

IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する
契機となる要因に関する考察

Fostering a “Philosophy of Care” among IR Nurses
Study: Reasoning and Turning Point

野口 純子¹

Junko Noguchi

齊藤 弘通

Hiromichi Saito

Abstract

The role of nurses in the Interventional Radiology (IR)² field has predominantly focused on assisting doctors due to the invasiveness of its medical procedures. However, providing both doctor support and quality care not only lead to good results towards patients experiencing treatment, but also influence the outcome itself. We believe that fostering a philosophy focusing on medical caring is essential in order to provide a quality nursing service. In this study, semi-structured interviews were conducted with 20 IR-nurses. We analyzed how this philosophy had been fostered in these nurses' work. From these results, we found evidence of this philosophy in cases where IR-nurses received patient feedback, and had opportunities to see other IR-nurses working with this philosophy in mind. However, we found no participants who clearly stated that there were opportunities to practice this philosophy in OJT.

1. 問題の背景と研究目的

『厚生白書』平成7年版^{(注)1}から、サービス業としての医療が位置づけられたことで、患者満足の視点に基づいた医療の提供が求められ、医療機関も「患者から選ばれる時代」へと医療

2018年9月17日 受理

¹ 産業能率大学大学院経営管理コース2017年度修了生。厚生中央病院インターベンションエキスパートナース

² IVRとは、Interventional Radiologyの略である。しかし、日本以外では「IVR」と略さず「IR」と表記するため、Abstractでは「IR」とした。

を取り巻く環境が変化している。サービス業における顧客接点を担う人材の質を高めることは、顧客満足に直結することから重要であるため、医療においても顧客、つまり患者接点を担う人材の育成も重要であると考えられる。しかし現実には、入院患者を対象に調査した結果では、医療におけるコアサービスである「治療を受ける」という行為に対する不安が最大のストレスであり、「医療スタッフへの不満も大きなストレスとなっている」[生和2006]。また、患者中心の医療とうたわれながらも、特に侵襲的^{(注)2}な治療を行う現場では、治療を提供する医療者と、治療を受ける側の患者では情報の非対称性も大きく、パターンリズム^{(注)3}が発生してしまうのが現状である。

侵襲的な治療とは、生体に傷をつけて行われる治療法を指し、大きな流れとして、体外から外科的機器やメスなどを用いて患部を切開する外科的手術と、消化管や血管などを通して体内から行う内視鏡^{(注)4}治療^{(注)5}や IVR^{(注)6}などがあげられる。なかでも IVR は局所麻酔^{(注)7}で行われることが多く、全身麻酔^{(注)8}と比較して身体的には低侵襲ではあるが、局所麻酔であるがゆえに IVR を受ける患者は、自分の身体の痛みなどの苦痛や、不安を常に感じながら治療を受けることになる。このようなストレスフルな状態で、なおかつ自分のすべてを他者に託さなくてはならない状態である患者にとって、患者に寄り添った看護師がいることは心強く、治療を完遂する支えになるのではないかと考えられる。この点について黒田 [2002] は、患者に寄り添った看護師の存在の有無は、患者によいばかりか治療の成否にも影響を与えると述べている。その理由として、「患者の心理的動揺は身体的にも負担が増し、処置への協力の気持ちの減少や処置自体が難行して術者の心理状態に余裕が減少し、ひいては IVR チーム全体の状況に影響を及ぼして IVR の期待された成果がでないことになる [黒田2002, p.75]」と、患者の心理的動揺が、治療の成否に及ぼす悪影響を指摘し、精神的なケアの重要性を論じている。

看護師になるには、実習を含む看護基礎教育を受講するが、IVR 看護については、この基礎教育期間中には行われず、配属されてからの OJT が中心である。また、IVR は様々な疾患に応用されているため、配属先や業務の幅などは施設によって異なる。例えば、放射線機器を使用して行うために放射線科外来に所属するケースや、循環器疾患を専門にする病院の場合では、循環器の病棟看護師が IVR を担うケースもある他、救急疾患も扱うため、救命救急病棟や集中治療室が担うケースや「侵襲的治療」というくくりで手術室が担うケースなどもある。このように病院施設によって背景が違うために、OJT による教育も系統的に整理されたものではなく、各施設独自の方法でなされている。

さらに、病棟や診療科外来などに所属しながら IVR 領域の業務も行っているために、IVR 看護を常に考える機会が少なく、育成がしにくい状態にある。また、5年未満で異動となることも多く、学びの環境が定着せず、育成を担うスタッフが充実していない問題なども指摘さ

れている [野口2006]。また、多重業務、ジョブローテーションの側面から、早く一人で業務ができるようになることが急務とされ、「一人でIVRにつける」ことを目標とした教育が主流であり、IVR看護師としてさらに成長するための能力開発は、個人任せになっている状況もみられる [野口2006]。

以上の背景を整理すると、IVRは「患者は意識があるまま侵襲的な治療を受ける場」という特徴から、単なる医師への介助や患者への身体的援助だけでなく、倫理的配慮に基づき、患者の気持ちに寄り添った精神的援助が行える「ケアを意識した看護」^{(注)9}を病棟と同様に実践することが必要であると考えられる。

しかし、実際の現場をみると、多重業務を抱えるIVR看護師は業務をこなすことが精一杯で自らのIVR看護について内省する時間がないことや、経験を積みやると目の前の業務以外のことに意識を向けられるようになると、今度は意図しないジョブローテーションによりIVRの現場から去ってしまうことが繰り返され、「ケアを意識した看護」を実践できる看護師を計画的に育成していく事が困難な状況にある。

こうした状況を踏まえ、本研究では、IVR看護に携わる看護師が「看護観」を醸成する契機としてどのような要因があるかについて、現役のIVR看護師に対するインタビュー調査を踏まえ考察していく。

2. 先行研究レビューとリサーチクエスション (RQ) の設定

管見の限り、IVR看護師の「看護観の醸成」について直接扱った研究はない。関連するものとして、一般の看護師の看護観の醸成に関する先行研究として、卒後1~3年目の看護師を対象に行った、「もっと良い看護がしたい」と思う契機となった「経験」に関する調査 [栗田2010] が挙げられる。栗田 [2010] は、患者に良い看護ケアを行おうと努力することで、成長した看護師を見てきた経験から、「もっと良い看護ケアをしたい」という思いを持つことが大事であると述べている。また、経験学習に関する実証研究を行った松尾 [2006] は、組織の中で働く人が経験から学ぶ際、「良い経験にめぐり合うこと」、「良い経験から多くの事を学ぶ力を持っていること」、「良い経験を積む機会が多く、学ぶ力を養ってくれる組織に所属していること」の3つの要素が経験学習の促進に関係すると述べ、中でも「経験から学ぶ力」のカギとして「仕事の信念」に着目している。仕事の信念とは、「仕事はこうあるべき」、「仕事をする上で、これは大事にしたい」というこだわり、価値観、ポリシー、哲学に相当し、経験から学ぶ内容や質に左右すると考えられると述べている [松尾2006]。工藤 [2010] は、「看護観」について、「看護師の、看護に対する考え方で、専門職業人として行動をとるための基盤となり、看護の方向性を決定する拠り所となるものであり、この看護観によって目指すべき看護が変わる」と述べており、松尾が述べている「信念」とほぼ同意語であると考えられる。

