

原著論文

感染管理における看護師の実践と倫理的課題

Ethical Issues Regarding Nursing Practice for Infection Control

川上理子 (Michiko Kawakami)* 中野綾美 (Ayami Nakano)*
池添志乃 (Shino Ikezoe)* 高田早苗 (Sanae Takada)**
横尾京子 (Kyoko Yokoo)*** 野嶋佐由美 (Sayumi Nojima)*

要 約

感染管理における看護師の捉えと実践はどのようなものであるかを明らかにすること、それによって実践上の倫理的課題を見だし、倫理的判断を基盤にした感染管理のための実践を促進できる教育プログラムとガイドラインの開発への示唆を得ることを目的に実態調査した。2004年2月～3月に580名の看護師に調査票を配布し499名（回収率86.0%）の回答が得られた。看護師の87.6%が「感染はどのような状況でもおこしてはならない」と回答したが、省略する手技があると回答する看護師も58.5%に上った。また、感染管理における実践の中で、看護師は専門職としての責任を担っていると回答し、対象者のプライバシーや尊厳を守ることの重要性については意識しているが、アドボカシーの側面では十分とは言えないことが明らかになった。

キーワード：感染管理、看護実践、倫理的課題

I. はじめに

感染は、対象者の生命の危険に関わることであり、感染管理は看護実践の重要な課題である。病院における感染管理は、施設内の多くの職種が協働して取り組む活動として、基本的な医療安全管理体制の一つに数えられる。現在、感染症を取り巻く状況の厳しさから「新型インフルエンザ対策行動計画策定（2005）」「感染症法の改正（2006）」「結核予防法の感染症法への統合（2009）」等、国として様々な感染症対策が実施されており¹⁾、年々、新たな情報が追加・更新される感染症対策において、感染管理に対する看護師の意識・行動も更新されることが求められている。感染管理における看護実践では、基本的知識・情報の理解と適切な感染防止対策の実施に加え、人権に関与することであることを十分理解して、倫理的判断に基づいたケアが

求められる。

サラT. フライらは、看護実践上の倫理的概念としてアドボカシー、責務と責任、協力、ケアリングを挙げている。看護師のアドボカシーとは「看護師が患者のニーズ・関心・選択を話せるよう援助する」ことや「患者の人間としての基本的特性（尊厳、プライバシー、福利）を尊重する」こと、責務と責任は「看護師は自分がどのように『健康の増進』『疾病の予防』『健康の回復』『苦痛の緩和』についての責任を遂行したかということを説明する責務を負う」こと、協力とは、「専門職として共働者の価値や目標を共有する」こと、ケアリングとは、「看護師の役割の基本的なもので、関わりにおいては知識や技術だけでなく患者のためにそこにいる、患者を尊重する、患者のために患者と共に感じ、患者と緊密になる」ことであると述べている⁶⁾。感染管理の実践においても、これらの倫理的概念は重要であることは明白である。

*高知女子大学看護学部 **日本赤十字看護大学 ***広島大学医学部保健学科

II. 研究目的

感染管理における看護師の捉えと実践はどのようなものであるかを明らかにし、実践上の倫理的課題を見いだすことによって、倫理的判断を基盤とした看護実践を促進するための教育プログラムやガイドライン開発への示唆を得る。

III. 用語の定義と調査の研究の枠組み

1. 用語の定義

本研究では「感染管理」を日常的な「臨床における感染予防」をマネジメントするという視点で用いた。研究の目的としては、広義の感染管理を念頭におき、集団やシステムとしての観点を前提として踏まえつつも、研究の課題として焦点化するにあたり、看護者の倫理的判断を問う際には、看護者の日々の具体的な活動である感染予防に焦点化して問うこととした。従って「感染管理」の用語の定義を、本研究においては、「感染をコントロールすることを目的に、その職場環境やシステムの中で感染予防策を実践する看護師の活動」とした。

また、感染管理において特に倫理的な配慮が求められる「患者配置」の現象として「隔離」を取り上げて調査をしたいと考え、「患者配置」を「感染管理において適切な防護を実施するために、感染者を他者から隔離する（個室への移動なども含む）あるいは、易感染者を他者から隔離すること」と定義した。

2. 感染管理の実践と看護倫理の原則を踏まえての調査の枠組み

感染管理・感染予防における看護実践の目的は、感染源および感染経路を遮断することであり、それによって易感染者を感染させないこと、感染者から非感染者を守ることである。そのための感染管理の実践において、どのような看護倫理の原則を適用することが求められるかについて、文献および研究者の話し合いから整理した。

感染管理における看護の実践項目である日常の感染予防策を質問項目にするために、予防策の具体的な行動について、感染管理に関するガ

イドブック（日本看護協会2001）、2つの病院の感染管理のためのマニュアル、2つの大学の基礎看護技術のテキストから目的・内容を抽出し、カテゴリー化した。その結果、感染管理における看護実践の目的は、感染をコントロールすること、すなわち「感染源・感染経路を遮断すること、感染をさせない（易感染者を守る）こと、感染者から非感染者を守ること」であり、実践内容として「適切な手技：手洗い、清潔操作、手順（優先度）、廃棄方法など」「適切な防護：患者配置（隔離）」があり、「適切な防護」のために「適切な説明」「信頼関係の形成・個別性の配慮」が必要とされるものと考えられた。そして、これらの実践は組織として実施されており、「職場施設の環境やシステム」が関わっている。「職場施設の環境」としては感染管理に必要な「設備・空調・器材」といったハード面と「組織活動・教育・忙しさ・意識」といったソフト面が含まれる。

