

[原著]

## 高齢者介護施設における感染管理－管理者への実態調査－

多久島 寛 孝<sup>1)</sup>      山 本 勝 則<sup>2)</sup>  
徳 澄 享 佳<sup>3)</sup>      森 塚 恵 美<sup>1)</sup>

Infection control in long-term care facilities of present situation  
- Results from an investigation of managers at long-term care facilities -

Hiroataka TAKUSHIMA<sup>1)</sup>, Katsunori YAMAMOTO<sup>2)</sup>,  
Kiyoka TOKUZUMI<sup>3)</sup>, Megumi MORITSUKA<sup>1)</sup>

- 1) 熊本保健科学大学（熊本市北区和泉町325番地）
- 2) 札幌市立大学（札幌市中央区北11条西13丁目）
- 3) NPO 法人 老いと病いの文化研究所われもこう（熊本市西区城山薬師2丁目7-1）

- 1) Kumamoto Health-Science University
- 2) Sapporo City University
- 3) Waremokou

療養病床を持つ病院，介護老人保健施設，特別養護老人ホーム，グループホームに対して，感染対策に対する取り組みについてアンケート調査を行った結果，以下の点が明らかになった。

1. 感染マニュアルは約90%の病院・施設が整備していたが，感染蔓延防止のためのマニュアル作成は，病院や介護老人保健施設といった医療施設が約50%台であった。予防対策は，職員の業務における危機意識のありように影響が大きく，教育の継続性の点を含め課題がある。
2. 感染対策チームの取り組みでは，正しい手洗いの定期的チェックや手荒れ対策の指導は十分ではなかった。手指衛生に関する対策を徹底させていくための定期的な取り組みを必要としている。
3. 三大介護（食事や入浴，排泄ケア）における感染対策については，グループホームでは約70～80%が対策を立てていたが，病院およびその他の介護施設は十分に対応していなかった。ケアに対する統一した基準とそれを遵守することがきわめて重要であるが，三大介護の面でこの点に課題がある。

キーワード：高齢者介護施設    感染管理    感染マニュアル    手指衛生    三大介護

### I. はじめに

現在，わが国では，要介護高齢者をサポートする医療・福祉施設として，一般病院，介護療養型医療施設，介護老人保健施設，介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム），グループホーム等がある。近年は，従来の多床室に替わり，9人程度の利用者が各々の個室をもとに居住空間を形成するスタイルのユニットケアを中心とした新型特別養護老人ホームやグループホームといった施設が増えた。また，住

みなれた自宅（地域）で生活しながら通所介護（デイサービス）を中心に，必要に応じて短期入所生活介護（ショートステイ）など宿泊もできる小規模多機能型施設も増えている。したがって，今後，要介護高齢者の増加とともに高齢者が生活をする施設は多岐に渡っていくことが予想でき，こうした施設においては，外部環境から病原菌が侵入して発症する外因性感染症への対策は重要である。

平成17年に厚生労働省から「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」が示され，平成19年の医

療法改正により介護施設にも施設内感染対策の実施が義務づけられ、高齢者介護施設における感染対策は医療施設のものと同等のものが求められようになっている。したがって、介護施設における感染管理はきわめて重要であるといえる。しかしながら、島崎<sup>1)</sup>は、高齢者介護施設では標準予防策の考えが正しく理解されていることは少なく、過剰な消毒薬の使用や感染症予防マニュアルを整備しているにも関わらず、科学的根拠に基づいた適切な対応が実施されていない施設があると指摘している。こうした状況にも関わらず、高齢者介護施設における感染管理の実態報告は少なく、その詳細については把握できていない。本研究では、高齢者介護施設における感染管理の現状について調査を行い、その実態から問題点を検討した。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 対象

A県内に所在する療養病床を持つ病院（以下、病院）50施設、介護老人保健施設（以下、老健）50施設、特別養護老人ホーム（以下、特養）50施設、グループホーム（以下、GH）50施設の計200施設に郵送によるアンケート調査を実施した。そして、このうち有効回答が得られた病院25施設、老健27施設、特養29施設、GH24施設の計105施設（回収率52.5%）を対象とした。

