

ISSN 2758-3384
Vol.18 No.2 November, 2023

第18卷第2号 2023年11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 ◇

療養場所の選択に葛藤するがん患者の意思決定における看護師の支援

—「自宅で過ごしたい」を大切にしたい看護—

金沢大学附属病院 中 村 有 里 ……5

橈骨動脈穿刺による心臓カテーテル術後の腫脹対応（第2報）

—簡易版 SMP 使用の効果—

いわき市医療センター 若 松 美智代 ……10

多職種連携教育における SA（Student Assistant）が抱いた思い

—KJ法による図解—

大東文化大学 伊 藤 直 子 ……18

がん患者へアロマセラピーを取り入れた足湯の効果

—がん関連倦怠感を CFS と NRS で評価して—

金沢医科大学病院看護部 佐 野 明 世 ……24

身体拘束に関する多職種チームカンファレンスの効果

関西国際大学 小 河 原 みゆき ……30

児童精神科病棟に入院する患児の長期の行動制限に関連する
要因についての後方視的研究

医療法人財団青溪会駒木野病院 則 村 良 ……36

拡張型心筋症患者が両室ペーシング機能付き植込み型除細動器と
共に生きる体験

新潟青陵大学 浅 野 仁 美 ……43

◇ 研究報告 ◇

看護職が認知症者に禁止や命令を行う場面に着目した事例研究

敦賀温泉病院 田 辺 力 也 ……50

臨床経験年数3年目の看護師が抱いている感情とその要因

松本短期大学 牛 山 陽 介 ……54

糖尿病地域連携パスの療養指導に対する患者満足度調査

十和田市立中央病院 藤 田 真 実 ……61

精神科救急入院料病棟（精神科スーパー救急病棟）入院時に
保護室隔離となった患者に対する熟練看護師の看護実践

岡山県精神科医療センター 口 羽 浩 之 ……69

良性疾患で子宮全摘術を受ける患者の手術前後の思いとその変化

—術後に助産師による面接を実施して—

大和高田市立病院 細 川 喜美恵 ……76

大学病院消化器病棟における入院長期化の要因分析

東邦大学医療センター大森病院 宮 地 富士子 ……82

2型糖尿病患者が病気を抱えたことに伴い家族に抱く思い

一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 高 橋 郁 美 ……89

外来患者のアドバンス・ケア・プランニングの意識調査

十和田市立中央病院 大久保 昌 子 ……94

中高年看護師のキャリア継続に対する看護管理者の支援に関する研究

静岡県立大学 加 納 江 理 ……102

初期救急患者から3次救急患者に対応するA病院救急室
看護師が抱える倫理的悩み

山形県立中央病院 笠 原 理絵子 ……110

A病院の産後2週間健診における指導の効果と今後の課題

—初産・経産婦の比較から—

東千葉メディカルセンター 小 山 直 子 ……117

学習会による看護師のPICSに関する認識・意識の変化

山口県済生会下関総合病院 今 谷 寿 子 ……125

高齢糖尿病患者がインスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセス

福岡大学病院 坂 本 倫 基 ……131

精神科病棟における自殺リスク者に対する看護実践

—精神科一般病室の夜間巡視に焦点を当てて—

岡山県精神科医療センター 伊 久 美紀子 ……138

混合病棟で経験の少ない看護技術習得に向けたICTを
活用した動画視聴の効果

徳島市民病院 谷 澤 大 介 ……144

精神看護学実習における患者-学生関係に関する
患者の視点からの文献検討

大阪信愛学院短期大学 夫 博 美 ……150

初めて分娩介助実習を行った助産師の思い

富士市立中央病院 田 邊 綾 子 ……157

特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の
退院後の生活における思い

洛和会丸太町病院 堀 口 紋 顧 ……162

意思表示が困難な精神科療養病棟の患者のストレス状態の
把握に関する研究

社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院 村 中 海 斗 ……168

看護単位における看護師一人当たりのインシデント報告数と属人度との関連

東京労災病院 小 泉 麻 美 ……176

インシデントの情報共有が看護学生の安全意識に及ぼす影響

—学年進行による医療安全意識の検討—

天理医療大学 前 川 昌 代 ……182

コロナ禍における臨地実習プログラムが学生の社会人基礎力の伸長に及ぼす影響

—コロナ禍前の臨地実習と比較して—

ベルランド看護助産大学校 上野 妙子……189

急性期病院における二交替制勤務導入に伴った育児中看護師の

ワーク・ライフ・バランスの変化

黒部市民病院 稲村 尚子……198

特定機能病院に就業する看護師のキャリア別にみたジェネレーションギャップ

—離職者を出さない働きやすい職場環境とは—

川崎医科大学附属病院 今川 萌子……203

看護師の職場適応に向けた支援

—対人関係療法の治療戦略を用いた支援の検証—

山形大学医学部附属病院 齋藤 朝子……210

精神看護学におけるシミュレーション教育と臨地実習での学び

—コミュニケーションにおける学生の学びの検討—

いわき市医療センター看護専門学校 平澤 由希子……217

重症心身障害児（者）施設の実習指導者が行う看護学生への学習支援

—看護を伝えたいプロセスを中心に—

上越看護専門学校 船岡 未恵……225

訪問看護を利用する独居高齢者のアドバンスケアプランニングに

関する認識

ふちゅう訪問看護ステーション 辻原 千晶……233

精神科病院に入院する患者の退院前訪問における着眼点

公立大学法人宮崎県立看護大学 池間 功一……240

救命救急センターに勤務する看護師が抱える疲労の要因

札幌市立大学 牧野 夏子……249

訪問看護事業所と介護保険施設における利用者・家族から受ける暴力・

ハラスメントの実態調査

—A 県内の管理者の調査結果を分析して—

関西医科大学 三木 明子……256

両側同時人工股関節全置換術後患者の有用な退院支援の検討

—患者の術前・術後の日常生活の実態から—

金沢大学附属病院 吉田 まり……265

看護系大学生の臨地実習におけるアルツハイマー型認知症に関する

知識の獲得

医療法人尚和会のぞみ訪問看護ステーション 田中 友紀……272

◇実践報告◇

新型コロナウイルス感染症患者とその家族への心理的支援の実践報告

—テキストマイニングによる自由記載の分析—

奈良県立医科大学附属病院 宮本 朋子……280

COVID-19 陽性の高齢患者に対する摂食嚥下機能回復に向けた
多職種での取り組み

香川大学医学部附属病院 岩崎 せりな……285

新型コロナウイルス感染症患者・家族の治療・検査に対する
意思決定支援の実態

奈良県立医科大学附属病院 児島 育穂……290

新型コロナウイルス感染拡大防止のためのオンライン面会が与えた
患者の心身と家族の心理への影響

医療法人社団仁生会甲南病院 廣瀬 京子……295

身体拘束減少を目的とした看護師勉強会の効果の検証
—身体拘束数に焦点をあてて—

秦野赤十字病院 鈴木 さち子……301

結腸腹腔鏡手術における機能的端々吻合実施時の共通孔閉鎖前の
自動縫合器のアンビルジョー部分の再生処理の有効性

椋山女学園大学 川上 将……305

褥瘡予防のポジショニング演習における看護大学生の学び
—問題解決思考を促す教授方法の工夫—

金沢医科大学 宮永 葵子……309

小児転倒・転落アセスメントツールとビデオスライドによる
看護師と付添い者の意識の変化

山口県済生会下関総合病院 永岡 美穂……314

夜間帯を想定した看護師と介護福祉士の協働による
急変時シミュレーション研修の効果

公立学校共済組合北陸中央病院 秋元 恵子……319

人工股関節置換術後の自主リハビリテーションにやる気ボードを
活用した関わりが患者と看護師に与える効果

盛岡市立病院 佐藤 亜耶子……325

外来看護師の在宅療養支援への意識と看護実践能力を高めるための
学習および自宅訪問を通じた取り組みの効果

山口県済生会下関総合病院 太田 由美……330

大腸内視鏡検査前処置を自宅で行う患者に対する電話訪問の効果

山口県済生会下関総合病院 山本 早紀……335

効果的な新型コロナウイルス感染症対策フローシート・フローチャートの活用の検討
—訪問看護アンケート調査の分析—

明石市医師会訪問看護ステーション 田川 由香……340

看護学生の手指衛生と個人防護用具に関する知識と手指衛生の方法の認識
—小児看護学実習前—

中京学院大学 宮良 淳子……344

◇ 原 著 ◇

療養場所の選択に葛藤するがん患者の 意思決定における看護師の支援

— 「自宅で過ごしたい」を大切にしたい看護 —

中村有里^{1)*}, 水野亜矢子¹⁾, 木村眞生¹⁾, 渡辺 爾¹⁾,
宮下沙也加¹⁾, 山口優花¹⁾, 林 京子¹⁾, 畠 稔¹⁾

本研究は、緩和ケアにおける療養場所の選択に葛藤するがん患者との意思決定における看護実践を振り返り、看護師の支援を明らかにし、今後、緩和ケアで葛藤する患者、家族への看護実践の一助にする。対象は C 氏（50 代女性）とその家族である。看護実践から〈患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる〉〈「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う〉〈今後の療養生活の希望へとつながるように支援する〉の 3 個の大見出しが抽出された。看護師が C 氏と家族の間に入り込み思いをつなぎ合わせるコーディネーターの役割を担うことで互いに本音を言うことができた。がん患者が療養場所を選択する際、看護師は患者、家族と対話しそれぞれの思いをつなげて尊重し調整していくことが必要と考える。

【キーワード】緩和ケア、意思決定、がん患者

I. はじめに

2007 年がん対策基本法による、がん対策推進基本計画が策定され「すべてのがん患者および、その家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」に着目した目標が掲げられ、がん患者の在宅療養支援体制の整備が進められてきた。先行研究では、40 歳から 69 歳までの国民において自宅で最期を過ごしたいと考える人は約 8 割であるのに対し、自宅で過ごしたいと感じ実現可能だと考える人は約 2 割である¹⁾。患者の自宅退院を困難にする要因として、患者が最期を自宅で過ごしたくとも家族に遠慮があること、点滴および酸素療法を受けていることが自宅退院を困難にする要因と報告されている²⁾。在宅療養支援体制の整備は進められてきてはいるものの、自宅で過ごしたい思いはあるが、患者は家族への遠慮があり、葛藤しながら療養場所の選択を行っている。A 病院 B 病棟では、悪性腫瘍患者に対して化学療法や手術、放射線療法を行っており、治療が奏効せず、症状の悪化により日常生活動作（以下 ADL）の低下が伴う患者には療養場所を変更するための意思決定支援を行っている。自宅退院する患者がいる一方で、自宅で過ごしたい思いがあるも、病院で看取りを行うことがある。看護師はがん患者が最期まで自分らしく生

きるために、患者の思いを尊重し意思決定を支えることが必要であると感じながら、自宅退院できるタイミングを逃し、病院で最期を迎える状況に、十分な支援が行えていないと感じている。

II. 目 的

療養場所の選択に葛藤するがん患者と家族への意思決定支援における看護実践を振り返り、看護師の支援を明らかにする。

III. 方 法

1. 研究デザイン：事例研究
2. 研究対象：A 病院にて 20XX 年に入院していた患者で看護師が緩和ケアにおける療養場所の選択において意思決定支援に関わった壮年期女性患者 1 名とその家族。
3. 調査期間：2020 年 8 月～9 月
4. データ収集方法：診療録より、患者の年齢、性別、家族構成、入院期間、既往歴、現病歴、病状、入院中の ADL、入院目的、患者の病識、家族の病識、ケアの内容、患者の言動に関するカンファレンス内容をデータとして収集した。さらに患者の意思決定支援に関わった看護師 11 名とともに

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 金沢大学附属病院

* E-mail：nyr1211a@gmail.com

に患者との関わりを想起し記述した文章をデータとして収集した。想起によるバイアスがないか、バイアスを最小限にするために、記述内容をメンバー間で確認した。

5. 分析方法：どのような看護実践が患者の思いに変化をもたらしたのか、患者の思いを分析するため、山本らの「『日本の現場発看護学』の構築をめざした事例研究方法」³⁾を用いた。事例研究ワークシートに3つの時期に分けて看護実践内容、患者の言動を記入した。ワークシートを見ながら事例について、共同研究者と共に対話し言語化した。研究者が対話を通して、実践してきた看護行為を言語化・概念化し、質的研究の経験者にスーパーバイズを受けた。看護実践のカテゴリー化を行い、大見出し、小見出しが現場での実践を適切に表現できるまで検討し、明らかになった実践知を考察した。大見出し毎に結果を記載し、大見出し内では経過に沿って結果を記載した。

IV. 倫理的配慮

対象者は終末期で意思疎通が困難であったため、代諾者である夫に研究の主旨、プライバシーの保護、結果の公表について書面と口頭で説明し、同意を得た。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。

V. 結果

1. 事例の概要

看護実践の対象はC氏(50代女性)。家族構成は夫(50代)、長女(20代)、三女(20代)、義両親、別所帯の次女(20代)、孫、実の両親である。C氏は骨肉腫と診断され、2年5か月の間、化学療法、手術を行った。放射線治療を控え自宅療養していたが、呼吸困難のために緊急入院となった。緊急入院後、放射線治療を行うも奏効せずADLは低下し床上での生活となり、医師より緩和ケア病棟への転院が提案された。C氏は入院時からADLが自立した状態で自宅退院したいという思いを看護師に話していた。主治医との話し合いの場で、夫は「C氏の思いを尊重したいが、病院のように自宅で世話はできない。病院を移ろうと思う。」とC氏の希望を叶えたいが、自宅での介護は困難だと話した。C氏は話し合いの場では頷くのみで自分の希望を話さなかった。話し合いの後、C氏は看護師に「夫の前では言えなかったけど本当は家に帰りたい。病院は考えていない。でもトイレに行けるようになってからじゃないと帰れない。」と自宅退院したいが家族の負担になりたくないという葛藤する思いを話した。転院が決まった後もC氏は「家に帰りたい。転院したらもう家には帰れなくなってしまう」と涙を流しており、看護師は転院前に自宅外出を提案した。C氏は、娘の誕生日に自宅で家族と一緒に過ごす時間を作ることができたことで、「転院してもまた家に帰れるように頑張る」と今後の療養生活に対する前向きな発言が聞かれた。C氏は自宅外出の4日後に緩和ケア病棟へ転院した。

2. 看護実践

療養場所の選択に葛藤するC氏、家族に対して緊急入院から転院までの約1か月間の看護実践から3個の大見出しと11個の小見出しが抽出された。(表1. 療養場所の選択に葛藤するC氏、家族に対しての看護実践)。以下大見出しは【 】, 小見出しは< >で表記する。【患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる】は5個の小見出し、【「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う】は3個の小見出し、【今後の療養生活の希望へとつながるように支援する】は3個の小見出しから構成された。以下に経過を追いながら実践の内容を説明する。

1) 【患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる】

これまでの入院では明るく振舞い楽しそうに家族の話をすることが多かったC氏だが、緊急入院後カーテンを閉めて「家に帰りたい、孫に会いたい」と1人で泣いている姿がみられた。看護師はC氏を1人にさせたくないと思い、ベッドサイドで傾聴し<孤独に寄り添う>関わりを行っていた。

その後、放射線治療が奏効せず、C氏、夫、娘に1回目の病状説明が行われた。主治医より、今後の療養場所を選択する必要があるという説明内容に対し、C氏は顔きながら話を聞いているが、自分の希望を発言することはなかった。看護師は、C氏は病状説明の場では話せない本心があるのではと考え、病状説明後、看護師はC氏の療養場所の希望について思いを確認した。C氏は「家に帰りたいけど、トイレに行けるようになってからじゃないと帰れない。家族に迷惑はかけられない。」と話し、<遠慮して本心を話せないC氏の理解者となる>関わりを行うことで、C氏の葛藤する思いを引き出した。C氏の実の両親は「自分たちが世話をするから、自分たちのところへ帰ってきてもいい」と話したが、C氏は実の両親のもとへ帰ることではなく「自宅へ帰りたい」と話した。

2回目の病状説明では主治医より転院が提案された。「家に帰りたい」と話すC氏に対して、夫は「家に連れて帰れない」と話した。涙を流しながら訴えた2人をみた看護師は、2人が納得して選択できるようにと考え、C氏と夫が2人で思いを話せる場を作ることで<本音を言えないC氏と夫の間に入り込む>関わりを行った。その後、C氏と夫で話し合いをした結果、緩和ケア病棟への転院が決定した。

C氏は病状の悪化とともにADLが低下し、1日のほとんどを床上で過ごす状態となった。ベッドサイドでC氏の思いを傾聴し対話することで、C氏の<孤独に寄り添う>関わりを行った。その中で、看護師は、C氏と家族で決めた転院の選択は覆さないが<「家に帰れないことはない」と信念を持って>C氏、夫の気持ちが変わって「家に帰る」と意思表示があればいつでも支援すると伝えた。C氏は転院が決定した後も「家に帰りたい」と看護師が訪室する度に涙を流して話したが、夫は「連れて帰りたいけど連れて帰れない」と話した。看護師は「今ここで帰らなければもう家に帰るタイミングが

表1 療養場所の選択に葛藤するC氏に対しての看護実践

大見出し	小見出し	実践内容
患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる	遠慮して本心を話せないC氏の理解者となる	緊急入院に戸惑うC氏が入院を受け入れられるよう「今のタイミングで良かった」と伝える
		C氏の緊急入院への気持ちの整理をつけるために思いを傾聴
		思いを吐き出させる意図をもって傾聴
		家族のいる前では本音を言い合えないC氏の思いを傾聴
	孤独に寄り添う	転院に対する思いを傾聴
		思いを吐き出させる意図をもって傾聴
	「家に帰れないことはない」と信念を持って	床上で過ごす時間が長くなったC氏が孤独にならないよう思いを傾聴
		転院が決まった後でも「いつでも家に帰ろうと思えば支援する」と伝える
	夫の辛さを理解し味方になる	今帰らなければもう帰れなくなると思い外出を提案
		夫の来院するタイミングを逃さずに「家に連れて帰れない」理由を問う
		C氏の希望を叶えたいと思うが、介護は無理だと思う夫の負担を考え外出を提案
		夫がC氏の思いを叶えてあげられなかったことを後悔しないためにも外出を提案
		夫になぜ「連れて帰れない」のか問う
	本音を言えないC氏と夫の間に入り込む	夫の外出を受け入れることへの不安な思いを傾聴
夫の負担を考え自宅退院をすすめすぎない		
病状説明の後、C氏と夫が2人になれる場をつくる		
「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う	C氏の思いを叶えたい	C氏の「家に帰りたい」思いをカンファレンスで情報共有
		夫にはっきりと「家に連れて帰れない」と言われ涙を流すB氏の思いを傾聴
		希望を持って放射線治療に臨んでほしいと願い、思いを傾聴
	「どうにかしてあげたい」が思いとどまる	C氏の理解度を考えてあえて踏み込んで聞かない
		夫の負担を考えると何も言えない
		落ち込むC氏に対してかける言葉が見当たらない
無理なことは無理と伝える	ADLが自立した状態で家に帰ることを目標とするのは難しいと伝える	
今後の療養生活の希望へとつながるように支援する	緩和ケア=死ではないと実感してもらう	緩和ケア病棟の見学を提案
	転院先の看護師にバトンタッチ	看護サマリで申し送る
	自宅で安心して過ごせるための準備	C氏や家族が戸惑っていないか思いを確認しながら外出準備
		外出が成功するよう外出準備
		花東で娘の誕生日を祝う提案

なくなる」このまま転院し自宅に帰ることができなかつたら、夫は後々、何もしてあげられなかったと、後悔するかもしれない」とC氏、夫の思いを知っているからこそ、2人の思いを叶えることができる方法を考え、自宅外出を提案した。C氏の「母として娘の誕生日を祝いたい」と希望した娘の誕生日に外出した。

2) 【「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う】

C氏は緊急入院時、「治療し、酸素をつけて家に帰る」と話し、放射線治療に期待し、緊急入院する数日前と同じように生活したいと訴えていた。看護師は、C氏の「家に帰りたい」思いをカンファレンスで情報共有し、「C氏の思いを叶えたい」関わりを行った。また、看護師は、放射線治療が奏効していないことを知りながらも、「放射線治療が終われば呼吸の

辛さもなくなり家に帰れる」と話すC氏の思いを傾聴し「どうにかしてあげたい」が思いとどまる関わりを行った。C氏は病状が進行しADLが低下した後も「トイレに行けるようになれば自宅退院できる」と、ADLが自立した状態で退院したいと話していた。しかし、病状の悪化とともにADLが低下し、1日のほとんどを床上で過ごす状態となったため、「無理なことは無理と伝える」ことで、C氏が病状を理解し目標変更できるような関わりを行った。2回目の病状説明後は、夫に「家には連れて帰れない」と言われ涙を流すC氏と、C氏にはっきりと「家には連れて帰れない」と話す夫の間で、看護師はかける言葉が見つからずあえて踏み込んで聞かないことで「どうにかしてあげたい」が思いとどまる関わりを行った。看護師は、カンファレンスで病状説明後のC氏や夫の様子などを情報共有した。

3) 【今後の療養生活の希望へとつながるように支援する】

夫は緩和ケア病棟に対して最期を過ごす場所というイメージを抱いていた。看護師は緩和ケア病棟への見学を夫に提案し、緩和ケアという言葉のイメージの誤解を解き、〈緩和ケア=死ではないと実感してもらう〉関わりを行った。

外出中の便処置に不安を抱いていたC氏のために、外出前に便処置を行うことや鎮痛剤など持参する物品を紙に書いて渡すこと、介護ベッド、介護タクシーの手配、在宅酸素、吸入時間の調整などC氏、家族が当日自宅で安心して過ごせるためにはどのような段取りですめるかを考え〈自宅で安心して過ごせるための準備〉を行った。C氏は外出により自宅で8時間過ごすことができ、帰院後にC氏は孫の写真を嬉しそうに看護師に見せながら外出中の様子を話してくれた。C氏から「転院してもまた家に帰れるように頑張る」、夫からは「また帰ってこられるように在宅酸素や介護ベッドはどうしたらいいですか」という言葉が聞かれた。

転院前に自宅外出しC氏が「家で過ごしたい」という思いを叶えることができたことで、転院後もC氏が自宅外出を希望した際に支援できるように、外出の詳細について看護サマリで申し送り〈転院先の看護師にバトンタッチ〉し、転院先の看護師と連携を行った。

VI. 考 察

療養場所の選択に葛藤するがん患者と家族への意思決定支援における看護実践を振り返り、看護師の支援として【患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる】、【「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う】、【今後の療養生活へとつながるよう支援する】が明らかになった。

1. 【患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる】

1 回目の病状説明の場で、それまで、看護師の前では「家に帰りたい」と話したC氏が、家族の前では遠慮して本心を話せない様子を見て、看護師は説明後に思いを傾聴し本心を聞いた。相手を気遣うからこそ本音を言いづらいと森ら⁴⁾が述べているように、1 回目の病状説明時にはC氏は家族の前では遠慮して何も言えず、本音を言えないまま転院の話は進んだと考える。本心を知っている看護師は、再度、医師や家族と話し合いの場が必要だと考え、多職種と連携し2 回目の病状説明の場を設けた。加利川⁵⁾は、医療者は入院当初から患者、家族、両者の意思を考慮した病状説明を行っていく必要があり、看護師は患者、家族の意思を尊重し、アドボケートしていく必要があると述べている。2 回目の病状説明の場では、療養場所に対して希望の異なるC氏、家族が思いを話し合えるよう2 人きりになれる場をつくることで、互いに思いを話すことができたと考える。看護師は家族の前では遠慮して本心を話せないという思いを理解し、さらにC氏と家族の間に入り込み思いをつなぎ合わせるコーディネーターの役割を担うことで互いに本音を言うことができた。

C氏が「家に帰りたい」と訴えるも夫は「家に連れて帰れない」と話し、C氏、家族の思いにずれがあり、双方が納得して療養場所を決めることが困難であった。C氏と家族の思いにずれがある際には、互いが納得してできることをみつけ、転院が決まった後でも、C氏の希望を叶えるために、また家族が後悔しないために外出を提案し支援を行ったことはC氏や家族が外出という形で「自宅でも過ごすことができる」という意識に変化をもたらし、今後の療養生活への希望につながったと考える。

2. 【「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う】

柳澤⁶⁾が、終末期患者に関わる看護師は患者の「家に帰りたい」という意思や希望が叶えられない状況に対して葛藤を抱くと述べているように、看護師はC氏と夫の間で、どのように2人の思いを調整すべきか悩み、看護師は「どうにかしてあげたい」が思いを傾聴し支えるのみにとどまった時期があった。

エンド・オブ・ライフケアにおけるアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)(以下ACP)は前もって早い段階から人生の最終段階に向けて、その人にとって大切なことや譲れないことについて、意思表示し、その明らかになった意思を大切な誰かに伝えるプロセスである⁷⁾とされている。看護師はジレンマに悩みながらも、C氏が自分らしい残りの人生を過ごすためにも、傾聴し支えるのみにとどまらず、入院早期からC氏、家族の価値観や目標を理解し、計画的に情報収集を行いながら、患者、家族の思いを調整していくACPの重要性が示唆された。

3. 【今後の療養生活の希望へとつながるように支援する】

エンド・オブ・ライフケアとは、診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつか来る死について考える人が生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援することと定義され⁸⁾、その支援には患者の全人的理解が求められ時間を要する。しかし、我が国では医療費削減を前提に在院日数が短縮化されてきており、限られた入院期間の中でその人らしい生活をイメージし関わり支援することは難しくなっている。

黒田⁹⁾は、終末期がん患者は、それまでと同様の生活や自分らしい生き方を貫くことで、生きることの意味を見出していくと述べている。C氏は緊急入院時は「早く家に帰って今まで通りご飯を作ったり孫の面倒をみてあげたい。」と話し、これまでの入院で明るく楽しそうに家族の話をするC氏にとって入院時の「家に帰りたい」に込められた意味は「家に帰って、自律的に生活しながら母親、嫁、祖母として自分の役割を全うしたい」であったのではないかと考える。病状の進行とともに、自律できず自らの役割が果たせない現状を突き付けられて、1人で涙を流し葛藤している時期を経過し、C氏は外出を提案した際には「家の空間にいただけでいい」と話すようになった。また、C氏の実の両親は、「自分たちのとこ

るへ帰ってきてもいい」と話したが、C氏はこれまで生活していた「家へ帰りたい」と話した。「家で過ごしたい」の意味は徐々に「これまで通りの自律した生活ができなくても、母親、嫁、祖母としての役割のある家に帰って、家族と過ごしたい」へと変化したと考える。今回、看護師は入院早期からC氏との対話を通してC氏の“家族と過ごすために家に帰りたい”の意味に気づき全人的に理解し、自宅退院が難しい状況の中、外出という方法が、C氏らしく過ごすことができる方法の一つであると判断した。限られた入院期間の中で、C氏、夫が互いに納得できる方法である外出支援を行ったことで、C氏と夫の成功体験となり“自宅で過ごすこと”への自信につなげることができたと考える。限られた期間の中でエンド・オブ・ライフケアを実践するために、早期からその人の生活や人生に焦点を当て、価値観や思いを理解し、病院から病院、病院から在宅へと思いをつなげる絶え間ない看護の連携を行うことが今後必要な支援と示唆された。

Ⅶ. 結 論

1. がん患者と家族への意思決定支援として3個の大見出し【患者、夫を支える存在となり、思いをすり合わせる】【「どうにかしてあげたい」とジレンマに悩みながら患者、夫と向き合う】【今後の療養生活の希望へとつながるように支援する】を抽出した。
2. 看護師はC氏の家族の前では遠慮して本心を話せないという思いを理解し、さらにC氏と家族の間に入り込み思いをつなぎ合わせるコーディネーターの役割を担うことで互いに本音を言うことができた。
3. エンド・オブ・ライフケアにおいて、看護師はジレンマに悩みながらも、早期からC氏の全体像を捉えた看護を実践していくことが今後必要な支援として示唆された。4. C氏の“家族と過ごす”の意味に気づくことで外出支援を行ったことは、C氏と夫の成功体験となり、今後の療養生活への希望につなげることができた。早期からその人の生活や人生に焦点を当て、病院から病院、病院から在宅へと思いをつなげる看護の連携を行うことが今後必要な支援として挙げられた。

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) 小谷みどり:在宅ホスピスを躊躇される要件—終末期に関する意識調査より、ホスピスケアと在宅ケア 11 (3), p.314-31, 2003.
- 2) 福井小紀子:入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・多職種連携との関連性の検討—在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次的分析の結果. 日本看護学会誌 27 (3), p.48-56, 2007.

- 3) 山本則子:特集 ケアの意味を見つめる事例研究現場発看護の構築に向けて、看護研究 51 (5), p.404-479, 2018.
- 4) 森京子, 古川智恵:在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助—終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助—, 日本在宅看護学会誌 6 巻 2 号, p.65-74, 2018.
- 5) 加利川真理, 小河育恵:ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ, ヒューマンケア研究学会誌, 第4巻2号, p.7-16, 2013.
- 6) 柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝:終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究, 関西看護医療大学紀要, 第4巻, 第1号, p.23-29, 2012.
- 7) 西川満則:地域におけるアドバンス・ケア・プランニングとエンド・オブ・ライフケア—患者・家族のメンタル支援—, リハビリテーション医学, 54 (6), p. 425-428, 2017.
- 8) 長江弘子:患者・家族の生活文化に即したエンド・オブ・ライフ・ケア—第57回日本透析医学会シンポジウムより—, 透析会誌 46 (3), p.360-361, 2013.
- 9) 黒田寿美恵, 佐藤禮子:終末期がん患者の選択する生き方とその本質, 人間と科学, 県立広島大学保健福祉学部誌, 8 (1), p.89-100, 2008.

◇ 原 著 ◇

橈骨動脈穿刺による心臓カテーテル術後の腫脹対応 (第2報)

— 簡易版 SMP 使用の効果 —

若松美智代^{1)*}, 橋本華菜¹⁾, 根本妃良子¹⁾, 村上知美¹⁾, 長山朋美¹⁾

橈骨動脈穿刺で CAG または治療を受けた患者 169 名を対象に、周径測定部位と周径測定回数を簡易化した橈骨動脈穿刺用腫脹対応プロトコル (SMP) を用い、看護師が統一した橈骨動脈穿刺部上肢の腫脹の観察と腫脹時に安全な対応ができるか検証した。TR バンド[®]初回減圧前の周径測定値が 5% 以上拡大を腫脹あり、5% 未満拡大を拡大ありと定義した。腫脹ありの発生件数、腫脹時の対応が適切であるかを判定した。拡大ありと拡大なしの腫脹率をフリードマン検定した。簡易化した SMP (簡易版 SMP) 使用後に看護師にアンケートを行い単純集計した。結果は、腫脹あり 1 名、拡大あり 37 名、拡大なし 131 名であった。腫脹率は時間の経過に伴い減少、有意差はなかった。腫脹の対応は適切にできた。周径測定部位は 94%、周径測定回数は 82% の看護師が適切と回答した。簡易版 SMP を用い、看護師は安全に統一した橈骨動脈穿刺部上肢の腫脹の観察と腫脹時の対応ができた。

【キーワード】 腫脹対応、橈骨動脈穿刺、プロトコル、経皮的冠動脈形成術、心臓カテーテル検査

I. はじめに

A 病院では、年間約 1,400 件の経皮的冠動脈形成術 (以下 PCI) と心臓カテーテル検査 (以下 CAG) が行われている。PCI と CAG (以下心臓カテーテル術) 目的の定期入院が月平均 100 件あり、循環器病棟以外の病棟にも入院受け入れを依頼している。A 病院での心臓カテーテル術は、橈骨動脈からのアプローチが 78% を占めている。横田は、「橈骨動脈アプローチは穿刺が容易であり、かつ止血しやすく苦痛が一番少ない」¹⁾ と述べている。しかし、橈骨動脈は血管径が狭く、カテーテルによる損傷リスクがある²⁾。また、抗凝固剤や抗血小板薬を内服している患者が多く、穿刺部の腫脹や出血のリスクも高い^{3) 4)}。西條らは、橈骨動脈穿刺用腫脹対応プロトコル: Swelling Measure Protocol (以下 SMP) を用いて、PCI 患者の橈骨動脈穿刺部上肢の腫脹の判断ができ、腫脹時に対応ができた⁵⁾。SMP の使用を継続していく中で、周径測定部位と周径測定回数が多いという課題があった。そこで SMP を見直し、周径測定部位を 4 箇所から 2 箇所、周径測定回数を 6 回から 4 回に簡易化した SMP (以下簡易版 SMP) を使用して、統一した橈骨動脈穿刺部上肢の腫脹の観察と腫

脹時の安全な対応ができるかを検証した。さらに先行研究⁶⁾では PCI 患者のみを対象としたが、CAG も PCI 同様の穿刺方法であるため、今回は CAG 患者も研究対象とした。

《用語の定義》

日本心血管インターベンション治療学会認定医を含む循環器医師 10 名と協議して用語を定義した。

腫脹あり: 止血用押圧具 (以下 TR バンド[®]) 初回減圧前を基準とし、周径測定値が 5% 以上拡大した状態。腫脹の状態により対応が異なるため、周径測定値が 5% 以上~10% 未満拡大した状態を「5% 腫脹」、10% 以上拡大した状態を「10% 腫脹」とする。

拡大あり: TR バンド[®]初回減圧前より周径測定値が、5% 未満に拡大した状態

拡大なし: TR バンド[®]初回減圧前の周径測定値と同じもしくは、減少した状態

II. 目 的

簡易版 SMP を使用し心臓カテーテル術後に携わる看護師が、統一した橈骨動脈穿刺部上肢腫脹の観察と腫脹時の安全な対応ができるか明らかにする。

受付日: 2022 年 5 月 16 日 / 受理日: 2023 年 9 月 12 日

1) いわき市医療センター

* E-mail: tatamidaisuki@hotmail.co.jp

Ⅲ. 方 法

1. 期間：2019年6月～12月
2. 対象：橈骨動脈穿刺で心臓カテーテル術を受ける患者169名
上記患者が入院する病棟の看護師120名
3. 研究方法
 - 1) 患者の属性：年齢、性別、心臓カテーテル術の種類、抗凝固剤・抗血栓薬内服の有無、心臓カテーテル術の使用シー
ス号数、PCI後のヘパリン投与の有無。
 - 2) 簡易版SMPの作成
 - (1) SMPを基に、腫脹の定義や腫脹時の対応、医師への報告
基準を循環器医師と協議し、SMPの簡易化を行った(図1)。
 - (2) 周径測定部位は、先行研究⁷⁾で腫脹の発生が見られたTR
バンド[®]直下(以下A点)と、A点と肘窩の間中点(以下
B点)の2点とした。
 - (3) 先行研究⁸⁾では入院時に看護師が、TRバンド[®]のサンプ
ルを手関節に仮装着し、A点・B点の位置に印を付け、周
径測定の準備をした。しかし、橈骨動脈穿刺後に医師が装
着するTRバンド[®]は、仮装着時と同一位置にならず、周径

測定部位がずれることがあった。そのため、TRバンド[®]初
回減圧前に前腕の周径測定部位A点・B点油性ペンで直
接印をつけた。TRバンド[®]除去後に、油性ペンの印は、温
タオルで拭きとった。

- (4) 先行研究⁹⁾には、PCI帰室2時間以内は、腫脹発生を予
測した観察を行う必要があると示されている。そのため、
周径測定回数は、TRバンド[®]初回減圧前、帰室1時間後、
帰室2時間後、翌日TRバンド[®]除去時の4回とした。帰
室1時間後、帰室2時間後に周径測定値の拡大があった場
合は、SMPと同様に帰室4時間後、帰室6時間後も追加
し、6回の周径測定を行った。
- (5) 5%腫脹と10%腫脹がすぐに判断できるように、TRバ
ンド[®]初回減圧前の周径測定値を基準に算出した値を簡易
版SMP用紙へ記入した。
- (6) 腫脹時の対応は、先行研究¹⁰⁾ではサポーテックス[®]を使
用していた。統一した圧迫固定を行うため、弾力包帯に描
かれている三角形のガイドに合わせ1/2巻き重ねることで、
均一な力で圧迫固定ができるエラスコットテンションガイ
ド[®]3号(以下エラスコット)に変更した。

- 1) TRバンド[®]初回減圧前の周径測定は、病棟看護師と
血管造影室看護師の2名で実施する
- 2) TRバンド[®]初回減圧前のA点・B点の測定値を基準点とし、
その後の変化がわかりやすいように紙メジャーに直接印をつける
- 3) 簡易版SMPにそった時間毎に測定した値を用紙に記入し、5%腫脹、
10%腫脹の値と比較する
- 4) 測定値が5%腫脹、10%腫脹の値より大きい場合は、簡易版SMPに
基づき対応する

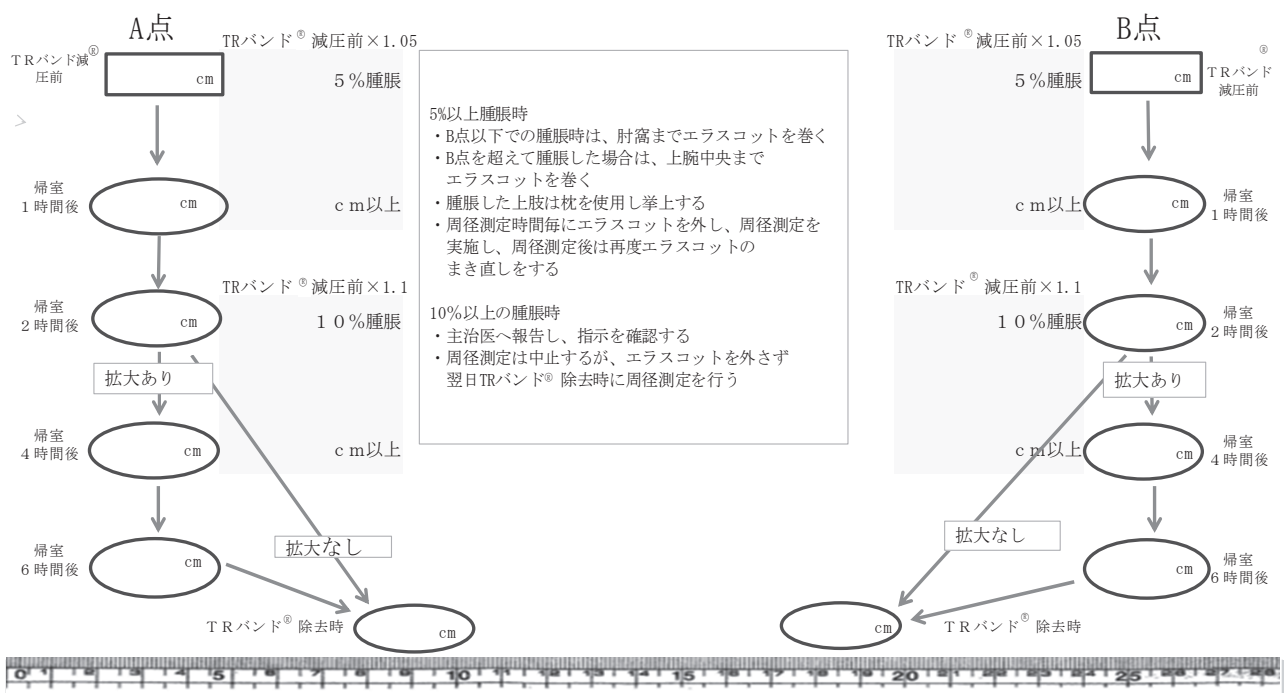
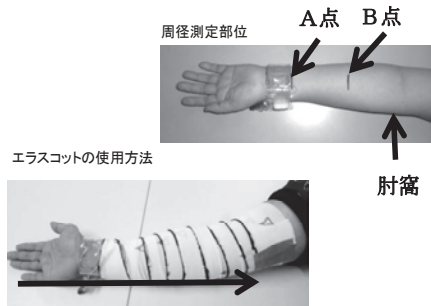


図1 簡易版SMP

(7) 拡大時の対応

【拡大あり】

- ① 圧迫固定や挙上は不要とする。
- ② 周径測定は帰宅 4 時間後・帰宅 6 時間後を追加する。

【5%腫脹】

- ① B 点以下での腫脹時は、肘窩までエラスコットを巻く。
- ② B 点を越えて腫脹した場合は、上腕中央までエラスコットを巻く。
- ③ 腫脹した上肢は枕を使用し挙上する。
- ④ 周径測定時間毎にエラスコットを外し、周径測定を実施し、周径測定後は再度エラスコットのまき直しをする。
- ⑤ 周径測定は帰宅 4 時間後・帰宅 6 時間後を追加する。

【10%腫脹】

- ① 主治医へ報告し、指示を確認する。
 - ② その後の周径測定は中止とする。
 - ③ TR バンド[®]最終減圧より 12 時間以上経過後の TR バンド[®]除去時に周径測定をする。
- (8) 簡易版 SMP 用紙の作成
- ① A4 版用紙 1 枚に作成した。
 - ② 用紙の下部に周径測定用の紙メジャーを載せ、患者毎に測定できるように、用紙から切り離して使用した。

3) 簡易版 SMP 用紙の使用法

- (1) 病棟看護師と血管撮影室看護師に簡易版 SMP 用紙の使用法を 20 分程度で説明した。
- ① TR バンド[®]初回減圧前の周径測定は、血管撮影室看護師と病棟看護師の 2 名により、血管撮影室で実施する。
- ② TR バンド[®]初回減圧前の A 点・B 点の周径測定値を基準点とし、その後の変化がわかりやすいよう紙メジャーに直接印をつける。
- ③ 簡易版 SMP の測定指定時間に添って周径測定し、周径測定値を用紙に記入する。
- ④ TR バンド[®]初回減圧前の周径測定値を基に計算式で算出した 5%腫脹、10%腫脹の値を用紙に記入し比較する。
- ⑤ 測定値が 5%腫脹、10%腫脹の値より大きい場合は、簡易版 SMP に基づき対応する。

4) 看護師のアンケート作成

- (1) 属性：看護師の経験年数
- (2) 周径測定部位、周径測定回数は、「多い」「適切」「少ない」の 3 択で回答を求めた。
- (3) 簡易版 SMP 使用による「腫脹時の観察」「腫脹時の判断」「腫脹時の対応」「医師への報告の判断」は、「できた」「できない」の 2 択で回答を求めた。
- (4) 簡易版 SMP を使用して良かった点は、「初回測定を血管撮影室で実施」「紙メジャーの使用」「周径測定箇所」「腫脹時の数値の記載」「周径測定部位の写真を掲載」「周径測定回数」「特になし」の 7 項目から複数回答可とした。
- (5) 簡易版 SMP についての意見・感想は自由記載とした。

5) アンケートの実施

アンケートの回答は、簡易版 SMP を使用し、患者の周径測定を実施した病棟看護師とした。簡易版 SMP 開始後 6 か月目にアンケートを配布、無記名で回答後、厳封の上、回収箱に投函とした。回収箱は、14 日間留め置き法とした。

4. 分析方法

- 1) 対象患者の属性は、心臓カテーテル術の種類別にまとめ、項目毎に「腫脹あり」、「拡大あり」の発生率をまとめた。さらに、心臓カテーテル術別「腫脹あり」、「拡大あり」の発生率を Fisher の正確確率検定で比較した ($p < 0.05$)。
- 2) 簡易版 SMP 使用による腫脹の評価をした。
 - (1) 腫脹の発生件数をまとめた。
 - (2) 「腫脹あり」は腫脹が拡大しなければ、対応が適切であると判定した。
 - (3) 「拡大あり」と「拡大なし」は、A 点・B 点における TR バンド[®]初回減圧前を基準とし、帰宅 1 時間後・帰宅 2 時間後、TR バンド[®]除去時の周径測定値から腫脹率を算出、フリードマン検定を実施した ($p < 0.05$)。
- 3) 看護師へのアンケート結果は、全項目回答を有効回答とし、単純集計した。自由記載は類似した内容にまとめた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、いわき市医療センター倫理委員会で承認を得た。SMP 開発者に研究使用の許可を得た。橈骨動脈穿刺で心臓カテーテル術を受ける患者と対象患者が入院する病棟の看護師に、研究の趣旨、プライバシーの保護、参加は自由意思であり、協力拒否による不利益は生じない、得られた結果は本研究以外で使用しないこと、データは量的に処理され個人が特定されないこと、データは鍵のかかる保管庫に 5 年間保管後、廃棄することを口頭と文章で説明した。患者には腫脹増強時は医師へ報告し、速やかに対処すること、腫脹の評価に用いる測定位置には、油性ペンで直接皮膚に印を付けることを口頭と文章で説明し、同意を得た。看護師には、アンケートは無記名、厳封後に設置した回収箱自由投函により同意とした。

V. 結 果

1. 患者の属性 (表 1)

対象患者 169 名のうち、PCI 患者は 62 名 (36.6%)、CAG 患者は 107 名 (63.3%) であった。以後 PCI 患者、CAG 患者の順に述べる。平均年齢は、70.8 ± 10.8 歳、68.1 ± 11.3 歳、性別は男性 45 名 (72.6%)、77 名 (72.0%)、女性 17 名 (27.4%)、30 名 (28.0%) であった。抗凝固剤の内服ありは、1 名 (1.6%)、7 名 (6.5%)、抗血小板薬の内服ありは、55 名 (88.7%)、67 名 (62.6%) であった。抗凝固剤・抗血小板薬ともに内服ありは、0 名、4 名 (3.7%)、抗凝固剤・抗血小板薬の内服なしは、6 名 (9.7%)、29 名 (27.1%) であった。心臓カテーテル術で使用されたシースの号数は、4Fr.は、2 名 (3.2%)、105 名 (98.1%)、6Fr.は、54 名 (87.1%)、1 名 (0.9%)、7Fr.は、5

名 (8.1%), 1名 (0.9%), 8Fr.は、1名 (1.6%), 0名であった。心臓カテーテル術後のヘパリン使用は、1名 (1.6%), 1名 (0.9%) であった。

1) 心臓カテーテル術別「腫脹あり」「拡大あり」の発生率 (表2)

PCI患者62名のうち、「腫脹あり」は、1名 (1.6%), 「拡大あり」は患者22名 (35.5%) であった。CAG患者107名のうち、「腫脹あり」は0名, 「拡大あり」は30名 (28.0%) であった。PCI患者とCAG患者の「腫脹あり」, 「拡大あり」の発生率に有意差はなかった。また, 「拡大なし」においても有意差はなかった。

2) 薬剤別「腫脹あり」「拡大あり」の発生率 (表3)

抗凝固剤の内服あり8名 (4.7%) のうち, 「腫脹あり」は0

名, 「拡大あり」は1名 (0.6%) であった。抗血小板薬の内服あり122名 (72.2%) のうち, 「腫脹あり」は1名 (0.6%), 「拡大あり」は35名 (20.7%) であった。抗凝固剤・抗血小板薬ともに内服あり4名 (2.4%) のうち, 「腫脹あり」は0名, 「拡大あり」0名であった。抗凝固剤・抗血小板薬の内服なし35名 (20.7%) のうち, 「腫脹あり」は0名, 「拡大あり」は16名 (9.5%) であった。

3) 心臓カテーテル術の使用シース号数別「腫脹あり」「拡大あり」の発生率 (表4)

4Fr.107名 (63.3%) のうち, 「腫脹あり」は0名, 「拡大あり」は30名 (17.8%) であった。6Fr.55名 (32.5%) のうち, 「腫脹あり」は1名 (0.6%), 「拡大あり」は20名 (11.8%)

表1 患者の属性

		n=169			
心臓カテーテル術		PCI n=62		CAG n=107	
平均年齢 (標準偏差)		70.8 (±10.8)		68.1 (±11.3)	
性別	男	45	(72.6%)	77	(72.0%)
	女	17	(27.4%)	30	(28.0%)
抗凝固剤の内服あり		1	(1.6%)	7	(6.5%)
抗血小板薬の内服あり		55	(38.7%)	67	(62.6%)
抗凝固剤・抗血小板薬内服の両方を内服あり		0		4	(3.7%)
抗凝固剤・抗血小板薬内服なし		6	(9.7%)	29	(27.1%)
心臓カテーテル術の使用シース号数	4Fr.	2	(3.2%)	105	(98.1%)
	6Fr.	54	(87.1%)	1	(0.9%)
	7Fr.	5	(8.1%)	1	(0.9%)
	8Fr.	1	(1.6%)	0	
心臓カテーテル術後のヘパリンの使用		1	(1.6%)	1	(0.9%)

表2 心臓カテーテル術別「腫脹あり」「拡大あり」の発生率

	PCI n=62	CAG n=107	
腫脹あり	1 (1.6%)	0	有意差なし
拡大あり	22 (35.5%)	30 (28.0%)	有意差なし
拡大なし	39 (62.9%)	77 (72.0%)	有意差なし

*p<0.05

表3 薬剤別「腫脹あり」「拡大あり」の発生率

		n=169		
		n	腫脹あり	拡大あり
抗凝固剤の内服あり		8 (4.7%)	0	1 (0.6%)
抗血小板薬の内服あり		122 (72.2%)	1 (0.6%)	35 (20.7%)
抗凝固剤・抗血小板薬内服の両方を内服あり		4 (2.4%)	0	0
抗凝固剤・抗血小板薬内服なし		35 (20.7%)	0	16 (9.5%)
心臓カテーテル術後のヘパリンの使用		2 (1.2%)	0	0

表4 心臓カテーテル術の使用シース号数別「腫脹あり」「拡大あり」の発生率

		n=169		
		n	腫脹あり	拡大あり
心臓カテーテル術の使用シース号数	4Fr.	107 (63.3%)	0	30 (17.8%)
	6Fr.	55 (32.5%)	1 (0.6%)	20 (11.8%)
	7Fr.	6 (3.6%)	0	1 (0.6%)
	8Fr.	1 (0.6%)	0	1 (0.6%)

であった。7Fr.6名(3.6%)のうち、「腫脹あり」は0名、「拡大あり」は1名(0.6%)であった。8Fr.1名のうち(0.6%)「腫脹あり」は0名、「拡大あり」は1名(0.6%)であった。

4)「腫脹あり」「拡大あり」患者の背景(表5)

「腫脹あり」のPCI患者1名は、抗血小板薬の内服があり、使用したシースは6Fr.であった。「拡大あり」のPCI患者22名は、抗凝固剤の内服あり1名(4.5%)、抗血小板薬の内服あり20名(90.9%)、抗凝固剤・抗血小板薬の内服なし1名(4.5%)、使用したシースは、4Fr.1名(4.5%)、6Fr.19名(86.4%)、7Fr.1名(4.5%)、8Fr.1名(4.5%)であった。CAG患者30名は、抗血小板薬の内服あり15名(50.0%)、抗凝固剤・抗血小板薬の内服なし15名(50.0%)であった。使用したシースは、4Fr.29名(96.7%)、6Fr.1名(3.3%)であった。

2. 腫脹発生後の経過

腫脹した患者1名のA点初回減圧前の周径測定値は17.3cm、帰室1時間後17.8cm(+2.8%)、帰室2時間後18.5cm(+6.9%)に拡大した。簡易版SMPに基づき、帰室2時間後からエラスコットをA点より肘窩まで1/2巻き重ねにした。枕を使用し腫脹した上肢を挙上した。その後、周径測定値は、帰室4時間後18.1cm(+4.6%)、6時間後18.1cm(+4.6%)、翌日のTRバンド®除去時18.0cm(+4.0%)に減少した。TRバンド®除去後もA点・B点は「拡大なし」で経過した。

3. 「拡大あり」の腫脹率(表6)

PCI患者の「拡大あり」は22名、A点の腫脹率は、帰室1時間後0.0±1.1%、帰室2時間後-0.3±1.7%、TRバンド®除去時-0.3±2.6%であった。B点の腫脹率は、帰室1時間後0.1±0.6%、帰室2時間後0.2±2.1%、TRバンド®除去時0.0±3.0%であった。CAGの患者の「拡大あり」は30名、A点の腫脹率は、帰室1時間後0.4±1.4%、帰室2時間後0.2±1.6%、TRバンド®除去時-0.1±2.4%であった。B点の腫脹率は、帰室1時間後0.5±1.1%、帰室2時間後0.4±1.6%、TRバンド®除去時0.0±2.3%であった。帰室1時間後、帰室2時間後、TRバンド®除去時の腫脹率に有意差はなかった。時間の経過とともに、周径測定値が徐々に縮小し、TRバンド®除去時には「拡大なし」となった。

4. 「拡大なし」の腫脹率(表7)

PCI患者の「拡大なし」は39名、A点の腫脹率は、帰室1時間後-0.3±1.3%、帰室2時間後-0.5±1.3%、TRバンド®除去時-1.3±2.3%であった。B点の腫脹率は、帰室1時間後-0.9±1.6%、帰室2時間後-1.1±2.1%、TRバンド®除去時-1.3±2.1%であった。CAGの患者の「拡大なし」は77名、A点の腫脹率は、帰室1時間後-0.4±1.4%、帰室2時間後-0.5±1.5%、TRバンド®除去時-0.9±2.0%であった。B点の腫脹率は、帰室1時間後-0.4±1.3%、帰室2時間後-0.5±1.4%、TRバンド®除去

表5 「腫脹あり」「拡大あり」の患者の背景

心臓カテーテル術	腫脹あり		拡大あり	
	PCI n=1	PCI n=22	CAG n=30	
抗凝固剤の内服あり	0	1 (4.5%)	0	
抗血小板薬の内服あり	1(100%)	20(90.9%)	15(50.0%)	
抗凝固剤・抗血小板薬内服の両方を内服あり	0	0	0	
抗凝固剤・抗血小板薬内服なし	0	1 (4.5%)	15(50.0%)	
心臓カテーテル術の使用シース号数	4Fr. 0	1 (4.5%)	29(96.7%)	
	6Fr. 1(100%)	19(86.4%)	1 (3.3%)	
	7Fr. 0	1 (4.5%)	0	
	8Fr. 0	1 (4.5%)	0	

表6 「拡大あり」の腫脹率

	帰室1時間後	帰室2時間後	TRバンド®除去時	
PCI A点平均	0.0±1.1	-0.3±1.7	-0.3±2.6	有意差なし
n=22 B点平均	0.1±0.6	0.2±2.1	0.0±3.0	有意差なし
CAG A点平均	0.4±1.4	0.2±1.6	-0.1±2.4	有意差なし
n=30 B点平均	0.5±1.1	0.4±1.6	0.0±2.3	有意差なし

*p < 0.05

表7 「拡大なし」の腫脹率

	帰室1時間後	帰室2時間後	TRバンド®除去時	
PCI A点平均	-0.3±1.3	0.5±1.3	-1.3±2.3	有意差なし
n=39 B点平均	-0.9±1.6	-1.1±2.1	-1.3±2.1	有意差なし
CAG A点平均	0.4±1.4	-0.5±1.5	-0.9±2.0	有意差なし
n=77 B点平均	0.4±1.3	-0.5±1.4	-0.9±1.5	有意差なし

*p < 0.05

時-0.9±1.5%であった。帰室1時間後、帰室2時間後、TRバンド®除去時の腫脹率に有意差はなかった。時間の経過とともに、周径測定値が徐々に縮小した。

5. 看護師のアンケート結果

- 1) アンケートの回答者数は105名、回収率は88%、有効回答者数は97名、有効回答率92%であった。
- 2) 看護師の経験年数は13.3±11.6年だった。
- 3) 「周径測定部位」は、91名(93.8%)が適切であると回答、「周径測定回数」は81名(83.5%)が適切であると回答した(図2)。

- 4) 「腫脹の観察」96名(98.9%)、「腫脹の対応」76名(78.3%)、「医師への報告の判断ができた」79名(81.4%)ができたと回答した(図2)。
- 5) 簡易版SMPを使用して良かった点は、「初回測定を血管撮影室で実施」58名(59.8%)、「紙メジャーの使用」39名(40.2%)、「測定箇所」32名(33.0%)、「腫脹時の数値の記載」29名(29.9%)、「周径測定部位の写真を掲載」26名(26.8%)、「測定回数」14名(14.4%)、「特にない」9名(9.3%)であった(図3)。

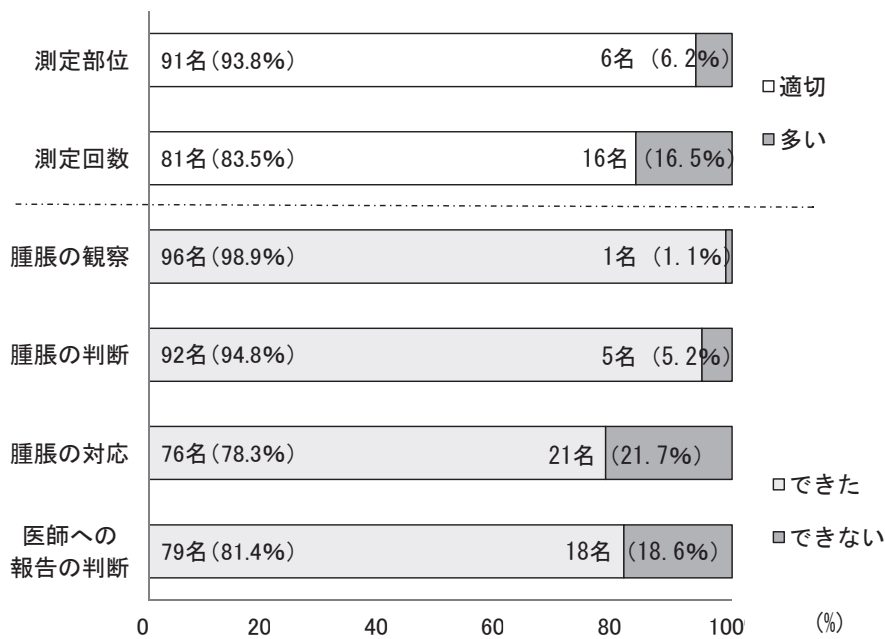


図2 簡易版SMPを使用した看護師のアンケート結果

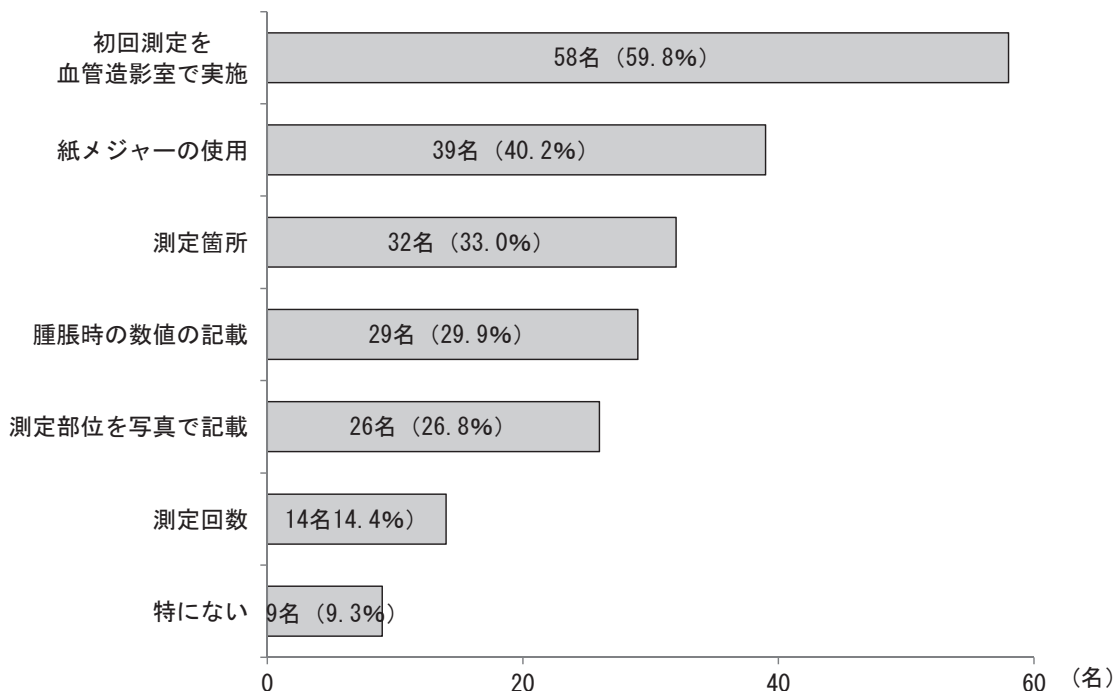


図3 簡易版SMPを使用して良かった点

- 6) 自由記載の回答では、「腫脹がなかったので対応できるかわからない」という意見が 21 件あった。「簡易版 SMP に沿って対応できた」が 8 件、「勤務を交代しても統一した正しい判断ができると思う」が 5 件あった (表 8)。

VI. 考 察

1. 周径測定部位の簡易化

簡易版 SMP は、TR バンド®初回減圧前の周径測定値を基準としている。TR バンド®初回減圧は血管撮影室看護師から病棟看護師に申し送る時に行った。A 点・B 点の周径測定部位の印と基準点となる周径測定値は、TR バンド®初回減圧前に血管撮影室看護師と病棟看護師の 2 名で、確認しながら行うことができた。そのため、周径測定部位がずれることなく、正確に測定できたと考える。

「5%腫脹」した患者は、帰室 1 時間後の周径測定で、A 点の周径測定値が腫脹していると判定し、簡易版 SMP に沿った処置を行い、腫脹は軽減した。肘窩と A 点の間である B 点の周径測定値は拡大することなく経過した。この経過から、2 カ所の測定で腫脹の観察と腫脹時の対応が可能であることがわかった。また、看護師の 91%が周径測定部位を 4 カ所から 2 カ所に簡易化したことを適切としている。周径測定部位の簡易化による腫脹の観察は安全であり、周径測定にかかる時間が短縮でき、看護師の業務を軽減させることができた。また、周径測定部位を減少させたことで、患者上肢の油性ペンの印が減り、患者の負担も軽減することができたと考える。

2. 周径測定回数の簡易化

「腫脹」した患者の A 点の周径測定値は、帰室 1 時間後に 2.8%に拡大、帰室 2 時間後に 6.9%に拡大した。先行研究¹¹⁾で示されたように、帰室 2 時間後までは腫脹を予測した観察が必要であることが明らかになった。5%腫脹した時点で、圧迫や挙上の処置が開始され、追加測定となった帰室 4 時間後からは拡大の割合が 5%未満に減少し、再拡大することなく経過した。

「拡大あり」の患者は、時間の経過とともに腫脹率は減少、TR バンド®除去時に A 点・B 点の周径測定値の拡大は見られなかった。圧迫や挙上による処置は行わず、SMP と同様に周径測定回数を帰室 4 時間後と帰室 6 時間後に実施したことで腫脹率の減少を確認しながら、腫脹の観察と判断ができた。

「拡大なし」の患者は、時間の経過とともに腫脹率は減少、TR バンド®除去時に A 点・B 点の拡大はみられなかった。以上のことから、帰室 1 時間後と帰室 2 時間後の周径測定値が「拡大なし」の場合は、帰室 4 時間後・帰室 6 時間後の周径測定を行わずに、周径測定回数を 4 回に簡易化させても安全であることが確認された。また、看護師の 81%が周径測定回数を 6 回から 4 回に簡易化したことを適切としている。帰室 1 時間後・帰室 2 時間後の周径測定値が、その後の周径測定実施の判断基準になることを簡易版 SMP で示すことができた。

3. 腫脹の判断方法の可視化

看護師の 99%が腫脹の観察ができた、95%は腫脹の判断ができたと回答している。周径測定に紙メジャーを使用し、周径測定値に直接印をつけたことにより、周径測定部位の変化が一目で分かり、周径測定値の拡大の判断が速やかにできたと考える。また、簡易版 SMP 用紙には、TR バンド®初回減圧前の周径測定後に、「5%腫脹」と「10%腫脹」を判断するための計算式を載せた。算出された値と周径測定値を比較することで、「5%腫脹」「10%腫脹」「拡大あり」の判断が迅速にできた。「5%腫脹」と「10%腫脹」を計算し、数値化することで判断方法の可視化ができ、その後の対応に繋げることができたと考える。

4. 用具の変更

腫脹時使用する圧迫帯をエラスコットに変更した。包帯に描かれている三角形のガイドに沿って、一定の圧をかけながら圧迫することができ、看護師の経験知に関係なく、統一した対応ができた。看護ケアの質を保つためには、適切な用具の選択が必要である。

5. 簡易版 SMP の安全性

岩下らは、「自施設にあったプロトコルを作成し実施することで、介入方法の標準化が可能になる」¹²⁾と述べている。今回、SMP をもとに、周径測定部位と周径測定回数の簡易化、腫脹の判断方法の可視化、用具の変更を行った。SMP の対象は PCI を受ける患者であったが、本研究では CAG を受ける患者も対象とした。橈骨動脈穿刺による穿刺部上肢の「拡大あり」は、心臓カテーテルの術式、抗凝固剤・抗血小板薬内服の有無、使用したシースの号数とは関連無く発生した。そのため患者背景にとらわれず、全ての患者に簡易版 SMP を使用することで、看護師の勤務交代や経験知が影響すること

表 8 簡易版 SMP についての意見・感想

	件
プロトコルに沿って対応できた	8
対応したことがないができると思う	5
勤務を交代しても統一した正しい判断ができると思う	5
不安なく観察することができた	2
実際に経験したのが少なかったので評価できない	4
腫脹がなかったので対応できるかわからない	21
その都度メジャーを作成するのが負担になる時があった	4

なく、統一した橈骨動脈穿刺部上肢の腫脹の観察と腫脹時の安全な対応ができたことが明らかになった。

6. 研究の限界

対象患者における心臓カテーテル術別の「腫脹あり」、「拡大あり」の発生率に有意差はなかった。しかし、抗凝固剤・抗血小板薬の内服状況、心臓カテーテル術後のヘパリン投与の有無、心臓カテーテル術の使用シース号数における患者背景が異なっていた。さらに、内服薬や治療中の薬剤投与量、心臓カテーテル実施時間などの詳細な背景をもとにした検証には至らなかったことが今回の研究の限界である。

Ⅶ. 結 論

簡易版 SMP を使用することで、看護師は心臓カテーテル術後の統一した橈骨動脈穿刺部上肢の腫脹の観察と腫脹時の安全な対応ができた。

本論の内容の一部は、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) 横田光俊：日ごろの“？”をまとめて解決 循環器ナースのギモン (1), 照林社, p.55, 2017.
- 2) 大八木秀和：まるごと図解 循環器疾患, 照林社, p.38, 2018
- 3) 塩見絃樹：冠動脈ステント留置患者の抗血栓薬の使い方, レジデントノート, (24), p.963-971, 2022.
- 4) 西條正子, 鈴木由美子, 内山聡美, 他：経皮的冠動脈形成術後の腫脹時の対応-橈骨動脈穿刺用プロトコール使用の効果-, 第 48 回日本看護学会論文集 (急性期看護), p.34-37, 2018.
- 5) 前掲論文 4) p.37.
- 6) 前掲論文 4) p.34.
- 7) 前掲論文 4) p.34.
- 8) 前掲論文 4) p.34.
- 9) 前掲論文 4) p.37.
- 10) 前掲論文 4) p.34.
- 11) 前掲論文 4) p.37.
- 12) 岩下裕美, 吹田奈津子：痛みの管理, 重症集中ケア, 18(4), p.12, 2019.

◇ 原 著 ◇

多職種連携教育における SA (Student Assistant) が抱いた思い

— KJ 法による図解 —

伊藤直子^{1)*}, 森田恵子¹⁾, 白戸亮吉²⁾, 根岸哲也³⁾

多職種連携教育 (IPE) に上級学年を SA として採用し, SA が抱いた思いについて明らかにすることを目的とした。SA6 名にインタビューを行い, KJ 法を用いた構造化・図解化により IPE における SA が抱いた思いについて考察した。【さじ加減は難しい】【1年生のために思案する】【指導する側の視点に気づき, フォーカスを合わせる】【特性に合わせた対応を考える】【指針が欲しい】【礼儀を意識する】【4年生としてのプライド】【他の学科専攻 (4年生) からインスパイアされる】【SA 同士で評価する】の9つの概念を見出した。

SA という立場の変化を経験した4年生は, 後輩のために思案し試行錯誤しながら, 他学科専攻の学生からインスパイアされ自己の専門性が意識化された。就業前の4年次に IPE を通して SA を経験した学生は, 多職種と連携・協働する意識が育まれ, 卒業後に多職種連携を推進する人材として活躍し, さらに後輩の育成に寄与できるものと考えられた。

【キーワード】多職種連携教育/演習, 看護基礎教育, スチューデント・アシスタント (Student Assistant : SA), KJ 法

I. はじめに

厚生労働省は, 少子高齢化・核家族化の進展, 医療・介護提供体制の強化などの課題をふまえ, 高齢者等が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, 地域包括ケアシステムの構築について提唱・推進している¹⁾。また, 継続的な在宅医療・介護の提供のためには, 関係機関が連携し多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制構築の必要についても提言がなされている。世界保健機関 (WHO) は, ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) を健康, 保健戦略の中心に掲げ, 保健医療資源の乏しい地域における限られた保健人材の有効活用と良いコミュニケーションに支えられた多職種連携の必要を述べており²⁾, 地域の保健・福祉分野における多職種連携は, より重要視されている。

さらに, 医療の高度化・複雑化, 多様な医療ニーズに応じる必要性などにより, 患者中心の医療を的確・効率的に提供することを目的として, 多様な専門職種・部門・機関が協働・連携する機会が増えている。医療分野においても多職種間で

情報や目的を共有し, 互いに連携し合う力を養うことがますます求められている。医療職をめざす大学の学部・学科の高等教育においては, 多職種連携に関する知識や能力を養うために, 多職種連携教育 (Inter Professional Education ; 以下 IPE) を就業前に行う必要性が提唱され, 国内外の多くの教育機関においてその成果が報告されている³⁾。

著者らは IPE について継続的に検討を行い, これまでに授業アンケートによる学生評価の実施⁴⁾, 演習前後における医療系大学1年生のコミュニケーション・スキルの変化⁵⁾について報告を行っている。演習プログラムの経験により自己主張や表現力等のコミュニケーション・スキルは向上したが, 他者受容の項目ではほとんど変化がみられず, 1年次の限られた演習回数では他者受容の共感性には大きな変化を及ぼすまでには至らないことが考えられた。

IPE は初年次生を対象とした導入的な教育だけではなく, 多年次積み上げ式等の段階的に学習ができる内容の検討が必要であると考えられた。まず全学科専攻の上級学年への IPE の実施について検討を行ったが, カリキュラム編成上の問題があり上級学年全体への導入は見合わせた。そこで1年次に

受付日: 2022年5月16日 / 受理日: 2023年9月12日

1) 大東文化大学 2) 日本医療科学大学 3) ウィル訪問看護ステーション

* E-mail : nito@ic.daito.ac.jp

チーム医療演習を履修した上級学年を SA (Student Assistant; 以下 SA) として採用し、新たに 4 年生の学習機会の設定を試みることにした。

近年、SA や TA (Teaching Assistant; 以下 TA) などの教育補助者は大学で広く導入されるようになり、その効果について報告されている。SA や TA の導入がもたらす教育的効果は 2 つに捉えられるといわれ、第 1 は受講学生にもたらされる効果、第 2 は SA や TA を担当した学生にもたらされると報告されている⁶⁾。特に 1 年次に IPE を受講した 4 年生は、SA として関わることにより多職種連携に関する新たな学びや知見を得て、さらに assistant としての経験が将来臨床の場で担う指導的・教育的役割について先行的に学べるのではないかと考えた。

そこで本研究では、医療系大学における多職種連携教育科目に上級学年を SA として採用し、その役割を経験した SA が抱いた思いについて明らかにすることを目的とした。SA という役割を経験した学生は、多職種と連携・協働する意識が生まれ、卒業後に多職種連携を推進する人材、および臨床の場において指導者としての役割を果たすことが期待され、今後の人材育成に寄与できるものと考えた。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、医療系大学における多職種連携教育科目の SA という役割を経験した 4 年生が抱いた思いについて明らかにすることであり、これにより多職種連携教育における課題と可能性について検討・提言することを研究の意義とした。

Ⅲ. 方 法

1. 多職種連携教育の概要

多職種連携教育は、1 年次後期の必修科目「チーム医療演習」(15 回)にて実施され、診療放射線学科、リハビリテーション学科(理学療法学専攻・作業療法学専攻)、看護学科、臨床工学科の 4 学科 2 専攻の 1 年生全員を学科横断して混合編成し 1 グループ 6 名による演習を行った。4 年生 SA については、授業開講前に各学科長・専攻長に推薦を依頼し計 22 名を選出した。SA の役割は進行を含めた積極的な学習支援とし、演習開始前にオリエンテーションおよび教育学に関する学習会を 1 回実施した。SA 1 名が 3 グループを教員と共に担当し、6~9 グループで 1 つになったブロックに配置された。

2. インタビュー調査

90 分のグループ演習 5 回と最終発表会 1 回のすべての回に参加した SA 13 名中、研究参加に同意が得られた 6 名を対象とした。インタビューガイドを用い、① SA を行うことにより得られたこと、② SA を行うことで困ったこと、③ 望むことについて自由に語ってもらった。インタビュー調査は、授業終了後の 2018 年 12 月から 2019 年 1 月の期間に実施した。

3. KJ 法

KJ 法は、民族地理学者・川喜田二郎の創案による「渾沌として語らしめる」方法であり、収集した情報を創造的に発想し統合することにより渾沌としたデータ群を構造化し、その本質をシンボリックに明らかにすることができる^{7), 8)}。本研究の目的は、多職種連携教育科目の SA という役割を経験した 4 年生の多様な語りから思いの本質を明らかにすることであるため、既成の概念による分類や研究者の恣意的な解釈によるのではなく、対象者から取材したデータそのものに語らせる KJ 法が適切であると判断し用いた。

4. KJ 法の手順

まず逐語録を熟読し、その全体感を背景として適切に単位化・圧縮化することでラベル化する。それらを模造紙に配置し「探検ネット」と呼ばれる図解を作成し全体感を把握した上で「多段ピックアップ」という技法により精選したラベルを元ラベルとして狭義の KJ 法を行う⁹⁾。KJ 法は「広義の KJ 法」と「狭義の KJ 法」に大別され、「狭義の KJ 法」はラベル群をグループ編成によって統合し、図解化、叙述化する以下の一連の作業を指すが、「広義の KJ 法」では、その前提となる取材の技法や「狭義の KJ 法」を累積的に活用する「累積 KJ 法」の技法なども含める。

狭義の KJ 法では、ラベルを記載した際の主題をもとにまずラベルの質の近さを吟味し 2~3 個程度のセットになるラベルと「一匹狼」と呼ばれる 1 個のラベルを確定する。ラベルのセットは、ポジティブ・ネガティブな言葉で示されているラベルについての分類ではなく、川喜田¹⁰⁾の事実やその情報の語りかけの本質に素直に耳を傾け「異質なデータを統合する」ように行った。セットしたラベルには「表札」と呼ばれる統合概念を文章として示す。その後、ラベルと表札をグループ編成し、最終的に 10 束以内のグループになるまで統合を繰り返し、模造紙に各グループの全体感を背景に配置して図解化する。図解上では統合されたラベル群のグループは「島」として表現され、最終統合の各島には「シンボルマーク」と呼ばれる象徴概念が与えられ島同士の関係線によって構造を明らかにする¹¹⁾。そして図解全体のタイトルを考案し、図解をもとに叙述化を行う。

5. 本研究における信頼性及び妥当性の確保

分析は KJ 法研修を修了した経験者を含め研究者ら 3 名で行い、上述の多段ピックアップを行う際には、1 回目のピックアップ、2 回目のピックアップ、最後のピックアップと繰り返し、どうしても拾いたいものだけを抽出するよう再現性を確保した。加えて図解化においては、研究者間の合意が得られるまで検討を行った。

また、妥当性を確保するためにラベルの完成から構造化・図解化までの過程において KJ 法の教育者である霧芯館-KJ 法教育・研修-主宰・川喜田晶子氏のスーパーバイズを受けた。

IV. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり大学の研究倫理委員会の承認を得た(承認番号 2018022)。調査開始にあたり研究対象者として選定された理由、インタビュー内容を IC レコーダーに録音すること、データの管理と個人情報の管理について、研究成果の公表の承諾等について口頭と文書で説明し、同意書への署名を得た。なお、研究協力の同意を得る際には、協力は任意であり特に研究対象者の成績や学習上の利害に関係するような暗示がないよう配慮し、協力を断った際に一切の不利益を被らないことを加えて説明した。インタビューの場所は他者の出入りがない面談室を利用し、インタビュー内容が他者に漏洩しないこと、およびプライバシーが守られるよう配慮した。

V. 結 果

逐語録からラベル 148 枚を作成し、KJ 法の手順に従い研究者 3 名でラベル化、多段ピックアップ法の過程を経てラベル 50 枚を精選し、第 1 段階で 16 の表札を見出した。第 2 段階において 9 つの島に統合し、その後全体の関係性を構造化及び図解化した結果を図 1 に示す。各島の中心となる象徴概念(シンボルマーク)を【 】として示し、図の中で文章末尾に①があるものは第 1 段階の統合における表札、②は第 2 段階統合における表札『 』とした。また、島同士の関係性には、相互関係(⇔)、波及())) 反対(>—<)を用いて示した。

【さじ加減は難しい】【1 年生のために思案する】【指導する側の視点に気づき、フォーカスを合わせる】【特性に合わせた対応を考える】【指針が欲しい】【礼儀を意識する】【4 年生としてのプライド】【他の学科専攻(4 年生)からインスパイアされる】【SA 同士で評価する】の 9 つを見出し、図のタイトルは、「SA という立場の変化によるインスパイアから多職種連携の意識と行動が生まれる」とした。以下、SA が抱いた思いを以下 1~9 で述べる。

1. 【さじ加減は難しい】

演習中に「自分たちで完結して“あっ大丈夫です”とするグループには困った」や「せっかく盛り上がった空気を、叱ってだめにしちゃうのも良くないと思いついている子に怒れなかった」という『グループの空気次第では対処できない自分を自覚する』場面がある一方で、関わり方によっては『丸呑みしたかのような 1 年生の反応に自分の影響力の怖さを感じた』と『関わり方の塩梅が難しい』と押したり引いたりする対応に苦慮していることが示されていた。この島のラベル数は他の島に比べて多く抽出された。

2. 【1 年生のために思案する】

演習では『改善のためのポイントを思案したり共有したりした』などの関わりから『自分が経験したからこそ 1 年生の気持ちができる』と、まず初めに 1 年生目線で何ができるか思案したことが示された。

3. 【指導する側の視点に気づき、フォーカスを合わせる】

1 年生のために思案することにより『教える側の視点に気付いた』『対応に余裕ができてフォーカスを変えることができる』変化が示され、SA という指導的立場からの視点の発言がみられた。

4. 【特性に合わせた対応を考える】

1 年生への関わりの中で『性差に合わせて対応を変える必要を感じた』『個人や集団の違いに気づき対応を考えたい』という対応が示され、関わり方の方法を考えていたことがわかる。

5. 【指針が欲しい】

1 年生のために思案しながらも、SA は自己で裁量できる範囲がわからないことや柔軟に対応することが難しいために【指針が欲しい】と望んでいた。

6. 【礼儀を意識する】

1 年生への関わりを続ける中で、1 年生の反応から『医療に関わる者としての礼儀を意識した』と【礼儀を意識する】機会となる。

7. 【4 年生としてのプライド】

1 年生とのやり取りを通して、SA は 4 年生という立場から『どう思われているのか不安になり強がってしまう』、『SA でもできることはなるべくやらせてほしい』と思い、【4 年生としてのプライド】が示され、【指針が欲しい】の島とは反対の関係となった。

8. 【他の学科専攻(4 年生)からインスパイアされる】

1 年生への指導にあたり SA と関わり『他の学科専攻の 4 年生からインスパイアされ自分の専門性を見つめ直した』と自己の専門性が意識化される機会となっていた。1 年生のために SA が思案することから波及した関係性を示し【他の学科専攻(4 年生)からインスパイアされる】の島となった。

9. 【SA 同士で評価する】

さらに 1 年生への指導にあたり、同じグループや教室を担当する他の SA の態度やコミュニケーション能力を注視し、SA 同士でお互いを評価しあう機会になっていた。

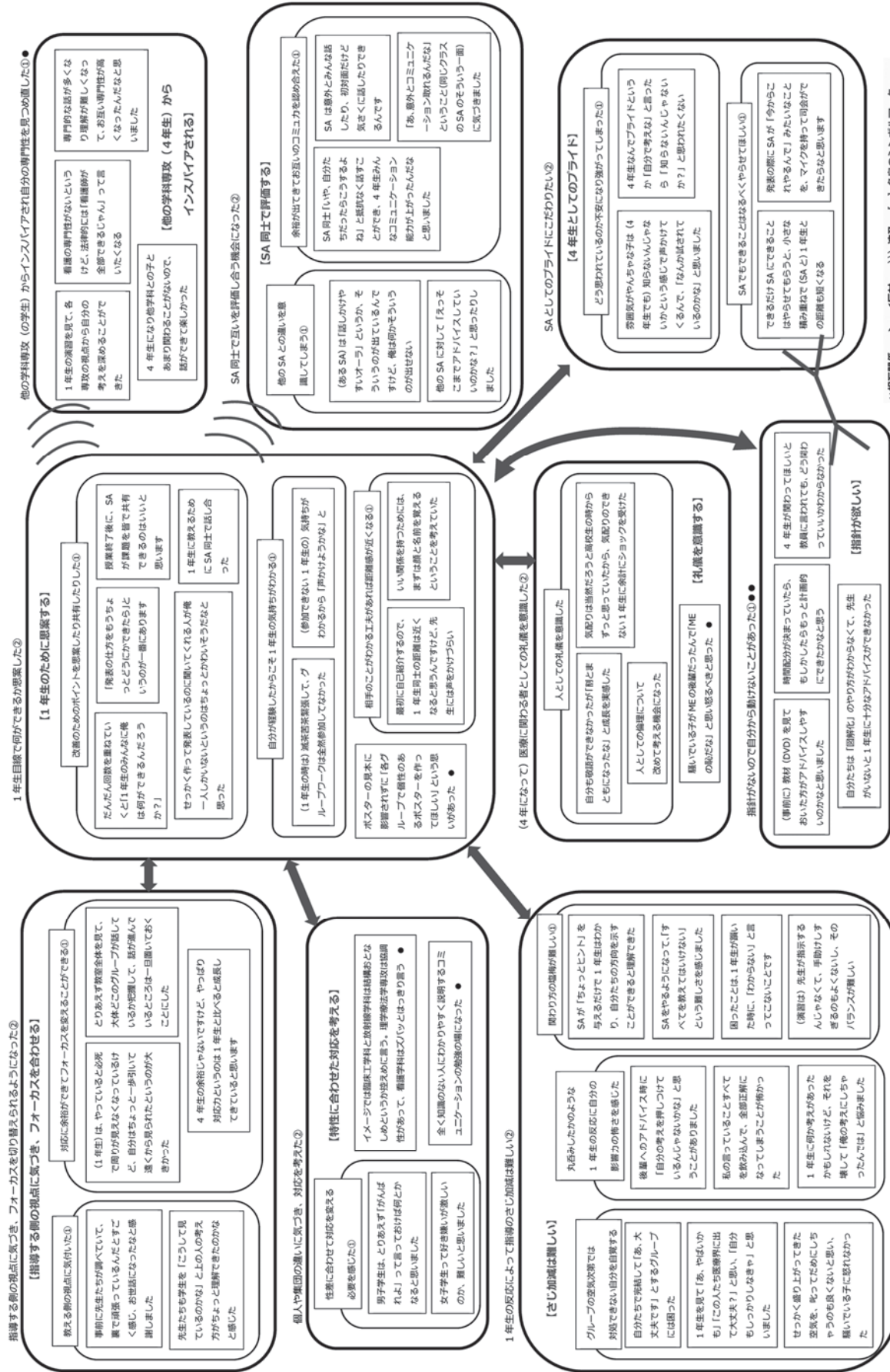
VI. 考 察

多職種連携教育演習において上級学年の 4 年生を SA として採用し、SA が 1 年生と関わる中で試行錯誤しながら考え感じたラベルから 9 つのカテゴリーを見出し、図解の主題を「SA という立場の変化によるインスパイアから多職種連携の意識と行動が生まれる」とした。これらから SA を活用した教育方法のあり方、SA に対しての教育的配慮、および今後の看護基礎教育における多職種連携教育の課題と可能性について考察する。

1. SA を活用する教育方法のあり方

多職種連携教育演習において SA という役割を担うことになった 4 年生 SA の成長について述べる。これまでは、学習者の目線から自分自身がどのようなことを学ぶのか自己中心的な学習を行ってきたが、SA という立場に立つことで教え

「SA という立場の変化によるインスパイアから多職種連携の意識と行動が生まれる」



相互関係 () 波及 () 各回のシンボルマーク

①: 1 回目の統合による表札 (概念) ②: 2 回目の統合による表札 (概念)

●●: 1 回目の統合時の一匹線 ●●●: 2 回目の統合時の一匹線

図 1 KJ 法による図解

る側としての役割を意識し【1年生のために思案する】ことが思いの中心的概念となり、他の概念へ作用、波及を及ぼしていると考えられた。そして【指導する側の視点に気づき、フォーカスを合わせる】ことから、自分視点の考え方に固執せずに相手の立場や視点から理解しようと、教室全体やグループ、1年生や他のSA、教員へと視点を柔軟に変化させる能力を養う機会となっている。援助者にとって相手の立場になり想像力を働かせることは重要であるといわれ¹²⁾、医療職者は相手の立場に自分を入れ替え、相手を理解することが求められる。SAを担うことは立場の変化を体験し、指導される側の立場を想像する学習に役立つものと考えられる。しかし、1年生への対応について【さじ加減は難しい】とSAは感じており、この島のラベル数が多く抽出されたことから対応に非常に苦慮したことが考えられた。SAに対しては、事前にオリエンテーションを開催しているが【指針が欲しい】と感じていることから、SAを活用する教員側が助言の具体例や関わりのタイミングの見極めに関する技術的な内容の指導等事前学習の機会の設定がより必要であると考えられた。経験の浅い看護師が新人教育を行う際に、自分の技術・知識への不安や、緊張による余裕のなさといった特徴があることが報告されており¹³⁾、新人教育に携わる場合には、マニュアルの活用、指導方法に関する研修の開催など、不安軽減や緊張緩和への支援が必要であるといわれている。経験の浅い学生が指導の補助を行う場合には、より具体的な指導マニュアルを提示し、必要以上に身構えないような配慮が必要であることが考えられた。

また、時間の経過とともにSAは、自身の1年次の演習体験を想起しながら1年生の思いを探ることに活かし【特性に合わせた対応を考える】ことにつながり、その個々に適した対応方法を考える機会になったと思われる。1年次の演習プログラムの経験によるコミュニケーション・スキルの変化では、他者受容の項目はあまり変化がみられず短期間の演習では他者を受容するまでには至らなかったが⁵⁾、4年次のSAの経験は他者を受容するという共感性を育み、さらに個別性のある対応に関する意識を養う可能性があるものと考えられる。SAという役割を担う中で、SA同士に起こるインスパイア体験から生まれる多職種および自己の専門性に関する再認識及びアシスタントとしての成長が考えられた。

演習においては、他の専門職を目指すSA同士の関わりによる影響が示された。それは【他の専攻からインスパイアされる】【SA同士で評価する】の島にあるように、互いに成長した4年生同士が認め合うことや他のSAとの違いを意識する場面など、他の学科専攻の学生の視点を知ることで自分の専門性を見つめ直す機会になることが考えられた。インスパイア「inspire」とは、ラテン語の「in(中へ)」と「spirare(息、息吹)」が組み合わさった言葉であり、人に着想・ひらめきを与える、人を元気づける、明るくさせる、刺激を与える等と訳される¹⁴⁾。日本では、「～にインスパイアされる」というカ

タカナ表現に用いられており、インスピレーションやひらめきを得るような体験をした時に影響を受けたというような意味合いで使われる。全体の図式化のタイトルを「SAという立場の変化によるインスパイアから多職種連携の意識と行動が生まれる」とし、SAを経験することにより気づきであったり視点の変化をもたらしたり、新たな自分の専門性を見つめ直すことが生じるなどの新しい風が吹き込むように受けた影響を表現するために相応しい言葉として採用し、IPEにおけるSAという役割を経験した4年生の思いを表す主題とした。石井は、上下関係のない学生たちの自由な意見交換は、互いの意見を分け隔てなく耳を傾ける姿勢を養い、チーム医療の前提となる各医療職種間の地位的水平性という感覚が染み込み、就職後のチーム医療への円滑な参加が可能となると述べている¹⁵⁾。同じ4年生であり、SAという立場にある学生同士であるからこそ自由な意見交換がなされ、インスパイアされたものと考えられる。特に専門的な学修が進んだ4年生同士であることから医療専門的な会話を活発に交わしインスパイアされ、自分の専門性を新たに見つめ直す機会になったと推察される。

2. 看護基礎教育における多職種連携教育の課題と可能性

日本における看護基礎教育におけるIPEの現状として、多職種の合同授業は実施しているもののチーム医療の必要性だけを教授しているレベルでIPEまでには至っていない学校があると報告されている¹⁶⁾。また、IPEは、様々な学部・学科が関与することから多くの教職員の動員が必要となること、学生数が極めて大規模となることから、教育支援プログラムの変更には大きな困難が伴うといわれている¹⁷⁾。複数の学年へのIPEの導入等大きな変革を伴わずに多職種連携教育を充実させるためには、本取り組みのように4年次にSAとしての役割を担う演習も有用であるのではないかと考える。

また、SAの役割を担うことは、後輩を育成する意識を育む機会となり、基礎教育課程においてSAとして学んだ経験が指導的立場に置かれた際に役立つのではないかと考えられた。平野らはプリセプターの困難を検討しており、新人看護師の指導において経験が浅いために新人に教える自信がないことに加え、自分が指導できているのか自己評価できない状況であり、最後まで手探りで新人に関わっていると報告している¹⁸⁾。卒後の臨床場面では、経験を積んだ者は後輩を育成する指導的立場におかれ、指導上の困難に向き合うことが予測される。そのような場面において、過度の不安や負担感を負うことなく、SAとして後輩に携わった経験を役立てられるのではないかと考える。

就業前の4年次にIPEを通してSAという役割を経験した学生は、多職種と連携・協働する意識が育まれ、卒業後に多職種連携を推進する人材として活躍し、さらに後輩の育成に寄与できるものと考えられる。

Ⅶ. 結 論

本取り組みの多職種連携教育では、以下の二つの可能性が示唆された。横の関係性である4年生同士の関わりを通して得られた思いは、将来の多職種との実践場面において活かせる可能性がある。一方、縦の関係性である後輩との関わりを通して学んだ経験は、指導的立場に置かれた際に役立つ可能性があるものと考えられた。

調査に協力いただいた学生の皆様、本演習にご協力いただいた教職員の皆様に深く御礼申し上げます。

本論文の内容の一部は、第30回日本看護学教育学会学術集会において発表されたものである。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) 厚生労働省 (2016) : 地域包括ケア研究会報告書, 2022年4月15日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/.
- 2) WHO : Framework for action on interprofessional education & collaborative practice, 2022年4月25日閲覧,
<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.
- 3) WHO : Transforming and scaling up health professionals' education and training (World Health Organization guidelines 2013), p.44-45, 2013.
- 4) 伊藤直子, 滝沢隆, 田島一美他: チーム医療教育における授業改善の効果—看護学生へのアンケートを用いて—, リハビリテーション教育研究, 22, p.106-107, 2017.
- 5) 伊藤直子, 白戸亮吉, 森田恵子: 多職種連携教育がコミュニケーション・スキルに及ぼす影響, リハビリテーション教育研究, 25, p.362-367, 2019.
- 6) 野上真, 志賀玲子: グループ・ディスカッションにおけるスチューデント・アシスタントの導入と学生の成長実感の関係, 志学館大学人間関係学部研究紀要, 37, p.1-13, 2017.
- 7) 川喜田二郎: 発想法: 創造性開発のために, 中央公論新社, p.26-114, 1967.
- 8) 川喜田二郎: 続発想法: KJ法の展開と応用, 中央公論新社, p.48-219, 2000.
- 9) 前掲書8).
- 10) 前掲書7).
- 11) 前掲書8).
- 12) 寺門亜子, 山川美喜子, 松島英介: 現代の看護専門学生の心理的特性に関する研究—共感性(MES)と気分(POMS)との関連性に着目して—, 神奈川歯科大学短期大学部紀要, 6, p.23-32, 2019.
- 13) 大村優華, 廣田大, 山上優紀他: 大学病院に勤務するスタッフ看護師の新人教育への思い: 臨床経験年数, 新人教育への関与状況, 職場風土との関係, 日本看護科学会誌, 39, p.298-305, 2019.
- 14) 小西友七, 南出康世: ジーニアス英和大辞典, 大修館書店, p.1135, 2001.
- 15) 石井邦夫: チーム医療教育 (水本清久他編: 実践チーム医療論), 医歯薬出版株式会社, p.238-241, 2011.
- 16) 林智子: 進化する IPE: 日本における看護基礎教育での IPE の現状, 看護展望, 43 (9), p.14-22, 2019.
- 17) 安部博史, 矢田浩紀: 医療系総合大学における多職種連携

教育のあり方に関する考察—北海道医療大学の現状と課題—, 北海道医療大学人間基礎科学論集, 41, p.A1-A21, 2015.

- 18) 平野蘭子, 小山真理子: 新任プリセプターの新人看護師指導における困難および困難を乗り越えるための行動と求める支援, 日本看護研究学会雑誌, 41 (5), p.971-981, 2018.

◇ 原 著 ◇

がん患者へアロマセラピーを取り入れた足湯の効果

— がん関連倦怠感を CFS と NRS で評価して —

佐野明世^{1)*}, 新井里美²⁾, 石井和美³⁾, 蛸島智子¹⁾, 実法千恵¹⁾, 葛西 傑⁴⁾

本研究の目的は、がん患者へアロマセラピーを使用した足湯を実施し、倦怠感軽減の効果を明らかにすることである。入院中の患者 14 名に対しアロマ無・有の足湯を 3 日間あけてそれぞれ実施した。精油はラベンダーとオレンジスイートを使用し、足湯前と終了 2 時間後に質問紙を記載してもらった。分析は、アロマ無群とアロマ有群の足湯の比較及び、アロマ無群足湯前後とアロマ有群足湯前後の比較としてウィルコクソンの符号付順位検定を行った。その結果、アロマ無群とアロマ有群の群間比較では、客観的指標と主観的指標ともに有意差はみられなかった。アロマ有群の足湯前後で脈拍数 ($p=0.001$), 呼吸数 ($p=0.026$), 血圧 (収縮期 $p=0.001$), CFS の下位尺度「身体的倦怠感」($p=0.029$) で有意な差がみられ、アロマ有足湯はがん患者への有効なケアの一つであることが示唆された。

【キーワード】がん患者, ケア, アロマセラピー, 足浴

I. はじめに

がん患者の日常生活動作や生活の質 (Quality Of Life : 以下 QOL) を低下させる代表的な身体症状には、疼痛、呼吸困難、がん関連倦怠感がある¹⁾。癌性疼痛のコントロールは薬物療法が中心となっているが、倦怠感に対する有効な治療法は確立されておらず、がん患者への全人的痛みを対象とした種々の看護ケアの併用が患者への治療効果や患者・医療者との相互関係を強めていたとする研究が増えてきている^{2) 3)}。看護ケアの併用としてアロマセラピーも認知度を上げてきている。アロマセラピーは植物から抽出された天然の精油の芳香成分がもつ薬理作用を利用し、人間が本来もっている自然治癒力を高め、心身の疾病予防や治療を行う植物療法の一つである。アロマセラピーの効果は一つ一つの精油中に含まれている芳香成分のもつ薬理作用にある。そのためアロマセラピーを取り入れるには使用する精油に関する専門知識が必須であり、先行研究では看護分野におけるアロマの現状についてデータ収集されており、研究結果では対象文献 150 件のうち、アロマに関した調査研究が 60 件 (40%)、実験研究は 6 件 (4.0%) であった⁴⁾。具体的方法では 174 件のうち芳香浴 65 件 (37.8%)、マッサージ 34 件 (19.8%)、足浴 19 件

(11.0%) であった。使用した精油は、251 件のうち 193 件 (76.9%) が 1 種類のみで使用であった。中でも、多く使用されていたのは、ラベンダー 74 件 (38.3%)、グレープフルーツ 15 件 (7.8%)、ベルガモット 13 件 (6.7%)、オレンジスイート 12 件 (6.2%)、ローズマリー 10 件 (5.2%) であった。臨床看護師である研究者は、(公社)日本アロマ環境協会でのアロマセラピーアドバイザー、アロマインストラクター、アロマセラピストの資格を取得した経験があり、臨床において患者のボディクリームでハンドトリートメントなどを実施し、リラクゼーションの効果を感じてきた。

そこで今回、アロマセラピーを取り入れた足湯によるがん患者の痛みや倦怠感軽減への効果を検証したいと考えた。

II. 目 的

がん患者へアロマセラピーを使用した足湯を実施し、客観的指標と主観的指標を用いて倦怠感への効果を明らかにする。

III. 方 法

1. 用語の定義

本研究では、洗うことでのマッサージ効果を含めないため、湯に下肢を入れることを足湯とし、一般的な看護技術として

受付日: 2022 年 5 月 16 日 / 受理日: 2023 年 9 月 12 日

1) 金沢医科大学病院看護部 2) 金沢医科大学看護学部 3) 石川県立看護大学 元金沢医科大学看護学部

4) 金沢医科大学病院腫瘍内科

* E-mail : akiy0@kanazawa-med.ac.jp

の汚れを落として洗う足浴と区別する。なお、使用物品に関しては足浴用バケツという一般的な用語を使用する。

2. 研究期間 2020年3月2日～2021年3月31日

3. 調査対象 A 大学病院 B 病棟に入院する倦怠感のあるがん患者のうち、疼痛コントロールのための薬物療法が安定しており、医師の許可と本人の同意が得られた患者 14 名とした。本研究において「疼痛コントロールが安定している」とは、疼痛時に使用するレスキュー使用回数が3回/日以内の状態とした。

4. 調査方法

1) 足湯実施場所

倦怠感のあるがん患者が対象であり、苦痛を最小限とするため対象者の病室（ベッドサイド）で実施した。ただし多床室の場合は、同室者にも 30 分ほど香りがする可能性があることを説明し、了解を得て実施した。

2) 条件

患者へはアロマの効果を評価するにあたり、患者の先入観が結果に影響を及ぼす可能性を考慮し、足湯にアロマが入っているか、入っていないかは告知せず、ランダムに足湯を実施することを事前に説明して実施した。

- (1) 使用する精油：先行研究⁵⁾ではラベンダー、グレープフルーツ、ベルガモット、オレンジスイート、ローズマリーの順での使用頻度であったが、ベルガモットはフロクマリン類のベルガプテンを多く含んでおり光毒性が強く、ローズマリーは高血圧やてんかん発作を引き起こす危険があるため本研究では選択せず、ラベンダー、オレンジスイートの2種類を同量ブレンドしたものを使用した。スイートアーモンドオイルはオープンスキンテストの精油希釈の際のみ使用し、足湯の際はブレンドした精油だけを使用した。
- ・オレンジスイート・ブラジル産／学名：Citrus sinensis, 科名：ミカン科, 抽出部位：果皮, 抽出方法：圧搾法, ロット No.86 製造番号 08-449-3060, 08-440-3060
- ・ラベンダー・フランス産／学名：Lavandula officinalis, 科名：シソ科, 抽出部位：花・葉, 抽出方法：水蒸気蒸留法, ロット No.82 製造番号 08-440-3290, 08-449-3290
- (2) 使用する植物油：スイートアーモンドオイル・スペイン産／学名：Prunus amygdalus var.dulcis/バラ科, 抽出部位：仁, 抽出方法：低温圧搾法/精製, ロット No.011
- (3) オープンスキンテスト：施行者が植物油 5ml に精油 2 滴を入れて 2% の濃度に攪拌し作成したものを、攪拌棒で患者の前腕内側に 1×1 cm の範囲で塗布し 1 時間おく。精油を変更するたびにテストを施行した。塗布部位に発赤・痒みがないか研究者が確認し、症状がある場合は洗い流し、クーリングした後に医師に診察を依頼し使用を中止することとした。

3) データ収集項目

- (1) 基本属性：年齢、性別、疾患、アロマ経験の有無
- (2) 客観的指標：脈拍数、呼吸数、血圧

- (3) 主観的指標：痛みの評価（Numerical Rating Scale）以下 NRS、がん患者の倦怠感の評価（Cancer Fatigue Scale⁶⁾）以下 CFS（下位尺度：身体的倦怠感、精神的倦怠感、認知的倦怠感）、睡眠状況、およびケア前後の発言や様子

4) ケア内容

- (1) アロマ無足湯（アロマ無群）：足浴用バケツにお湯（38℃～40℃）を半分から7分目（患者の外踝 20 cm 以上）程度準備し、ベッドサイドで足湯のセッティングを行った。患者に座位になってもらい、足浴用バケツに両下肢を入れてもらった。足湯中研究者は患者に付き添ったが、両下肢に触れないようにした。10 分後乾いたタオルで拭きとった。
- (2) アロマ有足湯（アロマ有群）：足浴用バケツにお湯（38℃～40℃）を半分から7分目（患者の外踝 20 cm 以上）程度準備し、精油（ラベンダー1 滴、オレンジスイート 1 滴）を入れて研究者の手でかき混ぜ攪拌した。ベッドサイドで足湯のセッティングを行った。患者に座位になってもらい、足浴用バケツに両下肢を入れてもらった。足湯中研究者は患者に付き添ったが、両下肢に触れないようにした。10 分後乾いたタオルで拭きとった。

5) 手順

ケア実施はすべて研究者が一人で行った。1 人の対象者にアロマ有足湯とアロマ無足湯を 3 日程度の間隔をあけて 16 時前後に 1 回ずつ実施した。アロマ無足湯とアロマ有足湯それぞれの、ケア介入前と、ケア終了直後に脈拍数、呼吸数、血圧を測定した。アロマ無足湯とアロマ有足湯それぞれのケア介入前と、ケア終了 2 時間後に質問紙（NRS、CFS）を記載してもらった。

5. 分析方法

客観的指標と主観的指標の各項目について、アロマ無群とアロマ有群の足湯前後の比較、およびアロマ無群足湯前後とアロマ有群足湯前後の比較としてウィルコクソンの符号付順位検定を行った。なお、分析には統計解析ソフト IBM SPSS Statistics Ver.25 を使用し、有意水準は 5% とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は、C 病院研究倫理審査委員会に申請し、研究計画書、同意書、研究内容の説明文書を提出し、承認を得て実施した（No.H242）。以下の内容について対象者に口頭と書面で説明し、意思決定を最大限に尊重したうえで、研究協力について同意書に署名を得た。

- 1) 研究への参加は自由意思に基づくものであり、任意であること。
- 2) 研究に協力しなくとも不利益がなく、同意後いつでも参加中止することができること。
- 3) データの管理はネットワークから切り離されたパソコンを使用し、パソコン内に保存せず、収集した個人情報、ID 化された匿名加工情報とすること。また記録データはすべてセキュリティロック付き外部記憶媒体に記録し、厳重

に秘密が守られるよう配慮すること。収集したデータは、鍵のかかる研究室に保管し、管理を徹底すること。

- 4) 本研究は介入研究およびアンケート調査であり、手技は一般的な看護ケアであり身体侵襲は低いと考えられる。多床室の場合はカーテンを閉め羞恥心やプライバシー保護に努めること。精油のアレルギーにより皮膚に赤みや掻痒感など心身の不調が生じた場合は、直ちにケアを中止し主治医に連絡し対応すること。
- 5) 得られたデータは研究以外に使用せず、結果公表から5年以内に破棄すること。
- 6) 研究参加者への結果の還元を行うこと。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要およびアロマ有足湯後の発言内容 (表 1)

研究参加者の属性は、男性7名、女性7名の14名であり、平均年齢 68.5±11.7 歳であった。また、アロマ有足湯後の発言内容についても示した。

2. 客観的指標の分析結果 (表 2)

1) 客観的指標のアロマ無群とアロマ有群の群間比較

アロマ無群の足湯前とアロマ有群の足湯前の比較では、有意な差はみられなかった。アロマ無群の足湯後とアロマ有群の足湯後の比較では、脈拍数 ($p=.209$), 呼吸数 ($p=.833$), 収縮期血圧 ($p=.328$), 拡張期血圧 ($p=.753$) で、いずれも有意な差は見られなかった。

2) 客観的指標のアロマ無群の前後比較

脈拍数について、足湯前は 79.6±14.5 回/分で足湯後は 75.6±13.8 となり、有意な差がみられた ($p=.001$)。収縮期血圧については、足湯前は 116.3±10.1mmHg で足湯後は 111.0±10.2 となり、有意な差がみられた ($p=.007$)。また拡張期血圧でも足湯前は 62.0±7.5mmHg で足湯後は 58.7±8.4mmHg となり、有意な差がみられた ($p=.005$)。

3) 客観的指標のアロマ有群の前後比較

脈拍数について、足湯前は 83.4±16.7 回/分で足湯後は 78.6±15.3 となり、有意な差がみられた ($p=.001$)。呼吸数につ

表 1 対象者の属性と発言内容 (n=14)

性別	年齢	疾患	アロマ経験	睡眠状況	アロマ有足湯後の発言内容	
A	女	70代	膵がん	なし	睡眠薬使用し問題なし	足あったまったわ。夜寝れたわ。
B	男	60代	原発不明がん	なし	睡眠薬使用し問題なし	あったかいなー、寝れとるよ。香りするね、ラベンダーか、嫌な匂いじゃない、アロマは初めて。リラクゼーションになるわ。
C	女	60代	後腹膜腫瘍	なし	睡眠できない際は頓服使用	匂いわかる。
D	男	50代	鼻腔がん	なし	睡眠薬使用し問題なし	鼻を放射線したから匂いがわからないけど、森みたいな匂い。香りの方が好き。オレンジわかる。鼻が利かないからうれしい。気持ちいい。寝れたよ。
E	女	60代	横紋筋肉腫	あり	睡眠薬使用し問題なし	アロマしたことあるよ。ウッド系が好き。いつもすぐに目が覚めていたけど、ぐっすりよく寝れた。気分転換がないからしてもらえてよかった。いい香りだね。
F	男	50代	大腸がん	なし	問題なし	ケアしてくれるという気持ちがうれしいです。あったまりました。
G	女	60代	大腸がん	あり	睡眠薬使用し問題なし	デュフューザーでのアロマなら知ってる。あったかい、気持ちいい、ゾーンとあったまると。香りもいい香りやし、お部屋の人もみんないい香りで喜んでた。
H	男	50代	小腸がん	あり	問題なし	お湯熱いの好き、お風呂も好きです。いい香りやね、匂いわかるよ。
I	男	60代	膵がん	なし	問題なし	嫌な匂いではない。指圧マッサージとかしてほしいな。
J	女	80代	乳がん	なし	問題なし	すごいいい香り、癒されるわ。こういうケアがあったらいいと思う。気持ちが和むわ。アロマははしてるけどしたことなかった。
K	男	70代	胃がん	なし	問題なし	退屈しとったし、なんでもしてみようと思って。ありがとうね、よかったよ。
L	男	80代	胃がん	なし	問題なし	家ではお風呂毎日入って、自分でもんだりしてた。病氣してから全然してなかった。匂いはわからない。かすかにするかな。
M	女	60代	大腸がん	あり	問題なし	アロマ好きです。ラベンダーとか柑橘の香りが好き。いい匂いする。足がずっとあったかかった。気分転換になって、次の日の朝ごはん全部食べれました。
N	女	80代	脂肪肉腫	なし	問題なし	足湯気持ちいいです。あったまりました。ありがとう。いい香り。

表 2 客観的指標の群間比較と前後比較 (n=14)

	客観的指標							
	脈拍数		呼吸数		収縮期血圧		拡張期血圧	
	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後
アロマ無群 mean(SD)	79.6 (14.5)	75.6 (13.8)	15.9 (5.1)	14.6 (4.3)	116.3 (10.1)	111.0 (10.2)	62.0 (7.5)	58.7 (8.4)
アロマ有群 mean(SD)	83.4 (16.7)	78.6 (15.3)	16.9 (4.0)	14.8 (4.6)	116.9 (16.6)	108.3 (13.4)	62.1 (13.2)	59.7 (11.2)
P 値	.209		.833		.328		.753	

アロマ無群とアロマ有群の足湯前のすべての群間比較において有意差がないことを確認した

* $P < .05$ 、前後の比較をウィルコクソンの符号付順位検定で行った結果

いて、足湯前は 16.9±4.0 回/分で、足湯後は 14.8±4.6 回/分となり、有意な差がみられた ($p = .026$)。収縮期血圧については、足湯前は 116.9±16.6mmHg で足湯後は 108.3±13.4 となり、有意な差がみられた ($p = .001$)。

3. 主観的指標の分析結果 (表 3)

1) 主観的指標のアロマ無群とアロマ有群の群間比較

アロマ無群の足湯前とアロマ有群の足湯前の比較では、いずれも有意な差はみられなかった。アロマ無群の足湯後とアロマ有群の足湯後の比較では、NRS ($p = .317$)、CFS 合計 ($p = .479$) で、いずれも有意な差は見られなかった。CFS の下位尺度でも、身体的倦怠感 ($p = .099$)、精神的倦怠感 ($p = .085$)、認知的倦怠感 ($p = .819$) で、いずれも有意な差は見られなかった。

2) 主観的指標のアロマ無群の前後比較

CFS 合計について、足湯前は 20.1±7.3 点で足湯後は 17.4±5.4 点となり、有意な差がみられた ($p = .010$)。

3) 主観的指標のアロマ有群の前後比較

CFS の下位尺度の身体的倦怠感について、足湯前は 6.1±4.3 点で足湯後は 4.2±2.8 点となり、有意な差がみられた ($p = .031$)。

VI. 考 察

本研究では、アロマセラピーの効果を検証することを目的としており、アロマ有群の足湯前後で有意差がみられた呼吸数と身体的倦怠感について以下に考察を述べる。

1. 呼吸数について

本研究では、アロマ有足湯前後で呼吸数に有意な差がみられた。鈴木ら⁷⁾の先行研究ではアロマを使用することによるバイタルサインズに大きな変動はなかった。しかし、本研究ではアロマ有足湯後に呼吸数が有意に減少していることから、副交感神経が優位になることが示唆された。吉田ら⁸⁾、新田ら⁹⁾は足部温浴により温熱刺激で下肢皮膚温が上昇し交感神経系作用を抑制させる作用が主であったと報告しており、白川ら¹⁰⁾は心拍数に対して香りを付加しない足部温浴に対し、香りを付加した足部温浴で有意に減少したと報告している。また、眞鍋ら¹¹⁾はラベンダーの精油を使用した効果として、

ラベンダー精油の主要成分であるリナロールと酢酸リナリルの作用が発現したため、コントロール条件に比べ副交感神経が促進されたと報告している。本研究でもアロマ有足湯前後で呼吸数に有意な差がみられており、亢進された交感神経を抑制させる効果が示唆された。これは、足湯によって交感神経系が抑制され、精油の香りにより副交感神経が促進されたことが考えられた。

しかし今回の結果では、アロマ無群においても脈拍数、収縮期血圧、拡張期血圧、CFS 合計で有意な減少がみられていた。工藤ら¹²⁾は、洗い・簡易マッサージの有無に関わらず両群とも足浴により有意に脈拍の低下、下肢深部温および上肢皮膚温は有意な上昇、快感度の有意な高値、STAI による実験後の不安感の有意な低下を認めたと報告しており、本研究でも「あったまった (温まった)」という発言が複数聞かれたことから、足湯という介入そのものが結果に影響を及ぼした可能性があると考えられた。

2. 身体的倦怠感について

がん倦怠感の CFS の項目別検討では石井ら¹³⁾は身体的介入があることで身体的倦怠感の改善が認められたと報告している。また、市場ら¹⁴⁾はがん患者を対象にマッサージやアロママッサージを行った結果、CFS の下位尺度すべての得点が介入前に比べ有意に改善していたことを報告している。患者へのアロマ有足湯という身体的介入を行ったことで、本研究でも同様に身体的倦怠感が有意に改善したことが考えられる。藤岡ら¹⁵⁾は活動性の維持・向上と倦怠感が関連していると報告しており、本研究での身体的倦怠感が改善することは患者の活動性の維持・向上にプラスに働きかけることに影響する可能性が示唆された。しかし、本研究における後期高齢者では CFS の記載方法を説明しても理解が十分でなく前回どのような状態だったのかを思い出すために、紙をみせてほしいといわれることもあり、気分の尺度を記載するのが難しいように感じた。そのため、参加者の年齢や認知機能によって CFS の結果に影響したことが考えられた。

がん患者の日常生活動作や生活の質 (Quality Of Life : 以下 QOL) を低下させる代表的な身体症状には、疼痛、呼吸困難、がん関連倦怠感がある¹⁶⁾。本研究では、アロマセラピー

表 3 主観的指標の群間比較と前後比較(n=14)

	主観的指標									
	NRS		CFS合計		CFS下位尺度					
	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後	身体的倦怠感		精神的倦怠感		認知的倦怠感	
	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後	足湯前	足湯後
アロマ無群 mean(SD)	0.2 (0.6)	0.1 (0.5)	20.1 (7.3)	17.4 (5.4)	8.7 (6.5)	7.4 (6.7)	8.9 (1.8)	8.2 (2.4)	2.6 (2.3)	2.4 (2.2)
アロマ有群 mean(SD)	0.4 (1.1)	0.2 (0.6)	18.1 (6.9)	15.6 (5.8)	6.1 (4.3)	4.2 (2.8)	9.6 (1.8)	9.1 (2.2)	2.4 (2.4)	2.3 (2.1)
P 値		.317		.479		.099		.085		.819

アロマ無群とアロマ有群の足湯前のすべての比較において有意差がないことを確認した

* $P < .05$ 、前後の比較をウィルコクソンの符号付順位検定で行った結果

を取り入れた足湯によるがん患者の痛みや倦怠感軽減への効果を検証するために、主観的な効果指標として痛みと倦怠感を調査した。痛みの包括的評価として、信頼性、妥当性ともに検証され、臨床で用いられている一般的な痛みの指標¹⁷⁾である NRS を使用したことで、対象者の痛みの強度は経時的に追うことができたと考える。しかし、アロマ無群の足湯後とアロマ有群の足湯後の比較では、NRS ($p=.317$) で有意な差はみられなかった。これには本研究での対象者が疼痛コントロールがなされていたことが影響したためと考えられるが、アロマ有足湯での疼痛の増強がみられなかったことから、今後はがん患者に対してアロマ有足湯のケアが実施可能となるのではないかと考えられる。ただし、がん患者の倦怠感の概念分析¹⁸⁾では、先行要件として疼痛が挙げられており、酒井らの報告¹⁹⁾では、倦怠感の原因としては薬剤、痛み、発熱、高カルシウム血症などが挙げられ、アロマセラピーは香りによるリラクゼーション効果で痛みの閾値を上昇させる働きがあり、非薬物療法による痛みの閾値を上げる看護技術として挙げられている。そのため、痛みと倦怠感の関連についてはさらなる検討が必要である。

3. 精油 (オレンジスイート, ラベンダー) について

オレンジスイートは、香りとしてトップノート・ミドルノート・ベースノートに分けられた中では、揮発性が高く香りの初めの印象が強く感じられるトップノートに分類されている。四宮ら²⁰⁾はオレンジ精油の作用機序で神経突起の伸長に働き、細胞毒性がなかったことを検証しており、自律神経バランスを分析した結果、身体的疲労度が少なく、鎮静効果とリラクゼーション効果があったと報告している。オレンジスイートは柑橘類の中でも光感作もほとんどなくモノテルペンが主成分の柑橘類では一番安心して使用できるオイルでリラクゼーションやリフレッシュ作用、食欲増進が期待できる。本研究でも「気分転換になって、次の日の朝ごはん全部食べられました」という発言が聞かれており、アロマセラピーの効果があったのではないかと考える。また、鼻腔がんの患者ではラベンダーの香りは感じとれなかったが、オレンジの香りはわかったとの発言も聞かれており、オレンジスイートがトップノートに分類され、揮発性が高く香りの初めの印象が強く感じられることから、香りを感じやすく、加齢により嗅覚低下がみられる高齢者や抗がん剤治療や放射線治療後の患者でも感じることができたと考えられる。今後もオープンスキンテストが問題なければ、ラベンダー、オレンジスイートはケアとして実践しやすく、特にオレンジスイートは香りも感じやすいため、病棟に常備しておくことで様々な患者へ提供でき、鎮静効果やリラクゼーション効果が期待できるのではないかと考える。

本研究では、表1のようにアロマ有足湯後に「足あったまっただわ、夜寝れたわ」「いつもすぐに目が覚めていたけど、ぐっすりよく寝れた」など、複数の患者から睡眠への効果が語られた。ラベンダーの鎮静効果やアロマの睡眠の質向上については先行研究²¹⁻²³⁾でも明らかにされており、本研究におい

ても、今回の精油の組み合わせにラベンダーがブレンドされていること、また足湯を夕方 16 時頃に実施したことが患者の寝る前の生体リズムを整え、睡眠の質を向上させることができたと考える。また、今回アロマセラピーを初めて経験した参加者は 10 名、経験したことのある参加者は 4 名であった。アロマ経験のある参加者は、アロマに関しての情報やその時の気分や香りなどに対して発言が多く、表情や雰囲気が明るくなることははっきりと感じられた。また、「アロマは初めて。リラクゼーションになるわ」「アロマは知ってるけどしたことなかった。気持ちが和むわ」「こういうケアがあったらいいと思う」といった発言が男性や高齢者で聞かれた。このことから、アロマの経験がない患者に対してもアロマを積極的にケアに取り入れることができるのではないかと考えられた。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究では、がん患者に対してアロマセラピーを取り入れた足湯による介入を行ったが、足湯というケアそのものによっても温浴効果と副交感神経が優位になるため、アロマの効果と足湯の効果のどちらが先に作用しているのかは判定できなかった。また、本研究では先行研究を踏まえ患者の安全を考慮し香りを限定して行っており、好みの香りを選択できなかったことも研究の限界であると考えられる。がん患者への代替医療のひとつとして、患者がアロマセラピーを選択できるように今後もアロマセラピーを使用したケアを実践、評価し追及していくことが重要と考える。

VII. 結 論

14 名のがん患者にアロマセラピーを取り入れた足湯を実施した結果、アロマ有群の足湯前後の主観的指標として NRS では直接的な効果はみられなかったが、呼吸数に有意な減少がみられた。また、主観的指標として CFS の下位尺度の身体的倦怠感にも有意な低下がみられた。さらに、食欲や睡眠にも効果的であった発言もきかれており、アロマセラピーはがん関連倦怠感や苦痛の軽減に有効なケアであったことが示唆された。今後はがん患者にアロマセラピーを取り入れることで看護ケアが充実し、疼痛や倦怠感の強いがん患者のリラクゼーションや気分転換の一つとして効果的であり、QOL 向上に影響すると考えられた。

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。

謝辞: 闘病中にもかかわらずご協力いただいた対象者の皆様や研究協力の方々に感謝申し上げます。

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) 宮田知恵子, 辻哲也: 【がん治療とリハビリテーション】緩和ケアが主体となる時期のがんリハビリテーション, MEDICAL REHABILITATION, 173 号, p.67-73, 2014.

- 2) 山中愛子, 神里みどり: アロママッサージにより終末期がん患者との間にもたらされるセラピスト看護師の相互作用, 日本がん看護学会誌, 23 (1), p.61-69, 2009.
- 3) 茅島綾, 板倉朋世, 遠藤恭子, 他: メディカルアロマセラピー研究の動向と課題, 獨協医科大学看護学部紀要, 12, p.67-81, 2018.
- 4) 鈴木彩加, 大久保暢子: 看護分野におけるアロマセラピー研究の現状と課題, 聖路加看護大学紀要, 35号, p.17-27, 2009.
- 5) 前掲書 4), p.17-27.
- 6) 国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部: Cancer Fatigue Scale—マニュアル—, 2022年4月27日閲覧, <http://plaza.umin.ac.jp/~pcpkg/cfs.html>Cancer Fatigue Scale
- 7) 前掲書 4), p.25.
- 8) 吉田聡子, 佐伯由香: 香りが自律神経系に及ぼす影響, 日本看護研究学会誌, 23 (4), p.11-17, 2000.
- 9) 新田紀枝, 阿曾洋子, 川端京子: 足浴, 足部マッサージ, 足浴後マッサージによるリラクゼーション反応の比較, 日本看護科学会誌, 22 (4), p.55-63, 2000.
- 10) 白川かおる, 竹田千佐子, 月田佳寿美, 他: 足部温浴のリラクセス効果の実験研究 ラベンダーオイル使用時および未使用時の比較, 福井医科大学研究雑誌, 3(1・2 合併), p.39-47, 2002.
- 11) 眞鍋えみ子, 大本千佳: アロマセラピーの自律神経に対する効果 ラベンダー精油を用いた上肢トリートメントの自律神経活動と気分に及ぼす影響, 難病と在宅ケア, 21 (1), p.61-64, 2015.
- 12) 工藤うみ, 工藤せい子, 富沢登志子: 足浴における洗い・簡易マッサージの有効性, 日本看護研究学会誌, 29 (4), 89-95, 2006.
- 13) 石井綾乃, 瀬野美由紀, 鈴木祐美子, 他: がん患者が有する倦怠感のアセスメントと, そのアセスメントに基づく看護介入後の倦怠感の変化, 山形医学, 38 (1), p.1-7, 2020.
- 14) 市場恵子, 辻川真弓, 坂口美和, 他: がん患者の倦怠感に対するアロママッサージの有効性, 日本統合医療学会誌, 8 (2), p.29-37, 2015.
- 15) 藤岡真紀, 渡邊学: がん患者の倦怠感と, 活動性との関係性について Cancer-Related Fatigue の観点から, 大阪府立急性期・総合医療センター医学雑誌, 35 (1), p.39-41, 2013.
- 16) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2020 版), 2022年9月15日閲覧, https://www.jspmne.jp/guidelines/pain/2020/pdf/02_02.pdf
- 17) 前掲書 1), p.67-68.
- 18) 小島悦子, 林直子: がん患者の倦怠感の概念分析, 日がん看会誌 27 (3), p.42-53, 2013.
- 19) 酒井昭博, 大上研二, 堂園幸子: 癌治療に対する看護 緩和ケア, JOHNS, 27 (3), p.395-398, 2011.
- 20) 科学研究費助成事業, 四宮美佐恵 (2015): アロマセラピーに用いる精油の神経細胞への作用機序と看護援助への有効性の解明, 2022年4月27日閲覧, <https://kaken.nii.ac.jp/ja/report/KAKENHI-PROJECT-24593423/24593423seika/>
- 21) 武田ひとみ: アロマセラピーの嗅覚刺激と触刺激が睡眠の質に及ぼす影響, アロマセラピー学雑誌, 17 (1), p.24-30, 2016.
- 22) 伊藤佳保里, 佐伯香織, 沼野美沙紀, 也: ラベンダーオイルを用いた足浴が生体に及ぼす影響.形態・機能, 7 (2), 59-66, 2009.
- 23) 左達洋美, 斎藤順子, 永井正則: ラベンダーの香りがストレス負荷時の睡眠中の自律神経活動に及ぼす影響, 富士山研究, 6, 9-15, 2012.

◇ 原 著 ◇

身体拘束に関する多職種チーム カンファレンスの効果

小河原みゆき^{1)*}, 大前 薫²⁾

【目的】：身体拘束に関する多職種チームカンファレンスを実施することが、医療従事者の患者に対する過剰な身体拘束を軽減させ、医療事故防止につながるかを明らかにする。

【方法】：後ろ向きコホート研究

本研究は、A 病院の院内倫理委員会の承認を得た。

身体拘束予防ガイドラインに則った拘束と拘束の解除について、多職種チームカンファレンスを毎日実施した。統計解析には EXCEL2016 を使用し、student's t-test を行い、有意水準は 5% 以下とした。

【結果】：

- ① ベッドコール、つなぎ服、安全ベルト、ミトンの使用頻度は有意に低くなった。
- ② コールマットやサイドコールの使用頻度が有意に高くなった。
- ③ インシデント・アクシデント報告は低減した。

【考察】：多職種チームカンファレンスを毎日行うことで、多職種による患者の情報共有と患者の見守りができたことが身体拘束減少につながった。インシデント・アクシデント報告も低減したことは、医療事故防止につながったのではないかと考える。

【キーワード】 身体拘束, 多職種チームカンファレンス, 医療事故防止

I. はじめに

2000 年 4 月より、介護保険法実施に伴う「身体拘束の禁止規定」の通達、2001 年厚生労働省が『身体拘束ゼロへの手引き』¹⁾を発行以来、介護保険が適応される施設においては「身体拘束廃止」に向けて取り組む機会となった。しかし、「緊急時ややむを得ない場合を除き」という一文があるため、これが抜け道となり医療・福祉の現場では未だ「身体拘束廃止」を唱えられない現状にある。平成 28 年に実施された、『身体拘束ゼロの実践にともなう課題に関する調査研究事業報告書』²⁾によると、「身体拘束を行うことがある」と回答した病院は、一般病棟で 93.1～94.7%，病棟・施設の割合で最も高いのは地域包括ケア病棟で 98.6%，介護老人保健施設では 46.6%，介護老人福祉施設では、33.3%と報告している。『身体拘束ゼロの手引き』により、高齢者施設では、原則的に身体拘束は禁

止されており、組織的に取り組んでいる施設も多く、病院・介護施設等全体で 34.1%の機関が身体拘束ゼロを達成できている。

小川朝生は³⁾、米国では全入院患者に対しての身体拘束の実施率は 2-3%，北欧では身体拘束の実施率は低く、同じ欧州でもフランス・ドイツは 7-9%あたりの身体拘束率と報告している。⁴⁾ 米国の実施率の低さは、看護師当たりの患者の比率はマンツーマンに近いことが関係しており、我が国と海外との医療体制や看護体制の違いを考慮する必要はあるが、日本における身体拘束率は低いとはいえない現状にある。

身体拘束を行ったが故に発生した医療事故では、西尾ら⁵⁾が身体拘束中の深部静脈血栓症に起因する肺血栓塞栓症による突然死が増加していると報告しており、日本では、身体拘束を行ったが故に発生した医療事故とその判例⁶⁾に関する議論よりも、転倒・転落予防や医療事故防止についての議論が

受付日：2022 年 10 月 12 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 関西国際大学 2) 神戸掖済会病院

* E-mail：m-ogahara@kuins.ac.jp

中心である。世界の潮流や、判例を参考にして、医療水準や社会通念を意識しながら、患者の尊厳と安全を守る看護ケア体制の構築が急がれる。

わが国の高齢化率は28.1%、入院患者の73.2%が65歳以上と、病院に入院する患者の高齢者の占める割合は高い。⁷⁾ 本研究の対象者の入院するA病棟の特徴は、高齢者の入退院が激しく一時的に身体拘束する機会もあり、身体拘束予防ガイドライン⁸⁾に則った身体拘束とその解除が、病棟スタッフ間で周知でき、十分に記録できているか。また、業務多忙で患者のアセスメントが不十分で、不適切な過剰な身体拘束を行っていないかを評価するために、毎日身体拘束に関する多職種合同カンファレンスを実施した。先行文献では、身体拘束が必要とされた患者は、認知機能が低い⁹⁾ことや、転倒・転落のリスクが高い¹⁰⁾ことが明らかにされている。

中尾ら¹¹⁾による高齢者施設における身体拘束廃止の取り組みと事故に関する研究では、身体拘束廃止前後で事故数に大きな変化は見られないと報告している。そこで本研究では、これまで対象とされていない地域包括ケア病棟における患者を対象に身体拘束の実態を把握することが、医療従事者の過剰な身体拘束防止につながるのではないかと考え、本研究に取り組んだので以下に報告する。

Ⅱ. 目 的

毎日身体拘束に関する多職種チームカンファレンスを実施することが、医療従事者の患者に対する過剰な身体拘束を軽減させ、医療事故防止につながるかを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 調査方法

後ろ向きコホート調査

2. 調査期間

2018年12月1日～2019年1月31日

3. 調査対象者

2018年12月1日～2019年1月31日の間に入院し、1度以上の身体拘束を受けた患者258名(男性111名、女性147名)

病棟の特徴として、病床数54床の地域包括ケア病棟で病床稼働率85%～95%、短期2入院が入院患者の30%を占め、短期2入院を入れると、平均在院日数は10.3～11.3日と短い。

4. 用語の定義

身体拘束とは、A病棟で現在使用している抑制帯・体幹ベルト・ミトン・安全ベルト・車椅子に設置するテーブル・4点柵・ベットコール・つなぎ服・サイドレールなど、拘束のための道具を使うまたはベッドの壁付けなど、対象者の体の一部、または全身の動作の自由を制限することである。

5. 統計解析方法

EXCEL2016を使用し、Students't-testsを行った。有意水準は5%以下とした。

6. 調査方法

1) 身体拘束一覧表の作成

看護ケアに記載している身体拘束に関する事項の一覧表の作成を、医療安全管理委員会・記録委員会に依頼した。新たに作成した身体拘束に関する一覧表は、ワークシートで出力できるように、電子カルテのシステム変更を行った。身体拘束に関する一覧表には、出力年月日、患者IDと名前、身体拘束の種類と開始日、転倒・転落アセスメントスコア評価と評価日の情報を電子カルテの入力情報から反映させた。その日、身体拘束をされている患者全員が1枚のシートで出力できるようになった。

2) 多職種チームカンファレンスの実施

入院当日の患者も含め身体拘束一覧表に沿って、毎日多職種チームカンファレンスを実施した。業務多忙時は、自分の受け持ち患者のみのカンファレンスに参加することとし、業務に支障がないよう配慮した。多職種チームカンファレンスの時間は13時30分から15分間とし、最長20分と時間を決めて実施することとした。

3) 多職種チームカンファレンス結果の記録

昼間と夜間に分けて身体拘束続行・変更・解除・離床センサーの続行・変更・解除などは、その根拠、アセスメント内容を具体的に電子カルテに入力した。また、転倒・転落アセスメントスコアの修正も必要時行うようにした。入力された看護記録は、看護師長・主任看護師・その日のチームリーダー看護師が必ず確認を行い、ダブルチェック体制とした。

4) 情報の共有

入力された看護記録は、身体拘束一覧表に反映され、夜勤者は更新された身体拘束一覧表を印刷し、患者の情報収集に活用した。夜間、変更事項があれば、夜勤者が患者情報を修正し、翌朝の身体拘束一覧表に反映させ、患者情報を更新することとした。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、院内看護部倫理委員会の承認を受けた。

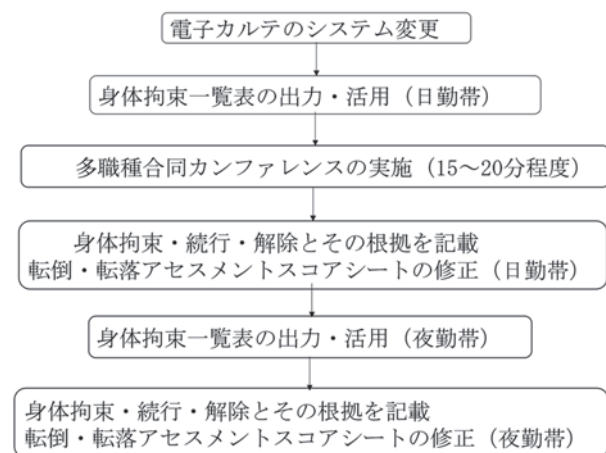


図1 調査方法

データ収集及び分析は、USB 接続不可の院内の電子カルテシステムを搭載するパソコンを使用し、すべて病棟内で行った。電子媒体のデータはすべてパスワードでロックし保管した。データのすべて ID で管理し、個人が特定できないようにした。また、鍵のかかる場所で保管し、研究者が責任を持って保管した。紙媒体のデータはチームカンファレンス終了後、すぐにシュレッダーにて裁断廃棄し、病棟外には一切持ち出し禁止とした。

V. 結 果

調査人数は、2018年12月は延べ126名（男性54名・女性72名）、2018年1月は延べ132名（男性57名・女性75名）、平均年齢は、2018年12月は、男性82.2±3.4歳・女性86.2±3.6歳、2018年1月は、男性81.2±4.2歳・女性85.2±4.6歳であった。対象者の平均在院日数は、2018年12月は17.6日、2019年1月は18.5日であった。（表1）また対象者の入院診

療科名は、2018年12月は、脳神経外科40名、整形外科25名、一般内科23名、循環器内科11名、皮膚科16名、外科11名で、2019年1月は、脳神経外科38名、整形外科28名、一般内科29名、循環器内科11名、皮膚科16名、外科10名であった。（図2）

多職種合同で身体拘束についてカンファレンスを毎日実施した結果、2018年12月に比べ、平成2019年1月は、ベッドコール、つなぎ服、安全ベルト、ミトンの使用頻度が有意に低くなり、身体拘束が低減することがわかった（p<0.05）。4点柵の使用については、使用頻度は減少したが有意差はなかった。（表2）

1日あたりのコールマットやサイドコールなど、現在身体拘束にあたらなるとされている離床センサーの使用は、2018年12月に比べ、2019年1月は、有意に高くなり、身体拘束は低減することがわかった（p<0.05）。（表3）

表1 対象者の状況

対象者	2018年12月	2019年1月
人数	延べ126名 男性54名 女性72名	延べ132名 男性57名 女性75名
平均年齢	男性 82.2±3.4歳 女性 86.2±3.6歳	男性81.2±4.2歳 女性85.2±4.6歳
対象者の在院日数	17.6日	18.5日

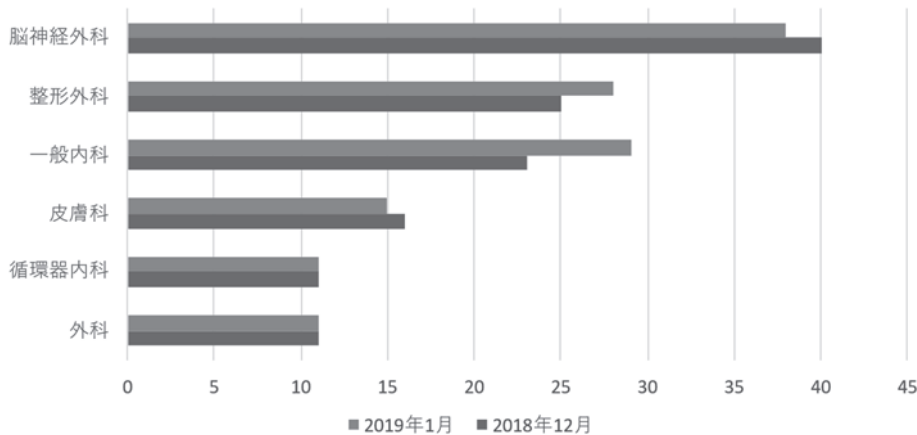


図2 対象者の入院診療科

表2 1日あたりの身体拘束の種類と使用頻度 (mean±SD)

身体拘束の種類	12月の1日あたりの使用人数	1月の1日あたりの使用人数
4点柵	11.7±1.7	9.1±3.1
ベッドコール	3.5±0.8	1.7±1.5*
つなぎ服	1.5±1.2	0.7±1.1*
安全ベルト	1.0±1.1	0.3±1.1*
ミトン	1.6±1.3	0.3±1.2*

student's t-test * p < 0.05

1日あたりの昼と夜の身体拘束の有無や種類の変更については、2018年12月に比べ、2019年1月は有意に少なくなった ($p < 0.05$)。(表4)

図3にインシデント・アクシデント報告数と程度を示した。多職種チームカンファレンスを実施するまでの2018年10月はレベル2報告4件、11月はレベル1報告1件、レベル2報告1件、レベル3a報告2件合計4件、カンファレンスを開始した12月はレベル2報告が1件、1月は、レベル1報告が2件のみと低減した。(図3)

VI. 考 察

中尾ら¹²⁾の研究では、身体拘束廃止取り組み後3か月以内では事故数は増加するが、4ヵ月以降では事故数は減少すると報告している。また、身体拘束廃止の取り組みに当たって実施した項目では、65.8%の高齢者施設で、定期的なカンファレンスの実施が行われていたと報告している。本研究では、毎日15分~20分以内という短い時間で、他の業務に対する支障を最小限にする時間設定としたことも、効果があったと考える。毎日多職種チームカンファレンスを実施することで、その日受け持ちの患者のアセスメントの必要性から、患者に

意図的に関わり、患者の行動の意味付けや理由を知ろうとし、「見廻り」や「患者との時間の共有」という能動的な関わりを持つことができたのではないかと考える。また、リハビリ等の活動がある昼間と夜間の不穏の有無などの患者の状態から、昼間は3点柵で夜間は4点柵等と、多職種チームカンファレンスでバリエーションを提案し代替案を常時考える事ができるようにもなった。そのバリエーション自体も2019年1月では減少しているのは、よりの確なアセスメントが実施されるようになったためではないかと考える。

看護スタッフは、毎日多職種チームカンファレンスに参加することで、受け持ち患者以外の患者の情報を共有できているため、患者家族の面会時にも、身体拘束実施の理由の説明や、家族面会時には解除するなどのケアを、その日受け持ちでなくてもスムーズに自信を持って行うことができ、患者家族の安心感にも繋がったのではないかと考える。

Enns¹³⁾らの研究では、身体拘束率が低下したのは、多職種チームによる複合的介入であったと報告している。患者の受け持ちセラピスト (PT・OT・ST) に、患者のリハビリの進捗状況やリハビリのゴールを確認することからはじめ、患者の退院のゴールを主治医に相談し、患者の受け持ちセラピス

表3 1日あたりの離床センサー使用頻度 (mean±SD)

離床センサーの種類	12月の1日あたりの使用人数	1月の1日あたりの使用人数
コールマット	2.6±1.4	3.7±1.7*
サイドコール	0.2±1.6	0.6±1.7*

student's t-test * $p < 0.05$

表4 1日あたりの昼夜身体拘束変更の頻度 (mean±SD)

	2018年12月	2019年1月
昼夜での拘束変更	0.79±3.4	0.22±0.4*

student's t-test * $p < 0.05$

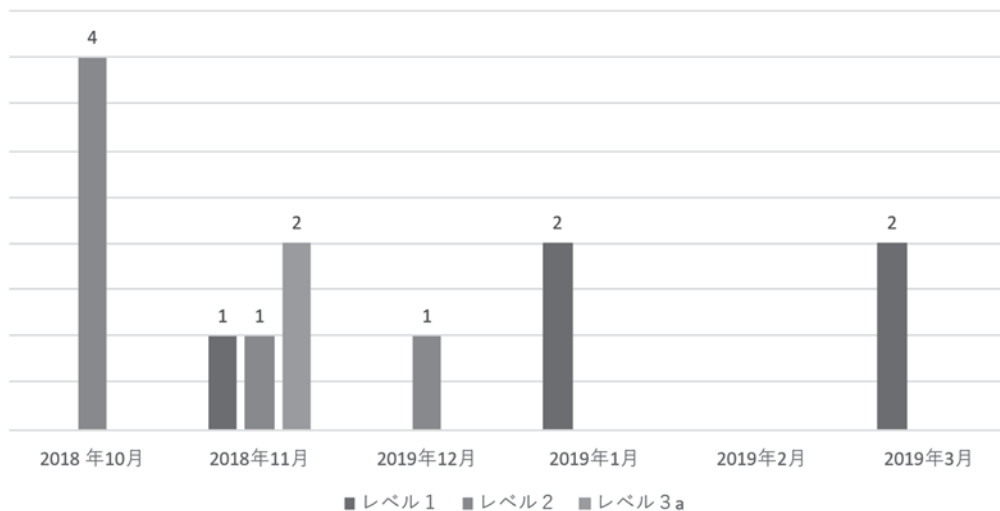


図3 月別転倒インシデント件数

ト(PT・OT・ST), メディカルソーシャルワーカー, 薬剤師, また必要時栄養士もカンファレンスに参加し, 患者に関わる医療従事者すべてのスタッフが患者をも守る体制づくりができたことで, 短期間で患者に対する身体拘束軽減の効果が得られたのではないかと考える。

毎日チームカンファレンスを実施する事で, 多職種で議論し, 身体拘束が切迫性・非代償性・一時性であるかの共通の認識が持てた。また, 共通理解することで, スタッフ全員で, 身体拘束を最小限にし, 患者を主に転倒・転落を中心とした医療事故から守るという体制づくりができた。

常に代替案を考え, 限定的な拘束とすることができるようになり, 日々継続した危険を回避する工夫, 事故を回避することを十分に考えた上での看護ケアの実践は, 高齢者の尊厳を守ることに繋がったと考える。Evans¹⁴⁾らは, 抑制廃止に関するスタッフへの教育, 助言などを行うことにより, スタッフの意識が向上し, 高齢者への身体拘束が減少すると報告しており, 入院といった高齢者の生活環境の変化に対応した生活の質の保証を担保することになり, 看護者の身体拘束回避への意識向上に繋がったと考える。

玉山ら¹⁵⁾は, 入院患者の高齢化に伴い, 医療事故に関する医療者個人または組織への責任追及や医療安全への偏重により, 受け持ち看護師一人の判断により, 身体拘束を実施することに対するジレンマやストレスを感じ, 過剰で予防的な身体拘束が実施されやすいことも報告されている。

受け持ち看護師は, 一時的な最小限である身体拘束が患者の最良の看護ケアであるかどうかを見極める重大な責任があり, 多職種でのチームカンファレンスの実施や, 看護記録の内容を, 看護師長・主任看護師・その日のチームリーダー看護師が毎日確認することで, 受け持ち看護師の看護実践の承認に繋がったと考える。また, 昼夜日々更新される患者情報の電子カルテの修正入力, 多職種での患者情報共有のタイムラグを最小限にすることができたと考える。

また, 折笠¹⁶⁾は, 目標の設定, 課題の明確化, 勤務体制の仕組みの見直しなど, 教育機会の確保が身体拘束を減らすための実践として報告しており, 身体拘束を最小限化するための新たな取り組みを常時提案し, 患者の生活の質と尊厳を守る看護を実践する組織文化を構築していくことが重要である。

ケアのマネジメント課程において事故発生の防止策を尽くす事で, 事故防止を図る事が肝要であり, 看護者の患者転倒・転落への漠然とした不安とそれらの回避により身体拘束は低減したと考える。身体拘束に関する多職種によるチームカンファレンスが, 医療従事者の過剰な身体拘束を低減させ, 医療事故防止につながる事が明らかになったと考える。

VII. 結 論

身体拘束に関する多職種によるチームカンファレンスを毎日実施することで, 身体拘束は有意に減少し, 多職種によるチームカンファレンスを毎日実施することは身体拘束を減少

させる方法として有効であった。また, 転倒・転落インシデント・アクシデント報告は低減した。

本研究に係る利益相反はない。

本研究の限界

本研究は, 身体拘束ガイドライン, 転倒転落アセスメントシートに則った身体拘束を実施した。身体拘束の必要性の裏付けを考える背景として, 性別, 年齢, 疾患名, 認知症の有無, 介護度や看護必要度などの患者個々の状況を細かく評価していないことである。この点が今後の研究課題でもある。終わりに

高齢者は, 合併疾患の複雑化, 身体機能や精神機能の個人差が著しく, また入院という生活環境の急激な変化への適合も個人差が大きく, 個性性を重視したケアが必要であるため, 統一した看護ケアによるエビデンスの構築が難しい。しかし, さまざまな条件下での研究を蓄積, 継続し, 身体拘束廃止実現にむけて努力することが, 患者のいのちと尊厳を守ることに繋がる。

VIII. 引用文献

- 1) 厚生労働省: 身体拘束ゼロ作戦推進会議(2001) 身体拘束ゼロの手引き, 高齢者ケアに関わる全ての人のために, 2023年8月20日閲覧, <https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/854.pdf>
- 2) 公益社団法人全日本病院協会: 身体拘束ゼロの実践にともなう課題に関する調査研究事業報告書, p.1-12, 2016.
- 3) 小川朝生, 「身体拘束は人的資源の不足が要因」は本当か【寄稿: 身体拘束の論点】m3.com, 臨床ニュース, 2019, 2023年8月20日閲覧, <https://www.m3.com/clinical/open/news/714071>.
- 4) 公益社団法人全日本病院協会: 身体拘束ゼロの実践にともなう課題に関する調査研究事業報告書, p.1-12, 2016.
- 5) 西尾彰奏, 後藤太郎, 植木啓文: 精神科での身体拘束患者における深部静脈血栓症, 精神神経学雑誌, Vol19, No.11, p.998-1007, 2007.
- 6) 奥津康祐: 看護師による身体拘束に関する最高裁平成22年1月26日判決以降の民事裁判判例動向, 日本倫理学会誌, Vol6 No.1, p.61-67, 2014.
- 7) 内閣府: 令和2年版高齢者高齢社会白書, (全体版) 2023年8月20日閲覧, <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/pdf>.
- 8) 日本看護倫理学会(2015): 身体拘束ガイドライン, 2023年8月20日閲覧, http://jneanet/pdf/guideline_shintai_2015.pdf.
- 9) 石倉未沙絵, 鹿田和樹杉本恵里華他: 臨床現場における身体拘束, 抑制の実態と実施基準に関する研究, Yonago, Med Ass 66 (2・3), p.36-46, 2015.
- 10) 大山奈緒美, 鈴木孝樹, 小竹恵子: 脳血管障害患者における転倒予防のための抑制実施判断および抑制解除基準の要因分析, BRAIN NURSING, 26 (1), p.105-114, 2010.
- 11) 中尾久子, 佐藤美幸, 澄川桂子: 高齢者施設における身体拘束廃止の取り組みと事故に関する研究, 九州大学医学部保健学科紀要, (6), p.1-8, 2005.
- 12) 前掲書11).

- 13) Enns, E, Rhemtulla, R, Ewa, V: A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults Journal of the American Geriatrics Society, 62 (3) p.541-545, 2014.
- 14) Evans, L.K, Strumpf, N. E, Allen-Taylor, S.L: A clinical Trial to Reduce in Nursing Homes Journal of the American Geriatric Society, 45, p.675-678, 1997.
- 15) 玉山清美, 小野美喜: 整形外科疾患を持つ高齢者に対する身体抑制開始時の判断要件, 日本看護倫理学会誌, 9 (1), p.31-37, 2017.
- 16) 折笠清美, 急性期病院における高齢者・認知症ケア対策の構築と整備, 急性期病院における看護師都合の身体拘束を限りなくゼロに近づけたい。看護管理者としての思いと決断・行動, 看護部長通信, 17 (4), p.11-25, 2019.

◇ 原 著 ◇

児童精神科病棟に入院する患児の長期の行動制限に関連する要因についての後方視的研究

則村 良^{1)*}, 永石彩香¹⁾

本研究の目的は児童精神科病棟に入院して行動制限（拘束、隔離）を受けた患児の行動制限の長期化に関連する要因を明らかにすることである。対象者は2012年8月1日～2020年7月31日の期間、1施設の精神科病院児童精神科病棟入院中に行動制限を受けた15歳以下の者で、対象者のカルテと行動制限一覧性台帳から、行動制限日数、年齢、性別、知的障害の有無などを抽出した。その後、短期群と長期群の2群に分類し、t検定や χ^2 検定などを実施した。結果、拘束の対象者は40名で、隔離の対象者は142名だった。拘束では、知的障害があること、被虐待体験があること、拘束後14日間に暴力があること、拘束後14日間に自殺企図があることが、拘束と隔離では入院から行動制限開始までの日数が短期群に比べて長いことが明らかになった。行動制限の長期化に対して専門的な介入が必要になること、長期化には医療安全上の課題や行動制限が治療の一要素として機能していることが関係していると考えられた。

【キーワード】 児童精神科, 身体的拘束, 隔離, 後方視的研究

I. はじめに

日本の精神医療における身体的拘束、隔離は精神保健福祉法第36条に基づいて実施される行動制限である。行動制限（身体的拘束、12時間以上の隔離）は精神保健指定医の指示のもと厳格に行われ、他の代替方法がない場合に実施されるやむを得ないものであるが、行動制限を受ける側の患者には心理的苦悩^{1) 2) 3)}や二次的な身体的障害⁴⁾が生じる可能性も指摘されており、その実施は必要最小限にすることが求められている。しかし、精神保健福祉資料（630調査）によると2009年度では身体的拘束者数8193名、隔離者数8800名だった⁵⁾のが、2019年では身体的拘束者数10875名、隔離者数12815名⁶⁾と、2009年以降増加し高止まりしている傾向にあり、行動制限者の増加、ひいては行動制限日数の長期化が生じているといえる。

行動制限の日数が長期化することは行動制限を受けることによる心理的苦悩や二次的な身体的障害のダメージを大きくする。特に児童、思春期年代の患者は成長発達の中であり、心理的な影響は大きいと考えられ、より短い期間で終わることが望まれる。児童・思春期の行動制限の実態については先

行研究が少なく、比較をすることに限界はあるものの、身体的拘束期間の平均値が52.7日、中央値は15.5日⁷⁾と精神科急性期医療における行動制限の日数⁸⁾より長いことが明らかになっている。そして、平均値と中央値の隔たりから患者によって差があり、長期化することは何らかの要因があると考えられる。しかし、児童・思春期の行動制限の先行研究を調べたところ、児童精神科病棟に入院している患者の長期行動制限の要因について明らかにしたもののみはみられなかった。

II. 目 的

本研究は、児童精神科病棟に入院して身体的拘束と隔離を受けた患児の、身体的拘束と隔離の長期化に関連する要因を明らかにし、検討することを目的とした。行動制限の実態は長期化に関連する要因を明らかにすることで、行動制限の長期化を防止するためのケアについての示唆を得ることができると考える。

III. 方 法

1. 研究デザイン

後方視的研究：症例対照研究。

受付日：2022年10月12日／受理日：2023年9月12日

1) 医療法人財団青溪会駒木野病院

* E-mail：norimura@komagino.jp

2. 用語の定義

本研究における身体的拘束とは「精神保健福祉法に定められている、精神保健指定医の指示に基づき、身体的拘束を行うために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」とする。隔離とは「精神保健福祉法に定められている、医師（12時間を超える場合は精神保健指定医）の指示に基づき、内側から患者本人の意思によって出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより、当該患者を他の患者から遮断する行動の制限」とする。

3. 研究対象者

2012年8月1日～2020年7月31日の期間、1施設の単科精神科病院児童精神科病棟に入院し、行動制限(身体的拘束、隔離)を受けた15歳以下の者。2020年7月1日以降に初めて行動制限になった者、2020年7月31日以降も行動制限が継続していた者は除いた。

4. データ収集方法

行動制限一覧表台帳から行動制限となった者を選択し、その者の電子カルテから該当期間の行動制限日数、年齢、性別、身長、体重、診断、IQ、知的障害の有無、被虐待体験、性的被害の有無、両親、居住形態、入院形態、入院回数、入院前の警察介入歴、盗みの既往、入院前の自傷歴、入院前の自殺企図歴、行動制限開始後14日間の自傷・暴力・自殺企図・喧嘩、行動制限を開始した時点での入院日数、行動制限開始時の栄養チューブ等(マージンチューブ、点滴)の使用の有無を抽出した。1回の入院で複数回行動制限が実施されていた、または複数回入院があった場合は、一番長く行動制限を実施したエピソードを選択した。

5. 分析方法

先行研究⁹⁾の身体的拘束期間の中央値15.5日を参考に、その2倍の日数である31日目からを長期の行動制限とし、行動制限者を短期群(30日以下)と長期群(31日以上)の2群に分類した。各データについて、Welchのt検定、Mann-Whitney U検定、Fisherの正確確率検定、ロジスティック回帰分析を実施した。検定の際の有意水準は5%以下に設定した。分析にはMicrosoft Excel, EZR on R commander (Version 1.54)を用いた。

IV. 倫理的配慮

本研究は医療法人財団青溪会駒木野病院研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究対象施設のホームページ上に研究の目的や方法などを記した文書を掲載し、研究対象者に研究参加を拒否する機会の保障をした。

V. 結果

1. 研究対象者の概要

1) 身体的拘束(表1)

身体的拘束を受けた者は40名であり、男性が21名、女性19名であった。身体的拘束の日数は中央値[四分位]が5.5

日[2, 41.8]であった。平均年齢(標準偏差)は12.4(2.1)歳であり、疾患はF2:統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が2名、F3:気分[感情]障害が5名、F4:神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が10名、F5:生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群が1名、F6:成人の人格および行動の障害が1名、F7:知的障害<精神遅滞>が2名、F8:心理的発達の障害が8名、F9:小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害が11名であった。診断において知的障害が無いとされた7名のIQが測定されていなかったため欠損値とし、知的障害が無い者のIQの平均値94を当てはめた。身体的拘束を受けた40名のうち、短期群は29名(72.5%)、長期群は11名(27.5%)であった。短期群の身体的拘束の日数は中央値[四分位]が3日[2, 8]、長期群は中央値[四分位]が189日[71, 252]であった。

2) 隔離(表2)

隔離を受けた者は142名であり、男性が70名、女性72名だった。隔離の日数は中央値[四分位]が31日[10, 83.3]だった。平均年齢(標準偏差)は12.6(1.97)歳であり、疾患はF2:統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が12名、F3:気分[感情]障害が21名、F4:神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が40名、F5:生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群が2名、F6:成人の人格および行動の障害が3名、F7:知的障害<精神遅滞>が4名、F8:心理的発達の障害が32名、F9:小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害が28名だった。診断において知的障害が無いとされた19名のIQが測定されていなかったため欠損値とし、知的障害が無い者のIQの平均値92を当てはめた。隔離を受けた142名のうち、短期群は71名(50%)、長期群は71名(50%)だった。短期群の隔離の日数は中央値[四分位]が10日[5, 20]、長期群は中央値[四分位]が84日[48, 131.5]だった。

2. 短期群と長期群の比較

1) 身体的拘束(表1)

身体的拘束を受けた者を短期群と長期群に分けて分析した結果、統計学的有意に長期群は短期群に比べて身長(平均値)が低く(短期群:152.7cm, 長期群:145.6cm)、体重(平均値)が軽く(短期群:47.1kg, 長期群:35.3kg)、IQの中央値(短期群:94, 長期群:85)が低かった。また、入院から身体的拘束開始までの日数の中央値が長く(短期群:33日, 長期群:130日)、身体的拘束後14日間の暴力の回数の中央値が多く(短期群:0回, 長期群:1回)、「身体的拘束後14日間の自殺企図の回数の中央値が多かった(短期群:0回, 長期群:0回)。そして、統計学的有意に長期群は短期群に比べて、知的障害が有る割合(短期群:6.9%, 長期群:36.7%)、被虐待体験が有る割合(短期群:37.8%, 長期群:81.8%)、身体的拘束後14日間に暴力がある割合(短期群:10.3%, 長期群:54.5%)、身体的拘束後14日間に自殺企図の有る割合(短期群:0%, 長期群:36.4%)が高かった。

2) 隔離 (表2)

隔離を受けた者を短期群と長期群に分けて分析した結果、統計学的有意に長期群は短期群に比べて年齢の平均が低く (短期群:13歳, 長期群:12.3歳), 体重の平均値が軽かった (短期群:48.0 kg, 長期群:43.5 kg)。そして, 入院から隔離開始までの日数の中央値が長く (短期群:2日, 長期群:29

日), 入院前に自殺企図をしたことが有る者の割合 (短期群:42.3%, 長期群:25.4%) が低かった。IQの値や知的障害の割合では有意差はなく, 被虐待体験の有無, 性的被害の有無でも有意差はみられなかった。隔離開始後14日間の自傷行為, 暴力, 自殺企図, 喧嘩などのいわゆる問題行動においても, 短期群と長期群との間で有意な差はみられなかった。

表1 身体的拘束者の特性

	全体 (n=40)	短期群 (n=29)	長期群 (n=11)	p値
身体的拘束の日数 中央値 [四分位]	5.5 [2, 41.8]	3 [2, 8]	189 [71, 252]	1.24e-6**
年齢 平均 (標準偏差)	12.4 (2.1)	12.5 (2.1)	12.1 (2.3)	0.064
性別 (男, 女)	21, 19	17, 12	4, 7	0.293
身長 平均 (標準偏差)	150.7 (8.9)	152.7 (8.7)	145.6 (7.6)	0.019*
体重 平均 (標準偏差)	43.8 (14.6)	47.1 (15.5)	35.3 (7.0)	0.002**
診断				0.294
F0: 症状性を含む器質性精神障害	0	0	0	
F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	0	
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2	2	0	
F3: 気分 [感情] 障害	5	3	2	
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	10	9	1	
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	1	0	1	
F6: 成人の人格及び行動の障害	1	0	1	
F7: 知的障害<精神遅滞>	2	2	0	
F8: 心理的発達の障害	8	6	2	
F9: 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	11	7	4	
IQ 中央値 [四分位]	93.5 [83.5, 95.5]	94 [85, 99]	85 [69, 93.5]	0.027*
知的障害 (有, 無)	6, 34	2, 27	4, 7	0.039*
被虐待体験 (有, 無)	20, 20	11, 18	9, 2	0.031*
性的被害 (有, 無)	7, 33	5, 24	2, 9	1
両親 (不在, 母のみ, 父のみ, 両親)	1, 13, 4, 22	1, 9, 1, 18	0, 4, 3, 4	0.095
居住形態 (同居, 施設)	38, 2	28, 1	10, 1	0.479
入院形態 (任, 医)	4, 36	4, 25	0, 11	0.56
入院回数 中央値 [四分位]	1 [1, 1]	1 [1, 1.0]	1 [1, 1.5]	0.188
入院前の警察介入 (有, 無)	10, 30	6, 23	4, 7	0.418
入院前の盗み (有, 無)	8, 32	6, 23	2, 9	1
入院前の自傷 (有, 無)	15, 25	9, 20	5, 6	0.273
入院前の自殺企図 (有, 無)	10, 30	5, 24	5, 6	0.103
身体的拘束開始までの日数 中央値 [四分位]	50 [8.25, 136]	33 [1, 97]	130 [47, 177.5]	0.011*
身体的拘束後14日間の				
自傷 中央値 [四分位]	0 [0, 0.25]	0 [0, 0]	0 [0, 1.5]	0.061
自傷 (有, 無)	10, 30	5, 24	5, 6	0.103
暴力 中央値 [四分位]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	1 [0, 3]	0.001**
暴力 (有, 無)	9, 31	3, 26	6, 5	0.007**
自殺企図 中央値 [四分位]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 1.5]	8.21e-4**
自殺企図 (有, 無)	4, 36	0, 29	4, 7	0.004**
喧嘩 中央値 [四分位]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	0 [0, 0]	NaN
喧嘩 (有, 無)	0, 40	0, 29	0, 11	-
身体的拘束開始時点の点適などチューブ類の挿入 (有, 無)	6, 34	6, 23	0, 11	0.162

Welchのt検定, Mann-Whitney U 検定, Fisherの正確確率検定 短期群 VS 長期群 *p≤0.05, **p≤0.01

表2 隔離者の特性

	全体 (n=142)	短期群 (n=71)	長期群 (n=71)	p値
隔離日数 中央値 [四分位]	31[10, 83.3]	10[5, 20]	84[48, 131.5]	8.36E-25
年齢 平均 (標準偏差)	12.6(1.97)	13.0(1.93)	12.3(1.98)	0.042*
性別 (男, 女)	70, 72	33, 38	37, 34	0.615
身長 平均 (標準偏差)	154.2(9.99)	155.2(9.96)	153.2(9.99)	0.24
体重 平均 (標準偏差)	45.8(12.83)	48.0(12.27)	43.5(13.07)	0.037*
診断				0.475
F0: 症状性を含む器質性精神障害	0	0	0	
F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0	0	0	
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	12	6	6	
F3: 気分 [感情] 障害	21	11	10	
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	40	22	18	
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	2	0	2	
F6: 成人の人格及び行動の障害	3	1	2	
F7: 知的障害<精神遅滞>	4	3	1	
F8: 心理的発達障害	32	18	14	
F9: 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	28	10	18	
IQ 中央値 [四分位]	90[79, 97.8]	92[83.5, 98.5]	88[78, 96]	0.28
知的障害 (有, 無)	14, 128	5, 66	9, 62	0.398
被虐待体験 (有, 無)	55, 87	24, 47	31, 40	0.301
性的被害 (有, 無)	12, 130	7, 64	5, 66	0.763
両親 (不在, 母のみ, 父のみ, 両親)	0, 47, 10, 85	0, 24, 4, 43	0, 23, 6, 42	0.805
居住形態 (同居, 施設)	136, 6	70, 1	66, 5	0.211
入院形態 (任, 医, 措)	11, 129, 2	8, 61, 2	3, 68, 0	0.098
入院回数 中央値 [四分位]	1[1, 1]	1[1, 1]	1[1, 1]	0.375
入院前の警察介入 (有, 無)	39, 103	18, 53	21, 50	0.707
入院前の盗み (有, 無)	18, 124	7, 64	11, 60	0.449
入院前の自傷 (有, 無)	49, 93	29, 42	21, 50	0.158
入院前の自殺企図 (有, 無)	48, 94	30, 41	18, 53	0.0504*
隔離開始までの日数 中央値 [四分位]	14[1, 68.5]	2[1, 36]	29[2.5, 100]	0.00125**
隔離後14日間の				
自傷 中央値 [四分位]	0[0, 0]	0[0, 0]	0[0, 0]	0.589
自傷 (有, 無)	28, 114	13, 58	15, 56	0.833
暴力 中央値 [四分位]	0[0, 1]	0[0, 0.5]	0[0, 1.0]	0.149
暴力 (有, 無)	43, 99	18, 53	25, 46	0.273
自殺企図 中央値 [四分位]	0[0, 0]	0[0, 0]	0[0, 0]	0.804
自殺企図 (有, 無)	28, 114	13, 58	15, 56	0.833
喧嘩 中央値 [四分位]	0[0, 0]	0[0, 0]	0[0, 0]	0.539
喧嘩 (有, 無)	18, 124	10, 61	8, 63	0.802
隔離開始時点の 点適などチューブ類の挿入 (有, 無)	3, 139	1, 70	2, 69	1.000

Welchのt検定, Mann-Whitney U 検定, Fisherの正確確率検定 短期群 VS 長期群 *p≤0.05, **p≤0.01

3. 行動制限の長期化に関連する要因

1) 身体的拘束

Fisherの正確確率検定の結果、身体的拘束の長期化と知的障害の有無、被虐待体験の有無、身体的拘束後14日間の暴力の有無、身体的拘束後14日間の自殺企図の有無には関連性がみられた。上記の項目が身体的拘束の長期化に与える影響を明らかにするために、上記の項目を説明変数に、目的変数

を身体的拘束の長期化（短期群と長期群の二値）にした単変量のロジスティック回帰分析を実施した。なお、「身体的拘束後14日間の自殺企図」の値は二値に対して完全分離の状態にあるため、ロジスティック回帰分析から除外した。その結果、知的障害があること（オッズ比:7.71, 95%信頼区間:1.17~51.1）、被虐待体験があること（オッズ比:7.36, 95%信頼区間:1.34~40.5）、身体的拘束後14日間に暴力を振るうこと

(オッズ比：10.4, 95%信頼区間：1.93～56.0) が身体的拘束の長期化を引き起こしていることが示された (表3)。

2) 隔離

Fisher の正確確率検定の結果、隔離の長期化と入院前の自殺企図の有無には関連性がみられた。上記の項目が隔離の長期化に与える影響を明らかにするために、上記の項目を説明変数に、目的変数を隔離の長期化 (短期群と長期群の二値) にした単変量のロジスティック回帰分析を実施した。その結果、自殺企図があること (オッズ比：0.464, 95%信頼区間：0.028～0.946) は隔離の長期化を引き起こしていないことが示された (表4)。

VI. 考 察

1. 専門的な介入の必要性

身体的拘束の長期化に影響する要因として「知的障害」、「被虐待体験」が明らかになった。

知的障害 (知的能力障害) は、知的機能 (推論, 学習, 問題解決能力) 障害と適応行動 (概念化能力, 社会技能, 生活を送る能力) 障害の両方を伴う障害である。加えて、知的能力障害ではコミュニケーション能力の乏しさや自尊心の低さ、欲求不満への耐性の低さ、衝動性のコントロールの不良、過剰に攻撃的な行動、攻撃的な性行動に注意を向けることが指摘されている¹⁰⁾。そのため、身体的拘束という不快感が強く、コントロール感が奪われた状況において、知的障害を持つ子どもは自己や環境を把握して理解することや、その場で適応的に振る舞うことが困難になると考えられる。つまり、身体的拘束を受けること自体に対して反射的に不適応な行動をとってしまいやすく、それゆえに身体的拘束が長期化してしまうと考える。知的障害を持つ子どもに身体的拘束を実施した場合は、通常的身体的拘束についての説明だけでなく、状況の理解力やコミュニケーション能力・手段への配慮、身体的拘束による不快感の除去、欲求不満や衝動性のコントロールを支援するようなケアや治療が必要になるといえる。

身体的虐待や性的虐待を受けた子どもの21～55%にPTSDがみられ、そしてPTSDの症状は、逃避/回避するための胃痛、頭痛などの身体症状、情動麻痺から解放されるために行われる自傷行為などの自己破壊行動、敵意や過覚醒状態での暴力、外傷を再体験しようとするような性的な遊びなどと

いった形で生じることがあると指摘されている¹¹⁾。そのため被虐待体験のある子どもは、身体的拘束をトラウマティックなストレスラーとして認識し、身体的拘束を実施する瞬間はもとより身体的拘束中において、PTSD症状を生じさせている可能性がある。つまり、身体的拘束によってPTSD症状が引き起こされ、PTSD症状による病的行動が身体的拘束開始時に存在していた問題と重なってしまい、PTSD症状が生じている間は患者の状態が改善していないとスタッフに認識され、身体的拘束の長期化につながると考えられる。全米州精神保健局長協議会の隔離・身体的拘束最小化のための研修カリキュラムがアプローチの主軸の一つにトラウマインフォームドケアシステムを取り入れてその効果をあげている¹²⁾ように、被虐待経験のある子どもに身体的拘束を実施した場合は、通常の心理的ケア以上に、トラウマという病理を基本的な認識としたケアや治療、セルフコントロールの支援を実施していく必要があるといえる。

知的障害や被虐待体験からの影響で個人の能力に制限をかけるため身体的拘束になった場合は長期化になる恐れがある。長期的身体的拘束を防止するためには通常の治療やケアだけでなく、それらに配慮した専門的な介入が必要になると考える。そして、このことから今後精神科看護において知的障害、虐待の影響やトラウマなどについての理解や援助方法の教育が重要になることが示唆される。

2. 医療安全における課題

分析の結果、身体的拘束の長期化に影響する要因として「身体的拘束後14日間の暴力」、長期化に関連する要因として「身体的拘束後14日間の自殺企図」が明らかになった。

身体的拘束中の患者に対応する主な職種は看護師であり、看護師が暴力を受けた時に暴力や暴力を振るった患者に対して否定的な感情を抱くことはこれまでも報告されている。谷本は暴力を受けた直後に看護師は暴力の脅威、患者への嫌悪や対応への不安を感じていること¹³⁾、富川は看護師が身体的拘束をしていた患者が暴れたり、看護師を脅す姿を見て攻撃されるのではないかと怖くなったり感情がかき乱されたこと¹⁴⁾を明らかにしている。身体的拘束を実施したにもかかわらずその直近14日間に暴力が起きることは、看護師を含む援助者に困難感や否定的な感情を抱かせ、身体的拘束の長期化につながっていくと考えられる。そのため、暴力の予防、

表3 身体的拘束の長期化に関連する要因のオッズ比

	オッズ比	95%信頼区間	p値
知的障害がある	7.71	1.17～51.1	0.034
被虐待体験がある	7.36	1.34～40.5	0.022
身体的拘束後14日間に暴力がある	10.4	1.93～56.0	0.006

表4 隔離の長期化に関連する要因のオッズ比

	オッズ比	95%信頼区間	p値
自殺企図歴がある	0.464	0.028～0.946	0.0347

防止に努めることが身体的拘束の解除に必要なことになる。しかしながら、前述したように身体的拘束自体の不快感によるものやPTSD症状から暴力が生じている可能性があるため、単なる暴力対策というより、Person centered を理念にしたCVPPP¹⁵⁾のようにケアという視点に立った暴力へのアプローチが重要になるといえる。

精神科病院において自殺の防止は医療安全上の最重要課題である。自殺の予防に関しては病院内で様々な取り組みが行われている¹⁶⁾が、最も強力なものが身体的拘束である。本研究では、身体的拘束開始後14日間に自殺企図をした者が長期群のみであり、短期群にはいなかったため完全分離となりロジスティック回帰分析をすることができなかった。そのため、身体的拘束開始後14日間の自殺企図が長期化に関連することは明らかにできなかったが、長期化への影響の程度を明らかにすることができなかった。しかし、身体的拘束を実施したにもかかわらずその直近14日間に自殺企図がされた場合は病棟スタッフの衝撃が大きく、身体的拘束を解除していくことに不安を感じさせ、身体的拘束の長期化につながると考えられる。また、自殺念慮のある患者に対してリスクアセスメントや援助は欠かせないが、子どもの自殺は成人の自殺とは様相が異なっており¹⁷⁾、そのリスクアセスメントの違いや難しさもスタッフの不安を増加させ、身体的拘束の長期化につながっていくと考えられる。ただし、同時に隔離の長期化の要因を明らかにするロジスティック回帰分析の結果、入院前に自殺企図があった場合には隔離の長期化を引き起こさないことが示された。これは入院前に自殺企図があって短くなったというのではなく、過去のエピソードによって入院中の隔離の期間が左右されない、つまり、医療従事者は過去のことを引き合いにだして不安になり隔離を長期化させることはないということだと考える。そのため、単にスタッフの不安を和らげるような対応をするというよりは一般的な自殺予防支援教育のみならず、小児期、思春期に特化した自殺予防支援教育をしていくことが重要といえる。

暴力と自殺は精神科医療の医療安全における重要な課題であり、危険を回避するために身体的拘束を行ったにもかかわらず、その後すぐに医療安全上の問題が生じると身体的拘束が長期化すると考える。これら医療安全上の問題に対する看護師や医師、他の職種への教育や患者へのアプローチが長期化を防止するためには必要になると考える。

3. 治療の方法としての行動制限

分析の結果、身体的拘束、隔離ともに短期群と長期群では入院から行動制限開始までの日数に大きな差があったことが明らかになった。これは短期群が入院直後の行動制限であり、長期群は入院して時間が経過してからの行動制限であることを示しており、入院の拒否やホームシックによる衝動行為などによって行動制限が必要になった場合とは違い、医療者が患者を十分に観察し病理を理解した後での行動制限であり、根本的な治療と並行するために行動制限が長期化すると考え

る。山崎は行動制限について、やむを得ずとはいえ行動制限する以上は治療の重要な転回点、『子どもとじっくりかかわるチャンスが来た』と考え、これまで抱えてきた感情を言葉にしたり、自分の行動や人間関係を振り返ったり、これから先の生活や他者との関係を考えるとといった時間を可能な限り確保していくことが大切である¹⁸⁾と述べている。つまり、児童精神科医療では行動制限をそれ以外では危険を回避できないために用いる方法としてだけでなく、行動制限が治療の一要素と機能する場合もあることを示唆しているといえる。たしかに行動制限下では医療者と患児が守られた空間で1対1の交流を可能にするといえる。しかし、行動制限を精神保健福祉法にある目的だけではなく治療手段やじっくりかかわる手段や方法として用いた場合、標的にしている症状、入院後から十分に観察していた病理が改善するまで行動制限を継続してしまう可能性がある。ここには治療と自律の尊重、治療と無危害などの倫理的葛藤があり、児童精神科医療で行動制限が治療の一要素として機能している場合には、長期化を防ぐために倫理調整が重要になると考える。

4. 研究の限界

本研究は、後方視的研究であること、症例数が少なく十分な統計分析手法を実施することができなかったことから、得られた結果とその解釈には限界がある。今後、前向きの研究としてデザイン、実施し、症例数を増やして、より信頼性のある結果を示す必要がある。

VII. 結 論

児童精神科病棟における患児の身体的拘束を長期化する要因として、知的障害があること、被虐待体験があること、身体的拘束後14日間に暴力があること、身体的拘束後14日間に自殺企図があることが明らかになった。行動制限(身体的拘束と隔離)の長期群と短期群の比較において、長期群は短期群より入院から行動制限開始までの日数が長いことが明らかになった。行動制限の長期化に対して専門的な介入が必要になること、長期化には医療安全上の課題や行動制限が治療の一要素として機能していることが関係していると考えられた。

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) 松本佳子, 桜井伸子, 大場美知子: 精神科入院患者にとっての身体拘束の体験—患者と家族とのインタビューから—, 日本精神保健看護学会誌, 11 (1), p.79-84, 2002.
- 2) 兵頭猪佐夫, 和田八重子, 佐野雅美ほか: 急性期治療病棟の保護室入室時の患者のニーズ—保護室入室体験者の声—, 日本精神科看護学会誌, 45 (2), p.423-426, 2002.
- 3) 服部朝代, 吉本聖隆, 山下垂矢子ほか: 行動制限最小化に関する研究(第4報)—隔離処遇に関連した予測される不利益への一考察—, 川崎医療福祉学会誌, 26 (1), p.113-119, 2016.

