

〔原著論文〕

根拠に基づくイノベティブ看護技術（第2報） －看護技術の普及の実態－

福井 幸子¹⁾ 角濱 春美¹⁾ 木村恵美子¹⁾ 小山 敦代¹⁾ 秋庭 由佳²⁾
上泉 和子¹⁾ 坂江千寿子³⁾ 佐藤真由美¹⁾ 藤本真記子¹⁾ 杉若 裕子 Chiu⁴⁾

EVIDENCE BASED INNOVATIVE NURSING PRACTICE (2) － DIFFUSION OF NURSING PRACTICE －

Sachiko Fukui¹⁾ Harumi Kadohama¹⁾ Emiko Kimura¹⁾ Atuyo Koyama¹⁾
Yuka Akiba²⁾ Kazuko Kamiizumi¹⁾ Chizuko Sakae³⁾ Mayumi Sato¹⁾
Makiko Fujimoto¹⁾ Hiroko Sugiwaka Chiu⁴⁾

Abstract

This study was conducted, based on E. M. Rogers' diffusion theory, on the diffusion of nursing practices that are recognized by nurses as innovations and are based on clear evidence. Diffusion patterns were categorized and their correlation to characteristics of nursing practices was investigated. The study subjects were nurses who work in medical and surgical wards. They were selected by stratified sampling from nationwide hospitals categorized according to the number of hospital beds. For the questionnaire, innovative nursing practices were listed in brainstorming by researchers and interviews by experts in each nursing area, and, then 22 items that were considered evidence-based were selected after the document review in Japan. The nurses were asked about the status of knowledge, persuasion, decision, and implementation based on Rogers' model of stages in the innovation-decision process. Among valid responses, percentages of positive opinions in each stage were shown graphically and categorized into the diffusion pattern. The results showed that the diffusion pattern in which nurses scored "high on all four stages" was seen in the practices related to infection prevention. A total of six patterns, including those rated "low on knowledge and implementation," "low only on knowledge," "high only on implementation," "low only on implementation," and "low on persuasion and implementation," were identified.

(J. Aomori Univ. Health Welf. 8(1): 17-26, 2007)

キーワード：看護技術、イノベーション、普及

Key words: nursing practice, innovation, diffusion

I. はじめに

近年、臨床においては従来から経験主義的に実践され

てきた看護技術を見直し、科学的根拠に基づいた看護実践（Evidence based nursing 以下“EBN”とする）

1) 青森県立保健大学健康科学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

2) 青森中央短期大学看護学科

Department of Nursing, Aomori Chuo Junior College

3) 茨城キリスト教大学看護学科

Department of Nursing, Ibaraki Christian University

4) カイザーパマネンテ サンフランシスコ メディカルセンター

Kaiser Permanente San Francisco Medical Center

へと気運が高まっている。また、研究成果が実証された新しい看護技術を臨床実践に適切に取り入れ、看護ケアの質を高めている施設もみられる。

しかし、看護技術には、普及の段階で採用される技術と採用されない技術、さらには定着する技術と定着しない技術がみられる。このような看護技術の採用や定着と、看護技術の特性との関連性を検討することは、EBNの速やかな普及や定着を促進すると考えられる。

看護技術が確立する条件として、菱沼¹⁾は、看護技術のもたらす効果や効果を現すメカニズム、及び、効果の得られる確率がわかっていること、技術の安全性が保証されていることの4点を挙げている。また、技術の普及に関わる要件として、川島²⁾は、均質にケア提供できる教科書の必要性を、深井³⁾は、EBP (Evidence based practice) を組織的なケアに結びつけるためのガイドライン作成の必要性を述べている。このような、技術の確立や普及に関わる要件と、看護技術の普及の実態との関連性が明らかになれば、質の高いケアを継続的に均質に提供するための有効な戦略を立てることができると考えられる。

さらにRogersは、イノベーションの採用は知識・態度・決定・実行・確信の一連の経時的行為と選択からなると述べており⁴⁾、この5段階を指標とした普及実態の調査により、どの段階で普及が阻害されているかを明らかにすることで、さらに有効性の高い普及戦略が立てられると考えられる。一方、EBNの普及の実態については、米国で、Brett⁵⁾らが、研究的根拠のある看護技術14項目について、このRogersの普及理論を用いた調査を実施している。我が国でも同様の研究報告があるが^{6) 7)}、調査対象が限られており、全国的なEBNの普及の実態は明らかにされていない。

本研究では、看護技術の普及の全国調査を実施した結果、根拠に基づく看護技術の普及の実態と看護技術の特性による普及パターンが明らかとなり、普及・定着のための戦略が示唆されたので報告する。

II. 研究目的

看護師がイノベーションと認識し、かつ、研究的根拠の明白な看護技術（以下、根拠に基づくイノベティブ看護技術とする）が、どの程度普及しているかについて明らかにする。さらに普及のパターンを分類し、分類されたイノベティブ看護技術の特性と普及パターンとの関連性について検討する。

III. 用語の定義

1. イノベーション (Innovation) : 個人或いはその他 (集団、組織体) の採用単位が、新しいと知覚した、普及

が可能な、「対象物」、「知識情報」、「行動様式」である。「対象物」とは新しいアイデアが具現化または反映された普及過程にあるもので、本研究では製品やアセスメントツールなどをさす。「知識情報」は思想、観念、概念などを指し、「行動様式」は考え方、物の作り方や保存の仕方、対人関係の持ち方とする。

2. イノベティブ看護技術 (Innovative Nursing Practice) : 看護師が、新しいと知覚した看護の実践活動とする。イノベティブ看護技術の種類は、イノベーションの定義に則り、「対象物」、「知識情報」、「行動様式」とする。

3. 普及 (Diffusion) : Rogersの理論に基づき、個人が「イノベーション決定過程」を経て採用、もしくは採用を否定したイノベーションが、コミュニケーション・チャンネルを通して、社会システムの成員間において時間的経過の中でコミュニケーションされ、広がっている過程とする。

