平成28年度

愛知県看護協会
看護研究助成
報告論文集

AICHI NURSING ASSOCIATION

公益社団法人 愛知県看護協会

平成２８年度　愛知県看護協会看護研究助成報告論文集　目次

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集の発行に寄せて

公益社団法人愛知県看護協会 看護研究助成委員会　　委員長　永井　邦芳

平成２８年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

Ⅰ．平成２８年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文

１．気道狭窄のため乳児期に気管切開をした子どもに対する母親の体験と思い

愛知県立大学大学院看護学研究科　　池尾　美帆　　P.1

２．重症患者家族のニーズの特徴とニーズに対するケア実践に関する看護師の認識
―救急外来初期診療と入院重症集中治療の比較より―

愛知医科大学大学院看護学研究科　　山浦　幸枝　　P.9

３．術前がん患者の反すう傾向と抑うつ・ソーシャルサポートとの関係に関する研究

名古屋大学大学院医学系研究科　　近藤　三由希　　P.21

４．専門看護師の教育課程に共通するフィジカルアセスメントの教育項目（必須項目）の検討

人間環境大学大学院看護学研究科　　太田　美起子　　P.30

５．チーム医療における看護師の多職種のエラーを指摘する態度に影響を与える要因

愛知医科大学大学院看護学研究科　　岡本　悦子　　P.39

６．病院で実施されている清拭方法に関する実態調査　―使用したタオルの素材と看護師の思い―

日本福祉大学　　加藤　治実　　P.49

Ⅱ．規程

公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成規程

公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成要領

平成２８年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

池尾　美帆

発表演題：**気道狭窄のため乳児期に気管切開をした子どもに対する母親の体験と思い**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
小児看護学会 第27回学術集会	平成29年 8月19日～20日	国立京都国際会館	一般社団法人 日本小児看護学会

山浦　幸枝

発表演題：**重症患者家族のニーズに関する救急外来初期診療と入院重症集中治療の看護師の認識の違い**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
一般社団法人日本看護研究学会　第43回学術集会	平成29年 8月29日	日本福祉大学　東海キャンパス／東海市芸術劇場	一般社団法人 日本看護研究学会

発表演題：**クリティカルケア領域看護師の重症患者家族のニーズに対するケア実践に関する認識**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
一般社団法人日本看護研究学会　第43回学術集会	平成29年 8月30日	日本福祉大学　東海キャンパス／東海市芸術劇場	一般社団法人 日本看護研究学会

発表演題：**看護師の認識からみた重症患者家族のニーズとニーズに対するケア実践の状況**
―救急外来初期診療と入院重症集中治療の比較より―

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
平成29年度 愛知県看護研究学会	平成29年 12月12日	愛知県産業労働センター ウインクあいち	公益社団法人 愛知県看護協会

近藤　三由希

発表演題：**術前がん患者の反すう傾向と抑うつ・ソーシャルサポートとの関係に関する研究**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第37回日本看護科学学会 学術集会	平成29年 12月16日～17日	仙台国際センター	公益社団法人 日本看護科学学会

太田　美起子

発表演題：**専門看護師のフィジカルイグザミネーションの実施及び必要性の認識**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
一般社団法人日本看護研究学会　第43回学術集会	平成29年 8月29日～30日	日本福祉大学　東海キャンパス／東海市芸術劇場	一般社団法人 日本看護研究学会

発表演題：**専門看護師のインタビューとフィジカルイグザミネーションの実施現状**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
平成29年度 愛知県看護研究学会	平成29年 12月12日	愛知県産業労働センター ウインクあいち	公益社団法人 愛知県看護協会

岡本　悦子

発表演題：チーム医療における看護師の多職種エラーを指摘する態度に影響を与える要因

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第21回日本管理学会 学術集会	平成29年 8月19日～20日	パシフィコ横浜	一般社団法人 日本看護管理学会

発表演題： Consideration of factors affecting the nurse's attitude in pointingout inter professional errors

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
TNMC&WANS International Nursing Research Conference	平成29年 10月20日～22日	Miracle Grand Convention Hotel, Bangkok, Thailand	World Academy of Nursing Science

発表演題：特定機能病院に勤務する看護師の医療安全・ノンテクニカルスキル研修の受講状況とリスクテイキング行動の関連

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
医療の質・安全学会 第12回学術集会	平成29年 11月25日～26日	幕張メッセ	一般社団法人 医療の質・安全学会

発表演題：チーム医療における看護師の不安全行動を目撃・指摘する態度とノンテクニカルスキルとの関連

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
平成29年度 愛知県看護研究学会	平成29年 12月12日	愛知県産業労働センター ウインクあいち	公益社団法人 愛知県看護協会

加藤　治実

発表演題：病院で実施されている清拭に用いるタオルの種類と看護師の思い

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第21回日本看護研究学会 東海地方会学術集会	平成29年 3月4日	国立大学法人三重大学 医学部　看護学科	一般社団法人日本看護 研究学会　東海地方会

Ⅰ．平成２８年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者

報 告 論 文

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

重症患者家族のニーズの特徴とニーズに対する ケア実践に関する看護師の認識

―救急外来初期診療と入院重症集中治療の比較より―

○山浦幸枝（愛知医科大学大学院看護学研究科）
大石ふみ子（聖隷クリストファー大学看護学部）
室谷健太（愛知医科大学病院　臨床腫瘍センター）
池部　百恵（医療法人秋田病院）

はじめに

クリティカルケアとは、あらゆる病期において急激な生命の危機的状態に陥った重症な患者家族に対して行われるケアを意味する概念である。我が国においてクリティカルケアという言葉は、2000 年の大学院クリティカルケア看護専攻教育課程の開設を契機に認知が広まりつつある。クリティカルケアの概念は、救急看護、ICU 看護、周手術期看護、慢性期看護、終末期看護などの多くの場で用いられ、展開されている。しかし、なんと言ってもクリティカルケアがもっとも重視されるのは、救命センター（Emergency Room、以下 ER とする）や ICU（Intensive Care Unit、以下 ICU とする）および CCU（Coronary Care Unit、以下 CCU とする）などの生命の危機的状態にある患者への看護が常に行われている場においてである。

ER や ICU などでケアを受ける重症患者について従来もっとも大切にされてきたのは、救命そして身体的ケアであった。しかし、クリティカルケアの概念の発展にともない、身体のみならず、心理的社会的側面が重視されるようになってきた。さらに、家族看護学の発展により、クリティカルケアにおける重症患者の家族へのケアについても、注目されるようになってきた。重症患者の家族は家族成員の生命の危機に直面して精神的・身体的・社会的に危機に陥りやすい状況にあるため、高いケアニーズを持つ存在といえる。

これまで国内外で重症患者の家族ニーズやそれに対するケア認識についての研究が行われてきたが、それらの研究で検討されている「重篤な状態の患者の家族」には、ER や ICU ・CCU、あるいは一般病棟の患者家族が混在している。ER や ICU・ CCU における重篤な状況の患者の家族としての経験は、共通しているものもあると考えられる。しかし、ER で行なわれる救急外来初期診療は、家族にとって心の準備が無く、初めて足を踏み入れる場での経験である。一方、ICU・ CCU で行われる入院重症集中治療や一般の病棟での治療は、家族にとって救急外来初期診療と比べて滞在時間が長く、落ち着きのもてる場で見守ることのできる経験である。両方の場における家族のおかれる状況は大いに異なるため、経験も異なると考えられる。また、患者の発症からの経過時間、患者の状況の明確さ、家族の環境への適応具合などの様々な要素も異なるため、救急外来初期診療と入院治療中の患者の家族の状況を、重症患者の家族の体験としてまとめてしまうことは、重要なケアニーズを見逃す危険性を内包しているといえる。

そこで、本研究では、救急外来初期診療という場、そして入院重症集中治療という場における重症患者の家族のニーズの特徴とそのニーズに対する看護の実践状況を看護師の認識から追究す

る。従来、重症患者家族において救急外来初期診療と入院重症集中治療の家族を区別していなかったのは、救急外来初期診療に訪れる患者の家族が、急激に発症した患者の状況に動揺していたり、短時間の救急外来初期診療滞在であったりするため、自らの体験であっても、その時その瞬間のニーズについてのよい情報源とはなり得なかったためと考えられる。一方で看護師は、救急外来初期診療でも入院重症集中治療でも患者や家族のもっとも身近に寄り添い、見守る存在であるため、重症患者家族の体験やニーズの情報源としてもっとも適していると考えた。

Ⅰ．研究目的

救急外来初期診療と入院重症集中治療において重症患者家族のもつニーズの特徴とそのニーズに対するケアの実践状況（充足度）を看護師の認識から明らかにする。

Ⅱ．用語の定義

1．救急外来初期診療：本研究における救急外来初期診療は、救急初期診療の環境やそこで行われている治療・ケアすべてを含むものとする。

2．入院重症集中治療：本研究における入院重症集中治療は、重症集中管理下にある患者の入院の環境やそこで行われている治療・ケアすべてを含むものとする。

3．重症患者家族：救急外来初期診療・入院重症集中治療の場に滞在している患者の家族をさす。

4．ニーズ（needs）:「ニード(need)」とは、具体的な要求の内容を意味するものである。本研究では、引用文献で用いている表現を使用する場合のみ「ニード」とする。本研究における「ニーズ（needs)」とは、重症患者家族がもつ様々な必要なことがらのまとまりをさす。

Ⅲ．研究方法

1．調査期間： 平成 28 年 6 月 13 日～平成 28 年 8 月 31 日

2．調査方法：郵送法による質問紙調査

3．対象者および調査施設：愛知・岐阜・三重・静岡の日本救急医学会より救命救急センターとして認定が得られている 42 施設に所属の ER、ICU・CCU に勤務する看護師。

4．調査内容：1）基本属性（年齢、性別、所属部署、経験年数、ER/ICU/CCU の経験年数)、2）施設の特性（施設の規模、病床数)、3）重症患者家族のニーズに関する看護師の認識：重要度と看護の実践状況（充足度）は福田[1)]が作成した CCFNI-J（Critical Care Family Needs Inventory Japan Version 以下 CCFNI-J と略す）の 36 項目を用いた。

5．倫理的配慮

1）医療機関へ依頼するにあたり、看護部長宛てに研究の主旨に関する文書を作成し郵送または、持参するなどして説明を行った。また、回答は、口頭あるいは FAX 返信用紙にて行った。文書では、研究へは自由参加であること、医療機関と個人が特定されないよう施設名称は明かさないこと、および個人名は無記名であることを文書に記載した。

2）医療機関の承諾を受けた後、看護部長・ER/ICU/CCU 管理者・研究担当者宛文書として、研究担当者を介して研究依頼書・対象看護師への研究依頼書と質問紙・返信用封筒の一式を見本資料として呈示した。

3）研究内容の説明は、研究依頼書をもって説明をした。また、研究依頼書には、以下の要件を記載した。

①研究協力は自由意思であり、研究参加・不参加による利益・不利益はないこと。
②質問紙は、無記名自記式とし施設、個人が特定されないこと。
③回答用紙の返送をもって対象者の調査への同意とみなし、回答用紙の返送以降の辞退はできないこと。
④研究によって得られたデータは、全てのデータをデータシートに入力後、回答用紙は5年間適正に管理保管し、得られたデータは、研究以外の目的では使用しないこと。
⑤愛知医科大学看護学部における倫理審査の承認を受けている。

Ⅳ．結果

42 施設に依頼し、協力が得られた施設は 27 施設であった。642 名に質問紙を配布し、288 名（回収率 44.9%）から回答が得られた。有効回答数は 214（有効回答率 74.3%）、内訳は、外来の有効回答 57（有効回答率 74.0%）、入院の有効回答 157（有効回答率 76.6%）であった。

研究対象者の特徴では、部署経験年数において救急外来初期診療群と入院重症初期診療群に有意差（$p < 0.05$）を認めた。全対象者では 1.7 年から 10.7 年、救急外来初期診療群は 2.2 年から 7.4 年（SD±5.3）、入院重症集中治療群は 1.7 年から 9.7 年（SD±4.0）であった。

全対象看護師の重要度認識は、CCFNI-J の 36 の各項目について「重要である」あるいは「大変重要である」と回答した割合が 80%以上のものが 21 項目と半数以上であった。また、90%以上が重要であると認識していた項目は、「わかりやすい説明をしてもらえること」、次いで「最善のケアが患者になされていることを確信すること」、「患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること」、「患者になされていることを正確に知ること」、「起こっていることについて家族の感情を表出すること」などの 10 項目であった（図 1）。

同じく、36 項目のニーズを「満たすことができている」あるいは「十分満たすことができている」と回答した割合については、「患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること」、「質問に正直に答えてもらうこと」、「患者になされたことの理由を知ること」、「わかりやすい説明をしてもらえること」、「場合によっては面会時間を変えてもらえること」の 5 項目が 60%以上であり、70%を超える項目はなかった（図 2）。

重要度認識では、救急外来初期診療群と入院重症集中治療群で差はなかった（表 1，2）。

充足度認識では、救急外来初期診療群と入院重症集中治療群の比較において「希望があると感じられること」、「あなた（家族）の健康を気遣ってくれる人がいること」、「最善のケアが患者になされていることを確信すること」、「病院のスタッフに受け入れられていると感じられること」、「患者に関する情報を少なくとも 1 日に 1 回はもらえること」などの 11 項目に有意差がみられた。これらの 11 項目において入院重症集中治療群より救急外来初期診療群の充足度認識が低かった（表 3，4）。

Ⅴ．考察

１．対象者の特性

本研究において対象者である看護師は、クリティカルケアを実践している場の看護師であるが、ICU・CCU 看護師に代表される入院重症集中治療群と ER 看護師に代表される救急外来初期診療群の特徴には違いがみられた。救急外来初期診療群は入院重症集中治療群に比べ部署経験年数が長い傾向があった。これは、救急外来初期診療群に知識・技術や対応力が必要とされるためと考えられる。

２．クリティカルケアに従事する看護師の認識

１）看護師の認識からみた重症患者家族のニーズの特徴

重症患者家族のニーズに対しての重要度の認識は、重要度認識得点がすべてにおいて高かった。重要度認識得点の高さは下位尺度の全領域にわたっていた。また、全ての項目において、救急外来初期診療と入院重症集中治療に重要度認知に差はないことが確認できた。

本研究の重要度認識得点がすべてにおいて高く、重症患者家族のもつニーズを看護師は重要であると認識しているという結果は、棚橋ら[2)]の救命センターの看護師に行った実態調査において「多くの看護師は、家族ニーズの大半を重要であると認識し援助を行っていた。」という結果と一致している。

本研究の結果で重症患者と家族にケアを提供する全対象看護師の 90%以上が重要であると認識していた項目は「保証のニーズ」および「情報のニーズ」に集中していた。また、これらの項目は、救急外来初期診療群と入院重症集中治療群の看護師に分けて検討しても、概ね同様の項目であった。本研究の重要度認識の結果は、棚橋ら[3)]の看護師の認識にもとづく調査結果においても「保証のニーズ」および「情報のニーズ」が高いというものと共通している。

この結果は、救急外来初期診療と入院重症集中治療の場でクリティカルケアを実践している看護師が、重症患者の家族が衝撃を受け精神的に不安定な状態に陥りやすく、患者の先の見えない状況に情緒的・身体的・社会的な問題を抱えていると認識し、家族に患者が受けている治療や処置に対する安心感や希望を与えたいと感じていることを示している。

