

病院感染対策のための情報誌

HosCom

ホスコム Hospital Communication

2025
vol.22
no. 2

特集 座談会

陰部ケア 洗浄と清拭 ～各専門家の視点から～

土田 敏恵（ファシリテーター）

兵庫医科大学 看護学部看護学研究科 教授／
NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト

Topics

輸入感染症への備え、できていますか？

椎木 創一 沖縄県立中部病院 感染症内科 部長

SARAYA

01 特集 座談会

陰部ケア 洗浄と清拭 ～各専門家の視点から～

土田 敏恵 兵庫医科大学 看護学部看護学研究科 教授/NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト(ファシリテーター)
三浦 美穂 久留米大学病院 感染制御部 副部長
太田 悦子 大阪大学医学部附属病院 感染制御部 副部長/看護師長
橋本 渚 大阪府済生会千里病院 看護師長/感染管理室 室長
安藤 嘉子 大阪赤十字病院 看護副部長/NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト
三富 陽子 京都大学医学部附属病院 看護部管理室 看護師長/NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト
渡邊 光子 NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト

10 Topics

輸入感染症への備え、できていますか？

椎木 創一 沖縄県立中部病院 感染症内科 部長

12 特定看護師の実践現場から

特定行為研修を修了した感染管理認定看護師が、
現場でさらに活躍するために

金城 真一 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 看護師長

14 とんりの感染対策

NICU・GCUにおける感染対策

中村 明世 奈良県立医科大学附属病院 看護部/感染管理室
徳谷 純子 奈良県立医科大学附属病院 看護部 看護師長/感染管理室
笠原 敬 奈良県立医科大学附属病院 感染症内科教授/感染管理室 室長
水本 珠美 奈良県立医科大学附属病院 総合周産期母子医療センター 看護師長
角谷 哲基 奈良県立医科大学附属病院 総合周産期母子医療センター 助教
内田 優美子 奈良県立医科大学附属病院 総合周産期母子医療センター 病院教授

16 World Information

Improving hand hygiene compliance
in infectious disease hospitals

Dr.Wei Huang

Chief of Infection Control Department Infectious Disease Hospital of Heilongjiang Province

みんなのつぶやき

今月の表紙：バーベナ（学名：Verbena）

クマツヅラ科クマツヅラ属の多年草または一年草で、南北アメリカの熱帯から亜熱帯の地域を原産としています。開花期が春から晩秋までと長く、夏の厳しい暑さの中でも明るく彩りを与えてくれます。花の形が桜に似ていることから「美女桜」という和名を持ちます。花色は多彩で、ピンクや赤、白などがあります。花言葉は「魅力」「魔力」の他、花色によっても異なり、ピンクのバーベナは「家族の和合」、赤のバーベナには「団結」という意味があります。





特集

座談会

陰部ケア 洗浄と清拭

～各専門家の視点から～

医療機関や福祉施設において、適切な身体洗浄や清拭は皮膚の衛生状態を保つと同時に、感染対策の観点からも重要です。近年、陰部ケアの方法として、陰部清拭ワイプ（以下、ワイプ）なども注目されてきています。そこで、今号のHosComの特集では、兵庫医科大学の土田 敏恵先生をファシリテーターに迎え、感染管理認定看護師（以下、CNIC）3名と皮膚・排泄ケア認定看護師、Wound, Ostomy and Continence Nurse（以下、WOCN）3名にお集まりいただき、陰部ケアについての座談会を開催しました。

（座談会開催日：2025年2月11日）



土田 敏恵 先生

兵庫医科大学／NPO法人 ストーマ・イメージ
アップ・プロジェクト

土田（ファシリテーター）：近年では陰部ケアにワイプを導入されている施設が徐々に増えています。しかし、陰部洗浄ボトルを使用した陰部洗浄からワイプに全面的に切り替えている施設もあれば、対象患者を限定している施設もあります。また、陰部ケアには看護師や看護補助者、介護士など、様々な職種の方が携わります。本日は陰部ケアにおけ

るさまざまな取り組みについて、皆さんのお話を伺いたいと思います。HosCom読者の皆様に、「こんなことがあるのか」「こういう方向性で考えたらよいのか」「認定看護師とこんな風に協働したらよいのか」といった、明日の臨床実践のヒントになるようなことをお伝えできればよいと考えています。

陰部ケアの現状

土田：まずは、各施設での陰部ケアの現状についてご紹介いただけますか。

太田：現在、当院での陰部ケアは、陰部洗浄ボトルを用いた水と石けん、ガーゼによる洗浄が主で、尿道カテーテル留置患者やオムツを装着している患者に対して毎日実施しています。ワイプは、救命救急センターでのみ導入しており、尿道カテーテル挿入前に使用しています。元々は新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）発生前にワイプの導入を検討していましたが、コロナの流行により、当時のコロナ病棟で必要とされたディスポーザブル（以下、ディスポ）製品として優先的に導入しました。しかし、急場でのディスポ製品というような扱いになってしまい、結果的にはおしり拭きのように扱われてしまうこともありました。1年くらいこの形で運用しましたが、現在では主に陰部洗

浄ボトルを用いた陰部洗浄を行い、ワイプの使用は対象患者を限定しています。ただ、適切な陰部ケアを行うためにはスキンケアの観点や、物品の洗浄作業や運用などの感染管理の観点、業務の効率化という観点からも、現状のままでは課題があると感じています。そのため、ワイプの導入拡大を検討する取り組みを進めています。

三浦：当院における陰部ケアも、基本的に陰部洗浄ボトルを用いて水と石けん、ガーゼを使って行っています。オムツを装着している患者や尿道カテーテル留置患者に対して毎日ケアを行い、排便があった際にはその都度洗浄を行っています。以前、救命救急センターでカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）が流行し、新規の検出件数が減少しないという問題に直面しました。その際、陰部洗浄ボトルが問題ではないかと考え、ワイプに切り替えた結果、CREの発生が大幅に減少しました。現在は救命救急センターで尿道カテーテル留置患者にワイプを使用しています。対象患者にカンジダや褥瘡が見られる場合には、WOCNに相談して、ワイプの使用可否を判断しています。

橋本：当院では2021年からワイプを導入しています。導入のきっかけは、「陰部洗浄にかかる時間が多い」という意見が寄せられたことでした。看護部からの意見を集め、専門家チームで検討を重ねた結果、ワイプの使用を進め

CNIC



三浦 美穂 先生
久留米大学病院（感染症看護専門看護師／
感染管理認定看護師）



太田 悦子 先生
大阪大学医学部附属病院（感染管理認定看護師）



橋本 渚 先生
大阪府済生会千里病院（感染管理認定看護師）

ることになりました。現在ではワイプを用いた陰部ケアが日常化しており、新人研修を含む陰部ケアの教育もワイプを用いて行っています。

安藤：当院では従来通り陰部洗浄ボトルを使用し、水と石けん、ガーゼによるケアを継続しています。現在のところワイプは導入していませんが、今後の陰部ケアの簡略化や廃棄物量削減、感染対策の観点等から、新たな選択肢としてワイプによる陰部清拭の必要性を感じています。

三富：当院でも安藤さんの施設と同様に、陰部洗浄ボトルでの洗浄を基本としています。ワイプについては、まだ導入していません。以前、ワイプを試用した際に、数量が多く余ってしまうことがありました。しかし、近年、少数単位で販売されているものもあり、再度検討を始めたいと思っています。ただし、WOCNの視点から見ると、褥瘡リスクが高い便失禁患者では、ワイプだけではきれいにできないことがあるのが課題です。食物残渣を含む下痢便の場合、尿道口周囲などワイプを使用しにくい部位は、何度も拭き取るより、陰部洗浄ボトルで洗い流してしまう方が、物理的刺激も少なく、手早いこともあるので、使用方針を練る必要があります。

また、物品選定に関して、当院は共同購入となるため、製品の独自選択や導入が難しいのが現状です。皮膚を保護するためには、成分や使用感等を確認した上で選択

したいという思いはありますが、共同購入品の中から使用製品を選ばざるを得ないジレンマがあります。

渡邊：当院ではコロナ対応等で、特に業務量の削減が求められる中、トップダウンでワイプの導入検討の話が持ち上がったことがあります。少し前に感染対策の面から陰部洗浄ボトルの使用を廃止し、紙コップでの洗浄に変更していましたので、ワイプの導入についても感染対策の観点を含めてCNICと検討を重ねました。しかし、コロナが収束に向かう中で、「教育をどうするか」という課題が浮上しました。また、オムツ装着患者の便失禁では、ワイプで十分な洗浄ができるかも疑問でした。そのため、導入が頓挫した経緯があります。現在はワイプも新しい製品が発売され、種類が増えています。看護技術を定着させるためには、新人教育からすり込む必要性もあるため、運用を含めてワイプの導入を再検討したいと思っています。