IV. 研究方法

1. イノベティブ看護技術の採用の質問紙の内容

1) 根拠に基づくイノベティブ看護技術の内容

看護師が用いる一般的な看護技術で、新しいと認識される技術を選出するため、研究者によるブレインストーミングと、看護各分野の専門家へのインタビューによって選択された看護技術を対象に支持文献の検索を行った。検索した文献は、AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality : 米国厚生省公衆衛生局調査課) が公開している文献内容の批判的吟味を基に分析し、エビデンスが確認できた技術と、ガイドラインに掲載されている技術を「根拠に基づくイノベティブ看護技術」とした結果、19件の看護技術が特定できた⁸⁾。AHRQが公開している研究の批判的吟味は、I a、I b、II a、II b、III、IVの6段階のエビデンスの水準に分類され、一番高い水準 (I a) は、複数のランダム化比較試験のメタ分析による研究で、最も低い水準 (IV) は、専門家委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床試験、となっている⁹⁾。(以下、このエビデンスの水準をエビデンスレベルとする。)

19件の看護技術を特定する過程では、身体拘束廃止に関連する研究は検索されなかったが、法律上の禁止事項であり、発行年が検索対象外ではあるがガイドラインが存在することから、身体拘束禁止に当たる看護技術を質問紙に含めた。更に、文献検討から本調査までの期間でエビデンスが覆されている看護技術の有無を確認し、正確な回答を得ることが困難と考えられた項目は削除した。

プレテスト実施後に表現等を修正した結果、22項目

の看護技術が特定された。

2) イノベーション採用についての質問

看護技術採用の質問には、Rogers がイノベーション採用の心理過程と定義している「イノベーション決定過程」⁴⁾を用いた。この過程は5段階あり、イノベーションについての知識を得る知識段階、態度を決定する態度段階、採用もしくは否定の決定を行う決定段階、新しいアイデアを実行する実行段階、その決定を確信する確信段階、となっている。つまり、知識段階は「知っている」「知らない」、態度段階は「好意的に思う」「好意的に思わない」、決定段階は「実行すべきである」「実行すべきでない」、実行段階は「いつも実行している」「時々実行している」「実行していない」を看護技

術項目毎に質問した。「実行していない」については、実施する機会の有無を考慮し、「実施機会がない」か否かを選択するものとした。確信段階の質問は、イノベーション採用の確信を強め、実行を継続しているか、または逆に採用を取り消したかを問うものであるが、確信を強めて実行を継続したという場合において、確信のない実行との差別化ができないため、採用を取り消した行動について「実行していたがやめた」を選択するものとした。

本研究で作成した質問紙「Evidence based and Innovative Nursing Practice Questionnaire」(以下“EBINPQ”とする)は表1のとおりである(一部抜粋)。

2. イノベティブ看護技術の採用の質問紙調査

表1 EBINPQ の例

	内容	A a, b, cは 複数回答可	B	C	D
1	全ての人の、血液・体液・分泌物・排泄物・傷のある皮膚・粘膜を感染の可能性のある対象とみなすため、採血では手袋を着用する	1. 知っている a. 読んだ b. 聞いた c. 実施場面を見た 2. 知らない	1. 好意的に思う 2. 好意的に思わない	1. 着用すべきである 2. 着用すべきでない	1. いつも着用している 2. 時々着用している 3. 着用していない a. 着用したことがない b. 着用していたが着用しなくなった c. 機会がない
2	全ての人の、血液・体液・分泌物・排泄物・傷のある皮膚・粘膜を感染の可能性のある対象とみなすため、尿・便の処置では手袋を着用する	1. 知っている a. 読んだ b. 聞いた c. 実施場面を見た 2. 知らない	1. 好意的に思う 2. 好意的に思わない	1. 着用すべきである 2. 着用すべきでない	1. いつも着用している 2. 時々着用している 3. 着用していない a. 着用したことがない b. 着用していたが着用しなくなった c. 機会がない
3

1) 対象と対象選出方法

対象は全国の一般病棟に勤務する看護師とした。47都道府県ごとに、500床以上、300床以上500床未満、100床以上300床未満の精神科単科を除く一般病院を層化抽出した。病院の抽出には「病院要覧2003」を用い、層化を行った後に各県ごとに1施設をランダム抽出した。その後、対象病院の看護部の総責任者に電話連絡をとり、研究への参加に協力が得られた場合に、質問紙を郵送した。

調査対象となる看護師は、産科、小児科、精神科病棟を除く成人内科系または、外科系病棟に勤務しており、かつ、管理職ではないことを条件とした。対象の選出は看護部の総責任者に一任し、病院ごとに10名の看護師に質問紙および説明用紙、返信用封筒の配布を依頼した。

2) 調査期間

2003年12月

3) 分析方法

有効回答の中から、各々のイノベティブ看護技術に実施機会があった者を対象に、イノベーション決定過程の4段階について割合を算出した。更に、肯定的に回答した者、すなわち、知識段階では「知識あり」、態度段階では「好意的である」、決定段階では「すべきと思う」、実行段階では「いつも実行している、時々実行している」と答えた者の割合を図にし、同様の型を示したものをグループ化し、普及パターンとした。まず研究者1名が分類し、技術名を隠して他の研究者4名の検討を加えた。その後更に4名の研究者を加え確認を行った。

4) 倫理的配慮

調査対象者には、研究目的と方法、無記名であり得られたデータは統計的に処理するため個人が特定されないこと、質問紙の返送がなくても不利益を与えないこと、青森県立保健大学倫理委員会に申し出ができる

こと、について明記した説明用紙を配布し、回答の返送をもって調査協力の同意を得た。さらに、返信用封筒は個人に配布し、職場の関係者等に返答内容が明らかにならないように配慮した。本研究は、青森県立保健大学倫理委員会の承認を得て実施した。