感染管理における看護実践の目的や実践内容は、それぞれ倫理的な原則を基盤にして、取り組むことが求められる。例えば、「適切な手技」を実践する際には、患者の「尊厳及び権利を尊重」し、「平等の原則」「善行の原則」「正義の原則」や「看護について個人として責任を持つ（自己責任）こと」という原則を求められる。「適切な防護」として患者配置（隔離）を実践する際には、「平等の原則」「善行の原則」「正義の原則」や「看護について個人として責任を持つ（自己責任）こと」に加え、「自己決定の尊重」「守秘義務」「アドボカシー」の原則も求められる。また、感染管理は職場システムのなかで組織的に行われるものであるために、実践では「協働」といったケアの倫理も重要である。

このように感染管理における看護の目的・実践内容は倫理的な原則を基盤として取り組むことが求められるため、看護実践の倫理と関連しあっている。（図1）

IV. 研究方法

1. 「感染管理における看護倫理」についての調査票の概要

調査票は倫理原則を基盤に、感染管理をどの

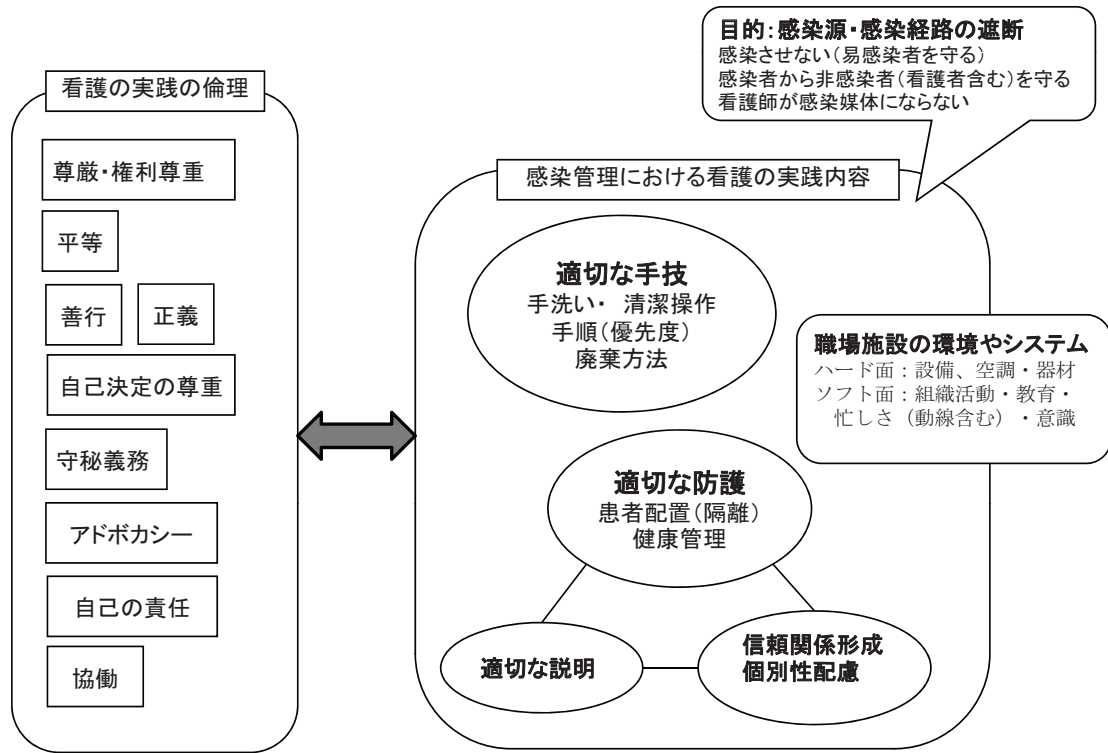


図1 感染管理における看護の実践内容と看護倫理

ように捉えているか、またどのように実践を行っているかについて質問を行った。内容は、①感染管理についての基本的な姿勢：2項目、②感染している対象者への関わり方についての意識：8項目、③感染管理における看護者としての責任についての意識：8項目、④適切な感染管理に必要な条件についての意識：9項目、⑤適切な手技・防護の実施：9項目、⑥適切な手技・防護の省略とその理由：12項目、⑦患者配置（隔離）をするとき重視する事柄：8項目、⑧患者配置（隔離）の、患者の要望への考慮：⑧患者配置（隔離）をするとき意識する法律・倫理原則：10項目であった。①⑤⑥⑧は具体的な内容を示し、「はい」「いいえ」で回答を求めた。②は「非常に意識する」「少し意識する」「あまり意識しない」「全く意識しない」、⑦は、「非常に重視する」「少し重視する」「あまり重視しない」「全く重視しない」、③④は「非常にそう思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の4段階評価で回答を求めた。

対象者の属性は、年齢・感染病床の有無・倫

理に関する研修等の経験の有無について回答を求めた。

2. 調査方法

調査は、上述した調査票を用いた実態調査で行った。対象は100床以上の総合病院とし、研究者のネットワークによってアクセス可能な病院とした。対象となった病院の看護部長に電話で内容を説明し、承諾の得られた病院に説明文書と共に30～50部のアンケートを送付して、任意の病棟・看護師に配布していただくよう依頼した。個々のアンケートには返送用の封筒を添付し、回答は直接研究者に送付してもらうこととした。

3. 分析方法

調査項目については、統計ソフトSPSS13.0を用い分析した。全項目について記述統計量を算出した後、カイ2乗検定により項目間の関連を検討した。年齢・経験年数は平均値と標準偏差を求めた。

4. 倫理的配慮

研究実施に当たり、病院管理者には看護部長を通して文書による依頼を行った。また、対象者に文書で依頼を行った。調査協力依頼文書には、研究目的・意義・研究協力の任意性・匿名性の保持・結果の公表について明記し、調査票の返送をもって研究協力への承諾とみなした。