本研究のもととなった Molter NC.[4)]の重症患者家族ニーズが明らかにされてから約 40 年、重症患者の家族のニーズは、時間を経てもなおその多くが重要であると看護師は認識していることが示された。

２）看護師の認識からみた重症患者家族のニーズに対する看護実践

重症患者家族のニーズに対しての看護の実践状況である充足度認知は、重要度認知に比べ全体に低かった。看護師は重症患者家族のニーズを満たせていないという認識をもっており、重症患者家族のニーズに対するケアの不足が示唆された。

クリティカルケア領域において重症患者家族のニーズに対してケアが不十分であったことは Molter NC.の時代より繰り返し指摘されてきた。重症患者家族のニーズに対するケアの不十分さについては、春尾ら[5)]による重症患者家族のニードの「情報」に焦点を当てた調査において、家族のニードは理解していても実際には実行できていないと看護師が認識していることが報告されている。重症患者家族へのケアが十分にできていないという本研究の看護師の認識は、重症患者家族のニーズに対するケアの充足をしていくために改めて取り組む必要性を示していると考える。

全ての看護師が特に満たせていないと認識している項目は、下位尺度の「サポート」に多く含まれていた。下位尺度「サポート」は、情緒的、社会的な支援を求める家族のニーズである。「起こっていることについて家族の感情を表出すること」、「患者の死の可能性について話すこと」、「泣いてもよいのだと思えること」、「ベッドサイドで何をすればよいのかについて指導を受けること」というニーズは、看護師自身が判断し援助を行うことができる内容であり、これらの実践を促進する必要性が示された。一方、「問題を解決することができる人について教えてもらえること」、「経済的に支援をしてくれる人がいること」、「支えてくれる友人が近くにいること」、「家族の問題について助けとなる人について教えてもらえること」、「重症ケア病棟（ICU 等）に面会に行く時に一緒について来てくれる人がいること」、「病院内にいる間、ひとりにな

れる場所があること」、「いつでもひとりになれること」のニーズは、看護師が単独で直接的にすべてを満たすことは難しい。これらに対しては、社会資源の活用や、病院内の多種職連携などより幅の広い連携を用いたケア提供が必要であると考える。

入院重症集中治療と救急外来初期診療の比較において救急外来初期診療の方が充足度認知が低く、救急外来初期診療の看護師は、重症患者家族のニーズを満たせていないと認識していることが示された。救急外来初期診療と入院重症集中治療で有意差がみられたニーズは、下位尺度「保証」、「情報」、「接近」、「安楽」における 11 項目であった。

下位尺度「保証」における「最善のケアが患者になされていることを家族が確信すること」、「病院のスタッフが患者のことを気遣ってくれていると家族が感じられること」、「家族が希望があると感じられること」では、入院重症集中治療のほうが家族に安心や希望のニーズを満たす環境が、救急外来初期診療よりも整っていることが差をもたらしたと考えられる。

下位尺度「情報」における「患者の身体的ケアを手伝うこと」では、このニーズに対する援助は、看護師の判断だけではなく、家族がこのニードに対する援助を受け入れられる状況にあるのかも重要となる。家族は、家族成員の突然の出来事に家族は危機的状況にあり、救急外来初期診療において家族にとっての優先順位としては低いと考えられ、差をもたらしたと考えられる。

下位尺度「接近」における「場合によっては、面会時間を変えてもらえること」、「家族が患者に関する情報を少なくとも 1 日に 1 回はもらえること」、「重症ケア病棟（ICU 等）を移ろうとしている計画について家族が教えてもらえること」、「面会時間が時間通り始まること」では、救急外来初期診療の看護師の回答の分布のバラつきが大きく、回答のしづらさがあったことが示唆された。項目内容からみてもこれらは、入院患者家族を対象としたものと考えられる。これまで長年クリティカル領域で使用されてきた尺度は、Molter NC.[6] が明らかにした重症患者家族のニーズおよび Leske JS.[7] による尺度にもとづくものである。今回の結果から、今回用いた CCFNI-J は、先に述べた下位尺度「接近」に含まれる項目を中心にいくつかの項目で、その適切性に問題があることが明らかとなった。「場合によっては面会時間を変えてもらえること」、「患者に関する情報を少なくとも 1 日に 1 回はもらえること」、「重症ケア病棟（ICU 等）を移ろうとしている計画について教えてもらえること」、「いつでも面会に来られること」、「面会時間が時間どおり始まること」、「患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること」の 6 項目において救急外来初期診療の看護師の回答にバラつきが示された。これら 6 項目は、全て下位尺度「接近」を構成する項目であり、とりわけ救急外来初期診療の家族のアセスメントをするにあたっては「接近」の尺度の見直し、修正、再開発の必要性が示されたといえる。

下位尺度「安楽」における「家族が病院のスタッフに受け入れられていると感じられること」、「家族が病院を少しぐらい離れても大丈夫と確信すること」、「家族の健康を気遣ってくれる人がいること」では、重症患者家族との関係性や時間が必要となる援助であるため救急外来初期診療において満たすことが難しい状況が差となったのではないかと考えられた。

Ⅵ. 結論

1．全ての看護師の重要度認知は高く、重症患者家族のニーズが重要であるという認識が示された。

2．一方、全ての看護師の充足度認知は低く、看護実践が充足できていないという認識が示された。

３．救急外来初期診療と入院重症集中治療における重要度認知に差異はなかった。一方、充足度認知は、「保証」、「情報」、「接近」、「安楽」のニーズで差がみられ、そのすべてにおいて入院重症集中治療の方がニーズを満たせていると認識していることが示された。

４．今回用いた CCFNI-J において、救急外来初期診療の非入院施設における重症患者家族のニーズを査定するためには適していない項目が含まれていることが示され、救急外来初期診療の家族のアセスメントをするにあたっては「接近」の尺度の見直し、修正、再開発の必要性が示された。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご多忙な中ご協力頂きました対象者の皆様、また質問紙配布にご協力頂きました看護部長様、病棟管理者様、研究担当者様、病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、平成 28 年度愛知県看護協会研究助成事業の研究助成を受けたものです。御支援いただきましたことに深謝いたします。

引用文献

１）福田和明, 黒田裕子 : 重症患者家族のニーズに関する看護師の認識の実態と関連要因の探索, 日本クリティカルケア看護学会誌，3（2），56-66（2007）

２）棚橋美紀，金井美樹，中村美鈴：看護師が認識する救急重症患者の家族ニーズと家族援助の実態，日本救急看護学会雑誌，7（2），17-26（2006）

３）前掲載２），17-26

４）Molter NC. : Needs of reratives critically ill patients:a descriptive study, Heart and Lung, 8(2)，332-9（1979）

５）春尾香会，高比良恵，小岩由美子：ICU 予定入室患者家族への情報提供の現状とあり方，長崎県看護学会誌，6（1），25-28（2010）

６）前掲載４），332-9

７）Leske JS. : Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory, Heart and Lung，20，236-244（1991）

