

表 ICT (infection control team) の業務

■サーベイランス業務	<ul style="list-style-type: none"> ・院内での感染症の発生状況の把握 ・突発的流行 (outbreak) の早期発見と対策 ・細菌検出状況の把握 ・抗菌薬使用状況、耐性化の把握 ・院内の環境汚染の状況や保菌者の調査
■コンサルタント業務	<ul style="list-style-type: none"> ・問題となる感染発生時の速やかな調査・対応 ・院内感染対策の教育・啓蒙 ・現場での感染対策処置への助言 ・職員の感染事故 (針刺し事故等) 予防のための教育 ・院内感染防止マニュアルの作成と改訂
■感染対策に向けたネットワーク構築	<ul style="list-style-type: none"> ・ICC、リンクナースとの連携 ・全国サーベイランスへの参加 ・他施設との感染対策情報の交換

【ICT の実際の活動】

ICT の業務は、一般に表に示すようなものがある。実際の活動を紹介する。

1. サーベイランス業務

当院では以前から全病院的な MRSA 検出数の調査を実施してきたが、これを継続した包括的サーベイランスを行っている。包括的サーベイランスは非効率であるといわれるが、これを効率よく行うために、次の2点を工夫した。

(1) コンピュータシステムの導入

できるだけリアルタイムにサーベイランスを行うために、患者情報と細菌検査情報とをコンピュータのディスプレイ上で統合して閲覧できるシステムを導入した。病棟平面図上に患者ベッド配置が示され、特に MRSA 感染者など対策上注意を要する症例は赤ラベルで表示される。患者氏名をクリックすると、さらなる情報を閲覧することができる。このシステムにより他の患者との位置関係も把握しやすくなり、感染対策の実務や調査に役立っている。もちろんプライバシーは厳密に守られるよう配慮されている。

(2) 院内感染関連報告票 (図)

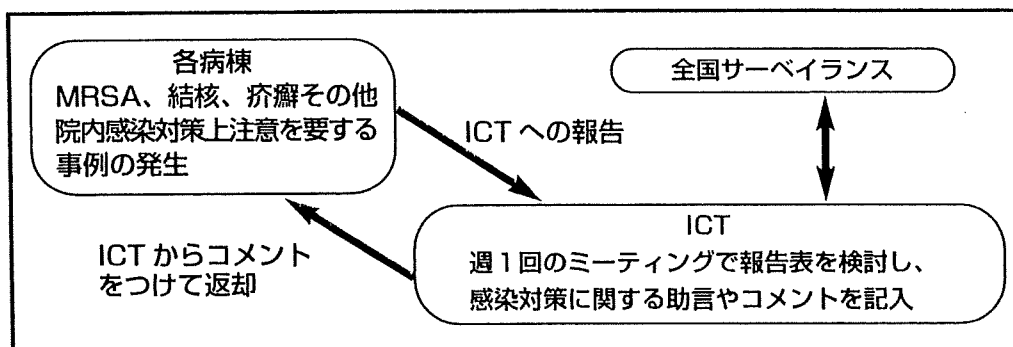
コンピュータによる監視だけでは情報が一方通行である。ICT では院内各部署で発生した感染事例にきめ細かく対応するために、A4サイズの「院内感染関連報告票」を作成した。感染事例が発生した場合、担当医と病棟看護師長は本票に患者情報を記入し、速やかに ICT に提出する。ICT は週1回の定例会で各事例について検討し、感染管理についての助言やコメントを書き添えて病棟に返却する。不明な点については担当医に直接問い合わせたり、病棟に出向いて確認を行う。

2. コンサルタント業務

(1) 現場からの相談に対する対応

ICT は、院内各部署から感染対策に関連した様々な相談を受けている。内容は、MRSA や結核のほか、麻疹、インフルエンザなどのウイルス性疾患、疥癬、シラミなどの昆虫関連疾患、さらに VRE や病原性大腸菌 O157 など、

図 院内感染関連報告票の流れ



多岐にわたる。

(2) 院内感染対策マニュアル改訂準備

院内感染対策マニュアルの作成と改訂は、主に院内感染対策委員会が担当しているが、ICT もマニュアル改訂に対応するための準備をしている。このため、現場の意見を取り入れたり、CDC の最新の文献を翻訳するなどの作業を行い、情報の整理を行っている。

3. 院内感染対策に向けたネットワーク構築

(1) リンクナースとの連携

院内で円滑な感染対策活動を行うためには、リンクナースとの連携がきわめて重要である。問題発生時には ICT はリンクナースと協力して調査や対策にあたる。ICT 主催の勉強会でも情報交換を行っている。

(2) 全国サーベイランスへの参加

米国の NNIS にならい、わが国でも院内感染の全国サーベイランスが開始されている。当センターでは、国立病院院内感染全国サーベイランスと連携し、情報を共有している。院内で調査した情報は、同サーベイランスに報告し、後日、フィードバックを受けている。

(3) 他施設との情報交換、勉強会への参加

施設間のネットワークづくりも ICT の役割の一つと考えている。そのため、研究班・研究会活動、学会活動にも積極的に参加し、情報収集と研鑽に努めている。

参考

医療施設における感染対策および 改正感染症法の周知に関するアンケート調査

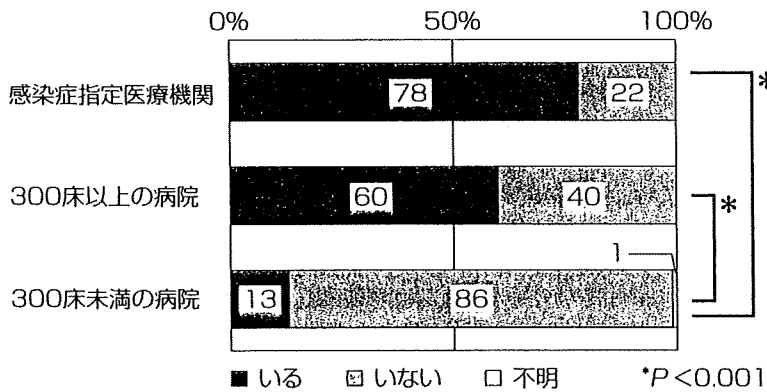
平成 20 年 2～3 月、院内感染症対策の実態および改正感染症法の周知に関して、全国の 515 医療機関・施設の協力を得て、アンケート調査を実施した。アンケート協力機関の内訳は、感染症指定医療機関 178 施設（回答率 55%）、それ以外の 300 床以上の病院 102 施設（回答率 44%）、300 床未満の病院 235 施設（回答率 36%）であった。