- 4) 小熊朝子：安全管理－隔離，身体拘束，川野雅資編，精神看護学Ⅱ（6），ヌーベルヒロカワ，p.194-197，2015.
- 5) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(2009)，精神保健福祉資料－平成21年度6月30日の調査の概要，2020年12月7日閲覧，
https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/assets/pdf/h21_630.pdf.
- 6) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(2019)，精神保健福祉資料 令和元年度×主診断×隔離拘束指示×全国，2020年12月7日閲覧，
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>.
- 7) 小松崎圭，庄紀子，石川弥生ほか：小児精神科入院治療における身体拘束の現状と課題，こども医療センター医学誌，39（3），p.112-116，2010.
- 8) 野田寿恵，杉山直也，佐藤真希子ほか：隔離・身体的拘束施行時間に影響する患者特性－日本の精神科急性期医療において，精神神経学雑誌，116（10），p.805-812，2014.
- 9) 前掲書7).
- 10) Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz : Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11), 2015, 井上令一監修, 四宮滋子, 田宮聡監訳：カプラン臨床精神医学テキストDSM-5 診断基準の臨床への展開（3），メディカルサイエンスインターナショナル，p.1255-1274，2016.
- 11) Christine Wekerle, Alec L. Miller, David A. Wolfe et al. : Childhood Maltreatment, 2006, 福井至監訳, 福井至, 矢野啓明, 野口恭子訳：児童虐待, 金剛出版, p.32-43, 2012.
- 12) Kevin Ann Huckshorn : Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings-Core Strategies for Prevention, 2004, 野田寿恵, 吉浜文洋, 杉山直也訳：精神保健領域における隔離・身体拘束最小化－使用防止のためのコア戦略－第三部, 精神科看護, 37(9), p.66-73, 2010.
- 13) 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（1），21-31，2006.
- 14) 富川明子：精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験, 日本精神保健看護学会誌, 17（1），72-81，2008.
- 15) 下里誠二：暴力に対応することについての重要な概念, 下里誠二編著, 最新CVPPPトレーニングマニュアル, 中央法規, p.2-32, 2019.
- 16) 大類真嗣, 廣川聖子, 赤澤正人ほか：精神科医療機関における自殺の経験および自殺予防に役立っていると考えられる取り組み, 精神神経学雑誌, 114（12），1420-1427, 2012.
- 17) 高橋祥友：自殺の危険（3），金剛出版, p.143-168, 2014.
- 18) 山崎透：児童精神科の入院治療－抱えること, 育てること, 金剛出版, p.115-140, 2010.

◇ 原 著 ◇

拡張型心筋症患者が両室ペーシング機能付き 植込み型除細動器と共に生きる体験

浅野仁美^{1)*}, 池 陸美¹⁾, 中村 勝²⁾, 長澤 寮²⁾, 田村奈実³⁾

本研究は、拡張型心筋症（以下 DCM）患者が両室ペーシング機能付き植込み型除細動器（以下 CRT-D）を植込み後にどのような体験をしているかを探究し、看護支援の一助に繋げることを目的とした。同意を得られた患者 5 名に半構成的面接を実施し、語りの内容を質的統合法（KJ 法）で分析した。6 枚の最終ラベルに統合され、そのシンボルマークとして【根治できない病気への思い：切望する現状維持と改善の期待】、【心臓への労り：誰にも理解できない自分だけの物差しで行動】、【医療に対する感謝：神の一手を与えてくれた医師への恩返し】、【CRT-D と一体化：無意識の内側でコントロールされる心臓】、【安心と負担が同居：作動するかもしれない不確かさ】、【死に対する考えの変化：老いによって近づくもの】が抽出された。看護者は患者自身の身体感覚を重視したセルフケアを継続して行うための支援や、CRT-D 植込みによって得られた心不全症状が安定した状態の中で、その人らしく積極的に日常生活を営むことができるよう支援することが重要である。

【キーワード】 拡張型心筋症, 両室ペーシング機能付き植込み型除細動器, 体験

I. はじめに

拡張型心筋症（dilated cardiomyopathy；以下 DCM）は、慢性心不全症状を特徴とし、急性増悪を繰り返す進行性かつ予後不良の疾患であり、有病率は人口 1,000 あたり 0.5 人程度と推定されている¹⁾。DCM は原因不明とされ、根本的治療は心臓移植のみである²⁾。しかし臓器提供者は少なく、DCM 患者は心不全症状への薬物療法を受けながら日常生活を送っている。

近年、心不全治療の進歩は目覚ましい。薬物を使用しない心臓再同期療法も登場しており、心不全にしばしば合併する心室間同期不全を解消し、悪化の防止や心機能を向上することが可能となった。日本では 2004 年からこの治療を行う両室ペースメーカー（cardiac resynchronization therapy pacemaker；以下 CRT-P）が使用されるようになった。その後も 2006 年に致死的不整脈による突然死のリスクを回避する両室ペーシング機能付き植込み型除細動器（cardiac resynchronization therapy-defibrillator:以下 CRT-D）が開発され、2017 年には心臓再同期療法を新たに受ける患者の

72%に CRT-D が使用されており、心機能低下がみられる DCM 患者にも CRT-D の使用が進んでいる³⁾。

DCM 患者の生活実態については明らかにされていない部分が多い。疾患受容のプロセスは、蓬田ら⁴⁾が 4 つのカテゴリ（受け流す）〈受け止める〉〈受け入れを強いられる〉〈現状を受け入れる〉を抽出しており、受容の程度は状態に伴って強まったり弱まったりしていると報告している。また、小島ら⁵⁾は DCM 患者の発症後の経過が長期化することから〈疾病を受容するための苦悩〉や悪化する病態に対する〈生と死に向き合う心の揺らぎ〉〈疾病と共存することへの辛さ〉を持っていると報告している。このように DCM 患者は疾患受容の困難さだけでなく病態の悪化に伴う苦悩や苦痛を内包しているといえる。

また CRT-D の除細動機能の作動は致死的不整脈が生じ、患者に死が近づいたことを意味する。CRT-D と同じ除細動機能を持つ植込み型除細動器（implantable cardioverter defibrillator；以下 ICD）を使用している患者では、突然死体験や除細動機能作動に関連した心的外傷後ストレス障害をきたす事例が多く⁶⁾、植込み後も作動に対する不安や緊急時の

受付日：2023 年 4 月 18 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 新潟青陵大学 2) 新潟大学医学部保健学科 3) 新潟大学医歯学総合病院

* E-mail：hasano@n-seiryu.ac.jp

対応に対する支援の必要性があること⁷⁾が報告されている。また終末期にある慢性心不全で ICD 植込み後の患者では、予後予測が困難なことから死亡するまでの1か月の間に27%の患者に除細動機能の作動があるにもかかわらず、除細動機能を停止した患者は24%に留まっている⁸⁾と報告されており、作動することによって臨死期まで苦痛が生じる可能性がある。

これらのことから、CRT-D 植込み後の DCM 患者は根治できない疾患を抱える苦悩のみならず、CRT-D の除細動機能に関連した苦痛を生じている可能性もある。しかし、CRT-D 植込み後の DCM 患者に関する生活実態調査は見当たらない。そのため、本研究では DCM 患者が、CRT-D 植込み後から身体症状の変化を感じ、そこから疾患や CRT-D に対する思いの変化を感じてきたのかについて焦点を当てたインタビュー調査を実施し、DCM 患者の安楽な生活に向けた今後の看護支援のあり方について検討する。

Ⅱ. 目的

本研究は、DCM 患者の CRT-D 植込み後に得られた身体症状や、そこから得られた疾患や CRT-D に対する思いの変化などの体験を明らかにし、患者の安楽な生活に向けた看護支援の一助にすることを目的とした。

Ⅲ. 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 操作的定義

本研究における「体験」は、中木らの定義⁹⁾を参考に、「DCM 患者が CRT-D を植込み後に会った身体症状とその反応から得られた感情や価値の変化」と定義した。

3. データの収集方法

1) 対象の選択

研究対象者は、東日本の A 県内 X 病院へ外来通院している CRT-D 移植後の DCM 患者とした。また対象者は、重度な心機能低下を有するため、①外来通院が可能でかつ身体症状が安定していること、②60分程度の面接に耐えうると判断された者を選定条件とし、外来主治医より紹介してもらった。また、対象となる患者が少ないことが予想されるため、CRT-D 移植後の期間については問わないこととした。

2) データ収集の具体的な方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を1回実施した。DCM の経過は多様であるため、インタビューガイドには、病気に気づいた時点から、CRT-D を植え込んだ現在までに体験した身体症状や、それに伴う気持ちや思いの変化、CRT-D に対する考えについての項目を設定した。その内容を参加者の同意を得て、IC レコーダーに録音した。また参加者から病気に気づいてから現在に至るまでの経過や、今現在 CRT-D とともにあることへの思いを自由に語ってもらい、適宜内容を確認した。尚、インタビューは2016年7~9月に実施した。

3) データ分析方法

本研究では、質的統合法 (KJ 法)¹⁰⁾による分析とした。正木によると、質的統合法 (KJ 法) は看護の現象の克明な (豊富な) 記述から看護現象を構造的に把握することに優れ、臨床の知である看護実践を一般化・理論化していくことを可能とする方法¹¹⁾である。本研究は DCM 患者が CRT-D 植込み後に会った多様な心身の変化、それによって得られた反応を明らかにすることを目的とするものであり、対象者の体験をありのままに捉えるためには最も適している分析方法と考えた。分析は、以下の手順で行った後、データの信頼性を高めるため、質的分析法 (KJ 法) に精通した研究者からスーパーバイズを受けた。

(1) 個別分析

個別分析は、①単位化とラベル作成、②グループ編成、③データの構造化 (空間配置図の作成)、④シンボルマーク付け、⑤構造の叙述の5段階を踏んで行った。すなわち、患者ごとの逐語録から、CRT-D 植込み後の体験について1つの内容が示されるよう単位化し、1枚のカードに1つの単位が入るようにラベルを作成した。作成したラベルを一面に広げ、「類似性」に着目してカードを集め、似た意味のカード毎にグループ化した。同じ要領でグループ編成を複数回実施し、類似するものが無くなるまで作業を繰り返し最終ラベルを作成した。作成された最終ラベル同士の理論的關係を発見する作業を行い、空間配置図を作成した。各々の最終ラベルの性質を象徴的に示す一文、シンボルマークをつけ、それらによって構造化された空間配置図を読み取り、論理的なストーリーとして要約し、各対象者の構造結果として記した。

(2) 総合分析

個別分析は、事例的性格をもつものに対して、総合分析は普遍的・法則的性格へと近づくプロセスである。従って、総合分析は個別分析によって得られた各対象者の最終ラベルから、個別分析の具体性を残しつつも、抽象度が高すぎないレベルの目安である2段階前の状態に戻し、それらをすべて併せ、個別分析と同様の手順で分析を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、新潟大学大学院保健学研究科倫理審査委員会の承認 (受付番号: 第123号) を受けて実施した。研究対象者は、重度な心機能低下を有する可能性があるため、外来通院可能で身体症状が安定し、60分程度の面接に耐えうると主治医より判断された者とした。

研究参加候補者に①研究の目的、方法、②協力の自由意志と拒否権の保証、③個人情報・プライバシーの保護、④研究成果の公表方法、⑤研究開始から終了後までのデータの保管管理と処理等について文書及び口頭で説明し、研究協力の依頼を行った。研究参加についての熟慮に必要な時間を十分に確保し、参加候補者の研究への理解を確認した上で、同意が得られた参加候補者から研究同意書に署名してもらい、研究参加者とした。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要

選定基準を満たし同意を得られた5名が研究参加者となった。性別は男性2名、女性3名、年代は50~70代、DCM罹病期間は9~35年、CRT-D移植後2~8年であった。面接時間は28~49分、平均面接時間は36.6分であった。参加者の概要と面接から得られた元ラベルと最終ラベル数を表1に示す。(表1)

2. 分析結果

各参加者の個別分析を実施し、それぞれA氏5枚、B氏6枚、C氏5枚、D氏5枚、E氏3枚の最終ラベルに統合された。(表2)

個別分析の最終ラベルより2段前に遡り、A氏12枚、B氏11枚、C氏14枚、D氏14枚、E氏14枚の計65枚を元ラベルとして総合分析を行い、6枚の最終ラベルに統合された。(表3)

6つの最終ラベル間の論理的関係を発見する作業を行いながら、シンボルマークによって構造化された空間配置図より得られた論理的ストーリーを以下に示す。

DCMでCRT-D植込み後の患者は、【切望する現状維持と改善の期待】という【根治できない病気への思い】を根底に持っていた。そのため、CRT-Dを植込んだとしても【心臓への労り】から【誰にも理解できない自分だけの物差しで行動】を取っていた。しかし、そんな中で【無意識の内側でコントロールされる心臓】を知り【CRT-Dと一体化】していたことに気付いていた。

またもう一つの側面としては、【神の一手を与えてくれた医師へ恩返し】をしたいという【医療に対する感謝】を持つ一方で、【作動するかもしれない不確かさ】がもたらす【安心と負担が同居】した状態であるとも感じていた。これらの思いが影響していき、【老いによって近づくもの】という【死に対する考えの変化】が生まれた、という体験をしていた。(図1)

VI. 考 察

1. 拡張型心筋症患者が両室ペースング機能付き植込み型除細動器と共に生きる体験

抽出されたシンボルマークによって得られたストーリーから、研究参加者の体験を考察する。なお【 】はシンボルマーク、〈 〉は最終ラベル、「 」は元ラベルの言葉に対応するものとする。

分析の結果から、DCM患者がCRT-Dと共に生きる体験には大きく2つの側面が存在した。1つは、根治しない心臓を自分なりに労わりながらも、よい状態になるよう努めてくれる医療に対する感謝をより一層深めていくDCM患者として生き続ける側面である。そして2つ目は、CRT-Dによって正常に心臓が動かされるという身体変化と、除細動機能を持った安心と負担という心理的变化から、死に対する考え方の変化がもたらされたCRT-Dの植込み後を生きするという側面であった。それぞれの側面から参加者の体験について考察を進める。

1) CRT-D植込み後もDCM患者として生きる体験

分析結果から本研究の対象であるCRT-D植込み後のDCM患者は、【切望する現状維持と改善の期待】という【根治できない病気への思い】を根底に抱えていたことが分かった。参加者の概要を見ると、9~35年と長期に渡りDCMを患い、その期間と比べるとCRT-Dを植込んだ期間はわずか2~8年であるためDCM患者として過ごしてきた影響が強いといえる。「やっぱり、ずっと長いので。自分の中で、こうなった時、気を付けないといけないってポイントがいくつかあって」と、【誰にも理解できない自分だけの物差しで行動】を続けていた。これは、蓬田ら¹²⁾のDCMを受け入れるプロセスの“現状を受け入れる”段階では、病気としては根治を望めないため、低下した心臓をこれ以上悪化させないように様々な手段を考えるという報告と同様で、CRT-Dを植込んだ後もDCM患者として現状を維持することを切望しながら、DCMを受容して生活を送っていると考えられる。

加えて、「私にとって一番具合が悪いのは、心臓が水の中にふわふわと浮いて位置が定まっていなようなすごく妙な感覚になることで、そういう時はうつ伏せになって押しえたり、しばらく大事にしようと思う」などの【心臓への労り】が表出されていた。これは、上床ら¹³⁾がDCMとともに生きる患者が生活調整を行うあり様について、胸水貯留による耐え難い呼吸苦や身体が思うように動かないといった身体そのもので感じ取る感覚を基準にしているという報告に類似しており、DCM患者にとって自身の身体感覚が特に重要とされるものであるといえる。

一方、【根治できない病気への思い】には、DCMの改善の期待が含まれている。「先生方の判断でCRT-Dを入れた方が良いと言われ、多少なりと心臓の負担を楽にしてくれるような方法を取ってくれるということならお任せしますと思った」

表1 研究参加者の概要

対象者	性別	年代	DCM罹病期間	CRT-D移植後	除細動経験	面接時間	元ラベル数
A氏	男性	70代	35年	2年	あり	39分	33枚
B氏	男性	70代	25年	3年	あり	49分	45枚
C氏	女性	60代	9年	8年	なし	30分	51枚
D氏	女性	50代	32年	6年	なし	37分	42枚
E氏	女性	70代	18年	5年	なし	28分	30枚

表2 各参加者の個別分析の最終ラベル

最終ラベル	
A氏	<p>A-1 心臓の動きはCRT-Dにコントロールされているが、拡張型心筋症の自分の心臓はいつまでも応じることができないであろうことを仕方なく受け入れるしかない。</p> <p>A-2 高齢で死が近くなってきたが、自分の場合はがんと違って痛みを感じることなく死ぬことができるため、神経質に考えることがなくなった。</p> <p>A-3 気絶が不整脈から来ると知ってから、些細な変化を敏感に感じ眠れないこともあったが、不整脈が起きないと不安を感じず、健康なんだと実感する。</p> <p>A-4 CRT-Dを植込んだ後は運動制限があり、筋力や食欲低下を感じていたが、解除されて運動してみると息切れで苦しなくなった。</p> <p>A-5 死ぬのが嫌だと思うのは、一人残されてしまう妻の面倒をどう見るかということだ。</p>
B氏	<p>B-1 薬では治せず高額なCRT-Dを入れたことで、障害者手帳を貰って尚、仕事までできるのは命の恩人である先生のおかげであるから、改善してもらいたいという期待に報いるように努めなければならない。</p> <p>B-2 CRT-Dの作動の衝撃はトラウマとなり、救急車を呼ぶなど周りに迷惑も掛かることであるから、作動しないことが一番であり、万が一のことを考え安全に過ごすことを心掛けている。</p> <p>B-3 お酒を飲めば具合や成績が悪くなるだろうから、やっぱり生きていたいから辞めてはいるが、その反面生きることが面白くなり、寿命があと5年くらいなんじゃないかと思う。</p> <p>B-4 病気を治し、何回も使える除細動機能がついているCRT-Dを勧められ、短時間で苦痛も少なく入れられ、植込んでしまえば楽になると思ったのですぐに手術を受け入れた。</p> <p>B-5 植込み部に負担がかかっているような違和感があるが気にするほどのことではなく、植込み後は歩いて動悸が起きなくなった。</p> <p>B-6 半年に1回診断書書いてもらわないと免許もダメになるし。</p>
C氏	<p>C-1 入れることができなと言われてペースメーカーを入れてくれたことは神の救いのように感じられ、何でも答えてくれる医者はペースメーカーと同様に安心感を与える恩人のような存在である。</p> <p>C-2 拡張型心筋症の治療法は移植しがなく、薬で治療するしかないと言われ、死ぬことなど考えられなかったがそういう病気だと思うしかできなかった。</p> <p>C-3 ペースメーカーが入ったことでわせわせと歩くと疲労を感じる程度となったが、家事をする程度となり年齢的にも体力が低下してきて5~6年後の電池交換まで元気でいられるか心配である。</p> <p>C-4 人のペースに合わせることなく、自分のペースで動いていたらさほど気になることなく、自然と症状に慣れていった。</p> <p>C-5 脈拍が70くらいに設定されていて、特に感じることはないが、血圧計の脈拍が70と表示されるとペースメーカーがあるから正常でいられると安心する。</p>
D氏	<p>D-1 心臓の病気のため何かあったらということを考えておかなければならず、安心のためにも除細動は入っていた方が良いが、何か大変なことをしなくても作動したという話を聞き、何が大丈夫だと言えないと思った。</p> <p>D-2 心臓の位置が定まらないような感覚やズキンと来るような痛みは自分にしか分からないため、自分の心臓を自分の感覚で考えて、何か途中でやめるなど気を付けていかないとダメだと思う。</p> <p>D-3 何かあったらと思うとそのままの方がいいと思うので、カテーテル検査を受けることや薬を止めるなど、なるべくならもう心臓をいじらないで、と思う。</p> <p>D-4 フルベージングだから機械がないと私の場合働けないので、入れたくないと言える状況ではなく、CRT-Dはもう一個の自分みたいな、ありがたい存在である。</p> <p>D-5 PMよりサイズが大きく入っている感じが入れた当初はあったけれど、慣れてしまえば少し重いかなってという感覚はあるかもですけど、これはこれでしょうがないというくらいだ。</p>
E氏	<p>E-1 ペースメーカーで変わった感じがしたのは新鮮だった入れた時だけで、ただここにあるだけのもので何も感じず、なくてよいならない方が一番いい。</p> <p>E-2 病気で離れることはできず、ペースメーカーを入れることを断ればまた同じ状態になるだろうから、しょうがないと諦めて、楽観的に行くしかないと思った。</p> <p>E-3 CRT-Dを入れた後も以前と同様に旅行に行くことができている。</p>

と、積極的にCRT-Dを受け入れていた。従来、薬物療法などの治療を従順に受けてきた患者にとって、医師から新たな選択肢が提示されたことは非常に大きな希望となり、改善の期待を持ちながら【医療に対する感謝】の思いを深めることに繋がっていた。小島ら¹⁴⁾は、DCM患者は病気や自分に合ったアドバイスや情報、再発防止・検査結果の変化の説明などを受けたいという欲求から医師への依存が大きいと報告している。本研究の参加者もCRT-Dの提案を受けたことにより

感謝を深めるとともに【神の一手を与えてくれた医師への恩返し】をしていきたいという思いを生み出し、〈CRT-Dを手術してくれた先生は命の恩人であり、薬では治せない段階からより改善してもらいたいという期待に応えていかなければならない〉と、さらに医師に対して従順になっている様子が伺えた。

2) CRT-Dを植込んだDCM患者として生きる体験

本研究では、CRT-Dを植込んだことによる身体的な変化を、

表3 総合分析のシンボリックマーク及び最終ラベル

シンボリックマーク	最終ラベル	下位ラベル
CRT-Dと一体化 : 無意識の内側でコントロールされる心臓	異物感や傷口の痒みなど変わった感じがあったのは植込み後だけで、CRT-Dはただあるだけのものとなり、心拍数が設定と同じであると正常に心臓がコントロールされているのだと安心する。	・植込み後は異物感や傷口が痒くなるがあったが、苦痛に感じることもなく、慣れてしまえば気にならなくなっていた。 ・変わった感じがしたのは植込み後だけでCRT-Dはただあるだけのものとなり、設定と同じ心拍数と知ると正常に心臓がコントロールされているのだと安心する。
根治できない病気への思い : 切望する現状維持と改善の期待	拡張型心筋症は心臓移植でしか治せないため、CRT-Dを植込むことで病状が多少なりともよくなるならばと受け入れたが、いつまでも心臓が耐えられる訳ではないので負担のかかることはほしくないでほしい。	・CRT-Dを植込まなければ同じことを繰り返すだろうし、植込むことで多少なりとも病状がよくなる可能性があるならば受け入れるほかない。 ・拡張型心筋症は心臓移植でしか治せないためCRT-Dを受け入れるしかなかったが、いつまでも自分の心臓がCRT-Dに耐えられることができるわけではないので薬を変えたりして負担をかけたほしくない。
安心と負担が同居 : 除細動機能がある不確かさ	心臓の病気があるから実際倒れたときのことを考えて除細動機能が入っていた方が安心だが、作動すると運転が止められて不便になったり、救急車を呼ぶように言われていることもあり周りの人に迷惑をかけてしまうかもしれない。	・作動すると運転が止められて不便になるので作動しないでほしいと思うが、心臓の病気があるから何が大丈夫ということはないので、実際倒れたときのことを考えて除細動機能が入っていた方が安心だと思った。 ・医師からCRT-Dが作動したら救急車を呼ぶように言われていることもあり、もしも旅先で起こったら近くの循環器系の病院に運んでもらう方が良く、そうすると周りの人に迷惑がかかる可能性がある。
死に対する考えの変化 : 老いによって近づくもの	お酒を飲むなど楽しみがなくなり体力も低下していき死ぬ年代に入ってきていると感じるが、痛みがあるという癌とは違い、不整脈で気絶してしまえば何も感じず死ねるため案外楽なのではないかと思う。	・残される家族の事を思うと生きていたいと思う反面、お酒を飲むなど興味がなくなるようなことはできず生きていても面白くなく、動くことも多少なり体力が低下していき、死ぬ年代に入ってきていると感じる。 ・痛だと痛みがあり、それを和らげながら死んでいくというけど、ありがたいことに不整脈で気絶してしまえば何も考えたり感じたりすることなく死ねるため案外楽なのではないかと思う。
心臓への労り : 誰にも理解できない自分だけの物差しで行動	心臓の位置が定まらないような感覚やズキンと来る痛み、皮膚が破けたと思うほどの衝撃がある作動は自分には分からないので、人に合わせることなく自分のペースで安全に過ごすようにしてはほしくない。	・心臓の位置が定まらないような感覚やズキンと来るような痛みは自分には分からないため、自分の心臓を自分の感覚で考え、人に合わせることなく自分のペースで動いて症状に合わせてほしくないといけい。 ・作動は皮膚が破けたと思うほどの衝撃でトラウマとなったり心配で眠れなくなったりしたが、安全に過ごし、よく眠れるようにすることで楽になったと感じている。
医療に対する感謝 : 神の一手を与えてくれた医師への恩返し	もう一個の自分のような、神からの救いのように安心感を与えてくれるCRT-Dを手術してくれた先生は命の恩人であり、薬では治せない段階からより向上してもらいたいという期待に応えていかなければならない。	・薬では治せない段階となっても動いているのはCRT-Dのおかげで、CRT-Dはもう一個の自分のような、神からの救いのように安心感を与えるありがたい存在であり、手術してくれた先生は命の恩人である。 ・高価なCRT-Dを入れ、障害者手帳もいただいているも尚仕事をすることができていることを有難いと思わなくてはならず、向上してもらいたいという期待に応えるためには駄目だとされたことや無理はしてほしくない。

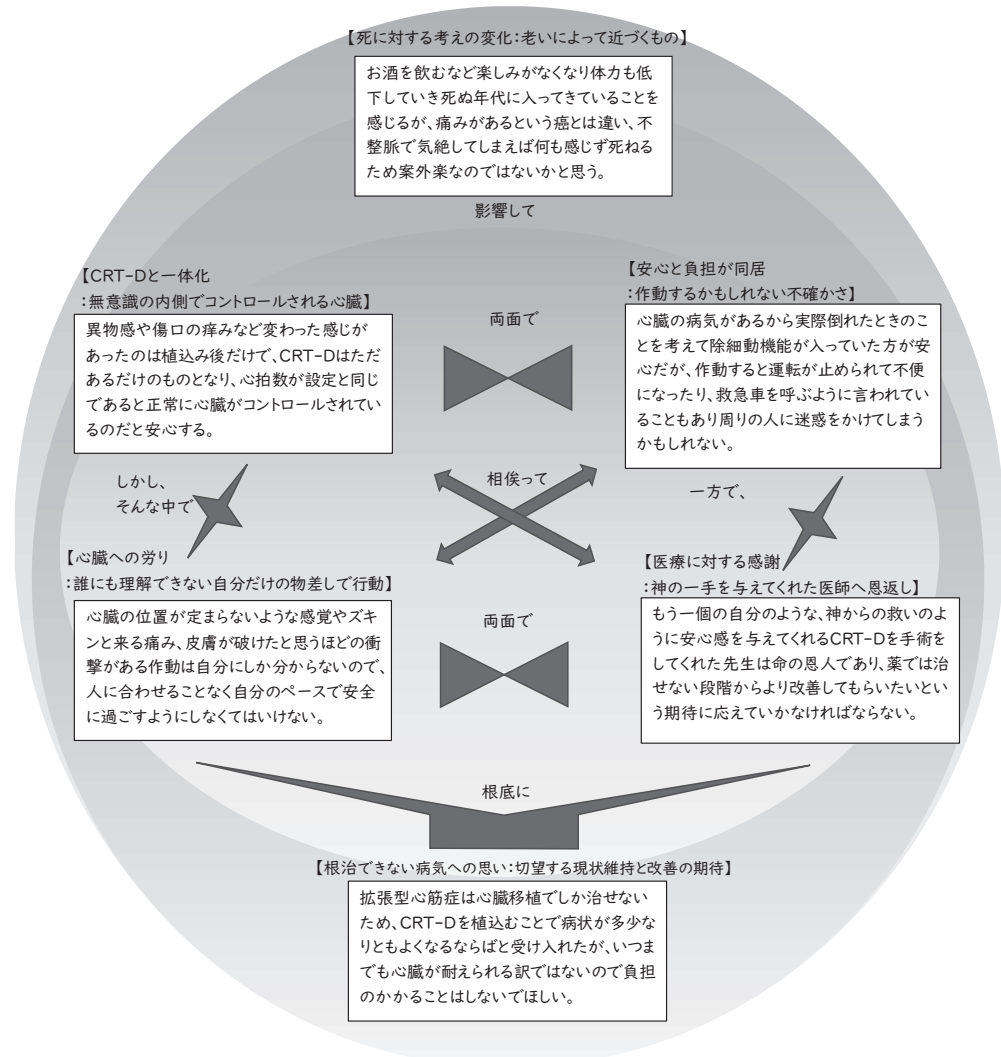


図1 DCM 患者が CRT-D と共に生きる体験(空間配置図)

「まあ、調子悪いなとも思わない。調子いいなとも思わない。これが普通、要するに普通の体だよ。普通はそうでなきゃいけないからね。」と語っていた。日本循環器学会¹⁵⁾によると、CRT 植込み後もその 3~4 割の心不全患者が CRT の効果が十分に得られない可能性があるが、本研究の参加者は【無意識の内側でコントロールされる心臓】によって普通な身体を手に入れ、症状が安定した状態がもたらされていると推察できる。また、中西ら¹⁶⁾の CRT-D と同じく除細動機能を持つ ICD 患者が植込み後を生きるプロセスの中では、患者が安心して生きるための環境が整うことによって、植込んだことへの意識が薄らぐ「ICD が日常化する」と報告しており、本研究の参加者が得た【CRT-D との一体化】と同様に、患者が安心して生きる環境が整ったと捉えることができる。

その中で、参加者は CRT-D が【作動するかもしれない不確かさ】から【安心と負担が同居】としていると感じていた。ICD の患者の多くは作動に関連した精神的苦悩を抱えること¹⁷⁾や、作動予期から改めて気を引き締めるといった報告¹⁸⁾とは異なるといえる。これには、本研究の参加者には作動経験がないものが 5 名中 3 名と多いことや、植込み前に医師からの説明にあった様に「病気を治すもの」として CRT-D を認識していることが影響していると考えられる。

このように【作動するかもしれない不確かさ】があるものの、普通の身体を得て安定した状態にあると捉えることによって、「いまはもう我々は死ぬ年代に入ってきているからさ。そんなに真剣に考えないけど」と、【老いによって近づくもの】と【死に対する考えの変化】がもたらされていた。DCM 患者は、診断時から不確かな予後予測や突然死の可能性の説明を医師から幾度となく受け、死に対する不安を感じてきたと推測される。CRT-D を植込んだことによって、予期せぬ死は遠ざかり、同年代者と同じように死を準備することができる者となったと自身を捉えなおすという体験していたといえる。

2. 看護への示唆

一般的に医療者は CRT-D 植込み後において、適切にペーシングが行われ心不全に対する治療効果が得られているかに注意を払い、患者への指導は植込み後の生活上の注意点や心不全に対するセルフモニタリングに偏りがちになる。加えて除細動機能の作動は、抑うつや心的外傷後ストレス障害をもたらす可能性があること¹⁹⁾や、他者との関係性や、自分の生活に影響を与える²⁰⁾ため、除細動機能の作動の有無や、活動の制限など日常生活の管理により関心が高まる。

本研究の結果から、CRT-D 植込み後の DCM 患者は自分の身体感覚を重視したセルフケアを獲得していることが考えられるため、看護師は検査結果の値などの客観的なデータに沿った指導を中心に行うのではなく、患者の主観的な症状に寄り添ったケアを共に考える必要があるといえる。

また、CRT-D を植込み症状が安定したことによって、自身を同年代者と同様に老いて死に近づく存在であることに気づく体験をしている。本研究の参加者の多くが老年期を生きる患

者であったこともあるが、患者をその年代に応じた発達課題を持ちながら生活する者として捉え、その人らしく積極的に日常生活を営むことができるよう支援することが重要である。

3. 本研究の限界と展望

CRT-D 植込み後の DCM 患者が希少であることから、本研究では 5 名の参加者のデータのみとなった。そのため、本研究の結果を CRT-D 植込み後の DCM 患者の体験として一般化することは難しいものの、CRT-D を植込み、社会生活を送る DCM 患者の体験を知ることはできた。今後より多くの対象者の詳細な語りを集めることで、DCM 患者の CRT-D 植込み後の体験をさらに構造化し、患者の安楽な生活の支援に求められる看護援助を探求する必要がある。

VII. 結 論

DCM 患者が CRT-D と共に生きる体験には、心臓を労わりながら医療に対する感謝をより一層深めていく DCM 患者として生き続ける側面と、両心室ペーシング機能によって心臓が動かされるという身体変化と、除細動機能を持ったことによる心理的变化から、死に対する考え方の変化がもたらされた CRT-D の植込み後を生きるという側面の 2 つが存在した。

看護師は、患者が重視する自身の身体感覚に基づいたセルフケアを継続して行うための支援や、CRT-D 植込みによって得られた心不全症状が安定した状態の中で、その人らしく積極的に日常生活を営むことができるよう支援することが重要である。

本論文の内容の一部は、第 53 回日本看護協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事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 日本循環器学会, 心筋症診療ガイドライン (2018 年改訂版), 2022 年 10 月 1 日閲覧, https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/08/JCS2018_tsutsui_kitaoka.pdf.
- 2) 公益財団法人難病医学研究財団/難病情報センター, 特発性拡張型心筋症 (指定難病 57), 2022 年 9 月 20 日閲覧, <https://www.nanbyou.or.jp/entry/3985>.
- 3) 日本循環器学会, 不整脈非薬物治療ガイドライン (2018 年改訂版), 2022 年 10 月 1 日閲覧, https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/07/JCS2018_kurita_nogami.pdf.
- 4) 蓬田淳, 黒田裕子: 拡張型心筋症患者が病気を受け入れていくプロセスと看護支援に関する研究, 日本クリティカルケア看護学会誌, 5 (2), p.43-50, 2009.
- 5) 小島朗, 寺町優子: 心不全を繰り返す拡張型心筋症患者の心理・社会・経済的状況の探求, 日本循環器看護学会誌, 6 (1), p.59-69, 2010
- 6) 樗木晶子, 宮園真美, 眞茅みゆき, 他: 植込み型除細動器患者における quality of life, 心臓, 41 (6), p.635-641, 2009.
- 7) 鶴見幸代, 中村美鈴, 佐藤幹代: 除細動器付き植込み型心臓デバイスの新規植込み術を受けた入院中の患者が社会

- 復帰に向けて抱く不確かさ, 日本クリティカルケア看護学会誌, 16, p.73-84, 2020.
- 8) 日本循環器学会, 循環器疾患における緩和ケアについての提言 (2021年改訂版), 2022年9月20日閲覧,
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf.
 - 9) 中木高夫, 谷津裕子, 神谷桂: 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析, 日本赤十字看護大学紀要, 21, p.42-54, 2007.
 - 10) 山浦晴男: 質的統合法入門—考え方の手順(1), 医学書院, p28-77, 2012.
 - 11) 正木治恵: 看護学研究における質的統合法 (KJ法) の位置づけと学問的価値, 看護研究, 41 (1), p.3-11, 2008.
 - 12) 前掲書 4)
 - 13) 上床明子, 谷本真理子, 正木治恵: 拡張型心筋症とともに生きる患者が生活調整を行うあり様, 日本循環器看護学会誌, 6 (1), p.88-96, 2010.
 - 14) 前掲書 5)
 - 15) 日本循環器学会, 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版), 2022年9月10日閲覧,
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf.
 - 16) 中西啓介, 岡美智代, 富田威: 植込み型除細動器 (ICD) と移植した壮年期患者が ICD とともに生きるプロセス, 日本看護科学学会誌, 34, p.311-320, 2014.
 - 17) 前掲書 6).
 - 18) 前掲書 16).
 - 19) 前掲書 6).
 - 20) 前掲書 13).

◇研究報告◇

看護職が認知症者に禁止や命令を行う場面に着目した事例研究

田辺力也^{1)*}, 長井麻希江²⁾, 川瀬みどり¹⁾, 角本則子¹⁾

目的: 認知症者の事例をもとに看護職が禁止や命令を行った場面の言葉がけを調査し、そのコミュニケーションにおける課題を検討することである。

方法: 看護職が認知症者に禁止や命令を行った場面の時間帯、患者及び看護職の言葉や行動が19日間記録された。看護職の言葉を質的に分析し、カテゴリー毎の回数や順序パターンを単純集計した。

結果と考察: 該当場面は計45回、日勤帯のみでなく、夜勤帯でも認められた。看護職が禁止や命令と共に用いた言葉がけは『状態を問う』16回(35.6%)、『(禁止の)理由の説明』30回(66.7%)、『共感』1回(2.2%)であった。言葉がけの順序は『(禁止の)理由の説明』→『禁止や命令』が最も多く20回、『禁止や命令』のみ8回であった。認知症者に共感的に関わるためには、対話の基本である『状態を問う』→『共感』→『(禁止の)理由の説明』という順序を踏まえる必要があると考えられた。

【キーワード】 認知症, 禁止・命令, 看護, 事例研究, コミュニケーション

I. はじめに

言葉による拘束(スピーチロック)は、強い口調での叱責も含んだ言葉による身体的・心理的拘束であり、物理的な方法による「身体的拘束」、薬物による「薬物拘束」とは区別される¹⁾。認知症者に医療を提供する多くの病院で身体的拘束を減らす取り組みが進められているが、身体拘束を減らすことに伴って患者の自由な動きによる危険が増すため、ケアする側が言葉による禁止や命令を発する機会が増える可能性がある。仙波ら²⁾は、スピーチロックは高齢者の尊厳を傷つけ、虐待へと発展してしまう可能性があるとして述べている。患者に命令や禁止を発することは高圧的態度に結び付きやすく、「動かないで。」「(椅子から)立たないで。」など禁止や命令を言い放つ状況も生まれやすいのではないだろうか。

言葉による拘束について、看護師らは禁止や命令の言葉がけが拘束に該当することを自覚しながらも日常的に行っていると自覚していることが報告されている³⁾。これとは対照的に、効果的な認知症ケアとして支持されているユマニチュードは「あなたのことを、わたしは大切に思っています」とい

うメッセージを常に発信し、認知症者の人間らしさを尊重し続ける状態であるとされている⁴⁾。そのユマニチュードで基本とされる「見る」「話す」「触れる」「立つ」のうち、「話す」に着目したとき、心理学者である堀越⁵⁾が提示した対話の順序は具体的で有用である。ケア対象者との双方向性のコミュニケーションを重視するその基本型では、まずケア対象者に調子や気持ちを尋ね(Ask)、返答された言語的・非言語的メッセージに共感を返し(Be with the patient)、その後具体的に理解するための質問や気づきを促すための質問(Clinical Question)に移るといった順序である。

自己の臨床経験から、看護職が患者に禁止や命令の言葉がけをする場面におけるコミュニケーションは双方向性でなく、看護職からの一方的なメッセージだと感じていた。本研究では、看護職と認知症者の対話の質を向上させるため、認知症者に看護職が禁止や命令を行う場面の状況を調査してその課題を検討した。

II. 目的

本研究の目的は、一事例を元に看護職が認知症者に禁止や

受付日: 2022年5月16日/受理日: 2023年9月12日

1) 敦賀温泉病院 2) 富山大学医学部公衆衛生学講座

* E-mail: m-nagai@amall.co.jp

命令を行った場面の言葉がけを調査し、看護職が認知症者に共感的に関わることのできるより良いコミュニケーションについての課題を検討することである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：事例研究。

2. 研究期間

令和2年8月4日～令和4年3月31日。

3. 研究対象

A病院精神療養病棟の入院患者1名に対して看護職が何らかの禁止・命令を行った場面を振り返って看護職が記載した記録内容。

4. 事例紹介

B氏、90歳代女性、主病名はアルツハイマー型認知症、既往歴として変形性膝関節症、膀胱がんがある。現病歴は、X年頃より物忘れあり、家人が泊まり込み介護をしていた。X+3年12月と翌1月に自宅で転倒後、昼夜逆転と大声が続き、同年2月にA病院入院。内服調整により一時的に過鎮静、寝たきりとなったが、徐々に改善して調査期間には再び大きな声を出すようになった。調査期間における障害高齢者の日常生活自立度判定はランクB-2、HDS-R6点、MMSE6点であった。

5. A病院精神療養病棟看護職の概要

A病院精神療養病棟看護職は、正看護師6名(50%)、准看護師6名(50%)であった。性別は女性11名(91.7%)、男性1名(8.3%)であり、経験年数は3年から40年(平均23.9年)、うち精神科での経験年数は1年から30年(平均8.5年)だった。

6. データの収集方法

看護職がB氏に何らかの禁止や命令を行った場面の具体的な様子を、その都度、振り返って看護職に無記名で記録してもらった。記録用紙はナースセンターに備え、記載内容は時間帯、患者の言葉・行動、看護職の言葉・行動とした。

また、その他の患者の情報として内服薬の内容、不眠時頓服薬の使用状況、活動療法(リハビリテーション、レクリエーション)への参加の有無、排便状況などを診療録より収集した。

7. データの分析方法

まず、看護職が禁止や命令を行った場面の回数を時間帯別に集計した。

次に、看護職が禁止や命令を行った場面毎に記録された患者の言葉・行動、看護職の言葉・行動を記した記録全体をよく読んで理解した。その後、看護職が行った禁止や命令の声かけと共に用いられた言葉のみ抜き出して、各文章や文節を一つの意味を持つまとまりに区切ってコード化した。続いて、それらのコードを意味の類似性に従って分類し、カテゴリー化した。コード化、カテゴリー化の過程は研究チーム全体で確認し合い、適宜修正を加えながら進めた。さらに、看護職が禁止や命令を行った各場面で看護職が発した言葉の順番を各カテゴリーにあてはめて捉え直し、そのパターンを単純集計した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は改正「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(文科省)」に則り、A病院倫理審査委員会の承認を得て行った。患者Bとその家族、看護職全員に書面で研究協力を依頼し、研究成果を学会並びに誌上発表することも説明した上で書面にて同意を得た。研究期間中は、途中いつでも同意を撤回でき、その場合も不利益を一切被らないこと、個人情報厳密に保護することなどを説明した。看護職が作成する記録は、誰のものか特定できないように無記名とした。

Ⅴ. 結 果

1. 病棟看護職の概要

看護職は、正看護師6名(50%)、准看護師6名(50%)であった。性別は女性11名(91.7%)、男性1名(8.3%)であり、経験年数は3年から40年(平均23.9年)、うち精神科での経験年数は1年から30年(平均8.5年)だった。

2. 患者の生活状況

データ収集期間については、研究協力者である看護職スタッフと業務の負担などを協議して19日間と設定した。B氏は活動療法(リハビリテーションやレクリエーション)に参加することが多く、途中で大声を出し、車椅子を自ら押すなどの行動がみられ、ほとんどの時間をスタッフが付き添っていた。排泄については訴えがはっきりせず、失禁が多いため、おむつを装着していた。尿意を訴えた際は介助されてトイレ、または室内のポータブルトイレに移乗し、戻ってから繰り返してトイレへ行きたいと訴えることがあった。夜間も大声を出すことがあり、19日間のうち4回追加眠剤を使用した。家族の面会はみられなかった。

内服薬は酸化マグネシウム(250mg)3錠/分3、モンテルカスト(10mg)1錠/朝、リスベリドン1錠(2mg)/眠前、トラゾドン(25mg)3錠/眠前、ツロプテロールテープ1枚/1日、トラゾドン(25mg)1錠/不眠・頓服時であり、調査期間中に変更はなかった。

3. 看護職が禁止や命令を行った場面の時間帯別回数

看護職がB氏に対して禁止や命令の声掛けを行った場面の総回数は45回であった。日中の時間帯以外に夜間帯(21～24時、0～3時)にも見られ(8回、17.8%)、静かにするように、起き上がらないようにと禁止する声掛けが認められた。日中の具体的場面は、食事を待つ間に大声を出して車椅子を押すB氏に禁止の声掛けをする、尿意を訴えるB氏に動かないで待つよう命令するなどであった。(図1)

4. 禁止や命令の言葉がけと共に使われた他の言葉の種類

禁止や命令の言葉がけと共に使われた看護職の言葉を質的に分析した結果、『状態を問う』『(禁止の)理由の説明』『共感』のカテゴリーに分類することができた。総計47のコードのうち、なぜ大きな声を出してはいけないのかなど『(禁止の)理由を説明する』コードは31(66.0%)で最も多く、次いで

「どうされましたか」など『状態を問う』コードは 15(31.9%), 患者の気持ちに『共感』するコードは 1 (2.1%) であった。

(図 2)

5. 禁止や命令の言葉がけの場面における言葉がけの順序

禁止や命令の言葉がけの場面における看護職の言葉がけの

順序のパターン数は述べ 45 であった。最も多かった言葉がけの順序は『(禁止の)理由の説明』の後で禁止や命令を行う順序で 20 件 (44.4%), 次いで禁止や命令の言葉がけのみの順序で 8 件 (17.8%) であった。最初に共感の言葉がけを示した順序は 1 件のみであった。(図 3)

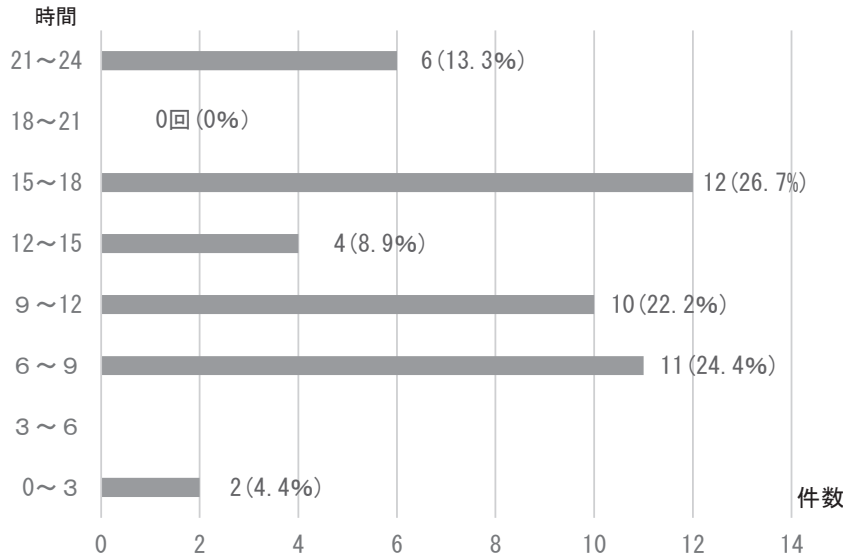


図 1 看護職が禁止や命令を行った場面の時間帯別件数 (n=45)

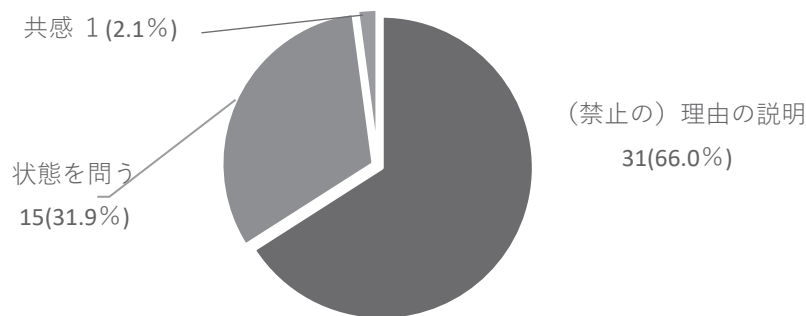


図 2 禁止や命令の言葉がけと共に使われた他の言葉のカテゴリーとコード数 (n=47)

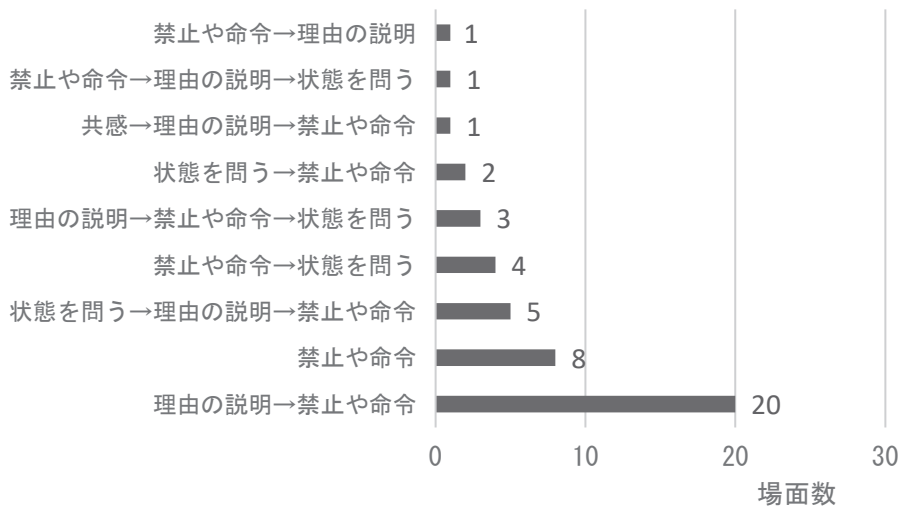


図 3 禁止や命令に伴った言葉がけの順序 (n=45)

VI. 考 察

1. 看護職が禁止や命令の声掛けを行った場面の時間帯

看護職がB氏に対して禁止や命令の声掛けを行った場面は、日勤帯のみならず、夜勤帯（21～24時、0～3時）にも認められた。日中の食事に伴う場面では他の患者の配膳や食事介助、誤嚥予防などに人員が割かれてB氏のケアに十分な時間をかけられない実情が影響していると考えられる。スピーチロック時の看護職の感情・思いに関する報告では⁶⁾、忙しい時間帯では看護職の焦りやいら立ちなどの感情があったとされている。本研究においても、禁止や命令の声掛けを行った場面では、看護職らにそのような感情が潜んでいた可能性がある。

2. 禁止や命令の声掛けと共に使われた他の言葉の種類及びその順序

禁止や命令の声掛けと共に使われた他の言葉を質的に分析した結果、患者の気持ちに共感するコードは1（2.1%）と極めて少なかった。また、看護職がB氏の状態を問うコード15（31.9%）に比べて、理由の説明をするコードが31回（66%）と倍以上であり、その順序も「理由の説明→禁止や命令」が最も多かった。これらの結果は、患者の訴えに耳を傾ける前に看護職側からの指示やその理由を一方向的に伝えることを示しており、まずは患者の思いに共感するという段階がふまえていないことが窺える。

前述の堀越⁷⁾による対話の基本的な流れでは、まず「どうしましたか?」と尋ねて表出された訴えに対して「共感」という準備段階が重視されている。共感により信頼関係が築かれていないままで禁止や命令の声掛けをすることは、患者にとって受け入れがたいばかりか、対等であるべき両者の関係を看護職優位の縦の関係にしてしまう恐れがある。

さらに、ユマニチュードの基本でもあるように看護職が認知症者の様子をまず「見る」ことを十分に行えば、認知症者の言語的・非言語的なメッセージを適切に受信することができる⁸⁾。その上で「お尻が痛くなったんですね」「トイレに行きたくなったんですね」など気持ちに沿った共感に行える可能性がある。それらは、禁止や命令を乱用しなくてもよい状況を産み出す可能性があり、より意識的に認知症者を観察し、共感を示した上で働きかける必要があると考えられた。

3. 本研究の意義と限界

本研究のデータ収集方法の限界として、看護職の回顧的な記録であるため、無自覚のまま行われた声掛けや忙しさゆえに失念された場合などには正確に記録されなかった可能性がある。より正確に分析をするためには録音、録画などの方法が、より丁寧な振り返りをするためにはプロセスレコードを作成してもらう方法も有効と考えられるが、本研究では実現可能性を考慮してこのデータ収集方法を採用した。このような限界はあるものの、認知症事例を元に看護職による言葉がけの順序について一つの課題が提示できたと考える。

VII. 結 論

認知症者とのより良いコミュニケーションについて課題を検討するため、看護職が認知症者に禁止や命令を行った場面の言葉がけを調査し、言葉の種類やパターンを分析した。その結果、禁止や命令を行う場面では一方的にそのような言葉が発せられ、患者への状態の問いかけや観察、共感が十分に行われていない可能性が把握された。まず患者を十分に観察し、声をかける場合は患者に状態や理由を問いかけ、次にその反応に対して共感するという対話の基本順序を踏まえることが課題であると示唆された。

本論文の内容の一部は第37回福井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はない。

VIII. 引用文献

- 1) 仙波雅子：スピーチロック，看護技術，64（11），p22-29，2018.
- 2) 前掲書1).
- 3) 清水径子：言葉による抑制（スピーチロック）に関する介護老人福祉施設職員の認識と実態，日本認知症ケア学会誌，15（3），p624-633，2016.
- 4) 本田美和子，イヴ・ジネスト，ロゼット・マレスコッティ：ユマニチュード入門，医学書院，p1-40，2014.
- 5) 堀越勝：ケアする人の対話スキル ABCD，p70-73，日本看護協会出版会，2015.
- 6) 清水径子：スピーチロック時における介護老人福祉施設職員の感情・思い，最新社会福祉学研究，15号，11-18，2020.
- 7) 前掲書5).
- 8) 前掲書4).

◇研究報告◇

臨床経験年数3年目の看護師が抱いている感情とその要因

牛山陽介¹⁾*

医療施設 A に勤務する3年目の看護師78名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。得られた有効回答54名の結果を、質的記述的に分析した。その結果、臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して、主に【喜び】(68.5%)、【やりがい】(59.3%)、【哀しさ】(33.3%)、【虚しさ】(14.8%)等の感情を抱いていた。【喜び】と【やりがい】の要因は、全て患者・家族との関わりに関連していた。【哀しさ】と【虚しさ】の要因は、患者・家族との関わりを中心に、業務中の職場環境や看護師自身の個人的な要因に関連していた。また、【看護職を辞めたい】という感情の要因は、全て業務中の職場環境と看護師自身の個人的な要因に関連していた。日々の看護業務を通して抱いている多様な感情とその要因を、積極的に医療スタッフ間で共有していくための支援の必要性が示唆された。

【キーワード】臨床経験年数3年目、看護師、感情、要因

I. はじめに

臨床経験年数3年目の看護師について、Benner, P.は「一人前から中堅のレベルに向かう時期であり、職業人としての最初の転機である」¹⁾と述べている。

また、小野らは先行研究において「3年目から5年目看護師の職務上の役割は多様で日常的に新しい問題や困難な仕事への挑戦を迫られている」、「3年目から5年目看護師の職業継続を促す支援を充実させることは看護の質向上においても重要な課題である」²⁾と記述している。このことから、臨床経験年数3年目の看護師とは、新人看護師から中堅看護師、そして熟練した看護師になるための過渡期の段階であり、看護師としても、人間としても大きく成長していくための重要な時期であると言える。また、臨床経験年数3年目の看護師の特徴について、畔柳らは先行研究において「学習の技能と基盤において他の年数の看護師よりも得点が有意に高くなっている」、「プリセプター、院内の係・委員など必然的に学習を要する環境になっているため、後輩への指導、文献などにより自己教育力が有意に上昇していると考えられる」、「必然的に学習せざるを得ない状況にあり、自己教育力が高められている」³⁾と報告している。このことから、臨床経験年数3年

目の看護師は、所属組織において様々な委員会や係などの活動や各勤務帯のリーダーとしての役割に加え、プリセプターとして後輩の指導に尽力する立場になるなど、今後の所属施設や所属部署の発展において、大いに主力となりうる存在であると考えられる。一方で、山崎らは先行研究において「3年目看護師が、治療や看護の選択を必要とする場面の判断に自信を持ってない、自分自身の努力や挑戦に意味を見いだせず、仕事を継続することに疑問を抱いている現状がある」⁴⁾と報告している。2011年に公益社団法人日本看護協会が実施した病院看護実態調査によると、通算経験(臨床経験年数)3年の看護職員の離職率は12.8%であり、これは2011年時点での看護職員全体の離職率よりも高く、なおかつ調査対象の他の年代(常勤、新卒、通算経験3年・5年・7年)の中で最も高い離職率であった。2011年以降の病院看護実態調査において、年代別の離職率の調査結果が確認できていないことから、2021年現在の国内における臨床経験年数3年目の看護師の離職率は定かではない。臨床経験年数3年目の看護師は、国内の多種多様な施設や職場環境で看護業務に従事している状況にあり、一概にして言うことは出来ないが、臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務や病棟業務を通して職務の継続や自身の今後のキャリアプランなどに関して多種多様か

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 松本看護大学看護学部看護学科 元松本短期大学看護学科

* E-mail : mjc-y.ushiyama@matsutan.ac.jp

複雑な感情を抱いており、それらの現状が休職や離職に繋がることも多いと予測される。

2021年9月時点で、医学中央雑誌を用いて「看護師」、「感情」をキーワードに設定し、原著論文のみを検索対象として文献検討を実施した。その結果、看護師の感情的な側面に焦点を当てている研究は、長年にかけて既に数多く実施されていることが見て取れた。しかし、調査対象としている看護師の経験年数に幅があることに加え、直面した場面（患者の急変や死、院内暴力など）や患者の状態（せん妄や特定の疾患など）、看護師の職場環境（精神科勤務や集中治療室など）等について、研究者側の主観によって限局された看護師の感情的な側面に焦点を当てた研究が大半を占めていた。現時点で、看護師が臨床現場や看護業務において直面する様々な困難な事例や体験の内容、またそれらによって抱く感情の多種多様性は明らかになっている。しかし、臨床経験年数3年目の看護師のみを調査対象にしており、なおかつ臨床経験年数3年目の看護師の置かれている実情や感情的な側面に焦点を当てている研究は、現時点の文献検討では確認することが出来ておらず、明らかになっていない。

以上から、本研究では、臨床経験年数3年目の看護師が日々の業務を通してどのような感情を抱いているのか、また、なぜそのような感情を抱いているのかについて、要因も含めて具体的に明らかにしたいと考える。本研究の実施は、臨床経験年数3年目の看護師が置かれている実情や感情的な側面に関する特徴・傾向が理解できるとともに、臨床経験年数3年目の看護師を看護管理学的側面から考察するための有意義かつ基礎的な資料になる可能性が高いことから、本研究の実施は意義がある。

II. 目 的

本研究は、臨床経験年数3年目の看護師が日々の看護業務を通して抱いている感情とその要因について明らかにすることを目的として実施する。

用語の定義

臨床経験年数3年目の看護師：

医療施設において看護業務を実践した経験年数が3年以上4年未満の看護師

感情：

臨床経験年数3年目の看護師が日々の看護業務を通して直面した事物や目の前の対象（患者）と関わることによって看護師自身（個人）が感じて引き起こされたと感じた一時的な心の動き（気持ち）

要因：

臨床経験年数3年目の看護師が日々の看護業務を通して抱いている感情の発生や成立を引き起こしている直接的な原因や条件となった主要素

III. 方 法

1. データ収集

1) 研究対象施設と研究対象者の選定：

本研究が居住していた地域において、臨床経験年数3年目の看護師の人数が多く、看護研究における実績が豊富な医療施設Aを、本研究の研究対象施設として選定した。選定した研究対象施設において、本研究を実施する時期に、臨床経験年数3年目に該当する看護師78名を本研究の研究対象者として選定した。

2) 研究デザイン：

本研究は、臨床経験年数3年目の看護師に対して無記名自記式質問紙調査を実施し、得られた回答の内容から、日々の看護業務を通して抱いている感情とその要因を具体的に明らかにするため、質的記述的研究デザインに基づいて実施した。

3) データ収集期間：

データ収集期間は、研究対象施設と研究対象者の都合を考慮し、平成23年12月から平成24年3月の約4ヶ月間とした。

4) データ収集方法：

・調査手続き

研究対象施設の看護部長および研究対象者が所属する全ての部署の看護責任者（看護師長）に対して、本研究の趣旨と目的・意義に関して文書および口頭で説明し、研究協力の同意を得た上で本研究を実施した。研究対象者に対しては、研究対象者が所属する部署の看護責任者（看護師長）を通じて、質問紙と研究趣旨説明書および倫理的配慮に関する研究依頼・同意書を配布し、回答および回収をもって本研究に対する同意を得たものとみなした。

・調査内容

質問紙の質問項目は、質問紙を使用した質的研究の実施経験のある匿名の看護教育・研究者の助言を得ながらプレテストを複数の看護職者に実施し、得られた意見に基づいて妥当性を検討しながら独自に作成した。質問紙の主な質問項目は、① 研究対象者の基本的属性（性別・所属部署）、② 日々の業務を通してどのような感情を抱いているのか、③ ②で回答した感情を抱いた要因（直面した状況や体験したこと等）は何か、とした。なお、上記の①に関しては、質問紙の回収から分析までの過程において個人が特定されないように、選択肢を提示して選択式とした。また、上記の②と③に関しては、研究対象者が自身の思いや考えを可能な限り自由に記述できること、そして本研究が多様な回答を収集する目的で自由記述式とした。

5) データ分析方法：

上記の①に関しては、記述統計にて分析を実施した。また、上記の②と③に関しては、質的記述的（記述内容を繰り返し読み、日々の業務を通してどのような感情を抱いているのか、また、なぜそのような感情を抱いているのかについての要因に関して表現している内容を抽出し、読み解きながら、語彙

による共通性と相違性を判断基準として分類と整理をしていく)に分析した。

なお、分析の一連の過程は、質問紙を使用した質的研究の実施経験のある匿名の看護教育・研究者の助言を得ながら実施することで、分析方法の信頼性を確保した。

IV. 倫理的配慮

本研究は平成 22 年度千葉大学医学部附属病院看護部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

なお、本研究は単独研究のため、学会発表等の公表によって研究の妥当性および厳密性の検討を随時実施した。

V. 結果

1. 研究対象施設・研究対象者の概要

研究対象施設に選定した医療施設 A は、某大学医学部に附属する医療施設であった。医療施設 A に勤務する研究対象者 78 名のうち、54 名(男性:女性=4:50)から有効回答を得た(有効回答率:69.2%)。

2. 臨床経験年数 3 年目の看護師が抱いている感情とその要因

研究対象施設(医療施設 A)に勤務する臨床経験年数 3 年目の看護師 54 名が抱いている感情とその要因に関する分析結果を表 1 に示す。

日々の業務を通して抱いている感情とその要因に関しては、自由記述式の回答を内容分析したため、複数回答を含むものとした。なお、以下の記述において、【 】は感情、〔 〕は要因を示す。また、文字数の関係上、日々の業務を通して抱いている感情とその要因に関する回答数の詳細は全て表 1 を参照とし、感情とその要因の記述は全て回答数(%)の多い順で記述する。加えて、各感情の要因を、先行研究 5) と 6) において記述されている感情労働の分類方法を参考にして、独自に区分 A:患者・家族との関わりに関連した要因(以下区分 A)、区分 B:業務中の職場環境に関連した要因(以下区分 B)、区分 C:対象者自身の個人的な要因(以下区分 C)に分類し、記述した。

研究対象者は、日々の業務を通して抱いている感情として、【喜び】、達成感や満足感を伴った【やりがい】、【哀しさ】、嬉しさを伴った【楽しさ】、無力感を伴った【虚しさ】、【看護職を辞めたい】という感情、【怒り】、【悔しさ】、【苛立ち】、【苦しさ】、【もどかしさ】、【悩ましさ】、【辛さ】、【学習意欲がわく】という感情、【他者に適切に説明できない】という 13 の感情を回答した。

【喜び】の感情を抱いた研究対象者は 37 人(68.5%)であった。37 人のうち、その感情を抱いた要因として、患者の自己管理能力が向上した体験や退院後に病棟に挨拶に来てくれるといった体験を伴う【患者の回復】を 21 人(38.9%)が回答し、【患者・家族からの感謝の言葉や反応】を 8 人(14.8%)が回答した。また、患者に名前を覚えてもらえたといった体験を伴う【患者との信頼関係の構築】を 5 人(9.3%)が回答

し、【患者の退院や転院の支援を予定通り行うことができた体験】を 3 人(5.6%)が回答した。【喜び】の感情を抱いた要因は、全て区分 A に分類された。

【やりがい】の感情を抱いた研究対象者は 32 人(59.3%)であった。32 人のうち、その感情を抱いた要因として、【患者・家族からの感謝の言葉や反応】を 12 人(22.2%)が回答し、患者の自己管理能力が向上した体験や患者の回復していく過程を共有する体験を伴う【患者の回復】を 7 人(13.0%)が回答した。また、【患者への貢献と看護師としての成長の実感】を 6 人(11.1%)が回答し、患者が自身の思いを表出してくれるようになるといった体験を伴う【信頼関係の構築】を 4 人(7.4%)が回答した。加えて、【患者の退院や転院の支援を予定通り行うことができた体験】を 2 人(3.7%)が回答し、【体位変換の援助により患者に皮膚統合性障害が発生しなかった体験】を 1 人(1.9%)が回答した。【やりがい】の感情を抱いた要因は、全て区分 A に分類された。

【哀しさ】の感情を抱いた研究対象者は 18 人(33.3%)であった。18 人のうち、その感情を抱いた要因として、患者の状態の急変や終末期医療の際に看護の限界を感じた体験、患者の手術が予定通り実施されなかったといった体験を伴う【患者の状態の悪化】を 5 人(9.3%)が回答し、【患者の死去】を 3 人(5.6%)が回答した。また、【患者や家族からの怒りや哀しさの表出】、【せん妄患者からの暴言・暴力】、【業務中に失敗した体験】を各 2 人(3.7%)が回答し、【患者との信頼関係構築の不足】、勤務が終了する時間の緊急入院の対応や時間外勤務といった体験を伴う【多忙な業務】、【看護スタッフ間の無視や人格否定】、【同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感】を各 1 人(1.9%)が回答した。【哀しさ】の感情を抱いた要因のうち、【患者の状態の悪化】、【患者の死去】、【患者や家族からの怒りや哀しさの表出】、【せん妄患者からの暴言・暴力】、【患者との信頼関係構築の不足】は区分 A、【多忙な業務】と【看護スタッフ間の無視や人格否定】は区分 B、【業務中に失敗した体験】と【同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感】は区分 C に分類された。

【楽しさ】の感情を抱いた研究対象者は 9 人(16.7%)であった。9 人のうち、その感情を抱いた要因として、患者が退院後に手紙を送ってくれるといった体験を伴う【患者・家族からの感謝の言葉や反応】を 4 人(7.4%)が回答し、患者の自己管理能力が向上した体験や退院後に病棟に挨拶に来てくれるといった体験を伴う【患者の回復】を 2 人(3.7%)が回答した。また、患者との会話や清潔ケア(沐浴など)を実践する体験を伴う【患者とのケアを通しての関わり】、【医師から患者の看護で褒められる体験】、【看護師としての成長の実感】を各 1 人(1.9%)が回答した。【楽しさ】の感情を抱いた要因のうち、【患者・家族からの感謝の言葉や反応】、【患者の回復】、【患者とのケアを通しての関わり】は区分 A、【医師から患者の看護で褒められる体験】は区分 B、【看護師としての成長の実感】は区分 C に分類された。

【虚しさ】の感情を抱いた研究対象者は8人(14.8%)であった。8人のうち、その感情を抱いた要因として、終末期の患者の看護を実践において緩和ケアが予想の効果を得られないことで看護の限界を感じた体験を伴う【患者の状態の悪化】を4人(7.4%)が回答した。また、【患者や家族からの怒りの表出】、【せん妄患者からの暴言・暴力】、【患者の死去】、【半永久的に繰り返される入退院の業務】を各1人(1.9%)が回答した。【虚しさ】の感情を抱いた要因のうち、【患者の状態の悪化】、【患者や家族からの怒りの表出】、【せん妄患者からの暴言・暴力】、【患者の死去】は区分A、【半永久的に繰り返される入退院の業務】は区分Bに分類された。

【看護職を辞めたい】という感情を抱いた研究対象者は4人(7.4%)であった。4人のうち、その感情を抱いた要因として、勤務が終了する時間の緊急入院の対応や時間外勤務、業務の効率性の悪化といった体験を伴う【多忙な業務】、【先輩看護師との関係性の悪化】、【同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感】、【業務中に失敗した体験】を各1人(1.9%)が回答した。【看護職を辞めたい】の感情を抱いた要因のうち、【多忙な業務】と【先輩看護師との関係性の悪化】は区分B、【同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感】と【業務中に失敗した体験】は区分Cに分類された。

【怒り】の感情を抱いた研究対象者は4人(7.4%)であった。4人のうち、その感情を抱いた要因として、【患者や家族からの怒りの表出】、【患者との信頼関係構築の不足】、【医師が看護師の話に耳を傾けない】、【看護師としての無力さの実感】を各1人(1.9%)が回答した。【怒り】の感情を抱いた要因のうち、【患者や家族からの怒りの表出】と【患者との信頼関係構築の不足】は区分A、【医師が看護師の話に耳を傾けない】は区分B、【看護師としての無力さの実感】は区分Cに分類された。

【悔しさ】の感情を抱いた研究対象者は4人(7.4%)であった。4人のうち、その感情を抱いた要因として、【患者の死去】を2人(3.7%)が回答した。また、【患者の状態の悪化】と、【多忙な業務】を各1人(1.9%)が回答した。【悔しさ】の感情を抱いた要因のうち、【患者の死去】と【患者の状態の悪化】は区分A、【多忙な業務】は区分Bに分類された。

【苛立ち】の感情を抱いた研究対象者は3人(5.6%)であった。3人のうち、その感情を抱いた要因として、【患者の自己管理能力の欠如】、【患者からのクレーム】、同時に多数の患者に対応するといった体験を伴う【多忙な業務】を各1人(1.9%)が回答した。【苛立ち】の感情を抱いた要因のうち、【患者の自己管理能力の欠如】と【患者からのクレーム】は区分A、【多忙な業務】は区分Bに分類された。

【苦しさ】の感情を抱いた研究対象者は1人(1.9%)であった。その感情を抱いた要因として【患者の死去】を回答した。

【苦しさ】の感情を抱いた要因である【患者の死去】は、区分Aに分類された。

【もどかしさ】の感情を抱いた研究対象者は1人(1.9%)であった。その感情を抱いた要因として【死去した患者の家

族に対する対応】を回答した。【もどかしさ】の感情を抱いた要因である【死去した患者の家族に対する対応】は、区分Aに分類された。

【悩ましさ】の感情を抱いた研究対象者は1人(1.9%)であった。その感情を抱いた要因として、【入院期間が長期化している患者・家族との関係性】を回答した。【悩ましさ】の感情を抱いた要因である【入院期間が長期化している患者・家族との関係性】は、区分Aに分類された。

【辛さ】の感情を抱いた研究対象者は1人(1.9%)であった。その感情を抱いた要因として、【責任感が増強する体験】を回答した。【辛さ】の感情を抱いた要因である【責任感が増強する体験】は、区分Cに分類された。

【学習意欲がわく】という感情を抱いた研究対象者は1人(1.9%)であった。その感情を抱いた要因として、急変した患者をケアする体験を伴う【患者の状態の悪化】を回答した。

【学習意欲がわく】という感情を抱いた要因である【患者の状態の悪化】は、区分Aに分類された。

【他者に適切に説明できない】という感情を抱いた研究対象者は1人(1.9%)であった。その感情を抱いた要因として、終末期の患者をケアする体験を伴う【患者の状態の悪化】を回答した。【他者に適切に説明できない】という感情を抱いた要因である【患者の状態の悪化】は、区分Aに分類された。

VI. 考 察

1. 研究対象者から得られた研究結果(データ)全体の傾向

本研究の実施により、臨床経験年数3年目の看護師が日々の業務を通してどのような感情を抱いているのか、また、なぜそのような感情を抱いているのかという要因について、直面した場面や患者の状態、職場環境等に局限されていない、多種多様で基礎的かつ有意義な研究結果を得ることができたと考える。

2. 臨床経験年数3年目の看護師が抱いている主な感情

本研究の結果に基づいて、臨床経験年数3年目の看護師が抱いている感情について、回答数の多かった感情を要点として以下に考察を述べる。

本研究の結果から、【喜び】の感情を回答した研究対象者が68.5%であり、最も多い割合で見出された。また、【やりがい】の感情を回答した研究対象者が59.3%であり、2番目に多い割合で見出された。【喜び】や【やりがい】といった感情を回答した看護師は、その言葉の意味から、看護職としての自分自身の中で張り合いや充足感を伴う職務満足度や動機付けといった積極的で前向きな感情を、日々の看護業務を通して抱いていると読み解くことができる。看護師を継続していく要因に関して、職務満足度や動機付けに加えて「喜びの対象とその質を変化させながら発達・深化していくこと」⁷⁾が、先行研究によって明らかになっている。このことから、臨床経験年数3年目の看護師は、日々の病棟業務を通して【喜び】の感情(68.5%)と【やりがい】の感情(59.3%)を抱いてお

り、その感情が職務継続の重要な要素になっていると考えられる。

一方で、【哀しさ】の感情を回答した研究対象者が33.3%であり、3番目に多い割合で見出され、【虚しさ】の感情を回答した研究対象者が14.8%の割合で見出された。【哀しさ】や【虚しさ】といった感情を回答した看護師は、その言葉の意味から、看護職としての自分自身の中で、張り合いや充足感を得ることができず、職務満足度や動機付けが無いといった消極的で否定的な感情を日々の看護業務を通して抱いていると読み解くことができる。【哀しさ】や【虚しさ】といった感情は「身体面や精神面の疲労や負荷の蓄積に伴う不調や悪化の表れである」⁸⁾ことが、先行研究によって明らかになっている。ゆえに、臨床経験年数3年目の看護師は、日々の病棟業務を通して【哀しさ】の感情(33.3%)や【虚しさ】の感情(14.8%)を抱いており、日々の看護業務に伴う疲労や負荷の蓄積から身体面や精神面の不調や悪化を引き起こしている可能性があると考えられる。

3. 臨床経験年数3年目の看護師が抱いている感情の要因

臨床経験年数3年目の看護師が抱いている感情の要因について、本研究の結果から【看護職を辞めたい】と【辛さ】の感情以外の全ての感情の要因において、患者・家族との関わりに関連した要因が回答された。特に、回答数が多かった【喜び】や【やりがい】の感情の要因は、全て【患者の回復】や【患者・家族からの感謝の言葉や反応】を含む患者・家族との関わりに関連した要因の回答であった。【喜び】と【やりがい】の感情の要因に関して、先行研究で明らかにされている「患者の病状の安定・回復・改善および他者からの感謝の経験が達成感や充実感などの充足的なポジティブ感情の出現要因になっている」⁹⁾という結果と、概ね同様の結果が得られたと考えられる。また、【哀しさ】や【虚しさ】といった感情の要因に関しても、【患者の死去】や【患者の状態の悪化】といった患者・家族との関わりに関連した要因の回答が多く得られた。【哀しさ】や【虚しさ】といった感情の要因に関しては、本研究の結果で得られた【患者の死去】や【患者の状態の悪化】といった要因との関連性について述べている先行研究は現時点では確認できていない。ゆえに、臨床経験年数3年目が日々の看護業務を通して抱いている【哀しさ】や【虚しさ】といった感情の要因は、【患者の死去】や【患者の状態の悪化】が多いということが、本研究によって明らかになったと言える。

一方で、【哀しさ】、【楽しさ】、【虚しさ】、【看護職を辞めたい】、【怒り】、【悔しさ】、【苛立ち】、【辛さ】という感情の要因に関して、業務中の職場環境に関連した要因と看護師自身の個人的な要因に関連した回答が含まれていた。特に、【看護職を辞めたい】という感情の要因は、患者・家族との関わりに関連した要因の回答はなく、全て【多忙な業務】、【先輩看護師との関係性の悪化】、【同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感】、【業務中に失敗した体験】といった業務

中の職場環境に関連した要因と看護師自身の個人的な要因の回答であった。【看護職を辞めたい】という感情の要因に関して、新卒入職後3年以内の看護師を対象とした先行研究において「離職意向の理由は人間関係(上司)が最も多く、次いで健康状態(精神)、超過勤務、健康状態(身体)、勤務体制、勤務形態、家庭の事情、人間関係(同僚)の順であった」¹⁰⁾という結果が明らかになっている。上司や同僚との人間関係や超過勤務、勤務の体制や形態は業務中の職場環境に関連した要因に該当し、看護師自身の身体面や精神面、家庭の事情は看護師自身の個人的な要因に該当すると考えられる。ゆえに、本研究で得られた【看護職を辞めたい】という感情の要因に関する結果は、先行研究の結果と概ね同様であると言える。

4. 臨床経験年数3年目の看護師に必要とされる援助

本研究によって、臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して、患者・家族との関わりを中心に、業務中の職場環境や看護師自身の個人的な要因から様々な影響を強く受けており、その受けている影響が看護業務を通して抱いている感情の主な要因になっている可能性が示唆された。看護師の感情および感情労働に関する先行研究において、「看護師の職務は、観察力や状況判断力が必要とされるだけでなく、患者および家族との関係を通して悲しみや怒りといった感情を体験するなど、精神的に負荷の大きい仕事である。一方で、職務を通して引き起こされる様々な感情をコントロールすることも求められる」¹¹⁾とされている。また、別の先行研究においても「看護師は患者およびその家族へのケアを提供するときの自身の感情の管理技術を要求される」、「看護師は毎日の業務を通じて自身の感情の管理技術を獲得している」¹²⁾とされている。

ゆえに、臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して多くの要因に直面し、その要因によって引き起こされる多様な自分自身の感情と向き合い、適切に管理するための技術を磨いている段階にあるため、何らかの支援が必要な状態であると考えられる。看護師の感情と看護に焦点を当てた先行研究において「看護師は患者との関わりで、自己の感情を認識し理解することが重要で、それが患者をより深く知ろうというエネルギーに変わり、患者を理解するプロセスにつながる」ことや、「病棟でのカンファレンスの活用などによりスタッフ間で共有し合うことで、自己の感情への気づきが促進される」¹³⁾ことが明らかになっている。このことから、臨床経験年数3年目の看護師に必要とされる援助として、日々の看護業務を通して抱いている感情とその要因を、医療スタッフ間で共有していくことが挙げられる。特に、患者・家族との関わりや業務中の職場環境といった要因は、看護師個人では適切に管理できない要因も含まれている。そのため、臨床経験年数3年目の看護師が所属する部署の看護管理者が中心となり、臨床経験年数3年目の看護師が日々の看護業務を通して抱いている感情とその要因を、定期的に表出できる

機会を設定していく必要があると考えられる。具体的には、看護管理者や上司、同僚、他職種が一同に集まるカンファレンスやミーティング、研修等の機会を有効に活用することや、必要に応じて個別の面談を実施していくことが挙げられる。

また、臨床経験年数3年目の看護師自身も、日々の看護業務を通して抱えている感情とその要因について、医療スタッフ間で共有していくことの必要性を改めて認識し、積極的に共有していく必要があると考える。

本研究の限界と課題

本研究において選定した研究対象施設は、某大学医学部に附属する医療施設の1施設のみであることから、本研究で得

られた結果に偏りが存在した。また、本研究の協力が得られた研究対象者の人数が少なく、研究対象者の属性（男女比・所属部署）に着目した分析が実施できていない。加えて、看護師個人の直面する要因と、その要因に伴って抱く感情の内容と程度には個別性がある。ゆえに、本研究の結果を全ての臨床経験年数3年目の看護師に一般化することは現時点では困難である。

そのため、分析の質を確保するために、研究対象施設や研究対象者の人数を更に大規模にした研究の継続と結果の蓄積が今後の課題である。

表1 臨床経験年数3年目の看護師が抱えている感情とその要因 (n=54)

感情	要因	区分	回答数 (%)			
喜び	患者の回復（患者の自己管理能力の向上、退院後に挨拶に来てくれる）	A	37 (68.5)	21 (38.9)		
	患者・家族からの感謝の言葉や反応	A		8 (14.8)		
	患者との信頼関係の構築（患者に名前を覚えてもらえる）	A		5 (9.3)		
	患者の退院や転院の支援を予定通り行うことができた体験	A		3 (5.6)		
やりがい	患者・家族からの感謝の言葉や反応	A	32 (59.3)	12 (22.2)		
	患者の回復（患者の自己管理能力の向上、回復していく過程の共有）	A		7 (13.0)		
	患者への貢献と看護師としての成長の実感	A		6 (11.1)		
	患者との信頼関係の構築（患者が自身の思いを表してくれるようになる）	A		4 (7.4)		
	患者の退院や転院の支援を予定通り行うことができた体験	A		2 (3.7)		
	体位変換の援助により患者に皮膚統合性障害が発生しなかった体験	A		1 (1.9)		
	患者の状態の悪化（急変、看護の限界の実感、予定手術の中止）	A		5 (9.3)		
哀しさ	患者の死去	A	18 (33.3)	3 (5.6)		
	患者や家族からの怒りや哀しさの表出	A		2 (3.7)		
	せん妄患者からの暴言・暴力	A		2 (3.7)		
	業務中に失敗した体験	C		2 (3.7)		
	患者との信頼関係構築の不足	A		1 (1.9)		
	多忙な業務（勤務終了時の緊急入院の対応、時間外勤務）	B		1 (1.9)		
	看護スタッフ間の無視や人格否定	B		1 (1.9)		
	同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感	C		1 (1.9)		
	楽しさ	患者・家族からの感謝の言葉や反応（退院後に手紙を送ってくれる）		A	9 (16.7)	4 (7.4)
		患者の回復（自己管理能力の向上、退院後に挨拶に来てくれる）		A		2 (3.7)
患者とのケアを通しての関わり（患者との会話や清潔ケアを実践する体験）		A	1 (1.9)			
医師から患者の看護で褒められる体験		B	1 (1.9)			
看護師としての成長の実感		C	1 (1.9)			
虚しさ	患者の状態の悪化（看護の限界の実感）	A	8 (14.8)	4 (7.4)		
	患者や家族からの怒りの表出	A		1 (1.9)		
	せん妄患者からの暴言・暴力	A		1 (1.9)		
	患者の死去	A		1 (1.9)		
	半永久的に繰り返される入退院の業務	B		1 (1.9)		
看護職を辞めたい	多忙な業務（勤務終了時の緊急入院の対応、時間外勤務等）	B	4 (7.4)	1 (1.9)		
	先輩看護師との関係性の悪化	B		1 (1.9)		
	同期と比較したことによる自信の欠如または劣等感	C		1 (1.9)		
	業務中に失敗した体験	C		1 (1.9)		
怒り	患者や家族からの怒りの表出	A	4 (7.4)	1 (1.9)		
	患者との信頼関係構築の不足	A		1 (1.9)		
	医師が看護師の話を耳を傾けない	B		1 (1.9)		
	看護師としての無力さの実感	C		1 (1.9)		
悔しさ	患者の死去	A	4 (7.4)	2 (3.7)		
	患者の状態の悪化	A		1 (1.9)		
	多忙な業務	B		1 (1.9)		
苛立ち	患者の自己管理能力の欠如	A	3 (5.6)	1 (1.9)		
	患者からのクレーム	A		1 (1.9)		
	多忙な業務（同時に多数の患者に対応する体験）	B		1 (1.9)		
苦しさ	患者の死去	A	1 (1.9)	1 (1.9)		
もどかしさ	死去した患者の家族に対する対応	A	1 (1.9)	1 (1.9)		
悩ましさ	入院期間が長期化している患者・家族との関係性	A	1 (1.9)	1 (1.9)		
辛さ	責任感が増強する体験	C	1 (1.9)	1 (1.9)		
学習意欲がわく	患者の状態の悪化（急変患者のケア）	A	1 (1.9)	1 (1.9)		
他者に適切に説明できない	患者の状態の悪化（終末期患者のケア）	A	1 (1.9)	1 (1.9)		

※ 感情と要因の回答数は複数回答を含む
 ※ 各感情の要因の区分 A: 患者・家族との関わりに関連した要因 B: 業務中の職場環境に関連した要因 C: 対象者自身の個人的な要因
 ※ 回答数の割合 (%) は小数点第一位以下は省略

VII. 結 論

本研究の結果、臨床経験年数3年目の看護師が抱えている感情とその要因について、以下の内容が明らかとなった。

1. 臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して、【喜び】の感情(68.5%)や【やりがい】の感情(59.3%)を抱いていた。【喜び】の感情と【やりがい】の感情の要因は、全て【患者の回復】や【患者・家族からの感謝の言葉や反応】といった患者・家族との関わりに関連した要因であった。
2. 臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して、【哀しさ】の感情(33.3%)や【虚しさ】の感情(14.8%)を抱いていた。【哀しさ】の感情と【虚しさ】の感情の主な要因は、【患者の死去】や【患者の状態の悪化】といった患者・家族との関わりに関連した要因であったが、業務中の職場環境に関連した要因と看護師自身の個人的な要因も含まれていた。また、【看護職を辞めたい】という感情の要因は、全て業務中の職場環境に関連した要因と看護師自身の個人的な要因であった。
3. 臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して、患者・家族との関わりを中心に、業務中の職場環境や看護師自身の個人的な要因から様々な影響を強く受けており、その受けている影響が看護業務を通して抱えている感情の主な要因になっていることが示唆された。
4. 臨床経験年数3年目の看護師は、日々の看護業務を通して多くの要因に直面し、その要因によって引き起こされる多様な自分自身の感情と向き合い、適切に管理するための技術を磨いている段階にある。そのため、臨床経験年数3年目の看護師が、日々の看護業務を通して抱えている感情とその要因を、積極的に医療スタッフ間で共有できるように支援していくことの必要性が示唆された。

謝辞

本研究に多大な御理解と御協力を頂いた医療施設 A の看護部(看護部長様・副看護部長様)および各病棟・部署の看護責任者の皆様、看護職員の皆様に深く感謝致します。また、本研究の実施において御指導を頂いた千葉大学大学院看護学研究科の教職員の皆様方に深く感謝致します。

付記

本研究は、平成24年度千葉大学医学部附属病院看護部院内看護研究として実施した。また、本論文の内容は、第46・52回日本看護学会学術集会および第38回日本看護科学学会学術集会において発表した内容を加筆・修正したものである。利益相反 (Conflict of Interest : COI) 開示

本研究の実施および公表に関して開示すべき利益相反は無い。

VIII. 引用文献

- 1) Benner, P.: ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ, 医学書院, p11-39, 2005.
 - 2) 小野五月, 山崎律子, 山田弘美, 他: 3年目から5年目看護師が仕事を継続していくために大切に思うこと, 日本看護学論文集 看護管理, (45), p228-231, 2015.
 - 3) 畔柳あゆみ, 近藤暁子: 卒後1~3年目看護師の自己教育力と仕事意欲の比較, 日本看護学論文集 看護管理, (43), p79-82, 2013.
 - 4) 山崎律子, 清原恵美, 坂田五月, 他: 「新人」から「一人前」看護師への移行期を支える学習支援システムの構築 3年間の技術習得状況の推移, 日本看護学教育学会誌学術集会講演集, (23), p270, 2013.
 - 5) 相馬幸恵: 日本における看護師の感情労働研究の動向と課題—領域別看護の視点から—, 札幌保健医療大学紀要, 5, p1-13, 2019.
 - 6) 重本津多子, 大歳雅夫, 安部好法: 看護師の感情労働尺度の因子構造と属性の関係, 医学と生物学, 156 (3), p108-115, 2012.
 - 7) 実藤基子: 熟練看護師における就業継続の内的要因についての質的研究, 看護・保健科学研究誌, 11 (1), p11-20, 2011.
 - 8) 中本明世, 北岡和代: メンタルヘルス不調による休職・離職経験を経て働き続けるキャリア中期看護師のプロセス, Journal of Wellness and Health Care (2433-3190), 41 (2), p83-92, 2018.
 - 9) 斎藤恵, 加世亜矢子, 富田真佐子: 臨床現場における看護師のポジティブ感情とその出現要因の構造化, 看護学雑誌, 71 (10), p912-917, 2007.
 - 10) 中村和明, 久野愛里子, 日高早紀, 他: 若年看護師の離職防止に向けた職務満足度向上に繋がる教育的支援の検討, 日本看護学会論文集: 看護管理, 50, p123-126, 2020.
 - 11) 相馬幸恵: 日本における看護師の感情労働研究の動向と課題—領域別看護の視点から—, 札幌保健医療大学紀要, 5, p1-13, 2019.
 - 12) 重本津多子, 大歳雅夫, 安部好法: 看護師の感情労働尺度の因子構造と属性の関係, 医学と生物学, 156 (3), p108-115, 2012.
 - 13) 渡部真子: 急性期治療病棟で看護師の感情を看護に活かすということ, 日本精神科看護学会誌, 51, p334-338, 2008.
- 参考文献
- ・ 工藤真由美, 亀岡智美: 臨床経験5年未満の看護師の教育ニーズとそれに関する特性—臨床経験年数別の分析を通して—, 看護教育学研究, 24 (1), p85-100, 2015.
 - ・ 多久島寛孝, 羽田野花美, 森塚恵美: 地方の民間病院に勤務する看護師のストレスの実態—臨床経験年数および年代別の比較検討—, 保健科学研究誌, 11, p31-38, 2014.
 - ・ 武井麻子: 感情と看護 人とのかわりを職業とすることの意味, 医学書院, 2001.
 - ・ 谷口清弥: 看護師の感情管理要員の現状に関する健康, 甲南女子大学研究紀要(看護学・リハビリテーション学編), 2, p77-88, 2009.
 - ・ 平田明美, 勝山貴美子: 日本の病院看護師を対象とした職務満足度研究に関する文献検討, 横浜看護学雑誌, 5 (1), p15-22, 2018.
 - ・ 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, p1-15, 2020.

◇研究報告◇

糖尿病地域連携パスの療養指導に対する患者満足度調査

藤田真実¹⁾*, 法量千恵子¹⁾, 米田由加里¹⁾, 成田圭子¹⁾

A 病院の地域連携パス利用患者が求めている療養指導内容を明らかにし、療養指導の質の向上に繋げることを目的とした。アンケートによる満足度調査、患者の聞きたい内容を知るためにインタビュー調査を行った。また電子カルテから検査データや属性を収集し、単純集計、クロス集計、関連性を解析するためにカイ二乗検定を行った。地域連携パスにおける療養指導は、9割の患者が満足していた。療養指導で患者が聞きたいと思うことは、食事・足のケア・検査・運動・合併症についてであった。聞きたいことが「何もしない」と答えた人でも、HbA1cの結果が高く、療養行動が伴っていない事もあった。関連性の解析では、運動の実践度と食事への関心について、食事療法の実践と合併症、属性と運動への関心の3項目で有意差を認めた。

【キーワード】糖尿病、地域連携パス、患者の満足度、アンケート

I. はじめに

糖尿病患者数は生活習慣や社会環境の変化により年々増加している。糖尿病は、放置や治療中断することで合併症の悪化を引き起こし、重症化することで患者のQOLを妨げるとともに、治療費の圧迫や、生命を脅かす事もあり、定期的な検査と継続した治療、患者自身が正しい知識を得て自己管理を継続していけるような支援が必要である。

B市は糖尿病患者が増加しているにもかかわらず、糖尿病の専門医が少ないため、A病院では2009年に、地域の開業医と共に糖尿病患者を支えていく治療体制として、糖尿病地域連携パス（以下連携パス）を作成し、運用を開始した。連携パスは、地域のかかりつけ医と専門病院が患者の情報を共有し、協力して診療をサポートするシステムであり、病診連携により役割分担を明らかにし、安全で質の高い医療を提供することができる。連携パスでは、1年毎に当院を受診し、その間のかかりつけ医を受診する。連携パス受診時には、検査・栄養指導・療養指導・糖尿病専門医による診察が行われる。療養指導は、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士の資格を持つ看護師が行っている。療養指導時には患者の知識、理解度、療養行動を確認し、糖尿病自己管理継続の必要

性を再認識してもらうことに努めている。

糖尿病患者の地域連携パスに関する他施設での地域連携パスに関する先行研究では、パスが患者の役に立っているのか、現状を報告し問題点を検討した内容や、パス全体の評価が多く、患者への療養指導の内容だけに焦点を当てた研究はない。

療養指導において、患者は満足しているのか、患者が求めている療養指導は何か、患者の意見が今後の療養指導の向上に必須であると考え、満足度調査を行ったので報告する。

II. 目的

今後の療養指導の質の向上につなげるため、連携パス利用患者の満足度を調査し、患者が求めている療養指導内容を明らかにする。

III. 方法

1. 研究デザイン

量的研究

2. データ収集期間

2020年1月～2020年5月末

3. 対象者

自分でアンケート調査、インタビュー調査に回答でき、電

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 十和田市立中央病院

* E-mail : kangokanri@hp-chuou-towada.towada.aomori.jp

子カルテからのデータも連結している、連携パスを利用して受診した 51 名の患者。ADL 状況は限定しない。

4. データ収集方法

1) 連携パスで受診した患者の問診前に、研究者が研究目的を説明。同意を得た患者にアンケート用紙を配布し、アンケート調査、インタビュー調査を行う。

アンケートは外来の待ち時間に記入してもらい、回収ボックスに入れてもらう。アンケート内容は税所芳史らの「外来患者へのアンケート調査にみる糖尿病治療満足度と治療中断意思との関係」を参考にし、満足度調査の質問項目を作成した。

内容は「療養指導にどの程度満足しているか」「自分自身の糖尿病について理解しているか」「食事療法を実践できているか」「運動療法を実践できているか」「薬の内服や、注射の実践はできているか」「かかりつけ医受診の際、医師や看護師に不安なことを聞くことができているか」「A 病院での療養指導の際に看護師に不安なことを聞くことができているか」「ご自身の思いを話すことができているか」の 8 項目に選定し、満足度については「満足している」「やや満足」「やや不満足」「不満足」の評価項目で、その他の質問は「良くできている」「できている」「あまりできていない」「できていない」の評価項目で回答を求めた。

2) インタビュー調査内容は、糖尿病療養指導ガイドブックを参照し 13 項目を選定した。調査は個室で行い、インタビューガイドに沿って実施した。

インタビューの流れは「療養指導の時、看護師にどんなことを聞きたいと思っていますか」と質問し、回答が得られなかった場合は、患者が思いを表出しやすいように、聞きたい内容についての項目「食事」「嗜好品」「運動」「薬」「注射」「検査」「血糖測定」「症状」「合併症」「足のケア」「眼科や歯科」「旅行」「災害」「不安」と書かれた用紙を提示し回答を求めた。例をあげても特に何もないと返答した場合は、頑張りを傾聴し、今後も一緒に頑張れるよう奨励した。

3) 記入後のアンケート用紙とインタビュー用紙は鍵付きのボックスに保管する。

4) 電子カルテからデータを収集する（年齢、性別、罹病期間、パス開始日、同居者の有無、キーパーソンの有無、就業の有無、HbA1c、合併症の有無）。

5. データ分析方法

1) アンケート調査した 8 項目を、単純集計した。

2) インタビュー調査の内容は、患者が聞きたい内容について得られた回答を「関心あり」とし、患者から回答がない場合を「関心なし」として単純集計した。

3) 電子カルテのデータは、年齢、性別、HbA1c 別に単純集計した。

4) アンケート調査の単純集計で得られた結果と属性をクロス集計した。インタビュー調査の単純集計で得られた結果と属性をクロス集計した。

5) アンケート調査結果、インタビュー調査結果、電子カルテから得られた属性間の関連性を解析するためにカイ二乗検定を行う。統計的な有意水準は、5%未満を有意とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は、十和田市立中央病院倫理治験審査委員会にて承認が得られたうえで実施した。患者に研究の目的、方法、研究参加への自由意志の尊重、調査に協力できない場合や途中で辞退する場合でも不利益がないこと、アンケート調査に 5 分、インタビュー調査に 10 分程度の時間を要することについて文書を用いて説明した。また、調査用紙にはナンバリングすることの了承を得た。記入済みのアンケート用紙・インタビュー調査用紙・カルテからの情報収集用紙は、個人が特定できる情報を伏せて、厳重に地域医療連携室の鍵のかかる場所に保管した。匿名性の確保のため、アンケート調査及びインタビュー調査の担当看護師と、データ収集の看護師は別とした。

インタビュー調査を実施する看護師は、療養指導に携わっていない看護師が担当し、療養指導に影響がない事を説明した。

アンケートで得た結果は、院内の看護研究発表会、院外の学会発表に用いるが、それ以外に使用することはないこと、研究終了後適切に破棄処分することを厳守した。なお、院内の看護研究発表会の後、糖尿病外来に掲示することを説明した。

V. 結 果

今回の調査の回答を得る事ができたのは 51 名であった。

1. 分析対象者の基本属性

男性 22 名 (43%)、女性 29 名 (57%) だった。年齢は 30 ~ 80 歳代、平均年齢は 69.8 ± 11.3 歳。分析時は中央値 72 歳を境界値とした。HbA1c の平均は $6.7 \pm 0.7\%$ だった。(図 1) (図 2)

罹病期間は 1 ~ 49 年で平均 10.58 ± 9.48 年。連携パス利用の長い人では、2010 年からであり、短い人では 2019 年からであった。キーパーソン有りの人は 46 名 (90%)、キーパーソン無しの人 3 名 (6%)、キーパーソンの有無が不明の人は 2 名 (4%) であった。就業数は 17 名 (33%)。独居は 12 名 (24%) であった。合併症については、神経障害 2 名 (4%)、網膜症 2 名 (4%)、腎症 21 名 (41%)、合併症なしが 26 名 (51%) だった。

2. アンケート調査結果

連携パス利用についての満足度調査では、「満足」39 名 (76%)、「やや満足」9 名 (18%)、「やや不満足」1 名 (2%)、「不満足」0 名、無回答 2 名 (4%) だった。薬物療法の実践度については、「良くできている」22 名 (43%)、「できている」23 名 (45%)、「あまりできていない」2 名 (4%)、「できていない」0 名、「飲んでいない」4 名 (8%) だった。糖尿病

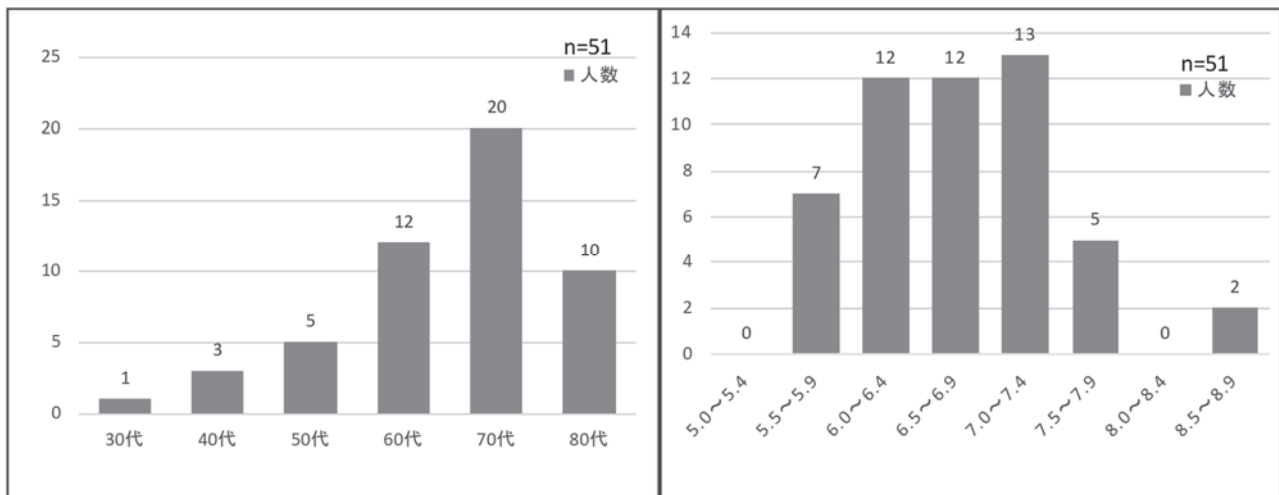


図1 年代別

図2 HbA1c 分布

の理解度については、「良くできている」13名(25%)、「できている」35名(69%)、「あまりできていない」3名(6%)、「できていない」0名だった。食事療法の実践度については、「良くできている」6名(12%)、「できている」24名(47%)、「あまりできていない」20名(39%)、「できていない」0名、無回答1名(2%)だった。運動療法の実践度では、「良くできている」2名(4%)、「できている」19名(37%)、「あまりできていない」26名(51%)、「できていない」4名(8%)だった。かかりつけ医に質問できているかについては、「良くできている」13名(25%)、「できている」31名(61%)、「あまりできていない」6名(12%)、「できていない」1名(2%)だった。A病院受診時に質問できているかについては、「良くできている」13名(25%)、「できている」33名(65%)、「あまりできていない」5名(10%)、「できていない」0名だった。思いを話すことができているかについては、「良くできている」6名(12%)、「できている」37名(72%)、「あまりできていない」8名(16%)、「できていない」0名だった。(図3)

3. インタビュー調査結果

インタビュー調査では、患者が聞きたい内容について得られた回答を「関心あり」とし、患者からの回答がない場合を「関心なし」として集計した(複数回答あり)。(図4)

多くの関心があった順に、「食事」、「足のケア」、「検査」、「運動」、「合併症」だった。食事については24名中14の意見が聞かれ「1年に1回でもきちんと聞くことで、修正が出来るので大変よい」「栄養指導を受けてなかったから、話を聞けて良かった」等の内容があった。足のケアについては21名中6の意見が聞かれ「手入れと観察方法、今は何ともないけど気になる」「足についてはあまり知らない」等があった。検査については12名中8の意見が聞かれ「簡単でいいからポイントを教えてもらいたい。『いいですよ』だけではなく、自分に合ったポイントを教えてもらいたい」「1年に4回検査していたのが、今は2回になっている。春は会社の検診、秋は個人病院。1年に1回はここにきている。データを見て意識は出来ている。今、体重も増えてきたけど気を付けようと

いう気持ちは持てている」等があった。運動については9名中6の意見が聞かれ「寒い時、なかなか運動できないので、運動するためのコツを聞きたい。続けられるコツも聞きたい。もっと何かをするべきなのか」等があった。合併症については8名中9の意見が聞かれ「今の症状が、合併症とつながっているか聞きたい」「合併症なのかどうなのか、不安な時は聞いている」「どんなことがあるのかは知っている。検査データが良ければ安心していいものなのか。10年すれば眼の合併症が出てくるっていうから。糖尿病になって長いから心配だ」等があった。(表1)

「何もし」と回答したのは4名だった。「何もし」と答えた人の属性データやアンケート調査結果を検出してみると、HbA1cの平均は7.2%。就業については、無職もしくは農家であり、4名中3名はアンケート調査結果の運動療法の実践度の項目において「あまりできていない」と回答していた。

関心の高い項目において、インタビュー結果における年代別、男女別、HbA1c別でも比較してみたところ、大きな差はなかった。

ほとんどの患者がインタビューガイドに沿った内容を回答していた。その他「先生から十分に聞いている。看護師によって話し方や聞き方が違う。ほめながらの会話がうれしい。同じこと言われるにしても雰囲気がいいと話しやすい」「その時、その時、何でも聞きたい事を聞いている」といった意見も聞かれていた。

4. 分析結果

アンケート調査結果の内容と、属性のクロス集計では食事療法の実践度とHbA1cのみ差がみられた。アンケート内容8項目を年代別、男女別、HbA1c別で比較を行った。満足度を男女別で見ると男性は「満足」16名(73%)、女性は「満足」23名(79%)だった。年代別で見ると、30~50代は「満足」5名(56%)、「やや満足」4名(44%)、「やや不満」「不満足」0名。60代以降は80%以上が「満足」と回答している。HbA1c別では、HbA1cが6.5%未満は「満足」16名(84%)、6.5%以上は23名(72%)だった。(図5)

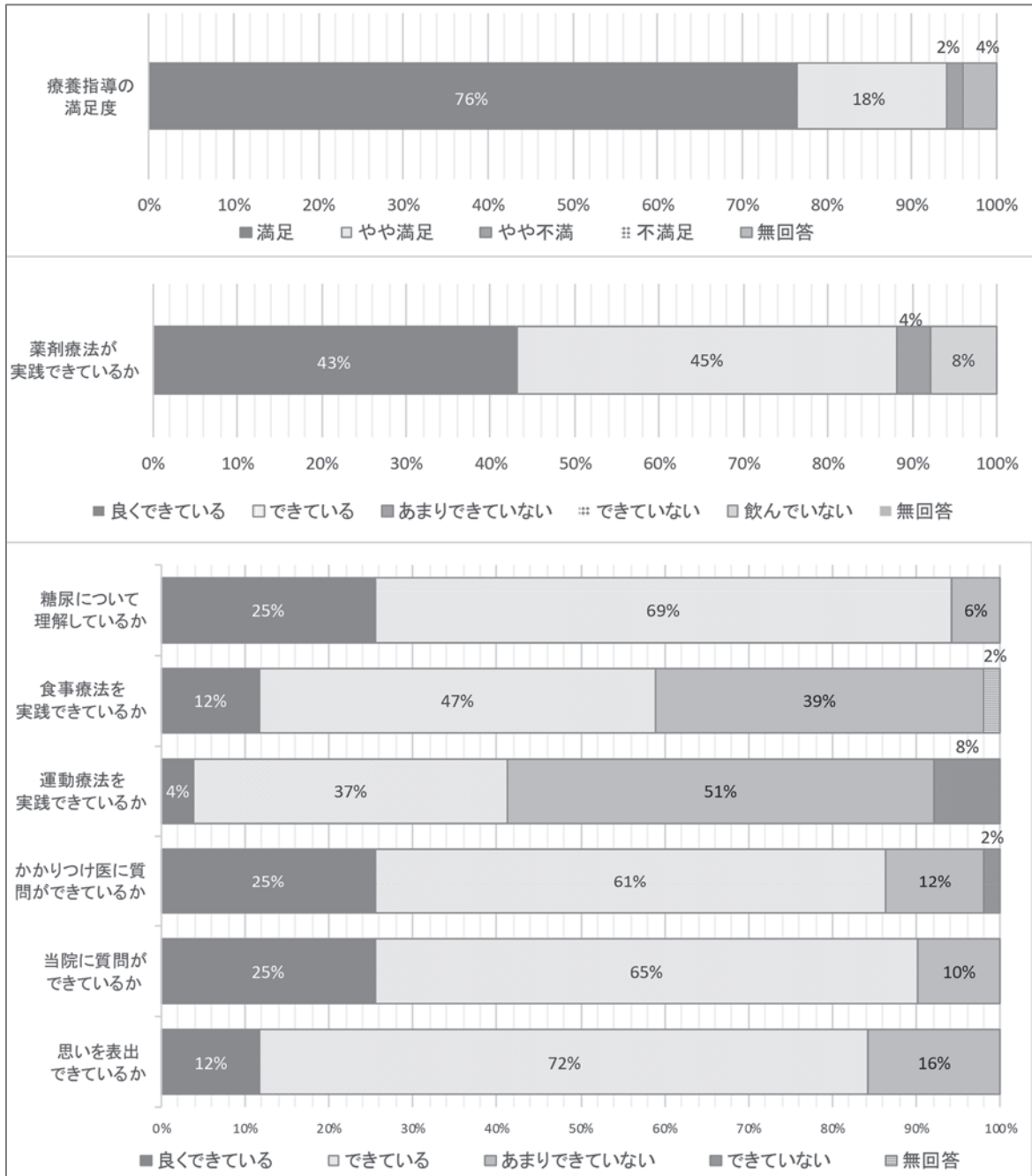


図3 アンケート調査結果

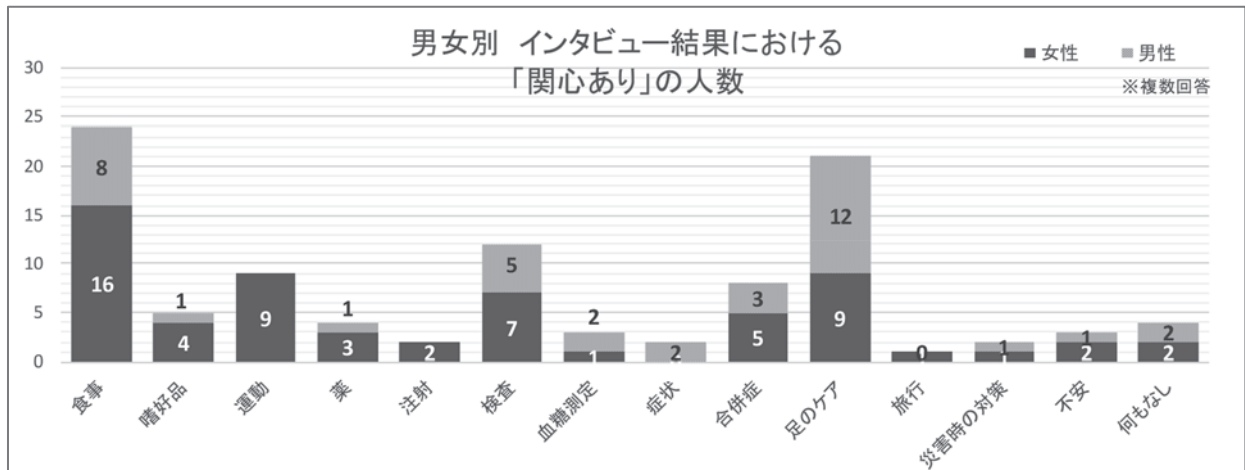


図4 インタビュー結果

表1 インタビュー解答内容

食事	塩分を取らないよう少なくしようと思っているが、どのくらい摂取していいか不明。食べ過ぎとかは注意している。	
	自分の食べ方がダメなのかどうなのか。	
	食べ方に違いがあるから聞いている。	
	最初のころは気になっていた。今はそれなりにわかっている。	
	食事のとり方について聞きたいと思っている。栄養指導で役立っている。1年に1回でもきちんと聞くことで、修正ができていたので大変よい。	
	栄養指導を受けてなかったから、話を聞いて良かった。	
	栄養指導でも聞いているから、特にない。	
	水分はどのくらい取っているのか、栄養指導で聞いた。	
	栄養指導で、ご飯を一口減らして野菜を増やそうといわれている。頑張ろうとは思っている。	
	食事の摂取カロリーについて、胎はどうなのか。カロリーに入るのかどうか、聞くことができています。	
	朝食（パン8枚切り）昼は職場。夕は簡単に済ませている。常にちくわを食べている。魚を食べると言われているため。ちくわのカロリーが気になる。	
	そんなにないけど、強いて言えば好みのものがやめられないけど、どうすればいいか。	
仕事が不規則で生活が乱れがちだが、食事で野菜を取るよう気を付けている。		
嗜好品	たばこは吸っていない。	
	サプリメント、今の自分の薬との飲み合わせについて。	
運動	少ないと思っている。適宜な運動。適当とはどのくらいか。散歩は休みの時しかやっていない。少ないとは思ってはいる。	
	膝が悪く、運動ができない。他の所をどうやって運動すればいいか。	
	腰の骨折もあって、歩くのもおっくう。痛みで体もつらい状態のとき、どんな運動をしていったらいいか、どんな工夫をしたらいいか。コツがわかれば。	
	寒い時、なかなか運動できないので、運動するためのコツを聞きたい。続けられるコツもききたい。もっとなにかをするべきなのか。	
運動は全然できていない。		
薬	減らしたいと希望をだしたりした。	
	飲み薬はきちんと聞くことにしている。	
	3回飲むこと、飲ませることが大変だ。飲み込みにくくもなっているため薬が多くなるとさらに大変。	
	食前から食後への薬の変更があった。最初の時は低血糖が心配だった。	
注射	今の調整がいいのかどうか。	
	気をつけなきゃいけないこと。	
検査	自覚症状がないので、検査データから今後のことで気を付けることはなにか。	
	高いのはどうしてか。	
	糖尿病手帳の書き方。見方やとらえ方を聞きたい。	
	簡単でいいからポイントを教えてもらいたい。「いいですよ」だけではなく、自分に合ったポイントを教えてもらいたい。	
	いい方向にいったものかどうか。	
	自分がいまどうなのか。	
	1年に4回検査していたのが今は2回になっている。春は会社の検診、秋は個人病院、1年に1回はここにきている。データを見て意識はできている。今体重も増えてきたけど気をつけようという気持ちは持っている。	
血糖	自分には必要ないかな。	
	低血糖について指導されているが、実際に低血糖症状を気にしたことがない。	
症状	最初のころ、心配で聞くことが多かった。	
	症状は出ていない、理解できている。	
	どんなことがあるのかは知っている。検査データが良ければ安心していいものなのか。10年すれば眼の合併症が出てくるっていうから。糖尿病になって長いから心配だ。	
合併症	気になっている。今自分がどうなのか聞きたい。	
	眼の症状について。ずっと眼科にも通ってない。どこの病院がいいかなと思っている。	
	眼科には行っている。	
	3か月に1度、受診しているので問題なし。	
	眼のみえ方の症状があるので、相談したい。	
	歯科には怖くて行くことができないでいる。	
	今の症状が、合併症とつながっているか聞きたい。	
	合併症なのかどうなのか、不安な時は聞いている。	
	足のケア	入浴時に足を見るようにしているので問題ない。
	今のやり方でいいかどうか。	
手入れと観察方法、今はなんともないけど気になる。		
足についてはあまり知らない。ばね指は整形で診てもらっている。つる時がある。足については、どんなこと教えてくれるのか。		
膝が痛くて整形受診。母趾を曲げないで歩くように指示されたが難しい。		
旅行	特に困っていない	
災害時の対策	いざとなった時の行動を、どうすればいいのかが(自分がしっかりしていないと思っている)。	
	処方箋の行方、受診の仕方、かかりつけ医、当院が閉鎖になったらどうなるのか。	
不安	不安は何もない。	
	データも落ち着いているので聞きたいことはない。いわれたことは守っている。	
	眼が悪くて、それだけが不便だ。不満はなし。	
	血圧が高い時どうしてなのか、と聞きたい。	
	感染症にならないための方法、注意する事。	
	何年もつき合っているから特にない。胃の手術をしてから血糖が落ち着いている。何でも食べられている。薬をやめてもいいといわれているがやめな方がいいと思っている。	
	年取って、その先どうなっていくのか不安になる。	
	おちついているから今は何もない。前は食事のこととか血糖値のことが気になっていた。	
その他	他県で糖尿病診断され、紹介状ももらった。安定しているので連携バスにしようと言われた。バスは初めて。2年に1回、頭の検査をお願いしている。	
	血圧のことなども伝えている。開業医で聞くことができています。	
	先生から十分に聞いている。看護師によって話し方や聞き方が違う。7年も通っていると知り尽くしている。病人だと思っているから上から目線になっちゃうのではないかな。ほめながらの会話がうれしい。同じこと言われるにしても雰囲気がいいと話しやすい。	
	かかりつけ医に、話は充分聞いている。	
	先生や看護師さんの方から聞かれた事を答えるという感じで、特に自分からというのはない。それで満足している。	
	睡眠について。夜間3回くらい排尿のために起きる。一回量200~400ml、残尿感なし、尿漏れなし、すぐに寝むれない(1時間位)。睡眠導入剤をもらいたい。	
	今の社会の状況の怖さがある。	
	体重が少しずつ減ってきている。	
	夫も糖尿病で何回も栄養指導を受けていた。	
	低血糖でインスリンも減った。不安が大きい。HbA1cも上がった。	
その時、その時、何でも聞きたいこと聞いている。外来の方皆話しやすい。		

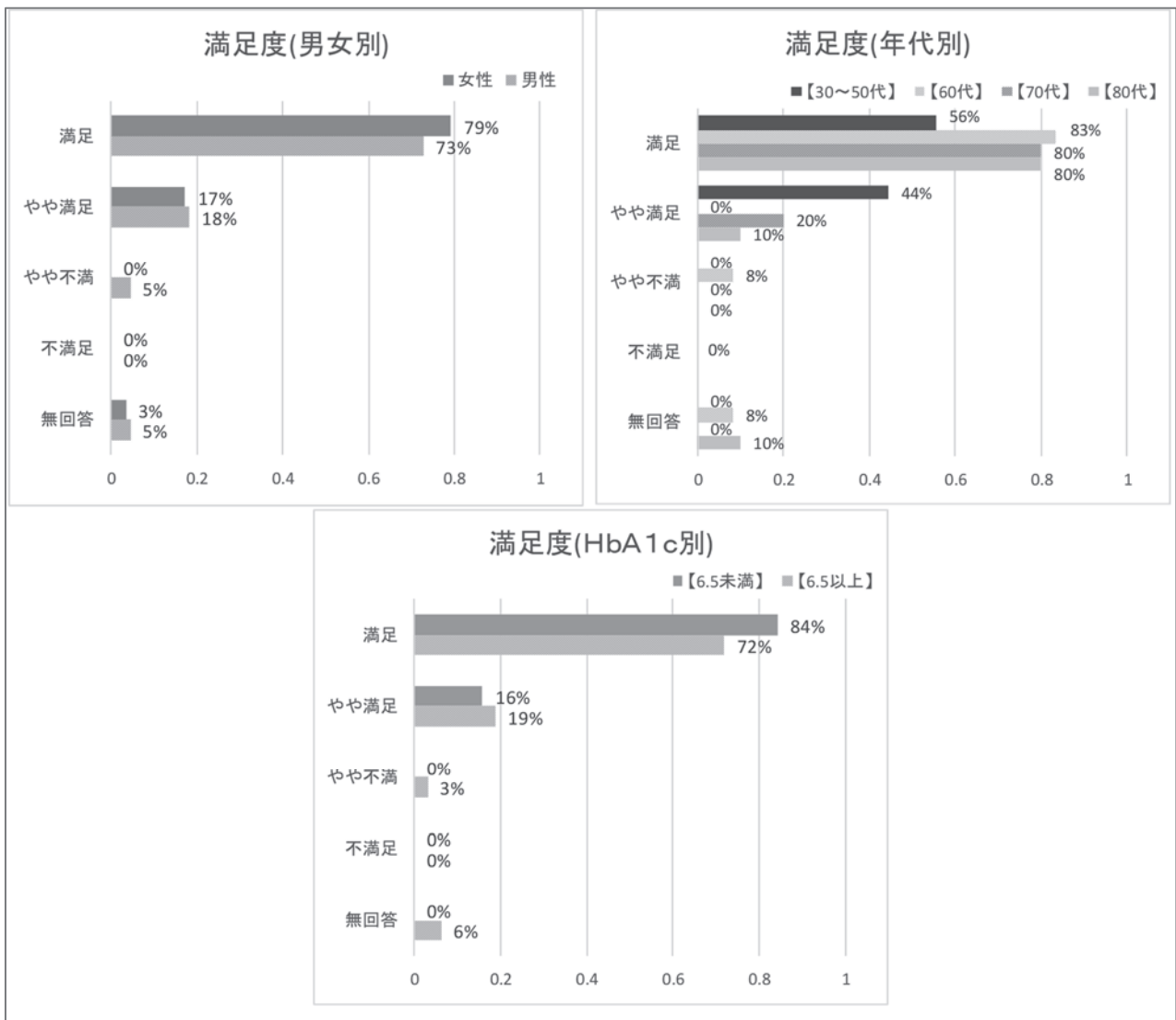


図5 アンケート結果 (満足度)

食事の実践度では、男女別で見ると男性が「良くできている」「できている」12名(55%)、女性が18名(62%)。HbA1c別では、6.5%未満が「良くできている」「できている」が15名(79%)、6.5%以上では「良くできている」「できている」が15名(47%)、6.5%未満では「あまりできていない」4名(21%)、6.5%以上では16名(50%)だった。「できていない」と答えた人は男女とも0%であったが、「あまりできていない」と答えた人がHbA1c6.5%未満では21%であったのに対し、HbA1c6.5%以上では50%だった。

運動療法の実践度では、HbA1c6.5%未満では「できていない」「あまりできていない」が58%、HbA1c6.5%以上では59%が「できていない」「あまりできていない」と答えていた。糖尿病についての理解度や薬物療法の実践度、思いを話すことができるか、A病院とかかりつけ医で質問ができるか、の項目と属性のクロス集計では、約8割以上が「よくできている」「できている」と答えていた。(表2)

カイ二乗検定において、アンケート調査結果を「できている」群と「できていない」群の2群に分け、インタビュー調査結果も「関心あり」と「関心なし」に分け分析を行った。

表2 クロス集計の結果

【食事療法の実践度と性別の関係】

実践度(食事)	男	女
良くできている、できている	55%	62%
できていない、あまりできていない	45%	34%
無回答	0%	4%

【食事療法の実践度とHbA1cの関係】

実践度(食事)	【6.5未満】	【6.5以上】
良くできている、できている	79%	47%
できていない、あまりできていない	21%	50%
無回答	0%	3%

【運動療法の実践度とHbA1cの関係】

実践度(運動)	【6.5未満】	【6.5以上】
良くできている、できている	42%	41%
できていない、あまりできていない	58%	59%
無回答	0%	0%

また、属性や年齢、HbA1cも中央値や平均値で2群にわけ、性別、就業の有無、合併症の有無、キーパーソンの有無でも関係の比較を行った ($P < 0.05$)。

その結果、アンケート調査結果の「運動療法の実践度」とインタビュー調査結果の「食事への関心」($p = 0.0189$)、アンケート調査結果の「食事療法の実践度」と「合併症の有無」($p = 0.0209$)、インタビュー調査結果の「運動への関心」と「性別」($p = 0.004$)の3項目が統計学的に有意な差を認めた。

VI. 考 察

糖尿病患者の地域連携パスに関する、他施設での先行研究では、パス全体の評価に対するものであり、患者への療養指導の内容だけに焦点を当てた研究はなかった。そのため、本研究と比較できるものではないと考える。

年齢分布グラフからもわかるように、幅広い年齢層の患者が連携パスを利用している事がわかった。また、HbA1cは平均6.7%であったが、今回の対象者が連携パスを利用している患者であるため、糖尿病の管理がある程度できていたと考える。罹病期間、合併症、キーパーソンの有無、就業の有無においても比較を行ったが、電子カルテからの情報だけでは収集に限界があり、信憑性が薄いと考える、今回は性別、年代別、HbA1c別を主として考察を行った。

アンケート調査において、90%以上が満足と回答しており、療養指導については満足が得られていると考える。

糖尿病の理解度では「よくできている」「できている」が94%と高かった。しかし、療養行動の基本となる、食事療法や運動療法の実践度では、患者の自主的な取り組みなしには成功しないと言われている治療にも関わらず、「できていない」「あまりできていない」が約半数を占めている。

食事の実践度においては、男性の実践度は低いが、女性は高い結果となった。村上らの食事に関する価値観、知識、技術と性別・年齢との関連の研究報告でも、「女性は男性よりも、食品選択におけるすべての価値基準に重きを置いていることが分かりました。また、女性は男性よりも、栄養に関する知識、料理技術、食全般に関わる技能のすべてが高くなりました。¹⁾」「さらに男性では年齢が高いほど料理技術と食全般に関わる技能が低い一方で、女性では年齢が高いほど料理技術と食全般に係る技能が高いという、男女でまったく逆の関連が見られました。²⁾」と報告している。

運動の実践度は、女性の「あまりできていない」割合は半数以上であった。「できていない」理由としては、30~50代では仕事や生活スタイルが影響している可能性があり、60代以降では身体的問題が関係してくると考える。下方らは、「女性では、結婚や出産・育児といったライフステージにおいて、スポーツや運動を中断せざるを得ない場合がある。³⁾」と述べている。またNLS-LSAの第7次調査では、「適度な運動を行うことに困難を感じている人は、40歳代では3.5%にすぎないが、50歳代で6.3%、60歳代で8.9%、70歳代で23.2%、

80歳代では41.7%にもなる。⁴⁾」と述べていることから、生活スタイルや、年齢、身体的問題が関係していると言える。

食事、運動、薬物療法の実践度については、税所らの研究で報告しているアンケート結果でも、「食事療法の実践は、良くできている/できているが合わせて53.2% (74名)、運動療法の実践は、良くできている/できているが合わせて39.6% (55名)であった。薬物療法の実践は、良くできている/できているが合わせて86.4% (120名)であった。⁵⁾」と述べており、本研究も類似した結果であった。これらのことから、糖尿病のガイドラインでもいわれているように、生活習慣の行動変容は容易ではない事が伺える。

また「不安なことを聞けていますか」の項目においては「できている」と回答した患者が90%。「ご自身の思いを話すことができているか」の項目においても84%と多いことから、一方通行の指導ではなく、療養指導中に患者と指導者間でコミュニケーションが取れ、信頼関係が構築されていると考えられる。

インタビュー調査において、男女ともに「食事」や「足のケア」「検査」「運動」「合併症」の順に関心が高いことがわかった。これらの項目に関心が高いということは、療養指導を受け糖尿病という病気に対して向き合ってきたからこそ、重要だと思っているのではないかと考える。また、指導者側も再確認してもらいたい思いがあり、指導からは欠かせない項目だと考える。基本の療養行動は、食事療法と運動療法であるが、患者の関心があるのは、「食事」の次に「足のケア」だったことがわかった。インタビュー調査の意見においても、足の手入れや観察方法についてあまり知らないという意見があり、「足のケア」については周知されていないと考える。そのため1年ごとの指導の中で、「足のケア」についても療養指導士からの積極的な指導が必要である。また、関心が「何ものなし」と答えた患者は、質問等がなくてできている群と予想され、今までの療養行動を賞賛するようにしていた。しかし今回のアンケート内容や検査データを照らし合わせてみると、運動療法だけでなく食事療法も「できていない」と答えている。全体の平均HbA1cよりも0.5%高いデータが出ている事や、患者自身の思いを「話せていない」と答えている事からも「何ものなし」と答えた人こそ、指導者として気にかけていく必要がある。森らは「患者からの質問がないから理解、納得しているとは限らない。患者はわかりやすい説明を受けることを期待しているが、忙しそうだから、悪いからと医療者に遠慮する気持ちがあることが確認されている。⁶⁾」と述べている。このことから、「何ものなし」をそのままにせず、気持ちを表出できていないかもしれないと思い、共に患者自身の療養行動を振り返り、患者の言葉を表出できる雰囲気づくりを行い、個人にあった指導を探っていく必要があると考える。

分析結果において、HbA1c6.5%未満の人が、食事療法の実践度で「よくできている」「できている」と答えている人が約8割を占めている。HbA1cのコントロールが良好な患者は、

食事療法の自己評価としても「できている」と評価しており、反対に HbA1c が高い患者は、自己評価においても「あまりできていない」と評価している人が多かった。データと自己評価を比較したときに、食事療法の実践度が HbA1c に影響していると示唆される。クロス集計では、HbA1c にかかわらず、運動療法の実践度は約 5 割以上が「できていない」と評価している。このことから、運動療法は HbA1c に関係なく、実践することは難しい項目だと言える。

カイ二乗検定の結果からは、糖尿病の療養指導において、食事療法と運動療法は切り離せない関係であることが言える。運動療法を実践している人は、食事への関心が高いことから、食事についての指導を充実させることで満足度が高まる可能性が示唆される。運動への関心については、女性が男性よりも高かった。女性に対しては運動療法の指導を充実させることで満足度が高まる可能性が示唆される。

今回の研究結果から、初めて聴けた患者の声により、様々な項目に関心があることがわかった。しかし、関心に対して療養行動が伴っていないことも結果から分かった。指導者が患者と共に日々の生活行動を振り返り、今何に関心があるかを、意識して引き出せるように、雰囲気づくりを行い、実践しやすい療養行動ができるように介入していく必要がある。その結果、満足度の向上にもつながると考える。

Ⅶ. 結 論

1. 連携パスにおける療養指導は、9 割の患者が満足していた。
2. 療養指導で患者が聞きたいと思うことは、食事・足のケア・検査・運動・合併症についてであった。
3. 聞きたいことが「何もし」と答えた人でも、HbA1c の結果が高く、療養行動が伴っていない事もあることを意識し介入する必要がある。

本論文に関連し、開示すべき利益相反関連事項にあたる事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 村上健太郎, 佐々木敏: 食事に関する価値観, 知識, 技術と性別・年齢との関連: 一般日本人を対象とした質問票調査, Nutrients, オンライン版, 2022.
- 2) 前掲書 1).
- 3) 下方浩史, 大塚礼: 疫学調査からみた高齢者の運動, Geriatric Medicine, 59 (10), p.957-961, 2021.
- 4) 前掲書 3).
- 5) 税所芳史, 伊藤裕: 外来患者へのアンケート調査にみる糖尿病治療満足度と治療中断意思との関係, 糖尿病, 55(10), p.768-773, 2012.
- 6) 森仁実, 小野幸子: 患者満足度調査からみた A 病院における看護サービスのあり方, 岐阜県立看護大学紀要, 6(1), p.51-56, 2005.

◇研究報告◇

精神科救急入院料病棟（精神科スーパー救急病棟） 入院時に保護室隔離となった患者に対する 熟練看護師の看護実践

口羽浩之^{1)*}, 武内 愛¹⁾, 岡田幸貴¹⁾, 澤田由美²⁾

【目的】：精神科スーパー救急病棟に保護室隔離となった患者の、入院場面における熟練看護師の看護実践と看護の視点を明らかにし、隔離処遇にある患者への看護の示唆を得る。

【方法】：研究者が所属する施設の倫理審査委員会で承認を得た後、半構造化面接法により得られたデータを質的記述的に分析した。

【結果】：対象者の語りから[暴力行為の回避を意図した看護実践][自傷行為の回避を意図した看護実践][治療継続のための関係構築を意図した看護実践]が抽出され、熟練看護師は患者やスタッフ、家族の安全やその後に続く治療関係も考慮しながら対応していることが明らかとなった。

【考察】：暴力や自傷など安全を保つための介入だけでなく、不安への対応や信頼関係を築く行動など治療環境の整備に関心を向け介入していた。安全安心な環境の提供につながり、その後の回復を通して、その人らしい生活を獲得するための支援へとつながる看護実践であったと考える。

【キーワード】 精神科救急入院料病棟、保護室、入院場面、熟練看護師、看護実践

I. はじめに

日本では 2002 年の診療報酬改定により、精神科救急入院料病棟（以下、精神科スーパー救急病棟）が設置された。精神科スーパー救急病棟では、年間入院患者の 6 割以上が非自発の入院であることから、対象となる患者は行動面や情動面の激しい症状や身体的問題を伴いやすいなど、特有のリスクを有する¹⁾。また、入院時、他患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない²⁾と判断された場合は、保護室隔離となることもある。また隔離の対象となる患者に関する事項³⁾にある、自傷他害リスクが切迫していると判断された場合も、保護室隔離となる場合があり、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に隔離が必要な場合の 5 項目の基準が設けられている。

精神科スーパー救急病棟では、興奮・攻撃性への対応には専門的な技術や暴力への身体的な介入スキルが要求されるが、攻撃的な状況に介入するという臨床経験はそれほど多いわけ

ではなく⁴⁾、また突然の入院が多いため、入院時の看護実践は学びにくい傾向がある。また精神科救急・急性期では興奮・攻撃性への対応は最も危機的な局面であり、パターンナリストイックな治療モデルから当事者中心の支援モデルへの転換を図っていくことは容易ではない⁵⁾とされている。また非自発の入院初期の看護援助⁶⁾の研究では、苦しい現状の印象を変える声掛けなど、治療の受け入れにつながる患者の立場に立った関わりを行うことで患者自身が治療を受け入れることが報告されている。また看護師は患者の主体性を支える援助を認識する一方で、暴力につながり得るリスクの排除という意に反した治療であっても、安全に遂行しなければならないという認識を持っていること⁷⁾が明らかにされている。以上のことから、精神科スーパー救急病棟において、入院時の看護実践は、治療関係を構築する上で重要な場面と考える。しかし保護室隔離となった患者の入院時に限定した看護実践は明らかにされていない。

本研究では、精神科スーパー救急病棟に保護室隔離となった患者の入院場面における熟練看護師の看護実践と看護師の

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 岡山県精神科医療センター 2) 姫路獨協大学

* E-mail : rijyw407@yahoo.co.jp

視点を明らかにし、精神科治療の重要な場面である入院時の看護への示唆を得たいと考えた。

Ⅱ. 目 的

精神科スーパー救急病棟入院時に保護室隔離となった患者に対する熟練看護師の看護実践と看護の視点を明らかにする

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 用語の定義

- 1) 精神科スーパー救急病棟：診療報酬点数表に掲載された精神科救急入院料病棟の施設基準を満たす病棟とする。
- 2) 非自発的入院：精神保健福祉法にもとづく医療保護入院、措置入院、応急入院、緊急措置入院に分類される、自らの意思に反する入院とする。(精神保健福祉法、第29条、第33条)
- 3) 熟練看護師：ベナーは技能修得に関するドレイファスモデルの中で中堅レベルの実践は通常、約3~5年類似した患者集団を対象に働いているナースとある。また達人レベルの実践は、状況を直感的に把握し問題領域に正確に狙いを定めると定義している。⁸⁾以上を考慮し、本研究では熟練看護師を精神科看護経験年数を5年以上、またリーダー的役割を持つ看護師と定義する。
- 4) 保護室：隔離室とも呼ばれ、隔離という目的に特化した病室。室内に便器があること、室外から観察するための観察窓やモニターカメラが設置されているなどの設備を有する部屋⁹⁾とする。また保護室を使用する目的としては、精神保健福祉法第37条、第1項に定める範囲とする。

3. 研究対象

1) 選定条件

現在単科の精神科病院に勤務しており、精神科看護経験年数5年以上である看護師のうち、看護実践の場面を想起しやすい期間として、直近2年以内で精神科スーパー救急病棟の経験を有する看護師(以下“熟練看護師”)とする。

2) 選定方法

研究者が病院の看護部長に文章および口頭で研究の趣旨を説明し、研究協力の承諾を得、上記選定条件を満たす看護師の紹介を依頼した。

4. データ収集期間

2020年3月1日~2020年7月31日

5. データ収集方法

先行研究からインタビューガイドを作成し、対象者個々に半構造化面接を行った。インタビュー前にあらかじめ、研究の趣旨について書面を送付した。対象者が指定する場所に研究者1名が出向き、プライバシーが確保できる個室でインタビューを行った。インタビューは研究者の中から1名選定し、他の対象者にインタビューする場合も同一の研究者がイ

ンタビューガイドをもとに行った。インタビュー内容は、精神科スーパー救急病棟で保護室隔離となった患者の入院場面を想起してもらい、実際に行った具体的な看護実践の内容や看護の視点について聴取した。インタビュー時間は約60分とし、対象者の属性として、性別・年代・精神科病院経験年数・精神科スーパー救急病棟経験年数を設定した。

6. データの分析方法

インタビューの録音内容から逐語録を作成し、データとした。看護実践に関わる文章を抽出し、意味内容のわかる範囲で区切り、コード化した。コードを集約し、サブカテゴリーとした。サブカテゴリーの内容からさらに抽象度をあげ、カテゴリーとした。

7. 真実性の確保

データ分析の結果の厳密性を確保するために、著者の解釈やカテゴリー化に偏りが無いかについて共著者と議論したうえで、精神科看護師経験のある看護を専門として研究を行う指導教員1名によるスーパーヴァイズを受け、真実性と妥当性を高めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

岡山県精神科医療センター倫理審査委員会で承認(承認番号1-21)を得た後に研究を開始した。研究参加者へ本研究の目的と方法、不参加・途中辞退の自由、プライバシー保護と匿名性の確保、結果公表の予定を文章および口頭で説明し、書面にて同意を得た。録音と記録は、研究参加者の承諾を得て実施した。インタビューを行う際は守秘義務の守れる個室を設定し、収集したデータは匿名化し、個人が特定されないようナンバーを付けた。データが外部へ漏洩することが無いよう、パスワードを設定し、研究専用の鍵付き金庫(場所)で保管した。またデータをインターネットを通じて外部へ送信する際は、セキュリティ対策が施されたパソコンを使用した。データは、研究終了後、シュレッダーにて破棄した。

Ⅴ. 結 果

精神科スーパー救急病棟では、看護師は限られた人数で病棟業務を行いながら、24時間緊急入院を受け入れている。短時間で入院の対応をすることが多い中、熟練看護師は患者やスタッフ、また同伴する家族の安全やその後に続く治療関係も考慮しながら対応していることが明らかになった。

1. 対象者の概要

インタビューを実施した対象者は男性2名、女性2名、精神科経験7年~15年、直近2年以内で精神科スーパー救急病棟の経験を有し、平均年齢は36才の看護師であった(表1)。

2. 精神科スーパー救急病棟入院時に保護室隔離となった患者に対する熟練看護師の看護実践と看護の視点

インタビューの分析により、【暴力行為の回避を意図した看護実践】【自傷行為の回避を意図した看護実践】【治療継続のための関係構築を意図した看護実践】の3つのカテゴリーが

表1 対象者4名の概要

	性別	年代	精神科病院 経験年数	精神科スーパー救急 病棟経験年数	直近2年以内に 精神科スーパー救急病棟の 経験の有無
対象者A	男性	40歳代	7年	7年	有
対象者B	男性	30歳代	10年	4年	有
対象者C	女性	20歳代	6年	6年	有
対象者D	女性	40歳代	15年	2年	有

表2 保護室隔離となった患者に対する熟練看護師の看護実践

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
暴力行為の回避を意図した 看護実践	入院時の安全を優先した対応	入院時は患者・スタッフの安全を考慮する(3) 立場や責任感から危険の高いところの対応を率先して行う(2) 入室時は患者と家族の安全に考慮する(2) 家族か家族以外かの確認を行う(2) 家族と本人との関係性から家族間の暴力リスクを判断する(4) 興奮の激しい患者に対しては人数の確保と拘束や鎮静も予測したかわりをする(2) 興奮時、暴力リスクを踏まえて妄想対象から距離をあげる(1)
	安全な入室までの誘導を優先した対応	安全な対応を他のスタッフをみて学ぶ(1) 暴力が出る背景を判断する(2) 病状評価のための視点(10) 入室後、スタッフがリスクを感じる時は介入する人数を増やしたり男性スタッフの対応を依頼したり一旦退室する(9) 患者から危険を感じた時に動けるよう立ち位置や姿勢を考えて行動している(3) 外来での診察の様子を確認し、状態を予測する(8) 安全に入室できないことも想定した対応(3) 安全な入室経路を準備する(1) 病棟入棟直後の状態変化に注意する(2) 観察しながら安全に配慮し自室まで患者を誘導する(5) 他患との接触を避け、円滑に入院対応ができるようにする(4)
	暴力リスクの予測	リスクにつながる情報を活用する(15) リスク評価のための視点(1) 初めての入院患者は情報がなく、突然病棟に上がってくることもあり、行動の予測がつかないことを意識する(4) 対応に必要なスタッフの数を判断する視点(9) 来棟時の様子や周囲のスタッフとのかかわりを見て、入院への受け入れの度合、暴力リスクをアセスメントする。(8) 入室直後は疎通性や指示に従えるのかどうかで暴力リスクの評価ができる。(5) 疎通がよい場合は更衣やバイタル測定の説明を淡々と行う(1) 採血ができそうかどうかを判断する視点(2) 安全に退室するための判断や行動(7)
	暴力リスクを高めない対応	部屋への誘導時の仕方(1) 暴力リスクが高くなる肌に触れる行為は、事前に説明と許可を得る(1) 患者の混乱を回避する声掛けを考える(7)
	離院、暴力リスクがある患者への 対応や意識	入院に同意していない患者の場合は離院リスクに注意する(1) 離院、暴力リスクがある場合は他スタッフと協力しながら患者が飛び出さないよう態勢や動き、立ち位置を考える(17) 禁止場所への侵入を防ぐ誘導の方法(1) 隔離や保護室は精神科特有である(1) 入室を拒否する場合の誘導や声掛けの仕方(5) 安全のために声を掛けながら行動を制限する(2) 他のスタッフとアイコンタクトや決まった言葉を使って強制的に介入をする場合もある(2) 暴力リスクがある場合の医療行為の実施判断(2)
自傷行為の回避を意図した 看護実践	自傷行為を防ぐための情報収集	入院形態に限らず自傷他害のリスクを疑う(1) カルテから入院の経緯や幻覚妄想の有無について 情報収集し自傷リスクのアセスメントをする(1)
	自傷行為を防ぐための環境調整	自傷リスクを踏まえてボディチェックや荷物を預かる(2) 自傷リスクに配慮した部屋の変更と観察(6)
治療継続のための関係構築を意図した 看護実践	今後の治療に家族が影響するかどうかを アセスメントする	来棟時、家族と本人とのかかわり方や距離間で家族関係を予測する(1) 家族関係が悪いと判断した場合、入院後の治療、退院支援が円滑に進められるか 懸念がある(1) 家族への配慮をおこなう(2)
	他患者への心理的配慮	他患者が不快になることを避けるための配慮(3) 他患者が入院時のことを思い出さないようにするための配慮(1)
	再発エピソードの患者は 休息を優先した関わりをする	初発エピソード患者と再発エピソードの患者とではかかわり方を変えている。(1) 再発エピソードは休息を優先させる(2)
	初発エピソードの患者への丁寧な対応	初発エピソードの患者にはより丁寧に話す(6)
	関係性の構築を見据えた対応	内服への思いの評価(2) 治療の選択を自己決定できる機会を作る(1) 治療関係の構築を優先した拒薬時の対応(2) 落ち着いた患者へ声をかける(5) その後の治療関係を意識しながら丁寧な対応をする。(18) 安心してもらうために、訪室時間や治療の見通し、回復に応じて部屋や処遇がかわることを伝える(15) 治療をサポートする味方であることを知ってもらうためにまずは名前を名乗る(4) 治療の必要性を説明(5) 内服を拒否する患者には、入院に至った経緯や困り事とつなげて動めたり 医師に指示をもらう(13) 入院時の処置に応じられない場合は医師の指示を仰ぐ(2) 来棟時の様子や周囲のスタッフとのかかわりを見て、入院への受け入れの度合、治療関係が 築けるかどうかアセスメントする(2)

明らかとなった(表2)。以下カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕, コードを〈 〉, 対象者の語った内容を「 」と表記した。

1) 暴力行為の回避を意図した看護実践

1 つ目のカテゴリーである【暴力行為の回避を意図した看護実践】は、熟練看護師が、入院時に患者によって起こされる暴力を回避するための行動を示し、5 つのサブカテゴリーで構成されていた。

〔入院時の安全を優先した対応〕は、入院時に患者だけではなく、その家族やスタッフの安全も考慮した看護実践を意味し、7 コードが抽出された。「第一はリスクかな。スタッフと患者さんの安全がとにかく一番。」「メンバーもみたりしてるな。この若い子は助けないといけんとか思ったりする」「妄想の対象が、家族にあるとかだったら早く家族から離れたほうが良いなあって思う」などが語られた。

〔安全な入室までの誘導を優先した対応〕は、入院の告知を受けた患者を、外来からスーパー救急病棟の保護室へ安全に誘導することを優先した看護実践を意味し、12 コードが抽出された。「恐いな、と思えば、ちょっと男性の応援を呼んだりします」「まあ例えば日中だったら他の患者の開放観察時間とかもあるから、安全に部屋まで行ける通路の確保がちゃんとできているのかとか」などが語られた。

〔暴力リスクの予測〕は、患者の情報やかかわりの中から暴力リスクを評価し、予測につなげるための看護実践を意味し、9 コードが抽出された。「介入に拒否があるとか。暴力が出そうなくらい病状に圧倒されているのか」「採血も針を使うので、安全にできるのか、今の対応している人数で、できるのかの判断をする」などが語られた。

〔暴力リスクを高めない対応〕は、入院対応によってさらに暴力リスクを高めてしまわないための看護実践を意味し、3 コードが抽出された。「入院した直後にバイタルとか、測ったりする前に体に触れることを伝えますね。」「入院を理解できないこともあるのに、伝わりにくい言い方で混乱すると余計不安も強まって安心できないし、暴力もできる可能性があるからね」などが語られた。

〔離院、暴力リスクがある患者への対応や意識〕は、離院や暴力リスクがある患者を安全に保護室に入室してもらうために必要な視点や行動を意味し、8 コードが抽出された。「パーソナルスペースを保ちつつ、視野において、誘導を」「一緒に行こうって柔らかく背中を支えるかな」「座って話をしましょう」「手伝いましょう」などが語られた。

2) 自傷行為の回避を意図した看護実践

2 つ目のカテゴリーである【自傷行為の回避を意図した看護実践】は、熟練看護師が入院時に患者の自傷行為を回避するためにどのような行動をとっているのかを示し、2 つのサブカテゴリーで構成されていた。

〔自傷行為を防ぐための情報収集〕は、自傷リスクの評価につながる患者の情報を収集することを意味し、2 コードが

抽出された。「自傷ってなるとカルテから見ないと。自傷自殺のリスクになりそうな生活背景は事前の情報がないとわからないですね」「措置だと自傷他害があるからってなるんですけど。かと言って医保と措置でリスクがどうなるか。医保の方が自傷他害のリスクが高い人もいるので、リスク面としては人それぞれかなと」などが語られた。

〔自傷行為を防ぐための環境調整〕は、自傷行為を防ぐために部屋への持ち込み品や部屋自体の評価を行うことを意味し、2 コードが抽出された。「自傷のリスクがある場合はボディチェックはより厳格にする。着替える時にも見る」「安全を保つ意味では拘束がいるかもしれないので、先生に状況を報告して、今の処遇について見直してもらったりとか」などが語られた。

3) 治療継続のための関係構築を意図した看護実践

3 つ目のカテゴリーである【治療継続のための関係構築を意図した看護実践】は、熟練看護師が、患者が治療を継続できるように、関係性を築くための行動を示し、5 つのサブカテゴリーで構成されていた。

〔今後の治療に家族が影響するかどうかをアセスメントする〕は、患者とその家族の関係を評価し、今後治療に影響があるのかを評価することを意味し、3 コードが抽出された。

「関係が良いと患者の近くで寄り添っている」「こちらに協力してくれるかなとか、まあ、同居している人だったら退院後、退院に向けて色々考えてくれるかなとか」「状況によっては部屋とかまで一緒に見てももらったりすることもあるし、こういうところなんだけど、もちろん見通しも伝えて、ここにずっといるわけではなく、ここの保護室が必要な理由を家族にその場で言ったりはするかな」などが語られた。

〔他患者への心理的配慮〕は、既に入院している患者が不快にならないような配慮が必要なことを意味し、2 コードが抽出された。「他の患者さんの前で強制的な介入はしたくない。感じがよくないと思う」「その人達ももしかしたら入院の時に強制的な介入があったかもしれない。思い出すのも思い出させるのも嫌だなんて思うし」などが語られた。

〔再発エピソードの患者は休息を優先した関わりをする〕は、初発エピソードの入院患者と違い、情報も得られている場合が多く、入院の説明などは短時間で済ませ、まずは休息してもらうことに重点を置いていることを意味する。2 コードが抽出された。「何回も入院している人はなるべく、やり取りを減らして早く休んでもらおうとします」などが語られた。

〔初発エピソードの患者への丁寧な対応〕では、初発エピソードの患者は、病気の知識や入院に対してのイメージもなく、不安も強いいため、安心してもらうために丁寧な対応が重要であることを意味している。1 つのコードが抽出された。「治療導入、治療継続をしてもらいたいし、病院に悪い印象をもってほしくない」「最初はきちっとその人がわかるまで、少し丁寧な言葉でしゃべったほうがいいかな」などが語られた。

〔関係性の構築を見据えた対応〕は、患者の治療継続に影響する関係性を築くために必要な対応のこと意味し、11コードが抽出された。「一番入院時が不安だったり、感情の波が激しかったりする中で、きちんと関わるというか。そこが信頼関係の土台になると思う」「治療の進行状況であったり、休息の程度、回復の程度にあわせて、お部屋も変わってきますし、退院に向けて、サポートしていきます」「生活に困っていた部分や困り事からちょっと内服を勧めたりとか」「嫌なのは百も承知で言ってるんだけど、もう、今必要なんですって話をしながら。選んでもらうかな」などが語られた。

VI. 考 察

熟練看護師は、入院時より暴力行為や自傷行為の回避を意図した看護実践だけでなく、今後の治療継続のための関係構築を意図した看護実践も行っており、治療環境の整備を行っていた。またこれらは後述する精神科看護の基本と一致しており、熟練看護師は基本を重要としていたと考えた。

1. 安全を意図した看護実践

1) 暴力行為の回避を意図した看護実践

患者や対応するスタッフ、また同伴している家族に対しても安全に配慮した行動が行われているが、保護室を利用する患者は暴力が出やすい状態であり、家族が妄想対象になっている場合や家族が入院に同意する場合も多く、暴力の対象が家族に向けられやすいことを考慮した介入であると考えた。また対応するスタッフの中で経験が浅いスタッフには危険の高い場面は避け、自らが危険な場面对応していることが明らかになった。既に対応しているスタッフで事態の收拾が困難な場合や、自分の手に負えないと判断した時には、そのまま状況を引きずらないで、潔く役割を交代し¹⁰⁾、対応を替わることによって暴力を回避する行動と考えた。

入院が決定し、外来のスタッフや家族とともに入棟し、保護室に入るまでは、安全を優先した対応を重要としていたことが明らかになった。保護室に入室するまでには、危険な箇所や他の入院患者の存在、設備品などがあり、決して安全な環境とは言えない。そのような環境の中、誘導が中断せず、保護室に入室するには、病状評価が必要であり、熟練看護師はそれら情報から暴力リスクを判断し、それに応じた対応をしていると考えた。十分な支援体制がない状況で、患者に対抗しようとしたり、自制させようと試みたり、あるいは攻撃をとめるよう説得することは適切ではないと提唱されている¹¹⁾。リスクを感じた際に、一人で対応することや、その場に対応することを優先せず、応援の要請や、介入のタイミングをずらす行動をとり、暴力を未然に防ぐ対処をとっていると考えた。また入院患者が入室する際は、既に入院している患者と接触する可能性があり、患者同士でのトラブルに発展することも考えられる。入院の際は区画扉を閉めたり、開放観察の時間をずらしたりと熟練看護師は目の前の入院患者だけではなく、既に入院している患者の状況も考えながら対応していると考えた。

またリスクにつながる情報を活用することを対象者の多くが発言し、特に入院前の暴力行為や過去の暴力歴に着目することで暴力リスクを予測していた。攻撃行動への転化要因の確認の方法として、入院以前の攻撃や暴力に関するエピソードは有力な情報¹²⁾となり、それらの情報に着目し、リスクの評価に生かしていると考えた。一方で事前の情報だけでリスクを判断するのではなく、対応時の様子を優先的に評価している点も熟練看護師の特徴と考えた。侵襲的な処置である採血を行う前に安全に行えるかどうかの評価を行っていることから、患者にもスタッフにも危険が伴う処置の場合は、途中で抵抗などがあれば、両者が怪我をする可能性が高く、熟練看護師は特に慎重に評価をしていると考えた。

暴力リスクを高めない対応として、保護室までの誘導では、端的にわかりやすい言葉で説明をし、混乱を防ぐことが必要と語られていた。入院時の患者は、幻覚妄想状態や急な入院により困惑をしているケースも多く、さらに混乱することで暴力に発展する場合もあるため、これらを防ぐための対応であると考えた。暴力への予防的対処法として、自分が普通と感ずるパーソナルスペースより遠めの距離を維持することが提唱されている¹³⁾。もっともパーソナルスペースが近くなる肌に触れる行為は、事前の説明や許可をとるなど暴力リスクを高めない対応をとっていると考えた。

離院、暴力リスクがある患者への対応は、もっとも緊迫した場面であり、慎重さが求められる場面である。多くの対象者が入室後はまず座ってもらうことが明らかとなっている。座ってもらえることで協力的かどうかの判断や、急な飛び出しや暴力に対して行動が読みやすくなると考えた。リスクが高い場合は声掛けだけで回避するのではなく、患者との物理的な距離や体勢を考慮していると考えた。また対象者の多くは、保護室への誘導や入室時に抵抗がみられた際に暴力行動に発展しないために、強制的な介入も必要であることを語っていた。その際は介入するタイミングを他のスタッフへアイコンタクトや言葉で伝えていた。患者の意に沿わない入院や治療が行われる場合や、理解できない入院治療に対し、患者は全身の力を振り絞って抵抗しようとする¹⁴⁾とある。精神科スーパー救急病棟の特徴的な入院形態である非自発的入院の患者は、入院に合意が得られていないため、抵抗がみられることを想定した対応が求められる。熟練看護師は、暴力を予防するために、強制的な介入は複数のスタッフで同時に介入しやすくなるような伝達方法を行っていると考えた。

2) 自傷行為の回避を意図した看護実践

自傷リスクのアセスメントのために、カルテから入院の経緯や幻覚妄想の有無や自傷歴など過去の情報を参考にしていた。自殺未遂の既往は、最も明確な危険因子¹⁵⁾であり、また精神疾患をもつ場合は、直接的な自殺の要因がない場合でも、さまざまな妄想にとらわれて、自殺に及ぶことがある。しかも、そうした場合はそれが精神疾患のせいであるとは気づけず、援助を求めることができないことが多く¹⁶⁾、過去の自傷

歴や幻覚妄想などの精神症状の把握が自傷リスクの評価には有用であると考えた。これらの情報をもとにリスクを評価していると考えた。

自傷行為を防ぐための環境調整では、自傷に使われる可能性のある物や設備の確認を行っていた。自傷に使われる可能性のある物の物理的排除だけでなく、その後の行動観察がしやすい部屋を検討するなど、観察がしやすい環境を整えることで自傷を予防し、早期発見に役立っていると考えた。

2. 治療継続のための関係構築を意図した看護実践

入院時は家族と同伴で病棟まで付き添われることが多く、家族と本人のかかわり方や距離感を誘導時に観察していることが語られていた。今後の治療と家族の関係は、欧米を中心に1970年から、家族の感情的な巻き込まれや批判が統合失調症の再発要因になるという感情表出 (expressed emotion: 以下 EE) 研究が行われている。家族から患者に対して高 EE な関係を改善するために、対処方法を家族がもち、家族自身が元気になることで家族の EE が下がり、患者も再発しにくくなる¹⁷⁾と説明している。すなわち、治療の継続や再発要因は患者本人だけでなく、家族の感情表出の対処方法や協力なども影響するため、家族の評価を入院時から行うことは、その後の治療方針に影響する重要な看護実践と考えた。また同伴する家族に対しても入院や保護室の説明、見通しなどの説明を行うと語られていた。家族も患者の発病に戸惑い、困り事を抱え、心身ともに疲れ果てることが多い¹⁸⁾。すなわち患者本人だけでなく、その家族も支援者として労い、安心してもらえるように配慮していると考えた。

他患者が不快になることを避けたり、入院時のことを思い出さないようにするなどがあげられており、入院患者の対応だけでなく、既に入院している患者にも配慮をしていることを示す。患者が少なくとも一定の時間、負の感情を経験していた¹⁹⁾ことから、入院時のことが嫌な思いとして残っている患者も多いと考えた。既に入院している患者が、他の入院患者の入院時の様子を見たり、感じたりすることで、嫌なエピソードを思い出すかもしれない。既に入院している患者が入院時のことを思い出さないように配慮していると考えた。

再発エピソードの患者には、入院の説明は過去の入院時に説明をしているため、簡単に済ませており、休息を優先してもらいたいことが語られていた。しっかりと時間をかけて説明や対応をする場面とそうでない場면을治療の優先順位を考慮した行動と考えた。

初発エピソードの患者にはより丁寧に話していた。患者は不安や緊張を抱き、看護師を信頼していいのか葛藤しながらも、看護師の存在を通して安心感を得ようとしていた²⁰⁾。すなわち初発や初めて入院される患者は不安が強く、安心感を求めていることが多いと考えた。また入院時の不安などが嫌な記憶として残ると今後の治療に影響するため、丁寧に対応し、安心感と心身の回復へつながるかかわりをしていてと考えた。

関係性の構築を見据えた対応では、味方であることを知ってもらうためにまず名前を名乗っていた。患者の中には病院や対応するスタッフに安心できないことも多い。まず名前を名乗り、味方であることを最初のアプローチから実施することで、少しでも早く安心してもらうための行動と考えた。行動制限そのものは苦しいものであっても、制限のある中で交わされるスタッフ等との関係性、かかわりが肯定的な感情経験や行動制限の価値づけを可能としているのかもしれない²¹⁾。すなわち安心してもらうための丁寧な対応は、入院患者にとって、肯定的な感情や保護室が回復するために必要な場所であることを考えるきっかけとなり、治療継続に影響する重要な対応と考えた。また内服を拒否する患者には、入院に至った経緯や困り事とつなげて勤めると語られている。患者の医療への動機が低いことや入院前の問題行動に対して看護師が批判的な対応をせずに、患者の思いや認識を受け止めることは、患者が自分の気持ちや考えを自由に伝えることができる雰囲気をつくり、信頼関係構築につながっていく²²⁾。すなわち拒絶している患者に無理やり内服を勧めるのではなく、内服に対する患者の受け止めや困っていることに理解を示すことや与薬の方法を自分で決める機会を設けることで、治療関係を深める方法をとっていると考えた。

精神科看護は、精神的健康について援助を必要としている人々に対し、個人の尊厳と権利擁護を基本理念として、専門的知識と技術を用い、自律性の回復を通して、その人らしい生活ができるように支援すること、また看護の基本のなかで、人が精神的危機に陥ったとき、まず提供されなければならないのは、脅かされず不安の少ない「安全、安心」な環境であり、援助関係の形成は、患者との間に信頼関係があってはじめて成り立つ²³⁾と定義されている。本研究から、熟練看護師は暴力や自傷など安全を保つための介入だけでなく、不安への対応や信頼関係を築く行動など治療環境の整備に関心を向けた看護を実践していた。これらの介入は、安全安心な環境の提供につながり、その後の回復を通して、その人らしい生活を獲得するための支援へとつながる看護 (図 1) であることが示唆された。

VII. 結 論

本研究において、精神科スーパー救急病棟入院時に保護室隔離となった患者に対する熟練看護師の看護実践では【暴力行為の回避を意図した看護実践】【自傷行為の回避を意図した看護実践】【治療継続のための関係構築を意図した看護実践】が抽出され、治療環境の整備を行っていたことが明らかとなった。

熟練看護師は、入院時には暴力や自傷など安全を保つことや、不安への対応、信頼関係を築く看護実践を通し、治療環境の整備を行っていた。その結果、患者の安全・安心が担保され、その後の回復を通して、その人らしい生活を獲得することにつながる支援であることが示唆された。

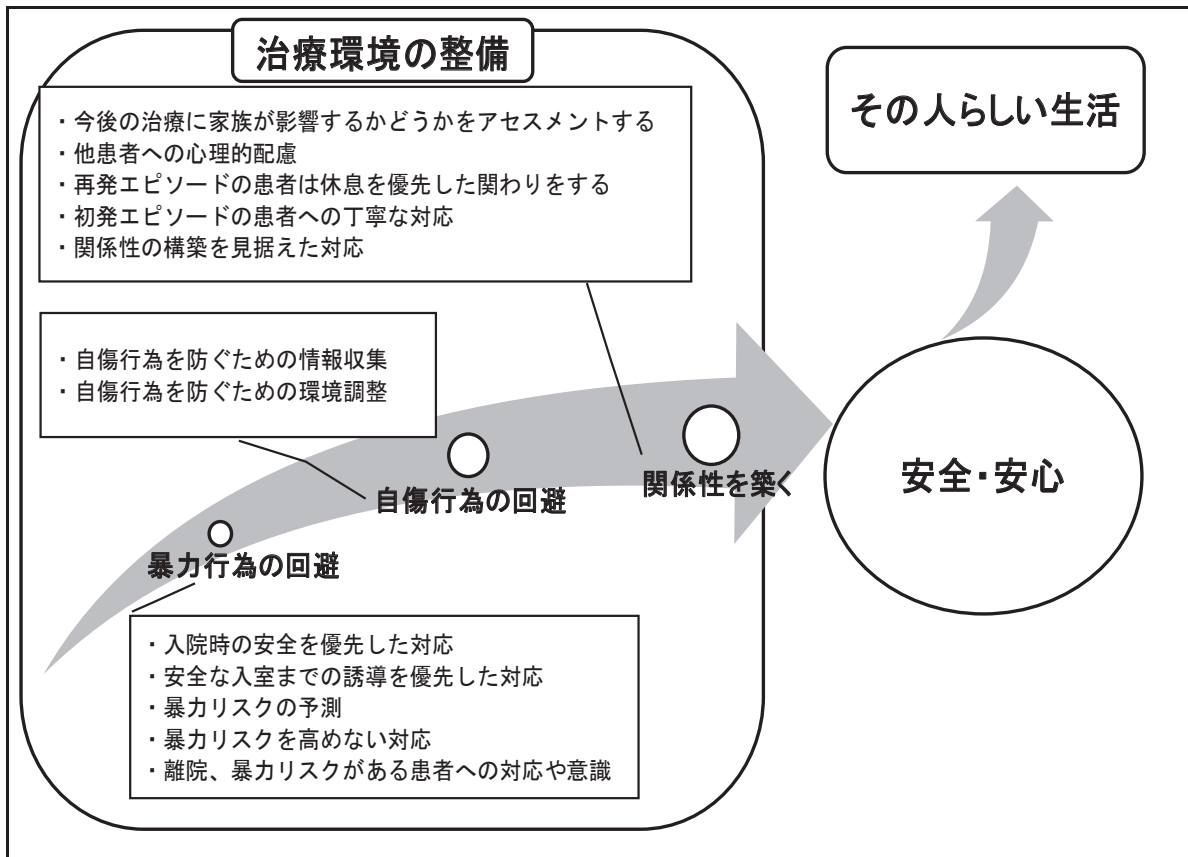


図1 入院時に保護室隔離となった患者に対する看護実践

本研究は、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行ったため、インタビュアーの面接の進め方によって、対象者の思いが言語化されず、重要なデータを拾えていない可能性もある。また1施設による対象者4名での調査研究であり、当該施設に限られた内容のため、一般化には限界がある。対象者の数を増やす、グループインタビューをするなど、さらに研究を洗練化させることで、入院時の看護のさらなる向上につながると考えた。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) 平田豊明：精神科救急医療ガイドライン 2015年版，ヘルス出版，p.23，2015.
- 2) 精神保健福祉研究会監修：改訂第二版 精神保健福祉法詳解，中央法規出版株式会社，p.310，2014.
- 3) 前掲書 2)，p.311.
- 4) 岡田実：暴力と攻撃への対処 精神科看護の経験と実践知，すびか書房，p.95，2008.
- 5) 前掲書 1)，p.52.
- 6) 梶原友美，遠藤淑美：精神科救急病棟における看護師と患者の視点からみる非自発的入院初期の看護援助，日本看護科学会誌 37，p.315-316，2017
- 7) 前掲書 6)，p.308.
- 8) Benner, P: ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，医学書院，p.22-27，1992.
- 9) 三宅薫著：行って見て聞いた精神科病院の保護室，医学書院，p.14，2013.
- 10) 前掲書 4)，p.95
- 11) 鈴木啓子：暴力事故防止ケア 患者・看護者の安全を守るために，精神看護出版，p.35-36，2005.
- 12) 前掲書 4)，p.95.
- 13) 前掲書 4)，p.161.
- 14) 前掲書 12)，p.35.
- 15) 前掲書 1)，p.139.
- 16) 武井麻子：精神看護の展開 精神看護学 2，医学書院，p.123，2012.
- 17) 遠藤淑美：精神看護学，中央法規出版，p.199，2020.
- 18) 前掲書 17)，p.216
- 19) 松下年子：海外のアディクション看護研究—近年の研究レビュー，アディクション看護学，6 (1)，p.41，2019.
- 20) 辻本未知，松宮賢治：精神科初回入院時隔離室へ入室した患者が抱く感情と看護の課題，第40回日本精神科看護学術集会 58巻1号，p.469，2015.
- 21) 前掲書 19)，p.41.
- 22) 野田智子：精神科救急入院直後の看護援助に関する研究—夜間隔離室へ救急入院した患者への翌朝の初回与薬場面を通して—，福島県立医科大学看護学部紀要，10，p.53，2008.
- 23) 日本精神科看護技術協会：精神科看護ガイドライン 2011，株式会社精神看護出版，p.2，2011.