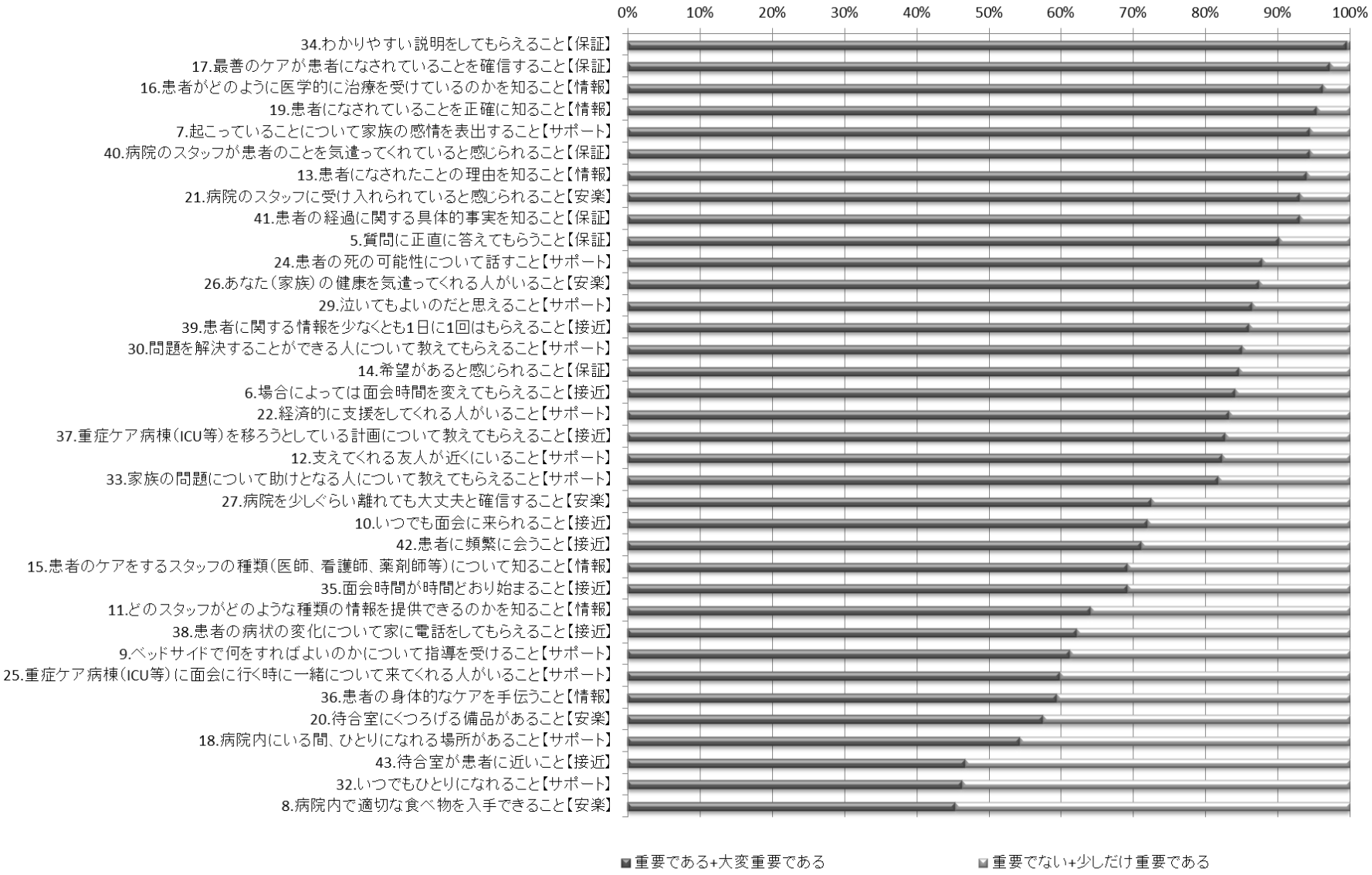

図1　全対象看護師からみた重症患者家族のもつニーズの重要度認識得点の分布　n＝214

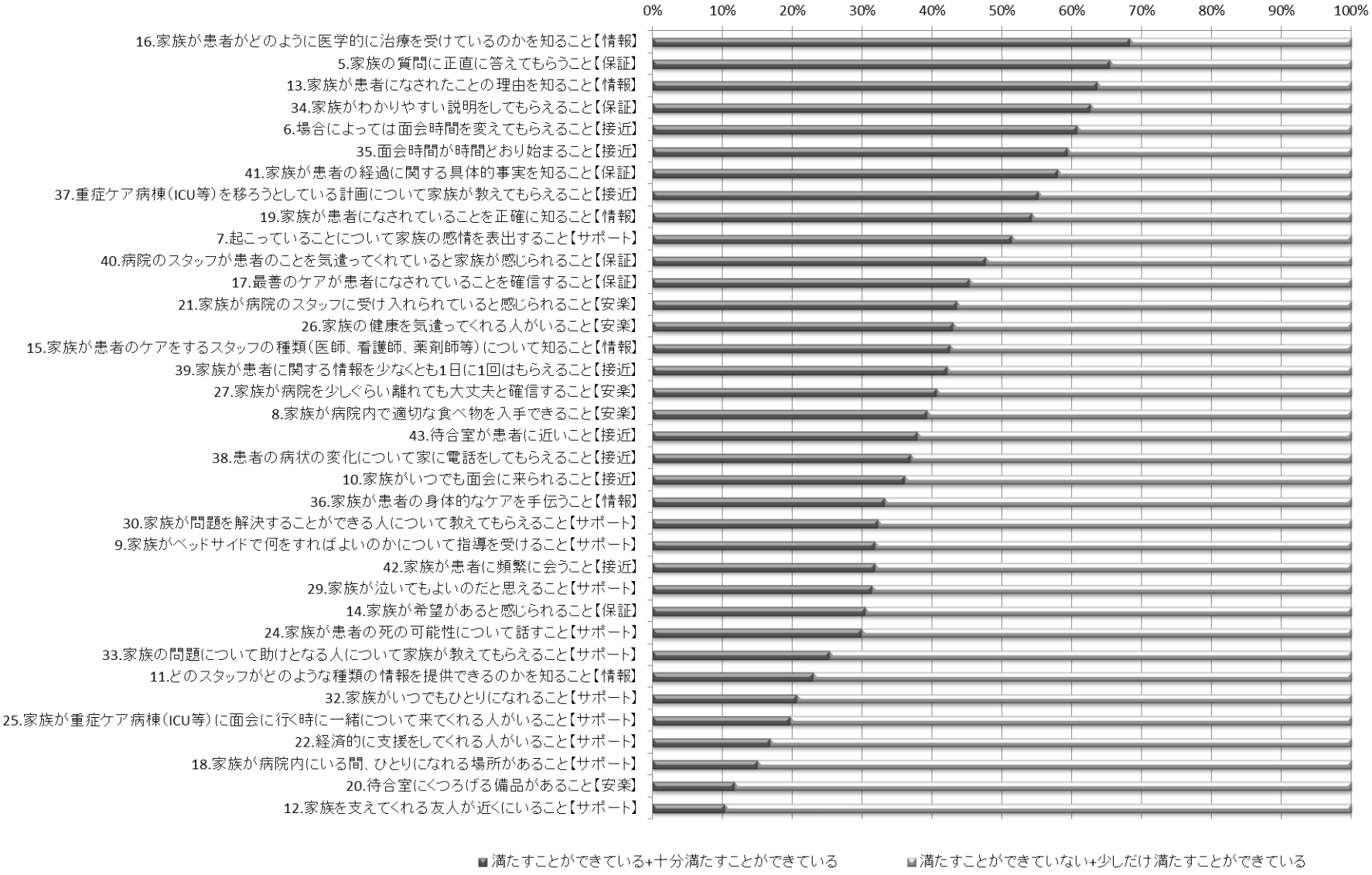

図2　全対象看護師の認識からみた重症患者家族のもつニーズに対する充足度認識得点の分布　n＝214

表１　看護師の認識からみた重症患者家族のもつニーズの下位尺度および尺度全体の重要度認識得点の二群間（救急外来初期診療と入院重症集中治療）の差

	項目	得点範囲	救急外来初期診療群 n＝57		入院重症集中治療群 n＝157		Mann-Whitney
			中央値 / 平均±SD	個別項目平均	中央値 / 平均±SD	個別項目平均	P値
保証	重要度-34 わかりやすい説明をしてもらえること 重要度-17 最善のケアが患者になされていることを確信すること 重要度-40 病院のスタッフが患者のことを気遣ってくれていると感じられること 重要度-41 患者の経過に関する具体的事実を知ること 重要度-5 質問に正直に答えてもらうこと 重要度-14 希望があると感じられること	6～24	20 / 20.8±2.4	3.5	21 / 20.8±2.6	3.5	0.846
情報	重要度-13 患者になされたことの理由を知ること 重要度-16 患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること 重要度-19 患者になされていることを正確に知ること 重要度-36 患者の身体的なケアを手伝うこと 重要度-15 患者のケアをするスタッフの種類（医師、看護師、薬剤師等）について知ること 重要度-11 どのスタッフがどのような種類の情報を提供できるのかを知ること	6～24	19 / 18.5±2.8	3.1	19 / 18.7±2.9	3.1	0.751
接近	重要度-6 場合によっては面会時間を変えてもらえること 重要度-39 患者に関する情報を少なくとも1日に1回はもらえること 重要度-37 重症ケア病棟（ICU等）を移ろうとしている計画について教えてもらえること 重要度-10 いつでも面会に来られること 重要度-42 患者に頻繁に会うこと 重要度-35 面会時間が時間どおり始まること 重要度-38 患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること 重要度-43 待合室が患者に近いこと	8～32	23 / 23.8±4.1	3.0	23 / 23.3±3.9	2.9	0.360
安楽	重要度-21 病院のスタッフに受け入れられていると感じられること 重要度-27 病院を少しぐらい離れても大丈夫と確信すること 重要度-20 待合室にくつろげる備品があること 重要度-8 病院内で適切な食べ物を入手できること 重要度-26 あなた（家族）の健康を気遣ってくれる人がいること	5～20	14 / 14.4±2.6	2.9	15 / 14.6±2.6	2.9	0.340
サポート	重要度-7 起こっていることについて家族の感情を表出すること 重要度-24 患者の死の可能性について話すこと 重要度-29 泣いてもよいのだと思えること 重要度-12 支えてくれる友人が近くにいること 重要度-22 経済的に支援をしてくれる人がいること 重要度-30 問題を解決することができる人について教えてもらえること 重要度-33 家族の問題について助けとなる人について教えてもらえること 重要度-9 ベッドサイドで何をすればよいのかについて指導を受けること 重要度-25 重症ケア病棟（ICU等）に面会に行く時に一緒について来てくれる人がいること 重要度-18 病院内にいる間、ひとりになれる場所があること 重要度-32 いつでもひとりになれること	11～44	32 / 33.1±5.1	3.0	33 / 32.6±5.2	3.0	0.605
	重要度 尺度全体	36～144	107 / 110.6±15.1	3.1	109 / 110±14.8	3.1	0.912

Mann-Whitney U検定

表２　看護師の認識からみた重症患者家族のもつニーズの個別項目の重要度認識得点の二群間（救急外来初期診療と入院重症集中治療）の差

	重要度項目	四分位 救急外来初期診療群 n＝57 25	50（中央値）/平均±SD	75	四分位 入院重症初期診療群 n＝157 25	50（中央値）/平均±SD	75	Mann-Whitney P値
保証	34 わかりやすい説明をしてもらえること	4	4 / 3.8±0.4	4	4	4 / 3.8±0.4	4	0.440
	17 最善のケアが患者になされていることを確信すること	3	4 / 3.5±0.5	4	3	4 / 3.6±0.6	4	0.652
	40 病院のスタッフが患者のことを気遣ってくれていると感じられること	3	4 / 3.5±0.6	4	3	4 / 3.5±0.6	4	0.706
	41 患者の経過に関する具体的事実を知ること	3	3 / 3.4±0.6	4	3	3 / 3.4±0.7	4	0.658
	5 質問に正直に答えてもらうこと	3	3 / 3.4±0.7	4	3	3 / 3.3±0.7	4	0.592
	14 希望があると感じられること	3	3 / 3.2±0.7	4	3	3 / 3.3±0.7	4	0.416
情報	13 患者になされたことの理由を知ること	3	3 / 3.4±0.6	4	3	3 / 3.4±0.6	4	0.574
	16 患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること	3	3 / 3.4±0.6	4	3	4 / 3.5±0.6	4	0.418
	19 患者になされていることを正確に知ること	3	4 / 3.5±0.6	4	3	4 / 3.5±0.6	4	0.719
	36 患者の身体的なケアを手伝うこと	2	3 / 2.7±0.8	3	2	3 / 2.7±0.8	3	0.879
	15 患者のケアをするスタッフの種類（医師、看護師、薬剤師等）について知ること	2	3 / 2.7±0.7	3	2	3 / 2.9±0.8	3	0.185
	11 どのスタッフがどのような種類の情報を提供できるのかを知ること	2	3 / 2.8±0.8	3	2	3 / 2.7±0.8	3	0.299
接近	6 場合によっては面会時間を変えてもらえること	3	3 / 3.1±0.8	4	3	3 / 3.2±0.7	4	0.637
	39 患者に関する情報を少なくとも1日に1回はもらえること	3	3 / 3.2±0.8	4	3	3 / 3.2±0.7	4	0.976
	37 重症ケア病棟（ICU等）を移ろうとしている計画について教えてもらえること	3	3 / 3.0±0.7	3.5	3	3 / 3.1±0.7	4	0.254
	10 いつでも面会に来られること	2	3 / 3.0±0.8	4	2	3 / 2.9±0.8	3	0.191
	42 患者に頻繁に会うこと	2.5	3 / 2.9±0.7	3	2	3 / 2.8±0.8	3	0.494
	35 面会時間が時間どおり始まること	2.5	3 / 3.0±0.8	4	2	3 / 2.9±0.9	3.5	0.202
	38 患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること	2	3 / 2.9±0.8	3.5	2	3 / 2.6±0.9	3	0.053
	43 待合室が患者に近いこと	2	2 / 2.6±0.8	3	2	2 / 2.5±0.8	3	0.706
安楽	21 病院のスタッフに受け入れられていると感じられること	3	3 / 3.4±0.6	4	3	3 / 3.3±0.7	4	0.843
	27 病院を少しぐらい離れても大丈夫と確信すること	2	3 / 2.8±0.8	3	2.5	3 / 3.0±0.8	3	0.123
	20 待合室にくつろげる備品があること	2	3 / 2.6±0.8	3	2	3 / 2.7±0.8	3	0.366
	8 病院内で適切な食べ物を入手できること	2	2 / 2.5±0.8	3	2	2 / 2.4±0.9	3	0.658
	26 あなた（家族）の健康を気遣ってくれる人がいること	3	3 / 3.2±0.7	4	3	3 / 3.2±0.6	4	0.784
サポート	7 起こっていることについて家族の感情を表出すること	3	3 / 3.3±0.6	4	3	3 / 3.4±0.6	4	0.629
	24 患者の死の可能性について話すこと	3	3 / 3.3±0.7	4	3	3 / 3.2±0.7	4	0.733
	29 泣いてもよいのだと思えること	3	3 / 3.2±0.8	4	3	3 / 3.3±0.7	4	0.487
	12 支えてくれる友人が近くにいること	3	3 / 3.1±0.7	4	3	3 / 3.1±0.7	4	0.962
	22 経済的に支援をしてくれる人がいること	3	3 / 3.2±0.7	4	3	3 / 3.1±0.7	4	0.182
	30 問題を解決することができる人について教えてもらえること	3	3 / 3.1±0.6	4	3	3 / 3.1±0.7	4	0.832
	33 家族の問題について助けとなる人について教えてもらえること	3	3 / 3.1±0.7	4	3	3 / 3.1±0.7	4	0.707
	9 ベッドサイドで何をすればよいのかについて指導を受けること	2	3 / 2.8±0.8	3	2	3 / 2.7±0.8	3	0.512
	25 重症ケア病棟（ICU等）に面会に行く時に一緒について来てくれる人がいること	2	3 / 2.8±0.7	3	2	3 / 2.6±0.8	3	0.143
	18 病院内にいる間、ひとりになれる場所があること	2	3 / 2.6±0.8	3	2	3 / 2.5±0.8	3	0.856
	32 いつでもひとりになれること	2	3 / 2.5±0.8	3	2	2 / 2.4±0.8	3	0.372

Mann-Whitney U検定

表３　看護師の認識からみた重症患者家族のもつニーズに対する下位尺度および尺度全体の充足度認識得点の二群間（救急外来初期診療と入院重症集中治療）の差

		項目	得点範囲	救急外来初期診療群 n=57 中央値 / 平均±SD	個別項目平均	入院重症集中治療群 n=157 中央値 / 平均±SD	個別項目平均	Mann-Whitney P値	
保証	充足度-34	家族がわかりやすい説明をしてもらえること	6～24	14 / 14.2±3.0	2.4	15 / 15.6±2.9	2.6	0.008	**
	充足度-17	最善のケアが患者になされていることを家族が確信すること							
	充足度-40	病院のスタッフが患者のことを気遣ってくれていると家族が感じられること							
	充足度-41	家族が患者の経過に関する具体的事実を知ること							
	充足度-5	家族の質問に正直に答えてもらうこと							
	充足度-14	家族が希望があると感じられること							
情報	充足度-13	家族が患者になされたことの理由を知ること	6～24	14 / 13.8±3.4	2.3	15 / 14.8±2.9	2.5	0.074	
	充足度-16	家族が患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること							
	充足度-19	家族が患者になされていることを正確に知ること							
	充足度-36	家族が患者の身体的なケアを手伝うこと							
	充足度-15	家族が患者のケアをするスタッフの種類（医師、看護師、薬剤師等）について知ること							
	充足度-11	どのスタッフがどのような種類の情報を提供できるのかを家族が知ること							
接近	充足度-6	場合によっては、面会時間を変えてもらえること	8～32	18 / 17.3±5.4	2.2	19 / 19.4±3.9	2.4	0.012	*
	充足度-39	家族が患者に関する情報を少なくとも1日に1回はもらえること							
	充足度-37	重症ケア病棟（ICU等）を移ろうとしている計画について家族が教えてもらえること							
	充足度-10	家族がいつでも面会に来られること							
	充足度-42	家族が患者に頻繁に会うこと							
	充足度-35	面会時間が時間通り始まること							
	充足度-38	患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること							
	充足度-43	待合室が患者に近いこと							
安楽	充足度-21	家族が病院のスタッフに受け入れられていると感じられること	5～20	10 / 10.1±2.5	2.0	11 / 11.2±2.3	2.2	0.008	**
	充足度-27	家族が病院を少しぐらい離れても大丈夫と確信すること							
	充足度-20	待合室にくつろげる備品があること							
	充足度-8	家族が病院内で適切な食べ物を入手できること							
	充足度-26	家族の健康を気遣ってくれる人がいること							
サポート	充足度-7	起こったことについて家族が感情を表出すること	11～44	21 / 21.9±5.6	1.9	22 / 22.3±5.1	2.0	0.706	
	充足度-24	家族が患者の死の可能性について話すこと							
	充足度-29	家族が泣いてもよいのだと思えること							
	充足度-12	家族を支えてくれる友人が近くにいること							
	充足度-22	経済的に支援してくれる人がいること							
	充足度-30	家族が問題を解決することができる人について教えてもらえること							
	充足度-33	家族の問題について助けとなる人について家族が教えてもらえること							
	充足度-9	家族がベッドサイドで何をすればよいのか指導を受けること							
	充足度-25	家族が重症ケア病棟（ICU等）に面会に行く時に一緒について来てくれる人がいること							
	充足度-18	家族が病院内にいる間、ひとりになれる場所があること							
	充足度-32	家族がいつでもひとりになれること							
		充足度 尺度全体	36～144	78 / 77.2±17.8	2.1	83 / 83.4±14.6	2.3	0.045	*

Mann-Whitney U検定
＊＊＊　p＜.001
＊＊　p＜.01
＊　p＜.05

表４　看護師の認識からみた重症患者家族のもつニーズに対する個別項目の充足度認識得点の二群間（救急外来初期診療と入院重症集中治療）の差

	充足度項目	四分位 救急外来初期診療群 n＝57 25	50（中央値）/ 平均±SD	75	四分位 入院重症初期診療群 n＝157 25	50（中央値）/ 平均±SD	75	Mann-Whitney P値	
保証	34 家族がわかりやすい説明をしてもらえること	2	3 / 2.6±0.6	3	2	3 / 2.7±0.6	3	0.182	
	17 最善のケアが患者になされていることを家族が確信すること	2	2 / 2.3±0.7	3	2	3 / 2.5±0.7	3	0.015	*
	40 病院のスタッフが患者のことを気遣ってくれていると家族が感じられること	2	2 / 2.2±0.7	3	2	3 / 2.6±0.7	3	0.004	**
	41 家族が患者の経過に関する具体的事実を知ること	2	3 / 2.5±0.6	3	2	3 / 2.7±0.7	3	0.092	
	5 家族の質問に正直に答えてもらうこと	2	3 / 2.6±0.7	3	2	3 / 2.8±0.7	3	0.068	
	14 家族が希望があると感じられること	2	2 / 2.1±0.7	2	2	2 / 2.3±0.6	3	0.012	*
情報	13 家族が患者になされたことの理由を知ること	2	3 / 2.5±0.7	3	2	3 / 2.7±0.7	3	0.100	
	16 家族が患者がどのように医学的に治療を受けているのかを知ること	2	3 / 2.6±0.6	3	2	3 / 2.8±0.7	3	0.238	
	19 家族が患者になされていることを正確に知ること	2	3 / 2.5±0.8	3	2	3 / 2.6±0.7	3	0.289	
	36 家族が患者の身体的なケアを手伝うこと	1	2 / 2.0±0.8	2.5	2	2 / 2.3±0.7	3	0.023	*
	15 家族が患者のケアをするスタッフの種類（医師、看護師、薬剤師等）について知ること	2	2 / 2.2±0.8	3	2	2 / 2.4±0.7	3	0.062	
	11 どのスタッフがどのような種類の情報を提供できるのかを家族が知ること	1	2 / 2.0±0.8	2	2	2 / 2.0±0.7	2	0.547	
接近	6 場合によっては、面会時間を変えてもらえること	1.5	2 / 2.2±0.9	3	2	3 / 2.9±0.8	3	0.000	***
	39 家族が患者に関する情報を少なくとも1日に1回はもらえること	1	2 / 1.9±0.9	3	2	2 / 2.4±0.8	3	0.000	***
	37 重症ケア病棟（ICU等）を移ろうとしている計画について家族が教えてもらえること	1.5	2 / 2.3±0.9	3	2	3 / 2.6±0.7	3	0.011	*
	10 家族がいつでも面会に来られること	1.5	2 / 2.2±0.9	3	1	2 / 2.1±1.0	3	0.596	
	42 家族が患者に頻繁に会うこと	1	2 / 2.0±0.9	3	2	2 / 2.2±0.8	3	0.118	
	35 面会時間が時間通り始まること	1	2 / 2.2±0.9	3	2	3 / 2.8±0.8	3	0.000	***
	38 患者の病状の変化について家に電話をしてもらえること	1	2 / 2.2±0.9	3	1	2 / 2.1±0.9	3	0.472	
	43 待合室が患者に近いこと	2	2 / 2.3±0.9	3	2	2 / 2.2±0.9	3	0.402	
安楽	21 家族が病院のスタッフに受け入れられていると感じられること	2	2 / 2.2±0.7	3	2	2 / 2.4±0.6	3	0.031	*
	27 家族が病院を少しぐらい離れても大丈夫と確信すること	2	2 / 2.1±0.8	3	2	2 / 2.5±0.6	3	0.000	***
	20 待合室にくつろげる備品があること	1	1 / 1.6±0.8	2	1	1 / 1.6±0.7	2	0.613	
	8 家族が病院内で適切な食べ物を入手できること	2	2 / 2.2±0.9	3	2	2 / 2.3±0.9	3	0.672	
	26 家族の健康を気遣ってくれる人がいること	1.5	2 / 2.0±0.7	3	2	2 / 2.5±0.7	3	0.000	***
サポート	7 起こったことについて家族が感情を表出すること	2	2 / 2.4±0.7	3	2	3 / 2.6±0.7	3	0.086	
	24 家族が患者の死の可能性について話すこと	2	2 / 2.1±0.8	3	2	2 / 2.2±0.7	3	0.555	
	29 家族が泣いてもよいのだと思えること	2	2 / 2.2±0.7	3	2	2 / 2.2±0.7	3	0.597	
	12 家族を支えてくれる友人が近くにいること	1	2 / 1.7±0.7	2	1	1 / 1.6±0.7	2	0.438	
	22 経済的に支援してくれる人がいること	1	2 / 1.7±0.8	2	1	2 / 1.7±0.7	2	0.771	
	30 家族が問題を解決することができる人について教えてもらえること	2	2 / 2.1±0.7	3	2	2 / 2.3±0.7	3	0.167	
	33 家族の問題について助けとなる人について家族が教えてもらえること	2	2 / 2.0±0.7	2	2	2 / 2.1±0.7	3	0.198	
	9 家族がベッドサイドで何をすればよいのか指導を受けること	1.5	2 / 2.1±0.8	2.5	2	2 / 2.3±0.7	3	0.056	
	25 家族が重症ケア病棟（ICU等）に面会に行く時に一緒について来てくれる人がいること	1	2 / 1.9±0.8	2.5	1	2 / 1.8±0.7	2	0.123	
	18 家族が病院内にいる間、ひとりになれる場所があること	1	2 / 1.7±0.8	2	1	2 / 1.7±0.8	2	0.699	
	32 家族がいつでもひとりになれること	1	2 / 2.0±0.8	2	1	2 / 1.9±0.9	2	0.273	

