

ISSN 2758-3384
Vol.18 No.1 May, 2023

第18卷第1号 2023年5月

日本看護学会誌

Journal of The Japan Society of Nursing

日本看護学会

The Japan Society of Nursing

目 次

◇ 原 著 ◇

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産師の心理的葛藤

大阪医科薬科大学看護学部 元地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院 間 中 麻衣子 ……5

モンゴル国 A 病院のモンゴル人看護師のリスク感性の分析

徳島大学大学院医歯薬学研究部医療教育学分野 藤 川 理 恵 ……13

消化器外科病棟におけるがん終末期患者の療養先決定のタイミングの違いによる療養先移行の実態

大阪府立大学大学院看護学研究科 竹 嶋 佳 織 ……21

突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンス

山口大学大学院医学系研究科 須 田 果 穂 ……25

思春期特発性側弯症に対する脊柱変形矯正固定術後に患者が感じる苦痛の様相

金沢大学附属病院 榎 比 七 海 ……32

周産期の保健教育への参加が生後1歳未満の子どもをもつ父親の育児時間および家事時間に与える影響

福島県立医科大学看護学部 山 口 咲奈枝 ……37

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの実態調査

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院 笠 上 しのぶ ……42

終末期 COPD 患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感

医療法人協和会川西市立総合医療センター 森 奈 美 ……48

認知症患者への看護ケアにおける多職種倫理カンファレンスの効果

九州大学病院 立 石 圭 ……56

卒後3年目までに経験した心不全患者の看護実践の学びのプロセス

社会医療法人生長会府中病院 角 野 雅 春 ……63

COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩

総合病院土浦協同病院 上 澤 弘 美 ……71

◇ 研究報告 ◇

脳卒中患者の感情の表出に繋がった清潔ケア実施体験がある看護師の思い

一般財団法人太田総合病院附属西ノ内病院 木 本 沙緒里 ……76

一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師が抱く陰性感情とその対処行動

厚生連滑川病院 毛 利 誠 ……81

IVR 科外来でのインフォームドコンセントにおいて患者が同席看護師に求めている看護

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター 岸 本 千 幸 ……87

退院支援の研修に関する文献検討

—現状と課題から得られる今後の示唆—

令和健康科学大学 猪 狩 明日香 ……94

意思決定支援の質向上に向けた取り組み

—アドバンス・ケア・プランニングに関する地域包括ケア病棟看護師の認知調査—

大和高田市立病院 小 谷 夏 来 ……104

急性期一般病棟看護師の身体拘束に対する思いとジレンマ

鹿児島市医師会病院 東 郷 麻衣子 ……109

救急搬送後に入院した患者に対する認定看護師及び複数分野の認定看護師の介入に関する実態調査

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター 小 林 久 希 ……117

節目に合わせて送付するグリーフカードの評価

—受け取る遺族の思いに関する調査から—

いわき市医療センター 吉 田 千 華 ……121

災害時における精神科救護区分の定義・判断基準に関する実態調査

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 福 島 昭 彦 ……129

精神障害を有する COVID-19 患者に対する看護介入の実態

国立精神・神経医療研究センター 太 田 弥 世 ……137

ストーマセルフケアの指導プログラムの作成と評価

いわき市医療センター 林 玲 奈 ……142

高次脳機能障害者の就労における家族の捉え方

聖泉大学 後 藤 則 子 ……150

看護学生の自分の家族に対するとらえ方

—情緒機能に焦点をあてて—

天使大学 長 田 雅 子 ……157

東海地方 A 地域における医療機関の LGBT 当事者に対する配慮の取り組みに関する研究

中部学院大学 林 久美子 ……162

「看護実践能力」に関する研究の動向

—医中誌を用いた過去 44 年間のテキストマイニング分析を通して—

鹿児島大学医学部保健学科基幹看護学講座 李 慧 瑛 ……170

悪性胸膜中皮腫患者の病の軌跡と人生の終焉に向かう語りの分析

—ナラティブ・アプローチを用いた意思決定支援—

岡山労災病院 細 川 忍 ……179

精神科病院ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスとストレスへの対処に関する研究

長岡病院 山 本 由 紀 ……186

面会制限下で一般病棟看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができたこと実感した家族への対応に関する記述式質問紙調査

東邦大学医療センター佐倉病院 小 倉 駿太郎 ……194

◇実践報告◇

小児科病棟を含む急性期混合病棟での重症心身障がい児メディカルショートステイ
受け入れの実践報告

大和高田市立病院 永山真希……202

学内実習として取り組んだ4年次の統合実習（老年）における学修成果

宮崎県立看護大学 重久加代子……207

経験の浅い中間管理職のスタッフ指導における成長要因の分析

—気がかりな看護師の指導場面のプロセスレコードから—

医療法人財団健貢会総合東京病院 古川光……212

脳死肝移植待機患者に対する看護実践と多職種連携に関する事例研究

鹿児島大学病院 田原里奈……216

スタッフの関わりにおいて副主任が抱く思い

医療法人財団健貢会総合東京病院 橋内円……220

回復期リハビリテーション病院における看護ケアの取り組み

—参加観察を活かした看護計画の修正から得られたこと—

医療法人社団巨樹の会赤羽リハビリテーション病院 伊与木智代……225

地方大学病院一般病棟におけるペア実習の効果

—臨地実習指導者の視点による検討—

香川大学医学部附属病院 赤栩絢……229

非薬物療法を主としたせん妄ケアの向上を目指した取り組み

—DELTAプログラムのせん妄アセスメントシートを活用して—

川西赤十字病院 武田美絵……234

集中治療室に入室したせん妄を発症している心臓血管外科術後患者の
飲水への欲求を満たすための嚥下機能訓練による効果

済生会横浜市東部病院 荒井勇輝……240

A 病院療養病棟看護師が考える患者家族へのアドバンス・ケア・プランニングの働きかけ

公立学校共済組合北陸中央病院 戸田直子……245

急性期病棟における看護師の認知症ケアに対する気づき

—院内デイケアへの参加体験研修を行って—

市立砺波総合病院 長瀬佐知子……249

◇ 原 著 ◇

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する 助産師の心理的葛藤

間中麻衣子¹⁾, 小林恭子²⁾, 松上令子²⁾, 松田美紀³⁾

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産業務に従事できない助産師の心理的葛藤を明らかにすることを目的に、A 病院の助産師 8 名に半構成的面接を行い質的記述的に分析した。専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでに助産師は【衝撃と否認】【専門病院の業務に伴う苦痛】【助産師としての今後に対する危惧】【感染の恐怖と孤独感】【他者への相談と家族からの反応】【助産師との相互関係をもつ】【気持ちの整理と自己決定】を体験し、勤務継続する中では【専門病院の業務に伴う苦痛】【助産業務ができない苦痛】【勤務継続を悩む】【感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ】【他者の支えと孤独からの解放】【状況の受容と気持ちの安定】【自己のための時間の確保と将来に向けた行動】を体験した。感染予防対策の徹底、重要他者との対話促進、助産師の相互関係を保つ人員配置、自己の感情と向き合う時間を確保することの重要性が示唆された。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症, 勤務継続, 助産師, 心理的葛藤

I. はじめに

A 病院は新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、2020年4月に行政から新型コロナウイルス感染症の中等症専門病院の指定を受けた。A 病院は年間約 500 件の分娩を扱う総合病院であり、世界保健機関 (WHO) と国連児童基金 (UNICEF) から Baby Friendly Hospital (BFH: 赤ちゃんにやさしい病院) の認定を受け、母乳育児支援にも積極的に取り組んでいた。新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けたことにより、新型コロナウイルス感染症陽性患者以外の全ての診療を休止した。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、医療従事者の約 70% がストレスを感じていることが報告されている¹⁾。また三島ら²⁾は、病院勤務の看護職約 2800 名を対象に勤務継続に至った理由を調査した結果、看護職は生活の糧として仕事を捉えている反面、社会で自己実現する機会を求め、看護に対する気持ちを支えとして勤務継続に至っていたことを報告している。これまで従事してきた専門分野の業務からはなれ、新興感染症に対応することとなった A 病院の医療従事者の戸惑いやストレスは大きいことが予測された。中でも、

妊産褥婦と新生児をケアの主な対象とし、健やかな出産のための援助や母乳育児支援に取り組んできた助産師は、現状を受け入れ勤務継続に至るまでにさまざまな心理的葛藤が生じた可能性が考えられた。

そこで本研究では、新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産業務に従事できない助産師の心理的葛藤について明らかにすることとした。研究の意義として、本研究結果が明らかとなることで、困難な状況に直面した際の助産師への心理的支援の一助となると考える。

II. 目 的

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産業務に従事できない助産師の心理的葛藤について明らかにする。

III. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、半構造化面接法を用いた質的記述的研究デザインとした。

2. 用語の定義

新型コロナウイルス感染症専門病院：新型コロナウイルス感

受付日：2022年3月20日／受理日：2023年1月20日

1) Maiko Manaka：大阪医科薬科大学看護学部 元地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院

2) Kyoko Kobayashi, Reiko Matsugami：地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院

3) Miki Matsuda：地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立総合医療センター

染症陽性患者の入院を受け入れる中等症専門病院で、一般患者の入院は扱わない病院とした。

助産業務：助産師が行う妊産褥婦に対する指導や援助、分娩介助、新生児ケア、母乳育児支援などの業務全般とした。

心理的葛藤：本研究では、助産師が新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続するか否かの感情の揺らぎとした。

レッドゾーン：新型コロナウイルス感染症のゾーニングによる汚染区域とした。

グリーンゾーン：ゾーニングによる清潔区域とした。

3. 研究協力者

A 病院で勤務する助産師で、研究協りに同意のあった者とした。ただし、助産業務を経験していない新人助産師は除外した。

4. 調査方法

A 病院で勤務する助産師へ口頭または文書で研究について説明し、研究への参加協力を募った。研究への参加協力は、同意書への署名と鍵付き回収箱への投函をもって得た。調査は 2020 年 6 月に実施した。

調査内容は、基本属性として年齢、助産師経験年数、業務内容、家族構成、新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けたことが理由での別居の有無とし、すべて選択式にて書面での自己回答を依頼した。1 名の研究者がインタビューガイドに基づいて半構成的面接を行い、「新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから助産師が勤務継続を決めるまでの体験」、「新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中での体験」について自由に語ってもらった。面接時間は約 30 分とし、面接内容は研究協力者の同意に基づき IC レコーダーに録音した。

5. 分析方法

面接内容を逐語録に起こし、「新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから助産師が勤務継続を決めるまでの体験」、「新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する

中での体験」について語られた部分を抽出した。意味内容が損なわれないよう一文で表現してコード化した。次にコードを比較検討して意味内容の同質性と異質性に基づいて集約し、サブカテゴリを作成した。さらに類似した内容のまとまりからカテゴリを作成した。

データ分析は、信用性および確証性を確保するために、分析過程において質的研究経験者を含め、合意が得られるまで研究者間でディスカッションを行った。分析結果の厳密性の検討においては、研究協力者によるメンバーチェックを実施した。

IV. 倫理的配慮

本研究は大阪市立十三市民病院倫理審査委員会の承認を得て実施した（受付番号：78、承認日 2020 年 5 月 28 日）。研究協力者に対して、研究目的、意義、方法、協力の任意性と撤回の自由、データの匿名性の保護とデータの取り扱い、結果の公表に関する事項について文書で説明を行い、書面で同意を得た。研究協力者の勤務に差しつかえないよう、面接時間を設定し、研究協力者の都合により面接は中止または中断できることを伝えた。面接は個室で行い、個人が特定され得るような情報は、データの抽象度を上げるかデータから削除した。

V. 結 果

1. 研究協力者の概要（表 1）

研究協力の同意が得られた助産師は 11 名であった。11 名のうち、面接時間の都合が合わないなどの理由から 3 名（27.2%）が脱落し、最終的に研究協力者は 8 名とした。研究協力者の年齢は 20 歳代 4 名（50.0%）、30 歳代 2 名（25.5%）、40 歳代 2 名（25.5%）で、助産師経験年数は 2～10 年 5 名（62.5%）、11～20 年 2 名（25.0%）、21 年以上 1 名（12.5%）であった。業務内容はレッドゾーン業務 5 名（62.5%）、グリー

表 1 研究参加者の概要

		<i>n</i> = 8	
項目		<i>n</i>	(%)
年齢	20 歳代	4	(50.0)
	30 歳代	2	(25.0)
	40 歳代	2	(25.0)
助産師経験年数	2～10 年	5	(62.5)
	11～20 年	2	(25.0)
	21 年以上	1	(12.5)
業務内容	レッドゾーン業務	5	(62.5)
	グリーンゾーン業務	3	(37.5)
家族構成	一人暮らし	5	(62.5)
	子どもを含む	2	(25.0)
	高齢者を含む	1	(12.5)
新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けたことが理由での別居	別居なし	7	(87.5)
	別居あり	1	(12.5)

ンゾーン業務3名(37.5%)であった。また、家族構成は一人暮らし5名(62.5%)、子どもを含む家族2名(25.0%)、高齢者を含む家族1名(12.5%)で、新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けたことが理由で別居した者は1名(12.5%)であった。なお、面接の平均所要時間は30.9分(20分から43分)であった。

2. 新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産師の心理的葛藤

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産師の心理的葛藤を、「新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでの体験」、「新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中での体験」に分けて記述した。カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >, 研究協力者の語りを「斜体」, 研究者が補った部分を()で示す。

1) 新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでの体験(表2)

新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでの助産師の体験は、【衝撃と否認】、【専門病院の業務に伴う苦痛】、【助産師としての今後に対する危惧】、【感染の恐怖と孤独感】、【他者への相談と家族からの反応】、【助産師との相互関係をもつ】、【気持ちの整理と自己決定】の7カテゴリが生成された。

(1) 【衝撃と否認】

【衝撃と否認】では、<驚き>、<受け入れ困難>、<突然の発表に対する不信感>の3つのサブカテゴリから構成された。<驚き>では、「まさか自分が働いている病院が(新型コロナウイルス感染症)専門病院になると思ってなかったので、一番驚いた」、<突然の発表に対する不信感>では、「突然発表されて、ふつふつとどこに向けていいかわからない不信感が出てきたのが事実です」などと語られた。

(2) 【専門病院の業務に伴う苦痛】

【専門病院の業務に伴う苦痛】は、<漠然としたネガティブな感情>、<今後の業務に対する不安>、<先が見えない不安>、<睡眠障害>の4つのサブカテゴリで構成された。<漠然としたネガティブな感情>では、「辛かった」、「戸惑いとか不安しかなかった」などと語られ、<今後の業務に対する不安>では、「これからコロナの患者さんを見ていくところでも、対応できるかな」、「感染者が多かった時なので大変になるのかなと思いました」などが語られた。<先が見えない不安>では、「ただただ前が見えない感じ」、「自分の人生がどうなるんだろうと思いました」などが語られた。

(3) 【助産師としての今後に対する危惧】

【助産師としての今後に対する危惧】は、<助産師としてのキャリアに関する不安>、<助産業務ができない苦痛>の2つのサブカテゴリで構成された。<助産師としてのキャリアに関する不安>には、「助産師としてのキャリアが積みなくなることが心配」などが語られ、<助産業務ができない苦痛>では、「助産師の業務ができないっていうのですごい戸惑いが

ありました」、「すごく悲しいというか、お産とかをやったりしたかったなというのがあった」などが語られた。

(4) 【感染の恐怖と孤独感】

【感染の恐怖と孤独感】は、<感染の恐怖>、<家族への感染に対する不安>、<他者と会えない孤独感>の3つのサブカテゴリから構成された。<感染の恐怖>は、「やっぱり感染は怖い」と語られ、<家族への感染に対する不安>では、「自分が感染したら家族にも迷惑がかかりますし」などが語られた。<他者と会えない孤独感>では、「もし自分が感染したりとか、患者さんに対応している間は誰にも会えへんっていうのがあったので、家族にも会えへんし孤独感がありました」などと語られた。

(5) 【他者への相談と家族からの反応】

【他者への相談と家族からの反応】は、<家族への相談>、<家族からの反対>、<家族からの承諾・応援>、<上司への相談>、<助産師への相談>、<パートナーへの相談>の6つのサブカテゴリから構成された。<家族からの反対>は「母に“心配だから辞めて他で仕事を探して”と言われた」などが語られ、<家族からの承諾・応援>は「“自分で判断したことだったら応援するわ”って家族が言ってくれた」などが語られた。

(6) 【助産師との相互関係をもつ】

【助産師との相互関係をもつ】は、<助産師の気持ちや選択の容認>、<助産師の姿をみて勤務継続を決定>、<助産師との気持ちの違いを実感>の3つのサブカテゴリで構成された。<助産師の気持ちや選択の容認>では、「私も子どもがいたら(レッドゾーンに)入れないけど、入れない助産師もしんどいと思う」などが語られ、<助産師の姿をみて勤務継続を決定>では、「周りの助産師や同僚(の助産師)が頑張ってる姿を隣でみていて、私もここで今は続けようって思いました」などが語られた。

(7) 【気持ちの整理と自己決定】

【気持ちの整理と自己決定】は、<気持ちの確認>、<やらないといけないという思い>、<医療者の役割を再考>、<管理者の説明に納得>、<感染症対応への意欲>、<退職の検討>の6つのサブカテゴリで構成された。<やらないといけないという思い>では、「私がやらなかったら誰がやるのかなっていうのが一番で」と語られ、<退職の検討>では、「仕事辞めるのかどうするか考えました」、「転職先を調べましたけど(すぐには)厳しいなってところがありました」などが語られた。

2) 新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中での体験(表3)

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中での助産師の体験は、【専門病院の業務に伴う苦痛】、【助産業務ができない苦痛】、【勤務継続を悩む】、【感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ】、【他者の支えと孤独からの解放】、【状況の受容と気持ちの安定】、【自己のための時間の確保と将来に向けた行動】の7カテゴリが生成された。

表2 新型コロナウイルス感染症専門病院に指定を受けてから勤務継続を決めるまでの体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
衝撃と否認	驚き	びっくりする
		衝撃を受ける
	受け入れ困難	受け入れられない
		ついていけない
突然の発表に対する不信感	突然発表されて不信感が出てくる	
専門病院の業務に伴う苦痛	漠然としたネガティブな感情	戸惑う
		落胆する
		辛さ
	今後の業務に対する不安	不安を感じる
		新型コロナウイルス感染症患者の対応ができるかと考える
		感染者が多いので大変だと考える
先が見えない不安	前が見えない	
	人生がどうなるんだろうと思う	
睡眠障害	眠れず、寝つきが悪くなる	
助産師としての今後に対する危惧	助産師としてのキャリアに関する不安	助産師としてのキャリアが積めないことを心配する 産科はどうなるんだろうと考える
	助産業務ができない苦痛	助産業務ができない戸惑いを感じる 助産師の業務ができない悲しみを感じる
感染の恐怖と孤独感	感染の恐怖	自分が感染するかもしれないと考える 感染が怖いと考える
	家族への感染に対する不安	自分が感染すれば、家族にも感染させてしまうと考え
	他者と会えない孤独感	患者対応している間は家族にも会えず孤独を感じる 誰にも会えない辛さを感じる
他者への相談と家族からの反応	家族への相談	家族に話をする
		気持ちを家族に伝える
	家族からの反対	家族に辞めた方がいいと言われる
		家族と言い合いになる
	家族からの承諾・応援	家族は私が決めたことならと承諾してくれる
		家族は応援すると言ってくれる
上司への相談	上司が話を聞いてくれる	
助産師への相談	助産師に相談する	
パートナーへの相談	パートナーに話す	
助産師との相互関係をもつ	助産師の気持ちや選択の容認	助産師の気持ちをわかろうとする
		自分と別の選択をした助産師の選択を認める
	助産師の姿をみて勤務継続を決定	助産師が頑張る姿をみて勤務継続を決める
助産師との気持ちの違いを実感	助産師の気持ちを聞き、自分との違いを感じる 周囲の意見を聞きつつ、自分で考えようと思う	
気持ちの整理と自己決定	気持ちの確認	自分の気持ちを整理しようとする
		自分の仕事や家族、人生について考える
	やらないといけないという思い	病院の一員としてやるしかないと思う
		仕事だからやらないといけないと思う
		自分がやらないと誰がやるのかと思う
	医療者の役割を再考	患者に対してどうか考える
		看護職としてどうか考える
		医療者としての使命を感じる
管理者の説明に納得	管理者に質問し説明に納得する	
感染症対応への意欲	感染症患者の対応を学びたいと考える	
退職の検討	退職するのかどうかを考える	
	転職先を調べる	

表3 新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中での体験

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
専門病院の業務に伴う苦痛	レッドゾーン業務に対する不安や戸惑い	個人防護具の装着に慣れず不安を感じる レッドゾーン業務の煩雑さに戸惑う
	レッドゾーン業務に携われない苦痛	レッドゾーンで働けないもどさしさをを感じる
	新しい人間関係を構築する困難さ	新しい部署での人間関係の構築にストレスを感じる
	睡眠障害	入眠困難, 途中覚醒, 怖い夢を見る
	風評被害	風評被害を受け, 行動を制限する
助産業務ができない苦痛	助産業務ができない憤り	助産業務の経験が積めない焦りを感じる 助産業務ができず無気力になる
	今後も助産業務ができないのではないかと不安	助産師としてこれからどうなるのか不安を感じる 今後産科が再開できるのか不安を感じる
勤務継続を悩む	勤務継続に対する気持ちの揺れ動き	勤務継続するのか退職するのか気持ちが揺れ動く 勤務継続を決めた後も気持ちがぐらつく
	助産師の退職へのおののき	助産師が辞めたことにショックを受ける 助産師の退職に動揺する
感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ	感染に対する恐怖の持続	自分も家族も感染しないか心配する 感染が怖いのはもちろんある
	感染予防対策の自信	感染予防対策が身についてきたと感じる 個人防護具の正しい装着ができていると感じる 感染予防対策のポイントがわかる
	感染に対する不安の軽減	感染予防のための物品が十分あり不安が和らぐ 意外と感染に対して心配なく過ごす
他者の支えと孤独からの解放	助産師の支え	助産師が頑張っているから頑張れる 助産師が励ましてくれる 助産師に話を聞いてもらえ支えになる
	家族の支え	家族に気持ちを聞いてもらう 家族が心配して電話をかけてきてくれる
	上司の支え	上司が話を聞き肯定してくれる 上司に相談する
	友人の支え	友達が話を聞いてくれる
	看護師の支え	看護師のおかげで乗り越えられる
	特定の人と会うことによる気持ちの解放	特定の人とは会うようにしたことで気持ちが楽になる 家族とは会うようにしたことで救われる
状況の受容と気持ちの安定	受け入れ	受け入れてきている 専門病院が必要だと思うようになる 頑張れそうと思う
	前向きな気持ち	気持ちが少し落ち着く 少し前向きな気持ちになる
	新しい環境への慣れ	新しい病棟の雰囲気慣れる 新しい業務に慣れる 新しい人間関係に慣れる
自己のための時間の確保と将来に向けた行動	仕事とプライベートの切り替え	オンオフが切り替えられる 仕事とプライベートを切り離して考える
	ストレス発散	ストレスを次の日に持ち越さないよう発散する 気分転換する
	自己について考える時間の確保	自分のことを考える時間が増える
	スキルアップへの挑戦	スキルアップに挑戦しようとする
	退職の決断	退職を選択する

(1) 【専門病院の業務に伴う苦痛】

【専門病院の業務に伴う苦痛】は、〈レッドゾーン業務に対する不安や戸惑い〉、〈レッドゾーン業務に携われない苦痛〉、〈新しい人間関係を構築する困難さ〉、〈睡眠障害〉、〈風評被害〉の5つのサブカテゴリから構成された。〈レッドゾーン業務に対する不安や戸惑い〉では、「こんな感じでやるんやっていう不安、災害みたい」などが語られ、〈レッドゾーン業務に携われない苦痛〉では、「(レッドゾーンに入らないことを選択したが) グリーンゾーンにしか入れないことを言われるたびに、レッドゾーンで働けることがうらやましいと言いたかった」などが語られた。

(2) 【助産業務ができない苦痛】

【助産業務ができない苦痛】は、〈助産業務ができない憤り〉、〈今後も助産業務ができないのではないかと不安〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈助産業務ができない憤り〉では、「周りは助産業務をして経験積んでいって中で、周りとは差がついていってしまうっていう焦りがある」、「すごいいい雰囲気(助産)の仕事してもらったので余計に無気力になった」などが語られ、〈今後も助産業務ができないのではないかと不安〉では、「将来のことについても助産師としてもこれからどうなっていくやろうとか不安でした」などと語られた。

(3) 【勤務継続を悩む】

【勤務継続を悩む】は、〈勤務継続に対する気持ちの揺れ動き〉、〈助産師の退職へのおののき〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈勤務継続に対する気持ちの揺れ動き〉では、「頑張ろうってなったのにやっぱりぐらぐらするんですよね、気持ちが」などが語られ、〈助産師の退職へのおののき〉では、「助産師がやめたことはショックでしたね」などと語られた。

(4) 【感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ】

【感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ】は、〈感染に対する恐怖の持続〉、〈感染予防対策の自信〉、〈感染に対する不安の軽減〉の3つのサブカテゴリから構成された。〈感染に対する恐怖の持続〉では、「(感染に対して) 怖いのはもちろんあります」と語られ、〈感染予防対策への自信〉では、「(感染症のことを) 全く知らなかった頃よりは、勉強会や防護服に関する研修を経て患者さんに接する機会も経て、自分なりの防御方法が身についてきた」、「こういう(感染予防) 対策ができるんやなって学んで、ちょっと自信がついたんですかね」と語られた。

(5) 【他者の支えと孤独からの解放】

【他者の支えと孤独からの解放】は、〈助産師の支え〉、〈家族の支え〉、〈上司の支え〉、〈友人の支え〉、〈看護師の支え〉、〈特定の人と会うことによる気持ちの解放〉の6つのサブカテゴリから構成された。〈助産師の支え〉では「しんどくなる時あるんですけど、助産師の仲間が励ましてくれるのでここまで来れた」、〈特定の人と会うことによる

気持ちの解放〉では「家族と会うようにしたことで、(気持ちが) 救われたかもしれません」などが語られた。

(6) 【状況の受容と気持ちの安定】

【状況の受容と気持ちの安定】は、〈受け入れ〉、〈前向きな気持ち〉、〈新しい環境への慣れ〉の3つのサブカテゴリから構成された。〈受け入れ〉では、「今は受け入れてきてるし、もうちょっと頑張ろうかなと思ってます」などと語られ、〈前向きな気持ち〉では「気持ちも少し落ち着いたのかな」、「ちょっと前向きになったんですかね」と語られた。

(7) 【自己のための時間の確保と将来に向けた行動】

【自己のための時間の確保と将来に向けた行動】は、〈仕事とプライベートの切り替え〉、〈ストレス発散〉、〈自己について考える時間の確保〉、〈スキルアップへの挑戦〉、〈退職の決断〉の5つのサブカテゴリで構成された。〈自己について考える時間の確保〉では、「自分のことを考える時間が増えました」と語られ、〈仕事とプライベートの切り替え〉では、「オンオフが切り替えられるようになりました」、「仕事のことを引きずってたんですけど、切り離して考えられるようになりました」などと語られた。〈退職の決断〉では、「辞めるっていう選択をしました」と語られた。

VI. 考 察

1. 助産師特有の心理的葛藤の特徴

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続を決めるまでに助産師は、【専門病院の業務に伴う苦痛】と【助産師としての今後に対する危惧】を抱き、新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中でも、【助産業務ができない苦痛】を抱いていた。山口ら³⁾は、産科混合病棟で勤務する助産師の葛藤について調査を行い、助産師は〈産科業務に専念できないジレンマ〉や〈妊娠褥婦に関われない葛藤〉を抱いていたことを明らかにした。本研究でも助産師は、先行研究と同様に【助産師としての今後に対する危惧】や【助産業務ができない苦痛】などの葛藤を抱いており、これらは助産業務ができない助産師特有の葛藤の特徴であると考えられた。

また島田ら⁴⁾は、助産師の勤務継続に影響する環境的要因として、助産師のキャリア形成の阻害、助産師の専門性の揺らぎを挙げている。本研究においても【助産師としての今後に対する危惧】や【助産業務ができない苦痛】から助産師は、転職先を調べるなどの〈退職の検討〉に至ったと考えられる。また、【勤務継続を悩む】では〈勤務継続に対する気持ちの揺れ動き〉、〈助産師の退職へのおののき〉というように実際に助産師が退職を選択し、その影響を受けて助産師らの勤務継続に対する気持ちが揺らいだことも考えられた。

2. 助産師が抱いた心理的葛藤とその支援

1) 持続する感染の恐怖と感染予防対策の重要性

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続を決めるまでの体験として、助産師は【感染の恐怖と孤独感】を感じていたが、勤務継続する中では、【感染の恐怖はあるが感染予防

に自信をもつ】と変化していた。島井ら¹⁾は、看護職は新型コロナウイルス感染症に対する適切な予防行動ができると考えているが、予防によって感染しにくくなると考えている割合は低く、自己の感染リスクを高く評価する傾向があると報告している。本研究でも、助産師の感染症に対する恐怖は、専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでにおいても、勤務継続する中においても持続していた。

Ohtaら⁵⁾は、COVID-19病棟に勤務する看護師16名を対象に調査を行った結果、COVID-19病棟勤務前には看護師は感染の恐怖を感じていたが、勤務後には感染予防対策の確立により、感染に対する不安やストレスが軽減したことを報告している。本研究でも、新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続を決めるまでの体験として助産師は、〈感染の恐怖〉や〈家族への感染に対する不安〉のようにCOVID-19感染に対する恐怖や不安を抱いていた。しかし、専門病院で勤務継続する中で助産師は、先行研究と同様に新型コロナウイルス感染症に対する正しい知識を持つことや個人防護具の安定供給による安心、個人防護具の正しい着脱の練習や適切な手指衛生の遵守などにより、【感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ】ことにつながったと考えられる。さらに、新型コロナウイルス感染症専門病院で二次感染を起こしていない事実も助産師の感染予防対策への自信に影響した可能性がある。

2) 家族を含む重要他者との対話や助産師同士の相互関係

新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでに助産師は、〈家族からの反対〉や〈家族からの承諾・応援〉などさまざまな反応を受けたが、勤務継続する中では家族を含む【他者の支えと孤独からの解放】につながっていた。山口ら⁶⁾は、看護師の職務満足度項目において「仕事と私生活は両立できている」と回答した者の約7割が勤務継続意志を示していたことを報告し、看護師の勤務継続を促進する因子として、仕事と私生活との両立を示唆している。本研究でも新興感染症に対応する心理的葛藤に関して、家族を含む重要他者へ相談しさまざまな反応を得て、最終的には支えとなったと推察される。家族を含む他者からの支えが得られたことで、助産師は仕事と私生活との両立がしやすくなった可能性がある。家族を含む重要他者との対話ができただことにより、助産師は孤独から解放され、徐々に心理的な安定につながったと考えられる。

迎ら⁷⁾は、勤務異動後の勤務継続の要因には人間関係が挙げられ、異動先に相談者がいることの重要性を述べている。また日本赤十字社⁸⁾は、新型コロナウイルス感染症に対応する職員がこころの健康を維持するために必要な要素の一つとして、「同僚など周囲の人々からのサポート」を挙げており、職員を孤立させないような配慮の必要性を示唆している。本研究でも、専門病院で勤務継続を決めるまでに助産師は、【助産師としての今後に対する危惧】を抱き、助産師同士で不安や苦痛を表出し合い、【助産師の相互関係を持つ】ことで【気持ちの整理と自己決定】につながったと考えられる。また、

専門病院で勤務継続する中でも、【助産業務ができない苦痛】を持續して抱き【勤務継続を悩む】助産師が、助産師同士で互いに支えとなったことで孤立を回避できた可能性がある。さらに山田⁹⁾は、看護管理者が職場環境へ高い関心を持つことで働きやすさが増し、人間関係と勤務継続意志が高まることを示唆している。新型コロナウイルス感染症専門病院においても、看護管理者が異動によって抱きうる助産師の孤独感に配慮し、助産師をグループ単位で配置したことで助産師同士の相互関係を保つことができたと考えられた。

3) 自己の感情と十分に向き合う時間の重要性

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する中で助産師は、【自己のための時間の確保と将来に向けた行動】を体験していた。谷口ら¹⁰⁾は、看護師の困難からの立ち直りのプロセスにおいて、自己の感情と十分に向き合うことの重要性を示唆している。本研究の助産師も、自己のための時間を確保するよう心がけることで、【勤務継続を悩む】という揺れ動く思いを抱きつつも自己の感情と十分に向き合うことができ、【状況の受容と気持ちの安定】につながったと考えられた。そしてその先には、〈仕事とプライベートの切り替え〉、〈ストレス発散〉、〈スキルアップへの挑戦〉、〈退職の決断〉など自らの過ごし方の工夫をしながら勤務継続をする、あるいは退職を選択するといった助産師それぞれの将来に向けた行動に至ったと考えられた。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、これらの結果は新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産師の心理的葛藤の一部であることが挙げられる。今後も、さまざまな困難な状況に直面した助産師がどのような心理的葛藤を抱き、どのようにしてその状況を乗り越えていくのかというプロセスについて検討する必要がある。

VII. 結 論

本研究では、新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する助産業務に従事できない助産師の心理的葛藤について明らかにした。

新型コロナウイルス感染症専門病院の指定を受けてから勤務継続を決めるまでの体験は7カテゴリが生成され、助産師は【衝撃と否認】を経て、【専門病院の業務に伴う苦痛】と【助産師としての今後に対する危惧】、【感染の恐怖と孤独感】を抱くが、【他者への相談と家族からの反応】や【助産師との相互関係】を体験し、【気持ちの整理と自己決定】に至っていた。

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務継続する中での体験は7カテゴリが生成され、助産師は【専門病院の業務に伴う苦痛】や【助産業務ができない苦痛】を抱き、【勤務継続を悩む】ことを体験するが、【感染の恐怖はあるが感染予防に自信をもつ】ことや【他者の支えと孤独からの解放】を経て、【状況の受容と気持ちの安定】と【自己のための時間の確保と将来に向けた行動】に至っていた。

新型コロナウイルス感染症に対応する助産師への支援として、感染予防対策の徹底、家族を含む重要他者との対話を促進する必要性、助産師同士の相互関係を保つことができる人員配置、自己の感情と十分に向き合う時間を確保することの重要性が示唆された。

本論文の内容の一部は、第52回(2021年度)日本看護学会学術集会において発表した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(謝辞：本研究に参加協力下さった助産師の皆様に御礼申し上げます。)

VIII. 引用文献

- 1) 島井哲志, 宇恵弘, 豊沢純子, 他: 新型コロナウイルス感染症流行初期の医療従事者の意識と支援の必要性 他の専門職集団との比較から, 保健師ジャーナル, 76(6), p.488-493, 2020.
- 2) 三島三代子, 吾郷美奈恵, 石橋照子, 他: 病院に勤務する看護職の職業継続の実態と影響要因, 鳥根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 5, p.37-46, 2011.
- 3) 山口幸子, 太田和希, 繁森佳恵, 他: 産科混合病棟で勤務する助産師と看護師の葛藤 助産師と看護師の協働関係の構築において必要なこととは, 第51回日本看護学会論文集(看護管理・看護教育), p.96-99, 2021.
- 4) 島田葉子, 鈴木由美, 古賀裕子: 助産師の就業継続に影響する環境的要因 就業年数を比較して, 栃木県母性衛生学会雑誌, 45, p.27-32, 2019.
- 5) Ohta R, Matsuzaki Y, Itamochi S: Overcoming the challenge of COVID-19: A grounded theory approach to rural nurses' experiences, Journal of general and family medicine, 22(3), p.134-140, 2021.
- 6) 山口久美子, 池田俊也, 武藤正樹, 他: データマイニングを用いた看護師の離職要因の検討 ベッドコントロール・職場環境・職務満足度の視点から, 日本医療経営学会誌, 7(1), p.55-65, 2013.
- 7) 迎美智子, 森本紀巳子: 勤務異動後の看護師の勤務継続に関する要因, 日本看護学会論文集(看護管理), 45, p.220-223, 2015.
- 8) 日本赤十字社(2020), 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対応する職員のためのサポートガイド(初版第2版), 2021年4月14日閲覧, http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200330_006139.html.
- 9) 山田眞佐美: 看護管理者の安全衛生や職場改善への関心が看護師の作業環境・医療事故への不安・勤務継続意志に及ぼす影響, 日本看護学会論文集(看護管理), 44, p.153-156, 2014.
- 10) 谷口清弥, 武田文, 宗像恒次: 看護師の困難からの立直りのプロセスと困難体験が看護に与えた影響, 日本保健医療行動科学会年報, 26, p.89-103, 2011.

◇ 原 著 ◇

モンゴル国 A 病院のモンゴル人看護師の リスク感性の分析

藤川理恵¹⁾, 高開登茂子²⁾, 久米博子²⁾, 三木幸代²⁾, 原田路可²⁾,
加根千賀子²⁾, 赤池雅史¹⁾, 楊河宏章²⁾, 苛原 稔³⁾

本研究の目的は、モンゴル国 A 病院のモンゴル人看護師のリスク感性を明らかにすることである。対象者はモンゴル人看護師 12 名で、インタビューガイドを用いた半構造的面接を行い、データを逐語録にし、カテゴリー化した。その結果、【常に多様なリスクに晒され安心できないと認識】【リスク回避を意図した責任ある行動】【リスクの経験を活かした教育体制の整備】【自分自身の精神面をコントロール】【医療従事者、患者間での良好な関係性を維持】【組織の問題として俯瞰的対応を切望】【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】の 7 つのカテゴリーが抽出された。モンゴル人看護師は、安全が保障されない危機感を感じながらも、看護師としての責務を果たすことを大切にしており、組織の一員として守られるリスクマネジメント体制の構築を望んでいた。また、リスクを回避するには、精神面のコントロールとコミュニケーションが鍵となると考えられた。

【キーワード】 リスク、リスクマネジメント、モンゴル人看護師、リスク感性

I. はじめに

モンゴルでは国全体の基礎保健指標は改善したが、医療従事者の質及び医療サービスの向上が保健セクターの課題である。この課題解決に向け日本政府は、無償資金協力にてモンゴル国 A 病院（以下、「A 病院」という）（104 床）を 2014 年から約 5 年かけ建設し、2019 年 4 月 1 日モンゴル側へ引き渡しを行った。A 病院は将来的に保健人材の卒前・卒後研修拠点となると同時に、高次医療サービスの提供拠点として、モンゴルの医療サービスの向上に貢献することが期待されている。しかしながら、モンゴル国内でも教育病院の建設は今回が初めてである。そこで、A 病院がモンゴル初の教育病院としての役割を果たすために 2017 年より「日本モンゴル教育病院運営管理及び医療サービス提供の体制確立プロジェクト」が独立行政法人国際協力機構（以下、「JICA」という）技術協力プロジェクトとして発足され、徳島大学が専門機関の一つ（JICA より徳島大学、愛媛大学、KRC の 3 社共同で委託されているプロジェクト）として関わっている。本プロジェクトは A 病院において、次の 4 つの成果 1) 適切な運営管理が行われている、2) 患者中心の医療が導入される、3) 先端医

療サービスが導入される、4) 高度な救急医療の体制が整備される、の実現を目指した活動を行うことにより、技術水準・質ともに高い医療サービスが提供される体制の確立を図り、A 病院が総合病院、教育病院として高い水準で機能することに寄与するものである¹⁾。

A 病院は 2019 年 10 月 1 日に外来診療の開始、2020 年 9 月 5 日に入院病棟等の外来以外の診療が開始となり、現状としては、1) 適切な運営管理が行われている、2) 患者中心の医療が導入されるという運営管理と患者管理に取り組みながら基礎的な診療サービスの提供を目指している段階である。厚生労働省²⁾は 2001 年 9 月 11 日の医療安全対策検討会議で「安全な医療を提供するための 10 の要点」を公表し、策定の趣旨として、患者に安全な医療サービスを提供することは、医療の最も基本的な要件の一つであり、医療機関においては、医療安全に関する職員の意識啓発をすすめるとともに、医療安全を推進する組織体制を構築していくことが求められると述べている。すなわち、基礎的な診療サービスの提供を確立するためにはリスクマネジメントは非常に重要であり、A 病院ではモンゴルの病院で初となるリスク管理部が設置された。リスク管理部は、リスク管理部長 1 名とリスク管理部マネー

受付日：2022 年 3 月 28 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Rie Fujikawa, Masashi Akaike : 徳島大学大学院医歯薬学系研究部医療教育学分野

2) Tomoko Takagai, Hiroko Kume, Yukiyo Miki, Ruka Harada, Chikako Kane, Hiroaki Yanagawa : 徳島大学病院

3) Minoru Irahara : 徳島大学大学院医歯薬学系研究部

ジャー1名の計2名で構成され、どちらも臨床経験のない卒業後20年前後の医師である。

モンゴルでは、保健省管轄の全国国公立病院に対して、保健省独自のインシデント分類に沿った定期的なインシデント発生件数の報告が、保健大臣令により2019年12月に義務付けられているが、全国国公立病院においても保健省においても機能していないのが現状である。また、モンゴルにおける看護を始めとする医療教育において、リスクマネジメントに関する教育はされておらず、卒業教育として院内外での研修等も実施されていない。

医療におけるリスクマネジメントとは、「医療機関の有形および無形の資産の保護」、「患者、訪問者、従業員の障害からの保護」、「事故の原因や紛争の火だねの検出、分析、対策」および「医療の質をモニター・改善することによる事故や紛争の予防」を目的とするものである³⁾。2020年から、筆者はA病院リスク管理部の活動を本プロジェクトのメンバーとしてフォローしてきたが、このようなリスクマネジメントの目的が組織全体に伝わらず、考えや行動に結びついていないということが現状である。その要因として、木下⁴⁾は、リスクの認知が文化の影響を強く受けているということは明らかであり、文化的要因の中でもリスク認知に一番影響を与えるのは、国民性や国の政策など国家ないし国際レベルの要因であると述べており、国民性や文化の違いからリスク感性が大きく異なることが背景にあると感じた。しかし、モンゴルの医療現場におけるモンゴル人のリスク感性について分析した研究はない。そこで、A病院で勤務しているモンゴル人看護師のリスク感性の分析を行い、今後の関わり方について検討するとともに、A病院及びモンゴルの医療における今後のリスクマネジメントの指針の一つにも繋げたいと考える。

Ⅱ. 目 的

A病院におけるモンゴル人看護師のリスク感性を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 対象者

A病院で看護師が配属されている全12部署（内科病棟、外科病棟、婦人科病棟、小児科病棟、ICU、救急、手術部、外来、放射線部、患者支援センター、保健支援センター、伝統病棟）の副看護師長（副看護師長不在部署は看護師長）各1名ずつ、計12名のモンゴル人看護師を対象とした。

釜⁵⁾はリスクマネジメントを支えているのは、現場で、最前線でケアをする看護師であり、その看護師に期待するものがなければ、リスクマネジメントは失敗してしまうと述べていることから、まずはA病院の看護師に焦点を当てることとした。また、佐々木⁶⁾の報告によると、病棟で担っている役割別に

「リスク感性」の評価点数を比較すると、「リスク感性」の評価点数が最も高い値を示した役割は副看護師長だったとあり、看護師の中でも副看護師長を選定することとした。モンゴルにおける副看護師長についてのリスク感性をはじめとする研究は見当たらず、A病院は日本式マネジメントの定着を図っているため、まずは日本でリスク感性が高いと言われている副看護師長を対象とした。また、副看護師長は、A病院において現場業務と病棟管理業務の両方を担っていることから、看護実践上の視点および看護管理の視点の両方のリスク感性が抽出しやすいのではないかと推測し、対象を副看護師長とした。

また、A病院はCOVID-19罹患患者受け入れ病院となっていたこと等から、勤務後の院内隔離による拘束や、やむを得ない勤務シフトの変更などによる休職や退職が多く、モンゴルの中でも安定した看護師の定着が難しい状況である。そのため、インタビュー実施時期に副看護師長及び看護師長が不在部署は当該部署で最も看護師経験年数が高い看護師を選定することとした。

3. 調査期間

2021年10月

4. 調査内容与方法

インタビューガイドを用いた半構造的面接で、対象者の勤務に影響のない日、時間帯を設定し、プライバシーが守られる個室で直接、日本語とモンゴル語の相互通訳ができる1名を介して30～60分のインタビューを行った。コロナ禍により対面でのインタビューが困難だった2名に関しては、対象者、通訳とZoom接続を行い、インタビューを実施した。面接内容は、承諾を得た上でICレコーダーに録音した。インタビューは、まず対象者の基本属性を確認（看護師経験年数、A病院での看護師経験年数、看護系教育機関でのリスクマネジメントについての学習経験の有無、配属部署）した上で、日常の看護業務の中でリスクと感じた事象があるか、もしあるならばそれはどのような場面であり、どのような対応を行ったか、リスクに関してどのようなことを大切に考えているかについてたずねた。

5. 分析方法

録音内容の逐語録を全データとし、モンゴル人看護師が語る言葉からリスク感性、リスク感性に関連した思いや行動等の意味内容が損なわれないよう最小単位で抽出しコード化した。コードの意味内容の類似性と差異に着目して分類し、抽象度を上げサブカテゴリー化した。サブカテゴリーの意味内容の類似性と差異に着目して分類し、抽象度を上げカテゴリー化した。なお、分析妥当性を確保するため、分析の過程で対象者の語りの意味が不明確な場合には、対象者に質問し意味内容を確認した。さらに、質的研究に精通した研究責任者よりスーパーバイズを受けながら分析を行った。

6. 用語の定義

リスク：公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業、事例の報告⁷⁾より、本研究では、患者に障害

が発生した事態、患者に障害が発生する可能性があった事態、医療行為に関わる患者や家族からの苦情、患者の個人情報に関する事象であり、院内感染、食中毒、暴行障害、窃盗盗難、医療行為に関わらない苦情は対象外とする。

リスクマネジメント：日本看護協会リスクマネジメント検討委員会⁸⁾は、1999年、雑誌「看護」に「組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」を発表し、リスクマネジメントのプロセスとして、「リスクの把握」「リスクの分析」「リスクへの対応」「リスクの評価」という枠組みを紹介している。また、釜⁹⁾は、リスクマネジメントは事故を防止するうえで必要な手段であるが、その考え方は事故防止に焦点を合わせたものではなく、そのとき・その場面で発生が予想されるリスクを分析して、病院・患者・医療スタッフを事故から守り、病院という経営主体を進展させ、なおかつ医療・看護の質の向上を図るものとして考えられた手法・システムであるとしている。以上のことから本研究では、そのとき・その場面で発生が予想されるリスクを把握、分析し、リスクへの対応及び評価を行い、病院・患者・医療スタッフを事故から守り、病院という経営主体を進展させ、なおかつ医療・看護の質の向上を図る手法・システムであるとする。

モンゴル人看護師のリスク感性：釜⁵⁾は、リスク感性とは、周りから「危ないぞ」「注意してやりなさい」と言われなくても、リスクを察知して自然に安全行動が取れるような感覚を指すとし、リスク感覚は、危ないと感じるが行動には現れないリスク感覚、危ないと感じ注意行動に現れるリスク認識、危ないと感じ危険回避行動をとるリスク意識という3つのプロセスにより育成されるとしており、南ら¹⁰⁾は、危険な状況や行動を予測し、危険源に気づき、危険回避、安全に行動する力としている。以上のことから本研究では、モンゴル人看護師が日常の看護業務の中で遭遇するリスクを予測、察知し、リスク回避のための安全行動がとれる感覚とする。

IV. 倫理的配慮

本研究は、所属施設の生命科学・医学系研究倫理審査委員会、モンゴル国立医科大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者に研究の目的と方法、研究参加への自由な意思選択と中断の権利、また、研究への参加・不参加が今後の業務や評価において影響するなどの不利益を被らないこと、さらにプライバシーの保護と守秘義務を遵守することについて、インタビュー実施前に文書と口頭で説明し、書面で研究参加への同意を得た。また、面接時には、対象者の過去のリスクに関する体験を思い出すことによる精神的負担に配慮した。得られたデータは分析の段階で番号処理を行い、個人が特定されないよう配慮した。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者の概要を(表1)に示す。対象者は12名であり、看護師経験年数の平均は12年、A病院での看護師経験年数の平均は2年であった。また、11名が看護系教育機関でのリスクマネジメントの学習経験は無いと答えた。面接時間は平均32分であった。

2. A病院のモンゴル人看護師のリスク感性

分析の結果、A病院のモンゴル人看護師のリスク感性は、188のコード、19のサブカテゴリー、7のカテゴリーが抽出された(表2)。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, コードを[], 対象者の語りを『 』で示し、カテゴリーごとにカテゴリーの意味する内容を示す。なお、7のカテゴリーのうち【組織の問題として俯瞰的対応を切望】【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】は、リスク感性に関連する要因である。

【常に多様なリスクに晒され安心できないと認識】

このカテゴリーは、<針刺し事故を回避できないことが脅威となっている><多様なリスクに直面する現場で安全が保

表1 対象者の概要

対象者	看護師経験年数	A病院での看護師経験年数	リスクマネジメントについて学習経験の有無	配属部署	面接時間
A	2年	1年1ヵ月	無	中央部門	30分
B	12年	2年6か月	無	病棟	50分
C	6年6か月	1年9か月	無	病棟	35分
D	7年2か月	2年3か月	無	中央部門	30分
E	8年2か月	2年6か月	無	中央部門	40分
F	1年6か月	10か月	無	病棟	25分
G	25年11か月	2年	無	病棟	25分
H	4年3か月	2年5か月	無	外来	25分
I	25年2か月	2年2か月	無	病棟	25分
J	23年3か月	2年1か月	不明	中央部門	25分
K	6年3か月	2年	無	病棟	45分
L	22年3か月	2年	無	外来	25分

※中央部門とは、患者支援センター、保健支援センター、放射線部、手術部を含む

表2 A病院のモンゴル人看護師のリスク感性

カテゴリー	サブカテゴリー
常に多様なリスクに晒され安心できないと認識	針刺し事故を回避できないことが脅威となっている
	多様なリスクに直面する現場で安全が保障されない
	患者の心身に負担をかけてしまう行為をリスクと感じ安心できない
リスク回避を意図した責任ある行動	リスク回避のためには医療従事者の責任ある行動が重要である
	リスクに対する知識、技術、準備が必要である
	リスクを分析しPDCAサイクルを機能させる
	安全な医療を提供するためリスクを予測し回避する
リスクの経験を活かした教育体制の整備	過去の経験を活かした教育体制が必要である
	医療従事者の自己研鑽が重要である
	リスク感性を高める指導を心がける
自分自身の精神面をコントロール	焦りや精神の不安定さがリスクにつながる
	自分自身の精神面の管理が重要と感じる
医療従事者、患者間での良好な関係性を維持	リスク回避のためには良好な人間関係が大切である
	コミュニケーションの欠如がリスクを引き起こす
組織の問題として俯瞰的対応を切望	「当事者の責任」という結論に納得できない
	現場の声を尊重した組織のリスクマネジメントが十分といえない
	組織レベルでリスク低減に取り組む
リスク回避のために適切な労務管理を渴望	厳しく不安定な勤務状況がリスク発生の要因となっている
	自分が健康でなければリスクに対応できないと感じる

障されない><患者の心身に負担をかけてしまう行為をリスクと感じ安心できない>のサブカテゴリーから構成された。

対象者は、[チーム医療におけるリスクの中でも針刺し事故が最も多い]と感じており、なかでも[特に注射を行う際に針刺し事故を起こすことが多い]とし、針刺し事故により[B型あるいはC型肝炎に感染する可能性があるため同僚が検査を受けた]ことや[針刺し事故は患者にとってもリスクである]ことから、看護師は針刺し事故に遭遇する機会が多く、<針刺し事故を回避できないことが脅威となっている>『針刺し事故があると、感染によって将来的に看護師として働けなくなる可能性があるってことがリスクだと思う。(G)』と考えていた。また、[医療従事者は大きなリスクを背負って業務を行っており、十分気を付けて医療行為を行う必要がある]と認識しており、[確実に洗浄滅菌された器械類が使用されているか不安を感じる][手術室で患者の血液が目に見え、その瞬間にリスクと感じた][コロナに感染するリスクを感じながら働いている]など、<多様なリスクに直面する現場で安全が保障されない>『器械類の洗浄滅菌が一番気になり、確実に洗浄滅菌された器械類が使用されているかという部分に不安を感じる。(D)』という危機感を感じていた。さらに、検査や処置を行う際には患者にリスクについても説明するが、説明の仕方によっては患者に恐怖感を与えてしまうといった[患者に説明する時の言葉の選択がリスクを発生させる要因となる]こともあり、[患者に予想以上の負担や痛み、悩みを感じさせる全てのケースがリスクである]と考えていた。このように看護師が気を付けているかいないかにかかわらず、<患者の心身に負担をかけてしまう行為をリスクと感じ安心できない>『患者への説明をきちんと行う必要がある。(A)』と感じていた。

これらから、【常に多様なリスクに晒され安心できないと認識】は、看護師が臨床現場において、常に様々な大きなリスクを背負っているにもかかわらず、安全の保障がないことが脅威となっており、安心できないという危機感を感じていることを示している。

【リスク回避を意図した責任ある行動】

このカテゴリーは、<リスク回避のためには医療従事者の責任ある行動が重要である><リスクに対する知識、技術、準備が必要である><リスクを分析しPDCAサイクルを機能させる><安全な医療を提供するためリスクを予測し回避する>のサブカテゴリーから構成された。

対象者は、<リスク回避のためには医療従事者の責任ある行動が重要である>『責任感の欠如がリスクである。(H)』ということから[責任感の欠如がリスクにつながる]と考えていた。また、[準備不足により患者の健康や命に関わってしまうことが考えられる]ことから、<リスクに対する知識、技術、準備が必要である>『看護師の知識、技術の向上をし、部署の準備を整え、リスクを減らすことが重要。(K)』とし、リスクを回避するには、準備状態をしっかり整えておくことがリスク低減の鍵となると考えていた。さらに、[リスクだと感じた事例や実際に起こった事例をインシデント報告することや[患者に起こる可能性のあるリスクを予測、評価し、事前に対策をとることがリスクの予防及び軽減となる]など、<リスクを分析しPDCAサイクルを機能させる>『リスクが生じる可能性が高いと判断されたものには事前に対策を立て、改善しておく。(E)』ことの必要性を感じていた。このように意図的に<安全な医療を提供するためリスクを予測し回避する>『患者の安全を守るために、同じ事例が起らないよう

指示書や決まったスタンダードに沿って働くよう自部署の看護師に周知、指導した。(J)』行動をとることが重要であると感じていた。

これらから、【リスク回避を意図した責任ある行動】は、たとえ多様なリスクに晒されていても、看護師の責務として、どのようにリスクを回避し再発を予防するかを考えながら意図的に行動することが重要であり、そのための知識、技術、準備が必要であることを示している。

【リスクの経験を活かした教育体制の整備】

このカテゴリーは、＜過去の経験を活かした教育体制が必要である＞＜医療従事者の自己研鑽が重要である＞＜リスク感性を高める指導を心がける＞のサブカテゴリーから構成された。

対象者は、＜過去の経験を活かした教育体制が必要である＞『この事例があったことによって、放射線科以外のスタッフはMRI使用時の注意点をきちんと把握できていないことが分かった。事例を通して、放射線科以外の院内スタッフ全員に年一回MRIに関する安全管理研修が行われるようになった。(E)』とし、過去のリスクの「事例を通して、安全管理研修が行われるようになった」など、過去のリスクの経験が教育体制の構築のきっかけにつながっていた。また、[大学で学んだ内容が臨床と上手く関連していないことがリスクを起こす一つの原因である]など、教科書に書かれていることが必ずしも臨床では当てはまらないこともあるということを目の当たりにしていた。また、[一部署で知識や技術を十分に習得できていない段階で異動させてしまうことがリスクを招く原因となっている]など、一つの部署で十分な経験の積み重ねができないまま別の部署に異動してしまうことがリスクを発生させる要因となっていると感じていた。一方、＜医療従事者の自己研鑽が重要である＞『今まで経験のない医療行為やケアを行う際は、分からないことを恥ずかしがらず、隠さずに言うことも大切である。(F)』とし、経験と共に自己のブラッシュアップを図ることも重要と考えていた。そして、[個人を批判するのではなく同じことが起きないように指導する] [出来ている部分は褒めるなど医療従事者のやる気をださせることも必要である]と、スタッフの＜リスク感性を高める指導を心がける＞『私たちは全員が完璧ではないので、失敗した際に個人を批判するのではなく、丁寧に説明して指導してあげる体制が必要だと思う。(C)』ようにしていた。

これらから、【リスクの経験を活かした教育体制の整備】は、対象者が個人の自己研鑽とともに、リスクに関連した過去の経験を活かした教育やリスク感性を高められるような効果的な指導により、スタッフの成長につながる教育体制を構築していくことを重要視していることを示している。

【自分自身の精神面をコントロール】

このカテゴリーは、＜焦りや精神の不安定さがリスクにつながる＞＜自分自身の精神面の管理が重要と感じる＞のサブカテゴリーから構成された。

対象者は、[時間通り業務ができなければ自分を責めてしまう][焦っている自分を自分で落ち着かせながら業務を行っている][薬剤投与が遅れたことを理由に患者に怒られたりすると、その日は一日精神状態が不安定になる][徐々に焦ってきてリスクを起こすことが多い]など、＜焦りや精神の不安定さがリスクにつながる＞『時間に縛られると焦ってミスを起こしやすくなります。なので、焦っている自分を自分で落ち着かせながら業務を行っている。(F)』と感じていた。また、[人が働くには自分自身の精神面の安定が重要である]ことが大切であることから、リスクを察知し回避するには、適切に判断できる精神状態であることが重要であり、＜自分自身の精神面の管理が重要と感じる＞『病院だけではなく、どこでも人が働くには、自分自身のメンタルが落ち着いていることが重要だと思う。(C)』と対象者は感じていた。

これらから、【自分自身の精神面をコントロール】は、スケジュール通り仕事が進まなかったり、気持ちが落ち込むような出来事などがあると、そこから焦りや自責の念など精神的に不安定な状態になり、リスクにつながってしまうことを対象者は経験しており、自分を落ち着かせようとするなど、自分自身の精神面をコントロールし、安定させることがリスクを回避するために重要であることを示している。

【医療従事者、患者間での良好な関係性を維持】

このカテゴリーは、＜リスク回避のためには良好な人間関係が大切である＞＜コミュニケーションの欠如がリスクを引き起こす＞のサブカテゴリーから構成された。

対象者は、[医療従事者同士で尊重し合うことは非常に重要である][互いに理解し合い協力する必要がある]と＜リスク回避のためには良好な人間関係が大切である＞『医療従事者同士の関係性が大切であり、その中でも最も大事なものは、お互いを尊重し合う気持ちであると思う。(A)』と感じていた。また、[上から目線で指示されるとオープンマインドで話せない][医療従事者間のコミュニケーションが上手くできていないとリスクとなる][患者から怒られることが続くと新人看護師は働けなくなる]など、医療従事者間あるいは医療従事者と看護師間でのコミュニケーションが良好であることが重要であり、＜コミュニケーションの欠如がリスクを引き起こす＞『医師が薬剤指示を出す際に、指示書に記載せず口頭指示をすることがあるが、その後も医師は指示書に記載することを忘れ、結果、医師と看護師のコミュニケーションが上手く行かずリスクとなることがある。(F)』ことを心配していた。

これらから、【医療従事者、患者間での良好な関係性を維持】は、患者中心のチーム医療を行うには、互いを理解し尊重し合うような患者と医療者間、医療者間での良好な関係性を維持することが不可欠であり、コミュニケーションエラーによるリスクの存在を身に染みて感じていることを示している。

最後に、リスク感性に関連する要因として以下2つのカテゴリーが抽出された。

【組織の問題として俯瞰的対応を切望】

このカテゴリーは、＜「当事者の責任」という結論に納得できない＞＜現場の声を尊重した組織のリスクマネジメントが十分といえない＞＜組織レベルでリスク低減に取り組む＞のサブカテゴリーから構成された。

看護師からリスク管理部へインシデントの報告をしても、[基本的に看護師が悪かったという結論で戻ってくる][看護師の責任とされ看護師は報告できない状況になっている]など、対象者は、リスク管理部からの＜「当事者の責任」という結論に納得できない＞と感じていた。また、[チェックする役割というプライドの高い対応が目立つ]など、＜現場の声を尊重した組織のリスクマネジメントが十分といえない＞『入院している子供をレントゲン室に連れて行った(中略:インシデント内容)。私は、このような事例が繰り返されないようインシデントレポートで報告すると、あなたが担当してレントゲン室に連れて行った看護師なのだから、あなたが常に一緒にいるべきであり、あなたが悪かったという返事をもらったが納得いかなかった。(B)』と感じており、一方的な対応ではなく、現場の声に耳を傾け、[インシデント報告をしたら病院として解決してほしい][同じ事例が発生しないよう対策をとることが大切である][看護師がリスクと感じていることや患者のクレーム等にはリスク予防のヒントがあることをマネジメント側に理解して欲しい]と、[マネジメント側の意識が足りていない]ことや、もっと現場に声に耳を傾け、組織全体の問題と捉えて俯瞰的な対応をしてほしいと望んでいた。さらに、[働く環境にあるリスク要因を極力減らし、安全で守られた環境の中で働けるようにすることが大切である]ことや[組織によるリスク低減が質の高いケアの提供につながる]など、＜組織レベルでリスク低減に取り組む＞『マネジメント及び設備において、リスク要因を低く整備することがより質の高い看護ケア提供に繋がる。(G)』ことの重要性を指摘していた。

これらから、【組織の問題として俯瞰的対応を切望】は、インシデントが発生した際の＜「当事者の責任」という結論に納得できない＞『インシデント報告しても基本的に看護師が悪かったという結論で戻ってくる。(B)』といった状況の改善を対象者が心底から望んでおり、個人の責任レベルで取り扱うのではなく、組織全体の安全管理の問題として、意識的に現場の声を尊重した俯瞰的な対応をとってほしいと望んでいることを示している。

【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】

このカテゴリーは、＜厳しく不安定な勤務状況がリスク発生の要因となっている＞＜自分が健康でなければリスクに対応できないと感じる＞のサブカテゴリーから構成された。

対象者は、[看護師の仕事量が国際スタンダードより多すぎリスクを起す要因となっている]ことを問題とし、[誤薬の原因は連続勤務で集中力が無くなったことである][連続勤務が続くと寝不足になり休息がきちんと取れずリスクの要因になる][現状の勤務体制では看護師の免疫力が落ち、看護師自

身が感染するリスクが高い][夜勤が多いと将来的には疾患に罹患するなど看護師の健康に影響が出ることがリスクである]など、＜厳しく不安定な勤務状況がリスク発生の要因となっている＞『寝不足が原因で記録漏れや失敗をしてしまうというようなことがリスクである。(C)』と危惧していた。また、[寝不足が原因で記録漏れや失敗をしてしまう]など、＜自分が健康でなければリスクに対応できないと感じる＞『今は24時間、48時間体制で働いているが(48時間帰宅できない)、(中略)免疫力も落ちてしまうし、看護師自身が感染するリスクを招いてしまっていると思う。(B)』と自分を自覚していた。一方、このような状況について、対象者は[組織は看護師のメンタル面を知ったり、考える必要がある]と、リスクを回避するために看護師の心身の健康状態を組織が適切に把握する必要があると考えていた。

これらから、【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】は、リスクを回避するためには、ケアを提供する看護師も健康であることが非常に重要であり、現在の厳しい労働環境を改善し、心身の健康と業務量を考量した労務管理が行われることを対象者が心から強く希望していることを示している。

VI. 考 察

A 病院のモンゴル人看護師のリスク感性として、具体的内容と7つのカテゴリーが明らかになった。これから、その特徴について考察する。

1. 安全が保障されない危機感を感じながらも、看護師としての責務を果たす

モンゴル人看護師は、【常に多様なリスクに晒され安心できないと認識】していることが明らかになった。このことは、たとえば、針刺し事故防止システム、洗浄滅菌管理システム、手術中の血液や体液の曝露防止システムなど、看護師が直面する様々なリスクに十分に対応できるシステムが整っていないことや二次的な影響のリスクも予測される臨床現場において、安全が保障されない危機感をモンゴル人看護師が抱えていることが考えられた。釜⁹⁾は、リスク感性育成の3つのプロセス(①リスク感覚:危ないと感じるが行動に現れない。②リスク認識:危ないと感じ注意行動に現れる。③リスク意識:危ないと感じ危険回避行動をとる。)について述べている。モンゴル人看護師は、リスク感性育成の3つのプロセスを同様に経ながら、安全が保障されない危機感を感じながらも、リスクに備えて準備状態を整え、患者の健康や命を守るために、【リスク回避を意図した責任ある行動】をとっていた。「危ないと感じ危険回避行動をとる」とは、危険を察知し、自然と危険回避行動がとれることを示すと考えられるが、意図的にリスク回避行動をとることを積み重ねることでリスク感性が育成され、意図しなくても自然とリスク回避行動がとれるようになるものとする。対象者からは、意図的にリスクを回避する行動をとり看護師としての責務を果たそうとしていたことが語られたが、このことは、安全が保障されないと感じる危機感

の中で働いているモンゴル人看護師だからこその特徴であると推察された。以上より、モンゴル人看護師のリスク感性は、多様なリスクに晒され安心できない日常の看護業務の中で、リスク回避を意図した責任ある行動がとれる感覚であるといえる。同時に、モンゴル人看護師が日常の看護業務の中で遭遇するリスクを予測、察知し、リスク回避のための安全行動がとれる感覚と本研究で定義したモンゴル人看護師のリスク感性は、モンゴル人看護師個々には強くあることが明らかになった。

2. 組織の一員として守られるリスクマネジメント体制の構築を望む

対象者は、【リスクの経験を活かした教育体制の整備】、【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】するなど、リスクマネジメントを個人レベルの問題として捉えるのではなく、リスクに関連した経験を活かすような教育体制や心身の健康を重視した労務管理など、リスクを組織レベルの問題として捉えて、安心して働ける安全管理体制を構築してほしいと考えていることが明らかになった。釜⁹⁾は、「事故を身近に感じるリスク教育に必要なのは、教育する側と受ける側の双方にリスク教育の意味を感じ取ってもらうこと、医療事故の怖さを客観的に知ることではなく“主観的に知る”ことだ。」と述べている。このことから、実際の経験からリスクを自らの肌で感じ取り、また、事例を振り返ることで大切なことを学び取ることがリスク感性を高める上で重要であると考えられる。本研究の対象者も、[大学で学んだ内容が臨床と上手く関連していないことがリスクを起す一つの原因である]としており、大学で学んだ内容がそのまま臨床で適応できない難しさを感じていた。しかし、自己研鑽に加えてリスクの経験を活かした教育に組織的に取り組むことで、大切な学びを得て成長につながっていくものと期待できる。

一方、河野¹¹⁾は、「疲労はエラーの誘発要因であることを理解し、休むべきときは休むということ、休息をとる（とらせる）ことが重要である。注意力、集中力低下の要因として同じ作業の連続、単調な作業の継続、作業者の体調がある。」と述べている。本研究の対象者も、<厳しく不安定な勤務状況がリスク発生の要因となっている><自分が健康でなければリスクに対応できない>と感じるなど、【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】していた。また、近森ら¹²⁾は、病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーの一つとして、「リスクを予測した労務管理」を示しており、「病棟師長自らスタッフに声をかけ、朝の挨拶や何気ない会話を手掛かりとして、会話の中でのスタッフの反応から体調の変化を把握して一日のスケジュールをイメージし、その中で生じるリスクを予測した上でスタッフの力量を考慮した人員配置するなど、リスクを回避するための能動的な行動をとっているという特徴が認められた。」と述べている。リスクを予測した労務管理は、安全管理体制の基本となるもの、かつ重要課題でもあり、組織や管理職全体が意識して取り組むものである。看護管理に関わる管理職のコンピテンシーとして看護

師長のみならず副看護師長にも具体的行動が期待される。現状、対象者が渴望していることは、自らの経験を通して、看護師長を始めとする対象者よりも上層管理職が労務管理を改革することであるが、副看護師長は現場業務と病棟管理業務にも関わる立場として、率先して現状に改革を起こしていくべき重要な存在であるともいえる。具体的には、現場スタッフに近い副看護師長は看護師長に現状を報告し、改善案を提案することで、最も身近な管理職である看護師長とともに自らも労務管理の改善に尽力していくということであり、対象者自らの経験を活かすことに期待したい。このことから、リスクマネジメントにおいては、スタッフのその日のコンディションとリスクを関連付けてアセスメントし、リスクに備えた勤務管理を行うことが臨床現場で求められると考える。

また、釜⁹⁾は、「医療業界におけるリスクマネジメントの導入は、それまで事故の責任を個人に押しつけていたのに対し、組織やシステムの責任であるという画期的な考えをわれわれに与えてくれた。」と述べている。さらに種田¹³⁾は、「まずは報告することが重要であり、積極的な報告がなければ、患者安全のインシデントを同定し、迅速に対応することは極めて困難であるとともに、報告から、組織として学習する仕組みがなければ、同じ事故が再び繰り返される。」と述べている。本研究の対象者も<「当事者の責任」という結論に納得できない>としており、このことは、同じ事故が再び起こることのないように、個人の問題ではなく、組織の問題として俯瞰的に捉え解決するようなリスクマネジメントの体制を構築してほしいとの思いを表しているのではないかと考えられた。

さらに、近森ら¹²⁾は、「人と向き合う本来の看護を目指すという患者への支援と共に、スタッフに対しても人として大事にされているという感覚を抱けるよう関わる「人を大切にしたい支援」は看護の本質であり、全てのコンピテンシーを支える基盤でもある。」と述べており、モンゴル人看護師が【組織の問題として俯瞰的対応を切望する】背景には、厳しい労働環境のなかで、常に多様なリスクに晒され安全が保障されないと感じている状況で、組織から「人として大事にしたい」という思いを抱いているのではないかと、つまり、組織の一員として守られ、安心できる環境の下で健康に働き続けたというモンゴル人看護師の思いを反映しているものと考えられる。自己が守られてこそ、患者に良質なケアが提供できると信じているモンゴル人看護師の特徴が明らかとなった。

3. 精神面のコントロールとコミュニケーションがリスク回避の鍵となる

河野¹¹⁾は、「ある仕事を達成するためには、心身機能条件（仕事をするのに眼や耳などの感覚器官がある一定のレベルにあること、仕事をするのに必要な集中力や適切な注意配分能力があること）を満たすことが必要である。」と述べている。モンゴル人看護師は、焦りや集中力の低下、精神的な不安定さがリスクにつながってしまうことを経験しており、リスクを察知したり回避したりするには、これらの心身機能条件が

非常に重要な意味を持つと考えられる。つまり、精神面においても、この感覚器官の感度や認知的な集中力は影響を受けると考えられるため、【自分自身の精神面をコントロール】することはリスク感性を高め、リスクを回避することにつながると考えられる。さらに、モンゴル人看護師は、医療者間、患者と医療者間における関係性において、お互いを理解し尊重し合う姿勢が重要であると考えていた。この姿勢はアサーティブコミュニケーションの基本となると考えられ、チーム医療では重要な要素である。一方、インタビューでは、身近な人に相談するなどのサポートを得ているといった発言については聞かれなかった。このことは、<リスク回避のためには良好な人間関係が大切である><コミュニケーションの欠如がリスクを引き起こす>と認知しながらも、モンゴル人看護師が、あまり相談や悩みなどを人に打ち明けたり相談したりせず、自分の中で問題解決する傾向にあるのではないかと推測された。リスクを察知し回避する行動には、互いに気づき合えたり、声を掛け合ったりすることも有用であると考えられるため、モンゴル人看護師にとっては、【医療従事者間、患者間での良好な関係性を維持】することを意識しながら、より一層、互いを理解し尊重し合い、協力し合えるようなコミュニケーションを心がけることがリスク回避の鍵になるのではないかと考えられた。

以上より、モンゴル人看護師個々のリスク感性は強くあり、それを強化およびサポートする組織体制や職場風土の強化や改善が必要であると考えられる。

VII. 結 論

A 病院のモンゴル人看護師のリスク感性として、【常に多様なリスクに晒され安心できないと認識】【リスク回避を意図した責任ある行動】【リスクの経験を活かした教育体制の整備】【自分自身の精神面をコントロール】【医療従事者、患者間での良好な関係性を維持】【組織の問題として俯瞰的対応を切望】【リスク回避のために適切な労務管理を渴望】の7つのカテゴリーが抽出された。病院のモンゴル人看護師は、安全が保障されない危機感を感じながらも、看護師としての責務を果たすことを大切にしており、組織の一員として守られるリスクマネジメント体制の構築を望んでいた。また、リスクを回避するには、精神面のコントロールとコミュニケーションが鍵となることが考えられた。

本研究の限界と今後の課題

まず、面接に関しては、通訳を介して平均32分の面接時間であり、実際の面接時間はより少ないと言える。そして、通訳を介すため対象者の言葉や思いの解釈への影響も無いとは言えず、対象者の発言や思いを正確に受け止めきれていない部分があるとも考えられる。

本研究では、モンゴル人看護師の中でもA病院のモンゴル人看護師12名が対象であることや、看護師経験年数が2年

から25年と幅が広く、データに偏りがある可能性があり、他施設、他県へ対象を広げるとともに、看護師経験年数を絞り、今後さらなる研究が必要である。また、A病院においては、他職種、他部門のリスク感性を分析することで、A病院及びモンゴルの医療における今後のリスクマネジメントの指針にさらに繋げていきたいと考える。

謝辞

本研究にあたり、ご協力をいただきました対象者の皆様をはじめ、関係者の方々に深謝申し上げます。

本研究は、第53回(2022年度)日本看護学会学術集会に演題登録している。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 独立行政法人国際協力機構(2016), 事業プロジェクト, 2021年6月3日閲覧,
<https://www.jica.go.jp/project/mongolia/017/outline/index.html>
- 2) 厚生労働省(2001), 医療安全対策検討会議, 2021年6月4日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/kentou/index.html>
- 3) 日本医師会医療安全対策委員会(1998), 医療安全対策委員会答申, 医療におけるリスク・マネジメントについて, 2022年9月5日閲覧,
<https://www.med.or.jp/anzen/data/anzen1003.html>
- 4) 木下富雄: リスク認知の構造とその国際比較, 安全工学, 41(6), p.356-363, 2002.
- 5) 釜英介: 総論「リスク感性」を育て、磨く意義 リスクマネジメントをめぐる新たな潮流を見据えて, 看護, 57(3), p.38-42, 2005.
- 6) 佐々木真由美: 看護師のリスク感性と看護実践能力・臨床経験の関連の検証—看護実践能力尺度を用いて比較検討—, 国立病院機構長崎医療センター医学雑誌, 13, p.32-39, 2012.
- 7) 公益財団法人日本医療機能評価機構(2005), 医療事故情報収集等事業, 2021年6月13日閲覧,
<https://www.med-safe.jp/>
- 8) 日本看護協会リスクマネジメント検討委員会編: 組織で取り組む医療事故防止—看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, 看護, 51(12), p.30, 1999.
- 9) 釜英介: 「リスク感性」を磨くOJT 人を育てるもうひとつのリスクマネジメント, 日本看護協会出版会, p.6-55, 2004.
- 10) 南妙子, 田村綾子, 市原多香子: 看護学生のリスク感性測定尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 日本看護学会誌, 24(3), p.13-25, 2015.
- 11) 河野龍太郎: 医療現場のヒューマンエラー対策ブック, 日本能率協会マネジメントセンター, p.115-117, 2018.
- 12) 近森清美, 村瀬智子: 病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシー, 日本赤十字看護学会誌, 20(1), p.102-108, 2020.
- 13) 種田憲一郎: 医療の質・患者安全を推進するWHOのグローバルな取組み, 医療の質・安全学会誌, 9(4), p.354-361, 2014.

◇ 原 著 ◇

消化器外科病棟におけるがん終末期患者の療養先決定のタイミングの違いによる療養先移行の実態

竹嶋佳織¹⁾, 太田千尋²⁾, 野田明子²⁾, 作長尚子²⁾, 服部聖子²⁾

本研究の目的は、がん終末期患者の療養先決定のタイミングの違いによる療養先移行の実態を明らかにすることである。電子カルテよりデータ収集し、各項目について比較検討した。療養先決定のタイミングは外来決定群 37%、入院後決定群 63%であった。外来決定群の療養先の希望は、緩和ケア病棟 76%、在宅 22%、A 病院 2%、実際は緩和ケア病棟 71%、在宅 12%、A 病院 17%であった。入院後決定群の療養先の希望は、緩和ケア病棟 60%、在宅 6%、A 病院 24%、実際は緩和ケア病棟 36%、在宅 3%、A 病院 57%であった。療養先決定日から緩和ケア病棟転院までの日数が2週間以内であったのは、外来決定群 10%、入院後決定群 40%であった。入院前に療養先を決定した患者は、希望通りの療養先で療養できる可能性が高まるといえる。患者の望む療養を支えるためには、治療薬の変更時など早い段階からの意思決定支援が重要であることが示唆された。

【キーワード】がん終末期患者、療養先、BSC、意思決定支援

I. はじめに

A 病院消化器外科病棟では、がん終末期において緊急入院となり、死を迎えるまでの最期の入院時に BSC (Best Supportive Care) の説明を受けて、療養先を決定するケースが多い。その場合は、患者も家族も心身共に苦痛が増大している上に、短期間に療養先を検討し、決定していくというストレスが加わる。そのため、患者はどのように過ごしたいと考えているか、それに相応しい療養先はどこかなどについて、家族や医療従事者と十分に話し合い、決定していくための十分な時間的ゆとりや精神的余裕がないのではないかと考える。高橋ら¹⁾は抗がん剤治療が行われなくなった際は、その後の療養の場が検討されるが、転・退院調整・相談過程で死亡となり、不調に終わることも少なくないと報告している。

そこで、A 病院消化器外科病棟におけるがん終末期患者の療養先決定のタイミングの違いによる療養先移行の実態について明らかにし、がん終末期患者の療養先選択及び移行に関する支援の示唆を得たいと考えた。

II. 目 的

A 病院消化器外科病棟におけるがん終末期患者の療養先決定のタイミングの違いによる療養先移行の実態を明らかにする。

III. 方 法

1. 研究デザイン

量的記述的研究

2. 研究対象者

20XX 年 4 月 1 日～20XX+3 年 3 月 31 日に A 病院消化器外科病棟に、死を迎えるまでの最期の入院で BSC の説明をされているがん終末期患者 111 名

3. 調査期間

2020 年 10 月 7 日～2020 年 10 月 31 日

4. 調査方法

電子カルテより、下記の項目についてデータを収集した。

- 1) 対象者の属性：年齢・性別・発症部位（上部消化管・下部消化管・肝胆膵）・入院時の PS・キーパーソンの有無・転移の有無・疼痛の有無・医療処置（気切・ストーマ・輸液・麻薬など）の有無

受付日：2022 年 4 月 19 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Kaori Takeshima：大阪府立大学大学院看護学研究科

2) Chihiro Ota, Akiko Noda, Naoko Sakunaga, Seiko Hattori：滋賀医科大学医学部附属病院

2) 療養先の決定に関する項目：BSCの説明をし療養先を決定した日（以下、療養先決定日）・療養先決定のタイミング（入院前外来・入院後）・療養先の希望（緩和ケア病棟・在宅・A病院・その他）

3) 療養先の移行の実際に関する項目：実際の療養先（緩和ケア病棟・在宅・A病院・その他）・療養先決定日から実際に療養の場（退院・転院）を移行した日までの日数・実際に療養の場を移行した日から死亡までの日数

5. 分析方法

電子カルテより各項目のデータをExcelで単純集計し、療養先決定日が入院前であった群（外来決定群）と入院後であった群（入院後決定群）に分け、比較検討した。差異が大きい項目について抽出し、グラフで示した。また、転院・在宅を希望していたが、希望通りにならずA病院で亡くなった患者についてはその理由を電子カルテ情報に基づき検討した。

IV. 倫理的配慮

滋賀医科大学医学部附属病院研究倫理委員会の審査の承認を受け行った。

V. 結果

1. 対象者の概要（表1）

外来決定群は41名（37%）、入院後決定群は70名（63%）であった。各群の療養先の希望と実際、及び、緩和ケア病棟に転院した患者における各群の療養先移行の実態について比較検討した。

2. 各群の療養先の希望と実際の比較

療養先の希望として、緩和ケア病棟を希望している外来決定群は31名（76%）、入院後決定群は42名（60%）であり、がん終末期患者の半数以上が緩和ケア病棟を希望していた。療養先の実際として、緩和ケア病棟を希望している外来決定群の29名（71%）は希望通りの療養先へ移行できているが、入院後決定群は25名（36%）であり、半数程度しか希望通りの療養先へ移行できていなかった。

療養先の希望として、在宅を希望している外来決定群は9名（22%）、入院後決定群は4名（6%）であり、入院後決定群は外来決定群に比べて在宅への希望が少ない状況であった。療養先の実際として、在宅を希望している外来決定群は5名（12%）、入院後決定群は2名（3%）であり、どちらも半数程度は希望通りの療養先へ移行できていた。

療養先の希望として、A病院を希望している外来決定群は1名（2%）、入院後決定群は17名（24%）であり、また外来決定群は治療した病院ではなく、他の療養先への移行を希望していた。療養先の実際としては、A病院を希望している外来決定群は7名（17%）、入院後決定群は40名（57%）であり、入院後決定群の半数以上は希望通りの療養先を移行できずA病院での療養となっていた。

3. 緩和ケア病棟に転院した患者における各群の療養先移行の実態の比較

療養先決定日から転院までの日数は、外来決定群では7割以上が4週間以上であるのに対し、入院後決定群では半数以上が2週間以内であり、外来決定群に比べて入院後決定群は、療養先決定日から転院までの日数が短かった。

また、緩和ケア病棟転院後の在院日数は、外来決定群では3週間以上が4割以上であったのに対し、入院後決定群では1週間以内が4割であり、外来決定群に比べて入院後決定群は、緩和ケア病棟転院後の在院日数が短かった。

さらに、緩和ケア病棟への転院を希望していながら、希望が叶えられずにA病院で亡くなった患者は19名であった。その理由として病状の悪化12名、家族が治療継続を希望していた1名、患者・家族が迷っていた1名、医療処置が必要となった2名、直前にA病院を希望した3名であった。

（図1.2.3.4）

VI. 考察

外来決定群は41名（37%）で、入院後決定群は70名（63%）であったことから、対象者の半数以上が身体的苦痛が出現し入院を必要とする状態になってから、主治医よりBSCである病状の説明を受け、療養先を決定していることが明らかになった。また、入院時のPSは、7割近くが3か4であり、自身で身の回りのことができない全身状態が悪化した状況で入院となっていた。すなわち、患者・家族は、心身の苦痛が増大している中で、症状の緩和をしながら、同時に最期の療養先の選択を行っていかねばならない状況にあったといえる。三條²⁾は積極的治療中断と療養場所の移行という2つの意思決定が同時に行われることが多く、患者と家族は大きな心理的負担を強いられると報告している。入院後決定群が約7割

表1 対象者の属性 n=111

平均年齢	71歳(42-92歳)	
性別	男性	74名
	女性	37名
発症部位	上部消化管	38名
	下部消化管	35名
	肝胆膵	38名
入院時のPS	0	0名
	1	15名
	2	21名
	3	51名
	4	24名
キーパーソン	有	106名
	無	5名
転移	有	103名
	無	8名
疼痛	有	99名
	無	12名
医療処置	有	105名
	無	6名

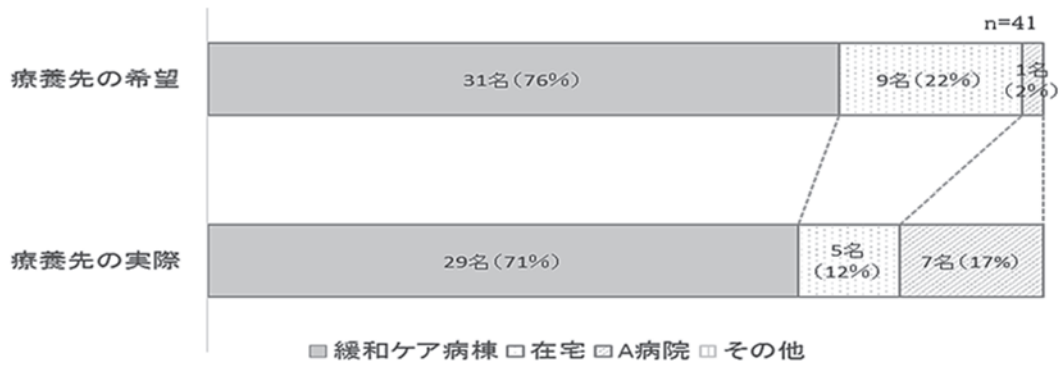


図1 外来決定群の療養先の希望と実際

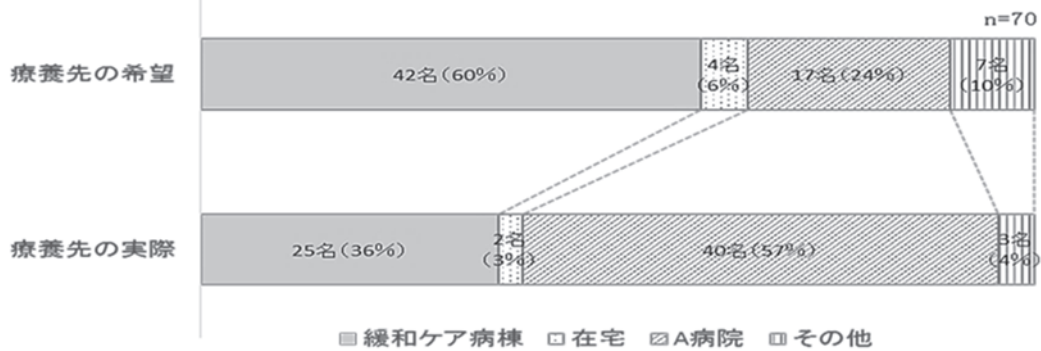


図2 入院後決定群の療養先の希望と実際

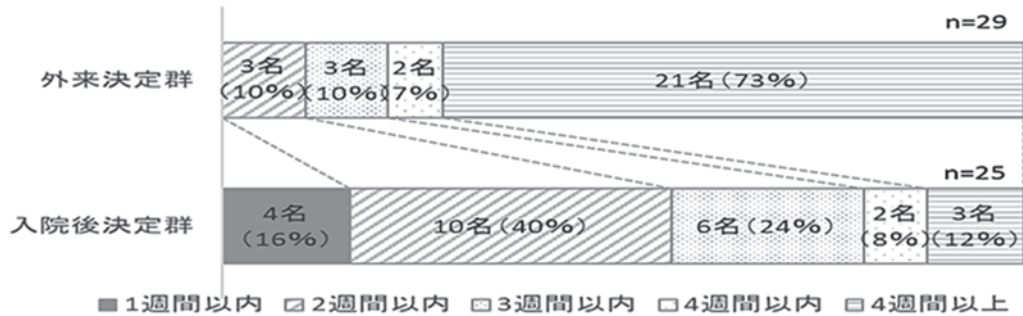


図3 療養先決定日から緩和ケア病棟への転院までの日数

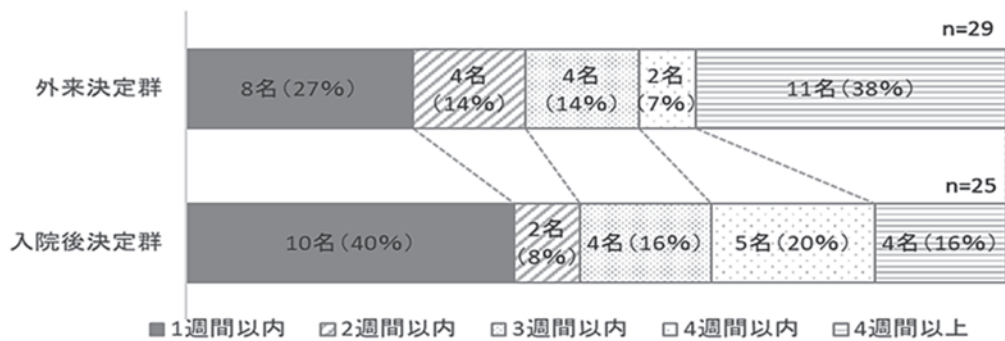


図4 緩和ケア病棟在院日数

という結果から、治療を進めていく中で必要な意思決定支援が行えていなかったといえるため、がん治療において、ファースト・ラインから開始された治療が、セカンド、サードと進む中で、今後の治療についてだけでなく、状態悪化時の過ごし方や療養先について考える機会を持てるような説明を行い、患者や家族の意思決定支援を行っていく必要があると考える。

そして、がん終末期患者が希望する療養先としては、外来・入院後決定群ともに緩和ケア病棟が半数以上を占めており、

在宅よりも緩和ケア病棟での療養を希望する患者が多い傾向にあった。その要因としては、身体的症状が出現してからや、医療処置が必要となってから療養先を決定していたからであると考えられる。実際に緩和ケア病棟に移行できた割合は、外来決定群では、31名中29名(94%)と高い一方、入院後決定群では、42名中25名(60%)と移行率が低下していた。つまり、早い段階で療養先を決定した患者は、希望通りの療養先で療養できる可能性が高まるといえる。桜井³⁾は亡くなる

1ヶ月前まで積極的な治療を受けていた人の割合は65%にもなっていること、八尋ら⁴⁾は、医療者が患者に積極的な治療を終了することを伝える時期の不適切さを報告している。

しかし、積極的な治療を終了することを伝える時期の不適切さが療養先の決定を遅らせる一因ではある一方で、患者・家族が病状に向き合いたくない気持ちや可能な限り治療を受けたいという価値観をもっているのも事実であると考えられる。星野⁵⁾は病状の進行に伴ってさまざまな苦痛症状が出現して生活に支障が生じてくるのは、入院してからよりもむしろ外来通院中の時期であることが多く、この時期に緩和ケアに関する情報が適切に提供され、身体と生活の支援が行われれば、患者・家族は安心してがんと付き合いながら生活を送ることができることを報告している。そのため、積極的な治療中から患者・家族の思いを受け入れ、状況を確認し、希望通りに最期を過ごせるようなサポートが必要であると考えられる。

また、療養先として在宅を希望した外来決定群9名のうち5名は希望通り自宅で過ごすことができていたが、入院後決定群では4名のうち2名であった。外来決定群でも半数程度しか希望通り自宅へは移行できていなかったが、希望した割合から外来決定群の方が在宅を希望できる身体的・精神的そして社会的にも余裕があったのではないかと考える。山岸ら⁶⁾は患者や家族の疾患に関する理解や心の準備に合わせて在宅療養を早期から一つの選択肢として提示しておくことが、患者・家族とのコミュニケーションにおいて重要であると報告している。全身状態が悪化する前に患者・家族の意思を確認することは重要であり、患者・家族の意向に沿った最期を迎えるためにも必要なことであると考えられる。坂井ら⁷⁾は進行がん患者の場合、病状がどう進行していくのか不確かであり不安は大きい、その中でもどのような気持ちでどんな日常生活を送りたいか問いかけていくことが重要であると報告していることから、外来でBSCの説明を受け療養先を決定したことで、患者・家族が十分話し合い、考える時間を持つことができたのではないかと考えられる。一方、入院後決定群においては、在宅を希望する患者・家族は少なく、PSの状態からも家族への遠慮や介護力により在宅を希望することが困難であり、また在宅を希望できる身体的・精神的な余裕がなかったのではないかと考える。消化器外科疾患における終末期患者は、がんの再発による疼痛や腸閉塞などの症状から持続点滴など医療処置が必要となる。今回の調査でも医療処置が必要となった患者が105名いることが明らかになり、在宅に移行するために早期にインフォームドコンセントを行い、往診医や訪問看護などの調整が必要であると考えられる。

次に、緩和ケア病棟での療養を希望し、実際に移行できた患者の療養先決定日から緩和ケア病棟への転院までの日数を検討してみると、外来決定群では73%が4週間以上の期間であった一方、入院後決定群においては、12%と低かった。入院後決定群では、むしろ2週間以内の割合が半数以上あり、療養先決定後すぐに転院となっていることが明らかになった。

患者・家族が短期間で現状を受け入れ、療養先を変更することを余儀なくされている状況であった。

さらに、緩和ケア病棟への転院後の在院日数をみると、外来決定群に比べて、入院後決定群の方が短い傾向にあった。緩和ケア病棟に移行した後も、そこでの十分な療養期間を確保できていない現状にあった。そのため在宅を希望する患者だけでなく、緩和ケア病棟を希望する患者においても、早期にインフォームドコンセントを行い、転院調整の準備を行う時間を確保することは、有意義な日々を支える看護として非常に重要であると考えられる。治療薬の変更時など早い段階で今後の療養先や緩和ケア病棟についての説明を行い、患者の意思決定を支援する体制を整える必要があると考えられる。

Ⅶ. 結 論

A病院消化器外科病棟におけるがん終末期患者の療養の場を移行するプロセスの実態は、死までの最期の入院時に療養先を決定する患者が多いことが明らかとなった。また、入院前に外来で療養先を決定していた患者の方が、希望通りの療養の場で終末期を過ごせる傾向にあった。さらに、緩和ケア病棟の在院日数や緩和ケア病棟への転院までの日数においても、外来で療養先を決定した患者の方が長いことが明らかになった。これらより、がんの治療を受ける患者や家族の価値観や思いを確認し、希望通りの人生を過ごせるように早期からの先を見据えた意思決定支援の重要性が示唆された。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 高橋通規, 高橋紀子: 予後予測の不確実さが終末期における療養方針の相談・調整に与える影響についての検証, 死の臨床, 37 (2), p.324, 2014.
- 2) 三條真紀子: ホスピス・緩和ケアへの移行を検討する一がん患者の家族に対するケアのあり方に関する研究, 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2007年度調査研究報告, p.21-29, 2008.
- 3) 桜井なおみ: がん遺族200人の声—緩和ケア再考: 語り合う医療の大切さ—, 癌の臨床, 64 (1), p.35-43, 2018.
- 4) 八尋陽子, 秋元典子: ターミナル期にあるがん患者の自己決定を支援する看護研究の概観と今後の研究課題—対象文献を和文献に限定して—, 日本がん看護学会誌, 1 (24), p.69-74, 2010.
- 5) 星野彰: がんが再発したときに、緩和ケアをどう伝え、どう支えていくか, がん患者と対象療法, 24 (1), p.22-25, 2013.
- 6) 山岸暁美, 森田達也, 川越正平, 他: 終末期がん患者に在宅療養移行を勧める時の望ましいコミュニケーション, 癌と化学療法, 42 (3), p.327-333, 2015.
- 7) 坂井桂子, 塚原千恵子, 岩城直子, 他: 進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因, 石川看護雑誌, 8, p.41-50, 2011.

◇ 原 著 ◇

突然死での看取り看護に関する 救急看護師のレジリエンス

須田果穂¹⁾, 山勢博彰¹⁾, 田戸朝美¹⁾, 山本小奈実¹⁾

本研究の目的は、突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンスを明らかにすることである。救急看護のスペシャリスト 20 名に対して半構成的面接法を行い、レジリエンスを表現している部分を意味内容に沿ってカテゴリー化した。分析の結果、救急看護師として未熟な時では、【第三者的な立場での対応】【看護実践と感情の言語化】の 2 カテゴリー、レジリエンスを培った過程では、【経験の蓄積】【自己の目標設定】【自己研鑽】の 3 カテゴリー、救急看護師として熟練した時では、【客観的評価】【肯定的思考】【看護実践の意味づけ】【合理的思考】【チームメンバーの連携】【共有の場の設定】【患者・家族への感謝】の 7 カテゴリーが見出された。レジリエンスの特徴には、救急看護師として未熟な時では情動中心型コーピング、熟練した時では問題中心型コーピングがあり、経験を積む中でレジリエンスを培っていることが明らかとなった。

【キーワード】 救急看護師, 看取り看護, レジリエンス, 突然死

I. はじめに

救急医療における看取りには、患者が突発的で短期間のうちに死のプロセスを辿ること、患者自身で意思決定できないことなど、他領域とは異なる特徴がある。救急看護師は救命に必要な看護に尽力する一方で、救命困難となった場合には看取り看護を行うことが求められる。救急搬送患者の死亡率は 15.3%、さらに死亡までの在院日数では在院 1 日が最も多く死亡例全体の 57.8% を占めていることから¹⁾、救急看護師が看取り看護を実践する場面は少なくない。特に突発的な患者の死という状況的危機に直面した家族は、予期悲嘆を十分に行えず心理的危機状態にあり、死別後には複雑性悲嘆の状態を示す割合が高い²⁾。そのため、家族のグリーフワークを支援する看取り看護が果たす役割は大きい。しかし一方で、看取り看護を行うことは、救急看護師の精神的負担を増加させる一因となっている。

救急看護師は他部署の看護師と比較して労働ストレスが多く、精神的健康度が低いことが知られているが³⁾、その要因の 1 つに患者の死との直面がある⁴⁾。救急看護師は、患者の死というストレスに直面しながらも、看取り看護を行うことが求

められる。救急看護師は、家族に対する申し訳なさや自身に対する無力感、不全感、後悔、また患者・家族に対するケアへの戸惑いといった感情を抱いている⁵⁾。このような精神的負担は、救急看護師のバーンアウトへと繋がると考えられる。実際に、救急看護師はバーンアウトを経験するリスクが高いことが明らかになっている⁶⁾。そのため、救急看護師が自己のストレスを軽減するための方略を身につけることは重要である。

近年、逆境、心的外傷、悲劇、脅威、あるいは家族や人間関係問題、深刻な健康問題などから派生したストレスに直面した時に、それにうまく適応するプロセスであるレジリエンスが注目されている⁷⁾。關本らは、レジリエンスは看護師の精神的負担の軽減、職務継続、職場の協働の引き上げと関連があり、今後の看護師教育・支援・人材育成に意義のある概念であると述べている⁸⁾。レジリエンスは、各個人が備えているか否かの特性ではなく、困難な経験からの回復を意味する行動や思考、行為が含まれ、誰でもが学習し発達させることができるものである⁷⁾。また、レジリエンスとバーンアウトは負の相関関係があることが明らかになっている⁹⁾。

今までに、救急看護師のレジリエンスの特徴には、柔軟で創造的な思考・決定的な行動・粘り強さ・対人関係・正直・

受付日：2022 年 4 月 23 日 / 受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Kaho Suda, Hiroaki Yamase, Asami Tado, Konami Yamamoto : 山口大学大学院医学系研究科

自制心・楽観の7つがあることが明らかにされた¹⁰⁾。さらにレジリエンスを培うための方法として、ストレス管理指導などのレジリエンスを高めるための訓練や、デブリーフィングがあることが明らかにされてきた¹¹⁾。突然死における看取り看護は特にストレスフルな状況になるため、救急看護師が適応していく過程には特徴があることが予想される。しかし、そのような場面における救急看護師のレジリエンス及び学習・発達させる過程については明らかにされたことはない。これらを明らかにすることは、救急看護師が突然死での看取り看護を行った際に抱くストレスからの回復を促進する支援及び、レジリエンスを高く持つ救急看護師の育成に繋がると考えた。

そこで本研究では、突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンスを明らかにすることとした。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンスを明らかにすることである。本研究の意義は、救急看護師が突然死での看取り看護というストレスフルな経験をした際の精神的負担からの回復を支援するものである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：半構成的面接法による質的記述的デザイン
2. 研究対象者：救命救急センターでの勤務経験のある急性・重症患者看護専門看護師（Critical Certified Nurse Specialist；以下 CCNS）及び救急看護認定看護師（Certified Nurse in Emergency Nursing；以下 CNEN）を対象とした。ただし、患者・家族へ直接的な看護を実施しない管理職は除外した。対象は有意標本抽出法（研究者が連絡可能な者）で抽出した20名とした。
3. 調査期間：2021年2月～3月
4. 調査方法：研究代表者から研究対象者に電子メールで研究協力の依頼文と同意説明文を送付し、研究協力の承諾を得た。面接は、Web会議システムまたは対面で1人1回60分程度行い、内容を録音または録画した。
5. 調査内容：救命救急センターで突然死した患者の看取りの看護実践と対処について、以下の3つの時期に分けて面接を行った。
 - ・救急看護師として未熟な時（救急看護経験1年未満）
 - ・レジリエンスを培った過程（救急看護経験1年以上～CCNSまたはCNENを取得するまで）
 - ・救急看護師として熟練した時（CCNSまたはCNENを取得して以降）救急看護師の看護実践を聞くことにより、実践に伴うストレスの内容を確認し、対処を聞くことによってそのストレスへのコーピングを調査した。また、レジリエンスを培った過程では、レジリエンスの変化にも焦点を当てて調査した。

6. 分析方法：面接内容から逐語録を作成し、突然死における看取り看護に関するレジリエンスを表現している部分を、調査内容に沿って抜き出した。抜き出した部分を意味内容を損なわないように要約し、類似する内容を集めてサブカテゴリーを見出した。さらに、類似するサブカテゴリーを集めてカテゴリー化した。また、質的研究に精通した看護学研究者にスーパーバイズを受け、分析の信憑性を確保した。

7. 用語の定義：

- ・突然死：来院後約24時間以内の死亡
- ・看取り看護：インフォームド・コンセント、家族の感情やストレスへの支援、グリーフケアなどを行い、患者の死を安らかに迎えることができるようケアすること
- ・レジリエンス：逆境からの心理的回復力

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て行った。研究対象者へ、研究概要、研究参加への自由意思、人権及び個人情報保護、研究参加後も参加辞退が可能であることなどについて説明を行い、同意書へのサインをもって研究参加への同意を得た。面接内容は対象者の同意を得て録音または録画した。面接中は研究対象者の状況を観察し、心身に負担が無いか十分に配慮した。

Ⅴ. 結 果

研究対象者は、救命救急センターで勤務経験のある急性・重症患者看護専門看護師13名及び救急看護認定看護師7名の計20名であった。看護師経験年数は11年～28年（平均18.2年）、救命救急センターでの経験年数は4年～20年（平均12.5年）であり、インタビュー時間は32分47秒～72分7秒（平均46分34秒）であった。

1. 救急看護師として未熟な時、2. レジリエンスを培った過程、3. 救急看護師として成熟した時の3つに分けて分析を行った。1. では4サブカテゴリー・2カテゴリー、2. では7サブカテゴリー・3カテゴリー、3. では11サブカテゴリー・7カテゴリーが見出された。

文中では、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「 」は逐語録からの抜粋・要約、()は補語を示す(表1)。

1. 救急看護師として未熟な時

【第三者的な立場での対応】

《急変している患者の対応を優先する》《現実と切り離して捉える》の2つのサブカテゴリーが含まれた。救急看護師として未熟な時では、患者の急変対応に精一杯になり、患者・家族を身体・精神・社会面などの様々な側面についてアセスメントできていなかった。また、患者の死を現実と切り離し、心理的距離をおいて対応していた。これらから、【第三者的な立場での対応】というカテゴリーを見出した。

表1 突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンス

	カテゴリー	サブカテゴリー
未熟な時 救急看護師として	第三者的な立場での対応	急変している患者の対応を優先する
		現実と切り離して捉える
	看護実践と感情の言語化	看護実践を先輩へ話し、フィードバックを受ける
		他者へ感情を話し、気持ちを整理する
レジリエンスを 培った過程	経験の蓄積	様々な患者・家族との関わりを通して、死の重みへの認識が変化する
		患者・家族との最適な心理的距離をつかむ
		実践した看護技術と家族の反応を蓄積する
	自己の目標設定	看取り看護の上手な先輩の姿に示唆を受ける
		看取り看護への不全感から向上心を抱く
	自己研鑽	看取り看護に関する知識を深め、技術を磨く
スペシャリストの資格取得を目指す		
救急看護師として 熟練した時	客観的評価	患者・家族を含め他者の反応から看護実践を評価する
		経験を俯瞰して振り返る
	肯定的思考	家族の正常な悲嘆反応から実践した看護を肯定的に感じる
	看護実践の意味づけ	看護実践を振り返り、実践した根拠を整理する
		疑問点について調べ納得する
	合理的思考	自己の人格に適った方法で看護を行う
		死を定めと捉え、気持ちを切り替える
	チームメンバーの連携	チームメンバーと患者・家族へのケアや自己の感情等を共有しながら対応する
共有の場の設定	同僚や多職種間でケアの振り返りや感情を共有する場を設定する	
	受容・承認してくれる同僚・友人に話をする	
患者・家族への感謝	患者・家族から学ばせてもらったことに感謝し、今後の看護に活かす	

代表的な語りには、「経験が浅い時は、目の前で急変している患者の対応で一杯一杯だった」「よくなりそうな人には入り込みたいけど、終末期や突然死などには入り込まないようにしていた」があった。

【看護実践と感情の言語化】

《看護実践を先輩へ話し、フィードバックを受ける》《他者へ感情を話し、気持ちを整理する》の2つのサブカテゴリーが含まれた。救急看護師として未熟な時では、看取り看護を終えた後、先輩看護師により振り返りが行われていた。振り返りでは、病態や処置、家族対応などの患者・家族に対するケアについてだけでなく、その時に抱いた自己の感情についても話すことで、精神的な支援を受けていた。これらから、

【看護実践と感情の言語化】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「自分の行動を振り返って客観的に評価してもらっていた」「(先輩に)感情を聞いてもらって助けてもらった部分は多くあった」があった。

2. レジリエンスを培った過程

【経験の蓄積】

《様々な患者・家族との関わりを通して、死の重みへの認識が変化する》《患者・家族との最適な心理的距離をつかむ》《実践した看護技術と家族の反応を蓄積する》の3つのサブカテゴリーが含まれた。看取り看護を行い様々な患者・家族と関わることで、死の重みへの認識の変化や、患者・家族との最適な心理的距離を把握できるようになっていた。また、実践した看護とそれに対する家族の反応が経験として蓄積されていた。これらから、【経験の蓄積】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「自分の仕事は人が亡くなるのが日常なことなんだと思うようになってから、おそらく日々の中で慣れていって、一人一人に感情移入する重みが変わっていった」「ある一定の距離間を保ちながら患者さんやご家族と関わるのがうまくなってきた」「経験を積むと自分の中でうまく

いった引き出しとうまくいかなかった引き出しが増えてくる」があった。

【自己の目標設定】

《看取り看護の上手な先輩の姿に示唆を受ける》《看取り看護への不全感から向上心を抱く》の2つのサブカテゴリーが含まれた。レジリエンスを培った過程では、先輩看護師が実践している看取り看護を手本とすることや、看取り看護への不全感を転換して向上心を抱いていた。これらから、【自己の目標設定】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「先輩がグリーンケアをそつなくこなしている姿に衝撃を受けた」「(看取り看護は) 苦しい経験ではあったが、もっと頑張ろうと思うきっかけになった」があった。

【自己研鑽】

《看取り看護に関する知識を深め、技術を磨く》《スペシャリストの資格取得を目指す》の2つのサブカテゴリーが含まれた。看取り看護に関する関連書物を読むことや研究を行うことで、知識の向上及び技術の習得へと繋がっていた。また、専門看護師コースへの進学などスペシャリストの資格取得を目指す中でもさらに根拠に基づいた看護実践へと繋がっていた。これらから、【自己研鑽】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「心理について学び、自分が引っ掛かっているものは解決できるかもしれないと考え模索した」「具体的な看護実践ができるように専門看護師コースへ進学した」があった。

3. 救急看護師として熟練した時

【客観的評価】

《患者・家族を含め他者の反応から看護実践を評価する》《経験を俯瞰して振り返る》の2つのサブカテゴリーが含まれた。患者・家族や他スタッフの様々な言動を客観的評価の指標として、実践した看取り看護を主体的に振り返っていた。これらから、【客観的評価】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「患者さん・家族の評価プラス同業者からの他者評価が、自分の看護ケアの総合的な評価をする要素の1つになる」「感情的になるだけじゃなくて客観的に引いてみる力、俯瞰力というのも大事だと感じた」があった。

【肯定的思考】

《家族の正常な悲嘆反応から実践した看護を肯定的に感じる》の1つのサブカテゴリーが含まれた。看取り看護においては、家族の正常な悲嘆反応を見ることで、自己の看護実践を肯定的に感じる事ができていた。これらから、【肯定的思考】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「ご家族が亡くなった方に触れたり、涙を流して感情を表出された際には、そういう環境を整えることができた自分の中で肯定的に捉えている」があった。

【看護実践の意味づけ】

《看護実践を振り返り、実践した根拠を整理する》《疑問点について調べ納得する》の2つのサブカテゴリーが含まれた。

様々な知識や今まで培ってきた経験などを基にして、看護実践に意味づけを行い実践した根拠を整理していた。また、看護実践において疑問点があった時には、調べ納得していた。これらから、【看護実践の意味づけ】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「エビデンスはなかなか確立していないものもあるので再度調べたり、自分の行った看護はそれよかったのか考えた」「気の済むまで調べて自分の中で整理をつけて疲れて寝る」があった。

【合理的思考】

《自己の人格に適った方法で看護を行う》《死を定めと捉え、気持ちを切り替える》の2つのサブカテゴリーが含まれた。救急看護師として熟練した時には、蓄積された経験や看護観から看護実践を見出したり、死を定めと捉えて気持ちを切り替えていた。これらから、【合理的思考】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「自分ができる限りのことをやることで(自分を)守ろうとしてるのかもしれないと思う」「自分ができなかったとしても自分一人でどうにかできるようなことでもない、限界があるのでその人の運命だったのかなと考えられるようになった」があった。

【チームメンバーの連携】

《チームメンバーと患者・家族へのケアや自己の感情等を共有しながら対応する》の1つのサブカテゴリーが含まれた。看取り看護を行う際、救急看護師はチームメンバーとケア内容や自己の感情についてコミュニケーションをとりながら対応していた。これらから、【チームメンバーの連携】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「どうやって説明しようかと主治医も迷っている感じだったので、一緒に(家族の元へ)行き負担を分け合うようにした」があった。

【共有の場の設定】

《同僚や多職種間でケアの振り返りや感情を共有する場を設定する》《受容・承認してくれる同僚・友人に話をする》の2つのサブカテゴリーが含まれた。看取り看護を行った後には、看護師同士や多職種間で振り返りを行い、意図的に感情の共有を行えるようにしていた。また、看取り看護によって強いストレスを抱えていると自覚をしている時には、自己の体験を傾聴・承認してくれる他者へ話す機会を設定していた。これらから、【共有の場の設定】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「少し落ち着いたタイミングで、そこに関わった人たちとご家族や患者さんのことについてお話をするようにしている」「承認してくれそうな人に、こうでこうだったからこうしたんですよって話すことはある」があった。

【患者・家族への感謝】

《患者・家族から学ばせてもらったことに感謝し、今後の看護に活かす》の1つのサブカテゴリーが含まれた。看取り看護においても、患者・家族との関わりの中で学んだことを

大切にし、今後の看護に活かしていた。これらから、【患者・家族への感謝】というカテゴリーを見出した。

代表的な語りには、「その人の死を無駄にしないでその人から学んだものをどうにかという形で、自分の気持ちを処理しているんだと思う」があった。

以上を踏まえ、救急看護師として未熟から熟練までの過程における突然死での看取り看護に関するレジリエンスを概念図に示す(図1)。概念図は、救急看護師として未熟な状態と熟練した状態に大別し、時間軸に沿ってレジリエンスが培われていく過程を示している。

Ⅵ. 考 察

1. 救急看護師として未熟な時

救急看護師として未熟な時では、第三者的立場で看取り看護を行っていた。患者への対応が精一杯の時期であり、看取り看護を行う上で家族のニーズを捉えるための関わりを十分にもてないことで、患者・家族と心理的距離が生じていることが考えられた。また、患者の死が予期される場合には、意図的に患者・家族と心理的距離をおいて対応することで、自己の精神的負担が増大することを防いでいた。

初療看護経験1年目の救急看護師は、臨床現場においては観察や処置介助に追われ、場面毎の臨床判断に終始していることから、周囲の支援とフィードバックを促す教育が必要であると言われていた¹²⁾。看取り看護を終えた後、先輩看護師の働きかけで看護実践を振り返っていた。自分では何もできなかったと思っていたも、看護実践とその根拠を一つ一つ言語化する支援を受けることで、看取り看護への不全感や無力感が軽減され、自信をもつことに繋がっていた。さらに、自己の感情もあわせて言語化し他者に伝えることで、気持ちを整理し精神的負担を軽減していることが考えられた。

救急看護師として未熟な時のレジリエンスには、意識的に患者の死を考えないようにすることや、他者に感情を話すことなどの情動中心型コーピングで対処するという特徴があった。また、看護実践及び自己の感情を振り返る機会は、先輩看護師などの他者によってもたらされ、受動的に行っていた。

2. レジリエンスを培った過程

未熟な時期を過ぎると、様々な経験を重ねる中で目標を設定し自己研鑽に励む中でレジリエンスを培っていた。ベナーは、この時期の看護師はその状況をよりよく理解できるようになることで、患者や家族の気持ちの上でのニーズや反応を感じる精神的ゆとりが生まれていると述べている¹³⁾。救急看護師においても、標準的なケアを実施するための知識・技術は既に獲得しており、突然死という心理的危機状態に陥った家族のニーズを捉えるよう関わり、ケアを個別化するよう努めていた。

さらにベナーは、異なる状況においてよい関わり方をしたり悪い関わり方を経験したりしながら、心地よく効果的な関わり方の範囲や幅を学ぶものであり、高度に熟練した他の看護師を観察したり、患者や家族の期待を観察したりすることによって、このスキルを身に付けていく、と述べている¹³⁾。看取り看護においても、救急看護師は患者・家族との心理的距離をコントロールすることで、意図的に自己の精神的負担を軽減させると同時に、家族のニーズを汲み取り個性のある看護を実践していた。また、看護実践とそれに対する家族の反応を蓄積することで、看取り看護の質の向上へと繋げていた。

臨床看護師の成長の動機付けには、他者の観察からの内省的思考や、できなかった後悔や悔しさといった感情と足りなかった内容に焦点を絞った思考がある¹²⁾。救急看護師においても、先輩看護師の看護実践の観察を踏まえて自身の看護実

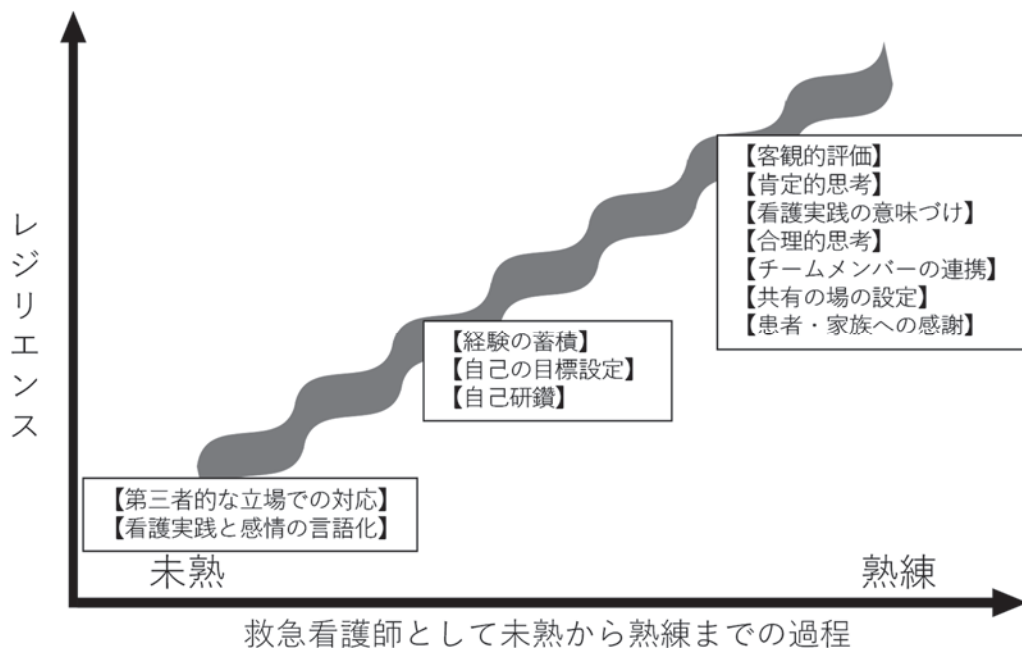


図1 救急看護師として未熟から熟練までの過程における突然死での看取り看護に関するレジリエンス

践を内省することや、看取り看護を通して抱いた困難感・不全感を向上心へ転換することで、成長の動機付けとなっていた。救急看護師は、目標に向かってどのように行動するとより良い状態へ向かうかを考え、具体的な行動を見出し自己研鑽に励んでいた。また、スペシャリストの資格取得を目指す中で、根拠をもった看護実践に取り組む思考の変化が起きていると考えられた。

突然死した患者・家族への看取り看護の経験を重ねることで、看護実践について知識・技術面の成長となるだけではなく、自分が経験する感情的反応にどのように対処するかについても学び、死の重みへの認識が変化している時期であると考えられた。

3. 救急看護師として熟練した時

救急看護師として熟練した時には、看護実践を主体的に振り返っていた。救急看護師として未熟な時に先輩看護師の支援を受けて振り返りを行っていた経験から、看護実践の振り返りが救急看護師としての成長に繋がることを見出していると考えられた。また熟練した時では、振り返る際に客観的評価・肯定的思考・看護実践の意味づけ・合理的思考という思考の特徴がみられた。

看護実践を肯定的に捉えることは、自己の看護実践への達成感を高めることで精神的負担を軽減することに繋がる。しかし、救急領域における看取り看護では、看護の質を評価する機会や方法は無く、家族は心理的危機状態にあることから、適切な看護が行えたのかという根拠が無く肯定的に捉えにくいことが予想される。救急看護師は蓄積された経験をもとに、家族の些細な情動の変化を感じ取り、看護実践を肯定的に捉える拠り所としていた。さらに、受容・承認してくれる同僚・友人に意図的に話をするこも、看護実践を肯定的に捉え、自分自身を安心させる場として用いていた。

個人的な達成の欠如は、バーンアウトの側面の1つであると言われている¹¹⁾。看護実践を振り返り意味づけすることで、看取り看護への達成感を感じ、バーンアウトの予防に繋がっていると考えられた。救急看護師は患者の救命を使命として、最期の瞬間まで最善のケアを実践している。これらは、看護経験の積み重ねによって自分が実践しているケアの価値を意味づけし、生死のプロセスに関わることができる¹⁴⁾、という調査結果と合致するものである。看取りとなった時にも、家族の反応から「ケアが伝わっていた」と看護を肯定的に捉えることでケアリングを実感し、死を意味づけすることによって合理化していると考えられた。

救急・集中治療領域看護師の家族に対するエンドオブライフ・ケアの対処には、家族支援を真似る、助言を受ける、気持ちを吐き出すなど、同僚の存在が重要であり、部署全体やチームといった組織的な取り組みによって困難の対処をできることが示唆されている¹⁵⁾。救急看護師として熟練した時には、医師などの他職種と積極的に連携しながら看取り看護を行うことで、即時的に精神的負担を対処しようと試みていた。

加えて、カンファレンスなど医療者同士で体験を共有する場を設定し、ケアだけではなく医療者の感情も共有することで、同じように精神的負担を抱える同僚と共に精神的負担を軽減させていた。このように医療チーム皆でストレスフルな状況を克服するためには、チーム内での良好なコミュニケーションが必要である。普段から多職種で連携して医療を提供しているからこそ、他医療者への気遣い、邪魔をする不安や遠慮などから、発言を控えてしまう可能性がある。良好なコミュニケーションがとれる医療チームであるためには、チームメンバーの言動が重要であり、熟練した看護師が率先して相手の話に熱心に耳を傾けていることを示すことで、医療チームでストレスを克服することができると考えられる。

救急看護師として熟練した時のレジリエンスには、主体的かつ医療チームで連携してストレスフルな経験と向き合い、問題中心型コーピングで対処するという特徴があった。

本研究における限界には、看取り看護というストレスフルな経験に対し、対象者は無意識下に適応している場合も考えられるため、レジリエンスの全てを見出せていないことが考えられる。また、レジリエンスはコーピングだけでなくストレス耐性に関する個人内及び環境要因の役割も大きい。今回それらについては調査できていないため、一般化には限界があると考えられる。今後は、本研究で得られた知見を深めるために、ストレス耐性に関する個人内及び環境要因も含めて検討を重ねる必要がある。

Ⅶ. 結 論

- ・救急看護師として未熟な時のレジリエンスには、他者の援助を受けながら情動中心型コーピングでストレスを対処するという特徴があった。
 - ・レジリエンスを培った過程には、経験の蓄積と目標設定、自己研鑽があった。
 - ・救急看護師として熟練した時のレジリエンスには、主体的かつ医療チームで連携してストレスフルな経験と向き合い、問題中心型コーピングで対処するという特徴があった。
- 本論文の内容の一部は、第23回日本救急看護学会学術集会において発表した。
- なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 島崎淳也, 田崎修, 塩崎忠彦, 他: 救命救急センターの現況—全国救命救急センター入室症例予後調査・10万例の検討—, 日本救急医学会雑誌, 22, p.793-802, 2011.
- 2) 黒川雅代子, 恒藤暁, 坂口幸弘: 救急医療における遺族支援のための実践モデル開発. 科学研究費補助金研究成果報告書, 2009.
- 3) 川口貞親, 豊増功次, 吉田典子, 他: 看護婦のメンタルヘルスの勤務所属別比較, 久留米大学保健体育センター研究紀要, 7 (1), p.1-7, 1999.
- 4) 宇田賀津, 森岡郁晴: 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因, 産業衛生学雑誌, 53, p.1-9, 2011.

- 5) 原田竜三, 山勢博彰, 千明政好, 他: 初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における看護師の感情, 東京医療保健大学紀要, 1, p.9-16, 2014.
- 6) Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., et al: Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis, Crit Care Nurse, 37 (5), e1-e9, 2017.
- 7) American Psychological Association (2020), Building your resilience, accessed 2022-4-6, <https://www.apa.org/topics/resilience>.
- 8) 關本翌子, 亀岡正二, 富樫千秋: 看護師を対象としたレジリエンス研究の動向, 日本看護管理学会誌, 17 (2), p.126-135, 2012.
- 9) Zou, G., Shen, X., Tian, X., et al: Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses, Industrial Health, 54 (5), p.389-395, 2016.
- 10) Tubbert, S. J.: Resiliency in Emergency Nurses, Journal of Emergency Nursing, 42 (1), p.47-52, 2016.
- 11) Phillips, K., Knowlton, M., Riseden, J.: Emergency Department Nursing Burnout and Resilience, Advanced Emergency Nursing Journal, 44 (1), p.54-62, 2022.
- 12) 岩本満美, 岩本幹子, 高岡勇子: 救急初療看護における臨床経験による臨床判断の差異—初療経験1年目と5年目以上の看護師のインタビューから—, 日本救急看護学会雑誌, 16 (2), p.13-22, 2014.
- 13) Patricia Benner, Christine A Tanner, Catherine Chesla: Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics (2), 2000, 早野 ZITO 真佐子訳, 看護実践における専門性—達人になるための思考と行動 (1), 医学書院, p.100-104, 2015.
- 14) 渡邊多恵, 上野和美, 片岡健: 救急医療における患者の生死に関わる看護師の感情体験, 日本職業・災害医学会誌, 62 (1), p.17-22, 2014.
- 15) 塚越徳子, 櫻井美緒, 瀬沼麻衣子, 他: 救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処, 北関東医学, 72, p.49-57, 2022.

