存在をどのように意識して患者のケアを行うかということにかかっている。また、手洗い行動のコンプライアンスを改善させる戦略とし

て、看護師の個人要因を考慮した教育の向上、個人の意識の強化、組織指導者の積極的な関与、健康の脅威に対する自覚など、多様かつ学際的な対策が必要であると考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

看護師の手洗い行動と認識の「ずれ」を詳細に分析するという目的から、できるだけ条件を設定しようと考え、施設を限定したが、言い換えれば、そのことは本研究の限界でもある。対象者には、手洗い行動の観察を行うということを告げなかったものの、1日の看護行為を観察することで、何らかの影響を及ぼしているものと考ええる。また、観察法においても1名の調査者によるみに見える範囲での限界があったことは否定できない。しかし、看護師の手洗い実施率が上がらない原因に、実際の手洗い行動と認識の「ずれ」があったことは、本研究の大きな成果である。今後は、対象施設を増やしデータを積み重ねていき、また、個人レベルでの看護師の手洗い行動の変容に対する手段を模索していきたいと考える。

## VI. おわりに

看護師の手洗い行動として、以下のことが明らかになった。

1. 手洗い回数は4～47回（平均21.5回）、手洗い方法は流水と石鹸による手洗いが最も多く60%以上を示し、その手洗い時間は5.0秒～48.0秒（平均17.3秒）であった。
2. 看護行為前に比べ看護行為後に手洗い実施率が高く、手洗いが必要な場面においても同様に行為前の手洗い実施率が低い傾向を示した。
3. 対象看護師の手洗い実施率は、2.0%～75.7%と大きく差がみられた。
4. 看護師の手洗いに関する考え（認識）については16項目が抽出され、促進要因と阻害要因に分類された。
5. 看護師は手洗いの必要性や重要性などを強く認識しながらも手洗いが必要な場面で適切な手洗い行動がみられず、ほとんどの看護師の手洗い行動と認識の間に「ずれ」が生じていた。

## 謝辞

この研究を行うにあたり、調査の場を提供してくださいました施設の看護部の皆様、ご多忙中、快く調査に応じてくださいました看護師の皆様に心より感謝いたします。

## 文献

- 朝守奈緒美, 森美幸, 渡辺光恵, 辻村真由美, 畑中敦子, 谷口幸子, 亀田美恵子 (2002). 外来看護婦の手指に付着する通過菌の同定と手指消毒剤の効果比較, *INFECTION CONTROL*, 11 (3), 108-112
- Carol,A,O'Boyle., Susan,J,Henly., Elaine,L. (2001). Understandings Adherence toHand Hygiene Recommendations : The Theory of Planned Behavior, *AJIC*, 29 (6), 352-360
- 福本幸子, 大杉ミヨエ, 早川悠紀子, 藤田せつ子, 横溝実夏, 山本道子, 定本和恵, 辻原佳人, 高橋孝行, 森田雅之, 桜井磐, 川口良人, 松本文夫 (2001) アルコール含有速乾性擦式手指消毒剤の適切な使用方の検討－手指消毒剤, 皮膚への影響, 使用感及びアンケート調査より－, *環境感染*, 16 (2), 136-144
- Graham,M. (1900). Frequency and Duration of HandWashing in an Intensive Care Unit,*Am J Infect Control*, 18, 77-80
- 芳賀泉, 齋藤一文字, 原澄子 (2000). 皮膚に影響について－客観的評価表に基づく速乾性手指消毒剤(ウエルパス, ヒビスソフト) 2剤の直接比較試験－,*環境感染*, 15 (2), 163-168
- 橋本千幸, 中谷智加子, 岩世真紀,中田映子 (2004), CDCガイドラインに基づく手指衛生の改善, *INFECTION CONTROL*, 13 (2), 59-67
- 岩田富美子, 齋藤千津子, 竹森邦恵, 中野直美, 有田由美子 (1999). 病院内における看護師の手洗い実施状況と意識調査, *広島県立病院医誌*, 31 (1), 149-154
- 洪愛子, 横内光子, 大槻博子, 湯沢八江, 孫麗梅, 渋谷裕子 (2001). 看護婦の手洗いに対する意識調査－SD法を用いた認識次元の抽出－, *看護技術*, 47 (4), 77-76
- Larson E. (1985). Evaluating handwashing technique, *J.Adv. Nurs*,10, 547-552
- 日本看護師機能委員会編 (1995). 看護師業務指針, 日本看護協会出版会, 13-14
- 大久保憲訳, 小林寛伊監訳 (2003). 医療現場による手指衛生のためのCDCガイドライン, メディカ出版
- 大須賀ゆか (2005). 看護師の手洗い行動に関係する因子の検討, *日本看護科学学会誌*, 25 (1), 3-12
- Pittet,D., Hugonnet,S. (2000). Effectiveness of A Hospital-Wide Programme to Improve Compliance With Hand Hygiene, *lancet*, 356, 1307-1312
- 斉藤ゆみ, 酒井美砂, 石田かよ,市川法恵,平山真喜子 (1999). 集中治療室 (ICU) 医療スタッフの手荒

- れ対策に関する研究, 看護研究, 32 (4), 73-79
- Simmons,B., Bryant,J., Neiman,K., Spencer,L., Arheart,K. (1990). The Role of Handwashing in Prevention of Endemic intensive unit infections, *Infect Control Hosp*, 11, 589-594
- Sile,A,Creedon. (2005). Health Care Worker's Hand Decontamination Practices,Compliance with Recommended Guideline, *Journal of Advanced Nursing*, 51 (3), 208-216
- 鈴木奈緒子 (2002). 医療現場での院内感染対策 - 手洗いに関するアンケートから -, *Quality Nursing*, 8 (2), 20-25
- 高良武博, 大湾知子, 加藤種一, 上原勝子, 津波浩子, 佐久川廣美, 備瀬敏子, 久田友治, 新里敬, 健山正男, 比嘉太, 佐久川廣, 草野展周, 齊藤厚 (2004). 看護行為と行為後との関連からみた手洗いと手指消毒行動, *環境感染*, 19 (2), 267-273
- 高橋泰子 (1999). 重症患者ケア後のナース手指付着菌と石鹼・流水による手洗い後の手指生存菌に関する研究, *看護研究*, 32 (4), 65-71
- Voss,A., Wodmer,A.F. (1997). No Time for Handwashing !? Handwashing Versus Alcoholic Rub Can We Afford 100% Compliance?, *Infect Control Hosp Epidemiol*, 18, 97-103
- 鶏飼和浩, 山本恭子, 森本七恵, 松下紀美子, 山田みゆき, 尾崎富美代, 谷垣友子 (2003). 除菌効果からみた臨床現場における効果的な「石鹼による手洗いの検討」, *日本看護研究学会雑誌*, 26 (4), 59-66
- 渡辺かづみ, 根岸晃子, 古川陽子, 坂田五月 (1998). ICUでの手洗いの実態調査と看護婦の意識, *看護技術*, 44 (3), 68-73
- 矢野久子, 本田隆治, 小林寛伊 (1996). 看護婦の衛生的手洗いの頻度と手洗い理由, *INFECTION CONTROL*, 5 (1), 82-87
- 山本恭子, 鶏飼和浩, 高橋恭子 (2004). 手洗い過程における手指の細菌数の変化から見た有効な石鹼と流水による手洗いの検討, *環境感染*, 17 (4), 329-334