◇研究報告◇

良性疾患で子宮全摘術を受ける患者の 手術前後の思いとその変化

— 術後に助産師による面接を実施して —

細川喜美恵¹⁾*

【目的】：良性疾患で子宮全摘術を受ける患者に助産師が提供できるケアや相談，支援内容の方向性を検討するため，患者の手術前後の思いとその変化の実態を把握する。

【方法】：A 病院で，良性疾患で子宮全摘術を受ける患者に手術前にアンケートを実施，術後3日以降にアドバンス助産師が面接を行い，再度アンケートを実施し，患者の思いの変化を分析した。

【結果】：研究対象者は20名で，手術前に「子宮を摘出することは悲しい」の問いに「とてもそう思う」「そう思う」と回答した患者が65.0%，「女性を失う気がする」が60.0%で，手術後に有意に減少した。子宮全摘術を受ける患者の95.0%の患者が「更年期障害が心配」と思っており，助産師から指導を受けたい項目も「更年期障害」が60.0%で最も多かった。

【考察】：手術が決定した時点から外来での助産師の支援も必要であると考えられる。更年期障害を心配する患者が多いので，今後相談窓口を開設することも考慮する必要がある。

【キーワード】 子宮全摘，女性喪失感，更年期障害，助産師

I. はじめに

わが国では，子宮良性腫瘍で年間約58,000人の女性が子宮全摘術を受けている¹⁾。A病院の産婦人科においても2019年に子宮全摘術を受けた女性が167人で，そのうち147名は良性疾患で子宮全摘術を受けている。乳房や子宮など女性器の喪失には「女性のアイデンティティの喪失」という精神的変化があり，術後は身体的ケアだけでなく心理的・精神的支援も必要となる²⁾。

A病院の産婦人科で勤務する看護職はほとんどが助産師である。助産師は，女性の一生に寄り添う専門職であり，妊娠・分娩・産褥期以外にも女性とその家族を含む健康や性と生殖に関する相談・支援，教育等を行うことがその役割・責務として位置付けられている³⁾。しかし，A病院の婦人科手術のクリニカルパス（適応率100%）には，アウトカムにもタスクにも性に関する相談や支援，また心理的・精神的支援に関する項目が無い。また，退院指導は共通した指導用紙を用いて実施しているが，内容は，退院後から次回受診日までの安

静度や清潔，食事や排泄，性生活の禁止，異常時の連絡方法についてなどの説明のみで，心理的・精神的支援は標準化されていない。

専門職として助産師が提供できるケアや相談，支援内容の方向性を今後検討するために，今回，良性疾患で子宮全摘術を受ける患者の手術前後の思いとその変化の実態を把握することを目的に本研究に取り組んだ。

II. 目的

良性疾患で子宮全摘術を受ける患者に助産師が提供できるケアや相談，支援内容の方向性を検討するため，患者の手術前後の思いとその変化の実態を把握する。

III. 方法

1. 研究デザイン

記述的研究

2. 研究対象・期間

対象：A病院で，良性疾患で腹腔鏡下陰式子宮全摘術もしく

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 大和高田市立病院

* E-mail：kimie_h@qb4.so-net.ne.jp

は腹式単純子宮全摘術を受ける患者 20 名。

期間：2020 年 9 月 1 日～2021 年 1 月 30 日

3. データの収集方法

1) 手術前アンケート

手術前に研究目的を口頭で伝え、研究協力の同意を得た患者に質問用紙を配布し、同日か翌日に研究者が回収した。

2) 手術後（面接後）アンケート

手術後に助産師による面接の同意を得た患者にアドバンス助産師が面接を実施し、面接直後に質問用紙を配布し、同日か翌日に面接者が回収した。

4. 調査項目

1) 手術前アンケート

(1) 属性：年齢・術前の主病名・術式・分娩回数・拳児希望の有無

(2) 子宮喪失感について

先行研究⁴⁾で手術によって子宮を失った女性の心因性不定愁訴として調査されていた項目を元に、独自で作成した質問項目、「子宮を摘出することは悲しい」「月経が無くなるのは寂しい」「女性を失う気がする」について「とてもそう思う」「少しそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の 4 段階尺度で回答を求めた。

(3) 更年期障害・性生活について

現在、A 病院で入院中に助産師による指導ができていない更年期障害と性生活について、患者の不安の程度の実態を知るために、「更年期障害が心配」「性生活に不安がある」をそれぞれ「とてもそう思う」「少しそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の 4 段階尺度で回答を求めた。

(4) 助産師から指導を受けたい項目について

助産師から指導を受けたい項目について①子宮の機能②卵巣の機能③更年期障害④性生活について⑤その他 を選択式（複数選択可）で回答を求めた。

(5) 子宮の思い出について

喪失することになる「子宮の思い出」について自由記載してもらった。

2) 手術後（面接後）アンケート

(1) 子宮喪失感について

子宮喪失感について、手術前の質問内容と同様に「子宮を摘出することは悲しい」「月経が無くなるのは寂しい」「女性を失う気がする」について「とてもそう思う」「少しそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の 4 段階尺度で回答を求めた。

(2) 更年期障害・性生活について

患者の希望する指導項目を指導した後、患者の思いの変化を分析するために、手術前の質問内容と同様に「更年期障害が心配」「性生活に不安がある」をそれぞれ 4 段階尺度で回答を求めた。

5. 面接

手術後に助産師による面接をすることに同意を得ていた患

者に、術後 3 日以降にプライバシーの確保ができる個室かカンファレンス室で面接（半構成的面接法）を実施した。面接は、研究者である CLoCMiP[®]レベルⅢの認証を受けたアドバンス助産師が実施し、面接時間は一人につき約 30 分で実施した。

面接の方法は、まず、手術前の質問用紙に回答してもらった「子宮の思い出」について話を聞いた。面接者の姿勢として、常に傾聴的・受容的態度で患者の思いを聞くことに努め、面接者の発言は共感のみとした。面接中は、録音や筆記は全く行わず、対話する時に患者との目線を水平に保った。

次いで、患者が知りたい情報について、卵巣機能や子宮機能については、女性生殖器のイラスト画を用いてそれぞれの構造と機能について説明を行った。更年期障害については、年齢と女性ホルモン（エストロゲン）の分泌量のグラフを用いて、更年期障害の症状や治療法の説明を行った。性生活については、患者の知りたい内容についてのみ回答した。説明に使用するパンフレット等は全患者に同じ媒体を使用した。

6. データの分析方法

1) 手術前後の子宮喪失感の思いの変化について

「子宮を摘出することは悲しい」「月経が無くなるのは寂しい」「女性を失う気がする」について、手術前後の思いの結果をウィルコクソンの符号順位検定を行い分析した。分析には統計分析ソフト「R」を使用した。有意確率は $p < 0.05$ を有意差ありとした。

2) 手術前後の更年期障害と性生活の思いの変化について

「更年期障害が心配」「性生活に不安がある」の 2 項目について手術前後の結果をウィルコクソンの符号順位検定を行い分析した。分析には統計分析ソフト「R」を使用した。有意確率は $p < 0.05$ を有意差ありとした。

3) 助産師から指導を受けたい項目について

助産師から指導を受けたい項目について（①子宮の機能②卵巣の機能③更年期障害④性生活について⑤その他）、単純集計を行った。

4) 子宮の思い出について

子宮を摘出することを悲しいと思っている患者とっていない患者の「子宮の思い出について」相違があるか比較するために、手術前に自由記載してもらった記載内容を、「子宮を摘出することは悲しい」の問いに「とてもそう思う」「少しそう思う」と回答した者と「あまり思わない」「全く思わない」に回答した者と 2 群に分けて集計した。ですます調の記載である調に変換して記載した。

IV. 倫理的配慮

大和高田市立病院倫理委員会の承諾を得て実施した。研究対象者には、研究目的、方法、調査内容を説明した。また、研究協力をしない場合でも不利益を生じないこと、研究の途中で中断することも可能で、その際も不利益は生じないこと、研究結果は公表予定であること、公表の際、個人は特定され

ないこと、質問用紙は無記名で回答してもらい研究者以外に開示することはないこと、データは研究以外の目的では使用しないことを、書面を提示しながら口頭で説明した。質問用紙は、中身の見えないファイルに入れてもらい、提出をもって同意とした。回収した質問用紙は鍵付きの引き出しに収納し、研究者のパソコンにデータ入力後は、すみやかにシュレッダー処理を行った。術後の面接については、手術の身体的侵襲が落ち着く術後3日以降に、面接を実施しても良いか同意を得てからプライバシーの確保ができる個室かカンファレンス室で、30分以内で実施した。使用するデータは質問用紙に記入されていることのみで面接時の発言内容は一切データとして使用しないことを説明した。

V. 結 果

1. 研究対象者の属性

研究対象者は20名で、年齢は36歳～59歳であり、平均年齢46.6±5.0歳であった。術前の主病名は子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮内膜増殖症のいずれかであった。20名のうち分娩経

験の無い患者は5名、1回が4名、2回が9名、3回が2名であった。今回の研究対象者の中に挙児希望がある患者はいなかった。

2. 子宮喪失感について (図1)

手術前に「子宮を摘出することは悲しい」の問いに、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した患者は13名(65.0%)であった。手術後は8名(40.0%)で、手術の前後で、有意差を認めた(p<0.001)。

「月経が無くなるのは寂しい」と回答した患者は、手術前が4名(20.0%)で手術後は2名(10.0%)で有意差は認めなかった。

「女性を失う気がする」と回答した患者は、手術前が12名(60.0%)で手術後は5名(25.0%)で、手術の前後で有意差を認めた(p<0.01)。

3. 更年期障害・性生活について (図2)

「更年期障害が心配」と回答した患者は、手術前が19名(95.0%)で手術後は10名(50.0%)で、手術の前後で有意差を認めた(p<0.01)。

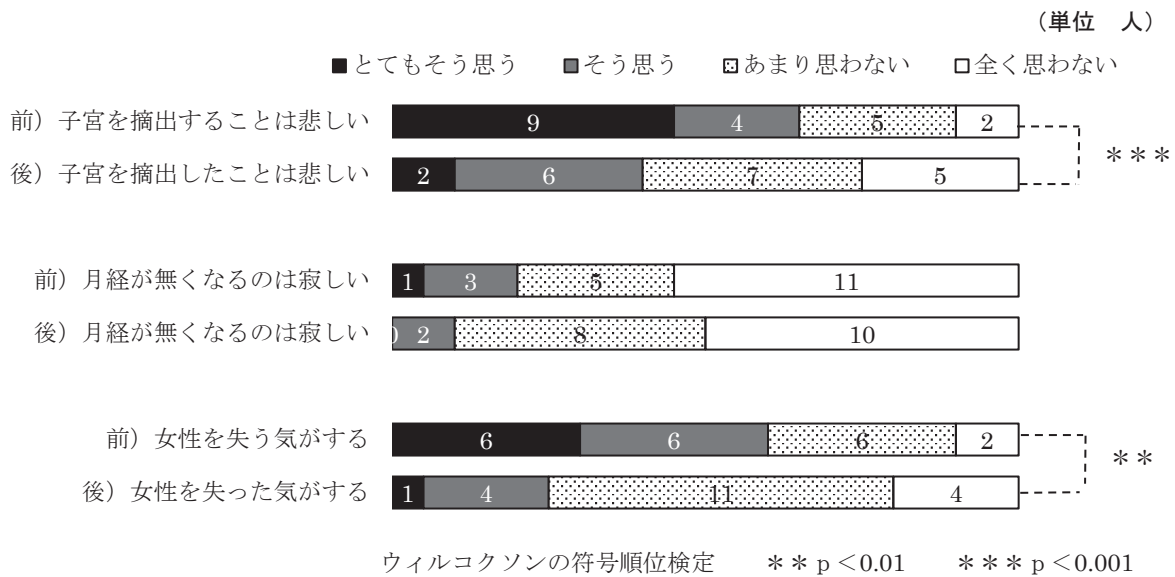


図1 手術前後の子宮喪失感の思いの変化 (n=20)

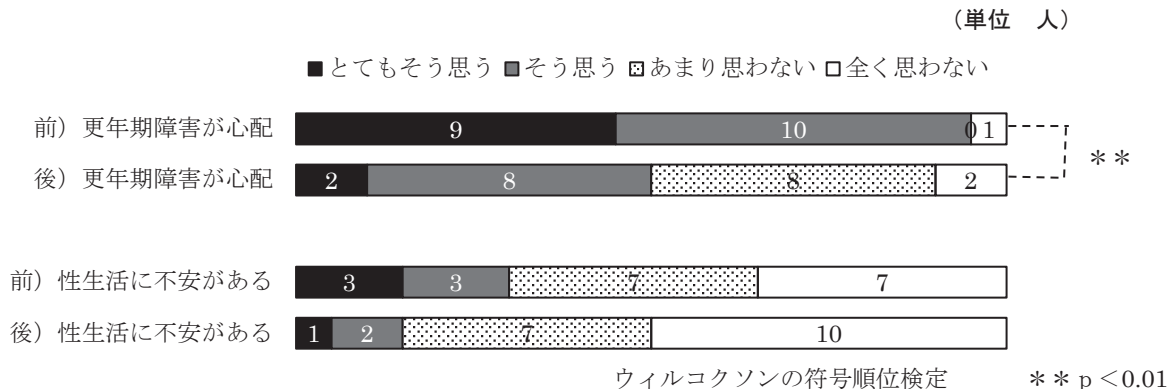


図2 手術前後の更年期障害と性生活の思いの変化 (n=20)

「性生活に不安がある」と回答した患者は、手術前が6名(30.0%)で手術後は3名(15.0%)で有意差は認めなかった。

4. 助産師から指導を受けたい項目について (図3)

助産師から指導を受けたい項目は、「更年期障害」が12名(60.0%)で最も多く、次いで「卵巣機能」10名(50.0%),「性生活について」5名(25.0%),「子宮機能」4名(20.0%),「その他」5名であった。その他5名の中で、希望する指導内容の記載があったのは3名で、「日常生活の変化」「摘出後の予防や生活」「記憶力やホルモンの関係」の記載があった。

5. 子宮の思い出について (表1)

【子宮を摘出することは悲しいと思うと回答した群】では、「娘2人が育った場所なので失うのはやはり悲しい」や「子どもとの繋がりのある大切な場所なので、摘出するのはとても悲しい」「出来るなら摘出せず治ってくれたらと手術の日まで毎日考えてしまい、眠れなかった」などの記載があった。

【子宮を摘出することは悲しいと思わない群】では、「生理時の出血が多かったので、子宮摘出は自分にとってメリットの方が大きいのでマイナスの感情はない」や「子どもを授かることができたので、私の子宮はもう役目を果たし終えたと思え、悲しいとは思わない」などの記載があった。

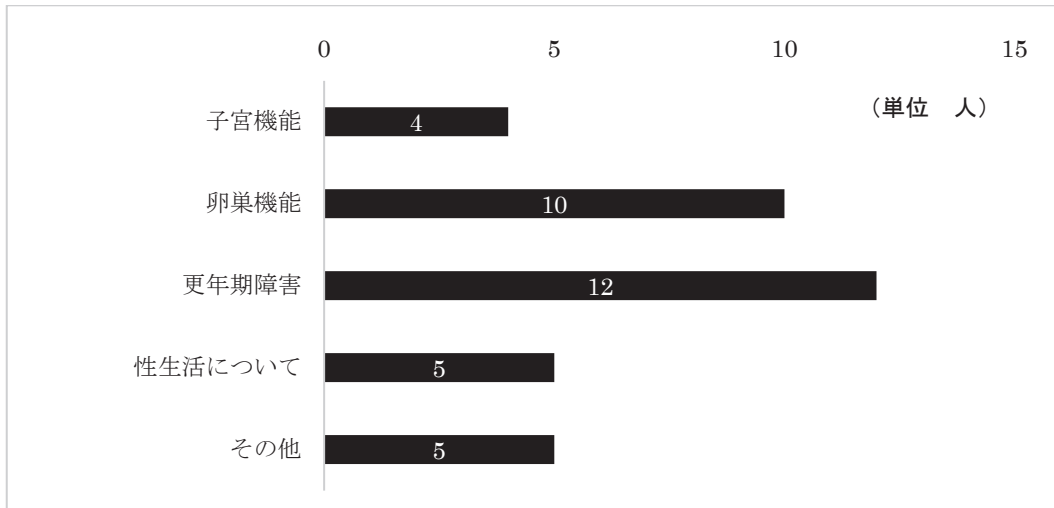


図3 助産師に指導を受けたい項目 (複数回答可)

表1 手術前の子宮の思い出について (自由記載)

<p>子宮と摘出することは 悲しいと思う群</p> <p>(n=13)</p>	<p>子どもがいないので、子宮が子どもの代わりに筋腫を育てていたのかもしれないと思うと不憫な気がする</p> <p>9年前に母が子宮癌で全摘し、摘出した子宮を見て、この中で育ったのかと思ったことを思い出した</p> <p>まさか、自分まで摘出する事になるとは考えてなかったので驚きとショックだった</p> <p>母も同じく子宮を摘出していたので今更だが、母にもっと優しく接してあげれば良かった</p> <p>子どもを宿した子宮が無くなるかと思うと複雑な気持ち</p> <p>娘2人が育った場所なので失うのはやはり悲しい</p> <p>子どもを3人育ててくれたなあ・・・</p> <p>お腹に赤ちゃんがいる時は幸せを感じる事が出来て良かった、私の子宮、お疲れ様です</p> <p>20~30代だったらもっと悩んだと思うが40代なので諦めもついた</p> <p>子どもとの繋がりのある大切な場所なので、摘出するのはとても悲しい</p> <p>出来るなら摘出せず治ってくれたらと手術の日まで毎日考えてしまい、眠れなかった</p> <p>自分のお腹の中で、1人の人間が育ち、出産できたことにとっても感動した。女性の身体の神秘的な感情が強まった</p> <p>若い頃からもっと自分の体のことを知って、子宮をもっといたわってあげれば良かったと思う</p> <p>子宮を摘出すると思ってもなかったもので、最初に話を聞いた時はとてもショックだった</p> <p>2人の子どもに恵まれたので改めて自分自身を振り返ることができた</p>
<p>子宮を摘出することは 悲しいと思わない群</p> <p>(n=7)</p>	<p>子どもが育ったところ思うと不思議ですごいと思うが、筋腫や悪いものが育ったと思うと嫌ですがやはり子宮はすごい</p> <p>生理時の出血が多かったので、子宮摘出は自分にとってメリットの方が大きいのでマイナスの感情はない</p> <p>年齢的にもこれ以上妊娠は望んでいないので悔いはない</p> <p>子どもを授かることができたので、私の子宮はもう役目を果たし終えたと思え、悲しいとは思わない</p> <p>今後、子宮頸癌、子宮体癌の心配もなくなると良い方に考えている</p> <p>何度も(4回)流産しながらも2人の子どもを産むことが出来たので、「ありがとう、お疲れ様」と言う感じ</p> <p>子どもが2人いるのでよく頑張ってくれたと思う。生理の量も痛みもひどかったので楽になれたらいいと願う</p> <p>子どもがいなかったら44歳でも子宮摘出は辛かったと思う</p> <p>子どもも2人いるのでよく頑張ってくれたと思う</p> <p>3人の子どもを授かれた。今まで健康であったことに感謝している</p>

VI. 考 察

岡本ら⁵⁾は、子宮筋腫のため子宮全摘術を受ける患者は、「良性腫瘍であるにもかかわらず、子宮を摘出しなければならないという葛藤、生殖器を失うという戸惑い、不安、悩みを抱えている」と述べている。本研究においても、良性疾患で子宮全摘術を受ける患者の多くは、子宮を摘出することを悲しいと思っていることが明らかになった。子宮の大きな役割は胎児を育てる場所で、すでに出産を終えている女性にとっては、子宮の役割は果たせていると思えるが、「子宮の思い出」で、「子どもを授かることができたので、私の子宮はもう役目を果たし終えたと思え、悲しいとは思わない」と記載がある一方で、「子どもとの繋がりのある大切な場所なので、摘出するのはとても悲しい」や「娘2人が育った場所なので失うのはやはり悲しい」などの記載もあり、出産を終えていても子宮を失うことを悲しいと思っている患者が存在することがわかった。

【子宮を摘出することは悲しいと思うと回答した群】で「子宮を摘出すると思ってもなかったのに、最初に話を聞いた時はとてもショックだった」や「出来るなら摘出せず治ってくれたらと手術の日まで毎日考えてしまい、眠れなかった」などの記載があり、手術が決まってから入院までずっと不安や悲しみを抱いている患者が存在するため、手術が決定した時点で、外来での助産師の支援も必要であると考えられる。

子宮摘出が患者に女性喪失感を与えることは、複数の先行研究⁶⁾⁷⁾⁸⁾で明らかにされているが、本研究でも手術前に「女性を失う気がする」と回答した患者は、12名(60.0%)であり、子宮摘出することが女性喪失感に繋がることがわかった。一方で、「月経が無くなるのは寂しい」と回答した患者は、手術前が4名(20.0%)、手術後は2名(10.0%)と少数であったのは、子宮の思い出についての自由記載に「生理時の出血が多かったので、子宮摘出は自分にとってメリットの方が大きいのでマイナスの感情はない」や「生理の量も痛みもひどかったので楽になれたらいいと願う」とあるように、子宮筋腫や子宮腺筋症で子宮全摘術を受ける患者の多くは、今まで過多月経や貧血などの辛さを体験しており、その苦痛から解放されるので月経が無くなることに寂しさはあまり感じないからではと考える。

「子宮を摘出することは悲しい」や「女性を失う気がする」と回答した患者が手術後に有意に減少したのは、手術後の身体的状態が安定した時期に面接を行ったので、無事に手術を終えたという安堵感が結果に影響した可能性もあるが、助産師による面接が患者の思いに影響を与えたことも示唆される。永澤⁹⁾は、女性生殖器の看護について「患者は、看護師に不安を話すことで、みずから内容を整理し、コーピング過程を促進できることもある。」と述べており、患者の悲しさや寂しさの軽減に繋げるためにも入院中に傾聴的・受容的態度で患者の思いを聞く時間を作る必要があると考える。

助産師から指導を受けたい項目は、「更年期障害」が12名(60.0%)で最も多く、手術前に「更年期障害が心配」と回答した患者は、19名(95.0%)で、ほとんどの患者が更年期障害を心配していることがわかった。竹下ら¹⁰⁾の研究においても「本研究対象者は、子宮全摘術をすることにより、更年期障害が人より早く来るのではないかと懸念している」と述べている。面接後のアンケートで、「更年期障害が心配」と回答した患者が19名(95.0%)から10名(50%)と有意に減少したことは、更年期障害について正しい情報を伝え、指導したことが不安の軽減に繋がったと考えられる。

更年期には、程度に個人差があり、心理・社会的な要因もその症状に影響することが多い¹¹⁾。更年期障害について患者から話を聞き、個々に応じた対応をするには、限られた面接時間内では難しく感じる。また更年期障害の対処法、治療法は様々あり医師の介入も必要となってくる。今後、外来での相談窓口を開設することも考慮していく必要がある。

「性生活に不安がある」と回答した患者は、手術前が6名(30.0%)、「性生活について」指導を希望された患者は5名いたが、現在実施している性生活指導は、担当助産師が退院指導の中で、「退院後の初回受診日までは性生活は禁止。それ以降は医師に確認して下さい」のみの指導になっている。今後、指導内容の充実を図るため、性生活についての説明資料を作成することが必要である。また、患者それぞれの性行動によって望んでいる情報は異なることが考えられるため、ゆっくり相談や指導ができる時間と場所の確保も大切であると考える。

本研究で得た結果を踏まえて、今後、良性疾患で子宮全摘術を受ける患者を支援できる体制を構築していく必要がある。

研究の限界として、本研究では、面接を実施したのは特定の1人だけだったので、他の助産師が面接を実施した際は、手術後の質問用紙の回答が異なっていた可能性がある。今回の質問用紙は先行研究を元に作成したが、質問紙の内容の妥当性の検討は実施できていない。

VII. 結 論

1. 良性疾患で子宮全摘術を受ける患者の65.0%の患者が「子宮を摘出することは悲しい」と思い、60.0%の患者が「女性を失う気がする」と思っている。
2. 子宮全摘術を受ける患者の95.0%の患者が、「更年期障害が心配」と思っており、助産師から指導を受けたい項目も「更年期障害」が60.0%で最も多かった。
3. 手術後、「子宮を摘出することは悲しい」、「女性を失う気がする」「更年期障害が心配」と回答した患者が有意に減少した。

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。

Ⅷ. 引用文献

- 1) DPC 全国統計病院情報局, 傷病別全国統計 (2020), 診断分類: 女性生殖系, 傷病名: 120060 子宮の良性腫瘍, 2022年9月14日閲覧, <https://hospia.jp/dpc>
- 2) 柴田綾子: 臓器摘出・切除歴をいかに考え対応するか-⑦ 卵巣・子宮, 薬局, 68 (9), p.52, 2017.
- 3) 山崎絵美, 竹ヶ原優希, 横田久長: アドバンス助産師の更新 [ウィメンズヘルスケア] 区分の設置背景と更新要件について, アドバンス助産師 (3), 一般財団法人日本助産師評価機構, p.11, 2018.
- 4) 塚田一郎, 宮沢敏彦: 子宮摘出患者へのメンタルケアに関する研究—その 1 医師の説明に対する満足度と不定愁訴との関係—, 産科と婦人科, 56 (11), p.2261, 1989.
- 5) 岡本文枝, 當日雅代: 子宮筋腫のため子宮全摘術を受けた患者の手術決定時から他院後の体験の明確化, 香川大学看護学雑誌, 19 (1), p.23-34, 2015
- 6) 前掲書 4).
- 7) 前掲書 5).
- 8) 竹下かおり, 清武潔美, 阪本千祥, 他: 子宮摘出術を受けた患者の性に対する思い—退院後の性生活を見据えた関わりを通して—, 日本看護学会論文集急性期看護, p.114-117, 2016.
- 9) 永澤規子: 女性生殖器の看護を学ぶにあたって, 女性生殖器, 医学書院, p.17, 2020.
- 10) 前掲書 8).
- 11) 中村有里, 永澤規子: 更年期障害患者の看護, 女性生殖器, 医学書院, p.272, 2020.

◇研究報告◇

大学病院消化器病棟における入院長期化の要因分析

宮地富士子¹⁾*, 山村尚裕¹⁾

目的: 本研究の目的は、大学病院消化器病棟における入院長期化の要因を明らかにし、入院長期化へ影響を及ぼす要因に焦点を当てた退院支援介入について検討する。

方法: 後方視的調査にて、対象患者の入院期間を18日以下と19日以上に分類した。患者属性、入院時のADLと家族状況、疾患・治療、治療経過・生活支援、患者の意思決定の5カテゴリー42項目を比較検討した。有意差を認めた因子に対して、ロジスティック回帰分析を用いた。

結果: 入院長期化へ影響を及ぼす要因は、オッズ比の高い順に消化管穿孔、合併症、主疾患腸閉塞、医療処置、主疾患がん、介護認定の有無、既往歴糖尿病、自宅退院に対する患者と家族の意向の差の8因子に有意な差を認めた。

結論: 看護師は、患者の入院中のADLの低下や、そのことに起因する家族の介護に対する躊躇を鑑み、生活の場に戻ろうとする患者と家族の心の準備状態を高め支援することが重要である。

【キーワード】 入院長期化, 消化器疾患, 退院支援, 大学病院, 在院日数

I. はじめに

わが国の医療を取り巻く環境は、医療技術の進歩と疾病構造の変化、少子高齢化の進展、家族介護力の低下、医療費の高騰、国民の医療に対する意識変化などにより大きく変化している。1993年の医療改正に伴う医療機関の機能の明確化に加え、医療の質の向上と効率化を図る医療制度改革の推進¹⁾により、急性期病院においては在院日数の短縮と在宅ケアへの移行が積極的に進められている²⁾。令和元年、厚生労働統計協会の調査によると、一般病床での平均在院日数は全国では平均16.8日から16.1日、東京都では平均14.5日から13.7日へ5年前より短縮している³⁾。また、私立医科大学病院実態調査によると平均在院日数は12.4日⁴⁾となっている。

大学病院をはじめとした特定機能病院のような急性期病院においては、在院日数の短縮化に伴い、患者が限られた期間に適切な医療を受け、退院後も安定した療養生活が送れるように、入院中から退院支援に取り組む必要があることが、多くの先行研究で述べられている^{5) 6)}。特に医療依存度の高い患者や高齢者など、いわゆる退院ハイリスク患者については、

介入の必要性を早期段階から見極め、支援する必要があるとされている⁷⁾。大学病院をはじめとした特定機能病院は、高度専門医療を提供する社会的役割があり、他施設からハイリスクな手術患者や難易度の高い治療が必要な患者を受け入れている。大学病院をはじめとした特定機能病院において、これらの患者が退院後も効果的な医療および介護を継続して受けられることは、患者のQOL維持・向上においても重要なことである。そのため、各医療施設は入院期間短縮と医療継続を目指して退院調整部門の設置や、医療ソーシャルワーカーに加えて、退院調整看護師の配置等を行っているが、一方で一部の患者においては入院期間が長期化していることも事実である。医療現場は、治療計画の複雑化に加え、患者の生活背景の多様化により、入院長期化への対策として入院時退院支援スクリーニング、入院中退院支援カンファレンスの実施などを多忙な業務の中で迫られている⁸⁾。

これまでに報告された入院長期化に関する検討として、手術、DPC得点を視点とした医師らの報告^{9) 10)}や、高齢者を中心とした患者要因の分析報告¹¹⁾、退院調整看護師の退院支援における困難な状況を調査した報告¹²⁾などが散見される。こ

受付日: 2022年5月16日 / 受理日: 2023年9月12日

1) 東邦大学医療センター大森病院

* E-mail: fujiko-miyaji@ns.toho-u.ac.jp

れまでの大学病院を対象としていた入院長期化に関する報告は、高齢者に焦点が当てられており、大学病院消化器病棟に入院している入院患者全体が対象とはなっていない。高度急性期医療を提供する大学病院及び特定機能病院の急性期消化器病棟では、年齢にかかわらず外科的治療や侵襲性のある内科的治療、検査は入院する患者すべてに行われており、入院長期化は高齢者だけの問題ではない。国立がん研究センターがん情報によると2017年のがんの罹患数は、大腸、胃、肺の順で、死亡数は肺、大腸、胃となっており消化器疾患は、わが国において罹患数、死亡数ともに上位の疾患¹³⁾となっている。そのため、大学病院消化器病棟に入院している患者を対象とし、入院期間が長期化する要因について詳細に分析する必要があると考えた。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、大学病院消化器病棟における入院長期化の要因を明らかにし、入院長期化へ影響を及ぼす要因に焦点を当てた退院支援介入について検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 調査期間及び対象患者

2016年4月から2017年3月までの期間にA大学病院消化器病棟に入院した患者792名を対象とした。研究機関となる大学病院の概要は、病床数948床、診療科40科、1日平均外来患者数2,300例及び平均在院日数12.2日の特定機能病院である。また、消化器病棟は病床数45床である。他病棟からの治療目的の転入は、転入日を1日目としてカウントした。ただし、消化器疾患の治療目的でない患者（循環器、呼吸器疾患などで検査や治療を行った患者）、治療経過中に他病棟へ転出した患者および死亡した患者は除外とした。研究対象施設のクリニカルパス使用率は75%である。

2. 調査方法及び調査項目

本研究は単施設後方視的研究とし、各症例の入院日から退院日までを観察期間としてデータ収集を行った。

データ収集内容は、患者の入院時の状況から、退院時の患者・家族の意思決定に至るまでの時系列から調査項目を作成した。調査項目は、患者属性、入院時のADLと家族状況、主疾患及び既往歴、治療経過・生活支援関連因子、患者の意思決定関連因子の5つのカテゴリーに分類して調査を行った。

調査項目である患者属性は、先行研究で入院長期化要因として報告されている年齢、性別、BMIに加え、先行研究により明らかとなった経済力¹⁴⁾を追加し4項目とした。経済力の調査方法は、カルテ記入から後方視的に、本人、家族から経済的不安の訴えがあった場合に有とした。入院時のADLと家族状況の項目は、先行研究により長期化要因として報告されている要因¹⁵⁾を参考に、転倒転落アセスメントスコア、介護認定の有無、同居者の有無の3項目とした。転倒転落アセスメントスコアはA大学病院既存の評価表の入院時の点数

とした。介護認定の有無は、サービス導入の有無に関わらず入院時に介護認定を受けている場合に有とした。主疾患及び既往歴は、先行研究により長期化要因として報告されている要因¹⁶⁾¹⁷⁾から、消化器治療を主とする疾患を参考に23項目とした。また、治療経過・生活支援関連因子は、退院支援に関する調査報告¹⁸⁾を参考に、退院後の医療処置、嚥下障害、合併症の有無、合併症縫合不全、合併症出血、合併症腸閉塞、合併症肺炎、合併症の7項目とした。これらの項目は医師の退院サマリーにて診断の記載がある場合を有りとした。最後に研究者らが実践の中で関連があると想定した患者の意思決定関連は、自宅退院に対する患者と医療者の意向の差、自宅退院に対する患者と家族の意向の差、退院後の転帰：自宅退院、退院後の転帰：他病院転院、退院後の転帰：施設退院の5項目とした。自宅退院に対する患者と医療者の意向の差、自宅退院に対する患者と家族の意向の差に関しては、退院支援看護師や病棟看護師の入退院・在宅療養支援テンプレートに記載がある場合に有りとした。

3. 分析方法

まず、本研究による解析対象患者の入院期間を18日以下の非長期化群と、19日以上長期化群に分類した。この分類に関しては、調査期間中である令和元年、厚生労働統計協会の調査による、一般病床での平均在院日数は全国では平均16.1日、東京都では13.7日¹⁹⁾となっていることに加え、研究対象施設が特定機能病院であることを鑑み、急性期一般入院基本料1(7:1以上)の平均在院日数上限である18日を基準とし19日間以上入院している状態を入院長期化とした。

次に、患者属性、入院時のADLと家族状況、主疾患及び既往歴、治療経過・生活支援関連因子、患者の意思決定関連因子について有意水準を5%とした単変量解析を行い、有意差を認めた項目について多変量解析を行った。なお、独立変数は多重共線性を評価し、相関係数が0.8以上の場合には一方の変数を削除した。単変量解析には、等数量データはStudent's *t*-testまたはWelch's *t*-testを、質的データはChi-square testまたはFisher's exact testをデータの性質に応じて用い、多変量解析には多重ロジスティック回帰分析(ステップワイズ法)を用いた。統計解析はSPSS ver.25 for Windowsを用いて行った。有意水準は危険率5%以下で判断した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、東邦大学医療センター大森病院倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号:M17108)。患者データの閲覧は、各診療科長の許可を得て閲覧した。個人情報流出に配慮し患者データは、研究者以外が閲覧できないようにし、パスワード付きUSBで研究責任者が管理した。データ化した患者情報は、個人が特定されないよう配慮した。データ管理は施錠できる棚で保管し、研究終了後はすぐにデータをシュレッダーにて裁断し破棄した。本研究の成果は学会にて発表を行うが、個人が特定されないよう匿名化した。

V. 結 果

1. 対象患者の背景

対象期間に消化器病棟へ入院した患者は1165例であった。そのうち、消化器疾患の治療目的でない242例、他病棟へ転出した101例、死亡した30例を除外し、最終的に792例を解析対象とした。

解析対象患者の背景を(表1)に示す。対象患者は男性459例、女性333例であり、平均年齢は66.0±16.9歳であった。また、年齢別では70~79歳が224例(28.3%)と最も多く、次いで60~69歳が174例(22.0%)、80歳以上が162例(20.0%)であり、60歳以上が全体の7割を占めていた。平均在院日数は15.0日(中央値11.0日)であった。対象患者のうち、入院期間が18日以下の非長期化群は616例(77.8%)であり平均在院日数は9.1±4.3日、長期化群は176例(22.2%)であり平均在院日数は35.4±25.6日であった。

2. 患者属性の比較

非長期化群と長期化群における患者属性を比較検討した(表2)。その結果、経済力への不安(2.4% vs 8.0%, p=0.002)

で有意差を認めた。一方、年齢、性別及びBMIについては両群間で有意差は認められなかった。

3. 入院時のADLと家族状況の比較

非長期化群と長期化群における入院時のADLと家族状況を比較検討した(表3)。その結果、転倒転落アセスメントスコア(3.4±3.2点 vs 4.7±4.0点, p=0.002)、介護認定の有無(12.3% vs 29.5%, p<0.001)で有意差を認めた。一方、同居者の有無(78.6% vs 73.3%, p=0.153)については両群間で有意差は認められなかった。

4. 主疾患及び既往歴の比較

非長期化群と長期化群における主疾患及び既往歴を比較検討した(表4)。その結果、まず主疾患に関しては、がん治療の割合が最も高く、非長期化群が182例(29.5%)、長期化群が96例(54.5%)であり有意差を認めた(p<0.001)。同様に、消化管穿孔(2.9% vs 13.1%, p<0.001)及び腸閉塞(4.2% vs 9.7%, p=0.006)でも有意な差を認めた。一方、非長期化群が多い主疾患では、消化管出血(7.8% vs 1.1%, p=0.001)、腸・肛門疾患(23.5% vs 6.8%, p<0.001)及びヘルニア(7.8% vs 0.6%, p<0.001)で有意差を認めた。

表1 対象患者の背景

	項目	人数	%
性別	男	459	58.0
	女	333	42.0
年齢区分	29歳以下	39	4.9
	30~39歳	36	4.9
	40~49歳	63	8.0
	50~59歳	94	11.9
	60~69歳	174	22.0
	70~79歳	224	28.3
	80歳以上	162	20.0

表2 非長期化群と長期化群における患者属性の比較検討

	非長期化群 (n=616)	長期化群 (n=176)	p-value
年齢(歳)	64.2±17.5	69.9±13.8	<0.001
男性(n(%))	357 (58.0)	102 (58.0)	1.000
女性(n(%))	282 (42.0)	51 (42.0)	1.000
BMI(kg/m ²)	22.6±3.9	21.7±4.3	0.080
経済力(n(%))	15 (2.4)	14 (8.0)	0.002

Mean±SD

表3 非長期化群と長期化群における入院時のADLと家族状況の比較検討

	非長期化群 (n=616)	長期化群 (n=176)	p-value
転倒転落アセスメントスコア(点)	3.4±3.2	4.7±4.0	0.002
介護認定の有無(n(%))	76 (12.3)	50 (28.4)	<0.001
同居者の有無(n(%))	584 (78.6)	129 (73.3)	0.153

Mean±SD

次に、既往歴に関しては、心疾患の割合が最も高かったが両群間で有意差は認めなかった。一方、糖尿病 (12.0% vs 25.0%, $p < 0.001$)、精神疾患 (6.8% vs 2.8%, $p = 0.048$) においては、有意差を認めた。また、手術歴 (45.6% vs 67.6%, $p < 0.001$) においても有意差を認めた。

5. 治療経過・生活支援関連因子の比較

非長期化群と長期化群における治療経過・生活支援関連因子を比較検討した(表5)。その結果、退院後の医療処置 (8.1% vs 42.0%, $p < 0.001$) で有意差を認めた。同様に、嚥下障害

(2.6% vs 8.5%, $p = 0.001$) 及び合併症の有無 (2.6% vs 29.0%, $p < 0.001$) についても有意差を認めた。また、合併症の種類においては、術後縫合不全が19例で最も割合が高く、次いで術後腸閉塞15例、術後出血5例、療養経過中の肺炎4例であり、非長期化群と長期化群における比較では、術後縫合不全 (0.3% vs 9.7%, $p < 0.001$)、術後腸閉塞 (0.3% vs 7.4%, $p < 0.001$)、療養経過中の肺炎 (0.2% vs 1.7%, $p = 0.036$) で有意差を認めた。

表4 非長期化群と長期化群における主疾患及び既往歴の比較検討

	非長期化群 (n=616)	長期化群 (n=176)	p-value
主疾患 (n (%))			
がん	182 (29.5)	96 (54.5)	<0.001
消化管出血	48 (7.8)	2 (1.1)	0.001
消化管穿孔	18 (2.9)	23 (13.1)	<0.001
腸閉塞	26 (4.2)	17 (9.7)	0.008
膵炎	11 (1.8)	2 (1.1)	0.744
肝炎肝硬変	16 (2.6)	1(0.6)	0.140
胆石胆嚢炎	59 (9.6)	10 (5.7)	0.129
腸・肛門疾患	145 (23.5)	12 (6.8)	<0.001
ヘルニア	48 (7.8)	1 (0.6)	<0.001
既往歴 (n (%))			
脳血管疾患	42 (6.8)	13 (7.4)	0.740
呼吸器疾患	83 (13.5)	24 (13.6)	1.000
心疾患	261 (42.3)	65 (50.0)	0.085
がん	112 (18.2)	34 (19.3)	0.741
肝炎肝硬変	22 (3.6)	6 (4.5)	0.509
胆石胆嚢炎	17 (2.8)	8 (4.5)	0.227
膵炎	8 (1.3)	0 (0.0)	0.210
腸閉塞	10 (1.6)	1 (0.6)	0.471
糖尿病	74 (12.0)	37 (25.0)	<0.001
膠原病疾患	7 (1.1)	3 (1.7)	0.470
腎疾患	39 (6.3)	11 (6.3)	1.000
認知症	12 (1.9)	5 (2.8)	0.554
精神疾患	42 (6.8)	5 (2.8)	0.048
手術	281 (45.6)	119 (67.6)	<0.001

表5 非長期化群と長期化群における治療経過・生活支援関連因子の比較検討

	非長期化群 (n=658)	長期化群 (n=134)	p-value
退院後の医療処置 (n (%))	50 (8.1)	61 (42.0)	<0.001
嚥下障害 (n (%))	16 (2.6)	15 (8.5)	0.001
合併症 (n (%))	16 (2.6)	51 (29.0)	<0.001
縫合不全	2 (0.3)	17 (9.7)	<0.001
出血	3 (0.5)	2 (1.1)	0.309
腸閉塞	2 (0.3)	13 (7.4)	<0.001
肺炎	1 (0.2)	3 (1.7)	0.036

6. 患者の意思決定関連因子の比較

非長期化群と長期化群における患者の意思決定関連因子を比較検討した(表6)。その結果、自宅退院に対する患者と医療者の意向の差(0.8% vs 4.5%, p=0.002)、自宅退院に対する患者と家族の意向の差(2.1% vs 5.7%, p=0.036)で有意差を認めた。

退院後の転帰は自宅退院の割合が最も多く(95.8% vs 86.4%, p<0.001)、有意差を認めた。また、他病院へ転院(1.6% vs 5.7%, p=0.005)、自宅以外へ退院(0.3% vs 2.8%, p=0.007)においても有意差を認めた。

7. 入院長期化への影響を及ぼす要因の検討

まず、単変量解析にて有意傾向を認めた22因子に対して多重共線性を評価した。しかし、いずれの因子間においても相関係数0.8未満で多重共線性は認めなかったため、これらの因子に対してステップワイズ法を用いた多重ロジスティック回帰分析で検討した。その結果、入院長期化への影響を及ぼす要因は、介護認定の有無(調整オッズ比=2.856, p<0.001)、主疾患がん(調整オッズ比=3.054, p<0.001)、主疾患消化管穿孔(調整オッズ比=8.331, p<0.001)、主疾患腸閉塞(調整オッズ比=4.305, p<0.001)、既往歴糖尿病(調整オッズ比=1.824, p=0.024)、合併症(調整オッズ比=7.723, p<0.001)、自宅退院に対する患者と家族の意向の差(調整オッズ比=0.255, p=0.009)、退院後の医療処置(調整オッズ比=4.032, p<0.001)(表7)の8因子に有意な差を認めた。

Ⅵ. 考 察

1. 入院時の患者背景に関する要因

入院前の患者背景における入院長期化要因は、「糖尿病」と「介護認定の有無」の2項目であった。既往歴である「糖尿病」においては、わが国の糖尿病患者は増加を続けており、厚生労働省調査によると、2007年の段階で糖尿病が強く疑われる人は、890万人に及んでいる²⁰⁾。外科治療において糖尿病患者は、血糖コントロールを目的に手術前や手術後にコントロール期間が必要となる場合がある。また、特に周手術期において糖尿病に起因する合併症は多数報告²¹⁾されており、術後経過中に感染症や縫合不全の要因になるなど種々の合併症を生じ入院期間が延長することが明らかとなった。このことは、糖尿病の有無が入院期間における有意因子と報告している²²⁾結果と同様となった。入院する以前に手術が予定されている患者は、外来から血糖コントロール調整の指導介入だけでなく、患者の身体機能を把握し術後想定される合併症予防への取り組みが重要であると考えられる。

介護認定の有無に関して、小川の先行研究では、介護保険の要介護度の申請と認定手続きに時間を要することが入院長期化の一要因である²³⁾と述べられていた。しかし、本研究では「入院前から介護認定」を受けている患者が長期化要因となっていた。これは、特定機能病院である対象病院では、ハイリスク手術が行われており、対象病棟においても80歳以

表6 非長期化群と長期化群における患者の意思決定関連因子の比較検討

	非長期化群 (n=658)	長期化群 (n=134)	p-value
自宅退院に対する意向の差 (n (%))			
患者と医療者	5 (0.8)	8 (4.5)	0.002
患者と家族	13 (2.1)	10 (5.7)	0.036
退院後の転帰 (n (%))			
自宅退院	590 (95.8)	152 (86.4)	<0.001
他病院へ転院	10 (1.6)	10 (5.7)	0.005
施設退院	2 (0.3)	5 (2.8)	0.007

表7 多重ロジスティック解析を用いた入院長期化の要因検討

	調整 odds 比	95%信頼区間		p-value
介護認定の有無	2.856	1.75	4.66	< 0.001
主疾患がん	3.054	1.91	4.86	< 0.001
主疾患消化管穿孔	8.331	3.75	18.50	< 0.001
主疾患腸閉塞	4.305	1.94	4.86	< 0.001
既往歴糖尿病	1.824	1.08	3.08	0.024
合併症	7.723	3.95	15.11	< 0.001
自宅退院に対する患者と家族の意向の差	0.255	0.09	0.71	0.009
退院後の医療処置	4.032	2.48	6.57	< 0.001

上の手術患者が年々増加している背景があり、入院前の日常生活から介護支援を受けている高齢患者が、侵襲の高い手術を受けていることが影響していることが推測される。看護師は、患者の退院後の生活を予測し、家族や社会資源との調整を早期から始めることが必要である。

「年齢」に関してみると、DPC データを用いた在院日数の影響要因分析を行った清水らの先行研究では、年齢が上がるにつれて在院日数が緩やかに上昇する²⁴⁾と報告されているが、本研究において単変量解析にて有意差はあったが、入院長期化への影響を及ぼす要因ではなかった。これは、本研究対象患者の年齢分布において、厚生労働省の患者概要の調査と比較し、60歳以上の割合が高く80歳以上の割合が低いことが影響している可能性がある。対象大学病院では、80歳以上のハイリスク手術も行われているが、就労継続を視野に高度先進医療を希望する60歳代の受診行動の結果であると推測される。

2. 治療経過に関する要因

入院中の治療経過における入院長期化要因は、「合併症の有無」であった。

合併症の内容は、先行研究で多数報告されている「手術」に関連した「縫合不全」「腸閉塞」と入院療養中に起きる「肺炎」とした。縫合不全、腸閉塞、肺炎が生じると、食事は中止され再開するまでに合併症に対する治療や検査が追加となることで、入院期間は延長し長期化したと考えられる。高度の医療の提供は特定機能病院の役割であり、高難度手術は、症例数の多い病院で治療を受けることが消化器外科ガイドラインで推奨されている。よって本研究対象施設は、大学病院、特定機能病院の調査であり、DPCの平均在院日数から推測されるように術式や治療内容が入院期間に影響していたと考えられる。

主疾患：「がん」「腸閉塞」「消化管穿孔」においては、感染のコントロールによる薬剤調整期間と、治療方法にかかわらず絶食の期間、食事形態や食事摂取量など、治療と食事に関連することが含まれており、栄養吸収と排泄の影響により、入院期間に関連していることが推測される結果となった。これは清水・東野らの消化器がんの入院期間に影響を与える因子の分析報告と同様の結果であった。主疾患：「消化管出血」「胆石胆嚢炎」「腸・肛門疾患」「ヘルニア」の疾患は、単変量解析では有意な因子となったが、入院長期化要因ではなかった。これは、早期発見による内視鏡治療が行えることにより、食止め期間があったとしても入院期間が10日前後であることが影響していると思われる。

3. 退院に関する要因

退院に関する事項における入院長期化への影響を及ぼす要因は「退院後の医療処置の有無」「自宅退院に対する患者と家族の意向の差」であった。「退院後の医療処置」についてみると、消化器疾患の手術後は、栄養摂取経路の管理や食事形態の変更、人工肛門やインスリン導入といった生活様式に変化

が起こり、退院後の生活に患者だけではなく、家族も入院前と比べ役割に変化が生じる可能性が高い。予定手術であっても食事・排泄という生活の基盤の変化は、患者本人はもとより家族にも大きな変化をもたらす。この生活の変化を受け入れ変化していくことの準備が、入院長期化に影響を与えており、家族介入が重要な介入項目であることが示唆された。

看護師は、患者の退院後の医療処置を管理する能力、自分の病気の受け止めや生活の場に帰ろうとする心の準備状態、支援者の心の準備状態、支援者の介護能力を総合的に査定し、生活者として退院できるかの評価と判断をする必要がある。

患者の意思決定に関連した「自宅退院に対する患者と医療者の意向の差」「自宅退院に対する患者と家族の意向の差」「退院転帰自宅」「退院転帰転院」「退院転帰施設」の5項目全てが単変量解析にて有意差はあったが、入院長期化の要因は、「自宅退院に対する患者と家族の意向の差」であった。これは、退院支援看護師の導入、地域包括ケアシステムの導入により各病院の退院調整の構築化が進んだことによる変化であると推測される。しかし、原の先行研究において、退院調整看護師は「在宅への退院受け入れを躊躇する家族との調整」を困難と感じており²⁵⁾、介護に対する家族の思いや、経済的問題から自宅退院を決定するまでに家族との調整に時間を要していることが影響していると考えられる。病棟看護師は、患者が自宅退院への希望を家族に遠慮し伝えられないことや、患者と家族との間で意向が合わず意思決定できない、家族が退院を受け入れず患者本人の意向が叶えられないなど、患者の意思決定までのプロセスに葛藤を感じている²⁶⁾。政策として、高齢者の早期退院介入、地域との連携強化と、さまざまな対策はなされているが、患者を自宅で支える家族が介護することを受け入れなければ自宅退院は難しく、現場では苦渋している現状がある。また、森山は経済的要因に関しても、福祉施設では費用が病院に入院するよりも高いため、患者も家族も二の足を踏む姿勢が見られる²⁷⁾と報告している。同様の問題はいくつかの研究で報告されている²⁸⁾。経済的問題は、退院調整看護師らによる先行研究においても、重要項目と報告されており、患者・家族が早期からアクセス可能な相談窓口、サポート依頼をしていくことが在院日数の短期化や、患者・家族の不安軽減につながると考えられシームレスなシステム作りは重要課題であると考えられる。

4. 看護師の焦点化した退院支援介入への示唆

治療に関連した因子は、医師が報告している先行研究と相違ない結果であった。対象施設は大学病院、特定機能病院であり高度な治療を提供する役割にあることから看護師は、患者のQOL維持・向上と入院期間の短縮のため、治療に基づいたフィジカルアセスメント技術の強化により合併症の予防・早期発見が重要である。

退院支援に関連した因子は、消化器疾患において栄養経路の管理・排泄の管理が、患者の生命の維持、生活の基盤に関連している重要事項である。看護師は、ヘルスアセスメント

を基に、治療経過の予測をしながら、計画的に、患者や家族が、健康管理行動を退院後の生活に取り入れ過ぎることができるように指導を行う必要がある。

超高齢化社会において、多くの高齢者は介護認定を受けていることが予測される。柿原らは、介護者の介護に対する知識・技術があるものは、介護が続けられる傾向にある²⁹⁾と報告しているように医療体制が、地域・外来・入院病棟が連携されるだけでなく、患者・家族と医療者が一緒に計画し退院を目指すことが入院長期化の予防に重要であることが示唆された。

Ⅶ. 結 論

1. 研究対象病院対象病棟における入院長期化への影響を及ぼす要因は、オッズ比の高い順に主疾患消化管穿孔、合併症、主疾患腸閉塞、退院後の医療処置、主疾患がん、介護認定、既往歴糖尿病、自宅退院に対する患者と家族の意向の差8因子であった。
2. 消化器病棟では食事、栄養摂取の経路に関連した疾患や治療が入院長期化への影響を及ぼす要因であった。
3. 看護師は、患者・家族が、治療の選択、治療計画、生活の場に帰る準備に積極的に参加できるように、患者とその家族に支援することが重要である。

本研究は、第23回日本看護管理学会にて発表したものを一部修正したものである。

利益相反：本研究には利益相反は存在しない

Ⅷ. 引用文献

- 1) 一般社団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向，厚生指標増刊，52 (9)，p.160-164.2005.
- 2) 森鍵祐子，叶谷由佳，大竹まり子，他：特定機能病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入および妥当性の評価，日本看護研究学会雑誌，30 (4)，p.27-35，2007.
- 3) 一般社団法人構成労働統計協会：国民衛生の動向，構成の指標増刊，67 (9) p.88-91，2021.
- 4) 私立医科大学病院協会看護部長会議：2019年度私立医科大学病院看護職員実態調査，p.14，2020.
- 5) 森山美和子：退院計画とは何か ナーシング・ケースマネジメント 退院計画とクリティカルパス，医学書院，p.20-26，1998.
- 6) 田中博子，伊藤綾子，真野響子：急性期病院から自宅へつなく退院調整看護師の役割，東京医療保健大学紀要，1，p.65-71，2010.
- 7) 前掲書6)，p.65-71.
- 8) 只浦寛子，遠藤幸子，橋本杏子，他：退院阻害要因間の関係と在院日数を規定する因子，宮城大学看護学部紀要，9 (1)，p.67-73，2006.
- 9) 清水隆明，外山比南子，高橋泰：DPC データを用いた在院日数の影響要因分析，医療情報学，28 (3)，p.155-163，2009.
- 10) 村上慶洋，山本和幸，小出享，他：当科における下部消化管穿孔例の検討，日本腹部救急医学会雑誌，28 (4)，p.531-539，2008.

- 11) 小川妙子，湯浅美千代，石塚敦子，他：高齢者専門病棟における入院長期化の要因一事例分析一，順天堂大学医療看護学部医療看護研究，2 (1)，p.66-72，2006.
- 12) 原田かおる，松田千登勢，長畑多代：急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難，老年看護学，18 (2)，p.67-75，2014
- 13) 一般社団法人構成労働統計協会：国民衛生の動向，構成の指標増刊，64 (9) p.63-70，2017.
- 14) 水口由美：社会的入院に関する総合的レビューとその要因モデルの構築，慶應 SFC JOURNAL，8 (2)，p.161-176，2008.
- 15) 前掲書10)，p.532-535.
- 16) 前掲書9)，p.155-158.
- 17) 前掲書10)，p.532-535.
- 18) 影山葉子，浅野みどり：家族への退院支援に関する国内文献レビュー2報一退院調整看護師に関するこれまでの研究と家族への退院支援に関する今後の研究課題一，20 (2)，p.111-112，2015.
- 19) 前掲書3)，p.88-91.
- 20) 厚生労働省 (2007年5月16日)，平成17年国民健康・栄養調査結果の概要，2022年4月18日閲覧
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/05/h0516-3a.html>
- 21) 田中麻里，伊藤裕之，阿部真理子，他：大血管症を発症した糖尿病患者の入院期間と入院医療費，日本糖尿病学会，57 (6)，p.425-430，2014.
- 22) 前掲書21)，p.425-430.
- 23) 前掲書11)，p.68-70.
- 24) 前掲書9)，p.158-161.
- 25) 前掲書12)，p.68-71.
- 26) 津村裕昭，市川徹：急性胆嚢炎の外科治療における術後在院期間の延長要因に関する検討，日本腹部救急医学会雑誌，23 (7)，p.1009-1015，2003.
- 27) 前掲書5)，p.20-26.
- 28) 木場しのぶ，齋藤智江：急性期病院におけるがん患者への退院支援一病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性一，日本看護科学会誌，37，p.298-307，2017.
- 29) 柿原加代子，市江和子，山田美穂，他：医療処置を必要とする要介護者の介護状況と在宅支援の課題 (第2報) 一家族介護者の状況と介護継続意思の分析から，日本赤十字医学会，56 (2)，p.493-497，2005.

◇研究報告◇

2 型糖尿病患者が病気を抱えたことに伴い
家族に抱く思い高橋郁美¹⁾*, 伊藤江里¹⁾, 矢内綾香¹⁾

本研究の目的は、2 型糖尿病患者が病気を抱えたことにより、家族に抱く思いを明らかにすることである。2 型糖尿病患者のうち同居者がいる患者 11 名を対象に半構成的面接調査を実施し質的分析を行った。その結果、〔家族の理解不足へのあきらめ〕〔糖尿病コントロールへの協力に対する要望〕〔家族に負担をかける申し訳なさ〕〔家族の思いに応えたい〕〔糖尿病コントロールへの協力に対する感謝〕の 5 のカテゴリーが抽出され、家族への思いを抱きながら糖尿病治療を行っていることが明らかになった。患者が自己管理を継続する上で、患者の生活習慣の変更は同居家族の生活にも大きな影響を与える。患者自身も治療により家族に負担を与えることで、自分自身の疾患に対して負の感情を抱えていることが推察された。したがって、治療や療養生活について正しい情報提供や不利益とならない指導方法を検討していく必要がある。

【キーワード】糖尿病患者、家族、療養生活、在宅療養

I. はじめに

日本における糖尿病患者の大部分を占める 2 型糖尿病の発症には、運動や食事などの生活習慣が関連していることは言うまでもない。そのため、2 型糖尿病患者にとって生活習慣の改善は必須であるが、現実には患者の行動変容は容易ではない。こうした状況は、糖尿病が合併症出現まで患者にとって苦痛を伴う疾患でないことも大きく影響していると考えられるが、日々の営みに根付いた生活習慣を変え、新たな習慣を獲得するためには、患者自身の意思はもちろんのこと家族など周囲の協力と理解が必要となることも関係している。先行研究では、糖尿病のコントロールの成否に及ぼす家族の影響に関して、いくつかの報告がなされている。高倉らの実態調査では、家族からの支援や家族の治療に対する理解と血糖コントロール状況の間に有意差は認められなかったが、血糖値が良好なグループでは食事療法や運動療法に対する家族の理解状況は良かったことが報告されている¹⁾。このことから、家族が治療に対して理解をしていることで、患者の良好な血糖コントロールへと影響を与えられていると考える。すなわち、家族という存在は糖尿病患者の療養生活を送る上で良き

も悪きも様々な影響をもたらすと推察される。

また西尾は、「糖尿病治療の自己管理継続には患者と家族が互いに無理なく協力できるように十分に話し合い、看護師は互いの生活に合わせた支援内容や知識、治療での希望について予め理解していくことが重要である」²⁾と述べている。糖尿病患者が生活習慣を改善しなければならないことで、同居している家族も習慣を変更せざるを得ない場合も考えられる。さらに高齢の糖尿病患者の場合は、コントロールの主導的役割を家族が担わなければならないことも推測される。糖尿病に限ったことではないが、慢性疾患を家族員の一人が抱えることにより他の家族員にも影響が及ぼされることは想像でき、一生涯コントロールを継続しなければならない糖尿病に対しては、患者本人も家族も無理なく継続できる方策を見出すことが必要である。このように糖尿病患者が生活の中で自己管理を継続する上では、周囲の人々、特に家族への影響は無視できないものであると同時に家族からも影響を受けていると考える。看護師は患者とその家族への支援を担う専門職であり、慢性疾患では患者とその家族を一体として支援することが求められる。しかし、2 型糖尿病患者が病気を抱えたことに伴い、家族へ抱く思いについては先行研究がなかった。そ

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院

* E-mail : kyoiiku@ohta-hp.or.jp

それぞれの立場におかれている対象を理解する上でも、糖尿病患者が家族に対して、どのような思いを抱いているのかを明らかにすることは糖尿病患者と家族を支援するうえで重要であるといえる。

さらに近年、糖尿病患者のスティグマが目されるようになり、日本糖尿病協会としても社会における糖尿病の知識不足、誤ったイメージの拡散により、糖尿病を持つ人は「特定の属性に対して刻まれる負の烙印=スティグマ」(社会的偏見による差別)にさらされている³⁾と述べている。糖尿病患者が自分の疾患に対して負の感情を抱くのは、家族の場合もあり得る。こうしたことも含め、糖尿病患者が家族に抱く思いを丁寧に汲み取ることは、これからの看護に重要な示唆を得られると考える。

Ⅱ. 目 的

糖尿病患者が病気を抱えたことにより家族に抱く思いを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. 研究対象者

1) A 病院 B 病棟で糖尿病の診断を受けて療養している 2 型糖尿病患者であり、家族と同居している患者。

3. 実施期間

2020 年 8 月～2021 年 3 月末まで

1) 用語の定義

本研究においては下記の用語を定義する。

家族：血縁関係の有無を問わず、患者とともに暮らす同居者

2) 対象者の選定方法

A 病院 B 病棟に入院予定の糖尿病患者家族のうち血縁関係の有無を問わず 2 型糖尿病患者とともに暮らす同居者がいる患者を病棟看護責任者に選定してもらう。選定してもらった患者に対して、入院時に本研究責任者から研究の趣旨や研究協力内容、倫理的配慮に関して説明を行う。

質的分析のため 10 名程度を対象の目安とし、承諾を得られた場合は、2020 年 8 月から入院している患者 10 名を選定する。

4. データ収集方法

インタビューガイドを用いて、糖尿病の自己管理方法、糖尿病と診断されてから家族との関わりや思いの変化があったかについてプライバシーが保てる個室で 30 分～60 分程度の面接調査を実施した。面接内容の許可を得て IC レコーダーに録音した。また、インタビューによる時間的拘束に関しては研究説明をする際と面接時に説明して確認する。糖尿病を抱えたことにより生じた家族との葛藤などを思い起こすことになるかも知れないこと、不快な感情や辛い経験等を想起し、苦痛を伴う場合は、速やかにインタビューを中止することも説明した上で実施した。

5. 分析方法

インタビュー内容から、逐語録に起こし、家族に対する思いが語られている部分を抽出して、コード化した。コードを共通性と意味内容を十分検討した上でカテゴリー化した。分析の信頼性と妥当性を得るために質的研究の実績のある研究者にスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究者が所属する A 病院の生命倫理委員会による承認を得た。

1. 研究等の対象となる個人の人権擁護

病棟看護責任者から研究協力の説明を受ける意思確認の際に強制力が働かないように十分に留意した。対象者には研究参加は自由意思であること、研究協力の有無に関わらず不利益が生じないこと、同意したあとでもいつでも同意を撤回できることを説明し、同意書の提出を持って同意を得た。個人情報やデータは厳重に管理し、取り扱いには、個人が特定できないようにデータ化し扱うことにした。データは個人が特定されないように記号化し、データを扱う PC はネットに繋がっていないものを使用する。電子データならびに紙媒体の同意書は、それぞれ別の施錠できる場所に保管し、鍵は病棟責任者が保管する。研究終了後は、速やかに紙媒体のデータはシュレッダーで、電子データは専用のソフトでデータを破棄する。同意書は 3 年間保管した上でシュレッダーにかける。

2. 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性ならびに医学上の貢献の予測

インタビューによる時間的拘束に関しては研究説明をする際と面接時に説明して確認する。糖尿病を抱えたことにより生じた家族との葛藤などを思い起こすことになるかも知れない。不快な感情や辛い経験等を想起し、苦痛を伴う場合は、速やかにインタビューを中止することも説明した上で実施した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の属性

研究参加者は 2 型糖尿病を持つ 11 名。(表 1)

2. 分析結果 (表 2)

11 名の 2 型糖尿病患者が家族に抱く思いについて 88 コードが抽出され、5 カテゴリーと 11 サブカテゴリーに分類した(表 2)。【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、対象者の語りを「」で示した。

(1) 【家族の理解不足へのあきらめ】

《糖尿病に対する理解不足への仕方なさ》から構成された。

A 氏が「糖尿病という病気自体も知らない、理解していないと思う。」「夫の理解不足により自分が今のように入院治療を必要な状態までになった」と語るように、自己の疾患を家族に理解してもらえていないという《糖尿病に対する理解不足への仕方なさ》という【家族の理解不足へのあきらめ】を感じていた。

(2) 【糖尿病コントロールへの協力に対する要望】

《食事療法に対する希望》《生活の協力に対する要望》《協力を得られないことに対するあきらめ》の3サブカテゴリから構成されていた。

D氏から「娘は仕事も忙しいから、食事の支度などもともとやらなかったし、自分が病気になってからもやってくれない。」という思いが表出され、食事に対する希望が聞かれた。A氏から「現在、糖尿病になって、やっぱりもう少し夫に家のことをやって欲しい。」と語られるように、仕事が忙しいと思うが、家族にも協力して欲しいという要望が聞かれた。両者から《食事療法に対する希望》や《生活面での協力に対する要望》が表出された。しかし、A氏から「これから夫や娘に治療をふまえた協力をして貰うことは大変だと思うのであきらめている。」といった、治療への《協力が得られないことに対するあきらめ》を抱いているという、相対的な【糖尿病コントロールへの協力に対する要望】が語られていた。

(3) 【家族に負担をかける申し訳なさ】

《糖尿病が遺伝する可能性が高いことに対する理不尽さ》《糖尿病に伴う経済的な負担に対する申し訳なさ》《糖尿病に対する家族の誤った認識》の3サブカテゴリから構成されていた。

B氏が「他の兄弟は元気なのに、なぜ自分だけが糖尿病になったのか。」と語るように、自分だけが糖尿病に罹患したこ

とで感じる理不尽さや、その一方でE氏から「息子もなっちゃ大変だということ」と家族にも糖尿病が遺伝してしまうのではないかという、心配や不安な思いが語られた。また糖尿病治療を継続していくにあたり、家計に負担をかけてしまうという経済的な負担に対する申し訳なさを思いが語られた。E氏からは「糖尿病に罹患したことで家族がバラバラになった」という家族が疾患に対して誤った認識を持っていたことで家族機能が成り立たなくなったこと、その影響で【家族に負担をかける申し訳なさ】が語られていた。

(4) 【家族の思いに応えたい】

《家族のためにも糖尿病の悪化を避けたい》から構成されていた。

表1 対象者の概要

対象者	年代	性別	同居家族
A	80代	女	夫 娘
B	70代	男	妻
C	60代	女	息子
D	70代	女	娘 息子
E	50代	男	妻 息子
F	70代	男	妻
G	70代	男	妻 息子
H	70代	男	妻
I	60代	男	両親 弟
J	70代	男	妻
k	40代	女	両親 兄 娘

表2 2型糖尿病患者の家族への思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族の理解不足のあきらめ	糖尿病に対する理解不足への仕方なさ	糖尿病という病気自体も知らない、理解していないと思う(A氏) 夫の理解不足により自分が今のように入院治療を必要な状態までになった(A氏)
糖尿病コントロールへの協力に対する要望	生活の協力に対する要望	現在、糖尿病になって、やっぱりもう少し夫に家のことをやってほしい(A氏)
	協力を得られないことに対するあきらめ	これから夫や娘に治療を踏まえた協力をしてもらうことは大変だと思うのであきらめている(A氏)
	食事療法に対する希望	娘に食事を糖尿病の自分に合わせて作ってもらいたいという気持ちがある(D氏)
家族に負担をかける申し訳なさ	糖尿病が遺伝する可能性が高いことに対する理不尽さ	他の兄弟は元気なのに、なぜ自分だけが糖尿病になったのかという思い(B氏) 息子もなっちゃ大変だということ(E氏)
	糖尿病に伴う経済的な負担に対する申し訳なさ	家計への負担による不安(B氏)
	糖尿病に対する家族の誤った認識	糖尿病に罹患したことで家族がバラバラになった(K氏)
家族の思いに応えたい	家族のためにも糖尿病の悪化を避けたい	妻も高血圧があり、夫婦ともに健康になりたい(J氏) 妻や子供も独立していないため治したい(E氏) インスリン治療開始となると妻に負担をかけてしまう(G氏)
		家族の支えがあるため助かっている(G氏) 料理を作ってくれることに対して感謝を感じている(E氏) 献立について言いたいことがあるが、娘に準備してもらっているため言いづらい(D氏) 協力してもらいたい(G氏)
糖尿病コントロールへの協力に対する感謝	食事療法に対する家族の協力への感謝	栄養指導のために来てもらうことに対して申し訳ない(J氏)
	自己管理に対する家族の関心への感謝	食料品や日用品の買い物や通院の送り迎えをしてくれて申し訳ない(D氏) 何でもやってくれていることに関して感謝している(F氏)
	生活上の協力に対する家族の関心への感謝	

J氏が「妻も高血圧があり、夫婦ともに健康になりたい」や、E氏が「妻や子どもが独立していないため治したい」と語るように自分だけでなく家庭の事情も語られていた。また、G氏が「インスリン治療が開始となると妻に負担をかけてしまう」など、自身の糖尿病の悪化を避けて【家族の思いに応えたい】という思いが語られていた。

(5) 【糖尿病コントロールへの協力に対する感謝】

《食事療法に対する家族の協力への感謝》《自己管理に対する家族の関心への感謝》《生活上の協力に対する感謝》の3サブカテゴリーから構成されていた。

D氏が「献立について言いたいことがあるが、娘に準備してもらっているため言いづらい」と語っている。しかし、「家族の支えがあるため助かっている」とも語っていることから、申し訳なさを感じながら感謝の思いを抱いているとくみ取ることができた。さらに、E氏から「食事に関して作ってくれたことに妻に感謝している。だから作ったものは全て食べた」と語られていることから、協力してくれている《食事療法に対する家族の協力への感謝》が表出された。J氏が「栄養指導のために来てもらうことに対して申し訳ない」と語っている。家族も糖尿病治療へ関心を持ち治療へ協力していることに感謝していると語られたことで《自己管理に対する家族の関心への感謝》が表出された。また治療に関するだけでなく、D氏やF氏が語るように通院や買い物の送り迎えに関する《生活上の協力に対する感謝》の【糖尿病コントロールへの協力に対する感謝】が多く語られていた。

VI. 考 察

本研究は糖尿病患者が病気を抱えたことにより家族に抱く思いを明らかにすることである。糖尿病患者は家族に対する【家族に負担をかける申し訳なさ】を感じながらも【家族の思いに応えたい】という思いや家族に対する【糖尿病コントロールへの協力に対する感謝】という思いを抱く半面、【糖尿病治療への協力に対する要望】、【家族の理解不足のあきらめ】の思いを抱いていることが明らかになった。したがって、「治療コントロールに対しての家族への要望」と「糖尿病に罹患したことによる家族に対する思い」の視点で考察していく。

1. 治療コントロールに対しての家族への要望

糖尿病は慢性疾患であり、食事療法や薬物療法といった長期的な治療の継続が必要である。適切な治療と、食事療法・運動療法を続けて症状の改善を行えば、糖尿病合併症を避けられ、健常者と変わらない生活をすることも可能である。しかし、血糖のコントロールが不良であれば日常生活動作が悪化し、健康的な状態の維持が困難となり、生活の質(QOL)が大きく低下してしまう。そのため、早期からの合併症予防のための患者や家族の疾患や治療への理解や協力は大きく影響すると言われている。本研究で、患者の食事療法として家族が協力的で、生活全般のサポートを受け入れることに対して【家族の思いに応えたい】という思いや家族に対する【糖

尿病コントロールへの協力に対する感謝】の気持ちを抱いて治療に望んでいた。一方、家族に対して【糖尿病治療への協力に対する要望】という思いを抱いていることも明らかとなった。家族への期待に応えようと、家族が食生活全般において自分の食事療法に協力してもらうことが家族にとっての負担と考え、食事療法についての要望を伝えられずにいたのではないかと考える。池本らは⁴⁾「患者は糖尿病になることで自分は家族に世話になっていると捉え、家族を巻き込んではいけないという思いを胸の内にしまい、口にできない思いがある」と述べていることから【家族に負担をかける申し訳なさ】を感じていると考える。

また、患者は家族に自分の疾患をもっと理解してもらいたいといった思いから《食事療法に対する希望》《生活の協力に対する要望》をさらに望んでいるのではないかと考える。これは、患者自身は自分の疾患をさらにコントロールしていきたいと考えながらもコントロール不良にて入退院を繰り返すことで家族の更なる協力を望み、治療に協力してくれている家族の思いを確認できていないことから、互いの食事療法に対する意思疎通がうまくいかず、《協力を得られないことに対するあきらめ》に患者の思いが至っているのではないかと推察された。

2. 糖尿病患者が抱く自己認識と家族の疾患理解に向けて

糖尿病は、多くの場合は外見だけでは患っているのかどうかさえ分からない疾患である。2019年糖尿病協会と糖尿病学会では、「アドボカシー委員会」⁵⁾を設立し、糖尿病の一般的な社会のイメージとして社会における糖尿病の知識不足、自己管理や生活習慣が疾患の予後に影響し、遺伝的な背景から社会的に不利益を被っている現状から患者擁護が考え始められている。「糖尿病の発症要因としては、遺伝的要因と環境要因が重要であるが、特に2型では生活習慣が環境要因として重要である」⁶⁾と厚生労働省より報告されている。本研究においても【家族に負担をかける申し訳なさ】のカテゴリーの中に《糖尿病が遺伝する可能性が高いことに対する理不尽さ》というサブカテゴリーが抽出されており、糖尿病になってしまったことで家族へ生活、精神面への負担を与えてしまうと感じているのではないかと患者自身が自分の疾患に対しての負の感情を抱いていると推察された。また、《糖尿病に対する家族の誤った認識》というサブカテゴリーがあり、家族が誤った認識を持つことで家族機能が成り立たなくなったとの現状もあった。家族が糖尿病に対して誤った認識を抱いてしまったことで、患者自身が家族に疾患や治療に対して申し訳なさを感じ相談できず、糖尿病というものに目を背けてしまうことも関係しているのではないかと考えられる。本研究結果から、患者自身や家族が糖尿病の遺伝性要素について誤った認識を抱き、《糖尿病が遺伝する可能性が高いことに対する理不尽さ》を抱いたことが分かった。加藤⁷⁾は「家族を重んじる文化では2型糖尿病に対するスティグマは患者本人の問題だけにとどまらず、病気がもたらすスティグマによって家族全

体を傷つける事になると考えられている」と述べている。このことにより、患者が自己の疾患の誤った認識や、家族へかかる負担や影響などを考えるがゆえに、家族に食事療法や病気について相談できず、本人が糖尿病に対する負のイメージの感情を抱えているのではないかと考える。そのため、糖尿病患者が正しく自己の疾患を理解し認識出来ることや家族が正しく患者の疾患理解などができるようにしていくことが、糖尿病患者が自己管理能力を高めていくために必要であることが示唆された。

Ⅶ. 結 論

本研究では、【家族の理解不足のあきらめ】や、【糖尿病治療への協力に対する要望】、【負担をかける申し訳なさ】、【糖尿病コントロールへの協力に対する感謝】の思いを抱えていることが明らかになった。

今後、糖尿病患者が主体的に治療に取り組めるためには患者の疾患に対する自己認識と家族の正しい疾患理解が患者の自己管理能力を高めるためには必要であることが示唆された。医療従事者は糖尿病患者が負の感情を抱かないように、糖尿病治療の正しい情報提供を行い、患者にとって不利益とならない指導方法について考えていく必要があると考える。

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) 高倉奈央, 中新由佳理, 矢野香代: 糖尿病療養に対する家族支援の実態, 川崎医療福祉学会誌, 18 (2), p.485-490, 2009.
- 2) 西尾育子: 成人期2型糖尿病患者が自己管理を継続するための家族支援のあり方に対する文献研究, 日本糖尿病・教育看護学会誌, 22 (1), p.33-43, 2018.
- 3) 日本糖尿病協会: 日本糖尿病学会・日本糖尿病協会合同 アドボカシー活動, (2023年8月20日閲覧), <http://www.nittokyo.or.jp>.
- 4) 池本温美, 稲垣美智子, 多崎恵子他: 2型糖尿患者の療養生活における家族との“距離”, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 21 (1), p.81-89, 2017.
- 5) 前掲書3).
- 6) 厚生労働省: 健康21糖尿病, (2023年8月20日閲覧), <http://mhlw.go.jp>.
- 7) 加藤明日香: 2型糖尿患者とスティグマに関する文献レビュー—医療分野の視点から—, 医療と社会, 26(2), p.197-206, 2018.

◇研究報告◇

外来患者のアドバンス・ケア・プランニングの意識調査

大久保昌子^{1)*}, 福沢麻紀¹⁾, 仁和喜美江¹⁾, 赤石真寿美¹⁾, 田中いり子¹⁾, 根岸由紀子¹⁾

【目的】：A 病院外来患者の ACP について調査し現状を知る。

【方法】：小児を除く外来患者 1000 人に、調査用紙を配布し回収、各項目について集計、分析を行った。また、2017 年 12 月に実施された厚生労働省の一部の調査と比較した。

【結果】：ACP について考えたこと、話し合ったことがあるかでは、70 代が最も多かった。身近な人の医療について難しい決断を求められたことがある人は、ACP について話し合っている人が多かった。比較した質問項目全てにおいて、男女での有意差はなかった。厚生労働省の調査との比較では有意差はなかった。

【考察】：壮年期から老年期は、両親や知人の老い、死別、自身の病気の経験などから ACP について考える機会が増える。日本の文化のなかでは、死について語る習慣はあまりないため、話し合いに至らない。身近な人の医療について難しい決断を求められたことがある人は、自分の経験が ACP のきっかけになっていると考えられた。

【キーワード】 アドバンス・ケア・プランニング、意識調査、人生の最終段階、DNAR、人生会議

I. はじめに

患者が重篤な状態や意識不良の時などの、人生の最終段階と考えられる場面において、家族へ治療方針の選択肢を提案しても「先生にお任せします」「素人だから分からない」などと、方針決定や意思表示が出来ない場合がある。

近い将来の人生の最終段階の方針について、かかりつけ医には蘇生処置拒否 (Do Not Attempt Resuscitate : DNAR) の希望をしていたにも関わらず、搬送先に家族が申し出なかったことにより、蘇生処置が行われたケースがあった。また、心肺停止の患者が蘇生処置により心拍再開したが自発呼吸がなく、人工呼吸器装着の意思を同居している家族に確認したところ「長男に聞かなければわからない」と返答されたケースもあった。

これらのように、患者や家族は普段から人生の最終段階においてどのような治療を受けたいかを考えたり話し合ったりすることがなければ、急に訪れた人生の最終段階と考えられる状況に戸惑い、方針を決められず迷うことは十分想像できる。また、方針を考えていたにも関わらず、家族らが把握し

ていなければ本人の意思が伝わらない事もあり得る。

片岡らは「患者に意思決定能力があると判断される場合には、DNAR に関する意思決定を患者に確認することが必要であり、家族も重要な役割を担うことが考えられる。一方、救急搬送された場合など、DNAR の説明をする時に本人の意識がなく、家族の同意のみで方針が決定されることが多い。突然 DNAR の決定を託された家族の負担は大きく、その支援が早急に求められる。」¹⁾と述べている。また「日本では DNAR 指示についてのガイドラインは明確ではなく、どのような状況で、どのタイミングで説明されるかは主治医の判断にまかされているのが現状である。」²⁾とも述べている。

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が策定され、2015 年には最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方から「終末期医療」が「人生の最終段階における医療」へ変更された。

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) とは人生の最終段階の医療・療養について、本人が家族等や医療チームと事前に繰り返し話し合うプロセスの事であり、愛称として「人生会議」とも呼ばれている (以下 ACP とする)。

受付日：2022 年 5 月 16 日 / 受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 十和田市立中央病院

* E-mail : kangokanri@hp-chuou-towada.towada.aomori.jp

ACP の普及は本人の意思の尊重と家族の精神的負担を軽減できるのではないかと考えた。そこで、この地域では ACP についてどの程度の話し合いをしているのか、A 病院に受診する外来患者を対象に調査した。

Ⅱ. 目 的

A 病院外来患者の ACP について調査し現状を知る

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

1) 量的記述的研究デザイン

2. 研究対象者

1) 小児を除く、A 病院外来患者で調査に同意を得られた者 1000 人。

3. データ収集期間

1) 2020 年 1 月 14 日 (火) から 2 月 14 日 (金) の平日

4. データ収集方法

1) 調査配布・回収方法

- (1) 平日 10 時～12 時の間、研究者が外来患者に直接声かけし、調査に同意を得られた 1000 人に配布した。
 - (2) 1F 受付機前に回収箱を設置し、配布時に回収箱の設置場所を説明した。
 - (3) 回収は研究者が毎日 12 時と 17 時に行った。
 - (4) 配置した研究者がアンケートの質問に対応できるようにした。
- 2) 質問内容は属性 (性別、年齢) と、2017 年 12 月に行われた厚生労働省の全国調査 (対象者: 一般国民) から一部を抜粋し人生の最終段階における医療について「考えたこ

とがあるか」「話し合ったことがあるか」「話し合いを進めることについてどう思うか」「書面作成についてどう思うか」の 4 項目、研究者が追加した項目「蘇生について」「身近な人の医療について難しい決断を求められたことがあるか」の 2 項目であった。事前に救急スタッフとスタッフの家族へプレテストを実施し、質問文章に関しては厚生労働省のリーフレットに「もしもの時」という表現がされているため、高齢者にもわかるように「人生の最終段階」を「もしもの時」と変更した (資料 1)。

3) 性別と年齢に回答があるものを有効とし、誤記入や無記入のあった質問は無効回答とした。

5. 分析方法

1) アンケート回答を単純集計した。

2) もしもの時に受けた医療について考えたことがあるか、もしもの時に受けた医療について家族と話し合ったことがあるか、話し合いを進めることについて、書面をあらかじめ作成しておくことについての回答と性別をクロス集計した。

3) 身近な人の医療について難しい決断を求められたことがあるかの回答ともしもの時に受けた医療について考えたことがあるか、もしもの時に受けた医療について家族と話し合ったことがあるかの回答をクロス集計した。

4) もしもの時に受けた医療について考えたことがあるか、もしもの時に受けた医療について家族と話し合ったことがあるか、書面をあらかじめ作成しておくことについて、A 病院の回答と 2017 年に厚生労働省の全国調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の一般国民の結果をクロス集計した。

資料 1

患者様へ調査ご協力をお願い

厚生労働省では、もしもの時に受けた医療について、あなたの意思をご家族や大切な人とあらかじめ話し合っているか調査しています。

当看護局でも、地域の方々がかもしもの時に備えて、考えたり、話し合ったりしているかを調査し、それが今後の話し合いのきっかけになればと考え、看護研究を行うことにしました。

以下の内容を読み、この調査に協力していただける場合は、本日中に回答し、再来受付機正面に設置している回収箱にお入れください。なお、回答用紙は 4 ページあり、回答にはおよそ 10 分程度要します。

1. 調査へのご協力は、自由です。
2. 調査にご協力いただけなくても、不利益はありません。
3. 調査は無記名であり、集計結果を統計処理しますので、個人が特定されることはありません。
4. 回答用紙を回収箱に入れたことで、調査へのご協力とその同意をしていただいたと判断します。無記名のため、回収後のご協力、同意を撤回することはできません。
5. 回答用紙を、鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究者以外に情報が漏れないようにします。
6. 得られた内容は研究以外の目的には使用いたしません。
7. 研究の成果を院内発表、学会発表、学会誌などで公表させていただくことがあります。集計結果は院内発表後、院内売店前の掲示板上に掲示予定です。

記入中に質問がございましたら、お近くにいる看護師または事務員におたずねください。

アンケート用紙

【あなたのことを教えてください】

問1 性別を教えてください。

- 1. 男性
- 2. 女性

問2 年齢を教えてください。

() 歳

【もしもの時に受けてみたい医療についてお聞きします】

問3 あなたは、もしもの時に受けてみたい医療についてこれまで考えたことがありますか。(〇は1つ)

- 1. ある
- 2. ない

問4 あなたは、もしもの時に受けてみたい医療についてご家族と話し合ったことがありますか。(〇は1つ)

※「ご家族」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療に関する方針を決めてほしいと思う人(友人・知人)を含みます。

- 1. 話し合ったことがある
- 2. 話し合ったことはない

→ (問4で「1. 話し合ったことがある」と回答の方にお聞きします。

問4-1 話し合った内容をどのようにしていますか。(〇は1つ)

- 1. 話し合いのみ
- 2. 書面に残している
- 3. 映像に残している
- 4. その他 ()

→ (問4で「2. 話し合ったことはない」と回答の方にお聞きします。

問4-2 これまでに話し合ったことがない理由は何ですか。(複数回答可)

- 1. 話し合いたくないから
- 2. 話し合う必要性を感じていないから
- 3. 話し合うきっかけがなかったから
- 4. 知識がないため、何を話し合っているかわからないから
- 5. その他 ()

1

問7 もしあなたが、心臓や呼吸が止まった状態で救急搬送された場合の処置について考えたことがありますか。(〇は1つ)

問7-1 **心臓マッサージ**
心臓の部分を胸から圧迫して、血液の流れを助けます。



- 1. 考えたことがある
- 2. 考えたことがない
- 3. 何をどうするのかかわからない
- 4. 効果がわからない
- 5. その他 ()

問7-2 **気管内挿管**
口から管を入れて呼吸を助けます。管を入れることで声は出せなくなります。



- 1. 考えたことがある
- 2. 考えたことがない
- 3. 何をどうするのかかわからない
- 4. 効果がわからない
- 5. その他 ()

問7-3 **人工呼吸器の使用**
口から管を入れた後に、機械で呼吸を助けます。



- 1. 考えたことがある
- 2. 考えたことがない
- 3. 何をどうするのかかわからない
- 4. 効果がわからない
- 5. その他 ()

3

問5 あなたは、もしもの時に受けてみたい医療について、話し合いを進めることについてどう思いますか。(〇は1つ)

- 1. 賛成である
- 2. 反対である
- 3. わからない

問6 あなたは、自分の意思を伝えられなくなったときに備えて、どのような医療を受けたいかを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。(〇は1つ)

- 1. 賛成である
- 2. 反対である
- 3. わからない

→ (問6で「1. 賛成である」と回答の方にお聞きします。)

問6-1 実際に書面を作成していますか。(〇は1つ)

- 1. 作成している
- 2. 作成していない

→ (問6-1で「2. 作成していない」と回答した方にお聞きします。)

問6-1-1 「2. 作成していない」を選択した理由は何ですか。(複数回答可)

- 1. 話し合っていない
- 2. 何を書けばいいかわからない
- 3. 言葉で伝えているので、書面にする必要を感じていない
- 4. その他 ()

2

問8 あなたは今までに身近で大切な人の医療について難しい決断を求められた事がありますか。(〇は1つ)

- 1. ある
- 2. ない

→ 問8で「1. ある」と回答の方にお聞きします。

問8-1 その時の思い、心残り、困ったことなど、自由に書いて教えてください。

Blank box for writing answers to question 8-1.

ご協力ありがとうございました

4

5) 2), 3), 4) は χ^2 乗検定を実施した。統計的有意水準は 5%とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は病院倫理委員会の承認を得て実施した。

対象患者へ本研究の目的と方法を明示する文書を提示し、回答には約 10 分要することを説明した。自由意思によって同意し了解が得られた場合にのみ協力してもらい、協力が得られない場合も不利益を被ることはないことを明示した。

調査は無記名であり、調査結果は統計処理を行い集計するため個人が特定されることはなく、得られたデータは本研究者ら以外が目にするのではなく、鍵のかかるキャビネットで厳重に管理し、得られたデータは本研究以外の目的で使用する事はないことを確約した。

研究成果は院内発表、学会発表等に用いること、院内発表後に売店前の掲示板に掲示することを明示した。

V. 結 果

1000 枚配布し 997 枚回収、有効回答は 992 枚 (有効回答率 99.2%) であった。

1. 属性

性別は男性 418 人、女性 574 人の計 992 人であった。

年齢は 16 歳から 95 歳、平均年齢は 62.9 歳 ± 15.5 歳 (表 1) であった。

2. もしもの時に受けたい医療について考えたことがあるか

「考えたことがある」男性 240 人、女性 345 人の計 585 人 (59.0%), 「考えたことがない」男性 176 人、女性 223 人の計 399 人 (40.2%), 無効回答は男女計 8 人 (0.8%) であった。

男女別での有意差はなかった (P=0.39) (表 2)。

50 代から 70 代に考えたことがある人が多かった (図 1)。

3. もしもの時に受けたい医療について家族と話し合ったことがあるか

「話し合ったことがある」男性 181 人、女性 249 人の計 430 人 (43.3%), 「話し合ったことがない」男性 224 人、女性 306 人の計 530 人 (53.4%), 無効回答は男女計 32 人 (3.2%) であった。

男女別での有意差はなかった (P=0.98) (表 3)。

年代別では 70 代に話し合っている人が多かった (図 2)。

話し合ったことがない理由は「話し合うきっかけがなかったから」284 人、「何を話し合っているかわからないから」153 人、「話し合う必要性を感じていないから」132 人、「話し合いたくないから」10 人、その他 47 人であった (表 4)。

その他の意見として、「遺言のようで嫌だ」、「病気になるイメージがわからない」などがあつた。

4. 話し合いを進めることについて

「賛成」男性 343 人、女性 469 人の計 812 人 (81.8%), 「反対」男性 0 人、女性 2 人の計 2 人 (0.2%), 「分からない」男性 66 人、女性 94 人の計 160 人 (16.1%), 無効回答は男女計

表 1 対象者の属性

		(n=992)	
		人数(人)	割合(%)
性別	男性	418	42.1
	女性	574	57.9
年代	10代	5	0.5
	20代	26	2.6
	30代	53	5.3
	40代	116	11.7
	50代	158	15.9
	60代	243	24.5
	70代	260	26.2
	80代	120	12.1
	90代	11	1.1

表 2 受けたい医療について考えたことがあるか (男女別)

	人数(人)		
	ある	ない	無効回答
男性	240	176	2
女性	345	223	6

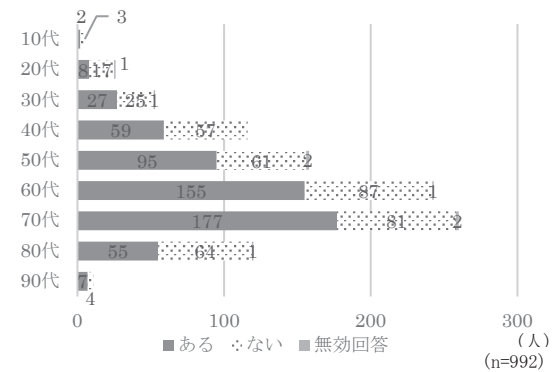


図 1 受けたい医療について考えたことがあるか (年代別)

表 3 受けたい医療について話し合ったことがあるか (男女別)

	人数(人)		
	ある	ない	無効回答
男性	240	176	2
女性	345	223	6

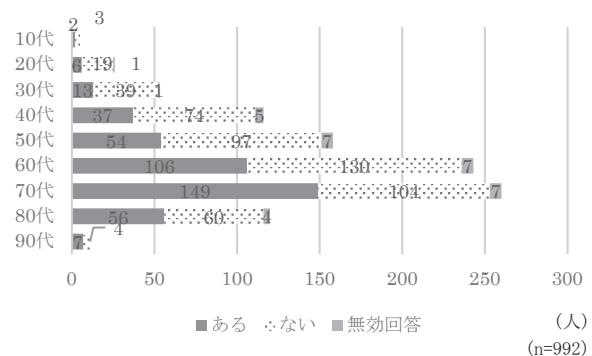


図 2 受けたい医療について話し合ったことがあるか

18人(1.8%)であった。

男女別での有意差はなかった(P=0.58)(表5)。

年代別では60代、70代に賛成の人が多かった(図3)。

5. 書面をあらかじめ作成しておくことについて

「賛成」男性284人、女性397人の計681人(68.6%),「反対」男性4人、女性8人の計12人(1.2%),「分からない」男性119人、女性151人の計270人(27.2%),無効回答は男女計29人(2.9%)であった。

男女別での有意差はなかった(P=0.79)(表6)。

年代別では60代に賛成の人が多かった(図4)。

賛成と回答した人のうち「実際に作成している」31人(4.6%),「作成していない」654人(96.0%)であった。作成していない654人のうち「話し合っていない」220人、「何を書けばいいのかわからない」252人、「言葉で伝えているので書面にする必要性を感じていない」148人、その他98人であった(表7)。

その他の意見として、「時期尚早」、「これから作成しようと思っている」、「時間がない」などがあつた。

6. 救急搬送された場合の蘇生処置について考えたことがあるか(図5)

心臓マッサージについて「考えたことがある」548人(55.2%),「考えたことがない」322人(32.5%),気管内挿管について「考えたことがある」354人(35.7%),「考えたことがない」455人(45.9%),人工呼吸器の使用について「考えたことがある」406人(40.9%),「考えたことがない」428人(43.1%)であった。

7. 身近な人の医療について難しい決断を求められたことがあるか(表8)

「ある」253人、「ない」702人、無効回答37人であった。

難しい決断を求められたことがある人253人のうち、受けた医療について考えたことがある人が186人(73.5%),受けた医療について話し合ったことがある人が141人(55.7%)であった。

難しい決断を求められたことがある人の方が、もしものときに受けた医療について考えたことがある人(P=0.01)、話し合ったことがある人(P=0.01)が多く、有意差があつた。

身近な人の医療について難しい決断を求められたことがある人の意見として「主人の生死の決断を迫られたことがあり、延命を決意してしまい今は後悔している。主人は寝たきりでかわいそう。」「自分の考えが正しいのか判断ができず、なかなか結論が出せなかった。周囲の肉親の意見が色々あり葛藤した。」「父の医療方針について正しかったのか、今も後悔している。最期を迎える直前になったらどうして欲しかったかを普段から話し合っておく必要があつたと、今になって思う。」などがあつた。

8. 厚生労働省の全国調査とA病院との比較(図6)

もしもの時に受けた医療について考えたことがあるかでは、国民調査では「ある」59.3%,「ない」37.8%,A病院で

表4 話し合ったことがない理由(人)

話し合いたくない	10
話し合う必要性を感じていない	132
話し合うきっかけがなかった	284
知識がないため、何を話し合っているかわからない	153
その他	47

表5 話し合いを進めることについて(男女別)

(n=992)

	人数(人)			
	賛成	反対	わからない	無効回答
男性	343	0	66	9
女性	469	2	94	9

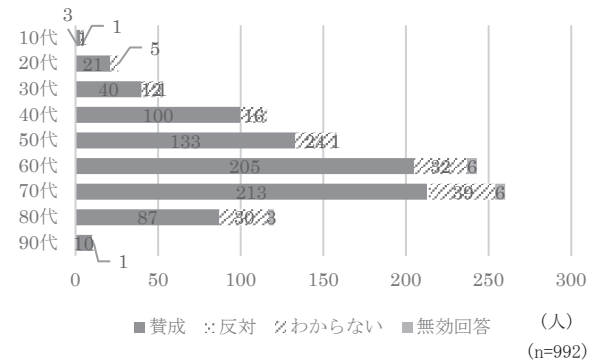


図3 話し合いを進めることについて(年代別)

表6. 書面を作成しておくことについて(男女別)

(n=992)

	人数(人)			
	賛成	反対	わからない	無効回答
男性	284	4	119	11
女性	397	8	151	18

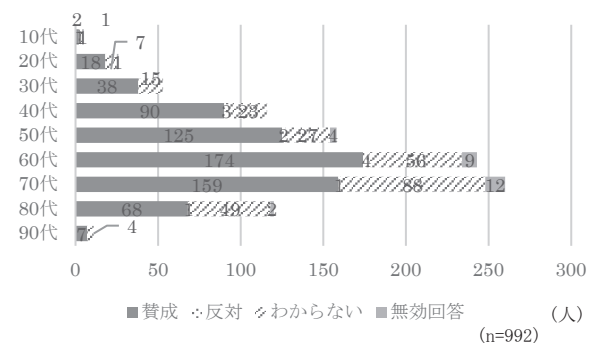


図4 書面を作成しておくことについて(年代別)

表7 書面作成していない理由(人)

話し合っていない	220
何を書けばいいのかわからない	252
言葉で伝えているので、書面にする必要性を感じていない	148
その他	98

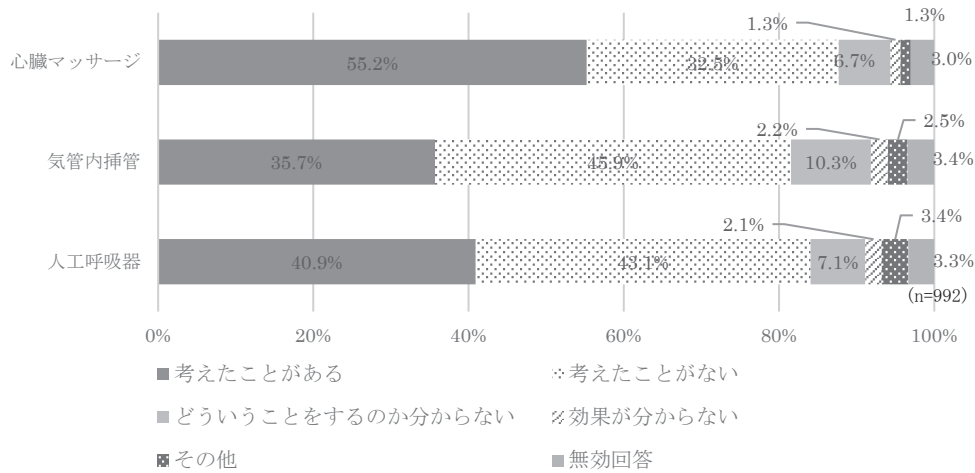


図5 蘇生処置について

表8 難しい決断の経験と受けたい医療について

(n=992)

難しい決断の経験	難しい決断の経験		受けたい医療について考えたことがある		受けたい医療について話し合ったことがある		
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)	
あり	253	25.5	あり	186	73.5	141	55.7
			なし	65	25.7	106	41.9
			無効回答	2	0.8	6	2.4
なし	702	70.8	あり	378	53.8	274	39.0
			なし	322	45.9	407	58.0
			無効回答	2	0.3	21	3.0
無効回答	37	3.7					

もしもの時に受けたい医療について考えたことがあるか



もしもの時に受けたい医療について話し合ったことがあるか



意思表示の書面作成について

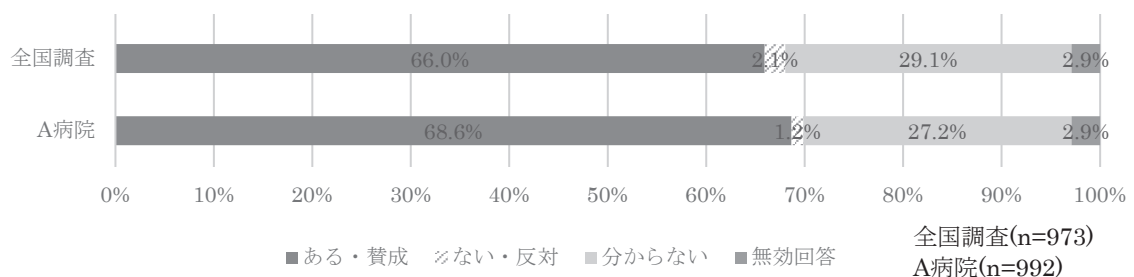


図6 厚生労働省の全国調査との比較

は「ある」59.0%、「ない」40.2%であった (P=0.39)。もしもの時に受けたい医療について話し合ったことがあるかでは、国民調査では「ある」39.5%、「ない」55.1%、A 病院では「ある」43.3%、「ない」53.4%であった (P=0.15)。意思表示の書面作成については、国民調査では「賛成」66.0%、「反対」2.1%、「分からない」29.1%、A 病院では「賛成」68.6%、「反対」1.2%、「分からない」27.2%であった (P=0.19)。全国調査と A 病院とのアンケート結果では各項目で有意差はなかった。

VI. 考 察

今回、A 病院の外来患者が ACP についてどの程度話し合っているか現状を知るために調査を行った。

2017 年に厚生労働省が行った調査は郵送回収で回収率は低かった。私たちは待ち時間を利用し、対象者へ直接声かけして回答しやすい環境を整えることで高い回収率を得ることができた。

もしもの時に受けたい医療について考えたことがあるかでは「考えたことがある」は 50 代から多くなり 70 代が最も多かった。もしもの時に受けたい医療について話し合ったことがあるかでは「話し合ったことがある」が 50 代から多くなり 70 代が最も多かった。坂田は「壮年期には、自分の親の死に出会う確率が高くなるうに、自分と同世代の人々の訃報に接する機会が増加する。老いのきざしに加えて、このようなことが増えるにつれて、自分の死について考えざるを得なくなる。³⁾」と述べている。今回の研究も同様の傾向で、話し合ったことはないと回答した理由は、「遺言のようで嫌だ」、「病気になるイメージがわからない」という意見からであった。坂田は「わが国の文化のなかでは、死にゆく者と生き残る者が、死について語るという習慣はあまりない。⁴⁾」と述べ、長江は「家族で話すことや書いて準備することには抵抗感があるのが現状である。⁵⁾」と述べている。

もしもの時に受けたい医療について話し合いを進めることについてどう思うかでは、812 人が「賛成」と答えても、話し合ったことがない人が 530 人と多数であった。

書面作成についてどう思うかでは「賛成」が 681 人 (全体の 68.6%) に対して、実際に作成している人は 31 人 (賛成の人のうち 4.5%) であった。書面を作成しておくことに「賛成」と答えた人の中で、作成していない人の理由は「何を書けばいいのかわからない」という意見が多かった。また、書面を作成しておくことに「反対」や「分からない」と答えた 282 人 (28.4%) の中には、「法的な効力がなければ書く意味がない」、「書くことでもめる原因になる」という意見があった。将来的には必要と感じていても、書式や記入内容が分からないため作成していないという結果になった。

2017 年 12 月に厚生労働省の全国調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の一般国民の結果と A 病院で実施したアンケートの結果では有意差はなかった。このことから ACP の普及が進んでいないことが分かる。

蘇生処置については、心臓マッサージについて考えたことがある人が多かった。しかし、気管内挿管と人工呼吸器の使用については考えたことがないの方が多かった。それは AED の普及から急変時の対応として心臓マッサージは認知されてきているが、心臓マッサージ以外の蘇生処置についてはイメージがわからないのではないかと考える。

身近な人の医療について難しい決断を求められたことがある人は、もしもの時に受けたい医療について考えたり話し合ったりしている人が多かった。自分の経験が ACP のきっかけになっていると考える。

2018 年の厚生労働省のガイドラインでは「人生の最終段階はいつ訪れるかは分からず、本人が希望する医療・療養を受けるためには全ての人が人生の最終段階にあるか否かを問わず、あらかじめ考え、家族等や医療・療養チームと繰り返し話し合い、その意思を伝えておくことが重要である。⁶⁾」と報告されている。

治療方針の決定は、患者が意思表示できている時に家族と十分な話し合いを持ち望む治療を受けることが望ましく、疾病の有無にかかわらず全ての人があらかじめもしもの時に受けたい医療について考えることが重要である。家族等と繰り返し話し合い、救急場面においても本人の意思の尊重と家族が後悔しない最善の選択ができるような支援が重要だと考える。

今回の研究は、待ち時間を利用し短時間で回答できる質問項目とした。そのため高い回収率を得られた。さらに、属性を加えることで様々な角度で全国調査と比較検討できたと考える。

VII. 結 論

1. 2017 年 12 月に厚生労働省の全国調査「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の一般国民の結果と A 病院で実施した調査の結果には、有意差がなかった。
2. もしもの時に受けたい医療について考えたことがある、話し合ったことがある、話し合いを進めること、書面作成については男女差がなかった。
3. もしもの時に受けたい医療について考えたことがある、話し合ったことがある、話し合いを進めることに賛成の人は、70 代に多かった。
4. 身近な人の医療について難しい決断を求められたことがある人が、受けたい医療について考えたり、話し合ったりしていた。

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事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 片岡恵理, 伊東美佐江: わが国の DNAR の選択をゆだねられた家族への看護援助に関する文献検討, 家族看護学研究 22 (1), p43, 2016 年.

- 2) 前掲書 1), p43.
- 3) 坂田三允:日本人の生活と看護, 中央法規, p144, 1998 年.
- 4) 前掲書 3), p41.
- 5) 長江弘子:看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア, 日本看護協会出版会, p91, 2018 年.
- 6) 厚生労働省:2018, 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書, p6, 参照 2019 年 9 月 10 日,
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>

◇研究報告◇

中高年看護師のキャリア継続に対する 看護管理者の支援に関する研究

加納江理¹⁾*, 平野一美²⁾, 藤田晴美³⁾

本研究は、看護管理者が中高年看護師のキャリア継続についてどのように考え、どのような取り組みをしているかを明らかにすることで、今後のよりよい中高年看護師のキャリア継続支援のための示唆を得ることを目的に行った。

A 県内の 300 床以上の国公立病院の看護管理者 9 名に半構成的面接を行い、質的に分析した。分析結果は、588 のコードから 18 のサブカテゴリが生成され、4 つのカテゴリに統合された。

看護管理者は、中高年看護師のキャリア継続について、どのように考え、どのように行動しているかの内容は、〈看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける〉、〈看護管理者は中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている〉、〈看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中にやりがいを見出していると考えている〉、〈看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する〉の 4 つのカテゴリに統合された。

【キーワード】 中高年看護師、キャリア継続支援、看護管理者

I. はじめに

2019年4月に施行された働き方改革関連法による労働基準法の改正により、医療現場でも、ワークライフバランスが推進され、多くの看護師が生涯を通じて看護に従事する環境が整備されつつある。公益社団法人日本看護協会が実施した「2021年病院看護・外来看護実態調査」によれば、2021年度の正規雇用看護職員の離職率は10.6%で前年度比0.9ポイント減であり、新卒職員は8.2%と前年度比0.4ポイント減であった¹⁾。近年、離職率は横ばいの傾向が強くなり、日本看護協会では、継続して就業継続が可能な看護職の働き方の提案を行っている²⁾。

日本の人口は2008年をピークに減少へと転じ、その構成も少子化を受け0～14歳が減少、15歳～64歳が横ばい、65歳以上が増加と変化しており、将来人口推計からこの傾向はより強くなっていくと考えられている³⁾。このような状況は、医療の現場で働く看護師の年齢構成にも影響しており、厚生労働省によれば、40歳以上の看護師が就業看護師に占める割合は、2012年時点で47%であったが、2020年には55.5%となっている⁴⁾。

40歳以上の中高年看護師のやりがいや職務継続に関連する研究は2000年以降に増え、多くは中高年看護師自身を対象としたものである。先行研究の、中高年看護師のキャリア継続への支援を記述したものについて検討した。山崎は中高年看護師を、看護に愛着を持ちながら成長を続けているポジティブな存在とし、中高年看護師に対する支援は、看護という仕事を通して自己を表現していけるよう、個々の仕事への思いを尊重して接することや経験を活かす機会や仕組みづくりが重要と述べている⁵⁾。関は、キャリア中期にある看護職者のキャリア発達について、看護職者が停滞と向き合い、現状から「踏み出す」あるいは現状を「受け入れる」ことで、停滞を乗り越え、自分らしいキャリア発達を遂げることへの支援が必要としている⁶⁾。高柴は、40代看護師が働き続けてこられた原動力を「一人の人間として患者に寄り添えるのが働く力」とし、働き続けるためには承認しあえる環境の中で、それぞれの思いが伝えられるような関係性の構築に組織全体で取り組む必要があると述べている⁷⁾。これらの文献では、いずれも個々の経験の尊重、承認の必要性を挙げており、中高年看護師がキャリアを継続させるためには、組織と看護管理者からの支援が必要と思われる。

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 静岡県立大学 2) 医療法人弘遠会すずかけヘルスケアホスピタル 3) 医療法人社団敬寿会介護老人保健施設夢の樹の郷

* E-mail : kano-e@u-shizuoka-ken.ac.jp

山内は、中堅看護師が他者からのどのような関わりを承認と捉えているかを調査し、上司は、【高い実践力を期待してくれる】【日々の踏ん張りを支えてくれる】【実践の質を保証してくれる】という3つの承認を意図的に行うことが必要としている⁸⁾。櫻間は、非管理職中高年看護師への支援として、自ら積極的に学習に取り組めるよう、個々の到達目標に応じた教育的機会の提供を計画的に行っていくことが重要であると述べている⁹⁾。鈴江は、調査対象の看護師長が【仕事と生活の関係性の受容】と【プラトリー状態の受容】は個人を理解するうえで、両者の受容をして支援していくことで、やりがいをもって仕事することにつなげたいという中高年看護師ならではのキャリア発達支援を浮かび上がらせていた、としている¹⁰⁾。このように、中高年看護師のキャリア継続には個々への理解に基づいた支援を必要とし、現場で働く彼女たちが承認を実感できる上司の関りが求められている。木村は、看護管理者は、キャリア中期にあるジェネラリスト・ナースが看護の視点を持って目標が達成できるように支援していくことが重要であろうと述べており¹¹⁾、中高年看護師がキャリアを中断することなく実践能力の向上を図れるよう支援することが看護管理者には求められている。組織の看護部門のトップである看護管理者は、部下である中高年看護師のキャリア継続を支援する役割を持つが、同時に中高年看護師を組織の中でどう活かすかを考え、検討し、取り組んでいると思われる。

中高年看護師に対する継続教育や能力開発の必要性は高いが、一部の専門看護師および認定看護師など、スペシャリストの教育や制度化に比べ体系的に整備されていない現状がある。この問題の検討において、中高年看護師を対象とした研究がされてきたが、中高年看護師のキャリア継続に対して看護管理者がどう考え、どうアプローチしてきたかという過程を明らかにした研究は見当たらない。

以上を踏まえ、組織運営に関わる立場にある看護管理者が中高年看護師のキャリア継続をどのように考えているのか、実際にどのような行動をしているのかを明らかにすることは、今後の中高年看護師のキャリア継続支援にとって有益であると考え、本研究を行うこととした。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は「看護管理者は、中高年看護師のキャリア継続についてどのように考え、どのような取り組みをしているかを記述し、分析することによって、その構造を見出し、今後のよりよい中高年看護師のキャリア継続支援のための示唆を得ること」である。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の操作的定義

1) 中高年看護師

役職についておらず、専門的な資格を有しない40歳以上の看護師とした。

2) 看護管理者

本研究においては、看護部門の責任者の職にある看護師とした。

2. 研究デザイン

中高年看護師のキャリア継続に対して看護管理者がどう考え、どうアプローチしてきたかという過程を明らかにしていくことから、質的研究デザインである。研究手法は「質的記述的研究方法」を用いる。

3. 研究参加者

研究参加者をA県内の300床以上の国公立病院の看護管理者とした。A県内の条件を満たす医療施設より無作為抽出にて選び、研究参加に同意の得られた看護管理者9名とした。

4. データ収集方法

半構成的面接法を採用した。研究者は1回で60分程度の面接を行い、その際に、研究参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。録音に承諾が得られなかった場合、面接内容を筆記でとどめることへの承諾を得て行った。研究参加者とその所属施設の背景として、性別、看護師経験年数、看護管理者としての経験年数、所属施設の病床数、病床区分、看護師数、看護師の平均年齢を聴取した。研究目的に沿って作成したインタビューガイドを使用し、看護管理者の思いを自由に語ってもらった。

5. データ分析方法

面接によって得られた逐語録データ、または筆記によって得られたデータから質的帰納的に分析した。インタビューで得られた中高年看護師のキャリア継続支援について、1つのまとまりをもつ意味ごとに区切り、内容を示すコードを抽出した。意味内容の類似性に基づいてコードをまとめ、共通する意味を示す抽象化の作業を繰り返し、中高年看護師のキャリア継続に対する支援を示すカテゴリーを抽出した。そこからカテゴリー同士の関係やカテゴリーと全体との関係を確定するために系統的に探査を行った。分析結果の信頼性として、生データをもとに表現が適切であるか、研究者間で討議して確認作業を繰り返して作成した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、静岡県看護協会倫理委員会に提出し、承認を得て実施した。研究参加者へは研究の趣旨についての文書を郵送し、改めて口頭での研究参加依頼を行った。口頭で研究参加への同意が得られた場合のみ、面接の日時と場所を調整した。面接時に改めて、研究の目的、方法、研究協力は自由参加であること、途中でも参加を辞退できること、不利益は生じさせないこと、匿名性を保障すること、同意を得た上で研究結果を公表すること、データの保管は厳重に行い、研究終了後にデータは裁断し処理することについて文書および口頭で説明した。研究データ、および研究参加者の同意書は、研究者が厳重に保管した。本研究の学会発表、研究報告に関して、研究協力者から承諾を得ている。

V. 結 果

1. 分析対象者の概要

A 県内の 300 床以上の国公立病院の看護管理者 9 名から研究協力の同意を得た。同意の得られた 9 名に対してインタビューを行い、分析対象とした。その概要は、性別は女性 9 名 53～60 歳 (平均 57.9 歳)、看護師経験年数は 32～39 年 (平均 35.3 年) であった。看護管理者の経験年数は 1～5 年 (平均 3.2 年) であった。1 人あたりのインタビュー時間は 42～102 分 (平均 62 分) であった。

2. 分析結果

データから得られた 588 のコードから 18 のサブカテゴリーが生成され、4 つのカテゴリーに統合された (以下〈 〉内に表示)。(図 1)

以下、カテゴリー、サブカテゴリー (以下〈 〉内に表示) ごとにインタビューデータを用いて説明する。研究参加者の語りは「」として表記する。

1) 〈看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける〉
 〈中高年看護師は看護実践能力が高い〉

「頭の中でアセスメントする能力は長けてるんですね。「あんな～こんな～じゃないの」とかって。そこにヒントが、ほんとあったりするの事実。」

「狭い世界の中でいろいろ異動があるんですけども、どこでもやってもらえる経験があるから、どこに回してもやってくれるっていう」。

看護管理者は、中高年看護師の看護実践能力を高く評価しており、ベッドサイドでの看護の経験の価値を認めていた。これより〈中高年看護師は看護実践能力が高い〉のサブカテゴリーを抽出した。

〈中高年看護師の仕事に対する姿勢に物足りなさを感じている〉

「やっぱり変化を怖がるっていうかね、変化を嫌う感じ。」
 「仕事では割り当てられた業務をするだけになることも多い。」

看護管理者は、中高年看護師が持つ看護実践能力が現場で十分に発揮されていないと感じる場面を語り、中高年看護師の仕事に対する姿勢に対する物足りなさを感じていた。これより〈中高年看護師の仕事に対する姿勢に物足りなさを感じている〉のサブカテゴリーを抽出した。

〈中高年看護師の存在は周囲への影響が大きい〉

「そのあたりの世代が率先して、私はこれをやりたいんですっていうことをいうと全面的に協力です、もう全然違います。私たちが言うのと。」

「発言力は強い。影のリーダー。良いことも悪いこともリーダーシップをとっている。」

看護管理者は、中高年看護師が発する言葉や行動は周囲の看護師への影響が大きいと考えていた。その言動は部署の運営に関係することも多く、中高年看護師が前向きになること

が看護部の目標の達成に有効に働くことを認識していた。これより〈中高年看護師の存在は周囲への影響が大きい〉のサブカテゴリーを抽出した。

〈中高年看護師は役割を避けたがる〉

「やっぱり教育に携わるであるとか、いろんな役割を担うことを比較的避けて通りたいってタイプの人が多いのかなとは思っています。」

「目立つと役割を付けられちゃうので、目立たずにお金がもらえて働けばいいっていう考えの人もいるんです。」

役職に就かず働いてきたという現在の状況は、本人の選択によるものであったという側面があり、中高年看護師の仕事に対するそうした姿勢を看護管理者は認識していた。これより〈中高年看護師は役割を避けたがる〉のサブカテゴリーを抽出した。

〈中高年看護師は年齢を重ね、体力や適応力が低下していると感じる〉

「40 代以上の人たちは、吸収するのきつと大変な思いで毎日やっている中で、ゆとりを持ちたいなとも思ってるんじゃないかって思うと、あまりキツイことも言えないなと思います。」

「中には体力的に低下していて夜勤が出来ない、記憶力の低下で新しい業務をなかなか覚えられないということもある。」

看護管理者は、自身の年齢と重ねあわせて、中高年看護師の体力や適応力の低下を感じていた。その中で中高年看護師が余裕を持たずにいたり、仕事への負担感を持っているのではないかと推測していた。これより〈中高年看護師は年齢を重ね、体力や適応力が低下していると感じる〉のサブカテゴリーを抽出した。

〈看護管理者は中高年看護師と若い看護師との間に隔たりがあると感じている〉

「若い子は休憩でも話さずにスマホいじっちゃってますから。対人関係がなかなか弱くなってますね。」

「50 代以降の看護師の夜勤を減らしたりするんですが、そのときに若干不公平感っていう、同じ正職員なのに、何である人たちだけがって思う可能性があるとは思っていたので。」

新人教育の制度の変化に対応する必要性をトップマネジメントとして理解していることが語られた。現場で一緒に働く中高年看護師たちが、そのギャップを感じ、コミュニケーションをどのように取るかを模索している状況に気付いており、隔たりを埋める努力をしていた。これより〈看護管理者は中高年看護師と若い看護師との間に隔たりがあると感じている〉のサブカテゴリーを抽出した。

〈看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける〉のカテゴリーは、〈中高年看護師は看護実践能力が高い〉、〈中高年看護師の仕事に対する姿勢に物足りなさを感じている〉、〈中高年看護師の存在は周囲への影響が大きい〉、〈中

カテゴリー	サブカテゴリー	研究参加者の語りの例
看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける	中高年看護師は実践能力が高い	<p>画の中でアセスメントする能力は長けてるんですね。「あんな〜こんな〜じゃないの」とかって。そこにヒントが、ほんとおったりするも事案</p> <p>狭い世界の中でいろいろ異動があるんですけども、どこでもやってももらえる経験があるからどこに回ってもやってくれるって</p> <p>力はすごく持っている人が多いと思います</p> <p>いろいろな部署を経験している人が多いので、どのような状況にも対応できる</p>
	中高年看護師の仕事に対する姿勢に物足りなさを感している	<p>そういう自分のキャリアアップの看護の専門性って、やり進めればそれはやりがいがあるんだけど、なかなかそのチャレンジをするのが難しい</p> <p>この40代とかの第六感のなのは、鋭い。動こうとはしないけれど、ぼろっという言葉に。「なんてね」とかって。気づいているんですね。「〜じゃないの?」とか。だけど自分では動かない</p> <p>やっぱり変化を怖がるっていうかね、変化を嫌う感じ</p> <p>家庭中心だと、仕事では別行動でやられた業務をするだけになることも多い</p>
	中高年看護師の存在は周囲への影響が大きい	<p>そういう人たちがずっと長い歴史を知っているんで、その中で発言してくれるといきにはいいように回るけど、逆に言うところ抑制力になる場合もあるので、そういう意味では発言力っていうのは大きいと思います</p> <p>その子たちが、そのあたりの世代が率先して、私はこれをやりたいんでっていうことをいうと全面的に協力する、もう全然違います。私たちが言うのと</p> <p>発言力は強い。影のリーダー。良いことも悪いこともリーダーシップをとっている</p>
	中高年看護師は役割を避けたがる	<p>やっぱり教育に携わるであるとか、いろんな役割を担うことを比較的避けて通りたいってタイプの人が多いのかなは思っています</p> <p>目立つと役割を付けられちゃうので、目立たずにお金もらえて働ければいいっていう考えの人もいます</p>
	中高年看護師は年齢を重ね、体力や適応力が低下していると感じる	<p>もう、毎日毎日あふたあふた、電カとかね。慣れるのも大変</p> <p>何か溢れている感じ。毎日きつとほんとに。20代の子たちは、水を飲もうように吸収していくと思いますけど、40代以上の人たちは、吸収するのきつと大変な思いで毎日やっています。ゆとりを持ちたいとも思っているんじゃないかって思うと、あまりキツイことも言えないなって思っています</p> <p>中には体力的に低下して夜勤が出来ない、記憶力の低下で新しい業務をなかなか覚えられないということもある</p>
	看護管理者は中高年看護師と若い看護師との間に隔りがあると感じている	<p>若い子は休憩でも話さずにスマホいじっちゃってますから。対人関係がなかなか弱くなってますね</p> <p>50代以降の看護師の役割を減らしたりするんですが、そのときに若干不公平感っていう、同じ正職員なのに、何であの人たちだけが思う可能性があると思っていたので。若い子には減らす理由を先手で説明する</p>
	中高年看護師に対して、部下として、看護師仲間として愛情を持っている	<p>ラウンドに行ったときには、必ず声をかけたりとか、そういうことをしながら、なんていうんですかね、いつも関心持っているみたいな。意識づけはするようにしていますけど</p> <p>やっぱり私はほんとに部下を一生懸命愛しています。同じ仲間なのでね、部下を大事にしたいなって</p> <p>要めるってことは本当にその人のことを分かっていうことなんです。『すごい』はその人にとっても『すごい』でなければならぬ</p>
	中高年看護師の働き続ける姿から、彼女たちが看護を好きで続けていると考えている	<p>看護が好きだと思うんですよ、振って以上、看護にその人たちの何かしらの思いがあって、ずっと。ただお金じゃじゃないかと思ってるので</p> <p>辛いこともね、いっぱいね。当然あるけれども、それをやってこれたのは何かしら現場にやりがいや幸せがあって、絶対的にあるはずだからこを続けているんだと思うので</p>
	子育てしながら働いている状況へのねぎらいの気持ちがある	<p>子育て支援の体制もずいぶん整っているんですけど、やっぱりそういうものを使ってもこういう急性期の病院で働いていうのは子育てしながら働くっていうのは大変なんだろうなって</p> <p>育児と両立してきた人がほとんどで、その人たちの中で40代以上って言うところ、ホントに長く家庭と両立して頑張ってきていて</p>
	中高年看護師は現場で実践できるスキルの学習への関心が高い	<p>在宅、退院支援のこととか、そういうところですね。急性期なので、その急性期に向けたケアのこととかっていうのは、一生懸命研修に行ってます。すぐに使えるところには関心は高い</p> <p>自分で選んでますので、そのくらいの人たちは退院支援だったり、認知症だったりの研修ですよね</p> <p>今のトピックスで認知症とか包括ケアみたいな、そういうところは興味があるようですね</p>
看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中に取り組んでいることを見出していると考えている	中高年看護師の力に期待している	<p>副任ができたときは、やっぱり、今まで全然見向きもなかった人たちが結構振り向いてくれて、まあこれって承認って、やっぱり大事だかって感じなんです</p> <p>研修のあとで病棟でいろいろ聞かれたりすると、彼女たちにとってはそこが、やっぱりすごくやりがいにつながっているんだと思う</p> <p>病院ではクリスマスってあんまりやらないんだけど、「やらない?」って声かけたら、「私こんな買ってきますね」なんてすぐやうに行動してきた</p> <p>もっとな、いい味をだしてもらいたって思います</p> <p>うまくいけばすごく、そういう人たちが(中高年看護師)が推進力になってくれたらいい。お互いに目標というか、やりたいことが一致すれば非常にいい、いいですよ</p> <p>部長がベテランスタッフを頼るとも思いますが、それがその人たち(中高年看護師)が力を発揮できるっていうところに繋がれば、一番いいんです</p>
	中高年看護師は自分の看護を語ることで喜びややりがいに繋げている	<p>なかなか自分の考えとか看護観を伝える機会が今までなかったんですけど、こういう研修を行うことによって自分の看護を若手の人たちと同期に伝えることによってその人に対する評価が違ってくる</p> <p>看護について話してもらおうと、すごいな、と。思いが。で、そういうふうに出て看護を語るとその人に対する見方が変わったり</p> <p>成果発表会での発表、自分の名前で発表することで(中高年看護師たちが)認められたって思う</p>
	看護管理者が中高年看護師の活躍できる場を作っている	<p>研修で何回か期間置いて、看護について話すことをサポートしていったら、とてもいい、みんなに対して発表をしたりとか、自身の意見を語ったりとかっていうことができたので、やっぱりそういう研修会はとても大事なことだと思ったんです</p> <p>役割を持ってもらう事・・・学生の指導者ですが、やってみるとこの人は本当に人を育てるのが好きだったんだと気づくことがあったりする。その人が変わるチャンスを作る</p>
	中高年看護師が現場で力を発揮するには中間管理職である部長の働きが重要と考える	<p>柔な所へ異動を希望してきますが、本当に働き続けられる支援としては、そういう部署異動は必要。体の不具合も出てきますので、50くらいになると。それに合わせて</p> <p>私は今何が問題かって言って、問題を聞いて、私ができる支援はねっていう提案をするんですけど、これならできると</p> <p>どうしても病棟の勤務が厳しいとか。年2回意向調査をとって、自分から外来に異動したいとか言うような場合は、それは検討して。自分が望んだような部署に配置することはやっていますので。そういうところで負担が少し減ったりしてるのかな</p> <p>いま、私が部長たちに言っているのは、(研修が)手挙げたからって言ってもみんながそうやって主体的にできるわけではないので、これはやっぱり、いい機会に配置することによって、そういうふうにもってかかないといけないので、やらないといけない</p> <p>部長さんのスタッフへの関わりですね、やっぱりスタッフの動きを見ながら確認して承認してあげてとか</p> <p>(中高年看護師が)現場で輪を乱すこともありますが、あります。ただ、それは部長のマネジメントの知恵でやってもらう</p> <p>部長さんたちの課題ですね、承認っていうところ</p>
	中間層以上の看護師を対象とした研修の必要性を感じている	<p>卒業3年まではしっかりと指導がいくんですけど、その後って手が離れてしまって、もう30代後半から40以上になるとほとんど声もかけられない、っていうような</p> <p>(看護)話す機会だと思っすよ。みんなが行けるわけじゃないけれど、背中をちょっと押してきて、すぐリフレッシュになったりとか、見直すチャンスになるので、そういうのがもっと提供できればなと</p> <p>菅原さんだと学会に行ったりして、そこで周りの風を感じられるけれども、スタッフさんたちはそういう機会が少ない。それがやっぱり課題だと思います</p>

図 1

「中高年看護師は役割を避けたがる」, 「中高年看護師は年齢を重ね、体力や適応力が低下していると感じる」, 「看護管理者は中高年看護師と若い看護師との間に隔りがあると感じている」から抽出した。看護管理者は、中高年看護師を多様

な側面から捉えていた。それは、組織運営の中で看護部門の代表者として人材を適切に評価するという側面や、その人材を組織の中でどのように活かしていくかと考える側面があった。

2) <看護管理者は中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている>

《中高年看護師に対して、部下として、看護師仲間として愛情を持っている》

「やっぱり私はほんとに部下を一生懸命愛したいです。部下を大事にしたいなって。」

「褒めるってことは本当にその人のことを分かるっていうことなんです、『すごい』はその人にとっても『すごい』でなければならない。」

看護管理者は、部下に対して愛情を持ち、その気持を言葉で、態度で積極的に意図的に発信し、看護師たちに伝わるようにしていた。看護部門の責任者として士気を向上するという目的もあったが、看護管理者がどれほどに部下を大事に思い、共に働いてきた仲間を守りたいという熱い気持ちで愛情を注いでいることが表現された。これより《中高年看護師に対して、部下として、看護師仲間として愛情を持っている》のサブカテゴリーを抽出した。

《中高年看護師の働き続ける姿から、彼女たちが看護を好きで続けていると考えている》

「看護が好きだと思うんですよ、続けている以上、看護にその人たちの何かしらの思いがあって、ずっと。ただお金だけじゃないと思っているので。」

「辛いこともね、いっぱいね、当然あるけれども、それをやってこれたのは何かしら現場にやりがいや幸せがあって。だからこそ続けているんだと思うので。」

意向調査や、普段の面接の中で中高年看護師が不満を口にしても、結果として働き続けている事実があり、看護管理者自身が現場をラウンドすることにより、その働きや職場の空気感から、中高年看護師たちが看護が好きで仕事を続けていると考えていた。これより《中高年看護師の働き続ける姿から、彼女たちが看護を好きで続けていると考えている》のサブカテゴリーを抽出した。

《子育てしながら働いている状況へのねぎらいの気持ちがある》

「子育て支援の体制を使っても子育てしながら働くっていうのは大変なんだろうなって。」

「育児と両立してきた人がほとんどで。その人たちの中で40代以上って言うと、ホントに長く家庭と両立して頑張ってきていて。」

中高年看護師の世代は子育てを10年以上続けている人が多いと看護管理者は語り、両立していく大変さに共感していた。昨今のワークライフバランスの取り組みから制度が整備されてきているが、中高年看護師は既に数年～十数年以上の両立をしている世代であることを挙げ、働き続けてきたことを高く評価していた。これより《子育てしながら働いている状況へのねぎらいの気持ちがある》のサブカテゴリーを抽出した。

<看護管理者は中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている>のカテゴリーは、《中高年看護師に対して、部下

として、看護師仲間として愛情を持っている》、《中高年看護師の働き続ける姿から、彼女たちが看護を好きで続けていると考えている》、《子育てしながら働いている状況へのねぎらいの気持ちがある》から抽出した。看護管理者は、上司として中高年看護師に対して、関心を持っている、見ている、感謝している、と語り、そうした自身の気持ちを態度で伝えることに積極的であった。好意を伝えることには組織運営上の役割という側面もあったが、看護管理者が長年にわたり、頑張っている、患者さんに尽くしているという中高年看護師の働きに純粋な温かな気持ちを持ち、一緒に看護をする仲間を大切に思うという側面もあった。さらに中高年看護師の大半が子育て世代であり、家庭との両立という課題に数年にわたって取り組んでいることを挙げ、継続の原動力は看護が好きだという気持ちだと結論づけていた。

3) <看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中にやりがいを見出していると考えている>

《中高年看護師は現場で実践できるスキルの学習への関心が高い》

「急性期なので、その急性期に向けたケアのこととかがっていうのは、一生懸命研修に行ってます。すぐに使えるところには関心は高い。」

「今のトピックスで認知症だとか包括ケアみたいなの、そういうところは興味があるようですね。」

中高年看護師の希望する研修会の内容の傾向から、看護管理者は彼女たちが現場の看護に直につながられる、すぐに実践できる技術や知識に関心が高いと考えていた。また、そうした内容の研修に行った後に、現場で応用できるスキルの高さも評価していた。これより《中高年看護師は現場で実践できるスキルの学習への関心が高い》のサブカテゴリーを抽出した。

《看護管理者が経験した中高年看護師がやる気を出したエピソード》

「副主任ができたときは、やっぱり、今まで全然見向きもなかった人たちが結構振り向いてくれて、ああこれって承認って、やっぱり大事だなって感じたんです。」

「研修のあとで病棟でいろいろ聞かれたりすると、彼女たちにとってはそこが、やっぱりすごくやりがいにつながっているんだと思う。」

看護管理者は、中高年看護師が役割を持つことの必要性を感じていた。中高年看護師にとっての役割を持つ機会は、承認される経験に繋がり、承認されることがやる気につながるという出来事を看護管理者は経験していることを語り、上司としてそういう場を作ることが大切だと認識していた。これより《看護管理者が経験した中高年看護師がやる気を出したエピソード》のサブカテゴリーを抽出した。

《中高年看護師の力に期待している》

「もっとね、いい味をだしてもらいたいって思います。」

「うまくいけばすごく、そういう人たち（中高年看護師）」

が推進力になってくれたらいい。」

看護管理者は、中高年看護師の持っている力に期待していた。看護実践能力が高く、看護師としての経験もある彼女たちの良さを引き出していききたいという気持ちが語られた。これより「中高年看護師の力に期待している」のサブカテゴリーを抽出した。

「中高年看護師は自分の看護を語ることで喜びややりがいに繋げている」

「なかなか自分の考えとか看護観を伝える機会が今までなかったんですけど、こういう研修を行うことによって自分の看護を若手の人たちとか同僚に伝えることによってその人に対する評価が違ってくる。」

「看護について話してもらえると、すごいな、と。思いが。で、そういうふうと考えて看護をしてるんだって思うとその人に対する見方が変わったり。」

看護管理者は、中高年看護師が語る看護の内容を高く評価していた。看護は中高年看護師が好きで続けてきたことだからこそ、看護管理者は語りの内容に素晴らしいものがあると感じ、その二十年以上の経験の蓄積に対する敬意を語っていた。これより「中高年看護師は自分の看護を語ることで喜びややりがいに繋げている」のサブカテゴリーを抽出した。

「看護管理者が中高年看護師の活躍できる場を作っている」

「研修で、看護について話すことをサポートしていったら、とてもいい、みんなに対して発表をしたりとか、自身の意見を語ったりとかっていうことができてきたので。」

「役割を持ってもらう事・・・学生の指導者ですが、やってみるとこの人は本当は人を育てるのが好きだったんだと気づくことがあったりする。その人が変わるチャンスを作る。」

看護管理者は、中高年看護師が活躍できる場を作ることが、彼女たちのやる気を引き出すきっかけとして効果があると考えており、そうした機会の創出に取り組んでいた。これより「看護管理者が中高年看護師の活躍できる場を作っている」のサブカテゴリーを抽出した。

「看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中にやりがいを見出していると考えている」のカテゴリーは、「中高年看護師は現場で実践できるスキルの学習への関心が高い」、
「看護管理者が経験した中高年看護師がやる気を出したエピソード」、
「中高年看護師の力に期待している」、
「中高年看護師は自分の看護を語ることで喜びややりがいに繋げている」、
「看護管理者が中高年看護師の活躍できる場を作っている」から抽出した。看護管理者は病院での数々の場面から中高年看護師が日常の看護に高い関心を持ち、それぞれが自分の環境や状況と折り合いをつけつつ、出来る範囲で学習に取り組んでいると考えていた。さらに看護管理者が中高年看護師との関わりの中で経験した、中高年看護師がやる気を出した場面が数多く語られた。その経験から看護管理者は、中高年看護師に対する承認が大きな意味を持つという側面と中高年看護師が自身の看護観を表出することの重要性を確認したとい

う側面もあった。

4) <看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する>

「看護部門の責任者として、中高年看護師が働き続けられる環境を作る」

「楽な所へ異動を希望してきますね、本当に働き続けられる支援としては、そういう部署異動は必要。体の不具合も出てきますので、50くらいになると。」

「私は今何が問題って言って、問題を聞いて、私ができる支援はねってという提案をするんですよ、これならできるよ。」

看護管理者は、中高年看護師の身体的な負担に配慮し、勤務を継続できるように部署異動を行っていた。また、家庭の事情により変則勤務が難しい、休暇が必要等の相談にも耳を傾け、組織として支援できることを提案したり、困っている状況に共感することで、看護師として働き続けられるように支援していた。これより「看護部門の責任者として、中高年看護師が働き続けられる環境を作る」のサブカテゴリーを抽出した。

「中高年看護師が現場で力を発揮するには中間管理職である師長の働きが重要と考える」

「師長さんのスタッフへの関わりですね、やっぱりスタッフの動きを見ながら傾聴して承認してあげてとか。」

「(中高年看護師が)現場で輪を乱すこともありますよ。ただ、それは師長のマネジメントの知恵でやってもらう。」

中高年看護師にとっては部署の管理者である師長は最も近い存在の上司であるため、看護管理者は師長たちが関わることで、中高年看護師のやりがいを創出したいと考えていた。看護管理者だけでなく、師長にも取り組んでもらうために、具体的に指導や助言を行っていた。これより「中高年看護師が現場で力を発揮するには中間管理職である師長の働きが重要と考える」のサブカテゴリーを抽出した。

「中堅層以上の看護師を対象とした研修の必要性を感じている」

「卒後3年まではしっかりと指導がいくんですけど。もう30代後半から40以上になるとほとんど声もかけられないし。」

「管理者さんだと学会に行ったりして、そこで周りの風を感じられるけれども、スタッフさんたちはそういう機会が少ない。それがやっぱり課題だと思います。」

中高年看護師を含み、セカンドキャリア世代までの看護師への研修機会が少ないと看護管理者は感じていた。若い世代には豊富に用意されている研修プログラムが働き始めてから一定の期間を過ぎると減っていくことから、中堅層以上の看護師に対して、それぞれの経験値にふさわしい研修を提供する必要性を感じていた。これより「中堅層以上の看護師を対象とした研修の必要性を感じている」のサブカテゴリーを抽出した。

「看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する」は、「看護部門の責任者として、中高年看護師

が働き続けられる環境を作る」, <中高年看護師が現場で力を発揮するには中間管理職である師長の働きが重要と考える>, <中堅層以上の看護師を対象とした研修の必要性を感じている>から抽出した。看護管理者は, 中高年看護師の支援について, 看護部門の責任者の自分にできること, 自分にしかできないことを考えていた。中高年看護師が今の病院で働き続けるには何が必要なのかを見極め, 判断し, 行動していた。中高年看護師たちの身体的な負担軽減や家庭環境の変化により働き方の変更を余儀なくされる状況に上司として対応し, 彼女たちのやりがいの創出については直属の上司である師長への指導や助言を行うことも大切だと考えていた。

VI. 考 察

抽出された4つのカテゴリーをそれぞれに考察する。

1. カテゴリー<看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける>

看護管理者は, 中高年看護師を客観的に様々な方向から位置付けていた。看護管理者は部門責任者として自身が統括する看護師が組織の中で最も効果的にその能力を発揮し, 看護の質の向上を図ることを役割として担っているため, 中高年看護師に対しても, どのように職場の中で働いてもらうことが望ましいかを常に思考していたと思われる。管理者として組織の人的資源を把握し, 自施設の看護をより良い方向に導いていくための戦略を立てる上で, こうした思考が日常的になされていると考えた。高柴は40代看護師にとっての仕事の意味の中で中高年看護師が「発言力はあるけど, 怒られない, 褒められない」と自分たちの存在意義にむなしさや不安を感じていることが窺えたとしている¹²⁾。鈴江も, 部署の管理者である師長は, 中高年看護師のキャリア支援として, 実践能力の停滞と, 昇進の見通しが無いというキャリア上の停滞は自己コントロールが不可能であることから, 【プラトー状態の受容】を認識していた, とした¹³⁾。本研究の研究参加者の看護管理者が自施設の中高年看護師に対して語った視点には, 昇進することがなく, 承認機会が少ない中で淡々と働く側面と同時に, 看護実践能力を冷静に評価する側面があると考えられた。

2. カテゴリー<看護管理者は上司として中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている>

看護管理者は, 中高年看護師が看護という仕事を続けてきたことに対して敬意を払い, 『大変だと思う』『頑張っている』という言葉で, 日ごろの努力を表現していたのは, 苦労や困難に共感する気持ちが存在すると思われる。看護管理者の多くが自身の経験と, これまで仕事を続けてきた中高年看護師の姿を重ねていると思われた。そうしたねぎらいの気持ちと同時に『お金だけではない』と彼女たちが働き続ける理由を評価しているのは, 普段の仕事に取り組む姿勢に目を配り, その内容を信頼しているからだと思われた。

3. カテゴリー<看護管理者は中高年看護師が日常の看護の

中にやりがいを見出していると考えている>

山崎は, 中高年看護師は, 役職登用のチャンスに恵まれなかった看護師というネガティブな存在ではなく, 現場の第一線で患者の看護に価値を見出し, ジェネラリストとして看護を楽しみ, 専門職として成長を続ける非常にポジティブな存在であった, としている¹⁴⁾。山内は, 中堅看護師の高い実践力に期待するのみでなく揺れながら奮闘している中堅看護師に日ごろから声をかけ, そのうえでできている実践に対してしっかりと言葉にして評価を与えていくことは必要である, と述べている¹⁵⁾。これらの先行研究から考えられる中高年看護師像は, 看護にやりがいを感じ, 高い実践能力を持つものであり, 彼女たちへ評価を伝えることが重要と考える。本研究の参加者である看護管理者は, 中高年看護師の語る看護に触れたり, 実践的なスキルへの関心の高さが現れる場面から中高年看護師たちが看護を楽しんでいることや成長していることを実感していたと思われる。日常の看護ケアの価値を認め, 承認することが必要と認識しており, 今後の中高年看護師の成長を促すために承認の機会を増やしたいと考えていたと思われる。

4. カテゴリー<看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する>

職業継続においては意欲と同時に環境が大きな要因となる。ハーズバーグの二要因論によれば, 動機づけと同時に衛生要因が存在する¹⁶⁾。看護管理者は, こうした視点からもアプローチを行っていたと思われる。小手川は, 組織として中堅看護師が自己の状況を客観的に認識する, 価値観に基づいて看護を実践するなどの自己の内発する力を発揮できる環境を作り, 更にレジリエンスなどの中堅看護師の力を引き出す支援を行うことが, 看護職からの離職を防止しキャリア発達の中断を防ぐために重要であることが示唆された, としている¹⁷⁾。小野は, 研究対象の中高年看護師が労働者としての役割, 妻・母役割, および親を介護する役割などの複数の役割を担うことによって生じる困難を抱えていた, としている¹⁸⁾。身体的な衰えを感じる年代となった中高年看護師にとって, 家庭の状況に配慮した勤務体制の変更や異動に協力的な上司の存在は職務を継続するための支援であると思われる。看護管理者は自身の持つ権限である勤務体制の調整や異動を通じて, 中高年看護師が働きやすく, 仕事を続けることを選択するような環境を作っていたと思われる。

ただし, 看護管理者が, すべての中高年看護師の日常を把握することは困難であり, そうした役割を師長の働きに期待していると思われた。看護管理者が師長に指導や助言をすることで, 中高年看護師が職場の中でその存在意義を発揮し経験から培われた看護実践を楽しめる職場環境を提供したいと考えていた。

また, 中高年看護師が持てる力を十分に発揮するためには, 看護観を語る場を創出することや, 中高年看護師同士が交流する場を設定することを考えており, そうした活動に対する

支援も希望していると思われた。

5. カテゴリー間の関係性

カテゴリー間の関係性としては、看護管理者は中高年看護師に対して<看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける>が、その基盤になるのは<看護管理者は上司として中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている>ことであり、<看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中にやりがいを見出していると考えている>ので、看護実践の充実と職場の環境づくりが<看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する>ことに繋がると考え、行動していたと思われた。

今後の、現場の看護管理者への支援として、中高年看護師が看護観を語る場の創出や、中高年看護師同士が交流する場の設定等の企画や、中高年看護師が職場で力を発揮できるような職場を中間管理職が作れることを目標とした研修等が有用である可能性が示唆された。

6. 研究の限界

本研究の研究参加者は A 県内の 300 床以上の国公立病院の看護管理者 9 名であるという限定されたものであり、この結果が異なる環境の医療施設において当てはまるかどうかは不明である。また、A 県内でも地域によって看護師の充足状況は異なり、今回の調査でも中高年看護師が現場で担っている役割は多様であった。今後は、さらに研究参加者の範囲を広げ、小規模な医療施設や病床区分の異なる医療施設におけるデータの収集を行うことで、中高年看護師のキャリア形成支援を充実させることができる可能性がある。

VII. 結 論

看護管理者は中高年看護師のキャリア形成について、どのように考え、どのような取り組みをしているかの内容は、<看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける>、<看護管理者は中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている>、<看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中にやりがいを見出していると考えている>、<看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する>の 4 つのカテゴリーに統合された。

カテゴリー間の関係性としては、看護管理者は中高年看護師に対して<看護管理者は中高年看護師を様々な側面から位置づける>が、その基盤になるのは<看護管理者は上司として中高年看護師に温かな好意的な気持ちを抱いている>ことであり、<看護管理者は中高年看護師が日常の看護の中にやりがいを見出していると考えている>ので、看護実践の充実と職場の環境づくりが<看護部門の責任者として中高年看護師が働き続けることを支援する>ことに繋がると考え、行動していた。

看護管理者への支援として、中高年看護師が看護観を語る場の創出や、中高年看護師同士が交流する場の設定等の企画や、中高年看護師が職場で力を発揮できるような職場を中間

管理職が作れることを目標とした研修等が有用である可能性が示唆された。

なお、本論文の内容の一部は、第 48 回日本看護学会看護管理学会集會にて発表した。また、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) 公益社団法人日本看護協会 (2021), 2021 年病院看護・外来看護実態調査, 2022 年 4 月 18 日閲覧, <https://www.nurase.or.jp/home/publication/pdf/research/97.pdf>.
- 2) 公益社団法人日本看護協会 (2022), 看護職の働き方改革, 2022 年 4 月 18 日閲覧, <https://www.nurse.or.jp/shuroanzen/hatarakikata/index.html>.
- 3) 厚生労働省 (2020), 我が国の人口について, 人口の推移, 人口構造の変化, 2023 年 8 月 20 日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.htm.
- 4) 厚生労働省 (2021), 令和 2 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況, 結果の概要, 2023 年 8 月 20 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/kekka1.pdf/>.
- 5) 山崎恵子, 内田宏美, 長田京子, 他: 中高年看護師の職業継続のプロセスとその思い, 日本看護管理学会誌, 16(1), p.34-44, 2012.
- 6) 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, 看護科学学会誌, 35, p.101-110, 2015.
- 7) 高柴律子, 佐藤紀子: 40 代看護師にとっての仕事の意味, 日本看護管理学会誌, 17 (1), p.57-66, 2013.
- 8) 山内彩香: 中堅看護師が捉える他者からの承認が中堅看護師の認識と実践に及ぼす影響, 大阪医科大学看護研究雑誌, 9 (1), p.13-26, 2019.
- 9) 櫻間知佐子, 山田聡子, 中島佳緒里: 中高年看護師のワーク・エンゲイジメントと看護実践能力との関連, 日本看護管理学会誌, 25 (1), p.34-45, 2021.
- 10) 鈴江智恵: 非管理職中高年看護師の組織内キャリア発達支援—看護師長が支援方法を具体化していくプロセス—, 人間環境学研究, 15 (2), p.173-181, 2017.
- 11) 木村裕美子, 早瀬良, 三上れつ: キャリア中期にあるジェネラリスト・ナースの役割行動と影響要因, 看護教育研究学会誌, 12 卷 (1), p.27-37, 2020.
- 12) 前掲 7), p.65.
- 13) 前掲 10), p.177.
- 14) 前掲 5), p.42.
- 15) 前掲 8), p.24.
- 16) Paul Hersey, Kenneth H.Blanchard, Dewey E.johnson: 行動科学の展開 [新版], 生産性出版, p.76-84, 2007.
- 17) 小手川良江, 本田多美枝: 中堅看護師が職務継続の危機を乗り越えるプロセス, 日本赤十字看護学会誌, 19 (1), p.37-48, 2019.
- 18) 小野八千代, 朝倉京子, 杉山祥子: 中高年の看護師が困難を乗り越え就業を継続するプロセスに関する研究, 日本伝統医療看護連携学会誌, 1 (1), p.20-29, 2020.