◇ 原 著 ◇

思春期特発性側弯症に対する脊柱変形矯正固定術後に 患者が感じる苦痛の様相

楠比七海¹⁾, 林 京子¹⁾, 高島真紀子¹⁾, 坂下愛実¹⁾, 杉田友香¹⁾, 吉田まり¹⁾

思春期特発性側弯症（以下、AIS）に対する脊柱変形矯正固定術は侵襲が大きく、患者は術後強い苦痛を示す。そこで AIS 患者が周術期に体験した苦痛の様相を明らかにし、苦痛緩和への効果的な看護介入を検討するため本研究を実施した。結果、[時間の経過とともに色が変わる手術の体験] [痛みしかない] [苦痛の積み重なり] [“背中”への怖さ] [辛さへの対処・救い] [まっすぐできれいな背中とひきかえにできた傷] の6つのカテゴリー、11のサブカテゴリーが抽出された。術前は自覚症状が脊椎の湾曲のみである患者にとって、術後の苦痛は想像を超えるものであったことが推察される。思春期患者は自身の治療や手術への理解を周囲の大人に委ねることが多いため、術前から患者本人のボディイメージに寄り添いながら、痛みや創など術後の姿をイメージできるよう関わり、本研究で明らかになった苦痛の様相をもとに支援することが効果的な看護介入となることが示唆された。

【キーワード】 思春期特発性側弯症, 術後, 苦痛, 思春期, MGTA

I. はじめに

思春期特発性側弯症（以下、AIS とする）とは椎体が回旋し脊椎が左右に湾曲する原因不明の脊柱変形疾患である。AIS が進行すると腰痛や背部痛、胸郭変形に伴う呼吸機能障害を引き起こすため、内固定金属を用いた脊柱変形矯正固定術（以下、矯正固定術）が適応となる¹⁾。矯正固定術は平均6時間を要し、術中出血量は約400-1000mL、平均固定椎体数10.3²⁾と侵襲の大きいことから患者は術後に強い疼痛を訴えることが多い。また整形外科手術を受けた患者は侵襲に伴う疼痛以外にも、同一体位によって生じる不快感や体を動かすことへの不安、日常生活へ戻ることへの不安など、様々な苦痛を感じていることが明らかになっている³⁾。

A 病院脊椎・脊髄外科では AIS に対する矯正固定術を年間約20件行っている。看護師は苦痛を軽減するケアとして、患者の表情や様子からタイミングを見計らい、薬剤を使用した疼痛コントロールを行う。それに加え体位交換や足浴などを実施しているが、十分な鎮痛を図れているとは言えない。

また AIS 患者の発達段階は思春期であり、成人と比較して疼痛の部位や程度、不安や怒りなどの混沌とした気持ちを的

確に言語化することが困難である^{4,5)}。そのため患者が訴える苦痛には手術侵襲による器質的な疼痛だけでなく、不快感や不安などの様々な思いも含まれており、「痛い」という言葉で表現されているのではないかと考えた。

これまで AIS で矯正固定術を受けた患者の苦痛に関する研究はほとんどない。そこで、AIS 患者の術後の苦痛の実態を明らかにすることにより、矯正固定術後の効果的な看護介入の示唆を得ることができるのではないかと考えた。

II. 目 的

AIS に対し矯正固定術を行なった患者が術後体験した苦痛を明らかにし、苦痛緩和に効果的な看護介入を検討する。

III. 方 法

1. 研究方法：質的記述的研究である修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下 MGTA）を用いた。AIS 患者が周術期で体験することは、手術や術後疼痛など身体面での出来事、不安や気持ちの辛さなどの揺れ動く感情、医療者や家族との関わりなど、相互作用があると考えられる。また患者が体験していることは一時的な現象ではなく、周

受付日：2022年4月23日／受理日：2023年1月20日

1) Nanami Kushihi, Kyoko Hayashi, Makiko Takashima, Manami Sakashita, Yuka Sugita, Mari Yoshida：金沢大学附属病院

術期において時間的なプロセスがあると考えられる。そのため本研究では、相互作用性とプロセス性のある事象を分析することに適し、その様相を構造化して描くために M-GTA を用いた。

2. 研究対象：2018年7月1日以降、A病院においてAISに対し脊柱変形矯正固定術を施行された患者（10歳～19歳）のうち、患者本人・保護者共に本研究の目的と方法を詳しく説明した後、研究への参加に同意が得られた者。
3. 調査期間：2020年8月～9月
4. データ収集方法：調査は30分程度の半構成的面接を1度行い、面接は了解を得てICレコーダーに録音し、録音に同意がない場合は了承を得てその場で筆記した。面接は独自に作成したインタビューガイドを用いて行った。術後の苦痛を振り返ることで心理的負担が生じる可能性があるため、対象者が周術期にどのようなことを体験したかということに焦点を当てて面接し、対象者が発した言葉を用いて苦痛の様相を調査した。また、診療録より基本属性について情報を収集した。
5. 分析方法：語られたデータは逐語録に起こし、体験した苦痛に関連する箇所を抽出した後、その意味を解釈して定義し概念名をつけた。概念は継続比較しながら精選し、概念間の関係性を検討しながらカテゴリー化を行い、結果図からその概要をストーリーラインとして文章化した。カテゴリー相互の関連性を示す過不足がないことを確認して理論的に飽和を確認した。データ分析においては、質的研究経験者からスーパーバイズを受けた。
6. 用語の定義：本研究では、周術期において患者が感じる疼痛、不快感、辛さ、不安などの感覚を「苦痛」と定義する。

IV. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 3354）。研究対象者とその保護者には自由意

志の尊重、参加拒否の権利、途中中断しても不利益を被らないこと、個人情報の保護、データの厳重な保管、結果の公表時に個人特定されないこと、面接時の録音について書面と口頭で説明し、同意の署名を得た。

V. 結果

1. 対象者の背景

研究対象者は男性1名、女性8名、治療時の年齢は14（13-17）歳、矯正固定範囲は10（8.5-10）椎間であり、離床までの日数は3（3-4.5）日であった（表1）。

2. ストーリーライン

分析の結果、AIS患者が矯正固定術後に感じる苦痛として、6つのカテゴリー、11のサブカテゴリーが抽出され、26の概念が生成された。カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕, 概念を〈 〉, 実際の患者の語りを「 」を用い、重要と考えられる実際の語りを提示しながら説明を行う（図1）。

AIS患者にとって矯正固定術の周術期は【時間の経過とともに色が変わる手術の体験】であり、〔わざと他人事にしてしまう〕術前から、術後壮絶な苦痛を味わった後、〔1週間取れない痛みだけど、歩けるようになったら全然平気〕と何事もなかったかのように回復していた。術直後の強い苦痛では、〔“それ”どころじゃない、とにかく痛い！〕と【痛みしかな

表1 対象属性

ID	調査時	手術時	矯正固定範囲	離床までの日数
A	中学生	中学生	Th3-Th12	3日
B	中学生	小学生	Th4-L2	3日
C	高校生	中学生	Th4-Th12	3日
D	中学生	中学生	Th3-L1	4日
E	高校生	高校生	Th3-L1	8日
F	高校生	高校生	Th4-L2	3日
G	小学生	小学生	Th4-L1	4日
H	高校生	高校生	Th9-L3	2日
I	中学生	中学生	Th3-L1	5日

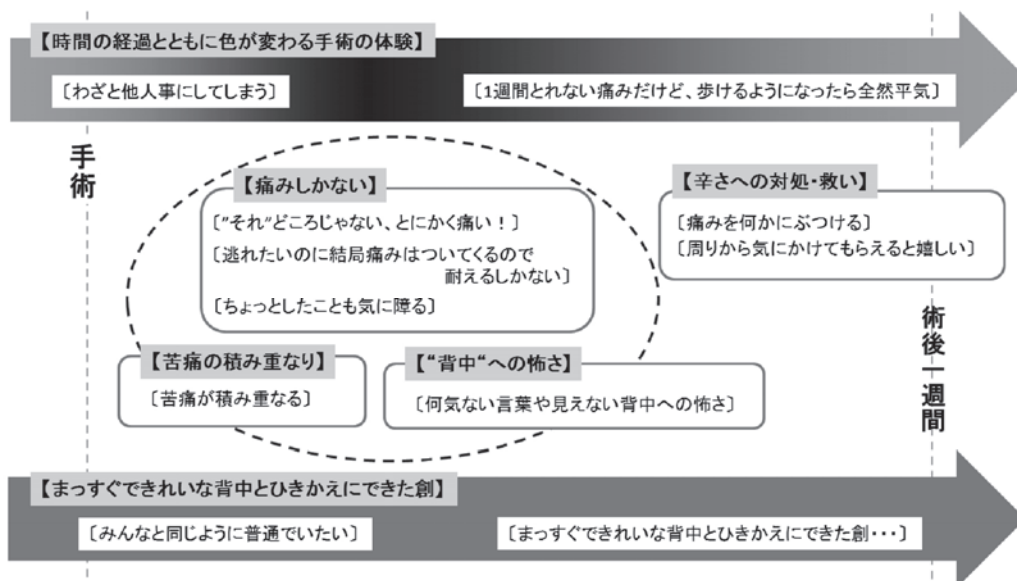


図1 ストーリーライン

い]状態であり、[ちょっとしたことも気に障る]くらいの痛みで全てが手一杯の状態であった。また、[逃れたいのに結局痛みはついてくるので耐えるしかない]と感じていた。その痛みに加えて〈寝れてなくて身体がだるい〉、鎮痛薬の副作用に伴い〈疼痛緩和で使った薬なのに別の辛さが出て怖かった〉など、様々な不快感が増えていくことで【苦痛の積み重なり】、さらに自分からは見えない【“背中”への怖さ】が苦痛を増強させていた。その中で患者は「痛みを何かにつける」ことや、[周りから気にかけてもらえる嬉しい]といった気持ちを【辛さへの対処・救い】としていた。一方これらの体験の根底には、歪んだ背中を持つ患者の「みんなと同じように普通にいたい」という思いがあったが、手術により〈まっすぐできれいな背中だけ傷のある背中へ〉変わってしまったことに言葉にしがたい寂しさや切なさを感じていた。【まっすぐできれいな背中とひきかえにできた創】ができたことで、コンプレックスの対象が歪んだ背中から創へと変わり、背中への特別な思いとなっていた。

3. AIS 患者が矯正固定術後に体験した苦痛を構成するカテゴリ

以下、苦痛を構成する各カテゴリについて説明する。

1) 【時間の経過とともに色が変わる手術の体験】

このカテゴリは、AIS 患者の特徴的な周術期の経過を表しており、2つのサブカテゴリから構成されていた。

患者は術前、「痛いよ、あっそうっすか、みたいな」と、手術を「わざと他人にしてみせよう」捉え方をし、〈(手術前は)なるようになるだろう〉と考えていた。また、手術の説明を聞くと〈怖くなるからあんま聞かんようにする〉ことで、手術という体験から気持ちを遠ざけようとしていた。その後手術を受け、患者は壮絶な苦痛を経験するが、[1週間とれない痛みだけど、歩けるようになったら全然平気]という体験に変わっていた。

2) 【痛みしかない】

このカテゴリは、AIS 患者が矯正固定後に体験するものであり3つのサブカテゴリから構成された。

「それどころじゃない、とにかく痛い!」は、術後に体験する激烈な痛みを表しており、「(親がいなくて寂しいとか)そんなこともう考えてられなかった」「あのじゃがりこも食べる気おきんくらいでした。痛くてごはんどころじゃなかった」と、痛みで日常生活のことは考えられない〈痛すぎて“それ”どころじゃない!〉という叫びであった。患者は痛みを〈器具と背骨が繋がっている部分のピキーンとした痛み〉に代表されるようにそれぞれ表現しようとしており、「おもりを付けられたみたいな、鈍痛みたいな感じ」「傷のところが、誰かがバンバン叩いてる感じ。ぎゅーって押されているような」と様々に捉えていた。その強い痛みの中で、「(点滴の管が)じゃまくさかった」「(エアマットの)でこぼこの部分の変なところにあたると痛いから」と、[ちょっとしたことも気に障る]程ストレスフルな状態であった。また、〈ましな姿勢を見つけ

て痛みから逃れようとする〉が、〈どんな体勢にしても結局痛みはついてくるから耐えるしかない〉〈寝ることで痛みから逃れたいのに眠れない〉ほどの痛みであり、あらゆる鎮痛処置に対し「どれも効いた感じがなくて、たまにどれか1個が当たるみたいな感じ」とあまり効果を感じられていないが、〈効いた感じがなくても痛み止めの使える時間をひたすら待つ〉しかなかった。

3) 【苦痛の積み重なり】

このカテゴリは、あらゆる苦痛が積み重なってさらなる苦痛が生まれるという体験であった。

〈疼痛緩和で使った薬なのに別の辛さが出て怖かった〉という体験では、鎮痛薬や制吐剤の使用で出現した副作用症状による恐怖心であった。また寝不足が不調を引き起こす〈寝れてなくて身体がだるい〉、臥床期間が長いことによる〈身体が重たくて歩き方も忘れる〉など、一つの苦痛から〔苦痛が積み重なる〕辛さが表出された。

4) 【“背中”への怖さ】

このカテゴリは、患者の背中に対する思いを抽出したものであった。

手術によってできた創は背中にあり、自分でどのようになっているのか確認することができないために、〈見えない背中への怖さ〉を生み出していた。また患者は「先生は(ドレーンを)『抜くだけだよ』って言ってたけど、『抜く』って言葉の響きが怖かった」など、〈医療者の何気ない言葉に怯える〉体験をしていた。これらの「何気ない言葉や見えない背中への怖さ」は、術後の精神的な苦痛となっていた。

5) 【辛さへの対処・救い】

このカテゴリは術後の苦痛の中でも患者が光を見出した体験であり、2つのサブカテゴリから構成された。

痛みや辛い気持ち、イライラした感情を〈家族には安心し、ぶつけて発散できる〉ことや、看護師に対し〈遠慮する気持ちがある反面、痛いときに呼ぶのは看護師〉と、[痛みを何かにつける]ことで対処していた。また〈なんかしていた方が気が紛れる〉と痛みで辛い時期の中でも、痛みから離れられる何かを見つけて対処しようとする患者の行動が表わされていた。さらに患者は家族や友人からの励ましを、[周りから気にかけてもらえる嬉しい]と感じていた。

6) 【まっすぐできれいな背中とひきかえにできた創】

このカテゴリでは、AIS 患者のボディイメージに対する思いが抽出されており、2つのサブカテゴリから構成された。

患者は術前より〈歪んだ背中を持つ自分も周りと同じようにいたい〉と周りの目を気にしていた。それは術後も同じであり、「みんなと同じように部活できるかなって」という不安や、学校で体育座りができない時期は「意地でもお姉さん座りとかで中のほうにいた」と、[みんなと同じように普通にいたい]という強い思いが表されていた。しかし、術後は背中に創ができたことにより「傷跡があるから背中見せたくない。(水泳の時は)ラッシュガード着てる」など〔まっすぐな背

中とひきかえにできた創…」とコンプレックスの対象が変化しており、〈背中に触れてほしくない特別なところ〉と感じていた。

VI. 考 察

患者は術後のある一定期間に集約される激しい痛みを感じているにも関わらず、その前後は何事もなかったかのような【時間の経過とともに色が変わる手術の体験】をしていた。先行研究より、手術創が大きいほど術後疼痛は強く⁶⁾、AIS 術後患者を対象とした visual analog scale (以下 VAS) による疼痛調査でも、術後 1~2 日目の VAS の値が 10cm 中 7.0~8.7cm と大きいことから、AIS 患者は非常に強い疼痛を経験している⁷⁾。その一方、成人脊柱変形に対する矯正固定術後の患者が歩行器歩行の自立までに約 9.6 日要している⁸⁾ のに対し、AIS 患者は約 1 週間以内にほとんどの ADL 動作を獲得できている⁷⁾ ことが明らかとなっており、本研究においても AIS 患者が離床までに要した日数は 3.9 日と短かった。このことより AIS 患者の離床の早さが、【痛みしかない】壮絶な苦痛から [1 週間とれない痛みだけど、歩けるようになったら全然平気] という体験の遷移を生み出していると考えられる。また本研究の AIS 患者は鎮痛薬で十分な除痛を図れず、眠ることで痛みから逃れようとしていたが強い疼痛のために入眠が妨げられる経験をしていたことが明らかになった。また患者は誰にも分かりえない苦痛と闘う孤独感の中でも、家族や友人、看護師からの励ましを苦痛と向き合う力にしていた。これより術後 AIS 患者に対する疼痛コントロールは鎮痛剤の使用だけではなく、入眠を促す援助や患者を気遣う声かけが有効であると考ええる。

AIS 患者は術前より歪んだ背中をコンプレックスに感じており、[みんなと同じように普通でいたい] という仲間集団への同調を重視する⁹⁾ 思春期特有の思いを根底に抱えていたことが明らかになった。また手術による身体の変化は、学校でみんなと同じように体育や部活はできるのか、水泳で水着を着た時に創が目立たないかという不安の種となっていた。矯正固定術により歪んだ背中はまっすぐになった一方で背中には手術創が残り、術後のコルセット装着や内固定金属での固定は背中を思いどおりに動かすことを阻害する。このように [みんなと同じように普通でいたい] ために手術したにもかかわらず、術後も周りとは違う背中を持つ患者は、術前同様に周りと同じでいたい・普通でいたいという思いが強く、【まっすぐできれいな背中とひきかえにできた創】という言葉にできない切なさや寂しさを感じていたと考えられる。さらに AIS 患者は術前からのコンプレックスに加え、術後の激しい痛みをもたらした根源である背中を、触れてほしくない・他人には理解できない、という特別なものに変えていたことから、AIS 患者にとって「背中」は単なる身体の一部ではなく、自分自身の弱さや自らのアイデンティティを象徴する一部でもあると考える。

細野ら (2014) は、思春期の子どもは治療を自分で理解したいという主体性を示す一方、親任せにする傾向があると述べている。今回の研究対象者の多くは術前の手術説明を「聞いた覚えはある」と、どれほど大きな侵襲を受ける手術で、どのような術後の経過をたどるのかという説明を認識しておらず、どこか他人事のように受け止めていた。また〈なるようになるだろう〉と考えることで恐怖心を感じないようにしていた。これらは一般的な脊椎疾患患者が術前にしびれや疼痛を訴えて手術に臨むことに対し、AIS 術前患者の自覚症状のほとんどが脊椎の湾曲のみであり、手術経験も乏しいことから手術や術後の苦痛をイメージできず、親や医療者など、自身の治療に対する理解を自分以外の大人に任せてしまった可能性があるためだと考えられる。それゆえに、術後の身体状態は患者にとって未知との遭遇であり、その経験が苦痛をより大きくしていたと考えられる。また、本研究では手術創が背部であるために処置時に自分の目で確認できないことに加え、医療者が日常的に使用する言葉がより患者の恐怖心を煽っていた。先行研究より、子どもに対する術前のプレパレーション実施は、術後の心理的混乱や恐怖心を軽減すること、術後の苦痛の表出や痛みへの対応に役立つこと^{10,11)} が報告されている。したがって、AIS 患者に対し背部に創ができることや術後の回復の見通し、その際に実施する看護ケアについて術前から情報提供を行うなど、患者が術後の姿をイメージできるよう援助する必要性が示唆された。さらに、患者との信頼関係を早期に築き、看護師に遠慮せず思いを表出できる環境を整えることで術後の苦痛を軽減することにつながると考える。

VII. 結 論

1. AIS 患者は矯正固定術後、逃げ場のない激しい痛みや積み重なる苦痛を経験していたが、周術期のこの体験は、歩けるようになれば忘れてしまうほど限定的なものであった。
2. AIS 患者は術前より歪んだ背中をコンプレックスだと感じており、みんなと同じように普通でいたいという思いを抱いていた。手術によって歪んだ背中はまっすぐできれいになったが、ひきかえに創が残り、自分の背中に対するコンプレックスは形を変えて残存していた。
3. AIS 患者へのこれからの看護では、自身の治療に対する理解を深めるため、術前から患者が術後の姿をイメージできるよう援助する必要性が示唆された。また、術後は入眠を促す援助や患者を気遣う声かけが必要であると示唆された。

VIII. 引用文献

- 1) 日本側彎症学会：側弯症治療の最前線基礎編，医薬ジャーナル社，2018
- 2) 土井俊郎他：側彎症後方手術における固定椎体数と周術期出血量の関係 福岡医学雑誌 102 (1)，8-13，2011
- 3) 大橋美紀，五十嵐美早，松山めぐみ他：整形外科手術を受けた患者の思い 第 48 回 (平成 29 年度) 日本看護学会論文集，急性期看護 101-104，2018

- 4) 川原律子：小児の“困った痛み”の心理学的検討—人型を用いた痛みの描画表現—第 54 回日本心身医学回総会ならびに学術講演会 Vol.54, 414-421, 2014
- 5) 塩田敦子, 秦利之：思春期の不定愁訴とその対応 日本産科婦人科学會雑誌, 63 (12), 2011
- 6) 山本奈央, 牛山佳奈, 遠藤みどり他：国内の術後疼痛に関する看護研究の動向と課題—2003 年～2013 年の 10 年間における文献検討—山梨県立大学看護学部研究ジャーナル 3 : 59-66, 2017
- 7) 楞田真弘, 建内宏重他：早期離床プログラムを行った特発性側弯症患者における術後 1 週間の疼痛の変化 第 40 回日本理学療法学会大会抄録集, Vol. 32 Suppl. No. 2
- 8) 佐竹徹, 蔵川拓外, 堂垣佳宏他：成人脊柱変形に対する術後患者の離床に要する期間とその遅延因子に関する検討 Journal of Spine Research (1884-7137), 10 (9), p.1298-1301 (2019.09).
- 9) 医学書院：系統看護学講座 専門分野Ⅱ 小児看護学概論 小児臨床看護学総論 小児看護学①
- 10) 細野恵子, 片岡恵理：小児科外来で医療者が行う病気説明に対する思春期の子どもとのとらえ 旭川大学保健福祉学部紀要, Vol6, pp1-7, 2014
- 11) 三宅香織：計画手術を受ける子どものプレパレーションの効果に関する文献検討 愛知県立大学看護学部紀要, Vol23, 11-20, 2017

◇ 原 著 ◇

周産期の保健教育への参加が生後1歳未満の子どもをもつ父親の育児時間および家事時間に与える影響

山口咲奈枝¹⁾, 佐藤幸子²⁾, 遠藤由美子³⁾

本研究の目的は、周産期の保健教育への参加が生後1歳未満の子どもをもつ父親の育児時間と家事時間に与える影響を明らかにすることである。2020年12月にインターネット調査を行い、254名を分析対象とした。育児時間と家事時間は実時間数で回答を求めた。保健教育は、産前教室、出産入院中の育児指導、育児教室の参加有無を尋ねた。分析には対応のないt検定を用いた。Web上に研究の趣旨、研究参加は任意であり、発表に際して個人は特定されないこと等を表示し、回答をもって同意を得たものとした。本研究は山形大学医学部倫理審査委員会承認を得た後に実施した。調査の結果、産前教室参加者は未参加者よりも育児時間と家事時間が長く、出産入院中の育児指導および育児教室参加者は家事時間が長いことが明らかとなった。以上より、周産期の保健教育に参加することは、父親の育児時間や家事時間を増やす効果があることが示唆された。

【キーワード】 父親, 保健教育, 育児時間, 家事時間

I. はじめに

日本において、6歳未満の子どもを育てる男性の1日あたりの育児・家事関連時間は1時間23分と報告されている¹⁾。欧米諸国では男性の育児家事時間は2時間30分から3時間21分であり、日本の男性の育児家事時間は欧米諸国と比べて少ない時間数となっている。そのため、内閣府は6歳未満の子どもをもつ男性の育児・家事関連時間を1日あたり2時間30分にすることを行動指標として掲げ¹⁾、国として父親の育児参加を推進している。父親の育児参加を促進するための取り組みの1つとして、医療従事者は父親に向けて育児に関する保健指導を行っている。磯山ら²⁾の調査では、病院・診療所に勤務する助産師の62.3%が両親学級を実施している。また、全国の分娩施設を対象にした調査では、父親に育児指導を行うことがある施設は77.6%という報告もある³⁾。このように多くの施設で父親に対して産前教室や出産入院中の育児指導などの保健教育が行われている。一方で、保健教育の効果については先行研究⁴⁾において、産前産後の育児指導を受講した父親は沐浴、おむつ交換、着替えを実施しているという報告はみられるものの、周産期の保健教育に参加すること

によって、父親の育児時間や家事時間が増えるのかは明らかにされていない。そこで、研究者らは、保健教育参加状況によって父親が育児や家事に費やす時間を比較することで、保健教育に参加することが父親の育児や家事時間に与える影響を明らかにすることができるのではないかと考えた。

II. 目 的

本研究の目的は、生後1歳未満の子どもを育てている父親を対象に、周産期に開催している産前教室や育児指導などの保健教育への参加有無によって、育児時間や家事時間を比較し、保健教育の効果を検証することである。

本研究における周産期の保健教育とは、両親学級やパパママクラスなど妊娠期に実施される産前教室、出産入院中に実施される育児指導、退院後に開催される育児教室と定義する。

III. 方 法

1. 対象者および調査方法

調査は、2020年12月にインターネットリサーチ会社を通して、調査票と回答データを送受信するインターネット調査を行った。包含基準は、20歳以上65歳未満の男性で、末子

受付日：2022年4月25日／受理日：2023年1月20日

1) Sanae Yamaguchi：福島県立医科大学看護学部

2) Yukiko Sato：仙台青葉学院短期大学看護学科 元山形大学医学部看護学科

3) Yumiko Endoh：琉球大学医学部保健学科

の月齢が生後 11 か月までの者とし、412 名から回答が得られた。そのうち、就業していない者、子どもと同居していない者、調査項目に欠損がある者を除き、254 名を分析対象とした。

インターネット調査は株式会社マクロミルに依頼した。株式会社マクロミルの登録モニタはリサーチ専用モニタで、総モニタ数は 2018 年 6 月時点で約 120 万人である。モニタの品質管理として、不正登録情報のチェック、トラップ調査による不正回答者の検出、強制的な属性情報の更新等を定期的に行い、不正回答対策を行っている。

2. 調査項目

対象者の属性として年齢、職業はインターネットリサーチ会社が保有するデータを使用した。属性のうち、子どもの人数、就労時間は独自の質問項目として尋ねた。また、末子の妊婦健康診査の付き添いと立ち合い出産の有無を尋ねた。育児時間および家事時間は、平日と休日の 1 日あたりの実時間数についてそれぞれ回答を求めた。周産期の保健教育は、産前教室、出産入院中の育児指導、育児教室について、参加したかどうかを「はい」か「いいえ」で回答を求めた。

3. 分析方法

データの分析には、統計ソフト SPSS® for windows Ver.23 を使用した。全てのデータの記述統計を行った。平日と休日の育児時間を合計したものを育児時間、平日と休日の家事時間を合計したものを家事時間として算出した。対象者の属性と育児時間および家事時間との関連は、ピアソンの積率相関係数を求めた。また、対応のない t 検定を用いて、周産期の保健教育への参加有無の 2 群間で育児時間および家事時間の平均値を比較した。有意水準は 5%とした。

IV. 倫理的配慮

本調査回答前に web 画面上に研究同意説明文書を表示した。研究同意説明文書には、研究の趣旨、研究参加は任意であり、協力しなくても何ら不利益を被らないこと、データは匿名で分析され、発表に際して個人は特定されないこと等について記載し、調査への回答をもって本研究への同意を得たものとした。研究者が調査票回答者に直接関わることはなく、個人情報やプライバシーの保護は、登録モニタと株式会社マクロミルとの間で契約されている。

本研究は、山形大学医学部倫理審査委員会で承認後に実施した（第 2020-275 号）。

V. 結果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表 1 に示す。対象者の平均年齢は 37.4±6.7 歳で 24 歳から 64 歳の範囲であった。就労時間は平均 9.3±3.6 時間であった。子どもの人数は 1 人が 91 名 (35.8%)、2 人以上が 163 名 (64.2%) であった。職業は会社員が 204 名 (80.3%) と 8 割を占めた。末子の出生場所は病院・クリニックが 242 名 (95.3%)、助産所が 12 名 (4.7%) であった。妊娠中に一度で

も妊婦健康診査の付き添いをした者は 167 名 (65.7%) であり、立ち合い出産をした者は 142 名 (55.9%) であった。

2. 周産期の保健教育への参加状況

周産期の保健教育への参加状況を表 2 に示す。産前教室に参加した者は 119 名 (46.9%)、出産入院中の育児指導参加者は 94 名 (37.0%)、育児教室に参加した者は 84 名 (33.1%) であった。また、参加方法についてオンラインや動画視聴と回答した者は産前教室が 47 名 (18.5%)、出産入院中の育児指導は 24 名 (9.4%)、育児教室は 34 名 (13.4%) であり、対面でもオンラインでも参加したなど複数の方法で参加していた対象者もいた。

3. 育児時間と家事時間

対象者の育児時間と家事時間の平均値を表 3 に示す。平日と休日を合計した育児時間は 7.0±5.4 時間であった。平日と休日を合計した家事時間は 3.3±3.1 時間であった。また、育児時間と家事時間ともに 0 分と回答した者が 1 名いた。

表 1 対象者の属性

		n=254	
項目	項目詳細	平均±標準偏差	
年齢 (歳)		37.4±6.7	
就労時間 (時間)		9.3±3.6	
		人数	%
子どもの人数	1 人	91	35.8
	2 人以上	163	64.2
職業	会社員	204	80.3
	公務員	27	10.6
	自営業	10	3.9
	経営者・役員	4	1.6
	パート・アルバイト	3	1.2
	その他	6	2.4
末子の出生場所	病院・クリニック	242	95.3
	助産所	12	4.7
妊婦健康診査の付き添い	あり	167	65.7
	なし	87	34.3
立ち合い出産	あり	142	55.9
	なし	112	44.1

表 2 周産期の保健教育への参加状況

		n=254			
		参加		未参加	
		人数	%	人数	%
産前教室		119	46.9	135	53.1
出産入院中の育児指導		94	37.0	160	63.0
育児教室		84	33.1	170	66.9

表 3 対象者の育児時間と家事時間

		n=254	
		育児時間	家事時間
		平均±標準偏差	平均±標準偏差
平日 (時間)		2.1±1.8	1.3±2.1
休日 (時間)		4.9±4.5	1.9±1.8
合計 (時間)		7.0±5.4	3.3±3.1

4. 周産期の保健教育への参加が父親の育児時間・家事時間に与える影響

対象者の属性と育児時間および家事時間との関連を表4に示す。対象者の年齢と育児時間や家事時間との間に有意な関連は認められなかった。一方、就労時間と育児時間との間に正の相関があった ($r=0.21$, $P=0.001$)。

対象者の属性および周産期の保健教育への参加有無による育児時間と家事時間の比較を表5に示す。妊婦健康診査の付き添いの有無によって育児時間に有意差があり ($P=0.020$)、付き添いをした経験がある者の方が育児時間は長かった。また、周産期の保健教育への参加有無による父親の育児時間および家事時間の比較では、産前教室の参加有無によって育児時間と家事時間に差があり (それぞれ $P=0.047$, $P=0.030$)、産前教室参加者の方が未参加者よりも育児時間と家事時間が有意に長かった。一方、出産入院中の育児指導への参加有無では、家事時間に差があり ($P=0.019$)、参加者の方が未参加者よりも有意に家事時間が長かった。同様に、育児教室参加者は未参加者よりも有意に家事時間が長かった ($P=0.017$)。

VI. 考 察

1. 対象者の属性と周産期の保健教育への参加状況

対象者の平均年齢は37.4歳であった。2019年の子どもの出生時の父親の平均年齢は34.0歳で⁵⁾、本研究の対象者の年齢はこれよりもやや高い。これは、本研究の対象者の6割以上が2人以上の子どもをもっており、第二子以降の父親の年齢を反映しているためと考える。本研究の就労時間は1日あたり平均9.3時間であった。日本労働組合総連合会の調査⁶⁾では週平均46.9時間であり、週休2日制と考えると、1日あたり9.4時間であるため、本研究は先行研究と同様の就労時間数であったと言える。また、本研究では就労時間が長いほど育児時間が長いことが示唆されたことから、本研究の対象者は仕事と育児のどちらにも積極的に取り組んでいると考えられる。2020年の調査⁷⁾では、仕事と育児を両立させたいと考

えている男性は65.8%であり、仕事を優先させたいと考えている男性は19.4%にとどまっている。本研究では、仕事と育児についての考え方は調査していないため不明であるが、仕事と育児を両立させたいと考えている者がどちらにも時間を割いていることが、就労時間が長い人ほど育児時間が長かった一因ではないかと考える。他方、就労時間と育児時間との関連について、先行研究では労働時間が長くなるほど、家事・育児時間は減少するという報告⁶⁾や、平日の育児時間と労働時間に関連はなかったという報告⁸⁾があり、本研究とは異なる結果が示されている。田中ら⁹⁾は、父親が家事・育児に関わるには、日常的に就労以外の自由な時間があるかどうかに関係すると推測しており、就労時間と育児時間との関連については、その背景要因も考慮した分析が必要であると考えている。

本研究において、65.7%の対象者が妊婦健康診査の付き添いを経験し、55.9%が立ち合い出産を行っていた。2018年の厚生労働省の調査¹⁰⁾では、妻の末子妊娠中に夫が休暇を取得した理由の87.2%が「産院へ同行したり、面会したりするため」であり、夫が末子出産に立ち会った割合は70.0%となっており、本研究の結果は、いずれも2018年の調査と比べて低い割合を示した。本研究は2020年12月の調査時点で1歳未満の子どもがいる父親を対象としているため、末子の出生時期が2020年4月から5月にかけての緊急事態宣言発出下および宣言解除前後に該当することから、新型コロナウイルス感染症の影響を受けて、妊婦健康診査への付き添いや立ち合い出産が制限された対象者が含まれていると考えられる。また、周産期の保健教育では、2018年以前の全国調査では、両親学級実施率が62.3%²⁾、出産入院中の育児指導が88.4%³⁾、

表4 対象者の属性と育児時間および家事時間との関連

	育児時間		家事時間	
	<i>r</i>	P値	<i>r</i>	P値
年齢	-0.029	0.644	-0.026	0.681
就労時間	0.210	0.001	-0.004	0.945

ピアソンの積率相関係数

表5 属性および周産期の保健教育への参加有無による育児時間と家事時間の比較

		育児時間		家事時間	
		平均±標準偏差	P値	平均±標準偏差	P値
子どもの人数	1人	7.4±5.6	0.349	3.3±2.6	0.914
	2人以上	6.8±5.3		3.3±3.3	
妊婦健康診査の付き添い	あり	7.6±5.4	0.020	3.4±2.6	0.631
	なし	5.9±5.3		3.2±3.9	
立ち合い出産	あり	7.4±5.2	0.177	3.4±2.8	0.417
	なし	6.5±5.7		3.1±3.4	
産前教室	参加	7.7±5.9	0.047	3.8±3.8	0.030
	未参加	6.4±4.9		2.9±2.3	
出産入院中の育児指導	参加	7.2±5.8	0.598	4.0±4.0	0.019
	未参加	6.9±5.2		2.9±2.3	
育児教室	参加	6.6±5.7	0.445	4.1±4.1	0.017
	未参加	7.2±5.3		2.9±2.3	

対応のないt検定

父親向けの教室は38.6%¹¹⁾であった。本研究の参加者の割合はいずれも低い数値を示していることから、周産期の保健教育においても新型コロナウイルス感染症拡大によって、参加を希望していた教室が開催中止となったり、参加が制限されたりした対象者が含まれていると考える。

2. 育児時間と家事時間

内閣府の報告¹⁾では、2016年の総務省「社会生活基本調査」で6歳未満の子どもをもつ夫の家事・育児関連時間は1日当たり1時間23分となっており、2020年に2時間30分に引き上げることを目標値としている。同調査¹⁾では、共働き世帯の約7割の男性は育児を行っておらず、また約8割が家事を行っていないという調査結果が示されており、家事・育児関連の行動をした者のみの育児時間は2時間26分、家事時間は1時間30分という結果であった。本研究の対象者は、平日の育児時間は平均2.1±1.8時間、家事時間は平均1.3±2.1時間であり、全国調査の家事・育児関連の行動をした者と同程度の時間数であった。したがって、本研究の対象者は日常的に育児や家事を行っている集団であると考えられる。

3. 周産期の保健教育への参加が父親の育児時間・家事時間に与える影響

本研究の結果、産前教室への参加によって、育児時間が増えることが示唆された。約9割の産前教室において産後の生活と準備や父親の役割についての講義が行われている¹²⁾。また、産前教室では、赤ちゃんの抱っこやおむつ交換、沐浴などの育児手技の演習を取り入れている講座が多い¹²⁾。森田ら¹³⁾は、「育児演習や具体的な育児に関する情報を知ることで、父親として自分が行う育児について想像する」ことや「育児演習をして育児をする妻の大変さを知り、自分が手伝う必要性を感じる」ことが産後の父親役割行動を考える契機となった体験であると述べている。このことから、産前教室で行われている育児体験は、子どもの出生前に、父親が育児をする必要性を認識したり、子どもと過ごす生活を想像したりすることに役立つと考える。男性は、子どもの出生後に実際に子どもを見たり触れたりすることを通して父親になった実感が出現すると言われており¹⁴⁾、子どもの出生前は、親になったことが実感しにくく、子どもがいる生活をイメージすることは難しいと考える。しかし、産前教室参加者は、妊娠期に子どもを迎える心構えができることから、子どもの出生後スムーズに育児を実行に移すことができるのではないかと考える。一方、出産入院中の育児指導や育児教室において、本研究の結果では参加有無によって育児時間に差はみられなかった。先行研究^{15,16)}では、育児期の父親への指導内容として子どもの成長と発達や赤ちゃんとお父さんの体操などが挙げられている。これらは子どもに関する知識の提供や子どもと接するきっかけ作りとなるが、日常の育児に直接関係する内容ではないと考えられる。本研究では保健教育の内容までは把握していないが、泣いたときにあやしたり沐浴したりするなど日常的に子どもの世話をする時間を育児時間として回答し

てもらっているため、育児指導や育児教室の内容によっては父親の育児時間に直接影響を与えなかったことが考えられる。三里ら¹⁷⁾は育児期の支援に関する父親のニーズとして日常の育児に直結する知識や技術を獲得したい、日常の疑問へタイムリーに対処したいと希望していると報告しており、日常的に継続して育児をすることや自信をもって育児をするための支援ニーズがあることがわかる。出産入院中の育児指導や育児教室では、このような父親のニーズを認識して、生まれた子どもに触れたり、育児を実践したりする機会を増やし、育児を経験することで生じた疑問を解決できるように医療従事者が関わるのが有効だと考える。

また、本研究の結果から、産前教室、出産入院中の育児指導および育児教室への参加によって、家事時間が増えることが示唆された。杉山ら¹⁸⁾は、父親の役割行動を考える契機となる体験をしている者ほど家事行動は増えることや、育児をする中で対処行動が増える父親は「直接的な育児だけでなく、間接的に母親を支える役割」があることを捉えており、母親を間接的に支えることが父親の役割の1つと捉えていたと述べている。このことから、医療従事者が、父親としての役割には妻をサポートすることや妻と協力して家庭内の役割を担うことが含まれると伝えることは、父親の役割意識の芽生えにつながり、父親の家事時間を増やすきっかけになると考える。磯山²⁾は、妻に対する身体的・精神的サポートを提供する必要性を説明するという妻へのサポート促進支援は、助産師が妊婦健康診査や両親学級でケアの提供がしやすい項目であると述べている。また、育児講座では、育児だけでなく家事についての講座も展開していると報告されている⁹⁾。したがって、このような周産期の保健教育に参加することで、子どもの世話をすることだけでなく、妻をサポートしたり家事をしたりすることが父親役割の1つであると認識した父親は、意識的に家事を実施していると考えられる。

4. 本研究の限界

本研究では、参加した保健教育の具体的な内容は尋ねていないため、どのような内容の保健教育が父親の育児時間や家事時間に影響を与えたのかは明らかではない。また、新型コロナウイルス感染症拡大の影響によって対面の代わりにオンラインや動画などの手段で参加している者もみられたことから、今後は、保健教育の手段が育児時間や家事時間にどう影響するか検証していくことが必要だと考える。しかし、本研究の結果、産前教室の参加は生後1歳未満の子どもを育てている父親の育児時間を増やし、周産期の保健教育は家事時間を増やす効果があることが示唆された。したがって、父親の育児行動や家事行動を促すことを目的とした周産期の保健教育を実施する際は、効果的な時期や目的にあった内容を吟味することが必要である。今後は、実際に保健教育を実施し、どのような内容が父親の育児時間や家事時間に影響を与えるのか、詳細を明らかにすることが効果的な保健教育の実施につながると考える。

Ⅶ. 結 論

周産期の保健教育への参加が生後1歳未満の子どもを育てている父親の育児時間と家事時間に与える影響を調査した結果、産前教室参加者は未参加者よりも育児時間と家事時間が長く、出産入院中の育児指導および育児教室参加者は未参加者よりも家事時間が長いことが明らかとなった。このことから、周産期の保健教育に参加することは、父親の育児時間や家事時間を増やすのに有用であることが示唆された。

本研究はJSPS 科研費 JP16K12090 の助成を受けて実施したものである。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 内閣府 (2018), 仕事と生活の調和 (ワーク・ライフ・バランス) レポート 2017, 2021 年 12 月 6 日閲覧,
http://www.cao.go.jp/wlb/government/top/hyouka/report-17/h_pdf/zentai.pdf.
- 2) 磯山あけみ:勤務助産師が行う父親役割獲得を促す支援とその関連要因, 日本助産学会誌, 29 (2), p.230-239, 2015.
- 3) 亀崎明子, 秋山紗佑奈:分娩施設における正常新生児の父親に対する育児指導の実態, 母性衛生, 62 (2), p.309-316, 2021.
- 4) 谷野祐子, 小野恵美, 朝比奈七緒, 他:父親に対する育児指導が母子退院1ヵ月後の父親の育児参加に与える影響, 母性衛生, 48 (1), p.90-96, 2007.
- 5) 総務省統計局 (2019), 出生順位別にみた年次別父・母の平均年齢 人口動態調査人口動態統計確定数出生, 2021 年 12 月 2 日閲覧,
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411609>.
- 6) 日本労働組合総連合会 (2019), 男性の家事・育児参加に関する実態調査 2019, 2021 年 11 月 30 日閲覧,
<https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20191008.pdf>.
- 7) 日本労働組合総連合会 (2020), 男性の育児等家庭的責任に関する意識調査 2020, 2022 年 4 月 13 日閲覧,
<https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20201116.pdf>.
- 8) 出石万希子, 新小田春美, 武士葉子, 他:生後4か月児をもつ父親の平日育児時間と疲労度からみた父子の睡眠リズムおよび育てにくさの実態, 三重看護学誌, 22, p.21-30, 2020.
- 9) 田中和江, 橋本紀子:父親の育児とそれに対する支援の現状と課題 - 父親の労働状況と育児参加の実態からみる一考察 -, 女子栄養大学紀要, 38, p.53-74, 2007.
- 10) 厚生労働省 (2018), 仕事と育児の両立に関する実態把握のための調査研究事業 平成 29 年度厚生労働省委託事業労働者調査全体版, 2022 年 2 月 4 日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000174277_3.pdf.
- 11) 斎藤嘉孝:ペアレンティング・プログラム実施者にむけた実践的示唆:行政による父親むけプログラムに関する全国調査の結果から, 生涯学習とキャリアデザイン, 12 (1), p.101-107, 2014.
- 12) 足立安正:市区町村における出産前教育の実態～父親の育児参加を促す取り組み～, 摂南大学看護学研究, 8 (1), p.55-62, 2020.

- 13) 森田亜希子, 森恵美, 石井邦子:親となる男性が産後の父親役割行動を考える契機となった妻の妊娠期における体験, 母性衛生, 51 (2), p.425-432, 2010.
- 14) 河本恵理, 田中満由美, 杉下征子, 他:父親になるプロセス, 母性衛生, 58 (4), p.673-681, 2018.
- 15) 原田春美, 小西美智子:両親を対象とした子育て支援プログラム立案と実践方法の検討, ヒューマンケア研究学会誌, 9 (2), p.33-43, 2018.
- 16) 安成智子, 神崎初美:育児支援プログラムに参加した父親の育児ストレス低下の特徴について, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 7 (1), p.9-13, 2014.
- 17) 三里久美子, ケニヨン充子, 岸田泰子:地域の専門職者から提供される妊娠期および育児期の支援に関する両親のニーズと父親支援の検討, 共立女子大学看護学雑誌, 8, p.23-32, 2021.
- 18) 杉山希美, 小林和成, 石原多佳子:第1子を育児する父親の対処行動の変化と役割行動の関連要因-対処行動得点の増加群と減少群の比較から-, 愛知県立大学看護学部紀要, 25, p.89-98, 2019.

◇ 原 著 ◇

新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する 看護職のメンタルヘルスの実態調査

笠上しのぶ¹⁾, 鷺由美子¹⁾, 谷尾 敬¹⁾, 上田美恵子¹⁾, 間中麻衣子²⁾

【目的】 新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの実態を明らかにする。

【方法】 看護職 50 名を対象に自記式質問紙調査を行った。メンタルヘルスの評価は既存の 4 つの尺度を用いた。対象属性とメンタルヘルスとの関係を *Mann-Whitney* の *U* 検定または *Kruskal-Wallis* 検定を用い評価した。

【結果】 70.0%がうつ症状, 60.0%が不安症状, 48.0%が不眠症状, 32.0%が PTSD 関連症状を示した。苦痛の内容は「感染する可能性への不安」が 66.0%, 「業務に慣れていない」が 56.0%であった。差別や風評被害を受けた者は 40.0%であった。就業年数 4~10 年の PTSD 関連症状が有意に高かった。

【考察】 看護職への差別・風評被害の存在や不慣れな業務・環境がメンタルヘルスを悪化させた可能性があり, 支援の必要性が示唆された。また中堅看護職へのメンタルヘルス支援も重要である。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症専門病院, COVID-19, 看護職, メンタルヘルス

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）の流行に伴い, A 病院は 2020 年 5 月に行政から COVID-19 陽性患者の中等症専門病院の指定を受けた。A 病院は約 260 床の総合病院であったが, COVID-19 専門病院に指定されたことにより予定していた手術を休止, 外来診察を休止し, 一般の入院患者は退院および紹介転院となった。そのため, COVID-19 陽性患者以外の一般患者はおらず, 看護職は主に COVID-19 陽性患者への看護にあたることとなった。また, COVID-19 陽性患者の受け入れ病棟の設置や, 看護職の院内異動など大幅な病棟編成が生じ, A 病院の看護職の精神的動揺は大きかったものと考えられた。

鳥井ら¹⁾は, COVID-19 の流行により医療従事者の約 7 割がストレスを受けたことを報告し, COVID-19 流行下では職業規範を強く意識する医療従事者ほど強いストレスとなることを指摘している。COVID-19 専門病院に指定された A 病院でも, COVID-19 陽性患者の看護を担うこととなった看護職のメンタルヘルスへの影響が危惧された。しかし, COVID-19 専門病院は日本国内でも数少なく, 専門病院で勤務する看護

職のメンタルヘルスについては先行研究も見当たらない。そこで本研究では, COVID-19 専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの実態を明らかにすることとした。

II. 目 的

COVID-19 専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの実態を明らかにする。

III. 方 法

1. 研究デザイン

量的記述的研究（自記式質問紙調査）

2. 研究対象

COVID-19 専門病院である A 病院の COVID-19 陽性患者の受け入れ病棟で勤務する看護職を対象とした。なお, 他病棟からの応援看護師も研究対象に含めた。

3. 調査期間

調査時期は 2020 年 8 月であった。この時期の COVID-19 感染状況は, 「第 2 波」を迎えていた。

4. 用語の定義

新型コロナウイルス感染症専門病院：新型コロナウイルス感

受付日：2022 年 4 月 25 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Shinobu Kasagami, Yumiko Washi, Kei Tanio, Mieko Ueda：地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院

2) Maiko Manaka：大阪医科薬科大学看護学部 元地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院

染症陽性患者の入院を受け入れる中等症専門病院である。

メンタルヘルス：本研究では、抑うつ状態、不安障害、睡眠障害、心的外傷後ストレス障害（PTSD）の4つの側面から評価する心理的状态とした。

5. 調査内容

1) 対象の属性

年齢、性別、就業年数、業務内容、同居家族、家族との別居の有無

2) COVID-19 専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの実態

以下の各尺度は、作成者の許諾を得て使用した。

(1) 抑うつ状態：Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 日本語版：村松ら^{2) 3)}により作成され、うつ症状9項目と日常機能障害に関する質問1項目の全10項目からなる。4件法で総得点0~27点を算出し、0~4点はなし、5~9点は軽度、10~14点は中等度、15~19点は中等度~重度、20~27点は重度としてうつ病性障害の症状レベルを評価する。妥当性・有用性が示されている⁴⁾。

(2) 不安障害：Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) 日本語版：村松ら^{3) 5)}により作成され、不安症状7項目と日常生活への影響度を問う質問1項目の全8項目からなる。4件法で総得点0~21点を算出し、0~4点はなし、5~9点は軽度、10~14点は中等度、15~21点は重度として全般性不安障害の症状レベルを評価する。妥当性・有用性が示されている⁵⁾。

(3) 睡眠障害：日本語版不眠重症度質問票 (Insomnia Severity Index Japanese version: ISI-J)：宗澤ら⁶⁾により作成され、不眠の重症度 (入眠困難、中途覚醒、早期覚醒)、睡眠の満足度、日中への支障の程度、他者による支障への気づき、不眠に対する苦痛の程度の7項目からなる。総得点0~28点を算出し、0~7点は不眠症なし、8~14点は不眠前段階、15~21点は中等度不眠、22~28点は重度不眠として不眠症状レベルを評価する³⁾。信頼性・妥当性が確認されている⁶⁾。

(4) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)：改訂出来事インパクト尺度 (Impact of Event Scale-Revised: IES-R) 日本語版：飛鳥井ら^{7) 8)}により作成され、侵入症状8項目、回避症状8項目、過覚醒症状6項目の全22項目からなる。5件法で総得点0~88点を算出し、カットオフ値は合計得点24/25でPTSD関連症状を評価する。信頼性・妥当性が確認されている⁷⁾。

3) COVID-19 専門病院で勤務する看護職の苦痛、組織に望む対策；選択式および自由記述

4) 看護職に対する差別・風評被害の有無とその対策；選択式および自由記述

6. 分析方法

対象の属性、看護職のメンタルヘルスを評価した各尺度の症状レベル別の人数、看護職への差別・風評被害の有無などについては記述統計を行った。看護職のメンタルヘルスを評

価した各尺度の得点と対象属性との関係は、年齢、就業年数と各尺度の比較には *Kruskal-Wallis* 検定を用いた。業務内容、同居家族の有無、家族との別居の有無と各尺度の比較には *Mann-Whitney* の *U* 検定を用いて検証した。解析は IBM SPSS Statistics 27 を用い、有意水準は5%とした。

COVID-19 専門病院で勤務する看護職の苦痛、組織に望む対策、看護職への差別・風評被害に対する対策に関する自由記述内容は、回答ひとつのみを含む句の意味内容を損なわないようコード化し、コードの同質性・異質性に基づいてカテゴリ名をつけ、質的研究経験者を含め研究者間で合意が得られるまでディスカッションを行った。

IV. 倫理的配慮

A 病院の看護研究倫理委員会の承認 (承認番号：86) を得て実施した。研究対象者には、研究目的、意義、内容、安全性、協力を拒否する権利、プライバシーが保障されることなどについて文書で説明を行った。質問紙の回収は鍵付き回収箱を用い、回収をもって同意を得たものとした。

V. 結果

A 病院の看護職75名に自記式質問紙を配布し、53名(71.0%)より質問紙を回収した。看護職のメンタルヘルスを評価するための4つの尺度に漏れなく回答されたものを有効回答とし、有効回答は50名(66.7%)であった。したがって、この50名の看護職を研究対象とした。

1. 対象者の属性 (表 1)

研究対象者50名は、全て女性看護職であった。年齢は、20歳代8名(16.0%)、30歳代10名(20.0%)、40歳代14名(28.0%)、50歳代17名(34.0%)であった。就業年数は1~

表 1 対象者の属性

	n=50	
	人数	(%)
年齢		
20歳代	8	(16.0)
30歳代	10	(20.0)
40歳代	14	(28.0)
50歳代	17	(34.0)
無回答	1	(2.0)
就業年数		
1~3年	6	(12.0)
4~10年	9	(18.0)
11年以上	35	(70.0)
業務内容		
COVID-19陽性患者のケア	47	(94.0)
上記以外の業務	3	(6.0)
家族との別居		(6.1)
別居した	7	(14.0)
同居家族 (複数回答)		
単身	19	(38.0)
子ども	19	(38.0)
配偶者またはパートナー	14	(28.0)
高齢者 (65歳以上)	7	(14.0)
兄弟	1	(2.0)
その他	5	(10.0)

3年が6名(12.0%), 4~10年が9名(18.0%), 11年以上が35名(70.0%)で、業務内容はCOVID-19陽性患者のケア47名(94.0%), COVID-19陽性患者のケア以外の業務3名(6.0%)であった。COVID-19専門病院に指定されたことが理由で家族と別居した者は7名(14.0%)で、同居家族(複数回答)は、単身19名(38.0%), 子ども19名(38.0%), 配偶者またはパートナー14名(28.0%), 高齢者(65歳以上)7名(14.0%)であった。

2. COVID-19専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの実態

COVID-19専門病院で勤務する看護職50名のうち、35名(70.0%)にうつ症状、30名(60.0%)に不安症状、24名(48.0%)に不眠症状、16名(32.0%)にPTSD関連症状を有した(表2)。

各尺度の得点と対象の属性とを比較した結果、就業年数4~10年の看護職9名のIES-R得点が、就業年数1~3年および11年以上と比べて有意に高かった($p=.034$, 表3; 就業年数1~3年 vs.4~10年: $p=.042$, 就業年数4~10年 vs.11年以上: $p=.005$)。その他の属性と各尺度の得点との比較では有意差がなかった(表3)。

3. COVID-19専門病院で勤務する看護職の苦痛

COVID-19専門病院で勤務する看護職の苦痛は、「感染する可能性への不安」が33名(66.0%)と最も多く、次に「業務に慣れていないこと」が28名(56.0%), 「院内異動による人間関係」, 「上司からの説明不足」が14名(28.0%)の順であった。その他、清掃や事務作業、郵便の受け取り等、看護以外の業務負担を課せられることに対する苦痛を感じるといった意見もあった。

4. COVID-19専門病院で勤務する看護職の組織に対する要望

COVID-19専門病院で勤務する看護職の組織に対する要望は、「情報提供」が8名(16.0%)と最も多く、次いで「看護師の業務負担の軽減」6名(12.0%), 「現場の意思尊重」5名(10.0%)の順であった。

5. COVID-19専門病院で勤務する看護職への差別・風評被害の有無とその対策

COVID-19専門病院で勤務する看護職50名のうち、「差別や風評被害を受けたことがある」と回答したのは20名(40.0%)で、「差別や風評被害の対策をした」のは23名(46.0%)で

表2 各尺度の症状レベル別人数

		n=50	
		人数	(%)
【PHQ-9】抑うつ			
なし	(0-4点)	15	(30.0)
軽度	(5-9点)	18	(36.0)
中等度	(10-14点)	11	(22.0)
中等~重度	(15-19点)	4	(8.0)
重度	(20-27点)	2	(4.0)
【GAD-7】不安			
なし	(0-4点)	20	(40.0)
軽度	(5-9点)	19	(38.0)
中等度	(10-14点)	6	(12.0)
重度	(15-21点)	5	(10.0)
【ISI-J】不眠			
不眠症なし	(0-7点)	26	(52.0)
不眠前段階	(8-14点)	14	(28.0)
中等度不眠	(15-21点)	8	(16.0)
重度不眠	(22-28点)	2	(4.0)
【IES-R】PTSD			
PTSDなし	(25点未満)	34	(68.0)
PTSDあり	(25点以上)	16	(32.0)

表3 各尺度の得点と対象属性との比較

	中央値 (四分値範囲)									
	年齢 (1名無回答)					就業年数				
	全体	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	A 1~3年	B 4~10年	C 11年以上		
n=50	n=8	n=10	n=14	n=17	p値	n=6	n=9	n=35	p値	
【PHQ-9】 抑うつ	6.50 (4.00-11.25)	6.00 (5.00-11.75)	8.00 (2.25-12.50)	7.00 (3.75-11.25)	6.00 (4.00-12.00)	.999 a	5.00 (3.25-8.00)	9.00 (6.00-14.50)	6.00 (4.00-12.00)	.265 a
【GAD-7】 不安	5.50 (2.75-9.00)	5.00 (1.00-8.50)	7.00 (4.00-9.25)	6.50 (2.75-11.25)	5.00 (1.00-10.00)	.802 a	4.50 (0.00-7.50)	6.00 (4.00-9.50)	5.00 (1.00-11.00)	.360 a
【ISI-J】 不眠	6.50 (4.00-13.00)	8.50 (5.00-12.00)	6.50 (2.00-12.00)	6.50 (4.00-15.25)	6.00 (4.50-13.50)	.857 a	8.50 (4.00-10.00)	9.00 (4.50-13.00)	6.00 (4.00-14.00)	.945 a
【IES-R】 PTSD	19.50 (5.75-27.25)	24.50 (7.25-30.75)	18.00 (4.75-29.00)	20.50 (2.00-25.75)	14.00 (5.50-24.50)	.735 a	14.00 (5.25-22.75)	28.00 (21.00-33.00)	15.00 (4.00-23.00)	.034 a * .042 †* .005 †*

* $p<0.05$

a: Kruskal-Wallis検定, b: Mann-WhitneyのU検定

† 多重比較法: Bonferroni法

表3 各尺度の得点と対象属性との比較 (つづき)

業務内容	COVID-19 陽性患者の ケア		p値	家族との別居		p値	同居家族		p値
	左記以外			あり	なし		あり	なし (単身)	
	n =47	n =3		n =7	n =43		n =31	n =19	
【PHQ-9】 抑うつ	6.00 (4.00-11.00)	15.00 (6.00-17.00)	.126 b	9.00 (0.00-16.00)	6.00 (4.00-11.00)	.978 b	8.00 (4.00-12.00)	6.00 (4.00-9.00)	.218 b
【GAD-7】 不安	5.00 (3.00-9.00)	10.00 (1.00-16.00)	.433 b	7.00 (0.00-14.00)	5.00 (3.00-9.00)	.877 b	6.00 (1.00-10.00)	5.00 (3.00-9.00)	.637 b
【ISI-J】 不眠	6.00 (4.00-13.00)	10.00 (8.00-24.00)	.161 b	2.00 (2.00-13.00)	7.00 (4.00-13.00)	.235 b	6.00 (4.00-11.00)	8.00 (4.00-14.00)	.710 b
【IES-R】 PTSD	19.00 (5.00-27.00)	29.00 (19.00-35.00)	.149 b	19.00 (0.00-52.00)	20.00 (7.00-27.00)	1.000 b	19.00 (6.00-28.00)	20.00 (4.00-27.00)	.936 b

* p<0.05

a : Kruskal-Wallis 検定, b : Mann-Whitney のU検定

あった。差別・風評被害の対策の内容は、「勤務先の病院名を伏せた」が最も多く、次に「外出を控えた」、「看護師であることを伏せた」の順であった。

VI. 考 察

1. COVID-19 専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスの深刻さ

COVID-19 専門病院で勤務する看護職の 70.0% に抑うつ症状, 60.0% に不安症状, 48.0% に不眠症状, 32.0% に PTSD 関連症状を有することが明らかになった。中国の先行研究では, COVID-19 患者を受け入れた 2 次救急医療機関の 324 人の医療従事者らを対象に, PHQ-9 および GAD-7, Insomnia Severity Index (ISI), IES-R を用いて自記式質問紙調査を行った結果, 53.6% に抑うつ症状, 47.1% に不安症状, 38.2% に不眠症状, 74.4% に PTSD 関連症状を有したことが報告されている⁹⁾。先行研究の結果と比較すると, 本研究対象者の抑うつ症状, 不安症状, 不眠症状ともにやや深刻であった。また Awano ら¹⁰⁾ は, COVID-19 流行下の日本人看護職の不安を GAD-7 で測定し, 10~21 点の中等度~重度の不安を示した者は 11.1% で, 38 歳以上と COVID-19 陽性患者のケアを行う医療従事者に不安症状を示した者が有意に多かったことを報告している。本研究では, 中等度~重度の不安を示した看護職は 22.0% でありやや多い結果となっているが, 不安と年齢での差は認めず, 年齢に関わらず不安を感じていると考

えられた。また, 本研究では COVID-19 陽性患者のケアとそれ以外のケアを業務とする看護職では不安に差が認められなかった。これは, COVID-19 陽性患者のケア以外を業務とする看護職が 3 名と少なかったため差が認められなかった可能性がある。

本研究では, 約 7 割の看護職が「感染する可能性への不安」を苦痛の内容として挙げており, 感染拡大する第 2 波の最中に COVID-19 陽性患者の看護を行う看護職の不安は大きかったと予測される。島井ら¹¹⁾の研究では, 医療従事者は自分自身の感染の可能性を高く評価する傾向があり, 7 割以上の医療従事者は自分自身が感染源とならないために予防に努めるべきだと考えており, そのことがストレスにつながると述べている。本研究では予防行動については調査していないが, 自己の感染予防に努め, 院内感染を起こしてはいけないという職業規範が COVID-19 専門病院で勤務する看護職の苦痛につながった可能性がある。

日本赤十字社は COVID-19 の感染症の特徴として「病気」, 「不安」, 「差別」の 3 つを挙げている¹¹⁾。本研究では, COVID-19 専門病院で勤務する看護職の約 4 割が「差別や風評被害を受けたことがある」と回答した。日本医労連¹²⁾は, 病院職員を対象に COVID-19 に関する実態調査を行い, 差別的対応やハラスメントが「ある」と回答した者が 20.8% であったことを報告している。COVID-19 専門病院で勤務する看護職の約 4 割が差別や風評被害を受けたことが明らかとなったが, COVID-

19 専門病院に指定されたことによる報道などの影響により、COVID-19 専門病院で勤務する看護職は差別や風評被害を多く受けた可能性が考えられた。そのため、COVID-19 専門病院で勤務する看護職の約 5 割が差別や風評被害を受けないように対策を行ったことが考えられ、その数は実際に差別や風評被害を受けた看護職の人数を上回った。また差別・風評被害の対策の内容は、「勤務先の病院名を伏せた」が最も多かったことから、報道による差別・風評被害への影響を危惧したことが予想される。COVID-19 に携わった医療者がバイ菌扱いされるなどの差別や偏見が報告され¹³⁾、他者からの差別や偏見は罪悪感や孤独感など精神状態に悪影響を与えることが指摘されている¹⁴⁾。したがって、差別・風評被害の存在が、年齢や業務内容を問わず、COVID-19 専門病院で勤務する看護職のメンタルヘルスを深刻化させた可能性が考えられた。

また、COVID-19 専門病院に指定されてからの苦痛の内容として、約 6 割の看護職が「業務に慣れていないこと」、約 3 割が「院内異動による人間関係」を挙げ、組織に対する要望として約 1 割が「看護師の業務負担の軽減」を挙げた。COVID-19 専門病院では、COVID-19 陽性患者の受け入れ病棟を設立するため院内異動が生じ、感染症看護に携わっていなかった看護職が COVID-19 陽性患者の看護に携わることとなり、新しい人間関係構築の中で慣れない業務に従事した状況が考えられる。さらに、清掃や事務作業・郵便の受け取り等、看護以外の業務負担を課せられることに対する苦痛が挙げられたが、横山ら¹⁵⁾は事務や患者管理など看護職本来の仕事ではない業務が増えると職務満足度が低下し、看護職のストレスが増加することを報告している。COVID-19 専門病院で勤務する看護職は、新しい人間関係構築や慣れない業務、看護以外の業務が増えたことなどがストレスとなった可能性もある。

2. COVID-19 専門病院で勤務する看護職へのメンタルヘルス支援の必要性

COVID-19 専門病院で勤務する看護職へのメンタルヘルスの深刻さが明らかとなり、看護職へのメンタルヘルス支援が必要であると考えられた。また、COVID-19 専門病院で勤務する看護職のうち、就業年数 4~10 年の看護職の IER-S 得点が、就業年数 1~3 年および 11 年以上と比べて有意に高かったが、中国の先行研究でも中間的職位の女性看護師が心理的問題を訴える割合が高かったことが報告され⁹⁾、本研究結果と一致していた。道下ら¹⁶⁾は、中堅看護職は後輩指導など役割が増し責任を与えられると同時に、上下関係の間に挟まれ悩むことも多いと指摘している。COVID-19 専門病院の中堅看護師においても、経験のない新興感染症に対するケアを担う中で、後輩指導の責任や対人関係の負担を感じやすく、PTSD 関連症状が深刻化した可能性がある。したがって、COVID-19 専門病院で勤務する中堅看護職へのメンタルヘルス支援も重要であると考えられた。

COVID-19 専門病院で勤務する看護職の組織に対する要望は、「情報提供」が最も多く、看護職の約 3 割が「上司からの説

明不足」を苦痛であると感じていた。桐山¹⁷⁾は、COVID-19 に対応する看護職へのメンタルヘルス支援として、スタッフ間の関係安定のための情報共有の重要性を指摘している。COVID-19 は新興感染症のため、治療法や予防法、患者対応などの情報が随時更新され、A 病院でも看護職へのさまざまな情報提供が追いつかなかったことが考えられる。そのため、COVID-19 に関する情報が看護職間で異なったことや情報があるように得られない状況があったことが推察される。COVID-19 に関する情報が看護職間で異なることや情報がないことは、看護職に不安を生じさせることが指摘されており¹⁶⁾、COVID-19 専門病院で勤務する看護職の不安や苦痛の増強につながった可能性がある。

3. 研究の限界

本研究の限界は、質問紙の有効回答率が 66.7%であったため申告バイアスが考えられる。また、サンプル数が 50 名と少なく、COVID-19 専門病院で勤務する看護職の一部の結果であると考えられる。したがって、一般化するには新興感染症への看護ケアを行う看護職員へのさらなる調査が必要である。

VI. 結 論

1. COVID-19 専門病院で勤務する看護職の 70.0%に抑うつ症状、60.0%に不安症状、48.0%に不眠症状、32.0%に PTSD 関連症状を有し、看護職のメンタルヘルス支援の必要性が示唆された。
2. 就業年数 4~10 年の看護職の PTSD 関連症状得点が、就業年数 1~3 年および 11 年以上の看護職と比べて有意に高く、中堅看護職へのメンタルヘルス支援も重要である。

本論文の内容の一部は、第 52 回 (2021 年度) 日本看護学会学術集会において発表した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(謝辞：調査に参加協力下さった看護職の皆様へ御礼申し上げます。)

VIII. 引用文献

- 1) 島井哲志, 宇恵弘, 竹橋洋毅: 新型コロナウイルス感染症流行初期の医療従事者の意識と支援の必要性 他の専門職集団との比較から, 保健師ジャーナル, 76 (6), p.488-493, 2020.
- 2) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al: Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary General Hospital Psychiatry. 52: 64-69, 2018.
- 3) 村松公美子: patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版 up to date, 新潟青陵大学大学院臨床心理学究, (7), p.35-39, 2014.
- 4) 村松公美子, 上島国利: プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」について, 診断と治療, 97 (7), 163, 2009.
- 5) 村松公美子, 宮岡等, 上島国利, 他: GAD-7 日本語版の妥当性・有用性の検討, 心身医学, 50 (6), p.166, 2010.

- 6) 宗澤岳史, Morin CM, 井上雄一, 他: 日本語版不眠重症度質問票の開発, 精神科治療学, 24 (2), p.219-225, 2009.
- 7) 飛鳥井聖, 西園文, 三宅由子: 外傷後ストレス障害(PTSD)の疫学ならびに診断アセスメントに関する研究, 厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集 平成10年度, p.233, 1999.
- 8) 一般社団法人日本トラウマティック・ストレス学会(2017), 資料 PTSD 評価尺度 (IES-R) の公開について, 2021年2月15日閲覧,
https://www.jstss.org/docs/2017121200368/file_contents/IES-R2014.pdf.
- 9) Lai J, Ma S, Wang Y, et al: Factors Associated With Mental Health Outcomes Among HealthCare Workers Exposed to Corona virus Disease 2019, JAMA NetworkOpen.3 (3): e203976, 2020.
- 10) Awano N, Oyama N, Akiyama K, et al: Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak, Internal Medicine, 59 (21), p.2693-2699, 2020.
- 11) 日本赤十字社, 新型コロナウイルス感染症対策本部: 新型コロナウイルスの3つの顔を知ろう, 2020. 2020年10月27日閲覧,
http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200326_006124.html.
- 12) 横山博司, 岩永誠, 坂田桐子: 看護職における役割期待とストレス 仕事に対する認知のズレがストレス反応に及ぼす影響, ストレス科学, 18 (4), p.187-193, 2004.
- 13) 日本医労連, 新型コロナ感染症に関する緊急実態調査, 2020. 2020年12月21日閲覧,
<https://shahokyo.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/18f0a3d2c937387c6dc8e0c222995250.pdf>.
- 14) 日本災害医学会理事会: 新型コロナウイルス感染症対応に従事する医療関係者への不当な批判に対する声明, 2020. 2020年11月16日閲覧,
https://jadm.or.jp/sys/_data/info/pdf/pdf00121_1.pdf.
- 15) 武用百子, 寺岡征太郎, 岩切真砂子, 他: 看護スタッフのCOVID-19 関連ストレスのメンタルサポート 現場の看護管理者が考えるべきこと・すべきこと (前編), ナースマネージャー, 22 (5), p.89-94, 2020.
- 16) 道下佳代子, 垣内紀子, 大道由果, 他: 中堅看護師のやる気のでる人間関係とはどういうものか, 日本看護学会集看護管理, 37, p.193-195, 2007.
- 17) 桐山啓一郎: 新型コロナウイルスがもたらした不安と葛藤, 精神科看護, 47 (7), p.10-15, 2020.

◇ 原 著 ◇

終末期 COPD 患者の臨死期の看護における 中小規模病院の一般病棟看護師の困難感

森 奈美¹⁾, 藤本浩一²⁾, 鈴木志津枝²⁾, 今野理恵²⁾

目的: 終末期 COPD 患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感を明らかにする。

方法: 中小規模病院の一般病棟に勤務する経験年数 3~9 年目の看護師 10 名に対し半構成的面接を行い質的記述的に分析した。

結果: 18 個のサブカテゴリーと「苦痛を目の前にして改善出来ない不全感」「臨死期でさえ緩和ケアを優先出来ないジレンマ」「踏み出せない意思決定支援への苦悩」「QOL の尊重と延命との倫理的葛藤」「自分自身の不十分なケアへの自責の念」の 5 個のカテゴリーが抽出された。

考察: 困難感が生じる背景として、過酷な呼吸苦と終末期の不明瞭さ、緩和ケア体制の遅れが考えられた。困難感が解決出来ないまま看護師にはなす術のない状況が推察された。本研究で抽出された困難感は、看護師個人の判断や行動だけでなく様々な環境要因に由来しており、個人レベルに留まらず組織的な取り組みが必要と考えられた。

【キーワード】 COPD, 終末期, 臨死期, 困難感, 中小規模病院

I. はじめに

非がん疾患である慢性閉塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 以下 COPD) は、喫煙を主な原因とする緩徐進行性の疾患であり、増悪と回復を繰り返しながら終末期に移行していく。COPD は日本の男性における死亡原因の第 10 位¹⁾ であり、高齢者の割合が高いことから高齢化が進む日本においては更に患者数が増加すると考える。欧米では COPD などの非がん疾患においても、終末期の苦痛に対する緩和ケアの研究が進められている²⁾ が、日本ではがん疾患と比較して未だ制度や社会的認知において遅れをとっている。

終末期 COPD 患者の緩和ケアが進まない理由に、非がん疾患の特徴である予後予測の困難さがある³⁾。病態の特徴から余命期間を推定することは困難であり、急性増悪時には回復を期待した最善の積極的治療が実施される。COPD 患者は、終末期であっても最期まで診断のための苦痛を伴う検査や、人工呼吸器の使用など回復を目指した治療が実施される傾向があった⁴⁾。また、苦痛を伴う処置だけでなく、苦痛緩和の一助となる薬物療法の使用が控えられていた。進行した終末

期 COPD 患者の呼吸困難の緩和には、モルヒネの効果が確認されている⁴⁾ が、呼吸抑制のリスクを伴うことや、保険適応としての薬物療法の指針が確立していないことから、その使用に消極的であった⁵⁾ とされている。

COPD などの非がん性呼吸器疾患患者の緩和ケアの実際について、看護師を対象とした量的研究では、自分の知識や技術に困難感を抱いており、大規模病院と比較して中小規模病院の方が看護師の困難感が強い傾向が見られた⁶⁾。これは、呼吸ケアや緩和ケアに関して専門性を発揮する専門看護師や認定看護師など、資格を有する割合が優位に高い大規模病院と異なり、中小規模病院は終末期患者の呼吸管理や緩和について、容易に専門的な相談が出来ない環境にあると考察されている⁶⁾。

COPD は不可逆的な病態であり、治療指針は症状の緩和と増悪予防が中心である³⁾。その特徴から、高度先進医療を役割とする大学病院よりも、かかりつけを役割とする中小規模病院が入院を担うことが多いと考えられる。急性増悪時には検査や治療のために入院を余儀なくされるが、回復せずそのまま死に至るケースも多く、臨死期を中小規模病院で過ごす

受付日: 2022 年 4 月 26 日 / 受理日: 2023 年 1 月 20 日

1) Nami Mori: 医療法人協和会川西市立総合医療センター

2) Hirokazu Fujimoto, Shizue Suzuki, Rie Konno: 兵庫医科大学

ことが予測される。臨終時の身体的症状のコントロール状況は看護師の否定的感情に強く影響し、この時期の状態で見守り看護師の終末期に対する評価が一変する⁷⁾と言われ、看取り前である臨死期の状況は家族だけでなく医療者にとっても重要であると考えられる。

COPD 患者に対する終末期ケアの関心は年々高まっており、診療体制やガイドラインの改善が期待されている²⁾。そして、その活用においては、実践の最前線である一般病棟看護師が重要な役割を担っている。COPD 患者が増え続ける日本にとって、終末期ケアの質を高めることは重要な課題であり、一般病棟の看護師がどのような困難感を抱えているのかを明らかにすることは、その改善への足掛かりとなり、終末期の QOL の質の向上への一助となり得ると考える。

Ⅱ. 目 的

終末期 COPD 患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感を明らかにする。

用語の操作的定義

1. 終末期 COPD 患者の臨死期：本研究では、「その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待出来なくなり、近い将来の死が不可避となった COPD 患者における死亡前数日」とする。
2. 看護師の困難感：本研究では、「臨死期にある終末期 COPD 患者の看護の経験において、出来なかった、または不十分であった、難しかった、困ったと感じたことや不安、葛藤、自信のなさ、疑問、後悔などの感情」と定義する。
3. 一般病棟：地域包括ケア病棟、また緩和ケア病棟や、ICU や CCU、HCU、小児科と産科の単科病棟などの特殊病棟を除く病棟とする。
4. 中小規模病院：499 床以下で大規模病院を除く一般病院とする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象

A 圏内の医療機関で、終末期 COPD 患者が入院する病棟を持つ 499 床以下の中小規模病院の一般病棟に勤務し、終末期 COPD 患者の臨死期の看護を経験した 3 年目以上、10 年目以内の看護師とした。看護師の専門技能レベルから、状況を把握し自己の経験を意識して語ることが出来ると考えられる 3 年目以上とし、データは社会環境の変化を鑑み、非がん疾患の終末期医療が検討され始めた 10 年前以降の経験から抽出することとした。

研究協力施設の看護部長に研究対象候補者の紹介を依頼した。研究者が研究対象候補者に対して研究目的と意義、研究方法、倫理的配慮について説明し、研究協力の意思を確認したうえで、研究同意書にサインした者を研究対象者とした。

3. 研究期間

2020 年 5 月 27 日～2022 年 3 月 31 日

4. データ収集方法

- 1) インタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。
- 2) インタビューガイドの内容は、これまでに経験した終末期 COPD 患者の臨死期に関わった中で出来なかった、または不十分であった、難しかった、困ったと感じたことや不安、葛藤、自信のなさ、疑問などの困難を感じたことであった。
- 3) インタビュー内容は IC レコーダーに録音し逐語録を作成した。また、インタビュー中の研究対象者の非言語的な反応や研究者が観察したことは、フィールドノートに記載した。インタビューの所要時間は、26 分から 48 分で、平均 37 分であった。
- 4) インタビューは全ての研究対象者に対し 1 回ずつ実施した。

5. 分析方法

- 1) 研究対象者が語った生データから終末期 COPD 患者の臨死期の看護における困難感を表しているデータを抽出し、初期コードを生成した。初期コードの意味内容の類似性を確認してコードを抽出した。
- 2) コードについて類似性を再確認しながら吟味しサブカテゴリーを抽出した。
- 3) サブカテゴリーについて、その表現の類似と差異を比較検討し、最終的により抽象度の高いカテゴリーを抽出した。
- 4) 偏った解釈により分析に歪みが生じないように指導教員からスーパーバイズを受け、副指導教員 2 名にもそれぞれ分析結果を確認してもらい、信用性と信憑性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、兵庫医療大学倫理審査委員会の審査および承認をうけて実施した(承認番号:第 20002 号)。研究対象者には、研究協力は自由意思に基づくものであり、強制によるものではないこと、研究協力を拒否した場合にも不利益が生じないこと、研究協力を承諾した後でも自由に撤回や辞退が出来ることや、そのことによって一切の不利益は生じないことなどを十分に説明した。同意書の署名をもって研究対象者とし、インタビューによる拘束時間の負担への配慮やインタビュー時のデータ管理に関するプライバシーの保護に留意した。

Ⅴ. 結 果

研究協力施設は中小規模病院 4 施設であり、研究対象者は 10 名であった。看護師経験年数は 3 年目から 9 年目で、平均年齢は 29.5 歳であった(表 1)。

終末期 COPD 患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感として、【苦痛を目の前にして改善出来ない不全感】【臨死期でさえ緩和ケアを優先出来ないジレ

表1 研究対象者の属性

	年齢	看護師経験年数	役職	インタビューの所要時間
A	40代前半	8	なし	42分
B	20代前半	4	なし	32分
C	20代前半	3	なし	42分
D	20代後半	8	なし	33分
E	30代後半	5	なし	42分
F	20代後半	5	なし	34分
G	20代後半	5	なし	45分
H	20代後半	9	なし	28分
I	30代前半	9	主任	48分
J	20代後半	7	なし	26分

表2 終末期 COPD 患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感

カテゴリー	サブカテゴリー
苦痛を目の前にして改善出来ない不全感	最期まで過酷な呼吸苦に直面する辛さ
	死への不安を目の当たりにする辛さ
	効果が疑問な体位調整しかできない歯痒さ
	臨死期のしんどさの解決方法に見当がつかない
臨死期でさえ緩和ケアを優先できないジレンマ	呼吸管理をし続けることへの疑念
	一般病棟で終末期看護が実践できない申し訳なさ
	医師に理解してもらえないもどかしさ
	本当の意味が伝えづらい鎮静に対する躊躇
踏み出せない意思決定支援への苦悩	終末期を前提とした意思確認のタイミングに悩む
	終末期を理解していないまま亡くなることが不憫
	本人の希望や意思を考慮できなかったことへの心残り
QOLの尊重と延命との倫理的葛藤	自尊心の尊重と生命維持の狭間で迷う
	苦痛を増強してしまう看護ケアへの躊躇
	生命危機を招く苦痛の緩和方法に思惑う
自分自身の不十分なケアへの自責の念	自身の知識・技術の不足に直面する
	更なる介入が出来ないという思い込みへの後悔
	苦痛の中で身体的拘束を続けたことを悔やむ
	頻回な訴えに対する不適切な対応への後悔

ンマ】【踏み出せない意思決定支援への苦悩】【QOLの尊重と延命との倫理的葛藤】【自分自身の不十分なケアへの自責の念】の5個のカテゴリーと18個のサブカテゴリーが抽出された(表2)。カテゴリーは【】, サブカテゴリーは< >, 研究対象者の語りは「」で表す。

1. 苦痛を目の前にして改善出来ない不全感

このカテゴリーでは、患者の強い苦痛を目の当たりにすること、看護師としてその苦痛が改善出来ない不全感としての困難感が語られ、4つのサブカテゴリーから構成されていた。<最期まで過酷な呼吸苦に直面する辛さ>では、「最期までしんどそう、しんどい・・・もう、しんどいっていう訴えですね。何して欲しいとかじゃなくて。とにかく・・・(患者の状況を想起するのが苦しそうな表情で) しんどい、身の置きどころがない、身の置き所がない感じの様子が多かったです(H)」と、壮絶な呼吸苦を目の当たりにする辛さや、呼吸苦で夜間眠ることが出来ない様子を一晚中見ている辛い心情が述べられていた。他にも臨死期の苦痛な期間が長く続くことや、「ずっと死にたい死にたいって言って、もう息も止めてくれみたいな、もう首絞めてくれくらいまで言っとって・・・なんかもうはよう死にたいとか、なんかそういうことを言われながら、その亡くなっていくのって・・・(D)」と、苦痛によって死を望むほど追い詰められる様子を目の当たりにすることへの心痛が語られていた。<死への不安を目の当たりにする辛さ>では、「表情も暗くなっていくし、いつ、明日、目覚めてるかなとかっていうことを、だから明日例えば寝て、そのまま自分が死ぬんじゃないか、そういう発言とかをされる(A)」と、息苦しさが徐々に増悪することで死を間近に感じ、その不安を吐露される様子を見聞きすることへの心痛が語られていた。<効果が疑問な体位調整しか出来ない歯痒さ>では、「酸素もナルコーシスなんで上げれなくて・・・ナースコールで結構やっぱ苦しいと言われても、なんかそばにいて、ちょっと体を調整、体位を調整することしか出来ない(F)」や「何が出来るってなったら、じゃ呼吸がしやすい体勢整えて背中さすってとか、それで息が楽になったなんてないし、実際(B)」と、酸素投与量を制限する必要がある中で、苦痛を目の当たりにしながらも自分の出来るケアは体位調整のみであり、その効果も定かではないと致し方ない状況への歯痒い心情が語られていた。<臨死期のしんどさの解決方法に見当がつかない>では、「どうにかしてあげたいんです。そのしんどいのを早くちょっとでも楽になれるようにしてあげたいっていう思いはあるんですけど、そのやり方っていうか、がわからない(I)」と、苦痛の緩和において何も出来なかったという思いのこり、今もどうすればいいのかわからないというなす術のない思いが表出された。

2. 臨死期でさえ緩和ケアを優先出来ないジレンマ

このカテゴリーでは、臨死期であっても緩和ケアが優先されない状況への疑念や葛藤といった困難感が語られ、4つのサブカテゴリーから構成されていた。<呼吸管理をし続ける

ことへの疑念>では、「最後まで、(Bilevel Positive Airway Pressure:以下BiPAP)付けられて、強制でっていうのも・・・圧迫されるし、潰瘍作る人もいるし。その状況でしんどい思いのまま亡くなるのは、辛くなって言うのは思いますけど(G)」と、臨死期まで継続されていた人工呼吸器の装着や、繰り返す胸腔ドレナージ治療に対する疑問が語られていた。他にも「良くなる可能性があるから、寝かせないって言われたんですよ。鎮静をかけたなら、すぐ逝ってしまう可能性があるっていうので・・・なんかおかしかったですね(J)」と、延命治療を望まない患者に対し、呼吸抑制の危険性を回避するという呼吸管理への疑問が語られていた。<一般病棟で終末期看護が実践出来ない申し訳なさ>では、「急性期で他の人もいっぱい持つてる中で一人みたいな感じになってしまうので、もう他に対応したら全然行けなくてとか・・・病棟が忙しくなっちゃうと全然、ゆっくり時間を持ってあげたくても取れないとかあったりする(F)」と、一般病棟の環境ではゆっくり患者の側にいる時間が取れず、申し訳なさを感じていた。<医師に理解してもらえないもどかしさ>では、「先生からしたらその日勤しか見てないから・・・私たちがしんどいって言ってますって言っても、そやね、でも使えないからねって終わるけど、もうちょっと、なんかしてあげてよって思うんですよ(J)」と、患者の訴えを伝えても、医師がしんどさを軽減するための対応を検討するに至れないことに、もどかしさや僅かな苛立ちを感じていた。<本当の意味が伝えづらい鎮静に対する躊躇>では、「これで寝かしたら、二度と起きられないかもなんて言えないし、言い方も難しい・・・その判断というか、なんか難しい(J)」と、臨死期における鎮静は苦痛緩和の一手段であるが、その実施が死への近づきを意味し、それを本人に伝えることへの戸惑いが鎮静に対する躊躇となって語られていた。

3. 踏み出せない意思決定支援への苦悩

このカテゴリーでは、終末期における本人の意思決定支援が難しく、関わる事が出来なかった苦悩という困難感が語られ、3つのサブカテゴリーで構成されていた。<終末期を前提とした意思確認のタイミングに悩む>では、「(延命処置についての事前指示を)難しいですね、すごい難しいですね、だってそうだったら絶対そんなに自分は悪いの?死ぬの?みたいな感じになるじゃないですか(B)」と、終末期をどのように過ごしたいかを本人に聞きたいが、精神的ショックを与えてしまうのではないかと悩む様子が語られていた。<終末期を理解していないまま亡くなるのが不憫>では、「なんかこう自分がようわからんままに結局やっぱそうやって亡くなっていく感じで、なんかそこが患者さんにとっては覚悟を決められん感じなんかっていう(E)」と本人が覚悟していないままに死を迎えることを心苦しく感じていた。<本人の希望や意思を確認出来なかったことへの心残り>では、「なんかどう思ってるかとかまで、踏み入って、せつかく喋れるのに聞けなかった。まあ、いつもなんか終わってしまっ

てからというか、聞けなかったなどは思うんですけど・・(C)」と、本人に過ごし方の希望を聞くことが出来なかったことや、その関わりへの後悔が語られていた。

4. QOLの尊重と延命との倫理的葛藤

このカテゴリーでは、QOLを尊重したい思いと生命維持との間での迷いという困難感が語られ、3つのサブカテゴリーで構成されていた。《自尊心の尊重と生命維持の狭間で迷う》では、「もうトイレ止めとこか、オムツにしようかってなっても、最期までトイレ行きたいってなると・・最期まで自分の自尊心持って、プライドがあって、こうしたいって言うこと尊重することが、直接死につながるのなら、それはやめたほうがいいって言ってあげるべきなのか、でも本当にもうこれで最期なら、最期まで悔いなく生きるのを選択させてあげるべきなのか(E)」と、患者の強いニーズである排泄という日常的な行為で、トイレの介助という自尊心を尊重したケアと、身体的負担が少ないオムツ使用のケアで、どちらを選択したほうが本人にとって正しいケアなのか迷う様子が語られた。《苦痛を増強してしまう看護ケアへの躊躇》では、「痰が増えてしんどいし、でやっぱり目、頭はしっかりされてたから、吸引するにも苦痛な顔されるから、こちらもすごいしんどいというか、でも取らないと痰詰まりを起こしてしまうし(C)」や「もう聞かずに観察しようって思うんですけど・・もうはあはあ言ってる状況なので、喋らせないようにしようと思うんですけど(I)」と、呼吸状態を維持し生命の危機を回避するためには、排痰処置や呼吸状態の観察は看護ケアとして必要であるが、その実施によって苦痛をより与えてしまう心苦さを感じていた。《生命危機を招く苦痛の緩和方法に思惑》では、「(BiPAPを)外すってなった時も、なんか外したら死ぬってわかるし、でも本人は外してほしいし、家族もそう願ってるけど、倫理的にいいんかなって(J)」と、苦痛な呼吸管理の中断は同時に死にも繋がるため、緩和を優先したいが医療者として生命の危機を回避しなければならないのではないかと倫理的な疑問を感じていた。

5. 自分自身の不十分なケアへの自責の念

このカテゴリーでは、自分自身のケアに対する自身のなさや後悔という困難感が語られ、4つのサブカテゴリーから構成されていた。《自身の知識・技術の不足に直面する》では、終末期 COPD 患者の看護である吸引や体位ドレナージなどに技術不足があり、苦痛が緩和出来ない自分に責任を感じていた。《更なる介入が出来ないという思い込みへの後悔》では、「なんかもう酸素を上げてはいけないっていうレッテルがあるから、介入とか対応する時に、酸素上げれなかったら、何にもすることが出来ないってこう・・決めつけ、自分の中で。あるかなって言うのは、思いましたね(I)」と、酸素投与量の制限がこれ以上何も出来ないという思い込みを生み出し、その思い込みがケアの検討を妨げていたと語られていた。《苦痛の中で身体的拘束を続けたことに悔やむ》では、「もう抑制とか最後されちゃって、もうなんかゆったら、なんか生

きるしかばねみたいになって死んでしまったから、看護師としてはそこら辺には何のアプローチも出来ずに亡くなってしまったので、うーん、なんか出来たかなと思うのはありますけど(A)」と、臨死期の中での身体的拘束に対して、回避への検討が出来なかった申し訳なさが語られていた。《頻回な訴えに対する自分の不適切な対応への後悔》では、「やっぱり、頻コールになったりすると、こう、対応が適当に、なんかこう、あしらってしまったたり・・はーってなってしまうから、でもそういう態度とかも、あダメだなんて思ったりもするんですけど(C)」と、臨死期の強い苦痛により訴えのナースコールが増える中で、自分自身の対応の不適切さに後悔や罪悪感が語られていた。

VI. 考 察

分析の結果、終末期 COPD 患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感として5つのカテゴリーが明らかになった。カテゴリーが意味する困難感の様相について考察し、今後の課題と実践への示唆について述べる。

1. 各カテゴリーが意味する困難感の様相

【苦痛を目の前にして改善出来ない不全感】は、過酷な呼吸苦によって身体的・精神的に苦しむ終末期 COPD 患者の様子を目の当たりにする辛さと、看護師としてその苦痛を和らげる手段の無い、やり場のない思いであった。看護師の多くは、患者の苦痛が最小限の状態であることを望んでいる⁸⁾。最も患者の近くにいる医療者として苦痛を継続的に目の当たりにすることや、臨死期まで過酷な呼吸苦が継続することで死をも望む患者の声を聞き《最期まで過酷な呼吸苦に直面する辛さ》を感じ、悲しく辛い体験となっていた。さらに、徐々に増悪する呼吸苦による患者の死への強い不安の訴えに《死への不安を目の当たりにする辛さ》も感じていた。看護師は、呼吸苦を改善する方法を模索しながら安楽に過ごせるポジショニング介助を行っていたが、明らかな改善が見られず実施の効果に疑問を持っていた。それでも酸素流量に制限もあり、体位調整以外に手立てがないとして、《効果が疑問な体位調整しか出来ない歯痒さ》を抱きながらその実施を続けていた。そして今でもその解決方法がわからず《臨死期のしんどさの解決方法に見当がつかない》と感じていた。この解決出来ない辛さや歯痒さを繰り返すことは、なす術のない不全感につながっていた。状況改善に向かって前向きに考えることが出来ず、更なる不全感を生じるという負のサイクルが推測され、【苦痛を目の前にして改善出来ない不全感】を抱いたまま、現状に留まり続けている様子が伺えた。

【臨死期でさえ緩和ケアを優先出来ないジレンマ】は、終末期 COPD 患者に対し苦痛の緩和が最重要だと考えているが、臨死期であっても緩和が優先されない現状にジレンマを感じていた。積極的な治療を止めるギアチェンジのポイントがわかりにくい終末期 COPD では、治療の中止、不開始の判断を困難にさせる⁹⁾とされ、苦痛を伴う治療であっても症状

緩和より優先される可能性がある。看護師はその治療自体が苦痛を伴うと考えており、医療処置の必要性を理解しながらも、苦痛のまま死を迎えることに心を痛め、《呼吸管理を続けることへの疑念》へと繋がっていた。また現在の制度上、終末期 COPD 患者は一般病棟で急性期患者と共にケアを受ける。そこでは家族とともに穏やかな看取りが出来る環境が不足し、医師の習熟不足による緩和医療の困難さもあると報告されている¹⁰⁾。本研究の看護師も臨死期の COPD 患者に対して、《一般病棟で終末期看護が実践出来ない申し訳なさ》を感じていた。また、苦痛軽減の手立てを検討して欲しいと考えて医師に夜間の様子を伝えるが、患者の強い苦痛に対して看護師と同じ様に捉えていないと感じ《医師に理解してもらえないもどかしさ》を抱き、その対応を諦める様子も見られた。症状緩和の手段であるオピオイド使用は習熟した医師が行う¹¹⁾とされ、その実施は容易ではない。そのことも医師の対応の不十分さを感じることに繋がっていると考えられる。同時に、看護師は効果的であっても鎮静の実施による呼吸抑制の怖さと、実施すべき時期の判断に迷いも感じていた。それを患者・家族が正確に理解出来るように伝えることや、そのタイミングにも難しさを感じ《本当の意味が伝えづらい鎮静に対する躊躇》となっていた。臨死期における鎮静は、倫理的観点からの相応性、医療者の意図、患者・家族の意思、医療チームの判断が必要であり¹¹⁾、医療チーム成員の知識の習得や、互いに検討し合う風土が必要であるが、本研究では終末期 COPD 患者の臨死期の緩和ケアの検討が十分なされていない状況も伺え、【臨死期でさえ緩和ケアを優先出来ないジレンマ】に繋がっていたと考えられる。

【踏み出せない意思決定支援への苦悩】は、患者自身の望む生き方を支援したいとの思いを持ちながら、自分の関わりも含めた意思決定支援の不十分さに悩み迷う思いであった。先行研究では、COPD では、その予後予測の困難さから、医師から臨床経過や予後について患者に説明していないことが多く、終末期医療の相談をしない傾向があった¹²⁾とされている。本研究でも看護師は終末期の話題によって患者が死を意識することを懸念し、説明を躊躇していた。意思決定支援の必要な機会でも、意識しないとその必要性に気づかず見過ごしてしまう可能性¹³⁾があり、医療者の意識は意思決定支援の質に影響すると考えられる。《終末期を前提とした意思確認のタイミングに悩む》ことで、意思決定支援への積極的介入や検討が進んでいない状況が予測された。先行研究では、看護師は、患者が最期まで自分が望む生き方をして、その人らしい最期を迎えてほしいと考えている¹⁴⁾と報告されているが、本研究では COPD 患者は終末期を告げられないまま最期を迎えており、最期を自覚しないままの臨死期に患者の心残りを推察し、《終末期を理解していないまま亡くなるのが不憫》と感じていた。《終末期を前提とした意思確認のタイミングに悩む》看護師は、終末期 COPD における意思決定の話題に躊躇し、それによる《本人の希望や意思を確認出来な

かったことへの心残り》も語られていた。終末期の病状について、がん患者では診断時に 70% が説明されるが、COPD 患者では 18% にしか過ぎず¹²⁾、不可逆的な慢性疾患であっても、情報の不足によって終末期への理解が得られにくい事が考えられる。終末期医療の質向上にはアドバンスケアプランニング（以下 ACP）が有効とされており、終末期に移行する以前からの取り組みが重要であるが、本研究に協力した看護師の語りから ACP についての言及は見られず、また先行研究の病状説明の状況¹²⁾からも COPD 患者では取り組みが困難な状況が推測される。意思決定支援において、患者の主体性によって看護師のやる気が引き出される¹⁵⁾とされており、最期まで患者が望む生き方であれば、それがどのような選択であっても看護師はそれを支えることが出来るを考える。しかし、【踏み出せない意思決定支援への苦悩】によって、患者の主体性が得られにくい終末期 COPD 患者においては、どのような支援であっても、看護師は迷いを生じやすいと考えられた。

【QOL の尊重と延命との倫理的葛藤】は、出来る限り QOL を尊重した支援と、生命維持のために急変することを避ける支援との間で、そのどちらも重要と考える倫理的な葛藤の思いであった。COPD 患者は、終末期も意識レベルが保持出来ることが多く、呼吸苦が強い状態でも排泄行動の自立を希望し、看護師もその思いを叶えたいと支援していた。排泄自立の低下は患者の尊厳を失いやすい¹⁶⁾とされるが、排泄行動は呼吸器疾患の急変が生じるきっかけとなり、生命の存続に影響を与える可能性がある。そのため、患者の希望への対応と急変リスクに対してその場での即座な判断が求められ、その後の状態によっては選択に後悔する可能性がある。排泄という日常的に繰り返されるケアに対し《自尊心の尊重と生命維持の狭間で迷う》様子が語られていた。また、COPD 患者の終末期症状に喀痰の増加があり、呼吸機能や筋力低下の進行から自己排痰が困難となるため、喀痰吸引が必要となる場合が多い。吸引は患者にとって侵襲的な苦痛を伴う処置であり¹⁷⁾、臨死期の過酷な苦痛の状況で更に自分の看護ケアで苦痛を重ねることに罪悪感を持ち、《苦痛を増強してしまう看護ケアへの躊躇》となっていた。また、非侵襲的陽圧換気療法の中止の事例では、それが患者の強い希望であり、たとえ苦痛が緩和されても、倫理的には生命維持に反することへの疑問が語られ、《生命危機を招く苦痛の緩和方法に思惑》を感じていた。がん領域では、集学的な治療から緩和ケア中心の医療・ケアへの転換をギアチェンジと呼ぶ¹⁸⁾が、増悪と寛解を繰り返す終末期 COPD 患者の看護においては、臨死期であってもギアチェンジが難しく、倫理的葛藤を抱えやすい状況が考えられた。

【自分自身の不十分なケアへの自責の念】は、苦痛の緩和を第一にケアを提供すべきであるのに、そのケアの不十分さに対して自分の判断や行動に責任を感じ後悔する思いであった。看護師は、呼吸苦が軽減出来ない状況を自己の知識・技

術の責任と感じ、《自身の知識・技術の不足に直面する》。また、COPD は酸素投与量の制限を必要とすることが多く、それを限界と捉え更なる介入方法の検討を止めていた自己意識を振り返り、《更なる介入が出来ないという思い込みへの後悔》となっていた。また、患者の抵抗により治療継続が難しい状況では身体的拘束が臨死期まで継続されていた。看護師は、その最期の様子に対して回避する手立てを取らなかったことに、《苦痛の中で身体的拘束を続けたことに悔やむ》と感じていた。また、呼吸苦とそれに伴う不安から患者は頻回なナースコールで助けを求めてくるが、訪室しても苦痛の軽減としてはなす術がなく、《効果が疑問な体位調整しか出来ない歯痒さ》が繰り返される。看護師は度重なる《臨死期のしんどさの解決方法に検討がつかない》体験から、訪室を回避したくなる様相がみられた。看護師のそうした自己の回避行動やその心情は《頻回な訴えに対する自分の不適切な対応への後悔》として解決方法もないままで現場に立ち続けている様子がうかがえた。

2. 今後の課題と実践への示唆

困難感の背景には COPD 終末期特有の対応が難しい過酷な呼吸苦や終末期の不明瞭さ、さらに、この患者層への緩和ケア体制の遅れが影響していると考えられた。今後の改善へ向けた取り組みは、看護師個人のスキル向上だけでなく多職種によるチーム協働も含めた病院組織の積極的な関与も必要である。

緩和ケアに対する看護師のスキル向上には、的確なアセスメント力や精神面への介入を含めた症状緩和のための技術の獲得が必要である¹⁹⁾。知識・技術の習得には研修の推進も有用であるが、デスカンファレンスなどの振り返りの中で、実践出来たケアを可視化し共有することは、知識の拡大だけでなく困難感の対応にも繋がると考える。また、多職種チームの協働したサポート体制も価値観の広がりによるケアの質向上や、関わるスタッフの困難感への対策に繋がる可能性が考えられる。

2002年に発表された米国ホスピスプログラムの対象者は、現在ではおよそ3分の2をCOPDなどの非がん疾患が占めている。また、英国でも2004年にCOPDガイドラインが発表され、緩和ケア先進国では非がん疾患における緩和ケア体制の確立が進んでいる。日本でも2021年に非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針と非がん疾患のエンドオブライフ・ケアに関するガイドラインが提示され、十分に緩和出来ない呼吸困難に対する有効な治療が示される²⁰⁾など緩和ケア体制が整備されつつある。本研究の中で最もコード数の多かった【苦痛を目の前にして改善出来ない不全感】は、終末期COPDの臨死期の過酷な呼吸苦を改善することが出来なかった無念な心痛であった。今後も非がん疾患における呼吸苦の軽減など緩和ケア体制の更なる検討や研究が進むことが期待される。また、現在終末期COPD患者は緩和ケア病棟入院の対象ではない。先行研究では、一般病棟より緩和ケア病棟の方が症状

コントロールが可能であり困難感も低い²¹⁾と報告されている。本研究でも看護師は一般病棟の環境では終末期ケアが十分に提供出来ないと考えていた。緩和ケア病棟への入院や緩和ケアチームの関与を可能とするためには、緩和ケア算定に関する診療報酬改定も望まれる。

緩和ケアへのギアチェンジにあたっては、終末期のQOL向上に向けて事前の話し合いが重要であり、ACPの実施が必要となる。しかし、日本人の死に対する自律性の低さ²²⁾あり、COPD患者以外であってもACPの周知や活用は進んでいない。医療者側がACPにおける知識やコミュニケーション能力などの技術を高めることでその活用が推進されると考える。終末期の判断が難しいCOPD患者の場合におけるACP開始時期のタイミングについては、実施の困難さを多職種チームで共有し、個々に応じた具体的な方略を検討することが重要である。

今後も臨床的指針の整備が進むことが予測され、周囲の背景は変化しつつある。しかし、終末期の判断に困難を極めるCOPD患者に対しては、それを活用する医療者の見極める力に委ねられている。中小規模病院では専門医が充足していない可能性や専門看護師などのリソースが活用出来ない状況があり⁶⁾、たとえ緩和ケアの体制が構築されても、医療者の見極める判断力の不足によって、その活用が進まないことが懸念される。中小規模病院が緩和ケアについての情報や知識・技術を手しその活用を推進していくためには、リソースの育成など管理者の介入も必要である。

最後に、緩和ケアはすべての疾患に対し重要であるが、終末期COPD患者は苦痛が強いにも関わらず、緩和ケアの対象者として重んじられていない状況が伺えた。医療者一人ひとりが終末期COPD患者の臨死期における過酷な状況について理解を深めて強い関心を持ち、緩和ケア推進の必要性を認識することが重要である。

今回の研究における研究対象者は10名と少なく、また対象施設も4施設と限られており、一般化するには難しい。また、看護師の一方的な主観である困難感からは、終末期COPD患者の臨死期の看護における全ての課題を見出すことは出来ず、困難感を対象とした研究の限界であった。

VII. 結 論

終末期COPD患者の臨死期の看護における中小規模病院の一般病棟看護師の困難感は【苦痛を目の前にして改善出来ない不全感】【臨死期でさえ緩和ケアを優先出来ないジレンマ】【踏み出せない意思決定支援への苦悩】【QOLの尊重と延命との倫理的葛藤】【自分自身の不十分なケアへの自責の念】が明らかとなった。

困難感の背景には、終末期COPD患者における緩和ケア体制の遅れがあり、過酷な呼吸苦や終末期が不明瞭な状況が困難感へと繋がっていた。困難感に対しては、看護師個人の知識や技術などの看護の質向上だけでなく、多職種の協働した

サポート体制の確立や実践したケアを可視化し、共有するなどの取り組みが重要である。また、ACP など緩和ケアの実践には、個々の事例に応じた具体的な方略の検討が必要であり、専門的リソースの育成も重要である。そして、それをサポートする管理者や病院組織の取り組みも必要と考えられた。そのためには、医療者一人ひとりが終末期 COPD 患者の臨死期における過酷な状況を理解し、緩和ケア推進の必要性を認識することが最も重要である。

本論文は、兵庫医療大学大学院看護研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。また、内容の一部は、14th Asia Pacific Hospice Palliative Care Conference において発表した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 厚生労働省 (2020), 性別にみた死因順位 (第 10 位まで) 別死亡数・死亡率・構成割合, 2022 年 1 月 14 日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei20/dl/10_h6.pdf.
- 津田徹, 平原佐斗司: 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア—全ての人にエンドオブライフケアの光を!—, 南山堂, p.1-16, 2018.
- 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第 5 版作成委員会: COPD 診断と治療のガイドライン第 5 版, 日本呼吸器学会, p.116-117, 2018.
- Hyasat K., et al., Evaluation of the Patterns of Care Provided to Patients With COPD Compared to Patients With Lung Cancer Who Died in Hospital: American Journal of Hospice and Palliative Care, 33 (8), p.717-722, 2016.
- 吉澤孝之, 古市祥子, 吉澤明孝, 他: 慢性呼吸器疾患の終末期医療—肺がんと比較検討—, 日本臨床内科医会誌, 27 (5), p.620-625, 2013.
- 間瀬由記, 水戸 優子, 田中博子: 看護師による終末期の非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難へのケア実践と緩和ケアに対する困難感の実態, 神奈川県立保健福祉大学誌, 2 (1), p.41-49, 2015.
- 吉田みつ子: ホスピスにおける看護師の「死」観に関する研究—良い看とりをめぐって—, 日本看護学会誌, 19(1), p.49-59, 1999.
- 上山千恵子: 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」, 日本看護学会誌, 27 (3), p.75-83, 2007.
- 山出瑠望他: 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識, 人間看護学研究, 17(3), p.15-21, 2019.
- 岡本あゆみ: 非がん高齢患者の終末期を経験した看護師の意識調査, 淑徳大学紀要, 61, p.61-70, 2014.
- 日本呼吸器学会・日本呼吸リハビリテーション学会: 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針 2021, メディカルレビュー社, p.52-59, 2021.
- 桂秀樹: 慢性閉塞性肺疾患の終末期医療と緩和ケアの意義, 日本臨床, 61 (12), p.2212-2219, 2003.
- 濱村麻理, 藤田美賀, 青木真奈美, 他: 非がん疾患患者の人生の最終段階における意思決定支援の実態と課題, 日本看護学会論文集 (慢性期看護), 49, p.243-246, 2019.
- 追野真美, 関彩子, 石川晴菜, 他: COPD 患者が QOL を維持しながら過ごすための病棟看護師が行う意思決定支援, 日本看護学会論文集 (慢性期看護), 49, p.215-218, 2019.
- 布施恵子: がん診療連携拠点病院における治療法の意味決定を行う再発がん患者への看護支援, 岐阜県立看護大学紀要, 18 (1), p.143-151, 2018.
- 平塚良子: 家族や他人の負担にならない終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア, 看護技術, 65 (14), p.34-37, 2019.
- 日本呼吸療法医学会 気管吸引ガイドライン改訂ワーキンググループ, 気管吸引ガイドライン 2013, 2022 年 1 月 14 日閲覧, <https://square.umin.ac.jp/jrcm/pdf/kikanguideline2013.pdf>.
- 岡本尚子: がん患者のギアチェンジにおけるサポートを考える, 国立病院総合医学会, 61 (6), p.424-427, 2007.
- 久宗真理他: 慢性閉塞性肺疾患患者の終末期における看護師の緩和ケア実践に関する調査, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 27 (2), p.174-179, 2018.
- 非がん疾患のエンドオブライフ・ケアに関するガイドライン作成研究班, 非がん疾患のエンドオブライフ・ケアに関するガイドライン, 日経 BP, p.26-29, 2021.
- 宇宿文子他: 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討, 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, p.99-108, 2010.
- 林あり子: 最後に伝えたいことを伝えることの意義, 在宅療養中心から臨終期を病院で看取った症例, 看護技術, 65 (14), p.52-56, 2019.

◇ 原 著 ◇

認知症患者への看護ケアにおける 多職種倫理カンファレンスの効果

立石 圭¹⁾, 相島功治¹⁾, 國武美里¹⁾, 長門佐智子¹⁾,
堀内結乃¹⁾, 山崎幸子¹⁾, 嶺 佳代¹⁾, 石田 茂¹⁾

本研究の目的は、認知症患者に対する、多職種倫理カンファレンスの前後で患者の状態を比較し、多職種倫理カンファレンス後の看護ケアの効果を明らかにすることである。Jonsen らの4分割表を用いて情報整理することで、倫理的問題が明確となり、認知症患者の視点で看護ケアを実践し改善を重ねた。その結果、行動・心理症状は改善し、行動制限を最小限とすることができた。認知症患者に行動・心理症状が生じた際に多職種倫理カンファレンスを行うことは、周囲の援助者が認知症患者にとって何が最善であるのかを考える一助となり、患者のQOLの回復につながることを示唆された。以上のことから、多職種倫理カンファレンスにおいてJonsen らの4分割表を用いて情報を整理することは、倫理的問題を明確にし、認知症患者の見方を変えることができる。認知症患者の視点で看護の方向性を定め、最善の看護ケアの実践を可能とする点で効果的であった。

【キーワード】多職種倫理カンファレンス、認知症患者、行動制限、行動・心理症状、看護ケア

I. はじめに

一般病棟の認知症患者における身体拘束率は90%以上であり、精神科病棟においても認知症患者の行動制限率は年々増加傾向にある¹⁾。認知症患者は、入院による環境の変化から行動・心理症状を起こしやすい²⁾。行動・心理症状により対応困難となった認知症患者には医療安全を優先するあまり、行動制限を行う傾向にある。このように医療の現場では、認知症による現実検討能力の低下などから患者の意思に反した看護ケアが行われる場合があるため、看護者は倫理的な問題への感性和適切な倫理的行動が求められる³⁾。これまで認知症患者の対応困難事例への研究は数多く報告されている。しかし、認知症患者に対して多職種倫理カンファレンスを適時行うことで行動・心理症状が軽減し、行動制限を回避できた報告は見当たらない。今回、多職種倫理カンファレンスにおいてJonsen らの4分割表を用いて情報を整理することで倫理的問題が明確になり、看護ケアの方向性を認知症患者の視点で捉えたことにより、患者の行動・心理症状が軽減し行動制限を最小限とすることができた。そこで認知症患者に対する、多職種倫理カンファレンスの前後で患者の状態を比較し、

多職種倫理カンファレンス後の看護ケアの効果について検討・評価したので報告する。

II. 目 的

認知症患者に対する、多職種倫理カンファレンスの前後で患者の状態を比較し、多職種倫理カンファレンス後の看護ケアの効果を明らかにする。

III. 方 法

1. 研究期間：X年2月～4月
2. 研究デザイン：事例研究
3. 研究対象：A氏、70歳代、男性
4. 診断名：アルツハイマー型認知症
5. 家族構成：妻と二人暮らし。娘2人が近所に在住し、キーパーソンとしてサポートしている。
6. 経過：認知機能低下による記憶障害、嫉妬妄想による家族への暴力行為があり医療保護入院となる。入院時の症状として短期記憶障害、見当識障害、徘徊、帰宅欲求を認めていた。入院初日より他患者の部屋に入室し物品を持っていく等の行動を認めたため隔離室へ入室となった。

受付日：2022年4月27日／受理日：2023年1月20日

1) Kei Tateishi, Koji Aijima, Misato Kunitake, Sachiko Nagato, Yui Horiuchi, Sachiko Yamasaki, Kayo Mine, Shigeru Ishida : 九州大学病院

7. 研究方法：電子カルテより、A 氏の表情、言葉、行動、行動・心理症状の状態を後ろ向きで情報収集した。多職種倫理カンファレンスの前後で、患者の状態を比較し、多職種倫理カンファレンス後の看護ケアの効果を検討・評価した。多職種倫理カンファレンスは、A 氏の症状変化が見られた際に実施し、時間は 30 分とした。多職種倫理カンファレンスには医師、看護師（認知症看護認定看護師を含む）、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師が参加した（図 1）。ファシリテーターは認知症看護認定看護師が務めた。カンファレンスの検討方法は、Jonsen らの 4 分割表を使用した。さらに医学的適応、患者の意向、周囲の状況、QOL の 4 つの観点に即した生命医学倫理の 4 原則から分析を進めた。患者にとっての最善策を得ることができるように、QOL の向上を図るために必要な具体的対策まで検討することとした。多職種倫理カンファレンスによって得られた対策は、看護ケアとして電子カルテに掲示し、情報の共有を図り看護ケアを統一した。患者の認知機能、行動・心理症状についての評価方法は、長谷川式認知症スケール（HDS-R）、柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」、認知症の行動・心理症状質問票（BPSD25+Q/BPSD25Q）を用いて評価した。

IV. 倫理的配慮

対象者及び対象者の家族には研究の趣旨・目的及び研究結果の公表について書面と口頭で説明し、文書で同意を得た。個人が特定されないこと、研究の同意はいつでも撤回できること、研究の参加によって不利益は生じないことを対象者に

説明した。また、本研究は B 病院看護部の承認の下行った。

「長谷川式認知症スケール（HDS-R）」、「柄澤式老人知能の臨床的判定基準」は株式会社ワールドプランニングより使用許可を受けた。「認知症の行動・心理症状質問票（BPSD25+Q/BPSD25Q）」は（C）認知症介護研究・研修センターより文章にて使用許可を受けた。

V. 結 果

1. 第 1 回多職種倫理カンファレンス（入院 8 日目）

入院後 8 日間経過したが、A 氏は不安・焦燥、徘徊等の状態が続いていた。第 1 回多職種倫理カンファレンスは、落ち着かない行動が改善されない A 氏への対応と隔離処遇である行動制限について検討した。

入院後の A 氏は、短期記憶障害が著明で、医療者からの説明を一度は理解できてもすぐに忘れてしまい、自身が置かれた状況に混乱していた。病棟内を徘徊し、「どこに行けばいいですか、出口はどこですか」と他者へ訴え、他患者の部屋へ入室する、他患者の物を持っていくなどの行動が数回繰り返された。この状態に対し、他患者の保護と本人の安静目的で入院初日から夜間のみ隔離が開始されることとなった。実際に隔離を始めるとその直後より、ナースコールを頻回に押す、ドアを叩き続け叫ぶなどの行動がみられるようになり、患者の十分な休息が得られなかった。数日経過しても状態に変化はなく、落ち着かず混乱が続いていることが医師、看護師から報告されていた。第 1 回多職種倫理カンファレンスでは、多職種から夜間の隔離に倫理的問題があるのではないかと問題提起され Jonsen らの 4 分割表を用いて具体的対策を検討



図 1 多職種倫理カンファレンス写真

した。入院初日から夜間隔離を開始したことは、患者の安全を守るという観点から生命医学倫理の4原則⁴⁾における無危害原則により支持される。しかし、実際にはA氏は隔離により混乱、QOLの低下をきたし、自律尊重原則に反した結果がもたらされた。2つの原則の対立(表1)により、行動制限を続けてよいのかという点における倫理的ジレンマが発生した。A氏の自律を認めながら安全を確保するという視点に立ち、多職種倫理カンファレンスでは無危害原則を考慮しつつ自律尊重原則の方に焦点を置き看護ケアを検討した。具体的対策として、A氏が安心して療養生活を送るための環境調整を行うという看護ケアが提案された。A氏がどこで過ごしてよいのかが自身でわかり、その場で安心して休養することができるようにA氏の病室環境を工夫することとした。A氏の故郷や家族環境、趣味、職歴などを含めたこれまでの生活歴を情報共有し、実際の看護ケアでは、馴染みのある故郷の写真を自室に掲示した。また、A氏の好きな野球球団のイラストを用いて、自室の場所を示した。介入直後よりA氏は自分の居場所がわかるようになり、日中に他患者の部屋へ入室することは減少し、1日を通して穏やかに過ごすことができるようになった。同時に、夜間の休息も取れるようになり、入院19日後に夜間隔離は解除となった。

2. 第2回多職種倫理カンファレンス(入院26日目)

隔離解除後、A氏は落ち着いて過ごすことができていた。入院23日目に試験外泊を行ったところ、外泊直後より徘徊と他患者の部屋へ入室する行動・心理症状が再燃した。第2回多職種倫理カンファレンスは、A氏の自律尊重と他患者の安全確保について検討した。

A氏は試験外泊中、妻への嫉妬妄想や粗暴行為を認めず、自宅で落ち着いて過ごすことができた。家族の評価は良好で、家族はA氏の自宅への退院を希望するようになった。しかしA氏は、試験外泊から帰院した直後より、「帰りたいです」「何で私はここにいるのでしょうか」と言って落ち着かず、徘徊と他患者の部屋へ入室する行動が再燃した。他患者から「怖い」「何とかしてほしい」と訴えがあり、早急の対応が必要であった。ここで他患者の安心と安全のためにA氏に再び行動制限を設けることは倫理的問題があるのではないかと問題提起されたためJonsenらの4分割表を用いて具体的対策を検討した。他患者が安心できる療養環境を提供することは、正義・公平原則に支持される。A氏の「家に帰りたいたい」という気持ちを尊重し行動を制限しないことは自律尊重原則に支持される。ここでは、正義・公平原則と自律尊重原則の対立(表2)により行動制限を設けるべきであるかという点において倫理的ジレンマが発生していた。A氏にとっての最善は何かという視点に立ち、多職種倫理カンファレンスでは正義・公平原則を考慮しつつ自律尊重原則の方に焦点を置き看護ケアを検討した。具体的対策としてA氏と他患者や医療スタッフが行動を共にすることによって不安や恐怖の軽減を図る看護ケアが提案された。看護ケアの実施にあたっては、認知症看護認定看護師からパーソン・センタード・ケアとして、本人の目線でA氏の置かれている状況を検討することの必要性が示された。A氏は、外泊により本来の生活場所である自宅で家族に囲まれ安心してきていたが、急に病棟へ戻ったことで不適応を起こしているのではないかと考えられた。実際の看護ケアでは、A氏が落ち着くまで一緒に散歩する、好きな野球選

表1 第1回 Jonsen らの4分割表の倫理原則対立関係と具体的対策

<p>1. 医学的適応 (善行と無危害原則)</p>	<p>2. 患者の意向 (自律尊重原則)</p>
<p>・アルツハイマー型認知症の中核症状(記憶障害, 見当識障害)と行動・心理症状である(徘徊, 多動, 不眠)を認める。 ・今回の入院目的は、行動・心理症状の改善である。休養がとれるように行動制限(夜間の隔離)が必要である。</p>	<p>・アルツハイマー型認知症のため現在の自分の置かれている状況を把握できていない可能性がある。 ・「どこに行けばいいですか, 出口はどこですか」と訴えている。 ・隔離処遇は患者の意向に沿っていない。</p>
<p>3. QOL (善行と無危害と自律尊重原則)</p>	<p>4. 周囲の状況 (正義・公平の原則)</p>
<p>・夜間の隔離によりさらに混乱が強まりQOLが低下していると考えられる。</p>	<p>・他患者の部屋へ間違っ入室する行動を認めており影響が大きい。</p>
<p>具体的対策：・馴染みのある故郷の写真を自室に掲示する。 ・A氏の好きな野球球団のイラストを用いて、自室の場所を示す。</p>	

手のカードを番号順に一緒に並べたりするなど医療スタッフとの交流を増やした。また、精神保健福祉士から、社会人野球の選手であったこと、子煩悩で子どもを育て上げたことを誇りに思っていること等、A氏のより詳細な生活歴の情報提供があったことで、若い世代の他患者とキャッチボールや卓球などの運動を行うことで社会的交流が増えた。また自分の娘のように思っている他患者との関わりが増えていく中で、A氏は笑顔が増え、落ち着いて過ごすことができるようになった。

3. 第3回多職種倫理カンファレンス（入院40日目）

A氏は他患者やスタッフと交流が増え落ち着いて過ごしていたが、自分の娘のように思っていた他患者が隔離処遇の行動制限となった。その頃より1人で過ごす時間が増え夕方からの焦燥感が目立ち始めた。「私はどうしたらいいのでしょうか」「何をしたらいいのでしょうか」と言って落ち着かなくなった。第3回多職種倫理カンファレンスは、A氏の希望に添うことができるように意思決定支援について検討した。

どのような過ごし方を具体的に希望しているのか尋ねるが、本人からは具体的な希望が聞き取れなかった。ここでは、A氏の意味決定支援に関して倫理的問題が生じていると考え、Jonsenらの4分割表を用いて具体的対策を検討した。本人から表出された「私はどうしたらいいのでしょうか」「何をしたらいいのでしょうか」という言葉に着目し介入方法を検討した。これは本人の意向を尊重するという観点から自律尊重原則に支持される。まずA氏のこれまでの生活歴や病棟生活における日中の様子の情報を改めて共有した。A氏は日中、自主的に食堂の椅子を整理整頓し、自室の窓拭きをするなど、自分から仕事を求めている様子を認めた。自身の年齢を20歳代

や30歳代であると答えることがしばしばあった。今回、A氏が元々仕事熱心な性格であったことが、家族から情報提供されていた。作業療法士や看護師の意見をもとに、実際の看護ケアでは、本人の職歴を活かしたテーブル拭きを行ってもらい、A氏が新たな役割を担えるように介入することとなった。

また、医師や看護師から認知症の夕暮れ症候群が指摘され、夕方に不安・焦燥感が高まる傾向が共有された。薬剤師より薬物療法として頓服薬使用の提案があり、不調になる時間帯の1時間前に頓服薬の内服を試みた。Jonsenらの4分割表の医学的適応において、行動・心理症状の一つである夕暮れ症候群は不安、焦燥、興奮等の精神運動興奮により本来のその人らしさを保てない症状であることを共有した。早めの薬物療法により症状を予防することは、本人にとって善いことをするという善行原則に支持される。多職種倫理カンファレンスでは倫理原則の対立による倫理的問題を認めなかったが、倫理原則に即した介入方法という観点で看護ケアを実践した(表3)。A氏は、テーブル拭きという新たな役割を獲得したことで笑顔を取り戻すことができた。頓服薬の効果も認め、夕暮れ症候群は目立たなくなった。

以降、多職種倫理カンファレンスを基とした看護ケアの実践を継続することで行動・心理症状は認めなかった。落ち着いて病棟生活を過ごすことができたため、入院60日目に退院となった。

4. 入院直後と退院時における認知機能、行動・心理症状の変化

多職種倫理カンファレンスを通して看護ケアの改善を重ねた結果、A氏の長谷川式認知症スケール(HDS-R)は6点から10点、柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」は、「日常

表2 第2回 Jonsen らの4分割表の倫理原則対立関係と具体的対策

<p>1. 医学的適応 (善行と無危害原則)</p>	<p>2. 患者の意向 (自律尊重原則)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・外泊後から落ち着かず、不適応を起こしている。 ・他患者の部屋のドアを開けて回る ・現在は失見当識に対して本人の好みを取り入れたものを使うなどして対応している。(作業療法などで) 	<ul style="list-style-type: none"> ・「帰りたいです」と帰宅の要求を訴えている。 ・「何で私はここにいるのでしょうか」と落ち着かない。
<p>3. QOL (善行と無危害と自律尊重原則)</p>	<p>4. 周囲の状況 (正義・公平の原則)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・自宅から病院へ戻ったことによる環境変化に適応できていない。不安感が増しておりQOLは低下している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他患者から「怖い」「どうにかしてほしい」との訴えあり。
<p>具体的対策：・A氏が落ち着くまで看護師と一緒に散歩する。 ・看護師と好きな野球選手のカードを番号順に一緒に並べる。 ・他患者や医療スタッフとキャッチボールや卓球などの運動を行うことで社会的交流が増えた。</p>	



生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない日常生活能力を示す高度の異常衰退の+3」から「知能低下のため日常生活が一人ではおぼつかず、助言や介助が必要な日常生活能力を示す中等度の+2」に変化した。認知症の行動・心理症状質問票（BPSD25+Q/BPSD25Q）は、「重症度 25 点・負担度 22 点」から「重症度 18 点・負担度 13 点」へ変化した（表 4）。

VI. 考 察

第 1 回多職種倫理カンファレンスは、A 氏の行動・心理症状に伴い行われた隔離処遇である行動制限に倫理的焦点を当て検討した。入院直後に A 氏の行動・心理症状が悪化した状況は、患者に害を与えない無危害原則そして本人の意思を尊重する自律尊重原則に対立していると言える。その行動・心理症状への対応として隔離処遇である行動制限を行ったことが、

結果的に倫理的問題があるのではないかと指摘され検討された。認知症患者は、中核症状である記憶障害や見当識障害などの認知機能低下により状況変化への適応力が低下している。さらに行動・心理症状が加わることで認知症患者は不安・焦燥感や不穏性が高まり、対応に苦慮する場面が多くなり行動制限を行う傾向にある。第 1 回多職種倫理カンファレンスで行った看護ケアは、認知症患者である A 氏の生活歴や元来の性格、好きなものや馴染みに関する情報を多職種で共有することから導き出された。隔離処遇であっても A 氏にとっての最善は何かを多職種間で模索した結果、個性のある環境調整が可能となり対応の統一を図ることができたと言える。

第 2 回多職種倫理カンファレンスは A 氏の尊厳と他患者の安全確保に倫理的焦点を当て検討した。外泊後 A 氏は入院時よりもさらに帰宅願望が強くなり、自宅を探して部屋の扉を開けて回ったことが他患者へ影響を与えた。A 氏の立場か

表 3 第 3 回 Jonsen らの 4 分割表の倫理原則による情報整理と具体的対策

1. 医学的適応 (善行と無危害原則)	2. 患者の意向 (自律尊重原則)
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤調整は終了している。今後は介護認定を見直し、社会資源の調整後に自宅退院予定である。 ・夕方からの不安・焦燥は夕暮れ症候群である。 ・落ち着かない際に抗精神病薬（クエチアピン）の内服で効果は認めている。夕方からの不調が続いているため、頓服薬の予防的内服は効果を得る可能性がある。 <p>善行原則に即した対応が必要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「私はどうしたらいいのでしょうか」「私は何をしたらいいのでしょうか」と何かをしないといけないような発言を認める。 <p>自律尊重原則に即した対応が必要。</p>
3. QOL (善行と無危害と自律尊重原則)	4. 周囲の状況 (正義・公平の原則)
<ul style="list-style-type: none"> ・最も接触が多かった他患者の姿が見えなくなったため、不安が増強し QOL は低下していると考えられる。 ・作業療法では役割を見つけて意識した行動がとれていた。作業療法以外でも何か役割をみつけることで安心感を得ることができている可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院の目途が医療者と家族の間で相違がある。 ・家族を探している時が時々あり、他患者が部屋に入っていないか心配している。
<p>具体的対策：・役割を得ることができるように看護師と一緒にテーブル拭きやブラインド降ろしを行う。</p> <p>・患者の様子を見て早めの頓用の促しを行う。</p>	

表 4 認知機能、行動・心理症状の変化

	入院時	退院時
長谷川式認知症スケール（HDS-R）	6 点	10 点
柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」	高度+3 日常生活能力：失敗行為が多く目が離せない	中等度+2 日常生活能力：助言や介助が必要
認知症の行動・心理症状質問票 (BPSD+Q/BPSD25Q)	重症度：25 点 負担度：22 点	重症度：18 点 負担度：13 点

ら考えると、どこにいるのかわからず自宅を探していただけであったと思われる。その病態を理解しておかなければ、A氏の行動は他患者に対する迷惑行為でしかない。この場合、正義・公平の原則における全ての患者に適切で公平な看護ケアを提供するために、他患者の安心と安全確保のための策が優先されることとなる。A氏の尊厳を守る視点として Jonsen らの4分割表における医学的適応において認知症の病態を多職種間で共有したことで、スタッフはA氏のその人らしさを重視することができたと考える。このことは、認知症という疾患ではなく、その人らしさに目を向けるパーソン・センタード・ケアの提供ができたと考える。第2回多職種倫理カンファレンスで導き出された具体的対策は、A氏の尊厳を守り安心感を持ってもらうことが、他患者の安心・安全確保にもつなげることができたのではないかと考える。スタッフや他患者との交流を調整した結果、A氏は落ち着きを取り戻した。このことからA氏にとって、他者とともに過ごすことや父親としての役割を果たすことは重要な価値を持つものであったと考えられる。特に若い世代の他患者との関わりは、A氏的情绪面の安定において効果的であり、パーソン・センタード・ケアにおける個人の価値を高める行為(PE)をもたらしていたと考えられる。鈴木は、医療者主体のペースで治療やケアが行われるが、数分でも認知症のある高齢者とともに時間を過ごし、タッチなどでスキンシップをとることは、大切な看護ケアの1つである⁵⁾と述べている。関わりにより意識を別の対象へ切り替えることは、不安から気をそらし、安心して過ごすことができることに繋がったと言える。

第3回多職種倫理カンファレンスは、A氏的意思決定支援に倫理的焦点を当て検討した。A氏は度々「私は何をしたらいいのでしょうか」と繰り返し訴えておりこの言葉に着目して介入方法を検討した。成金は、認知症患者の意思決定支援において何度も本人へ意思確認を行うことの必要性を示しており、同じ言葉を繰り返す場合、本人の意思であるとみなしてもよい可能性が高い⁶⁾と述べている。A氏の場合、希望する具体的な内容を言葉として確認できなかったため、これまでの生活歴や日中の過ごし方より意思・希望を推察し、A氏の望むことであろう過ごし方を多職種で検討し提案した。第3回多職種倫理カンファレンスでは、A氏的意思を推定しながら意思決定支援のプロセスを支えていく過程を経ており、これは、清水の言う「同の倫理」と「異の倫理」のバランスをとりながら患者を支えていくプロセスと同様のプロセスであったと考える。清水は、自分と相手は同じだという理解に基づく対人関係である「同の倫理」と異なるという「異の倫理」の2つの見方を併せ持つことで同じ人に対してより高度な倫理的姿勢が成立すると述べている⁷⁾。その後のA氏の落ち着いた状態を考慮すると第3回多職種倫理カンファレンスにより導き出された具体的対策は、A氏的意思・希望に沿ったものであった可能性が高いと考える。医療者主導ではなくA氏らしさを尊重した点で倫理的な視点を持ち看護ケアを実

践できたのではないかと考える。同時に行動・心理症状の一つである夕暮れ症候群に対し予防的に早めの薬物療法が行われているが、これは薬剤師の提案により開始されたものである。Jonsen らの4分割表を用いることで多職種間での患者の状態が共有できるようになり、善行原則に基づいたA氏にとって最善である具体的対応策が導き出されたと考える。

全3回実施したA氏に対する多職種倫理カンファレンスは、jonsen らの4分割表を使用し検討を重ねているが、岡本らは4分割表の各項目を生命医学倫理の4原則に則り、分析・検討することで、原則同士の対立関係や支持関係が明らかになり、倫理的ジレンマの同定が可能になる⁸⁾と述べている。瀧本は、対立した原則のうち、どちらの原則を優先すべきか、誰もが疑いを挟む余地のない決定をすることは不可能である⁹⁾としている。今回の事例においても Jonsen らの4分割表を用いることで倫理原則の対立関係や支持関係は明らかとなったが、どちらの倫理原則を優先していくかという点において議論は分かれる傾向があった。このような場合、QOLの項目において、結局その具体的対策はA氏のQOLを上げるのか、下げるのかという倫理的な観点に即して、問題点や強みとなる点を視覚化して情報を整理し、介入方法の検討を重ねていったことで、A氏への看護ケアを一つの方向へ絞ることが可能となったと考えられる。

既存の看護研究で、認知症患者に対するスタッフ間での対応の統一化の効果を検証した報告¹⁰⁾はされており、本事例においても、看護ケアの方向性を一致させたことが、行動制限の解除、行動・心理症状の軽減への一因になったと考える。

山本は認知症ケアの提供において、職種間や看護師個人でも認知症への理解が異なり看護ケアの統一が図れないことがある。看護師が抱える課題は、看護師のみで解決できるものは少なく、多職種の連携協働により解決の糸口が見つかるものが多くある¹¹⁾と述べている。これらの問題に対し多職種倫理カンファレンスは、多職種連携と看護ケアの統一が行われることを前提として開催することが可能であった。また住若は、患者がいままでどのように生活してきたのか、現在の「もてる力」はなにであるのか、今後どのような生活を送っていくのかを知ることで、認知症高齢者の生活が分断されないようにしていく必要がある¹²⁾と述べている。その解決方法として多職種倫理カンファレンスによる患者本人が安心して過ごすことができる環境や関わり方、過ごし方の調整は、患者本来のその人らしい生き方を支えるという点で有効であったと考える。多職種倫理カンファレンスは最終的に「QOLの回復のために」何ができるかという観点で看護ケアの方針を定めている。今回、A氏への看護ケアにおいて多職種より共有された情報をもとにA氏の「その人らしさ」を捉えた看護ケアを提供でき、それはA氏のQOLの回復を促し安心や安らぎをもたらすものであった。

さらに多職種倫理カンファレンスによって導き出された看護ケアは、A氏個人の人生歴やパーソナリティに合わせて調

整された唯一のものであり、個別性が高い。その点でも看護ケアの詳細についてスタッフ間、多職種間の密な連携や看護ケアの方向性を一致させることが重要であった。遠藤は、倫理カンファレンスはどの価値が適当か決定する場ではなく、自分自身を含めたそれぞれの看護師がどのような価値をもち、行動しているかを意識化し、共有したうえで、今より少しでも良くなる方法はないかとお互いの価値のすり合わせを行っていく事に主眼をおく¹³⁾と述べている。そのため多職種連携と看護ケアの統一が行われることを前提として開催が可能である多職種倫理カンファレンスは効果的であると考えられる。

全ての多職種倫理カンファレンスでは、それぞれの専門領域から A 氏への見解を統合し、患者本人の意欲を高める役割や交流を取り入れた。これは、患者の意思が混乱していても、周囲の者が患者にとって何が最善であるのかを考えることが QOL の回復につながる事が今回の事例から示唆された。

これまでの患者カンファレンスでは、スタッフが倫理的疑問を感じていたとしても倫理的問題として話し合うことが困難であった。今回、多職種倫理カンファレンスにおいて jonsen らの 4 分割表を用いて情報を整理することで倫理原則を踏まえた観点から倫理的問題を捉えることができた。多職種倫理カンファレンスは患者にとっての最善を求めるため、患者の視点で患者の困りごとを話し合い、看護ケアを実践した。今後、多職種倫理カンファレンスを繰り返し行うことでスタッフ個人及び病棟全体の倫理観の醸成・向上に繋がることが期待できるのではないかと考える。池添らは、看護者の責務の一つとして、看護現象に対する倫理観を磨くことを挙げており、「看護者として、常に倫理原則を踏まえた姿勢で関わることができているかを振り返り、自らの倫理観を高めていくことが重要となる」¹⁴⁾と述べている。

今回、長谷川式認知症スケール (HDS-R)、柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」、認知症の行動・心理症状質問票 (BPSD+Q/BPSD25Q) の評価指標において得点の改善を得ることができた。これは A 氏の行動・心理症状が改善したことにより患者が本来持っている認知機能の回復へとつながったことが要因だと考える。先行研究においても行動・心理症状が重症化すると長谷川式認知症スケール (HDS-R) の得点低下が相関することは報告¹⁵⁾されており本事例においても同様の傾向を得ることができた。しかし、本研究の限界と課題として、今回は一事例に限定した認知症患者を対象として多職種倫理カンファレンス後の看護ケアの効果を検証したものであり、結果は患者個人の症状に基づくものである。そのため、偏りがある可能性が否めず一般化することには限界がある。今後は、事例数を蓄積し多職種倫理カンファレンス後の看護ケアの効果を検証していく必要がある。また、今回ファシリテーターを務めた認知症看護認定看護師は、特に経験の浅い看護師や多職種からの意見を引き出すことを意識的に行った。これにより、さまざまな年代の看護師や職種から、多くの看護ケアが提案され実践された。このように患者を全

人的に捉え、看護ケアにつなげるためには多職種倫理カンファレンスを継続していくことが必要である。

VII. 結 論

多職種倫理カンファレンスにおいて Jonsen らの 4 分割表を用いて情報を整理することは、倫理的問題を明確にし、認知症患者の見方を変えることができる。認知症患者の視点で看護の方向性を定め、最善の看護ケアの実践を可能とする点で効果的であった。

本論文の内容の一部は第 21 回福岡県看護学会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 公益社団法人全日本病院協会 (2016), 身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書 2022 年 2 月 19 日閲覧,
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160408_2.pdf.
- 2) 鈴木みずえ: 急性期病院でのステップアップ認知症看護 (1), 日本看護協会出版会, p.44-45, 2016.
- 3) 北山智規: A 病院の精神科病棟に勤務する看護者が捉える倫理的問題の傾向, 第 43 回日本精神科看護学術集会 第 47 群 230 席, p.480
- 4) Tom L. Beauchamp, James F. Childress: Principles of biomedical ethics (5), 2002, 立木教夫, 足立智孝 監訳, 生命医学倫理, 麗澤大学出版会, p.16, 2009.
- 5) 鈴木みずえ: 急性期病院でのステップアップ認知症看護 (1), 日本看護協会出版会, p.105, 2016.
- 6) 成木迅: 医療従事者向け意思決定支援ガイド, JST/RISTEX 「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発領域, 「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステム開発」, p.3-4, 2015.
- 7) 清水哲郎&臨床倫理プロジェクト, 臨床倫理エッセンシャルズ 2016 年春版, p.21-23, 2016.
- 8) 岡本圭史, 金沢英哲, 北條京子, 他: 重度嚥下障害患者における対応—臨床倫理カンファレンスを行った 1 症例—, 日摂食嚥下リハ会誌, 22 (1), p.46-51, 2018.
- 9) 瀧本慎之: 心身医学で知っておきたい臨床倫理の基礎と実践 第 4 回臨床倫理の実践: ケースを検討する, 心身医学, 54 (10), p.945-947, 2014.
- 10) 永田絢子, 吉藤美希, 福田貴大: 同じ訴えを繰り返すアルツハイマー型認知症患者に対する看護職者のかかわりの統一化とその共有, 日本精神科看護学術集会誌, 62 (1), p.386-387, 2019.
- 11) 山本恵子: 認知症高齢者と共にある認知症ケアを目指して, 日本早期認知症学会誌, 10 (1), p.81, 2017.
- 12) 住若智子: 認知症高齢者のもてる力に着目した看護, 老年看護学, 22 (1), p.24-28, 2017.
- 13) 天賀谷隆, 遠藤淑美, 小川貞子, 他: 日本精神科看護技術協会監査: 実践精神科看護テキスト (改訂版) 第一巻看護実践/看護倫理, 精神看護出版, p.193-202, 2011.
- 14) 池添志乃, 田井雅子, 中野綾美, 他: 倫理的判断を基盤とした抑制についての調査, 日本看護倫理学会誌, 3 (1), p.69, 2011.
- 15) 山口晴保, 中島智子, 内田成香, 他: 認知症疾患医療センター外来の BPSD の傾向, 認知症ケア研究誌 1, p.8, 2017.