調査の結果、院内感染対策活動が全国の医療機関で実践されている実態が明らかとなった一方で、以下に示すような改善すべき点が明らかとなった。

- ① ICD や ICN などの資格をもった専門の医療従事者のさらなる普及
- ② 院内感染担当専任者および ICT のさらなる設置
- ③ 特定感染症患者が発生した場合の対応マニュアルのさらなる普及
- ④ 結核検査室での安全対策のさらなる普及

ICD や ICN などの資格をもった専門の医療従事者のさらなる普及

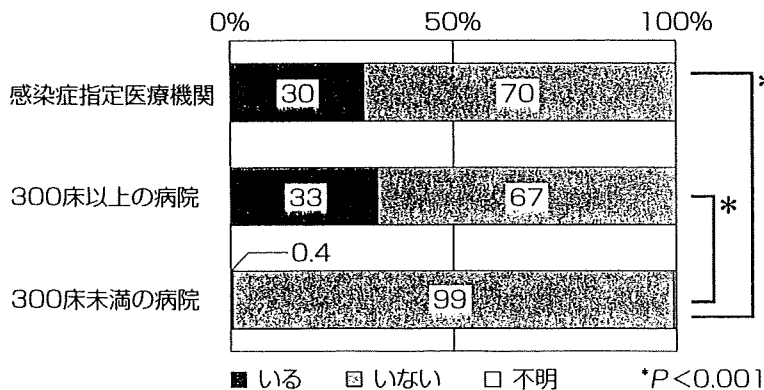
インフェクションコントロールドクター（ICD）の資格をもっている医師の有無



感染症指定医療機関では 78%、300 床以上の病院では 60% の施設で ICD の資格をもつ医師がいるのに対し、300 床未満の病院では 13% であった。

アンケート参加施設の中で ICD の資格をもっている医師がいる病院は 230 施設（45%）、いない病院は 283 施設（55%）であった。

インフェクションコントロールナース（ICN）の資格をもっている看護師の有無

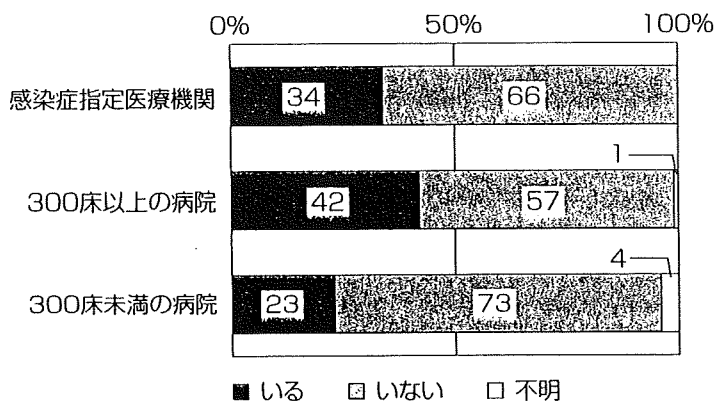


感染症指定医療機関では、ICN の資格をもつ看護師がいる病院は 30%、300 床以上の病院では 33%、300 床未満の病院では、その割合はさらに低く 0.4%（1 施設）であった。

アンケート参加施設の中で、ICN の資格をもっている看護師がいる病院は 88 施設（17%）で、いない病院は 424 施設（82%）であった（不明：3 施設）。

院内感染担当専任者および ICT のさらなる設置

院内感染等のための専従時間を有する職員



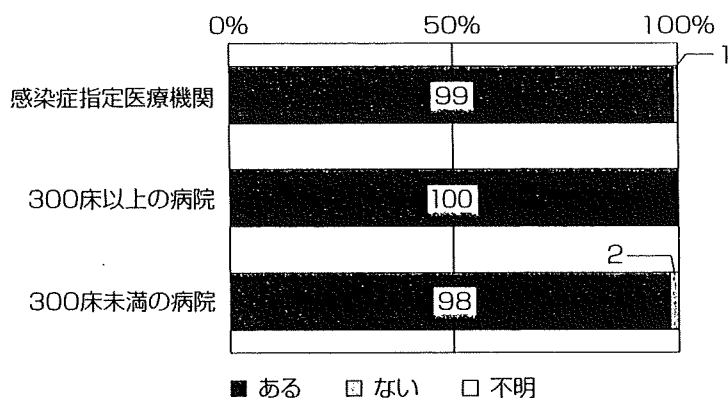
アンケート参加施設の中で、院内感染担当の専任者がいる病院は156施設(30%)であった(不明:13施設)。

専任者がいる病院は、感染症指定医療機関では34%、300床以上の病院では42%、300床未満の病院では23%であった。

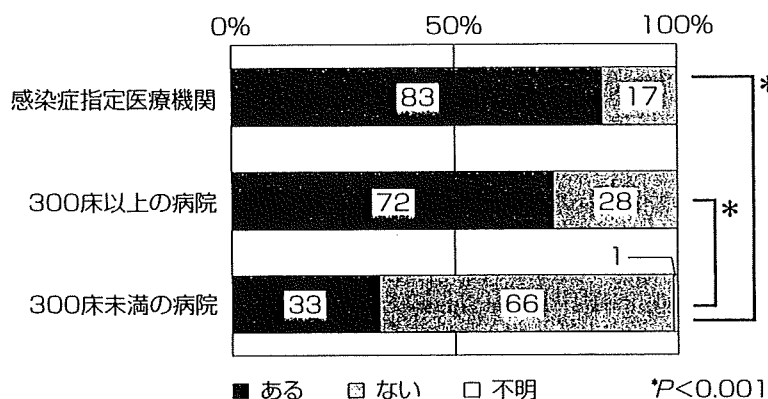
院内感染防止委員会の有無

506施設(99%)の病院で、院内感染防止委員会、または同様の機能組織があった。ないと答えたのは、300床未満の病院1施設であった(不明:5施設)。

委員会の開催頻度は、施設分類にかかわらず90%以上の施設で月1回開催していた。



インフェクションコントロールチーム (ICT) の有無



アンケート参加施設の中で、インフェクションコントロールチーム (ICT) がある病院は298施設(58%)で、ICTのない病院は214施設(42%)であった(不明:3施設)。