Mann-Whitney U検定
＊＊＊　p＜.001
＊＊　p＜.01
＊　p＜.05

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

専門看護師の教育課程に共通するフィジカルアセスメントの教育項目（必須項目）の検討

○太田　美起子（人間環境大学大学院看護学研究科）
篠崎　惠美子（人間環境大学大学院看護学研究科）

はじめに

わが国の医療環境は、病院から在宅へと看護の場が拡大し、専門看護師(以下 CNS と略す)の活躍が期待されている。CNS は、高度医療への対応、医師不足の地域、在宅看護の場などで、より主体的に疾患管理に関わる必要がある[1)]。そこで、学問的基盤に基づく専門的能力を発揮し、医師との協働によるキュアの一部を担う、CNS の裁量範囲の拡大を目的として、2011 年修士課程での CNS 教育内容の改正が行われた[2)]。この改正を受けて、フィジカルアセスメント（以下 PA と略す)は必修能力とされ、CNS 育成には、PA 教育が最も重要とされた。この CNS に向けた PA の教育は最重要としながらも、修士課程での PA は共通科目 B に位置づけられ[3)]、具体的な教育内容は示されていない。そこで、11 分野の CNS に共通して実施されている PA の必須項目を明らかにする。得られたデータは遡って学士課程での PA の教育内容の検討、On the job training （以下 OJT と略す）での教育内容の検討、CNS を目指すために必要な教育の一助となると考える。

Ⅰ．研究目的

本研究では、CNS の PA に関する実態調査をおこない、11 分野の CNS に共通するフィジカルイグザミネーションの必須項目を明らかにする。

Ⅱ．研究方法

１．調査期間：平成 28 年 7 月～8 月

２．研究対象

2015 年 4 月現在、全国の医療機関に所属する 11 の専門分野の CNS1,466 名である。看護管理部の所属、教育機関との兼務者を除き、病棟、外来、地域、救急救命センター、ICU・CCU ・HCU、手術室の 6 部署に関わる 1,335 名の CNS を対象とした。日本看護協会の分野別都道府県別登録者検索で表示された CNS とした。

３．調査方法

現在発刊されている PA の書籍を参考に、独自に作成した質問紙を用いて郵便調査を実施した。

１）複数の発刊されている PA に関する書籍[4)5)]を参考に、独自に作成した調査票を用いて郵便調査を実施した。

２）1,335 名の CNS に協力依頼文書と調査用紙、返信用封筒を郵送した。

３）調査協力が得られる場合は、返信用封筒に調査用紙を同封して投函することを依頼し

た。なお、協力が得られなかった場合は、調査用紙一式を破棄するよう依頼文に明記した。
４）CNS から調査に協力する上で、施設長への承諾を求められた場合は、施設長への承諾依頼を行うことを明記した。

４．分析方法

基本属性、47 項目のフィジカルイグザミネーション実施の有無、86 項目の症状のインタビューは、単純集計をおこなった。11 分野の CNS のうち、地域看護の CNS の回答者数は 1 名のため、在宅看護と合わせて 10 分野の CNS とし、47 項目のフィジカルイグザミネーション項目、必要性について単純集計をおこなった。なお、共通項目を抽出するために以下の方法で分析をおこなった。フィジカルイグザミネーションの実施率は、全 CNS の 80%以上が実施している項目を高い実施率の項目とした。フィジカルイグザミネーションの必要性については「絶対、必要」「まあ、必要」と回答した項目を『必要である』とし、80%以上の全 CNS が必要であると回答した項目を必要性の高い項目とした。高い実施率で必要性の高い項目を 11 分野に共通する項目、すなわち必須項目として抽出した。統計処理には SPSS　Statistics　ver23 を用いた。

５．倫理的配慮

人間環境大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施。ヘルシンキ宣言、看護研究における倫理的配慮、個人情報保護の観点で、調査対象者の人権擁護に配慮し調査を実施した。無記名による質問紙調査とし、質問項目について個人を特定できる項目は含まないこととした。研究への意思は、回答をもって同意したとみなした。調査データは研究終了時にシュレッダー処分、電子媒体等に記録されたデータは、削除・破棄することを協力依頼書に明記した。本研究は、人間環境大学の研究倫理審査委員会の承認(№UHE-2016001)を得て実施した。

Ⅲ．結果

11 分野の CNS1,335 名中、調査票回収は 322 名（回収率 24.1%）であった。そのうち、1 名は無回答にて研究対象外とし、321 名の CNS を研究対象とした。対象の属性は、看護師 322 名、内訳は保健師 118 名、助産師 22 名、認定看護師 36 名であった。（表１）

専門看護分野は、精神 CNS30 名(9.3%)、がん CNS120 名(37.4%)、地域 CNS1 名(0.3%)、老年 CNS11 名(3.4%)、小児 CNS27 名(8.4%)、母性 CNS18 名(5.6%)、慢性 CNS28 名(8.7%)、急性・重症 CNS57 名（17.8%)、感染症 CNS11 名（3.4%)、家族 CNS11 名（3.4%)、在宅 CNS7 名（2.2%)、無回答 1 名の CNS であった。（表２）

CNS の所属部署は、特定の病棟や外来に属さない管理部門に所属する CNS が最も多く 111 名（34.6%)、次いで特定の病棟の所属が 99 名（30.8%）であった。（表３）

CNS 経験年数は、3～4 年 106 名（33.0%）と最も多く、1 年未満が 62 名（19.3%)、1～2 年が 56 名（17.4%）であった。（表４）

CNS の 80%以上が実施している項目は、呼吸器系 3 項目、循環器 2 項目、運動器系 1 項目、脳・神経系 1 項目であった。（表５）

CNS の 80%以上が必要性を感じている項目は、呼吸器系 5 項目、循環器系 3 項目、消化器系 2 項目、感覚器系 1 項目、運動器系 1 項目、脳・神経系 3 項目であった。（表６）

Ⅳ．考察

臨床においてCNSが80%以上の実施率でなおかつ高い必要性を感じている項目は、呼吸器系3項目、循環器系2項目、運動器系1項目、脳・神経系1項目である。これらは、先行研究[6）7）8）]の結果とほぼ一致していた。11分野のCNSがPAに必要と考えるフィジカルイグザミネーションの項目は、どの患者にも共通する最低限必要なPAの要素である。看護提供場面において、対象とその状況は様々であり必要となるフィジカルイグザミネーションの項目は異なる。しかし、今後CNSが担うべく役割が拡大されることも予測され、ますますPA能力は必要となる。今回は共通する必須項目の抽出であるが、この結果をもとに教育すべき内容を検討することが必要であると考える。

Ⅴ．結論（まとめ）

教育課程や背景の異なるCNSにフィジカルイグザミネーションの必要性を問うことで、教育内容の抽出への示唆を得ることができた。その項目は、先行研究とほぼ一致し、呼吸器系3項目、循環器系2項目、運動器系1項目、脳・神経系1項目であった。

謝辞

本研究にご協力いただきましたCNS皆様に感謝申し上げます。また、本研究は平成28年度愛知県看護協会研究助成金を受けて実施したものである。

付記

本研究は、平成27年度人間環境大学看護研究科修士論文を一部抜粋、加筆修正したものである。

引用文献・参考文献

１）厚生労働省（2012）．看護教育の内容と方法に関する検討会，看護教育内容と方法に関する検討会報告書：
http://www. mhlw. go. jp/stf/shingi/2r9852000001316y-att/2r985200000131bh. pdf,（2015年6月1日アクセス）

２）野嶋佐由美，石垣和子，井上智子，片田範子，小西美智子，小松浩子，手島恵，森恵美，協力者（中野綾美，藤田佐和）：高度実践看護師養成の教育課程に関する提案．高度実践看護師制度推進委員会，1-2，2011.

３）日本看護系大学協議会：平成28年度版 高度実践看護師教育課程基準・高度実践看護師教育課程審査要項：http：//www. janpu. or. jp/download/pdf/cns. pdf（2017年1月5日アクセス）

４）清村紀子，工藤二郎：根拠と急変対応からみたフィジカルアセスメント．医学書院，2014.

５）Lynn S .Bickley，Petrr G.Szilagyi. / 監修　福井次矢，井部俊：ベイツ診察法ポケットガイド，Bates’PocketGuide to Physical Examination and History Taking. 11th Edition. 東京，メディカルサイエンスインターナショナル，2015.

６）Shinozaki Emiko，Yamauchi Toyoaki:Nursing competencies for physical assessment

of the respiratory system in Japan. Nursing & health sciences. 11(3), 285-292, 2009.
７）横山美樹，佐居由美：看護師のフィジカルアセスメント技術の臨床現場での実施状況-フィジカルアセスメント開講前後の卒業生の比較からみたフィジカルアセスメント教育の検討-. 聖路加看護大学紀要，33，1-16，2007.
８）大沢たか子，三浦かず子，谷愛，中平紗貴子：A 県内の臨床看護師のフィジカルアセスメント技術に関する現状調査. 高知学園短期大学紀要，42，99‐112，2012.

表 1 専門看護師の資格　（n=321）

資格	人	%
看護師	321	100
保健師	118	37
助産師	22	7
認定看護師	36	11

表 2 専門看護分野　（n=321）

CNS 分野	人	%
がん看護	120	37.4
精神看護	30	9.3
地域看護	1	0.3
老年看護	11	3.4
小児看護	27	8.4
母性看護	18	5.6
慢性疾患看護	28	8.7
急性・重症患者看護	57	17.8
感染症看護	11	3.4
家族支援	11	3.4
在宅看護	7	2.2
全体	321	100

表 3 専門看護師所属部署　（n=321）

部署	人	%
外来	51	15.9
病棟	99	30.8
ICU・CCU・HCU	31	9.7
救急・救命	17	5.3
地域	12	3.7
その他	111	34.6
合計	321	100

表 4 専門看護師の経験年数（n=321）

経験年数	人	%
1 年未満	62	19.3
1～2 年	56	17.4
3～4 年	106	33
5～6 年	53	16.5
6 年以上	43	13.4
その他	1	0.3
合計	321	100

表５　フィジカルイグザミネーションの実施の有無①　（ｎ＝321）

呼吸器系フィジカルイグザミネーションの項目	実施あり(%)	実施なし(%)
呼吸のリズム・パターン・呼吸形式	87.9	12.1
左右対称性・拡張性	72.9	27.1
異常呼吸	86.9	13.1
チアノーゼ	87.5	12.5
気管の偏位	21.2	78.8
触覚振盪音	34.0	66.0
異常音（二次性音・複雑音）	74.1	25.9
横隔膜の同定	19.3	80.7
循環器系フィジカルイグザミネーションの項目	**実施あり(%)**	**実施なし(%)**
脈拍のリズム	88.5	11.5
アレンテスト	39.9	60.1
足先色調	71.3	28.7
ホーマンズ徴候	20.1	79.9
心尖拍動	17.1	82.9
心臓スクラッチテスト	4.7	95.3
頸静脈怒張	48.3	51.7
中心静脈圧	16.8	83.2
心音の聴診・心雑音	46.1	53.9
下肢の浮腫	89.1	10.9
消化器系フィジカルイグザミネーションの項目	**実施あり(%)**	**実施なし(%)**
口唇・口角・口腔内	79.1	20.9
舌の視診・触診	56.1	43.9
口輪筋・咬筋	25.2	74.8
咽頭反射	43.9	56.1
腹部の皮膚	69.5	30.5
腸蠕動音	79.8	20.2
横隔膜位置	22.1	77.9
肝臓のスクラッチテスト	3.4	96.6
腹水	55.8	44.2

表５　フィジカルイグザミネーションの実施の有無②　（ｎ＝321）

感覚器系フィジカルイグザミネーションの項目	実施あり(%)	実施なし(%)
眼位	43.9	56.1
対光反射	56.7	43.3
眼球の動き	63.2	36.8
視力・視野	26.2	73.8
リンネテスト	2.5	97.5
ウェーバーテスト	2.2	97.8
皮膚知覚	58.9	41.1
深部知覚	16.8	83.2
運動器系フィジカルイグザミネーションの項目	**実施あり(%)**	**実施なし(%)**
歩行の状態	81.6	18.4
関節可動域	46.4	53.6
MMT の測定	38.9	61.1
脳・神経系フィジカルイグザミネーションの項目	**実施あり(%)**	**実施なし(%)**
小脳機能試験	13.1	86.9
平衡機能評価	18.7	81.3
意識状態 JCS・GCS	80.1	19.9
自発性呼吸	74.5	25.5
瞳孔の大きさ・左右差	61.1	38.9
輻輳反射	10.3	89.7
頭位変換反射	9.0	91.0
高次脳機能	27.1	72.9
失語	42.4	57.6