◇ 原 著 ◇

卒後3年目までに経験した心不全患者の 看護実践の学びのプロセス

角野雅春¹⁾

目的：卒後3年目までの看護師が経験する心不全患者に対する看護実践の学びのプロセスを明らかにする。

方法：循環器内科病棟に勤務する卒後3年目の看護師5名に半構成的面接を行った。研究方法論はM-GTAを採用した。

結果：心不全看護を担い始めた看護師は、【心不全の病態や症状を捉える意味の学び】から心不全看護を学び始める一方、【心不全の不確かさの学び】として心不全特有の症状や急変リスクの不明瞭さ、心不全看護の不全感を経験していた。その後、【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】によって心不全看護を深め、【心不全とQOLの関連性の学び】から心不全看護の専門性を学び得ていた。

結論：心不全看護を学ぶ卒後3年目までの看護師は、心不全看護の基礎力としての学びを深める土台の築きに始まり、心不全看護の専門性や心不全患者のニーズに気づき、患者との関わり方を変化させながら、新たな看護観の形成や自律性の獲得に繋げていた。

【キーワード】心不全看護、看護実践、経験、学び、気づき

I. はじめに

心不全は、虚血性心疾患、心筋症、弁膜症、高血圧症、不整脈等の基礎疾患から併発し、増悪と寛解を繰り返しながら、慢性的または急性増悪を辿り徐々に予後が悪化する進行性の臨床症候群である¹⁾。心不全の増悪は、器質的変化や感染等の医学的要因のみならず、塩水分制限の不徹底、服薬アドヒアランス不良、過労等のセルフケア不足によるとされる。ゆえに、心不全看護を担う看護師においては、心不全増悪時におけるクリティカルケア領域での看護実践、心不全に伴う生命予後および生活の質の改善や維持、日常生活支援等、幅広い課題に対する慢性看護実践が求められる。

心不全看護に関する先行研究を概観すると、心不全患者の各病期に応じた身体的症状緩和、精神的安寧の維持向上の支援²⁾、心不全の徴候と症状を結びつける継続的学習支援³⁾、心不全に伴う身体変化を支える看護実践⁴⁾、心不全の病態理解を含む自己管理の教育的支援^{5) 6)}等、疾病管理や急性増悪の予防、生活指導や再入院予防に関する慢性看護領域に関す

る研究が多くを占める。心不全に関するクリティカルケア領域の研究は散見する程度であったが、他分野のクリティカルケア領域においては、ショック期における生命維持に関する看護実践⁷⁾、危機的状況での身体心理的側面の危機回避に焦点を当てた看護実践⁸⁾、集中治療に伴う身体的・精神的ストレスに対するケア⁹⁾等が確認された。

こうした専門的かつ実践的な能力の獲得には経験からの学びが重要であると示されており、Benner (1984/2005) は、類似する状況において2~3年の臨床経験のある看護師は一人前の段階とし、そのような看護師は自分の看護実践を捉え始める時期であると示している。一人前の看護師として看護実践力を身につけるには、看護学生から看護師へとキャリア初期の役割移行が行われること¹⁰⁾、専門職として自信を獲得しつつ自分自身の存在価値を見出していくこと¹¹⁾、様々な思いの中で向上心を持って看護ケアにあたっていること¹²⁾、看護師像とのギャップや葛藤を抱えながらも、看護実践の経験から新たな意味を見出していくこと¹³⁾など、卒後3年目までの看護経験の重要性が示される。

受付日：2022年9月20日／受理日：2023年1月20日

1) Masaharu Kadono：社会医療法人生長会府中病院

以上のことから、卒後3年目までの看護師が経験した心不全患者のたどる急性期から慢性期までの治療・療養に関する看護実践の学びに着目し、その具体を明らかにすることは、卒後3年目までの看護師を対象とした心不全看護教育への示唆を得ることが期待できる。

Ⅱ. 目 的

卒後3年目までに経験する心不全患者に対する看護実践の学びのプロセスを明らかにすることを目的とする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(modified grounded theory approach: 以下 M-GTA) (木下, 2007) を用いた質的帰納的研究である。M-GTA は、データに密着した継続比較分析から独自の理論を生成する方法として有用である。本研究に関しては、卒後3年目までの看護師という限られた期間および対象に焦点化したこと、また看護師の思考や行動は一時的な現象ではなく時間的なプロセス性があることに着目した。したがって、本研究では、継続比較分析とプロセス性のある事象を分析することに適している M-GTA を方法論として用いた。

2. 対象者の選定

本研究の対象者は、一般病院同一部署に新卒時から継続して循環器内科病棟に勤務し、心不全患者の看護実践を経験した卒後3年目の看護師5名とした。

Benner は、類似する状況において2~3年の臨床経験のある看護師は一人前の段階とし、そのような看護師は自分の看護実践を捉え始める時期であると示している。なお、研究対象者は看護師長から該当する看護師の紹介を受けた後、研究者より研究対象者へ研究内容を説明し承諾を得たうえで決定した。

3. データ収集期間

2020年6月~2020年11月。

4. データの収集方法

データ収集は半構成的面接によって行った。研究の趣旨について研究対象者に文書および口頭で説明し、同意を得た。面接は1人1回とし、研究対象者が勤務する病院内のプライバシーが保護できる個室を借りたうえで、1対1で行った。

インタビュー内容は、就職直後からこれまでの心不全看護の経験において、自身の看護実践に影響を受けた場面や出来事、それに伴って生じた行為や気持ちの変化、心不全患者との関わりで印象に残っている出来事を中心に自由に語ってもらった。面接内容は、研究対象者の許可を得て IC レコーダーに録音し、内容を逐語録としてデータを収集した。

5. 分析方法

本研究は、本研究が看護実践の経験の学びを明らかにする目的をもつこと、患者-看護師の相互作用に焦点をあてるこ

と、インタビューによるデータ収集であること、分析の対象者を心不全看護領域の卒後3年目までの看護師に限定していることから M-GTA が適していると判断し、分析方法として用いることにした。よって、分析焦点者は「心不全看護の経験のある卒後3年目までの看護師」、分析テーマは「経験した心不全患者のたどる急性期から慢性期までの治療・療養に関する看護実践の学び」と設定した。得られたデータを基に、分析テーマと分析焦点者に照らしてデータの関連箇所に着目し、概念生成を行った。概念生成の際に分析ワークシートを作成し、概念名、定義を記載し、具体例を各概念に分類した。複数の概念を表現できるサブカテゴリーを生成し、さらにカテゴリーに統合した。分析結果をストーリーラインとして文章化し、結果図を作成した。

6. 分析の妥当性・信頼性の確保

分析結果の妥当性については、研究対象者5名にメンバー・チェックを依頼した。面会のうへ、分析結果を提示したところ、5名全員が結果の解釈とプロセスに同意した。また、すべての分析過程において、慢性心不全看護認定看護師や心不全患者の看護経験のある複数人から継続的に意見をもらい、分析結果の信憑性、明確性および確認可能性を確保した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、研究対象者が所属する施設の看護部研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得て実施した。

研究対象者に対して、文書と口頭で研究内容と倫理的配慮について説明を行い、同意書への署名をもって研究協力の承諾とした。また研究対象者から得られたデータは研究のみに使用し、看護部および所属する看護師長等へのデータの開示は行わないことを説明し個人情報の保護に努めた。研究対象者へは研究の目的、方法、期待される結果、対象者にとっての研究協力に関する利益、不利益、研究協力の自由意思、同意・参加後であっても辞退可能であること、研究への協力や拒否により看護実践や業務、キャリア等に不利益は生じないこと等を説明した。さらに、プライバシー保護のための配慮として、個室でのインタビューを保証すること、録音されたデータおよび逐語録は研究のみに使用し、個人の秘密は厳守されること、データの取り扱いと保存方法、研究の実施と公表について説明し、同意を得て行った。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者概要

研究協力者は、卒後3年目の看護師5名(全て女性)で、平均年齢は24.4歳であった。基礎教育課程は、全員が看護専門学校であった。面接時間は平均30.7分(21~43分)であった。

2. 結果の概要

M-GTA による分析の結果、卒後3年目までに経験する心不全患者に対する看護実践の学びは、【心不全の病態や症状を

捉える意味の学び】、【心不全の不確かさの学び】、【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】、【心不全と QOL の関連性の学び】の4つのカテゴリー、7つのサブカテゴリー、44の概念で構成された。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、概念は“ ”で表記する。分析結果であるストーリーラインとそれを説明する結果図(図1)を示す。()は意味の補足とする。

3. ストーリーライン

心不全看護を担い始めた看護師は、限られた心不全の知識しか持ち合わせていない中で、心不全の病状と症状を結び付けるなど、〈心不全の定型的な病態や症状から病像をイメージする〉ことから心不全看護を学び始めていた。その後、心不全看護の経験を積み重ねる過程において、心不全の病像全体を把握することの重要性に気づき、〈心不全の病像や症状変化に注視し全体を把握する〉といった【心不全の病態や症状を捉える意味の学び】がみられた。

一方で、心不全特有の症状や急変リスクの不明瞭さ、変化していく心不全の病状や症状の掴みにくさやしんどさを有する患者に対して(できないではなく)できることがない不全感から〈心不全の不確かさを感じる〉という経験を通した【心不全の不確かさの学び】がみられた。

次に、看護師として心不全増悪を繰り返す心不全患者の行動や考えに肯定否定的な複雑な感情を抱き悩みながらも、病状経過や症状改善の過程で症状を持つ患者をありのまま受け止めたり、身体や気持ちの変化に気づこうとするなど、〈症状によってもたらされる身体・心理的な苦痛を感じケアを考える〉こと、〈心不全の追体験により患者の心情を理解する〉といった【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】を深めていた。

看護師はこれらの経験を経て、心不全指導の難しさを再認識したり、残存機能と日常生活の活動範囲を考えるなど、心不全看護の学びを積み重ね(患者の好ましい状況を求める)という看護の方向性を見出そうとしていた。さらに、患者個々の心不全症状の違いを注意深く見ることの大切さを知ることや急変リスクの心づもりを持つなど、心不全看護の特性に触れ、心不全の変化を掴み取れる正確な観察力を身につけようと(する)〈正確な観察と専門的知識を深める〉といった【心不全と QOL の関連性の学び】がみられた。

4. 各カテゴリーの説明

カテゴリー・サブカテゴリー・概念の説明と、概念に含まれている代表的なバリエーションとして研究対象者の語りを「 」で表記する。

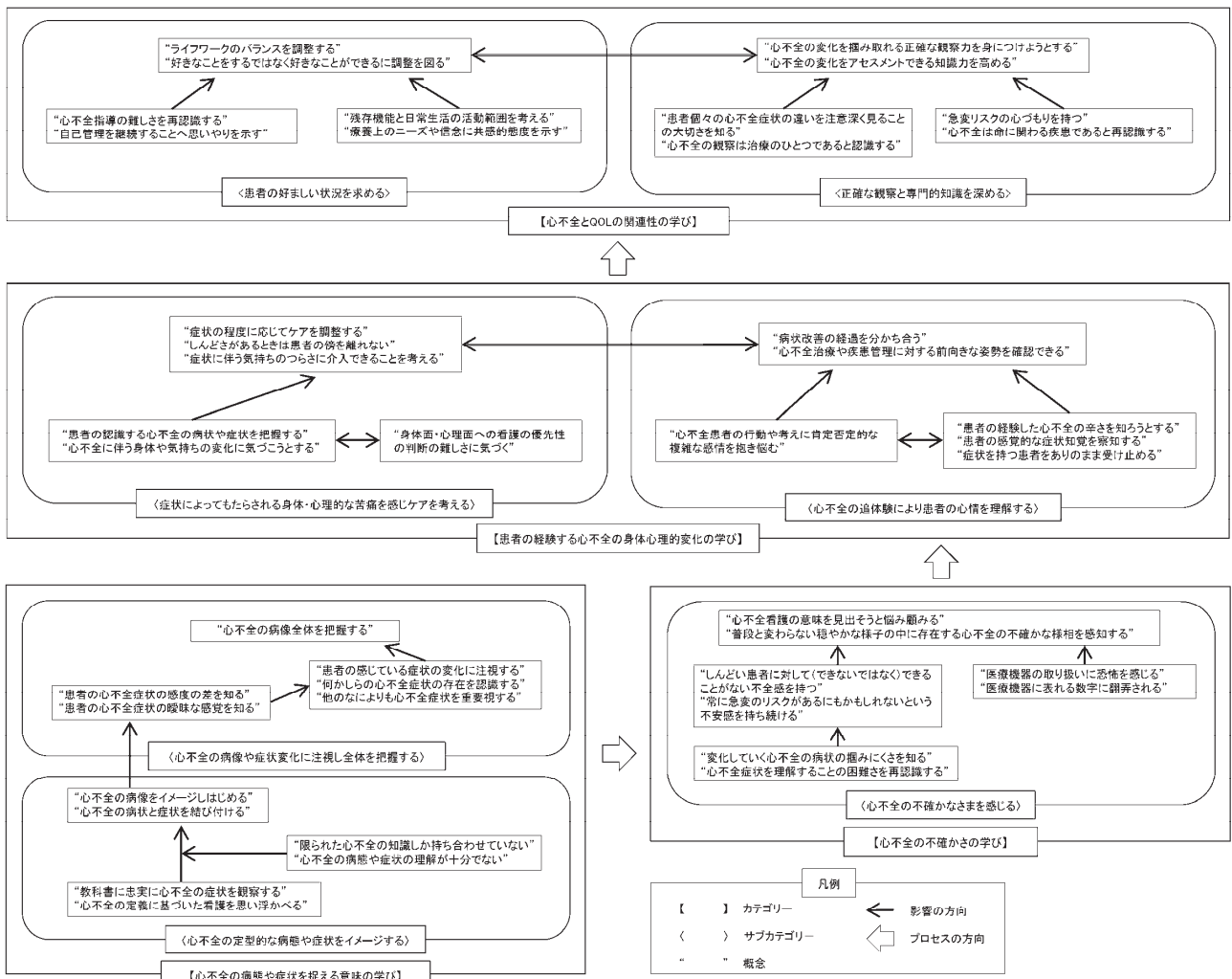


図1 結果図 卒後3年目までに経験した心不全患者の看護実践の学び

1) 心不全の病態や症状を捉える意味の学び

カテゴリー【心不全の病態や症状を捉える意味の学び】は、〈心不全の定型的な病態や症状から病像をイメージする〉〈心不全の病像や症状変化に注視し全体を把握する〉の2つのサブカテゴリーで構成された。

入職当初、看護師は「最初は、教科書的なことしか。教科書に書いてあるとおりで、心不全ならこの項目っていうか、これを見る、シンプルなことだけ。」や「最初、症状を見ることに必死だったんですよ。一応、自分なりに勉強して、症状は大事と思っていたので。心不全っていろいろな病状があって、呼吸困難とか咳嗽とか浮腫とか、教科書に載っていた心不全の定義とかその観察項目とかを必死で見っていましたね。」など、学生時の学習内容や循環器病棟配属後に学び始めた知識を用いて心不全看護を行っていた。よって概念名を「教科書に忠実に心不全の症状を観察する」「心不全の定義に基づいた看護を思い浮かべる」とした。

一方で「卒後1年目の時で、入職してまだ慣れていないっていうのもあったと思うんですけど、患者さんに心不全の指導をするってなった時に、その時は典型的にパンフレットとかハートノートに書かれていたことに沿ってしか伝えられていなかった。」や「患者さんへの私の説明がただ単に否定的な言葉に聞こえたみたいで、あれもアカン（駄目）これもアカン、飲んでも食べてもアカンって。私がしてはいけないことっていうのをちゃんと理解していなかったと思う。」など、自身の心不全の知識や理解の低さについて語られた。よって概念名を「限られた心不全の知識しか持ち合わせていない」「心不全の病態や症状の理解が十分でない」とした。

次に看護師は「何度かコントロール不良で心不全悪化させて入院していた患者さんで、この人だんだんと体重増えてきているなって思っていて、前日からプラス1kg程度やっただんですけど、1週間ほど遡ったらトータルで2kgは増えているっていうことに気づいて、飲みすぎではなかったけど、パッと見てわかる浮腫みもあったし、もしかしたら塩分取りすぎているのかもしれないって（心不全の）全体像をイメージしましたね。」のように患者との関わりを通して、心不全の病態や症状と有する知識を結びつけ心不全の病像をイメージしはじめていた。よって概念名を「心不全の病像をイメージしはじめる」「心不全の病状と症状を結び付ける」とした。

心不全の病像をイメージしはじめた看護師は「心不全の原因によって症状は変わってくると思うんですけど、患者さんによって症状の感じ方が違うってことを知りましたね。その上でこの人だったらここを見なくちゃいけないとか、そういった感じで観察して、患者さんに関わっていましたね。」や「実際は（心不全が）治っているわけではないんですけど、患者さんは症状が無くなったから治ったと思ってたり、これくらいの心不全のしんどさなら、ソコまで悪くなってないって（患者が）思っていることを知ってからは、患者さんへの関わり方ってとても大事って思うようになりましたね。」など、

患者の心不全症状の知覚や認識を汲み取り関わることの重要性を学んでいた。よって概念名を「患者の心不全症状の感度の差を知る」「患者の心不全症状の曖昧な感覚を知る」とした。

また看護師は「何かしらの症状があったりとか、普段こういうことができていたのに、これしたら最近しんどくなってきてたっていうこととか、いつからそうだった（症状出ていた）とか、何かをしている時だったかとか、話したり見たりするようになりました。」のように心不全症状の現れ方や感じ方などの観察する方法を広げていっていた。よって概念名を「患者の感じている症状の変化に注視する」「何かしらの心不全症状の存在を認識する」「他のなによりも心不全症状を重要視する」とした。

さらに看護師は「やっぱり、心不全患者のしんどいといった症状を、ちゃんと心不全として理解することが大切で、その人にとってそのしんどさが心不全の病状の変化でもあるから、全体を見て、しんどいだけって軽く考えないようになった。」と語るように、心不全の病状から心不全全体を把握する重要性を学び始めていた。よって概念名を「心不全の病像全体を把握する」とした。

2) 心不全の不確かさの学び

カテゴリー【心不全の不確かさの学び】は、〈心不全の不確かさを感じる〉の1つのサブカテゴリーで構成された。

看護師は心不全患者の病態や症状を捉える意味を学び始める一方で「しんどかったですね、患者さんの病状がだんだんと変わっていくことについていけなかったし、教科書に書いておりにくい訳ではないんだなって、心不全ならこの項目、これを見るっていう簡単なことでないんだなって。」や「症状を見ることで難しかったところは、しんどさを上手に話せない人がいて、どこがしんどいっていうわけではなく、とりあえずしんどいってなった時に、もう解らなくなっちゃいましたね。」など、心不全患者の病状や症状を非定型的に見ることの難しさに直面していた。よって概念名を「変化していく心不全の病状の掴みにくさを知る」「心不全症状を理解することの困難さを再認識する」とした。

また看護師は「しんどい、しんどい、ってずっと言っている人がいて、なにかしているわけでも、どこって感じでもないんですけど、このような全体的なしんどさをみると胸は痛みますね。対応できない時はどうしたらいい？どうしたら楽になる？って思うことは正直ありました。今すぐになにかできるわけではないんですけどどうしたらいいんだろうって考えましたね。」や「やっぱりいつもどおりに患者さんを見ると、その人に起こるリスクとかも考えているようで考えられていない自分もいて、やっぱりいつ急変してもおかしくないっていう可能性はあるわけで、先のことを考えてみたりすると、けっこうそうになったら怖いっていうか。」など、看護師としてすべきことやできることに悩んだり、急変のリスクに不安を抱いたり、心不全看護の経験を積んでいた。よって概念名を「しんどい患者に対して（できないではなく）でき

ることがない不全感を持つ”“常に急変のリスクがあるかもしれないという不安感を持ち続ける”とした。

さらに「心不全が悪くて、シリンジポンプで昇圧剤を投与して、シリンジの薬剤を更新するだけの処置でも、正確に的確に処置しなければならないってすごく緊張して、自分の行動ひとつで患者さんが悪くなってしまうんじゃないかって、最初、怖かったですね。」や「人工呼吸器だけじゃないですけど、どうしても患者さんっていうよりも機械の方にとらわれてしまって、機械のアラームが鳴って呼吸数とか脈拍とかが増えたりしたのを機械が教えてくれるんですけど、機械、機械って焦ってしまって、もうどうしようもなくなっちゃいましたね。」と語るように、人工呼吸器やNPPV、心電図モニター、輸液ポンプなどの医療機器の取り扱いに怖さを感じたり、医療機器が示す生体データを適切に読み解くことの困難さに直面していた。よって概念名を“医療機器の取り扱いに恐怖を感じる”“医療機器に表れる数字に翻弄される”とした。

そのような中でも看護師は「本人に症状とか聞ければ聞いて、今はこっち（看護師）がしっかり見る時なんだってことを判断して、その心不全の状態によって自分が介入するところを考えて、落ち着いてできるところから少しづつって感じで、すべきことを考えるっていうか探してるって感じでした。」や「入院してきた時はしんどいなあって感じやったんですけど、そのあとはしんどくないよって話ししたり普通にしたりしてたんですけど、普段と変わらず穏やかに（療養）している感じやったんですけど、動くとき結構ゼイゼイって（息あがっていた）感じがあったから。」など、心不全看護の意味を見出そうと試みたり、心不全患者の曖昧なさまを感じ取ろうとしたりしていたことが明らかとなった。よって概念名を“心不全看護の意味を見出そうと悩み顧みる”“普段と変わらない穏やかな様子の中に存在する心不全の不確かな様相を感知する”とした。

3) 患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び

カテゴリー【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】は、〈症状によってもたらされる身体・心理的な苦痛を感じケアを考える〉〈心不全の追体験により患者の心情を理解する〉の2つのサブカテゴリーで構成された。

心不全の不確かさを学び得た看護師は「なんか病態とか症状だけじゃなくって、その人の心不全によって起こっている精神的な苦痛があると思う。」や「あんなに細かな症状が出ているのに、患者さんと話していると、これは心不全だったんだ、ただ浮腫んでただけだと思ってたと話すがいたり、（呼吸が）ハアハアって感じからぜいぜいって、だんだんと心臓が悪くなってきてるって自分の様子を話せる人もいて、患者さんによって全然感じ方が違う。」と、患者の心不全の受け止め方に気づき始めていた。よって概念名を“患者の認識する心不全の病状や症状を把握する”“身体や気持ちの変化に気づこうとする”とした。

その上で看護師は「全然しんどさがとれない時に、できるだけ傍にいて、どうしたらその苦痛を取り除けるだろうかって

て考えますね。」や「心不全の症状がある人って、体もしんどって思うんですけど、気持ちもしんどって感じているだろうから、本人と話できれば聞いたりしていますけど、その人の感じを見て、その時の状況によって自分ができるところを考えます。」など、心不全患者の身体心理的变化に応じたケアを考えていた。よって概念名を“症状の程度に応じてケアを調整する”“しんどさがある時は患者の傍を離れない”“症状に伴う気持ちのつらさに介入できることを考える”とした。

一方で「心不全って気持ちの面に関わることがすごく大事と思っているんですけど、そういった心理的な面（の看護）って欠けやすいって思います。バイタルとか、身体的なところメインってなっちゃって、どうしても見るのが重要って思っている。」の語りからも、身体心理的側面における優先性を判断することの難しさに悩んでいた。よって概念名を“身体面・心理面への看護の優先性の判断の難しさに気づく”とした。

次に看護師は「心不全を繰り返す患者さんって何度も繰り返すじゃないですか。分かっているのに（管理）出来ない人もいて。ある程度できるように、完璧でなくても。本人が（管理）できることのレベルで、それもありなのかなって気もしてきましたね。」のように、心不全増悪を繰り返す心不全患者の行動や思いに対して複雑な感情を抱きながらも、心不全患者に対する向き合い方を模索していた。よって概念名を“心不全患者の行動や考えに肯定否定的な複雑な感情を抱き悩む”とした。

また看護師は「（急性増悪した患者を見るまでは）心不全がここまでしんどい病気って思っていなかったから、ここまで患者さんのしんどそうな姿を見たことがなくて、こんなにしんどいんだって。」や「やっぱり患者さん自身は体で感じていると思うんですよね、良くなってきているとか悪くなっているとか。それって感覚的なことで、あの時よりはましとか、楽になったかなって。しんどいの無くなりましたか？って聞くよりも、今こうなんだから、どうなってきたかを分かる方が良いと思いましたね。」「しんどいからもう死にたいって話す患者さんもいて、私が何かするってことよりかは、患者さんを否定せずに、ただお話し聞かってことだけしかできなかった。」など、患者が経験した心不全の経過や症状知覚の変化を理解しようと試みていた。よって概念名を“患者の経験した心不全の辛さを知ろうとする”“患者の感覚的な症状知覚を察知する”“症状を持つ患者をありのまま受け止める”とした。

そして看護師は「ハンプとかDOBとか投与していたのが、だんだんと（点滴が）無くなって、患者さんの状態が良くなっていくっていうのは嬉しかったです。私だけの関わりってことではなかったんですけど、いろんな治療とか経過とかあって、その時に（患者から）ほんと（回復して）良かったですって言うてくれたんです。」や「ねぎらうじゃないですけど、あの時しんどかったけど治療して今がありますねって、患者さんがやってきた治療を肯定してあげるではないですけど

どそんな話すると、あの時はしんどかった、これからは(疾患管理を)やっていけそうって話してくれる患者さんもいた。」と、心不全の回復過程にある心不全患者の前向きな反応を受け止めていた。よって概念名を“病状改善の経過を分かち合う”“心不全治療や疾患管理に対する前向きな姿勢を確認できる”とした。

4) 心不全と QOL の関連性の学び

カテゴリー【心不全と QOL の関連性の学び】は、〈患者の好ましい状況を求める〉〈正確な観察と専門的知識を深める〉の2つのサブカテゴリーで構成された。

看護師は心不全患者の身体心理的側面の理解を深める過程で「患者さんと塩分過多には気をつけようって話してんですけど、次の時には下肢浮腫で再入院になって。本人に話聞いたら、塩分はすごく注意していたみたいなんですけど、野菜は栄養たっぷりあるからってトマトを1日に2個から3個摂って、トマトジュースも飲んでみたいで。」や「入院して心不全は治療したら症状としてのしんどさはなくなるけど、その後も心不全とはずっと付き合っていくといけなくて、症状があれば身体的にしんどいだろうけど、あの制限(心不全管理)をしなければならなくてことはとても難しくって、精神的にもしんどいだろうなって思いながら指導しています。」など、心不全管理上の患者支援の難しさを再認識していた。よって概念名を“心不全指導の難しさ再認識する”“自己管理を継続することへ思いやりを示す”とした。

また看護師は「1時間ウォーキングとか、雑草掃除とか、1回1回しゃがんで抜いてとかしてたんですけど、そういうこともその人の生きがいがだったみたいで、(患者背景のことを)何も知らなければまた心負荷がかかって心不全が増悪してしまうかもしれないから絶対やめてもらおうって思うけど、そうでなくてその人のできる範囲を考えて。」や「実際に入院して、患者さんが治療しているってどう感じてるのかってところを、病気に対する気持ちに変化が現れるかもしれないし、そのようなことも大事に(看護師として関わらないと)って思います。」と語るように、心不全の病状のみでなく患者の療養上のニーズや信念に対応することの重要性を学んでいた。よって概念名を“残存機能と日常生活の活動範囲を考える”“療養上のニーズや信念に共感的態度を示す”とした。

さらに看護師は「社会復帰するっていうことも考えて、心不全の状態によって患者さんのゴールは変わってくるだろうけど、そのへんのバランスを(患者と)一緒に考えられたらなって思う。」や「好きなことしたいっていても、好き勝手やっていると悪くなるから。本人がどういうふうにしていきたいかを聞いて、目標を。ある程度好きなことができるように、本人ができることのレベルを考える。」など、心不全患者の病状に合わせて療養の方向性を患者と共に調整することの重要性を学んでいた。よって概念名を“ライフワークのバランスを調整する”“好きなことをするではなく好きなことができるに調整を図る”とした。

次に看護師は「話し廻ってどんな様子だったとか、どんな状態やったとか、なんか気になること言ってなかったとか、その患者さんによって注意して見るところは違うので。でもそういったところを観察することって改めて大事って思う。」や「呼吸の音聞いたりとか、しっかり目を配って症状見たりとか、SpO₂の数値だけではないですけど、数字と病態と症状と患者さん、掛け合わせてじゃないですけど。観察は治療のひとつなんだって思いましたね。」など、様々な心不全患者の状況に応じて的確に観察することの必要性を学んでいた。よって概念名を、“患者個々の心不全症状の違いを注意深く見ることの大切さを知る”“心不全の観察は治療のひとつであると認識する”とした。

また看護師は「最初の頃は、急性増悪して、だんだんと悪くなっていくし、患者さんの病状が変わっていくことについていけなかったですね。患者さんの病状や状態を捉えて、ちゃんと看護に繋げることができているのかなってすごく感じました。もっと(心不全増悪のリスクを)分かっていれば、もっとできることあったとか、看護できたりしたのかなって思います。患者さんを捉えるってどういうことか改めてわかるようになりましたし、心づもり大事やなって。」や「患者さんの心不全のことを考えると、これ以上の負担は命に関わってしまうのではないのかなって。少し長い時間話したりすると患者さんしんどくなって、話するだけでも心臓に負担がかかってるって結構意識するようになりました。」など、病状が急に進行し悪化する可能性を認識して関わることの重要性を学んでいた。よって概念名を、“急変リスクの心づもりを持つ”“心不全は命に関わる疾患であると再認識する”とした。

看護師はこれらの経験を通して「意識レベルもだし、血圧の変化とか脈拍の変化とかでも、自分で今測ってアセスメントして、緊急性を感じて怖かったです。ちょっとした変化に気づくことができるようにならないといけない。」や「それまでは身体的なことにして今今の状態を見がちでしたけど、急変(した患者さんを)みて、今、どういうふうに変化しているかとか、こういうことが起こったのなら血圧注意してとか、こんなふう経過しているから注意してモニター見るとか、正確にみれる知識が必要って思いました。」など、心不全の変化や状況を掴み取れる正確な観察力や専門的知識を深める必要性を学んでいた。よって概念名を“心不全の変化を掴み取れる正確な観察力を身につけようとする”“心不全の変化をアセスメントできる知識力を高める”とした。

VI. 考 察

卒後3年目までに経験した心不全患者の看護実践の学びは、【心不全の病態や症状を捉える意味の学び】、【心不全の不確かさの学び】、【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】、【心不全と QOL の関連性の学び】の4つのプロセスで構成された。卒後3年目までに経験した心不全患者の看護実践を、学びのプロセスに沿って考察を示す。

1. 心不全看護を担い始める段階

心不全看護を担い始めた看護師は、心不全である患者に対する看護ではなく、心不全の病態や症状に注視した観察を中心とした看護実践として心不全看護を学び始めていた。研究対象者の語りに現れた“教科書に忠実に”や“定義に基づき”から推察されるように、心不全看護の基礎として学習される心不全の定義や病態生理、心不全症状の発生機序、心不全の基礎疾患と合併症の診断および治療などが反映されていた。このことは、心不全看護の経験が5年未満の看護師は一般的な観察項目を優先し身体所見を捉える¹⁴⁾の報告に一致しており、本研究対象者も同様に心不全看護を担い始めた段階では、前述した知識を活用しながら心不全の観察を中心に看護実践を積み重ねていた。一方で、自身の心不全の知識の低さや理解の不十分さも語られており、これらに関しても循環器内科に限られたことではなく、各科に配属された新人看護師は専門的な知識不足や知識の活用困難さに悩み看護実践を積み重ねる^{15) 16)}の報告に一致していた。しかし、これらの学習や経験によって学び得た心不全の定義や病態生理などの心不全看護に関わる知識や技術は、のちの心不全増悪の早期発見やその対処に関わるクリティカルケア領域や日常生活支援など、患者教育支援における慢性心不全看護の基礎力として、学びを深める土台の築きとなっていたと考える。

2. 心不全看護の不確かさに直面する段階

本研究対象者は、心不全患者との関わりの中で、心不全患者の症状の変化や心不全に伴う倦怠感の程度を評価することの困難さや心不全患者に行う看護の意味を見いだせないことの不安全感、心不全治療や管理に必要な医療機器を取り扱うことの恐さなど、心不全看護の不確かさに直面していた。そのような中でも、本研究対象者はできることを少しずつでも考えたと語っていたように心不全看護の意味を見出し、心不全患者の曖昧なさまを感じ取ろうと自身の実践する看護を振り返っていた。このことは、経験の浅い看護師は、不確かで、何がうまくいっていないのか不安を払拭できない場合、それまでに行ってきたことの正当性を意味付けし、自分の看護実践の適格性を探る¹⁷⁾の報告に一致する。このように心不全看護を学ぶ初學者において【心不全の不確かさの学び】の経験は、心不全看護の考え方に影響する新たな看護観の形成に繋がると考える。

3. 心不全患者の身体心理的变化に気づき始める段階

本研究対象者は、心不全看護を積み重ねる中で、心不全患者の“身体や気持ちの変化に気づこうとする”ことや“症状を持つ患者をありのまま受け止める”といった心不全患者の身体心理的变化に目を向け始める一方で、心不全増悪を繰り返し入退院する患者や不適切な療養行動をとる“心不全患者の行動や考えに肯定否定的な複雑な感情を抱く”など、看護の方向性を模索していた。その中で、心不全の回復過程を患者と共に経験したり、心不全患者の疾病管理を含む前向きな反応を受け止めたりと心不全患者の心情を理解しようとする様が

明らかとなった。このことは、看護実践による患者の行動変容や感謝の意の経験は、自己の存在意義を感じ学習意欲の向上や実践したいという意識形成に繋がる¹⁸⁾との報告にもあるように、【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】によって心不全患者の病の体験を共有することで自己肯定感が高められ、心不全看護のやりがいや学習意欲の向上に繋がると考える。

4. 心不全患者のQOLを考え始める段階

この段階では、本研究対象者は、ここまでの経験で学び得た心不全患者の身体心理的側面的確なモニタリングやアセスメント力を基盤とし、患者の好ましい状況を求め、心不全患者の病状や症状にとどまらず、療養上のニーズや希望を見定め、QOLを高めるための療養生活行動を支援する看護実践能力の重要性について考えていたことが明らかとなった。本研究対象者は、病を持ちながら治療・療養する心不全患者に対し、QOLを重視しつつ、心不全の病状管理や急変リスクへ対処できるべく正確な観察と専門的知識の獲得を目的とした【心不全とQOLの関連性の学び】であることが明らかとなった。看護実践能力の発達には、看護職としての価値観や判断に基づいた選択決定と、責任をもって行動できるという専門職の自律性が有用¹⁹⁾と示されており、本研究対象者においても、心不全患者の看護実践の学びの過程において、心不全看護における看護実践能力の獲得のみにとどまらず、看護師の自律性の獲得や主体的なキャリアマネジメントの構築に繋がることができると考える。

VII. 結 論

卒後3年目までに経験した心不全患者の看護実践の学びは、【心不全の病態や症状を捉える意味の学び】、【心不全の不確かさの学び】、【患者の経験する心不全の身体心理的变化の学び】、【心不全とQOLの関連性の学び】の4つのプロセスを経て、心不全看護の専門性や患者のニーズに気づき、心不全患者との関わり方を変化させながら心不全看護を学んでいることが明らかになった。卒後3年目までに経験した心不全患者の看護実践の学びを明らかにしたことは、看護師個々に応じた心不全看護の学びの段階を鑑みた効果的な継続教育や就業継続の支援に資すると考える。

本研究の限界

本研究の結果は、一般病院一施設に勤務する看護師の語りから生成されたという限界はあるが、心不全看護を担う看護師の看護実践能力や自律性の獲得を支援する教育等に活用できる可能性はある。

付記

本論文の内容の一部は、第9回大阪府看護学会において発表した。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞

研究にご協力くださいました看護師の皆様、看護部長および看護師長の皆様に心より御礼申し上げます。

Ⅷ. 引用文献

- 1) Sarah J Goodlin: Palliative care in congestive heart failure, *Journal of the American College of Cardiology*, 54 (5), p.386-96, 2009.
- 2) 五十嵐涼子: 心不全患者の病の経験の現状と看護援助への課題, *東京女子医科大学看護学会誌*, 7 (1), p.9-14, 2012.
- 3) 山中智尋, 杉田綾乃, 溝渕千帆, 他: 慢性心不全を持つ高齢者がセルフモニタリングを形成していくプロセス, *高知女子大学看護学会誌*, 44 (1), p.156-165, 2018.
- 4) 浅井恵理, 梅津美香: 高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護のあり方, *岐阜県立看護大学紀要*, 19 (1), p.15-25, 2019.
- 5) 永野裕花, 末弘美菜, 岡村美咲, 他: 慢性心不全をもつ高齢者の生活調整を支える看護ケア, *高知女子大学看護学会誌*, 42 (2), p.87-96, 2017.
- 6) 角野雅春: 心不全患者の身体をみるという意味, 第51回日本看護学会論文集(急性期看護・慢性期看護), p.173-176, 2019.
- 7) 小美濃明子, 米虫由紀, 福島知保, 他: 急性心筋梗塞から重症心不全となり乳頭筋断裂による急性憎悪をきたした1例の看護を振り返る, *ICUとCCU*, 33 (11), p.896-897, 2009.
- 8) 関根由紀, 小松浩子: 人工呼吸器離脱過程における心不全患者の取り組みの構造化, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 6 (1), p.16-25, 2010.
- 9) 山田佳奈, 宮本美帆, 田中真一, 他: 急性心不全の患者が状況的危機を回避できた要因を振り返る, 第47回日本看護学会論文集(ヘルスプロモーション), p.147-150, 2017.
- 10) 田中いずみ, 比嘉勇人, 山田恵子: 看護実践における新人看護師の成長のプロセス, *富山大学看護学会誌*, 15 (1), p.1-16, 2015.
- 11) 水谷典子, 林智子, 清水房枝: 一人前の段階にある看護師の情緒的組織コミットメントの変化に影響する要因, *三重看護学誌*, 17 (1), p.53-64, 2015.
- 12) 明神哲也, 福田美和子, 岡部春香, 他: クリティカルケア領域に勤務する卒後2年目初期の看護師の実践に対する認識, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 14, p.113-123, 2018.
- 13) 杉田久子, 西村歌織, 唐津ふさ, 他: 臨床看護実践における看護師の知の様相—2年目看護師の臨床看護実践における知の語り—, *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 14(1), p.31-35, 2018.
- 14) 後藤妃佐絵, 山内豊明: 心不全の急性増悪発見に際しての看護師のフィジカルアセスメント項目についての臨床看護師の認識, *日本臨床看護マネジメント学会誌*, 1, p.35-41, 2019.
- 15) 滝島紀子, 森智恵子: 新卒看護師の看護実践上の困難点と仕事の現場で求められている能力の関係, *川崎市立看護短期大学紀要*, 20, p.33-43, 2015.
- 16) 富永明子: 的確なアセスメントに向けたICU看護師の実践, *群馬県立県民健康科学大学紀要*, 10, p.61-78, 2015.
- 17) 明神哲也, 福田美和子, 岡部春香, 他: クリティカルケア領域に勤務する卒後2年目初期の看護師の実践に対する認識, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 14, p.113-123, 2018.

- 18) 宮地由紀子: 中堅看護師のキャリアビジョン形成に影響を及ぼした経験と支援, *武庫川女子大学看護学ジャーナル*, 6, p.57-67, 2021.
- 19) 辻ちえ, 小笠原知枝, 武田千佐子, 他: 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因, *日本看護研究学会雑誌*, 30 (5), p.31-37, 2007.

◇ 原 著 ◇

COVID-19 重症病棟をマネジメントする 看護師長が抱える苦悩

上澤弘美¹⁾, 宮本佳代子¹⁾

本研究の目的は、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩を明らかにすることである。研究参加者 6 名に対して半構造化面接法を実施し、Berelson B の内容分析を参考に分析をおこなった。また、カテゴリの信頼性を検討するため、Scott W. A の式により一致率を算出し 70% 以上を信頼性確保の基準とした。分析の結果、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩では 608 の記録単位が抽出され、11 カテゴリと 34 のサブカテゴリに分類された。カテゴリへの分類の一致率は 70.3% であり、【先が見えない不安と疲労の中での病棟管理】、【他部署や他職種からの偏見や差別】、【スタッフのメンタル不調や退職】、【全て自ら考え決断しなければならない】、【スタッフの思いやケアを統一していくことの難しさ】、【短期異動者の教育方法の構築】、【組織の支援がない状態でのマニュアル作成】、【快適な職場環境が確保できない】などが見出された。結果から、看護師長は未知のウイルス感染症であった COVID-19 重症病棟をマネジメントしていく上で、看護師長としての責務を果たすべく孤軍奮闘していたことが考えられた。

【キーワード】 COVID-19, 重症病棟, マネジメント, 看護師長, 苦悩

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下；COVID-19）は、瞬く間に全世界に拡がりパンデミックを引き起こしている。COVID-19 は高齢者や基礎疾患を有する人で重症化しやすい¹⁾と報告されていたが、65 歳以上の高齢者にワクチン優先接種が開始されたことで、全体の重症化率は低くなっている。しかし、第 5 波ではワクチンを接種していない 30 歳代から 50 歳代の重症者が増加し入院病床および重症病床が逼迫している状況が続いていた。

先行研究では、COVID-19 の第 1 波から第 3 波での中で、COVID-19 患者を担当する看護師の心身の負担や他の医療従事者との軋轢などに対して、看護師長自身もストレスや葛藤を生じていたことが明らかにされている²⁾。更には、病棟運営上の課題として看護師のメンタルフォローが不十分であったり、面会制限に伴う患者家族への対応が十分にできていないことも挙げられていた³⁾。

上述した背景からも、COVID-19 を受け入れている看護管理者や看護師長を対象とした報告はされているが、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩に焦点を当てた研究はされていなかった。そこで今回、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩を明らかにしたため報告する。

II. 目 的

本研究は COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩を明らかにすることを目的とした。

III. 方 法

用語の操作的定義

苦悩：COVID-19 重症病棟をマネジメントする上で、主観的に経験した不快な感情や情動を伴うコントロール不可能で複雑な耐え難い体験とする。

1. 研究デザイン

本研究は質的記述的研究である。

受付日：2022 年 9 月 28 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Hiromi Uesawa, Kayoko Miyamoto：総合病院土浦協同病院

2. 研究対象者

COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長をスノーボールサンプリングにより抽出した。

3. 調査期間

2021 年 10 月～2021 年 11 月

4. データ収集方法

調査内容は、COVID-19 重症病棟をマネジメントする上で生じた苦悩を本研究のデータとした。データ収集方法は、インタビューガイドを用い、半構造化面接法で行った。

面接は説明を含め 1 回 60 分程度で行い、あらかじめ作成したインタビューガイドに沿って進行していった。インタビューガイドは、COVID-19 重症病棟をマネジメントする上で悩んだことや苦しかったこと、難しかったこと、辛かったことなどを語っていただいた。面接時は、インタビューガイドに沿うことを優先とせずに、自然な語りを活かせるような問いかけを行い、比較的自由的な発言を求めた。

面接場所は、感染予防の観点から Web 会議サービスである Zoom を用いて実施したため、研究者は施設の個室を利用し、協力者は自宅もしくは施設の個室で面接を実施した。面接内容は協力者の承諾を得て Zoom のレコーディング機能で録音し、面接終了後速やかに逐語録を作成した。

5. 分析方法

本研究は、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長から得た生の言葉をデータとして、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩を明らかにすることを目的としている。Berelson B の内容分析は、推論的特性を伴わず言語的表現を用い、分析することで客観的・系統的なカテゴリの作成を行うことができるため、Berelson B の内容

分析⁴⁾を参考に分析を行った。

6. 信頼性の確保

分析の過程において随時逐語録に戻り、分析内容が適切であるかを繰り返し検討し、定期的に看護学領域の研究者にスーパーバイズを受けながら進めた。また、研究者以外の看護学領域の研究者が行ったカテゴリ分類の結果から、Scott W. A の式を用いて一致率を算出し 70%以上を信頼性確保の基準とした。

IV. 倫理的配慮

研究の趣旨、研究への参加・協力への自由意思、個人情報の保護、撤回の自由について文面を提示し口頭で説明したのち、文書による同意と署名を得た。なお、本研究は A 病院倫理委員会の承認を得て行った（承認番号 2021FY59）。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要（表 1）

研究参加者は承諾が得られた 6 名であった。平均年齢は 47.3 歳、平均看護師長経験年数は 5 年 8 ヶ月であった。面接時間は平均 46 分 30 秒であった。また、施設概要では国立 1 名、公立 1 名、その他法人 4 名であった。

2. データの分析結果（表 2）

COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩では 608 の記録単位が抽出され、11 カテゴリと 34 のサブカテゴリに分類された。カテゴリへの分類の一致率は 70.3%であり、信頼性を確保していることを示した。抽象度の高い順にカテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉で示す。抽出された記録単位数の多い順に論述する。

表 1 研究参加者の概要

	A	B	C	D	E	F
施設概要	その他法人	その他法人	国立	その他法人	公立	その他法人
年齢	40代	40代	50代	40代	50代	40代
性別	女性	男性	女性	男性	女性	女性
看護師長通算経験年数	4年8カ月	4年8カ月	7年8カ月	1年8カ月	8カ月	10年8カ月
COVID-19病床数	3床	10床	6床	16床	8床	15床
COVID-19以外の患者の入室の有無	有	無	無	無	無	有
インタビュー時間	50分42秒	41分40秒	60分53秒	44分20秒	40分15秒	40分06秒

表 2 COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩

カテゴリ名	記録単位数
1. 先が見えない不安と疲労の中での病棟管理	97 (16%)
2. 他部署や他職種からの偏見や差別	66 (10.9%)
3. スタッフのメンタル不調や退職	66 (10.9%)
4. 全て自ら考え決断しなければならない	66 (10.9%)
5. スタッフの思いやケアを統一していくことの難しさ	61 (10%)
6. 短期異動者の教育方法の構築	61 (10%)
7. 組織の支援がない状態でのマニュアル作成	54 (8.9%)
8. 快適な職場環境が確保できない	54 (8.9%)
9. フェーズに応じた看護提供体制の変更	54 (8.9%)
10. スタッフの変化に気づくことができなかった	26 (4.2%)
11. スタッフに日々変化する情報を周知できない	12 (1.9%)
合計	604 (100%)

【先が見えない不安と疲労の中での病棟管理】[97 記録単位：16%]

カテゴリは 97 記録単位から形成された。《スタッフと同様に不安を抱きながら勤務をしなければならず辛かった》、《ねぎらいの言葉ひとつない状況が辛かった》、《先が見えない状況で病棟管理を行っていくことが辛かった》、《昼夜問わず呼ばれて出勤しなければならず辛かった》などの記述から形成された。これらの記述は、スタッフと同様に未知のウイルスに対して不安を抱え、先の見通しが見つからない中で重症病棟をマネジメントすることは肉体的にも精神的にも辛いことを表していた。そのような肉体的にも精神的にも辛い状況の中、看護師長は病棟看護師から連絡が入ると、昼夜問わず勤務外に出勤し対応するが、誰からもねぎらいの言葉ひとつもかけてもらえない状況に、言葉にできない思いをもちつつ病棟管理を行っていたことを表していた。

【他部署や他職種からの偏見や差別】[66 記録単位：10.9%]

カテゴリは 66 記録単位から形成された。《COVID-19 の病棟であることで他部署や他職種が病棟に来てくれず業務量が一気に増え辛かった》、《差別を受けることでスタッフが嫌悪感を抱いてしまったことに悩んだ》などの記述から形成された。これらの記述は、COVID-19 重症患者を看ている自分やスタッフが差別を受けているだけではなく、他部署の看護師や他職種が入りたくないという理由で協力体制が得られなかったことに悩んだことを表していた。

【スタッフのメンタル不調や退職】[66 記録単位：10.9%]

カテゴリは 66 記録単位から形成された。《COVID-19 の重症患者の対応が原因でスタッフのメンタルが壊れてしまったことに悩んだ》、《スタッフが疲労のピークになってしまい退職希望者が増えてしまい困った》の記述から形成された。これらの記述は、一線活躍してくれていたスタッフたちが時間が経つにつれメンタルが崩れていったり、疲労のピークにより退職していく現状に悩んでいたことを表していた。

【全て自ら考え決断しなければならぬ】[66 記録単位：10.9%]

カテゴリは 66 記録単位から形成された。《看護部の支援がないため何が正しいかが分からないまま自ら考え決断しなければならぬ状況に悩んだ》、《看護部長が現場を見に来ず積極的な支援もなく辛かった》などの記述から形成された。これらの記述は、COVID-19 患者のことを看護部長や看護副部長のもとへ相談に行くが、現場を一度も見に来ないため、現場の状況の理解が得られないことから、一緒に考えてもらえず一人で決断しなければならぬ状況が辛かったことを表していた。

【スタッフの思いやケアを統一していくことの難しさ】[61 記録単位：10%]

カテゴリは 61 記録単位から形成された。《病棟を見に来ない病院長や看護部長に対するスタッフの怒りを抑えることが大変だった》、《短期間のローテーションでくる看護師と

在籍している看護師との気持ちやケアの統一を図ることが難しい》、《同施設にも関わらずケアやシステムが統一されていない状況に困った》などの記述から形成された。これらの記述は、組織とスタッフの板挟み状態の中、短期間で異動してくるスタッフをまとめなくてはいけないことが大変だったことを表していた。

【短期異動者の教育方法の構築】[61 記録単位：10%]

カテゴリは 61 記録単位から形成された。《COVID-19 重症患者を看られるように一から教育することが難しい》、《呼吸器の患者を看たことがないスタッフの教育方法に悩んだ》、《感染対策で防護具を着ている中で教育を行わなければならぬ状況に困った》の記述から形成された。これらの記述は、数ヶ月単位でローテーションしてくる呼吸器を看たことがないスタッフに対して、その都度計画を立てて教育を行っていくことが大変だったことを表していた。

【組織の支援がない状態でのマニュアル作成】[54 記録単位：8.9%]

カテゴリは 54 記録単位から形成された。《組織の支援がない状態で COVID-19 のマニュアルを一から作成することが辛かった》、《すべて COVID-19 を対応している病棟のスタッフに丸投げ状態で困った》、《組織の支援がないまま COVID-19 の状況に合わせてマニュアルを改定していかなければならぬ辛かった》の記述から形成された。これらの記述は、感染管理室などからの協力が得られない状況で、日々変わる COVID-19 の状況に合わせて自分でガイドラインを調べながら、手探り状態でゾーニングやマニュアルの作成・改定を行うことが大変だったことを表していた。

【快適な職場環境が確保できない】[54 記録単位：8.9%]

カテゴリは 54 記録単位から形成された。《スタッフの休憩室や仮眠室が確保されず困った》、《タイベックスーツで対応し疲れているのに休みをあげられない状況に悩んだ》などの記述から形成された。これらの記述は、COVID-19 重症患者を受け入れ、防護具で対応し疲れているスタッフの休憩室や仮眠室を確保することができないだけでなく、人員不足から休暇もとらせることができない状況に悩んでいたことを表していた。

【フェーズに応じた看護提供体制の変更】[45 記録単位：7.4%]

カテゴリは 45 記録単位から形成された。《コロナの状況によって体制を変えなくてはならない状況が辛い》、《組織の決断が遅く準備の時間が短いことに困った》などの記述から形成された。これらの記述は、COVID-19 重症患者のみならず他の集中治療が必要な患者も受け入れている状況で、フェーズによって病床数を変更し看護提供体制を変更していく困難さを表していた。

【スタッフの変化に気づくことができない】[26 記録単位：4.2%]

カテゴリは 26 記録単位から形成された。《自分も必死だったため心身が疲れているスタッフを支えることができず悩ん

だ》、《スタッフがメンタルを壊してしまうことに気づけず悩んだ》の記述から形成された。これらの記述は、COVID-19 患者の対応可能な看護師達が勤務していたが、スタッフが COVID-19 重症患者を対応する期間も長くなり、自分も毎日必死だったためスタッフが心身が疲れていることに気づけず支えることもできなかったことに悩んでいることを表していた。

【スタッフに日々変化する情報を周知できない】[12 記録単位：1.9%]

カテゴリは 12 記録単位から形成された。《日々変わる情報と情報の多さをスタッフに周知徹底するのが大変》の記述から形成された。この記述は、情報やルールが毎日のように更新されるため、それをスタッフ全体に周知徹底できないことに悩んでいることを表していた。

VI. 考 察

本研究の結果から、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩の特徴を踏まえて、看護師長自身としての苦悩と施設および看護体制の特徴について考察する。

1. 看護師長自身としての苦悩

COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長は、経験年数に関係なく何が正しいかが分からないまま自ら考え決断し行動しなければならない状況に苦悩を抱えていた。この背景には、日々 COVID-19 の情報が更新されてくるため、自分が決断した内容の答えが正しいのか間違っているのかさえも分からない状況に苦悩を感じていたと考えられる。決断に関しては、COVID-19 を受け入れている施設の看護部長も、確実な情報が少ない中で意思決定を迫られ、結果が見えないまま、次の意思決定を迫られることも多く困難を感じている⁵⁾と報告されていた。自ら決断する内容に関して看護師長は、看護部に相談に行くが、病棟を一度も見に来ず、現場の理解が得られない状況であるため、一人で決断しなければならない状況に複雑で耐え難い思いを抱くようになっていた。

また、看護師長であっても予防法や治療法が確立されておらず、先が見えない感染症の重症病棟を管理していくため、スタッフや師長自身の感染の危険から不安や恐怖を感じていた。そのような状況下であっても、スタッフが困ったり対応が困難な場合、連絡を受けると昼夜問わず出勤し対応するが、誰からもねぎらいの言葉をかけられることはなく、COVID-19 の偏見から病院に助けて支えてくれる人もいないことから、病棟管理を行うこと自体が苦悩となっていた。看護管理者はコロナ禍において、いかに職員のモチベーションを下げずに看護師不足による医療崩壊を防げるかを看護管理者や病院経営者は考えていかなければならない⁶⁾とも報告されている。そのため看護管理者や病院経営者は、看護師長においても常にワーク・エンゲイジメントを高めるような働きかけが必要であると考えられる。

そのような看護師長自身が不安と疲労が長期化している状況下で管理をしていることもあり、いつもは気づけていたはずの

スタッフの変化に気づくことができず悩んでいた。看護師長も毎日必死に病棟管理を行っていたが、スタッフの心身が疲れ、心のバランスが崩れていることに気づけず支えることもできなかったことに自責の念を感じていた。上述した内容は、スタッフのみならず看護師長のオーバーワークの問題やメンタルケアが課題であると考えられる。

また、看護師長は病棟内、看護部長は病院全体の人員配置やスタッフのメンタルサポート、情報共有、意思決定を行っており、両者とも自身の責務を果たすべく孤軍奮闘していたことが考えられた。看護部長が担っている役割を看護師長が知ることができていれば、このようなネガティブな感情から苦悩を生じることにはなかつたと考えられる。COVID-19 は未だ収束しない現状である。そのため、日ごろから対話を通して課題に向き合っていけるような環境を作っていくことが必要である。

2. 施設および看護体制の特徴としての苦悩

COVID-19 はフェーズによって確保される病床数が変わってくる。特に第 5 波では重症患者が急激に増え重症病床が逼迫していた。そのため COVID-19 を災害と捉え事業継続計画を作成し、病院運営に与える影響の最小化やスタッフの負担軽減、メンタルヘルスを考慮した対応が必要であると言われている⁷⁾。そのため、各部門の管理責任者と連携を図り事業継続計画を作成していくことが必要であると考えられる。また、第 5 波では重症呼吸不全の経過を辿る患者が多く、人工呼吸器だけではなく VV-ECMO による全身管理が必要となったため、VV-ECMO に対して習熟していない状況で、管理せざるを得ない状況となっていた。そのような中、COVID-19 重症病棟の看護師の人員不足から、COVID-19 の対応が可能な他の部署から数ヶ月単位でローテーションされてくる看護師に対して、一から教育することや教育方法に悩んでいた。また、ローテーションがあるたびに感染対策で防護具を装着しながら人工呼吸器の管理を含む重症患者の教育を行わなければならない、看護師の身体的疲労が強くなることに対しても看護師長は悩んでいた。

そのような、看護師の身体的疲労が強い状況下において、COVID-19 重症患者を看ることができる看護師が限られていることもあり、休暇を取らせることができないことや防護具で対応し疲れている看護師に対して、休憩室や仮眠室を確保することができず、休憩すら取らせることが出来ないといった問題がある。COVID-19 重症病棟の看護師たちは、自身の強い使命感により COVID-19 重症患者の看護にあっていたが、心身の疲労のピークから退職者も出てきていた。そのため、日ごろから看護師の安全と心身の健康を確保できる職場環境を提供していく必要があると考えられる。今回、COVID-19 のような新興感染症に対して、十分に対応ができる準備がされないまま対応しなければならない状況であった。今後、新興感染症や再興感染症が全世界にパンデミックを引き起こすことも十分に考えられる。そのため、日ごろから変化に強く柔軟性の高い組織を構築していく必要があると考えられる。

Ⅶ. 結 論

COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩として、看護師長自身としての苦悩と施設および看護体制の特徴としての苦悩に分けられた。

看護師長自身としての苦悩では何が正しいかが分からないまま自ら考え決断し行動しなければならない、スタッフが心身が疲れメンタルが病んでいることに気づけず支えることもできなかったことに自責の念を感じたことであった。

施設および看護体制の特徴としての苦悩では、他の部署から数ヶ月単位でローテーションされてくる看護師に対しての教育が組織として確立されていないこと、看護師の安全と心身の健康を確保できる職場環境を提供できないことであった。研究の限界と今後の課題

本研究では、COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩が明らかになった。しかし、研究対象者が6名と少数であることから、看護師長が抱える苦悩を一般化するには限界がある。今後は、対象者数を増やし調査し、看護師長が抱える苦悩を明確にして、さらなる解決策を見いだしていく必要がある。

付記

本論文は、第53回日本看護学会学術集会で発表した内容である。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご理解とご協力をいただきました研究参加者の看護師長の方々に心よりお礼申し上げます。

利益相反

本稿のすべての著者には規定された利益相反 (Conflict of Interest : COI) はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 山崎善隆：【新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) -闘いの最前線を知る】高リスク患者の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 臨床経過・治療・予防まで 基礎疾患のある患者、感染と抗菌薬, 23 (3), p.187-192, 2020.
- 2) 倉岡有美子：病院での COVID-19 患者受け入れ体制の構築・運用プロセスと看護師長が直面した困難, 第25回日本看護管理学会学術集会抄録集, p.218, 2021.
- 3) 末永由理, 白瀬紗苗, 本谷園子他：コロナ禍で師長が捉えている病棟運営上の課題, 第25回日本看護管理学会学術集会抄録集, p.222, 2021.
- 4) 舟島なをみ：質的研究への挑戦第2版, 医学書院, p.40-79, 2009.
- 5) 勝見真澄, 千葉美恵子：【危機のマネジメント 新型コロナウイルス感染拡大第1波への各組織の対応】市立札幌病院の取り組み COVID-19 患者受け入れにおける管理者のマネジメント 感染症指定医療機関としての使命を果たすために, 看護管理, 30 (9), p.820-825, 2020.
- 6) 工藤潤：【コロナ禍の「想定外」から学ぶ 感染症対策と看護管理】イントロダクション 感染症対策の実際とコロナ禍で生じた新たな看護管理の課題, 看護展望, 46 (3), p.186-189, 2021.

- 7) 古林千恵：新型コロナウイルス感染症患者の受け入れに伴う看護管理者としての実践と今後の課題 名古屋市立東部医療センターの取り組み, 看護管理, 32 (1), p.58-64, 2021.

◇研究報告◇

脳卒中患者の感情の表出に繋がった清潔ケア 実施体験がある看護師の思い

木本沙緒里¹⁾, 田崎優香¹⁾, 石井美佳¹⁾, 會田美鈴¹⁾

目的: 脳卒中患者の感情の表出に繋がった清潔ケア実施体験がある看護師の思いを明らかにする。

対象と方法: 看護師 11 名に半構成的面接を行い逐語録に起こし、コード化しサブカテゴリーからカテゴリーを抽出した。

結果と考察: 看護師は清潔ケアで患者に【リラックスできる機会を提供したい】という思いが根底にある。看護師は患者の辛い気持ちが緩和できるよう【感情を表出してほしい】【持てる力を高めたい】という思いがあり、できる事を見つけ前を向いてほしいという思いで関わっていた。看護師は単に清潔保持だけでなく【人としての尊厳を守りたい】という思いで患者に向き合っていたと考える。患者の気持ちに寄り添いたいという看護師の願いが【関係性を構築したい】という思いに繋がったと考える。脳卒中患者の感情の表出に繋がる関わりを看護師自身が患者への思いを沸き立たせることができるようになることが必要である。

【キーワード】 脳卒中患者, 清潔ケア, 感情表出, 看護師の思い

I. はじめに

脳卒中患者の多くは運動障害や言語障害などの機能障害が後遺症として残ることが多い。そのため、身体喪失体験やボディイメージの変化、日常生活動作や社会活動の低下、失語による意思表示の困難などにより患者は無力感に陥ったり、絶望感に苛まれたりする。このような脳卒中患者の不安定な状況を目の前にして、看護師は患者の気持ちを受け止め、障害受容ができるように支援している。しかしながら、脳卒中患者は意思表示がままならない場合が多いこともあり、自らの不安をありのままに看護師や家族に伝えられているとは限らない。岡本¹⁾は「患者の医療従事者に共通して期待することは相談相手となってくれることである。患者の心にある積もり積もった悩み事や心配事や悔しさなどをよく聞き、話しているうちに、自然に気持ちの整理ができて、どうすればよいか分かり、自分で答えを出せるようになってくるものである。」と述べている。患者から「こんなはずじゃなかった。」「自身が思い描いていた人生設計とは違った」というような否認や混乱している発言や「リハビリがんばったおかげかな」「ここまでできるようになった」と自身の現状を受け止める

発言が聞かれることがある。実際に脳卒中患者との関わりの中で、このように患者がふと漏らした一言から患者の本当の思いに気づけた経験を持っている看護師は少なくないと思われる。特に脳卒中患者は日常生活動作の自立度に問題を抱えている患者が多いことから、看護師が清潔ケアの援助を実施している際に、これまで語られなかった患者の思いを耳にする機会が多いと実感している。澁谷²⁾は「清拭時には、患者が心の奥底にある思いを吐露することがある。このような場面で看護師は、患者が体験しているその世界に入り込み患者の思いを受け止めている。」と述べている。確かに清潔ケアは、直接患者の身体に触れ、気持ちよさやリラックス、爽快感により「快」の感情を患者の内に生む可能性が高い。清潔ケアを通して患者が「快」を得ることで安心感につながり、患者自ら思いを吐露する糸口になっている可能性は高い。一方、清潔ケアは、患者が自身のセルフケア力の低下を実感することに繋がるリスクもあり、羞恥心を伴うケアの一つでもある。そのため、清潔ケアの際に患者が本心を表出するかどうかは、個々の看護師の関わりに左右されると言っても過言ではない。澁谷³⁾は、「清拭は、看護師から患者へ一方的に提供されるだけでなく、看護師自身にもやりがいや喜びをもたらす技術で

受付日: 2022年3月28日 / 受理日: 2023年1月20日

1) Saori Kimoto, Yuka Tasaki, Mika Ishii, Misuzu Aita: 一般財団法人太田総合病院附属西ノ内病院

あるといえる。つまり、清拭は、患者と看護師双方にとっての心地よさやよい状態をもたらす実践なのである」と述べており、清潔ケアが患者だけでなく看護師にとってもやりがいや誇りのあるものであると報告されている。このことを踏まえ、清潔ケアの折に脳卒中患者の感情の表出に繋がったと思われる看護師の関わりにおいて看護師が抱いている思いを明らかにしたいと考えた。

II. 目的

脳卒中患者の感情の表出に繋がった清潔ケア実施体験がある看護師の思いを明らかにする。

本研究における用語の定義を以下のようにする。

清潔ケア：全身清拭・洗髪・口腔ケア・手浴・足浴・陰部洗浄・シャワー浴・機械浴

III. 方法

1. 研究期間 2020年8月～2021年3月

2. 研究方法

1) 研究デザイン：質的記述的研究

2) 対象の選定方法

A病院において脳卒中の患者が入院している1病棟の看護師を対象に本研究の趣旨や倫理的配慮を文書と口頭で説明した。その際に、これまで脳卒中患者に対して清潔ケアを実施した時に患者が思いを表出してくれた経験を持っている看護師で、本研究への協力の意思がある看護師は、研究者に連絡をしてくれるように依頼した。

3) データ収集方法

インタビューガイドに沿って半構成化面接を実施した。インタビューガイドの内容は看護師の印象に残っている清潔ケアの場面を思い起こし、患者の思いが表出された体験についてインタビューした。対象者の承諾を得て、ICレコーダーで録音した。事前にセカンドインタビューの協力についても説明し、研究者らがより具体的に看護師の思いを引き出す必要があると判断した場合には、より詳細な看護師の思いについて追加インタビューを実施した。

4) データ分析方法

録音した内容を逐語録に起こし、看護師が抱いた脳卒中患者に対する思いの語りを抽出して、メンバー間で十分に検討を重ねてコード化、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。データ分析においては信憑性と妥当性を高めるため質的研究の研究者からスーパービジョンを受けた。

IV. 倫理的配慮

本研究は太田西ノ内病院の生命倫理委員会の承諾を受けて実施した。対象者の研究協力への同意は自由意思であること、協力の諾否に関わらず、対象者が不利益を被ることは一切ないことを十分に説明し、研究同意後もいつでも撤回できること、研究結果を論文や学会等で公表する場合、個人が特定さ

れないことを担保した。また、プライバシー保護のため面接の際には個室で実施し、データは本研究以外では使用しないことを説明し、作成した同意書に署名していただき承諾を得た。

V. 結果

対象者は11名であり、看護師としての経験年数等は表の通りである。(表1)5年未満の看護師が7名、10年未満の看護師が4名の看護師にインタビューを実施した。患者に対する思いが語られた内容から173コードが抽出され、16サブカテゴリー、5カテゴリーが導かれた。5カテゴリーは、【リラックスできる機会を提供したい】、【関係性を構築したい】、【感情を表出してほしい】、【持てる力を高めたい】、【人としての尊厳を守りたい】である。

カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは〈 〉で示す。

(表2)

1. 【リラックスできる機会を提供したい】

看護師は、清潔ケアを通して患者に〈爽快感を得てもらい気持ちよくなってほしい(E氏)〉と思っていた。また身体的変化を受け入れられない患者の気持ちを少しでも和らげ〈精神的なリラックスを提供したい(G氏)〉という思いを抱き援助を行っていた。

2. 【関係性を構築したい】

看護師は患者の思いに清潔ケアを通して寄り添い〈障害のある状態を理解したい(F氏)〉という思いをもって関わっていた。そのため患者の表情や動作に注意して関わっていた。清潔ケアを行う際にカーテンで仕切り、患者と視線を合わせ行っていた。そのような環境が看護師にとって一対一で向き合える空間だと感じていた。看護師にとって清潔ケアは患者と〈一対一で向き合いたい(I氏)〉という思いを抱いて関わっていた。また清潔ケアの何気ない会話から【関係性を構築】

表1 対象者の概要

性別	脳卒中患者が入院している病棟での勤務年数
A氏 女	5年未満
B氏 女	10年未満
C氏 女	5年未満
D氏 女	5年未満
E氏 女	5年未満
F氏 女	10年未満
G氏 女	5年未満
H氏 女	10年未満
I氏 女	5年未満
J氏 女	5年未満
K氏 女	10年未満

表2 脳卒中患者の思いが語られる清潔ケアへの看護師が抱く思い

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
リラックスできる機会を提供したい	爽快感、気持ちよくなしてほしい	・お風呂には入れていないため、部分浴を通して爽快感を感じてほしい。
	精神的なリラックスを提供したい。	・入浴は体をきれいにするだけでなくリラックスや安心が得られる機会。 ・清潔ケアや声かけを通して、身体的変化を受け入れられない気持ちを楽にしたい。
関係性を構築したい	障害のある状態を理解したい	・構音障害があり思いをはき出せない・やりたいことも伝えられない患者には寄り添う時間が必要だ。
	一対一で向き合いたい	・普段話せないことも。ケアの時は一対一で関わられるので、患者と向き合い、話を聞く機会になるように意識している。
感情を表出してほしい	思いを受け止めてほしい	・患者が落ち込んでしまわないように、患者の思いを受け止めて、患者の思いを傾聴し話をするように心掛けた。
	辛い気持ちを和らげたい	・今までできていたことができない患者に対して頑張ろうというのではなく、患者が体の変化に向き合う時間を作り、その気持ちに合わせた支援をしていきたい。 ・麻痺がでて何もできなくなってしまったという、身体的変化を受け入れられない気持ちを楽にしたいという思い。麻痺などの受け入れを支えたい。
持っている力を高めたい	残存している機能を向上させたい	・声を出す練習はしていたが、失語があるため気持ちを伝える言葉が出ると思わなかった。
	一日の始まりである朝を認識してほしい	・朝の顔の清拭で朝であることを実感して欲しい。
	身体的能力に働きかけたい	・できていること、行いやすい方法を伝える声かけ。身体的能力を高めたい ・患者が自分から清拭をやるとういう意欲を尊重し、できない部分をサポートしたい。
	前向きな気持ちになってほしい	・できることが増えることで、リハビリに意欲的になってほしい。 ・実際に麻痺側の手をみて実感して受け止めて、前向きになって欲しい。
	できる力があることを実感してほしい	・できないところに目を向けるのではなく、できるところに目を向け、強みに気づいてほしいという思い。
人としての尊厳を守りたい	人として嫌な思いはさせたくない	・患者の立場に立って自分がやられて嫌なことはしないなど、細かい配慮をしたい。
	本人の嗜好を大切にしたい	・身だしなみやこだわりがある患者には気をつけて対応したい。
	身体的な苦痛を緩和したい	・口腔ケアは嫌な顔をさせてしまうこともあるし、苦しいから受け入れてもらえないという悲しみを感じることもあるけれど、口をきれいにすることで本人の苦しみを取り除きたい。
	患者の尊厳を守りたい	・髪がぼさぼさな時は整えてあげることで、患者の表情も明るくなるのがわかるので、身だしなみを整えることを心がけたい。 ・初めての入院であり、人からケアをされる経験がないので、ケア時に露出しないように配慮し、患者の尊厳を守りたい。
	患者との間で信頼を築きたい	・普段の関わりだけでは 打ち解けて話せないが、清潔ケアを通してコミュニケーションをとり関係性を構築している。

し患者の思いを表出したいという思いを抱きながら関わっていた。

3. 【感情を表出してほしい】

看護師は麻痺による身体的変化を受け入れることのできていない患者に対して、患者の思いを傾聴し、〈辛い気持ちを和らげたい (H氏)〉という思いを抱いていた。看護師は麻痺がでて何もできなくなってしまったと訴える患者に対し、清潔ケアの声かけやリラックスな状態で【感情を表出してほしい】という思いを抱きながら関わっていた。

4. 【持っている力を高めたい】

看護師は清潔ケアの際に〈残存している機能を向上させたい (C氏)〉という思いがあった。看護師は朝の関わりでは日中の覚醒に繋げたいという思いや、朝の顔ふきで患者に刺激を与えることで〈一日の始まりである朝を認識してほしい (A氏)〉という思いを抱き関わっていた。看護師はできることを

実感してもらえるように麻痺側の管理が自分でできるよう声かけや発語訓練などもケアの際に交えて行い〈身体的能力に働きかけたい (D氏)〉という思いを抱きながら関わっていた。清潔ケアの際に看護師は、患者自身にできるところを実感し、〈前向きな気持ちになってほしい (G氏)〉という思いを抱いていた。看護師は患者の清潔ケア動作ができるようになってきていることを患者に言葉で伝えることで、患者自身に〈できる力があることを実感して欲しい (D氏)〉という思いを抱き関わっていた。

5. 【人としての尊厳を守りたい】

看護師は口腔内を清潔に保つことで不快感や〈身体的な苦痛を緩和したい (K氏)〉という思いで関わっていた。看護師は患者個人が考える身だしなみへのこだわりを重視し、〈本人の嗜好を大切にしたい (F氏)〉という思いで関わっていた。看護師は患者にケアで関わる際に、患者の立場に立って、〈人

として嫌な思いはさせたくない(A氏)のように細かい所まで配慮したいという思いで関わっていた。看護師は、疾患によりこれまで行うことができていた身だしなみができなくなってしまった患者に対し、これまでできていたように整えて〈患者の尊厳を守りたい(F氏)〉という思いで関わっていた。また入院することが初めてで、人からケアをされる経験が少ない患者に対し、看護師は羞恥心に配慮しながら〈患者の尊厳を守りたい(B氏)〉という思いがあった。看護師は清潔ケアという機会を通してコミュニケーションをとり〈患者との間で信頼を築きたい(H氏)〉という思いを抱いていた。

VI. 考 察

1. 清潔ケアを通して患者の感情表出に繋がった看護師の思い

脳卒中患者の多くは運動障害や言語障害などの機能障害が後遺症として残ることが多い。その後遺症により患者のADLは低下するため、看護師は患者のQOLを維持していくために支援していく。また言語障害により他者に患者自身の思いを伝えることができない状況がある。さらに突然の疾患の発症の事が多く、その重症度によっては生命の危機的状況に陥ることもある。患者は生命の危機的状況を脱しても身体的変化の不安や今後の生活に対しても受け入れていくことが困難な状況にあることが推察される。

看護師は清潔ケアで患者に【リラックスできる機会を提供したい】という思いが根底にあり、脳卒中患者のつらい気持ちが少しでも緩和し【感情表出してほしい】という思いを抱いていた。そのなかで清潔ケアは、患者にとってわずかな時間でも気持ちよさやリラックス、爽快感により「快」の感情を患者の内に生む可能性が高いと考える。坪井⁴⁾は「清潔になることによって精神的な満足感が得られることも考えられる。また爽快感や解放感(リラックス)が得られることによって気分転換にもなり、精神的に及ぼす効果として大きなものがある」と述べている。本研究でも看護師は患者に【感情表出してほしい】という思いを抱き、患者自身の【持てる力を高めたい】という思いを抱きながら関わっていた。清潔ケアを通して、少しずつできることを増やし、そのことを喜びや糧として前を向いてほしいという願いを持って接していると推察できた。清潔ケアという看護行為を通して、障害を持った人が意欲を失わずに患者自身が自分の力でできる力に気づけるように関わることが看護師の役割であると考えられる。また、看護師にとって清潔ケアという環境は患者の感情表出にも繋がりが、患者の思いを少しでも理解できる有効な機会であると考えられる。

2. 患者の感情表出する場としての清潔ケアと関係構築

人として本来、清潔を保つという事は日常生活の中で普段当たり前にやっていることである。脳卒中の患者は障害が残ることで今まで人として当たり前にできていたことができなくなってしまう。多くの患者はその様な状況の中で、現状を受け入れることができず、自身の思いを整理することもでき

ずにいる。本研究でも看護師は、業務の一環として単に患者の清潔保持を行う目的だけではなく、【人としての尊厳を守りたい】という思いを抱きながら患者に向き合っていた。また、脳卒中により障害を受けた患者の気持ちを理解することは難しいが、その思いに対し共感し、寄り添いたいという看護師の思いが、【関係性を構築したい】という感情を抱いていたのではないかと推測される。藤原⁵⁾は「人間にケアすること、患者をケアすることは相手の世界で相手とともにいることから、つまり「共感」から始まると言える。それが「同感」のプロセスにおいて深まるのである。患者に限らず人をケアすることが人間対人間の関係確立に等しい。」と述べている。患者自身が障害受容するまでには様々な過程を経ていく。福良⁶⁾は「脳卒中患者の生活再構築を支援するには、患者本人が自分で自分の人生を決定していけるような「語り」の場を提供し、患者が新たな人生の価値体系を見出していくプロセスに伴走する看護介入は有効であり、不可欠であるといえる。」と述べている。患者がどのような状況であろうと、障害受容や自己決定をしていくためには、患者自身が自身の思いを表出し自分自身で納得しながら決めていく必要がある。そのために看護師は患者が内に秘めている本当の思いを口にしやすい環境を整えていく必要があると考える。その環境として、生理的欲求が満たされる「清潔ケア」を通じた関わりは患者と看護師の信頼関係があって成り立つものであり、「清潔ケア」を通して患者の尊厳を守り人としてのあり方を大切にしている看護師が前提にいると考える。

一つの病院から対象者を選択している事による偏りがあるため、今後、複数施設での清潔ケアの折に脳卒中患者の思いの表出に繋がったと思われる看護師の関わり、また抱いている思いについて検討していく必要がある。

VII. 結 論

脳卒中患者の感情の表出に繋がった清潔ケア実施体験がある看護師の思いにおいて看護師は【リラックスできる機会を提供したい】、【人としての尊厳を守りたい】、【関係性を構築したい】、【感情を表出してほしい】、【持てる力を高めたい】という思いを抱いていた。脳卒中患者の思いの表出につながる関わりを看護師は清潔ケアを通して患者の思いを少しでも理解し、患者との信頼関係を構築する機会にすることが必要である。

本研究に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業などはない。

VIII. 引用文献

- 1) 岡本五十雄：障害受容のプロセス, Monthly Book Medical rehabilitation, 152, p.1-6, 2012.
- 2) 澁谷幸：看護実践現場における清拭を考察する—患者にとって、看護師にとっての清拭の意味、看護実践の科学, 45, (1), p.20-28, 2020.
- 3) 澁谷幸：看護師にとっての清拭の意味-清拭のエスノグラフィ—, 神戸市看護大学, 42, (1), p.43-51, 2019.

- 4) 坪井良子他：基礎看護学.考える基礎看護技術Ⅱ.看護技術の実, (3), ヌーヴェルヒロカワ出版, p.172, 1997.
- 5) 藤原治美：ミルトン・メイヤロフのケア論と看護, 京都大学医療技術短期大学部紀要別冊健康人間学, 2, p.15-20, 1990.
- 6) 福良薫：身体機能障害を抱える脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護介入の検討, 日本看護研究学会雑誌.38 (1), p.124, 2015.

◇研究報告◇

一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師が抱く 陰性感情とその対処行動

毛利 誠¹⁾, 早崎智美¹⁾, 岸 睦子¹⁾, 山崎 将¹⁾, 前田美奈子¹⁾, 高松 聡¹⁾, 一ノ山隆司²⁾

本研究は、一般病棟から精神科病棟へ配置転換となった看護師が抱く陰性感情と、その際の対処行動を明らかにすることを目的とする。A 病院精神科病棟に勤務し、一般病棟での勤務経験がある看護師 8 人に対し、個別の半構成化面接を実施。逐語録を作成し質的帰納的に分析し、サブカテゴリー、カテゴリー化して命名。結果、陰性感情に関し、31 の記述データから 6 サブカテゴリー、4 カテゴリーを、対処行動に関し、20 の記述データから 7 サブカテゴリー、5 カテゴリーに集約された。

一般病棟では身体的症状に対処する場面が多いが、精神科病棟では疾患特有の病態変化に対峙した対応が増え、陰性感情を抱く場面が多いと推察され、患者からの感情的要求や拒否から感じる無力感から十分な関わりが困難となり、患者-看護師関係に悪影響を与えると捉えることができる。陰性感情を抱いた際、感情を認識し、スタッフ間で共有し適切な対処行動をとれるよう学ぶことが重要であり、情報共有により不全感を抱かず実感できる場の必要性が示唆された。

【キーワード】精神科病棟看護師、一般病棟経験看護師、陰性感情、対処行動

I. はじめに

A 病院は総合病院のため必要に応じて配置転換があり、一般病棟から精神科病棟に配置転換されることもある。松田¹⁾らは、「一般科における看護を経験した後に精神科看護に携わっている看護師の場合は、看護の対象者の特性が異なることや、用いられる看護技術も異なること、さらには病棟設備にも大きな違いがあることによってさまざまな戸惑いを経験し、印象を抱いているものと推察する」こと、また精神科看護の捉え方に特殊性があり、笠井²⁾らも「価値観の相違から精神科看護に対する違和感を抱きやすく、病棟への適応に影響する」ことを述べている。

精神科看護の現状では、精神症状の変化による興奮状態に対する事故報告が多く、また近年では統合失調症感情障害・発達障害・認知症・気分障害など、疾患だけでなく、患者の精神症状も多様化しており、日々関わりを持つ看護師もそれを改善するケアに困難を感じている。木元³⁾らは「精神科看護師は精神科患者から発せられる言動や態度によって、陰性感情を抱くことが少なくない。その感情は患者-看護師関係

に影響を及ぼし、治療やケアの妨げになることばかりか、看護師のメンタルヘルスにも深く関与している」と述べており、患者の苦痛を緩和するケアを提供する中で、看護師が抱く陰性感情は治療にも影響を与えている。精神疾患を抱える患者と多くの関わりを持つ看護師は、患者の苦痛を軽減する配慮を行っているが、日々の関わりの中で陰性感情を抱くことがあり、その感情に対処し、予防・軽減することは、より良いケアを提供するためには不可欠であると考えられる。武井⁴⁾は、「看護師がみずからの感情に気づくことは、感情の対称性を通して患者の感情に気づくことにもなる」ことや、「スタッフのなかに生じる感情は、どのようなものであれ、患者が抱える葛藤や不安を反映したものであり、患者の状況や生きにくさを理解するための鍵となる」ことを伝えている⁵⁾。

先行研究では、精神科看護師が抱く陰性感情とその影響、一般病棟経験者に映る精神科看護の特徴、一般病棟勤務経験をもつ看護師の違和感に関する研究は散見しているが、総合病院の一般病棟に配属後、精神科病棟に配置転換した看護師の抱く陰性感情及びその対処行動について明確化した研究はみられない。

受付日：2022 年 4 月 3 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Makoto Mori, Satomi Hayasaki, Mutsuko Kishi, Masaru Yamazaki, Minako Maeda, Satoshi Takamatsu：厚生連滑川病院

2) Ryuji Ichinoyama：金城大学看護学部

そこで、本研究では、一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師がどのような陰性感情を抱き、自らの感情に対処し行動したかを明らかにし、その結果をスタッフ間で共通認識することがケアの質向上の一助になると考えた。

用語の定義

陰性感情：本研究では先行研究を参考に、患者－看護師関係で生じる嫌悪感、怒り、不安苛立ち、恐怖感、抑うつ感、葛藤、不快感を生じる感情とする。

対処行動：陰性感情を緩和するためにとった行動とする。

一般病棟：精神科病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟である。

配置転換：病院内における職場配置転換である。

Ⅱ. 目 的

一般病棟から精神科病棟に配置転換となった看護師が、日々の業務の中で抱く陰性感情とその際の対処行動を明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質的帰納的研究方法
2. 研究対象：一般病棟から精神科病棟に配置転換となった看護師が抱く陰性感情と、その対処行動を知るため、A病院精神科病棟に勤務し、一般病棟での勤務経験があり、研究参加に同意が得られた看護師8人を選定した。
3. 調査期間：20XX年5月～7月
4. データ収集方法：データ収集のために考案したインタビューガイドに基づき、対象者に個別の半構造化面接を実施した。面接回数は1回とし、面接時間は対象者の疲労を考慮して60分以内とした。インタビューガイドは、①精神科病棟に配置転換した際どのような陰性感情を抱き、②その際どう対処したかについて自由に語ってもらった。また、インタビューはプライバシーの確保できる場所で行い、インタビュー内容は対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。
5. データ分析方法：半構造化面接の音声データから逐語録を作成し、質的帰納的に分析した。具体的には、対象者が精神科病棟勤務で抱いた陰性感情とその対処行動に関する文脈をコード化し、意味内容の類似性に基づいてサブカテゴリー、カテゴリー化して命名した。なお、分析内容の信頼性と妥当性を確保するために、質的研究者からのスーパービジョンを得るとともに、研究者間での内容確認と同意形成を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者には本研究の趣旨、目的や方法について文書と口頭で説明を行った。本研究への参加は自由意思に基づくものであり、研究参加はいつでも中止できること、研究参加の有無による本人への不利益などが無いことを保証した。また、

得られたデータの管理を徹底し、データの匿名性を遵守、研究目的以外には使用しないこと、研究発表後データは破棄し、個人情報の保護は徹底することを説明した。研究成果を公表する意図があることを説明し、同意書への署名をもって同意を得た。研究倫理審査は、A病院看護部倫理審査委員会の承認を得た。

V. 結 果

1. 対象者の属性

研究参加に同意を得られた看護師8人（看護師経験平均年数18.5年、標準偏差2.21年）、性別は女性5人、男性3人で、その中で過去に精神科病棟での勤務経験がある者は女性3名である。

2. 分析結果

質的データを分析した結果、陰性感情に関しては31の記述データから6つのサブカテゴリー、4つのカテゴリー（表1）を、対処行動に関しては、20の記述から7つのサブカテゴリー、5つのカテゴリー（表2）に集約された。以下の文中では【 】をカテゴリー、< >をサブカテゴリー、< >をデータとして表記する。

1) 陰性感情

【精神症状に影響された対応の難しさ】のカテゴリーでは、<看護師としての価値観に対することから生じる葛藤><理解してもらえないことに対する苛立ち>の2つのサブカテゴリーから構成された。患者の精神状態が悪化することで、十分なコミュニケーションが取れず、また、説明に対し理解されない場合もみられ、関わりが難しくなることが原因となり陰性感情が生じていた。

【関わりに困惑する抵抗感】のカテゴリーでは、<感情的な要求に対する嫌悪感><患者の予測できない行動に対する不安>の2つのサブカテゴリーから構成された。患者の状態を事前にアセスメントし関わっているが、興奮状態や躁状態の患者に対しては、予測できない行動や言動に困惑することが原因となり陰性感情が生じていた。

【予測できない症状からくる恐怖心】のカテゴリーでは、<患者のイメージからくる恐怖感>のサブカテゴリーから構成された。精神症状からみられる急な感情の変化に対峙した際や、以前の対応時から思い出されるイメージが原因となり陰性感情が生じていた。

【解消されない思いから生じる無力感】のカテゴリーでは、<拒否や否定されたことによる抑うつ感>のサブカテゴリーから構成された。妄想や幻聴により、看護師との関わりを拒否や否定されることが原因で陰性感情が生じていた。

上記の結果から、【精神症状に影響された対応の難しさ】でみられたデータの<説明したとしても、それに対して全く理解されなくて><葛藤だとほかの病棟とは違った葛藤はある>や、【予測できない症状からくる恐怖心】でみられたデータの<急に暴力的になったりとか><精神的にどこか悪くて入院

表1 陰性感情

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なデータ例 (語りの一部から抜粋)
精神症状に影響された対応の難しさ	看護師としての価値観に対することから生じる葛藤 (6)	<p>・こちらが事前にこういったことをするからと説明したとしても、それに対して全く理解されなくて。常に抵抗ではないですけどね、そういったことをされる患者さんがおられたりして、多少そういった所が葛藤という部分は結構ありましたね。</p> <p>・ちょっと強めに怒るってわけじゃないけど。説明とかすると葛藤がある。ちょっと強めにこんな言い方していいんだろうかとか、こんなこと言っているのになっていう。葛藤だとほかの病棟とは違った葛藤はある。</p>
	理解してもらえないことに対する苛立ち (4)	<p>・ここはもう本当に、なんか何十回言っても同じこと繰り返してこられる方がいるので。それに対しては正直苛立ちはありますね。</p> <p>・支離滅裂。あれが病気だって思うんだけど、私の思いが出てしまって、イライラはする。喜怒哀楽の激しい方は。</p>
関わりに困惑する抵抗感	感情的な要求に対する嫌悪感 (4)	<p>・でもやっぱり、わーって話してくる感じなんか嫌悪感じゃないけど、ちょっと苦手だなんて。病気だから仕方ないとはいえそういうのは、やっぱりちょっと抵抗がある。</p>
	患者の予測できない行動に対する不安 (4)	<p>・どうしてそんな。理由が分からなくて自分でどうして怒ったのか分からなくて。そのスイッチがどこで入ったかが分からなくて、急に怒るっていうか、びっくりしてどうしていいのかわからなくなって。不安もあり、その同じ人ばかりだけど。</p>
予測できない症状からくる恐怖心	患者のイメージからくる恐怖感 (9)	<p>・精神疾患の人と関わることって少ないから。体の大きい男の人が暴れるとか男女関係なくすごい暴力的な人とか、急に暴力的になったりとか。すごい恐怖感みたいのは感じる。何かその感情が自分に向いてるのかなとか感じるから、それって何かどうすればいいのかなって。不安にもなるし独特な恐怖感もあるかな。</p> <p>・精神的にどこか悪くて入院していると考えたら、怖い感じが強かったですね。夜勤で一年前ぐらいですかね。開放処遇の患者さん、ほんとに怖かったです。鳥肌だったというか。</p>
解消されない思いから生じる無力感	拒否や否定されたことによる抑うつ感 (4)	<p>・自分は一生懸命患者さんのためにやっているつもりなんだけど、そんな風に言われるのかと思ったら、失望っていうか、そこまではいかないけど悲しくなってくる。</p>
() 内は、抽出されたデータ数		

していると考えたら、怖い感じが強かったですね>については、一般病棟では抱きにくい陰性感情であった。

2) 対処行動

【情報を共有しチーム全体で対応】のカテゴリーでは、〈カンファレンスをする〉〈他スタッフと相談する〉〈スタッフ複数で対応する〉の3つのサブカテゴリーから構成された。対応困難な場面に遭遇した場合は、一人で対応はせず職員間でカンファレンスを行い、先輩看護師からアドバイスをもらうことが対処行動へとつながった。

【疾患に対する肯定的捉え方】のカテゴリーでは、〈自分自身で納得する〉のサブカテゴリーで構成された。対象となる患者の疾患と精神症状について理解することが対処行動へとつながった。

【精神科特有の関わり方の学び】のカテゴリーでは、〈距離を取って様子を見る〉のサブカテゴリーから構成された。興奮や易怒性がみられた際は、無理に関わらず距離を取り様子を見るのが対処行動へとつながった。

【自身の感情の調整】のカテゴリーでは、〈理性的に対応する〉のサブカテゴリーから構成された。看護師自らの感情を落ち着かせ、日々患者と関わるのが対処行動へとつながった。

【経験豊富なスタッフの存在】のカテゴリーでは、〈他スタッフの対応を学ぶ〉のサブカテゴリーから構成された。患者の状況に応じた対応方法を、経験豊富な看護師から学ぶことが対処行動へとつながった。

上記の結果から、【疾患に対する肯定的捉え方】でみられたデータの〈やっぱり病気なんだって思うようにしている〉や、

表2 対処行動

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なデータ例（語りの一部から抜粋）
情報を共有しチーム全体で対応	カンファレンスをする（2）	・どうやったら直せるんだらうっていう葛藤があるので。そこに関して日々ちょっと話したり、カンファレンスしたり、自分の中で少しどうしたらいいかとか考えたり。
	他スタッフと相談する（4）	・先輩に相談したり、話し聞いていただいたりする。 ・こういう時はどうすればいいかって事前に相談。例えばこういう時、今までの入院だったらどうしてるってこととか。あ、そうなんだって思える。
	スタッフ複数で対応する（4）	・怖い患者さんもおられて、やっぱりそういう時自分でもどうしようもできなかったんで、ちょっと男の看護師さんをお願いした。 ・男の人が保護室にいて、入院したばかりで分からない時は、2人でみることにした。どういう時でも、ちょっとした見回りも2人です。戸を開ける時、絶対2人で行く。メンバーによって叶わないこともあるけど、一応協力して。
疾患に対する肯定的捉え方	自分自身で納得する（2）	・やっぱり病気なんだなって思うようにしている。まあまあ自分で納めているっていうか。
精神科特有の関わり方の学び	距離を取って様子をみる（5）	・ここ（精神科）はちょっと距離とって関わってもらってっていうことも。こういう関わり方もあるのだなと。ここに来て学ぶ事かなって。 ・恐怖感を感じたら一旦患者さんと距離を置いて。可能なら他の看護師の方に頼って。整形では体験できなかったけど。
自身の感情の調整	理性的に対応する（1）	・感情的にはならないようにしてるんですけどね。冷静な感じで指導をするっていう。
経験豊富なスタッフの存在	他スタッフの対応を学ぶ（2）	・仕事にも慣れて患者さんにも慣れるっていうか、患者さんに慣れてきたり、他の人の接するのを見て看護していったという事が始まりだったと思うんですけど。
（ ）内は、抽出されたデータ数		

【精神科特有の関わり方の学び】でみられたデータの＜恐怖感を感じたら一旦患者さんと距離を置いて＞については、精神科病棟特有の対処行動であった。

VI. 考 察

一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師が抱く陰性感情(4つのカテゴリー)および対処行動(5つのカテゴリー)について、考察する。

1) 陰性感情

【精神症状に影響された対応の難しさ】では、精神状態の悪化や疾患により、何度も同じ説明を繰り返す必要があることや、コミュニケーションが難しい患者との関わりが困難なことから＜看護師としての価値観に対することから生じる葛藤＞を感じていると考えられる。また、患者の状態に合わせたコミュニケーションを取ることが難しい場合や、精神状態の悪化による過度の感情表出からは、＜理解してもらえないことに対する苛立ち＞を感じ、看護師の思いが患者へ伝わらないことから陰性感情へ繋がっていると考えられる。松浦⁶⁾は「看護師の仕事への意欲が患者への陰性感情によって削が

れると、当初持ち合わせていた意欲が据え置かれてしまって不安全感を抱くに至る」と述べており、このことから患者に抱く陰性感情が、仕事に対する意欲低下の一因になると考えられる。

【関わりに困惑する抵抗感】では、精神状態の悪化により、精神症状の悪化による訴えへの対応が必要であることから、＜感情的な要求に対する嫌悪感＞を感じており、また、急に怒りだす患者の言動や、次はいつ興奮するのかアセスメントが難しいことによる不安から、＜患者の予測できない行動に対する不安＞を感じていると考えられる。川嶋⁷⁾らは「精神科の特徴として患者の症状により、暴力や暴言を受ける機会も多く、また理解のできない言動や同じことを何度も聞かれるなど、看護師にとっては大きなストレスの原因になっている」と指摘している。このことから、精神状態の悪化により患者の行動や言動が急激に変化することに対する不安感などから、陰性感情を抱きやすくなると考えられる。

【予測できない症状からくる恐怖心】では、精神状態悪化による衝動行為や、怒りの対象が看護師自身に向けられるのではといった警戒心から＜患者のイメージからくる恐怖感＞

を感じていると考える。また、精神疾患で入院している患者に対するイメージから、陰性感情を感じる場面も多くみられる。患者イメージからは感情処理できない恐怖感を感じており、このことは一般病棟とは異なる精神科病棟独特の陰性感情ではないかと考えられる。また、【解消されない思いから生じる無力感】からは、日々の関わりの中で看護師側の思いが十分に患者へ伝わらず、思いがけない拒否的反応がみられたことや、精神疾患により、《拒否や否定されたことによる抑うつ感》を感じていると考える。武井⁴⁾は「患者に関心を持ち、深くかかわろうとすれば、看護師の内面にさまざまな感情がひき起こされます。ときには、それがストレスや不安につながる場合があります」と関わりからの感情について説明しており、患者の状態をアセスメントし、苦痛の緩和に努め関わりを持っているが、意思疎通が充分に行えないときに複数の感情を抱きやすく、陰性感情として捉えることができると考える。

2) 対処行動

【情報を共有しチーム全体で対応】からは、個別での対応困難な状況に関し、チームメンバーとカンファレンスし解決策を見いだすことができることから、《カンファレンスをする》ことが対処行動の幅を広げる機会になると考えられる。またカンファレンスだけでなく、困難な状況が予測される場合や実際に遭遇した場面では、《他スタッフと相談する》ことが必要であり、先輩看護師への相談や事前に対応を相談することで感情を処理できると考えられる。患者対応では、男性看護師に助けを求めたり、看護師2人で対応することが、《スタッフ複数で対応する》対処方法である。精神科病棟での患者対応は、身体的な訴えよりも感情的な表現が多く、患者個々により訴えが違い突発的なことも多いため、事前に状態をアセスメントし関わりを持っているが、対応が難しい場面も多い。そのことから個人での対応には限界があり、スタッフ間での情報共有や対応を行うことが対処行動になると考える。

【疾患に対する肯定的捉え方】からは、精神症状の悪化からくる訴えや要求に対して、疾患による影響が強いことを看護師自身が納得し対応できることが、《自分自身で納得する》といった対処行動である。武井⁴⁾は「共感をとおして理解にいたるプロセスこそが、治療なのです」と述べており、傾聴することで精神症状の緩和や改善に功を奏すことや、【精神科特有の関わり学び】では、無理にコミュニケーションを取らず、時間を置き距離を取るという関わり方が、《距離を取って様子を見る》であり、精神科病棟特有の関わり方と捉え、無理な関わりにより患者看護師双方に陰性感情が働くことがあるため、距離を取ることや別のスタッフに頼るといった行動が対処行動であると推察される。

【自身の感情の調整】では、患者に対して説明を行う際に、感情的にならないよう常に冷静な態度で関わることで、《理性的に対応する》ことが陰性感情の発生を事前に予防するた

めの対処行動であり、また【経験豊富なスタッフの存在】では、日々の業務にも慣れ、患者個々の特徴を理解でき、自身の中での余裕が生じて《他スタッフの対応を学ぶ》ことに精通しており、他スタッフと患者の関わり方を見ながら学ぶことで経験を積むことができ、より良いコミュニケーション技術の獲得をできることが対処行動を導くと考えられる。

研究対象となった看護師の一般病棟での経験年数の違いや、精神科病棟に配置転換となった時期の違いから、陰性感情を抱く場面やその種類、対処行動についての違いについて知ることはできなかったが、インタビュー内容から得た質的データを分析すると、一度精神科病棟での勤務を経験した看護師からは、恐怖心を抱きにくいという結果が得られた。このことは本研究の特徴と思われる。また、本研究の結果においては、一般病棟では身体的な技術が先立ちその都度対処できる場面数は多いが、精神科病棟では異動前に培った経験や知識が充分に関わりの中では活かせず、精神疾患特有の病態変化に対峙した看護師の対応が余儀なくされる場面が増えること、また予測通りにいかないことから、患者に対する陰性感情を抱くことが多いと推察される。松田¹⁾らは「とりわけ精神科においては、自己を治療の道具として活用することが求められる」と述べていることから、疾患の影響による拒否や否定などから感じる無力感、精神状態の悪化により興奮状態がみられる場合などに、充分な関わりが困難となり、患者-看護師関係の構築に悪影響していると捉えることができる。

武井⁵⁾は「そこで生きてくる感情を大切にしながら、対人交流の中で治療しあっていこうとする治療共同的なアプローチが生きてくる」と指摘していることから、一般病棟から配置転換した看護師や、はじめから精神科病棟に勤務している看護師は、同じラインでケア提供する姿勢を持つことが必要である一方、患者に陰性感情を抱いた際には、自身で感情を認識しスタッフ間で率直に語り合い、適切な対処行動をとれるよう共に学ぶことが重要である。また、精神科看護師にとって、日々の語り合いや情報共有できることが病棟スタッフとの関係性を保持し、不全感を抱かず実感できる場の必要性が示唆される。

VII. 結 論

1. 一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師の陰性感情は、【精神症状に影響された対応の難しさ】【関わりに困惑する抵抗感】【予測できない症状からくる恐怖心】【解消されない思いから生じる無力感】の4つのカテゴリーと《看護師としての価値観に対することから生じる葛藤》《理解してもらえないことに対する苛立ち》《感情的な要求に対する嫌悪感》《患者の予測できない行動に対する不安》《患者のイメージからくる恐怖感》《拒否や否定されたことによる抑うつ感》の6つのサブカテゴリーが抽出された。

2. 一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師の対処行動は、【情報を共有しチーム全体で対応】【疾患に対する肯定的捉え方】【精神科特有の関わり方の学び】【自身の感情の調整】【経験豊富なスタッフの存在】の5つのカテゴリーと〈カンファレンスをする〉〈他スタッフと相談する〉〈スタッフ複数で対応する〉〈自分自身で納得する〉〈距離を取って様子を見る〉〈理性的に対応する〉〈他スタッフの対応を学ぶ〉の7つのサブカテゴリーが抽出された。

1. 2の結果から、一般病棟から精神科病棟に配置転換した看護師が抱く陰性感情とその対処行動が明らかとなった。

本文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 松田光信, 八木彌生, 木下八千代: 一般科において勤務した経験をもつ看護師に映る精神科看護の特徴, 第33回成人看護Ⅱ, p.198-199, 2002.
- 2) 笠井翔太, 堀あつ子, 山田亜耶, 他: 精神科に異動した他科勤務経験をもつ看護師の異和感, 第40回日本看護学会論文集精神看護, p.30-32, 2010.
- 3) 木元司, 東修: 精神科の地域支援に関わる看護師が抱く陰性感情とその処理過程, 第43回日本看護学会論文集精神看護, p.124-127, 2013.
- 4) 武井麻子: 感情と看護, 医学書院出版, p.91-259, 2001.
- 5) 武井麻子: 感情労働としての精神科看護, 32(9), 精神科看護, p.14-17, 2005.
- 6) 松浦利江子: 患者に対して陰性感情を持つ体験に付随する倫理的葛藤, 日本看護管理学会誌, 14(1), p.77-84, 2010.
- 7) 川嶋真央, 平田拓也, 小林紗耶加, 他: 看護スタッフにおけるアンガーマネジメント教育を試みて, 日本精神科看護学術集会誌, 61(1), p.96-97, 2018.

◇研究報告◇

IVR 科外来でのインフォームドコンセントにおいて 患者が同席看護師に求めている看護

岸本千幸¹⁾, 田口賀子¹⁾

本研究は IVR 科外来にて IC を受ける患者が、同席看護師に対しどのような看護を求めているのかを明らかにすることを目的とした。IVR 治療を受けた患者のうち看護師が IC に同席した者に対し半構造的面接を実施し質的帰納的に分析した結果、同席看護師に患者が求める看護内容として【医師から提供された情報の確認と共有】、【患者の知る権利の擁護】、【IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい】、【医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助】、【治療に対する予期不安への援助】、【IVR という未知の体験への啓発・事前教育】、【IVR 科内外の橋渡し】、【IC の場の共有による信頼関係の構築】の 8 つのカテゴリーが抽出され、既に明らかになっている IC 同席時に必要な看護内容に加え、IVR 治療に対する理解促進に向けた援助や患者・医療者関係に関連した援助等、IVR 治療の特徴を考慮した看護内容が重要であることが示唆された。

【キーワード】 IVR, インフォームドコンセント, 同席, 意思決定

I. はじめに

インフォームドコンセント (Informed Consent: 以下 IC) は 1990 年代より日本でも普及し始めた概念であり、患者の知る権利の尊重や意思決定支援において、医療者の中でも患者にとって最も身近な存在である看護師が果たす役割は大きい。A 病院では画像下治療 (Interventional Radiology: 以下 IVR) を受ける患者に対して 2017 年 4 月より IVR 科外来を開設しており、他診療科から紹介を受けた患者に向けて IVR 科医師が IC を行っている。患者が検査・治療内容を十分に理解し納得した上で意思決定出来るよう、2019 年 7 月より IVR 室看護師が診察ならびに IC への同席を開始した。同席する中で、医師から文書と口頭で説明を受けても検査・治療のイメージがつきにくいとの声を患者・家族から聞くことが多く、IVR という言葉はまだ患者にとって馴染みがないのが現状であると感じた。先行研究においても、長沼らが血管造影検査を受ける患者に対して実施したアンケート調査において、看護師から術前オリエンテーションを受けずに血管造影検査を受けた患者のうち約 42% の患者が検査前のイメージと異なっていた¹⁾ことが明らかになっている。また杉下らは、頭

頸部腫瘍に対する超選択的動注化学療法を受ける患者に対する研究において、過去に体験したことがなく IVR 治療の内容や処置について不明瞭な場合には、不安も強く治療時の混乱も大きい²⁾と述べている。

IC に同席する看護師の役割や看護内容に関する先行研究については、複数の文献が存在していた。新居は病棟看護師を対象に実施したアンケート結果より、医師の説明時におけるナースの同席の看護内容は「情報の共有」「情報の収集と伝達」「理解度確認と調整」「受容と貢献」「情緒的支援」に収束される³⁾と述べている。また内科病棟の看護師と入院患者を対象とした IC における看護師の役割についての先行研究で、可知らは「看護師は『情報の確認と補足・修正』『医師への仲介』『啓蒙・教育』『同意に対するサポート』が必要と考え実際に行っているが、患者が必要と考え実際に力になったと感じているのは前者の 2 項目であった」⁴⁾と明らかにしている。その他にも外科の手術前説明やがん告知場面、治療選択の意思決定場面などで患者が同席看護師に求める看護内容については報告されている^{5) 6)}が、IVR に関連する先行研究は見当たらなかった。

受付日: 2022 年 4 月 24 日 / 受理日: 2023 年 1 月 20 日

1) Chiyuki Kishimoto, Yoshiko Taguchi: 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター

本研究では、IVR 科外来での IC において患者が同席看護師に求めている看護について調査し、IVR のように検査・治療についてイメージしにくい医療行為に対する IC の際、患者がより納得し安心して治療を受けるために必要な看護支援についての示唆を得たいと考えた。

Ⅱ. 目 的

IVR 科外来診察での IC に同席する IVR 室看護師に対し、患者がどのような看護を求めているのかを明らかにする。

<用語の定義>

インフォームドコンセント (Informed Consent: IC): 主治医からの紹介で IVR 科外来を受診した際、IVR 科医師が検査・治療の詳細や起こり得る合併症などの説明を行い、患者が十分に納得した上で同意すること。

同席: 本研究では、IVR 室勤務の看護師が IVR 科外来を受診する患者の診察に同席し、検査・治療を受けるにあたっての患者・家族の意向や、説明内容に対する受け止め方、治療・検査に同意するプロセスを IVR 科医師、患者・家族と共有し、IC 終了後ニーズに応じて納得して検査・治療を受けるために必要な看護支援を提供することとする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン: 質的記述的研究

2. データ収集期間: 2020 年 3 月~12 月

3. 対象者

IVR 科外来を受診する患者のうち、血管塞栓術・頭頸部動注化学療法・血管形成術などの治療を受けた患者で、IVR 室看護師が IC に同席した者を対象とした。IVR 科外来初診、再診は問わず、また入院中に IVR 科外来を受診する者も対象に含めた。研究対象から除外した者は、診察時の患者の受診状況より IC による精神的苦痛が強く、IVR 科医、診察同席看護師、研究者のいずれかが研究参加に伴う精神的負担が大きいと判断した者、精神的・身体的状況により 30 分程度の面接を実施することが困難と推測される者である。

4. データ収集方法

1) 面接法: IVR 室看護師が IC に同席した患者に対して、IC 終了後プライバシーが確保出来る個室にて研究者が説明文書を用いて研究目的・方法を説明し研究参加への同意を得た。その後、外来患者については IVR 治療のために入院してから治療前日までの期間で、入院患者については治療前日までの期間で、病棟担当看護師に対象者の身体的・精神的状態を確認した後、プライバシーを確保出来る個室にてインタビューガイドに沿った半構造的面接を実施した。インタビュー内容は、IVR 室看護師が同席した感想、医師のみの IC との相違点、看護師が同席することの利点、負担に感じた点、IC に同席する看護師に求める看護内容についてである。大部屋の患者の面接を実施する場合には、個室が確保出来る様、予め対象者が入院予定の病棟に別紙依頼

文を配布し協力を要請した。面接時間は 30 分程度とし、患者の身体状況及び精神状態を観察しながら実施した。面接時には許可を得た上でボイスレコーダーを使用した。

2) 診療録からの情報収集: 患者の基本属性、IVR 治療内容、IVR 科外来受診経験の有無、IVR 経験の有無について調査した。

5. データ分析方法

面接により得られた内容を元に対象者ごとに逐語録を作成し、看護師が IC に同席した感想、同席することの利点、同席する看護師に求める看護内容について抽出しコード化した。さらに意味内容の類似性に従い分類し、サブカテゴリーを生成したのち、カテゴリー化した。また全過程を通じスーパーバイザーの指導を受け、妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は大阪国際がんセンター倫理審査委員会看護研究部会の承認を得て実施した。対象者には、研究目的・方法、研究参加および同意撤回の自由、プライバシーの保護、研究結果の公表の可能性などについて、文章と口頭にて説明した後、同意を得た。研究で得たデータは本研究以外には用いず、個人を特定出来ないようにデータ処理を行い施錠した場所で保管した。

Ⅴ. 結 果

対象者は男性 7 名、女性 1 名の計 8 名で、年齢は 40 歳代が 2 名、50 歳代が 3 名、60 歳代が 1 名、70 歳代が 2 名であった。対象者の治療内容は門脈ステント留置術が 4 名、血管塞栓術が 2 名、頭頸部動注化学療法と動脈瘤塞栓術が 1 名ずつであった。今回の治療以前に IVR 経験がある者は 3 名、初回のは 5 名であった (表 1)。

IVR 科外来診察での IC に同席する看護師に求める看護について逐語録から内容をコード化したところ、81 のコードが抽出された。コードを 21 のサブカテゴリーに分類し、さらに類似するカテゴリーに分類した結果、【医師から提供された情報の確認と共有】、【患者の知る権利の擁護】、【IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい】、【医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助】、【治療に対する予期不安への援助】、【IVR という未知の体験への啓発・事前教育】、【IVR 科内外の橋渡し】、【IC の場の共有による信頼関係の構築】の 8 つのカテゴリーに集約された (表 2)。

以下、【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」はコードを示す。

1. 【医師から提供された情報の確認と共有】は〈医師の説明内容の再説明〉、〈患者と同席看護師での IC 内容の共有〉の 2 つのサブカテゴリーから構成された。IC 後に再度看護師から重複した内容の説明を聞くことで、「医師からだけでなく、看護師からも同じ説明をされると納得出来る」看護師の同席は、医師と看護師とから説明内容が二重確認出来る

表1 対象者の属性

対象者	年齢/性別	治療内容	IVR 経験の有無	IVR 外来受診経験	IVR 看護師同席経験
A 氏	40 歳代/男	血管塞栓術	なし	なし	なし
B 氏	40 歳代/男	血管塞栓術	6 回	5 回	1 回
C 氏	70 歳代/男	頭頸部動注化学療法	なし	なし	なし
D 氏	50 歳代/男	門脈ステント留置術	なし	なし	なし
E 氏	50 歳代/男	門脈ステント留置術	なし	なし	なし
F 氏	50 歳代/男	門脈ステント留置術	あり	なし	なし
G 氏	70 歳代/女	門脈ステント留置術	あり	なし	なし
H 氏	60 歳代/男	腎動脈瘤塞栓術	なし	なし	なし

表2 IVR 科外来診察での IC に同席する看護師に求める看護

カテゴリー	サブカテゴリー
医師から提供された情報の確認と共有	医師の説明内容の再説明 患者と同席看護師での IC 内容の共有
患者の知る権利の擁護	医師と患者の仲介 医師への代理質問 医師への質問内容についての助言
IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい	IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい
医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助	医師の説明の補足 治療に対する情報の整理 IVR に対するイメージが持てるような情報提供
治療に対する予期不安への援助	治療の詳細や合併症の説明に対する不安への援助 意識下治療に対する不安への援助
IVR という未知の体験への啓発・事前教育	治療中の体位・疼痛に対する事前アプローチ 治療中の看護師とのコミュニケーションについての情報提供 治療中の息止めに対する教育的支援
IVR 科内外の橋渡し	主科と IVR 科の連携役 治療後の気がかりに対する継続看護 スタッフ間での情報共有
IC の場の共有による信頼関係の構築	同席看護師の存在や対応による情緒的支援 あらかじめ面識を持つことによる安心感の付与 個別性に応じた関わり

ので良い」と感じていた。また、医師の説明を同席看護師が患者と同じ空間で聞き内容を共有することで「説明を看護師と一緒に聞くことで、両方とも同じ認識だと感じられ安心出来る」と語っていた。

2. 【患者の知る権利の擁護】は〈医師と患者の仲介〉、〈医師への代理質問〉、〈医師への質問内容についての助言〉の3つのサブカテゴリーから構成された。「説明後にも医師に不明点を確認出来るようにしてほしい」「説明時看護師がいる

と医師に聞きにくいことも聞きやすくなる」など、IC 時の不明点、疑問点などを「看護師に（医師との）間に入ってもらって聞きたい」と語っていた。また「医師に聞きにくいことを代わりに聞いてほしい」、医師の説明の後「納得して治療を受けるために、医師への質問内容についてアドバイスしてほしい」等の要望も聞かれた。

3. 【IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい】は〈IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい〉の1つのサブ

カテゴリーから構成された。「看護師にどのように関わられても全てお任せで、言われた通りにやると考えている」「(看護師の) 補足説明で治療のイメージはついたが、とにかく治療を受けるしかないと感じる」「医師から細かく説明されるが、まな板の鯉で任せているので聞いてもどうしようもない」等の思いが表出された。

4. 【医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助】は〈医師の説明の補足〉、〈治療に対する情報の整理〉、〈IVR に対するイメージが持てるような援助〉の 3 つのサブカテゴリーから構成された。医師からの説明の後に、「医師の説明内容を看護師が具体的に説明してくれたのがよかった」、「同席する看護師には、医師からの説明で理解出来ないことを補足説明してほしい」等、医師の説明内容を理解するために看護師に補足説明を求める声が聞かれた。また IC に先立ち自ら情報収集する中で「治療についていろいろ調べて情報が錯綜し混乱し不安」となっている患者や「医師からの説明と知り合いから聞いた話が違っている部分があり、疑問に感じた」患者に対し、情報を整理する役割を同席看護師に求めている。また「医師から説明文書を渡されるだけだと治療がどうやって進むのかわからず不安だ」「IVR やカテーテル治療という言葉は聞いたことがなかった」「IVR 治療の経験がないので、経験がある人だったらわかることでも分からない」と IVR が初回の患者から治療に対してイメージしにくいとの声が聞かれたが、過去に IVR の経験がある者は「段取りが分かると、IVR を受ける不安もなくなる」と語っていた。IC 後の看護師からのオリエンテーションについては「パンフレットを使用した補足説明で治療の様子がイメージしやすくなった」「補足説明のパンフレットは文字だけでなく写真が載っており理解しやすかった」と語っている者もいた。
5. 【治療に対する予期不安への援助】は〈治療の詳細や合併症の説明に対する不安への援助〉、〈意識下治療に対する不安への援助〉の 2 つのサブカテゴリーから構成された。「術前説明は合併症など最悪なことばかり言われるので不安になる」などのコードより、患者は治療についての具体的な説明や合併症のリスクを聞くことで不安が増大していた。また、IVR 治療が局所麻酔下で施行されることに関連して「長時間意識がある状態での治療が不安なのでそこに看護師に対応してほしい」「治療中は余計なことを考えないように気を散らすような声かけをしてほしい」など看護師に対する治療中の要望や、「音楽の持ち込みが出来ると聞いて、気がまぎれるように持参しようと思った」など看護師の補足説明を聞いたうえで思いが語られた。
6. 【IVR という未知の体験への啓発・事前教育】は〈治療中の体位・疼痛に対する事前アプローチ〉、〈治療中の看護師とのコミュニケーションについての情報提供〉、〈治療中の息止めに対する教育的支援〉の 3 つのサブカテゴリーから構成された。IC 時に医師から意識下で長時間一定の体位を

保持する必要性や局所麻酔や塞栓術に伴う疼痛について説明されることで、「説明の中では痛みに関することが最も気になるので知りたい」「長時間同一体位をとれるかが不安」など、治療中に生じると予測される苦痛や疼痛に対して不安を感じ、対処方法を知りたいとの声が聞かれた。また看護師の補足説明を聞き、治療中 X 線透視を使用する際は看護師が患者の側から離れることを知り「透視が出ている間看護師は側にいない事をパンフレットに載せておいてほしい」との思いが語られた。「治療中医師に声をかけるのは気を遣うので、ナースコールを持たせてほしい」と治療中の看護師とのコミュニケーション手段についての要望も聞かれた。治療中穿刺時や撮影時に必要な息止めについても IC 時に医師から説明を受けるが、「医師の説明ではどれくらい息止めが必要なのか見当がつかず不安だ」と感じており、看護師のオリエンテーションについて「息止めなど、具体的な指導を受けた方が治療の様子が想像出来て安心する」との思いが語られた。

7. 【IVR 科内外の橋渡し】は〈主科と IVR 科の連携役〉、〈治療後の気かりに対する継続看護〉、〈スタッフ間での情報共有〉の 3 つのサブカテゴリーから構成された。IVR 治療は IC および施術を行う医師が主治医とは異なるため「IVR 科と主科の連携をしっかりしてほしい」などの要望が聞かれた。治療後患者はベッド上での安静が強いられるが、「腰が悪いので終わった後の安静が不安だ」と病棟帰室後の床上安静に対する不安や、「治療中のことより終わったあとや退院後の生活の方が気かりだ」と術後経過や退院後の生活への不安についても語っていた。また「治療時の要望をスタッフで共有してほしい」と IVR スタッフ間での情報共有を望んでいた。
8. 【IC の場の共有による信頼関係の構築】は〈同席看護師の存在や対応による情緒的支援〉、〈あらかじめ面識を持つことによる安心感の付与〉、〈個性性に応じた関わり〉の 3 つのサブカテゴリーから構成された。「医療音痴なので、看護師が同席していて安心感があつた」との語りから、患者は IC の場に看護師が同席するだけでも安心感が得られたり、同席時の看護師の対応については「看護師の正しい情報提供が安心感につながる」「同席看護師の対応や説明の仕方でも治療時の安心感が決まる」と語っていた。また「知らない看護師より、面識のある看護師の方が訴えやすい」「同席した看護師が当日治療担当だったら安心」と、同席することで面識のある看護師に、治療時も担当してほしいとの要望が聞かれた。また「患者の出来ること、出来ない事を見極めながら関わってほしい」との思いが語られた。

VI. 考 察

IVR 科外来診察での IC に同席する IVR 室看護師に対し、患者がどのような看護を求めているかを調査した結果、手術前や告知場面等の IC で必要とされる看護としてすでに先行

文献で明らかとなっている内容と共通するものと、IVR 治療の特徴を考慮した看護内容に分類された。

1. 先行文献における看護内容と共通するもの

【医師から提供された情報の確認と共有】については先行文献でもその重要性が述べられている。新居は医師の説明時の同席看護師の看護内容についての研究で、「情報は本来患者のものであり、患者を中心として家族、医療者とともに医療を行うためにも『情報の共有』は同席の看護内容であり、必要不可欠⁷⁾としている。IVR 室の看護師が同じ空間で説明を聞き患者と共通認識を持つことや、医師と同内容の説明を看護師からも聞くことで内容を再確認することは、患者がより説明内容を理解し納得した上で同意することにつながると考える。

【患者の知る権利の擁護】では、IC の場で患者が医師に直接聞きにくい内容の疑問を解決するために、看護師に仲介や代理で質問する役割、医師への質問時の助言を望んでいた。これらの役割はいくつかの先行文献でも重要性が論じられている。白鳥は心臓カテーテルを受ける患者の IC を支える看護実践について「医師と患者を繋ぐ」役割の重要性を述べており、医療現場において患者が自己の意見を主張することが困難になりやすいこと、さらに長く続いた医療のパターンリズムの影響から医療者に言われるがままになりやすいことを踏まえた上で、患者を擁護し患者が自分の意見を主張し納得した意思決定が出来るよう支援することが必要⁸⁾と述べている。IC に同席する看護師は患者の知る権利の擁護者であることを認識し、患者が納得して治療を受けるためにどのような介入を求めているかを見極める必要がある。

【IC 時に求めることはなく、医療者に任せたい】では IC 時の患者の反応としていくつかの先行文献でも同様のものが見られた。御子紫は「かつて、諸外国に比べ、我が国におけるインフォームド・コンセントの普及が緩やかであったとすれば、そこには日本の文化や国民性も大きく関係していたと思われる。いまだに『先生にお任せする』といった状況も少なくない⁹⁾と我が国の IC における特徴として患者の医療者への依存傾向を指摘している。また、杉下は頭頸部動注化学療法を受ける患者の看護における研究で「お任せという心理には医療者を信頼している一方、治療を受けるにあたり患者は自分で頑張るといふより、専門的知識を持っている医療者に全てお任せするしかない」と依存し、動注に臨んでいる」としたうえで、「不安を一人では抱えきれず、医療者にお任せするということで不安をやわらげようとする患者の気持ちを理解することが大切¹⁰⁾と述べている。IC の時点では同席看護師に求めることがないと推察された場合でも、患者が IVR 治療をどのように受容しているのかを理解しようとする姿勢が同席看護師には必要である。身を委ねたいという思いを否定せず、治療を主体的に捉えることが出来る受容段階を見計らい、患者の求める看護を提供することが重要と言える。

これらの【医師から提供された情報の確認と共有】【患者の知る権利の擁護】【IC 時に求めることはなく、医療者に任せ

たい】の категория が示す看護支援は、先行文献においてもその重要性が述べられていることから、IVR 診察に限らず様々な場面における IC 時に患者が同席看護師に共通して求めている看護と言える。A 病院では、IVR 室看護師は IC に同席後は治療日当日まで患者に直接介入する機会がないため、患者の治療に対する受け止め方や思いを把握することが難しい。限られた介入時間の中で患者が説明内容を十分理解し納得したうえで意思決定するための援助や、治療に対する受け止め方を評価し受容段階に応じて対応することが、IVR 治療の IC においても重要な看護支援であることを認識し同席する姿勢が必要である。また IC 終了後から治療当日までの間患者がいつでも疑問点や不安を解消出来るよう、外来看護師や病棟看護師との連携を図る必要性も示唆された。

2. IVR 治療の特徴を考慮した看護内容

1) IVR 治療に対する理解促進に向けた援助

【医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助】では、医師の説明の補足や情報整理の役割、治療内容のイメージ化を促進する援助を同席看護師に求めていた。IC 後、患者へ医師の説明内容の理解を促すために IVR 室看護師が介入し、IC 時の難解な言葉を平易な表現に変えて説明したり、理解状況に応じて補足説明を行ったり、情報量が多く混乱している患者に対し共に情報整理を行うことは有効である。しかし、医師の説明内容を十分理解出来ている場合でも、患者にとっては「IVR」という言葉から治療内容がイメージしづらく、医師の説明のみではどのような治療を施されるのか詳細が不明瞭であったとの声も面接時よく聞かれた。治療内容のイメージ化に向けた術前看護については、木幡らが血管内治療を受ける患者の不安についての研究において「患者の不安を軽減するには術前の説明によりイメージが出来ることが重要であると考えられる。そのため、IVR 看護師は術前に患者への説明を行うだけでなく、医師からの説明を十分理解出来ていたかどうか、患者が納得し IVR に臨むことが出来るかどうかを確認することが重要¹¹⁾と述べている。IVR 看護師が医師の説明後に写真入りのパンフレットを用いて室内の様子や入室から治療終了までの流れを可視化し説明することで、患者の理解度が向上していた。IVR 治療・検査を経験したことがある患者では、治療の段取りが分かると IVR に対する不安が軽減していたことから、IVR 治療を受ける患者の IC の際、パンフレットや動画など視覚的に訴えるツール等を併用しながらイメージ化を促進することは、患者の心理的準備を促し、患者自身が治療内容を十分理解し主体的に治療に臨むために必要な看護であると言える。

【治療に対する予期不安への援助】では治療の詳細や合併症について医師から説明を聞き生じる不安に加え、IVR の特徴である意識下治療に対する不安への介入を求めていた。局所麻酔下の手術は、術後の回復が早い、全身的な侵襲が少ない、患者とコミュニケーションをとりながら治療が進められるなどの利点がある一方、患者は意識を保ったまま治療を受

けることとなり、特殊な環境で医療者の会話が聞こえるなか、自分の見えないところで治療が進められるなどの要因から恐怖や不安などの精神的ストレスが生じる¹²⁾。IC 同席中にも、IVR が全身麻酔下での治療だと思い込んでおり IVR 科医の説明時に初めて意識下での治療であることを知り不安を訴える患者も多かった。同席看護師は IVR 治療についてのイメージ化が図れた際に生じる予期不安の一つとして意識下治療に対する不安の詳細に耳を傾け、不安軽減に向けた可能な範囲での治療中のこまめな声かけや、患者が希望する音楽を流したり医療者の話し声に配慮するなど、安楽に向けた看護が提供出来ることを事前に伝える必要がある。

【IVR という未知の体験への啓発・事前教育】では、先述の通り耳慣れずイメージにくい IVR に伴う苦痛に対して、看護師から適切なケアが提供されることを事前に知らせてほしいとの要望があった。血管造影検査・治療中の患者の苦痛についての先行研究において、対象者のうち 69.2%の患者が検査・治療中に何らかの苦痛を感じており、うち 38.9%の患者が「穿刺部痛」、25%が「同一体位による疼痛」、22.2%が「治療中の疼痛」、19.4%が「撮影時の息止め」が苦痛であったと答えている¹³⁾。本研究でも同一体位による疼痛への不安の声が多く聞かれた。腰痛などの持病や疼痛を伴う複数のがんを患い治療に臨む患者も少なくないため、同席時に本人から苦痛や不安の詳細、その対処方法についても情報収集し、その軽減に向けて治療時にも可能な限り対処可能であることを IC 時に予め伝えておくことが重要である。また治療中、IVR 室看護師は放射線防護の観点から X 線透視使用時には患者から距離をとり、被曝予防に努めている。看護師が常に側にいないという特殊な環境下となるが、治療開始時にナースコールを渡しつつも鳴らしてもらってよいことや、適宜患者のもとに看護師から声をかけに行くことを伝えても、医療者には気を遣い苦痛や不安を訴えにくいとの声も多く聞かれた。同席看護師は、IVR 治療の特殊性への理解を促し、苦痛や思いを我慢せず表出してもらうことが異常の早期発見にも繋がるということを事前に伝えることも、安心感の付与に効果的な関わりだと考える。また撮影時の息止めについては IC 時に医師から説明されるが、息止めの可否が治療の成功率に関わることも同時に伝えられるため、IC 後の患者の不安は増大していた。同席看護師により具体的に「どのように、何秒ほど」止める必要があるのか実際に指導し、患者自身が体感することで不安が軽減しており、患者に心理的準備を促すための教育的支援は重要であると考えられる。

これらの【医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助】【治療に対する予期不安への援助】【IVR という未知の体験への啓発・事前教育】のカテゴリーが示す援助は、IVR 治療の IC において患者が治療内容を十分に理解したうえで主体的に治療に臨むために重要な看護といえる。日々治療に携わる医療者にとって IVR は身近で主流な治療法のひとつであるが、初めて治療を受ける患者にとっては想像しがたく、

故に不安も大きいと推測される。「分からないことへの不安」を出来る限り軽減し安心して治療の日を迎えられるよう、同席看護師は IVR の特殊性を踏まえ専門的知識を持って介入する必要がある。また、A 病院においては現在パンフットを使用してオリエンテーションを実施しているが、さらなるイメージ化や事前教育の促進に向けて IC 時に動画を視聴してもらうなどの工夫も今後の検討課題であると考えられる。

2) 患者-医療者関係に関連した援助

【IVR 科内外の橋渡し】は、IVR 領域の特殊性を表すカテゴリーといえる。病名告知や予後、外科的手術などの IC と異なり、IVR における IC は主治医ではない医師により行われ、ほとんどの場合患者は IVR 施行医とは初対面である。患者は主科と IVR 科の連携を望んでおり、多部門が協働し施設全体でのチーム医療を実践していけるよう、同席看護師はその調整役を担っているとの認識を持つ必要がある。また、野口は「IVR が成功するためには術中のチーム医療はもちろんのこと、術前・術後の継続看護も重要な鍵を握っている。(中略)充実した治療を提供するためには他職種と協働し病棟・外来看護師が継続看護を行いチームで取り組むことが重要」¹⁴⁾と述べている。同席看護師は IVR 室内での看護に留まらず幅広い視野を持ち患者のニーズを捉え、IVR 治療中のみならず、治療前後にも病棟・外来看護師とシームレスに相互連携を図ることが求められる。加えて IVR チーム内の橋渡し役として、同席時の情報や患者の要望を治療担当者に共有することの重要性も示唆された。看護師間のみならず医師・診療放射線技師とも情報共有を図ることで、より患者の個別性に応じた安全安楽な治療が遂行出来るようになる。

【IC の場の共有による信頼関係の構築】は、手術前 IC の同席時の看護についての先行文献でもその重要性が述べられており、吉村は「IC は意思決定を共有するプロセスであり、その場を共有したことで、患者は同席した看護師に“自分のことを分かってくれている”という安心感を抱き信頼出来る存在とみなす」¹⁵⁾と論じている。複数のコードからも、IC の場の共有により患者-看護師間に信頼関係が生まれることが示唆されている。さらには同席時の IVR 室看護師の対応や説明の仕方が好印象で的確であれば看護師への信頼は増し IVR 治療時の安心感にも影響していたことから、同席する看護師は IVR 看護の専門性を熟知したうえで信頼感を与えられるような介入を行い、治療当日までに良好な関係を築けるよう配慮することが重要である。また患者からは「同席看護師が治療時の担当なら安心」といった要望が多く聞かれた。野水¹⁶⁾の心臓カテーテル術前訪問についての研究でも、カテーテル室の看護師と事前に面識を持つことが治療中の患者の不安の緩和に有効であることが明らかになっている。A 病院では IC 同席看護師と治療担当看護師が異なることも多く、より患者にとって安心な治療環境の提供のため、同席看護師が治療当日にも担当出来るような勤務体制の調整が今後の課題といえる。

これらの【IVR 科内外の橋渡し】、【IC の場の共有による信頼関係の構築】のカテゴリーが示す援助は、施設全体のチーム医療における調整役や意思決定プロセスの場の共有、IVR 室看護師との関わりによる信頼感・安心感の提供等、限られた介入の機会を活用し、IVR 室看護師が同席により患者-看護師間の信頼関係を構築するために重要な看護であると考えられる。

本研究は1施設での調査であり、研究対象者の語った内容は当該施設における看護内容の偏りが影響している可能性がある。研究期間中における治療目的のIVR 科外来受診患者数は全27件であり、男女比は男性18名(66.7%)、女性9名(33.3%)であることから、当該施設における外来患者の男女比を反映出来ておらず、また対象者数が8名と少数であること、対象者の治療内容にも偏りがあることから、結果の一般化には限界があると考えられる。今後対象病院の規模や対象者数を拡大し、一般化に向けた検討が必要である。

VII. 結 論

1. IVR 科外来診察でのICに同席するIVR 室看護師に対し患者が求める看護内容として、【医師から提供された情報の確認と共有】、【患者の知る権利の擁護】、【IC時に求めることはなく、医療者に任せたい】、【医師の説明内容の理解とイメージ化に向けた援助】、【治療に対する予期不安への援助】、【IVR という未知の体験への啓発・事前教育】、【IVR 科内外の橋渡し】、【IC の場の共有による信頼関係の構築】の8つのカテゴリーが抽出された。

2. IVR 治療のIC時には、既知のIC時と共通する看護内容に加え、IVR 治療の特徴を考慮した看護内容が重要であることが示唆された。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

VIII. 引用文献

- 1) 長沼みづき, 高雄知子, 穴水美和, 他: 血管造影室の看護師に患者がもとめているもの, 山梨大学看護学会誌, 6(1), p.23-26, 2007.
- 2) 杉下祐美, 宮本純子, 福富貴実, 他: 頭頸部腫瘍における超選択的動注化学療法を受ける患者の不安, 第36回日本看護学会論文集(成人看護I), p.21-23, 2005.
- 3) 新居富士美: インフォームドコンセントにおけるナースの同席の看護内容, 臨牀看護, 27(11), p.1705-1711, 2001.
- 4) 可知彩香, 荻原正子, 中島純子, 他: インフォームドコンセントにおける看護師の役割—患者と看護師の意識調査から—, 第37回日本看護学会論文集(看護総合), p.360-362, 2006.
- 5) 吉村久美子, 春山玲奈, 東久保持子, 他: 癌の手術説明に同席した看護師としていない看護師に対する患者の訴えの違い, 第37回日本看護学会論文集(成人看護II), p.32-34, 2006.

- 6) 前田陽子: 同席看護師によるインフォームド・コンセント内容の評価, 第36回日本看護学会論文集(看護管理), p.86-88, 2005.
- 7) 前掲書3), p.1710.
- 8) 白鳥孝子: 心臓カテーテル法を受ける患者の適切なインフォームドコンセントを支える看護実践, 日本保健科学学会誌, 15(4), p.197-209, 2013.
- 9) 御子柴梓: 「医療安全」の現在, これからの「看護のチカラ」インフォームド・コンセントと看護の役割, 看護のチカラ, 19(415), p.49-51, 2014.
- 10) 前掲書2), p.23.
- 11) 木幡美奈子, 浦山由理: 放射線科外来にて血管内治療を受ける患者の不安, 第48回日本看護学会論文集(ヘルスプロモーション), p.115-118, 2018.
- 12) 野口純子: IVR 看護 総論(特集 病棟・外来看護師のための放射線講座), 看護技術, 57(11), p.978-980, 2011.
- 13) 前掲書1), p.24.
- 14) 前掲書12), p.978-979.
- 15) 前掲書5), p.34.
- 16) 野水里枝, 酒井稔子, 村瀬妙美, 他: カテ室看護師による心臓カテーテル検査・治療を受ける患者への術前訪問の意義, 日本心血管インターベンション治療学会誌, 4(2), p.133-139, 2012.

◇研究報告◇

退院支援の研修に関する文献検討

— 現状と課題から得られる今後の示唆 —

猪狩明日香¹⁾, 横尾誠一²⁾

目的: 退院支援の研修の概要とその成果について文献検討を行い, 現状と課題を明らかにし, 今後の示唆を得る。

方法: 「退院支援」「退院調整」「研修」をキーワードとし, 退院支援の研修の概要とその成果について, 内容を抽出し, カテゴリーを生成した。研修目的・目標のカテゴリー・サブカテゴリーに沿って, 研修成果のカテゴリーの類似性を照合した。

結果: 17 文献を対象とした。研修目的・目標は【退院支援に関する基礎知識の習得・把握】など3 カテゴリーに分類され, 研修成果は, 【退院支援の実践】【意義・役割の理解】など4 カテゴリーに分類された。研修目的・目標のサブカテゴリーとして分類された【在宅医療に関する知識の習得】は, 成果には分類されなかった。

考察: 退院支援の研修では, 在宅医療に精通している医療職者や教育者から, 在宅医療に関する基礎的な教育を受けることのできるような研修を企画し, 開催する必要性が高い。

【キーワード】 退院支援, 退院調整, 研修, 在宅医療

I. はじめに

急速に進行する高齢化社会の中, 医療費の増大が問題となり, 医療費削減が課題となっている。国の政策として, 医療費を圧迫している入院費用を抑制するために, 医療費適正計画が進められている。2013 年度の第 2 期医療費適正化計画では, 平均在院日数の縮減について目標が掲げられ¹⁾, 2016 年度の診療報酬改定においては, 「退院支援加算」が新設された²⁾。2018 年度では, 「入退院支援加算」へと名称が変更された³⁾ ことにより, 医療機関では, 入院時から, あるいは外来受診時など早期から患者の退院後の生活を見据えた介入が求められている。各医療機関では, 退院支援の体制づくりに努めており, 看護職は看護の視点, つまり「生活」と保健・医療・福祉をつなぐ観点をもつ⁴⁾, 地域包括ケアシステムの構築への参画が求められ, 患者の生活の場で継続可能な医療を入院中から構築する必要性が高まっている。一方, 医療現場では, 医療の高度化や対象の高齢化・複雑化の進行から, 在院日数の短縮が図られており, 看護ケアと退院支援へのアプローチを両立するための業務調整が追いついていないことが課題となっている⁵⁾。

宇都宮⁶⁾ は, 特に急性期医療を担うスタッフが, 「病院という環境下でやらなくてはならない医療・看護」という視点から, 患者主体で考える「退院後患者が続ける疾病管理」という視点でイメージできていない現状を述べている。また, 退院支援を困難にする要因として, 病棟看護師や外来看護師の役割ではないという認識を持つ看護師が多い⁷⁾, 退院支援に関する情報収集を退院調整看護師に任せっきりとなっている⁸⁾, 入院定型業務を経験しない病棟看護師が存在する⁹⁾ ことが報告されている。

このような背景のもと昨今では, 退院支援を促進するために病院で勤務する看護師 (以下「病院看護師」とする) の退院支援に関する勉強会や教育¹⁰⁾ が積極的に進められている。鈴木¹¹⁾ とも, 病棟看護職を対象とした退院支援に関する病院内での勉強会の必要性を述べている。さらに篠田¹²⁾ は, 退院支援には多職種チームによる意思決定を支える能力が求められていることを言及しており, 看護師だけにとどまらず, 医療職者全体に対する退院支援の研修の必要性が高まっている。宇都宮¹³⁾ は, 各医療機関での退院支援の研修は, 独自のプログラム内容で構成され, 研修内容や形式, 開催時間や回数,

受付日: 2022 年 4 月 25 日 / 受理日: 2023 年 1 月 20 日

1) Asuka Ikari: 令和健康科学大学

2) Seiichi Yokoo: 福岡国際医療福祉大学

指導者は多様であると述べている。しかし、病院看護師の介護保険制度に対する理解や在宅生活のイメージの乏しさ¹⁴⁾が指摘されており、病院看護師が、地域での療養の場をイメージしながら、入院時から退院までのケアを提供でき、多職種との連携・調整を含めて体系するといった、一貫した退院支援プログラムの作成が求められている¹⁵⁾。

退院支援に関する文献検討において、鈴木¹⁶⁾らは、急性期病院に焦点をあて、退院支援の活動における情報収集や地域連携などの課題を明らかにしている。また、岩脇¹⁷⁾らは、病棟看護師の退院支援スキル向上を目指す教育に着目して、研修の評価や、研修による看護師の認識や実践の変化について報告している。しかしながら、国内の先行研究において、退院支援に関する研修の目的・目標や形式、研修内容を含む概要とそれらの研修成果を整理し分析した研究は公表されていない。これらのことにより、退院支援に関する研修の現状を明らかにし、課題を見出すことで、今後の退院支援プログラムの開発の一助になり得ると考える。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、退院支援に関する研修の概要とその成果について文献検討を行い、現状と課題を明らかにし、今後の示唆を得ることである。

Ⅲ. 方 法

1. 文献検索

医学中央雑誌 web 版 (ver.5) を用い、国内文献の検索を行った (検索日: 2021 年 12 月 10 日)。キーワードを「退院支援」「退院調整」「研修」とし、AND 検索を行い、絞込検索を解説・総説と会議録を除く原著論文とし、2011~2021 年に発行されている文献を対象とした。前述したように、近年における診療報酬として、退院支援は、外来受診時より支援を始める「入退院支援」へと改定されている。しかし、特に病棟看護師は、介護保険制度などの理解や在宅生活のイメージの乏しい実態であり、退院支援教育の課題が解決していないこと、また、退院支援プログラムが確立されておらず一貫したプログラムの作成が求められている現状にあることから、本研究では、従来から開催されている「退院支援」をキーワードに設定した。

2. 分析方法

検索された文献より、テーマ及び研究目的に照らし合わせながら、本文中あるいは、図・表中に退院支援の研修の概要 (受講対象者、指導者または主催者、研修目的・目標、研修形式と主な内容)、且つその成果を明示している文献を選定し、それらの記述内容を抽出し、全体を概観した。

研修目的・目標に関する記述内容をそのまま抽出し、マトリックスシートに記入し、要約し、コード化した。さらにコード化した内容の共通性と相違性にそって、サブカテゴリーを抽出しカテゴリーを生成した。研修の成果においても、同様

に、文献の結果や考察から明らかになった研修の効果、学びや気づきについて記述されている内容を抽出し、要約し、コード化し、内容の共通性にそって、サブカテゴリーとカテゴリーを生成した。次に、研修目的・目標で生成したカテゴリー及びサブカテゴリーにそって、研修成果のカテゴリーとサブカテゴリーを類似性に基づいて照合した。

本研究では、研究者 2 名で、研究目的に相違ない文献であるか照合し、エビデンスレベルの確認を行い、分析過程を確認した。研究者は、従来、退院支援の課題 (2020) や精神科入院患者へのクリニカルパス (2021) について質的デザインの研究にも取り組んできた。また 2 名の研究者は、地域包括支援センターの保健師として 4 年間の業務経験があり、大学における連携教育に 6 年間従事した者と、大学教育における連携教育に 10 年間の経験を有する者である。このように退院支援教育や地域での包括的ケアマネジメントにおいて実務経験のある研究者により、分析の妥当性について検討を重ね、カテゴリーがそれぞれの内容を明確に示していることに意見が一致し、説明できるまで議論を繰り返す、妥当性の担保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、文献の使用において出典を明らかにし、著作権を遵守し実施した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象文献の概観 (図 1) (表 1)

文献検索の結果、110 件が検索され 108 件の論文を取得した。そのうち、支援の研修の概要について記述されていた 41 件より、研修の概要 (受講対象者、指導者、研修目的・目標、研修形式、研修の主な内容)、もしくは研修の成果の記述内容のない 22 件の論文を除外し、19 件の論文の全文を精読した。そのうち、一般病棟とは在院平均日数が大きく異なる精神科病棟や、人生の最期を過ごす場としての緩和ケア病棟、退院調整看護師の育成に関する論文を除外した 17 件を分析対象とした。

1) 年次別の文献数と研究デザイン

文献数の年次推移では、2016 年が 5 件、2019 年が 4 件であった。2012 年と 2018 年が 2 件であり、その他の年次では各 1 件であった。研究デザインでは、量的研究法が 6 件、質的研究法が 9 件、量的研究法と質的研究法の両者を含む混合研究法が 2 件であった。

2) 受講対象者

受講対象者 (以下「受講者」とする) は、病院看護師では副看護師長や新卒看護師、また、リハビリテーションの関係職や福祉職といった看護師以外の職種も含まれていた。受講者が研修をうけている機関は、病床機能が明記されているものが 13 件であり、そのうち急性期病院 (集中治療室を含む) が 8 件、大学病院 (特定機能病院を含む) が 4 件であった。

3) 指導者 (ファシリテーターを含む)・主催者

指導者・主催者は、病院内の看護部教育 (または研修) 担当者が9件、次いで、訪問看護師が8件、病院内の地域連携の担当者や退院調整看護師が6件、看護大学教員が5件の文

献数であった。医療機関と大学教員や訪問看護ステーションとの協働組織、在宅医や介護職員が指導者を担っていた内容もあった。

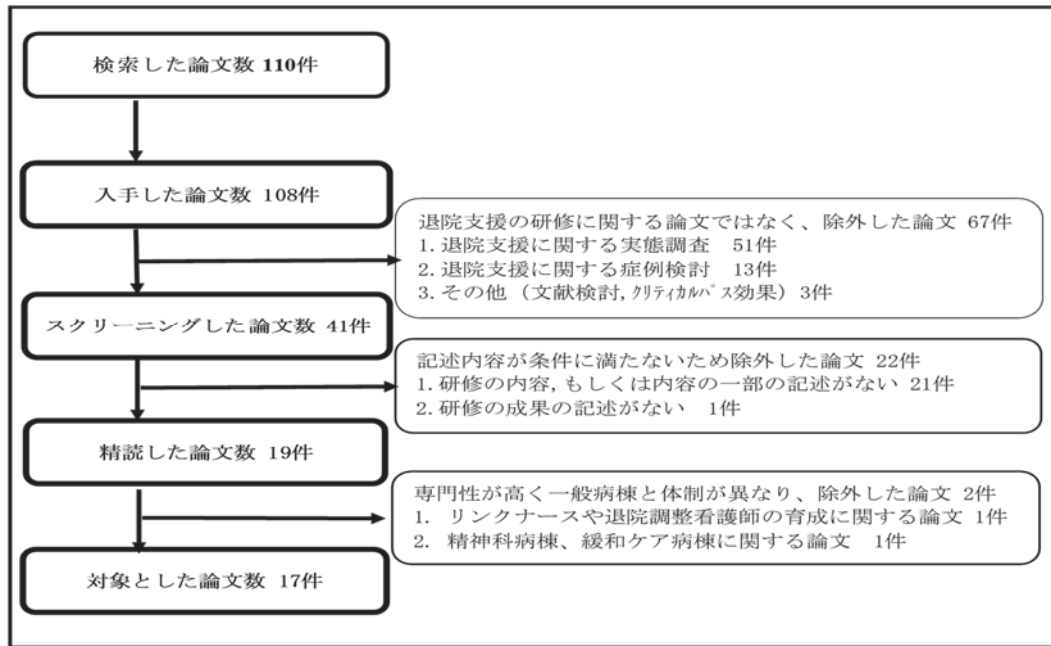


図1 対象文献の分析過程フローチャート

表1 対象文献の一覧

18) ~34)

文献番号	発行年	筆頭者・文献	デザイン	受講対象者 (研究対象者)	指導者 (ファシリテーター含む) または主催者	形式
1	2021	菱沼啓子, 在宅看護研修の評価と今後の展望	質的	急性期医療を担う地域医療支援病院の看護師 (キャリアラダーレベル I 以上で臨床経験3年以上: 24名)	病院内の看護部教育(研修)担当 訪問看護師	実習 その他
2	2019	塚越徳子他, 大学病院副看護師長のリーダーシップをスタッフ教育に活かすことを目指した「退院支援研修」の成果	質的	A大学病院の副看護師長 (2016年度と2017年度の「退院支援研修」をいずれも受講した副看護師長55名)	医療機関と大学教員の協働組織	講義 GW
3	2019	樋口キエ子他, 多職種による退院支援研修プログラムの評価	質的 量的	B県内の看護職、リハビリテーション関係職種、福祉専門職 (看護・リハビリ・福祉職 延べ17名)	大学教員	講義 GW
4	2019	十田慎吾他, 地域施設見学研修がICU看護師にもたらした影響	質的	C病院の3年目の看護師 (3年目・4年目のICU看護師9名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 大学教員	実習
5	2019	村田美穂他, A大学医学部付属病院における退院支援研修の効果	量的	A大学病院の3年目の看護師 (臨床経験3年目の看護師54名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 退院調整看護師・地域連携担当	講義 GW その他
6	2018	塚本友栄他, 退院支援研修修了者フォローアップ研修会の成果と課題	質的	A県内の病院看護師 (平成27年度に開催した「退院支援研修会」を受講した病院看護師22名)	大学教員	GW
7	2018	高村千香子他, 中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題	質的	救急告示病院, 地域医療支援病院のクリニカルラダー研修Ⅲ段階 (看護師18名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 退院調整看護師・地域連携担当 訪問看護師	講義 GW その他
8	2016	岡田麻里他, A病院における病棟看護師の退院支援・継続看護研修プログラムの学習成果ワークシートと6か月後の面接調査の分析から	質的	経験年数4年以上の特定機能病院看護師 (13名のうち退職や長期休職者を除く病院看護師10名)	医療機関と大学教員の協働組織 退院調整看護師・地域連携担当 訪問看護師	実習 その他
9	2016	荻田多恵子他, 新人教育プログラムで学ぶ地域包括ケア訪問看護同行研修を通して	質的	B病院新卒新人看護師新卒新人看護師 (国民健康保険診療施設の新卒新人看護師19名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 訪問看護師	講義 実習 その他
10	2016	塚本友栄他, 自施設課題解決に向けたアクションプラン作成を組み込んだ退院支援研修会-成果とその要因の検討-	量的	C県内の病院で退院支援に取り組んでいる看護 (看護師40名)	大学教員 退院支援課題に取り組む看護師	講義 GW
11	2016	茅原路代他, リーダー育成研修-在宅支援看護-受講後の「学び」からの実践	質的 量的	急性期病院看護師 15名)	医療機関と訪問看護ステーションの協働組織	講義 実習 その他
12	2016	佐竹由賀里他, 在宅支援教育プログラムを受講した看護師の在宅支援に関する研修の効果	量的	急性期病院の看護師と卒後3年目の介護職 (クリニカルラダーⅡ看護師23名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 医療・介護施設の責任者 介護職員	講義 GW 実習
13	2015	後藤たみ他, 退院支援に関する院内教育の取り組み 退院支援看護師とのシャドーイングを試みて	量的	A病院 (急性期病院) の病棟看護師 (病棟看護師22名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 退院調整看護師・地域連携担当	講義 実習
14	2014	高木日登美他, 退院支援を実践した患者への訪問看護同行研修の評価	質的	急性期病院の看護師 (看護師24名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 訪問看護師	講義 実習 その他
15	2012	小野美奈子他, 地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修における退院調整のプロセスを展開するグループワークの評価	質的	B県看護協会訪問看護ステーションと医療機関等の看護師 (受講生学習カード記録23名分)	退院調整看護師・地域連携担当 大学教員 訪問看護師 県看護協会職員	講義 GW 実習 その他
16	2012	小倉美香他, 訪問看護師が行う退院支援に関する研修会の効果	量的	急性期病院の病棟看護師 (2009年度在宅ケア科に相談依頼が最も多かったICU, CCUを有する内科病棟の看護師35名)	病院内の看護部教育 (研修) 担当 訪問看護師	講義
17	2011	白井佳代他, 院内外看護師を対象にした在宅医療勉強会の効果の検証-研修前後のアンケート調査より-	量的	C大学病院での全6回の勉強会に参加でき、退院支援に関心が高い、退院支援の事例を持ちよれる看護師 (自己評価質問紙での前後の提出があった研修参加者24名)	退院調整看護師・地域連携担当 訪問看護師 在宅医	講義 GW

※GWはグループワークを示す

2. 研修目的・目標 (表2)

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >, コード化したものを〔 〕に示す。

研修目的はすべての分析対象で明記されていたが、研修目標について記述されているものは4件であった。また、研修目的・目標は、【退院支援と在宅医療に関する知識の習得・把握】【意識・気づきの変化】【退院支援実践力の強化】の3つのカテゴリと8つのサブカテゴリに分類された。

1) 【退院支援と在宅医療に関する知識の習得・把握】

このカテゴリは、文献数が13件であり、患者・家族への看護や関係する専門職種との連携など退院支援を行う上で必要な基礎的な知識と、退院後の患者の生活の場で取り巻く資源を把握するための目的と、患者の生活を支える看護や在宅療養の実際を理解するための目標を表していた。サブカテゴリは、<退院支援に関する基礎知識の習得><在宅医療に関する知識の習得><多職種連携の理解><社会資源・地域のネットワークの把握>であった。〔退院支援や地域連携に必要な知識〕や〔在宅医療に関する知識の習得〕〔患者を地域でサポートするために必要な資源の把握〕を研修目的としており、〔家族の意思決定をサポートすることの重要性の理解〕や〔在宅療養の実際の把握〕を目標としていた。

2) 【意識・気づきの変化】

このカテゴリは、文献数が3件であり、病院看護師が、患者の療養状況を把握し、退院支援の在り方について気づきをもつことで、実施すべき退院支援に関する意識が向上することを旨とする内容を表していた。サブカテゴリは、〔看護師の退院支援に関する意識の強化〕といった退院支援の在り

方の気づき・退院支援の意識の向上>を研修目的とし、〔退院支援のあり方への気づき〕〔シームレスな看護に対する自己目標の明確化〕を目標に設定していた。

3) 【退院支援実践力の強化】

このカテゴリは、文献数が10件であり、患者の退院後の生活を見据えた退院支援の実践力の強化や、病棟看護師が退院支援の中心的な役割を担うための育成の狙いを表していた。サブカテゴリは、<退院支援の実践力の強化><リーダーシップ力の育成><暮らしを見据えた看護実践の普及能力>であり、〔病棟看護師のアセスメント能力〕〔暮らしを見据えた看護実践の指導〕を目的としていた。

3. 研修形式と研修内容の概要 (表3)

研修形式は、講義が13件、グループワークが10件、実習が10件の文献数であった。講義形式では、患者・家族の入院前の情報収集やアセスメントといった退院支援や退院調整、訪問看護師や退院調整看護師やケアマネージャーなどの役割について、また介護保険や診療報酬に関する社会保障制度や医療体制、地域包括ケアシステムに関する内容であった。グループワーク形式では、事例に基づいたディスカッション、実際に退院支援に携わった事例の紹介、研修後の取り組み状況に関する情報交換を実施していた。実習形式では、受講者が訪問看護師に同行訪問することや、退院調整看護師に同行することが企画されていた。その他、退院支援に関する実践報告会や退院調整カンファレンスのロールプレイ、指導者が見本となり行う退院調整のモデルカンファレンスが実施されていた。

表2 研修目的・目標

カテゴリ	サブカテゴリ	コード		文献番号	文献数
		目的	目標		
退院支援と在宅医療に関する知識の習得・把握	退院支援に関する基礎知識の習得	社会背景についての理解 退院支援や地域連携に必要な知識 退院調整と在宅移行支援における看護師の役割 医療と暮らしの継続的視点 在宅復帰への知識 患者の在宅生活や退院支援に必要な情報	生活を支えるために必要な看護 家族の意思決定をサポートすることの重要性の理解	1. 7. 8. 11. 13. 14. 16. 17	13
	在宅医療に関する知識の習得	在宅で暮らす患者・家族への看護・介護状況の把握 在宅医療を取り巻く制度 在宅医療（ケア）に関する知識の習得 訪問看護と医療機関の看護師の専門性	在宅療養の方法とマネジメント 在宅療養の実際の把握	1. 4. 7. 11. 15. 17	
	多職種連携の理解	多職種合同の退院支援活動のプログラムの必要性 地域ケア体制や多職種協働の理解 地域医療推進課と病棟との連携		3. 4. 13	
	社会資源・地域のネットワークの把握	地域における自院の役割の把握 患者を地域でサポートするために必要な資源の把握 地域住民のネットワークの把握		1. 9. 12	
意識・気づきの変化	退院支援の在り方の気づき・退院支援の意識の向上	看護師の退院支援に関する意識の強化	退院支援のあり方への気づき シームレスな看護に対する自己目標の明確化	5. 7. 13	3
退院支援実践力の強化	退院支援の実践力の強化	退院支援・退院調整の実践力の強化 病棟や地域の状況に合わせた課題解決方法を考え出せる力 患者・家族の退院後の生活を考えた主体的な行動 病棟看護師のアセスメント能力 患者が安心して療養生活に移行できる環境整備	応用をきかせた在宅療養の提案 退院支援の課題の明確化 課題への示唆の明確化 在宅療養に必要な看護の視点	1. 5. 6. 7. 8. 10. 11. 14. 15	10
	リーダーシップ力の育成	推進役となる退院支援リーダー看護師の育成 退院支援の中心となる病棟看護師		10. 11	
	暮らしを見据えた看護実践の普及能力	暮らしを見据えた看護実践の指導 暮らしを見据えた看護実践でのリーダーシップの発揮		2	

表3 研修形式と主な研修内容

研修形式	主な研修内容	文献番号	文献数
講義	退院支援・退院調整（患者・家族の入院前の情報収集・アセスメント） 職種（訪問看護師 退院調整看護師 ケアマネージャー ヘルパー）の役割 社会保障制度（介護保険 医療保険 医療社会福祉 診療報酬） 医療体制（訪問看護 訪問診療 退院支援） 地域包括ケアシステム・保健医療施策 事例紹介・施設紹介	2. 4. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16.	13
グループワーク	事例紹介・事例に基づいたディスカッション 実習研修の振り返り・学び 研修後の取り組み状況 目標とする退院支援	2. 3. 5. 6. 7. 8. 10. 12. 15. 17.	10
実習	訪問看護師同行 訪問看護ステーション見学 施設見学 地域連携担当者・退院調整看護師同行	1. 4. 7. 8. 9. 11. 12. 13. 14. 15.	10
その他	退院支援に関する実践報告会 アクションプランの立案と実践 退院前カンファレンス参加 退院調整モデルカンファレンス・退院調整カンファレンスのロールプレイ 見学実習前の事前課題・見学実習後のレポート課題	1. 5. 8. 9. 11. 12. 14. 15.	8

