

平成21年度

愛知県看護研究助成
報告論文集



社団法人 愛知県看護協会

愛知県看護研究助成報告論文集発行によせて
～7年間を振り返り～

社団法人愛知県看護協会 看護研究助成委員会
委員長 鈴 村 初 子

平成 16 年度から愛知県看護協会の事業として、看護研究助成制度が始まりました。早いもので 7 年が経過しました。本事業の目的は、愛知県下の看護の質の向上と質の高い看護職者を育成するために研究活動に対して奨励助成することを目的に研究助成制度が設けられました。

7 年間に応募いただき助成をうけました方は、おおよそ 30 名程度となりました。助成を受けられた方々は、看護職の質的向上を目指し、臨床での看護実践を行うなかで、疑問を抱いている事柄について、その疑問を解決するために研究に取り組んでいこうと考え、応募してくださっていると思われます。

例年述べますように、本事業は、臨床看護の質的向上をうたっておりましたが、臨床現場の看護師の応募が少なく、大学院に在籍している看護師の研究支援がほとんどです。しかし、大学院を修了して臨床現場で学んだ研究手法を活かし、今後多くの仲間を増やしながら研究をしていただくことが、現場の質的の向上につながるとも考えます。研究助成を受けた方々が職場で共同研究をするときにリーダとなつて若い皆様方をけん引していただき研究を進めていただければ臨床看護レベルの向上につながると考えます。

毎年、来年は多くの方々に応募いただきたいと思い委員会を開催しているのですが、まだまだその数は少なく、10 例程度の応募が最高で、数名の応募の時もあり、大変残念に思うことがあります。折角の助成制度を愛知県下の多くの看護師のみなさんにご活用いただきたいと考えます。中でも、臨床現場で働いている看護職の皆さんのがんばりのために、本年は看護研究助成委員会委員が「看護研究方法」についてと題し、研究計画書の作成から分析までの講義を 2 日間開催し、30 名ほどの病院看護師の参加を得ました。参加いただきました方々は近い将来、研究をしてみようと思い参加いただいたと思います。講義は、日常の業務と異なる内容で頭が痛くなるのでは思いましたがどの受講生も熱心に受講してくださいました。このような機会をもうけることが看護協会看護研究助成事業に応募くださる機会になればと願うものです。また、本事業に保健師、助産師のみなさまも多数応募いただけると嬉しいのですが、非常に応募が少ない状況にあり残念に思うところです。

研究を、一人で行うことが難しいとお考えの方は、看護協会にご相談いただくのもよいのではないかと思います。また、施設に倫理委員会がない場合は看護協会の倫理委員会に研究計画書を提出いただき審査ならびに指導を受けることも可能と考えますので今後、研究をしてみたいと思われる方は相談をしていただくと嬉しいです。

看護研究は研究者になる人だけが行うだけのものではなく、ジェラリスト、スペシャリストの看護師の皆さんのが日常の看護を振り返る、日常看護を改善するものになると教えていただき、研究に取り組んでいただくことを願うものです。臨床のみなさまは、日常の業務に追われているために愛知県看護協会の HP をご覧になる機会が少ないのでないかと思いますが是非、ご覧いただきたいと存じます。

今回は、平成 21 年度に研究助成制度を受けられ、研究が終了した方々のまとめを作成しました。是非、研究報告書をご覧いただきまして、平成 24 年度の研究助成への応募をご検討されることを願うものであります。

平成 23 年 3 月吉日

社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書
専門学校における看護教員の教育活動評価に
関連する要因

○ 嶋崎 和代（愛知医科大学大学院看護学研究科）

はじめに

看護教員の教育活動は、看護学生の学習内容および学習効果やモチベーションに影響し、看護教員の能力が看護基礎教育の質、看護そのものの質にも直結する。専門学校では、就任後のフォローアップや経験年数に応じた教育内容の確立などは各校に委ねられており、採用時に教授能力や業績を問われることは少なく、就任後も教育活動や業務処理能力が評価される機会は少ない。「2000年看護教育基礎調査」¹⁾では、全国の看護基礎教育課程全校を対象とした大規模調査が行われたが、教員の採用や昇進に関する基準を明示していると答えたのは、大学 61.4%、短大 66.7%に対し、専門学校 3年課程が 26.4%、2年課程が 19.4%とごくわずかであった。このような調査結果からも、専門学校においては教員の採用基準が不明瞭であり、いったん教員として就職してしまえば教育活動や業務処理能力が評価される機会は少ないとがうかがえる。平成 15 年には、厚生労働省医政局看護課から看護師等養成所の教育活動等に関する自己評価指針²⁾が出され、専門学校（看護師養成所）においても教育評価が求められるようになった。これを受け、学校組織としての自己点検・自己評価の動きは活性化されつつあるが、職場風土として浸透するまでは至っていない。

教員の能力向上には適切な評価が必要であるが、客観的な評価がなされないことで、教員の能力には個人差が生じているようにも感じられる。佐藤³⁾は看護教員の教授能力に関する研究を多く報告しており、教育方法の研究や授業評価の面での遅れを指摘している。

このような現状の背景には、組織の現状、教育研修制度、就労環境などの職場風土、教員の特性などが関連していることが推測される。まずは個々の教員が自己的能力および評価をどのように認識しているか、また評価の実際がどのように行われているかを把握するとともに、教育活動評価に関連する要因を明らかにすることで、教育活動の評価を活性化させ教員の能力向上につながる要素を見出したいと考える。

I. 研究目的

職場風土をとらえる指標となる仕事満足感、教育活動評価の実際ならびに評価に対する教員の意識、教員の能力をとらえる指標となる教育ニードを把握し、教育活動の評価に関連する要因を明らかにするとともに、その結果から教育活動の活性化につながる職場風土の改善や教員の資質向上のための示唆を得ることを目的とする。

II. 用語の定義

看護専門学校：保健師助産師看護師法第 21 条第 1 号または第 2 号に規定する文部科学大臣または厚生労働大臣の指定した看護師養成所をさす。

看護教員：看護師養成所の専任教員をさす。

教育活動評価：看護教員が行う実習や講義および看護学に関する指導を含む教育活動全般についての自己および他者評価であるが、本研究においては調査用紙の質問項目設定上、教育活動評価を授業評価と限定して用いる。

教育ニード：望ましい状態と現状の間にある乖離であり、乖離のある看護職者が看護専門職者としての望ましい状態に近づくための教育の必要性である。

職場風土：職場において個人が実感する特有の雰囲気。組織パフォーマンスおよび、その集団に属する個人の意思決定・行動に強く影響する。

III. 研究方法

1. 研究期間

平成 21 年 2 月～4 月

2. 研究対象とデータ収集方法

東海甲信越 7 県の看護専門学校 91 校のうち、施設長を通じての調査依頼で承諾を得られた 59 校に所属する看護教員を対象とした。

各看護専門学校に人数分の調査用紙を郵送して施設長に各教員への調査用紙の配布を依頼し、各看護教員が回答した調査用紙は個別封筒した上で、郵送法にて回収した。

3. 調査内容

調査用紙は以下の内容からなる計 112 項目で構成した。看護教員を対象としたパイロットスタディを行い、質問内容や文章表現の見直しを行った。

1) 仕事の満足感

尾崎ら（1988）の作成した「看護婦の職務満足度尺度」⁴⁾を用いた。この尺度は Stamps (1978) によって開発されたものを尾崎ら（1988）が翻訳、妥当性・信頼性を検討したものであり、7 構成要素、48 項目から構成されている。尺度全体の相関係数は 0.87 を示しており、看護職を含む医療従事者の職務満足度調査に幅広く用いられている。この尺度のうち、重複する内容などを除き、7 構成要素それぞれから抽出した 30 項目を用い、“全くそうだ”から“全くそうではない”的 7 件法にて回答を求めた。

2) 教育活動の評価

先行研究の結果を参考に、教員の教育活動評価の実際や、教育評価に対する考え方を問う 24 項目を独自に作成した。“全くそうである”から“全くそうではない”的 5 件法とし、回答を求めた。

3) 教育ニード

山下・舟島ら（2004）が開発した教育ニードアセスメントツール看護教員用（Educational Needs Assessment Tool for Nursing Faculty—FENAT—）⁵⁾を用いた。この尺度は 6 下位尺度 30 項目で構成されており、尺度全体の Cronbach α 係数は 0.95 を示している。本調査においては FENAT 同様、全 30 項目について“かなり当てはまる” “わりと当てはまる” “やや当てはまる” “殆ど当てはまらない”的 4 件法にて回答を求めた。

4) 対象の属性

対象の所属する職場環境を問う 10 項目、対象自身に関する年齢・性別・教育背景などを問う 18 項目を設定し、回答を求めた。

4. データ分析方法

全ての項目の基本統計量を確認し、平均・標準偏差などを求めた。

1)仕事の満足感 30 項目、2)教育活動の評価 24 項目、3)教育ニード 30 項目について、それぞれ因子分析を行い、これによって抽出された下位尺度と 4)対象の属性 18 項目との関連について、t 検定および一元配置分散分析を用いて分析した。

1) 仕事の満足感、2) 教育活動の評価、3) 教育ニードで抽出された各因子を、平均得点より高い得点群と低い得点群の 2 群に分類し、減少法 Wald によるロジスティック回帰分析を行った。

これらの分析には、統計ソフト SPSS Ver. 17.0 for Windows を用いた。

5. 倫理的配慮

所属施設長を通じての協力依頼で同意が得られた施設に所属する対象に、依頼文・調査用紙・返信用封筒を郵送し、質問紙の返送をもって対象個々の同意を得るものとした。

調査用紙には、本研究への参加は対象の自由意志によるものであり中断も可能であること、調査用紙は氏名・所属学校名は無記名であり個人と所属が特定されないこと、回収は個々に調査用紙を封筒へ入れ巣封した上で郵送するためプライバシーが守られるることを明記した。尚、本研究は愛知医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

東海甲信越 7 県の看護専門学校 91 校のうち、研究協力依頼に承諾を得られた 59 校の 613 名を対象に調査を行った。回収された調査用紙は 396 部（回収率 64.6%）であり、各カテゴリの質問項目のうち半数以上に回答のあった 390 部を有効（有効回答率 98.4%）として分析を行った。

1. 属性

教員の属性を表 1～3 に示す。

性別は女性が 369 名（94.6%）、男性が 16 名（4.1%）であった。年齢は 30 代が 92 名（23.6%）、40 代が 189 名（48.5%）、50 代が 97 名（24.9%）、60 代以上が 8 名（2.1%）であった。教員経験年数は、4 年以下が 107 名（27.4%）、5 年～9 年が 85 名（21.8%）、10 年～14 年が 81 名（20.8%）、15 年～19 年が 56 名（14.4%）、20 年以上が 41 名（10.8%）、平均年数は 10.2 ± 7.4 年であった。

2. 教育活動評価についての考え方の因子構造

因子構造を明らかにするため主成分分析による因子分析を行った。

固有値 1.0 以上を基準とするバリマックス回転での主因子法・因子分析を試みたが、明確な因子構造は求められなかったため、因子負荷量の低い 5 項目を除いて主成分分析を行った結果、4 因子が抽出された。

第 1 因子は「仕事内容で困難を感じたときサポートしてくれる同僚がいる」「教育内容について日常的に話し合う機会がある」などを含む 6 項目から構成されており、教育活動の評価をすすめる上での人間関係のサポート状況を表していると考え、【人間関係でのサポート】と命名した。

第 2 因子は「自分が教授する内容に自信を持って教授活動をすすめている」をはじめとする 6 項目から構成され、自己の教育活動に対する自信や満足感を表していると考え、【肯定的評価】と命名した。

第 3 因子は「他の教員の授業を聴講することは、自分自身の教員としての学びや成長

になる」をはじめとする 4 項目から構成され、教員が授業評価の必要性を認識しているか否かを表すと考え、【授業評価の必要性】と命名した。

第 4 因子は「授業のための十分な時間がある」をはじめとする 3 項目から構成され、授業準備の時間や業務上のサポート体制の有無を表すと考え、【業務上のサポート】と命名した。

Cronbach α 係数は、尺度全体が 0.760、各因子では【人間関係でのサポート】0.746、【肯定的評価】0.651、【授業評価の必要性】0.705、【業務上のサポート】0.582 であった。

結果を表 4 に示す。

3. 下位尺度における属性項目の得点比較

教育活動評価についての考えに影響を与える属性項目を知るため、因子分析によって抽出された下位尺度と教員属性項目間で student-t 検定および一元配置分散分析を行い、有意差の有無を求めた。結果を表 5 に示す。

【人間関係でのサポート】の平均得点は 3.22 ± 0.68 であり、学生数、教員数、就労継続意思の有無において平均得点に差がみられた。学生数「39 人以下」よりも「120 人以上」、「80 人～119 人」よりも「120 人以上」が有意に高かった ($P < 0.05$)。教員数「9 人以下」よりも「20 人以上」が有意に高かった ($P < 0.05$)。就労継続意志「なし」よりも「あり」が有意に高かった ($P < 0.05$)。学生数・教員数が多く、就労継続意志ありの方が、教育活動の評価を行うために必要な人間関係でのサポートがあると認識していた。