また、松尾 [2006] は、信念は個人的な理論や世界観として、個人の態度や行動を方向づける高次の認知的要因であり、さらに、顧客志向の信念が経験学習を促進していると述べている。こうした信念を持つことにつながる契機に関する研究として、栗田 [2010] や交野 [2012] が挙げられる。栗田 [2010] は、「もっと良い看護ケアをしたい」という信念を持つようになる契機として、「自己の力不足を感じた経験」、「患者からの嬉しい反応」などを挙げ、「経験」との関連性について指摘している。この点については小野 [2009] も、若手看護師を対象にした研究の中で、患者を含む他者からのポジティブな言葉や反応が看護師にとっての生きた現場での学びとなっていると述べている。

しかし、本稿で論じている IVR 看護師の場合、小野 [2009] が述べているような患者からのポジティブな言葉や反応が得られるかは疑問である。なぜなら、IVR を受ける患者は意識がある状態ではあるとは言え、狭い検査台の上で寝たまま動作が制限されている状態で治療を受けているからである。

また、交野 [2012] の研究では、看護師としてのモデルに出会えることが、看護観の形成や、考え方の幅を広げるきっかけになると「モデルの存在」を指摘している。しかし、IVR 看護師の場合、独り立ち後、多くの施設において、一人ないし二人で、閉鎖的な治療室での看護にあたることになるため、こうしたモデルとの出会いは一般の看護師に比べ、限られる可能性が考えられる。

次に IVR の現場での OJT に関する先行研究を確認する。

IVR 看護師をめぐる OJT の研究は、管見の限り、先述した野口 [2006] の実態調査以外の先行研究がない状況である。そこで看護師一般の OJT に関する先行研究をみると、一般的に新卒者には手厚く OJT が施されている一方で、定期異動者に対しては経験者という理由から手厚い OJT は行われていないことが明らかにされている [小野2016]。また、定期異動者への支援内容を調査した長谷部 [2002] は、マニュアル設置、指導担当看護師の導入、技術初回時の付き添い指導などを取り入れているものの、マニュアルの満足度の低さ、指導看護師への不満があることを指摘し、定期異動者の心身の負担軽減に OJT が機能していないことが示唆されたと述べ、定期異動者への OJT の問題点を指摘している。

一方、定期異動者の心理状態の研究として増田 [2001] は、一般病棟から救命病棟に異動した看護師が、業務に追われ自分の事で精一杯になり、患者中心ではなく、自分主体の看護になってしまっていることを指摘し、自分が理想とする看護ができず、救命に対しての面白味が感じられない状態であると述べている。これは Benner [2005] が「どんな看護師でも、経験したことの無い科の患者を扱うとき、ケアの目標や手段に慣れていなければ、その実践は初心者レベルである」[Benner 2005, p.18] と述べているように、定期異動などで慣れない環境に置かれることで、看護実践が初心者レベルになってしまい、目の前にある業務をこな

す事さえ困難な状況になるからだと考えられる。この点については、IVR 看護師も圧倒的に定期異動で配属されることが多いため、増田 [2001] の研究結果と同様の可能性が考えられる。

以上の先行研究を踏まえ、IVR 看護における「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる事柄について以下のリサーチクエスション (RQ) を設定する。

RQ1 : IVR 看護の場で行われている OJT にはどのような特徴があるか。また、IVR 看護の場で行われている OJT は「ケアを意識した看護観」の醸成において有効か。

RQ2 : IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる「経験」は何か。

IVR 看護は、比較的歴史が浅い領域であり、一般看護師を対象とした研究に比べ十分な研究蓄積がなく、ここに上記の RQ に対して検討する意義があると考えられる。

3. 調査対象とした IVR 看護師の概要と主な調査内容

3.1 インタビュー対象者の概要と調査期間

今回調査対象とした、IVR に携わる看護師について概要を述べる。

今回のインタビュー調査の実施にあたり、まず2017年3月都内で開催された、IVR 看護について学ぶ研究会^{(注)10}に参加した看護師に、調査依頼文を配布した。その中で、施設長の許可が得られた看護師にインタビュー調査を行った。また、勤務地が地方であった場合は、その周辺の IVR で著名な施設に対しても調査依頼書を郵送し、許可が得られた施設に対しては、その施設で活躍している看護師を紹介していただき調査を行った。

こうして募った調査対象者に対し、インタビュー調査を行う直前に、再度口頭と書面で研究の目的等を説明し、同意が得られた看護師に対し調査を行った。調査期間は2017年5月から9月である。調査対象者数は全部で20名となった。調査対象となった看護師の概要は、表1の通りである。

表1 調査対象となった IVR 看護師の概要

対象者	性別	年代	IVR 看護師歴 (年)	IVR 以外の看護師歴の有無	役職	施設の概要		
						病院所在地方	病床規模 (病床数)	病院区分
A 氏	女	40 代	6	有	非管理職	関東地方	300 床	民間医療機関
B 氏	女	40 代	7	有	非管理職	中国地方	700 床	公的医療機関
C 氏	女	40 代	5	有	管理職	中国地方	700 床	公的医療機関
D 氏	女	30 代	15	無	管理職	中国地方	400 床	民間医療機関
E 氏	男	40 代	15	有	管理職	関東地方	200 床	民間医療機関
F 氏	女	40 代	10	有	非管理職	関西地方	350 床	公的医療機関
G 氏	女	40 代	6	有	非管理職	関西地方	350 床	公的医療機関
H 氏	女	40 代	15	有	管理職	四国地方	500 床	民間医療機関
I 氏	女	40 代	5	有	管理職	四国地方	500 床	民間医療機関
J 氏	女	50 代	15	有	非管理職	四国地方	200 床	民間医療機関
K 氏	女	40 代	10	有	非管理職	関東地方	1050 床	学校法人
L 氏	女	40 代	10	有	非管理職	関東地方	400 床	公的医療機関・市町村立・指定管理者制度
M 氏	女	40 代	14	有	非管理職	関東地方	400 床	公的医療機関・市町村立・指定管理者制度
N 氏	女	40 代	15	有	管理職	東北地方	100 床	民間医療機関
O 氏	女	40 代	10	有	非管理職	東北地方	100 床	民間医療機関
P 氏	女	40 代	13	有	管理職	東北地方	700 床	公的医療機関
Q 氏	女	40 代	10	有	管理職	東北地方	700 床	公的医療機関
R 氏	男	40 代	10	有	管理職	九州地方	400 床	公的医療機関
S 氏	女	40 代	15	有	非管理職	関東地方	300 床	学校法人
T 氏	女	40 代	14	有	管理職	関東地方	600 床	公的医療機関