3. 看護技術の特性の抽出

それぞれの普及パターンに分類されたイノベティブ看護技術の特性として、①看護技術の種類（「対象物」、「知識情報」、「行動様式」）、②看護技術を提供する目的・理由、③看護技術のアウトカムの方向性（効果がある、危険防止など）、④文献検索の結果であるエビデンスレベル、⑤支持文献の数、⑥ガイドラインの有無、⑦主要5社（医学書院、日本看護協会出版会、廣川書店、メヂカルフレンド社、金原出版）による看護系教科書（1999～2001年発行）の記載有無を調査した。

V. 結果

1. 対象特性

141施設の看護師1410名に質問紙を配布した結果、回収は1078名（回収率76.5%）であった。うち、有効回答は886名（有効回答率82.2%）であった。

所属看護単位は、成人内科系334名（37.7%）、成人外科系389名（43.9%）、その他147名（16.6%）、無回答16名（1.8%）であった。年齢は、20歳代が333名（37.6%）、30歳代327名（36.9%）、40歳代178名（20.1%）、50歳代48名（5.4%）であった。

2. イノベティブ看護技術の普及の実態

イノベティブ看護技術の普及の実態を表2に示す。各々の看護技術について、肯定を示す、知識段階では「知識あり」、態度段階では「好意的である」、決定段階では「すべきと思う」、実行段階では「いつも実行している」と「時々実行している」を合わせて「実行している」と答えた回答者の割合について結果を述べる。加えて、「実行していたがやめた」、「実施機会がない」を述べる。【採血手袋着用】は、知識82.1%、決定は87.7%で、態度段階は76.1%とやや低く、実行段階は55.7%と低かった。「実行していたがやめた」が、4.5%と他項目に比較して高かった。【便尿処理手袋着用】は、知識・態度・決定・実行段階ともに96%以上と高く、特に実行段階は、調査したイノベティブ看護技術の中で一番高い99.2%であった。「実行していたがやめた」はなかった。【蓄尿バックは膀胱より下に保持】も、すべての段階において97%以上と高かった。【閉鎖式導尿バック使用】は、実行段階が88.8%で、他の段階はすべて90%代と高かった。【術前剃毛不要】は、知識・態度・決定は80%以上と高かったが、実行段階は68.1%と低かった。【クリッパー使用】は、知識段階が81.8%、実行段階が74.8%と低いが、態

度・決定段階は90%代で高かった。「実施機会がない」は886名中187名（21.1%）と、他項目に比し高かった。【リキャップ禁止】は、すべての段階において約90%を示した。【抗がん剤手袋着用】は、知識段階が89.3%、態度・決定段階98%代と高く、実行段階は、77.4%と低かった。また、「実施機会がない」が250名（28.2%）と、調査技術項目の中で一番高かった。【ブレードンスケール】は、知識段階が86.6%、態度・決定段階が90%以上と高いが、実行段階は67.2%と低かった。「実行していたがやめた」が、3.4%と他項目に比較して高かった。

【K式スケール】は、知識段階が42.6%、実行段階は22.2%で、いずれの段階も、調査した技術中一番低かった。態度・決定段階は約76%と高かった。「実施機会がない」も206名（23.3%）と他項目に比し高かった。【30度側臥位】は、知識段階が77.2%、実行段階が81.8%で、態度・実行段階は90%代であった。【体圧計使用】は、知識段階が75.5%、態度・決定段階が約90%であったが、実行段階が26.5%と低かった。また、「実施機会がない」が230名（26%）と他の技術に比し高かった。【褥創深度分類】は、知識段階91.7%、態度・決定段階が96%代、実行段階が73.7%であった。【睡眠促進の足浴】は、知識・態度・決定段階ともに90%を越えたが、実行段階は24.9%と低かった。また、「実行していたがやめた」が5.9%、「実施機会がない」は211名（23.8%）と高かった。【排便腰背部温巻法】は、知識段階が73.6%、態度・決定段階が約95%と高く、実行段階は49.3%であった。「実行していたがやめた」は7.5%であった。【ベッド柵抑制しない】は、知識・態度・決定段階とも30%～40%代と低く、実行段階は63.8%であった。【車椅子抑制しない】は、知識・態度・決定段階が40～50%代と低く、実行段階は82.6%と高かった。【ミトン抑制しない】は、知識段階が66.2%、態度・決定段階が約50%と低いのに、実行段階だけが91.0%と高かった。【消毒薬清掃不要】は、知識段階が64.6%、態度・決定段階が75%程度、実行段階は86.5%であった。【ホルマリン燻蒸禁止】は、知識段階が64.5%、態度・決定・実行段階ともに約90%であった。【粘着マット不要】は、知識段階が82.0%、態度・決定・実行段階がともに90%代であった。【食器区別不要】は、すべての段階において95%以上と高かった。

3. イノベティブ看護技術の普及パターンと特徴

各イノベティブ看護技術の決定過程の段階毎に肯定意見の占める割合を図にプロットし、その型を分析した。研究者1名の分析で5パターンに分類されたが、その後、技術項目を隠し、研究者4名で検討を加えた結果、6パターンに特定され、更に4名の検討を追加し、最終的に6パターンが確認された。