表 6 専門分野別にみたフィジカルイグザミネーションの必要性①　　（n=321）

フィジカルイグザミネーションの項目			CNS分野										
			精神	がん	老年	小児	母性	慢性	急性重症	感染症	家族	在宅地域	合計
			30	120	11	27	18	28	57	11	11	8	321
呼吸器系	呼吸のリズム・パターン・呼吸形式	n	28	112	11	26	18	27	56	10	11	7	306
		%	93.3%	93.3%	100.0%	96.3%	100.0%	96.4%	98.2%	90.9%	100.0%	87.5%	95.3%
	左右対称性・拡張性	n	25	98	11	24	16	25	56	9	9	7	280
		%	83.3%	81.7%	100.0%	88.9%	88.9%	89.3%	98.2%	81.8%	81.8%	87.5%	87.2%
	異常呼吸	n	28	111	11	26	18	26	56	10	10	7	303
		%	93.3%	92.5%	100.0%	96.3%	100.0%	92.9%	98.2%	90.9%	90.9%	87.5%	94.4%
	チアノーゼ	n	29	113	11	26	18	26	56	10	11	7	307
		%	96.7%	94.2%	100.0%	96.3%	100.0%	92.9%	98.2%	90.9%	100.0%	87.5%	95.6%
	気管の偏位	n	7	42	2	13	8	8	37	7	3	2	129
		%	23.3%	35.0%	18.2%	48.1%	44.4%	28.6%	64.9%	63.6%	27.3%	25.0%	40.2%
	触覚振盪音	n	9	54	5	17	6	8	37	7	4	2	149
		%	30.0%	45.0%	45.5%	63.0%	33.3%	28.6%	64.9%	63.6%	36.4%	25.0%	46.4%
	異常音（二次性音・複雑音）	n	24	100	11	26	16	24	55	10	11	7	284
		%	80.0%	83.3%	100.0%	96.3%	88.9%	85.7%	96.5%	90.9%	100.0%	87.5%	88.5%
	横隔膜の同定	n	10	51	6	11	8	8	26	6	4	2	132
		%	33.3%	42.5%	54.5%	40.7%	44.4%	28.6%	45.6%	54.5%	36.4%	25.0%	41.1%
循環器系	脈拍のリズム	n	29	113	11	25	18	27	56	10	11	7	307
		%	96.7%	94.2%	100.0%	92.6%	100.0%	96.4%	98.2%	90.9%	100.0%	87.5%	95.6%
	アレンテスト	n	20	76	9	18	6	17	31	7	7	4	195
		%	66.7%	63.3%	81.8%	66.7%	33.3%	60.7%	54.4%	63.6%	63.6%	50.0%	60.7%
	足先色調	n	24	97	9	20	12	20	50	8	10	7	257
		%	80.0%	80.8%	81.8%	74.1%	66.7%	71.4%	87.7%	72.7%	90.9%	87.5%	80.1%
	ホーマンズ徴候	n	9	40	3	11	10	11	32	6	2	3	127
		%	30.0%	33.3%	27.3%	40.7%	55.6%	39.3%	56.1%	54.5%	18.2%	37.5%	39.6%
	心尖拍動	n	12	35	3	15	7	11	22	5	3	4	117
		%	40.0%	29.2%	27.3%	55.6%	38.9%	39.3%	38.6%	45.5%	27.3%	50.0%	36.4%
	心臓スクラッチテスト	n	5	24	2	9	4	7	11	5	2	3	72
		%	16.7%	20.0%	18.2%	33.3%	22.2%	25.0%	19.3%	45.5%	18.2%	37.5%	22.4%
	頸静脈怒張	n	18	71	9	14	10	21	51	9	4	6	213
		%	60.0%	59.2%	81.8%	51.9%	55.6%	75.0%	89.5%	81.8%	36.4%	75.0%	66.4%
	中心静脈圧	n	11	27	4	13	8	12	33	4	4	4	120
		%	36.7%	22.5%	36.4%	48.1%	44.4%	42.9%	57.9%	36.4%	36.4%	50.0%	37.4%
	心音の聴診・心雑音	n	23	57	8	25	18	20	36	8	9	7	211
		%	76.7%	47.5%	72.7%	92.6%	100.0%	71.4%	63.2%	72.7%	81.8%	87.5%	65.7%
	下肢の浮腫	n	29	114	11	25	18	27	55	9	10	7	305
		%	96.7%	95.0%	100.0%	92.6%	100.0%	96.4%	96.5%	81.8%	90.9%	87.5%	95.0%
消化器系	口唇・口角・口腔内	n	25	103	9	24	12	22	53	10	5	7	270
		%	83.3%	85.8%	81.8%	88.9%	66.7%	78.6%	93.0%	90.9%	45.5%	87.5%	84.1%
	舌の視診・触診	n	14	90	8	14	10	15	40	9	5	7	212
		%	46.7%	75.0%	72.7%	51.9%	55.6%	53.6%	70.2%	81.8%	45.5%	87.5%	66.0%
	口輪筋・咬筋	n	13	50	4	7	8	16	22	6	3	4	133
		%	43.3%	41.7%	36.4%	25.9%	44.4%	57.1%	38.6%	54.5%	27.3%	50.0%	41.4%
	咽頭反射	n	17	71	10	12	8	19	44	9	8	7	205
		%	56.7%	59.2%	90.9%	44.4%	44.4%	67.9%	77.2%	81.8%	72.7%	87.5%	63.9%
	腹部の皮膚	n	19	97	6	22	14	23	43	7	9	7	247
		%	63.3%	80.8%	54.5%	81.5%	77.8%	82.1%	75.4%	63.6%	81.8%	87.5%	76.9%
	腸蠕動音	n	28	107	11	26	18	24	52	10	11	7	294
		%	93.3%	89.2%	100.0%	96.3%	100.0%	85.7%	91.2%	90.9%	100.0%	87.5%	91.6%
	横隔膜位置	n	10	49	5	12	7	11	30	6	3	3	136
		%	33.3%	40.8%	45.5%	44.4%	38.9%	39.3%	52.6%	54.5%	27.3%	37.5%	42.4%
	肝臓のスクラッチテスト	n	4	25	2	8	4	7	8	5	2	1	66
		%	13.3%	20.8%	18.2%	29.6%	22.2%	25.0%	14.0%	45.5%	18.2%	12.5%	20.6%
	腹水	n	19	100	5	17	12	19	32	8	8	7	227
		%	63.3%	83.3%	45.5%	63.0%	66.7%	67.9%	56.1%	72.7%	72.7%	87.5%	70.7%

表 6 専門分野別にみたフィジカルイグザミネーションの必要性②　（n=321）

フィジカルイグザミネーションの項目			CNS分野										
			精神	がん	老年	小児	母性	慢性	急性重症	感染症	家族	在宅・地域	合計
			30	120	11	27	18	28	57	11	11	8	321
感覚器系	眼位	n	11	60	6	14	13	17	33	8	3	4	169
		%	36.7%	50.0%	54.5%	51.9%	72.2%	60.7%	57.9%	72.7%	27.3%	50.0%	52.6%
	対光反射	n	26	85	11	24	11	22	55	10	8	7	259
		%	86.7%	70.8%	100.0%	88.9%	61.1%	78.6%	96.5%	90.9%	72.7%	87.5%	80.7%
	眼球の動き	n	27	84	10	25	12	22	49	10	8	6	253
		%	90.0%	70.0%	90.9%	92.6%	66.7%	78.6%	86.0%	90.9%	72.7%	75.0%	78.8%
	視力・視野	n	18	53	9	12	9	15	38	8	3	5	170
		%	60.0%	44.2%	81.8%	44.4%	50.0%	53.6%	66.7%	72.7%	27.3%	62.5%	53.0%
	リンネテスト	n	6	20	4	6	2	7	9	4	1	2	61
		%	20.0%	16.7%	36.4%	22.2%	11.1%	25.0%	15.8%	36.4%	9.1%	25.0%	19.0%
	ウェーバーテスト	n	5	20	4	6	2	7	11	5	1	3	64
		%	16.7%	16.7%	36.4%	22.2%	11.1%	25.0%	19.3%	45.5%	9.1%	37.5%	19.9%
	皮膚知覚	n	22	84	8	19	10	18	49	9	7	7	233
		%	73.3%	70.0%	72.7%	70.4%	55.6%	64.3%	86.0%	81.8%	63.6%	87.5%	72.6%
	深部知覚	n	11	47	6	14	5	17	20	5	2	2	129
		%	36.7%	39.2%	54.5%	51.9%	27.8%	60.7%	35.1%	45.5%	18.2%	25.0%	40.2%
運動器	歩行の状態	n	29	107	10	25	16	26	48	9	7	7	284
		%	96.7%	89.2%	90.9%	92.6%	88.9%	92.9%	84.2%	81.8%	63.6%	87.5%	88.5%
	関節可動域	n	24	75	9	21	11	17	44	8	5	7	221
		%	80.0%	62.5%	81.8%	77.8%	61.1%	60.7%	77.2%	72.7%	45.5%	87.5%	68.8%
	MMTの測定	n	19	64	8	15	6	21	53	7	5	6	204
		%	63.3%	53.3%	72.7%	55.6%	33.3%	75.0%	93.0%	63.6%	45.5%	75.0%	63.6%
脳・神経系	小脳機能試験	n	13	41	8	11	7	16	31	6	2	5	140
		%	43.3%	34.2%	72.7%	40.7%	38.9%	57.1%	54.4%	54.5%	18.2%	62.5%	43.6%
	平衡機能評価	n	17	50	8	14	9	16	30	7	2	5	158
		%	56.7%	41.7%	72.7%	51.9%	50.0%	57.1%	52.6%	63.6%	18.2%	62.5%	49.2%
	意識状態JCS・GCS	n	28	106	11	24	17	24	56	10	10	7	293
		%	93.3%	88.3%	100.0%	88.9%	94.4%	85.7%	98.2%	90.9%	90.9%	87.5%	91.3%
	自発性呼吸	n	27	99	11	25	15	20	56	10	9	7	279
		%	90.0%	82.5%	100.0%	92.6%	83.3%	71.4%	98.2%	90.9%	81.8%	87.5%	86.9%
	瞳孔の大きさ・左右差	n	27	88	11	23	14	21	55	10	8	7	264
		%	90.0%	73.3%	100.0%	85.2%	77.8%	75.0%	96.5%	90.9%	72.7%	87.5%	82.2%
	輻輳反射	n	12	43	6	12	6	11	21	8	1	2	122
		%	40.0%	35.8%	54.5%	44.4%	33.3%	39.3%	36.8%	72.7%	9.1%	25.0%	38.0%
	頭位変換反射	n	12	32	5	6	6	10	27	5	0	0	103
		%	40.0%	26.7%	45.5%	22.2%	33.3%	35.7%	47.4%	45.5%	0.0%	0.0%	32.1%
	高次脳機能	n	25	66	9	8	7	20	34	9	6	6	190
		%	83.3%	55.0%	81.8%	29.6%	38.9%	71.4%	59.6%	81.8%	54.5%	75.0%	59.2%
	失語	n	21	72	10	14	9	19	45	9	7	6	212
		%	70.0%	60.0%	90.9%	51.9%	50.0%	67.9%	78.9%	81.8%	63.6%	75.0%	66.0%

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

チーム医療における看護師の
多職種のエラーを指摘する態度に影響を与える要因

○岡本悦子（愛知医科大学大学院看護学研究科）
白鳥さつき(愛知医科大学大学院看護学研究科)

はじめに

医療におけるリスクマネジメントとは,「事故防止活動を通して,組織の損失を最小に抑え医療の質を保証すること」である．ひとたび医療事故が発生すると病院はその対応に追われ，患者・家族，来院者および職員に障害を及ぼし，病院の信頼の損失ならびに経済的損失にもつながる．

日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報の調査結果では，医療事故報告件数は年々増加しており[1)],平成27年5月には2つの病院が特定機能病院の認定を取り消されるという重大な医療事故を起こした．

20 世紀まで，医療事故は個人の人為的ミスと捉えられていたが，1999 年，米国医学研究所（Institute of Medicine）は,「To Err is Human」による「人は過ちを犯すもの」という衝撃的な発表をした[2)]．そして，ヒューマンエラーに対する対策やシステムの整備に力が注がれた．さらに最近では，医療事故はチームのパフォーマンスの問題がほとんどを占めており，ヒューマンエラーという考えからチームの問題へと変化している.つまり,医療事故はチームエラーであり，事故防止には職種や経験の壁を越え，コミュニケーション能力などのノンテクニカルスキルを強化し，チームのパフォーマンスを高めることが重要だという考え方である．チームのパフォーマンスを高めるツールとして，2005 年，米国医療研究品質局（Agency for Healthcare Research and Quality）の協力のもと開発された「Team　STEPPS」が諸外国で導入され，日本では 2010 年頃より導入する施設が増えている．

先行研究では，看護師が多職種のエラーに気づき適切な対処が取られたことにより患者への有害事象を防ぐことができた[2)]とする報告がある．つまり，チーム医療における看護師の役割の重要性が示唆された．看護師はチーム医療の中で診療の補助および療養上の世話の最終行為者になることからエラーに遭遇することが多く，多職種のエラーを発見し修正するという特徴がある．また,多職種の中でもインシデント報告件数の多さは群を抜いており医療職全体の 80%を占めている．これらの特徴から，看護師は患者の有害事象に繋がるエラー，つまり，多職種の不安全行動を確認し指摘できる立場にあるといえる．しかし不安全行動を目撃していてもそれを指摘しなければ,医療事故を未然に防ぐことにはつながらない．奥山ら[3)]は看護師の問題指摘行動を促すためには，看護師が問題を指摘することを専門職の責任と捉えているか，不安感がないかなどの問題指摘態度を把握する必要があると述べている．そこで，本研究では看護師の問題指摘態度に影響を与える要因を明らかにすることを目的とした．

Ⅰ．研究目的

１．看護師が多職種の不安全行動をどの程度認識し,どのような行動（指摘）を起こそうとしているかを明らかにする．

２．多職種の不安全行動を認識し，指摘する問題指摘態度に影響を与える要因を明らかにする．

Ⅱ．用語の定義

１．不安全行動：本人，または他人の安全を阻害する可能性のある行動であり，本研究では，標準化されたルールからの逸脱行動，うっかりミス等，他の職員の行動も含め安全について気がかりとなる出来事のすべて．エラーと同義．

２．問題指摘態度：看護師が患者の安全を脅かす他者の不安全行動を認識した場合，積極的に多職種に注意喚起や指摘をすること．上司への報告やインシデント報告等の行動も含む．これらに対する心のかまえ，考え方．

３．チーム医療：医療に従事する多種多様な医療スタッフが，各々に高い専門性を前提に，目的と情報を共有し，業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い，患者の状況に的確に対応し医療を提供すること（荒木，2014）．ICT（Infection Control Team）などのチーム活動とは区別して扱う．