V. 結 果

1. 対象者の概要

2004年2月～3月に、全国16病院の病棟で働く580名の病棟看護師にアンケート用紙を配布し、499名（回収率86.0%）からの回答が得られた。対象者の平均年齢は36.33歳（SD=9.19）で、平均経験年数は13.77年（SD=8.68）であった。

勤務している部署に、結核・AIDSなどの感染者を対象にした病床があると回答したのは67名（13.4%）であった。「あなたは今までに倫理、看護倫理、医療倫理、生命倫理など倫理に関連した研修、講習、教育を受けたことがありますか？」との問いに対して、「ある」と答えたのは237名（47.5%）、「ない」と答えたのは254名（50.9%）であった。

2. 質問項目の内的整合性について

調査項目ごとにCronbachアルファを算出した。②感染している対象者への関わり方についての意識8項目： $\alpha = 0.80$ 、③感染管理における看護者としての責任についての意識8項目： $\alpha = 0.72$ 、④適切な感染管理に必要な条件についての意識9項目： $\alpha = 0.79$ 、⑤適切な手技・防護の実施：9項目： $\alpha = 0.38$ 、⑥適切な手技・防護の省略とその理由12項目： $\alpha = 0.76$ 、⑦患者配置（隔離）をするときに重視する事柄8項目： $\alpha = 0.84$ 、⑧患者配置（隔離）の、患者の要望への考慮10項目： $\alpha = 0.78$ 、⑨患者配置（隔離）をするときに意識する法律・倫理原則10項目： 0.66 であった。

3. 感染管理に対する看護者の捉え

1) 感染管理に対する基本的な姿勢

感染管理に対する基本的な姿勢について、

「どのような状況においても、感染をおこしてはならない」という問いに対し、437名（87.6%）の対象者が、「はい」と回答した。一方「感染してもしかたのない状況もある」に対しても230名（46.1%）の対象者が「はい」と回答した。「どのような状況においても、感染をおこしてはならない」に「はい」と回答しながら同時に「感染してもしかたのない状況もある」にも「はい」と回答した者は175名（35.1%）であった。

2) 感染している対象者への関わり方についての意識

感染者と関わる時、感染管理のために意識している事柄として「非常に意識する」「少し意識する」と回答した者の多かった項目は、「感染者から情報収集するとき、個人の尊厳・プライバシーを守る」490名（98.2%）、「感染者から収集した個人情報を他者と共有する時、プライバシーを守る」486名（97.4%）、「家族に説明するとき、感染者のプライバシーを守る」476名（95.4%）、「感染者や家族に説明する時、感染者の尊厳を守る」473名（94.8%）であり、感染者の尊厳・プライバシーを守ることについての意識が高かった。また、「感染者をケアするとき、汚染されたものとして接することのないようにする」462名（92.6%）と対象者の心情を思いやった関わり方を意識している割合も高かった。ついで、「院内感染が考えられる場合、支障のある情報は制限して感染者・家族に伝える」432名（86.6%）、「感染者の血液・体液の付着した物品を片づける時、感染者のプライバシー・尊厳を守る」429名（86.0%）、「院内感染が考えられる場合、全ての情報を感染者・家族に伝える」412名（82.6%）と続いていた[表1]。

3) 感染管理における看護者の責任についての意識

「患者配置や周囲の環境を整え、感染を予防する責任」、「看護者自身が感染源・感染媒体とならないように自己管理する責任」499名（100.0%）、「適切な手技や操作によって感染を予防する責任」498名（99.8%）、「治療的環境、援助

関係を良好に保ち続ける責任」494名(99.0%)、「患者の安楽を最大限に考慮し、安楽を保证する責任」493名(98.7%)、「隔離中の患者に対し、病状のみならず、心理的状态、日常生活、隔離の効果、隔離がもたらす悪影響などのモニタリングを行う責任」490名(98.2%)と、いずれの項目についても、看護師は専門職としての責任を担っていると考えている回答が多かった。

4) 適切な感染管理をするために必要な条件

適切な感染管理をするために必要な条件は何かの問いに対して、「非常にそう思う」の回答が多かったのは、「医師などの共働者との協力・連携体制の確立」406名(81.4%)、「医師などの共働者の意識改革」406名(81.4%)、「看護

職者の意識改革」376名(75.4%)、「看護職者の専門職としての能力の獲得」357名(71.5%)、「現行の感染予防方法の評価システム」341名(68.3%)、「病院における看護教育体制の整備」341名(68.3%)であり、「看護職者の適正配置」「病院方針の確立」「病院の理念の確立」と続いていた[表2]。

4. 感染管理の実践

1) 感染管理のための手技・防護の実施

実践の中で行っている感染管理のための手技・防護として最も実施度が高かったものは、「鋭利器材の扱いには常に注意し、安全に廃棄する」で494名(99.0%)の対象者が実施しており、次いで実施度が高かったものは「検体の取り扱

表1 感染している対象者への関わり方についての意識

	非常に意識する	少し意識する	あまり意識しない	全く意識しない	無回答
感染者から情報収集するとき、個人の尊厳・プライバシーを守る	310(62.1)	180(36.1)	9(1.8)	0	0
感染者から収集した個人情報了他者と共有する時、プライバシーを守る	322(64.5)	164(32.9)	12(2.4)	0	1(0.2)
家族に説明するとき、感染者のプライバシーを守る	298(59.7)	178(35.7)	20(4.0)	0	3(0.6)
感染者や家族に説明する時、感染者の尊厳を守る	334(66.9)	139(27.9)	16(3.2)	0	10(2.0)
感染者をケアするとき、汚染されたものとして接することのないようにする	279(55.9)	183(36.7)	28(5.6)	4(0.8)	5(1.0)
院内感染が考えられる場合、支障のある情報は制限して感染者・家族に伝える	163(32.7)	269(53.9)	50(10.0)	3(0.6)	14(2.8)
感染者の血液・体液の付着した物品を片づける時、感染者のプライバシー・尊厳を守る	208(41.7)	221(44.3)	66(13.2)	1(0.2)	3(0.6)
院内感染が考えられる場合、全ての情報を感染者・家族に伝える	125(25.1)	287(57.5)	70(14.0)	1(0.2)	16(3.2)