【肯定的な評価】の平均得点は 3.47 ± 0.49 であり、職位と就労継続意志の有無で有意差がみられ、職位「専任教員」より「役職あり」が、就労継続意思「なし」よりも「あり」が有意に高かった ($P < 0.05$)。役職あり、就労意思ありの方が自己の教育活動について肯定的な評価を示していた。

【授業評価の必要性】の平均得点は 4.01 ± 0.61 であり、職位、教員数、新人教育制度の有無で有意差がみられた。職位「専任教員」より「役職あり」が、教員数「20 人以上」よりも「9 人以下」「10 人～19 人以下」が、新人教育制度「あり」よりも「なし」が有意に高く、授業評価の必要性を強く認識していた ($P < 0.05$)。

【業務上のサポート】の平均得点は 2.63 ± 0.74 であり、職位と教員数で有意差がみられ、職位「専任教員」よりも「役職あり」が、教員数「10～19 人」よりも「20 人以上」が有意に高かった ($P < 0.05$)。教員数が少なく、新人教育制度がない方が、役職者の方が、授業評価の必要性を強く認識していた。

4. 各下位尺度と属性の関連

仕事満足感・教育活動評価についての考え方・教育ニードの下位尺度と属性などの関連を見るためにロジスティック回帰分析を行った。従属変数を各下位尺度、目的変数を属性の各項目とし、変数減少 Wald ステップワイズ法で分析した。

【人間関係でのサポート】に影響を及ぼす要因としては、就労サポート者「あり」(OR2.77、95%CL1.27–6.03)、新人研修期間「あり」(OR1.81、95%CL1.02–3.21) が選択された。【肯定的評価】【授業評価の必要性】では、オッズ比 1.0 以上となる要因は選択されなかった。

結果を表 6 に示す。

V. 考察

1. 看護教員の属性

今回の調査対象 390 名のうち、性別は女性 94.6%、男性が 4.1% であり、年齢は 40 代が 48.5% と約半数を占め、教員経験年数の平均は 10.2 ± 7.4 年、臨床経験年数の平均は 11.7 ± 6.2 年であった。日本看護学教育学会調査研究プロジェクト⁶⁾は、1999 年に看護系大学、短期大学、保健婦助産婦看護婦学校養成所を対象に看護教師調査を行っている。本調査では男性比率がやや高かったものの、年齢や教員経験年数・臨床経験年数などの属性はほぼ類似していた。1999 年の看護教師調査からはおよそ 10 年が経っていること、本調査では専門学校の教員のみを対象としたことから、単純には比較できないが、本調査で明らかになった属性は、看護教員という母集団の特徴を示しているといえる。約 11 年の臨床経験を経て、30 代前半から教員となり、教員としての経験を約 10 年重ねた者が最も多く、50 代が管理者として活躍し、組織の中心的役割を担っているものと考えられる。

2. 教育活動の評価についての考え方の因子分析

因子分析の結果【人間関係でのサポート】【肯定的評価】【授業評価の必要性】【業務上のサポート】の 4 つの下位尺度が抽出された。このことから、教員は、教育活動の評価については評価そのものの必要性や評価結果だけでなく、評価活動を活発化させるためのサポート体制や人間関係をも重視していることがうかがえる。

3. 【人間関係でのサポート】に関連する要因

ロジスティック回帰分析の結果、【人間関係でのサポート】では、就労サポート「あり」が OR2.77、新人研修期間「あり」が OR1.81 と強い影響要因として選択された。また、就労継続意思「なし」より「あり」の方が、学生数・教員数が多い方が、高い得点を示し、教育活動の評価を行うために必要な人間関係でのサポートがあると認識していた。

今回の調査では上司や同僚だけでなく、家族・友人も含めて就労サポート者としたが、【人間関係のサポート】で認識されているのは、仕事上で直接的にサポートとなる上司や同僚であると考えられる。上司や同僚はメンターとなりうるが、メンタリングにはキャリア的機能と心理・社会的機能があり、良きメンターの存在は仕事に対する意欲を高め、能力向上を促進させる。齋藤⁷⁾は、メンターがいる人は自己教育力が高く、また、現上司をメンターとしてあげている人は職務満足度が高いことを報告している。上司や同僚からの就労サポートが、働きやすい、働きたい職場環境として認識され、就労継続意志に反映されていることが考えられる。

さらに、新人教育期間「あり」が強い影響要因として選択されたことは、教育活動およびその評価を行うためにはある程度の教育期間が必要であることを示唆している。

【人間関係でのサポート】には「職場内講習会が日常的に行われている」「教員の教育活動の評価が活発である」などの項目も含まれており、このような取り組みが積極的ななされ新人教育期間を設けることができるのには、教員数にある程度のゆとりがあり、新人教員を育てる職場風土が存在する組織であろう。大場⁸⁾は、新人看護教員の持つ困難性のひとつに、「一任されることへの負担感」をあげている。教員数が少なければ支援体制が不十分となり、それだけ新人教員に任せられる負担も大きくなることが考えられる。新人教育期間をおくことは新人教員の負担を軽減させるとともに、十分なサポート

を受ける機会を提供するとともに、新人を育てる側の教員の成長をも促し、組織全体の教育力を高めることにもつながる。

4. 【肯定的な評価】に関する要因

自己の教育活動に対する自信や満足感を示す【肯定的な評価】では、ロジスティック分析の結果、強い影響を示す項目は選択されなかつたものの、就労継続意志の有無で有意差がみられた。亀岡ら⁹⁾は教育ニードが低い、つまり望ましい状態にある教員の特性のひとつに「看護学教員の仕事にやりがいを強く感じていること」をあげており、杉森¹⁰⁾、一色¹¹⁾らも同様の結果を報告している。看護教員という職業に誇りとやりがいを感じている者は、仕事に対するモチベーションも高く、教育活動に積極的に取り組んでおり、それが自己の教育活動への肯定的な評価となって表れているものと考える。また、職位「専任教員」よりも「役職あり」の方が有意に高かったことは、キャリアを重ね教員としての能力を高めてきた自信が、肯定的な評価となって表れたものと考える。

5. 【授業評価の必要性】に関する要因

【授業評価の必要性】では、ロジスティック分析の結果、強い影響を示す項目は選択されなかつたが、平均得点は 4.01 ± 0.61 点と、他の下位尺度の平均得点 2.63 ± 0.74 点～ 3.47 ± 0.49 点に比べて高く、今回の対象となつた看護教員が全体的に授業評価の必要性を強く認識していることがわかつた。

2002年3月の専修学校設置基準改正により、自己点検・自己評価が看護専門学校の努力義務化されたこと、また、2003年7月には厚生労働省から「看護師養成所の教育活動等に関する自己評価指針作成検討会」報告書が出されたことをうけ、各校における取り組みが活発化してきている。多くの専門学校において積極的な取り組みがされ始めたことにより、評価に対する教員の意識が高まってきたものと考えられる。専任教員よりも役職者の方が、授業評価の必要性を強く認識していたが、これは自己点検・自己評価を具体的に推進する立場にある管理者と、それを受けた組織の一員として活動する専任教員との差であるとも考えられる。今回の調査では教育活動の評価のひとつとして、授業評価を中心に質問内容を構成したが、多くの教員に授業評価の必要性の意識が浸透していることは、教員個々の、ひいては組織全体の教育活動評価の活発化につながる望ましい側面であるといえる。

また、教員数、新人教育制度においても得点に有意差がみられ、教員数が少なく、新人教育制度がない方が、授業評価の必要性をより強く認識していることがわかつた。教員数が少ない学校は、すなわち組織規模の小さな学校であり、新人教育制度をはじめとする様々な組織体制が十分に整っていないことが推測される。教員数が少なく、新人教育制度のない学校に所属する教員は、教育評価の機会が乏しいため、より強く必要性を認識しており、それが高い得点となって表れたものと考えられる。多くの看護専門学校は基準最低枠の人員で運営されているため、教員数が少なければ、教員一人あたりが行う業務負担も大きく多忙となり、教員相互の授業評価のための労力や時間の確保が困難となることが考えられる。当然、教員数が少なければ、評価を受ける相手も限られてくるため、評価内容や視点も画一的となってしまう可能性がある。教員数が多い学校の方が、他者の評価をする、あるいは受ける機会が多く、授業評価が活発に行われやすいのではないだろうか。

活発な授業評価は、教員の教授能力の向上につながる。教員数・学生数などが示す組

組織規模の大小にかかわらず、授業評価のための労力や時間が確保できるような業務内容の整備やサポート体制の構築など、教員が認識している授業評価の必要性を、行動化として実現できるような、組織基盤作りが必要であると考える。

6. 【業務上のサポート】に関する要因

【業務上のサポート】「授業の準備のための十分な時間がある」などの3項目が含まれ、授業準備の時間や業務上のサポート体制の有無を示している。直接的に教育活動の評価につながるような内容ではないが、教員が行う業務が教育活動の評価に間接的に影響していることが考えられる。他の下位尺度に比べ平均得点が低く、職位と教員数において得点に有意差がみられた。

「専任教員」より「役職あり」の得点が高かったことについては、役職者は、必然的に年齢も高く教員経験年数も長いため、業務処理能力が高い^{12) 13)}ことが関与していると推測される。反面、この結果は、役職者の方が業務上のサポートを得やすい、あるいは業務上のサポートを提供していると認識している、ともとらえることができる。同じ職場環境に存在していてもサポート体制のとらえ方に差が生じているということは、役職者と専任教員の立場の違いが、業務上のサポート体制に対する認識の違いとなって表れていることも考えられる。また、教員数では「20人以上」と「10人～19人」で有意差がみられたが、これは【人間関係でのサポート】と同様、教員数が多い方が業務上のサポートも得られやすいためと考えられる。

VII. 結論

本研究は、教育活動の評価に関する要因を明らかにするとともに、その結果から教育活動の活性化につながる職場風土の改善や教員の資質向上のための示唆を得ることを目的とした。仕事満足感、教育活動評価、教育ニードの測定および因子分析、ロジスティック回帰分析を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 学生数・教員数が多い学校に所属する教員は、教育活動の評価をすすめるにあたって必要な人間関係でのサポートを高く評価しており、教員は評価そのものの必要性や評価結果だけでなく、評価活動を活発化させるためのサポート体制や人間関係をも重視していることが明らかになった。
2. 専任教員より役職者の方が、就労継続意思がない者よりある者の方が、自己の教育活動について肯定的な評価を示していた。
3. 教員は授業評価の必要性を強く認識しており、教員数が少なく、新人研修制度がない学校に所属する教員の方がより強く必要性を感じていた。
4. 教育活動評価をすすめるためには、組織規模の大小にかかわらず、授業評価のための労力や時間が確保できるような業務内容の整備やサポート体制の構築など、教員が認識している授業評価の必要性を行動化として実現できるような、組織基盤作りが必要である。
5. 学校の規模や組織体制、上司・同僚との人間関係などを含む職場風土が、教員のモチベーションに影響し、教育活動とその評価に関連していることが明らかとなった。職場風土の向上と改善が、教育活動の活発化に有効である。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、東海甲信越 7 県の看護専門学校 91 校のうち、施設長を通じての調査依頼で承諾を得られた 59 校に所属する看護教員を対象として調査を行った。対象が一部地域に限定されていたこと、研究承諾・協力が県によって差があり、地域差が生じた可能性もあり、本研究で得られた結果を一般化するには限界があると考える。

本研究の目的であった教育活動の評価に関連する要因として、教員数や組織規模、新人教育制度の有無、就労意志などが関連していることが明らかになったが、これらの背景に相関する要因を具体的に特定するためには、調査内容の精選と検討が必要である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力と励ましの言葉をいただきました看護専門学校の教員の皆様に心より御礼申し上げます。

論文執筆および研究データ分析におきまして、多大なるご指導をいただきました鈴村初子教授に、心より感謝申し上げます。

論文執筆におきまして、多くのご教授を賜りました衣斐達教授、熊澤千恵准教授に、深く感謝申し上げます。

本研究は平成 20 年度愛知県看護協会研究助成金を受けて実施した。

なお、本研究は平成 21 年度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り、第 41 回日本看護学会（2010、長崎）で発表し、論文集に投稿する予定である。

【引用・参考文献】

- 1) 日本看護協会：2000 年看護教育基礎調査、2000
- 2) 厚生労働省：看護師等養成所の教育活動等に関する自己評価指針、2003
- 3) 佐藤みつ子、宇佐見千恵子、青木康子：看護教育における授業設計第 2 版、P1、2002
- 4) 堀洋道、松井豊：心理測定尺度集Ⅲ、P 320、2001
- 5) 舟島なをみ：看護実践・教育のための測定用具ファイル、P217、2007
- 6) 日本看護学教育学会：看護教師調査、1999
- 7) 斎藤一美、森岡由紀子：中堅看護師におけるメンター（良き相談相手）の実態、北日本看護学会誌、Vol. 9、No. 2、P8-17、2007
- 8) 大場志乃：新人看護教員の自己教育力の検討、神奈川県立保健医療福祉大学実践教育センター 看護教育研究集録 No. 31、P166-172、2006
- 9) 亀岡知美、舟島なをみ、山下暢子：看護学教員の教育ニードの現状とそれに関する特性の解明、日本看護研究学会雑誌 Vol. 29、No. 5、P27-38、2006
- 10) 杉森みどり、舟島なをみ、永野光子：教員の授業評価の実態に関する研究－教員特性との関連に焦点を当てて－、千葉大学看護学部紀要、Vol. 20、P21-28、1998
- 11) 一色はじめ：看護教員の教育ニードと Sense of Coherence との関連、神奈川県立保健医療福祉大学実践教育センター看護教育研究集録、No. 32、P39-46、2007
- 12) 廣瀬信子、斎藤孝子、高橋幸子：看護学教員の看護実践能力の自己評価と教員特性との関連性に関する研究、共立女子短期大学看護学科紀要、第 3 号、P 95-102、2008
- 13) 道廣睦子：看護教師の力量の自己診断とその形成過程、看護・保健科学研究、第 1 卷、第 1 号、P15-24、2001