４．多職種：その病院で，チーム医療に関わっている看護師を含むヘルスケアワーカー．すべての医療従事者．

５．他職種：看護師以外の医療従事者とする．

６．テクニカルスキル：臨床を実践するための専門知識に裏付けられた技能．

７．ノンテクニカルスキル：テクニカルスキルを補って完全なものとする認知的，社会的，そして個人的なリソースとしてのスキルであり，安全かつ効率的なタスクの遂行に寄与するものであり，学習して向上させることができる技能[5) 6)]．本研究では，これらのノンテクニカルスキルの関連文献を参考にして医療場面に限定し，個人の「リーダーシップ能力」,「状況観察能力」,「相互支援能力」,「コミュニケーション能力」,「アサーティブネス能力」とした．具体的には,「リーダーシップ能力」はチーム活動を理解し，変化する情報をチームメンバーと共有し，必要な人的・物的資源を確実に供給することによりチームメンバーの活動を調整する能力,「状況観察能力」は個人としての一時的なモニターではなく，身の回りの出来事を継続的に把握・解析し，周囲のメンバーと情報を共有する能力,「相互支援能力」はメンバーの不適切な知識や行動を是正するとともに過重労働を予防し結果としてミスの発生を抑制する能力.「コミュニケーション能力」は，Team STEPPS では相手に効果的に情報を伝えるための簡潔で理解しやすい技法の獲得状況という狭義の意味で扱っており[7)]「アサーティブネス能力」は他職種とのかかわりの中で看護師が自己を主張しつつも相手を尊重し，意見の発信・受領を障害なくおこなうアサーティブなコミュニケーション能力をどの程度発揮しているかを測定するために,「コミュニケーション能力」と分けて扱った．

Ⅲ．研究方法

１．研究対象者

全国の特定機能病院に勤務する看護師で，看護部長，副部長を除く看護師を対象とした．

２．調査期間

2016 年 6 月から 8 月

３．調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査である．手順は，対象施設の看護部長または責任者に調査用紙および依頼書を同封し，研究協力の可能について伺う．依頼文には，調査可能な場合，看護部責任者から対象者に質問紙を配布するよう明記してあり，質問紙の返送をもって同意が

得られたと判断する．尚，匿名性と上司からの強制力を排除するため，質問紙は無記名で個別返送とする．

4．質問紙による調査内容

1）基本的属性：個人属性について， 性別，年代，看護経験年数，所属部署，所有資格，職位，最終学歴と認定看護師，専門看護師等のその他の医療に関する資格並びに ICT（Infection Control Team），NST（Nutrition Support Team）等のチーム医療活動について，自己のストレス対処，リスクテイキング行動（いけないとわかっていても医療安全に関するルールを違反すること），個人のインシデントレポート報告について．

組織背景：様々な場面での上司の態度，医療安全に関する病院の方針，情報の扱い（報告体制など），インシデントレポートの活用方法，職場の人間関係について計 31 項目で構成．

2）研究者が独自に作成した質問項目

①多職種の不安全行動を目撃した頻度とその職種，②指摘した頻度とその職種，③目撃した不安全行動の内容．④目撃した場合の行動については，何もしない，同僚に伝える，先輩や上司に報告する，直接本人に指摘する，医療安全管理室に報告する，の 5 件法（複数回答可）⑤多職種の不安全行動を指摘した頻度．⑥不安全行動を指摘した相手の態度について．

3）看護師の問題指摘に対する態度の測定

「看護師の問題指摘に対する態度測定尺度(日本語版)」4 因子 16 項目を 5 件法(奥山ら[3])を用いて測定．これは奥山らが，看護師が患者の治療やケアを行う医療チーム内で，自分の意見を伝えること，特に患者の安全性に影響する不安や問題指摘のとらえ方を測定する目的で開発されたツールで，Cronbach のα係数は 0.80，信頼性，妥当性は検証されている．この尺度は「問題指摘することへの抵抗感」，「問題指摘に対する重要性の認識」，「医療チーム内で自分の意見を言うことに対する否定的意識」，「問題指摘事項への対応」で構成されており得点が高いほど問題指摘に対する態度が肯定的であることを示す．

4）ノンテクニカルスキルについて

コミュニケーションなどテクニカルスキルを支えるスキルであるが，研究者が文献をもとに独自に作成した．内容は「リーダーシップ」「状況観察」「相互支援」「コミュニケーション」の 4 領域 22 項目で 5 件法とした．これは米国医療研究品質局（AHRQ），Team STEPPS のチーム医療に対する考え方，スキルを参考とした．「アサーティブネス」については，日本語版 Rathus Assertiveness Schedule（J-RAS）[8] や他の関連文献を参考に 10 項目を抽出した（5 件法）．

5．分析方法

1）属性，個人要因，組織要因は記述統計処理を行い対象母集団の特徴を把握する．

2）医療従事者のうち看護師と他職種に分けて以下の傾向をみる．

①不安全行動を目撃した頻度について，チーム医療活動で医療従事者の不安全行動をどのくらい目撃したか過去 1 か月間の目撃頻度について「全くない」～「ほとんど毎日ある」の 4 件法で回答を求め傾向をみる．

②不安全行動を目撃した場合，どのような指摘行動をとったか．

3）看護師の問題指摘態度への影響要因の検証では，問題指摘態度を従属変数とし，これに影響を与える要因としてノンテクニカルスキル，個人要因，組織要因を独立変数として投入し重回帰分析を行う（ステップワイズ法）．

これらの統計解析には IBM SPSS Statistics ver. 24 を用いた．

６．倫理的配慮

本研究は，愛知医科大学倫理審査委員会の承諾を得て実施した（平成 28 年 3 月 31 日承認番号 104）.

依頼文には研究参加・不参加の自由意志，中断の自由，これらによる不利益を被らないこと，研究成果の公表を明記した．質問紙は無記名，個別返送とし，返信を持って同意を得たと判断した．データは厳重に管理することとした.

Ⅳ．結果

1,834 部配布し，回収数は 412 部（回収率 22%）であった．そのうち職位，年齢，性別に欠損のあるものを除いた 400 名を有効回答（有効回答率 97.1%）とし，分析の対象とした.

１．対象者の基本属性

対象者の基本属性を表 1 に示した．性別は女性が 356 名（89.0%）で大半を占め，職位は管理職が 117 名（29.3%），管理職以外の看護職者が 283 名（70.8%）であった．年代は 30 歳台が最も多く 155 名（38.8%），次いで 20 歳台が 131 名（32.8%）であった．看護経験年数は平均 12.7 年（ＳＤ±8.7 年）であった．所属部署は一般病棟が 61%，所有資格は看護師が 394 名（96.8%），准看護師 8 名（2%）が存在した．看護における最終学歴は看護師養成 3 年課程の卒業生が 202 名（50.5%），4 年制大学 144 名（36.0%），看護系大学院 16 名（4.0%）であった．チーム医療活動をしているのは 128 名（32.0%）であり，40 種以上の活動チームがあった.

２．不安全行動を目撃した頻度について

不安全行動を目撃している対象を看護師と他職種に分けて回答を求めた.

１）不安全行動を目撃した頻度

チーム医療活動で医療従事者の不安全行動をどのくらい目撃したかどうか，過去 1 か月間の目撃した頻度について「全くない」～「ほとんど毎日ある」の 4 件法で回答を求め表２に示した.

看護師の不安全行動を目撃した頻度は「時々ある」215 件（53.8%），「ほとんど毎日ある」11 件（2.8%）であり，「時々ある」「ほとんど毎日ある」が合わせて 56.6%であった．他職種では，「時々ある」98 件（24.5%），「ほとんど毎日ある」9 件（2.3%）であり，「時々ある」「ほとんど毎日ある」が合わせて 26.8%であった.

２）個人属性およびチーム医療活動の有無で比較した医療従事者の不安全行動を目撃した頻度の状況

医療従事者の不安全行動をどの程度目撃しているのか，基本属性やチーム活動の有無によって差があるかをみるため，過去 1 か月間に目撃した不安全行動の頻度について看護師と他職種に分類し比較した．目撃した頻度の割合は「全くない」～「ほとんど毎日ある」の４件法で得た回答を用いた．次に性別，職位，年代（20 歳台，30 歳台，40 歳台，50 歳台以上），看護経験年数，最終学歴，チーム医療活動の有無について比較するために t 検定，または分散分析をおこなった．目撃した頻度の結果を表３に示した.

不安全行動を目撃した頻度は年代，経験年数，チーム医療活動の有無で有意な差を認めた．年代（$p < 0.013$）では 20 歳台と 50 歳台で統計的な有意差を認め，20 歳台の得点が最も高か

った．また，経験年数（ｐ＜0.05）では，6～10 年目と他の年代との間に有意差を認め得点が最も高かった．チーム医療の活動の有無（ｐ＜0.05)）ではチーム医療活動経験では経験ありが無しより得点が高かった．

他職種の不安全行動を目撃した頻度では，年代，経験年数，チーム医療活動の有無で有意な差を認めた．年代（ｐ＜0.05）では 20 歳台と 40 歳台で有意差を認め 40 歳台の得点が最も高かった．また，看護経験年数（ｐ＜0.001）では，新人～5 年目とその他の年数で有意差を認め，新人～5 年目より 6 年目以降の得点が高かった．チーム医療の活動の有無（ｐ＜0.001)）では，チーム医療活動では看護師と同様に活動経験ありの得点が高かった．

３．不安全行動を目撃した時の具体的な行動

看護師は不安全行動を目撃した場合に具体的にどのような行動をとるのか，「何もしなかった」，「同僚に伝えた」，「先輩や上司に報告した」，「直接本人に指摘した」，「医療安全管理室に報告した（レポート提出)」から複数回答可で答えを求めた．対象が看護師を図 1 に示し，他職種を図 2 に示した．

最も多い行動は「直接本人に指摘する」であり看護師 200 件，他職種 101 件であった．「先輩や上司への報告」は看護師 70 件，多職種 54 件，「医療安全管理室への報告」は看護師 33 件，他職種 16 件であった．また，「何もしなかった」は看護師 71 件，他職種 42 件であり，「先輩や上司への報告」と同程度の件数であった．

４．医療従事者への問題指摘態度に影響を与える要因について

問題指摘態度に影響を与える要因を明らかにする目的で重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果を表４に示した．問題指摘態度を従属変数，ノンテクニカルスキルである「リーダーシップ」，「状況認識」，「相互支援」，「コミュニケーション」，「アサーティブネス」とインシデント報告に関する特性と職場の人間関係，教育背景，個人特性を加えた各項目を独立変数として投入した．事前に変数の正規性をシャピロ・ウイルク検定（ｐ≧0.05)，分布の形状をヒストグラムにより確認し，独立変数で年代，経験年数，職位，最終学歴はダミー変数化を行った．また，相関行列表では，｜ｒ｜＞0.9 となるような変数は存在せず，VIF 値はすべて 1.0 代で多重共線性は認められなかった．ＡＮＯＶＡ（分散分析表）の結果は有意でR^2は 0.50 であったため，適合度は高いと評価した． その結果，「アサーティブネス」，「リーダーシップ」，年代（20 歳台)，人間関係，職位（師長以上）の 5 項目が寄与する変数であった．そのうち，「アサーティブネス」(標準偏回帰係数＝0.39，ｐ＜0.001）と「リーダーシップ」(標準偏回帰係数＝0.28，ｐ＜0.001）で中等度の影響度がみられたが，年代（20 歳台）（標準偏回帰係数＝-0.17，ｐ＜0.001）では負の影響度がみられた．人間関係（標準偏回帰係数＝0.13，ｐ＜0.001)，職位（師長以上）（標準偏回帰係数＝0.11，ｐ＜0.05）で説明された．

Ｖ．考察

１．看護師を含む医療従事者の不安全行動を目撃した頻度

１）看護師が目撃した不安全行動の頻度

不安全行動を目撃した対象は他職種より看護師の方が多かった． 目撃の割合は，個人属性で比較した結果，年代，経験年数で有意差を認めた．看護師では，年齢 20 歳台，経験年数 6～10 年目が目撃する割合が高かった．これは，新人教育においてプリセプターの役割を担い，またリーダー的な役割を担う時期であることから他の看護師と関わる機会が増加し，目撃する割合が増えていると考えられる．他職種では，年齢では 40 歳台，経験年数では 6 年目以降の目撃す

る割合が高く，業務にも慣れ，冷静に周囲の状況を認識し他者の不安全行動に気づくことができていると考える．次にICTなどのチーム医療活動の有無で目撃する頻度の差を比較した結果では，看護師，他職種ともにチーム医療活動をしている目撃頻度が高いことから，チーム医療活動を通して様々な職種と協働する場面が多いためであると考える．

２）多職種の不安全行動を目撃した時の看護師の行動

医療従事者の不安全行動を目撃した場合にとる行動については，「直接本人に指摘する」が最も多かった．「先輩や上司への報告」はその4～5割程度，「医療安全管理室への報告」は2割にも満たなかった．「何もしなかった」は「先輩や上司への報告」と同程度の件数であった．このことから，看護師は目撃しても何も行動を起こさずに見過ごしていることがあった．直接本人に指摘する行動がとれていても，先輩や上司，医療安全管理室に報告するなどの行動がとれず情報を共有できていないことが推察される．人間関係の調査では，多職種や上司との人間関係が良いと回答した割合は65.1～72.5%であり，この背景には多職種間の人間関係の影響が考えられ，インシデントレポートなどの報告システムだけでは組織がすべての不安全行動を把握できていないことが推察された．また，山岸ら[9]はレポート提出に影響する要因として，職員が事故予防になると思うことが提出への大きな動機づけとなると述べており，上司や医療安全管理室への報告内容がどのように分析され，現場に意義あるものとしてフィードバックされるかが重要である．

２．重回帰分析の結果から考察したチーム医療における看護師の役割

重回帰分析の結果では，影響を与える要因は「アサーティブネス」と「リーダーシップ」，人間関係と職位（師長以上）であった．

「アサーティブネス」と「リーダーシップ」では中等度の影響がみられ，人間関係と職位（師長以上）で低度の影響が認められた．年代（20歳台）では負の影響度がみられた．つまり，ノンテクニカルスキルの「アサーティブネス」と「リーダーシップ」が問題指摘態度を高めることに影響していることがわかる．

看護師の問題指摘態度に「アサーティブネス」が影響しているという結果は奥山ら[1]の結果を支持した．「アサーティブネス」については，平木[10]らは，看護師は全般的にアサーティブに自己表現するのが苦手な職種であると指摘しており，また，相手の職位や立場によっては問題指摘をためらうことが指摘されている[11]．本調査の標的集団ではノンテクニカルスキルのうち「アサーティブネス」の得点が最も高く，日本では2000年ごろより尺度の開発やトレーニングが普及しており[12]，看護師教育において浸透し効果が出ていると推測される．

「リーダーシップ」については，相馬は経験から学ぶことができ，自分の考え方を客観的に考えるメタ認知であると述べている[6]．従来の特性論を追求した伝統的なリーダーシップスタイルから，だれもが様々な場面でチームリーダーになる可能性があり，周囲の状況を把握し瞬時に判断を求められる機能的リーダーシップのスタイルへと変遷している．つまり，若い看護師でもリーダーシップを意識し自分の責任を果たし，意見を積極的に発信することが重要なのである．今後，訓練や教育によって効果的に「アサーティブネス」と「リーダーシップ」を高めることができれば，看護師の多職種への問題指摘態度が高まり，不安全行動に対する抑止力となると示唆された．

人間関係や職位（師長以上）が影響要因として示されたことについては，職場の良好な人間関係と師長という職位，豊かな経験知が必要であることがわかる．岡村ら[13]は，リーダーの影響力として，「地位に基づく勢力」と「個人的特徴に基づく勢力」の特徴を述べている．師長職