安藤：ワイプを使用しているご施設に質問です。そのワイプは洗浄剤（界面活性剤）含有のものでしょうか。

土田：また、陰部洗浄時に排便があるような場合はどのように対応されていますか。

三浦：洗浄剤配合で、皮膚保護剤も含まれているワイプを使用しています。おしり拭き用ワイプは別に用意し、排便が

WOCN



安藤 嘉子 先生
大阪赤十字病院／NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト（皮膚・排泄ケア認定看護師）



三富 陽子 先生
京都大学医学部附属病院／NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト（Wound, Ostomy and Continence Nurse）



渡邊 光子 先生
NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト（皮膚・排泄ケア認定看護師）

ある場合はおしり拭き用ワイプを用いて、あらかじめ定めている手順に沿って対応します。おしり拭き用ワイプでは対応できないほど汚れがひどい場合は、ペアで実施しているうちの1人が必要物品を調達し、すぐに水と石けんを使用した陰部洗浄に切り替えられる体制で作業をしています。

橋本：大判の洗浄剤含有のワイプを8分割して使用しています。泡立てて使用後は洗い流す必要はなく、ベッドサイドにあるティッシュやおしり拭き用ワイプ等で拭き取る方法を採用しています。この方法でこれまでかぶれ等の報告はなく、しっかりと拭き取りを行うことで陰部の真菌(カビ)の発生も減少しているように感じています。ただし、下痢便の場合には水と石けんを使用した陰部洗浄を併用しないと便を取りきることが難しいため、その点は注意が必要です。

陰部清拭ワイプの使用対象患者

土田：橋本さんの施設では、オムツ装着患者全員にワイプを使用しているのですよね。

橋本：はい、そうです。ただし、重度の下痢便の場合や皮膚が脆弱な方には、泡で優しく洗い流す方が良く、WOCNよりアドバイスを受けています。そのようなケースでは、水と石けんを使用した陰部洗浄を実施することもあります。

土田：それ以外のワイプ導入施設では、使用する対象患者を限定しているという理解でよろしいでしょうか。

三浦：救命救急センターの尿道カテーテル留置患者にのみワイプを使用しています。WOCNからのアドバイスを参考にし、まずは利用患者を限定して考えることにしました。現場で陰部ケア方法が混乱しないように、WOCNと連携してシンプルなワイプ使用フローチャートを作成しています。手技を確認できる範囲内で使用する必要があると感じているため、院内全体への導入にはハードルが高く、今のところ対象患者を変更する予定はありません。

太田：救命救急センターの初療からワイプを導入し、現

在は救命救急センターで便が出ていない尿道カテーテル留置患者に使用しています。次のステップとして、院内全体で尿道カテーテル留置患者や臥床患者の陰部ケアに展開を図りたいと考えています。ケア方法の決定には院内の質向上委員会が関与しており、看護部門が中心となって進めています。また、新棟にはベッドパンウォッシャーを設置していないため、感染対策上できるだけ洗浄物を減らしたいという考えがあります。そのため、陰部洗浄関連の物品もできる限りディスポにしたいと望んでいます。

土田：現在、ワイプを使用していない施設で導入するとしたら、どのような対象患者を考えますか。

安藤：まずはモデル病棟として、脳外科や緩和ケア病棟、ICUを候補に考えます。そこで評価やサンプリングを行った上で、全体的な導入を目指すつもりです。その理由としてはスタッフが診療科を越えて他の病棟へ応援に行く体制があり、その際に「保清」に関する応援を求められることが多く、早期にケアの標準化が必要と考えているからです。脳外科や緩和ケア病棟、ICUから始めることで、業務効率だけでなく、患者にとってもより快適なケアを提供できるというポジティブなイメージを持ってもらい、導入につなげるのが良いかと考えます。また、対象患者が複雑化すると現場の負担が増えたり、あれこれ難しく考えてしまったりする可能性があるため、できるだけシンプルにする必要があります。すべての排便において水と石けんを使用した洗浄が必要というわけではないため、尿道カテーテル留置の有無にかかわらず、「便の性状」を基準にする方が明確になるのではないかと考えます。

三富：もし導入するのであれば、一度にすべての部署に導入したいです。安藤さんのご指摘のように、現在は診療科の垣根を越えた空床管理が行われており、看護師も部署間を行き来することが増えています。そのため、各部署で独自の方法を行うのではなく、ケアの標準化を進めたいです。

また対象患者については便の有無だけではなく便の性状を元に検討し、例えば排便の場合でもコロコロした形の有形便であれば拭き取ることが可能だと思います。

WOCNとしては、皮膚障害を防ぐために、軟便や水様便、大量の下痢便時には、陰唇や臀裂部まで汚れを確認して洗い、その後は撥水クリームを塗布するなどのスキンケアを施してほしいです。しかし、このように便の性状に応じた洗浄を行うと、下痢をしていない患者には水と石けんによる陰部洗浄を行う機会が減少する可能性があり、果たしてそれで問題がないのか悩みどころです。もし導入するなら、長期療養が必要な重症患者の場合を除き、シンプルに2択程度にする方が運用しやすいのではないかと考えています。

渡邊：以前に土田先生と、海外では洗い流す習慣がないため、便失禁の際でも清拭が当然であり、標準ケアになっているという話をしたことがあります。失禁関連皮膚炎（IAD）予防のスキンケアマニュアルに、便失禁のケアや陰部清拭を組み合わせることで、1回で3つのケアが効果的に定着できるのではないかと思います。そう考えると、便失禁患者を特別扱いする必要はないのかと感じてきました。

ワイプ導入の成功体験と課題

土田：ワイプの導入に関する成功体験や課題について、もう少し具体的にお聞かせください。

三浦：先ほどお話ししたようにワイプを使用する際のフローチャートを、WOCNと連携して作成しました。このフローチャートでは、看護師がどのようにワイプ使用を選択すべきか、どこに注意すべきか、などのポイントを示しています。これに基づいて、ワイプの正しい活用法を徹底しています。

橋本：看護部からの意見を元に、ケア時間短縮による業務量削減、さらには使用物品の洗浄や準備といった感染対策の面から新たな陰部ケアの方法を検討し、ワイプを導入しました。

製品選定においては、成分等を含めてWOCNと共に検討した後、まずは、使用頻度の高い救命救急センターと脳外科病棟、介護度の高い病棟で先行使用し、アンケート

調査を行いました。現場からは、「陰部洗浄なのに洗い流さないのは看護ではない」「逆に陰部の真菌（カビ）や尿路感染が増えてしまうのではないか」といった意見も寄せられました。サーベイランスでそのような事実がないことを確認しつつ、慎重に導入を決定しました。

導入後、看護師からは「業務が簡素化されて楽になった」という声が多く上がっています。また、ケア物品のディスポ化が業務軽減につながっており、メリットの方が多かったと感じています。

土田：ワイプが正しく使えているのか、また陰部がきれいになっているのかという点については確認されていますか。

橋本：WOCNが現場でオムツ交換のOJT※を実施しており、その際に確認と指導を行ってくれています。

※ OJT（On the Job Training）：上司や先輩が、部下や後輩に実際の仕事を通じて指導し、知識、技術習得を目指す教育方法

安藤：以前、ワイプ導入についてCNICと共に検討したことがあります。しかし、製品の良し悪しや使用手順よりも、実際にそれらを使用する看護師が小陰唇を適切に拭くことができるのか、という技術面の不安を感じたため、導入には至りませんでした。そこから現在に至っており、再度、導入を検討していく上で解決する必要があると感じています。

三富：ワイプ導入でケアを簡便にしたいと思う一方、WOCNの観点から、ワイプの導入にはいくつかの懸念があります。例えば、お肌に優しい洗浄剤もありますし、洗い流すことによって得られるすっきり感も重要だと思います。また、清拭時に拭き取りが不十分であれば、皮膚障害や陰部の真菌（カビ）が発生するリスクも否めません。さらに、汚れがたまりやすい部位を、すべてのケア実施者がしっかりと拭き取れるかどうかも疑問です。看護師の人数が多く、新しいスタッフが中途採用で増えたり、退職したりする中で、手技の標準化は大きな課題だと感じています。