表1-1 教員の属性

		n	%
性別	女性	369	94.6
	男性	16	4.1
	無回答	5	1.3
年齢	30代	92	23.6
	40代	189	48.5
	50代	97	24.9
	60代以上	8	2.1
	無回答	4	1.0
配偶者	いる	257	65.9
	いない	123	31.5
	無回答	10	2.6
子ども	いる	237	60.8
	いない	143	36.7
	無回答	10	2.6
修了基礎教育 課程	大学・短大	74	19.0
	専門学校	309	79.2
	無回答	7	1.8
職位	専任教員	321	82.3
	役職あり	52	13.3
	パート	5	1.3
	無回答	12	3.0

表1-2 教員経験および臨床経験年数

経験年数 (n=390)	教員経験		臨床経験		
	M±SD	n	%	n	%
4年以下	10.2±7.4	107	27.4	16	4.1
5年～9年		85	21.8	149	38.2
10年～14年		81	20.8	108	27.7
15年～19年		56	14.4	54	13.8
20年以上		41	10.8	46	11.7
無回答		20	5.1	17	4.4

※数値は月数

表2 就労環境

		n	%
設置主体	国公立	217	55.6
	私立	155	39.7
	無回答	18	4.6
課程 (修業年限)	4年統合カリキュラム	15	3.8
	3年課程	360	92.3
	2年課程	10	2.6
	准看護科	2	0.5
	無回答	3	0.8
学生数	39人以下	131	33.6
	40～79人	196	50.3
	80～119人	44	11.3
	120人以上	15	3.8
	無回答	4	1.0
教員数	9人以下	115	29.5
	10～19人	221	56.7
	20人以上	49	12.6
	無回答	5	1.3
就労継続意志	あり	279	71.5
	なし	81	20.8
	無回答	30	7.7

表3 教員志望動機

		n	%
教員 志望 動機	看護基礎教育に关心	166	42.6
	人のすすめ	143	36.7
	配置移動	98	25.1
	勤務条件	16	4.1
	その他	24	6.2
	なんとなく	8	2.1
	無回答	6	1.5

※複数回答

表4 教育活動の評価についての考え方 因子分析結果

因子名と項目内容	1	2	3	4
1 人間関係でのサポート				
II-23 仕事内容で困難を感じたときサポートしてくれる同僚がいる	0.656	0.040	0.069	0.355
II-19 職場内講習会が日常的に行われている	0.653	-0.049	-0.101	-0.059
II-20 教育内容について日常的に話し合う機会がある	0.643	0.178	0.061	0.283
II-1 教員の教育活動の評価が活発である	0.559	0.126	0.111	-0.152
II-8 仕事で悩んだり行き詰まったりしたときに、学校には相談できる相手がいる	0.555	0.133	0.104	0.380
II-18 仕事内容で困難を感じたときサポートしてくれる上司がいる	0.544	0.084	0.069	0.501
Cronbach $\alpha = 0.746$				
2 肯定的な評価				
II-12 自分が教授する内容に自信を持って教授活動をすすめている	-0.078	0.735	0.039	0.179
II-15 授業に対する学生の質問・疑問に積極的に対応している	0.231	0.665	0.140	-0.039
II-6 教員の仕事の内容は複雑で難しい	-0.060	0.598	-0.133	-0.001
II-10 学生が学習しやすいように環境を整えている	0.113	0.520	0.053	0.123
II-9 自分自身の教育活動の評価に満足している	0.138	0.511	-0.125	0.202
II-22 学生の評価を活かす努力をしている	0.403	0.459	0.125	-0.202
Cronbach $\alpha = 0.651$				
3 授業評価の必要性				
II-7 他の教員の授業を聴講することは、自分自身の教員としての学びや成長になる	0.237	-0.054	0.739	0.061
II-2 教員の力量向上のためには、模擬授業や公開授業が必要である	-0.031	0.026	0.724	-0.028
II-5 自己の教育活動を向上させるためには、上司や同僚の評価が必要である	0.010	-0.167	0.722	0.056
II-11 学生からの授業評価は必要である	0.002	0.196	0.701	-0.070
Cronbach $\alpha = 0.705$				
4 業務上のサポート				
II-4 授業の準備のための十分な時間がある	-0.112	0.055	-0.021	0.717
II-14 急な休暇に対するサポート体制は整備されている	0.093	0.098	0.028	0.655
II-3 仕事を継続できるようなサポート体制がある	0.340	0.133	-0.063	0.594
Cronbach $\alpha = 0.582$				
寄与率 %		13.889	11.889	11.621
累積寄与率 %		13.889	25.778	37.399
尺度全体のCronbach $\alpha = 0.760$				

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

表5 教育活動の評価についての考え方に関する属性項目および各因子間の比較

		人間関係でのサポート 3.22±0.68			肯定的な評価 3.47±0.49			授業評価の必要性 4.01±0.61			業務上のサポート 2.63±0.74			
n = 390		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
教員の背景	性別	男	16	3.20	0.64	16	3.31	0.52	16	4.08	0.55	16	2.54	0.71
		女	359	3.23	0.67	357	3.48	0.49	361	4.01	0.61	360	2.63	0.74
		無回答	15			17			13			14		
	年齢	30代	90	3.26	0.66	89	3.39	0.49	92	4.03	0.61	92	2.60	0.81
		40代	185	3.21	0.69	184	3.46	0.51	183	4.00	0.60	183	2.62	0.73
		50代	93	3.24	0.65	93	3.56	0.42	95	4.01	0.62	94	2.66	0.72
		60代以上	8	3.21	0.51	8	3.54	0.42	8	4.25	0.50	8	3.00	0.59
		無回答	14			16			12			13		
	配偶者	あり	251	3.25	0.67	249	3.48	0.49	252	4.01	0.62	251	2.67	0.73
		なし	119	3.18	0.67	119	3.46	0.49	120	4.02	0.59	120	2.54	0.75
		無回答	20			22			18			19		
就労環境	子ども	あり	231	3.27	0.65	229	3.48	0.47	233	4.01	0.62	231	2.68	0.72
		なし	139	3.17	0.70	139	3.46	0.51	139	4.02	0.60	140	2.52	0.76
		無回答	20			22			18			19		
	59M以下(4年以下)	105	3.23	0.68	102	3.35	0.48	105	4.05	0.54	104	2.61	0.81	
		60~119M(5~9年)	82	3.25	0.64	83	3.48	0.48	84	4.01	0.71	84	2.57	0.75
	教員経験	120~179M(10~14年)	80	3.21	0.68	80	3.52	0.53	78	3.97	0.53	80	2.63	0.70
	年数	180~239M(15~19年)	54	3.25	0.69	54	3.55	0.46	54	3.94	0.59	53	2.76	0.72
		240M以上(20年以上)	39	3.32	0.58	40	3.55	0.42	41	4.12	0.70	40	2.73	0.69
		無回答	30			31			28			29		
	職位	専任教員	315	3.21	0.68	313	3.43	0.50	315	3.96	0.61	314	2.57	0.75
就労環境		役職有り	50	3.32	0.65	50	3.68	0.40	50	4.24	0.54	50	2.91	0.66
		パート	4	3.21	0.16	3	3.44	0.10	5	4.40	0.55	5	3.27	0.64
		無回答	21			24			20			21		
	設置主体	国公立	211	3.29	0.67	211	3.48	0.46	211	4.03	0.62	212	2.65	0.73
		私立	153	3.15	0.67	150	3.46	0.51	153	3.98	0.61	151	2.64	0.78
		無回答	26			29			26			27		
	学生数	39人以下	129	3.16	0.69	126	3.45	0.46	128	4.06	0.55	127	2.56	0.73
		40~79人	189	3.27	0.65	191	3.48	0.50	192	4.02	0.63	193	2.70	0.72
		80~119人	44	3.07	0.67	43	3.43	0.53	44	3.86	0.57	43	2.51	0.85
		120人以上	14	3.71	0.42	14	3.50	0.42	14	3.77	0.86	14	2.69	0.81
就労環境	教員数	9人以下	113	3.12	0.64	111	3.41	0.50	113	4.02	0.57	113	2.61	0.71
		10~19人	214	3.22	0.69	215	3.49	0.48	216	4.06	0.59	216	2.58	0.74
		20人以上	48	3.49	0.57	47	3.49	0.48	48	3.77	0.70	47	2.91	0.83
		無回答	15			17			13			14		
	新人教育制度	あり	84	3.38	0.63	84	3.54	0.46	85	3.85	0.71	85	2.71	0.69
		なし	254	3.16	0.69	255	3.46	0.50	255	4.07	0.57	255	2.60	0.77
		無回答	52			51			50			50		
	新人研修期間	あり	88	3.36	0.65	90	3.51	0.51	90	3.96	0.70	90	2.70	0.78
		なし	271	3.18	0.69	266	3.46	0.48	270	4.02	0.59	270	2.60	0.73
		無回答	31			34			30			30		
就労環境	就業サポート	あり	327	3.27	0.67	325	3.46	0.48	329	4.03	0.60	328	2.66	0.74
		なし	44	2.94	0.61	44	3.50	0.53	44	3.94	0.66	44	2.42	0.74
		無回答	19			21			17			18		
	就労継続意志	あり	273	3.28	0.63	272	3.50	0.46	272	3.98	0.64	271	2.71	0.72
		なし	79	3.05	0.82	78	3.41	0.58	81	4.09	0.54	81	2.41	0.76
		無回答	28			40			37			38		
	専門学歴	大学・短大	72	3.20	0.58	72	3.46	0.44	302	4.04	0.57	301	2.62	0.73
		専門学校	301	3.24	0.69	299	3.47	0.49	73	3.90	0.73	73	2.67	0.79
		無回答	17			19			15			16		
	教員養成講習	受講	318	3.23	0.67	318	3.48	0.49	320	4.01	0.63	320	2.62	0.72
就労環境		未受講	57	3.21	0.68	55	3.38	0.48	57	4.03	0.47	56	2.68	0.84
		無回答	15			17			13			14		
	教員志望動機	教育に関心あり	160	3.20	0.68	159	3.52	0.49	162	4.04	0.65	162	2.67	0.72
		その他	214	3.25	0.66	213	3.44	0.47	214	3.99	0.58	213	2.59	0.75
		無回答	16			18			14			15		
	現在の自己研鑽活動	あり	334	3.24	0.67	331	3.49	0.48	336	4.02	0.61	336	2.63	0.74
		なし	41	3.05	0.75	41	3.33	0.47	41	3.91	0.56	40	2.64	0.73
		無回答	15			18			13			14		
	研究発表	あり	232	3.24	0.71	230	3.48	0.49	234	4.02	0.63	232	2.62	0.72
		なし	138	3.20	0.62	137	3.47	0.48	138	4.01	0.58	139	2.64	0.79
学会所属	あり	184	3.21	0.69	183	3.48	0.49	185	4.01	0.66	185	2.69	0.73	
	なし	185	3.24	0.66	183	3.47	0.48	186	4.01	0.56	185	2.57	0.74	
	無回答	21			24			19			20			

2項目間はt検定、3項目以上の間では一元配置分散分析

*P < 0.05

表6 教育活動の評価についての考え方に対するロジスティック回帰分析

			オッズ比		95% 信頼区間	有意確率
					下限	
人間関係でのサポート	就労サポートあり／なし		2.77	1.27	6.03	0.01
	新人研修期間あり／なし		1.81	1.02	3.21	0.04
肯定的な評価	職位 専任教員／それ以外		0.30	0.15	0.63	0.00
	教員経験15～19年以下／それ以外		0.47	0.23	0.95	0.03
授業評価の必要性	職位 専任教員／それ以外		0.46	0.24	0.90	0.02
	教員数10～19人以下／それ以外		0.35	0.15	0.78	0.01
業務上のサポート	職位 専任教員／それ以外		0.33	0.16	0.67	0.00

二項ロジスティック：減少法wald

社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

在宅移行困難事例に対する

がん看護専門看護師の介入の視点

○ 柴田亜弥子（名古屋大学大学院医学系研究科博士課程前期課程）
国府浩子（熊本大学大学院生命科学部研究部）

はじめに

我が国における専門看護師制度は、社会的変化、医療の進歩、看護職のキャリアアップへの希求、政府による看護教育の整備とそれに伴う看護学の国際化などを背景として、米国の Clinical Nurse Specialist 制度を参考に検討が行われ、1996 年に精神看護領域 2 名、がん看護領域 4 名の専門看護師（Certified Nurse Specialist 以下 CNS）が誕生した¹⁾。日本看護協会は CNS の活動目的として、複雑で解決困難な看護問題をもつ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを明示しており、CNS は各領域において実践、調整、相談、倫理調整、教育、研究といった 6 つの役割を担いながら活動している。