ICTのある病院は感染症指定医療機関では83%、300床以上の病院では72%で、300床未満の病院では、ICTのある病院が有意に少なく33%であった。

B 総論

まとめ

全国の医療機関の協力を得て、院内感染症対策の実態および改正感染症法の周知に関するアンケート調査を実施した。院内感染対策として院内感染防止委員会活動や院内感染防止のための講習会開催などの活動が大多数の病院で実施されており、院内感染対策活動が全国の医療機関で実践されている実態が明らかとなった。一方で、ICD や ICN などの資格をもった専門の医療従事者のさらなる普及、院内感染担当専任者および ICT のさらなる導入、特定感染症患者が発生した場合の対応マニュアルのさらなる普及、結核検査室での安全対策のさらなる普及など、医療機関が今後改善すべき点が明らかになった。特に中規模・小規模病院では、専門の医療従事者がおらず、ICT がない病院の割合が非常に高く、このような施設で可能な院内感染対策活動のあり方を議論する必要がある。



2 スタンダードプリコーション (標準予防策)

基本的な感染予防策

医療施設内での基本的な感染予防策には、スタンダードプリコーション（標準予防策）と感染経路別予防策がある。スタンダードプリコーションは、感染症の有無にかかわらずすべての患者に適用されるものである。感染経路別予防策は、特定の患者に適用されるものである。たとえば感染症もしくはその疑い、または院内感染対策上、重要な病原体を保菌している患者が対象となる。

スタンダードプリコーションとは、①血液、②汗を除くすべての体液、分泌液および排泄物、③損傷皮膚、および④粘膜に適用される予防策で、感染性がはっきりしているものはもちろん、感染性が特定されていないものからの感染の危険を軽減することを目的に実施するものである。したがって、患者が感染症であるかどうかにかかわらず、すべての患者で同じ予防策を実施する。具体的には、手洗い、手袋、マスク、ゴーグルやフェースシールド、エプロン、医療器具の消毒方法、院内清掃、リネン類の取り扱い、針刺し事故対策や感染性医療廃棄物の取り扱いなど、多岐の問題が含まれる。これらの多くは、施設内で統一した基準を作成し、わかりやすい手順書にする必要がある。また、ポスターなどを使って、必要な箇所に掲示するのも効果的である。

特にスタンダードプリコーションでは、ポスターは有効である。掲示ポスターには以下のように種々の目的がある。

1. 職員への情報提供を対象としたもの
 - ・ 消毒薬作成、使用法の指示
 - ・ 廃棄物処理の指示
 - ・ 病室の配置
2. 職員の守るべき行動を喚起するもの
 - ・ 感染症対策の基本（たとえば、手洗い）
3. 患者、見舞客へ協力を要請するもの

B 総論

ものにより、マニュアルにするよりも、壁に指示を掲示するほうが効果的であることがある。

今後、この方面の手法の開発が必要である。

収録した手順例

- 一般的予防策
- 感染対策における医療従事者の身だしなみ
- 患者ケア時の防護用具
- スタンダードプリコーション 〈一般病棟の手順例〉
- スタンダードプリコーション 〈外科病棟の手順例〉
- 手洗い・手指消毒の方法
- 手荒れ防止策

一般的予防策

われわれ医療従事者が院内感染を媒介していることを忘れてはならない。

1. 手洗い、手指の消毒

手洗い、手指の消毒は院内感染予防の基本である。

マイクロシールドPVP®（7～5%ポビドンヨード）で15秒以上、または、ヒビスコール®Sジェル、ウエルパス®（速乾性擦式手指消毒薬）で乾くまで行う。手荒れに注意すること。

- ・ナースステーションへ入るとき
- ・病室への入室時、退室時
- ・患者への接触の前後
- ・汚物を処理した後
- ・輸液セットを組む前、注射液を調整する前
- ・床の物を拾った後（床に物を落としたときは、一連の作業が終わってから拾うこと）
- ・靴など床にある物にさわった後
- ・ナースステーションを出て他の部署へ行く場合

〈手洗いの手順〉

1. まず流水で洗浄し、液体石けんもしくは消毒液を手にとる
2. 手のひらをよくこする
3. 手の甲をよくこする
4. 指先、爪の内側を洗う
5. 指の間を洗う
6. 母指と手のひらをねじり洗いする
7. 手首を洗う
8. 手のしずくを絞り取る（手を振って周囲にしずくを飛ばさないよう注意）
9. ペーパータオル（2～3枚）を使用し、手を完全に乾燥させる
使用したペーパータオルで蛇口を閉める（蛇口に手が触れないよう注意）

〈その他の注意事項〉

- * 指輪、腕時計は使用しない
- * 白衣は袖の短いものを着用する
- * 爪は短くする
- * 手荒れ防止策をとる（手のスキンケアに心がける）
- * 手洗い場は手洗い専用にする
- * 手洗い場の周囲のしずくはこまめに拭き、常に乾燥させておく
- * 手洗いは「1処置1手洗い」が原則！
- * ウエルパス®（0.2%塩化ベンザルコニウム加アルコール、速乾性擦式手指消毒薬）は15秒以上、手指に擦り込む

2. 病棟の清掃、医療器具の消毒

- ・ 1日1回、廊下を住居用洗剤で拭く。汚れた場合はそのつど行う。
- ・ 1日1回、ドアのノブを消毒する（70%イソプロピルアルコール）。
- ・ 月1回、掃除機にて換気扇のファン、室内空調機のフィルターの埃をとる。汚れがひどいときは会計課に連絡して業者に依頼する。
- ・ 退院時の病室の床の清掃を徹底する。
- ・ 感染症患者退院後、ホスクリーン®にてベッド、マットレスの消毒を行う。または、あらかじめ防水シートや防水マットレスカバーを使用する。
- ・ 粘着マットの廃止。
- ・ 吸入用嘴管、薬杯は水洗いした後、ミルトン®（次亜塩素酸ナトリウム）液に30分以上浸漬する。
- ・ リネン交換時（週1回）のリネンは直接ランドリーボックスに入れる。