表2 適切な感染管理をするために必要な条件

	非常にそう思う	少しそう思う	あまりそう思わない	全くそう思わない	無回答
医師などの共働者との協力・連携体制の確立	406(81.4)	84(16.8)	4(0.8)	0	5(1.0)
医師などの共働者の意識改革	406(81.4)	80(16.0)	7(1.4)	1(0.2)	5(1.0)
看護職者の意識改革	376(75.4)	104(20.8)	12(2.4)	1(0.2)	6(1.2)
看護職者の専門職としての能力の獲得	357(71.5)	129(25.9)	7(1.4)	0	6(1.2)
現行の感染予防方法の評価システム	341(68.3)	137(27.5)	13(2.6)	0	8(1.6)
病院における看護教育体制の整備	341(68.3)	130(26.1)	20(4.0)	0	8(1.6)
看護職者の適正配置	271(54.3)	150(30.1)	67(13.4)	2(0.4)	9(1.8)
病院方針の確立	252(50.5)	169(33.9)	62(12.4)	8(1.6)	8(1.6)
病院の理念の確立	210(42.1)	184(36.9)	88(17.6)	8(1.6)	9(1.8)

いに注意し、安全に処理する」491名（98.4%）、その次に高かったものは、「手袋着用の有無にかかわらず、血液・体液・分泌物・汚物にふれた際は手洗いする」「器材の消毒と滅菌について確認し、安全な器材を用いる」489名（98.0%）であり、これらの項目の実施は、感染管理の手技・防護として対象者の背景に関わらず浸透しているといえる。それ以降は、「防護用具を外すとき汚染面を素手でふれないよう注意する」459名（92.0%）、「防護用具（手袋・マスク・アイプロテクション・ガウン他）を着用する」414名（83.0%）、「患者と接触する前には必ず手を洗う」333名（66.7%）、「同一患者に対しても各処置ごとに手洗いする」284名（56.9%）であった[表3]。

2) 感染管理のための手技・防護の省略

「感染管理のための手技・防護を省略する場合がありますか」との問いに対しては、「はい」と回答した対象者が、292名（58.5%）、「いいえ」と回答した対象者は199名（39.9%）であった。

感染管理のための手技・防護を省略する場合、その理由について多かったものは、「煩雑な仕事の中で、感染予防策に割く時間が十分ないから」171名（34.3%）であった。次いで、「緊急に対応しなければならない患者がそばにいるのに、手洗い（擦り込み式含む）が遠くにあるから」166名（33.3%）、「患者の粘膜・開放創・ライン接続部には直接触れないから」141名（28.3%）といった理由が挙げられた。以降は、「感染予防のために本当に必要な手技かどうか疑問に思うから」73名（14.6%）、「擦り込み式や手洗いを一手技ごとに励行すると手が荒れてしまうから」35名（7.0%）、「手洗いに時間がかかるから」30名（6.0%）、「感染管理の院内マニュアルに含まれていないから」26名（5.2%）、「微粒子用マスクは呼吸が苦しくなり、コミュニケーションも取りにくいから」24名（4.8%）、「病棟全体で（省略する）習慣になっているから」19名（3.8%）、「ディスポーザブル製品交換のコストがかかりすぎるから」17名（3.4%）、「患者の白血球・好中球が十分に高い数値だから」9名（1.8%）と続いていた[表4]。

表3 感染管理のための手技の実施

	はい	いいえ	無回答
鋭利器材の扱いには常に注意し、安全に廃棄する	494 (99.0)	1 (0.2)	4 (0.8)
検体の取り扱いに注意し、安全に処理する	491 (98.4)	5 (1.0)	3 (0.6)
手袋着用の有無にかかわらず、血液・体液・分泌物・汚物にふれた際は手洗いする	489 (98.0)	7 (1.4)	3 (0.6)
器材の消毒と滅菌について確認し、安全な器材を用いる	489 (98.0)	6 (1.2)	4 (0.8)
防護用具を外すとき汚染面を素手でふれないよう注意する	459 (92.0)	35 (7.0)	5 (1.0)
防護用具（手袋・マスク・アイプロテクション・ガウン他）を着用する	414 (83.0)	80 (16.0)	5 (1.0)
患者と接触する前には必ず手を洗う	333 (66.7)	161 (32.3)	5 (1.0)
同一患者に対しても各処置ごとに手洗いする	284 (56.9)	208 (41.7)	7 (1.4)
周囲環境を汚染する危険の高い患者、あるいは影響される危険の高い患者を個室に配置する	28 (5.6)	453 (90.8)	18 (3.6)

