看護師の手荒れとハンドケアの実態

キーワード：手荒れ　ハンドケア　水分喪失量

1病棟8階東
北村真知子　小山智子　篠原木綿子　門田仁美
村川佳子　室園沙織　吉山由希恵　仁志昌子

Ⅰ．はじめに

医療現場では流水・石鹸による手洗いおよび擦式アルコール製剤使用といった衛生学的手洗いが行われている。しかし頻回な衛生学的手洗いは感染リスクを減少させる一方、角質層や細胞間質の変性などを生じさせ皮膚を損傷させる[1]ため手荒れを発生させる誘因となっている。

手荒れは病原菌の定着や伝播の誘因となり、消毒薬の刺激による痛みは手指消毒実施率が低下する要因ともなる。そのため、手荒れ軽減の重要性が言われているが、Ａ病棟では創部からの病原菌検出が多く､感染防止対策として頻回な手洗いを減らすことは出来ない。そこで手荒れを軽減するために、医療現場における手指衛生のためのＣＤＣガイドラインでは、手荒れ刺激性接触皮膚炎の防止のためにハンドローションやクリームの使用を推奨している。しかし、いつ・どのようなハンドケアが実施されているのかは個人に委ねられているのが実情である。そこでＡ病棟看護師の手荒れの実態とハンドケアの実施状況を調査し、問題点を明らかにした。

Ⅱ．方法

1．調査期間

平成23年10月18日～11月4日。

2．対象者

師長を除くＡ病棟看護師16名。

3．調査内容

①手荒れ・手洗い・ハンドケアについてのアンケート調査を行う。

②室温を20度、湿度を40～50％に設定し、水分蒸散量測定装置（ＴＥＷＬ）を用い、Ⓐ右手背中央Ⓑ右手掌中央Ⓒ右第1指指先腹部Ⓓ第1指と第2指の指間Ⓔ第3指爪周囲の水分喪失量を測定した。

③皮膚科医師による手荒れの診察と両手写真撮影を実施した。

判定項目は乾燥・発赤・亀裂・紋消失・掻痒・硬化・鱗屑の7項目とした。

手荒れスコアはなし:0、わずかにあり:1、あり:2、明らかにあり:3として判定した。

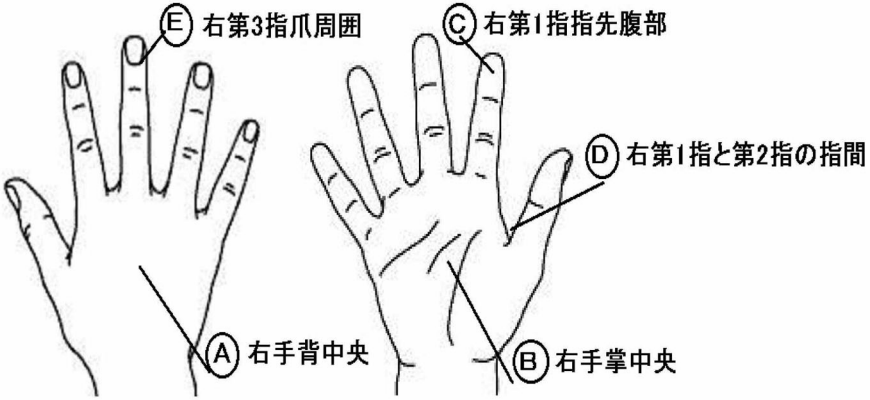

図１　手荒れ測定部位

図２　水分蒸散量測定装置（ＴＥＷＬ）

4．倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨・目的・調査結果は研究以外には使用しない事、研究の参加は自由意思とすること、個人が特定されない事を文書・口頭にて説明した。調査用紙提出をもって研究に同意したと判断することを説明した。

Ⅲ．結果

アンケート回収率・有効回答率は100％であった。

手荒れ時の自覚症状で多いのは乾燥が93％であった。実際に医師の診察でも乾燥が1番多く、93％であった。ついで、発赤・鱗屑が87％であった。

手洗い後の拭き方については、たたき拭きが56％、こすり拭きが50％であった。たたき拭き・こすり拭きの両方を行っている人で6％あった。

手洗い後、水分がわずかに残っていると感じる人は75％、残っていると感じる人は18％であった。

ハンドケアを行っている人は87％。その内ハンドクリーム塗布している人は100％であった。ハンドクリーム塗布回数とそのタイミングは個人差があったが、勤務中ではなく勤務開始時・勤務終了時、就寝時が多かった。ハンドクリーム塗布時期は10月～3月が多いことが明らかになった。