渡邊：即戦力として中途採用された方々への教育は新人とは別に考慮が必要ですね。

ケア標準化に向けた工夫や教育について

土田：教育の話が話題に上がりましたが、ワイプなどの物品に関しては、コストや共同購入といった難しさもある中で、看護の質向上にどのように寄与するかも考えて新しいケア方法の導入や物品選定をされているかと思います。一方で、特に病床数の多い医療機関では、ケアの標準化は大きな課題となっています。この課題に対して、具体的な取り組みや工夫があればぜひ共有していただきたいです。

橋本：当院は、皆さまの病院と比べると看護師数は少なく、病棟も8つと限られているため、情報の周知は比較的スムーズです。新しい施策や感染管理に関する取り組みを導入する際には、看護師全体に直接説明を行い、必要な情報を確実に伝えることを重視しています。また、師長会やリンクナースを通じた情報共有も行い、伝達内容の確認を怠らないように努めています。新入職者に対しても新しい手順に沿った指導を行い、新しい方法や考え方を入職早期から根付かせるよう努めています。

太田：認定・専門看護師が集まるリソースナース会のグループの一環として、ナースングスキルに基づくケアの標準化に取り組んでいます。システム上で各自がケア方法を確認できる他、2ヶ月に1回ナースングスキル紹介ポスターを作成し、更衣室や病棟に掲示しています。これまで作成したポスターは冊子にまとめて各病棟へ配布しています。現在、現場でのケアの実践は新人のみがチェックを受けていますが、チェック者である先輩の手順に不安もあり、教育体制の見直しが求められています。

三浦：現場での手技確認が重要と考えています。ワイプ使用時には、決められた使用枚数とそれぞれ1枚でどこを拭くのかという決まりがありますが、もったいないという意識から必要枚数を使わないケースも散見されます。そのため、定期的に救命救急センターを訪問し、リンクナースと共に手順や手技を細かく確認しています。

その他、輸液ルートを変更した際に、血液培養の陽性者が増加したことがあり、その際は、全看護師に対して血液培養検体の取り方や輸液装着に関する安全等のOJTを実施しました。現場での実技指導に加えて、実際に物品を使った演習を含む勉強会を年間約30回行い、看護技術の技能向上を目指しています。

安藤：当院でも教育はナースングスキルを基盤としています。コロナ禍を経て動画を用いた教育が主流となりましたが、習得した知識と現場での実践が乖離するケースも多く見られます。特に基本看護技術は個々の感覚に依存する部分も多く、全看護師の手順をOJTで確認できることが理想的です。しかし、時間やマンパワー等の問題があるため、実際にはリンクナースによる落とし込みとなり、伝達時はできていても、現場での実践ではできていないということが多々あります。以前、特定の病棟を対象にオムツの装着技術を徹底させるためのプロジェクトを実施しました。教育前後で看護技術の採点を行い、改善等を評価したところ定着率が大幅に向上し、教育効果が顕著に現れました。しかし、同様の方法を継続することは難しく、持続的な改善に向けての努力が必要です。

三富：当院も同様に動画を用いた教育を行っており、特にコロナ禍ではオムツ交換方法等多くの動画を制作しました。動画は夜勤の合間に視聴できるなど非常に便利ではありますが、対面での研修ではディスカッションを通じて質問を受けることや実技指導もできるというメリットがあるため、現在は実技実習を取り入れた対面研修を増やしています。

また、専従のWOCNはハイリスク患者がいる部署を優先的にラウンドしているので、仙骨部などの臀部の褥瘡ケア時に陰部洗浄を見る機会があり、洗浄方法を確認・指導しています。CNICが手指衛生の直接観察を実施されているのと同じく、適切な手技の取得にはこうした活動の継続が重要と思っています。

渡邊：当院でもナースングスキルの動画学習を行っていますが、なかなか定着していません。また、各病棟への伝達を行うリンクナースの理解不足等から正確な情報伝



座談会の様子

達が難航しています。例えば褥瘡関連では、褥瘡管理者であるWOCNが全病棟での伝達に立ち会わないと周知が難しいところです。以前に、褥瘡発生率の高い病棟で、WOCNが清拭の時間に担当看護師と共に訪問し、身体清拭の手技を確認したことがあります。そうすることで、拭き方やその部署のケアの技術など、各人の力量をある程度把握することができ、それに応じた教育提案をその部署の管理者にしました。清拭技術の向上を図ったことで、褥瘡発生率を減少させるという成果につながり、WOCNが直接ケアに参加する必要性も感じました。しかし、全部署に同様の対応をすることは難しく、多くの部署を効果的に回るための新たなアプローチを考える必要があると思います。

太田：ディスポ製品は便利ではありますが、看護師がその便利さに過度に依存すると、時として本来の目的を見失ってしまうことがあります。だからこそ、導入の目的や意義をしっかりと理解してもらい、それをどのように活用していくかを教育することが非常に大切だと感じています。

また、先程リンクナースの話がありましたが、伝達を担当するのが若い世代であるケースも多く、確実に情報が伝わっていないこともあります。そこで、日頃からWOCNとコミュニケーションを取り、リンクナースの理想的な姿を模

索しています。

土田：現場において陰部洗浄の手技を観察することは、プライバシーの観点から難しいこともありますね。血管留置カテーテル等の他の手技では互いに練習し合うことが可能ですが、陰部洗浄の場合はモデルを使った練習になります。しかし、モデルでは陰唇を開く必要がなく、人の皮膚とは硬さや構造が異なるため、感覚をつかむことが難しいです。また、模擬便を使用した演習も行いますが、高齢者の皮膚にみられるしわなどを再現できないため、清拭で簡単に便が拭き取れてしまいます。そのため、陰部ケアのOJTは難しいと感じています。

三富：私の場合、観察者としてではなく、「褥瘡の専門ナースで、今日は一緒にケアをさせてもらいに来ました」という形で現場に入っています。このアプローチにより、実際の現場を確認しながら、手技の確認や適切な方法の指導が可能となります。

三浦：当院ではワイプの使用は救命救急センターのみなので、現場に入って手技を確認することはできています。そういった面では一般病棟での使用はまだ難しいところもあります。

WOCNとCNICの連携の
重要性

土田：今回はWOCNとCNICにお集まりいただいたので、両者の連携や協力体制について、お話いただければと思います。

太田：当院には専従のWOCNが2名おり、個別のケアについて話し合う機会は多く、非常に助けられています。ワイプ導入に関して実は、WOCNは推奨しているわけではありません。業務の簡略化や使用物品の削減等、効率性という面で利点はあるものの、スキンケアに関しての懸念があります。また、他にも十分な洗浄剤があるため特にワイプの必要性は感じていないようです。専門家の視点から、お互いに率直な意見交換ができ、よりよいケアを提供できるように努めています。

三浦：ワイプについては、試用やフローチャート作成を含めた導入において、WOCNの力添えや助言がありました。日常的に連携を取ることが多く、例えば抗菌薬適正使用支援チーム(AST)ラウンドで皮膚やテープに関する問題が発生した際も、WOCNに相談しています。当院にはWOCNが4名おり、困ったときにはすぐに助けてもらえる関係性を日頃から構築できています。

橋本：先程述べたように、現場所属のWOCNがオムツ交換のOJTにて「この方法はいいよ」と実際に使用方法を広めてくれ、大変助かっています。現在はWOCNと排尿ケアに力を入れており、尿道カテーテルを迅速に抜去し、その方のQOLを保つための生活スタイルを共に考えられています。良い関係性を築けていると感じており、WOCNは私にとってかけがえのない存在でもあります。

安藤：CNICとは同じ部屋で仕事をしているため、日常的に「こんなときはどうしたらよいか」という意見交換ができます。特に話題に上がるのは、陰部洗浄ボトルの洗浄・消毒ですね。こういった洗浄条件にするか等を相談しています。

三富：毎月開催されるリソースナース会議の中のグループの1つで、CNICと連携し、手荒れ対策やスキンケアについての検討を行っています。院内の手荒れ実態を把握するためのサーベイランスも協働で実施しており、日常の相談もスムーズです。こうした連携は大変ありがたいです。

渡邊：CNICやWOCNのメンバーが役職についていないため、師長会や材料決定会議には参加できず、ワイプのような新製品導入を進めにくいのが現状です。しかし、私たちは協働して作戦を立て、会議で担当の師長や副部長から提案してもらうための資料作成に取り組むなど、連携関係を築いており、困ったときには気軽に相談や意見交換ができるので、とても助かっています。