3. 消毒用アルコール（ディスポーザブルのパック製品の使用が望ましい）

〈酒精（アルコール）綿の取り扱い〉

- ①使用前は、必ず手洗いをする。
- ②酒精綿は、必ずふたをして蒸発を防ぐ（適切なアルコール濃度を維持するため）。
- ③開封（作成）日時を記載し、24時間以内に使い切る。

〈ディスポーザブルのパック製品〉

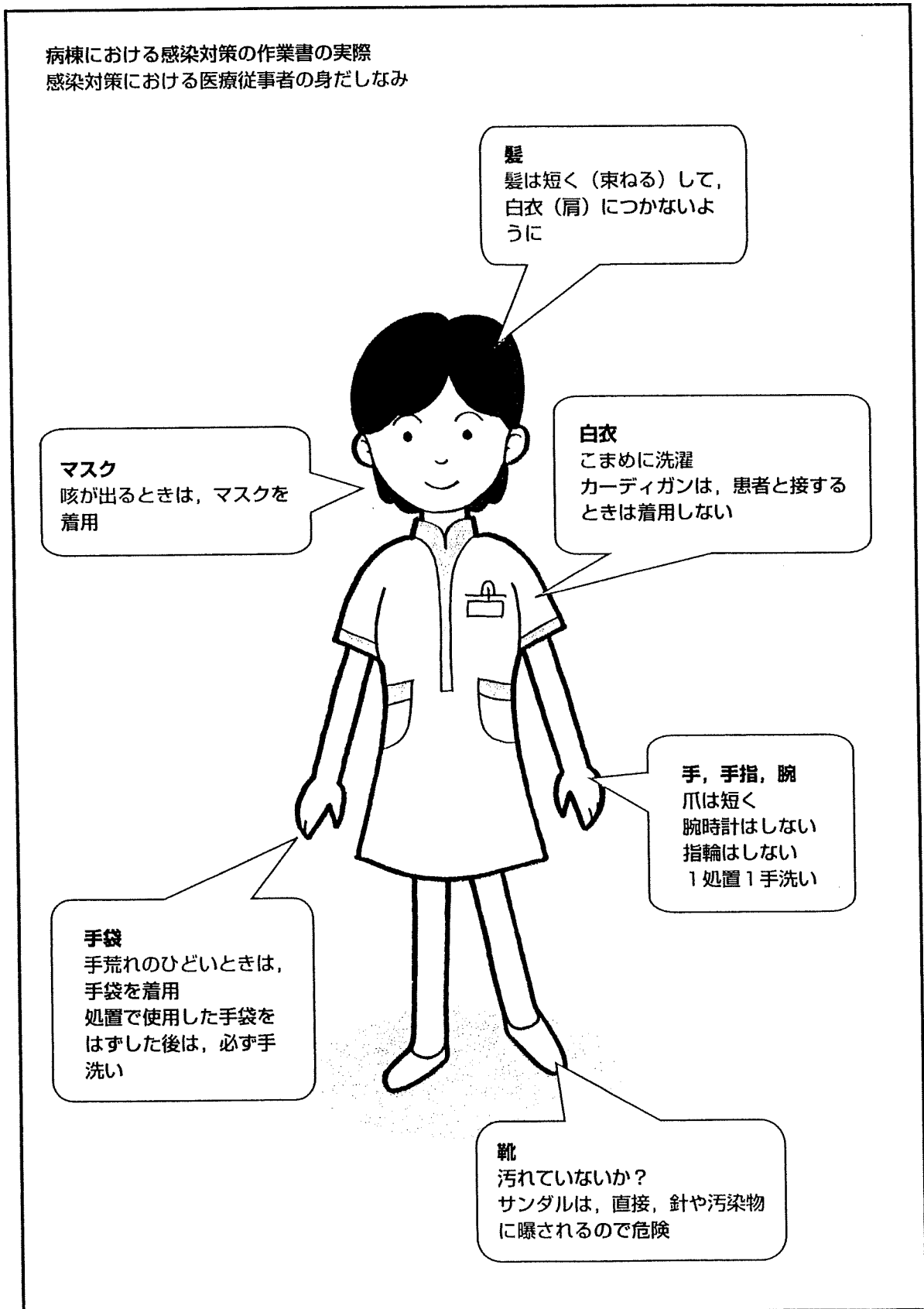
- ・ 酒精綿は、使用ごとに必ずふたを締める（チャック式など）。
- ・ CVカテーテル挿入者、易感染者には、単包の酒精綿が望ましい。