◇研究報告◇

初期救急患者から3次救急患者に対応するA病院救急室 看護師が抱える倫理的悩み

笠原理絵子^{1)*}, 安達祥子²⁾, 高橋倫彦²⁾

A病院救急室は初期救急患者から3次救急患者に対応し、救急室看護師の業務内容は多岐にわたる。看護実践や診療の場面で看護師から不安の声や、救命と重症患者対応で治療処置が優先となり、患者家族に対し十分に対応できなかったなどの言葉が聞かれることがある。

今回、救急室看護師が看護実践の場面や出来事の中で抱える倫理的悩みを明らかにすることを目的に、A病院看護研究倫理審査委員会の承認を得、半構造化面接で研究を行った。録音したデータから逐語録を作成しコードを抽出した。結果で、11のカテゴリーと29のサブカテゴリー、93のコードを得た。結果から、救急医療ではアルゴリズムや初期治療が確立し医療者の行動が形態化している背景や、患者の尊厳を尊重したい思い、終末期に移行した時、患者家族に適切な環境や看護が提供できているのか、患者の意思決定時に介入の難しさを感じるなど、様々な思いから倫理的悩みが生じていたと考える。

【キーワード】 初期救急から3次救急、救急室看護師、ジレンマ、葛藤

I. はじめに

A病院救急室は、初期救急患者から3次救急患者の初期治療に幅広く対応し、患者からの電話対応など業務内容は多岐にわたる。看護師は診療や看護実践の場面で、この対応は大丈夫だったのだろうかと不安な気持ちを吐露することがある。また救命処置や重症患者対応の場面でも、治療や処置が優先になってしまう状況や、家族対応ができなかったという言葉も聞かれる。これらのことから看護師は自分が行った看護や日々の出来事を振り返りジレンマや葛藤を感じることもある。高野らの先行研究で、2次救急看護師が感じるジレンマは、「看護師の捉えた患者の状態と医師の指示・方針の間での板挟み」と、「医師の帰宅方針と不安を抱えた患者家族との板挟み」であった¹⁾。初期救急から3次救急室看護師に焦点を当てた研究は見当たらず、これまでA病院救急室でこのような研究に取り組んだことはない。今回、本研究を通して初期救急患者から3次救急患者に対応する救急室に勤務する看護師が看護実践の中でどのような倫理的悩みを感じるのかを知り、共有し対応できるための方法の示唆にしたいと考えた。

II. 目的

初期救急患者から3次救急患者に対応する救急室看護師が看護実践の場面や出来事の中で、どのような倫理的悩みを抱えているのかを明らかにする。

<用語の定義>

倫理的悩み：救急室での看護実践の場面や、出来事の過程で生じた看護師のジレンマや葛藤、思考を示す。また、救急室に勤務する看護師としてのあり方や、その立場に偏った考え方、他者との価値観の違いなどを含む。

III. 方法

1. 調査対象：A病院救急室看護師14名
2. 調査期間：令和2年9月～10月
3. 調査方法：半構造化面接法を用いた質的研究

インタビューガイドを用い、半構造化面接法で行った。面接場所は研究対象者の所属内で行い、プライバシーが確保できる場所で実施した。面接は1回限りとし、勤務に支障をきたさないよう調整し40分程度、面接を行った。面接内容は参

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 山形県立新庄病院 元山形県立中央病院 2) 山形県立中央病院

* E-mail : usajiihahoraana70nen@yahoo.co.jp

加者の承諾を得て IC レコーダーに録音し、面接終了後速やかに逐語録を作成した。

4. 調査内容：1) 救急室経験年数 2) 初期救急から3次救急患者に対応する A 病院救急室での倫理的悩みの有無 3) 倫理的悩みの具体的な場面 4) 倫理的悩みの場面で感じたジレンマや葛藤

5. データの分析方法

研究メンバーで面接時に録音したデータから逐語録を作成した。コード化の過程で、研究テーマについて述べている部分を前後の文脈に留意しながら、意味内容を損なわないよう要約しコード化した。サブカテゴリー化、カテゴリー化の過程では、抽出したコードを意味内容の同質性、異質性に基づき分類、集約した。分析の過程で、真实性を高めるため幾度も逐語録に戻り、研究メンバーで繰り返し検討を重ねた。また全ての過程において、看護研究に精通した指導者からのスーパーバイズを受け、主観的な分析に偏らないよう真实性を担保した。

IV. 倫理的配慮

研究の趣旨、研究参加の自由意志、個人情報守秘、不参加による不利益がないこと、研究論文等への公開の可能性を研究説明用紙にて説明した。説明から同意を確認するまで十分な期間を設け、参加の可否を検討できるようにし、同意書を回収箱へ投函してもらった。尚、本研究は山形県立中央病院看護研究倫理審査委員会による審査を受け、承認を得て実施した。インタビュー構成では、研究者と対象者が同救急室勤務であるため、精神的身体的負担とならないよう、対象者の救急室経験年数配分を考慮し、話しやすい雰囲気作りに努めた。インタビュー時間は30分～40分とした。

V. 結果

1. 対象者の概要

A 病院救急室看護師に研究依頼し、14名から同意を得られた。平均した部署経験年数は、4年10か月であった。

2. 初期救急患者から3次救急患者に対応する救急室看護師の倫理的悩み

分析の結果、11のカテゴリー、29のサブカテゴリー、93のコードが抽出された(表1)。以下、カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは〈 〉で、コードは「 」で示す。コードは、代表的な内容のコード1例を抜粋した。

【救急室でのルーティンな処置や治療】は、機械で行う心臓マッサージの衝撃、救急搬送時の脱衣、医師の指示や処置の優先〈非人道的と感じる処置への衝撃的な思い〉(救急車対応で脱衣を促す疑問)〈患者を取り囲み一気に処置を始める申し訳なさ〉であった。〈非人道的と感じる処置への衝撃的な思い〉は、「心臓マッサージ、機械(ルーカス)で、非人道的みたいな感じ、衝撃的でした。これが主流なんだと」、〈救急車対応で脱衣を促す疑問〉は「なんで(服を全部)脱がせるん

だろう…自分だったら嫌だな」、〈患者を取り囲み一気に処置を始める申し訳なさ〉は「意識清明な患者に、今どういう状況で、こういう処置をしていますという説明がないまま進んでしまう」だった。

【侵襲が大きい蘇生処置のあり方】は、高齢患者の蘇生処置、開胸などの救命処置〈(超)高齢患者に施される侵襲の大きい救命行為に対する疑問〉、〈侵襲が大きく、効果が期待されない救命処置に対する疑問〉であった。〈(超)高齢患者に施される侵襲の大きい救命行為に対する疑問〉は「高齢者のCPA(心肺停止)多いですよ。私達もできるだけのことはしますが、その患者さんや家族にとってこれが一番ベストなのかと考える」、〈侵襲が大きく効果が期待されない救命処置に対する疑問〉は「即死じゃないけど、もう厳しいだろうという方に対しても積極的な治療がなされる場面があるじゃないですか、開胸してみたりとか…それが本当にいいのかと思う」だった。

【軽症から重症患者の対応で煩雑な状況になるため、患者対応が疎かになる】は、診察場所の確保、煩雑となる死後処置とその家族対応、重症患者の対応、待ち時間〈診察場所の確保やベッド確保のため、患者を医療者の都合に合わせてしまう申し訳なさ〉、〈煩雑な状況から死後処置や家族で過ごす時間を確保できない申し訳なさ〉、〈重症患者を優先できなくなるジレンマ〉、〈待ち時間が長いことの心苦しき〉だった。

〈診察場所の確保やベッド確保のため、患者を医療者の都合に合わせてしまう申し訳なさ〉は「次から次へと救急車が来れば早く病棟に入院案内したいと思ってしまう。説明すら手短かに終わりにして申し訳ないと思う」、〈煩雑な状況から死後処置や家族で過ごす時間を確保できない申し訳なさ〉は「静かな環境を整えて、その人にとっての最期だからね。最期の時間というものを家族と一緒にとってあげたいと思うけどなかなか難しい」、〈重症患者を優先できなくなるジレンマ〉は、「胸痛患者を担当していた看護師が電話に出ていた時、診察に来た医師が『なんで看護師がいないんだ』と怒った。なるべく離れないようにと思うが電話の音が鳴りっぱなしで…優先順位や離れるなどというのは分かるが…」、〈待ち時間が長いことの心苦しき〉は「待ち時間…、待つね。そういう病院(初期救急から3次救急)だから仕方ないけど、ごめんささって。声かけようと思うけど行けない。ドアを開けると、そのたびに目線感じるから、あつて思う」だった。

【コミュニケーション不足により実践に生かせないチーム医療】は、急変時の医師の指示、医師とのコミュニケーション〈個々に飛び交う医師の指示を実践する看護師の困惑〉、〈医師とコミュニケーションがうまく取れないわだかまり〉だった。〈個々に飛び交う医師の指示を実践する看護師の困惑〉は、「重症な患者が来ると人(医師)が集まってくる。個々に指示が出て、誰に指示を出しているのかわからない。指示に従いますが、まとめる人(医師)が一人欲しい」、〈医師とコミュニケーションがうまく取れないわだかまり〉は「先生と

表1 初期救急患者から3次救急患者に対応する救急室看護師が抱える倫理的悩み

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
救急でのルーティンな処置や治療	非人道的と感じる処置の衝撃的な思い	心臓マッサージ、機械（ルーカス）で、非人道的みたいな感じ、衝撃的でした。これが主流なんだと。
	救急車対応で脱衣を促す疑問	なんで（服を全部）脱がせるんだろう…自分だったら嫌だな。 5人も6人も寄ってたかって来られるのは。「はい、脱ぎます」って。
	患者を取り囲み、一気に処置を始める申し訳なさ	意識清明の患者に、今どういう状況で、こういう処置をしていますという説明がないまま進んでしまう。 先生が処置を始めちゃうとストップできない。処置前に患者さんに言ってほしい。
侵襲が大きい蘇生処置のあり方	(超)高齢患者に施される侵襲の大きい救命行為に対する疑問	医療の限界じゃなく、本人の限界もあるのにな…。 高齢者のCPA(心肺停止)多いですよ。私達もできるだけのことはしますが、その患者さんや家族にとってこれが一番ベストなのかと考える。
	侵襲が大きく、効果が期待されない救命処置に対する疑問	即死じゃないけど、もう厳しいだろうという方に対しても積極的な治療がなされる場面があるじゃないですか、開胸してみたりとか…それが本当にいいのかと思う。 外見は本当に変わってしまうし、創も残るし…3次(救急)だから、やらなくてはいけないが…。
軽症から重症患者の対応で煩雑な状況になるため、患者対応が疎かになる	診察場所の確保やベッド稼働のため、患者を医療者の都合に合わせてしまう申し訳なさ	診察部屋を次のために空けないといけない。患者さんの出入りがあるから、段取りばかり説明して申し訳ない。 次から次へと救急車が来れば早く病棟に入院案内したいと思ってしまう。説明すら手短かに終わりにして申し訳ないと思う。
	煩雑な状況から死後処置や、家族で過ごす時間を確保できない申し訳なさ	(救急室の状況が)煩雑になってしまうと、ケア(死後処置)自体、ぱぱっとなったりすることがあるから、申し訳ないと思う。 静かな環境を整えて、その人にとっての最期だからね。最期の時間というもの家族と一緒にとってあげたいと思うけどなかなか難しい。
	重症患者を優先できなくなるジレンマ	胸痛患者を担当していた看護師が電話に出ている時、診察に来た医師が「なんで看護師がいないんだ」と怒った。なるべく離れないようにと思うが、電話の音が鳴りっぱなしで…優先順位や離れるなというのとはわかるが…。
	待ち時間が長いことの心苦しさ	待ち時間、待つね。そういう病院(初期救急から3次救急)だから仕方ないけど、ごめんなさいって声掛けしようと思うけど行けない。ドアを開けるとそのたびに目線感じるから、あつ…て思う。 みんなが重症じゃない。軽症の人もある。軽症の患者から「まだですか」と何度も言われる。でも、具合悪い人が待っているというのものもあるし。
コミュニケーション不足により実践に活かさないチーム医療	個々に飛び交う医師の指示を実施する看護師の困惑	急変時とかコードブルーとか、急に患者が運ばれてきても、指示がいろいろ飛ぶので困る。 重症な患者が来ると人(医師)が集まってくる。個々に指示が出て、誰に指示を出しているのかわからない。指示に従いますけどまとめる人(医師)が一人欲しい。
	医師とコミュニケーションがうまく取れないわだかまり	先生とカンファレンスないですよ。重症患者の振り返りというか。もっと話し合う場があってもいいのかな。 ドクターと対等にもっと話せる関係が作れていないとね、自分達がこうかな?って思ったことを言えない。
救急室の役割と家族看護の必要性	治療や処置の重要性を理解する中、家族看護の必要性も同時に感じる葛藤	処置が優先になっているところで、看護師らしい関わりや家族を中心に置いた関わり…でも処置救命も大事と思うし、どうしようかなと考える。 CPAで来た患者の家族対応に関われなくて、処置に追われるところに倫理的ジレンマを感じる。 患者側に立ちたいがなかなかできない。業務に流されてしまうのが救急室の課題なのかな…。
	治療優先で家族の面会もままならない葛藤	患者の予後もいいし、心筋保護のことも考えると。面会もそぞろに、(心臓カテーテル治療に)わーって行ってしまう。悶々とする。
	早期の声掛けを心がける一方、家族の要望に応えられない立場から生じる交錯する思い	声掛けのタイミングも、医師が何も話していないのに、看護師が先に家族と接触しても何も話せない。

救急室看護師の立場や、その制限と限界	看護師の立場から伝えた言葉が誤解されるショック	電話対応でお家の人から「救急車でいきます」と言われたので、救急隊の判断で病院が選定されることを伝えたら、「あなた感じが悪いわね、冷たいわね」と言われた。それは私が決めることではないし、感じが悪いわねっていうのは刺さりました。
	治療方針や意思決定の時に救急室看護師としてどこまで介入出来るのか、出来たかという難しさ	本人の意思（手術はしたくない）は無視されて、家族の希望が強く OP 室まで入室した。何ができたのだろう…どうすれば良かったのかモヤモヤが強く残った。
		入院中は経過も長いからいろいろな話ができるけど、ここは一期一会だから。これでいいのかなと思う。
	蘇生に尽力しても助からなかったことを引きずる思い	CPA はどこで蘇生をやめるかとか、その場ですぐ家族に決断してもらわなければならないので、そういう時の声のかけ方、対応の仕方とかそういうのがわからないと思う。
	カンファレンスや振り返りの場が無く、自分の考えや思いを表出できないため釈然としない思い	本当に頑張って蘇生しなければならない。助からないとね、もやもやする。何かもつとできなかつたのかと考える。
		正解がわからないよね。患者さんの声が聞けず、想像でしか話せないから。結局解決できそうなところに先先にいってしまう。
患者やその家族から看護師に判断や意見を求められる怖さ	デスカンファレンスもできてない。自分がこう思っていると思った時に、時間あれば同じ勤務の人とできたりするが、なかなか振り返りが無い所で、何か看護師のストレスではないけど、悶々する。 電話で受診を勧めたが、未来院の場合どうなったのかとか気になる。患者家族から行かなくても大丈夫ですか？と言われると、大丈夫とは言えない。 (電話対応で)「(病院に)行った方がいいと思いますか？」と聞かれても、アドバイスはできるが最終判断は…。	
救急室経験年数により生じる思い	救急室勤務が長いことで生じる慣れへの危機感	時間にも追われるし、患者さんに対してもっと涙が出る思いをしていたと思う…悪い意味で慣れてしまった。慣れてはいけないね…。
	経験年数が長くても生じる理想と現実のジレンマ	経験年数が経つにつれ、家族への関わりや側にいる時間を作りたいと実践しているが、まだまだそれでもできていない。
	救急室経験年数が浅いため判断や説明の難しさ	救急室に来て1年目の時、ICU への申し送りで何を送ったらいいか分からなかった。(申し送りの相手から) 質問されても意味も分からないし、答えられない…。 どうなるかというアセスメント能力がないので、もう少し経験があれば、医師に大丈夫ですかと確認できたのかもしれない。
患者家族へ伝えることの難しさ	患者への配慮が伝わらず誤解されてしまうことへの葛藤 電話対応は顔が見えないから、お互いに意思の疎通がうまくかみ合わないと感じる。患者さんのために伝えても、逆切れされると、意図や思いが伝わらず辛い。良かれと思って言ってもそう捉えられず、(相手から) 断られたと捉えられてしまうとか葛藤というか…。	
教育機関病院の役割を果たしているが、患者の不利の疑問、不安	本当に患者に見合った検査なのかという疑問	この患者に必要な検査なのか。救急だから全部検査すれば良いという訳でもないと思う。アセスメントはされているのか。
	研修医の診察方法や不十分な説明に対する疑問	高校生に造影 CT 検査が必要になったが、(研修医は) 本人にしか説明しなかった。親より同意をもらう必要があるのではないか。 心エコーの時に研修医がエコーをあてた後、エコーゼリーつけて服を上げたままにしている。治療をメインとした医師と看護師の考えの違いなのかなと。
	研修医の不慣れな医療行為に対し生じる不安	「初めてなんです、子供の点滴」と患者さんの前で言う。患者に不安を与えているのではと思う。
医療者間の捉え方や考え方の相違	医師と看護師間の価値観の相違	先生が感じる重症感と私が感じる重症感が違うと思うことがある。
	医師の診断と看護師の捉え方の相違	傍にいと痛い痛いつて冷汗びっしょりだし何かしてあげたいが、コンサルトするまでは先生の都合で出来ないことも多い。
		専門医が帰宅していいとなれば帰す方向になる。本当に帰していいの？というジレンマがある。「帰ったら困るだろうな」と思うがどうしようもできない。
看護師と看護師間での価値観の相違	価値観の違いがジレンマになります。個人のスキルが高く、価値観も異なるので共有できないとジレンマを感じます。	
プライバシーが確保されない環境	個人情報が聞こえてしまう危惧 家族に声がけしても待合室が狭くて、他の患者さんに聞かれているのだろうと思う。待合室で全部済ませるのは、個人情報が保護されていないのでは、と思う時がある。	

カンファレンスないですよ。重症患者の振り返りというか。もっと話し合う場があってもいいのかな」だった。

【救急室の役割と家族看護の必要性】は、家族対応、家族の面会、家族への声がけ〈治療や処置の重要性を理解する中、家族看護の必要性も同時に感じる葛藤〉、〈治療優先で家族の面会もままならない葛藤〉、〈早期の声がけを心掛ける一方、家族の要望に応えられない立場から生じる交鎖する思い〉だった。〈治療や処置の重要性を理解する中、家族看護の必要性も同時に感じる葛藤〉は「処置が優先になっているところで、看護師らしい関わりや家族を中心に置いた関わり…でも処置救命も大事と思うし、どうしようかなと考える」、〈治療優先で家族の面会もままならない葛藤〉は「患者の予後もいいし、心筋保護のことも考えると。面会もそぞろに(心臓カテーテル治療に)わって行ってしまう。悶々とする」、〈早期の声がけを心掛ける一方、家族の要望に応えられない立場から生じる交鎖する思い〉は「声がけのタイミングも、医師が何も話していないのに、看護師が先に家族と接触しても何も話せない」があった。

【救急室看護師の立場や制限と限界】は、電話対応、治療などの意思決定の介入、懸命な救命処置、カンファレンスや振り返り、求められる判断〈看護師の立場から伝えた言葉を誤解されるショック〉、〈治療方針や意思決定の時に看護師としてどこまで介入出来るのか、出来たかという難しさ〉、〈蘇生に尽力しても助からなかったことを引きずる思い〉、〈カンファレンスや振り返りの場がなく、自分の考えや思いを表出できないため釈然としない思い〉、〈患者やその家族から看護師に判断を求められる怖さ〉があった。〈看護師の立場から伝えた言葉を誤解されるショック〉は、「電話対応でお家の人から『救急車でいきます』と言われたので、救急隊の判断で病院が選定されることを伝えたら、『あなた感じが悪いわね、冷たいわね』と言われた。それは私が決めることではないし、感じが悪いわねっていうのは刺さりました」、〈治療方針や意思決定の時に看護師としてどこまで介入出来るのか、出来たかという難しさ〉は「本人の意思(手術はしたくない)は無視されて、家族の希望が強くOP室まで入室した。何が出来たのだろう、どうすれば良かったのかモヤモヤが強く残った」、〈蘇生に尽力しても助からなかったことを引きずる思い〉は「本当に頑張って蘇生しなければならぬ。助からないとね、もやもやする。何かもっとできなかったのかと考える」、〈カンファレンスや振り返りの場がなく、自分の考えや思いを表出できないため釈然としない思い〉は「デスクカンファレンスもできてない。自分がこう思っていると思った時に、時間があれば同じ勤務の人とできたりするが、なかなか振り返りが無いところで、何か看護師のストレスではないけど、悶々する」、〈患者やその家族から看護師に判断を求められる怖さ〉は「電話対応で『病院に)行った方がいいと思いますか?』と聞かれても、アドバイスはできるが最終判断は…」だった。

【救急室経験年数により生じる思い】は、救急室勤務経験の年数、理想とする救急室看護師のあり方、救急室経験年数

の浅さ〈救急室勤務が長いことで生じる慣れへの危機感〉、〈経験年数が長くても生じる理想と現実のジレンマ〉、〈救急室経験年数が浅いため判断や説明の難しさ〉があった。〈救急室勤務が長いことで生じる慣れへの危機感〉は「時間にも追われるし、患者さんに対してもっと涙が出る思いをしていたと思う…悪い意味で慣れてしまった。慣れてはいけないね…」、〈経験年数が長くても生じる理想と現実のジレンマ〉は「経験年数が経つにつれ、家族への関わり、側にいる時間を作りたいと実践しているが、まだまだそれもできていない」、〈救急室経験年数が浅いため判断や説明の難しさ〉は「どうなるかというアセスメント能力がないので、もう少し経験があれば医師に確認できたのかもしれない」があった。

【患者家族へ伝えることの難しさ】は患者家族への配慮〈患者への配慮が伝わらず誤解されてしまうことへの葛藤〉で、「電話対応は顔が見えないから、お互いに意思の疎通がうまくいかないと感じる。患者さんのために伝えても、逆切られると、意図や思いが伝わらず辛い」があった。

【教育機関病院の役割を果たしているが、患者の不利益の疑問、不安】は、検査の必要性、研修医の説明内容や医療行為〈本当に患者に見合った検査なのかという疑問〉、〈研修医の診察方法や不十分な説明に対する疑問〉、〈研修医の不慣れた医療行為に対し生じる不安〉があった。〈本当に患者に見合った検査なのかという疑問〉は「この患者にとって必要な検査なのか。救急だから全部検査すれば良いという訳でもないと思う。アセスメントはされているのか」、〈研修医の診察方法や不十分な説明に対する疑問〉は「高校生に造影CT検査が必要になったが、(研修医は)本人にしか説明しなかった。親より同意をもらう必要があるのではないか」、〈研修医の不慣れた医療行為に対し生じる不安〉は「『初めてなんです、子供の点滴』と患者さんの前で言う。患者に不安を与えているのではと思う」があった。

【医療者間の捉え方や考え方の相違】は医師と看護師、看護師同士の価値観、医師の診断と看護師の捉え方〈医師と看護師間での価値観の相違〉、〈医師の診断と看護師の捉え方の相違〉、〈看護師と看護師間での価値観の相違〉があった。〈医師と看護師間での価値観の相違〉は「先生が感じる重症感と私が感じている重症感が違うと思うことがある」、〈医師の診断と看護師の捉え方の相違〉は「傍にいと痛い痛いって冷汗びっしょりだし、何かしてあげたいが、コンサルトするまでは先生の都合でできないことも多い」、〈看護師と看護師間での価値観の相違〉は「価値観の違いがジレンマになります。個人のスキルが高く、価値観も異なるので共有できないとジレンマを感じます」だった。

【プライバシーが確保されない環境】は待合室の環境〈個人情報がかえりこまってしまう危惧〉で、「家族に声がけしても待合室が狭くて、他の患者さんに聞かれているのだろうなと思う。待合室で全部済ませるのは、個人情報保護されていないのでは、と思う時がある」だった。

Ⅵ. 考 察

本研究において、初期救急患者から3次救急患者に対応する救急室看護師の倫理的悩みは、【救急でのルーティンな処置や治療】【侵襲が大きい蘇生処置のあり方】【軽症から重症患者の対応で煩雑な状況になるため、患者対応が疎かになる】【コミュニケーション不足により実践に活かせないチーム医療】【救急室の役割と家族看護の必要性】【救急室看護師の立場や、その制限と限界】【救急室経験年数により生じる思い】【患者家族へ伝えることの難しさ】【教育機関病院の役割を果たしているが、患者の不利益の疑問、不安】【医療者間の捉え方、考え方の相違】【プライバシーが確保されない環境】が明らかになった。

救急領域には救命や治療に有効とされるアルゴリズムや、初期治療が確立している。そのため救急車対応時にも医療者の行動が形態化していることから、看護師は個々の患者に見合った対応なのか疑問視し【救急でのルーティンな処置や治療】につながっていたと考える。また、A病院は教育機関病院でもあるため、大勢の医師や十分な経験がない医師が患者を取り囲み処置を始める状況は【教育機関病院の役割を果たしているが、患者の不利益の疑問、不安】とも関連し、患者に不必要な侵襲や不快な言動を与えているのではないかという思いから生じていたと考える。

蘇生の場面では、救命を最優先し高度な処置が施される中、蘇生困難な患者や(超)高齢者への過剰と感じる治療に対し、【侵襲が大きい蘇生処置のあり方】につながっていたと考える。超高齢社会、多死社会を背景に一人ひとりの尊厳を尊重したい思いや、これ以上苦しい侵襲を与えたくない思いが生じていたと考える。特に現在は、独居、核家族化、家族との疎遠など多様な背景がある中で、一人ひとりの意思や背景を他者が十分に理解しているとは言い難い実状があり、表1の代表的なコードにある「医療の限界じゃなく、本人の限界もある」ことの理解を得るにも、時間を要し侵襲を与えている背景があると考える。そして、結果的に終末期に移行した時、看取りの環境としてふさわしいのか、死を遂げた患者が過ごす場所として適切なのか、業務に患者を巻き込んでしまうことに対し、＜診察場所の確保やベッド稼働のため、患者を医療者の都合に合わせてしまうことの申し訳なさ＞にも関連する葛藤が生じていたと考える。また、治療内容に疑問を抱く一方で、救命できなかった場合には＜蘇生に尽力しても助からなかったことを引きずる思い＞もあり、救急室看護師としての役割を果たせなかったことの複雑な感情が混在していると考えられる。

次に、救命治療にはチーム医療が重要である中で、【コミュニケーション不足により実践に活かせないチーム医療】があった。これはチーム医療の大事さを理解しながらもその実践につながっていないと感じていること、医師も含めた振り返りができないため、日々の実践につなげられないことから生じていたと考える。

【救急室の役割と家族看護の必要性】では、迅速な治療や処置が患者の予後に影響するため優先してしまいが、看護師は致死的かつ重症な患者ほど、短時間でも家族との面会時間を設けたいと考える家族看護も重要な役割だと認識している。これは、患者に意識はあるが看護師は病状の悪さを認識し、急変した時には意識のない状態で面会することにつながりかねないという思いから生じていたと考える。

【救急室看護師の立場や、その制限と限界】では、特に意思決定の場面で尊重すべき患者の意思と家族の間、医師との間に踏み込めないなどの葛藤から生じていると考える。松村²⁾らが「救急室看護師は短時間で治療選択を迫られる場合や延命や治療の中断などで代理意思決定をする家族に関わる際、戸惑うことが多い」と述べているように、患者の意思を尊重するためどのように介入すべきか確信が持てない面も伺えた。また、救急室では様々な対応に追われ、時間の制限がある中で一貫した行動をとることができず、患者やその家族との関係を十分に構築することが難しい。そのため、治療方針決定までの過程が不明確かつ短時間であるため、どのように介入できたのか確信が持てず、看護師は自分の関わりがどのように影響したのか、患者や家族からの評価が得られにくい。そのため＜カンファレンスや振り返りの場がなく、自分の思いを表出できない寂然としない気持ち＞が生じ、解決しようとする場をカンファレンスに求めているのがわかった。

【救急室経験年数により生じる思い】で、経験が浅い看護師でも、緊急性を見極める能力や急変に対応できる能力、察知する能力が必要とされ、困難さを感じていると考える。また、経験年数が長い看護師も＜救急室勤務が長いことで生じる慣れへの危機感＞があり、煩雑な状況から業務を優先せざるを得ない状況や、【救急でのルーティンな処置や治療】が繰り返されてきたことから生じていたと考える。

多くの看護師が感じる倫理的悩みには、【患者家族へ伝えることの難しさ】があった。これは電話対応などの顔の見えない状況から互いの思いが正しく伝わりにくく、患者にとって良いと思う看護師の考えやその言葉が、患者やその家族の期待と一致しない状況から誤解を招きやすく、葛藤が生じていたと考える。

3次救急指定病院の役割に、救急医療の教育機関としての役割を持つことから、【教育機関病院の役割を果たしているが、患者の不利益の疑問、不安】があった。医師が患者の病態を把握しながら検査を進め、それらも含め看護師は迅速な判断から、患者の苦痛の軽減を期待していることから生じ、これは＜待ち時間が長いことへの心苦しき＞にも関連していると考えられる。また医師の経験が浅く、患者側に不安や不必要な侵襲を与えていないかなどの危惧があると考えられる。

【医療者間の捉え方、考え方の相違】では、＜医師と看護師間での価値観の相違＞や、＜医師の診断と看護師の捉え方の相違＞があり、高野¹⁾らの先行研究と類似していた。医師

の立場を理解すると同時に診断のためとはいえ、早く苦痛を軽減してあげたい思いや、救急の知識に不慣れな医師との間で病状に対する認識が一致していないことから生じていたと考える。高野¹⁾らは、「看護師は症状の奥にある疾患は何か予測的な思考を続け、急変や重大疾患が隠れている可能性の怖さも持ちながらアセスメントしていた」と述べ、A病院救急室看護師でも同様のことが言える。

2次救急看護師を対象とした高野¹⁾らの先行研究では、医師との協働の中でも方針に関連するもの、治療方針に向けられたジレンマであった。しかし本研究では、教育機関病院としての機能や、煩雑な状況で患者対応ができない、救急室看護師の立場、経験年数に関する思いなど多岐にわたり、初期救急から3次救急の特徴を捉えた結果が得られた。また、複数のカテゴリーが関連していることも明らかになった。救急室は救命から看取りの終末期が混在し、救急室看護師は様々な対応を求められる中、過去の経験も活かし、患者家族の不利益とならないよう自分の立場を考えた行動をとっていた。同時に複雑な感情も混在し、心理的負担も大きいと考える。その背景には、救急室看護師の役割を果たそうとする、患者のニーズに応えようとする姿勢の反面、時間の制限がある中で一貫した行動をとることができない、対応の中で誤解されてしまうことや、解決できないまま終え、再び新たなジレンマや葛藤が発生してしまう状況があると考えられる。また、相反する意思決定の場面では、患者やその家族と医療者との合意形成の確立を望みながら、その介入方法がわからない側面もあると考える。

これらの倫理的悩みに対応していくには、ブリーフィングやデブリーフィングで医師や看護師の考えを言葉にし、共有することが有効だと考える。その場で生じた悩みや疑問をそのままにせず、言葉にして解決につなげていく姿勢も必要だと考える。また、スタッフはカンファレンスや振り返りの場がないと感じており、思いを表出し共有する、解決する場を求めている。そのため、カンファレンスや振り返りは情緒的支援、ジレンマや葛藤を緩和できる一助と考える。しかし、医療者の一方的な解釈に偏らない多角的な視野を持ったカンファレンスの構築が必要と考える。

本研究の結果は、救急室看護師の立場から考える結果であり、医師や患者家族の思いと乖離している可能性も否定できない。私達は、これからも救急室看護師の役割を果たしながら、もっと医師、患者家族と話す機会を設けることにより、互いの思いを知ろうとする姿勢が解決の糸口になると考える。本研究の限界

本研究の限界で研究対象人数が少ないこと、救急室外来環境の特性として患者の変動が激しいこと、事象の経験値から、感情や考え方を数値化するための尺度や左右差の有無としての比較は実施していないため、一般化には限界がある。また、本研究では研究者と対象者が同救急室勤務であるがゆえにすべての倫理的悩みを引き出せていない可能性がある。

結語

初期救急患者から3次救急患者に対応する救急室に勤務する看護師は様々な倫理的悩みを抱えていた。その結果で、11のカテゴリー【救急でのルーティンな処置や治療】【侵襲が大きい蘇生処置のあり方】【軽症から重症患者の対応で煩雑な状況になるため、患者対応が疎かになる】【コミュニケーション不足により実践に活かさないチーム医療】【救急室の役割と家族看護の必要性】【救急室看護師の立場や、その制限と限界】【救急室経験年数により生じる思い】【患者家族へ伝えることの難しさ】【教育機関病院の役割を果たしているが、患者の不利益の疑問、不安】【医療者間の捉え方、考え方の相違】【プライベートが確保されない環境】が抽出された。

その背景には、救命から看取りの終末期が混在し、救急室看護師の役割を果たそうとする姿勢、患者のニーズに応えようとする姿勢、それに伴う複雑な感情、意思決定の場での介入の難しさなどがあった。

倫理的悩みの解決緩和に向けた取り組みとして、医師とのブリーフィングやデブリーフィングによる共有、多角的な視野を持った振り返りの場の構築が示唆された。

本研究は、第52回日本看護学会学術集会で口演発表した。本研究における開示すべき利益相反はない。

VIII. 引用文献

- 1) 高野真意, 安宅真理, 山本明奈: 2次救急における看護師のジレンマ—その場面での考え・対応を看護師のインタビューから—, 第47回(平成28年度)日本看護学会論文集(急性期看護), p.11-14, 2017.
- 2) 松村優子, 藤本夏鈴, 清水倫子, 他: 救急外来看護師の倫理的行動力を高めるための取り組みの効果, 第45回(平成26年度)日本看護学会論文集(急性期看護), p.321-324, 2015.

◇研究報告◇

A 病院の産後 2 週間健診における指導の効果と 今後の課題

— 初産・経産婦の比較から —

小山直子^{1)*}, 中島英子¹⁾, 小澤万純¹⁾, 徳田真理子¹⁾

A 病院では母子への継続支援を目的に産後 2 週間健診を行っている。健診で母親の不安や悩み等の相談事が解決されているのか、指導の効果と課題を明らかにしたいと考えた。71 名の褥婦によくある相談事 15 項目について 4 段階で回答を求め、それぞれを得点化した。同様の質問紙調査を 2 週間健診前後で実施し平均点を比較した。初産婦 46 名、経産婦 22 名の有効回答が得られ、91.1%が受けて良かったと回答し、初産婦 12 項目、経産婦 8 項目で健診後の平均点が有意に高かった ($p<0.01$)。自由記載は初産・経産婦共に児の体重増加を確認できたことによる安心感が多く、授乳や乳房に関する質問、里帰り後の不安や相談窓口の要望があった。A 病院の 2 週間健診の指導の効果が確認され、特に初産婦に対する効果は高く、経産婦にとっても授乳・育児手技の不安の軽減につながっていると考えられた。今後は授乳・乳房ケアのニーズや産後 1 か月健診以降の不安に対する支援の拡充が課題である。

【キーワード】産後 2 週間健診, 相談事, 指導の効果, 継続支援

I. はじめに

出産後の母親にとって、産後から退院までの入院中は、自分の体調の変化や気持ちを自分の言葉で医療者に話せる状態であり、助産師や看護師にとっても、日々のケアや退院指導の中で、直接的に母児の身体の観察や母親の気持ちを聞くことができる期間である。一方で、川村ら¹⁾は、退院後の母親、特に初産婦では、「母乳不足や児の成長」に対する不安、「母親自身の身体的不調」についての不安や悩みがあると述べている。また、鷲尾ら²⁾は、育児不安が最も強いとされる産後 2 週間に、助産師が母親の精神面をチェックすることは、乳幼児の虐待を予防することにつながると述べている。

産後 2 週間健診は、厚生労働省の「健やか親子 21 (第 2 次)」政策³⁾に基づき、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制の一貫として重要性が指摘されている。2017 年度からは、産婦健康診査事業が、産後 2 週間健診、産後 1 か月健診の費用の助成をはじめとして、産後の初期段階における母子に対する支援を強化している。西野⁴⁾は、妊娠中から卒乳までの継続支援において、産後 2 週間健診は欠かせない重要な母子保健活動であると述べている。

これらを背景として、A 病院の産婦人科病棟でも、2018 年の 8 月以降、産後 2 週間健診 (以下 2 週間健診とする) の重要性を意識し継続して行っている。2019 年は分娩件数 341 件のほぼ全例に対して (経産婦で電話訪問のみを希望した例も含む)、2 週間健診を実施している。2020 年 3 月からは、COVID-19 感染予防対策として、問題症例と希望者にのみ電話訪問を実施していたが、2020 年 7 月からは、2 週間健診の必要性を優先し、健診室の入室を母児のみに限定することを条件に再開している。しかしながらこれまで、退院後から 2 週間健診までの母親の不安や心配・悩み・困った事などの相談事が、A 病院で行っている 2 週間健診によって軽減、もしくは解決されているのか、指導の効果を客観的に評価したことはなかった。そこで今回の研究を行うことにより、2 週間健診の指導の効果を明らかにし、今後の課題を検討したいと考えた。2 週間健診の充実が、母親の希望にさらに寄り添った切れ目のない母子支援につながると考える。

II. 目的

A 病院で行っている産後 2 週間健診の指導の効果と今後の課題を明らかにする。

受付日: 2022 年 5 月 16 日 / 受理日: 2023 年 9 月 12 日

1) 東千葉メディカルセンター

* E-mail: con-brio.88@eastcom.ne.jp

Ⅲ. 方 法

1. 研究の種類・デザイン

質問紙調査法による量的研究

2. 研究対象

A 病院で、2020 年 10 月～2021 年 1 月までに出産した 16 歳以上の褥婦 71 名を対象とした（未成年であっても、民法第 753 条により、婚姻をしている場合は成年に達したものとみなし、対象に含める）。ただし、日本語の読み書きができない場合、本研究の内容の理解が困難と考えられ、除外基準の対象とした。

3. 2 週間健診の実際

A 病院の 2 週間健診の実際は（2021 年 2 月時点）、平日の午後 1 人 30 分の予約制で無料で（自治体からの助成はない）行っており、産科経験 2 年目以上の助産師・看護師が担当している。統一した健診を行うため独自に作成したチェック用紙を使用（図 1）。児の体重増加に応じて、哺乳方法やミルクの量の調整などアドバイスを行っている。児の体重増加不良やミノルタが高値であれば、小児科医師に報告・診察を依頼する。褥婦に対しては、体調の確認と乳房・乳頭の状態に応じたケアや授乳指導を行う。また、うつ病やパニック障害・虐待経験などの既往や精神状態が不安定な場合は、産後入院中と 2 週間健診および産後 1 か月健診で、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）・育児支援チェックリスト・赤ちゃんへの気持ち質問票を使用し回答を依頼する。回答結果から産後うつ病・虐待のリスク判定や家事・育児機能の総合評価を行い、状態に応じたフォローアップを行っている（A 病院では、内服を必要とする精神疾患がある場合には、分娩を行っていない）。

4. データ収集期間：2020 年 10 月～2021 年 2 月

5. データ収集方法

産後入院中に研究の趣旨と方法を説明し、質問紙を配布した。質問紙は NO.1 と NO.2 の 2 部構成の 1 冊となっており、NO.1 を退院後から 2 週間健診までに回答してもらい、NO.2 を 2 週間健診後から 1 か月健診までに回答を依頼した。回答済みの質問紙 1 冊は、産後 1 か月健診時の外来に回収箱を設置して回収した。

6. データ収集内容

2 週間健診を特集した助産雑誌の西野⁵⁾の施設で行ったアンケート調査結果の記事を参考に、産後 2 週間頃の母親からよくある相談事を、【授乳】【おっぱい】【赤ちゃん】【母の身体】の 4 大項目に分類した。さらに、【授乳】を<母乳の分泌><ミルクの量や回数><授乳の間隔>、【おっぱい】を<乳頭痛><搾乳><乳房緊満>、【赤ちゃん】を<排尿便><体重の増加><お臍のケア><おむつかぶれ・皮膚トラブル><赤ちゃんが泣き続ける>、【母の身体】を<尿や便が漏れる><痛み（傷の痛み・腹痛・腰痛）><悪露><陰部・帝王切開の創>の 15 の小項目に分類した。各 15 小項目に対する母親の不安・悩み・

心配を、NO.1 と NO.2 共に同じ言葉で表現した（例：<母乳の分泌>「母乳の分泌が充分なのか不安だ」、<搾乳>「搾乳をどのようにすれば良いのか悩んだ」、<悪露>「悪露についての心配があった」、<体重の増加>「体重が増えているか心配だ」）。各項目ごとに、「あなたの思う程度を 4 段階でお答えください」と依頼し、①とてもそう思う ②ややそう思う ③あまり思わない ④全く思わないの 4 段階のリッカート尺度で回答を求めた。また、母親の思いや気持ちについて自由記載を設けた。

その他、年代・出産経験など産後の母親の気持ちに影響が大きいと考えられる基本属性について回答を求めた。また、NO.2 では、「2 週間健診を受けて良かったですか？」に対する「はい」または「いいえ」の選択回答とその理由、「2 週間健診を受けて、よくある相談事は解決しましたか？」（例：<体重の増加>「体重が増えていて安心しました？」）に対する「はい」または「いいえ」または「該当しない」を選択回答、今後の健診体制の改善のヒントとするため日時・料金設定についても選択式で回答を求めた。質問紙は、基礎看護学の専門家からスーパーバイズを受けながら研究者が独自に作成した。

7. 分析方法

データが正規分布であることを確認し、t 検定による統計学的検討を実施した。統計ソフトは、Excel の分析ツールの中の t 検定：一対の標本による平均の検定ツールを使用した。

データ分析方法は、よくある相談事についての母親の思う程度の 4 段階の回答を、4 段階評価の得点（1 点：とてもそう思う、2 点：ややそう思う、3 点：あまり思わない、4 点：全く思わない）に換算し、項目別に 1 人 1 人の 2 週間健診前後

哺乳回数：

ミルク量：

排泄状況：

出生日 / 出生時体重 g

退院日 / 退院時体重 g

2 週間健診 / 日齢 日目

体重 g

(本日の体重-退院時体重)

(退院日-本日)

=

ミノルタ値（必要時）

乳房・乳頭の状態

帝王切開の場合：創部の状況

水泡形成の有無

この用紙でリーダーと一緒に内容確認！

図 1 2 週間健診チェック用紙

の回答を得点化した。その後、質問紙に対する回答の2週間健診前の平均点と2週間健診後の平均点の差が統計的に有意か確かめるため、有効回答者全体では4大項目に着目し、初産・経産婦別では15小項目に着目して、有意水準（危険率）5%で両側検定のt検定を行った。

加えて、2週間健診前後の平均点の有意差が、2週間健診の指導の効果によるものかを裏付ける根拠とするため、2週間健診後に「2週間健診を受けて、よくある相談事は解決しましたか？」に対する、15小項目ごとの解決の有無の人数を単純集計し初産・経産婦別に照合した。

「2週間健診を受けて良かったですか？」に対する回答の比率について単純集計し、回答理由についても整理・照合した。

年代、日時・料金設定について単純集計した。

「母親の思いや気持ち」の自由記載については、意味内容の類似性によって回答をカテゴリー化し、初産・経産婦別の件数を単純集計後、他のデータとの関連性を検討した。

IV. 倫理的配慮

同意説明文書を用い研究対象者に対して、研究目的について文書および口頭による説明を行い、協力が得られない時でも不利益にならないことを説明した。本研究は、無記名の質問紙調査のため、個人情報には匿名化されており、回収した質問紙は鍵のかかる場所に保管し、研究終了後速やかに廃棄することを説明した。また、研究結果は学会などで発表する可能性もあることを説明した。説明後、文書による同意を取得した。本研究はA病院倫理委員会の審査で承認された(第112号)。

V. 結果

質問紙配布数71名。回収率は100%。有効回答数68名（初産婦46名、経産婦22名）。有効回答率は95.7%であった。

1. 基本属性

初産婦は46名（67.6%）、経産婦は22名（32.3%）であった。年代は10代1名（1.4%）、20代28名（41.1%）、30代39名（57.3%）、40代0名（0%）であった。分娩方法は経膈分娩56名（82.3%）、帝王切開術12名（17.6%）であった。2週間健診日時の希望は「平日午前」9名（13.2%）、「平日午後」45名（66%）、「休日午前」7名（10.2%）、「休日午後」6名（8.8%）であった。2週間健診利用時間の希望は「30分」65名（95.5%）、「30分以上」2名（2.9%）、「30分以下」1名（1.4%）であった。2週間健診が有料でも受診したいと答えたのは57

名（83.8%）で大半を占めていた。2週間健診料金の希望は「1000円以下」21名（30%）、「1000円～2000円」22名（32%）、「2000円～3000円」10名（14%）、「3000円～5000円」4名（6%）であった。母乳育児外来の将来的な希望は「有料でも利用したい」51名（75%）であった。

2. 質問紙調査結果

質問紙調査のよくある相談事：【授乳】【おっぱい】【赤ちゃん】【母の身体】の4大項目全てに対する有効回答者全体の2週間健診前後の平均点の差は、有意水準5%で両側検定のt検定を行った結果、 $p<0.01$ であり有意であった。「2週間健診を受けて良かったですか？」に対する回答は、「はい」が62名（91.1%）、「いいえ」が6名（8.8%）だった。

2週間健診を受けて良かった理由については、「児の体重増加が確認できたこと」（34件）、「不安解消や気分転換になった」（30件）、「授乳について聞けた」（11件）、「臍や皮膚トラブル、排泄などについて聞けた」（6件）が記入されていた（表1）。受けて良くなかった理由については、「児の体重測定のみだった」（2件：初産・経産婦）、「乳房の様子もみてほしかった」（1件：初産婦）、「あまり相談することができなかった」（1件：初産婦）、「体重が増えていなくて不安が増した」（1件：経産婦）、「退院前と健診時での混合栄養の指導方法がスタッフにより相違があり混乱した」（1件：経産婦）の6件が記入されていた（表1）。

2週間健診前後の15小項目別平均点比較では、有意水準5%でt検定（両側検定）を行った。その結果、初産婦では<母乳の分泌><ミルクの量や回数><授乳の間隔><乳頭痛><乳房緊満><体重の増加><お臍のケア><赤ちゃんが泣き続ける><尿や便が漏れる><痛み（傷の痛み・腹痛・腰痛）><悪露><陰部・帝王切開の創>の12小項目で、健診前より健診後に平均点が高く心配とは思わないという結果であり、有意差が認められた（ $p<0.01$ ）（図2）。しかし、初産婦では<搾乳>（ $p=0.471$ ）、<排排便>（ $p=0.15$ ）、<おむつかぶれ・皮膚トラブル>（ $p=0.742$ ）の3小項目は健診前後の平均点に有意差がなかった（図2）。経産婦では<母乳の分泌><乳頭痛><乳房緊満><排排便><体重の増加><赤ちゃんが泣き続ける><痛み（傷の痛み・腹痛・腰痛）><陰部・帝王切開の創>の8小項目で、健診前より健診後に平均点が高く心配とは思わないという結果であり、有意差が認められた（ $p<0.01$ ）（図3）。しかし、経産婦では<ミルクの量や回数>（ $p=0.479$ ）、<授乳の間隔>（ $p=0.357$ ）、<搾乳>（ $p=0.055$ ）、<お臍のケア>（ $p=0.057$ ）、<おむつかぶれ・皮膚トラブル>（ $p=0.575$ ）、

表1 「2週間健診を受けて良かったですか？」に対する回答とその理由

	良かったと回答した人（62名）	良くなかったと回答した人（6名）
理由	「児の体重増加が確認できたこと」34件 「不安解消や気分転換になった」30件 「授乳について聞けた」11件 「臍・皮膚トラブル・排泄について聞けた」6件	「児の体重測定のみだった」2件（初産・経産婦） 「乳房の様子もみてほしかった」1件（初産婦） 「あまり相談することができなかった」1件（初産婦） 「体重が増えていなくて不安が増した」1件（経産婦） 「退院前と健診時での混合栄養の指導方法がスタッフにより相違があり混乱した」1件（経産婦）

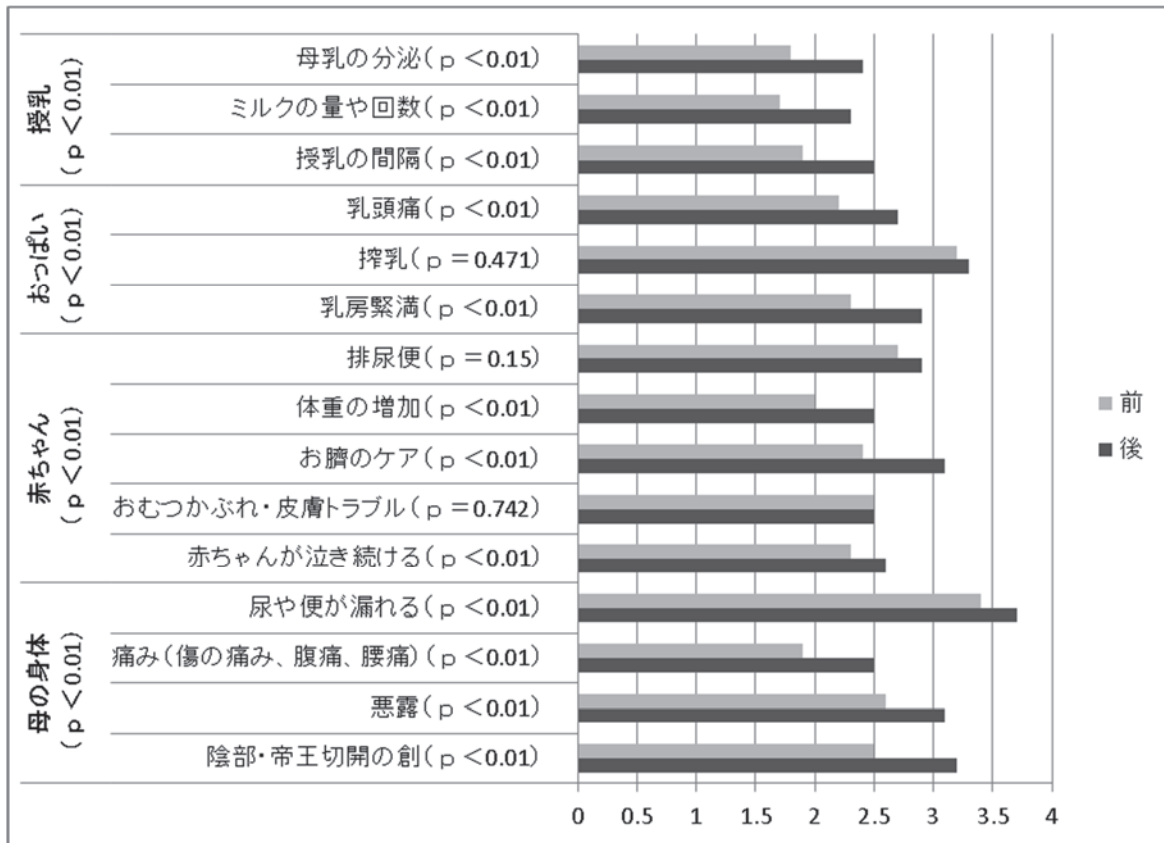


図2 2週間健診前後の15小項目別平均点比較(初産)
t検定(両側): ($p < 0.05$)

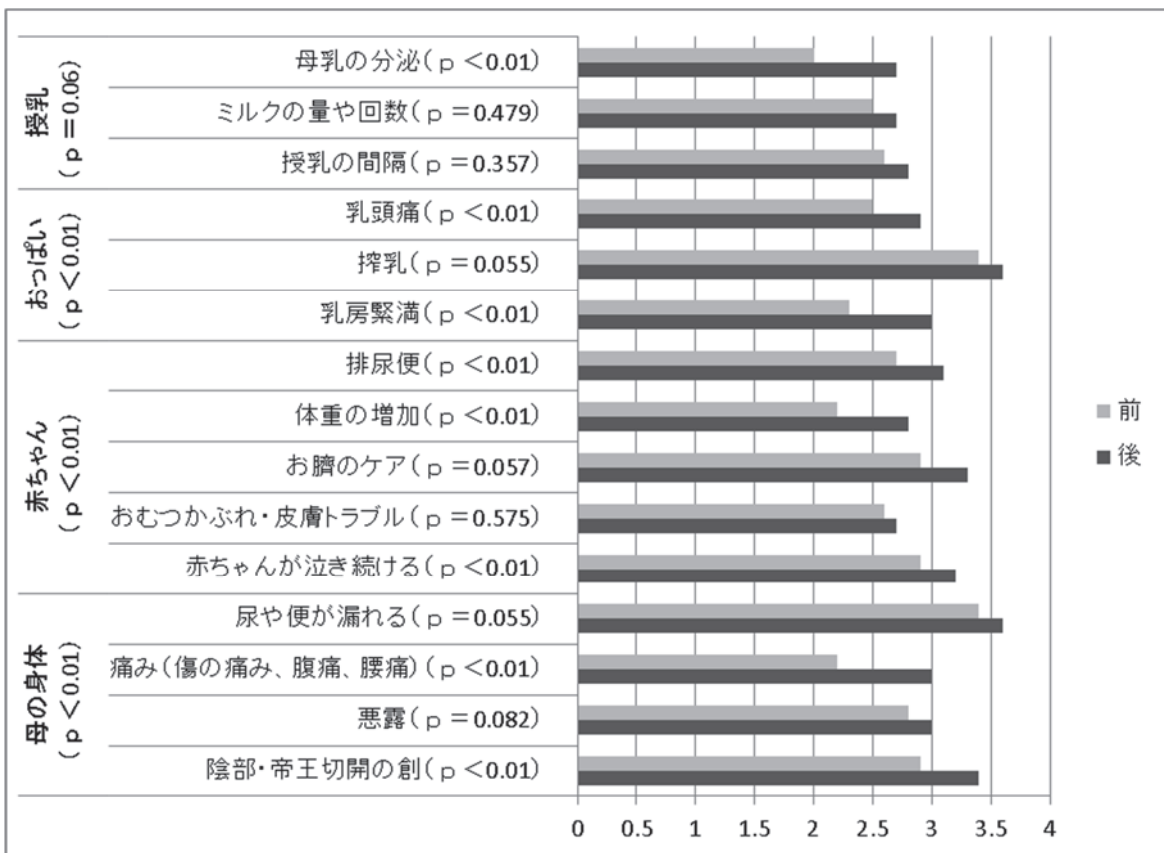


図3 2週間健診前後の15小項目別平均点比較(経産)
t検定(両側): ($p < 0.05$)

<尿や便が漏れる> ($p=0.055$), <悪露> ($p=0.082$) の7小項目は健診前後の平均点に有意差がなかった(図3)。

2週間健診後の15小項目別解決の有無の人数を初産・経産婦別に比較したところ、初産婦では、<母乳の分泌><ミルクの量や回数><授乳の間隔><搾乳><乳房緊満><排尿便><体重の増加><お臍のケア><おむつかぶれ・皮膚トラブル><赤ちゃんが泣き続ける><尿や便が漏れる><悪露><陰部・帝王切開の創>の13小項目で解決した人数の方が多く、<乳頭痛><痛み(傷の痛み・腹痛・腰痛)>の2小項目で未解決の人数の方が多かった(図4)。経産婦では、15小項目全てで解決した人数の方が多かった(図5)。

母親の思いや気持ちに関する自由記載では、赤ちゃんの体重増加を確認できたことによる安心感、授乳やおっぱいに関する質問、里帰り後の不安や相談窓口の要望など、初産・経産婦共通のニーズが見られる一方、経産婦では上の子に対する心配などの記載も見られた(表2)。

VI. 考 察

1. 指導の効果

よくある相談事の4大項目全てに対し、有効回答者全体の2週間健診前後の平均点の差は、統計的に有意であることが確認でき($p<0.01$)、91.1%が2週間健診を受けて良かったと回答している。また自由記載でも2週間健診を受けることで安心感を得たり、不安や問題の解決につながっているという内容の記載が多いことから、A病院の2週間健診における指導の効果はあったと考えられる。

初産婦は、よくある相談事の15小項目中12項目で健診前より健診後の平均点が有意に高く($p<0.01$)、有意差がなかった3項目に対しても健診後に解決した人数の方が未解決の人数より多かった。初産婦は、自由記載に児の体重増加がわかり安心したと記載している人数も多く、1か月健診より早い時期に相談できてよかったとの記載も多かった。飯田⁶⁾は、新生児に接する機会が乏しい初産婦は出生後の生理的变化、新生児の特徴や授乳や育児方法がわからず、すべてに不安を感じ育児不安が高くなる傾向がみられたと述べている。また、島田ら⁷⁾は、初産婦は経産婦より疲労感と育児に対する自信喪失感を感じている者が有意に多いと述べている。初産婦は初めての育児のため入院期間だけではわからないことや退院してから初めて経験することも多く、不安を抱えて過ごしていると考えられる。しかし、飯田⁸⁾は、2週間健診受診により、助産師などによる専門職から母親が児と関わる育児行為を確認しながら、自己効力感の先行要件である成功体験の承認や言語的説得により、母親に自信を持たせることができたことと述べている。これらのことから、1か月健診までの間に2週間健診があることで、早い段階で退院後の不安や心配ごとの相談ができ、それらの解決につながったのではないかと考えられる。よって、初産婦に対する2週間健診の指導の効果は高いと言える。

経産婦は、15小項目中8項目で健診前より健診後の平均点が有意に高く($p<0.01$)、<ミルクの量や回数><授乳の間隔><搾乳><お臍のケア><おむつかぶれ・皮膚トラブル><尿や便が漏れる><悪露>の7項目で有意差がなかったが、健診後に解決している人数は未解決の人数より多い。自由記載でも、児の体重増加や母乳分泌の確認が安心材料になったなどの記載も多かった。経産婦は育児を経験しており、授乳の手法や乳房トラブルへの対処方法をすでに取得していることが多く、児の成長過程を知っている。上原ら⁹⁾は、退院時・1ヶ月後において母親としての自信を持っていた母親は、初産婦より経産婦のほうが有意に多いことが明らかになったと述べている。また、島田ら¹⁰⁾は、産褥期育児生活肯定感尺度改訂に関する研究において、第1因子「親としての自信」および第2因子「自己肯定感」は、経産婦のほうが初産婦より得点が有意に高かった(各因子ともに $p<0.01$)と述べている。これらのことから、経産婦は親としての自信をもっていることが文献から示唆されているが、健診により児の体重増加を確認し、乳房や授乳に問題がないことを指導者とともに確認することで、自分の行ってきた育児が間違っていなかったことがわかり、不安の軽減につながったのではないかと考えられる。よって、経産婦に対する2週間健診の指導の効果が確認できたと言える。しかし経産婦では、上の子の心配や2人目の育児だが不安に思うなどの自由記載も見られた。菅原ら¹¹⁾は、経産婦は前回の育児経験との違いに対する戸惑いや上子と児の関係など、初産婦とは異なった悩みも考えられ、支援が必要な対象を見極めていく必要があると述べている。経産婦特有の不安や悩みにも対応した支援が、経産婦に対する指導の効果にもつながることが示唆された。

2. 今後の課題

項目別視点で考えると、<乳房緊満><乳頭痛>の健診後の平均点は、初産・経産婦ともに健診前より有意に高いが($p<0.01$)、初産婦は<乳頭痛>に関しては健診後も未解決の人数が上回っている。自由記載からも、特に初産婦からは授乳姿勢のコツを教えてほしい、母乳をあげても痛いなど、授乳方法や乳房トラブルに関する記載も多かった。このことから、2週間健診で、乳頭痛に対する不安の解消はできていなかったと言える。長谷部¹²⁾は、乳頭の痛みなどにより授乳が憂鬱な時間に思えることは、母乳をあげたい母親にとって大変辛いことであり、痛みの原因を明らかにし、それにあった対処ができるようなケアが必要であると述べている。2週間健診で乳頭痛による授乳困難を解決に近づけるためには、授乳時間に合わせて来院を促し、授乳状況の観察を行い、乳頭痛の原因に応じた対処法を指導できるようにすることが必要であると考えられる。さらに、初産・経産婦共に【授乳】に関する自由記載が多く、乳房ケア・授乳指導の不足やスタッフ間の指導の相違が2週間健診の不満の理由にも挙げられている。富田ら¹³⁾の研究でも、2週間健診の満足度の平均点が低い項目は全て授乳指導だったことから、授乳指導は2週間健診の

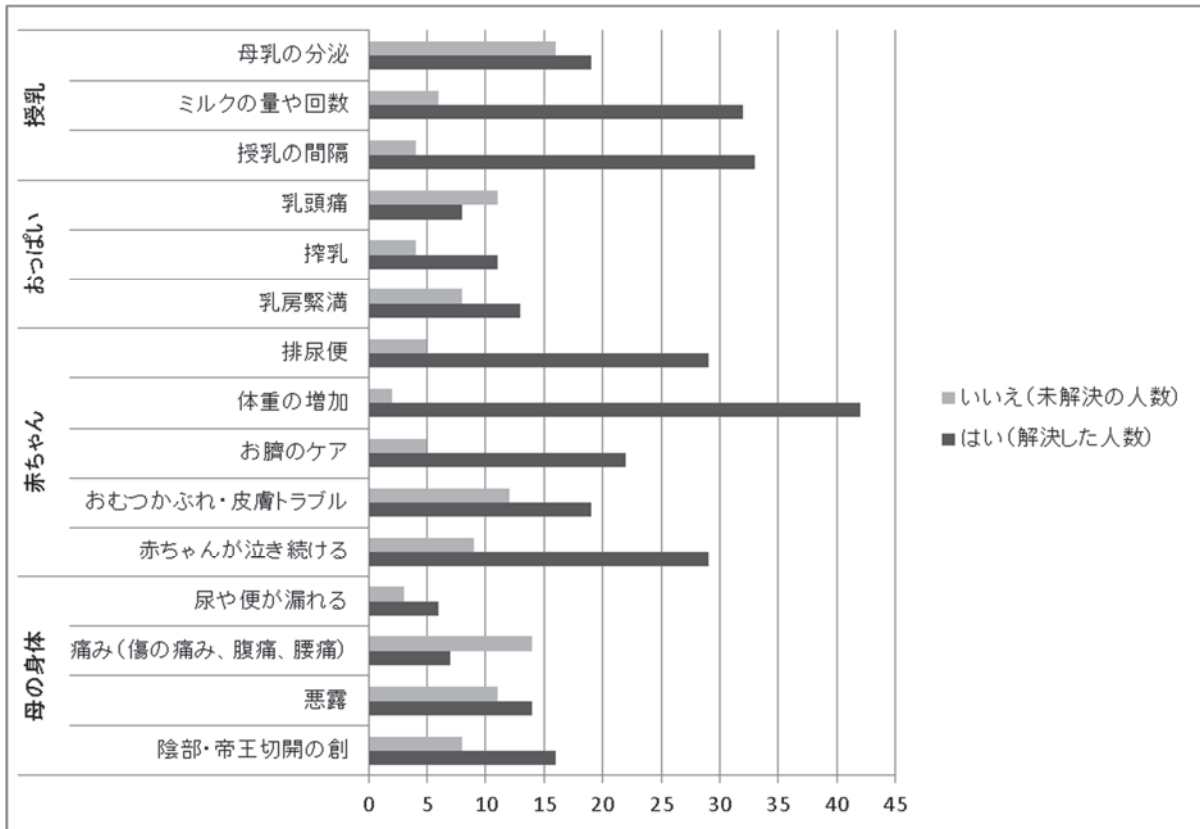


図4 2週間健診後の15小項目別解決の有無人数比較(初産=46人)

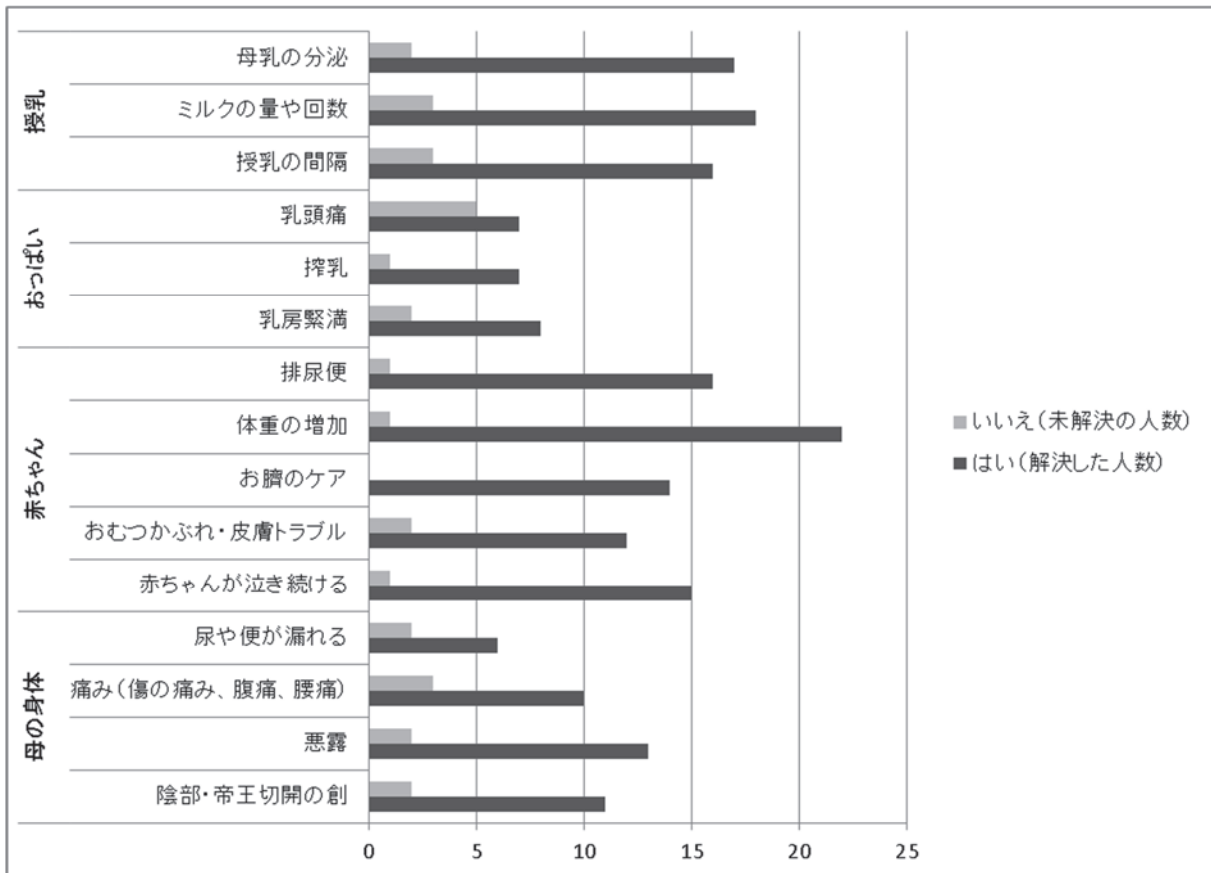


図5 2週間健診後の15小項目別解決の有無人数比較(経産=22人)

表2 自由記載内容例

	初産	経産
体重増加	<ul style="list-style-type: none"> ・体重の増加が分かった (14件) ・体重が増えていると安心した (6件) 	<ul style="list-style-type: none"> ・体重増加を知ることができた (7件) ・体重増加が心配だったが安心できた。(7件) ・育児方法のアドバイスをもらえた (1件) ・体重が増えすぎていて心配 (1件) ・体重が増えていなくて不安 (1件)
授乳 (授乳方法+母乳 +乳房ケア)	<ul style="list-style-type: none"> ・母乳がでていないか心配だった (7件) ・母乳やミルクの適切な量を知れた (5件) ・授乳姿勢のコツを教えてほしい (5件) ・母乳をあげても痛い (5件) ・赤ちゃんの吸いつき方 (4件) ・母乳以外で育てる方法 (2件) 	<ul style="list-style-type: none"> ・母乳がでていて安心した (4件) ・具体的に授乳方法や間隔を教えて欲しい (4件) ・母乳が出ているか不安 (3件) ・乳房の状態を確認してほしい (3件) ・授乳方法について相談し、解決策がわかった (2件)
要望・意見 (健診への 意見・感想+相談 窓口)	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月健診前に早めに相談できてよかった (12件) ・あまり相談することができなかった (4件) ・赤ちゃんについて心配だったことが聞けた (3件) ・病院内に相談窓口があるか、そういった機関を紹介してくれると安心 (3件) ・外出できたことで気分転換になった (1件) 	<ul style="list-style-type: none"> ・不安なことを相談できてよかった (6件) ・もっと相談したかった (3件) ・話をして気分転換になった (2件) ・授乳指導について、人によって相違があったり力量の差があった (2件) ・上の子が心配 (2件) ・2人目だが小さなことが色々不安になる。(2件)

満足度を左右すると述べている。A病院でも2週間健診における乳房ケア・授乳指導に対するニーズは高く、それらに対応するため、スタッフの授乳に関する指導技術を統一し向上させていくことが必要である。

健診の日時については、現状の平日午後(66.1%)に約30分間(95.5%)という希望が多数を占めた。しかし、現状の無料で30分間の2週間健診では、ケアに限界を感じる面もある。30分という短い時間の中では、来院と授乳の時間を合わせることも困難なことから、十分に授乳の観察や指導が行えず、乳頭痛の解決につながらなかった可能性がある。質問紙調査結果からも、有料でも健診を受けたいと希望した母親は8割以上いる。A病院でも有料制で所要時間を現行よりも長くすることにより、来院時の授乳のタイミングも調整し易くなり、授乳指導や乳房ケアにかかる時間が増えることで、さらにケアが充実し、母親だけでなくスタッフにとっても満足度の上昇につながるのではないかと考える。

自由記載で、里帰りから自宅へ戻りサポートが少なくなった後の不安の訴えや、初産・経産婦共に退院後の相談窓口を知りたいという要望、2週間健診の不満の理由にあまり相談することができなかったという声もよせられている。母乳育児外来の将来的な希望については、75%が有料でも利用したいという結果であった。岡田¹⁴⁾は、里帰り中は家族からのサポートがあるため母親は赤ちゃんの世話に専念することができ、赤ちゃんのペースで生活できるが、自宅に戻りサポートがなくなると生活が一変することが多いようだ述べている。また、島田ら¹⁵⁾は、自宅に手伝いに来てくれていた親らが帰るであろう2か月以降は、核家族では孤独感や焦りが増強する可能性も否定できないと述べている。これらのことから、産後1か月健診以降も継続支援は必要不可欠であると考えられる。信頼できる相談窓口の提供を行ったり、有料の母乳育

児外来の開設や日帰りも含めた産後ケアの充実など、母親の様々なニーズに対応できる持続可能な産後のサポート体制を構築し、2週間健診、1か月健診以降の支援体制を拡充させることが今後の課題である。高橋¹⁶⁾は、2週間健診で児の様子や成長を母親と一緒に確認し、母親の不必要な心配や不安を取り除いて安心させていくこと、そして24時間休みなく行っている母親の育児を労い、これからの育児が母子共に健やかに継続できるようにしていくことが私たちの目的であり、そのためには支援・指導内容が母子にとって負担なく実現・継続可能なものであるかどうか母親の心身の状態を観察しながら評価することが必要となると述べている。2週間健診は退院後から1か月健診までの間にある必須の通過点として、1か月健診以降も産後の母子への切れ目のない支援リレーを維持していくためのバトンを渡す、重要な健診であると考えられる。A病院でも、2週間健診以降の育児も見据えながら、母親の思いに寄り添った母子支援を継続していきたいと考える。

Ⅶ. 結 論

1. A病院の2週間健診における指導は、産後の母親の不安や悩みの軽減に効果があることが明らかになった。
2. 特に初産婦に対する指導の効果が高いが、経産婦にとっても授乳・育児手技に対する不安の軽減につながっている。
3. 初産・経産婦共に授乳・乳房ケアに関するニーズが高いため、授乳に関する指導技術の統一と向上が必要である。
4. 産後1か月健診以降の不安にも対応するため、相談窓口の提供や母乳育児外来の開設、産後ケアの充実など支援体制の拡充が課題である。

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。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 川村静香, 吉村禎子, 八嶋三由紀: マンパワー不足の地域中核病院における産後2週間健診を目指した取り組み, むつ病誌, 18 (1), p.10, 2018, 2021年1月15日閲覧, <http://www.hospital-mutsu.or.jp/journal.html>.
- 2) 鷺尾喜久代, 馬場未来, 木村幸子, 他: A病院における産後2週間健康診査の現状と意義, 滋賀母性衛生学会誌, 13, p.44, 2013.
- 3) 厚生労働省 (2019), 健やか親子 21 (第2次), 2021年1月15日閲覧 <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka2>.
- 4) 西野美華子: 妊娠中から卒乳まで継続して支援するうえで大切な退院後1週間健診, 助産雑誌, 71 (9), p.695, 2017.
- 5) 西野美華子: 妊娠中から卒乳まで継続して支援するうえで大切な退院後1週間健診, 助産雑誌, 71 (9), p.693-694, 2017.
- 6) 飯田恵子: 単胎初産婦の産後1か月までの育児不安, 森ノ宮医療大学紀要, (12), p.30, 2018.
- 7) 島田三恵子, 渡部尚子, 神谷整子, 他: 産後1か月間の母子の心配事と子育て支援のニーズに関する全国調査, 小児保健研究, 60 (5), p.677, 2001.
- 8) 飯田恵子: 単胎初産婦の産後1か月までの育児不安, 森ノ宮医療大学紀要, (12), p.30, 2018.
- 9) 上原諒子, 中西伸子: 産後早期の母親としての自信と母乳育児との関連, 奈良看護紀要, 13, p.55, 2017.
- 10) 島田真理恵, 恵美須文枝, 長岡由紀子, 他: 産褥期育児生活肯定感尺度改訂に関する研究, 日本助産学会誌, 16 (2), p.43, 2003.
- 11) 菅原千枝, 木村郷美, 小笠原ひとみ, 他: 当院における産後の電話訪問の現状と今後の課題, 八戸日赤紀要, 16 (1), p.49, 2019.
- 12) 長谷部恵理子: 退院してからのお母さんの疑問に答えます②, 助産雑誌, 73 (6), p.475-476, 2019.
- 13) 富田英里子, 段塚敏子, 石黒和代, 他: 2週間健診のケアに対する褥婦の満足度調査, 大阪母性衛生学会雑誌, 51 (1), p.93, 2015.
- 14) 岡田啓子: 退院してからのお母さんの疑問に答えます②, 助産雑誌, 73 (6), p.477-478, 2019.
- 15) 島田三恵子, 渡部尚子, 神谷整子, 他: 産後1か月間の母子の心配事と子育て支援のニーズに関する全国調査, 小児保健研究, 60 (5), p.677, 2001.
- 16) 高橋里菜: 児と母を対象とした2週間健診, 助産雑誌, 73 (6), p.467, 2019.

◇研究報告◇

学習会による看護師の PICS に関する認識・意識の変化

今谷寿子^{1)*}, 阿部雅恵¹⁾, 山下裕紀子¹⁾, 岡崎美幸¹⁾

研究目的は、学習会を行い看護師の PICS の認識、予防の意識の変化を明らかにすることを目的とした。江尻らが作成した「ICU 看護師の PICS の理解」をもとに、質問紙を 5 段階評定尺度で作成した。PICS に関する学習会前後で 41 名の看護師に実施した。学習会後の質問紙に自由記載の欄を設けた。認知の項目は PICS の理解について介入後に有意に高くなった ($p < 0.05$)。認識の項目は PTSD に関して介入後に有意に高くなった ($p < 0.05$)。知識の項目は運動機能障害や認知機能障害、せん妄に関する内容で介入後に有意に高くなった ($p < 0.05$)。看護記録では、夜間の入眠状況や精神状態、活動状況の記載があった。自由記載の内容は、患者の離床や入眠状況、精神状況を注視するようになったという内容が多くあった。学習会で PICS の認識ができ、PICS 症状の観察や介入の記録を継続することで PICS 予防に対する意識が高まったと言える。今後も PICS 予防のため定期的な学習会と記録の継続が必要と考える。

【キーワード】集中治療後症候群, 学習会, 看護師

I. はじめに

集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome ;PICS, 以下, PICS) とは 2012 年に提唱された概念で「ICU 在室中から退室後, 退院後まで生じる運動機能, 認知機能, 精神の障害のことを言う。特に集中治療室で人工呼吸患者の 25~80%, 敗血症患者の 50~75% に発症する」¹⁾とされている。急性期医療を担う A 病院の心臓血管センターは, 心臓血管外科疾患や循環器疾患を主とした病棟である。心臓血管センター内にある集中治療室・CCU では, 緊急手術後や急性冠症候群, 生死にかかわる重症患者の受け入れを行っている。そのため循環・呼吸不全などの重症疾患により合併症や機能不全を発症して重篤化しやすいが, A 病院の心臓血管センターの看護師は, PICS に対しての認識が低く, 予防的な介入ができていなかったため, 認識があれば ADL 低下や認知機能の低下を防ぐ関わりができるのではないかと考えた。PICS を発症すると入院が長期化するため, 術後の早期離床やせん妄予防, 栄養管理等, 多職種を含めた介入を求められる。「重症患者が生き延びたあとに起こりうることを医療従事者が知ること。まずは知って, それを ICU-病棟間で共有することが

PICS を防ぎ, PICS に悩む患者や家族に対して手を差し伸べられる一歩になる。」²⁾とあるように, まずは心臓血管センターの看護師の PICS の認識を高める必要があると考えた。

本研究では, 学習会を行い, 看護記録を継続することで看護師が PICS について理解が深まり, 看護師の PICS 予防に対する認識・意識の変化について検証したので報告する。

II. 目的

学習会によって PICS の予防的介入について理解を深め, 看護記録を継続することで看護師の PICS について認識度, PICS の予防に対する意識の変化について明らかにする。

III. 方法

1. 研究期間: 2019 年 12 月~2020 年 6 月
2. 研究対象者: 心臓血管センターに勤務する, 経過年数 1~25 年の看護師 41 名
3. 研究方法
 - 1) 研究対象者に研究内容を説明して同意を得た。
 - 2) A 病院の心臓血管センターの看護師が, どの程度 PICS の内容について知識を有しているかを確認するため, 質問

受付日: 2022 年 5 月 16 日 / 受理日: 2023 年 9 月 12 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail: 0620hisako@gmail.com

票の冒頭に、「内容を知っている・聞いたことがある程度・知らない」について問うた。

- 3) 江尻ら³⁾が作成した「ICU 看護師の PICS の理解」をもとに、独自の質問用紙（以後、PICS 理解度の質問紙）を作成した。PICS の認知・認識・知識の 3 つの項目に分け、認知は 6 項目、認識は 8 項目、知識は 19 項目とした。評価方法は 5 段階評定尺度（5：非常にそう思う、4：ある程度そう思う、3：ややそう思う、2：あまり思わない、1：全く思わない・わからない）とした。なお、作成された質問項目の信頼性は、江尻らのデータ収集後のクロンバック α 係数、934 が確認されている。妥当性は、データ収集前に江尻らの検討に加えて、PICS の知識がある ICU 経験 5 年以上の複数の看護師と内容の検討を行い、プレテストを重ねて表現を調整して妥当性の確保をしたものである。
 - 4) 同意を得られた看護師に 1 回目の PICS 理解度の質問紙（介入前）を実施した。その後、PICS 症状や PICS を予防するために看護師が行える予防的介入についての資料を作成し、研究者が調査対象者に 30 分の学習会を 8~15 名ずつの集合学習を実施した。
 - 5) 4 月から 6 月末までの心臓外科の予定の開胸手術、緊急の開胸手術、開腹手術、心筋梗塞、心不全、敗血症、DIC で集中治療室に入室した患者の PICS 症状について毎日、各勤務帯で記録をするよう促した。
 - 6) 学習会 3 ヶ月後に看護師へ 2 回目の PICS 理解度の質問紙（介入後）を実施し、介入後の質問紙の最後に、PICS と学習会について自由記載の欄を設けて記述してもらった。また、「内容を知っている・聞いたことがある程度・知らない」の質問を設け PICS の内容を理解（認識）しているか再度確認した。
 - 7) 研究期間中の看護師の PICS に関する看護記録の記述内容を確認し、症状別に整理した。
4. 分析方法
- 1) 介入前後で、看護師に対して PICS 理解度の質問紙調査を実施した。結果は、ウィルコクソンの順位和検定を用いて分析した。
 - 2) 介入後の自由記載の内容から、類似性のあるものを相違点・共通点について比較してコード化した。次にそのコードを相違点・共通点について比較することによりサブカテゴリー化し、さらにそれを統合しカテゴリーとした。内容を研究者間で合意が得られるまで分類を繰り返し、分類妥当性の確保に努めた。
 - 3) 4 月から 6 月末までの心臓外科手術や緊急入院で集中治療室に入院した患者の看護記録を調査・整理した。

IV. 倫理的配慮

研究者の所属施設の倫理委員会で承認を得た。同意書を作成し、本研究の目的及び研究への参加は自由意志に基づくこと、アンケート内容は、無記名としデータは統計的に処理し

プライバシーを保護すること、本研究以外では使用しないことを書面で説明し同意が得られたものを対象とした。

V. 結 果

1. アンケートの回収率及び有効回答率は介入前後ともに 41 名分（100%）であった。
2. 心臓血管センター看護師で PICS を知っている（認知度）人の人数は介入後に増加した（表 1）。
3. 心臓血管センターの 4 月から 6 月の手術件数は、予定手術は 18 件、緊急手術は 2 件であった。
4. PICS 理解度の質問紙について
 - 1) 認知の項目では、介入前後で比較して 6 項目のうち「自分の PICS の理解は十分である」1 項目のみ介入後に有意に高くなったが、平均点は介入前で 1.93、介入後に 2.48 と他の項目に比べて低かった。
 - 2) 認識の項目では、8 項目のうち「PTSD の予防で患者が集中治療室での記憶と体験を取り戻すことは重要である」1 項目のみ有意に高くなった。
 - 3) 知識の項目では、19 項目のうち 17 項目で有意に高くなったが、「PICS による認知機能障害の危険因子としてせん妄がある」、および「運動機能障害は、長期の人工呼吸器管理が要因の一つである」の項目では有意差を認めなかった（表 2）。
5. 自由記載の分析の結果、29 のコードと 8 のサブカテゴリー、5 のカテゴリーが抽出された。以降、カテゴリーを < >、サブカテゴリーを【 】、コードを「 」と表す。29 のコードから <疼痛を重視する><早期離床を重視する><栄養状態を重視する><睡眠状況を重視する><精神状況を重視する><患者・家族のメンタルヘルス障害を重視する><看護記録を重視する><学習を重視する>の 8 つのサブカテゴリーを構成し、【身体機能障害を重視する】【認知機能障害を重視する】【家族を重視する】【記録を重視する】【学習を重視する】の 5 のカテゴリーが抽出された（表 3）。
6. 看護師が介入中の看護記録の記述内容は、「眠剤を投与するがしっかり入眠できず、ADL は車いすに移乗できる程度である」、「ADL、起き上がり立位などは自立している」、「夜間、十分に眠れてなくストレスを感じている様子あり、食事摂取は良好」、「夜間 3 剤の眠剤を使用し入眠できている、せん妄症状なく精神状態安定している」、「日中食後には 1 時間ほど傾眠されているが、覚醒時は音楽を聴いたり、

表 1 PICS について知っているかの内訳

n = 41	介入前	介入後
内容を知っている	3名	26名
聞いたことがある程度	15名	14名
知らない	23名	1名

表2 介入前後のPICS理解度の質問紙 平均点の前後の比較 (N=41)

		5 非常にそう思う	4 ある程度そう思う	3 ややそう思う	2 あまり思わない	1 全く思わない・わからない	介入前	介入後	有意差	
認知	①	集中治療室看護師が、理解することは必要である						4.38	4.60	ns
	②	集中治療室退室後、継続的な看護の支援が必要である						4.50	4.60	ns
	③	多職種で取り組む必要がある						4.52	4.65	ns
	④	集中治療室患者の長期的予後を見据えることは重要である						4.50	4.63	ns
	⑤	集中治療室以外の部署の看護師が理解することは重要である						4.34	4.48	ns
	⑥	自分のPICSの理解は十分である						1.93	2.48	*
認識	⑦	PICSに対して早期の適切なりハビリ介入が重要である						4.18	4.48	ns
	⑧	PICSに対して生活リズムを整えることは重要である						4.36	4.68	ns
	⑨	PICSに対してせん妄の継続的なモニタリングは必要である						4.38	4.60	ns
	⑩	PICSは集中治療室在室中・退室後・退院後の運動・精神・認知機能の障害である						3.63	4.17	ns
	⑪	PTSDの予防で患者が集中治療室での記憶と体験を取り戻すことは重要である						3.25	3.95	*
	⑫	PICSに対して栄養の管理は重要である						4.31	4.46	ns
	⑬	PICSに対して感覚補助具の使用、見当識の補助が重要である						4.00	4.46	ns
	⑭	集中治療室で認知機能を評価することは不可欠である						3.90	4.36	ns
知識	⑮	PICSによる認知機能障害の危険因子として、せん妄がある						4.09	4.51	ns
	⑯	運動機能障害は、長期の人工呼吸管理が要因の一つである						4.06	4.39	ns
	⑰	PICSによる精神症状は、PTSD症状を呈する						2.84	3.82	**
	⑱	運動機能障害が生じた患者のADLの改善に1年以上必要なこともある						3.45	4.19	*
	⑲	PICSによる精神症状として、不安の症状を呈する						3.43	4.46	**
	⑳	苦痛を伴う医療・看護処置は、PICSの原因の一つとされている						3.65	4.41	**
	㉑	PICSによる精神症状として、抑うつ症状を呈する						3.43	4.26	**
	㉒	運動機能障害に最も深く関与する要因として、重症疾患や炎症がある						3.81	4.34	*
	㉓	PICSによる精神症状が1年以上続く場合もある						3.06	3.97	**
	㉔	運動機能障害は、敗血症やARDSなどの重症患者の約半数が発症する						2.95	4.02	**
	㉕	PICSによる認知機能障害の危険因子として、低酸素血症がある						3.34	4.14	*
	㉖	認知機能低下のある患者は、PICSの認知機能障害が高リスクである						3.70	4.41	*
	㉗	鎮静は、PICSの精神症状を引き起こす要因の一つである						3.61	4.34	*
	㉘	せん妄の記憶はPICSの精神症状を引き起こす要因の一つである						3.59	4.34	*
	㉙	ベンゾジアゼピン系薬剤は、PICSの精神症状発症要因の一つである						3.13	4.07	**
	㉚	PICSによる認知機能障害は、1年以上続くことがある						3.06	3.92	*
	㉛	運動機能障害は、神経筋障害で左右対称性の四肢麻痺を呈する						2.52	3.73	**
㉜	PICSによる認知機能障害は、記憶、注意、遂行機能の障害が主である						3.02	4.19	**	
㉝	精神疾患の既往はPICSの精神症状を引き起こす要因の一つである						3.70	4.36	**	

*:p<0.05

**:p<0.01

ns:not significant

表3 学習会による看護師の介入行動の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
身体的機能障害を重視する	疼痛を重視する	・患者が離床できるよう医師にも鎮痛剤の提案をするようになった。	2
		・術後の患者さんの精神状態や疼痛コントロールに目を向けるようになった。	1
	早期離床を重視する	・術後患者の早期離床を促すようになった。	3
		・敗血症や長期人工呼吸器管理していた患者はPICSになる可能性があるため、早期リハビリを介入できるよう医師にも声掛けができた。	1
		・運動機能の状態を以前よりも積極的に把握するようになった。	1
		・PICSを意識することで、離床状況に以前よりも気が付くようになった。	1
		・前日の離床状況を情報収集し、違いを観察するようになった。	1
	栄養状態を重視する	・食事摂取が進むように、食事形態や内容など栄養士に相談することが増えた。	2
		・食事をとれているか気にするようになった。	1
		・栄養状態を積極的に把握するようになった。	1
認知機能障害を重視する	睡眠状況を重視する	・夜間の入眠状況や精神状態をより気にかけるようになった。	4
		・日中の逆転がないか、不可解語や行動の変化・ADLに気を付けて観察している。	1
		・夜勤帯での睡眠状況や患者のさりげない言葉まで意識して観察するようになった。	1
		・せん妄対策を活用し入眠できない患者には眠剤を提案することができた。	1
		・夜間の睡眠の質を気にかけるようになった。	1
	精神状況を重視する	・言動・行動など前日との比較など、注意して観察するようになった。	3
		・術後の患者の精神状態を観察するようになった。	2
		・せん妄のない患者でも各勤務でせん妄の記録があるため、状況が理解しやすくなった。	1
・精神症状含めADLの向上状況、精神状態の把握に繋げる事が出来ると思う。	1		
家族を重視する	患者・家族のメンタルヘルス障害を重視する	・よく家族看護と言うが、PICSを取り入れた家族看護が必要だと思った。	2
		・面会制限のある中でどうしたら患者さんと家族が思いを伝えられるようになるのか考えるようになった。	1
		・患者だけでなく、家族も含めた説明・アプローチが必要なのだという新しい視点が得られた。	1
		・面会制限がある中、家族と接する機会が少なくなったが、できる限り患者の状況を伝えられるようになった。	1
記録を重視する	看護記録を重視する	・SOAPの記録は介入にPICSと入っているのだから、記録できた。より状態の観察をしようと思うようになった。	2
		・各勤務で患者の状態の変化がわかりやすく共有できるようなPICS記録を残すよう意識するようになった。	2
学習を重視する	学習を重視する	・まだPICSへの理解が十分でないため勉強をしていきたい。	1
		・一度の勉強会ではなく、継続的に勉強会を開いていく必要があると思う。	1
		・PICSの載った雑誌を4冊読んでみて、他の病院では何年も前から取り組んでいて、当院では最新の看護から遅れていると思った。	1
		・PICSの勉強会をしないと継続した患者・家族看護ができないと感じた。	1

スタッフと談笑されて過ごす」など PICS についてアセスメントした記述があった。

VI. 考 察

学習会を行うことで、看護師が PICS について認識が深まり、PICS の予防に対する意識の変化について検証した。

PICS について知っている看護師の人数は、学習会前では、PICS の内容を知っていると回答した看護師は 3 名、聞いたことがある程度と回答した看護師は 15 名、知らないと回答した看護師は 23 名で認識度も低い状態だった。学習会後は、内容を知っていると回答した看護師は 26 名、聞いたことがある程度と回答した看護師は 14 名、知らないと回答した看護師は 1 名と変化した。このことから、学習会を行い、看護記録へ PICS 症状を記載するよう促した結果、認識度が高まったと言える。しかし、認知の項目⑥「自分の PICS への理解は十分である」(表 2) では有意に高くなったが、平均点は他の項目に比べ低く、PICS を知ることはできたが、PICS に関する理解が十分なのか自信がなく点数が低くなったと考える。自由記載でも「PICS への理解が十分でないため勉強をしていきたい」、「一度の学習会ではなく、継続的に学習会を開いていく必要があると思う」のコードが抽出されており、学習会の実施と看護記録を継続していくことが必要と考える。

認識の項目⑩「PTSD の予防で患者が集中治療室での記憶と体験を取り戻すことは重要である」(表 2) で学習会後に有意に高くなったのは、今回の自作の資料や、自己学習から知識を得たことで、PTSD の発症につながるという認識が高まったためではないかと考える。山口ら⁴⁾は「患者の ICU で起こった正しい情報を提供することは、記憶の再構築を助けることとなり、ICU での記憶に苦しんでいる患者に対し、有効な看護介入である」と述べている。また、卯野木⁵⁾は「ICU での環境や治療・看護が、十分に強い情動反応を伴い、侵襲的に想起されるような非常に強い記憶につながっている可能性があり、通常の患者ケアや環境にも十分配慮すべき」と述べている。他施設では、PICS 症状の PTSD の発症を軽減する対策として ICU ダイアリーなどの介入が行われているが、A 病院の心臓血管センターでは行っていない。また、自由記載では「他の病院では何年も前から取り組んでいて、当院では最新の看護から遅れていると思った」という意見もあった。今後、患者へ集中治療室での記憶を正確に伝える手段を工夫することが必要であると考えられる。

認識の項目⑦「PICS に対しての早期の適切なリハビリ介入が重要である」(表 2) では有意差はなかったが、知識の項目⑱「運動機能障害が生じた患者の ADL の改善に 1 年以上必要なこともある」、⑳「運動機能障害に最も深く関与する要因として、重症疾患や炎症がある」、㉑「運動機能障害は、敗血症や ARDS などの重症患者の約半数が発症する」、㉒「運動機能障害は、神経筋障害で左右対称性の四肢麻痺を呈する」で学習会後に高くなった。これは、集中治療室では毎朝、医

師・看護師・理学療法士で患者の離床についてカンファレンスを行い、日中の業務調整をしたこと。また、集中治療室を退室後も継続して週 1 回、理学療法士と看護師によるカンファレンスを行っていたことで上昇したと考えられる。学習会を行うことで、PICS に関する詳細な知識が増えたことで、知識の運動機能障害に関する項目で高くなったと言える。また、自由記載の【疼痛を重視する】で「患者が離床できるよう医師にも鎮痛剤を提案するようになった」や、【早期離床を重視する】で「術後患者の早期離床を促すようになった」、「PICS を意識することで、離床状況に以前よりも気が付くようになった」、「前日の離床状況を情報収集し、違いを観察するようになった」などのコードが抽出された。「PICS 予防のために ICU から始めるケアの中で、一般病棟でも継続するものとしてリハビリテーションはとても重要である」⁶⁾とされているが、今回は PICS 症状についての看護記録を継続することで、患者の ADL の経過が分かりやすくなり、疼痛管理をしながらのリハビリテーションに対する継続意識が高まったと考える。

認識の項目⑧「PICS に対して生活リズムを整えることは重要である」(表 2) で有意差を認めなかった理由は、研究前から元々患者の生活リズムを整えることに対する意識が高かったためと考える。自由記載の【睡眠状況を重視する】で、「夜間の入眠状況や精神状態をより気にかけるようになった」、「日中の逆転がないか、不可解語や行動の変化・ADL に気を付けて観察している」、「夜勤帯での睡眠状況や患者のさりげない言葉まで意識して観察するようになった」、「せん妄対策を活用し入眠できない患者には眠剤を提案することができた」、「夜間の睡眠の質を気にかけるようになった」などのコードが抽出された。本研究により、せん妄対策や学習会で患者の生活リズムを整えることの必要性と知識が深まったこと、各勤務で PICS 症状についての看護記録をしたことで細かい様子まで観察するようになり、看護師の睡眠に対する意識が高まったと言える。PICS 対策は「個人が頑張ってるのではなく組織としてシステムの中に組み込み、それを記録に残していくことが重要」⁷⁾であり、「看護記録は患者とのコミュニケーションツールであると同時に、医療チームのコミュニケーションツールとしての側面を有している」⁸⁾ため、各勤務で PICS 症状を記録に残したことで、看護実践の継続性を一貫して行うことができるようになり、患者の個性を把握した上で、その情報を次のケアに生かした予防的な関わりができるようになったと考える。

知識の項目⑰「PICS による精神症状は、PTSD 症状を呈する」、⑱「PICS による精神症状として、不安の症状を呈する」、⑳「PICS による精神症状として、抑うつ症状を呈する」、㉑「PICS による精神症状が 1 年以上続く場合もある」、㉒「ベンゾジアピン系薬剤は、PICS の精神症状発症要因の 1 つである」、㉓「PICS による認知機能障害は、記憶、注意、遂行機能の障害が主である」、㉔「精神疾患の既往は PICS の精神

症状を引き起こす要因の1つである」(表2)で学習会後に知識が増加していた。自由記載の【精神状況を重視する】では、「術後の患者の精神状態を観察するようになった」、「せん妄のない患者でも各勤務でせん妄の記録があるため、状況が理解しやすくなった」、「言動・行動など前日との比較など、注意して観察するようになった」、「精神症状含め ADL の向上状況、精神状態の把握に繋げる事ができると思う」などのコードが抽出され、せん妄のアセスメントと予防・対策は PICS ケアにおいて優先度が高いことへの理解が深まり、知識が増えてアセスメントが可能になったと考える。

本研究では、当初は家族との関わりを深め、リハビリテーションへの参加などを促して PICS-F についても介入する予定であったが、新型コロナウイルスの流行で面会制限が始まり、研究期間中は面会ができない状況であった。その状況であっても「面会制限のある中でどうしたら患者と家族が思いを伝えられるようになるのか考えるようになった」や、「面会制限がある中、家族と接する機会が少なくなったが、できる限り患者の状況を伝えられるようになった」などのコードが抽出された。「パンフレットを用いる利点は、医療者と家族のコミュニケーションの機会が生まれることや、患者の治療や家族に、今後起こり得る症状について情報提供ができる点」⁹⁾であるので、面会制限がある中での家族への関わり方や情報提供のツールとしてパンフレットを使用しながら、今後の生活様式に合わせた看護介入を考えていくことが今後の課題である。

Ⅶ. 結 論

看護師へ学習会を実施したことで、PICS について理解が深まり、看護記録を継続したことにより、看護師の PICS 予防に対する認識の向上・意識の変化がみられた。

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) 半崎隼人：PICS 予防や対策は ICU だけでは不十分！地域まで切れ目なく継続する体制，呼吸・循環・脳実践ケア，41 (6)，p.49，2020.
- 2) 卯野木健：ICU 入室時から始める PICS 対策，看護技術，64 (13)，p.18，2018.
- 3) 江尻晴美，篠崎恵美子：集中治療室で勤務する看護師の集中治療後症候群に対する認識と理解に関する実態調査，Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing 15，p.69-77，2019.
- 4) 山口貴子，月岡悦子：PICS 予防に対する取り組み，Intensive Care Nursing Review，3 (3)，p.37，2016.
- 5) 卯野木健：外傷後ストレス障害 (PTSD)，Intensive Care Nursing Review，3 (3)，p.45，2016.
- 6) 半崎隼人：PICS 予防や対策は ICU だけでは不十分！地域まで切れ目なく継続する体制，呼吸・循環・脳実践ケア，41，(6)，p.50，2020.

- 7) 坂本孝輔：PICS 予防・その周辺に関するトレンド，重症集中ケア，19 (1)，p.59，2020.
- 8) 松浦正子：なぜ今、看護記録が重要なのか，ナーシングビジネス，11 (1)，p.11，2017.
- 9) 春名純平：PICS 予防③PICS-F，重症集中ケア，18 (4)，p.67，2019.

◇研究報告◇

高齢糖尿病患者がインスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセス

坂本倫基^{1)*}, 赤峰五月¹⁾, 中尾美穂²⁾, 手島佳代子¹⁾, 江崎香寿美³⁾, 志垣仁美¹⁾, 黒髪 恵⁴⁾

【目的】 高齢糖尿病患者が糖尿病発症から現在まで、インスリン療法を継続しながらどのように生活を調整してきたかを明らかにする。

【方法】 研究デザインは、質的記述的研究である。インスリン療法を行っている75歳以上の2型糖尿病患者6名に半構造化面接を行った。

【結果】 高齢糖尿病患者が、インスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセスは、糖尿病やインスリン療法に対して、苦悩や抵抗感を持ちながらも、決心し模索しながら生活を調整していた。その中で人生のイベントを経験しインスリンを打つことが生活の一部となり、健康管理へと繋がっていた。生活の調整の促進には【周囲の協力を得て一人じゃないと感じる】ことや、＜人生の目標ができる＞ことが影響していた。

【考察】 高齢糖尿病患者を支援するとき、疾患だけでなくその人の持つ人生経験や起こりうるライフイベントなどを考慮しながら糖尿病と共に生きる人生に焦点を当て支援することが重要である。

【キーワード】 高齢者, 糖尿病, インスリン療法, 生活, 調整

I. はじめに

2020年に実施された国民健康・栄養調査¹⁾によると、糖尿病が強く疑われる者の割合は男性19.7%、女性10.8%である。この10年間でみると、男女とも有意な増減はみられないが年齢階級別にみると、年齢が高い層でその割合が高いことが明らかとなっている。70歳以上では、男性26.4%、女性19.6%に上り、高齢化の進展により高齢糖尿病患者数は増加している現状がある。2021年度厚生労働省が示す日本の平均寿命は男性81.47年、女性87.57年²⁾であり、超高齢化社会の一途をたどっている。平均寿命の延伸に伴い、高齢糖尿病患者の増加が予測され、糖尿病罹患期間も長期化してくる。

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症などの合併症予防が重要である。現在の糖尿病治療には良好な血糖コントロールの維持、細小血管合併症予防のために、インスリン療法による厳格な血糖コントロールが有用³⁾と言われており、早期からインスリン療法を開始することも多い。また2型糖尿病患者において、食事療法、運動療法およびインスリン注射以外の薬

物療法でも目標が達成できない場合、インスリン療法を行うことが基本的な治療となっている⁴⁾。高齢化により認知機能の低下や合併症の進行に気づきにくい身体の変化の中でインスリン療法を長期間継続していくことは、高齢者にとって容易ではなく、インスリン療法への思い、インスリン療法に伴う生活の変化やその向き合い方を明らかにし、患者支援に繋がっていくことは今後の療養支援の一助となる。

2018年度、A病院外来通院中の75歳以上の糖尿病患者のインスリン使用割合は60%であった。入院中に、自宅療養の注意点や低血糖時の対応、シックデイの対応などインスリン管理についての指導が行われているが、自宅での対応に苦慮する高齢者が存在する一方で、インスリン療法を生活にうまく取り入れている高齢者も存在している。

高齢者のインスリン療法に対する先行研究は、インスリン自己注射手技に関する研究⁵⁾、自己注射を安全に継続するための支援に関する研究^{6, 7)}やセルフケア行動における研究^{8, 10)}の報告がなされている。また病いの捉え方と自己管理の相互作用における研究¹¹⁾において、周囲との関係に病気が及ぼす

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 福岡大学病院 2) 医療法人社団研英会林眼科病院 元福岡大学病院

3) なないろクリニック 元福岡大学病院 4) 福岡大学医学部看護学科

* E-mail : tomoki0831s@gmail.com

影響について明らかにされている。これまでにインスリン療法中の壮年期患者が行う生活調整¹²⁾やインスリン療法の意味づけ¹³⁾、糖尿病の自己管理の促進および阻害要因¹⁴⁾、インスリン療法の心理的行動的反応¹⁵⁾について先行研究で明らかになっているが、高齢者のインスリン療法と生活の調整に焦点をあてた報告はない。

インスリン療法中の壮年期患者が行う生活調整¹⁶⁾において、糖尿病と共に生きていく覚悟を決めることができるかどうか、その後の自己管理に大きく影響し重要なターニングポイントとなると述べられており、診断後の糖尿病への思い、糖尿病と向き合ってきた過程は、インスリン療法を良好に継続していくことに大きな影響を及ぼす可能性がある。

そこで今回、診断時からの糖尿病との向き合い方、インスリン療法を生活に取り込んできた過程を明らかにすることで、高齢でインスリン療法を継続する患者の支援への示唆を得ることができると考えた。

Ⅱ. 目 的

高齢糖尿病患者が糖尿病発症から現在まで、インスリン療法を継続しながらどのように生活を調整してきたかを明らかにする。

用語の定義

高齢糖尿病患者：75歳以上の2型糖尿病患者と定義する。

生活：生活を社会の中で生きる各個人の日常生活活動と捉え、家族の関係性、他者との関係性、病氣管理、価値観などの側面を含むものと定義する。

調整：調整を治療の実行と日常生活の折り合いをつけながら、バランスの取れた状態にすることと定義する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質的記述的研究デザイン
2. 研究期間：2020年3月～2020年10月
3. 研究対象：身体機能に障害がなくインスリン療法を行なっている75歳以上の2型糖尿病患者とした。また高齢者糖尿病治療ガイドに示されている75歳以上のインスリン使用者のコントロール目標であるHbA1c8.0%未満の人を対象とした。対象者は糖尿病専門医とともに選出し同意が得られた6名とした。

4. データ収集方法

同意の得られた6名（男性4名、女性2名）の患者に対して、インタビューガイドをもとに半構造化面接を行った。面接は外来受診時に個室で1人1回行った。インタビューの実施は日本糖尿病療養指導士である外来看護師1名が実施した。面接の内容は録音し逐語録を作成した。質問内容は、①診断された時の状況、②インスリン療法が始まった時の思い、③インスリン療法を受け入れ、生活に取り込むきっかけや生活の変化、④インスリン療法を継続する中で工夫したことについてである。

5. データ分析方法

インタビュー内容を逐語録に起こし、インスリン療法中の思いや生活の調整に関する文脈を抽出しコードを作成した。さらに同じ内容を意味するものに分類し抽象度を上げながらサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。糖尿病の診断からインスリン療法導入・継続といった時間軸を踏まえてカテゴリーの位置づけや相互の関係性を検討し図式化した。分析は複数人で行い、分析過程においては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

本研究は所属する福岡大学病院看護部研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：R1B-4）。研究対象者には、研究目的・方法・協力しない場合でも不利益は生じない事、自由意思による参加で撤回も可能である事、個人情報保護、研究結果の保存と公表に関して文書と口頭で説明を行い、同意書への署名によって同意を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 分析対象者の基本属性

対象者は6名、性別は男性4名、女性2名であった。対象者の年齢は75から83歳であり、平均78.6歳であった。糖尿病の罹病期間は12から29年間、インスリン治療歴は4から31年であった（表1）。インタビュー時間は14から23分、平均17.5分であった。

2. インスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセス

153のコード、27のサブカテゴリー、10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< >で示す。“ ”は対象者の語りとする。

高齢糖尿病患者がインスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセスは、診断を受けた際の【覚悟していたけどやっぱりなという思い】から始まり、【インスリン療法への苦悩と抵抗】を感じながらも【インスリンを打つ事はしょうがない】と切り替え、【インスリンを打たなければいけないと決心する】事で、【模索を繰り返して生活を変える】ことに繋がる。【周囲の協力を得て一人じゃないと感じる】ことや模索を繰り返しながら【人生のイベントを経験し乗り越える】ことで【インスリンを打つことが生活の一部となる】。結果、【模索したことで健康管理ができるようになる】というプロセスであっ

表1 対象者の概要

	年齢	性別	罹病期間	インスリン使用期間
A	70歳代後半	男性	23年	4年
B	70歳代後半	男性	31年	31年
C	70歳代後半	男性	23年	13年
D	70歳代後半	男性	12年	5年
E	80歳代前半	女性	20年	8年
F	80歳代前半	女性	29年	12年

表2 高齢糖尿病患者がインスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセスのカテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
覚悟してたけどやっぱりな という思い	診断を受けた時のやっぱりなという思い
	生活背景や家族背景により、覚悟していた
	仕事で不規則になる
インスリン療法への苦悩と抵抗	インスリン導入時の抵抗感
	インスリンの煩わしさ、面倒くささ
	インスリンをすること自体に抵抗がある
インスリンを打つことは しょうがない インスリンを打たなければ いけないと決心した	インスリンを打つことは仕方ない
	インスリンを打たなければいけないという決心
模索を繰り返して生活を変える	仕事を割り切った
	自分の生活にあった1日のサイクルを考えた
	糖尿病と向き合う為に模索した
	無茶な生活をしなくなる
人生のイベントを経験し乗り越える	がんになり運動の方法を考え直した
	家族の死を乗り越える
	他の病院に入院した時に怖い体験をした
	再入院になる
周囲の協力を得て一人じゃないと 感じる	周囲の協力や理解
	医師と治療内容について調整した
模索したことで健康管理が出来る ようになる	血糖の変動を見ながら試行錯誤する
	糖尿病になったことで健康に興味を持つ
	糖尿病のお陰で健康管理が出来る
	人生の目標が出来る
インスリンを打つ事が生活の 一部になる	初めは打ち忘れたが今は打ち忘れない
	今はインスリンを止めたほうが不安になる
	慣れたらやらないと気持ち悪い
	安心することでインスリンへ積極的になる
あまり深刻に考えない方が 上手く付き合える	あまり深刻に考えない

た。また、生活を調整するプロセスを通じて、【あまり深刻に考えない方が上手く付き合える】という姿勢があった。カテゴリー間の関連を図1に示す。

1) 【覚悟していたけどやっぱりなという思い】

このカテゴリーは、家族に糖尿病罹患者がいることから、糖尿病になることを予測しながら不規則な生活を続けており、やっぱり糖尿病になってしまったという思いを示している。

サブカテゴリーは3つあり、＜診断を受けた時のやっぱりなという思い＞＜生活背景や家族背景により、覚悟していた＞＜仕事で不規則になる＞から構成されていた。＜診断を受けた時のやっぱりなという思い＞では過去の暴飲暴食やふらつきや口渇などの症状から自身が糖尿病になっていることを予測していた思いが語られた。また、＜生活背景や家族背景により、覚悟していた＞では“家族に糖尿の気があったので、いつかなるかもと覚悟していた”ことや、＜仕事で不規則にな

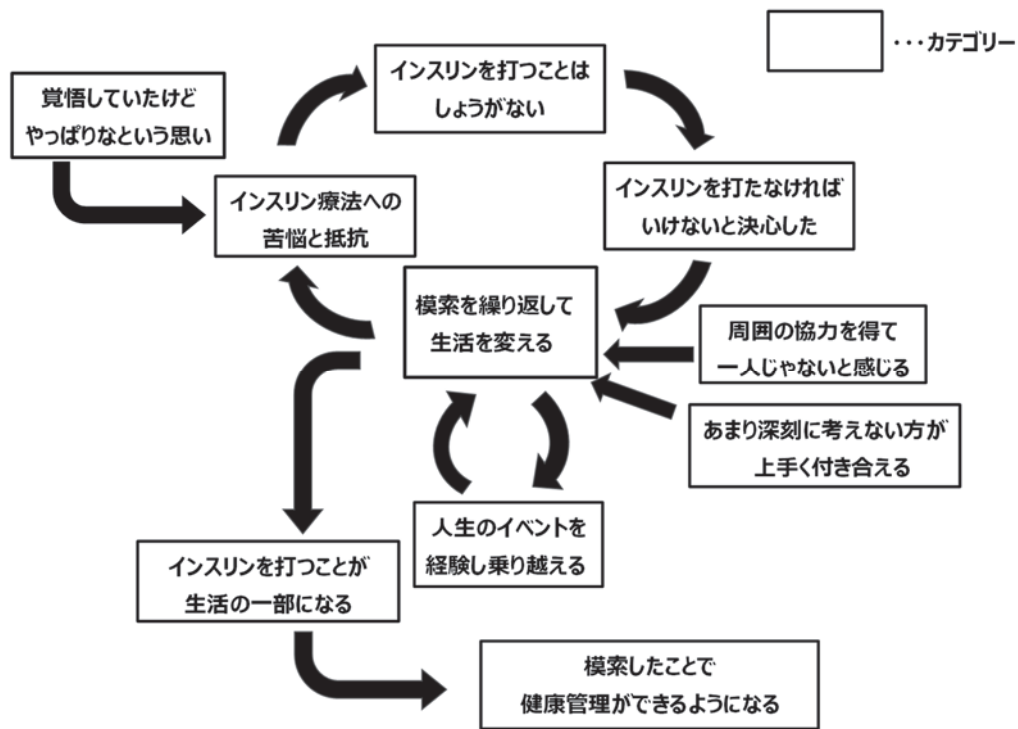


図1 インスリン療法を継続しながら生活を調整するプロセス

る>では“用心しとったけど仕事の兼ね合いで、避けられない部分もあり、やっぱりなという感じだった。”など、診断を予測していた覚悟や仕事の影響などに対する思いが語られた。

2) 【インスリン療法への苦悩と抵抗感】

このカテゴリーはインスリン療法開始当時、インスリン注射への面倒くささ、煩わしさ、抵抗感を持っていたことを示している。

サブカテゴリーは3つあり、<インスリン導入時の抵抗><インスリンの煩わしさ、面倒くささ><インスリンをすること自体に抵抗がある>から構成されていた。<インスリン導入時の抵抗>では“まさかインスリンになるとは考えてもいなかった。”の語りがあり、毎食前に注射を打つことや針を自分の体に刺すことへの抵抗感などが語られた。また<インスリンの煩わしさ、面倒くささ>では、1日に何度も投与することや、外食時、仕事でもインスリンを投与しなければならないことの煩わしさ、面倒くさい思いが語られた。<インスリンをすること自体に抵抗がある>には、人前で投与することの抵抗感に対する思いが語られた。このカテゴリーでは、インスリン療法への否定的な思いを抱きつつもインスリン療法と向き合ってきた生活についての語りがあった。

3) 【インスリンを打つことはしょうがない】

このカテゴリーは、インスリン療法への苦悩や抵抗感を持ちながらも、気持ちを切り替えたことを示している。

サブカテゴリーは<インスリンを打つことは仕方ない>から構成され“もうそういう運命っていうか、受け入れていくしかないなって思いました。”などの語りがあり、諦めの気持ちや苦にしても仕方ないという発想の転換で自分なりに気持ちを整理していた。

4) 【インスリンを打たなければいけないと決心した】

このカテゴリーは、インスリン治療を続けていくことを決め、治療に対し前向きに向かっていく思いを示す。

サブカテゴリーは<インスリンを打たなければいけないという決心>から構成され“初めは嫌やったけどこれを打たんと生きていけないと思ったらできた。”、“食事に出かけたりするからお昼だけでも薬がいいかなと思ったけど、インスリン打たないかんとって決心すればそうないですね。”の語りがあり、前向きに向き合う中でインスリン療法を受け入れた決心について語られた。

5) 【模索を繰り返して生活を変える】

このカテゴリーは、仕事への向き合い方の変化、食生活の改善、運動療法の導入など意識改革を行い、糖尿病と向き合うために模索を繰り返しながら、努力してきたことを示す。

サブカテゴリーは4つあり、<仕事を割り切った><自分の生活にあった1日のサイクルを考えた><糖尿病と向き合う為に模索した><無茶な生活をしなくなる>から構成されていた。<仕事を割り切った>では、仕事での低血糖を契機に無理をしないように、仕事への向き合い方を変えたことや、定期的に休みをとる工夫をしたことの語りがあった。<自分の生活にあった1日のサイクルを考えた>では、食事の時間や運動の時間など1日の自分の生活サイクルを決め実行したことや、そのサイクルを守ることに安心感などの語りがあった。<糖尿病と向き合う為に模索した>では、これから糖尿病と付き合っていかなければならないという思いから、療養生活を自分で工夫しながら模索した語りがあった。<無茶な生活をしなくなる>には暴飲暴食をしなくなったことや、体に不調があればすぐに受診するようにしたことなど、自身の

体調と相談しながら無理をしないことを心掛け生活を営んでいた。

6) 【人生のイベントを乗り越える】

このカテゴリーは、新たな病気の併発、家族の死などの出来事をきっかけに糖尿病やインスリン療法と生活の調整がうまくいかない状況から、生活を再構築し、苦難を乗り越えることを示す。

サブカテゴリーは4つあり、＜がんになり運動の方法を考え直した＞＜家族の死を乗り越える＞＜他の病気で入院した時に怖い体験をした＞＜再入院になる＞から構成されていた。＜がんになり運動の方法を考え直した＞では“今はがんになったから以前の糖尿病だけの時の7割くらいの運動量にしている。それ以上の負担は今は体に疲労が貯まる。以前は夕方に毎日ウォーキングを1時間くらいしていたが、それが今出来ないから今は20分とかにして家の中でずっと歩いたり、やり方を今自分自身で模索している。”など、がんになり変化した体と相談しながら、今まで継続してきた療養行動を維持する工夫についての語りがあった。また、【模索を繰り返して生活を変える】経験が、がんという新たな病気を発症した後も生活を再構築し自分にあった方法を見出すことの原動力になっていた。＜家族の死を乗り越える＞では、“妹の死はこたえた。それから引きこもりになっちゃったんです。それまでは妹とずっと出かけていた。どこ行くにしても一緒だったんですよ。血糖は上がったたり下がったりだったと思うけど、覚えてない。去年くらいから気持ちの整理がついて、自然と受け入れんとしょうがないって感じですかね。”と語られ、妹の死をきっかけに精神面が不安定になり、生活が大きく変化したことの語りがあった。このカテゴリーでは、がんを発症し自身の生活の調整を余儀なくされ、自身の体調と相談しながら模索した経験、重要他者の死により精神面のコントロールが効かず、今までの生活の継続が出来なくなった状態から乗り越える経験があった。

7) 【周囲の協力を得て一人じゃないと感じる】

このカテゴリーは家族の協力、医療者の支援、世の中のインスリン療法への理解により、周囲から治療の継続に対する協力を得ながら生活していることを実感することを示す。

サブカテゴリーは2つあり、＜周囲の協力や理解＞＜医師と治療内容について調整した＞から構成されていた。＜周囲の協力や理解＞では“食事について奥さんが一生懸命やってくれた”と食事療法の継続に家族の協力があったことが語られた。また、“インスリンは仕事をしているため、抵抗がある、人の前でなかなか打ちづらいですよ。覚せい剤打ってんじゃないかって誤解を与える可能性がありますね。今はみんな割と認知して知ってますからいいけど。”と語られ、近年のインスリン療法に対する認知度の上昇により、インスリン療法が継続しやすい環境へ変化していることを患者自身も感じていた。＜医師と治療内容について調整した＞では、医師の治療目標と患者の治療目標の折り合いをつけたことや、朝

は内服薬へ変更したことなど、治療に対し主治医と調整したことの語りがあった。

8) 【インスリンを打つ事が生活の一部になる】

このカテゴリーは、インスリン療法が生活の一部となり自身にとってインスリンを不可欠なものとして捉えていることを示している。

サブカテゴリーは4つあり、＜初めは打ち忘れたが今は打ち忘れない＞＜今はインスリンを止めた方が不安になる＞＜慣れたらやらないと気持ち悪い＞＜安心することでインスリンへ積極的になる＞から構成されていた。＜初めは打ち忘れたが今は打ち忘れない＞では、“インスリンを打たないと食べれないと思っているから打ち忘れない”と語りがあった。＜今はインスリンを止めた方が不安になる＞では“今はインスリンを止めたほうが不安になる。”や＜慣れたらやらないと気持ち悪い＞では“今は何も思わない、朝にインスリンを打たなかったら気持ち悪い。”などの語りがあり、自身にとってインスリン療法を不可欠なものとして捉えるように変化していた。また＜安心することでインスリンへ積極的になる＞では、インスリンを継続することが出来た背景に“心配で先生に聞いたら止めれますよって言われ、安心して積極的に打てるようになった。”と語りがあり、止めれると思えることはインスリン療法を継続していく上での心の支えとなっていた。

9) 【模索したことで健康管理が出来るようになる】

このカテゴリーは糖尿病やインスリン療法との折り合いをつけるために、自分なりに生活の工夫や模索を繰り返すことで、糖尿病が自身の一部になることを示す。

サブカテゴリーは4つあり＜血糖の変動を見ながら試行錯誤する＞＜糖尿病になったことで健康に興味を持つ＞＜糖尿病のお陰で健康管理が出来る＞＜人生の目標ができる＞から構成されていた。＜血糖の変動を見ながら試行錯誤する＞では“運動のタイミングは結構今は考えている。食後1時間したら血糖を測る。そして2時間後にも測って運動の時間を血糖を測りながら試している。”や“血糖が低すぎるとインスリンが多いのではないかと思い、医師と話をした”などの語りがあった。＜糖尿病になったことで健康に興味を持つ＞では“糖尿病の情報は本読んだり、インターネットで調べたりして集めている。自分の病気に対して興味がある。”、“フィットネスに通い始めた、週に3~4回行って体重が2kg落ちた。体重はめっちゃ、くっちゃ意識してる。”などの語りがあり、糖尿病やインスリン療法と付き合うために、自分で考え、身体への気づきを持ちながら生活を調整していた。また＜糖尿病のお陰で健康管理が出来る＞では、模索を繰り返す中で健康に対する意識も変化し“糖尿病で入院してそれから健康って大切やなって思った。それまでは全く気にしていなかった。”という語りや“糖尿病になったお陰で健康に興味を持ち健康管理を考えるようになり、糖尿病になってよかった。”、“糖尿病になったおかげで毎月1回病院に行ける、先生が結果を見ながらアドバイスしてくれるから非常に感謝している、それであ

る程度自分の管理ができています。”との語りがあり、一病息災の考えを持ち生活していた。〈人生の目標ができる〉では

“食事以外の治療に運動があったから今は運動が趣味になった。あと一回ハワイのハーフマラソンに出てみたい。”、“自分のことは自分でできる健康を維持したい。”などの語りもあり、糖尿病やインスリン療法と向き合う中で、健康に対する意識が変化し、新たな人生の目標を見出していた。

10) 【あまり深刻に考えない方が上手に付き合える】

このカテゴリーは糖尿病やインスリン療法とうまく付き合っていくための姿勢を示す。

サブカテゴリーは〈あまり深刻に考えない〉から構成され“性格は呑気で色んな事に左右されない”の語りや“糖尿病は天が与えてくれたもの、それと付き合いがいかないといけないと思い、あまり苦しめないようにした。上手く付き合う方法を自分で見出すことにした。”との語りがあり、深刻に考えず前向きに捉える考え方を持っていた。

VI. 考 察

インスリン療法を行う高齢糖尿病患者は、糖尿病と診断後インスリン療法が開始となり、インスリン療法への苦悩や抵抗を感じながらも、インスリンを打たなければいけないと決心し、糖尿病と向き合うために模索して生活を変える。生活を模索する中で、さらなる苦悩や抵抗感が生じ模索する。その過程を繰り返しながら、インスリンを打つことが生活の一部となり、健康管理ができるようになるプロセスを経ていた。

慢性の病いに対するケアの焦点は、治療(cure)にあるのではなく、患者が病気と共に生きること(living with illness)にある。それは病気を管理し、病気と共に生きる方策を発見することでもある¹⁷⁾と述べられている。今回の対象者らも慢性の病いである糖尿病やその治療であるインスリン療法と共に生きるために生活を模索し、工夫しながら新たな生活を調整する行動があった。その中で自分に合った運動療法や自身の体調と相談しながら無理をしないことを心掛けるなど、病気とうまく付き合う方法を見出していた。高齢糖尿病患者は、病気や治療と向き合っていくために多くの模索を繰り返しており、模索することは様々な苦悩や人生のイベントを乗り越える糧となっていた。また、対象者の語りから、模索を繰り返し生活を調整したことや、人生のイベントを乗り越えてきた経験を経て自身にとってインスリンを不可欠なものとして捉えるように変化しており、インスリン療法が生活するうえで意味を持っていると捉えていることが考えられた。糖尿病やインスリン療法を継続する患者を支援する時、その病気や治療が患者にとってどのような意味を持っているか、その意味を感じとりながら支援していくことも必要である。また、インスリン療法に対して、止められることへの安心感の語りがあり、糖尿病の初期教育では病態、将来の予想、治療の見通しについて伝える事の必要性¹⁸⁾やインスリン療法に不安を感じている患者に対して、今後の治療の見通しを伝えるこ

とは、抵抗感や葛藤を軽減しインスリン療法を受容することに繋がると考える。

老年期は発達段階の最終段階で、様々な老いの中にその人らしさを集結していくことができるが、同時に絶望的なまでの老いの悲慘もある。病いと死に向き合い、心身の衰退をまざまざと感じつつ、自分の人生は何であったのかを考えると、喜びや満足とともに不安も押し寄せる¹⁹⁾と述べられている。高齢糖尿患者は、老年期に伴う身体機能の低下とともに、病気に伴う身体機能の低下が伴う。自身の老いの実感、新たな病気の発症や家族の死により絶望感、喪失感を伴いやすい時期である。本研究において、糖尿病やインスリン療法に対して、初めは苦悩や抵抗感を持ちながらも、インスリンを打つことを決心し生活を模索し、自身にあった生活を調整していた。その中で、がんや重要他者の死など、人生のイベントの経験や喪失体験により、自身で生活を調整することが困難となる体験があった。対象者の中には重要他者の死により生活が大きく変化した、その障壁を乗り越え、生活を再構築していた。また、がんによる体力の衰えを感じて、自身の身体と相談し無理のない生活へと調整していた。調整の促進には【周囲の協力を得て一人じゃないと感じる】ことや、〈人生の目標ができる〉ことが影響し、次の段階へ進んでいた。また、【あまり深刻に考えない方が上手に付き合える】という、高齢者ならではの豊富な経験や思慮深さ、柔軟さが影響した、糖尿病との付き合い方があった。対象者らは、模索を繰り返しながら生活を工夫した努力、人生のイベントを経験し乗り越えた経験、糖尿病の治療に対する家族の協力の実感などから、生きていくための強さを獲得しながら糖尿病とうまく付き合っていることが考えられた。また、〈糖尿病になったことで健康に興味を持つ〉や〈糖尿病のお陰で健康管理が出来る〉から、糖尿病に対し、言わば感謝の気持ちと共に、糖尿病と付き合っている姿勢も明らかとなった。高齢糖尿病患者を支援するとき、糖尿病という病気だけではなく、老年期という段階を考慮し支援することが重要である。老年期に起こりやすい身体的変化に加えて、併存疾患による身体や生活の変化、重要他者の死など人生のイベントが重なり、今まで可能であった生活や治療の継続が困難となる状況を予測しながら支援していく必要がある。また医療者は、患者の診断時の思いから、自身で健康管理ができるようになるまでのプロセスを共に歩む姿勢が大切である。インスリン療法を継続することを支援するだけでなく、高齢者特有の併存疾患を持ちやすい背景も考慮しながら、糖尿病と共に生きる人生に焦点を当てて支援することが重要である。高齢糖尿病患者を支援するとき、その方の可能性を信じながら、ひとりひとりの過去・現在・未来と向き合い、糖尿病とその治療と共に生きる患者そのものを支援していくことが重要と考える。

本研究の限界は、単一施設であり対象者が6名と限られており、地域の特性が限定されていることである。データを丁寧

とができたが、多様化する家族形態やその人にとってのインスリン療法の意味を考慮した実践に繋がるように、研究対象者を広げてさらに調査していくことが今後の課題である。

VII. 結 論

75歳以上の6名にインタビューを行った結果、10のカテゴリーが抽出された。その特徴は病気や治療と向き合っていくために多くの模索を繰り返しており、その模索は様々な苦悩や人生のイベントを乗り越える糧となることが示唆された。周囲から支えられていることを実感することや人生の目標が、模索を繰り返すことの推進力となり、健康管理が出来るようになることに繋がっていた。また高齢者ならではの豊富な経験や思慮深さ、柔軟さが影響した、糖尿病との付き合い方や糖尿病に対する感謝の気持ちを持ち、糖尿病と共に生きる姿勢があった。

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。

VIII. 引用文献

- 厚生労働省 (2022年), 国民健康栄養調査, アクセス 2022年9月16日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyouchousa.html.
- 厚生労働省 (2022年), 令和3年簡易生命表の概要, アクセス 2022年9月29日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life21/index.html>.
- 日本糖尿病学会:糖尿病診療ガイドライン 2019, 南江堂, p.100.
- 日本糖尿病学会:糖尿病診療ガイドライン 2019, 南江堂, p.99.
- 碓由美, 古賀明美, 熊谷有記:外来通院中の糖尿病患者におけるインスリン自己注射手技, 日本糖尿病教育・看護学会誌, Vol.24 No.1, p.9-16, 2020.
- 藤井夕香, 三好陽子, 古田知香:高齢糖尿病患者が自己注射を安全に継続するたねび支援に関する文献検討, 四日市看護医療大学紀, vol. 15, No.1, p.15-25, 2022.
- 佐藤麻帆, 杉山陸実, 南条久乃:難渋した高齢糖尿病患者への指導について, 静岡赤十字病院研究報, vol.36 No.1 p.67-71, 2016.
- 越野恵理, 稲垣美智子, 多崎恵子:診断時高齢の2型糖尿病患者がセルフケア行動を習得していく過程での経験, 日本糖尿病教育・看護学会誌, vol.19 No.2, p.111-120, 2015.
- 内海香子, 清水安子, 黒田久美子:インスリンを使用する高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護援助, 日本糖尿病教育・看護学会誌, vol.10 No.1, p.25-35, 2006.
- 大嶋美紀, 横井亜友美, 富樫恵美, 他:高齢糖尿病患者のインスリン自己注射に関するセルフケアと糖尿病の負担感情の実態および社会的支援と医療者との関わりの関連, 日本糖尿病教育・看護学会誌, vol.20 No.2, p.193-199, 2016.
- 小松由子, 内田雅子:向老期に2型糖尿病を発症した女性における病の捉え方と自己管理の相互作用, 高知女子大学看護学会誌, vol.43 No.2, p.132-140, 2018.
- 土屋絃子, 木下幸代:インスリン療法中の壮年期患者が行う生活調整のプロセス, せいれい看護学会誌, vol.9 No.2, p.9-16, March 2019.
- 小沢直樹, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他:2型糖尿病患者がインスリン療法を意味づけるプロセス, 日本糖尿病教育・看護学会誌 vol.21, No.1, p.1-10, 2017.
- 村上美華, 梅本彰子, 花田妙子:糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌, vol.32 No.4, p.29-38, 2009.
- 中馬成子, 土居洋子:2型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷, 日本看護研究学会雑誌, vol.34 No.5, p.59-69, 2011.
- 前掲書 12) : p14.
- 黒江ゆり子:クロニックイルネスと病みの軌跡についての論考—生活者を支える実践の基盤として—, 日本糖尿病教育・看護学会誌, vol.15 No.1, p.60-63, 2011.
- 日本糖尿病療養指導士認定機構:糖尿病療養指導ガイドブック 2018, メディカルレビュー社, p.120.
- 服部祥子:生涯人間発達論—一人間への深い理解と愛情を育むために—, 医学書院, p.186.

◇研究報告◇

精神科病棟における自殺リスク者に対する看護実践

— 精神科一般病室の夜間巡視に焦点を当てて —

伊久美紀子^{1)*}, 中村優子¹⁾, 氏平佐和子¹⁾, 澤田由美²⁾

【目的】：精神科一般病室における夜間巡視時の自殺リスク者に対する看護実践を明らかにすることを目的とした。

【方法】：自殺リスク者が治療を行う病棟で勤務経験のある看護師 5 名を対象に個々にインタビューガイドを用いて半構造的面接を実施。インタビュー内容をデータ化し、意味の類似性に基づいて分類、カテゴリ化した。

【結果】：対象は看護師、男性 3 名、女性 2 名。インタビューから抽出した 177 データを分析した結果、34 のコードと 12 のサブカテゴリ、3 のカテゴリが生成された。分析の結果、自殺リスク者の背景を見極める、自殺につながる環境を評価する、自殺リスク者への特別な看護を意識するが明らかになった。

【考察】：自殺企図歴のある患者には再企図への注意が必要であり、“いつもと違う違和感”を察知し、心理的な距離に配慮し、不眠に対する苦痛に目を向け、話す時間そのものが有用なリスク回避になることが考えられた。

【キーワード】 自殺対策, 精神科看護, 夜間巡視

I. はじめに

わが国の自殺者数は 9 年連続減少しているが、依然として 2 万人を超えており深刻な状況が続いている¹⁾。自殺に至った事情や経緯は人それぞれであるが、自殺既遂者の 9 割以上がうつ病などの精神疾患に罹患した状態で自殺企図をしていた事が明らかにされており²⁾、病院内での自殺及び自殺企図は精神科が最も多い³⁾。

医療事故情報収集等事業報告書⁴⁾によると、院内における夜間（16 時～8 時）の自殺企図は全体の 58%と半数以上を占めている。これは、夜間は外界の刺激が減少し孤独感や不安感が強まりやすい状態であること、看護師が少なく目が行き届きにくいことなどが考えられる。

精神科病院での入院治療は急性期症状が緩和すると、保護室から死角の多い一般病室に移動し、病気から回復していくための知識や行動を身に付けていくための治療が始まる。患者にとってこの時期の治療や入院環境は、現実と直面する場面が多く、精神的な負荷となり自殺の危険が再度高まる可能性があり、自殺予防対策は重要となる。

当院は単科の精神科病院であり、県の精神科医療の中核病

院として、精神科救急急性期入院棟・依存症入院棟・司法精神科入院棟・児童思春期入院棟など民間では対応が困難な分野にも対応できる機能を持っており、24 時間 365 日救急対応が可能な体制を整えている。自殺リスク者が治療を行う病棟の一般病室において、夜間 1 時間に 1 回の巡視をおこなっているが、具体的な看護実践の基準となるものはなく、巡視の観察点や、自殺リスク者への対応は、個々で迷いながら判断しており、看護師の夜間の看護実践は看護師間でも共有されにくい現状がある。

自殺未遂患者のアセスメントと介入による調査⁵⁾では、自殺未遂者の再企図の危険性に注意し観察を密にする、患者の思いや訴えを傾聴する等の安全面の対策を講じることが重要とされているが、自殺リスク者に対する夜間巡視や看護の実践についての具体的な研究はない。

本研究では、精神科一般病室における夜間巡視時の自殺リスク者に対する看護実践を明らかにし、自殺リスクのある患者の看護への示唆を得たいと考えた。

II. 目 的

本研究は、精神科病院の一般病室での自殺リスクのある患

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 岡山県精神科医療センター 2) 姫路獨協大学看護学部看護学科

* E-mail : m-korehisa@popmc.jp

者に対する夜間巡視時の看護実践の実態を明らかにし、看護のあり方を検討することである。本研究の結果は、精神科における自殺予防のための看護をよりよくするための方略を検討する上で貴重な資料となると考える。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

先行研究では今回の研究テーマについて十分に明らかになっていないため、質的記述的研究方法を用いることにした。

2. 用語の定義

自殺リスク者：入院治療により切迫した自殺念慮は消失したが、自殺念慮が内在している患者を示す。

夜間巡視：21時から翌朝6時半に看護師が行う巡視を示す。
一般病室：本研究における一般病室とは、隔離処遇対応可能な病室を除く、閉鎖病棟の個室または多床室およびフロア等の共用スペースを示す。

3. データ収集期間

2020年5月1日～2020年7月31日

4. データ収集方法

先行研究からインタビューガイドを作成した。対象者は、自殺リスクのある患者が治療をおこなう病棟に勤務経験のある、看護臨床経験2年目以上の看護師とした。対象者が指定するプライバシーが確保できる個室において、半構成的面接を実施した。

インタビュー内容は「夜間の一般病室の巡視で特に自殺リスクが高いと注意している患者はどんな人ですか」「一般病室の夜間巡視の実際について」「その他に工夫しておこなっている観察や関わり」の3点である。面接は精神科看護経験年数7年目以上の看護師が実施し、面接時間は1人30分程度とした。面接内容は対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

5. データの分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、分析データとした。自殺リスク者に対する夜間巡視時の看護実践に焦点を当て、意味のまとまりごとに切片化した。語りの意味を損なわないように文脈を考慮しながらコード化、類似性を検討しながらサブカテゴリ化した。共通性や関連性を検討、抽象度を上げカテゴリを抽出した。

6. 真実性の確保

データ分析の真実性の確保をするため、文脈の解釈やカテゴリ化に偏りが無いかについて研究者全員が納得するまで修正を繰り返し協議した。分析の真実性と妥当性を確保するために、分析の全過程において質的研究者のスーパーヴァイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究を行う上での倫理的配慮については、岡山県精神科医療センター倫理審査委員会にて承認（承認番号1-22）を得た後

に研究を開始した。研究の開始にあたっては、研究参加者へ本研究の目的と方法、研究対象者の権利、不参加・途中辞退の自由、プライバシー保護と匿名性の確保、結果の発表の仕方についての倫理的配慮を文章および口頭で説明し、書面にて研究協力で同意が得られた方を研究対象者とした。研究者が病院の管理者（看護部長）に文書および口頭で研究の趣旨を説明し、研究協力の承諾を得たうえで、選定条件を満たす看護師の紹介を依頼した。ただし、自殺既遂に遭遇した看護師はその時の光景を鮮明に記憶していたり、日常のケアの中でもよみがえる体験をしていたりするため体験を想起した際の負担に配慮し、1年以内に病院内で自殺既遂に遭遇した者は除外した。さらに同意を得る際に自殺に関連する出来事について出来事インパクト尺度⁶⁾⁷⁾⁸⁾を使用し、自殺に対するトラウマ状態について評価を行い、トラウマ状態にある者も対象から除外することで、対象者の精神的な負担軽減に配慮した。面接中にフラッシュバックや心的外傷後ストレス症状などが生じた場合には直ちに中断すること、回答後に精神的苦痛が生じた場合は、病棟管理者へ相談するよう説明した。収集したデータは匿名化し、個人が特定されないようナンバーを付け、研究専用の鍵付き金庫で保管した。データをインターネットを通じて外部へ送信する際は、セキュリティー対策が施されたパソコンを使用し、パスワードを設定した上で取り扱った。データは、研究終了後シュレッダーにて破棄した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は男性3名、女性2名、平均年齢は37.4才であった。全員精神科病院で勤務しており、自殺リスク者が治療をおこなう病棟に勤務経験のある看護臨床経験2年目以上の看護師であった（表1）。

2. 精神科一般病室における自殺リスク者に対する夜間巡視時の看護実践

逐語録から抽出した177のデータを分析した結果、34のコード、12のサブカテゴリ、3のカテゴリを抽出した。（表2）以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, ローデータを「 」と表記する。

1) 自殺リスク者の背景を見極める

【自殺リスク者の背景を見極める】とは、リスクの高い患者の兆候や衝動性、生活の変化など、自殺につながる背景に目を向けることを意味し、〈自殺につながる兆候を見極める〉〈衝動性の不安定さに着目する〉〈生活の変化に気を配る〉〈問題解決が長引く患者に関心を向ける〉から構成されていた。

表1 対象者の概要

対象者	性別	看護師経験年数	精神科経験年数
A	女	29	26
B	女	4	4
C	男	10	10
D	男	4	4
E	男	11	6

表2 精神科一般病室における自殺リスク者に対する夜間巡視時の看護実践

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
自殺リスク者の背景を見極める	自殺につながる兆候を見極める	自殺リスクアセスメントを意識 (7)
		希死念慮と演技的な自殺行動への対処 (5)
		うつ状態が強い患者への対処 (4)
		病状悪化に伴う行動化を予測 (4)
		普段の様子との違和感を意識 (2)
	衝動性の不安定さに着目する	不調時の対処ができない (7)
		自殺リスクの変化 (4)
		些細な刺激への影響 (3)
	生活の変化に気を配る	入院後間もない時期への注意 (6)
		外出・外泊後の状態に注意 (4)
		面会後の状態に注意 (3)
	問題解決が長引く患者に関心を向ける	医療で解決できない問題への関心 (6)
愛着や成育歴に関わる問題への関心 (6)		
自殺につながる環境を評価する	一般病室独特のリスクを把握する	一般病室の環境をリスクとしてとらえる (8)
		一般病室の患者との心理的な距離に配慮する (6)
	誘発しやすい環境に対応する	持ち物への注意を研ぎ澄ます (7)
		自殺を誘発する可能性のある場所を把握する (6)
		死角になる場所を把握する (5)
自殺リスク者への特別な看護を意識する	夜間巡視マニュアルの遵守	巡視のマニュアルを遵守する (1 2)
		巡視の頻度やタイミングを変える (6)
		巡視毎に複数で確認する (4)
		夜間巡視は1時間に1回 (3)
	話す機会をケアに活かす	声をかけることを意識する (8)
		言葉からリスクを読みとる (4)
		話ができる環境を整える (3)
	介入のタイミングの見極め	辛いときにすぐに対応する (8)
		治療につなぐ (4)
		気になる患者は慎重に観察する (2)
	不眠をリスクとしてとらえる	不眠への対応を意識する (8)
		不眠を抱える患者を把握する (4)
	夜間巡視時の慎重な確認	行動を注視する (6)
		睡眠を確認する (3)
	高リスク患者を多面的に共有	チーム全体で関りをつなぐ(10)
患者同士の視線も自殺の抑止に活用する		

〈自殺につながる兆候を見極める〉とは自殺念慮やうつ状態の程度、違和感などの兆候を査定することを意味し、「入院時の自殺リスク評価で点数が高い患者は注意して観察してい

る」「しんどいという思いを分かってほしくて、それがいきすぎて自殺企図につながる」「自殺リスクの点数が低くなくてもリスクはあると認識している」等が語られた。〈衝動性の不安

定さに着目する)とは、周囲の刺激に影響を受け、相談できず行動化する患者に目を向けることを意味し、「思いの表出が出来ない患者はリスクが高い」「他患者の不調に影響され、希死念慮が悪化し行動化する可能性がある」等が語られた。〈生活の変化に気を配る〉とは、入院や外出泊後などの環境の変化に目を向けることを意味し、「入院して間がない患者は情報が少なく、患者自身も不調に気づけないことが多いのでリスクが高い」「昼間外出泊に出た患者は現実と直面し、夜間自殺リスクが高まる可能性があるので注意して見ている」等が語られた。〈問題解決が長引く患者に関心を向ける〉とは、医療で解決できない・成育歴に関わる問題への関心を持つことを意味し、「仕事、家族間、金銭面での問題がある患者はリスクが高いと認識している」「愛着問題や社会経験が少ない若年層の患者は視野が狭くなりやすい」等が語られた。

2) 自殺につながる環境を評価する

【自殺につながる環境を評価する】とは、一般病室独特のリスクの把握や、誘発しやすい環境に対応することを意味し、〈誘発しやすい環境に対応する〉〈一般病室独特のリスクを把握する〉から構成されていた。

〈誘発しやすい環境に対応する〉とは自殺の危険がある場所を把握し、持ち物にも注意して観察することを意味し、「夜間巡視は荷物も見る」「公衆電話、トイレなどの個室は注意する」等が語られた。〈一般病室独特のリスクを把握する〉とは一般病室をリスクとしてとらえ、患者との心理的距離に配慮することを意味し、「夜は看護師が少なく、死角が多い一般病室は自殺しようと思えばできる環境」「一般病室は観察室や隔離室より目が行き届きにくく、患者も見守られていないと感じるようだ」等が語られた。

3) 自殺リスク者への特別な看護を意識する

【自殺リスク者への特別な看護を意識する】とは、不眠をリスクとしてとらえ、話す機会をケアに活かし、介入のタイミングを見極めることを意味し、〈夜間巡視マニュアルの遵守〉〈話す機会をケアに活かす〉〈介入のタイミングの見極め〉〈不眠をリスクとしてとらえる〉〈夜間巡視の慎重な確認〉〈高リスク患者を多面的に共有〉から構成されていた。

〈夜間巡視マニュアルの遵守〉とはマニュアルの遵守、巡視を工夫することを意味し、「巡視は1時間おきに2人が交互に部屋を見回る」「不調者の巡視時間は10~15分ずらす」等が語られた。〈話す機会をケアに活かす〉とは違和感があった時には声をかけ、ケアにつなげることを意味し、「違和感があった時は観察頻度を上げ、夜でも関わりを持ち、話を聞く時間をもつ」「患者の表面的な返事を鵜呑みにせず、伝えられずにいる思いはないか考えて関わっている」等が語られた。

〈介入のタイミングの見極め〉とは、不調の原因を聞き、対策を考え治療につなげることを意味し、「しんどさの原因を聞き、対策を考える」「自殺リスクが切迫している患者は当直医に相談する」等が語られた。〈不眠をリスクとしてとらえる〉とは、不眠により自殺リスクが高まることを意識し対応する

ことを意味し、「眠れていない患者には声をかける、話を聞く」「巡視で目覚める患者は注意している」等が語られた。〈夜間巡視の慎重な確認〉とは、夜間の患者の行動、睡眠を注意深く観察すること意味し、「夜間は患者の居場所を把握する」「巡視時に患者が入眠しているか体動や、胸郭の動きを観察している」等が語られた。〈高リスク患者を多面的に共有〉とは、注意が必要な患者をスタッフ間で共有する、他患者の目も自殺の抑止になることを意味し、「注意する患者は巡視の都度スタッフ間で共有している」「多床室は他の患者の目もあり、安心感がある」等が語られた。

VI. 考 察

精神科看護師は夜間巡視時、一般病室における自殺リスク者に対し、自殺リスク者の背景を見極め、自殺につながる環境を評価し、自殺リスク者への特別な看護を実践していた。

1. 夜勤に入る準備や日中の関わり

1) 自殺リスク者の背景を見極める

看護師は、入院時に行った自殺リスクアセスメントを意識し、自殺につながる徴候を見極めていた。

1年以内の自殺再企図率は70~90%と高い⁹⁾。本研究から、入院治療により切迫した自殺念慮を有さない状態になった患者であっても、他患者とのやりとりや、携帯電話などで得た情報など、些細な刺激で不調をきたし自殺リスクは常に変動する。看護師は、自殺企図歴のある患者は自殺リスク評価が下がっても再企図への注意を継続していたことから、急性期症状が緩和し一般病室に移動した後も注意深く観察し介入につなげていたと考える。

看護師は愛着や成育歴に関わる問題への関心を持ち、問題解決が長引く患者に注意を向けていた。愛着や成育歴に関わる問題を持つ患者は、不快感情を紛らわせようと、危険な行動をとったり、愛情欲求行動によりアピール行動、愛情を試す行動をし安心を求めようとしたりする¹⁰⁾。また頻繁に「死にたい」と口にする者は、自殺の潜在能力がかなり高く、些細な自殺願望でも自殺行動を起こしやすい¹¹⁾。これらのことから看護師の対応次第で患者の自殺行動がエスカレートする可能性があるが、夜間はマンパワー不足の中で看護師の対応をより困難にさせている。したがって、自殺リスク者に対する夜間の介入には緊急度の見極めと対応が重要である。看護師は違和感を持った患者に対して表情や声のトーン、視線が合わない、寝息の違いや身の回りの物の変化など、“いつもと違う違和感”を察知し自殺リスク者に対する緊急度を見極めることで、優先度の高い患者への介入ができ自殺行動の抑止につながるのではないかと考える。いつもと違う違和感を察知するためには、日頃から患者の行動に注意を向けて観察することが必要であると考えられる。

2) 自殺につながる環境を評価する

看護師は一般病室の環境をリスクとしてとらえ、一般病室独特のリスクを把握していた。

精神保健医療福祉の改革ビジョン¹²⁾で、入院医療中心から地域生活中心へという方策を推し進めていくことが示されたことにより、看護師の早期退院への意識は一層強まっている。急性期の治療では患者のペースに合わせて保護的な関わりを意識しているが、急性期を過ぎると退院後の生活を見据えて患者の自立を促す看護に切り替えていく。医療で解決できない問題を抱えたまま、退院を進めるケースもあり、患者は治療が進むことに対し、気持ちがついていかず、不安や焦りにつながると考える。「一般病室は観察室や隔離室より目が行き届きにくく、患者も見守られていないと感じるようだ」と語られているように、一般病室では患者は環境的にも心理的にも看護師との距離を感じている。看護師は、患者が相談できず自殺につながるリスクを予測し、心理的な距離に配慮しながら自殺につながる環境に対応することで自殺を未然に防ぐことにつながるのではないかと考える。

2. 夜間巡視時に焦点化した自殺リスク者への特別な看護実践

看護師は、気になる患者には声をかけることを意識し、話す機会をケアに活かしていた。

看護師は、患者のサインに気づいたらそれを放置せず、患者に関心を寄せ接触を図ることが何よりも重要である¹³⁾。自殺に追い込まれた人は、想像できないほどの孤独感に苛まれており、日常生活場面で直接的にかかわる機会が多い看護師からの現実的で共感的な支援は、時に患者の孤独感を癒すことにつながる¹⁴⁾。

患者と話すことで看護師は患者の自殺念慮の程度・抱えている内容を受け取り、患者は気持ちや問題の整理と見通しをもつことができる。また、希死念慮をもつ患者は、死にたいという思いと生きたいという思いの中で揺れ動いており¹⁵⁾、そのような患者にとって、看護師が不調に気づき夜間でも話す時間を作ってくれたことは、大切にしてもらえた感覚や安心感につながり、話している時間そのものが有用なリスク回避になるのではないかと考える。

看護師は不眠を抱える患者を把握し対応することを意識し、不眠をリスクとしてとらえ介入していた。睡眠障害の存在は自殺リスクを21.6倍高める¹⁶⁾。患者は夜勤の看護師の忙しさを感じ取り眠れなくても相談できないことがある。看護師は、患者が眠れないままに一晚中悩みごとを反芻し思いつめ、自殺を企てる可能性があるとして予測し、患者からのSOSの有無にかかわらず、睡眠を注意深く観察していた。巡視の際に体動が見られる、頻繁にトイレに通う患者は眠りが浅いと判断し、勤務者と共有しながら、気になる患者には頓服を勧める、医師に相談をする、眠れない原因や寝るための手立てを一緒に考える等、不眠への手当を丁寧におこなっていた。患者は夜眠れるだけで安心感をもつことができる。また、生活リズムが改善され体調が整うことで退院後の生活に対して前向きな考えができるようになるのではないかと考える。看護師は不眠に対する苦痛に目を向け、投薬をするだけでなく、患者に寄り添うことで自殺の回避につながると考える。

3. 夜間の自殺予防のための看護をよりよくする方略

自殺リスク者の見極めや特別な看護の実践には、一緒に夜勤をする看護師の協力が必要である。夜勤は看護師が少ないことから、パートナーシップ・ナーシング・システムで看護実践を共有する、指導することは困難である。日頃から事例検討の場を設けるなど学習を重ね、看護実践を共有することができれば、自殺予防への意識付けとなり患者理解も深まる。自殺リスク者に対する特別な看護の実践が必要な時に、他の勤務者に業務を任せられ、助け合える環境づくりも必要と考える。自殺リスク者が治療をおこなう病棟に勤務経験のある精神科看護師一人の中に内在していた実践を広く共有し、看護教育や精神科病院における人材育成、自殺予防の一助になると考えられる。本研究で具体的になった夜間巡視や看護の実践について、既存の看護基準手順に追記し周知していきたい。

VII. 結 論

精神科一般病室における夜間巡視時の自殺リスク者に対する看護実践として【自殺リスク者の背景を見極める】【自殺につながる環境に対応する】【自殺リスク者への特別な看護を意識する】が明らかとなった。

自殺リスクのある患者への看護として以下が示唆された。

1. 自殺企図歴のある患者には再企図への注意が必要であり、一般病室に移動した後も注意深く観察し、患者の不調にいち早く気付くことで必要な介入につながる。
2. “いつもと違う違和感”を察知し緊急度を見極める。
3. 一般病室は自殺を誘発しやすい環境と認識し心理的な距離に配慮する。
4. 看護師が不調に気づき夜間でも話す時間を作ってくれたことは、大切にしてもらえた感覚や安心感につながり、話している時間そのものが有用なリスク回避になる。
5. 不眠に対する苦痛に目を向ける。

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。

VIII. 引用文献

- 1) 厚生労働省社会援護局総務課自殺対策推進室警察庁生活安全局生活安全企画課、平成30年中における自殺の状況、2020年12月20日閲覧、https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H30/H30_jisatunoujoukyou.pdf
- 2) 滝澤透, 反町吉秀: 自殺における精神疾患の実態把握について, 八戸学院大学紀要, 48, p.494, 2014.
- 3) 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集等事業 第41回報告書 (2015年1月~3月), p.143.
- 4) 前掲書3), p.143.
- 5) 田井雅子, 野嶋佐由美, 畦地博子, 他: 自殺未遂患者のアセスメントと介入による調査, 高知女子大学看護学会誌, 38 (1), p.32-42, 2012.
http://www.med-safe.jp/pdf/report_41.pdf

- 6) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., 他 : Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four studies on different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 190 : p.175-182, 2002.
- 7) Weiss, D.S. : The Impact of Event Scale-Revised. In : Wilson, J.P., Keane T.M.eds., *Assessing psychological trauma and PTSD (Second Edition)*. The Guilford Press, New York, p.168-189, 2004.
- 8) 公益財団法人 東京都医学総合研究所ホームページ : IES-R, 2019年12月20日閲覧,
<http://www.igakuken.or.jp/mental-health/IES-R2014.pdf>.
- 9) 松本俊彦:もしも死にたいと言われたら自殺リスクの評価と対応, 中外医学社 p.20, 2015.
- 10) 米澤好史:やさしくわかる!愛着障害理解を深め, 支援の基本を押さえる, ほんの森出版, p.50-52, 2018.
- 11) 前掲書9), p.47.
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部:精神保健医療福祉の改革ビジョン, 2019年12月20日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>.
- 13) 井上雄二, 友安英喜, 井上徹次, 他 : 希死念慮に対する切迫性の判断と看護師の対応について, 第20回日本精神科看護学会集會, (56), p.122-126, 2013.
- 14) 寺岡征太郎:自殺念慮を事前にキャッチするために, *Nursing Today*, 22 (14), p.31, 2007.
- 15) 武井麻子:精神看護の展開 精神看護学②, 医学書院, p.130, 2013.
- 16) 前掲書1), p.120.

◇研究報告◇

混合病棟で経験の少ない看護技術習得に向けた ICT を活用した動画視聴の効果

谷澤大介^{1)*}, 神原なおみ¹⁾, 野口京子¹⁾, 谷川仁美¹⁾

【目的】：混合病棟において経験の少ない看護技術の動画を作成し、その動画視聴による看護技術習得への効果を明らかにすることを目的とする。

【方法】：2021年、看護師23名を対象に、「鼻出血時の対応と後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助」の動画を視聴してもらい、その視聴前後で「必要物品知識テスト」と「技術習得の自己評価」による調査、「技術習得の他者評価」を行い比較した。動画を視聴した効果と課題の自由記述も求めた。

【結果】：「必要物品知識テスト」1項目、「技術習得の自己評価」の全項目、技術習得の他者評価2項目において、視聴後は有意に高くなった ($p < 0.05$)。動画を視聴した効果として【視覚によるイメージ化が容易】など3カテゴリーが、課題として【動画提供者への課題】が生成された。

【考察】：動画視聴後にいくつかの項目が高くなったことから、混合病棟における経験の少ない看護技術習得の有効な学習手段であることが示唆された。

【キーワード】 動画, ICT教育, 看護技術習得

I. はじめに

混合病棟は運営の方法によっては効率的なベッドの確保が可能になり、病床利用率の上昇、在院日数の短縮という病院経営上の利点がある。一方、看護スタッフにとっては、単科からなる一般病棟と比べて多種多様な疾患の患者の看護をしなければならず、看護業務は煩雑になり業務量も増える¹⁾。混合病棟ゆえに習得すべき看護技術が多岐にわたる一方で、診療補助業務のなかには緊急性が高いものも多い。そのなかには1年に1回程度しか経験しないような看護技術もある。一般に臨床における看護技術はOJT (on the job training) で経験の豊富な看護師から直接学ぶことが多い。しかし、経験することが少ない看護技術はマンツーマン指導の機会に恵まれないうままに、すべての看護師が技術習得できているとはいえない状況がある。参考資料も少なく、日ごろから学習することもできないまま、病棟での勤務経験が浅い看護師のなかには不安を抱えて業務にあたることも少なくない。経験することが少ない看護技術を看護師がいかにかに習得していくかは、

混合病棟ゆえの課題でもある。

このような現状において、今回は Information and Communication Technology (ICT) を活用した動画視聴による看護技術習得の手法に着目した。新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行により、感染予防の観点から ICT を活用した研修が急速に取り入れられている。ICT を活用したオンライン研修には e-Learning などのオンデマンド (On Demand) とリアルタイムの配信型があるが、特にオンデマンドで配信されたものは時間や場所を問わず、繰り返し自らの学習進度に沿って学ぶことが可能になる。看護学生に e-Learning を導入したことで自己学習時間が延長したという報告²⁾からは学習者の主体的学習も期待できる。一方、動画などの視聴覚教材はリアルな映像によってイメージがしやすくデモンストレーションと同等の学習効果がある³⁾ことが報告されており、視覚的に理解を助ける魅力的な学習ツールであるといえる。この視聴覚教材としての動画を、ICT を活用してオンデマンドで配信すれば、学習者は随時どこからでもアクセスし、視覚的に学習できるようになる。これを看護技

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 徳島市民病院

* E-mail : whitedaikon51721@outlook.jp

術の習得に活用することで、効果的な技術習得が期待できると考えられる。しかし前述したように、混合病棟では看護技術が多岐にわたるうえに視聴覚教材化されて市販されたものは少ない。さらに、日々の看護実践に即座に活かすためには、実際に働いている部署での器材を使用することが望ましい。そこで今回、視聴覚教材として経験することが少ない看護技術の動画を作成し、作成した動画をオンデマンドで配信した。その動画視聴による看護技術習得への効果について明らかにする。

Ⅱ. 目 的

本研究では、混合病棟において経験の少ない看護技術の動画をオンデマンドで配信することで、動画視聴による看護技術習得への効果を明らかにすることを目的とする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

混合病棟：一般病棟で複数の診療科の患者が入院する病棟
 経験の少ない看護技術：一人の看護師がその病棟で年1～2回しか経験することのない看護技術
 動画視聴による看護技術習得：動画視聴により、看護の専門的知識にもとづいて知識習得あるいは技術習得すること
 ポスキシ：ボスミン（5000倍アドレナリン液）と4%キシロカイン液を1対1の比率で混合した薬液で、綿花やロールガーゼに浸して使用する

2. 研究対象者

地方都市にある地域医療支援病院 A 病院の混合病棟に勤務する副師長以上の管理職を除いた常勤看護師 23 名である。「必要物品知識テスト」と「後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助技術習得の自己評価（以下、技術習得の自己評価）」は全員を対象にした。「後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助技術習得の他者評価（以下、技術習得の他者評価）」は、鼻出血処置介助の経験がある 3 名と経験がない 3 名の 6 名を任意に選出して対象者とした。その際、看護師経験年数が偏らないようにした。

3. 研究期間

2021 年 8 月 6 日～同年 9 月 30 日

4. 研究方法

作成した動画をオンデマンド配信し、研究対象者に視聴してもらった。動画視聴前には、対象者全員に属性を調査した。動画視聴前後に、知識習得への効果として、「必要物品知識テスト」を調査した。次に、技術習得への効果として、「技術習得の自己評価」を調査した。さらに鼻出血処置介助の経験の有無により任意に選出した 6 名に動画視聴前と視聴後に「技術習得の他者評価」を行った。なお動画内容と各質問紙の内容妥当性は、耳鼻科医師 2 名と耳鼻科単科病棟での勤務経験が 3 年以上の看護師 1 名による会議により確認した。詳細は次のとおりである。

1) 動画作成の手順と視聴方法

動画は耳鼻科医師 2 名の監修のもと研究者らが作成した。動画内容は鼻出血時の必要物品準備と後鼻孔バルーンカテーテル挿入準備から挿入後までの一連の処置介助技術で構成した。実際に医師が処置している場面で、研究者らが患者役と看護師役になり、必要物品や一連の処置介助技術をスマートフォン（iPhone[®]11）で撮影した。撮影した動画は、動画編集アプリケーション（iMovie[®]）を用いて編集した。処置介助技術のポイントは字幕で示した。作成した動画をファイル転送サービス「ファイルなう<<https://d.kuku.lu/>>」にアップロードし、二次元コードから読み取ることができるようにした。

動画が完成し視聴可能になった後の 3 週間を動画視聴期間とし、期間中は研究対象者が個人のスマートフォン等でいつでも何回でも自由に視聴できるようにした。視聴回数は個人に任せた。

2) 「必要物品知識テスト」と「技術習得の自己評価」

(1) 対象者：研究対象者全員

(2) 調査内容

①属性：動画視聴前は年齢、経験年数、当病棟の経験年数、耳鼻科処置介助の経験の有無、後鼻孔バルーンカテーテル挿入処置介助の経験の有無を二項選択あるいは多項選択してもらった。動画視聴後は動画視聴回数を記入してもらった。

②「必要物品知識テスト」：研究者らが作成した耳鼻科処置の必要物品の知識を問う質問紙を用いた。「鼻出血時の介助に必要なもの」「後鼻孔バルーンカテーテル留置後、鼻内に挿入するもの」「後鼻孔バルーンカテーテル留置後、固定に必要なもの」の 3 質問項目について、解答は 4 つの選択肢から正しいもの一つを選択するように求めた。質問項目毎の正答者数を算出した。

③「技術習得の自己評価」：研究者らが作成した後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助の手順を問う自己評価式質問紙を使用した。「カテーテル挿入の目的」「カテーテル挿入の手順」「カテーテル挿入の必要物品」「カテーテルの破損や異常の確認」「テープの固定」の 5 項目からなる。自信を持ってできるまで技術習得しているかどうかを「4 点：できる」「3 点：概ねできる」「2 点：ほとんどできない」「1 点：できない」の 4 段階で自己評価する。点数が高いほど技術習得の自己評価が高いとみなす。また動画を視聴した効果と課題についての自由記載の欄も設けた。

(3) データ収集方法

動画視聴開始前と終了 1 週間後に調査用紙を配布し、留め置き法により回収した。無記名としたが、前後の調査の記入者を一致させるため、対象者に任意の番号を記入してもらうように依頼した。

3) 「技術習得の他者評価」

(1) 対象者：耳鼻科処置介助の経験がある 3 名と処置介助の経験がない 3 名

(2) 調査方法と内容

動画視聴前と視聴後の2回において後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助を模擬患者に対して実際に実施してもらった。その実施手順を研究者が作成した「技術習得の他者評価」を用いて他者評価した。「必要物品の準備」「カフの確認」「ゼリーの準備」「ガーゼ挿入準備」「ガーゼを渡す」「テープの固定」の6項目からなる。研究者3名が評価者となり「4点：できる」「3点：概ねできる」「2点：ほとんどできない」「1点：できない」の4段階で評価した。点数が高いほど、技術習得ができていとみなした。6項目において評価者3名の評価点の平均値をその対象者の点数とした。

5. データ分析方法

「必要物品知識テスト」の動画視聴前後の正答者数はFisherの直接法で、「技術習得の自己評価」と「技術習得の他者評価」は中央値とInterquartile Range (IQR)を算出し、動画視聴前後をWilcoxonの符号付き順位検定で比較した。統計処理はSPSS Statistics 23を使用し、有意水準は5%とした。自由記載は、動画の学習効果に関わる内容に着目してコード化し、その意味内容の類似性でカテゴリー化した。分析にあたってはスーパーバイザーに指導を受け、真実性を確保した。

IV. 倫理的配慮

徳島市民病院倫理委員会の承認を得て研究を実施した(承認日:2021年8月5日)。研究対象者には研究目的及び調査方法、調査内容を口頭と文書で説明した。研究への参加は自由意思であること、研究への協力の有無により不利益が生じないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守ること、本研究への参加協力を同意した場合であっても、いつでも途中でやめることができること、研究終了後3年間の本研究に関わる必須文書の保存とその後の破棄、研究結果の公表を口頭と文書で説明した。特に任意に選出した「技術習得の他者評価」の対象者6名には研究参加の自由意思と匿名性を十分に担保した。調査用紙の提出は一定期間設置した回収箱への個別投函とした。

V. 結 果

1. 自己評価の対象者の概要

調査票を23名に配布、20名から回収し(回収率87.0%)、有効回答は18名(有効回答率78.2%)であった。15名(83.4%)は病棟経験年数が1年以上であった。耳鼻科の処置介助経験がある人は14名(77.8%)、そのうち、後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助の経験がある人は2名(11.1%)であった。動画視聴回数は平均1.8回(範囲1~3回)であり、1回のみ視聴者の6割以上は看護師経験と当病棟経験年数2年以上の人であった(表1)。

2. 動画視聴前後の「必要物品知識テスト」の正答者数の変化

正答者数は、「後鼻孔バルーンカテーテル留置後、鼻内に挿入するもの」は動画視聴前6であったのに対し、視聴後は18と有意に高くなった($p < 0.001$)。「鼻出血時の介助に不要なもの」と「後鼻孔バルーンカテーテル留置後、固定に必要なもの」は動画視聴前より18および16の正答があり、視聴後は18と全員が正答した(表2)。

3. 動画視聴前後の「技術習得の自己評価」の変化

「カテーテル挿入の目的」「カテーテル挿入の手順」「カテーテル挿入の必要物品」「カテーテルの破損や異常の確認」「テープの固定」の5項目全て動画視聴後に有意に高くなった($p < 0.05$)(表3)。

表1 「必要物品知識テスト」と「後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助技術習得の自己評価」の対象者の概要

n=18		
項目	n	(%)
年齢		
20歳代	4	(22.2)
30歳代	6	(33.4)
40歳代	8	(44.4)
50歳代	0	(0.0)
経験年数		
1年未満	1	(5.6)
1~2年未満	2	(11.1)
2~5年未満	2	(11.1)
6~15年未満	6	(33.4)
16年以上	7	(38.8)
当病棟の経験年数		
1年未満	3	(16.6)
1~2年未満	5	(27.8)
2~5年未満	9	(50.0)
6~15年未満	1	(5.6)
16年以上	0	(0.0)
耳鼻科処置介助の経験		
ある	14	(77.8)
ない	4	(22.2)
後鼻孔バルーンカテーテル挿入処置介助の経験		
ある	2	(11.1)
ない	16	(88.9)
動画視聴回数		
1回	8	(44.4)
2回	5	(27.8)
3回	5	(27.8)
1回のみ視聴した人の経験年数	n=8	
看護師経験 2年未満	2	(25.0)
2年以上	6	(75.0)
当病棟経験 2年未満	3	(37.5)
2年以上	5	(62.5)

4. 「技術習得の他者評価」

6項目のうち、2項目に変化がみられた。「必要物品の準備」は視聴前の中央値 1.0 (IQR 1.0-2.3) から視聴後 4.0 (3.5-4.0) へと、また「テープの固定」は視聴前の 1.0 (1.0-1.0) から視聴後 3.0 (2.5-3.3) へと有意に高くなった ($p < 0.05$)。その他の4項目については、動画視聴前後で有意な変化はみられなかった (表4)。

5. 動画視聴の効果と課題

カテゴリーを【 】で、記述を「 」で示す。動画視聴の効果として【視覚によるイメージ化が容易】【自己学習への動機づけ】【自由な再生が可能】、課題として【動画提供者への課題】の4カテゴリーが生成された。【視覚によるイメージ化が容易】は「口頭で説明されるより分かりやすかった」「イメージ化できた」などから読み取れるように、動画による視覚の効果を示すものであった。【自己学習への動機づけ】は、「物品がどこにあるのかも分かるようにしておきたい」「日ごろから練習しておくことが大切」といった自己学習への動機づけとなるものであった。

【自由な再生が可能】は、見たいときに見ることができ、動画の再生速度を調整することができるといった動画再生の利点をとらえたものであった。【動画提供者への課題】は、「動画の疑問に対するフォローはどうするのか」といった動画の内容の妥当性を心配するものであった (表5)。

VI. 考 察

今回の対象者は約1割しか過去に後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助の経験がなかった。そのような集団においてまず、動画視聴による知識習得への効果を「必要物品知識テスト」の正答者数の変化から検討する。必要物品の知識を問う3項目のうち「鼻出血時の介助に不要なもの」と「後鼻孔バルーンカテーテル留置後、固定に必要なもの」の2項目においては有意な変化としては現れなかった。しかし、体外からは見えない「後鼻孔バルーンカテーテル挿入後に鼻内に挿入するもの」の正答者数は動画視聴後に有意に高くなった。このことは、日常的な経験から得られる知識の習得に関しては、動画視聴効果はないが、日常的な経験からは得られない知識の

表2 動画視聴前後の「必要物品知識テスト」の正答者数

質問項目 選択肢	正答者数		p
	動画視聴前	動画視聴後	
1. 鼻出血時の介助に不要なものを選択してください ①吸引嘴管 ②後鼻孔バルーンカテーテル ③アスピレーションキット ④鼻用撮子	18	18	—
2. 後鼻孔バルーンカテーテル留置後に、鼻内に挿入するものを選択してください ①バラマイシン軟膏付きロールガーゼ ②綿球 ③ボスキシ綿花 ④ボスキシロールガーゼ	6	18	<0.001 **
3. 後鼻孔バルーンカテーテル挿入後、固定に必要なもの ①18.5ペアン ②2-0絹糸 ③プラスチック鉗子 ④優肌絆	16	18	0.486

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$ Fisherの直接法

表3 動画視聴前後の「後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助技術習得の自己評価」

評価項目	動画視聴前 n=18		動画視聴後 n=18		p
	中央値	(IQR)	中央値	(IQR)	
1. カテーテル挿入の目的	2.5	(2.0-3.0)	4.0	(3.0-4.0)	0.003 *
2. カテーテル挿入の手順	1.0	(1.0-2.3)	3.0	(3.0-4.0)	<0.001 **
3. カテーテル挿入の必要物品	1.0	(1.0-2.3)	3.0	(3.0-4.0)	<0.001 **
4. カテーテルの破損や異常の確認	1.0	(1.0-2.3)	4.0	(3.0-4.0)	<0.001 **
5. テープの固定	1.0	(1.0-1.3)	3.0	(3.0-4.0)	<0.001 **

(注) 「カテーテル」とは「後鼻孔バルーンカテーテル」のことである

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$ Wilcoxonの符号付き順位検定

表4 動画視聴前後の「後鼻孔バルーンカテーテル挿入介助技術習得の他者評価」

評価項目	動画視聴前 n=6		動画視聴後 n=6		p
	中央値	(IQR)	中央値	(IQR)	
1. 必要物品の準備	1.0	(1.0-2.3)	4.0	(3.5-4.0)	0.026 *
2. カフの確認	4.0	(3.3-4.0)	4.0	(4.0-4.0)	0.317
3. ゼリーの準備	4.0	(3.3-4.0)	4.0	(4.0-4.0)	0.317
4. ガーゼ挿入準備	1.5	(1.0-2.5)	4.0	(3.3-4.0)	0.063
5. ガーゼを渡す	1.5	(1.0-2.5)	4.0	(3.3-4.0)	0.063
6. テープの固定	1.0	(1.0-1.0)	3.0	(2.5-3.3)	0.034 *

* $p < 0.05$ Wilcoxonの符号付き順位検定

表5 参加者が捉えた動画視聴の効果と課題

カテゴリー	記述単位	記載数
視覚による イメージ化が容易	動画でみることで理解しやすかった	3
	紙や口頭で説明されるより分かりやすかった	2
	挿入介助を理解できた	2
	流れを理解できた	2
	必要物品や手順が分かった	2
	今まではどのようにすれば良いか分からなかった	2
	理解できていなかった	2
	全員が同じイメージで取り組めて良い	1
	処置や処置介助が覚えやすい	1
	介助をしたことがないがイメージ化できた	1
自己学習への動機づけ	実際の手順を一度でもみることができてよかった	1
	実際に介助にあたる時は、あわてず落ち着いてできそう	1
自由な再生が可能	物品がどこにあるのかも分かるようにしておきたい	1
	日ごろから練習しておくことが大切	1
動画提供者への課題	見たいときにみることができるといい	1
	理解の速さや深さは人それぞれなので良い	1
	動画を見て、疑問に思ったり、不安に思ったりした時のフォローはどうするのか	1

習得に関しては、動画視聴が有効であったとして考察できると考えている。動画による印象の残りやすさがあったと推測するが、今後は文字や写真のマニュアルと動画での知識定着率を比較検証することで、その効果が明らかになると考える。

次に、技術習得への効果を検討する。「技術習得の自己評価」の点数は動画視聴前よりも動画視聴後にすべての項目が有意に高くなった。同様に「技術習得の他者評価」の点数も、「必要物品の準備」「テープの固定」の2項目で動画視聴後は有意に高くなった。自己評価のみならず他者評価でも動画視聴後のいくつかの技術の点数が上がったことより、動画視聴は技術習得に効果があったといえる。

以上、動画視聴の効果を知識習得と技術習得の両面から数的に確認できた。これまでも動画の有用性として視覚と聴覚で疑似体験ができ具体的にイメージできる⁴⁾ことが報告されており、今回も【視覚によるイメージ化が容易】が示された。このように動画は立体的に目で見ることができるといえる。さらに動画では必要な手技を複数回視聴できる⁵⁾有用性もある。今回も【自由な再生が可能】が示されたように、学習者の進度に合わせながら再生が可能という点も動画の魅力である。しかも今回は【自己学習への動機づけ】が効果として示された。これはこれまでの先行研究では示されておらず、今回、動画をオンデマンドで配信したことの効果として実証できたものである。緊急性の高い看護技術を容易に再生できる学習環境の提供は、看護師の不安緩和という点でも注目できるだろう。

残念ながら平均視聴回数は1.8回と少なかった。1回しか視聴しなかった人の多くは看護師経験や病棟経験年数2年以上の人であった。経験が長い人は、耳鼻科処置介助の経験もあり、既に鼻出血処置の流れをある程度理解している。そのた

め、処置介助のイメージ化が容易だったことが要因ではないかと考える。動画を用いた学習法は自己学習への動機づけや学びの強化に有効である⁶⁾と言われており、今後は視聴回数を増やすための工夫が求められる。

新型コロナウイルス感染症の流行により医療現場での研修のあり方が検討されているなかで、今回、視聴覚教材の動画を、ICTを活用してオンデマンドで配信することで研修スタイルの幅が広がったといえるだろう。また、これまで病院全体で行うeラーニングとは異なり、病棟独自で作成する動画は病棟個別のニーズに対応できるという利点もある。動画は習得すべき技術の多い混合病棟では特に有効な学習ツールであるが、これは混合病棟以外の多くの場で活用可能であると考える。またこれまでの業務や技術のマニュアルの多くは紙媒体であったが、今後は動画を用いたマニュアルの併用も検討する価値があるだろう。しかし動画をオンデマンドで配信する研修スタイルは時や場所を選ばないという強みがある一方で、勤務時間外の研修を助長させる可能性もある。個人の端末の使用では通信料負担の問題も派生する。動画をオンデマンドで配信する研修の有効性と同時にこれらの課題にも対応する必要もある。

本研究は一病棟での研究であり、対象者が少ないことから、今後一般化するには対象者数を増やしてデータを積み重ねる必要がある。また今回のテストは、耳鼻科医師、耳鼻科病棟の経験年数の長い看護師の監修のもとで作ったものであるため、妥当であるとは言い切れないところがある。さらに、動画視聴前後の比較のみで、統制群を設けた比較検討ができていないことも研究の限界である。【動画提供者への課題】も示されたが、看護師によって経験値や学ぶ速さ、技術の程度が異なることから、看護師の個別性に対応できる動画作成を検討していくことが今後の課題である。

Ⅶ. 結 論

1. 混合病棟の経験少ない看護技術をオンデマンドで配信した動画を視聴することにより、「必要物品知識テスト」は3項目のうちの1項目において正答者数が動画視聴後有意に高くなった。動画視聴後は3項目において全員が正答した。
2. 「技術習得の自己評価」は5項目全てにおいて動画視聴後に有意に高くなった。「技術習得の他者評価」は6項目のうち、2項目で有意に高くなった。
3. オンデマンドで配信した動画を視聴する効果として【視覚によるイメージ化が容易】【自己学習への動機づけ】【自由な再生が可能】、課題として【動画提供者への課題】があった。
4. 動画の視聴効果が明らかになったことから、オンデマンドで配信した動画は混合病棟における経験の少ない看護技術習得のための有効な学習ツールであることが示唆された。

謝辞

本研究にあたり徳島文理大学保健福祉学部上田伊佐子教授には、終始適切なお指導を賜りました。ここに深謝の意を表します。

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) 富所直子, 高橋泰子, 関口由紀子, 他: 混合病棟と一般病棟の看護の質の差異を評価する 混合病棟で充実感のある看護を行うために, 看護管理, 14 (4), p.303-307, 2004.
- 2) 細田泰子, 古山美穂, 吉川彰二, 他: 看護教育におけるeラーニング導入前後の学習活動状況の検討 看護大学生の自己学習活動, 学習活動への支援ニーズ, 情報リテラシーに焦点を当てて, 大阪府立大学看護学部紀要, 14(1), p.33-43, 2008.
- 3) 岩屋裕美, 山口由子, 久保典子, 他: 看護技術教育における自作動画教材作成とその学習成果, 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集, 25, p.3-17, 2016.
- 4) 末金光希, 白石雅美, 下田佳代子, 他: 外来血液透析患者に災害シミュレーション動画を用いた行動変容への取り組み, 第51回日本看護学会論文集 急性期看護・慢性期看護, p.248-251, 2021.
- 5) 秋山恵美子: 実務者研修通信課程「医療的ケア」基本研修における視覚教材導入の有用性, 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要, 15, p.66-80, 2017.
- 6) 駒井裕子: e-learningによる主体的学習の支援環境の構築とその有用性の検討—対象学生によるアンケート調査結果の分析から—, 常葉大学健康科学部研究報告集, 4 (1), p.85-93, 2017.