4. 研修成果（表4）

以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, コード化したものを〔 〕に示す。

研修成果は、【退院支援の実践】【意識の変化・意欲の高まり】【意義・役割の理解】【退院支援に関する基礎的知識の習得】の4つのカテゴリーと24のサブカテゴリーに分類された。

1) 【退院支援の実践】

このカテゴリーは、12件と最も多く、受講者が退院支援の実践に対する改善や医療チームとしての取り組みが促進されている内容を表しており、9つのサブカテゴリーに分類された。〔患者・家族からの情報収集〕, 〔療養を支援する親族・友人・近隣者の把握〕といった<患者・家族の退院後の生活に関する情報収集>, 〔患者中心・家族の意思決定支援〕, 〔退院支援への取り組みの活性化〕といった<患者・家族への支援（ケア）の工夫・改善>, 〔他職種間・病棟間・看護師間での協働の促進〕といった<医療チームの取り組み・多職種連携とリーダーシップ>, また、<制度や社会資源の活用>を実践していた。その他には、〔スタッフへの教育指導・助言〕, 〔学習の機会確保〕といった<スタッフへの指導>, 〔情報管理のツールの作成〕などの<マニュアルの管理・システムの改善>や退院調整に関する<病院経営への貢献>に取り組んでいた。さらに、〔取り組むべき課題の探索〕として<課題の探究・明確化>, 〔退院後の生活を考慮したケア実践の評価支援〕といった<退院支援の評価支援>も実行していた。

2) 【意識の変化・意欲の高まり】

このカテゴリーは9件であり、受講者は、研修後に退院支援に関する知識や実践力を獲得する意欲が向上している成果を表しており、5つのサブカテゴリーに分類された。〔暮らしを見据えた看護への意識改革・意欲の高まり〕, 〔早期から退院調整に取り組む意識〕といった<退院支援への意欲の高まり・支援の時期と家族への考慮>, 〔患者/家族を主体とした

かかわり方の大切さ〕といった<生活者としての捉え方>, また〔患者・家族に関する情報不足への気づき〕といった<知識や技術の不足>, <スタッフへの支援>や<システムの構築>に対する意欲も高まっていた。

3) 【意義・役割の理解】

このカテゴリーは9件であり、患者と家族の思いを大切にしたい退院支援や多職種の意義や、病院看護師として地域包括ケアシステムにおける役割を理解した成果を表しており、6つのサブカテゴリーに分類された。受講者は<患者・家族への退院支援>や、<多職種連携・退院調整カンファレンス>の意義を理解していた。また、〔患者が自宅に帰る準備を整える役割〕であることや〔社会人基礎力をもつ必要性〕があるといった<病院看護師としての役割>, <患者・家族の情報収集>, <システムの構築>, また〔保健福祉制度の把握の必要性〕といった<制度・社会資源>の必要性について理解していた。

4) 【退院支援に関する基礎的知識の習得】

このカテゴリーは9件であり、その成果は、生活を見据えた退院支援に関する基礎知識や、多職種との連携方法を習得した成果を表しており、4つのサブカテゴリーで分類された。患者・家族へ生活の継続と継ぎ目のないケア、多様な側面からアセスメントする〔退院支援の基礎知識〕, 〔患者へのケアのあり方〕といった<退院支援（情報収集・アセスメント・生活を見据えた支援）に関する基礎知識>, <多職種連携>や<制度・社会資源>に関する知識を習得していた。また、退院支援の<システム・ツール>の作成について学んでいた。

5. 研修目的・目標と研修成果のカテゴリー・サブカテゴリーの照合（表5）

研修目的・目標の【退院支援と在宅医療に関する知識の習得・把握】は、研修成果の【退院支援に関する基礎的知識の習得】に類似していた。そのうち、研修目的・目標の3つのサブカテゴリーは、研修成果のサブカテゴリーと共通性をみ

表4 研修成果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献番号	文献数
退院支援の実践	患者・家族の退院後の生活に関する情報収集	患者・家族からの情報収集 希望する療養 療養を支援する親族・友人・近隣者の把握 患者の退院後の生活で困ることに関する予測 再アセスメントに必要な情報の意図的な収集	5. 9. 12. 13. 16	
	患者・家族への支援(ケア)の工夫・改善	患者中心・家族の意思決定支援 これまでできていたことに注目した看護計画の立案 退院に向けた日常ケアの工夫 自身の退院支援実践の改善努力 患者の自立を促すケア 患者と向き合うケア 退院支援への取り組みの活性化 退院後の生活に残された課題への対処 受け持ち看護師としての患者・家族への関わり	1. 5. 6. 8. 10. 11. 17	
	課題の探究・明確化	取り組むべき課題の探索 退院支援・継続看護に関する問題意識と課題の明確化	6. 8. 10	
	退院支援の評価支援	退院後の生活を考慮したケア実践の評価支援 退院支援に関わる自己の実践力を自己評価	8. 14. 15	
	医療チームの取り組み・多職種連携とリーダーシップ	多職種との連携・患者の情報共有 他職種間・病棟間・看護師間での協働の促進 患者中心のケアを目指す看護師チームとしての取り組み 多職種連携のためのリーダーシップの発揮 退院調整カンファレンスに積極的参加 スタッフや上司への声掛け スタッフ目線で行動 病棟全体で取り組む退院支援 受け持ち看護師として看護計画の立案 看護サマリーの作成と充実	1. 5. 8. 9. 10. 11. 12	12
	スタッフへの指導	スタッフへの教育指導・助言 学習の機会確保 院内外での多職種連携による療養指導	5. 8	
	制度や社会資源の活用	社会資源の活用 患者・介護者への介護保険制度や社会資源の情報提供	5. 9. 12. 13	
	マニュアルの管理・システムの改善	マニュアルの作成 退院支援の進捗管理 情報管理のツールの作成 システムの改善	6. 10.	
	病院経営への貢献	病床稼働状況や収益性を踏まえた退院支援の促進 退院調整に関する病院経営への貢献	6. 13	
	意識の変化・意欲の高まり	退院支援への意欲の高まり・支援の時期と家族への考慮	暮らしを見据えた看護への意識改革・意欲の高まり 退院支援・継続看護を提供できる知識と技術を学ぶ意欲 患者・家族の背景を考慮する意識 介護力を知った上で個々にあった退院支援への意識 早期から退院調整に取り組む意識 利用者と家族の生活の様子の情報収集	2. 3. 4. 8. 9. 10. 11. 14. 15
生活者としての捉え方		患者/家族を主体としたかかわりの大切さ 生活者として患者を捉え方	8. 10.	9
知識や技術の不足		患者・家族に関する情報不足への気づき 継続看護を提供する実践力の未熟さを認識	3. 9	
スタッフへの支援		スタッフへの支援困難を実感 スタッフから頼りにされている認識 スタッフへの支援の意欲	9. 15	
システムの構築		システム構築・機能化への意欲増 退院支援の普及意識向上	11	
意義・役割の理解	患者・家族への退院支援	家族支援の意義 継続看護を必要とする患者/家族の増加を実感 入院中からその人に合った生活方法の工夫 退院支援の意義	3. 8. 9. 11	
	多職種連携・退院調整カンファレンス	多職種連携の意義 訪問看護師との連携の意義 サービスの内容をアセスメントする訪問看護師の役割 退院調整カンファレンスの意義	3. 9. 15. 17	9
	病院看護師としての役割	大学病院看護職としての地域包括ケアシステムにおける役割 患者が自宅に帰る準備を整える役割 社会人基礎力をもつ必要性	2. 7. 9	
	患者・家族の情報収集	情報収集の必要性 患者・家族の思いの大切さ	7. 10.	
	システムの構築	協働体制構築の必要性	10	
	制度・社会資源	保健福祉制度の把握の必要性	17	
	退院支援に関する基礎的知識の習得	試験外泊の推奨による患者・家族の在宅療養の実感の助長 退院支援の基礎知識(生活の継続と継ぎ目のないケア、退院支援が入院時から必要、多様な側面からのアセスメント、生活を見据えた支援、家族支援の方法、家族観の再考に関するアセスメント、意思決定支援、グループダイナミクスによる支援) 患者へのケアのあり方(生活を基礎とする、その人の強みを生かす自立を促す、生活を見越した意図的な介入) 退院調整のための援助ニーズの把握方法	1. 7. 8. 10. 14. 15. 17	9
多職種連携	多職種連携の方法(関係職種が存在、多職種の専門性) 退院調整カンファレンスを進行する退院調整看護師の技術	3. 7. 8. 14. 15. 16		
制度・社会資源	患者・家族の支援のための保険制度/社会資源 訪問看護師のイメージ化	8. 15. 16		
システム・ツール	退院支援ツール 教材の工夫	8. 15		

とめたが、研修成果の<システム・ツール>に共通性のある研修目的・目標のサブカテゴリーはなく、研修成果のサブカテゴリーでは、研修目的・目標の<在宅医療に関する知識の習得>がみられなかった。

研修目的・目標の【意識・気づきの変化】は、研修成果の【意識の変化・意欲の高まり】に類似していた。そのうち研修目的・目標のサブカテゴリーは、研修成果の一部のサブカテゴリーと共通性のあるものであったが、研修成果の<スタッフへの支援><システムの構築>に共通性のある研修目的・目標のサブカテゴリーはなかった。

研修目的・目標の【退院支援実践力の強化】は、研修成果の【退院支援の実践】に類似していた。そのうち研修目的・目標のサブカテゴリーは、研修成果の一部のサブカテゴリーと共通性のあるものであったが、研修成果の<マニュアルの管理・システムの改善><病院経営への貢献>と共通性のある研修目的・目標のサブカテゴリーはなかった。

研修成果の【意義・役割の理解】と共通性のみられる研修目的・目標のカテゴリー、サブカテゴリーは照合されなかった。

表5 研修目的・目標と研修成果のカテゴリー・サブカテゴリーの照合

研修目的・目標		研修の成果	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
I. 退院支援と在宅医療に関する知識の習得・把握	1. 退院支援に関する基礎知識の習得	I. 退院支援に関する基礎的知識の習得	1. 退院支援に関する基礎知識
	2. 多職種連携の理解		2. 多職種連携
	3. 社会資源・地域のネットワークの把握		3. 制度・社会資源
	4. 在宅医療に関する知識の習得		左記4. と共通性があるサブカテゴリーの該当はなし
	右記4. と共通性があるサブカテゴリーの該当はなし		4. システム・ツール
II. 意識・気づきの変化	1～3. 退院支援の在り方の気づき・意識の強化	II. 意識の変化・意欲の高まり	1. 退院支援への意欲の高まり・支援の時期と家族への考慮
	右記4～5. と共通性があるサブカテゴリーの該当はなし		2. 生活者としての捉え方
			3. 知識や技術の不足
			4. スタッフへの支援
			5. システムの構築
III. 退院支援実践力の強化	1～5. 退院支援の実践力の強化	III. 退院支援の実践	1. 患者・家族の退院後の生活に関する情報収集
	6. リーダーシップ力の育成		2. 患者・家族への支援（ケア）の工夫・改善
	7. 暮らしを見据えた看護実践の普及能力		3. 課題の探究・明確化
	右記8～9. と共通性のあるサブカテゴリーの該当はなし		4. 退院支援の評価支援
			5. 制度や社会資源の活用
			6. 医療チームの取り組みや多職種連携とリーダーシップ
			7. スタッフへの指導
			8. マニュアルの管理・システムの改善
			9. 病院経営への貢献
右記IV. のカテゴリーと共通性のあるカテゴリーの該当はなし	右記1～6. と共通性のあるサブカテゴリーの該当はなし	IV. 意義・役割の理解	1. 患者・家族への退院支援
			2. 多職種連携・退院調整カンファレンス
			3. 病院看護師としての役割
			4. 患者・家族の情報収集
			5. システムの構築
			6. 制度・社会資源

VI. 考 察

1. 文献の公表年の推移

2014年度の医療機能の分化や診療報酬改定による在宅医療の充実や連携体制の強化³⁵⁾、また、2018年度の入退院加算への変更³⁶⁾が影響していたと考える。また、在院日数の短縮化が加速化していた時期でもあり、病院内で退院支援の知識の普及や実践の必要性が高まったためではないかと推察する。

2. 退院支援の研修の概要

1) 受講者

高橋³⁷⁾らは、退院支援は病院看護師だけで行うものではなく、病院内における専門職の力を結集したチームアプローチが必要であることを報告している。本分析対象では、病院看護師だけでなく、福祉職やリハビリテーション関連の職種も受講者とした研修も開催されていた。このように、様々な医療専門職者が、退院支援について知識と実践力の向上に取り組んでいる傾向であり、退院支援に求められている各専門職によるチームアプローチに関する課題に対応していることが示唆された。また、病院看護師は、退院支援に関する苦手意識を自覚しており³⁸⁾、特に急性期病院での看護師は今を見て判断をすることには慣れていても、入院から退院、その後の生活の場までの時間軸をとらえにくい³⁹⁾ことが指摘されている。本分析対象では、急性期病院で勤務している看護師を対象にした研修が多く、退院支援に関する医療職者の課題に対応していたと考えられる。

2) 指導者・主催者

研修の開催においては、病院内の看護部の研修担当者が中心となり、主に退院調整看護師や訪問看護師が指導を担っていた。2008年の診療報酬改定⁴⁰⁾で「退院調整加算」が新設されており、退院調整看護師が、患者と家族が望む療養生活を継続していくことのできるよう、地域資源や施設内外の様々な職種と活動を調整する役割を担っている⁴¹⁾。小倉⁴²⁾らは、訪問看護師が病棟看護師を対象に実施した研修において、介護保険制度や訪問看護について理解を深める効果があり、病棟看護師が患者の在宅生活の様子・環境をイメージでき、退院支援に対する意識の向上につながったと報告している。これらのことより、退院支援に関する経験が豊富であり役割が定着している退院調整看護師や、在宅療養に直接携わる訪問看護師が、指導を担ったと推察する。

3) 研修形式と主な内容

2013年から近年にかけては、受講者が訪問看護師や退院調整看護師に同行する実習がプログラムとして構成されている研修も報告されていた。これは、『地域包括ケアシステム』の実現⁴³⁾に向けた介護保険制度の改正により、在宅で看護や介護を提供する専門職者が、病院側との連携を大きく求め始めた時代と一致する。それらの研修では、患者や家族を社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメントの内容や、在宅医療や患者の療養生活や家族の生活状況の見学を経験するプログラムであった。特に訪問看護師に同行する経験は、病

棟看護師が退院支援に対する積極的な関わりを持つようとする認識に変化する⁴⁴⁾とされていることから、実習形式を研修プログラムとして企画したのではないかと考える。

4) 研修目的・目標と研修成果の共通性と相違性

宇都宮⁴⁵⁾は、「退院支援のプロセス」を、退院支援が必要な患者の早期把握を行う第1段階、医療・ケア継続のための看護介入と院内チームのアプローチを行う第2段階、退院を可能にする制度・社会資源との連携・調整を行う第3段階、という3つの段階で示している。また、それぞれの段階において、①入院前の生活状況や家族状況・介護体制、住宅環境、自宅以外からの入院について情報収集をすること、②入院早期に看護師間や医師や多職種も交えてのカンファレンスを開催し、支援の方向性を検討すること、③退院後の日常生活動作（食事 排泄 移動）のアセスメントを行い、介護支援専門員と協働しながら、社会保障を活用することや退院前カンファレンスを開催することの必要性⁴⁶⁾を述べている。本分析対象の研修目的・目標のカテゴリーは、「退院支援のプロセス」⁴⁷⁾の3段階で必要な内容の中のいずれかに該当していた。各医療機関では独自のプログラムで構成された研修が開催されているが、それぞれの研修では、受講者が段階を踏まえた退院支援について正しい基礎知識の習得を目指すことのできるような目的や目標を設定していることが推察できる。

また、研修目的・目標のうち、その成果が示されなかったサブカテゴリーは、＜在宅医療に関する知識の習得＞であった。本分析対象では、指導者は、退院調整看護師と訪問看護師が主に担い、訪問看護師に同行する実習が多く取り入れられている傾向にあった。早川⁴⁸⁾は、実習体験するだけでは、その体験からの学びやその意味は人それぞれであると言及している。森田⁴⁹⁾らは、病院看護師が、訪問看護師に同行することにより、患者の生活を見て、患者・家族から話を聞き、在宅療養を具体的にイメージでき、入院中の効果的な退院支援の方法・評価の必要性を考える有意義な体験を得る機会になると報告している。つまり、受講者は、患者・家族が在宅で療養するイメージができ、入院中の効果的な退院支援につなげてはいるが、同行実習での学びは人それぞれであり、＜在宅医療に関する知識の習得＞の共通の学びの集約には至らなかったのではないかと考える。玉木⁵⁰⁾らは、高次医療病院で勤務する病棟看護師の多くは、退院支援で重要な職種はソーシャルワーカーであると認識していることや、急性期医療が提供された後の転院調整に重点を置いていることを明らかにしている。本分析対象では、急性期病院での報告が約半数を占めていることから、急性期医療が提供された後の転院調整を中心に受講者の学びが深まったことや、在宅医療の知識よりも、日々進歩する急性期病院での最新医療の知識にニーズがあったのではないかと推察する。また、看護基礎教育では、「在宅看護論」が1996年に導入⁵¹⁾されたばかりであり、学問体系が構築されてから歴史が浅く、在宅医療の知識に関する受講者のレディネスも影響したのかもしれない。

また、本研究では、4つの文献以外は研修目標の明記がされておらず、研修の目的に対する具体的な方策のすべては抽出できなかったため、目標設定に改善の余地があった可能性も考えられる。

研修成果では、研修の目的・目標で生成されたカテゴリーとの共通性のみられなかった退院支援の意義や病院看護師としての役割といった【意義・役割の理解】がカテゴライズされた。白澤⁵²⁾は、カンファレンスには共通の援助目的と相互の役割分担を認識する効果があることを述べている。本分析対象では、退院前カンファレンスや退院調整のモデルカンファレンスを研修内容にプログラムされている報告もあった。よって受講者は、研修形式や内容によっては、研修目的・目標を超えた更なる学習効果を獲得する可能性があるということが推測できる。

3. 退院支援の研修の課題と今後の示唆

退院支援では、患者が、在宅へ移行した後も医療を受けながら療養生活を続けられるよう、地域での暮らしを見据えた看護ができる看護師の育成が期待されている。本研究では、文献検討を通して、受講者が段階を踏まえた退院支援の習得を目指す研修目的や目標が設定されている知見を得た。しかし、受講者が在宅療養の現場の見学を経験しているのにも関わらず、研修成果として<在宅医療に関する知識の習得>がカテゴライズされなかった課題が明らかとなった。今後、医療機関では、退院支援に携わる専門職者が、在宅医、在宅（訪問）薬剤師、訪問看護師など在宅医療に精通している医療職者や教育者より、在宅医療に関する基礎的な知識を獲得し、患者を療養生活につなぐ効果的な支援を提供できるような研修を企画し、開催する必要性が高いことが示唆された。岩谷⁵³⁾は、他施設合同研修では、自施設で学んだ知識を深めること、研修生同士が課題を共有することで相互啓発され、活動意欲の向上が期待できる、と報告している。例えば、病院看護師と、在宅医療に従事している訪問看護師が、退院支援に関する合同研修を受講できるプログラムを企画することで、看護職間の交流だけでなく、在宅療養の現状や病院での課題について情報共有が図れ、学びが深まることが期待できると考える。また、特に急性期医療を担う専門職者が、患者を生活者として捉えることのできるような教育を念頭に置くことも重要である。

4. 本研究の限界と課題

本研究では、分析対象とした文献の多くが、急性期病院や急性期医療を提供している医療機関で開催されている研修報告であったため、一般化には限界がある。地域包括ケア病床や回復期・慢性期病床を数多く設置している医療機関での退院支援の研修の現状も含め、課題を検討していく必要がある。

Ⅶ. 結 論

退院支援に関する研修では、受講者が段階を踏まえた退院支援に関する正しい基礎知識の習得を目指すための目的や目

標が設定されていたが、カテゴリーとして<在宅医療に関する知識の習得>は研修成果には分類されなかった。今後、各医療機関は、受講者が在宅医療に精通している専門家からも知識を獲得し、退院支援に携わる専門職者として患者を療養生活につなぐ効果的な支援を提供できるよう、研修を企画し開催する必要がある。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2019), 第2期医療費訂正化計画の実績に関する評価, 2022年4月20日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517336.pdf>.
- 2) 厚生労働省 (2016), 平成28年度診療報酬改定の概要, 2022年4月20日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125201.pdf>.
- 3) 厚生労働省 (2018), 平成30年診療報酬改定の概要, 2022年4月20日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197979.pdf>.
- 4) 公益社団法人日本看護協会: 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョンのち・暮らし・尊厳を守り支える看護, 看護, 67 (10), p.74-85, 2015.
- 5) 宇都宮宏子: 在宅療養移行支援における看護ケアのマネジメント, 宇都宮宏子, 山田雅子編, 看護がつながる在宅療養移行支援-病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 日本看護協会出版会, p.12, 2014.
- 6) 宇都宮宏子: 退院支援・退院調整に関するシステムづくり, 宇都宮宏子, 三輪恭子編, これからの退院支援・退院調整, 日本看護協会出版会, p.167, 2011.
- 7) 長尾祥子: 看護師教育プログラムに退院支援研修を導入したねらいと効果, 地域連携入退院と在宅支援, 11 (5), p.57-62, 2018.
- 8) 吉岡さおり, 片山はるみ: 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識, 日本看護科学会誌, 38, p.133-141, 2018.
- 9) 坂井志麻, 山本則子, 水野敏子: 病棟看護師の退院支援実践に関する自己評価尺度の開発 信頼性, 妥当性の検討, 日本看護科学学会学術集会講演集, 32, p.248, 2012.
- 10) 岩脇陽子, 室田昌子, 井林寿恵, 他: 病棟看護師の退院支援スキル向上を目指す教育に関する文献検討5年間 (2015~2020年)の文献を分析して, 京都府立医科大学看護学科紀要, 30, p.35-43, 2020.
- 11) 鈴木智子, 宮本瑛季: 急性期病院における看護師の退院支援についての文献検討, 四国大学紀要, 52, p.1-10, 2021.
- 12) 篠田道子: 退院支援におけるチームマネジメント, 多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル, 医学書院, p.93-100, 2011.
- 13) 宇都宮宏子: 「地域居住の継続」を目指す退院支援, 坂井志麻, 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる, 学研メディカル秀潤社, p.12-38, 2015.
- 14) 前掲書9).
- 15) 前掲書6), p.11.
- 16) 前掲書11).
- 17) 前掲書10).

- 18) 菱沼啓子：在宅看護研修の評価と今後の展望，共済医報，70 (1)，p.62-65，2021.
- 19) 塚越徳子，常盤洋子，中村美香，他：大学病院副看護師長のリーダーシップをスタッフ教育に活かすことを目指した「退院支援研修」の成果，群馬保健学研究，39，p.41-50，2019.
- 20) 樋口キエ子，塚越八重子：多職種による退院支援研修プログラムの評価，保健医療福祉連携，12 (2)，p.132-143，2019.
- 21) 十田慎吾，野間しほこ，中野圭菜，他：地域施設見学研修が ICU 看護師にもたらした影響，日本看護学会論文集急性期看護，49，p.162-165，2019.
- 22) 村田美穂，長谷川美香，江守直美，他：A 大学医学部附属病院における退院支援研修の効果，日本看護学会論文集看護教育，49，p.183-186，2019.
- 23) 塚本友栄，赤羽由妙，人見優子，他：退院支援研修修了者フォローアップ研修会の成果と課題，日本看護学会論文集在宅看護，48，p.11-14，2018.
- 24) 高村千香子，下島美千代，芳村直美：中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題，日本看護学会論文集看護教育，48，p.130-133，2018.
- 25) 岡田麻里，長江弘子，谷垣静子，他：A 病院における病棟看護師の退院支援・継続看護研修プログラムの学習成果ワークシートと6か月後の面接調査の分析から，日本在宅ケア学会誌，20 (1)，p.63-71，2016.
- 26) 荻田多恵子，森安浩子：新人教育プログラムで学ぶ地域包括ケア訪問看護同行研修を通して，香川県看護学会誌，7，p.40-42，2016.
- 27) 塚本友栄，赤羽由妙，飯野直子，他：自施設課題解決に向けたアクションプラン作成を組み込んだ退院支援研修会成果とその要因の検討，日本看護学会論文集看護管理，46，p.127-130，2016.
- 28) 茅原路代，新田幸子，道仙道子，他：リーダー育成研修在宅支援看護受講後の「学び」からの実践，日本看護学会論文集看護管理，46，p.123-126，2016.
- 29) 佐竹由賀里，岩田麗子，大地美和子：在宅支援教育プログラムを受講した看護師の在宅支援に関する研修の効果，日本看護学会論文集看護教育，46，p.230-233，2016.
- 30) 後藤たみ，林敏美，田中圭子，他：退院支援に関する院内教育の取り組み退院支援看護師とのシャドーイングを試みて，全国自治体病院協議会雑誌5 (6)，p.936-939，2015.
- 31) 高木日登美，矢萩由香，浪花弘美，他：退院支援を実践した患者への訪問看護同行研修の評価，日本看護学会論文集地域看護，44，p.85-88，2014.
- 32) 小野美奈子，中迫貴美子，富田一子，他：地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修における退院調整のプロセスを展開するグループワークの評価，日本看護学会論文集看護教育，42，p.211-214，2012.
- 33) 小倉美香，首藤悦子，青戸まり子，他：訪問看護師が行う退院支援に関する研修会の効果，日本看護学会論文集地域看護，42，p.50-53，2012.
- 34) 白井佳代，田中優子，佐藤由紀子，他：院内看護師を対象にした在宅医療勉強会の効果の検証 研修前後のアンケート調査より，癌と化学療法，38，p.91-93，2011.
- 35) 厚生労働省 (2014)，平成 26 年度診療報酬改定の概要，2022 年 4 月 20 日閲覧，
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>.
- 36) 前掲書 3).
- 37) 高橋由利子，長尾祥子：地域連携と入退院支援研修の実際 地域共生社会に貢献する病院と地域をつなぐ看護師の育成，NursingBUSINESS，14 (3)，p.205-209，2020.
- 38) 前掲書 18).
- 39) 松田哲子：意識もスキルも UP!多職種全体で取り組む「退院支援力」育成研修と学びの評価，研究の成果，看護人材育成，14 (4)，p.33-40，2017.
- 40) 厚生労働省 (2008)，退院調整 (医療介護連携)，2022 年 4 月 20 日閲覧，
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011ga6-att/2r98520000011gkm.pdf>.
- 41) 前掲書 30).
- 42) 前掲書 30).
- 43) 厚生労働省 (2013)，地域包括ケアシステム，2022 年 4 月 20 日閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukuushi_kaigo/kaigokoureisha/chiiki-houkatsu/.
- 44) 松原みゆき，森山 薫：訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化，日本赤十字広島看護大学紀要，15，p.11-19，2015.
- 45) 前掲書 6)，p.11.
- 46) 前掲書 6)，p.10-40.
- 47) 前掲書 6)，p.11.
- 48) 早川操：デューイの探求教育哲学-相互成長を目指す人間形成論再考，名古屋大学出版会，p.76，1994.
- 49) 森田周子，下村晃世，大市三鈴：病棟看護師が訪問看護への同行訪問を行うことで得た気づき，日本看護学会論文集地域看護，41，p.266-269，2011.
- 50) 玉木秀子，西村郁，池田良香，他：専門診療科に特化した大学病院病棟看護師の退院支援に関する認識調査，日本看護学会論文集地域看護，44，p.75-77，2014.
- 51) 厚生労働省医政局看護課，厚生労働省等の看護行政の足跡，2022 年 4 月 20 日閲覧，
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2009/hojyokan-60-5.pdf>.
- 52) 白澤正和：ケアマネジメントの実践，中央法規，p.8-14，2000.
- 53) 岩谷佳代子：医療関連感染対策としての「教育」を考える 感染管理教育における多施設合同研修の意義，医療，71 (12)，p.509-512，2017.

◇研究報告◇

意思決定支援の質向上に向けた取り組み

— アドバンス・ケア・プランニングに関する 地域包括ケア病棟看護師の認知調査 —

小谷夏來¹⁾, 中谷菜月¹⁾, 石田奈々恵¹⁾, 槇本浩子¹⁾

【目的】 地域包括ケア病棟看護師の ACP に関する実態を把握し ACP 勉強会前後の意識変化を明確にした。
【方法】 対象：看護師 19 人。期間：2020 年 4 月～2021 年 1 月。研究方法：1 回目アンケート後に勉強会を実施。その後 2 回目アンケート実施。分析方法：同一看護師に勉強会前後でアンケート調査し結果を比較した。倫理的配慮：得られた情報は研究目的以外で使用せず回収したアンケートは鍵付きロッカーに保管し研究終了後シュレッダー破棄を明文化した。
【結果】 認知度：1 回目アンケート「知っている」4 名「名前だけ知っている」14 名「知らない」1 名。実際に ACP を実践した人は 2 名。2 回目は実践への不安がきかれた。理解度：1 回目正解率 31.3%，2 回目 53.8%。
【考察】 看護師は日頃から意思決定支援を重視していた。勉強会が ACP 実践の意欲づけとなり実践にむけ継続的な勉強会が必要である。

【キーワード】 アドバンス・ケア・プランニング, 意思決定支援, 地域包括ケア病棟, 実態調査

I. はじめに

超高齢社会を迎えた我が国は、2025 年には国民の 30% が後期高齢者となり医療、介護の需要はさらに高くなることが予測される。高齢者との関わりが増えてくる中、医療従事者の役割として患者の健康回復や在宅あるいは施設への復帰に向けた支援に加え、早期から高齢期の人生の在り方についても同時に考慮した関わりが求められる。このような社会背景にある今、人生の最終段階における医療ケア決定プログラム¹⁾ にアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning; 以下 ACP) の考えが日本の医療現場で盛り込まれるようになり、2019 年には日本老年医学会でも意思決定支援に有効なアプローチ法として地域包括ケアにおける ACP の導入が推奨されている。先行研究では、終末期に関連した ACP の研究は多くされているが地域包括ケア病棟における研究報告は少ない。

A 病院地域包括ケア病棟は、入院患者の健康問題とあわせて意思決定支援に力を入れている。地域包括ケア病棟看護師 (以下看護師) が ACP の理解を深めその視点をもって看護することは、家族との対話も密になり今まで以上にその人ら

しさを尊重した支援が可能になると思われる。患者の年齢層も高まっている中、本研究では、地域包括ケア病棟における ACP の重要性に着目した。そこで、看護師を対象にアンケート調査を実施し現状把握を行い、勉強会を開催した結果から明らかとなった実態をもとに ACP の課題について検討した。

II. 目的

勉強会前後の ACP に関する看護師の取り組みの現状、認知度、理解度、勉強会の評価を明らかにする。

III. 方法

1. 研究対象：看護師 19 名
2. 研究期間：2020 年 4 月～2021 年 1 月
3. 研究方法
 - 1) アンケート項目は地域包括ケア病棟における ACP の理解・認知度の現状と、木澤²⁾ の資料から ACP の知識を問う 13 項目を抜粋した内容で作成した。看護師へは研究の目的、倫理的配慮を明記した説明文書を配布し、1 回目のアンケート調査を実施した。

受付日：2022 年 4 月 25 日 / 受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Natsuki Kotani, Natsuki Nakatani, Nanae Ishida, Hiroko Makimoto : 大和高田市立病院

- 2) 1 回目のアンケート結果から ACP に関する理解度の低い項目および看護師が困っている事をもとに勉強会資料を作成した。
- 3) 勉強会開催後にアンケート調査を実施した。アンケート項目は1 回目のアンケートに勉強会の評価を問う項目を追加した。

4. データの分析方法

同一看護師に 2 回アンケート調査を実施し ACP に関する認知・理解度等の現状を把握した。勉強会前後のアンケート結果を比較するため単純集計、マクネマー検定を活用した。

IV. 倫理的配慮

本研究に使用するアンケートにおいて、アンケートの回答をもって同意するものとし、アンケートで得られた情報は研究目的以外で使用しない事、自由意思により回答していただくものであり回答されなくても不利益が生じるものではないことを文書にて説明した。回収したアンケートは鍵付きロッカーに保管し研究が終了後は速やかにシュレッダーを使用し破棄した。本調査は A 病院倫理審査委員会で承認された後、実施した。

V. 結 果

1. 対象者

19 名に配布し 15 名から回答が得られた。回収率 83%であった。

看護師経験年数は 5 年未満 2 名、6~10 年目 2 名、11~15 年目 2 名、16 年目以上 9 名であった。

2. アンケート結果

1) ACP の認知度

1 回目のアンケート結果では、ACP について「知っている」は 4 名、「名前だけ知っている」は 14 名、「知らない」は 1 名であった。「知っている」と答えた 4 名は全員 ACP を実践したいと回答しており、実践したくないと回答した人はいなかった (図 1)。また、「知っている」と回答した看護師のうち実際に ACP を実践した人は 2 名であった。2 回目のアンケート結果では、ACP について「知っている」は 11 名、「名前だけ知っている」は 4 名、「知らない」は 0 名であり、「知っている」と答えた 11 名全員が ACP を実践したいと回答していた (図 2)。

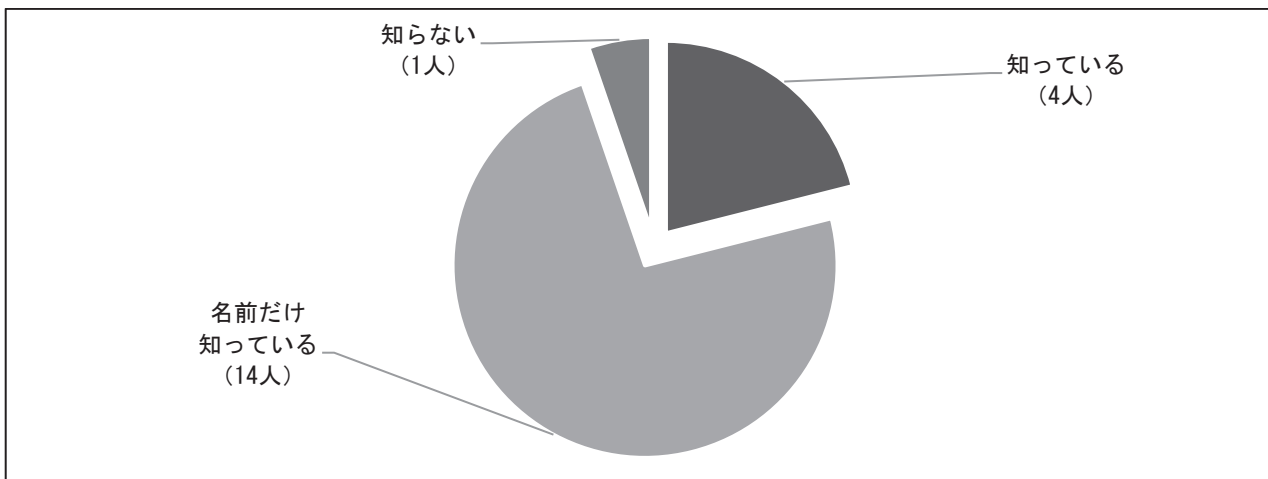


図 1 ACP を知っていますか (勉強会前)

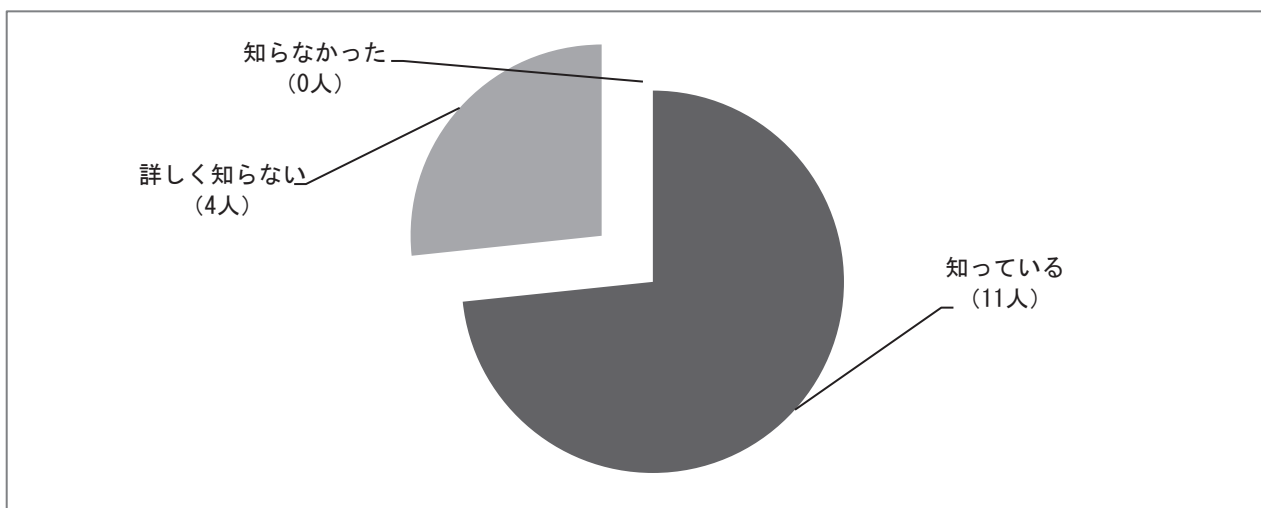


図 2 ACP を知っていますか (勉強会后)

2) 看護師の取り組みの現状

1 回目のアンケート結果では、実際に ACP を行ったことのあるスタッフの内容は、患者の急変時に非常に限られた時間制約での治療方針に関するものと、終末期に在宅療養の希望をされた患者と家族に対する支援であった。患者や家族の意思を確認するための関わりに関する項目については、「受け持ち患者・家族と退院後の想いを共有している」は 17 名であり、「家族が面会に来院された際、積極的に関わる時間を設けている」は 7 名、「時間があれば」が 11 名、「設けていない」は 0 名であった。また、「意思決定支援は大切だと考えている」は 18 名が回答しており、想いを共有している理由としては、「患者・家族の希望に添いたい」「不安や想いはその都度変化するので継続的に関わりたい」といった内容が多数であった。

2 回目のアンケート結果では ACP を行ったことがあるスタッフの内容は、「突然、今ストマをつくらないと腸が破裂して死亡すると告知された際の関わり」「ターミナルの患者で自宅退院後状態悪化時に自宅で看取るか病院へ行くか」の 2 例であった。患者や家族に対する想いの共有や、意思決定支援の必要性に関する回答は 1 回目のアンケート結果と同様であった。それに加えて、ACP に対して「ACP はとても難しいことであるが、患者さんやその周りの人が納得のいく治療、最期を迎えられるような支援が必要だと思う」「実践はしたいがいざとなるとできるかどうか不安はある」「ACP の理解度を繰り返し行う中で、1 回目話し合った後に 2 回目をどのタイミングで行えばいいのかわからない」といった、ACP の実践を行う際の困難さや不安を抱く意見がきかれた。次いで、話し合いで困った場面に関する自由記述では、「家族の想いが優先され本人が置き去りになることがある」「患者と家族の意向が違い、家族の意向に添うように仲介を頼まれる」との内容であった。日々の患者との関わりで心がけていることに関しては、患者や家族の想いを確認しながら希望に添えるように意識した関わりを心がけているという内容が大半であった。

3) ACP の理解度 (図 3)

1 回目のアンケートにおける ACP の知識を問う内容では、13 項目全体の正解率は 31.3% であった。そのうち「話し合いは患者が自分の病状や予後、これからの治療についてどれくらい知っておきたいかレディネスに応じて行われる」の項目は 100% の結果であった。その他の項目は正解率 50% 程度もしくはそれ以下であった。特に、「今後の治療について患者・家族と医療従事者が予め話し合う自発的なプロセスである」「患者が最も大切にしていることにもとづいて意思決定支援ができるように医学的ケアの全体としての目標が何か、に焦点を当てる必要がある」「治療の決定は医療従事者と共に法令に従い、患者の変化していく健康状態や予後について共通理解を得ながら行われるべきである」「話し合いの内容は、家族並びに医療従事者と共に話し合った後で記録に残し共有されるべきである」「記録された内容は必要となったときにすぐに

参照できるように保存し決定事項とする」の 4 項目は 0% であった。経験年数毎の正解率は 5 年目未満 23.0%、6~10 年目 30.7%、11~15 年目 23.0%、16 年目以上 36.2% であった。

2 回目のアンケート結果では、13 項目全体の正解率は 53.8% であった。全ての項目で正解率は上昇していたものの、12 項目に有意差はみられなかった。経験年数毎の正解率は 5 年目未満 53.8%、6~10 年目 73.0%、11~15 年目 42.3%、16 年目以上 56.0% であった。また、自身の知識や経験不足を補うために他看護師や他職種にも意見を求めるといった回答もきかれた。

4) 勉強会について

1 回目のアンケート結果をもとに、ACP の定義や目的といった基礎知識に関する資料を作成し勉強会を開催した。その後、勉強会の評価を問うアンケートを実施した。勉強会は役に立ちましたかの質問に対して、「役に立った」は 11 名、「少しは役に立った」は 4 名、「あまり役に立たない」「全く役に立たない」は 0 名であった。理由として、「治療や療養に不可欠なこと」「あいまいにしか理解していなかったので知識が増えた」「ACP の定義を確認しながら関わっていききたい」という前向きな意見がきかれた。

VI. 考 察

結果をもとに、ACP の認知度・理解度・勉強会の効果と課題について考察する。

1. ACP の認知度

1 回目のアンケート結果から、今回の研究に関係なく看護師は日頃から意思決定支援を重視し、患者や家族の想いに寄り添った関わりを心がけていることがわかった。しかしその一方で、実際に ACP を行ったことがあると回答した看護師は少なく、ACP に興味をもちながらも実践までに至っていないと感じる看護師が大半であることがわかった。宇井³⁾は、ACP とわざわざいわなくても、自然にそのような関係性を築き、何かを決めなければならない場面では、それまでの対話を踏まえて本人・家族の意向に沿った方針を決めることを行ってきた医療者はたくさんいると述べている。このことから、ACP そのものを実践したことがないという理由だけではなく、これまで行ってきた話し合いや支援を ACP として認識していなかったことが推測できる。また、1 回目のアンケートでは自由記述式の項目が未回答であったが、2 回目のアンケートでは記載している看護師が増加していた。記述内容に関して、1 回目アンケートでは「患者が急変してあと 1、2 時間で死ぬかもしれない状況」や「徐々に状態が悪くなっていく患者さん」といった抽象的な表現が多数を占めていた。しかし、2 回目のアンケートでは、「腸が破裂し今すぐ手術しないと危険な状況」「病状が進行していく難病の患者さん」「内縁関係含め家族やその他大切な人」といった、入院中における患者や家族の状況について詳細に記載されている内容が数多くみられるようになっていた。これは、患者や家族におき

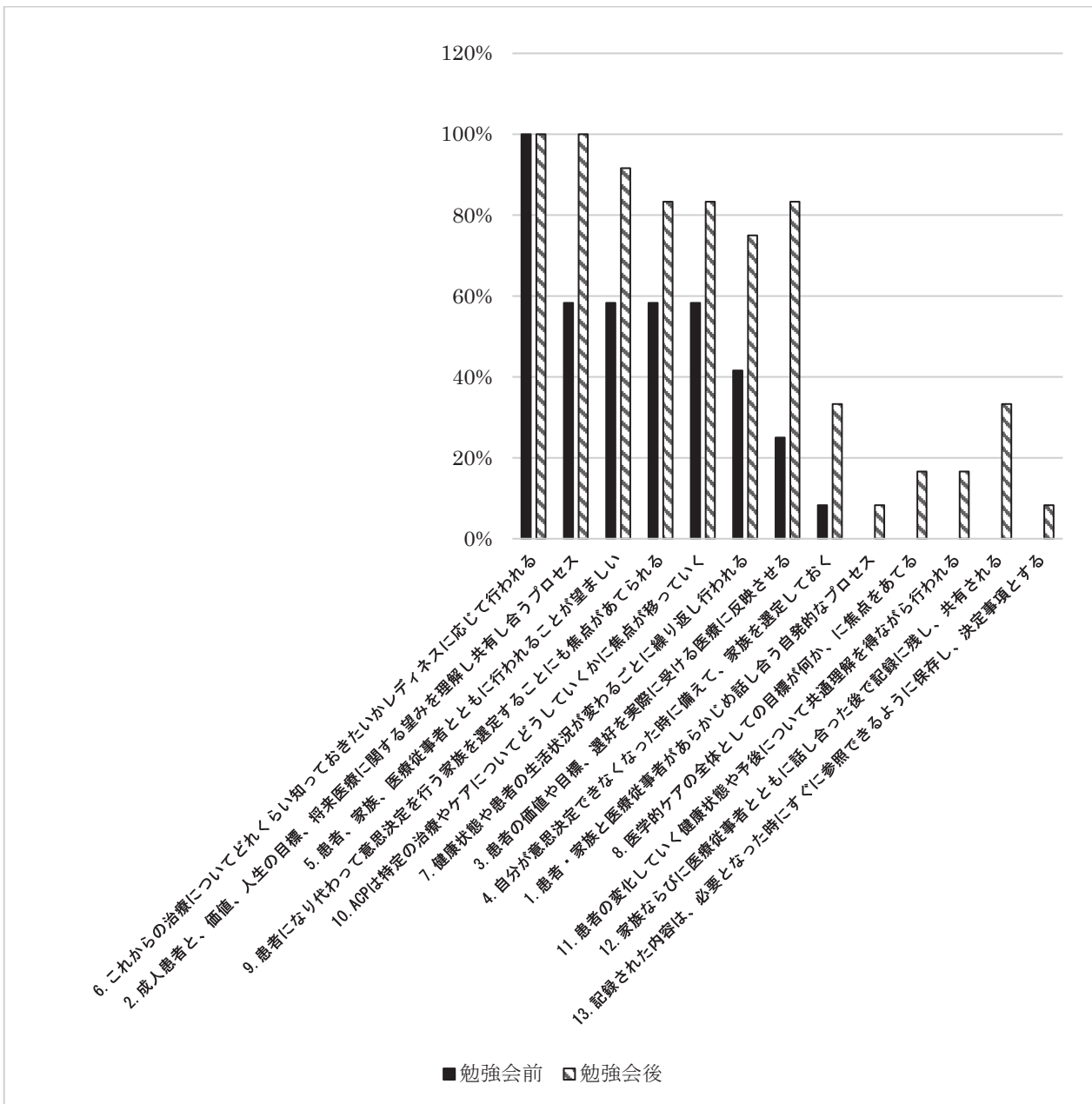


図3 ACPの理解度

ている事象をより細かく想起し、明確な情報を伝えようとする反応と受けとれる。今までに出会ってきた患者・家族との関わりで得た学びや職種間で繰り返し話し合いを行ってきた時間、日々の業務で直面する看護師自身の揺らぐ感情を大切にしたいという想いが生じたと同時に、よりよい ACP の実践につなげていく意識へと変化したのではないかと考える。

地域包括ケア病棟では、入院患者のほとんどが高齢者であり基礎疾患に加え高齢期特有の認知・身体機能の低下から生じる二次的疾患や急性増悪といった、様々でかつ複雑な心身症状を呈する可能性が高い。あらゆる事態を想定しながら在宅復帰に向けた看護介入が求められるが、こういった状況下で勤務する看護師にとっては、日々変化する患者の状態や業務内容に追われ意思決定支援に対する時間の確保が困難になることも少なくない。実際に、想いに寄り添うことの重要性

を理解しながらも時間に余裕がなく、家族の面会時に十分対応できない現状に苦悩している意見もきかれている。これは、多忙な業務内容を示すとともに、看護師自身が患者や家族の想いに寄り添うことの重要性と、それに関しての十分な時間の確保が必要であると考えていることが示唆される。しかし庄村⁴⁾は、「寄り添う」というケアには時間の長さでは測れない意味の大きさがあると考えたと述べているように、たとえわずかな時間であっても看護師が寄り添おうとする姿勢は患者や家族へ伝わると思われる。また、看護師という立場は患者や家族にとって身近な存在であるがゆえ、両者の意見の相違に挟まれて今後の方針に悩む場面が多々ある。すべてを看護師が抱え込むのではなく患者や家族の反応から得た情報をもとに他職種へ相談することで、チーム全体でその人らしさをひき出し納得のいく話し合いが可能になると考える。

2. ACPの理解度

ACPの知識を問う項目では、12項目に有意差はなく勉強会前後でのACPの理解度に変化があったとはいえない。ただし、単純比較での正解率は13項目すべて上昇しており、自由記述式では「知識が増えた」との内容が多くみられACPの知識向上に対する看護師の積極性が感じとれる。また、項目内容に関しては、話し合いの対象が家族と記載された質問の正解率が勉強会前後で大きく変化していた。「ACPは家族だけではなく信頼できる人々でも可能であることを学んだ」との回答がきかれたことから、看護師はACPにおける話し合いの対象者を家族のみと考えていたことがわかる。こういったACPに対する先入観を抱いていることも明確になった。また、看護師経験年数と正解率に関連性はみられなかった。患者・家族が抱く価値観や想いは様々であり、たとえ経験を積んでいる看護師でも多様な状況での関わりは初めて経験することに等しい。このことから、経験年数に関係なく今後もACPに関する知識を習得していく必要がある。また、池永⁵⁾はACPの実現のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解したうえで意思決定のために協働することが求められると述べている。情報共有もさることながら看護師だけでは得られない他職種の専門的知識が加わることは、職種間で能力を補完し合うことにつながりACPの理解は深まると考える。

3. 勉強会の効果と課題

2回目のアンケートでは、ACPに対する困難さや疑問点などACPの実践を想定した際の不安を伴う意見がきかれるようになった。この結果は、1回目のアンケートにはみられなかった内容である。これは、ACPの勉強会を開催したことによりその必要性を感じ取り、今まで漠然ととらえていたことや知らなかった情報を、新たな知識として習得したことによりイメージできるようになったからではないかと考える。小島⁶⁾は不安について、行動が建設的な方向へかわるように、人の能力を最大限に発揮させ、知覚を鋭くする正常な有益な反応と述べている。看護師が抱く不安は、この先ACPの実践という新たな取り組みに向けて生じる大切な感情であり、看護師のACPに対する意欲の表れであるとともに勉強会の効果を裏付けする反応ともいえる。

今回の実態調査から、看護師の意思決定支援に対する意識の実態を把握する事が出来た。さらには、本研究の調査及び勉強会が意思決定支援の一助となるACPを学ぶ機会となり、ACPの理解を深めるきっかけになったと考える。同時に、看護師は多忙な勤務状況下であってもACPの必要性を意識し実践したいと思っていることがあきらかとなった。ただし、勉強会開催後のアンケートの正解率が高いとはいえず1度の勉強会では限界がある。そのため、ACPの実践にむけて継続的な勉強会開催を行うことが今後の課題といえる。

VII. 結 論

ACPの勉強会開催前では、ACPの知識を問う正答率は低く理解に差異がみられたものの、日常的にその人らしさを尊重した意思決定支援を心がけていることがわかった。また、勉強会を開催したことによりACPに対する認識の変化がみられ、ACPの実践意欲につながったと同時に、継続的な勉強会開催の必要性が明確となった。

なお、本研究に関連して開示すべき利益相反関連事項および企業等はない。

VIII. 引用文献

- 1) 厚生労働省, 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, 平成30年3月改定
- 2) 厚生労働省 (2017), 第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会, 資料3 アドバンス・ケア・プランニング, 4月25日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/stf/singi2/000017357.html>
- 3) 宇井睦人: まるっと ACP アドバンス・ケア・プランニング—いろんな視点で読み解く ACP の極上エッセンス—(1刷), 南山堂, p.11, 2020.
- 4) 荘村明彦: 急性期病院の終末期ケアと看取り, 中央法規, p.53, 2012.
- 5) 池永昌之, 濱吉美穂: アドバンス・ケア・プランニング実践ガイド, 中央法規, p.2-3, 2020.
- 6) 小島操子: 看護における危機理論・危機介入, 金芳堂, p.26, 2010.

◇研究報告◇

急性期一般病棟看護師の身体拘束に対する思いと
ジレンマ東郷麻衣子¹⁾, 西俣真由美¹⁾

本研究は、急性期一般病棟に勤務する看護師が、身体拘束に対してどのような思いを持ち、どのようなことにジレンマを感じているのか、臨床経験年数によって特徴があるのかを明らかにし、身体拘束解除に向けた看護の示唆を得ることを目的とした。A 病院に勤務する看護師 15 名に対して半構造化面接法を用いて調査を行い、カテゴリに分類した結果、身体拘束に対する思いは 59 コードから 6 カテゴリ、ジレンマは 56 コードから 4 カテゴリが生成された。若手看護師は身体拘束の経験が少なく拘束解除に対する自信のなさがあり、中堅・ベテラン看護師は様々な立場の意見を考慮して板挟みのジレンマがあった。また患者の多様性により、身体拘束実施・解除の判断基準フローが効果的に活用できていない現状も明らかになった。身体拘束解除基準の検討や、身体拘束に代替する実用的な方法の検討、中堅以上の看護師へ高齢者看護の倫理的判断能力を高める教育の必要性が示唆された。

【キーワード】 身体拘束, 急性期一般病棟看護師, 思い, ジレンマ

I. はじめに

超高齢化社会となった現在、身体機能や認知機能の低下がある方への看護の必要性が高まっている。さらに医療の高度化により治療も複雑化し、患者の安全上やむを得ず身体拘束が行われる現状がある。厚生労働省の「身体拘束ゼロへの手引き」¹⁾では、「身体拘束は人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者のクオリティオブライフを根本から損なう危険性を有している。身体拘束によって、高齢者の身体機能は低下し、寝たきりにつながるおそれがある。また、人間としての尊厳も侵され、ときには死期を早めるケースも生じかねない」としている。「身体拘束予防ガイドライン」²⁾では、身体拘束を実施する際の三原則として、行動制限を行わなければ患者の生命または身体が危険にさらされる可能性が高い「切迫性」、行動制限以外に患者の安全を確保する方法がない「非代替性」、行動制限は一時的であることの「一時性」の3点を挙げ、これらに該当しなければ、身体拘束をしてはならないとしている。しかし、それらの弊害や原則を理解していても、病院では身体拘束が行われている。その理由のひとつとして、治療を優先し、その妨げとなる行動を防ぐという危

険防止や安全を優先していることが考えられる。

田上³⁾は無条件に生命の安全を第一とする医療者の倫理観、人権感覚の未熟さ、あるいは人権感覚を鈍らせてきた経緯があることを指摘している。また、奈良ら⁴⁾は、スタッフは身体拘束を行うことは当たり前であり、安全上の理由で身体拘束をすることは仕方がないという意識が根強くあると述べている。その一方で、身体拘束をしていることへの疑問や、廃用症候群が進行しないで欲しいという思いを持ちながら、身体拘束を解除できずにいる看護師や、できるだけ解除してこうと取り組む看護師の報告もある。水澤⁵⁾は、患者の尊厳、人格の尊重と患者の生命または身体の安全を守るという両者の価値の間で看護師の選択は揺れ、その選択は、患者、医療者の考えや置かれた状況次第によって大きく異なってくると述べている。これらのことから、看護師は身体拘束に対して様々な思いを持ちジレンマを抱えているといえる。特に急性期病棟では、疾病や治療に伴い患者の身体の安全を守る援助が必要となるが、身体拘束に対し看護師がどのような感情にあるのかに絞った研究は見当たらなかった。現場では1人の患者の身体拘束に対する看護師の意見が様々で、カンファレンスでは臨床経験年数のある看護師や発言力の強い看護師の

受付日: 2022年4月26日 / 受理日: 2023年1月20日

1) Maiko Togo, Mayumi Nishimata: 鹿児島市医師会病院

意見が通りやすい傾向にあり、また一度身体拘束を解除しても次勤務時には再度行われていることもある。しかし、それらは安易に判断されたことではなく、様々な思いや状況を経ているのではないかと考えられる。

山本⁶⁾は、高齢者の身体的抑制に対する看護師が抱くジレンマは、看護師の看護系経験年数によって有意な差が認められ、看護系経験年数が多いほど高齢者の身体的抑制に対して有意にジレンマを感じている状況が多く、特にベテラン群において、高齢者看護に対する看護倫理的判断能力を高める教育の必要性があると述べている。そこで今回、急性期一般病棟に勤務する看護師が、身体拘束に対してどのような思いを持ち、どのようなことにジレンマを感じているのか、臨床経験年数によって特徴があるのかを明らかにし、身体拘束解除に向けた看護の示唆を得ることを目的として本研究を行った。

Ⅱ. 目 的

急性期一般病棟における身体拘束に対する看護師の思いとジレンマを、臨床経験年数別の特徴も踏まえて明らかにする。
用語の定義

身体拘束とは「衣類または綿入帯等を使用して一時的に該当患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」(昭和63年4月8日 厚生省告示 第129号における身体拘束の定義)。公益社団法人 全日本病院協会の「身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書」⁷⁾では身体拘束の11行為として①徘徊しないよう車椅子・椅子・ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る②転落しないよう体幹や四肢をひも等で縛る③ベッドの四方を柵や壁で囲む④チューブを抜かないよう四肢をひも等で縛る⑤手指の機能を制限するミトン型の手袋等⑥Y字型抑制帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける⑦立ち上がりを妨げるような椅子を使用⑧介護衣(つなぎ服)を着せる⑨他人への迷惑行為を防ぐためベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る⑩向精神薬の多剤併用⑪自分の意思で開けることの出来ない居室等に隔離することが挙げられている。

ジレンマとは「相反する二つの事で板挟みになって、どちらとも決めかねる状態」。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的研究

2. 研究対象者

急性期一般病棟に勤務する看護師のうち、看護師経験2~3年目を若手看護師、看護師経験4~10年目を中堅看護師、看護師経験11年目以上をベテラン看護師とし、研究に協力が得られた者とした。なお、ジレンマを感じる能力には、看護系経験年数による影響を受けやすいことから、本研究では看護系経験年数による分類を山本の研究⁶⁾を参考に選考条件とした。

3. 調査内容

「急性期一般病棟で行われる身体拘束に対してどのような思いを持っているのか」について、「急性期一般病棟で行われる身体拘束に対してどのようなことにジレンマを抱いているのか」についてであった。

4. データの収集方法

急性期一般病棟に所属する副看護師長に研究目的の対象となる看護師の紹介を依頼し、研究への同意を得た。同意の得られた研究参加者の都合の良い時間に、30分程度の半構造化面接を行った。面接は研究の目的・倫理的配慮・面接技法の要素を記載したインタビューガイドに沿って行った。面接を行う場所は、プライバシーが保たれる病院内の個室で行った。面接内容は、研究参加者に録音の同意を得てボイスレコーダーに録音した。

5. 調査期間

面接調査は、令和2年1月23日~令和3年8月31日に実施した。

6. 分析方法

分析は、質的記述的に行い、面接の録音データから逐語録を作成した。研究参加者が語った内容から、意味のある文脈のまとまりごとにコード化した。コードを比較検討しながら、意味が共通したまとまりを抽象化してサブカテゴリを抽出し、更にサブカテゴリの意味内容の類似点や相違点を比較検討しながら、カテゴリの生成を行った。分析の全過程を通して、共同研究者で定期的に解釈の不一致がないか検討するとともに、質的研究経験者のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究参加者に対して、研究者が研究の目的、方法、協力の任意性と撤回の自由、個人情報保護、研究成果の公表、倫理的配慮等について説明書及び口頭で説明し、同意が得られた場合は同意書に署名を得た。面接の日時は研究参加者の希望に沿って設定し、研究参加者への負担がないように配慮した。なお、本研究は、鹿児島市医師会病院臨床倫理審査会の承認(鹿市医病臨床倫理委2020-14)を得て実施した。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究の参加者は、急性期一般病棟に所属する看護師で、看護師経験2~3年目の若手看護師5名、看護師経験4~10年目の中堅看護師4名、看護師経験11年目以上のベテラン看護師6名の計15名であった。若手看護師の平均年齢は23.2(±0.40)歳、中堅看護師の平均年齢は29.3(±4.15)歳、ベテラン看護師の平均年齢は43.3(±8.69)歳であった。面接時間の平均は18.4(±2.39)分であった(表1)。

2. 急性期一般病棟看護師の身体拘束に対する思い

身体拘束に対する思いを分析した結果、59のコードから19のサブカテゴリが抽出され、【患者の安全のために必要な場合

がある】【拘束か解除かを検討し見極めが必要である】【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】【看護上の都合での拘束になってしまっている】【身体拘束時はより手厚い看護が必要である】【患者に弊害が起こることを憂慮している】の6のカテゴリが生成された(表2)。以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを『 』、コードを「 」で示す。

1) 【患者の安全のために必要な場合がある】

16のコードから3のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「気切チューブや挿管チューブ患者への抑制は仕方がない」などから『治療や処置上仕方がない』という思いを持っていた。また、「患者の活動状況で、転倒転落のリスクが高いと判断した際は拘束が外せない」などから『患者に危険行動がある場合は必要である』という思いや、「繰り返す自己抜去歴やルート・ドレーンに構わず動く場合は、拘束が必要と思う」など『患者との意思の疎通が図れない場合は必要なことがある』という思いを持っていた。

表1 研究参加者の概要

参加者	性別	経験年数	区分
A	女性	2年目	若手
B	女性	11年目以上	ベテラン
C	女性	2年目	若手
D	女性	4年目	中堅
E	女性	11年目以上	ベテラン
F	女性	8年目	中堅
G	女性	2年目	若手
H	女性	11年目以上	ベテラン
I	女性	2年目	若手
J	女性	11年目以上	ベテラン
K	女性	3年目	若手
L	女性	7年目	中堅
M	男性	8年目	中堅
N	女性	11年目以上	ベテラン
O	女性	11年目以上	ベテラン

表2 看護師の身体拘束に対する思い

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的コード
患者の安全のために必要な時がある	治療や処置上仕方がない	<ul style="list-style-type: none"> ・ルートが抜ける危険から患者さんを守る必要 ・治療の妨げにならないよう、自己抜去防止のため必要 ・気切チューブや挿管チューブ患者への抑制は仕方がない
	患者との意思の疎通が図れない場合などがある	<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返す自己抜去歴やルート・ドレーンに構わず動く場合は、拘束が必要と思う ・意思疎通が図れない患者のケアをしないといけない ・安全上拘束は仕方ない
	患者に危険行動がある場合は必要である	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の視点では、患者の安全を守るため必要 ・自己抜去防止の拘束は、安全のため必要と思っている
拘束か解除かを鑑別し見極めが必要である	ルートの重要さにより拘束か解除かを検討する必要がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ルート類の目的により拘束の重要さが違う ・抜かれてもまた再設置すればいいものもある
	患者の状態の変化により拘束か解除かを鑑別する必要がある	<ul style="list-style-type: none"> ・よほど危ない行為がなければ拘束はなし、しなくていい ・なんでミンを使っているのかと考える ・せん妄状態を判断したら拘束はなくていい
	拘束による弊害が起こることを憂慮している	<ul style="list-style-type: none"> ・体幹抑制しては患者がベソを吐きかいて、危険な姿勢になってはならない ・拘束は仕方ないけど、危険な姿勢になってはならない
	叩き除け以外の用具や薬物でも拘束にならない	<ul style="list-style-type: none"> ・ミンを使うと使えない状態が難しい ・介護衣も身体拘束である
できるだけ身体拘束をしないように考えたい	拘束を外しておきたい	<ul style="list-style-type: none"> ・やせを得意に思っている ・患者の精神的苦痛が気になると感じる
	拘束をしない	<ul style="list-style-type: none"> ・一般論でみると人権侵害になるのではない ・身体拘束はできるだけしたくない
	見守りがあれば必要ない	<ul style="list-style-type: none"> ・誰かが見ていると安心感があって拘束は必要ない ・見守りができれば、拘束は必要ない
	過剰な拘束は気になると感じる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態に合わせた離床センサーの活用が必要である ・安全に患者の希望が叶えられるケアをしたい ・転倒防止だけでなく、センサーマットで様子を見ていいのではない
看護上の都合での拘束になってしまっている	インシデントが起こることを懸念する	<ul style="list-style-type: none"> ・自己抜去防止時の懸念 ・インシデントになる恐れ
	十分な観察ができない場合に行っている	<ul style="list-style-type: none"> ・時間がないと、拘束してしまう ・お守り着の着脱で離床センサーを使用してしまうことがある ・スタッフの数が限られる夜間看護のリスクが高い
	スタッフ間の意見が対立している	<ul style="list-style-type: none"> ・他のスタッフの危険性が高いと考える患者は、自分もそう感じる
身体拘束時はより手厚い看護が必要である	身体拘束を行う場合は更ご手厚いケアが必要である	<ul style="list-style-type: none"> ・ミンをかけた手の清潔ケアも必要 ・拘束をしない配慮が必要 ・患者のストレスを軽減してケアが必要
	患者の思いを理解して対応する必要がある	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の思いを理解して対応したいと思っている ・患者の思いを考えて看護はしたいと思っている
患者に弊害が起こることを憂慮している	再挿入による苦痛防止のため仕方ない	<ul style="list-style-type: none"> ・再挿入になると患者自身へも身体的苦痛がわかる
	患者の思いを理解して対応する必要がある	<ul style="list-style-type: none"> ・患者はわかっている
	身体的にも精神的にも弊害が起こる可能性がある	<ul style="list-style-type: none"> ・制限 拘束か患者に及ぼす影響を考えるとしない ・身体拘束が患者の意欲まで抑制してしまう

2) 【拘束か解除かを検討し見極めが必要である】

13のコードから4のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「ルート類の目的、重要性などにより拘束の必要性が違う」などから『ルートの重要性により拘束か解除かを検討する必要がある』という思いや、「せん妄状態を離脱したら拘束しなくてもよい」など『患者の状態の変化に応じ拘束か解除かを検討する必要がある』という思いを持っていた。また「体幹抑制していた患者がベッド転落しかけて、危険な体勢になっていたという経験から、拘束しない方がいいのではないかと考える」のように『拘束による弊害が起こることを憂慮している』という思いや、「薬剤で眠らせるのも、身体拘束ではないか」のように『抑制帯以外の用具や薬物でも拘束になり得る』との思いも持っていた。

3) 【できるだけ身体拘束をしなないように考えたい】

14のコードから4のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「やむを得ない時以外は外したい」という『拘束を外してあげたい』や、「一般的にみると人権侵害になるのでは」といった『身体拘束をしたくない』という率直な思いを持っていた。また、「見守りができれば、拘束は必要ない」のように『見守りがあれば必要ない』という思いや、「安全に患者の希望を叶えるケアをしたい」など『過剰な拘束にならないようにしたい』という思いも持っていた。

4) 【看護上の都合での拘束になってしまっている】

6のコードから3のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「インシデントになる恐れ」など『インシデントが起こることを懸念する』思いや、「スタッフの数が限られる夜は転倒転落のリスクが高い」などから『十分な観察ができない場合行っ

てしまっている』という思い、また「他のスタッフが危険性が高いと考える患者は、自分もそう感じる」といった『スタッフ間の意見で決定している』という思いを持っていた。

5) 【身体拘束時はより手厚い看護が必要である】

6のコードから2のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「ミトンをされた手の清潔ケアも必要」のように『身体拘束を行った場合は更に手厚いケアが重要である』という思いや、「患者の思いを理解して対応したいと思っている」のような『患者の思いを理解して対応する必要がある』という思いを持っていた。

6) 【患者に弊害が起こることを憂慮している】

4のコードから3のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「再挿入になると患者自身へも身体的苦痛がかかる」という『再挿入による苦痛防止のため仕方ない』という思いや、患者との会話を通して「患者は（身体拘束をされることを）わかっている」など『患者の思いを理解して対応する必要がある』という思いを持っていた。さらに「身体拘束が患者の意欲まで抑制していると思う」のように『身体的にも精神的にも弊害が起こる可能性がある』という思いも持っていた。

3. 急性期一般病棟看護師の身体拘束に対するジレンマ

身体拘束に対するジレンマを分析した結果、56のコードから11のサブカテゴリが抽出され、【患者の意思と安全確保の間での板挟み】【看護師側の都合でせざるを得ない状況】【治療優先でせざるを得ない状況】【院内の身体拘束解除基準通りに判断することが難しい現状】の4のカテゴリが生成された(表3)。

表3 看護師の身体拘束に対するジレンマ

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的コード
患者の意思と安全確保の間での板挟み	聞かざるを得ない家族からの要望	・不要であることを説明したが、家族が希望した ・本人の望まない延命処置を家族の思いで行った時の抑制がジレンマである ・苦しい思いをさせる位なら、拘束して欲しかったという家族の思い
	危険行動防止の必要性	・身体拘束をしたくないが、患者の安全上やむを得ない ・事前に自己抜去などの情報があると拘束せざるを得ない ・カンファレンスは安全重視の傾向にある
	患者がかわいそうという罪悪感	・かわいそうだけど、過去の苦い経験で外してあげられない ・自分の親だったら複雑な気持ち
	嫌がる患者に対して身体拘束をする申し訳なさ	・安全が優先で外して欲しいという思いに応えられない ・患者は嫌と言っているのに、安全優先で拘束することに申し訳ない気持ちがある
看護師側の都合により身体拘束をせざるを得ない葛藤	マンパワー不足	・時間帯やスタッフ数で、患者へのケアが異なってしまう ・そばで看られないから拘束せざるを得ない ・人力的制限と薬剤使用の制限
	観察を阻む多忙な業務	・患者の希望や要望より、自分達の業務の中で安全に過ごして欲しいと思う ・患者数が多い、部屋の位置が遠いとつけざるを得ない
	インシデント発生の危機	・自己抜去されると報告書記載をしなければならない実情がある ・インシデントになるのが嫌だ
治療優先で身体拘束をせざるを得ない状況	治療継続のための必要性	・治療のためには仕方ない ・拘束を外すことで自己抜去すると治療の妨げに繋がる
	医師からの圧	・医師から「また？」と言われていて、何をしていたのと思われる
院内の身体拘束解除基準通りに判断することが難しい現状	身体拘束に対するスタッフ間の意見の相違	・自分の時はしなくても、次勤務では身体拘束されていることがある ・自分と他スタッフとの考えの違いにジレンマを感じる
	過剰な身体拘束に対する疑問	・ミトンと安全帯の併用は過剰な拘束である ・倫理的にどうなのかという思い ・身体拘束以外の方法が見いだせない ・他の対策はないのかと考えながらも、拘束している現状がある

1) 【患者の意思と安全確保の間での板挟み】

17のコードから4のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「(拘束は) 不要であることを説明したが、家族が希望した」など『聞かざるを得ない家族からの要望』や、「事前に自己抜去などの情報があると拘束せざるを得ない」などから『危険行動防止の必要性』のジレンマを感じていた。さらに、「かわいそうだけど、過去の苦い経験で外してあげられない」など『患者がかわいそうという罪悪感』や、「患者は嫌と言っているのに、安全優先で拘束することに申し訳ない気持ちがある」のように『嫌がる患者に対して身体拘束をする申し訳なさ』というジレンマも感じていた。

2) 【看護師側の都合でせざるを得ない状況】

22のコードから3のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「時間帯やスタッフ数で、患者へのケアが異なってしまう」という『マンパワー不足』や「患者数が多い、部屋の位置が遠いと(拘束具を)つけざるを得ない」など『観察を阻む多忙な業務』や、「自己抜去されると報告書記載をしなければならない実情がある」など『インシデント発生の危惧』をジレンマと感じていた。

3) 【治療優先でせざるを得ない状況】

5のコードから2のサブカテゴリが抽出された。「拘束を外すことで自己抜去すると治療の妨げに繋がる」という『治療継続のための必要性』や「医師から何をしていたと思われる」という『医師からの圧』をジレンマと感じていた。

4) 【院内の身体拘束解除基準通りに判断することが難しい現状】

12のコードから2のサブカテゴリが抽出された。看護師は、「自分の時はしていなくても、次勤務では身体拘束されていることがある」など『身体拘束に対するスタッフ間の意見の相違』や、「ミトンと安全帯の併用は過剰な拘束である」という『過剰な身体拘束に対する疑問』をジレンマと感じていた。

VI. 考 察

1. 看護師の身体拘束に対する思いとジレンマについて

身体拘束に対する思いとして6のカテゴリが生成された。これらのカテゴリを検討すると、看護師は【患者の安全のために必要な時がある】という思いを持っている一方で【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】という思いを持っていた。この2つの思いの中で、【拘束か解除かを検討し見極めることが必要である】という拘束の必要性に対する思いが生まれていたと考えられる。【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】という思いの背景には、【患者に弊害が起こることを憂慮している】ことや【身体拘束時はより手厚い看護が必要である】こと、【看護上の都合での拘束になってしまっている】ことがあったと考えられる。

急性期一般病棟看護師の身体拘束に対するジレンマとしては、4カテゴリが明らかとなり、これらのジレンマは身体拘束に対する思いの影響を受けて起こっていたと考えられた。看護師は、【拘束か解除かを検討し見極めることが必要である】

という身体拘束に対する思いを持ちつつ、ジレンマとして【院内の身体拘束解除基準通りに判断することが難しい現状】と感じていたことから、身体拘束解除の判断をしようとしてもうまくいかない状況を表している。【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】との思いを持ちつつも上手いかわない現状から、【治療優先で身体拘束をせざるを得ない】というジレンマや【患者の意思と安全確保の間での板挟み】というジレンマ、【看護師側の都合により身体拘束をせざるを得ない状況】のジレンマが生まれていた。これは、身体拘束をしたくないと思いつつもしなければならぬことによって引き起こされていると考えられた(図1)。

2. 身体拘束に対する思いの経験年数別傾向について

ベテラン看護師と中堅看護師に多かったのは【患者に弊害が起こることを憂慮している】というカテゴリに関するものであった。先行研究によると、入院した高齢者は身体拘束を用いられることにより、歩行機能の低下といった身体的弊害⁸⁾や、自己の存在価値だけでなく、生きる意味をも見失わせるといった精神的弊害⁹⁾が報告されている。本研究でも、臨床経験が長い看護師からは、ルートやライン類の再挿入が与える患者の身体的苦痛や、身体拘束による患者自身の意欲の減退を経験していることが語られていた。同様に【身体拘束時はより手厚い看護が必要である】というカテゴリに関するものも多かった。このことは長期にミトン装着をしている患者の手指衛生が保ちにくいことや手指の関節可動域の低下などを経験しており、定期的な清潔ケアや手指の拘縮予防といった手厚い看護の必要性を感じているからと考えられる。

次にベテラン看護師と若手看護師に多かったのは、【拘束か解除かを検討し、見極めることが必要】というカテゴリに関するものであった。院内の身体拘束解除基準はあるが、『ルートの重要性により拘束か解除かを検討することが必要』といったサブカテゴリや、「なぜミトンを使用しているのかと考える」といったコードから、身体拘束解除基準があっても患者の状態により拘束か解除かの判断に迷う現場の様子が覗えた。患者の多様性により一概に判断できないことや、他者との身体拘束に対する見解の違い、身体拘束解除基準通りに判断するためには多くの情報量を必要とし、簡便に使用できないことなどが理由として考えられる。

【看護上の都合での拘束になってしまっている】【患者の安全のために必要な時がある】【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】というカテゴリは、経験年数を問わなかった。【看護上の都合での拘束になってしまっている】に関係することとして、奈良ら⁴⁾は、「抑制を安全上の理由で行ってきたスタッフは、抑制しないことで事故が起こるのではないかという不安や、抑制を行わないで患者の安全を守ることができないという固定観念がある」と指摘している。今村ら¹⁰⁾は「意思疎通が図れない患者は、指示が入らない対応困難な患者であると認識しがちで、患者にとっては、何か理由があって行動することも、看護師にとっては勝手に動いてしまう危険な

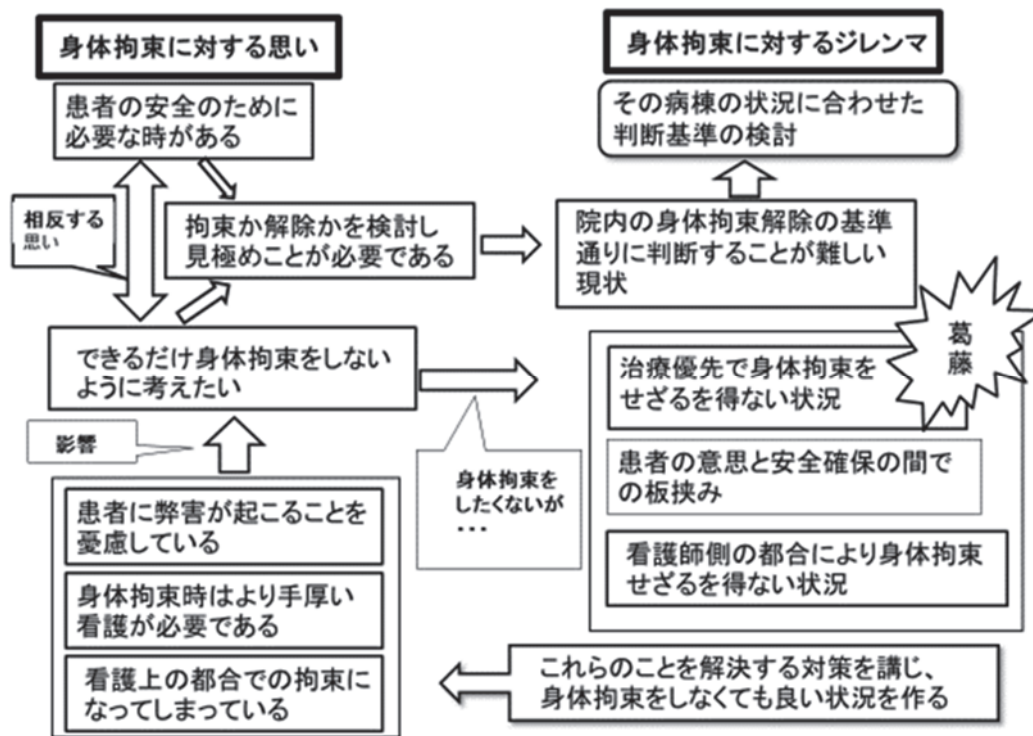


図1 カテゴリー分析図

患者と認識してしまう。複雑な業務の中で、安全を優先するが故に、患者を理解しようとする気持ちが希薄になっているのではないかと考える。どうしてこのような行動に出るのかを、患者の立場に立って考えることが必要である」と述べている。本調査でも『インシデントが起こることへの懸念』や「他のスタッフも危険性が高いと考える患者は、自分もそう感じる」「お守り的な感じで離床センサーを使用してしまうことがある」という発言があった。これらのインシデントへの不安や煩雑な業務による看護上の都合といった状況の改善に向けては、各部署で検討していく必要があるといえる。

【患者の安全のために必要な時がある】に関して、今村ら¹⁰⁾は「看護師としての経験を積むうちに、抑制を行わなかったことによる思いや自分自身を守りたいという潜在意識によって、より安全な手段としての抑制に繋がるという背景があると推察する」と述べている。本調査では、各経験年数の看護師から「ルートが抜ける危険から患者さんを守るには必要」「繰り返す自己抜去歴やルート・ドレーンに構わず動く場合は、拘束が必要と思う」といった医療従事者の視点から患者の安全を考慮した思いが語られた。このことは、臨床経験年数に限らず皆で日々の身体抑制解除カンファレンスを開催していることやインシデントレポートの閲覧を通して情報が共有されているからであると考えられる。

【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】に関しては、患者からの「外して欲しい」「これは何」という訴えから罪悪感を抱き、「患者の精神的苦痛や人権侵害になるのではないかと懸念」「見守りがあれば必要ない」「過剰な身体拘束をしたくない」ということが語られていた。【できるだけ

身体拘束をしないように考えたい」という思いと相反して【患者の安全のために必要な時がある】という現実との差異に対しての悩みや罪悪感は、全経験年数に共通する思いであることがわかった。

3. 身体拘束に対するジレンマの経験年数別傾向について

身体拘束に対するジレンマの経験年数別の傾向をみると、中堅看護師とベテラン看護師に多く見られたカテゴリは【患者の意思と安全確保の間での板挟み】【治療優先で身体拘束をせざるを得ない】【看護師側の都合でせざるを得ない状況】に関連したものであった。【患者の意思と安全確保の間での板挟み】について、奈良ら⁴⁾の先行研究では、家族からの拘束の要望が身体拘束解除の障害となっていることが指摘されている。本調査においても、中堅・ベテラン看護師からは、自分としては不要と考えても家族が要望したり、身体拘束をしていなかったことで発生したインシデントに対して、なぜ拘束をしていなかったのかと責められた経験が語られていた。家族の患者に対する思いを理解し申し訳なさを感じながらも、家族への対応や安全面について責任を伴う臨床経験年数だからこそ、様々な立場の意見を考慮して板挟みのジレンマを感じていたと考える。

【治療優先で身体拘束をせざるを得ない】に関しては、治療のためには仕方がないと考えざるを得ないことがジレンマとなっていた。また医師からの圧を感じているというベテラン看護師の意見もあった。これはリーダー的役割を担う年代だからこそそのジレンマであると考えられる。山本⁶⁾は、「経験年数が長くなると看護師は、後輩を育成することや勤務病棟における管理的役割が要求されるため、より複雑な状況に直

面してジレンマを感じている。しかしジレンマという意識や看護者の価値観を対象とした研修やプログラムは少ない状況にあり、高齢者看護に対する倫理的判断能力を高める教育の必要性がある」と述べている。今回の調査では、ベテラン看護師のみでなく中堅看護師のジレンマでもあったため、リーダー的役割を担う年代への教育を考えていく必要がある。

【看護師側の都合でせざるを得ない状況】のカテゴリでは、ベテラン看護師ほどマンパワー不足、業務優先となってしまうことへのジレンマを感じていた。中堅看護師からは見守るための時間的余裕がないことに加え、インシデントにしたくない、責任を問われたくないということも語られていた。山田ら¹¹⁾の先行研究では、看護師は身体拘束を解除したが「責任に対するリスクを負いたくない」「患者の行動が予測できない」「自分の業務負担が増える」「なぜ身体拘束をしていたのか」という葛藤を抱きながら看護していることを報告している。中堅やベテラン看護師の、患者に影響が合った場合に責任を問われるため自分の身を守りたい、報告書を書かなくてはならないという懸念が身体拘束解除に繋がらない原因のひとつとなっていたといえる。

若手看護師に多かったカテゴリは、【院内の身体拘束解除基準通りに判断することが難しい現状】に関するものであった。主に自分より経験年数が上のスタッフとの考えの違いや、ミトンと抑制帯の併用を過剰な拘束ではないかと感じていること、しかしながら身体拘束以外の方法が見い出せないまま拘束している現状に対して、ジレンマを感じていた。このことは、若手看護師の身体拘束に関する経験の少なさや拘束解除に対する自信のなさを表していると考えられる。

またこのカテゴリは全経験年数に共通するジレンマであり、過剰な身体拘束に対する倫理的な疑問が挙げられていた。日々の身体抑制解除カンファレンスは安全重視で、身体拘束を継続する傾向になっていることが、解除に二の足を踏ませている要因となっていることが推察される。また身体機能低下や認知機能低下を伴う高齢患者の増加や多忙な業務など、安全を妨げる複数の因子発生が一概に身体拘束解除基準通りと見えない現状となっていることがわかった。特に若手看護師に多かったのは経験が少ないことが要因と考えられ、次に多かったベテラン看護師には経験上拘束解除後の危険性を懸念することや、他患者やスタッフの安全確保と配慮をしなければならぬ責任が、判断しかねる要因にあると考えられた。

4. 看護への示唆

身体機能低下や認知機能低下を伴う高齢患者の増加や多忙な業務、マンパワー不足など安全を妨げる複数の因子から、日々の身体抑制解除カンファレンスは安全重視で、身体拘束を継続する傾向にあった。過剰な身体拘束を防ぐためには、身体拘束の3原則である切迫性、非代替性、一時性を基準にカンファレンスを行う必要がある。若手看護師は経験が少なく判断しかねている現状があるため、中堅・ベテラン看護師と一緒に情報共有し、判断を行うことで若手看護師の経験と

なり、皆で解除に向けた取り組みが行える。【院内の身体拘束解除基準通りに判断することが難しい】というカテゴリより、身体拘束実施・解除のための判断基準フローが効果的に活用できていない現状が伺えた。患者の多様性により一概に判断できないことや、他者との身体拘束に対する見解の違い、フロー通りに判断するためには多くの情報量を必要とし、簡便に使用できないことなどが理由として考えられる。見解を統一し、身体拘束解除へ向けた判断を行いやすくするために、身体拘束解除基準を簡易的なフローチャートとして病棟の特性に合わせて活用できるものを検討する必要性が示唆された。

ベテラン看護師と中堅看護師は、患者の身体的苦痛や意欲の減退に対し、手厚い看護が必要であることを感じていた。それらが【できるだけ身体拘束をしないように考えたい】という思いに繋がり、その思いを解決するために、身体拘束に代わる代替策が必要となる。金ら¹²⁾は、高齢者施設での抑制廃止を可能にする代替策として、よりよい関係性をつくる技術、的確な観察・判断能力、利用者に応じた環境を提供する看護技術を挙げている。急性期一般病棟でも身体拘束を減少させるために、代替する実用的な方法についての検討が必要である。また、森野ら¹³⁾は、認知症患者への看護や身体拘束に関する研修等への参加で得た知識が、身体拘束を必要とする認識を低くすることがわかったと述べている。病棟全体で身体拘束解除に向けた取り組みを行うためには、リーダー的役割を担う年代へ高齢者看護に対する倫理的判断能力を高める教育を考えていく必要性が示唆された。

5. 本研究の限界

本研究で得られた結果は、一か所の施設の急性期一般病棟の看護師を対象としたものであり、看護師の思いやジレンマを十分露呈できたとは言いがたい。研究参加者の区分(若手・中堅・ベテラン看護師)の人数に偏りがあった。そのため得られるデータに影響した可能性がある。

VII. 結 論

看護師は身体拘束に対して、患者の安全のために必要な時があるという思いと、できるだけ身体拘束をしたくないという思いを持ち、この相反する思いの中で、拘束か解除かを検討し見極めることが必要であるという思いを持っていた。ジレンマとしては、患者の意思に反して、治療優先や安全確保でせざるを得ない状況や看護師側の都合でせざるを得ない状況に葛藤を抱いていた。

臨床経験年数別では中堅・ベテラン看護師は様々な立場の意見を考慮して板挟みのジレンマがあった。若手看護師は、身体拘束に関する経験の少なさや拘束解除に対する自信のなさが表れていた。また病棟の特性に合わせた身体拘束解除基準の検討や身体拘束に代替する実用的な方法の検討、中堅以上の看護師へ高齢者看護に対する倫理的判断能力を高める教育の必要性が示唆された。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」(2001), 身体拘束ゼロへの手引き, 2019年11月1日閲覧,
<http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp>
- 2) 日本看護倫理学会 (2015), 身体拘束予防ガイドライン, 2019年11月1日閲覧,
jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf
- 3) 田上しのぶ: 倫理時代の抑制, 看護技術, 47 (7), p.31-35, 2001.
- 4) 奈良由美, 白澤政和: 一般病棟における身体拘束廃棄プロセスに関する質的研究, 老年学雑誌, 5, p.39-53, 2014.
- 5) 水澤久恵: 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因, 生命倫理, 19(1), p.87-97, 2009.
- 6) 山本美輪: 看護系経験年数による高齢者の身体的抑制に対する看護師のジレンマの差, 日本看護管理学会誌, 9 (1), p.5-12, 2005.
- 7) 公益社団法人全日本病院協会 (2016), 身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書, 2019年11月1日閲覧,
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/160408_2.pdf
- 8) 湯野智香子, 泉キヨ子, 平松知子, 他: 急性期病院における内科疾患を有する高齢患者の退院時の歩行能力低下に影響する要因, 金沢大つるま保健会誌, 33 (2), p.81-87, 2009.
- 9) 小楠範子: 身体拘束としてのベッド柵を強いられる認知症高齢者にとってのベッド柵の意味, 日認知症ケア会誌, 6 (3), p.524-531, 2007.
- 10) 今村奈津紀, 八木久美子: 抑制の現実-看護師の抑制減少への思いと社会背景との乖離-, 日本看護学会論文集 急性期看護, 49, p.202-205, 2019.
- 11) 山田美香, 草開美保, 前田昌巳, 他: 看護師が抱く身体拘束解除カンファレンス後の葛藤, 日本看護学会論文集 慢性期看護, 49, p.303-306, 2019.
- 12) 金壽子, 恵美須文枝, 志自岐康子, 他: 抑制廃止を可能にする代替案としての看護技術, 日本看護管理学会誌, 8(1), p.14-22, 2004.
- 13) 森野美由紀, 平田弘美: 一般病棟における看護師の教育背景と高齢患者への身体拘束に対する認識との関係, 人間看護学研究, 16, p.27-34, 2018.

◇研究報告◇

救急搬送後に入院した患者に対する認定看護師及び
複数分野の認定看護師の介入に関する実態調査

小林久希¹⁾, 東美由紀¹⁾, 芝本和恵¹⁾, 入汐 俊¹⁾, 山岡綾子¹⁾, 銚立えり子¹⁾,
峰岸三恵¹⁾, 島内美紀¹⁾, 松本奈緒美¹⁾, 中井智子¹⁾, 白田真人¹⁾, 森 景子²⁾

目的: 救急搬送後に入院した患者に CN の介入に必要な条件を明らかにする。

方法: 2019 年 4 月 1 日～9 月 30 日の救急搬送後に入院した患者 192 名を対象に CN が介入した患者記録より介入までの経緯等を調査。

結果: 年齢: 平均 75.3 歳。介入患者: 65 名。感染管理と認知症看護 6 名, 感染管理と皮膚・排泄ケア (以下 WOCN) 6 名, 認知症看護と WOCN4 名, 感染管理と認知症看護と WOCN2 名。2 分野以上介入患者概要: 年齢: 平均 78.4 歳。疾患: 脳神経疾患 4 件, 感染症 5 件等。介入までの日数: 平均 4.8 日。介入契機: カルテ 30 件, 職員からの報告 6 件等。

考察: 救急搬送後に入院した患者に複数 CN が介入する条件は, 感染管理, 認知症看護, WOCN の介入を必要とする後期高齢者であることが示唆された。

結論: 救急搬送後に入院した 75 歳以上または感染に関する疾患を有する患者は複数の CN が介入する可能性がある。

【キーワード】 認定看護師, 介入条件, 複数分野

I. はじめに

A 病院には 1 分野の専門看護師 1 名と 7 分野の認定看護師 (以下 CN) 12 名が所属し, 専門的な知識や技術を持ち, 個々や所属チームでの活動を行っている。各 CN は, 主に, 個々での情報収集, 臨床からの情報発信や相談をもとに介入を開始し, 他分野の CN の介入が必要と感じた場合は CN 間で連携を行っている。しかし, 各 CN 間での連携が活発といえない現状がある。また, 個々の専門分野以外の知識が不十分なこともあり, 実際には, 複数分野の CN がスムーズに早期に介入し連携していれば, 患者の苦痛の軽減, 重症化の予防が出来たのではないかと感じる事があった。複数分野の CN が介入すべき患者を把握し, スムーズに CN 間での連携を行うことで, さらに患者の苦痛緩和と重症化予防につなげることができるのではないかと考えた。

A 病院は, 南河内地域の二次救急病院として地域の救急医療の役割を担っている。A 病院が位置する河内長野市は高齢化率が全国や大阪府と比較しても 31.1%と高い¹⁾。A 病院での入院高齢患者数も増加傾向であり, 2018 年度, 救急外来を

受診し, 入院した患者の約 65%が 75 歳以上であった。一般的に, 高齢者の身体的特徴として, 予備力, 適応力, 回復力や防衛力の低下, 複数の疾病や症状を持っている, 合併症を起こしやすい, 感覚機能の低下などが挙げられる^{2) 3)}。A 病院の緊急入院には, 救急外来からの入院と一般外来からの入院がある。緊急入院を要する高齢患者は認知症や褥瘡, 感染症などのリスクを抱えており, 入院時より複数分野の CN が介入するような専門的な看護が必要とされているのではないかと考えられる。

先行研究では, 早期介入や連携のための各分野からの専門的アプローチについて, ストーマ造設患者に対する皮膚・排泄ケア認定看護師の術前早期介入に関する研究⁴⁾, 放射線治療を受ける乳がん患者に対する認定看護師の早期介入と皮膚障害への影響に関する研究⁵⁾, がん自壊創に対する皮膚科医と皮膚・排泄ケア認定看護師が連携したケアの実施状況を調査した研究⁶⁾はされており, 1 分野の CN の介入や医師との連携に関する研究は行われているが, 複数分野の CN の早期介入や CN 間の連携に関する研究は見当たらなかった。

受付日: 2022 年 4 月 26 日 / 受理日: 2023 年 1 月 20 日

1) Kuki Kobayashi, Miyuki Higashi, Kazue Shibamoto, Suguru Irishio, Ayako Yamaoka, Eriko Hokotate, Mie Minegishi, Miki Shimanouchi, Naomi Matsumoto, Tomoko Nakai, Masato Shirata: 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター

2) Keiko Mori: 独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター

これらのことから、本研究では、平日の日勤帯に救急搬送後に入院した患者に、複数分野のCNが介入した条件に関して実態調査を行い、その結果を元に今後のCN間の連携と患者への早期介入に活かしたい。

II. 目的

救急搬送後に入院した患者に複数分野のCNが介入した条件を明らかにする。

III. 方法

1. 研究対象：2019年4月1日～2019年9月30日の日勤帯で、救急搬送後に入院した患者192名のうち、複数分野のCNが介入した患者18名。

2. データ収集：電子カルテ、感染管理システム、褥瘡管理システム、緩和ケア管理システムを使用しデータ抽出を行った。

電子カルテから抽出したデータは、年齢、性別、バイタルサイン、血液検査データ、看護必要度B項目、身体抑制に関する観察及び評価記録、総合機能評価シートの認知機能の項目、せん妄リスクの項目、麻薬の使用の有無、認知症高齢者の日常生活自立度評価、抗がん剤投与の有無、CNの介入記録などを抽出した。

感染管理システムからは、バイタルサインや採血データ、感染に関する症状や感染症の種類などのデータを抽出、褥瘡管理システムからは、皮膚・排泄ケアCN介入時の障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)、褥瘡記録のデータなどを抽出、緩和ケア管理システムからは、入院時の苦痛のスクリーニングの問診内容、緩和ケアチームやCNの介入患者のラウンド記録などのデータを抽出した。

3. 分析方法：救急搬送後に入院した患者で、複数のCNが介入した患者のデータを単純集計した。また、複数分野のCNが介入していた患者カルテより、各CNの介入契機や介入内容、CN間の連携状況などを確認した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター倫理審査委員会の承認を得て、内容を遵守して実施した。研究対象者へは、包括的同意と研究概要をA病院ホームページに掲載した。カルテや情報共有システムなどで収集した情報は、研究以外に使用しないこと、研究結果を学会等で公表する際、個人が特定されないよう配慮した。

V. 結果

1. 救急搬送後に入院した患者の基本情報

1) 年齢：75歳未満69名、75歳以上85歳未満73名、85歳以上50名。平均75.3歳、中央値78.5歳、75歳以上の高齢者の割合64.0%。

2) 性別：男性105名、女性87名。

2. CNが介入した患者数：65名。1分野のみの介入47名(感染管理19名、皮膚・排泄ケア19名、認知症看護4名、緩和ケア4名、手術看護1名)、2分野の介入16名(感染管理と認知症看護6名、感染管理と皮膚・排泄ケア6名、認知症看護と皮膚・排泄ケア4名)、3分野の介入2名(感染管理と認知症看護と皮膚・排泄ケア)。

3. 2分野以上のCNが介入した患者の概要

1) 年齢：75歳未満5名、75歳以上85歳未満8名、85歳以上5名、平均78.4歳、中央値81.5歳、75歳以上の高齢者の割合72.2%。

2) 性別：男性13名、女性5名。

3) 疾患分類：脳神経疾患4件、意識障害3件、肺炎3件、骨折1件、心疾患1件、肺動脈性高血圧症1件、汎発性帯状疱疹1件、蜂窩織炎1件、急性腸炎1件、急性化膿性胆管炎1件、尿路感染症1件。

4) バイタルサイン：「体温」中央値36.9℃、「脈拍数」中央値86回/分、「収縮期血圧」中央値122mmHg、「拡張期血圧」中央値75mmHg、「呼吸回数」中央値21回/分、「SpO₂」中央値98%。(表1)

5) 血液検査データ：「WBC」中央値11.19×10³/μl、「CRP」中央値5.03mg/dl、「BUN」中央値27.5mg/dl、「Cre」中央値1.02mg/dl、「PLT」中央値18.6×10⁴/μl、「AST」中央値26.5U/l、「ALT」中央値16U/l、「eGFR」中央値44.0ml/分、「D-ダイマー」中央値4.0μg/ml、「ALB」中央値3.0g/dl、「TP」中央値6.0g/dl。(表2)

6) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：「ランクJ」0名(0.0%)、「ランクA」1名(5.6%)、「ランクB」5名(27.7%)、「ランクC」12名(66.7%)。(表3)

表1 バイタルサイン

項目	中央値	単位	
体温	36.9	℃	
脈拍数	86	回/分	n=18
収縮期血圧	122	mmHg	
拡張期血圧	75	mmHg	
呼吸回数	21	回/分	n=12
SpO ₂	98	%	n=17

表2 血液検査データ

項目	中央値	単位	
WBC	11.19	×10 ³ /μl	
CRP	5.03	mg/dl	
BUN	27.5	mg/dl	
Cre	1.02	mg/dl	n=18
PLT	18.6	×10 ⁴ /μl	
AST	26.5	U/l	
ALT	16.0	U/l	
eGFR	44.0	ml/分	
D-ダイマー	4.0	μg/ml	n=14
ALB	3.0	g/dl	n=15
TP	6.0	g/dl	n=17

7) 認知症高齢者の日常生活自立度:「認知症症状なし」7名(38.9%),「ランク1」0名(0.0%),「ランク2」1名(5.6%),「ランク3」3名(16.7%),「ランク4」4名(22.2%),「ランク5」2名(11.1%),40歳未満のため該当なし1名(5.6%)。(表4)

8) 看護必要度 B 項目:「診療・療養上の指示が通じる」で「はい」9名(50.0%),「いいえ」9名(50.0%),「危険行動」で「ある」7名(38.9%),「ない」11名(61.1%)。認知症高齢者の日常生活自立度評価「ランク3」以上と評価されていた9名の患者は「診療・療養上の指示が通じる」で「いいえ」ないし「危険行動」が「ある」と評価されていた。

9) 身体抑制に関する観察及び評価記録:「あり」2名(11.1%),「なし」16名(88.9%)であった。

10) 麻薬の使用:あり1名(5.6%),なし17名(94.4%)。

11) 抗がん剤投与:あり1名(5.6%),なし17名(94.4%)。

4. 2分野以上のCNの介入状況

1) 1分野介入の契機:「感染管理」全14件のうち、菌検出3件、抗菌薬使用6件、血液培養陽性3件、スタッフからの報告・相談2件。「皮膚・排泄ケア」全12件のうち、スタッフからの報告・相談7件、褥瘡管理システム4件、感染管理CNからの情報提供1件。「認知症看護」全12件のうち、入院時の認知症高齢者の日常生活自立度評価ランク3以上8件、再評価ランク3以上3件、管理者(当直)からの情報提供1件。

2) 2分野以上のCN介入の契機として、はじめに介入したCNから他の分野のCNへの情報提供が契機となり複数分野のCNの介入に至ったものはなく、CN間の連携が複数分野のCN介入の契機とはなっていなかった。

3) 入院からCN介入開始までの日数:平均4.8日、中央値4日、入院後0~13日(平均在院日数は10.9日)。

4) 介入後の経過:皮膚・排泄ケアCNが介入した患者の褥瘡や医療関連機器圧迫創傷、スキン-ケアなどの皮膚障害は、改善または治癒に至っていた。認知症看護CN介入した患者の状態は、一時的にせん妄症状が出現した患者もいたが、CN介入後に症状が悪化した患者はいなかった。また、感染の拡大は認めなかった。

VI. 考 察

結果から、救急搬送後に入院した患者に対し、複数分野のCNが介入する事例では75歳以上の高齢者の割合72.2%と高くなっていったことが分かった。バイタルサインの中央値は、すべて基準値の範囲内であった。血液検査データの中央値は炎症、血液凝固反応を示す数値が高く、栄養状態や腎機能の低下がみられた。肝機能は正常であり、2分野以上のCNの介入の条件とはならなかった。

感染管理CNは、血液検査データ、バイタルサインなどの異常値、培養検査の結果、抗菌薬使用状況、症状などをカル

表3 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)
(n=18)

項目	人数	%
ランクJ	0	0.0
ランクA	1	5.6
ランクB	5	27.7
ランクC	12	66.7

表4 認知症高齢者の日常生活自立度 (n=18)

項目	人数	%
認知症症状なし	7	38.9
ランク1	0	0.0
ランク2	1	5.6
ランク3	3	16.7
ランク4	4	22.2
ランク5	2	11.1

40歳未満のため該当なし 1名(5.6%)

テより確認し介入している。研究結果から緊急入院患者の44.4%が何らかの感染を有していた。このことから、約半数の患者が感染管理の介入が必要であると認識し、早期対応を行う必要があると考えられる。

皮膚・排泄ケアCNは、褥瘡管理システムからの情報で介入した件数は4件と少なく、看護師からの報告・相談により介入していることが多かった。救急搬送後に入院した患者はベッド上での生活が主体となる障害高齢者の日常生活自立度の低い患者が多く、75歳以上の高齢者も多い。加齢とともに皮膚は脆弱になり皮膚損傷のリスクは高くなる⁷⁾。そのため、入院後早期に体圧分散のために必要なマットレスの選択やスキンケアなど、予防的な介入をしていくことが必要であると考えられる。

認知症看護CNは、認知症高齢者の日常生活自立度評価「ランク3」以上に介入しており、2分野以上のCNが介入した救急搬送後に入院した患者の50%がランク3以上に該当した。このことから、救急搬送後に入院したランク3以上の患者は、複数のCN介入を必要とする可能性があることが示唆された。2分野以上のCNが介入した18件の総合機能評価シートでは、「記憶力に問題がある」と入力された件数は0件であった。このことは、認知症高齢者の日常生活自立度評価と矛盾が生じている。正しい入力や、状態変化時の再評価ができるように働きかけることが必要である。

今回の結果より、救急搬送後に入院した患者の疾患分類では、18件中3件が肺炎での緊急入院である。75歳以上の高齢者の割合は72.2%を占める。小泉らは、高齢者の肺炎入院患者の治療アウトカムについての研究で、入院前ADLが低いほど、初回肺炎死亡率は高いと述べている⁸⁾。複数分野が介入した患者では、障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)「ランクB」5名(27.7%),「ランクC」12名(66.7%)とADLが低い患者の割合が高い。この結果は、入院時のランクであるが、肺炎の悪化を予防するためにも、早期の介入が必要である。高齢入院患者では、皮膚・排泄ケアCNも介入してい

る割合が多く、それぞれの分野の専門知識を統合して患者介入を行うことで、より質の高い看護につながるのではないかと考えられる。

救急搬送後に入院した患者は、感染管理、皮膚・排泄ケア、認知症看護の介入を必要とすることが多かった。2分野以上が介入した患者は75歳以上の高齢者が多く、今後介入する上での目安となることが示唆された。また44.4%の患者が何らかの感染に関する疾患を有していたため、患者と初めに接し、救急トリアージを行う救急看護CNから感染管理CNへの情報発信や、入院後に患者に初めに介入したCNは、感染管理CNとの連携の必要性を検討し、対応する事が求められると考えられる。介入開始までの日数の中央値は4日であり、それぞれのカルテの内容を調査した結果、介入が遅れていた患者はおらず、適切な時期に介入できていたと考えられる。しかし、救急搬送された際、救急看護CNが介入することも多いが、今回の実態調査では救急看護CNと他分野のCN間の連携はとれていなかったため、今後、他分野のCNとの連携が密にとれるような体制について検討していく必要がある。また、救急搬送後に入院した患者に、CNが介入するまでの日数は、入院4~5日が目安となることが示唆された。今回は2分野以上のCNの介入群に絞った調査であったため、その他の患者の調査、分析には至っていない。

Ⅶ. 結 論

救急搬送後に入院した患者のうち、複数のCNが介入していた患者は、75歳以上の高齢者、感染に関する疾患を有する患者、認知症高齢者の日常生活自立度評価の「3」以上の患者が多いことが分かった。救急搬送後に入院した患者に、CNが介入するまでの日数は、入院4日が目安となることが示唆された。収集した情報をCN間で円滑に共有するために、今後も介入、連携について調査・分析を行い、CN間のより良い連携のためのシステムの構築につなげたいと考える。

本論文の一部は、第74回国立病院総合医学会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 河内長野市, 河内長野市の高齢化状況比較表(2017), 2022年9月29日閲覧,
<https://www.city.kawachinagano.lg.jp/uploaded/attachment/1094.pdf>
- 2) 渡辺英靖, 諸富伸夫: どう判断する? 利用者の体調変化とその対応(第1回) 高齢者の身体的特徴, ケアマネジャー, 20(10), p.66-67, 2018.
- 3) 北川公子, 竹田恵子: 系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護学, 医学書院, p.7-8, 2018.
- 4) 中島美文, 宮崎梓, 栗原美穂, 他: ストーマ造設患者を対象として術前フォローアップ外来に関するアンケート調査 皮膚・排泄ケア認定看護師による術前早期介入の有用性について, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 18(2), p.216, 2014.

- 5) 岡田みどり, 中田博子, 一戸建志, 他: 放射線治療を受ける乳がん患者に対する認定看護師の早期介入と皮膚障害への影響 冷罨法とスキンケアの効果について, 日本がん看護学会誌, 31(Suppl), p.193, 2017.
- 6) 森岡直子, 青木和恵, 谷口貴子: がん自壊創に関する発生と医療者介入の状況, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 20(2), p.240, 2016.
- 7) 角濱晴美: 手技と事例で学ぶ 実践! 高齢者のフィジカルアセスメント—老化を理解して, 異常を見逃さない!—, メディカ出版, p.13-14, 2017.
- 8) 小泉健: 感染症研究の新たな展開 超高齢社会における肺炎入院患者の治療アウトカム 地域病院での肺炎治療の現状, 新潟医学会雑誌, 133(3), p.113, 2019.

◇研究報告◇

節目に合わせて送付するグリーフカードの評価

— 受け取る遺族の思いに関する調査から —

吉田千華¹⁾, 広瀬真由美¹⁾, 小野寺志保¹⁾

四十九日後、半年後、1年後の節目に送付しているグリーフカードを受け取った遺族の思いを明確化し、節目のグリーフカードが遺族のグリーフケアの一端になるかを評価した。対象は、A 病院 B 緩和ケア病棟で亡くなられた患者の遺族 44 名、郵送によるアンケート調査を行った。回答は 29 名、グリーフカードに対する好感度は高く、嫌悪感は低かった。節目による有意差はなかった。グリーフカードへの遺族の思いからは【嬉しさ】【満足感】【安堵感】【医療者への気遣い】【悲しみの増大】のカテゴリが抽出された。多くの遺族はグリーフカードに肯定的感情を持つ反面、少数ではあるが否定的にとらえる遺族がいることも明確になった。遺族に負担をかけない言葉を選び、寄り添う気持ちを記すことが必要であり、節目の時期にあった内容に変えることが重要であることが示唆された。節目に合わせて送付するグリーフカードは遺族のグリーフケアの一端になると評価できた。

【キーワード】グリーフカード、節目、遺族の思い

I. はじめに

大切な人との死別は、ライフイベントの中で最も大きなストレスとなる喪失体験であり心理的に大きな影響を与える。喪失に伴う遺族の悲嘆は正常な反応であるが、遺族によっては、日常生活に支障を及ぼすような複雑性悲嘆に陥る可能性もあり、悲嘆ケアが重要である。アルフォンス・デーケン¹⁾は、「喪失体験に伴うのが悲嘆の仕事である。医療従事者は、患者が亡くなる前から家族に悲嘆ケアをしたり、患者が亡くなった後も遺族への援助に積極的に取り組むべきであろう」と述べている。

A 病院の B 緩和ケア病棟では、患者存命中から、看護師と家族の信頼関係の構築を図り、感情に寄り添うケアを提供している。家族の思いや価値観に寄り添いながら患者・家族のニーズに沿えるように支援することは、看取りの満足度を高め、患者亡き後、遺族が患者のいない環境に順応していくことへ繋がると思われる。

B 緩和ケア病棟ではまた、遺族への継続的支援としてグリーフケアの一つであるグリーフカード送付を、四十九日後・半年後・1年後の節目に実施している。鈴木は「グリーフケ

アは終末期患者の生存中より家族へ提供され、死別後も継続した流れの中で遺族に提供される必要がある」²⁾と述べており、患者逝去後のグリーフカードの送付は、遺族に向けた重要なグリーフケアの一端と認識し実践している。グリーフカード送付後、手紙を受け取った遺族から、「忘れ去られてないことが嬉しい」などの感謝の言葉が、来院しての挨拶や手紙、電話で聞かれる。しかし、その一方でリアクションのない遺族も多く、看護師からは「グリーフカードが、遺族の心を逆に辛くさせているのではないか」「グリーフカードをもらうことが負担になっているのではないか」「グリーフカードは、本当にグリーフケアの一端になっているのか」などの意見が聞かれるようになった。

北得は「手紙やカードを受け取ることが、抑うつや悲嘆の軽減に対して重要な位置づけにある」³⁾と述べている。しかし、四十九日後・半年後・1年後の節目に送付したグリーフカードが、その時点で遺族にどのように受け止められているかは明らかになっていない。そこで、節目に受け取るグリーフカードに対する遺族の思いを調査することで、節目のグリーフカードが、遺族のグリーフケアの一端になっているかを評価したいと思い、この研究に取り組んだ。

受付日：2022 年 4 月 26 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Chika Yoshida, Mayumi Hirose, Shiho Onodera：いわき市医療センター

《用語の定義》

複雑性悲嘆：悲嘆の期間や程度が、正常の悲嘆反応の範囲を超えて精神的苦痛が長期期間にわたり継続し、健康障害により日常生活に支障をきたす遷延化した悲嘆⁴⁾

節目：遺族へグリーフカードを送付する、以下の3回の時期を示す。

四十九日後：仏教で魂が旅立つ日とされ、法要に当たる時期⁵⁾

半年後：遺族が抑うつ感や落ち込みを感じやすい時期で

あり複雑性悲嘆に陥らないための支援時期⁶⁾

1年後：アルフォンス・デーケン⁷⁾の悲嘆のプロセス12段階より遺族の立ち直りの時期⁷⁾

グリーフカード：時節の挨拶や遺族の心痛への言葉かけ・入院中の思い出やエピソードなどを便箋に記した手紙

Ⅱ. 目 的

節目のグリーフカードを受け取った遺族の思いを明確化し、節目のグリーフカードが、遺族のグリーフケアの一端になっているのかを評価する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究期間：2020年7月～8月

2. 研究対象：2018年12月～2019年5月までA病院B緩和ケア病棟で亡くなられた患者44名に対し、節目にグリーフカードを送付した、患者のキーパーソン44名

3. 研究方法

1) アンケートの内容

(1) 調査項目は、「嬉しかった」「心が温かくなった」「心が落ち着いた」「この取組は遺族に寄り添っている」のポジティブな意見4項目、「悲しかった」「イライラした」「心が更に辛くなってしまった」「迷惑だった」「受け取りたくなかった」のネガティブな意見5項目、「手書きに好感を持った」「突然で驚いた」「入院中の思い出は不要だ」「文字が見にくかった」「文字が小さかった」「印刷文字で十分である」のグリーフカードへの意見6項目の計15項目とした。各項目の回答は、「ない」「あまりない」「少しある」「かなりある」の4段階リッカート尺度を使用した。アンケートは、1年後のグリーフカード送付後の配布であるため、節目にグリーフカードを受け取った時の思いを想起してもらう方法であることを明記した。

(2) アンケートの回答欄は、四十九日後、半年後、1年後の思いを選択できるような表にした。また、最後に設問項目以外の遺族の思いを自由に記載できるように記載欄を設けた。

2) アンケート配布

郵送法を用いて配布した。「目的」「倫理的配慮」「返信期日」を明記した依頼文書、アンケート用紙と返信先を記載し切手を貼付した返信用封筒を郵送した。

3) アンケート回収

回収は郵送法を用い、返信時期は送付後2か月以内とした。

4. 分析方法

1) 対象者の基本属性は単純集計した。

2) アンケートの回答は「ない：0点」「あまりない：1点」「少しある：2点」「かなりある：3点」とした。

3) 項目の回答者数は、節目毎に単純集計した。

4) 各項目の好感度・嫌悪感を明確にするため、項目ごとに平均点を算出し平均点を比較した。比較にはフリードマン検定を用いた。

(1) ポジティブな意見の4項目は、平均点2点以上で数値が高ければ好感度が高く、ネガティブな意見の各項目は、平均点2点以上で数値が高ければ嫌悪感が高いことを示す。

(2) グリーフカードへの意見にある「手書きに好感を持った」は平均点2点以上で数値が高ければ好感度が高く、「突然で驚いた」「入院中の思い出は不要だ」「文字が見にくかった」「文字が小さかった」「印刷文字で十分である」は、平均点2点以上で数値が高ければ嫌悪感が高いことを示す。

5) 自由記載から得られた、設問以外の様々なグリーフカードにまつわる思いは、類似の回答をコード化しカテゴリを抽出した。カテゴリの分析過程では、施設外のがん看護研究者からのスーパーバイズを受け信頼性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、所属施設の倫理委員会の審査を受け承認を得た。研究対象者に対し、研究目的・方法・データの活用・公表、及び、研究参加の自由・拒否権・途中中断が可能なこと、不参加により不利益を被らないこと、アンケートは無記名のため個人は特定されないことを文書にて説明し、本人によるアンケート用紙の厳封・返信を以って研究参加への意思を確認した。

Ⅴ. 結 果

1. 研究対象44名中、29名から回答が得られた（回収率65.9%）。設問全てに回答した19名を対象者とした（有効回答率43.2%）。

2. 属性

年代は30代1名、40代2名、50代5名、60代7名、70代3名、80代1名であった。性別は男性11名、女性8名であった。続柄は配偶者8名、子8名、兄弟3名であった。

3. 節目における各項目の回答者数の変化

1) ポジティブな意見（図1）

(1) 「嬉しかった」

かなりある（四十九日後12名、半年後10名、1年後12名）、少しある（四十九日後5名、半年後8名、1年後5名）、あまりない（四十九日後1名、半年後1名、1年後1名）、ない（四十九日後1名、半年後0名、1年後1名）であった。

(2) 「心が温かくなった」

かなりある（四十九日後13名、半年後11名、1年後12名）、少しある（四十九日後5名、半年後7名、1年後5名）、あま

りない（四十九日後1名、半年後1名、1年後1名）、ない（四十九日後0名、半年後0名、1年後1名）であった。

(3) 「心が落ち着いた」

かなりある（四十九日後6名、半年後6名、1年後6名）、少しある（四十九日後10名、半年後9名、1年後8名）、あまりない（四十九日後2名、半年後4名、1年後4名）、ない（四十九日後1名、半年後0名、1年後1名）であった。

(4) 「この取組は遺族に寄り添っている」

かなりある（四十九日後9名、半年後8名、1年後10名）、少しある（四十九日後10名、半年後10名、1年後7名）、あまりない（四十九日後0名、半年後0名、1年後1名）、ない（四十九日後0名、半年後1名、1年後1名）であった。

2) ネガティブな意見（図2）

(1) 「悲しかった」

ない（四十九日後9名、半年後11名、1年後11名）、あまりない（四十九日後5名、半年後5名、1年後5名）、少しある（四十九日後4名、半年後2名、1年後3名）、かなりある（四十九日後1名、半年後1名、1年後0名）であった。

(2) 「イライラした」

ない（四十九日後15名、半年後15名、1年後15名）、あまりない（四十九日後3名、半年後4名、1年後2名）、少しある（四十九日後1名、半年後0名、1年後2名）、かなりある（四十九日後0名、半年後0名、1年後0名）であった。

(3) 「心が更に辛くなってしまった」

ない（四十九日後13名、半年後13名、1年後13名）、あまりない（四十九日後5名、半年後5名、1年後4名）、少しある（四十九日後1名、半年後1名、1年後2名）、かなりある（四十九日後0名、半年後0名、1年後0名）であった。

(4) 「迷惑だった」

ない（四十九日後17名、半年後16名、1年後18名）、あまりない（四十九日後2名、半年後3名、1年後1名）、少しある（四十九日後0名、半年後0名、1年後0名）、かなりある（四十九日後0名、半年後0名、1年後0名）であった。

(5) 「受け取りたくなかった」

ない（四十九日後18名、半年後17名、1年後18名）、あまりない（四十九日後1名、半年後2名、1年後1名）、少しある（四十九日後0名、半年後0名、1年後0名）、かなりある（四十九日後0名、半年後0名、1年後0名）であった。

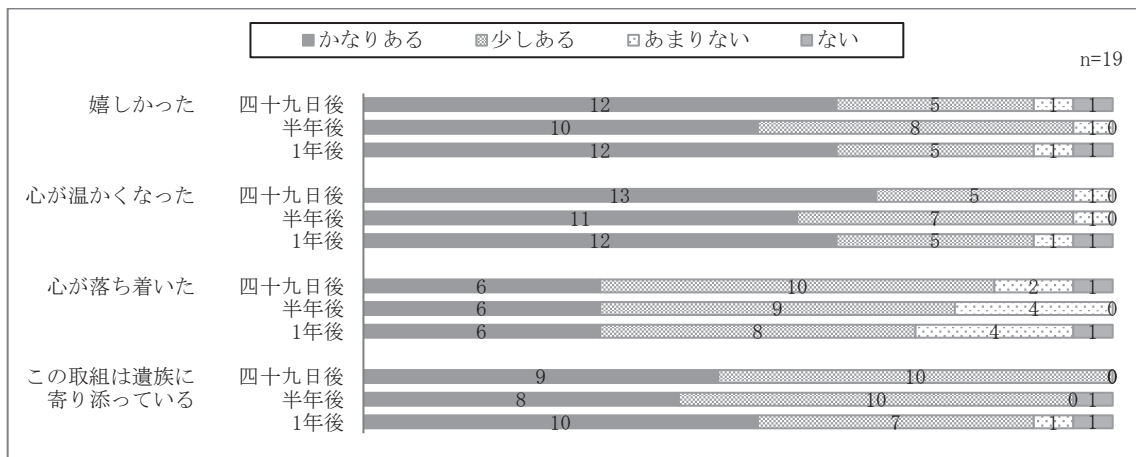


図1 ポジティブな意見

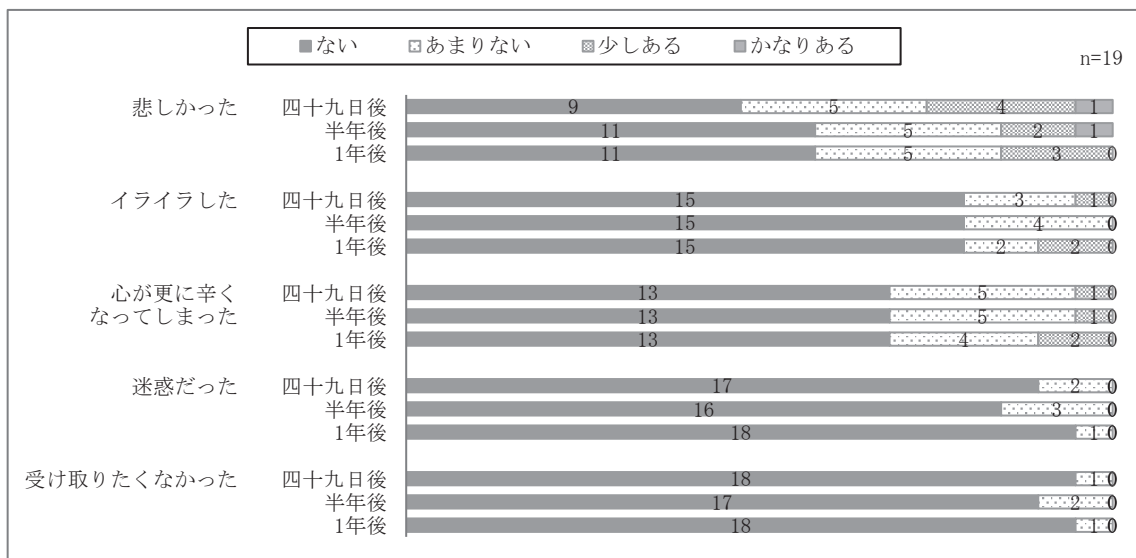


図2 ネガティブな意見

3) グリーフカードへの意見 (表3)

(1) 「手書きに好感を持った」

かなりある (四十九日後 10 名, 半年後 9 名, 1 年後 9 名),
少しある (四十九日後 9 名, 半年後 10 名, 1 年後 10 名), あ
まりない (四十九日後 0 名, 半年後 0 名, 1 年後 0 名), ない
(四十九日後 0 名, 半年後 0 名, 1 年後 0 名) であった。

(2) 「突然で驚いた」

かなりある (四十九日後 3 名, 半年後 1 名, 1 年後 1 名),
少しある (四十九日後 11 名, 半年後 8 名, 1 年後 8 名), あ
まりない (四十九日後 2 名, 半年後 5 名, 1 年後 5 名), ない
(四十九日後 3 名, 半年後 5 名, 1 年後 5 名) であった。

(3) 「入院中の思い出は不要だ」

かなりある (四十九日後 1 名, 半年後 1 名, 1 年後 1 名),
少しある (四十九日後 1 名, 半年後 1 名, 1 年後 1 名), あま
りない (四十九日後 5 名, 半年後 6 名, 1 年後 5 名), ない
(四十九日後 12 名, 半年後 11 名, 1 年後 12 名) であった。

(4) 「文字が見にくかった」

かなりある (四十九日後 0 名, 半年後 0 名, 1 年後 0 名),
少しある (四十九日後 0 名, 半年後 1 名, 1 年後 0 名), あま
りない (四十九日後 2 名, 半年後 2 名, 1 年後 2 名), ない
(四十九日後 17 名, 半年後 16, 1 年後 17 名) であった。

(5) 「文字が小さかった」

かなりある (四十九日後 0 名, 半年後 0 名, 1 年後 0 名),
少しある (四十九日後 0 名, 半年後 1 名, 1 年後 0 名), あま
りない (四十九日後 2 名, 半年後 2 名, 1 年後 2 名), ない
(四十九日後 17 名, 半年後 16 名, 1 年後 17 名) であった。

(6) 「印刷文字で十分である」

かなりある (四十九日後 0 名, 半年後 0 名, 1 年後 0 名),
少しある (四十九日後 2 名, 半年後 2 名, 1 年後 2 名), あま
りない (四十九日後 4 名, 半年後 4 名, 1 年後 4 名), ない
(四十九日後 13 名, 半年後 13 名, 1 年後 13 名) であった。

4. 節目における各項目の好感度・嫌悪感の変化

1) ポジティブな意見 (表1)

(1) 「嬉しかった」

四十九日後 (2.47 点), 半年後 (2.47 点), 1 年後 (2.47 点)
で, 好感度は高かった。p = 0.854 で有意差はなかった。

(2) 「心が温かくなった」

四十九日後 (2.63 点), 半年後 (2.53 点), 1 年後 (2.47 点)
で, 好感度は高かった。半年後は 0.1 点下降, 1 年後はさらに
0.06 点下降し, わずかに好感度が下降した。四十九日後の 2.63
点は, 全ての項目の平均点で最も高かった。p = 0.888 で有意
差はなかった。

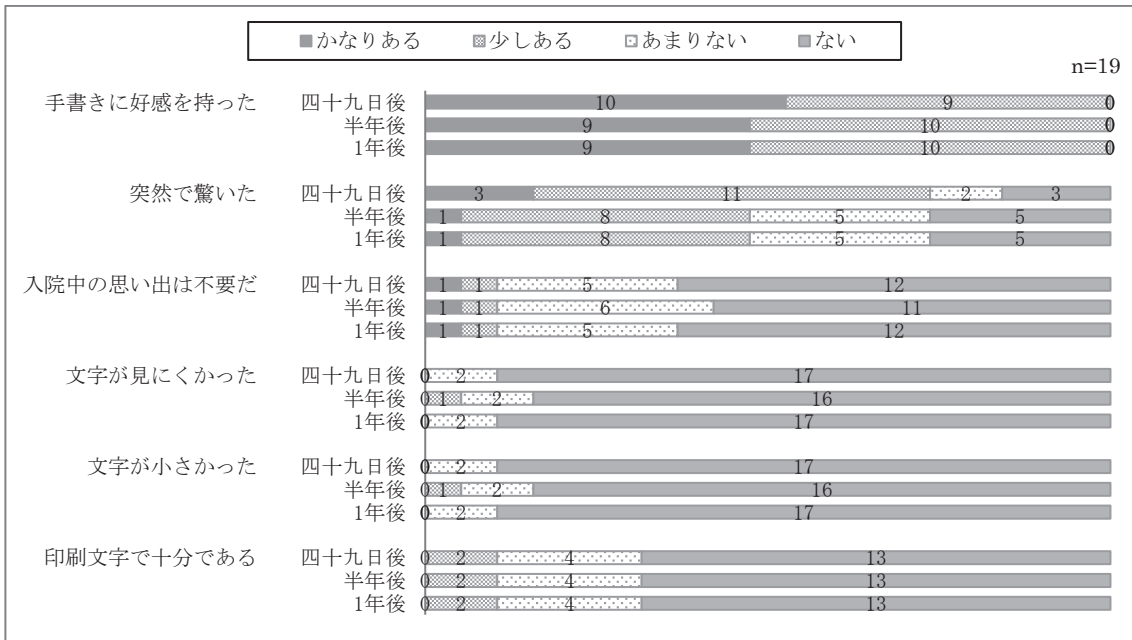


図3 グリーフカードへの意見

表1 ポジティブな意見

項目	平均点			p 値
	四十九日後	半年後	1 年後	
嬉しかった	2.47	2.47	2.47	0.854
心が温かくなった	2.63	2.53	2.47	0.888
心が落ち着いた	2.11	2.11	2.00	0.961
この取組は遺族に寄り添っている	2.47	2.32	2.37	0.912

*p<0.05

(3) 「心が落ち着いた」

四十九日後 (2.11 点), 半年後 (2.11 点), 1 年後 (2.00 点) で, 好感度は高かった。四十九日後と半年後に変化はなかったが, 1 年後は 0.11 点下降し, 1 年後の好感度が, わずかに下降した。p = 0.961 で有意差はなかった。

(4) 「この取組は遺族に寄り添っている」

四十九日後 (2.47 点), 半年後 (2.32 点), 1 年後 (2.37 点) で, 好感度は高かった。半年後に 0.15 点下降したが, 1 年後は, 半年後と比較し 0.05 点上昇し, 1 年後の好感度は, わずかに回復した。p = 0.912 で有意差はなかった。

2) ネガティブな意見 (表 2)

(1) 「悲しかった」

四十九日後 (0.84 点), 半年後 (0.63 点), 1 年後 (0.58 点) で, 嫌悪感は低かった。半年後に 0.21 点下降, 1 年後は半年後からさらに 0.05 点下降し, 嫌悪感はさらに下降した。p = 0.437 で有意差はなかった。

(2) 「イライラした」

四十九日後 (0.26 点), 半年後 (0.21 点), 1 年後 (0.32 点) で, 嫌悪感は低かった。半年後に 0.05 点下降, 1 年後は, 四十九日と比較して 0.06 点上昇, 半年後と比較して 0.11 点上昇し, 1 年後の嫌悪感がわずかに上昇した。p = 0.888 で有意差はなかった。

(3) 「心が更に辛くなってしまった」

四十九日後 (0.37 点), 半年後 (0.37 点), 1 年後 (0.42 点) で, 嫌悪感は低かった。四十九日後と半年後では変化はなかったが, 1 年後は 0.05 点上昇し, 1 年後の嫌悪感が, わずかに上昇した。p = 0.961 で有意差はなかった。

(4) 「迷惑だった」

四十九日後 (0.11 点), 半年後 (0.16 点), 1 年後 (0.05 点) で, 嫌悪感は低かった。半年後は 0.05 点上昇したが, 1 年後は, 四十九日と比較し 0.06 点下降, 半年後と比較し 0.11 点下降した。半年後わずかに上昇した嫌悪感は, 1 年後に下降した。p = 0.961 で有意差はなかった。

(5) 「受け取りたくなかった」

四十九日後 (0.05 点), 半年後 (0.11 点), 1 年後 (0.05 点) で, 嫌悪感は低かった。半年後に 0.06 点上昇, 1 年後は下降し四十九日後と同点だった。p = 0.961 で有意差はなかった。

3) グリーフカードへの意見 (表 3)

(1) 「手書きに好感を持った」

四十九日後 (2.53 点), 半年後 (2.47 点), 1 年後 (2.47 点) で, 好感度は高かった。半年後と 1 年後は, 0.06 点下降し, わずかに好感度が下降した。3 回の節目全てで常に平均点が高かった。p = 0.961 で有意差はなかった。

(2) 「突然で驚いた」

四十九日後 (1.74 点), 半年後 (1.26 点), 1 年後 (1.26 点), 嫌悪感は低かった。半年後は 0.48 点下降し, 1 年後は半年後と同点だった。p = 0.188 で有意差はなかった。

(3) 「入院中の思い出は不要だ」

四十九日後 (0.53 点), 半年後 (0.58 点), 1 年後 (0.53 点), 嫌悪感は低かった。半年後に 0.05 点上昇したが, 1 年後は四十九日と同点であった。p = 0.961 で有意差はなかった。

(4) 「文字が見にくかった」

四十九日後 (0.11 点), 半年後 (0.21 点), 1 年後 (0.11 点), 嫌悪感は低かった。半年後に 0.1 点上昇したが, 1 年後は四十九日と同点であった。p = 0.961 で有意差はなかった。

表 2 ネガティブな意見

項目	平均点			p 値
	四十九日後	半年後	1 年後	
悲しかった	0.84	0.63	0.58	0.437
イライラした	0.26	0.21	0.32	0.888
心が更に辛くなってしまった	0.37	0.37	0.42	0.961
迷惑だった	0.11	0.16	0.05	0.961
受け取りたくなかった	0.05	0.11	0.05	0.961

*p<0.05

表 3 グリーフカードへの意見

項目	平均点			p 値
	四十九日後	半年後	1 年後	
手書きに好感を持った	2.53	2.47	2.47	0.961
突然で驚いた	1.74	1.26	1.26	0.188
入院中の思い出は不要だ	0.53	0.58	0.53	0.961
文字が見にくかった	0.11	0.21	0.11	0.961
文字が小さかった	0.11	0.21	0.11	0.961
印刷文字で十分である	0.42	0.42	0.42	1.000

*p<0.05

(5) 「文字が小さかった」

四十九日後 (0.11 点), 半年後 (0.21 点), 1 年後 (0.11 点), 嫌悪感は低かった。半年後に 0.1 点上昇したが, 1 年後は四十九日と同点であった。p = 0.961 で有意差はなかった。

(6) 「印刷文字で十分である」

四十九日後 (0.42 点), 半年後 (0.42 点), 1 年後 (0.42 点), 嫌悪感は低く, 節目に変化はみられなかった。p = 1.000 で有意差はなかった。

(7) グリーフカードに対する好感度・嫌悪感は, ポジティブな意見の 4 項目の平均点がすべて 2 点以上であり, ネガティブな意見の 5 項目の平均点がすべて 0 点台であった。

5. グリーフカードへの遺族の思い (表 4)

コードは「 」, カテゴリは【 】 , コード数は () で表記した。

「手紙を 3 回も頂き嬉しくて泣いてしまった (3) , 「いつも温かい手紙をありがとうございます (3) , 「手紙にすごく感動した (3) , 「手紙を読んで, 寄り添っていただけることに目頭が熱くなった」, 「手紙をもらった時はびっくりしたがとても嬉しかった」から【嬉しさ】が抽出された。

「患者の心に寄り添った対応と心配りに感謝し満足している (3) , 「入院中, 家族の手の届かないところまで世話をしてくれたことを思い出し, 感謝している (3) , 「入院中一緒に入浴介助ができたことを思い出し, 達成感がある (2) , 「受け取った手紙の内容から, 家族が知らない入院中の患者の顔を知ることができた。良かった」, 「終末期を, 穏やかに過ごすことができ本当に良かったと感じる」から【満足感】が抽出された。

「3 回とも遺族を気遣う文面の手紙で気持ちが楽になる (2) , 「家族のことを気にしてくれているのがよく分かった」, 「故人も私達家族も忘れられていないという安心感がある」から【安堵感】が抽出された。

「お礼の手紙を出せなかったことに心が痛んだ」, 「手書きのため, 看護師さん達の負担があるのではないかと心配した」から【医療者への気遣い】が抽出された。

その他の意見として, 「配偶者を亡くした悲しみは今も薄れることなく続いている」, 「返事を書こうと思ったが, 故人を思い出して悲しく書けなかった」から【悲しみの増大】があった。

VI. 考 察

1. グリーフカード送付で見えた節目の遺族の思い

ポジティブな意見は, 全ての節目において, 肯定的に捉える回答者数が多かった。先行研究³⁾で散見されているように, 多くの遺族はグリーフカードに対して肯定的感情を持つことが, 今研究でも確認された。ポジティブな意見は, 節目での有意差は認めず, 全ての節目において差がないことが明確になった。節目の中でも, 特に四十九日後は, 仏教で魂が旅立つとされ, 多くの日本人には節目と考えられている。法要が執り行われ, 法要によって死別の再確認と心の整理が行われる。その時期に合わせて病院から届くグリーフカードは遺族にとって, 「故人も遺族も, 医療者から忘れられていない存在」と受け止められ, 温かさを感じ, 肯定的な感情に結び付きやすいと考える。しかし, ポジティブな意見の全項目に対し, 回答者全員が肯定的に受け止めていたわけではなく, 少数ながら否定的な回答もあった。グリーフカードに対して肯定的に捉える遺族ばかりではなく, 否定的に捉える遺族もいることも明確になった。

ネガティブな意見は, 節目の全てにおいて, 否定的に捉える回答者数は少数であった。ポジティブな意見同様, 全ての節目に有意差はなかったことから, どの節目においても差はないことが明確になった。しかし, 少数ながらもネガティブな意見を持つ遺族が存在していた。愛する人との別れは大きな喪失感を抱える。アルフォンス・デーケン⁸⁾は, 「①精神

表 4 グリーフカードへの遺族の思い

カテゴリ	コード	コード数
嬉しさ	手紙を 3 回も頂き嬉しくて泣いてしまった (3) いつも温かい手紙をありがとうございます (3) 手紙にすごく感動した (3) 手紙を読んで寄り添っていただけることに目頭が熱くなった (1) 手紙をもらった時はびっくりしたがとても嬉しかった (1)	11
満足感	患者の心に寄り添った対応と心配りに感謝し満足している (3) 入院中家族の手の届かないところまで世話をしてくれたことに感謝している (3) 入院中一緒に入浴介助ができたことを思い出し達成感がある (2) 家族が知らない入院中の患者の顔を知ることができた (1) 終末期を穏やかに過ごすことができ本当に良かった (1)	10
安堵感	3 回とも遺族を気遣う文面の手紙で気持ちが楽になった (2) 気にしてくれているのがよく分かった (1) 故人も家族も忘れられていないという安心感がある (1)	4
医療者への気遣い	お礼の手紙を出せなかったことに心が痛んだ (1) 手書きのため, 看護師さん達の負担があるのではないかと心配した (1)	2
悲しみの増大	配偶者を亡くした悲しみは今も薄れることなく続いている (1) 返事を書こうと思ったが, 故人を思い出して悲しくて書けなかった (1)	2

的打撃と麻痺状態②否認③パニック④怒りと不当感⑤敵意と
うらみ⑥罪意識⑦空想形成・幻想⑧孤独感と抑鬱⑨精神的混
乱と無関心⑩あきらめ・受容⑪新しい希望－ユーモアと笑いの
再発見⑫立ち直り」の12段階の悲嘆のプロセスを提唱し、
⑫の段階まで回復するには1年以上の時間を要するという。
そのため、患者との関係性等で個人差はあるものの、四十九
日には、まだまだ悲嘆のプロセスが進まない時期であり、大
きな喪失感を抱えたままの時期ではないかと考える。四十九
日に区切りとして心の整理をつける遺族もいる一方、現実的
に故人との繋がりがなくなっていくことを実感することで、
悲しみが増大する遺族もいるのではないかと考える。半年後
でも悲しみがかなりあるとの回答者もいる。グリーフカード
を受け取ることで、心がさらに辛くなってしまった対象者も
少数ではあるが存在する。入院中のエピソードを添えてのグ
リーフカードであるが、逆にそれが、入院中の嫌な出来事を
想起させてしまうことにもなりかねない。入院中を思い出す
ことで、患者が心身の苦痛と戦っていた姿が浮かび、病気だ
った故人に向き合うことが苦痛と感じ、遺族自身の後悔の念が
増大する例もあり得ると考える。そこには、悲嘆のプロセス
の⑥の段階の「罪意識」が影響するのではないかと推察する。
悲嘆には、故人との関係性や遺族自身の人格、過去の悲嘆経
験、コーピングスタイルなど、さまざまな要因が関連するが、
経済的負担も影響する。青山は「死別後の経済状況は遺族の
複雑性悲嘆やうつと関連している」⁹⁾と述べ、平塚は、「医療
者に悩みを相談できたと評価している遺族は、うつや複雑性
悲嘆を有する割合が低い」¹⁰⁾と述べている。患者の入院中
から、家族の人格や患者との関係性を確認し、家族の悲嘆経
験やコーピングスタイルを引き出し、それまでの闘病へのサ
ポートの労うなどの対応が大切となる。さらに経済的負担に
ついて躊躇なく話せるような支援体制も必要となってくる。
そのような生前からの家族ケアの延長上に、グリーフカード
送付というグリーフケアが成立するのではないかと考える。
送付時期に関しては、入院中からの家族ケアを通して、悲嘆
のプロセスに順応できるかをアセスメントし、時間を要す
ると判断した場合には、四十九日後にこだわらず、時期を半年
後や1年後にするなど臨機応変な対応が必要ではないかと考
える。「迷惑」や「受け取りたくなかった」に対し、「少しあ
る」と感じた回答者も少数ではあるが存在していた。全ての
遺族がグリーフカードに抵抗感がないとは言えない。遺族の
価値観は多様であるため、抵抗感の要因も多様であると考え
る。今回の研究では属性による分析まで至らなかった。今後、
属性からのデータ分析も含めて、遺族のグリーフカードに対
する抵抗感の要因を明らかにしていきたいと考える。

グリーフカードへの意見は、病院から何の前触れもなく唐
突に届く遺族宛のグリーフカードに驚く遺族が多かった。驚
きには、「嬉しさ」などの肯定的な感情が含まれていると解釈
できるが、逆に「悲しみの増大」にもつながることも憂慮す
べき点と考える。様々な生き方や家族の歴史があり、個人の

思いは多様で計り知れない。今後、死亡退院時にグリーフカ
ードの送付に対する遺族への説明と同意が必要になってくると
考える。「入院中の思い出は不要だ」と回答した遺族が少数存
在したことは、入院中の思い出や印象が決して良かったと言
えなかったのではないかと推測する。「手書きに好感を持った」
は、節目全てで回答者全員から支持されていたが、手書きな
らではの問題もあり、「手書きの文字が見にくかった」と「文
字が小さかった」との回答があり、文字の読みにくさがあ
ったようである。手書きの文字に対する調査で、寺田らは「手
書きの文字には誠意が表出されるとの認識があるからこそ、
書き手の情動が伝わり、記憶にも残りやすい。相手が自分の
ために時間を費やしてくれたことに対する有り難みを感じる」¹¹⁾
と述べている。「印刷文字で十分である」との意見に「少しあ
る」と回答した遺族が少数存在しているが、手書きが負担で
はないかという、遺族の配慮と考える。手書きのグリーフカ
ードは温かみを考慮し、回答者全員からも支持を得たことから、
今後は、文字の見やすさに十分配慮して継続し、取り組んで
いきたいと考える。

2. 好感度と嫌悪感の視点から見た、節目の思いの変化

好感度・嫌悪感、各項目とも節目で急激な変化は認めな
かったが、わずかながら、時間の経過とともに、ポジティブ
な意見の平均点下降、ネガティブな意見の平均点上昇などの
変化が認められた。これは、遺族がアルフォンス・デーケン¹²⁾
の悲嘆のプロセスをたどり、悲嘆回復の最終段階である立ち
直りの時期へ向かっていることが影響し、グリーフカードに
対する肯定的あるいは否定的な思いよりも、新しい希望への
思いが生じてきたため、と推察する。手書きのグリーフカ
ードは、全ての節目で好感度が高く、現在B緩和ケア病棟で実
施している手書きでの送付方法は適切であると評価できる。

四十九日後は、半年後・1年後と比較して、全体的に最も
好感度が高く嫌悪感は低かった。しかし、四十九日後のネガ
ティブな意見「悲しかった」の平均点は、ネガティブな意見
の全体を通じて一番高かった。嫌悪感は低いなりにも存在し
ている。グリーフカードが遺族の悲しみを深くさせる可能性
もあることを十分理解した上で、言葉を選び、遺族の思いに
配慮をしていくことが重要である。

半年後は、四十九日後と比較して、全体的に好感度がわず
かに下降し嫌悪感はわずかに上昇した。ポジティブな意見の
「この取組は遺族に寄り添っている」が下降し、ネガティブ
な意見の「迷惑だった」「受け取りたくなかった」の項目がや
や上昇していた。この結果を踏まえ、半年後以降は、遺族が
抑うつ感や落ち込みを感じやすい時期とされているため、複
雑性悲嘆に陥らせない支援として、いつでも寄り添う気持ち
をグリーフカードに記す必要がある。

1年後は、四十九日後と比較して全体的に好感度がやや下
降し、半年後との比較では、ポジティブな意見の「心が温か
くなった」や「心が落ち着いた」の好感度がわずかではある
が下降した。池内らは「実際、一度回復したように思えても、

喪失した時期が近づいたり、何らかのきっかけで喪失の事実を思い出して落ち込んだりすることも考えられる。これは命日反応と呼ばれるもので、重大な喪失を体験した人によく見られる自然な現象である¹³⁾と述べている。1年後の好感度の下降は、命日反応として、遺族が故人をことさら強く思い出し、さみしく、悲しい思いが募り、遺族の心の辛さが影響するためではないかと考える。グリーフカードにより、入院中のつらい思い出を呼び起こす可能性もあり、遺族のネガティブな感情の再燃も念頭にいれる必要があると考える。1年後は、アルフォンス・デーケン悲嘆のプロセス12段階¹⁴⁾によれば遺族の立ち直りの時期とされるが、さまざまな要因により個人差がある。1年後のグリーフカードには、遺族が食事や睡眠などの日常生活が問題なく送られているかどうか、どのような生活をされているかなど、遺族を気にかけている言葉を記し、悲しみ方には個人差があることや無理に感情を抑える必要はないことを伝える内容が大切であると考えられる。また、逝去後1年を経過しても故人も遺族も忘れられていない存在であること、いつでも医療者を頼ってよいことなど、遺族に寄り添う言葉を伝える内容が重要になる。

3. グリーフカードへの遺族の思い

グリーフカードにまつわる自由記載の意見からは、さまざまな思いが抽出され、【嬉しさ】【満足感】【安堵感】【医療者への気遣い】【悲しみの増大】のカテゴリが得られた。遺族が、生前の患者の療養生活や、家族の知らない患者の一面をグリーフカードで知り得たことは、患者と看護師が信頼関係を構築していたという思いに繋がり、遺族の嬉しさや安堵感を得たものと考えられる。「遺族に寄り添った対応に満足」との記載もあり、満足感に影響を与えていた。グリーフカードに返信できない申し訳なさや、手書きへの看護師の負担感を慮る遺族の気持ちもあった。この結果から、グリーフカードを送付する行為は、医療者への気遣いといった、遺族の心理的負担を生じる危険性がはらむことを認識させられた。遺族の心理的負担を軽減するために、グリーフカードへは、適切な言葉を検討して一言添えるなどの工夫が必要と考える。また、配偶者を亡くした悲しみは今も薄れることなく続いているという意見もあった。今後は、配偶者を亡くした遺族に対して、複雑性悲嘆を回避するためのグリーフカードの検討が必要になる。

以上により、遺族へのグリーフカード送付は、どの節目においても遺族は肯定的に受け止める傾向にあり、グリーフケアの一端になっていると評価できる。この結果を看護師に伝えることによって、より看護師が抱えるグリーフカードへの迷いや不安は払拭されると考える。しかし、否定的意見や嫌悪感も少数ながら存在していた。入院中から家族個々に応じた、家族アセスメントを十分行ったグリーフケアの実践が求められると考える。

4. 研究の限界

本研究で送付した対象者が受け取ったアンケートは、1年後のグリーフカードが手元に届いた後1ヶ月から7ヶ月後で

あった。節目に合わせて送付されたグリーフカードの意義を更に明確にするには、同時期の対象者の思いを比較する必要がある、本研究の限界である。

VII. 結 論

1. グリーフカードを受け取る遺族は、四十九日後、半年後、1年後のどの節目でもグリーフカードを肯定的に受け止める傾向にあり、節目によってその時期にあった内容に変えることが重要であることが示唆された。
2. グリーフカードへの遺族の思いからは、【嬉しさ】【満足感】【安堵感】【医療者への気遣い】【悲しみの増大】が抽出された。
3. 節目に合わせて送付するグリーフカードは、遺族のグリーフケアの一端になると評価できる。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) アルフォンス・デーケン：死への準備教育，日本臨床麻酔学会誌，10（4），p.335-336，1990.
- 2) 鈴木志津枝：臨床で出会うがん患者の家族の基本的なとらえ方と家族支援，がん看護，23（3），p.2948，2018.
- 3) 北得美佐子：ホスピス・緩和ケア病棟の遺族ケアに関する研究，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究運営委員会，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（3），日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，p.127，2016.
- 4) 大岡友子，小西聖子：がん患者遺族における複雑性悲嘆の有病率，関連因子に関する予備的レビュー，武蔵野大学認知行動療法研究誌，p.19，2020.
- 5) 佐藤行雄：浄土宝暦，公益財団法人浄土宗ともいき財団，p.43，2019.
- 6) 立野淳子，山勢博彰，山勢善江：国内外における遺族研究の動向と今後の課題，日本看護研究会雑誌，34（1），p.167，2011.
- 7) 前掲書1），p.336.
- 8) 前掲書1），p.335-336.
- 9) 青山真帆：死別後の経済状況と遺族の複雑性悲嘆・うつとの関連，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究，日本ホスピス・緩和ケア協会 緩和ケアデータベース委員会，p.94，2016.
- 10) 平塚良子：死別後の家族機能が遺族のうつ・複雑性悲嘆に与える影響に関する研究，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究運営委員会，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（4），日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，p.160，2020.
- 11) 寺田恵理，保崎則雄：手で書くこと，手書き文字に対する認識に関する一調査，日本教育工学会論文誌，42（Suppl.），p.147，2018.
- 12) 前掲書1），p.335-336.
- 13) 池内裕美，藤原武弘：喪失からの心理的回復過程，社会心理学研究，24（3），p.170，2009.
- 14) 前掲書1），p.336.