各パターンの特徴と分類された看護技術（図1～図

表2 イノベティブ看護技術の普及の実態

イノベティブ看護技術	イノベーションの採用(イノベーション決定過程)																
	知識段階			態度段階			決定段階			実行段階				実行していたがやめた(再掲)	合計(n)	実施機会がない	
	知識あり	知識なし	無回答	好意的	好意的でない	無回答	すべき	すべきでない	無回答	いつも実行	ときどき実行	実行している(小計)	実行していない				無回答
1 全ての人の血液・体液・分泌物・排泄物・傷のある皮膚・粘膜は感染の可能性があるため、採血では手袋を着用する【採血手袋着用】	700	152	1	649	199	5	748	96	9	109	366	475	376	2	38	853	33
	82.1	17.8	0.1	76.1	23.3	0.6	87.7	11.3	1.1			55.7	44.1	0.2	4.5	100.0	
2 全ての人の血液・体液・分泌物・排泄物・傷のある皮膚・粘膜は感染の可能性があるため、便・尿処置では手袋を着用する【便・尿処理手袋着用】	853	28	4	860	21	4	880	3	2	673	205	878	4	3	0	885	1
	96.4	3.2	0.5	97.2	2.4	0.5	99.4	0.3	0.2			99.2	0.5	0.3	0	100.0	
3 尿路カテーテル留置患者の尿路感染防止策として、移送時においても逆流させないよう蓄尿バックは膀胱より低い位置にする【蓄尿バックは膀胱より下に保持】	871	12	1	879	3	2	879	1	4	657	205	862	18	4	5	884	2
	98.5	1.4	0.1	99.4	0.3	0.2	99.4	0.1	0.5			97.5	2.0	0.5	0.6	100.0	
4 尿路カテーテル留置患者の尿路感染防止策として閉鎖式持続導尿バックを使用する【閉鎖式導尿バック使用】	788	55	4	827	12	8	827	9	11	644	108	752	84	11	4	847	39
	93.0	6.5	0.5	97.6	1.4	0.9	97.6	1.1	1.3			88.8	9.9	1.3	0.5	100.0	
5 術後創感染予防を目的としての術前剃毛は行う必要はない【術前剃毛不要】	757	99	3	730	117	12	689	152	18	258	327	585	266	8	2	859	27
	88.1	11.5	0.3	85.0	13.6	1.4	80.2	17.7	2.1			68.1	31.0	0.9	0.2	100.0	
6 頭部以外の手術においても除毛が必要な場合は、手術用クリッパー(電気バリカン)を使用する【クリッパー使用】	572	123	4	639	48	12	634	49	16	403	120	523	162	14	16	699	187
	81.8	17.6	0.6	91.4	6.9	1.7	90.7	7.0	2.3			74.8	23.2	2.0	2.2	100.0	
7 針刺し事故を減少させるため使用済の針に再びキャップ(リキャップ)はしない【リキャップ禁止】	875	9	0	846	36	2	834	47	3	328	466	794	89	1	6	884	2
	99.0	1.0	0.0	95.7	4.1	0.2	94.3	5.3	0.3			89.8	10.1	0.1	0.7	100.0	
8 抗がん剤(注射剤)の混合作業をする際は手指被爆予防のために、手袋を着用する【抗がん剤手袋着用】	568	67	1	625	6	5	626	3	7	382	110	492	133	11	10	636	250
	89.3	10.5	0.2	98.3	0.9	0.8	98.4	0.5	1.1			77.4	20.9	1.7	1.6	100.0	
9 褥瘡発生の危険性を予測するために、ブレデンスケールを用いる【ブレデンスケール】	689	106	1	736	36	24	741	26	29	366	169	535	236	25	27	796	90
	86.6	13.3	0.1	92.5	4.5	3.0	93.1	3.3	3.6			67.2	29.6	3.1	3.4	100.0	
10 寝たきりの患者や高齢者の褥瘡発生の危険性を予測するためには、金沢大学式褥瘡発生予測尺度(K式スケール)を用いる【K式スケール】	290	383	7	521	75	84	515	72	93	93	58	151	457	72	4	680	206
	42.6	56.3	1.0	76.6	11.0	12.4	75.7	10.6	13.7			22.2	67.2	10.6	0.6	100.0	
11 褥瘡予防のケアとして側臥位時の角度は30度にする【30度側臥位】	653	190	3	765	45	36	778	30	38	354	338	692	121	33	7	846	40
	77.2	22.5	0.4	90.4	5.3	4.3	92.0	3.5	4.5			81.8	14.3	3.9	0.8	100.0	
12 褥瘡予防(体位変換)を効果的に行うために、体圧計を使用して褥瘡好発部位の圧を確認する【体圧計使用】	495	160	1	577	56	23	584	44	28	50	124	174	463	19	13	656	230
	75.5	24.4	0.2	88.0	8.5	3.5	89.0	6.7	4.3			26.5	70.6	2.9	2.0	100.0	
13 褥瘡の早期治療のために、褥瘡の深度分類(Ⅰ-Ⅳ)を用いることでの確なアセスメントができる【褥瘡の深度分類】	703	58	6	743	4	20	739	5	23	299	266	565	180	22	12	767	119
	91.7	7.6	0.8	96.9	0.5	2.6	96.3	0.7	3.0			73.7	23.5	2.9	1.6	100.0	
14 良い睡眠を得るためには、睡眠前の足浴が効果的である【睡眠促進の足浴】	645	30	0	642	29	4	618	46	11	2	166	168	502	5	40	675	211
	95.6	4.4	0.0	95.1	4.3	0.6	91.6	6.8	1.6			24.9	74.4	0.7	5.9	100.0	
15 排ガス、排便を促すためには、熱布による腰背部の温電法が有効である【排便腰背部温電法】	572	204	1	739	20	18	733	23	21	41	342	383	375	19	28	777	109
	73.6	26.3	0.1	95.1	2.6	2.3	94.3	3.0	2.7			49.3	48.3	2.4	3.6	100.0	
16 自分で降りられないようにベッドを柵(サイドレール)で囲む行為は抑制とされるため、ベッドは柵で囲まない【ベッド柵抑制しない】	368	505	1	328	520	26	341	490	43	55	503	558	296	20	13	874	12
	42.1	57.8	0.1	37.5	59.5	3.0	39.0	56.1	4.9			63.8	33.9	2.3	1.5	100.0	
17 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がらないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつけるという行為は抑制なので、これら全てについて実施しない【車椅子抑制しない】	478	372	5	372	454	29	462	350	43	235	471	706	124	25	12	855	31
	55.9	43.5	0.6	43.5	53.1	3.4	54.0	40.9	5.0			82.6	14.5	2.9	1.4	100.0	
18 点滴・経管栄養時などのチューブを抜かないように、ミトン型の手袋をつけることは抑制なので、使用しない【ミトン抑制しない】	567	290	0	426	414	17	416	412	29	244	536	780	67	10	5	857	29
	66.2	33.8	0.0	49.7	48.3	2.0	48.5	48.1	3.4			91.0	7.8	1.2	0.6	100.0	
19 環境を無菌にする必要がないため、一般室内の(院内)清掃には消毒薬の使用は必要ない【消毒薬清掃不要】	557	298	7	651	187	24	638	198	26	494	252	746	85	31	8	862	24
	64.6	34.6	0.8	75.5	21.7	2.8	74.0	23.0	3.0			86.5	9.9	3.6	0.9	100.0	
20 環境を無菌にする必要がないこと、発がん性も指摘されることから、一般病室のホルマリン燻蒸は行わない【ホルマリン燻蒸禁止】	538	291	5	778	34	22	756	56	22	774	12	786	13	35	1	834	52
	64.5	34.9	0.6	93.3	4.1	2.6	90.6	6.7	2.6			94.2	1.6	4.2	0.1	100.0	
21 粘着マットは感染防止効果がないため、敷かない【粘着マット不要】	715	155	2	802	50	20	809	41	22	780	44	824	25	23	1	872	14
	82.0	17.8	0.2	92.0	5.7	2.3	92.8	4.7	2.5			94.5	2.9	2.6	0.1	100.0	
22 通常の接触においては、HBV、HCVキャリアからの感染がおこらないので、他の患者と食器を区別する必要はない【食器区別不要】	844	30	2	836	32	8	832	36	8	837	13	850	13	13	1	876	10
	96.3	3.4	0.2	95.4	3.7	0.9	95.0	4.1	0.9			97.0	1.5	1.5	0.1	100.0	