◇研究報告◇

精神看護学実習における患者－学生関係に関する 患者の視点からの文献検討

夫 博美¹⁾*

本研究の目的は精神看護学実習における患者と学生のより良い対人関係構築のために患者－学生関係の特徴と課題を患者の視点から明らかにすることである。精神看護学実習における患者－学生関係について患者を研究対象にした7文献を質的記述的に分析した。その結果、患者－学生関係を示すカテゴリは《治療的關係》と《学習的關係》であった。《治療的關係》では患者と学生の役割は看護実践の対象者と看護実践者であった。患者は学生を心強い存在と感じ、症状の軽減、意欲の向上、活動の増加があった。一方、学生の関わりが患者の負荷になった。《学習的關係》では患者と学生の役割は学習支援者と学習者であった。患者は学生の学習支援を社会的役割と考え、学習への配慮を行っていた。一方、患者は学生への学習支援で疲労や不快を感じていた。学生が患者に関わる際には患者－学生関係にはこの2つの側面があることを理解する必要がある。

【キーワード】 精神看護学実習、対人関係、文献検討、患者－学生関係

I. はじめに

看護過程は対人援助関係の過程を基盤として看護の目標を達成するための科学的な問題解決方法を応用した思考過程の筋道である¹⁾。精神疾患患者（以下、患者）の看護は社会的相互関係を用いた看護実践が用いられる。そして、看護基礎教育における精神看護学実習においては看護学生（以下、学生）も対人関係構築に努めながら看護実践を行う。しかしながら、学生は看護師の看護実践と比べると立場の違い及び技術力の違いがある。そのため、患者－学生関係は患者－看護師との対人関係とは異なる特徴があると考えられる。看護基礎教育においては学生のコミュニケーション能力の不足が課題になっており²⁾、コミュニケーション能力の向上のための教育の一層の強化が必要であることが課題として提示されている³⁾。しかしながら、学生には患者の気持ちや接し方がわからないという悩みがある⁴⁾。このため、患者とのコミュニケーションが困難な場面では様々な要因を理解する必要がある⁵⁾。特に精神看護学実習において学生は患者の訴えが日々変わることや同じ疾患でも患者によって症状が違うことで学生は患者の理解に戸惑い、学生が患者の訴えや感情を読み

取ったとしてもコミュニケーション技術を活用できないことが課題である⁶⁾。

一方、実習現場である精神科病棟では実習協力に同意する患者数の不足や実習が患者に及ぼす影響として患者の疲労・ストレス・症状悪化が課題になっている⁷⁾。学生と患者の良好な対人関係構築と実習現場及び患者が持つ課題解決の方法の一つとして、学生は患者の思いと患者に関わる際に留意すべきことを理解する必要がある。そのためには患者－学生関係及びその特徴と課題を患者の視点から明らかにする必要がある。

II. 目的

文献をもとに精神看護学実習における患者－学生関係の特徴と課題を明らかにする。この結果を基にして良好な対人関係構築のために学生が患者に関わる際の留意点を検討する。

III. 方法

1. 研究デザイン

文献研究による質的記述的研究

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 大和大学 元大阪信愛学院短期大学

* E-mail : chocopafue@gmail.com

2. 用語の定義

本研究において「精神看護学実習」とは精神科病棟に入院中の精神疾患患者を対象とした看護過程に関する実習教育を指す。実習方法については患者の個別受け持ち制で行うのが通例である⁸⁾。

3. 研究方法

1) 研究対象文献の抽出方法

文献抽出は医学中央雑誌 Web 版 (Ver.5) を用いて検索を行った。対象期間は精神看護学が科目として独立した 1996 年 4 月以降 2020 年 3 月までに発行された文献とした。キーワード検索で研究対象文献 (以下, 対象文献) を抽出した。検索キーワードは「精神看護学実習」and「学生」and「対人関係」, 「精神看護学実習」and「学生」and「インタビュー」, 「看護」and「実習」and「患者」and「思い」, 「看護」and「実習」and「患者」and「インタビュー」にした。文献の種類においては「学術論文としての形式が整っている文献」を選択し, 「解説, 総説, 会議録等」は除外した。文献の内容においては「精神看護学実習に関する文献」, 「研究が患者である文献」, 「患者-学生関係の研究」の全ての条件を満たす文献を選択し, それ以外の文献は除外した。

4. 分析方法

対象文献を精読し, 対象文献に記述されている患者-学生関係の具体例をデータとして抽出した。次にデータの意味・内容を考慮した文に要約することによりコードを生成した。さらにコードを患者-学生関係の視点で抽象化してサブカテゴリを生成し, これをカテゴリ化した。

5. 分析の信頼性

分析の信頼性を確保するために対象文献収集においては発行されている文献を可能な限り網羅した抽出ができるように複数のキーワードを用いて検索した。分析は精神看護学実習を指導する教員である筆者が行った。また, 分析にあたり精

神医学及び精神看護学を専門とする指導教官のスーパーバイズを受けた。

IV. 倫理的配慮

本研究は文献研究のため倫理的配慮を要する研究には該当しない。著作権の侵害, 剽窃をしないように留意した。

V. 結 果

1. 研究対象文献抽出結果

検索キーワード「精神看護学実習」and「学生」and「対人関係」での検索結果は 210 文献であった。そこから除外・選択基準に従って抽出した結果, 対象文献は 1 文献であった。抽出した対象文献数が少ないため, キーワードを変えて検索を重ねた。「精神看護学実習」and「学生」and「インタビュー」での検索結果は 28 文献であった。そこから除外・選択基準に従って抽出した結果, 対象文献は 2 文献であった。「看護」and「実習」and「患者」and「思い」での検索結果は, 560 文献であった。そこから除外・選択基準に従って抽出した結果, 対象文献は 4 文献であった。「看護」and「実習」and「患者」and「インタビュー」での検索結果は, 468 文献であった。そこから除外・選択基準に従って抽出した結果, 対象文献は 5 文献であった。以上の延べ 12 文献から重複する延べ 5 文献を除いた結果, 対象文献は 7 文献になった (図 1)。発行年は 1999 年が最も古く, 2013 年が最新であった。研究デザインは量的研究が 2 文献, 質的研究が 4 文献, 量的・質的混合研究が 1 文献であった (表 1)。量的研究の文献のデータ収集方法は全てインタビュー方式の聞き取りであり, 患者の語りがデータとして記述されていた。

2. 分析結果

研究対象 7 文献から 76 の具体例が抽出された。これを分析した結果, 46 コード, 19 サブカテゴリが生成され, 患者-

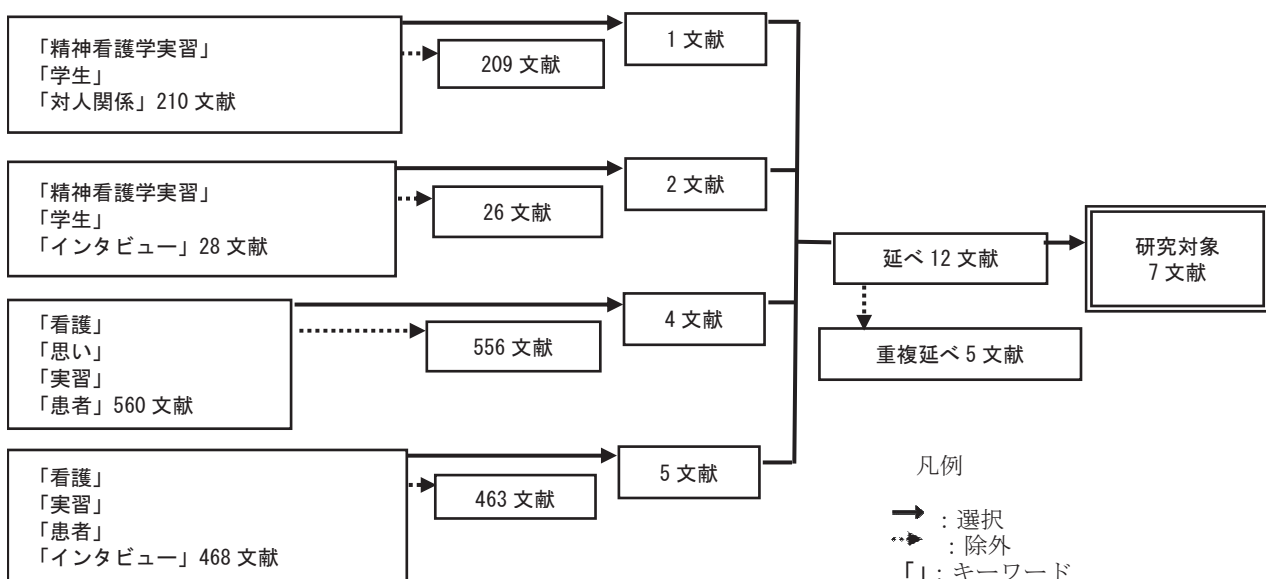


図 1 研究対象文献検索課程

表 1 研究対象文献一覧

文献番号	タイトル	研究目的	研究対象者の特徴	研究デザイン	著者名	雑誌名, 巻(号), 頁	発行年
1	精神看護学実習で看護学生が受け持った患者の思い	看護学生が受け持った精神科病棟に入院している患者の思いを知り、精神科病棟実習の受け持ち選定の一助にする	大学病院精神科病棟入院患者	量的	東中須	日本精神科看護学会誌, 42(1), 305-307	1999
2	患者が受け持ちを承諾するまでの意志決定パターンに関する研究	患者が実習教育への参加を承諾するまでの意思決定に至る心理の構成要因を明らかにする	複数回実習教育への参加を経験した患者。陽性症状がある急性期患者で自傷他害の危険性が少ない患者。長期入院中で生活機能が障害されている患者。精神科リハビリテーション中の長期入院患者	質的	藤野	日本看護研究学会雑誌, 28(5), 97-103	2005
3	精神科実習で看護学生の受け持ちになった患者の思いの変化はじめて受け持ちとなった患者の分析から	精神看護学実習において初めて学生の受け持ちを経験した患者の学生の受け持ちを承諾してから実習終了までの思いの変化を明らかにする	慢性期の症状が安定している患者	量的	津曲, 他	日本看護学会論文集, 37(看護教育), 156-158	2006
4	看護学生に受け持たれる患者の経験精神疾患患者へのインタビューから	実習教育への参加を承諾した経験を複数回持つ患者の経験を明らかにする	精神科リハビリテーションが中心の社会復帰前の患者, うつ病またはうつ状態の患者	質的	岡本, 他	日本看護学会論文集, 39(看護教育), 292-294	2008
5	看護学生が受け持つことでの患者の体験 精神科救急病棟でのインタビューから	精神科救急病棟において看護学生が受け持つことで患者がどのようなことを体験したのか明らかにする	精神科急性期病棟に医療保護入院で, ICD-10 疾患分類において F2 圏の患者。受け持ち時の状態は急性期から臨界期	質的	綿山, 他	日本看護学会論文集, 42(精神看護), 233-236	2012
6	学生の受け持ち実習に対する患者の思いについて	学生の受け持ち実習に対する患者の思いを明らかにし、今後どのようにかわれば受け持ち実習に協力してもらえるかを検討する	慢性期療養病棟(開放病棟)に入院中の患者	質的	井上, 他	日本精神科看護学術集会誌, 55(2), 10-14	2012
7	実習受け持ち患者の「語り」の主観的体験から看護への気づき	学生が受け持った患者が援助関係をどのように感じていたのか主観的体験の意味を明らかにし、看護援助への示唆を得る	精神科療養病棟において准看護学生の受け持ちになった患者と受け持ちを固辞した患者	量的、質的	石田	日本精神科看護学術集会誌, 56(2), 127-131	2013

表 2 患者-学生関係のカテゴリ表

カテゴリ	肯定・否定	サブカテゴリ	コード	文献番号
治療的關係	肯定的体験	会話の楽しみ	気楽・話しやすかった	3, 5
			若い人と話すことが楽しかった	4, 5
			いろいろな話ができた	4, 6
		人間としての尊重	きちんと話を聞いてくれた	2, 7
			コミュニケーションを通して人としての関わりがあった	2, 7
			希望を受け入れ、取り入れてくれた	7
			衣生活への助言をしてくれた	4
		援助される喜び	整理整頓の援助をしてくれた	5, 7
			心強い存在	5
		意欲の向上	学生といると心強い	5
			学生といると気分が楽になった	5
		活動の増加	癒された	5
			励みになった	2
			生活に張りが出た	1, 2, 6, 7
	否定的体験	関わりが不十分	学生がいるから散歩、外出ができた	1, 2, 4
			いろいろな体験ができた	2, 5, 7
		学生の無理解	頼りなかった	1, 6
			積極性がなかった	1
		話題の相違	患者の話を聞く姿勢がなかった	5, 6
			一方的な関わりを受けた	5
会話の停滞		できないことを笑われた	2	
		年代の違いで話題が合わなかった	6	
心身への負荷	自分のことを言おうとしなかった	5		
	コミュニケーションが未熟だった	5		
	会話が途切れると困った	1		
学習的關係	肯定的体験	社会的役割の遂行	うまく話せない不安があった	3
			共に過ごす疲労感	4
			病的体験の出現	5
		交流を円滑にする配慮	成人としての役割を自覚	4
			役に立ちたい思い	7
			経験させてあげた	5
	精神医療の理解を支援	遊びを提案した	4	
		話題を提供した	4, 6	
		自己の体験を教えた	2, 6	
	否定的体験	自己向上を期待	精神科病院の現状を知って欲しい	2
			自分に向上心があった	6
		気遣いによる疲労	若い人と話すことが勉強になると思った	4, 6
役割を果たすことで疲れた			2, 7	
学生本位の関わりが不快		薬の副作用で思い通りにできない	2	
		実習中心の関わりを受けた	5	
過剰な同行が不自由	看護技術の練習台にされた	1, 5		
	自由な時間がなくなった	1, 4, 6		
	トイレ等不要な時についてきた	1, 3, 4, 6		
	しつこく訪室された	5		
プライバシーに踏み込まれる不快	根掘り、葉掘り話したくないことを聞かれた	1, 2, 4, 5, 6		
	生活に踏み込まれた	5, 6		
		プライベート空間に踏みこまれた	7	

学生関係として《治療的關係》と《学習的關係》の2カテゴリが生成された。以下、カテゴリを《 》, サブカテゴリを〔 〕, コードを「 」で示す。(表2)

3. カテゴリの説明

患者の視点での患者と学生の良好な対人関係構築という観点から《治療的關係》と《学習的關係》それぞれにおけるサブカテゴリを肯定的体験と否定的体験に整理して説明する。

1) 《治療的關係》における肯定的体験

《治療的關係》における肯定的体験は〔会話の楽しみ〕, 〔人間としての尊重〕, 〔援助される喜び〕, 〔心強い存在〕, 〔意欲の向上〕, 〔活動の増加〕であった。

(1) 〔会話の楽しみ〕

このサブカテゴリは「気楽・話しやすかった」, 「若い人と話すことが楽しかった」, 「いろいろな話ができ」から生成された。患者は学生との会話に気楽で話しやすと感じたこと, 患者よりも若い世代である学生と多様な話題の会話を楽しんだことが示された。

(2) 〔人間としての尊重〕

このサブカテゴリは「きちんと話を聞いてくれた」, 「コミュニケーションを通して人としての関わりがあった」, 「希望を受け入れ, 取り入れてくれた」から生成された。患者は学生には話を聞く姿勢があったと感じたこと, 学生が患者に対して人間として関わる姿勢を感じたこと, 患者の意向が学生に尊重された思いがあったことが示された。

(3) 〔援助される喜び〕

このサブカテゴリは「衣生活への助言をしてくれた」, 「整理整頓の援助をしてくれた」から生成された。患者は学生が行う更衣の援助や衣生活への助言や環境整備の支援を好意的に感じたことが示された。

(4) 〔心強い存在〕

このサブカテゴリは「学生といると心強い」, 「学生といると気分が楽になった」, 「癒された」から生成された。患者は学生がそばにいることが心の支えになり, 学生と共に過ごすことで気分が安定したこと, 学生の援助で症状が緩和されたことが示された。

(5) 〔意欲の向上〕

このサブカテゴリは「励みになった」, 「生活に張りが出た」から生成された。患者は学生の関わりによって療養生活の励みや充実, 張り合いを得たことが示された。

(6) 〔活動の増加〕

このサブカテゴリは「学生がいるから散歩, 外出ができた」, 「いろいろな体験ができた」から生成された。患者は学生の関わりが外出や散歩をする機会になったこと, 工作やゲーム等の活動を体験する機会になったことが示された。

2) 《治療的關係》における否定的体験

《治療的關係》における否定的体験は〔関わりが不十分〕, 〔学生の無理解〕, 〔話題の相違〕, 〔会話の停滞〕, 〔心身への負荷〕であった。

(1) 〔関わりが不十分〕

このサブカテゴリは「頼りなかった」, 「積極性がなかった」から生成された。患者は学生の関わりに安心を得ることができなかったこと, 関わりに積極性が不足していたと感じたことが示された。

(2) 〔学生の無理解〕

このサブカテゴリは「患者の話聞く姿勢がなかった」, 「一方的な関わりを受けた」, 「できないことを笑われた」から生成された。患者は学生から訴えを十分に聞いてもらえなかったこと, 学生の関わりが一方的だったこと, 学生から笑われたことが示された。

(3) 〔話題の相違〕

このサブカテゴリは「年代の違いで話題が合わなかった」, 「自分のことを言おうとしなかった」から生成された。患者は学生との世代の違いから話題が合わないこと, 学生が自己開示しないため会話に困ったことが示された。

(4) 〔会話の停滞〕

このサブカテゴリは「コミュニケーションが未熟だった」, 「会話が途切れると困った」, 「うまく話せない不安があった」から生成された。患者は学生のコミュニケーション技術が未熟であったこと, 学生との会話が続き困ったこと, 患者が自己のコミュニケーション力への不安があったことが示された。

(5) 〔心身への負荷〕

このサブカテゴリは「共に過ごす疲労感」, 「病的体験の出現」から生成された。患者には学生からの関わりによって疲労感や病的体験が生じたことが示された。

3) 《学習的關係》における肯定的体験

《学習的關係》における肯定的体験は〔社会的役割の遂行〕, 〔交流を円滑にする配慮〕, 〔精神医療の理解を支援〕, 〔自己向上を期待〕であった。

(1) 〔社会的役割の遂行〕

このサブカテゴリは「成人としての役割を自覚」, 「役に立ちたい思い」, 「経験させてあげた」から生成された。患者が若い世代の学生の学習に対して大人としての役割意識を持ったこと, 学生の協力者として責任を果たす思いがあったこと, 患者が意図的に学生に対して学習経験を与えたことが示された。

(2) 〔交流を円滑にする配慮〕

このサブカテゴリは「遊びを提案した」, 「話題を提供した」から生成された。患者が学生にゲーム等の遊戯を提案したこと, 話題を提供したことが示された。

(3) 〔精神医療の理解を支援〕

このサブカテゴリは「自己の体験を教えた」, 「精神科病院の現状を知って欲しい」から生成された。患者が学生に自己の療養体験を開示したこと, 精神科病院の現状理解を促したことが示された。

(4) 〔自己向上を期待〕

このサブカテゴリは「自分に向上心があった」、「若い人と話すことが勉強になると思った」から生成された。患者は向上心を動機として実習教育に参加したこと、患者は自己より若い世代である学生と会話することが自己の学習になると思ったことが示された。

4) 《学習的關係》における否定的体験

《学習的關係》における否定的体験は〔気遣いによる疲労〕、〔学生本位の関わりが不快〕、〔過剰な同行が不自由〕、〔プライバシーに踏み込まれる不快〕であった。

(1) 〔気遣いによる疲労〕

このサブカテゴリは「役割を果たすことで疲れた」、「薬の副作用で思い通りにできない」から生成された。患者は協力者として役割を果たすことで疲労したこと、手の振戦等の抗精神薬による有害作用で思い通りに協力ができなかったことが示された。

(2) 〔学生本位の関わりが不快〕

このサブカテゴリは「実習中心の関わりを受けた」、「看護技術の練習台にされた」から生成された。患者は学生の関わりが看護援助ではなく学習を主体とした関わりであると感じた不快、学生から受けた看護技術が練習目的であると感じた不快が示された。

(3) 〔過剰な同行が不自由〕

このサブカテゴリは「自由な時間がなくなった」、「トイレ等不要な時についてきた」、「しつこく訪室された」から生成された。患者は学生の関わりで生活の時間が削られたこと、不必要な学生の同行、必要以上の訪室を受けたことに不自由さを感じたことが示された。

(4) 〔プライバシーに踏み込まれる不快〕

このサブカテゴリは「根掘り、葉掘り話したくないことを聞かれた」、「生活に踏み込まれた」、「プライベート空間に踏みこまれた」から生成された。患者は話したくない事柄を学生に質問されることや学生が生活やプライベート空間に立ち入ることに不快感を持ったことが示された。このサブカテゴリのコードには1~7の全ての文献が含まれていた。

VI. 考 察

患者と学生の対人関係は《治療的關係》において患者と学生の役割は看護実践の対象者と看護実践者であった。《学習的關係》において患者と学生の役割は学習支援者と学習者であった。これは学生が患者を援助すると同時に患者が学生の学習を支援していたことを示す。この2つの対人関係について考察し、学生が患者と関わる際に留意すべきことを検討した。

1. 治療的關係

患者が学生から受けた態度の否定的体験は〔学生の無理解〕であり、肯定的体験は〔人間としての尊重〕であった。これらのことから、患者-学生関係には学生の基本的な姿勢・態度が問われると考えられる。学生が患者と関わる際に留意す

べきこととして、患者を理解する姿勢を示すこと、患者を人として尊重する態度をとることが必要である。

〔話題の相違〕、〔会話の停滞〕は患者が学生と会話をした場面での否定的体験であった。学生も患者との関わりにおいて会話が続かない苦痛、患者の話題についていけない苦しさを感じている⁹⁾。これらのことから、話題が合わないことと会話の停滞への対処法については患者と学生の両者に共通する課題であると考えられる。話題を世代の違いで考えると「若い人と話すのが楽しかった」が示すように患者には若い世代の学生との会話を楽しむ側面があった。これを考慮すると会話の相手の世代が異なることは一概に会話が困難になる要因ではないと考えられる。また、〔会話の楽しみ〕は患者と学生との会話における場面での肯定的体験であった。これらのことから、学生が患者と会話する際に留意すべきこととして、会話を楽しむ工夫をすること、世代の違いを考慮した話題または世代が異なったとしても患者の興味・関心を考慮して楽しく会話ができる話題を選んで準備することが必要である。

〔会話の停滞〕では会話が円滑になるように学生は患者と話題が合わない場合は話題を変える配慮や会話を学生側から積極的に会話をするように努める必要がある。しかしながら、話題の問題ではなく患者が沈黙している場合も想定される。この場合は患者が話すのを待つこと、沈黙に答える関わりが必要である。

患者が学生から受けた看護援助における肯定的体験には〔心強い存在〕、〔援助される喜び〕、〔意欲の向上〕、〔活動の増加〕があった。学生が行う看護実践の効果には症状の変化や患者の障害の程度の軽減がある¹⁰⁾。これらのことから、患者は学生が実施する生活指導、レクリエーション、散歩等の看護援助を好意的に受け止めていたと考えられる。これに加えて、患者は学生の看護援助そのものだけではなく、援助を通して関わる学生の存在が患者の症状緩和や意欲の向上、活動の増加につながったと考えられる。

学生の関わりには〔関わりが不十分〕、〔心身への負荷〕という否定的体験があった。これらのことから、学生の存在のあり方が患者への心理的な重圧の要因になると考えられ、患者が学生からの関わり方に不十分さを感じることも心理的な負担になると考えられる。学生が患者に関わる際には患者の反応と症状の変化を観察し、効果的に看護援助を実施するためには実施時間や場所、頻度についても留意する必要がある。学生の関わり方と患者の反応については臨床指導者等の客観的な視点での観察による助言も得る必要がある。

2. 学習的關係

患者が学生への学習支援を行う関わりでは〔交流を円滑にする配慮〕が肯定的体験であり、〔気遣いによる疲労〕は否定的体験であった。これは患者が能動的に学生への配慮を行った場合と学習支援行動が患者の負荷になって心身の不調が生じる場合があったことを示す。〔学生本位の関わりが不快〕は患者が学生の関わりが学習目的であり、看護援助としての意

義を感じず不快になった体験であった。〔過剰な同行が不自由〕も学生の関わりが看護援助ではなく学習目的に偏った行動であった結果、患者は学習支援で時間が削られた思いや不自由さを感じたと考えられる。これらの否定的体験において患者は心身の安定と休息が必要とする療養生活に対して学生の学習行動による負荷を受けていたと考えられる。学生が患者に関わる際には患者が実習教育に時間的な協力をする上では納得して行えるようにすると共に患者が休息や自由な時間を確保できるように留意する必要がある。

〔プライバシーに踏み込まれる不快〕は患者が学生との関わりでプライベート空間に踏み込まれてプライバシーを脅かされる不安、話したくないことを聞かれる辛さであった。そして、このサブカテゴリを構成するコードには全ての対象文献が含まれた。これらのことから、学生がプライバシーに関する会話をする時や看護援助で患者の生活やプライベート空間に立ち入る時には患者が学生に侵入された等の否定的思いにならないような配慮が必要である。学生が患者に関わる際の留意すべきこととして、プライバシーに関する会話や患者個人の情報収集、患者の生活やプライベート空間に入り込む際には説明すること、患者の意向を確認し、納得できない時は実施しないことや患者が拒否できる保障をする必要がある。

〔社会的役割の遂行〕は患者が学生への学習支援を社会の一員として役割遂行と意味づけていたことであり、〔自己向上を期待〕は患者が学生との関わりを自己向上の機会と捉えていたことであった。〔精神医療の理解を支援〕は学習支援であるが、その内容は精神看護学実習での看護実践や看護展開の枠を越えた学習支援である。患者が学習支援者としての役割を果たすことは、社会的役割の是認、苦悩の緩和と自己価値観を高める¹¹⁾。これらのことから、患者には精神疾患患者の一人として実習の協力を通して学生に対して自らの体験や精神科病院の現状理解を促したいという願いがあったと考えられる。これらのことから、患者は学生の学習支援を自己の向上や自己実現の機会として位置づけていたと考えられる。

3. 看護教育への示唆

精神看護学実習における患者と学生の対人関係において、患者は学生を治療者としての役割と学習者としての役割を認識して関わっていることが明らかになった。そして、患者は社会貢献をする一人の人間として実習に協力している側面がある。学生はこれらのことを理解して患者に関わる必要がある。また、教員や臨床指導者は患者-学生関係について患者の視点からはこのような体験があることを認識することが学生への指導と患者への援助に必要である。

4. 研究の限界及び今後の課題

本研究における研究の限界を述べる。対象文献には3~4ページ程度であるものや学会誌以外の対象文献が含まれていたことで引用できる具体例が限定された。対象文献には2013年より新しい文献がなく、その後の社会情勢や精神疾患の治療方法等の変化を考慮すると現在の状況に合わない可能性がある。

今後の課題として〔心強い存在〕を形成するコードは全てが急性期病棟の患者が研究対象である文献5から生成されたコードであった。急性期の特徴的な症状や状況で辛い時に誰かがそばにいる心強さがあったと推測されるが、明確ではない。他の文献にも急性期症状を持つ患者が含まれているが、症状別の記述がない上に同様のデータがなかった。このことから、急性期および慢性期やリハビリ期のように患者の状況による対人関係の体験の違いを明らかにする必要がある。これらのことから、患者を対象とした研究を今後も行う必要性がある。また、学生の視点からの対人関係の特徴と課題も明らかにする必要がある。

VII. 結 論

精神看護学実習における患者と学生のより良い対人関係構築のための知見を得るために文献検討を行った。文献検索の結果、7文献が抽出された。分析の結果、研究対象7文献から76の具体例が抽出され、46コード、19サブカテゴリが生成された。患者-学生関係として《治療的關係》と《学習的關係》の2カテゴリが生成された。《治療的關係》において学生の存在は心強く感じられ、学生の関わりは患者の症状の緩和、意欲の向上、活動の増加をもたらしていた。一方では学生の関わりに負荷を感じる患者がいた。《学習的關係》において患者は学習者としての学生に対する学習支援者として役割を果たすことを有意義であると思って協力していた。一方では学生が患者に対して学習中心の関わりをした際には、患者は療養生活に対して負荷を受けたと感じた。学生はこれらの対人関係と患者の思いを理解して関わる必要がある。

本研究は放送大学大学院修士課程に提出した修士論文に加筆・修正をしたものである。尚、本研究の内容の一部は、第52回(2021年)日本看護学会学術集会にて発表した。

本研究において開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 日本看護科学学会:看護学を構成する重要な用語集(2011), 2020年11月27日閲覧,
<https://www.jans.or.jp/uploads/files/committee/yogoshu.pdf>.
- 2) 厚生労働省:看護基礎教育の充実に関する検討会報告書(平成19年), 2020年4月16日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>.
- 3) 厚生労働省:看護基礎教育検討会報告書(令和元年), 2022年9月16日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>.
- 4) 長谷川真美, 大澤久美枝:看護基礎教育におけるコミュニケーション力の育成に関する研究 基礎看護学実習で学生が印象に残ったとする場面からの分析, 東都医療大学紀要, 7(1), p.39-52, 2017.
- 5) 阿部智美:患者とのコミュニケーション困難場面における看護学生の「解読, 問題解決, 感情」との関連:36(1), p.149-156, 2013.

- 6) 木戸間幸子, 天野民枝: 精神看護学実習記録からみる対人関係技術の学びと今後必要な指導方法とは, 日本看護学会論文集, 44 (看護教育), p.110-113, 2014.
- 7) 福井美貴, 末安民生, 野末聖香: 精神看護学における臨床実習指導者の抱える困難: 大学教育に焦点を当てて, 日本精神保健看護学会誌, 14 (1), p.88-97, 2005.
- 8) 文部科学省: 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて (2002年), 2023年2月16日閲覧,
<https://www.umin.ac.jp/kango/kyouiku/report.pdf>.
- 9) 岩崎優子, 山崎不二子, 堀内啓子: 精神看護学実習において看護学生が直面する困難感とその出現時期, 日本看護学教育学会誌, 24 (2), p.25-37, 2014.
- 10) 柴田守, 宮腰美穂子, 内藤健介, 他: 精神看護学実習における看護学生の関わりによる患者の「全般的行動」の変化と実習効果—精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehab) による評価—, 秋田県看護教育研究会誌, 41, p.11-16, 2017.
- 11) 石田隆也: 実習受け持ち患者の「語り」の主観的体験から看護への気づき, 日本精神科看護学術集会誌, 56 (2), p.127-131, 2013.

◇研究報告◇

初めて分娩介助実習を行った助産師の思い

田邊綾子¹⁾*, 菅原早苗¹⁾

本研究の目的は、分娩介助実習に携わった助産師の思いを知り、今後の教育・指導に役立てるために、初めて分娩介助実習の指導を行った助産師が実習指導に抱く思いを明らかにすることである。看護学生の実習指導経験のある助産師経験年数13～24年の3名を対象とし(1)分娩介助実習を受け入れる前の思い(2)分娩介助実習後の思い(3)今後の工夫をインタビューした。対象者は、学生指導と分娩担当の兼務を負担に感じ、指導モデルがない自分の指導への不安や、理想とする学生指導へのジレンマがあった。しかし、学生時代を振り返り、指導者への感謝の思いを感じたことで、学生と共に学びを深め、より充実した実習指導をすることが自分達の役割だと改めて認識した。そして、指導者間で情報共有することの重要性が示唆された。

【キーワード】助産師、助産学生、分娩介助実習、実習指導、思い

I. はじめに

近年、産婦人科医の減少や少子化に伴い、分娩を取り扱う施設は減少しているが、助産師養成機関や助産師養成者数は増加している¹⁾。そのため、新たに助産学生の実習を受け入れる施設が増えている。X県でも2019年4月にX県立看護専門学校助産師養成課程が新設され、X県内の5施設が初めての分娩介助実習を受け入れることとなった。A病院もその中の1施設であり、今まで看護学生の母性実習や助産学生の見学実習の受け入れは行っていたが、助産学生の分娩介助実習の受け入れは初めてであった。日勤の分娩室担当が分娩室業務と助産学生の指導を兼務することになるため、指導への不安を抱いている助産師が多かった。

分娩介助実習が始まる前に指導マニュアルを作成したが、実際の助産学生の指導は、その時に携わる経験年数3～30年の個々の助産師に任された。実習指導はマニュアル通りにはいかず、自分達が経験してきた実習との違いもあり、同僚間で度々指導内容について確認することがあった。緒方²⁾の全国調査でも、実習指導者研修の受講経験は47.6%であり、指導に関する学びの少ないことや調査対象者の57%に指導モデルがないこと、自分自身の経験と先輩・同僚のイン

フォーマルな情報交換等による手探りの指導に頼っている実態が述べられている。

助産学生の分娩介助実習が始まり、指導者間で色々な思いが生まれた。指導にあたった助産師からその思いについて語る場が欲しいという意見が聞かれた。先行研究では、分娩介助実習の指導の困難や実習指導の現状は明らかになっている³⁾が、初めて分娩介助実習を受け入れる施設での助産師の思いに関する調査はない。

そこで、初めて分娩介助実習に携わった助産師の思いを知り、今後の教育・指導に役立てるために本研究に取り組むこととした。

II. 目的

分娩介助実習に携わった助産師の思いを知り、今後の教育・指導に役立てるために、初めて分娩介助実習の指導を行った助産師が実習指導に抱く思いを明らかにする。

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研究

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 富士市立中央病院

* E-mail: tanabe_ayako@sc.city.fuji.shizuoka.jp

2. 研究対象者

A 病院 B 病棟に勤務し、分娩介助実習に関わる経験年数3年以上の助産師13名のうち、実際に分娩介助実習を担当し、本研究に協力を得られた助産師

3. 調査期間

20XX年9月23日～20XX年11月30日

4. データ収集方法

「初めて分娩介助実習を行った助産師の思い」に関する研究の協力依頼のポスターを掲示し、研究協力者の公募をした。協力者に研究の主旨を説明し、書面で同意を得てインタビューガイドに基づき、半構造化面接を行った。面接は協力者のプライバシーが守られる病棟内の個室で研究者と1対1で行い、協力者の承諾を得て、面接内容をICレコーダーに録音した。面接日時は協力者の意向に沿う時間に協力者の負担を考え30分とした。インタビュー内容は、①初めての分娩介助実習を受け入れる前にどのような思いがありましたか②実際の分娩介助実習に携わりどんなことを思いましたか、よかったこと・大変だったこと③今後、分娩介助実習にあたり、工夫したいこと、あったら良かったと思うことについてである。

5. 分析方法

インタビュー内容の逐語録を作成し、研究者2名で慎重に読み込み、実習指導に対する思いに関する内容を抽出しコード化した。コード化したものを類似性に従って整理し、サブカテゴリとし、さらにカテゴリ化した。分析の信頼性・妥当性を高めるために、分析過程において研究指導者のスーパーバイズを受け、分析結果は数名の指導者に確認してもらった。

IV. 倫理的配慮

研究協力者に依頼文を用いて口頭で説明した。研究に協力するかは自由意思によって決定し、研究への参加を拒否しても不利益を被らないこと、研究への参加・協力を同意してもいつでも取りやめることができること、プライバシーが保護されること、データは研究発表終了後5年間保存し、その後、録音データは破棄し、結果は学会などで発表することを文書と口頭で説明した。A 病院看護部倫理委員会の承認を得た。

V. 結果

1. 対象者の背景

A 病院 B 病棟は変則2交替制で、勤務している20代から60代までの助産師22名のうち、13名が分娩介助実習担当となった。その中で、実際に分娩介助実習を担当し、本研究に協力が得られた3名を対象者とした。詳細は表1のとおりである。(表1)

2. 分析結果

逐語録から抽出した内容をコード化したところ59コードが抽出された。抽出したコードが9のサブカテゴリから7つのカテゴリに大別され、これらを表2として示す。(表2)以

下【 】はカテゴリ、〈 〉はサブカテゴリ、「 」は対象者の語りを示す。

1) 【指導と業務の両立への大変さ】

実習担当者は、通常の分娩室業務に加え学生指導も兼務する体制であった。複数の産婦が待機している時に、自分が担当する産婦をみながら、助産学生が担当する産婦もみて、学生への指導をする必要もあった。そのため「複数の産婦と学生の全責任を負うのは大変」「余裕はないが患者と学生を見なければならぬという気持ちがある」と業務と指導の兼務で余裕がない状態を感じていた。また「学生が分娩をとるが分娩係として責任がある」と業務と責任が増すことに負担を感じていた。更に「安全第一だと思うが余裕がない」「内診所見があっているか確認しながら進めることに大変さを感じた」という指導と業務を両立させることへの悩みも語られた。

2) 【初めての实習に対する不安】

分娩介助実習の受け入れが初めてで、対象者自身が助産師養成課程を卒業後10年以上経過していたこともあり「どんな実習になるか分からないから大変になるだろうと思った」「今まで学生指導の経験がないからちゃんと対応できるのか不安だった」「自分が実習指導できるか、教えられるか不安だった」「自分自身もいっばいな感じで出来るか不安」という【初めての实習に対する不安】が語られた。

3) 【理想とする分娩と学生指導とのジレンマ】

分娩が迫り状況が急激に変化する中、現状把握することで精一杯になっている学生に対し「学生は色々なことがゆっくりで時間がかかるため待てない」「学生を待たずに自分が手を出してしまう」「学生を待てるどころと待てないところがある」といった【理想とする分娩と学生指導へのジレンマ】を感じていた。

4) 【学生時代の振り返り】

学生が来たことで自分の学生時代を振り返り〈学生時代の実習姿勢〉として「自分達の頃はアセスメントして自ら発信しないと分娩介助できない焦りがあった」と語られた。また「(自分たちは)24時間実習で夜勤のときもよく指導してもらえた」「自分が学生の時、任せてくれた指導者をすごいと思った」など〈学生時代の指導者に対する感謝〉を感じていた。

5) 【実習に対する学校側の姿勢や教育方法への疑問】

分娩進行中で分娩第2期間近でも産婦の許可が得られれば、学生は指導者に自らの課題やアセスメントを報告することもなく分娩介助をしていた。それに対し「アセスメントもなく分娩第1期もみない分娩介助には疑問がある」など〈分娩介

表1 対象者の背景

対象者	年代	助産師 経験年数	看護学生の 実習指導経験	実習指導者研修 受講の有無
A	40	24	有	無
B	30	15	有	無
C	50	13	有	有

表2 初めての分娩介助実習を行った助産師が感じた思い

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
指導と業務の両立への大変さ		余裕はないが患者と学生を見なければならぬという気持ちがあった 学生と産婦を両方見ることになるのは大変だと思った 陣痛室の産婦と分娩室の学生の並列の対応が大変だった 複数の産婦と学生の全責任を負うのは大変だった 安全第一だと思うが余裕がないというのが正直なところ 学生が分娩をとるが分娩係としての責任がある 内診所見があっているか確認しながら進めることに大変さを感じた
初めての实習に対する不安		どんな実習をするか分からないから大変になるだろうと思った 分娩介助は自分のやり方もあるから学生を待ってあげられるか不安だった 今まで助産学生指導の経験がないからちゃんと対応できるのか不安だった 自分が実習指導できるか、教えられるか不安だった 自分自身もいっぱいな感じで出来るか不安
理想とする分娩と学生指導へのジレンマ		学生を待たずに自分が手を出してしまう 学生を待てる所と待てないところがある 学生が考えていることは分かっているがこちらから聞いてしまった 分娩介助は自分が責任であるので学生を待つこと、見守ることで悩んだ 学生は色々なことがゆっくりで時間がかかるため待てない 学生が分娩介助できるよう誘導してしまった時、産婦の為ではないと悩んだ 学生が受け持つと内診を2回しないといけないことは産婦に失礼だと感じた
学生時代の振り返り	学生時代の実習姿勢	自分達の頃は、アセスメントして自ら発信しないと分娩介助できない焦りがあった 学生が来ることで自分の学生の時のこと思い出した。大変な実習だったが頑張っていたと思った
	学生時代の指導者に対する感謝	(自分たちは) 24時間実習で夜勤の時もよく指導してもらえた 学生が実習に来ることで新人がお産をとれなくなることを知った 自分が学生の時、任せてくれた指導者をすごいと思った 自分が学生の時の思い出(指導者に)感謝の思いが湧いた
実習に対する学校側の姿勢や教育方法への疑問	分娩介助するだけでいいのかという実習に対する疑問	アセスメントもなく分娩第1期もみない分娩介助には疑問がある 分娩介助だけ経験すればいい感じの実習だと感じた 分娩介助だけ経験すればいいと決定事項にあればいいが疑問 実際現場に出ていく中で判断できるようになるのか疑問に感じる 何も出来ない、考えられない助産師になるのではないかと思った
	指導の経験不足	他の人の指導場面を見ていないから自分の指導方法がいいのかわからない 他の人がどう関わっているか客観的に見ることは出来ないし余裕もない 手探りで指導してみんなはどんな風に指導していくのか不安が大きかった 学生に提案できるほど幅がない自信がないというのが正直なところ 自分の教え方がいいのかというところが申し訳ない (学生に) 焦りを感じさせちゃいけないのは本当にいいのかと思った 夜間の待機で呼ぶタイミングを悩んだ どこまで手を出したらいいか悩んだ
	学生に対する指導者間の情報伝達不足	学生が出来ること出来ないこと、注意してほしいことなど情報伝達が必要 他の人が教えている場面を見れないから普段の会話の中で教えてもらった スタッフ間の情報共有が必要だと思う 分娩介助は出来たが、第一期の関わりで困った所などは話したことがない
よりよい指導にしたい思い	学生と共に学びを深めたい	教えるために、基礎的なことをもう一度教科書で見直した 学生と一緒に学ばせてもらう気持ちでいた 学生と一対一でじっくり見てあげたいと思う 今の教育方針に自分達も合わせていかなければならぬと感じた 自分たちの時とは教育方針が違うということが分かった 学生に色々提案できたらいいと思っている
	学生に対する期待と要望	学生が何例目かというのでも分かるようにしてほしい 分娩第一期で、学生がもっと介入する必要があると思う 学生から今回何例目で目標は何か言ってもらいたい どこができてどこができないか、何をしたいのか学生に明確にしてほしい アセスメントもちゃんと持ってきてほしい
学生指導の充実	実習担当者の確保	他の待機者がいる場合、自分のペースで出来ない歯がゆさや焦りを感じた 担当患者が3人いて分娩介助に入る時は学生を見るのが大変だった 私たち自身の環境も整えてもらえるといい 学生に対し専属の人がいることが理想だと思う
	指導者としての自己の課題	実習のことを教えてもらいたい 実習要綱を読み内容を周知して実習を受け入れたい

助するだけでいいのかという実習に対する疑問)が語られた。また〈指導の経験不足〉から「他の人の指導場面を見ていないから自分の指導方法がいいのか分からない」「手探りで指導してみんなはどんな風に指導していくのか不安が大きかった」「学生に提案できるほど幅がない自信がないというのが正直なところ」など苦悩が語られた。更に、学生に関する情報共有の方法も確立されておらず「学生が出来ること出来ないこと、注意してほしいことなど情報伝達が必要」「スタッフ間の情報共有が必要」と〈学生に対する指導者間の情報伝達不足〉が指摘された。

6) 【よりよい指導にしたい思い】

様々な不安を抱えているが指導することに対し責任を持ち「教えるために基礎的なことをもう一度教科書で見直した」「自分たちの時とは教育方針が違うということが分かった」「今の教育方針に自分達も合わせていかなければならない」と現状を理解し受け入れ〈学生と共に学びを深めたい〉という前向きな思いがあった。また〈学生に対する期待と要望〉として「どこができてどこができないか、何をしたいのか学生に明確にしてほしい」「学生から今回何例目で目標は何か言ってもらいたい」「アセスメントもちゃんと持ってきてほしい」などの思いも語られた。

7) 【学生指導の充実】

分娩室業務と実習指導担当の兼務を負担に感じ、初めてのことで分からないことが多く「私たち自身の環境も整えてもらえるといい」「学生専属の担当がいることが理想」と〈実習担当者の確保〉を望んでいた。「実習について教えてもらいたい」「実習要綱を読み内容を周知して実習を受け入れたい」など実習を受け入れるための事前準備〈指導者としての自己の課題〉も感じていた。

VI. 考 察

1. 実習を受け入れる前の思い

実習を受け入れる前、対象者は通常分娩室業務と学生指導を兼務する体制に対し【指導と業務の両立の大変さ】を感じていた。複数名の分娩進行者がいる場合、自分の担当する産婦をみながら、学生の担当する産婦もみて指導も行うこととなる。中田らは⁴⁾指導を担当する実習指導助産師は、産婦の安全のためには学生のケア場面を離れることができず、兼務となっている病棟業務に支障をきたして、職場の人手不足を増幅すると述べている。指導者は学生指導の責任と産婦への安全確保の狭間で苦悩していると考えられる。

また、A病院B病棟で初めての分娩介助実習であり、実習指導が自分達に出来るのだろうか【初めての实習に対する不安】も感じていた。緒方ら⁵⁾の全国調査でも、指導に関する学びの機会が少ないことや調査対象者の57.7%に指導モデルがないこと、自分自身の経験と先輩・同僚間のインフォーマルな情報交換等による手探りの指導に頼っている実態が述べられている。更に、緒方ら⁶⁾の研究によって分娩介助実習

指導能力は、一定の臨床経験年数と実習指導への関心・メリットの実感といった教育的志向が重要で、指導経験の積み重ねからの学びが不可欠であることが示唆されている。初めて実習指導を行う場合、不安や葛藤、戸惑いなどが生じ、困難となることは容易に考えられる。

A病院B病棟で勤務している助産師は20代から60代までおり、熟達者と言われる⁷⁾臨床経験10年以上の助産師が半数以上いる。その中で実習指導者研修を受講している助産師は少なく、受講していても教育に関する科目や看護に関する科目が主となっており、助産に特化した研修は少なく受講しにくい現状にある。しかし、「学生が分娩をとるが分娩係として責任がある」と業務と責任が増すことに負担を感じながらも「余裕はないが患者と学生を見なければならぬという気持ちがある」と取り組んでいこうという姿勢も感じられ、大変さや不安は大きい実習指導を前向きに捉えていた。今後、実習指導経験を積むことにより実習に対する不安は減少するが、指導と業務の両立への大変さが更に明確となると考える。その事項を抽出し改善に向けて検討していく必要がある。

2. 実際の実習指導を経験しての思い

実際に実習指導を経験したことで「学生は時間がかかるため待てない」「学生を待たずに自分が手を出してしまう」といった【理想とする分娩と学生指導へのジレンマ】も感じていた。たとえ低リスクであっても分娩進行中は母児にいつ危険が生じるかわからないため、観察を怠らず経過を予測し学生の能力を向上させることが求められる。実習指導者の役割は教育的関わりであり、具体的には協力的な関わり・アドバイスの提供・ケアへの参加・ロールモデル・全体像把握としており⁸⁾、〈学生と共に学びを深めたい〉【よりよい指導にしたい思い】で教員とは違う関わりを持っている。そして困難な思いだけでなく、指導する立場になったことで実習を受け入れることの大変さを知り【学生時代の振り返り】をすることで、「自分達が学生の頃は夜勤帯でもよく見てもらえた」などといった指導者への感謝の思いを知ることができた。知ることによって不安や疑問はあるが、実習の現状を理解し、責任を持って後輩を育成するための指導をしていくこと、また、指導するために自分自身の知識を再確認するといった、学生と共に学び成長していくことが自分達の役割だと認識し行動していたと考える。

また、A病院B病棟は交替勤務であるため、日々学生指導者が変わり、継続して学生指導をすることが難しい〈実習担当者の確保〉が困難な現状がある。そして、産婦の分娩が間近で学生からアセスメントや学習課題を聞く間もないまま分娩介助となることもあったため「アセスメントもなく分娩第1期もみない分娩介助には疑問がある」などの思いがあった。また、学生からの報告がないため、実習の到達状況を把握しにくく、初めての指導を手探りで行っていったこともあり【実習に対する学校側の姿勢や教育方法への疑問】を感じていた。それに対し「学生が出来ること、出来ないこと、注意してほ

しいことなど情報伝達が必要」と、学生からの報告を待つだけでなく、指導者間での情報共有の必要性も感じ【よりよい指導にしたい思い】があった。津田ら⁹⁾が述べているように、分娩介助実習は、助産診断に基づきケアの実践能力を培う教育であり、その中心的な役割を担うのは実習指導者である。実習指導者の間で円滑にコミュニケーションがとれ、簡単に情報共有できる方法を検討し、指導に活かす必要がある。また、充実した実習指導となるよう、酒井¹⁰⁾らが述べている、より実践的な指導能力に繋がるような研修会を企画していくことも課題のひとつと考える。

3. 今後の実習に向けての展望

正常分娩の介助 10 例程度を行うことが「基礎的知識技術を身に着ける最低の線」とされている¹¹⁾。分娩介助の必要件数を到達することは実習の重要な目的であり、実習受け入れ施設はそれを達成できる環境を整える必要がある。しかし、実習を受け入れるために「自分達自身の環境も整えてほしい」「学生専属の担当がいることが理想」という思いが語られているように、実習指導者側の環境調整も必要と考える。

また、分娩介助するだけでいいのかという疑問があったように、菱沼¹²⁾の研究結果からも、学生が産婦に寄り添い、見守り、待つ姿勢や、産婦をありのままに受け止める姿勢、産婦と信頼関係を構築する努力が望まれている。限られた実習時間の中、分娩が迫っている産婦を目前にした時報告はどうしたらよいか、学生が自ら発信できるような環境にするためにはどうしたらいいか【学生指導の充実】のため、指導者だけでなく、学校の教員とも話し合い検討していく必要がある。また、先行研究では分娩経過中の産婦の瞬時の変化やわずかな分娩進行のサインを的確に学生が判断できるように、実習場を教材化する能力や学生個々の理解度、及び、学習状況に応じて学ばせ方を工夫する力量が問われている。更に分娩介助実習では、専門職としての価値観や倫理観など人間性に関わる内容をマンツーマンで伝えることや長期間に渡る学習継続についての学習効果への配慮など、助産師学生ならではの個人的特性に合った工夫が必要とされている¹³⁾。事前に実習指導者が実習要綱の内容や助産学生のレディネスなどを把握し、実習に臨む姿勢が必要と考える。

本研究は、A 病院での分娩介助実習に携わった助産師を対象として、初めて指導を行った際に抱いた思いを明らかにする探求的研究である。しかし、対象者が3名と少数で他の指導者は今回の結果とは異なる意見を持っている可能性もある。従って、本研究の結果は一般化することはできず、例証の一つである。

(謝辞：本研究にご協力いただいた実習指導助産師の皆様へ深く感謝申し上げます。)

Ⅶ. 結 論

初めて分娩介助実習指導を行った助産師が感じた思いについて研究した結果【指導と業務の両立への大変さ】【指導者と

しての不安】【理想とする分娩と学生指導とのジレンマ】【学生時代の振り返り】【実習に対する学校側の姿勢や教育方法への疑問】【よりよい指導にしたい思い】【学生指導の充実】の7カテゴリが導き出された。

今回明らかになった実習指導者の思いから、実習担当助産師は初めての分娩介助実習指導に自信がなく多重責務による負担を感じていた。しかし、指導することに責任を持ち、学生と共に成長したい思いがあり、より充実した実習になるよう行動していた。また、同一の実習担当助産師が継続して学生をみる事が出来ないため、指導者間での情報共有や学生が自ら報告する必要性が求められた。そして、困難な思いだけではなく、自身が指導する立場になったからこそ知ることができた学生時代の指導者への感謝の思いが明らかになった。

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) 日本看護協会出版会：「令和 3 年看護関係統計資料集」, 34, 2022.
- 2) 緒方京, 恵美須文枝, 中田恵美, 他：分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第1報)―実習指導助産師の背景―, 母性衛生, 55 (4), p.721, 2015.
- 3) 津田佐貴子, 恵美須文枝, 下陸子：分娩介助実習における臨地実習指導者の困難と提案・要望, 母性衛生, 60 巻, 1 号, p.47-57, 2019.
- 4) 中田恵美, 恵美須文枝, 他：分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第3報)―実習担当に対する意義と課題―, 母性衛生, 56 (2), p.288, 2015.
- 5) 緒方京, 恵美須文枝, 中田恵美, 他：分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第1報)―実習指導助産師の背景―, 母性衛生, 55 (4), p.721, 2015.
- 6) 緒方京, 恵美須文枝, 中田恵美, 他：分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第2報)―実習指導助産師の指導能力―, 母性衛生, 55 (4), p.730-741, 2015.
- 7) 宮中文子, 恵美須文枝, 平澤美恵子：助産業務の自律に向けての経験別教育の達成目標(後編), ペリネイタルケア, 21 (4), p.78-85, 2002.
- 8) 野崎真奈美, 遠藤英子：基礎看護学実習における教員と臨床指導者の連携のあり方―お互いに期待する役割の分析―, 東邦大学看護研究雑誌, 4, p.11-20, 2007.
- 9) 津田佐貴子, 恵美須文枝, 下陸子：分娩介助実習における臨地実習指導者の困難と提案・要望, 母性衛生, 60 巻, 1 号, p.55, 2019.
- 10) 酒井禎子, 中澤紀代子, 石田和子, 他：看護学実習指導者が感じている指導上の困難と学習ニーズ, 新潟県立看護大学紀要, 第4巻, p.16, 2015.
- 11) 看護行政研究会, 看護六法, 保健師助産師学校養成所指定規則, 別表二, 東京, 新日本法規出版, p.1468, 2016.
- 12) 菱沼由梨：臨床指導者が分娩介助初期の学生に期待する学びの構造, 日本助産学会誌, 22 巻, 2 号, p.151, 2008.
- 13) 緒方京, 恵美須文枝, 中田恵美, 他：分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態(第1報)―実習指導助産師の背景―, 母性衛生, 55 (4), p.726, 2015.

◇研究報告◇

特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思い

堀口紋顧¹⁾, 前谷朋江²⁾, 大賀知津子³⁾, 岩田沙織²⁾

〔目的〕：特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者とその家族の退院後の生活における思いを明らかにすることである。

〔方法〕：1年以内に特発性側彎症の手術を受けた思春期女子で学校生活を送っている精神疾患のない患者とその家族3組を対象に、退院後の生活における思いについて、半構成的面接を行い、内容分析を用いて分析した。

〔結果〕：退院後の生活における思いとして、【学校生活への支障】【日常生活への支障・不満】【日常生活での心の揺れ】の3カテゴリーを抽出した。

〔考察〕：手術後の身体変化や一時的な筋力低下、コルセット装着により日常生活、学校生活において様々な支障や不便を感じていた。また、運動制限・体動制限により友人と活動することができず劣等感を感じ、モチベーションや活動意欲を低下させ、発達課題の達成に影響をきたす可能性があることが示唆された。

【キーワード】 特発性側彎症術後、思春期女子患者と家族、退院後の生活、退院後の思い、思春期女子患者の思い

I. はじめに

10歳以降の主に女兒に見られる「思春期特発性側彎症」は、人口の2~3%の割合で発症するとされており¹⁾、その原因はいまだに不明である。家族内発生が多いことから遺伝の関与が考えられるが、いまだに特定の遺伝子は明らかになっていない。また、年齢が若く、初潮前や骨の成熟が未熟な例は進行しやすいと考えられている²⁾。東京における2015年度の脊柱側彎症検診(中学生)の実施件数は一次検診としてのモアレ撮影で29,397名(男子:13,915名,女子:15,482名)で、その中で、異常者数は3,098名(10.54%)であった³⁾。また、二次検診として専門医の診察を経て直接X線撮影を受けた者は426名、X線撮影の結果、発見された15度以上の側彎は計281名(男子:28名,女子:253名)であった⁴⁾。このことから、思春期特発性側彎症は圧倒的に女子の発症者数が多いことがわかる。

側彎症に対する学校検診は1979年より開始されているが、限られた時間の中で専門外の内科医や小児科医が内科検診と併せて行うことが多かった⁵⁾。そのため、2005年から2010年

にかけて「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」が実施され、2016年4月より運動器検診が開始されるようになったが、本運動器検診においても検診方法が統一されておらず、各自治体、学校が独自基準で側彎症検診を行っており、地域での発見率に差が生じ側彎症検診方法の統一化および検査機器(医療機器)導入の全国義務化が叫ばれるようになった⁶⁾。今後、検診方法の統一等によって、さらに、思春期側彎症の早期発見、早期治療に繋がることが期待される。

側彎症の治療は、中程度から重度の側彎症の場合、手術療法が行われることが多い。一般的な側彎症患者の手術後経過は、術後1日目にコルセットの採型、コルセット完成後バルンカテーテルを抜去しコルセット装着にて離床を開始する。入院中に患者本人・家族から手術後の疼痛はもちろん、退院後の生活についての不安を訴えられることも多い。また、思春期女子という背景から起こりうる身体的・精神的苦痛は大きいものと推測する。この成長が著しい時期にある患者が退院後どのような体験をし、どのような思いを抱いて生活を送っているのか、また、その患者を支える家族の思いを明らかにすることは、術後ケアをする上において重要であると考

受付日:2022年5月16日/受理日:2023年9月12日

1) 大阪労災病院 元洛和会丸太町病院 2) 洛和会丸太町病院 3) 洛和会学術支援センター研究支援部

* E-mail: gucchome1@gmail.com

える。しかし、退院後の生活において、側彎症手術を受けた思春期女子患者と家族がどのような思いを体験しているのかを明らかにした研究は見当たらないことから、今後、増加すると考えられる側彎症手術を受ける思春期女子患者の退院支援を検討する上で、どのような思いを体験しているのかを明らかにすることは、重要であると考えられる。

Ⅱ. 目 的

特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者とその家族の退院後の生活における思いを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

思春期：

エリクソンによると、思春期とは13歳から15歳の中学生を思春期前半とし、16歳から18歳の高校生の時期を思春期後半としている⁷⁾。思春期はアイデンティティ(自己同一性)がテーマとなり、一定の集団や友人など周りの反応を見ながら自己認識・自己洞察が出来るようになる時期であり、一方で、その過程で集団の中での自分の価値が見つけれないなど、葛藤や緊張状態に陥ることもある⁸⁾。ここでは、最も思春期の特徴が現れる時期と言われる13~18歳の者を対象とした。

思い：

ここでは、特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者とその家族が退院後の日常および学校生活を通して感じ、考えたこととする。

2. 研究デザイン

半構成的面接法による質的記述的研究である。

3. 研究参加者

1年以内に、特発性側彎症の手術を受けた思春期女子で学校生活を送っている精神疾患のない患者とその家族とした。手術後1年検診を受ける患者に対し、事前に電話連絡し患者・家族に研究の目的、方法について説明した。説明後承諾を得た患者・家族に対して研究説明書を郵送し、検診時に再度説明、書面にて同意を得てインタビューを実施した。

4. データ収集期間

データ収集期間は、2019年3月1日~3月31日であった。

5. データ収集方法

患者とその家族と一緒に、インタビューガイドをもとに、半構成的面接法を用いてインタビュー調査を行った。調査内容は、退院後の日常生活および学校生活での変化や影響、家族の患者への関わりについてである。インタビューは個室で行い、所要時間は30分前後とし、インタビュー内容を研究参加者の許可を得て録音した。また、患者は未成年であり、退院後、自宅で生活する上で家族の手助けが必要となるため、一緒にインタビューを行うことで状況が把握しやすいと考え、患者と家族と一緒にインタビューした。

6. データ分析方法：

分析では、研究参加者の語りを大切にするために、得られた質的データの文脈を重視しながら意味を解釈し、そこに何があるかを明らかにしていく Krippendorff の内容分析⁹⁾を用いた。

研究参加者(患者とその家族)毎に患者の語り、家族の語りとして分け、逐語録に起こした。逐語録から文脈を重視しながら、意味のまとまりのある文脈に区分し、研究参加者毎に「退院後の生活における思い」に関する重要な語りを抽出した。得られたすべての語りを意味内容の類似するものによつて、サブカテゴリーを抽出し、さらに、サブカテゴリー間での類似性と相違性で類別しカテゴリーを抽出した。また、研究の厳密性の確保のために、データ収集および分析過程で内容分析の経験豊富な指導者にスーパーバイズを受けて行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、院内倫理審査委員会の承認を得て行った。対象となる患者とその家族に、事前に電話連絡し患者・家族に研究の目的、方法について説明し承諾を得た上で、研究説明書を郵送し、書面で研究への参加・協力は自由意思であること、途中で参加を拒否しても不利益は受けないこと、プライバシーは保護されること、また、研究の結果を公表すること、その際は、研究参加者を特定できる情報を含まないようにすること、収集したデータは本研究以外で使用しないこと、研究終了後はシュレッダー処理することを説明し、参加の意思がある場合は、書面により同意を得た。インタビューの前に研究担当者より、再度、書面と口頭で説明し、質問がある場合には十分に理解できるよう答え、研究参加の意思を確認して行った。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の年齢は、13歳(中学生)、15歳(中学生)、17歳(高校生)の3名とその母親であった。

2. 特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思い

インタビュー時間は、20分~41分(平均32分)であった。インタビューから抽出された「退院後の生活における思い」に関する文脈は、69文脈であった。分析の結果、最終的に3カテゴリーと10サブカテゴリーが抽出された(表1)。カテゴリー名を【 】、サブカテゴリー名を〈 〉で、インタビューの内容については個人情報に留意し、個人が特定されない程度に引用した部分を、「 」で示す。

以下に分類された3カテゴリー【学校生活への支障】【日常生活への支障・不満】【日常生活での心の揺れ】についてそれぞれ説明する。

表1 特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思い

カテゴリー	(文脈数)	サブカテゴリー	(文脈数)
学校生活への支障	(20)	コルセット装着に関わる苦痛	(6)
		疼痛による学習への支障	(4)
		運動制限による学校生活への支障	(4)
		学校生活における学校・家族の支援の必要性	(6)
日常生活への支障・不満	(16)	手術後の筋力低下に伴う日常生活への支障・苦痛	(12)
		できないことが重なることでの不満	(3)
		身長が伸びたことによる不都合	(1)
日常生活での心の揺れ	(33)	創部・外見への煩い	(14)
		外出に対する躊躇	(10)
		手術後の身体変化に対する感謝	(9)

1) 【学校生活への支障】

このカテゴリーは、運動・体動制限が学校生活に及ぼす影響について述べている内容で、〈コルセット装着に関わる苦痛〉〈疼痛による学習への支障〉〈運動制限による学校生活への支障〉〈学校生活における学校・家族の支援の必要性〉の4つのサブカテゴリーから構成された。

〈コルセット装着に関わる苦痛〉は、「(コルセットをつけている間)体が今までみたいに動かないし、配り物とかしても体ごともっていくみたいな感じやね(家族C)」「コルセットで締め付けられていると食欲が・・・(家族A)」「高校生活はコルセットを着けて始まったんですけど、1回ちょっとハンドボール部に入ったんですけどね、やっぱりコルセットつけてるし、しばらくできないじゃないですか。結局やめちゃって、そのまま今は帰宅部です(家族B)」のように、コルセット装着でスムーズに身体を動かすことができないことの苦痛や不便さを述べた内容である。〈疼痛による学習への支障〉は、「(座っている時間が)長時間になると痛くなります(患者A)」「(授業中座っているのは)しんどかった、ちょっと下むいただけでちょっと肩とかが痛くなって・・・(患者C)」「授業中は大丈夫、テスト勉強の時は・・・(患者B)」のように、疼痛が及ぼす学習への負担を述べた内容である。〈運動制限による学校生活への支障〉は、「体育を半年経ってからし始めたんですけど、そんなにハードなことはあんまりできないかなって・・・(患者A)」「バスケットボールとかがあっても途中で練習は参加するけどゲームってなると激しいから制限している。体育の制限が多くなった(患者B)」など、学校生活において、体育などでの運動制限に対する思いを述べた内容である。〈学校生活における学校・家族の支援の必要性〉は「軽いのは自分でできるだけって思ってるんですけど、毎日見ると転ぶのがね・・・今一緒に登校してます(家族A)」「学校の先生にお話してどういうことを学校として気をつけてほしいとかできないこととか具体的に保健室の先生に話をしたりと

か、この子が高校生活をちょっとでも過ごしやすいようにと思って面談もしました(家族B)」のように通学途上や学校内での生活に関する支援が必要であったことについて述べた内容である。

2) 【日常生活への支障・不満】

このカテゴリーは、手術を受けたことで生じる日常生活についての不都合やそれに対する不満を述べている内容で、〈手術後の筋力低下に伴う日常生活への支障・苦痛〉〈できないことが重なることでの不満〉〈身長が伸びたことによる不都合〉の3つのサブカテゴリーから構成された。

〈手術後の筋力低下に伴う日常生活への支障・苦痛〉は、「入院している時は電動ベッドやし、力はいらなかった。家のベッドでは力を入れてるつもりでも力が入ってなくて起き上がれなかった。家帰って電動買いました。(家族A)」「あと、お風呂とかが結構・・・お風呂用の椅子ではどうしても(立ち上がるのが)ちょっと無理で(家族B)」「学校から帰ったら、全力疾走何メートルしたかっていうくらい疲れて(家族A)」のように、手術後の筋力低下による日常生活への支障や苦痛を述べた内容である。〈身長が伸びたことによる不都合〉は、「手術して骨が伸びたから机の高さが合わなくて困りました。家のテーブルも底上げして・・・(家族A)」のように、術後身長が伸びたことで、手術前に使用していた物品(テーブル、椅子)が身体に合わず、不便を感じていたことを述べた内容である。〈できないことが重なることでの不満〉は、「普通じゃ気づかないことがちょっとずつ不便に感じて。それが重なっちゃうから。ちょっとずつの積み重ねがイライラする頃なんで(家族A)」「ただちよいちよい、いってなってるからそれをどうしてやればいいのかって思うことがある(家族A)」のように、日常生活での不満を述べた内容であり、些細なことでも術前と同じようにできないことに不満を感じていた。

3) 【日常生活での心の揺れ】

このカテゴリーは、手術後の創部・外見に対する思いや日常生活を過ごしていく中で、身体が矯正されたうれしさと術前と同じように活動できないことの心の葛藤を述べた内容で、〈創部・外見への煩い〉〈外出に対する躊躇〉〈手術後の身体変化に対する感謝〉の3つのサブカテゴリーから構成された。

〈創部・外見への煩い〉は、「水着はちょっと気になる(患者B)」「ちょっとでも目立ちにくいようにはしてあげたいかなって思って…(家族B)」のように、術後創部や外見に対する本人および家族の思いを述べた内容である。

〈外出に対する躊躇〉では、「送り迎えすると、行きたくないと言ってた(家族A)」「帰ってきて機嫌が悪かったり、痛かったら、じゃあ、明日からは(学校での時間を)減らそうかってなった(家族A)」「テストがあるから行かなあかんって思う(患者A)」や「手術後外に出たくないとかあって…コルセットしているからかな?以前のこの人じゃないなって…(家族A)」「それ(友達と遊びに行くこと)がぐんと減ったのが…本当の引きこもりになったらどうしようって…今もそれは継続して、いろいろ連れてってます(家族A)」と、術後、患者本人の外出に対する憂いと外出の機会が減少したことに対する家族の心配について述べた内容である。

一方で、〈手術後の身体変化に対する感謝〉では、「良かった…曲がった背骨のレントゲンとか見て、歩き方もちょっと、いがんでんで、自分でもわかるくらいに…(患者C)」「曲がってるから、こういう服着たら分かるとか、体育座りして何かおかしいと思われたらどうしようって思っていた時があるから…手術して良かったって思う(患者A)」「後ろ姿を見た時に曲がっているというのはなくなってるし…(家族A)」のように手術前の外見が、手術を受けたことによって矯正されたことを実感し、手術を受けたことに感謝を述べている内容である。

VI. 考 察

1. 特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思い

本研究において抽出された3カテゴリーをもとに、特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思いについて考察する。

【日常生活への支障・不満】では、手術で身長が伸び、姿勢が急激に変化したことで、入院前に使用していた机や椅子の高さが合わず、使いにくさを感じていることがわかった。また、術後の筋力低下に伴い、ベッドからの起き上がりに苦勞し、自宅のシャワーチェアが低すぎて立ち上がりにくいなどの支障が積み重なることで、不満や苛立ちに繋がっていた。これは、術後、日常生活に戻ってみると、手術での急激な身体変化により、短期間で新しい生活様式に慣れることが必要となり、患者の精神的ストレスに繋がっていたことが考えられる。

【学校生活への支障】では、元々できていた運動が、コルセット装着により制限され、スムーズに身体を動かすことができず、学校生活に不便さを感じていた。そして、コルセット装着に関わる苦痛や疼痛によって、長時間座位になることが難しく、学習への影響も認められた。また、体育などの身体を使う授業において、身体が接触するような激しいスポーツやマット運動は腰部に大きな負担がかかるため、見学することが多かった。このように、コルセット装着による痛みや行動制限、術後の筋力低下によって、スムーズに学校生活を送ることができず、家族や教員等からの支援が必要不可欠となっていた。思春期にある患者は、今までスムーズにできていたことができなくなったということから喪失感を、そして、友達と同じように行動することができないということから孤独感を抱く可能性があることが示唆された。

【日常生活での心の揺れ】では、思春期は一定の集団や対象の中で自己同一性を形成していくが、その過程において、集団の中での自分の価値が見つけられない場合、葛藤や緊張状態に陥る可能性もある¹⁰⁾。

退院後、半月～1ヵ月間は学校以外の外出の機会が減少し、母親の発言から、「引きこもりになったら…」などの不安や心配が伺えた。退院後1ヵ月で、健常な友人と外出し、同等に行動することは非常に厳しいことが予想され、活動意欲を低下させてしまう可能性があると考えられる。和歌らが指摘しているように、思春期の時期は、「安心感を得ようと同年代の仲間との結びつきを重要視する時期であり、所属集団の仲間から承認されるか否かということが重要な意味を持ち、周囲に対して治療している自分に劣等感を抱くこともある¹¹⁾」ことと一致している。また、奈良間が述べているように、「患者自身がその課題に向き合い、意向や希望を表現でき、周囲がその考えをできる限り尊重して、その選択が患者にとって意味あるものになるように、支援することが重要である¹²⁾」と考えられる。手術後の身体変化やコルセット装着による運動・体動制限のため、健常な友人と同等に行動することができず劣等感を感じ、活動意欲を低下させてしまい、仲間とのつながりが失われることで、思春期に確立されるはずであるアイデンティティが障害され、劣等感を感じることに繋がる可能性がある。そして、そのことで、他者との関係の中で自己同一性を見出すことができず、発達課題の達成に影響を与える可能性があると考えられる。そのため、患者の意思を尊重し、支援していくことが必要であると考えられる。

また、創部が背部にあり本人からは見えにくいいため、患者自身はあまり気にしていない印象であったが、母親は語りの中で気にする様子が見受けられた。村端は「病気や手術創を持つ自分は仲間とは違うと考え、自分が他者からどのように思われるのかといった外見を気にするようになるため、ボディイメージの変化に自分の価値観を見失ったり、将来の自分にどのような影響を及ぼすかを予測したり、それにより悲観することもある¹³⁾」と指摘している。特発性側彎症は思春

期に発症することが多く、体表面上の傷や術創が大きな心理的ストレスになることが多い。好きな服を着ることができない、水着になれない、学校での体育授業での着替えなど、個々にその悩みは異なるため、注意深く患者の声に耳を傾ける必要がある。一方で、手術を受けたことによって側彎が矯正され、手術前の外見に対する不安が、手術を受けたことで解消され、感謝していることも明らかになった。このことから、手術に対するプラスイメージを伝えることで積極的な治療の参加に繋がると考えられる。

以上のことから、医療者では想像できなかった手術後の日々のこまごました不自由さがあり、それらが不満・ストレスとなり蓄積することで、思春期特有の発達課題の達成に影響を与える可能性があることがわかった。入院中は調整された環境の中での生活であったため、患者本人もこれらの生活上の支障に気がつかなかった。今後は、退院指導の内容を見直し、退院後の日常生活において少しでも支障なく過ごせるように支援する必要があると考えられる。

2. 特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者の術後退院指導への示唆

退院後の学校生活においては、コルセット装着による行動制限（体育授業の参加制限）や、長時間の座位による疼痛、入院・手術による体力・筋力低下により、入院前と同じように過ごすことが困難であった。思春期は学校行事（宿泊研修・学校祭・体育大会など）への参加や部活動、習い事等集団生活が生活の基盤となる。コルセット装着により行動が制限されていることもあるが、行事への参加や運動のすべてが制限されている訳ではない。森らは、「子どもは困難な状況にあっても、自分にできることとやるべきことをやりながら、前に進むもの」¹⁴⁾と述べているように、入院中だけでなく退院後も病気を治すために行うことがあると理解できれば、退院後の療養行動を自分のこととして受け止め、主体的に取り組むことができるのではないかと考えられる。これらのことから、入院中から、患者、家族へコルセット装着による日常生活動作の範囲を示し、退院後の生活の変化をあらかじめ予測できるように支援する必要がある。

そして、和歌らが指摘しているように、「装具を装着したままでも自分自身ができること、制限が必要なこと、周囲のサポートを得て、患者、家族、学校側と共有することが重要」¹⁵⁾である。そのため、患者・家族だけでなく、学校関係者にも疾患・治療・安静度について理解してもらう必要があると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究対象となる特発性側彎症の思春期女子患者とその家族が、3組と少なかった。そのため、特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思いの全てを言い表すことはできない。また、研究参加者が未成年であったため、保護者同伴でインタビューを行ったことから、思春期で母親の前で言いにくいこともあった可

能性がある。今後は、未成年者におけるデータ収集方法を検討する必要がある。しかし、本研究を行ったことにより、患者・家族が退院後、どのような思いで生活していたのか、何について悩み、支障を感じていたのかの概要を明らかにすることはできたと考えられる。今後は、研究参加者を増やして、検証していく必要がある。引き続き、患者・家族の思いを汲み取り、術後指導や退院支援に活かしていきたい。

VII. 結 論

1. 特発性側彎症の手術を受けた思春期女子患者と家族の退院後の生活における思いとして、【学校生活への支障】【日常生活への支障・不満】【日常生活での心の揺れ】の3つのカテゴリーが抽出された。
2. 特発性側彎症術後の思春期女子患者は、手術後の身体変化、一時的な筋力低下やコルセット装着により、手術前と比べ、日常生活、学校生活において、様々な支障や不便を感じていた。
3. 運動制限・体動制限により、友人と活動することができず、劣等感を感じ、モチベーションの低下や活動意欲を低下させ、発達課題の達成に影響をきたす可能性があることが示唆された。
4. 入院中から日常生活動作の範囲を示し、退院後の生活にスムーズに移行し、また、思春期の発達課題達成に支障をきたさないよう支援する必要がある。

付記：本論文の内容の一部は、第22回京都府看護学会学術集会において発表した。

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) 理化学研究所 (2021), 思春期特発性側彎症の発症・重症化予測モデルを開発—今後の臨床現場への応用に期待—, 2022年1月30日閲覧,
https://www.riken.jp/press/2021/20210624_1/index.html.
- 2) 川上紀明: 思春期特発性側彎症, 日本側彎症学会編, 側彎症治療の最前線 基礎編, 医薬ジャーナル社, p.198-212, 2013.
- 3) 南昌平: 脊柱側彎症検診の実施成績, 東京都予防医学協会年報, 46, p.34-39, 2017, 2021年1月15日閲覧,
https://www.yobouigaku-tokyo.or.jp/nenpo/pdf/2017/04_04.pdf.
- 4) 前掲書3), p.34-39.
- 5) 川上紀明: 学校健康診断における側彎症検診の現状と課題, 整形・災害外科, 59 (13), p.1719-1726, 2016.
- 6) 伊藤田慶, 林田光正, 播谷勝三, 他: 思春期特発性側彎症患者の発見理由は運動器検診開始後に変化したか, 整形外科と災害外科, 68 (4), p.795-798, 2019.
- 7) 村瀬孝雄: 思春期の諸相, 川合隼雄, 島田照三, 東山紘久, 他, 精神の科学6 ライフサイクル, 岩波書店, p.141-180, 1983.
- 8) 村端真由美: 短期入院で手術を受ける小児の主体性を引き出す看護, 小児看護, 34 (6), p.715-721, 2011.

- 9) Klaus Krippendorff : Content Analysis : An Introduction to Its Methodology, 1989, 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳, メッセージ分析の技法-「内容分析」への招待, 勁草書房, p.21-39, 2003.
- 10) 前掲書 8), p.715-721.
- 11) 和歌里美, 辻尚美, 安部佳子: 特発性側弯症で装具治療を受ける思春期患児への看護支援のあり方, 第 47 回日本看護学会論文集 (慢性期看護), p.171-174, 2017.
- 12) 奈良間美保: 子どもと家族を主体としたセルフケアの発達支援, 小児看護, 33 (9), p.1252-1256, 2010.
- 13) 前掲書 8), p.715-721.
- 14) 森浩美, 飯崎あずさ, 佐々木俊子: 短期入院で計画手術を受けた学童期の子どもの思い, 日本小児看護学会誌, 27, p.27-35, 2018.
- 15) 前掲書 11), p.171-174.

◇研究報告◇

意思表示が困難な精神科療養病棟の患者の ストレス状態の把握に関する研究

村中海斗¹⁾*, 伊藤文子²⁾

本研究では精神科療養病棟に入院中の意思表示が困難な男性3名を対象に唾液中のアミラーゼ測定を場面別に行い、研究参加者のストレス場면을明らかにすることを試みた。測定場面は日常生活に即した18場面に焦点を当てた結果、3回すべてにおいて研究参加者全員がストレス状態を示した場面はなかったが各回に3人がストレス状態を示していた場面は、起床時、入浴時、昼食準備時、オムツ交換時、臥床2時間後、消灯2時間後、起床2時間前の7場面であった。以上より、離床時や入浴時等の日常生活状況に変化が起こる際にストレス状態となっていた。また調査結果において個人差が大きいことは否めないものの、意思表示が困難な患者は常に高いストレス状態でもなく、またストレスがないのではなくストレスがあっても表出がされていない状態であり、日常生活状態の変化を感じ取る場面によってアミラーゼ値が変動しストレス状態となっていることが明らかとなった。

【キーワード】精神、意思表示困難、アミラーゼ、ストレス

I. はじめに

昨今、2020年の総務省統計局によると65歳以上人口が総人口に占める割合（高齢化率）は2000年の17.4%から2019年には28.4%まで上昇し、高齢化が加速している¹⁾。それに伴い、高齢者の様々な身体的・精神的疾患が問題として大きく取り上げられ、なかでも人の意識や精神状態に大きく影響する認知症や脳疾患などの有病率も上昇している。そういった疾患の病状によっては患者の意思表示が困難となるケースがあり、言語的なコミュニケーションに限らず、表情や動作も乏しくなり、快・不快を表明する事も困難となる場合も少なくない。そのような場合、援助者が患者の意思を推察するのは容易ではなく、またその正否を把握したくとも、そもそもどのような場面でストレスを感じているかを把握することは困難である。

ハンス・セリエによれば、「ストレスとは内分泌腺の変化として現れる非特異的な緊張状態」であり、また、「ストレスを引き起こす刺激をストレス（刺激）と呼び、ストレスによって引き起こされた生体の変化がストレスである」²⁾と述べている。さらに、ホームズらは、社会再適応評価尺度の

研究³⁾において、生活上の出来事別にストレスの強さを測定しており、日常生活状況の変化がストレス値を上げる要因であることを明らかにしている。

これらを意思表示が困難な患者に置き換えてみると、日常生活において何かしらのストレスが加わることでストレスは生まれるため、表出がなくともストレスは存在すると考えられる。

先行研究では、健常者⁴⁾⁵⁾はもちろん特別養護老人ホームの入居者や認知症患者を対象に唾液アミラーゼの測定を行ったストレス調査の報告⁶⁾⁷⁾がある。まず健常者を対象とした研究⁴⁾では、精神的ストレスを負荷したときの唾液アミラーゼ活性の経時変化を測定しその変化を中心に述べているものが多く、唾液アミラーゼが本人の快・不快のストレスに起因して変化することが確認できたことからストレス評価を可能にすると述べられていた。

また、特別養護老人ホームにおける意思疎通困難な入居者を対象とした研究⁷⁾では、日常生活場面の6場面において唾液アミラーゼの測定を行った結果、有意な差が見られたのは入居者を離床させる場面のみであった。さらに、研究参加者は重篤な意識障害があるものの男女スタッフの声を聞き分け

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院 2) 帝京大学医療技術学部看護学科

* E-mail : kai.ariel.hiro.716@gmail.com

ており、介助する人によってアミラーゼ値が変化していたことから、その人が感じるストレスの要因に着目する必要性が述べられていた。その他、認知症患者 14 名を対象とした研究⁸⁾では、対話前後のストレス変化を評価することを目的に研究が行われ、認知症が高度に進行した高齢者も対話によってストレスが軽減する可能性があることが述べられていた。このように、いくつかの研究において意識障害のある患者や高齢者のストレス評価に唾液アミラーゼの活用が有効であることが明らかとなっている^{9) 10)}。しかし、各個人に焦点をあて、日常生活におけるアミラーゼ値を用いたストレス値の変化を分析しているものや精神科療養病棟における意思表示が困難な患者を対象とした研究は見当たらない。また、患者がストレスを感じているにもかかわらずそれを表出できないことによって、介助者がその思いを把握できないことは、患者の生活の質を低下させる恐れがある。

以上のことより、意思表示が困難な方々の各生活場面におけるアミラーゼ値を捉え、日常生活において感じているストレスを把握し、その状態の変化を読み取り、その個人に見合った対処方法についての示唆を得ることができると考えた。また、状況に即した具体的なかわりを考慮することによって、より個別性を重視した看護支援の妥当性を検討できると考える。

Ⅱ. 目 的

精神科療養病棟における意思表示が困難な患者の唾液アミラーゼを場面別に測定し、その値の比較によって患者のストレス状況を可視化することにより、ストレスを感じている場面を明らかにし、患者の個別性に合わせた、具体的な支援について示唆を得ることができる。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：実践研究
2. 研究期間：2021 年 12 月～2022 年 3 月
3. 研究参加者：精神疾患の診断を受けている言語的・非言語的ともにコミュニケーションが困難な患者。
4. データの収集方法

研究参加者のアミラーゼ採取については、ストレス負荷に対する反応のバイオマーカーとして、唾液アミラーゼモニター（ニプロ株式会社製）を使用した。唾液採取は、唾液アミラーゼモニター専用試験紙を装着したチップを使用し、舌下にて 30 秒間唾液に浸し、直後に唾液アミラーゼモニターに挿入することにより、約 1 分間でアミラーゼ活性値が測定される。チップは、試験紙に含まれていたアミラーゼの器質となる α -2-クロロ-4-ニトロフェニル-ガラクトピラノシルマルトサイド (Gal-G2-CNP) を加水分解し、2-クロロ-4-ニトロフェノール (CNP) を生成する。生成した CNP による試験紙の反射光強度変化を本体で測定しアミラーゼ活性値に換算することで測定が可能となる。この機械における成

人の基準値は、0～30 kU/L である。基準値を超える場合、31～45 kU/L で「ややストレスを感じている」、40～60 kU/L で「ストレスを感じている」、60 kU/L 以上に関しては、「かなりストレスを感じている」とされている¹²⁾。また、研究参加者のアミラーゼ採取は、可能な限り同じスタッフによって実施した。

5. 調査場面

アミラーゼの採取に至っては、研究参加者が臥床から座位など体勢が変化する日常生活に即した主な場面とした（表 1）。唾液アミラーゼ採取の 1 回目は 10 場面、2-3 回目は 18 場面とした。また、以下の A-J に採取のタイミングを示す。

- A. 研究参加者が 7:00 に離床する直前および離床後車いすへ移乗した 5 分後。
- B. 研究参加者が朝食摂取終了後の 8:30 および帰室しベッドへ戻った 5 分後（以下、8:30 帰室前後とする）。
- C. 研究参加者が、9:30 入浴する前の平穏時および 9:45 入浴後ベッドへ戻ってきた 5 分後。
- D. 研究参加者が昼食準備で離床する前の 10:30 と車いすへ移乗した 5 分後（以下、10:30 離床前後とする）。
- E. 昼食摂取終了した 11:30 とその後帰室した 5 分後（以下、11:30 帰室前後とする）。
- F. 研究参加者が 14:00 にオムツの交換をする直前およびオムツ交換を終了した 5 分後。
- G. 研究参加者が作業療法（音楽鑑賞）に参加する前の 15:30 と参加終了後。
- H. 19:00 研究参加者がベッド上にて 2 時間臥床している時（以下、19:00 平穏時とする）。
- I. 消灯（21:00）し、30 分経過した 21:30（入眠の有無は含まない）。
- J. 消灯（21:00）から 2 時間後の 23:00（入眠の有無は含まない）。
- K. 起床 2 時間前の 5:00（入眠の有無は含まない）。

6. 分析方法

唾液中のアミラーゼ値は、測定値をそのまま評価した。体勢が変化する前後における測定値を引き算し、その差を求め分析した。

唾液アミラーゼの採取データの分析方法については統計に精通した指導者へ相談し、研究参加者が 3 名であることから統計的推測（推定や検定）により評価することは困難と判断し、各患者の測定値を比較して共通性や相違性をわかりやすく明示し、横軸を時間帯、縦軸を測定値とした折れ線グラフを作成した。また、その他データ収集方法や観察方法等については研究指導者のスーパーバイズを受けながら行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、桜ヶ丘記念病院の 2021 年度人権擁護倫理推進委員会の審査・承認を得て実施した。本人及び家族らへ研究方法と目的、研究参加は自由意思であり可否により不利益は

表1 唾液アミラーゼ採取場面 (全18場面)

実施時間 (研究参加者の状態)	
7:00前 (起床する前/平穩時) *	14:00 (オムツ交換する前/平穩時)
7:00後 (起床し車いすへ移乗した後5分後) *	14:05 (おむつ交換した後)
8:30前 (食後1時間後) *	15:30 (OTに参加する前)
8:30後 (食後ベッドへもどった5分後) *	15:45 (OTに参加した後)
9:30 (入浴する前/平穩時) *	19:00 (ベッドへ臥床し2時間後/平穩時)
9:45 (入浴後ベッドへ戻った5分後) *	21:30 消灯後30分後
10:30 (昼食準備のため、離床する前) *	23:00 就寝中 (消灯後2時間後)
10:35 (昼食準備のため、離床した5分後) *	5:00 起床2時間前 (消灯8時間後)
11:30 (昼食終了し帰室する前) *	
11:35 (昼食終了し帰室し臥位になった5分後) *	

生じないこと、データはコード化し匿名性を確保すること、データの保管と処分は厳重に行うこと、研究結果の公表については関連学会や学術雑誌で発表することを口頭と文書で家族含め説明し同意を得た。

また、唾液を繰り返し採取するため、研究参加者の安全安楽な状況を常に把握しながら行い、十分な声掛けのもと同じスタッフが実施した。また、研究参加者の態勢を整えてからチップが研究参加者の視野に入ったのを確認した上で口を開けてもらうなど協力を得ながら実施した。

用語の定義

意思表出困難な患者：本研究においては、生活全般に全介助を要する言語的・非言語的ともにコミュニケーションが困難な患者とする。

V. 結 果

研究参加者は、精神疾患の診断を受け、生活全般に全介助を要する言語的・非言語的ともにコミュニケーションが困難な男性患者3名(以下、A氏・B氏・C氏とする)であった。

唾液アミラーゼ採取の1回目は、表1において*マークの付いた10場面で実施し(以下、1回目の調査を①とする)、2回目と3回目は、表1に示す18場面すべてにおいて2回ずつ(以下、2回目の調査を②・3回目の調査を③とする)実施し、一人平均46回、のべ138回採取した。

1. 1-3回の調査回ごとの結果

まずは、1-3回の各回において、3人ともにアミラーゼ値の上昇を示した場面について述べる。

①においては、入浴時の前後の1場面であった(表1-1・図1-2)。②においては、起床時の前後とオムツ交換時の前後の2場面であった(表2-1・図2-2)。③においては、入浴時の前後、11:30帰室前後、19:00平穩時、消灯後2時間経過時、起床2時間前の5場面であった(表3-1・図3-2)。

以上より、各回において、3人がストレス状態を示していた場面は、起床時、入浴時、11:30帰室前後、オムツ交換時、

臥床2時間後、消灯2時間後、起床2時間前の7場面であることが明らかとなった。

2. 上記1で上昇がみられた主な場面

1) 起床時前後

①では、A氏・C氏については、起床前後にて最大83kU/Lの上昇がみられたが、B氏については上昇は見られなかった。②A氏・B氏・C氏ともに7:00の起床前は48kU/L以下の値であるのに対し、5分後の起床介助後は、最大で142kU/Lも上昇していた。③においては、A氏・C氏ともに上昇し、最大で83kU/Lの差がみられていた。

起床前後について全体を見ると、A氏・C氏は、①②③ともに上昇していた。

2) 入浴時前後

①においては、A氏・B氏・C氏ともに入浴前後で、最大68kU/Lの上昇がみられた。②については、A氏のみ上昇がみられ、前後の差は54kU/Lであった。③においては、すべての研究参加者において上昇が見られ、最大156kU/Lの差がみられていた。

入浴前後について全体で見ると、A氏のみ①②③ともに上昇していた。

3) 11:30帰室前後について

①では、A氏・B氏について最大30kU/Lの差がみられた。②では、A氏・C氏において上昇し、最大67kU/Lの差がみられた。③ではA氏・B氏・C氏ともに上昇し、最大90kU/Lの差がみられた。

11:30帰室前後について全体で見ると、A氏のみ①②③ともに上昇していた。

4) オムツ交換の前後

②については、A・B・C氏ともに覚醒した状態で実施したところ、オムツ交換の前後で上昇しており、最大30kU/Lの差が見られた。③については、A・B・C氏ともに入眠した状態で実施し、A氏のみ上昇し、11kU/Lの差が見られた。

表 1-1 1 回目の唾液アミラーゼの変化

	7:00	7:05	8:30	8:35	9:30	9:45	10:30	10:35	11:30	11:35
	離床前	離床後	帰室前	帰室後	入浴前	入浴後	離床前	離床後	帰室前	帰室後
A氏	105	188	36	70	89	125	40	44	105	135
B氏	172	128	179	28	38	75	16	55	11	29
C氏	78	93	102	55	142	210	112	60	200	158

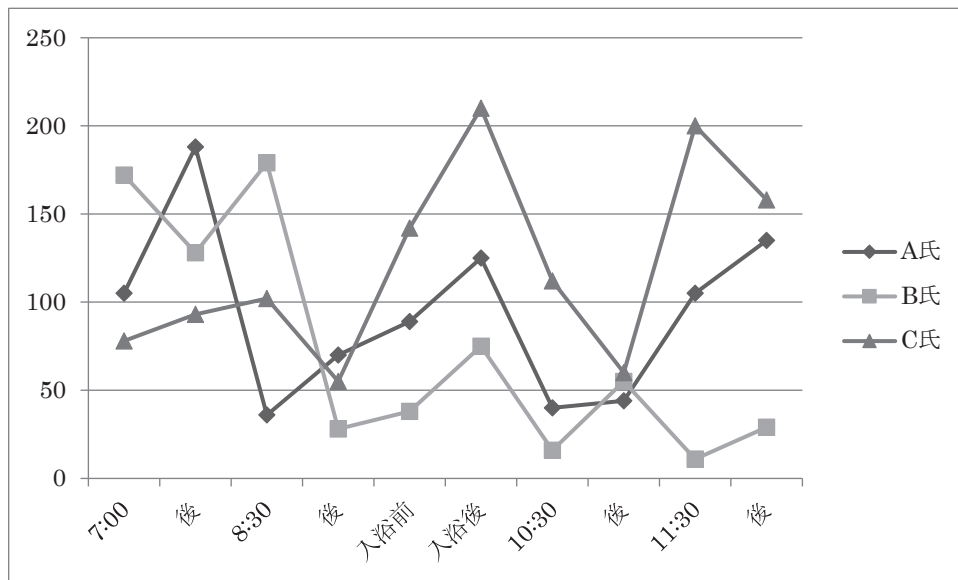


図 1-2 1 回目の唾液アミラーゼの変化

表 2-1 2 回目の唾液アミラーゼの変化

	7:00	7:05	8:30	8:35	9:30	9:45	10:30	10:35	11:30	11:35	14:00	14:05	15:30	15:45	19:00	21:30	23:00	5:00
	離床前	離床後	帰室前	帰室後	入浴前	入浴後	離床前	離床後	帰室前	帰室後	オムツ交換前	オムツ交換後	音楽鑑賞前	音楽鑑賞後	平時時	消灯30分後	消灯2時間後	起床2時間前
A氏	30	38	117	102	65	119	162	107	23	89	80	93	102	82	84	95	18	15
B氏	48	73	39	106	305	195	13	32	89	35	17	20	18	24	89	64	72	34
C氏	36	178	130	172	165	163	186	22	78	145	16	46	130	107	120	120	25	43

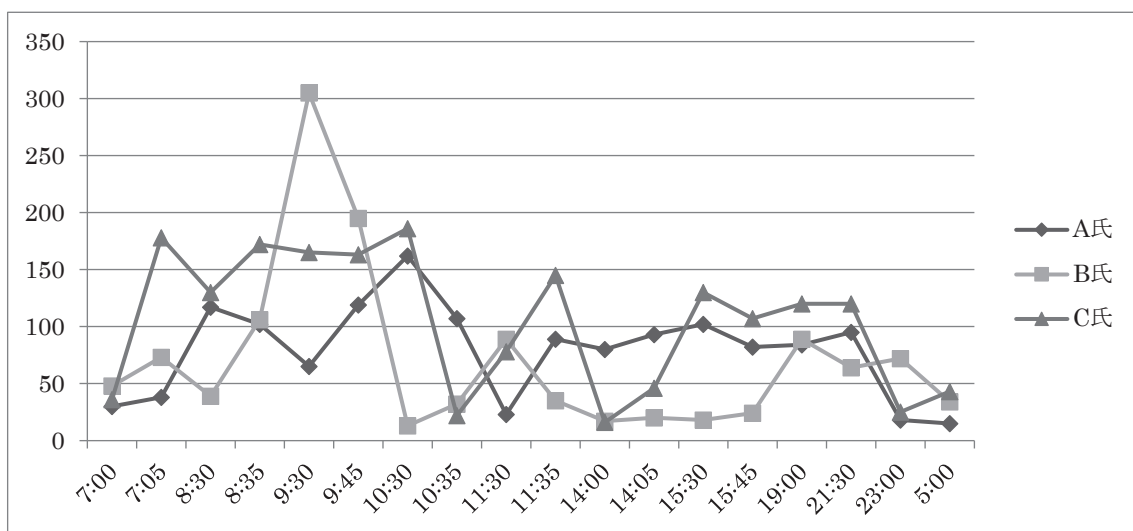


図 2-2 2 回目の唾液アミラーゼの変化

表 3-1 3 回目の唾液アミラーゼの変化

	7:00	7:05	8:30	8:35	9:30	9:45	10:30	10:35	11:30	11:35	14:00	14:05	15:30	15:45	19:00	21:30	23:00	5:00
	離床前	離床後	掃室前	掃室後	入浴前	入浴後	離床前	離床後	掃室前	掃室後	オムツ交換前	オムツ交換後	音楽鑑賞前	音楽鑑賞後	平穩時	消灯30分後	消灯2時間後	起床2時間前
A氏	27	62	20	48	105	107	149	84	33	123	3	14	77	89	44	40	49	55
B氏	49	30	27	48	33	33	11	158	66	66	25	23	45	54	42	142	84	151
C氏	77	112	382	179	119	275	61	144	135	207	97	9	163	66	55	89	70	88

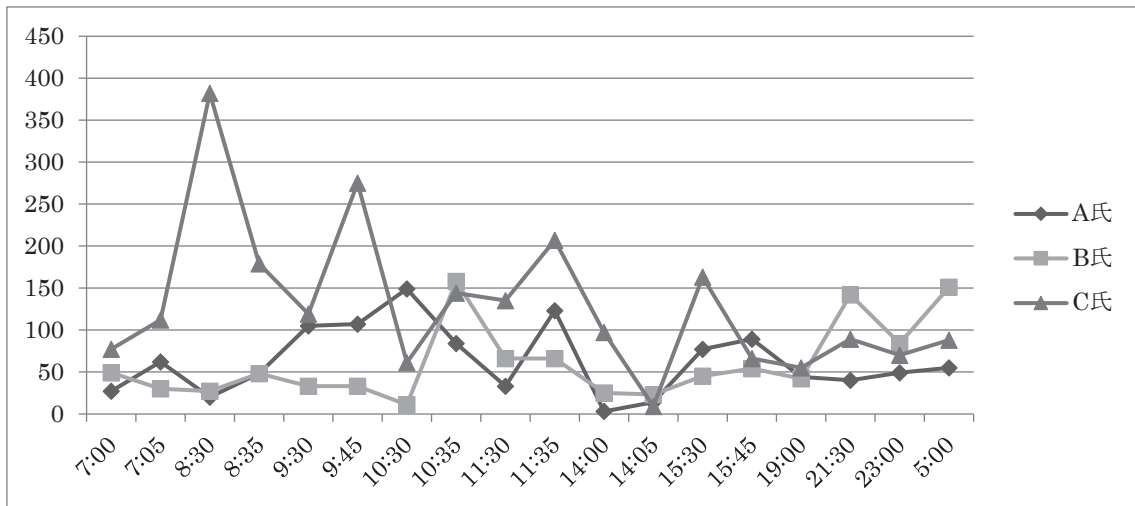


図 3-2 3 回目の唾液アミラーゼの変化

表 4 18 場面におけるアミラーゼ平均値 (単位: kU/L)

	7:00	7:05	8:30	8:35	9:30	9:45	10:30	10:35	11:30	11:35	14:00	14:05	15:30	15:45	19:00	21:30	23:00	5:00
	離床前	離床後	掃室前	掃室後	入浴前	入浴後	離床前	離床後	掃室前	掃室後	オムツ交換前	オムツ交換後	音楽鑑賞前	音楽鑑賞後	平穩時	消灯30分後	消灯2時間後	起床2時間前
A氏	54	96	57	73	86	117	117	78	60	115	41	53	89	85	64	67	33	35
B氏	89	77	81	60	125	101	13	81	54	43	21	22	31	39	65	103	78	92
C氏	63	127	204	135	142	216	119	142	137	170	56	27	146	86	87	84	47	65
平均値	69	100	114	89	118	145	83	100	84	109	39	34	89	70	72	85	40	48

オムツ交換の前後について全体で見ると、A氏のみ①②③ともに上昇していた。

5) 就寝時前後について

19時の平穩時を基準に、消灯30分経過時の21:30、消灯2時間後の23:00、起床2時間前の5:00を比較した。その結果、②についてはA氏・C氏において最大11kU/Lの差がみられた。③に至っては、3人ともすべてが消灯(21:00)から2時間後の23:00に上昇しており、起床時2時間前の5時においてもさらに上昇し、最大109kU/Lの差がみられた。

3. 平均値からの結果について (表4)

1) アミラーゼ値が上昇していた場面

A氏・B氏・C氏の各場面における平均値を算出し、表4に示した。A氏においては、起床時前後・朝食時前後、入浴時前後、昼食前後、オムツ交換の前後、消灯後30分の場面において上昇していた。B氏においては、11:30掃室前後、オムツ交換の前後、OT参加の前後、消灯後30分、消灯後2時間後、起床時1時間前の場面において上昇していた。C氏においては、起床時前後、入浴前後、11:30掃室前後、昼食摂取前後の場面において上昇していた。また、平均値においては、①②③ともに全員が上昇していた場面は、見当たらなかった。

2) アミラーゼ値が低下していた場面

(1) 8:30掃室前後について

A氏は、16kU/L上昇していたが、B・C氏については低下しており、最大69kU/Lの差がみられた。

(2) 作業療法(音楽鑑賞)の参加前後について

作業療法(音楽鑑賞)の参加前後において、参加後にB氏が8kU/L上昇していたが、A氏は4kU/L、C氏は60kU/Lともに低下していた。

(3) 就寝時前後について

19:00平穩時72kU/Lと比較し、21:30消灯後30分経過時は85kU/L、消灯後2時間の23:00は40kU/L、起床2時間前の5時は48kU/Lであった。消灯後一度上昇を示しているが、深夜に向かって緩やかに低下し、起床2時間前に再度緩やかに上昇していた。

3) 日中(7:00~15:45)と夜間(19:00~翌5:00)の比較

日中と夜間を比較したところ、日中の平均値が304.3kU/Lに対し、夜間の平均は185.3kU/Lであり、明らかに日中が高かった。

VI. 考 察

今回得られた結果から、どのような場面でストレスを感じやすいのかを明らかにするため、まずは調査の各回数結果および1-3回の平均値を算出した結果の両視点から場面別に考察する。

1. 起床時（離床時）について

回数ごとの結果では、すべての回においてA氏とC氏はアミラーゼ値が上昇していたが、B氏は2回目のみ上昇していた。

また、平均値での比較では、A氏とC氏は起床前と比較して起床後に2倍の上昇がみられていたことから、A氏とC氏に関しては、朝の起床時が明らかなストレス状態であったと言える。これは先行研究⁶⁾⁷⁾においても、起床時のストレスが指摘されており、先行研究を指示する結果となった。しかし、先行研究と異なっていた点として、ストレス状態になる要因が挙げられる。先行研究においては、離床における目的がわかりにくいことやスタッフと体が触れること自体が緊張を高める⁷⁾と述べられていた。しかし、本研究でのストレス状態になる要因として考えられることは、患者がまだ覚醒していない状態にもかかわらず、本人の意思やペースに反して起床および離床がされたというストレスからストレスが発生していると推測される。とくに施設では日課が決まっていることもあり、同じ生活習慣が営まれていることが多い。しかし、患者にとっては日々かわる人やケアのタイミングは異なっており、一見同じような介助においても日々異なった刺激となっていることが考えられる。よって、今回のデータに一貫性がない要因として、唾液採取者は同じであっても、そこに至るまでの過程は少なからず変化していることからデータも異なっていくことが考えられた。また、先行研究⁶⁾は、ケア場面ごとに研究参加者が異なっていたため本研究と一概には比較できないが、ストレス値が高くみられた場面としては、離床時および入浴の場面であることから本研究のA氏C氏と同様の結果だったと言える。この点については、先行文献⁷⁾の課題にもあったように、その前後のプロセスを把握する必要があるが、少なからず離床や入浴が刺激となって、それに反応したことからストレス値が上昇したといえる。

さらにその他の理由として、今回の研究参加者は日常生活の全てに介助が必要であり、起床をはじめ自分のペースで段階的に動くということができない状況であった。そのため、日常生活の全てが介助者のペースで行われていることがストレス状態を生み出す要因とも考えられた。

そして、介助者のペースになる理由の1つに、マンパワーに対し過度なケアが要求されている可能性がある。その理由として、この施設では朝の離床ケアは夜勤者2名で行われており、その背景には、日勤者が出勤した際に病棟の日課をスムーズに始動させようというスタッフ同士の気遣いがあった。よって、少ないマンパワーと短い時間のなかで離床ケアをす

る状況が生み出され、個人のペースに反した離床ケアとなっていた。これは昼の離床ケアも同様で病棟内の日課を時間通りに遂行するために、患者へのかかわりを短縮せざるを得ない状況が生み出されており、それが患者のストレスを上昇する要因になっている可能性がある。よって、マンパワーの確保は安全の確保においても重要であるが、患者のストレスの視点においても確保すべき要因であると考えられる。

2. 入浴時について

回数ごとの結果では、1回目と3回目の入浴場面において全員のアミラーゼ値が上昇していた。また、平均値での比較においても、A氏とC氏は入浴前後において1.5倍のアミラーゼ値の上昇がみられていたことから、A氏とC氏に関して、入浴場面が明らかなストレス状態であったと言える。

今回実施した3名はいずれも入浴は介助浴であり、車椅子もしくはストレッチャーの使用や体調に合わせ機械浴も行われていた。入浴介助は、安全を第一に行われているが、通常の病棟業務に加え行われるため、入浴日は多大なるマンパワーが必要となる。そしてスタッフは限られた時間の中で役割分担をして入浴介助を行っているため、離床ケア同様必ずしも本人のペースに合わせたケアをしているとは言い難い状況であった。このような状況を踏まえ、身体的なストレスとともに、声掛けや複数人での対応が不足し、いわば流れ作業での介助において精神的なストレスも感じていたことが推測される。中野は、身体的なストレスより精神的なストレスの方が唾液アミラーゼの活性を大きくさせる¹⁴⁾と述べている。今回の結果においても、研究参加者の目を見ながらの声掛けや身体の可動域への配慮がなされた更衣などが不足し、いわば本人からの同意を得ないまま次の行動がなされることから不安や恐怖を抱くなどの精神的ストレスが刺激となり、アミラーゼ値を上昇させストレス状態を生み出していたと考えられる。井上⁶⁾の研究においても、入浴はアミラーゼ値を上昇させる場面として挙げられており、入浴という環境因子の刺激に反応し強いストレスとなり、ストレス状態を生み出していることが明らかとなった。

3. オムツ交換の前後について

回数ごとの結果では、2回目のオムツ交換の場面において全員のアミラーゼ値が上昇していた。平均値では、A氏とB氏のアミラーゼ値が上昇していることから、A氏においては、オムツ交換の場面でストレス状態であったことが推測できる。オムツ交換は排泄の状況も関係してくると思われるが、基本的に肌や陰部等を他者へ晒すため羞恥心の有無に関しては今回の研究においては断言できないが、緊張状態になることは先行文献⁶⁾からも予測ができる。ただ、入浴場面でも同様、全介助の場合患者のペースでのオムツ交換というより、この施設では定時での交換であったため、オムツ交換自体のストレスと同時に排泄物が肌に接触している不快感からのストレスも推測された。

4. OT (音楽鑑賞) の参加の前後について

OT (音楽鑑賞) においては、全体的に結果にまとまりがなく、ストレスを感じている場面とは言えなかった。しかし、平均値からは A 氏と C 氏のアミラーゼ値の低下がみられており、OT へ参加したことによってストレスが軽減されたと解釈できる。また、参加した様子からも明らかな不穏や興奮は見られず、閉眼して音楽を聴いている様子も見られたため、少なからずストレス状態にはなかったとみられる。西村らは、音楽療法において心身のストレスの低下に有効であると報告しているため¹⁶⁾、ある程度のストレス軽減効果が期待できると考える。

5. 平均値から見る日中と夜間の比較について

病棟の日課と併せてみると、午前中のアミラーゼ値の平均が夜間に比べ高値であることが分かった。

田中は、ストレスによる脳 (視床下部や扁桃体) のノルアドレナリン放出の亢進や身体 (副腎が肥大したり、胸腺や脾臓の萎縮など) の観点から、人間における非活動期 (夜間) と活動期 (日中) を比較し、活動期の方がストレスが高いと述べている¹¹⁾。これは、光 (明暗周期) によってもたらされていることが述べられており、これを朝の起床時にあてはめてみると、入眠していた状況から、自分の意思に反して急に照明がつけられ、さらに体勢を臥位から座位へ強制的に変えられるという状況が起こっており、ストレスを感じていると推測できる。しかし、結果からは B 氏のように顕著にストレス状態ではない場合もあるため、覚醒していないことから点灯や体勢の変化等に気づいていないことも考えられた。

夜間においては、看護ケアは全てベッド上で行っており、離床の前後という条件もない。また久保¹⁷⁾が述べるように、ストレスと不眠は深いつながりがあることから、夜間良眠の際には十分にリラックスしている状態が作りだされていることも考えられる。しかし、今回の回ごとの結果においては、朝までアミラーゼ値が上昇していることもあった。

しかし、平均値から見ると、「明らかなるストレス状態」の 19:00 平穏時と比較し、消灯後 30 分経過時に一時上昇はしているものの、消灯後 2 時間の 23:00・起床 2 時間前の 5 時はともに「ストレスを感じている」レベルまで緩やかに低下していた。このように、消灯から起床まで緩やかな変動があることが明らかとなった。

一時的にストレス状態となっている要因としては、起床時間が早朝に及びスタッフが離床ケアに来るまでベッド上で覚醒状態のまま過ごしている状況から、ストレス状態であったことが考えられた。

6. 回数ごとの結果および平均値からのストレスの場面について

1-3 回の全ての回で 3 人が同様に上昇を示す共通の場面はなかった。しかし、各回の結果において 3 人がストレス状態であったといえる場面は、起床時、入浴時、11:30 帰室前後、オムツ交換時、臥床 2 時間後、消灯 2 時間後、起床 2 時間前

の 7 場面であり、これを平均値と合わせてみると、起床時、入浴時、11:30 帰室前後、臥床 2 時間後の 4 場面がストレス状態であった。

また、個別的には A 氏の起床時、入浴時、11:30 帰室前後、オムツ交換時および消灯後 30 分経過時は、アミラーゼ値が上昇しておりストレス状態であると解釈できる。また、C 氏においても起床時と入浴時は明らかにアミラーゼ値の上昇が見られており、ストレス状態であったとすることができる。

以上より、調査結果において個人差が大きい理由について、その要因を明らかにするには日常生活におけるプロセスを把握することが必要な視点であることが明らかとなった。また、意思表示が困難な患者は、常に高いストレス状態ではないものの、私たちが考えている以上にその環境における介助者が違うことやケアのタイミングの違いを感じ取っていることに影響を受けている可能性があることが示唆された。また、ストレスがないのではなく、ストレスがあっても表出がされていない状態であり、日常生活状態の変化を感じ取ることによって場面ごとにアミラーゼ値が変動し、ストレス状態となっていることについても明らかとなった。よって、この結果は、セリエ²⁾やホームズ³⁾、ラザルスら¹⁵⁾が述べる日常生活から受ける刺激、また生体の変化からストレスが生じるという論証を肯定するものとなった。

スタッフは、より質の高いケアを提供するために今回明らかとなった意思表示が困難な患者が、日々繰り返される生活のなかにおいて細かな変化を感じ取りながら生活していることを認識し、患者への固定化した思いを変革していくことが重要である。

なお、本研究の限界として、今回は唾液採取の場面に焦点をあて調査を実施したため、唾液採取前後の環境 (天候や気温、他患の様子や騒音の有無など) や研究参加者の身体状況等 (排泄の有無や睡眠状態など) の細部を把握したうえで調査を実施するには至らなかった点を挙げる。よって、これらを含むプロセスに着目した分析が更なる課題となった。

また、今回の調査は、1 施設のみで行われているため、信憑性をより高めるためには、さらなる大きなサンプル数での調査が必要になると考える。

VII. 結 論

意思の表出が困難な患者を対象とした本研究において、以下のことが明らかとなった。

1. 各回数の結果において、3 人すべての研究参加者がストレス状態であった場面は、起床時の前後 (2 回目)、入浴時の前後 (1 および 3 回目)、11:30 帰室前後 (3 回目)、オムツ交換の前後 (2 回目)、臥床 2 時間後、消灯 2 時間後および起床 2 時間前 (3 回目) の 7 場面であった。
2. 上記 1 と平均値を合わせてみると、起床時、入浴時、11:30 帰室前後、臥床 2 時間後の 4 場面がストレス状態であった。

3. A氏とC氏においては、起床時、入浴時、11:30 帰宅後は明らかにストレスを感じる場面であった。
 4. 離床や入浴およびオムツ交換といった、日常生活における状態の変化が大きなストレスとなっている可能性がある。
 5. 夜間より日中の方が、ストレス状態であった。
 6. 音楽鑑賞の参加により、ストレスを軽減できる可能性がある。
 7. 起床(離床)時のケアにおいて、短時間にケアを行ったり患者のペースに反することでストレス状態を高める可能性がある。
 8. 意思表示が困難な患者は、ストレスがないのではなく、ストレスがあっても表出がされていない状態であり、日常生活状態の変化を感じ取ることによって場面ごとにアミラーゼ値が変動し、ストレス状態となっていることが明らかとなった。
 9. ストレスの要因を明らかにするには、測定場面の前後など、日常生活におけるプロセスを把握することが必要である。
 10. 意思表示が困難な患者は、常に高いストレス状態ではないものの、私たちが考えている以上にその環境において、介助者が違うことやケアのタイミングなどの変化を感じ取っており、その変化がストレスに影響を与えている可能性が示唆された。
- COI: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) 国土交通白書(2020), 総務省統計局「国勢調査」(2008年及び2019年は総務省統計局「人口推計」, 2022年4月12日閲覧,
<https://www.mlit.go.jp/hakusyo/mlit/r01/hakusho/r02/html/n1111000.html>.
- 2) ハンス・セリエ:生命とストレス, 1997, 細谷東一郎訳, 工作舎, p.30-31, 1997.
- 3) Holmes, T.H, Rahe, R.H.:The SocialReattuStrrlent Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218, 1967.
- 4) 山口昌樹, 金森貴裕, 金丸正史, 他:唾液アミラーゼ活性はストレス推定の指標になり得るか, 医用電子と生体工学, 39 (3), p.46-51, 2001. 2022年04月1日閲覧,
DOI: <https://doi.org/10.11239/jsmbe1963.39.234>.
- 5) 水野康文, 山口昌樹, 吉田博:唾液アミラーゼ活性はストレス推定の指標になりえるか, YAMAHA MOTOR TECHNICAL REVIEW, 2002.
- 6) 井上修一:意思確認が困難な特別養護老人ホーム入居者のストレス把握に関する研究, 大妻女子大学人間関係学部紀要, 19, p.129-135, 2017.
- 7) 井上修一:唾液アミラーゼ測定による意思確認が困難な特養入居者のストレス評価, 大妻女子大学人間関係学部紀要, 21, p.13-19, 2019.
- 8) 千葉進一, 渡部生聖, 谷岡哲也, 他, 対話による認知症高齢者の自律神経系への影響, 香川大学看護学雑誌, 15(1), p.27-33, 2011.
- 9) 水上静, 安達佳子, 神谷千春, 他:回復期リハビリテーション病棟における高齢者に対してのレクリエーションの効果, リハビリナース, 1 (2), p.99-102, 2008.
- 10) 坂本香代子, 岩永輝明, 世良彰康, 他:慢性障害を持つ高齢者に対する集団作業療法の効果に関する研究 第1報—活動中の唾液アミラーゼ活性値の変化から—, 北海道作業療法, 25, p.43, 2008.
- 11) 田中正敏:ストレスの脳科学 予防のヒントが見えてくる (1), 講談社, p.20-182, 2017.
- 12) ニプロ株式会社 (2017), 唾液アミラーゼモニター, 2021年9月1日閲覧,
https://www.info.pmda.go.jp/downfiles/md/PDF/530100/530100_27B1X00045000110_A_01_02.pdf.
- 13) 白川晶一, 手島一也:薬学教育におけるCBT ストレスについて, 2022年4月12日閲覧,
<https://www.kobegakuin.ac.jp/d7b8e40a9f15af7e04bd1043f6e25d47.pdf>.
- 14) 中野敦行, 山口昌樹:唾液アミラーゼによるストレスの評価, バイオフィードバック研究, 38 (1), p.4-9, 2011.
- 15) リチャード・S・ラザルス, スーザン・フォルクマン著, 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳:ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究—, 実務教育出版, p.294, 2004.
- 16) 西村亜希子, 大平哲也, 堀早苗他:中高齢者における集団音楽療法の身体・心理的ストレス指標に及ぼす影響, 精神医学, 49 (6), p.619-627, 2007.
- 17) 久保英之, 内山真:ストレスを考慮した不眠症治療, 臨床精神薬理, 21, p.513-519, 2013.

◇研究報告◇

看護単位における看護師一人当たりの インシデント報告数と属人度との関連

小泉麻美^{1)*}, 真部高子²⁾, 昆野亜友子³⁾, 小林貞子⁴⁾, 近藤暁子⁵⁾

【目的】：看護単位における看護師一人当たりのインシデントレポート報告率および属人度に関連する要因を探索した。

【方法】：関東地方の2つの総合病院の入職一年目を除くスタッフナース合計802名を対象とし、無記名自記式質問紙を用いて調査した。合計33の看護単位ごとにインシデント報告率に関連する要因を分析した。

【結果】：449名（有効回答率56.3%）を分析の対象とした。インシデント報告率と属人度に有意な相関は見られなかったが、属人度が高い病棟はルール違反を許容する雰囲気がある、仕事を怠る雰囲気が高い、自分以外が提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思っていなかった。また、スタッフ同士コミュニケーションがとれているほど仕事を怠る雰囲気がないという有意な関連があった。

【考察】：コミュニケーションの不足が仕事を怠る雰囲気及び高い属人度を生んでいる可能性が考えられ、更なる検証が必要である。

【キーワード】 インシデントレポート, 属人度

I. はじめに

インシデントレポートとは、医療安全確保を目的とした改善方策である。組織は、医療事故及び医療事故につながる情報を早期に把握できるように、各職場においてインシデントレポートを積極的に速やかに報告するよう促している。しかし、インシデントレポートの入力や読解には、労務的負担が伴うため、現場の医療者がレポート行為そのものに、嫌悪感やペナルティ感を抱く場合がある。また、「免罪されるなら報告する」という発想は、「守ってくれないなら隠すよ」というバーター（交換条件）を示すものであり、患者安全の現場に極めて打算的な文化をもたらし、医療人としての倫理的規範を著しく損なう可能性がある¹⁾。医療施設において転倒、転落などのインシデントを報告する制度があったとしても、実際の報告事例はごく少数のみである場合が多い²⁾。インシデントレポートの数そのものは必ずしも病院の安全性の高低を示す尺度とはならない³⁾。

一方で、岡本と鎌田⁴⁾は、不祥事を生む組織風土があり、このような組織風土では属人思考が根深く浸透していると述

べている。属人思考とは、人的要素を重視する傾向が不自然に高いものの考え方である。属人思考が強い組織では、集団的思考や意思決定において、対人関係が過度に濃密となり、事柄を事柄として冷静に見ようという姿勢が失われる傾向が生じ、このような傾向を、属人風土と定義している⁵⁾。属人風土が高まることにより、不健全な土壌が増長されていく。また、属人風土が強い組織や職場では、組織的違反が多く行われ、過誤されていると述べられている。岡本らは属人風土の程度を測定する「属人度尺度」を作成した。

当院では、インシデントレポートは、医療安全において今後の再発防止につながるものとして、意義や重要性について全職員に周知し自律的なレポート報告を推奨している。しかし、実際には、個人や各部門に委ねられ、現場で発生しているインシデントがどの程度報告されているのか定かではない。そのため、報告する文化が育まれ、安全文化が醸成されることが理想ではあるが、インシデントレポート報告件数が少ないと部署内で「身内意識」からなれ合いが生じ、対応の遅れや不都合を「隠そう」とする土壌が作り上げられたり、隠蔽などの不適切な対応が繰り返されたりしているのではないかと懸念される。

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 東京労災病院 2) 前) 東京労災病院 3) 関東労災病院 4) 労働者健康安全機構医療企画部医療安全対策課 元関東労災病院

5) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所

* E-mail : koizumimami@tokyoh.johas.go.jp

筆者らは昨年度1つの病院で11看護単位を対象として看護単位ごとの属人度平均点と看護師一人当たりのインシデントレポートの報告数の関連を分析したが、統計的に有意な関連は見られなかった⁶⁾。しかし、分析看護単位数が少なかったと考え、対象病院を拡大し、さらに、不祥事を生む可能性のある組織風土に関連すると考えられるスタッフ同士のコミュニケーションの状況や職場のルール違反の有無等の項目を追加して調査し、インシデントレポートの報告率以外にも属人度と関連する要因を探索し、組織風土を改善するための基礎資料を得ることを目標とした。

Ⅱ. 目 的

本研究は、①2つの病院の看護単位ごとの影響レベル0から2の看護師1人当たりの報告数に関連している要因、②属人度に関連している要因を探索することを目的とした。

用語の定義

属人度とは、集团的思考や意思決定において人的要素を不自然に重視する組織風土のことである。本研究では属人度を岡本ら⁷⁾の「属人風土尺度」を使用して測定した。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

関東地方の400床のA病院と610床のB病院の看護部長、副看護部長、看護部長、看護師長補佐及び入職1年目の看護師を除くスタッフナースA病院278名、B病院524名の合計802名を対象とした。

2. 調査内容

対象者の基本属性、インシデントレポートに関する状況8項目、属人度を調査した。基本属性は、年齢、性別、看護師経験年数、各病院での臨床経験年数、最終学歴であった。

インシデントレポートに関する状況は、各病院でインシデントレポートを報告したことがあるか(ある・ない)、インシデントレポートの入力経緯について、自らの意思で入力、看護師長に言われて入力、看護師長補佐に言われて入力、医療安全のリンクナースに言われて入力、同僚に言われて入力(それぞれ「1.はい」「2.いいえ」)、入力したインシデントレポートが部署の再発防止に役立っているか、自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思うか(それぞれ「1.十分に役立っている」から「4.あまり役立っていない」までの4段階)、対象者の所属看護単位はインシデントが発生した際にインシデントレポートを提出しなくてもとがめられない雰囲気があると思うか、対象者の所属看護単位は効率や業務の円滑化のために少々のルール違反を許容する雰囲気があると思うか、勤務中に仕事を怠る雰囲気があると思うか(それぞれ「1.そう思う」から「4.思わない」の4段階)、対象者の所属看護単位はスタッフ同士コミュニケーションがとれていると思うか(「1.十分にとれている」から「4.とれていない」の4段階)、医療事故を起こさな

いたために今自分が身につけたいと思うスキルはどれか、「コミュニケーション」「問題発見力」「問題解決能力」「リーダーシップ」「チームワーク」「特になし」「その他」の選択肢から一つ選択してもらった。

属人風土尺度⁷⁾の質問項目は、Q1「相手の対面を重んじて、会議やミーティングなどで反対意見が表明されないことがある」、Q2「会議やミーティングでは、同じ案でも、誰が提案者かによってその案の通り方が異なることがある」、Q3「トラブルが生じた場合、「原因が何か」よりも「誰の責任か」を優先する雰囲気がある」、Q4「仕事ぶりよりも好き嫌いで人を評価する傾向がある」、Q5「誰が頼んだかによって、仕事の優先順位が決まることが多い」の5項目であり、それぞれ「あてはまる」から「あてはまらない」の5段階で調査した。合計点は5から25点の範囲で、高いほど属人度が高いと判断される。13.8点以下の組織はとりあえず安心、13.8点から16点までに入る場合はやや危険な域にあり、更に16点を超えると危険な状態と判断され、16点以上の組織は重篤な組織的違反が1件あることが推定される。

3. 調査方法

インシデントレポートの報告件数は、各病院の医療安全管理者がインシデントレポートシステムから入手し集計した。調査方法は、無記名自記式質問紙を用いた横断的調査であり、調査期間は2019年6月13日から7月4日であった。各看護単位の師長を通じて説明同意書および調査表を配布し、回答後は各部署に設置した回収袋に入れるよう指示し、配布3週間後に筆者と共同研究者が部署から袋を回収した。

4. 分析方法

- 1) 2018年4月1日から2019年3月31日までのインシデントレポートのうち、治療・処置の必要がない影響レベル0から2を選択して集計した。
- 2) 看護単位ごとに属人度合計点の平均値、看護師平均経験年数、大学卒以上の割合、入力したインシデントレポートが部署の再発防止に役立っているか、自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思うか、自らの意思または他者(看護師長、看護師長補佐、医療安全のリンクナース、同僚)の指摘で入力したかどうか、インシデントが発生した際にインシデントレポートを提出しなくてもとがめられない雰囲気があると思うか、ルール違反を許容する雰囲気があると思うか、勤務中に仕事を怠る雰囲気があると思うか、スタッフ同士コミュニケーションがとれていると思うかについての回答の平均値、看護師1人当たりのインシデントレポート報告数(報告数/看護師数=以下「報告率」と言う)を算出し、それらの関係をSpearmanの相関係数を用いて統計的に分析した。さらに、属人度平均値の中央値(12.25)から、属人度高群と低群に分けて、Mann-Whitney U検定により属人度に関連する要因を分析した。病院間の看護単位ごとの属人度平均の差もMann-Whitney U検定を用いて分析

自分が提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思うかについては、十分に役立っている、だいたい役立っているを合わせると 66.6%であった。一方、自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思うかについても、十分に役立っている、だいたい役立っているを合わせると 75.3%であった。

インシデント発生時に、インシデントレポートを提出しなくてもとがめられない雰囲気があるかどうかでは、そう思うと、ややそう思うを合わせると 31.1%であった。所属看護単位で、効率や業務の円滑化のために少々のルール違反(マニュアルの手順遵守を怠る)を許容する雰囲気があるかどうかは、そう思うと、ややそう思うが 34.4%であった。職場は勤務時間中に仕事を怠る雰囲気があるかどうかでは、そう思うと、ややそう思うが 21.7%であった。職場は、スタッフ同士コミュニケーションが取れているかどうかでは、十分とれていると、だいたいとれているが 83.9%であった。

医療事故を起こさないために今、自分が身につけたいと思うスキルでは、リーダーシップが最も多く 43.5%、続いてコミュニケーション力が 16.6%、問題解決能力が 13.3%であった。

3. インシデントレポート報告率に関連している要因

A・B 病院の看護単位ごとの組織の病棟別属人風土尺度の平均点(範囲:5.0~16.4点)は、A・B 病院間の看護単位で差はなく(p=0.291)、13.8点から16点までのやや危険な域の看護単位が7単位、16点以上の「危険」な領域にある看護単位は1看護単位のみであった(表1)。病棟別属人度の平均と報告率に有意な相関は見られなかった($\rho=0.206, p=0.249$)が、属人度が高いほど報告率は高い傾向があった。報告率と有意な関連があったのはその病棟の平均経験年数のみで、平均経験年数が高い看護単位ほど報告率は低かった($\rho=-0.411, p=0.017$)。アンケートの回答率とインシデントレポート報告率との有意な関連はなかったが、回答率が高い看護単位ほど師長補佐に言われて報告する傾向があった($\rho=0.358, p=0.041$)。また、スタッフ同士コミュニケーションがとれていると思うほど仕事を怠る雰囲気があると思わないという有意な関連が見られた($\rho=-0.362, p=0.038$) (表3)。

4. 属人度と関連している要因

属人度高群(>12)と低群(<12)で報告率の有意差はなかった(p=0.446)が、属人度高群の方が有意にルール違反を許容する雰囲気があると思う(p=0.005)、仕事を怠る雰囲気が高いと思う(p=0.002)、自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思わない(p=0.037)という結果であった。

VI. 考 察

属人度とインシデントレポートの報告率に有意な関連はなかったが、平均経験年数が高い看護単位ほど報告率は低かっ

表2 インシデントレポートの提出状況に関する結果 (n=449)

項目	回答	n (%)
インシデントレポート報告の経験	有	391 (88.0)
	無	53 (11.9)
「ある」と回答した方:インシデントレポートの報告は自らの意思で入力した	はい	386(98.7)
	いいえ	5(1.2)
	「はい」の場合	毎回 337(89.3)
	2-3回に1回	34(8.6)
	4回以上に1回	6(1.5)
看護師長に言われて入力した	はい	26(7.4)
	いいえ	324(92.5)
「はい」の場合	毎回	7(26.9)
	2-3回に1回	8(30.7)
	4回以上に1回	9(34.6)
看護師長補佐に言われて入力した	はい	18(5.1)
	いいえ	329(94.8)
「はい」の場合	毎回	6(33.3)
	2-3回に1回	6(33.3)
	4回以上に1回	6(33.3)
医療安全のリンクナースに言われて入力した	はい	7(2.0)
	いいえ	340(97.9)
「はい」の場合	毎回	6(85.7)
	2-3回に1回	0
	4回以上に1回	4(57.1)
同僚に言われて入力した	はい	46(13.2)
	いいえ	301(86.7)
「はい」の場合	毎回	5(10.8)
	2-3回に1回	20(43.4)
	4回以上に1回	20(43.4)
自分が提出したレポートが自部署の再発防止に役立っている	十分に役立っている	33(8.46)
	だいたい役立っている	226(57.9)
	あまり役立っていない	112(28.7)
	ほとんど役立っていない	19(4.8)
自分以外が提出したレポートが自部署の再発防止に役立っている	十分に役立っている	62(13.9)
	だいたい役立っている	273(61.4)
	あまり役立っていない	98(22.0)
	ほとんど役立っていない	11(2.4)
インシデント発生時に、インシデントレポートを提出しなくてもとがめられない雰囲気がある	そう思う	26(5.8)
	ややそう思う	112(25.3)
	あまり思わない	234(52.9)
	思わない	70(15.8)
職場は効率や業務の円滑化のために少々のルール違反を許容する雰囲気がある	そう思う	22(4.9)
	ややそう思う	131(29.5)
	あまり思わない	224(50.4)
	思わない	67(15.0)
職場は勤務時間中に仕事を怠る雰囲気がある	そう思う	18(4.0)
	ややそう思う	79(17.7)
	あまり思わない	222(49.7)
	思わない	127(28.4)
職場は、スタッフ同士コミュニケーションが取れている	十分とれている	33(7.4)
	だいたいとれている	340(76.5)
	あまりとれていない	60(13.5)
	とれていない	11(2.47)
医療事故を起こさないために今、自分が身につけたいと思うスキル	コミュニケーション	148(16.6)
	問題発見力	142(16.0)
	問題解決能力	118(13.3)
	チームワーク	63(7.1)
	リーダーシップ	386(43.5)
	特にない	16(1.8)
	その他	14(1.5)

表3 インシデント報告率に関連する要因 (N=33)

	インシデント報告率	職場属人度平均点	平均経験年数	ルール違反許容する雰囲気平均	仕事を怠る雰囲気平均	自分以外入力再発防止	自らの意思で入力した割合	師長に言われて入力割合	補佐に言われて入力割合	リンクに言われて入力割合	同僚に言われて入力割合	アンケート回答率	コミュニケーション平均
インシデント報告率	1	.206	-.411*	-.030	.060	-.026	.003	.121	-.071	.032	.250	-.328	.202
職場属人度平均点		1	-.093	-.482**	-.606***	.462**	.150	.172	.372*	-.225	.070	-.016	.287
平均経験年数			1	.004	-.225	.035	.041	.039	.239	.110	-.220	.214	.203
ルール違反許容する雰囲気平均				1	.335	-.390*	-.179	-.017	-.164	.334	.318	-.061	-.097
仕事を怠る雰囲気平均					1	-.471**	-.051	-.196	-.258	.290	-.092	.006	-.362*
自分以外入力再発防止						1	.022	.258	-.036	-.224	-.146	-.155	.111
自らの意思で入力した割合							1	.451**	.197	.109	.263	.710***	.163
師長に言われて入力割合								1	.342	-.070	.229	.333	.199
補佐に言われて入力割合									1	.179	.059	.358*	.157
リンクに言われて入力割合										1	.254	.090	-.135
同僚に言われて入力割合											1	.086	.047
アンケート回答率												1	.076
コミュニケーション平均													1

Spearmanの相関係数, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思うか

た。属人度が高い看護単位はルール違反を許容する雰囲気があり、仕事を怠る雰囲気が高く、自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思わない割合が高かった。このことから、属人度が高い看護単位は、インシデント事例から学ぶという姿勢が低いのではないかと推測される。

本研究の対象者は看護師の平均経験年数が14.1年であり、日本看護協会調査研究報告⁸⁾の現職勤続年数の平均10.6年を上回っており、勤続年数が長いことで組織のインシデントレポートシステムについては理解していると考えられる。しかし、勤務年数が長い看護単位ほど報告率が低く、経験年数が浅い看護師ほど積極的にインシデントレポートを報告していた。今回の調査では患者への影響がないインシデントレベル0から2のインシデントレポート報告件数を調査しており、アクシデント報告ではないことから業務の多忙さや手間がかかることで、特に経験年数の長い看護師はインシデントレポートの入力は後回しになることも考えられ、個人の意向や入力しなくてもよしとする組織風土の影響を受けるのではないかと考えられた。

インシデントレポートの入力は全体の8割が自らが気づき入力していたが、1割が同僚や師長・師長補佐に言われて入力していた。平塚⁹⁾は、病院の管理者および看護管理者は、医療エラーを報告する者に対して、賞賛したりするなど肯定的なフィードバックを与えることも有効と述べている。荻原¹⁰⁾は、医療現場において組織的にリーダーシップを強化することで、適切なインシデントレポートの提出、さらには情報の共有が図れるようになり、医療安全の確保と継続が可能になると述べている。佐藤¹¹⁾は、安全な組織づくりには、医療従事者みずからのヒヤリ・ハット事例を躊躇なく報

告できる職場環境づくりと、提出された報告が医療現場の医療事故に至るプロセスを未然に断ち切ることができ、報告してくれたことに対する評価をきちんとするような組織風土づくりが必要となると述べている。つまり、自ら入力されない場合は、スタッフと管理者の相互作用により部署の安全管理を講じ再発防止策を検討することにつながり、安全文化の醸成をはかっていることが示唆された。

近森¹²⁾は、インシデントレポートの内容を共有できるスタッフ間の信頼関係を築くような関わりが大切であると述べている。本研究でも、スタッフ同士コミュニケーションがとれていると思うほど仕事を怠る雰囲気があると思わないという有意な関連があり、インシデント報告がアクシデントの発生を回避することをスタッフが知っていることでお互いに声をかけあいインシデントレポート入力を促し、より安全な部署にしようとする取り組みではないかと推測された。

属人度が「やや危険」な状態の看護単位が7単位、「危険」な状態の看護単位が1単位あり、組織的な違反や重篤な違反が起こりえることが想定されるが、属人度とインシデントレポート報告率の有意な関連は見られなかった。看護単位ごとの報告率は部署によりばらつきが認められ、入退院支援部門など部署によっては一般病棟と比較して看護業務が限定されておりインシデントレポート報告が少ないことが理由として考えられる。そのため、部署ごとの属人度以外の要因が報告率に影響していた可能性が考えられる。属人度は、人的要素を重視する考え方であることから、アンケート調査時点での部署の人間関係や業務の忙しさなどが属人度に影響を与えると考えられる。

今回、属人度が高い病棟ほどルール違反を許容する雰囲気があり、仕事を怠る雰囲気が高く、自分以外のスタッフが提

出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思わないという関連があり、これは岡本ら⁴⁾の定義と一致している。本研究の仮説に反し、有意な相関は見られなかったが、属人度が高いほどインシデントレポート平均報告は高い傾向があった。このことから、組織的違反を生む土壤があることがインシデント発生につながるのではないかと考えられるが、更なる検証が必要である。しかし、スタッフ同士コミュニケーションを良好にすることで、仕事を怠る雰囲気や軽減し、属人度を軽減できる可能性も考えられる。

本研究の限界として、2施設という限られた状況であること及び、部署配置人数が少人数でありインシデントレポート提出が少ない部署もあることから、一部限局したデータであること、また回収率が6割未満であり、アンケートに回答した対象者は日頃から医療安全に関心をもっているとも捉えられ、参加バイアスがある可能性がある。

VII. 結 論

看護単位ごとの看護師1人当たりのインシデントレポート報告数と属人度に有意な関連はなかった。インシデントレポートの入力は8割が自ら行い、1割が師長や師長補佐、同僚からの指摘で入力していた。属人度が高いほどルール違反を許容する雰囲気、仕事を怠る雰囲気が高く、自分以外のスタッフが提出したインシデントレポートが自部署の再発防止に役立っていると思わない割合が高かった。インシデント事例から学ぶという組織文化の醸成が課題であること、また、コミュニケーションの不足が仕事を怠る雰囲気につながり、組織的違反を生んでいる可能性が考えられ、更なる検証が必要である。

開示すべき利益相反はない。

VIII. 引用文献

- 1) 長尾能雅:続インシデントレポートの果たす役割と課題解決のための視点, 患者安全推進ジャーナル, 58, p.10-15, 2019.
- 2) 大滝純司, 相馬孝博監訳:WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版.東京医科大学医学教育学・医療安全管理学, p.161, 2012.
- 3) 嶋森好子, 任和子編集:医療安全とリスクマネジメント, スーヴェルヒロカワ, p.133, 2018.
- 4) 岡本浩一, 鎌田晶子:属人思考の心理学, 新曜社, p.17-18, 2012.
- 5) 前掲書 4), p.10.
- 6) 小泉麻美, 真部高子, 近藤暁子, 他:インシデントレポート報告率と属人風土との関連, 第49回日本看護学会論文集看護管理, p.43-46, 2019.
- 7) 前掲書 4), p.92
- 8) 日本看護協会, 日本看護協会調査研究報告, 看護職員実態調査, No.98.2021, 2022年4月5日閲覧,
<https://WWW.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/98.pdf>.
- 9) 平塚淳子, 病院の安全風土と医療エラーに関する海外文献レビュー, 福岡県立大学看護学研究紀要, 16, p.103-109, 2019.

- 10) 荻原典子:インシデントレポートについての個人認識と医療現場の安全風土との関連, 日本看護学会論文集, 看護管理, p.272-275.
- 11) 佐藤幸光, 佐藤久美子:医療安全に活かす医療人間工学, 医療科学社, p.102, 2016.
- 12) 近森清美, 村瀬智子, 奥村潤子:病棟の安全文化を醸成するための看護管理者の認識, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 13 (1), p.47-61, 2018.

◇研究報告◇

インシデントの情報共有が看護学生の 安全意識に及ぼす影響

— 学年進行による医療安全意識の検討 —

前川昌代^{1)*}, 上野妙子²⁾, 山田真子¹⁾, 撫養文代³⁾

本研究の目的は、継続したインシデントの情報共有が看護学生の医療安全意識に及ぼす影響を明らかにし、医療安全教育について示唆を得るものである。情報共有の方法は、2年次は掲示板を用いて前期・後期実習終了時の2回/年、3年次はICTを活用し4月～12月の実習期間中の毎週末に定期的実施した。A看護師養成所に入学後、2・3年次も在籍した学生78名を対象に、安全意識尺度を用いた質問紙調査を行った。調査は同じ学生を対象に、2・3年次の各9・12・3月の合計6回行った。その結果、安全意識における下位尺度である「黙従性」に有意差が認められ ($p<.01$)、多重比較の結果、2年次の3月より3年次が有意に高かった。インシデントの情報共有は安全意識の認識の変化にポジティブに影響を与え、基礎看護教育の中で人間の持つ特性について理解を促し、医療安全意識の向上に向けた学習機会を継続的に提供することの必要性が示唆された。

【キーワード】 看護学生, 臨地実習, インシデント, 情報共有

I. はじめに

近年の医療現場は、医療技術・医療機器等の急速な発展に伴い、高度化、複雑化している。そんな中、社会の医療安全への関心と要望は高く、患者視点に立った安全で質の高い看護の提供ができる人材の育成が求められている。看護基礎教育においては、2009年のカリキュラム改正に伴い「看護の統合と実践」分野の中に「医療安全」という科目が新設され、医療安全教育が強化されてきた。松本・伊藤が、看護学生は入学時にすでに医療安全に関心を持ち、日常の体験を通して医療安全を具体的に理解し、さらに臨地実習によって学びを深め、医療安全に対する概念を具体的に理解していく¹⁾と述べていることから、学年進行にあわせながら講義・演習・臨地実習などを通して、患者の安全を意識させる教育が必要である。先行研究においては、実習前後の医療安全に関する意識の変化^{2) 3)}、リスク感性の学年別比較⁴⁾など、医療安全に関する報告はされている。また、有田・笠井が学年進行による安全意識を調査した結果、2年次と、その2年後の4年次では「安全意識」に有意差はなかった⁵⁾とした。しかし、学年進行による安全意識の変化に関する研究は少なく、十分

に明らかにされていない現状がある。

一方、医療安全教育の方法として細野・鈴木・武市は、インシデント発生の情報共有と疑似体験レベルで認識できる対策を検討する必要がある⁶⁾と述べており、インシデントの情報は、より具体的な内容を共有することの必要性を示唆している。3年課程A看護師養成所では2018年度より、臨地実習で発生したインシデントについて掲示板を用いて情報共有を行い、看護基礎教育の間から医療安全に関心を持ち、専門職業人として医療安全を身近に捉えられるような教育を実践してきた。新型コロナウイルス感染症の影響により、2020年度の臨地実習は大幅に実習展開の見直しを余儀なくされ、学生が看護実践能力を養う機会が減少した。川島・富澤は、臨地実習は学生が実際の現場に身をおくことで、その中に潜む事故の危険性を実感できる教育的な絶好の機会となる⁷⁾と述べており、実習展開の見直しは医療安全の視点に視野を広げる機会の減少が予測された。限られた実習期間のなかであっても、実習目標の到達と患者の安全・安楽を担保することは必須である。学生の医療安全への意識向上を維持するためにも2020年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止に配慮しつつ、情報共有の方法を検討しながら継続できるように取り

受付日: 2022年5月16日 / 受理日: 2023年9月12日

1) 関西医療大学 元ベルランド看護助産大学校 2) 天理大学 元ベルランド看護助産大学校

3) 久米田看護専門学校 元ベルランド看護助産大学校

* E-mail: maekawa@kansai.ac.jp

組んだ。効果的な医療安全教育の方法として、先行研究では、実習を終了した学生が実際に体験した事故事例を用いて行う医療安全オリエンテーション、過去の事故事例についての学習や学生自身が体験したインシデントについてのグループ討議^{8) 9)}など、情報共有方法に関連した報告は多数あるが、情報共有することによる安全意識への影響を明らかにした報告はみあたらない。

学年進行による医療安全意識の変化を明らかにすることは、学生の医療安全意識の発達過程を理解する一助となると考えられ、看護学生に対して実施する継続したインシデントの情報共有が、医療安全に対する意識に変化を及ぼす影響を知ることができ、医療安全教育の課題とその対策を検討することに有効であると考えられる。

Ⅱ. 目 的

本研究は臨地実習で発生したインシデントの情報共有を行い、看護学生の学年進行による医療安全意識に変化を及ぼす影響を明らかにし、医療安全教育について示唆を得ることを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 対象者

3年課程 A 看護師養成所に 2018 年に入学した学生（1 年次）のなかで、2019 年（2 年次）・2020 年（3 年次）共に在籍している学生 78 名とした。対象者は 1 年次に基礎看護学実習 I を経験しており、2 年次前期には基礎看護学実習 II ・後期には老年看護学実習 I、3 年次の 4 月～12 月にかけて領域別看護学実習を履修する。

2. インシデント内容の情報共有方法と学生参画方法

1) 2019 年度（2 年次）

インシデントレポートの様式は、学生の混乱を避けるため A 看護師養成所で使用している従来のものを使用した。インシデントレポートのカテゴリー分類は、レポートにおいて報告を求めている項目（体位・姿勢の保持・移動、生活環境の整備、保清・整容、食事・水分摂取、診療の補助に関するもの、観察・報告、個人情報の取り扱い、感染予防、ハラスメント、その他）とし、報告されたインシデントレポートは掲示するにあたり、内容の類似性をみて整理した。報告者は匿名化し、発生の状況は基本的に事実に基づき記載し、報告者がインシデント体験から学んだこと、再発防止に向けた今後の課題についても同時に掲示することとした。

前期実習終了後の 9 月と後期実習終了後の 2 月に、対象者が学内に登校する機会を選択し、掲示板を用いて報告されたインシデント情報を 1 週間程度掲示した。インシデントの報告件数は前期実習 54 件、後期実習 23 件であった。掲示内容を閲覧した学生が、有意義な情報提供であり今後の看護実践に役立つと感じた内容にはシールを掲示板に貼付し、主体的に参画できるよう促した。学生からは学びになるという声が

ある一方で、実習終了後の情報共有であり、実習中の自分の看護実践に即時に活かすことが困難であるという意見が聞かれ、インシデント内容の情報共有時期が課題となった。また、掲示量の問題や掲示場所の確保等についても検討が必要であった。

2) 2020 年度（3 年次）

新型コロナウイルス感染症パンデミックが宣言され、看護学生にとって重要な実習機会が奪われる事態に陥った。文部科学省（2020）は、実習施設での実習が困難な場合は、学内実習などの実施により必要な知識及び技能を習得することができる¹⁰⁾とし、その通達に伴い 3 年課程 A 看護師養成所でも、学内実習やオンラインを活用した学びなどの対応措置が取られた。感染拡大状況が影響し、実習グループごとに臨地での実習期間、学内・在宅での実習期間にばらつきが生じ、インシデント情報の掲示期間に違いが生じる状況となった。掲示板での閲覧行為による感染拡大防止と、前年度の課題を含めて検討し、得た学びを自身の看護実践に即座に活かすため、2020 年度は ICT を活用し、インシデント情報をタイマーに発信する方法に変更した。ICT ツールとして Microsoft Forms を活用し、アンケート機能を用いて学生から報告されたインシデント情報を匿名化し発信した。インシデント情報について、閲覧した学生はシールを貼付する代わりに、報告された内容に対して「非常に活かせる」「やや活かせる」「活かせる」「あまり活かさない」「活かさない」を選択し、感じたことや、自分だったらどうするなど自身の考えをコメント入力した。

結果とコメント入力内容は学生間で共有した。アンケート回答は匿名とし、自由に意見が表出できるようにした。インシデント情報は、領域別看護学実習期間中（4 月～12 月）に定期的（毎週金曜日）に 2～3 件ずつ、合計 34 件発信した。

3. 質問紙調査の時期

情報共有による安全意識の変化を捉えるために、掲示板を用いて情報共有を行った 2 年次の 9 月（1 回目）、12 月（2 回目）、3 月（3 回目）、ICT を活用し情報共有を行った 3 年次の 9 月（4 回目）、12 月（5 回目）、3 月（6 回目）に質問紙調査を合計 6 回実施した。（図 1）

4. 質問紙

1) 神菌（2000）が医療従事者の職務エラーに関する研究¹¹⁾で使用し、信頼性を確認した安全についての意識尺度を、村上・野澤・岩田（2003）によって看護学生を対象として一部改変したものを使用した¹²⁾。この尺度は「安全への関心：7 項目」「実習の緊迫感：5 項目」「安全への関与：3 項目」「黙従性：2 項目」「注意深さ：2 項目」「安全への配慮：3 項目」「慎重さ：3 項目」の 7 つの下位尺度からなる 25 項目である（表 1）。この 25 項目のうち 19 項目については、まったく思わない～かなり思うの 5 段階評定尺度とし 1～5 に点数化し、また残りの 6 項目は逆転項目として点数化を行った。したがって数値が大きいほど安全に対する意識

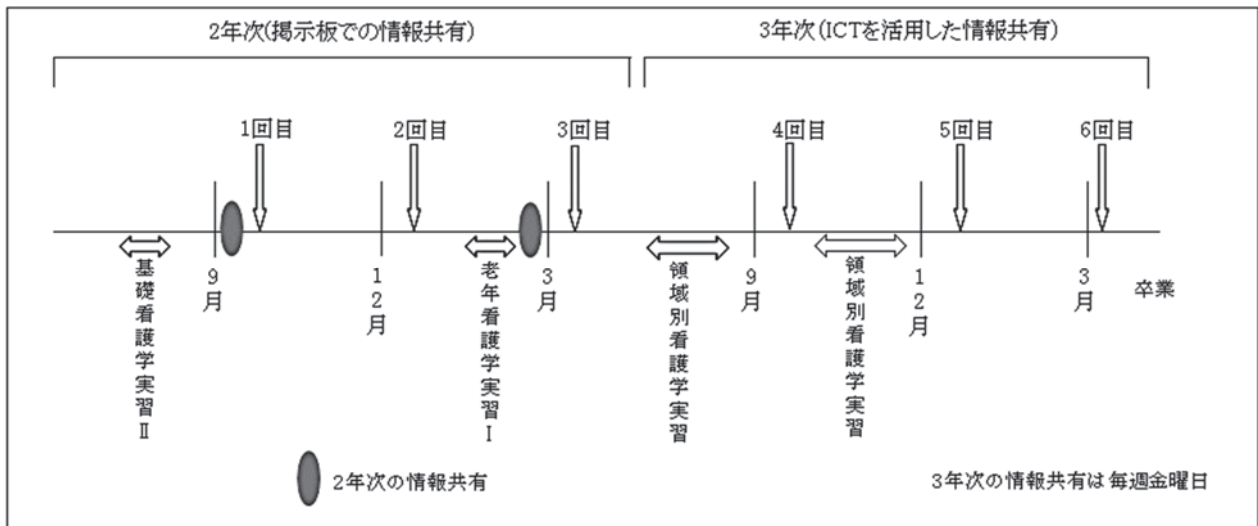


図1 情報共有と調査時期

表1 意識尺度 カテゴリーおよび項目内容

<p>(1. 安全への関心)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 安全対策を考えることは、安全意識を高めることにつながる 2. 事故防止に対する意識を高めることが、事故を減らすために必要だ 3. 実習を安全にやりとげようとして行動している 4. 自分がミスや事故を起こしやすいポイントでは注意して行動している 5. ケアをする上で一番大切なことは安全だと思う 6. 発生したミスや事故を分析し、自分の事故防止行動に役だている 7. 安全についての勉強会や講習会などがあれば進んで参加する <p>(2. 実習の緊迫感)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 実習中はケアを早く終わらせるスピードが求められるように感じる 2. 実習中はいつも時間に追い立てられて気持ちに余裕がない 3. ミスを起こしたら、教員・看護婦に責められるだろう 4. ペースの合わない教員・同級生との実習は落ち着いてケアができない 5. もし自分がミスや事故を起こしたら、それを同級生には知られたくない <p>(3. 安全への関与)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 院内でミスや事故が起こったら、つい興味本位で話を聞いてしまう 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ミスや事故が起こったとき、陰でコソコソ話をしてしまうことがある 3. 院内でミスが起こった場合、「私でなくてよかった」と思ってしまう <p>(4. 黙従性)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 理解しないことでも、医師・看護婦の指示があればそのとおり行動することがある 2. 方法に疑問を感じながらもそのままやってしまうことがある <p>(5. 注意深さ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自分のミスや事故を起こしやすいポイントを知っている 2. 自分の思考や行動の傾向を知っている <p>(6. 安全への配慮)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事故防止・安全について常に意識している 2. 初めて行うケア・処置などは、必ず指導者とともに行っている 3. 初めて取り扱う薬品は、必ず効果・副作用など理解してから取り扱っている <p>(7. 慎重さ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自分は看護ミスを起こさない自信がある 2. 同級生が起こしたミス・事故は、自分も同じ事起こす可能性があると思う 3. 人間はエラー（ミス・事故）を起こすと思う
---	--

が高いことを意味する。尺度の使用は尺度開発者の許可を得た。

2) すべての看護学実習を終えた3年次の5回目は安全意識尺度に加え、インシデントに関する自身の考えについて自由記載を求めた。

5. 分析方法

統計処理は統計ソフト SPSS Advanced Statistics26 を用い、各実習時における安全意識尺度の得点の平均値と標準偏差を算出し、比較には Friedman 検定を行った。有意差の認められた項目は多重比較 (Bonferroni の方法) を用いた。

IV. 倫理的配慮

ベルランド看護助産大学の倫理委員会で承認 (承認番号 2019-3) を得て、対象者に研究の趣旨、調査は個人が特定されないように無記名であること、研究への参加は自由意志であること、研究協力の有無や研究途中での同意の取り下げによ

り学業上の不利益が生じることはないことを口頭と文章で説明した。質問紙によって得られたデータは学会等で公表することはあるが、研究以外の目的で使用しないこと、研究終了後に責任を持って破棄することを確約した。質問紙の回収は留置式回収箱を設置し、投函をもって研究への同意を得たとみなした。

また、実習オリエンテーションの際に学生に対して、インシデントレポート記載とその分析、情報共有の方法について説明し承諾を得た。加えて、実際にインシデントレポート提出時に担当教員から、情報の共有についての再確認を行い、学生の理解が得られなかったものについては情報の共有を行わないことの説明を加えた。インシデント情報の共有には、患者や報告者、関係者などの匿名性の担保を図り、病棟名や疾患、患者の年齢や性別などは記載せず、インシデントの発生状況、振り返り、状況理解の促進に必要な際は発達段階、健康段階を加えて情報の共有を図った。

V. 結 果

調査は対象 78 名 (男性 7 名・女性 71 名, 2 年次 9 月の平均年齢は 20.8±3.39 歳) に実施し, 回収は 76 名 (回収率 97.4%) であった。このうち欠損値がなかった 72 名 (92.3%) を分析対象とした。

1. 安全意識尺度における学年進行による比較

安全意識尺度の下位尺度の平均値と標準偏差の結果を表 2 に示す。安全意識尺度の下位尺度の合計平均値 (以下平均値とする) を安全意識とした。1 回目の下位尺度の平均値では「慎重さ」(平均値 4.5) が最も高値であり, 「安全への関与」(平均値 2.78) が最も低値であった。また 6 回目でも「慎重さ」(平均値 4.51) が最も高値であり, 「安全への関与」(平均値 2.85) が最も低値であった。「慎重さ」は 1~6 回目すべてにおいて, 全項目中最も高い得点値となった。

各学年の時期による変化を検討するために, Friedman 検定を行ったところ「黙従性」(カイ 2 乗 17.37, P<.01) で有意差があった。「安全への関心」「実習の緊迫感」「安全への関与」

「注意深さ」「安全への配慮」「慎重さ」は有意差がなかった。多重比較の結果, 「黙従性」は 1, 4 回目が 2 回目よりも有意に高く, また 1, 4, 5, 6 回目は 3 回目よりも有意に高かった。また安全意識尺度における下位尺度の学年平均値を表 3 に示す。「安全への関心」・「注意深さ」・「安全への配慮」・「慎重さ」については 3 年次 (4, 5, 6 回目) のほうが 2 年次 (1, 2, 3 回目) よりも平均値の上昇があったが有意差はなかった。「実習の緊迫感」は 3 年次 (4, 5, 6 回目) の方が 2 年次 (1, 2, 3 回目) よりも平均値は下降したが有意差はなかった。また, 「安全への関与」については 2 年次 (1, 2, 3 回目), 3 年次 (4, 5, 6 回目) の平均値に変化がなかった。

2. インシデント報告件数と情報共有への参画

インシデント報告件数と情報共有への参画状況を表 4 に示す。掲示板を用いての情報共有 (2 年次) において, 看護実践に役立つと感じて貼付されたシールの枚数は前期 389 枚, 後期 329 枚であった。ICT を活用した情報共有 (3 年次) において, 他者のインシデント体験に対するコメント欄への参画は, 前期 253 件, 後期 215 件であった。

表 2 安全意識尺度の得点平均値と標準偏差 n=72

安全意識尺度	2年次	2年次	2年次	3年次	3年次	3年次	カイ2乗	有意確率	多重比較
	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目			
	M (SD) 下位尺度を質問項目で除いた合計平均値								
安全への関心	29.49	30.15	29.9	30.38	30.04	30.22	6.27	0.281	
	2.88	2.6	3.04	2.15	2.86	3.07			
実習の緊迫感	16.78	17.07	16.79	16.21	16.22	16.1	10.78	0.056	
	1.93	2.45	2.46	2.28	1.91	1.92			
安全への関与	8.35	8.1	8.5	8.03	8.38	8.54	7.66	0.176	
	1.45	1.59	1.58	1.45	1.45	1.4			
黙従性	6.08	5.53	5.38	6.22	5.99	5.85	17.37	0.004**	2<1・4 3<1・4・5・6
	1.54	1.56	1.8	1.68	1.9	1.4			
注意深さ	7.85	7.74	7.69	7.94	8.04	7.93	2.121	0.832	
	1.3	1.35	1.6	1.16	1.11	1.16			
安全への配慮	12.78	12.89	12.79	12.68	13	12.83	1.837	0.871	
	1.5	1.53	1.74	1.56	1.32	1.61			
慎重さ	13.5	13.26	13.49	13.39	13.51	13.53	4.067	0.54	
	1.52	1.27	1.33	1.53	1.44	1.54			
	4.5	4.42	4.5	4.46	4.5	4.51			

**P<. 01

3. 他者のインシデント体験に対するコメント欄への参画によるインシデントに対するイメージの変化

すべての看護学実習が終了した5回目に実施したインシデントに関する自身の考えについての自由記載の記述は61件であった。そのうち「インシデントは誰にでも起こる可能性がある」と記されていた内容が19件(31.1%)あった。また、インシデントの情報共有の大切さについて等の内容が60件(98.4%)であり、その内訳は「他者のインシデントから自身の安全意識が高まる」が16件(26.2%)、「今後も情報共有したい」が9件(14.8%)、「報告の大切さ」2件(3.28%)、「インシデントを身近に感じるようになった」6件(9.83%)、「インシデントが起きた時には振り返り、次につなげることが大切である」8件(13.1%)、「自分ならどうするのか考える、他の人の意見も知れてよかった」4件(6.56%)、「皆の経験を活かし、意識して行動したい」15件(24.6%)であった。また、インシデントを起こした後に、他の学生から冷やかしのを受けたとの記載が1件(1.6%)あった。

VI. 考 察

インシデントの情報共有における医療安全意識の変化

1. 各学年の時期による有意差に関する推察

各学年の時期で比較した結果、安全意識における下位尺度である「黙従性」に有意差がみられた。「黙従性」とは、理解していなくても、疑問を感じていてもその通りにしてしまう傾向を意味している。

1) 「黙従性」の有意差からの推察

「黙従性」は1, 4回目が2回目よりも有意に高く、また1, 4, 5, 6回目は3回目よりも有意に高かった。2年次の3回目より3年次の4, 5, 6回目の「黙従性」が有意に高値であったのは、積み重なる看護学実習での体験が影響したと考えられる。「黙従性」に影響を及ぼす要因として学生要因と環境要因があり、学生要因は学生が思考・判断を要する場面で不十分な知識・技術のまま深く考えずに実施すること、環境要因は学生が報告・連絡・相談を行い難い実習環境や人間関係などがある¹³⁾。3年次の実習は、コロナ渦であり、臨地における実習の実施率は通年の5割程度であった。また感染拡大防止のため、看護実践に一部制限がかかり、直接的なケアについては実践ではなく看護計画の立案にとどまることもあった。そのため、通年のように時間に追われることなく、根拠を持って看護を考える機会が増えたこと、また体験できるケアについては十分に事前学習の時間をもち実践できたため、質問項目である「方法に疑問を感じながらもそのままやってしまうことがある」の内容に対し、自分は安全を意識しながら根拠を持って行動できたと考えたことが影響したと考えられる。経験・知識不足の要因に対しては経験を積むことで改善が期待できるが、指導を担当する看護師や教員とのコミュニケーションが低下し適切な確認や相談ができない場合インシデント発生の大きな要因となる。

表3 安全意識尺度 下位尺度の学年平均値

	2019年度(2年次)	2020年度(3年次)
安全への関心	4.26	4.32
実習の緊迫感	3.38	3.23
安全への関与	2.77	2.77
黙従性	2.83	3.01
注意深さ	3.88	3.98
安全への配慮	4.27	4.28
慎重さ	4.47	4.49

表4 インシデント報告件数と情報共有への参画

	インシデント報告件数		情報共有への参画	
	前期	後期	前期	後期
2019年(2年次)	54件	23件	掲示板へのシール貼付	
			389枚	329枚
2020年(3年次)	13件	21件	ICTでのコメント入力	
			253件	215件

3年次の実習は感染拡大防止のため、臨地でカンファレンスを実施することも困難であった。そのため、日々の実習終了前には実習指導者と共に個別リフレクションをする時間を設けていたが、学生においては自身の看護実践を意味付けする時間となるのは勿論のこと、実習時間中は多忙でなかなか話すタイミングがもてない実習指導者と会話を重ねるなかで、実習指導者の思考を知る機会となったとも考える。その結果、質問項目である「理解しないことでも、医師・看護婦の指示があればそのとおりに行動することがある」の内容に対し、自分は看護師の思考を知り、行動の意味を理解できていると感じたことも「黙従性」が高値になった要因の一つであると推察された。学生からは「しっかり指導をもらえているので、翌日のケアに活かしやすい」との声も聞かれた。臨地における実習の実施率は減少したものの、少ない体験からしっかり学びたいという学生の意欲が感じられた。

しかし、看護実践の減少による卒業時における看護技術到達度の不足や、カンファレンスの開催中止における他側面から看護の視点を考える機会の減少、自身の考えを他者に伝える機会の減少は否めない。学生個人の特徴や特性を理解し、関係性を築きながら指導にあたる必要があることが示唆された。

2) 「黙従性」とインシデントの情報共有との関連からの推察

有田・笠井が学年進行による医療安全意識を調査した結果、基礎看護学実習後(2年次)と、2年経過した後の領域看護学実習後(4年次)の安全意識には有意差がなかったとした。また、看護学生の医療安全意識を学年別で調査した結果では、4年次のほうが2年次よりも「安全への関心」が低かったとし、その要因は、経験を重ねたことによる看護実践に対する「慣れ」としている¹⁴⁾。今回の調査では、2年次の3回目より3

年次の4, 5, 6回目の「黙従性」が有意に高値であり、違う結果を示した。また、3年次の4, 5, 6回目の「黙従性」には有意差はなく、安全意識尺度における下位尺度の学年平均値においても2年次(1, 2, 3回目)より3年次(4, 5, 6回目)の方が上昇していた。これはICT活用によるインシデントの情報共有が要因であると考えられる。「黙従性」は2回目が1, 4回目よりも有意に低い。2年次の2回目の時期は、学内での講義・演習が中心であったことにより、インシデントを身近に捉える機会の減少が影響したと推察される。2年次の1回目は基礎看護学実習Ⅱを終えたばかりであり、初めてのインシデントの情報共有に興味をもてたことから、閲覧を通し不十分な知識・自信のない技術のまま考えることなく行動することの危険性について考えられたことが推察される。また3年次の4回目についてもはじめてのICT活用による共有であったことや、はじめての領域別看護学実習であったことから、他学生の体験に興味深く関心を持って閲覧していたことが考えられる。

その後の3年次の4, 5回目について有意差はなかった。2年次の掲示は前期・後期と2回/年に分けての情報共有であり、前期は54件、後期は23件の掲示量であった。学生からは共有内容については学びになるという意見がある一方で、「量が多くて読みきれない」「少しずつ読もうと思ったら掲示が終了していた」などの声も聞かれていた。3年次においては、学生から報告されたインシデント内容は、学生が自分のタイミングで閲覧できるよう、毎週金曜日に2~3件ずつ共有を行った。学生からは「他の人のインシデントは自分も起こす可能性があるから気をつけようと思った」「バラバラの実習場だけど、情報が知れることが良かった」などの声も聞かれ、実習の継続に連れ、学生の関心が維持できていたことが考えられた。ICTを活用したタイムリーな情報共有を通して、他者の経験が自分自身にも起こりえると感じる機会となり、不十分な知識・技術のまま行動しないように、踏みとどまって考える力が養われたことが示唆された。

また5, 6回目についても有意差はなかった。3年次の5回目はすべての看護学実習を終了し、学内で過ごす時期であり、6回目は卒業直前であった。6回目においても有意に低下がみられなかったことは、国家試験を終了し卒業を控えた時期に行われた、医療安全講話や卒業前の多重課題シミュレーションでの体験が影響していると考えられる。学生は情報共有を通し、数多くのインシデントに触れてきた。特にICTを活用したタイムリーな情報共有では、感じたことや、自分だったらどうするなど自身の考えをコメント入力するために、様々な思考をめぐらせる。リアルにインシデント場面を想像することを重ね、感じてきた様々な思いが、医療安全講話や卒業前の多重課題シミュレーションの場で想起されたと考える。その結果、他人事ではなく自分事として医療安全に向き合う姿勢が芽生え、社会人になる者としての自覚ができたことが要因として考えられる。上野・山田・前川は看護学実習につ

いて、実際の医療現場に潜む事故の危険性を実感できる学びの場である。その貴重な体験の中で教員は、学生の思考や行動の内省を促し、医療安全意識の向上を図るとともに、人間的な成長を支援できるよう継続・反復した取り組みが必要である¹⁵⁾と述べている。実習で向上した医療安全についての関心が実習終了後も継続できるよう、学内授業において実際の事例を用いた演習など危険予知ができる思考訓練を含めた学習方法検討の必要性が示唆された。

2. 安全意識尺度における下位尺度の平均値に関する推察

「安全への関心」「注意深さ」「安全への配慮」「慎重さ」については、下位尺度の平均値は1回目~6回目にかけて上昇、下降を繰り返していた。有意差はみられなかったが、3年次(4, 5, 6回目)のほうが2年次(1, 2, 3回目)よりも、安全意識尺度における下位尺度の学年平均値は上昇していた。これは神蘭(2000)の臨床経験年数が多い看護師ほど「安全への関心」が高くなったことを報告している研究¹⁶⁾と同様の傾向を示した。インシデントを経験していない学生にとっては、実習場において、どんなことがインシデントになるのかイメージできないこともある。多くのインシデント内容を閲覧し他者のインシデントを自らの状況に置き換える疑似体験の場としたことで、安全に対する自己の思考や行動の振り返りになったと考えられる。それと共に危険予測の困難さを実感し、安全意識について認識の変化に至り「安全への関心」が高まったと推察された。

また、「慎重さ」は1~6回目すべてにおいて、全項目中最も高い得点値となった。多くのインシデント情報に触れたことで、質問項目である「同級生が起こしたミス・事故は、自分も同じことを起こす可能性があると思う」の内容に共感し、インシデントをより身近に感じる事ができたことで平均値が下がることなく、最も高い状態で推移したと考えられる。実際の他者の体験を知ることは、実習に対する想像力を高めることができ、次の実習への心の準備にもつながったと考えられる。また、情報に対して他の学生の学びのフィードバックを知ることも印象深く、インシデント報告について他側面からの解釈を促進したことが考えられる。看護師にとって患者の安全を守ることは重要なことであり、アクシデントに至らないためにインシデントの段階で事象に気がつくことが求められる。“人は誰でも間違える”という人間の持つ特性について理解を促し、ヒューマンエラーの防止について看護基礎教育の間から継続的に訓練することの必要性が示唆された。

「実習の緊迫感」は6回目がどの時期よりも平均値が低かった。また3年次(4, 5, 6回目)のほうが2年次(1, 2, 3回目)よりも、安全意識尺度における下位尺度の学年平均値は低かった。これは質問項目である「実習中はいつも時間に追い立てられて気持ちに余裕がない」の内容に対し、新型コロナウイルス感染症拡大により臨地での実習時間が短縮したことで、臨地で経験できることが限られていたこと、また学内実習時間が増えたことから、追い立てられることなく自

分のペースで学習できたという心理が影響した結果、平均値が低下したことが考えられる。臨地実習においては、学内で修得した知識や技術を用いながら人間関係を深め、変化する対象に必要なケアを考えて実践する。また短い期間のなかでアセスメントしながら、看護実践の一連の過程を記録として示す。臨地実習時間が短縮し、学内実習時間が増えたことは、自分の納得できる学習を追及できる側面はあるものの、臨床現場で必要とされる時間管理を含めた臨床実践能力との異なる乖離が予測される。今後、学生から新人看護師への移行教育の必要性が更に求められることが示唆された。

3. 他者のインシデント体験に対するコメント欄への参画によるインシデントに対するイメージの変化

掲示板での情報共有を開始した活動当初は「インシデントは起こしたくない」「インシデントを起こすと実習評価に影響するのでは」とネガティブなイメージを持つ学生もいた。しかし、すべての看護学実習が終了した5回目に実施したインシデントに関する自身の考えについての自由記載の記述には、インシデントの情報共有の大切さについて多く述べられており、これらの結果から、情報共有は安全意識の認識の変化にポジティブに影響を与えていることが示唆された。植野は、学習者間同士で行う評価は、評価結果を最も受け入れやすくし、学習者の内省を引き出し、結果として知識の内化や深化を導くことや、学習動機の向上が期待されることを明らかにしている¹⁷⁾。情報共有を通して学生から「自分の報告した内容が役にたつと思った」という声も聞かれた。報告内容に対しコメントを返し有意義な情報提供であると他者を評価したり、他者の報告から自身の行動を振り返り考えるという行為が、自分の報告したインシデント内容も患者の安全や再発防止のために役立っていると思える機会となり、自己へのフィードバックにつながったとも考えられる。インシデントの情報共有は医療安全に対して否定的ではない認識の変化をもたらし、医療安全に対する意識向上につながることを示唆された。また、インシデントを起こした後に、他の学生から冷やかしの受けたとの記載が1件(1.6%)あった。この記載についてはコメント記入者から「インシデントに対する価値観は違うなと思った」とも記されており、該当学生においては、他者のネガティブな言動にも影響されずに、医療安全についての意識が高まっていることが考えられた。冷やかしの言動があった時期は不明であるが、ネガティブなイメージを持つ学生もいることを踏まえたうえで、今後も継続して医療安全教育に取り組む必要性が示唆された。

Ⅶ. 結 論

1. 2年次よりも3年次では、看護学生の安全意識における「黙従性」が有意に高値であった。
2. 基礎看護教育の中で人間の持つ特性について理解を促し、医療安全意識の向上に向けた学習機会を、継続的に提供することの必要性が示唆された。

3. インシデントの情報共有は安全意識の認識の変化にポジティブに影響を与え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) 松本珠美, 伊藤ちづ代: 看護学生の学習過程で生じる医療安全に向けた学びの体験, 園田学園女子大学論文集, 44, p.133-146, 2010.
- 2) 村上静子, 野澤明子, 岩田浩子: 看護学生の安全についての意識の現状—成人看護学実習の経験を通して—, 第34回日本看護学会論文集 看護教育, p.9-11, 2003.
- 3) 川島美佐子, 富澤美幸: 基礎看護実習前後の安全意識の比較, 足利短期大学研究紀要, 27, p.53-57, 2007.
- 4) 山本純子, 伊藤朗子, 三浦恭代ら: 看護系大学生のリスク感性の学年別比較とヒヤリ・ハット体験の特徴, 千里金蘭大学紀要, 15, p.93-98, 2018.
- 5) 有田広美, 笠井恭子: 看護学生の医療安全意識に関する研究, 福井県立大学論集, 46, p.23-32, 2016.
- 6) 細野恵子, 鈴木里奈, 武市千穂, 他: 看護系大学生の臨地実習におけるインシデント発生の実態とインシデントに対する学生の認識, 旭川大学保健福祉学部研究紀要, 10, p.45-53, 2018.
- 7) 前掲3).
- 8) 柘野浩子: 臨地実習前の看護学生の医療安全に対する認識と安全教育への課題と対策, 新見公立大学紀要, 37, p.85-88, 2016.
- 9) 上西洋子, 中川実代子, 竹島道子: 臨地実習における看護学生のインシデントに関する要因の検討, 大阪市立大学看護短期大学部紀要, 2, p.57-62, 2000.
- 10) 文部科学省(2020): 新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校, 養成所及び養成施設等の対応について, 2020年10月1日閲覧, <https://www.n-fukushi.ac.jp/jissyu/news/20200306/file/02.pdf>.
- 11) 神蘭紀幸: 医療従事者の職務エラーに関する研究—安全に対する態度と対人的職場環境との関連—, 志學館大学文学部研究紀要, 23(1), p.25-44, 2000.
- 12) 前掲2).
- 13) 前掲11).
- 14) 前掲5).
- 15) 上野妙子, 山田眞子, 前川昌代, 他: 看護学生の学年進行による日常生活スキルと医療安全意識の検討, 第50回日本看護学会論文集 看護教育, p.43-46, 2020.
- 16) 前掲11).
- 17) 植野真臣: 先端的 e-Learning の理論と実践, 教育心理学年報, 44, p.126-137, 2005.