4. 点滴・注射

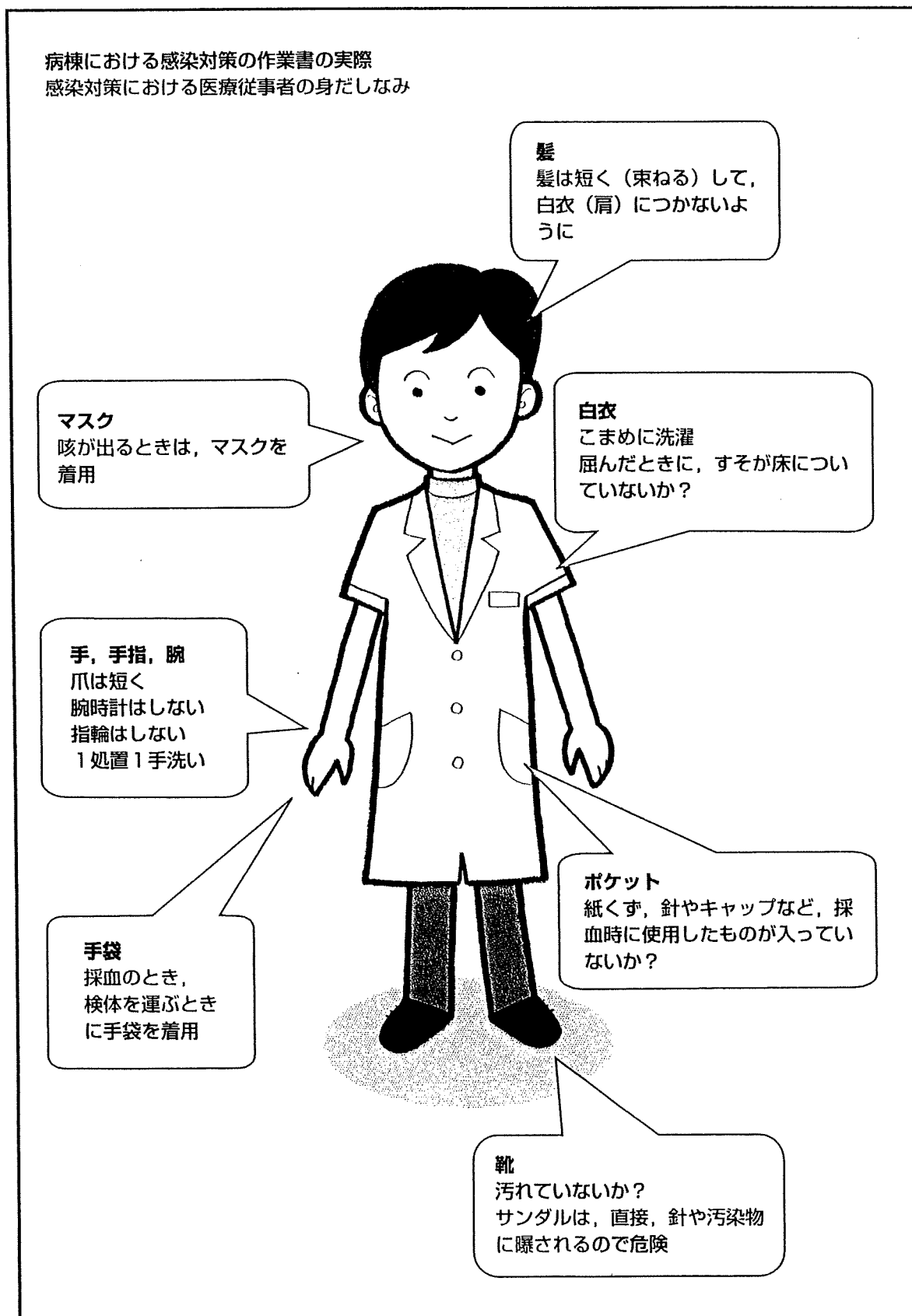
- ・ 輸液セットを組む前、注射液の調整を行う前には手指の消毒を行う。
- ・ 注射器で注射液を引く場合、注射器をわしづかみにしてはならない。
- ・ 無菌室で使用する輸液セットは無菌室で組む。
- ・ 三方活栓は不潔になりやすく感染源となるため使用せず、閉鎖式回路を使用する。
- ・ 中心静脈カテーテルのフィルター交換は原則として週1回行う。フィルター交換は汚染の危険が高い行為であるため、必ず2人で行う。高カロリー輸液を行っている場合は、新しいセットを5%ブドウ糖液でプライミングした後、古いセットと交換する。

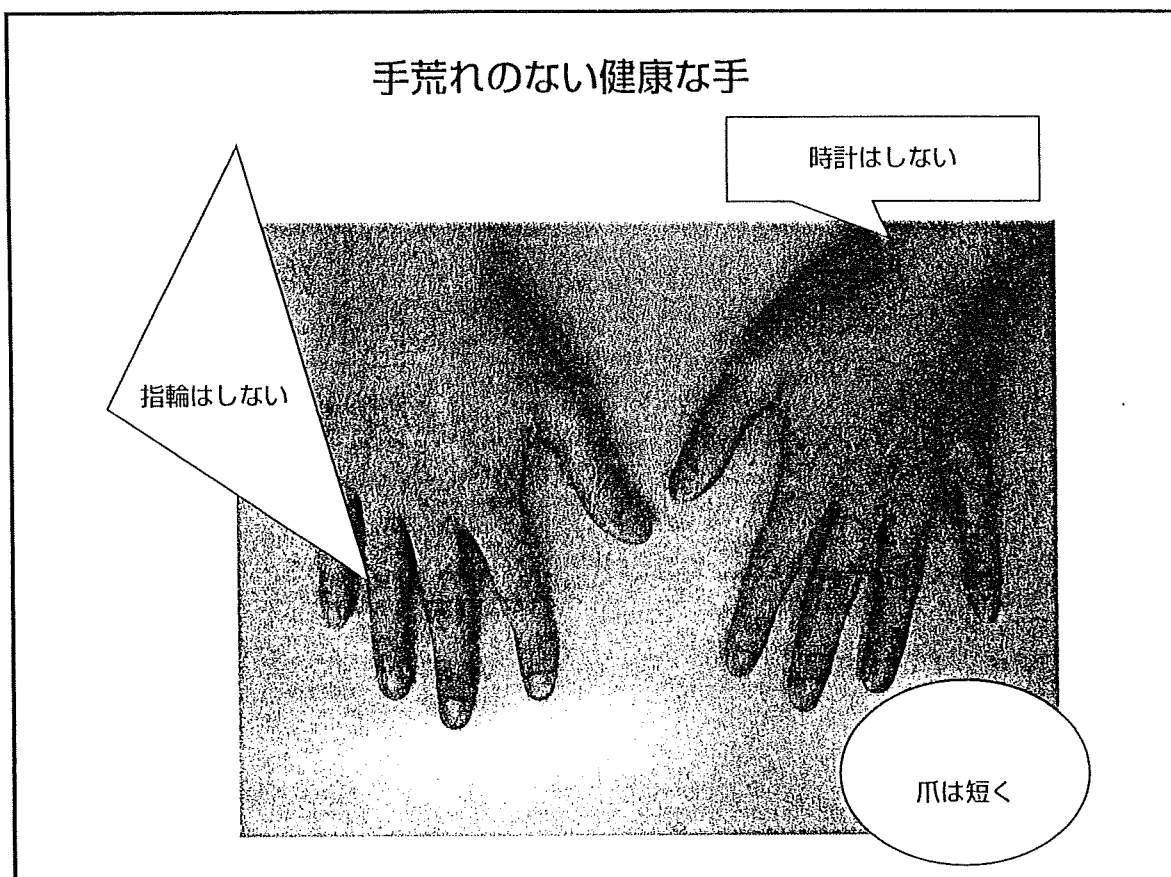
感染対策における医療従事者の身だしなみ

病棟における感染対策の作業書の実例
感染対策における医療従事者の身だしなみ



病棟における感染対策の作業書の実際
感染対策における医療従事者の身だしなみ





患者ケア時の防護用具

	手洗い	手袋	エプロン	マスク	ゴーグル
創傷ケア	○	○	(○)		
カテーテル留置部ケア	○	○	(○)		
吸引ケア	○	○	○	○	(○)
口腔ケア	○	○	(○)	○	
排泄ケア（おむつ交換など）	○	○	○		
清潔ケア（清拭、足浴、手浴、洗髪など）	○				
環境整備、リネン交換	○	○	○	○	
器材の1次消毒後の洗浄、消毒薬の取り扱い	○	○	○	○	○
医療廃棄物の取り扱い	○	○	○	○	