(出所：筆者作成)

3.2 インタビュー項目と分析方法

調査対象者に対する主なインタビュー内容は、①調査対象者の属性、②看護歴、③ IVR の現場で受けた OJT について、④ IVR 看護に携わる中で、成長が促された経験、⑤ IVR 看護師としての看護観と、その看護観を持つに至った経験などである。

ただし、インタビュー中、話の文脈や IVR を見学した際に生じた出来事などに応じて、随

時追加質問がなされるなど、インタビューは半構造化方式で行われたため、上記以外にも関連した質問が行われた。

インタビュー時間は一人あたり、1時間から2時間の間で行われ、インタビュー内容は調査対象者の許可を得た上でICレコーダーに録音し、その後反訳原稿を作成した。

4. 調査結果の分析と各 RQ の検討

4. 1 RQ1の検討

ここではRQ1：「IVR 看護の場で行われている OJT にはどのような特徴があるか。また、IVR 看護の場で行われている OJT は『ケアを意識した看護観』の醸成において有効か」についてインタビューデータの分析を通して確認する。

まず、インタビューデータのうち、調査対象者が受けた IVR 看護の OJT に関する発言を抽出し、その意味を考えながら佐藤 [2008] を参考に、定性的コーディングを行った。ここで言う定性的コーディングとは、「収集された文字テキストデータに対して『コード』、つまり、それぞれの部分を含む内容を示す一種の小見出しのようなものをつけていく作業」[佐藤2008, p.34] を示している。まず、調査対象者の一人目 (A 氏) のデータに対し定性的コーディングを行い、二人目以降 (B 氏～T 氏) の調査対象者のデータについては、既に付けた小見出しに照らし合わせながら、類似例かどうかを判断し、類似例と判断されたデータについては同じ小見出しを付けていった。なお、その定性的コーディングの際、I 氏のみが「管理者として IVR に配属」されたため明らかに一スタッフとして配属された時の OJT とは異なっていたため、分析対象から除外した。結果として分析対象としたデータは計19名 (A 氏～H 氏、J 氏～T 氏) である。一連の分析は筆者の一人である野口が行った。

調査対象者が IVR に配属されてから受けた OJT に関するインタビューデータについて上記のコーディングをした結果、発言内容は表2のように、① OJT ツールに関する発言、② OJT の体制に関する発言、③ OJT のスタイルに関する発言の3つに分類された。

IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる要因に関する考察

表2 IVR に配属されてから自分が受けた OJT に関する発言内容

確認された発言内容		具体的な内容	発言者
①OJT ツールに関する発言	①-1:満足度の低いマニュアル	「IVR の流れだけを書いてある簡単なマニュアルで行動に移せない」「自分が IVR 看護をするにあたり役に立たない」など、マニュアルに対するネガティブな意見を指す	A, B, C, D, G, H, P
	①-2:曖昧な基準での評価	「何が『できている』のかよくわからない」、「評価表が経験したかどうかをチェックするだけのものになっている」など、評価に関するネガティブな意見を指す	A, B, C, D, F, G, K, P
②OJT の体制に関する発言	②-1:プリセプター体制で OJT を受けた	「プリセプター体制を採っていても、同じ勤務時間にならない時や、治療内容によってはプリセプター以外も教えている」など、OJT の体制に関する意見を指す	B, C, D, E, G, J
	②-2: 新人以外は手厚い OJT は受けていない（放置に近い）	「新人にはプリセプター体制で行っているが、看護経験のある看護師にはプリセプターがつかない」、「指導に時間がかけられないために放置された」などの意見を指す	H, K, O, Q, T
	②-3: 他職種から教えてもらう	「分からないことを解決するために、医師や放射線技師などの他職種に教えてもらう」といった意見を指す	E, F, H, J, K, L, O, Q
	②-4: 場当たりの OJT 体制	「辞職が決まっている人を指導者に当てる」など、場当たりにトレーナーをつけている OJT の体制に関する意見を指す	A, B
	②-5: OJT のゴール	「医師から言われた物を出せれば OK」という OJT のゴールに関する意見を指す	G
③OJT のスタイルに関する発言	③-1: 自分の受けた OJT のスタイルに関するネガティブな発言	「理由や根拠を教えず、『背中を見て覚えろ』という教え方をする」など、OJT のスタイルに関するネガティブな意見を指す	D, E, G, H, P, Q, R
		「OJT を受ける側の業務に関する理解状況などはお構いなしに一方向的に進んでいく」など、OJT に関する意見を指す	F, J, O, Q
	③-2: 自分の受けた OJT のスタイルに関するポジティブな発言	「知識があり、理由付けをしながら教えてくれた」など、OJT のスタイルに関するポジティブな意見を指す	E, F, G, S
		「指導する側が自分の過去の経験等を尊重しながら指導してくれたおかげで、安心して学べた」という意見を指す	C

(出所：筆者作成)

以下代表的なインタビューデータを紹介する。

① OJT のツールに関する発言

①-1: 満足度の低いマニュアル

OJT のツールとしてマニュアルを使用しているものの、そのマニュアルに対しネガティブな印象を受けた発言が確認されたのは、A 氏、B 氏、C 氏、D 氏、G 氏、H 氏、P 氏であった。以下、代表的な発言を引用しながら、その意味するところを述べる。

「マニュアルも一通りあったんですけど、例えば、ま、聞いても根拠のないまま、ここに書いてるからこの通りにやってっていう感じの、その時は、ほとんど研究会に行くような先輩は一人もない状態で、ただ、先生から言われたものをこう出すっていう、そのほんとにあの、流れのまま先生から言われるままのことをただマニュアルにした状態だったので、根拠もわからないまま、当時の先輩方の看護師は根拠のないままやっていたっていう、感じだったので、ま、どうしてそういうふうにするのかわからないまま、こう、『こういうふうに書いてあるからこういうふうやって』っていう、まま教えられていました。」 (P 氏・40代・女性)

上記のように、P 氏の施設では、「先生から言われたままの流れ」をそのままマニュアルにしているようである。疑問に思ったことについても、根拠を教えられないことがないまま、ただ「マニュアルに書いてあることをそのままするように」指導されたという。