新アイテムへの期待

土田：最後に、今後期待する新アイテムについて意見をお伺いします。

橋本：介護施設へのラウンド時には、陰部洗浄の手技や陰部洗浄ボトルの管理状況を必ず確認するようにしています。施設では1ユニットに1つしか陰部洗浄ボトルが設置されていないケースがあります。そのため、病院での対応方法を紹介しますが、介護施設は病院以上にコストがかけられず改善が難しいのが現状です。陰部洗浄の手技や陰部洗浄ボトルの管理方法を正しく理解してもらうことも容易ではありません。これらの解決策を提案できるCNICのような人材が不足しているのも事実で、介護施設向けに特化したアイテムや方法が求められていると感じます。

太田：少し話題から外れるかもしれませんが、最近、教育の重要性を強く感じています。例えば、スキンケアでは、皮膚の構造やケア方法を基礎から体系的に学べるプログラムが必要だと考えています。皮膚のバリア機能やスキンケアを理解した上で、陰部洗浄が看護ケアの一環としてどのように位置づけられるのかを一連の流れとして学習することができれば、看護師たちももっと自信を持ってその手技に取り組めると思います。ただ単に手技を覚えるのでは

なく、その目的や意義を理解し、関連する知識を持ってグループで学び合えるようなプログラムの開発をぜひお願いしたいと思います。看護ケアを科学的に捉えられるプログラムの導入で、教育環境をより充実させていきたいと思っています。

さらに、看護に必要な道具や材料の進化についても考えさせられています。陰部洗浄ボトルや清拭用の道具など、昔からあまり変わっていないものもありますが、既存の物品を適切に使用する一方で、最新の知見を基に、使いやすくケアに適した新しい製品が登場することを期待しています。

さいごに

土田：本日の座談会では、ワイプの導入をはじめ、陰部ケアにまつわる多くの貴重な意見を伺いました。陰部ケアの重要性と、その改善に向けた具体的な取り組みが確認できました。ケア用品の技術の進歩や、スキンケア、感染対策の意識の高まりが、患者にとってより良いケアの実現に繋がることを心から願っています。本日はお忙しい中、ご参加いただきありがとうございました。



座談会参加者

- 前列左から 三浦 美穂 先生：久留米大学病院 感染制御部 副部長
土田 敏恵 先生：兵庫医科大学 看護学部看護学研究科 教授／NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト
三富 陽子 先生：京都大学医学部附属病院 看護部管理室 看護師長／NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト
- 後列左から 太田 悦子 先生：大阪大学医学部附属病院 感染制御部 副部長／看護師長
橋本 渚 先生：大阪府済生会千里病院 看護師長／感染管理室 室長
安藤 嘉子 先生：大阪赤十字病院 看護副部長／NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト
渡邊 光子 先生：NPO法人 ストーマ・イメージアップ・プロジェクト

Topics

輸入感染症への備え、できていますか？

椎木 創一 沖縄県立中部病院 感染症内科 部長

渡航者の増加・渡航者との接触の増加

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行後、減っていた訪日外国人および出国日本人数はこの数年で急激に増加して2024年には年間合計4,988万人に達し、COVID-19流行以前の状況に戻っています¹⁾。また、日本で生活する在留外国人数も2024年に376万人余りとなり、過去最高となりました²⁾。その中には留学生や外国人労働者も含まれ、彼らが国外の故郷に戻り、友人や親族と会うVFR（Visit Friends and Relatives）では、マラリアやA型肝炎、結核など現地で流行している感染症に罹患する可能性が高いことが指摘されています³⁾。こうした日本社会の変化は大都市だけでなく地方でも起きており、扉を開けて入ってくる患者が渡航後であったり、渡航者と接触歴があったりすることは、どの医療機関であって不思議ではなくなっています。

輸入感染症のピックアップと感染対策初動の重要性

2018年、沖縄県で101人の麻疹罹患者が発生しました⁴⁾。その最初の1人は国外からの旅行者であり診断前に症状があるにも関わらず県内を移動しており、結果的に四次感染者まで発生しました。この患者は当院救命救急センターを受診しましたが、当時沖縄県で麻疹の発生は報告されておらず、最初は麻疹とはわかりませんでした。しかし、原因が明確でない発疹と気道症状から、救命救急医師が麻疹を鑑別診断として挙げて空気予防策を迅速に開始してくれたことで、院内で職員や他患者に感染は起こりませんでした。つまり、いかに早く疑いを持つことができるかが、輸入感染症対策の最大の鍵といえます。

このときから当院では、救急外来受診者への渡航歴聴取をルーチンで行うこととしました。どのような主訴で来院した患者についても受付で「発熱」「発疹」「海外渡航歴」の有無を確認し、そのうち2項目以上該当する場合には速やかにトリアージ担当看

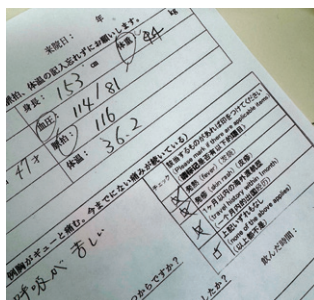


図 トリアージに使用する問診票（「発熱」「発疹」「海外渡航歴」の有無を確認）

護師に声をかけ、医師と相談することになっています（図）。そこで具体的な鑑別診断を挙げることで、確定診断がついていなくても必要な感染対策を開始することに役立ちます（表1）。

表1 受診申込書のチェック項目（海外渡航歴、発熱、発疹）が2項目以上該当する場合の主要鑑別診断と感染対策

下線：急速に重篤になりうる感染症 赤字：比較的高頻度の感染症

	空気予防策 (陰圧隔離)	飛沫予防策	接触予防策	標準予防策のみ
海外渡航歴 + 発熱	新型インフルエンザ 鳥インフルエンザ MERS 肺結核 COVID-19 エムボックス	インフルエンザ COVID-19 髄膜炎菌感染症 肺ペスト	腸チフス 旅行者下痢症 肺ペスト A型肝炎	マラリア デング熱、ジカ熱 レプトスピラ症 リケッチア症 HIV感染症
海外渡航歴 + 発疹 (+/-発熱)	典型麻疹 エムボックス ウイルス性出血熱	修飾麻疹	腸チフス	デング熱、ジカ熱 レプトスピラ症 リケッチア症 HIV感染症、梅毒 播種性球菌感染症 炭疽（検査室での曝露に注意）
発熱+発疹	典型麻疹 水痘 エムボックス	修飾麻疹 風疹 髄膜炎菌感染症 突発性発疹 伝染性紅斑 手足口病	播種性黄線虫症	リケッチア症 感染性心内膜炎 薬疹 A群溶連菌性扁桃腺炎 HIV感染症、梅毒 播種性球菌感染症 EBV感染症 CMV感染症

渡航歴の聴取は難しい作業ではありませんが、外来での日常診療に組み込まれていないことが多いようです。病院だけでなくクリニックでも来院患者への聞き取り項目として活用できると、輸入感染症の早期診断につながるだけでなく、疑いを持った時点で感染対策を開始し、院内での二次感染者を減らすことができると考えます。

「やばい」輸入感染症を見逃さない

渡航歴のある患者でも、国内で曝露した感染症や、インフルエンザやCOVID-19などのコモンな感染症であることが多いので、まずはそれらを念頭にワークアップします。その上で渡航関連疾患を考えた場合、渡航歴から推察される潜伏期間は有益な情報です（表2）⁵⁻⁶⁾。また、数多くの輸入感染症がありますが、まずは頻度が高いものを想起することが有用です。例えばアジアへの渡航歴があれば「Asian Big 5」と言われる疾患を想起します。これには「マラリア」「腸チフス」「デング熱」「リケッチア症」「レプトスピラ症」が含まれ、悩ましいときにはまずはこれらからチェックしていくよいでしょう。

さらに輸入感染症として注目する必要があるのが薬剤耐性菌です。世界的に薬剤耐性（Antimicrobial resistance：AMR）対

策の必要性が高まっていますが、国際旅行はそのリスクになるという指摘があります。旅行者の約30%が薬剤耐性菌を獲得しているという報告もあり、特に抗菌薬使用歴、渡航先（例：薬剤耐性大腸菌は東南アジアや南アジア、北アフリカで多い）、そして旅行者下痢症の発症が薬剤耐性菌の獲得との関連性を指摘されています⁷⁾。渡航地で医療サービスを受けた患者については、便による耐性菌スクリーニング検査などを考慮してもよいかもしれません。