上段は回答者数、下段は実施する機会があった回答者に対する比率(%)

6)、それらの看護技術の特性(表3)を述べる。

1) 全て高い普及パターン(図1)

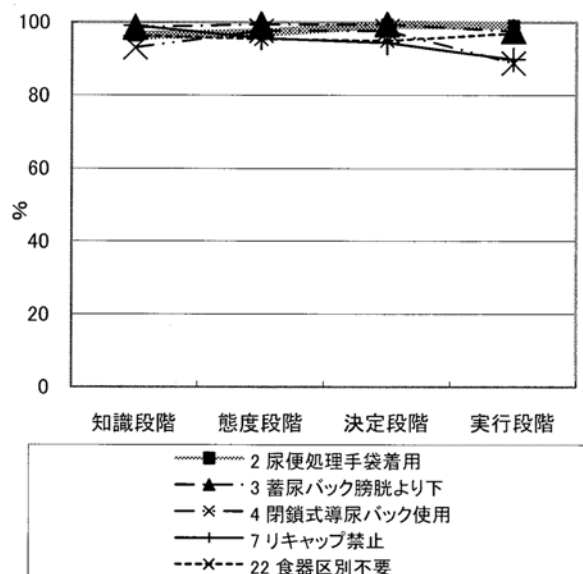


図1 全て高い普及パターン

このパターンに分類されたのは、【尿・尿処理手袋着用】、【蓄尿バックは膀胱より下に保持】、【閉鎖式導尿バック使用】、【リキャップ禁止】、【食器区別不要】の5つの看護技術であった。これら看護技術の種類は「対象物」、「行動様式」であった。技術を行う目的・理由は、全てが感染予防に関連し、アウトカムの方向性は、【蓄尿バックは膀胱より下に保持】と【リキャップ禁止】は「危険防止」で、【閉鎖式導尿バック使用】は「効果がある」、【食器区別不要】は「効果がない」であった。全ての看護技術がガイドライン化されていた。支持文献は【リキャップ禁止】の4件のみで、他はなかった。教科書では、【食器区別不要】のみ記載がみあたらなかった。

2) 知識・実行が低い普及パターン(図2)

知識と実行が低く、態度・決定が高い、山なりの普及パターンで、【クリッパー使用】、【抗がん剤手袋着用】、【ブレードンスケール】、【K式スケール】、【30度側臥位】、【体圧計使用】、【褥創の深度分類】、【排便腰背部温電法】の8つの看護技術であった。これらの看護技術の種類は「対象物」と「行動様式」であった。技術を行う目的・理由は、「褥創予防」、「感染予防」、「薬品曝露予防」、「便通」で、アウトカムの方向性は全て「効果がある」であった。【排便腰背部温電法】以外はガイドライン化されており、【抗がん剤手袋着用】、【K式スケール】、【体圧計使用】、【褥創の深度分類】、【排便腰背部温電法】には複数の支持文献があった。【体圧計使用】のエビデンスレベルはII a (少なくとも1つのよくデザインされた非ランダム化比較試験によ

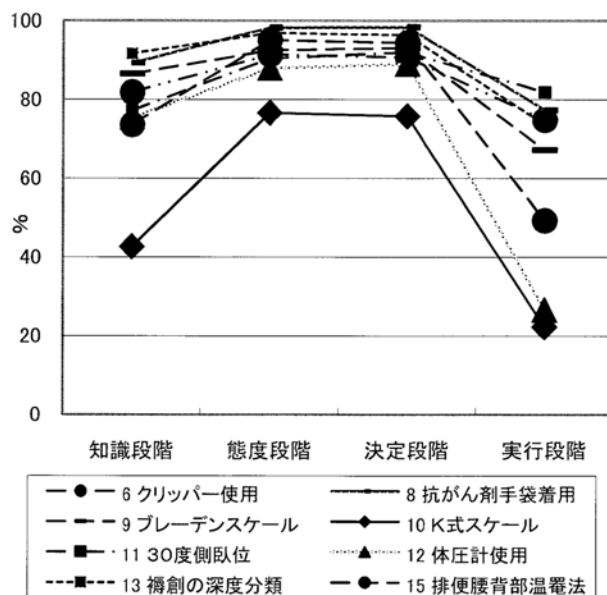


図2 知識と実行が低い普及パターン

る)で、【排便腰背部温電法】のエビデンスレベルはIII(比較研究や相関研究、症例対照研究など、よくデザインされた非実験的記述的研究による)であった。教科書では、【抗がん剤手袋着用】、【K式スケール】、【体圧計使用】の記載はみあたらなかった。