### 2. 調査方法

平成20年5～7月までの間に表1に示すアンケート用紙を郵送し、記入後返送してもらった。返信を得た後、アンケートの回答から①感染予防のための

表1 調査内容

No	設問項目	回答形式
	フェースシート	施設の規模はあてはまる規模を選択、回答者の年齢については、20～75歳までの年齢を5歳ごとに区分し、回答者があてはまる年代を選択 性別は男女の二者択一、職位は①施設長、②看護部長、③看護・介護部長、④看護師長、⑤介護長、⑥教育担当委員、⑦感染管理担当、⑧その他、の項目から選択 回答者の感染管理への関わりの程度については、①責任者、②責任者ではないが深いかわり、③責任者代行、④深くかかわっていないが立場上責任がある、⑤特に関係ない、⑥その他、の項目から選択
1	感染予防のための取り組み * 感染蔓延防止のためのマニュアルを作成しているとの回答者に対して	①感染予防のためのマニュアルを作成している、②感染蔓延防止のためのマニュアルを作成している、③施設内衛生管理に関するマニュアルを作成している、④特に何も作成していない、の項目から選択（複数回答） マニュアルの内容として、①空気感染について作成、②接触（経口、創傷、皮膚）感染について作成、③飛沫感染について作成、④全ての感染経路別について作成、の項目から選択
2	感染予防に関するマニュアルの運用について	①マニュアルの存在を職員に周知し所在も明確である、②マニュアルはあるが所在を職員に周知徹底していない、③わからない、④その他、の項目から選択
3	感染予防対策の実施の有無 * 「はい」の回答者に対して	はい、いいえ、わからない、その他、の項目から選択 ①標準予防策（スタンダードプリコーション）に基づいて行っている、②独自の対策に基づいて行っている、③わからない、④その他、の項目から選択
	感染対策を検討する委員会やチームの有無	はい、いいえの二者択一
4	* 「はい」の回答者に対して	1. 会議の頻度として、①毎月1回、②半年に1回、③3ヵ月に1回、④1年に1回、⑤その他、の項目から選択 2. 委員会（チーム）の業務内容として、①職員の研修の企画・運営、②手指衛生の方法についての指導、③正しい手洗いの方法の定期的チェック、④手荒れ対策の指導、⑤マスクの着用についての指導、⑥手袋着用についての指導、⑦その他、の項目から選択（複数回答）
5	職員に対する感染予防に関する研修の有無 * 「はい」の回答者に対して	はい、いいえの二者択一 感染予防に関する研修の開催回数として、①毎月1回、②3ヵ月に1回、③半年に1回、④1年に1回、⑤その他、の項目から選択
6	感染症に対して具体的な対策方法があるもの（複数回答）	①食事介助、②排泄介助、③MRSA、④インフルエンザ、⑤ノロウイルス、⑥疥癬、⑦食中毒、⑧特に何も決まっていない、⑨その他、の項目から選択

取り組み、②感染予防に関するマニュアルの運用について、③感染予防対策の実施の有無、④感染対策を検討する委員会（チーム）の有無、⑤職員に対する感染予防に関する研修の有無、⑥感染症に対して具体的に対策方法があるものの6項目について集計し検討した。

3. 倫理的配慮

質問紙は無記名とし、記入者個人や所属する施設が特定されないよう配慮した。また、回収は回答者による直接投函法とし、質問紙の返送をもって研究への同意が得られたと判断した。質問紙に添付した説明文書にも、①無記名であり個人や施設が特定されることはないこと、②調査への協力は任意であること、③調査への協力の有無に関わらず個人や施設に不利益が生じることはないこと、④調査で得たデータは学術目的以外には使用しないことを明記した。なお、本研究は熊本保健科学大学疫学・行動倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象施設の概要（表2，3）