そして、すぐに専門医に相談したほうがよい輸入感染症も存在します。特に、意識障害や出血症状を伴う感染症には注意が必要です。また日本脳炎や狂犬病、黄熱、アフリカトリパノソマ症、そして熱帯熱マラリアなども意識障害をきたし、非常に重篤になり得ます⁸⁾。これらの感染症が疑われる場合には、接触・飛沫予防策を十分行いながら速やかに専門医と連携する必要があります。感染対策向上加算に関連して、算定施設には新興感染症への対策についてシミュレーションを含めた訓練が求められています、こうした危険な疾患を想定して疑い事例への対応を日頃から準備しておくことも有意義だと考えます。

表2 主な輸入感染症の潜伏期間

潜伏期間 21日未満	潜伏期間 21日以上
旅行者下痢症（通常10日以内） デング熱（通常10日以内） 黄熱（通常3-6日） レプトスピラ症（5-14日） 腸チフス（8-14日） 非チフス性サルモネラ症（通常12-36時間） マラリア（6-18日）* チフス（1-2週間） ウイルス性出血熱 日本脳炎（5-15日） 髄膜炎菌敗血症（2-10日） ペスト（1-7日） 東アフリカ・トリパノソマ症（3日-数週間）	急性HIV感染症 急性全身性住血吸虫症 アメーバ性肝膿瘍 ボレリア症（回帰熱） ブルセラ症 リーシュマニア症 マラリア（予防内服後） 狂犬病（3-8週間） 結核 ウイルス性肝炎（A,B,C,D,E型） 西アフリカ・トリパノソマ症

*ただし四日熱マラリアは18-40日

世界とつながる日本:Epidemic intelligenceの重要性

ヒトの移動が活発化している現在では、他国で発生している感染症が日本に入りこむ頻度は増え、スピードも速くなっています。そのため、事前に備えをする必要がありますが、適切に対応するためには国内だけでなく国外で発生している感染症についてもタイムリーに情報を入手しておく必要があります。

国内発生については感染症発生動向調査に基づく定点報告や全数把握の対象疾患のデータがJIHS（Japan Institute for Health Security：国立健康危機管理研究機構^{*}）や保健所から提供されています。このように常時発生している感染症について継続的にその状況をモニタリングする方法を

Indicator-based surveillance (IBS) と呼びます。一方、国際的に発生している感染症について、WHOなどの国際機関や信頼できる感染症情報収集機関・報道からの情報を収集する活動はEvent-based surveillance (EBS) と呼ばれます⁹⁾。特にこのEBSは医療機関が地域の保健行政機関と連携して、今後強化していく必要があると考えます。

現在ではインターネットを通じて世界から幅広い情報を素早く収集し、AIを活用して翻訳することも簡便にできるようになっています。表3のような国際機関や信憑性の得られたサイトを活用してIBSやEBSのようなEpidemic intelligence活動を行うことも、感染対策担当者の重要なミッションになってきていると感じます。拡がるスピードを増している感染症の脅威に対して、ヒトもこうした情報ツールと地域で培った常日頃のネットワークを活かして迅速に対抗することが求められています。

^{*}2025年4月1日、国立感染症研究所と国立国際医療研究センターの2つの組織が統合し、JIHSが設立

表3 世界的に問題になる感染症のチェックサイト

・WHO ・世界的に公衆衛生上問題になるアウトブレイクをピックアップ→WHOとしてリスク評価 ・DONs (Disease outbreak news, 不定期) https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news
・USCDC, ECDC ・米国およびヨーロッパを中心に問題になりうる事例をピックアップ ・USCDC: HAN (Health Alert Network, 不定期) https://www.cdc.gov/han/php/about/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhan%2Findex.html ・ECDC: CDTR (Communicable disease threats report, 毎週) https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-and-data/monitoring/weekly-threats-reports
・感染症関連情報サイト ・CIDRAP (Center for Infectious Disease Research and Policy, ミネソタ大学が運営) https://www.cidrap.umn.edu/ ・ProMED (International Society for Infectious Diseaseが運営) https://www.promedmail.org/

参考文献

- 1) 国土交通省 官公庁。訪日外国人旅行者数・出国日本人数の推移 (日本政府観光局JNTO) https://www.mlit.go.jp/kankocho/tokei_hakusyo/shutsunuyokokushasu.html Accessed April 29, 2025.
- 2) 出入国在留管理庁。報道発表資料 令和7年3月14日 令和6年末現在における在留外国人数について https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00052.html Accessed April 29, 2025.
- 3) Matteelli A, et al. Visiting relatives and friends (VFR), pregnant, and other vulnerable travelers. Infect Dis Clin North Am. 2012 Sep;26(3):625-35. doi: 10.1016/j.idc.2012.07.003. PMID: 22963774.
- 4) 外国人観光客を発端とした麻しんアウトブレイクの行政対応-沖縄県. IASR Vol.40 p53-54: 2019年4月 <https://id-info.jihs.go.jp/niid/ja/typhi-m/iasr-reference/8734-470r02.html> Accessed April 29, 2025.
- 5) Suh KN, et al. Evaluation of fever in the returned traveler. Med Clin North Am. 1999 Jul;83(4):997-1017. PMID: 10453260.
- 6) Control of Communicable Diseases Manual, 21st Edition
- 7) Paquet D, et al. Fever in the Returning Traveler. Dtsch Arztebl Int. 2022 Jun 7;119(22):400-407. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0182. PMID: 35469592; PMCID: PMC9492913.
- 8) Lo Re V 3rd, et al. Fever in the returned traveler. Am Fam Physician. 2003 Oct 1;68(7):1343-50. PMID: 14567489.
- 9) WHO. Early detection, assessment and response to acute public health events: implementation of early warning and response with a focus on event-based surveillance (2014) <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSE-GCR-LYO-2014.4> Accessed April 29, 2025.

特定看護師※の実践現場から



※特定行為研修を修了した看護師

特定行為研修を修了した感染管理認定看護師が、現場でさらに活躍するために

金城 真一 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部
看護師長 感染管理特定認定看護師

はじめに

筆者が勤務する滋賀医科大学医学部附属病院は、県内唯一の特定機能病院であり、高度医療の提供と医療人の育成を担う大学病院です。当院では、医療の質向上を目的として看護師の教育にも力を入れています。特に、看護師の専門性向上を目的とした特定行為研修に注力しており、看護師特定行為の指定研修機関として、病院長の直下に「看護師特定行為研修センター」を設置しています(図1)。このセンターでは、看護師が特定行為研修を履修し、臨床現場で特定行為が実践できるようサポートを行っています。

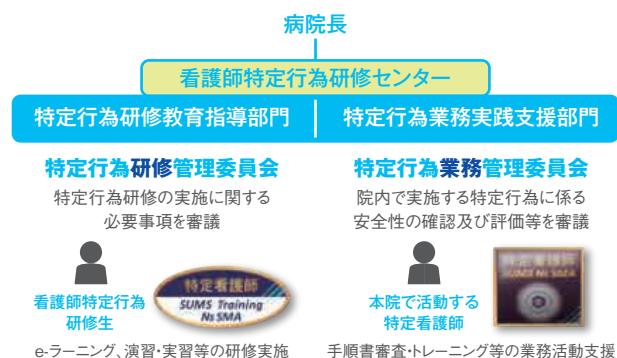


図1 看護師特定行為研修センター組織図¹⁾

2025年3月現在、院内には44名の特定行為研修修了者(以下、特定看護師)が在籍(2025年度中には64名になる予定)しており、それぞれの専門分野で活躍しています。

これらの特定看護師は、個々の活動だけでなく、チームとしての協働にも力を入れており、患者の安全や医療の質向上に大きく貢献しています。本稿では、特定看護師が関わるチーム活動、特に栄養に関連するカテーテル管理領域における感染管理教育の取り組みについて詳しく紹介します。

CCOTラウンドおよび多職種フォローアップ外来の取り組み

特定看護師が主体となって取り組んでいる活動の一つに、CCOT(Critical Care Outreach Team*)ラウンドがあります。CCOTラウンドは、院内迅速対応システム(Rapid

Response System:RRS)の一部を担うことで、患者の急変を未然に防ぐ活動をしています。このチームでは、特定看護師が入院患者のバイタルサインやカルテ情報をスクリーニングし、急変のリスクが高い患者を特定して病棟ラウンドを実施しています。CCOTラウンドの活動は2022年に開始され、特定看護師が日替わりで対応しています。この取り組みにより、患者の状態悪化を早期に察知し、迅速な介入を行うことが可能となり、急変のリスクが大幅に低減しています。