がん看護専門看護師（Oncology Certified Nurse Specialist 以下 OCNS）は、現在（2009 年度）128 名が認定を受け、全領域の 42% を占める最も認定者数の多い領域である。OCNS の多くは病院に勤務し、組織継続的に活動し 6 つの役割を果たしながら、緩和ケア、化学療法、放射線療法などのサブスペシャリティを持ち、それを中心としながらも患者、家族のニーズを検討し、自らの活動を自律的に行っている²⁾。

がん医療の動向においては、包括医療をはじめとする医療費制度による在院日数の短縮化やがん対策基本法に関連する在宅医療の推進³⁾、さらに病院の機能分化に伴う効率的な病床管理の必要性⁴⁾、患者の権利保障に基づいたインフォームドコンセントや患者中心の意思決定により、患者自身が在宅移行を選択していく時代となっている⁵⁾。このような政策的背景、患者の意思を尊重する背景から在宅移行が促進され、地域連携など在宅医療への連携や退院調整の必要性がクローズアップされている。入院時から退院計画を立案し、退院という目標に向け社会資源を導入するなど、先を見据えた調整を早期から開始することでシームレスな移行が実現するようになった。

しかし、在宅移行期のがん患者は、痛みや呼吸困難、食欲不振、不安や気分の落ち込みといった、複合的な症状⁶⁾によって入退院を繰り返すことも特徴的であり、この時期には見放され感やスピリチュアルペインも表出しやすい。また、患者本人だけでなく、家族においても患者同様見放され感が強く⁶⁾、予期的悲嘆が出現する時期である。在宅移行期は身体的・心理的に困難な状況であるため、患者は介護する家族の負担を考え、帰りたいという自分の意思を表現できなくなる場合がある。さらに、家族も患者を受け入れられない状態になるなど、自宅での療養を困難にする問題が多く、在宅移行が困難な場合が多い。在宅移行期のがん患者の退院調整には高度なアセスメント能力と調整能力が必要となることから、OCNS が関与していることが多い。また、在宅移行期の患者の特徴である複合的

な症状やスピリチュアルペインに関する介入は緩和ケアの領域であり、特に緩和ケアをサブスペシャリティとする OCNS の介入の必要性は高いと思われる。

しかし、このような事例に対し、OCNS がどのような介入の視点を持って実践をしているのかはまだ明らかにされておらず、様々な阻害要因を含む在宅移行困難な事例を通して見える OCNS の介入の視点は、OCNS の実践に対する Outcome の一つになり得ると思われる。

I. 研究目的

在宅移行困難事例に対する介入実践の現象を記述することにより、OCNS の介入の視点を明らかにすること。

II. 用語の定義

在宅移行期：がん疾患によって病院に入院している患者が、積極的治療を終了し症状緩和が中心の医療となる時期。

在宅移行困難：がんの診断時から、死亡に至るまでの長期的な経過の中で、自宅での療養が困難な状態。

事例：OCNS の介入視点に焦点を当てているため、患者、家族だけでなく、医師、看護師を含めた状況。

III. 研究方法

1. 研究期間：2009年4月～2010年1月

2. 対象：日本看護協会ホームページに公開され、退院調整または患者支援などの活動を行っている OCNS。対象選定においては、施設や地域背景の関与を予測して、施設の種類（大学病院、がん専門病院、一般病院）および施設の地域性（首都圏と地方）を考慮し、可能な限り日本全国から選定を行い、経験年数は限定せず分散するようサンプリングした。

3. 研究方法：研究への参加を承諾された OCNS にプライバシーの保てる場所で、インタビューガイドを用いた 1 時間程度の半構造化面接を行った。OCNS1名に対し、それぞれ 1～2 事例の在宅移行困難事例について、介入開始時から退院に至るまでの経過を中心に尋ねた。

インタビューガイドの内容は、在宅移行で印象に残っている事例、OCNS として介入した経緯、事例に対しての介入方法、看護介入を行う過程で OCNS として心がけたことや重要としたこと、看護実践において大変を感じたことや辛いと感じたこと、OCNS の介入によって生じた変化、在宅移行に関する今後の課題とした。

面接した内容は、対象者の承諾を得て録音し、その後逐語録におこした。

4. 分析方法：Grounded Theory Approach を参考に以下の手順で分析を行った。

- 1) オープンコーディングでは、データを内容ごとに切片化し、切片ごとにラベルのパターンとなるプロパティと、プロパティの幅となるディメンションを抽出し、それらを基にしてラベル名を付けた。
- 2) 同類のプロパティを集めて、類似するラベルを統合し抽象度を高めながら、カテゴリー化した。

- 3)アクシャルコーディングでは、サブカテゴリーが、パラダイムの3つの構成要素である状況・行為・帰結のどれにあたるかを検討した。サブカテゴリー関係はプロパティに対するディメンションの違いによってどのサブカテゴリーに関係するのかを考えながらサブカテゴリー同士を矢印で結び、関連図として示した。関連図の中心的なサブカテゴリーをカテゴリーとし、各カテゴリーとサブカテゴリーを関係づけ、現象の構造とプロセスをとらえた。
- 4)セレクティブコーディングにおいて、各現象を表すカテゴリーからパラダイム、関連図を用いて、中心的概念となるコアカテゴリーと、それを説明するカテゴリーの関係を検討した。

分析の全過程において、継続的なスーパーバイズを受けることにより、信頼性・妥当性を確保した。

5. 倫理的配慮：名古屋大学医学部倫理委員会保健学部会の承認を得て実施した（承認番号8-167）。対象者となるOCNSの所属長へ研究の目的や内容、倫理的配慮について文書で説明し、了解が得られた場合にOCNSへ調査依頼を行った。OCNSへは研究の目的、内容、研究への参加は自由意思であり、協力が得られなくても不利益を被ることはないこと、本研究はOCNSの実践活動の内容に焦点化しており、OCNS個人の能力や資質を評価するものではないこと、プライバシーの保持、データを本研究以外に使用しないことを説明し、研究協力への同意を得た。語られた事例は、施設名や個人名を匿名化し事例の個人が特定できないようにした。

IV. 結果

1. 対象者の概要（表1）

対象者は8名で、勤務施設は大学病院2名、がん専門病院3名、一般病院2名、非公開1名であり、都道府県がん診療拠点病院3名、地域がん診療拠点病院1名、その他4名、地域属性は関東甲信越地方3名、東海地方2名、近畿地方2名、四国中国地方1名となつた。また対象者は、大学院修士課程（がんCNSコース）卒業後3年～8年の実践経験を持ち、外来、相談支援室を活動の拠点としながら緩和ケアチームやコンサルテーション活動によって病院内全体で活動を行っていた。

2. 3段階のコーディング結果

面接は各OCNS1回ずつで、1回の面接時間は50分～1時間12分であった。各データを分析し、オープンコーディングでは、1名あたり112～246の個人ラベルが抽出され合計1256のラベルが得られた。ラベルの統合、抽象化を行い、91の項目のラベルから35個のサブカテゴリーが抽出され、アクシャルコーディングにより7個のカテゴリーと28個のサブカテゴリーが導き出された（表2）。

セレクティブコーディングによって7つの現象の関係を検討し、【現象の認識と介入時機の見極め】というコアカテゴリーと、《エンパワーメントを高める土台形成》《社会資源を活用した生活への調整》《医師の特徴を活かした協働》《ジェネラリストを尊重する》《症状と影響要因のアセスメント》《OCNSの活動実践への意味付け》というカテゴリーによってOCNSの在宅移行困難事例に対する介入の視点が説明された。

2. 在宅移行困難事例に対する OCNS の介入の視点

OCNS の視点を図 1 に示す。以下の【】は、カテゴリーを、《》はサブカテゴリー、〈〉はラベル、「」は語りのデータ、データ内の（）は研究者が加えた文脈上の補足を示す。

OCNS は在宅移行困難な事例に対し、患者の希望を叶えようと常に【現象の認識と介入時機の見極め】を中心の視点に定めていた。退院調整の主体はジェネラリストであると認識しているため、患者の希望の実現に向けて、《症状と影響要因のアセスメント》《エンパワーメントを高める土台形成》《社会資源を活用した生活への調整》といった退院調整の実践にジェネラリストを巻き込みながら実践を積み重ねる中で、《ジェネラリストを尊重する》ことを重視していた。しかし、チームアプローチの要となるのは主治医である現状では、スムーズに調整していくために《医師の特徴を活かした協働》が重要な視点であり、医師を中心としたチームを巻き込んでいきながら【現象の認識と介入時機の見極め】を行っていた。このような介入は一事例ごとの実践の過程を振り返りながら《OCNS の活動実践への意味付け》を行うことが基となり、その積み重ねを自分の活動の基盤にしていると認識していた。学びとなる経験を積み重ねながら、次なる実践へ循環させ、更なる在宅移行困難事例に医師、ジェネラリストを巻き込みながら実践を繰り返して行くという OCNS の視点が導き出された。

以下に OCNS の介入の視点を構成している 7 つの現象の中からコアカテゴリーとなった【現象の認識と介入時機の見極め】について説明する。

1) 現象の認識と介入時機の見極め

アクシャルコーディングにおいて、パラダイムの状況、行為、帰結にサブカテゴリーを分類した結果、《患者の意思を支える判断材料》は状況を示し、【現象の認識と介入時機の見極め】《患者の意思決定を支える介入》は行為を、《希望の実現》《患者の変化》は帰結を示すサブカテゴリー間の関係性が見出された。

【現象の認識と介入時機の見極め】の現象について図 2 に示す。

OCNS が在宅移行事例に遭遇すると、まず、患者自身の〈在宅への意思〉や〈病状理解〉などの《患者の意思を支える判断材料》とともに今起こっている【現象の認識と介入時機を見極め】することを重視していた。患者が今の状況をどう捉えているのかということを軸として、起きている現象を認識してタイミングを持ち、《患者の意思決定を支える介入》を行っていこうとしていた。この現象の認識と介入時機の見極めの状況により、患者の《希望の実現》や《患者の変化》に違いが見られた。

患者自身の〈在宅への意思〉が強ければ、【現象の認識と介入時機の見極め】が行われ、〈患者の意思を尊重〉することで《希望の実現》に向かっていた。しかし患者の〈在宅への迷い〉や〈スピリチュアルペイン〉が強い場合、または、患者の〈病状理解〉が不良である場合は、在宅移行がスムーズに進まない場合が多いため、OCNS は在宅移行を阻む患者や家族の精神状態や〈起きている現象の認識〉を再び行い、〈介入時機〉を見極め直し、〈患者の尊重〉〈信頼関係の構築〉〈患者への寄り添い〉を実践していた。

「先生から説明はされても、厳しい予後まではそんなにダイレクトに本人には伝えられないことが多いためにもう少し食べられないと、とか、もう少しやっぱり歩けるようにならないと家には帰れないというような、今の病状とか、今後の予後を考えた場合に今がベストな状態ではあるんですけども、本人さんがそういうふうには捉えられない、っていうふうに、医療者の認識と、患者さんが自分の病気とか

今後の目標を捉えていくにあたって、認識のずれがあるということがありましたので、まず選択肢を出す前に、そこを整えていかなくてはいけないかなっていうことがありました。…中略…本人の気持ちにまず寄り添ってできる支援をしたっていうのと、先生からの病状説明をね、どれくらいしてもらうのがいいのかっていうことをあの、アプローチした。」(事例 E)

OCNS の介入によって〈患者の変化〉を促し、患者を《希望の実現》へと導いていくが、【現象の認識と介入時機の見極め】において、〈患者の病状認識〉や、〈スピリチュアルペイン〉の状況といった、〈起きている現象の認識〉や〈介入のタイミング〉が見極められなければ、《患者の意思決定を支える介入》はできないため、もう一度《患者の意思を支える判断材料》に戻って状況を見極めようとしていた。たとえ《患者の意思決定を支える介入》を試みても《患者の変化》が生じなかつた場合、【現象の認識と介入時機の見極め】に戻り、再度、患者に起きている〈状況の把握〉や〈介入の時機〉を見極め直そうとしていた。何度も状況を見直すことを繰り返した結果《希望の実現》に至ったとしても、再度、病状の悪化や介護状況による在宅療養での迷いという状況の変化が生じた場合、はじめから《患者の意思を支える判断材料》に戻り、【現象の認識と介入時機の見極め】直していた。

V. 考察

本研究より、在宅移行困難事例に対する OCNS の介入の視点が明らかになった。そのため、在宅移行困難事例に対して OCNS が持つ介入視点の特徴について考察する。

1. 在宅移行困難事例に対して OCNS が持つ介入視点の特徴

OCNS は『在宅移行困難事例に対する介入の視点』という現象において 7 つのカテゴリーからコアカテゴリーとして導き出された【現象の認識と介入時機の見極め】という視点を軸に据え、家族や患者の生活、患者の症状がどのような状況にあるのかを常に見極めていた。また、OCNS と同様に患者の意思を支える側にいるジェネラリストや医師に対しても、患者、家族をどのように理解し、どう考えているのかといった見極めを行っていた。患者、家族、医療者の周囲で起きている状況に対し、現象を明確化し、各現象に関連している要因を更に明らかにしていく視点は、OCNS の特徴的な視点であると考えられる。在宅移行が困難となる要因として患者要因⁷⁾⁸⁾、家族要因⁹⁾、医療者要因¹⁰⁾と様々な要因が絡み合って在宅移行困難な状況を作り出しているため、一側面のみのアプローチでは困難な状況を変化させることは難しく、関連し合う現象に対して、ひとつひとつ丁寧に影響要因をひも解き、アプローチすることが重要であるため、複雑な関係を見極めていく視点が必要となる。OCNS は患者の意思を尊重し、患者の希望を叶える為に、常に起きている状況を見極めることを重視していた。状況を引き起こしている関連要因や潜在的な現象を明らかにしていく視点を持ち、明確となった在宅移行阻害要因に介入時機の見極めのもと、調整や実践によって在宅移行阻害要因の変化を促していると考えられる。