◇研究報告◇

災害時における精神科救護区分の
定義・判断基準に関する実態調査福島昭彦¹⁾，奈良原康則¹⁾，柴田起代子¹⁾，佐藤順子¹⁾，林 英範¹⁾

【目的】 厚生労働省は、病院施設に対して救護区分を設定し、避難誘導の体制を確立しておくことと定めている。しかし精神科救護区分に関して、先行研究にも明確な基準が示されていない。そのため、精神科における救護区分の定義・判断基準の実態を明らかにすること、定義・判断基準作成に寄与することを目的とする。

【方法】 精神科病院を対象とし、自由回答式質問調査用紙を郵送により実施。回答をKJ法で分析した。

【結果】 救護区分の定義・判断基準は、各施設が独自に定めていた。「救護区分を分類するための判断内容の現状」、「分類するときの問題」、「提案」、「今後の期待と限界」が抽出された。

【考察結論】 精神科における救護区分の定義・判断基準として、「ADL」・「精神状態」・「行動制限」について考慮する必要がある。救護区分の運用方法として、災害時の精神状態に合わせて、臨機応変に救護区分を変更する必要がある。

【キーワード】 災害看護，救護区分，精神科，判断基準，KJ法

I. はじめに

近年、我が国では豪雨や地震などによる災害が多発しており、被害を最小限にするためには迅速に行動できるように、平時から準備しておく必要がある。

その対策として、厚生労働省¹⁾は、「病院等における防火・防災対策要綱について」の中で、「火災等の非常事態に即応するため、平素から入院患者の実態把握に努め、患者の容態等により『担送』『護送』『その他』等に区分し、避難・誘導、搬送の体制を確立しておくこと」と定めている。

しかし、救護区分に関する法的基準が存在するのか厚生労働省に確認したところ、法律等で定義づけたものはないとの回答であった。文献^{2) 3)}では、おおよそ『独歩』は自力避難が可能、『護送』は車椅子での搬送や点滴やドレーンの挿入、介助者1名での対応など、『担送』はベッドやストレッチャーを使っでの搬送や介助者2名での対応など各施設で定義を設けている状況であった。これらの文献では、運動機能や移動手段、点滴やドレーンの挿入、介助人数が評価の基となっていた。しかし、精神科領域で救護区分を分類するとき、精神状態も考慮する必要がある。例えば、患者の現実検討能力

の低下などにより、医療者の指示に従うことが困難となり一人で避難することが難しい場合など、どのように分類すべきか判断に迷うものと想像される。また精神科の治療において、隔離・身体拘束や閉鎖病棟の処遇による行動の制限があり、災害時は解除に時間を要する。このように精神科では身体面以外の評価が求められるため、判断をより困難にさせる側面があると考えた。

以上のように、精神科領域において救護区分を分類するための定義・判断基準が明確ではなく、精神科特有の要因も考慮されていない現状がある。そのため、各病院が独自に定めた定義・判断基準に従って運用するしかなく、その定義・判断基準も曖昧になっている可能性がある。このような状況では、厚生労働省が定める避難・誘導、搬送の体制が確立されていないと推察する。

よって、厚生労働省が定める避難態勢を確立し実践していくためには、精神科領域における救護区分に関して精神科特有の要因を考慮し、統一した定義・判断基準を作成することが必要である。

そこで本研究では、精神科領域における救護区分について、各病院が独自に定めた定義・判断基準に従って運用されてい

受付日：2022年4月27日／受理日：2023年1月20日

1) Akihiko Fukushima, Yasunori Narahara, Kiyoko Shibata, Junko Sato, Hidenori Hayashi：順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院

るのか実態を調査し、精神科における救護区分において考慮すべき要因を明らかにする事を目的とする。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、精神科領域における救護区分について、各病院が独自に定めた定義・判断基準に従って運用されているのか、実態を調査し明らかにする。そして、明らかになった実態に基づき、精神科領域における救護区分に関して、統一した定義・判断基準作成に考慮すべき要因を抽出することである。

<用語の定義>

救護区分：災害時を想定した患者の移送区分であり、移送区分の内訳は、独歩・護送・担送に分かれる⁴⁾。

定義：物事の意味・内容を他と区別できるように、言葉で明確に限定すること。

判断基準：満たさねばならない一定の要件のこと。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者：調査対象施設は、関東地方のA県内にある精神科単科の施設、または精神科病床を主とした施設であり、日本精神科病院協会に登録されている34病院全てとした。34病院のうち、精神科単科が30病院、その他の診療科の病床も有する病院は4病院である。その他の診療科の病床を有する全ての病院で、精神科の病床数がその他の診療科の病床数より上回っている。

2. データ収集期間：2020年8月1日～8月31日

3. データ収集方法：郵便調査法による無記名自由回答式質問とした。

1) 各病院へ「看護研究調査依頼書および同意説明書」「調査票」「返信用封筒」を同封し病院長および、看護部長宛てに、郵送した。

2) 回答者は、看護部長または看護部の防災担当者とした。

3) 調査票の回収をもって研究への協力・同意が得られたものとした。

4. 質問調査項目

1) 各病院基本情報（フェイスシート）：精神科病床数

2) 救護区分の内訳の有無（担送・護送・独歩・その他の名称があれば記載）

3) 救護区分である担送・護送・独歩・（その他の名称があれば記載）それぞれの定義

4) 救護区分である担送・護送・独歩・（その他の名称があれば記載）それぞれの判断基準

5) 救護区分に関する困ったこと

6) 救護区分に関して、改善を図ったこと

7) 救護区分の内訳、定義、判断基準について、よりこうしたら良いと思うこと

5. データ分析方法：本研究の手法として、KJ法⁵⁾を用いた。KJ法は、ありのままの野外的、個性的、複雑な現実を扱

い、個別的な事象から一般的秩序の発見を目指していくもので、因子探索研究の方法論として優れている⁶⁾。そのため、本研究の分析方法として、KJ法は適していると判断した。一連の作業は、共同研究者と繰り返し検討し、質的研究の経験者からスーパーバイズを得た。

データ分析の手順は以下の通りである。

- 1) 自由回答欄に記入がないものや、「なし」と記載されたものは、除外した。
- 2) 自由回答欄への記入内容の全てを熟読した。
- 3) 自由回答欄の記入内容は、要約せず言葉通り引用し、ラベルとした。1人の回答の中に複数の内容が含まれた場合には、1人の回答から複数のラベルを抽出した。
- 4) 3) で作成したラベルを記入したカードを作成した。
- 5) カードを机に広げ、記載内容を熟読しながら、親近感のあるカード同士を集めグループ編成を行った。
- 6) 編成されたグループのカードを熟読し、グループの表札を作った。あるカードの内容がグループの表札と代わり得るものであれば、それを表札として使用した。
- 7) グループ同士の表札を見比べてさらにグループ編成を行い、これ以上まとまらなると判断できるまで繰り返した。
- 8) グループ同士の関連性を確認し、内容の近いものを近くに配置し、グループ同士の相互関係を示す空間配置を行った。
- 9) 空間配置をもとにグループ同士で関連の深いものをまとめ、最上位のグループにシンボルマークをつけて、図解化した。
- 10) 最後に図解化した図を元に、空間配置を説明する文章を作成した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、順天堂越谷病院倫理委員会の承認を得た後、実施した。対象者に研究の趣旨、同意説明文書を郵送した。説明文には、調査協力は自由意思であること、協力の有無によって不利益を被ることがないこと、学会での発表や論文として公表されることがあるが個別的情報はわからないようにすること、得られたデータは研究目的以外に使用しないこと、調査票の回答をもって同意とすることを書面にて説明した。

個人が特定されないように対象者識別コードを作成し、鍵のかかった引き出しで保管し、対象者の個人情報保護に十分配慮した。研究の中止または終了後5年が経過する日までの期間、鍵のかかる場所で保管し、その後は個人情報に注意して廃棄する。

Ⅴ. 結 果

関東地方にあるA県内の精神科病床を有する34の病院に、救護区分の実情について質問紙調査を実施したところ、7つの病院からの回答が得られた。

質問紙調査の結果（救護区分の内訳・定義・基準の有無）を表1に示した。救護区分の内訳として用いている区分の名称は、全ての病院で独歩・護送・担送としていた。救護区分の定義は、6病院が定義有りであった。救護区分の判断基準は、独歩が5病院、護送と担送は6病院で判断基準有りであった。

質問紙調査で得た記述部分の回答を、意味内容のまとまりによって区切った。区切った部分を取り出し、それぞれ1枚のラベルに記入した。全体でラベルは83枚のラベルが作成され、KJ法を用いて統合した結果、4つのシンボルマークが抽出された。シンボルマークを【 】, 下位の表札を『 』, ラベルを< >で示し、記述した。また、統合のプロセスを辿れるように、ラベルは1), 表札は段階ごとに下位から上位に、(1), [1], <1>, シンボルマークは【1】のように番号と記号を付した。

ここで4つのシンボルマークを用いて叙述化する。精神科病院における救護区分の運用の現状の中で、【1 救護区分を分

類するときの判断内容の現状】があり、【2 精神科で救護区分を分類するときの問題】があり、それは『〔4 精神症状に関する具体的問題〕と『(21) 隔離・拘束に関する具体的問題』に分けられた。それらの問題に対して、【3 精神症状や行動制限に関する提案】が挙がり、さらに【4 救護区分の基準作りに関する今後の期待と限界】が挙がった。

KJ法を用いて統合し、図解化した結果を、以下の図に示した。図中のグループ間の関係性は、KJ法によるもので仮説である。グループ間において、関係が深いものを破線の直線、因果関係を破線の矢印で示した。精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態（全体像）を図1に、精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態（判断内容の現状）を図2に、精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態（問題・提案・期待と限界）を図3に示した。

表1 質問紙調査の結果（救護区分の内訳・定義・基準の有無）

救護区分	区分有り	定義有り	判断基準有り
独歩	7	6	5
護送	7	6	6
担送	7	6	6

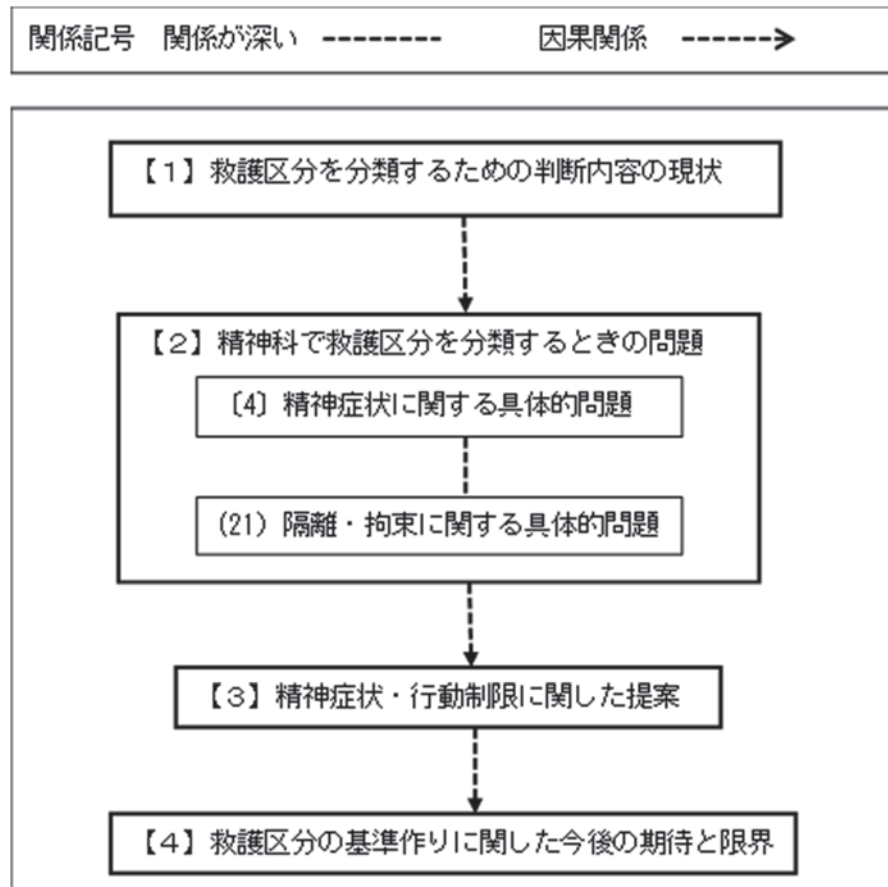


図1 精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態（全体像）

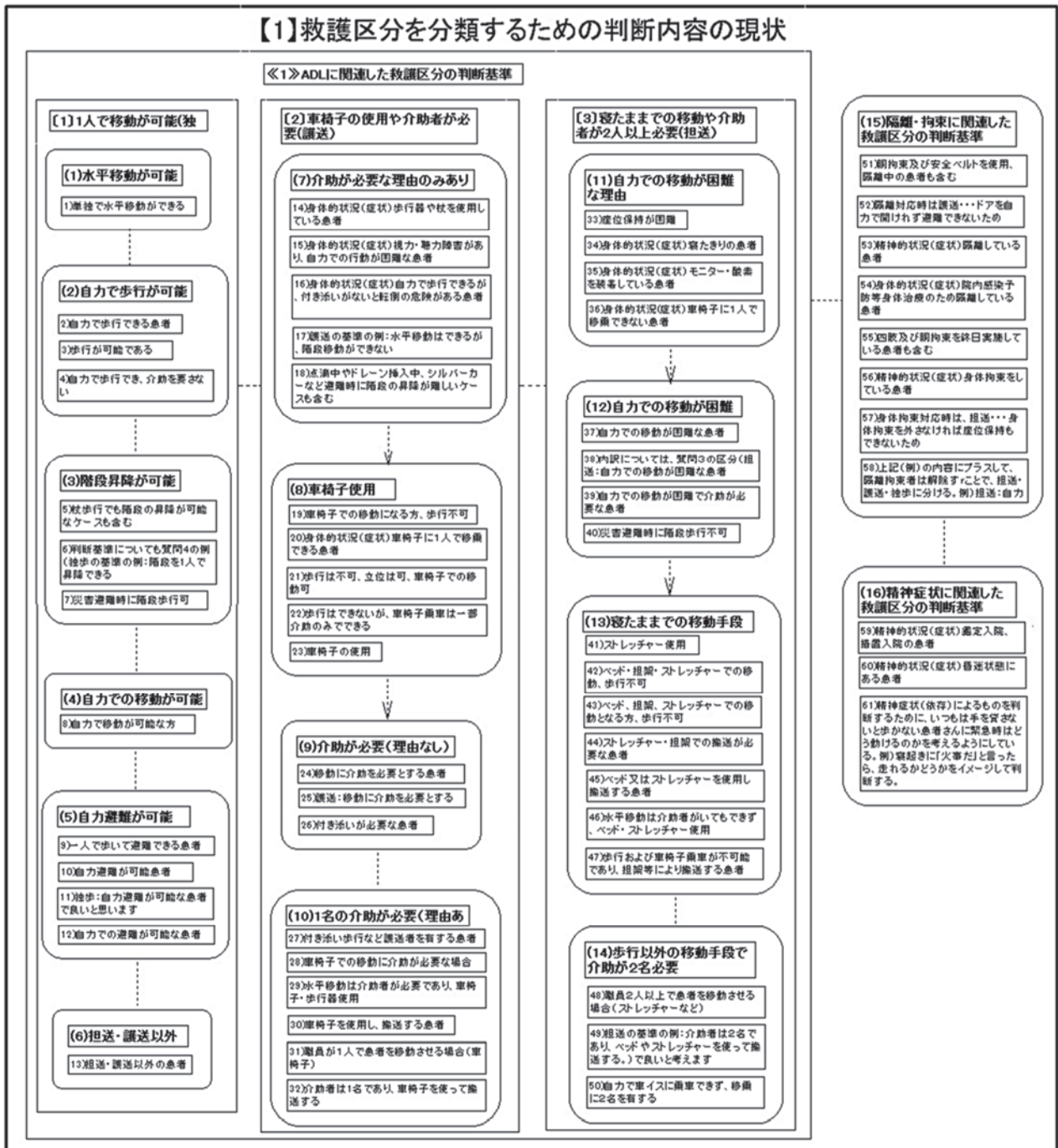


図2 精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態 (判断内容の現状)

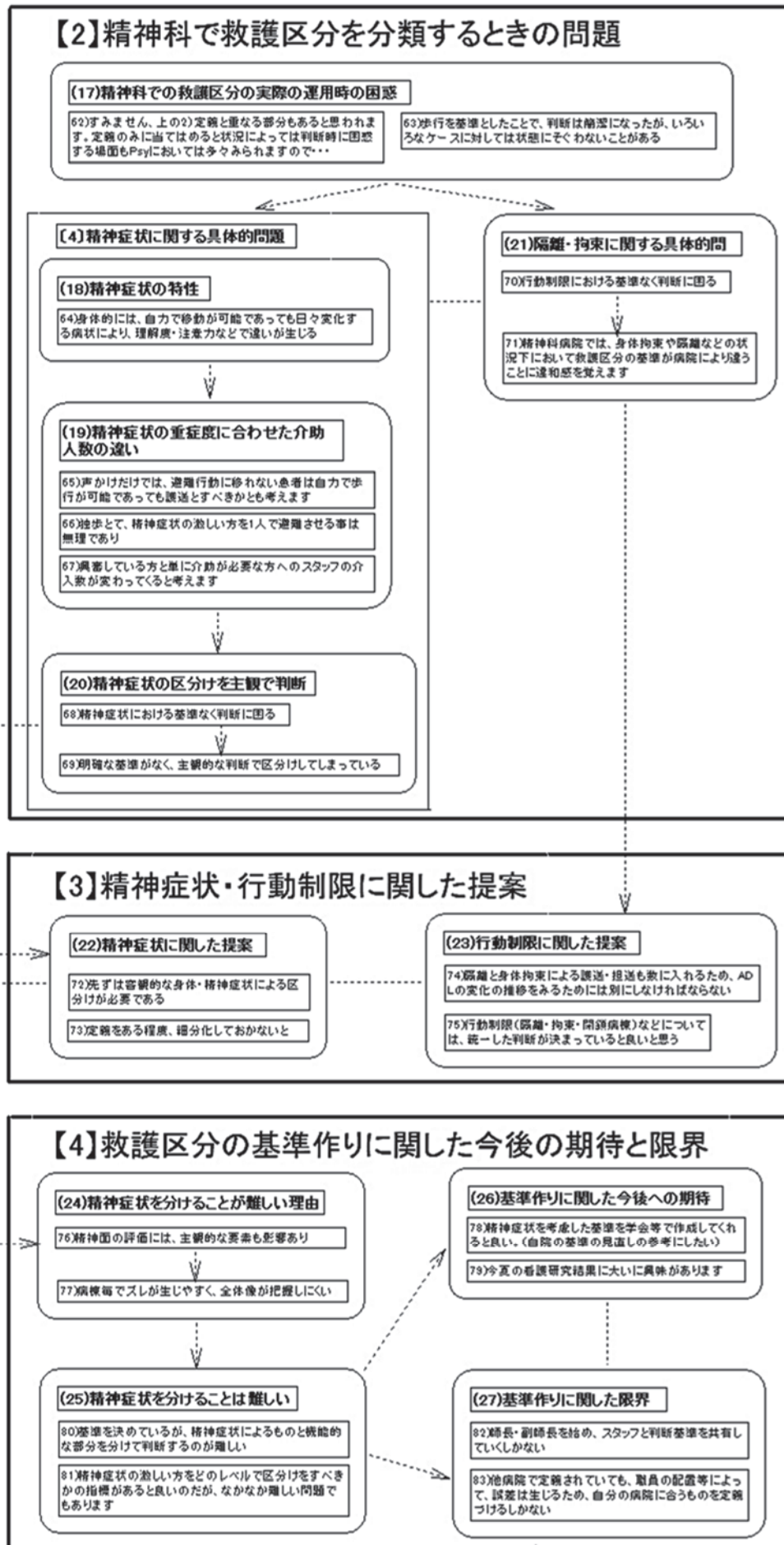


図3 精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態 (問題・提案・期待と限界)

VI. 考 察

1. 精神科病院における救護区分の定義・判断基準の実態

救護区分の内訳については、担送・護送・独歩としている病院が7施設であり、厚生労働省が定める担送・護送・その他(独歩)の分類はされていた。しかし、救護区分を分類するための定義・判断基準がない病院が1施設あった。また、日常生活動作(Activities of Daily Living:以下,ADL)や障害の種類、移動手段、ルート類の装着、階段などの設備に関する物理的環境、介助者の人数、行動制限(隔離・拘束)、精神症状、入院形態など、救護区分を分類するための定義・判断基準が様々あり、運用方法も病院ごとに異なっていた。このような現状では、災害時の避難誘導で混乱し、迅速な対応が困難となる。そのため、救護区分の定義・判断基準を明確にすることで、災害時の避難誘導の優先順位が明確になり迅速な救助につながると考える。

今回の質問紙調査の結果においても、<72> まずは客観的な身体・精神症状による区分けが必要である>、<75> 行動制限(隔離・拘束・閉鎖病棟)などについては、統一した判断が決まっていると良い>といった救護区分の判断基準を必要としている意見が挙がっている。しかし、<81> 精神症状の激しい方をどのレベルで区分けをすべきかの指標があると良いのだが、なかなか難しい問題>とあるように、定義・判断基準を作成することに苦慮している。松田⁷⁾は、「精神科病院に対応した患者区分、トリアージに関する研究蓄積は数少ないため、各医療施設で検討する際の指標となる標準化されたリストやフローチャートなどの開発が今後課題となる」と述べていることから、救護区分の定義・判断基準については、各病院が独自に開発することは難しい。よって、基準となるガイドラインの策定が急務である。

2. ADLに関連した救護区分の判断基準

今回の調査結果で、独歩の判断には自力での水平移動が可能、自力での階段昇降など上下移動が可能であるかが基準となっていた。護送では、補助具(杖・歩行器・車椅子)を用いての移動、聴力・視力障害、自力での階段昇降が困難、転倒の危険性など補助を受けての移動が可能であるかが判断の基準となっていた。担送は、自力や補助を受けての移動が困難で、完全に介助者の手がなければ移動できないことが判断の基準となっていた。また、移動手段(ストレッチャー・担架)、モニター、酸素の装着、2人以上の介助者を要することも担送を判断する基準となっていた。このように、ADLに関連した救護区分の判断基準は、様々である。その理由として、ADLは障害の種類やその程度、また環境によっても変化をもたらすためである⁸⁾。ADLに関連し避難に影響する要因として、聴力・視力障害などの障害の種類、歩行能力・階段昇降能力といったADLの程度、モニター・酸素の装着とあるようにメディカルデバイスの有無、階段などの設備や車椅子・ストレッチャーなどの備品を含めた物理的環境、2人以上の

介助人数を要するとあるように避難に必要な介助人数が挙げられる。また、避難に必要な人数を十分確保しようとしても、実際に避難に従事できる職員の数、病院の規模や避難体制、勤務帯によっても変わってくる。そのため、避難に従事できる職員の数を含めた人的資源も避難に影響する要因となる。

よって、ADLに関連した救護区分の判断基準については、「ADLが自立・要介助」という二択ではなく、「障害の種類」、「ADLの程度」、「メディカルデバイスの有無」、「設備や備品を含めた物理的環境」、「避難に必要な介助人数」、「避難に従事できる職員の数を含めた人的資源」についても考慮する必要がある。

3. 精神状態に関連した救護区分の判断基準

『(21)精神症状の特性』として、<64> 身体的には自力で移動が可能であっても、日々変化する病状により、理解度・注意力などで違いが生じる>。また、『(22)精神症状の重症度に合わせた介助人数の違い』が生じることが明らかになった。橋場⁹⁾は、「入院している患者は精神症状によるコミュニケーション障害や拒否がみられることもあり、緊急を要する避難の際にスムーズな誘導が困難になる事態も発生するといった特性もある。」と述べている。このことから、興奮したり、理解力が低下している患者は、災害によるパニック、避難・誘導に対する抵抗、自傷他害などの行動化の可能性を考慮する必要がある。安全を守るためには複数名の対応が求められる可能性がある。精神状態に関連した救護区分の判断基準については、精神症状や理解度、注意力、興奮、認知機能などを含めた精神状態を考慮する必要がある。

次に、<(72) まずは客観的な身体・精神症状による区分けが必要である>、<(80) 基準を決めているが、精神症状によるものと機能的な部分を分けて判断するのが難しい>とあるように、歩行状態などの身体機能に加えて、精神症状も考慮せねばならず、精神科における救護区分の判断を迷わせる大きな要因になっていると考えられる。また、<(76) 精神面の評価には主観的な要素も影響>とあるように、精神症状を客観的に評価することは難しい。そのため、精神症状の重症度の評価スケールなどを活用し客観的に精神状態を評価できるように考慮する必要がある。

4. 行動制限に関連した救護区分の判断基準

隔離・身体拘束といった行動制限時における救護区分の判断基準がない病院があり、判断に難しいとの回答があった。<45> 隔離対応時は護送…ドアを自力で開けられず避難できないため>、<50> 身体拘束対応時は、担送…身体拘束を外さなければ座位保持もできないため>とあるように、隔離・身体拘束といった行動制限を受けている患者は、避難時に隔離・身体拘束を解除しなければならない。隔離・身体拘束の解除には、ドアの開錠や身体拘束解除に伴い手順が増える。さらに、複数の患者が行動制限を受けている場合、より避難に時間を要し、逃げ遅れる可能性が高くなってしまう¹⁰⁾。また、行動制限は、自傷・他害などの行動化の危険性が高い患

者に行われる医療行為であるため、避難・誘導時の際の自傷・他害の行動化リスクへの配慮が必要である。また身体拘束の場合には、運動の制限による下肢筋力の低下など運動機能への影響も考慮する必要がある。

5. 災害時の救護区分の運用方法

<61) 精神症状(依存)によるものを判断するために、いつもは手を貸さないと歩かない患者さんに緊急時はどう動けるのかを考えるようにしている。(緊急時に)走れるかどうかをイメージして判断する>とし、避難時の精神状態を想定している。災害時には、どのような人であっても、不安や恐怖、パニックに陥る可能性がある。災害弱者となり得る精神障害者は、知覚、思考、情動など精神活動に障害があり、より不安や恐怖、パニックが強くなり、危機を判断できず避難が遅れる可能性がある¹¹⁾。この場合、歩行が自立している患者でも行動不能に陥る可能性を考慮しなければならない。よって、平時と災害時では精神状態に大きな変化が起きるため、救護区分を分類するときには、災害時を想定する必要がある。

一方、災害時を想定していても、どのような精神状態に陥るかは予測が困難であり、災害時には想定とかけ離れた状況になる可能性もある。小原¹²⁾は災害時、「診療継続が不可能と判断される状況下では患者や職員が負傷している事態も想定されるため、平常時の救護区分に従うだけではなく、トリージ手法などを活用して優先度を判断することも必要である。」と述べている。このことから、災害時にはそのときの精神状態に合わせて、救護区分を臨機応変に変更する必要がある。そのためには、災害時の救護区分を患者の精神状態に合わせて変更するための方法を明確にしておくことが必要である。そして、アルゴリズムやフローチャート化して各スタッフに周知することで、統一した避難誘導ができるのではないかと考える。

今回の調査では睡眠薬などの薬の影響に関する意見は示されなかったが、松田らは「睡眠薬の内服状況などをふまえた夜間の救護区分を見直し」¹³⁾と薬剤の影響についても指摘している。精神科においては特に夜間であれば睡眠薬の内服など、薬剤の影響により迅速な判断・行動に移れない可能性があるため、十分考慮する必要がある。薬剤に関する回答がなかったという事は、現時点で救護区分において薬剤に関する影響が重視されていないとも推察される。このことから、救護区分を判断するための基準を示し、より安全な運用ができるよう整備する必要がある。

Ⅶ. 結 論

1. 精神科領域における救護区分の定義・判断基準の実態は、各病院が独自に定めた定義・判断基準を用いており、運用方法も異なっていた。その内容は各施設の判断に基づいており、救護区分を分類するための判断基準が十分とは言えない状況である。各病院が救護区分の定義・判断基準を独

自に開発することは困難であるため、早急に救護区分の定義・判断基準を作成することが求められている。

2. 精神科領域における救護区分の統一した定義・判断基準作成には、「ADL」、「精神状態」、「行動制限」について考慮する必要がある。「ADL」を評価する際には、「ADLが自立・要介助」という二択ではなく、「障害の種類」、「ADLの程度」、「メディカルデバイスの有無」、「設備や備品を含めた物理的環境」、「避難に必要な介助人数」、「避難に従事できる職員の数を含めた人的資源」について考慮する必要がある。また、「精神状態」を評価する際には、「精神症状」、「理解度」、「注意力」、「興奮」、「認知機能」を取り入れ、精神症状の重症度の評価スケールなどを活用し客観的に精神状態を評価できるように考慮する必要がある。さらに、「行動制限」を評価する際には、「隔離・身体拘束解除に要する手順」、「自傷・他害の行動化リスク」、「下肢筋力の低下」について考慮するべきである。

3. 薬剤の影響などによる日中と夜間の患者の行動の変化や災害時には精神状態の変化が生じることで、判断基準を基に救護区分を設定していても実際には異なる可能性がある。そのため、救護区分の運用方法としては、災害時の精神状態に合わせて、臨機応変に救護区分を変更する必要がある。

本研究の限界と今後の課題

本研究では、精神科領域における救護区分の定義・判断基準の実態が明らかになった。しかし今回の回答が7施設に限られたため、十分な示唆を得たとは言いがたい。回答が少なかった原因として、調査期間が新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行した年であったことが大きく影響したと推察される。また、各施設の実態を調査する形式であったこと、質問が自記式ということもあり、回答に負担を与えた可能性は否定できない。今後は、今回の結果を基に、選択式の調査項目を多用し回答の負担軽減を図り、災害関連の文献等を参考にし、調査項目を精査し、調査票を作成する必要がある。そして、調査対象を拡大して実態調査を行い、定義・判断基準作成に有益な要因を引き続き調査をしていく必要がある。そして、精神科領域における救護区分の定義・判断基準を作成することが、避難・誘導、搬送の体制の確立の一助となる。そのことによって、災害時において患者が安全に避難でき、少しでも人的被害が軽減されることを望む。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省(2013), 病院等における防火・防災対策要綱について, 2019年5月31日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9655&dataType=1&pageNo=1.
- 2) 高木徹也, 土屋伸一, 長谷見雄二: 病院病棟における災害時の患者移送区分及び災害対応体制に関する実態調査, 日本建築学会技術報告集, 19(42), p.601-604, 2013.

- 3) 澁谷多佳子:【シチュエーション別にわかる 救急ナースなら身につけておきたい災害看護の知識と技術 20】(Scene1)被災施設で身につけておきたい看護の知識と技術 8 院内から避難しなければならない場合に行うこと 患者の避難誘導時に気を付けておくこと, EMERGENCY CARE, 25 (3), p.236-237, 2012.
- 4) 前掲書 2), p.601-604, 2013.
- 5) 川喜田二郎:発想法 創造性開発のために(改), 中公新書, 2017.
- 6) 舟島なをみ:質的研究への挑戦(2), 医学書院, p.111, 2007.
- 7) 松田優二:精神科病院における災害時避難対策に関する文献検討, 日本精神科看護学術集会誌, 59 (2), p.23-27, 2016.
- 8) 大橋優美子, 永野志朗, 吉野肇一, 他監:看護学学習事典(2), 学習研究社, p.113, 2002.
- 9) 橋場公保:精神科病棟看護師における地震災害時の防災と初動に対する意識, 日本看護学会論文集(精神看護), (48), p.31-34, 2018.
- 10) 松田優二, 高橋聡美:精神科病棟における火災対策への課題, 東北文化学園大学看護学科紀要, 6 (1), p.23-30, 2017.
- 11) 前掲書 7), p.26.
- 12) 小原真理子:災害看護 心得ておきたい基本的な知識(3), 南山堂, p.117, 2019.
- 13) 前掲書 10), p.28.

◇研究報告◇

精神障害を有する COVID-19 患者に対する 看護介入の実態

太田弥世¹⁾, 宇都宮智¹⁾

本研究は、A 病院の COVID-19 専用病床に入院した精神障害を有する COVID-19 中等症・軽症患者に対する看護実践を振り返り、患者に対する有用な看護介入を明らかにすることを目的とした。研究方法は診療録を調査した後ろ向き研究とし、入退院時の BI 評価と認知症患者の入退院時の DBD スケールを比較した。また、看護記録からケア内容を抽出した。結果、対象者は、33 名のうち 18 名が器質性精神障害患者であった。入退院時の BI 評価の比較、器質性精神障害患者の DBD スケール比較では、有意な差はなかった。また、抽出した看護ケアは、ADL 低下予防として歩行訓練、ROM 訓練、散歩等のケアがあり、器質性精神障害患者に提供したケアは、おやつを食べる、脳トレ・計算ドリル・塗り絵を行った等であった。専用病床の入院患者に対し、歩行訓練を行うことや脳トレーニングやおやつの時間をともに過ごすケアは、患者の情緒安定に効果があり有効と推測された。

【キーワード】 COVID-19, 精神疾患, 器質性精神障害

I. はじめに

2020 年 1 月 16 日に国内初の新型コロナウイルス感染症の感染者が国内で確認された。A 病院では 2020 年 8 月より 4 床からなる COVID-19 専用病床（以下専用病床）を立ち上げた。専用病床には、精神疾患、特に認知機能低下を伴った器質性精神障害を抱えた患者が入院した。入院した患者は、感染防止のため、行動の制限がある。また、治療する側にも感染防止のため、個人用防護服（PPE）着用が必須であり、積極的な訪室が制限される状況があった。私たちは、COVID-19 に罹患した患者に対して、治療後の生活を鑑み、行動の制限からくる ADL の低下、認知機能の低下を防ぐことを看護の目標として看護を提供した。精神疾患や器質性精神障害で認知機能低下の患者においては、個室での安静が理解できない患者の対応や、医療者や家族とのかかわりの減少により認知機能低下や筋力低下をきたすことなどの事例が散見され¹⁾、高齢者の急性期医療を担う病院では患者の増加に対して専門的に対応できる看護師が少ないのも現状である²⁾。個人用防護服（PPE）の着用が必須であり、積極的な訪室が制限される状況がある感染対策下の看護は、これまで培ってきた精神

疾患や器質性精神障害で認知機能低下のある患者への関わりは不十分ではなかったのではないかと感じている。出崎は、「治療が終了しても、ADL 低下によってリハビリテーションの必要性が出たり、自立した生活に戻れなくなる。そのため、高齢者・認知障害患者が安心して生活できる療養環境の整備と、入院前の日常生活動作や手段の日常生活動作の低下防止が大きな課題である。」¹⁾と述べている。また、「一般病棟における認知機能低下を極力招かないようにするケアは今まで行ってきたが、COVID-19 患者に対しては自分たちが思っているケア・実践したいかかわりができない」¹⁾とも述べている。また、山元は「現場のスタッフからは、『患者さんの様子を家族に伝えることは、自分たちが思っている以上に大切なことだったということがわかった。』という意見を聞いた」³⁾というように以前のように面会が頻繁に行えない状況下における、家族に対するケアにも看護師側に対し、制約があったといえる。

このような葛藤を抱えている看護師は COVID-19 患者の増加に伴い今後も増えていくことが予測されると考えられる。私たちは精神障害を有する COVID-19 中等症・軽症患者に対する看護は、経験が乏しい。そこで、COVID-19 専用病床で

受付日：2022 年 4 月 27 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Miyo Ota, Satoru Utsunomiya：国立精神・神経医療研究センター

実践した看護を振り返り、患者に有用な看護介入を明らかにし、今後続く、COVID-19 看護の一助としたい。

Ⅱ. 目 的

本研究は、専門病床に入院した患者を対象とした。患者背景情報、提供した看護のケア内容を明らかにした上で、そのケアの効果を統計的な方法で検討を行う。感染拡大防止を念頭に置き、限られた環境で行える看護の限界や、有用なケアを明らかにすることで、今後も継続的に増え続けることが懸念される精神・神経疾患を合併とする COVID-19 患者に対する看護の一助とする。

Ⅲ. 方 法

1. 対象者

A 病院専門病床に 2020 年 8 月 10 日～2020 年 12 月 30 日までに入院した患者。

2. 調査方法

1) 方法

調査方法は、後ろ向き観察研究とした。研究者が、2021 年 7 月に研究計画書を提出し、倫理委員会承認後、2020 年 8 月 10 日～2020 年 12 月 30 日までに入院した患者の診療録より調査内容を調査した。

2) 調査内容

①基本属性と看護体制

対象者の基本属性は、診療録より、性別、年齢、疾患名、身体的拘束の有無、入院期間を調査した。提供した看護体制を調査した。

②ADL 評価

ADL の評価には、バーセルインデックス（以下 BI）評価⁴⁾を使用した。BI は、食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段、更衣、排便管理、排尿管理 10 項目を 0 点から 2 点あるいは 3 点までで評価し、最低 0 点 最高 20 点で点数が高いほど自立度が高いことを示す。入院時と退院時に看護師が評価した。また、BI は ADL 維持向上等体制加算に基づき A 病院専門病床に入院したすべての患者に評価している。

③認知症行動障害評価

DBD スケール⁵⁾:DBD スケールは、認知症行動障害スケールで認知症にしばしば認められる問題行動についての質問 28 項目からなる尺度。観察によって、各項目について「まったくない(0点)」、「ほとんどない1点」「ときどきある(2点)」、「よくある(3点)」、「常にある(4点)」までの5段階で評価し、総得点(最高112点)を算出。DBD スケール得点が高いほど各種の問題行動の頻度が高く、得点が高いほど頻度が低いことを示し、入院時と退院時に器質性精神障害患者に看護師が評価した。また、DBD スケールは、精神障害を有する COVID-19 患者に器質性精神障害患者が多い情報があつたため認知症看護認定看護師ならび専門病床担当医師に相談し看

護ケアの指標とするため導入した。なお、DBD スケールの使用については、作成者に書面で目的を説明し許可を得た。

④提供した看護ケア

提供した看護ケアは、診療録の看護記録から、認知機能低下防止のためのケアと ADL 低下予防のためのケアの看護内容を抽出した。

3) 分析方法

分析方法は、対象者の入退院時の BI を Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。また、器質性精神障害の診断がある対象者に入院時の DBD スケールを Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。データの分析には、IBM SPSS Statistics Version 22 を使用した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受け行った(A2021-066)。その後オプトアウトとして、国立精神・神経医療研究センターのホームページに掲載し周知を行った。本研究への協力を望まれない場合の問い合わせや本研究の研究計画書及び研究の方法に関する資料の入手又は閲覧をご希望の場合や個人情報の開示や個人情報の利用目的についての通知の問い合わせ等を明記した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の背景と看護体制

オプトアウトにて研究不参加の申し出があつた者はいなかったため、A 病院専門病床に 2020 年 8 月 10 日～2020 年 12 月 30 日までに入院した対象者は 33 名で男性 12 名、女性 21 名を対象者とした。平均年齢は、 69.6 ± 22.1 歳（平均±標準偏差 Standard Deviation ; SD）であつた。

疾患は、器質性精神障害 18 名、その他は何らかの精神疾患があり、主な疾患は、統合失調症 3 名、気分障害 3 名、知的障害 2 名、心理的発達障害 2 名等であつた。また器質性精神障害 18 名は、平均年齢は、 84.6 ± 10.8 歳であつた。

身体的拘束は、対象者の 22 名に行われた。入院期間は、 12 ± 5.0 日間であつた（表 1）。

A 病院専門病床看護体制は、管理者を含む 17 名看護師で 3 交代勤務を行った。専門病床の清掃等は看護師が行つた。

2. 入院時と退院時の ADL の比較について

対象者 33 名の BI は、入院時 17.0 (8.5-20.0) 中央値（四分位範囲）点、退院時 17.0 (9.5-20.0) 点で Wilcoxon の符号付き順位検定では有意な差 ($Z = -0.06, p = 0.95$) は認められなかつた。また、BI が改善した人は 4 名、低下した人は 5 名、変化なしは 24 名であつた。改善、低下した人はいずれも認知症患者であつた。

また、器質性精神障害患者 18 名の BI は、入院時 10.5 (4.8-14.0) 点、退院時 11.0 (4.8-13.5) 点で Wilcoxon の符号付き順位検定では有意な差 ($Z = -0.06, p = 0.95$) は認められなかつた（表 2）。

3. 器質性精神障害患者の入院時と退院時の認知症行動障害評価の比較について

DBD スケールは、器質性精神障害患者 18 名のうちデータに欠損のある 4 名を除いた 14 名を対象とした。DBD スケールは、入院時 16.5 (11.3-22.3) 点、退院時 21.0 (8.3-27.0) 点で Wilcoxon の符号付き順位検定では有意な差 ($Z = -0.45, p = 0.66$) は認められなかった (表 3)。また、問題行動の頻度は退院時に 7 名が減少し、3 名が変わらず、4 名が多くなった。

4. 提供した看護ケアについて

対象者 33 名に行った、ADL 低下予防のためのケアは、「歩行訓練」11 名、「ROM 訓練」9 名、「散歩」7 名、「ラジオ体操をする」3 名、「エアロバイクを漕ぐ」2 名、「作業療法」1 名、「環境調整」2 名、「スクワットをする」1 名、「洗濯をする」1 名、「1 日のスケジュール表を作成し、予定通り過ごす」1 名、介入なし 5 名であった。

認知機能低下防止のためのケアは、「脳トレ、計算ドリル、塗り絵を行った」6 名、「新聞を読む、TV を観る、動画を見る」9 名、「歌謡曲を聴く、歌う」5 名、「リモートで家族と面会をする」3 名、「おやつを食べる」18 名、「傾聴する」5 名、「リモートで買い物をする」1 名、「家族の写真を飾る」1 名、介入なし 6 名であった。

器質性精神障害患者 18 名に行った、ADL 低下予防のためのケアは、「歩行訓練」9 名、「ROM 訓練」8 名、「散歩」6 名、「車いす乗車」1 名、介入なし 3 名であった。

認知機能低下防止のためのケアは、「脳トレ、計算ドリル、塗り絵を行った」3 名、「新聞を読む、TV を観る、動画を見る」4 名、「歌謡曲を聴く、歌う」5 名、「リモートで家族と面会をする」3 名、「おやつを食べる」14 名、「傾聴する」4 名、「家族の写真を飾る」1 名であった (表 4)。

VI. 考 察

1. ADL 低下予防のケアについて

BI の入院時と退院時に有意な差が認められなかったことは、専用病棟に入院した精神疾患を抱えた患者に対し、看護師が行った ADL 低下予防のケアとしての「歩行訓練」、「ROM 訓練」、「散歩」、「ラジオ体操」等が、有効なケアであったと考える。さらに器質性精神障害患者の ADL 維持の工夫として山元は「本人が動きたくなる理由、これまでの運動習慣、実際の運動機能などを考え、歩く機会をケアとして取り入れられないかを、検討してみることを提案し、ケアに取り入れ

表 1 対象者の背景

項目 (n)		人
性別 (33)	男性	12
	女性	21
疾患		
	器質性精神障害	18
	統合失調症	3
	感情障害	3
	心理的発達障害	2
	知的障害	2
	その他	5
年齢 (33)		
	平均 ± SD : 69.6 ± 22.1 歳	
	器質性精神障害患者年齢 (18)	
	平均 ± SD 84.6 ± 10.8 歳	
入院期間 (33)		
	平均 ± SD : 12 ± 5.0 日	
SD : Standard Deviation		

表 2 入院時と退院時の ADL : BI の得点と比較

項目 (n)	入院時	退院時	Z : 統計量	p 値
	中央値 (四部位範囲)	中央値 (四部位範囲)		
対象者 (33)	10.5 (4.8-14.0)	11.0 (4.8-13.5)	-0.06	0.95
器質性精神障害患者 (18)	16.5 (11.3-22.3)	21.0 (8.3-27.0)	-0.45	0.66
Wilcoxon の符号付き順位検定				

表 3 入院時と退院時の DBD の得点と比較

項目 (n)	入院時	退院時	Z : 統計量	p 値
	中央値 (四部位範囲)	中央値 (四部位範囲)		
器質性精神障害患者のうち DBD スケール対象者 (14)	16.5 (11.3-22.3)	21.0 (8.3-27.0)	-0.45	0.66
Wilcoxon の符号付き順位検定				

表4 対象者に行った実際のケア介入一覧

病名	ADL低下予防介入	認知機能低下防止介入
1 器質性精神障害	介入なし	おやつ時間
2 器質性精神障害	ROM訓練	おやつ時間・歌謡曲を聴く
3 器質性精神障害	歩行訓練	動画を見る・リモート面会・傾聴時間を設ける
4 器質性精神障害	歩行訓練	傾聴時間を設ける
5 器質性精神障害	歩行訓練・散歩	おやつ時間、漢字・計算ドリル
6 器質性精神障害	散歩	おやつ時間
7 器質性精神障害	歩行・散歩・ROM訓練	おやつ時間
8 器質性精神障害	ROM訓練	歌謡曲を聴く
9 器質性精神障害	ROM訓練	リモート面会・おやつ時間・傾聴時間を設ける
10 器質性精神障害	ROM訓練・歩行訓練・散歩	歌謡曲を聴く、歌う・おやつ時間
11 器質性精神障害	ROM訓練	おやつ時間・歌謡曲を聴く
12 器質性精神障害	歩行訓練・散歩	おやつ時間・塗り絵・脳トレ
13 器質性精神障害	車いす乗車	おやつ時間
14 器質性精神障害	歩行訓練・散歩	おやつ時間
15 器質性精神障害	歩行訓練・ROM訓練	脳トレ・新聞読む・好きなTVを見る
16 器質性精神障害	ROM訓練・歩行訓練	リモート面会・家族写真を部屋に飾る・おやつ時間・歌謡曲を聴く
17 器質性精神障害	介入なし	新聞を読む・おやつ時間・傾聴時間を設ける
18 器質性精神障害	介入なし	おやつ時間・動物の動画を見る
19 統合失調症	ROM訓練	おやつ時間
20 統合失調症	環境調整	※若年層のため、介入なし
21 統合失調症	部屋のレイアウト変更（環境調整）	新聞を読む・おやつ時間
22 知的障害	ラジオ体操・洗濯・作業療法	※若年層のため、介入なし
23 知的障害	エアロバイク	新聞を読む
24 心理的発達障害	環境調整	※若年層のため、介入なし
25 心理的発達障害	ラジオ体操・歩行訓練	※若年層のため、介入なし
26 気分障害	※ADL自立 介入なし	※若年層のため、介入なし
27 気分障害	※ADL自立 介入なし	傾聴時間を設ける
28 気分障害	※ADL自立 介入なし	※若年層のため、介入なし
29 その他	※ADL自立 介入なし	数独・折り紙
30 その他	エアロバイク	※若年層のため、介入なし
31 その他	ROM訓練・1日のスケジュール表を作成、予定通り過ごす	おやつ時間・リモート買い物・好きな動画を見る
32 その他	歩行	おやつ時間
33 その他	部屋のレイアウト変更（環境調整）	新聞を読む・おやつ時間

てもらうことができた。」³⁾と述べていることから、特に器質性精神障害患者に対する対応としては有効であったといえる。看護師は、個人用防護服の着用で訪室が制限される状況があるが、寄り添う時間を設け、入院患者が隔離といった行動の制限の中で身体を動かすケアを提供したことがADLの低下予防に繋がったと考える。

一方、BIが退院時に低下が5名おり、いずれも器質性精神障害患者であった。これは転倒・転落防止のための身体的拘束といった行動制限が行われており、制限に対するADL低下予防のための、十分な看護介入が行えなかったことが要因として考えられる。

2. 認知機能低下防止のためのケアについて

DBDスケールの入院時と退院時に有意な差が認められなかったことは、器質性精神障害患者に提供した認知機能低下防止のためのケアの「おやつを食べる」「新聞を読む、TVを観る、動画を見る」「脳トレ、計算ドリル、塗り絵を行った」「歌謡曲を聴く」「リモートで家族と面会をする」等のケアが有効なケアであったと思われる。「おやつを食べる」「新聞を読む、TVを観る、動画を見る」「歌謡曲を聴く」のケア提供には、本人の意思確認を行っており、永田は「日常事についての自己決定の機会を積み重ねることが、認知症高齢者のその人らしい日常生活につながる」⁶⁾と述べている。また、杉

山らは、「看護師は認知症高齢患者への基本ケアを基本として、これまで通りのケアを遂行し、さらに関わりを増やすことや様々な工夫により COVID-19 の感染対策の遂行とその対処をしていた」⁷⁾ としていることから、本人の意思確認や従来の認知症のケアを行ったことで、器質性精神障害患者における DBD スケールの入院時と退院時に有意な差がなかったことや退院時の DBD スケールの悪化した人数を 4 名に留めることができたと考える。

3. 臨床的意義

本研究から、精神疾患を抱え且つ COVID-19 の呼吸状態に対する身体ケアだけでなく、感染防御の中で頻回な看護師の訪室や、患者同士の交流や病室から出ることが制限されるといいう環境の中で、看護師が寄り添う時間を設け、歩行等を行うことは、ADL 低下予防につながり、認知機能低下予防としての脳トレーニングやおやつを時間をともに過ごすことは、生活リズムを整え、患者の情緒安定に効果があるため、今後の COVID-19 ケアには必要だと考える。これは、感染対策の中でも日常生活に繋がるケアを継続していくことが重要なケアだと思われる。

4. 本研究の限界

本研究は、1 つの病院の実態調査であり症例が少ないことが挙げられる。また、ケア介入時間などが看護記録から調査できなかったため、ケアの介入時間と ADL や DBD スケールの関連を明らかにしていく必要がある。

Ⅶ. 結 論

A 病院専門病床に入院した COVID-19 に罹患した認知症や精神疾患を抱えた患者に看護師が提供した「歩行訓練」、「ROM 訓練」、「散歩」、「ラジオ体操」等が、有効なケアと考えられる。また認知症疾患患者に看護師が提供した、「おやつを食べる」「新聞を読む、TV を観る、動画を見る」「脳トレ、計算ドリル、塗り絵を行った」「歌謡曲を聴く」等も有効なケアと考えられ今後も提供していくことが必要である。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 出崎奈美：COVID-19 という新しい感染症に伴う高齢者・認知障害患者ケアの難しさと課題、認知症ケア事例ジャーナル, 13 (3), p.208-214, 2020.
- 2) 鈴木聡美：認知症患者の攻撃的行動に対する認知症治療病棟看護師の観察視点及び看護ケアの実践、三重県立看護大学紀要, 21, p.11-18, 2017.
- 3) 山本智穂：新型コロナ時代において高齢者を守る老年看護の実践と方向性、老年看護学, 26 (1), p.34-38, 2021
- 4) MAHONEY FI, BARTHEL DW: FUNCTIONALEVALUATION; THE BARTHEL INDEX. Maryland State Medical Journal, 14, p.61-65, 1965.
- 5) 溝口環, 飯島節, 江藤文夫, 他：DBD スケールによる老年期地方患者の行動異常評価に関する研究, 日本老年医学会雑誌 30, p.835-840, 1993.

- 6) 永田久美子：痴呆のある高齢の人々の自己決定を支える看護, 老年看護学, 2 (1), p.17-24, 1997.
- 7) 杉山智子, 横山久美, 八木範子, 他：療養病床における認知症高齢患者への新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響と感染予防ケアの工夫, 医療看護研究 28, p.32-42, 2021.

◇研究報告◇

ストーマセルフケアの指導プログラムの作成と評価

林 玲奈¹⁾, 青山弥生¹⁾

術後 6 回の指導によるストーマセルフケア（以下セルフケア）確立を目標とした指導プログラムを作成した。内容は、患者と家族の目線による手技の DVD を初回の対面指導前に視聴、目標達成シートに患者が自己評価と感想、看護師が他者評価と前向きな言葉を指導毎に記入することとした。X 年 6 月～翌年 1 月、B 病棟でストーマ造設した患者 22 名と家族にセルフケアの指導プログラムを実施した。B 病棟看護師 21 名に指導プログラム活用後の意見・感想をアンケート調査した。セルフケア確立までの指導回数を単純集計、患者と家族の感想と看護師の意見・感想は類似した内容にまとめた。

セルフケアは 6 回以内の指導で全員が習得できた。患者と家族は「イメージできた」「達成感がある」、看護師は「目標が明確」などの意見・感想であった。DVD 視聴は患者と家族の相互理解が得られ、目標達成シートは目標と達成状況が明確となり、患者と家族の自己効力感を高めた。

【キーワード】ストーマセルフケア, DVD, 目標達成シート

I. はじめに

A 病院消化器センター（以下 B 病棟）では、癌の治療や消化管穿孔により、年間 40 名程度の患者が人工肛門（以下ストーマ）を造設している。杉田ら¹⁾が「在院日数の短縮化が進む中で、限られた期間でストーマセルフケアを確立させることは重要である」と述べているが、短期間の手技習得が困難な時がある。B 病棟でのストーマ造設患者は、ストーマセルフケア確立のため 6 回の指導スケジュールを組み、術後約 2 週間での退院を目標とし、看護師が説明文のみのパンフレットを用いて患者と家族に対面で指導を行っていた。しかし、患者はストーマセルフケアの必要性を理解していても、突然のボディイメージの変化によりストーマに対する否定的感情からくる不安を抱き、ストーマセルフケアを遅滞させる場合がある。

B 病棟では令和元年度にストーマ造設された患者とその家族の約 9 割からストーマセルフケアに対する不安の訴えがあり、手技確立までに平均 11.6 回の指導を要している。ストーマセルフケアに意欲的な患者でも、「パンフレットを見ただけ

では面板交換方法のイメージができない」と手技習得のための知識不足による不安を訴える声が聞かれていた。また、高齢者や生活に援助が必要なストーマ造設患者に対する家族の支援は退院後の QOL 維持には不可欠である。西田²⁾は「正面から患者のストーマや周囲の皮膚を見ながらケアするのと、患者と同じ視線で上からストーマ周囲の皮膚を見てケアする場合とでは視界が違い、正面からケアをすると簡単にできると感じることも、患者と同じ目線で行うと実際はそうでないことが多く、患者と同じ視線でケアを指導すると患者もイメージしやすい」と述べている。ストーマセルフケア確立には、患者自身の手技習得のみではなく家族の理解と協力が必要である。ストーマセルフケアの指導には、瀧村ら³⁾が「看護師が考える以上に患者は、自分が置かれる状況をより深く知りたいと思っている」と述べているように、ストーマ造設による患者自身の変化や今後の生活に必要な知識や手技の習得を確実に実感できるような指導を提供することが重要である。

そこで、患者と家族の目線を取り入れたストーマセルフケアの DVD（以下 DVD）とストーマセルフケアのゴールが意

識できる目標達成シートを用いた指導プログラムを作成し活用すれば、予定した6回の指導回数でストーマセルフケアが確立し、患者と家族が自信を持って退院できるのではないかと考えた。

Ⅱ. 目 的

独自のストーマセルフケアの指導プログラムを作成し、評価することで術後6回の指導でセルフケアが確立できるかを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究期間：X年6月～翌年1月

2. 研究対象：

ストーマ造設後、自宅退院を目標とした患者22名とその家族
ストーマセルフケア指導に関わったB病棟看護師21名

3. プログラムの作成と使用方法

1) DVDの作成(図1)

(1) ストーマの模型を研究者の腹部に着用し、腹部を上から見た患者目線、腹部を正面から見た家族目線で面板交換手技を静止画で撮影し、映像は患者と家族の目線が交互に視聴できるようにした。

(2) 構成は、必要物品の準備、ストーマを見る、面板を剥がす(皮膚の洗浄も含む)、皮膚の観察とサイズの計測(看護師施行)、面板をカットする、面板を貼付する、社会福祉制度、ストーマ外来についてとした。

(3) 各映像には、専門用語は使用せず、分かりやすい言葉を用いたナレーションと字幕を入れた。

(4) 編集は医師および皮膚排泄ケア認定看護師のアドバイスを受けて行い、視聴に要する時間は10分程度とした。

2) DVDの使用方法

(1) 初回の対面指導前に、患者と家族が視聴した。患者のみがストーマセルフケアの指導を受ける場合は、家族は退院前に視聴した。

(2) 視聴には、病室の患者用19インチのテレビを用い、カーテンやイヤホンの使用によりプライバシーを確保した。

(3) DVDの視聴は無料、自由に視聴できるように退院まで患者に預けた。

3) 目標達成シートの作成(図2.3)

(1) ストーマセルフケアの指導はストーマ造設からストーマセルフケア確立までの6段階とした。手技確立を評価する目標達成シートは、指導の段階に合わせた6枚のシートで作成した。各シートには、童話「桃太郎」をWebのフリー素材イラストを用いて載せた。「桃太郎」は6場面構成、指導の段階に合わせて童話の内容も進むようにした。また、イラストの一部を空白にし、各段階の目標達成時に、空白部分にシールを貼り「桃太郎」の場面が完成できるようにした。目標達成シートは、表紙・退院時の説明を各1ページ加え、A4用紙片面8ページのカラー印刷とした。

(2) 構成は、段階：目標(桃太郎の場面：空白部に貼るシール)の順で示す。第1段階：交換手技の見学、ストーマを見る(桃太郎誕生：桃太郎)、第2段階：面板を剥がす、洗浄できる(犬と出会う：犬)、第3段階：座位で交換できる、看護師と面板カットができる(さると出会う：さる)、第4段階：面板カットができる、看護師と面板貼付ができる(きじと出会う：きじ)、第5段階：助言のもと一通り交換できる(鬼退治：鬼退治した桃太郎と仲間)、第6段階：単独で交換できる(宝を持って家に帰る：宝)とした。

(3) 各段階の目標は、指導段階に合わせ具体的な表現で1~2個設定した。第2段階からは、新規目標と前回の目標を列記し、振り返りを行いながら指導ができるようにした。新規目標には「☆」マークをつけ分かりやすくした。

(4) 全ての段階に自己評価(患者と家族)・他者評価(看護師)欄を作成した。また、患者と家族の意見・感想を記載する欄、看護師からのコメントを記載する欄を設けた。

4) 目標達成シートの評価方法

(1) 各段階の目標は、「◎：看護師の助言なしで1人でできる」「○：看護師の助言があればできる」「△：看護師の援助を受けてできる」の3段階で評価した。

腹部を上から見た患者目線



出典：「いらすとや」

腹部を正面から見た家族目線



図1 DVDの映像(一部抜粋)

3回目(さると出会う)

評価 ◎ 看護師の助言無しで一人でできる
○ 看護師の助言があればできる
△ 看護師の援助を受けてできる

目標	自己評価	意見・感想	他者評価	看護師からのコメント
面板を剥がすことができる				
ストーマ周囲の洗浄ができる				
☆座位で交換することができる				
☆看護師と面板カットができる				



出典:「イラストわんバグ」

図2 目標達成シートの一部抜粋 (シール貼付前)

3回目(さると出会う)

評価 ◎ 看護師の助言無しで一人でできる
○ 看護師の助言があればできる
△ 看護師の援助を受けてできる

目標	自己評価	意見・感想	他者評価	看護師からのコメント
面板を剥がすことができる	◎	□ □ □ □ □ □ □	◎	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
ストーマ周囲の洗浄ができる	◎		◎	
☆座位で交換することができる	◎		◎	
☆看護師と面板カットができる	○		◎	

他者評価が全て◎
↓
目標達成
↓
さるのシールを貼る
↓
「さると出会う」が完成



出典:「イラストわんバグ」

図3 目標達成シートの一部抜粋 (シール貼付後)

(2) 自己評価は、指導後に毎回患者と家族が行い、意見・感想を自由に記載してもらった。

(3) 他者評価は、自己評価記入後に指導した看護師が行った。評価時は、できていることを褒め、励ましの声掛けを行い、コメント欄に前向きな内容を記載した。

- (4) 他者評価が全て「◎」の場合は自己評価の結果に関わらず、その段階の目標が達成できたことを具体的な表現を用いて患者と家族に説明した。
- (5) 各段階の目標達成時には、患者と家族にイラストの空白部分にシールを貼付してもらい、目標達成シートの桃太郎の場面を完成させた。

5) 目標達成シートの使用方法

- (1) 研究者が、病棟看護師に目標達成シートについて説明した。
- (2) その日の受け持ち看護師が、初回指導前に患者と家族に目標達成シートについて説明した。指導は術後2日目から開始、週3回実施した。
- (3) 目標達成シートは自由に見られるように、患者のオーバーテーブルに置き、患者と家族、看護師、医師が情報共有できるようにした。
- (4) 患者と家族が、自己評価や意見・感想を記載できない場合は、看護師が患者と家族に評価の確認と実施時の思いを聞き、代筆した。
- (5) ストーマセルフケアの確立ができ、退院が決定したら担当看護師が最終ページに労いのメッセージを記載し、患者と家族に渡した。

4. ストーマセルフケア指導時のプライバシー保護への配慮

- 1) 患者と家族に対し、看護師1名がプライバシーの保たれた部屋で対面で指導を行った。

5. データ収集方法

1) 目標達成シート

- (1) 目標達成シートの評価得点は、「◎:看護師の助言なしで一人できる」を2点、「○:看護師の助言があればできる」を1点、「△:看護師の援助を受けてできる」を0点として測定した。
- (2) 患者と家族の意見・感想は、原文のまま収集した。
- (3) 看護師からのコメントは、原文のまま収集した。

2) 指導に関わった看護師の意識調査

- (1) 対象者全員の指導が終了した時点で、研究者が指導に関わった看護師にアンケート調査を行った。
- (2) アンケートは、①DVDの内容についての意見・感想 ②DVDを使用した指導についての意見・感想 ③目標達成シートを使用した意見・感想を自由記載とした。A4用紙1枚に作成した。回答は無記名、記入後に設置した回収箱に自由投函とした。

6. 分析方法

- 1) 患者の年齢、性別、家族参加の状況、ストーマの種類(コロストミー、イレオストミー)を集計した。
- 2) 手技習得までに要したストーマセルフケアの指導回数を単純集計した。
- 3) 目標達成シートは、各段階の自己・他者評価の平均点を比較した。

- 4) 目標達成シートの患者と家族の意見・感想は、ストーマセルフケアに関して前向きである、自己効力感があるなどのポジティブな意見、不安が強いなどのネガティブな意見を類似した内容にまとめた。看護師からのコメントは、類似した内容にまとめた。

- 5) 指導に関わった看護師へのアンケートの意見・感想は、段階毎に類似した内容にまとめた。

- 6) 患者と家族の意見・感想、看護師のコメントや意見・感想を類似した内容にまとめるにあたり、納得のいくまで研究者で話し合い、質的研究の経験のある看護管理者にスーパーバイズを受け信頼性を高めた。

IV. 倫理的配慮

所属する施設の倫理委員会の承認を得た。対象者に研究目的・方法を説明し、参加は自由意思であり、同意しない場合や途中辞退も可能であり、いずれにおいても不利益は生じないこと、個人情報保護、結果の公表、また、研究をまとめるにあたり目標達成シートの評価内容は得点化して使用することを口頭と文章で説明し、同意を得た。看護師へのアンケート調査は無記名で記入後、投函をもって同意とした。

V. 結果

1. 患者の属性 (表1)

対象者は22名、男性9名、女性13名、患者の対象年齢は31~90歳、平均年齢は68.3±12.9歳だった。家族とともに指導を受けた患者は7名、ストーマの種類は、全員コロストミーであった。

2. ストーマセルフケアの指導回数 (表2)

ストーマセルフケア確立までに要した指導回数は、6回が17名、5回が4名、4回が1名であった。全員が6回以内の指導でストーマセルフケア確立ができた。指導回数5回の患者全員が、『第3段階:面版をカットする』『第4段階:面版を貼付する』を同時に目標達成できた。指導回数が4回の患者は、『第2段階:面版を剥がす』『第3段階:面版をカットする』『第4段階:面版を貼付する』を同時に目標達成できた。

表1 患者の属性

患者の年齢	31~90歳
平均年齢	68.3±12.9歳
性別	男性9名 女性13名
家族参加の状況	DVDを視聴した22名 共に指導を受けた7名
ストーマの種類	コロストミー22名(100%)

表2 ストーマセルフケアの指導回数

指導回数	患者数	平均
6回	17名	5.7回
5回	4名	
4回	1名	

3. 目標達成シートの自己評価・他者評価の平均点の比較 (図4)

『第1段階：ストーマを見る』は、自己評価の平均は1.67点、他者評価の平均は1.95点で他者評価との差が最も大きかった。また自己評価の平均点も6段階中で最も低かった。

『第2段階：面板を剥がす』では、自己評価平均1.70点、他者評価平均1.90点だった。『第3段階：面板をカットする』は、自己評価平均1.76点、他者評価平均1.89点で他者評価の平均点が一番低かった。『第4段階：面板を貼付する』は、自己評価平均1.85点、他者評価平均1.94点、『第5段階：助言のもと実施』は、自己評価平均1.88点、他者評価平均1.97点だった。『第6段階：単独実施』は、自己評価と他者評価の平均点はともに2.0点の満点だった。指導毎に自己評価の点数は高くなり、他者評価との差は縮小した。

4. 目標達成シートの患者と家族の意見・感想

1) ポジティブな意見 (表3)

『第1段階：ストーマを見る』では、「なんとかなりそう、がんばります:10件」と記入した患者・家族が最も多かった。次に「DVDでイメージできたので、よくわかった:6件」とDVDに対する意見があった。『第2段階：面板を剥がす』では、「頑張ってきた、これからはがんばります:8件」「何回かやれば自分でできそう:7件」「前の説明があるから確認しながらできた:2件」だった。『第3段階：面板をカットする』では、「だいぶ慣れた、できてきた:11件」、「これならできそう、これからも頑張りたい:10件」「今日の目標をあらかじめイメージしておいたので、交換が行いやすかった:1件」だった。『第4段階：面板を貼付する』では、「できてきた、これからも頑張りたい:13件」「だんだん面板貼付が上手になった:1件」「カットがまだうまく切れないので頑張りたいです:1件」だった。『第5段階：助言のもと実施』では、「慣れてきた、できるようになってきた:14件」「次回が最後なので頑張りたい:6件」「難点だった面板貼付もできたので、今後も手順を忘れずに行いたい:1件」だった。『第6段階：単独実施』では、「頑張ってきた:15件」「桃太郎が完成した時達成感があった:1件」「桃太郎に出会って不安が一掃した:1件」など自信が持った内容であった。

2) ネガティブな意見 (表4)

『第1段階：ストーマを見る』では、「初めてで不安:5件」「難しそう:2件」だった。『第2段階：面板を剥がす』では「難しい:2件」「緊張した:2件」「心配:1件」だった。『第

表3 患者と家族のポジティブな意見・感想

n=22 (複数回答あり)

指導の段階	ポジティブな意見・感想
①ストーマを見る	何とかかなりそう、頑張ります(10)
	DVDでイメージできたので、よく分かった(6)
	映像で学習できたのでよく理解できた(2)
②面板を剥がす	頑張ってきた、これからは頑張ります(8)
	何回かやれば自分でできそう(7)
	前の説明があるから確認しながらできた(2)
③面板をカットする	次はさるをお供にできるかな
	だいぶ慣れた、できてきた(11)
	これならできそう、これからは頑張りたい(10)
④面板を貼付する	今日の目標を予めイメージしておいたので、交換が行いやすかった
	できてきた、これからも頑張りたい(13)
	だんだん面板貼付が上手になった
⑤助言のもと実施	カットがまだうまく切れないので頑張りたい
	慣れてきた、できるようになってきた(14)
	次回が最後なので頑張りたい(6)
⑥単独実施	難点だった面板貼付もできたので、今後も手順を忘れずに行いたい
	頑張ってきた(15)
	桃太郎が完成した時達成感があった
	桃太郎に出会って不安が一掃した

表4 患者と家族のネガティブな意見・感想

n=22 (複数回答あり)

指導の段階	ネガティブな意見・感想
①ストーマを見る	初めてで不安(5)
	難しそう(2)
②面板を剥がす	難しい(2)
	緊張した(2)
③面板をカットする	心配
	思ったより難しい
④面板を貼付する	カットの仕方が難しい
	面板貼付が難しい(3)
⑤助言のもと実施	心配症だから不安
⑥単独実施	

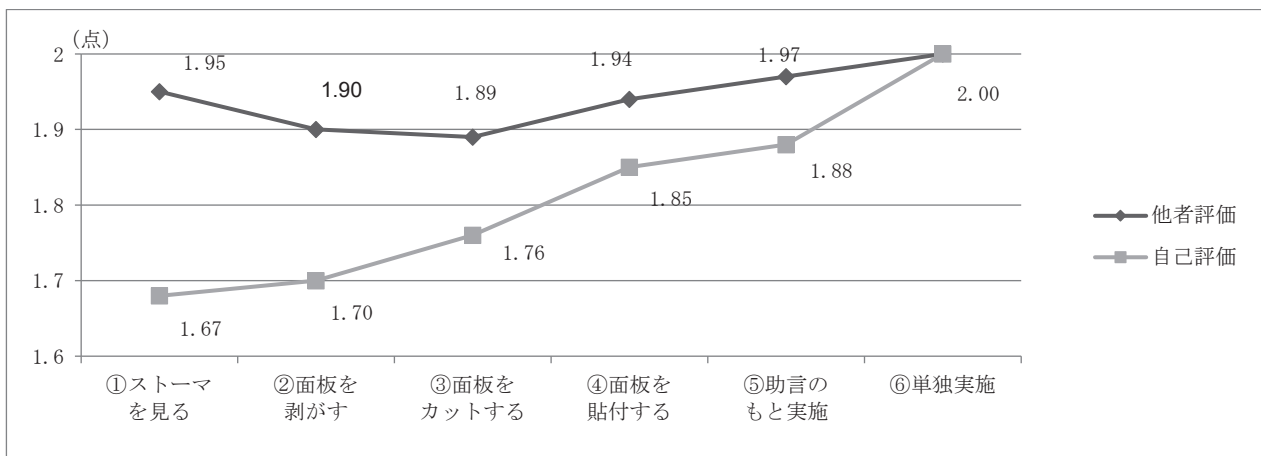


図4 目標達成シートの自己評価・他者評価の平均点の比較 (n=22)

3段階：面板をカットする』では「思ったより難しい：1件」「カットの仕方が難しい：1件」、『第4段階：面板を貼付する』では、「面板貼付が難しい：3件」「心配症だから不安：1件」であったが、指導を重ねる毎に減少した。『第5段階：助言のもと実施』と『第6段階：単独実施』ではネガティブな意見はなかった。指導開始時は「不安」「難しい」などの発言が多く見られたが、指導が進むにつれ、「カットの仕方が難しい」など具体的な手技に関する発言が増えた。DVDに対してネガティブな発言はなかった。

3) その他の意見・感想 (表5)

『第5段階：助言のもと実施』以降は「指導が良かった」「ありがとう」などの意見があった。患者と家族の意見・感想は未記入もあった。

5. 目標達成シートの看護師のコメント (表6)

『第1段階：ストーマを見る』では「これから一緒に頑張りますよ：19件」「不安なことがあれば何でも言って下さい：5件」「ストーマを見ることができていますね：3件」だった。『第2段階：面板を剥がす』では「上手に剥がすことができていますね：12件」「丁寧に洗浄ができていますね：11件」「これからも一緒に頑張ってください：9件」だった。『第3段階：面板をカットする』では「この調子で頑張ってください：13件」「面板のカットが上手ですね：9件」「焦らず覚えていきましょう：3件」だった。『第4段階：面板を貼付する』では「前回よりできることが多くなってきましたね：13件」「スムーズにできてきましたね：8件」「家族と協力しながらできていますね：2件」だった。『第5段階：助言のもと実施』では「スムーズにできるようになってきましたね：8件」「一通りの流れを1人でできるようになってきましたね：8件」「家族と協力しながら上手にできていますね：6件」だった。『第6段階：単独実施』では「完璧にできていますね：14件」「家に帰っても大丈夫そうですね：5件」「初めは不安そうでしたが、最後はちゃんとできていましたね：1件」だった。看護師からのコメントは全て前向きな内容であった。

6. 指導に関わった看護師のアンケート (表7)

回答数21名、回答率100%、有効回答率100%であった。DVDの内容は、「映像と音声があるからわかりやすい：6件」「何回も見返している患者がいた：4件」「患者目線でわかりやすい：2件」だった。DVDを使用した指導では、「DVD視聴後の指導となるため、患者がイメージできている：6件」だった。目標達成シートを使用した感想は、「目標が明確で指導しやすい：11件」「患者も達成状況がわかりやすい：4件」「前回の振り返りがしやすい：2件」「患者がイラストにシールを貼る時笑顔だった：2件」「前回指導した看護師がどのような言葉かけをしたかがわかった：1件」「患者を励ますことができた：1件」など、いずれの項目も肯定的な意見だった。

表5 患者と家族のその他の意見・感想

n=22 (複数回答あり)	
指導の段階	その他の意見・感想
①ストーマを見る	
②面板を剥がす	
③面板をカットする	
④面板を貼付する	
⑤助言のもと実施	看護師の指導が良かった(2)
⑥単独実施	ありがとう(3)

表6 看護師からのコメント

n=21 (複数回答あり)	
指導の段階	看護師からのコメント
①ストーマを見る	これから一緒に頑張りますよ (19)
	不安なことがあれば何でも言って下さい (5)
	ストーマを見ることができていますね (3)
②面板を剥がす	上手に剥がすことができていますね (12)
	丁寧に洗浄ができていますね (11)
	これからも一緒に頑張ってください (9)
③面板をカットする	この調子で頑張ってください (13)
	面板のカットが上手ですね (9)
	焦らず覚えていきましょう (3)
④面板を貼付する	前回よりできることが多くなってきましたね (13)
	スムーズにできてきましたね (8)
	家族と協力しながらできていますね (2)
⑤助言のもと実施	スムーズにできるようになってきましたね (8)
	一通りの流れを1人でできるようになってきましたね (8)
	家族と協力しながら上手にできていますね (6)
⑥単独実施	完璧にできていますね (14)
	家に帰っても大丈夫そうですね (5)
	初めは不安そうでしたが、最後はちゃんとできていましたね

表7 指導に関わった看護師のアンケート結果

n=21 (複数回答あり)	
項目	意見・感想
DVDの内容	映像と音声があるからわかりやすい(6)
	何回も見返している患者がいた(4)
	患者目線でわかりやすい(2)
DVDを使用した指導	DVD視聴後の指導となるため、患者がイメージできている(6)
目標達成シート	目標が明確で指導しやすい(11)
	患者の達成状況がわかりやすい(4)
	前回までの振り返りがしやすい(2)
	患者がイラストのシールを貼るとき笑顔だった(2)
	前回指導した看護師がどのような言葉かけをしたかがわかった(1)
	患者を励ますことができた(1)

VI. 考 察

1. DVDについて

患者と家族はストーマセルフケアのイメージが付き学習ができたと回答、看護師も患者と家族がイメージを得た状況で指導を受けられたと回答している。瀧村ら⁴⁾は「視覚、聴覚から統一された情報を共有するDVDは、患者が情報を理解するために効果的である」と述べている。DVDでは、映像や文字に沿ったナレーションを加えることで、視覚・聴覚ともに働きかけることができ、ストーマセルフケアを理解することに役立つと考える。横田ら⁵⁾は「DVDを事前に視聴することで今まで漠然としていた疑問がより具体的となり、その後の看護師からの指導に対しても受け入れやすかった」と述べている。初回の対面指導前に患者が見る実際の目線に近い映像と家族目線の映像を比較させたことで、患者と家族の見え方の違いを相互理解させることができスムーズにストーマセルフケアに取り組めたと考える。また、DVDに対して否定的な発言がなかったことはストーマセルフケアについての理解の一助になったと考える。

2. 目標達成シートについて

術後急性期は、身体的苦痛が大きく精神的な負担を感じている。今回全ての患者で予定されていた術後2日目にストーマセルフケアの指導を開始することができた。術後は患者の身体的ケアと並行させ早期から疼痛緩和させることで、指導を受ける事ができたと考える。初めは自信がないと話していた患者に、看護師が励ましや前向きな声掛けを行い、できていることを認めることで、低かった自己評価が上昇し他者評価との差が縮まったと考える。

他者評価では『第2段階：面板を剥がす』『第3段階：面板をカットする』が低くなっている。要因は、2段階以降は具体的なケアの実践であり、患者は初めて行うケアに慣れるまで時間を要したためと考える。患者と家族からは「目標をあらかじめイメージでき、やりやすかった」、看護師からは「目標が明確で指導しやすい」との意見があった。看護師が患者と同じ目標に向かい、統一した指導ができたことは、6回以内の手技習得に効果的であったと考える。

指導開始時は、「初めてで不安」「難しそう」などネガティブな意見があった。患者はボディイメージの変化や今後の生活への不安などを抱えながら指導を受けていると考える。しかし、『第5段階：助言のもと実施』『第6段階：単独実施』では、患者と家族から「桃太郎が完成したとき達成感があった」「頑張ってきた」とポジティブな意見へ変化してきた。武ら⁶⁾は「ストーマを管理するうえでの生活の知恵を獲得して回復志向対処を強化することで、自信がもてるように支援することが重要である」と述べている。看護師が「前回よりできることが多くなりましたね」「面板のカットが上手ですね」などの励ましや称賛のポジティブフィードバックを意識的に行ったことで、患者と家族が手技に自信をもち、

自己効力感を高められ自己評価の向上につながったと考える。中島⁷⁾は「自己効力感につながる成功体験はすべて実体験するものというわけではなく、他者の行動観察から間接的に行動を体験したり、励ましや称賛を受けたりすることなどでも高めることが可能です」と述べている。患者は複雑で情報量が多い手技に対して難しいと負担に感じ、ストーマセルフケアに消極的になってしまう恐れがある。一段階毎に達成可能な目標を設定し、できていることを声に出して伝えたことや共感の対応をとったことで成功体験を積み重ねられたと考える。

桃太郎誕生をストーマ造設と考え、犬・さる・きじとの出合いをひとつひとつの手技習得とし、最終的にはストーマを受け入れ自宅に帰るという術後から退院までの一連の流れを馴染みのある桃太郎の物語とリンクさせた。患者の「次はさるをお供にできるかな」との意見から、患者と家族は楽しみながら自主的に指導を受けられ、手技習得までの全体の流れをつかみやすかったこともストーマセルフケア確立の一助になったと考える。

松原ら⁸⁾は「ストーマの種類もセルフケア確立や在院日数に影響する。とくに回腸ストーマは結腸ストーマに比べ、水様便が多量に排泄されることからストーマ周囲皮膚炎が発生しやすく、セルフケア確立に影響しやすい」と述べている。今回の研究期間ではイレオストミーの患者はおらず、全てコロストミーの患者であったため、全てのストーマ指導でも同様の結果がでるとは言えないが、社会復帰に向け患者に合った面板選定を行い、皮膚・排泄ケア認定看護師と連携しながら皮膚トラブルに対応し、入院期間が延長することなく退院できるよう援助していく必要がある。

VII. 結 論

ストーマセルフケアの指導に患者と家族の目線での手技を取り入れたDVDの視聴と目標達成シートを用いた。看護師、患者とその家族が目標を共有でき、6回以内の指導で、患者と家族が自信を持って手技習得することができた。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

本演題に関連し、DVD作成時にアルケア株式会社からストーマの模型を無償で借用したが、開示すべき利益相反関係はない。

VIII. 引用文献

- 1) 杉田優花, 渡辺明美, 森野緑, 他: 消化管ストーマの受容とセルフケアが確立するまでの精神的支援の検討—入院中の永久的・一時的ストーマ造設患者へのインタビューを通じた比較—, 第49回日本看護学会論文集急性看護, p.87, 2019.
- 2) 西田かをり: ストーマ器具交換指導のコツ, 泌尿ケア, Vol.19, No.2, p.43, 2014.
- 3) 瀧村恵美, 西田典子, 藤松春美, 他: 心臓カテーテル検査オリエンテーションに動画の視聴覚教材(DVD)を用いて, 第41回看護総合, p.204, 2010.
- 4) 前掲論文3) p.204

- 5) 横田恵実子, 濱崎昌子, 岡島真理子: DVDを使用した婦人科初回化学療法オリエンテーションを実施して, 第44回日本看護学会論文集看護総合, p.105, 2014.
- 6) 武亜希子, 堤由美子: 大腸癌患者の永久的ストーマ保有に伴う体験における意味獲得プロセス, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 J. Jpn. WOCM, Vol.24, No.3, p.289-299, 2020.
- 7) 中島美津子: 目標管理 (Management by Objectives), 理論に基づき人と組織を育てる方法, p.96-99, 2019.
- 8) 松原康美, 稲吉光子: チーム医療による外来でのストーマ造設術前教育の導入前後の比較検討, 日本ストーマ・排泄会誌, Vol.29, No.2, p.21, jun.2013.

◇研究報告◇

高次脳機能障害者の就労における家族の捉え方

後藤則子¹⁾, 安孫子尚子¹⁾

本研究は、脳血管疾患等による高次脳機能障害者の就労について、家族がどのように捉えているかを明らかにする。対象者は4名で、障害者の妻が2名、母が1名、姉が1名であった。家族が捉える就労は113コード、36サブカテゴリ、11カテゴリであった。家族は就労をきっかけとして【就労に向かう本人の意欲】や【就労するための目的】、就労に向けた【リハビリによる回復でつながる就労】や就労による【仕事をする実感】と前向きに捉えていた。就労時には【障害の特性と向き合う】ことや【就労の現実と気持ちに向き合う】ことで【本人が就労の継続を見極める】という障害者としての就労の現実を捉えていた。また、就労には【周囲の障害の特性に関する理解の現実】や【就労につながる能力の再発見】、【職場や医療機関の理解による就労支援】という医療・福祉による支援が必要であり【障害者という前提の就労】という選択も就労の継続につながると捉えていた。

【キーワード】 高次脳機能障害者, 就労, 就労支援, 家族

I. はじめに

高次脳機能障害は、外傷性脳損傷や脳血管疾患などにより脳に損傷を受け、記憶障害や注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害による生活上の大きな支障がある。その症状は損傷を受けた脳の部位によって様々でありその認識の困難さから、周囲の関係者の間に十分な理解が得られる状況にない¹⁾ (厚生労働統計協会, 2018)。

高次脳機能障害者数は全国に約30万人²⁾ (渡邊ら, 2009)で、新規の発症者数は1年に2,884人³⁾ (蜂須賀ら, 2011)と推計されている。障害の原因疾患は外傷性脳損傷よりも脳血管障害が多く、年齢分布は40歳代からの割合が大きく、疾患の障害による職業制限や就労困難が最も多い状況である³⁾ (蜂須賀ら, 2011)。

厚生労働省は、2001年から4年間、高次脳機能障害支援モデル事業(以下、モデル事業)を実施した。モデル事業では、その障害の診断基準やリハビリテーションの訓練プログラム、社会復帰支援のためのプログラム、地域での支援体制を検討した。障害者自立支援法⁴⁾ (2006)において都道府県の高次脳機能障害支援普及事業は実施され、障害者総合支援法⁵⁾

(2013)においても継続的に実施されている。このように、高次脳機能障害者(以下、障害者という)の継続的な社会復帰支援は重要な課題である。高次脳機能障害者支援の手引き⁶⁾ (国立障害者リハビリテーションセンター, 2008)によると、障害者への就労支援は、復職や再就職に向けての意向確認と復職に向けたカウンセリング、身体障害や移動能力などの職能評価、職場への情報提供に対する意向確認を行うとしている。また職場への支援では事業所の就労の受け入れに対する意向の確認、本人に合わせた業務内容と職場実習の可能性の確認なども行っている。障害者の復職や再就職には専門職による本人と就労先に対する意向確認と、障害の程度と業務内容の適応に関する評価を行うことが重要である。

青年期の障害者の就労に関する先行研究をみると、Setsuko TSUKAHARAら⁷⁾ (2011)は、外傷性高次脳機能障害者の就労に対する家族が行う支援について報告している。家族は本人の障害を認めながら障害に対する周囲の理解を促し、就労の方向性を示唆するとともに、居場所を見つけるといった支援を明らかにしている。また野々村⁸⁾ (2006)は、障害者の就労や社会参加への支援について8年間に渡り本人と両親を参加観察している。その結果、支援のキーパーソンで

受付日: 2022年4月28日 / 受理日: 2023年1月20日

1) Noriko Goto, Shoko Abiko: 聖泉大学

ある母親は、本人の自立を願い日々工夫しながら関わっているが、孤立を感じストレスフルな状況にあると言われている。また、青年期から成人期で外傷性脳損傷を原因とする障害者の家族は、別人のように変化した障害者を育てなおすことに粘り強く取り組み、一人の社会人として社会復帰させることに挑み続けている強さがあると報告している⁹⁾(瓜生ら, 2014)。医療機関や周囲だけでなく、家族自体も障害者の生活上の支障については理解ができず困惑を深めている状況があるために、障害者の就労支援には、家族も含めて行う必要がある。

家族への支援には障害者の特徴である記憶障害や注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害という高次脳機能障害への理解者を身近な地域に増やすこと、家族が抱える問題と解決のための支援を支援者となる専門職、特に医療福祉行政に携わっている看護職と一緒に考えることが重要である。障害者の就労に関する先行研究では、家族が行っている就労支援の現状は明らかにしているが、家族が障害者の就労をどのように捉えているのかは明らかになっておらず、支援者の看護職と一緒に就労を考えるには至っていないのが現状である。

本研究では、脳血管疾患等で途中で高次脳機能障害となった人の復職や再就労を含めた就労について、家族の捉え方を明らかにする。家族の捉え方を明らかにすることは、障害者の目指す就労や家族を含めた就労への支援について考察することで社会復帰促進への一助となることが期待できる。

Ⅱ. 目 的

脳血管疾患等によって途中で高次脳機能障害者となった人の復職や再就労を含めた就労について、家族の捉え方を明らかにする。また、家族の捉え方から看護職の役割を考察する。

1. 用語の定義

就労とは、高次脳機能障害者の復職もしくは新たな職場への再就職とする。

捉え方とは、高次脳機能障害者の就労前から後の経過の中で、就労についての受け止め方や気持ちを指すこととする。

家族とは、高次脳機能障害者の就労を支えているキーパーソンであり、夫、妻、子ども、祖父母等の家族を指すこととする。高次脳機能障害者の地域生活適応に関するプロセス¹⁰⁾(曾田ら, 2015)や障害を受け入れる家族のプロセス⁹⁾(瓜生ら, 2014)の研究においても同様に定義され、障害者の生活を共にする同居家族をその範囲とした。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的帰納的研究である。

2. 調査期間

20XX年1月～20XX年3月

3. 研究対象者

研究対象者は、高次脳機能障害があり、障害を受けてから就労(就職活動中を含む)した人の家族4名とする。研究対象者のリクルートは、高次脳機能障害支援センター(以下、センターとする)およびその所属であるA県立自立訓練施設長に文面と口頭で研究の主旨を説明し了承を得たのち、センターを利用している利用者の中で協力意向のある人を候補者として紹介を受けた。候補者には口頭で研究の主旨を説明し、面接日を別日に設けた。面接日に候補者に対して文書と口頭で説明し承諾書に署名したのち研究対象者として決定し、インタビューを実施した。

4. データ収集方法

インタビューガイドに基づいて半構造化面接を行った。面接場所は対象者の希望する自宅や、研究者の所属する大学の面接室で、人の出入りがなく対象者のプライバシーの厳守できる空間かどうかを確認した。面接では、研究対象者である家族の属性(年齢、性別、障害者との関係)および障害者の属性(年齢、性別、発症年齢、その障害を引き起こした原因、発症前の職業及び仕事内容)を聞いた。次に、障害者の就労に向けての取り組みから就労までの経過を通して、家族が就労をどのように捉えていたかについて受け止め方や気持ちを自由に語っていただいた。また、インタビュー中は語りを聞くように徹した。面接内容は研究対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

ICレコーダーに録音した音声データは、逐語録を作成し内容を精読した。障害者の就労に対する家族の捉え方に関する文章を、内容の意味が読みとれる最小単位に分け分析の単位とし、意味内容を損なわないように反映させた言葉でコード化した。コードの類似性や相違性からサブカテゴリ、カテゴリを抽象化した。研究の分析過程では、共同研究者とともに分析内容を検討し、信用性を高めるために同じ作業を3回繰り返した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は聖泉大学人を対象とする研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号019-009,承認日2019年12月18日)。研究対象の選定についてはA県立自立訓練施設長に口頭ならびに書面で説明し同意を得たのち候補者の紹介を受けた。候補者へは研究目的と方法、人権への配慮、研究協力撤回の自由について、研究結果の学会発表や論文投稿などの公開方法について口頭、書面で説明した。対象者の自由意志により同意を得たのち、承諾書の署名を得た。インタビューの際にはプライバシーが保持できるよう、自宅への訪問もしくは個室で行い、面接内容の録音については確認した。取得したデータは個人が特定できないように匿名性を守り守秘義務を厳守し、不利益が生じないように保証した。

V. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者の概要を表1に表す。研究対象者4名は50歳代が3名、60歳代が1名であり、続柄は妻が2名、母が1名、姉が1名であった。障害者の年齢は20歳代1名、50歳代3名であり高次脳機能障害に至った原因は交通事故もしくは事故であった。面接時間は一人当たり40分から86分であった。

2. 高次脳機能障害者の就労における家族の捉え方

分析の結果、抽出されたのは113コードで、36サブカテゴリ、11カテゴリの【就労に向かう本人の意欲】【就労するための目的】【リハビリによる回復でつながる就労】【仕事をする実感】【障害の特性と向き合う】【就労の現実と気持ちに向き合う】【本人が就労の継続を見極める】【周囲の障害の特性に関する理解の現実】【就労につながる能力の再発見】【職場や医療機関の理解による就労支援】【障害者という前提の就労】が抽出された。

分析の結果を表2に示す。以下は各カテゴリについて説明する。文章中の【 】はカテゴリ、『 』はサブカテゴリ、< > はコードを、「 」はインタビュー内容を示す。

1) 【就労に向かう本人の意欲】

このカテゴリは2サブカテゴリ、6コードで構成された。このカテゴリは、家族が障害者の就労に向かうための準備状況にある気持ちについて表していた。

家族は、「本人がもう、働きたいっていう意思是強かったですけど(A氏)」や「弟の場合、仕事に対していきたくないとかは無いんですよ。(D氏)」のように、障害者の就労には『本人は就労したい意欲がある』と捉えていた。さらに「自分が自覚するから、そこは前と同じようにできなくなったということがすごくわかって。リハビリしながら戻りたいなという気持ちはすごくある (C氏)」と言うように、障害者の就労には『回復して仕事に復帰する意欲がある』と捉えていた。

2) 【就労するための目的】

このカテゴリは3サブカテゴリ、10コードで構成された。このカテゴリは、家族が、障害者が就労するための目的と一緒に模索することを表していた。

家族は、「仕事も行かないといけないうちで思っているのか、本当に休むことは無いですよ。(B氏)」と言うように、障

害者の就労について『就労は仕事に行くことだと認識する』と捉えていた。さらに「お金を入れない自分というのが、弟の中では人間としてダメになるという思いだけはありますね。

(D氏)」と言うように、『就労による収入があるという価値観をもつ』ことを障害者の就労と捉えていた。また「こないだも一度ね、転職を考えて、ほんなんやったら何ができるん？て(本人に)言うてね。(B氏)」と言うように家族は、障害者が何ができるのかと、『就労や復職のためにできることの模索』をしていた。

3) 【リハビリによる回復でつながる就労】

このカテゴリは2サブカテゴリ、4コードで構成された。このカテゴリは、家族はリハビリによって、障害者の機能が回復し就労につながるのではという気持ちを表していた。

家族は、「就労は難しいって言っても、その何度も同じことを訓練することで変わっていってくれるのかなというのもあったし。(A氏)」と言うように、障害者の就労を『リハビリでの回復が就労につながる』と捉えていた。また「後天的な人が行く場所がないというのは、すごく課題かなって思っています。あれば絶対行っているし。だから今ジムに行かせてるんですよ。(C氏)」と言うように、家族は障害者の就労について『リハビリで能力や機能の改善は就労に向かう』と捉えていた。

4) 【仕事をする実感】

このカテゴリは2サブカテゴリ、5コードで構成された。このカテゴリは、家族が、障害者が就労に向き合う揺れる気持ちと一緒に感じていることを表していた。

家族は、「だれも手伝ってはくれないし、一人。自分が休めば(担当の掃除場所の)トイレでも汚いって言うんです。(B氏)」と言うように、障害者の就労について『一人に任される就労は辛い』と捉えていた。その一方で「絵とか書道とかも、きれいに描いたって言ってきて。それが自信になって、何かこう仕事ができないかって言って。(A氏)」と言うように、家族は、障害者の就労を『認めてもらって自信になる』ことと捉えていた。

5) 【障害の特性と向き合う】

このカテゴリは6サブカテゴリ、18コードで構成された。このカテゴリは、障害によって失った能力や社会における困難など、周囲から見えにくい障害者の特性を家族が感じていることを表していた。

表1 研究対象者及び障害者の概要

	対象者について		高次脳機能障害者の概要			面接時間
	年代	属性	年齢	いつ発症したのか	発症の原因	
A氏	50歳代	妻	50歳代	13年前	交通事故	86分
B氏	50歳代	母	20歳代	19年前	交通事故	58分
C氏	50歳代	妻	50歳代	1年前	交通事故	40分
D氏	50歳代	姉	50歳代	8年前	事故	71分

表2 高次脳機能障害者の就労における家族の捉え方

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
就労に向かう本人の意欲	本人は就労したい意欲がある	2
	回復して仕事に復帰する意欲がある	4
就労するための目的	就労は仕事に行くことだと認識する	3
	就労による収入があるという価値観をもつ	3
	就労や復職のためにできることの模索	4
リハビリによる回復でつながる就労	リハビリでの回復が就労につながる	2
	リハビリで能力や機能の改善は就労に向かう	2
仕事をする実感	一人に任される就労は辛い	3
	認めてもらって自信になる	2
障害の特性と向き合う	動作の緩慢さがある	2
	不器用さから作業ができない	3
	記憶障害がある	3
	集中力が続かない	2
	ルールが理解できず、思いつくまま行動してしまう	5
	周囲に関心がなく、コミュニケーションがうまく取れない	3
就労の現実と気持ちに向き合う	受傷前のようにはできないという気持ち	5
	就労への強い焦りのまま取り組む	3
	受傷後の就労状況に対する本人の希望と焦燥の折り合い	2
	症状を抱えながらの就業継続の難しさ	2
本人が就労の継続を見極める	本人のルールに職場が合わずと知る	1
	障害の自覚によって継続就労の限界を知る	3
	受傷後の障害によって退職する	7
周囲の障害の特性に関する理解の現実	中途障害に関しての理解不足による周囲からの対応	7
	周囲の症状理解がなく上司が対応に悩む	1
就労につながる能力の再発見	根気がある	2
	昔の技術はそのままできる	3
	手先が器用できれいに作業ができる	6
	本人なりの周囲への気配りができた	2
	就労につながる能力を見出す	4
	交通機関を利用して目的地まで行くことができる	2
職場や医療機関の理解による就労支援	職場内でのサポートを受けて仕事をする	6
	医療現場の理解によって行われる就労支援が必要	3
	医師の対応によって就労が前向きになる	2
障害者という前提の就労	障害福祉サービスを利用して就労した	5
	障害者として就労する	1
	障害者の就労への配慮が必要	3

家族は、「おかしいことがいくつかあったり。ペットボトルが開けられなかったりして。動作がゆっくりとね。(C氏)」と言うように、病気や事故後の『動作の緩慢さがある』ことを認識していた。また「なにができるかって言うとね、指先も、もうけっこう緊張したりすると震えもあるしね。(B氏)」と言うように、家族は病気や事故後に『不器用さから作業ができない』ことを認識していた。さらに家族は「朝、出勤して、車をどこにとめたのか。聞かれて本人が答えられないとか。で、どこにとめたか分からない。(C氏)」と言うように、障害の特性を『記憶障害がある』ことと認識していた。また「仕事を途中でね(放り出す)。集中力ができないんで。(A氏)」と言うように、家族は、障害の特性を『集中力が続かない』ことと認識していた。

家族は、「ただ欲しいものを、すぐ持ってきてしまうと、か、区別ができないというのが、一番困って。(A氏)」と言うように、障がいの特性として『ルールが理解できず、思いつくまま行動してしまう』ことを認識していた。そして「周りが迷惑を被って、うわーって感じで見ていることを、本人は感じていないから。(中断) コミュニケーションが取れないんですよ。(D氏)」と言うように、家族は障害の特性を『周囲に関心がなく、コミュニケーションがうまく取れない』ことを認識していた。

6) 【就労の現実と気持ちに向き合う】

このカテゴリーは4サブカテゴリー、12コードで構成された。このカテゴリーは、家族が、障害者が以前のようにできないことへの焦りや不安を感じ取り、就業への難しさを表していた。

家族は、「以前と、前と同じようにできなくなった。そのなんていうか不甲斐なさとかジレンマはすごく持って。(C氏)」と言うように、障害者の就労に対する『受傷前のようにはできないという気持ち』を捉えていた。また家族は、「焦っているんでしょね。自分の何かしなきゃって。それだけじゃないな。このままじゃだめだとか。(C氏)」と言うように、障害者が『就労への強い焦りのまま取り組む』ことを捉えていた。そして、「仕事を続けたい気持ちと、もう無理やろうって諦めなあかん気持ちと二つ。毎日、日によって、日の時間にもよって違って。(C氏)」と言うように、家族はく仕事の継続と諦めが一日の中で交差する様子、障害者が『受傷後の就労状況に対する本人の希望と焦燥の折り合い』をつけると捉えていた。「大手企業とかああいふ所で、何人かは障害者の人を雇うっていう制度がありますよね。最初はそういうところも思ってたんですけど、やっぱり難しいなって言われました。能力的には問題ないけど。(A氏)」と言うように、家族は、傍で見守りながら障害者の就労について『症状を抱えながらの就業継続の難しさ』を捉えていた。

7) 【本人が就労の継続を見極める】

このカテゴリは3サブカテゴリ、11コードで構成された。このカテゴリは、家族が、障害者が障害を持ちつつ働くことでの辛さに対して、就労継続可能かどうかを判断していることを傍で見守っていることを表していた。

家族は、「潔癖的なところは元々あったけれども、流せたところが今はもう流せないから。自分のルールに合わせないとやっていけないので、そこはひどくなってますよね。(C氏)」と言うように、障害者が『本人のルールに職場が合わすことができないと知る』と捉えていた。また「他の周りの段取りのところと、一気にいろいろいたりとかしたら、パニックが起こるし。(中略)本人も自覚しているので、仕事するにあたってそこができるようにならないと、一人では難しいなというのは自分では思っている。(C氏)」と言うように、家族は、障害者の就労を『障害の自覚によって継続就労の限界を知る』と捉えていた。「理解はしてもらってました。だけどやっぱり事務方が、もうこれ以上は無理という対応でしたね。カバーしているのは、事務方の方々なので。(D氏)」と言うように、家族は、障害者の就労を『受傷後の障害によって退職する』と捉えていた。

8) 【周囲の障害の特性に関する理解の現実】

このカテゴリは2サブカテゴリ、8コードで構成された。このカテゴリは、家族が、職場の人や近所の人などが障害特性を理解することは難しいと感じている一方で、障害の特性が故のトラブルが生じる現実を見極めていることを表していた。

家族は、「結構きつく言われるみたいだね。もうそれが、やっぱりグサッとくるみたいで。(B氏)」と言うように、職場や周囲の人が障害の特性を理解せず、失敗等を厳しくしかる現実に対して『中途障害に関しての理解不足による周囲からの

対応』と捉えていた。「課長も、そういう職員からのいろんな苦情とかの盾になってやって、調整して頂いてましたけども。やっぱり課長自身が、かなり悩まれたみたいで。(D氏)」と言うように、家族は、理解のある上司でも周囲との調整に疲弊し『周囲の症状理解がなく上司が対応に悩む』と捉えていた。

9) 【就労につながる能力の再発見】

このカテゴリは6サブカテゴリ、19コードで構成された。このカテゴリは、家族が、障害を負ってからもできる能力があることを認識していることを表していた。

家族は、「こんな大きな袋に何袋も。車に何回も通ってね。根気は良いですよ。(D氏)」と言うように、『根気がある』と捉えていた。また「上手に和菓子は、味も変わりなくて、お客さんも楽しみにしていたのよっていうぐらい、変わらずできてるし。(C氏)」と言うように、家族は、『昔の技術はそのままできる』と捉えていた。「その器用さとかそういうところで、仕事につけるかなというのはあって。仕上げる能力とかは、すごかったみたいですね。そういうのは残っていたみたいで。(A氏)」と言うように、家族は『手先が器用できれいに作業ができる』と捉えていた。「クッキーでも、すごいちゃんと混ぜてくれるしって。ちょっと目の見えない人だったら、横でこう抑えてくれたり、気遣ってくれてって、おっしゃってください。(A氏)」と言うように、家族は『本人なりの周囲への気配りができた』と捉えていた。「施設の先生たちとか、福祉のヘルパーさん皆に助けられて。ご主人さん、こういう面がありますよと言うのを見出して。(A氏)」と言うように、家族は、施設の人たちなど周囲の人から『就労に繋がる能力を見出す』と捉えていた。「バスも何回か一緒に行ったりしてるから。バスもどうにか乗れるようになったりとかは、なったんですけどね。(B氏)」と言うように、家族は、就労に必要な生活動作等について『交通機関を利用して目的地まで行くことができる』と捉えていた。

10) 【職場や医療機関の理解による就労支援】

このカテゴリは3サブカテゴリ、11コードで構成された。このカテゴリは、家族が、職場や医療機関のスタッフの理解があって就労支援が進むと感じていることを表していた。

家族は、「職場の方では助かったのは、障害者就業・生活支援センターさんがずっと職場に行ってくれて、その最後の調整をしてもらえたって、退職まで。(D氏)」と言うように、職場で様々な障害福祉サービス等を利用することで障害者の就労を『職場内でのサポートを受けて仕事をする』ことと捉えていた。また「入院の手続きの説明とかは、ケースワーカーさんと接触しますが、退院後どうしなさいとかは絶対無いので。だから一番接するナースとかが、そのへんを察知して、後遺症の話を、ちょっと家族に言うとかそういうふうにしなさい。(C氏)」と言うように、家族は、受傷後最初に出会う医療スタッフの就労を含めた支援を『医療現場の理解によって行われる就労支援が必要』だと捉えていた。「主人もその先

生を信頼しているから、私が言うことは聞かへんけど、先生が、もう、あんたは何回言うても行くやろとは言いながらも、上手にアドバイスしてくれるし。主人も先生の前で怒ったことはないから、上手やなあと思って。(C氏)」と言うように、家族は、定期受診している医師への信頼と医師の対応によって、障害者の就労を『医師の対応によって就労が前向きになる』と捉えていた。

11) 【障害者という前提の就労】

このカテゴリは3サブカテゴリ、9コードで構成された。このカテゴリは、家族が、障害者の特性を踏まえたうえで、制度や周囲の理解を踏まえた就労を希望することを表していた。

家族は、「職場は諦めて、もうしょうがないやということ」で退職。退職をして作業所に行きだした。作業所って、もう最後の場所なのでね。もうそれ以上行く場所がないんで。(D氏)や「ちょっと抵抗はありましたけど、精神障害者の手帳をもらいました。そしたら病院も行けますし入院とかもできるし。(A氏)」と言うように、一般就労を諦める現状と次の段階への就労として『障害福祉サービスを利用して就労した』と捉えていた。「障害者で、そういう雇用できてるっていう、ことなんですけど、次々スタッフが替わっていくとね。それを、私は申し送りしていただきって言うんですね。この子は、そういう子(障害のある子)なんでっていう。何も知らないと、普通の人が掃除してると思われても、本当は大変な努力をしているんですけど。(B氏)」と言うように、家族は、障害者の特性を理解したうえで、就労を『障害者として就労する』と捉えていた。また、「誰かもう一人いて下さいって、交代的な感じなら、もう少し続けられるんじゃないかな、と思うんですけど。(B氏)」と言うように、家族は、障害者の特性における配慮や環境を整えることで『障害者の就労への配慮が必要』と捉えていた。

VI. 考 察

1. 家族の捉える高次脳機能障害者の就労について

家族は障害者の就労のきっかけを【就労に向かう本人の意欲】や【就労するための目的】と捉えていた。近年注目されている若年性認知症の就労支援に不可欠な条件として、杉原¹¹⁾(2011)は本人と家族は働きたいという意欲を持つことと報告している。高次脳機能障害者においても【就労に向かう本人の意欲】があることが就労への支援者につながるきっかけとなると考える。また、高次脳機能障害者支援の手引き⁶⁾(国立障害者リハビリテーションセンター, 2008)では、就労支援に障害者への意向確認の確認やカウンセリングが示されている。意向確認やカウンセリングのなかで就労への意思や目的についても明確にする必要性が考えられる。

家族は、脳の損傷による様々な症状を持つ障害者にとって、リハビリテーションが必要不可欠であり、就労においても医療や福祉での【リハビリによる回復でつながる就労】と捉え

ていた。佐伯¹²⁾(2003)は、脳血管疾患患者の復職には、作業の正確性と8時間の作業耐久力、通勤可能な公共交通機関の利用が基準となり、そのためには急性期から就労を見据えたりリハビリテーションの必要性を報告している。本研究では、リハビリテーションに取り組むこと自体が就労と捉えられており、就労とリハビリテーションの両立が必要となると考える。退院後にうまく就労することができた場合、障害者は【仕事をやる実感】しながらも【障害の特性と向き合う】ことに苦慮している。江口ら¹³⁾(2019)は、脳卒中後の高次脳機能障害者が障害に焦り戸惑いながらも、対処方法を知ったうえで仕事を行うことが就業継続に至ると報告している。本研究では、実際の就労で起こる様々な症状による職場での不適応や、周囲からの理解が得られにくいことから、家族は障害者が【就労の現実と気持ちに向き合う】必要があると捉えていた。【就労の現実と気持ちに向き合う】ことをしながら時には【本人が就労の継続を見極める】という就労内容と今後の就労継続においても、本人自身が受け止めながら継続を見極めることまでが、家族の捉える就労だと考える。

障害者を取り巻く周囲の人々や支援者によって【周囲の障害の特性に関する理解の現実】を踏まえながら【就労につながる能力の再発見】という新たな能力を引き出すことも、家族は就労と捉えていた。障害者ができる能力が周囲に認知されることで【職場や医療機関の理解による就労支援】が広がっていくことを家族は望んでいた。そして家族の捉える就労とは、一般就労だけではなく【障害者という前提の就労】も就労として捉えていた。

2. 高次脳機能障害における就労

家族が高次脳機能障害者の就労を考える際、まずは障害者本人が【就労するための目的】が必要であると考え。そして高次脳機能障害でなくても精神障害者の場合でも、一般就労だけでなく【リハビリによる回復でつながる就労】と家族は捉えていると考えられる。リハビリテーションとは単に身体機能の回復だけでなく、障害者が障害を語る意味は、障害を肯定し自分に取り込むことである¹⁴⁾(田垣, 2000)ということもリハビリテーションだと考える。家族も同様に障害を語ることで家族の障害を受け入れようとしているのだと考える。そのうえで【就労につながる能力の再発見】のコード数が18コードと多く、家族は障害による不安はあるものの、就労への希望を持ちながら本人の様子をよく見ている姿が伺える。できることを少しでも探していくことが高次脳機能障害者の就労の捉え方で大切であり、特徴の一つであると考え。

3. 家族の捉える就労を支援する

障害者の就労において、本人の持つ潜在的な能力を引き出すエンパワメントへの支援が重要であり、支援者は本人のできることに着目することで【職場や医療機関の理解による就労支援】の幅が広がっていくと考える。また支援者は、就労への支援として意思や目的を明確にするとともに、就労に必要な能力を得ることを目指した【リハビリによる回復でつな

がる就労】のように、病院に入院しているときから就労支援への取り組みを支える必要がある。高次脳機能障害者の入院時から就労支援が始まっていると考えられるため、入院中において24時間傍にいる看護職がその支援者としての役割を果たす必要があると考える。障害者が入院中から退院して在宅生活を送る中で、障害者とその家族に関わっているすべての支援者が、【障害者という前提の就労】を意識して関わっていくことが、障害者の就労支援を促進していくことだと考える。

4. 研究の限界と課題

この研究の分析対象者数は4名と少なく、得られた結果については偏りがある可能性があり、結果を一般化するには限界がある。しかし就労支援は看護であり、障害を持ちながら就労するために、看護職としてどのような支援が必要かを今後も検討することが必要であると考ええる。

VII. 結 論

家族は障害者の就労のきっかけには【就労に向かう本人の意欲】や【就労するための目的】が必要であり、受傷時からの【リハビリによる回復でつながる就労】や【仕事をする実感】を前向きに捉えていた。就労時には【障害の特性と向き合う】ことや【就労の現実と気持ちに向き合う】ことで【本人が就労の継続を見極める】という、障害者としての就労の現実を捉えていた。また、就労には【周囲の障害の特性に関する理解の現実】や【就労につながる能力の再発見】、【職場や医療機関の理解による就労支援】という医療・福祉による支援が必要であり【障害者という前提の就労】という選択も就労の継続につながると捉えていた。

付記

本研究は令和元年度聖泉大学看護学部研究助成金を受けて実施した。

また、この論文の内容の一部は第52回(2021年度)日本看護学会学術集会において発表したものである。

利益相反

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞

本研究の参加に快諾し、ご協力いただきましたご家族の方、関係機関の皆様にご心より感謝します。

VIII. 引用文献

- 1) 一般社団法人厚生労働統計協会：国民福祉と介護の動向増刊，65(10)，一般社団法人厚生労働統計協会，p.136, 2018/2019.
- 2) 渡邊修，米本恭三，中嶋真理子，他：いわゆる高次脳機能障害者に対する地域リハビリテーションの試み，認知神経学，7(1)，P.59-65，2005.
- 3) 蜂須賀研二，加藤徳明，岩永勝，他：日本の高次脳機能障害者の発症数，高次脳機能研究，31，p.143-150，2011.
- 4) 厚生労働省(2006)，障害者自立支援法，2020年9月4日閲覧，

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1c1.html#2-2-5>.

- 5) 厚生労働省ホームページ(2013)，障害者総合支援法，2022年4月21日閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/service/shrou.html.
- 6) 国立障害者リハビリテーションセンター(2008)，高次脳機能障害者支援の手引き，2022年4月21日閲覧，
www.rehab.go.jp/ri/event/brain_fukyu/pdf/30-1.pdf.
- 7) Setsuko TSUKAHARA, Kiyoko IZUMI: Employment Support Process of the Families for Disabled Members with Higher Brain Dysfunction due to a Traumatic Brain Injury (TBI) at the Time of Adolescence, 富山大学医学学会誌, 22(1), p.8-13, 2011.
- 8) 野々村典子：高次脳機能障害青年の在宅生活支援要因 就労への模索期から一般就労まで，国際リハビリテーション看護研究会誌，5(1)，p.59-65，2006.
- 9) 瓜生浩子，野嶋佐由美：高次脳機能障害者と共に生きる家族の調和を創成する Family Hardiness, 高知女子大学看護学会誌，41(1)，p.9-19，2014.
- 10) 會田玉美，平井奈緒子，道上彩加：高次脳機能障害者とその主介護者が地域生活に適應するプロセス—困り事の相違から考えられる支援—，目白大学 健康科学研究，(8)，p.17-26，2015.
- 11) 杉原久仁子：働き盛りの人の認知症と就労支援，桃山学院大学社会学論集，44(2)，p.307-335，2011.
- 12) 佐伯覚：脳卒中患者の職業復帰，日職災医会誌，51，p.178-181，2003.
- 13) 江口みのり，高島理沙，坂上真理，他：脳卒中後の高次脳機能障害者が就労継続に至るまでのプロセス，作業療法の実践と科学，1(2)，p.23-31，2019.
- 14) 田垣正晋：中途障害者が語る障害の意味「元健常者」としてのライフストーリーより，京都大学大学院教育学研究科紀要，46，p.412-424，2000.

◇研究報告◇

看護学生の自分の家族に対するとらえ方

—情緒機能に焦点をあてて—

長田雅子¹⁾

【目的・方法】本研究は、看護学生が自分の家族をどのようにとらえているかを明らかにすることである。対象は、A 専門学校2年生の在宅看護概論課題レポート「家族に対する考え方」をデータとして情緒機能に関する記述に焦点をあて内容分析した。なお、本研究は研究実施校の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果・考察】家族の情緒機能を340コード抽出し、12サブカテゴリーを生成、これらから「育てられた振り返り」「安らぎ憩いの場」「理想の家族像」「病による結束」「家族の再構築」の5カテゴリーを分類した。学生は、自らの経験を振り返る中で家族との生活への意味づけを行い、家族に生じる困難から絆を感じ取っていた。さらに、安らぎや憩いを求め、崩れかけた家族関係をも修復しようと模索しながらも前向きに考えていた。

【結論】在宅療養を支える家族に対して、その家族を尊重し、看護へ繋げる具体的な思考の醸成が重要と考える。

【キーワード】看護学生、家族、情緒機能

I. はじめに

日本における令和2(2020)年の高齢化率は28.8%¹⁾、と年々増加し高齢化が進んでいる。厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」報告書²⁾によると、国民の約70%は末期がんや重度の心臓病であっても最期を自宅で迎えたいと希望し、病気や障害を抱えて地域で生活する人が増えている。その一方で、家族構造は「単独」「夫婦のみ」「ひとり親と子」世帯の割合が増加すると推計³⁾され、野村ら⁴⁾は、家族のヘルスケア機能低下が予測されることから在宅看護への期待が高まっていると述べている。また、入院期間をみると、在院日数は年々短くなり、疾患や障害を持ちながらも可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、さまざまな取り組みが求められている。このような状況から、在宅医療の充実は重要となり、看護の役割への期待は大きい。この社会のニーズに対応するため、2022年より看護基礎教育3年課程カリキュラム改正が行われた。この「在宅看護」に関する部分をみると、特に地域包括ケアシステムにおける看護師の役割の重要性が増していることや、各養成所がカリキュラムを柔軟に編成で

きるよう、教育内容を「看護の統合と実践」から「専門分野」とした。また、療養の場の拡大と療養者を含めた地域で生活する人々が看護の対象であることから、科目名に地域を加え「地域・在宅看護論」とした⁵⁾。このように、現在の日本社会では在宅療養さらに在宅看護へのニーズが大きいといえる。

この在宅看護の現場の特徴は、療養者の居宅というプライバシーの高い空間での看護実践である。この領域における直接療養者とかかわる実習は、在宅看護実習や訪問看護実習等とよび、居宅へ訪問看護師とともに実習生が訪問し、様々な看護ケアに対して見学や参加をする。これは、療養者の『生活の場』で看護を提供することであり、その生活の場には家族の何らかの影響や介入がみられる。丸谷⁶⁾は、「家族が築いてきた生活の有様を知ることは、個性に即した援助を行うのに有用」と述べ、神田、落合⁷⁾は、「看護者が療養者やその家族をどのように捉えるかによって、提供されるケアは大きく変化する」と家族をとらえることの重要性を強調している。

一方、厚生労働省による「看護基礎教育検討会報告書」⁸⁾によると、最近の若者の傾向として「人間関係の希薄化や生活体験の不足が進んでいる」ことに触れている。また、看護職員に求められる能力として「対象の多様な生活スタイルや

受付日：2022年4月28日／受理日：2023年1月20日

1) Masako Osada：天使大学

文化等を理解すること」や「対象の家庭に訪問して看護を行うには信頼関係の構築や住環境の課題把握も必要」としている。さらに、コミュニケーション能力の不足の指摘もあり、若い世代の住環境の変化や科学技術の進歩の影響が表れている。在宅看護では、療養者とともにこれを支える家族が重要な役割をもつ。看護学生が在宅看護を考える時には、療養者のことも重要であるが、同様に家族の生活を知り、家族を捉えることが重要となる。ここへ繋げられるように看護学生自身が家族について自分の育った環境を通して、自分自身の家族についてどのようにとらえているか、ということをはっきりとすることは重要と考える。Marilyn M. Friedman⁹⁾によると、家族の機能を、「情緒機能」「社会化と社会布置機能」「生殖機能」「経済機能」「ヘルスケア機能」に分類している。この中で、「情緒機能」は、家族ユニットを形成し、それを維持するためになくてはならない機能であり、家族のもっとも基本的な機能の一つである。また、「情緒機能」は、家族の心理社会的ニードを満たす機能で、心理的な防衛やサポートをするなど家族の内的機能をさしている。自己像、所属感、存在意義、愛や承認やサポートなどの源は、家族間の相互作用からもたらされる。しかし、現在の家族は愛やサポートのニードを充足する課題を分かち合う人数が少ない¹⁰⁾。このため、家族の情緒機能に焦点をあててこの領域のニードやその充足を検討することは重要である。本研究では、学生の自分自身の家族へのとらえ方を分析することは、現代の学生を取りまく家族機能が明らかとなり、在宅療養者を支える家族への思いやとらえ方に繋がると考え着目した。

<用語の定義>

情緒機能：Marilyn M. Friedman¹¹⁾の解説を参考に以下のように定義した。愛情や絆で結ばれ安らぎの場・憩いの場として心理的に安定し安心できる家族のもっとも基本的な機能の一つとした。

II. 目 的

本研究の目的は、3年課程看護専門学校の2年生の看護学生が在宅看護概論で家族機能について学んだ直後にとらえた、自らの家族における情緒機能はどのような内容かについて明らかにすることである。

III. 方 法

1) 研究対象

本研究のデータは、学生が記述したレポートである。研究対象は、在宅看護概論の看護の対象-家族の講義(3コマ)を受講したA専門学校2年生73名である。対象学生は、家族看護学等の講義は受けていない。他の科目の授業の中で家族を振り返る機会は少なく、1年次の基礎看護学実習では、受け持ち患者の看護過程は展開しているが、家族までの思考の広がりを求めている。

2) データ収集方法

本研究は、在宅看護概論の看護の対象-家族の講義(3コマ)終了直後、課題レポート[自分の家族に対する考え方から]として提出を受けた。その後、すべての成績決定をした卒業前に、研究協力の同意の得られた68名(93%)の内、家族の「情緒機能」が含まれる描写の記述のあった学生52名(71%)を対象とした。

3) 分析方法

第1段階として、学生自身の家族の描写を抽出した。この抽出した部分をさらに第2段階で精読し、家族の情緒的機能の記述や家族描写の中から家族のとらえ方につながる内容を確認した。第3段階として、文章を一文ずつ整理しコード化した。コード化は、一文を原則としたが、記載内容を考慮し、文の途中で区切ることや2つ以上の文で一つのコードとして、意味ある単位を形成するようにした。次に、意味内容の類似性に従い抽象度を上げ、同じ意味内容と思われるものをサブカテゴリとし、それらをさらに統合しカテゴリを生成した。この分析のすべての段階で2名以上の研究者が行い、質的研究者スーパーバイズを受けた。さらに、分析過程は複数回繰り返し行い、真実性・信憑性を得た。

IV. 倫理的配慮

本研究は、研究実施校の研究倫理委員会の承認を得て実施した。また、研究依頼対象者への研究協力は、対象者の不利益にならないように、すべての成績評価終了後に行った。対象者に対し、研究目的、方法、参加は自由意志であること、研究に不参加であった場合であっても不利益にならないことを説明した。また、匿名性の保護のため、レポートは学籍番号・氏名を消去した状態で複写し、ID番号を付した。また、匿名性の保護、結果の公表について説明し、文書による同意を得た。

V. 結 果

在宅看護概論の単元：看護の対象-家族の講義後に提出した「家族に対する考え方」のレポートより、家族描写の記述のある学生52名の分析を行った。その結果、340コードを抽出し、12サブカテゴリを、次に5カテゴリを生成した。カテゴリ、サブカテゴリを表に示す(表1)。各カテゴリについて、カテゴリ「」, サブカテゴリ< >, コード“ ”で示す。

340コードから生成した5カテゴリは、「育てられた振り返り」「家族は安らぎ憩いの場」「理想の家族像」「病を通しての家族の結末」「家族の再構築」である。学生は、自分の育てられた様々な事を振り返ることから、家族への思いや理想を記述した。さらに、家族の病気などの出来事やそこから家族の関係性を述べる学生も多かった。

1) カテゴリ 「育てられた振り返り」

コード数は、81であった。

表1 看護学生がとらえた自分の家族の情緒機能 カテゴリー, サブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
育てられた振り返り	家族の不仲による孤独や不安
	家族は心と生活の支え
	家族の力になりたい
家族は安らぎ憩いの場	ありのままでいられる安心感
	家族の会話は安らぎ
	この家族を大切にしたい
理想の家族像	安心できる家族
	支え合う家族
病を通しての家族の結束	病による家族への影響
	家族としての役割の遂行
家族の再構築	危機を乗り越え強まる関係性
	強い絆で成長する家族

学生は家族のことを考える時、さまざまな感情とともに、どのように育ってきたかを記述していた。“（家族が出ていき）残された家族が悲しみに暮れ会話することなくただ泣いていた”や“（家族に）捨てられたから、大切な人も簡単に私を捨てるのではないかという考えが染みついた”等より、サブカテゴリー<家族の不仲による孤独や不安>を生成した。また、“時に厳しく時に優しい母のことが大好き”や、“今でも悩みがあると母や姉に相談をして、私は家族に救われていることがたくさんある事に気がついた”等より、サブカテゴリー<家族は心と生活の支え>を生成した。さらに、“母子家庭で、いつか母親に介助が必要になった場合は、私が面倒を見ることになるだろう”や“父や母が体調をくずした時、介護が必要となった時には支えられるようになりたい”等より、サブカテゴリー<家族の力になりたい>を生成した。

2) カテゴリー 「家族は安らぎ憩いの場」

コード数は、66であった。

学生は、家族の様々な日常の情景をありのまま具体的に記述していた。“損得なしの思いやりや助け合い、離れていても支え合う関係で、無条件に受け入れてくれるかけがえのない大切な存在”等より、サブカテゴリー<ありのままでいられる安心感>を生成した。また、“父と休日にドライブ、買い物、食事をしに行く”や“朝食、夕食は必ず一緒に食卓を囲むことにしている”等より、サブカテゴリー<家族の会話は安らぎ>を生成した。さらに、“私はこの家族が大好きでいつまでもこの関係のままいたいし、たった一つしかないので、いつまでも大切にしたい”や、“家族は私が成長していくのに本当に必要な存在”等からサブカテゴリー<この家族を大切にしたい>を生成した。

3) カテゴリー 「理想の家族像」

コード数は、46であった。

学生自らの生い立ちや今の家族への思いや経験を通して、それぞれの理想について記述していた。“家族だからこそ大切にし、思いやりのある発言、行動をする”や“家族の中で信頼

し支え合うにはコミュニケーションが大事”等より、サブカテゴリー<安心できる家族>を生成した。さらに、“家族には様々なあり方が在ると思うが、どんなことがあっても支え合い、信じあうことが大事”や、“家族一人ひとりが目標ややりがいを感じるものがあり、それに対して家族は成功、失敗は関係なく支え合うことができる”等より、サブカテゴリー<支え合う家族>を生成した。

4) カテゴリー 「病を通しての家族の結束」

本研究対象は看護学生であり、学生自身や家族の病について印象や思い出を記述することが多かった。例えば、“母にとってこれからもずっと一緒に過ごしていくと思っていた人が、突然いなくなってしまい、大切な家族の死は重いと感じた”や“(祖父が亡くなった時)家族の中で母が落ち込んでいたことで家族全体の雰囲気が暗く、悲しい思いが続いていた”等から、サブカテゴリー<病による家族への影響>を生成した。さらに、“入院中家事を妹と母の代わりにし、洗濯掃除食事など母の大変さがよくわかった”や“母の入院による父親の緊張(があったこと)や、兄弟があえて母を話題にしなかったが、一度も外食せず、父親が家事を行った”等より、サブカテゴリー<家族としての役割の遂行>を生成した。

5) カテゴリー 「家族の再構築」

家族の病から家族それぞれの役割を理解することや、さまざまな感情を経験し、“お互いの変なことを分かち合うことで相手のことを思った行動をすることが増え、会話が関係も濃厚になっていった”や“母の乳がんをきっかけに家族という存在の大切さや、役割を補い合いながら乗り越える団結力を感じた”等より、サブカテゴリー<危機を乗り越え強まる関係性>を生成した。また、“病気を抱えている人だけでなく、家族全員で病氣と向き合い困ったこと大変なことはサポートし合い、支え合うことが大切”や“より良い状態にするために努力し協力していく集団で、家族とは常に変化していくものであり、助け合い成長していきたい”等より、サブカテゴリー<強い絆で成長する家族>を生成した。

VI. 考 察

今回、在宅療養者に対する看護は家族への理解がケアに影響を与えることから、まず学生自身が家族をどのようにとらえているか、学生のレポートから分析を行った。この結果、「育てられた振り返り」「家族は安らぎ憩いの場」「理想の家族像」「病を通しての家族の結束」「家族の再構築」の5カテゴリーが得られた。

「育てられた振り返り」では、学生が家族のことを考える時、自分自身がどのように育ってきたのかをさまざまな感情とともに具体的に振り返っていた。辛かった記憶や嫌だと感じた経験から、また同じ思いをするのではないかと不安に感じ、自らの生い立ちのその場面を思い返し、今なおその出来事に否定的な感情を抱いている学生がいた。一方、自分の家族の良い部分を強調し、自分も力になりたいと目標を持つ学生もいた。人間は、絶えず変化する周囲の環境から影響を受けながら生活を営んでいる¹²⁾が、看護学生が自分の育ってきた環境を振り返ることの意味は、そこで、自己の感情を客観的に見つめることにつながっていると考えられる。

また、「家族は安らぎ憩いの場」では、自己の育てられた環境について家族との日々の情景を、あたたかさや柔らかさなどにとらえていた。“父と休日にドライブ行くこと”や“朝食、夕食は必ず一緒に食卓を囲む”等は、具体的な家族のやり取りの場面を容易に想像できる。学生は、自分自身の家族との会話を通して安らぎを感じていた。学校内外で生じる様々な出来事について家族に相談することや、穏やかな時間を意味ある価値ととらえていた。その背景には、ありのままでいられる安心感や、家族との日常会話の中で安らぎや癒しを感じており、この家族を大切にしたいという思いに繋がっていると考える。

「理想の家族像」では自分の家族への思いを基本に、学生は理想の家族像を描いていた。情緒的な結びつきは現代の人びとが家族に求める重要な要素であり、また、社会的要請によって情緒的な結びつきを持つ集団単位が家族として承認¹³⁾されていることが日本における多くの人々の考えにある。学生も同様に、家族といえると安心し、支え合いを通して幸せを実感していた。さらに、家族との生活を通して支えられてきたことに感謝し、自身の理想の家族像を描いていた。

「病を通しての家族の結束」では、多くの学生が自分の家族の病について記述していた。家族の病が他の家族へどのように影響したのか、その経験を通して家族の役割や役割の遂行について考えていた。今回のレポートの中で病の記述が多い理由に家族との印象的なエピソードがあった。看護学生の実習前後の学生の家族支援の認識についての調査において、富安ら¹⁴⁾は、実習前はヘルスケア機能を最優先していたことを述べている。本調査においても、看護学生としてヘルスケアに関心を大きくもったことが推察される。

「家族の再構築」では、家族の病を経験し、何らかの危機を乗り越えると家族には、相手を思い遣る気持ちが湧き起こり、行動に変化をもたらすことを実感していた。このように家族こそ、「自己確信の構築に欠かすことのできない“重要な他者”¹⁵⁾であるということは、危機を乗り越えゆるぎない自己を確信したことから、家族の絆を通して学生自身が成長を実感したと考える。また、これらの経験から自分自身の将来像と重ね、両親の揃わない状況や、地元を離れて一人暮らし等、多様な家族の形を理解しようとしていた。

以上のことより学生は、自分自身について振り替えることや様々な経験を通して、家族のその時々状況について客観的に考えることができた。これは、在宅療養者を支える家族の多様性ならびに価値観を尊重する態度や理解しようとする基盤に繋がると考える。

VII. 結 論

1. 在宅看護概論による学生のレポート課題「家族に対する考え方」から、家族に関する記述を抽出し、カテゴリー「育てられた振り返り」「家族は安らぎ憩いの場」「理想の家族像」「病を通しての家族の結束」「家族の再構築」を生成した。
2. 学生は、自分自身の家族との経験を通して、「家族」の多様性や自身の未来の家族への理想について客観的に考えていた。
3. 「在宅看護」についての教授では、療養者を支える家族の重要性が理解できるように家族への看護を具体的に考えることができるような思考の醸成が必要である。

研究の限界と今後の課題

今回の研究では、対象者が1つの専門学校の学生であることにより偏りが生じる可能性のあること、今回の記述の背景に他の科目による家族に関する講義内容の影響を受けていることが考えられる。

今後は、他の領域における家族への看護と連携しながら、地域で暮らす方を支える家族への看護という視点で研究を深める必要がある。

なお、本論文は、第50回日本看護学会 - 在宅看護 - 学術集會にて発表し、一部加筆・修正している。

利益相反：本研究における利益相反はない。

VIII. 引用文献

- 1) 内閣府 (2020). 令和3年版高齢社会白書第1章高齢化の現状, 2022年4月10日閲覧, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.html.
- 2) 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会, 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」, 2022年4月10日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf.

- 3) 国立社会保障・人口問題研究所 (2018), 日本の世帯数の将来推計(全国推計), 2022年4月10日閲覧,
http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/hprj2018_gaiyo_20180117.pdf.
- 4) 野村政子, 柿沼直美, 常名陽子, 他:在宅看護論実習における学生の学び—実習目標との関連から—, 第46回日本看護学会論文集(在宅看護), p.111-114, 2016.
- 5) 厚生労働省 (2018), 看護基礎教育検討会報告書, 2022年4月10日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>.
- 6) 丸谷美紀:在宅看護実践者が行う家族の歴史に基づく援助, 家族看護学研究, 15 (1), p.41-50, 2009.
- 7) 神田りつ子, 落合清子:訪問看護実習において学生が捉えた“家族”—実習記録を通して—, 聖隷クリストファー大学看護短期大学部紀要, 25, p.1-9, 2002.
- 8) 前掲書5), p.3-4.
- 9) Marilyn M. Friedman, Vicky R. Bowden, Elaine G. Jones/野島佐由美(監訳):家族看護学理論とアセスメント, p.74-75, へるす出版, 2000.
- 10) 前掲書9), p.268.
- 11) 前掲書9), p.267-277.
- 12) 壬生寿子, 日當ひとみ:在宅看護の変遷からみる在宅看護教育の今後の課題, 産業文化研究, 26, 総説, p.49-61, 2017.
- 13) 奥田太郎:家族という概念を何が支えているのか—補完性の原理を経由して(1), 社会と倫理, 30, p.91-103, 2015.
- 14) 富安眞理, 鈴木みちえ, 長澤久美子, 他:在宅看護論における家族支援に関する学習効果の検討:学生の家族支援の認識に焦点をあてて, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 15, p.35-43, 2007.
- 15) 平野敏政:現代社会における家族の機能変動と家族関係 現代社会における家族の機能変動と家族関係, 帝京社会学, 25, p.1-21, 2012.