1) 施設の規模（通所を除く）や回答者の年齢、性別、職位については、表2，3に示す。

2) 回答者の感染管理に対する役割（表4）

回答者は、責任者、深くかかわっているあるいは責任者代行がほとんどであった。

2. 施設における感染対策の内容

1) 感染予防のための取り組み（複数回答、表5，6）

感染予防マニュアルを作成していると回答した割合が最も高かったのは特養で27名（93.1%）、最も低かったのがGH21名（87.5%）であり、病院を含む4種類の高齢者施設いずれにおいても90%前後であった。感染蔓延防止マニュアルを作成していると回答したのが最も高かったのは、GHで19名（90.5%）、最も低かったのが老健で14名（51.9%）

表2 施設の規模と回答者の年齢

年齢（歳）	病院				老健				特養			GH		
25～29										1				
30～34						1		1		2			1	
35～39				1	2		2			3		1		
40～44		3	1		1			2		5	1	2		
45～49	1	2		2	1	2	4	1		4	3	1	4	
50～54	1		3		1		1	1	1	5		3	2	
55～59	1	3	3	1			2			2	1	4	3	
60～64	1		1		1	1				1		1		
65～69					1		1							
70～74	1													
75以上							1							
未回答													1	
施設の規模（床）	50～99	100～149	150～200	201以上	30～50	50～70	71～90	91～100	30～50	50～70	71～90	10未満	11～18	未回答

\*施設の規模は通所を除く

(表中 実数)

表3 回答者の性別と職位

職位	病院			老健			特養			GH		
施設長	8			2	4		1	1		2	9	
看護（介護）部長		5	1		5	1		3				
看護師長		3	1	1	3			4			1	
介護長								1			1	
教育担当				1	1			1				
感染管理担当	3	2		2	3	1		2				
その他	2				3		3	7	2	1	8	2
性別	男性	女性	未回答	男性	女性	未回答	男性	女性	未回答	男性	女性	未回答

(表中 実数)

表4 回答者の感染管理への関わりの程度

職位	病院	老健	特養	GH
責任者	12	14	12	17
責任者ではないが深く関わっている	9	8	14	4
責任者代行	1	3	2	
深く関わっていないが立場上責任がある	1	1		1
特に関係ない				
その他	1	1		
未回答	1		1	2
合計	25	27	29	24

(表中 実数)

表5 感染予防のための取り組み（複数回答）

内容	病院	老健	特養	GH
感染予防マニュアル	23 (92.0)	25 (92.6)	27 (93.1)	21 (87.5)
感染蔓延防止マニュアル	13 (52.0)	14 (51.9)	24 (82.8)	19 (95.2)
施設内衛生管理マニュアル	11 (44.0)	8 (29.6)	14 (48.3)	9 (37.5)
特に何も作成していない	0	0	0	0

(表中 実数《%》)

表6 感染蔓延防止マニュアルの内容

内容	病院	老健	特養	GH
すべての感染経路別	10 (76.9)	12 (80.0)	20 (83.3)	17 (89.5)
接触感染（経口・創傷・皮膚）		1 (6.7)	1 (4.0)	1 (5.3)
飛沫感染			2 (8.0)	
空気感染・接触感染				1 (5.3)
空気感染・飛沫感染		1 (6.7)		
接触感染・飛沫感染	3 (21.4)	1 (6.7)	1 (4.0)	

(表中 実数《%》)

であり、病院や老健といった医療施設の約50%強が作成していると回答したのに対して、福祉施設に区分される特養やGHは、80~90%が作成しているとの回答であった。施設内衛生管理マニュアルを作成していると回答したのが最も高かったのは特養で14名（48.3%）、最も低かったのが老健8名（29.6%）であり、作成していると回答した割合はいずれも50%以下で、特に老健は約30%で最も作成率が低かった。感染蔓延防止マニュアルを作成していると回答したうちの、約70%強~90%弱は空気、接触、飛沫の全ての感染経路について作成していた。

2) 感染予防に関するマニュアルの運用について（表7）

(1) マニュアルの存在を職員に周知し所在も明確  
病院が最も高く24名（96.0%）、最も低かったのはGH15名（62.5%）であり、その他の介護保険施設は90%前後であった。