◇研究報告◇

コロナ禍における臨地実習プログラムが 学生の社会人基礎力の伸長に及ぼす影響

— コロナ禍前の臨地実習と比較して —

上野妙子¹⁾*

本研究の目的は、新型コロナウイルス感染症対応下での臨地実習の学びが、社会人基礎力に及ぼす影響について検討し、学生の社会人基礎力伸長への支援方法について示唆を得ることである。2019年度（コロナ禍以前）と2020年度（コロナ禍）の3年次の学生を対象に、社会人基礎力を問う36項目（北島ら,2011）の質問紙を用いて、実習開始時、前期実習終了時、後期実習終了時に調査を行い、Friedman検定を用いて検討を行った。その結果、臨地実習の制限の有無にかかわらず、臨地実習が進むにつれて社会人基礎力合計の平均値は伸長した。3つの能力と12の能力要素については、能力の伸長時期と伸長した能力要素に違いが見られ、臨地実習が学生の社会人基礎力の伸長に影響をもたらしたことが推察された。臨地実習では、学習方法や学習環境などを考慮し、学生の学びの深化が図れるよう実習内容の構築を行っていく必要性が示唆された。

【キーワード】看護学生、臨地実習、社会人基礎力、新型コロナウイルス感染症

I. はじめに

2020年、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が世界規模で発生し、あらゆる分野の産業や教育活動に大きな影響を及ぼした。看護基礎教育においても例外ではなく、従来の教育活動からの変換が必要となった。厚生労働省は「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う看護師等養成所における臨地実習の取扱い等」¹⁾を通達し、全国の看護基礎教育機関では臨地実習の学習内容・学習方法を調整した。その結果、80%以上の看護基礎教育機関が、臨地実習を学内実習・学内演習、オンライン、紙面による課題学習などに置き換えて対応を行った²⁾。

看護基礎教育において臨地実習は、知識と技術の統合を図り、対人関係形成能力や倫理観を養う上で重要な学習の機会である³⁾。また同時に、社会人基礎力の向上にも有効な学びの場である⁴⁾。社会人基礎力は、「職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力」と経済産業省により定義され、3つの能力とその下位概念である12の能力要素から成り立っている。3つの能力は、「前に踏み出す力（アクション）」「考え抜く力（シンキング）」「チームで働く力（チー

ムワーク）」であり、「アクション」は、『主体性、働きかけ力、実行力』、「シンキング」は、『課題発見力、計画力、創造力』、「チームワーク」は、『発信力、傾聴力、柔軟性、状況把握力、規律性、ストレスコントロール力』から構成されている⁵⁾。

看護学生（以下：学生）を対象にした社会人基礎力と臨地実習に関する先行研究では、成人看護学実習の前後で社会人基礎力を測定し、臨地実習が社会人基礎力の育成に有効であることや⁶⁾、基礎看護学実習中の「正の体験と負の体験」「ストレス対処能力」「チームで働く力」などが社会人基礎力の伸長に影響を及ぼす⁷⁾ことが述べられている。また、筆者らは、看護師養成所の2年次学生を対象に1年間の社会人基礎力と学校生活について調査し、臨地実習が社会人基礎力の伸長にポジティブな影響をもたらしたことを報告している⁸⁾。しかし、コロナ禍により臨地実習の様相が変化することによって、学生の社会人基礎力の伸長に与える影響が懸念される。

コロナ禍による臨地実習への影響については、多様な検討がされており、母性看護学実習では、オンラインや学内演習を取り入れた学習効果の検証^{9) 10)}、成人看護学実習では、オンラインで事例展開や手術体験者講話を実施したことによる実習目標の到達状況の検討¹¹⁾が行われ、これらの取り組みが

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 天理大学医療学部看護学科 元ベルランド看護助産大学校

* E-mail : ueno.t@sta.tenri-u.ac.jp

実習目標到達に効果的であったことが報告されている。また、コロナ禍以前とコロナ禍での実習形態の違いが看護技術経験や¹²⁾、卒業時の看護実践到達項目の修得状況に及ぼす影響¹³⁾について検討されている。

コロナ禍における臨地実習では、多様な制限を伴うことが多く、それらが学生の社会人基礎力の伸長に与える影響について検討した報告は少ない。コロナ禍による実習形態の変化が、学生の学びのひとつである社会人基礎力に与える影響について検討することは、看護基礎教育における学生の成長支援にとって意義があると考えられる。

Ⅱ. 目 的

本研究は、コロナ禍における臨地実習プログラムが学生の社会人基礎力の伸長に及ぼす影響について検討し、社会人基礎力伸長への支援方法について示唆を得ることを目的とした。〈用語の定義〉

臨地実習：文部科学省（2002）は¹⁴⁾、臨地実習について看護職者が行う実践の中に学生が身を置き、既存の知識・技術・態度の統合を図り、看護実践を通して学びを深める場としているが、本稿ではこれに加えて、学びの場を病院や施設などの臨地に局限せず多様な学びの場での学習を含むものとする。学内実習：コロナ禍で臨地実習が制限された状況において、臨地実習の代替として学内で行う演習や事例検討などのこととする。

在宅実習：コロナ禍で臨地実習が制限された状況において、臨地実習の代替として自宅で行う学習（実習グループで実施するオンラインでのグループディスカッションやカンファレンス、リフレクションなど教員による学習支援を含む）のこととする。

Ⅲ. 方 法

1. 調査方法

1) 研究対象者

A 看護師養成所（3年課程）の2019年度と2020年度の最終学年（3年次）の学生を対象とし、2019年度は77名、2020年度は78名を研究対象とした。筆者は、2019年度よりA看護師養成所の学生に対する社会人基礎力の縦断的研究に取り組んでおり、2019年度の学生をコロナ禍以前群、2020年度の学生をコロナ禍群とした。最終学年の臨地実習は、成人看護学実習6単位、老年看護学実習2単位、精神看護学実習2単位、母性看護学実習2単位、小児看護学実習2単位、在宅看護論実習2単位、看護の統合と実践実習2単位の合計18単位が実施され、学生の性別や学習成績、特徴などを配慮した5~6人のグループを編成し実習に臨んだ。

2) 調査期間

調査期間は2019年4月から2020年12月とした。

3) データ収集方法

社会人基礎力を問う36項目および基本属性（性別、年齢、

社会人経験の有無）について、無記名自己記入式質問紙による調査を行った。質問紙は、放課後に対象学生の教室で文書と口頭で説明した。研究参加への意思の確認は、質問紙の投函をもって同意とみなす旨についての説明を加えた。回収は封書による個別投函とし、鍵付きの留置き式回収箱を教室の後方に設置した。回収までの期間は1週間以内とした。質問紙調査は、対象者が最終学年次の領域実習開始時（4月）、前期実習終了時（8月）、後期実習終了時（12月）に実施した。

2. 測定内容

1) 基本属性（性別、年齢、社会人経験の有無）

2) 北島・細田・星¹⁵⁾が、経済産業省の提示しているプログレスシートの36項目を参考に作成した社会人基礎力と3つの能力、12の能力要素について調査を行った。12の能力要素それぞれに対して3項目ずつ質問事項があり、「アクション」は『主体性、働きかけ力、実行力』から成り立つ9項目、「シンキング」は『課題発見力、計画力、創造力』から9項目、「チームワーク」は『発信力、傾聴力、柔軟性、状況把握力、規律性、ストレスコントロール力』から構成された18項目、合計36項目から構成されている。それぞれの項目について、「全くあてはまらない」が1、「ほとんどあてはまらない」が2、「あまりあてはまらない」が3、「ややあてはまる」が4、「かなりあてはまる」が5、「非常にあてはまる」が6とした6段階のリッカートスケールを使用した。

3. 分析方法

コロナ禍以前群、コロナ禍群それぞれに対象者の性別、年齢、社会人経験の有無について単純集計を行った。社会人基礎力に関する3つの能力と12の能力要素の各項目は、時期毎に単純集計し正規性の確認と信頼性の確認を行い、Friedman 検定を実施した。多重比較検定は、Bonferroni法で調整し、有意水準は5%とした。分析には統計ソフトIBM SPSS Statistics26を使用した。尺度は尺度開発者の許可を得て使用した。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者には研究の意義・目的、方法、研究参加は任意であり、途中でも研究参加の中止が可能であること、研究参加の中止や不参加によって不利益が生じないこと、データの匿名性の保持や保管に関すること、研究結果は関連学会や論文で公表すること等について文書と口頭で説明を行った。データの結合を行うため、学生自身が定めた4桁の英数字を質問紙へ記載するよう依頼した。各時期の学生データを繋げるため4桁の英数字を用いて対応表で整理し、データの取り扱いに注意を払った。研究者と対象者が教員と学生の関係にあるため、単位認定や本研究のデータ分析に関与しない教員が対応表を作成した。

本研究は、ベルランド看護助産大学の倫理審査委員会の審査により承認を受け開始した（申請番号2019-1）。

V. 結 果

1. 対象者の属性

質問紙はコロナ禍以前群77名とコロナ禍群78名に配布し、欠損値がなく1期～3期すべての質問紙に回答したものを有効回答とした。また、基本属性において社会人経験のある学生については、調査結果に与える影響を考え本稿の分析対象から除外した。各群の分析対象者は、コロナ禍以前群63名（女性58名、男性5名、平均年齢20.2歳）、コロナ禍群67名（女性61名、男性6名、平均年齢20.1歳）であった（表1）。

2. 臨地実習状況の相違

臨地での実習状況は、コロナ禍以前群は計画通りの実施であったが、コロナ禍群は、新型コロナウイルス感染症の感染状況や社会状況などの影響を受け、病院や施設などによる臨地実習の

受け入れ中止や受け入れ困難な状況の発生、学生の登校制限などが生じ、臨地での実習時間はコロナ禍以前群の53%であった。また、臨地での実習では、患者との直接的な関わりでの制限や、医療行為や処置などの見学制限、学生カンファレンスの中止、学生控室の利用制限（人数・時間）などが行われた。そのため、臨地実習での学びを担保するため、代替として学内実習と在宅実習が設けられた。学内実習では、各領域で設定したシナリオシミュレーションやロールプレイング、事例を用いた看護技術演習、課題学習、DVDの視聴などを活用し学生の学びを補った。また、在宅実習では、オンラインを活用したカンファレンスやグループディスカッションなどが行われた。学内実習や在宅実習では、学生が学習計画を立てて取り組み、実習担当教員が学習状況に合わせて支援を行った（表2）。

表1 対象者の属性

	コロナ禍以前群	コロナ禍群
調査対象者	70名	76名
男性	7名	7名
女性	63名	69名
社会人経験者	7人	9人
平均年齢	21.2歳	21.3歳
分析対象者	63名	67名
男性	5名	6名
女性	58名	61名
平均年齢	20.2歳	20.1歳

分析対象者は、社会人経験者を除き、調査時期すべての質問紙に回答し欠損値がない者とした

表2 A看護師養成所におけるコロナ禍での臨地実習の変更事項（抜粋）

制限内容	対象領域	対応内容
臨地実習の時期の変更 （コロナ禍以前： 4月初旬～11月末日）	全領域	1ケル目の臨地実習を8月に延期し、夏季休暇を繰り上げて実習開始時期を先延ばしした。（臨地実習期間：5月中旬～11月末日に変更した。）
臨地での実習時間の短縮 【コロナ禍以前の内容】 ・臨地での実習日数 12日または11日と学内1日 ・臨地での時間/日 7.5時間	全領域	感染防止目的で時差登校とし、臨地での実習時間を6時間15分に変更し、在宅実習を1時間15分とした。 領域実習（2単位）では、臨地での実習8日、学内実習4日に変更した。 【主な学内実習内容】 視聴覚教材などの模擬事例を用いた看護過程の展開や学内でのシナリオシミュレーション演習、ロールプレイ、モデル人形を用いた技術実践、テーマカンファレンスなどを実習グループ単位で実施した。
学生カンファレンス中止	全領域	指導者と学生の個別学習に変更した。
実習施設の受け入れ停止	看護の統合と実践 母性看護学	一部の実習グループ（臨地実習グループローテーションによって実習グループに差異はある）が、臨地での実習3日と学内実習3日に変更となった。
訪問看護での同行中止	在宅看護論	患者自宅訪問の同行が中止となり、訪問看護ステーション内で患者の服装や訪問看護内容などについて情報を収集し意味付けなどを行った。
処置・ケア内容の制限/制限	成人看護学 老年看護学 母性看護学	口腔ケア、気管内挿管や抜管の介助、分娩介助などは距離を保つての見学や別室待機となった。

3. 尺度の構成

先行研究の尺度構成に従い、各群の社会人基礎力を測定する項目の得点を、測定時期毎に算出し、それぞれの内的整合性を検討するため Cronbach's α 係数を求め信頼性の確認を行った(表3, 表4)。両群の「社会人基礎力合計」の Cronbach's α 係数は、0.91~0.97、3つの能力の Cronbach's α 係数は 0.79~0.96 と内的一貫性が認められた。12 の能力要素については、コロナ禍以前群の『課題発見力』の実習開始時と前期実習終了時、『傾聴力』の実習開始時、『状況把握力』の後期実習終了時、『ストレスコントロール力』の後期実習終了時、コロナ禍群の『課題発見力』の前期実習終了時の6項目において基準値 ($\alpha \geq 0.70$) を満たすことができていなかった。しかし、下位尺度項目が3項目と少ないため Cronbach's α 係数が低く

なる傾向があることや、再検討が必要とされる基準 ($\alpha = 0.50$) は上回っていること、3つの能力要素や社会人基礎力全体の Cronbach's α 係数は基準値を上回っていることから、一定の信頼性を得ることができたと判断し分析を進めることとした。また、コロナ禍群は、全ての時期の『規律性』と、前期実習終了時と後期実習終了時の『傾聴力』に天井効果が認められたが、コロナ禍群の学びの特徴と考え分析対象として使用することとした。

4. 社会人基礎力の特徴

調査時期毎の社会人基礎力合計と3つの能力、12の能力要素の各項目の平均値と標準偏差、Friedman 検定、Bonferroni 多重検定の結果について以下に述べる。

表3 Cronbach の α 係数と天井効果 コロナ禍以前群 n=63

項目	実習開始前	前期実習終了時	後期実習終了時
主体性	0.75	<u>0.66</u>	0.81
働きかけ力	0.75	0.71	0.79
実行力	0.82	0.77	0.82
アクション	0.84	0.79	0.90
課題発見力	<u>0.58</u>	<u>0.62</u>	0.72
計画力	0.81	0.88	0.87
創造力	0.83	0.80	0.89
シンキング	0.83	0.86	0.90
発信力	0.87	0.83	0.86
傾聴力	<u>0.68</u>	0.78	0.72
柔軟性	0.89	0.83	0.83
状況把握力	0.74	0.87	<u>0.65</u>
規律性	0.85	0.82	0.81
ストレスコントロール力	0.76	0.75	<u>0.65</u>
チームワーク	0.90	0.91	0.91
社会人基礎力合計	0.93	0.94	0.91

数字はCronbach の α 係数、 α 係数が $\alpha < 0.70$ のものには下線を記す。●は天井効果を示す。

表4 Cronbach の α 係数と天井効果 コロナ禍群 n=67

項目	実習開始前	前期実習終了時	後期実習終了時
主体性	0.81	0.77	0.82
働きかけ力	0.88	0.79	0.89
実行力	0.88	0.78	0.79
アクション	0.93	0.87	0.90
課題発見力	0.82	<u>0.66</u>	0.74
計画力	0.86	0.87	0.89
創造力	0.90	0.86	0.88
シンキング	0.90	0.88	0.90
発信力	0.92	0.86	0.86
傾聴力	0.92	0.84 ●	0.90 ●
柔軟性	0.92	0.89	0.88
状況把握力	0.89	0.85	0.81
規律性	0.93 ●	0.89 ●	0.95 ●
ストレスコントロール力	0.87	0.71	0.76
チームワーク	0.96	0.93	0.95
社会人基礎力合計	0.97	0.96	0.96

数字はCronbach の α 係数、 α 係数が $\alpha < 0.70$ のものには下線を記す。●は天井効果を示す。

1) 社会人基礎力の合計得点

コロナ禍以前群とコロナ禍群の社会人基礎力の合計得点の平均値は、全ての調査時期でコロナ禍以前群よりコロナ禍群が高値であった。また、どちらも時期が進むにつれて平均値の上昇が見られ、Friedman 検定の結果、両群とも $p < .001$ で有意差が認められ、Bonferroni で多重比較を行った結果、実習開始時より前期実習終了時、後期実習終了時が $p < .001$ で有意に高く、コロナ禍以前群とコロナ禍群に共通していた(表5)。

2) 3つの能力

3つの能力「アクション」「シンキング」「チームワーク」の得点を下位尺度項目数で除し平均値の算出を行った(表6)。コロナ禍群は、臨地実習が進むにつれて3つの能力は伸長していたが、コロナ禍以前群の「シンキング」は、前期実習終了時より後期実習終了時に平均値の低下がみられた。Friedman 検定の結果、3つの能力全てに $p < .05$ で両群に有意差が認められ、多重比較では、コロナ禍以前群の「アクション」は、実習の進行とともに平均値が有意に上昇しており($p < .05$)、「シンキング」は実習開始時より前期実習終了時が有意に高かった($p < .01$)。一方、コロナ禍群の「アクション」

と「シンキング」は、実習開始時と前期実習終了時より後期実習終了時に平均値が有意に高まっていた($p < .01$)。「チームワーク」は両群共通しており、実習開始時より前期実習終了時と後期実習終了時に平均値が有意に高かった($p < .01$)。3つの能力の平均値は、両群共に「チームワーク」「アクション」「シンキング」の順に高く、時期の進行による順位の変動はなかった。

3) 12の能力要素

両群の『傾聴力』とコロナ禍以前群の『課題発見力、計画力、創造力』では、前期実習終了時に平均値が高まっていたが、後期実習終了時には低下していた。それらを除く能力要素は、臨地実習の進行とともに平均値の上昇が見られた(表7, 表8)。12の能力要素の各項目に対するFriedman 検定の結果、コロナ禍以前群の『計画力』、コロナ禍群の『規律性』以外の能力要素に有意差が見られた($p < .05$)。有意差が見られた能力要素について多重比較を行った結果、コロナ禍以前群の『主体性』を除く能力要素では、前期実習終了時に有意な平均値の上昇が見られた($p < .05$)。一方、コロナ禍群では『実行力』と『発信力、傾聴力』の能力要素が前期実習終了

表5 社会人基礎力合計の平均値(標準偏差)の推移と検定と多重比較の結果

Friedman検定 多重比較の調整: Bonferroni法 多重比較の水準間の有意差は不等号で示す。
 多重比較では、領域実習開始時: 1期、前期実習終了時: 2期、後期実習終了時: 3期として示す。
 コロナ禍以前群 n=63 コロナ禍群 n=67

	実習開始時	前期実習終了時	後期実習終了時	有意確率	多重比較
	Mean	Mean	Mean		
コロナ禍以前群	149.35	159.37	160.48	0.001	1期<2期 *** 1期<3期 ***
コロナ禍群	169.64	177.18	180.52	0.001	1期<2期 ** 1期<3期 ***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表6 両群の3つの能力(アクション、シンキング、チームワーク)の平均値の推移と検定と多重比較の結果

Friedman検定 多重比較の調整: Bonferroni法 多重比較の水準間の有意差は不等号で示す
 3つの能力はそれぞれの得点を下位尺度項目数で除して平均値を算出
 多重比較では、領域実習開始時: 1期、前期実習終了時: 2期、後期実習終了時: 3期として示す。
 コロナ禍以前群 n=63 コロナ禍群 n=67

3つの能力	実習開始時	前期実習終了時	後期実習終了時	有意確率	多重比較	
	Mean	Mean	Mean			
コロナ禍以前群	アクション	11.95	12.71	12.97	0.001	1期<2期 *** 1期<3期 *** 2期<3期 *
	シンキング	10.89	11.74	11.35	0.013	1期<2期 **
	チームワーク	13.47	14.34	14.58	0.001	1期<2期 *** 1期<3期 ***
コロナ禍群	アクション	13.83	14.17	14.79	0.001	1期<3期 *** 2期<3期 **
	シンキング	12.80	13.20	13.61	0.014	1期<3期 ** 2期<3期 *
	チームワーク	14.96	15.72	15.89	0.001	1期<2期 *** 1期<3期 ***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表7 コロナ禍以前群の社会人基礎力 12 の能力要素の平均点と標準偏差の推移と検定と多重検定の結果

Friedman検定 多重比較の調整: Bonferroni法 多重比較の水準間の有意差は不等号で示す
 多重比較では、領域実習開始時: 1期、前期実習終了時: 2期、後期実習終了時: 3期として示す。

n=63

		実習開始時	前期実習終了時	後期実習終了時	有意確率	多重比較
		Mean	Mean	Mean		
前 に 踏 み 出 す 力 (ア ク シ ョ ン)	主体性	12.41	12.54	12.89	0.034	1期<3期 *
	働きかけ力	11.73	12.67	12.95	0.001	1期<2期 ** 1期<3期 ***
	実行力	11.71	12.94	13.08	0.001	1期<2期 ** 1期<3期 ***
シ ン キ ン グ 力 (シ ン キ ン グ)	課題発見力	11.86	12.71	12.02	0.024	1期<2期 *
	計画力	10.65	11.21	11.00	0.759	
	創造力	10.17	11.29	11.05	0.002	1期<2期 ** 1期<3期 *
チ ー ム で 働 く 力 (チ ー ム ワ ー ク)	発信力	12.68	13.32	13.59	0.001	1期<2期 * 1期<3期 ***
	傾聴力	13.75	14.76	14.75	0.001	1期<2期 *** 1期<3期 ***
	柔軟性	14.30	14.87	15.30	0.002	1期<2期 * 1期<3期 **
	状況把握力	12.73	13.63	14.10	0.001	1期<2期 * 1期<3期 ***
	規律性	14.57	15.22	15.48	0.025	1期<2期 * 1期<3期 *
	ストレス コントロール力	12.78	14.21	14.29	0.003	1期<2期 ** 1期<3期 **

* p<.05 **p<.01 *** p<.001

表8 コロナ禍群の社会人基礎力 12 の能力要素の平均点と標準偏差の推移と検定と多重検定の結果

Friedman検定 多重比較の調整: Bonferroni法 多重比較の水準間の有意差は不等号で示す
 多重比較では、領域実習開始時: 1期、前期実習終了時: 2期、後期実習終了時: 3期として示す。

n=67

		実習開始時	前期実習終了時	後期実習終了時	有意確率	多重比較
		Mean	Mean	Mean		
前 に 踏 み 出 す 力 (ア ク シ ョ ン)	主体性	13.75	14.04	14.55	0.014	1期<3期 *
	働きかけ力	13.61	13.97	14.87	0.001	1期<3期 *** 2期<3期 **
	実行力	14.12	14.51	14.94	0.002	1期<2期 * 1期<3期 **
シ ン キ ン グ 力 (シ ン キ ン グ)	課題発見力	13.46	14.10	14.52	0.008	1期<3期 **
	計画力	12.46	12.88	13.19	0.014	1期<3期 **
	創造力	12.48	12.61	13.12	0.017	1期<3期 *
チ ー ム で 働 く 力 (チ ー ム ワ ー ク)	発信力	14.27	15.28	15.64	0.001	1期<2期 * 1期<3期 ***
	傾聴力	15.10	16.16	16.04	0.001	1期<2期 ** 1期<3期 **
	柔軟性	15.03	15.72	15.94	0.016	1期<3期 *
	状況把握力	14.40	14.88	15.25	0.026	1期<3期 *
	規律性	16.45	16.88	16.93	0.181	
	ストレス コントロール力	14.51	15.39	15.52	0.021	1期<3期 *

* p<.05 **p<.01 *** p<.001

時、その他の能力要素は後期実習終了時に有意な平均値の上昇が見られた ($p<.05$)。実習開始時から後期実習終了時にかけて12の能力要素に大きな順位の変動は見られず、『規律性、柔軟性、傾聴力』が上位、『計画力、創造力、課題発見力』が下位を占めており、両群に共通していた。

VI. 考 察

コロナ禍における臨地実習では、臨地での実習時間や患者との直接的な関わり、医療行為や処置見学などの様々な制限が生じ、多様な学習方略を用いて学びを補う工夫を行った。本調査の目的は、コロナ禍における臨地実習プログラムが学生の社会人基礎力の伸長に及ぼす影響について検討し、社会人基礎力伸長への支援方法について示唆を得ることである。まず、臨地実習における社会人基礎力伸長の特徴について検討し、社会人基礎力伸長への支援、研究の限界について以下に述べる。

1. 社会人基礎力伸長の特徴

1) 社会人基礎力

社会人基礎力の合計得点は、臨地実習の制限の有無にかかわらず、時期が進むにつれて上昇し、前期実習終了時と後期実習終了時は実習開始時よりも有意に高くなっており、先行研究^{16) 17)}と同様の結果であった。市川¹⁸⁾は、臨地実習での多様な人々との交流や体験は、社会人基礎力の向上に関係していると述べている。そのため、コロナ禍における臨地実習の制限は、学生の社会人基礎力の伸長を妨げる要因になることが推察された。しかし、コロナ禍での臨地実習はコロナ禍以前の臨地実習と同様、臨地実習での学びが社会人基礎力の伸長にポジティブな影響を与えたことが示唆された。

2) 社会人基礎力伸長の相違

(1) 社会人基礎力の伸長時期

コロナ禍の臨地実習では、3つの能力「アクション」「シンキング」「チームワーク」と、天井効果が見られた『規律性、傾聴力』を除く能力要素の平均値が、臨地実習の進行とともに高まり、後期実習終了時には有意な能力の伸長が見られ、先行研究^{19) 20)}と類似した結果であった。先行研究と本研究では、調査期間に違いがあり、先行研究は1つの専門領域実習(2単位)での調査であり、その期間での社会人基礎力の伸長を報告している。コロナ禍での臨地実習では、『実行力』『発信力・傾聴力』は前期実習終了時に有意な伸長が見られたが、それ以外の多くの能力要素は後期実習終了時に伸長していた。一方、コロナ禍以前の臨地実習では、『主体性』『計画力』を除く殆どの能力が前期実習終了時に伸長しており、先行研究のように短い期間での能力の伸長が見られた。つまり、コロナ禍とコロナ禍以前との臨地実習では、社会人基礎力の伸長時期に相違があり、その要因として、学生の臨地での経験と学びの違いの影響が推察される。

コロナ禍の臨地での実習時間は、コロナ禍以前群の53%であり、その上、看護実践も制限されていた。それに伴い、学

生が患者と関わった回数や時間、看護技術を実施した回数、臨床の看護師の看護実践に触れる機会、チーム連携を見る機会が減少したことなどが、社会人基礎力の伸長に影響したと考えられる。コロナ禍の臨地実習では、学生が自ら患者や他学生などの他者に働きかけ、巻き込みながら物事を遂行する『働きかけ力』や^{21) 22)}、看護過程の展開に必要な『課題発見力、計画力、創造力』²³⁾、患者の思いや指導者、教員の助言を受け止め人々や物事との関係性を理解し行動する『柔軟性、状況把握力』²⁴⁾、臨地実習でのストレスに対応する『ストレスコントロール力』²⁵⁾を実践する機会が少なかったことで、これらの能力の伸長に時間を要した可能性がある。一方、コロナ禍以前の臨地実習では、臨地実習開始直後から学生はこれらの能力が求められ、臨地実習の学習過程の中で活用していく必要があったため、早期から能力が伸長したことが推察される。

コロナ禍の臨地実習では、『規律性』が全ての時期、『傾聴力』は前期・後期実習終了時に天井効果を示していた。先行研究の結果でも、この2つの能力は入学当初や介入前から高値を示していたことが報告されている^{26) 27)}。これらの能力は、個人の資質や生活習慣が反映され易く、人間関係を築いていく上で欠かせない能力と言える。コロナ禍での実習期間中、学生は規律を順守し、他者と向き合い、丁寧に話を聴くことを継続的に努めたことが考えられる。また、それらに取り組みやすい学習環境であったことが推察される。

(2) 能力と能力要素に見られた相違

コロナ禍以前とコロナ禍の臨地実習での社会人基礎力では、「シンキング」とその能力要素『課題発見力、計画力、創造力』の伸長に大きな相違が見られ、コロナ禍では後期実習終了時まで伸長したのに対して、コロナ禍以前では後期実習終了時に平均値が低下していた。この要因をコロナ禍の臨地実習とコロナ禍以前の臨地実習の2つの視点から検討する。

まず、コロナ禍の臨地実習では、「シンキング」と『課題発見力、計画力、創造力』が伸長し続けた。その要因として臨地実習の制限を補うために導入された学内実習や在宅実習による効果があげられる。学内実習は、思考の整理と深化、知識理解などに効果的であり²⁸⁾、自律性が高まる学習成果が報告されている²⁹⁾。学内や在宅実習を取り入れたことで、先行研究と同様、学生が自己の学習過程に計画的に関与し、思考の整理が促されたことが考えられる。

一方、コロナ禍以前の臨地実習で「シンキング」と『課題発見力、計画力、創造力』が後期実習終了時に低下した要因として2つの可能性がある。一つ目は、臨地で看護過程の展開を行う中で、自己の知識や技術の不十分さや否定的な経験が積み重なり、学習へのネガティブな感情と状況が生じたことで能力の変動を来し³⁰⁾、後期実習終了時に平均値の低下をもたらしたことが考えられる。二つ目は、自己や他者の能力を正しく理解・評価できず、自分を過大評価するダニング=クルーガー効果³¹⁾の影響が考えられる。臨地実習で看護師の専

専門的な看護実践に触れ、自己の能力の未熟さに気づき、自己の認知の歪みが訂正され自己評価の修正がなされた結果、後期実習終了時に適正な能力評価が行われた可能性も否定できない。しかし、本研究では、ダニング=クルーガー効果を示す他の指標について測定を行っていないため、これ以上言及することはできないが、初学者が自己の能力を自己評価する際には、自己認知の歪みによる影響が潜んでいることを考慮する必要があると考えられる。

2. 社会人基礎力伸長への支援について

コロナ禍における臨地実習の制限によって、臨地で患者や看護師と直接的に関わり、その経験を通じた学びの機会が減少し、学生の社会人基礎力の伸長に時間を要した。しかし、その反面、代替として導入した学内や在宅実習によって学生は、じっくりと自己の課題に向き合い、知識や思考の整理を行うなどの時間が確保され、「シンキング」とその能力要素『課題発見力、計画力、創造力』が伸長したことが推察される。従って、コロナ禍のように限られた臨地実習では、学生が自分自身の学習に自律的に関与できるための教育的な関わりと、自己に向き合うための時間を確保した学習体制を整える工夫が社会人基礎力の伸長への支援に繋がることが示唆された。

3. 研究の限界

本稿では、臨地実習の進行と学生の社会人基礎力の推移について明らかになった。しかし、社会人基礎力の伸長に対する関連要因は明らかになっていない。社会人基礎力の評価は学生の自己評価のみであり研究の限界がある。個人評価の妥当性や他者評価なども交えて検討を行っていくことが必要である。また、社会人基礎力は、学生の特性、部活動やアルバイト経験などの影響を受けることが考えられるが、今回は多重比較のみの分析となっており、今後は重回帰分析などを用いて検討していく必要があると考える。

Ⅶ. 結 論

1. コロナ禍の臨地実習では、社会人基礎力合計と3つの能力「アクション」「シンキング」「チームワーク」は、臨地実習が進むにつれて平均値は高まり、後期実習終了時には実習開始時より有意に伸長していた。
2. コロナ禍の臨地実習では、社会人基礎力の12の能力要素『主体性・働きかけ力』『課題発見力・計画力・創造力』『柔軟性・状況把握力・ストレスコントロール力』は後期実習終了時、『実行力』『発信力・傾聴力』は前期実習終了時と後期実習終了時に実習開始時より有意な能力の伸長が見られた。
3. コロナ禍とコロナ禍以前の臨地実習では、能力の伸長時期に違いがあり、コロナ禍は後期実習終了時、コロナ禍以前は前期実習終了時に能力が有意に伸長する傾向が見られた。

4. コロナ禍における臨地実習では、学生が自律的に学習に関与し、自己に向き合う時間が確保できる学習体制の整備が社会人基礎力の伸長に繋が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。

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) 厚生労働省 (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, 2021年8月1日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/000636112.pdf>.
- 2) 文部科学省 (2021), 新型コロナウイルス感染症下における看護系大学の臨地実習の在り方に関する有識者会議 報告書 看護系大学における臨地実習の教育の質の維持・向上について, 2021年8月1日閲覧, https://www.mext.go.jp/content/20210608-mxt_igaku-000015851_0.pdf.
- 3) 文部科学省 (2017), 大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会, 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～, 2021年8月1日閲覧, https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf.
- 4) 市川裕美子:看護学生の実習前後における社会人基礎力の自己評価, 八戸学院短期大学研究紀要, 41, p.39-49, 2015.
- 5) 経済産業省 (2006), 社会人基礎力に関する研究会「中間取りまとめ」, 2023年8月11日閲覧, https://www.meti.go.jp/committee/kenkyukai/sansei/jinzairyoku/jinzaizou_wg/pdf/001_s01_00.pdf
- 6) 梅川奈々, 北尾良太, 新井祐恵, 他:成人看護学実習の前後で変化した看護学生の社会人基礎力, 第45回日本看護学会論文集 (看護教育), p.98-101, 2015.
- 7) 山本幸子, 田中マキ子:看護学臨地実習が社会人基礎力に影響を及ぼす要因, 第49回日本看護学会論文集 (看護教育), p.67-70, 2019.
- 8) 上野妙子, 山下幸代, 松本友子, 他:看護学生の社会人基礎力の変化についての検討, 第51回日本看護学会論文集 (看護管理・看護教育), p.147-150, 2021.
- 9) 早瀬麻子, 木下純子, 田尻后子:オンラインでの母性看護学実習における学習効果, 佛教大学保健医療技術学部論集, 15, p.29-44, 2021.
- 10) 戸村佳美, 緒方京, 我部山キヨ子:コロナ禍における母性看護学実習の工夫と評価, 看護教育, 62 (10), p.970-975, 2021.
- 11) 氏原恵子, 藤浪千種, 乾有紀, 他:急性期看護学実習における遠隔実習の実際と今後の課題, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 29, p.45-53, 2021.
- 12) 遠藤美穂子, 伊藤茉莉子, 黒木雅美, 他:コロナ禍の統合実習における実習形態の違いによる看護技術経験状況の現状と今後の課題, 研究紀要青葉 Seiyō, 13, p.25-36, 2021.
- 13) 白蓋真弥, 網木政江, 浅海菜月, 他:新型コロナウイルス感染症拡大における A 大学看護学生の卒業時看護実践能力到達度に関する調査—自己評価表を用いて—, 山口医学, 70, p.165-173, 2021.

- 14) 文部科学省 (2002), 看護学教育の在り方に関する検討会報告, 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて, 2022年9月11日閲覧,
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm.
- 15) 北島洋子, 細田泰子, 星和美: 看護系大学生の社会人基礎力の構成と属性による相違の検討, 大阪府立大学看護学部紀要, 17 (1), p.13-23, 2011.
- 16) 前掲書 4).
- 17) 前掲書 7).
- 18) 前掲書 4).
- 19) 前掲書 7).
- 20) 山本十三代, 阪上由美, 田中結華, 他: 在宅看護学領域における統合看護学実習前後の「社会人基礎力」の変化と実践場面との関連, 摂南大学看護学研究, 5 (1), p.27-36, 2017.
- 21) 箕浦とき子, 高橋恵 (編): 看護職としての社会人基礎力の育て方 専門性の発揮を支える 3つの能力・12の能力要素, 日本看護協会出版会, p.48-49, 2012.
- 22) 前掲書 7).
- 23) 前掲書 21) p.14-16.
- 24) 前掲書 19) p.62-63.
- 25) 前掲書 19) p.64-65.
- 26) 前掲書 21) p.144-146.
- 27) 小島尚子, 落合のり子: 看護系大学生の社会人基礎力の属性別の検討, 鳥根県立大学出雲キャンパス紀要, 12, p.19-28, 2017.
- 28) 野村美紀, 奥井良子, 長嶋祐子: コロナ禍における成人看護学慢性期実習の学生の学び—臨地実習と学内実習の両方を体験した学生の学びの認識—, 駒沢女子大学 研究紀要 人間健康学部・看護学部編, 4, p.59-70, 2021.
- 29) 松本文奈, 八巻真紀子, 高橋奈津子, 他: コロナ禍におけるオンラインと学内演習を組み合わせた成人看護学実習 (慢性期) の実践報告, 聖路加国際大学紀要, (8), p.133-138, 2022.
- 30) 前掲書 7).
- 31) Kruger, J., Dunning, D.: Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing ones Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments, *Journal of Personality and Social Psychology*, (77), p.1121-1134, 1999.

◇研究報告◇

急性期病院における二交替制勤務導入に伴った 育児中看護師のワーク・ライフ・バランスの変化

稲村尚子^{1)*}, 小林慈子²⁾, 根建繭子²⁾, 荻野博美²⁾, 塚原節子³⁾

本研究は急性期病院における二交替制勤務導入に伴った、育児中看護師のワーク・ライフ・バランスの変化を明らかにすることを目的に質問紙調査を行い、自由記述の内容を類似性によって分類してカテゴリー化した。その結果、6つのカテゴリーが抽出され、【時間のロスの軽減】【自分時間確保による生活の充実】のほかに【家族の一員として役割を果たせる充実感】がある一方【家庭内での役割遂行不足】が、【休息时间確保による心と体の安定】の一方で【長時間勤務による心身の疲労度の増加】の相反するカテゴリーが抽出された。この【家庭内での役割遂行不足】と【長時間勤務による心身の疲労度の増加】はネガティブな変化として捉えることができ、三交替制や二交替制の決められた枠にとらわれず個々の背景や希望に合うよう様々な勤務形態を提案することや、その時々で周囲が柔軟に対応・サポートできるような管理体制を整えることが必要と考えられた。

【キーワード】 看護師, 二交替制勤務, ワーク・ライフ・バランス, 育児

I. はじめに

看護師のワーク・ライフ・バランス(以下 WLB)について、内閣府¹⁾では、2007年「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」が策定された。また日本看護協会²⁾からも、看護師の離職を防ぎ、キャリアの維持・向上のため、WLBを重視した働き方を選択できるよう取り組みを行っている。しかし、女性看護師の割合が大きい看護の職場において、結婚・出産を経た看護師が働き続けるには多くの困難が伴い、子育てをしながらの仕事と家庭の両立を望んでいても、その困難さから離職を余儀なくされる現状がある。重本ら³⁾は、「自己の専門性を極め、後輩への指導やリーダーとしての役割を担うなど、看護の質を支える重要なポジションに立つ中堅看護師の不在は、ケアを提供する看護チームの安定が得られなかったり、質の高い看護の実践の実現に困難が生じたりする事も考えられる。」と述べており、医療・看護の質の保持・向上のためには、中堅看護師の離職防止が重要である。

齊藤⁴⁾は、過去5年間のレビューから中堅看護師が離職を思いとどまる要因を6つに分類し、そのうちの1つに、WLBへの配慮を挙げている。つまり、中堅看護師にあたる育児中

の看護師への離職を防止するためには WLB への取り組みが重要であると言える。このことから、子どもが生活の中心になりやすく、仕事・家庭・自己の生活の充実感を得にくい時期にある育児中看護師に多様な勤務形態を取れるよう支援することで、WLB の充実に繋がり離職防止やキャリアを積むことができると考える。

また、佐々木ら⁵⁾や窪之内ら⁶⁾の研究では、三交替制勤務と比較し二交替制勤務は、疲労度が少なく、満足度が有意に高かったと報告しており、WLB の観点からこれまで主流であった三交替制勤務から二交替制勤務への移行が全国的にも推進されている。

さて、A 病院 B 病棟では、育児休暇明けの看護師が多く配属されている。育児中のスタッフを支援するため、三交替制勤務をベースに時短勤務や夜勤の回数軽減など、すでに多様な勤務形態を取り入れていたが、このような背景の中 20XX 年 3 月より二交替制勤務が導入された。しかし、二交替制勤務推進とはいえこれまで慣れてきた勤務形態が変わることで生活様式に変化をもたらし、WLB に様々な影響をもたらしたことが予測できる。

これまでに二交替制勤務と WLB の研究は多数報告^{7)~9)}さ

受付日: 2022 年 5 月 16 日 / 受理日: 2023 年 9 月 12 日

1) 富山県立大学 元黒部市民病院 2) 黒部市民病院 3) 東京医療学院大学

* E-mail: s-inamura@pu-toyama.ac.jp

れているが、育児中の看護師に焦点を当てた研究は見当たらなかった。そこで今回、急性期病院における二交替制勤務導入に伴った育児中看護師のWLBの変化を明らかにすることを目的に本研究を行った。

Ⅱ. 目的

急性期病院における二交替制勤務導入に伴った、育児中看護師のワーク・ライフ・バランスの変化を明らかにする。

Ⅲ. 方法

1. 用語の定義

ワーク・ライフ・バランス(WLB):「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」¹⁰⁾を参考に、仕事、家庭生活、地域生活、個人の自己啓発など様々な活動について、自らが希望するバランスで展開できる状態とした。

二交替制勤務:本研究における二交替制勤務とは、A病院B病棟で導入した日勤(8時30分~17時15分)、長日勤(8時30分~20時30分)、夜勤(20時~翌日9時15分)の変則二交替制勤務のことを指す。

育児中看護師:本研究における育児中看護師とは、小学生以下の子どもを持ち、共に生活をしている看護師のことを指す。

2. 対象:本研究に同意の得られたA病院B病棟に勤務している小学生以下の子どもを持ち、三交替制勤務の経験がある二交替制勤務に従事している看護師13名。

3. 調査期間:20XX年9月

4. 調査方法:無記名自記式質問紙調査とし、二交替制勤務導入後のWLBの変化について、12項目以上を自由記述で回答を求めた。研究者より研究の主旨や本研究におけるWLBの定義、記載方法を説明した上で質問紙を直接対象者に配布し、記入後は施設内に設置された鍵付きの回収ボックスに各々が直接投函するように依頼した。回収ボックスは研究者が毎日中身を回収し鍵付きの引き出しにて保管した。

5. 分析方法:得られたデータを本研究の趣旨に沿った内容かを確認して一つの意味内容をコード化し、内容の類似性・差異性によりサブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。信頼性を確保するために、時間において研究者で何度もディスカッションしながらコードを見直しカテゴリー抽出を行った。その際質的研究を行っている研究者にスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究の趣旨・内容や、プライバシーの保護、研究不参加や研究参加を中断した場合でも不利益を被ることはないことを口頭および文章で説明し、質問紙の提出を持って研究に同意されたものとした。また、得られた情報や回収後の質問紙、USBデータは鍵付きの引き出しに厳重に管理を行うこと、研

究以外の目的では使用せず、研究発表後に書面はシュレッダーにかけて処分し、USBデータの内容はすべて削除すること、研究結果を学会や論文で発表する際には個人が特定されないことも併せて説明した。なお、本研究は黒部市民病院看護部倫理審査委員会の承認(承認番号2020-02)を得て実施した。

Ⅴ. 結果

アンケートより164コードが得られ、28のサブカテゴリーと6つのカテゴリーを抽出した。以下にカテゴリーは【 】でサブカテゴリーは< >で示した。【家族の一員として役割を果たせる充実感】には、<家族が喜んでくれるようになった><家族団らんが増えた><家族の家事育児負担が減った><子どもとの時間が増えた><子どもの世話ができるようになった><夜間の出勤がなくなり家族に安心してもらえるようになった><夜勤前に時間が出来て家事が出来るようになった>が、【休憩時間確保による心と体の安定】には、<体が楽になった><休息がとれるようになった><心の余裕が出来た><睡眠時間が確保できるようになった><生活リズムが整いやすくなった><体調がよくなった><まとまった休みが取れるようになった><休みがまとまり気持ちが楽になった>が、【時間のロスの軽減】には、<時間外勤務が減った><通勤回数が減った>が、【自分時間確保による生活の充実】には、<自分の時間が取れるようになった><生活が充実した>がそれぞれ抽出された。また、【家庭内での役割遂行不足】には、<家事育児が出来ず家族の負担が増えた><子どもがさみしがるようになった><子どもがさみしがるのを見て辛い><長日勤で帰宅が遅く子どもの生活リズムが崩れる>が、【長時間勤務による心身の疲労度の増加】には、<拘束時間が長くなった><身体的負担が増えた><体調管理に気を遣うようになった><疲れるようになった><生活リズムが変化した>がそれぞれ抽出された。カテゴリーの【家族の一員として役割を果たせる充実感】がある一方【家庭内での役割遂行不足】が、また【休憩時間確保による心と体の安定】がある一方で【長時間勤務による心身の疲労度の増加】が見られた。この【家庭内での役割遂行不足】と【長時間勤務による心身の疲労度の増加】の2つのカテゴリーはネガティブな変化としてとらえることができた。(表1)

Ⅵ. 考察

育児中の看護師のWLBは二交替制勤務導入により、ポジティブな変化とネガティブな変化とが混在して起こっていた。

1. ポジティブな変化について

1) 【家族の一員として役割を果たせる充実感】

二交替制勤務導入に伴い、子どもや家族と過ごす時間が増えたことや家事ができるようになったことで妻や母親としての役割を果たすことができるようになったと感じていることがうかがえる。上山ら¹¹⁾は、高齢化の進んだ地方都市での育

表1 二交替勤務導入に伴った育児中看護師のワークライフバランスの変化

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族の一員として役割を果たせる充実感	家族が喜んでくれるようになった	子どもと触れ合う時間が増えて同居の両親も喜んでいる。 家族も、家にいる時間が多くなったと感じてくれている。
	家族団らんの時間が増えた	夫や子どもと過ごす時間が増えた。
	家族の家事育児負担が減った	義実家に子どもを預けることが少なくなった。 家事や育児を済ませてから夜勤に行けるため、夜勤をしても家族に負担をかけにくくなった。
	子どもの時間が増えた	学童に預ける日数が3交替と比べ半分以下になった。 夜勤明けも含め、平日休みが増えたので、子どもとゆったり過ごせる。
	子どもの世話ができるようになった	夜勤が20時からなので、子どもの下校～夕食・お風呂までできる。 保育園の送迎ができる日が増えた。
	夜間の出勤がなくなり 家族に安心してもらえるようになった	真夜中に出勤したり、帰宅することがなくなり、家族は安心できると言っている。 夜中に出勤することがなくなり、家族の心労が減った。
	夜勤前に時間が出来て 家事ができるようになった	夜勤前に家事や用事をしていくことができる。 夜勤前は日中フリーになるため家事はいろいろできる。
	体が楽になった	日勤→深夜入りがないため、体が辛くない。 3交替よりも体が楽。(疲労度軽減)
	休息が取れるようになった	夜勤明けのあとは必ずお休みが付くので体が休まる。 長日勤後から夜勤まで時間があるのでしっかり休息を取って仕事できる。
	心の余裕が出来た	日勤→深夜入りがなく、早く帰らなければとの精神的焦りがなくなった。 2交替が合っており、3交替の時より仕事に対する嫌悪感が減った。
ポジティブな変化	睡眠時間が確保できるようになった	日勤深夜による睡眠不足が解消された。 「すぐ眠たい」状態で仕事をすることが減った。
	生活リズムが整いやすくなった	2パターンなので生活リズムが作りやすい。 夜勤(準、深)が月9回から、月4回に減り規則正しい生活が送れるようになった。
	体調がよくなった	休日体を休めていることが多い分、体調は以前より良いと思う。 体調がいい気がする。
	まとまった休みが取れるようになった	連休が増えた気がする。 休みの日が多く(明け→休み)になった。
	休みがまとまり気持ちよくなった	夜勤明けのあとは必ず休みがあり気持ち的にも楽々?余裕がある。 夜勤明けが必ず休日となるのでうれしい。
	時間外勤務が減った	時間外が減った。 各勤務、業務が終わったらすぐ帰れるような雰囲気になっている。
	通勤回数が減った	病院と自宅を行ったり来たりする回数が減り、精神的に良い。 夜中に出勤したり帰宅しなくてよいのが良い。
	自分の時間が取れるようになった	自己研鑽の意欲が出た。 休みの日を自分の時間に回せるようになった。
	生活が充実した	連休は取りやすく、仕事と休日のメリハリがつく。 休みが長く(多く)感じることができ、リフレッシュできる。 拘束時間が長いので、家族の協力ができないことがある。
	ネガティブな変化	家事育児が出来ず 家族の負担が増えた
子どもがさみしがるようになった		子どもはまだ起きている時間帯に夜勤に行くので泣いて寂しがらる。
子どもがさみしがるのを見て辛い		夜ご飯の時間帯に夜勤に出勤するため、小さい子どもには大変。
長日勤で帰宅が遅くなる		長日勤の帰りが遅くなったり、夜勤入りの日は子どもの寝かしつけが出来ない日が続くことがある。
子どもの生活リズムが崩れる		長日勤後、帰宅すると子どもの就寝時間とかぶり、起きてきてしまう。
拘束時間が長くなった		20時～9時15分と勤務時間が長く疲れる。
身体的負担が増えた		長時間勤務で2回のおむつ交換は腰に負担が来た。(入院数の約40%の患者がおむつ使用中)
体調管理に気を遣うようになった		夜勤の前は休むようにしている。 体調管理に気を遣う。
疲れるようになった		夜勤明けの疲労感が大きく、なかなか疲れが取れない。 勤務時間が長く拘束時間も長いので、疲れはたまりやすい。
生活リズムが変化した		準夜明け、家族みんな寝ているときに、一人でお酒を飲みながら好きなテレビを観るという時間が無くなった。

※コードは抜粋して一部のみ表示

児期の母親は性別分業役割意識を説明する有効な指標である性差観が強い傾向であったと報告している。このことより、地方病院である A 病院も都市部の病院に比べ性別分業の意識が強くあることが推測される。男女共同参画が進められ、夫の家事協力も得られてはいるが、「夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである」という性別分業の意識がまだ生活の中に深く根付いており、女性が仕事に就いていたとしても家事も育児も中心となりこなさなくてはならない現状があると考えられた。そのような状況で三交替制勤務を行っていた際には、家事育児を夫や(義)両親に依頼し出勤しており、妻や母親としての役割を果たせていないという潜在的なストレスとなっていたと推察される。二交替制勤務導入によりそれらを家族に依頼する機会が減り、自分自身で果たせる時間ができたことが充実感に繋がったと考えられた。

また、本島ら¹²⁾の研究では家族とのコミュニケーションは精神的サポートになり WLB の満足度を高くしていると報告している。家族と過ごす時間が増え、必然的にコミュニケーションも多くなったことで、これまでより精神的サポートが得られる状況になったことも充実感に繋がっていることが推察された。

2) 【休息時間確保による心と体の安定】

二交替制勤務は夜勤がまとまり、月に 4~5 回であるのに対し、三交替制勤務では夜勤が 8~9 回と多く、バイオリズムに逆行する日が多いため体の疲労に繋がりがやすい。また、佐々木ら¹³⁾は、三交替制勤務は生体リズムへの影響が大きく、二交替制勤務の方がリズムを整えながら勤務を遂行できると述べているように、二交替制勤務導入により生体リズムが整い、体調の良い変化を感じていることがうかがえる。また、日勤後の深夜入り勤務がなくなったことでこれまでよりも夜勤前に睡眠時間が確保できるようになったことや、二交替制勤務では夜勤の翌日は必ず休日と決まっており、休日が長くなったような感覚となって、時間的余裕も出来たのではないかと考えられる。このように、三交替制勤務に比べパターン化された勤務体制であることが十分な休息時間の確保に繋がりが心身ともに安定した状況に変化したと推察された。

3) 【時間のロスの軽減】

夜勤がまとまったことで総出勤回数が減ったことはもちろん、準夜勤の帰宅時や深夜勤務の出勤時の真夜中での移動がなくなったことが時間的なロスの軽減と安心感をもたらしていると推察される。また、長日勤者が日勤として勤務してい

ることで夜勤への引継ぎがスムーズとなり時間外勤務が減ったと感じている。本研究では三交替制勤務時と二交替制勤務導入後の時間外勤務を比較していないため、実際の時間的変化は確認できないが、対象者からは『時間外が減った』というコードが多く得られており、時間外勤務の減少を自覚している様子がかがえた。時間外勤務は WLB を崩す代表的な要因¹⁴⁾とされており、時間外勤務が減ったことで WLB が取れた状態に変化させていると考えられた。

4) 【自分時間確保による生活の充実】

これまで述べたように、二交替制勤務導入により時間のロスが減り、休息時間や家事育児にかかる時間が確保されたことで、多彩なライフイベントのある育児中の看護師が、自分のために使える時間が増え、生活が充実したと実感している様子がかがえる。中井らも「生活にゆとりが高いと精神的健康度が高く、WLB の満足が高くなる」¹⁵⁾と述べており、自分時間の確保が WLB に良い変化を与えたと考えられた。また、近末らは「子育て中の看護職は、仕事・家庭・自己の生活の充実感が互いに好循環することで、子育てをしながら看護職として働く生活を楽しむことができ、看護専門職として自ら描くキャリア・デザインを中断することなく、成長し続けることができる」¹⁶⁾と述べており、離職防止の面でも WLB が取れた生活を送ることが、看護師として成長しながら働き続けることに繋がると考える。

2. ネガティブな変化について

1) 【家庭内での役割遂行不足】

ポジティブな変化では主に夜勤での負担が軽減されたことによるものであったが、一方では長日勤や夜勤の出勤時間の影響によるネガティブな面としての WLB の変化も見受けられた。長日勤での勤務時は夕食や風呂、寝かしつけという忙しい時間帯に自宅に母親がおらず、それらが一段落したところに帰宅となる。また、夜勤の出勤時は子どもがさみしがる姿を見るのが辛いといった、他の家族に負担をかけてしまうことや子どもの生活リズムや心のバランスが崩れてしまうことに苦痛を感じている様子がかがえる。これらも母親、妻としての役割を果たさなければならないという性役割分担の意識によるものの影響が大きいと推察された。

高見らは、「子育て看護師の WLB を実現させるには、まず育児中の看護師が仕事と生活のどちらに重点を置くかを把握し、個々の意向に沿った柔軟性のある支援を進めていく必要がある」¹⁷⁾と述べている。家族関係や子の精神状態も看護師の WLB へ大きな影響をもたらすことは容易に推測できる。その時々で個人が仕事と生活のどちらに重きを置き、どのような働き方を望んでいるのかを把握したうえで二交替制勤務の枠にとらわれずに意向に沿った勤務形態がとれるように配慮する必要があると考えられた。

2) 【長時間勤務による心身の疲労度の増加】

長日勤は 12 時間拘束、夜勤では 13 時間 15 分拘束であり、三交替制勤務に比べ、拘束時間が長いことで身体的・精神的

負担が増え、心身の疲労度を増加させていることが確認できる。特に長日勤は、日勤からの引継ぎから夕食後までの看護ニーズが増大する時間帯にも勤務をするため疲労感が強いことが推測される。しかし、佐々木ら¹⁸⁾の二交替制勤務と三交替制勤務とを比較した論文では、二交替制勤務の方が勤務中の休憩時間の長さや次の勤務までのインターバルが長いこと、疲労回復が早く、蓄積疲労も低くなっていると報告している。今回の研究対象者が育児中の看護師であり家庭においても様々な役割を担っていることや、勤務時間が長くなることにより、定期的に行われる身体的負荷の大きいおむつ交換などの実施回数が一勤務時間帯で増えてしまうこと、長時間の勤務に備え十分に休みを取らなくてはならないという思いからこのような結果が出てきたものと推察された。

3. ワーク・ライフ・バランスの変化について

本研究で抽出された 6 つのカテゴリーから、二交替制勤務を導入することによって時間確保ができ、それにより家族の一員としての役割を果たすことができたり、心と体の安定や生活を充実させたりすることができると考えられる。しかしその反面、家庭内に不在となる時間も長くなり、家庭への負担や子どもの反応などから家庭内での役割を充分果たすことができないことや、長時間勤務での拘束が疲労度を増していることも分かった。今回家庭内での役割に関する同居家族の有無、両親等からの協力の有無、子どもの数などの調査をしなかったため、これらのこととの関連を考察することが出来なかった。このネガティブと捉えることのできるカテゴリーには家族の状況との関連が推察される。本研究の結果を基に、育児中看護師への支援として、三交替制や二交替制の決められた枠にとらわれず個々の背景や希望に出来るだけ合うような勤務形態を提案することや、その時々で周囲が柔軟に対応・サポートできるような管理体制を整えていくことが必要と考えられた。

VII. 結 論

急性期病院において二交替制勤務導入に伴い、育児中看護師の WLB の変化として、6 つのカテゴリーが抽出された。

【時間のロスの軽減】【自分時間確保による生活の充実】のほかに【家族の一員として役割を果たせる充実感】がある一方【家庭内での役割遂行不足】が、【休息時間確保による心と体の安定】の一方で【長時間勤務による心身の疲労度の増加】の相反するカテゴリーが抽出された。この【家庭内での役割遂行不足】と【長時間勤務による心身の疲労度の増加】の 2 つのカテゴリーはネガティブな変化としてとらえることができた。

本研究の限界

本研究は二交替制勤務導入に伴った、育児中看護師の WLB の変化を明らかにしたが、1 施設の 1 病棟に勤務する看護師のみを対象としており、対象者数が少ないこと、また結果に家族の状況や地域性が影響していることが考えられ、一般化

するには限界がある。しかし A 病院での育児中の看護師の二交代勤務による WLB の変化への対応・対策の参考として十分に活用できるものと考えられる。

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) 内閣府, 男女共同参画局, 仕事と生活の調和推進室, 「仕事と生活の調和」推進サイト, 2021 年 1 月 23 日閲覧,
http://www.cao.go.jp/wlb/government/20barrier_html/20html/charter.html.
- 2) 公益社団法人, 日本看護協会, 看護職のワーク・ライフ・バランス, 2021 年 1 月 23 日閲覧,
<http://www.nurse.or.jp/wlb/about/summary/index.php>.
- 3) 重本津多子, 室津史子: 異なる組織基盤をもつ看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトと主観的職務満足に関する研究, ヒューマンケア研究学会誌, 6 (2), p.35-40, 2015.
- 4) 齊藤茂子: 中堅看護師はなぜ離職するのか — 最近 5 年間の統合的レビュー —, 東洋大学大学院紀要, 54, p.385-405, 2017.
- 5) 佐々木ふみ, 萱沼さとみ, 川口智美, 他: 二交代制勤務看護師の疲労度, 満足度に関する文献検討—三交代制勤務との比較—, 国立看護大学校研究紀要, 10 (1), p.49-56, 2011.
- 6) 窪之内麻未, 中田菜摘: 3 交代制勤務・2 交代制勤務における職務満足度の比較, 北見赤十字病院誌, 2 (1), p.1-5, 2015.
- 7) 本島栄那美, 富樫千秋, 土井徹, 他: 既婚女性看護師のワーク・ライフ・バランスの満足感とその関連要因, 日本健康医学会雑誌, 26 (1), p.7-16, 2017.
- 8) 中井正美, 織田侑里子, 高橋侑子, 他: 病院に勤務する看護師のワークライフバランスと精神的健康度の関連, 日本健康教育学会誌, 19 (4), p.302-312, 2011.
- 9) 近末清美: 子育てをしながら病院に勤務する看護職のワーク・ライフ・バランスと職業キャリア成熟との関連性, 日本看護管理学会誌, 19 (2), p.67-75, 2015.
- 10) 前掲 1).
- 11) 上山直美, 岸川亜矢, 杉山智春: 性別役割分業意識と家事分担およびソーシャル・サポートの利用性とストレスとの関連-X 島に居住する育児期の母親の実態調査-, 関西看護医療大学紀要, 1 (1), p.15-24, 2009
- 12) 前掲 7).
- 13) 前掲 5).
- 14) 前掲 7).
- 15) 前掲 8).
- 16) 前掲 9).
- 17) 高見彩那, 金子さゆり: 未就学児を持つ看護師の子育て支援の現状と満足度, 名古屋市立大学看護学部紀要, 14, p.61-69, 2014.
- 18) 前掲 5).

◇研究報告◇

特定機能病院に就業する看護師のキャリア別にみた ジェネレーションギャップ

— 離職者を出さない働きやすい職場環境とは —

今川萌子¹⁾*, 田口郁実¹⁾, 若井和子²⁾

本研究の目的は、特定機能病院で働く看護師のジェネレーションギャップを明らかにし、働きやすい職場環境を考察することである。対象は看護師（新人・中堅・看護管理者）197名で、3つの視点（看護観・価値観・世代観）から質問紙調査を実施した。結果、看護観では、【患者家族感謝の言葉】が新人の看護の喜びとなり、看護管理者は、【患者苦情】にストレスを感じていた。価値観においては、離職要因が新人では、想定外の【患者暴力】であり、看護管理者は、【家庭との両立難しい】であった。離職しない理由は、新人では特定機能病院で【経験積む】こと、【奨学金返済】が困難なためであり、中堅は【人間関係良い】であった。世代観では、新人のストレスに【昔の言葉わからない】があったが、看護管理者は【スタッフの成長】が喜びであった。働きやすい職場環境とは、世代観を認め合い、看護の喜びを感じ合える職場の人間関係づくりが示唆された。

【キーワード】 看護師, キャリア, ジェネレーションギャップ, 離職, 職場環境

I. はじめに

わが国では、2007年に制定された「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」を契機に、日本看護協会においてもワーク・ライフ・バランスが重要視された。しかし、2019年において正規雇用の看護師離職率10.7%、新卒採用者7.8%の実績¹⁾は、2010年から現在まで横這い状態である。多くの看護師雇用を必要とする特定機能病院は、400床以上の病床数を有し、高度医療を提供するために毎年、多くの看護師が採用されている。その反面、離職者も多く、看護師配置の最低基準を満たすために組織的に離職防止に努めている。筆者が所属する特定機能病院においても、看護師の教育指導体制整備や看護管理者研修など離職防止対策に努めているが、離職が毎年続く現状にある。筆者自身が新人看護師、先輩看護師とのキャリア間における人間関係や、看護への思い、価値観に対するギャップを感じるがあった。

そこで、筆者らは、離職の要因には経験年数による看護観、職場の人間関係、キャリア志向などのジェネレーションギャップが関係しているのではないかと考え「看護観」「離職」「働きやすさ」「ジェネレーションギャップ」「特定機能病院」

をキーワードとして文献検索を行った。経験年数毎に看護観、職場の人間関係、キャリア志向などを抽出し文献検討を行った。先行研究には特定機能病院におけるジェネレーションギャップに関する文献が見当たらなかった。

そこで本研究は、ジェネレーションギャップを「看護観」「価値観」「世代観」の3つの視点に分類し、特定機能病院に就業する看護師のジェネレーションギャップを明らかにすることで、働きやすい職場環境に整えるための示唆を得た。

<用語の定義>

ジェネレーションギャップとは、広辞苑²⁾によると、「世代間に生ずる知識・関心・考え方などの違い。世代間格差。」とあり、本研究においては、看護師キャリアに生ずる「看護観」「価値観」「世代観」の相違とした。「キャリア」とは新人看護師、中堅看護師、看護管理者の看護師経験歴とした。キャリア別経験年数は、日本看護協会の『新人職員ガイドライン』³⁾に準じ、看護師経験1年未満を「新人看護師」とした。「中堅看護師」は齋藤⁴⁾の報告で多く用いられていた中堅看護師の定義をもとに看護師経験5年以上10年未満とした。「看護管理者」は管理職として職位が副主任以上とした。「看護観」「価値観」「世代観」は看護師経験歴と共に変化していくため、対象をキャリア別に選定した。

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 川崎医科大学附属病院 2) 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科

* E-mail : imagawa.1212@gmail.com

Ⅱ. 目 的

本研究は、特定機能病院に就業する看護師のジェネレーションギャップを明らかにし、働きやすい職場環境について考察することを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 対象の選定

特定機能病院 A 施設に就業している看護師 197 名を対象とした。

2. 調査方法および調査内容

1) 調査方法

筆者らは、先行研究^{5) 6) 7)}で明らかにされている離職の要因と離職を留まる要因を書き出し、類似する内容をグループにまとめ、看護または患者への思いに関する内容を「看護観」、仕事に関する内容を「価値観」、人間関係に関する内容を「世代観」の3つの視点に分類した。これら3つの視点をもとに質問紙調査票を作成した。調査方法は、対象者の個人的な思いを把握するために、自由記載とした。

2) 調査内容

調査内容には、(1) 属性(年齢、経験年数、配偶者の有無)、(2) 看護観(①看護をしている中で喜びを感じる、②看護をしている中でストレスを感じる)、(3) 価値観(③仕事を続けている理由、④看護師を辞めたいと思った理由)、(4) 世代観(⑤職場の人間関係で喜びを感じる、⑥職場の人間関係でストレスを感じる、⑦先輩・後輩間でジェネレーションギャップを感じたこと)を質問項目とした。

3. 調査期間

調査は、2020年12月4日から同年12月21日まで実施した。

4. 分析方法

分析にはNTT数理システム Text Mining Studio Ver.5.2を用いた。まず、係り受け頻度解析を行い、単語の出現頻度を集計した。設定は話題一般とし、係り元品詞を名詞、係り先品詞を形容詞・形容動詞・動詞・サ変接続に選択し、上位15件を抽出した。次に、係り受け頻度解析で上位50件の単語を抽出し、原文と照合しながら単語をまとめ、グループ名を付けてグルーピングした。さらに、各キャリアに特徴的に出現するグループ名を統計的に判定するために、特徴語抽出(抽出指標:カイ二乗値)を行った。特徴語分析のカイ二乗指標値は自由度1のカイ二乗検定の統計量と同じであり、有意水準 $\alpha=0.05$ を指標値3.84、 $\alpha=0.01$ を指標値6.63に従い分析した。本稿において、抽出単語を〔 〕、グループ名を【 】, 原文を“ ”で表示した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、川崎医科大学・同附属病院倫理委員会の承認(No.5097)を得て実施した。対象者への同意の確認は、質問

紙調査票に同意チェック欄を設け、自由な意思による決定とし、回収用封筒に入れ、厳封して研究者宛に提出とした。また、個人情報保護のため、使用する調査票を無記名とし、研究成果を公表の際は対象者の所属名称および部署を記載せず、個人が確定できないようにすることを確約した。

Ⅴ. 結 果

質問紙調査票の配布数は197件、回収は128件(64.9%)であり、有効回答126件を分析対象とした。

1. 対象者の属性

対象者の平均年齢は、33.1(SD±10.7)歳であり、20歳代69名(54.8%)、30歳代19名(15.1%)、40歳代24名(19.0%)、50歳代14名(11.1%)であった。看護師全体の経験平均年数は、11.5(SD±10.4)年であり、新人看護師は全体の26.2%(33名)、中堅看護師は36.5%(46名)、看護管理者は37.3%(47名)であった(表1)。

2. 3つの視点における単語頻度解析

各質問項目を係り受け頻度解析した結果、上位3位について述べる。

1) 看護観における単語頻度

「看護をしている中で喜びを感じる」とは、〔患者-感謝〕14件、〔患者-いう〕13件、〔元気-退院〕11件であった(図1)。「看護をしている中でストレスを感じる」とは、〔ストレス-感じる〕5件、〔患者-対応〕4件、〔患者-理不尽〕他4単語が各3件であった(図2)。

2) 価値観における単語頻度

「仕事を続ける理由」は、〔福利厚生-良い〕7件、〔やる-感じる〕〔奨学金-借りる〕各5件、〔給料-良い〕4件であった(図3)。「看護師を辞めたいと思った理由」は、〔看護師-向く+ない〕5件、〔インシデント-起こす〕〔看護師-辞める+したい〕各4件、〔インシデント-続く〕他2単語が各3件であった(図4)。

3) 世代観における単語頻度

「職場の人間関係で喜びを感じる」とは、〔声-かける〕7件、〔後輩-成長〕6件、〔スタッフ-成長〕他2単語が各5件であった(図5)。「職場の人間関係でストレスを感じる」とは、〔ストレス-感じる〕8件、〔気-使う〕6件、〔人-いる〕6件、〔悪口-いう〕

表1 対象者の属性

n=126	
平均年齢	33.1(SD±10.7)歳
	人数(%)
20歳代	69(54.8)
30歳代	19(15.1)
40歳代	24(19.0)
50歳代	14(11.1)
看護師経験平均年数	11.5(SD±10.4)年
	人数(%)
新人看護師:1年未満	33(26.2)
中堅看護師:看護師経験5年以上10年未満	46(36.5)
看護管理者	47(37.3)

他5単語が各3件であった(図6)。「先輩・後輩間でジェネレーションギャップを感じたこと」は、「ジェネレーションギャップ-感じる」他5単語が2件であり、他は1件であった(図7)。

3. キャリアに特徴的に出現するグループ名

各キャリアにおいて、ジェネレーションギャップとして抽出されるグループ名の指標値を特徴語抽出により示した(表2)。

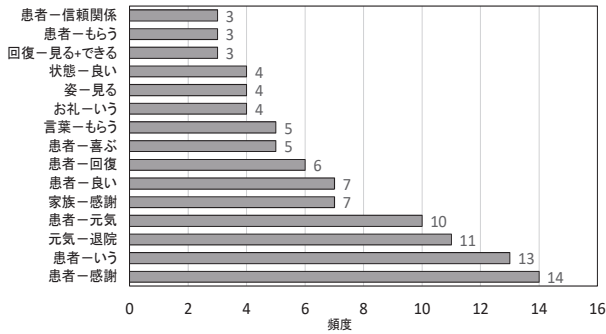


図1 看護観：看護をしている中で喜びを感じること (係り受け頻度解析)

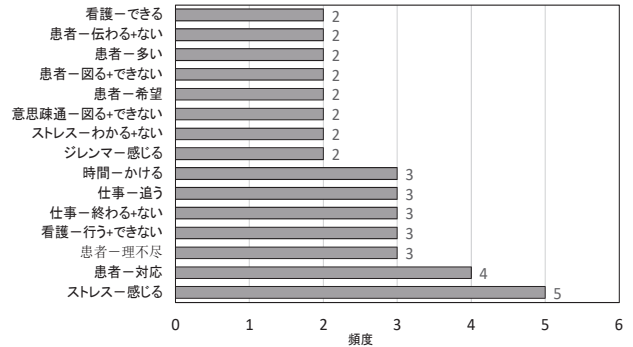


図2 看護観：看護をしている中でストレスを感じること (係り受け頻度解析)

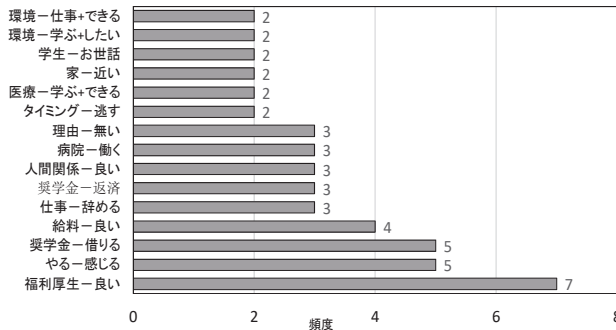


図3 価値観：仕事を続けている理由 (係り受け頻度解析)

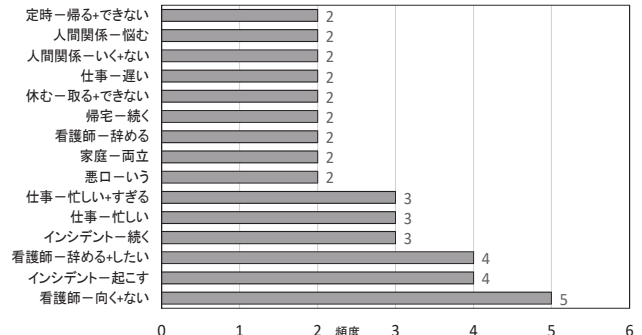


図4 価値観：看護師を辞めたいと思った理由 (係り受け頻度解析)

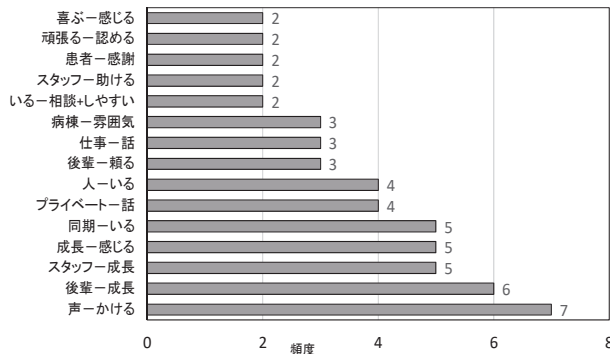


図5 世代観：職場の人間関係で喜びを感じること (係り受け頻度解析)

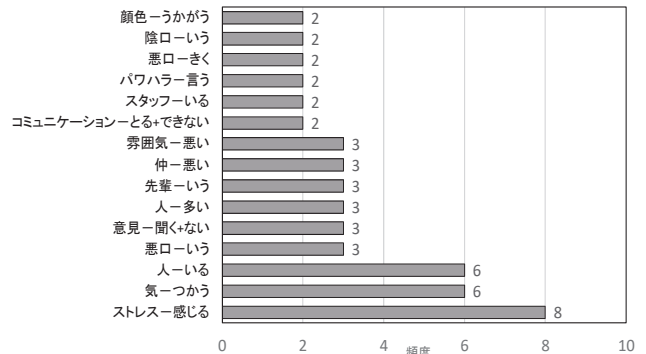


図6 世代観：職場の人間関係でストレスを感じること (係り受け頻度解析)

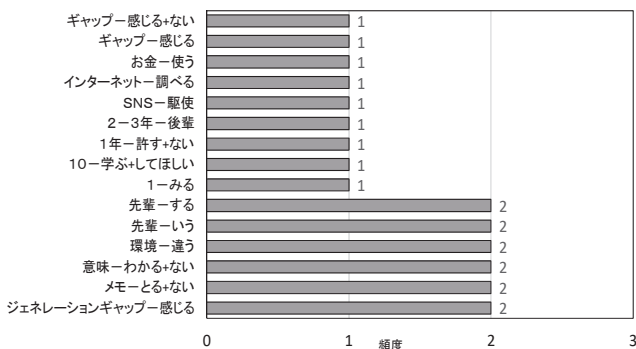


図7 世代観：先輩・後輩間でジェネレーションギャップを感じたこと (係り受け頻度解析)

表2 キャリア別に見たジェネレーションギャップ

3つの視点	新人看護師				中堅看護師				看護管理者			
	質問項目	グループ名	頻度	指標値	グループ名	頻度	指標値	グループ名	頻度	指標値		
看護観	看護をしている中で喜びを感じること	患者家族感謝の言葉	17	5.86 *	患者退院	9	0.56	患者スタッフ褒める	2	3.38		
		患者信頼関係	5	0.62	患者家族感謝の言葉	18	0.18	患者喜ぶ	6	2.33		
		行った看護良い	3	0.14	患者信頼関係	6	0.05	患者回復	16	1.77		
看護をしている中でストレスを感じる	患者関係性	1	0.56	行った看護良い	4	0.03	患者退院	10	1.56			
	患者理不尽	2	0.46	患者意思疎通	5	3.06	患者苦情	4	3.90 *			
	知識経験	2	0.14	医師ジレンマ	3	0.68	勤務変更	1	1.62			
価値観	仕事を続けている理由	奨学金返済	5	9.03 **	患者関係性	1	0.22	多重責務	17	0.33		
		経験積む	3	4.83 *	患者理不尽	2	0.07					
		学ぶ環境高度医療	5	2.13	人間関係良い	4	4.18 *	家族養う	2	2.82		
		希望した病院	2	2.11	福利厚生が良い	6	2.52	看護の質が良い	2	2.82		
					辞める理由がない	8	0.89	給料良い	5	2.68		
世代観	職場の人間関係で喜びを感じる	患者暴力	1	4.48 *	辞めるタイミング逃す	1	0.15	やりがいある	7	0.86		
		看護師向かない	3	2.24	経験積む	2	0.02	慣れた環境	6	0.80		
		インシデント起こす	2	0.54	奨学金返済済	3	0.00	希望した病院	2	0.11		
職場の人間関係でストレスを感じる	仕事忙しい	2	0.26	インシデント起こす	5	2.74	辞めるタイミング逃す	1	0.05			
	残業続く	1	0.12	同僚や先輩の退職	1	1.37	学ぶ環境高度医療	6	0.01			
				思う看護できない	3	0.68						
依り受け抽出単語グループベニング後の特徴語抽出指標(カイ二乗値)	先輩・後輩間でジェネレーションギャップを感じたこと	先輩同期と良い関係	10	2.37	先輩との関係	7	1.34	家庭両立難しい	4	6.79 **		
		職場の良い雰囲気	13	1.45	先輩同期と良い関係	7	1.34	勤務変更できない	3	2.37		
		先輩との関係	7	11.90 **	職場の良い雰囲気	8	0.07	職場人間関係	4	1.13		
特徴語分析のカイ二乗指標値は自由度1のカイ二乗検定の統計量と同じ	昔の言葉わかない	スタッフ間仲悪い	2	0.10	悪口きく	6	3.42	思う看護できない	2	0.00		
					バワハラと言われる	2	3.24	先輩との関係	2	0.00		
					上司と部下の板挟み	3	2.34	先輩との関係	2	0.00		
	昔の言葉わかない	難しい仕事頼まれる	1	1.59	上司との関係	1	1.59	上司が認めてくれる	4	1.72		
		気がつかう	4	0.13	上司との関係	4	0.13	医師が威圧的	3	2.61		
					常識ない態度	7	1.03	コミュニケーション取れない	4	2.47		
	昔の言葉わかない	SNS駆使	1	0.96	難しい仕事頼まれる	3	2.34	スタッフ間仲悪い	4	1.34		
		行動驚かす	1	0.96	気をつかう	4	0.13	上司との関係	3	0.46		

* 有意水準 $\alpha=0.05$ -> 指標値 3.84
** 有意水準 $\alpha=0.01$ -> 指標値 6.63

1) 看護観において特徴的なグループ名

「看護をしている中で喜びを感じる」とについては、新人看護師の【患者家族感謝の言葉】5.86が有意差を示し、「看護をしている中でストレスを感じる」とは、看護管理者の【患者苦情】3.90が有意差を示した。看護観のジェネレーションギャップは、【患者家族感謝の言葉】が新人看護師にとって看護の喜びであり、看護管理者は【患者苦情】が看護のストレスに感じていることが特徴であった。

2) 価値観において特徴的なグループ名

「仕事を続ける理由」について、新人看護師では、【奨学金返済】9.03および【経験積む】4.83、中堅看護師では【人間関係良い】4.18が有意差を示した。「看護師を辞めたいと思った理由」については、新人看護師の【患者暴力】4.48が有意差を示し、看護管理者では【家庭両立難しい】6.79が有意差を示した。価値観のジェネレーションギャップは、【奨学金返済】と【経験積む】が新人看護師の仕事をする理由であり、中堅看護師は、【人間関係良い】ことが仕事を続ける理由であった。看護師を辞めたいと思った理由には、新人看護師の【患者暴力】と看護管理者の【家庭両立難しい】ことが特徴であった。

3) 世代観において特徴的なグループ名

「職場の人間関係で喜びを感じる」とについて、看護管理者の【スタッフの成長】15.06のみが有意差を示した。「職場の人間関係でストレスを感じる」とは、新人看護師の【先輩との関係】11.90のみが有意差を示した。「先輩・後輩間でジェネレーションギャップを感じたこと」について、新人看護師の【昔の言葉わからない】12.98に有意差を示した。世代観のジェネレーションギャップは、看護管理者が【スタッフの成長】を職場の人間関係で喜びを感じており、新人看護師は、【先輩との関係】でストレスを感じ、先輩・後輩間においてジェネレーションギャップを感じたのは【昔の言葉わからない】が特徴であった。

VI. 考 察

1. 看護観におけるジェネレーションギャップ

新人看護師は、新人看護職員ガイドラインに準じ、プリセプターによる教育指導期間中にあった。就業後1年以内は看護職者としてのキャリアの不足や職場環境への適応度が疲労に関与し、ネガティブになり易い⁸⁾。そのため、新人看護師が離職する理由には看護の実践能力の不足、自信の無さによる精神的落ち込みなどがあり⁹⁾、このような時期に【患者家族感謝の言葉】は、自分の看護に自信がもて、看護に対する喜びを感じることに繋がったと言える。

中堅看護師の看護観においては有意なグループ名を認めなかったが、【患者家族感謝の言葉】は新人看護師と同様、看護の喜びにつながっていた。また、中堅看護師は、全体の状況を認識することができる立場にあり¹⁰⁾、役割に対する「やりがい感」と「負担感」の同時認知を体験するため、アンビバ

レント状況が高くなる傾向がある。【患者退院】は、看護管理者と共通のグループ名として抽出され、看護の喜びとして「やりがい感」を体験していた。その反面、【患者意思疎通〔意思疎通-図る+できない〕】によるストレスは、「負担感」の体験に相当する。中堅看護師のアンビバレント状況は、キャリア発達におけるプロセスの一つの段階途上にあり¹¹⁾、上司が役割内容を調節し任務遂行することが必要である。

看護管理者がストレスに感じる【患者苦情】は、自部署の看護実践改善にもつながる重要な情報の一つであり、業務内容や人材調整などマネジメントを必要とする。このような看護管理者の行動は、『病院看護管理者のマネジメントラダー日本看護協会版』¹²⁾の質管理能力（患者の生命と生活、尊厳を尊重し、看護の質を組織として保証する力）として求められているため、看護管理者がストレスに感じた結果になったと考えられる。

キャリア間において看護観のジェネレーションギャップに共通していたことは、患者と家族の感謝の言葉や信頼関係が得られ、患者が元気に退院することが看護の喜びであった。一方、新人看護師と中堅看護師は、喜びもストレスも患者の言動が特徴的に影響していたが、看護管理者は患者の苦情や勤務変更など、マネジメントに関することがストレスに感じる特徴になったことがキャリア間における相違点であった。

2. 価値観におけるジェネレーションギャップ

新人看護師が辞めたいと思った理由には、【患者暴力】“患者さんから暴力があったとき、蹴られる・叩かれる・精神的なストレスを受けたとき”であった。新人看護師にとって、患者から暴力を被ることは想定外であり、日頃の自信の無さが【看護師向かない】と思わせ、患者の暴力による危機的体験から離職に至ることが考えられる。しかし、離職する場合、【奨学金返済】が必要であり、就業8カ月目の新人看護師には奨学金の返済は困難である。これに共通して中堅看護師も【奨学金返済】のため、特定機能病院において高度な医療と質の高い看護を学び【経験積む】ことが仕事を続けている理由であると考えられた。

中堅看護師は同じ職場で5年以上就業しており、同僚や上司との【人間関係良い】ことが強みである。中堅看護師が離職をとどまる要因には、周囲からの承認・支えやスキルアップへの支援など¹³⁾があり、【福利厚生が良い】ことで【辞める理由がない】ため仕事を継続している。

看護管理者は、職務内容や責任の範囲ではなく病院看護管理者が獲得すべき能力を目標職位としてラダーⅠ～Ⅳ（Ⅰ主任、Ⅱ看護部長、Ⅲ副看護部長、Ⅳ看護部長）のレベル取得過程にある。レベル毎に「組織管理能力」「質管理能力」「人材育成能力」「危機管理能力」「政策立案能力」「創造する能力」が求められている。【看護の質が良い】と自部署が認められることは、病院看護管理者としての能力を高め仕事を続ける理由になっていると考えられる。また、看護管理者が看護師を辞めたい理由に【家庭両立難しい】【勤務変更できない】が、

【家族を養う】ために仕事を続けている状況は、門脇¹⁴⁾の研究結果と同様であり、採用後10年以上で子育てと仕事の継続との葛藤で悩みを抱えていることが伺えた。

キャリア間において価値観のジェネレーションギャップに共通していたことは、新人看護師と中堅看護師は奨学金の返済のため、特定機能病院で看護師としての実務経験を積むことが仕事を続けている理由であり、中堅看護師と看護管理者は辞めるタイミングを逃したことが共通の理由であった。一方、新人看護師と中堅看護師は、残業が続き、インシデントを起こすことが仕事を辞めたい共通の理由であり、看護管理者の場合は、子育てと仕事の両立の難しさがキャリア間の相違点であった。

3. 世代観におけるジェネレーションギャップ

新人看護師と中堅看護師に【先輩同期と良い関係】【職場の良い雰囲気】が職場の人間関係で喜びを感じていた。新人看護師の早期離職を決意する心理プロセスに先輩看護師との関係性の悪化を経て心身バランスが崩壊する¹⁵⁾とされ、本研究における【昔の言葉わからない】は、先輩にその場で尋ねることができず、言葉の意味を後で調べて確認するため業務が迅速に行えないことや、先輩と共通の話題についていけないことが【先輩との関係】を悪化させる懸念がストレスになると考えられる。

中堅看護師は、多忙と後輩のサポートの衰退から「孤立化」と「主体性の喪失」が起り、上司や同僚との関係により、傷つき離職していく傾向がある¹⁶⁾。本研究において中堅看護師の世代観に有意を認めなかったが、【悪口きく】の指標値が高かったことは、同様の傾向が考えられた。

看護管理者において、【スタッフの成長】【上司が褒めてくれる】は、スタッフや患者家族、同僚の看護師長や上司からの承認や称賛が管理職としての役割を自己評価する手がかりとなる¹⁷⁾だけでなく、病院看護管理者としてのラダーⅠ・Ⅱの「人材育成能力」が評価される根拠となり喜びとなる。

キャリア間における世代観のジェネレーションギャップとして、新人看護師には、昔の言葉がわからないことで、先輩との人間関係にストレスを感じていることが特徴であった。先輩・同期の良い関係、職場の良い雰囲気が新人看護師、中堅看護師に共通していたが、看護管理者においてスタッフの成長が人間関係の喜びであったのは、管理職としての視点が他のキャリアとは異なっていた。

4. 働きやすい職場環境

新人看護師、中堅看護師の看護観から看護の喜びとなる職場環境は、「やりがい感」「自信」がもてる同僚や先輩の関わりが重要である。患者・家族から感謝の言葉を受けた際は些細なことでも当該看護師に伝え、自分の看護に「自信」「やりがい感」が持てることで、看護の喜びを感じることができると。特に新人看護師にとって、自分の看護を認めてもらうことのできる職場の人間関係は、自身の看護を支える原動力となり、後の看護実践能力と職務継続を左右する¹⁸⁾働きやすい

職場環境になると考えられる。一方、患者からの苦情は、自部署の看護実践改善につながる情報として看護管理者がマネジメントし、スタッフ間で共有することで、看護の質を高め、ひいては看護の喜びが得られる職場になると考えられる。

看護師が仕事を続けている理由は、新人看護師と中堅看護師の両者が特定機能病院で経験を積み実践能力を高めるためと、奨学金返済のためであることが共通していた。しかし、職場環境にうまく適応できず同僚や先輩との関係が良好でない場合、奨学金の返済が完了する時期から離職希望を申し出てくる懸念がされる。職場で不測の事態が発生した場合、相談でき、働きやすい職場にするために必要なことは、キャリアに関係なく声を掛け合い、スキルアップや役割を遂行できる関係である。

新人看護師、中堅看護師とも人間関係において、先輩・同期の良い関係と職場の雰囲気の良さを喜びに感じており、特に新人看護師においては、先輩との関係が特徴的であった。昔の言葉がわからず話についていけない新人看護師と、後輩の常識のない態度に世代差を感じている中堅看護師のジェネレーションギャップを伝え合うことで世代観の理解につながる。つまり、職場の人間関係を理由とした離職者を減少させることができると考えられる。このような世代観を認め合う先輩・後輩関係を形成するためには職場で悪口や陰口を言わない・言わせない職場の人間関係づくりが重要である。

VII. 結 論

本研究は、看護師のジェネレーションギャップを明らかにするために、「看護観」「価値観」「世代観」の3つの視点で作成した自由記載のアンケートを実施した。さらに働きやすい職場環境に整えるために考察を行ってきた。

1. 看護観におけるキャリア間のジェネレーションギャップには、新人看護師が受け取る【患者家族感謝の言葉】は自分の看護に自信がもて、看護の喜びを感じていた。看護管理者は、病院看護管理者として質管理能力を求められているため、【患者苦情】がストレスに感じていたことが特徴であった。
2. 価値観におけるキャリア間のジェネレーションギャップには、新人看護師が離職を考えたのは【患者暴力】が特徴であるが、【奨学金返済】が困難なため、特定機能病院において【経験積む】ことが仕事を続けている理由であり、中堅看護師は仕事を続けている理由に同僚や上司との【人間関係良い】ことが特徴であった。看護管理者は、【家庭両立難しい】ことが離職を考えた理由に特徴があった。
3. 世代観におけるキャリア間のジェネレーションギャップには、新人看護師にとって【昔の言葉わからない】ときは、【先輩との関係】がストレスに感じていたことが特徴であり、看護管理者は【スタッフの成長】が管理職としての喜びが特徴であった。

4. 働きやすい職場環境は、キャリアにおけるジェネレーションギャップを理解し合い、「看護の喜びを感じ合える職場環境」「仕事を継続できる職場環境」「世代観を認め合える職場環境」であることが示唆された。そのためには、先輩・後輩・上司が声を掛けやすい職場の人間関係づくりが重要である。

おわりに

本研究は、対象者を特定機能病院1施設のみとしたため、普遍的とは言い難い結果であった。今後は、協力施設を増やし、施設間の差についても分析を行うことを課題とする。また、今回の研究成果をA病院にフィードバックし、離職者を出さないよう人材育成に貢献したい。

謝辞

本研究にあたり、研究にご協力いただきました看護師の皆様に、心より感謝申し上げます。

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ました。

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はありません。

VIII. 引用文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会 (2020), 2019年病院看護実態調査 No.95, 2021年2月21日閲覧,
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/95.pdf>.
- 2) 新村出: 広辞苑 (7), 岩波書店, p.1245, 2018.
- 3) 厚生労働省 (2014), 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】, 2022年9月28日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf.
- 4) 齊藤茂子: 中堅看護師はなぜ離職するのか —最近5年間の統合的レビュー—, 東洋大学大学院紀要, 54, p.385-405, 2017.
- 5) 内野恵子, 島田涼子: 本邦における新人看護師の離職についての文献研究, 心身健康科学, 11 (1), p.18-23, 2015.
- 6) 前掲書 4).
- 7) 加賀有未, 畑野相子, 箕原文子: 看護師長が役割遂行を自己確認する手がかり, 敦賀市立看護大学ジャーナル, 5, p.20-30, 2021.
- 8) 佐藤和子, 天野敦子: 看護職者の勤務条件と蓄積的疲労との関連についての調査, 大分看護科学研究, 2 (1), p.1-7, 2000.
- 9) 片桐麻希, 坂江千寿子: 新卒看護師の離職理由と就業継続に必要とされる支援内容に関する文献検討, 佐久大学看護研究雑誌, 8 (1), p.49-59, 2016.
- 10) パトリシアベナー: ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー (1), 1992, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳 (1), 医学書院, p.20, 1992.
- 11) 下川唯, 片山はるみ: 中堅看護師の役割に対する「やりがい感」と「負担感」の同時認知と精神的健康や仕事意欲との関連, 日本看護科学会誌, 35, p.247-256, 2015.
- 12) 日本看護協会 (2019), 病院看護管理者のマネジメントラダー, 2022年9月28日閲覧,
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/nm_managementladder.pdf.
- 13) 前掲書 4).
- 14) 門脇文子: 看護師の離職意図の発生時期とその内容の分析, 三重看護学誌, 22, p.31-40, 2020.
- 15) 柏田三千代: 新人看護職員の早期離職理由—心理的プロセスの検討—, 日本国際情報雑誌『国際情報研究』, 15 (1), p.46-54, 2018.
- 16) 前掲書 4).
- 17) 前掲書 7).
- 18) 今井多樹子, 高瀬美由紀: 新人看護師が「離職を踏み止まった理由」; テキストマイニングによる自由回答文の解析から, 日本職業・災害医学会学会誌, 64 (5), p.279-286, 2016.

◇研究報告◇

看護師の職場適応に向けた支援

— 対人関係療法の治療戦略を用いた支援の検証 —

齋藤朝子¹⁾*, 工藤幸子¹⁾

職務継続が困難となった看護師に、職場適応に向けた対人関係療法（IPT）の治療戦略を用いた支援を行い、その妥当性と効果について検証した。対象看護師に半構造的インタビューを実施し、質的分析を行った結果、職務継続が困難となった要因は【役割期待への混乱と恐れ】【相談できない背景にある対人関係への恐れ】に伴う【自尊心の低下と出勤への憂鬱感】であり、“対人関係上の役割をめぐる不和”が生じていた。IPT の治療戦略を用いた支援後は【相談できる背景にある信頼できる対人関係】の中で【自身の特性理解と対策】【身近な指導者・管理者との役割調整】が行われることで、【役割期待一致による充実感】【自尊心の回復と精神的な安定】につながり、職務継続が可能となっていた。IPT の治療戦略を用いた支援は、“対人関係上の役割をめぐる不和”が生じた看護師の職務継続のために有効である可能性があり、看護の教育現場で取り入れる意義の可能性が示唆された。

【キーワード】 看護師, 職場適応, 対人関係療法

I. はじめに

看護師の離職防止は看護界にとって重要であり、離職要因を探り離職防止を図るための提案が報告されている。内野¹⁾は、2005年～2015年の離職に関する文献検討を行った結果、離職の主な要因は「リアリティショック」「職場内の人間関係」が挙げられるとし、離職防止再策として「人間関係の構築」を挙げている。門脇²⁾は看護師の離職意図の発生時期とその内容を分析し、同期・同僚の相談相手がいることが離職抑制要因であると報告している。長田³⁾は、中堅看護師の職務継続意志について質問紙調査を行い、役割受容と自尊感情が職務継続意思に相関があることを示している。これらを踏まえると、看護師は、リアリティショックや看護実践能力不足に伴い自尊感情が低下し、職場内の人間関係につまずいた際に、離職につながっていることが推察される。そして、看護師が離職せず職務継続するためには、求められる看護実践能力が獲得されることで自尊感情が維持でき、職場内の良好な人間関係が構築されていることが重要なのではないかと考えられる。

精神科領域では対人関係に焦点をあてた治療法「対人関係療法（interpersonal psychotherapy：以下 IPT と略す）」が

あり⁴⁾、一般的なうつ病や適応障害における抑うつや自尊感情の改善効果が検証され⁵⁻⁷⁾、職場の人間関係の改善などにも応用が期待されている⁸⁻¹⁰⁾。実際の IPT の治療戦略は、対人関係と精神症状の関連に着目しながら“悲哀”“対人関係上の役割をめぐる不和”“役割の変化”“対人関係の欠如”の領域の一つに焦点をあて、対象者と重要他者の関係性の中で、互いに相手に期待する役割のズレを一致させる。治療者は、対象者ととともに重要他者との関係性や相手との役割期待のズレについて探りながら、効果的なコミュニケーションが図れるよう支援していく。またその際の治療者の態度として、対象者の代弁者としての温かさを保ち、評価を下さず無条件の肯定的関心をもち対象者を褒め、役割期待のズレを修正していくプロセスを励まし続けることが基本となる。水島¹¹⁾は、職場の人間関係において、IPT で焦点化する4つの領域のうち、特に“対人関係上の役割をめぐる不和”が課題になることを説明しているが、この IPT の治療戦略を看護師の職場適応の支援に活用した報告は見受けられない。

本報告は、急性期病院で職場適応が困難となった看護師に対して、IPT の治療戦略を用いた支援を行った効果について検証し、看護師の職務継続のために活用する意義について考察する。

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 山形大学医学部附属病院

* E-mail : tomomasahome1@yahoo.co.jp

Ⅱ. 目 的

看護師が職場適応するために、IPT の治療戦略を用いた支援を行い、どのような効果があるか検証する。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

前職場で職務継続が困難となり、現職場に移動後に IPT 戦略を用いた支援を受け、その後も職務継続している看護師 5 人（以下、対象者）。年齢は 20 代～30 代女性、前部署での経験年数は 2 週間～1 年間、現部署での経験年数は 1 年未満～5 年であった。

2. 研究方法

1) 現職場における IPT 戦略を用いた支援方法

対象者が前職場で職務継続が困難となり、現職場に移動直後から半年間、以下の支援を行った。

- (1) 支援者は、対人療法研究会主催の研修¹²⁾の受講経験があり、本研究において IPT における治療者の役割を担った（以下、支援者）。看護師の離職継続の困難さに IPT の治療領域“対人関係上の役割をめぐる不和”に課題があると仮説をたてた。対象者が看護実践能力を獲得し業務遂行する上で、指導をうける指導看護師と同僚看護師（以下、指導者）、指導環境や勤務調整を行う師長（以下、管理者）を対人関係における重要他者として捉え、対象者および指導者・管理者と面接を行い、対象者と指導者の互いの役割期待について評価し、ズレの有無を明確にした。
- (2) 支援者は、対象者に「看護実践能力を段階的に獲得できるよう周囲から適切な指導を受ける役割」を与え、わからないことや不安なことを周囲に相談しながら看護実践能力を獲得していくこと、周囲から支援を受ける権利があることを繰り返し説明した。指導者には「対象者の看護実践能力に合わせ、わからないことや不安なことに相談のり具体的な解決策を示す役割」を与え、自らの期待を押し付けず、対象者の特性に合わせた支援をするよう協力依頼・調整することで、役割期待のズレの一致をはかった。
- (3) 支援者は、対象者と指導者の両者に良好なコミュニケーション（相互的、率直、具体的な表現）を基本とすること、非効果的コミュニケーション（一方的、曖昧、非言語的な表現など）を控える重要性を説明した。また、対象者が指導者の言葉や態度について過度に自責的に捉えたり、コミュニケーションを不得意とする場合は、他者からのコミュニケーションの捉え方や効果的な質問や相談の方法などを説明した。
- (4) 支援者は、対象者に常に温かい雰囲気をもって関係性が維持できるように努め、対象者にとって安全な居場所として存在できるよう配慮した。

2) インタビュー方法

移動後半年以上がたち、職務を継続している対象者に、イ

ンタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。インタビュー時間は 60 分程度とし、1 人 1 回実施した。インタビューはプライバシーが確保される場所で行い、承諾を得た上でインタビュー内容を IC レコーダーで録音した。対象者に、研究の主旨について説明し同意をえた。

(1) 期間

IPT 戦略を用いた支援は 2018 年 4 月から 2021 年 10 月とした。インタビューは 2021 年 10 月 26 日～12 月 3 日に実施した。

(2) インタビュー内容

インタビューでは、対象者が職務継続が困難となった職場（以下、前職場）、職務継続が可能となっている現職場（以下、現職場）のそれぞれにおいて、(1) 職場において周囲から期待されていると感じた役割、(2) 職場での対人関係とコミュニケーションの状況、(3) 職場での精神的・身体的状態、(4) 職場での職務継続に対してどのような支援が行われたか、それぞれについて語ってもらった。なお、(2) の職場でのコミュニケーションについては、IPT で用いるツール“親しさのサークル”（図 1-例）を用いながら語ってもらった。最後に、職務継続のために必要だと思うことを対象者に自由に語ってもらった。

(3) 分析方法

インタビューで得られたデータを逐語録で書き起こし、対象者が職務継続が困難となった状況、職務継続が可能となった状況について文脈単位で抽出し、データをコード化した。次にコード内容について類似性、異質性の点から検討し、サブカテゴリー化を行った。さらに、サブカテゴリーの共通性を検討し抽象度をあげカテゴリーにまとめ、文章としてまとめた。分析では、研究者間で繰り返し検討を行うことでデータ分析の信頼性の確保に努めた。研究者らで IPT の治療戦略理論および先行文献をふまえ、対象者が職務継続が困難となる要因、可能となる要因について検証し、IPT の治療戦略を取り入れた支援の有効性について考察を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者は、研究内容を説明し、同意を示した者とした。対象者には、インタビューによって過去の体験を思い出すことで心理的苦痛が生じる可能性があったため、心的負担が最小限となるよう最大限の配慮をし、不快な感情が出た場合はインタビューを中断する、時間において再開する、適切なメンタルサポートを提案することを説明した。他の職員や上司等への情報漏洩を防ぎ、対象者に不利益になることがないように配慮をすること、査定評価に影響を与えることがないことを説明した。本研究は、山形大学医学部倫理委員会に申請した。研究者（インタビュアー）が本研究の支援者であることによるバイアスに関する指摘を受け、対象者の参加拒否や取り下げを担保すること、直属上司として人事権を持ち合わせていないこと、本調査で得られる意義について報告し、承認を得た（承認番号 2021-172）。

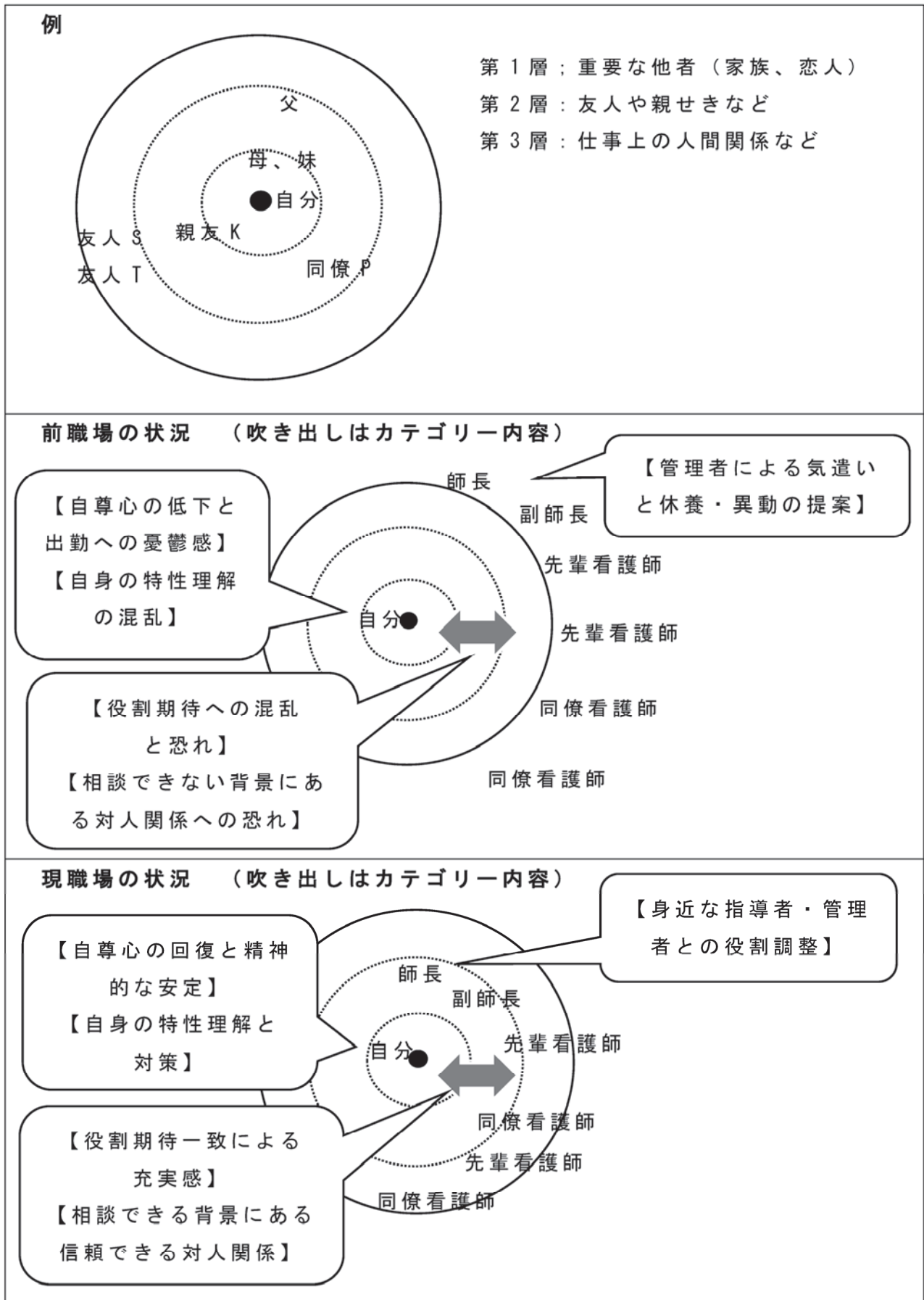


図1 親しさのサークル

V. 結 果

前部署、現部署の状況でそれぞれ5つのカテゴリー（以下【 】で示す）が抽出された（表1）。

1. 前職場の状況

対象者から語られた内容から、43のコードから17のサブカテゴリーが抽出され、5つのカテゴリーが抽出された（表1）。親しさのサークルでは対象者5名とも、共通して指導者・管理者は第3層の外側に記載した（図・前職場）。対象者と指導者の関係性では、【役割期待への混乱と恐れ】【相談できない背景にある対人関係への恐れ】があり、その中で対象者は【自尊心の低下と出勤への憂鬱感】【自己の特性理解の混乱】が生じて職務継続が困難となり、【管理者による気遣いと休養・異動の提案】から異動となった経過がみられた。カテゴリーとともに、対象者が語ったインタビュー内容の一部を挙げる。

【役割期待への混乱と恐れ】

「急に専門的な処置やオペ出しなど依頼され、患者の病態もわからない、前日に予習ができない状態で、急に行くように言われていた。状態を把握していないなかで禁忌薬やアレルギー確認なども急いで行うのが怖かった」

【相談できない背景にある対人関係への恐れ】

「困ったときに相談をすると“もうやんなくていいよ”と言われてたりした。看護室にいるのも辛かった」

【自尊心の低下と出勤への憂鬱感】

「特定の先輩がいる勤務の前の日は憂鬱で行きたくなかったが、休んでしまったらもう行けないと思って出勤していた」

2. 現職場での状況

対象者から語られた内容から、36のコードから20のサブカテゴリーが抽出され、5つのカテゴリーが抽出された（表2）。“親しさのサークル”では対象者5名とも共通して指導者・管理者は第2層と3層の間に記載された（図、現職場）。対象

表1 前職場における状況

前職場		
5のカテゴリー【 】	17のサブカテゴリー《 》	43のコード〈 〉
【役割期待への混乱と恐れ】	《受け持ち業務内容自体は明確で実行可能》 《受け持ち業務以外何をしたらよいかわからない》 《病態理解、専門的治療が理解できないが役割として期待される》 《理解していない急な業務を依頼されることの混乱、恐れ》	〈受け持ち自体は過重ではない〉 〈受け持ち業務自体は明確〉 〈フリーで何をしたらよいかわからない〉 〈病態理解が追いつかない〉 〈専門用語の意味がわからない〉 〈わからないまま実施することへの不安〉 〈理解できまま実施することの恐れ〉 〈急な処置や依頼に対応できない〉 〈勉強が追い付かない〉〈キャパオーバー〉
【相談できない背景にある対人関係への恐れ】	《わからないことが聞けない・相談できない》 《先輩からの指導への恐れ》 《特定の先輩への恐れ》 《疎外感・不信感》	〈わからないことがきけない〉 〈相談できない〉〈同じことはきけない〉 〈先輩からのツッコミ・指導への恐れ〉 〈居場所がない〉〈疎外感・ポツン感〉 〈特定の人が怖い〉〈信頼できない〉
	《非効果的コミュニケーション；一方的、曖昧、非言語的、口調や表情が恐い、陰口・無視・嫌味》	（一方的な突っ込み）（曖昧な指導） （口調が恐い・キツイ） （ピリピリした雰囲気） （表情や視線が恐い）（陰口、無視、嫌味）
【自尊心の低下と出勤への憂鬱感】	《不安・抑うつ・不眠》 《出勤への憂鬱、恐れ》	（不安・落ち込み）（不眠） （家に帰ると涙がでる） （出勤前の憂鬱感）（出勤が怖い）
	《自尊心の低下》	（自分はダメという気持ち） 〈自分は仕事ができない〉
【自己の特性理解の混乱】	《自己の特性がわからない》 《キャパがわからない》 《苦手な対人関係がわからない》	（人見知り） （自分から集団に入っていけない） （自分の限界がわからない） （自分のキャパがわかっていない） （相手を信頼できていなかった） （相手への苦手意識があった）
【管理者による気遣いと休養や異動の提案】	《管理者の気遣い》 《休養や異動の提案》	（管理者からの気遣い） （管理者との面談）（休養の提案） （特定の先輩とペアにならない勤務調整） （異動の提案）

者と指導者の対人関係において【役割期待一致による充実感】
 【相談できる背景にある信頼できる対人関係】があり、その
 中で対象者は【自尊心の回復と精神的な安定】【自身の特性理
 解と対策】【身近に感じられる指導者・管理者からの役割調整】
 の状況がある中で、職務継続できていた。対象者が語ったイ
 ンタビュー内容の一部を挙げる。

【役割期待一致による充実感】

「ここだと、明日この検査があるから準備しててね、と
 か声をかけてくれるから、家で勉強したり、カルテをみてか
 ら帰ったりできる」

【相談できる背景にある信頼できる対人関係】

「何か変なんです”ちょっと不安で”と言うと絶対”どれど
 れ”と一緒に見に行ってくれる。忙しい中でも”何がわからな
 いの”と聞いてくれる。怖いという人がいない」

「指導をもらうこともあるけど、理不尽さはない。自分が

悪かったな、と思えるし、何が悪かったから次どうすると具
 体的にわかる」

【自尊心の回復と精神的な安定】

「今の仕事はちょうどいい。業務以外でも、係や受け持ち
 患者のことを色々相談しながらできて、褒めてもらったりも
 する。充実感がある」

「(支援者に) 前の部署ですごく怒られて泣いたこととか、
 人に対して思っていたことを、話せた。そこまで時間をとっ
 てくれて、気にかけてくれる人が一人でもいる、支援者さん
 がいるとその日はほっとする」

【自身の特性理解と対策】

「前は限界ギリギリまで頑張ってしまうんだけど、自分
 も自分の特性を知っておいて、周りの同僚とか上司に伝えら
 れるようにならないといけないと思う。今は早めに相談する
 ようにしている」

表2 現職場における状況

現職場		
5の категория【 】	20のサブカテゴリー《 》	36のコード〈 〉
【役割期待一致による 充実感】	《不安なことを早めに相談し支援を受け る》 《支援者からの事前の指導》	〈わからないことを早めに相談する〉 〈悩んだらすぐ相談する〉 〈指導者からの早めの具体的な声掛け〉 〈指導者からの事前の声掛けによる予習〉 〈専門領域の勉強の仕方を教えてもらう〉
	《レベルにあった業務量》 《役割がある》	〈ちょうどいい業務量〉 〈レベルに合った仕事〉 〈遣り甲斐がある〉〈役割への充実感〉
【自尊心の回復と精神 的な安定】	《身体的不調がない》 《心理的不調がない》	〈不安や抑うつはない〉 〈よく眠れる〉〈元気〉 〈勤務前の憂鬱感がない〉
	《相手からの承認》 《自己効力感》	〈褒めてもらっている〉 〈理解してもらえる感覚〉 〈自己効力感がある〉 〈嫌われているという思い込みがない〉
【自身の特性理解と対 策】	《自己の特性の理解》 《自己の特性を踏まえた対策》	〈パニックになりやすいから早めに相談〉 〈限界まで頑張らずに相談〉 〈悩みをノートに書いて読んでもらう〉 〈個別の面談で自分の感情を出す〉 〈対人関係の悩みを相談〉
【相談できる背景にあ る信頼できる対人関 係】	《全スタッフが身近な存在》 《信頼感》 《相談しやすい》	〈全員が近い感じ〉 〈どの先輩も相談しやすい〉 〈困ったときの気遣いや声掛け〉 〈指導者への信頼感〉
	《具体的な指導・依頼》 《理不尽さがない》 《話しやすい》	〈具体的に指導をもらえる〉 〈理不尽さがない〉 〈話しかけると対応してもらえる〉 〈具体的な業務依頼〉〈口調が優しい〉
【身近な指導者・管理 者からの役割調整】	《指導者が身近》 《管理者に相談しやすい》 《管理者に体調・勤務調整を相談できる》	〈振り返り会での話し合い〉 〈指導者に業務内容の調整を相談〉 〈指導者が身近な存在〉 〈管理者にすぐ相談できる〉 〈管理者に体調や勤務調整を相談〉

VI. 考 察

1. IPT の治療戦略からみた看護師の職務継続に関する要因について

本研究の結果から、対象者が職務継続が困難となった経過として【役割期待への混乱と恐れ】【相談できない背景にある対人関係への恐れ】から【自尊心の低下と出勤への憂鬱感】【自己の特性理解の混乱】が生じていたことが明らかとなった。そして【管理者による気遣いと休養・異動の提案】から現職場に異動した経過があった。

これらは、対象者と重要な他者である指導者として役割期待のズレがあることから、IPT の治療領域“対人関係上の役割をめぐる不和”が生じており、対象者が看護実践能力以上の役割を求められることに混乱と恐れを抱いていたことを示していると考えられる。さらに役割期待のズレが気づかれていない・調整が行われない中で、指導者と非効果的なコミュニケーションが行われる過程で、対象者の対人関係への恐れや自尊心低下が生じ、職務継続が困難となっていた。これは、IPT 戦略で捉えられるうつや不安の出現や悪化となる経過¹³⁻¹⁴⁾と類似していると考えられた。

一方で、現職場では【相談できる背景にある信頼できる対人関係】の中で【身近な指導者・管理者との役割調整】が行われ、【役割期待一致による充実感】につながった結果、職務継続が可能となっていた。これは、IPT の治療領域である“対人関係上の役割の不和”に焦点をあて、対象者と指導者との役割期待の一致が図れるよう調整し、良好なコミュニケーションが図られたことが有効であったのではないかと考える。また、対象者・指導者・支援者の間で常に温かい雰囲気を作ることで、対象者が【相談できる背景にある信頼できる対人関係】【身近に感じられる指導者・管理者からの役割調整】と認識し、“どの先輩も相談しやすい”“やり甲斐がある”といった安心感や自尊心の向上につながり、看護実践能力や期待される役割を段階的に獲得できたと考えられる。さらに、【自身の特性理解と対策】が抽出されたことは、対象者が現職場という心理的に安全な場所において、前職場での経験を客観的にとらえ、自己洞察と自己成長につなげていることを示唆しており、IPT の支援の副次的効果として、対象者がもつレジリエンスが促進された可能性が考えられた。

2. 看護師の職務継続のための支援として IPT の治療戦略を用いる意義

IPT の治療戦略を用いた支援により、対象者は現職場で求められる看護実践能力を獲得し、良好な人間関係を維持でき、自尊心が保たれ、職務を継続していた。特に、前職場で職務継続困難となった要因として IPT の治療領域である“対人関係上の役割をめぐる不和”が生じており、対人関係での恐れ周囲からの疎外感、自尊心の低下が憂鬱感といった感情につながっていたと考えられ、対人関係とその際の感情などを取り扱う IPT 戦略が有効に働いたのではないかと考える。

看護師が離職する要因は、心理的、社会的要因が様々あるが、一人の看護師が職業的役割として看護実践能力を獲得するプロセスで、対人関係の維持や自尊心などにつまずき離職することは大きな課題である。また、看護師と指導者・管理者との世代間ギャップによりお互いに求める・求められる役割期待が異なること、教育背景や社会背景の違いからコミュニケーション方法や価値観が異なることを前提として捉えることも、今後の現場教育では必要であると考えられる。IPT の特徴の一つとして、抑うつや不安といった症状そのものを取り扱わず、役割期待のズレやコミュニケーションに焦点をあて、対人関係上の問題に対処できるようになることによって、連動していた症状にも対処できることを目指す、ということが骨格にある¹⁵⁾。看護の教育現場で、看護実践能力の向上やメンタルヘルスについて課題を抱く指導者・管理者にとって、看護師の職務への不適応行動にのみ注目するのではなく、看護師と指導者との関係性や互いの役割期待、コミュニケーションに注目することは、より構造的に対象者を取り巻く教育体制を捉えるきっかけとなり、IPT の治療戦略の視点をもつことは意義がある可能性がある。また、本稿では取り上げていないが、IPT の治療領域“役割の変化”などは、看護師の結婚出産といったライフイベントの変化や昇進などで職務継続の危機に直面した際¹⁶⁾などに、メンタルヘルスを支援する上で活用できる可能性がある。

近藤¹⁷⁾は、「IPT は一般外来でほとんど活用されていないと思われるが、特有の技法はなく、治療戦略を理解すれば、短時間の一般外来にもその戦略を取り入れ、効果的な診療ができる」と述べている。IPT の治療戦略を用いた支援は、看護師のメンタルヘルスケアや離職防止のための支援に効果的である可能性があり、今後さらなる実証を行う必要がある。

VII. 結 論

看護教育の現場において、IPT の治療戦略を用いた支援について有効性を検証した。5名の看護師に支援を行い、効果検証のためにインタビューを行った結果、対象者が職務継続困難となった要因は【役割期待への混乱と恐れ】【相談できない背景にある対人関係への恐れ】から【自尊心の低下と出勤への憂鬱感】【自己の特性理解の混乱】につながっており、“対人関係による役割期待の不和”が生じていたと考えられた。IPT の治療戦略を用いた支援を行うことで、対象者は【相談できる背景にある信頼できる対人関係】の中で【自身の特性理解と対策】【身近な指導者・管理者との役割調整】が行われ、【役割期待一致による充実感】につながり、職務継続が可能となっていた。IPT の治療戦略を用いた支援は、対人関係における役割期待で不和が生じやすい看護師が看護実践能力を習得し職務継続するために有効である可能性が示唆された。

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) 内野恵子, 島田涼子, 他: 本邦における新人看護師の離職についての文献研究, 心神健康科学, 11 (1), p.18-23, 2015.
- 2) 門脇文子: 看護師の離職意図の発生時期とその内容の分析, 三重看護雑誌, vol22, p.31-40, 2020.
- 3) 長田ゆき江: 中堅看護師の職務継続意志に関する研究—役割受容と自尊感情との関連—, 長野赤十字病院医誌, vol.31, p.52-64, 2019.
- 4) 水島広子: 対人関係療法マスターブック, 創元社, p.31, 2009.
- 5) 前掲書 4), p.25.
- 6) 水島広子: 対人関係カウンセリングの進め方—軽度のうつやストレスを抱える人への援助, 創元社, p.5-7, 2011.
- 7) Katagiri T, Takaesu Y, Kurihara M, et al.: Improving Employment Through Interpersonal Psychotherapy: A Case Series of Patients With Treatment-Refractory Depression. *Frontia in Psychiatry*, vol.12, April, p.1-9, 2021.
- 8) 今井理沙: 働く女性への対人関係療法, 女性心身医学, 24 (3), p.261-264, 2020.
- 9) Schramm E, Mack S, Thiel N, et al.: Interpersonal Psychotherapy vs. Treatment as Usual Major Depression Related to Work Stress: A Pilot Randomized Controlled Study. *Frontia in Psychiatry*. Vol.11, March, p.1-8, 2020.
- 10) Niedermoser DW, Kalak N, Kiyhankhadiv A, et al.: Workplace-Related Interprsonal Group Psychotherapy to Improve Life at Work in Individuals With Major Depressive Disorders: A Randomized Interventional Pilot Study. *Frontias in Psychiatry*, Vol.11, March, p.1-10, 2020.
- 11) 水島広子: 部下をもつ人の職場の人間関係, ダイアモンド社, p.3-4, 2015.
- 12) 対人関係療法研究会 HP, 2023年8月18日閲覧, <http://ipt-japan.org/>
- 13) 前掲書 4), p.38-39.
- 14) 前掲書 6), p.72-74.
- 15) 前掲書 4), p.31.
- 16) 小手川良江, 本田多美枝: 中堅看護師が職務継続の危機を乗り越えるプロセス, 日赤看護誌, 19 (1), p.37-48, 2019.
- 17) 近藤真前: 一般外来におけるうつ病に対する対人関係療法, 精神神経雑誌, 120 (5), p.408-415, 2018.

◇研究報告◇

精神看護学におけるシミュレーション教育と 臨地実習での学び

— コミュニケーションにおける学生の学びの検討 —

平澤由希子¹⁾*, 迎田美香¹⁾

本研究は、精神看護学におけるシミュレーション教育と臨地実習での学生のコミュニケーションの学びを明らかにすることを目的としており、学生の実習記録よりデータを抽出しカテゴリーを生成した。シミュレーション教育と臨地実習でのコミュニケーションの学びは、質の異なるものであった。シミュレーション教育では模擬患者とのコミュニケーションから、患者との距離のとり方や観察をすること、共感や沈黙の重要性を学んでいた。臨地実習では、患者をよく観察し個別性に合ったケアを行うこと、共感的理解を示すことが次のケアに繋がることを継続した関わりの中で学び、対象理解と自己洞察を深めていた。学生のレディネスを整えるために臨地実習の前段階としてシミュレーション教育を行うことで、学生各々がコミュニケーションの課題を持ち、また精神障害者への抵抗感が軽減し臨地実習に臨むことができ、より良い学びに繋がると考える。

【キーワード】 コミュニケーション, シミュレーション教育, 精神看護学, 臨地実習

I. はじめに

精神看護学は患者との人間関係の構築が基盤となり、患者の思いに関心を寄せ、ありのままの人として受け入れようとする姿勢が求められる。そのためには患者と共にいる、会話をすることが大切である。近年の精神医療は治療の場は病院から地域へ、目標は治癒からリハビリへ移行してきている。リハビリは人それぞれであり、支援のためには対象者の思いをよく聴く必要がある。

A校は3年課程の看護師養成所であり、3年次に精神看護学実習を行っている。実習のルーブリックは10項目中3項目が「効果的コミュニケーションを活用し、受持ち患者との関係を発展させることができる」という実習目標に関連している。看護におけるコミュニケーションは「コミュニケーションをとることが目的ではなく、コミュニケーションを手段として、相互の発するメッセージの意味や感情の理解を深め、相互に信頼できる関係性を築くことが目的なのである。」¹⁾とある。精神看護におけるコミュニケーションは、村方ら²⁾の研究で精神看護学実習におけるコミュニケーション技術を通して、対象との関係形成のための技術についての学びに加

えて、自己のコミュニケーション傾向についての気づきが得られていた。精神看護学実習でコミュニケーションを学ぶことは、自己洞察を深め、看護職としての価値観を育む貴重な機会となっている。

令和2年度はCOVID-19により半数の学生が臨地実習を行うことができず、患者とのコミュニケーションの機会が得られなかった。学生の学びをできるだけ補うため、学内にてシミュレーション教育を行った。近年ソーシャルネットワークサービス等のコミュニケーションツールが普及し、学生は対面でのコミュニケーションよりも前者を好む傾向がある。また精神看護学実習前に精神障害者と関わったことのある学生は少なく、偏見や恐怖心を持つ場合もある。大石ら³⁾の研究でも実習前の学生は、精神障害者に対し「突然暴れそう」等のネガティブなイメージを持っていた。臨地実習での学びをより有意義なものとするためにも、学内での学びを臨床に近づける必要がある。

細田⁴⁾は「臨床の状況をなるべく再現したシミュレーション教育は、学生の臨床判断の発展のために効果的である。」と述べている。精神看護はフィジカルアセスメントから得られたデータや検査データを基にケアを行うだけでなく、患者と

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) いわき市医療センター看護専門学校

* E-mail : ik-nurs@educet01.plala.or.jp

コミュニケーションを図りながら自分自身を看護の道具としてケアを行う。コミュニケーションでは自分の受け答えにより患者の反応が次々と変化していくため、シミュレーターを用いたシミュレーション教育が難しい。精神看護におけるシミュレーション教育は、重富ら⁵⁾による模擬患者を用いたロールプレイや守村ら⁶⁾による実際に精神障害者へ問診を行うシミュレーション教育等が行われている。より臨床に近い形で、様々な教育機関で継続的に行えるシミュレーション教育が必要と考える。

今回のシミュレーション教育と臨地実習での学生のコミュニケーションにおける学びを検討することによって、精神看護学におけるシミュレーション教育をより有益とするための示唆が得られると考え本研究に取り組むこととした。

Ⅱ. 目 的

本研究では、精神看護学におけるシミュレーション教育と臨地実習での学生のコミュニケーションにおいての学びを明らかにする。

本研究における「学び」とは、コミュニケーションを通じた対象との関係構築における学生の気づきと、その過程を通しての自己洞察を含むものとする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象と調査期間

A校の3年生40名を対象とした。調査期間は令和3年1月から同年3月である。

2. データ収集方法

1) 学生のレディネス

全学生が1, 2年次に基礎看護学実習Ⅰ・Ⅱ, 成人看護学Ⅰ(慢性期)実習, 老年看護学実習Ⅰ・Ⅱを経験している。3年次実習は精神看護学実習の他, 成人看護学Ⅱ(周手術期)実習, 成人看護学Ⅲ(終末期)実習, 小児看護学実習, 母性看護学実習, 在宅看護論実習の6つの実習をローテーションで行う。そのため最初に精神看護学実習を行う学生と、最後に行う学生とではレディネスに差がある。

2) 学内実習におけるシミュレーション教育でのコミュニケーションの実践

学内実習となった学生20名(以下学内群とする)へ、学内実習9, 10日目に模擬患者とのコミュニケーションのシミュレーション教育を行った。実践は、学内実習となった学生全員が必ず1回は行えるようにした。

(1) シナリオ

医学映像教育センターの視聴覚教材「目で見える精神看護 vol.2 精神看護実習-患者とのコミュニケーションのポイント-」を参考にした。

模擬患者は北島さん, 37歳, 男性, 統合失調症で入院歴が3回あり入院期間は延べ5年間に渡る。主な症状は幻聴である。現在までの経過は、自動車販売の仕事をしていたが、ノ

ルマや人間関係によるストレス等が重なり幻聴が現れ任意入院をした。その後も生活リズムの乱れから昼夜逆転の生活となり、入退院を繰り返している。現在、薬物療法により状態が落ち着いてきたため、約1ヶ月後の退院に向けて外泊を始めた。その後も幻聴による不安が度々みられ、外泊後は生活リズムが乱れ気味である。模擬患者は、精神看護学実習の指導経験のある教員が行った。

1 グループの学生が6名の場合は模擬患者の受持ち1, 3, 6日目, 7名の場合は受持ち1, 3, 5, 6日目の場面を想定し実践した。受持ち1日目は患者との出会いの場面, 受持ち3, 5日目は幻聴により外泊を拒否する場面, 受持ち6日目は外泊から帰院した翌日の場面とした。環境は病室と仮定する場所にベッド, オーバーテーブル, ホールと仮定する場所にテーブル, 椅子2脚, テレビを設置した。

(2) タイムテーブル

① プリーフィング (10分)

学生に臨地実習の代替としてシミュレーション教育を行うこと, 方法を説明した。前述した模擬患者情報をホワイトボードに掲示した。グループの学生全員で模擬患者とどのように関わるかを話し合い, 内容を教員がホワイトボードに板書した。

② 実践 (5分)

実践者には話し合った内容を参考にしながら, 模擬患者と自由にコミュニケーションを図ってもらった。実践者以外の学生は見学し, 実践者が困っているような時には助言してもよいこととした。実践は1回5分程度としたが, その場の雰囲気や会話の流れを妨げないよう実践者の申告で終了した。

③ デブリーフィング (20分)

1人目の実践終了後に学生全員で振り返りを行い, 内容を教員がホワイトボードに板書した。その内容を参考に2人目の学生が同じ場面を実践し, その後デブリーフィングを行った。1つの場面につき, 実践とデブリーフィングを2回繰り返し全体で60分を要した。

3) 臨地実習におけるコミュニケーションの実践

臨地実習となった学生20名(以下臨地群とする)は, 実習初日に受け持ち患者を決定した。学生は病棟のホール等で受持ち以外の患者とも自由にコミュニケーションを図ることができる環境であった。1日の実習時間のうち約6時間は患者と関わることができ, 計11日間の実習を行った。

4) データ収集方法

学内群は, シミュレーション教育を行った学内実習9, 10日目の実習記録から, 臨地群は臨地実習1~11日目の実習記録から, 患者とのコミュニケーションにおける自己の学びに関連した内容を抜粋した。

3. 分析方法

実習記録を精読し, 学生のコミュニケーションにおける学びに該当する内容を抽出し, 意味内容を崩さないようにコードを生成した。コードを類似性に基づき分析し抽象度を上げ,

サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。分析は研究メンバーの意見が一致するまで行い、質的研究経験者にスーパーバイズを受け、信頼性・妥当性を高めた。コミュニケーションにおける学びについて、学内群と臨地群の傾向を分析した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究はいわき市医療センター倫理委員会の承認を得て、次の手順を踏んだ。対象者に対して精神看護学実習の評価が終了した後に本研究の目的、方法、内容、本研究への参加は自由意思であり参加の有無により評価への影響はないこと、他に学校生活で不利益を被ることはないこと、途中で参加を中止できること、データは個人が特定されないようし施錠し厳重に管理すること、研究終了後はシュレッダー処理をすること、得られた情報は本研究のみで使用する、この研究結果は学会等にて発表することを口頭と書面にて説明し同意を得た。

Ⅴ. 結果

対象者 40 名全員から同意が得られた。そのうち実習記録にコミュニケーションにおける学びの記載があった、学内群 19 名 (95%)、臨地群 20 名 (100%) を有効回答とした。シミュレーション教育を行った学内群におけるコミュニケーションの学びは、200 コード抽出し 40 サブカテゴリー、8 カテゴリーに分類した (表 1)。臨地群におけるコミュニケーションの学びは、237 コード抽出し 50 サブカテゴリー、12 カテゴリーに分類した (表 2)。カテゴリーは『 』、サブカテゴリーは〈 〉、コードは【 】で記す。

1. シミュレーション教育におけるコミュニケーションの学び

『患者・学生が互いに安心できる関わりをする』は 14 サブカテゴリーからなる。〈患者と一定の距離を保つ〉〈患者に圧迫感を与えない位置に座る〉〈患者に視線を向けすぎないようにする〉〈患者の視界に入り声をかける〉〈患者と目線の高さを合わせる〉という患者との物理的な距離のとり方についての学びがあった。【患者のプライベートに踏み込みすぎない】等から〈患者の領域に踏み込みすぎない〉、【学生は「安心してよい存在」だと認識してもらえよう、実習の目的を話す】等から〈患者に学生のことも知ってもらえるように関わる〉という心理的な距離のとり方についての学びが抽出された。〈患者の好きなこと、共通の話題を会話のきっかけとする〉〈患者が話しやすいような雰囲気に関わる〉〈コミュニケーションに適した環境を作る〉〈短い時間の関わりを大切に〉〈徐々に関係を築く〉〈学生の緊張が患者に伝わるため落ち着いて関わる〉〈時には患者と距離をとることも必要〉があった。『患者の意思を尊重し関わる』は 4 サブカテゴリーからなる。【会話の内容を二転三転させない】【話題を誘導しない】等から〈患者のペースを尊重する〉が抽出された。〈質問攻めにしない〉〈会話の前に患者の同意を得る〉があった。【拒否された場合は、学生の意見を押し付けず一度引くことも大切】等から〈無理強いをしない〉が抽出された。

『患者を観察し次の関わりにかかす』は 5 サブカテゴリーからなる。【話すことだけに必死にならず観察も行う】等から〈患者の表情や反応を観察する〉が抽出された。〈その場に適したコミュニケーションをとる〉〈幻聴時は現実的な関わりをする〉〈幻聴時は患者から離れて見守る〉〈患者が話せる状態か確認する〉があった。『患者が前に進もうとする支援をする』は 3 サブカテゴリーからなる。【患者自身が答えを出せるよう看護師はサポートする】等から〈患者が主体で考えられるよう支援する〉が抽出された。〈患者のストレスを引き出す〉〈患者の背中を押せるような声かけをする〉があった。

『患者の思いを聴き感情に共感する』は 5 サブカテゴリーからなる。【幻聴・妄想に着目するのではなく、感情に共感する】等から〈患者の感情に共感する〉が抽出された。〈幻聴による苦しみ、悲しみに共感する〉〈患者の感情に寄り添う〉〈患者の思考・発言を否定しない〉〈傾聴をする〉があった。『沈黙を大切に待つ』は 3 サブカテゴリーからなる。【待つことで患者の思いを引き出す】【学生が考える「待つ」よりも、もっとぐっとこらえて待つことが大切】等から〈待つことを意識する〉が抽出された。〈沈黙を大切に〉〈場、時間の共有もコミュニケーションである〉があった。『真剣に患者と向き合うことが大切』は 3 サブカテゴリーからなる。〈患者の思いを真剣に聴く〉があった。【患者のために何かしたいという学生の気持ちを伝える】等から〈患者に学生の思いを伝える〉、【疑問に思ったことは直接患者に聞くことも、信頼関係を築く上で大切】等から〈疑問に思ったことは直接患者に聞く〉が抽出された。

『既習の知識・経験をいかしコミュニケーションを図る』は 3 サブカテゴリーからなる。【今までに学んだことを活用し、沈黙、復唱を行う】等から〈今までの学びを活用する〉が抽出された。〈患者が考えやすい聞き方をする〉〈オープンクエスチョンにより患者の思いを引き出す〉があった。

2. 臨地実習におけるコミュニケーションの学び

『患者それぞれに適した関わり方をする』は 6 サブカテゴリーからなる。【怖いという気持ちも忘れてはいけない】【男性患者は若い女性と話すことに恥ずかしさがあるため、距離感や時間に配慮する】等から〈患者・学生が互いに安心できる距離感を保つ〉が抽出された。【他患者がいる時もそれぞれの患者のペースを尊重する】【患者の思いは認めつつ、焦らずゆっくり行うよう声かけをする】等から〈患者のペースを尊重する〉が抽出された。【患者は自分の意志がしっかりしているため、無理強い逆効果である】等から〈患者の意思を尊重し無理強いをしない〉が抽出された。〈短い時間の関わりを大切に〉〈コミュニケーションを身体的ケアにかかす〉〈患者が自分から話してくれるまで待つ〉があった。『焦らず徐々に関係を築けばよい』は 4 サブカテゴリーからなる。〈時間の経過とともに関係は深まる〉があった。【看護師との関係性により患者の行動に差がみられる】等から〈患者は信

頼している看護者の意見は受け入れ行動できる>が抽出された。<患者との関係構築には時間がかかる><看護師から必要な支援を得て患者と関わる>があった。

『患者の言動の意味をよく考え関わる』は3サブカテゴリーからなる。【患者に拒否されショックだったが、これが精神症状なのだということがわかった】等から<患者の言動には病状が影響している>が抽出された。【行動一つひとつに意味があるため、一方的に注意せず話を聴く】等から<患者の言動には意味がある>が抽出された。【一番辛く怖い思いをしているのは患者自身であることを忘れず関わる】等から<症状により患者は苦しんでいる>が抽出された。『毎日継続的に観察し患者の個性に合わせて関わる』は7サブカテゴリーからなる。【多弁が続く場合は患者から離れ冷静になるまで待つ】

【患者の目つきがいつもと違う時は距離を置く】等から<患者の症状に合わせて関わり方を変える>が抽出された。【患者の理解度の確認を行い、共に考え必要時には訂正する】等から<患者の理解力に合わせたコミュニケーションをとる>、

【妄想時は患者の興味のある話をする」と知っている知識を教えてくれた】等から<妄想時は現実的な関わりをする>、【精神状態が不安定な時は、安静にするだけでなく作業療法（以下OTとする）に参加することで気持ちに変化があらわれる】等から<行動を変えることで精神症状も変化する>が抽出された。<患者の表情や反応を観察する><見守る看護も必要>があった。【OTに誘う時は、明るく積極的な声かけがよい】等から<その場に適したコミュニケーションをとる>が抽出された。『患者と振り返り患者が自分で考えられるよう支援す

表1 シミュレーション教育を行った学内群におけるコミュニケーションの学び

カテゴリー	サブカテゴリー
患者・学生が互いに安心できる 関わりをする	患者と一定の距離を保つ 患者に圧迫感を与えない位置に座る 患者に視線を向けすぎないようにする 患者の視界に入り声をかける 患者と視線の高さを合わせる 患者の領域に踏み込みすぎない 患者に学生のことも知ってもらえるように関わる 患者が好きなこと、共通の話題を会話のきっかけとする 患者が話しやすいような雰囲気に関わる コミュニケーションに適した環境を作る 短い時間の関わりを大切に 徐々に関係を築く 学生の緊張が患者に伝わるため落ち着いて関わる 時には患者と距離をとることも必要
患者の意思を尊重し関わる	患者のペースを尊重する 質問攻めにしない 会話の前に患者の同意を得る 無理強いをしない
患者を観察し次の関わりにかす	患者の表情や反応を観察する その場に適したコミュニケーションをとる 幻聴時は現実的な関わりをする 幻聴時は患者から離れて見守る 患者が話せる状態か確認する
患者が前に進もうとする支援をする	患者が主体で考えられるよう支援する 患者のストレンクスを引き出す 患者の背中を押せるような声かけをする
患者の思いを聴き感情に共感する	患者の感情に共感する 幻聴による苦しみ、悲しみに共感する 患者の感情に寄り添う 患者の思考・発言を否定しない 傾聴をする
沈黙を大切に待つ	待つことを意識する 沈黙を大切にする 場、時間の共有もコミュニケーションである
真剣に患者と向き合うことが大切	患者の思いを真剣に聴く 患者に学生の思いを伝える 疑問に思ったことは直接患者に聞く
既習の知識・経験をいかし コミュニケーションを図る	今までの学びを活用する 患者が考えやすい聞き方をする オープンクエスチョンにより患者の思いを引き出す

る』は4サブカテゴリーからなる。【実習時間以外の出来事も振り返ることで継続的な関わりとなる】等から＜患者と共に振り返ることで継続的な関わりとなる＞が抽出された。＜患者自身が選択できるよう支援する＞＜患者自身が問題に気づける声かけをする＞＜患者の様子がいつもと違う時は率直に聞く＞があった。『言葉にして伝え患者の自己肯定感を高める関わりをする』は2サブカテゴリーからなる。【褒めることが患者にとって良い影響となるような声かけを行う】等から＜患者の良いところは言葉にして認める＞が抽出された。【患者の頑張りを認めることで、意欲を引き出せるとよい】【自己肯定感が高まるような関わりが大切】等から＜患者の頑張りを認めることで自信に繋がれる＞が抽出された。『楽しい時間を過ごすことが患者の精神症状の安定につながる』は4サブカテゴリーからなる。【ゲームや新聞を読みながらコミュニケーションをとることで、緊張が和らぐ】【患者の好きな遊びによって他患者との交流が上手くできる】等から＜OT やレクリエーションにより患者の活動の幅が広がる＞が抽出された。【昔の話や好きな話の時は、表情が和らぎ微笑むことが多くなる】等から＜患者が好きなことを話題にして楽しくコミュニケーションを図る＞が抽出された。＜OT は治療であり参加を促す関わりが必要＞＜OT について話題にして患者の意欲を高める関わりをする＞があった。

『患者の感情の受け皿になる』は4サブカテゴリーからなる。【親身になって傾聴し、患者の辛さの表出を助ける】【患者の思いを引き出すことも看護になる】等から＜患者の思いを引き出し傾聴する＞が抽出された。【患者に行動してもらうためには、感情を受け止めることが必要】【不安は不安のまま受け止め、共感し患者の思いに寄り添う】等から＜患者の感情を受け止める＞が抽出された。＜患者の感情を受け止めることで次へ繋がる＞＜共感的な態度をとる＞があった。『学生の関わりにより患者の行動は変わる』は3サブカテゴリーからなる。＜学生が間に入り他患者との関わりを支援する＞があった。【学生の関わりにより周囲にも関心が向くようになる】等から＜学生との関わりにより患者の行動が拡大する＞、【学生の声かけによりセルフケアへの意欲が向上した】等から＜学生の関わりにより行動が変わる＞が抽出された。『一人一人の人間として真摯に関わる』は7サブカテゴリーからなる。【患者のことを知りたい、関係を築きたいという気持ちで関わる】等から＜患者を知ろうとすることが大切＞、【精神科だからと身構えず、真摯な態度で接する】【聞き取りにくい時はそのままにせず「〇〇なんですね」と確認をする】等から＜身構えず、真摯な態度で接する＞が抽出された。＜疑問に思ったことは直接患者に聞く＞＜患者のプライドを傷つけないように関わる＞＜他者の価値観を尊重する＞＜その患者の立場を考えて関わる＞＜学生の気持ちを伝えることで関係が深まる＞があった。『関わり方によって精神障害者とも関係を築くことができる』は4サブカテゴリーからなる。【患者なりに学生に何かしてあげたいという気持ちがあ

る】【入院生活の中で患者間の関係が築かれている】【学生に将棋を教えるという役割により、患者の健康な面がみられる】等から＜患者にも健康な面がたくさんある＞が抽出された。＜違うこと、いけないことはきちんと伝える＞＜精神障害者へのマイナスイメージが軽減した＞＜精神障害者でも気持ちはきちんと伝わる＞があった。『精神障害者は生きづらさを抱えている』は2サブカテゴリーからなる。【患者は臨機応変に対応することが難しい】等から＜患者は社会性が乏しい＞が抽出された。【長期入院患者は寂しさや不安を抱えていることが多い】【患者は希望があっても、心の中にしまっていることがある】等から＜長期入院患者の思いに触れる＞が抽出された。

VI. 考 察

学内実習でのシミュレーション教育と臨地実習での学生のコミュニケーションにおいての学びを、患者との距離のとり方、観察したことを次のケアへいかす、感情への共感的理解の視点から述べる。

1. 患者との距離のとり方

学内群、臨地群ともに物理的にも心理的にも患者・学生双方が安心できる距離感で関わるのが、よりよいコミュニケーションに繋がることを学んでいた。学内群では『患者・学生が互いに安心できる関わりをする』で、物理的距離のとり方、心理的距離のとり方それぞれに対するサブカテゴリーが抽出されたが、臨地群では＜患者・学生が互いに安心できる距離感を保つ＞という物理的・心理的距離のとり方を含んだサブカテゴリーに留まった。杉谷ら⁷⁾の研究では、精神科看護師は患者との物理的距離を患者一看護師間の信頼関係がどこまで構築されているかを見極めたうえで変化させていると述べられている。学内群では模擬患者との距離や座る位置、視線等に気を使い、勘案しながら既習の知識である沈黙や復唱を活用し実践していた。また患者に威圧感や圧迫感を与えず、安心できる関わりをするためには物理的距離だけでなく心理的距離も重要であり、プライバシーの保護や話題の選択の重要性について学んでいた。臨地群では学生各々の受け持ち患者に応じたコードが抽出された。【男性患者は若い女性と話すことに恥ずかしさがある】は精神障害者に限らない傾向だが、学生はコミュニケーションを図る中で当たり前のことに改めて気づくという経験をしており、臨地実習当初は患者を精神障害者という括りの中で捉えていたと考える。テキストや教員、指導者から教えられるのではなく、患者との関わりから学生自身が気づくという体験は、臨地実習での大きな学びである。臨地群では【怖いという気持ちも忘れてはいけない】という、距離を縮めるだけでなく時には適度な距離感を保つ必要性も学んでいた。患者との距離感を意図的にコントロールすることは困難だったが、治療関係を構築する重要性を学んでいた。関係構築においては、モデルとなる看護者のコミュニケーションから学びを得ていた。患者との関わり方だけでなく、長年関わっている看護者だからこそ気づけ

表2 臨地群におけるコミュニケーションの学び

カテゴリー	サブカテゴリー
患者それぞれに適した関わり方をする	患者・学生が互いに安心できる距離感を保つ 患者のペースを尊重する 患者の意思を尊重し無理強いをしない 短い時間の関わりを大切に コミュニケーションを身体的ケアにいかす 患者が自分から話してくれるまで待つ
焦らず徐々に関係を築けばよい	時間の経過とともに関係は深まる 患者は信頼している看護者の意見は受け入れ行動できる 患者との関係構築には時間がかかる 看護師から必要な支援を得て患者と関わる
患者の言動の意味をよく考え関わる	患者の言動には病状が影響している 患者の言動には意味がある 症状により患者は苦しんでいる
毎日継続的に観察し 患者の個性に合わせて関わる	患者の症状に合わせて関わり方を変える 患者の理解力に合わせたコミュニケーションをとる 妄想時は現実的な関わりをする 行動を変えることで精神症状も変化する 患者の表情や反応を観察する 見守る看護も必要 その場に適したコミュニケーションをとる
患者と振り返り患者が自分で 考えられるよう支援する	患者と共に振り返ることで継続的な関わりとなる 患者自身が選択できるよう支援する 患者自身が問題に気づける声かけをする 患者の様子がいつもと違う時は率直に聞く
言葉にして伝え患者の自己肯定感を 高める関わりをする	患者の良いところは言葉にして認める 患者の頑張りを認めることで自信に繋がられる
楽しい時間を過ごすことが 患者の精神症状の安定につながる	OTやレクリエーションにより患者の活動の幅が広がる 患者が好きなことを話題にして楽しくコミュニケーションを図る OTは治療であり参加を促す関わりが必要 OTについて話題にして患者の意欲を高める関わりをする
患者の感情の受け皿になる	患者の思いを引き出し傾聴する 患者の感情を受け止める 患者の感情を受け止めることで次へ繋がる 共感的な態度をとる
学生の関わりにより患者の行動は変わる	学生が間に入り他患者との関わりを支援する 学生との関わりにより患者の行動が拡大する 学生の関わりにより行動が変わる
一対一の人間として真摯に関わる	患者を知ろうとすることが大切 身構えすぎず一歩踏み込んだコミュニケーションを図る 疑問に思ったことは直接患者に聞く 患者のプライドを傷つけないように関わる 他者の価値観を尊重する その患者の立場を考えて関わる 学生の気持ちを伝えることで関係が深まる
関わり方によって精神障害者とも 関係を築くことができる	患者にも健康な面がたくさんある 違うこと、いけないことはきちんと伝える 精神障害者へのマイナスイメージが軽減した 精神障害者でも気持ちはきちんと伝わる
精神障害者は生きづらさを抱えている	患者は社会性が乏しい 長期入院患者の思いに触れる

ること、患者も話し看護者の意見を受け入れることを知り
＜患者との関係構築には時間がかかる＞ことに気づき気負わ
ず患者と関われるようになったと考える。そして 11 日間と
いう限られた実習期間でも日にちの経過とともに患者と会話

が続くようになる、会話の内容が変化する、時には患者の言
動に変化がみられることもあり関係は深まっていった。

学生は患者に対し力になりたいという思いを持っており、
前のめりでコミュニケーションを図ることや自分の思いを押

し付けてしまうこともある。学内群では自己のコミュニケーションを客観的に振り返ることで【拒否された場合は、学生の意見を押し付けず一度引くことも大切】であることに気づき、『患者の意思を尊重し関わる』という学びが得られた。楨本ら⁸⁾は「看護師は、統合失調症をもつ患者の対人場面での脆さを捉え、患者の特性に応じた関わりを組み立てていると考える。」と述べており、学生も精神障害者の特性を踏まえ目の前の患者の思いを尊重し、時には患者と距離をとることが結果として信頼関係の構築に繋がることを学んでいた。臨地群では【他患者がいる時もそれぞれの患者のペースを尊重する】というコードが抽出され、患者それぞれの個性を踏まえ、病棟という一つの社会の中で生活する人として捉えた学びができたと考ええる。

2. 観察したことを次のケアへいかす

精神疾患は同じ疾患でも人それぞれ違う症状、苦しみがある。その程度がバイタルサイン等の客観的データに現れないため、看護師は注意深く観察する必要がある。岩崎ら⁹⁾は自己のシミュレーション演習について「患者の表情やしぐさなど細かい部分も観察することはできるが患者の言動を精神症状と関連させて捉えることができないこと、患者の言動が精神症状によるものと理解できてもそのことで生じる内面的な苦痛までには理解が至らず共感的理解が出現しにくいことが明らかになった。」と述べている。学内群ではコミュニケーションをとることに精一杯で患者の観察を行い、言動と精神症状を関連させ捉えることは困難であった。しかし【話すことだけに必死にならず観察も行う】とコミュニケーションと並行して観察を行い、＜幻聴時は現実的な関わりをする＞＜幻聴時は患者から離れて見守る＞という症状に応じた関わりの必要性に気づくことができた。

臨地群では＜患者の言動には病状が影響している＞＜患者の言動には意味がある＞＜症状により患者は苦しんでいる＞という学内群にはなかったサブカテゴリーが抽出された。幻聴時等、精神状態の不安定な時の関わりは患者から離れて見守った方がよいのか、背中を押した方がよいのか、臨床の看護師でも難しい場合があるが、患者を継続して観察し、それぞれの症状や理解度に合わせたコミュニケーションをとることの重要性を学んでいた。患者の言動と精神症状を関連させて捉え、内面的苦痛を含んだ患者理解を深めるには継続した関わりが不可欠であると考ええる。

学内群でも＜患者のストレスを引き出す＞大切さを学んでいたが、臨地群では『患者と振り返り患者が自分で考えられるよう支援する』という、ケアとしてのコミュニケーションを実践し学んでいた。この関わりは臨地実習序盤に行えるものではなく、11日間をかけて少しずつ患者理解が深まり、患者との関係が変化していく中で実践できたと考ええる。患者の行動変容を促すためには共に振り返り意見を引き出す、出来ていることは認め患者の自信に繋げることが大切であると学んでいた。

また臨地群ではOTやレクリエーションを介したコミュニケーションからの学びも得られた。学生も患者も緊張した状況に遊びを取り入れることで、互いに緊張が和らぎリラックスした環境でコミュニケーションを図る重要性を身をもって学ぶことができたと考ええる。また患者も自分達と同様に得意なことや好きなことを話すことでコミュニケーションが活性化し、楽しく過ごすことが精神状態の安定に繋がるという、コミュニケーション自体がケアとなることを学ぶことができた。

3. 感情への共感的理解

学内群では『患者の思いを聞き感情に共感する』というカテゴリーだったが、臨地群では『患者の感情の受け皿になる』というカテゴリーがみられ、より深い学びとなっていた。患者が辛い時に寄り添うというケアを経て、患者のストレスを引き出すことや前に進もうとする支援に繋がる。臨地群では患者の思いを引き出し受け止めること、そのケアを経て次の展開に繋がるという経時的な学びをしていた。幻聴や妄想といった精神疾患特有の症状を目の当たりにすると、学生は症状に着目しがちである。学内群では『患者の思いを聞き感情に共感する』『患者が前に進もうとする支援をする』という2つのカテゴリーが抽出されたが、1回のシミュレーション教育ではテキストに記載されているように共感することや患者に寄り添おうとする姿勢を示すに留まった。しかし振り返りを行うことで、症状を抱える患者の感情に共感する重要性を学ぶことができたと考ええる。コミュニケーションをより良くするためには振り返りが必要だが、学生は緊張しシミュレーション教育の実践をしており、詳細に思い出すことや客観的に振り返ることが難しい。重富ら¹⁰⁾は「映像を通して振り返ることは効果的な看護コミュニケーションにとって必要な対人的技能を高める上で意義あるものである。」と述べている。より正確かつ客観的な振り返りを行うためには、映像の活用も効果的であると考ええる。

学生はコミュニケーションを図る中で沈黙を恐れる傾向があり、間を埋めるように次々に質問をする、会話の内容を二転三転させてしまうこともある。学内群では『沈黙を大切に待つ』というカテゴリーが抽出されたが、臨地群では『患者それぞれに適した関わり方をする』で＜患者が自分から話してくれるまで待つ＞というサブカテゴリーが抽出された。待つことに関しては、実際に自分がコミュニケーションを図っている時の沈黙は長く感じることが多いが、学内群では【もっとぐっとこらえて待つことが大切】と自己を客観視し気づくことができた。学生は沈黙を苦痛なものとして捉えていたが、言語的コミュニケーションにこだわらず、場、時間の共有もコミュニケーションの1つであることを学ぶことができた。臨地群では実習が経過するにつれて、沈黙をあまり気にせず自然体でリラックスし患者と共に過ごすことができるようになり、患者の状況や関係性を踏まえて意図的な沈黙を持つ重要性を学んでいた。方法としての沈黙ではなく、患者の内面的

苦痛に共感的理解を示し、自然な反応として沈黙を返す体験ができたと考える。

学生は患者とのコミュニケーションを重ねることで対象理解を深めると共に、患者に対する自分の反応や言動、精神障害の捉え方、倫理観について考え自己洞察を深めていく。そして、それまでの抽象的な学びが具体化し自己の学びとして獲得されていく。1回のシミュレーションでは、臨地実習で行えるような深い考察に至ることは難しいが、他者の意見を聞き自己の実践を振り返ることで自己を客観視するきっかけとなり、学内群でも精神障害者とのコミュニケーションにおける重要な事柄を学ぶことができたと考える。

患者と真剣に向き合うことは看護の前提として当然とも言えることだが、学生は精神障害者に対し意思の疎通が図れるのか、自分の発言によって症状が変動してしまうのではないのか、という懸念を抱えていることがある。学内群では患者と真剣に向き合い、精神障害者だからと身構える、遠慮するのではなく患者に学生の思いを伝える＜＜疑問に思ったことは直接患者に聞く＞＞ことに気づき、それらが信頼関係を築く上で大切という学びに繋がったと考える。臨地群は患者と関わる中で、患者の抱える生きづらさや健康な面に触れ、疾患や症状は患者の一部ではあるがその人全てではないこと、精神障害者と一括りにするのではなく、自分と変わらないありのままの一人の人間であることに気づくことができたと考える。治療者と患者の関係は時として上下関係が生じてしまうことがあるが、誰でも管理的な関わりをする人を信頼し本音を話すことは難しい。渡邊ら¹¹⁾は「人間力や人間性は大学教育で養成されるものではなく、また未熟であっても対象の心を動かす場合もある。」と述べている。知識や技術の未熟な学生であっても、患者のことを考え真剣に話を聴く姿勢により、患者は自分の思いを言葉にし、行動が変わることさえあると考える。これらの学びは実際に患者と関わる中で得られたものであり、シミュレーション教育では得られない学びである。

本研究はCOVID-19のため臨地実習を行うことができず、学生の学びを補完するためシミュレーション教育を取り入れたものである。本来であればシミュレーション教育を行うにあたり複数回試行を重ね、内容を精選する必要があった。また対象は3年課程看護師養成所の一学年40名に限定されており、教育課程によりカリキュラム、学習環境、学生のレディネスは異なることが予測されるため、全ての看護学生の学びとして一般化することは難しい。

今回のシミュレーション教育は、できるだけ臨床に近づけるため設定は最小限とし、学生は自由にコミュニケーションを図ることで、多様な意見があがり多くの学びを得ることができた。コミュニケーションの自由度を高め臨地実習の前段階として行うことで、学生各々が自己のコミュニケーションの課題を持ち、また精神障害者への抵抗感が軽減し臨地実習に臨むことができ、臨地実習での学びが円滑になると考える。しかしながら、自由度を高めると模擬患者の確保やシナリオ

の設定はより困難になる。今後、本研究で得られた知見を踏まえ、よりよいシミュレーション教育を検討していく必要がある。

VII. 結 論

1. コミュニケーションの学びは学内群で8カテゴリー、臨地群で12カテゴリー抽出された。
2. シミュレーション教育と臨地実習におけるコミュニケーションでの学びは質の異なるものであった。シミュレーション教育では模擬患者とのコミュニケーションの体験から、精神障害者とのコミュニケーションにおける重要な事柄を学んでいた。臨地実習では患者と継続して関わることで対象理解と自己洞察を深め、その場のコミュニケーションに限らず次のケアに繋がる学びをしていた。
3. シミュレーション教育は学生のレディネスを整えるために臨地実習の前段階として行い、臨地実習に繋ぐことのできる内容となるよう検討していくことが必要と考える。
なお、本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 茂野香おる：系統看護学講座専門分野基礎看護(2)基礎看護技術I(第18版), 医学書院, p.20, 2021.
- 2) 村方多鶴子, 太田知子：精神看護学実習におけるコミュニケーション技術を通しての学生の学び—実習終了後のレポートから—, 南九州看護研究誌, 5(1), p.75-81, 2007.
- 3) 大石亜依子, 竹村英美, 峰崎富美子, 他：精神看護学実習における看護学生の精神障がい者に対するイメージの変化—新入職者が増えない要因の一考察—, 日本精神科看護学術集会誌, 62(1), p.304-305, 2019.
- 4) 細田泰子：臨床判断能力を培う, コンセプトを基盤にした学習活動, 看護展望, 45(4), p.293-297, 2020.
- 5) 重富勇, 堂下陽子：精神看護学演習のロールプレイ体験による学習効果と教育上の課題—視聴覚教材による振り返りに焦点をあてた検討—, 長野県立大学看護栄養学部紀要, 16, p.11-17, 2018.
- 6) 守村洋, 伊東健太郎：当事者参加による精神看護学シミュレーション教育のプログラムの試みと学生の学び, 日本精神保健看護学会誌, 30(2), p.9-18, 2021.
- 7) 杉谷菜月, 清水暢子：非言語的コミュニケーションスキルの分析—精神科看護師の「傾聴」看護に焦点をあてて—, 精神科看護, 47(9), p.60-66, 2020.
- 8) 槇本香, 田井雅子, 野嶋佐由美：精神科看護者が用いる統合失調症をもつ患者との間の心理的距離のもち方, 高知女子大学看護学会誌, 37(2), p.21-28, 2012.
- 9) 岩崎優子, 山崎不二子, 柴田裕子：看護基礎教育における模擬患者を用いた精神症状のアセスメントに関するシミュレーション演習の評価, 日本シミュレーション医療教育学会雑誌, 6, p.47-52, 2018.
- 10) 前掲書5), p.16.
- 11) 渡邊久美, 蔵本綾：新カリキュラム改訂に向けた香川大学医学部精神看護学領域における検討状況, 看護展望, 44(9), p.924-935, 2019.