①-2: 曖昧な基準での評価

表2の通り、A 氏、B 氏、C 氏、D 氏、F 氏、G 氏、K 氏、P 氏より、評価方法についても問題点を指摘している発言が確認された。以下、代表的な発言を引用しながら、その意味するところを述べる。

「当時あったチェックリストとかも…あの…スワングアンツカテーター^{(註)11}について理解する…みたいな感じ。できる、できない、あのそういうやつで、何をもって理解をしたというのか、評価されたのかっていう評価基準もすごく不明確だったし、私が ICU とか外来や循環器病棟経験っていうのもあるから、どうみたっておばちゃん（筆者注：先輩看護師のことを表現している）たちより知識があるっていうんで、おばちゃんたちも大丈夫よなって感じで、チェック、チェック、チェック全部スルーされちゃった。」 (A 氏・40代・女性)

A 氏は、OJT の進捗状況を確認するための評価表を用いた「評価」について、「評価基準が

不明確であった」と述べている。評価の対象となる項目は、IVRの手技についての理解度であり、ケアに対することではなかったようである。今回の調査対象者の施設で用いられていた評価表は、全て「手技に携わった事があるか、無いか」といった「手技に対する経験録」のように活用されており、IVR看護中の患者への「ケア」についての評価が行われているというインタビューデータは得られなかった。

② OJT の体制に関する発言

OJT の体制については5項目が挙げられていた。ここでは発言人数が多く確認できたものだけに限り紹介する。

②-1: プリセプター体制で OJT を受けた

表2の通り、B氏、C氏、D氏、F氏、G氏、J氏の発言より、IVRのOJT体制は、プリセプター体制^{(注)12}が取られていることが確認された。しかし、プリセプティが日勤でプリセプターが夜勤の場合などもあり、必ずしも同じ勤務帯でない理由から、公式に任命されたプリセプターだけが教えていたわけではないようである。

〔(筆者注：OJTの体制についての質問に対して) はい、一応プリセプターですね。はい。勤務が合わなかったら他の人。そうですね、やっぱり自分がわからないと、不安なので、もう(筆者注：誰かを)捕まえて、わかりそうな人に『すみません、これなんでしたっけ?』『これはどれです?』と聞いていました。〕(J氏・50代・女性)

なお、B氏、C氏、D氏、F氏、G氏、J氏は「プリセプター体制でOJTを受けた」ことに対して、ポジティブな意見もネガティブな意見も述べておらず、ただ「プリセプター体制だった」という事実だけを発言していた。

②-2: 新人以外は手厚い OJT は受けていない (放置に近い)

表2の通り、H氏、K氏、O氏、Q氏、T氏の5名が「新人にはプリセプター体制で行っているが、看護経験のある看護師にはプリセプターがつかない」、「指導に時間がかけられないために放置された」などの意見を挙げていた。

H氏は、途中異動で配属になったためプリセプターがつかなかったことを述べている。また、プリセプターがいなかったために、自分で勉強して「これはできない」「これはできる」ということをアピールしなくてはならなかったと発言している。

「私自身は（筆者注：プリセプターに）ついてもらったことがないので、残念なことに。プリセプター、そうですね、オペ室も新人には付くんですけど、私はこう途中異動で配属になっているので、（筆者注：プリセプターが）ついてないんですよ、残念ながら。何でも自分で本当にやっていくしか方法がないって言うか。こう全て、こうチェックして、って言うのがないので、なんで、自分がこれしかできんか、できるかって言うのを自分がアピールしてやらないと。出来ないって言うのが…。」（H氏・40代・女性）

②-3: 他職種から教えてもらう

表2の通り、E氏、F氏、H氏、J氏、K氏、L氏、O氏、Q氏の8名が「分からないことを解決するために、医師や放射線技師などの他職種に教えてもらう」といった意見をあげていた。

たとえばH氏は、自分で学習していく過程で、医師から教えてもらったことも述べている。以下はそのインタビューデータである。

「放射線科にいた時期に色々あって、そういったところで、循環器の先生とかにカテーテルのかけ方であるとか、そういったものとかって言うのは、私そういう時って本来なら看護師なんで、看護師が教えてくれるはずやと思うんですけども。その時もあんまり人がいないからなのか、循環器の先生が『そうやったら不潔、こうやったら清潔に開けるからこうやって開けなさい』みたいな、感じのことを教えてもらったりしたことがあったので。』（H氏・40代・女性）

H氏のように、手厚いOJTが提供されないことで、自己学習を余儀なくされ、その過程で「分からないこと」を解決するために、「②-3: 他職種から教えてもらう」という行動に関連していくのではないかと推測される。

③ OJTのスタイルに関する発言

表2の通り、D氏、F氏、G氏、H氏、J氏、O氏、P氏、Q氏、R氏がOJTのスタイルに関するネガティブな発言をしていた。ネガティブな意見の多くが、根拠のない教え方、手順を中心に教えるOJTに対する不満であった（D氏、F氏、G氏、H氏、P氏、Q氏、R氏）。以下、R氏のデータはその代表的なものである。

「あの先輩は親カテ、子カテ（筆者注：カテーテルの種類）って形では教えてくれるんだけど、（筆者注：そのカテーテルを）なんにどうやって使うのかは、あの、

IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる要因に関する考察

先生が発している言葉っていうのは、教えるするんだけど、中身はわかってなかったっていうのがあって。(中略)ちゃんと理屈とか、そういったのが必要でしょってのがあって、ま、標準的な、やっぱり IVR の教育っていうのはどこにあるかっていうのが、最初に考えたことですね。」(R 氏・40代・男性)

上記で引用したように、R 氏の、「先生が発している言葉っていうのは、教えるするんだけど、中身はわかってなかったっていうのがあって」とは、「医師が出した指示、例えば『A というカテーテルを出してください』という医師の指示に対し、先輩看護師は『A というカテーテルはこれですよ』と、用意するカテーテルは教えてくれたものの、そのカテーテルが『どのような性質』を持ち、『どうして A というカテーテルを必要とするのか』などは、先輩看護師は教えてくれなかった、という実体験から A というカテーテルを『使用する意味』や『根拠』をよくわかっていなかったのではないか」という意味であり、先輩看護師の知識不足を指摘している発言である。同時に、理屈を教えられない「IVR (看護) の教育」について納得できない様子も述べている。

一方で、OJT スタイルでポジティブだった発言をしたのは C 氏、E 氏、F 氏、G 氏、S 氏であった。そのうち C 氏以外は、「知識があり理由付けをしながら教えてくれた」と発言している。F 氏は以下の様に自分が受けた OJT のスタイルについて述べている。