(2) マニュアルはあるが所在を職員に周知徹底していない

GHが最も高く7名（29.2%）であったが、他の施設は約4~7%であった。

3) 感染予防対策の実施の有無

(1) 職員に対する感染予防対策の実施（表8）

病院、老健、特養、GHともに全施設が実施しているとの回答であった。このうち、標準予防策（スタンダードプリコーション）に基づいて実施

表7 感染予防に関するマニュアルの運用について

内容	病院	老健	特養	GH
マニュアルの存在を職員に周知し所在も明確	24 (96.0)	24 (88.9)	27 (93.1)	15 (62.5)
マニュアルはあるが所在は職員に周知徹底していない	1 (4.0)	2 (7.4)	2 (6.9)	7 (29.2)
その他		1 (3.7)		2 (8.3)

(表中 実数《%》)



表8 感染予防対策を実施していると回答した病院・施設の感染対策

有無	病院	老健	特養	GH
標準予防策で実施	21 (84.0)	22 (81.5)	17 (58.6)	7 (29.2)
独自対策で実施	3 (13.0)	5 (18.5)	10 (34.5)	11 (45.8)
わからない	1 (4.0)		1 (3.4)	
その他			1 (3.4)	2 (8.3)
未回答				4 (16.7)

(表中 実数《%》)

していると回答したのが最も高かったのは、病院21名(84.0%)であり、最も低かったのは、GH 7(29.2%)であった。医療施設である病院や老健は約8割を超えていた。また、独自の対策に基づいて実施していると回答したのが最も高かったのは、GH11名(45.8%)であり、最も低かったのが病院3名(13.0%)などであった。

4) 感染対策を検討する委員会(チーム)の有無と会議の頻度

感染対策委員会(チーム)があると回答したのは、GH12名(50.0%)であった以外は、どの施設も100%あるとの回答であった。また、委員会の会議の頻度については、どの施設も毎月1回が最も多かった(表9)。

委員会の業務内容(複数回答、表10)としては、①職員の研修の企画・運営では、最も高かったのは、病院25名(100%)であり、最も低かったのは、GH10名(41.7%)であった。②手指衛生の方法についての指導については、最も高かったのは、特養24名(82.8%)であり、最も低かったのは、GH 7名

(29.2%)であった。病院や老健は約76~78%であった。③正しい手洗いの方法の定期的チェックについては、最も高かったのは、病院14名(56.0%)であり、最も低かったのは、GH 5名(20.8%)であった。また、老健や特養は約40%程度であった。④手荒れ対策の指導については、最も高かったのは、病院11名(44.0%)であったが、老健や特養は約20%台、GHは最も低く約17%であった。⑤マスクの着用についての指導は、最も高かったのは、特養23名(95.8%)であり、最も低かったのはGH 7名(29.2%)であった。病院や老健は約60~74%であった。⑥手袋着用についての指導は、最も高かったのは、特養22名(75.9%)であり、最も低かったのは、GH 9名(37.5%)であった。病院や老健は約64~78%であった。

5) 職員に対する感染予防に関する研修の有無と研修の頻度(表11)

定期的に研修会を開催しているとの回答で最も高かったのは特養27名(93.1%)であり、病院が最も低く14名(56.0%)であった。老健やGHは80%

表9 感染対策委員会(チーム)の会議の頻度

頻度	病院	老健	特養	GH
毎月1回	24 (96.0)	23 (85.2)	20 (69.0)	7 (58.3)
3ヵ月に1回		3 (11.1)	5 (17.2)	3 (25.0)
半年に1回		1 (3.7)	1 (3.4)	
1年に1回				1 (8.3)
その他	1 (4.0)		3 (10.3)	1 (8.3)

(表中 実数《%》)