表4 感染管理のための手技・防護を省略する理由

	はい	いいえ
煩雑な仕事の中で、感染予防策に割く時間が十分ないから	171 (34.3)	328 (65.7)
緊急に対応しなければならない患者がそばにいるのに、手洗い（擦り込み式含む）が遠くにあるから	166 (33.3)	333 (66.7)
患者の粘膜・開放創・ライン接続部には直接触れないから	141 (28.3)	358 (71.7)
感染予防のために本当に必要な手技かどうか疑問に思うから	73 (14.6)	426 (85.4)
擦り込み式や手洗いを一手技ごとに励行すると手が荒れてしまうから	35 (7.0)	464 (93.0)
手洗いに時間がかかるから	30 (6.0)	469 (94.0)
感染管理の院内マニュアルに含まれていないから	26 (5.2)	473 (94.8)
微粒子用マスクは呼吸が苦しくなり、コミュニケーションも取りにくいから	24 (4.8)	475 (95.2)
病棟全体で（省略する）習慣になっているから	19 (3.8)	480 (96.2)
ディスポーザブル製品交換のコストがかかりすぎるから	17 (3.4)	482 (96.6)
患者の白血球・好中球が十分に高い数値だから	9 (1.8)	490 (98.2)

3) 感染防止のために患者配置（隔離）をする時に重視している事柄

感染防止のために患者配置（隔離）をする時に重視している事柄として「非常に重視する」「少し重視する」と回答した者は、「患者および家族が理解できるように説明すること」487名（97.6%）、「患者にとって効果的な方法を実行すること」485名（97.1%）、「患者の感染に関する情報を他者にもらさないこと」484名（96.9%）、「患者にとって最善の方法を活用すること」「患者の苦痛やストレスを最小限にすること」480名（96.2%）、「患者の安楽と感染の危険性のバランスを保つこと」「患者の尊厳を守ること」477名（95.6%）、「可能な限り患者の「自律」「自己決定」を尊重すること」445名（89.2%）であり、いずれの項目についても重視しているとする回答が多かった。

4) 患者配置（隔離）中の、患者の要望への考慮

感染防止のための患者配置（隔離）をしているときに、「非常に考慮する」「少しは考慮する」と回答した者は、「周囲の患者に感染に関する情報を伝えないでほしいという要望」458名

（91.7%）であり、「消灯後もテレビをみていたいという要望（個室の場合）」427名（85.6%）、「面会者に感染に関する情報を伝えないでほしいという要望」426名（85.4%）、「消灯後も電気をつけ仕事をしてほしいという要望（個室の場合）」408名（81.8%）、「自分のペースに合わせて検温やケア時間をずらしてほしいという要望」407名（81.6%）、「やむをえない用事や仕事のための外出の要望」401名（80.3%）、「家族に感染に関する情報を伝えないでほしいという要望」372名（74.5%）、「気分転換のための外出の要望」361名（72.3%）、「仕事の連絡のため携帯電話を病室で使いたいという要望」294名（58.9%）、「喫煙のため喫煙所にいきたいという要望」233名（46.7%）と続いていた[表5]。

5) 患者配置（隔離）を実施するときに意識する法律や倫理原則

患者配置（隔離）を行う時に法律や倫理原則を意識しているか否かを問う項目では、対象者の半数以上が意識しているものは「感染症法」320名（64.1%）、「結核予防法（調査実施時の

表5 患者配置（隔離）中の、患者の要望への考慮

	非常に考慮する	少し考慮する	あまり考慮しない	全く考慮しない	無回答
周囲の患者に感染に関する情報を伝えないでほしいという要望	336(67.3)	122(24.4)	15(3.0)	4(0.8)	22(4.4)
消灯後もテレビをみていたいという要望（個室の場合）	185(37.1)	242(48.5)	36(7.2)	11(2.2)	25(5.0)
面会者に感染に関する情報を伝えないでほしいという要望	268(53.7)	158(31.7)	33(6.6)	11(2.2)	29(5.8)
消灯後も電気をつけ仕事をしてほしいという要望（個室の場合）	158(31.7)	250(50.1)	49(9.8)	12(2.4)	30(6.0)
自分のペースに合わせて検温やケア時間をずらしてほしいという要望	139(27.9)	268(53.7)	63(12.6)	5(1.0)	24(4.8)
やむをえない用事や仕事のための外出の要望	118(23.6)	283(56.7)	49(9.8)	21(4.2)	28(5.6)
家族に感染に関する情報を伝えないでほしいという要望	108(21.6)	264(52.9)	83(16.6)	18(3.6)	26(5.2)
気分転換のための外出の要望	91(18.2)	270(54.1)	82(16.4)	30(6.0)	26(5.2)
仕事の連絡のため携帯電話を病室で使いたいという要望	83(16.6)	211(42.3)	117(23.4)	62(12.4)	26(5.2)
喫煙のため喫煙所にいきたいという要望	30(6.0)	203(40.7)	157(31.5)	78(15.6)	31(6.2)

名称)」315名(63.1%)の2項目のみであった。ついで、「看護師の倫理綱領」192名(38.5%)、「患者の権利宣言」155名(31.1%)、「医療法」118名(23.6%)、「倫理原則」98名(19.6%)、「労働安全衛生法」81名(16.2%)と続いた。「リスボン宣言」32名(6.4%)、「日本国憲法」27名(5.4%)、「児童(子ども)の権利条約」20名(4.0%)については意識しているという回答の割合が低かった。また、対象者の多くは複数の法律や倫理原則を意識していると回答していたが、一方、それぞれの法律や倫理原則を意識しているかという問いのすべてが「いいえ」であった対象者も61名(12.2%)いた。

5. 「感染管理に関する基本的な姿勢」と看護師の属性の関連

看護師の年齢を20歳代(145名)、30歳代(156名)、40歳代以上(167名)の3群に分けて(無回答除く)Pearsonのカイ2乗検定による比較した結果「感染をおこしてもしかたのない状況もある」と回答した割合は、40歳代以上(95名、56.9%)が最も高く、ついで30歳代(74名、47.4%)、20歳代(61名、42.1%)であった($\chi^2=7.09$, $p<0.05$) [表6]。