「よかった。すごくちゃんと尊敬できる人だった。すごく恵まれていたなど。例えば、これはなんでレトロ (筆者注：逆行性という意味) から行くかっていうと、ここからこうなんだよ。とかものすごく突っ込んだところまで聞けば教えてくれた。」(F 氏・40代・女性)

F 氏のように、聞いた事に対し納得のいく根拠を示せた場合は、ポジティブに受けとめられているようである。このように OJT のスタイルとして、指導を受ける側がポジティブに受け取るかネガティブに受け取るかは、インタビューデータの限りでは、「指導内容に腑に落ちる理由付けがあるかどうか」が影響していた。

以上の通り、IVR の OJT をめぐる現状についてインタビューデータをコーディングした結果、発言内容は① OJT ツールに関する発言、② OJT の体制に関する発言、③ OJT のスタイルに関する発言の3つに分類された。内容を整理すると、まず OJT ツールとして、マニュアルや評価に関する発言があったが、どちらも OJT を受ける側としては、業務を理解していく上で満足を得られていなかった。また、OJT の体制については「プリセプター体制」そのもの

に対してどのような評価をしているかについての発言は確認できず、むしろ、誰がOJTをするかというよりも、どのように指導するかといったOJTのスタイルに関しての問題が指摘されている。特に、マニュアルと共に指導内容が、「IVRの流れに沿って行う介助」を主とし、その介助がなぜ必要なのかといった、根拠が示されていない指導スタイルに対しネガティブな受け止め方をされていた。このように、手技の意味や根拠がわからない状態では、IVR看護に携わる者の疑問が解消されず、IVR業務への理解や慣れが十分進まない可能性も考えられる。IVR現場での現行のOJTが、IVR業務を理解することや業務に慣れることに効果的でないとするならば、IVR看護においても、業務を習得する事に精一杯になり患者に目が向くまで時間がかかる可能性が考えられる。この点について、増田[2001]は、定期異動により業務に追われると、自分の事で精一杯になり、患者中心ではなく、自分主体の看護になってしまうこと、また、自分が理想とする看護ができないと業務慣れが進まず、「患者に目を向けた看護」ができなくなる可能性を指摘している。

また今回得られたIVRのOJTに関する発言には、「看護」について述べられたものは確認されず、IVR看護現場でのOJTの実態が、「IVRの流れに沿って行う介助」ができることを中心に据えたものであり、現行のOJTが「患者に目を向けた看護」に対する意識を喚起するところまで踏み込めていない可能性があることが示唆される。このことは、IVRでは「はやく一人で業務ができる」ことを目指したOJTが中心を占めていると述べた野口[2006]の指摘と関連する部分がある。

また、前述のA氏の発言に見られるように、「患者へのケア」の観点がOJTの評価項目に記載されていないため、IVR看護の場で行われているOJTはケアを意識した看護観を醸成する以前に、実際の患者へのケアを学ぶ機会にもなり得ていない可能性も考えられる。

以上を踏まえると、IVR看護の現場におけるOJTは、ケアを意識した看護観の醸成の契機となりえていない可能性が考えられる。では、OJT以外の要因でIVR看護師がケアを意識した看護観を醸成する契機として効果的なことにどのようなことがあるのだろうか。この点について、以下RQ2で検討していく。

4.2 RQ2の検討

RQ1でIVR看護の現場で行われているOJTは「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となりえていない可能性が示唆された。それでは、IVR看護師にとって「ケアを意識した看護観」の醸成の契機となるものは何であろうか。ここでは、「もっと良い看護がしたい」と思う契機となった「経験」に関する調査を行った栗田[2010]を踏まえ、IVR看護に携わる中でケアを意識した看護観を抱く契機となった「経験」を探索する。

インタビューデータのうち、調査対象者の「ケアを意識したIVR看護観」を持つに至った

IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる要因に関する考察

経験について述べられた発言を抽出し、その意味を考えながら RQ1と同様、佐藤 [2008] を参考に定性的コーディングを行った。定性的コーディングを行った結果、表3のように、7つの契機が確認された。なお、その定性的コーディングの際、I氏は「管理者としてIVRに配属」されたため明らかに一スタッフとして配属された時に受ける経験とは異なっていたため、分析対象から除外した。また、N氏は医師の直接介助（サブオペレーター）をメインの業務としているため分析対象から除外した。結果として分析対象としたデータは計18名（A氏～H氏、J氏～M氏、O氏～T氏）である。一連の分析は筆者の一人である野口が行った。

表3 IVR 看護師としての看護観とその看護観を持つに至った経験（複数回答有）

看護観を持つに至った経験	具体的な内容	発言者
①患者の視点でIVRを見た経験	「患者がIVR中、辛そうにしている姿を見て何かしてあげたい」と思った経験や、患者体験（疑似体験）をした経験を指す	B,G,H,L,P,T
②患者からのフィードバックを得た経験	患者から感謝などの言葉を直接言われたり、生命の危機にいた人が元気になった姿を見るなど、患者からの直接的・間接的なフィードバックを得た経験を指す	F,G,P,Q,R
③院外のIVR看護師からIVR看護について学んだ経験	院外のIVR看護師の看護観を聞き、自分の看護観が間違っていないことが確認できた経験や、「ケアを意識したIVR看護」の必要性に気づいた経験を指す	A, E, S, T
④自分の力不足を実感した経験	自分の知識不足や、医者に一言が言えなかったために、患者にとってIVRがうまくいかなかった経験を指す	M,Q,R
⑤患者を「人」としてみた経験	外来受診や術前訪問など、IVR以外の時に患者と接することで「個」として捉えた経験を指す	C,J,O
⑥職場内の他者から助言を得て気づいた経験	IVR看護のやり甲斐や看護を見出せずにいたところに、他者からの助言で、IVRで行うべき看護の大切さに対する気づきを得た経験を指す	D,P
⑦振り返りで看護を覚えてもらった経験	カンファレンスなどの機会で見守る観点から振り返りをしてもらうことで、IVRにおける看護師のあり方を学んだ経験を指す	K

（出所：筆者作成）

調査対象者がIVR看護に携わる中でケアを意識した看護観を抱く契機となった「経験」に関するインタビューデータについて定性的コーディングをした結果、表3の通り7つの経験が確認された。

①患者の視点でIVRを見た経験

IVR看護に携わる中でケアを意識した看護観を抱く契機となった「経験」の中で「①患者の視点でIVRを見た経験」を挙げた看護師は、B氏、G氏、H氏、L氏、P氏、T氏の6名と一番多く挙げられていた。今回の調査では「患者がIVR中辛そうだったから何かしてあげたいと思った経験」と実際に自身が「『患者としてIVRを受けた経験』や『患者疑似体験』を通して感じた経験」が含まれている。