OCNS がこのような視点を持つことができる理由として、OCNS の活動領域が関係していると思われる。OCNS はサブスペシャリティを持ち、それぞれの能力を発揮しながら緩和ケアチームなどのチーム医療に参加し、他職種と協働しやすい職位置にあることや、チーム医療においてもチーム内の調整役割を担う OCNS が多く、医師、患者、ジェネラリストに対して OCNS は柔軟に距離を取りながら、現象に対して各職種と公正的な立場で、専

門職や患者の意見をシェア出来る立場にあることが考えられる²⁾¹¹⁾¹²⁾。この立場から現象を見ることで、起きている現象を広い視野で全体的に捉え、誰に、いつ、どのような調整が必要なのかを見極めていく。また、実際に、個々のチームメンバーに調整する際には、個々のメンバーが現象に対して、どのように捉えているのかを見極めていかなければ、必要な時期に、効果的な介入が困難になる。近藤は¹³⁾調整するものを『情報』『人』『時間』『場所』とし、『情報』は、情報の内容を調整するのではなく、現在集まっている情報は何で、わからない情報は何か、などといった情報の出所や内容、性質などを評価し、必要な人に情報を伝えるなどの活動と示している。『人』に関する調整では、その人の持つ『専門性』『役割』『意見』『気持ち』などの調整であり、職種間での衝突が起きるのも、この部分であるとしている。『時間』の調整では、在院日数短縮の推進やターミナルステージなどより、短い時間で効果的なケア提供が望まれているため、適切な時間の使い方が大切である。と述べ、チーム内での話合いのタイミングも重要であり、早すぎると情報が不足して憶測で話し合いが進んでしまい、遅すぎると患者へ介入するタイミングがなくなり、問題の解決が困難になってしまふため、調整者の時間的感覚もタイミングを捉える際には重要としている。

のことからも、OCNS は起きている現象に対して、関わっている『人』全体を見て、『情報』をどのように調整するのかといった広角的視点で現象の全体像を見極めていることがうかがえる。

一方、『人』の感情レベルに視点を置くことの重要性も述べており、医師個人や関係する『人』の特徴を見極めることもその一つといえる。結果の、「先生から説明はされても、厳しい予後まではそんなにダイレクトに本人には伝えられないことが多い…。」という語りにあるように、病状説明の内容をどの程度まで伝え、どの内容を伏せるかといった部分は、医師が患者をどのように捉え、患者の精神状態をどのように理解しているから、どこまでの病状説明をしているのか、医師の心情にまで視点を向けることもある。しかし、病状をダイレクトに伝えられていないことによって、在宅移行の時期を逃してしまう可能性は高く、患者の退院調整を実践していくジェネラリストは、病状説明をはっきりと実施しない医師に対し、医師を責める場合がある。ここで、なぜ、ジェネラリストは患者に病状をしっかりと伝えるべきだと考えているのか、医師はどう考えているのかといった、緻密なレベルまでしっかりと状況を見極める必要がある。この場合、医師だけや、看護師だけではなく、家族はどう思っているのか、本人はどう思っているのかといった関係する人全てに緻密な視点が必要な場合も存在する。近藤は¹²⁾人の意見の裏にはポジティブな感情と、ネガティブな感情が大きく関係し、問題として表面化する場合、ネガティブな感情が影響していることが多いため、人の意見や臨床問題だけに焦点を当てて調整するのではなく、個人の感情にも焦点を当てなぜそう感じたのかを考え、お互いの立場と感情を理解していくことで感情を次第に変化させていくことができるとしている。このことから、複雑な要因が絡み合う在宅移行困難な事例に対し、関連する人の心情にまで視点を当て、どのように捉えてどのような感情を持っているのか、その感情によってさらに何が起きているのかといったレベルまで見極めることで、真の問題解決に繋がる調整が可能となるのだと考えられ、OCNSの現象の認識と介入時機の見極めには広角的な視点と緻密な洞察的視点が必要とされているのだと考えられる。

OCNS と同様に、がん患者の退院支援に関わる地域看護 CNS の三輪¹⁴⁾は、在宅療養で

の家族支援の重要性を述べており、家族の強みを見極める視点を重要視している。家族の強みとは、「家族が内包している家族のつながりや力や能力を基盤にして、家族の病気体験を通して培ってきた力を発展させ、家族としての誇りを育み、それらを内的なエネルギーとして、更に家族として統合しようとする力」と定義されており、本研究における家族のエンパワーメントを高める土台形成に関する見極めと類似する介入の視点であると考えられるが、家族の予期的悲嘆など、がん特有の家族が持つ感情に対する視点までは示されていない。つまり、OCNSは、患者・家族関係といった広角的視点でそれぞれの関係性を見極めながらも、患者・家族のスピリチュアルペインや予期的悲嘆といった、がん疾患に対する特徴的な心情や、家族に対するつながりや家族の力を見極めていく緻密な洞察的視点を持ち、現象の認識と介入時機の見極めを行っていると考えられる。

VI. 結論

在宅移行困難事例に対する OCNS の介入の視点を明らかにするために、退院調整または患者支援などの活動を行っている 8 名の OCNS に面接調査を行い、Grounded Theory Approach を参考にした分析方法により以下のことが明らかになった。

1. 在宅移行困難事例に対する OCNS の介入の視点として、【現象の認識と介入時機の見極め】《症状と影響要因のアセスメント》《エンパワーメントを高める土台形成》《社会資源を活用した生活への調整》《ジェネラリストを尊重する》《医師の特徴を活かした協働》《OCNS の活動実践への意味付け》の 7 つのカテゴリーが明らかになった。
2. 在宅移行困難事例に対する OCNS の介入の視点は、患者の希望が実現するよう【現象の認識と介入時機の見極め】を中心の視点に定めながら、《症状と影響要因のアセスメント》《エンパワーメントを高める土台形成》《社会資源を活用した生活への調整》の実践にジェネラリストを巻き込み《ジェネラリストを尊重する》と同時に、《医師の特徴を活かした協働》を行っていくという視点であった。このような視点には、《OCNS の活動実践への意味付け》が基盤となっていた。
3. 【現象の認識と介入時機の見極め】の視点の特徴として、現象を広い視点でとらえるマクロの視点と、個々の考え方や特徴、力量などをいかしていくミクロの視点を併せ持つことが示された。

謝辞：研究にご協力いただきました OCNS、所属長の皆様、ご指導いただきました熊本大学大学院生命科学研究部の国府浩子教授、名古屋大学保健学科の安藤詳子教授、浅野みどり教授、横内光子准教授に深く感謝いたします。

本研究は、愛知県看護協会研究助成を受けています。

付記：本研究は名古屋大学大学院医学系研究科博士課程前期課程で遂行した研究の一部である。

引用・参考文献

- 1) 佐藤直子（1999）：専門看護制度 理論と実践，医学書院。
- 2) 長谷川久巳(2008)：がん看護領域における専門看護師/認定看護師制度，癌と化学療

- 法, 35(4), 572-577.
- 3) 蘆野吉和(2007) : がんの継続医療 病院から在宅へーギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケアー, 癌と化学療法, 34, 175-178.
 - 4) 近藤まゆみ(2006) : がん看護にまつわる最新の動向とケア, 看護学雑誌, 406-410.
 - 5) 小林督子, 川瀬洋子, 中村晶子ら(2003) : 在宅・転院した患者の最後を迎える場所の意思確認ー医師・看護師の関わりー, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 14, 77-84.
 - 6) 三條真紀子, 広瀬寛子, 柳澤博ら(2008) : 終末期がん患者の療養場所移行に関する家族の敬意と医療者への家族支援ニーズ～終末期に一般病棟で療養したがん患者の遺族への質的調査を通して, がん看護, 13(5), 580-588.
 - 7) 安達律恵, 後藤登茂子(2004) : 終末期患者の「家に帰りたい」を叶えるために 患者の願いを引き出し家族と共に支えられる看護を目指して, 日本看護学会論文集;老年看護, 34, 120-122.
 - 8) 福井小紀子(2007) : 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関係性の検討 在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果, 日本看護科学会誌, 27(3), 48-56.
 - 9) 大川宣容ら(2007) : 終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因 看護師が捉える家族側の要因, 高知女子大学紀要, 56, 1-9.
 - 10) 吉田亜紀子ら(2006) : 終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む 医療従事者側の要因, 高知女子大学紀要, 55, 1-9.
 - 11) 梅田恵, 長谷川久巳, 吉田智美ら(2009) : 日本におけるがん専門看護師の活動実践報告『第1報』, がん看護, 14(5), 595-598.
 - 12) 近藤まゆみ(2001) : チーム医療の推進役としてのがん看護専門看護師の機能, がん看護 6(4), 305-307.
 - 13) 近藤まゆみ(1999) : チームメンバーを調整するコーディネーターの役割とは, インターナショナルナーシングレビュー, 22(5), 35-41.
 - 14) 三輪恭子(2008) : 終末期の在宅療養移行への支援, インターナショナルナーシングレビュー, 31(3), 42-50.

社団法人 愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

看護職員の倫理的感受性の実態と現任教育との関連

—A施設におけるMST調査結果の分析—

○ 岩花あけみ (一宮市立市民病院)
佐々木眞理子 (一宮市立市民病院)
山田聰子 (中部大学)

はじめに

近年の医療技術の進歩により、人の生死を左右するような重大な倫理的問題や人々の価値観の多様性と権利意識の高揚に伴って、従来の価値観では対応しきれない複雑な問題を生じるようになった。看護実践の場においても、医療従事者個人の言動や姿勢に関わる道徳的な問題から生命のあり方に踏み込む問題まで広範で、かつ、その問題に関わる人々の価値観も多様である。このような状況において看護職員は倫理的問題に直面してもそれを倫理的問題と感じないことや、あるいはジレンマを一人で抱え込み解決できずにいることが少なくないと考える。これらのことより、臨床場面で生じる倫理的問題について、自ら感じて対応できるような倫理的感受性を高め、さらに問題解決に向けた意思決定が行える能力を向上させる支援が必要だと考える。この支援により、専門職として倫理的視点に立った看護を実践し、看護の質の向上に寄与できると考える。

A施設では、平成19年度に看護部倫理委員会を設立し、その下部組織として各部署から選出された委員で構成される倫理推進委員会を平成20年に設立した。看護部倫理委員会は、患者・家族及び職員の人権を擁護すること、および、看護職の倫理感性や倫理的行動の向上を図り組織的に倫理的問題に対応できる環境の整備・支援を行うことを目的としており、看護部の倫理教育計画と運営に関する方針や倫理推進委員会での審議事項の決定を責務として活動している。また、倫理推進委員会は、看護職の倫理的感受性や倫理的な行動を育成し支援するために、臨床倫理に関する事例検討や集合教育及び部署別倫理教育の計画・運営を行っている。また、平成20年度よりクリニカルラダーシステムの看護実践能力の柱の一つに「倫理的意思決定能力」を位置づけ、ラダーレベル毎の院内研修を行っている。

フライ¹⁾は「倫理教育の目的は倫理的意思決定のできる道徳的責務を果たすことができる臨床家を養成することである」と述べている。倫理的意思決定（倫理的能力）の基盤となる倫理的感受性を醸成することが重要であり、その育成には看護基礎教育と現任教育の方針や内容、方法が影響すると考える。

先行研究においては、倫理的感受性の実態や臨床現場の倫理に関する取り組みについての報告はあるが、現任教育との関連をみたものは見あたらない。

そこで、本研究は日本語版モラルセンシビティテスト²⁾(MST)を用いて、A施設の看護職員の臨床場面における倫理的感受性の実態を明らかにするとともに、現行の倫理に関する現任教育、つまり、院内における全職員を対象とした研修会やクリニカルラダーレベル毎の研修、院外研修、そして看護部の倫理に関する委員会の委員としての活動が倫理的感受性に影響を及ぼしていると考え、MSTとの関連を検討し、今後の教育内容や方法など看護職員の支援方法への示唆を得ることを目的に取り組んだ。