勤務している部署に感染者を対象にした病床があると回答した看護師は、「どのような状況においても、感染を起こしてはならない」という問いに「はい」と回答する割合が有意に高かった($\chi^2=8.19$, $p<0.05$) [表7]。

倫理、看護倫理、医療倫理、生命倫理など倫理に関連した研修、講習、教育を受けた経験の有無と基本的な姿勢における差はみられなかった。

6. 「感染管理に関する基本的な姿勢」と「手技・防護」の省略の関連

「感染してもしかたのない状況もある」という問いの有無と「あなたは感染管理のための手技・防護を省略する場合がありますか」という問いの有無の関連を、カイ2乗検定(Fisher直接法)を用いて検定した結果「感染してもしかたのない状況もある」に「はい」と回答した者は、有意に「手技・防護を省略する場合がある」と回答していた($\chi^2=15.51$, $p<0.01$) [表8]。

また、感染管理のための手技・防護を省略する理由との関連では、「患者の粘膜・開放創・ライン接続部には直接触れないから」($\chi^2=6.83$, $p<0.05$)、「煩雑な仕事の中で、感染予防策に割く時間が十分ないから」($\chi^2=5.20$, $p<0.05$)、「微粒子用マスクは呼吸が苦しくなり、コミュニケーションも取りにくいから」($\chi^2=4.37$, $p<0.05$)、「感染管理の院内マニュアルに含まれていないから」($\chi^2=4.10$, $p<0.05$)、「感染予防のために本当に必要な手技かどうか疑問に思うから」($\chi^2=4.00$, $p<0.05$)、「擦り込み式や手洗いを一手技ごとに励行すると手が荒れてしまうから」($\chi^2=3.49$, $p<0.05$)の項目において、「しかたのない状況もある」と回答した者は、省略する理由を肯定する割合が有意に高かった [表9]。

表6 感染管理に関する基本的な姿勢と年代の関連

	感染をおこしても仕方ない状況もある		χ^2 値 ^{注1)}	p値 ^{注2)}
	はい	いいえ		
20歳代	61	84	7.09	.029 ^{注3)}
30歳代	74	82		
40歳代以上	95	72		

注1) Pearsonのカイ2乗検定による 注2) 漸近有意確率(両側)
注3)**統計的に有意な差(危険率5%水準)

表7 感染管理に関する基本的な姿勢と感染病棟の有無の関連

	どのような状況においても、感染を起こしてはならない		χ^2 値 ^{注1)}	p値 ^{注2)}
	はい	いいえ		
感染病棟あり	55	7	8.19	0.17 ^{注3)}
感染病棟なし	369	44		

注1) Fisherの直接法による 注2) 正確有意確率(片側)
注3)**統計的に有意な差(危険率5%水準)

表8 感染管理に関する基本的な姿勢と手技・防護の省略の関連

	感染をおこしても仕方ない状況もある		χ^2 値 ^{注1)}	p値 ^{注2)}
	はい	いいえ		
省略する場合あり	152	121	15.51	0.00 ^{**注3)}
省略する場合なし	70	119		

注1) Fisherの直接法による 注2) 正確有意確率(片側)
注3)**統計的に有意な差(危険率1%水準)

表9 感染管理に関する基本的な姿勢と省略理由の関連

		感染をおこしても 仕方ない状況もある		χ^2 値 ^{注1)}	p値 ^{注2)}
		はい	いいえ		
直接触れないから	はい	77	56	6.83	.002 ^{*注3)}
	いいえ	150	187		
時間が十分にないから	はい	90	72	5.20	.014 [*]
	いいえ	137	171		
マスクは呼吸が苦しいから	はい	16	7	4.37	.036 [*]
	いいえ	215	232		
マニュアルに含まれてないから	はい	17	8	4.10	.034 [*]
	いいえ	210	235		
必要か疑問に思うから	はい	41	28	4.00	.031 [*]
	いいえ	186	215		
手が荒れてしまうから	はい	20	11	3.49	.046 [*]
	いいえ	207	232		

注1) Fisherの直接法による 注2) 正確有意確率(片側)

注3) 統計的に有意な差(危険率5%水準)

VI. 考 察

1. 感染管理の実践に対する看護者の捉え

感染管理の実践については、「どんな状況でも感染を起こしてはならない」と回答しながら同時に、相反する問いである「感染を起こしてもしかたのない状況がある」に対しても肯定する看護者が全体の約3分の1を占めていることは、感染管理の重要性についての十分な認知をしながらも実践現場での厳密に実施することの困難さを抱えていることを示唆している。ただし、若い年代の看護者は「感染をおこしてもしかたのない状況がある」と回答する割合は低く、また、感染病床のある病棟で勤務する看護者は「どのような状況でも感染を起こしてはならない」と答えていることから、近年、感染対策で標準的予防策がより重視されるようになってからの教育を受けている若い看護者や、感染した患者と日常的に関わる看護者は、感染管理の実践に高い基準をもっていることが伺える。これは教育や経験によって意識が変化する可能性を示しており、倫理的判断を基盤にした感染管理の実践を促進できるような教育プログラムの必要性が示唆される。

看護者としての責任を感じ「起こしてはならない」と考えながら、同時に「しかたのない状

況もある」と考えなければならないのは、看護者が自身の実践を肯定できないために、看護のアイデンティティにも関わる課題である。従って、このジレンマを解消するべく、適切な感染管理のシステムづくりが必要である。