◇研究報告◇

東海地方 A 地域における医療機関の LGBT 当事者に対する配慮の取り組みに関する研究

林久美子¹⁾, 柴 裕子¹⁾, 青木郁子¹⁾, 粕谷恵美子¹⁾, 田中 耕¹⁾

【目的】 東海地方 A 地域の医療機関における LGBT 当事者配慮の取り組みについて実態を明らかにすることを目的とする。

【方法】 東海地方 A 地域の医療機関の代表者に“当事者配慮の取り組み状況”などの質問紙調査を実施し量的・質的分析を行った。

【結果】 318 部配布し有効回答 80 部であった。当事者配慮の取り組みは「現在行っている」4 名 (5.0%), 「今後取り組みの必要性を感じているが現在は何もできていない」49 名 (61.2%), 「今後も取り組むつもりはない」27 名 (33.8%) であった。当事者配慮に関する自由記述は, [LGBT に関する知識習得の必要性を再認識] [当事者に限った配慮の必要性を感じられない] [当事者への配慮の必要性を再認識] の 3 カテゴリーであった。

【考察】 医療機関の LGBT 当事者配慮の実施率は低い。6 割以上が必要性を感じているため, 医療従事者に当事者の求める配慮について周知していく必要がある。

【キーワード】 LGBT, 性的マイノリティ, 医療機関

I. はじめに

近年, 多様性を認め合う社会構築が多くの分野で求められている。とりわけ, 性の多様性は配慮が必要な課題として取り上げられ, 様々な調査が行われている。LGBT とは, L: Lesbian (女性同性愛者), G: Gay (男性同性愛者), B: Bisexual (両性愛者), T: Transgender (性同一性障害・性別違和) の性的少数者のことを指す用語である。

2018 年に実施された LGBT に関する広範な調査の結果, LGBT に該当する人は 60,000 名の対象者のうち 8.9%であったと報告されている¹⁾。また, 名古屋市が実施した調査において, 自身が性的少数者であると回答したものは 1.6%であったとされている。LGBT に該当する人々は少数で遠い存在などではなく, 私たちの身近で生活を営んでいる²⁾。NHK は 2015 年に, 全国の LGBT を含む性的マイノリティ当事者を対象に Web 質問紙調査を実施した。対象者は, LGBT であることで健康への影響が「あった」21.6%, 「ややあった」18.2%, と回答しており, 他者に受け入れられるかどうかでストレス

を感じることや, トイレの使用問題で健康を害することなどが報告されていた³⁾。

米国での National Transgender Discrimination Survey (NTDS) において, FTM (Female to Male: 出生時の性別が女性で性自認が男性のトランスジェンダー) の対象者 1711 名中, 41.8%が診療所や病院で差別を受けた経験があると報告されている⁴⁾。我が国においては, トランスジェンダーの当事者 380 名を対象にした医療機関に関する Web アンケートの結果, 41.8%の人が体調不良の際に医療機関への受診をためらった経験があり, 44.8%の人が受診・入院の際の不快な経験があることが報告されている⁵⁾。LGBT の中でもトランスジェンダーは, 出生時の性別と自認する性別が異なり, しばしば戸籍と同じ保険証に記載された性別と外見の性別が異なる。医療者や他の患者から好奇の目にさらされる不安感が受診行動に影響を与えていることが示唆される。

三部の「LGBT 患者対応についての看護部長アンケート」では, LGBT や性の多様性について知識や理解を得るための看護研修について, 91.7%が研修の実施をしていないことが

受付日: 2022 年 3 月 24 日 / 受理日: 2023 年 1 月 20 日

1) Kumiko Hayashi, Yuko Shiba, Ikuko Aoki, Emiko Kasuya, Tagayasu Tanaka: 中部学院大学

報告されている。また、性別違和のある患者（トランスジェンダー）への配慮として、外来受診の患者の呼び出し時の配慮として、「配慮あり」と回答したのは49.6%、「配慮なし」と回答したのは47.2%であった⁶⁾。また、中塚らは、性同一性障害であるトランスジェンダーのFTM (Female to Male Transsexuals) 68名とMTF (Male to Female Transsexuals: 出生時の性別が男性で性自認が女性のトランスジェンダー) 40名を対象に、外来診療システムが満足するものであるかを自記式質問紙にて調査を行った。トイレに関して満足している対象者は30%台と少なく、「男女共用のトイレ」や「男性用トイレの個室を増やす」などの配慮を希望していることが報告されている⁷⁾。

先行研究では、LGBT当事者の立場から医療機関を受診する際の困難さなどが調査されているが、医療機関で行われているLGBT当事者への配慮の実態を明らかにした研究は見当たらない。医療機関において、LGBT当事者に対する知識習得の機会が少なく、LGBT当事者への配慮が十分に行われていない可能性が示唆されている。そこで、LGBT当事者を含む全ての人が安心して医療を受けられる環境整備を行っていくための基礎資料とするために、医療機関においてLGBT当事者への配慮や設備の実態調査を行う必要があり、本調査に取り組んだ。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、東海地方 A 地域の医療機関におけるLGBT当事者に対する配慮の取り組みについて実態を明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. データ収集方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査

2. 調査期間

2020年7月1日～2020年9月10日

3. 研究対象

東海地方 A 地域 (10市町村) の病院, 医院, 歯科医院の代表者とした。対象者のリクルート方法は、当該地域の医師会・歯科医師会に連絡し、同意が得られた地域の病院, 医院, 歯科医院に郵送で研究目的や研究方法, 倫理的配慮が記載された研究説明文書とともに質問紙を配布した。

4. 調査内容

1) 基本属性 (性別, 職種, 年齢, 職種経験年数, 所属医療機関の種別, 所属医療機関の勤務者数), 2) LGBT当事者と関わった経験 (日常生活全般での経験の有無, 医療的な関わりの経験の有無), 3) LGBTに関する知識習得の機会 (研修受講の有無, 書籍や資料の閲覧経験の有無), 4) LGBT当事者への配慮の取り組みの現状および構想について, 「現在取り組みを行っている」, 「まだ取り組みを行っていないが, 準備を進めている」, 「今後, 取り組みの必要性を感じているが現

在は何もできていない」, 「今後も取り組むつもりはない」の4件法で回答を求めた。5) LGBT当事者配慮の取り組みの有無: ソフト面の取り組み (問診票の性別欄の削除, カルテの性別欄の削除, 患者が希望する場合の苗字や通称名での呼称, 患者の呼び出しを番号で行う, 検査着等を性別で色分けしない, 施設内でのLGBT知識普及活動, 施設内でのLGBTアライ^{*1)}であることの揭示) 6) LGBT当事者配慮の取り組みの有無: ハード面の取り組み (性別に関係なく使用できるトイレの設置, 診察時・処置時にプライバシーの守られる空間の設置) 7) LGBT当事者に配慮するために必要な支援について「LGBTを理解するための研修会の開催」, 「LGBTを理解するための資料配布」, 「LGBT当事者が医療機関に求める配慮の情報提供」, 「LGBT配慮の取り組みへの公的な費用補助, 現在行っているLGBT当事者配慮の妥当性の監査」の5つの選択肢について複数回答を許可して回答を求めた。8) 医療機関で行うべきLGBT当事者に対する配慮の取り組みについて自由記述で回答を求めた。

※1 LGBTアライとは、LGBTのことを理解し、自分のできる事とは何かを考えて行動する支援者

5. 分析方法

各項目の基本統計量を算出し、「LGBT当事者との関わりの経験の有無」と「当事者配慮の取り組み (ソフト面) の有無」, 「当事者配慮の取り組み (ハード面) の有無」, 「LGBTに関する研修受講の有無」, 「LGBTに関する書籍・資料の閲覧経験の有無」の各項目をクロス集計の上で χ^2 検定あるいはFisherの正確確率検定を行った。また、調整済み残差を求めて残差分析を行った。有意水準は両側・片側ともに5%とした。分析にはIBM SPSS Statistics Ver.23を用いた。

自由記述の回答に関しては、質的帰納的分析を行った。分析方法は、記述された文脈から意味の類似するものをまとめ、サブカテゴリ・カテゴリを生成した。分析にあたっては、信頼性・妥当性を担保するため質的研究の経験を有する共同研究者とともに検討を重ねた上で分析を進めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者に質問紙の回答は自由意思によるものであることを文書で説明し、質問紙の表紙に同意の有無を問うチェックボックスを設けて、同意の有無を確認した。質問紙の回収にあたっては無記名として個人や所属する医療機関名が明らかにならないように配慮した。中部学院大学研究倫理審査委員会の審査・承認を得た (承認番号: C19-0012)。

Ⅴ. 結 果

東海地方 A 地域 (10市町村) の対象318施設に質問紙を送付し89部を回収し (回収率28.0%)、有効回答数は80部 (有効回答率89.9%) であった。

1. 基本属性 (表 1)

対象者の性別は、男性 64 名 (80.0%)、女性 14 名 (17.5%)、未回答が 2 名 (2.5%) であった。職種は医師が 35 名 (43.7%)、歯科医師が 29 名 (36.2%)、事務職員が 8 名 (10.0%)、看護師が 5 名 (6.3%)、その他が 2 名 (2.5%)、未回答が 1 名 (1.3%) であった。年齢は平均 57.0 ± 11.3 歳、職種経験年数は平均 29.9 ± 12.3 年であった。対象者の勤務する医療機関の種別は、病院が 7 名 (8.8%)、診療所が 43 名 (53.7%)、歯科医院が 29 名 (36.2%)、未回答が 1 名 (1.3%) であった。勤務する施設の職員数は、1~10 名が 56 名 (69.9%)、11~20 名が 11 名 (13.8%)、21~30 名が 2 名 (2.5%)、31~40 名が 2 名 (2.5%)、41~50 名が 2 名 (2.5%)、51 名以上が 7 名 (8.8%) であった。

2. LGBT に関わる経験・知識・取り組み

1) LGBT 当事者との関わりの経験 (表 2)

対象者の中で、「LGBT 当事者と関わった経験がある」と回答したものは 25 名 (31.3%)、「LGBT 当事者と医療的に関わった経験がある」と回答したものは 15 名 (18.8%) であった。

2) LGBT に関する知識習得の機会 (表 2)

対象者の中で「LGBT に関する研修受講」の経験があると回答したものは 3 名 (3.8%)、「LGBT に関する書籍・資料を読んだ」経験があると回答したものは 20 名 (25.0%) であった。

3) LGBT 当事者への配慮の取り組みの現状および構想 (表 2)

LGBT 当事者に配慮した取り組みの現状および構想について、「現在行っている」と回答したのは 4 名 (5.0%)、「まだ取

表 1 対象者の基本属性 n=80

	n	%
性別		
男性	64	80.0
女性	14	17.5
未回答	2	2.5
職種		
医師	35	43.7
歯科医師	29	36.2
事務職	8	10.0
看護師	5	6.3
その他	2	2.5
未回答	1	1.3
勤務する医療機関		
病院	7	8.8
診療所	43	53.7
歯科医院	29	36.2
未回答	1	1.3
職員数		
1~10名	56	69.9
11~20名	11	13.8
21~30名	2	2.5
31~40名	2	2.5
41~50名	2	2.5
51名以上	7	8.8

表 2 LGBT に関わる経験・知識取り組み n=80

	n	%
LGBT 当事者との関わりの経験		
LGBT 当事者との関わりの経験 有り	25	31.3
LGBT 当事者との医療的な関わりの経験 有り	15	18.8
LGBT に関する知識習得の機会		
LGBT に関する研修受講 有り	3	3.8
LGBT に関する書籍・資料などの閲覧経験 有り	20	25.0
LGBT 当事者への配慮の取り組みの現状および構想		
現在取り組みを行っている	4	5.0
まだ取り組みを行っていないが、準備を進めている	0	0.0
今後取り組みの必要性を感じているが現在は何もできていない	49	61.2
今後も取り組むつもりはない	27	33.8
医療機関で LGBT 当事者に配慮するために必要な支援 (複数回答)		
LGBT 当事者を理解するための研修会の開催	47	58.8
LGBT 当事者を理解するための資料配布	37	46.3
LGBT 当事者が医療施設に求める配慮の情報提供	21	26.3
LGBT 当事者への配慮を行うための設備費用の公的補助	13	16.3
現在行っている LGBT 当事者に対する配慮が妥当であるかの監査	6	7.5
その他	3	3.8

り組みを行っていないが、準備を進めている」と回答したのは0名(0.0%)、「今後取り組みの必要性を感じているが現在は何もできていない」と回答したのは49名(61.2%)、「今後も取り組むつもりはない」と回答したのは27名(33.8%)であった。

4) LGBT 当事者に配慮するために必要な支援 (複数回答)

(表2)

対象者が LGBT 当事者に配慮するために必要な支援と回答したのは、「LGBT 当事者を理解するための研修会の開催」と回答したのは47名(58.8%)、「LGBT 当事者を理解するための資料配布」と回答したのは37名(46.3%)、「LGBT 当事者が医療施設に求める配慮の情報提供」と回答したのは21名(26.3%)、「LGBT 当事者への配慮を行うための設備(ソフト面・ハード面)費用の公的補助」と回答したのは13名(16.3%)、「現在行っている LGBT 当事者に対する配慮が妥当であるかの監査」と回答したのは6名(7.5%)であった。

5) LGBT 当事者配慮の取り組みの有無：ソフト面 (表3)

現在、LGBT 当事者に配慮した取り組み(ソフト面)を実施していないのは75名(93.8%)であった。実施している LGBT 当事者配慮のソフト面の取り組みの内容として、「問診票の性別欄の削除」2名、「患者の申し出がある場合には、苗字のみや通称名で呼称する対応」2名、「検査着・処置着など、性別で色分けをしない」2名、「施設内での LGBT への知識普及活動(職員研修など)」1名が行っていると回答した。

6) LGBT 当事者配慮の取り組みの有無：ハード面 (表3)

現在、LGBT 当事者に配慮した取り組み(ハード面)を実施していないのは73名(91.3%)であった。実施している LGBT 当事者配慮のハード面の取り組みの内容として、「みんなのトイレ(性別に関係なく使用できるトイレ)の整備」6名、「診察時・処置時にプライバシーの守られる空間の設置」3名が整備されていると回答した。

7) 医療機関で行うべき LGBT 当事者に対する配慮の取り組みに関する考え (表4)

LGBT 当事者配慮に関しての自由記述の設問は、18名の回答があり、36のコードが得られた。質的帰納的分析の結果についてカテゴリを【】、サブカテゴリを<>、コードを“ ”に示す。分析の結果、11サブカテゴリと3カテゴリ【LGBTに関する知識習得の必要性を再認識】、【LGBT 当事者に限った配慮の必要性を感じられない】、【LGBT 当事者への配慮の必要性を再認識】が生成された。

(1) 【LGBT に関する知識習得の必要性を再認識】

“LGBT 当事者であることがわかった上で対応するが、TやQ: Questioning(性別を決められない人、性別が決まっている人)の人への対応がわからない”など3コードからなる<LGBT 当事者への対応が分からない>、“資料の配布等からより多くの人々が理解を深める事が必要。”など4コードからなる<LGBT に関する研修や資料配布のニーズ>、“このような問題・政策・課題を取り扱う場合は、LGBT など、一般の日本人にとってわかりやすい英語をしっかりと邦訳して使うようにすべきだ。”など2コードからなる<LGBT に関する知識普及への課題>が生成された。

(2) 【LGBT 当事者に限った配慮の必要性を感じられない】

“ことさら配慮や取り組みを考える必要はないと考えている。”など5コードからなる<現状で LGBT 配慮の必要性を感じられない>、“本人の生き方を認め、支え、評価していくことは LGBT に限らず全ての方にとって必要と思う。”など7コードからなる<LGBT に限らず個別の配慮が必要>、“LGBT 当事者への配慮より過剰な要求をされたり(治療)待ちが長かったりなどのクレーム対応の方が重要となっている”からなる<他の問題が最優先>が生成された。

(3) 【LGBT 当事者への配慮の必要性を再認識】

“LGBT 当事者が医療機関の受診において不快な思いを感じているという現状を把握している医療従事者が少数と考え

表3 LGBT 当事者配慮の取り組みの有無：ソフト面・ハード面 (複数回答)

取り組みの内容		n	%
ソフト面	取り組みなし	75	93.8
	問診票の性別欄の削除	2	2.5
	カルテの性別欄の削除	1	1.3
	患者の申し出がある場合には、苗字のみや通称名で呼称する対応	2	2.5
	全ての患者の呼び出しを番号で行う	0	0.0
	検査着・処置着など、性別で色分けをしない	2	2.5
	施設内でのLGBTへの知識普及活動(職員研修など)	1	1.3
	LGBTアライであることの提示	0	0.0
ハード面	取り組みなし	73	91.3
	みんなのトイレ(性別に関係なく使用できるトイレ)の整備	6	7.5
	診察時・処置時にプライバシーの守られる空間の設置	3	3.8
	入院時、個室等のプライバシーの守られる空間の設置	0	0.0

る。”など6コードからなる<これまでのLGBT当事者配慮の必要性の認識不足>，“トランスジェンダーで特に、生物学的には男女があるので特有の癌があるため、検診などどのようにしていくか考える必要がある。”など2コードからなる<LGBT特有の問題に対応が必要>，“LGBT当事者への配慮は今後、必須問題だと思っている。”など6コードからなる<LGBT当事者配慮の必要性に対する課題意識>が生成された。

8) LGBT当事者との関わり方の経験と当事者配慮の取り組み(ソフト・ハード面)の関連(表5・6)

LGBT当事者との関わり方の経験の有無とLGBT当事者配慮の取り組み(ソフト面)の実施の有無との関連では、LGBT当事者との関わり方の経験がある者は、経験がない者に比べて、LGBT当事者配慮の取り組み(ソフト面)を行っている者が有意に多かった($p=0.048$, 調整済み残差 3.0)。LGBT当事者と医療的に関わった経験のある者は、経験がない者に比べて、LGBT当事者配慮の取り組み(ソフト面)を行っている者が有意に多かった($p=0.020$, 調整済み残差 2.9)。

LGBT当事者との関わり方の経験の有無とLGBT当事者配慮の取り組み(ハード面)の実施の有無との関連では、LGBT当事者との関わり方の経験の有無と、LGBT当事者配慮の取り組み

(ハード面)の実施の有無では有意な関連はみられなかった($p=0.076$)。また、LGBT当事者と医療的な関わり方の有無とLGBT当事者配慮の取り組み(ハード面)の実施の有無においても有意な関連はみられなかった($p=0.319$)。どちらも調整済み残差による頻度の差もみられなかった。

9) LGBT当事者との関わり方の経験とLGBTに関する知識習得の機会(研修受講・書籍・資料の閲覧)の関連(表7・8)

LGBT当事者との関わり方の経験とLGBTに関する研修受講の経験との関連では、LGBT当事者との関わり方の経験と、LGBTに関する研修受講の経験の有無には有意な関連はみられなかった($p=0.229$)。また、調整済み残差による頻度の差もみられなかった。LGBT当事者との医療的な関わり方の経験とLGBTに関する研修受講の有無には有意な関連はみられなかった($p=0.089$)。

LGBT当事者との関わり方の経験とLGBTに関する書籍・資料の閲覧の経験との関連では、LGBT当事者との関わり方の経験がある者は、LGBTに関する書籍・資料の閲覧経験がある者が有意に多かった($p=0.037$, 調整済み残差 2.1)。LGBT当事者との医療的な関わり方の経験がある者は、LGBTに関する書籍・資料の閲覧経験がある者が有意に多かった($p=0.005$, 調整済み残差 2.8)。

表4 医療機関で行うべきLGBT当事者配慮の取り組みに関する考え

カテゴリ	サブカテゴリ	コード数
LGBTに関する知識習得の必要性を再認識	LGBT当事者への対応が分からない	3
	LGBTに関する研修や資料配布のニーズ	4
	LGBTに関する知識普及への課題	2
LGBT当事者に限った配慮の必要性が感じられない	現状でLGBT配慮の必要性が感じられない	5
	LGBTに限らず個別の対応が必要	7
	他の問題が最優先	1
LGBT当事者への配慮の必要性を再認識	これまでのLGBT当事者配慮の必要性の認識不足	6
	LGBT特有の問題に対応が必要	2
	LGBT当事者配慮の必要性に対する課題意識	6

表5 LGBT当事者との関わり方の経験と当事者配慮の取り組み(ソフト面)との関係 n=79

		当事者配慮の取り組み(ソフト面)		合計	p値	
		有り	無し			
		度数	調整済み残差			
LGBT当事者との関わり方の経験	有り	度数	4	21	0.048*	
		調整済み残差	3.0	-3.0		
	無し	度数	0	54		54
		調整済み残差	-3.0	3.0		
LGBT当事者との関わり方の経験(医療的)	有り	度数	3	12	0.020*	
		調整済み残差	2.9	-2.9		
	無し	度数	1	63		64
		調整済み残差	-2.9	2.9		

Fisherの正確確率検定

* $p < .05$

表6 LGBT当事者との関わりの経験と当事者配慮の取り組み（ハード面）との関係 n=79

		当事者配慮の取り組み (ハード面)		合計	p値
		有り	無し		
LGBTQ当事者との 関わりの経験	有り	度数	4	25	0.076
		調整済み残差	1.9		
	無し	度数	2	54	
		調整済み残差	-1.9		
LGBTQ当事者との 関わりの経験 (医療的)	有り	度数	2	15	0.319
		調整済み残差	0.9		
	無し	度数	4	64	
		調整済み残差	-0.9		

Fisherの正確確率検定

*p<.05

表7 LGBT当事者との関わりの経験と知識習得の機会（研修受講）の関係 n=80

		LGBTに関する知識習得の機会 (研修受講)		合計	p値
		有り	無し		
LGBT当事者との 関わりの経験	有り	度数	2	25	0.229
		調整済み残差	1.3		
	無し	度数	1	55	
		調整済み残差	-1.3		
LGBT当事者との 関わりの経験 (医療的)	有り	度数	2	15	0.089
		調整済み残差	2.2		
	無し	度数	1	65	
		調整済み残差	-2.2		

Fisherの正確確率検定

*p<.05

表8 LGBT当事者との関わりの経験と知識習得の機会（書籍・資料の閲覧）との関係 n=80

		LGBTに関する知識習得の機会 (書籍・資料の閲覧)		合計	自由度	χ^2 値	p値
		有り	無し				
LGBT当事者との 関わりの経験 ※1	有り	度数	10	25	1	4.364	0.037*
		調整済み残差	2.1				
	無し	度数	10	55			
		調整済み残差	-2.1				
LGBTQ当事者との 関わりの経験 (医療的) ※2	有り	度数	8	15	—	—	0.005*
		調整済み残差	2.8				
	無し	度数	12	65			
		調整済み残差	-2.8				

※1: χ^2 検定, ※2: Fisherの正確確率検定

*p<.05

VI. 考 察

1. 東海地方 A 地域の医療機関における LGBT 当事者配慮の取り組みの実態

LGBT 当事者配慮の取り組みについて、「現在行っている」と回答したのは 5.0%と非常に少ない結果であった。具体的な LGBT 当事者配慮について、ソフト面で何らかの取り組みを行っているという回答した者が 6.3%、ハード面で何らかの取り組みを行っているという回答した者が 8.8%であり、5%を若干であるが上回っている。これは、LGBT 当事者配慮とは別の「個人情報保護」や、「歯科診療のために性別の記載が不要」などの他、ユニバーサルデザインの一環で LGBT 当事者に限らず全ての人に使いやすい設備などの設置として取り組みがなされていることが考えられる。

さらに、LGBT 当事者配慮の取り組みについて、「今後取り組みの必要性を感じているが現在は何もできていない」が 61.2%と半数以上であり、LGBT に対する偏見や差別をなくすためのレインボープライドなどの活動の成果や、LGBT に関する報道が増えていることから社会全体に浸透してきたことが窺える。一方、「今後も取り組むつもりはない」が 33.8%であり、一定数の医療従事者が LGBT 当事者配慮の取り組みを行うつもりがないことが明らかとなった。このような取り組みの必要性を感じていない医療従事者に対するアプローチが今後の課題といえる。

また、対象者の LGBT に関する知識習得の機会において、研修受講者は 3.8%と極めて少なく、LGBT への関心の低さに加え、医療従事者向けの LGBT に関する研修機会の少なさも影響していると考えられる。LGBT に関する資料や書籍を読んだ経験がある者は 25.0%であり、研修受講より多い割合となっている。研修会に参加するよりも資料や書籍の閲覧は、時間や場所にとらわれず簡便であることが考えられる。また、近年 SDGs (Sustainable Development Goals: 持続可能な開発目標) 等が雑誌で特集されることも多く、ジェンダーに関する問題意識も高まっている。それにより、書籍や雑誌等で LGBT に関する知識を得る機会が増していることが窺える。

2. 医療機関で LGBT 当事者配慮の取り組みのために必要な支援

医療機関で LGBT 当事者に配慮するために対象者が必要としている支援は、「LGBT 当事者を理解するための研修会の開催」が 58.8%で最も多く、次いで「LGBT 当事者を理解するための資料配布」が 46.3%であった。6 割以上の対象者が LGBT 当事者配慮について「今後取り組みの必要性を感じているが現在は何もできていない」としていることから、LGBT 当事者に関する知識を得ることで、LGBT 当事者配慮の取り組みを実践する可能性が高い。LGBT に関する教育ニーズが半数以上であるにも関わらず、LGBT に関する研修受講の受講率が低いことや、LGBT に関する資料や書籍を読んだ経験が 3 割以下であることなどから、LGBT の問題が医

療従事者にとって優先度の高くない問題として捉えられている可能性や、医療従事者に特化した研修や資料等が少ない現状があることが考えられる。看護学生を対象とした研究においては、LGBT に関する教育を行うことで、知識の向上だけでなく LGBT 当事者に対する態度が改善されたという報告がある⁸⁾。LGBT に関する教育は小中学校や高等学校で行われることが増えてきている。医学や歯学、看護学ではその教育を発展させて、医療従事者として LGBT 当事者配慮について考えさせるような教育が必要であると考えられる。

3. 医療機関で行うべき LGBT 当事者配慮の取り組みに関する考え

医療機関で行うべき LGBT 当事者に対する配慮の取り組みに関する考えについて自由記述の回答を質的帰納的に分析した結果、3 カテゴリー【LGBT に関する知識習得の必要性を再認識】、【LGBT 当事者に限った配慮の必要性を感じられない】、【LGBT 当事者への配慮の必要性を再認識】が抽出された。カテゴリ【LGBT 当事者に限った配慮の必要性を感じられない】と【LGBT 当事者への配慮の必要性を再認識】は相反するカテゴリである。これは、LGBT 当事者配慮の取り組み状況の回答の“今後取り組みの必要性を感じているが現在は何もできていない”、“今後も取り組むつもりはない”の理由が表されているものと考えられる。【LGBT 当事者に限った配慮の必要性を感じられない】では、＜現状で LGBT 配慮の必要性を感じられない＞において、現状の配慮で問題が発生していないことが記載されているが、問題と感じていないのは医療者側であり、LGBT 当事者の立場に立って考えられているわけではないことが懸念される点である。また、＜LGBT に限らず個別の配慮が必要＞については、LGBT に限らず個性を重んじるべきであり、LGBT を一括りにした配慮として考えるべきではないといった主張である。LGBT 当事者が求める配慮も一様ではないと考えられるため、この考えは、それぞれの性自認や性的指向に合わせた配慮を行っていく上では医療従事者に最も必要な思想であると考えられる。しかし、医療差別はしていないが、配慮もしていないということにならないように注意すべきである。

【LGBT 当事者への配慮の必要性を再認識】では、“当事者でないと感じないつらさを想像する良い機会となった”など 6 コードで、今回の質問紙調査がきっかけとなり、LGBT 当事者に対する配慮について考えたことが記載されていた。＜これまでの LGBT 当事者への配慮の必要性の認識不足＞では、LGBT に関することをこれまで意識せずに医療を行っていたことが示されていた。しかし＜LGBT 当事者配慮の必要性に対する課題意識＞を持ち、今後、取り組みについて考えていくことが記されていた。また、＜LGBT 特有の問題に対応が必要＞として、男女の生殖器に関わる癌の問題など、LGBT 当事者に配慮するだけでは解決しない医療的な視点が問題視されていた。

【LGBT に関する知識習得の必要性を再認識】では、＜LGBT

当事者への配慮が分からない>ことが、<LGBTに関する研修や資料配布のニーズ>につながっている。他方で、LGBTなど、一般の日本人にとってわかりやすい英語をしっかりと邦訳して使うようにするべきといった<LGBTに関する知識普及への課題>についての意見もある。これらの多くの英語表記からくる耳慣れない用語が LGBT に関する知識や理解の浸透の障壁となっている可能性を示しており、LGBT に関する教育上の課題といえる。

4. LGBT 当事者との関わり方の経験が対象者に与える影響

対象者の中で、「LGBT 当事者に関わった経験がある」と回答したものは 31.3%、「LGBT 当事者と医療的に関わった経験がある」と回答したものは 18.8%であった。名古屋市の調査²⁾において、12.6%が周囲に LGBT に該当する人がいると回答しており、それよりも若干高い結果となった。医療従事者は、問診や身体診察などの際に、LGBT 当事者から性自認や性的指向の開示を受けていることが推察される。

1) LGBT 当事者との関わり方の経験と当事者配慮の取り組みとの関係

LGBT 当事者との関わり方の経験と当事者配慮の取り組みの関係では、LGBT 当事者に関わった経験のある者が、何らかのソフト面での LGBT 当事者配慮の取り組みを行っている」と回答した者が有意に多かった。また、LGBT 当事者に関わった経験と、何らかのハード面の LGBT 当事者配慮の取り組みについては有意差をみとめなかった。LGBT 当事者との関わり方の経験が、医療機関における LGBT 当事者への配慮を行う必要性の認識へと繋がっていることが示唆される。患者の呼称方法の変更などのソフト面の配慮についてのみ有意差をみとめたのは、設備・環境の調整や変更などの大掛かりなハード面の配慮は容易に取り組めないためであると考えられる。

2) LGBT 当事者との関わり方の経験と LGBT に関する知識習得の機会との関係

LGBT 当事者との関わりと LGBT に関する知識習得の機会との関係では、LGBT 当事者に関わった経験がある者は、LGBT に関する書籍・資料の閲覧経験者が有意に多かった。LGBT 当事者との関わりにより、LGBT に関する知識習得の動機付けとなっている可能性がある。浅倉は、多様なセクシュアリティに関する知識得点は、多様なセクシュアリティに関して教育を受けたことのある女性、多様なセクシュアリティの身近な知り合いを持つ女性のほうが、そうでない女性より有意に高かったと報告している⁹⁾。LGBT 当事者に対して受容的な態度で医療を提供するために、適切な知識を持つことは重要である。医療従事者は、LGBT 当事者と語りあう場を設け、LGBT 当事者を身近に感じられるような研修会の開催などを通して、知識習得の機会を得られるようにしていく必要がある。

5. 研究の限界

今回の調査において、東海地方 A 地域の医療機関を対象として調査した結果、対象の 7 割近くが職員数 1~10 名の診療所や歯科医院であった。対象となった医療機関は外来診療が

中心の医療機関であり、研修等の院内教育体制も病院とは異なる可能性がある。また、限定された東海地方の A 地域のみでの調査であることや、回収率 28.0%、有効回答率 89.9%であり、A 地域を代表としたデータであるとも言いがたい。さらに、自由記述の回答も 36 コードと少なく限定的な結果となった。本研究では LGBT 当事者に対する多床室やトイレの問題、および入院環境への配慮が十分に反映された資料とはならなかった。今後、入院施設を持つ病院を中心とした調査を行っていく必要がある。

VII. 結 論

東海地方 A 地域の医療機関における調査では、LGBT 当事者に対する配慮の取り組みを行っている施設は 1 割未満であった。しかし、6 割近くの医療機関が今後、取り組みの必要性を感じていると回答していることから、医療従事者を対象に当事者の求める配慮について周知していく必要がある。

本論文の内容の一部は、第 52 回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 電通ダイバーシティ・ラボ (2018), LGBT 調査 2018, 2019 年 9 月 21 日閲覧, <http://www.dentsu.co.jp/news/release/pdf/cms/2019002-0110.pdf>.
- 2) 名古屋市 (2012), 性的少数者 (セクシャルマイノリティ) など性別にかかわる市民意識調査, 2019 年 9 月 8 日閲覧, <http://www.city.nagoya.jp/somu/cmsfiles/contents/0000112/112536/30hokokusho.pdf>.
- 3) NHK (2015), LGBT 当事者アンケート調査, 2020 年 8 月 4 日閲覧, <https://www.nhk.or.jp/d-navi/link/lgbt/>.
- 4) Deirdre A. Shires and Kim Jaffee : Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals, *Health & Social Work*, 40 (2), p.134-141, 2015.
- 5) 浅沼智也 : GID/トランスジェンダーの医療機関に関するアンケート調査結果. GID 学会第 21 回研究大会・総会プログラム・抄録集, p.43, 2019.
- 6) 三部倫子 (2019), 「LGBT の患者対応についての看護部長アンケート」結果, 2020 年 8 月 1 日閲覧, https://researchmap.jp/multidatabases/multidatabase_contents/detail/259573/90c21503bf249985e4ee19b5f5a570db?frame_id=498252.
- 7) 中塚幹也, 秦久美子, 江國一二美, 他 : 性同一性障害の外来の診療システムにおける問題点, *母性衛生*, 46(2), p.404-411, 2005.
- 8) Kristy L. Strong, Victoria N. Folsie : Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes, and Cultural Competence in Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients, *Journal of Nursing Education*, 54(1), p.45-49, 2015.
- 9) 浅倉美貴 (2017), 母親となる女性のジェンダー及び多様なセクシュアリティに関する知識と態度の調査, 2022 年 2 月 21 日閲覧, <https://doi.org/10.34414/00014601>.

◇研究報告◇

「看護実践能力」に関する研究の動向

— 医中誌を用いた過去 44 年間のテキストマイニング分析を通して —

李 慧瑛¹⁾, 下高原理恵²⁾, 山崎奈津子³⁾, 本田佳子⁴⁾, 宮藺幸江⁵⁾

医中誌を用いて、「看護実践能力」に関連した看護文献 2,305 件を抽出し、テキストマイニングの手法で量的・質的に調査した。その結果、1978 年から 2021 年まで 44 年間の看護実践能力についての研究動向が把握できた。文献数は 2000 年頃から増加し始め、2007 年に 50 件を超え、2015 年には 234 件とピークに達した。ところが、2016 年を境に減少に転じた。研究内容は、看護政策・事業等の影響を受けていることが年代別の特徴語分析からわかった。なかでも「看護師のクリニカルリーダー（日本看護協会）」が、文献数と研究内容の変遷に関連があると考えられる。また、筆頭著者の所属によって研究内容に相違が見られた。今後、「看護実践能力」関連研究の発展を目指すためには、医療機関と大学との協同研究や他分野との連携の推進が必要であろう。

【キーワード】 看護実践能力, 研究動向, 医中誌, テキストマイニング

I. はじめに

2022 年現在、臨床現場では高齢化社会における医療の課題や看護師の不足、新型コロナウイルス感染症への対策等の様々な問題が起きている。コロナ禍において、看護師は医療提供体制を維持するために重要な役割を果たしているが、医療環境の違いによって幅広い看護実践能力が求められている。

全国の病院や看護師養成機関において看護実践能力の育成に向けての取り組みが行われているが、社会は急速に変わっているため、その時代に即した看護実践能力であるか否かを随時、見極めていかななくてはならない。何故なら看護実践能力には、実践の本質となる不変的な部分と人々の価値観や倫理観、国の制度改定、医療技術発展等に応じて、変化すべき要素が含まれるからである¹⁾。

我が国においては、看護実践能力の重要性が 2000 年代初頭から認知されて、様々な観点から研究がなされ、2010 年代前半から看護実践能力の概念的意味を定義づけする研究が行われてきた。国としても、医療に関する社会問題を解決するため、看護実践能力の育成を目指しており、教育方法の検討が継続的に行われている。例えば、2017 年には「看護学教育

モデル・コア・カリキュラム」において、「20 の看護実践能力」が提示された²⁾。さらに「新たな看護師等養成カリキュラムに対応した指導の手引き」では、「看護師に求められる五つの実践能力」としてより具体的に設定されている³⁾。

看護実践能力の研究動向に関しては、2008 年に神原ら⁴⁾による看護基礎教育に限定した文献調査が初めて実施されている。しかし、その後は看護実践能力に関する動向調査は見当たらない。そこで本稿では、看護実践能力に関連する文献を網羅的に収集し、看護実践能力全般の研究動向を把握する。

II. 目的

目的は、看護の核となる「看護実践能力」に関する文献をテキストマイニングの手法を用いて分析し、研究動向を掴むことである。

III. 方法

1. 調査対象

本研究の対象は、医中誌 Web ver.5（以下、医中誌）に掲載されている看護実践能力に関連した文献とした。

「看護実践能力」の操作的定義：看護実践能力の定義が多様であるため、本研究では ICN の定義⁵⁾の定義を参考に「看

受付日：2022 年 4 月 22 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Hyeyong Lee：鹿児島大学医学部保健学科基幹看護学講座

2) Rie Shimotakahara：鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

3) Natsuko Yamazaki：鳳凰高等学校看護学科

4) Yoshiko Honda：聖路加国際病院

5) Yukie Miyazono：鹿児島大学病院

看護師が日々の実践や職務行動の中で知識、技術、そして判断力を統合し、効果的に実践に活用できる能力」とした。

2. 調査対象文献の選定

調査日(2022年3月11日)以前の全ての文献を対象とし、論文種類は原著論文に限定した。検索キーワードは、「看護実践能力」[検索式=(看護実践能力/AL) and (PT=原著論文)], 「看護実践力」[(看護実践力/AL) and (PT=原著論文)], 「臨床実践能力」[(臨床能力/TH or 臨床実践能力/AL) and (看護/TH or 看護/AL)] and (PT=原著論文)]とした。

3. 分析方法

1) 入手した情報の内、文献名(表題)と掲載年、筆頭著者の所属、掲載誌を分析対象とした。テキストマイニング分析の対象は、文献内容が要約された最小単位のデータである表題(表題に含まれる語句)とし、副題も含めた。分析にはText Mining Studio 5.2.1及びKH Coder ver.3を用いた。

2) 対象文献の件数について、掲載年別、筆頭著者所属別に単純集計を行った。テキストデータの分析対象は、研究内容を示す名詞・動詞とし、助詞や記号等の意味を持たないデータは除外した。また、形態素解析の結果を確認し、分かち書きをしない語句の整理を行った。「訪問看護ステーション」のような単語の場合、「訪問」「看護」「ステーション」と分割して抽出される。そこで「訪問看護ステーション」と結合されるように、辞書機能を用いた。さらに、類義語統制機能を使って語句を整理した。例えば、「看護師」「看護士」「看護婦」の単語をすべて「看護師」に統合した。

3) Text Mining Studioを用いて、まず単語頻度解析を行い年代別の頻出語(上位25位)を抽出した。この分析では全データ内で出現回数が多い語句が示される。多く使用されている語句ほど、そのデータ全体の中でのキーワードとなるが、データの性質によっては特定の単語が必然的に上位となることがある。そのため、下位の単語にも注目し原文を確認しながら分析を行った。

次に、年代ごとの特徴語(属性の特徴を表す単語)を抽出した。特徴語は、前記の頻出語とは異なり、全出現単語と年代内単語を比較し単語ごとに重み付けがされる。今回の特徴語分析においては、補完類似度(単語の特徴度合い)を指標値として用いた。これはその属性に出現している割合が高い単語がより特徴的とみなされる値である。単語の出現数が多いほど、偶発的に単語がその属性に出現している可能性が低いため、より特徴的であると評価される。指標値が大きいほど、その属性において特徴的であると判断される。

4) KH Coderを用いて、研究テーマの特徴について対応分析を行った。対応分析では、抽出語同士や抽出語と外部変数の関係性を散布図として視覚的に把握できる。原点から離れているほど、特徴的な語であり、関連の強い語と外部変数は近くに位置する。また、外部変数同士が近位にある場合、抽出語の出現パターンが似ているということの意味する。

5) テキストマイニング分析の過程において、必要時に抽出された語句の原文(その語句が使用されている文献表題)や文献内容を再確認し、語句の使用されている文脈を理解した。解釈が先入観に捉われていないか、内容の妥当性を欠いていないか等について、内容分析のスーパーバイザーの支援を得て、分析過程の確認と照合を行い、分析方法の厳密性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究の内容分析の対象については、医中誌で公開されている文献データベースを基にしているため倫理指針で適用範囲外とされているが、次の点について倫理的配慮をした。①研究対象者の個別情報を保護する、②個人情報の取り扱い、「個人情報保護法」「看護者の倫理綱領」「臨床研究に関する倫理指針」の規定に従い、著作権等の侵害がないように配慮する。

V. 結果

1. 「看護実践能力」関連文献の概観

キーワード検索を行い、2,355件がヒットした。その後、看護分野ではない50件の文献を除外し、2,305件が分析対象として残った。分析対象の表題に含まれる語句として、15,659語が抽出された。品詞別では、名詞13,972語(89.2%)、動詞1,165語(7.4%)であった。分析において意味をなさない数詞と代名詞、引用文字列を除外した結果、分析対象語は14,455語に絞られた。

1) 文献数の年次推移

「看護実践能力」の言葉が初出する1978年を起点として2021年までの44年間を検索対象とした。翌1979年から1984年の6年間は、該当する文献が確認できず、その後も1999年までは年間10件未満であった。2007年に50件、2011年以降は100件を超える文献が発表され、2015年には234件に達していた(図1)。

2) 筆頭著者所属別の文献数

筆頭著者の所属は、「大学」が最も多く1,414件(61.3%)であった。次いで、「病院」733件(31.8%)、「専門学校」112件(4.9%)と続いた。その他の所属には、看護協会や研究所、介護施設等があった(表1)。

3) 掲載誌別の文献数

掲載誌は、「大学紀要」が最も多く877件(38.0%)であった。次いで、「学会誌」694件(30.1%)、「日本看護学会論文集」361件(15.7%)と続いた(表2)。

2. 年代別の頻出語と特徴語

看護実践能力に関した最も古い文献は、1978年の「看護実践能力とは何か—何が基礎教育で教授されるべきか」であったが、それ以降の6年間は該当文献が無かった。そこで分析期間を区切り、単語頻度解析および特徴語分析を行った。

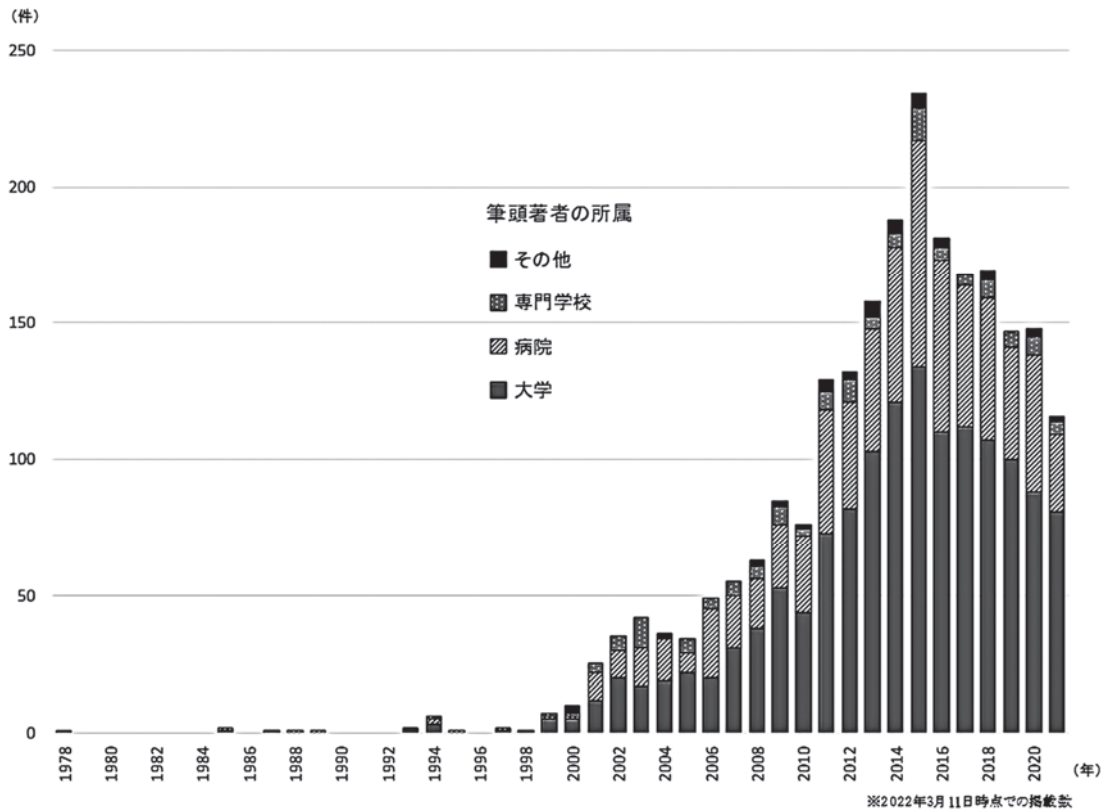


図1 文献数の年次推移

1) 年代別の頻出語 (上位25位)

全ての年代の上位に、'看護実践能力'と'看護師'がみられた。2009年までは、'看護実践能力'の語に関連する類義語として'看護実践力/臨床実践能力/臨床能力/実践能力/臨床看護実践能力/看護技術/クリニカルラダー/OSCE'の語が出現していた。2020~2021年に、'コンピテンシー'が初出した(表3)。

2) 年代別の特徴語

(1) 1978~1999年 [22年間]

1999年以前の22年間は文献数が25件と少なく、抽出された特徴語は同じ表題内で共起していた。特徴的な語句として、1位に'看護実践能力'がみられ、12位に'クリニカルラダー'(原文表題:クリニカルラダーの信頼性と妥当性の検証, クリニカルラダーの向上に関与する要因分析), 13位に'看護実践力'(原文表題:看護実践力としての看護技術教育)が抽出されていた(表4)。

(2) 2000~2009年 [10年間]

この年代には、434件の文献が発表された。特徴的な語句では'臨床能力/臨床実践能力'が上位にみられた。'新人看護師/卒業後/就職後'も特徴的であった。2000~2004年の上位には'評価/自己評価'があり、研究目的や研究方法と関連する語句として'育成/比較/検討'が抽出された。2005~2009年の上位には'向上/評価', 下位には'到達度/OSCE/キャリアラダー'が出現していた。

(3) 2010~2021年 [12年間]

この年代には、1,846件の文献が発表された。2010~2014年は、特徴語の1位は'新人看護師'であった。その他の特徴語に

表1 筆頭著者所属別の文献数

n=2,305	
属性	件数 (%)
大学	1,414 (61.3%)
4年制大学(国内)	1,287
短期大学	97
大学(国外)	21
省庁大学校(国立看護大学校, 防衛大学校)	9
病院	733 (31.8%)
公立(県立, 都立, 市立)	205
私立	187
大学	164
国立病院機構	92
済生会	35
日本赤十字	34
労災	10
上記以外(クリニック, 国外)	6
専門学校	112 (4.9%)
看護師養成所3年課程	110
5年一貫看護師養成課程	2
その他	46 (2.0%)
看護協会	17
研究所	5
介護施設	4
医療系協会	4
助産師会	2
省庁	2
上記以外	12

表2 掲載誌別の文献数

n=2,305	
掲載誌	件数 (%)
大学紀要	877 (38.0%)
学会誌	694 (30.1%)
日本看護学会論文集	361 (15.7%)
病院紀要	198 (8.6%)
商業誌	74 (3.2%)
看護協会(地方紙)	35 (1.5%)
上記以外	66 (2.9%)

表3 年代別の頻出語 (上位 25 位)

順位	1978～1999年		2000～2004年		2005～2009年	
	語句	出現回数	語句	出現回数	語句	出現回数
1	看護実践能力*	16	看護師	30	看護実践能力*	66
2	研究	5	評価	19	看護師	49
3	開発	4	研究	18	新人看護師	39
4	評価	3	検討	17	検討	36
5	分析	3	新人看護師	16	看護学生	31
6	能力	3	看護実践能力*	15	評価	30
7	要因	3	比較	11	向上	24
8	看護技術*	3	自己評価	11	課題	20
9	看護師	2	用いる	10	比較	20
10	検討	2	臨床実践能力*	10	臨床実践能力*	19
11	自己評価	2	看護学生	9	関連	18
12	看護	2	能力	9	分析	18
13	教育	2	育成	9	教育	18
14	調査	2	分析	8	研究	15
15	卒業後	2	経験	8	目指す	14
16	関係	2	臨床能力*	8	学ぶ	13
17	患者	2	影響	7	看護技術*	13
18	看護実践力*	2	看護学実習	7	用いる	12
19	クリニカルラダー*	2	卒業後	7	育成	12
20	指導	2	向上	6	効果	11
21	獲得	2	実態	6	自己評価	11
22	発達	2	捉える	6	現状	10
23	重視	2	実践能力*	6	認識	10
24			導入	6	向ける	10
25			臨床看護実践能力*	6	O S C E*	10

順位	2010～2014年		2015～2019年		2020年～2021年	
	語句	出現回数	語句	出現回数	語句	出現回数
1	看護師	143	看護師	181	看護師	60
2	看護学生	80	看護学生	87	看護実践能力*	28
3	看護実践能力*	71	看護実践能力*	85	課題	25
4	新人看護師	71	検討	84	検討	23
5	課題	65	課題	75	看護学生	16
6	検討	60	新人看護師	44	関連	16
7	評価	42	評価	43	影響	14
8	比較	37	関連	41	用いる	12
9	効果	35	取り組む	40	学ぶ	11
10	分析	34	現状	38	必要	11
11	研究	30	影響	36	コンピテンシー*	11
12	影響	30	効果	36	評価	10
13	看護学実習	30	認識	36	比較	10
14	認識	29	比較	35	効果	10
15	用いる	28	開発	35	取り組む	10
16	現状	28	分析	33	新人看護師	9
17	実態	27	用いる	32	向上	9
18	関連	25	向上	32	現状	9
19	看護基礎教育	25	能力	32	要因	9
20	自己評価	23	看護	30	実践能力*	9
21	向ける	23	中堅看護師	30	勤務	9
22	焦点	23	目指す	29	文献検討	9
23	育成	22	要因	28	看護実践*	8
24	看護技術*	21	実態	28	O S C E*	8
25	取り組む	21	文献検討	27	自己評価	8

* ‘看護実践能力’の語に関連する類義語

表4 年代別の特徴語

順位	1978～1999年		2000～2004年		2005～2009年	
	語句	補完類似度**	語句	補完類似度	語句	補完類似度
1	看護実践能力*	128.09	研究	49.48	看護実践能力*	91.41
2	研究	38.77	評価	41.64	新人看護師	48.70
3	開発	32.05	臨床能力*	29.77	向上	37.50
4	看護技術*	23.68	臨床実践能力*	27.89	臨床実践能力*	36.56
5	能力	21.82	自己評価	26.44	評価	34.21
6	要因	21.82	新人看護師	20.70	教育	29.74
7	重視	19.22	臨床看護実践能力*	20.67	検討	23.69
8	発達	18.91	経験	20.57	看護技術*	17.76
9	分析	18.84	育成	19.38	比較	16.71
10	獲得	18.29	能力	18.61	目指す	16.58
11	指導	17.98	当院	18.29	看護実践力*	15.25
12	クリニカルリーダー*	17.05	用いる	17.41	分析	14.89
13	看護実践力*	16.44	卒業後	16.92	期待	13.81
14	患者	16.33	結果	16.76	関連	13.75
15	関係	14.89	比較	16.72	到達度	13.73
16	卒業後	14.69	捉える	16.32	学ぶ	13.19
17	評価	14.30	臨床	15.99	実施	13.05
18	調査	13.14	アンケート	14.38	OSCE*	10.26
19	教育	13.04	精神科看護	14.38	検討会	10.12
20	看護	12.63	訪問看護ステーション	14.38	キャリアリーダー*	9.74
21			検討	14.14	試みる	9.62
22			対象	14.02	就職後	9.32
23			構成要素	13.61	育成	9.04
24			明確化	13.61	過程	8.60
25			導入	13.26	大学	8.60

順位	2010～2014年		2015～2019年		2020年～2021年	
	語句	補完類似度	語句	補完類似度	語句	補完類似度
1	新人看護師	37.59	文献検討	20.26	看護師	22.68
2	看護学生	29.18	検証	17.08	コンピテンシー*	19.28
3	課題	17.96	病棟看護師	16.97	必要	15.34
4	看護学実習	16.58	取り組む	16.60	抱く	15.33
5	効果	14.44	開発	15.92	困難	15.19
6	実態	13.29	実践	12.63	シミュレーション教育	14.26
7	看護基礎教育	12.83	質問紙調査	12.30	退院支援	13.18
8	及ぼす	11.48	思う	11.04	文献検討	12.62
9	成人	11.20	妥当性	10.47	関連	12.49
10	焦点	11.08	中堅看護師	10.45	勤務	11.19
11	経験	11.05	熟練看護師	10.02	保健師	10.97
12	自律性	10.10	担う	9.68	課題	10.79
13	向ける	9.77	実習指導者	9.11	インタビュー	10.75
14	看護技術*	9.32	特別養護老人ホーム	8.88	学ぶ	10.33
15	看護師	8.82	テキストマイニング	8.43	支援	10.25
16	認識	8.51	精神科看護師	8.42	病院	9.96
17	統合実習	7.89	職場	7.97	影響	9.77
18	通す	7.79	訪問看護師	7.96	実践能力*	9.76
19	到達度	7.74	特徴	7.84	急性期病院	9.68
20	自信	7.68	プロセス	7.29	訪問看護師	9.61
21	分析	7.03	看護	7.26	及ぼす	8.75
22	行政保健師	7.01	救急外来	7.17	不安	8.60
23	評価方法	6.58	統合	7.17	看護実践*	8.04
24	実態調査	6.48	助産師	7.16	入職後	8.02
25	比較	6.41	実際	7.05	働く	7.89

* ‘看護実践能力’の語に関連する類義語

**補完類似度：属性ごとに特徴的に出現する単語や語句を抽出する指標値

は、研究対象に関する単語として‘看護学生/看護学実習/看護基礎教育/統合実習’があった。研究目的や研究方法を示す単語には、‘課題/効果/実態’が使用されていた。

2015～2019年は、1位が‘文献検討’であり、研究対象を示す単語として、‘病棟/中堅/熟練/精神科/訪問/看護師’があった。研究目的を示す単語には、‘検証/取り組む’があり、研究方法と関連する単語には‘質問紙調査/妥当性/テキストマイニング’が用いられていた。

2020年以降は、1位が‘看護師’であり、2位が‘コンピテンシー’であった。‘文献検討’は引き続き8位にみられた。研究対象に関する語句には‘シミュレーション教育/退院支援’が出ていた。研究目的と研究方法に関する単語には‘必要/困難/関連’があった。

3. 筆頭著者所属と頻出語の対応分析

筆頭著者の所属と表題に用いられた語句との関連について、KH Coderを用いて分析した。分析対象は、「大学」「病院」「専門学校」とした（「その他」は除外）。図の白抜き文字は「筆頭著者の所属」（外部変数）であり、正円の大小は「表題に含まれる語句」（語）の頻度を表す。囲み点線で3つのクラスターが出ているが、第1・4象限に病院の群、第2象限に専門学校の群、第3象限に大学の群が形成されていた（図2）。

1) 第1・4象限の病院の直近には、‘研修/年目/現状/病棟’が布置されていた。その周囲には、‘患者/新人/中堅/評価’が見られた。最辺縁部に‘実践能力/指導/勤務’がプロットされていた。

2) 第2象限では、専門学校から下方へ語句が配置されていた。専門学校の近くから順に‘卒業時/到達度/看護技術/実践’が布置されていた。群端部に、特徴語として‘看護実践能力/教育/看護実践’がプロットされていた。これらの語句は、次の第3象限の大学との中間付近にあった。

3) 第3象限では、大学を中心とした周囲に‘尺度/比較/関連’等々の頻出語が集中していた。特徴語は、第2象限と重なる群端部の語と‘看護基礎教育/保健師/看護系大学/コンピテンシー’であった。

VI. 考 察

1. 「看護実践能力」関連文献の動向

1) 文献数の推移とその背景

看護実践能力に関する文献数は、2000年代から増加し、2015年に234件とピークに達した。この文献数の増加要因として、パトリシア・ベナーの「臨床技能習得の段階に関する理論」⁶⁾が嚆矢になったと推察される。また2002年には看護

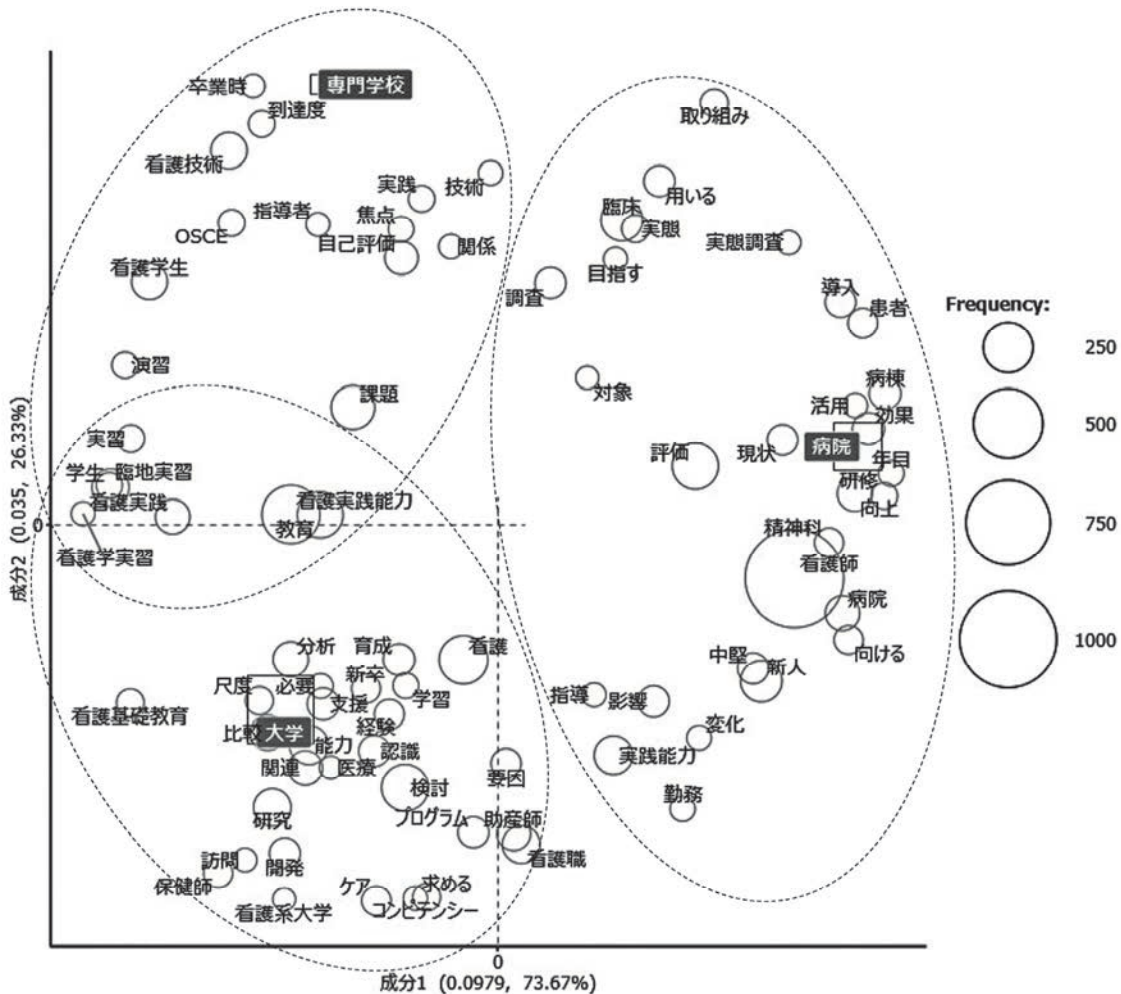


図2 筆頭著者所属と頻出語の対応分析

学教育のあり方に関する検討会(文部科学省)の報告として、「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」が発表され⁷⁾、2004年には同検討会から「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」が示された⁸⁾。これを機に「看護実践能力」という言葉と概念への認知が拡大していったと考えられる。また、同時期に日本看護協会が「継続教育の基準 ver.2」(2000年公表・2012年見直し)のなかで、キャリア形成の指針を示している⁹⁾。

これらの動きに誘発された多くの病院では、2000年代初頭から看護職のキャリア開発に向けて独自のクリニカルラダーやキャリアラダーが作られ始めた。例えば、日本赤十字社看護部は、2004年に全国92の赤十字病院にキャリア開発ラダーを導入する方針を示した¹⁰⁾。翌2005年には北里大学病院から「看護継続教育 クリニカルラダー、マネジメントラダーの実際」が出版されている¹¹⁾。しかしこの時代、クリニカルラダーの内容やレベルの基準は病院ごとに異なっていた。

そこで、全国標準の指標で看護師の看護実践能力を保証するラダーの必要性が高まった。日本看護協会は、2014年から看護師の看護実践能力を段階的に表した「看護師のクリニカルラダー(以下、JNAラダー)」の開発に取り組み、2016年にJNAラダーが公表された¹²⁾。この事業によって、看護師の能力開発・評価の基本的考え方が全国の病院へ認知された。

この一連の経緯によって院内教育におけるクリニカルラダーの重要性が認知され、各病院に合わせた活用がなされ、延いては文献数の増加に繋がったと推測される。重ねて、1992年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」(以下、人確法)を契機とした看護系大学の急増や保健師助産師看護師法改正(2010年)により看護師養成の中心に大学教育を置く方針¹²⁾が示されたことも文献数に影響していると思受けられる。

2) 筆頭著者所属別の文献数

本研究において、対象となった文献の筆頭著者は、大学、専門学校などの教育機関に所属する看護研究者、看護教員が6割以上を占めており、病院に所属する看護師は3割であった。看護実践能力に関する研究は、臨床よりも教育研究機関で多く取り組まれてきたことが分かる。

これは看護系大学の急増に伴い、看護教育の質の担保が必要となったことが反影している¹³⁾¹⁴⁾。このような背景の中で、2004年に文部科学省は「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」を示した⁸⁾。また、厚生労働省は、カリキュラムの過密化や実習時間の短縮、学生を取り巻く環境の変化等により、臨床が新卒看護師に求める能力と看護学生の卒業時の能力の間にギャップが生じていることを、看護教育の課題として報告した¹⁵⁾。これらの指針や報告を受け、各大学において学生の看護実践能力の実態調査や評価・教育方法の検討に意欲的に取り組んだことが文献数に反映されたと考量される。

3) 掲載誌別の文献数

紀要と学会誌が68.1%であるが、日本看護学論文集も15.7%を占めている。筆頭著者が大学に所属する研究者が多

いことが、掲載誌にも作用している。所属大学の学生に対する調査や教育の取り組みを紀要に発表する傾向が伺える。一方、日本看護学論文集の筆頭著者には臨床看護師が多かった。

2. 頻出語と特徴語の観点から見た文献の変遷

各年代の頻出語と特徴語を検討して、文献テーマの変遷を3期に分けた。看護実践能力に関する文献が初めて登場した1978年を起点として2004年までを【看護実践能力の認知期】、2005~2014年を【看護実践能力の浸透期】、2015~2021年を【看護実践能力の発展期】として、各期を検討する。

1) 【看護実践能力の認知期】1978~2004年

看護実践能力の必要性が認知されて、その定義が考究されている。1978~1999年には、「クリニカルラダー」や「看護実践力」という語句がみられ、看護師の能力開発について検討され始めた。

日本の看護教育は、米国を迫るように発展してきた経緯があるが¹⁴⁾¹⁶⁾、看護実践能力の評価においても同様であった。特に、1978年にシュヴィリアンが開発した看護実践能力の評価尺度 Six-Dimension Scale of Nursing Performances (6-DS)¹⁷⁾、1984年にパトリシア・ベナーが提唱した看護師の技能と実践の5段階⁶⁾は、日本の看護実践能力の評価と教育に大きなインパクトを与えた。これらの理論が和訳され、日本で用いられるようになったのが1990年代である。そこで特徴語の原文確認をすると、「看護実践能力の発達と指導のあり方についての検討—卒業後3年間の傾向」「クリニカルラダーの向上に関与する要因分析」等があり、「看護実践能力とは何か」という命題に焦点が当てられていた。

またこの時、高度成長を遂げた日本では、人々の健康問題が変容し、生活習慣病や高齢化といった新たな社会問題が顕在化した¹⁸⁾。同時にQOLの概念が広がり、患者中心の医療へと転換し始めた¹⁹⁾。このような背景を受けて、社会が看護職に求めるニーズが増大した。看護職はそれに応えるため、看護実践能力の体系的な育成を目標に、的確な評価と効果的な教育方法の開発を目指した。

この流れの中で、2000~2004年の上位には、看護実践能力の類義語である「臨床能力/臨床実践能力/臨床看護実践能力」の語が表れている。看護実践能力に関する研究は増加したが、一方で様々な言葉に言い換えられて使われており、統一が図られていなかった。この期間のテーマは、看護実践能力の定義づけや構成要素の調査研究、看護実践能力を「評価」するための測定尺度開発、看護実践能力の評価・教育と続いていた。このように、「看護実践能力」という概念が認知され、その基盤となる研究が行われた時期であった。

2) 【看護実践能力の浸透期】2005~2014年

各病院で各々のクリニカルラダーが作成され、導入・浸透していった。そのため、特徴語として「看護実践能力/臨床実践能力/臨床看護実践能力/看護技術/看護実践力」等の多彩な語句が出ている。なかでも、この期の上位にある「看護実践能力/臨床実践能力」「新人看護師/看護学生」の語句は、時代背景を表していると言える。

尚、2004年に示された文部科学省の「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」⁸⁾、同年に厚生労働省が発表した「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書²⁰⁾によって、看護実践能力へ関心が高まり、関連する文献発表数に影響を与えたと推定される。

医療技術の高度化、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮化により、看護師の業務が複雑多様化、業務密度はさらに高まった。人確法の施行以降、看護人材育成のために看護師養成の高等教育化が進み、看護系大学が急増した。しかし、カリキュラムの過密化や実習時間の短縮、生活体験の乏しさ等の要因によって、リアリティショックによる離職が頻発した¹⁵⁾。この対策として、多くの病院では新人職員向けの研修を実施していたが、方法や内容、期間については病院によって異なっていた。このことから、新人看護師への教育を充実させるべく、行政による指針が出されたのである。それを受けて、「新人看護師」を対象とした文献、「看護学生/看護学実習/看護基礎教育」に関する文献がこの期の特徴として現れた。

また看護学生の看護実践能力に対する具体的な教育・評価方法として、「OSCE」(Objective Structured Clinical Examination:客観的臨床能力試験)を導入する教育機関が出てきて、その教育効果の調査が進んだ。同時に出現した「キャリアラダー」の語からは、「看護実践能力の育成に特化したクリニカルラダー」から「管理的能力や専門領域での能力評価を含んだキャリアラダー」へ進展したことが窺えた。このような取り組みや調査が進む過程で、看護実践能力という概念が浸透・定着していったと解釈される。

3) 【看護実践能力の発展期】2015~2021年

この期になると「看護実践能力」という直接的・明確な語句は特徴語から消える(但し、頻出語では2位と3位に出現)。代わりに、2020年以降は「コンピテンシー」という語に収斂されている。つまり、より広い概念での高い看護業務遂行能力が重要視されるようになった。また、日本看護協会において各病院のクリニカルラダーが収斂され、JNAラダーとして標準化されたものが全国で活用されるようになった時期でもある。

この年代までに、「看護実践能力」の概念や教育方法がいき渡り、次の段階として各専門領域での「看護実践能力」の実態解明へと移行している。これには、1990年代半ばに始まった専門看護師、認定看護師制度²¹⁾も関連していると思念される。また、看護実践能力の浸透期(2005~2014年)では、「新人看護師」に焦点(特徴語の1位ないし2位)が当てられていたが、この期には、「病棟看護師」や「中堅看護師/熟練看護師/精神科看護師」の特徴語に置き換わっていた。

総じて、専門領域に絞った研究が増加したが、なかでも「訪問看護師/退院支援/保健師」といった地域包括ケアに関する語句が目立った。この背景に、厚生労働省が、「地域における保健師の保健活動について(2013年)」の指針²²⁾で、新たにソーシャルキャピタルを活用した支援の推進を示したことがある。さらに、「保健師に係る研修のあり方等に関する検討会

(2016年)」のなかで自治体保健師の標準的なキャリアラダー²³⁾を明示したこととの関連が考えられる。病院から在宅への移行や介護保険法の改正に伴う地域包括ケアシステムの推進に伴い、看護職の働く場が変化し、より多くの社会的ニーズが求められたことが研究テーマにも反映されている。第6位に初出する「シミュレーション教育」の語は、変化する社会のニーズに合致した実践力がより一層問われるようになった証左と捉えられる。

これまで【認知期】【浸透期】【発展期】の3期に分けて研究テーマの変遷を考察したが、全期に共通する傾向として、多施設間研究や縦断・横断研究に関連する語句は見られなかった。また看護学以外の分野と連携を示す語も抽出されていなかった。これらのことから、今後は多施設大規模研究や他分野との共同研究を推進し、看護実践能力関連研究の発展を目指すことも必要であろう。

3. 対応分析に見る研究テーマの傾向・特徴

対応分析では、文献全体の傾向・特徴を、「筆頭著者の所属」(外部変数)と「研究表題に含まれる語句」(語)の配置から大局的に捉えることができる。そこで、外部変数として「大学」「病院」「専門学校」の3つを用いた。

X軸マイナス側の原点から遠い位置には、「看護学実習/学生/看護基礎教育」があり、プラス側の原点から遠い位置には、「病院/病棟」がプロットされている。従って、成分1は『現況』を示していると考えられた。一方、Y軸マイナス側には「開発/関連/要因/能力」があり、プラス側に「実践/技術/取り組み」があった。そこで、成分2は『スキル』を表しているを読み取れた。

1) 第1・4象限の**病院**の近くにあり、原点から程遠い「患者」は、特徴的な語と捉えられる。原文を参照すると、「救急患者」「終末期患者」「精神疾患患者」のように特定状況や疾患に関する語句として用いられており、看護ケアや実態調査、看護技術について考察されていた。さらに、「年目の原文を見ると、1~10年目の経験年数別調査であった。また、「新人/中堅」の語句にあるように、キャリア開発の段階別の研究も取り組まれていた。このように、臨床で働く看護職の研究内容には、「経験年数に応じた望ましいあり方」と「患者の特性に合わせた看護実践能力の探求」という特徴の存在が明らかになった。

2) 第2象限の**専門学校**の近くに布置された語から、看護学生と看護技術との関連が強いことが分かる。専門学校卒業時の目標として、看護技術の習得が最重視されていると推察される。看護基礎教育において、的確な看護技術を習得しておけば、就業先の卒後教育の負担軽減に繋がるであろう。また、新卒であっても即戦力として働くことが可能であり、患者の安全を守ることにもなる。この背景として、専門学校設置の目的(医療機関の付属、医師会立)や奨学金制度(お礼奉公)等の理由により、早期に看護師としての自立を求められていることが窺える。

3) 第3象限の大学の周辺には、研究に特化した語が密集している。原文を調べると看護実践の理論や方法論に関するものが多く、看護研究者の関心がこれらに向いていることが分かる。また出現した語句からも、大学の研究テーマは病院や専門学校よりも政策的影響を受けていると推し測れる。さらに、布置された語が中央部に集まっていることから、国内各大学の研究内容が酷似していると解される。

4. 研究の限界

本研究の限界として、論文タイトルのみのテキストマイニング分析であること、及び医中誌に未掲載の論文は除外されていること、が結果に影響を及ぼした可能性が想定される。

VII. 結 論

本研究では、これまでの看護実践能力についての先行研究を整理し、今後の看護研究を展望した。その結果、以下の点が示唆された。

1. 「看護実践能力」は社会や時代の変化に応じて変わる。その研究主題は、認知期、浸透期、発展期と変遷していたが、JNA ラダーが全国で活用されるようになり、看護師の能力開発・評価の基本的考え方が全国の病院へ認知された。
2. 「看護実践能力」についての研究者の興味は、当初は人材育成方法に関したものであったが、次第に評価や各専門領域の実態解明へと移行していた。また、筆頭著者の所属によって研究対象の関心事に相違が見られた。
3. 今後、「看護実践能力」関連研究の発展を目指すためには、医療機関と大学の協同研究や他分野（教育学/工学/ICT 関連情報学等）との連携の推進が必要であろう。

利益相反 (COI)

本論文に関連して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 工藤真由美, 中山洋子, 石原昌, 他: 看護実践能力を測定する2つの質問紙(尺度)の構成概念の比較検討, 福島県立医科大学看護学部紀要, 14, p.13-22, 2012.
- 2) 文部科学省 (2017), 看護学教育モデル・コア・カリキュラム, 2022年3月23日閲覧, https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf
- 3) 文部科学省 (2021), 新たな看護師等養成カリキュラムに対応した指導の手引き, 2022年3月23日閲覧, https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/shinkou/kango/20211111-mxt_koukou01-1.pdf
- 4) 神原裕子, 荒川千秋, 佐藤亜月子, 他: 国内外における看護実践能力に関する研究の動向—看護基礎教育における看護実践能力育成との関連, 目白大学健康科学研究, (1), p.149-158, 2008.
- 5) International Council of Nursing. Nursing Care Continuum Framework and Competencies (ICN Regulation Series). Switzerland: International Council of Nursing, 2008.
- 6) Patricia E. Benner: From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (Commemorative Edition), 2001, 井部俊子訳, ベナー看護論—初心者から達人へ, 医学書院, 2005.

- 7) 文部科学省 (2002), 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて(看護学教育の在り方に関する検討会報告), 2022年9月14日閲覧, https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm
- 8) 文部科学省 (2004), 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標(看護学教育の在り方に関する検討会報告), 2022年3月31日閲覧, https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm
- 9) 日本看護協会 (2012), 継続教育の基準 ver.2, 2022年3月23日閲覧, <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>
- 10) 水谷聖子, 沼田葉子, 小笹由里江, 他: 赤十字病院のキャリア開発ラダーに関連する看護職の意識調査, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7 (1), p.145-151, 2012.
- 11) 小島恭子, 野地金子: 専門職としてのナースを育てる看護継続教育 クリニカルラダー, マネジメントラダーの実際, 医歯薬出版, 2005.
- 12) 日本看護協会 (2016), 「看護師のクリニカルラダー(日本看護協会版)」活用のための手引き, 2022年3月23日閲覧, <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/jissen/pdf/t ebiki.pdf>
- 13) 南部直気: わが国の看護系大学院に関する研究—看護教育の高学歴化と看護系大学院の増加要因から, 桜美林大学研究紀要, 総合人間科学研究, 1, p.116-130, 2020.
- 14) 村田奈津江: 戦後における看護大学創立の歴史的背景, 佛大社会学, 45, p.13-25, 2020.
- 15) 厚生労働省 (2007), 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 2022年3月31日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 16) Denise. F. Polit, Cheryl. T. Beck: Nursing Research: Principles and Methods (7th Edition), 2003, 近藤潤子監訳, 看護研究 原理と方法 第2版 医学書院, p.3-11, 2010.
- 17) Schwirian P.M.: Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach, Nursing Research, 27(6), p.347-351, 1978.
- 18) 西垣悦代, 浅井篤, 大西基喜, 他: 日本人の医療に対する信頼と不信の構造—医師患者関係を中心に, 対人社会心理学研究, 4, p.11-20, 2004.
- 19) 安達勇: がん緩和医療学の歴史的背景と現状, Skin cancer, 21 (3), p.252-260, 2006.
- 20) 厚生労働省 (2004), 新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書, 2022年3月31日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>
- 21) 日本看護協会 (2015), 資格認定制度の経緯, 2022年4月2日閲覧, <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2015/09/history201509.pdf>
- 22) 厚生労働省 (2013), 地域における保健師の保健活動について, 2022年4月2日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1
- 23) 厚生労働省 (2016), 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 最終とりまとめ—自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて—, 2023年2月1日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120158.pdf>

◇研究報告◇

悪性胸膜中皮腫患者の病の軌跡と 人生の終焉に向かう語りの分析

— ナラティブ・アプローチを用いた意思決定支援 —

細川 忍¹⁾, 中田宣人¹⁾, 奥山真由美²⁾

悪性胸膜中皮腫は予後不良であり、進行が速いため診断直後より本人の望む今後の生き方に関する意思決定支援が重要である。本研究では、ナラティブ・アプローチを用いた悪性胸膜中皮腫患者の病の体験の語りを通して、病の体験が今後の人生にどのように影響しているのかを明らかにし、意思決定支援のあり方を検討した。4名の患者にナラティブ・アプローチを用いた半構造化面接を行った。分析は、質的記述的分析を行った。その結果、悪性胸膜中皮腫患者の今後の生き方に対する意思決定には、【発症後の人生につながる過去の体験】【自ら選んだ仕事を契機とした病の体験】【中皮腫を運命として想う人生観】【残された人生を自分らしく生きる】【生涯にわたる家族とのつながり】の5つの体験が影響していた。意思決定支援を行うためには、患者のライフ・ヒストリーを傾聴し、人生の肯定的な受け止めができるよう支援することが重要であることが示唆された。

【キーワード】 悪性胸膜中皮腫, ナラティブ・アプローチ, 意思決定支援, ACP

I. はじめに

A 病院は B 病院が重点的に取り組む労災疾病 13 分野医学研究・開発、普及事業における「粉じん等による呼吸器疾患」分野の協力病院であり、アスベスト曝露者、アスベスト関連疾患患者を対象に健康相談、健康診断、診断・治療を行うとともに、アスベスト関連疾患に関わる症例の情報収集を行っている。悪性胸膜中皮腫（以下、中皮腫とする）は一般に予後不良であり、切除不能進行症例の生存期間の中央値は 12 カ月であると報告されている¹⁾。

厚生労働省は 2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、医療・介護現場のなかで、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning: ACP）に基づく医療・ケアを実施することを強く推奨した。ACP は「万が一のときに備えて、あなたの大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて、自分自身で考えたり、あなたの信頼する人たちと話し合ったりすること」と定義されている²⁾。

わが国の臨床では進行がん患者や緩和ケア病棟に入院中の患者等を対象とした ACP の実践例が報告されている^{3) 4)}。現

時点では、臨床現場での ACP における画一した介入方法は明確化されておらず、病院や施設、地域により独自の質問紙や ACP シート、インタビューガイド等が用いられている。日本医師会は「終末期医療 ACP から考える」というリーフレット⁵⁾を作成し、そのなかで、医療従事者は、将来の医療及びケアについて、患者と家族の背景を理解し、繰り返し話し合うことの重要性を強調している。

中皮腫と診断を受けた患者は診断直後より死を強く意識し、先行きの見えない不安に戸惑いながらも残された時間を生きるプロセスをたどることが報告されている⁶⁾。進行が速く予後が悪い中皮腫患者においては、診断直後より本人が望む今後の生き方に関する意思決定支援が行われることが必須である。しかしながら、中皮腫患者に対して今後の生き方に関する意思決定支援に関する報告はほとんどみられない。

近年、「物語と対話に基づく医療（Narrative Based Medicine: NBM）」が注目されている。これは、医療者は、患者が語る物語から病気だけではなく、患者個人の背景や人間関係を理解し、患者の抱える問題を全人的にアプローチしていこうとする考え方である。また、ナラティブ・アプローチは個人がどのように生きていかを語る機会であるとの報告⁷⁾

受付日：2022 年 4 月 24 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Shinobu Hosokawa, Nobuto Nakata: 岡山労災病院

2) Mayumi Okuyama: 山陽学園大学

もある。特に、患者の病気とともに生きる様相である病の体験を明らかにする手法としての有用性が示されている⁸⁾。ACPを行うには、十分な話し合いと患者の背景を把握する必要がある。そのため、患者の背景を知り今後の生き方に関する意思決定支援を行うには、ナラティブ・アプローチは有効な方法であると考えられる。

ナラティブ・アプローチを用いることで、中皮腫患者の病の体験の軌跡の語りを通して、個人の過去と現在、未来の人生に病の体験がどのように影響しているのかを検討することが可能になると思われる。また、ナラティブ・アプローチを用いた看護実践が、患者の人生の終焉に向かう生き方の意思決定支援にどのように影響するかを検討することが可能となると思われる。

Ⅱ. 目 的

ナラティブ・アプローチを用いた中皮腫患者の病の体験の語りを通して、病の体験が今後の人生への意思決定にどのように影響しているのかを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

本研究では以下のように用語を定義する。

- 1) ライフ・ヒストリー：自分の歩んできた人生について個人が語るストーリー
- 2) ナラティブ：出来事について語られた物語
- 3) ナラティブ・アプローチ：個人の語る物語を通して中皮腫患者の望む今後の生き方を見出していく方法
- 4) 意思決定支援：中皮腫患者が自分の望む今後の生き方を意思決定するための援助

2. 研究デザイン

質的帰納的研究デザイン

3. 研究対象

中皮腫と診断され A 病院で入院治療経験があり外来通院している患者 4 名

4. データ収集方法

ナラティブ・アプローチの技法を担保するために、事前にナラティブ・アプローチに関する多数の文献を読み、研究者間で勉強会や模擬面接を繰り返し行った。データはインタビューガイドを用いて半構造化面接を実施し収集した（収集期間は 2020 年 4 月～5 月）。インタビューガイドは①ライフ・ヒストリー②疾患・治療について③今後どのような人生を歩み、医療・ケアを受けたいかについての思い④気がかりに思っていることの 4 つのナラティブ生成質問からなる。質問者は無知の姿勢をとり、ストーリーの終わりの合図が出るまで発言せず、あいまいな部分に関してのみ追加質問をする。面接場所はプライバシーの保護と対象者の希望を考慮し 1 対 1 で行える場所を選定した。面接時間は 1 人 30 分から 40 分、面接回数は 1 人 1 回であった。面接内容は対象者の同意を得た上ですべての内容をレコーダーで録音し逐語録にした。

5. データ分析方法

分析は 4 名の研究者で行った。参加者の個人特性に留意しながら逐語録を繰り返し読み、参加者が中皮腫という疾患をどのように捉え、自分の人生の物語と結び付けているのか、過去から現在の病の軌跡の体験から今後の生き方をどのように意思決定しようとしているのかという部分をデータとして抽出した。データは 1 つの意味内容ごとにコード化した。そして、コードの類似性と相違性に基づき、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象度を高めた。その後、残された人生をどのように捉え、自身の希望する生き方に対する意思決定支援の方法を検討するために、各カテゴリーの関係性を検討し、図式化した。なお、信頼性と妥当性を高めるために、分析の過程では、参加者チェックを行い、質的研究の経験のある学術研究者におけるスーパーバイズを受けながら、カテゴリーを体系的に関連付けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究者が所属する看護研究倫理審査会の承認を得た。研究参加者には、研究協力者の権利、インタビューの進め方、インタビュー内容の取扱い、結果の発表の仕方についての倫理的配慮を文書と口頭で説明し、研究参加の同意を得た。外来通院患者であり、時間的負担の軽減のため外来受診直後に面接ができるよう外来看護師との連携をとった。インタビュー中に体調不良となった場合はインタビューを途中で中断しても良いこと、また中断を希望する場合は直ちにデータを廃棄することを説明した。参加者は匿名化して分析を行い、データは鍵のかかるロッカーに保管し守秘義務の徹底を図った。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の背景

対象となった 4 名全員が男性であり、65 歳以上の高齢者であった。対象者の背景を表 1 に示した。

2. 分析結果

4 名の対象者の語りから、5 つのカテゴリーと 22 のサブカテゴリーが生成された。得られたカテゴリー間の関係性について、中皮腫患者の人生の物語として概念図（図 1）を作成した。以下の記述については、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉, コードは「 」, で表記した。

1) 中皮腫患者の病の軌跡と人生の終焉に向かう語り

病の軌跡と人生の終焉に向かう語りは、発症前、発症後、未来の 3 つの時期に分類できた。そのなかで、【生涯にわたる家族とのつながり】は、発症前、発症後、未来のどの時期にも関連していた。

(1) 発症前の体験の語り

発症前の語りの内容は、【発症後の人生につながる過去の体験】であった。そこには、大切に思う家族との関係性が語られていた。幼少期から家族に支えられ、その後、家族を支えるために仕事に就くが、その仕事の原因で病が発症してしま

表1 研究参加者の概要と特徴

	年齢	性別	石綿曝露歴	病期	主症状	面接実施時までの治療内容/ 今後の方針	診断から面接ま での期間	補償・救済申請 状況
A	80代	男性	清掃作業で職業性石綿 曝露歴あり	II	呼吸困難 感	#4CBDCA+PEM、 #25Nivolumab/ 外来化学療法の継続	約2年1ヵ月	労災補償認定
B	70代	男性	建設業で職業性石綿曝 露歴あり	II	右胸痛	#6CDDP+PEM/ 経過観察、悪化時は治療予定	約11ヵ月	労災補償認定
C	70代	男性	石油工場で職業性石綿 曝露歴あり	III	呼吸困難 感	#1CBDCA+PEM、 #12Nivolumab/ 対症療法、苦痛緩和	約9ヵ月	労災補償認定
D	70代	男性	とび職、解体作業で職 業性石綿曝露歴あり	III	右胸痛	#6CDDP+PEM+ Nivolumab、 #19Nivolumab/ 外来化学療法の継続	約1年6ヵ月	労災補償認定

表2 発症前の体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
発症後の人生につながる 過去の体験	幼少期の体験	母子家庭のため母に苦勞をかけたくない
		戦時中であつたが食べ物には困らなかつた
		戦時中のためやりたいことができなかつた
		家族で支えあつた
	仕事への誇り	空腹の辛さやひもじさに耐えて修行をした
		父と同じ仕事に就いた
		大事な家族のために働いた
		業界で自分の名が通っており 指名を受けて仕事をした
		職人かたぎに仕事に取り組んだ
	次世代の育成・継承	修行はつらかつたが満足できる技術を習得できた
		仕事を伝授した
	生死にまつわる経験	一生懸命に子育てをした
		母親の介護のため退職した
		妻の胃瘻造設を後悔している
		妻に寄り添って介護をし看取つた
		父親代わりの叔父が最期に鎮静剤を使用し眠るように亡くなつた
肺疾患で苦しんでいる家族をみた		
仕事中の事故で受傷し、何度も大手術をして日常生活を取り戻した		

う。しかし、自ら選んだ仕事を誇りに思いながら、家族を支え、家族に支えられながら生きてきた過去を語っていた。

(2) 発症後の体験の語り

対象者は、中皮腫の発症前には、「眠れないほどの息苦しさ」といった〈病状の深刻さを予感させる自覚症状〉を感じていた。かかりつけ医を受診するが専門病院を紹介され〈限られた治療の場〉であることに戸惑う。確定診断を受けた際には、「余命が短い疾患であると知った衝撃」を受けていた。それは、【自ら選んだ仕事を契機とした病の体験】の始まりであり、誇りに思う仕事を全うし、家族を支え続けてきた自分自身を否定されるような事象であつた。つまり、〈アスベストに曝露した記憶〉を思い起こし、病に罹患した原因が自身の職業の選択にあつたことに気が付く瞬間でもあつた。そのため、〈中皮腫と診断されたことによる困惑〉と向き合わざるを得ない状況が生じた。そのような、これまでの人生を自身で否定するかのような過酷な状況に置かれたなかで、〈周囲の人の支え〉によって治療することを決断し、〈治療中のつらい体験〉を乗り越え、次第に〈治療中の希望や喜び〉を見出しながら

仕事も治療も継続していった。自らの人生の残りの時間を少なくしてしまった仕事への想いは複雑であつたが、「大事な家族のために働いた」といった〈仕事への誇り〉の想いが、アスベストに曝露されながら働き続けて生きてきた自分の人生を肯定的に受け止め、次第に【中皮腫を運命として想う人生観】が形作られていた。更に、まさに今、〈病状の深刻さを予感させる自覚症状〉を経験しながら、死を身近なものとして感じており、中皮腫とともに歩んだ人生の終焉の時期が差し迫っていることを痛感し、〈生死に対する思い〉が形成されていった。

(3) 未来に向けた語り（今後の生き方についての意思決定）

対象者は、治療を受けながらも徐々に病状が進行していきなかつた【残された人生を自分らしく生きる】ための今後に望むことは壮大なものではなく「旬のものを食べて季節を実感」する生活を続けていきたいと願つたり、「亡くなった妻との思い出のある家で過ごしたい」といったような現実的なその人らしい生き方に限定されていた。そのようななか、〈自分らしく生きたい思い〉を抱きながら、〈終末期を迎える準備〉をしていく。

表3 発症後の体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
自ら選んだ仕事を契機とした 病の体験	病状の深刻さを予感させる自 覚症状	眠れないほどの息苦しさ
		強くなる胸の痛み
		話をするこさえしんどく感じる
		日常生活はおくれるが仕事はできない
		食べることができなくなってきた
		痩せて少し動くのもしんどくなった
		今までできていたことができなくなった
	限られた治療の場	呼吸が浅くなった
		かかりつけ医では治療継続ができない 遠方から通院しなければならない
	治療中のつらい体験	抗がん剤の副作用が身体的にきつかった
		治療で食欲が低下した
		味覚が変わった 食べ物のにおいがつらかった
	治療中の希望や喜び	治療でしんどい中外泊し好きなことをしたら体調が良くなった
		2回目のレジメンは食欲低下がなく体調が良い
		味覚障害があってもスイカは美味しかった
		通院が嫌だと思ったことがない 冷たいものを飲食したい
	周囲の人の支え	娘が通院の送迎を手伝ってくれている
		化学療法を勧めてくれたことに感謝している
		家族・主治医の勧めで化学療法を受けることを決意し感謝している
		主治医の治療のおかげで症状がよくなった
医師が治療について分かりやすく説明してくれた		
予後が短いと思っていたが長生きさせてもらっている		
生活面では看護師がよく支えてくれた		
入院中にサポートしてくれた医療従事者に感謝している しっかり治療してもらえてよかった		
アスベストに曝露した記憶	知らずに毎日アスベストを使っていた	
	アスベストに関連する建築業に19年勤めていた	
	マスクは仕事がやりにくいため外して作業していた	
	50年前はアスベストを触ってはいけないと分からなかった	
中皮腫と診断されたことによる 困惑	自分が胸膜中皮腫になるとは思わなかった	
	曝露して何年後かにアスベストの人体への影響について知った	
	曝露後数十年経過してから症状がでるとは思っていなかった	
	アスベストに被曝していたことを認識していなかった 余命が短い疾患であるを知った衝撃	
中皮腫を運命として想う 人生観	お金に対する思い	家族を養うためにはお金が必要
		お金があれば苦勞して育ててくれた母を楽にさせてあげられる
	中皮腫になったことへの悔や み	お金がもらえても中皮腫にはなりたくない
	中皮腫になった運命を受け入 れる	病気が治ると思っていないし受け入れている
		病気になったものは仕方がない
		病気に負けずに頑張りたい
		病気になっても自分は幸せ者だと思う 悪い結果であっても告知をして欲しい
	生死に対する思い	何年であれ寿命が全うできれば良い
		諦めるわけではないが寿命まで生きることができれば良い
		生きることができる日数は誰にも分からない
		病気に負ける時は死ぬ時だ
		この歳まで生きられて最高だ 何かに逆らってもどうすることもできないことがある 余命を知りたい

表4 今後の生き方についての意思決定

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
残された人生を 自分らしく生きる	治療への希望	再発時は抗がん剤治療を受けたい
		少しでも食べて元気になりたい
		治療方針は信頼する医師に任せたい
	自分らしく生きたい思い	旬のものを食べて季節を実感したい
		亡くなった妻との思い出のある家で過ごしたい
		趣味を続けていきたい
		生まれてくるひ孫に会いたい
		1日1日を大切に生きたい
		好きなことをして往生したい
		人に迷惑をかけないように生きたい
		人の役に立つことをしたい
	何かをやりたい意欲はない	
	終末期を迎える準備	家族に迷惑をかけたくないから延命は希望しない
		家族を悩ませたくないから元気うちに自分の希望を伝えておきたい
		家族が困らないよう息子に家業を引き継いだ
		身辺整理をしたから今からしなければならぬことはない
	安楽・安寧への希望	呼吸と身体が楽な状態で過ごしたい
		苦しまずに死にたい
楽に死にたい		
		最期の時を考えず時の流れに身を任せたい

表5 生涯にわたる家族とのつながり

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
生涯にわたる 家族とのつながり	家族への思い	治療を受けることで家族に負担がかかるなら治療を受けたくない
		家族に迷惑をかけたくない
		自分より家族を重んじたい
		自分の死後家族がどうなるのかが不安
	家族の支え	家族のサポートにより独り暮らしが出来ている
		仕事面で息子に助けられている
		家族を手伝うことが当たりまえ
		家族が自分を心配し気遣ってくれている
		自分が趣味を楽しめるよう知人が手伝ってくれる
	自分の予後に対する家族のとらえ方	家族は病気について受け入れている
		自分の身体が弱っているので、あえて言わなくても家族は死が近いと思っている
		家族は病気について何も言わず、言わない方がいいと思っているのかもしれない

そして、〈終末期を迎える準備〉と【発症後の人生につながる過去の体験】は相互に影響していた。例えば〈幼少期の体験〉で「家族で支えあった」ことから、自分に介護や看護が必要となった場合は家族が自分を支えようと行動することを予測していた。そして、家族に負担がかかることを恐れ、「家族に迷惑をかけたくないから延命は希望しない」と選択したり、〈生死にまつわる経験〉では、本人の意思が確認できず家族だけで決断したために生じた「妻の胃瘻造設を後悔」した思いから「家族を悩ませたくないから元気うちに自分の希望を伝えておきたい」と考えたりしていた。

現在の〈病状の深刻さを予感させる自覚症状〉の体験から、症状の悪化した場合に苦痛が増していくことを予測し、「楽な状態」で「苦しまずに死にたい」といった終末期に向かうなかで〈安楽・安寧への希望〉を抱いていた。

(4) 3つの時期に影響する【生涯にわたる家族とのつながり】

このカテゴリーは、【発症後の人生につながる過去の体験】で培われてきており、現在から未来に向かう生き方に関する

自己決定に大きな影響を及ぼしていた。「家族で支えあった」経験は「自分より家族を重んじたい」思いにつながり、「大事な家族のために働いた」ことは人生に満足感を与えていた。

「家族のサポートにより独り暮らしが出来ている」ことに感謝を感じながら「家族に迷惑をかけたくない」と確固たる思いを持っていた。また、「治療を受けることで家族に負担がかかるなら治療を受けたくない」と治療の意思決定にも大きな影響を及ぼしていた。

2) 中皮腫患者の人生の物語

発症前、発症後、未来の3つの時期の体験が抽出された。

【残された人生を自分らしく生きる】ための人生の終焉に向けた生き方の意思決定に至る過程のなかで、【発症後の人生につながる過去の体験】と【自ら選んだ仕事を契機とした病の体験】のつながりを辿っていた。アスベストの曝露を受け続け中皮腫に罹患したことに困惑しながらも、その仕事を選んだことやその仕事により家族を支えてきた軌跡、アスベストの害を知らずに仕事をしていた自分を肯定的に捉え、病の原

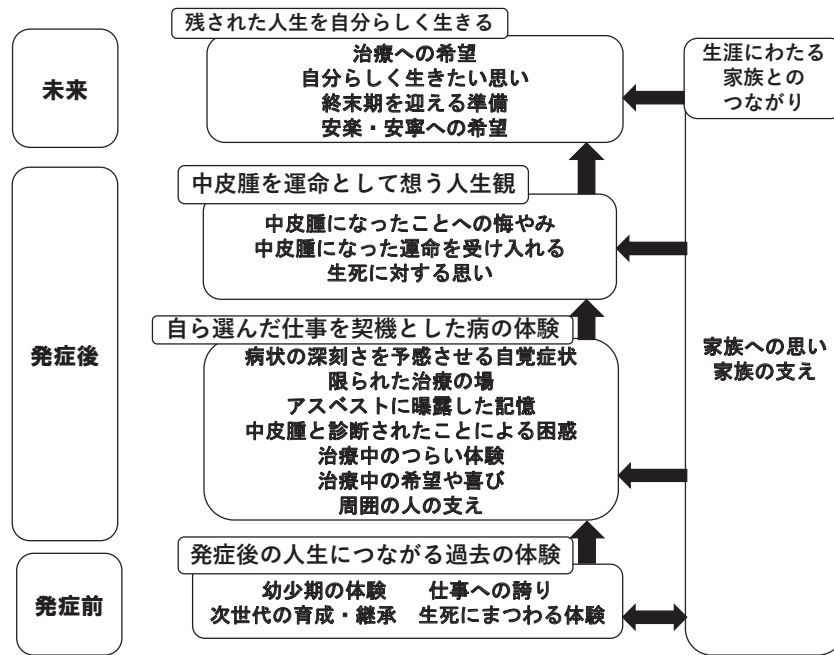


図1 悪性胸膜中皮腫患者の人生の物語

因である仕事を誇りにさえ想える人生を通して【中皮腫を運命として想う人生観】を形成していった。そして、人生の終わりが差し迫っている状況を運命として受け止めながら、【残された人生を自分らしく生きる】ための生き方を模索していた。そして、仕事を決めたときのように未来への生き方を決めるときには、【生涯にわたる家族とのつながり】が大きくかわっており、残された人生を大切な人と苦痛を感じることなく穏やかに過ごしたいと願っていた。

VI. 考 察

1. 中皮腫患者の病の軌跡と人生の終焉に向かう語り

先行研究では、労働によりアスベスト曝露したことを怒りや憤りとして表現されていた⁶⁾。しかし、本研究では驚きは表現されたが怒りや憤りは語られなかった。吉村ら⁷⁾はナラティブ・アプローチを用いて語ることが感情の変動を整理・明確化し、ネガティブな出来事に新しい意味を見出し、ことを明らかにしている。本研究では、〈アスベストに曝露した記憶〉も新しい意味が見出され、自分の人生の物語として再編されたものと考えられる。また一方で、怒りや憤りが語られなかった他の要因として性格や性差といった対象特性の違い、あるいはインタビュアーと対象者の関係性があると考えられる。入院歴のある患者を対象としており、インタビュアーは対象者全員を看護した経験があり、既に何らかの関係性が生じていた可能性も否めない。

中皮腫はアスベスト曝露開始から発症までの潜伏期間が25~50年と長い経過を経てから発症するという特徴があり、A病院においても2019年に中皮腫の診断を受けた患者は全て65歳以上の高齢者であった。本研究の対象者においても全員老年期に該当していた。Erikson⁹⁾は老年期に起きる心

理・社会的危機を統合対絶望の時期であるとした。発達課題である統合は、自分の人生を振り返り、自己の価値や人生に対してありのままに受け入れることができることである。〈中皮腫になった運命を受け入れる〉とあるようにナラティブ・アプローチにより、【発症後の人生につながる過去の体験】や【自ら選んだ仕事を契機とした病の体験】をした自分の存在を肯定的に受けとめることで、人生をありのままに受け入れることができ、〈終末期を迎える準備〉を行いながら〈自分らしく生きたい思い〉に表されたように今後の希望を導き出すことにつながったと考えられる。山田ら¹⁰⁾も外来で化学療法を受けているがん患者に対してナラティブ・アプローチを行った結果、患者自らが生きることへの希望を語りだしたことを明らかにしている。一方、統合と対置される絶望は挫折や後悔などを受け入れることができず、やり直すには遅すぎるといった感情を示している。本研究では「絶望」を示すカテゴリは抽出されなかった。矢吹¹¹⁾はライフストーリーインタビューが高齢者の統合性を促進することに有効である可能性を報告しており、本結果もそれを支持していると考えられた。

2. 中皮腫患者に対する人生の終焉に向けた生き方の意思決定支援について

本研究結果より、中皮腫患者は治療のために入退院を繰り返していくため病状の進行時や治療の変更時にはナラティブ・アプローチを用いて本人の望む今後の生き方を確認し、外来診療と入院病棟の情報共有を行うことが意思決定支援には必要であると考えられる。さらに、専門職と家族等の援助者とか、患者の意思決定を共有していくことも重要であるといえる。

田中ら¹²⁾はがん患者にとって、患者の生命の質、生活の質を保障するためには本人の意思決定が重要であり、意思決定

を促進する看護援助が必要であるとしている。看護における意思決定支援は、患者自らが意思決定することが最終目標ではなく、意思決定した事柄（内容）を患者や家族とともにこれからの人生のなかで実現させることが目標であると考えられる。そのため、【残された人生を自分らしく生きる】ための今後の生き方に沿うことができるよう、生活・療養の場に合わせた保健・医療・福祉の専門職が協働で支援することが重要である。入院中のケアのみでは患者の希望を実現することは難しい。そのため、地域包括ケアのなかでどのようにして、最期の日に至るまで患者の望む人生を支援していくかは課題である。

3. 研究の限界

本研究の対象者数は4名のみであった。そのため、本研究結果を多くの中皮腫患者に対して一般化するには限界がある。今後は、対象者数を増やし、さらなる検討が必要である。また、ナラティブ・アプローチは誰もがすぐに実践できる方法ではなく訓練が必要である。本研究では、事前に学習会などを通して訓練を行ったが、実践能力は十分とはいえない。今後、ナラティブ・アプローチを臨床で行うには専門家による研修会を行うなど、実践能力の向上に努めるための方策が必要である。

Ⅶ. 結 論

中皮腫患者が人生の終焉に向かう生き方を決定するためには、【発症後の人生につながる過去の体験】や【自ら選んだ仕事を契機とした病の体験】の繋がりを想起することが必要である。そして、自身や家族のために全うした仕事を自らの人生そのものと重ねることで【中皮腫を運命として想う人生観】が形成されていた。さらに、【残された人生を自分らしく生きる】ための今後の生き方の意思決定には、【生涯にわたる家族とのつながり】が大きくかかわっていた。

【残された人生を自分らしく生きる】ための人生の終焉に向けた生き方の意思決定支援を行うためには、看護師は、ナラティブ・アプローチを用いて患者のライフ・ヒストリーを傾聴し、元気に働いていた発症前の人生とこれからの人生をも含めて病の軌跡として捉え、患者自身が自らの人生を肯定的に受け止めることができるよう支援する必要があることが示唆された。

本論文の内容の一部は、2021年度岡山県看護協会岡山支部看護研究発表会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, 他: Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (14), p.2636-2644, 2003.
- 2) 厚生労働省 (2018), 第3回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会参考資料3, 2020年

4月10日閲覧,

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000189051.pdf>

- 3) 江口恵子: 質問紙を活用した当院 ACP の実践を通して考えること, *看護*, 70, p.78-80, 2018.
- 4) 内藤明美, 森田達也, 山内敏宏, 他: Advance Care Planning に関するホスピス入院中の進行がん患者の希望, *Palliative Care Research*, 11, p.101-108, 2016.
- 5) 日本医師会 (2018), 終末期医療アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える, 2020年4月10日閲覧, https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_31.pdf
- 6) 野村伽奈子, 亀谷友理恵, 原桂子, 他: 胸膜中皮腫患者の経時的ケアニーズと QOL 向上のための支援, *日本職業・災害医学会誌*, 66 (3), p.164-171, 2018.
- 7) 吉村雅世, 内藤直子: 看護ケアにナラティブ・アプローチを導入した老年患者の語りの変化の研究, *日本看護科学会誌*, 24 (4), p.3-12, 2004.
- 8) Catherine Kohler Riessman: *Narrative Methods for the Human Sciences*, 2008, 大久保功子, 宮坂道夫訳, *人間科学のためのナラティブ研究法(1), クオリティケア*, p.99-145, 2014.
- 9) Erik H. Erikson, Joan M. Erikson: *The life cycle completed*, 1998, 村瀬孝雄, 近藤邦夫訳, *ライフサイクル その完結増補版*, みすず書房, p.151-165, 2001.
- 10) 山田恵子, 稲吉光子: 外来で分子標的治療を受けているがん患者に対するナラティブ・アプローチ, *日本がん看護学会誌*, 24 (3), p.12-22, 2010.
- 11) 矢吹章: ライフストーリーインタビューが高齢者の心理社会的発達に及ぼす効果, *高齢者のケアと行動科学* 23, p.46-61, 2018.
- 12) 田中里佳, 大久保仁司: 高齢がん患者の療養法意思決定支援の研究の動向と今後の課題, *ホスピスと在宅ケア*, 25 (1), p.12-20, 2017.

◇研究報告◇

精神科病院ストレスケア病棟の看護師が体験している ストレスとストレスへの対処に関する研究

山本由紀¹⁾, 谷口光二¹⁾, 軸丸清子²⁾

【目的】 ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスとストレスへの対処を明らかにする。

【方法】 ストレスケア病棟勤務経験2年以上の看護師（6名）に対する半構造化面接による質的記述的研究。

【結果】 看護師のストレスは、〈対人関係の葛藤〉〈役割の葛藤〉〈脅威〉であった。ストレスへの対処は、〈問題解決に努める〉〈感情や気持ちの均衡に努める〉であった。

【考察】 ストレスの〈脅威〉は、思考の混乱や興奮がないことが前提の入院であるストレスケア病棟において、特徴的なストレスであると言える。谷本（2006）は、患者からの暴力等の脅威は看護師自身の存在をゆるがす体験であるとしている。対処の〈問題解決に努める〉〈感情や気持ちの均衡に努める〉は、ラザルスの言う問題中心型・情動中心型対処法と言える。ストレスケア病棟の看護師はストレスの解決と気持ちの均衡に努め、ストレス緩和を図っていると考える。

【キーワード】 精神科, ストレスケア病棟, 看護師, ストレス, ストレスへの対処

I. はじめに

研究対象者が所属する病院のストレスケア病棟では、うつ病を中心とした気分障害や、不安障害、パニック障害、摂食障害、発達障害、パーソナリティ障害などの疾患を有する（またはその傾向を持つ）患者が多い。重要他者との関係の中に居場所が感じられず孤立感を抱くなど、生き辛さを抱え、生活で疲弊をしやすい、場合によっては希死念慮を抱き、自殺防止のために入院してくる患者もいる。その中にはこだわりが強かったり、コミュニケーション能力の低さや感情コントロールの苦手さを有していたりする患者もいるため、看護師はそれぞれの患者の特性に合わせてながら対応しようと努力するが、患者は看護師の意図とは異なる受け取り方をして、それに反応するなど、その看護は建設的な方向に進みにくく、困難な介入が多い。

ストレスケア病棟における看護について、山崎らは、精神科看護師のストレスに関する研究から、「看護介入の困難さ」、「知識不足・技術不足」が自信喪失や無力感を生じさせ、「多忙さ」、「物理的環境の不備」が慢性的疲労に、「看護者への患

者の否定的行動化」が精神的ダメージを看護師に与えている¹⁾と報告している。また、布川らは、「精神科における看護師のストレス及び職務満足度、精神的健康度」の報告において、病状が不安定な患者も多く自殺企図の可能性があること、うつをベースとする患者の専門的治療には、医師をはじめとした他職種と連携して看護師も積極的に関わること、リワークの専門プログラムへの関わりおよび患者の家族や企業との調整など支援が多岐にわたることから、ストレスケア病棟の看護師は、量的・質的負荷が高い可能性があることを述べている²⁾。しかし、ストレスケア病棟に特化したストレスの内容やその対処に関する研究は、見当たらなかった。

そこで本研究において、精神科病院ストレスケア病棟で勤務する看護師が体験しているストレスとそのストレスへの対処を明らかにすることで、ストレスケア病棟で勤務する看護師のストレス緩和への示唆を得ることが出来るのではないかと考えた。

II. 目的

ストレスケア病棟に勤務する看護師が体験しているスト

受付日：2022年4月27日／受理日：2023年1月20日

1) Yuki Yamamoto, Koji Taniguchi：長岡病院

2) Kiyoko Jikumaru：聖カタリナ大学

レッサーとそのストレスを緩和するために行っている看護師の対処を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の操作的定義³⁾

ストレッサー：日常の看護業務におけるストレスの発生源。ストレスを引き起こす物理的、化学的、生物的、心理的な外部からの刺激。

ストレス：日常の看護業務で感じるストレッサーにより引き起こされる心身の緊張状態。情動的、認知・行動的、生理的反応。

2. 研究デザイン

半構造化インタビューによる質的記述的研究。

3. 対象

研究参加者は、病床数約 400 床の私立精神科病院のストレスケア病棟に、2 年以上勤務したことのある看護師とした。

4. 調査期間

2020 年 4 月～8 月までの 5 ヶ月間。

5. データ収集方法

対象者の勤務する病棟内のプライバシーが確保できる個室で、インタビューガイドに沿って個別に半構造化インタビューを行った。インタビュー内容はストレスに感じていること、そのストレス緩和のために行っていることを問うもので、インタビューガイドに基づき、オープンクエスチョンで、対象者が自由に語れるよう配慮した。対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。一人あたりのインタビュー時間は 30 分～60 分であった。

6. データ分析方法

録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、逐語録と発言内容が相違ないか各研究参加者に確認した。逐語録を繰り返し読み、「ストレッサー」と「ストレスへの対処」について、語られた部分を研究参加者の表現を保ったまま文節単位で取り出した。取り出した文節の意味を簡潔な表現に変換し、コードを作成した。さらに各コードの共通性、関係性を比較・統合し、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーと抽象度を上げて分類した。その「ストレッサー」と「ストレスへの対処」から見えてきたストーリーを図に示した。

分析の妥当性を確保するために、全ての分析プロセスにおいて熟練した質的研究者のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、研究者所属施設の倫理審査委員会の承認(2020.5.13-3)を得て行った。研究参加者には、研究参加についてそれぞれの所属長の承諾を得た上で、研究参加の意思の確認を行った。個人の自由意思による参加であること、参加の中断・撤回ができること、それによる不利益は被らないこと、個人情報保護、結果の公表方法などを文書と口頭で説明し、署名による同意を得た。

Ⅴ. 結 果

研究参加は、研究協力への同意が得られた 6 名で、平均年齢は、40.8±10.4 歳であった。看護師平均経験年数は 17±10.7 年であった。ストレスケア病棟平均経験年数は 5.6 年±2.4 年であった(表 1)。

ストレスケア病棟看護師が体験している「ストレッサー」として、152 コード、34 サブカテゴリー、7 カテゴリー、3 コアカテゴリーが生成された(表 2)。また、「ストレスへの対処」として、219 コード、39 サブカテゴリー、9 カテゴリー、2 コアカテゴリーが生成された(表 3)。コアカテゴリーは【】、カテゴリーは< >、サブカテゴリーは< >で示した。

以降、ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレッサーとストレスへの対処ならびにその構造について、コアカテゴリー、カテゴリー、主なサブカテゴリーを用いて説明する。

1. ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレッサー
看護師が体験しているストレッサーは、【対人関係の葛藤】、【役割の葛藤】、【脅威】の 3 つのコアカテゴリーに分類された。

1) 対人関係の葛藤

【対人関係の葛藤】は、<患者・スタッフとの対人関係>、<スタッフ間の見解の相違>の 2 つのカテゴリーで構成され、看護師がチーム医療におけるコーディネーターとして、様々な調整場面で体験する対人関係上の戸惑いや困難感を示している。

表 1 対象者の概要

No.	性別	年齢	看護師経験	ストレスケア病棟経験
1	男	20 代	5 年	3 年
2	女	50 代	39 年	10 年
3	女	40 代	24 年	8 年
4	男	30 代	11 年	4 年
5	女	40 代	13 年	5 年
6	女	30 代	10 年	4 年

〈患者・スタッフとの人間関係〉

看護師は、心理療法的な環境づくりのために意識して心理療法的に関わっていくなかで、患者に看護師の意図とは異なる受けとめ方をされるなど、〈患者とのコミュニケーションの齟齬（くい違い）〉を感じていた。また心理療法的な環境の醸成には、医師との協力関係が必要不可欠であるが、コミュニケーション不足からくる〈医師との対人関係の軋轢〉に葛藤を感じていた。さらに、後輩に対して教育的に関わろうと自己の感情をコントロールし、〈対人関係への気遣い〉に疲れを感じていた。

〈スタッフ間の見解の相違〉

看護師は、チーム医療の中における各職種の役割や機能を共通理解した上で、個別性のあるケアを提供したいと考えている。しかし、患者の治療・援助方針を話し合う〈医師との見解の不一致〉に、看護の目標が定まらず困難を感じていた。また、同僚によって患者の言動の意味の捉え方や対応での考えが異なる等の〈同僚との見解の相違〉、同僚が自分の期待する看護介入をしてくれないことや、同僚に学ぶ姿勢がないといった〈同僚との考えや価値観の違い〉に心労を感じていた。

(2) 役割の葛藤

【役割の葛藤】は、〈仕事への責任〉、〈看護師アイデンティティのゆらぎ〉の2つのカテゴリで構成され、チーム医療におけるコーディネーターとしての役割への責任と期待される役割に感じる困難感や重責感を示している。

〈仕事への責任〉

看護師は、何度も患者の病棟ルール違反が繰り返される場合があり、患者がルールを守れるように個別性を尊重した〈患者の病棟ルール違反への指導〉を行うことに難しさを感じていた。また、〈患者が治療に参加しないこと〉で治療がプラン通りに進まないことに苛立ちを感じていた。さらに、キャリアに伴う役割や責任、夜勤帯の少ないスタッフでの患者の安全確保などに、〈自己の役割や仕事への重責〉を感じていた。

〈看護師アイデンティティのゆらぎ〉

ストレスケア病棟の看護師には、とりわけ心理療法的な対応が求められるなか、精神科看護の経験が浅い看護師は、患者の心を理解する手がかりとなる〈患者の言動の意味がわからないこと〉に、〈精神科看護への自信の欠如〉を自覚し、〈心理療法的看護への戸惑い〉を感じていた。

(3) 脅威

【脅威】は、〈患者の暴言・暴力、ハラスメント〉、〈感情の揺れ〉、〈緊張の連続〉の3つのカテゴリで構成され、感情や行動の制御が難しい急性期症状を持つ患者から受ける暴力や暴言等の危険により、身体的・心理的に脅かされることによる不安を示している。

〈患者の暴言・暴力、ハラスメント〉

看護師は、〈患者からの無理難題の要求〉に根気よく対応し、〈患者からの攻撃的な言動〉に対しても感情をコント

ロールしながら、心理療法的に関わる努力をしていた。しかし、そうした努力も功をなさず、〈患者からの批判〉に、自尊心を深く傷つけられることもあった。

〈感情の揺れ〉

患者との心理療法的な関係を築いていくなかで、〈患者からの依存〉に対して、ストレスケア病棟経験が長くない看護師は、〈患者への巻き込まれ〉状態に陥るべきではないと心配りをしながらも、不安を感じていた。また患者と同年代の子どもを持つ看護師は、自身の境遇を患者に重ねて、〈患者・家族への感情移入〉し、胸を痛めたり不安を感じたりしていた。さらに〈患者の希死念慮・自殺行為〉に対しては、自殺企図の予防を考えて常に緊張し、不安を感じていた。

〈緊張の連続〉

研究参加者が勤務する〈病棟に休憩室がない〉ことから、看護師は〈休憩時間中に患者に呼ばれる〉と、休憩時間中も仕事と休憩の区別が不明瞭で、〈常に感じる患者からの視線〉に、〈患者の暴言・暴力、ハラスメント〉や〈感情の揺れ〉などによる緊張を途切れることなく感じ続けていた。

2) ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスへの対処

看護師のストレスへの対処は、【問題解決に努める】、【感情や気持ちの均衡に努める】の2つのコアカテゴリに分類された。

(1) 問題解決に努める

【問題解決に努める】は、〈困った時は相談する〉、〈患者との心理的距離をとる〉、〈人間関係の樹立に努める〉、〈勉強をする〉、〈患者理解に努める〉の5つのカテゴリで構成され、ストレスに感じている問題（ストレス）を何とか自分の力で解決しようと積極的に取り組んでいることを示している。

〈困った時は相談する〉

看護師は、日ごろから、チーム医療のコーディネーターとしての役割を担い〈困った時は先輩、同僚、他職種に相談する〉ことで、チームメンバーと協働して円滑な連携をとり問題解決を図っていた。

〈患者との心理的距離をとる〉

看護師は、看護が常に心理療法的であるために〈意識的に巻き込まれないようにする〉ことで、〈患者と心理的距離をとって関わる〉努力をしていた。そして、日々の関りの中で〈患者との関係を客観視する〉ことで、患者との心理的距離を確認しながら、心理的に巻き込まれることを防いでいた。

〈人間関係の樹立に努める〉

看護師は、自らがチーム医療の一員であることを意識し、相手の話を十分傾聴したうえで、〈自分の考えや意見をアサーティブに伝える〉ことで、リーダーである〈医師との人間関係樹立に努める〉、チームの〈スタッフとのコミュニケーションに努める〉ことで、信頼関係を基盤とする人間関係の樹立、維持・向上に努めていた。

＜勉強をする＞

看護師は、ストレスケア病棟に求められる心理療法的な看護を提供できるようになるために、病棟の機能を理解した上で、＜精神科看護について勉強し知識を増やす＞、また＜人の心理について勉強する＞ことによって、患者の病気や心理を理解するための知識を深めていた。さらに、日々＜チームで症例カンファレンスを持つ＞ことによって、情報共有や治療・看護の目標の共通理解、問題解決に向けた話し合いを行い、ケースから生きた看護を学んでいた。

＜患者理解に努める＞

看護師は、患者に寄り添い、共感的に＜患者の話を理解しようと努める＞一方、これまで蓄積してきた精神科看護、精神科以外の看護に加えて、自らの人生の＜経験知を活かして患者を理解する＞ことに努めていた。また＜患者のストレスに目を向ける＞ことで、広い視野で患者を深く理解することに努めていた。

(2) 感情や気持ちの均衡に努める

【感情や気持ちの均衡に努める】は、＜信頼できる人に話を聞いてもらう＞、＜ストレスの認知を替える＞、＜積極的にストレスマネジメントをする＞、＜娯楽に興じる＞の4つのカテゴリで構成され、自己のストレスがかかった状態に気づき、積極的にストレス緩和に取り組むことで、感情や気持ちの均衡を図ることに努めていることを示している。

＜信頼できる人に話を聞いてもらう＞

看護師は、悩みを自分ひとりで抱え込まずに、＜上司に話を聞いてもらう＞ことで、諦めや安心感につなげていた。またカンファレンス等で同僚に思いのたけや愚痴を聞いてもらう等、＜同僚と感情や思いを共感・共有する＞ことで、気持ちを切り替えてストレスを緩和していた。

＜ストレスの認知を替える＞

看護師は、看護チームのカンファレンスだけでなく、多職種カンファレンス等で発生した意見のくい違いに対して、＜相手との考えや意見の違いを受け入れる＞ことによって、自己の＜ストレスに気づき肯定的に捉える＞ようになり、＜ストレスの捉え方を替える＞ことができるようになっていた。

＜積極的にストレスマネジメントをする＞

看護師は、日常の看護やカンファレンス、病棟勉強会等で＜勉強をする＞ことで、ストレスに関する知識を増やすことにより、＜自己のストレス状態に気づく＞ことができ、呼吸法やアンガーマネジメント、マインドフルネスといった患者に行われる＜心理療法の技法を活用する＞ことで、ストレスの緩和を図っていた。また＜休日はリラックスする＞等、意識して緊張の緩和を図っていた。

＜娯楽に興じる＞

看護師は、＜飲酒・喫煙で紛らわす＞、＜散財をして気晴らしをする＞等、自己の健康や家庭の経済に望ましくないと分かりながらも、止められないでいた。

表2 ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスサー

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
対人関係の葛藤	患者・スタッフとの対人関係	患者とのコミュニケーションの齟齬（くい違い） 医師との対人関係の軋轢 対人関係への気遣い 患者とのコミュニケーションの難しさ 医師とのコミュニケーション不足 患者同士の人間関係の軋轢
	スタッフ間の見解の相違	医師との見解の不一致 同僚との見解の相違 同僚との考えや価値観の違い 同僚との感じ方の違い
役割の葛藤	仕事への責任	患者の病棟ルール違反への指導（指摘） 患者が治療に参加しないこと 自己の役割や仕事への重責 深夜勤務での重責 診療録に看護師の実名が記載されること
	看護師アイデンティティのゆらぎ	患者の言動の意味がわからないこと 精神科看護への自信の欠如 心理療法的看護への戸惑い 精神科急性期看護の経験不足 スタッフから認められていないと感じること 一般科の看護技術が衰える可能性
脅威	患者の暴言・暴力、ハラスメント	患者からの無理難題の要求 患者からの攻撃的な言動 患者からの批判 患者からの陰性感情
	感情の揺れ	患者からの依存 患者への巻き込まれ 患者・家族への感情移入 患者の希死念慮・自殺行為 自己の患者・家族への同一視 患者の自傷行為
	緊張の連続	病棟に休憩室がない 休憩時間中に患者に呼ばれる 常に感じる患者からの視線

表3 ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスへの対処

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
問題解決に努める	困った時は相談する	困った時は先輩、同僚、他職種に相談する
	患者との心理的距離をとる	意識的に巻き込まれないようにする 患者と心理的距離をとって関わる 患者との関係を客観視する
	人間関係の樹立に努める	自分の考えや意見をアサーティブに伝える 医師との人間関係樹立に努める スタッフとのコミュニケーションに努める スタッフを信頼する
	勉強をする	精神科看護について勉強し知識を増やす 人の心理について勉強する チームで症例カンファレンスを持つ 勉強会・研修で得た知識を看護に活かす ストレスケア病棟の機能を理解する スタッフの対応を参考にする
感情や気持ちの均衡に努める	患者理解に努める	患者の話を理解しようと努める 経験知を活かして患者を理解する 患者のストレンクスに目を向ける 患者の言動の意味を理解する 患者の対応に看護師としての経験を活かす これまでの社会経験を活かして患者を理解する
	信頼できる人に話を聞いてもらう	上司に話を聞いてもらう 同僚と感情や思いを共感・共有する 同僚に話を聞いてもらう
	ストレスの認知を替える	相手との考えや意見の違いを受け入れる ストレスに気づき肯定的に捉える ストレスの捉え方を替える あきらめる ストレス（悩み）を引きずらない ストレスを自分の中で消化する
	積極的にストレスマネジメントをする	自己のストレス状態に気づく 心理療法の技法を活用する 休日はリラックスする ストレス対処に関する知識を増やす 自己のストレス対処への努力を認める 余暇を楽しむ 家族でくつろぐ
	娯楽に興じる	飲酒・喫煙で紛らわす 散財をして気晴らしをする ギャンブル（パチンコ等）で気晴らしをする

3. ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスとストレスへの対処の構造

ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスとストレスへの対処の関連および構造を図1のように示すことができた。

ストレスケア病棟の看護師は、《患者・スタッフとの対人関係》や、《スタッフ間の見解の相違》で【対人関係の葛藤】を感じていた。また心理療法的な看護や危機管理等、高い専門性が求められる中で《仕事への責任》や《看護師アイデンティティのゆらぎ》等の【役割の葛藤】を感じていた。さらに、《患者の暴言・暴力、ハラスメント》や、危機的場面に遭遇することによる《感情の揺れ》、当該病棟の構造上、休憩時間も患者の視線に晒される《緊張の連続》等の【脅威】から、日常的に高いストレスを感じていた。

そして、それらのストレスによるストレスに対して、《困った時は相談する》ことや、《患者との心理的距離をとる》、医師をはじめとする他職種との《人間関係の樹立に努める》、心理療法的な看護に必要な知識について《勉強をする》、《患者理解に努める》等の【問題解決に努める】ことで、ストレスに対処していた。

一方で、同僚や上司の《信頼できる人に話を聞いてもらう》、《ストレスの認知を替える》、《積極的にストレスマネジメントをする》、時には《娯楽に興じる》等の【感情や気持ちの均衡に努める】ことで、ストレスに対処していた。

VI. 考 察

1. ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスの特徴

厚生労働省(2020)は、労働者のストレスの内容について、最も多い順に「仕事の質・量」、次いで「仕事の失敗、責任の発生等」、「対人関係(セクハラ、パワハラを含む)」、「会社の将来性」、「顧客、取引先等からのクレーム」、「役割・地位の変化等(昇進、昇格、配置転換等)」、「雇用の安定性」、「事故や災害の体験」、「その他」⁴⁾と報告している。このうちの「顧客、取引先等からのクレーム」は2016年までの調査には挙がってこなかった項目である。本研究で明らかになったストレスケア病棟におけるストレス3つに対し、「対人関係(セクハラ、パワハラを含む)」は【対人関係の葛藤】に、「仕事の質・量」、「仕事の失敗、責任の発生等」「役割・地位の変化等(昇進、昇格、配置転換等)」は【役割の葛藤】に、「顧

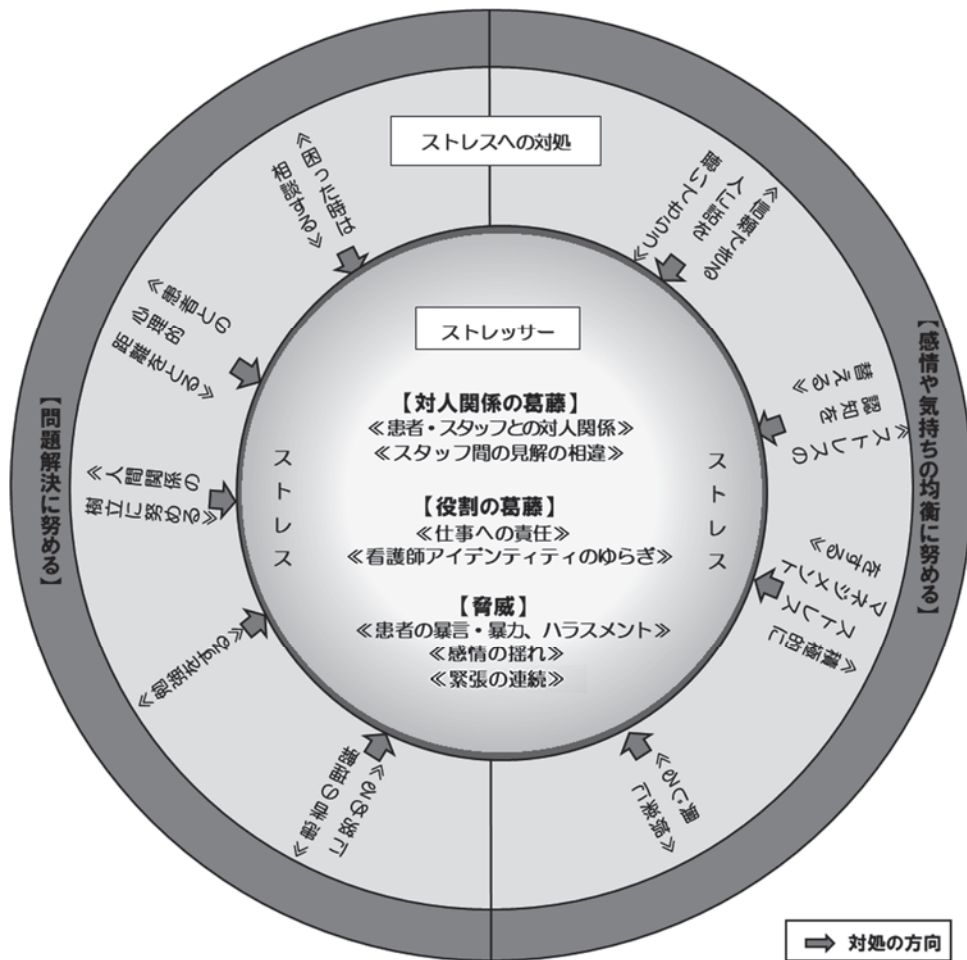


図1 看護師が体験しているストレッサーとストレスへの対処の構造

客、取引先等からのクレーム」は【脅威】に含まれると言える。また、山崎らの「精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーとストレス反応との関連について」(2002)⁵⁾における精神科看護師のストレッサーの7因子のうち、「医師との軋轢」、「看護者間の軋轢」は【対人関係の葛藤】に、「看護介入の困難さ」「患者の生活背景への関り」は【役割の葛藤】に、「看護者への患者の否定的行動化」、「患者の自殺・自傷の経験」、「患者の感情への巻き込まれ」は【脅威】に含まれると言える。しかし、思考の混乱や興奮がないことが前提の入院であるストレスケア病棟での看護において、【脅威】が主なストレッサーとして挙がってくることは特徴的であると考えられる。

ストレスケア病棟におけるこの【脅威】は、〈患者の暴言・暴力、ハラスメント〉、〈感情の揺れ〉、〈緊張の連続〉を表している。以降、ストレスケア病棟に特徴的なストレッサーである【脅威】について述べる。

1) 脅威について

ストレスケア病棟の看護師が感じている〈患者の暴言・暴力、ハラスメント〉をはじめとする〈感情の揺れ〉、〈緊張の連続〉は、全勤務時間帯を通して断続的に【脅威】として体験されており、自己の存在のみならず、看護師としてのアイデンティティを揺るがす衝撃的なストレス(ストレッサー)であると言える。

(1) 患者の暴言・暴力、ハラスメントについて

研究参加者が勤務するストレスケア病棟の患者は、共通して“うつ状態”を伴うことが多い。徳永は、ストレスケア病棟における入院治療について、「うつ病患者の依存性や攻撃性といった患者自身の未解決な不安や葛藤が言語的に、あるいは行動化のかたちで治療者たちに向けられることを忘れてはならない」⁶⁾と述べている。患者は、入院生活のなかで、過去に重要他者との間で満たされなかった欲求や願望の満足を看護師に求め、その時の感情を看護師に向けてくる母親転移を起こしていると考えられる。

谷本は、看護師が患者から暴力を受けることについて、「人格の否定・安全への脅威・信頼関係の破綻のような否定的感情をもたらす衝撃的な出来事であり、自己の存在が揺るがされる体験となる」⁷⁾と述べている。また松原らは言葉の暴力は場合によっては身体的暴力以上に自尊感情を傷つけられることもある⁸⁾と述べている。さらに、江波戸は、その看護師の自尊感情が低い場合、自己否定・他者否定的な態度に陥る⁹⁾と述べている。このように、ストレスケア病棟の看護師が体験している〈患者の暴言・暴力、ハラスメント〉は、看護師自身の存在を揺るがし、自尊感情の低い看護師にとっては、自己否定に陥る体験であると言える。そして、その自己否定は、自尊感情を補うための他者否定となり、人間関係を悪化させる可能性がある。

このように、《患者の暴言・暴力、ハラスメント》は、看護師自身の自尊感情を傷つけ、人間関係を歪める程の強いストレス（ストレッサー）であると言える。

(2) 感情の揺れについて

看護師は、母親転移から起こっていると思われる強い＜患者からの依存＞と攻撃、看護師自身の境遇との重ね合わせによる＜患者・家族への感情移入＞、＜患者の希死念慮・自殺行為＞に対して、不安や緊張を感じながらも、＜患者への巻き込まれ＞状態に陥らないように努めていた。

牧野らは、対人関係における巻き込まれについて、看護師にとって「巻き込まれ」は教育的に警告の対象となるが、経験を積んだ看護師は「巻き込まれ」を自己の振り返りにより肯定的に捉えることができている¹⁰⁾と述べている。このことから、精神科看護の経験の浅い看護師にとって、＜患者への巻き込まれ＞は、「巻き込まれ」そのものによる＜感情の揺れ＞に加え、心理療法的な看護という意味において、非治療的な関係に陥っていることに対する＜感情の揺れ＞を体験し、ストレスに感じていたのではないかと考える。

(3) 緊張の連続について

看護師は、＜病棟に休憩室がない＞、＜休憩時間中に患者に呼ばれる＞ことで休憩時間中も緊張は途切れることなく、さらに＜患者の暴言・暴力、ハラスメント＞や＜感情の揺れ＞を体験したことにより、＜常に感じる患者からの視線＞にさえも脅威を感じ続け、ストレスが途切れることなく続いている状態である。

吉本は、看護師の仕事について、いささかのミスも許されない複雑な仕事とその責任の大きさ、仕事量の多さ、規定をはみ出すことの多い勤務時間等をあげ、他の仕事以上の厳しさであり¹¹⁾、「おそらくすべての職業的ストレスのなかでも筆頭に属するものの一つ」¹²⁾と述べている。そして、これらの責任の大きさと仕事の多さが看護師にさらなる完全を目指させ、その結果、強い自己不全感を引き起こし、ストレスを強化させる¹³⁾と述べている。このように、ストレスケア病棟看護師も、緊張の連続により、強い自己不全感を引き起こし、＜患者の暴言・暴力、ハラスメント＞や＜感情の揺れ＞による脅威を強化させてしまっていたと考える。

このような緊張状態が長期間続くことは、バーンアウト(燃え尽き)を引き起こしかねない強いストレスであると言える。

2. ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスへの対処

本研究の結果、ストレスケア病棟の看護師は【問題解決に努める】と【感情や気持ちの均衡に努める】の2つの対処を行なっていることが明らかになった。

ラザルスは、心理的ストレスへの対応方法を対処（コーピング）と呼び、「能力や技能を使い果たしてしまうと判断され自分の力だけではどうすることもできないとみなされるような、特定の環境からの強制と自分自身の内部からの強制の双方を、あるいはいずれかの一方を、適切に処理し統制してい

こうとなされる、絶えず変化していく認知行動的努力と行動による努力」としている。その上で、対処行動の目的により、苦痛をもたらすような厄介な問題を巧みに処理し変化させていく問題中心の対処と、そのような厄介な問題に対する情動反応を調整していく情動中心の対処に分類している¹⁴⁾。本研究の【問題解決に努める】は前者、【感情や気持ちの均衡に努める】は後者であると言える。

1) 問題解決に努めることについて

看護師は、《困った時は相談する》、《患者との心理的距離をとる》、《人間関係の樹立に努める》、《勉強をする》、《患者理解に努める》、などストレッサー（問題）を積極的に解決しようと努めていた。中でも人間関係については、まずは患者や医師をはじめとするスタッフとの人間関係の樹立に努めていた。そのうえで、患者の感情や気持ち、病状の理解に努め、患者との適度な心理的距離をとり、対人関係上の問題解決に努めていた。

D.ショーンは、専門家を技術的合理性に基づく技術的熟達者と、行為しながら省察を深め専門技術を磨いていく反省的実践家に分類し、看護師は後者の反省的実践家としている。そして、反省的実践家である看護師は、他者との意義のある関係性を相互に育てていくことが、ケアの専門家としてのアイデンティティとなり、この課題がクリアされたとき、看護師のストレスは大幅に減少していく¹⁵⁾と述べている。看護師は、スタッフとの人間関係の樹立や調整によって、対人関係の問題を解決することで精神科看護師のアイデンティティを獲得し、ストレッサーを軽く感じられるようになっているのではないかと考える。

2) 感情や気持ちの均衡に努めることについて

看護師は、問題解決に努める一方、《信頼できる人に話を聞いてもらう》、《ストレスの認知を切り替える》など、カタルシスを図ったり、ストレスを異なる角度から捉え直したり、《積極的にストレスマネジメントを行う》、《娯楽に興じる》など積極的に感情や気持ちの均衡を図ることに努めていた。

下園は、人間関係のストレスについて、相手の問題でなく自分の問題であると腹をすえた時に初めてこの種のストレスへの対処がスタートする¹⁶⁾と述べている。このように、看護師が自己のストレスに対して主体性を回復することによって、問題（環境）の認知の仕方（評価）が変わり、感情や気持ちの均衡を図る行動ができるようになるのではないかと考える。

また、野中はストレスを避けて通れない精神科看護師のストレス対処について、「職場内や家族、友人から有効なサポートを受けているという自覚が持てることは、職場内での話しやすさなど人間関係を円滑にすることにより看護師の情動中心のコーピングが促進されよう」¹⁷⁾と述べている。このように、ストレスケア病棟の看護師は、《信頼できる人に話を聞いてもらう》中で、同僚や上司からのサポートを受けていることを自覚し、感情や気持ちの均衡に努めようとしているのではないかと考える。

3) ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレス対処の特徴

ラザルスは、ストレスへの対処（コーピング）について、実際には、問題中心型と情動中心型の2つの手段を用いるものと考えられる¹⁸⁾としている。また嶋は、この2つの手段をうまく組み合わせて使うことが重要で、現在おかれているストレス状況を正しく理解し、最も適切であると考えられる対処をし、ストレスのもたらす悪影響を最小限にする¹⁹⁾としている。

本研究に参加したストレスケア病棟の看護師（6名）は、平均経験年数が5.6年±2.4年、最長10年と比較的長い。研究参加者らは、【対人関係の葛藤】や【役割の葛藤】、【脅威】などのストレス（ストレッサー）を感じ認識しながらも、【問題解決に努める】ことと、【感情や気持ちの均衡に努める】ことを組み合わせ、ストレス（ストレッサー）に柔軟に対処することで、今日まで適応的に仕事ができ、とりわけ看護職に多いと言われるバーンアウトを引き起こしていないのではないかと考える。

野中は、看護師のストレス軽減について、「看護師の不安を解消していくことが、問題解決中心のコーピングを促進し、ストレス低減につながる²⁰⁾と述べている。このように、ストレスケア病棟の看護師は【感情や気持ちの均衡に努める】ことで、【問題解決に努める】ことがより一層促進されているのではないかと考える。

Ⅶ. 結 論

1. ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレッサー

ストレスケア病棟の看護師の体験しているストレッサーは、対人関係の葛藤、役割の葛藤、脅威であった。脅威は、ストレスケア病棟の特徴的なストレッサーであり、自己の存在のみならず、看護師としてのアイデンティティを揺るがす衝撃的なストレス（ストレッサー）である。

2. ストレスケア病棟の看護師が体験しているストレスへの対処

ストレスケア病棟の看護師は、ストレッサーに対し、問題解決に努めることや、感情や気持ちの均衡に努めることでストレスに対処していた。問題解決に努める対処は、困った時は相談する、人間関係の樹立に努める、勉強をする、患者理解に努めるという行動である。また、感情や気持ちの均衡に努める対処は、信頼できる人に話を聞いてもらう、ストレスの認知を替える、積極的にストレスマネジメントをする、娯楽に興じるという行動である。

これら2つの手段を用いて、ストレスへの対処を行っている。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 山崎登志子, 齋二美子, 岩田真澄: 精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーとストレス反応との関連について, 日本看護研究学会誌, 25 (4), 2002.
- 2) 布川智恵, 稲谷ふみ枝: 精神科における看護師のストレス及び職務満足度, 精神的健康度—精神科病棟機能別比較—, 久留米大学心理学研究, (11), 2012.
- 3) 嶋信宏: ストレスとコーピング, 心理臨床大辞典, 培風館, p.154, 2006.
- 4) 厚生労働省 (2020), 令和2年「労働安全衛生調査 (実態調査)」の概況, 2021年12月5日閲覧, http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r02-46-50_gaikyo.pdf
- 5) 前掲書1).
- 6) 徳永雄一郎: ストレスケア病棟の現状と問題点, 精神療法, 36 (2), p.161-165, 2010.
- 7) 谷本桂: 入院患者から暴力を受けた精神科看護師の主観的体験, 日本精神保健看護学会誌, 15, p.21-31, 2006.
- 8) 松原涉, 畑吉節未: 言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する文献レビュー, 神戸常磐大学紀要, 13, p.1-15, 2020.
- 9) 江波戸和子: 暴力防止の基盤をつくる, 精神科看護, 34(11), p.20-24, 2007.
- 10) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 他: 看護における「巻き込まれ」の概念分析, 人間看護学研究, 13, p.71-79, 2015.
- 11) 吉本武史: 看護現場のストレスケア, 医学書院, p.6, 2008.
- 12) 前掲書11), p.10.
- 13) 前掲書11), p.10.
- 14) Richard S.Lazarus, Susan Folkman: Stress, Appraisal, and Coping, 1984, 本明寛訳, ストレスの心理学 (12), 実務教育出版, p.143-144, 2020.
- 15) 前掲書11), p.47-48.
- 16) 下園壯太: ナースのためのストレスコントロール術, 中央法規出版, p.74-75, 2007.
- 17) 野中真由子: 精神科看護師のストレス要因とその対処行動, 心身健康科学, 4 (1), 2008.
- 18) 前掲書14), p.155-159.
- 19) 前掲書3), p.155, 2006.
- 20) 前掲書17).