表10 感染対策の委員会(チーム)の業務内容

内容	病院	老健	特養	GH
職員の研修・企画・運営	25 (100)	25 (92.6)	21 (72.4)	10 (41.7)
手指衛生の方法についての指導	19 (76.0)	21 (77.8)	24 (82.8)	7 (29.2)
正しい手洗いの定期的チェック	14 (56.0)	12 (44.4)	12 (41.4)	5 (20.8)
手荒れ対策の指導	11 (44.0)	6 (22.2)	5 (20.8)	4 (16.7)
マスク着用についての指導	15 (60.0)	20 (74.1)	23 (95.8)	7 (29.2)
手袋着用についての指導	16 (64.0)	21 (77.8)	22 (75.9)	9 (37.5)

(表中 実数《%》)

表11 職員に対する感染予防に関する研修会の有無と開催頻度

研修会の定期的 開催の有無	病院		老健		特養			GH	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	未回答	あり	なし
開催の有無	14 (56.0)	8 (32.0)	21 (77.7)	6 (7.4)	27 (93.1)	1 (3.4)	1 (3.4)	20 (83.3)	4 (16.7)
開催の頻度									
毎月1回	1 (7.1)		2 (8.0)		1 (3.7)			1 (5.0)	
3ヵ月に1回			6 (24.0)		1 (3.7)			3 (15.0)	
半年に1回	9 (64.3)		11 (44.0)		20 (74.1)			9 (45.0)	
1年に1回	4 (28.6)		3 (12.0)		1 (3.7)			6 (30.0)	
その他			2 (8.0)		2 (7.4)			1 (5.0)	
未回答			1 (4.0)		2 (7.4)				

(表中 実数《%》)

前後であった。このうち、定期的開催の頻度としては、半年に1回が最も多く、特養20名(74.1%)、病院9名(64.3%)、老健11名(44.0%)、GH9名(45%)などであった。また、定期的に開催していないのは、病院が最も多く8名(32.0%)などであった。

#### 6) 感染症に対して具体的に対策方法があるもの(複数回答, 表12)

具体的対策があるもののうち、①食事介助では、GH17名(70.8%)が最も高く、最も低かったのは、特養11名(37.9%)であった。病院や老健は、約40~56%であった。②排泄介助では、最も高かったのは、GH19名(79.1%)であり、最も低かったのは、特養12名(41.4%)であった。病院は約48%であったが、老健は約70%であった。③入浴介助では、最も高かったのは、GH17名(70.8%)であり、最も低かったのは、特養11名(37.9%)であった。病院や老健は約50~67%であった。④MRSAについては、最も高かったのは、GH20名(83.3%)であり、最も低かったのは、病院11名(44.0%)であった。老健や特養は70%台であった。⑤インフルエンザについては、最も高かったのは、老健24名(88.9%)

であり、最も低かったのは特養20名(69.0%)であった。病院や老健は約76~88%であった。⑥ノロウイルスについては、最も高かったのは、老健23名(85.0%)であり、最も低かったのは、GH18名(75.0%)であった。病院は約76%、特養は約83%であった。⑦疥癬については、最も高かったのは、GH20名(83.3%)であり、最も低かったのは、病院13名(54.2%)であった。老健や特養は、約80%程度であった。⑧食中毒については、最も高かったのは、老健22名(81.5%)であり、最も低かったのは、特養15名(52.0%)であった。病院は約56%であり、GHは約70%であった。

## IV. 考 察

### 1. マニュアルの作成・運用に関する課題

『標準予防策』は、普遍的予防策と生体物質隔離予防策の両者の考えを一つにまとめたものであり、病原体の伝播において、その危険性を減少させるために作成された予防策である<sup>2)</sup>。また、『感染経路別予防策』は、病院感染予防のために標準予防策に加えて、予防対策が必要な感染性の強い、あるいは疫学的に重要な病原体が感染定着している、もし

表12 感染症に対して具体的に対策方法があるもの(複数回答)