もう一つの取り組みとして、多職種連携のフォローアップ外来があります。ここでは、呼吸器関連の特定行為区分を修了した特定看護師が、神経難病患者を対象に非侵襲的陽圧換気(Non-invasive Positive Pressure Ventilation: NPPV)の設定の変更やマスクフィッティング、家族の心理的な支援などを行っています。これらのケアは、患者の生活の質(Quality of Life:QOL)を向上させることを目的としており、医師やメディカルスタッフ(臨床心理士、難病コーディネーターなど)との連携のもと、外来での継続的なケアを提供しています。このような活動を通じて、特定看護師は患者支援の要として重要な役割を果たしています。

* Critical Care Outreach Team:急変リスクのある患者を早期に認知し、医療介入する事で転帰の改善を図るためのチーム

栄養に関連するカテーテル管理領域での取り組み

筆者は、2006年に感染管理認定看護師(Certified Nurse in Infection Control: 以下、CNIC)を取得しました。特定行為については、2010年より開始された厚生労働省の試行事業に参加し、2017年に特定行為研修を修了しました。

この研修を受講した動機は、感染管理の専門性をさらに深め、看護の現場に新たな視点を提供したいという思いからでした。研修を修了してからは、感染症診療の補助として特定行為を行うことのメリットやアウトカムについて考察するようになり、感染対策における看護の可能性をより広く捉えるようになりました。現在、どのような特定行為を行っているのか、その一部を紹介します。

特定行為研修の一環として、栄養に関連するカテーテル管理領域における特定行為には、中心静脈カテーテル（Central Venous Catheter:以下、CVC）の抜去や末梢留置型中心静脈カテーテル（Peripherally Inserted Central venous Catheter:以下、PICC）の挿入が含まれています。当院では、これらの特定行為を修了したCNICや特定看護師が在籍し、専門的なケアを提供しています。2025年3月現在、栄養に関連するカテーテル管理を修了した特定看護師は11名在籍しており、感染管理の視点を取り入れたチーム活動を展開しています。

このチームの活動内容は多岐にわたります。まず、特定行為研修を修了したCNICが他の特定看護師に対して、PICC挿入（写真1）やカテーテル挿入部位の観察、ケア方法について指導しています。さらに、これらの指導を基に、特定看護師は患者個々の状態に応じた適切なカテーテル管理方法を院内の看護師に教育しています。また、感染徴候が見られた際やカテーテル管理が不要となった場合にはCVCを抜去するなど、患者の安全を確保するために一連の感染対策を実践しています。特定看護師チームは、これらの活動を円滑に行うために病棟ラウンドを定期的実施しています（写真2）。このラウンドでは、看護師全体の意識向上を図り、感染



写真1 特定行為を修了したCNICが他の特定看護師にPICC挿入を指導している場面



写真2 特定看護師チームによるPICCラウンドの場面

対策の重要性をカルテ記載とともに共有しています。また、実際の患者ケアを通じて、特定看護師が指導者としての役割を果たし、看護師のスキルアップを支援しています。これらの活動は、中心静脈ライン関連血流感染（Central line associated blood stream infection:以下、CLABSI）の予防に向けた取り組みとして重要な意義を持っています。

成果と今後の課題

PICCの挿入やCVCの抜去といった手技だけにとどまらず、この特定看護師チームは看護の視点でのPICC挿入から抜去までを一貫して管理しています。この結果、感染対策の徹底が可能となり、CLABSIの発生リスクが低減されています。さらに、部署ラウンドを通じて他の看護師に対する教育的介入を実現し、看護師全体のスキル向上にもつながっています。これにより、特定看護師は単なる手技の実施者ではなく、感染管理のリーダーとしての役割を果たすようになります。

しかし、さらなる課題も明らかになっています。特定行為研修を修了したCNICがPICC管理に関する教育をより一層強化し、PICC挿入から抜去までの一連の管理に早期から介入することで、感染対策や感染症診療への支援にどの程度の効果をもたらすかを検証する必要があります。また、特定看護師が医療チーム全体の中でリーダーシップを発揮し、医師や他職種、他チーム（例えば、栄養サポートチームや感染対策チームなど）との連携をさらに深めることが求められます。これにより、感染管理体制のさらなる充実と医療の質向上が期待されます。

おわりに

特定行為研修制度は、看護師が高度な技術と知識を活用し、患者ケアの質を向上させるための重要な制度です。当院では、特定看護師が中心となり、感染管理を含む包括的な看護実践を推進しています。この取り組みは、患者の安全を確保するだけでなく、看護師全体の専門性を高めるという点で大きな意義を持っています。今後も特定看護師が現場での実践を通じて、感染対策や患者ケアの質向上を目指し、他職種や他チームとの協働を強化していくことが期待されています。

引用・参考文献

- 1) 滋賀医科大学 看護師特定行為研修センターホームページより引用。
<https://www.shiga-med.ac.jp/tokutei/index.html>. 2025年2月1日現在。



聞いてみよう！ となりの感染対策

NICU・GCUにおける感染対策

中村 明世
徳谷 純子
笠原 敬
水本 珠美
角谷 哲基
内田 優美子

奈良県立医科大学附属病院 看護部/感染管理室 感染管理認定看護師
奈良県立医科大学附属病院 看護部 看護師長/感染管理室 感染管理認定看護師
奈良県立医科大学附属病院 感染症内科教授/感染管理室 室長
奈良県立医科大学附属病院 総合周産期母子医療センター 看護師長
奈良県立医科大学附属病院 総合周産期母子医療センター 助教
奈良県立医科大学附属病院 総合周産期母子医療センター 病院教授

はじめに

当院は、奈良県で唯一の総合周産期母子医療センターです。新生児集中治療部門(NICU21床・GCU24床)では、新生児専門の医師および看護師が24時間体制で、早産児、極低出生体重児、病的新生児の治療に従事しています。そのため、NICUの医師や助産師・看護師に加えて、他診療科の医師やさまざまな部門の職種が新生児医療に関わっており、看護師を中心に標準予防策および感染経路別予防策の徹底を図ってきました。しかし、2022年春、NICU・GCU部門では、従来のゾーニングや手指衛生推進活動を継続する中で、さらに感染対策の効果を高める必要があると認識しました。そこで、NICU・GCUと感染管理室で話し合い、感染対策の見直しとして次の3つの柱を掲げ、活動を進めました。

感染対策見直しの3つの柱

1. 感染対策に関する曖昧な知識や認識を明確にするためのルール作り
2. 手指衛生の推進活動
3. 業務改善(物品の見直しやタスクシフト)

1. 感染対策に関する曖昧な知識や認識を明確にするためのルール作り

感染対策に関する現場での知識や認識の曖昧さを解消し、誰もが共通理解して実践できるルールを策定しました。特に、WHO手指衛生多角的戦略へ取り組むためのツールの1つ「WHO手指衛生自己評価フレームワーク(2010年)」¹⁾をNICU・GCU部門における多角的かつ戦略的なアプローチとして活用し、組織全体での評価と改善に取り組みました。これまでWHO手指衛生多角的戦略の5つの要素(図1)の内、【3の要素：測定評価】に該当する直接観察は、これまでも手指衛生の遵守率向上を目的に、平時や耐性菌のアウトブレイク兆候がある時から実施してきましたが、十分な改善がみられませんでした。観察結果をスタッフにフィードバックした後、直接観察を担当する職員と現場スタッフの間で、「患者ゾーン」と「医療エリア」の認識にズレがあることが分かりました。

特にNICUでは、保育器の内部のみを「患者ゾーン」と捉えるスタッフと、児が触れることのない保育器の外側にある医療機器を

1	物品設備
2	研修教育
3	測定評価
4	現場提示
5	組織文化

図1 手指衛生多角的戦略の5つの要素

めたエリアも「患者ゾーン」と認識するスタッフが混在していました。現場からは、「保育器の内外でゾーンを視覚的に明確に区別したほうがよい」という意見も出ましたが、NICU・GCUでは頻繁に医療処置やケア、アラーム対応があり、医療機器にも患者由来の微生物が付着している可能性が高いため、話し合いの結果、保育器外の医療機器を含めた領域全体を「患者ゾーン」と定め、ゾーンの明確化を行いました(写真1)。このルール策定後、NICUのICT委員が中心となり、【2の要素：研修教育】に基づき「手指衛生の5つの瞬間：5 Moments」についてNICU・GCUに出入りするスタッフ全員を対象とした教育を行い、知識の統一と現場での実践強化を図りました。