感染管理をするために必要な条件として、本研究の対象者は、他職種との協働や他職種及び看護職自身の意識改革を、非常に重要だと回答しており、感染管理が個人での活動ではなく、組織全体の取り組みであると捉えていることが明らかになった。2002年「医療安全対策のための医療法施行規則一部改正」以降、医療安全管理体制を組織的に強化することが重要視されるようになってきている。多くの看護者が考えているように、職種を越えての協働と、情報共有、現状の分析と評価、問題解決の取り組みへの組織としての支援体制ができるような医療安全管理組織が求められている。医療安全管理組織のチームメンバーとして日々の実践に関わる看護職は、マネジメントだけではなく、倫理的な配慮についても同時に取り組みことができる意識改革が求められるであろう。

感染している対象者への関わり方についての意識では、プライバシーや尊厳を守ることに対しては非常に意識していることが伺えた。ただし、情報提供については「院内感染が考えられ

る場合、支障のある情報は制限して感染者・家族に伝えるよう意識する」と回答した看護師が8割以上であり、「院内感染が考えられる場合、全ての情報を感染者・家族に伝えるよう意識する」と回答した看護師より多かった。病院組織のメンバーとしての立場から院内感染を捉えていることが示唆された。院内感染発生後の対応過程における倫理的課題として、①患者に事実を伝えるべきか、②発症未確認の患者への対応をどうするか、③補償をどうするか⁷⁾の3点が上げられると川上は述べている⁷⁾。事実を伝えることによる病院への信頼の損失、未確認の患者へ伝ええないことでの適切な治療や感染対策の遅延、本来必要のない受診や治療による経済的負担への配慮等の課題から、情報制限を考える看護師は少なくない。しかしながら、患者の権利擁護、看護実践上の責務・責任（アカウントビリティ）、協働の原則に従って、誠実に対応することにより感染の拡大防止や早期治療につながることで患者・家族を不利益から守ることができるのであり、倫理的判断のできる看護師の育成は急務である。

2. 感染管理における看護師の実践

病棟で働く看護師の9割近くが「感染はどのような状況でもおこしてはならない」と回答し、感染のための手技・防護に関しては、非常に高い比率で実施していると回答する一方で、省略する手技があると回答する看護師も6割近くみられた。特に、「感染してもしかたない状況がある」と回答した看護師は、有意に「省略する手技がある」と回答していた。

これは、手技・防護を省略する自身の実践が「感染してもしかたない状況」を生み出していることを暗に認めていることに他ならないのではないか。看護師の倫理綱領（日本看護協会2004）において、「看護師は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ」「看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める」ことが求められており⁸⁾、現状に流されるのではなく、専門職として誠実に責任・責務を果たすことが重要である。

感染管理のための手技・防護を省略する場合

の理由についての結果からも、看護師は病棟の実践の中で、感染管理のマニュアル通りに実施することによって得られる「安全性」と、煩雑な業務の中での「効率性」「経済性」を常に秤にかけてバランスをとりながら感染管理のケアを行っていることが伺える。しかしながら実際には、院内で感染が起ってしまった際のコストは、組織としての「効率性」および「経済性」を大幅に損なうものであり、看護師の「より安全で適切な看護実践」への意識啓発が必要であると考えられる。

患者配置（隔離）においては、十分な説明や守秘義務への意識が高く、また、最善の方法の活用や患者の尊厳を守ること、「自立」「自己決定」を尊重することについても高い意識がみられた。しかし、実施に際し患者の個人的な要望をどの程度考慮するかについての質問では、周囲の患者や面会者への守秘義務に関する要望には答えていたが、個人の嗜好や生活習慣に関する要望、家族への情報の守秘についてはやや考慮しない傾向が見られている。また、患者配置（隔離）を実施する際に意識する法律や倫理原則については、「結核予防法」や「感染症法」といったものを挙げる看護師は6割以上を占める一方、倫理原則等を意識すると回答した者は少なかった。このことから、患者配置（隔離）の実施は患者の生理機能的データを基準として考え、「感染させない・広げない」ことを最善のケアと考え、必ずしも患者の生活習慣や価値観について重要視していない現状が示唆された。患者配置（隔離）は、患者および家族にとって行動制限だけでなく、さまざまな制限や必要な手技の実施を求めるケアであり、精神的・身体的負担を与えやすいことを十分に踏まえた上で、ケアリングが求められる。従って、患者配置（隔離）においても、倫理的判断を基盤にした看護実践ができるような教育プログラムが必要である。

3. 感染管理の実践上の倫理的課題

本研究の調査結果から以下の点が倫理的課題として上げられ、今後開発するガイドラインに反映させることが求められた。

1) 「感染管理の重要性の認知」と具体的な「適切な感染管理の実践」のずれ

本研究で、看護者の9割近くが「感染はどのような状況でもおこしてはならない」と回答し、感染管理の重要性は十分認知しているにもかかわらず、省略する手技があると回答する看護者も6割近くみられた。この結果は従来の研究結果とも一致している^{4)~5)}。高度化・複雑化する医療処置やケアに十分なマンパワーがないことも理由として考えられるが、若い世代の看護者や感染病床のある病棟で働く看護者の意識が高いという結果から考えると、各施設や現場の患者特性、ニーズに適した感染管理システムとそれを共有化する感染管理の基本的な整備をすることで実践の改善・意識改革ができるのではないか。

2) 「適切な感染管理の実践」と「患者の自立・自己決定の尊重」の両立

感染管理の適切な防護としての患者配置（隔離）において、「感染させない・広げない」ことを最善のケアと考え、必ずしも患者の生活習慣や価値観の尊重について重要視していない現状が示唆された。従来の教育プログラムや感染管理マニュアルでは、適切な感染管理の一つの方法論として患者配置（隔離）が認識されてきたためであると考えられる。患者配置（隔離）によって、患者がどのような不利益を被るかを理解し、ケアリングについての意識啓発が求められる。