内容	病院	老健	特養	GH
食事介助	10 (40.0)	15 (56.0)	11 (37.9)	17 (70.8)
排泄介助	12 (48.0)	19 (70.4)	12 (41.4)	19 (79.1)
入浴介助	13 (52.0)	18 (66.6)	11 (37.9)	17 (70.8)
MRSA	11 (44.0)	20 (74.1)	23 (79.0)	20 (83.3)
インフルエンザ	19 (76.0)	24 (88.9)	20 (69.0)	21 (87.5)
ノロウイルス	19 (76.0)	23 (85.0)	24 (83.0)	18 (75.0)
疥癬	13 (54.2)	22 (81.5)	24 (83.0)	20 (83.3)
食中毒	14 (56.0)	22 (81.5)	15 (52.0)	17 (70.8)

(表中 実数《%》)

くは疑われる患者に対して作成されたものである。『感染経路別予防策』には、主に接触・飛沫・空気感染予防策の3タイプがあり、『標準予防策』に加えて用いられる<sup>2)</sup>。つまり、すべての患者は標準予防策によって対応が可能であり、必要に応じて感染経路予防策を併用することになる<sup>3)</sup>。

今回の結果では標準予防策については、病院や老健において、約80%の病院で実施されているものの、特養は約60%弱、GHは約30%弱であった。医学的管理が中心の病院等の施設から医療機関ではない介護中心の施設へなるにしたがって、科学的根拠に基づかない対応をしている可能性もある。また、感染予防のためのマニュアルは約90%の病院・施設が作成していたが、感染蔓延防止のためのマニュアル作成において、特養やGHが約80~90%台であったのに対して、病院および老健は50%台であった。また、施設内衛生管理マニュアル作成は、全体的に約30~50%であった。高齢者にみられる外因性感染症としてインフルエンザやノロウイルス感染症、疥癬、食中毒があり、予防対策は極めて重要である。また、感染経路の遮断も重要であるが、今回の調査では実施率が高いとはいえ、マニュアルの作成に関しては、特に病院や老健においては、感染経路別の対応や衛生管理のあり方に課題があることが明らかになった。

また、マニュアルの運用面でGHにおいては、29.2%が職員へ所在の周知徹底ができていないと回答していた。また、感染予防対策は、標準予防策に基づくものが29.2%、独自対策のものが45.8%であり、他の介護保険施設との違いがみられた。GHは、認知症対応型の共同居住空間であり医療現場とはかけ離れた施設ではあるが、介護を提供する場であり、介護保険施行後急速に増加している。GHに限らず、介護を中心としている施設では、マニュアルに対する意識やとりわけ感染対策への取り組みの違いがあることが推測できる。今後GHなどの新しい施設における感染管理への取り組みについて実態や課題を明確にしておく必要がある。

山崎ら<sup>4)</sup>は、マニュアルは行動の規範であり、実施にあたっては知識の裏づけがなければ適切なケアとして提供されるに至らないとし、OJT (on-the-job training) を含めた院内教育が必要としている。今回の結果では、感染対策委員会(チーム)があると回答した施設は、GHが50%に止まった以外は、

他の介護保険施設には対策委員会(チーム)が存在していた。しかし、感染対策に関する研修会を定期的に開催しているのは、病院56.0%、老健77.7%、特養93.1%、GH83.3%であり、特に病院は32.0%が定期的に開催していないと回答していた。要介護高齢者が多い長期療養型の医療・介護施設では、これまでもインフルエンザやノロウイルス、食中毒によるアウトブレイク(特定の疾患の発生率が統計学的に有意に増加することであり、通常短期間に1つの菌株により明確な易感染要因をもつ特定の患者集団に発生する)<sup>5)</sup>は数多く報告されている。予防対策は、職員の業務における危機意識のありように影響が大きい。教育の継続性の点を含め課題があるといえる。