写真1 NICU・GCUの空間:当院の医療エリアと患者ゾーン

2. 手指衛生の推進活動

改めて手指衛生の重要性を全職種で共有し、観察とフィードバックを通じて実践力の強化を図りました。特に、WHO手指衛生多角的戦略¹⁾の【5の要素：組織文化】に基づき、NICU・GCUの全スタッフが「Point of Care」で確実に手指衛生を行えるよう、センター長および師長が宣言を行い、手指衛生推進活動を開始しました。その一環として、全スタッフの手指消毒剤の携帯を徹底しています(写真2)。当院では、NICUをローテーションした医師が他部署に異動後もポーチで手指消毒剤を携帯し、積極的に手指衛生を行う姿が見受けられます。また、患者家族にもPoint of Careにおける手指衛生のタイミングを理解し、実践していただけるよう、診療部門・看護部門ごとのチームが【4の要素：現場提示】として「手指衛生の5つの瞬間：5 Moments」をわかりやすく示したポスターを掲示し、親しみやすいデザインを取り入れた啓発活動を実施しました(写真3)。さらに、手指衛生推進キャンペーンへの参加や、家族参加型の手指衛生活動として、患者家族がPoint of Careで手指衛生を実践できるよう、手指消毒用自動ディスペンサーを設置し、

面会時や医療処置前後の手指衛生の重要性も伝えています(写真4)。これらの取り組みにより、手指消毒剤の使用量および遵守率は徐々に向上しましたが、その一方で【1の要素：物品設備】としての課題も明らかになりました。院内全体で採用している手指消毒剤が体質に合わず、「手荒れがひどく手指衛生をしたくない」「手洗いの方がまだ良い」といった声が挙がるようになったのです。この課題に対しては、手荒れ予防への啓発や適切な消毒方法の直接指導を行うとともに、NICU・GCUにおいてサンプル調査した結果を委員会に提出し、承認を得て先行的に複数種類の手指消毒剤を採用しました。これにより、個々のスタッフが自分に合った製剤を選べるようになり、手指消毒剤

の使用量や遵守率が低下することなく推進できています。現在も、NICU・GCUは院内で手指消毒剤の使用量・遵守率ともに最も高い結果を維持しています。



写真2
スタッフの手指消毒剤携帯の徹底



写真3 手指衛生の5つの瞬間: 5 Momentsをわかりやすく示したポスターを掲示



写真4 患者家族がPoint of Careで手指衛生を実践できるよう、手指消毒用自動ディスペンサーを設置

3.業務改善 物品の見直しやタスクシフト

NICU・GCUの児は、皮膚バリアや免疫機能が未熟であることに加え、侵襲的な処置や医療器具の使用、広域抗菌薬への曝露が多いことなどから、常に感染リスクの高い医療環境にあります。感染リスクを低減するため、児が使用する物品や物品

配置を見直し、役割分担の最適化を進め、業務の効率化を図りました。NICU・GCUで使用される保育器や人工呼吸器は、さまざまな部品や付属品で構成され、その構造は非常に複雑です。適切な清掃や消毒が行われないと、微生物汚染によるアウトブレイクが起こることも報告されています²⁾。特にNICU・GCUで問題となりやすい黄色ブドウ球菌や緑膿菌は、環境表面に付着すると、乾燥した状態でもそれぞれ7日～7か月(黄色ブドウ球菌)、6時間～16か月(緑膿菌)もの間、感染性を維持することが知られています³⁾。このようリスクに対応するため、使用する器具・備品を再検討し、共用物品を減らして個別専用化を進めました。また、共用物品については、薬剤部門の協力により、内服薬(常備薬)や浣腸薬を個別処方に切り替えました。さらに、布製品や消耗品(布製ミトン、洗浄後再使用していた特殊な布製品や備品)は、滅菌済みの統一パッケージ製品を導入し、運用方法を明確にしました。ミルク分注や哺乳瓶洗浄は栄養部門が担当し、保育器の洗浄・消毒は専門スタッフ(障がい者雇用スタッフ)を配置しました。これらの業務・役割の再編や効率化により、看護師の負担が軽減され、日常ケアや環境整備に必要な時間を十分確保できるようになっています。その結果として看護や環境整備の質が向上し、感染対策の強化につながっています。さらに、新型コロナウイルス対策として導入した紫外線(UVC)照射装置を活用し、追加的な殺菌対策を行っています。具体的には、薬剤耐性菌などの感染リスクが高い児に対しては、使用した保育器や医療機器などを対象に密閉空間で紫外線照射を実施することで、より効果的な殺菌を行っています。

おわりに

NICU・GCUでは、これまでの感染対策の取り組みを振り返り、その効果を高めるためにNICU・GCUと感染管理室が協力して対策の見直しを行いました。特に、①感染対策に関する曖昧な知識や認識を明確にするためのルール作り②手指衛生の推進活動③業務改善(物品の見直しやタスクシフト)という3つの柱を軸に活動を進めたことで、現場の感染対策に対する意識や実践が大きく向上しました。NICU・GCUは、早産児や重症新生児が長期間にわたって入院する特性上、感染管理が極めて重要です。スタッフ全員が同じ認識のもとで標準予防策を徹底し役割分担を最適化することで、安全で安心な医療環境の提供を目指してきました。今後も、職種を超えたチームで協働しながら日々変化する状況に柔軟に対応してより質の高い感染対策を継続し、赤ちゃんやご家族にとって安心して過ごせるNICU・GCUであり続けられるよう努めてまいります。

引用・参考文献

- 1) AMR臨床リファレンスセンターHP:WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 (WHO手指衛生自己評価フレームワーク2010年)<https://amr.ncgm.go.jp/pdf/medic-m1.pdf>. Accessed March 10, 2025.
- 2) S.Eldirdiri et al, Outbreak of gentamicin-resistant, meticillin-susceptible Staphylococcus aureus on a neonatal unit, Journal of Hospital Infection 2018 Apr 98(4), 419-424.
- 3) Axel Kramer et al, How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review, BMC Infect Dis. 2006 Aug 16(6), 130.

Improving hand hygiene compliance in infectious disease hospitals

Dr. Wei Huang

Chief of Infection Control Department

Infectious Disease Hospital of Heilongjiang Province



Hand hygiene is the basis for medical quality and an important part of patient safety. Specifically, ensuring and strengthening healthcare workers' implementation of hand hygiene can reduce the incidence of healthcare-associated infection significantly and support staff and patients' health and safety. Improving hand hygiene compliance with that goal requires comprehensive education and training measures, facility improvement, monitoring and feedback, and a culture of safety.

Definition of hand hygiene

Hand hygiene is the general term for hand washing and hygienic or surgical hand disinfection performed by healthcare workers during their professional activities. Hand washing is the process of rubbing and washing the hands with running water and hand soap to remove dirt, debris, and some microorganisms from the hands. Hygienic hand disinfection refers to rubbing the hands with disinfectant to reduce their transient flora, while in surgical hand disinfection, healthcare workers use running water and hand soap to rub and wash their hands, forearms, and the lower one-third of each of their upper arms before surgical operations, followed by hand disinfectant to remove or kill transient flora and reduce permanent bacteria in each of these locations. These processes are crucial to reduce the spread of pathogens and ensure the safety of patients and medical staff.

Importance of hand hygiene

Hand hygiene is irreplaceable in preventing and controlling healthcare-associated infections, as hands are one of the main organs of the human body and the main way for pathogens to spread. In clinical environments, healthcare workers frequently make contact with patients, their families, and other personnel, creating a risk of cross-contamination. In that context, hand hygiene reduces the number of pathogens carried on healthcare workers' hands, thereby lowering the risk of cross-contamination. Hand hygiene can also prevent the spread of pathogens in healthcare environments, reduce the incidence of infection in the field, and provide a simple, effective, convenient, and economical measure to prevent and control healthcare-associated infection. Its two-way effect not only protects patients but also staff, which improves the work efficiency and medical quality of healthcare.

(I) Hand hygiene is the first line of defence in preventing healthcare-associated infection: In hospital environments, pathogens can be easily transmitted through hand contact. Therefore, keeping hands clean is the first step in preventing healthcare-associated infection. Moreover, healthcare workers can effectively reduce the number of pathogens carried on their hands through standardised hand hygiene practices, thereby reducing the risk of cross-contamination.

(II) Hand hygiene compliance affects the effectiveness of healthcare-associated infection prevention: The degree to which staff follow the standards for hand hygiene has been shown to directly affect the incidence of healthcare-associated infection. When healthcare workers strictly adhere to hand hygiene standards, the incidence of infection will be significantly reduced. On the contrary, the risk of infection will increase if hand hygiene compliance is low.