◇研究報告◇

重症心身障害児（者）施設の実習指導者が行う
看護学生への学習支援

— 看護を伝えたいプロセスを中心に —

船岡未恵¹⁾*, 住吉智子²⁾

重症児（者）施設において、看護学生が重症児（者）の対象を理解し、よりよい看護を考えるためには、臨地実習指導者の導きが重要である。しかし、指導者の関わりは十分に解明されていない。今回、重症児（者）施設の実習指導者が行う学生への学習支援のプロセスを記述することを研究目的とした。学生指導の経験がある看護師 11 名を対象として面接調査を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析を行った。結果、学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセスは、【個性を知ってほしい】思いが看護を伝える支援の中心となり、【看護の普遍性と特殊性のバランスをとる】が教育の土台となり、指導者は【道しるべ役】として機能しながら、重症児（者）看護に対する【学生のイメージ変化を確信】に至るものであった。

初学者である学生への重症児（者）看護の学習支援では、指導者と教員との連携の重要性も示唆された。

【キーワード】重症心身障害児（者）、対象理解、実習指導者、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

I. はじめに

近年、日本は疾病構造および医療、また社会的背景から看護師の需要が拡大し、看護系大学等は年々増加している。

その反面、患者の在院日数の短縮や在宅療養への移行、医療の高度化・複雑化、医療安全確保の強化等により、臨地実習（以下、実習）の場の確保が困難となっている¹⁾。特に小児看護学実習は、小児医療機関の縮小や閉鎖などもあり、実習場所の確保に困窮する領域の一つである²⁾。

このような背景により、小児看護学実習を重症心身障害児（者）（以下、重症児（者））施設において展開する養成学校あるいは大学が増えている³⁾。

看護基礎教育課程での小児看護学は、健康な子どもから、先天性・後天性疾患、あるいは急性・慢性疾患や障害をもつ子どもに至るまで、全人的なアセスメントと看護実践能力を育成することが求められている⁴⁾。しかし、初学者にとっては、より健康状態が悪い、あるいは障害を有する対象ほど難易度が高くなると推測される。このことから、重症児（者）施設で小児看護学実習を実施した看護学生（以下、学生）が、どのように対象の全体像を理解するのか、また対象理解を踏

まえた看護について、現場ではどのようなことを重視して支援しているのかについて明らかにすることが必要と考えた。

学生を対象とした先行研究では、対象の表情や動作からの対象理解、子どもの権利への気づき⁵⁾、重症児（者）に対する肯定的なイメージ変化などが⁶⁾、報告されていた。

一方、重症児（者）施設の実習指導者（以下、指導者）を対象とした研究では、具体的な関わり方について明らかにしていたが⁷⁾、指導者が学生に対して、重症児（者）への看護について、何を大切と考え、それをどのように伝えているのかについては十分に解明されていなかった。

現在は様々な社会情勢により、学習方法の変革期であり、看護基礎教育課程においても従来とは異なる学習方略の改革が急務である。そのためにも、従来は指導者に依拠していた実習支援の内容の明確化や言語化が不可欠である。

以上のことから、本研究では、重症児（者）施設における指導者が学生に対して、重症児（者）の対象理解を含めた看護について、何を重視しながら学習を支援しているかを明らかにし、教育的支援の基礎資料とすることが必要であると考えた。

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 長岡崇徳大学 元上越看護専門学校 2) 新潟大学大学院保健学研究科

* E-mail: funaoma-m@sutoku-u.ac.jp

Ⅱ. 目 的

重症児（者）施設の指導者は、対象理解とその看護のために何を大切にしながら支援をしているのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とした。

用語の定義

対象理解：理解とは、「内容、意味などがわかること。他人の気持ちや物事の意味などを受けとること。相手の気持ちや立場に立って思いやること。」とされている。本稿では、看護の対象の気持ちや行動の意味を受け取ることと定義する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的帰納的デザイン

2. 研究参加者

重症児（者）施設の病棟に3年以上の勤務経験を有し、学生の指導者としての経験のある看護師11名。

3. 研究期間

令和3年3月～令和3年5月

4. データ収集方法

データ収集方法は、対面あるいはオンラインでの非対面型面接法によるインタビューとした。インタビューガイドに基づき、重症児（者）施設での勤務年数や指導者年数・重症児（者）看護について大切に思っていること・学生支援の具体的な内容・教員との協働について、自由に語っていただいた。同意の上で、録音・メモを記録し、逐語録として記述したものをデータとして扱った。

5. データ分析方法

木下の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）を用いて分析した⁸⁾。分析の手順に従い、分析テーマと分析焦点者を設定した。

分析テーマは、研究テーマの絞り込みとデータと内容との間で調整し、分析テーマはデータ収集後に確定した。研究参加者から語られた対象理解の内容には「重症児（者）とその看護をわかってほしい」の願いを含む語りが多く抽出されていたため、M-GTAの分析テーマ設定の手順に則り、分析テーマを「学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセス」とし、分析焦点者を「重症児（者）施設の病棟で3年以上勤務し、実習指導を経験している看護師」とした。

概念を生成する際に、分析ワークシートを作成し、概念名・定義・具体例（バリエーション）・理論的メモを記入した。分析ワークシートは概念ごとに作成し、逐語録を読みながら分析テーマと分析焦点者に照らした内容や関連ある定義を記入し、定義を凝縮表現した概念を生成した。生成した概念と他の概念との関係性を概念ごとに検討し、複数の概念の関係からなるカテゴリー相互の関係を分析した。中心となる概念・カテゴリーを設定し結果図を作成した。分析結果は結果図を

基に、概念・カテゴリーからストーリーラインとして文章化した。

6. 信頼性と妥当性の確保

解釈による偏りを少なくし、その信頼性や妥当性の確保および客観的データ分析とするため、計画立案時から結果を得るまでの全過程において、M-GTA研究会のスーパーバイザー養成講座を修了した研究者に継続的に指導を受けながら、分析の妥当性を確保した。M-GTA研修では分析手法や分析ワークシートの作成方法について学び、分析の厳密性と結果の信頼性に努めた。なお、M-GTAの方法手順に則り2段階の理論的飽和化を確認した後、反転確認及び新たな概念の創出がないことが確認されたため、理論的飽和化に至っていると判断した。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究参加者が勤務する施設長等に研究承諾を得た後に、研究参加者に対して研究の趣旨、目的、方法、個人情報保護をはじめとする倫理的配慮等について、文書と口頭により説明を行った。参加は自由意思であること、途中あるいは参加後に同意を撤回しても不利益はないこと、匿名処理の上で論文公表を行うことについて説明した。さらに同意・同意撤回書の説明も併せて行った。その後、同意書への署名を得た。

本研究は、新潟大学全学倫理審査委員会の承認（承認番号2020-0258）を得て行った。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の概要

重症児（者）施設の看護師に研究を依頼し、同意を得られた11名に半構成的面接を行った。面接は1名あたり1回、対面によるインタビューは5名、非対面によるインタビューは6名、面接時間は25分-66分、平均時間は55.6分であった。参加者は11名（男性1名、女性10名）。年齢は20-40歳台で平均年齢35.4歳。看護師歴は7年-20年以上で平均年数16.8年。重症児（者）施設の勤務年数は3年-23年で平均年数10.7年。指導者歴は2年-7年で平均年数4.5年であった（表1）。

2. 全体像としてのストーリーライン

重症児（者）施設の指導者が行う看護学生支援プロセスは、「学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセス」であった。20の概念、9のサブカテゴリー、4のカテゴリーが生成された。4のカテゴリーのうち、1のコアカテゴリーを生成した。全体的な関連について結果図とストーリーラインにまとめた。なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリー【 】, 概念《 》を用いて表した。

ストーリーラインは以下である（表2）（図1）。

看護学生に対して、重症児（者）施設の指導者が、対象理解を含めて大切にしている学習支援プロセスとは、「学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセス」である。小児看

表1 研究参加者の概要

性別	年齢	勤務地	看護師歴	勤務年数 ※1	指導者歴 ※2	面接方法	
A	F	40歳台	A県	20年以上	11年	5年	直接
B	F	40歳台	A県	20年以上	14年	2年	直接
C	F	30歳台	A県	17年	17年	7年	直接
D	F	40歳台	A県	20年以上	23年	6年	直接
E	M	40歳台	A県	18年	9年	5年	直接
F	F	40歳台	B県	20年以上	6年	5年	オンライン
G	F	40歳台	C県	20年以上	7年	7年	オンライン
H	F	20歳台	D県	7年	8年	2年	オンライン
I	F	30歳台	D県	8年	8年	4年	オンライン
J	F	30歳台	D県	10年	7年	4年	オンライン
K	F	40歳台	D県	20年以上	3年	3年	オンライン

※1 重症心身障害児（者）施設勤務年数

※2 重症心身障害児（者）施設による指導者歴

表2 学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセスに関する概念一覧とサブカテゴリー・カテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
看護の普遍性と特殊性のバランスをとる	看護の普遍性と特殊性	小児看護学としての普遍性と特殊性 その児のペースで成長発達
	学生も看護の対象	戸惑い行動の発見 指導者としての責任感 緊張しない実習配慮
コアカテゴリー	看護の魅力	ニーズの模索 はまってしまう看護の魅力
個性を知ってほしい	個性と強みが看護の視点	個性と強みを看護に活かす 重要視する家族の存在
	橋渡し	関係構築の仲介役 児への配慮
道しるべ役	代弁者	回避できない危険リスク わずかな反応を捉える大切さ 反応を代弁
	教員と擦り合わせ	指導の方向性 教員と情報共有
学生のイメージ変化を確信	プラスイメージに変えたい	人権に関する倫理観育成 負のイメージをプラスに変えたい思い
	認識変容に充足感	学生が発見した重症児（者）の反応 関係構築からみえた学生の言動変化

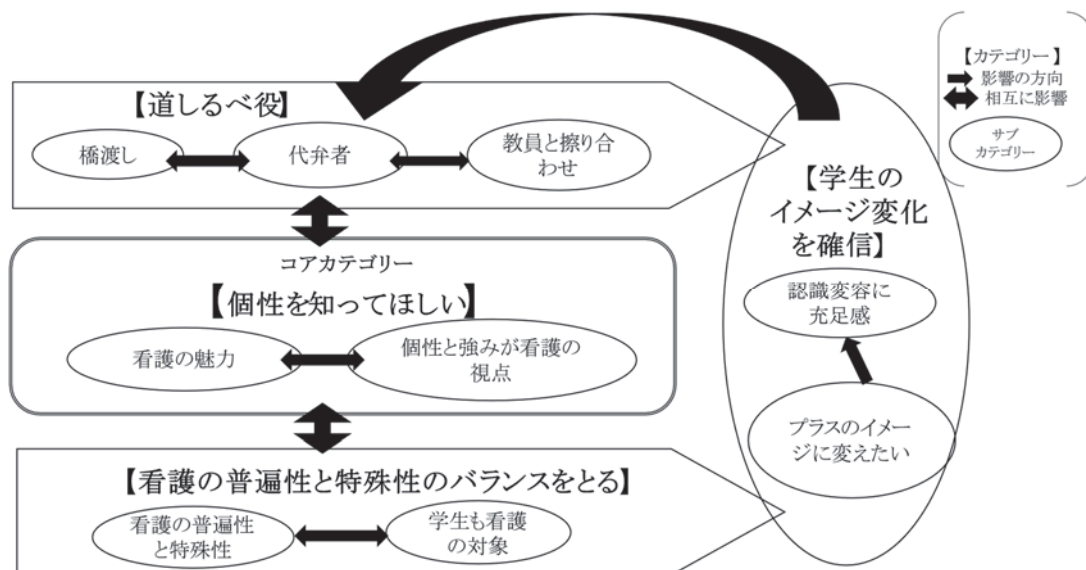


図1 学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセス

護学における『看護の普遍性と特殊性』の学習内容と、『学生も看護の対象』とする意識により、『看護の普遍性と特殊性のバランスをとる』ことが教育内容の土台となる。一方、重症児(者)と学生を、仲介をしながら『橋渡し』、『代弁者』、そして『教員と擦り合わせ』を前後しつつ、役割と機能を臨機応変に変化させて『道しるべ役』となる。

そのプロセスには、一つの思いがあり、『看護の魅力』、『個性と強みが看護の視点』が影響し合う『個性を知ってほしい』とする強い願いがある。ここが対象理解と伝えたい看護の原点となるプロセスの中心である。

そこから『学生のイメージ変化を確信』に至る。ここで『プラスのイメージに変えたい』ことが学生に伝わると、『認識変容に充足感』が得られる。

しかし、『プラスのイメージに変えたい』ことが不十分な場合は、『道しるべ役』に戻り、『橋渡し』、『代弁者』となり、『教員と擦り合わせ』をするなどの循環プロセスを辿る。

3. プロセスを構成する要素

概念生成の根拠となったデータの一例を示し、プロセスに沿って構成要素を説明する。データは特徴的なセンテンスのみ抜粋、要約したうえで、ゴシック体で表記した。

1) 『看護の普遍性と特殊性のバランスをとる』カテゴリー

これは『看護の普遍性と特殊性』、『学生も看護の対象』の2つのサブカテゴリーで構成された。

(1) 『看護の普遍性と特殊性』サブカテゴリー

指導者は重症児(者)が対象である小児看護学実習を成長発達や基本的日常生活習慣の獲得から子どもを捉えられるよう、学生と関わっていた。

「小児看護で重心ってちょっと難しいのかなって思ってたんですけど、でもこういうこと(日常生活援助や療育、あそび)を知ってもらえればいいのかと思って。(C)」と語っていた。学生が、重症児(者)が対象である小児看護学実習に関して戸惑う場合、基本的日常生活習慣の獲得やあそびを通して看護を行う発言であった。さらに、対象のペースを大切にしている重要性の発言も聞かれた。このように原理原則の看護と特殊性ある看護の視点を繋げながら支援を行っていた。

以上、『小児看護学としての普遍性と特殊性』と『その児のペースで成長発達』の2つの概念からサブカテゴリー『看護の普遍性と特殊性』が構成されていた。

(2) 『学生も看護の対象』サブカテゴリー

「何についてよりも全てに対して、どういうふうに関わっていいかわからないっていうところで戸惑いを感じる学生が多いかなっていうのと、多分小児科の教科書をもみても答えが載っていないっていうところが難しいのかなっていうふうには思います。(J)」と指導者から見えた学生の様子が語られ、重症児(者)とのコミュニケーションや身体的な特徴から学生の『戸惑い行動の発見』をしていた。

「見本になるように自分でも積極的にいろんなことを話しかけたりとかしているように心掛けています。(C)」と語ら

れているように『指導者としての責任感』を抱きながら、積極的にコミュニケーションを図ることで学生と関わっていた。

また「重心施設だからとかではなく、全般的にまずは安心してほしいなって。学生に、私たちはあなたたちに脅威にはならないよっていうことをわかってほしいなって。(K)」と、『緊張しない実習配慮』を行い、学生にストレスを与えないよう配慮していた。

以上、『戸惑い行動の発見』、『指導者としての責任感』、『緊張しない実習配慮』の3つの概念から、『学生も看護の対象』が構成されていた。

これらのサブカテゴリーから『看護の普遍性と特殊性のバランスをとる』カテゴリーが構成された。重症児(者)を対象とした小児看護学実習において、原則としての看護の視点を大事にしながらも、重症児(者)としての特殊性も伝えたいとするカテゴリーであった。

2) 『個性を知ってほしい』コアカテゴリー

これは『看護の魅力』、『個性と強みが看護の視点』の2つのサブカテゴリーで構成された。

(1) 『看護の魅力』サブカテゴリー

指導者は、常に重症児(者)への看護は模索し続けていると語られていた。反応から捉えたことは本当にそうであるのか、他者は同じ反応から違う解釈をするのではないかと試行錯誤しつつ、葛藤を抱きながら、学生と関わっていた。

「一般の病院では経験できないことができるし、自分を常に向上させていかないと、(中略)うまくまとめられないですけど、貴重な仕事だと思うんです。なんていうんですかねえ、(中略)一般と違った何かが、何かがあるんです。入所者にも魅力あるし、やってる仕事も魅力があるんです。(A)」このような発言もきかれ、自身の苦労や努力から、重症児(者)と過ごす時間の充実さや看護の魅力を実感し、重症児(者)看護が魅力的であると感じていた。

以上、『ニーズの模索』と『はまってしまう看護の魅力』の2つの概念からサブカテゴリー『看護の魅力』が構成されていた。

(2) 『個性と強みが看護の視点』サブカテゴリー

指導者は、さらに学生に対して、「生活の場であることで、重い障害をもって気管切開しているとか、あとは呼吸器つけて生活している人もいるんだけど、それは治療ではなくて、その子がより良く生活するために必要なんだということを伝えます。(F)」と語っていた。学生には、重症児(者)が持つ障害は個性であり、彼らが持っている強みを見つけて看護することを大切にしている姿勢があった。これは『個性と強みを看護に活かす』として、個別性ある看護の視点が持てるような支援であった。加えて、「お母さんとは接する機会が少ない乳幼児がいますので、愛着形成維持にどうしたらうまく関わっていけるかなっていうのを、家族看護っていう所を大事にしています。(G)」と語られていた。長期間、家族と離れての療養生活をしている重症児(者)もいることを踏まえた、

家族にも看護の視点を持ってほしいとの願いが表現されていた。

以上、《個性と強みを看護に活かす》、《重要視する家族の存在》の2つの概念からサブカテゴリー『個性と強みが看護の視点』が構成されていた。

この2つのサブカテゴリーから、【個性を知ってほしい】のカテゴリーが構成された。学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセスにおいて、対象をこのように捉えて欲しいとする強い願いが込められたカテゴリーであり、分析テーマと強く関連することから、これがコアカテゴリーであると判断した。

3) 【道しるべ役】カテゴリー

これは【橋渡し】、【代弁者】、【教員と擦り合わせ】の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

(1) 【橋渡し】サブカテゴリー

指導者は、重症児（者）と学生との関係性を構築しようと、意図的に働きかけていた。

「説明する時に説明だけで終わらせるんじゃなくて、何かこう途中で子どもたちが学生さんが来たら嬉しくて寄ってくるんですけど、そういう時にコミュニケーションとって、あえて子どもたちを巻き込んで。(I)」学生の前で子どもに声をかけ、コミュニケーションのお手本になり、楽しい雰囲気作りを工夫することで、意図的に《関係構築の仲介役》となっていた。

しかし、「どうしてもあの子たちもけっこう敏感に感じ取ってる部分があるのかなって。ただ、私たちは目に見えないだけで、結構捉えてるんだらうなって思うから、その辺はやっぱりちゃんと、こう丁寧にっていうか、関わっていかなくちゃいけないかなって。(B)」と語っていた。病棟は子どもたちにとっては生活の場であるため、学生が病棟に来ることで子どもたちに与える影響があると考え、《児への配慮》も行っていた。

以上、《関係構築の仲介役》と《児への配慮》の2つの概念からサブカテゴリー【橋渡し】が構成されていた。

(2) 【代弁者】サブカテゴリー

指導者は、安全な環境を調整できない重症児（者）の危険回避を知ってもらいたい思いを抱き、支援していた。

「重心施設での実習に対しての注意事項となると、重心とか子どもって自分で危険回避ができなかったりするので、こちら側が気付いて危険回避をしてくださいねっていうことは毎回伝えるようにしています。(C)」重症児（者）自身が《回避できない危険リスク》を学生に分かりやすく説明することで、重症児（者）看護に対する危機管理を徹底するためであった。子どものいつもと違うという観察力や洞察力が看護に繋がっていることを伝えながら、安全な環境を調整できない重症児（者）の危険回避を知ってもらいたい思いで支援していた。

加えて、「1つはやっぱり重心のお子さんたちは言葉発せられないってところがあるので、思いをくみ取った気遣いでき

るようになっていうのはいつも心掛けていることで。(I)」と語られていた。子ども1人ひとりが違う方法で反応しており、わずかな反応やそれを受け取る側の感受性を大切にしてほしい気持ちから、《わずかな反応を捉える大切さ》を分かってほしい思いで支援していた。さらに指導者が、普段感じている《反応を代弁》し、学生に伝えていた。これは重症児（者）の反応を指導者の視点から判断し、解釈した内容を学生に伝えることで重症児（者）の理解に繋がれるように支援していた。

以上、《回避できない危険リスク》、《わずかな反応を捉える大切さ》、《反応を代弁》の3つの概念から【代弁者】が構成されていた。

(3) 【教員と擦り合わせ】サブカテゴリー

指導者は学生の普段の様子が分からないため、「学生さんの一人一人の性格ご存じなので、なんかどう誘導した方がいいですかねってことは話したことがあります。どんな感じで声かけた方がいいですかね、どんな感じで修正していくといいですかねって相談したことがあります。(C)」と語っていた。指導に戸惑っているときは、学生を理解している実習担当教員（以下、教員）から情報収集することで、《指導の方向性》を確認し、学生が混乱しないよう工夫した支援を行っていた。

同時に「一緒に育てようという気持ちを共有したいです。今来てる学生をどう育てたいかなって、看護師としてそうやってほしいって、そういう情熱みたいのを共有したいです。(K)」と語っていた。これは学生の特性を理解している《教員と情報共有》しながら、学生への支援に繋げていきたいという思いであった。

以上、《指導の方向性》、《教員と情報共有》の2つの概念から【教員と擦り合わせ】が構成されていた。

この3つのサブカテゴリーから、【道しるべ役】のカテゴリーが構成された。指導者は学生にとって、重症児（者）施設での案内役であり、重症児（者）との仲介役でもある。さらに指導者自身も教育目標から外れないように学校の教員と協働するカテゴリーであった。

4) 【学生のイメージ変化を確信】カテゴリー

このカテゴリーは【プラスのイメージに変えたい】、【認識変容に充足感】の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

(1) 【プラスのイメージに変えたい】サブカテゴリー

指導者は、「あんまり偏見をもってほしくなくて、その子はその子の世界の中で障害があって生まれてきてるから、その子にとって障害は、私たちの性格みたいな同じようなものかなって思っている。(J)」と語っていたことから、学生の自覚なくとも自分本位の関わりについても《人権に関する倫理観育成》として、重症児（者）の人権を意識し、尊重した関わりを学んでほしい倫理観を持ち支援していた。

(2) 【認識変容に充足感】サブカテゴリー

学生に対して、「なんか技術を学んでほしいとか障害の種類について細かく知ってほしいではなく(略)なんか障害があっても自分たちと変わらないんだっていうふうな同じように生きてるんだっていうのを感じてもらえるといいなってぐらい

でやらせてもらっています。(J)」と発言から、学生が持つ《負のイメージをプラスに変えたい思い》で支援していた。学生の重症児(者)のイメージが、実習をきっかけにポジティブなイメージになれるよう関わっていた。

以上、《人権に関する倫理観育成》と《負のイメージをプラスに変えたい思い》の2つの概念から『プラスのイメージに変えたい』が構成されていた。

(2) 『認識変容に充足感』サブカテゴリー

「あそびの場面でも、この子が好きだって歌を学生が発見した時があって、「この歌だとすごい笑います。」とか、そういうところで、「ああ、本人を見てくれたんだな。」っていうのは垣間見たりとかもありましたね。(中略) 学生が歌を歌いながら、この歌だとすごい笑いますって、学生だと表情見ながら、どの歌が好きなんだろうって、その子を知ろうとしてくれたんですね。一回、一回聴かせてあげると、全然表情違うねって。(K)」と語っていた。学生はじっくりと時間をかけて関わり、細かな観察を行っていくため、その子どもに合わせた看護の展開をすることが、《学生が発見した重症児(者)の反応》となっていた。

指導者は「単純に机に向かって時間より患者さんのところに行っている時間が増えたりするだけでちょっと関わり方が分かったのかなとか。(C)」と語っていた。これは緊張していた学生がベッドサイドに積極的に向かい、重症児(者)の細やかな反応に気づきながら、看護に繋げている様子から《関係構築からみえた学生の言動変化》を捉えていた。

以上、《学生が発見した児の反応》、《関係構築からみえた学生の言動変化》の2つの概念から『認識変容に充足感』が構成されていた。

この2つのサブカテゴリーから、【学生のイメージ変化を確信】のカテゴリーが構成されていた。これは指導者が学生に対して、重症児(者)のことをわかってほしいという願いのもとに、学生の変化を確信するカテゴリーと考えられた。

VI. 考 察

1. 対象理解の基盤となる「重症児(者)の個性を知ってほしい」願い

今回の研究参加者である指導者らは、学生に対して重症児(者)を負のイメージや先入観、偏見を持ってみるのではなく、その子ども自身をみてほしい、個性ある1人の対象としてみてほしいとの思いが根底にあった。そして、その思いが全ての支援内容に影響していた。重症児(者)施設に勤務した看護師の多くは、最初は衝撃や戸惑いがあり、対象者把握の確立まで試行錯誤の苦しい時期があることが報告されている⁹⁾。このような背景により、対象を理解する第一段階として、学生には先入観なく、その児自身が個性ある1人として関わってほしい願いがあると推測された。

さらに重症児(者)施設に勤務する看護師の「やりがい」とは、ニーズを見極め、対応を変えられる通園ができたとき¹⁰⁾、

あるいは重症児(者)と継続して、彼らと生涯に渡り関わることであると報告される¹¹⁾。さらに重症児(者)の特性による倫理的側面として、1人ひとりの特性を熟知した看護の提供が必要とされている¹¹⁾。

特定機能病院や急性期病棟と異なり、重症児(者)施設に勤務する看護師らは長期に渡り、対象との関係を深く築くこと、また看護師の創意工夫によって生活の質(Quality of life:QOL)の向上ができたと感じられることで、看護の魅力を強く感じると推察される。また今回、研究参加者の指導者らは「看護師は家庭や家族の代替役割があることも知ってほしい。」と、一般病棟とは異なる機能も理解してほしいと願っていた。

このように、重症児(者)看護の専門職者として、指導者は自身の看護観を堅固に持った上で、初学者である学生には負のイメージや障害を先にみるのではなく、その子どもそのものをみることで、個性ある子ども自身を知ることが重症児(者)看護の原点であることを伝えたいとする強い気持ちが支援の全ての土台となっていたことが示されていた。

2. 「看護学」としての学習支援

重症児(者)施設の看護技術として、成長発達や基本的日常生活援助、あそびを通じた普遍的な小児看護学の視点を踏まえながらも、教科書通りではない重症児(者)看護の特殊で高度な知識と技術が必要とされる。基本的な学習方略は易から難、単純から複雑へと段階を踏まえて学習することが基本である。しかし、重症児(者)施設の看護技術の全ては応用編であり、指導者にとって、それらの言語化と技術展開を初学者の学生に示すことは難易度が高いと推測される。

先行研究には、重症児(者)を対象とした学習成果として、発達促進ケアなど一般病院における実習と同様の学びが得られている報告がある¹²⁾。今回の指導者らは、この一般病院における実習と同様の学びとともに、実際に子どもと関わりながら特殊性のある対象理解を、どちらにも偏ることがないように、配慮して支援している姿があった。

この【看護の普遍性と特殊性のバランスをとる】支援には、『看護の普遍性と特殊性』と『学生も看護の対象』が行き来し、その中には「看護実践の役割モデル」も踏まえながら¹³⁾、支援していることが示唆された。具体的な支援方法として、重症児(者)から捉えた反応を『代弁者』として言語化し、わずかな反応を捉えることの大切さを学生に伝えながら支援していたことである。また、学生と子どもが遊べるきっかけ作りをすることで関係構築ができるよう仲介役にもなっていた。このような関わりをすることで、児の微細な変化が学生にも伝わり、対象理解の思考の促進につながっていたと推測される。

指導者は、さらに重症児(者)への配慮も行っていた。重症児(者)にとって環境が変化することは、心的な大きなストレスがかかり、健康を害し、重篤な症状を生じさせることが報告される¹⁴⁾。学生が実習生として来ることは、重症児(者)

自身に大きなストレスとなっていることを指導者が理解していることで、学生のみでなく重症児（者）にも配慮をしていたことが示唆された。

加えて、指導者は学校側との連携についても苦慮していた。実習は教育と臨床がうまく連携するためには、協働の場に両者が積極的に参加することが必要との報告がある¹⁵⁾。インタビューの中では「学生さんだけでなく、教員にも重症児（者）看護を知ってほしい。」との声が何度か聞かれていた。これは実習支援を考える上で指導者の切実な願いであると感じられた。

以上のように、指導者は重症児（者）と学生の関係構築を促しながら、普段から関わっている重症児（者）の反応を捉えた代弁者となり、普遍的な看護と特殊性のある看護のバランスをとりながら支援をしていることが示唆された。

3. 指導者が目標とする学生の認識変容

前述したように、指導者は学生が重症児（者）に対して抱く負のイメージをなくしたい、変容させたいとの思いがあった。これは、対象を1人の尊厳ある人として関わる重要性を理解していることと、専門職者としての倫理観に裏付けされた基本的な姿勢によるものと推測される¹⁶⁾。

さらに指導者らは、負のイメージをなくすだけでなく、実習をきっかけとして学生が持つ重症児（者）に対するイメージを、よりポジティブに変換していけることを願って支援していたことが示唆された。この支援の中で、本研究での新たな発見は『学生も看護の対象』として対応していたことである。重症児（者）を対象にした実習での、緊張感と心の障壁が高い学生への対応に「指導者は、あなたたち（学生）の脅威にはならないとわかってもらうよう関わる。」や、「声かけづらいなって気持ち、学生さんにさせたくないな。」との言動があり、深い配慮とともに学生にもケアをしている姿勢を認めた。このような安心感を持たせる雰囲気づくりと姿勢は、重症児（者）ケアと類似した関わりである。このようにして、学生が安心して重症児（者）に接することができる土台となる環境調整がされていた。

また生データでは、学生の言動や行動変化により「重症児（者）の看護をわかってもらえたと思うと嬉しい。」などの発言があり、学生の変化を注意深く捉え、認識変容に充足感を感じていた。これは、一般病棟の実習指導者が、学生の学びや主体的な取り組み、成長を捉えることでやりがいを感じるとの報告と一致する¹⁷⁾。加えて、重症児（者）施設の指導者は、特に「対象の理解」に関する学生の学びをより重視していた。

以上から、学生に重症児（者）とその看護を伝えたいプロセスとして、重症児（者）の個性を知ってほしい強い願いのもとで、指導者は役割を変化させながら学生に関わっていた。学生の重症児（者）に抱くイメージと認識の肯定的変化がそのプロセスの終点となっていた。なお、そこで学生の認識に、肯定的変化が得られない場合は、【道しるべ役】カテゴリーに戻る循環プロセスになることが示唆された。

4. 本研究の限界と課題

本研究の研究参加者の所属施設は5施設にわたるため、施設の特徴が異なる。さらに受け入れている学校ごとに実習目的や目標の違いから指導内容に偏りが生じていると考えられる。今後は、施設の特長や地域性から小児看護学実習での実習内容も網羅した支援プロセスを明らかにしていくことが課題である。

VII. 結 論

重症児（者）施設の指導者が、学生に対して行う学習支援プロセスは、【個性を知ってほしい】がその思いの中心となり、教育として【看護の普遍性と特殊性のバランスをとる】ように配慮しつつ、【橋渡し】、【代弁者】、【教員と擦り合わせ】をして役割を行き来しながら【道しるべ役】となっていた。そして学生の重症児（者）看護に対する【学生のイメージ変化を確信】に至っていた。

重症児（者）施設の指導者は、このように「学生に重症児（者）とその看護を伝えたい」と願っているプロセスを示していた。

本研究は、令和3年度新潟大学大学院保健学研究科博士前期課程論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

本論文の内容の一部は、第46回日本重症心身障害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) 杉森みどり, 舟島なをみ: 看護基礎教育課程における看護学実習, 看護教育学第7版, 東京, 医学書院, p.251-300, 2021.
- 2) 厚生労働省 (2021), 看護師養成所における教育内容と方法に係る調査結果, 2021年11月20日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/05Shingikai/10801000Iseikyoku/Soumuka/0000203416.pdf>
- 3) 矢島仁美, 松本由美, 市川かつ江: 看護学生の意識調査を通して今後の実習指導を考える, 重症心身障害の療育, 3(1), p.155, 2008.
- 4) 文部科学省 (2021), 看護学教育モデル・コア・カリキュラム, 2021年11月20日閲覧, https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf
- 5) 篠崎由香, 上杉佑也, 樋廻句子, 他: 重症心身障害児病棟における小児看護学実習の一考察—一般小児病棟実習との比較から—, 第45回日本看護学会論文集 看護教育, p.106-109, 2015.
- 6) 梅田尚子, 小笹幸子, 笠原香理, 他: 重症心身障害児病棟実習が看護学生の障害児に対するイメージに及ぼす影響, 第40回日本看護学会論文集 看護教育, p.218-220, 2009.
- 7) 藤堂美由紀: 小児看護学実習を行う看護学生が重症心身障害児の特性を理解するための指導看護師のかかわり, 日本小児看護学会誌, (28), p.200-207, 2019.
- 8) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの基本特性, 定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論, 東京, 医学書院, p.2-28, 2020.

- 9) 下野淳平, 市原真穂:重症心身障害(者)通園に勤務する看護師の看護ケアに対する思い, 日本小児看護学会誌, 27, p.171-177, 2018.
- 10) 市江和子:重症心身障害児施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し意思疎通が可能となるプロセス, 日本看護研究学会雑誌, 31 (1), p.83-90, 2008.
- 11) 渡邊美保, 北原直美, 鈴木寿枝:重症心身障害児者施設で働く看護師の満足度に影響を及ぼす要因の検討—やりがい・継続意思に着目して—, 第42回日本看護学会論文集看護教育, p.208-210, 2012.
- 12) 渡部菜穂子, 一戸とも子:看護学実習における臨地実習指導者の「看護実践の役割モデル」の認識, 弘前学院大学看護紀要, 6, p.1-10, 2011.
- 13) 窪田好恵:重症心身障害児者看護を経験してきたある看護師のライフストーリーから捉えた倫理的側面, 日本看護倫理学会誌, 6 (1), p.39-45, 2014.
- 14) 山根康代, 小枝達也:重症心身障害児の学習効果と環境設定—唾液アミラーゼ活性値を用いた検討—, 地域学論集:鳥取大学地域学部紀要, 8 (1), p.67-74, 2011.
- 15) 吉川洋子, 石橋照子, 梶谷みゆき, 他:実習指導者—教員の協働状況とユニフィケーション活動との関係, 鳥根県立大学出雲キャンパス紀要, 8, p.97-104, 2013.
- 16) 埴健, 荒谷智子, 谷野町子:語りから捉えた重症心身障害児(者)に関わる看護師の倫理観, 第50回日本看護学会論文集 慢性期看護, p.218-221, 2020.
- 17) 佐々木満智子, 中谷信江, 井上真奈美, 他:看護学臨地実習で実習指導者がとらえた実習指導のやりがい, 山口県立大学学術情報, 11, 看護栄養学部紀要, p.1167-1172, 2018.

◇研究報告◇

訪問看護を利用する独居高齢者の アドバンスケアプランニングに関する認識

辻原千晶¹⁾*

【目的】：訪問看護を利用する独居高齢者のアドバンスケアプランニング（ACP）に関する認識を検討する事。

【方法】：質的記述的研究。A ステーションを利用している家族と同居していない独居高齢者 9 名への半構造化面接を実施した。

【結果】：訪問看護を利用する独居高齢者の ACP に関する認識として、【必要な事だと自覚している】【死について考え話をする】【もしもの時の医療や療養場所について考えている】【自己や周囲の病気、死別体験が ACP を考えるきっかけとなる】【話す相手を選んで相談する】【ACP の話し合いに対する周囲の準備が出来ていない】【自分がどうしたいかより家族の意見を優先する】【もしもの時について考えない】が抽出された。

【結論】：訪問看護師が ACP を普及することは、誰もが気兼ねなく ACP について話し合うきっかけや環境作りの一助となり得る。また、独居生活の不安を見据え、認知症や寝たきり、孤独死等を念頭に置いた ACP の必要性が示唆された。

【キーワード】 在宅、独居高齢者、ACP、訪問看護

I. はじめに

超高齢社会・長寿社会となった日本では、世帯形態の変化により、独居高齢者が急増し、2040 年には 65 歳以上の単独世帯が 40%になると予測されている¹⁾。単独世帯の親族の有無に関する調査では、子や兄弟姉妹はいるが、同居せずに一人で暮らしている割合が 74.9%である²⁾。独居高齢者に関する問題は、認知症や鬱、生活意欲の低下、孤独死等があり、誰がどこで看取っていくのか、という社会的課題となっている。

近年、最期まで本人らしく生きる事が出来るよう支援する具体的な方法として、Advance Care Planning（以下 ACP）に注目が集まっている。日本老年医学会は、ACP を、“将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである”と定義している³⁾。ACP の主体の多くは高齢者であり、本人の意思表示が可能で、出来るだけ早い段階で ACP を開始する事が推奨されている。さらに、本人の価値・ゴール・希望について誰がどのような形

で知っているべきなのかを検討し、それを尊重した終末期ケアの意思決定をするための仕組みづくりを考える事が必要であると示唆されている⁴⁾。しかしながら、独居高齢者の場合、家族や周囲の人々が気付かないうちに認知機能が低下し、本人が希望する人生の最終段階を確認できていないケースもあり得ると考える。ACP に関しては、家族を含む当事者同士では、話し合う事を躊躇する事が予測されるため、援助者が間に立ち、高齢者と家族が死を語れる場を提供する事も必要である⁵⁾。訪問看護師は、生活の場における医療とケアにも精通しているため、独居高齢者の ACP の援助者として適任であると考えられる。

2017 年の人生の最終段階における医療に関する意識調査では、一般国民の 59.3%が人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えた事があるものの、実際に家族等や医療介護関係者と詳しく話し合っているのは、2.7%であり、56%の人が話し合うきっかけがないと回答されている⁶⁾。また、独居高齢者と家族間のあいさつ程度の会話や世間話の頻度を調査したもので、毎日 55.3%、一週間に 1~3 回 32.2%、

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) ふちゅう訪問看護ステーション 元ベルアンサンブル訪問看護ステーション

* E-mail：chiaki8694@gmail.com

2~3日に1回21.5%であるが⁷⁾、ACPに関する話し合いの内容は明らかにされていない。そこで、訪問看護を利用する独居高齢者が、ACPについてどのように捉え、日頃家族とどのような会話をしているかを調査し、ACP介入の一助にしたいと考えた。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、訪問看護を利用する独居高齢者のACPに関する認識を検討する事である。

Ⅲ. 方 法

1. 研究参加者

研究参加者は、A訪問看護ステーションの利用者で以下の選定基準に該当した12名のうち、本研究の趣旨および協力依頼の説明を理解し、主治医の許可を得て研究協力への同意が得られた9名を研究参加者とした。研究参加者は、選定基準と除外基準を決め、担当看護師と主治医に相談の上選定した。選定基準は、(1)対象者自身が自身の状態及び治療法の選択について理解しており、自らの価値観を自由に表現できる者、(2)言語的または非言語的な手段によりコミュニケーションを図る事ができる者とした。除外基準は、(1)臨床的に明らかな認知機能障害があり、研究の内容が理解できない者、(2)身体症状や精神症状が重篤で、主治医・研究者・担当看護師が研究の参加に妥当でないと判断した者、(3)サービス付き高齢者住宅に住んでいる場合や、家族がいない、もしくは連絡のつかない者とした。除外基準の理由として、サービス付き高齢者住宅に住んでいる場合は、常に介護者を呼べる状態であり、独居の状態とは異なるためである。また、家族がいない者を除外した理由は、ACPに関する話し合いの在り方が家族の有無によって異なる可能性があると考えたためである。

2. 用語の定義

独居高齢者とは、「独立した住居に一人で住んでいる高齢者」と定義した。また、家族とは、「お互いが家族であると自覚している存在である事」と定義した。

3. 研究デザイン

質的記述的研究

4. データ収集方法

データ収集期間：2020年7月~9月

研究参加者に対し個別面接を行い、基本属性に関する聞き取りおよびインタビューガイドを用いた30~60分の半構造化面接を実施し、研究参加者の許可を得て内容を録音した。インタビューを始める前に、研究者がACPについて、厚生労働省の人生会議(ACP)普及・啓発リーフレット⁸⁾を用いて説明した。さらに、対象者は人生会議学習サイトの、Shall we haveの映像⁹⁾を視聴し、ACPについての理解を深めた上で、インタビューを実施した。インタビューの内容は、①ACPについてどのように思うか、②もしもの時の医療やケア

に関する不安な事、③もしもの時に関する不安な事を解消するためにしている事、④もしもの時について、家族と話し合っている事、⑤家族と話し合いをしていない場合、もしもの時について、誰と、どのように話したいか、である。なお、インタビューでの「もしもの時」とは、医療やケア等を自分で決めたり、望みを人に伝える事が出来なくなった時、とした。家族がインタビューの立ち合いを希望された場合は許可し、積極的傾聴を心掛けていただけるよう説明した。

5. データ分析方法

録音した内容より逐語録を作成し、繰り返し読み込み、研究参加者が伝えようとする意味内容に留意して、最小限の文脈が要約されるコードを抽出した。次いで、在宅で一人暮らしをする高齢者のACPに関する話し合いの認識として、重要ととれる内容に注目しながらコード間の共通性・相違性を見出し、帰納的にカテゴリー化していった。カテゴリーの作成は、研究者で独立して行い、分析の信頼性、妥当性を確保するため、在宅領域での研究経験が豊富な研究者のスーパーバイズを受けながら進めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究参加者には、厚生労働省が作成した厚生労働省の人生会議(ACP)普及・啓発リーフレットを用いて行い、ACPは自分だけに当てはまる事ではなく、全国民に向けて早期から普及を進めている事であると説明し、精神的ストレスが緩和できるよう配慮した。時間的拘束に対しては、研究参加者の都合に合わせた日時を設定した。

インタビュー実施前に再度、自由意志の尊重、個人情報保護について説明し、答えたくない内容は答える必要はなく、途中中断や、同意を撤回しても一切の不利益にはならない事を説明し、権利・倫理委員会で承認の得られた同意説明文書にて十分な説明を行い、文書で同意を得た。

本研究は、ベルアンサンプル権利・倫理委員会の承認を得て実施した。(承認年月日：2020年6月30日、承認番号：7)

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の基本属性

研究参加者の基本属性を表1に示した。年齢は、60代後半~90代前半であり、8名が女性で1名が男性であった。家族の訪問頻度は、月1~2回が多く、電話での会話は、1~2週間ごとや毎日が多かった。訪問頻度より電話頻度の方が高かった。近隣との交流は、なしが4名、ありが5名であった。全員訪問看護と訪問介護を利用しており、通所介護は5名が利用していた。対象者の介護保険制度における要介護度は、要支援2が3名、要介護1が1名、要介護2が3名、要介護3が1名、要介護5が1名であった。

2. 訪問看護を利用する独居高齢者のACPに関する認識

訪問看護を利用する独居高齢者のACPに関する認識として、9名の逐語録から、214のコードが得られた。分析結果が

表1 研究参加者の基本属性

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
性別	男性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
年齢	70代前半	90代前半	80代後半	60代後半	90代前半	80代前半	70代後半	80代後半	80代後半
介護度	要支援2	要介護2	要介護3	要介護2	要支援2	要支援2	要介護5	要介護2	要介護1
家族の訪問頻度	1~2回/月	毎日	2回/月	1回/週	1回/週	2回/週	毎日	1~2回/月	1回/週
家族の電話頻度	1~2回/月	毎日	2回/月	2回/週	毎日	毎日	なし	1~2回/月	3回/週
近隣との交流	なし	あり	なし	なし	あり	あり	なし	あり	あり
利用サービス	訪問看護 訪問介護	訪問看護 訪問介護	訪問看護 訪問介護 通所介護	訪問看護 訪問リハビリ 訪問介護	訪問看護 訪問介護 通所介護	訪問看護 訪問介護 通所介護 宅配弁当	訪問看護 訪問介護 通所介護	訪問看護 訪問介護	訪問看護 訪問介護 通所介護

ら29のサブカテゴリー、8のカテゴリーが抽出され、表2に示した。以下に、カテゴリーごとの結果を説明する。なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, コードを「 」を用いて説明する。

1) 【必要な事だと自覚している】

ACPに関して、「年齢とともにやっぱり大切なと思うようになった」「歳からいうとそういう年齢に客観的にはなっている」等、<年齢からACPを意識する>。「まだまだいいだろうと思っていたがそうではない」「生まれたからには亡くなっていくのは当たり前」と、<他人事ではないと捉えている>。また、「周りからよく聞くから、(事前の話し合いは)やっぱりした方がいいかなと思う」「この機会に(話し合いを)やってみようかなとつくづく思う」等、<話し合いに抵抗はない>様子であり、ACPに関する話し合いは、必要な事であると自覚していた。

2) 【死について考え話をする】

「死と直面というか、ちゃんと向き合わなければならないのは当然の事」「(死は)もう遠くはないと思う」等、<死について考える>事があり、「私が死んだら、この服着せてな、ここに置いてあるよって伝えてる」「私も亡くなったら、そこのお墓と一緒にに入れてもらってお祀りしてもらおう」等、<死後の準備をしている>。また、「そのままここで死んだらそれまでやからなって娘に言ってる」「1人やから、中で死んでるか分からへんって言ってる」等、<孤独死について考える>事があり、「悪くなればもう本当運命だと考えている」「いつ倒れても、息が途絶えても悲しまんといてね、この歳やから運命やからと伝えている」等、<死ぬ事は運命だと考える>傾向があり、死について考え家族に話をしていた。

3) 【もしもの時の医療や療養場所について考えている】

「お父さん脳梗塞で延命処置したら意識ないのにあんなまでせんでもいいと思う」「○○の大将が延命処置したって。自分は胃ろうは絶対したくないと伝えている。」等周囲の情報から自身に置き換えて考え<延命処置について考えている>。また、「認知症になった時は病院に行く」と伝えている」「体動かんようになったら施設でお世話してもらおう」等、<認知症や寝たきりになった時の療養場所を考えている>等、認知症

や寝たきりになると一人暮らしが出来なくなる事を危惧し、療養場所を検討していた。

4) 【自己や周囲の病気、死別体験がACPを考えるきっかけとなる】

「急病のあと大事なもんはこの袋に入れてる。こんなの(ストーマ)もなっているし、いつどうなるかと話している」「お風呂で倒れたからね、昼に入るようにしてる。倒れる前だったら(もしもの時の事は)そこまで気がつかない。」等、<自分の病気体験から想像する>事が出来ており、もしもの時の事を考えていた。また、「がんで主人が亡くなって延命治療の話もしてたから、そういう話ができ」「嫁ぎ先の親が死んだ時にいずれはこっちも回ってくる。そんなときに話した。」等<家族との死別をきっかけに話をする>機会を持っていた。さらに、「去年亡くなった主人のお母さんが往診を受けていたのでそういうのも必要と思った」「友達の親が認知症がひどくなったから施設に入れたと話していた」等、<家族や友人から情報を得る>事が出来ていた。これらの事より、自己や周囲の病気・死別体験がACPについて考えるきっかけとなっている事がわかった。

5) 【話す相手を選んで相談する】

「ご主人亡くして隣もその隣も(一人暮らしに)限界来てるかって言い合いしてる」「(デイサービスは年齢も)似てるし、よく話す。私は1回やけど3回ぐらい倒れた人もおる」等、<同じ境遇の人に相談している>。また、「娘とか友達に話している。友達は同じ年やから話しやすい」「(娘が数人いるが)もう右に倅で長女に任してる」等、<相手を決めて相談している>。「ケアマネが大事な事やから息子さんにちゃんと言うとかないかんと言ってくれる」「(訪問介護さんから)こうして私らが訪問する方が、お母さんに合ってるんや違う?と言われる」等、<在宅サービス担当者と話している>事もあり、話す相手を選んで相談していた。

6) 【ACPの話し合いに対する周囲の準備が出来ていない】

「話の流れでそういうのがあればいいけど、なかった」「話はしといた方がええと思うけど、その機会がない」等、<話す機会がない>事が表された。また、「先生とあんまりそんな話せえへんね」「先生もう死んでもええわ言うたら、まだ20

表2 在宅で一人暮らしをする高齢者の ACP に関する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
必要な事だと自覚している	年齢から ACP を意識する	年齢とともにやっぱり大切なと思うようになった。
		歳からいうとそういう年齢に客観的にはなってる。
		70 過ぎなんかすぐやから今から考えておかないといけない。
	他人事ではないと捉えている	まだまだいいだろうと思っていたがそうではない。
		生まれたからには亡くなっていくのは当たり前。
		退院して一人になってそういうのは必要やと思う。
話し合いに抵抗はない	周りからよく聞かから、(事前の話し合いは) やっぱりした方がいいかなと思う。	
	この機会に(話し合いを) やってみようかなとつくづく思う。	
	妹や弟と(話し合いを) するしかない。	
死について考え話をする	死について考える	死と直面というか、ちゃんと向き合わなければならないのは当然の事。 (死は) もう遠くはないと思う。
	死後の準備をしている	私が死んだら、この服着せてな、ここに置いてあるよって伝えてる。 私も亡くなったら、そこのお墓と一緒にに入れてもらってお祀りしてもらおう。 相続の話はずっと妹に話している。
	孤独死について考える	そのままここで死んだらそれまでやからなって娘に言ってる。 1 人やから、中で死んでるか分からへんって言ってる。
	死ぬ事は運命だと考える	悪くなればもう本当運命だと考えている。 いつ倒れても、息が途絶えても悲しまんといてね、もうこの歳やから運命やからと伝えている。
		お父さん脳梗塞で延命処置したら意識ないのにあんなまでせんでもいいと思う。 〇〇の大将が延命処置したって。自分は胃ろうは絶対したくないと伝えている。 私狭心症やから延命治療は要らないし、お別れする時が来たならもういいの。
もしもの時の医療や療養場所について考えている	延命処置について考えている	認知症になった時は病院に行くよと伝えている。 認知症になったら〇〇(施設)に入れてくれたらいいからと娘に言った。 寝た場合はもう病院生活になるからな。 体動かんようになったら施設でお世話してもらおう。
	認知症や寝たきりになった時の療養場所を考えている	
自己や周囲の病気、死別体験が ACP を考えるきっかけとなる	家族との死別をきっかけに話をする	がんで主人が亡くなって延命治療の話もしてたからそういう話ができた。 嫁ぎ先の親が死んだ時にいずれはこっちも回ってくる。そんなときに話した。
	家族や友人から情報を得る	去年亡くなった主人のお母さんが往診を受けていたのでそういうのも必要と思った。 友達の親が認知症がひどくなったから施設に入れたと話していた。
	自分の病気体験から想像する	急病のあと大事なものはこの袋に入れてる。こんなの(ストーマ)もなっているし、いつどうなるかと話している。 お風呂で倒れたからな、屋に入るようにしてる。倒れる前だったら(もしもの時の事は)そこまで気がつかない。
話す相手を選んで相談する	同じ境遇の人に相談している	ご主人亡くして隣もその隣も(一人暮らしに)限界来てるかって言い合いしてる。 (デイサービスは年齢も) 似てるし、よく話する。私は 1 回やけど 3 回ぐらい倒れた人もおる。
	相手を決めて相談している	娘とか友達に話している。友達は同じ年やから話しやすい。 (娘が数人いるが) もうほとんど、右に放えて長女に任してる。
	在宅サービス担当者と話している	ケアマネが大事な事やから息子さんにちゃんと言うとかないかんと言ってくれる。 (訪問介護さんから) こうして私らが訪問する方が、お母さんに合ってるん違う? と言われる。 (訪問) 看護師さんともちよこちよこ話してる。
ACP の話し合いに対する周囲の準備が出来ていない	話す機会がない	話の流れでそういうのがあればいいけど、なかった。 話はしといた方がええと思うけど、その機会がない。
	主治医とも具体的な話し合いが出来ていない	先生とあんまりそんな話せえへんね。 先生もう死んでもええわ言うたら、まだ 20 年は早い、100 まで生きないよって言われた。
	家族は深く考えようとしていない	そういうときはそういうときやわ。と娘も言う。 息子はなるようになるっていう。
	話そうとすると周囲が遮断する	(訪問介護に) あまり考えんとき、最後何もできなくなったら、決断するでしょうって言われる。 (延命処置について話そうとしたら家族に) それ以上言うたらいいかんでって言われた。
	家族はまだ必要性を感じていない	(家族に) まだそこまで考えなくても良い(と言われる)。 (家族に) まだまだそんな事ないと言われる。
	話そうとすると笑われる	この歳でこんなん言う人はいないって言って(主治医は) 笑ってた。 息子らに言うたら笑うてるからな。言いにくいんよ。
自分がどうしたいかより家族の意見を優先する	家族に負担をかけたくない	息子らにかて、負担掛けて生きとうない。 皆それぞれ家庭があるから、そんな世話はできないと思う。
	家族の意見に従う	寝たきりになってどうしようもなくなったらもう老人ホーム入ってねって言われてる。 他の兄弟にもうホーム行ったらええって言われてる。
もしもの時について考えない	今後の想像ができない	先な、分かれへんから、どんなになるかね。 死ぬか生きるかの時ぐらいいいか、もしもはない。
	状況に合わせて対応する	転倒して気が付かなかつたらその時はその時と云ってる。 こう言ったら何ですが、それはもうその時に考える。
	嫌な事だと認識している	嫌な事は考えずに、最終的になればなつたで考えていく。 そればかり考えてたらおかしくなる。
	悲しい事だと認識している	(ACP に関する事は) 悲しい話ばかりになる。 考えないで楽しい事を考える。
	ACP の時期は今ではない	今しなければならぬというのはまた別問題。 (緊急手術を受け状態が改善したので) 喉元過ぎたからもういいやという感じ。 慌てる事はない。

年は早い、100 まで生きないと言われた」等、＜主治医とも具体的な話し合いが出来ていない＞ケースもあった。ACP に関する話をしようとすると、「そういうときはそういうときやわ。と娘も言う」「息子はなるようになるっていう」等、＜家族は深く考えようとしていない＞様子であり、「(訪問介護に)あんまり考えんとき、最後何もできなくなったら、決断するでしょうって言われる」「(延命処置について主治医に話そうとしたら家族に) それ以上言うたらいかんでって言われた」等、＜話そうとすると周囲が遮断する＞場合もある事がわかった。また、「(家族に) まだそこまで考えなくても良い(と言われる)」「(家族に) まだまだそんな事ないと言われる」等、ACP に関する話し合いについて＜家族はまだ必要性を感じていない＞事が表された。また、「この歳でこんな言う人はいないって言って(主治医は) 笑ってた」「息子らに言うたら笑ってるからな。言にくいんよ」等、＜話そうとすると笑われる＞為話しが出来ない事もあり、家族も医療者も、ACP の話し合いに対する準備が十分に出来ていない事が見受けられた。

7) 【自分がどうしたいかより家族の意見を優先する】

「息子らにかて、負担掛けて生きとうない」「皆それぞれ家庭があるから、そんな世話はできないと思う」等、＜家族に負担をかけたくない＞思いがある。また、「寝たきりになってどうしようもなくなったらもう老人ホーム入ってねって言われてる」「他の兄弟にもうホーム行ったらええって言われてる」等、＜家族の意見に従う＞傾向にあり、自分がどうしたいかより、家族の意見を優先して考えている認識が見受けられた。

8) 【もしもの時について考えない】

「先な、分かれへんから、どんなになるかね」「死ぬか生きるかの時ぐらいしか、もしもはない」等、＜今後の想像ができない＞、「転倒して気が付かなかつたらその時はその時と云って」「こう言ったら何ですが、それはもうその時に考える」等、＜状況に合わせて対応する＞と認識していた。また、「嫌な事は考えずに、最終的になればなつたで考えていく」「そればかり考えてたらおかしくなる」等、ACP に関しては＜嫌な事だと認識している＞。さらに、「(ACP に関する事は) 悲しい話ばかりになる」「考えないで楽しい事を考える」等＜悲しい事だと認識している＞。「今しなければならぬというのはまた別問題」「(緊急手術を受け状態が改善したので) 喉元過ぎたからもういいやという感じ」等＜ACP の時期は今ではない＞と捉え、もしもの時について考えないという認識であった。

VI. 考 察

本研究では、在宅で一人暮らしをする高齢者の ACP の認識について、【必要な事だと自覚している】【死について考え話をする】【もしもの時の医療や療養場所について考えている】【自己や周囲の病気、死別体験が ACP を考えるきっかけとなる】【話す相手を選んで相談する】【ACP の話し合いに対す

る周囲の準備が出来ていない】【自分がどうしたいかより家族の意見を優先する】【もしもの時について考えない】の 8 つのカテゴリーが抽出され、以下の通り考察した。

1. 死の自覚と準備

本研究の一人暮らし高齢者は、＜年齢から ACP を意識＞し、＜他人事ではないと捉え＞、ACP を【必要な事だと自覚している】。また、＜孤独死について考える＞や＜死後の準備をしている＞等、【死について考え話をする】事が表された。高齢者は、死の恐怖や現世からの回避を期待する傾向は高くなく、死に対して比較的安定かつ現実的な態度を有している¹⁰⁾事が報告されている。本研究参加者もまた、加齢に伴い死を自分事として捉える傾向にあり、ACP の必要性を感じているのかもしれない。なお、孤独死の可能性を考える点は、本研究参加者が独居高齢者であった事の特徴づける結果と考える。独居高齢者に関する意識調査では、約 4 割の人が孤独死を身近に感じている事が報告されおり¹¹⁾、他者との交流がなく社会的に孤立した果てに死亡する事が問題となっている。今回の研究参加者は、社会から孤立した状態ではないが、一人暮らしのため、孤独死の可能性や不安は拭いきれないと考える。独居高齢者が独居生活を続けるためには、本人が、危険な状態やつらい状況になる可能性を理解し、それでも自宅での生活を望むという「本人の思いと心構え」が重要である。そのため、訪問看護師は、独居高齢者に対して、正確な病状や今後起こり得る厳しい内容を伝え、本人が自分の生活を自分で考えられるように導くアプローチが求められている¹²⁾。

2. ACP を考えるきっかけや内容

ACP に関する話をする時は、【自己や周囲の病気、死別体験が ACP を考えるきっかけとなる】事が表された。また、【もしもの時の医療や療養場所について考えている】内容は、＜延命処置について考えている＞＜認知症や寝たきりになった時の療養場所を考えている＞であった。人生の最終段階における医療やケアを話し合うきっかけについて、先行調査では、自分の病気 52.3%、家族の病気や死 63.7%¹³⁾が高い値を占めており、今回の調査でも同様の結果であった。先行研究では、医療者が病状の予測と起こりうる問題を見通す力は、ACP を促進する要素になる事¹⁴⁾が報告されている。本研究結果からも、自己や身近な人の病気体験、死別体験がある高齢者は、病状の予測や起こりうる問題を考える力を持っており、訪問看護師が医学的知識に基づくアセスメントを交えながら、自分自身に置き換えて捉えられるよう支援すれば、ACP の話し合いがスムーズに出来ると考える。2025 年には 65 歳以上の高齢者の約 5 人に 1 人が認知症になる事が見込まれており、認知症は、誰もが関わる可能性のある身近な病気である¹⁵⁾。独居の場合、認知症の兆しを指摘される機会が少なく診断が遅れる事があるため、研究参加者のように認知症になる事を想定し、事前に延命処置や療養場所を考え家族や医療者に意思表示する事は重要な事である。

3. ACP の話し合いの現状

一人暮らし高齢者の ACP の話し合いのあり方として、【話す相手を選んで相談する】が、＜話す機会がない＞＜話そうとすると周囲が遮断する＞等【ACP の話し合いに対する周囲の準備が出来ていない】事が表された。患者と死について話す事に伴う看護師のバリアに関する質的研究では、死に関する会話をすると死を認めてしまうと感じ、死に関する会話を逸らすかどうか迷い、患者が話す死に向き合えないという体験をしている¹⁶⁾との報告がある。今回の結果でも、家族や在宅専門職が、本人が話そうとしているのに、タイミングを逃している実情が見受けられた。看護実践における ACP は、その人が「どう生きたいか」について表現できるよう「どんな話をするのか」を考え、話をするタイミングを探しつつその人を観察し一歩踏み込む事が重要である¹⁷⁾。訪問看護師や在宅専門職は、話のタイミングとアンテナを張り巡らせ、意図的に ACP に関する対話をする姿勢が求められると考える。また、＜家族に負担をかけたくない＞＜家族の意見に従う＞等【自分がどうしたいかより家族の意見を優先する】事が表された。小笠原氏は、独居高齢者が住み慣れた自宅で最期まで過ごすための一番の障壁は家族であり、独居に対する不安から、自己決定権を奪う事もあり得ると述べている¹⁸⁾。日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常の事である。そのため、ACP に関する知識を有した訪問看護師は、日ごろから本人の ACP に関する情報を細やかに集め、それらを基に本人や本人に関わる職種や家族の誰もが、安心して自分の気持ちを話せる場を作る事が必要であると考えられる。

4. ACP に対する負の感情

ACP については＜嫌な事、悲しい事だと認識しており＞、【もしもの時について考えない】事が表された。日本人の死生観に関する心理学的基礎研究では、自分の死に対して受容・回避・逃避という一見矛盾した態度を同時に有している¹⁹⁾事が報告されている。回避や逃避する思いも死生観に触れる大切な経過であり、訪問看護師はそのような対象者の思いを否定せず、受容しながら ACP を支援する必要があると考える。

最後に、本研究の限界について述べる。本研究の研究参加者は女性が大半を占めており、性差による特徴を踏まえた記述には至らなかった。また、9名の要介護度には幅があり、疾患や病期も様々であったため、結果を一般化するには限界がある。今後さらに研究参加者の特性を踏まえた検討が必要である。

VII. 結 論

本研究では、訪問看護を利用する独居高齢者は、ACP を必要な事であると自覚しながらも、もしもの時について考えないと認識していた。一方、周囲の病気や死別体験がある高齢者は、ACP や死について話す事が出来ており、ACP の話し合いをスムーズに進める糸口となる事が示唆された。しかし、

本人が話そうとしても相手が話を遮断する事や、家族の意見を優先する等、ACP に対する周囲の準備が出来ていない現状も見受けられた。今後、訪問看護師が利用者や家族、在宅療養を支援する多職種に ACP を普及する事は、誰もが気兼ねなく話し合えるきっかけ作りや環境作りの一助となり得る。また、独居生活の不安を見据え、認知症や寝たきり、孤独死等を念頭に置いた ACP の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にあたり、インタビューに快くご協力いただきました研究参加者のみなさまならびに関係機関のみなさまに熱く御礼申し上げます。

本論文の内容の一部は、日本地域看護学会第 24 回学術集会において発表した。なお、本研究は、2020 年度日本訪問看護財団「訪問看護等在宅ケア研究助成」を受け実施した。本研究における利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（全国推計）2015（平成 27）年～2040（平成 52）年、p.1-10、(2018) 2021 年 11 月 21 日閲覧、http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/hprj2018_gaiyo_20180117.pdf.
- 2) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）一人暮らし高齢者に関する意識調査、p.112-113 (2014)、2021 年 11 月 21 日閲覧、<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/kenkyu/zentai/pdf/s3.pdf>.
- 3) 一般社団法人 日本老年医学会 (2019) ACP 推進に関する提言、p.1-9、2021 年 11 月 21 日閲覧、<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>.
- 4) 谷本真理子、芥田ゆみ、和泉成子：日本におけるアドバンスケアプランニング研究に関する統合的文献レビュー、Palliative Care Research, 13 (4), p.341-355, 2018
- 5) 彦聖美、田島祐佳：高齢者が捉える生と死に関する文献検討、ホスピスケアと在宅ケア, 19 (1), p.42-49, 2011.
- 6) 厚生労働省、平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（確定）、p.10-28、(2017) 2021 年 11 月 29 日閲覧、www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka.
- 7) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）一人暮らし高齢者に関する意識調査、p.112-113 (2014)、2021 年 11 月 21 日閲覧、<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/kenkyu/zentai/pdf/s3.pdf>.
- 8) 厚生労働省：人生会議（ACP）普及・啓発リーフレット、2021 年 11 月 29 日閲覧、<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>.
- 9) 厚生労働省：人生会議学習サイト：Shall we have、2021 年 11 月 29 日閲覧、<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei>
- 10) 田口香代子、三浦香苗：高齢者の生への価値観と死に対する態度、昭和女子大学生生活心理研究所紀要, Vol.14, p.57-68, 2012.
- 11) 内閣府：平成 27 年版高齢社会白書（全体版）第 3 節一人暮らし高齢者に関する意識 3. 将来に関する事項 (2015)、2021 年 12 月 11 日閲覧、

- <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/zenbun/index.html>.
- 12) 柴田三奈子: 本人の望む場所, 望む生き方を支える, コミュニティケア 23 巻 13 号, p.73, 2021.
 - 13) 前掲書 6).
 - 14) 鶴若麻理, 大桃美穂, 角田ますみ: アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援—訪問看護師が療養者へ意向確認するタイミングの分析を通して—, 生命倫理, 26 (1), p.90-99, 2016.
 - 15) 厚生労働省: 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~ (概要) 2022 年 2 月 10 日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan_gaiyou.pdf.
 - 16) 内布敦子: 死にゆくことの言語化とそれに伴う看護師のバリアに関する研究, 大阪大学大学院, 大阪大学大学院人間科学研究科博士論文, p.29-129, 2002.
 - 17) 長江弘子: 看護技術 62 (12), メヂカルフレンド社, p.24, 2016.
 - 18) 小笠原文雄: コミュニティケア, 23 (13), p.66, 2021.
 - 19) 隈部知更: 日本人の死生観に関する心理学的基礎研究—死への態度に影響を及ぼす 4 要因についての分析—, 健康心理学研究, 19 (1), p.10-24, 2006.

◇研究報告◇

精神科病院に入院する患者の退院前訪問における着眼点

池間功一¹⁾*

本研究は、精神科病院に入院する患者の退院前訪問における着眼点を明らかにすることを目的とした。精神科病院に勤務する看護師6名を対象に、退院前訪問実施後に半構造化面接を行った。逐語録を精読し、退院前訪問時における看護師の着眼点として抽出された203のコードを、先行研究で整理した8項目、【身体機能】、【生活調整】、【精神症状】、【人間関係構築】、【想像する力】、【自己評価】、【家族との関係】、【社会資源の活用】に分類してカテゴリ化したところ、88のサブカテゴリと40のカテゴリが生成された。退院前訪問における8項目の着眼点が明らかとなり、それらを看護師間で共有することによって、病院内生活のみでは見いだせない患者本来の持てる力や個性、特性を退院前訪問によって見出し、退院前訪問時や病院内での看護に見通しを持ち、関わることができると示唆された。

【キーワード】 精神科、退院前訪問、着眼点

I. はじめに

厚生労働省（以下、厚労省）は2004年に「入院医療中心から地域中心へ」という基本方針のもと、精神保健福祉の改革ビジョンを示した。また、2017年には、これからの精神保健福祉医療のあり方に関する検討会報告書の中で、精神障害者が地域の一員として生活できるよう、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として明確にされた。しかし、日本では依然として他の先進国と比較しても精神科病院での入院日数が長期化している現状がある。そのため近年、日本では精神障害者の地域移行支援が進められており、地域社会への退院支援も重要視されている。精神科病院における退院支援のひとつに精神科退院前訪問（以下、退院前訪問）がある。2006年、2008年の診療報酬改定により、退院前訪問においては、原則3回、入院期間が6ヶ月を超えると見込まれるものに対しては、6回まで算定可能となった。他の診療科における退院前訪問指導は原則1回であることと比較して、精神科における退院前訪問の回数が多いことは、入院の長期化により、患者の外界への適応力そのものが低下することや社会情勢の急速な変化のため、患者自身や家族、周辺環境などさまざまな調整を要するため

であると考えられる。しかし、厚労省は精神科退院前訪問指導料について、「入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、（中略）算定する」といった表現にとどまり、具体的な指導内容については各施設や実践者の判断に委ねられている。そのため、「退院後の療養上の指導」については、各施設で様々な解釈のもとに実施されていることが想定される。

筆者自身も入院中の患者に退院支援の取り組みとして退院前訪問を行った経験があるが、当時は退院前訪問に関する具体的なマニュアルなどは整備されておらず、退院前訪問における患者や家族への実践内容は看護師によって様々であると考えられた。このことから、退院前訪問において看護師はどのような実践を行っているかを明らかにするため、2017年にA病院で退院前訪問の実態調査を行った¹⁾。慢性的な経過を辿る患者から、急性期症状を呈する患者など幅広い症状の患者が入院する精神科急性期病棟において、実施された退院前訪問の内容を電子カルテの看護記録から整理した。その結果、地域生活を送るだけの身体機能が保持されているか、という【身体機能】、安全な生活を送るための生活環境が保たれているか、という【生活調整】、日常生活を送ることに支障をきた

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 公立大学法人宮崎県立看護大学

* E-mail : ikema@mpu.ac.jp

すような精神症状がないか、という【精神症状】、他者への協力や応援を求め、人的資源を活用し人間関係を良好に保てるか、という【人間関係構築】、約束や時間を守り、今後予測される事を想定し対応できるか、という【想像する力】、自身の言動をプラスに評価し、何が良かったかを表現しているか、という【自己評価】、家族の評価は現在の患者の状況と合致しているか、という【家族との関係】、地域生活の支援となりうる社会資源の情報をもっているか、資源活用に関して患者と支援者にズレはないか、という【社会資源の活用】の8項目に整理された。8項目を表1に示す。その後、退院前訪問時に使用できるフォーマットを作成しA病院内で共有を行い、以降A病院ではフォーマットを元に退院前訪問を行なった。しかし、電子カルテに記載されている記録は、患者の言動や行動、看護師がどのようなケアを行ったかといった事実が記載されているにとどまり、看護師は何を見て思考しケアを行ったのか、患者の言動や行動のどの部分に着目し看護に活かしたのかといった、看護師の着眼点は記載されておらず、その点については先行研究では明らかにすることができなかった。そこで、先行研究で得られた8項目に対して、看護師はどのような着眼点を有して退院前訪問を実施していたのかを明らかにする必要があると考えた。

本研究に取り組む前に、日本全体として現在の退院前訪問に関する研究動向を捉える必要があると考え、2019年に文献レビューを行った。その結果、退院前訪問が退院促進や地域移行につながったことが報告されていることが明らかとなったが、効果的な退院前訪問とするためには、早い段階からニーズを捉えることを今後の課題としているにとどまり、退院前訪問における着眼点や判断過程、「退院後の療養上の指導」とはなにかといった観点から切り込んだ研究は見当たらなかった。

そこで、精神科での看護経験が豊富であり退院前訪問の実践力がある看護師が、先行研究で得られた8項目を用いつつ、退院前訪問を行う際にどのような着眼点を有して「退院後の療養上の指導」を行っているのか明らかにする必要があると考えた。

II. 目的

本研究の目的は、精神科病院に入院する患者の退院前訪問における着眼点を明らかにすること。

III. 方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究
2. 研究参加者：優れた退院前訪問を行う実践力のある中堅以上の看護師6名
研究参加者については、精神科病院の病棟看護師長に推薦を依頼した。Benner²⁾は、同じような対象者を相手に3~5年働いた看護師は中堅にあたり、状況の把握や予兆の察知、臨機応変な対応に優れてくると述べている。そこで、看護師の推薦基準として、精神科での経験年数が5年以上であり、ケアの受け手に幅広い視野を持って予測的判断を行い、生命力の消耗を最小にするような看護実践が豊かな看護師とした。
3. データ収集期間：2020年5月~11月
4. データ収集方法：研究協力への同意が得られた看護師に対して、退院前訪問実施後から1週間以内に、インタビューガイドを元にした半構造化面接を1時間程度行った。インタビュー内容はICレコーダーに録音した。録音した内容から逐語録を作成した。
5. 分析方法
 - 1) 逐語録を精読した後、研究参加者が発言した内容から、研究参加者はどのような着眼点を有し、退院前訪問時に研究参加者がどのように患者へのケアや指導を行っているのかが読み取れる記述を抽出し、コード化した。
 - 2) 研究参加者は表1に示した8項目を共有したうえで退院前訪問を行っているため、1)で抽出したコードを、表1に示した8項目の該当する項目に割り振って分類を行った。また、8項目に分類されないものに関しては、その他として分類を行った。
 - 3) 8項目のそれぞれに分類されたコードの共通性、相異性を検討し、サブカテゴリを生成した。
 - 4) 3)において8項目それぞれに生成されたサブカテゴリの共通性、相異性を検討し、カテゴリを生成した。
6. 本研究の信憑性の確保
本研究における分析過程においては、精神看護の実務経験および研究実績のある研究者のスーパービジョンを受け、繰り返し討議し分析内容の信憑性の確保に努めた。
7. 用語の操作的定義

精神科退院前訪問：入院期間が3ヶ月、あるいは6ヶ月を超過することが見込まれる精神疾患患者に対して、入院期間中に看護師や精神保健福祉士、作業療法士等が協働して、患

表1 退院前訪問における看護支援の8項目

【身体機能】	【生活調整】	【精神症状】	【人間関係構築】
地域生活を送るだけの身体機能が保持されているか	安全な生活を送るための生活環境が保たれているか	日常生活を送ることに支障をきたすような精神症状がないか	他者への協力や応援を求め、人的資源を活用し人間関係を良好に保てるか
【想像する力】	【自己評価】	【家族との関係】	【社会資源の活用】
約束や時間を守り、今後予測される事を想定し対応できるか	自身の言動をプラスに評価し、何が良かったかを表現しているか	家族の評価は現在の患者の状況と合致しているか	地域生活の支援となりうる社会資源の情報をもっているか、資源活用に関して患者と支援者にズレはないか

者同伴のもと患家や施設等に訪問を行い、同伴した医療スタッフから患者または家族等に対して退院後療養上必要な指導を行うこと。

IV. 倫理的配慮

本研究は筆者が所属する機関の研究倫理委員会の承認を得て行った(承認番号第 01-29 号)。精神科病院の病棟看護師長、退院前訪問対象者には研究参加は自由意志である事、研究の不参加および参加後の同意撤回により不利益を被ることはないこと、個人情報保護等に関して研究依頼文書を用いて口頭にて説明を行い、書面にて同意を得た。また、病棟看護師長より紹介していただいた看護師には、同意を撤回しても人事評価には何ら影響はないことを説明したうえで、倫理的配慮については同様に口頭および文書で説明し、書面にて同意を得た。ICレコーダーで録音したデータに関しては、研究終了後に削除し、得られたデータは本研究以外では使用しないことを確約した。

V. 結果

1. 対象者の概要

病棟看護師長より推薦を受けた看護師 6 名に同意を得た。研究参加者の性別は男性 3 名、女性 3 名であった。看護師経験年数は、平均 17.1 年、精神科経験年数は、平均 10.3 年であった。面接時間は平均 47.5 分であった。なお、J 氏については、同一の退院前訪問対象者に対して 2 回の退院前訪問を行い、2 回インタビューを行っている。研究参加者の概要は表 2 に、退院前訪問対象者の概要は表 3 に示す。

2. 退院前訪問における看護師の着眼点

インタビューを行った後逐語録を作成し、逐語録から退院前訪問における看護師の着眼点と読み取れる記述を抽出して

コードを作成し、各コードを表 1 に示した 8 項目に分類後、カテゴリ化を行なった。その結果、【身体機能】は 28 のコードから、9 のサブカテゴリ、5 のカテゴリ、【生活調整】は 35 のコードから、15 のサブカテゴリ、6 のカテゴリ、【精神症状】は 37 のコードから、12 のサブカテゴリ、5 のカテゴリ、【人間関係構築】は 36 のコードから、18 のサブカテゴリ、7 のカテゴリ、【想像する力】は 13 のコードから、7 のサブカテゴリ、3 のカテゴリ、【自己評価】は 12 のコードから、8 のサブカテゴリ、4 のカテゴリ、【家族との関係】は 14 のコードから、5 のサブカテゴリ、2 のカテゴリ、【社会資源の活用】は 27 のコードから、14 のサブカテゴリ、8 のカテゴリを生成した。また、各コードを分類した結果、その他に分類されたコードはなかった。8 項目とサブカテゴリ、カテゴリとして生成された着眼点の一覧を表 4 に示す。また、以下に各項目における代表的なコード、サブカテゴリ、カテゴリを記載し分析過程の一部を示す。本文中では、コードを〈 〉、サブカテゴリを《 》、カテゴリを [] で示す。なお、本文中の研究参加者の語りについては、斜体で記述した。また、研究参加者の語り中の () は筆者による補足である。

1) 【身体機能】

【身体機能】では、[退院後の日常生活動作に耐えうる身体機能は備わっているか][薬物の有害事象により地域生活を送るための身体機能への支障が生じていないか][身体への健康度向上のためのセルフケア力はあるか][現在の身体機能で生活可能な住環境となっているか][身体への安全が守られる人的・物理的環境の整備がなされているか]の 5 カテゴリが生成された。例えば [退院後の日常生活動作に耐えうる身体機能は備わっているか] は、看護師が訪問時に患者へ過度な身体的負担がかからないように注意を払っており、訪問時の活動によって患者の身体状況が悪化しないか、全身状態に乱れは生

表 2 研究参加者の概要

研究参加者	性別	年齢	看護師経験年数	精神科経験年数	インタビュー時間(分)
E氏	男	30代	8	6	45
F氏	女	30代	13	13	51
G氏	女	50代	30	7	36
H氏	男	30代	13	8	42
I氏	女	40代	23	12	60
J氏	男	40代	16	16	54
					45

表 3 退院前訪問対象者の概要

退院前訪問対象者	性別	年齢	診断名	入院時の状態像	退院前訪問理由
A氏	男	30代	広汎性発達障害	不安、不眠	退院後自宅生活を行うため、自宅の環境整備・住環境の確認
B氏	女	50代	器質性精神障害	脱抑制、徘徊 認知機能の低下	入院前は独居。退院後施設入所予定のため、自宅の整理と施設見学・説明を受けるため
C氏	男	50代	統合失調症	迷惑行為、脱抑制	グループホームへの退院予定のため、自宅環境や内服状況の確認
D氏	男	50代	アルコール依存症	過量飲酒による 身体状況の悪化	自宅への退院のため、現在の住環境で生活可能か、再飲酒する状況はないかの確認

じていないかといった着眼点を有していたことを示す。「(患者の)ADL的には特にそんなに、別に若いし年齢的にもまだ〇歳くらいだし。そういう意味ではちょっと、今のところすぐ(身体機能が)どうこうっていうのはない」という語りから、〈年齢的にはすぐには身体機能に問題は起こらない〉、「やろうと思えば自分で自身の周りのことはできるけど、外に出て長距離を歩いたりとかは厳しい。気軽に外出できる状態ではまだない」という語りから、〈長距離の歩行や外出などはまだ厳しい〉、「歩くのもまだちょっと困難なので。座ったまま周りをこう拭いているような感じだったんですけど」という語りから、〈座位保持した状況で生活環境を整えている〉、他の語りから、〈階段を使用する住まいは身体への負担がかかるのではないか〉〈身体機能が改善してからの退院が良い〉〈外出時の移動は自力では難しい〉〈自宅内の移動動作や身の回りの整理などは可能〉とコードを生成した。これら7コードから、《地域生活における移動動作等の活動への支障はないか》のサブカテゴリを生成し、加えて他のコードより《退院後清潔を保持するための体力の有無》《ADLへの補助が必要かどうか》《活動による身体機能の乱れはあるか》の計4つのサブカテゴリを生成した。これらのサブカテゴリから、[退院後の日常生活動作に耐えうる身体機能は備わっているか]のカテゴリを生成した。

2) 【生活調整】

【生活調整】では、[金銭管理能力があるか][食生活を整える力はあるか][精神症状や治療に影響する生活環境となっていないか][生活リズムを保つ力はあるか][生活空間を整えるために必要な身体能力や精神機能はあるか][睡眠や休息が取れる住環境に整備する力はあるか]の6カテゴリが生成された。例えば[食生活を整える力はあるか]は、看護師は訪問時に家電の使用状況や自宅内の廃棄物などから、患者の自宅での自炊能力についての着眼点を有していたことを示す。「まだ自分で食事を作ったりとかそういうものは出来ないんだろうな。惣菜の空だったり、そういうのが散乱している状況」という語りから、〈自炊能力が低いのか総菜の空などが散乱している〉、「まあその肥満かな。ただ単に、(食べ物が無いから)じゃあ惣菜っていうのもあるだろうし。だから、そこから辺まで全部(看護師として)関わっていくってなったらやっぱり大変な事だと思うし」という語りから、〈自炊能力を高めることは難しいのではないか〉、「炊飯器がコンロの上に乗ってた。電気コンロかな。おそらく、あまり使っていないだろう」という語りから、〈食生活に必要な電化製品が使用されていない可能性〉とコードを生成した。これら3つのコードから、《自炊能力はどの程度か》のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《自炊以外の食調達の手段はあるか》の計2つのサブカテゴリを生成し、これらのサブカテゴリから[食生活を整える力はあるか]のカテゴリを生成した。

3) 【精神症状】

【精神症状】では、[治療・看護による精神症状の回復状態、

今後の可能性はどうか][精神症状悪化による生活力の低下度はないか][対人関係と精神状態(症状)の関連性はみられるか][病識や治療アドヒアランスの状況はどうか][精神状態(病状)が回復、安定する住環境であるか]の5カテゴリが生成された。例えば[治療・看護による精神症状の回復状態、今後の可能性はどうか]は、看護師が訪問した際に、以前の記憶が想起されている状況や、患者の回復段階や今後の症状改善の可能性について着眼点を有していたことを示す。そこから、治療過程において、患者の現在の精神症状や今後の見通しについての着眼点を有していたことを示す。「(自宅の)風景とかって結構忘れないじゃないですか。五感、刺激的な。全部認知(機能)にもどるけど。そこに全部つなげるような感じになる。見る聞くとか匂うとか、そういう刺激的なものを感じて、思い出して欲しいなっていうのはすごくあって。そこを見てたかな」という語りから、〈自宅周辺環境に身を置き、五感刺激を受け認知機能が変化してほしい〉、「ATMの暗証番号って、結構自分の思い出に残っている番号じゃないですか。多分自分たちもそうだけど忘れたいですわ。そこが(患者が)思い出せたことが嬉しかった」という語りから、〈口座の暗証番号を想起〉、「自分の家じゃないって言うのに、お母さんが使われていたのかなっていうくらいの年代物のタンスがあって。それに普通にパンツとかを直して行くのよ。下に落ちてたやつをね。覚えてる、どこに入っているんだって。本当に(タンスを)開けたらパンツしか入ってない。(患者が)自分の家じゃないって言いながらも、直すところはしっかり覚えてる」という語りから、〈以前の生活の場を思い出して持ち物の整理ができる〉、他の語りから〈訪問時に見たものから記憶が想起される〉〈記憶に基づき自宅周辺の道案内をする〉など計5つのコードを生成し、《外部から五感を刺激することによる記憶障害の改善は見込めるか》のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《入院時からの精神症状の変化改善状況はどうか》の計2つのサブカテゴリを生成した。これらのサブカテゴリから、[治療・看護による精神症状の回復状態、今後の可能性はどうか]のカテゴリを生成した。

4) 【人間関係構築】

【人間関係構築】では、[生活史の中でつくられてきた社会関係の様相はどうか][自己主張、自己表現する力はあるか][安定した感情で他者へ対応する力はあるか][他者に対する関心や関係したい気持ちはどうか][相手の気持ちを察する力はあるか][礼節、相手を敬う力はあるか][他者との間で折り合いをつける力はあるか]の7カテゴリが生成された。例えば[生活史の中でつくられてきた社会関係の様相はどうか]は、看護師が患者の自宅にあった衣類や装飾品を見て、患者のこれまでの生活を想像し、社会関係や交友関係についての着眼点を有していたことを示す。「洋服がどれも汚いけど、汚くなかったらきれい、おしゃれな感じだったり、〇歳だったっけ。おしゃれに気を遣ってたんだろうな。ユーモアもあるし、女性ものの服も何着も出てきて。(患者が)『ここに彼女が住

んでたんで』っていうのもあったから。それすごく普通の反応というか生活の仕方。男性として正常なところがやっぱりある。人が集まってしやすい人なんだろうな。壁に飾り物、何かパーティーをしたような跡もある。その人の人望、そういうものが何えたかな」という語りから、〈これまでの人間関係の様相はどうか〉、「(自宅に本人の似顔絵があるという情報であったが) 絵が見つからなかった。絵があったということだけど。もったりとか? そういうものって人望がないとたぶんそんなことされないと思う」という語りから、〈人望が交友関係に関係している〉とコードを生成した。これら2つのコードから、〈これまでの社会関係の様相はどうか〉のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《対人関係をつくる力はあるか》《現在継続する支えあう交友関係の状況はどうか》の計3つのサブカテゴリを生成し、これらのサブカテゴリから〔生活史の中でつくられてきた社会関係の様相はどうか〕のカテゴリを生成した。

5) 【想像する力】

【想像する力】では、〔未来の生活を具体的に豊かに想像する力はあるか〕〔退院後生活の在りたい姿を描く力はあるか〕〔未来を見据えた金銭管理能力はあるか〕の3カテゴリが生成された。例えば〔未来の生活を具体的に豊かに想像する力はあるか〕は、看護師が訪問した際に、患者が病院に持ち帰る必要物品を選別している姿から、未来のことが想像できているかといった着眼点、退院や施設での生活について患者が未来へと考えを巡らせることが出来ているかといった着眼点を有していたことを示す。「これはいる、これはいらぬという判断もされていた。それで本人としても、ここで生活するという意識に繋がったのではないかと思っている」という語りから、〈将来生活する場に必要か否かを判断している〉、「病棟の生活環境の中で『退院したい、退院して何がしたい』って、漠然と退院したいではあったと思う。今1人暮らしがしたいっていうのは、どういったこう思いなのか。漠然としているのか、はたまた干渉されたくないのか分からないけど」という語りから、〈退院後の生活は具体的に想像されているか〉、「だるくて(体が)動かないとかそういうのはない。(看護師が)『他に(病院に)持って帰りたいものがあつたら自分で取って。私たち分からない』という、自分で『これも要る、これも要る』ってそう言うことはしてた、ちゃんと動いてた。多分、私たちじゃ分からないって思ってる」という語りから、〈外出後の生活に必要なものを選別〉、他の語りから〈将来の生活の場となる場所での想定される疑問が出されない〉など計4つのコードを生成した。これらのコードから、《今後の生活を具体的に想像できるか》のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《近い未来を想像して感情を動かすことができるか》《計画性のある行動がとれるか》《未来を描く力の向上の可能性はあるか》の計4つのサブカテゴリを生成し、これらのサブカテゴリから、〔未来の生活を具体的に豊かに想像する力はあるか〕のカテゴリを生成した。

6) 【自己評価】

【自己評価】では、〔他者との関係の中での自己評価はどうか〕〔本来その人が持つ個性はなにか〕〔セクシャリティの健康的な発揮がなされているか〕〔自分の在りたい姿を描く力があるか〕の4カテゴリが生成された。例えば〔本来その人が持つ個性はなにか〕は、看護師が自宅の物品から患者の趣味や嗜んでいたものを想像し、患者の個性を捉えようとする着眼点を有していたことを示す。「CD だつたり漫画だつたり本だつたりっていうのがすごいたくさんあったんだけど。本が結構しっかりした本を読まれているなって。本当に川端康成の本だつたり、なんか普通の小説家の本が置かれていて。あ、すごく読んでるなって」という語りから、〈本を所持して熱心に読んでいた〉、「ちょっとこだわりがある部分があるんだろうなっていう。本来は多分、こだわりがあつて。好き嫌いがはっきりしてたんだろうなって。あと化粧品も頼んでる。定期使みたいなので。それが嵩んで大変なことになってる。こういうこだわりはあつたんだろうな」という語りから、〈日常生活での持ち物からこだわりや、関心を注ぎたいことを予測〉など2つのコードを生成した。これらのコードから、《本人が嗜んでいたものはなにか》のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《所有物による個性が捉えられるか》《ものの見方考え方の特徴はなにか》《実像に迫った対象像を描けるか》の計4つのサブカテゴリを生成した。これらのサブカテゴリから、〔本来その人が持つ個性はなにか〕のカテゴリを生成した。

7) 【家族との関係】

【家族との関係】では、〔家族の支援力(情緒的・物理的・経済的)はあるか〕〔患者自身の家族への思いや望みはなにか〕の2カテゴリが生成された。例えば〔患者自身の家族への思いや望みはなにか〕は、看護師が患者の家族に対する思いを表出した場面を捉え、患者が家族の事をどのように思い、望んでいることはなにかといった着眼点を有していたことを示す。「前回訪問に行った時も、〇さんにアルバム見てみてっておっしゃってみたい。お母様のこと、あとワンちゃんの写真も(片付けの)途中であつたりとかして。悲しんでる風な感じは私たちには見せないけど。心の中でどう思われてたかはわからない」という語りから、〈死別した家族へ思いがある〉、「お母様との思い出。お母様の名前を言われて。美人ねって言ったら、すごい嬉しそうな顔してたから。そういうの大事にしたいんやろうなって感じ。入院当初はお母さんが亡くなっていることも忘れてるくらいな感じやつたけど。遺影とかも持って帰ろうなって言ったら、うんうんって(言っていた)」という語りから、〈母親との思い出を大事にしたいのではないか〉、「部屋を見たら、息子さんの写真かなと思うものが飾ってあつて棚に。息子さんにもやっぱり、たまには会いたいというか。近くにいて欲しいとかそういう気持ちもあるのかな。やっぱり親なんだから」という語りから、〈患者は家族に対する寂しさや会いたいという気持ちがある〉、他の語りから〈名前入りの酒は家族より贈答されたもので、家族とのか

かわりがあるものではないか) など計4つのコードを生成した。これらのコードから、《家族に対する思いはどうか》のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《患者自身が家族に求めていることはなにか》など計2つのサブカテゴリを生成した。これらのサブカテゴリから、[患者自身の家族への思いや望みはなにか] のカテゴリを生成した。

8) 【社会資源の活用】

【社会資源の活用】では、[本来の持てる力が発揮できる社会資源の活用がなされているか][家族の力を補う社会資源の検討がなされているか][精神的安定を図るための社会資源の検討がなされているか][本人の希望を踏まえた生活の場の検討がなされているか][食を整える力を補う社会資源の検討がなされているか][身体機能を補う社会資源の検討がなされているか][生活圏内での活動の可能性はどうか][経済支援を行うための他職種連携がなされているか] の8カテゴリが生成された。例えば [本来の持てる力が発揮できる社会資源の活用がなされているか] は、看護師が社会資源の活用を念頭

に置きながらも、患者の自立度に影響を及ぼさないかといった着眼点を有していたことを示す。「ものすごく本人が頼りにしている方がいて、何かしら地域の。ケースワーカーではなくて、その人に頼りすぎてる部分があって、ちょっと距離をおこうみたいなのがあったんですけど」という語りから、〈地域の人的社会資源を必要以上の活用をしていないか〉、「社会資源を頼ってくれるのはいいけど。まだそんな全部が全部頼るっていうのも、この先まだ長いので。本当、それだとどんどんADLが下がっていったりするの。出来ることは自分でしてほしい」という語りから、〈社会資源に全部頼るのではなくできることは自分でしてほしい〉の2つのコードを生成した。これら2つのコードから、《社会資源の活用による自立度の低下は生じていないか》のサブカテゴリを生成した。加えて他のコードから《利用可能なものは利用する考えはあるか》など計2つのサブカテゴリを生成した。これら2つのサブカテゴリから、[本来の持てる力が発揮できる社会資源の活用がなされているか] のカテゴリを生成した。

表4 8項目におけるカテゴリ・サブカテゴリ一覧

項目	カテゴリ	サブカテゴリ
【身体機能】	退院後の日常生活動作に耐えうる身体機能は備わっているか	地域生活における移動動作等の活動への支障はないか 退院後清潔を保持するための体力の有無 ADLへの補助が必要かどうか 活動による身体機能の乱れはあるか
	薬物の有害事象により地域生活を送るための身体機能への支障が生じていないか	薬物療法の有害事象が与える身体機能への支障はないか
	身体の健康度向上のためのセルフケア力はあるか	退院後に自立した生活を送るための食生活を整えるだけのセルフケア力はあるか 身体機能と活動への思いのズレの有無
	現在の身体機能で生活可能な住環境となっているか	移動動作と生活空間は合合しているか
	身体の安全が守られる人的・物理的環境の整備がなされているか	他者に見守られる住環境の選択が必要か
【生活調整】	金銭管理能力があるか	未来を予測した金銭管理ができるか 金銭管理や支払いの自立度はあるか 支払いに対する責任感はあるか
	食生活を整える力はあるか	自炊能力はどの程度か 自炊以外の食調達の手段はあるか
	精神症状や治療に影響する生活環境となっていないか	治療へのマイナス影響になる環境となっていないか 症状を悪化させる物質の存在があるか
	生活リズムを保つ力はあるか	生活リズムの乱れは生じていないか 衣食住を含む生活リズムの乱れは生じていないか
	生活空間を整えるために必要な身体能力や精神機能はあるか	生活空間を整備する技術があるか 生活空間を整備する意欲の程度はどうか 住環境に注意を向ける力はあるか 生活環境整備の潜在力はあるか 健康度低下時の生活環境の整備状況はどうか
【精神症状】	睡眠や休息が取れる住環境に整備する力はあるか	睡眠、休息を確保できる場の調整は必要か
	治療・看護による精神症状の回復状態、今後の可能性はどうか	入院時から精神症状の変化改善状況はどうか 外部から五感を刺激することによる記憶障害の改善は見込めるか
	精神症状悪化による生活力の低下度はないか	現在の認知機能状態での退院後の生活への影響はあるか 認知機能や記憶低下による生活力への影響はあるか
	対人関係と精神状態（症状）の関連性はみられるか	他者の言葉を適切に処理する力はあるか 良好なコミュニケーションから精神症状への影響はあるか 精神症状による自己主張のカへの影響はあるか 他者への気遣いによるストレスはあるか
	病識や治療アドヒアランスの状況はどうか	病のセルフコントロール力はあるか 内服薬の管理状況による内服継続は可能か
精神状態（病状）が回復、安定する住環境であるか	精神状態（症状）に影響する住環境となっていないか 治療に影響ある住環境ではないか	

表 4 8項目におけるカテゴリ・サブカテゴリ一覧（続き）

項目	カテゴリ	サブカテゴリ
【人間関係構築】	生活史の中でつられてきた社会関係の様相はどうか	対人関係をつくる力はあるか
		これまでの社会関係の様相はどうか
	自己主張、自己表現する力はあるか	現在継続する支え合う交友関係の状況はどうか
		言語や行動で自己主張できているか
	安定した感情で他者へ対応する力はあるか	他者への応援を求められるか
		感情の言語での表現はどうか
	他者に対する関心や関係したい気持ちはどうか	コミュニケーション時の感情は安定しているか
		相手に合わせたコミュニケーションができていないか
	相手の気持ちを察する力はあるか	相手と関係を持ちたい気持ちがあるか
		他者への積極的な関心があるか
礼節、相手を敬う力はあるか	他者の気持ちを予測した行動をとれるか	
	他者に対する申し訳なさがあるか	
他者との間で折り合いをつける力はあるか	自分への行動を他者がどのように感じるかを考えられるか	
	礼儀がある行動がとれるか	
【想像する力】	未来の生活を具体的に豊かに想像する力はあるか	もてなしや感謝の心があるか
		自身と他者との要求の間で折り合いをつけられるか
		自己の立場の主張による対人関係の破綻はないか
		今後の生活を具体的に想像できるか
	退院後生活の在りたい姿を描く力はあるか	近い未来を想像して感情を動かすことができるか
		計画性のある行動がとれるか
	未来を見据えた金銭管理能力はあるか	未来を描く力の向上の可能性はあるか
		今後の目標の創造ができるか
	他者との関係の中での自己評価はどうか	今後の生き方を決意しているか
		今後の状況を予測した金銭計算ができるか
【自己評価】	本来その人が持つ個性はなにか	他者に対する思いと自己評価はどうか
		所有物による個性が捉えられるか
	セクシャリティの健康的な発揮がなされているか	本人が喜んでいたものはなにか
		ものの見方考え方の特徴はなにか
	自分の在りたい姿を描く力があるか	実像に迫った対象像を描けるか
【家族との関係】	家族の支援力（情緒的・物理的・経済的）はあるか	性に関わる健康度は見られるか
		決断できれば夢中になれるか
	患者自身の家族への思いや望みはなにか	将来像を描くことはできるか
		家族が抱く患者への陰性感情はあるか
	本来の持てる力が発揮できる社会資源の活用がなされているか	支援する家族の有無
		家族との関係性によって社会資源を利用する必要があるか
	家族の力を補う社会資源の検討がなされているか	家族に対する思いはどうか
		患者自身が家族に求めていることはなにか
	精神的安定を図るための社会資源の検討がなされているか	社会資源の活用による自立度の低下は生じていないか
		利用可能なものは利用する考えはあるか
本人の希望を踏まえた生活の場の検討がなされているか	家族とのつながりの状況から社会資源の活用の必要性があるか	
	退院後社会資源を導入することで不安感の最小化を図ることができるか	
食を整える力を補う社会資源の検討がなされているか	生活する力に見合った生活の場の希望があるか	
	現時点での生活する力と合致しない生活の場の希望がないか	
身体機能を補う社会資源の検討がなされているか	食に関するセルフケア能力から、力を補う社会資源（宅配サービス）の活用が必要か	
	入院前の食生活に関する社会資源の活用状況はどうか	
生活圏内での活動の可能性はどうか	身体異常時の対応ができるような社会資源の活用状況はどうか	
	身体機能を補う支援が必要か	
経済支援を行うための他職種連携がなされているか	社会資源（公共交通機関）の存在と利用能力はあるか	
	生活圏内の交通機関、店舗などを把握できるか	
		経済的な支援ができるよう精神保健福祉士との連携が可能か
		精神保健福祉士による後見人制度が必要か

VI. 考 察

大江ら³⁾は、精神科経験の浅い看護師が退院前訪問実施に抱く困難の1つとして、【実施基準がない困難】があり、その困難を軽減する手立てとして、退院前訪問に関するマニユア

ル作成等があると述べている。本研究の結果、看護師は何に着眼して退院前訪問を行なっているのかが明らかとなった。退院前訪問における着眼点を有して退院前訪問を実施することによって、精神科経験の浅い看護師においても退院前訪問における困難感を軽減できるのではないかと考える。退院前

訪問において国からは「退院後の療養上必要な指導を行う」と示されるにとどまっている。具体的な指導方法や内容が明示されていないことによって、各精神科病院によって様々な解釈のもと退院前訪問が実施されていることが考えられる。そのため、効果的な退院前訪問を行うためにも、今後退院前訪問を行い地域移行や地域定着に繋がった事例、もしくは実践の分析を行い、研究結果を蓄積していくことが必要であり、それらの分析結果から共通の視点が明らかになり臨床活用されることが必要であると考え。また、村田ら⁴⁾は、退院前訪問のマニュアルの有無による再入院予防効果を検証しており、退院前訪問のマニュアルを使用した群は、再入院率を低下させる効果があったと報告している。本研究で明らかになった着眼点を看護師やスタッフ間で共有することで、患者へ共通の目的をもって退院支援に寄与できる退院前訪問となり得るのではないかと考える。

太田⁵⁾は、「医、衣、食、職、住、友・遊、その他」をベースに退院前訪問で見べき視点について述べている。嵯峨ら⁶⁾は、「退院前訪問指導事前課題チェックシート」を作成し、訪問指導前に患者の課題を確認し、訪問目的を抽出し訪問指導における観察項目を可視化していた。また、大門⁷⁾は退院前訪問チェックリストを作成し、「1.医療、2.生活、3.人間関係、4.食事、5.お金、6.QOL」の6項目において退院前訪問前に患者や家族からあらかじめ情報収集を行い、訪問時に観察視点をピックアップしていた。これらのチェックリストと本研究の結果を照らすと、共通項目が多くみられることから、本研究で明らかになった着眼点の有用性が確認できた。また、本研究ではそれらに加え、「想像する力」や「社会資源の活用」における着眼点も抽出された。退院後の患者の生活において、未来の事を考えて自ら生活をつくりだす力があるか、またそれらに社会資源の応援が必要であるかを見極め、退院前訪問後に他職種と情報を共有することで、患者に最も適切な社会資源の紹介や、患者が入院中に必要な看護ケアや指導を明らかにすることができる。と考える。

インタビューの結果、看護師は退院前訪問時に病院での患者の様子を想起し重ねることで、病院生活では発揮されていなかった患者本来の持てる力や個性を見出そうとしていた。また、患者が暮らす自宅の状況から、現段階でのADLで自宅での生活が可能か、どのような社会資源が必要であるかといった着眼点も有していた。退院前訪問の最大の特徴は、患者の入院中に他家等を複数の医療スタッフで訪問可能なことである。そのため、退院前訪問が患者の病院内生活のみでは見出せない、患者本来の持てる力や個性、特性を見出す機会になり得る。それら退院前訪問時に得られた情報を、他職種が互いの専門性に沿って共有し、患者本来の持てる力や個性・特性が発揮されるような看護計画や栄養指導、作業療法等の計画に反映し、病院内看護に還元されることが求められていると考える。

薄井⁸⁾は、精神を病む人々について、「他人との関わりの中で心が傷つき、他人を避けた方が安全だ、という学びをしてきた人々である(中略)そしてその癒しもまた、他人との良い関わりを必要とする」と述べている。また、南郷⁹⁾は認識について、「私たち人間の認識は、本能が創ったモノではなく、私たち人間の住んでいる社会の社会的認識が社会性をもって、個々バラバラになろうとする私たちの認識の創造を常に社会的にしようと努力しているからなのです」と述べている。患者は社会の中で精神の病に陥ったが、回復のためにも社会の中で他者との良い関わりが必要である。その社会の中で自分を助けてくれる人がいる、関心を寄せてくれる人がいるという体験を持ち、患者自身がそれらを自覚できるという事が大切であると考え。退院前訪問では、自宅周辺へ患者自身と共に医療者が何うことのできる数少ないチャンスであり、病院から自宅への退院、新たな施設や作業所等に入所あるいは通所する患者にとって、シームレスな退院支援の一環となることが求められている。退院前訪問後に訪問看護や保健師、作業所等の関係の中で、情報を共有し互いに顔の見える関係を築くことによって、患者が何か困った際に助けを求められる人的なつながりを構築するという事も退院前訪問における大切な役割の1つであると考え。

Ⅶ. 結 論

退院前訪問において、8項目における着眼点が明らかとなった。その着眼点を有して退院前訪問を行うことで、病院内生活のみでは見出せない患者の特性や持てる力を退院前訪問によって見出し、病院内看護に還元することによってシームレスな退院支援に活かすことが可能となり得ること、入院患者へ退院前訪問看護時や病院内看護において見通しを持ち関わる事が可能となり得ることが示唆された。

本研究の限界と課題

本研究は精神科病院1施設に従事する看護師6名という限られた対象をもとに得られた結果であるため、本研究の結果を一般化するには限界がある。今後はこの結果を実践に活用した結果の検討を積み重ねていく必要がある。

謝辞

本研究に快くご協力いただいた病棟の患者様方、看護師の皆様様に心より感謝申し上げます。また、本研究の実施にあたり、ご指導くださいました宮崎県立看護大学看護学研究科の川村道子教授に深く感謝申し上げます。なお、本研究は令和2年度宮崎県立看護大学修士論文の一部を加筆修正したものである。

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) 三次美朝, 池間功一: 精神科急性期病棟における退院前訪問看護の取り組み～分析シートを用いて看護支援の様相をとらえる～, 第64回九州精神医療学会 プログラム・抄録集, p.170, 2018.

- 2) Patricia Benner : From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (1), 2006, 井部俊子 訳, ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ (1), 医学書院, p.23-27, 2006.
- 3) 大江健, 佐藤史基, 庄司涼, 他: 精神科経験の浅い看護師が退院前訪問実施に抱く困難, 日本在宅看護学会誌, 5(1), p.71, 2016.
- 4) 村田誠, 榎屋浩子, 平井孝昌, 他: 精神科救急病棟における退院前訪問看護の再入院予防効果の検証, 日本精神科看護学会誌, 54 (3), p9-13, 2011.
- 5) 太田由美: 退院前訪問指導で見るとは 地域生活で「困ること」に気づく, 精神看護, 34 (7), p.17-22, 2007.
- 6) 嵯峨美和, 吉本照子: A 病院における退院支援の質保証にむけた退院前訪問指導の仕組みづくり, 日本看護学会論文集ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護, 51, p.247-250, 2021.
- 7) 大門恵美: 精神科病棟における退院前訪問を实践して見えてきた看護, 山梨大学看護学会誌, 16 (2), p.29-31, 2018.
- 8) 薄井坦子: 看護のための人間論 ナースが視る人体, 講談社, p.52, 1987.
- 9) 南郷継正: なんごう つぐまさか説く 看護学科・心理学科学生への“夢”講義(1) 看護と武道の認識論, 現代社, p.137, 2006.

◇研究報告◇

救命救急センターに勤務する看護師が抱える疲労の要因

牧野夏子¹⁾*

【目的】：救命救急センターに勤務する看護師が抱える疲労の実態とその要因を横断的に調査し明らかにする。

【方法】：全国の救命救急センターに勤務する看護師を対象に個人属性、救急看護の志向、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識、労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストから構成した自記式質問紙横断調査を実施した。

【結果】：疲労の高低の比較では個人属性では「勤務体制」「月間の夜勤・当直回数」「月間の残業時間数」、救急看護の志向、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識はいずれも疲労に差を認めた。対象全体では「勤務体制」「救急看護へのやりがい」「患者や家族との関わり」が疲労の要因として関連があった。

【結論】：救命救急センターに勤務する看護師の疲労軽減のためには救急独自の勤務体制の工夫や志向に合わせた人的配置、教育体制の整備が必要と示唆された。

【キーワード】 疲労, 看護師, 救命救急センター

I. はじめに

看護師は変則勤務や多重業務により疲労が高いことが知られている。患者の安全、安楽を守りながら職務を継続するためには、多方面から疲労の蓄積を防ぐ対策を講じる必要があると考える。日本看護協会は、2013年に夜勤・交代制勤務に伴うリスクマネジメントに関する情報提供等を目的とした「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」¹⁾を策定した。策定にあたり、2008年に「看護職の労働時間管理に関する緊急調査」²⁾、「時間外労働、夜勤・交代制勤務緊急実態調査」³⁾、2010年に「病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」⁴⁾、2013年～2014年に「看護師の夜勤・交代制勤務ガイドライン」の普及等に関する実態調査^{3) 4)}を行っている。近年では、看護職の夜勤・交代制勤務の過重負担を防ぐために夜勤時間(回数)の上限基準設定、勤務間インターバル規制、適正な看護師配置人数等の夜勤負担軽減に向けた政策提言の資料となる調査研究⁵⁾を実施している。このことから、看護師の職務環境に関する体制づくりの重要性が確認できる。

国内の看護師の疲労に関する研究について医学中央雑誌WEB版で「看護師」「疲労」をキーワードに原著論文で検索

したところ 905件が該当し(2022年9月20日最終検索)、1980年代から研究⁶⁾が報告されている。その後、1990年代は38件、2000年代は78件、2010年代は416件と増加傾向にあり長年に渡り看護師の疲労には関心が高いことが伺える。これらの文献の内容を概観すると、看護師の夜勤勤務に関する研究^{7) 8)}が多く報告されている。これは夜勤時間帯の医療事故の多さや夜間に働くことによる心身の不調等への影響から改善策を模索していたためと推察される。夜勤勤務以外にも看護師の労働環境は多忙で過密な就業状況で十分な休息がとりにくい環境、複雑で緊張を伴う人間関係が存在する環境が疲労に影響しているという指摘もある⁹⁾。

上記の研究について専門領域別に確認すると、精神科病棟の看護師を対象とした研究¹⁰⁾や手術室の看護師を対象とした研究¹¹⁾などが確認され、特殊な環境に伴う看護師の疲労の蓄積が問題視されている。特に、救急看護領域の看護師を対象とした研究は幾つか報告^{12) 13)}がなされている。これは、救急医療の場では通常体験するような仕事上のストレスに加え、人の生死に関わる極限状況に対応することによりストレスフルな状況にあることや患者の緊急度、重症度により判断力や調整力など多岐に渡る能力が求められることから、看護師の

受付日：2022年10月12日：2023年9月12日

1) 札幌市立大学看護学部

* E-mail : namakino@scu.ac.jp

疲労が蓄積されやすい状況が影響しているものと推察される。しかし、当該領域の看護師の疲労に関する具体的な要因は一施設や地域を限定した調査が多く実態の把握には課題がある。そこで本研究では、全国の救命救急センターに勤務する看護師を対象とし疲労の実態とその要因を明らかにすることを目的に横断調査を実施した。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、救命救急センターに勤務する看護師が抱える疲労の実態とその要因について横断的に調査することである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

横断の実態調査研究デザイン

2. 研究対象

日本救急医学会のホームページ「全国救命救急センター一覧」に掲載されている救命救急センター266施設（2013年9月1日現在）に勤務する看護師

3. 調査方法

1) 調査期間

2014年2月～3月

2) 調査方法

対象施設の施設長に文書で研究の目的・趣旨を説明し、同意の得られた施設の救命救急センターの研究協力者に研究対象者宛の質問紙等を郵送した。質問紙の配布は救命救急センターの研究協力者に依頼し、回収は同封した返信用封筒を用いて厳封したうえで投函するよう依頼した。

3) 調査内容

調査は先行研究^{14)~16)}を参考に独自に作成した自記式質問紙を用いた。調査項目は個人属性、救急看護の志向、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識、疲労の指標である労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストとした。以下に各項目について示す。

(1) 個人属性

性別、看護師経験年数、救命救急センターの経験年数（以下、救急看護経験年数）、勤務体制、月間の夜勤・当直回数、月間の残業時間数、年間の年休取得回数で構成した。

(2) 救急看護の志向

救急看護への配属・異動希望、今後の職務継続希望、救急看護へのやりがいの3項目から構成した。各項目について5件法（救急看護への配属・異動希望は「とても希望していた（5点）」～「まったく希望していなかった（1点）」、今後の職務継続希望は「とても希望する（5点）」～「まったく希望していない（1点）」、救急看護へのやりがいは「とても感じる（5点）」～「まったく感じていない（1点）」で回答を得た。

(3) 救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識

救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識として「患

者の重症度・緊急度」「患者の転帰や死」「軽症患者の不必要な受診」「患者や家族との関わり」「同職種の医療者との関わり」「他職種の医療者との関わり」「同職種の医療者の教育」「救急患者の搬送や受け入れ対応」の8項目から構成した。各項目について疲労を感じるか5件法（「とても感じる（5点）」～「まったく感じない（1点）」）で回答を得た。なお、「救急患者の搬送や受け入れ対応」は救急外来で患者の搬送や受け入れを担当している看護師のみ回答するよう依頼した。

(4) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト¹⁷⁾

このチェックリストは、厚生労働省のホームページで公表されており、労働者の仕事による疲労蓄積を自覚症状と勤務の状況から仕事による負担度点数表を用いて仕事による負担度を総合判定するものである。既に信頼性と妥当性が確認されており、仕事による負担度点数表は0～1点は「低い」、2～3点は「やや低い」、4～5点は「高い」、6～7点は「非常に高い」と判定される。

なお、質問紙は救命救急センターに勤務する看護師2名にプレテストを実施し、質問内容の妥当性確保に努めた。

4. 分析方法

対象全体の各項目について記述統計を行いデータを概観した。次に、疲労の高低による特徴を明らかにするために、対象を労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの仕事による負担度点数により、0～3点を「低疲労群」、4～7点を「高疲労群」に分類した。疲労の高低と個人属性について χ^2 乗検定を行い、期待値が5以下の場合にはFisherの正確確率検定を用いて比較した。なお χ^2 乗検定で関連を認めなかった場合の対応数3変数以上の結果の解釈についてはHarbermanの残差分析（ $|r| > 2.57$ ならば $p < .01$ 、 $|r| > 1.96$ ならば $p < .05$ ）を実施した。疲労の高低と救急看護の志向、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識の比較は正規性を認めなかったためMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。最後に、対象全体の仕事による負担度点数の素点を目的変数とし、各項目を独立変数とした重回帰分析を行った（強制投入法）。重回帰分析の際は、個人属性、救急看護の志向、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識は推測統計の結果を考慮し2値変数に数値化した。

分析はIBM SPSS Statistics for Windows ver23.0を使用した。すべての分析において有意水準を5%とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認日：2014年2月7日）。対象施設と対象者には文書で研究目的・趣旨、研究参加の自由意思、研究協力諾否と撤回の自由、個人情報保護の遵守、厳重なデータの取り扱い・保管および廃棄方法、結果の公表方法を説明した。なお研究同意は質問紙の返送をもって得られたものとした。

V. 結 果

全国の 50 施設の看護師から回答を得た。質問紙の配布数は 2,670 部、回収数は 778 部 (回収率 29.1%) であった。このうち、労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの記載がない場合を無効とした有効回答数は 738 部 (有効回答率 94.9%) となり、これらを分析対象とした。

1. 対象者の概要と疲労の高低の特徴

対象者の概要を表 1 に示した。性別は、男性 106 名 (14.4%)、女性 632 名 (85.6%)、平均看護師経験年数は 11.3±8.4 年、平均救急看護経験年数は 5.9±5.3 年であった。看護師経験年数、救急看護経験年数をベナーの技能習得レベルの区分を用いた 4 段階で分類したところ、熟練した看護師経験をもつ者が半数以上を占めた。勤務体制では「二交代制・当直制」と回答した者が 381 名 (51.6%) と最も多く、「三交代制」294 名 (39.8%) と合わせると 90% 以上が夜勤勤務に従事していた。月間の夜勤・当直回数は「6~10 回」が 365 名 (49.5%) ともっとも多く、次いで「1~5 回」185 名 (25.1%) であった。月間の残業時間数は「1~10 時間」が 469 名 (63.6%)、年間の年休取得回数は「1~5 回」が 386 名 (52.3%) と多かった。

対象全体の労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの仕事による負担度点数の平均値は 4.1±2.1 点、「高疲労群」は 461 名 (62.5%)、「低疲労群」は 277 名 (37.5%) であった。「高疲労群」「低疲労群」と個人属性の比較について表 2 に示

表 1 対象者の概要

項目	全体 (n=738)		
	人数	%	
性別	男性	106	14.4
	女性	632	85.6
	無回答	0	0.0
看護師経験年数	平均 11.3±8.4 年		
	1年目	71	9.1
	2-3年目	62	8.0
	4-5年目	89	11.4
	6年目以上	556	71.5
	無回答	0	0.0
救急看護経験年数	平均 5.9±5.3 年		
	1年目	146	18.8
	2-3年目	169	21.7
	4-5年目	134	17.2
	6年目以上	329	42.3
	無回答	0	0.0
勤務体制	日勤のみ	32	4.3
	二交代制・当直制	381	51.6
	三交代制	294	39.8
	その他	17	2.3
	無回答	14	1.9
夜勤・当直回数/月	0回	32	4.3
	1~5回	185	25.1
	6~10回	365	49.5
	11~15回	112	15.2
	16回以上	6	0.8
	無回答	38	5.1
残業時間数/月	0時間	23	3.1
	1~10時間	469	63.6
	11~20時間	192	26.0
	21~30時間	41	5.6
	31時間以上	10	1.4
	無回答	3	0.4
年休取得回数/年	0回	47	6.4
	1~5回	386	52.3
	6~10回	217	29.4
	11~15回	59	8.0
	16回以上	16	2.2
	無回答	13	1.8

表 2 「高疲労群」「低疲労群」と個人属性

項目	高疲労群 (n=461)		低疲労群 (n=277)		p 値	
	人数	%	人数	%		
性別	男性	62	13.4	44	15.9	.386
	女性	399	86.6	233	84.1	
	無回答	0	0.0	0	0.0	
看護師経験年数	10年以上	217	47.1	148	52.4	.095
	10年以下	244	52.9	129	46.6	
	無回答	0	0.0	0	0.0	
救急看護経験年数	5年以上	231	50.1	127	45.8	.287
	5年以下	230	49.9	150	54.2	
	無回答	0	0.0	0	0.0	
勤務体制	日勤のみ	12	2.6-	20	7.2+	.000
	二交代制・当直制	230	49.9	151	54.5	
	三交代制	201	43.6+	93	33.6-	
	その他	6	1.3-	11	4.0+	
	無回答	12	2.6	2	0.7	
夜勤・当直回数/月	0回	11	2.4-	21	7.6+	.000
	1~5回	92	20.0-	93	33.6+	
	6~10回	246	53.4+	119	43.0-	
	11~15回	84	18.2+	28	10.1-	
	16回以上	5	1.1	1	0.4	
	無回答	23	5.0	15	5.4	
残業時間数/月	0時間	7	1.5-	16	5.8+	.000
	1~10時間	275	59.7-	194	70.0+	
	11~20時間	136	29.5+	56	20.2-	
	21~30時間	31	6.7	10	3.6	
	31時間以上	10	2.2+	0	0.0-	
	無回答	2	0.4	1	0.4	
年休取得回数/年	0回	26	5.6	21	7.6	.388
	1~5回	243	52.7	143	51.6	
	6~10回	133	28.9	84	30.3	
	11~15回	42	9.1	17	6.1	
	16回以上	12	2.6	4	1.4	
	無回答	5	1.1	8	2.9	

χ 検定, 期待値 5 以下の場合にはフィッシャーの正確確率検定を用いた

した。看護師経験年数、救急看護経験年数は中央値が 10.0, 4.1 であったため、看護師経験年数は 10 年、救急看護経験年数は 5 年を区切りとし 2 群に分類した。結果、勤務体制 ($p < .01$)、月間の夜勤・当直回数 ($p < .01$)、月間の残業時間数 ($p < .01$) において関連を認めた。残差分析の結果では、勤務体制は「高疲労群」で「三交代制」を選択するものが有意に多く、「低疲労群」で「三交代制」を選択するものが有意に少なかった。月間の夜勤・当直回数は「高疲労群」で「6~10 回」「11~15 回」を選択するものが有意に多く、「0 回」「1~5 回」を選択するものが有意に少なかった。「低疲労群」では「0 回」「1~5 回」を選択するものが有意に多く、「6~10 回」「11~15 回」を選択するものが有意に少なかった。月間の残業時間数は「高疲労群」で「11~20 時間」「31 時間以上」を選択するものが有意に多く、「0 時間」「1~10 時間」を選択するものは有意に少なかった。「低疲労群」では「0 時間」「1~10 時間」を選択するものが有意に多く、「11~20 時間」「31 時間以上」を選択するものが有意に少なかった。

対象全体および「高疲労群」「低疲労群」の救急看護の志向について表 3 に示した。救急看護への配属・異動希望 ($p < .01$)、今後の職務継続希望 ($p < .01$)、救急看護へのやりがい ($p < .01$) のいずれの項目も「高疲労群」より「低疲労群」で有意に高値であった。

対象全体および「高疲労群」「低疲労群」の救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識について表 4 に示した。「患者の重症度・緊急度 ($p < .01$)」「患者の転帰や死 ($p < .01$)」「軽症患者の不必要な受診 ($p < .01$)」「患者や家族との関わり ($p < .01$)」「同職種の医療者との関わり ($p < .01$)」「他職種の医療者との関わり ($p < .01$)」「同職種の医療者の教育 ($p < .01$)」「救急患者の搬送や受け入れ対応 ($p < .01$)」のいずれの項目も「高疲労群」より「低疲労群」で有意に低値であった。

2. 疲労に関連する下位項目の特徴

疲労に関連する下位項目の特徴を明らかにするために、対象全体の仕事による負担度点数の素点を目的変数とし、各項目を独立変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。看護師経験年数、救急看護経験年数以外の独立変数は疲労の高低の特徴で示された結果を考慮し以下のように 2 値変数に変換した。勤務体制は「日勤のみ」「夜勤あり」、月間の夜勤・当直回数は「10 回以下」「11 回以上」、月間の残業時間数は「10 時間以内」「11 時間以上」、年間の年休取得回数は有意な差はなかったため本邦の厚生労働省から取得努力義務として示されている 5 日を区切りとし「5 日以内」「6 日以上」に設定した。

救急看護の志向は、救急看護の志向による要因は救急看護への配属・異動希望は「とても希望していた」「やや希望していた」を「希望あり」、「どちらともいえない」「あまり希望していなかった」「まったく希望していなかった」を「希望なし」に、今後の職務継続希望は、「とても希望する」「やや希望する」を「希望あり」、「どちらともいえない」「あまり希望しない」「まったく希望していない」を「希望なし」に、救急看護へのやりがいは「とても感じる」「やや感じる」を「やりがいあり」、「どちらともいえない」「あまり感じていない」「まったく感じていない」を「やりがいなし」に設定した。なお、「どちらともいえない」は、志向していないと判断し分類した。

救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識は、各項目の「とても感じる」「やや感じる」を「疲労を感じる」、「どちらともいえない」「あまり感じていない」「まったく感じていない」を「疲労を感じていない」に設定した。なお、「どちらともいえない」は、職務内容による明確な疲労の特徴を明らかにするため、「疲労を感じていない」として判断し分類した。

表 3 対象全体および「高疲労群」「低疲労群」と救急看護の志向

	全体(n=738)		高疲労群(n=461)		低疲労群(n=277)		p 値
	中央値	平均値 ± 標準偏差	中央値	平均値 ± 標準偏差	中央値	平均値 ± 標準偏差	
救急看護への配属・異動時の希望	4.0	3.5 ± 1.5	4.0	3.3 ± 1.6	4.0	3.7 ± 1.3	.001
今後の職務継続希望	4.0	3.6 ± 1.0	3.0	3.4 ± 1.0	4.0	3.9 ± 0.9	.000
救急看護へのやりがい	4.0	3.4 ± 1.0	3.0	3.3 ± 1.0	4.0	3.7 ± 0.9	.000

Mann-WhitneyのU検定

表 4 対象全体および「高疲労群」「低疲労群」と救急看護に関する職務内容

	全体(n=738)		高疲労群(n=461)		低疲労群(n=277)		p 値
	中央値	平均値 ± 標準偏差	中央値	平均値 ± 標準偏差	中央値	平均値 ± 標準偏差	
患者の重症度・緊急度	4.0	4.3 ± 0.9	5.0	4.4 ± 0.9	4.0	4.1 ± 0.8	.000
患者の転帰や死	4.0	4.1 ± 0.9	4.0	4.1 ± 0.9	4.0	3.9 ± 0.8	.005
軽症患者の不必要な受診	4.0	4.2 ± 0.9	5.0	4.3 ± 0.9	4.0	4.0 ± 1.0	.000
患者や家族との関わり	4.0	3.6 ± 1.0	4.0	3.7 ± 1.0	3.0	3.2 ± 1.0	.000
同職種の医療者との関わり	4.0	3.7 ± 1.0	4.0	3.9 ± 1.0	3.0	3.3 ± 1.0	.000
他職種の医療者との関わり	4.0	3.6 ± 1.0	4.0	3.8 ± 1.0	3.0	3.2 ± 1.0	.000
同職種の医療者の教育	4.0	3.9 ± 1.0	4.0	4.0 ± 0.9	4.0	3.5 ± 0.9	.000
救急患者の搬送や受け入れ対応*	4.0	3.9 ± 1.0	4.0	4.1 ± 0.9	4.0	3.6 ± 1.0	.000

*:救急外来で患者の搬送や受け入れを担当している看護師のみ回答
Mann-WhitneyのU検定

その結果、勤務体制(標準化偏回帰係数(β)=0.191, $p<.01$), 救急看護へのやりがい(β)=-0.204, $p<.01$), 救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識の「患者や家族との関わり」(β)=0.151, $p=.010$)が疲労と有意な関連を示した(調整済み決定係数0.176, ダービン・ワトソン比1.884)。

VI. 考 察

1. 対象者の概要

対象者は平均看護師経験年数、平均救急看護経験年数が5年以上であり、ベナーの技術習得レベルの区分からも豊富な経験を有する看護師が多い集団であった。一方、看護師経験1年目が71名(9.1%)であり救命救急センターへの新卒での配属が一定数は存在することが伺えた。

勤務体制は多くの看護師が夜勤・交代制勤務を行っていた。日本看護協会¹⁸⁾は看護師の月間夜勤回数について三交代制で8回以下を目標に掲げている。対象者は月間の夜勤・当直回数が10回以上の者は16.0%であり対象の4分の1は目標回数を上回って夜勤勤務を行っていた。これは、「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」においても、集中治療室は夜勤回数が多いことを報告しており同様の結果であった。この背景として、診療報酬算定要件の施設基準に沿って昼夜一定の患者対看護師比率を維持しなくてはならないため、必然的に夜勤を担う看護師配置数が必要となることが要因と考える。月間の残業時間は労働基準法では時間外労働の上限は月45時間としているが66.7%の対象者が10時間以下と回答した。月間の残業時間は20~30時間の段階で疲労の自覚症状が出現する報告¹⁹⁾がある。対象者の残業時間が20時間を越える者が10%程度と少なかった理由として、救命救急センターは救急外来、集中治療部門で構成されていることが多く、救急外来の場合には搬入患者の対応等は時間で交代することが可能であること、集中治療部門は診療報酬の特定集中治療室管理料のため看護師配置基準が制定されている背景により看護師一人が担当する患者数が少ないことが影響していると推察される。つまり、救命救急センターに勤務する看護師は、夜勤数は多いが残業は少ない傾向にある特徴がみられた。しかし、本調査では具体的な職務環境について質問していないため、救命救急センターの部署による相違があるか否かを考察することは今後の課題である。

年間の年休取得回数は調査時の2014年においても6回以上取得している者が40%近くいたことは、他の病棟と比較し特定入院料算定により部門への配属人数が多いことから年休を取得しやすい環境であったと推察する。

2. 救命救急センターに勤務する看護師が抱える疲労の特徴

対象者の疲労の高低の特徴を明らかにするために、「高疲労群」「低疲労群」の2群に区分し疲労との関連について調査した。その結果、個人属性では勤務体制、月間の夜勤・当直回数、月間の残業時間数で有意差を認めた。以下にその特徴について考察する。

「高疲労群」は「三交代制」、月間の夜勤・当直回数が「11~15回」、月間の残業時間数が「11~20時間」「31時間以上」と回答した者が有意に多かった。勤務体制の「三交代制」については、どのような勤務体制が看護師にとって望ましいか議論がなされてきた。現在も、三交代制、二交代制、変則交代など様々な方法がなされている。日本看護協会の2008年の時間外勤務、夜勤・交代制勤務緊急実態調査²⁰⁾では日勤の終了後、数時間後に深夜勤務に就くシフト編成をとる病院が6割であったことを報告している。本調査時は、2012年診療報酬改定により夜間看護体制について「勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上」が評価項目と設定された後であり、前述したシフト編成は改善されていたことが期待されるが、三交代は勤務間隔が短いことから疲労が蓄積しやすいことが示唆された。

月間の夜勤・当直回数について「高疲労群」は前述した日本看護協会の月間夜勤回数8回以下²¹⁾を上回る結果であった。月間の夜勤時間は72時間を越えると健康、生活への悪影響を与えることが明らかとなっている²²⁾。本調査では夜勤時間について詳細な情報を得ていないが、三交代制の8時間勤務の夜勤と想定しても月間の夜勤時間は72時間を上回ることから、夜勤回数、時間減に向けた対策が求められる。「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」では、人事労務管理のポイントとして看護師数の戦略的な見直しやリリーフ体制の整備を掲げており、救命救急センターに勤務する看護師はリリーフの主力となると述べられている。しかし、救命救急センターからのリリーフ要請は救急外来での重症患者の搬入の対応や、集中治療部門での重篤患者のケア、人工呼吸器などのME機器の操作などの難しさがあり容易ではないと考える。看護師の夜勤・交代制勤務による疲労の対策として夜勤前・夜勤中の仮眠²³⁾が効果的だと報告されており、夜勤中の仮眠環境の確保や、搬入数に応じた救命救急センター内でのフレキシブルな勤務体制など、救命救急センターに勤務する看護師独自の対策が必要と考える。

月間の残業時間は11時間以上で「高疲労群」が優位に高値を示す結果であり、残業時間の超過は疲労に影響することが明らかとなった。久保²⁴⁾は勤務間インターバル制度を参考に勤務間隔と疲労回復について調査を行っている。結果、勤務間インターバルを確保しても残業が生じることによってインターバル時間が確保できず疲労が回復できないと指摘している。つまり、残業は組織が交替制勤務の夜勤への対策を講じていても障壁となる要因である。本調査では対象者のシフトや勤務間隔については調査していないが月間の残業時間10時間のラインで疲労の高低の訴えが異なっていた。そのため、管理者は残業時間10時間を目安とし、残業時間をマネジメントしつつ、残業時間を減少できる取り組みとして人員確保、早出・遅出のシフトの工夫、夜勤専従看護師の配置など施設に合った取り組みを行うことが期待される。

次に、救急看護の志向についてその特徴を考察する。救急

看護の志向はいずれの項目も「高疲労群」「低疲労群」で優位な差を認めた。先行研究では救急看護へのやりがいは疲労の軽減に関係する²⁵⁾ことが報告されている。本研究においても「高疲労群」と比較して「低疲労群」が救急看護へのやりがいを感じていたことから、やりがいは疲労軽減への重要な要因であることが再確認された。やりがいは看護実践において価値を見いだすことで獲得できる、看護の専門性を追求したいと思える原動力である。救急看護師は救急特有の対応ができたときにやりがいを感ずること²⁶⁾が報告されており、日々の看護実践のなかで看護師が自らの看護実践を振り返り、次への原動力へと繋げることかできるような支援が必要である。一方、配属希望と疲労の関連は先行研究²⁷⁾とは異なり、「高疲労群」と比較して「低疲労群」が配属・異動希望や今後の職務継続希望があった。先行研究では、救急看護師の職務への適合の重要性や専門性を重視することが職務継続に影響することが報告されている²⁸⁾。このことから、看護師自身の志向を考慮した人的配置の必要性や個々の看護師のキャリアビジョンを踏まえた支援が必要と考える。

続いて、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識についてその特徴を考察する。救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識はいずれの項目も「高疲労群」が優位に高値を示していた。特に「高疲労群」の平均値を確認すると、「患者の重症度・緊急度」や「軽症患者の不必要な受診」が高値であった。「患者の重症度・緊急度」が高かった理由として、患者の重症度や緊急度に対応することは心理的負担が大きいこと、患者の急変や死などに対してリアリティショックを感じることが推察される。明神ら²⁹⁾はクリティカルケア領域に勤務する卒後2日目初期の看護師の認識について、重症患者の全体像が把握しきれず、自分の臨床判断や看護介入が患者に適していたのか不確かなままケアをしていると報告している。本調査では対象者の背景から一定数の新人看護師が含まれていたことから、慣れない環境下で重症患者のケアを行うことは心身の負担が大きく疲労に繋がった可能性がある。今後、経験年数による疲労の相違と対策について調査を進めることが課題である。「軽症患者の不必要な受診」が高かった理由として、軽症患者の救急車利用などの社会的背景が影響している可能性がある。本研究の対象者のなかには、救急外来に勤務している者もあり複数患者のトリアージや優先順位の決定などマネジメントを行っていることが推察される。重症患者と軽症患者を同時に看つつも円滑な診療の補助が求められる、多重課題への対応や各部署との調整が必要とされることから不必要な受診に伴う弊害について実感していたのではないかと推察される。解決策として患者への啓発活動や不必要な受診に関する実態の解明が求められる。

最後に、疲労に規定する下位項目を明らかにするために重回帰分析を行った。その結果、勤務体制、救急看護へのやりがい、「患者や家族との関わり」に有意差を認めた。以下にその特徴について考察する。

勤務体制は「夜勤あり」の者は疲労が高く、夜勤勤務の有無が影響していることが明らかとなった。これは前述したように、夜勤そのものの身体への影響に加えて、夜勤間の時間確保ができず疲労が回復できないことが影響していると考えられ、救命救急センターに勤務する看護師独自の対策が必要と考える。特に救命救急センターに勤務する看護師は、夜勤勤務に対応するために一定に業務を覚え実践する能力が求められると推察される。そのため夜勤勤務が可能な人材を育てることも必要と考える。

救急看護へのやりがいは、「やりがいなし」の者は疲労が高く、前述した通り看護師自身がやりがいを実感できるような働きかけが必要と考える。看護師がやりがいの獲得には内省し自ら得られるものと外的評価による承認がある。そのため管理職は個々の看護師のキャリアデザインを踏まえつつ多様な働き方の提案とやりがいが得られるような支援が必要と考える。

患者や家族との関わりは、救急患者は身元不明の場合や、搬入時心肺停止などの臨終時の関わり、代理意思決定支援等が即時的に求められ困難を感じる看護師も多い³⁰⁾。救急患者と家族との関わりは多岐に渡る知識と技術の蓄積が必要とされ、学会から策定されている終末期看護プラクティスガイド³¹⁾の活用や、倫理的な課題に関するリソースナースの活用、実践の内省を促すことを通して成長を実感できる関わりが効果的ではないかと考える。

3. 本研究の限界

本研究は回答率が低く調査の精度には限界がある。また疲労の要因は調査項目以外の内容が疲労に影響している可能性は否定できない。更に、今回の結果は調査時期当初のものであり、調査後に流行したCOVID-19の影響や昨今の働き方改革等による効果、影響について検討できていない。しかし、横断的に調査することで救命救急センターに勤務する看護師の疲労の実態が明らかとなり対策を講じる基礎資料となり得ることが強みと考える。

本調査は対象全体の疲労の特徴について検討したことから、救命救急センターの施設特徴や対象者個人の経験年数等の個別的な分析は今後の課題である。

VII. 結 論

1. 救命救急センターに勤務する看護師が抱える疲労の要因について調査し、「高疲労群」「低疲労群」の比較では、勤務体制、月間の夜勤・当直回数、月間の残業時間数、救急看護の志向、救急看護に関する職務内容に対する疲労の認識において有意差を認めた。
2. 救命救急センターに勤務する看護師の抱える疲労に関連していたのは、夜勤勤務体制、救急看護へのやりがいの有無、「患者や家族との関わり」であった。

本研究は科学研究費補助金(若手研究B:課題番号24792441)の助成を受けて実施した研究の一部である。本論文の内容の

一部は、第42回日本集中治療医学会学術集会（2015年、神戸）、the 19th East Asian Forum of Nursing Scholars（2016年、千葉）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

本研究にご協力いただきました対象施設および対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 日本看護協会（2013）, 「夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」, 2022年9月20日閲覧,
https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yakin_guideline.pdf.
- 2) 日本看護協会（2010）, 2008年看護職の労働時間管理に関する緊急調査, 2008年時間外労働, 夜勤・交代制勤務緊急実態調査, 2010年病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査報告書, 2020年2月18日閲覧,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/2010all.pdf>.
- 3) 日本看護協会（2013）, 2013年「看護職の夜勤・交代制勤務ガイドライン」の普及等に関する実態調査, 2022年9月20日閲覧,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/2014hokoku.pdf>.
- 4) 日本看護協会（2014）, 2014年「看護職の夜勤・交代制勤務ガイドライン」の普及等に関する実態調査, 2022年9月20日閲覧,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/2015hokoku.pdf>.
- 5) 日本看護協会（2018）, 安全, 健康, 生活を念頭においた看護師の1か月72時間夜勤規制に関する報告書, 2020年2月18日閲覧,
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/report1.pdf>.
- 6) 圓山一俊, 荒地秀明, 近藤雄二, 他: 老人病院における看護婦・病棟婦の労働負担について, 奈良医学雑誌, 33 (6), p.588-594, 1982.
- 7) 折山早苗, 宮腰由紀子, 茅原路代: 12時間交代制勤務看護師の睡眠および眠気と疲労の特徴, 日本看護科学学会誌, 39, p.19-28, 2019.
- 8) Kagamiyama, H., Yano, R.: Relationship between subjective fatigue, physical activity, and sleep indices in nurses working 16-hour night shifts in a rotating two-shift system, Journal of Rural Medicine, 13 (1), p.26-32, 2018.
- 9) 市江和子, 水谷聖子, 西川浩昭, 他: 看護師の疲労と生活習慣・自己効力感に関する研究 (第2報) 問題解決への対処行動尺度の要因の分析, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 22, p.53-59, 2014.
- 10) 石井拓哉, 加藤真一: 精神科看護スタッフの種類による疲労度の比較 蓄積的疲労聴講インデックスを使用して, 日本精神看護学術集会誌, 55 (2), p.351-354, 2012.
- 11) 横島啓子, 湯浅尚子, 飯室淳子, 他: 手術室における看護業務疲労の実態—二交代制勤務導入前後の比較—, 第40回日本看護学会論文集 (看護管理), p.57-59, 2009.
- 12) 中井夏子, 門間正子: 北海道の救命救急センターに勤務する看護師の蓄積的疲労に関する横断的調査, 日本臨床救急医学会誌, 17, p.1-10, 2014.
- 13) 中井夏子, 多比良千晶, 門間正子, 他: 救命救急センターに配置転換した看護師の蓄積的疲労に関する実態調査, Journal of Regional Emergency and Disaster Medicine Research, 13, p.21-26, 2014.
- 14) 越河六郎, 藤井亀: 看護業務における残業時間とCFSI応答パターン, 日本応用心理学会大会発表論文集, 76, p.87, 2009.
- 15) 前掲12).
- 16) 前掲13).
- 17) 佐々木毅, 岩崎健二, 毛利一平, 他: 「働く人の疲労蓄積度チェックリスト」の信頼性と妥当性の検討, 産業衛生学雑誌, 47 臨増, p.759, 2005.
- 18) 前掲1).
- 19) 前掲14).
- 20) 前掲2).
- 21) 前掲1).
- 22) 佐々木司: 「安全, 健康, 生活を念頭においた看護師の1か月72時間夜勤規制」に関する研究, 看護, 71, p.52-55, 2019.
- 23) 折山早苗, 宮腰由紀子, 小林敏生, 他: 三交代制勤務十字看護師の深夜勤務前・中にとる仮眠の効果—勤務中の覚醒水準・作業効率の変化—, 日本看護研究学会雑誌, 29 (4), p.49-56, 2006.
- 24) 久保智英: 「交代制勤務看護師の勤務間インターバルと疲労回復」に関する研究, 看護, 71, p.48-51, 2019.
- 25) 前掲12).
- 26) 吉田祐子, 牧野夏子, 小川謙: 北海道の地方都市で職務継続をしている救急看護師の様相, 日本救急看護学会雑誌 19 (1), p.60-68, 2017.
- 27) 前掲12).
- 28) 坂口桃子, 花井恵子, 三浦睦子: 救急部門に働く看護職のキャリア発達に関する実証的研究—キャリア志向に焦点をあてて—, 日本臨床救急医学会誌 7, p.240-247, 2004.
- 29) 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.
- 30) 椋山定美, 掛谷和美, 柳久子: 代理意思決定を担う患者家族への看護支援の重要性の認識と困難度の実態 救急看護師の観点から, 日本臨床救急医学会雑誌 25 (3), p.522-532, 2022.
- 31) 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会/一般社団法人日本救急看護学会: 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド, 医学書院, 2020.

◇研究報告◇

訪問看護事業所と介護保険施設における利用者・ 家族から受ける暴力・ハラスメントの実態調査

— A 県内の管理者の調査結果を分析して —

三木明子¹⁾*, 手寫大喜¹⁾, 仲村亜依子²⁾

- I. はじめに：看護職が受ける暴力・ハラスメントの影響は甚大であるが、訪問看護事業所や介護保険施設の利用者・家族からの暴力・ハラスメントの実態はあまり検討されていない。
- II. 目的：訪問看護事業所と介護保険施設における利用者・家族から受ける暴力・ハラスメントの実態を明らかにする。
- III. 方法：A 県内の訪問看護事業所 661 施設、介護保険施設 224 施設の管理者 885 人を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。
- IV. 結果：各施設の管理者 362 人から質問紙を回収した（回収率 40.9%）。利用者からの身体的暴力の経験率は介護保険施設において有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。「報告ルート等について周知している」などの対策実施率は訪問看護事業所が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。
- IV. 考察・結論：利用者や家族から受ける暴力・ハラスメントの経験率、対策実施率に差がみられ、介護保険施設での対策実施率が低い傾向にあった。今後さらなる暴力・ハラスメント対策の推進が求められる。

【キーワード】暴力・ハラスメント、訪問看護事業所、介護保険施設、管理者、実態調査

I. はじめに

平成 30 年版過労死等防止対策白書¹⁾によると、看護職が精神障害となる事案の割合が高いことが示されており、これらの事案においては、患者から暴力を受けたことが精神障害と関連しているものが一定数存在することが明らかとなった。この結果を受けて、全国の管理者を対象に看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究²⁾が実施され、労災の適用が1件以上の施設は185施設（22.4%）、暴力が原因で休職した看護職等の人数が1人以上の施設は46施設（5.6%）、暴力が原因で離職した看護職等の人数が1人以上の施設は32施設（3.9%）であったことが報告された。このように看護職が受ける患者や家族からの暴力・ハラスメントの影響は甚大であり、病院における暴力・ハラスメントの対策の実施は急務である。

一方、在宅現場における暴力・ハラスメントに関する全国調査³⁾の結果では、過去1年間における訪問看護師の利用者や家族からの暴力被害は、精神的暴力が最も多く36.1%であ

り、セクシュアルハラスメント31.7%、身体的暴力28.8%の順であった。また、訪問看護師が身体的暴力を受けたことがあると回答した訪問看護師は33.3%であったとの報告⁴⁾や、利用者と家族から何らかの暴力を受けた経験があると回答した訪問看護師は50.3%であったとの報告⁵⁾がある。これらの研究はいずれもこれまでの全業務期間の中での経験率を示しており、過去1年間の経験率と単純に比較することはできないが、利用者と家族から暴力・ハラスメントを受けている実態は明らかとなっている。また、暴力防止マニュアルがあると回答したのは30.5%⁶⁾と低く、訪問先で暴力が発生しても十分に対応できる体制ではないことが示されている。

介護現場における全国調査⁷⁾では、65の介護老人福祉施設において、過去1年間の利用者や家族からのハラスメント（身体的暴力・精神的暴力・セクシュアルハラスメント）の発生を把握していると回答したのは46.2%で、介護現場で取り組みを行う上での課題として、「ハラスメントかどうかの判断が難しい」が最も多かった。

新型コロナウイルスパンデミックにより、世界中の医療従

受付日：2022年10月12日／受理日：2023年9月12日

1) 関西医科大学 2) 社会保険田川病院

* E-mail：mikiaki@hirakata.kmu.ac.jp

事者が感染症だけでなく、暴力、スティグマ、心理的苦悩に直面しており、2020年9月に世界医師会が暴力と健康に関する声明を出し⁸⁾、WHOは世界患者安全の日に医療従事者の安全は患者の安全のための優先事項であるとテーマを掲げた⁹⁾。このような世界的な動向と同様に、日本でも新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、訪問看護事業所や介護保険施設の職員に対する差別、人権侵害の問題が発生している。訪問看護師が受けるコロナハラスメントの実態については、行為者は利用者や家族に加え、地域住民や事業所内の職員も含み、事業所への要望も示されている¹⁰⁾が、それ以外にほとんど報告はなくコロナハラスメントの実態は明らかとなっていない。

以上より、訪問看護事業所や介護保険施設において暴力・ハラスメントに関する全国調査¹¹⁾¹²⁾は行われているが、都道府県ごとの暴力・ハラスメントの発生状況の詳細はわかっておらず、コロナハラスメントを含めて、より詳細な実態を検討する必要がある。また、これまで暴力・ハラスメントの研究が少ない訪問看護事業所や介護保険施設において、暴力・ハラスメントの発生状況や具体的な対策の実施状況を把握し、施設の特徴に応じた対策実施を推進していくための示唆を得たいと考えた。

Ⅱ. 目的

本研究は、A県内の訪問看護事業所と介護施設の管理者を対象に調査を実施し、暴力・ハラスメントに関する実態を明らかにすることを目的とした。

Ⅲ. 方法

1. 研究対象者

2021年3月、A県内の訪問看護事業所661施設、A県看護協会会員施設である介護保険施設224施設の管理者885人を対象とした。

2. データ収集方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。各施設に郵送法にて質問紙を配布後、2週間で回収した。返信用封筒を同封し、回答者に個別で返送を依頼した。

3. 調査内容

本研究では、暴力・ハラスメントについて、訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査¹³⁾を参考に、身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメントに分類して調査項目を作成し、先行研究¹⁴⁾で指摘されているコロナハラスメントについても調査項目に追加した。また、管理者の暴力・ハラスメントに対する考え方、暴力・ハラスメントの経験、暴力・ハラスメントの対策についても、訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査¹⁵⁾を参考に調査項目を作成した。

基本属性は、年代(20代、30代、40代、50代、60代)、性別(男性、女性)、雇用形態(常勤、非常勤)、実務経験年数、管理者経験年数、施設内職員の常勤人数、非常勤人数を尋ねた。

管理者の暴力・ハラスメントに対する考え方は、「病気や介護でつらい状況にある人を理解し多少の暴力・ハラスメントは我慢すべきだ」などの7項目について、全くそうである、そうである、違う、全く違う、の4段階で測定した。

過去2年間(2019年1月～2020年12月まで)における暴力・ハラスメントの経験については、利用者からの身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント、コロナハラスメントの4項目、家族からの身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント、コロナハラスメントの4項目の有無を尋ねた。

暴力・ハラスメント発生後の職員の状況については、勤務継続した、医療機関を受診した、休職した、退職した、警察に届け出た、の5項目の有無を尋ね、その他の場合は自由記述で回答を求めた。

管理者の暴力・ハラスメントの対策に関する考え方は、「施設で暴力・ハラスメントの対策を行う必要があると思う」などの3項目について、全くそうである、そうである、そうでない、全くそうでない、の4段階で測定した。

暴力・ハラスメントの対策については、「すべての職員が暴力・ハラスメントの対応に関する研修を受けている」などの16項目の実施の有無を尋ねた。

4. 分析方法

基本属性の記述統計、各項目の記述統計を算出し、訪問看護事業所と介護保険施設において、訪問サービスと入所型サービス間で、暴力・ハラスメントの発生状況や対策に違いがあるかを検討するため各項目の比較を行った。過去2年間における暴力・ハラスメントの経験率、暴力・ハラスメントの対策実施率について、Fisherの正確確率検定を用いて検討した。統計学的分析においては、欠損値を除外し分析した。データの分析には、R ver4.1.3を用い、統計的有意水準は5%とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者に、目的、質問紙は無記名であること、自由意思での研究参加であること、研究に不参加でも就業の支障や不利益がないこと等を文書にて説明し、研究参加の同意欄にチェックがある質問紙を分析した。なお、本研究についてA県看護協会社会経済福祉委員長の所属施設の倫理委員会で承認を受けた後、研究を実施した。

Ⅴ. 結果

1. 対象者の属性

A県内の292訪問看護事業所、70介護保険施設の管理者362人から質問紙を回収した。回収率は40.9%(有効回答率100%)で、訪問看護事業所は44.2%、介護保険施設は31.3%であった。

対象者の属性を表1に示した。年代は50代が最も多く(訪問看護事業所:41.4%、介護保険施設:40.0%)、次いで訪問

看護事業所は40代、30代、介護保険施設は60代、40代の順であった。性別は、訪問看護事業所は男性11.0%、女性86.0%、介護保険施設は男性20.0%、女性80.0%であった。雇用形態は常勤が訪問看護事業所84.6%、介護保険施設80.0%であった。介護保険施設のほうが管理者の実務経験年数が平均10.31年と長く、また、管理者経験年数が平均8.33年と長かった。訪問看護事業所での常勤人数は平均5.03人、非常勤人数は平均2.88人で、介護保険施設はそれぞれ平均8.41人、2.85人であった。(表1)

2. 管理者の暴力・ハラスメントに対する考え方

管理者の暴力・ハラスメントに対する考え方は、「病気や介護でつらい状況にある人を理解し多少の暴力・ハラスメントは我慢すべきだ」について、全く違うと回答したのは訪問看護事業所で40.8%、介護保険施設で41.4%であった。「暴力・ハラスメントがある利用者・家族の思いや行動の意味をもっと理解すべきである」について、全くそうであると回答したのは訪問看護事業所で18.8%、介護保険施設で25.7%であった。「精神疾患・認知症患者の暴力・ハラスメントは病気が原因なので暴力・ハラスメントではない」について、全く違うと回答したのは訪問看護事業所で23.6%、介護保険施設で18.6%であった。「何度も繰り返される暴力・ハラスメントは防ぎようがない」について、全く違うと回答したのは訪問看護事業所で32.2%、介護保険施設で24.3%であった。「暴力・ハラスメントを受ける職員にも問題がある」について、全く違うと回答したのは訪問看護事業所で21.6%、介護保険施設で11.4%であった。「職員の関わり方がうまければ暴力・ハラスメントの行為は発生しない」について、全く違うと回答したのは訪問看護事業所で24.7%、介護保険施設で15.7%であった。「暴力・ハラスメントを受けることは仕事の一部である」について、全く違うと回答したのは訪問看護事業所で63.4%、介護保険施設で54.3%であった。(表2)

3. 過去2年間における暴力・ハラスメントの経験率の比較

過去2年間における暴力・ハラスメントの経験率をFisherの正確確率検定を用いて比較した結果、利用者からの身体的暴力の経験率は訪問看護事業所に比べて介護保険施設において有意に高かった。一方、利用者からのコロナハラスメントの経験率は介護保険施設に比べて訪問看護事業所において有意に高かった。その他の暴力・ハラスメントについては、両施設で統計学的に有意な差を認めなかったが、訪問看護事業所は介護保険施設に比べて、家族からの身体的暴力、家族からのセクシュアルハラスメント、家族からのコロナハラスメントの経験率が高かった。一方、介護保険施設は訪問看護事業所に比べて、利用者からの精神的暴力、利用者からのセクシュアルハラスメント、家族からの精神的暴力の経験率が高かった。(表3)

4. 暴力・ハラスメント発生後の職員の状況について

暴力・ハラスメント発生後の職員の状況で最も回答が多かったのは、訪問看護事業所・介護保険施設共に「勤務継続

した」であり、訪問看護事業所が102件と多かった。また、「退職した」「警察に届け出た」は訪問看護事業所が7件、6件と多かったが、「医療機関を受診した」は介護保険施設が7件と多かった。その他の内容については「担当者の変更などの調整を行った」が最も多く10件、「施設内で情報共有や対策の検討を行った」「上司に相談した」などの回答があった。(図1)

5. 管理者の暴力・ハラスメントの対策に関する考え方

管理者の暴力・ハラスメントの対策に関する考え方は、「施設で暴力・ハラスメントの対策を行う必要があると思う」について、全くそうであると回答したのは訪問看護事業所で57.5%、介護保険施設で52.9%、そうであると回答したのは訪問看護事業所で37.3%、介護保険施設で42.9%であった。「施設で暴力・ハラスメントの対策を行う上で相談できる人がいる」について、全くそうであると回答したのは訪問看護事業所で43.2%、介護保険施設で41.4%、そうであると回答したのは訪問看護事業所で44.9%、介護保険施設で45.7%であった。「暴力・ハラスメントの対策を具体的にどうしたら良いかわからない」について、全くそうであると回答したのは訪問看護事業所で12.0%、介護保険施設で7.1%、そうであると回答したのは訪問看護事業所で39.7%、介護保険施設で35.7%であった。

6. 暴力・ハラスメントの対策実施率の比較

暴力・ハラスメントの対策実施率をFisherの正確確率検定を用いて比較した結果、「すべての職員に暴力・ハラスメントの報告ルート等について周知している」の対策の実施率は介護保険施設に比べて訪問看護事業所において有意に高かった。

表1 対象者の属性

	訪問看護事業所 (n=292)	介護保険施設 (n=70)
年代 (%)		
20代	4 (1.4)	1 (1.4)
30代	36 (12.3)	4 (5.7)
40代	96 (32.9)	16 (22.9)
50代	121 (41.4)	28 (40.0)
60代	33 (11.3)	20 (28.6)
無回答	2 (0.7)	1 (1.4)
性別 (%)		
男性	32 (11.0)	14 (20.0)
女性	251 (86.0)	56 (80.0)
無回答	9 (3.0)	0 (0.0)
雇用形態 (%)		
常勤	247 (84.6)	56 (80.0)
非常勤	1 (0.3)	1 (1.4)
無回答	44 (15.1)	13 (18.6)
実務経験年数 mean (SD)	8.95 (7.34)	10.31 (8.69)
管理者経験年数 mean (SD)	5.11 (5.36)	8.33 (7.30)
常勤人数 mean (SD)	5.03 (3.97)	8.41 (11.61)
非常勤人数 mean (SD)	2.88 (3.17)	2.85 (3.32)

表2 管理者の暴力・ハラスメントに対する考え方

	訪問看護事業所 (n=292)	介護保険施設 (n=70)
病気や介護でつらい状況にある人を理解し多少の暴力・ハラスメントは我慢すべきだ (%)		
全くそうである	1 (0.3)	0 (0.0)
そうである	16 (5.5)	7 (10.0)
違う	146 (50.0)	32 (45.7)
全く違う	119 (40.8)	29 (41.4)
無回答	10 (3.4)	2 (2.9)
暴力・ハラスメントがある利用者・家族の思いや行動の意味をもっと理解すべきである (%)		
全くそうである	55 (18.8)	18 (25.7)
そうである	176 (60.3)	45 (64.3)
違う	38 (13.0)	3 (4.3)
全く違う	8 (2.7)	2 (2.9)
無回答	15 (5.1)	2 (2.9)
精神疾患・認知症患者の暴力・ハラスメントは病気が原因なので暴力・ハラスメントではない (%)		
全くそうである	6 (2.1)	1 (1.4)
そうである	24 (8.2)	13 (18.6)
違う	181 (62.0)	41 (58.6)
全く違う	69 (23.6)	13 (18.6)
無回答	12 (4.1)	2 (2.9)
何度も繰り返される暴力・ハラスメントは防ぎようがない (%)		
全くそうである	4 (1.4)	1 (1.4)
そうである	22 (7.5)	3 (4.3)
違う	161 (55.1)	47 (67.1)
全く違う	94 (32.2)	17 (24.3)
無回答	11 (3.8)	2 (2.9)
暴力・ハラスメントを受ける職員にも問題がある (%)		
全くそうである	0 (0.0)	0 (0.0)
そうである	62 (21.2)	20 (28.6)
違う	151 (51.7)	39 (55.7)
全く違う	63 (21.6)	8 (11.4)
無回答	16 (5.5)	3 (4.3)
職員の関わり方がうまければ暴力・ハラスメントの行為は発生しない (%)		
全くそうである	3 (1.0)	0 (0.0)
そうである	30 (10.3)	8 (11.4)
違う	175 (59.9)	49 (70.0)
全く違う	72 (24.7)	11 (15.7)
無回答	12 (4.1)	2 (2.9)
暴力・ハラスメントを受けることは仕事の一部である (%)		
全くそうである	0 (0.0)	0 (0.0)
そうである	3 (1.0)	0 (0.0)
違う	93 (31.8)	30 (42.9)
全く違う	185 (63.4)	38 (54.3)
無回答	11 (3.8)	2 (2.9)

表3 過去2年間における暴力・ハラスメントの経験率の比較

	訪問看護事業所 (n=292)	介護保険施設 (n=70)	p値
利用者からの身体的暴力 (%)			*
あり	59 (29.4)	41 (58.6)	
なし	230 (79.6)	29 (41.4)	
利用者からの精神的暴力 (%)			
あり	143 (49.1)	43 (62.3)	
なし	148 (50.9)	26 (37.7)	
利用者からのセクシュアルハラスメント (%)			
あり	99 (34.1)	33 (47.1)	
なし	191 (65.9)	37 (52.9)	
利用者からのコロナハラスメント (%)			†
あり	48 (16.7)	4 (5.7)	
なし	239 (83.2)	66 (94.3)	
家族からの身体的暴力 (%)			
あり	5 (1.8)	0 (0.0)	
なし	267 (98.2)	62 (100)	
家族からの精神的暴力 (%)			
あり	63 (22.4)	24 (35.3)	
なし	218 (77.6)	44 (64.7)	
家族からのセクシュアルハラスメント (%)			
あり	16 (5.8)	2 (3.1)	
なし	260 (94.2)	63 (96.9)	
家族からのコロナハラスメント (%)			
あり	28 (10.2)	1 (1.5)	
なし	246 (89.8)	64 (98.5)	

※1 欠損値は除外して分析した。 ※2 Fisher の正確確率検定, *: p<0.001, †: p<0.05

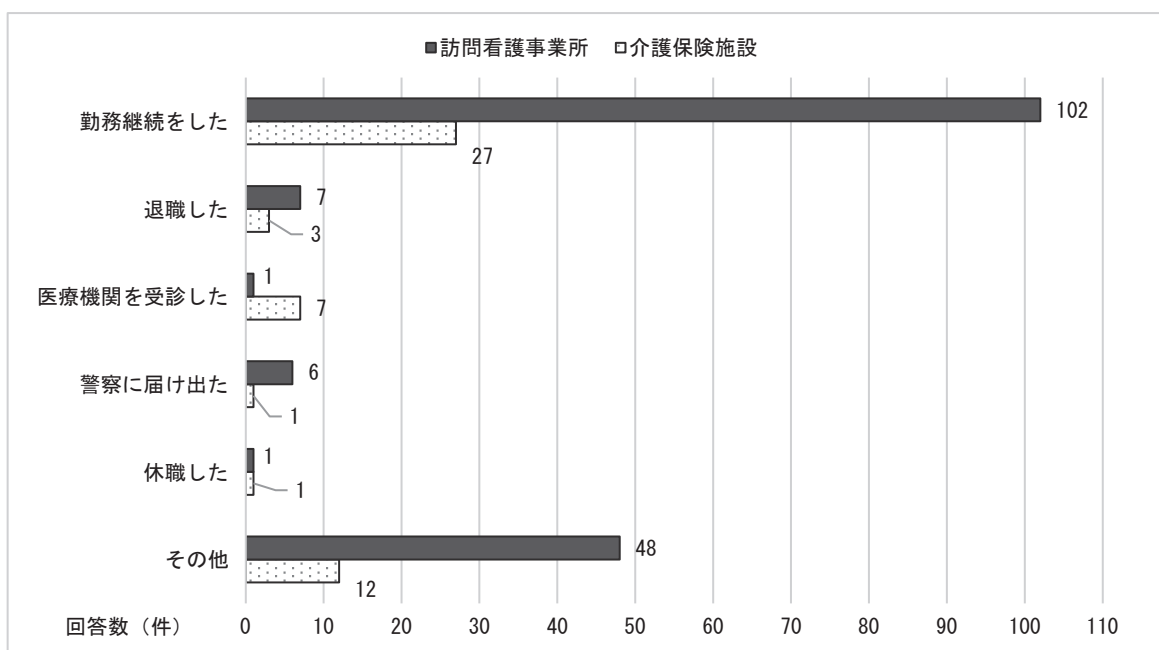


図1 暴力・ハラスメント発生後の職員の状況

「暴力・ハラスメントによる解約について契約書に明記している」「暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して管理者が面談する体制がある」「暴力・ハラスメントのケースについて他施設と情報共有する体制がある」のいずれの対策の実施率も介護保険施設に比べて訪問看護事業所において有意に高かった。

その他の暴力・ハラスメント対策については、両施設で統計学的に有意な差を認めなかったが、訪問看護事業所は介護保険施設に比べて、「すべての職員に暴力・ハラスメントに関する施設の対策について説明している」「暴力・ハラスメント発生時の対応について契約書に明記している」「暴力・ハラスメントの行為のあった当事者に迅速に対応策を検討する体制がある」「暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して必要なケアを提供する体制がある」の対策の実施率が高かった。一方、介護保険施設は訪問看護事業所に比べて、「すべての職員が暴力・ハラスメントの対応に関する研修を受けている」「利用者・家族に満足度調査を行い暴力・ハラスメントの発生防止に努めている」「利用者・家族の様々な状況から暴力・ハラスメントのリスクを施設内で検討する体制がある」「暴力・ハラスメントの対応の訓練を受けた職員から支援を受けられる体制がある」「暴力・ハラスメントの発生リスクが高い場合、複数で対応を行う」「暴力・ハラスメントの対応に関するマニュアルを作成している」「暴力・ハラスメントの対応について弁護士のアドバイスを受ける体制がある」の対策の実施率が高かった。

訪問看護事業所において、暴力・ハラスメント対策で最も実施率が高かったのは、「暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して管理者が面談する体制がある」で、235施設（84.8%）が実施していた。次いで、「暴力・ハラスメントの発生リスクが高い場合、複数で対応を行う」が229施設（83.3%）、「暴力・ハラスメントの行為のあった当事者に迅速に対応策を検討する体制がある」が191施設（69.5%）であった。一方で、実施率が低かったのは、「暴力・ハラスメントの対応の訓練を受けた職員から支援を受けられる体制がある」が64施設（23.8%）、「すべての職員が暴力・ハラスメントの対応に関する研修を受けている」が90施設（33.0%）、「暴力・ハラスメントの対応に関するマニュアルを作成している」が105施設（38.0%）であった。

介護保険施設において、暴力・ハラスメント対策で最も実施率が高かったのは、「暴力・ハラスメントの発生リスクが高い場合、複数で対応を行う」で59施設（84.3%）であった。次いで「暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して管理者が面談する体制がある」が50施設（71.4%）、「利用者・家族の様々な状況から暴力・ハラスメントのリスクを施設内で検討する体制がある」と「暴力・ハラスメントのケースを振り返り自施設内で再発防止を検討する体制がある」は各44施設（62.9%）であった。一方で、実施率が低かったのは、「暴力・ハラスメントの対応の訓練を受けた職員から支援を受け

られる体制がある」が18施設（25.7%）、「暴力・ハラスメントのケースについて他施設と情報共有する体制がある」が21施設（30.0%）、「すべての職員が暴力・ハラスメントの対応に関する研修を受けている」が24施設（34.3%）であった。（表4）

VI. 考 察

1. 管理者の暴力・ハラスメントと対策に対する認識

本研究はA県内の全訪問看護事業所と全介護保険施設の管理者を対象とし、全体で回収率は40.9%であった。全国の訪問看護・訪問介護事業所の管理者を対象とした暴力・ハラスメントの全国調査の回収率は、訪問看護事業所が36.3%¹⁶⁾、介護現場が21.6%¹⁷⁾であり、これらと比較し、本研究の回収率は高かった。

訪問看護管理者の暴力・ハラスメントに対する考え方は、「利用者・家族の思いや行動の意味をもっと理解すべきである」について、全くそうであると回答したのは、本研究では18.8%、全国調査23.2%¹⁸⁾、「職員の関わり方が上手ければ暴力・ハラスメントの行為は発生しない」について、全く違うと回答したのは24.7%、全国調査24.2%¹⁹⁾であり、これらの認識については、本研究の訪問看護管理者のほうが、全国調査²⁰⁾に比べて暴力・ハラスメントを容認しない傾向が示された。一方で、「多少の暴力・ハラスメントは我慢すべきだ」について、全く違うと回答したのは40.8%で、全国調査の45.5%²¹⁾と比較すると低かった。また、「病気が原因なのは暴力・ハラスメントではない」に全く違うと回答したのは、本研究では23.6%、全国調査24.5%²²⁾、「暴力・ハラスメントは防ぎようがない」に全く違うと回答したのは、本研究では32.2%、全国調査36.6%²³⁾、「職員にも問題がある」に全く違うと回答したのは、本研究では21.6%、全国調査29.3%²⁴⁾、「仕事の一部である」に全く違うと回答したのは、本研究では63.4%、全国調査73.2%²⁵⁾であった。これらのことから、全国調査²⁶⁾と比較し、本研究の訪問看護管理者は暴力・ハラスメントを問題と捉える認識がやや低い傾向が示された。管理者は被害を受けた職員を責めることなく、安心・安全を守るための職場風土を醸成していく役割がある。そのため、今後はA県の訪問看護事業所と介護保険施設の管理者が一堂に会して、暴力・ハラスメントへの認識を高めるための管理者研修の場が必要と考えられた。

次に、訪問看護事業所と介護保険施設の管理者の認識の比較については、両事業所の管理者とも同じような認識を示した。少し開きがあった項目をみると、「暴力・ハラスメントの行為者に対しても対象理解をするべき」と考える管理者は介護保険施設のほうが多かった。介護保険施設の管理者のほうが、「病気が原因なので暴力・ハラスメントではない」と「何度も繰り返されるので防ぎようがない」と捉えていた。同じく、介護保険施設の管理者のほうが、「職員にも問題がある」「職員の関わり方がうまければ暴力・ハラスメントの行為は発生しない」「暴力・ハラスメントを受けることは仕事の一部」

表4 暴力・ハラスメントの対策実施率の比較

	訪問看護事業所 (n=292)	介護保険施設 (n=70)	p値
すべての職員が暴力・ハラスメントの対応に関する研修を受けている			
はい	90 (33.0)	24 (34.3)	
いいえ	183 (67.0)	45 (64.3)	
すべての職員に暴力・ハラスメントに関する施設の対策について説明している			
はい	143 (52.2)	35 (50.0)	
いいえ	131 (47.8)	34 (48.6)	
暴力・ハラスメントの発生時の対応について契約書に明記している			
はい	151 (56.1)	32 (45.7)	
いいえ	118 (43.9)	37 (52.9)	
利用者・家族に満足度調査を行い暴力・ハラスメントの発生防止に努めている			
はい	113 (41.4)	34 (48.6)	
いいえ	160 (58.6)	34 (48.6)	
利用者・家族の様々な状況から暴力・ハラスメントのリスクを施設内で検討する体制がある			
はい	168 (61.1)	44 (62.9)	
いいえ	107 (38.9)	25 (35.7)	
暴力・ハラスメントの対応の訓練を受けた職員から支援を受けられる体制がある			
はい	64 (23.8)	18 (25.7)	
いいえ	205 (76.2)	50 (71.4)	
暴力・ハラスメントの発生リスクが高い場合、複数で対応を行う			
はい	229 (83.3)	59 (84.3)	
いいえ	46 (16.7)	10 (14.3)	
暴力・ハラスメントの対応に関するマニュアルを作成している			
はい	105 (38.0)	28 (40.0)	
いいえ	171 (62.0)	41 (58.6)	
すべての職員に暴力・ハラスメントの報告ルート等について周知している			†
はい	171 (61.7)	33 (47.1)	
いいえ	106 (38.3)	36 (51.4)	
暴力・ハラスメントの行為のあった当事者に迅速に対応策を検討する体制がある			
はい	191 (69.5)	40 (57.1)	
いいえ	84 (30.5)	29 (41.4)	
暴力・ハラスメントによる解約について契約書に明記している			†
はい	162 (59.0)	29 (41.4)	
いいえ	112 (41.0)	39 (55.7)	
暴力・ハラスメントの対応について弁護士のアドバイスを受ける体制がある			
はい	112 (40.9)	34 (48.6)	
いいえ	162 (59.1)	34 (48.6)	
暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して管理者が面談する体制がある			†
はい	235 (84.8)	50 (71.4)	
いいえ	42 (15.2)	19 (27.1)	
暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して必要なケアを提供する体制がある			
はい	168 (60.6)	41 (58.6)	
いいえ	109 (39.4)	28 (40.0)	
暴力・ハラスメントのケースを振り返り自施設内で再発防止を検討する体制がある			
はい	184 (66.9)	44 (62.9)	
いいえ	91 (33.1)	25 (35.7)	
暴力・ハラスメントのケースについて他施設と情報共有する体制がある			†
はい	123 (44.9)	21 (30.0)	
いいえ	151 (55.1)	48 (68.6)	

※1 欠損値は除外して分析した。 ※2 Fisherの正確確率検定。 †: p<0.05

と捉えていた。先行研究²⁷⁾では、介護現場ではハラスメントかどうかの判断が難しく、取り組みを行うことが難しいことが示されている。介護保険施設では認知症を抱えている高齢者が多いため、病気が原因なので暴力・ハラスメントではないと捉える傾向があるが、これらの認識は、組織での暴力・ハラスメント対策を推進する上での弊害になりやすい。暴力・ハラスメントを仕事の一部と捉える傾向は日本特有のものではなく、スペインでは2022年に「介護施設における高齢者からのセクシュアルハラスメント：それは本当に仕事の一部なのか？」という論文が掲載され²⁸⁾、今なお暴力・ハラスメントが仕事の一部だという認識について議論されていた。この調査では、高齢者介護施設で働くスタッフ2,196人のうち、29.9%がセクシュアルハラスメントの被害を経験していたと報告された²⁹⁾が、セクシュアルハラスメントを受けることを仕事の一部と捉えることは推奨されていなかった³⁰⁾。また、職員にも問題があると考えたり、職員の関わり方だけで暴力・ハラスメントが発生するわけではないので、職員を責める風土を醸成せず、管理者は適切な認識を持つ必要性が示唆された。

2. 訪問看護事業所と介護保険施設における暴力・ハラスメント対策の実施状況

本研究は、利用者からの身体的暴力の経験率は訪問看護事業所に比べて介護保険施設において有意に高く、利用者からのコロナハラスメントの経験率は訪問看護事業所において有意に高い結果が明らかとなった。訪問看護事業所と介護保険施設での暴力・ハラスメントの経験率を比較した先行研究やコロナハラスメントの先行研究がないため、これらの違いが生じた理由については十分に分からない。ただし、本研究の暴力・ハラスメント発生後の職員の状況では、介護保険施設に比べて訪問看護事業所において勤務継続したがとて多く、医療機関を受診したのは介護保険施設のほうが多かったことから、介護職員は利用者からの身体的暴力を受け、ケガをして医療機関を受診している可能性が推察された。また、訪問看護師が受けるコロナハラスメントの実態³¹⁾では、「消毒薬をかけられた」などの体験もあり、コロナ禍で外出自粛がある中で、自宅に訪問する看護師にコロナハラスメントの発生が高くなった可能性がある。一方で、施設に入所している対象者と関わる介護職員にとっては、利用者からのコロナハラスメントの発生は訪問看護師に比べて少なかったと推察される。また、訪問看護事業所では、「退職した」が7件と多かった。暴力・ハラスメントを受けた訪問看護師は訪問に行きたくなくなり、退職したくなるのが先行研究³²⁾³³⁾で示されていることから、暴力・ハラスメントを受けて訪問看護師が退職することのないようにしていく必要がある。

また、暴力・ハラスメントの対策実施率を比較した結果、「すべての職員に暴力・ハラスメントの報告ルート等について周知している」の対策の実施率は介護保険施設に比べて訪問看護事業所において有意に高いことが明らかとなった。ま

た、「暴力・ハラスメントによる解約について契約書に明記している」「暴力・ハラスメントの被害を受けた職員に対して管理者が面談する体制がある」「暴力・ハラスメントのケースについて他施設と情報共有する体制がある」のいずれの対策の実施率も介護保険施設に比べて訪問看護事業所において有意に高いことが示された。本研究の結果では、訪問看護事業所のほうが有意に対策の実施率が高かったが、スペインの高齢者介護施設の研究³⁴⁾では、ハラスメントのない環境で働くスタッフの権利を尊重し、施設における明確なガイドラインとトレーニングの機会が必要であると結論づけていた。今後、介護保険施設においてもさらなる暴力・ハラスメントの対策の推進が求められる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象である管理者は、95%ほどは対策が必要と考えていたが、研究協力の得られなかった約6割の管理者の暴力・ハラスメントの認識は低い可能性があり、その施設の実態は明らかとなったとは言えず、研究の限界である。また、本研究で明らかとなった実施率の低い暴力・ハラスメント対策について、実施率を向上することが課題である。

VII. 結 論

本研究では、A県内の訪問看護事業所と介護保険施設における暴力・ハラスメントに関する実態を明らかにすることを目的として調査を実施した。その結果、A県内の訪問看護事業所と介護保険施設における暴力・ハラスメントの発生率、対策実施率に違いがあることが明らかになった。暴力・ハラスメントの問題は、看護師の精神面への影響や休職・離職の原因となるなど、看護師のメンタルヘルスや就労継続に対して影響が大きい問題である。今後もさらなる暴力・ハラスメントの対策を推進し、看護師が安全に安心して就労できる環境を作ることが求められる。

謝辞

本研究にご協力いただきました訪問看護事業所および介護保険施設の管理者の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究の自由記述の結果については、第53回日本看護学会学術集会（札幌）にて発表し、本研究には含まれていない。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反は存在しない。

VIII. 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2018), 平成30年版過労死等防止対策白書, 2023年8月17日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000179592_00001.html.
- 2) 厚生労働科学研究成果データベース, 令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究」, 2023年8月17日閲覧, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27620/>.