## 2. 手指衛生に関する課題

高橋ら<sup>6)</sup>は、高齢者介護施設における手指衛生に関する課題として、入所者と看護・介護スタッフ間、看護介護スタッフ間、入所者間で菌の伝播が起こったことを示し、高齢者介護施設では手指衛生の実施が不十分であり、手指衛生に関連する環境整備上の課題、ケアの手順の見直しなど課題があることを指摘した。今回の結果から、感染対策委員会(チーム)の取り組みの中で、手指衛生の方法についての指導は、病院76%、老健77.8%、特養82.8%、GH29.2%であり、正しい手洗いの定期的チェックは病院56%、老健44.4%、特養41.4%、GH20.8%であった。さらに、手荒れ対策の指導は、病院44%、老健22.2%、特養20.8%、GHは16.7%であり、手洗いのチェックや手荒れ対策などの手指衛生に関する取り組みが不十分であることが示唆された。手指衛生に関する指導は約80%前後であったことを考慮すれば、手指衛生に関して徹底した行動がとれない可能性、あるいはケアに関わるすべての職員が手洗いに対して決められた手順で手洗いを実施していない可能性があることから職員が感染の仲介をしてしまうリスクがあるといえる。

さらに、院内感染対策においては「手洗い」ではなく「手指消毒」が最も有効な手段であり、院内感染対策において手指消毒は最も重要である<sup>2)</sup>とされる。しかし、過度の手指衛生の実施や手袋の材質などによって、場合によっては手荒れを生じてしまう可能性がある。今回の結果からは、手荒れ対策の指導が不十分で、手荒れに対する認識の低さもうかがえた。西村<sup>7)</sup>は、手洗いは基本的な院内感染防止方



法であり適切に励行するよう定期的な教育が必要であること、手荒れ指では、手荒れした部分に細菌が付着し増加すること、それにより消毒効果も低下し、感染リスクが増すことを報告している。皮膚損傷によって皮膚細菌叢が変化し、それに伴ってブドウ球菌やグラム陰性桿菌など病原性の高いものが頻繁に付着することや手荒れした手を手洗いしても菌が除去できずに、多数の細菌を保有することはこれまでも報告されている<sup>7-9)</sup>。こうしたことを考慮すると手指衛生に関する対策を徹底させていくための定期的な取り組みを必要としている。

### 3. 三大介護における感染管理の課題

加藤<sup>10)</sup>は、高齢者介護施設のような生活がベースにある介護施設内で発生または集団感染のリスクが高い感染症として、インフルエンザやノロウイルス、肺結核、疥癬のような感染力が強く集団感染が最も懸念されるものについての認識は得られているとした。

今回の結果からは、具体的な感染対策としては、MRSAについては、病院44%、疥癬については病院54.2%、食中毒は病院56.0%、特養52.0%などばらつきがあった。感染性胃腸炎（ノロウイルス）やインフルエンザへの対策は、病院で約70%、他の介護保険施設では約80%以上が具体的対策を行っており、感染力が強く集団感染のリスクが高いものへの一定の認識は得られている一方で取り組みが十分であるとは言いがたい側面もうかがえる。また、いわゆる三大介護といわれる食事・入浴・排泄ケアにおける感染対策については、GHでは約70~80%が対策を立てていたが、病院およびその他の介護保健施設は十分に対応していなかった。GHは、認知症対応型共同生活介護であり、従来からある病院や老健・特養といった施設とは異なりより在宅に近いものである。とりわけ、医学的管理よりも生活支援が重点であることが、三大介護といった日常生活援助に関わる部分においてGHと他の施設の違いであったとも思える。三大介護による取り組みの例を島崎<sup>1)</sup>の指摘からあげると、①食事ケアの前の手洗い、おしぼりなどの細菌増殖の危険性があるものの取り扱い、食事時の吐物の取り扱いといった食事ケアにおける一般的な感染対策。②創傷のある高齢者への対応、MRSA 保菌者への対応、肝炎・HIV・梅毒保有者への入浴時の対応。③下痢便への対応、排泄

自立者とオムツ使用者各々への対応といった排泄ケアなどがある。こうしたケアは職員間で統一できている必要があるが、今回の調査結果からは三大介護については、特に病院や老健、特養においては、必ずしも職員間で統一した対応ができていない状況もうかがえた。

高齢者介護施設では、要介護高齢者も多く集団で生活をすることが多い。また、面会者も多く、ホールを用いての食事介助・レクリエーション等の行事などの実施、あるいは入浴介助を通して利用者同士や介助者が接する機会も多く感染伝播しやすい環境にあり、感染が拡大するリスクも高い。ケアに対する統一した基準とそれを遵守することがきわめて重要であるが、今回の調査は、三大介護の面でこの点に課題があることを明らかにした。