* (○)：飛散するおそれのある場合など、必要時に使用する。

スタンダードプリコーション〈一般病棟の手順例〉

病室	通常の病室
エプロン（防水性）	<ul style="list-style-type: none"> 患者の血液、体液、分泌物、排泄物などで衣類が汚染される可能性があるときには着用する 通常の吸痰操作では着用しなくてもよい。痰量が著しく多く、飛び散る可能性が高い場合は着用する 血液、体液、分泌物、排泄物などは【感染性】【非感染性】と分けて考えない ビニールエプロンは1処理ごとにディスポーザブル扱いとする
マスク ゴーグル	<ul style="list-style-type: none"> 不要。ただし、咳嗽が著しく、飛沫感染で口腔、鼻腔粘膜、眼曝露が考えられるときには必要である
手袋	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液、分泌物、排泄物などに接触する場合は着用する 清拭、陰部洗浄、おむつ交換、吸引、廃液処理などの実施時に着用する
手洗い	<ul style="list-style-type: none"> 手洗いの項（P. 3、4、37）参照
使用後器材	<ul style="list-style-type: none"> 発生場所から速やかに1次洗浄の場へ運び、消毒薬に浸漬する 浸漬前には必ず流水下で洗い流す
食器類	<ul style="list-style-type: none"> 通常の熱処理をする（そのまま返却）
機器	<ul style="list-style-type: none"> 血液、体液、分泌物、排泄物などで汚染された場合は速やかに消毒薬で拭き取る
リネン衣類	<ul style="list-style-type: none"> マットレスおよび枕は防水性カバーを使用し、その上にベッドメイキングをする 血液、体液、分泌物、排泄物などで汚染された場合は、速やかに交換する。その後、熱水洗濯（80℃、10分以上）またはピューラックス®（次亜塩素酸ナトリウム）で消毒する 汚染リネンおよび患者衣類はビニール袋または水溶性ランドリーバッグに密封して消毒に出す 各セクションでの洗浄・消毒は禁止する
ベッド清掃	<ul style="list-style-type: none"> 洗浄剤で拭き掃除を行う（ペーパータオルを使用する） 血液汚染のある場合はピューラックス®（0.5～1%次亜塩素酸ナトリウム）などで拭き取る（2回法） 患者退室後も、同様の方法で拭き掃除を行う
便器・尿器	<ul style="list-style-type: none"> 使用后、洗浄・消毒薬で清浄化を行う。その後、よく乾燥させる。または、ベッドパンウォッシャーを使用する
感染性廃棄物	<ul style="list-style-type: none"> 鋭利なものや注射器は、シャープコンテナに入れる
清掃	<ul style="list-style-type: none"> 日常清掃は1日に1回行う 室内の埃、ごみを除去する（ダストモップ） 洗浄剤を使用し、高いところから低いところへと拭き掃除を行う 血液、体液、分泌物、排泄物などで汚染されたら、速やかに清浄化する

スタンダードプリコーション〈外科病棟の手順例〉

項目	物 品	方 法	注 意 事 項
保護用品	手 袋	<ul style="list-style-type: none"> 手指が、血液、体液、排泄物で汚染される危険がある場合に使用する 患者ごとに交換し、手洗いをする 手袋をはすすときは手袋の内側を外に出すようにしてはすす 使用後の手袋は、血液、体液の付着したものは感染性廃棄物容器に捨てる 	<ul style="list-style-type: none"> 手袋をはめた手で共有物（ドアノブ、電話、コンピュータなど）をさわらない
	マスク	<ul style="list-style-type: none"> 飛沫感染するおそれがある場合はサージカルマスクを使用する 捨てる時以外は顔からはすさない マスクはひもの部分のみを持って取り扱い、一般可燃ごみとして捨てる 	
	エプロン(防水性)	<ul style="list-style-type: none"> 患者の汚物から白衣を守るためと、汚染された白衣から患者を保護するために使用する。白衣が体液などで汚染する危険がある場合に使用する 患者ごとに交換する 使用後は手袋に準じて捨てる 	
消毒方法	手 指	<ul style="list-style-type: none"> 手洗いの方法は別項（P. 3、4、37）参照 ナースステーションに戻れずに次の処置に移るときは、廊下に設置してあるヒビスコール A*（0.2% クロルヘキシジン加アルコール）を手指にアルコールが十分乾燥するまで擦り込む 	<ul style="list-style-type: none"> 手洗いや薬液により手荒れがある場合は、ハンドクリームなどでケアをする
	注射部位	<ul style="list-style-type: none"> 酒精綿作成の手順と使用方法は別項（P. 28）参照 使用した針と注射器はそのまま針捨て容器に捨て、点滴ルートと血液汚染物は感染性廃棄物容器（セーフティボックス）に捨てる。点滴ボトルは専用のごみ袋（透明）に捨てる 	<ul style="list-style-type: none"> 採血、注射、点滴などの処置を行うときは必ず手袋をする。また、針捨て容器（黄色）を持参し、針は直ちに容器に廃棄する リキャップはしない ペンフィル*（インスリン用注射器）使用時は、針切りも一緒に持参し、針切りを行ってからキャップをする
	手術部位、無菌操作部位	<ul style="list-style-type: none"> 原液の 10% イソジン*（ポビドンヨード）液を使用する。イソジン* 液は包交車の上の角カスト内の小カストに、1 日に必要な量だけ入れて使用する 皮膚トラブルがある患者には原液のヒビディール*（クロルヘキシジン）を使用する。ヒビディール*は開封したら 1 回の使用で使い切り、保存はしない ガーゼ交換後の使用したガーゼや血液、体液で汚染されたものは感染性廃棄物容器（白のプラスチック容器）に捨てる 鑷子や静脈切開セットなどの金属類は、血液などの有機物を取り除くために台所洗剤で汚れを洗い落とし、水の入った容器に漬けておく。中材への返納は専用容器に入れて戻す 	<ul style="list-style-type: none"> ヒビディール*（クロルヘキシジン）は必ず 1 処置で破棄し、使用時は新しい袋を開封する 鑷子などのステンレス製品は錆びるため、決してパイゲンラックス*（次亜塩素酸ナトリウム。塩素系殺菌消毒薬）に浸漬させてはならない 使用した鑷子などの中材への返納は、9 時、11 時の 2 回。専用容器は 16 時に中材へ取りに行く