ハンドケアが必要でないと思う人は12％であり、その理由に感染リスクが関係しない・手荒れの自覚がないと回答している。

表1　水分喪失量の部位と平均値（g/hm²）

右手背中央	右手掌中央	右第1指先腹部
19．1	53．6	58．7
右第1指と第2指の指間	第3指爪周囲	
43．2	31．9	

＊0～10;非常に良い、10～15;良い、15～25;普通、25～30;やや悪い、30以上;かなり悪い

表2　医師の診察による項目と人数（人）

乾燥	15	発赤	14	鱗屑	14
掻痒	5	亀裂	4	紋消失	3
硬化	0				

Ⅳ．考察

ハンドケアを行っていても水分喪失量は多く、他覚的には手荒れ症状もあった。つまり、対象者全員にハンドケアが不十分ではあると裏付ける結果が出ている。その理由として、その人が現在行っているハンドケアが十分であると思っていたり、多忙でハンドケアが十分に出来ない環境にある人がいるのではないかと予想される。この結果を対象者へフィードバックして、現在の自身の手荒れの状況を気付いてもらう必要があると考える。

また、手荒れの自覚症状がないためハンドケアは必要ないと考えている人がいたが、他覚的には手荒れ症状があり水分喪失量も多かった。よって、自覚症状がなくてもハンドケアを行う必要がある。また手荒れを自覚してからハンドケアをし始める人がいたが、自覚症状がなくても手荒れ症状があり、水分喪失量も多い事から手荒れを自覚してからでは遅くすでに感染リスクは高まっている。手荒れ改善のためではなく手荒れ予防のため年間を通したハンドケアが求められると思われる。

手洗い後の拭き方については、こすり拭きが56%・手洗い後の水分残存を感じている人は93%おり、手洗い後に正しい拭き方を行っていない人が多い事が明らかになった。古沢らの研究において手荒れがある看護師は、たたき拭きをおこなっておらず、水分の残存も手荒れなしの看護師に比べて多かったという結果が出ている。こすり拭きをすると、摩擦で皮膚を損傷し手荒れにつながる。そして、少しでも手が濡れていると手袋装着時すべりが悪く破損の原因になったり、はずす際に皮膚が傷ついて手荒れをおこすこともある。また、手洗い後に濡れた手で皮膚や食べ物や器具などを触れると、数千から数万の菌を移動させる[2]と言われている。手洗い手順における手の乾燥は「菌を運ばない」ために重要であることが言える。不十分な乾燥が皮膚の損傷につながること・感染リスクを高くすることを踏まえ、正しい方法を啓蒙する必要がある。

また、手荒れが感染リスクと関係ないと回答する人が１名いた。手荒れ状態の皮膚にはブドウ球菌やグラム陰性桿菌などが常在化するため、看護師の手指を介して伝播し、感染のリスクが増加する[3]と言われている。手荒れと感染の関連について知識の向上を図る必要がある。

Ⅴ．結論

1.手荒れの症状は乾燥が多く、医師の診察により手荒れ症状のない人はいなかった。

2.正しいハンドケアの方法、手洗い後の正しい拭き方の啓蒙や手荒れと感染の関連について知識の向上を図る必要がある。

引用文献

1) 大久保憲:医療現場における手指衛生のためのＣＤＣガイドライン,メディカ出版,通巻４号,59,2003.

2) Patrick,DR.et al. Residual moisture determines thelevel of touch-contact-associated bacterial transfer following hand washing. Epidemiol.Infect.1997,119,319.

3) 田中富士美:手荒れ防止への取り組み,INFECTION CONTROL,Vol.11,NO.8,44-47,2002

参考文献

1) 西村チエコ：手荒れの発生と院内感染リスク　新薬と臨牀,J.New Remedies & Clinics, Vol.47,No.5,749-756,1998.

2)白石正,仲川義人,中村幹彦他:手洗いの問題点（手荒れの実態調査）,医器学,Vol.72, No10,479,2002.

3)中川美貴子,長岡栄子,白石正他:看護師を対象としたハンドケアの実態調査,医学と薬学,56(2),187-191,2006.

4)高須利治,名倉英一,田邊眞記代他:手指衛生に対する手荒れの影響と保湿保護剤の効果に関する検討,日病薬誌,第44巻,6号,921-925,2008.

5)古沢未香,大嶋裕子,新井容子:看護師の手指衛生の方法と手荒れに関する調査,第46回日本社会保険医学会総会プログラム・抄録集,272,2008.