I. 目的

A 施設の看護職員の倫理的能力の基盤となる倫理的感受性の実態を調査し、現行の現任教育計画を含む支援活動を検討する。

II. 方法

1. 調査対象：A 施設に在職する看護職員（523 名）
2. 調査方法：質問紙調査（無記名留め置き式）
3. 調査期間：2009 年 7 月 30 日～8 月 23 日
4. 調査内容：倫理的感受性の測定には MST を用いて、6 段階評価（1：全然思わない 2：そう思わない 3：あまりそう思わない 4：少しそう思う 5：そう思う 6：全くそう思う）を行った。MST とは、Lutzen ら³⁾が作成した 35 項目からなるモラルセンシビティー測定尺度である。この MST を中村ら²⁾が日本語版に翻訳し妥当性と信頼性を確認した尺度である。調査では翻訳者の許可を得て、回答の変動が大きく不適切項目とされている「8. 看護・医療の経験上、患者が病気や症状をよく把握していない時、援助できることは少ないと思う。」を除き、使用した。MST に影響すると予測する倫理的能力の育成を意図した現行の現任教育や卒業した看護師養成課程（卒業課程：2 年課程専門学校、3 年課程専門学校、看護系短期大学、看護系大学）も MST と同じ調査票にて調査した。
5. 分析方法：SPSSver. 15.0 を用いて単純集計を行った後、院内・院外研修の受講の有無および委員会活動の経験の有無と MST を Mann - Whitney の U 検定にて分析し、卒業課程と MST について Kruskal Wallis 検定にて分析した。
6. 倫理的配慮

調査内容については個人が特定されないようにし、調査結果は統計的に処理することや、調査への参加は自由意志であり、調査に協力しなくとも不利益がないこと、調査用紙への回答をもって同意とみなすこと等を書面で説明した。機密保持のためにデータは厳重に保管・管理し、入力後はシェレッダー処理を行った。

III. 結果

1. 対象の属性

回収数 434 名（回収率 82.9%）有効回答数 432 名（有効回答率 99.5%）であった。表 1 に示すように、対象の平均年齢は 34.82 (SD9.24) 歳、性別は男性が 18 名 (4.2%) で女性が 414 名 (95.8%) であり、看護実務経験年数として最多年数は、11～15 年目 82 名 (19.0%) であり、次いで 6～10 年目 81 名 (18.8%) であった。卒業課程別は、3 年課程専門学校が 279 名 (64.6%) と最も多く、次いで、2 年課程専門学校が 86 名 (19.9%) であり、看護系短期大学は 37 名 (8.6%)、看護系大学 14 名 (3.2%) であった。倫理に関する現任教育受講歴では、全体研修やラダー別研修などの院内研修を受講している者が 270 名 (62.5%)、受講したことが無い者が 137 名 (31.7%) であった。倫理に関する院外研修を受講したことがある者が 34 名 (7.9%)、受講したことが無い者が 360 名 (83.3%) であった。また、倫理関連委員としての活動経験がある者が 22 名 (5.1%)、無い者は 390 名 (90.3%) であった。

2. A 施設看護職員の倫理的感受性の実態

MST を用いて A 施設看護職員の倫理的感受性を測定した結果、表 2 に示すように全体としては「3：あまりそう思わない」「4：少しそう思う」の回答が多かった。この「3：あまりそう思わない」の回答が最も多い項目は 6 項目（4、23、26、29、32、34）で、「4：少しそう思う」が最も多い項目は 19 項目（7、9、11、12、13、14、15、16、17、19、20、21、22、24、25、

28、31、33、35) であった。

次に、各項目の平均値の高低をみると、「2. 広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である。」「1. 入院院患者に接することは日常のもっとも重要なことである。」「30. 患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である。」「3. 自分の行うことについて、患者から肯定的な反応を得ることは重要である。」「6. 患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に応えることは重要である。」の順で高かった。一方、低かった項目は「34. 回復する見込みがほとんどない患者によい看護を行うことは難しいことだと思う。」次いで「32. 患者が処方された薬を内服しようとした時、時々強制的に注射をしようという気持ちになる。」「26. 例えば、ターミナルのアルコール中毒患者がグラス一杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。」「4. 患者の回復を見なければ、看護・医療の役割の意義を感じない。」「29.自分がよい看護・医療であると思う価値観や信念は、時々、自分だけのものであると思う。」の順であった。

3. 現任教育による倫理的感受性の違い

院内研修の受講の有無によって MST の回答に違いあるかどうか Mann - Whitney の U 検定にて分析を行った。その結果、表 3 に示すように MST の全ての項目において有意差 ($p < 0.05$) はなかった。院外研修の受講および倫理関連委員会の活動の経験の有無では、「7. よい看護・医療には、患者が望まないことを決して強制しないことが含まれると信じている。」「15. ほとんど毎日、意思決定しなければならないことに直面する。」「17. 患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。」「18. 価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う。」「22. 自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する。」「23. 患者不在の意思決定場面にしばしば直面する。」「31. 患者が自分の状態をよく知るように援助できることを時々悪いと思う。」の 7 項目に共通して有意差があり、いずれも院外研修や倫理関連委員会活動の経験がある者の方が高かった。

4. 卒業課程による倫理的感受性の違い

表 4 に示すように、卒業した看護師養成機関（2 年課程専門学校・3 年課程専門学校・短期大学・大学）による有意差はなかった。

IV. 考察

A 施設看護職員の倫理的感受性の実態は、MST の全体的な結果を見ると、「3 : あまりそう思わない」「4 : 少しそう思う」という曖昧な回答を選択する者が多かった。このことから、質問項目に対する明確な意見をもっているのではなく決めかねている状況にあり、回答に迷いを感じていることが推測される。迷いを感じるということは、倫理的な問題に直面した場合の感受性は持ち合わせていると言えるのではないだろうか。しかし、その反面、確信をもって自分の考えや行動を述べることができないことや意思決定が必要とされる場面において、自己決定ができない傾向があると考える。また、臨床場面において、迷いながら実践していたり、あるいは、あまり意識せずに行行動していることも考えられる。

フライ¹⁾は、看護実践にとって重要な倫理原則は、善行・正義・自律・誠実・忠誠であり、自律の原則として、個人自らの選択に基づいて自分自身の行動を決定する自由を持つことの重要性を述べている。

これらのことより、日常の看護実践の中で「倫理」を意識づけ、倫理的問題に気づいたときに声に出すことができ、倫理的ジレンマを語り合える自由な職場風土づくりが必要と考える。

次に、各項目の平均値の高低をみると、「1. 入院患者に接することは日常のもっとも重要なことである。(Mean 5.6)」「2. 広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である。(Mean 5.5)」順に高く、「34. 回復する見込みがほとんどない患者により看護を行うことは難しいことだと思う。(Mean2.1)」「32. 患者が処方された薬を内服しようとしない時、時々強制的に注射をしようという気持ちになる。(Mean2.7)」の順に低かったという中村²⁾の結果と一致している。しかし、「6. 患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正確に応えることは重要である。」は中村の結果より高く、「26. 例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス一杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。」は低かった。このことから、患者の意思を尊重し、誠実に向き合い、責任を果たすことの重要性は多くの者が感じていると考える。しかし、治療や管理上の制約によりかなえにくい患者の望みに直面した時、その望みをかなえることが自分の役割であると感じていない者が多いことが伺える。これは、「患者の望みをかなえる」という点において「医師」や「看護管理者」に意思決定を委ねていることが推測される。これらのことより、事例をとおしたディスカッションを職場で日常的に行うと共に、看護職員個々の思いを大切にしながら、組織として意思決定するシステム作りが必要と考える。

看護基礎教育との関連において北原⁴⁾は、「9. 患者にどのように応えるべきかわからなくなる時が、たびたびある。」では、3年課程専門学校卒・准看護師学校卒が高く、「34. 回復する見込みがほとんどない患者に、良い看護を行うことは難しいことだと思う。」では、看護系短期大学卒・看護系大学卒が高く有意差がみられたと述べている。しかし、A施設看護職員においては、卒業課程による MST の結果に有意な差はみられなかった。このことより、A施設の看護職員の倫理的感受性には、看護基礎教育による違いよりも卒後の何らかの要因の方が影響を及ぼしていると考える。しかし、院内研修の受講の有無と MST の結果に差がみられなかつたことから、院内研修の内容や方法の見直しの必要性が示唆された。一方、院外研修の受講や倫理関連委員会の活動の経験がある者の方が、「患者の意思の尊重」、「葛藤」、「信念」を問われる場面での倫理的感受性が高いことより、院外研修の活用や倫理関連委員会の活動内容の継続とさらなる充実が必要と考える。院外研修においては、さまざまな背景をもつ看護職が集まり、交流を図ることにより、自施設以外の状況を知ることができ、自分の職場が抱える倫理的課題に気づいたり、他施設から新たな発想を学ぶ機会になると考える。また、倫理関連委員会の活動においても看護職員の倫理的感受性や倫理的行動を支援・育成するための研修会の企画や、他部署の看護職員と事例を共有し検討することにより、倫理的感受性が高まっていると考える。

以上のことより、A施設においては、倫理に関する院外研修や倫理関連委員会の活動をとおして、看護職員の倫理的感受性が高まっていることが確認できた。今後は、院外研修のさらなる活用や事例検討の院内研修への取り入れなどを検討することが重要と考える。

なお、MST が日々の臨床経験が左右する尺度であり継続的な調査が必要であることや、現任教育以外の影響要因を検討する必要が示唆され、今後の課題として取り組んでいく必要がある。

V. 結論

A施設看護職員の MST 調査結果の分析により以下のことが明らかになった。

1. MST 調査結果から、先行研究と同様の傾向が認められた。
2. MST への回答傾向から倫理的問題について明快な回答をする者よりも回答に迷いを感じる者が多いことが示唆された。
3. 卒業課程や現行の院内研修は倫理的感受性に影響を及ぼしていない。

4. 院外研修の受講や倫理関連委員会の活動の経験が倫理的感受性を高めている。

謝辞

本調査にご協力いただきました看護職員の皆様に深く感謝いたします。

本研究は、愛知県看護協会研究助成金を受けて実施した。

引用文献

- 1) サラ T. フライ : 看護実践の倫理 倫理的意意思決定のためのガイド, p23, p204 日本看護協会出版会, 2000.
- 2) 中村美知子 : MST(日本語版)の信頼性・妥当性の検討 (その 2) —臨床看護婦(士)に焦点をあてて—, 山梨医大紀要, 18, p41-46, 2001.
- 3) Kim Lutzen and G.Brolin:Conceptualization and Instrument of Nurse's Moral Sensitivity In Psychiatric Practice, International J. Methods In Psychiatric Research, 4:1994, 241-248.
- 4) 北原悦子: 臨床看護師の道徳的感性の特徴に関する研究, 九州大学医学部保健学科紀要, 7, p61-68, 2006.

参考文献

- 1) 中村美知子 : MST(日本語版)の信頼性・妥当性の検討 (その 1), 山梨医大紀要, 17, p52-57, 2000.
- 2) 窪田真理 : 臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴, 山梨医大紀要, 16, p65-70, 1999.
- 3) 杉谷藤子:『看護者の倫理綱領』で読み解くベッドサイドの看護倫理事例 30, 日本看護協会出版会, 2008.

表1 対象の属性 N=432, n (%)

年齢	平均34.82 (SD9.24) 歳			卒業課程	2年課程専門学校	86 (19.9)	看護系大学	14 (3.2)
					3年課程専門学校	279 (64.6)	NA	16 (3.7)
臨床経験年数	1年目	42 (9.7)	21~25年目	45 (10.4)	看護系短期大学	37 (8.6)		
	2年目	23 (5.3)	26~30年目	29 (6.7)				
	3~5年目	60 (13.9)	31~35年目	4 (0.9)	職位・ラダーレベル	レベルI	55 (12.7)	レベル未決定 18 (4.2)
	6~10年目	81 (18.8)	36~40年目	7 (1.6)		レベルII	164 (38.0)	看護師長・主任 43 (10.0)
	11~15年目	82 (19.0)	NA	3 (0.7)		レベルIII	94 (21.8)	認定看護師 7 (1.6)
	16~20年目	56 (13.0)				レベルIV	16 (3.7)	NA 35 (8.1)
性別	男性	18 (4.2)	女性	414 (95.8)	倫理に関する現任教育受講歴			
					院内研修受講	有り 270 (62.5)	無し 137 (31.7)	
取得資格	保健師	12 (2.8)	看護師	412 (95.4)		NA 25 (5.8)		
	助産師	19 (4.4)	准看護師	11 (2.5)	院外研修受講	有り 34 (7.9)	無し 360 (83.3)	
						NA 38 (8.8)		
雇用形態	正規職員	394 (91.2)	パート職員	19 (4.4)	倫理関連委員会活動経験	有り 22 (5.1)	無し 390 (90.3)	
	臨時職員	17 (3.9)	NA	2 (0.5)		NA 20 (4.6)		