患者の視点で考えるということは、看護師の基本であり、看護師全般に共通して求められる感性である。実際に同じ病気になれるわけではない中で、患者の気持ちを考えて看護を行う事は重要である。しかし、「患者の気持ちを考えられる」という感性は個人の能力に左右されるものであるが、今回インタビューデータの中には、その感性を、類似体験をしたことで培った経験を上げている看護師（G氏）がいた。

「カテ台に寝たことがあるんですよね。治療するとかじゃなくって、なんかの実験をする時に。その時にね、『大丈夫ですか』って何人かの同僚に言われて、『全然大丈夫じゃないし』って思って、うん。『怖いし、固いし、全然大丈夫じゃないし』って思ったのがきっかけで。そこら辺（筆者注：患者の気持ちを考えた看護）をずっとやっぱり（筆者注：治療の場でも）関わっていきたくなって思ったんですよね。」（G氏・40代・女性）

G氏はたまたまカテ台（IVR中に患者が寝る台）に寝たことで、患者が怖い思いをしている事や、台が固い事で身体に負担を与えていることが分かったという。そしてこの体験を元にG氏は「患者だったらどう感じるか」などの患者視点で考えるようになったという。

②患者からのフィードバックを得た経験

次に多かったのは「②患者からのフィードバックを得た経験」である。「②患者からのフィードバックを得た経験」を挙げた看護師は5名（F氏、G氏、P氏、Q氏、R氏）である。代表的なインタビューデータを以下に示す。

「『前も、看護師さんついてくれたよね。』って言われて、私全然覚えてなかったんですけど。『えーいつですか？』っていったら『治療の時ついてくれたやんな。（中略）よう話しかけてくれたし、って安心したんや』って言われたのがありますね。（中略）1番それが印象的だからこそ、もっともっと関わりたいなーっていうのもある。」（G氏・40代・女性）

G 氏の経験は IVR 中に何気なくした行為を患者が嬉しくて覚えていたことで、その後の看護でも「患者ともっともっと関わりたい」という気持ちに繋がっている事例である。また、D 氏は、術後「患者が会いに来てくれた」経験から、IVR 看護師として患者にやらなければならないことがあることに気付いたと述べている。

「(筆者注：患者さんが会いに来てくれたことがあって) 別に覚えてもらおうとは思ってないですけど、もしかしたら胸が痛いかもしれない、しんどそうだなって言う時に、声をかけたりとか、ま、覚えてもらってなくても、(中略) 関わろうかなと思った関わりって、『あ、こんなに、患者さんの役に立つことってあったんだ』って思って、それからは、あの、『カテ室で出来ることはないよね。』じゃなくって『カテ室でもこっだけ看護師として見るところもあるし、やることもあるわ、声のかけ方もいっぱいあるじゃん』って思うようになりました。」(D 氏・30代・女性)

D 氏は「患者が会いに来てくれた経験」をするまで、IVR の看護の役割がわからず、病棟に行きたいと思っていた。以下にインタビューデータを示す。

「カテ室(筆者注：IVR を行う治療室)で看護師の役割って何なんだろうずっと思っ
てて…患者さん、カテ終わったらパーっと(筆者注：病棟へ)帰っちゃうし、病棟
の看護師さんが迎えに来ると『あーきてくれたんだね』ってすごいなんか(筆者注：
嬉しそうにするから、IVR 看護師は)疎外感っていうのがあって、『私何のためにこ
こにいるんだろう』ってずっと思ってたんですよ。で病棟に行きたいって(中略)
どうしても見返り求めちゃうじゃないですか、私ここまでやったけど、次会った時、
『患者さんが覚えてなかった』とか、ほほ、そんなんだったんで(筆者注：今までは
そんな関わりだったので)、でもやりがいはあるんだなって思いました。覚えてもら
えてないから、しんどそうにしても『まあいっか』じゃなくって、こう、何て言
うんですかね、カテ室でのこと、別に覚えてて欲しいわけじゃないから、まあ、『楽
だったよ』ぐらいに、思ってもらえたら良いかなと思うようにしました。そうす
ね本当に新人の頃ですけど、全然忘れられないので。」(D 氏・30代・女性)

D 氏は、それまで「覚えてもらえない」ことから IVR 看護にやり甲斐を見出せなかったが、「患者が会いに来てくれて、会話を交わした」ことを通して患者の思いを知り、自分が知らないうちに見返りを求めていたことに気づいたようである。そして「覚えていてくれること」が大事なのではなく、たとえ覚えていてくれなかったとしても、患者が辛いときに、看護師

が関わっていくことが重要なことだと思うようになったようである。

IVRは治療の場であるため、看護師と患者の関わりは数時間の限られた治療時間だけにとどまる。術後に積極的に関わることをしない限りは、患者との関係はその場限りのため、自分の行った看護が良かったのか、悪かったのかの評価が得にくい状況にある。

今回インタビューに協力してくれた施設の中で、必ず毎回IVR看護師が術後患者を訪問することをルーティン化している施設はなく、IVR看護師が患者から術後に評価を得る機会は少ないことが推測される。そのような状況の中で、「患者が自分のことを覚えてくれた」という患者からのフィードバック経験は、自分の看護を肯定できた出来事だったと考えられる。

しかし、こうした患者からのフィードバックは「偶然」によるものであり、看護師側から患者を訪問しない限りは得にくいものである。「ケアを意識した看護観」がこうした偶然の出来事によって醸成されているのは非効率かつ不確実であるため、「ケアを意識した看護観」が確実に醸成されるには、職場での計画的な育成方法が必要であると考えられる。しかし、RQIで述べたように、現状のIVR看護現場でのOJTは、「ケアを意識した看護観」を醸成する契機とはなっていない可能性があり、OJT以外の施策で有用な方策を模索する必要性を指摘できる。

③院外のIVR看護師からIVR看護について学んだ経験

他方、院外の学びが、IVR看護においてケアを意識する契機になったという発言もあった。「③院外のIVR看護師からIVR看護について学んだ経験」である。「③院外のIVR看護師からIVR看護について学んだ経験」を挙げた看護師はA氏、E氏、S氏、T氏の4名であった。以下代表的なS氏のインタビューデータを引用する。