## V. まとめ

療養病床を持つ病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームに対して、感染対策に対する取り組み（マニュアル作成・運用について・感染予防対策・感染対策チームの取り組み内容等）についてアンケート調査を行った結果、以下の点が明らかになった。

1. 感染マニュアルは約90%の病院・施設が整備していたが、感染蔓延防止のためのマニュアル作成は、病院や老健といった医療施設が約50%台であった。予防対策は、職員の業務における危機意識のありように影響が大きく、教育の継続性の点を含め課題がある。

2. 感染対策チームの取り組みでは、手指衛生の方法についての指導は、約70~90%弱であり、正しい手洗いの定期的チェックは約50%程度、手荒れ対策の指導は、老健や特養は約20%程度、病院やGHは約40%程度であった。手指衛生に関する対策を徹底させていくための定期的な取り組みを必要としている。

3. 三大介護（食事や入浴、排泄ケア）における感染対策については、GHでは約70~80%が対策を立てていたが、病院およびその他の介護施設は十分に対応していなかった。ケアに対する統一した基準とそれを遵守することがきわめて重要であるが、三大



介護の面でこの点に課題がある。

### 謝 辞

調査にご協力いただきましたみなさまに深謝いたします。

なお、本論文は、平成19～20年度熊本保健科学大学特別研究費の助成を受けたものであり、第16回日本看護管理学会年次大会において、その要旨を発表した。

### 引用文献

- 1) 島崎豊：科学的根拠に基づいた感染症予防. 日本認知症ケア学会誌7 (1)：9-15, 2008.
- 2) 静岡県西部病院環境管理懇話会編：医療従事者のための病院感染予防対策マニュアル CDC (米国疾病管理センター) ガイドラインに基づいて. 日本医学館, p 3, 2004.
- 3) 矢野邦夫：院内感染対策ガイド 米国疾病管理センター (CDC) による科学的対策. 日本医学館, p 1, 2004.
- 4) 山崎律子, 藤森まり子：適切なケアを実践するためのマニュアル活用法. EBnursing 10 (2), 58-62, 2010.
- 5) 牧本清子：事例 de 学ぶ 医療関連感染のサーベイランス－EBMに基づく感染管理のために－. メディカ出版, p126, 2007.
- 6) 高橋知子, 土井まつ子：高齢者介護施設における感染対策活動への支援とその評価. 愛知医科大学看護学部紀要8, 53-60, 2009.
- 7) 西村チエ子：手荒れと院内感染のリスク, 新薬と臨床47 (5), 77-84, 1998.
- 8) Larson EL, Hughes CA, Pyrek JD, et al : Larson Changes in bacterial flora associated with skin damage on hands of health care personnel, American Journal of Infection Control 26 (5), 513-521, 1998.
- 9) 日置祐一：手荒れと手指衛生の科学, 花王ハイジーンソリューション1, 18-21, 2002.
- 10) 加藤秀子：介護施設における認知症高齢者の感染症対策の現状と課題, 日本認知症ケア学会誌7 (1)：24-29, 2008.

(平成25年1月31日受理)

Infection control in long-term care facilities of present situation  
– Results from an investigation of managers at long-term care  
facilities –

Hiroataka TAKUSHIMA, Katsunori YAMAMOTO, Kiyoka TOKUZUMI,  
Megumi MORITSUKA

The purpose of this study was to clarify the present situation of infection control in long-term care facilities. We conducted a questionnaire consisted of infection measures on managers of long-term care facilities.

The results clarified the following:

1. The manuals about infection control to prevent infection were prepared in many long-term care facilities, but many facilities did not prepare the manual for prevention of infection spread.
2. The infection control team instructed about the hand hygiene, but the instructions about the hand-washing and rough hands measures were not enough.
3. Infection control actions in three major care, which are a meal, bathing, and excretion care, did not cope enough in many long-term care facilities.