3) 「適切な感染管理に必要な情報の共有」と「個人情報の保護」の両立

感染管理において患者だけでなく、患者に関わる非専門職の様々な人々に対しても、適切な防護策の徹底、感染に関する正しい知識と情報を提供することは、適切な感染管理のために必要である。しかしながら、感染症に対する偏見をおそれて情報を他者に伝えて欲しくない要望する患者の意思を尊重することも重要である。看護者は「個人情報の保護に努めると同時に、他者と共有する場合は適切な判断のものを行う⁸⁾」ことが求められ、感染管理においては、倫理的に適切な判断をするための条件を明確に

することが必要である。

4) アドボカシー

患者の知る権利・自己決定の権利を尊重することは重要であり、本研究の看護者の多くは、「自立」「自己決定」を尊重すると回答していた。しかしながら、「院内感染が考えられる場合、支障のある情報は制限して伝えることを意識する」傾向も見られた。看護者は「対象となる人の看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し、安全を確保する⁸⁾」ために行動することが求められる。患者に害を為さないために、看護者が組織の中で、自律し、活動できるような教育・意識啓発が必要である。

5) 患者に関わる全ての専門職・非専門職の協働

病院における感染管理は、基本的な医療安全管理体制の一つであり、看護者のみならず、全ての医療関係者による組織的な取り組みが最も重要である。本研究でも、看護者は適切な感染管理の実践において「医師などの共働者との協力・連携体制の確立」を非常に重要であると捉えていた。協働とは、「自立した専門職として対等な関係を構築する、すなわち、お互いの専門性を理解し合い、各々の能力を最大限に発揮しながらより質の高い看護及び医療の提供を目指す」ことであり⁸⁾、そのために看護者の専門的実践である「質の高いケア」を行うための基準を設定することが重要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究の調査をするにあたっての文献検索では、看護者の感染管理を倫理的視点から調査したものは見られず、研究者の話し合いにより概念整理と質問項目作成を行ったため、質問内容の偏りがあることが考えられる。また、対象者の選定についても病院の選定および対象看護者の選定についてランダムサンプリングではないため、回答結果に偏りがある可能性がある。しかしながら、臨床の看護者が感染管理をどのように倫理的視点から捉え、実践を行っているかの実態についていくつかの知見が得られた。今

後は、質問項目の洗練化とともに対象を病棟だけでなく在宅や地域の看護者の実態を明らかにすることも必要であろう。また、感染管理の認定看護師や専門看護師は、臨床の一般の看護者とは異なる意識や実践を行っていると考えられるが、今回の調査では属性を明確にして比較することができておらず、今後の研究課題であると考えられる。

本研究の対象者は感染管理においては、患者のプライバシーや尊厳を守ることの重要性については十分配慮できているが、自己決定・アドボカシーの側面ではやや十分でない側面も見られている。感染管理において、適切な看護の倫理的判断を基盤にしたケアを実施できるような学生への教育および、実践現場で活用できるガイドラインの開発が求められる。

VIII. 結 論

- ・感染管理の看護実践において、その重要性について十分な認知をしながらも実践現場での厳密に実施することの困難さを抱えている。看護師は実践の中で、「安全性」と「効率性」「経済性」を常に秤にかけてバランスをとりながら感染管理のケアを行っていた。
- ・感染管理における倫理的課題として、「感染管理の重要性の認知」と具体的な「適切な感染管理の実践」のずれ、「適切な感染管理の実践」と「患者の自立・自己決定の尊重」の両立、「適切な感染管理に必要な情報の共有」と「個人情報の保護」の両立、アドボカシー、患者に関わる全ての専門職・非専門職の協働が見いだされた。
- ・若い年代、感染病床のある病棟勤務の看護師は感染管理の実践に高い基準をもっていた。このことから教育や経験によって意識が変化する可能性を示しており、倫理的判断を基盤にした感染管理の実践を促進できるような教育プログラムの必要性が示唆された。

引用・参考文献

- 1) 厚生統計協会, 感染症対策, 厚生指針臨時増刊国民衛生の動向 2008, 55(9), 123-140.
- 2) 日本看護協会, 感染管理に関するガイドブック(改訂版), 日本看護協会, 2004
http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/kansen_kaitei.pdf
- 3) 向野賢治訳, 小林寛伊監訳: 病院における隔離予防策のためのCDC 最新ガイドライン, メディカ出版, 1996.
- 4) 雨宮みち, 感染管理の実際 日本における感染管理の現状と課題 看護師の立場から感染管理を考える, 日本病院会雑誌, 54(6), 2007, 772-786.
- 5) 島守可奈恵, 救急医療に従事する看護職の倫理的課題に関する研究—倫理的感受性を育成する要素の検証, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 2004, 29, 177-184.
- 6) Sara T.Fry, Megan-Jane Johnstone(2002)/片田範子・山本あい子訳, 看護実践の倫理(第2版) 39-51, 2005.
- 7) 川上和美, 病院感染対策と倫理的な配慮—感染管理担当看護師の役割—, INFECTION CONTROL 2006, 15(1), 38-42.
- 8) 日本看護協会 看護師の倫理綱領, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/index.html>
- 9) 岡谷恵子, 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識, 看護 1999, 51(2), 26-31.
- 10) 中川みゆき, 感染管理担当者とは医療安全管理担当者の連携と協働—医療安全の推進—, INFECTION CONTROL 2006, 15(1), 32-37.
- 11) 黒田恵美, 感染管理における医療従事者の倫理的課題 ともに語り, ともに築く医療をめざして, 環境感染 2006, 21(1), 99.
- 12) 福留はるみ, 看護実践の中で看護倫理を考える—リスクマネジメントの立場から, 看護 2005, 57(4), 97-99.