◇研究報告◇

面会制限下で一般病棟看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した家族への対応に関する記述式質問紙調査

小倉駿太郎¹⁾、篠田桐依¹⁾、津田千裕¹⁾、富岡孝仁¹⁾、武田千鶴¹⁾、若山真弓¹⁾

【目的】 コロナ禍による面会制限下で、一般病棟看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した家族への対応を明らかにする。

【方法】 A 病院の臨床経験 1 年以上の一般病棟看護師を対象に看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応と理由について質問紙調査し、ベレルソンの方法論を用いて分析した。

【結果】 対象者 238 名に配布し、回収率 50.8%、有効回答率 26.4%であった。

【考察】 看護師は、面会制限下においても、家族の思いを察知し、家族と患者がお互いの存在を感じられるよう対応していた。また、その対応から得られた家族の反応は看護実践の評価として捉えられていた。分析によって構成されたカテゴリには看護過程の構成要素が含まれていると推察され、看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した要因の一つとして、家族への関わりが看護過程に基づいた対応であったことが示唆された。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症、一般病棟、面会制限、家族看護

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症は、2019 年 12 月に原因不明の肺炎症例として WHO に報告された。日本においても感染者数は増加しており、死亡者数は約 2 万人を超え、感染が拡大し続けている状況にある。厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針として、「医療機関及び高齢者施設等において、面会者からの感染を防ぐため、面会は緊急の場合を除き一時中止すべきこと」¹⁾と示している。首都圏の高度急性期病院である A 病院においても、2020 年 2 月 17 日から入院日・退院日・手術日・医師からの来院指示や病状説明時、その他特別な理由がある場合を除き、面会制限を設けている。

面会制限開始後、患者の家族からは、電話はしているけど声だけじゃ分からないことがある、どうにかして会わせてくれませんかなどの声があった。コロナ禍による面会制限を余儀なくされ、家族と患者がお互いの姿を見ることができなくなることや顔を合わせて話をするのができなくなったことで、家族には患者の状態や様子が分からないことへの不安や心配が生じているの

ではないかと考えた。入院患者に対する面会について山本らは、「身体的な援助は看護行為であるが、家族が援助することは精神的なつながりを深めるためにも重要だと考えられる。また医療者には言えないことでも家族には本音を表出できるということもあり、家族が来てくれるから頑張ろうという意欲につながっていると考えられる。」²⁾としている。面会とは家族と患者の精神的なつながりを保持するための時間であり、家族と患者にとっての面会とは家族と患者の緊張が和らぐことや、家族や患者がお互いの存在を感じられることなのではないかと解釈した。そして、家族と患者が面会をすることには、意欲の向上や情報交換、家族・患者支援等の様々な役割があるが、面会制限に伴いそれらの役割が失われているのではないかと考えた。

しかし、面会制限によって家族と患者が直接的な面会ができなくても、看護師が患者の表情や声を電子媒体で伝え、その日の体調を知らせることで、家族から患者の回復過程を実感することができるという声もあった。看護師は、目の前にいる患者を看護の対象として注目しているが、患者を支える家族も視野に入れて関わる必要がある。森山は、「同じ

受付日：2022 年 9 月 30 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Shuntaro Ogura, Kirie Shinoda, Chihiro Tuda, Takahito Tomioka, Chizuru Takeda, Mayumi Wakayama : 東邦大学医療センター佐倉病院

ような家族は必ずしも存在しないし、同じ言葉が同様の効果をもたらすとはかぎらない。しかし、私たち看護師にできることは、まずは、家族を視野に入れ、家族に寄り添うことである。」³⁾と述べている。家族から不安や心配の声が聞かれた一方で、看護師の関わりによって、患者の回復過程を実感できるといった声も聞かれている現状から、どのような関わりが家族の不安や心配に寄り添える行動なのか疑問が生じた。また、コロナ禍により突然の面会制限を強いられ、家族・患者への影響はもとより医療現場にも混乱が生じた。コロナ禍での面会制限を経験したことのある看護師はおらず、家族への対応は確立されていなかった。面会制限された家族との関わりや思いを確かめることも困難である中、家族への対応を日々模索しながら、面会制限開始から2年という歳月が経過した。先行研究では、一般病棟を対象とした面会制限下での家族への対応に関する報告は見当たらなかった。そこで、看護師が一般病棟で実践した家族への対応を振り返り、コロナ禍で急激に変化した面会制限下での家族対応を調査することで、コロナ禍において面会制限が行われていても、家族と患者の精神的なつながりを保持することができる看護師の対応はどのようなものなのかを明らかにし、今後の家族に対する看護実践に活かしたいと考えた。

II. 目 的

コロナ禍による面会制限下で一般病棟看護師が、家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した家族への対応を明らかにし、今後の家族に対する看護実践の示唆を得ることを目的とした。

III. 方 法

1. 対象

A病院のコロナ禍による面会制限を設けている一般病棟に勤務する臨床経験年数1年以上の看護師238名とした。A病院の救急病棟、集中治療室、手術室はコロナ禍による一般病棟同様の面会制限を実施していないため、研究対象者から除外とした。

2. 研究期間

2021年12月～2022年1月

3. データ収集方法

独自の無記名式質問紙を作成し、対象者全員に配布を行った。質問の内容として、1) 臨床経験年数、2) 新型コロナウイルス感染症による面会制限中において家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感したことがあるか、ある場合は、3) (1) 家族に対してどのような対応をしたか、3) (2) その対応について、精神的なつながりを保つことができた実感した理由の自由記載欄を設け回答を得た。

4. 分析方法

得られた臨床経験年数データは、ベナードレイファスモデルに基づき分類した。なお、A病院の一般病棟は、外科系・

内科系・診療科別等の分類が困難な混合病棟であることから、これらの分類については本研究では実施しない。家族と患者が精神的なつながりを保つことができた実感した対応とその理由に関する自由記載で得られた内容を、表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、かつ数量的に記述するための調査技法として、ベレルソンの方法論に基づき分析した。該当しない記述を除外し、文脈を損ねたり歪めたりしないように記録単位として抽出した。その後すべての記録単位を意味内容の類似性に基づいて分類し、その集まりに意味を代表するラベルネームをつけ、同一記録単位とした。同一記録単位についてさらに抽象度を高めてカテゴリ化した。研究者間で抽出したすべての同一記録単位およびカテゴリについて複数回討議を行った。カテゴリ構成の過程には看護系大学教授の院外指導者にスーパーバイズを受けた。

5. 用語の定義

- 1) 面会制限…新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、入院時、手術などの重要事項説明時、退院時、担当医が必要と認めたとき以外では、家族と入院患者が病院内で会うことができないこと
- 2) 家族と患者の精神的なつながり…家族と患者の緊張が和らぐことや家族や患者がお互いの存在を感じられること

IV. 倫理的配慮

本研究は東邦大学医療センター佐倉病院倫理委員会の承認を受けた(倫理委員会承認番号:21039)。研究データの収集と分析に関しては、個人が特定されないよう十分配慮すること、参加は自由であり断っても不利益は生じないことなどを説明文書に記載し、質問紙と共に配布した。対象者へ質問紙とともに回収用封筒を添付、各部署に回収袋を設置した。説明文書には、本研究から得られたデータ(結果・成果など)は、関連する学会や学会誌で研究結果を公開する可能性があることを明記した。質問紙の回答・提出をもって研究・研究結果の公表への同意とした。質問紙を提出する際は、回答した質問紙を封筒に入れ、必ず封をした状態で提出するよう説明文書に記載した。質問紙の回収の際は、研究者2名で各部署の回収袋を収集しに行き、持ち運び時の紛失がないよう確認を行った。データは専用のUSBに保存し、回収された質問紙とともに施錠できる棚に保管管理した。本研究で得られたデータは研究以外には使用せず、情報管理責任者が研究終了5年後に破棄することとした。

V. 結 果

対象者238名に配布した結果、回収率は50.8%(121名)であり、臨床経験年数別では、臨床経験年数1年は9名、5年未満は11名、5-10年未満は35名、10年以上は55名であった。家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応があると回答した看護師は37.2%(45名)、実感した対応がないと回答した看護師は47.9%(58名)であった。

家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応があると回答した看護師のうち、本研究の有効回答率は26.4% (29名)であった。質問紙の有効回答者の背景は以下のように示された。

1. 有効回答者の背景

臨床経験年数1年は2名、5年未満は3名、5-10年未満は14名、10年以上は10名であった。

2. カテゴリ分類の結果

1) 家族と患者が精神的なつながりを保つことができた実感した対応

質問紙の有効回答より47の記録単位を抽出し、7の同一記録単位から、2のカテゴリが構成された。以下、カテゴリを【 】、同一記録単位を< >、記録単位の一部を< >で示す。

【看護師が家族・患者の思いを汲みとり、橋渡しを担った】では、<自分にできる簡単なことはしてあげたいという気持ちがあり、家族来院時に患者の様子を伝えた><ご家族が患者の荷物を持ってきた際、患者の様子を伝えるようにした><自分で家族と連絡が取れないような高齢者や重症者の家族は患者の日頃の様子を知ることができないため、荷物の受け渡しの際に、日頃の様子をお話して、どんな入院生活を送っているのか等を家族に知ってもらうようにした>など19の記録単位から<看護師から家族へ患者の状況を伝えた>の同一記録単位が構成された。また<家族が心配していると思ったため、病棟に配られたiPadで動画を撮り、ご家族に見てもらった><状況が分からないことが不安だろうと思ったため、患者の写真を家族に見せた><手が十分に動かずメールができないという患者に代わりメールを打ち、妻からの返信を代読した>など9の記録単位から<看護師がデバイスを活用して患者と家族を繋いだ>が構成された。次に<「ご本人様に何か伝えることありますか?」と聞いて、何か一言もらうようにした>など4の記録単位から<看護師が患者への伝言がないかを家族へ確認した>の同一記録単位が構成された。<高齢者はスマホをうまく使えないことが多いため、荷物の受け渡しの時に伝言を聞くようにした>など4の記録単位から<看護師が家族から患者への言葉を患者へ伝えた>の同一記録単位が構成され、<患者からの伝言を家族へ伝えるようにした>など4の記録単位から<看護師が患者から家族への言葉を家族へ伝えた>の同一記録単位が構成された。

【家族の希望に応じて、面会に替わる方法を援助した】では、<家族に依頼されることが多かったため、テレビ電話や動画を撮る介助をした><家族よりテレビ電話の依頼があったため、テレビ電話のセッティングをした>など3の記録単位から<家族・患者の希望に応じて、看護師がデバイスの活用をサポートした>の同一記録単位が構成された。また<家族から面会したいという希望があったため、ムービー撮影はどうか提案した><家族から面会したいけどできないという声も聞かれていたため、家族の携帯で、顔が見えるような形で

電話連絡をとった>など4の記録単位から<家族・患者の面会希望に対して、看護師が代替案を提示した>の同一記録単位が構成された。

2) 家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した理由

家族と患者が精神的なつながりを保つことができた実感した理由として30の記録単位を抽出し、6の同一記録単位から、2のカテゴリが構成された。

【家族が温かい言葉を看護師に表出した】では、<家族より「会えないのは残念だけど今の状況を聞くことができて安心した」と笑顔で言って頂けた><テレビ電話などで顔を見られると、笑顔になったり、「安心した」と言われる><入院した時よりも状態が良くなり安心したと言って頂けた>など9の記録単位から<家族から安堵の言葉があった>が構成された。また<「表情や顔色が見れて良かったです」「ありがとうございました」などの返答があった><何度もお礼を言って頂けた>など7の記録単位から<家族から感謝の言葉があった>が構成された。次に<患者も家族も嬉しいと連呼してくれたこと>という1の記録単位から<家族から喜びの言葉があった>の同一記録単位が構成された。

【家族が和らいだ表情を看護師にみせた】では、<電話をかけられるよう、環境を整えたことで家族・患者の表情がとても嬉しそうだった><少しでも様子が分かってうれしそうな表情をする>など6の記録単位から<家族が嬉しそう表情をみせた>の同一記録単位が構成された。次に<家族の様子や言葉を患者に伝えたら笑顔になった>など4の記録単位から<家族が笑顔をみせた>が構成され、<一時的でも表情が和らぐ場面が増えた>など3の記録単位から<家族が穏やかな表情をみせた>の同一記録単位が構成された。

VI. 考 察

1. 看護師の臨床経験年数と家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応との関連

本研究の質問紙回収率は50.8%であり、臨床経験年数5年以上の看護師が約8割を占めていた。また有効回答率は26.4%であり、そのうち臨床経験年数が5-10年未満の看護師と、10年以上の看護師が約8割を占める結果となった。この結果から、質問紙回収率と有効回答率ともに臨床経験年数5年以上の看護師が約8割と同じ割合となったが、有効回答が

表1 回答者の臨床経験年数

臨床経験年数	レベル	人数	割合
1年	新人	2名	6.9%
5年未満	一人前	3名	10.3%
5-10年未満	中堅	14名	48.3%
10年以上	達人	10名	34.5%
合計		29名	

表2 家族と患者の精神的つながりを保つことができたと実感した対応

記録単位数	記録単位の一部	同一記録単位	カテゴリ
14-1	自分にできる簡単なことはしてあげたいという気持ちがあり、 家族来院時に患者の様子を伝えた		
20-1	ご家族が患者の荷物を持ってきてきた際、患者の様子を伝えるようにした		
19	36-1 自分で家族と連絡が取れないような高齢者や重症者の家族は患者の 日頃の様子を知ることができないため、荷物の受け渡しの際に、 日頃の様子をお話して、どんな入院生活を送っているのか、等を 家族に知ってもらおうようにした	看護師から家族へ 患者の状況を伝えた	
21-1	顔も見れず、心配をしていると思っただけ、日常の様子を伝えた		
34-1	家族が心配していると思っただけ、病棟に配られたiPadで動画を 撮り、ご家族に見てもらった		
15-1	状況が分からないことが不安だろうと思っただけ、患者の写真を 家族に見せた	看護師がデバイスを活用して 家族と患者を繋いだ	看護師が家族・患者の思いを 汲み取り、橋渡しを担った
40-1	手が十分に動かさずメールができないという患者に代わり メールを打ち、妻からの返信を代読した		
4	12-2 「ご本人様に何か伝えることはありますか？」と聞いて、何か一言 もらうようにした	看護師が患者への伝言が ないかを家族へ確認した	
4	29-1 高齢者はスマホをうまく使えないことが多いこと、荷物を受け渡しの 時に伝言を聞くようにした	看護師が家族から 患者への言葉を患者へ伝えた	
4	29-2 患者からの伝言を家族へ伝えるようにした	看護師が患者から 家族への言葉を家族へ伝えた	
2-2	家族に依頼されることが多かったため、テレビ電話や動画を撮る介助 をした	家族と患者の希望に応じて、 看護師がデバイスの活用を サポートした	
3	4-2 家族よりテレビ電話の依頼があったため、テレビ電話のセッティング をした		
1-1	家族から面会したいという希望があったため、ムービー撮影はどうか 提案した		家族の希望に応じて、面会に 替わる方法を援助した
11-1	家族から面会したいけどできないという声もきかれましたため、 家族の携帯で、顔が見えるような形で電話連絡をとった	家族・患者の面会希望に 対して、 看護師が代替案を提示した	
4	4-1 少しでも様子をみれないかと聞かれたため、写真・動画を撮った		
32-1	患者さんも家族もお互いの顔が見えず、不安であると訴えがあり、 電話だけではなく動画や写真をとって患者さんの顔が見えるように 対応した		

総記録単位数

47

表3 家族と患者の精神的なつながりを保つことができたことと実感した理由

記録単位数	記録単位の一部	同一記録単位	カテゴリー
5-1	家族より「会えないのは残念だけど今の状況を聞くことができて安心した」と笑顔で言ってくれた		
9	2-1 テレビ電話などで顔を見られると、笑顔になったり、「安心した」と言われる	家族から安堵の言葉があった	
23-1	入院した時よりも状態が良くなり安心したと言ってくれた		
4-1	「表情や顔色が見れよかったです」「ありがとうございます」などの返答があった		家族が温かい言葉を看護師に表出した
7	6-1 検温で訪室した際「家族と話すことができました。ありがとうございます。」と発言があった	家族から感謝の言葉があった	
11-2	何度もお礼を言ってくれた		
1	34-1 患者も家族も嬉しいと連呼してくれたこと	家族から喜びの言葉があった	
6	11-1 電話をかけるよう、環境を整えたことで、家族・患者の表情がとて嬉しそうだった	家族が嬉しそうに表情をみせた	
29-1	少しでも様子が分かってくれて嬉しそうに表情をする		
5-2	家族の様子や言葉を患者に伝えたら笑顔になった		
4	12-1 それぞれのメッセージを患者、家族の互いに伝えたい際、笑顔を見せることが多い	家族が笑顔を見せた	家族が和らいだ表情を看護師にみせた
3	45-1 一時的でも表情が和らぐ場面が増えた	家族が穏やかな表情をみせた	
総記録単位数			
30			

得られた看護師の中で臨床経験年数5年以上が約8割となった要因のひとつとして、看護実践や家族対応に関する臨床経験が豊かな状況にあることが挙げられると推察した。臨床経験年数5年以上の看護師は臨床経験を生かし、面会制限下においても家族と患者の緊張や不安を和らげ、お互いの存在を感じられる対応を実践することで、家族と患者の精神的なつながりを保つことができたことと実感したのではないかと考えた。

ベナーは中堅レベルの看護師について、「ある状況下で起こりうる典型的な事態と、そのような事態に応じてどのように計画を修正するべきか、を経験から習得する。」⁴¹⁾「経験に基づいた、全体像を把握する能力があるので、事態が通常予測される経過を取らないとき、異常の発生を看取できる。」⁴²⁾と述べている。さらに達人レベルの看護師については、「達人看護師は膨大な経験を積んでいるので、多くの外的診断

や対策を検討するという無駄をせず、1 つひとつの状況を直感的に把握して正確な問題領域に的を絞る。」^{4,3)}とも述べている。中堅・達人レベルである臨床経験年数5年以上の看護師は、家族や患者の求める対応は何か、それに応じるためにはどのように計画を修正すべきかを、日々の看護実践や家族対応から習得していく。この日々の看護実践で習得した能力を活かし、面会制限という経験したことのない状況に置かれた場合であっても、家族の不安や心配に寄り添った計画の修正が可能となるのではないかと考えた。すなわち、家族が求めている対応に応じた柔軟な看護実践を提供することができていたのではないかと推察した。

それだけでなく内山は、「キャリアを積んだ看護師は、完全な解決に至らなくても、向き合い続け、ケアを途切れることなくつないでいく。」^{5,1)}と述べている。臨床経験が豊かな看護師は、家族の不安や心配を解決するに至らなくても寄り添い続け、面会制限以前と変わらず、家族と患者の緊張を和らげお互いの存在を感じられる対応をしていたのではないかと考えた。これらのことから、中堅・達人レベルである臨床経験年数5年以上の看護師は、面会制限下においても、家族が抱える不安や心配に寄り添い、家族と患者の精神的なつながりを保つための対応を実践していたのではないかと考えた。

2. 看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つために家族の思いを汲み取った対応

家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応では、2のカテゴリが構成され、そのうちの1つである【看護師が家族・患者の思いを汲み取り、橋渡しを担った】には<状況が分からないことが不安だろうと思ったため、患者の写真を家族に見せた><顔も見えず、心配をしていると思ったため、日常の様子を伝えた>などの記録単位が含まれていた。看護師は面会制限下においても家族と接する機会を通じて、家族と患者が直接顔を合わせることができない現状から不安や心配が生じていることを察知していたのではないかと推測した。ナイチンゲールは、「この世の中に看護ほど無味乾燥どころかその反対のもの、すなわち自分自身は決して感じたことのない他人の感情のただなかへ自己を投入する能力を、これほど必要とする仕事はほかに存在しない」⁶⁾と述べている。面会制限下においても、家族の患者に会えない現状や、会えないことで生じる不安や心配などの心情を、家族の立場に立って汲み取り、理解しようとしたのではないかと考えた。西田は、「看護実践とは、そのときの相手の状態に合わせて、看護技術の知識、手順、方法などを臨機応変に工夫して行うことであり、その工夫は事前に予測し準備できるものではない。」⁷⁾と述べている。看護師は家族の不安や心配な思いに気づき、直接顔を合わせることができなくても、家族と患者がお互いの存在を感じられるように、臨機応変に対応していたと予測された。抽出された記録単位には、<ご家族が患者の荷物を持ってきた際、患者の様子を伝えるようにした><手が十分に動かずメールができないという患者に代わり

メールを打ち、妻からの返信を代読した>などが挙げられている。直接顔を合わせられないことや携帯電話の操作に難渋することから、家族が入院中の患者の様子を把握するのは困難である。そこで看護師は、家族・患者の状況に合わせて必要となる看護は何かを判断し、不安や心配を抱える家族へ臨機応変に対応していたと考えられた。これらの行動は、看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つために家族の不安や心配な思いを汲み取った対応なのではないかと考えた。

3. 看護師が家族の希望に応えたいという思いから導かれた支援

家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応では、2のカテゴリが構成され、その1つとして【家族の希望に応じて面会に変わる方法を援助した】というカテゴリが構成された。このカテゴリには、<少しでも様子をみれないかと聞かれたため、写真・動画を撮った><家族から面会したいけどできないという声も聞かれていたため、家族の携帯で、顔が見えるような形で電話連絡をとった>という記録単位が含まれていた。看護師は、家族が感じる患者の顔が見えない不安や面会をしたいという希望を受け、その時の状況に合わせて家族の希望に応えるための支援を実践していたのではないかと推測した。内山は、「看護師のケアとは、ケアにおける困難があっても、患者から逃げずに向き合い続け、ケアを通して患者家族とともに困難を乗り越え、生活再建を目指すこと」^{5,2)}と述べている。<患者さんも家族もお互いの顔が見えず、不安であると訴えがあり、電話だけではなく動画や写真を撮って患者さんの顔が見えるように対応した>の記録単位より、面会ができなくても家族と患者の緊張を和らげ、お互いの存在を感じられる看護を提供していた。不安や心配を抱える家族・患者に向き合い、共にこの事態を乗り越えようとする看護師の思いが、対面に替わる方法を模索する原動力となっていたと考える。その原動力が、同一記録単位にある<家族・患者の希望に応じて、看護師がデバイスの活用をサポートした><家族・患者の面会希望に対して、看護師が代替案を提示した>などの対応につながったと考える。これらの対応は、看護師が家族の希望に応えたいという思いから導かれた支援なのではないかと考えた。

また、ベナーは仮想面会について、なんらかの情報通信網で家族に患者の状態を説明し、詳細な情報を提供することとした上で、「仮想面会は十分な情報を受ける手段となるので、家族は入院中の家族員の苦境を想像し、家族としてのつながりを感じることができる。また看護師が与える明瞭な連絡によって、離れていることへの不安が軽減される。」^{8,1)}と述べている。記録単位において、<家族に依頼されることが多かったため、テレビ電話や動画を撮る介助をした>などが抽出されており、看護師はビデオ通話や電話などの情報通信網を活用し、家族へ患者の状況を伝えていた。これらは、家族が患者の情報を受け取る手段となり、家族と患者の精神的なつながりを感じる結果となったのではないかと推察された。

4. 看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応と理由の関連性

家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した理由は、2のカテゴリに分類された。一つ目は、【家族が温かい言葉を看護師に伝えた】が構成され、<入院した時よりも状態が良くなり安心したと言って頂けた><患者も家族も嬉しいと連呼してくれたこと>などの記録単位が含まれていた。二つ目は、【家族が和らいだ表情を看護師にみせた】というカテゴリが構成され、<電話をかけられるよう、環境を整えたことで、家族・患者の表情がとても嬉しそうだった><家族の様子や言葉を患者に伝えたら笑顔になった>などの記録単位が含まれていた。

これらの記録単位は、看護師が家族の不安や心配な思いを汲み取り、あるいは希望に沿って実践した対応に対し、家族がどのような反応を示したのかが記載されており、その反応として家族の言葉や表情が挙げられていた。このことから、看護師が家族の言葉や表情などの反応を、看護実践の評価の指標として捉えていたのではないかと予測された。【看護師が家族・患者の思いを汲み取り、橋渡しを担った】【家族の希望に応じて面会に変わる方法を援助した】の対応では、家族がどのような反応を示したのかを観察し評価することによって、家族あるいは患者に求められる看護が提供できていたのかを確認する意図があったのではないかと考えられた。

ベナーは、「ほとんどの看護師は、臨床実践における思考と根拠、判断の基本は間違いなく看護過程であると教育されている。そして、看護過程の構成要素であるアセスメント、診断、実施、評価は、論理的に連続的に実践の中で起こると習っている。」⁸²⁾と述べている。看護師は家族の不安や心配、希望などの思いを情報として捉え、家族から得た情報から必要となる看護のアセスメントを行っていた。そのアセスメントから、対象となる家族に必要なこと、問題となっていることはなにかを看護の視点で診断し、【看護師が家族・患者の思いを汲み取り、橋渡しを担った】【家族の希望に応じて面会に変わる方法を援助した】を実践していた。また、【家族が温かい言葉を看護師に伝えた】【家族が和らいだ表情を看護師にみせた】のカテゴリから、看護実践の評価を行っていたのではないかと推察した。これらの一連の看護師の行動には、アセスメント、診断、実施、評価といった看護過程の構成要素が含まれていると考えた。

今回の結果で得られた記録単位の中に、<家族から面会したいという希望があったため、ムービー撮影はどうか提案した><少しでも様子をみれないかと聞かれたため、写真・動画を撮った>などが抽出されており、家族から患者との直接的な面会を希望する声が挙げられていた。面会制限という経験したことのない場面において、家族と患者を面会させることができない、これまでできていたことができないという困難を感じた看護師もいたのではないかと考えられる。しかし、ベナーが述べているように、一般病棟の看護師は臨床実践に

おける思考と根拠、判断の基本は看護過程であることを理解しており、意識せずとも看護実践の基本に沿ってアセスメント、診断、実施、評価を行っていたのではないかと推察した。看護過程に沿って看護を実践し、家族の表情や言葉から実践した対応を評価できたことで、看護師自身も家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感したのではないかと考えた。

尚、本研究は、コロナ禍における面会制限下で、一施設の一般病棟看護師の立場から、家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した対応の一側面を考察している。また、回答者の臨床経験年数に偏りが生じていることから、この研究結果を一般化することはできない。新型コロナウイルス感染症収束の見通しがついていない現状では、どのような家族対応が家族と患者の精神的なつながりを保つことができる対応なのかを多角的な視点からアセスメントし、実践と評価を継続していくことが必要である。

Ⅶ. 結 論

1. 臨床経験年数5年以上の看護師は、豊富な臨床経験を活かし、面会制限下においても、家族と患者の緊張を和らげ、お互いの存在を感じられる対応を継続していた。
2. 看護師は、家族や患者が面会できないことで生じる不安な思いを汲みとり、家族と患者の精神的なつながりを保つための橋渡しを担っていた。
3. 看護師は、家族の希望に応えたいという思いから、対面に替わる方法を用いて家族と患者の精神的なつながりを保つための支援をしていた。
4. 面会制限下においても、看護師が家族と患者の精神的なつながりを保つことができた実感した要因の一つとして、看護師の家族に対する関わりが看護過程に基づいた対応であったことが推察された。

本論文の内容の一部は第53回日本看護学会学術集会において発表した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省:新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針, 2022.2.21, https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_r_20220107.pdf
- 2) 山本加代, 富田裕美子, 佐藤洋子, 他:入院患者の視点からとらえた面会—入院患者にとって面会とは何かを考える, 看護研究集録, 8, p.40-50, 2000
- 3) 森山美知子:家族看護の視点から, 日本クリティカルケア看護学会誌, 3 (2), p.8-12, 2007.
- 4-1) Patricia Benner: From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 2001, 井部俊子訳, ベナー看護論新訳版, 医学書院, p.23, 2005.
- 4-2) 前掲書4), p.24.
- 4-3) 前掲書4), p.26.
- 5-1) 内山裕美:看護師のケアとは何か—看護師のケア実践を事例として—, 保健医療社会学論集, 31 (1), p.88, 2020.

- 5-2) 前掲書 5), p.91.
- 6) Nightingale : Notes on Nursing-What It Is and What It Is Not (7), 1859, 湯楨ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 他訳, 看護覚え書—看護であること看護でないこと—, 現代社, p.325, 1968.
- 7) 西田絵美: 看護における〈ケアリング〉の基底原理への視座〈ケアリング〉とは何か, 日本看護倫理学会誌, 10 (1), p.8-14, 2018.
- 8-1) Patricia Benner: CLINICAL WISDOM AND INTERVENTIONS IN ACUTE AND CRITICAL CARE A THINKING-IN-ACTION APPROACH (2), 2005, 井上智子訳, ベナー看護ケアの臨床知—行動しつづつ考えること (2), 医学書院, p.466, 2012.
- 8-2) 前掲書 8), p.145.

◇実践報告◇

小児科病棟を含む急性期混合病棟での重症心身障がい児 メディカルショートステイ受け入れの実践報告

永山真希¹⁾, 辰己春香¹⁾, 植田由紀子¹⁾, 十河陽子¹⁾, 高砂侑里¹⁾, 幸田瑞帆¹⁾

【目的】 小児 MSS が安心安全に受け入れられるよう調整し、今後の課題を明らかにする。

【看護実践】 小児 MSS 受け入れにあたり、看護師が感じている不安や疑問点について質問を実施する。内容を帰納的にカテゴリー化した結果、7つの問題が明らかになった。問題解決に向けた取り組みを実施し、システムの立ち上げを行う。システムに沿って受け入れを行い今後の課題を明らかにする。

【結果・成果】 今回の活動期間内に10名の初回外来診察と4名の試験入院を実施した。その結果、作成したマニュアルの評価と検討、継続的な勉強会開催、短期入院を繰り返し情報収集と情報共有を行うこと、児の生活環境に合わせることで、医療的ケアの質の評価という5つの課題が明らかになった。

【看護実践への示唆】 課題を解決するために細分化し、他職種と連携しチームで活動することで、意識の向上に繋がり、受け入れにむけた体制を整えることができたと考えられる。

【キーワード】 重症心身障がい児, 試験入院, レスパイト, メディカルショートステイ, 連携

I. はじめに

近年、我が国では医療の進歩、在宅医療の拡大により重症心身障がい児の在宅医療が増えてきている。H30年度の全国実態調査では「医療的ケア児の全国総数は19,712人、人工呼吸器児数は4,178人で、医療的ケア児は過去10年で2倍、人口呼吸器児数は過去10年で10倍以上に増加」¹⁾ 重症心身障がい児は高度な医療機器や吸引・経管栄養などの医療的ケアを必要とする割合が高く、24時間養育をする家族、特に親の負担は大きい。超高齢社会の我が国は、高齢者に対する社会保障制度は充実されているが、重症心身障がい児の在宅療養や養育に関する社会保障は十分とは言えない。生田らは、「主介護者である母親は、精神的にも身体的にも多くの症状をかかえ、児の介護を行っている状況にあった。これらの介護負担やその影響を軽減するためにも介護者のレスパイトケアが必要である。」²⁾ と述べている通り、重症心身障がい児の最も身近な支援者である家族の負担を軽減するためにレスパイト事業が必要不可欠である。「レスパイト」とは、一時休止、休息という意味で、介護にあたる家族が一時的に介護から解放される

時間を作り、介護負担軽減を目指す仕組みである。重症心身障がい児施設ではレスパイト事業を積極的に受け入れているが、受け入れ施設は不足しており、重症心身障がい児の重症化や医師・看護師不足のために十分な対応はできていない。そのため、重症心身障がい児施設以外の一般小児科病棟でもレスパイト事業を行っていくことの必要性が求められている。

A病院では2007年から、在宅介護をされている家族のレスパイトを目的としてメディカルショートステイ（以下MSSとする）というサポートシステムが確立され、成人の受け入れを行ってきた。MSSは在宅で医療的な管理が必要な患者を短期入院で受け入れる仕組みである。2019年からは小児科病棟で、重症心身障がい児を対象としたMSSの受け入れ準備を開始することとなった。小児科を含む急性期混合病棟という環境下で安全な小児MSS受け入れに向けた準備を行った活動内容と経過について、今後の課題を報告する。

II. 目的

小児科病棟を含む急性期混合病棟での重症心身障がい児を対象としたMSSの受け入れに向けて行った準備、活動内容

受付日：2022年4月18日／受理日：2023年1月20日

1) Maki Nagayama, Haruka Tatsumi, Yukiko Ueda, Yoko Sogawa, Yuri Takasago, Mizuho Yukida：大和高田市立病院

と経過について報告する。本格的なレスパイト入院にむけた課題を明らかにする。

Ⅲ. 看護実践

1. 活動期間：令和2年6月10日～令和2年10月31日

2. 課題調査

小児科を含む急性期混合病棟で小児 MSS 受け入れを行うために感じている不安・そのために必要な準備についてヒアリングを行った。対象は A 病院小児科病棟看護師 23 名。帰納的にカテゴリー化した結果、不安に感じる事として、重症心身障がい児に関する知識の不足、使用したことのない医療機器、急性期病棟であり他業務との調整、古い設備があげられた。特に多かった意見として、重症心身障がい児や、使用したことのない医療機器への知識、急性期混合病棟であり業務の中で安全に受け入れることができるかという漠然とした不安が多かった。

その不安を解決するための準備としてあげられたのが、知識を獲得するための教育、多職種と連携することでの専門知識の補完、各種マニュアルの準備、環境の調整であった。カテゴリーとして、環境、人員、教育、多職種連携の4つのカテゴリーに分類された。

3. 課題達成に向けた具体的な取り組みの内容

1) マンパワーを補うチーム編成 (人員)

重症心身障がい児を急性期混合病棟で受け入れることに対して、医療機器の異常時の早期発見など、安全な看護が提供できるのか不安があった。そこで病棟看護師が丸一となって重症心身障がい児の受け入れができるよう、小児と成人の2つのチームに分けていたチーム編成を撤廃し、すべての患者を病棟全体で担当できるような看護体制とした。

2) 古い環境・療養環境面の改善 (環境)

病室は小児 MSS 用としてスタッフステーションに近い個室1床に、24時間観察ができるようにTVモニターを設置した。タブレットから児の観察や医療機器のアラーム対応ができ異常の早期発見と対応に備えることができた。

3) 重症心身障がい児の勉強会の開催 (教育)

重症心身障がい児の疾患は複雑且つ複数の疾患を有していることが多く、日頃関わっている疾患や症状とは違う事から知識に対し不安があった。医学的な背景や病態生理が必要と考え、医師の協力を得て勉強会を開催し、まずは重症心身障がい児の呼吸機能について基本的な内容から始めた。

4) 医療機器の取り扱い方法 (教育・多職種連携)

在宅での医療機器は種類も多く A 病院で使用していない機種もあり、機器の操作や異常時の対応について、臨床工学技士 (以下 ME とする) と連携し勉強会を開催した。また、休日・夜間に ME が対応できる体制となっていたため、小児 MSS (人工呼吸器使用中の患者) の受け入れについても ME と連携できる体制を整えた。人工呼吸器の適切な取り扱いと設定が確認できるように、受け入れまでに使用されている在

宅人工呼吸器メーカーに連絡し勉強会を実施した。入院時には機器の設置から初期設定の確認、点検については点検表を用い、アラーム時の対応等、ME と一緒に確認を行うようにした。

5) 受け入れまでの手順 (環境・多職種連携)

小児 MSS 受け入れ開始にあたり、県のホームページ内にある医療型短期入所の案内に利用可能な医療機関として A 病院が掲載される。利用を希望する家族から A 病院地域医療連携センターへ連絡が入る。地域医療連携センター看護師は医師に報告し、初回外来診察の日程を設定し、病棟に連絡が入る。病棟では、受け持ち看護師を選定し事前準備を開始する。事前準備については、医療機関からの診療情報提供書、利用している事業所、訪問看護ステーション、養護学校、行政 (児童福祉課) などの施設からのサマリー、事前に家族に記入してもらった自宅でのタイムスケジュールが書かれた「一日の過ごし方」等を確認する。初回外来診察までに、病棟看護師間で事前に集めた情報の共有と追加したい情報の内容についてカンファレンスを実施する。情報収集についての準備を整えた後、医師、地域医療連携センター看護師、病棟看護師が連携し初回外来診察の流れとした。在宅人工呼吸器を装着されている場合、ME が初回外来診察に同席できるよう病棟看護師から ME へ連絡している。

6) 情報収集・情報共有の方法 (環境・多職種連携)

成人の MSS の経験から情報は個別的かつ複雑なものが多く、情報収集にかかる業務負担が大きいと感じていた。家族から情報収集や、自宅でのタイムスケジュールを確認し、実際に医療的ケアの方法を伝達してもらおう場として家族付き添いの1泊2日試験入院を設定した。また、情報収集の内容を検討し、安全かつ効率的に行える方法を考える事が重要であったため、情報収集や病棟内で情報共有を行うために用いる「初回外来診察時情報収集シート」「登録患者ファイル」「情報ツール」「個人ファイル」「小児 MSS カンファレンス議事録」という5つのツールを作成し使用した。ツールの内容については以下に記載する。

(1) 「初回外来診察時情報収集シート」

初回外来診察時に入院目標や持参物品・病院で用意する物品、在宅で行っている医療ケアなど項目別に記入する

(2) 「登録患者ファイル」

初回外来診察時情報収集シートをまとめたファイル

(3) 「情報ツール」

試験入院時に使用する「ナースングシート」「レスパイトボディチェック表」「持ち物リスト」「病院での1日の様子 (タイムスケジュール)」「注入メニュー表 (必要時)」「呼吸器設定表 (必要時)」

(4) 「個人ファイル」

患者別に情報や療養環境のレイアウト写真などを挿入したファイル

(5) 「小児 MSS カンファレンス議事録」

入院中や退院後にカンファレンスを行った際の議事録を綴る
7) 小児 MSS 入院受け入れマニュアル作成について (教育・環境・多職種連携)

小児 MSS を受け入れるにあたり、初回外来診察から 1 泊 2 日の試験入院までの入院受け入れマニュアルを作成した。(図 1)

(1) 初回外来診察前

初回外来診察に備え、病棟では受け持ち看護師を選定する。事前にカルテや紹介状、訪問看護サマリーなどを参照し病名や症状、治療経過、家族構成等の情報収集を行う。受け持ち看護師は初回外来診察時に疑問点や注意事項などの確認がで

きるようカンファレンスを実施、確認内容を整理し、診察介助につく。

(2) 初回外来診察

医師は児の状態が安定しているかを診察し、小児 MSS が可能な状態か判断する。初回外来診察時では、地域医療連携センター看護師・受け持ち看護師が同席し、医師の診察後に「初回外来診察時情報収集シート」を用いて内容を確認する。また、家族に自宅で行っているケア・処置について、病棟スケジュールとの調整が可能か確認し、事前に了承を得る。診察後、児・家族に病棟の案内をする。受け持ち看護師は、確

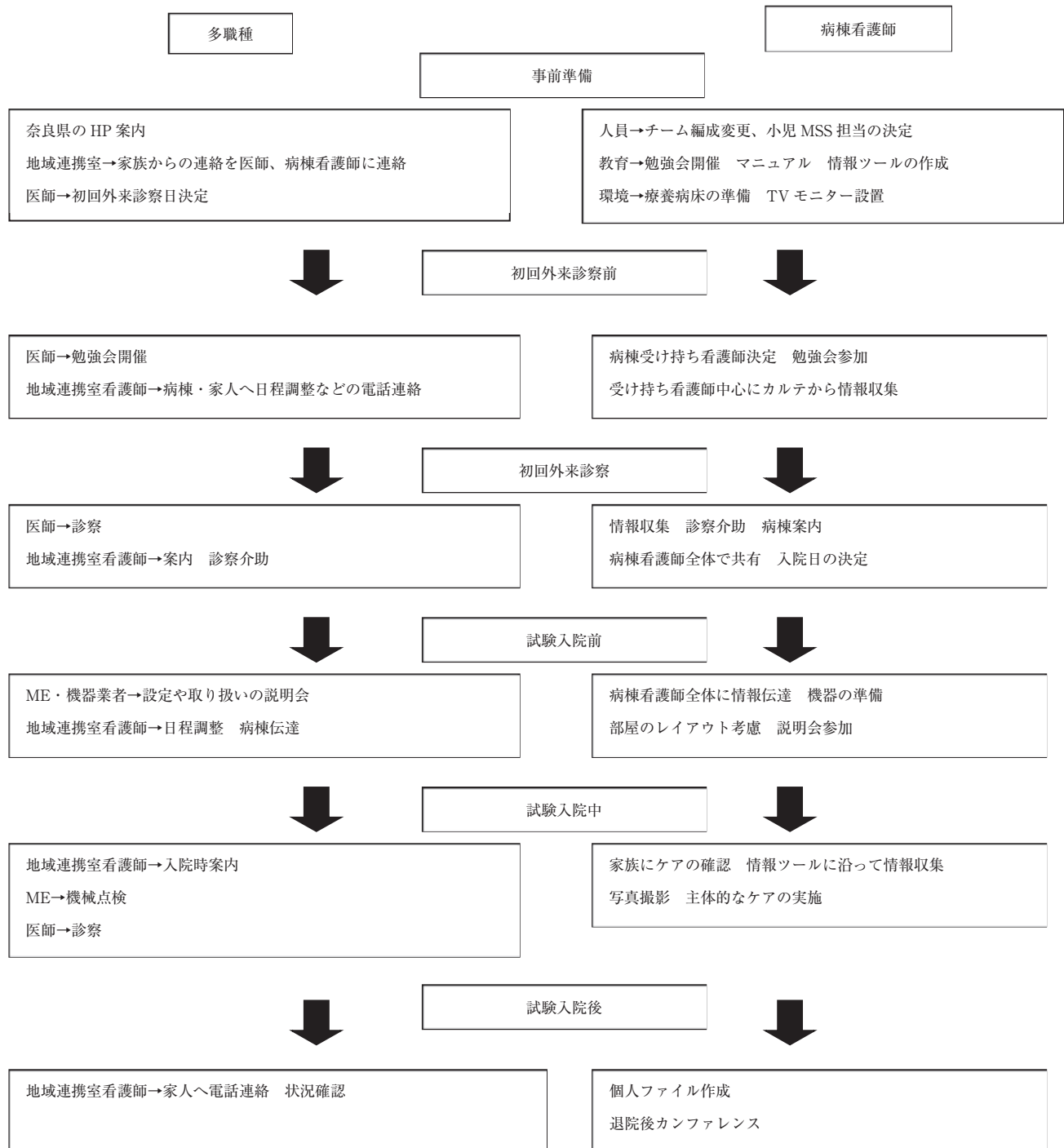


図 1 事前準備から試験入院後までの流れ

認した情報を病棟看護師で共有できるように「小児 MSS 登録ファイル」を準備する。医師、地域医療連携センター看護師長、病棟看護師長と連携し、試験入院日を決定する。

(3) 試験入院前

試験入院前に「小児 MSS 登録ファイル」をもとに病棟でカンファレンスを開催し、児の状態・処置やケア方法の確認を行い、入院の目標を設定しておく。また、必要な物品・医療機器を準備する。A 病院で使用していない特殊な医療機器を使用している場合は、ME・地域医療連携センターと連携し病棟勉強会を開催する。

(4) 試験入院中

試験入院は家族の付き添いの元、当日 14 時から翌日 14 時までの 1 泊 2 日とした。入院中、児の状態を観察し、「情報ツール」の内容に沿って情報収集を行う。自宅で行っている医療的ケアの具体的な手技や 24 時間のタイムスケジュール、普段の児の様子について家族に確認し、病棟スケジュールと調整し入院中のタイムスケジュールを家族と共に検討する。試験入院中の医療的ケアについては家族指導のもと病棟看護師が主体となって実施する。自宅での医療的ケアについて困っていることがあれば、改善できるように介入する。

(5) 試験入院後

退院後にケアカンファレンスを行い、医療的ケアや処置・困った点・次回 MSS 入院までに改善が必要だと考えられることについてリフレクションを実施した。病棟看護師が情報共有を行えるように、試験入院で収集した情報から、写真と文章を用いて「個人ファイル」を作成する。小児 MSS までに問題点・課題を解決し、受け入れ開始となる。小児 MSS は家族の付き添いがいないため、入院中の出来事などは「情報ツール」内の「いちにちのようすノート（日記）」に記入し、退院時に家族に手渡せるように準備する。

IV. 倫理的配慮

A 病院の倫理委員会の承認を得た上で本研究の目的・方法を書いた文書と口頭で病棟看護師に説明した。研究参加は自由意志であり個人情報とは特定されないこと、プライバシーの保護に努めること、自由記述アンケートに協力しない場合の不利益が生じないこと、負担について配慮することを説明し同意を得た。また、研究結果については学会などで発表することも説明し承諾を得た。

V. 結果・成果

今回、活動期間内に試験入院後の小児 MSS の本格的な利用は開始できていないが、他部門と連携し 10 名の初回外来診察と 4 名の試験入院の受け入れを実施した。1 泊 2 日試験入院の受け入れシステムの体制が整えられ、小児 MSS 受け入れ準備に繋げることができた。

急性期混合病棟で小児 MSS を開始するために、病棟看護師の不安や疑問点を抽出することで、問題が明確になった。

問題を細分化し課題に変換し 1 つずつクリアしていくことで小児 MSS を受け入れる意識の向上に繋がり、体制を整えていくことができた。経験したことのない重症心身障がい児や、医療機器への不安は知識を獲得する機会を得ることで少しずつ漠然としたネガティブな不安な発言から、具体的に何を学び知識として得れば不安が改善するのか、ポジティブな意見に変化していき、多職種で協働し考えることができるようになった。

小児 MSS は、疾患・症状にあわせて個別的な情報がある。重症心身障がい児となれば、重症度も高くなり医療的ケアの情報量も増大する。また、小児ということで、年齢や疾患にあわせた成長発達過程や、コミュニケーション方法等、それぞれの児に合わせた関わりが重要である。在宅でのケア方法は、通常病院で行っている業務と違うこともあり、その方法を全員のスタッフに伝達することが難しい。初回外来診察や試験入院を設定し、綿密な情報収集と個別のマニュアルを作成するための機会を設定したことで受け入れをスムーズに行うことができた。段階的に準備をすることで、多忙な業務の急性期小児科病棟であっても受け入れ準備をすることができたと考える。また、試験入院後に作成した「個人ファイル」は、情報量が多いため作成には時間を要するが、個人別に詳細な情報や写真を使用しているためイメージしやすく、随時情報を追加できる為、次回入院時に有効に活用できる。試験入院では、慣れない環境での入院による家族の疲労感が伺えたが、次回利用できることを心待ちにしている発言も聞かれた。

試験入院の経験から、今後は母の付き添いがいない医療的ケアを必要とする重症心身障がい児の本格的な小児 MSS の受け入れに向けて 5 つの課題が明らかとなった。

1. 今回の 1 泊 2 日試験入院では、小児 MSS 受け入れのシステム・マニュアル、情報共有を行うために用いるツールを作成し使用した。今後は小児 MSS の症例を重ね、作成したマニュアル等の評価・検討をおこなっていく必要がある。
2. 医師・地域医療連携センター・ME・病棟看護師と多職種で連携し知識面、医療機器の勉強会を開催することができた。永井らは、1 施設で過去 3 か月以内に人工呼吸管理を行った病棟に勤務する看護師 236 人を対象に看護師の思いを明らかにしようとした研究で「専門的なアドバイスを受けることができるシステムの構築と継続的かつ定期的な学習が必要である」³⁾と述べている。今後も安全な療養を提供することができるよう児にあわせた疾患の学習、在宅で使用している医療機器について医師や ME からの専門的な視点から学ぶ機会を継続的に実施していく必要がある。
3. 1 泊 2 日という限られた試験入院の時間の中で全ての情報を十分把握できたとは言えず、個別的な情報の追加は今後も必要になる。また、得られた情報全てを病棟看護師間で共有できる方法を構築していく必要がある。試験入院は 1 泊 2 日と短期間である為、複数かつ難易度の高い医療的

ケアを完全に習得することが難しく家族付き添いの短期入院を何度か繰り返すことや、情報共有の方法について検討していく必要がある。

4. 可能な限り自宅と同じ方法を用いて医療的ケアを継続したことで、急性期混合病棟の特殊性且つ限られたマンパワーの中で、自宅と同様の時間帯で実施することは、入院患者の看護の質の低下を招く恐れがあった。家族は要求したことができていなければ医療者に対する不信感となる。重症児は環境や日課が変わると精神的ストレスを感じ容易に身体的影響を及ぼすと言われている⁴⁾。家族に自宅で行っている医療的ケアの方法・時間、優先順位を確認し、調整可能な医療的ケアがないか話し合いながら家族と共に入院中のタイムスケジュールを考える必要がある。児にとって慣れない環境において精神的ストレスを最小限に抑え、入院中の療養環境の優先順位を考え可能な範囲で児の生活環境に合わせることを課題とする。決して一方的に看護師が支援方法を決定するのではなく、家族に寄り添い一緒に考え、家族と共に児が安心して療養できる支援を考えていく。
5. 1泊2日試験入院の受け入れマニュアルや情報収集に焦点を置くことになったが、今後も受け入れを重ねていき、児の医療的ケアや家族の願いや想いを含めた質の評価を行っていく。

VI. 看護実践への示唆

小児 MSS の受け入れ前にヒアリングを行い病棟看護師の不安を抽出することで、課題が明確になった。課題を解決するために細分化し、他職種と連携しチームで活動することで、小児 MSS を受け入れる意識の向上に繋がり、受け入れにむけた体制を整えることができたと考える。

今回は、1泊2日の試験入院の受け入れまでの実践であったため、今後は母の付き添いのない小児 MSS 受け入れにむけての課題が達成できるよう継続して取り組んでいきたい。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 1) 中村知夫:医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像 *Organ Biology*, 27(1), p.23, 2020.
- 2) 生田まちよ, 宮里邦子:在宅人工呼吸療法の小児への夜間滞在型訪問看護が母親に与えた影響—ホームベースレスパイトケアの取り組みの中で—, *日本小児看護学会誌*, p.40, 2010.
- 3) 永井千賀子, 田中三千代, 栗原早苗:人工呼吸療法を担う看護師の意識調査, 第42回看護研究発表論文集録, p.100, 2010.
- 4) 寺倉智子, 杉田暁子:レスパイトケアにおける病院看護師の役割とケアの実際 *南京都病院編, こどもケア*, 10(4), 日総研出版, p.80-86, 2015.

◇実践報告◇

学内実習として取り組んだ4年次の統合実習（老年） における学修成果

重久加代子¹⁾, 中角吉伸¹⁾

【目的】 研究目的は、コロナ禍で学内実習として取り組んだ4年次の統合実習（老年）の学修成果を明らかにすることであった。

【方法】 知識の獲得や課題への準備において、順序性をもって意図的に提供できる学内実習の強みを踏まえた実習計画を工夫して実践した。評価は3名の学生の評価表と2種類のレポートを質的に分析した。

【結果】 120コード、14サブカテゴリより、『チーム医療・多職種連携を実現するために必要な知識と看護師の役割』『看護チームの一員として求められることへの理解』『看護におけるカンファレンスの有用性の理解』『個別的な看護の実践（看護過程の展開）に必要な知識・技術・態度の向上』の4カテゴリが抽出され、実習目的・目標を達成した。

【考察】 段階的に順序性をもって学修課題に取り組む実習計画の有用性が明らかになり、臨地実習への活用の可能性が示唆された。

【キーワード】 統合実習, 学内実習, 学修成果

I. はじめに

統合実習は2009年のカリキュラム改正で取り入れられた、領域別実習での学びを統括する科目である。筆者は統合実習での学修成果を得るための取り組みや、その学びを卒業研究および看護実践力向上に繋げる教育を実践してきた^{1,3)}。しかし、2020年度の統合実習は、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い学内実習への変更を余儀なくされた。国は新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、実習施設等の代替が困難である場合の実情を踏まえ実習に代えて演習または学内実習等を実施することにより、必要な知識及び技能を修得することとして差し支えないことを示した⁴⁾。そのため、A大学では統合実習を学内実習として実施し、事例やロールプレイ等を活用して実習目的・目標の達成をめざすこととし、具体的な実習の進め方は各領域に委ねられた。

その結果、老年看護学領域では、昨年までの統合実習との評価において差は認められず、実習目的を達成した。また、これまでの臨地実習では確認することができなかったチーム医療や多職種連携における看護師の役割、カンファレンスの

有用性の理解等の学修成果が認められ、学内実習における学修の可能性を見出すことができた。そこで、臨地実習における実践活動の場以外で行う学修や今後の臨地実習の充実を図るための基礎資料になると考え、後ろ向き研究として取り組むことにした。

II. 目的

本研究の目的は、学内実習における学修の可能性について示唆を得るために、コロナ禍のなかで取り組んだ4年次統合実習（老年）の学修成果を明らかにすることであった。

III. 看護実践

1. 統合実習（A大学では臨地実習Ⅲ：4年次前期135時間・3単位）について

1) 実習目的

主体的に選択した特定の領域において、チームアプローチを含めて看護の総合的能力を高め、自己の看護観の発展をめざす。

受付日：2022年4月18日／受理日：2023年1月20日

1) Kayoko Shigehisa, Yoshinobu Nakatsuno：宮崎県立看護大学

2) 老年看護学領域における統合実習

老年看護学領域では、一人の患者としっかり向き合い、その患者のためにより良いケアを実践することが、「真に患者のニーズに合った看護」¹⁾を提供できる実習になり、看護を学ぶ最も有効な学習になると考え、一人の受持患者の看護過程の展開を軸に実習を進める方法をとっていた。本年度は学内実習となったが、統合実習に対する基本的な考え方や進め方はできるだけ変更しない方針で、実習計画を検討した。事前にアンケート調査を行った結果、3名の学生が認知症病棟を有する介護老人保健施設(1名)と回復期リハビリテーション病棟を有する病院(2名)を希望した。そこで、希望した施設で学修したい疾患や看護等について学生に確認し、その内容を可能な限り学内実習計画に反映できるようにした。

また、実習目的の「チームアプローチを含めて看護の総合的能力を高める」ために、学修の順序性を考慮し、1週目は到達目標1.2を、2-3週目は到達目標3.4に関する実習計画を準備した。学修の深化については、カンファレンスの充実を図ると共に、知識や技術の修得を行い、その学びを活用することで看護に活かすことができるようにした。次に、受持患者と他の2名の学生が受持っている患者への実践を計画した。さらに、実習ファイル(看護過程の展開の記録)をカルテとして用いることで、受持患者の看護計画は他のメンバーへの指示書であること、各自の情報を共有し、チームメンバーは看護計画に基づき同じケアを行うことができるようにする必要があり、これを学修できるように工夫した。学内実習の進め方と実習スケジュールは以下の通りであった。

(1) 学内実習の進め方の概要

- ① 実習の目的・目標に沿って、自身の実習目標と3週間で学びたい実習内容を成文化する。
- ② 実習目標および実習内容を学修するための各自の実習計画(3週間)を立てる。
- ③ 実習は看護チームの一員として、受持患者および他の2名の学生が受持っている患者の看護の方向性や実習計画について担当教員(臨床指導者役を含む)に説明・相談し、主体的に取り組む。
- ④ 15:00~16:00の日々の学生カンファレンスは、各自の学びについて共有し、実習目標および実習計画の達成に向けて学生や担当教員から助言を得る場として活用できるように、学生主体で運営する。
- ⑤ 臨地実習と同様に実習開始時には行動計画を発表し、担当教員の助言を受けて修正を行う。また、看護チームの一員として連絡・相談・報告を必要に応じて行う。
- ⑥ 担当教員と相談し、自身の実習計画にしたがい実習を進める場合は、図書館、その他へ移動してもよい。看護技術の練習を行う場合は事前に相談する。
- ⑦ 最終日の学内報告会では各自の学びを発表し共有することで、実習目標の達成および看護について学びを深める機会とする。

(2) 3名の学生(SA・SB・SC)の実習目標

① SAの実習目標

- a 障害がありながらも回復を目指す対象を支える看護について考える。
- b 他職種の特徴とチーム医療における看護師の役割について考える。
- c 高齢者や認知症の特徴を捉え、看護師の関わりについて考える。

② SBの実習目標

- a 他職種の専門性を理解し、より良い医療が提供できるような看護師の役割を捉え、対象への看護に繋げる。
- b 回復期から在宅復帰までにおける看護を理解し、対象のニーズを事実や反応などから見出すことで、効果的な支援ができる。

③ SCの実習目標

- a チーム内で情報共有しながら多職種間での看護の役割を考える。
- b 対象の個別性を見出し、対象の意思を尊重しながら持つ力を引き出せる看護を考える。

(3) 実習目的・目標(到達目標)を達成するための実習計画および実習指導(表1)

- ① 学生の希望する学修内容を確認し、学内で準備可能な内容を提示して、実習内容についての了解を得た。
- ② 3名の学生の希望を取り入れた受持患者の事例(A・B・C)を準備した。Aは視床出血後(21日目)の患者で回復期リハビリテーション病棟に転棟した事例とした。Bは脳梗塞後の患者で1か月後に退院が予定されている事例、Cは認知症および複数の疾患を有している介護老人保健施設に入所中の事例であった。
- ③ 主体的な学修を促すために、今回の実習に関連する図書とDVDを精選し、一覧表を作成して実習開始時に配布した。DVDは受持患者の像を描き、必要な看護技術を確認して、看護計画の立案や看護技術の修得度の向上を図ることを意図して準備した。
- ④ 1週目は到達目標1.2に関する内容を中心に準備し実習指導を行った。初日のオリエンテーションでは3週間の実習内容と進め方を説明し、学生に各自の実習目標と実習計画を成文化してもらった。次に施設の概要、看護職・他職種・多職種連携について学修し、「3年次の看護過程展開技術演習のAさんの事例」を用いてチーム医療・ケアにおける看護職と各専門職との連携・協働について演習(自己学習・発表・討議)を行った。5日目に受持患者(事例A・B・C)を提示し、対象特性の把握や看護計画の立案を開始した。
- ⑤ 2週目は到達目標3.4に関する内容を中心に準備し実習指導を行った。8日目は受持患者にくわえ、新たな学修の機会として認知症患者の看護を学ぶためにロールプレイを取り入れた演習を行った。教材は「認知症高齢者の看護パー

表1 学内総合実習（老年）の実習計画

3週間の日程		1週目					2週目					3週目					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
<p>・3週間の日程は、実習初日のオリエンテーション(OR)の資料として配布した。</p> <p>・3週間の進め方を説明した後に、学生は実習目標および実習計画を作成した。</p> <p>・空欄は学生自身で実習内容を考え記入した。</p> <p>・3週間の実習計画にしたがって、臨地実習同様毎日の実習目標と実習計画をたて、担当教員に発表・修正して実習を開始した。</p> <p>・15:00～16:00は毎日学生主体のカンファレンスおよび翌日の準備の時間とした。</p>	AM				Aさんの多職種連携の発表												
	PM	計画作成他	他職種発表			受講者決定	ロールプレイ				ケースCF				実践演習		
到達目標	目的・目標を達成するための授業計画																
<p>1. 主体的な学習となるように準備し、実習に臨むことができる。</p> <p>2. 参加するチームおよび対象群の特質を把握できる。</p> <p>3. 地域で生活している人々への看護について、事例やロールプレイ等を活用し、看護の方向性を考えることができる。</p> <p>4. 対象群への看護過程を展開することにおいて、チームの一員として自己の持てる力をどのように発揮できるか考えることができる。</p>	<p>・実習目標立案</p> <p>・実習計画作成</p> <p>・施設の概要</p> <p>・看護職・他職種・チーム</p> <p>・(課題)Aさんの事例の多職種連携について発表</p> <p>・対象群の特徴</p> <p>・受講者の決定</p>																
	<p>1) 自己の体験や学生間の共有を通し、地域での生活をふまえた看護上の問題を把握できる。</p> <p>2) 自己の体験や学生間の共有を通し、看護の対象群の特徴を説明できる。</p>																
	<p>1) 自己の体験や学生間の共有を通し、地域での生活をふまえた看護上の問題を把握できる。</p> <p>2) 自己の体験や学生間の共有を通し、看護の方向性を考えることができる。</p>																
	<p>1) 職種・Aさんの事例(多職種連携)</p> <p>・受講患者(A・B・C)3名の事例</p> <p>・認知症患者の看護 ロールプレイ:(バーノン・セントード・ケアの視点)</p> <p>・3名の受講患者の看護過程の展開の記録をカルテとして用いる。</p>																
	<p>1) チームの目標、メンバーの役割、自己の役割が理解できる。</p> <p>2) 看護職チーム、多職種チームの一員としてケアに参加し、情報共有したり意見を表明できる。</p> <p>3) 受講患者や対象群へ看護過程を展開できる。</p> <p>4) 他者への支援を求めることができる。</p>																
<p>5. 展開した看護現象から自己の看護観を論理的に表現できる。</p>	<p>・自己学習・カンファレンス・受講患者・担当患者への看護</p> <p>・看護職・他職種・チーム・自己学習・カンファレンス・受講患者・担当患者への看護</p> <p>・Aさん(他職種連携)、受講患者の看護過程の展開・担当患者の看護(実践・演習)</p> <p>・主体的な実習・臨地同様の学内実習の進め方・連絡・相談・報告・受講患者・担当患者への看護</p> <p>・カンファレンス・発表・報告会</p> <p>・カンファレンス・発表・報告会</p>																
	<p>1) 看護現象を筋道を立てて説明できる。</p> <p>2) 自己の看護過程を論理的、批判的に振り返ることができる。</p> <p>3) 臨地実習 I から臨地実習 III にいたる自己の看護観の発展を論理的に記述することができる。</p>																
	<p>・実習目的・目標の達成のために3週間の学習計画・学生自身の実習目標への取り組み</p>																

ソン・センタード・ケアの視点」急性期病院編 Vol.1 のシナリオ集より、対応に課題のある場面1をシナリオ通りに演じ（患者・家族・看護師の役）、次に、その場面に適した看護を考え実施した。最後に、既習の知識に照らして認知症の看護で大切な視点についてカンファレンスを行った。10日目の午後はそれぞれの事例について、全体像・立体像・看護計画の記録を資料としてケースカンファレンスを行った。

- ⑥ 3週目も到達目標3.4に関する内容を中心に準備し実習指導を行った。13日目は受持患者と他の学生が受持っている患者2名をくわえた3名の患者への実施計画を発表し、実施・報告を含めて60分で行うことができるように準備してもらった。この時看護チームの一員であることを意識できるように、学生の実習ファイルを患者のカルテとして用いた。また、学生のSAが実施する場合はAの患者役は教員、B・Cの患者役はSBとSCの学生が担った。教員が演じる患者の言動は領域内で検討し、相談・報告が必要な状況を含む内容として、患者像にずれが生じないように事前に協議した。臨床指導者役の教員は科目責任者である筆者が務めた。受持患者役を担う学生には、自身の描いている患者像に基づいて立場の変換を行い務めるように伝えた。15日目の最終日は学内報告会として「自己の実習目標に対する実習内容と評価」について各自の資料を準備し、一人25分（発表15分―討議10分）で学びを共有した。最後に全体のまとめ（30分）として、「看護」について自身の考えを述べてもらい、目指す看護を実現するために大切だと考えることについて討議を行った。
- ⑦ 到達目標5は3週間の実習を通して学修できるように実習指導を行った。

2. 研究対象

研究対象は統合実習（老年）を履修した3名の学生の評価表（具体的事実）と実習記録のうち2種類の課題レポート（自己の実習目標に対する実習内容と評価、臨地実習Ⅰから臨地実習Ⅲに至る自己の看護観の発展と軌跡）であった。

3. データ収集方法

データ収集は3種類の記録より、課題を含めた学びを実習目的・目標に照らして文脈単位で抽出した。次に、学びや課題の内容が1つ含まれるセンテンスとして1文に整えコード化した。なお、類似した内容であっても分析対象の記録に記述されたものは、1コードとして抽出した。

4. データ収集期間

データ収集期間は2020年12月～2021年2月であった。

5. 分析方法

分析方法は質的分析に基づきコード化したデータを実習目的・目標に照らして、内容の類似性と相違性に沿って学修成果の視点で分類しネーミングした。分析の信頼性を確保するために、1人の研究者が分析したものを共同研究者間で意見が一致するまで検討して決定することで確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

所属する研究倫理審査委員会の承認を得て行った（02-12号）。学生には本科目の評価が確定した後に、研究の主旨、方法、倫理的配慮、自由意思による参加であり参加の有無により不利益を被ることはないこと等について書面と口頭で説明し同意書を得た。

V. 結果・成果

評価表と2種類の課題レポートより、学修成果を抽出しカテゴリ化した結果、120コードが抽出され、14サブカテゴリ、4カテゴリに分類された（表2）。カテゴリは【 】, サブカテゴリは「 」に示す。

【チーム医療・多職種連携を実現するために必要な知識と看護師の役割】は、「他職種の理解」「チーム医療・多職種連携の理解」「チーム医療・多職種連携の有用性」「多職種連携における看護の役割の理解」「療養場所の特徴の理解」の5つの学修成果により構成されていた。

【看護チームの一員として求められることの理解】は「看護チームの一員であることの理解」「連絡・相談・報告の実践」の2つの学修成果により構成されていた。

【看護におけるカンファレンスの有用性の理解】は、「カンファレンスの効果の理解」「カンファレンスの必要性和進め方の理解」の2つの学修成果により構成されていた。

【個別的な看護の実践（看護過程の展開）に必要な知識・技術・態度の向上】は、「個別的な看護への発展」「看護過程展開技術の向上」「看護実践に関する新たな学び」「看護に対する理解の深化」「課題の明確化」の5つの学修成果により構成されていた。

VI. 看護実践への示唆

先行研究では、統合実習の目的はチーム医療や総合的実践力等をつけることであり⁵⁾、報告連絡相談に関する経験は、自分の意見をまとめ相手に分かりやすく伝える機会になることが報告されていた⁶⁾。

今回の学内実習では臨地実習と同等の学びを得るための、実習指導法を見出すことが大きな課題であった。そこで、看護チームの一員として連絡・相談・報告を必要に応じて行う機会を作った。また、知識の獲得や課題への準備において、順序性をもって意図的に提供することができる学内実習の強みを踏まえた実習計画になるように工夫した。【看護チームの一員として求められることの理解】と【個別的な看護の実践（看護過程の展開）に必要な知識・技術・態度の向上】は、実習目標より示された到達目標である[チームおよび対象群の特質を把握]し[人々の看護について、事例やロールプレイ等を活用し、看護の方向性を考える]や、[対象群への看護過程を展開することにおいてチームの一員として自己の持てる力を発揮する]の内容に対応する学修成果であると考えられる。

表2 学内実習として取り組んだ統合実習の学修成果

カテゴリ(4)	サブカテゴリ(14)	コード(120)の抜粋
チーム医療・多職種連携を実現するために必要な知識と看護師の役割	1.他職種の理解(7)	・他職種の種類やどのような役割を担っているのかなどについて学習し、メンバーと共有を行った。 ・多職種の特徴を調べ、グループ内で共有し理解を深めた。
	2.チーム医療・多職種連携の理解(9)	・急性期、回復期、退院前などそれぞれの段階に合わせて関わる多職種は異なることを学んだ。 ・様々な他職種を調べ専門性を理解したあと、Aさんや受持患者にどのような連携があるのかを考えることができた。
	3.療養場所の特徴の理解(5)	・回復期リハビリテーション病棟として急性期を脱した人が自宅や老健に行く前段階のADL回復のためにリハビリを行う。 ・ホームページや過去のオリエンテーション資料、介護老人保健施設について調べていく中で、医師が常駐しており、看護職員よりも介護職員の方が多しことなど特徴を理解していった。
	4.チーム医療・多職種連携の有用性(6)	・(各々の職種が意見交換を行うことで)、個別性を捉えた支援を行うことができることを学んだ。 ・チームで患者を支えていく重要性を実感できた(実際にロールプレイや演習の体験をカンファレンスで共有することで、患者に対するより良い看護を考えることができた)。
	5.多職種連携における看護の役割の理解(11)	・看護師は患者に最も近い存在であり、療養上の世話・診療の補助を案とする職種であるため、思いや反応等を他職種と共有する役割があると考えられる。 ・看護師の専門性を捉えることができた(急性期の医療に必要な専門職種をピックアップし、看護職とどのような連携を行うのか検討)。
看護チームのメンバーとして求められることの理解	6.看護チームの一員であることの理解(11)	・24時間を一人で支えていくことはできず、たくさんの人と連携しながら患者さんを支えている。 ・担当患者のケアもできたことで、ケアチームの一員としての自覚をもち行動することができた。
	7.連絡・相談・報告の実践(3)	・Aさんの車椅子移動では1人でAさんを支えるのが不安な時は臨床教員の手をかりて安全に行うことができた。 ・受持患者に新たな発赤があった時は、指導者(教員)にすぐに報告することができた。
	8.カンファレンスの効果の理解(5)	・ロールプレイや演習の体験をカンファレンスで共有することで、患者に対するより良い看護を考えることができた。 ・看護師間また多職種参加のカンファレンスを聞きながら患者の目標を共有して方向性を定めながら患者を支えているのだと学んだ。
看護におけるカンファレンスの有用性の理解	9.カンファレンスの重要性と進め方の理解(4)	・カンファレンスでは意見をぶつけていくことで多職種が同じ目標に向かって進んでいけるのだと思った。 ・カンファレンスの際にも、もっと活発的に意見交換を行い、テーマについて深めていく必要があると感じた。
	10.個別的な看護への発展(9)	・受持患者にとって作品という目的を作るのではなく、ちょっとした達成感を感じながらその時間を楽しむことが大切だということが分かった。 ・今まで受け持たせて頂いた方への看護を見て、ケアの内容や像の描き方、看護計画の立案の仕方などより個別性を捉えたものになっていると感じた。
	11.看護過程展開技術の向上(10)	・(身体像の)4項目を回し必要条件和何度も行き来しながら計画を立案することができた。 ・一年次より行ってきた像を描いた上で、看護上の問題や生物体の必要条件を見出し、計画立案を行うという流れの重要性を事例を通して、より深く理解することができた。
	12.看護実践に関する新たな学び(11)	・受持患者にとって何をすることが必要かを考えてアイデアを出したときに、もう一度患者に戻って考えていくことが大切だということ学ぶことができた。 ・個別性を捉えたケアの重要性は考えつつ、多職種連携についての学習を行い、チームでケアを行うことでより対象へ質の高いケアを提供できることを学んだ。
個別的な看護の実践(看護過程の展開)に必要な知識・技術・態度の向上	13.看護に対する理解の深化(22)	・対象にケアを実施する前に導線や配置など細かな手順をイメージトレーニングしてから実践していくことが患者の生命力の消耗を最小限にすることに繋がると実感した。 ・対象の像を生活過程や職業などから描いた上で、チームで密に情報共有を行いながら多職種連携を図り、個別性を見出したケアを行うと考えている。
	14.課題の明確化(7)	・他者が評価しやすく、理解しやすい看護計画の立案に関しては、まだ修正の余地があるため、これからの課題として考えていく必要がある。 ・演習の時点で、他者が同じように実践できるような計画を立案できていなかった。

また、臨地実習では明確に評価することができなかった学内実習の学修成果として、【チーム医療・多職種連携を実現するために必要な知識と看護師の役割】および【看護におけるカンファレンスの有用性の理解】を得ることができた。これまでの臨地実習ではリハビリテーションに関する職種と関わる事が多く、直接かかわることができない職種との連携や協働に対する理解が図れていなかった。そのため、今回の学内実習ではサブカテゴリに示されているように、「他職種の理解」の学修を行い、3年次に学修したAさんの事例を用いて「チーム医療・多職種連携の理解」を図れるように演習を行った。その結果、受持患者の看護を考え看護過程を展開していくなかで、「チーム医療・多職種連携の有用性」や「多職種連携における看護の役割の理解」の学修成果が得られた。この成果は、先に述べたように知識の獲得や課題が順序性をもって意図的に提供できる学内実習の強みが活かされた結果であると考えられる。さらに、チームアプローチという実習目的の達成のために、実習ファイルカルテとして用いることや学生が受持患者役を担うことで患者の追体験をできるようにした。くわえて、実習グループのメンバー間や教員を含めた構成メンバーによる、目的に応じたカンファレンスの運用について学修できるようにカンファレンスの充実を図った。その成果として「カンファレンスの効果の理解」から「カンファレンスの必要性和進め方の理解」を学生自身が実感できたことで、さらに実習全体の学修成果に寄与し、看護観の発展に繋がったと推察される。

これらより、チームアプローチを含め看護の総合的能力を高め、自己の看護観の発展をめざすという実習目的および実習目標を網羅した学修成果が得られ、学内実習として実施した4年次の統合実習(老年)の実習計画の有用性が示唆された。本成果より、臨地実習においても、カンファレンスや医療・多職種連携を実現するために必要な知識の修得を行い、その知識を看護に活かすことができる機会を提供することで、実習全体の学修成果に寄与できると考える。

なお、本研究は第52回日本看護学会で発表したものに加筆修正したものであり、開示すべき利益相反はない。

VII. 引用文献

- 1) 大島弓子:「統合実習」の内容と発展を振り返る, 看護教育, 59 (9), p774-779, 2018.
- 2) 重久加代子:4年次の統合実習の事例をケーススタディした卒業研究, 看護実践の科学, 45 (4), p51-55, 2020.
- 3) 村松由紀, 重久加代子, 橋本幹子, 他:卒業前看護実践能力強化プログラムの実践と評価, 国際医療福祉大学学会誌, 21 (2), p92-102, 2016.
- 4) 厚生労働省医政局看護課(2020):新型コロナウイルス感染症の発生に伴う看護師養成所における臨地実習の取り扱い等について, 事務連絡6月22日.
- 5) 鈴木初子, 春田佳代, 相撲佐希子, 他:過去6年間の統合実習の状況に関する文献検討, 修文大学紀要, 10, p.9-67, 2018.
- 6) 佐藤千鶴, 鈴木亜紀, 木村奈美, 他:統合実習における報告連絡相談の観察・実践の前提となる学習内容に関する研究, 第49回日本看護学会論文集(看護教育), p.71-74, 2019.

◇実践報告◇

経験の浅い中間管理職のスタッフ指導における 成長要因の分析

— 気がかりな看護師の指導場面のプロセスレコードから —

古川 光¹⁾, 川股康子¹⁾

本研究は、経験の浅い中間管理職が実際の指導場面を振り返ることで、スタッフの成長要因とそれを阻む要因を明らかにした実践研究である。スタッフの成長を阻む要因は、看護師長の指導が現在起きている事象に留まり、スタッフ自身の行動を分析的に捉えた指導ではなかったこと、スタッフの抱える思いやその過程に目を向けていない一方的な指導であったと明らかになった。その結果、看護師長とスタッフが認識する課題の内容に差が生じ、指導がスタッフの成長を阻んでいたといえる。看護師長が関わりを振り返ることで、スタッフの個性を知り、個人に合わせた指導が行える。その結果、スタッフは自己の課題を自覚できた。よって、看護師長は常にスタッフの個別性を分析しながら観察・指導をしていく事が大切であると明らかになった。

【キーワード】 看護師長, 人材育成, 成長, 指導場面, プロセスレコード

I. はじめに

A 病院は 2010 年に設立された総合病院であり、設立後病床増床を繰り返し、現在は急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟を併せて 451 床有し、回復期リハビリテーション病棟は 2 病棟編成されている。A 病院看護師長の職務として「所属職員の能力開発、教育・研究指導に関する事」と業務分掌に明記されており、自己研鑽する事でロールモデルとなり、スタッフの教育指導に当たる事が求められている。

日本看護協会¹⁾のマネジメントラダーに記載されている人材育成能力は「将来を見据えて看護人材を組織的に育成、支援する力」としている。このことから、看護師長はスタッフのキャリア志向の把握と、成長支援する能力を必要としている。関²⁾は「キャリア発達には周囲の承認やフィードバックが不可欠」とし、山根ら³⁾は「中堅看護師は具体的目標が定まらない中で師長と一緒に考える、タイミングのいい助言があるとモチベーションが上がる」としている。しかし、A 病院では、看護師長の具体的な関わりまでは明らかにされていない。

今回、事前調査として、目標管理面接を本人の承諾を得てテープにとり分析した。その結果、看護師長がスタッフの実

践に対して一方的に思いを伝えていた。それに対してスタッフの反応は「はい」「そうですね」という返答が多く、自らの発言や、気持ちを語る場面が見られなかった。その実態から、看護師長としてスタッフ指導の問題点は何か、その要因を探る為に本研究に取り組む事とした。

II. 目的

看護師長経験の浅い中間管理職がスタッフへの指導がうまくいかないと感じた場面を振り返る事で、スタッフの成長要因とそれを阻む要因を明らかにした。

III. 看護実践

1. 研究期間：2021 年 4 月～9 月
2. 研究場所：A 病院、回復期リハビリテーション B 病棟 C 病棟
3. 研究対象：看護師長 2 名。看護師長歴：平均 1.5 年、平均年齢：45 歳。
4. 研究デザイン：プロセスレコードによる事例分析
5. データ収集方法
看護師長が指導の際、うまくいかないと感じた場面の中から、特に行動や態度が気になる看護師 5 名（女性 3 名、男性

受付日：2022 年 4 月 21 日 / 受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Hikari Furukawa, Yasuko Kawamata : 医療法人財団健貢会総合東京病院

2名。年齢：平均 31.6 歳。経験年数：平均 9.8 年，回復期病棟経験：平均 3.8 年）との関わりをプロセスレコードに起こした。

プロセスレコードの項目は、「看護師の発言・反応」「看護師長の感じたこと」「看護師長の発言・反応」の3つに分類した。場面は、看護師長が指導の際にうまくいかないと感じた以下6場面とした。「期限を守らない看護師の指導場面」「後輩指導に悩む看護師からの相談場面」「副主任へ主任昇進の打診」「後輩指導についての報告場面」「作成された看護サマリーから今までの看護師の経緯を知る場面」「繰り返し指導を必要とする看護師の今までどんな指導を受けてきたかを知る場面」。

6. データ整理方法

プロセスレコードの内容から、看護師長が「気になった事・感じた事」を抽出し、場面ごとに番号をつけた。抽出した内容は、対象スタッフ A 氏を一番左に配置し、B・C・D・E 氏の順に並べた。A 氏と共通性がある場面内容にマーカーで色付けし、右側に抜き出し整理した。その内容をコード化する為に、検討・整理を繰り返し行い、類似するものを要素として抽出した。

7. データ分析方法

要素として抜き出した文章を意味・内容の類似性を検討し、共通するものをまとめ、サブカテゴリーを作成した。サブカテゴリーで前述同様の作業を繰り返し、カテゴリーを作成し表にした。(表1)

データ収集および分析の過程において、看護管理および質的研究者の指導・助言を受けて行った。

IV. 倫理的配慮

本研究は総合東京病院倫理委員会の承認(受付番号:21-5)を得て実施した。研究対象者には、研究目的と方法について

書面と口頭で説明を行い、納得の上、書面に署名する事で同意を得た。この研究参加は自由意志であり、不参加であっても不利益は生じない事、また途中辞退も可能であり、その場合にも不利益は生じない事を説明した。また、年齢、性別等については記号化し、個人のプライバシーが保護される事、プロセスレコードは直ちにデータ化しシュレッダーで適正に処分する事、勤務成績には関係ない事を説明した。分析中のデータについては USB に保存し鍵のかかる場所に保管、院外へは持ち出さない。この研究は公的学術学会で発表するが、それ以外に活用しない事、研究結果について希望されれば公表する事を説明した。同意書の1部は対象者に渡し、1部は研究者が保管した。得られたデータは学術学会発表後同意書とともに5年間鍵のかかる場所で保管する。

V. 結果・成果

看護師長の指導場面から、16の要素から6つのサブカテゴリーと3つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >, 要素は「 」で表記する。3つのカテゴリーは【課題を自覚させる】【スタッフの内面に向き合う】【個人に合わせた指導】であった。

【課題を自覚させる】のサブカテゴリーには、<課題に気が付いていない><振り返りを行い課題を自覚させる>の2つが抽出された。<課題に気が付いていない>の要素は「注意した事が出来ないのと言われている事がわかっていない」「出来ていなかった事実を恥ずかしげもなく話す」であった。<振り返りを行い課題の自覚をさせる>の要素は「自覚を持つために出来ない理由を自分で考えて欲しい」「振り返る機会が無いため言われたことができない」であった。

【スタッフの内面に向き合う】のサブカテゴリーは、<観察を通しスタッフの内面に関心を寄せる><関わりから浮き彫りになったスタッフの気持ち>の2つが抽出された。<観

表1 看護師長が看護師との関わりを通して感じたこと

カテゴリー	サブカテゴリー	要素
課題を自覚させる	課題に気が付いていない	注意した事が出来ていないのと言われている事がわかっていない 出来ていなかった事実を恥ずかしげもなく話す
	振り返りを行い課題の自覚をさせる	自覚を持つために出来ない理由を自分で考えて欲しい 振り返る機会が無いため言われたことができない
スタッフの内面に向き合う	観察を通しスタッフの内面に 関心を寄せる	何があるのか聞いてみたい 出来なかった事実を恥ずかしげもなく話す
	関わりから浮き彫りになった スタッフの気持ち	本当は不安があった 1人でやらなくてはという思いから仕事を抱えてしまう 指導に行き詰まっている
個人に合わせた指導	個人に合わせた指導方法を行う	わかるように説明をし、提出物は期限を自分で決めるような関わりをした 個人に合った指導を行うと入職時より成長した 指導方法を変えることで緊張感が生まれ、自分で考えるそぶりがでる スキルアップの機会 指導に他の人を巻き込む
	成長できる環境	気軽に相談できる雰囲気作り スタッフを守る存在でありたい

察を通しスタッフの内面に関心を寄せる>の要素は「何があるのか聞いてみたい」であった。〈関わりから浮き彫りになったスタッフの気持ち〉の要素は「出来なかった事実を恥ずかしげもなく話す」「本当は不安があった」「1人でやらなくてはという思いから仕事を抱えてしまう」「指導に行き詰まっている」であった。

【個人に合わせた指導】のサブカテゴリーは、〈個人に合わせた指導方法を行う〉<成長できる環境〉の2つが抽出された。〈個人に合わせた指導方法を行う〉の要素は「わかるように説明し、提出物は期限を自分で決めるような関わりをした」「個人に合った指導を行うと入職時より成長した」「いつもの指導を変えることで緊張感が生まれ、自分で考えるそぶりができる」「スキルアップの機会」「指導に他の人を巻き込む」であった。〈成長できる環境〉の要素は「気軽に相談できる雰囲気作り」「スタッフを守る存在でありたい」であった。

VI. 看護実践への示唆

看護師長がスタッフへの指導場面を分析した結果、主にスタッフの出来ていない事実を目を向けていたことがわかった。「注意した事が出来ないのと言われている事がわかっていない」「できていなかった事実を恥ずかしげもなく話す」という要素は、看護師長の指導がスタッフの「なぜそのような事に至ったのか」という思いや過程に目を向けていなかったと言える。それは、目の前の問題に対して行動の変化を求めるだけの指導となり、その時の問題は解決されるが、場面を変えると同様の問題が露呈し、指導が繰り返されていた。同じ指導が繰り返される要因を看護師長がスタッフの課題として認識していないことから現れていた。【課題を自覚させる】に対し「自覚を持つために出来ない理由を自分で考えて欲しい」という看護師長の思いがある反面、スタッフに〈振り返りを行い課題の自覚をさせる〉機会を看護師長が設けていなかったことが要因と考えられる。

看護師長は、指導した事が行えていればスタッフが成長していると認識していた。また、スタッフにこうなって欲しい、この年代はこの程度できて当たり前といった看護師長の経験上の固定概念が先行し指導していた。その結果、看護師は自ら考えず、看護師長に指導されたことのみを行っていたことがわかった。これは看護師長がスタッフの日常行動を客観的に分析する習慣を身につけておらず、その時起きている出来事のみ焦点をあて指導していた結果と言える。その為、看護師長もスタッフが何を課題としているのか気付かず、スタッフも課題を自覚できない状況に至っていた。

スタッフが自己の課題に気付いていない様子や反応は上司である看護師長が即座にキャッチする必要がある。例えば「なんだか納得していない反応だけれど、何か疑問でもあるかな？」等、今、その時の様子から問いかけていく事が大切な関わりと言える。日本看護協会⁴⁾では、看護管理者の役割を「目標に向け看護職を導き目標達成度を評価する役割」とし

ていることから、スタッフを、成長に導くのは看護師長の役割である。そして、問題意識が生まれず、行動に移せないスタッフが自らの課題を自覚する事は成長へ向けた第一歩といえる。

今まで看護師長は、スタッフがとった行動は、看護師長自身の言葉かけ・注意の仕方の反応であると認識していなかった。本研究で指導プロセスを振り返り、看護師長の行動や言葉かけがスタッフの行動や思考に影響していた事に気付く事ができた。また、スタッフの行動や事実に対してではなく、行動に至った気持ちや思いを知る事で「何があったのか聞いてみよう」という【スタッフの内面に向き合う】事ができた。その結果「どう思う?」「何かあった?」という言葉かけに変化し、「本当は不安があった」「1人でやらなくてはという思いで仕事を抱えてしまう」「指導に行き詰っている」と、今まで見えてこなかった〈関わりから浮き彫りになったスタッフの気持ち〉を引き出す事ができた。

これらは看護師長が【スタッフの内面に向き合う】事で、関わり方が変化し得られた結果であり、スタッフの毎日の些細な変化に気付く事が重要である。その為には、スタッフの態度・言葉使い・表情を観察しながらその様子によりかける言葉に気を付け、コミュニケーションをとる事が大切であると理解する事ができた。

井部⁵⁾らは「問題を解決すべき課題と意識したときに問題を主体的に捉える」と述べている。本研究でも看護師長は、スタッフの看護実践のみならず、日常会話やその反応からスタッフの様子を観察し、普段との違いを感じ取っていた。また、スタッフの態度の変化に気づき、状況を把握しながら課題に気が付いていないスタッフに対して【課題を自覚させる】看護師長の態度に変化した。

振り返りに関して河野⁶⁾は「過去の経験を振り返る事は自分の固定観念に気づくプロセス。失敗経験から得た学びや教訓は今後の管理実践の資源となる」としている。看護師長がスタッフ指導場面のプロセスを分析した事で自己の癖や考え方を客観視する事ができ、反省に繋がった。

日々の指導は、看護師長とスタッフとの相互関係の中で起きており、本人同士でしか判断できない。これは、日常の細かい事の繰り返しの中で起こっている。トラベルビー⁷⁾は「人間対人間の関係は手段でありそれを通じて目的は達成する。それは看護婦が他の人達と相互作用を営みながら日々築き上げられる」としている。これまで看護師長は面談や日々の指導をやるべき業務として捉えていた為、スタッフの反応を見る余裕がなく変化に気付かず、成長を阻んでいた。看護師長が指導場面を振り返り、関わりを変化させた結果、スタッフの個性や思いを把握し、〈個人に合わせた指導方法に変える〉事が出来た。そして【個人に合わせた指導】はスタッフの反応の変化に繋がった。井上⁸⁾は「個別の看護師の問題に対応し個人の成長に合わせた育成が重要」としている。「個人に合った指導を行うと入職時より成長した」事から、個別の課

題に対して看護師長が観察を通して得たスタッフの個性を考慮し、指導方法を変化させた事がスタッフの行動変容に繋がったと言える。

看護師長の態度や表情はその時々状況を生み出し、それをスタッフが「今相談できるかな」と看護師長を観察しながら話しかけてくる。看護師長とスタッフとのやり取りは会話だけでなく、その場の雰囲気も重要とされる。坂元ら⁹⁾は看護師長はスタッフ育成の為に「コミュニケーションを活用し、思いを捉える。看護師長に認められる事で主体性が育つ」としている。今まで看護師長は、スタッフの取る行動を変化させる事、看護師長の主観で指導をしていた事、スタッフの個性を理解していなかった事から、重要な関わりが行えていなかった。看護師長自身が指導場面を振り返り、要因を分析した事で、スタッフ主体の指導ができた。また、看護師長の行動変容からスタッフの行動変容に繋げることができ、関わりの中からスタッフの個性を知り、個人に合わせた指導を行う事でスタッフを成長に導く事ができた。よって、看護師長は常にスタッフの個性を分析し指導をする事が成長につながる要因と明らかになった。

本研究の対象者は看護師長経験2年以下であり、病棟の管理運営は自己の責任である事を意識し、医療事故をいかに防ぐかを念頭に置いていた。本来重要であるはずのスタッフ指導が、現実に行き詰っている出来事に重点を置き指導していた為、同じ指導を繰り返し実施していた。

A 病院は創立10年目で病床増床を繰り返していた為、院内の教育研修が滞り、看護師長は昇格研修がないまま実践に入った。本研究で指導プロセスを起こす作業は自己の未熟さを痛感し、また、自己を見つめる事に繋がった。この経験で、看護師長はどうあるべきかを学び、実践に活かす事となった。
利益相反：本研究において利益相反（COI）はない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 日本看護協会：病院看護管理者のマネジメントラダー，公益社団法人日本看護協会，2019.
- 2) 関美佐：キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討，日本看護科学誌，35，p101-110，2015.
- 3) 山根一美，岡須美恵：中堅看護師がキャリア発達の中でとらえる看護管理者像，ヒューマンケア研究学会誌，9（1），p13-20，2017.
- 4) 日本看護協会：看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈—公益社団法人日本看護協会，2007.
- 5) 井部俊子：看護管理学習テキスト（3）第3巻 人材管理論，日本看護協会出版会，p85-86，2020.
- 6) 河野秀一：看護マネジメントトリフレクション+概念化スキル（1），メディカ出版，p8～p35，2016.
- 7) トラベルビー：人間対人間の看護（1）1913，長谷川浩，藤枝知子訳，医学書院，p180～p232，1913.
- 8) 井上祐子，倉田節子，岡須美恵：中堅の中間看護管理者がとらえる人材育成に関する問題，ヒューマンケア研究学会誌，6（2），p27-34，2015.

- 9) 坂元綾，山田覚，長戸和子：スタッフ育成における病棟看護師長の役割遂行を促進する教育プログラムの開発，高知県立大学紀要，66，p25-34，2016.

◇実践報告◇

脳死肝移植待機患者に対する看護実践と多職種連携に関する事例研究

田原里奈¹⁾，川内美千代¹⁾，栗木聖子¹⁾，泊加奈美¹⁾，山下亜矢子²⁾

【目的】 脳死肝移植待機患者に対する病棟看護師の看護実践と多職種連携の課題を明らかにする。

【方法】 診療録と看護記録より対象者の言動，身体・精神状況，家族へのケア，多職種連携の実際を抽出し，経時的に書き出し，ステージ毎に分類・分析した。

【結果】 入院中の経過をⅠ期（肝不全発症期），Ⅱ期（肝不全増悪期），Ⅲ期（肝性脳症発症期）の3期に分類した。Ⅰ期は身体的苦痛へのケアと患者・家族への精神的支援，多職種カンファレンスでの情報共有を行った。Ⅱ期は重症度が高く，ICUと一般病棟で管理が必要であった。病棟看護師は綿密なケアと定期的なカンファレンスを行った。Ⅲ期は術前の身体機能の維持や転院準備など，多職種と更なる連携を行い，転院を支援した。

【結論】 脳死肝移植待機患者は病態が悪化しやすく，移植順位が変動するため，院内外が多職種を含めた定期的なカンファレンスの開催とフローチャート作成が課題として示された。

【キーワード】 肝移植，脳死肝移植，多職種連携

I. はじめに

本邦において，1989年島根医科大学の永末らにより胆道閉鎖症の男児に初めての生体肝移植が行われた。1997年10月に「臓器の移植に関する法律」が施行され，脳死での臓器提供による移植が可能になった¹⁾。日本移植学会によると，我が国における脳死肝移植認定施設は25施設あり，2017年末までに成人・小児を合わせた肝臓の総移植件数は9,242例，ドナー別死体移植は447例，生体移植は8,795例であり，年間400例程度の生体肝移植が行われている²⁾。A病院は脳死肝移植認定施設でないことから，7年間で生体肝移植2名，脳死肝移植2名の計4名の患者が近隣の大学病院へ転院となった。

今回，非アルコール性脂肪肝炎（nonalcoholic steatohepatitis，以下NASH）から非代償性肝硬変となり，脳死肝移植を受けた患者の看護を行った。脳死肝移植について，須郷らは「院内準備の面からみた場合にも，脳死肝移植が通常の生体肝移植と大きく異なるのは，その緊急性である。脳死ドナーが発生した場合には，臓器受諾の決定からレシピエントの緊急入院受け入れ，ドナー摘出チームの派遣，緊急移植手術まですべてを短時間の

うちに判断し準備・実施しなければならない³⁾と述べている。今回の事例は，脳死肝移植のため，生体肝移植とは違い，ドナーがいつ決まるか分からない状況であり，かつ移植が決定した時点で迅速な準備が必要であり，本人や家族からの不安の訴えを認めた。生体肝移植後の患者の苦悩や葛藤に関する研究⁴⁾や退院後の生活を支えるサポートの研究⁵⁾は行われているが，県外施設に移送し，脳死肝移植を受ける患者の看護についての先行研究は報告されていない。そこで，今回の事例の経過，搬送の実際を振り返ることにより，脳死肝移植待機患者に必要な支援について今後の課題を見出そうと考えた。

II. 目的

本研究は，身体状態の悪化に伴い肝性脳症を発症した脳死肝移植待機患者の事例を通して，病棟看護師の看護実践と多職種連携の課題を明らかにすることを目的とする。

III. 看護実践

1. 研究デザイン 事例研究

受付日：2022年4月26日／受理日：2023年1月20日

1) Rina Tahara, Michiyo Kawachi, Seiko Kuriki, Kanami Tomari：鹿児島大学病院

2) Ayako Yamashita：鹿児島大学医学部保健学科地域包括看護学講座

2. 研究対象

非アルコール性脂肪肝炎から非代償性肝硬変となり、家族からの生体肝移植予定より脳死肝移植へ変更となった40歳の女性患者。

3. データ収集期間

2020年12月～2021年2月

4. データ抽出方法

診療録と看護記録より対象者の表情や言動、身体および精神状況、対象者や家族に対するケア、院内の多職種連携に関する内容を抽出し、データとした。患者の状態に応じてステージに分類し、病棟看護師の看護実践と院内の多職種連携の状況を整理し、提供したケアと患者・家族の反応を分析することにより、脳死肝移植待機患者に必要な支援について検討した。

IV. 倫理的配慮

研究対象者に、研究の趣旨、自由意思による参加、研究に参加しない場合でも不利益を被ることがないこと等を文章と口頭で説明し、書面にて同意を得た。なお本研究を実施する前に鹿児島大学病院臨床研究倫理委員会（承認番号：看護2020-6）の承認を得て行った。

V. 結果・成果

分析の結果、入院中の経過はⅠ期（肝不全発症期）、Ⅱ期（肝不全増悪期）、Ⅲ期（肝性脳症発症期）の3期に分類された。各ステージの経過と看護の実態を表1に示す。

1. Ⅰ期 肝不全発症期

患者は尿量低下・呼吸困難で緊急入院となり、慢性肝不全の急性増悪と診断され、対症療法とADLの介助を行った。患者より「なんで入院になったのか。病名は。最初1週間ぐらいの入院と聞いていたけど。検査入院ですか。悪いのか、悪くないのか、教えて欲しい。」と発言がみられた。胸腹水貯留と全身浮腫に対しては、利尿剤の調整とアルブミン製剤の投与を行い、呼吸困難に対しては酸素投与を行っていた。患者は「お腹が張って苦しくて、パニックみたいになって、息が吸えなくなる。こっち（右側臥位）しか向けない。きついのをわかって欲しい。」と身体的苦痛の訴えを認めた。そこで、基本的欲求の充足に努める必要があると考え、保清プランを立案し、日々のスキンケアを行った。仰臥位や左側臥位による呼吸困難も認められたため、マッサージや患者の安楽が得られる体位調整、除圧グローブを使用した除圧や背抜きを行った。患者より「マッサージ（背抜き・除圧グローブ使用）をしてもらおうと気持ちいい。」と発言があった。また、患者・家族へ医師から治療方針や今後、身体状況の急激な悪化の可能性、予後の告知などの説明があり、短期間で治療方針を決定しなければならない状況であった。家族は「あの子が「私もう頑張れない。」と言ったんです。」と流涙しながら話され、不安や戸惑いを感じていた。しかし、生命の危機的状態にあ

り、入院24日目に患者・家族へ脳死肝移植しか方法がないことを説明され、本人より「頑張っ生きてみたいです。」と肝移植を希望された。そのため、病棟看護師は日々のケアを行いながら、患者や家族の思いを傾聴し、精神的苦痛の緩和を図った。また、病棟看護師、医師、医療ソーシャルワーカー等によるカンファレンスを行い、患者情報を共有し、統一した対応を行った。しかし、呼吸状態が悪化し、ICUへ入室した。

2. Ⅱ期 肝不全増悪期

患者は胸腹水貯留に伴う呼吸困難が出現していた。NHF（ネーザルハイフロー、高流量酸素システム、以下NHF）を使用し酸素化が保たれていたが、呼吸困難が悪化し、人工呼吸器管理が必要となったため、ICUにて全身管理が行われた。ICU入室期間は患者状態を把握するためにカルテ記載内容を確認した。ICU入室5日後に人工呼吸器を離脱し、酸素投与のみで酸素化が保たれ、呼吸状態が改善したため、ICUより退室した。患者より「頑張ります。」と移植に対して前向きな発言があった。そして、腎機能が悪化し透析導入が必要となった際にも「必要な手術であれば受けます。」とシャント造設に対しても積極的に治療に臨む姿勢がみられた。B病棟では、全身浮腫に対し日々のスキンケアや体位調整などを継続して行った。患者より「入院生活がネットにさらされている。兄の面会もしないでください。」と辻褃の合わない発言があり、精神科リエゾンチームを導入し、内服調整やカンファレンスを毎週または状態変化時に実施した。並行して肝不全対応と透析が継続可能な病院への転院も検討されていた。そのため、理学療法士や作業療法士と病棟看護師が協働し、転院に向けた体力・筋力の向上を目標に掲げ、効果的な体位調整や車椅子への移乗介助を行った。しかし、羽ばたき振戦が出現し、肝性脳症Ⅱ度からⅢ度へ悪化したため、再度ICUへ入室した。主治医より家族へ再度、予後の告知が行われた。家族は「元々寿命3ヶ月と言われていたので、良くここまで。ありがとうございます。」と言葉に詰まりながら話され、表情も暗く不安な様子があった。そのため、病棟看護師は治療方針やIC後の患者・家族の予後に対する不安な思いを多職種にて共有し、統一した対応ができるよう記録に残した。

3. Ⅲ期 肝性脳症発症期

ICU入室後、On-Line Hemodiafiltration（以下、オンラインHDF）を開始し、全身管理を行った。入室5日目にオンラインHDFから持続的血液濾過透析法（以下、CHDF）に移行した。入室6日目にCHDFから週3回の透析へ移行した。ICU入室中に羽ばたき振戦は消失し、ICUを退室した。その後、B病棟では、劇症化兆候の早期発見に努めながら、日々のスキンケアと排泄コントロールを継続して実施した。患者は長期入院による筋力低下を認め、寝たきりの状態であったため、病棟看護師は理学療法士や作業療法士と協働してADL改善に向けた日常生活の援助を行った。リハビリ部門と協働し、日々の継続したケアを行ったことで、軽度の介助で車椅

子への移乗も可能となり、患者より「車椅子にも乗れるようになりました。」と発言があった。また、肝性脳症を発症したことで、同血液型での脳死肝移植の優先順位が上がり、医師と移植コーディネーター間で情報共有が行われた。同時に移植のための転院準備について院内の多職種と連携を図り、転院時の移送手段を検討し、必要物品の確保等を行った。優先順位が上がった情報を共有した5日後に脳死肝移植のための転院が急遽決定した。脳死肝移植が決定した時点では、患者の転院はヘリコプターによる搬送予定であったが、悪天候の

ため急遽、民間救急車での移送に変更され、転院の運びとなった。(表1)

VI. 看護実践への示唆

本研究は、身体状態の悪化に伴い肝性脳症を発症した脳死肝移植待機患者を通して、病棟看護師の看護実践と多職種連携の課題を明らかにすることを目的とし、看護実践の振り返りを行った。病期毎に考察を行い、脳死肝移植待機患者への看護実践への示唆を得る。

表1 各ステージにおける看護の実際

ステージ	入院日数	治療経過・病状	患者・家族の思い	看護の実際
I期 肝不全発症期	1日目	呼吸苦・尿量低下で緊急入院する。	(4日目の言動) 本人「何で入院になったのか。病名は。最初1週間くらいの入院と聞いていたけど。検査入院ですか。悪いのか、悪くないのか。教えて欲しい。」	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄コントロール →ラクツロース内服(その他の代謝性医薬/高アンモニア血症用剤) ・黄疸に伴うスキンケア・褥瘡予防 →清潔ケア・保湿ケア、皮膚状態の観察、除圧・体位調整 ・症状変化時に不定期にケアカンファレンスを実施した。 ・精神的支援:本人・家族の思いの傾聴、統一した対応ができるように記録した。
	4日目	肝不全と診断される。全身浮腫、黄疸著明な状態。		
	14日目	家族に余命3ヶ月程度、急変のリスクがあることの説明あり。	家族「助かるのであればしてほしい。可能性が低いかもしれないけど何もしなければ0%でしょ、ならやってみようかな。可能性にかけた。」	
	24日目	家族へ移植について説明あり。	本人「頑張ってる生きたいと思います。」と肝移植の希望あり。	
	26日目	全身浮腫と胸腹水貯留に伴う、呼吸困難あり。NHF開始となる。	本人「アミノレバンを飲むと、お腹が張って苦しくて、パニックみたいになって、息が吸えなくなる。それで、こっち(右側臥位)しか向けない。身体がきついと、看護師さん達にもきつく言ってしまう。きついのを解って欲しい。マッサージ(背抜き・除圧グローブ使用)をしてもらおうと気持ちいい。」	
	34日目 (ICU)	ICU入室する。挿管・人工呼吸器管理開始となる。家族へ移植が間に合わない可能性を説明する。	家族「よろしくお願いします。先日、本人がもう自分は移植まで耐えられないと言っていました…。」と訴え、流涙を認めた。	
II期 肝不全増悪期	38日目 (ICU)	挿管チューブを抜管し、NHFへ変更する。	(42日目の言動) 本人「頑張ります。」 肝移植への意向あり。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄コントロール →ラクツロース内服・浣腸 ・黄疸に伴うスキンケア・褥瘡予防 →清潔ケア・保湿ケア、皮膚状態の観察、除圧・体位調整 ・毎週または状態変化時ケアカンファレンスを実施した。 ・精神科リエゾンチーム介入 ・治療選択に対する意思決定支援 ・リハビリ部門と協働し、理学療法士によるADL維持・改善に向けた介入
	40日目	NHF離脱し、酸素1Lへ変更する。ICU退室する。		
	42日目	本人へ肝移植の希望を確認する。		
	43日目	せん妄症状あり、精神科コンサルトする。	(43日目の言動) 本人「入院生活がネットにさらされている。」と、妄想あり。	
	49日目	尿量低下あり、腎臓内科コンサルトする。		
	52日目	バスキュラー・アクセス挿入し、透析開始となる。		
	78日目	脳死肝移植登録する。(1~2ヶ月程度待機)	(85日目の言動) 肝移植に間に合わない可能性を説明される。	
85日目 (ICU)	羽ばたき振戦出現と脳症II度からIII度へ悪化のため、ICUに再入室する。CHDF開始となる。	家族「元々寿命3ヶ月と言われていたので、よくここまで、ありがとうございます。」と言葉に詰まりながら話される。表情暗い様子である。		
III期 肝性脳症発症期	86日目 (ICU)	オンラインHDF開始となる。	(88日目の言動) 本人「家族に付き添って欲しい。」 ・家族はほとんど毎日面会に来ている。父親は患者状態について理解はできているが、気持ち追いつかないと精神的に少し追い詰められている印象である。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄コントロール ・黄疸に伴うスキンケア・褥瘡予防 ・症状変化時の不定期なケアカンファレンス実施 ・劇症化兆候の早期発見 ・精神的苦痛の緩和 ・リハビリ部門と協働し、理学療法士によるADL維持・改善に向けた介入 ・肝移植のための転院準備(転院時の移送手段を検討、必要物品の確保等)
	90日目 (ICU)	オンラインHDFからCHDFへ移行となる。夜間不眠の訴えあり、リエゾンの指示で、ロゼレム(その他の中枢神経系薬)開始となる。		
	91日目 (ICU)	CHDFから週3回のHDへ移行となる。		
	92日目	ICU退室となる。胸水・痰培養よりセラチア菌検出し、胸腔ドレーン抜去する。呼吸苦なし。	(111日目の言動) 本人「車椅子にも移れるようになりました。」	
	94日目	胸水貯留持続あり、胸腔ドレーン再挿入となる。呼吸苦なし。		
	111日目	主治医より同じ血液型では脳死肝移植順位1番であることの情報共有あり。		
116日目	脳死肝移植が決定し、転院となる。	本人「ありがとうございました。頑張ります。」		

1. I期 肝不全発症期

I期では、患者は緊急入院で、胸腹水貯留と全身浮腫による、身体的苦痛も強い状態であったため、症状緩和を中心に看護ケアを行う中で患者の思いを表出することができた。表出された言動には現状の受け入れができない発言や拒薬などの行動がみられた。フィンクは、危機となる出来事の後に続く適応までのプロセスを、「衝撃の段階」、「防衛的退行の段階」、「承認の段階」、「適応の段階」の4つの段階で表している。これらの段階は、必ずしもプロセスを順に進むとは限らず、患者は、これらの心理状態を行きつ戻りつしながら時間が経っていく。看護師はその時々々の患者のニーズを確かめながら、患者自身で危機を乗り越えられるように援助するとされている⁶⁾。このことから、I期においては「衝撃の段階」、「防衛的退行の段階」の状態であり、身体面や精神面を中心に看護介入を行うことで、本人・家族の疾病受容も進むと考えられる。患者は呼吸状態が悪化し、急遽ICUに入室するなど、病態が変化しやすく、医師と病棟看護師を含めた医療スタッフ間のタイムリーな情報共有が必要となる。治療方針決定時点から移植に向けた準備を含めた多職種連携や社会的側面からのアプローチが求められる。

2. II期 肝不全増悪期

II期では、患者の全身状態が悪化し、ICUに入室し全身管理が行われた。肝移植待機患者は状態が悪化しやすく、ICUに入室し全身管理を行う可能性が高い。一般病棟からICU管理に変更となった場合でも、継続した看護を行えるように、タイムリーな情報共有が重要である。ICU入退室時は病棟間での申し送りは行われたが、病棟間でのカンファレンス等は行われていない状況であった。佐藤は、「患者がICU入室中のときにも、病棟-ICU間で円滑な情報交換ができるような体制を整えておく必要がある。併せてICUでの経過も簡単に情報を得ておくことで、家族の方への適切な対応、またICU退室後の円滑な看護の継続につながる」と述べている⁷⁾。ICUまたは病棟のどちらからでも脳死肝移植認定施設に転院できるために、病棟とICUの合同カンファレンス等の開催を検討する必要がある。また、精神面においては、患者より「頑張ります。」と肝移植に向けた治療を受容する発言がみられ、フィンクの「承認の段階」へ進むことができていると考えられる。

3. III期 肝性脳症発症期

III期では、患者自身の身体症状が緩和され、移植という目標に向けて、患者を中心に医療スタッフが密に連携し介入した。患者のADLが改善し、新しい自己のイメージができあがる事でフィンクの「適応の段階」へ進むことができたと考える。今回の事例では、転院当日に移送方法がヘリコプターから悪天候のため急遽、民間救急車へと変更となったため、事前に様々な状況を想定した準備が必要であることがわかった。須郷らは、「院内準備の面からみた場合にも、脳死肝移植が通常の生体肝移植と大きく異なるのは、その緊急性である。脳死ドナーが発生した場合には、臓器受諾の決定からレシピ

エントの緊急入院受け入れ、ドナー摘出チームの派遣、緊急移植手術まですべてを短時間のうちに判断し準備・実施しなければならない」と述べている³⁾。今回の事例では、院内スタッフのみで多職種カンファレンスを行い、連携しながら脳死肝移植認定施設への転院を支援した。患者の状況変化に伴い移植の順位は変動するため、常に脳死肝移植認定施設への転院準備が必要となる。移植コーディネーターや転院先の医療スタッフも交えた多機関によるカンファレンスを開催することで、患者への術前教育やより詳細な患者情報の共有ができ、さらなる院内外のシームレスな多職種、多機関連携が行えると考える。

4. 脳死肝移植待機患者への必要な支援

脳死肝移植待機患者に対して、病棟看護師は身体的・精神的・社会的なトータルペインの緩和と他職種との調整役を実施していた。今回の事例では、看護師間のみではなく、医師や多職種、多機関とのタイムリーな情報共有と定期的なカンファレンスの開催が課題として明らかとなった。ICUスタッフや移植コーディネーターを含めた組織横断的なカンファレンス等の開催により、チームとして多機関連携を促進し、脳死肝移植待機患者の転院準備を進める必要がある。また、脳死肝移植待機患者は重度の肝不全であり、状態が悪化しやすく、身体的・精神的にも苦痛を伴う状況である。今回の事例も肝不全が進行し、身体的・精神的苦痛を伴っていた。そして、脳死肝移植認定施設への転院が急遽決定した。脳死肝移植はドナーの決定や優先順位の変動などから、予測がつきにくい。そのため、脳死肝移植の治療方針が決定した時点で、緊急かつ迅速に対応を行うことができるように、脳死肝移植待機患者を受け入れる病棟スタッフが、日頃から脳死肝移植認定施設への転院準備を整えておく必要がある。多職種多機関連携を図るために、脳死肝移植認定施設への転院フローチャートなどを作成し、活用することも一案である。転院フローチャートなどの活用によって、各職種の役割を明確化し、チームを体制化することが課題である。

VII. 引用文献

- 1) 谷合信彦, 秋丸琥晴, 吉田寛, 他: 本邦における生体肝移植, 日医大医学会誌, 5 (1), p13-21, 2009.
- 2) 2018臓器移植ファクトブック, <http://www.asas.or.jp/jst/pdf/factbook/factbook2018.pdf>
- 3) 須郷広之, 川崎誠治, 石崎陽一, 他: 順天堂医院における初の脳死肝移植の経験, 順天堂医学, 57, p525-529, 2011.
- 4) 習田明裕, 志自岐康子, 添田英津子, 他: 生体肝移植を受けたレシピエントの苦悩・葛藤に関する研究, 日本保健科学学会学会誌, 10 (4), p241-248, 2008.
- 5) 谷水名美, 西園貞子, 赤澤千春, 他: 肝移植レシピエントの退院後の生活を支えるサポートの実態—1事例の分析を通して—, 大阪医科大学看護研究雑誌, 4, p50-59, 2014.
- 6) 青山亜衣, 福原隆子: 患者の疾病受容過程を支える看護を考える—フィンクの危機モデルを用いて—, 岐阜看護研究会誌, 4, p21-29, 2012.
- 7) 佐藤都也子: 消化器外科病棟—ICU間の申し送り, 消化器外科 NURSING, 8 (4), p34-42, 2003.

◇実践報告◇

スタッフの関わりにおいて副主任が抱く思い

橋内 円¹⁾, 榊原佳奈¹⁾, 木村詩郎¹⁾

副主任としてスタッフとの関わりで悩むことが多くあった中、その関わりの場を振り返ることで副主任の持つ思いを明確にして今後のスタッフとの関わり方について検討した。スタッフとの関わりで困難さを感じた場面を4月・9月にそれぞれ抽出しプロセスレコードを作成し副主任の持つ思いを比較した。4月のプロセスレコードでは〈自信がない〉〈スタッフの関係性〉〈時間的余裕がない〉〈スタッフとの関係性〉〈上司とのコミュニケーション不足〉が抽出された。9月のプロセスレコードでは〈上司とのコミュニケーション不足〉〈役割の理解〉〈スタッフとの関係性〉〈事故のない業務〉〈時間的余裕がない〉が抽出された。今後は自己の経験を積み重ねること、上司とのコミュニケーションを密に取ることでスタッフとの関わりを改善していけることが示唆された。

【キーワード】 スタッフとの関わり, コミュニケーション, 副主任, プロセスレコード

I. はじめに

中間看護管理者は組織内において多くの役割を求められている。病院組織からは病院経営を視野に入れた病棟の運営を求められており、それに向けより良い看護単位の管理を求められる。一般的に病棟運営は看護師長と主任看護師によってなされている。病院によっては副師長の役職を設けている場合もあり、師長直下の役職の名称は組織により異なる。また組織の人員の状況により看護単位においてそれぞれの役職者が不在である場合もある。

A 病院は創立 10 年目の急性期病院である。看護部の組織図としては、看護部長、師長、主任、副主任の役職が設けられている。A 病院では師長直下の役職は看護主任であり、看護主任は師長の命を受け、師長の補佐をすると共に部署でのより良い看護の提供のための調整や看護職員の支援などの担当業務を遂行すること、また師長不在時はその業務を代行するという役割とされている。現在 11 の看護単位があるが、師長が不在で主任がメンバー業務をしながら管理業務を行っている病棟や、師長が複数の病棟を兼任して管理している病棟がある。そのため主任・副主任職位の看護師が管理者代行の役割を持ち、日々の実践を行なっている。特に新任や配置転

換直後の副主任では、師長や主任不在時の対応に戸惑いや不安、自分の判断への迷いや自信のなさなど様々な思いを抱えている現状がある。

井上¹⁾は「主任の育成の困難さとして、主任がメンバー業務や夜勤を行っていて主任業務ができていない。または現場業務と主任役割の両立に苦勞しているなどの要因がある」としている。実際の看護ケアに携わりながら時に管理業務の代行を行う主任看護師において業務は煩雑となりそれに伴う役割負担感は大い。また桐山²⁾は「主任看護師のストレスとしてスタッフの指導や教育・スタッフナースのリーダーとしての役割に関する項目が多い」としており、管理者としての病棟スタッフとの関わりにおいて大きな負担を感じていると言える。

今回事前調査として、3 つの病棟において副主任とスタッフとの関わりについてプロセスレコードを用いて振り返りを行なった。その結果、いずれの事例においても副主任としての立場や役割に対する様々な思いを生じていた。また時として思うようなコミュニケーションが取れず、スタッフとの関わりに困難さを感じている現状が明らかとなった。

山本³⁾は「中間管理者への教育に関する国家基準は定められておらず、新任の中間管理者にとっては、管理業務そのも

受付日：2022 年 4 月 27 日 / 受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Madoka Kitsunai, Kana Sakakibara, Shiro Kimura : 医療法人財団健貢会総合東京病院

のを模索せざるを得ず、その結果、ストレスの高い状況下で役割葛藤を抱いている」としており、特に初めて役職を得た副主任職位の看護師は様々な迷いや困難さを感じていると考えられる。また、副主任職位の看護師がスタッフとの関わりにおいて抱く思いについての研究はなされていない。そのためスタッフとの関わりに対して副主任の持つ思いを明確にすることで、今後のスタッフとの関わりにおける示唆を得ることができると考えた。

中間看護管理者：本研究においては師長・主任・副主任看護師を中間看護管理者と定義する。

Ⅱ. 目 的

A 病院では副主任は中間看護管理者として最初につく役職であるためスタッフとの関わり場面を振り返り、副主任の持つ思いを明確にすることで今後のスタッフとの関わりへの示唆を得る。

Ⅲ. 看護実践

1. 事前調査の結果から、副主任が役割を果たそうとする思いを持ちながらスタッフとコミュニケーションを図るが、役割遂行への困難さを感じた場面があった。スタッフとの関わりを考える上で副主任として共通する思いがあり、また副主任として不足している点を明らかにできないのではないかと考え場面の振り返りを行うことにした。スタッフとのコミュニケーションの場面での副主任の思いを抽出するためプロセスレコードを用いてスタッフとの会話の場面を記録し振り返る。
2. 期間：2021年4月～9月
3. 場所：A病院A病棟、B病棟、C病棟
4. 対象：A病院にて副主任昇格後1～3年の3名（看護師経験年数平均12.7年）。人員配置により師長または主任が不在で主任業務の一部または全てを行なっている副主任。2名は新任、2名は配置転換により上記のような状況となった者。
5. 研究デザイン：プロセスレコードを用いた事例研究
6. データ収集方法
 - 1) スタッフとのコミュニケーションを図ることが、うまく思いが伝わらずに困難さを感じた場面、対象者がそれぞれプロセスレコードを作成した。プロセスレコードの項目は、場面の説明・スタッフの言葉・スタッフの言葉を受けて私が感じたこと・スタッフの言葉に対する私の言葉・場面の分析の5つに分けて記載した。

また1場面2～3分程度の時間とし、対象者はそれぞれ4月に1場面、9月に1場面の計2場面のプロセスレコードを作成した。なお対象者それぞれが1人で記載した。記載する環境については特に指定はない。
 - 2) プロセスレコード作成場面
 - ① 報告・相談された時に困難さを感じた場面
 - ② どのような対応をとるべきか迷いが生じた場面

- ③ 副主任として不足している要因は何か悩みを生じた場面
7. データ整理の方法
 - 1) プロセスレコードの内容について対象者と面接を行い、対象者の思いについて確認をした。
 - 2) それぞれのプロセスレコードから副主任の共通する思いや感じたことを研究者が整理した。
 - 3) 副主任としての迷い・対応・不足点を研究者が洗い出した。
 - 4) 1回目を4月の関わりから・2回目を9月の関わりから研究者がプロセスレコードを整理した。

それぞれのプロセスレコードの、「スタッフの言葉を受けて私が感じたこと」の部分そのまま抜き出し、1回目・2回目に分けて整理した。それぞれの事例で整理したデータのなかで共通性を持つものでまとめ、「整理」のデータとした。さらに抽象度をあげ簡潔な言葉に置き換え統合した。「整理」のデータの中からkyeとなると考えられるデータを抽出し「要素」とした。「要素」で抽出されたデータの抽象度を上げ「サブカテゴリー」とした。さらにサブカテゴリーの抽象度を上げたものを「カテゴリー」とした。

8. データ分析方法

1回目4月のプロセスと、2回目9月のプロセス内容を「副主任がスタッフに関わる時に抱く思いは何か」について何度となく比較し検討を繰り返しながら思いの傾向について分析した。また結果・分析の妥当性について対象者へ確認を行なった。尚、外部の質的研究者の助言指導を受け行なった。

Ⅳ. 倫理的配慮

A 病院倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号21-8) 研究対象者に研究目的と方法について書面と口頭で説明を行い書面による署名で同意を得た。また論文投稿を行うことにしても説明し同意を得た。この研究の参加は自由意志であり不参加であっても不利益は生じないこと、また途中辞退も可能であり、その場合にも不利益は生じないことを説明した。また個人のプライバシーは保護されることを説明した。分析中データについてはUSBに保存し鍵のかかる場所に保管、院外へは持ち出さない。この研究は公的学術学会で発表するがそれ以外には活用しないこと、研究結果について希望されれば公表することを説明した。同意書の1部は対象者に渡し、1部は研究者が保管する。得られたデータは匿名化し学術学会に発表後同意書と共に厳重に管理する。

Ⅴ. 結果・成果

副主任として関わる要素から4月・9月の事例の分析の結果、10の要素が抽出され、サブカテゴリーは9個で、カテゴリーは9個で構成されていた。以下【 】はカテゴリーを、< >はサブカテゴリーを、「 」は要素を示す。

4月の事例のカテゴリーには【自信がない】【スタッフとの関係性】【時間的余裕がない】【上司とのコミュニケーション不足】が抽出された。(表1)

9月の事例のカテゴリーには【役割の理解】【上司とのコミュニケーション不足】【事故のない業務】【スタッフとの関係性】【時間的余裕がない】のカテゴリーが抽出された。(表2)

1) 4月の事例

【自信がない】カテゴリーは<副主任として自信がない>というサブカテゴリーから構成されていた。要素としては「副主任として信頼されていないのかな」であった。【スタッフとの関係性】は<スタッフとの関係性を大切にしたい>のサブカテゴリーから構成されていた。その要素として「病棟の雰囲気悪くすることを言わないで欲しい」であった。【時間的余裕がない】のカテゴリーは<時間がない>のサブカテゴリーで構成され要素は「今聞いてあげる余裕がない」であった。【上司とのコミュニケーション不足】のサブカテゴリーは<上司の意向がわからない>から構成されていた。要素は「師長もこの方針に賛成しているのか」であった。

2) 9月の事例

【役割の理解】のサブカテゴリーは<役割の範囲がわからない>から構成されその要素には「出過ぎたことって思われるかも」であった。【上司とのコミュニケーション不足】のサブカテゴリーは<上司と時間が合わない>で構成され要素には「師長がいつも病棟にいるわけじゃない」であった。【事故のない業務】のサブカテゴリーは<事故なく業務をする>から構成されその要素には「複数の患者を持つと抜けがち」であった。【スタッフとの関係性】サブカテゴリーは<スタッフとの関係性を大切にしたい>で構成され要素には「スタッフに気持ちよく仕事をして欲しい」「スタッフとの関係性を崩したくない」であった。【時間的余裕がない】のサブカテゴリーは<業務が多い>で構成されその要素には「忙しいけどミスしないように集中しなきゃ」であった。

VI. 看護実践への示唆

プロセスレコードの1回目と2回目を抽出されたカテゴリーで比較すると【スタッフとの関係性】【時間的余裕がない】【上司とのコミュニケーション不足】の3つが共通していた。このことから半年の時間経過を経ても、副主任は困難を感じる状況を改善することができず当初と同じ思いを持ち続けていたと言える。吉川⁴⁾は「管理能力は理論的知識だけで習得できるものではなく経験を重ねながら実践的知識と理論的知識を統合して習得されていく」としている。対象者のうち2名は副主任昇格直後で管理者への第一歩を踏み出したばかりであり、管理者としての理論的知識・実践的知識ともに不十分な状態である。しかし実践的な知識の不足はあるが、理論的知識を得ることで管理者としてのスタッフとの関わりを現在より良いものとすることができると言える。

また対象者はスタッフとの関わりにおいて自分が役職者としての対応を迫られた場面でスタッフへの対応に迷いや戸惑いを感じており、<上司の意向がわからない><上司と時間が合わない>という思いを生じていた。これは上司との情報共有を十分にしたい、上司とのコミュニケーションの時間をもっと取りたいと感じていると言える。上田⁵⁾は「役割移行経験者の求める支援は毎日の実践に必要な具体的情報の提供や困った状況を分かち合える同僚や友人の存在」としている。対象者は今回抽出された結果から、日々時間的余裕のなさを感じながら安全な業務遂行に気を配り、役職者としてのスタッフとの関係性や、自信のなさ、役割範囲が十分に理解できないことに悩み・迷いながら、しかし役職者としてうまくスタッフと関わっていないという不全感を感じていると言える。そのため、役職者として最も身近な上司へ日々の実践に

表1 4月プロセスレコード

整理	要素	サブカテゴリー	カテゴリー
副主任として信頼されていないのかな	副主任として信頼されていないのかな	副主任として自信がない	自信がない
私、全然わかっていない			
私が言っても何も変わらない			
そんなこと思っているなんて気づいてもなかった			
注意しているところを聞かれない	病棟の雰囲気悪くすること 言わないで	スタッフとの関係性を大切にしたい	スタッフとの関係性
病棟で空気悪くなること言わないで			
今聞いてあげる余裕ない	今聞いていあげる余裕ない	時間がない	時間的余裕がない
不満そうな表情だけ時間がない			
今解決できる内容じゃない仕方ない			
師長もこの方針に賛成しているのか	師長もこの方針に賛成しているのか	上司の意向がわからない	上司とのコミュニケーション不足

表2 9月プロセスレコード

整理	要素	サブカテゴリー	カテゴリー
出過ぎたことって思われるかも	出過ぎた事って思われるかも	役割の範囲がわからない	役割の理解
教育委員でもない私が言うことでもない			
師長がいつも病棟にいるわけじゃない	師長がいつも病棟にいるわけじゃない	上司と時間が合わない	上司とのコミュニケーション不足
検査のシステムが問題だ	複数の患者を持つと抜けがち	事故なく業務を遂行したい	事故のない業務
複数の患者を持つと抜けがあるから気にかけないと			
自分がフォローしないと	スタッフに気持ちよく仕事してほしい	スタッフとの関係性を大切にしたい	スタッフとの関係性
誤解を解かないと			
嫌われるのではないかと言葉を選んで進まない			
気になっていたけど怖くて注意できない	スタッフとの関係性を崩したくない		
忙しいけどミスしないように集中しないと			
忙しいけどミスしないように集中しないと	忙しいけどミスしないように集中しないと	業務が多い	時間的余裕がない

関する相談や情緒的な支援を求めていると考えられる。上司とのコミュニケーションを取りづらい・支援を受けづらい環境がスタッフから副主任への役割移行を困難なものとしているひとつの要因であると考えられる。

また、大島⁶⁾は「看護管理者は配置転換後の部署で役割を發揮できるようになるには約一年を要した」としており、他の2名は配置転換後半年以内であったことから、新たな職場環境でスタッフとの良好な関係性を保ちながら副主任としての役割を遂行することに困難さを感じていたと言える。

【自信がない】というカテゴリーは1回目のみ、【役割の理解】【事故のない業務】は2回目のみ抽出された。4月のみ抽出された【自信がない】というカテゴリーでは、「副主任として信頼されていないのかな」という思いが要素として抽出されており、整理のデータでは「私が言っても何も変わらない」「私全然わかっていない」などのようにスタッフとの関わりにおける自己の力量への不安を感じていた。一回目のプロセスレコードを取った4月初旬、3名のうち2名は新任の副主任であった。岡村⁷⁾は「副部長着任時の思いとして19.8%が自身の評価に対する心配を抱えており、自身の力量不足への不安やスタッフの反応を懸念していた」としている。副主任と副看護師長は立場として同等ではないが、師長とスタッフの間につた立場であるという点で共通した思いを持っていると考えられる。1回目時点では副主任としてスタッフと関わらなければならないという意識を持っているが、今まで行っていた日常業務に副主任としての役割が加わったことにより、時間的・精神的余裕を持っていない状況になったと考えられる。

また暗中模索ながら副主任としての役割を果たそうとするなかで思うようにいかず、自信のなさを強めていたと考えられる。また3名のうち1名は異動直後であった。水野⁸⁾は「異動後には一時期、看護中間管理者1年目に戻ってしまったような気持ちになり、異動した病棟やスタッフに適応するために時間が必要であった」としている。異動直後から自己の能力を最大限發揮することは困難であるが、思うように副主任としての役割を果たせていないという思いから【自信がない】という思いにつながったと考えられる。

さらに半年経過した2回目では新たに【役割の理解】【事故のない業務】というカテゴリーが抽出された。【役割の理解】では「役割の範囲がわからない」というサブカテゴリーが抽出されている。要素として上がっているのは「出過ぎたことって思われるかも」という思いであり、副主任は自身の役割範囲を十分に理解できていないことにより自身の言動や行動に自信を持たず、迷いや不安を生じていたと考えられる。中根の調査の結果⁹⁾「昇進の基準がはっきりしない中で、主任に任命され、十分な教育指導もないまま主任の仕事に自信ややる気も持たずに苦しんでいる」が挙げられている。A病院では明確な昇進の基準はなく上司の推薦により昇進が決定されており、昇進に際して看護管理の知識を問われることはない。その中で昇進後に自己の役割範囲を実践や暗黙知のみか

ら理解することは困難であると言える。暗中模索の状態では半年の時間経過の中で副主任としての役割範囲を十分に理解することは困難であり、「役割の範囲がわからない」という思いを持ったと考えられる。

また、【事故のない業務】ではスタッフのフォローや不合理な業務の改善の必要性を感じていた。門屋¹⁰⁾は「スタッフ同士がより良いケアを提供するために常に意見交換をする。その中心的存在が中間管理者であるのだ」としており、副主任というスタッフの中心的存在のリーダーナースとして半年間実践を行うことで、病棟単位での安全な看護実践のマネジメントの必要性を感じたためではないかと考えられる。

以上のことより、4月のプロセスレコードから抽出された副主任の思いは【自信がない】【スタッフの関係性】【時間的余裕がない】【上司とのコミュニケーション不足】であった。9月のプロセスレコードから抽出された副主任の思いは【上司とのコミュニケーション不足】【役割の理解】【スタッフとの関係性】【事故のない業務】【時間的余裕がない】であった。また理論的知識の習得とともに経験を積み重ねること、上司との密なコミュニケーションを図ることにより、副主任としてのスタッフとの関わりを改善していけることが示唆された。今後の副主任の育成を考えるうえでは、看護管理の理論的知識習得への取り組みや上司の支援体制を整える必要があると考える。

本事例ではスタッフとの関わりを通して、副主任の持っている様々な思いを明確にすることができた。また副主任は半年の経験を経ても十分な役割の理解が得られず、またスタッフとの関わりに困難さを感じている現状があった。また上司の支援を求めておりその必要性も示唆されるという結果となった。これはスタッフとの関わりに困難さを感じている、または主任・副主任育成を考える中間管理者への示唆の参考になり得ると考えられる。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 井上祐子, 倉田節子, 岡須美恵: 中堅の中間看護管理者がとらえる人材育成に関する問題, ヒューマンケア研究学会誌, 6 (2), p.27-34, 2015.
- 2) 桐山雅子, 砂川洋子, 奥平貴代, 他: 総合病院に勤務する看護中間管理者のストレスと関連要因に関する研究: 日本看護研究学会雑誌, 25 (4), p.61-71, 2002.
- 3) 山本雅子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀, 小林敏生: 病院看護職における新任中間管理者の職務動機づけに影響する要因: 日本職業・災害医学会会誌, 36 (1), p.81-92, 2013.
- 4) 吉川三枝子, 関根聡子, 高橋由紀, 他: 新任の中間管理者が認識する役割遂行上の困難と必要とする支援, 茨城県立医療大学紀要, 17, p.1-10, 2012.
- 5) 上田貴子: 役割移行を経験した看護管理者が認識する役割移行支援, 日本看護管理学会誌, 22 (1), p.22-29, 2018.
- 6) 大島千佳, 田中彰子, 松下由美子: 看護管理者の人事異動に関する考察～看護師長から内示を受けてから配置転換の部署で役割を發揮できるようになるまでの経験～, 日健医誌, 25, p.315-323, 2016.

- 7) 岡村典子, 青木洋子, 渡辺礼子:副看護師長の新規着任時の思いと役割認識, THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL, 67, p.221-228, 2017.8
- 8) 水野暢子:看護中間管理者のキャリア発達過程とそれに関連する要因, 日本看護研究学会雑誌, 36 (1), p.81-92, 2011.3.
- 9) 中根薫:看護管理者のキャリア発達におけるメンタリングに関する研究～看護管理者の経験とメンター要因について～, 新潟青陵学会誌, 5 巻, p.11-20, 2013
- 10) 門屋久美子:中間管理者への昇進が看護師の役割認識に与える影響「キャリアアンカータイプ」「直属上司のかかわり」の視点から, 岩手看護学会誌, 2 (2), p.13-24, 2009.