3) 知識のみ低い普及パターン(図3)

知識が低いが、態度・決定・実行が高い普及パターン

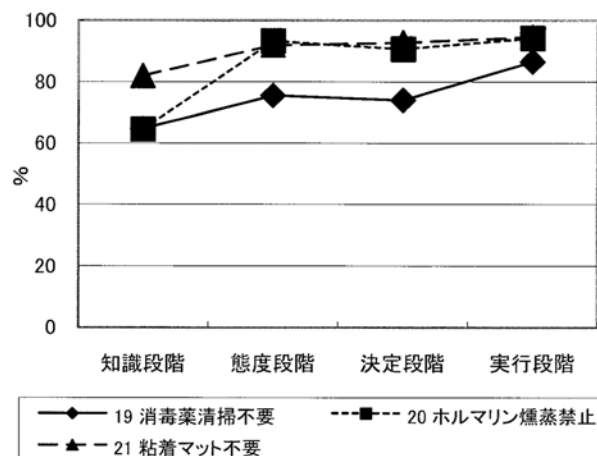


図3 知識のみ低い普及パターン

ンであり、これに分類されたのは、【消毒薬清掃不要】、【ホルマリン燻蒸禁止】、【粘着マット不要】の3つであった。これらの看護技術の種類はすべて「行動様式」で、技術を行う目的・理由は「感染予防」、「薬品曝露予防」で、アウトカムの方向性は、「効果がない」、「危険防止」であった。ガイドラインには全て記載があり、教科書では、【消毒薬清掃不要】のみで、その他は記載がなかった。

4) 実行のみ高い普及パターン (図4)

知識・態度・決定段階が低いにもかかわらず、実行

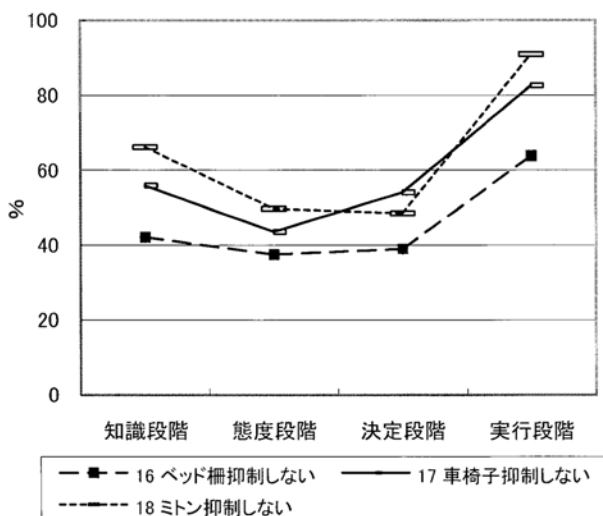


図4 実行のみ高い普及パターン

の高い普及パターンである。これに分類されたのは、【ベッド柵抑制しない】、【車椅子抑制しない】、【ミトン抑制しない】の3つであった。これらの看護技術の種類は「知識情報」、技術を行う目的・理由は人権擁護で、全てガイドラインに記載があった。教科書は、行動レベルでの記載はないが、ガイドラインの概要について記載があった。

5) 実行のみ低い普及パターン (図5)

知識・態度・決定が高いにもかかわらず、実行の低

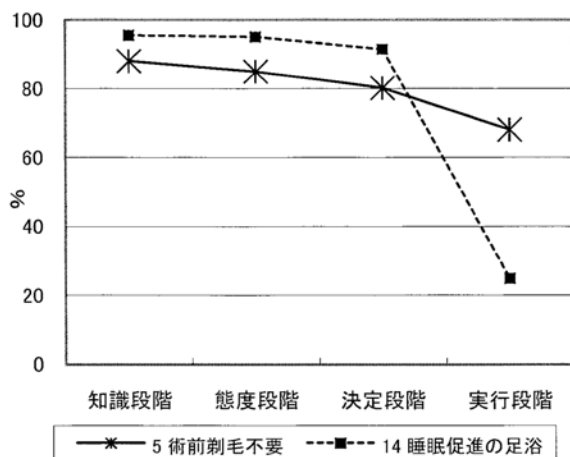


図5 実行のみ低い普及パターン

い普及パターンである。これに分類されたのは、【術前剃毛不要】、【睡眠促進の足浴】であった。これらの看護技術の種類は「行動様式」で、技術を行う目的・理由が「手術創感染予防」、「入眠」であり、アウトカムの方向性は、「危険防止」、「効果がある」だった。支持文献はどちらも複数みられ、エビデンスレベルは、【睡眠促進の足浴】がⅢで、【術前剃毛不要】がⅠb (少な

くとも1つのランダム化比較試験による)、Ⅱaであった。【術前剃毛不要】はガイドライン化されていたが、【睡眠促進の足浴】はガイドライン化されていなかった。教科書にはどちらも記載されていた。

6) 態度・実行が低い普及パターン (図6)

知識と決定が同じ程度で、態度・実行が低い普及パ

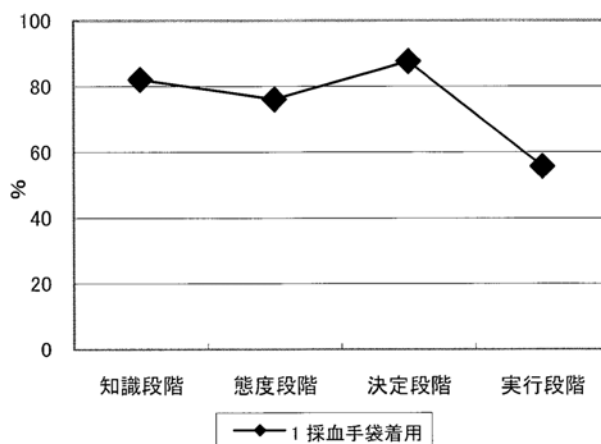


図6 態度・実行が低い普及パターン

ターンであり、これに分類されたのは【採血手袋着用】であった。看護技術の種類は「行動様式」であり、技術を行う目的・理由は、「その他の感染予防」で、アウトカムの方向性は「効果がある」であった。ガイドラインと教科書に記載が見られた。