「(筆者注:市民講座に参加して)『は！ そうなんだ』って(中略)、ただ業務に流れる、(中略)なんか、物出しして、終わるだけじゃなくって、きちんと患者さんにも気持ちがあって、なんていうんだろう、言葉だけじゃなくって、患者さんの表情とかを見ながら、観察してみたいなことを講師が言ったから、「おー！！」って思って。そこから火が付いたんですよ私。(中略)私の中で衝撃的で。カテ室の先輩って、なんだろう…そんなこと教えてくれる人が、ま、解剖生理とか、そういう体のことは教えてくれるけど、心…心っていうか、患者さんの気持ちとかも、なんて言うんですかね、そこまでちょっと、この人緊張してるねとかそうすると、ちょっと、なん…合併症が起りやすいから気を付けようとかいうのは、聞いたことがあったけど、ちゃんと気持ちもあって、術前オリエンテーションの大切さとか、すごい学んだんですけど。」(S氏・40代・女性)

S氏は市民講座の講師をしていた他院のIVR看護師が「看護」について語る姿をみて、「ケアを意識したIVR看護」の必要性を学び、自分の思いに「火が付いた」と表現している。

S氏のように、院外の勉強会ではじめて「ケアを意識したIVR看護」の必要性に気づいたという他に、院外のIVR看護師の看護観を聞き、自分の看護観が間違っていないことが確認できたケースもある。以下代表的なT氏のインタビューデータを引用する。

「関わる時間が少ないけど、絶対に、この中で必要な看護はあるはずだって思ってた。(筆者注：実践を) やってきて、で、たまたま放医研(筆者注：放射線に関する研修会)に行ったら(中略)、IVR看護研究会のお知らせを(中略)持ってきてくれて、それが第2回だった。で、初めてそれで、第2回に参加して、あ、自分とおなじ思いをしてる人とか、悩んでる人が、いるんだなーって思ってた。まずなんか、放医研に行った時にIVR看護についての講義を聞いて、あ、『自分がやってるのは、間違えじゃないんだなー』って思ってた、IVR看護研究会に行ったら、そういう風に考えている人がいっぱいいて、で、たぶん、そのメンタルの時に発表する患者さんにたまたま自分があたって、すごいなんか、考えるきっかけになって、第3回でなんか、発表しちゃう？みたいな感じになったんだと思う。」(T氏・40代・女性)

このように、T氏の場合まず、「IVR看護」の講義を受たことで「自分の看護観は間違えてはない」と自信を持ち、IVR看護に特化した研究会に参加し、看護師同士、同じ「思い」を共有する過程で確信していった様子が述べられている。

このS氏、T氏のように、院外の勉強会で学ぶことは、他者の看護観を知るきっかけになるだけではなく、自分の「IVR看護に対する看護観」が「間違っていなかった」と肯定できる機会にもなっている。

松尾(2006)は、経験から学ぶ際のカギは「信念」と述べている。しかし、「患者に寄り添った看護は必要」だという信念を持っていても「IVRの流れに沿って行う介助」だけを教えられ、その根拠などは教えてもらえないOJTを受けていると、自分だけが浮いてしまい、「自分の考え方は正しいのか」と、信念が揺らいでしまうこともあると考えられる。今回確認した、IVR看護師としての看護観を持つに至った様々な経験をしたときに、職場内の他者がその看護観を支持できるよう、なんらかの関わりを持つことが必要であると考えられる。しかし、その看護観を支持してもらえない職場環境では無い場合などでは、IVR看護に特化した様々な研究会に参加することで、S氏のように他者の看護観を知るきっかけになることや、T氏のように自分の看護観を肯定するきっかけを得られている看護師も存在していることから、院外学習への参加が「ケアを意識したIVR看護」の必要性を認識する上で有用な機会になり得る

いる可能性も示唆される。

5. 結果の要約

本研究では IVR 看護の現場における OJT の特徴と IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となった経験についてインタビュー調査に基づく考察を行った。研究の結果、確認された事は以下の5点である。

1点目として、インタビュー対象者が受けた OJT の特徴は① OJT ツールに関する発言、② OJT の体制に関する発言、③ OJT のスタイルに関する発言の3つに分類された。OJT ツールとして、マニュアルや評価に関する発言があったが、どちらも OJT を受ける側としては、業務を理解していく上で満足を得られていなかった。また、指導内容は、「IVR の流れに沿って行う介助」を主とし、「その介助がなぜ必要なのか」といった、根拠が示されていない指導スタイルに対しネガティブな受け止め方をされていた。このような状態では、IVR 看護に携わる者の疑問が解消されず、IVR 業務への理解や慣れが十分進まない可能性も考えられた。

2点目として、今回得られた IVR の OJT に関する発言の中では、「看護」について述べられたものは確認されなかった。このことから、IVR の現場での OJT は、手技の流れとは関係ない「患者へのケア」については積極的に触れていなかったことが考えられる。「患者へのケア」について触れられる機会がないことによって、患者に目を向ける意識が醸成されにくくなっている可能性が指摘できる。

3点目として、「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる経験の中では、患者の視点で IVR を見た経験を挙げていたものが一番多くいた。その中で「疑似体験」をすることで、ケアを意識した看護観を醸成する契機となったインタビューデータが確認できた。

4点目として、IVR は治療の場という特性から、患者からのフィードバックが得難い状況にあるが、このような状況においても患者が看護師の存在を覚えていてくれたこと等を通して IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を抱く契機となっているケースが確認できた。

5点目は、院外学習で他院の看護師が「IVR 看護について熱く語る」姿を見て、「自分は間違っていないかった」などと自分の信念の強化につながるインタビューデータが確認され、「ケアを意識した看護観」の醸成においては院外学習も有効な手段である可能性が示唆された。

6. 考察

長谷部 [2002] は、定期異動者への支援内容を調査した研究で、マニュアル設置、指導担当看護師の導入、技術初回時の付き添い指導などを取り入れ支援しているものの、マニュアルの満足度の低さ、指導看護師への不満があることを指摘し、定期異動者の心身の負担軽減に OJT が機能していない可能性を指摘している。今回の IVR 看護の場で行われていた OJT も、

IVR 看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機となる要因に関する考察

先輩看護師からの根拠が伝えられない指導内容、マニュアルの内容、更に、評価基準の不明確さに不満を持つインタビューデータが得られるなど、長谷部 [2002] の指摘に類する結果となった。

また、インタビューデータからは、「IVRの流れに沿って行う介助」が中心で、その根拠を「教えてもらえない」OJTに対する不満も確認され、現場でのOJTが、IVR業務の理解、習得に効果的ではない可能性が示唆された。

OJTが業務の理解、習得に効果的ではないということは、異動者等がIVR業務に慣れることに時間がかかる可能性もあり、増田 [2001] が述べているような「業務に慣れない期間は患者に目が向かない」状態がIVR看護では比較的長く続く可能性も指摘できる。