(III) The quality of hand hygiene determines the level of hospital infection prevention and control: The quality of hand hygiene is based not only on its performance but also on its standardisation and effectiveness. Only by strictly following the standard hand hygiene practices can the cleanliness of hands be ensured, thereby achieving the purpose of preventing infection. Therefore, improving the quality of hand hygiene is an important measure to raise healthcare-associated infections' prevention and control.

(IV) Measures to improve hand hygiene compliance

1. Strengthening training and feedback

① Formulate training plans every year: The content of these plans should cover hand hygiene standards, such as the six-step hand washing method; the appropriate timing of hand hygiene (such as before and after touching a patient, before clean/aseptic procedures, etc.); and the significance of compliance and carrying out diversified training. Regularly hold hand hygiene knowledge lectures for all staff, including actual cases that illustrate the importance of hand hygiene, the correct hand hygiene methods, and their timing. Organise hand hygiene competitions every year, such as ones where staff develop hand hygiene slogans and practice videos. Publish a new hand hygiene computer desktop background on the hospital intranet each year and require its use on all computers. Play hand hygiene promotion videos on the wards to educate staff and patients.

② Strengthen the induction training for new workers: New employees must receive training and undergo a

strict assessment by infection control professionals. Only those who pass the assessment can take up their posts.

③ Training and special education for different positions: Carry out targeted and strengthened training for different positions, such as doctors, nurses, administrative office staff, and logistics personnel. For example, for cleaning and security personnel who frequently come into contact with pollutants, a special emphasis should be placed on the key points of hand hygiene in environmental cleaning, to improve their knowledge and standardise their practices.

2. Optimising hand hygiene facilities and resource allocation

① Appropriate configuration of hand-washing facilities: Review the layout of hand-washing sinks and quick-drying hand disinfectant facilities (on wards, in consulting and treatment rooms, etc.), ensuring there is a sufficient quantity and that they are reasonably located. Set up non-touch dispensers in corridors and at ward doors to avoid reduced compliance due to time constraints or long distances. Provide warm water for hand washing and skin-protecting disinfectant gel in winter to reduce skin irritation.

② Convenient products: Induction faucets, high-quality hand soap, and disposable hand towels, among others, can improve convenience and the comfort of use.

③ Material support and financial support: The hospital must ensure a continuous supply of hand hygiene products (such as alcohol disinfectants and hand towels) to prevent departments from reducing their use due to cost concerns.

3. Establishing monitoring, management, and a feedback system

① Establish a monitoring team: These full-time staff from the infection control department and members of the infection control teams of each department should regularly check the implementation of hand hygiene according to the Rules for the Monitoring and Assessment of Hospital Infections.

② Scientific monitoring methods: Use direct observation, random sampling, bacteriological testing, and other such methods to monitor the implementation of hand hygiene before and after operations. Avoid formalism such as 'surprise hand washing' before sampling and instead emphasise dynamic monitoring in real scenarios.

③ Establish a feedback and reward and punishment system: Communicate the monitoring and inspection results to each department and record those in a ledger. Rectify existing problems, reward those who excel, and warn or punish those who don't follow the rules.

4. Create a hand hygiene culture atmosphere

① Leaders take the lead: Hospital leaders at all levels and department heads should take the lead in maintaining good hand hygiene, setting an example for all employees and demonstrating its importance.

② Multi-channel publicity: Popularise hand hygiene knowledge through the intranet Hospital Information System (HIS), promotional videos, and in-hospital bulletin boards and regularly organise themed activities (such as presentation or skill competitions) to enhance the sense of participation and increase the attention all employees pay to hand hygiene.

③ Team supervision and patient encouragement: Full-time staff from the infection control department and the clinical infection control team should nominate hand hygiene observers, who encourage colleagues to practice hand hygiene or remind them when they seem to forget it. Furthermore, disseminating hand hygiene knowledge to patients and their families can prompt them to encourage and supervise the hand hygiene behaviour of staff, creating a good atmosphere of joint participation.

5. Institutional guarantee and continuous improvement

① Leadership attention and policy support: The hospital should include hand hygiene as a priority for infection prevention and control, formulate a clear management system, and supervise the progress toward achieving hand hygiene through hospital infection management committee meetings.

② Long-term planning and iterative optimisation: Evaluate the effectiveness of the plan every quarter and gradually implement management with sustainable improvement.

③ Intervention to improve hand hygiene compliance can reduce healthcare-associated infection rates by 30%. Through the systematic implementation of the above measures, healthcare facilities can build a complete chain from 'enhanced awareness' to 'solidified behaviour' and ultimately achieve a long-term improvement in hand hygiene compliance.

Implementing hand hygiene is an important but considerable task, one with a long-term scope and requiring continuous maintenance. Only by introducing reasonable and effective measures, identifying accurate monitoring methods, conducting comprehensive and systematic evaluations, and insisting on continuous improvement can we gradually improve the quality of hand hygiene and thus guarantee the smooth development of work in the hospital.

Regardless of the monitoring method adopted, the ultimate goal is to improve the hand hygiene compliance rate through intervention. Only when a behaviour is transformed into a habit, and then elevated to a cultural concept, can compliance be improved. In this case, the cultural concept to be instilled among the staff is that everyone is an infection control practitioner.

日本語要約

手指衛生遵守率の改善について

手指衛生を適切に行うことは、医療の質を保つための基本的で重要なポイントです。また、医療関連感染を予防・抑制するための最も簡単、効果的、且つ便利で経済的な対策でもあります。手指衛生遵守率を改善するためには、次のような総合的対策を講じる必要があります。1.研修教育の強化、2.物品設備と資源配分の最適化、3.測定評価の仕組み、4.施設全体の雰囲気作り、5.制度策定。介入を通じて手指衛生遵守率を向上させることで、院内感染率を30%削減できます。上記の対策を体系的に実施することで「意識の向上」から「行動の定着」までの完全な流れを構築し、最終的に手指衛生遵守の長期的な改善に繋がります。それは施設全体の業務効率向上にも貢献するものです。



みんなの つぶやき



週末に外で小走りしたら
転びました。10年ほど前は
恥ずかしさですぐ立ち上がれ
ましたが、今回はしばらく
立ち上がれませんでした。
寒さのせいだと思いたいの
ですが年齢ですね…。これを
機に気を付けます。トホホ。
(愛知県 Kさん)

感染対策は他人事では
ありませんが、みなさんの
関心が薄れつつあるのが
気がかりです。
(北海道 Tさん)

病棟の混注室の壁が汚くて
ワイプで清掃していたら、
冷蔵庫まで清掃して
大掃除になった(笑)
(東京都 Aさん)



感染対策は
職員一人一人が
主役。
(京都府 Mさん)



本当にマスクなしで、
自分も家族も周りの人も
守れるの？
(長野県 Mさん)

読者アンケート & プレゼントのご案内

読者アンケートにご協力をお願いいたします。
メディカルサラヤにアクセスして読者アンケートにご協
力いただいた方の中から抽選で10名様に、弊社製品
「ウォシュボン ハーバル薬用ハンドソープ 310mL」、
「ウォシュボン ハーバル薬用ハンドソープ 500mL詰
替用」をセットにしてプレゼントいたします。

(アンケートページでは下記パスワードをご入力ください)

■ 締め切り: 2025年9月30日

■ アンケート回答ページ用パスワード: 22th2hoscom

メディカルサラヤHPへ <https://med.saraya.com/books/hoscom/enq/>

検索



ウォシュボン
ハーバル薬用ハンドソープ
【医薬部外品】
販売名: ウォシュボンSフォーム

ヤシの実生まれの肌にやさ
しい泡ハンドソープです。天然
精油100% (イランイラン&ラ
ベンダー) のこだわりの香りで
手洗いの時間を贅沢に。

310mL



500mL
詰替用



冊子の内容に関して、ご意見等ございましたら、下記までご連絡ください。

サラヤ株式会社 学術部 Eメール hoscom@saraya.com

Tel.06-4706-3938 Fax.06-6209-0242

2025年7月 発行

編集・発行 サラヤ株式会社 〒546-0013 大阪市東住吉区湯里2-2-8 Tel.06-6797-2525 <https://www.saraya.com/>

■本誌に掲載の記事内容を無断転載することを禁じます。

■写真及び印刷の仕上がり上、現品と色合いが若干異なることがあります。

Copyright (C) 2025 SARAYA Corporation. All rights reserved. 本資料の無断転載を禁じます。