表2 MST調査結果

n=432

項目	内 容	全然思わ ない	そう思わ ない	あまりもさ 思わない	少しそう思 う	そう思う	全くそ う思 う	NA	平均 値	中 央 値	最 小 値	最 大 値
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)				
1 入院患者に接することは日常の最も重要なことである。	0(0)	0(0)	17(3.9)	29(6.5)	202(46.8)	176(40.7)	9(2.1)	5.77	5	3	6	
2 広く患者の状態について理解していることは専門職としての責任である。	0(0)	1(0.2)	3(0.7)	32(7.4)	212(49.1)	179(41.4)	5(1.2)	5.32	5	2	6	
3 自分行うことについて、患者から肯定的な反応を得ることは重要である。	0(0)	3(0.7)	25(5.8)	86(19.4)	227(52.5)	74(17.1)	15(3.5)	4.82	5	2	6	
4 患者の回復を見なければ、看護・医療の役割の意義を感じない。	16(3.7)	99(22.9)	183(37.3)	100(23.1)	39(9)	9(2.1)	6(1.4)	3.17	3	1	6	
5 もし患者に対して行うことによって患者の信頼を失うならば、失敗したと感する。	2(0.5)	18(4.2)	41(9.5)	149(34.5)	170(39.4)	43(10)	9(2.1)	4.41	5	1	6	
6 患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に応えることは重要である。	1(0.2)	12(2.8)	36(8.3)	83(19.2)	200(46.3)	93(21.5)	7(1.6)	4.76	5	1	6	
7 よい看護・医療には、患者が望まないことを決して強制しないことを含むと信じている。	2(0.5)	24(5.6)	90(20.8)	148(33.8)	136(31.5)	27(6.3)	7(1.6)	4.11	4	1	6	
9 患者にどのように応えるべきかわからなくなる時が、たびたびある。	1(0.2)	11(2.5)	56(13)	204(47.2)	135(31.3)	20(4.6)	5(1.2)	4.22	4	1	6	
10 葛藤状態の時や、患者にどのように対応するか判断が困難な時に、いつも相談できる人がいる。	8(1.9)	19(4.4)	65(15)	128(29.6)	166(38.4)	35(8.1)	11(2.5)	4.76	4	1	6	
11 患者にケアをする時に、患者にとって何が良くて何が悪いか知ることの難しさをしばしば感じている。	0(0)	5(1.2)	3(0.8)	173(40)	169(39.1)	42(9.7)	5(1.2)	4.48	4	2	6	
12 患者にとって難しい決断をする場合は、病棟スタッフが認めた規則や方針にほとんど頼っている。	2(0.5)	16(3.7)	106(24.5)	164(38)	116(26.9)	16(3.7)	12(2.8)	4.01	4	1	6	
13 看護・医療の経験上、きびしい規則は特定の患者のケアにとって重要であると思う。	4(0.9)	14(3.2)	122(28.2)	199(44)	80(18.5)	12(2.8)	10(2.3)	3.86	4	1	6	
14 原則的よりも感情的に患者に望ましいことを行おうと、時々思う。	7(1.6)	37(8.6)	117(27.1)	199(46.1)	63(14.6)	1(0.2)	8(1.9)	3.65	4	1	6	
15 ほとんど毎日、意思決定しなければならないことに直面する。	2(0.5)	37(8.6)	134(31)	139(32.2)	90(20.8)	24(5.6)	6(1.4)	3.82	4	1	6	
16 救急で運ばれた患者の情報がほとんどない時、患者に関する決定はほとんど医師あるいは主治医に頼る。	5(1.2)	15(3.5)	79(18.3)	153(35.4)	126(29.2)	39(9)	15(3.5)	4.10	4	1	6	
17 患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。	1(0.2)	9(2.1)	70(16.2)	238(55.1)	98(22.7)	6(1.4)	10(2.3)	4.05	4	1	6	
18 価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う。	0(0)	3(0.7)	26(6)	150(36.8)	188(43.5)	46(10.6)	10(2.3)	4.59	5	2	6	
19 良いか悪いか意思決定する時、実践的知識は理論的知識より重要である。	1(0.2)	15(3.5)	129(29.9)	195(45.1)	67(15.5)	7(1.6)	18(4.2)	3.8	4	1	6	
20 患者が必ずしなければならないこととして認めなかつたり、治療を拒む時、ルールに従うことは重要である。	2(0.5)	24(5.6)	150(36.1)	179(41.4)	54(12.5)	6(1.4)	11(2.5)	3.66	4	1	6	
21 経験上、意思決定の少ない患者は、他の患者よりもケアを必要とすると思う。	0(0)	7(1.6)	84(19.4)	182(43.3)	123(28.5)	18(4.2)	13(3)	4.15	4	2	6	
22 自分自身の職務と責任を果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する。	1(0.2)	3(0.7)	49(11.3)	198(45.4)	146(33.8)	22(5.1)	15(3.5)	4.32	4	1	6	
23 患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する。	26(6)	67(15.5)	139(32.2)	117(27.1)	51(11.8)	14(3.2)	18(4.2)	3.34	3	1	6	
24 強制治療の場面で、患者が拒否しても、主治医の指示に従う。	17(3.9)	47(10.9)	118(27.3)	157(36.0)	71(16.4)	8(1.9)	14(3.2)	3.58	4	1	6	
25 目標設定に関する観点が異なるとき、患者の医師を最優先する。	0(0)	5(1.2)	67(15.5)	204(47.2)	114(26.4)	16(3.7)	26(6)	4.17	4	2	6	
26 例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス一杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。	39(9)	86(19.9)	130(30.1)	120(27.8)	38(8.8)	7(1.6)	12(2.8)	3.33	3	1	6	
27 患者がアグレッシブになった時、まず、他の患者の安全を守ることは、自分の責任である。	1(0.2)	1(0.2)	35(8.1)	130(30.1)	196(45.4)	47(10.9)	22(5.1)	4.61	5	1	6	
28 嫌いな患者によい看護を行うことは難しいと思う。	20(4.6)	68(15.7)	123(28.5)	164(38)	37(8.6)	12(2.8)	8(1.9)	3.39	4	1	6	
29 自分がよい看護・医療であると思う価値観や信念は、時々、自分だけのものであると思う。	14(3.2)	61(14.1)	171(39.6)	138(31.9)	24(5.6)	11(2.5)	13(3)	3.31	3	1	6	
30 患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である。	2(0.5)	1(0.2)	12(2.8)	83(19.2)	220(50.9)	103(23.8)	11(2.5)	4.06	5	1	6	
31 患者が自分の状態をよく知るように援助できないことを、時々悪いと思う。	0(0)	4(0.9)	60(11.0)	198(45.6)	138(31.9)	20(4.6)	22(5.1)	4.29	4	2	6	
32 患者が処方された薬を内服しようとしない時、時々強制的に注射しようという気持ちになる。	61(14.1)	89(20.6)	159(36.0)	85(19.7)	22(5.1)	3(0.7)	13(3)	2.83	3	1	6	
33 最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医の判断に任せせる。	4(0.9)	23(5.3)	89(20.6)	196(45.4)	94(21.8)	14(3.2)	12(2.8)	3.94	4	1	6	
34 回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しいことだと思う。	97(22.5)	144(33.3)	103(23.8)	51(11.0)	21(4.9)	6(1.4)	10(2.3)	2.46	2	1	6	
35 看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる。	20(4.6)	80(18.5)	118(27.3)	134(31)	48(11.1)	20(4.6)	12(2.8)	3.14	3	1	6	

表3 現任教育による倫理的感覚性の違い

項目	院内研修の受講			院外研修の受講			委員会活動の経験		
	有り	無し	p値	有り	無し	p値	有り	無し	p値
1	196.49	208.19	0.286	202.79	192.63	0.581	231.14	200.40	0.194
2	196.00	212.14	0.140	221.30	192.56	0.118	239.00	202.10	0.118
3	194.33	202.16	0.474	178.83	191.61	0.481	221.69	197.73	0.304
4	201.70	199.65	0.861	188.82	195.03	0.751	201.10	203.63	0.920
5	205.62	187.58	0.116	220.06	190.46	0.121	254.07	199.14	0.026*
6	201.29	198.97	0.839	209.58	192.55	0.369	235.93	201.20	0.156
7	202.73	196.17	0.574	233.03	190.36	0.029*	264.71	199.63	0.010*
9	203.83	196.99	0.545	164.50	197.83	0.078	176.14	205.52	0.229
10	200.14	195.33	0.677	170.91	193.99	0.229	218.74	200.02	0.449
11	202.30	199.94	0.836	221.30	192.56	0.133	253.93	201.28	0.032*
12	196.97	201.46	0.696	176.41	192.93	0.387	213.48	199.78	0.578
13	194.37	209.62	0.182	168.52	195.30	0.160	197.12	201.74	0.850
14	197.97	205.42	0.512	218.48	191.16	0.150	238.24	200.54	0.123
15	204.12	194.93	0.434	257.61	188.63	0.000*	294.26	198.55	0.000*
16	192.55	208.74	0.164	168.98	192.55	0.218	209.86	198.39	0.641
17	199.23	198.57	0.951	249.19	187.52	0.001*	275.79	197.41	0.001*
18	205.70	187.28	0.103	257.77	187.49	0.000*	278.57	198.33	0.001*
19	197.76	194.02	0.739	144.05	192.64	0.009*	176.83	198.66	0.358
20	198.16	199.16	0.930	161.64	195.31	0.078	212.60	200.36	0.614
21	205.03	187.30	0.119	207.95	189.45	0.330	241.48	197.70	0.070
22	203.32	187.76	0.164	234.11	187.05	0.012*	281.21	194.41	0.000*
23	200.46	185.46	0.201	245.91	186.75	0.002*	280.89	195.82	0.001*
24	200.55	191.45	0.436	174.43	194.26	0.299	209.00	200.54	0.728
25	189.77	196.40	0.547	191.36	185.49	0.749	201.43	194.61	0.764
26	204.23	185.59	0.114	220.94	190.29	0.114	219.36	201.00	0.458
27	199.58	184.18	0.169	222.03	186.49	0.057	226.29	195.88	0.197
28	201.89	196.25	0.629	165.82	197.79	0.098	198.75	204.30	0.822
29	203.34	185.92	0.129	199.81	192.34	0.692	180.82	202.70	0.363
30	205.40	185.01	0.066	227.19	190.25	0.044*	243.50	200.14	0.064
31	198.44	186.59	0.287	239.08	183.63	0.002*	260.48	193.78	0.004*
32	196.72	199.02	0.843	159.44	196.15	0.060	194.82	201.89	0.773
33	196.11	201.68	0.624	115.38	200.52	0.000*	169.39	203.88	0.149
34	200.23	196.59	0.757	168.69	196.98	0.145	209.34	203.17	0.804
35	205.67	184.49	0.072	171.66	195.07	0.226	169.05	103.90	0.158

注1) Mann-Whitney U検定を用い、*はp<0.05であることを示す。

2) 有り、無しの数値は平均ランクを示す。

表4 卒業課程による倫理的感受性の違い

項目	2年課程専門学校	3年課程専門学校	看護系短期大学	看護系大学	p値
1	211.05	204.42	209.64	168.71	0.583
2	197.58	211.41	197.61	186.43	0.588
3	200.73	202.38	190.53	219.23	0.852
4	203.73	208.26	201.88	185.57	0.887
5	197.83	207.04	218.43	172.61	0.541
6	206.84	209.89	185.53	178.29	0.484
7	216.07	206.53	177.59	210.14	0.393
9	203.01	212.90	172.59	190.46	0.187
10	211.37	202.95	181.86	224.64	0.511
11	223.17	205.28	170.55	210.89	0.120
12	209.45	202.23	198.85	204.75	0.952
13	203.24	204.75	193.88	220.64	0.885
14	197.45	202.39	220.64	259.79	0.193
15	219.97	205.43	185.57	172.75	0.302
16	202.65	200.86	193.11	228.36	0.791
17	200.57	199.68	238.62	217.14	0.191
18	209.90	196.17	231.36	234.39	0.164
19	194.83	206.12	182.24	173.18	0.399
20	206.60	201.87	198.43	215.29	0.948
21	204.64	197.59	236.14	213.21	0.253
22	207.14	196.96	223.21	184.00	0.468
23	215.38	199.37	199.73	151.32	0.243
24	205.77	198.33	219.25	236.65	0.484
25	199.91	196.93	197.80	193.21	0.995
26	178.74	207.87	227.99	206.21	0.105
27	198.80	195.93	230.56	211.62	0.341
28	207.78	203.60	205.89	212.93	0.983
29	199.78	205.43	172.57	251.96	0.133
30	209.65	200.14	226.74	185.61	0.457
31	197.76	196.71	209.43	224.57	0.733
32	206.02	205.12	183.23	207.54	0.743
33	195.59	205.27	220.29	174.00	0.501
34	203.55	206.04	205.69	177.36	0.835
35	206.33	198.49	227.82	220.11	0.471

注1) Kruskal Wallis検定を用い、*はp<0.05であることを示す。

2) 卒業課程の数値は平均ランクを示す。

社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

透析室看護師の手袋着用前後の手指衛生

—穿刺・抜針場面での実施状況と手指衛生の認識—

○宮良 淳子（中京学院大学看護学部看護学科）

はじめに

CDCガイドラインでは標準予防策として、血液、体液、分泌物、排泄物や患者の創傷、粘膜などに接触する場合には手袋を着用し、処置後手袋を外した後、手指衛生を行うことを勧告している。

手指の汚染を防止し感染のリスクを低減するためには、血液に触れる可能性のある行為は必ず手袋を着用すべきであるが、手袋の着用が感染を完全に防止するわけではない。日本工業規格（JIS規格）が実施している実験結果では、1250枚に21枚のピンホール（1.68%以下）までが合格基準とされていることや、着用中に手袋が破損しても気づかないことがある¹⁾こと、手袋を外すときに手が手袋の表面に触れると汚染されることからも、手袋を外した看護師の手が汚染されている可能性が考えられるため、手袋を外した後には必ず手指衛生が必要である。

また皮膚には細菌叢が定着しており、患者の正常皮膚からでも、看護師の手指は細菌に汚染される。一処置一手洗いといわれるよう、一回の看護援助の実施に際して一回の手指衛生を実施すべきある。また手袋にピンホールがあいている可能性や、手袋の着用時間が長くなるにしたがって手指の細菌数が増加する²⁾ことを考慮すると手袋の着用前に手指衛生を実施することは重要である。