B 総論

項目	物品	方法	注意事項
消毒方法	気管内・口腔吸引カテーテル	<ul style="list-style-type: none"> ・吸引用アルコール消毒：患者1人ごとに専用容器を用い、原液のネオ消アルを浸漬させたガーゼを入れる ・吸引用ボトル：各勤務のたびに廃液を捨て、洗浄する。ボトル内には消毒薬を入れない。1人の患者の使用終了後は、十分に洗浄後、ジアミトール[®]（塩化ベンザルコニウム）で消毒し、乾燥させる ・吸引カテーテル：（基本はディスポーザブルを用い、吸引ごとに交換する）やむをえない場合は毎日交換する。汚染が激しい場合は各勤務ごとに交換する。吸引用の塩ビ管は、汚染の程度によって日勤帯に交換する ・吸引カテーテル用プラスチックボトル：吸引カテーテルの吸水用のボトルは日勤で交換する 	<ul style="list-style-type: none"> ・手術患者用に準備して残ってしまった吸引用ガーゼは、他の患者の吸引用に再利用しない ・毎日吸引している患者には容器内のガーゼを使い切り、酒精綿容器同様に洗い、バイゲンラックス[®]（次亜塩素酸ナトリウム。塩素系殺菌消毒薬）で消毒後、乾燥させる
	挿入カテーテル類	<ul style="list-style-type: none"> ・尿道留置カテーテル：閉鎖式カテーテルのため、膀胱洗浄はせず、汚染時は一式交換する。各勤務で廃液を回収するときは、回収口を酒精綿で消毒する ・N/Gチューブ、Gボトル：チューブおよび廃液ボトルは消毒や再利用をせず、一使用ごとに破棄する。使用後は感染性廃棄物容器に捨てる 	<ul style="list-style-type: none"> ・チューブおよび廃液ボトルは消毒や再利用をせず、一使用ごとに破棄する ・使用後は感染性廃棄物容器に捨てる
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ・体温計、聴診器：1人の患者に使用することに酒精綿で消毒して使用する ・ガーグルベースン、吸入用し管、薬杯など：十分に水洗いし、血液などの有機物を取り除く。希釈したバイゲンラックス[®]（次亜塩素酸ナトリウム。塩素系殺菌消毒薬）で1時間以上消毒し、水ですすぎ、十分に乾燥させる 吸入用し管、真空管採血時に使用した外筒は金属製の専用容器で、薬杯やガーグルベースンは白いバケツで消毒する ・尿器、陰洗用ボトル：十分に水洗いした後、汚物室に設置している青いバケツ（バイゲンラックス[®]入り）に1時間以上漬け、水ですすぎで十分に乾燥させる ・腹部エコー用プローブ：使用後直ちに、プローブ側（患者に接触した側）を流水で洗浄し、有機物を取り除いた後、速やかに中材に返却する 	<ul style="list-style-type: none"> ・体温計、聴診器、血圧計など、直接患者に接触するものを接触感染症患者に使用するときは、専用のものを部屋に準備する

項目	物 品	方 法	注 意 事 項
患者関係	衣服類	<ul style="list-style-type: none"> 洗濯は、本人または家族が行う 血液、体液、排泄物等で汚染された衣服は洗濯するまでの間はビニール袋等に入れ、周囲を汚染させない 汚れを取り除いてから塩素系殺菌消毒薬（次亜塩素酸ナトリウム。ハイター® など）で洗うよう説明する 	
	排痰ティッシュ	<ul style="list-style-type: none"> 患者のベッドサイドでプラスチック袋に集めた後、一般可燃ごみとして破棄する 	<ul style="list-style-type: none"> 結核菌の感染のある痰はプラスチック袋で回収の後、感染性廃棄物容器（白のプラスチック容器）に捨てる
	おむつ交換	<ul style="list-style-type: none"> 施行時は使い捨て手袋を使用する 使用後のおむつは可燃物用ポリ袋のに入った青いポリバケツに捨てる 	<ul style="list-style-type: none"> MRSA、VREなどの感染がある排泄物は、個別にプラスチック袋に入れ、縛ってから感染性廃棄物として扱う
	清拭タオル	<ul style="list-style-type: none"> タオルを患者の所に持っていく際は洗面器で運ぶ 使用後の洗面器は水で洗う 使用後のタオルは洗面所にある洗濯用バケツにそのまま入れる 	<ul style="list-style-type: none"> 洗面器はできるだけ患者本人のものを使用する
	シーツ	<ul style="list-style-type: none"> 感染患者は最後にシーツ交換する 感染患者が使用したシーツ、排泄物や血液で汚染されたシーツは消毒しないでそのままビニール袋に入れ、しっかりと口を縛り、使用したシーツを置く場所に置く 汚染されていない患者のシーツは、そのままランドリーバッグに入れる 	<ul style="list-style-type: none"> シーツ交換時、使用後のシーツは床に置かず、ランドリーバッグに入れる
	病室	<ul style="list-style-type: none"> 体液以外による汚染場所には清掃用洗浄剤を用いる 体液等で汚染された場合、汚染範囲がわずかなときは70%以上の消毒用アルコールで拭く。汚染範囲が大きいときは希釈したバイゲンラックス®（次亜塩素酸ナトリウム）でモップ拭きし、乾燥させる 	
	トイレ、浴槽	<ul style="list-style-type: none"> 患者の使用中のポータブルトイレは、排泄物を処理した後に洗浄する。使用終了時は、洗浄消毒後、乾燥させる トイレは、毎日清掃する 浴室は入浴後、清掃し乾燥させる 	