◇実践報告◇

回復期リハビリテーション病院における
看護ケアの取り組み

— 参加観察を活かした看護計画の修正から得られたこと —

伊与木智代¹⁾, 武富佑香¹⁾, 古橋洋子²⁾

回復期リハビリテーションにおけるプライマリーナースが、担当患者のリハビリテーションに参加観察する事で、患者の理解が深まり、個別性のある看護ケアを提供できる事を明らかにする。患者2名に対して参加観察し、表にまとめた。その後、看護ケアを修正し、患者の様子を記録した。A氏は、食事中も注意散漫であったが、参加観察中、理学療法士は患者の注意を自己に促す事で注意は保たれていた。そこで食事の際は、静かな個室に誘導後、患者の視野の中央に配膳した。看護師は、後方に立ち安全管理に徹した。その結果、不必要な視覚や聴覚の情報を遮る事で、食事動作に集中し、安全な食事摂取が可能となった。B氏は参加観察中、鏡を見る事で身体の傾きを確認し、自己で姿勢の修正が行え、体幹が安定し円滑に動作ができた。鏡を用いる事で、自己の姿勢を意識する事ができた。また繰り返し行う事で一貫性が生まれ安定した動作を獲得できた。

【キーワード】 回復期リハビリテーション, 多職種連携, 参加観察, 看護計画

I. はじめに

A病院は回復期リハビリテーション病院である。A病棟の入院患者は60名おり、1名の入院患者に対して看護師、理学療法士、作業療法士がそれぞれ1名ずつ担当をしている。また、患者状態によっては医師指示のもと、言語聴覚士も加わり包括的な医療を提供している。看護方式は、プライマリーナース制度を導入しており、リハビリスタッフやその他の医療連携室を含めたコメディカルとも関わりチームで1名の患者を支え、プライマリーが責任を持ち看護計画の立案、修正、評価を行っている。吾妻らは¹⁾「チームの連携・協働とは、チームとして意思決定を行い、責任は全員で負い、情報がチームの中で共有され、仕事の重なりをもちながらも専門性を発揮することである」と述べている。A病棟における情報共有の場は、医師、理学療法士、看護師、介護士で行うチームカンファレンスと、本人・家族を含む、退院支援カンファレンスがある。カンファレンスを通じて理学療法士と情報共有の場を設ける事はできるが、状態のみの報告になっている現状がある。蒔田らは²⁾「看護師・セラピストは日々の業務に追われ情報共有の場を設ける事は困難である。タイム

リーなディスカッションの機会を多くもつ事が多職種連携実践能力の向上に繋がる」と述べている。A病棟では理学療法士が看護師と同じ現場で業務を行っているが、理学療法士と看護師の業務はそれぞれ独立しており、適時の情報交換が行えていない現状がある。

A病棟で、昼夜問わず一人になると大声をあげ不穏になる患者がいた。プライマリーナースとしてリハビリテーション（以下リハビリとする）での現状が気になり、何か看護ケアに活かす事ができないかとの思いがあり、患者のリハビリに足を運ぶ事を試みた。

その結果、リハビリ中の患者の表情は生き生きとしており、不穏なくリハビリに集中している患者の姿があった。普段病棟では見られない患者の一面を知る事ができ、身体機能の他にリハビリ中に見る患者の表情の違いが明らかであり、患者の実情をより理解する事ができた。カンファレンスにおける情報交換だけでは患者のイメージが伝わらず、円滑な情報交換ができていなかった。この取り組みによって、普段とは違ったリハビリ中のありのままの状態を観察し、患者の全体像を把握できたと感じた。櫻井らは³⁾「個別性のある看護を実現するために必要な看護師の行動は看護の目標達成に向け個別

受付日：2022年4月27日／受理日：2023年1月20日

1) Chiyo Iyoki, Yuka Takedomi：医療法人社団巨樹の会赤羽リハビリテーション病院

2) Yoko Furuhashi：青森中央学院大学

状況に合わせた方略を考え機能できる看護を展開できる事が大切」と述べている。日常生活の患者の姿のみでなく、リハビリ中の姿を観察する事で患者の一面を捉えることができ、個別性のある看護ケアができると考えた。リハビリ中の患者の様子を参加観察し日々の看護ケアに活かせると思った。

Ⅱ. 目 的

プライマリナースがリハビリ中の様子を参加観察する事で、患者のありのままの姿を認識し患者の理解が深まり、個別性のある看護ケアを取り入れ、その成果を報告する。

Ⅲ. 看護実践

- 日時：A氏 2021年9月
B氏 2021年9月
- 場所：A氏 A病院 言語聴覚室
B氏 A病院 リハビリ室のトイレ
- 看護師2名：A氏のプライマリナース、女性、経験20年、A病院経験8年
B氏のプライマリナース、女性、経験6年、A病院経験1年
- 参加観察を取り入れた実践の振り返り（事例報告）
 - データ収集方法
 - 参加観察当日は、私服に着替え、対象者の視野に入らないよう十分に距離をとり実施した。
 - データ収集項目
 - 参加観察前の看護記録を抜きだし一覧にした。
 - 参加観察時の患者の様子を、時間軸に合わせて患者の「発言」「表情」「様子」「行動・動作」を記載した。
 - 参加観察での理学療法士の声のかけ方、介助の方法とその時の患者の様子を一覧にした。
 - 病棟における看護ケアを、参加観察で得た情報を参考に修正した。
 - 看護ケア方法を修正後、看護行為・患者の様子や発言を看護記録にて記載した。
 - データ整理方法
 - 参加観察時に作成した表から、病棟での生活ではみられなかった様子を箇条書きにまとめた。
 - 電子カルテに記載された参加観察前後の患者の「発言」「表情」「様子」「行動・動作」を看護記録から抽出した。
 - データ分析方法
参加観察前後の看護記録を比較検討し、変化がみられた患者の個別性を考慮したあり方を分析した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、赤羽リハビリテーション病院倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号2021A-003）。対象者に対しては本研究の趣旨、研究への参加は自由意志である事、匿名性の保持、辞退の自由、それに伴う不利益は一切生じない事に

ついて文書を用いて説明し、同意を得た。研究中のデータは、USBに保存し鍵のかかる金庫にて保管した。調査表は無記名とし、データは研究者が責任をもって扱い、終了後5年間、施錠できる保管庫にて保存する。公表の際は、匿名性の保護をすることを本人と家族に説明し同意を得た。

Ⅴ. 結果・成果

- A氏紹介：60代 性別：男性 病名：てんかん後脳症 入院2ヵ月目
入院時から高次脳機能障害による注意力障害があり、一つの事に集中する事ができず、日中はデイルームで過ごす事が多かった。また、右半側空間無視があり身体感覚の認識が乏しく体勢が崩れている事に気づかず、終始、車椅子安全ベルトを装着し過ごしていた。食事中でも注意力が持続せず、数口食べる度に動作が停止していた。その際は看護師が患者の左側に座り、一口ずつスプーンを使用し全面的に介助して食事摂取をしていた。コップをしっかりと握る事も困難であり、ある程度自力摂取がすすむと、むせ込む事もみられていた。食事時間は介助を含め45分程度を要し、自力摂取のうち1/3ほどは、床や衣服に食べこぼしていた。
 - 参加観察：リハビリを行う場所は、静かな雑音のない言語聴覚室で行っていた。そこでは、病棟と違い、きよろきよろしている様子はなく注意が持続している状態でリハビリに取り組む姿が観察された。理学療法士は、患者の視野中央に立ち、視線を合わせて介入していた。発声の訓練時は、左斜め45度の位置に立ち声かけを行い、注意を自己に促す事で患者の注意は保たれていた。
 - 看護実践：参加観察を参考にし、食事動作における看護ケア方法を修正した。食事時は、個室に誘導し左側の不必要な物品は取り除きテレビは消し静かな環境で食事のセッティングをした。食器の位置は定位置を定め滑らない食器を使用し、お膳は正面、食器は左側2/3に配置する事を統一した。看護師は患者の刺激にならないよう右後方に立ち静かに見守った。食事中は視界に入らないよう留意し安全管理に徹した。
 - 実践結果（表1）：プランを修正し援助した結果、自己摂取量の変化は見られないが、食べこぼしの量は徐々に減り、食事動作に集中できる場面が増えてきた。一週間程で食事中は、摂食に集中する事が可能となり、食事時間は当初45分を要していたが30分に短縮され、むせ込みの回数も減少した。摂取量についても、5割程度の自己摂取だったが、全量の自己摂取が可能となった。また、食べこぼしの量は衣服に少量の汚染のみとなり、床の汚染はなくなった。さらに、コップをしっかりと握る事も可能となり、視線は終始食事の方を向いた状態で摂取が可能となった。
- B氏紹介：70代 性別：男性 病名：右視床出血 入院1ヵ月目
入院時より左上肢の痙縮、左空間無視及び深部感覚障害、

さらに加えて同名半盲も併発しており左側の視界狭窄もあった。これらの症状により左側に意識が向きにくく、身体のバランス保持が困難であった。座位時も体幹の傾きが確認され、その都度、看護師が体位の調整を行っていた。トイレへ誘導時、立位動作時にも身体が左側に傾きバランス保持が困難であった為、2人介助で実施していた。下衣操作、着座動作も全介助にて行っていた。トイレでの排泄は消極的でありオムツ内失禁が多かった。

- 1) 参加観察：リハビリを行う場所は、日頃訓練の場であるリハビリ室のトイレで行っていた。「今日もやってみるか」との発言があり、表情からは活気が感じられた。座位時は、左上腕を腹部の上に置くよう声をかけ、次の動作をする前にどんな動作をするのか随時本人へ伝えていた。座位後は、両足が床に着地している事、体幹が傾いていない事を確認し、1名の介助で車椅子へ移乗していた。車椅子移乗後は、全身の姿勢を鏡で見せ、左側に視野を促していた。その後、姿勢を正中に戻すように声をかけ、自身で修正が行っていた。立位動作時は、左側を目視するよう声をかけ、自己にて視線を動かし目的のマーキング部位に左足を着地させていた。移乗動作は1人介助で行い、立位が安定した状態を確認後、下衣操作を介助していた。着座時は、体幹を支えながらゆっくり座るように声をかけつつ行っていた。
- 2) 看護実践(表2)：病棟では、ベッドサイド及び、自室のトイレ内に足を着地する場所を指定し、マーキングを行っ

た。移乗時は、左側を目視するよう声をかけ、自身でマーキング部位に足を着地するよう促した。また、車椅子へ移乗後は、トイレの前に設置されている洗面台に誘導した。その後、洗面台にある鏡を見るように声をかけ体位の自己修正を促した。姿勢が整ったことを確認後トイレに誘導した。トイレ動作では、視線を左方向に促し、足をマーキング部位に着地するよう声をかけた。マーキングしていた部位に着地ができない場合は、介助を行った。その後、右手すりを掴むよう誘導し、体幹が安定している事を確認後、立位をとらせた。立位が安定した事を確認後、下衣操作は全介助にて行い、体幹を支えながら着座をさせた。

- 3) 実践結果：介入当初は座位、立位のバランスが不良で2名の介助を要する場面があったが、左側に注意を促しマーキング部位に誘導する事で、徐々に安定した姿勢をとる事が可能となった。自身で正しい位置に足を着地できる場面が増え、体幹が安定し移乗の介助量が軽減した。動作をする前に自ら左上腕を腹部に保持している事が増え、痙縮の出現頻度も軽減した。車椅子座位時は、左側への体位の崩れが確認されていたが、トイレ誘導の都度、鏡を見て補正を促す事で自己調整が可能となった。体位が安定した状態で、トイレ動作を行う事で介助方法が統一し、安定した動作を行う事ができた。患者からは、トイレでの排泄に対して前向きな発言が聞かれた。オムツ内失禁の回数も以前は日中6回であったが4回に回数が減った。

表1 A氏の経過

参加観察前	参加観察	参加観察後
S) 食べるよ。 O) 約45分かけて10割摂取可能。 5割程度を自己で摂取する。 その後看護師が介助し全量摂取。 自己摂取中に数回むせ込みあり。 食事を数口食べる度に動作が停止し注意力の持続が困難で集中力が途切れ時折、きよきよしている。食べこぼしによる病衣と床の汚染あり。 左手でコップを握るが、しっかりと握れずお茶をこぼしている。 A) 高次機能低下に伴う注意障害により自力での安全な食事摂取が困難 P) プラン修正・立案	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ中は表情穏やかで集中して参加していた。 ・理学療法士は患者の視野中央に立ち注意を促しながらリハビリを行っていた。 ・訓練は静かな環境で行っていた。 	S) 美味しい。 O) 食事摂取量は約30分かけて10割自力摂取が可能。 むせ込みは食べ始めに2回程度。 食事に集中している。 食べこぼしは病衣のみで汚染範囲少量。 視線は終始食事の方を向いている。 コップはしっかりと握れるようになりお茶はこぼしていない。 A) 本人の注意が一つ一つの行動に注がれた為、落ち着いて安全に自力摂取ができるようになった。 P) プラン継続

表2 B氏の経過

参加観察前	参加観察	参加観察後
S) トイレ行くのかー。面倒だな。 O) トイレ誘導を提案すると上記Sあり。嫌そうな表情をしている。 看護師2名介助にて移乗介助を行う。車椅子座位となった際、左側に体勢が崩れている事に気づかず介助にて体位を調整する。 立位動作時、左上肢の痙縮が出現し、身体が左に傾き立位動作保持困難。2人介助で立位動作をとり下衣操作、着座動作を全介助で行う。 A) 深部感覚障害あり左側に意識が向いていない様子。動作の度、左上肢の痙縮が出現し、介助量が多くなっている。 P) プラン修正・立案	<ul style="list-style-type: none"> ・「今日もやるか」と前向きな発言。 ・移乗時は座位の体位が安定したことを確認後、1人介助にて行っていた。 ・乗車時、全身の鏡を見て姿勢を補正するよう促し自己にて修正を行っていた。 ・左側を目視するよう声をかけ、目的のマーキング部位に左足を着地するよう促していた。自己で困難な時は介助で実施していた。 ・車椅子から便座へ移乗する前に左上腕を腹部に置いていた。 	S) 左に傾くね。戻さないよ。 O) トイレ排泄に前向きな発言あり。 移乗時、自己にて左上腕を腹部に置き、声をかけてマーキング部位に足の着地ができた。移乗は、1人介助にてできた。乗車後、鏡で姿勢を確認するよう声をかけて、自身で正中に戻せた。トイレ誘導後、左側を目視するよう声をかけ、マーキング部位に足を着地できた。安定した姿勢を確認後、立位動作をとるように声をかける事で、スムーズに立位保持が可能。下衣介助は全介助にて実施した。 A) 体位の調整を自己にて行う事で、体性感覚が補われ、動作の一貫性が生まれた。動作前の体位が一定となる事で、介助方法も統一され、安定した動作が可能となった。 P) プラン継続。

VI. 看護実践への示唆

A氏は、注意力散漫で日中不穏が続いていたと考えていた。しかし、リハビリでは、理学療法士の指示に対し集中している様子がみられていた。参加観察前のA氏はデイルームで過ごしており、そこは活気のある環境であった。従来、患者にとって活気のある環境は生活リズム調整の為に必要と考えていたが、A氏の場合は、視覚以外のスタッフの足音、他患者の話声、臭いなど五感を刺激するものが多く、本人が動作に集中する事が困難な環境であると推察した。その為、対象に必要な注意を注ぐ事ができず情報過多になり、食事の中断や食べこぼしが多かった可能性がある。網本は⁴⁾「半側空間無視は視空間だけでなく多様相性に出現することが知られており、さまざまな多角的アプローチが試みられている」と述べている。A氏は、視覚だけではなく聴覚にも敏感に反応すると考え、静かな環境下での食事提供に変更した。その結果、不必要な視覚や聴覚の情報を遮る事で、本人の注意が一つ一つの行動に注がれた為、看護師は後方で見守るのみで安全な食事動作が確立したと考えられる。

B氏は病前、自立した生活を行っていた。しかし、今回の病気を受傷後、自身のボディイメージの変化を受け止めきれず、離床に対して拒否的であったと考える。深部感覚障害や同名半盲があり自分の姿勢が認識できない状態であったが、全身の鏡を使用する事で視覚による補正が可能となり、自身の姿勢を認識するきっかけとなった。姿勢を自己修正する事は体位を安定させるのみではなく、本人にとって正しい座位姿勢を視覚及び体性感覚で実感する事に繋がった。動作前にこれらの準備を行う事で、動作開始時の体位が一定となり、より安全なトイレ動作が可能となったと推察する。頓所ら⁵⁾は「基礎的訓練と実動作訓練をフィードバックし反復訓練を実施する事で動作が習慣化され、している動作を拡大できたと考える」と述べている。リハビリにおける基礎訓練を元に体位や注意を含めた一連の動作を統一する事で、安定した動作が可能となったと考える。

また動作開始後も、マーキング部位に足の着地を促す事で、自身の感覚における移乗動作が可能となり、適切な移乗が身をもって認識できた。一連の介助が統一される事で、不随意的な動作が軽減し、痙縮は軽減したと考える。身体を自己コントロールする頻度が増えた事、安定した移乗を行えた事は患者の自己肯定感の向上につながり、トイレ内排泄の意欲を高め、前向きな発言が聞かれるようになったと推察する。

従来リハビリ中の様子は、理学療法士からの報告や患者の発言などから情報を得ていた。今回参加観察を行い、患者のありのままを捉えることで普段は見られない患者の行動や表情に気づくことができた。それらの情報を参考に看護ケアの方法を検討することができた。それにより個別性のある看護ケアが提供でき看護の質の向上に繋がり、有意義なものであったと感じた。今回の取り組みによって看護師側の視点で

は見ていなかった部分に気づき、早めに看護ケアの方法を追加・修正する必要があった。

また理学療法士側にとっても病棟での患者の現状は十分に把握できていないと考えられた為、今後は看護ケアに参加できる機会を設け、相互に関わる事で患者の新たな一面をみつけ、看護ケア・リハビリの質を高めていきたいと考える。

利益相反：本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 1) 吾妻知美, 神谷美紀子: チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難 甲南女子大学研究紀要, 2013.
- 2) 蒔田寛子, 牧田光代: 通所リハビリテーション施設における多職種連携の実態と課題—ADL 向上への利用者の希望と支援の実態から多職種連携を検討する—, 豊橋創造大学紀要, 2011.
- 3) 櫻井雅代, 舟島なをみ: 個別性のある看護に関する研究—看護実践場面における看護師行動に焦点を当てて—, 看護教育学研究, 2008.
- 4) 網本和: 半側空間無視に対するリハビリテーションアプローチ, 首都大学東京健康福祉学部理学療法学科人間健康科学研究科, 2009.
- 5) 頓所幹子, 細川洋行, 原宗一郎: 高次機能障害により難渋した脳卒中片麻痺患者—多角的かつ系統的にアプローチすることの重要性を経験した一症例—, 第44回日本理学療法学会大会, 2009.

◇実践報告◇

地方大学病院一般病棟におけるペア実習の効果

— 臨地実習指導者の視点による検討 —

赤羽 絢¹⁾, 水口智華¹⁾, 香西尚実¹⁾, 森河佑季²⁾

【目的】 老年看護学実習で臨地実習指導者（以下指導者）の視点からペア実習の効果を検討することで実習環境の整備に貢献できると考えた。

【方法】 経験年数が違う指導者2名が体験したことや患者、医療従事者からの感想や意見をデータとし、質的帰納的に明らかにして検討した。

【結果】 効果は6つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーは《実習環境調整のしやすさ》《臨地実習指導者による指導の質向上》《臨地実習指導者の苦悩》《学生が捉える患者像の広がり》《相互作用による学生の人間的成長》《患者の受容と満足度向上》であった。

【看護実践への示唆】 一貫して指導を行う指導体制上、煩雑な業務が減り、学生の行動を把握し易く、指導をタイムリーに行うことができた。時間的・精神的余裕が生まれ、効果的な実習環境の整備や指導の質向上へ繋がった。指導者が役割を果たし、学生が実習目標を達成できるような実習環境を整備する上でペア実習は有効である。

【キーワード】 ペア実習、臨地実習指導者、老年看護学実習

I. はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、看護職員は196万人～206万人必要とされており、3万人～13万人の不足が考えられている¹⁾。そのため看護職員の復職支援や定着促進の取り組みとともに、養成促進が必要である。臨地実習は、学生が学修した看護の知識・技術を統合し、実践へ適用する能力を育成することを目的²⁾としており、臨地実習指導者は教育目標達成に向けて指導者としての役割を遂行している。しかし、疾病構造の複雑化、在院日数の短縮などを背景に、医療・看護を取り巻く環境の変化は著しく、実習承諾が得られにくい状況も発生しており、学生が実習期間中に同一患者を担当できる機会は減少している。

そこで、地方都市の600余床を有する大学病院の一般病棟において、学生2名1組で1名の患者を受け持つ実習形態（以下：ペア実習と記す）を導入した。導入にあたり、実習要綱を確認し、実習前の教員との打ち合わせでペア実習を提案した。ペア実習は、母性や小児看護分野での臨地実習で行

われており、佐藤らは学生の体験³⁾や藤尾らは互いに及ぼす影響⁴⁾があり、平山らは、人間関係と実習満足度との関係⁵⁾など、学生や教員の視点からペア実習の成果が明らかにされている。しかし、老年看護学実習にペア実習を導入し、臨地実習指導者の視点で検討した研究は見当たらない。臨地実習指導者は、看護師であると同時に、臨地における教員の役割も担うため、臨地実習指導者の視点で実習効果を検証することは、実習環境を整備していくために重要である。

また、老年期は、身体機能の低下や経済力の低下により、生活範囲の縮小を余儀なくされる時期であり、高齢者は疎外感や孤独感を抱きやすくなる。一方の看護学生は、ソーシャルメディア等の普及により直接対話によるコミュニケーションが苦手な学生も多い⁶⁾。近年核家族化が進み、身近に高齢者がいないことも多く、普段から関わりが少ない。そのため看護学生が1人で高齢者に向き合うことの困難さは、年々増している。そこで老年看護学実習にペア実習を取り入れ、臨地実習指導者の視点でペア実習を検討することで、よりよい実習指導環境の整備に貢献できると考えた。

受付日：2022年4月27日／受理日：2023年1月20日

1) Aya Akatochi, Chiharu Mizuguchi, Naomi Kozai：香川大学医学部附属病院

2) Yuki Morikawa：四国大学看護学部看護学科

Ⅱ. 目 的

地方都市の600余床を有する大学病院一般病棟におけるベア実習の効果を臨地実習指導者の視点から検討することである。

Ⅲ. 看護実践

1. データ収集方法：看護師経験年数、指導者経験年数が違う指導者2名が2019年度の実習期間中に受け持った学生7~8人の1グループで患者4人との体験や、記録していたベア学生と患者の相互作用の場面、患者や学生の変化、患者・学生・教員・医療従事者からベア実習に関する感想として聴取した内容をデータとした。教員と連携し、学生の気持ちや態度に関する情報交換を毎日行った。実習期間内に中間カンファレンスと最終カンファレンスを2回行い、カンファレンス後にグループ毎に学生の気持ちや態度の変化などの情報交換を行った。指導者間は実習期間中、場面や行動、気持ちなど覚え書きとしてグループ毎に記述していたものをデータとした。医療従事者に対しては、伝聞や口頭で聞き取りを行い、データとした。患者へは指導者が直接話を聞き口頭や記録として記載したものをデータとした。実習期間終了後、実習期間中に記述していたデータを指導者2名で共有することでデータの信頼性を確保した。
2. データ収集期間：2019年11月25日~2020年1月31日の4グループ
3. 分析方法：記録していた場面や内容を指導者が体験した時にどう感じたかを補足して記述し、指導者の視点でベア実習の効果を質的帰納的に明らかにして検討した。分析による妥当性を確保するため、質的研究者によるスーパーバイズを受けた。
4. 用語の定義
 - 1) 専任制とは、臨地実習期間中、臨地実習指導者1名~2名が学生の担当する患者を受け持ち、学生指導にあたる体制と定義する。
 - 2) 兼任制とは、臨地実習期間中、臨地実習指導者が学生の担当する患者とその他複数名の患者を受け持ち、学生指導を行う体制と定義する。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者が特定される情報は用いない。加えて患者情報、学生情報、医療従事者が特定される情報(実習施設、氏名など)は用いない。記録メモ用紙は研究者の所属する部署の鍵のあるロッカーに保管し、紙面以外のデータはインターネットに接続しないPC上で、職場のスタッフが開けないパスワードを設定し2重ロックで管理した。バックアップとしてセキュリティ管理されたUSBに保存した。学会発表を行うこと、臨地実習指導体制整備に役立てることなどを明記した情報公開文書をホームページ上に公開した。

本研究は香川大学医学部倫理委員会の承認(承認番号:2020-050)を得て実施した。実施の際には、当該部署責任者の承諾を得て行った。

Ⅴ. 結果・成果

指導者は2名の内、1名は30歳代で臨床経験年数は10年以上で現部署経験年数は5年である。指導者としての経験は1年目であるが、部署では以前より実習を受け入れしており、日々の指導経験は3年程度である。もう1名は40歳代、臨床経験年数は15年以上で現部署経験年数4年である。指導者経験は3年目で以前に大学での教員経験が4年ある。指導者の視点によるベア実習の効果は、52のコードから16のサブカテゴリー、6のカテゴリーが抽出された。以下にカテゴリーごとの結果を記し、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉で示した(表1)。

1. 《実習環境調整のしやすさ》

4つのサブカテゴリー〈臨地実習指導者に時間的余裕が生まれる〉、〈臨地実習指導者に精神的余裕が生まれる〉、〈患者と学生の安全・安楽の保障〉、〈教員との協働〉で構成された。

実習指導体制は専任制で、学生が受け持つ患者のみを指導者が毎日担当することで業務の煩雑さが軽減し、患者の状態を把握しやすく情報収集の時間を短縮できた。また、指導者は学生が考えた行動計画に優先順位をつけてタイムスケジュールが立てやすくなった。これらは指導者に時間的な余裕を生んだ。学生が計画したケアなどの時間に重なりが予測される場合は、事前に教員やもう1人の指導者へ協力依頼ができ、指導者か教員の指導や見守り下に学生が看護技術を実施することで患者と学生の安全と安楽の保障ができた。日々の関りで教員との関係性も築きやすく、教員と指導者の連携も密にとれるようになり、指導者と教員の協働が図れるようになった。時間的に余裕を持って教員と協働しながら患者と学生の安全・安楽の保障できる指導環境は、指導者の精神的な余裕を生み、実習環境調整のしやすさを実現した。

2. 《臨地実習指導者による指導の質の向上》

3つのサブカテゴリー〈タイムリーな実習指導〉、〈記録物の指導時間の確保〉、〈看護技術の実施と指導〉から構成された。

指導者と教員が連携し、学生が感じたことや聞きたいことをその場で聞くことが出来た。2019年度以前より実習を専任制にしていたが学生1名で患者1名の受け持ち体制では、グループ人数が7~8名であり、学生1人に対し指導できる時間も限られていた。そのためタイムリーな看護やケア、指導が困難となっていたが、ベア実習にすることで、受け持ち患者が減っており、指導できる時間も確保でき、タイムリーな指導を行うことができた。

3. 《臨地実習指導者の苦悩》

2つのサブカテゴリー〈臨地実習者が専任することの負担〉、〈ベアに指導することの難しさ〉から構成された。

表 1

カテゴリー	サブカテゴリー	コード		
実習環境調整のしやすさ	臨地実習指導者に時間的余裕が生まれる	臨地実習指導者が担当する患者が減る		
		臨地実習指導者が患者の状態を把握しやすい		
		臨地実習指導者に時間的余裕が生まれる		
	臨地実習指導者に精神的余裕が生まれる	臨地実習指導者に精神的余裕が生まれる		
		患者と学生の安全・安楽の保障	臨地実習指導者が患者の安全を脅かさない 臨地実習指導者が患者に安楽なケアを提供ができる 学生が看護技術実施時に臨地実習指導者か教員が見守れる	
		教員との協働	臨地実習指導者が教員と協働して学生の看護技術実施やケアを見守れる	
	患者選定			
	臨地実習指導者が教員と学生に関する情報交換ができる			
	臨地実習指導者が教員と記録物や実習状況の情報交換できる 指導者と教員との良好な関係構築			
	臨地実習指導者による指導の質向上	タイムリーな実習指導	臨地実習指導者が学生にタイムリーな指導ができる	
臨地実習指導者が記録物の指導時間を確保できる		臨地実習指導者が記録物の指導時間を確保できる		
看護技術の実施と指導		臨地実習指導者が各学生の看護技術の達成度を把握できる ミキシングや経管栄養など他病棟で経験していない看護技術が実施できるよう配慮できる 看護技術実施時に指導者か教員が見守れる		
		学生7~8名の指導をしながら対応するには、患者を1人で10~12人看ているような負担がある スタッフから患者を3~4名しか受け持っていないから余裕があるでしょという雰囲気でも対応され、理解されない辛さがある ケアや手術、化学療法など業務が重なった時の負担		
臨地実習指導者の苦悩	臨地実習指導者が専任することの負担	ケア間の関係性が悪くなっている時の調整が必要		
		ケアで指導しても理解度に差がある		
		一人の学生に伝えてももう1人に伝わっていないことがある		
	ケアに指導することの難しさ	学生が患者を生活者として捉える 入院生活だけでなく、退院後の生活も見据えた情報収集を学生が行える 患者や家族の意見を取り入れた看護計画の立案と実施ができる 記録物の質向上 患者の全体関連図をケアで作成できた ケアの学生がパンフレットを作成するから、自分も何か形に残したいと頑張るなど競争心が芽生える 学生が達成感を得ていた 臨地実習指導者が専任のため学生もタイムリーに報告しやすい		
相互作用による学生の行動変容	相互作用による学生の行動変容	対話や接触が苦手で関係構築が難しかった学生が、足浴したり、ケアを認める発言ができた 1人では難しかった優先順位を考えて行動できることが、ケアで話し合う事で可能になった ケアの特性を活かして患者に関わる 友達のこれまで知らなかった面が見え、実習以前より深く関わった 学生は高齢患者との会話で人生を学ぶ体験をしていた		
		ケア実習の心強さ	患者が拒否的な言動をしてもケアがいるからまた関われる 他領域で実習が進んでグループの関係性ができているからケア実習はやり易い ケア間だけでなく、ケア同士、グループで話し合っていた ケア同士で相談できる心強さ グループの人数関係でケアになれず、1人で患者を受け持った学生はケアで話し合えることをうらやましく思っていた	
			ケアと協働することの難しさ	関係性ができる前だとケアに気をつかう ケア同士のベースが合わないことがある ケア間の関係性が悪化することがあった 人間関係の難しさを学んだ
				患者の満足度向上
	患者の満足度向上	学生1人には言いにくいことも2人いるから言いやすい 老年期であり、患者と無理せずマイペースに関われる 学生と離れる時間の確保など、ダメだと言える関係性を築けた 患者が学生を認める		

実習期間中に負の相互作用を認めたペア学生があった。疾患や病態など知識は多く、ペア学生や指導者への報告などは積極的に行えるが看護実践はペア学生に頼ってしまう学生と、自発的な発言は少ないが受け持ち患者との会話や表情から必要なケアを考えられる学生とのペアであった。指導者への報告や計画などは積極的な学生が答えることが多く、積極性の低い学生は自分から発言することが少なくなっていた。しかし、患者の状態や表情など実際に看護ケアを行った場面の情報共有では、積極的な学生は発言することは少なかった。学生同士での看護やケアに対する思いに違いがあった。そのため、臨地実習指導者と教員が連携し、学生個々には自分の看護や気持ち、ペア間では患者への互いの関わり方や自分の看護・気持ちを発問で引き出し、意見交換ができるよう介入した。また、指導者への報告や申し送りは自発性の低い学生から行うこと、看護技術や関連図などは知識の多い学生から行うことなど、ペアへのアプローチを工夫した。その結果、実習期間内に互いの意見や気持ちを語り合い、患者への必要な看護実践を実施することができるようになった。ペアの学生間で関係性が悪くなった際には、他のペアの学生を指導しながら、学生個々にアプローチするための時間調整や両者の仲介役として関わった。

4. 《学生が捉える患者像の広がり》

2つのサブカテゴリー〈学生が捉える患者像の広がり〉、〈実習内容の質向上〉から構成された。

学生1人で考えて臨地実習指導者や教員から指導を受けた看護計画や関連図よりも、ペア実習により、同じ患者を一緒にみている場合、学生間で意見交換や、情報の補足が活発に行え、関連図などの患者理解の内容が深まっていた。その結果、1人では関連図に行き詰まりやすい学生も、ペア実習を行うことで、関連図の作成ができるようになった。

5. 《相互作用による学生の人間的成長》

3つのサブカテゴリー〈相互作用による学生の行動変容〉、〈ペア実習の心強さ〉、〈ペアと協働することの難しさ〉から構成された。

対話や対人接触が苦手な患者との関係構築が難しかった学生が、ペア実習を取り入れたことで、ペアの学生同士で毎日看護を考え、少しずつ実施できるようになり、足浴などの清潔操作が可能になった。学生間で互いにこれまで知らなかった側面を発見し、実習を通して体験を共有・協力できたことで学生同士、互いに認める発言ができた学生もいた。

また患者に対して、時間や距離間などペア実習での関わり方に困難さを訴えていた学生に対し、実習期間中に臨地実習指導者や教員が個別、あるいはペアの学生2人に指導を行うことを続けた。学生個人だけでなく、ペア学生へもアプローチをすることで、互いに相談して、協力ができ、実習期間中に自主的に患者に関わることができる学生もいた。患者から拒否的な言動を受けた学生は、自分1人ではなく、ペアの学生がいることで相談し合える心強さがあり、精神的負担が軽減

したため患者に関わり続けることができたと言った。

実習グループの人数が奇数の場合、2人1組のペアになれず一人で患者を受け持つ場面が生じた。ペア実習ができなかった学生からは、ペアで話し合えることをうらやましく思ったと言言があった。

6. 《患者の満足度向上》

2つのサブカテゴリー〈高齢患者の受容を引き出す〉、〈患者の満足度向上〉から構成された。

患者は、学生との会話に広がりがあり、楽しかったと肯定的に捉えた。老年看護学実習では、老年期にある患者のこれまでの人生における生活ペースや性格、社会背景などを考慮し、注意を払いながら看護を行う必要がある。自分のことは自分で行いたい患者、入院中は身の回りの世話はできるだけ医療者に依頼したい患者など多様であり、安全性を考慮した上で患者のニーズに合わせる調整も時には必要である。患者は、時には学生2人を前にすると言にくいことも、一対一だと言えることがあった。一方、学生2人で関わることで会話が増え、コミュニケーションをとることもできていた。患者のペースを学生間で考え、どちらかが患者と離れる時間を作ることで患者に負担や無理を強わずに実習を行うことができた。その結果、患者から学生を認める発言があった。学生が患者のことを思い、看護やケアを考え、ペアの学生間で相談して、教員や臨地実習指導者と共に看護を実施することで、患者は受けられるケアが増え、満足感を得ることができていた。

VI. 看護実践への示唆

学生が受け持つ患者を指導者が毎日担当し、一貫して指導を行う実習指導体制上、患者数を減らすことで業務の煩雑さが減り、患者と学生の状況を把握し易くなり、指導時間の確保もできた。指導者に時間的・精神的余裕が生まれ、効果的な実習環境の整備や指導の質向上へ繋がった。

臨地実習において問題が生じた場合、解決のための話し合いの機会は学生カンファレンスの場であるが、問題発生時からカンファレンスまではタイムラグがある。ペア実習では、患者と「関わるなかでの気づきをすぐにペアの学生に伝え、相談することが可能であり、それによる課題が明確化し学習が進む」³⁾と佐藤らが述べている。今回のペア実習でも日々の気づきをタイムリーに言語化し、ペア学生やグループ、臨地実習指導者や教員に伝えることで患者の問題や自分自身の看護の課題に気づくことができていた。その気づきは、患者と自己の課題に限らず、ペア学生の課題の気づきへと繋がっていた。

一方、学生個々の理解度に差がある場合は、ペア実習であっても、学生それぞれに理解状況の確認や新たな指導を行う必要が生じ、多忙な実践現場においては時間調整が難しく、学生1人1人への関わり方の困難さから、臨地実習指導者の苦悩がみられた。これには、臨地実習指導者が1人で1グルー

ブを指導することへの重圧も関与していると考えられる。林ら⁷⁾が「学生の変化の過程を捉えた指導を行うことが大切である」と述べていることから、学生の変化に気づき対応できるようにするためにも、臨地実習指導者の視点で学生を見守ることのできるスタッフをより多く育成する必要がある。

また、平山ら⁸⁾は、「ペア同士の関係が良好な場合は、議論し尽くし納得し合って、看護援助を行うことができる。一方、ペア同士の関係が良好でない場合は、看護実践の内容に互いに納得できないまま実習が進行する」と述べており、古屋ら⁸⁾は、「学生同士の人間関係やコミュニケーションを考慮して関わること、ペア間で対等に学んでいるか配慮し調整すること、学習環境を整えることが必要である」と指摘している。本研究でも負の相互作用を認めたペアがあった。介入を使い分けた結果、実習期間内にペア学生の関係性が改善し、少しずつであるが、ペアの学生が互いに意見を交わし、患者にとってより良い適切なケアの計画や実施を行うことができ、学生の人間の成長へ繋げることができた。しかし、指導者は学生個々への指導方法や時間調整、両者の仲介役になることもあり、ペア実習の難しさがあった。

患者には、学生がペアで協力して介入することで患者の受容を引き出すことや、受けられるケアが増え満足度向上の効果があり、老年看護学実習におけるペア実習の効果を認めた。

今回、地方大学病院一般病棟におけるペア実習の効果を臨地実習指導者の視点から検討した。その結果、《実習環境調整のしやすさ》、《臨地実習指導者による指導の質の向上》、《臨地実習指導者の苦悩》、《学生が捉える患者像の広がり》、《相互作用による学生の人間の成長》、《患者の満足度向上》の6つのカテゴリーで示された。

臨地実習指導者は、学生から患者についての気づきや報告を、時間を空けることなく聞くことができ、指導をタイムリーに行うことができる。学生は、ペアの学生間で優先順位を考えることができ、実習時間内でのタイムスケジュールを立てやすく、重複する予定も前もって教員や他の臨地実習指導者に依頼することができ、タイムロスも減らすことができる。そのため臨地実習指導者の時間的・精神的余裕が生まれる。

学生はペアの学生がいることで安心感があり、自分の気づきをすぐに相談し、患者を深くとらえることにつながる。学生間の関係が良好でない場合は、教員と通常以上に連携し、学生個々、ペア、グループで使い分けることによって、関係性を好転させることができる。ペア実習が患者満足向上につながる。老年看護学実習において指導者が役割を果たし、学生が実習目標を達成できるような実習環境を整備する上で、ペア実習は有効である。

本論文の内容の一部は、第52回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 厚生労働省看護職員確保対策：
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525.html> (最終閲覧 2020/2/11)
- 2) 文部科学省 看護学実習ガイドライン：
<https://www.mext.go.jp/content/000021135.pdf> (最終閲覧日 2020/2/10)
- 3) 佐藤朝美, 小村三千代, 堀田昇吾: ピア・ラーニングを活用した“ペア受持ち制”小児看護学実習における学生の体験, 日本小児看護学会誌, 27, p.73-82, 2018.
- 4) 藤尾麻衣子, 藤谷章恵, 大武久美子, 他: 臨地実習において学生同士が互いに及ぼす影響に関する文献研究, 武蔵野大学看護学研究所紀, 12, p.31-39, 2018.
- 5) 平山綾蘭, 市川英加, 長田貴子, 他: ペア実習の人間関係と実習満足度との関係, 日本看護学会論文集, 看護教育, 42, p.46-48, 2012.
- 6) 古賀佳樹, 川島大輔: 大学生におけるゲーム依存の実態と関連要因の検討—SNS 依存, ギャンブル依存との異同に着目して—, 中京大学 心理学研究科・心理学部紀要, 21 (1), p.1-10, 2022.
- 7) 林亮, 齋藤麻子, 内野恵子他: 小児看護学実習におけるペア実習に対する学生の感じるメリット・デメリット 実習時期による違い, 順天堂保健看護研究, 7, p.24-31, 2019.
- 8) 古屋千晶, 西田みゆき, 川口千鶴: 小児看護学実習におけるペア実習について学生が認識した利点と欠点, 医療看護研究, 15 (2), p.32-40, 2019.

◇実践報告◇

非薬物療法を主とした せん妄ケアの向上を目指した取り組み

— DELTA プログラムのせん妄アセスメントシートを活用して —

武田美絵¹⁾, 石川とも佳¹⁾, 奥石 恵¹⁾

看護師の非薬物療法を主としたせん妄ケアの向上を目的とし、せん妄アセスメントシート活用とせん妄に関する非薬物療法の学習会を A 病棟で実施した。入院患者属性 70 歳以上が患者割合 94% の A 病棟看護師 19 名を対象にせん妄に関する非薬物療法学習会実施後、せん妄アセスメントシートを 2 カ月間使用し質問紙で前後比較した。質問内容はシートの役立ちに関する 5 項目、せん妄ケアに関する行動 5 項目を 4 件法回答、せん妄患者に関する 3 項目を自由記載回答とした。データは統計解析し自由記載はカテゴリー化した。有意差ありの項目はシートの役立ちが「予防ケア、早期発見、対応、症状観察」せん妄ケアに関する行動が「気づき」だった。自由記載は【コミュニケーション・対応の工夫、予防的介入、医師へ相談】のカテゴリーが抽出された。せん妄アセスメントシート活用は高齢者に関わる看護師の非薬物療法を主としたせん妄ケアの向上の一助となった。

【キーワード】 DELTA プログラム、高齢者、せん妄ハイリスク患者ケア加算、非薬物療法、せん妄アセスメントシート

I. はじめに

厚生労働省は 2020 年度診療報酬改定の看護項目でハイリスク患者へ非薬物療法を主としたせん妄対策を行った時に評価される「せん妄ハイリスク患者ケア加算」を開始し、せん妄予防の看護ケアへの注目が高まった。せん妄の治療指針では「適切な非薬物療法的な介入によりせん妄の発症を予防することが期待される」¹⁾とある。一瀬はせん妄の治療指針について「いままでの治療重視の指針から、発症のリスクを適切に評価した上で、予防中心の介入に大きくパラダイムシフトの舵を切ったと評価される。」²⁾と述べている。

A 病棟において、2020 年 4 月より厚生労働省「せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト」を基に作成したチェックリスト（以下、「チェックリスト」とする）による入院時スクリーニングを開始した。その結果、せん妄ハイリスク患者は 92.4%（2020 年度）と多く、実際に不眠や不穏、昼夜逆転傾向の患者の対応に苦慮しているケースが多いことが明らかとなった。さらに、高齢者が多い A 病棟において、一時的なせん妄か認知症症状かの判断が難しいと感じることが多く、主体的にせん妄予防の看護ケアをしている実感が薄

かった。そこで、非薬物療法を主としたせん妄ケア（以下、「せん妄ケア」とする）の向上を目指すべく、既に多くの急性期病棟や集中治療室でせん妄ケアに活用されている DELTA (Delirium Team Approach) プログラムのせん妄アセスメントシート（以下、「シート」とする・図 1）³⁾に注目し、高齢者が多い A 病棟においても活用できるのではないかと考えた。DELTA プログラムは STEP1 から STEP3 で構成され、STEP1 はせん妄リスクをスクリーニングし、STEP2 でせん妄症状をアセスメントする。そして STEP3 でせん妄対応が示されているシートである。既に A 病棟で行われていたチェックリストには STEP1 のスクリーニングが示されていた。

今回、せん妄か認知症症状かの判断をするために STEP2 でせん妄症状のアセスメントを行い、STEP3 でせん妄ケアにつなげられることを期待した（図 1）。先行研究には 70 歳以上の患者割合が多い施設での看護師対象のせん妄ケアに関する研究報告はなかった。そこで、学習会を実施し、シートを活用することがせん妄ケアに変化をもたらすか検証した。なお、シート活用については開発者に許可を得た。

受付日：2022 年 4 月 28 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Mie Takeda, Tomoka Ishikawa, Megumi Koshiishi：川西赤十字病院

STEP1 せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリストに準ずる

STEP2 せん妄症状のチェック

入院日 (/) 1週間後 (/) 2週間後 (/)

	精神症状	具体的な症状と確認するポイント
見る	<input type="checkbox"/> 注意障害・意識レベルの変容	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ボーっとしている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> もうろうとしている
	<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 今までできていたことができなくなる 例) 内服管理ができなくなる 例) 服装がだらしなくなる、ベッドの周りが散らかっている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 視線が合わずに、キョロキョロしている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ルートを触ったり、体を起こしたり・横になったり、同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 周囲の音や看護師の動きに気をとられる
話す	<input type="checkbox"/> 注意障害・意識レベルの変容	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 質問に対する反応が遅い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 焦燥感が強く、落ち着かない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 目がガラガラしている
	<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 話がまわりくどく、まとまらない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> つじつまがあわない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 感情が短時間でころころと変わる
聞く	<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 見当識障害（急に出現する場合） （時間）■ 今日の日付を聞く ■ 今の時間が何時ごろか聞く （場所）■ 今いる場所について尋ねる 例) 自宅から病院までどうやってくるか聞いて見る
	<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 近時記憶の障害（急に出現する場合） ■ 最近あった出来事を覚えているか聞く 例) ごはんのメニューを覚えているか 例) 入院した日にちや治療した日を覚えているか
	<input type="checkbox"/> 意識レベルの変容	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 思考のまとまりづらさ ■ 「ボーっとしたり、普段と比べて考えがまとまりにくいことがありますか？」と聞く
確認する	<input type="checkbox"/> 急性発症もしくは症状の変動	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日内変動や数日での変化 ■ 症状の出現や以前との様子の変化を患者・家族、スタッフから直接聞く、カルテを確認する
	<input type="checkbox"/> 睡眠覚醒リズム	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 昼夜逆転の有無を患者に直接聞く、スタッフに確認する



STEP3 せん妄対応

- せん妄の出現時期から原因についてアセスメントし、せん妄の見直しをもって、患者目標を検討
- せん妄について共有
 - ・「せん妄症状が疑われる」とカルテに記載
 - ・看護計画「せん妄の出現・悪化の可能性」を立案し、計画に沿って対応する
 - ・医師に「せん妄症状あり」を報告（初回のみ）
 - ・情報共有のための、カンファレンスを検討
 - ・せん妄パンフレットを用いて、患者・家族に説明

体	<input type="checkbox"/> 炎症	感染徴候の検索と対応、熱苦痛の緩和
	<input type="checkbox"/> 低酸素	低酸素の評価と酸素投与の検討
	<input type="checkbox"/> 電解質異常 (Na, Ca)	採血データの確認、補正
	<input type="checkbox"/> 脱水	飲水励行、脱水補正
	<input type="checkbox"/> 便秘	排便の確認と排便コントロール
環境	<input type="checkbox"/> 疼痛	疼痛の評価と適切な疼痛マネジメント
	<input type="checkbox"/> 睡眠への障害	睡眠時間中のケアや処置を極力避ける
	<input type="checkbox"/> 低活動	日中の活動を促す、身体拘束をさける
脳	<input type="checkbox"/> 聴力障害・視覚障害	眼鏡や補聴器の使用、耳垢の除去
	<input type="checkbox"/> 環境変化による戸惑い	安全な環境作り（転倒転落予防、ルート類を整理）危険物の撤去を検討 転床や部屋移動を避ける
薬	<input type="checkbox"/> 理解力低下	適切な照明とわかりやすい標識 見当識を促す（時計とカレンダーの設置） 家族や友人との定期的な面会
	<input type="checkbox"/> せん妄の原因となる薬	中止あるいは減量が可能な検討（ベンゾジアゼピン系製剤、オピオイドなど）
	<input type="checkbox"/> せん妄症状を改善する薬	リスペリドン、クエチアピンなど

図1 「せん妄アセスメントシート」³⁾

Ⅱ. 目的

非薬物療法を主としたせん妄ケアの具体的内容を示した学習会とせん妄アセスメントシートの活用により、せん妄症状のアセスメントから非薬物療法を主としたせん妄ケアにつなげることで、せん妄ケアの向上を目的とした。

Ⅲ. 看護実践

1. 期間

2020年8月から2021年1月

2. 場所

B病院 A病棟。一般病床19床、地域包括ケア病床30床の

内科と整形外科の混合病棟。入院患者属性は 70 歳以上の患者割合が 94% (2019 年度) を占めている。

3. 対象

B 病院 A 病棟勤務の看護師 19 名(看護師長と研究者は除く)

4. 非薬物療法を主としたせん妄ケアの向上を目指した取り組み

1) 実践内容

(1) 学習会 (2020 年 10 月)

せん妄の特徴, 予防を含めた非薬物療法についての学習と, シートの活用方法についての説明を少人数毎に実施して対象者 100% の参加を得た。本学習会において非薬物療法とは「レクレーション, リアリティ・オリエンテーション, 運動, 聴力補助, 睡眠補助, 視力補助, 水分のコントロール, ライン管理や転倒予防を含む環境整備, 疼痛ケア, 排泄管理の事」と定義し実施した。

(2) シートの活用

現在使用中のチェックリストを STEP1 とし, シートの STEP2 から STEP3 を活用した。シートによる評価は, 入院時, せん妄出現時, 1 週間毎定期的に継続して行った。STEP2 でせん妄症状のチェックを行い 1 つでも当てはまれば, さらに STEP3 のせん妄対応にチェックをして対応した。

5. 介入の評価 (データ収集と分析を含む)

対象者に介入前の調査を 2020 年 9 月に, 介入後の調査を 2021 年 1 月に行った。介入前後共に同質問紙を使用し回答してもらった。質問紙は, 先行研究⁶⁾ で使用された質問項目を著者に許可を得た上で使用した。質問項目はアドバイザーの意見を加え, プレテストにて修正した。質問内容は『チェックリストまたはシートの役立ち』に関する 5 項目「予防ケア, 早期発見, 対応, リスク評価, 症状観察」, 『せん妄ケアに関する行動』に関する 5 項目「認知症チームに相談, 困難感, 気づき, 非薬物療法への意識, ケアの実感」を 4 件法で回答してもらった。さらに, せん妄患者に関する 3 項目『困難事例, 対応で注意している事, 他スタッフから学んだ事例』を自由記載で回答してもらった (表 1)。

データ収集方法は, A 病棟師長室に質問紙回収箱を 24 時間設置した。質問紙は無記名とし, 回収期間は配布後 1 週間とした。

分析方法は, チェックリストまたはシートに関する 5 項目とせん妄に関する 5 項目を記述統計し, 介入効果の有無についてウィルコクソンの符号付順位和検定を行った。分析には統計ソフト SPSS[®] Statistics 25 を用い, 有意水準を 0.05 に設定した。さらに, せん妄患者に関する 3 項目の自由記載内容をコード化・カテゴリー分類し, 介入前後で比較した。

IV. 倫理的配慮

対象者に実践意義と目的, 質問紙は厳重に管理され, 発表において個人が特定されないようデータ化し, 個人情報保護することを説明した。質問紙調査への参加協力の有無は個

人の自由意思であり, 調査参加後の撤回はいつでも不利益を生じできると書面にて説明し同意を得た。本実践は, B 病院倫理委員会の承認 (承認番号 14) を得て実施した。

V. 結果・成果

1. 介入評価の概要

対象者属性は経験年数 5 年未満 4 名, 5 年以上 10 年未満 1 名, 10 年以上 20 年未満 7 名, 20 年以上 7 名。質問紙回収率は介入前と介入後共に 100%, うち有効回答率は介入前 94.7%, 介入後 94.7% であった。

2. 介入による効果 (表 1)

シート活用の効果は分析の結果から, 表 1 の「アセスメントシート活用による効果」に示したようになった。シートの役立ちの内容を質問した『チェックリストまたはシートの役立ち』に関する 5 項目のうち, 介入前後で有意差がみられたのは「予防ケア」($p=0.034$) 「早期発見」($p=0.046$) 「対応」($p=0.020$) 「症状観察」($p=0.033$) であった。シートにはせん妄の症状と非薬物療法を主とした対応が記載されているため, 「早期発見」と「症状観察」が容易にできた。そして学習会により「予防ケア」と「対応」につながり, 予防ケアや対応を可能にしたことを示した。シートの活用によりせん妄の予防ケア, 早期発見, 対応, 症状観察に効果があった。

せん妄ケアに関する行動を問う『せん妄ケアに関する行動』に関する 5 項目のうち, 介入前後で有意差がみられたのは「気づき」($p=0.014$) であった。シートの活用によりせん妄ケアに関する行動として, せん妄症状のアセスメントや気づきには繋がっていた。

質問紙の『シートの役立ち』で有意差がなしの項目「リスク評価」の理由として, リスク評価は STEP1 のチェックリストにあり, 入院時にスクリーニングできているため今回の調査結果には反映されなかったためと推測される。

質問紙の『せん妄ケアに関する行動』で有意差がなしの項目「認知症チームに相談」は, チームの活動が開始されればかりであることが要因となり相談という行動には至らなかった。「困難感」については, 困難事例の分析より介入前後共に内容に違いがなく, 一時的なせん妄か認知症症状か判断が難しいため, 看護師がせん妄ケアに困難を感じている状況は変わりなかった。「非薬物療法への意識」「ケアの実感」の有意差がなかったのは, 非薬物療法は介入前から何かしら実施されており, 倫理的ジレンマを持ちながらケアしていると事例の分析からわかるように, 「非薬物療法への意識」には変わりなかった。

3. せん妄患者に関する自由記載内容の比較

1) 困難事例について (表 2)

自由記載データをコード化し困難の内容を質的記述的に分析した。介入前は 31 コード, サブカテゴリー 5, 【せん妄ケアが適切にできない】 【せん妄ケアへのジレンマ】 の 2 カテゴリーに分類した。介入後は 20 コード, サブカテゴリー 4, 【せ

表1 アセスメントシート活用による効果

項目	前	後	p値(*p<0.05)
	平均値		p値
1. 看護師の経験年数は何年ですか(5年未満、5年以上10年未満、10年以上20年未満、20年以上)			
2. 現在使用しているシートについて4件法でお答えください。『シートの役立ち』			
(1)せん妄の <u>予防</u> に役に立ちましたか	2.789	3.105	0.034*
(2)せん妄の <u>早期発見</u> に役に立ちましたか	2.684	2.895	0.046*
(3)せん妄症状に <u>対応</u> する上で役に立ちましたか	2.632	3.211	0.02*
(4)せん妄の <u>リスク評価</u> に役に立ちましたか	3.105	3.211	0.564
(5)せん妄の症状の <u>観察</u> に役に立ちましたか	2.895	3.316	0.033*
3. せん妄ケアに関する行動について4件法でお答えください。『せん妄ケアに関する行動』			
(1) <u>認知症チームに相談</u> していますか	2.611	2.947	0.058
(2)せん妄を発症した患者へのケアに関して <u>困</u> っていますか	3.158	3.105	0.655
(3)せん妄に <u>気づ</u> けていますか	2.895	3.211	0.014*
(4) <u>非薬物療法的なせん妄ケア</u> を意識して実施していますか	2.684	2.789	0.564
(5) <u>せん妄の看護ケア</u> を実施している <u>実感</u> がありますか	2.842	2.947	0.48
4. 自由記載 (1)せん妄患者の困難事例があれば教えてください			
(2)せん妄リスク状態にある患者に対し、あなたが対応する上で気を付けている事を記入して下さい			
(3)せん妄リスク状態にある患者に対し、他のスタッフが対応している様子を見て注意したり、学んだ事例を教えてください			

表2 困難事例

介入前 (数字はコード数)			介入後 (数字はコード数)		
カテゴリ	サブカテゴリ	コード (31)	カテゴリ	サブカテゴリ	コード (20)
でせん妄 な い ケ ア が 適 切 に	薬物療法が適切 にできない	内服薬を使用すると次の日1日入眠してしまう	困 ひ せ る ど ん く 妄 対 応 に	暴力暴言がひどい	はずしてくれと大声を出す
		せん妄になりやすい薬物に対し、医師に相談したいが言いにくい			興奮ぎみになってしまう
	非薬物ケアの効 果がない	声がけをしても中々指示が入らず対応に困った		多 く の 要 因 が 絡 む	認知症か、せん妄か、認知症の悪化か判断に悩む
		丁寧で相手を興奮させない様に対応しても、抵抗・暴力行為が治らない時			全身状態が悪い、日中入眠している
認知症とせん妄 がからんでいる	もともと認知症がある患者	な い 全 く 守 れ	治療や医療安全が 脅かされる	安静が必要なのに動いてしまう	
	認知症の患者がせん妄状態も併発している		入院が必要であるが、荷物をまとめてしまう		
マ ハ の ん ジ ン マ レ ン マ ア ン ア	本来やりたいケ アができない	せん妄によりことはわかっていても、時間がなくてできない	入 院 前 の 状 態 と 大 き な 違 い が あ る	今 ま で 自 立 し て 生 活 さ れ て い た 患 者 さ ん の 呼 吸 状 態 が 悪 化 し 、 入 院 と な っ た	
		つきあいたいが時間的な余裕がない			転倒、転落のリスクが高く脳抑制を開始する
治 療 と 安 全 の 狭 間 に 悩 む	治療と安全の狭 間に悩む	脱水で入院した患者で入院1病日より点滴ルート抜去をくり返す	7		
		点滴類の自己抜去			

ん妄がひどく対応に困る】【安全が守れない】の2カテゴリに分類した。本文中のカテゴリは【 】サブカテゴリは〈 〉コードは〔 〕で表す。自由記載の『困難事例』ではシート活用後のカテゴリが【せん妄ケアが適切にできない】【せん妄ケアへのジレンマ】から【せん妄がひどく対応に困る】【安全が守れない】に変化した。困難感やうまくいかない等あきらめの感情や、時間がない葛藤で拘束をしなければといったジレンマから安全を守るために拘束を選択するように介入前後で変化がみられた。

2) 対応で注意している事・他スタッフから学んだ事例について (表3)

自由記載データをコード化し、内容を質的記述的に分析し、介入前 68 コード、サブカテゴリ14、【コミュニケーション・対応の工夫】【予防的介入】【原因や対応のアセスメント】の3カテゴリに分類した。介入後 49 コード、サブカテゴリ

8、【コミュニケーション・対応の工夫】【予防的介入】【医師へ相談】の3カテゴリに分類した。自由記載の『対応で注意している事・他スタッフから学んだ事例』ではシート活用後のカテゴリ【予防的介入】と【対応の工夫】は活用前後共に大きく変わらなかったが、コードの内容からシート活用後には見当識を保つために時計等を置くだけでなく〔時間を意識した会話〕などリアリティーオリエンテーションの心掛けが伺えた。更に〔患者の話を最後まできく〕等、患者を尊重した非薬物療法を主とした関わりへと変化した。また【原因や対応のアセスメント】から【医師へ相談】へカテゴリの変化がみられた。シート活用前は〔医師に相談したいが言いにくい〕とケアが適切にできない思いや〈本来やりたいケアができない〕とジレンマや困難感を抱えていたが、シート活用後〈医師に相談する〕と対応に変化がみられた。

表3 対応で注意していること・他スタッフから学んだ事例

介入前 (数字はコード数)			介入後 (数字はコード数)			
カテゴリ	サブカテゴリ	コード (68)	カテゴリ	サブカテゴリ	コード (49)	
対応の工夫 ・ ユニケーション	返答内容に気を付ける	その方が納得するような声かけを行う	対応の工夫 ・ ユニケーション	穏やかに声をかける	8	
	声かけに注意する	混乱していれば何に困っているのか話をする		丁寧な声掛け	丁寧な説明している姿を見た	8
	患者に共感した態度	訴えを否定しない		態度や声かけ、返答の内容を工夫する	冷静になること	5
	個別性に沿った態度	穏やかな口調で説明する		個別性を考え患者を尊重した対応	本人の気持ちを否定しない	5
		話を合わせる			患者の話を最後まで大きく繰り返して説明をする	5
予防的介入	水分コントロールに注意する	採血データで低Naのチェック	予防的介入	見当識に働きかける	9	
	排泄コントロールをする	脱水の有無など確認している		排泄・採血の注目	7	
	内服薬を確認する	せん妄をおこす (おこしやすい) 内服薬の確認をする		せん妄の原因となる薬の確認	4	
	疼痛コントロールをする	痛みのある患者へ早めの疼痛時オーダーの使用		せん妄となりえる内服薬があるか確認	4	
	日中の活動量を増やす	環境を変えてみる		薬物に頼らない (できる限り)	せん妄を悪化させる薬を使わないよう意識している	4
	環境を整える	不安の軽減		医師に相談する	医師の内服薬への相談	4
	レクリエーションをする	その方の世界に入る			内服薬について医師へのアプローチをする	
	見当識に働きかける	不安の軽減				
		環境を整える				
		生活環境を整えている				
アセスメント ・ 対応	せん妄の原因を総合的にアセスメントする	原因をつきとめる努力をする				
	鎮静・拘束に頼らない	気持ちを落ちつかないという裏には、何か具合の悪いところがあるのでないかという視点で観察する				

VI. 看護実践への示唆

今回活用したシートにはせん妄の症状と非薬物療法を主とした対応が明確に示されていたために、せん妄を早期発見し症状の観察へ容易につながられた。シート活用前のせん妄の特徴、予防を含めた非薬物療法については「レクリエーション、リアリティーオリエンテーション、運動、聴力補助、睡眠補助、視力補助、水分のコントロール、ライン管理や転倒予防を含む環境整備、疼痛ケア、排泄管理」の重要性を学習したことで、より予防に向けた気づきやケアを可能にしたと考える。栗原は「アセスメントシートを使うことがリスク評価、症状の観察、予防ケアまでの一連の方法が一目で把握できる効果がある」と述べているように、本実践でもせん妄症状の観察から予防・対応の一連の方法に効果があったと示唆される。経験年数に左右されない統一された評価ツールの活用は、せん妄のスクリーニングに有用であると既に多くの論文^{5) 6)}で示されている通り、本実践対象者の約7割の経験年数10年以上でも、評価ツール活用がスクリーニングに役立っていた。

田原らはせん妄ケアについて「看護師の経験値や既存の知識では難しく、安全最優先の場面での倫理的ジレンマが生じている」⁷⁾と述べている。シートでせん妄への気づきや早期発見ができたとしても、困難事例からわかるように時間的余裕がなく、治療・安全優先のために「非薬物療法への意識」「ケアの実感」が湧きにくかったためと考えられる。しかし

ながら、カテゴリ分類で示したようにあきらめ、困難感でしていた拘束を安全面からアセスメントするよう気持ちの変化がみられたと考える。

今回のシートの活用により、【予防的介入】と【対応の工夫】に関して自由記載のコードをみると、リアリティーオリエンテーション等、非薬物療法を主とした関わりを取り入れていくきっかけに繋がった。そして【医師へ相談】へカテゴリの変化が見られ、個人で悩むのではなく、多職種へ相談して解決方法を探す行動に繋がった。これは質問紙の『せん妄ケアに関する行動』で「認知症チームに相談」へ繋がっていく一歩として身近な職種に相談する行動となったと考える。2020年にB病院で認知症認定看護師が新たに誕生し、認知症チームが発足・活動開始したことも大いに関係していると考えられる。統一された評価ツールの1つであるDELTAプログラムのせん妄アセスメントシートの特徴の1つとして多職種連携が掲げられているため、シートの活用による効果の表れと言える。今後、多職種連携での活用の可能性としてB病院認知症チームへのコンサルトにつなげる指標になりうると示唆される。そして、その指標をもとに、看護師だけではなく、多職種でせん妄ケアの向上を目指している。

今回、1病棟のみの対象者数の少ない調査ではあるが、高齢者の多いA病棟で勤務する看護師がせん妄アセスメントシートを活用することで、非薬物療法を主としたせん妄ケアが向上するかを検証した。本実践においてシート活用期間が2ヶ月間と短期間であったが、一定の効果があったと示唆さ

れる。高齢者が増える中、今後もシート活用にとどまらずせん妄ケアの継続が求められ、せん妄ケアへの効果を明らかにしていく必要があると考える。

本論文の内容は第 52 回日本看護学会学術集会において発表した。なお本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 日本総合病院精神医学会せん妄指針改定班:せん妄の臨床指針「せん妄の治療指針第2版」;日本総合病院精神医学会治療指針1, 星和書店, p.422-432, 2015.
- 2) 一瀬邦弘:せん妄の理解と予防, 日本認知症ケア学会誌, 17 (4), p.653-663, 2019.
- 3) 小川朝生, 佐々木千幸:DELTA プログラムによるせん妄対策—多職種で取り組む予防, 対応, 情報共有, 医学書院, p.28, 2019.
- 4) 栗原順子, 伊藤恵麗, 若林剛, 他:せん妄アセスメントシート導入による看護師のせん妄ケアへの意識の変化と効果, 第50回日本看護学会論文集(精神看護), p.130-133, 2020.
- 5) 楡井順子, 小松由紀子, 山崎由香, 他:せん妄予測スケールと予防対策マニュアルの作成—当病棟におけるせん妄の実態調査による—, 第37回日本看護学会論文集(看護総合), p.502-504, 2006.
- 6) 宮本久美子, 福田清美, 亀嶋美玖, 他:看護師のせん妄に対する認識の変化—せん妄評価尺度を導入して—, 第49回日本看護学会論文集(急性期看護), p.174-177, 2019.
- 7) 田原恭子, 森田夏代:急性期一般病棟の達人看護師が実践しているせん妄ケアの構造, 東京女医大看会誌, 12 (1), p.12-18, 2017.

◇実践報告◇

集中治療室に入室したせん妄を発症している 心臓血管外科術後患者の飲水への欲求を 満たすための嚥下機能訓練による効果

荒井勇輝¹⁾, 手島正美¹⁾

集中治療室に入室する手術や治療を受けた患者は、せん妄を呈することも多く、開心術後患者のせん妄発症率は高い。また、術中の経口気管挿管により強い口渴を経験している患者は多い。今回、せん妄を発症している心臓血管外科手術後の患者に対し、飲水への欲求を満たすため、せん妄に対応しながら嚥下機能訓練を行った看護を明らかにし、看護支援の示唆を得ることを目的に A 氏との関わりを振り返った。そして、A 氏の欲求を満たすため、看護師は A 氏の全身状態から嚥下機能のアセスメントを行い、せん妄に対応しながら A 氏を知り、欲求に沿った目標の共有とリハビリテーションを行っていたことが明らかとなった。A 氏が飲水を行うため、せん妄がいつ消失するか見通しが立たない中、嚥下機能訓練を行うには治療や薬剤による内因的アプローチの他、生活パターンやせん妄の症状が生じる時間帯を把握し、それに合わせてリハビリテーションや嚥下機能訓練を行うなど、A 氏自身を知り、多職種で多角的に関わることが経口摂取に繋がること示唆された。

【キーワード】 集中治療室, 摂食嚥下, せん妄, 心臓血管外科手術後, 欲求

I. はじめに

近年、高齢者が基礎疾患を持ちながら高侵襲な手術や治療を受けることが多くなっている。集中治療室に入室するこのような患者は、身体や環境の変化により、せん妄を呈することも多い¹⁾。B 病院での心臓血管外科術後の患者は、集中治療室に入室後、循環動態をみながら、人工呼吸器離脱プロトコルに沿って挿管チューブを抜管(以下抜管とする)する。気管挿管中や抜管後の患者の口渴は、術後傷害期の炎症反応や、経口気管挿管による口腔粘膜乾燥が影響している可能性が高く、集中治療室に入室した患者の 8 割近くが口渴を強いストレスとして経験している²⁾。手術直後は挿管チューブの刺激により、声帯麻痺を生じることで誤嚥する恐れがあるため、飲水禁止となり、意識レベルの確認や嘔吐の有無、程度、嚥下の評価を行い飲水を開始する。しかし、術後合併症の一つとして、摂食嚥下障害を呈する患者もいる。さらに、嚥下機能が低下している患者がせん妄を発症した場合、医療従事者の嚥下指示に従うことができず、誤嚥や窒息のリスクがある嚥下機能訓練を安全に行うことが難しくなる。このような

摂食嚥下について、摂食嚥下機能を評価する文献や、集中治療室以外での摂食嚥下に関する文献は散見されたが、集中治療室での摂食嚥下機能訓練に関する研究や実践報告は少ない。今回、心臓血管外科の手術後にせん妄を呈している患者に対し、看護師が主体となり安全に嚥下機能訓練を実施し、「水が飲みたい」という患者の欲求を満たす看護を実践したためここに報告する。

II. 目的

せん妄を発症している心臓血管外科の手術後の患者に対し、水が飲みたいという患者の欲求を満たすため、せん妄に対応しながら嚥下機能訓練を行った看護を明らかにし、看護支援の示唆を得ることとする。

III. 看護実践

1. 期間：20XX 年 XX 月の内 7 日間
2. 対象 70 歳代 男性 A 氏
3. 経過
20XX 年右前頭葉皮質下出血を発症し、他院にて保存的加

受付日：2022 年 4 月 28 日 / 受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Yuki Arai, Masami Teshima : 済生会横浜市東部病院

療を行い、左不全麻痺が残存していた。約1か月後に呼吸苦の訴えがあり、精密検査の結果、感染性心内膜炎疑いでB病院に転院したが、転院当初からせん妄を発症し、手術直前までせん妄の改善はなかった。転院6日目に大動脈弁置換術を実施し、術後は集中治療室に入室し、人工呼吸器の装着となった。手術翌日に人工呼吸器を離脱した。しかし、せん妄を発症したことに加え嘔声と飲水時のむせ込みにより、言語聴覚士による介入が開始となった。

4. 看護の実際

1) 患者の嚥下機能のアセスメントとケア

筆者は、大動脈弁置換術後、手術侵襲からの回復と人工呼吸器の離脱に向けての看護介入を開始した。始めに人工呼吸器離脱プロトコルに従い医師と協働し自発覚醒トライアル (Spontaneous Awakening Trial: 以下 SAT)³⁾、自発呼吸トライアル (Spontaneous Breathing Trial: 以下 SBT)⁴⁾ を実施した。筆者は A 氏の苦痛を最小限に留めるために、ベッドサイドでバイタルサインのモニタリングや、表情、動きなどを細かく観察した。A 氏に苦痛な表情や、バイタルサインから苦痛であることが予測される場合には SBT や SAT を中止し、A 氏の苦痛を最小限に留めようと考えた。A 氏は鎮静薬減量後より覚醒を得られ、意思疎通も図れる状態となった。筆者はモニタリングを続けながら、本人の苦痛の有無を聴取し、苦痛の増強などもなく結果として人工呼吸器を離脱することができた。A 氏には右前頭葉皮質下出血による左顔面麻痺があり、術後の気管チューブの挿入や侵襲により嚥下機能障害のリスクが高いことが予測された。そのため、抜管後に反復唾液嚥下テスト (Repetitive Saliva Swallowing Test: 以下 RSST)⁵⁾ や改訂水飲みテスト (Modified Water Swallowing Test: 以下 MWST)⁶⁾ を慎重に行うこと、誤嚥が疑われる場合には早期に看護師や医師、言語聴覚士が介入するよう、RSST や MWST を実施する前に嚥下機能障害が高いことを情報共有した。A 氏は日中に抜管を行ったが嘔声があり、MWST にてむせ込みを認めた。そのため、翌日から言語聴覚士による専門的な介入が開始となった。さらに、集中治療室内の多職種カンファレンスにおいて、チーム全体での情報共有を行い、理学療法士によるリハビリテーション介入のタイミングや管理栄養士と栄養状態のアセスメント、RSST や MWST の結果を踏まえた食事形態の選択を行った。また、A 氏の嚥下機能を回復するためにどのようなケアをしていけばよいかを明確にし、看護師間でも意思統一を行った。

術後2日目、初めに言語聴覚士による嚥下機能評価が実施された。その結果、嘔声や声量低下があり、田口の評定尺度で発話明瞭度2であった。また、鼻咽頭閉鎖機能の低下が疑われ、左顔面麻痺により、口唇運動範囲が狭小化しており、舌は左偏位を認めるが左右運動や舌尖挙上は可能であった。また、Dysphagia severity scale (摂食・嚥下臨床的重症度分類)⁷⁾ では機会誤嚥であり、摂食・嚥下の能力が藤島グレード Gr.4 とされた。A 氏は食事形態の調整と見守り下での摂取であれば食

事の摂取が行えていた。そこで、言語聴覚士と相談し、経口摂取前の嚥下機能訓練の実施と、口腔内保湿のために使用するミスト状の保湿剤程度であれば嚥下可能であると判断した。

2) せん妄状態のアセスメントとケア

手術翌日の夕方から、A 氏は会話の辻褄が合わなくなり、B 病院の集中治療室で使用しているせん妄評価ツール Intensive Care Delirium Screening Checklist (以下 ICDSC)⁸⁾ 7点であり、Confusion Assessment Method For ICU (以下 CAM-ICU)⁷⁾ では所見4で誤答2つ以上であり、せん妄と判断された。夜間になると次第に A 氏のせん妄の症状は悪化し、ベッド柵を叩きながら「みずー、はやくー」などの大声を上げる、看護師を蹴り上げようとするなど興奮状態となった。A 氏はせん妄評価ができないほど興奮しており、A 氏の安全を確保し、術後の酸素需要の軽減や心負荷の軽減を図るため、その晩はデクスメドミジン塩酸塩注射液 (デクスメドミジン静注液) の持続投与が行われた。

術後2日目、ICDSC と CAM-ICU によりせん妄と判断され、症状が持続している状態であった。A 氏は、術後のせん妄により、摂食嚥下機能への影響だけでなく、その他のリハビリテーションの遷延や、術後侵襲からの回復に影響を及ぼすことが予測された。そこで、院内の精神科リエゾンチームと連携を図り、薬剤によるせん妄のコントロールが実施された。薬剤の効果の有無を多職種で共有できるよう、看護師は、A 氏の夜間の入眠状況やせん妄評価を行い記録をした。術後3日目には「俺には子供がいる。もうずっと会っていない。子供が小さい時に親に向かってお前って言ったことに手をあげた。そこから子供たちには嫌われている。プライドが邪魔して今更会いたいと言えない。でも会いたいんだよ。反省しているしごめんって言いたいんだよ。」と発言があり、A 氏のこれまでの人生背景と合致するものがあつた。術後6日目には、A 氏から「よく眠れた。最高。」という言葉があつた。

また、筆者はせん妄に対応しながら同時に、安全に嚥下機能訓練ができるよう、A 氏の生活リズムや一日の意識状態のパターンを把握する必要があると考えた。そこで、ICDSC、CAM-ICU によるせん妄評価の結果と、看護記録から A 氏の生活リズムを把握した。すると、A 氏は夜間に攻撃性が強く、午前中は傾眠傾向であり、正午頃から夕方にかけて比較的意識清明であることが分かった。加えて A 氏の B 病院に入院するまでの背景や手術前の夜間の状況の情報を収集した。A 氏は B 病院に転院前から不穏状態であり、手術前は夜間せん妄を発症しており、そのときから飲水を切望していることが分かった。筆者はこのような A 氏の全体像を、カンファレンスでチームに伝え、情報共有した。そして、A 氏の嚥下機能評価と訓練を安全に行うため、A 氏が覚醒し、看護師が比較的多く配置されている日中に行われた。

3) 多職種と連携したリハビリテーション

A 氏は抜管直後から、「みずー、はやくー」と大声を出し、飲水することを希望していた。そのため、筆者は A 氏の欲求

に沿った目標を、A氏本人や多職種で情報共有し、設定することで術後のリハビリテーションが進み、飲水がしたいというA氏の欲求に添えるのではないかと考えた。早期に経口摂取できるように、A氏と嚥下機能訓練を一緒に進め、A氏が望む時に飲水ができるようになるという目標をA氏や多職種と共有した。そして、せん妄評価と同時にA氏の生活リズムから覚醒と入眠のパターンを把握していたため、多職種でA氏への関わりを考えていった。A氏は午前中が傾眠傾向であることから、午前中の活動時間を看護師による清潔ケアや、理学療法士によるリハビリテーションにより徐々に増やし、覚醒している時間が増えるようにしていった。

4) 経口摂取に向けた援助

(1) 経口摂取までに口腔内の清潔を保持する

(抜管後から術後2日目)

術後1日から2日目は、主にA氏の循環動態の安定とせん妄コントロール、嚥下機能の評価を行った。その間、経口摂取に向け、筆者とスタッフはA氏の口腔内の保清に努め、誤嚥性肺炎の予防を行った。B病院の集中治療室では、一日に三回の口腔ケアを実施し、常に口腔内の清潔を保った。また、口腔内の衛生状態やその他にも必要性がある時には多職種カンファレンスにて情報共有を行い、口腔外科への診察依頼を行った。A氏には、挿管中や抜管後に歯科衛生士の往診があり、口腔内の状態や口腔ケアについてアドバイスをもらい、看護師で共有してケアに活かした。A氏は自己喀痰ができていたが、口腔内に痰が残っているときもあった。そのため、筆者はA氏への定期的な口腔ケアの他、体位変換や吸引時、バイタルサイン測定時に、口腔内が汚染されていると気がついた際は、その都度口腔内の痰を除去、保清や保湿に努めた。また、A氏への声かけや口腔内を保清する際は、左半側空間無視があることを考え、常に右側からアプローチを行った。A氏は看護師を認識し、口腔内の保清を行うときは開口して

くれるなど、拒否はなかった。

(2) 理学療法から嚥下機能訓練までの流れをつくる

(術後3日目から集中治療室退出まで)

術後3日目、一日に三回ゼリー食の経口摂取が開始された。A氏にとって、食事摂取までの関わりや、食事摂取方法は、A氏が誤嚥せずに経口摂取するために重要であった。勤務開始時に看護師間でA氏が誤嚥せずに経口摂取ができるように打ち合わせを行った。また、筆者は日勤の始まりにA氏の全身状態や精神状態、夜間の入眠状況や意思疎通の程度などを考慮し、受け持ち看護師と一緒に嚥下体操で首回りのストレッチを行い、水を飲むというその日の目標をA氏と共に設定した。そして昼食に向けて午前中に理学療法士によるリハビリテーションを行い、A氏が覚醒することを目指した。その後、経口摂取の事前準備として言語聴覚士から推奨されている内容の嚥下体操を行った。術後3日目を降も、CAM-ICU、ICDSCではせん妄と判断されたが、会話の辻褄が合うようになり、暴言・暴力などのせん妄症状はなくなった。以前は看護師が訪室する度に飲水がしたいという訴えがあったが減少していった。

(3) A氏の身体状況を考えながら経口摂取の援助を行う

(術後3日目から集中治療室退室まで)

A氏は元々左片麻痺があり、入院前は杖歩行であった。筆者は、術前からの体力の消耗や呼吸困難感による疲労、大動脈弁置換術の侵襲、術後数日しか経過していないこと、入院前の体力に戻っていないことを踏まえ、リハビリテーションの際は心不全兆候や疲労による呼吸困難感が出ないか注意し、食事摂取をベッド上座位か車いすに乗車して行うかを選定した。そして、食事前の嚥下機能訓練を行い、食事摂取をした。食事摂取時には、他の看護師と一緒に体位調整を行った。A氏は始め、座位の姿勢に慣れず、違和感があると自分で姿勢を直そうとしたが、左麻痺があり結果的に体位が崩れ

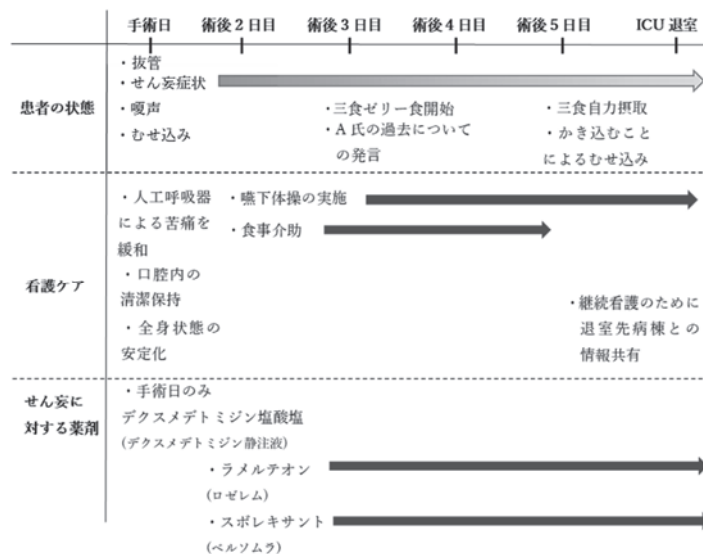


図1 A氏の経過

ることがあった。そのため、筆者は、A氏を車いすからベッド上に移乗し、膝の下にクッションを入れ、ずり落ちてこないようにした。次に頭側を45° 挙上しリクライニング位を取った。また、通常の枕の使用ではA氏の頸部が伸展気味となるため、バスタオルを使用し、頸部前屈姿勢を取った。筆者は、嚥下5期モデルを参考に、まず先行期である食事を認知してもらうことを考えた。A氏は元々左片麻痺と左半側空間無視があったため、健側である右側に食事をセッティングし、視界に入るようにした。また、受け持ち看護師が介助できるよう椅子を用意し、食事介助を行った。そして、筆者はA氏の経口摂取の様子を観察し、摂取しにくい食品はないかを確認した。A氏はむせ込みなどの誤嚥の症状はなく、指示動作も入り、全量摂取できた。経口摂取後には、看護師が口腔ケアを実施し、口腔内の残渣物を取り除き、口腔内保清を行った。その後、理学療法を経て嚥下機能訓練を実施、経口摂取を行うという流れを作り、A氏は見守りのもと、自力で経口摂取が行えるようになった。その後、A氏の嚥下訓練は進み、姿勢や環境を整えることでむせ込むことはなくなった。A氏の病状は身体的にも術後の利尿期を迎え、経過は良好であった。そして、A氏に対する飲水の制限が緩和され、飲水がしたい時に看護師を呼び、看護師の見守り下で、欲する時に飲水ができるようになった。その後、A氏はむせることがなく、経口摂取が行えるようになったが、食器に口をつけて急いで食べ、むせ込んでしまうことがあり、次の課題が見つかった。集中治療室退室時にはA氏のこれまでの経過や、リハビリテーションから経口摂取までの流れを、転棟先病棟の看護師に申し送りを行った。

IV. 倫理的配慮

本実践報告は、目的・方法・個人情報保護・参加の拒否の自由、学会での発表等について説明し同意を得た。また、所属病院の研究倫理委員会の承認を得た。得られたデータは匿名化し個人が特定されないようプライバシーの保護に留意し、データの保管についてはパスワードのかかる電子媒体を使用し、厳重に管理した。

V. 結果・成果

- (1) A氏の術前から続くせん妄により、容易に酸素需要が増大する可能性があり、それをコントロールすることで、安全に嚥下機能の評価をすることができた。
- (2) 術後せん妄を発症しているA氏に対し、精神科リエゾンチームは薬剤と薬効の評価、看護師と言語聴覚士と一緒に嚥下機能評価を実施、理学療法士は安全に経口摂取ができるよう、座位を保持するためのリハビリテーションを実施し、多職種カンファレンスを重ねることで、A氏の次への目標を明確化することができた。
- (3) せん妄を発症している患者であっても、術前の活動・休息やせん妄の日内変動を知り、意思疎通ができる時をアセ

メントし、安全で、効果的なりハビリテーションや嚥下機能訓練、経口摂取に繋げることができた。

- (4) A氏の「みずー、はやくー」という飲水への欲求を汲み取り、それに沿った目標を立てることで、嚥下機能訓練の目標を患者と看護師間で共有し、リハビリテーションや嚥下機能訓練の理解を得ることができた。
- (5) せん妄による意識障害の日内変動があるなかで、理学療法士と行うリハビリテーションから看護師が行う食前の嚥下体操を習慣化することで、嚥下体操の後に経口摂取をする流れができ、その一連の流れをA氏が認識することにより、身体的・精神的に覚醒した状態で経口摂取をすることができた。
- (6) A氏の既往歴や座位になった際の姿勢の癖を把握することで、A氏個人に合う体勢にすることができ、経口摂取ができることに繋がり、A氏の経口摂取がしたいと思う欲求も満たすことができた。
- (7) A氏が嚥下の何期が障害されているのかをアセスメントすることで、具体的な援助を考えることができた。
- (8) 「経口摂取」という課題をクリアできたことで、また新たな課題が見つかったが、これは入院前の食事摂取状態に戻るためには必要なことであった。

VI. 看護実践への示唆

A氏は左不全麻痺、左半側空間無視という後遺症を抱え、原疾患である感染性心内膜炎の治療後も、術前からのせん妄は改善しなかった。看護師は、術後の循環動態の変化や術前からの呼吸筋疲労も考えながら、A氏の「水が飲みたい」という思いを汲み取り、応えようとしていた。これは、看護師が患者の背景としての過去、クリティカルな状況にある現在、そして未来を捉えようとしており、過去—現在—未来という時制のなかで生じる周辺状況も含めた患者の状態の変化を捉えている⁹⁾。せん妄がいつ消失するか見通しが立たない中、水が飲みたいというA氏の思いに応えるため、治療や薬剤による内因性アプローチの他、A氏の生活パターンやせん妄症状が生じる時間帯を把握し、それに合わせてリハビリテーションや嚥下機能訓練を行ったことが経口摂取へと繋がった。患者を理解し時期を逃さず看護ケアを行うことが患者の穏やかさを取り戻す支援となる¹⁰⁾と言われているが、実際に、A氏は経口摂取開始をきっかけに、せん妄症状が改善していた。これは、A氏の思いを看護師が汲み取り、実現させたいという気持ちがあったからこそその結果であると考えられる。

集中治療室に入室している患者は時間的障害を認識している¹¹⁾。そのため、理学療法から嚥下機能訓練までを一連の流れとし、その最後に昼食での経口摂取を設定したことは、A氏に時間の認識をしてもらい、生活リズムを整え、せん妄の改善や姿勢を保持する筋力の回復となっていったと考える。このような流れをつくることができたのは、「水が飲みたい」というA氏の思いに沿うため、多職種でカンファレンスを繰

り返し、目標を A 氏と一緒に設定することで、リハビリテーションや嚥下機能訓練への意欲を引き出していたからである。このような医療者の関わりは、一緒に頑張りたいという気持ちを示しながらリハビリテーションに取り組んだこともモチベーションのサポートとなった。集中治療室での超急性期に、脳血管疾患の既往がある患者の状態を確認しながら、嚥下機能訓練を開始することは容易ではない。しかし、脳血管疾患やせん妄の継続、高侵襲な手術をした患者であっても、患者が何を求めているのかを汲み取り、一緒に進んでいこうという医療者の姿勢が、患者の求めることを実現できると考える。

謝辞

緊急入院、手術後の大変な中、ご協力して頂きました患者様、ご家族の皆様にご心より感謝申し上げます。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 1) 赤澤千春, 稲本俊:術後せん妄の発症状況とその誘因, ICU と CCU, 29, p.425-431, 2005.
- 2) 高島尚美, 村田洋章, 西開地由美, 他:12 時間以上人工呼吸管理を受けた ICU 入室患者のストレス経験, 日本集中治療医学会雑誌, 24, p.399-405, 2017.
- 3) 日本集中治療医学会, 日本呼吸療法医学会, 日本クリティカルケア看護学会 (2015):人工呼吸器離脱に関する 3 学会合同プロトコル, 2023 年 2 月 15 日閲覧, https://www.jsicm.org/pdf/kokyuki_ridatsu1503b.pdf
- 4) 前掲書 3).
- 5) 小口和代:機能的摂食・嚥下障害スクリーニングテスト「反復唾液嚥下テスト」(the Repetitive Saliva Swallowing Test:RSST)の開発と応用, 藤田学園医学会誌臨時増刊 2004, 23 (3), p.595-622, 2004.
- 6) 才藤栄一, 椿原彰夫, 藤島一郎, 他:摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究, 平成 11 年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究」総括研究報告書, 2000.
- 7) 戸原玄, Jeffrey B. Palmer, Kelly Reynolds, 他:摂食・嚥下障害重症度分類(DSS:Dysphagia Severity Scale), 口腔病学会誌, 70 (4), p.242-248, 2003.
- 8) 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会 (2010):日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン, 2023 年 2 月 15 日閲覧, https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsicm/21/5/21_539/_pdf
- 9) 大山祐介, 永田明, 山勢博彰:急性・重症患者看護専門看護師が患者の comfort に向けたケアに関わる体験, 日本クリティカルケア看護学会誌, 16, p.54-64, 2020.
- 10) 松本亜矢子, 辻千芽:中毒性皮膚壊死症により全人的苦痛があった患者の穏やかさを取り戻した看護—集中治療室入室中の 1 事例から—, 日本クリティカルケア看護学会誌, 17, p.44-51, 2021.
- 11) 江尻晴美:ICU におけるせん妄についての苦悩を表出した心臓血管外科患者の一症例, 日本集中治療医学会雑誌, 15, p.543-547, 2008.

◇実践報告◇

A 病院療養病棟看護師が考える患者家族への
アドバンス・ケア・プランニングの働きかけ戸田直子¹⁾, 草開美保¹⁾, 木下淳子¹⁾, 塚原節子²⁾

近年の高齢多死社会進行に伴い、治療やケアにおいて本人の意思を尊重するため、アドバンス・ケア・プランニングの重要性が高まっている。A 病院療養病棟では認知症などで患者自身が意思決定することが困難な状態の患者、家族に対し、手探りでアドバンス・ケア・プランニングを実践している現状である。A 病院療養病棟に勤務する看護師 5 名を対象に、患者、家族へのアドバンス・ケア・プランニングの働きかけについて語ってもらう半構造化インタビューを行い得られたデータをカテゴリー化した。結果、A 病院療養病棟看護師が考えるアドバンス・ケア・プランニングの働きかけについて《時間をかけて患者家族に寄り添う》《患者、家族との信頼関係をつくる》《意志決定困難患者を理解しようとする》《人生の最終段階がイメージできるようにする》《IC のタイミングで今後の意思確認をする》のカテゴリーが抽出された。

【キーワード】看護師, アドバンス・ケア・プランニング, 意思決定支援, 療養病棟

I. はじめに

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止のあり方が医療現場の重要な課題となり、2007 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を初めて厚生労働省が公表し、終末期医療に対する指針を示した。¹⁾ このガイドラインは 2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改訂された。その解説編では改訂に至った経緯が示され、近年の高齢多死社会の進行に伴い、諸外国で普及しつつあるアドバンス・ケア・プランニング（以下を ACP）の概念を盛り込んだことと、ACP を医療・介護の現場で普及することを目的にしたことが述べられている。²⁾

米国では生死にかかわる意思決定に関する法律が定められているが、日本では現在のところ法律は制定せずに、ガイドラインを軸足においている。つまり、指針としてのガイドラインを理解して、個々の現場で最善の方法を構築することが課題となっている。³⁾ 厚生労働省の 2017 年人生の最終段階における医療に関する意識調査では ACP の認知について一般国民は「知らない」の割合が 75.5%であった。また、「人生の

最終段階における医療・療養について考えたことがある」の一般国民の割合は 59.3%、「家族等や医療介護関係者と詳しく話し合っている」の割合は 2.7%であった。⁴⁾ 2020 年に厚生労働省は ACP をより馴染みやすい言葉となるよう「人生会議」という愛称で呼ぶことに決定し普及・啓発を進めている。⁵⁾

我が国における ACP の先行文献は、2003 年から徐々に論文数が増え始め、2014 年から急激に増加している。⁶⁾ その内容は、総説や事例報告、事前指示書に対する認識や取得状況についての質問紙調査が多く、具体的な介入モデルや概念について述べられている文献は少ない。⁷⁾ 訪問看護師のケアプロセス、緩和ケアやがん患者看護における事例研究はなされているが、療養病棟における研究は見当たらない。

A 病院は、市人口 3 万人弱の高齢化率 35%を超える、病床 200 床以下の公的総合病院である。市唯一の公的病院として、市民病院的な役割を担い医療型療養病床を開設している。また、地域事情に配慮し高齢者への医療も重視した、公的病院としては数少ないケアミックスとして地域医療に関わっている。A 病院療養病棟は、入院期間 90 日以上長期入院患者が 7 割以上を占めている。大桃ら⁸⁾ は、「独居高齢者一訪問看護師間」の間で行われるコミュニケーションとケアのプロ

受付日：2022 年 4 月 24 日／受理日：2023 年 1 月 20 日

1) Naoko Toda, Miho Kusabiraki, Junko Kinoshita：公立学校共済組合北陸中央病院

2) Setsuko Tsukahara：東京医療学院大学

セスを分析した結果、ACPの障壁となる要因として【療養者の意識レベルがクリアでない】構成要素を抽出したと述べている。A病院療養病棟では、ACPの障壁となる要因の【療養者の意識レベルがクリアでない】に該当すると思われる認知症高齢者日常生活自立度ランクⅢの患者割合が8割以上で、神経難病の有病率3割以上である。またA病院療養病棟への転入または入院前に今後の治療・療養について話し合いを行っている方は1割もない状況である。ACPが医療・介護の現場で普及されつつある中、A病院療養病棟では、手探りでACPを実践している現状である。そこでA病院療養病棟看護師が考える患者家族へのACPの働きかけを明らかにするため本研究に取り組んだ。

Ⅱ. 目 的

A病院療養病棟看護師が考える患者家族へのACPの働きかけを明らかにし今後のACPを進めていく一助とする。

Ⅲ. 看護実践

1. 調査対象：本研究に同意の得られた、A病院療養病棟に勤務している看護師5名。
2. 調査期間：20XX年10～11月。
3. 調査方法：対象者にはインタビューガイドを用いた半構成的面接法を施行しA病院療養病棟で看護師はACPをすすめるために、どのように働きかけているのかをグループインタビューした。
4. 分析方法：面接によって得られたデータを逐語録にし、関連のある文脈ごとに取り出した。その後コード化し、カテゴリを抽出した。分析は真実性の確保に努めるため共同研究者全員の意見が一致するまで繰り返し行った。またスーパーバイザーのアドバイスを得てすすめた。
5. 用語の定義

「ACP」：将来の変化に備え、将来の医療・ケアについて、本人を主体に、その家族等及び医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのことである。⁹⁾

「ACPの働きかけ」：ACPにつながる「本人の最善」を導き出していくための、積極的な取り組みや、関わりのことである。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、研究者所属機関の倫理委員会の審査・承認を得た。対象者には研究趣旨を説明し参加協力は自由意思に基づくこと、参加協力後も中止できること、参加協力しない場合も不利益を被らないこと、個人の特定につながる情報は匿名化すること、成果は学会等で発表予定であることを口頭と書面で説明し同意を得た。

面接は個室を使用し対象者の同意の上ICレコーダーに録音した。また、データは研究以外に使用しないこと、データ

の管理は厳重に行い保管すること、研究終了後に責任をもって消去・破棄することを保証した。

V. 結果・成果

A病院療養病棟は、医療型療養病棟であり、療養病棟入院基本料1の算定要件をみたしている。病床数は53床であり、20XX年6～11月の在宅復帰率は24.3%である。調査対象者は、本研究に同意の得られた、A病院療養病棟に勤務している看護師5名である。対象の年齢は30歳～52歳までの女性とした。平均年齢は40歳で、平均看護師経験年数は17年であった。グループインタビューは2～3名で実施し、1回の時間は30～40分間であった。以後カテゴリを《 》で、サブカテゴリを〈 〉で示す。看護師の語りからA病院療養病棟看護師が考える患者家族へのACPの働きかけを明らかにするため分析し、25個のコードに集約され、11個のサブカテゴリから、《時間をかけて患者、家族に寄り添う》《患者、家族との信頼関係をつくる》《意志決定困難患者を理解しようとする》《人生の最終段階がイメージできるようにする》《インフォームドコンセント(以下IC)のタイミングで今後の意思確認をする》の5個のカテゴリが抽出された。(表1)

1. 《時間をかけて患者、家族に寄り添う》

〈最期まで患者、家族の気持ちを受け止める〉〈話しやすい環境で時間をかけて患者の意思全てを丸ごと取りこぼすことがないように受け止める〉の2つのサブカテゴリからなる《時間をかけて患者、家族に寄り添う》は、患者、家族に寄り添う看護の提供を意味するカテゴリである。「その場その場で気持ちも変わってくるだろうし、1ヶ月前より出来ない事が増えてきたら、やっぱり、受け止め方も違うだろう。」と考へ、「喋りたいときに、聴く姿勢を整えて、ふとした時のポロツと言ったことを受け止める。」「今こんな状態と受け止めてあげる。」「強要されて言ったりしたら辛くなるから強要はしない。」と患者、家族の「意思が言いやすいように関わることが大切。」と語っていた。

2. 《患者、家族との信頼関係をつくる》

〈患者、家族との信頼関係を大切に〉〈絆をつくる〉の2つのサブカテゴリからなる《患者、家族との信頼関係をつくる》は看護師が安心感を与える存在を意味するカテゴリであった。「まずは、家族さんとも信頼関係が、大切やしね。」「顔見に行ったら、ありがとうって安心した表情される。」「なんか、この病棟が一番安心する場所だと言ってくれた。」と信頼関係を築く大切さを感じ、「その人らしさを尊重した関わりをしていたら家族ほどに大事な存在と言われた。」「信頼関係ありきだと思いました。」と語っていた。

3. 《意志決定困難患者を理解しようとする》

〈意思決定困難患者の情報を共有する〉〈カンファレンスで意思決定困難患者の価値観を探る〉の2つのサブカテゴリからなる《意志決定困難患者を理解しようとする》は、意志決定困難患者に対して患者家族の納得のいく治療やケアを理

表1 A病院療養病棟看護師が考えるアドバンス・ケア・プランニングの働きかけ

《カテゴリー》	《サブカテゴリー》	コード
時間をかけて患者、家族に寄り添う	最期まで患者、家族の気持ちを受け止める	最期まで揺れる気持ちを受け止めてあげる
		患者、家族の気持ちの変化に対応し、その都度関わる
		気持ちの結露を強要しない
	話しやすい環境で時間をかけて患者の意思全てを丸ごと取りこぼすことがないように受け止める	患者が気持ちを話したい時にそばにいる
		患者、家族の立場になり考える 家族の面会時に少しずつ聴いていく 患者の意思が言いやすいように時間をかけて関わる
患者、家族との信頼関係ををつくる	患者、家族との信頼関係を大切にする	家族との信頼関係を大切にする
		患者との信頼関係を築く
	絆をつくる	敬意をもって患者を大事にしようとする
		身近で患者を思いやる その人らしさを尊重する
意思決定困難患者を理解しようとする	意思決定困難患者の情報を共有する	ACPの記録を経時的に記載し患者の思いを残す
		転入時に治療やケアに対する思いや、大切にしていることを、意思決定困難患者家族に確認する
		交換ノートで意思決定困難患者家族と情報共有する 患者家族の思いを多職種と共有する
	カンファレンスで意思決定困難患者の価値観を探る	カンファレンスにより、意思決定困難患者の価値観を大切に 意思決定困難患者の生活歴を知ることによって本人の思いを探る
	人生の最終段階がイメージできるようにする	人生の最終段階の治療やケアを説明する
家族の葛藤へ対応する		家族に迷いや葛藤があるような場合のアドバイスを
人生の最終段階をイメージさせる		人生の最終段階が想像できるよう寄り添う
ICのタイミングで今後の意思確認をする	ICのタイミングをきっかけに意思確認する	家族がいるIC毎に今後どうしたいのか意思確認していく
		亡くなることへの現実味がある時に意思確認する
	ICの後、意思確認する	医師のIC後に意思確認する ICの後に、治療への希望と過ごし方に対する意思確認をする

解しようとする関わりを意味するカテゴリーであった。「本人が話せない場合の方が多いから家族に聴いている。」「家族と本人に話しが聴けたらいいけどなかなか難しい。」と困難感を感じ、「その人のノートを各ベッドサイドに置いて、聴けた事を少しずつ付け足して、それをみんなで共有したら、その人らしさが共有できるのかなって思っただけね。」「本人が書ける人やったら本人にも書いてもらって交換ノートを通して関わる。」などの工夫した取り組みを行っていた。「カンファレンスを通して、患者さんの元気な時はどうだったか知ること大事だし、心変わりするやろうけど、その時、何を大事にしていたか探る。」「その人の歴史を知ったら価値観の理解につながる。」と感じ、「意志決定困難患者を理解しようとする」取り組みが語られた。

4. 《人生の最終段階がイメージできるようにする》

〈人生の最終段階の治療やケアを説明する〉〈家族の葛藤へ対応する〉〈人生の最終段階をイメージさせる〉の3つのサブカテゴリーからなる《人生の最終段階がイメージできるようにする》は、終末期の事をイメージできない患者家族に対しては、〈人生の最終段階の治療やケアを説明する〉、〈患者、家族に寄り添いイメージさせる〉のが大切であると考えていた。「終末期意思確認書出せなくて、心の整理なかなかつかず、葛藤がある方に対して寄り添った。」「人生の最終段階の医療に関する意思確認書の説明をされた後、その意は後からでも変更できると伝えた。」と焦って結論を出さなくてもよいことを伝え、「こんな状態になるよと想像させてあげるような援助をした。」と語られた。

5. 《ICのタイミングで今後の意思確認をする》

〈ICのタイミングをきっかけに意思確認する〉〈ICの後、意思確認する〉の2つのサブカテゴリーからなる《ICのタイミングで今後の意思確認をする》は、病状や状態が悪化した時のICのタイミングで今後どう過ごしていきたいかの意思確認するカテゴリーであった。「ICの時は、なかなか会えない家族とも会えて話せる。」「やっぱり、ICのタイミングで看護師がその場に入った時に、その都度その都度、最後の過ごし方をどうしていきたいかを確認していったらいいと思う。」と、患者、家族が、考えやすいタイミングに合わせている。「ICのあと、治療に対する希望だけでなく、それ以外の過ごし方の希望を聴いている。」と、医師の前では言えない語りを聴いている。「先生の話があった後に、もう何週間後に亡くなるという思いをもたれる。」その状態悪化が現実味を帯びている時に「今後どうされたいっていう思いを聴きやすい。」と語られた。

VI. 看護実践への示唆

A病院療養病棟は、入院期間90日以上長期入院患者が7割以上を占めている。また認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅢ以上の患者が8割以上、神経難病の有病率が3割以上を占めており、意思決定困難患者が多い環境にある。認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン¹⁰⁾では、本人が意思を表明することの支援として「本人と時間をかけてコミュニケーションをとることが重要であり、決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けなければ

ばならない。」とあるように、A 病院療養病棟看護師は、《時間をかけて患者、家族に寄り添う》姿勢で関わっている。日々の何気ない関わりの中からも患者が大切にしていることや気がかりなことを少しずつではあるが表出されるごとに理解につとめていることが、本研究の結果として現れたと考える。

また、時間をかけて患者、家族に寄り添う姿勢が《患者、家族との信頼関係をつくる》ことに繋がること示されていた。角田¹¹⁾は「信頼関係を築くことによって患者・家族の警戒心がとれ安心感をもって話ができ次第に本心を語るようになる」と述べている。A 病院療養病棟看護師も患者、家族との信頼関係があるからこそ、本心を語ってもらえ、ACP をすすめることができると考えている。

A 病院療養病棟入院患者は既に意思決定能力が低下した状態であることが少なくない。そのため、A 病院療養病棟看護師は、患者の価値観を家族と共に探り記録するなどの《意思決定困難患者を理解しようとする》取り組みが患者の希望するケアに繋がると考える。兼見¹²⁾は「患者からしっかりと意思が得られない場合であってもできるだけ患者自身も参加のうえ、家族や医療チームが何度でも話し合っ、しっかりと意思に近づけていくというプロセス」が提案されている。患者の療養生活における生命や生活の質は、その人の価値観と強く関連するため、患者自身が大切にしてきたことやその価値を明らかにすることで、患者の意思に近づけるといえる。

また、意思決定困難患者の人生の最終段階の医療とケアについて考えなければならない患者、家族に対しては結論だけを求めず《人生の最終段階がイメージできるようにする》関わりが必要であり何度でも話し合うことや、見守る姿勢が重要だと考える。長期間の治療を受け、終末期のことをイメージできずに、信頼している医師に、「先生にお任せします」という患者家族も少なくない。患者にとっての最善を患者家族と共に見出すために、意思決定に必要な情報の理解を支える働きかけが必要である。竹川¹³⁾は「ACP における看護師の役割としてチームの中で看護師が役割を果たすためには、患者・家族の考えの共有および合意形成への調整能力などが必要である。」と述べている。A 病院療養病棟看護師においても、必要に応じて医師から患者、家族への病状説明を依頼し、患者、家族の意思決定に必要な情報の理解を支える働きかけを行っており、患者、家族の話を傾聴し人生の最終段階がイメージできるよう意図的に対話することが必要であると考えられる。

角田¹⁴⁾は「特に病状や状態の悪化は、対象者と家族にとって将来起こり得る状況が現実味を帯びるので、ACP 導入のチャンスになる」と述べている。このことから、急変時や状態変化時などに《IC のタイミングで今後の意思確認する》方が聴きづらいことも聴きやすい。つまり IC のタイミングが患者家族に一步踏み込んだ内容も聴き出せる機会になると考える。本研究においても、A 病院療養病棟看護師が、患者、家族が病状の変化を意識する IC のタイミングを逃さず、今後の意思確認の時として関わっていることが示されていた。

本研究において、A 病院療養病棟看護師が考える患者家族への ACP の働きかけとして、《時間をかけて患者家族に寄り添う》姿勢で接し、《患者、家族との信頼関係をつくる》こと、《意志決定困難患者を理解しようとする》取り組みから患者の価値観を探ること、患者の《人生の最終段階がイメージできるようにする》こと、《IC のタイミングで今後の意思確認をする》ことが明らかとなった。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2007), 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2019 年 12 月 5 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 2) 厚生労働省 (2018), 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編. 2019 年 12 月 5 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>
- 3) 谷本真理子:療養支援におけるアドバンスケアプランニング (ACP) の展開, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 24 (1), p.61~64, 2020.
- 4) 厚生労働省 (2018): 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書及び人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書について, 2021 年 1 月 10 日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf
- 5) 厚生労働省 (2019), 第 5 回全国在宅医療会議, 2020 年 2 月 15 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000483305.pdf>
- 6) 増島麻里子:終末期の生き方を支えるアドバンスケアプランニングに基づく看護実践の開発, 日本生理人類学会誌, 22 (4), p.203-208, 2017.
- 7) 川原佳代:慢性疾患患者に対するアドバンス・ケア・プランニングの概念分析, 日本看護科学会誌, 1 (41), p.279-285, 2021
- 8) 大桃美穂:アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁, 生命倫理, 28 (1), p.11-21, 2018, 2019 年 12 月 5 日閲覧, https://www.jstage.jst.go.jp/article/jabedit/28/1/28_11/_pdf/-char/ja
- 9) 日本医師会 (2020): 終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及・啓発, 2021 年 1 月 10 日閲覧, https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200527_3.pdf
- 10) 厚生労働省 (2018): 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン, 2019 年 6 月 10 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>
- 11) 角田ますみ:患者家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング医療・介護・福祉・地域みんなで支える意思決定のための実践ガイド, メディカルフレンド社, p.270-271, 2019
- 12) 兼見敏弘:現場での判断と意思決定を支える臨床倫理フレームワーク, ナーシングビジネス, 7 (13), p.24-29, 2019
- 13) 竹川幸恵:アドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の役割 日本呼吸ケアリハビリテーション学会誌, 29 (3), p.424-429, 2021
- 14) 前掲書 11), p.34-37.

◇実践報告◇

急性期病棟における看護師の認知症ケアに対する気づき

— 院内デイケアへの参加体験研修を行って —

長瀬佐知子¹⁾, 畑真夕美¹⁾, 中道淳子²⁾

認知症ケアに関しては、卒前教育において援助技術を学ぶが、急性期病院においては、行動・周辺症状への対応や治療を優先としたやむを得ずに行われる身体拘束など様々な困難さがある。今回一般病棟に勤務する看護師を対象に、院内デイに参加体験研修することでどのような気づきがあるか、それによって院内デイが認知症ケアの教育の場となり得るかを検討した。対象者は、これまで認知症ケアの教育受講歴がなく患者の行動・周辺症状に困惑していたが、認知症ケアに特化した場で患者を客観視し、スキルの効果により患者が意欲的に変化していく様子を視覚的に捉えることで、その人が本来のその人らしい様子を体験することができた。院内デイケアへの参加体験は認知症ケア教育の場としての効果があったと考える。

【キーワード】 認知症ケア, 院内デイケア, 急性期病棟, 教育

I. はじめに

急性期病院で提供される治療において、認知症症状やせん妄に対する適切なケアのあり方は重要な位置を占める。高齢化の加速とともに2012年には認知症患者が65歳以上の高齢者の7人に1人となりこの先も増加傾向が見込まれている¹⁾ことより、今後ますますその重要性が増していくものと考えられる。

認知症ケアに関しては、卒前教育において老年看護学の中で認知機能の評価方法やコミュニケーションの技法など認知症をもった高齢者への援助技術を学ぶ²⁾。しかし臨床現場における認知症ケアにおいては、ケアの拒否、暴言、多重業務、対応困難³⁾など様々な困難さとともに並行して身体治療が行われるジレンマがある⁴⁾ことが報告され、認知症高齢者のその人らしさをアセスメントするスキルの習得、認知症ケアマッピング⁵⁾やユマニチュード技法⁶⁾など高齢者を肯定し持てる力を引き出す活きた看護実践が必要とされている。

A病院の看護師は約400名のうち半数は老年看護学を含む看護基礎教育カリキュラムを受けておらず、認知症ケアや行動心理症状への対応について十分には学習できていない。そのため急性期治療においては職務葛藤を抱えながら身体拘束

をとらざるを得ない状況がしばしば見受けられており、認知症ケアの難しさを感じている。

2019年6月に入院中の患者に対し、日中の身体・精神活動を高め認知機能の低下予防を目標に院内デイケア（以下、院内デイ）を導入した。院内デイの患者に対する効果に関しては日中覚醒度をあげることにより夜間の良眠と離床の促進⁷⁾や患者の行動・心理症状の減少やADLの向上などの効果が言われている⁸⁾。院内デイへの参加による看護師の教育的効果に関しては、畑の看護実践の内省の機会となりうる報告⁹⁾や、柳澤の認知症患者への理解を深めた研究¹⁰⁾があるが研究対象が少数にとどまっている。

そこで今回一般病棟に勤務する看護師を対象に、院内デイに参加体験研修として認知症ケアを学ぶことでどのような気づきがあるか、それによって院内デイが認知症ケアの教育の場となり得るかを検討した。

用語の定義

院内デイ：認知機能の低下した患者に対し、心身機能の維持回復や退院後の生活につなげることを目的とし院内レクリエーションを行うこと。A病院では、老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師はじめ精神科看護師、作業療法士、臨床心理士が担当している。

受付日：2022年9月6日／受理日：2023年1月20日

1) Sachiko Nagase, Mayumi Hata：市立砺波総合病院

2) Junko Nakamichi：石川県立看護大学

Ⅱ. 目 的

一般病棟に勤務する看護師が、院内デイに参加体験研修を受講することで認知症ケアに対しどのような気づきがあるのかを明らかにする。

Ⅲ. 看護実践

1. 対象者

研究者が病院内の各病棟の師長宛てに院内デイに参加体験できる日程表を提示する。師長を通して参加希望を申請した病棟勤務看護師のうち、研究参加について研究者が口頭と紙面で説明を行った。その後院内デイへの参加体験後に同意書に署名が得られた者を研究対象者（以下、対象者）とする。

2. データ収集方法

- 1) 調査期間は2019年11月～12月である。
- 2) 院内デイは一般病棟から離れた別棟の部屋で週4日、1回60分で1日2回行う。1回あたり5人の認知症高齢患者（以下、患者）を受け入れ、主なレクリエーションとして体操、カレンダー読み上げ、風船バレーを全員で行い、以後は身体能力や認知機能に応じて身体活動、または制作活動に分かれる。院内デイのスタッフは、患者の意思や主体性を尊重し、参加したくない活動には無理強いをせず、患者が望む活動に自由に参加できるよう関わっている。
- 3) 院内デイ参加体験研修内容として、対象者は1回のみ希望日に、患者に違和感を抱かれることのないよう白衣を着用した上で看護師として院内デイに参加した。老人看護専門看護師・認知症看護認定看護師が対象者に認知症患者のアセスメントと対応の原則、コミュニケーションで留意していること、その患者の認知症症状の特性に合わせたレクリエーション選択をしていることなどを約10分伝えた。院内デイケアスタッフの思考と実践内容を理解してもらった上でその場のレクリエーションと一緒に参加してもらった。対象者は患者には自由に声かけをしてもらってよい旨を伝え、患者と一緒にレクリエーションを体験してもらった。
- 4) 研修後、個別に半構造化面接を行った。インタビューガイドに沿い、対象者の属性（年代・性別・臨床経験年数）、認知症ケアに対する教育受講歴の有無、これまで認知症ケアについて感じていたこと、院内デイに参加して感じたこと、今後の認知症ケアに活かしたいことについて聴取した。面接前に対象者の許可を得て、面接内容をICレコーダーで録音した。

3. 分析方法

研究者が逐語録を作成し熟読した。対象者の「院内デイの場における気づき」に焦点をあて、コード化した。次にコード化した内容の類似性や相違点を探求し共通する気づきごとに分類した。さらに意味内容が類似したものにまとめ、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象化した。信頼性の確保のため分析過程では逐語録に戻りながら吟味を重ね、認知症及び老年看護学に精通した指導者のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

市立砺波総合病院の倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：2019055）。対象者全員に、紙面と口頭で研究の目的や方法、プライバシーの保護、自由意思による参加、同意の撤回の自由、論文の公表について説明し、署名にて研究参加の同意を得た。面接はプライバシーの確保できる場所で行い、対象者の心身に負担がかからないように十分に配慮した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は病棟勤務の看護師11名、臨床経験年数は平均23.2±11.2年、面接時間は平均15.6±7.7分であった。認知症ケアに関する教育受講歴は11名がなしと回答した。

2. 対象者が院内デイに参加体験したことからの気づき

14のサブカテゴリーからなる5つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》内に示し、語られた代表的な語りを表1に示す。語った対象者を〔 〕内のアルファベットで表した。

1) 【デイケアにおける患者の「その人らしい」姿】

対象者Fの「勝手にどこかへ行ってしまってもなくきちんとそこに座っていることができる」という言葉にあるように、対象者は勤務病棟では患者に行動・心理症状が起きている状況を目の当たりにしてきたが院内デイでは集中してレクリエーションに取り組む様相には普段との差異を感じ、《病棟では見ることのできなかつた姿》を感じていた。更に続けると患者の表情が変化し、自ら手法を工夫したり主体的に参加し始める様子が見られるようになる。《患者が意欲的になる変化》には「この人が認知症？としか思えなかつた」と驚きがあった。

2) 【院内デイのスタッフと自分との患者の捉え方の違い】

表情が汲み取り切れず、易怒性など意思疎通を図ることが容易ではない患者とのコミュニケーションに戸惑いがあり《院内デイのスタッフのような患者の捉え方が出来ない》と感じる対象者がいた。その困惑する対応場面であってもスタッフが上手く立ち回っている様子に《スタッフは患者についてよく理解している》スキルがあるのではないかという気づきがあった。

3) 【認知症患者にとっての良いケア】

レクリエーションでは繰り返しの動作をする機会を多く設けている。バレーや輪投げでは患者が回を重ねるごとに徐々に上手くなっていく様を見て、「同じことにしても、前よりももう少し上手くという意欲がすごく芽生えていると思う。」と対象者Dの言葉に表されるように、《繰り返しの成功体験を生み出すケア》がそこで生まれていることに気づく。

院内デイの開始時には全員でカレンダーを見ながら日付・曜日・天気を読み上げる。共に読み上げた対象者は、明確な根拠を述べることはできないが《見当識へ働きかけるケア》とその雰囲気の中で感じている。

表1 院内デイケアへの参加体験研修による看護師の認知症ケアに対する気づき

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な語り
デイケアにおける患者の「その人らしい」姿	病棟では見ることのできなかった姿	<ul style="list-style-type: none"> ・ 立ち上がって問題行動につながるということもなかった。[B] ・ 病棟と違って勝手にどこかへ行ってしまってもなくきちんとそこに座ることができる。[F] ・ 認知症だということ、身体の動きは比例していないということがよく分かった。[I]
	患者が意欲的になる変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ この方たちが認知症？とは思えなかった。そのうちにこうした方がきつうまくできる。こうじゃなくて、こうしたらいいとか。ちょっとずつ微妙なテクニックが変わっていく人もいてすごいなと思った。[F] ・ 予想外の人が塗り絵に開花したのを見てやってみないと何に興味を示すか分からないと思った。[G] ・ こうやって顔あがるから。声かけられたらしくなくてはという気になって、やる気のある、意欲が出ている表情だった。[H]
院内デイのスタッフと自分との患者の捉え方の違い	院内デイのスタッフのような患者の捉え方が出来ない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表情が暗い人はとても対応に困った。スタッフはこの人にはこんなことがいいとか、すごくその人を深く見ている。言葉にならないニーズのよみとりがすごい。どうしたらなれるんですか、教えてほしい。[J] ・ 同じことの繰り返しだけで認知症の進行を防ぐことにつながるのかな？と思った。表情がどう変わっているかというのとは分からない。[E]
	スタッフは患者についてよく理解している	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイケアにいるスタッフは関わり方も、声のかけ方も声かけ内容も違うかな。[F] ・ 関わるスタッフが病棟スタッフではないからこそ、和める、言える、しゃべれるのではないかなあ。[K] ・ この患者さんは何が楽しいか分からないという時はスタッフに『この人はこれが好きだからこれを薦めたらいいね』というふうに聞いて、それを勧めたりしていた。[J]
認知症の患者にとっての良いケア	繰り返しの成功体験を生み出すケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同じことにしても、前よりももう少し上手くという意欲がすごく芽生えていると思う。[D] ・ 何回か繰り返しているうちに自分の意思で手が出るようになって同じ動作ができるようになっていた。最初ごちないけどゲームの時間内にちょっとずつやり方を変えていたような気がした。[F] ・ 前は車椅子に移乗できなかった人が「今日できてるね、できてきてるねー」と言われていて、患者さんもまんざらじゃなくて「ふーんそー？」と言いつつ移乗した。[K]
	見当識へ働きかけるケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ まず最初に日付が大きく書いてあり、みんなで一緒に読んでいるところがとてもいいと思った。[C] ・ 自己紹介をして、声をかけられると、その対象者の方は、ちゃんといい姿勢になった。[H] ・ 患者さんは自分の病棟ではない空間だと分かっていると思う。結構距離の移動をしているので。[K]
	人とかかわる準備性を高めるケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ まずは、顔を見る。それから、触れる。前からちゃんと話しかける。そうすると患者さんは顔を見て話せることができる。[E] ・ スタッフは認知症だからと特別な言葉をかけてる風には思わず、ごく自然な言葉かけをしていた。[F] ・ 認知症ケアとして感じられたのは、いきなり何かをすることはしないということ。必ず、「こうしますあします」という説明があった。[K]
	自己決定を促すケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の意思を伝えることができる人には、「何がしたい？今日はどうする？」と聞きながら接すると、患者さんはそれをする事ができる。[E] ・ こっち見てないなという時は「どう？」とその方の意思で参加できるような促しがあった。「こうするんだよ」ではなく「ボールがきたよ」や「どうする？」といったちょっとした手助けになる言葉をかけていた。[F] ・ 「どうだった？」とただ単に聞くよりも、他の人の話に続けて「〇〇さんは？」と聞く。「うん」とか「はい」ではなくきちんと言葉にして答えやすいような声かけをしている。[I]
院内デイには心身を動かす刺激がある	楽しむことは心の健康によい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者さんが集中してるので、とてもいきいきしていた。[B] ・ ニコニコしていて、気持ちいい時間を過ごし、院内デイが安心できるところと思っているだろう。ああいうこととして楽しさ、生きがいを味わうのは心の健康にいいだろうと思う。[I] ・ 心にもきつといいと思う。デイケアのスタッフはその人にあった活動をしてくれて楽しませてくれる。入院生活していてもそういう場があるのはすごくいいなって。[J]
	身体を動かすことは生活のメリハリになる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一緒にやると疲れて結構ハード。すごく活動・休息のメリハリがついていいんだろうと感じた。[F] ・ 病棟では肩風船パレーのように肩の上まで腕を上げるほど体を動かすことがない。体を動かせる心地よさがあるのかなと思う。[I] ・ 体を動かすから院内デイに行った方が離床もすすむんじゃないかと思う。[F]
	他者との関わる刺激を生み出す	<ul style="list-style-type: none"> ・ 風船パレーであれほど患者さんの手が出るとは思わなかった。[B] ・ 複数の方と同じレクリエーションをすることで、他の人よりもまくやるという気持ちが生みえる。[D] ・ 対戦だと自分をよく見せたいところもあるのかな。負けられないと思ってやっていた。[F] ・ 協力して一つのことをやり遂げたり、ボールを回したり力加減をしたり、相手を使った行動があった。[J]
院内デイは今の体制では不十分	内容が稚拙で単調であることへの疑問	<ul style="list-style-type: none"> ・ 動き、日付を言う、天気を言う、体操と同じ流れの繰り返しばかりだがか？と思った。[E] ・ 幼稚園児への応対かと思うほどあまりにも稚拙すぎて見ず知らずの高齢者が何人か集められ、面白くないことを強制するのは逆に失礼なのではないかと思う。[G]
	個別性のあるプログラムの要望	<ul style="list-style-type: none"> ・ 興味のない人は飽きる。つまらなさそうな人には一律なことをしていいのかなと思った。参加者が一緒にたどるハビリのようにその人に合わせたプログラムとしてできたらいい。[G] ・ 直接希望を聞いても愛想のない返事で、何をしたいか言ってくれないが、今していることが楽しそうでもないで、別にないもしたくないのかなあ。[J]
	不十分な体制への疑問	<ul style="list-style-type: none"> ・ デイの人数は何人ぐらいだったら妥当か。患者がたくさんだと、スタッフの目が行き届かない。[F] ・ 認知症の他に、全身の疾患もある。途中で具合悪くなる患者は無理して1時間いなくても早く帰してあげたらいいのではないかと思った。5人もの患者を2人のスタッフで対応するのは無理だと思った。[G]

スタッフの対応については対象者Eの語りにある〔まずは顔を見る。それから触れる。前からちゃんと話しかける〕挨拶の場面からも、患者への声かけは特別に難しい内容ではないが、そこに《人とかかわる準備性を高めるケア》があるのだという気づきを得ている。スタッフはレクリエーションへの参加には無理強いをしない。注意力が低下し集中力の途切れる患者には、対象者Fの語りに〔こっち見てないな、ゲームに参加できてないかな、という時には「どう？」と、その方がその方の意思で参加できるような促しがあった〕とあるように注意を向ける声かけを行う。言語での表出が難しい患

者が意思表示をしやすいコミュニケーション技法を目の当たりにし《自己決定を促すケア》という気づきを得た。

4) 【院内デイには心身を動かす刺激がある】

院内デイでは、患者の残存機能に見合ったレクリエーションを企画し、同等の身体機能でグループと設定しているため、患者同士が身体を使ったレクリエーションの時間を共有することができる。対象者は、患者の表情やいきいきと活動している場面で《楽しむことは心の健康によい》と感じ、ボーリングや体操を共に体験することで《身体を動かすことは生活のメリハリになる》と体感している。グループ対戦での風船

バレーでは、患者が相手と闘う場面において対象者Jが「協力して一つのことをやり遂げたり、ボールを回したり力加減をしたり、相手を思った行動があった」と語ったように《他者との関わる刺激を生み出す》という気づきがあった。

5) 【院内デイは今の体制では不十分】

レクリエーションの単調さ、繰り返しの作業が患者への応対として失礼なのではないか、《内容が稚拙で単調であることへの疑問》を感じる対象者もいた。その理由として5人の患者に同じ内容を行っている点に対し《個性のあるプログラムの要望》もあった。対象者Gの「参加者が一緒くたではなくリハビリのようにその人に合わせたプログラムとしてできたらいい」という言葉に代表されるように、認知症患者一人ひとりに異なる対応が必要だという気づきがあった。また、必ずしも全員がレクリエーションに集中できるわけではなく、患者が身体疾患を有することを鑑みると2人のスタッフで運営している点には《不十分な体制への疑問》を抱いていた。

VI. 看護実践への示唆

対象者は、まず患者が身体を動かし、声を出し、他者と交流をもつことを楽しそうであると見ている。病棟では徘徊や行動・心理症状があり対応に苦渋している患者が作業やレクリエーションに集中できる姿を目の当たりにし、そのギャップに驚く。同時にスタッフがどのように接しているかを観察し、患者の残存機能を活かしながら意思表示ができるような声かけ、意欲が向上するような関わりを読みとっていた。それによって患者がほんの数十分の間に意欲をもって自主的に目の前の課題に取り組もうと変化する。そこで再び対象者は、根拠をもった明言は難しいが、スタッフは患者が変わる何らかの関わりをしているようだと感じとるようになる。

畑はコルブの経験学習を用いて「院内デイでの看護師教育効果とは、認知症ケアの具体を知ることがこれまでの看護実践の内省に繋がり、さらに今後の実践に繋がる」¹¹⁾ ことを報告した。卒前教育で認知症ケアを学ぶ機会のなかった対象者は、具体を体験することでこれまでの自己の実践の振り返りにつながったと考える。

柳澤は「院内デイにおいて看護師は認知症の患者のできることを視覚的にとらえることで個性を再認識するきっかけになる」¹²⁾ ことを述べた。今回の対象者も、集団活動において視覚的に患者ができるようになっていく場面を捕らえたことで、その人の持つ力を改めて再認識し、それが患者を人としてとらえる意識に変容している。

認知症ケア教育については「認知症に対する知識を獲得すると個別性の高いケア実践を行うことができ、BPSDが軽減される」¹³⁾ ことが分かっており、卒後現任教育においてまずは認知症に対する知識を得る必要がある。更に組織成員の行動変容プロセスでは、知識が変化し意欲がわくことで態度と行動が変化することが言われている¹⁴⁾。

しかしながら卒前教育で認知症に関する知識の習得がなさ

れても、臨床現場で関わるのは身体疾患を有する認知症患者であり、彼らは多くの表現しきれない身体的な痛みや精神的な苦痛を抱えている。卒後教育においては意思表示が難しくなってくる患者に対し何が求められるか、どのような場で患者が落ち着きなじむことができるかという側面を知識のみならず実践に結びつけることは非常に重要になってくる。

A病院において院内デイの効果をエビデンスとして示すにはまだ不十分な体制である。しかし今回の結果から、対象者は患者が変化し意欲的になっていく様を目の当たりにしたことにより、そこには何かしらの認知症スキルの効果が働いているのだろうという気づきがあった。つまり、認知症ケアに特化した場で患者が変化していく様を視覚的に捉えることで、その人が本来のその人らしくある様を体験することができたという点で、認知症ケア教育の場としての効果があったと考える。今後はこの気づきを「その人」が「その人らしく」あるための認知症ケアを知りたいという思いや、自身の看護実践に活かしていきたいという思いの芽生えにつなげることが参加体験研修の中で達成されるとよいと考える。

本論文内容に関連して開示すべき利益相反事項はありません。

VII. 引用文献

- 1) 内閣府 (2020), 令和2年版高齢社会白書 (全体版), 2020年11月11日閲覧
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/index.html>
- 2) 六角僚子: 新看護学13 老年看護, 医学書院, 2021
- 3) 片井美菜子, 長田久雄: 認知症高齢者ケアにおける一般病院看護師の困難の実態, 日早期認知症会誌, 7 (1), 72-79, 2014.
- 4) 下平きみ子, 伊藤まゆみ: 身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究, The Kitakanto Medical Journal, 62 (1), 31-40, 2012.
- 5) 鈴木みずえ 他: 急性期病院の高齢者集合ケアにおける認知症ケアマッピングがケアスタッフに及ぼす効果, 日早期認知症会誌, 8 (1), 89-98, 2015.
- 6) 小川裕太 他: 急性期病院の整形外科病棟における認知症高齢者の BPSD への対応～ユマニチュード技法の学習を行った看護師の感情・思考の変化～, 高知赤十字病医誌, 20 (1), 67-72, 2015.
- 7) 長嶋真祐美: 急性期病院での院内デイケアの取り組みについて, 高松赤十字病院紀要, 6巻, p.31-36, 2019.
- 8) 田中聡一: 「院内デイ」の広がり期待される効果, Nursing BUSINESS, Vol.12 (5), 2018.
- 9) 畑真由美: 急性期病院での院内デイにおける認知症看護教育の効果, 看護, Vol.70 (13), p.80-87, 2018.
- 10) 柳澤美紀: 院内デイが急性期病院看護師の認知症理解に与える影響, 日本看護学会論文集 精神看護, 49号, p.75-78, 2019.
- 11) 前掲書9), p.80-87.
- 12) 前掲書10), p.75-78.
- 13) 公益社団法人日本看護協会編: 認知症ケアガイドブック, 照林社, p.208-214, 2016.
- 14) 勝原裕美子: 組織開発と組織変革, 看護管理学習テキスト 看護組織論 (第2版), p.34-45, 日本看護協会出版会, 東京, 2011.

日本看護学会誌 投稿要綱

1. 本学会誌の主旨

本学会は、非会員を含む看護職の実践にねざした学術研究の振興を通して看護の質の向上を図り、人々の健康と福祉に貢献することを目的とする。

- ①あらゆる場の看護実践にねざした研究を推進する。
- ②根拠に基づく看護の展開がさらに進むよう、実践の場で活用される研究を推進する。
- ③看護の質向上に資する医療福祉及び看護政策に関する情報共有の場とする。
- ④社会のニーズに積極的に応えていくため、地域包括ケアシステムの推進に資する情報共有及び連携の場とする。

本学会誌の掲載方針

- ①実践にねざした内容であり、実践に役立つ示唆があり、論理的に示されている論文・報告を掲載
- ②看護全般にわたる包括的な学会として、地域包括ケアの実現に向け、あらゆる場で活動する本学会会員が取り組んだ論文・報告を掲載

2. 投稿資格及び条件

- 1) 筆頭著者および看護職の共著者は、公益社団法人日本看護協会の会員であること。看護職以外で会員と共同で行った場合は、非会員でも共著者としての資格を有する。
- 2) 未発表の内容であること(他学会誌および出版物等に未投稿、未掲載のものに限る。ただし学会・研究会抄録集、修士論文・博士論文(既に機関リポジトリに全文を公開している論文は除く)、科学研究費報告書、事業報告書に発表された内容は二重投稿とはみなさないが、その旨を本文内に付記すること)。
- 3) 倫理的に配慮された内容であること。
- 4) 看護職の免許取得後に行われた研究・実践であること。
- 5) 本要綱に則って作成され、不備がないこと。
- 6) 本学会誌における投稿及び掲載後、他の学会、研究会および出版物等に本質的に同じ(目的、方法、結果、考察が同じ)内容について、投稿や発表を行わないこと。
- 7) 上記及び「日本看護学会における不正行為への対応要領」に準じた違反行為が明らかになった場合には、「日本看護学会における不正行為への対応要領」に基づき措置を行う。

3. 原稿種別

原稿の種別は、原著、研究報告、実践報告であり、内容は下記のとおりである。

【原著】独創的な研究の視点があり、研究手法を用いて明らかにした新しい事実や知見について完成度高くまとめられた、看護の発展に寄与する論文

【研究報告】研究手法を用いて明らかにした事実や知見についてまとめられた、共有するに値する論文

【実践報告】共有するに値する発展的な取り組みやそこから得られた成果についてまとめられた報告

4. 倫理的配慮

1) 倫理的配慮について

- (1) 「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和 3 年 3 月 23 日制定）」（以下「指針」という。）を熟読し、指針の「人を対象とした研究」に該当する研究は倫理審査を受けていること。
 - ・所属施設に倫理審査委員会がない場合は、相当する機関（※）等による組織的承認を得ていること
 - ※相当する機関とは、都道府県看護協会や大学等他組織の倫理審査委員会及び所属施設内において研究の実施にあたり倫理的観点から審査・承認を行う会議体を指す
 - ・行った倫理的配慮の内容は本文内に記載する。承認を得た倫理審査委員会あるいは会議体の正式名称および承認番号を本文内に記載すること。
 - (2) 指針で適用範囲外とされている研究については倫理審査は不要であるが、個人情報保護やインフォームドコンセント等の必要な倫理的配慮については、本文内に記載すること。
 - ・倫理審査の適用範囲については指針および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針ガイダンス」（令和 3 年 4 月 16 日 制定）」を参照し、倫理審査を必要とするかどうか判断が困難な場合には、倫理審査委員会の意見を聴くことを推奨する。
 - (3) 指針の適用範囲外である研究及び実践報告は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に従い、事例により十分な匿名化が困難な場合は、本人又は代諾者等の同意を得なければならない。発表にあたっての倫理的配慮の内容は本文内に記載すること。
- 2) 対象施設や対象者の特定を避けるため、次の表記に注意すること（個人情報の保護）。
- ・「当院」「当病棟」等の記載はせず、「A病院」「A病棟」など匿名化すること。
 - ・氏名や県名はイニシャル表記をしないこと。例：「神奈川県」→ ×「K県」○「A県」
 - ・患者の病歴や経過などの日付表記は、特定できない表記を考慮すること。
 - ・患者の氏名、住所、診療 ID および患者の特定につながる場合は、役職や診療科なども記載しないこと。
- 3) 許諾が必要な尺度及び商標登録物等は、筆頭著者自身があらかじめ使用許諾を得た上で、著者が必要な許諾を得たことを記載する。薬品や検査器具等は一般名称を用い、（ ）内に商品名、登録商標の場合は®を記載すること。

5. 利益相反

「日本看護学会における利益相反に関する指針」に則り、著者全員の利益相反状態を適正に開示する。

6.に示す申告書を提出するとともに、本文内にも利益相反状態を記載すること。

6. 投稿方法

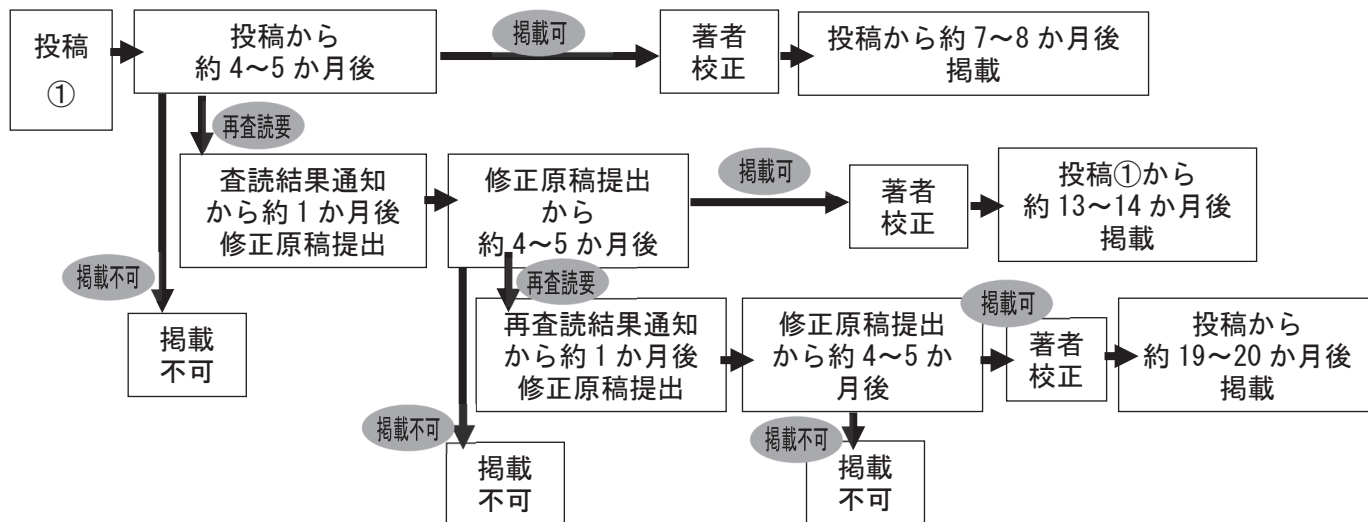
- 1) 投稿は論文登録・選考管理システムで行う。
- 2) 原稿とともに、下記書類を論文登録・選考管理システムにアップロードする。
 - ・日本看護学会誌投稿 自己申告による利益相反（COI）申告書

7. 原稿の受付および採否

- 1) 本投稿要綱に則っていない原稿は受け付けないことがある。
- 2) 原稿の採否は査読（1 原稿 2 名以上の査読者による）を経て、論文審査・編集委員会において決定する。
- 3) 査読者および論文審査・編集委員会から、原稿の種別の変更を著者に求めることがある。

4) 査読結果を受けた修正原稿は、査読結果通知から 1 か月以内に、査読者のコメントに明快かつ簡潔な返答を記載した回答文書とともに再提出することを原則とする。再提出がされない場合は、投稿を辞退したものとみなすが、再投稿を妨げるものではない。

参考：投稿から掲載までのスケジュール目安



8. 執筆要領

- 1) 投稿時は、投稿チェックリストに従って提出前に原稿を確認すること。
- 2) 投稿原稿はホームページにある指定様式をもとに MS-Word で作成すること。標準的なフォント (MS 明朝, MS ゴシックなど)、10.5 ポイントで A4 横書き 35 文字×28 行で作成する (1 ページ 約 1,000 字)。各頁の下中央に頁数を記入し、本文には行数を入れる。
- 3) 投稿原稿は和文・新かなづかいを用い、外国語はカタカナ表記とする。数字および英字は半角とする。
- 4) 原稿ファイルは表紙、抄録、本文、図表の順で構成する。
- 5) 表紙には「タイトル」、「サブタイトル (あれば)」、「キーワード」及び「図表の添付枚数」を記載する。表紙に氏名や所属施設は記載しない。
- 6) キーワードは 5 つ前後とする。
- 7) 抄録は 400 字程度とする。文字数には含まない。
- 8) 文字数と項目立て

原稿種別	文字数	項目立て
原著	16,000 字以内	I. はじめに II. 目的 III. 方法 IV. 倫理的配慮 V. 結果 VI. 考察 VII. 結論 VIII. 引用文献
研究報告	16,000 字以内	I. はじめに II. 目的 III. 方法 IV. 倫理的配慮 V. 結果 VI. 考察 VII. 結論 VIII. 引用文献
実践報告	8,000 字以内	I. はじめに II. 目的 III. 看護実践 IV. 倫理的配慮 V. 結果・ 成果 VI. 看護実践への示唆 VII. 引用文献

- 9) 見出しは、I.・II.・III. …、1.・2.・3. …、1)・2)・3) …、(1)・(2)・(3) …の順で記載する。
- 10) 図表は、図 1、表 1 などの通し番号をつける。本文の後ろに 1 ページ 1 枚に作成する他、システム上にオリジナルデータ (XLS、JPG など) をアップロードする。図表挿入希望位置は本文中 () にて指定する。図表は文字数に含む。図表はその大きさによって、A4 サイズ 1/4 ページで 250 字、1/2 ページで 500 字、1 ページで 1,000 字と換算する。

11) 学術集会にて発表している旨や修士・博士論文に加筆・修正を加えたことを記載する場合は、本文内の利益相反状態の前に記載する。

例：本論文の内容の一部は、第〇回〇〇〇〇〇学会学術集会において発表した。

12) 利益相反状態について、本文内の引用文献の前に記載すること。

例：(ない場合) なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(ある場合) 筆頭著者は「企業名」より、報酬を受領している。

13) 文献

(1) 引用文献は引用順に本文の引用箇所の肩に^{1) 2)}と番号をつけ、本文原稿の最後の一括して引用番号順に記載する。

(2) 引用文献は次のように記載する。共著者は3名まで表記し、それ以外は他とする。

<雑誌掲載論文>

- ◆ 著者名：表題名，雑誌名，巻（号），頁，発行年（西暦年次）。

例) 学会花子：看護研究の〇〇〇について，〇〇看護，25（11），p.35-38，2008.

例) 学会花子，日本協子，清瀬看子，他：看護の〇〇〇研究，第〇回日本看護学会論文集（看護管理），p.5-8，20△△.

<単行本>

- ◆ 著者名：書名（版），発行所，頁，発行年（西暦年次）。

例) 学会花子：看護実践研究の手引き（3），〇〇看護出版，p.145，2006.

- ◆ 著者名：表題名，編者名，書名（版），発行所，頁，発行年（西暦年次）。

例) 学会花子：研究における〇〇，日本協子編，看護実践研究（2），△△出版，p.76-88，2007.

例) 前掲書1)，p.115.

<翻訳書>

- ◆ 原著者名：書名（版），発行年，訳者名，書名（版），発行所，頁，発行年（西暦年次）。

例) Alice Williams：Nursing Research（4），2001，学会花子訳，看護研究（4），〇〇看護出版，p.298，2003.

<電子文献>

- ◆ 著者名：表題名，雑誌名，巻（号），頁，発行年（西暦年次），アクセス年月日，URL.

- ◆ 発行機関名（調査/発行年次），表題，アクセス年月日，URL.

例) 文部科学省，厚生労働省（2021），人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針，2021年12月6日閲覧，<https://www.mhlw.go.jp/content/000757566.pdf>.

※公的機関から提供される情報（統計、法令等）、電子ジャーナルのみを対象とする

9. 著作権

日本看護学会誌に掲載された著作物（電子媒体への変換による利用も含む）の複製権、公衆送信権、翻訳・翻案権、二次的著作物利用権、譲渡権等は本学会に帰属する。（掲載可となった際には、著者・共著者全員の「著作権同意書」を送付すること。）著者・共著者自身が利用する場合、これらの権利を拘束するものではないが、事前に本学会宛に申請し許可を得ること。

10. 著者校正

査読を経て掲載可となった投稿原稿については著者による校正を1回行う。編集委員からの加筆・修正依頼を除き、著者による加筆・修正は原則として認めない。

11. 著者が負担すべき費用

掲載料は原則として無料とする。著作権同意書送付時の郵送料は著者負担とする。

また、不正行為に伴い発生した訂正等に要する費用は原則として著者が負担する。

2022年1月7日制定

2023年1月31日一部改訂

日本看護学会誌 Vol.18 No.1

査読委員

青木美香	大西麻未	窪川理英
浅井美千代	大野美千代	熊谷有記
浅野浩子	大堀昇	久米真代
渥美綾子	大山末美	黒田暢子
安藤満代	大山祐介	桑原美香
安保寛明	大山裕美子	行田菜穂美
池田美里	岡佳子	古賀雄二
市村久美子	尾形由貴子	佐久間佐織
稲垣範子	岡本双美子	櫻井敬子
稲野聖子	小倉邦子	佐々木美果
乾友紀	長内さゆり	佐々木吉子
井上直子	小野五月	佐藤博子
井上奈々	小山田恭子	佐藤美香子
井上真奈美	檜原理恵	佐藤幹代
今井芳枝	春日広美	佐藤みつ子
岩本里織	片田千尋	柴田滋子
上田伊佐子	片山将宏	白石浩子
上野栄一	桂川純子	菅原清子
上原明子	加藤茜	菅谷智一
牛田貴子	加藤隆子	菅原よしえ
内川洋子	金盛琢也	鈴木久美子
内野聖子	金子昌子	鈴木幸子
江口裕美子	加納江理	鈴木美央
遠藤和子	川久保愛	鈴木和香子
大石ふみ子	河田照絵	角智美
大江佳織	北野進	隅田千絵
大江理英	久間朝子	関井愛紀子
大草由美子	清村紀子	関根正
大竹眞裕美	國江慶子	曾根原純子

高井 怜
高岸 弘美
高谷 恭子
高橋 奈智
高橋 奈津子
高橋 亮
高篁 宗一
田川 由香
多喜田 惠子
竹本 由香里
竹森 志穂
立野 淳子
田戸 朝美
田中 博子
玉田 夜子
田村 康子
為永 義憲
塚崎 恵子
塚本 友栄
槻木 直子
土屋 守克
寺岡 征太郎
徳岡 良恵
戸沢 智也
富崎 ゆかり
富澤 絵美
直井 千津子
中尾 友美
永谷 智恵
中村 康香
中村 由美

永谷 幸子
成田 小百合
成田 康子
成瀬 早苗
難波 美貴
西澤 和義
西塚 弘子
二瓶 映美
二瓶 洋子
沼口 知恵子
萩 典子
橋本 佳奈子
畑 吉節未
畠山 卓也
畑中 あかね
濱吉 美穂
原 等子
原田 竜三
坂東 志乃
板東 孝枝
樋口 美樹
樋口 有紀
平川 美和子
平田 良江
福島 綾子
藤井 徹也
藤浪 千種
藤野 智子
藤村 朗子
細田 志衣

本城 綾子
前田 ひとみ
増野 章子
松枝 美智子
松下 年子
松田 千登勢
松本 賢哉
眞鍋 知子
水川 真理子
宮木 良
宮本 いずみ
宮本 有紀
村井 文江
村中 峯子
望月 宗一郎
森木 ゆう子
山岸 直子
山下 いずみ
山下 早苗
山勢 善江
山田 明美
山本 江美子
山本 小奈実
横田 夏紀
吉岡 佐知子
吉田 紀子
吉米 雅子
和山 由樹
渡邊 夕ミ子
渡邊 裕見子

(五十音順)

2022 年度論文審査・編集委員

- 安 齋 由貴子（宮城大学看護学群）
- 雄 西 智恵美（大阪歯科大学大学企画部看護系学部開設準備室）
- 柏 木 公 一（国立看護大学校看護学部）
- 小 林 京 子（聖路加国際大学看護学部）
- 小 林 康 江（山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系）
- 志 田 京 子（大阪府立大学基礎看護学領域看護管理学）
- 田 口 智恵美（千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科）
- 谷 本 真理子（東京医療保健大学医療保健学部看護学科）
- 田 上 美千佳（千葉大学看護学部）
- 山 勢 博 彰（山口大学大学院医学系研究科）

（五十音順）

本学会誌に掲載された論文等の著作権は日本看護学会に帰属する

日本看護学会誌

Nihon kango gakkaiishi (Journal of The Japan Society of Nursing)
ISSN 2758-3384

Vol.18 No.1

2023年5月15日発行 年2回(5月, 11月)発行

編集 日本看護学会 論文審査・編集委員会

発行 公益社団法人日本看護協会

看護研修学校 教育研究部学会企画課

〒204-0024 東京都清瀬市梅園 1-2-3

JAPANESE NURSING ASSOCIATION

Research Conferences Planning Division

Department of Continuing Education and Research

Institute for Graduate Nurses

TEL 042-492-9120

制作 株式会社エデュプレス



公益社団法人

日本看護協会