Ⅵ. 考察

1. 根拠に基づいたイノベティブ看護技術の特性と普及との関連性

知識・態度・決定・実行段階全てで肯定的回答が高かったものは、全て感染予防に関する技術であった。看護技術の種類やアウトカムの方向性はそれぞれ異なっていたが、全てガイドラインに記載され、【食器区分不要】以外は教科書に記載されていたことから、多くの看護師に知識として普及されて、実践につながっていたと考えられる。また、普及が広がった背景には、診療報酬の影響も考えられる。1996年の診療報酬改訂で院内感染対策に実施加算がついた時、速乾式手指消毒剤が医療施設の病室前に次々と置かれていった光景は鮮やかであった。現在は未実施減算となり、感染予防対策は標準的なサービスとして位置づけられている。さらに病院機能評価の項目にも感染管理に関する評価項目が挙げられるようになったが、このような看護技術が評価されるシステムの存在が普及に影響を及ぼすと考えられる。

知識・実行が低かった普及パターンには、看護技術の目的・理由に褥瘡予防が多く、種類では対象物が多かった。褥瘡予防の技術については、全てがガイドラインに

表3 普及パターンごとの看護技術の特性

普及 パターン	看護技術	技術分類			エビデ ンスレ ベル	ガイ ドライン	文 献 数	教科 書記 述
		看護技術の 種類	目的・理由	アウトカムの 方向性				
全て高い	便尿処理手袋着用	行動様式	その他の感染予防	危険防止		有	0	有
	蓄尿バック膀胱より下	行動様式	尿路感染予防	危険防止		有	0	有
	閉鎖式導尿バック使用	対象物	尿路感染予防	効果がある		有	0	有
	リキャップ禁止	行動様式	その他の感染予防	危険防止		有	4	有
	食器区別不要	行動様式	その他の感染予防	効果がない		有	0	無
知識・実 行低い	クリッパー使用	対象物	手術創感染予防	効果がある		有	0	有
	抗がん剤手袋着用	行動様式	薬品曝露予防	効果がある		有	6	無
	ブレードスケール	対象物	褥創予防	効果がある		有	0	有
	K式スケール	対象物	褥創予防	効果がある		有	2	無
	30度側臥位	行動様式	褥創予防	効果がある		有	0	有
	体圧計使用	対象物	褥創予防	効果がある	II a	有	5	無
	褥創の深度分類	対象物	アセスメント	効果がある		有	2	有
	排便腰背部温電法	行動様式	便通	効果がある	III III	無	2	有
知識のみ 低い	消毒薬清掃不要	行動様式	その他の感染予防	効果がない		有	0	有
	ホルマリン燻蒸禁止	行動様式	薬品曝露予防	危険防止		有	1	無
	粘着マット不要	行動様式	その他の感染予防	効果がない		有	1	無
実行のみ 高い	ベッド柵抑制しない	知識情報	人権擁護	危険防止		有	0	有
	車椅子抑制しない	知識情報	人権擁護	危険防止		有	0	有
	ミトン抑制しない	知識情報	人権擁護	危険防止		有	0	有
実行のみ 低い	術前剃毛不要	行動様式	手術創感染予防	危険防止	I b II a	有	3	有
	睡眠促進の足浴	行動様式	入眠	効果がある	III	無	16	有
態度と実 行が低い	採血手袋着用	行動様式	その他の感染予防	効果がある		有	0	有

掲載され、支持文献が多く、エビデンスレベルII aもあるのだが、教科書記載がみられないものもあった。三上ら⁷⁾は、褥瘡ケアはほぼ10年で臨床に浸透しており、促進要因の1つに基礎教育を挙げている。本研究で、褥瘡予防の技術に知識・実行が低かったのは、研究成果がスタンダードな技術として教科書に記載されていないことが、知識の普及を阻害し、実行されないという結果に影響を与えていると考えられた。このことは、支持文献は多くあるのだが、教科書記載が見られないという【抗がん剤手袋着用】についても同様のことが言える。【クリッパー使用】は、ガイドラインや教科書に掲載されている。しかし、剃毛は手術手技の一部であり、看護師が独自に取り入れられる技術ではなく、医師の指示で実施されることが影響していると考えられる。【排便腰背部温電法】は、便通効果についてエビデンスレベルIIIで、支持文献や教科書記載があるが、ガイドライン化されておらず、また、実行後の中止が多かったことから、知識の低さに加え、実行上困難な要因が他にあるものと考えられる。

知識のみ低い普及パターンの看護技術は、これまで正しいと思われ実施されていた技術が不要であったり、禁止となったもので、教科書記載は1項目のみであるが、ガイドラインには全て記載がある。知識がないのに実行できていたということは、従来から実施されておらず、不要とか、禁止の対象となる技術が存在していなかったという、偶発的な結果と解釈することもできる。この他、環境対策の改善については管理的な要素が強いため、個々人の理解はみられなくても、所属する組織が実行していたためとも考えられる。

実行のみ高い普及パターンは、技術の目的・理由全てが人権擁護で、抑制に関するものであった。2000年の介護保険法施行で、高齢者施設での身体拘束禁止規定が実施され、「身体拘束ゼロへの手引き」では身体拘束とみなされる看護技術を明確にしている¹⁰⁾。しかし、多くの病院の看護師はこれを知らないことが明らかとなった。ガイドラインの概要について記載された教科書は一部のみで、多くの教科書が看護ケアの一つとして身体拘束に関

する技術を掲載しており、身体拘束に該当する行為についての知識がないことが問題であると考えられた。病院では「必要やむを得ない身体拘束」を行う状況が多いため、抑制しないことについての態度・決定段階が低いことは理解できるが、看護師の職業倫理に照らしても、身体拘束は無制限に実施されてはならない。人権擁護のための身体拘束に関する正しい知識の普及が必要である。