血液透析室は穿刺・抜針時には血液が飛散する可能性が高く、複数の患者が同一の大部屋でベッドや透析機器類、その他の空間を共有していることから、交差感染のリスクの高い環境である。そのため看護師の手の汚染は血液透析室における重要な感染経路の一つだといえる。

そこで、血液透析に携わる看護師の手袋の着脱時の手指衛生の実施状況とその認識を明らかにすることは効果的な感染防止策の構築の基礎的資料になるとと考え、本研究に着手した。

I. 研究目的

血液透析に携わる看護師の手袋の着脱時の手指衛生の実施状況とその認識を調査する。

II. 用語の定義

手指衛生：手指に付着した病原性微生物を除去するための速乾性手指消毒剤による手指消毒、または流水と石鹼（非抗菌の石鹼および消毒剤配合のスクラブを含む）による手洗いをいう。

III. 研究方法

1. 研究期間 2009年6月～11月
2. 研究対象 看護師32名
(A県下の病院内透析室3施設と透析クリニック3施設の計6施設)

3. データ収集方法と調査内容

1) 参加観察法

研究者は看護師1名と行動を共にし、血液曝露を受ける穿刺・抜針の場面に着目し手袋着用前と除去後の手指衛生の実施状況をビデオカメラに撮影した。観察は、前の患者のベッドを離れたときを開始とし、穿刺や抜針を行なった患者のベッドを離れて別の患者のベッドに移ったときを終了とした。

2) 半構成的面接

参加観察後に、研究協力者に対し施設内の個室で10～15分間程度の半構成的面接を行なった。インタビューガイドに基づき、手袋の着用場面を振り返りながら、手袋着用前や外した後に手指衛生を行なわなかった理由について話してもらい、内容をICレコーダーに記録した。インタビューでは研究協力者が話した後に研究者が文章化して復唱し、本人の話した内容が正しく理解できているかを確認した。

4. 分析方法

統計処理は統計パッケージSPSS Statistics 17.0を用いた。手指衛生の実施については、穿刺場面と抜針場面の2群間比較にはカイ二乗検定を行い、施設間の看護師の経験年数と透析室勤務の経験年数の比較には一元配置分散分析を行なった。またインタビューで得られた回答については、看護師間における内容の共通性について分析した。

5. 倫理的配慮

本研究は愛知医科大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。研究対象施設長および看護部長に研究の承諾を得た後、透析室に勤務する看護師に対して研究協力者を募集した。その際に、研究への参加は任意であることと、研究協力の諾否によって職場内における個人への影響がないこと、いつでも参加を取りやめる権利があること、プライバシーが保護されること、データは個人が特定できないように処理し、研究の目的以外に使用しないことについて説明し、同意書への署名をもって同意を得た。なお、調査されているというプレッシャーを与える可能性がある参加観察では、ケア行動を妨げないように研究協力者と一定の距離をとるよう心がけた。

IV. 結果

1. 施設の概要及び対象者の属性

研究対象となった6施設の概要是、日勤帯での透析患者数は平均37名、最少で21名、最多で52名の範囲にあった。看護師の配置数は平均8.5名であり、最少で7名、最多で12名であった。調査当日に看護師1人当たりが担当する患者の数は、平均4人、最少で3人、最多で5.2人であった。

研究対象の看護師は、全員がスタッフナースであった。対象者の内訳は男性3%（1名）、女性97%（31名）であった。看護師経験年数は平均12年5ヶ月、最短で2年3ヶ月、最長で28年であり、透析室勤務の経験年数は、平均2年2ヶ月、最短で1年、最長で5年で

あった（表1）。1年以内に感染予防のための手袋の着用に関する教育を受けた経験がある看護師は15.6%（5名）であった。

また6施設間の看護師経験年数および透析室勤務の経験年数に、有意差は認められなかった。

2. 手袋着用前後の手指衛生実施状況

手袋着用前の手指衛生の実施状況及び手袋除去後の手指衛生の実施状況を表2に示す。穿刺場面では手袋着用前に手指衛生を行った看護師は38%（12名）であり、そのすべての看護師が速乾性手指消毒剤を使用していた。抜針場面では手袋着用前に、手指衛生を行った看護師が47%（15名）であり、そのうち14名が速乾性手指消毒剤を使用していた。なお穿刺場面と抜針場面では、手指衛生の実施率に有意な差は認められなかった。

手袋をはずした後の手指衛生の実施状況を表2に示す。穿刺場面では手袋を外した後に、手指衛生を行った看護師は41%（13名）であり、10名が速乾性手指消毒剤を使用していた。抜針場面では手袋を外した後に、手指衛生を行った看護師は53%（17名）であり、12名が速乾性手指消毒剤を使用していた。なお穿刺場面と抜針場面では、手指衛生の実施率に有意な差は認められなかった。

また手指衛生を実施した群と実施していない群の看護師経験年数、透析室勤務の経験年数、1年以内に手袋の着用方法に関する教育をうけた経験の有無に有意差は認められなかった。

手指衛生を行なわなかった理由をインタビューした結果を表3に示す。穿刺・抜針場面ともに手袋を着用する前に手指衛生を行なわなかった理由について「手袋をはめるので手指衛生をする必要がない」という回答が最も多く、次いで「他の患者を待たせているので、時間がない」との回答が多くみられた。その他、「設置場所が使いづらい」、「頻回に行なうと手荒れをする」、「滅菌手袋なので必要ない」、「意識していない」との回答もみられた。

穿刺・抜針場面で手袋を外した後に手指衛生を行なわなかった理由は、「手袋をしていたので手は汚れていない」、「処置を行なった患者は感染症患者ではない」という回答が多く、その他「他の患者を待たせているので、時間がない」、「忙しい」との回答があった。「手指衛生を行なうタイミングは特に意識していない」、「滅菌手袋で、清潔な行為を行なった後なので必要ない」との回答もみられた。

V. 考察

手袋着用前後の手指衛生の実施は、穿刺・抜針という行為に関係なく実施率が低いことが明らかになった。しかし流水下での手指衛生の実施に比べ速乾性手指消毒剤での実施率は高く、これは手指衛生の行いやすさが影響していると考えられた。透析室では患者の穿刺や抜針時間が集中しやすく、患者間を移動しながら頻回に手指衛生が必要となるが、今回調査した対象施設では備え付け型の速乾性手指消毒剤が各ベッドに設置されており、速乾性手指消毒剤を使用しやすい環境であったと考えられる。

血液透析室と同様に、頻回に手指衛生が求められるICUにおいて、速乾性手指消毒剤の携帯が手指衛生の遵守率の向上に有用であった³⁾との報告があり、今後は速乾性手指消毒剤を個人が携帯するなど、さらに手指衛生を行いやすい環境に調整していく必要性が考

えられる。また、今回は手指衛生の質については調査していないが、速乾性手指消毒剤による手指衛生では、手指衛生の質の低下がみられた⁴⁾との報告もあるため、有効な手指衛生の実施のためには、環境の整備と同時に速乾性手指消毒剤による手指衛生のトレーニングの強化が必要であると考えられる。

手袋着用前に手指衛生を行なわなかつた理由として、「手袋をはめるので必要ない」との回答が最も多く、佐藤ら⁵⁾の透析センターでのアンケート調査でも「手袋をはめるのでそれで十分」との認識が手指行動の実施を阻害しており、手袋にピンホールが空いている可能性があるという認識に欠けることが推測された。手袋着用後に手指衛生を行なわなかつた理由としては、「感染症の患者ではない」との回答が最も多く、感染症の患者でない場合には感染リスクに関する認識が薄くなることが推察された。さらにスタンダードプリコーションは感染症の有無に関わらず、すべての患者のケアに適用する必要があるという知識が不足していることも推察された。「手袋をしていたので手は汚れていない」との回答も多く、手袋を着用するとかえって外した後の手指衛生が行われなくなるというBoyce, J. M⁶⁾の報告と同様であった。しかし手袋にはピンホールが空いている可能性があることや、着用中に手袋が破損するおそれがあることを考慮すると、手袋の着用前に手指衛生を実施することは必要であり、使用後の手袋をはずすときに手袋の表面に手が触れる可能性や使用した手袋が破損している可能性、手袋の着用時間が長くなるにしたがって手指の細菌数が増加する²⁾ことを考慮すると、手袋を外した後にも必ず手指衛生が必要である。手指衛生を行わない理由には知識不足がある⁷⁾との報告があるように、今回の対象者はスタンダードプリコーションに関する知識が不足していることが推測されるため、スタンダードプリコーションに関する教育や手指衛生の必要性、手袋を使用する場合の手指衛生のタイミングを教育していく必要があると考えられた。

その他の理由としては、佐藤ら⁵⁾の調査と同様に「次の患者を待たせている」「忙しい」との回答も多く、忙しさは看護師の手指衛生の実施に最も影響しており、手指衛生の質にも影響していた⁸⁾ことから、業務量が多い状況では効果的な手指衛生の実施が制限されることが推察される。

今回の調査では、手指衛生の実施には看護師経験年数や透析室勤務の経験年数、手袋の着用方法に関する教育をうけた経験の有無による差は認められなかつたが、動機づけから行動の変容を起こすまでには、教育、意欲、制度の変更を組み合わせたものが関与する⁹⁾ことから、手袋着用前後の手指衛生の実施のためには、スタンダードプリコーションに関する教育や、手指衛生の必要性の認識に働きかけていくとともに、手指衛生を実施しやすい環境に整えていく必要があると考えられる。

VI. 結論

手指衛生は穿刺・抜針場面での行為に關係なく、手袋の着用前と除去後のどちらとも実施率が低く、「手袋をする」ため手指衛生は必要ないとの認識や「忙しい」ことが実施率を低くしていることが推測された。

本研究の限界と課題

本研究では、研究対象施設がA県内に限定されており、対象施設、対象者数が少ない。

また研究者の存在やビデオ撮影を行なったためホーソン効果の影響も否めず、得られた結果を一般化するには限界があると考える。

また病院内透析室と透析クリニックでの比較分析は行なわなかつたが、病院とクリニックでは感染対策上の組織体制が異なることが考えられるため、今後は研究対象施設を拡大し、さらに病院とクリニックの対象者数を増して検討をする必要があると考える。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました研究協力施設および看護師の皆様に心より御礼申し上げます。

なお本研究は平成 21 年度愛知県看護協会研究助成金を受けて実施した。

付記

本研究は平成 21 年度愛知医科大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆修正したものであり、第 41 回日本看護学会—成人看護 II—（2010、福岡）で発表したものである。

引用・参考文献

- 1) Olsen. R. J • Lynch. P • Coyle. M. B 他:Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice, JAMA, 270 (3), P 350-353, 1993.
- 2) 清水睦美・高橋裕子・水落由貴子:手袋装着後の手指の汚染状況と手洗いの必要性 細菌学的検証, 日本看護学会論文集(看護総合), 33, P233-235, 2002.
- 3) 脇坂浩:携帯型手指消毒薬の導入と手指衛生教育による手指衛生遵守率への効果, 日本環境感染学会誌, 24 (1), P47—52, 2009.
- 4) 大須賀ゆか:擦式手指消毒法と流水下での手指衛生行動の比較検討, 日本環境感染学会誌, 20 (1), P13—18, 2005.
- 5) 佐藤寛美・長嶋洋子・貝征瑠依他:当センターにおける手指衛生方法について考える, 旭中央医報, 27 (1), P55-58, 2005.
- 6) Boyce. J. M : It is time for action;improving hand hygiene in hospitals, Ann Intern Med, 130, P153-155, 1999.
- 7) 江崎祐子・國武栄子・嶋田亜矢子:手指衛生遵守に影響する因子の調査と遵守向上への取り組み, 日本看護学会論文集, 38, P318-320, 2007.
- 8) 大須賀ゆか:看護師の手洗い行動に関する因子の検討, 日本看護科学会誌, 25 (1), P3-12, 2005.
- 9) John M • Didier P、大久保憲訳: Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Setting, 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, 大阪, P 76 - 78, 2003.

表1. 対象者の属性

N=32

	人(%)			
性別	男性	1(3.1)	女性	31(96.9)
役職	役職	0	スタッフ	32(100)
$M \pm SD$ (range)				
看護師経験(年)	12.5 ± 7.8	(2.3~28)		
透析室経験(年)	2.2 ± 1.2	(1.0~5.0)		

表2. 手袋着用前後の手指衛生実施率

N=32

		穿刺時 % (人)	抜針時 % (人)
実施した	着用前	37.5 (12)	46.8 (15)
	着用後	40.6(13)	53.1(17)
実施していない	着用前	62.5 (20)	53.2 (17)
	着用後	59.4(19)	46.9(15)

表3. 手袋着用前後に手指衛生を行わない理由

理 由	着用前	着用後	計
他患者を待たせているので時間がない	13	7	20
手袋をはめるので必要ない	19	0	19
手袋をしていたので手は汚れていない	0	11	11
感染症の患者ではない	0	12	12
設置場所が使いづらい	3	0	3
頻回に行なうと手荒れをする	1	0	1
滅菌手袋なので必要ない	2	2	4
意識していない	0	4	4

複数回答あり