にある者は，その職位が持つ権限や強制力を用いて医師をはじめとする他職種に対して問題指摘がしやすい状況にあるといえる．しかし，指摘をしても相手に聞き入れられなければ医療事故を未然に防ぐことはできない．師長は，看護師としての長年の様々な経験から自らがインシデントを経験したり，他職種の不安全行動を目撃したりする中で，どのような状況が危険なのかを認識し，また，どのように相互支援することが患者に安全な医療を提供することに結びつくのかを体得していると考える．そして，チーム医療におけるこれらの豊かな経験が，相手の立場を尊重しながら，自分の意見を主張するアサーティブコミュニケーションの力や意見の違いや対立を戦略的に活用するコンフリクトマネジメント力などを高め，看護師や他職種間との信頼関係を構築できるのではないか．このような信頼関係を基に，相手の立場や感情に配慮しながら問題指摘をすることで，相手に受け入れられやすい指摘ができ，医療事故防止につながると推察する．

次に，20 歳台では負の影響がみられることについては，経験の浅い看護師の問題指摘行動が抑制されないように，看護師だけでなく組織全体でノンテクニカルスキルについての理解を深め，患者の安全を一番に考え協働することが重要である．そして，自分の役割を認識し知識や行動，態度を振り返ることで，良好な人間関係が形成され，お互いの専門性を発揮できるチーム医療が提供され，医療安全に寄与できると考える．

Ⅵ．結論

1．看護師はチーム医療における多職種の不安全行動について，過去 1 か月間に看護師 226 件（56.6%），他職種 107 件（26.8%）目撃していた．その後の行動としては．直接本人に指摘する，が最も多いことが分かった．しかし，見過ごしていることも多く，この背景には多職種や上司への人間関係の影響などの心理的負担が推察された．

2．看護師の問題指摘態度に影響を与える要因は，重回帰分析の結果からノンテクニカルスキルの「アサーティブネス」と「リーダーシップ」，人間関係，職位（師長以上）で説明された．

促進要因については，研修会の開催などが有効である．さらに職位による効果的な介入については看護管理者への結果のフィードバックが啓発につながると考える．また，20 歳台の経験の浅い看護師の問題指摘行動が抑制されないように，看護師だけでなく組織全体でノンテクニカルスキルについての理解を深め，患者の安全を一番に考え協働することが重要である．

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます．なお，本研究は，平成 28 年度愛知県看護協会研究助成金を受けて実施したものである．

付記

本研究は，平成 28 年愛知医科大学大学院看護学研究科修士論文を一部抜粋，加筆修正したものである．

引用・参考文献

1）公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ 2012：2015 年 9 月アクセス，http://jcqhc.or.jp/.

2）米国医療の質委員会/医学研究所：『人は誰でも間違える，より安全な医療システムを目指して』，日本評論社，1-2，2002.

3）Rothschild JM，Hurley AC，Landrigan CP：Recovery from medical errors：the critical care nursing safty net，Jt Comm J Qual Patient Saf32（2）：63－72，2006.

4）Yang YT，Henry L，Dellinger M：The circulating nurse’s role in error recovery in the cardiovascular OR. AORNJ95（6）：755-762，2012.

5）奥山綾子，山口（中上）悦子，早川和生：看護師の問題指摘に対する態度測定尺度（日本語版）の開発，日本の質・安全学会誌，9（4），326-340，2014.

6）ローナ・フィリン，ポール・オコンナー，マーガレット・クリチトゥン/ 小松原 明哲（2012）：『 現場安全の技術―ノンテクニカルスキル・ガイドブック(2 版)』，海文堂出版株式会社，2008.

7）相馬孝博：『これだけは身に付けたい 患者安全のためのノンテクニカルスキル超入門-WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版をふまえて-』，メディカ出版，2014.

8）落合和徳，海渡健：『チームステップス日本版，医療安全，チームで取り組むヒューマンエラー対策』. メジカルビュー社，2013.

9）清水隆司，森田汐生，竹沢昌子：日本語版 RathusAssertiveness Schedule（J-RAS）の作成と信頼性・妥当性の検討，産業医科大学雑誌，25（1），35-42，2003.

10）山岸まなほ，宮腰由紀子，小林敏生：病院職員の安全風土とインシデントレポートの提出に影響する要因，日本職業・災害医学学会誌，55（4），194-200，2007.

11）平木典子，沢崎達夫，他：ナースのためのアサーション，金子書房，2000.

12）山内桂子，山内隆久，山口裕幸：病院では他者の誤りを指摘できているか？医療現場のコミュニケーションに関する考察，日本心理学会大会発表論文集，第 65 回，919，2001.

13）勝原裕美子，増野園恵：「日本の看護職のアサーティブネス傾向測定ツール」の開発-内容妥当性の検討-，日本管理学会誌，4（2），20-31，2001.

14）岡村一成・小野公一編『産業・組織心理学』白桃書房，162-163，2005.

表1．回答者の基本属性（N=400）

		n	%
性別	女性	356	89.0
	男性	44	11.0
職位	一般職員	283	70.8
	主任，係長，副師長	86	21.5
	師長以上	31	7.8
年代	20歳台	131	32.8
	30歳台	155	38.8
	40歳台	81	20.3
	50歳台以上	33	8.3
看護経験年数	Mean±SD	12.7±8.7年	
	新人	11	2.8
	1年目	10	2.5
	2年目	16	4.0
	3年目	29	7.3
	4年目	15	3.8
	5年目	18	4.5
	6～10年目	90	22.5
	11～20年目	135	33.8
	21年目以上	74	18.5
	無回答	2	0.5
所属部署	一般病棟	244	61.0
	外来	38	9.5
	集中治療部門（ICU,HCU,CCU）	57	14.3
	救急外来	18	4.5
	手術室	17	4.3
	その他	28	7.0
所有資格	看護師	394	96.8
	助産師	16	3.9
	保健師	107	26.3
	准看護師	8	2.0
最終学歴（看護）	準看護師養成学校	1	0.3
	看護師養成3年課程	202	50.5
	4年制大学	144	36.0
	看護系大学院	16	4.0
	その他（養成2年課程等）	37	9.3

表2．全部署の医療従事者の不安全行動を目撃した頻度

	看護師（N＝400）		他職種（N＝400）	
	n	(%)	n	(%)
全くない	98	(24.5)	209	(52.0)
あまりない	66	(16.5)	79	(19.8)
時々ある	215	(53.8)	98	(24.5)
ほとんど毎日ある	11	(2.8)	9	(2.3)
欠損値	10	(2.5)	5	(1.3)

表3．属性およびチーム医療活動による不安全行動目撃頻度の比較

	不安全行動目撃頻度							
	看護師				他職種			
	Mean（±SD）		t/F（自由度）	p値	Mean（±SD）		t/F（自由度）	p値
年代**								
20歳台	2.43a	0.86	3.61 (3)	0.013	1.56a	0.83	4.63 (3)	0.003
30歳台	2.41a	0.87			1.81ab	0.92		
40歳台	2.32ab	0.92			2.02b	0.94		
50歳台以上	1.87b	0.90			1.72ab	0.85		
看護経験年数**								
新人～5年目	2.26a	0.89	5.91 (2)	0.003	1.44a	0.74	8.55 (2)	＜0.001
6～10年目	2.64b	0.85			1.9b	0.99		
11年目以上	2.27a	0.89			1.85b	0.91		
最終学歴**								
看護師養成3年課程	2.28	0.90	1.21 (4)	0.304	1.72	0.89	1.30 (4)	0.269
4年制大学	2.41	0.88			1.74	0.91		
看護系大学院	2.25	0.93			1.94	0.85		
チーム医療活動経験*								
有	2.50	0.83	−2.015 (386)	0.045	2.02	1.01	−3.75 (391)	＜0.001
無	2.30	0.90			1.65	0.83		

*：対応のないｔ検定　　**：一元配置分散分析
同じアルファベットがつけられている値間には，Tukeyの多重比較の結果5%で統計的有意差がなかった．

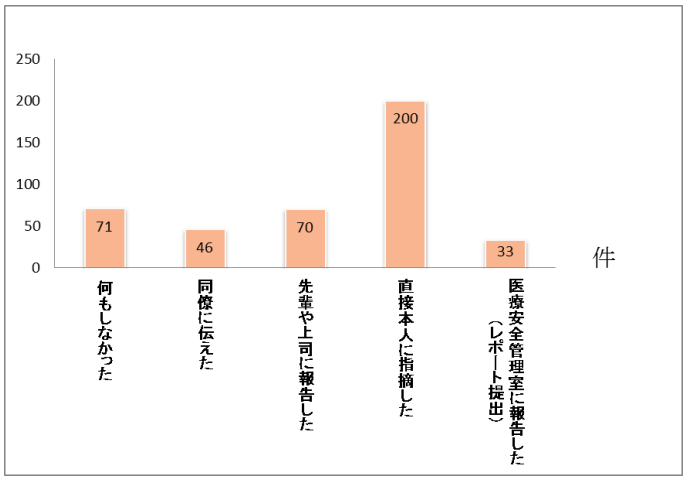

図 1．看護師の不安全行動目撃時の具体的な行動
（複数回答） n ＝420

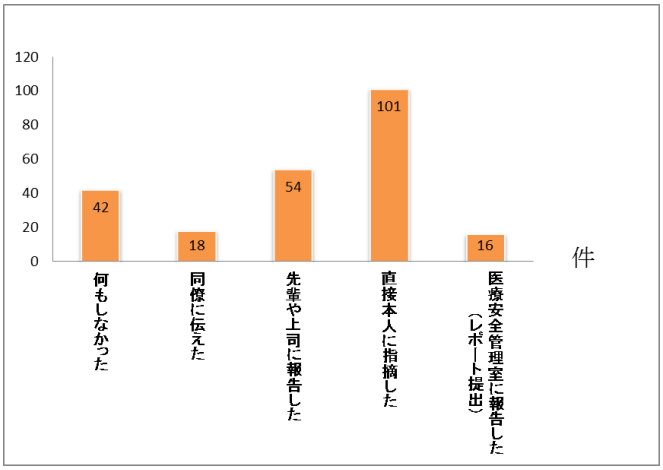

図 2．他職種の不安全行動目撃時の具体的な行動
（複数回答） n ＝231

表４　問題指摘態度に対する重回帰分析
（回帰式に含まれる変数と精度）

	偏回帰係数	標準回帰係数	有意確率（ｐ）	95%信頼区間 下限	上限
定数	14.22				
アサーティブネス	0.68	0.39	＜0.001	0.522	0.839
リーダーシップ	0.58	0.28	＜0.001	0.391	0.766
年代（20歳台）	-2.34	-0.17	＜0.001	-3.41	-1.263
人間関係	1.86	0.13	＜0.001	0.802	2.924
職位（師長以上）	2.78	0.11	0.007	0.776	4.789

R^2＝0.501，ＡＮＯＶＡｐ＜0.001　　ステップワイズ法

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

病院で実施されている清拭方法に関する実態調査

―使用したタオルの素材と看護師の思い―

○加藤　治実　（日本福祉大学）
新美　綾子　（日本福祉大学）
渡邉　亜紀子（日本福祉大学）
水越　秋峰　（日本福祉大学）
西土　泉　　（日本福祉大学）

はじめに

近年、清拭に用いるタオルについては、細菌学的指摘から、綿タオルの使用の中止と使い捨ての化繊タオル（以下、化繊タオル）の使用が推奨されている。主な指摘としては、清拭に用いるタオルが Bacillus cereus に汚染されており、院内感染の原因として推測されている [1)2)]、使用・未使用に関わらず細菌学的検討において、綿タオルの方が化繊タオルよりも一般細菌の検出率が高い [3)]、さらにベースンを用いた綿タオルによる清拭は、ベースン内の細菌検査結果から、ベースン内が清潔に保たれていない [4)]等の報告がある。また、20 代の健康な女子学生を対象に、綿タオルと化繊タオルの肌触り、保湿性を比較した研究では、化繊タオルがどちらも優れている [5)]、綿タオルより化繊タオルが清潔性・経済性において勝っている [6)7)]との報告がある。

一方、清拭技術は、看護基礎教育において看護学生が演習や実習で体験する機会が多い看護技術であるにもかかわらず、看護基礎教育の教育内容と臨床現場との乖離が指摘される技術でもある。看護基礎教育の主たる学習教材として使用される図書に記述されている清拭方法は「石鹸+ウオッシュクロス+お湯」が多く [8)]、臨床では、綿のフェイスタオルを清拭車で保温・保管した「温タオル」を用いて清拭していることが圧倒的に多かった。さらに近年は、この「温タオル」に代わる方法として、使い捨ての化繊タオルが推奨され、普及してきている。看護基礎教育における技術教育は、流行や現場のやり方をそのまま教授するものではなく、技術の原理や法則性を学び、看護の対象者の状況に合わせて物品の選択や実施方法を適切に判断し実施できる能力を培う目的で、教材や教授方法が選択されている。ウオッシュクロスと「温タオル」では、素材が綿ということで共通しているが、化繊タオルは、素材、厚みなどにおいて学習した教材とは異なる特徴をもっている。加えて、化繊タオルの使用が推奨されているが、化繊タオルの使用実態は報告されていない。このような清拭技術に関する状況において、看護基礎教育では、対象者に適切な清拭技術を提供できる基礎的な能力を培うための教育内容・教育方法を検討する必要性が生じている。

そこで、本研究では、看護基礎教育における清拭の技術教育を検討する資料とするために、清拭に使用されているタオルに焦点をあて、臨床現場で看護師が清拭技術に使用したタオルの素材の実態と、使用した清拭タオルに対する看護師の思いを明らかにする。

Ⅰ. 研究目的

本研究は、調査期間中に看護師が清拭に使用したタオルの素材の実態と、そのタオルに対する看護師の思いを明らかにする。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究対象

A 県内にある大学病院 4 病院、医療法人 5 病院、公的医療機関 22 病院の計 31 病院に勤務する看護師のうち、以下の対象条件をすべて満たすものとした。

①本研究の趣旨を理解し、同意が得られた看護師。

②病棟勤務の看護師（ただし、ホスピスケア・緩和ケア病棟は、一般病棟と比較して看護援助の質が異なる可能性があるため、本研究の対象から除外した。また、産科・精神科・結核病棟も、対象者の健康障害の程度が一般病棟と異なると考えられることから本研究の対象から除外した。小児科病棟は、使用する物品が、成人・高齢者と異なることが想定されるため、本研究の対象から除外した。）

③アンケート調査票配布日以前の 1 週間を調査期間とし、その間に 2 日以上日勤で勤務し、患者への日常生活援助を直接実施した看護師病棟勤務の看護師

2. 調査期間

2016 年 6 月～2016 年 9 月

3. データ収集方法

本研究の対象となる病院の看護局部門責任者宛に研究協力依頼文書を郵送し、協力を依頼した。研究の協力を承諾した病院が回答した協力可能部数の調査票、研究協力依頼文書、返信用封筒を郵送し、対象条件を満たす看護師への配付を依頼した。調査票の回収は郵送による個別回収とした。