実行のみ低い普及パターン of 看護技術は、2項目とも、Ⅲ以上のエビデンスレベルと教科書記載がみられ、支持文献数が多かった。ガイドライン化もされていた【術前剃毛不要】に実行が低かったのは、医師の指示を必要とする術前処置であり、看護師個々の判断で扱うことができないことが要因であると考えられる。【睡眠促進の足浴】は、ガイドライン化されていないものの、支持文献が全ての看護技術の中で最も多く、知識は普及されていることが理解できる。しかし、実行後の中止が、全ての看護技術の中で最も多かったことから、必要だと感じながら、看護師側に実行できない要因があると推測される。

態度・実行が低い普及パターンは、【採血手袋の着用】のみであり、ガイドラインや教科書に記載がみられた。しかし、効果が実証された論文が発表されていないことが実践の低さに影響しているものと考えられる。また、渡部、竹山ら¹⁰⁾が述べているように、「対象が感染患者でない」、「やりにくい・感覚が鈍る」という、手袋装着により微妙な指先感覚がつかめず、採血が困難であることや、患者に不快感を与えるのではないかという気遣いから、態度・実行が低かったと考えられる。

2. 普及パターンでみた普及促進の戦略

すべてが高い普及パターンは、知識から実行までイノベーションの決定過程が終了し、技術が定着しているといえる。このパターンには、実践が習慣化された結果、知識がない状態でも実践できるという状況に陥らぬよう、基礎知識の教育を継続していくことが必要であると考えられる。

知識と実践が低い普及パターンは、態度・決定段階が高いことから、知識の普及につとめることで、実行レベルまで到達し、すべて高い普及パターンとなる可能性と、実施のみ低い普及パターンになる可能性を有していると考えられる。対象物の普及はこのパターンに特徴的であり、対象物のもたらすアウトカムについての知識を与えることが、導入を促進し、高い普及レベルに到達させることが可能と考えられる。また、この普及パターンに分類されたイノベティブ看護技術のアウトカムは、その方向性がすべて「効果がある」であった。看護介入の効果を実証していくことが、知識レベルを高くし、普及が促される可能性を有している。そして、その研究成果をスタンダードな技術として教科書やガイドライン等に記

載することが、普及を一層促進させるものと考えられる。

知識のみ低いパターンや実行のみ高い普及パターンは、看護技術がルーチン化し、習慣化され、実践の意味づけが明確でないと考えられるため、根拠に基づいた看護技術実践の意識を涵養し、教育することが効果的であると考えられる。

実行のみ低い普及パターンは、臨床の多忙さや他職種による影響など、実行を妨げる要因が様々考えられる。普及を促進するためには、実行を妨げている要因を明らかにし、それに応じた対策を立てる必要がある。

態度・実行が低い普及パターンでは、効果を実証するための研究が進み、実施の根拠・必要性が再認識できることで、知識レベルを更に高くし、普及促進の効果を上げると考えられる。また、肯定的な感情へと変化させていくためには組織的な取り組みも必要である。他に、実行のみ低い普及パターンにも言えることだが、看護技術の実践をコスト面や質的面で評価するシステムを作ることが実行を促進するものと考えられる。

Ⅶ. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、すべてどのように回答すると望ましいかが分かる回答方法であり自己申告制であったため、観察法などとは異なり、質問に対する答えの正確性が低い可能性がある。また、技術の持つ特性の抽出に当たっては、研究実践と教科書表記についての特徴抽出であり、普及に影響を及ぼす要因を網羅したとは言い難い。

謝辞

ブレテスト及び本調査にご協力いただいた看護部長並びに看護師の皆様、そして普及学に関して貴重なご助言をくださいました慶應義塾大学名誉教授の宇野善康氏に心から感謝申し上げます。

(本研究は、平成14年・15年文部科学省研究費補助金 基盤(C)(2)研究(代表：上泉和子 課題番号14572234)及び、平成13年～15年度青森県立保健大学健康科学特別研究(代表：坂江千寿子)の助成を受けた研究結果の一部である。)

(受理日：平成19年4月27日)

引用文献

- 1) 菱沼典子：看護技術の科学性，平成12年看護白書，29-37，日本看護協会出版会，2000.
- 2) 川島みどり：看護学教科書-均質なケアの担保に向けて，看護，52(1)，52-55，2000.
- 3) 深井喜代子：看護現場の常識を見直す 疼痛ケア 看護実践へのEBN導入の可能性を探る，EBNursing，1(1)，41-48，2001.

- 4) Rogers, E. M. / 青池慎一・宇野善康監訳：イノベーション普及学, 産能大学出版部, 237-239, 1990.
- 5) Brett, Judy. L. :Use of Nursing Practice Research Findings, *Nursing Research*, 36(6), 344-349, 1987.
- 6) 本間恵美子、杉原祐子、三上れつ：Y県下の1総合病院における看護ケア技術の普及に関する研究, *日本看護学会論文集30回看護管理*, 180-182, 1999.
- 7) 三上れつ、水野暢子：看護ケアのイノベーション普及過程に関する研究, 第23回日本看護科学学会学術集会講演集, 370, 2003.
- 8) 木村恵美子、小山敦代、角濱春美、福井幸子、秋庭由佳、上泉和子、坂江千寿子、佐藤真由美、藤本真記子、杉若裕子 Chiu: 根拠に基づくイノベティブ看護技術(1) - 国内文献からの抽出 -, *青森県立保健大学雑誌*, 8(1), 7-16, 2007.
- 9) 阿部俊子編：看護実践のためのEBN, 15, 中央法規, 2001.
- 10) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」発行：身体拘束ゼロへの手引き - 高齢者ケアに関わるすべての人に -, 7, 2001.
- 11) 渡部節子、竹山志津子、三吉裕子、玉井稔子：看護ケアにおける手袋着用とその行動に影響する因子 - 感染の有無及びケア内容による検討 -, *Infection Control*, 12(4), 449-454, 2003.