また、OJTの評価項目も、IVRの手技に対する理解確認が中心であり、「患者へのケア」が評価項目に記載されていないため、IVR看護の場で行われているOJTでは、ケアを意識した看護の必要性を認識しにくい可能性が示唆された。

他方、IVR看護師が「ケアを意識した看護観」を醸成する契機として、OJT以外の要因を探索した。

栗田 [2010] は「もっと良い看護ケアをしたい」という信念を持つようになる契機として、「自己の力不足を感じた経験」、「患者からの嬉しい反応」などを挙げ、小野 [2009] は、「看護の良し悪し」を感じる契機として、患者を含む他者からのポジティブな言葉や反応が有用であることを指摘している。

今回の研究でも、これらの先行研究と同様に「患者が覚えていてくれた事」や、「会いに来てくれたこと」など患者からのポジティブな反応が、IVRという限られた時間の「治療」の場であっても患者と深い関わりを持つことの大切さを認識させる契機となっており、栗田 [2010] や小野 [2009] の指摘に類する結果となった。但し、IVR看護師の場合は、一般の看護師に比べ、患者と関わる時間が限定的であるため、看護師側が「術後訪問」などの機会を作らない限り、患者からのフィードバックは得にくい状況にあり、本研究の実践的含意として、患者からのフィードバックを得るための仕組みを作ることの必要性が指摘できる。

一方で、院外学習先での他院の看護師の話を通して内省が促され、「ケアの視点」でのIVR看護が学べている看護師の存在が確認された。交野 [2012] の研究では「看護師としてのモデルに出会えることが、看護観の形成や、考え方の幅を広げるきっかけになる」と述べられており、先行研究同様「ケアを意識した看護観を持つ看護師」というモデルに出会うことは、看護観の醸成を促進する上で有用であることが指摘できる。この実践的含意として、IVR看護師が院外の研究会等の場で学ぶ機会を組織的に確保することの重要性を指摘できよう。

7. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究は、20例という限られたサンプルの質的調査に基づくものであり、知見の一般化は難しい。今後は、より広い対象者に対して本研究で引き出した事柄を、定量的な方法で測定・分析し、分析結果を比較するなど多面的に研究を進めていく必要がある。

また今回の研究では、院外学習がきっかけでケアを意識した看護観を醸成する契機や、看護観の強化に繋がっていることが確認されたが、ケアを意識した看護観の醸成と院外学習との関連性については、さらに事例を蓄積し、検討を進める必要がある。

(注) 1 http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/(閲覧日：2017, 10, 20)

(注) 2 侵襲的とは、医療において生体内の恒常性を乱す可能性のある刺激を指す。外部からの刺激としては、「病気」、「怪我」だけでなく、「手術」、「医療処置」のような、「生体を傷つけること」すべてを指す。(西憲一郎, 2013, 「生体侵襲とは」, 『HEART nursing』26 巻, 2号. 参照)

(注) 3 パターナリズムとは、強い立場にある者が弱い立場にある者の利益になるように、本人の意志に反して行動に介入・干渉すること。日本語では家父長主義、父権主義などと訳される。(2017, 「救急用語辞典」, 『ばーそん書房』, 第2版, 参照)

(注) 4 内視鏡とは、先端に小型カメラ (CCD) またはレンズを内蔵した太さ 1 cm 程の細長い管をいう。(http://www.jges.net/index.php/citizen_submenu/archives/5 (閲覧日：2017, 9, 24, 参照)

(注) 5 内視鏡を用いて行う治療の総称。内視鏡手術とも言う。(1998, 「医学大辞典」, 『南山堂』, 第18版, 参照)

(注) 6 Interventional Radiology (インターベンショナル ラジオロジー) の略で日本では画像下治療と訳される。循環器領域ではインターベンション治療や単にカテと呼ぶことがあるが、今回はすべての総称として IVR とする。

(注) 7 意識に影響を与えず麻酔を行うこと。(1998, 「医学大辞典」, 『南山堂』, 第18版, 参照)

(注) 8 中枢神経系を可逆的に抑制して、無意識、無痛状態となることをいう。(1998, 「医学大辞典」, 『南山堂』, 第18版, 参照)

(注) 9 本研究では意識を伴う侵襲的な治療の場の看護として、身体的援助は当然のこととして、倫理的配慮に基づき、患者の気持ちに寄り添った精神的援助が行えることを、「ケアを意識した看護」の定義とする。

(注) 10 IVR 看護研究会：IVR 看護師の専門性を確立するため、継続して学習する場、人的交流の場を提供することを目的に2000年に発足した IVR 看護に特化した会。

(注) 11 カテーテルの名前だが、ここでは、そのカテーテルを用いた検査について述べている。

(注) 12 新人看護師に一定期間マンツーマンで指導・支援を行うプリセプターシップ制度における指導員をプリセプターと呼称する。他業種では「チューター」「OJTリーダー」「職場相談員」「エルダー」「メンター」など様々な呼称がある。なお、教えられる側は「プリセプティ」という。

〔参考文献〕

- 小野恵理佳：病棟から手術室へ異動となった看護師が抱える困難と支援方法についての検討、
手術医学、37 (4), 2016, pp.81-83
- 小野美喜：臨床看護師が認識する「よい看護師」の記述 - 若手看護師の視点 -、日本看護学教育学会誌、18 (3), 2009, pp.25-33
- 工藤二郎他：看護のアイデンティティ (最終章)、西南女学院大学紀要、14, 2010, pp.1-8
- 栗田孝子他：卒業時の学生が捉えた「看護観とその形成に影響を及ぼした事項」から、椋山女学園大学、2 (3), 2010, pp.17-22
- 黒田正子：「画像診療での看護」-放射線医学総合研究所監修『ナースのための放射線医療』、朝倉書店、2002
- 交野好子：看護学生の学習体験に影響を及ぼす因子に関する研究、福井県立大学論集、39, 2012, pp.87-98
- 佐藤郁哉：質的データ分析法、新曜社、2008, pp.34-44
- 生和秀敏・井内康輝共著：医療における人の心理と行動、培風館、2006
- 野口純子：IVRに従事する看護師育成プログラム開発に関する基礎調査、成人看護 I、37, 2006, pp.246-248
- 長谷部美千代：中堅看護師の配置転換に伴う負担と支援の現状と今後の課題、看護管理、33, 2002, pp.24-26
- 増田尚美：救命センターに配置転換した看護婦の職場対応 - 面接調査から受け入れ体制を再検討して -、看護管理、32, 2001, pp.222-224
- 松尾睦：経験からの学習 プロフェッショナルへの成長プロセス、同文館出版、2006
- Patricia Benner：ベナー看護論 新訳版 新人から達人へ、(井部俊子監訳)、医学書院、2005