4. 調査内容

1）対象の背景

勤務病棟分類（高度急性期病棟・急性期病棟・回復期病棟・慢性期病棟・その他）・看護経験年数・調査票配付日以前 1 週間の日勤日数について調査した。

2）清拭に対する調査項目

①調査期間中に清拭を行った人数

②調査期間中に使用したタオルの素材については、綿のみ、化繊のみ、綿・化繊の両方とした。

③使用したタオルに対する看護師の思いについては、既存の研究結果を参考に、「爽快感が得られている」、「皮膚を清潔に保たれている」、「肌触りがよい」などの看護師の清拭タオルに対する思いが得られる 12 項目とした。回答形式は「1.思わない」～「4.そう思う」までの 4 段階のリッカートスケールとした。（表 1）綿と化繊タオルの両方を使用している場合には、それぞれのタオルに対する思いについて回答を得た。

5. 分析方法

1) 対象の背景

各項目について単純集計を行った後、勤務している病棟と使用しているタオルの素材はクロス集計し、χ^2検定を行った（$p<.05$）。有意差を認めた場合には、どの項目が有意差をもたらしたのかを明らかにするため、調整済み標準化残差による残差分析を行った。

2)清拭に対する項目

調査期間中に清拭を行った患者数は単純集計を行った。使用タオルに対する看護師の思いは使用したタオル別に得点化し、Kruskal-Wallis 検定で多重比較した（$p<.05$）。

分析は SPSS Ver.23 を用いて行った。

6. 倫理的配慮

病院及び対象者には、研究の目的・方法、研究協力への自由意思の尊重を文書にて説明し、協力の是非を問わず不利益がないことを保証した。研究協力を承諾した病院には、研究対象者に調査協力の強制力が働かないように協力を要請し、調査票の回収は、個別郵送の形式で行った。研究参加への同意は、調査票の投函をもって得られたものとすることを明記した。

また、調査票は無記名で個人が特定できないものとし、得られた調査票は、研究者間のみで閲覧できるものとし、調査票は鍵付の棚に保管した。データ入力ファイルにはパスワード設定を行い、調査期間を通して対象者のプライバシー保護に努めた。

なお、本研究は日本福祉大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 15-31)。

Ⅲ. 結果

研究協力に承諾の得られた医療法人 1 病院、公的医療機関 13 病院の計 14 病院に勤務する看護師 1,042 人に調査票を配付した。回収数は 504（48.4%）で、有効回答数は 430（85.3%）であった。

1. 対象者の属性について

勤務病棟は高度急性期病棟が 7 人（1.6%）、急性期病棟が 243 人（56.5%）、回復期病棟が 11 人（2.6%）、慢性期病棟が 29 人（6.7%）、混合病棟が 122 人（28.4%）、地域包括ケア病棟が 16 人（3.7%）、無回答が 2 人（0.5%）であった。(表 1)

経験年数は 1 年～43 年と幅広く、平均 11.0（±8.8）年であった。

調査期間中の日勤日数は 1～5 日で、平均 3.0（±1.1）日であった。

2. 調査期間中に清拭を行った人数について

調査期間中の看護師 1 人あたりの 1 週間清拭人数は 1 人～60 人でばらつきがあり、平均 8.3（±7.4）人であった。

3. 使用したタオルの素材と勤務病棟との関連について(表 2)

使用したタオルの素材は綿のみ 272 人（63.3%）化繊のみ 116 人（27.0%）、綿・化繊の両方（以下、綿・化繊）42 人（9.8%）であった。

勤務病棟との関連では、急性期病棟は化繊が有意に多く（p<.01)、綿タオル（p<.05)、綿・化繊（p<.05）は少なかった。慢性期病棟は綿が有意に多く（p<.01)、化繊が少なかった（p<.05)。混合病棟は綿・化繊が多く（p<.05)、化繊が少なかった（p<.05)。高度急性期病棟では有意差を認めなかった。

4. 使用したタオルに対する看護師の思いについて(表 3)

使用したタオル別に比較したところ、12 項目のうち「短時間で行え、負担が軽い」(p=.004)、「苦痛が少ない」(p=.030)、「手際よく行える」(p=.027)の 3 項目について、綿タオル使用者に比べ化繊タオル使用者の思いが有意に高かった。

「感染を予防できる」(p=.081)では有意差を認めなかった。

Ⅳ. 考察

1. 使用タオルの素材と勤務病棟との関連について

本調査では、化繊タオルは急性期病棟で多く使用され、慢性期病棟では綿タオル、混合病棟では化繊と綿の両方が多く使用されており、急性期病棟より患者の重症度が高い高度急性期病棟では使用するタオルに有意差を認めていないという結果を得た。急性期病棟は高度急性期病棟に対して看護師配置が少ない[9]にもかかわらず、輸液ラインやドレーン等の様々な機器を装着している重症度の高い患者は多く、看護師の業務は煩雑である。このため、清潔性に優れ清拭時間が短縮できる[6)7)]化繊タオルが使用されたと考えられる。一方、慢性期病棟では、セルフケアが可能な患者も多く、看護師の援助は、自立に向けた支援、機能回復、患者教育などに多く注がれる。ここでは、看護の対象者を生活者としての視点で見ることがより重要となる[10]ことから、清拭タオルにおいても、日常生活において使用されている綿の素材が使用されていると考えられる。混合病棟において綿・化繊の使用が有意に多かったのは、急性期にある患者、慢性期にある患者、回復期にある患者が混在していることが影響していると考えられる。

2. タオルに関する看護師の思いについて

化繊タオルの使用に対して「短時間で行え、負担が軽い」、「苦痛が少ない」、「手際よく行える」と看護師が思っていることから、患者の身体的負担の軽減とともに、看護師自身の業務負担の軽減も化繊タオルの使用目的の一つになっていると考えられる。タオルの選択には、患者の重症度と看護師の業務の煩雑性が関係していると考えられるが、そもそも化繊タオルは感染予防の観点から導入が推奨されたものである。しかし、看護師の思いでは、「感染を予防できる」について使用しているタオル間で有意差は認められず、化繊タオルを使用している看護師は、必ずしも感染予防を意識してタオルを使用しているわけではないことが明らかとなった。これは、綿タオルから検出された細菌と同じ細菌が患者の体内に刺入されたカテーテル先端から検出されたとの報告[11]はあるが、具体的な感染経路は示されておらず、加えて、化繊タオルの使用による感染症発生

数の動向も報告されていないことなどが化繊タオルと感染予防を結び付けにくい一因となっていると考えらえる。

3. 今後の課題

岡田は、「清潔行動は個人の習慣や価値観のもとで行われる高度な生活行動であり、清潔の度合いがその人の心身の健康状態を反映しているととらえることもできる。病気のときでも、清潔になることで病者意識を和らげることができる。したがって、看護師は清潔ケアが全身に及ぼす影響と心理的な効果を理解し、計画的に実施することは重要である[12)]。」と述べている。また、患者は看護師の業務上の都合で清潔ケアが簡略化されることに不満を抱き、看護師が患者の清潔に対するニードを多角的に捉えたうえで、統一した方法で簡略化せず実施してほしいと望んでいる[13)]。本研究でも、化繊タオルの使用は、「短時間で行え、負担が軽い」、「苦痛が少ない」等の患者の負担の軽減に関してメリットがあると看護師は思っていたが、「爽快感が得られている」、「タオルの温度が快適である」等の心理的な満足では有意差が認められなかった。今後、化繊タオルが増えていく可能性があることから、看護師にはタオルの種類にかかわらず、対象の身体・精神両面に効果的な清拭技術を提供できる能力が求められており、看護基礎教育においても、患者の負担の軽減と精神的な気持ち良さの両者が追求できる清拭方法を考え、実施できる学生を育成する必要があることが示唆された。

V. 結論

①調査期間中に清拭に使用されたタオルの素材は化繊タオルが 30%程度であった。

②使用タオルの素材と勤務病棟との関連については、急性期病棟で化繊タオルの使用が有意に多く、慢性期病棟では綿タオルの使用が有意に多かった。混合病棟は綿・化繊が多く、化繊が少なかった。高度急性期病棟では有意差を認めなかった。

③使用したタオルに対する看護師の思いでは、綿タオル使用者に比べ、化繊タオル使用者の方が「短時間に行え、負担が軽い」、「苦痛が少ない」、「手際よく行える」の 3 項目で有意に高かった。「感染を予防できる」では有意差を認めなかった。

謝辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様、看護部門責任者の皆様に心より感謝申し上げます。

付記

本研究は、平成 28 年度愛知県看護協会看護研究助成を受けて実施し、第 21 回日本看護研究学会東海地方会学術集会で発表したものを、加筆・修正したものである。

引用・参考文献

1)木村聡：B.cereus による偽アウトブレイクと清拭タオルへの混入機序～洗浄工場視察でわかった意外な事実～,Lab.Clin.Pract,27(2):83-89,2009.

2)湯浅有紀季,相澤成美,遠藤はるか,他：NICU の環境におけるセレウス菌生息の現状,仙台医療センター医学雑誌 Vol Ⅳ,2004.
3)松村千鶴,深井喜代子：綿タオルと化繊タオルの細菌学的検討,Japanese Journal of Nursing Art and Science Vol.13(3),243-246,2014.
4)Debora Johnson,Lauri Lineweaver,Lenora M.Maze,Patients' Bath Basins as Potential Sources of Infection:A Multicenter Sampling Study,AMERICAN JOUNAL OF CRITICAL CARE Volume18(1),31-38,2009.
5)松村千鶴,深井喜代子：多次元評価指標による綿タオルと化繊タオルの分部清拭効果の比較,Japanese Journal of Nursing Art and Science Vol.13(3),188-199,2014.
6)Irene Hancoce RN,Alexandra Bowman RN,David Prater BA, 'The day of the soft towel?'：Comparison of the current bed-bathing method with the Soft Towel bed-bathing method,INTERNATIONAL JOURNAL of NURSING PRACTICE,Volume6(4),207-213,2000.
7)Elaine L.Larson,Theresa Ciliberti,Christopher Chantler et al,Comparison of Traditional and Disposable Bed Baths in Critically Ill Patients,American Journal of Critical Care,Volume13(3),235-241,2004.
8) 馬醫世志子,佐藤晶子,城生弘美:学内における基礎看護技術演習についての一考察―教科書比較による全身清拭の検討―,Paz-bulletin No.6,65-70,2008.
9)厚生労働省 (2010)：厚生労働省告示第七十二号診療報酬の算定方法の基準に基づき基本診療料の施設基準等,2010.03.05 閲覧
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-041.pdf
10) 下村裕子,河口てる子,林優子,土方ふじ子,大池美也子：看護が捉える「生活者」の視点―対象者理解と行動変容の「かぎ」, 看護研究, 36(3), 199-211, 2003.
11)麻生恭代,長富美恵子,中澤武司,他：Bacillus cereus 血流感染における輸液製剤と環境因子の検討,環境感染誌　Vol.27(2),2012.
12)岡田淳子：第 4 編第 5 章 清潔・衣生活の援助技術,基礎看護技術Ⅱ,第 3 版,株式会社メヂカルフレンド社,2015.
13)松村千鶴,深井喜代子：看護師が行う清潔ケアに対する入院患者の認識,Japanese Journal of Art and Science Vol.12(3),58-63,2014.

表１　勤務病棟　　N=430

病棟種類	人数	%
高度急性期病棟	7	1.6
急性期病棟	243	56.5
回復期病棟	11	2.6
慢性期病棟	29	6.7
混合病棟	122	28.4
地域包括ケア病棟	16	3.7
無回答	2	0.5

表２　使用したタオルの素材と勤務病棟との関連　　N=428

病棟	タオルの素材									合計
	綿のみ			化繊のみ			両方			
	n	%	標準化残差	n	%	標準化残差	n	%	標準化残差	
高度急性期病棟	3	42.9	-1.1	2	28.6	0.1	2	28.6	1.7	7
急性期病棟	143	58.8	-2.1*	83	34.2	3.8**	17	7.0	-2.2*	243
回復期病棟	6	54.5	-0.6	4	36.4	0.7	1	9.1	-0.1	11
慢性期病棟	26	89.7	3.1**	2	6.9	-2.5*	1	3.4	-1.2	29
混合病棟	80	65.6	0.7	24	19.7	-2.2*	18	14.8	2.2*	122
地域包括ケア病棟	12	75.0	1.0	1	6.3	-1.9	3	18.8	1.2	16

χ^2値＝29.3　自由度＝10　p ＝.001　*p<.05　**p<.01

標準化残差は、近似的に標準正規分布に従うため、絶対値が 1.96 を超えれば 5%水準で有意差があることを示し、絶対値が 2.58 を超えれば 1%水準で有意差があることを示す。また、標準化残差が+1.96 より大きい場合は 5%水準で有意に多い（観測度数が数期待度数より多い）ことを意味し、-1.96 より小さい場合は 5%水準で有意に少ない（観測度数が期待度数より少ない）ことを意味する。

表3　使用タオルに関する看護師の思い　　N=428

看護師の思い	タオルの種類	中央値 (Q_2-Q_4)	χ^2	p
爽快感が得られている	綿のみ	3(3-3)	3.68	0.299
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(3-3)		
	両方(化繊)	3(3-3)		
皮膚を清潔に保たれている	綿のみ	3(2-3)	2.67	0.446
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(3-3)		
	両方(化繊)	3(3-3)		
肌触りがよい	綿のみ	3(2-3)	2.96	0.398
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(2-3)		
	両方(化繊)	3(2-3)		
タオルの温度が快適である	綿のみ	3(2-3)	3.47	0.325
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(2-3)		
	両方(化繊)	3(2-3)		
短時間で行え、負担が軽い	綿のみ] **	3(3-3)	13.49	0.004
	化繊のみ	3(3-4)		
	両方(綿)	3(3-3)		
	両方(化繊)	3(3-3)		
苦痛が少ない	綿のみ] *	3(2-3)	8.95	0.030
	化繊のみ	3(3-3)		
	両方(綿)	3(2.25-3)		
	両方(化繊)	3(2.25-3)		
希望に添っている	綿のみ	3(2-3)	0.49	0.922
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(2-3)		
	両方(化繊)	3(2-3)		
拭きやすい	綿のみ	3(2-3)	6.20	0.102
	化繊のみ	3(3-4)		
	両方(綿)	3(2-3)		
	両方(化繊)	3(2-3)		
看護師の手にフィットしている	綿のみ	3(2-3)	4.55	0.208
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(2-3)		
	両方(化繊)	3(2-3)		
手際よく行える	綿のみ] *	3(3-3)	9.21	0.027
	化繊のみ	3(3-3.5)		
	両方(綿)	3(3-3)		
	両方(化繊)	3(3-3)		
経済的である	綿のみ	3(3-3)	0.61	0.893
	化繊のみ	3(2-3)		
	両方(綿)	3(2-3)		
	両方(化繊)	3(2-3)		
感染を予防できる	綿のみ	2(2-3)	6.74	0.081
	化繊のみ	2(2-3)		
	両方(綿)	3(2-3.75)		
	両方(化繊)	3(2-3.75)		

Kruskal Wallis 検定　　*p<.05　　**p<.01　　自由度：3

平成28年度

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

看護研究助成委員会

■委員長	永　井　邦　芳
■委員	井　野　恭　子
	井　上　里　恵
	早　瀬　　良
	山　本　陽　子
	藤　原　靖　子

平成28年度愛知県看護協会看護研究助成報告論文集
平成29年3月発行

編集・発行・印刷　公益社団法人 愛知県看護協会
〒466-0054　愛知県名古屋市昭和区円上町26番18号
TEL.052-871-0711