B 総論

項目	物品	方法	注意事項
看護関係	手術部位の準備	<ul style="list-style-type: none"> ・手術前日に臍部はオリーブ油を使用してきれいにする ・手術当日の朝、サージカルクリッパー（電気かみそり）を使用して手術部位の除毛を行う。クリッパーの刃の部分は1使用ごとに破棄する ・除毛後にシャワー浴または清拭を行う 	
	処置室、ナースステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・清潔操作を行う処置台の上などは消毒用アルコールで清拭する ・棚や、ドアノブは水拭きする ・床はモップで水拭きする 	
	包交車、ストレッチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・包交車は消毒用アルコールで清拭する ・ガーゼ交換後は手指が触れた場所をアルコールで消毒する ・ストレッチャーは、使用后、雑巾で水拭きし、埃がかからないようにシーツをかけておく ・使用したワゴンやパッドは、流水で洗浄後、乾燥、またはアルコールで清拭する 	
	回診、ガーゼ交換	<ul style="list-style-type: none"> ・患者を直接介助する看護師と無菌操作を実施する看護師は別にする ・病室内に汚物缶を持ち込まない ・回診の順序は、より清潔操作を必要とする患者から開始し、感染症患者は最後に行う ・1 処置 1 手洗いを必ず実行する 	

手洗い・手指消毒の方法

レベル	手洗い	手指消毒	
目的	汚れや通過菌の除去	通過菌の除去・殺菌	
種類	日常的手洗い	衛生的な手洗い	擦式手指消毒
どのようなとき	目に見える汚れがある		目に見える汚れがない
方法	流水で洗う（スクラブ法）		擦り込む（ラビング法）
洗浄剤	液体石けん	手指消毒薬	擦式手指消毒薬
量・時間	15秒以上	液3～5 mLで15秒以上	液3～5 mLで15秒以上

行為	日常的手洗い	衛生的な手洗い	擦式手指消毒
	目に見える汚れのあるとき		目に見える汚れのないとき
出勤時、退出時	○		○
病室への入室時、退室時	○		○
患者への接触の前後		○	○
バイタルサイン測定前後 		○	○
食事介助の前後 		○	○
汚物を処理した後 		○	○
床にある物をさわった後 		○	○
手袋をはずした後 		○	○
輸液セットを組む前、 注射液を調製する前 		○	○
血管カテーテル、尿路カテーテルなどの 侵襲的器具の取り扱い前 		○	○
創傷ケアなどの無菌的な 処置の前 		○	○
同一患者の汚染部位から清潔部位に移 る前		○	○
針刺し事故の後 	○	○	

*石けん：ミューズ®、ジェントルクレンザー®（薬用石けん）など

*手指消毒薬：7～5%ポビドンヨード、グルコン酸クロルヘキシジンなど

*速乾性手指消毒薬：ウエルパス®、ラビネット®（ともに0.2%塩化ベンザルコニウム含有の消毒用エタノール）など

*ゲル状速乾性手指消毒薬：ゴージョ®など

手荒れ防止策

- ①保湿剤はチューブ式のもの（ザーネクリーム[®]など）を個人専用で使用する。
- ②手洗い方法を選ぶ（流水による手洗いのほうが、より手荒れを起こしやすい）。
- ③手洗い洗剤・消毒薬を選ぶ（エモリエント剤、配合成分などを考慮する）。
- ④手袋を選ぶ（ラテックスフリー[®]など）。
- ⑤流水での手洗いでは、十分に消毒薬を洗い流し、ペーパータオルで優しく叩き拭きする。
- ⑥流水の温度調節をする（温度が高いと手荒れを起こしやすい）。
- ⑦手荒れがひどい場合は、皮膚科を受診する。

参考

手洗いに関するアンケート調査

—どのような状況で手洗いができなかったのか？—

手洗いは、院内感染対策のなかでも最も基本的で重要な手技である。看護師が手洗いをすべきところを、手洗いができなかった、またはしなかった状況と要因を明らかにすることを目的として、アンケート調査を実施したので報告する。

方法

調査対象は全国 12 施設の国立病院・療養所の看護師で、調査期間は平成 13 年 8 月 20 日～9 月 20 日であった。対象施設の看護師 2648 人中 49.6% の 1313 人から回答を得た。アンケートでは、手洗いをすべきであったのに手洗い（速乾性擦式手指消毒薬を用いた手指消毒を含む）ができなかった（しなかった）経験について、経験の有無、頻度、時間帯、どのような状況であったのか、1 日に接触する患者数について自由記述形式で回答を求めた。

結果

- ①回収率：49.6%（対象施設の全看護師 2648 人中 1313 人から回答）
- ②1 日に接触する患者数：平均 13.3 ± 9.4 人
- ③手洗いをすべきであるのにできなかった経験のある者：1020 人（回答者の 77.7%）
- ④手洗いができなかった頻度：全回答者では 1 か月当たり平均 7.5 ± 14.3 回。手洗いができなかった経験をもつと答えた 1020 人では 1 か月当たり平均 10.2 ± 15.8 回
- ⑤発生場所：記述のあった 622 件のうち、488 件（78.5%）が病室（図 1）

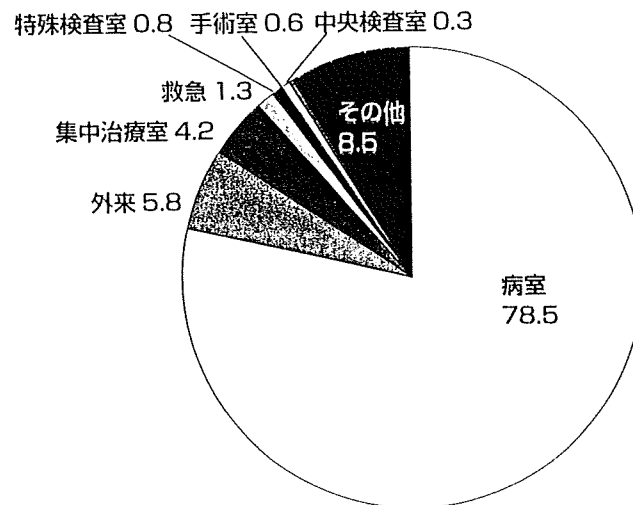


図 1 手洗いができなかった（しなかった）場所