- 3) 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2019) : 平成 29 年度・平成 30 年度全国訪問看護事業協会研究事業 訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査研究事業報告書, 2023 年 8 月 17 日閲覧,
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-2.pdf>.
- 4) 武ユカリ, 畑吉節未 (2008) : 在宅ケアにおけるモンスターベイシメントに関する調査, 在宅医療助成勇美記念財団助成, 2023 年 8 月 17 日閲覧,
<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/main/result.php?year=2008>
- 5) 林千冬, 今岡まなみ, 藤田愛, 他 : 訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力の実態と対策一兵庫県下における実態調査の結果から, 訪問看護と介護, 22 (11), p.847-857, 2017.
- 6) 前掲 3), p.9
- 7) 株式会社三菱総合研究所 (2019) : 平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書, 2023 年 8 月 17 日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000947359.pdf>.
- 8) WMA Statement on violence and health : 2023 年 8 月 17 日閲覧,
<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-and-health/>
- 9) World Patient Safety Day : 2023 年 8 月 17 日閲覧,
<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020>.
- 10) 的場圭, 矢山社, 三木明子 : 大阪府内の訪問看護師に対するコロナハラスメントの内容と事業所に希望する対応, 産業ストレス研究, 29 (1), p.184, 2022.
- 11) 前掲 3).
- 12) 前掲 7).
- 13) 前掲 3).
- 14) 前掲 10).
- 15) 前掲 3).
- 16) 前掲 3), p.39.
- 17) 前掲 7), p.6.
- 18) 前掲 3), p.10.
- 19) 前掲 3), p.10.
- 20) 前掲 3), p.10.
- 21) 前掲 3), p.10.
- 22) 前掲 3), p.10.
- 23) 前掲 3), p.10.
- 24) 前掲 3), p.10.
- 25) 前掲 3), p.10.
- 26) 前掲 3).
- 27) 前掲 7), p.26.
- 28) Villar F, Fabà J, Serrat R, et al. : Sexual harassment from older residents at long-term care facilities : Is it really part of the job?, International Psychogeriatrics, 32 (3), p.325-333, 2020.
- 29) 前掲 28), p.329.
- 30) 前掲 28), p.331.
- 31) 前掲 10).
- 32) 三木明子監修・著, 一般社団法人全国訪問看護事業協会・編著 : 暴力・ハラスメントの予防と対応, メディカ出版, 2019.
- 33) 三木明子, 鈴木理恵, 二階堂規子, 他 : 訪問看護師等が患者やその家族から受ける暴力・ハラスメントの実態調査, 看護展望, 43 (8), p.725-731, 2018.
- 34) 前掲 28), p.331.

◇研究報告◇

両側同時人工股関節全置換術後患者の 有用な退院支援の検討

— 患者の術前・術後の日常生活の実態から —

吉田まり^{1)*}, 中江里香¹⁾, 林 京子¹⁾, 土本千春¹⁾, 和泉美里¹⁾, 櫛比七海¹⁾

本研究の目的は、両側同時人工股関節全置換術後患者の術前・術後の日常生活の実態を明らかにし、有用な退院支援を検討する一助とすることである。参加者 17 名に疼痛と生活動作に関するアンケート調査と日常生活の実態に関する半構成的面接を行った。アンケート調査より、疼痛・生活動作ともに術後経過期間の短い A 群（術後 1~6 か月）と比較して B 群（術後 7 か月~1 年 8 か月）は数値が低かった。面接で語られた内容は三つの時期に分類し、入院前 4 個、入院中 3 個、退院後 6 個のカテゴリーの日常生活の実態が明らかとなった。参加者は迷いながらも一回で治すと両側同時の手術を決断し、入院中から退院後を見据えた準備を行い、退院後は自らの状態に合わせて生活の工夫をしていた。手術を決断した背景から患者の目標を確認し、入院中の生活場面も退院後の生活と結び付けて準備や工夫を共に考えていくことが、有用な退院支援となる可能性があるとし唆された。

【キーワード】 両側同時人工股関節全置換術, 退院支援, 日常生活動作, 生活体験, 思い

I. はじめに

変形性股関節症や特発性大腿骨頭壊死症などに適応となる人工股関節全置換術 (Total Hip Arthroplasty: 以下 THA) は、大腿骨頭と寛骨臼の両方を人工関節に置き換える手術であり、高い除痛効果と歩行能力の改善が期待できる¹⁾。両股関節に原疾患が発症している場合は、片側だけの THA (以下片側 THA) を二次的に実施する場合と両側同時の THA (以下両側 THA) を実施する場合がある。両側 THA は二次的片側 THA と比較して、1 回の手術あたりの手術時間や術中出血量が有意に高値であり、術後 1 週間のヘモグロビン値が有意に低値であったと報告されている²⁾。一方で、二次的片側 THA と比較して患者の病院滞在日数は約 10 日短く、2016 年の高額療養費制度適用後の最終支払額では約 58,000 円の差があったとの報告³⁾もあり、一度の麻酔・入院で済むことから患者の治療期間やリハビリテーション期間の短縮、医療費負担を軽減するメリットがあるといえる。

全国的には 2001 年より両側 THA が開始された病院もある中⁴⁾、A 病院では 2019 年より積極的に両側 THA が施行されるようになった。しかし、2020 年の手術件数は片側 THA

が年間 119 件施行されたのに対して、両側 THA は 7 件と圧倒的に少ない。そして施行されて間もないことから、看護師が退院支援をする上で片側 THA 後患者と同様の介入方法でよいのか、両側 THA 後患者ならではの日常生活の特徴はあるのかという疑問を抱いた。両側 THA は全国的に行われている手術ではあるものの、片側 THA あるいは二次的片側 THA を行った患者の退院後の Quality of life (QOL) の変化や退院後の日常生活での困りごと⁵⁾、在宅での生活状況⁶⁾についての先行研究が多数ある一方で、両側 THA 後患者の日常生活や退院支援に焦点を当てた先行研究はない。今後両側 THA 後患者の日常生活に合わせた退院支援を行っていくために、まず患者がどのような日常生活を送っているのか明らかにする必要があると考えた。

そこで本研究では、両側 THA 後患者の術前・術後の日常生活やその時期によつての思いの変化を明らかにすることで、有用な退院支援の一助としたい。

II. 目的

両側 THA 後患者の術前・術後の日常生活の実態を明らかにし、有用な退院支援を検討する一助とする。

受付日: 2022 年 10 月 12 日 / 受理日: 2023 年 9 月 12 日

1) 金沢大学附属病院

* E-mail: myoshida.inquiry@gmail.com

＜用語の定義＞

本研究における「日常生活の実態」とは患者の日常生活での体験やそれぞれの時期での思いの変化も含めたものとする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質的記述的研究・調査研究
2. 研究参加者：2019年12月から2021年8月までに、A病院において両変形性股関節症、両特発性大腿骨頭壊死症、両リウマチ性股関節症に対し両側THAを施行された患者のうち、本研究の参加に関して文書で同意が得られた者。
3. 調査期間：2021年8月～9月
4. データ収集方法：術前と術後の疼痛と生活動作についてアンケート調査を実施した。疼痛の項目は独自に作成した5段階評価を用いて調査した。生活動作の項目は、変形性股関節症診療ガイドライン⁷⁾に日常生活動作の程度などを評価する患者記入式の臨床評価基準として記載されているWestern Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) や藤田ら⁸⁾のWOMAC日本語版の信頼性・妥当性が検証された研究、A病院整形外科医師が外来で身体機能評価として日常的に使用している患者記入式の調査用紙などを参考に作成した17項目5段階評価を用いて調査した。術前の回答は当時の状況を想起した評価を記載してもらい、術後の回答は調査時の段階での評価を記載してもらった。加えて日常生活の実態が分かるよう独自に作成したインタビューガイドを基に、プライバシーが保護される個室にて研究者2名が30分程度の半構成的面接を行った。なお、研究者内でデータ収集に差異がないよう事前にロールプレイを行った。内容は「手術を受けるまでの生活はどうだったか」、「両側同時に手術を行ってどうだったか」、「手術をしたことで退院後の生活に変化はあったか」、「術後の生活で工夫していること」、「生活上でのサポート状況」とし、自由に語ってもらった。面接内容は参加者の同意を得て録音し、同意のないものはその場で筆記した。また、診療録より参加者の基本属性について情報を収集した。
5. 分析方法：アンケート調査により得られたデータは単純集計し、術前・術後の変化の分析を行った。面接によって得られたデータは逐語録に起こし、術前・術後の日常生活の実態に関する内容を抽出し、質的に分析し類似性と相違性を検討しながらカテゴリー化を行った。なお、分析の信頼性・妥当性の確保のため質的記述的研究・調査研究経験者よりスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

参加者へ研究の趣旨、個人情報保護への配慮、基本属性の情報収集のため診療録からデータを得ること、データの取り扱い、所要時間などを事前に電話で説明した。電話で同意が

得られた者に対しては外来受診日に合わせて日時を設定し、再度説明文書を用いて対面にて説明した。同意書への署名にて同意を得た後、半構成的面接・アンケート調査を実施した。説明文書・同意書には研究への参加は自由意思であり、不参加の場合でも不利益となることはないことや、研究参加への意思はいつでも撤回できること、研究で得られた結果は学会等に発表する予定があること、その場合でも個人が特定されることがないように配慮することを記載した。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3732）。

Ⅴ. 結 果

1. 参加者の概要

参加者は17名（男性2名、女性15名）、原疾患は両変形性股関節症15名、両特発性大腿骨頭壊死症1名、両リウマチ性股関節症1名であった。手術時の年齢は36～74歳（平均60±9.1歳）、調査時の術後経過期間は1か月～1年8か月（平均8±5.4か月）、自宅退院が13名、転院が4名であった。なお、アンケート調査は回収できた16名を分析対象とした（有効回答率100%）。

2. 疼痛と生活動作の変化

術後経過期間による変化を評価するため、術後1か月～6か月の参加者をA群、術後7か月～1年8か月の参加者をB群と二つの群に分類した。

疼痛に関しては、術前は全体で6名（38%）が「常に非常に痛い」、4名（25%）が「常に痛い」と回答した。術後は「常に非常に痛い」、「常に痛い」と回答した数は0名（0%）であり、「全然痛くない」と回答した者が8名（50%）であった。

A群とB群の比較では術後「全然痛くない」と回答した数だが、A群では3名（33%）、B群では5名（71%）で、術後経過期間の長いB群のほうが「全然痛くない」と回答する割合が高い結果となった。また、疼痛の左右差に関しては、術前は15名（94%）が「あり」と回答し、術後は2名（12%）が「あり」と回答した（表1）。

生活動作に関しては、術前は17項目のうち⑤床に向かって体をかがめる動作（4.3±0.9点）、⑨靴下をはく動作（4.0±0.8点）、⑯重いものを片付ける動作（4.0±1.0点）の3項目が難易度の高い上位3項目であった。術後は術前と同様の項目が上位3項目となったが、それぞれ難易度を示す点数は低下していた。

A群とB群の比較では、A群では最も難易度の高い動作が⑯重い物を片付ける（2.8±1.3点）、次いで⑤床に向かって体をかがめる（2.7±1.2点）、①階段を降りる（2.6±0.7点）の順であった。B群では最も難易度の高い動作が⑨靴下を履く（2.1±1.1点）、次いで⑦乗用車に乗り降りする（2.0±0.0点）、次は同率順位で⑤床に向かって体をかがめる（1.9±0.8点）、⑪靴下を脱ぐ（1.9±0.8点）、⑯重いものを片付ける（1.9±0.8点）の順であった。術後経過期間によって難易度が高いと感

じている生活動作の順位は異なったが、数値の比較では⑦乗用車に乗り降りするを除く16項目でB群がA群の点数を下回る結果となった(表2)。

3. 術前・術後の日常生活の実態

半構成的面接での患者の語りを経時的な流れに沿って入院前・入院中・退院後の三つの時期に分類し、合わせて13個の категория、42個のサブカテゴリー、157個のコードが抽出された。カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕, 実際の患者の語りをコードとし「 」と記載した(表3)。

1) 入院前の日常生活の実態を表す4カテゴリー

(1) 【どうしようもない痛みで限界】

術前は〔生活に支障をきたす限界と思うほどの痛み〕や〔痛みによって固まって動きにくい感覚〕を抱えながら生活していた。自分では気づかない〔周りから違和感を指摘される歩き方への引け目〕を感じる一方で、「杖を使用したかったけど見栄を張ってしまった」と補助具の使用には抵抗感を持って

いた。そして時間とともに〔段々痛み慣れてくる〕と感じていた。

(2) 【自らを制限してやっとやっとな生活】

症状の進行によって〔どこにも行けない、自らを制限する生活〕や〔状態に波がある中でのやっとやっとな生活〕を送るが、家族のことなど〔自分より優先しなければならないことがある〕ことで、受診を後回しにしたり手術を受ける直前まで仕事を続けたりしていた。

(3) 【生活復帰と楽しみのために一回で治す】

〔とにかく早く生活復帰したい〕という思いから〔一回で手術して、一回で治す〕と覚悟をもって両側THAを決断し、手術が終わった〔あとの楽しみを考えながら〕前向きに手術に臨んでいた。

(4) 【大きな手術だから何度も考えた】

一方で〔何度も手術を考え直した〕り、〔大きな手術だから怖い〕と手術そのものへの怖さを抱いたりしていた。また、

表1 術前・術後の疼痛の程度と左右差

		術前		術後	
		全体(n=16)	全体(n=16)	A群(n=9) 術後1~6か月	B群(n=7) 術後7か月~1年8か月
疼痛の程度	①全然痛くない	0名(0%)	8名(50%)	3名(33%)	5名(71%)
	②動くとき痛い	5名(31%)	3名(19%)	3名(33%)	0名(0%)
	③たまに痛い	1名(6%)	5名(31%)	3名(33%)	2名(29%)
	④常に痛い	4名(25%)	0名(0%)	0名(0%)	0名(0%)
	⑤常に非常に痛い	6名(38%)	0名(0%)	0名(0%)	0名(0%)
疼痛の左右差	あり	15名(94%)	2名(12%)	1名(11%)	1名(14%)
	なし	1名(6%)	14名(88%)	8名(88%)	6名(86%)

表2 術前・術後の生活動作の変化

	術前		術後	
	全体(n=16)	全体(n=16)	A群(n=9) 術後1~6か月	B群(n=7) 術後7か月~1年8か月
①階段を降りる	3.7±0.8	2.1±0.8	2.6±0.7	1.6±0.5
②階段を昇る	3.8±0.9	2.1±0.7	2.4±0.7	1.6±0.5
③椅子から立ち上がる	3.5±1.1	1.8±0.8	2.1±0.9	1.4±0.5
④立っている	3.3±1.2	1.5±0.7	1.9±0.7	1.0±0.0
⑤床にむかって体をかがめる	4.3±0.9	2.3±1.1	2.7±1.2	1.9±0.8
⑥平地を歩く	3.4±0.9	1.6±0.6	1.8±0.6	1.3±0.5
⑦乗用車に乗り降りする	3.5±0.9	1.8±0.8	1.8±0.8	2.0±0.0
⑧買い物に出かける	3.7±0.9	1.6±0.6	1.8±0.6	1.3±0.5
⑨靴下をはく	4.0±0.8	2.2±1.3	2.2±1.4	2.1±1.1
⑩寝床から起き上がる	3.4±1.1	1.8±0.9	2.1±1.0	1.4±0.5
⑪靴下を脱ぐ	3.8±0.9	2.1±1.1	2.2±1.3	1.9±0.8
⑫寝床に横になる	3.3±1.2	1.6±0.8	1.8±0.9	1.4±0.5
⑬浴槽に出入りする	3.4±1.0	1.9±0.9	2.1±1.0	1.6±0.5
⑭椅子に座っている	2.4±0.8	1.5±0.5	1.6±0.5	1.4±0.5
⑮洋式のトイレで用をたす	2.3±0.7	1.4±0.5	1.6±0.5	1.3±0.5
⑯重い物を片付ける	4.0±1.0	2.4±1.2	2.8±1.3	1.9±0.8
⑰炊事洗濯などの家事をする	3.2±0.7	1.6±0.6	1.8±0.6	1.4±0.5

※数値は平均値±SDで表記

※点数が低いほど生活動作の難易度は低い

(点)

表3 入院前・入院中・退院後の生活実態

	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
入院前	どうしようもない痛みで限界	生活に支障をきたす限界と思うほどの痛み (6)	生活にだいぶ支障がありました。歩くたびに痛かったです。
		痛みによって固まって動きにくい感覚 (1)	普通にしたら、痛いついていうより固まって動きにくい感じが4~6年。
		段々痛み慣れてくる (1)	最初は痛かったんですけど、段々その痛みにも慣れてきて。
		周りから違和感を指摘される歩き方への引け目 (3)	「どこの婆さんかと思ったらお前か」って言われたときはショックだった。
	自らを制限してやっとな生活	どこにも行けない、自らを制限する生活 (7)	箸を忘れたとき台所に取りに行くのが辛くて、もう手で食べようかなくてくらい歩けなかった。
		状態に波がある中でのやっとな生活 (1)	調子が良い日もあれば、歩くのも辛くて不自由な日もありました。
		自分より優先しなければならないことがある (3)	子供が手がかかるので出産したときから痛かったけど受診できませんでした。
	生活復帰と楽しみのために一回で治す	一回で手術して、一回で治す (4)	どっちみちするなら一緒にしたほうが、一緒にして一緒に治る。
		とにかく早く生活復帰したい (3)	手術がうんぬんよりも、とにかく早く生活復帰したかった。
		あとの楽しみを考えながら (3)	まあ不安はなかったかな。あとの楽しみを考えながら。
	大きな手術だから何度も考え直した	大きな手術だから怖い (2)	手術する気持ちが…怖い、やっぱりすごく怖い。
		何度も手術を考え直した (1)	できるだけしたくなくて、3回くらいするしないで考え直した。
手術後の心配 (1)		手術後が心配だった。「どうやって動くの？」って。	
入院中	想像より動けない手術後	横向きはどっちも痛い (3)	両方に創があるから寝れなかった。横向きでどっちも痛くて。
		自分の足じゃない感覚 (4)	2~3週間は自分の足という感覚がなく、違和感しかなかった。
		手術後はすつといくのかと思いきやそうもいかず (3)	手術後はすつといくのかと思っていたからあれ？と思った。これから大丈夫なの？って。
		リハビリは死刑台にのぼるような気持ちで (2)	リハビリは厳しくて毎回死刑台にのぼるような気持ちだった。
	動ける嬉しさと助けられた周りの言葉	案外大丈夫だった (3)	術後初めて立ち上がったとき、創の痛みはあったけど、案外大丈夫だった。
		周りが驚くほど自由に歩ける (2)	すぐに歩けたし、自由に動くことができました。
		手術が終わったことへの嬉しさ (1)	「ああ終わったんやへ、嬉しい」っていうのがまず一声ね。
	自信をもって家に帰るための準備	せつかく手術してもらったんだから明るくしよう (1)	動けるようになって精神的に落ち込む。でも、せつかく手術してもらったから明るくしようと思った。
		備えあれば患いなし (6)	シャワーチェアと物を置く台を用意しました。シャワーチェアや高い椅子はあったほうがいいです。
		完璧に治して帰ってきてほしい (2)	家の人が何もできない状態で退院してきたら困る、完璧に治して出てこいって言うもんで。
		手術前とは違った感じと生活の難しさ	“できない”は手術の前と後で感じがちがう (13)
	手術後の痛みや人工関節が馴染まない違和感 (9)		今は痛みというより、つっぱり感や人工関節がまだ身体に馴染んでいない感じがある。
気持ちに体力がついていかない (2)	気持ちは何でもできると思うけど、体力がついていかないことがある。		
左右の経過の違いを比べてしまう (5)	自分の中で左右をすごく比較するんですよ。こっちはいいのにとか。		
痛くなかった頃の生活に戻った感じ	手術前の生活を思い出せないほど楽になった (5)	退院後の生活はすごく変化ありました。元通りになった感じ。	
	手術前はできなかったことが今はできる (7)	立ったまま置けるし、膝を抱えられるようになった。爪も絶対切れなかったけど今はできる。	
	段々できるようになり痛くなかった頃に戻ったよう (7)	歩き出しが少し不安定なときもあるけど、痛みもなく痛くなかった頃に戻ったみたいです。	
できないことやリハビリは日常生活の中で工夫	手術をした感じがしない (1)	創を見たら「手術したんだな」と感じるけど、普通にしているだけだど手術をした感じがしない。	
	できないことはやり方を工夫 (6)	足の裏を洗えるようになるまでは床にタオルをおいて足の裏を擦り付けて洗っていました。	
退院後も気は抜けない	会社の階段も立派なリハビリ道具 (11)	家ではリハビリの時間取れないし、会社は極力階段使ったり、一段飛びしたりとか。	
	おとつとに注意 (4)	家では段差がいろいろとあって気をつけなきゃ。今まで、おとつとがよーくあったもんやから。	
	自分の骨じゃないからこぞ怖い (3)	脱臼しなければ大丈夫かなとは思っているけど、自分の骨じゃないと思うと怖い。	
	手術前に痛かった動作はしない (1)	前の痛みがトラウマになってるから、前して痛かった動作は避ける。	
退院後の生活で頼りにしているもの	人工関節の寿命 (1)	自分の年齢から「人工関節の交換は絶対あるよ」と言われていて、いつなのか心配。	
	股関節だけがよくなって (3)	膝も悪くしてるし、腰もヘルニアがあるのでたくさん動けるわけではないです。	
手術を終えてみての『両側同時』への様々な思い	家族や周囲がサポート (6)	買い物はしょっちゅう行けないので、娘が出来合いのものを買ってきたり、作ったりはしてくれま。	
	周りに頼れないからサービスに頼る (2)	(自宅退院は)すごい不安だった。デイサービスで一食食べて、宅配も頼んでいます。	
	1回で済むのが何よりよかった (4)	今の生活は足が痛くないから出来るんだと思う。私の人生ガラッと変わった。同時に手術してよかった。	
	両側同時は“こんなもんな” (4)	片側ずつと比較はできないので、「こんなもんな」という感じかな。	

サブカテゴリーの () はコード数を示す

両側同時の手術を受けることによる〔手術後への心配〕をしていた。

2) 入院中の日常生活の実態を表す3 カテゴリー

(1) 【想像より動けない手術後】

両側に創があることで〔横向きはどっちも痛い〕と自覚しながらも、歩き出すと〔自分の足じゃない感覚〕をもっていた。〔手術後はすっといくのかと思いきやそうもいかず〕,〔リハビリは死刑台にのぼるような気持ち〕で臨んでいた。

(2) 【動ける嬉しさと助けられた周りの言葉】

術後は早い段階での離床指示には驚いたが〔案外大丈夫だった〕と振り返り,〔手術が終わったことへの嬉しさ〕を感じていた。経過とともに〔周りが驚くほど自由に歩ける〕ようになっていき,入院生活で気分が落ち込むことがあっても〔せっかく手術してもらったんだから明るくしよう〕という気持ちで過ごしていた。

(3) 【自信をもって家に帰るための準備】

参加者らは看護師が退院に向けた説明をする前から,入院生活を通して〔備えあれば患いなし〕と退院に向けた様々な準備をしていた。病室での生活やシャワー浴の経験から自宅にもベッドやシャワーチェアなどの生活物品を準備した者や,入院中の間に家族と協力して自宅改修を行った者,また家族が〔完璧に治して帰ってきてほしい〕と願うことから,自宅退院に不安がある場合はリハビリ転院で自信をつけてから自宅に帰るという選択をした者もいた。

3) 退院後の日常生活の実態を表す6 カテゴリー

(1) 【手術前とは違った感じと生活の難しさ】

退院後は,〔“できない”は手術の前と後で感じがちがう〕と捉え,〔手術後の痛みや人工関節が馴染まない違和感〕を感じていた。また,想像していたよりも自分の回復が遅く〔気持ちに体力がついていかない〕,〔左右の経過の違いを比べてしまう〕という声もあった。

(2) 【痛くなかった頃の生活に戻った感じ】

経過とともに〔手術前の生活を思い出せないほど楽になった〕と苦痛から解放され,〔手術前はできなかったことが今はできる〕,〔段々できるようになり痛くなかった頃に戻ったよう〕と喜びを感じる者や〔手術をした感じがしない〕と捉える者もいた。

(3) 【できないことやリハビリは日常生活の中で工夫】

爪切りが難しい場合は高めの台に足を乗せて切る,入浴時に足の裏が洗いがらみ場合は床に石鹸をつけたタオルを敷いて擦りつけるようにして洗うなど,生活の中で難しい動作がある場合は〔できないことはやり方を工夫〕していた。

リハビリの時間の確保が難しい場合は〔会社の階段も立派なりハビリ道具〕として活用し生活の中にリハビリを組み込んだり,自宅でのリハビリが難しい場合は通院日を設定し,確実にリハビリの時間を確保したりしている者もいた。

(4) 【退院後も気は抜けない】

退院後に気をつけていることは,自宅環境での〔おっとっ

とに注意〕し,〔自分の骨じゃないからこそ怖い〕ため脱臼肢位に注意する,〔手術前に痛かった動作はしない〕などであった。また,手術時の自分の年齢から〔人工関節の寿命〕を気にする者もいた。

そして,膝や腰など股関節以外に疼痛を抱える者は「座るより立つほうがしづらいのは,やっぱり膝が悪いからやと思う,股関節の手術の影響じゃないと思う」と話し〔股関節だけがよくなって〕劇的な疼痛の改善や生活動作の拡大は難しい現状を抱えていた。

(5) 【退院後の生活で頼りにしているもの】

退院後は〔家族や周囲がサポート〕と捉えて食事の準備や買い物,ゴミ出しなどの協力を得ている者や,〔周りに頼れないからサービスに頼る〕ことで生活を送る者もいた。術後1年以上経過した参加者も「靴下は今も自分でスムーズに履けなくて,家族に手伝ってもらっている」と話し,難しい生活動作に関しては家族の協力を得て生活していた。

(6) 【手術を終えてみての『両側同時』への様々な思い】

4名の参加者は〔一回で済むのが何よりよかった〕と語ったが,他の4名は「片方ずつ手術したほうが楽だったかな,でも麻酔のこととか考えると同時が楽なんかなとも思う」,「片側ずつと比較することはできないからこんなもんかなという感じ」と話し〔両側同時は“こんなもん”かな〕と捉えていた。

VI. 考 察

以上の疼痛・生活の動作の変化と各時期の日常生活の実態から,有用な退院支援について考察する。

1. 両側 THA への期待や目標を確認し目標達成に向けた支援をすること

入院前～退院後のカテゴリーより,参加者らは片側ずつ手術をする選択肢もあるにも関わらず【生活復帰と楽しみのために一回で治す】という思いから,【大きな手術だから何度も考えた】と不安を抱えながらも手術を決断していた。

退院後は【手術を終えてみての『両側同時』への様々な思い】を感じていたが,参加者らが話した【生活復帰と楽しみのために一回で治す】の「生活復帰」には家庭や仕事,趣味など個々が生活の中で大切にしていることが込められており,それらを目標に手術や入院生活を乗り越えていたと考えられる。

両側 THA と片側 THA の意識調査を行った先行研究においても,両側 THA を選択した患者は「仕事復帰」や「スポーツができる」というニーズが有意に多かったと報告されており⁹⁾,患者が両側 THA を決断した背景を知ること,手術に期待することや退院後の生活の目標の理解に繋がると考えた。

そして,患者が1日でも早い生活復帰を望んで両側 THA を選択しているからこそ,入院前の外来受診日や入院時など早期の段階から患者の退院後の目標を確認することが重要で

あり、医師やリハビリスタッフなど他職種と目標を共有し、目標達成に向けて治療やリハビリが進むよう支援していくことが必要であると考えた。

2. 退院後を見据えた準備や工夫への支援をすること

入院中～退院後のカテゴリより、参加者らは入院中の段階から【自信をもって家に帰るための準備】をしていた。看護師がその都度説明をしていなくても入院生活の中で自然と退院後の生活を意識しており、その意識が自宅環境を整えることや転院を選択することに繋がったと考えられる。

退院後は【できないことやリハビリは日常生活の中で工夫】しており、自分の状態に合わせた生活方法を自らの力で編み出していた。片側 THA 後患者を対象とした先行研究において、術後1年の片側 THA 後患者は人工関節の不自由さを感じているが、それぞれの生活状況に応じて道具などを用いて工夫し、生活の一部として取り入れていたと報告されている¹⁰⁾。本研究の参加者も自分自身の身体の状態と向き合い、それに合わせて準備や生活の工夫をしようとする姿勢があり、看護師は患者の持つ力が最大限に発揮できるようサポートする必要があると考えた。

そのためには、術後の入浴や更衣など一つ一つの生活場面も退院後の生活と結び付けて実践できるように関わっていくことや、できない生活動作を単に援助するのではなく、援助場面を通して患者と共にできない動作をできる動作にするための工夫を考えていくことが重要だと考えた。また、本研究で今回明らかとなった参加者の生活体験をもとに、今後両側 THA を受ける患者に向けて退院後の生活の工夫や退院後に活用できる生活物品・サービスの情報提供を行うことで、患者が安心できる退院支援に繋がると考えた。

3. 疼痛と生活動作の変化を伝えること

入院前～退院後のカテゴリより、参加者らは術前【どうしようもない痛みで限界】と感じ【自らを制限してやっとやっとな生活】を送っていたが、術後は【手術前とは違った感じと生活の難しさ】へと変化していた。疼痛からの解放や生活動作の改善を期待して手術を受けた参加者らは、術前とは異なる疼痛や違和感の出現への戸惑いや、術後もできない動作があることで術前とあまり変化がみられないことへの不安や回復への焦りを感じていたと考えられる。しかし、これらは経過とともに【痛くなかった頃の生活に戻った感じ】へと変化していた。

アンケート調査の結果より、A 群と比較して B 群の方が「全然痛くない」と回答した人数が多く、また生活動作の難易度を示す点数も低値であったことから、経過により疼痛や生活動作の難しさは解消されていくものと予測される。

しかし、B 群の中にも疼痛の左右差を抱えながら生活している者や、術後1年が経過しても靴下の着用は家族の援助を受けていた者がいたことから、術後経過期間が長くなっても難しい生活動作はあり、その時期に応じた生活の工夫をしていく必要があると考えた。

小澤ら¹¹⁾は THA 後の疼痛は術後3か月までの期間に顕著な回復を示すが、関節可動域は術後3か月までの間に緩やかな回復を示すことを明らかにしており、術後3か月の短い期間でも疼痛と生活動作の改善の回復速度には差があると考えられる。また、赤木ら¹²⁾は THA を受けた患者の心身の苦痛を考慮すると、医療者の適切な時期に患者の不安に応えられる支援と情報提供の必要性が示唆されたとしている。

このことから、疼痛や生活動作は経過とともに解消されていくことが予測されるものの時期によって変化しており、術後1年が経過しても難しいと感じる生活動作は残存している可能性があること、その時期に応じた生活の工夫が必要であることを伝えることで、患者の回復への不安や焦りを軽減できるのではと考えた。

4. 膝や腰椎などに疾患や疼痛を抱える患者への関わり

一方で膝や腰椎に疾患や疼痛を抱える参加者3名は、術後も劇的な疼痛の改善や生活動作の拡大は難しいと語り、股関節だけが手術で改善しても【退院後も気は抜けない】状況にあった。森本ら¹³⁾は変形性股関節症と腰椎疾患は中高年に好発するためしばしば併存し、かつ両疾患は相互に影響し合い疼痛源の同定をしばしば困難にさせている。そのため、股関節以外に疼痛を抱える患者にとって疼痛の原因は複雑なものであり、手術による股関節痛の解消のみでは解決に至らない場合も多いと考えられる。また、変形性股関節症を持つ患者は、歩行時の膝関節への負担が増強するため変形性膝関節症の発症や進行リスクが高いとも報告されている¹⁴⁾。

このことから、術前から股関節以外に疼痛を抱える患者に対しては術後も疼痛や生活動作の難しさが継続する可能性があることを伝え、症状に合わせた生活の工夫を共に考えながら、状況に応じて股関節以外の疼痛に対しての治療も検討できるような支援が必要と考えた。

5. 本研究の限界と今後の展望

本研究において術前のデータは参加者の想起であり、術後のデータに関しても調査時の術後経過期間によって異なるため、経過を追って検証していくことが望ましく本研究の限界といえる。しかし、振り返りのデータからも様々な日常生活の実態が明らかとなったことから、本研究で検討した退院支援が実際に今後両側 THA を受ける患者に有用なものであるか効果を検証していきたい。

VII. 結 論

両側 THA 後患者の術前・術後の日常生活の実態として、入院前4個・入院中3個・退院後6個のカテゴリで示された。三つの時期を通して分析した結果、参加者は手術に迷いながらも一回で治すと決断し、入院中から退院後を見据えた準備や工夫をしながら生活を送り、退院後は自らの状態に合わせて生活の工夫をしていた。疼痛の程度と生活動作の難易度は術後経過期間が長い群が短い群と比較して低値であり、経過とともに解消されていくものと予測された。

これらを踏まえて、両側 THA を決断した背景から患者の目標を確認し目標達成に向けて支援していくこと、入院中から退院後の生活を結び付けて準備や生活の方法を共に考え支援していくこと、また疼痛や生活動作の難しさは時期によって変化がありその時々で生活の工夫が必要だが、経過によって解消されると伝えていくことが、退院支援として活用できると示唆された。

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) 岡庭豊：病気がみえる vol.11 運動器・整形外科 (1), 株式会社メディックメディア, p.407, 2017.
- 2) 藤原佑衣, 酒匂啓輔, 千葉哲也, 他：片側および両側同時人工股関節全置換術後の機能回復の検討, *Hip Joint*, 47 卷 (2), p.S223-S226, 2021.
- 3) 田巻達也, 三浦陽子, 老沼和弘, 他：医療経済からみた一期的両側人工股関節置換術の有益性, *日本人工股関節学会誌*, 46, p.143-144, 2016.
- 4) 吉井俊貴, 神野哲也, 古賀大輔, 他：両側同時人工股関節全置換術後の可動域変化についての検討, *整形外科*, 57 (13), p.1681, 2006.
- 5) 木下美樹, 吉田俊子, 山田嘉明, 他：人工股関節全置換術を受けた患者の QOL の変化と関連要因の検討, *日本看護研究学会雑誌*, 38 (5), p.61-72, 2015.
- 6) 赤木京子, 藤田君支, 佐藤和子：人工股関節全置換術を受けた患者の在宅における生活状況と活動量に関する研究, *日本看護研究学会雑誌*, 33 (2), p.121-131, 2010.
- 7) 日本整形外科学, 日本股関節学会：変形性股関節症診療ガイドライン 2016, 2 (2), p.59-63, 2018.
- 8) 藤田君支, 牧本清子：人工股関節患者における日本語版 Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) の信頼性と妥当性の検討, *日本看護科学学会誌*, 27 (2), p.53-59, 2007.
- 9) 保科ゆい子, 鈴木知美, 江崎功実：両側一期的人工股関節全置換術を施行した患者の術前から退院早期における意識調査, *Hip Joint*, 37, p.10-12, 2011.
- 10) 赤木京子, 藤田君支, 佐藤和子：人工股関節全置換術を受けた患者の在宅における生活状況と活動量に関する研究, *日本看護研究学会雑誌*, 33 (2), p.129, 2010.
- 11) 小澤敏夫, 清水和彦：人工股関節全置換術・再置換術後の経時的機能変化—機能回復に影響を及ぼす因子の検討—, *理学療法科学*, 19 (3), p.229-235, 2004.
- 12) 赤木京子, 藤田君支, 佐藤和子：人工股関節全置換術を受けた患者の在宅における生活状況と活動量に関する研究, *日本看護研究学会雑誌*, 33 (2), p.127-128, 2010.
- 13) 森本忠嗣, 園畑素樹, 馬渡正明：変形性股関節症の腰下肢痛, *整形・災害外科*, 61 (7), p.837-841, 2018.
- 14) 日本整形外科学, 日本股関節学会：変形性股関節症診療ガイドライン 2016, 2 (2), p.44, 2018.

◇研究報告◇

看護系大学生の臨地実習におけるアルツハイマー型 認知症に関する知識の獲得

田中友紀¹⁾*, 奥山真由美²⁾, 村田幸治³⁾

【目的】：臨地実習前の認知症の知識量を調査した張らの研究において、更なる知識の向上の必要性が示された。本研究は臨地実習後の認知症の知識量を調査し、臨地実習が認知症の知識量に及ぼす影響について調査した。

【方法】：張らの研究と同様の 224 名を対象とし、ADKS 尺度を用いて調査した。分析方法は、ADKS 尺度の総得点と 7 つの下位尺度（リスク要因、アセスメントと診断、経過、治療と管理、症状、生活への影響、ケアの内容）毎に平均値を求め、張らの調査との比較を行った。

【倫理的配慮】：山陽学園大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：2019U024）。

【結果】：ADKS 尺度の総得点の平均値は臨地実習前 20.7 ± 2.5 点、臨地実習後 21.8 ± 2.3 点であり臨地実習後に有意に高かった。下位尺度毎の比較では「生活への影響」において臨地実習後に有意に高かった。

【考察】：総得点の平均値が臨地実習後に有意に高かったことから、臨地実習は認知症の知識量の向上に有効と考えられた。

【キーワード】 アルツハイマー型認知症、ADKS 尺度、臨地実習、知識

I. はじめに

2014 年に厚生労働省が行った我が国における認知症の高齢者人口将来推移に関する研究では、認知症の推定患者数は 2025 年時点で約 600-700 万人となることが示されている。アルツハイマー型認知症は、認知症のなかで約 6 割を占めており、各年齢層の有病率が一定であると仮定した場合あるいは、各年齢層の有病率が上昇すると仮定した場合においては、他の血管性認知症やその他の認知症患者数と比べ、著明に増加すると推測されている¹⁾。2005 年に「認知症を知り地域をつくる 10 カ年」キャンペーンが開始となり、2013 年には認知症施策推進（オレンジプラン）が施策された。その後、2015 年には認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が打ち出された。新オレンジプラン²⁾の 7 つの柱の 1 つである認知症対応力の向上において、看護ケアの質の保証や質の向上は、看護職をはじめとした医療従事者にとって重要な課題であると示されており、今後さらなる質の高い人材の育成が重要である。

認知症の知識量を測る尺度として、金と黒田ら³⁾や杉原ら⁴⁾の尺度が広く使用されているが、一般的な認知症の知識量を測定する目的で開発されており、基礎教育において必要な知識量の程度を示す基準は我が国では明確となっていない。2019 年に、張ら⁵⁾の研究において中日両国で臨地実習直前の 4 年制看護系大学に在籍する 3 年次生の学生を対象に ADKS 尺度（日本語版）（Alzheimer Disease of Knowledge Scale：アルツハイマー病の知識スケール）を用いた「アルツハイマー型認知症に対する中日両国の看護系学生の知識についての比較調査」が行われた。この研究のなかで、ADKS 尺度（日本語版）の総得点（30 点満点）のうち日本の学生の総得点の平均は 20.7 ± 2.5 点であったことが報告されている。2016 年にアメリカ合衆国で老年看護学の授業を修了した 4 年次生の看護学生に対して行われた調査結果では、アルツハイマー型認知症の知識量としては、ADKS 尺度の総得点で 24 点以上が満足できる知識レベルであるとの見解が示されている⁶⁾。このことから、我が国の看護系大学の学生においては、臨地実習前の老年看護学の座学が終了した時点では、満足できる知

受付日：2022 年 10 月 12 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 医療法人尚和会のぞみ訪問看護ステーション 2) 山陽学園大学 3) 山陽学園大学大学院

* E-mail : yuki.tanaka0719@gmail.com

識レベルには到達していないことが明らかとなり、張らは臨地実習による知識量の影響を検討する必要性を示している。

平成14年の看護学教育の在り方に関する検討会⁷⁾のなかで「臨地実習は、学内で学んだ知識・技術・態度の統合を図りつつ、看護方法を習得する。学生は、対象者に向けて看護行為を行い、その過程で、学内で学んだものを自ら実地に検証し、より一層理解を深める。言い換えると、看護の方法について、『知る』『わかる』段階から『使う』『実践できる』段階に到達させるために臨地実習は不可欠な過程である。」と位置付けている。このことから、看護学生の知識量の評価は座学だけではなく臨地実習で得た知識量を加味して評価する必要があると考えた。

Ⅱ. 目 的

本研究は、臨地実習を終えた看護学生のアルツハイマー型認知症の知識量が実習前と比較してどのように変化しているのかをADKS尺度(日本語版)を用いた比較を行い、臨地実習による知識量への影響を明らかにすることを目的とした。本研究の結果を看護系大学や臨地実習施設と共有することで、看護系大学の臨地実習における教育内容や実習指導方法を検討することができるだけでなく、臨地実習指導における指導上の課題や今後の方向性を見出すことが出来る。さらには、新人看護師の教育にも活かすことができ、より看護実践能力の高い看護師の育成につなげることが可能になると考える。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象

2018年に行われた張らの「アルツハイマー型認知症に対する中日両国の看護系学生の知識についての比較調査」の調査対象であった、A県内の国立・公立・私立の各1校の4年制の看護系大学の2019年度に4年次であった学生計224名(2018年の調査時は3年次生)を対象とした。張らの調査において、調査の協力の同意の得られなかった学生の特定ができなかったため、3大学とも4年次生全員(224名)を対象とした。

2. 調査期間

各大学において、臨地実習終了後の2019年9月～11月の間に行った。

3. 調査場所

4年制看護系大学3ヶ所の各講義室内で実施した。

4. 調査内容

1) ADKS尺度(Alzheimer Disease of Knowledge Scale)

ADKS尺度は2009年にアメリカで開発された尺度である。過去に開発された様々な認知症の基本的な知識尺度を統合した内容を含んでおり⁸⁾、質問内容はアルツハイマー型認知症に特化しているが、認知症の基本的な知識やケアに関する内容を広く含むという点や医学的根拠に基づいているため文化的差異が反映されにくいと言われており、認知症の知識を測

定する評価指標として近年積極的に使用されている⁹⁾。現在スペイン語版¹⁰⁾、日本語版¹¹⁾等が作成されている。尺度の評価項目は、①リスク要因:6項目、②アセスメントと診断:4項目、③経過:4項目、④治療と管理:4項目、⑤症状:4項目、⑥生活への影響:3項目、⑦ケアの内容:5項目の7分野計30項目の質問から構成されている。30点満点で点数が高いほどアルツハイマー型認知症の知識が高いとされ、30点満点中24点以上が満足出来る水準とされている¹²⁾。

調査を実施するにあたり、ADKS尺度日本語版の使用許諾を得て調査を実施した。

2) 臨地実習後の認知症の知識に影響すると思われる要因

臨地実習後の学生の認知症の知識に影響を及ぼすと予測される「個人属性」としての性別と年齢ならびに「認知症者との同居経験」、「臨地実習中の認知症患者の受け持ち経験の有無」についてADKS尺度(日本語版)以外に質問項目を追加した。

5. 調査方法

3つの大学のうち2つの大学においては、各大学の講義室内で授業終了後の時間を利用して研究者が学生に対し文書を用いて口頭で研究の趣旨、目的、方法、個人情報保護、匿名性の確保、研究への協力は自由意思であり、協力しなくても成績などに影響をしないこと、不利益を被ることはないことなどを説明した。ADKS尺度(日本語版)についての質問紙は、約15分間で回答を求め調査、研究についての説明、調査票の配布を合わせて30分以内で調査は終了した。記入済みの調査用紙は、講義室外に一定期間設置する回収箱に直接投函するように求め約1週間で回収を行った。

3つの大学のうち1つの大学では、大学の希望にて担当教授により上記と同様の方法で説明と調査票の配布を行った。他の2つの大学と同様に、調査用紙は講義室外に回収箱を用意し、約1週間設置した後に回収を行った。

6. 分析方法

ADKS尺度(日本語版)は、総得点と調査内容を項目ごとに統計ソフトSPSS for Windows ver.25を用いて張らの3年次の臨地実習前のデータとの比較検討を行った。張らの調査データと本調査データは、個人ごとのマッチングされたデータセットを作成することが出来なかったため、臨地実習前と臨地実習後のADKS尺度の総得点と下位尺度ごとの平均点の差の検定には、対応のないt検定(独立した2群のt検定)を使用した。さらに、臨地実習後の認知症の知識に影響を及ぼす可能性のある要因としての「認知症者との同居経験」、「臨地実習中の認知症患者の受け持ち経験の有無」別にADKS尺度の総得点と下位尺度ごとの平均点の差の検定(対応のないt検定)を行った。

ADKS尺度の総得点は有意確率5%未満($p < 0.05$)を有意差ありとして検定を行った。ADKS尺度の下位尺度毎の平均点の比較に関しては、第1種の過誤¹³⁾を考慮し、有意確率0.7%未満($p < 0.007$)を有意差ありとして検定を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は山陽学園大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：2019U024）を得て実施した。各大学の学長と各大学院の研究科長に対して、研究の趣旨・内容等について文書を用いて説明を行った。研究の承諾を得たうえで各大学において研究者自身で調査を実施した。教員からの調査に対する強制力が働かないようにするために、無記名自記式質問紙調査とし、留め置き法で実施した。調査への参加は自由意思であり参加を拒否されても授業評価に影響しないこと、調査の回答をもって研究に同意したと判断する旨を研究依頼書に記載した。調査で得られたデータは研究指導者の研究室の鍵のかかる場所で保管した。研究終了後10年間保管しその後、紙媒体で得られた情報やデータはシュレッダーで破棄を行い、電子データは全て消去する。

Ⅴ. 結果

1. 調査票の回収率と有効回答率

調査票は240枚配布し調査表の回収数は183枚、回収率は76.3%であった。そのうち、有効回答数は176枚で有効回答率は96.1%であった。

2. 対象とその属性 (表1)

1) 性別

張ら¹⁴⁾による臨地実習前の調査では、男性12名、女性175名、無回答が3名であった。臨地実習後は男性14名、女性

163名であった。男性の割合は、臨地実習前では全体の6.4%であり、臨地実習後では全体の7.9%であった。女性の割合は、臨地実習前では93.6%であり、臨地実習後では92.0%であった。X²検定において有意な差を認めなかった (P=0.727)。

2) 年齢

年齢は、臨地実習前は20.6±1.5歳、臨地実習後は22.0±2.0歳であり、有意に臨地実習前よりも臨地実習後の方が大きかった (P<0.001)。臨地実習前に3名、臨地実習後2名の無回答があった。

3) 認知症高齢者との同居の経験

認知症高齢者と「同居の経験がある」と回答した学生は、臨地実習前は21名(11.2%)であり、臨地実習後は21名(11.8%)であった。同居の経験がないと答えた学生は、臨地実習前166名(88.8%)で、臨地実習後では156名(88.1%)であった。X²検定において有意差を認めなかった (P=0.935)。同居経験について臨地実習前の調査において、3名は無回答であった。

4) 臨地実習での認知症患者の受け持ち経験の有無

臨地実習後の調査において、128名(72.3%)の学生が「認知症患者の受け持ち経験がある」と回答した。反対に、49名(27.6%)の学生が「認知症患者の受け持ち経験がない」と回答した。

3. 臨地実習前後のADKS尺度(日本語版)の平均点の比較 (表2) 及び項目毎の正答率と下位尺度毎の平均点の比較 (表3)

1) ADKS尺度(日本語版)の総得点

表1 対象とその属性

	臨地実習前 (n=190)		臨地実習後 (n=177)		P値
	男 (%)	女性 (%)	男 (%)	女性 (%)	
性別* ¹	12 (6.4)	175 (93.6)	14 (7.9)	163 (92.0)	0.73
年齢* ²	20.60 ± 1.53歳		22.0 ± 2.0歳		<0.001
同居歴* ³	あり (%)	なし (%)	あり (%)	なし (%)	0.93
	21 (11.2)	166 (88.8)	21 (11.8)	156 (88.1)	
受け持ちの有無			あり (%)	なし (%)	
			128 (72.3)	49 (27.6)	

(比率) は%で示す

*¹臨地実習前：性別は3名未記入。

*²年齢は平均年齢±標準偏差で示す。 年齢の回答：臨地実習前3名、臨地実習後2名未記入

*³臨地実習前3名未記入

表2 臨地実習前後のADKS尺度(日本語版)の平均点の比較

	臨地実習前 (n=189)	臨地実習後 (n=176)	P値
総得点	20.66 ± 2.50	21.82 ± 2.26	<0.001
リスク要因	3.28 ± 1.03	3.47 ± 1.05	0.072
アセスメントと診断	2.70 ± 0.77	2.79 ± 0.79	0.295
経過	2.32 ± 0.92	2.52 ± 0.87	<0.05
治療と管理	2.68 ± 0.66	2.84 ± 0.63	<0.05
症状	2.82 ± 0.88	2.91 ± 0.81	0.290
生活への影響	2.33 ± 0.71	2.62 ± 0.54	<0.001
ケアの内容	4.52 ± 0.68	4.66 ± 0.61	<0.05

得点は平均点±標準偏差で示す

表3 臨地実習前後のADKS尺度(日本語版)の項目毎の正答率と下位尺度毎の平均点の比較

質問	正誤	臨地実習前 (n=189) 正答率	臨地実習後 (n=176) 正答率	P値
①リスク要因				
2. 読み・書き・計算や旅行をする等の脳を使う活動がアルツハイマー病になるのを予防することが実証されている	誤	2.6	8.0	
13. アルツハイマー病 30 歳代でもなることがある	正	95.8	96.6	
18. コレステロール値が高いとアルツハイマー病になる危険性がある	正	52.4	57.4	
25. アルツハイマー病を予防する薬がある	誤	66.1	73.9	
26. 高血圧はアルツハイマー病を悪化させる危険性がある	正	72.5	72.7	
27. アルツハイマー病と遺伝はほとんど関係がない	正	38.1	38.6	
得点		下位尺度毎の平均得点±標準偏差 3.28±1.03	下位尺度別の平均得点±標準偏差 3.47±1.05	0.072
②アセスメントと診断				
4. いろいろな当の症状を引き起こす原因がアルツハイマー病以外でみつかることがある	正	89.4	91.5	
10. 記憶の低下や混乱する様子が突然現れた時、アルツハイマー病の可能性がある	誤	30.7	29.0	
20. 重いつつ症状はアルツハイマー病と間違えられることがある	正	61.9	67.6	
21. アルツハイマー病は認知症になる原因のひとつである	正	88.4	90.9	
得点		下位尺度毎の平均得点±標準偏差 2.70±0.77	下位尺度別の平均得点±標準偏差 2.79±0.79	0.295
③経過				
3. アルツハイマー病の症状が現れてからの平均寿命は6~12年である	正	22.2	27.8	
8. アルツハイマー病はまれに治る人がいる	誤	67.2	88.1	
14. アルツハイマー病の症状が進行すると転倒しやすくなる	正	82.5	76.7	
17. アルツハイマー病が重度に進行になると24時間の介護が必要になる	正	60.3	59.7	
得点		下位尺度別の平均得点±標準偏差 2.32±0.92	下位尺度毎の平均得点±標準偏差 2.52±0.87	P<0.05
④治療と管理				
9. アルツハイマー病の症状が軽度の場合、薬等の精神科治療で効果のみられる場合がある	正	87.8	88.6	
12. 栄養不足はアルツハイマー病の進行を早めることがある	正	78.3	83.0	
24. やることやものの名前をメモすることはアルツハイマー病の進行を遅らせるのに役立つ	誤	10.1	15.9	
29. アルツハイマー病は治るのが難しい病である	正	91.5	96.0	
得点		下位尺度別平均得点±標準偏差 2.68±0.66	下位尺度別平均得点±標準偏差 2.84±0.63	P<0.05
⑤症状				
19. 声や手・腕の震えは一般的なアルツハイマー病の症状のひとつである	正	49.7	65.9	
22. 金銭管理ができなくなる症状はアルツハイマー病の初期からみられる	正	61.4	44.9	
23. 他人が物を盗んだと信じ込むことはアルツハイマー病の症状のひとつである	誤	81.0	84.1	
30. アルツハイマー病の人は昔より最近のことをよく覚えている	正	89.9	96.6	
得点		下位尺度別平均得点±標準偏差 2.82±0.88	下位尺度別平均得点±標準偏差 2.91±0.81	0.290
⑥生活への影響				
1. アルツハイマー病の人はうつ症状になりやすい	正	61.4	73.9	
11. アルツハイマー病のほとんどの人が介護施設で暮らしている	誤	85.2	94.9	
28. 同乗者がいればアルツハイマー病の人が運転しても問題ない	誤	86.8	93.2	
得点		下位尺度別平均得点±標準偏差 2.33±0.71	下位尺度別平均得点±標準偏差 2.62±0.54	P<0.001
⑦ケアの内容				
5. アルツハイマー病の人には1度に1つずつ簡単に説明するのがよい	正	88.9	84.7	
6. 身の回りのことができなくなったらすぐに代ってあげるのがよい	誤	97.9	99.4	
7. 夜間に起きて興奮した様子がみられた時、昼間に十分に運動することが効果的な場合がある	正	92.6	93.2	
15. 同じ質問や行動を繰り返す時、「同じことを言っているよ」と本人に伝えるのがよい	誤	89.9	97.7	
16. アルツハイマー病になると物事の決断がまったくできなくなる	誤	83.1	91.5	
得点		下位尺度別平均得点±標準偏差 4.52±0.68	下位尺度別平均得点±標準偏差 4.66±0.61	P<0.05
総得点		平均総得点±標準偏差 20.66±2.50	平均総得点±標準偏差 21.82±2.26	<0.001

ADKS 尺度（日本語版）の総得点は、臨地実習前は 20.66 ± 2.50 、臨地実習後は 21.82 ± 2.26 であった。対応のない t 検定を行った結果、臨地実習前に比べて臨地実習後は有意に総得点が高かった ($P < 0.001$)。

2) 臨地実習前後の ADKS 尺度（日本語版）の下位尺度毎の平均点と項目毎の正答率の比較

(1) ADKS 尺度（日本語版）のリスク要因（6 項目）

臨地実習前は 3.28 ± 1.03 、臨地実習後は 3.47 ± 1.05 であり、臨地実習前後に有意差を認めなかった ($P = 0.072$)。しかし、全ての質問項目の正答率は臨地実習後に上昇した。

(2) ADKS 尺度（日本語版）のアセスメントと診断（4 項目）

臨地実習前は 2.70 ± 0.77 、臨地実習後は 2.79 ± 0.79 であった。臨地実習前後に有意差を認めなかった ($P = 0.295$)。質問項目別にみると「いろいろな等の症状を引き起こす原因がアルツハイマー病以外でみつかることがある」、「重いうつ症状はアルツハイマー病と間違えられることがある」、「アルツハイマー病は認知症になる原因のひとつである」の項目の正答率は臨地実習後に上昇した。

(3) ADKS 尺度（日本語版）の経過（4 項目）

臨地実習前は 2.32 ± 0.92 、臨地実習後は 2.52 ± 0.87 であり、臨地実習前後に有意差を認めなかった ($P = 0.035$)。質問項目別にみると「アルツハイマー病の症状が現れてからの平均寿命は 6~12 年である」「アルツハイマー病はまれに治る人がいる」の項目の正答率は臨地実習後に上昇した。

(4) ADKS 尺度（日本語版）の治療と管理（4 項目）

臨地実習前 2.68 ± 0.66 、臨地実習後 2.84 ± 0.63 であり、臨地実習前後に有意な差を認めなかった ($P = 0.020$)。全ての質問項目の正答率は臨地実習後に上昇した。

(5) ADKS 尺度（日本語版）の症状（4 項目）

臨地実習前 2.82 ± 0.88 、臨地実習後 2.91 ± 0.81 であり、臨地実習前後に有意な差を認めなかった ($P = 0.290$)。全 4 項目中 3 項目において臨地実習後の正答率は上昇したが、「金銭管理ができなくなる症状はアルツハイマー病の初期からみられる」の質問項目の正答率は臨地実習前 61.4%であったが、臨地実習後に 44.9%と低下を認めた。

(6) ADKS 尺度（日本語版）の生活への影響（3 項目）

臨地実習前 2.33 ± 0.71 、臨地実習後 2.62 ± 0.54 であった。臨

地実習前に比べて臨地実習後は有意に平均点が高かった ($P < 0.001$)。全ての質問項目の正答率は臨地実習後に上昇した。

(7) ADKS 尺度（日本語版）のケアの内容（5 項目）

臨地実習前 4.52 ± 0.68 、臨地実習後 4.66 ± 0.61 であり、臨地実習前後に有意な差を認めなかった ($P = 0.038$)。質問項目別にみると「身の回りのことができなくなったらすぐに代わってしてあげるのがよい」、「夜間に起きて興奮した様子がみられた時、昼間に十分に運動することが効果的な場合がある」、「同じ質問や行動を繰り返す時、「同じことを言っているよ」と本人に伝えるのがよい」、「アルツハイマー病になると物事の決断がまったくできなくなる」の項目の正答率は臨地実習後に上昇した。

3) 認知症患者の受け持ち経験の有無別の ADKS 尺度総得点と下位尺度毎の比較（表 4）

(1) ADKS 尺度（日本語版）の総得点

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 22.0 ± 2.16 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 21.2 ± 2.36 であった。認知症患者の受け持ち経験のある学生の方が受け持ち経験のない学生よりも総得点が有意に高かった ($P < 0.025$)。

(2) ADKS 尺度（日本語版）のリスク要因

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 4.21 ± 1.12 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 3.39 ± 1.12 であった。認知症患者を受け持ち経験のある学生の方が受け持ち経験のない学生に比べて平均点が有意に高かった ($P < 0.001$)。

(3) ADKS 尺度（日本語版）のアセスメントと診断

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 2.80 ± 0.81 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 2.76 ± 0.74 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P = 0.721$)。

(4) ADKS 尺度（日本語版）の経過

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 2.51 ± 0.90 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 2.55 ± 0.81 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P = 0.791$)。

(5) ADKS 尺度（日本語版）の治療と管理

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 2.84 ± 0.61 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 2.82 ± 0.69 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P = 0.807$)。

表 4 認知症患者の受け持ちの有無別の ADKS 尺度（日本語版）総得点と下位尺度毎の比較

	あり (n=128)	なし (n=49)	P 値
総得点	22.0 ± 2.16	21.2 ± 2.36	< 0.05
リスク要因	4.21 ± 1.12	3.39 ± 1.12	< 0.001
アセスメントと診断	2.80 ± 0.81	2.76 ± 0.74	0.72
経過	2.51 ± 0.90	2.55 ± 0.81	0.79
治療と管理	2.84 ± 0.61	2.82 ± 0.69	0.81
症状	2.88 ± 0.84	3 ± 0.73	0.39
生活への影響	2.60 ± 0.54	2.67 ± 0.55	0.41
ケアの内容	4.69 ± 0.61	4.59 ± 0.60	0.33

得点は平均点±標準偏差で示す

(6) ADKS 尺度 (日本語版) の症状

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 2.88 ± 0.61 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 3.0 ± 0.73 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.389$)。

(7) ADKS 尺度 (日本語版) の生活への影響

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 2.60 ± 0.54 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 2.67 ± 0.55 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.412$)。

(8) ADKS 尺度 (日本語版) のケアの内容

認知症患者の受け持ち経験のある学生は 4.69 ± 0.61 、認知症患者の受け持ち経験のない学生は 4.59 ± 0.60 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.326$)。

4) 認知症者との同居経験の有無別の ADKS 尺度 (日本語版)

総得点と下位尺度毎の比較 (表5)

(1) ADKS 尺度 (日本語版) の総得点

認知症者との同居の経験のある学生は 22.1 ± 2.62 、認知症者との同居の経験がない学生は 21.8 ± 2.19 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.481$)。

(2) ADKS 尺度 (日本語版) のリスク要因

認知症者との同居の経験のある学生は 3.50 ± 1.03 、認知症者との同居の経験がない学生は 3.47 ± 1.05 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.893$)。

(3) ADKS 尺度 (日本語版) のアセスメントと診断

認知症者との同居の経験のある学生は 2.95 ± 0.88 、認知症者との同居の経験がない学生は 2.77 ± 0.78 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.301$)。

(4) ADKS 尺度 (日本語版) の経過

認知症者との同居の経験のある学生は 2.50 ± 0.94 、認知症者との同居の経験がない学生は 2.53 ± 0.86 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.897$)。

(5) ADKS 尺度 (日本語版) の治療と管理

認知症者との同居の経験のある学生は 2.73 ± 0.54 、認知症者との同居の経験がない学生は 2.85 ± 0.64 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.394$)。

(6) ADKS 尺度 (日本語版) の症状

認知症者との同居の経験のある学生は 3.27 ± 0.81 、認知症者との同居の経験がない学生は 2.86 ± 0.80 であった。両者に

有意な差を認めなかった ($P<0.027$)。

(7) ADKS 尺度 (日本語版) の生活への影響

認知症者との同居の経験のある学生は 2.68 ± 0.47 、認知症者との同居の経験がない学生は 2.61 ± 0.55 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.565$)。

(8) ADKS 尺度 (日本語版) のケアの内容

認知症者との同居の経験のある学生は 4.50 ± 0.72 、認知症者との同居の経験がない学生は 4.69 ± 0.59 であった。両者に有意な差を認めなかった ($P=0.177$)。

VI. 考 察

1. 臨地実習前後の ADKS 尺度 (日本語版) の比較調査について

ADKS 尺度 (日本語版) の総得点の平均値が臨地実習後に有意に高かったことから、臨地実習は認知症の知識量の向上に有効であると考えられた。特に7つの下位尺度のうち「生活への影響」において臨地実習後に平均値が有意に高かった。臨地実習において認知症高齢者の看護に関わるなかで、退院後の生活を見据えた看護や在宅療養に向けての具体的支援や対応について学ぶ機会があったことが推測され、それらが知識量の向上に寄与したと思われる。

それに反して、「リスク要因」「アセスメントと診断」「経過」「治療と管理」「症状」「ケアの内容」の6項目の平均値は、臨地実習前後で有意差がみられなかった。我が国の老年看護学のカリキュラムにおいては、認知症の概念、疫学、症候、検査 (MMSE, 改定長谷川式スケール, NM スケール等)、診断と治療、認知症の予防、ケアの方法、介護者への支援、介護保険制度などの支援等が教授されている¹⁵⁾。認知症の知識の修得のための座学や演習における教育内容や教育方法に関する先行研究では、高齢者理解のためのシミュレーション教育の効果¹⁶⁾や認知症高齢者を演じる模擬患者の経験からの学び¹⁷⁾、認知症に関する映画を用いた教材化の検討¹⁸⁾、生活機能に焦点をあてた認知症高齢者の視聴覚教材の作成と看護過程演習への活用の教育効果¹⁹⁾、TBL (Team - Based - Learning) を導入した授業効果と課題²⁰⁾などが報告されている。しかし、これらの教育内容や教育方法が、認知症の病態生理や症候などの知識へ及ぼす影響について検討した報告は

表5 認知症者との同居経験有無別の ADKS 尺度 (日本語版) 総得点と下位尺度毎の比較

	あり (n=22)	なし (n=155)	P 値
総得点	22.1 ± 2.62	21.8 ± 2.19	0.48
リスク要因	3.50 ± 1.03	3.47 ± 1.05	0.89
アセスメントと診断	2.95 ± 0.88	2.77 ± 0.78	0.3
経過	2.50 ± 0.94	2.53 ± 0.86	0.9
治療と管理	2.73 ± 0.54	2.85 ± 0.64	0.39
症状	3.27 ± 0.81	2.86 ± 0.80	<0.05
生活への影響	2.68 ± 0.47	2.61 ± 0.55	0.56
ケアの内容	4.50 ± 0.72	4.69 ± 0.59	0.18

得点は平均点±標準偏差で示す

みられない。今後、臨地実習前までの座学や演習において、認知症の病態生理学や症候学などの知識の強化を図ることは重要であると思われる。

「ケアの内容」の項目は、臨地実習前の時点で平均得点が5点満点中 4.52 ± 0.68 と高く、座学において既に知識の習得がなされていることが考えられる。臨地実習において、「ケアの内容」の得点をさらに向上させるためには、認知症患者のケアの実践内容との比較、座学で獲得したケアの知識と実践を結び付けるための指導方法の工夫などについて検討する必要がある。

また、ADKS 尺度（日本語版）の総得点は臨地実習後においても満足できるレベルとされる 24 点には達していなかった。今後は、認知症の病態生理や症候学などの知識の習得のための座学の強化のみならず、臨地実習においても病態生理学や症候学などを踏まえた実習教育の内容や方法を検討する必要があると思われる。現在の看護学教育においては、社会構造の変化に伴う看護の対象や看護活動の場の多様性・複雑性に応じた看護を実践するための臨床判断能力の強化が求められており、今後の認知症教育においては、キュアとケアの両方の視点や疾患に対する医学的知識、看護独自のケアに関する知識の習得の必要性が報告されている²¹⁾。学内演習において、認知症高齢者と直接触れ合う経験を通じた学生の学びについての先行研究²²⁾では、認知症高齢者とのコミュニケーション能力の向上や認知症高齢者の理解に効果的であったことが報告されている。臨地実習の場では、学生は認知症高齢者と直接かかわる機会が多いことから、座学で習得した病態生理や症候学の知識と認知症高齢者の看護ケアとの関連を結びつけることができるよう、さらなる臨地実習教育の工夫が必要であると考えられた。

2. 認知症患者の受け持ち経験の有無別の ADKS 尺度（日本語版）の総得点と下位尺度毎の比較

認知症患者の受け持ちの経験のある学生は、受け持ち経験のない学生に比べて ADKS 尺度（日本語版）の「総得点」と「リスク要因」の平均値が有意に高かった。「総得点」が有意に高かったことは、臨地実習の中で認知症患者を受け持つという経験が認知症の知識全般の向上に繋がったと推測された。受け持ち経験のある学生の「リスク要因」が有意に高かった理由として、認知症患者は判断能力の低下や危機予測力の低下による転倒・転落のリスク、徘徊や離院といったリスクを抱えているケースが多い。臨床の看護師は認知症患者の看護実践において、リスク管理は特に重点を置いている。そのため、学生は受け持ち患者の看護実践を通して、臨地実習指導者や看護師の指導のもと、リスク要因について考え、リスクの予測、リスク回避のためのアセスメントや看護計画の立案、実施、評価を通して知識を獲得していると考えられた。

その他の下位尺度の平均値は、受け持ち経験の有無別で有意差はなかった。認知症患者の受け持ち経験のある学生の方が受け持ち経験のない学生に比べて ADKS 尺度（日本語版）

の総得点が有意に高かったため、臨地実習で認知症患者を受け持つことは認知症の知識量を向上させることには有効であるといえる。しかしながら、認知症患者を受け持った学生の臨地実習後の ADKS 尺度（日本語版）の総得点の平均値は満足できるレベルの 24 点には到達していなかったことから、認知症患者を受け持つだけでは、知識の向上には十分とはいえない。今後、さらなる認知症の知識量を増加させるためには、臨地実習で可能な限り認知症患者を受け持つ機会を持つこと、ならびにリスク要因以外の下位尺度についての学習内容を臨地実習教育のなかで強化する必要性が示唆された。

3. 認知症者との同居経験の有無別の ADKS 尺度総得点と下位尺度毎の比較

認知症者との同居の経験の有無に関わらず、ADKS 尺度の総得点、7 つの下位尺度において臨地実習前後で平均得点に有意な差を認めなかった。その理由として、本研究では、認知症者との同居経験のある学生の割合は、全体の約 1 割程度であり、サンプルサイズの小ささの影響があると思われる。また、同居経験について、同居時の学生の年齢や同居期間、同居時の認知症者の症状の有無や程度、経過、学生と認知症者との関わり方などの ADKS 尺度の得点に影響すると思われる要因については調査できていない。そのため、同居の有無との関連についてはさらなる調査が必要である。

4. 研究の限界

調査実施時期である 4 年次の 9 月～11 月は看護師国家試験前であり大学での学習以外の個人学習による影響、基礎学力の差の影響、認知症関連の資格取得の有無などが本調査結果に影響を及ぼすと考えられる。

VII. 結 論

1. 臨地実習前に比べて臨地実習後には、「総得点」ならびに「生活への影響」の 1 つの下位尺度の平均値が有意に上昇した。
2. 「リスク要因」「アセスメントと診断」「症状」「経過」「治療と管理」「ケアの内容」の 6 つの下位尺度の平均値は臨地実習前と臨地実習後で有意差はなかった。
3. 臨地実習中に認知症患者の受け持ちを経験した学生は受け持ちを経験していない学生に比べて、「総得点」「リスク要因」の平均値が有意に高かった。
4. 臨地実習後に総得点の平均は上昇したが、満足出来る水準とされている 24 点には達してなかった。
5. 臨地実習前までの座学において認知症の病態生理学や症候学などの知識の強化の必要性が示唆された。

本文の内容の一部は、令和 2 年度山陽学園大学大学院看護学研究科看護学専攻修士課程において発表したものに加筆、修正を行った。

本文の内容の一部は、日本老年看護学会第 25 回学術集会において発表した。

本研究に関連した開示すべき利益相反はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省, (2014), 日本における認知症の高齢者人口の将来推移に関する研究, 2019年4月16日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/>.
- 2) 厚生労働省, (2017), 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン), 2019年4月16日閲覧,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan.pdf.
- 3) 金高閣, 黒田研二: 認知症の人に対する態度に関する要因—認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成—, 社会医学研究, 28 (1), p.43-55, 2011.
- 4) 杉原百合子, 山田裕子, 武地一: 一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討, 日本認知症ケア学会誌, 4 (1), p.9-16, 2005.
- 5) 張文穎: アルツハイマー型認知症に対する中日両国の看護系学生の知識についての比較調査—中国の四川省及び甘肅省と日本の岡山県における比較調査—, 山陽学園大学大学院看護学研究科看護学専攻修士論文, p.1-20, 2019.
- 6) Kimzey, M., Smith, B.M: The impact of educational experiences on nursing students' Knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. Nurse Education today, (46), p.57-63, 2016.
- 7) 文部科学省, (2002), 看護学教育の在り方に関する検討会, 2023年2月23日閲覧,
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm.
- 8) Carpenter, B.D., Balsis, S., Otilingam, P. G. et al: The Alzheimer's Disease Knowledge Scale. Development and Psychometric Properties. The Gerontologist, 49 (2), p.236-237, 2009.
- 9) 丸尾智実: 地域住民の認知症の知識とケアに対する自己効力感を評価するための指標の確立, 日本興亜ジェロントロジー研究報告, p.144-158, 2012.
- 10) Carpenter, B.D., Balsis, S., Otilingam, P.G. et al: The Alzheimer's Disease Knowledge Scale. Development and Psychometric Properties. The Gerontologist, 49 (2), p.236-237, 2009.
- 11) 丸尾智実: 地域住民の認知症の知識とケアに対する自己効力感を評価するための指標の確立, 日本興亜ジェロントロジー研究報告, p.144-158, 2012.
- 12) Kimzey, M., Smith, B. M: The impact of educational experiences on nursing students' Knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study. Nurse Education today, (46), p.57-63, 2016.
- 13) 水本篤: 複数の項目やテストにおける検定の多重性—モンテカルロ・シミュレーションによる検証—, 外国語教育メディア学会機関誌, 46, p.1-19, 2009.
- 14) 張文穎: アルツハイマー型認知症に対する中日両国の看護系学生の知識についての比較調査—中国の四川省及び甘肅省と日本の岡山県における比較調査—, 山陽学園大学大学院看護学研究科看護学専攻修士論文, p.1-20, 2019.
- 15) 北川公子: 系統看護学講座専門分野Ⅱ老年看護病態・疾患論, 医学書院, 1987, p.135-150.
- 16) 小野晴子, 西原かおり, 伴美由紀他: 高齢者理解のためのシミュレーション教育の効果 学生の自己評価による一考察, 兵庫大学論集 (23), p.67-76, 2018.
- 17) 佐野望, 北川公子, 田中敦子他: 看護学生のコミュニケーション演習において認知症高齢者を演じた模擬患者の経験, 共立女子大学看護学雑誌, (3), p.21-28, 2016.
- 18) 小山敦代, 石鍋圭子, Y・S・リボウイツ他: 「老年に関する映画」の教材化検討 14本の映画鑑賞とディスカッションを通して, 医学書院, p.428-433, 2008.
- 19) 木島輝美, 安川揚子, 高橋順子他: 生活機能に焦点をあてた認知症高齢者の視聴覚教材の作成と看護過程演習への活用に向けた題材の検討, 札幌保健科学雑誌, (3), p.35-42, 2014.
- 20) 長澤久美子, 富山ひとみ, 入江多津子他: TBL (Team-Based-Learning)を導入した老年看護学の授業における学習の効果と今後の課題, 常葉大学健康科学部研究報告集, (5), p.61-70, 2018.
- 21) 中澤明美, 塚本都, 山本君子: 老年看護学主要テキストにみる看護基礎教育における「認知症ケア」教育の変遷, 了徳寺大学研究紀要 (7), p.95-101, 2013.
- 22) 橋本智江, 小泉由美, 岩本陽子他: 認知症高齢者理解とコミュニケーション技術習得のための体験演習における看護学生の学び, 日本認知症ケア学会, (15), p.848-856, 2017.

◇実践報告◇

新型コロナウイルス感染症患者とその家族への 心理的支援の実践報告

— テキストマイニングによる自由記載の分析 —

宮本朋子¹⁾*, 児島育穂¹⁾, 和田媛世¹⁾

2020年に新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）が国内でも流行し、A病院は特定感染指定の医療機関のため COVID-19 患者の受け入れが開始された。本調査は第二波までの COVID-19 患者と家族への心理的支援の実態を明らかにする。方法は A 病院の COVID-19 専門病棟の看護師 25 人を対象に、患者・家族に対する心理的支援の自由記載である。分析はテキストマイニング KH Coder を使用し、単語頻度分析、共起ネットワーク分析を行った。単語頻度分析では《家族》《患者》《電話》が上位 3 位を占めていた。共起ネットワーク分析では【患者と家族双方を意識した対応】、【感染対策の上での特別な面会調整】、【不安な思いの傾聴】、【病棟の電話を使用し声を届ける】、【主治医からの病状説明への確認】、【不安定な状態悪化時の家族への対応】に分類された。入院時から患者と家族へ関わり、患者の揺れる気持ちを理解し、チーム内で共有し、患者と家族の繋がりを大切にする支援が示唆された。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症患者、家族、看護、心理的支援、テキストマイニング

I. はじめに

2019 年末に中国武漢市から報告された新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：以下 COVID-19）は、瞬く間に全世界に拡大し、WHO（World Health Organization）は 2020 年 3 月 11 日にパンデミックの宣言をした。日本国内では 3 月下旬から 4 月上旬にかけて感染者数が急増し一旦減少したが、その後も数回の患者数の増減を繰り返している。2022 年 4 月時点では、第六波が収束に向かいつつある。わが国では当初 COVID-19 は指定感染症に分類され二類相当感染症として患者の入院勧告及び措置が取られた。

この感染症がもたらす恐怖や不安、就労、就学や日常生活への影響と事態の進展予測の困難さは人々に極めて強いストレスをもたらす¹⁾とされている。

患者は、隔離入院による孤立や孤外への不安、家族との交流が阻害される体験をしている。また患者や患者にとって重要で大切な人（以下：家族）に対する偏見・スティグマ・中傷にさらされる体験など、COVID-19 に特有の問題も関わるため、心理的な支援が重要である²⁾と報告されている。

A 病院は特定感染症指定の医療機関のため、第一波の 2020 年 1 月から COVID-19 患者の受け入れが開始された。同年 4 月から呼吸器内科・感染制御内科病棟が COVID-19 専門病棟となり、COVID-19 の軽症から中等症までの患者に対応できるように、感染症に特化した病棟構造やゾーニング、感染防止のための設備が構築された。さらに感染対策のため家族の面会が禁止され、家族も COVID-19 患者の病状や療養環境などを直接目で確認することができないことによる不安やスティグマの諸問題からストレスを抱えやすい状況にあった。

第二波が襲った 2020 年 6 月頃は COVID-19 への有効な治療法について十分なエビデンスがないため、COVID-19 患者の経験する不安や苦痛の傾聴、共感などの心理的支援が重要³⁾といわれていたが、従来の看護支援と異なって、COVID-19 患者とその家族に対してどのような心理的支援ができるのか日々模索していた。

本調査では第一波及び第二波における看護師が実施した COVID-19 患者および家族への心理的支援の現状について振り返り、今後のパンデミックにおける感染症患者への心理的支援に対する示唆を得る。

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 奈良県立医科大学附属病院

* E-mail：h.e.kiiroi@ncc.ac.jp

Ⅱ. 目 的

A 病院の COVID-19 専門病棟における 2020 年 4 月（第一波）～6 月（第二波）までの COVID-19 患者とその家族への心理的支援の実態を明らかにし、今後のパンデミックにおける感染症患者への心理的支援に対する示唆を得る。

Ⅲ. 看護実践

1. 看護実践内容

1) A 病院 COVID-19 専門病棟の概要

COVID-19 専門病棟の看護師は、感染管理認定看護師によるスタッフの感染予防の徹底、就業前の健康観察の実施、標準予防策の基本知識、感染拡大防止策などの実践的な教育を受けている。

COVID-19 入院患者は、第一波では平均 13 人/日（最高 25 人/日）、第二波では平均 11 人/日（最高 21 人/日）であった。

2) COVID-19 入院患者の概要

パンデミック当初は感染者を早期発見、即時隔離とされ、感染された全ての方に入院治療が行われた。第一波は軽症の患者が多く、年齢層は 20 代～90 代であった。高齢者の重症化が増加し、重症化率は第一波では 6.52% であった。この状況を受け、第二波は 50 歳代以降の重症化リスクのある患者の受け入れを行い、中等症患者、終末期患者も増加した。

3) COVID-19 専門病棟の環境

COVID-19 専門病棟は、感染領域と非感染領域を明確にしたゾーニングが行われ、感染領域から非感染領域に戻る場所で、個人防護具の脱衣を行っている。

4) COVID-19 患者への看護実践

パンデミック当初は、防護具や消毒薬の供給不足が発生した。防護具の消費を最小限にするために、担当患者にナースコールを使用した会話が行われていた。隔離された環境で孤独な療養生活を余儀なくされる患者もあり、看護師が患者の思いを傾聴し、家族と電話で会話をできるように調整をした。重症化する患者数が徐々に増加し、面会禁止により患者と家族への対応に看護師は困難を感じていた。

2. 調査内容

1) 調査対象者

A 病院の COVID-19 専門病棟で COVID-19 患者とその家族への看護に携わった看護師 25 人。ただし COVID-19 疑似症患者のみ対応を行った看護師、管理職者を除外した。

2) 調査期間

2020 年 11 月 1 日～2021 年 1 月 17 日

3) データ収集方法

(1) 調査方法

研究対象者に無記名自記式質問紙を配布し、病棟に鍵付き回収箱を設置し、自ら投入する質問紙留置法とした。

(2) 質問紙内容

対象者の病棟所属年数、「COVID-19 患者・家族に対する心理的支援」の自由記載とした。

4) 分析方法

本調査はテキストマイニングツール KH Coder (Ver.2Beta.31) を使用して分析した。今回の分析は単語頻度分析（どのような単語がどれだけの頻度でテキストデータに含まれるのかを分析する）⁴⁾ と共起ネットワーク分析（テキスト全体に出現する単語同士がどのような関係にあるかを捉え、文章の特徴を分析する）⁵⁾ を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

本調査への参加は、自由意志によるものとし、質問紙の提出をもって同意を得た。質問紙への記載は無記名で行うこととした。質問紙の回収に対しては記載した本人に記載済みの質問票を鍵付き回収箱に提出してもらうよう依頼した。なお、本調査は奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の承認（承認番号 2838）を得て実施した。

Ⅴ. 結果・成果

1. 対象者の病棟所属年数

質問紙は 25 人中 21 人から回答を得た（回収率：84%）。病棟所属年数の平均は 4.8±3.4 年であった。

2. 自由記載内容のテキスト分析

1) 単語頻度分析の結果

21 人の自由記載データのうち抽出された文脈は 69 文脈であった。69 文脈中の単語の出現頻度を分析した。単語総数は 991 語、単語種別数は 267 種類であった。本文中の《 》は単語として抽出されたものである。自由記載に高頻度で出現した上位 10 単語は、《家族》79 回、《患者》77 回、《電話》34 回、《面会》30 回、《連絡》20 回などであった（図 1）。

原文を参照すると、《家族》では、「最初に家族の体調を確認するようにしていた」、「家族のニーズや思いを知り、できるだけそれに添えるようにした」などの記載がみられた。

《患者》では、「入院経過や治療に対する患者の気持ちや不安の内容を傾聴し、看護師間で共有した」、「患者の揺れる気持ちに寄り添い、少しでも闘病意欲を失わないように、主治



図 1 自由記載における単語頻度（上位 10 位）

医にすぐに病状説明してもらおうようにした」などの記載があった。

《電話》では、「患者の状態変化があれば電話で家族に適宜伝えるようにした」、「家族が患者の病状や入院生活を心配されていたので、患者の携帯電話から患者の表情、病室から見える風景もわかるように写真も送るようにした」などの記載があった。

《面会》では、「(家族と長い間対面できていない施設入所の患者で) 車椅子移乗が可能になった時には、家族が患者の顔を見て安心できるようにできるだけ窓越し近くで面会できるようにした」、「終末期に近づいてきた時は、患者の体調をみながら家族の希望に合わせてビデオ通話、タブレット面会、対面での面会ができるように師長や医師に相談して面会調整をした」などの記載があった。

《連絡》では、「家族の連絡可能な時間を聞き、確実に連絡できるようにした」、「患者の生活支援者、心の支えとなる人の連絡先、または自宅電話の番号など連絡可能な番号をできるだけ多く聞いた」などの記載があった。

2) 共起ネットワーク分析

自由記載に書かれたテキストとデータ全体に出現する単語同士がどのような関係にあるのかを捉え、文章の特徴を把握するために共起ネットワーク分析を行った。共起ネットワーク分析の結果、ネットワークは【患者と家族双方を意識した対応】、【感染対策の上での特別な面会調整】、【不安な思いの傾聴】、【病棟の電話を使用し声を届ける】、【主治医からの病状説明への確認】、【不安定な状態悪化時の家族への対応】の6つに分かれていた。

【患者と家族双方を意識した対応】では、《患者》《家族》を中心としたネットワークであった。このネットワークでは、「患者」「家族」「電話」「連絡」「伝える」「状況」の6語が太い線で結ばれており共起関係が強いことが示された。「入院時から患者が家族のことを1番に心配していたため、患者に家族といつでも電話で連絡して良いことを伝えた。また家族へは看護師から電話で患者の症状や入院生活の状況をできるだけ伝えるようにした」、「家族とのコミュニケーションの取り方で困っていること、伝えたいことはないか状況確認していた。家族には患者に対してしてあげたいことがあれば電話連絡してもらい、可能な限り支援した」などの原文から抽出された。

【感染対策の上での特別な面会調整】では《面会》を中心としたネットワークで、「面会」「対面」「PPE」「着用」「タブレット」「終末」「調整」の7語が太い線で結ばれており共起関係が強いことが示された。「タブレット面会やビデオ通話で面会を調整した。終末期や看取りの場面には家族にPPEを着用してもらい、短時間でも最期の時間を過ごせるように対面での面会ができるようにした」などの原文から抽出された。

【不安な思いの傾聴】のネットワークでは、「思い」「傾聴」の2語が太い線で結ばれており共起関係が強いことが示され

た。「患者、家族に不安はないか、どう感じておられるかといったお互いの思いを傾聴するようにした」、「周囲の人との関係など心配事を話されたので思いを傾聴した」などの原文から抽出された。

【病棟の電話を使用し声を届ける】のネットワークでは、「携帯」「病棟」「持つ」「会話」「使用」の5語が太い線で結ばれており共起関係が強いことが示された。「携帯電話を持っていない患者に対しては、病棟の電話を使って家族と会話してもらった」、「携帯電話を利用されている患者で充電器を持参されていない方が多いので携帯電話の充電や病棟の電話を使用し会話してもらおうよう調整した」などの原文から抽出された。

【主治医からの病状説明への確認】のネットワークでは、「主治医」「確認」「説明」の3語が太い線で結ばれており共起関係が強いことが示された。「主治医からの説明をどのように理解されているかを患者に確認した。急変時の対面での面会の希望を確認し、家族との関わりを大切にしたい」、「主治医より家族へ患者の死期が近づいていることについて電話で説明後、改めて電話をかけて家族の理解度の確認と気持ちを大切にするようにした」などの原文から抽出された。

【不安定な呼吸状態悪化時の家族への対応】のネットワークでは、「話す」「状態」の2語が太い線で結ばれており共起関係が強いことが示された。「倦怠感や呼吸苦があり話すことがしんどい患者に代わり、家族に状態を伝えた」、「呼吸状態の悪化で呼吸苦が増強してきた患者が鎮静を使用する前に家族と話しができるようにタブレット面会を試みた」などの原文が抽出された(図2)。

VI. 看護実践への示唆

1. 家族への心理的支援

COVID-19患者とその家族への心理的支援において単語頻度分析では、《家族》、《患者》、《電話》、《面会》、《連絡》が多くみられ、最頻出単語は《家族》であった。つまり、看護師はCOVID-19患者とその家族への関わりにおいて、入院時からCOVID-19患者だけでなく、家族への心理的支援も重要視していたことが明らかになった。看護師は面会できずに複雑な思いを抱きながら自宅で過ごしている家族に対して、家族の身体変化や、その時々家族の心理的状況も確認することを心掛けるなどの気遣いがみられていた。また、《家族》を関連語とした共起ネットワークでは「患者」「電話」「連絡」「伝える」「状況」が共起関係として結ばれていた。面会禁止のため家族は患者を直接見ることができない。家族が患者の状況に関する情報を十分に得られないことは、家族の不安や恐怖を一層かき立て、情緒的危機を強める結果を招きやすい⁶⁾と報告されている。看護師は家族に、患者の状況に合わせていつでも電話連絡できること、患者の入院生活の状況を細かく伝えていた。これは、看護師が患者の病状や療養環境を知りたいという家族のニーズにできるだけ応えて安心感を与える

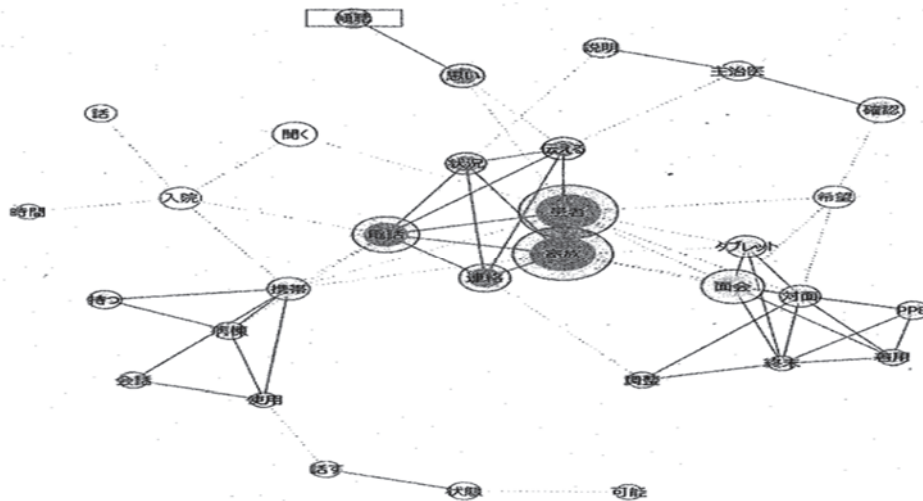


図2 自由記載における共起ネットワーク

関わりを実践していたと考える。また、看護師は家族との関わりを、患者と同様に家族も含めた単位として捉え、患者と家族とのつながりを大切に心理的支援をしていたことが示唆された。

《面会》を関連語とした共起ネットワーク分析から、終末期医療へ移行した COVID-19 患者の病状変化にあわせて、COVID-19 患者と家族が特別に面会できるように調整していたことが明らかになった。家族面会は患者に安心感をもたらす、闘病意欲を向上させるなどの目的がある⁷⁾とされている。感染予防の観点から面会禁止となっている状況の中、従来通りにはいかないが、患者の病状変化や家族の希望に合わせて面会方法の選択を行い、面会方法を工夫することで、COVID-19 患者と家族の心理的距離を近づけ、双方が同じ空間を共有でき、コミュニケーションがとれる関わりを大切にしていたと考える。

《確認》を関連語とした共起ネットワークでは「主治医」「説明」が共起関係として結ばれていた。主治医が家族に電話で患者の病状変化や治療内容について説明をされている。様々な情報が錯綜していた時期でもあり、看護師は、家族が必要な情報を正しく理解できているかを確認していた。看護師は、家族に患者の病状の受け入れを促す関わりを大切にしていたと考える。

2. 患者への心理的支援

次に頻出単語として多く認められたのは《患者》であった。患者は、日常生活の影響への不安な思いを抱えていた。COVID-19 感染症パンデミックで、メンタルヘルスへの影響が大きいと考えられる第一の集団は、COVID-19 の罹患者である⁸⁾。また COVID-19 患者を取り巻く環境として、感染経路の特定作業などでプライバシーを守ることが難しい側面もあり、ネガティブな社会的反応を招き、当事者やその家族・関係者に対する偏見は著しいものがある⁹⁾と述べられている。《思い》を関連語とした共起ネットワークでは「傾聴」が共起関係として結ばれていた。COVID-19 患者への心理的支援として、

不安な思いについて時間を使って傾聴し、患者の希望を確認していたことが明らかになった。

「話す」「状態」の共起関係が強く【不安定な呼吸状態時の家族への対応】のネットワークから COVID-19 患者の病状悪化時には、今後の病状変化も予測しながら、管理者や主治医と相談し、可能な範囲で音声やオンライン面会、短時間でも対面できる環境を整え、家族が患者と過ごせる貴重な時間を工夫するなどの支援をしていた。

以上のことから、COVID-19 患者への心理的支援として、COVID-19 患者の揺れる気持ちを理解し、チーム内で共有し闘病意欲に繋がるように寄り添い、入院時から COVID-19 患者と家族との繋がりを大切にする関わりを実践していたことが示唆された。

3. 今後の課題

今回関わった COVID-19 患者の多くは、高齢者であり、自ら電話やソーシャルメディア、オンラインツールなど積極的に ICT を活用することが困難な傾向にあった。COVID-19 患者のベッドサイドに寄り添えるのは看護師である。看護師は患者の家族とのコミュニケーションを維持できるための支援が必要である。電話などの通信手段を利用することで、隔離環境でも人との繋がりを保ち、孤立感や孤独感を和らげる支援が必要である。さらに、医療者は患者や家族と早期から信頼関係の構築を心掛け、思いを傾聴し相談相手としての役割を担うことも必須である。今後のパンデミック下における課題は、認知症や重度障害者等の施設クラスターによる入院患者が増加し、患者は慣れ親しんだ環境とは異なる病院での隔離入院で不安や混乱に陥る可能性が高く、心理的支援の関わりは困難が予想される。認知症や重度障害を有する患者への心理的支援への介入に対して、さらなる研究が必要である。

本調査の内容の一部は第 52 回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本調査に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 日本精神神経学会, 日本児童青年精神医学会, 日本災害医学会, 他 (2020), 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下におけるメンタルヘルス対策指針 (1), 2023年2月1日閲覧,
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/COVID-19_20200625.pdf.
- 2) 日本トラウマティック・ストレス学会 (2020), 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) とスティグマ, 2022年2月18日閲覧,
<https://www.jstss.org/ptsd/covid-19/page03.html>.
- 3) 厚生労働省 (2021), 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き 別冊 罹患後症状のマネジメント, 2022年3月26日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/000860932.pdf>.
- 4) 服部兼敏, 鷺田万帆: 学際的技術としてのテキストマイニング, 看護研究, 41 (3), p.239-248, 2008.
- 5) 前掲書 4), p.3.
- 6) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学—理論と実践 (4) 一, 日本看護協会, p.228, 2012.
- 7) 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会終末期ケア委員会 (2021), COVID-19 重症患者の終末期における家族面会に関する学会からの提案, 2022年2月28日閲覧,
https://www.jaccn.jp/guide/pdf/COVID-19eolvisit_Proposition.pdf.
- 8) 前掲書 2), p.1.
- 9) 國井泰人: コロナ禍におけるメンタルヘルスの実態と科学的根拠に基づく対策の必要性, 学術の動向, p.40-46, 2011

◇実践報告◇

COVID-19 陽性の高齢患者に対する摂食嚥下機能回復に向けた多職種での取り組み

岩崎せりな^{1)*}, 藤田夢加¹⁾, 竹内美加¹⁾, 香西尚実¹⁾

【目的】：長期臥床と絶飲食により摂食嚥下障害を認めた COVID-19 陽性の高齢患者に対し、多職種協働の下、早期離床、早期経口摂取再開を進め、摂食嚥下機能の回復に努めた事例を振り返り、今後の看護実践に役立てるものである。

【結果】：報告する事例は A 氏、90 歳代の患者で、COVID-19 による呼吸状態悪化に伴い 7 日間絶飲食していた。全身の筋力低下、覚醒不良により食事摂取全介助の状態であった。看護師によるリハビリテーションや嚥下体操、言語聴覚士とリモートでの食事形態アップ、管理栄養士との患者の嗜好に合ったメニューの検討や、家族とのリモート面会を実施した。その結果、一部介助での車椅子移乗や食事の自力摂取が可能となり、1 週間でミキサー・キザミ食を半量以上摂取可能となった。

【考察】：看護師の直接介入により姿勢・活動性が強化され、嚥下及び全身の筋力が改善された。さらに、口腔ケアやアイスマッサージ、リモートでの家族との関わりが刺激となり、覚醒不良の改善に繋がった。

【キーワード】 COVID-19, 摂食嚥下障害, KT バランスチャート, 多職種

I. はじめに

日本では、2020 年 1 月に初めて新型コロナウイルス感染症（以下：COVID-19）の感染者が確認され、2022 年 3 月末までに 655 万 2920 人が COVID-19 と診断されている¹⁾。現在は COVID-19 対応についての必要な感染予防策が明確になってきており、多くの医療従事者が個人防護具（Personal Protective Equipment）（以下：PPE）の着脱などの再教育を受け COVID-19 陽性の患者と関わっている。しかし、実践報告当時は感染の第 3 波といわれていた時期で、重症化しやすいといわれている 60 歳以上の感染者の割合が第 2 波の 2 倍以上であった²⁾。また、ワクチンが承認されていなかったため、感染のリスクを考慮して、COVID-19 陽性患者に直接関わる医療従事者は、医師と看護師に限定されていた。特に患者のベッドサイドに行く機会の多い看護師は、清掃、食事介助、清潔ケア、心理面での支援などあらゆる療養環境の支援に対して大きな役割を担っていた。その役割を担うことになった者は、隔離病棟で PPE を着用して患者と関わるという新たな環境への戸惑いや飛沫・エアロゾルへの曝露リスクを

感じるだけでなく、COVID-19 が出現する前は多職種と協働で行ってきた処置やケア等を看護師が担わなければならないという不安を抱えていた。

人工呼吸器管理などを必要とする重症患者に対しては、理学療法士（以下：PT）が気道クリアランスや腹臥位療法などのポジショニング支援を行っており、急性呼吸促進症候群（Acute respiratory distress syndrome：ARDS）の急性期後の早期リハビリテーション着手が必要不可欠である³⁾とされている。そのため、急性期においては、多職種が直接介入を行った事例が多数報告されている。しかし、急性期を脱した患者に対する摂食嚥下機能回復に向けた研究や報告は見当たらない。感染拡大防止の観点から訪室人数が制限され、摂食嚥下機能の回復に向けた取り組み方が確立されていなかった。そのため、第 3 波の時期に入院中の長期臥床と絶飲食によって摂食嚥下障害を認めた COVID-19 陽性の高齢患者に対して、訪室人数が制限された状況でも多職種介入を行い、早期離床、早期経口摂取再開を進め、摂食嚥下機能の回復に努めた事例を振り返った。対象者 1 名の入院中の電子カルテより情報収集し得られたデータを基に事例報告としてまとめた。

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 香川大学医学部附属病院

* E-mail：iwasaki.serina@kagawa-u.ac.jp

Ⅱ. 目 的

COVID-19 陽性の高齢患者における摂食嚥下機能回復に向けての多職種での取り組みを振り返ることで、看護のあり方を検討し、今後の看護実践に役立てるものである。

Ⅲ. 看護実践

1. 患者背景

A 氏 (90 歳代) は、COVID-19 に対する治療目的で入院した。入院時 37 度台の発熱があり、酸素投与をしない状態で SPO2 は 80% 台後半であったため、経鼻カニューレで酸素 1L/分を投与し、SPO2 は 95% 前後となった。CT で肺炎像を認め COVID-19 中等症 II と診断された。急性期病棟で抗ウイルス薬とステロイドを投与されたが呼吸状態が悪化したため絶食となり、細菌性肺炎疑いで抗生剤を投与された。その後 1 週間の絶食期間を経て回復期病棟に転棟となり、同日より食事摂取再開となった。入院前は車椅子に座った状態で食事の自力摂取が可能であり、普通食を摂取していた。上下義歯装着中で、看護師が義歯洗浄と口腔ケアを行い、口腔内の保清は良好であった。要介護 3 で、生年月日を答えることはできるが年齢は答えることができないといった記憶障害がみられた。

2. 多職種での取り組みと患者の経過

A 氏が、食事摂取再開時は全身の筋力低下、覚醒不良により臥床で経過しており、ADL は看護師の全介助が必要であった。また、右優位の握力低下もあり、スプーン把持が困難であったため、全介助で食事を摂取していた。食事はゼリーから開始となり、咽せはないものの嚥下に時間を要し、ゼリー 1 個の摂取に 10~15 分必要であった。感染拡大防止の観点から院内では言語聴覚士 (以下:ST) や PT による直接的なリハビリテーションは行なわない方針となっていたため、ベッドサイドに行くことのできる看護師がリハビリテーションを実施した。全身の筋力低下に対しては、ベッド上頭部挙上から開始し、日中ベッド上で座位になる時間を少しずつ増やした。また、ボールを用いた手指の把握運動や下肢の屈伸を促した。食事摂取再開 4 日目より看護師 2 名の全介助で車椅子に移乗し、足踏み運動と膝伸ばし運動、座位姿勢の保持を行った。摂食嚥下機能低下に対しては、医師や ST と相談し嚥下体操、アイスマッサージ、スワブを用いた口腔ケアと義歯洗浄を毎日行った。しかし、食事摂取再開 3 日目に 38 度台の発熱と CRP 上昇を認め、誤嚥性肺炎が疑われた。そこで、ST とタブレット型端末を用いてリモートで繋ぎ、嚥下機能の確認を行った。ST による遠隔指示のもと、改訂水飲みテストを 2 回施行した結果、咽せや湿性嘔声なく、判定 4~5 であった。医師や ST と相談し、誤嚥性肺炎疑いだが、無理のない範囲でゼリー摂取を継続し、引き続き嚥下体操やアイスマッサージ、口腔ケアを行うことにした。その後発熱なく経過し、6 日目には栄養補助食品の摂取開始、7 日目にはゼリーから軟食

へ食事形態アップを行った。また、管理栄養士 (以下:RD) と協働して、患者の嗜好に合わせたメニューの検討を行った。ゼリーは「美味しい。」と話し摂取したが、オリーブオイルをかけた魚は摂取が進まなかったため、油っぽいものは避け、甘辛い味付けの煮物などを提供した。さらに、患者の生きる意欲を覚醒させる目的で、家族とタブレット型端末を用いてリモートで面会し、コミュニケーションを取る機会を作り、家族写真を病室に掲示した。

また、感染拡大防止の観点から、看護師が患者と直接的に関わる時は、患者の正面に立つことや、至近距離で顔を覗き込むような姿勢は避け、患者の横に立ち口腔内にアプローチするという対策が必要であった。しかし、認知機能の低下がある高齢患者であったため、可能な限り患者の目を見て、マスク装着中でもわかるように大きな声でゆっくり話しかけた。

対象者の口から食べる支援において、多面的で包括的な視点で多職種による評価とアプローチをするためのアセスメントツールである KT バランスチャート[®] (以下:KTBC)⁴⁾ を用いて、転棟時と退院時 (回復期病棟への転棟から 11 日目) に摂食嚥下状態の評価を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

個人が特定されるような情報は収集しないよう配慮した。院内の看護研究事前審査委員会において、同意書への代諾者欄の追加と患者属性の性別削除の指摘があり、修正後承認を得た。本事例報告の参加は自由意思であり拒否における不利益はないこと、ならびに本研究の目的と内容を対象者の家族へ説明し口頭で同意を得た。

Ⅴ. 結果・成果

まず、全身の筋力低下において、ベッドサイドでのリハビリテーションを毎日継続したところ、退院時にはベッド柵を把持し看護師が背部を支えれば立位を保つことができるようになった。また、車椅子移乗も軽介助で可能となった。そして、自己でスプーンを把持し食事を口に運ぶ動作も可能となった。次に、摂食嚥下機能低下においては、ゼリーから軟食への食形態アップが可能となった。リハビリテーション開始時は摂取量に差があり一口も摂取しないこともあったが、徐々に摂取量が増え、退院時には概ね半量以上摂取していた (表 1)。家族とタブレット型端末を用いてリモートで面会を行い、覚醒不良であった患者が笑顔で家族に手を振る姿がみられた。

また、飛沫・エアロゾルを曝露するリスクに注意しながら患者のそばに立ち、口腔内へのアプローチや、嚥下機能評価を ST とリモートで実施したことで、摂食状態の改善を認められた。

転棟時と退院時に KTBC を用いて評価した結果を図 1 に示した。食事摂取再開時の合計は 32 点であったが、前述した介入により、退院時は 43 点となり、11 点改善した。項目別

表1 食事摂取量

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
朝	欠食	ゼリー1個	ゼリー1個	0	0
昼	ゼリー1個	ゼリー2/3	ゼリー1個	ゼリー1個	ゼリー2口
夕	0	ゼリー1個	ゼリー1/3	0	ゼリー半分

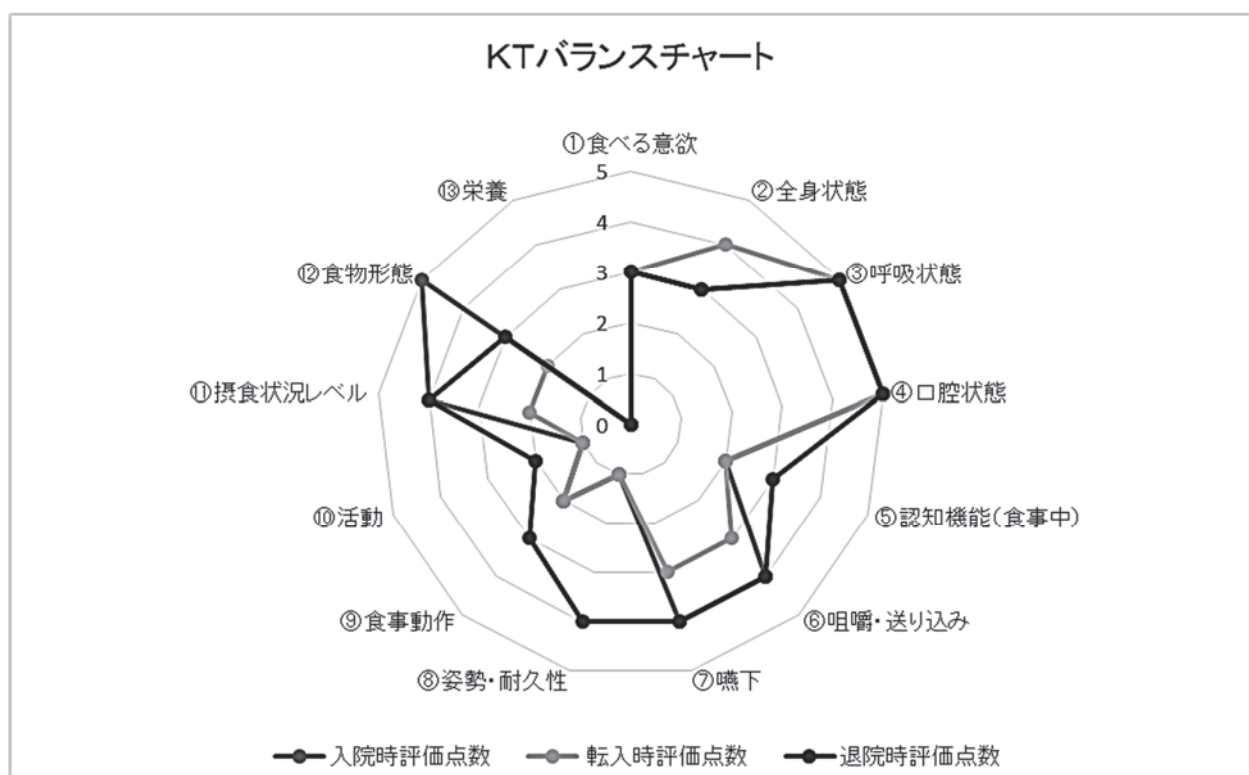
	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目
朝	ゼリー1個	ゼリー1個	5/2	10/4	10/5
昼	ゼリー1個 栄養補助食品 1/3	4/2	10/10	7/3	10/2
夕	ゼリー1個 栄養補助食品 1/2	5/8	7/7	9/6	8/2

※食事形態は7日目の昼から主食全粥、副食ペースト食、8日目の昼から主食全粥、副食キザミ食である。

※食事摂取量の表記は主食10割/副食10割を全量とした数字である。

※栄養補助食品とは、濃厚流動食(200kcal/100ml)である。

※ゼリーとは特別用途食品の食品群の1つであるえん下困難者用食品である。



にみると13項目中、認知機能、咀嚼・送り込み、嚥下、姿勢・耐久性、食事動作、活動、摂食状況レベル、食物形態の8項目で点数がアップしていた。さらに、視点別にみると摂食嚥下の機能視点と姿勢・活動性の視点で特に改善が認められた。KTBCを用いることで、客観的に患者の全体像を把握することができ、どのようなアプローチをすれば患者の「口から食べる幸せ」をよりよく支え、QOL向上につながるかを検討することが出来た。栄養状態に関しては入院中の体重が不明なため評価できていないが、転棟時と退院前日の採血データを比較した結果、TPは5.6g/dlから6.2g/dl、ALBは2.3g/dlから2.6g/dlに上昇した(図2)。

VI. 看護実践への示唆

武政ら⁵⁾は、入院中に絶食期間を有した75歳以上の肺炎患者において、絶食の食数が多い患者は退院時に嚥下障害が残存しやすいと述べている。絶食の場合、摂食嚥下活動の低下から摂食嚥下に関連する器官に廃用性の変化が生じ、嚥下障害に至る。A氏は回復期病棟へ転棟してきた日より食事摂取を再開し、絶食期間の短縮に努めたことが摂食嚥下障害の改善に繋がったと考えられる。また、武政ら⁶⁾は、早期の理学療法開始が嚥下機能低下防止に寄与すると述べている。嚥下時の喉頭の運動は重力に拮抗するため、抗重力位での姿

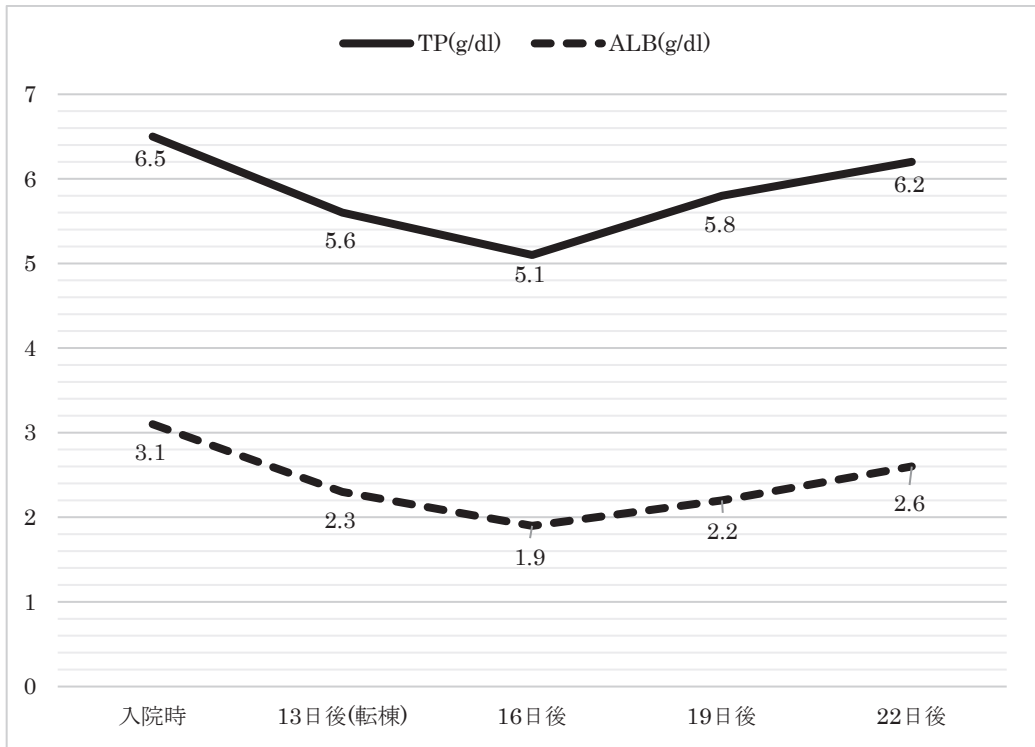


図2 血液データの推移

勢をとると嚥下筋に負荷をかけることとなり、誤嚥による続発性を回避するには、誤嚥物や気道分泌物を咯出させることが重要となる。さらに柏尾ら⁷⁾は、離床を進めることは全身持久力および認知機能を向上させることになるが、同時に嚥下に必要な筋力を獲得することにもなる。そのため離床して体幹機能を改善させることが必要と述べている。看護師がボールを用いた手指の把握運動や下肢の屈伸を促し、昼食時には一部介助で車椅子に移乗し、足踏み、膝伸ばし運動、姿勢の保持を行ったことにより、姿勢・活動性が強化され全身の筋力の改善に繋がったと同時に嚥下に必要な筋力を獲得することができたと考えられる。

柏尾ら⁸⁾は、口腔ケアを行うことにより口腔への機械的刺激の入力や、冷水による温度刺激の入力ができ、これらにより、口腔器官の運動向上、感覚機能の維持、唾液分泌の促進が期待できる。唾液分泌の促進により口腔内浄化が進み、口腔運動も円滑になり、嚥下反射を惹起することができると述べている。そして、先述したように嚥下体操やアイスマッサージにも、口腔周辺の運動機能や感覚機能の回復を促し、嚥下反射の誘発や唾液の分泌促進の効果がある。さらに柏尾ら⁹⁾は、口腔ケアは覚醒向上や認知機能へのはたらきかけにもなると述べている。STと相談しながら、嚥下体操、口腔ケア、アイスマッサージを行ったことが口腔や認知機能への刺激となり、摂食嚥下機能や覚醒不良の改善に繋がったと考える。また、STとリモートで嚥下機能を評価したことで、看護師は専門的なりハビリテーションの知識や技術を得ることができ、統一したケアを提供することができた。

小山¹⁰⁾は、食欲は食物に対する過去の経験、情緒、感情によって左右されると述べている。嗜好品を提供することで食への満足感を引き出し、リモートであっても家族と関わりを持つことにより、つながりを実感することが安心感を与え、食べる意欲に繋がったと考える。また、家族とのリモート面会や家族写真を掲示することは、覚醒不良の改善にも効果的であったと考えられる。

さらに、食事介助や口腔ケア、アイスマッサージは患者がマスクを装着していない状態で行うとともに、咽せや唾液飛沫などの影響で飛沫感染・エアロゾル曝露のリスクが大きい行為であるといえる。患者の正面に立つことや至近距離で顔を覗き込むような姿勢は避け、患者の横に立ち口腔内にアプローチするという対策をとり、食事介助中の嚥下機能評価をSTとリモートで行うことで、飛沫やエアロゾルを曝露するリスクを減少させることができた。COVID-19陽性であっても目の前にいる1人の高齢患者であるという認識を持ち、感染対策に留意しながら高齢者への常日頃の姿勢を可能な限り保った結果、感染拡大防止と患者の食行動の回復に繋がったと考えられる。

看護師が患者のベッドサイドで適切な口腔ケア、嚥下評価などを行うとともに、必要な専門職との橋渡し役となりリモートという方法をとることで、COVID-19陽性であっても多職種で連携をとりながら関わるのが可能となった。COVID-19陽性的高齢者であっても急性期を脱した早期から患者の可能性を諦めず、適切な評価を行い、摂食嚥下の専門職でなくても出来ることを続けたことによって、摂食嚥下機

能回復に繋がったと考えられる。制限下であっても、多職種
の連携や家族の参画を促すことは可能であり、介入を継続す
ることが重要である。PT や ST の直接的なりハビリテーショ
ンが困難であっても連携を取りながら看護師が直接的なりハ
ビリテーションを行うことは、急性期を脱した COVID-19 陽
性の高齢患者における摂食嚥下機能回復に有効であった。

しかしながら、本研究の今後の課題として PT や ST が直
接介入出来ない状況において、適切に患者の状態を PT や ST
に伝えるスキルが看護師に求められるということが挙げられ
る。COVID-19 陽性の高齢患者が隔離中に身体機能、認知機
能低下をきたさないためには、看護師が PT や ST など専門
職の介入の必要性を見極めて働きかけることが必要となる。
COVID-19 陽性患者であっても、多職種連携の橋渡し役とな
る看護師が、多職種で介入を行う方法を模索する姿勢を持ち
続けることが重要であると考えられる。

感染拡大防止の観点から患者との関わりが制限された中で
も、職種を超えて柔軟な対応、連携をとることの有益性を念
頭に置きながら、COVID-19 陽性の高齢患者における摂食嚥
下機能回復に向けての今後の看護実践に役立てていきたい。

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 (2022), 国内の発生状況など, 2022 年 9 月 7
日閲覧,
[https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/
kokunainohasseijoukyou.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html).
- 2) NHK (2020), 【データで見る】“第 3 波” 第 2 波との違い
は 新型コロナウイルス, 2022 年 9 月 7 日閲覧,
[https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201117/k10012716
911000.html](https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201117/k10012716911000.html).
- 3) Peter Thomas, Claire Baldwin, Bernie Bissett: Physiotherapy
Management for COVID-19 in the Acute Hospital Setting :
Recommendations to guide clinical practice (1), 2020, 飯
田有輝訳, 急性期病院における COVID-19 の理学療法管
理: 臨床実践のための推奨 (1), 日本集中治療医学会, p.8,
2020.
- 4) 小山珠美: 口から食べる幸せをサポートするための包括的
スキル—KT パランスチャートの活用と支援— (2), 医学
書院, p.12-19, 2019.
- 5) 武政葉子, 大村健二: 高齢者の市中肺炎症例において絶食
が摂食嚥下機能に及ぼす影響, 日本静脈経腸栄養学会雑誌,
32 (4), p.1350-1351, 2017.
- 6) 前掲書 5).
- 7) 柏尾誠, 勝田有梨: 摂食嚥下リハビリテーションの介入,
みんなの呼吸器 Respica vol.17no.6 (1), メディカ出版,
p.97, 2019.
- 8) 前掲書 7).
- 9) 前掲書 7).
- 10) 前掲書 4), p.20.

◇実践報告◇

新型コロナウイルス感染症患者・家族の治療・ 検査に対する意思決定支援の実態

兒島育穂¹⁾*, 宮本朋子¹⁾, 和田媛世¹⁾

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）患者とその家族への治療・検査に対する意思決定支援の実態を明らかにする。対象は A 病院の COVID-19 専門病棟で勤務する看護師に自由記述で回答を求める質問紙調査を実施し、21 人から回答（84%）を得た。内容分析の結果、【徹底した感染対策のもと意向に寄り添う】【情報を分かりやすく伝える】【希望や意思を尊重できるよう医療者間で共有する】【積極的に家族の意向を丁寧に確認する】【家族が病状を認識できるよう言語化する】【可能な範囲で対面できるよう調整する】【退院後の支援を医療者間で共有する】の 7 カテゴリーが抽出された。治療法が確立していない時期から、看護師は患者・家族の意思に沿えるような選択ができるよう、早期から傾聴や情報提供、医療者間での情報共有などを実施し意思決定支援を行っていたことが明らかになった。

【キーワード】 COVID-19 患者、家族、意思決定支援、他職種連携

I. はじめに

世界では新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019；以下 COVID-19）は猛威を振るっており、多くの感染者・死者がでた。我が国でも 2020 年 3 月下旬より感染者数が急増し、いわゆる第 1 波が到来した。その後、緊急事態宣言が発令されいったん感染者数が減少したが、COVID-19 の流行により患者数の増減を繰り返し、2022 年 4 月現在、第 6 波が収束に向かいつつある。

A 病院は特定感染症指定医療機関のため、COVID-19 流行前から COVID-19 患者の受け入れが開始され、呼吸器内科・感染症内科病棟が COVID-19 専門病棟となり、軽症から中等症までの COVID-19 患者の看護に携わるようになった。第 2 波が到来した 2020 年 6 月頃は、COVID-19 が未知のウイルスのため、発症から数日のうちに急激な病状変化をきたし致死的な状況になる症例が報告されていた¹⁾。COVID-19 患者は原則隔離入院となり、今後の見通しが立たない入院生活となり、不安・孤立・拘束などを強く抱いていると推測された。また、A 病院では院内感染防止の観点から原則面会禁止を余儀なくされていたため、重篤な状態や終末期と判断された場合でも COVID-19 患者と家族との対面が厳しく制限されてい

た。COVID-19 患者が急激に病状悪化した場合、1 人で治療・検査への意思決定を求められることが多く、家族や医療者との十分な話し合いをする時間もなく蘇生行為が行われることもあった。COVID-19 ガイドラインにおいて有効な治療法について十分なエビデンスがない中で²⁾、患者・家族は治療・検査に関しての意思決定を迫られる。そのため、治療・検査を意思決定する過程において患者・家族の希望に沿った介入ができるよう看護師は支援する必要がある。また、在宅医療を受けている患者の入院中の治療・検査は、患者の退院後の生活にも影響を来すことが予測される。COVID-19 の流行で退院前カンファレンスの実施にも影響を与え、患者を支えるケアマネジャーや訪問看護師など（以下、他職種）も面会禁止となり、COVID-19 患者や家族が希望する退院後の療養先に沿えなかったことも経験してきた。

国内では、COVID-19 患者とその家族への治療・検査に対する意思決定支援の実態についてはあまり報告されていない。そこで、今回、COVID-19 患者とその家族への治療・検査に対する意思決定支援の実態を明らかにすることで、感染症看護の向上につながる示唆を得る。

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 奈良県立医科大学附属病院

* E-mail：n.rakgno@outlook.jp

Ⅱ. 目的

COVID-19 流行開始時期である第1波および第2波における治療法が確立していない状況下で、看護師が行ったCOVID-19患者・家族の治療・検査に対する意思決定支援の実態を明らかにすること。

Ⅲ. 看護実践

1. 調査期間：2020年11月1日～2021年1月17日
2. 調査対象：A病院のCOVID-19専門病棟で勤務する看護師25人。ただし、管理職者やCOVID-19疑似症への対応のみ行った看護師は除外した。
3. 調査方法：「COVID-19患者と家族をケアする看護師のためのガイド」³⁾を参考に独自の自記式質問紙を作成した。本研究での意思決定支援とは、治療・検査を決定する過程に対する支援とした。対象者に質問紙を配布し、鍵付きの回収箱を設置し回収した。
4. 調査内容：『感染症病棟の所属年数は何年目ですか』の1項目に対して数字記載での回答を求めた。『COVID-19患者へ意思決定支援についてどのような支援を行ったか具体的に記載してください』『COVID-19患者の家族へ意思決定支援についてどのような支援を行ったか具体的に記載してください』の2項目に対して自由記述で回答を求めた。COVID-19患者における他職種連携については『ケアマネジャーや支援者から情報を得た』『患者・家族に関する情報について他職種カンファレンスを通して共有した』について4件法で回答を求めた。
5. 分析方法：研究者同士で、自由記述を意味内容の類似により分類し、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象した。他職種連携に関する質問事項については、リッカート尺度を用いて4段階評価した。

Ⅳ. 倫理的配慮

A 大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2838）。質問紙調査は無記名・自由意思によるものとし、学会などで公表することや研究への不参加の場合も何ら不利益を被ることがないことを文章で説明し、質問紙の投函をもって同意とした。

Ⅴ. 結果・成果

有効回答数は21人（84%）で、基本的属性として1年目2名、2～5年目12名、6年目以上7名であった。以下、文章中の【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、『 』は対象者の記述内容を示す。

1. COVID-19患者への意思決定支援内容

COVID-19患者への意思決定支援の内容から6サブカテゴリー、3カテゴリーに分類できた。その内容は『PPE着用し、時間を作りベッドサイドで座って思いの傾聴を行った』などの〈万全の感染対策をして治療や退院後の生活について思いを傾聴した〉や『入院中につらいこと、不安なこと、退院後に何をしたいかなど話を聞いた』などの〈入院生活でのニーズや希望について傾聴した〉といった【徹底した感染対策のもと意向に寄り添う】を実践していた。また【情報を分かりやすく伝える】【希望や意思を尊重できるよう医療者間で共有する】が抽出された。（表1）

2. 家族への意思決定支援内容

COVID-19患者の家族への意思決定支援の内容から8サブカテゴリー、4カテゴリーに分類できた。その内容は、『DNRを決定された後、家族への思いを傾聴した』などの〈入院時から家族に連絡をとり思いを傾聴した〉や『何か本人に対して家族がしてあげたいことがあれば、代わりに可能な限りで支援しますと説明した』などの〈家族の希望やニーズをでき

表1 COVID-19患者への意思決定支援内容

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容
徹底した感染対策のもと意向に寄り添う	万全の感染対策をして治療や退院後の生活について思いを傾聴した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家人からだけでなく本人からも思いを傾聴した ・ 重症患者に対し、思いや今後の希望を聴取した ・ 治療の希望に関する質問をした ・ 患者・家族に思いを伺う ・ PPE着用し、時間を作りベッドサイドで座って思いの傾聴を行った
	入院生活でのニーズや希望について傾聴した	<ul style="list-style-type: none"> ・ どのように過ごし、何をしたいか傾聴し、希望にあった援助をする ・ 入院中につらいこと、不安なこと、退院後に何をしたいかなど話を聞いた
情報を分かりやすく伝える	正しい情報提供を行った	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査を拒否する患者に対して、何が不安か、拒否する理由を聞き、誤った知識を持っていたので正しい説明を行い納得してもらった ・ 急変しICU管理が必要な患者に対して挿管となった場合の状態について説明した
	医師の病状説明後に理解できているか確認した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状の理解について確認した ・ 医師からの説明後、不明な点はないか確認した
希望や意思を尊重できるように医療者間で共有する	患者の希望や希望をカルテに残した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傾聴した思いを記録に記載した ・ 希望していることを記録に残した
	医療チーム間でのカンファレンスを行い情報共有した	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の思いを看護師間で共有したり、医師に伝えたりすることで、患者の思いが少しでも治療や経過に繋がるようにした ・ 記録に記載した内容をカンファレンスで共有した

るだけ丁寧に確認した」といった【積極的に家族の意向を丁寧に確認する】を実践していた。また、【家族が病状を認識できるよう言語化する】【可能な範囲で対面できるよう調整する】【退院後の支援を医療者間で共有する】が抽出された。(表2)

3. COVID-19 患者における他職種連携について

「ケアマネジャーや支援者から情報を得た」という項目に対して「よく実践した」4人(19%),「実践した」12人(57%),「あまり実践しなかった」5人(24%)が回答しており、他職

種や周囲からの情報収集ができていたと認識していた人は70%程度であった。一方、「患者・家族に関する情報について他職種カンファレンスを通して共有した」という項目に対して「よく実践した」2人(10%),「実践した」7人(33%),「あまり実践しなかった」9人(43%),「実践しなかった」3人(14%)と回答しており、他職種連携が実施できていたと認識していた人が半数以下であった。(図1)

表2 家族への意思決定支援内容

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容
積極的に家族の意向を丁寧に確認する	入院時から家族に連絡をとり思いを傾聴した	<ul style="list-style-type: none"> ・家族へ患者の状態について医師より電話で伝えられた後に、家族の理解度や心理状況を確認するために、電話で気持ちを伺った ・一人でつらさを抱えていたため、しばらくお気持ちを傾聴した ・DNRを決定された後、家族への思いを傾聴した
	家族の希望やニーズをできるだけ丁寧に確認した	<ul style="list-style-type: none"> ・何か本人に対して家族がしてあげたいことがあれば、代わりに可能な限りで支援しますと説明した ・面会を希望されなかったが、気持ちの変化や本人の状況で気になることがあればいつでも病棟に連絡してほしいことを伝えた
家族が病状を認識できるよう言語化する	医師に家族への病状説明を依頼した	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態変化時にはタイムリーに家族に連絡してもらうように医師に調整を行った ・医師に病状説明の依頼をした
	看護師から患者の病状について家族に電話で伝えた	<ul style="list-style-type: none"> ・電話で患者の状態を伝え、理解できるように関わった ・病院で過ごされている様子を家族に伝えた
可能な範囲で対面できるよう調整する	急変時や看取り時に希望に沿って対面できるようにした	<ul style="list-style-type: none"> ・PPE着用での面会やiPadを使用して面会できることを説明し希望を確認し、調整した ・看取りや面会時の希望を確認し調整した
	特別に面会ができるように調整した	<ul style="list-style-type: none"> ・状態が悪化している患者は、早期から主治医と連携し面会できるように調整した ・基本面会禁止であったが、状態に合わせて面会実施の必要性を検討した
退院後の支援を医療者間で共有する	カンファレンスや記録を活用し医療者間で共有を行った	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスで共有し、継続的な介入が必要であることを記録に記載し共有した ・家族に聞いた思いを記録に記載した
	退院後の療養先について家族の希望を確認した	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の療養先について介入した際、自宅ではなく入院継続を望むかなど医師と共に家族へ確認した ・ADLが低下しているが自宅退院できるか家人に確認した

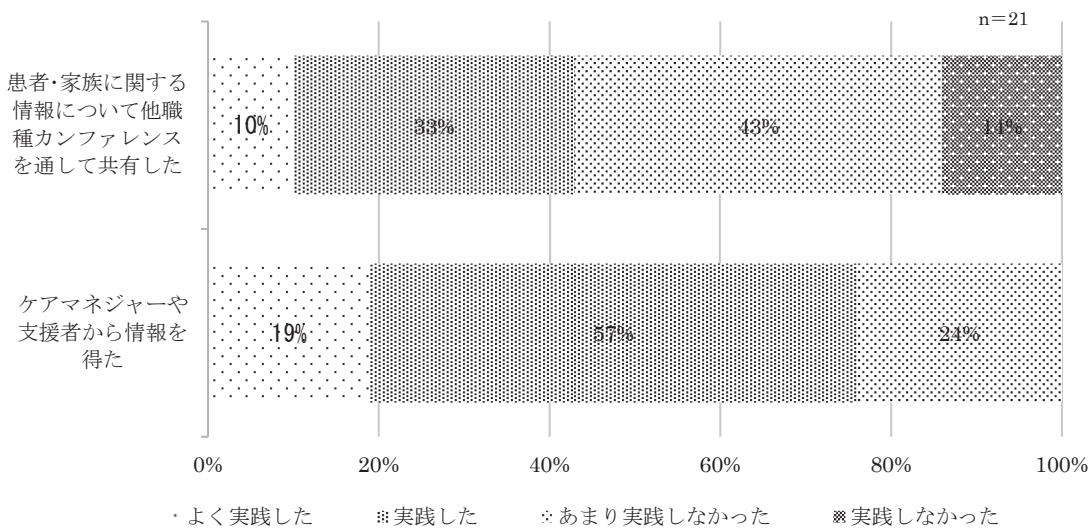


図1 COVID-19患者における他職種連携

VI. 看護実践への示唆

COVID-19 患者に対する意思決定支援として、PPE 着用してできる限り COVID-19 患者の治療や退院後の生活についての思い、入院生活でのニーズや希望について傾聴するなど【徹底した感染対策のもと意向に寄り添う】など工夫して関わっていた。COVID-19 患者は突然の発病に直面し、孤独や寂しさを抱きやすい。だからこそ、看護師は、感染対策を十分に講じたうえでそばに寄り添いながら、今後の治療や療養生活への思いを傾聴し希望を確認していた。つまり、看護師は COVID-19 患者が治療・検査を選択して決定できるように支援者としての役割を担い、COVID-19 患者の意思決定の過程を大切にしたい関わりであったと考える。一方、家族に対しては、看護師が入院時からコミュニケーション手段として電話を使用して思いや希望、ニーズについて時間をかけてコミュニケーションを図るなど【積極的に家族の意向を丁寧に確認する】関わりをしていた。COVID-19 による急激な病状変化を想定し、早期から患者とその家族の双方の思いを丁寧に傾聴し、患者だけでなく家族の意向にも寄り添った関わりを行っていたことが示唆された。

また、看護師は COVID-19 患者に正しい情報提供を行ったり、医師の病状説明後に理解できているか確認するなど【情報を分かりやすく伝える】関わりを行っていた。家族に対しては医師に電話での病状説明を依頼し、看護師から患者の病状について家族に電話で伝えるなど【家族が病状を認識できるよう言語化する】ことを配慮していた。これらのことから、看護師は、COVID-19 患者・家族の意思決定支援として情報提供や理解度の確認が重要と考え看護実践していたと考える。さらに COVID-19 患者の家族の意思決定支援において、看護師が急変時や看取り時に希望があれば可能な限り対面できるように調整するなど【可能な範囲で対面できるように調整する】ことを行っていた。吉田は、COVID-19 患者とその家族 31 名に COVID-19 による重症呼吸不全治療に関する同意説明の現状調査で、患者の代わりに治療方針に関する意思決定をした家族の半数は、患者の意向がわからない状態で判断しなければならない状況であったと報告している⁴⁾。また、「本人と家族および医療・ケア従事者とのコミュニケーションの不足は、身体・心理状況に関する迅速な情報収集の遅延を来す」とも提言されている⁵⁾。調査期間はオンライン面会なども定着していない状況下であったため、看護師が家族の表情や反応、態度など視覚的情報を得ることができず介入方法に困難さを感じながらも、医療者から積極的に電話というツールを活用し、正しい情報提供を行い患者の容態について共有することで、治療やケアへの理解が深まり、病状の受け入れの確認や面会調整などの関わりにつなげていたと考える。

COVID-19 患者における他職種連携において、看護師は患者の希望や意思をカルテに残し、院内の医師・看護師などの病院スタッフ間でのカンファレンスを定期的に開催するなど

【希望や意思を尊重できるよう医療者間で共有する】ことや家族の希望を確認したうえで【退院後の支援を医療者間で共有する】ことを実践していた。病院スタッフや他職種で患者・家族と関わる中、今できる最善のケアを見出すために情報共有することが重要であったと考える。医療者間での情報共有を通じ、COVID-19 患者の意思や希望を理解し意思決定支援に繋げていたことが示唆された。

ケアマネジャーや支援者から情報を得ることが実施できていたと半数以上が回答しており、入院前の患者の情報を知ることで、看護師は COVID-19 患者の個別性に合わせた看護実践を重要視していた結果であると考え。また、COVID-19 患者とその家族に関する情報について他職種カンファレンスを通して共有し、他職種連携が実施できていたと認識していた人が半数以下であった。COVID-19 の流行により病院スタッフと他職種が参加する退院前カンファレンスを開催することが困難であった。電話もしくはサマリーなどの紙媒体での情報共有を駆使していたが、迅速な情報共有が難しい現状があり地域との連携不足を感じていた結果であったと考える。藤田らは「質の高い患者の意思決定を支える看護の発展のためにはカンファレンスを行っていることが重要」と述べている⁶⁾。今後も感染対策の観点から家族の面会制限だけでなく、地域を支える医療者との関わりにも制限が続くと考えられる。COVID-19 患者・家族が希望する退院後の療養生活を支援するにあたり、他職種との連携の強化が重要であり、オンラインを活用したカンファレンスを実施する方法も含めて検討していくことが課題といえる。

COVID-19 に感染すると隔離され、流行当初は不確実な情報が飛び交い、家族とも直接会うことが出来ない状態で、不安・孤立・拘束などを強く抱えている患者に対し、COVID-19 流行開始時期である第 1 波および第 2 波における治療法のエビデンスが確立していない時期から、看護師は患者・家族の意思に沿えるような選択ができるよう、早期から傾聴や情報提供、医療者間での情報共有などを実施し意思決定支援を行っていたことが明らかになった。

これは COVID-19 患者・家族のみならず、隔離が求められる感染症患者や未知の感染症対応時にも同様の意思決定支援は求められると考える。今後パンデミックが起こった際、早期から介入し意思決定支援を行うことで円滑に意思決定ができるよう調査結果を活用していきたい。

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) 一般社団法人日本クリティカル看護学会・一般社団法人日本集中治療医学会 (2021), COVID-19 重症患者看護実践ガイド, 2022 年 4 月 27 日閲覧, https://www.jsicm.org/news/upload/COVID-19_nursing_guide_v3.pdf.

- 2) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部
(2021), 新型コロナウイルス感染症診療の手引き(別冊)
罹患後症状のマネジメント, 2022年4月27日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/000860932.pdf>.
- 3) ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会
(2020), 新型コロナウイルス感染症でエンド・オブ・ラ
イフを迎えた患者・家族へのケア, 2022年4月27日閲覧,
http://elnecjcc.hs.med.kyoto-u.ac.jp/data/ELNEC_CIVID-19_document_ver1.pdf.
- 4) 吉田雅幸, 田畑宏子, 小峯真理子, 他: COVID-19呼吸不
全治療におけるインフォームド・コンセントの実態調査,
第33回日本生命倫理学会年次大会抄録集, p.102, 2021.
- 5) 一般社団法人 日本老年医学会(2020), 新型冠状ウイル
ス感染症(COVID-19)流行期において高齢者が最善の医
療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言
—ACP実施のタイミングを考える—, 2022年4月27日
閲覧,
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid_teigen.pdf.
- 6) 藤田佐和, 中野綾美: 看護者が重視する患者の意思決定へ
の関わりの姿勢, 高知女子大学看護学会出版, 9(1), p.77-
88, 2004.

◇実践報告◇

新型コロナウイルス感染拡大防止のためのオンライン面会が与えた患者の心身と家族の心理への影響

廣瀬京子^{1)*}, 本田可奈子²⁾, 山本 寛¹⁾, 前田輝子¹⁾, 米田照美²⁾, 千田美紀子²⁾, 伊丹君和²⁾

A 病院では新型コロナウイルス感染拡大により面会規制を実施する一方でオンラインによる面会を実施した。本研究の目的は、オンライン面会による入院患者の心身と家族の心理への影響について明らかにすることである。2つの調査を行った。第1に、オンライン面会を行った患者22人と家族172人を対象に自記式質問紙による調査を行いテキストマイニング法で分析を行った。第2に、20人の患者を対象に面会前後で唾液中のストレスマーカー・コルチゾールを測定し比較した。結果は第1調査では、オンライン面会前には、「さみしい」「不安」、面会後には、「安心しました」という言葉が患者からも家族からも頻出していた。第2調査では面会前後で有意差を認めなかった。オンライン面会は「顔を見て話すこと」が「心の安定」に繋がっていた。一時的でも患者と家族に安心感を提供した。オンライン面会は家族等との繋がりを継続する有用なサポートであった。

【キーワード】 新型コロナウイルス, オンライン面会, 面会の心身への影響, 家族との対話, 安心な療養環境

I. はじめに

世界中に感染拡大した新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）は、人類の生活に大きく影響している。特に医療機関において、COVID-19が患者に与えている影響は甚大である¹⁾。一般病床や療養病床に入院中の基礎疾患を持つ患者間でクラスターを起こさない防止策の1つには面会規制がある。高濱²⁾や太田³⁾は感染対策防止上、面会規制の必要性を述べており、多くの医療施設は面会規制を実施している。

一方、「面会」を患者の視点で見ると、患者は面会に対して「家族とのつながり」「意欲の向上」などの思いがあり、特に家族から受けるエネルギーによって回復意欲の向上があることが言われている⁴⁾。Heater⁵⁾も面会の基本的前提に「入院という事態にあっても、患者と家族は一緒にいることができる権利を持っている」ことをあげている。これらはMaslow⁶⁾の自己実現論の社会的欲求を満たすことに繋がり患者の基本的欲求といえる。しかし、臨床現場ではCOVID-19に対する感染対策を優先し、家族との関わりが遮断される面会規制を行っている。藤田⁷⁾は、面会規制により患者の精神的な安定が図れず、その影響が身体症状にまで及ぶケースが見られる

ことを報告しており、谷田⁸⁾は、家族は面会規制によって入院前の患者像とのギャップがあり、病状認識が進まないことを述べ、家族支援の必要性を指摘している。そこでA病院では、面会規制の影響を最小限にしたいと考え、デジタル機器を活用した非接触型オンライン面会を試みた。

II. 目的

本研究の目的は、オンライン面会による入院患者の心身と家族の心理への影響について明らかにすることである。これにより、面会規制のある患者および家族にとっての面会の有用性について示唆を得る。

なお、本研究においてオンライン面会とは、家族が病院に来院し、病院内の指定の場所からオンライン端末を用いて患者と面会することとする。

III. 看護実践

1. オンライン面会の方法

オンライン面会は、COVID-19のため通常の接触型の面会ができない代わりにインターネット接続可能なタブレット等の画面を通して、入院患者と近親者が面会する非接触型の方

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 医療法人社団仁生会甲南病院 2) 滋賀県立大学人間看護学部

* E-mail : n_manager1@kohnan-shiga.or.jp

法であり、事前予約制で多くの患者が利用できるように1回につき10分の時間制限を設けた。看護師は、オンライン面会時は患者の顔がタブレットのカメラに映るように体位保持の支援をし、必要時は付き添った。

2. 調査方法

本研究では心理面と身体面の影響を調査するため、以下の2つの調査を行った。調査1は入院患者と家族に対して自記式質問紙法による心理面の調査、調査2は入院患者に対して唾液中のストレスマーカー・コルチゾール測定（以下、コルチゾール測定）による身体面の調査であった。

1) 調査1（入院患者と家族に対して）

(1) 対象者

2021年7月から10月までの期間内にA病院に入院した患者の中で、オンライン面会に初めて参加した患者と家族180組を対象とした。患者は180人のうち、会話が可能、及び自身でアンケート記載が出来る座位が可能な28人が対象となり、家族は面会者の代表者1名とし180人が対象となった。

(2) データ収集方法

対象の患者と家族に各々1枚の自記式質問紙を依頼した。

(3) 質問内容

質問項目は①オンライン面会前に感じたこと②オンライン面会後に感じたこと③オンライン面会前後での気持ちの変化であり、患者と家族のそれぞれに実施し自由記述とした。実施前には病院事務員を対象にプレテストを行い質問内容の妥当性を検証した。

(4) データ分析方法

質問紙に回答された内容を対象ごとに逐語録におこし、テキストデータとした。このテキストデータから、テキストマイニング法を用いて係り受け分析により名詞・動詞・形容詞・形容動詞を抽出しカテゴリーを生成した。生成したカテゴリー間の関係性を検討するため主成分分析を行い、布置図を作成した。布置図とは横軸を第一成分、縦軸を第二成分とした座標平面図上に語句がプロットされたものであり、カテゴリー間の関連の強さや分布の傾向を視覚的に確認できる図である。分析ソフトは、IBM SPSS[®] Text Analysis for Surveys, ver 4.0, Statistics ver 25を用いた。主成分分析は、患者は参加者が少なく、記述量が少ないため妥当性のある結果が得にくいと判断し、参加数が多く記述量も多かった面会者のみとした。

2) 調査2（入院患者に対して）

(1) 対象者

2020年12月から2021年10月までの期間内にA病院に入院した患者で、オンライン面会に初めて参加した患者を対象とし、その中から会話及び座位が可能な入院患者に対して、看護師が口頭で唾液抽出の説明を行い、唾液採取が可能と自己申告した患者28人を対象とした。そのうち7名は第1調査に参加していない。また、全員質問紙の結果との関連はみていない。なお、COVID-19の蔓延の状況下にて感染対策上、

面会者からの唾液採取は危険と判断し、唾液の採取は患者のみに行った。

(2) 唾液採取方法

唾液採取はオンライン面会直前、直後の2ポイントで行った。採取量は1.5mlとし、ストローにて自力でスピッツに採取してもらった。患者本人のよいタイミングで採取し、採取時間はそれぞれ10分以内とした。オンライン面会前1時間と面会中の飲食は避けてもらった。

(3) データ分析方法

唾液中コルチゾールをELISA法で測定した。オンライン面会直前、直後の2ポイントについて比較し、t検定を行った。有意水準は0.05%未満とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は、参加の任意性と匿名性の保持、途中で撤回することは可能であり、そのことにより患者が不利益を受けることはないこと、研究結果の公表について口頭と文章で説明し同意書に記名することで同意を得て実施した。調査はA病院倫理委員会（承認番号2021-1）にて承認された上、開始した。さらに唾液中のコルチゾール測定において外部委託データの個人情報保護に関して、A病院倫理委員会（承認番号2020-02）にて承認された臨床研究（IRB番号：20000098）であり、UMIN-CTRに登録（UMINID：000042384）の上、開始した。「ヘルシンキ宣言」及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守した。

V. 結果・成果

1. 研究参加者の属性（表1）

1) 調査1

患者には会話及び座位が可能な28人に配布し22人より回答を得られた（回収率78.5%）。面会者には180枚配布し172名より回答を得られた（回収率95.5%）。

(1) 患者の年齢は80歳代が多く、オンライン面会した家族との関係は「配偶者」「子ども」が多かった。

(2) 面会者の年齢は60歳代が多く、オンライン面会した患者との関係は、「子ども」「親」が多かった。

2) 調査2

有効検体は20人であった。他は採取した唾液量が規定量より不足し検査ができなかった。患者20人の年齢は80歳代が多かった。

2. 調査結果

1) 調査1

(1) 患者のオンライン面会前に感じたこと

自由記述に対してテキストマイニングを用いて33個の品詞に分け、そのうち名詞・形容詞・形容動詞を選択した。対象者数が22名で品詞の出現頻度が少なかったため、名詞・形容詞・形容動詞のすべてを選択し、意味内容の類似性に基づき整理をした。その結果、19個のカテゴリーが生成できた。

一番多かったのは「さみしい」、次に「会えないこと」であった(表2)。

(2) 患者のオンライン面会后に感じたこと

(1)と同様に、47個の名詞・形容詞・形容動詞を選択し、同様の手順で17個のカテゴリーが生成できた。一番多かったのは「よかった」、次に「顔」であった(表2)。

(3) 患者のオンライン面会前後の気持ちの変化

(1)と同様に、37個の名詞・形容詞・形容動詞を選択しカテゴリー化した。その結果、18個のカテゴリーが生成できた。一番多かったのは「うれしい」「元気になる」「顔」であった(表2)。

(4) 面会者のオンライン面会前に感じたこと

自由記述から347個の名詞・形容詞・形容動詞を選択し、意味内容の類似性に基づきカテゴリー化し、31個のカテゴリーが生成できた(表3)。一番多かったのは「会えないこと」、次に「様子・状態」であった。31個のカテゴリーに対し因子分析を行い、布置図を作成した(図1)。その布置図にはオンライン面会前の面会者の感じたことが3つのグループに抽出できた。Aグループは「触れない」「手」「握れない」というカテゴリーが近距離にあり「接することができない思い」が表出されたグループとなった。Bは「対面」「さみしい」「残念」「悲しい」「つらい」など多くのカテゴリーが中心に集まっ

表1 対象者の属性

オンライン面会した患者の年齢 (n=22)			オンライン面会した面会者の年齢 (n=172)		
50代	2人	9%	20代	5人	3%
60代	4人	18%	30代	9人	5%
70代	6人	27%	40代	14人	8%
80代	9人	41%	50代	30人	17%
90代	1人	5%	60代	47人	27%
面会者との関係(面会者からみた患者) (n=22)			入院している患者との関係(患者からみた面会者) (n=172)		
親	2人	9%	配偶者	26人	15%
配偶者	8人	36%	子供	48人	28%
子供	8人	36%	親	46人	27%
孫	2人	9%	兄弟姉妹	10人	6%
兄弟姉妹	2人	9%	その他	42人	24%
唾液中のコルチゾール検査した患者の年齢 (n=20)					
50代	2人	10%			
60代	4人	20%			
70代	5人	25%			
80代	8人	40%			
90代	1人	5%			

表2 患者のオンライン面会前・面会后に感じたこと・前後の気持ちの変化

オンライン面会前	出現回数	オンライン面会后	出現回数	オンライン面会後の 気持ちの変化	出現回数
さみしい	7	よかった	8	うれしい	5
会えないこと	4	顔	7	元気になる	4
心配・不安・つらい	3	話す	6	顔	4
家族	2	うれしかった	4	気分が明るくなる	3
面会	2	見る	4	安心しました	3
直接	2	直接	4	前向き	2
よけい悪くなる	1	声	2	よかった	2
不便	1	気分	2	ありがとう	2
仕方ない	1	安心	2	話す	2
長いこと	1	悪いはずがない	1	会う	2
孫	1	面会	1	真剣に考えていてくれる事	1
顔	1	状況	1	頑張ろう	1
一人ぼっちの	1	好きなこと	1	涙がでた	1
状況	1	わかる	1	わかる	1
伝えられない	1	伝えられた	1	変わる	1
感じる	1	びっくりした	1	見る	1
わからない	1	晴れる	1	穏やかでした	1
見られない	1			笑顔になった	1
触れられない	1				

のは「顔・姿」、次に「よかった・よい」であった。これらのカテゴリーに因子分析を行い、布置図を作成した(図2)。この図はカテゴリーが4つのグループになっていた。Dグループは「安心しました」「様子」「反応」等の「顔を見て話したことの安心」のグループとなっているが、「聞こえない」「短い」等の「オンラインに対する不満」もある反面で「うれしい」「よい」のカテゴリーも同じ島に示された。Eグループは、「直接」「会えないこと」「さみしい」「残念です」等であり、「さらに直接に会いたい欲求の気持ち」のグループとなった。F・Gは「わかる」「聞こえる」等で「機器に関する感想」と捉えられた。

(6) 面会者のオンライン面会前後での気持ちの変化

同様に名詞・形容詞・形容動詞を選択し215個から32個のカテゴリーが生成できた(表3)。一番出現頻度の多かったのは「安心しました」「顔」「良い良かった」であった。

2) 調査2

オンライン面会直前直後の1.5mlの唾液が採取できた20人が対象となった。唾液中コルチゾール値は、オンライン面会

直前 $0.57 \pm 0.06 \mu\text{g/dl}$ 、直後 $0.61 \pm 0.07 \mu\text{g/dl}$ (平均値 \pm 標準誤差) で、t検定では有意差を認めなかった。(図3)

VI. 看護実践への示唆

患者の気持ちの変化として、「さみしい」「会えないこと」等のネガティブな表現であったのが、「よかった」「顔」などポジティブな表現に変化していた。「うれしい」「元気になる」という心の変化も表現されており、面会が「意欲の向上」「精神的な満足」に繋がるとした富田ら⁴⁾の研究を支持している。特に面会後のカテゴリーには「顔」は上位にあり、顔を視覚的に捉えることでお互いが今そこにいると実感したと考える。藤田⁷⁾は「人とつながりが遮断されることは高齢者にとって精神的な打撃になる」と述べているが、直接「会うこと」や「対話すること」は同じ時間と空間を共有していることになり、安心感に繋がったと考える。「顔を見て話す」ことが「安心の要素」と示唆されたと言うことが出来る。

面会者の気持ちの変化では、「接することが出来ない思い」や「直接に面会できないことへの不安」から「顔を見て話し

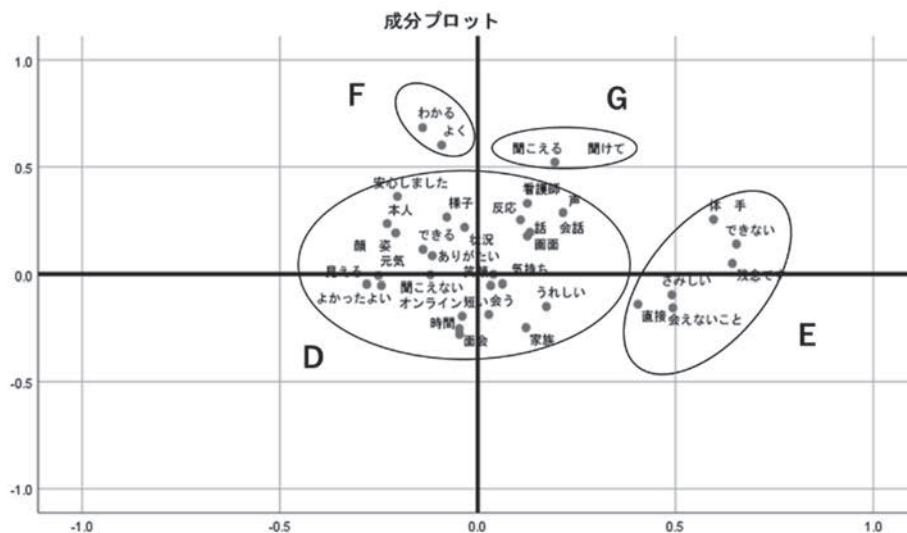


図2 面会者のオンライン面会後に感じたことの布置図

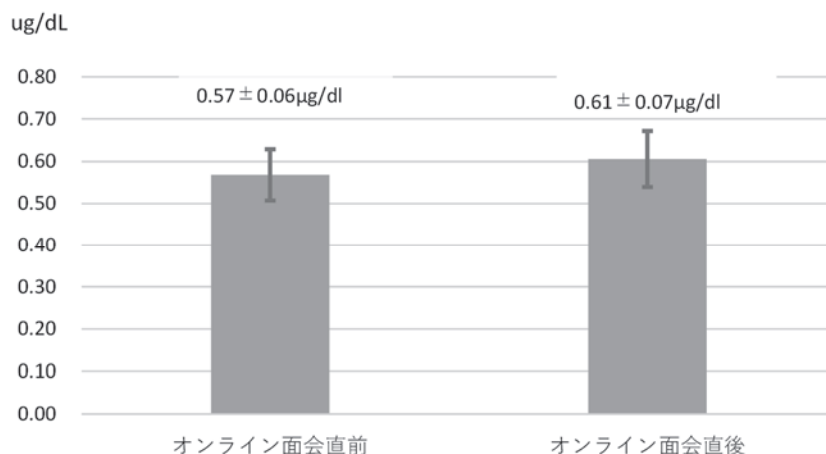


図3 唾液中のコルチゾール値

たことの安心」へと変化していた。面会規制を強いられた家族にとって、「顔」を見て会話をしたことによって「安心」を提供することができたのである。

斎藤⁹⁾は「オープンダイアログ」と呼ばれるケアの手法の中で「表情やしぐさ等の非言語的な要素が重要であり、対面でなければ効果が発揮できない」と述べており、本研究の結果からも、対面によって表情を感じることで安心感に繋がったと言える。

今回、オンライン面会による生体反応の客観的な指標として唾液中のコルチゾール測定を行ったが、有意な結果は得られなかった。ストレスマーカーとしてコルチゾール測定を行ったが、10分間の面会時間では、ストレス緩和には繋がらなかったと考えられる。今後有効な面会時間の検証をしていく必要がある。また、高齢者は分量の唾液を採取できないためサンプル数が十分には集まらなかったことや、コルチゾールの日内変動¹⁰⁾の考慮をしていなかったなど、唾液サンプルの検体採取上の問題も考えられた。

以上のことから、オンライン面会は、表情やしぐさでコミュニケーションできる有用な手段であり、「顔を見て対話することの有用性」が、今回の研究によりあらためて明らかとなった。そして、デジタル機器を活用した非接触型オンライン面会であっても、「会う」ことによって患者や家族の心が安定するのであり、入院中のいろいろな場面で提供していくべきと考える。今後はこの経験をいかし、患者・家族を繋ぐためには、ICTの活用も考慮しながら顔を見て対話できる治療環境を整備し安心して療養できるように整えていきたい。

研究の限界

今回対象者について、面会者に比べ患者数が少なくデータ量に差があり、患者と家族の比較はできておらず、結果の妥当性への影響は否定できない。実践の評価方法については検討が必要である。

謝辞

本研究にご参加いただきました患者さんやご家族の皆様に深謝いたします。なお、本研究は滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター共同研究助成を受けて実施しました。

利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はありません。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 峰宗太郎：ベストを尽くした日本の医療，INFECTION CONTROL, 31 (1), p.4-7, 2022.
- 2) 高濱正和：療養病棟における感染対策，INFECTION CONTROL, 30 (5), p.86, 2021.
- 3) 太田良美：一般病院，INFECTION CONTROL, 31 (1), p.32-35, 2022.
- 4) 高知県看護協会，看護研究学会（1997），入院患者の視点からとらえた面会，2022年2月5日閲覧
file:///C:/Users/Vaio-05/Downloads/K08-040%20(4).pdf.

- 5) Heater, B.S.: Nursing Responsibility in Changing Visiting Restrictions in the Intensive Care Unit. HEART & LUNG, 14 (2), p.181-186, 1985.
- 6) Maslow, A.H.: 小口忠彦訳，人間性の心理学，産業能率大学出版部，p.100-111, 1971.
- 7) 藤田愛：「会えない」状況を踏まえた本人・家族への意思決定支援の変化，看護管理, 31 (2), p.112-118, 2021.
- 8) 谷田由紀子：面会制限が家族の病状認識に与えた影響，看護管理, 31 (2), p.126-128, 2021.
- 9) 斎藤環：開かれた対話と未来，医学書院，p.376, 2019.
- 10) 井澤修平，小川奈美子，原谷隆史：唾液中コルチゾールによるストレス評価と唾液採取手順，労働安全衛生研究, 3 (2), p.119-124, 2010.

◇実践報告◇

身体拘束減少を目的とした看護師勉強会の効果の検証

— 身体拘束数に焦点をあてて —

鈴木さち子¹⁾*

【目的】：身体拘束を減少させることを目的に実施した勉強会の効果について、身体拘束をした事例の数と年齢等の属性、実施した期間、複数の拘束具の同時併用に焦点をあてて明らかにする。

【方法】：A 病棟看護師を対象に、身体拘束の減少を目的とした勉強会を 2 回実施。勉強会実施前後 2 ヶ月間で比較する。検定には χ^2 乗検定および t 検定を用いた。

【倫理的配慮】：秦野赤十字病院倫理審査委員会の承認を受けた。

【結果】：勉強会后身体拘束実施事例患者数は減少した。拘束期間の短縮や拘束の併用事例数は有意差を認めなかった。

【考察】：看護師の知識向上は、身体拘束を減少に導いた。拘束期間の短縮や併用事例の減少が困難だったのは、身体拘束によるせん妄の助長などが推測され、困難な事例に対してはカンファレンスの重点化などが必要である。身体拘束実施事例患者は入院患者平均年齢から 10 歳以上平均年齢が高く、身体拘束による行動制限が筋力低下や強いストレスによる脳機能へ影響を容易に受けやすいことが考えられた。

【キーワード】 看護師勉強会、身体拘束、急性期病院、高齢者、日常生活自立度

I. はじめに

超高齢社会の日本では、65 歳以上の高齢者の 4 人に 1 人が認知症高齢者とその予備軍¹⁾と言われており、認知機能低下のある患者が急性期病院に入院することも多く、治療遂行に伴い身体拘束を行う機会がある。しかし、身体拘束は行動制限が故に合併症を引き起こすリスクがある。全身の筋力低下や興奮・不安等の身体的且つ精神的弊害が考えられる。

A 病棟では、転倒転落防止フローチャートに基づき、複数の看護師によって身体拘束予防カンファレンスを行っている。しかし、複数の身体拘束を併用しているケースや解除に苦慮するケースも多い。身体拘束を選択しなければならない看護師の精神的弊害についての先行研究は多くされており、A 病棟の看護師も例外ではないと感じている。そこで、身体拘束事例の傾向を明らかにし、看護師に向け減少に導くための勉強会を行い行動変容を促す。その結果を身体拘束数から検証することを目的とした。

II. 目 的

身体拘束を減少させることを目的に実施した勉強会の効果について、身体拘束をした事例の数と年齢等の属性、実施した期間、複数の拘束具の同時併用に焦点をあてて明らかにする。

III. 方 法

1. 研究デザイン：関係探索型研究デザイン

2. 用語の操作的定義

身体拘束：患者の生命・身体を保護するため、患者の行動を一時的に制限すること。本研究においては、体幹抑制帯・ミトン手袋・手足の抑制帯・4 点ベッド柵（エアマット使用時外）・ベッド柵固定・車椅子用 Y 字ベルト・介護用寝間着（つなぎ衣）を示す。

3. 研究データおよびデータ収集方法

A 病棟に入院中の患者で研究協力に患者・家族が同意した者のカルテから、年齢、入院期間、要介護認定状況、入院時自立度判定基準、退院時自立度判定基準、身体拘束実施の有

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 秦野赤十字病院

* E-mail：liveinishara@gmail.com

無、実施した場合は期間と拘束具の種類について情報収集した。対象は下記の2つの期間に入院した患者である。

前期調査 20YY年2月～3月(勉強会3ヶ月前から2ヶ月間)

後期調査 20YY年8月～9月(勉強会翌月から2ヶ月間)

翌月から調査を開始したのは勉強会の効果が如実に現れやすい時期であると判断したためである。

4. 分析方法

前期調査と後期調査で収集した情報について比較分析を行った。検定にはExcelを用い、 χ^2 乗検定およびt検定を実施した。

5. A病棟の概要

A病棟は、病床数47床の内科病棟である。内訳は循環器内科25床、腎臓内科6床、内分泌内科5床、内科共通8床である。約半数を循環器内科の患者が占めており主な疾患は虚血性心疾患や心不全である。心臓カテーテル検査やカテーテル治療およびシャント狭窄におけるカテーテル治療等2泊3日程度の短期入院患者も受け入れている。平成29年度の平均在院日数は17.92日であった。

A病棟では入院時に全患者に対し、転倒転落アセスメントフローシートを用い転倒転落の危険度を算出し対策を検討するカンファレンスを実施している。身体拘束の実施や解除する場合は身体拘束予防カンファレンスを複数の看護師にて行っている。身体拘束実施後の継続および中止の評価は毎日とし、身体拘束チェックリストに記載している。

看護師は師長を含め23名、平均看護師通算経験は8.4年である。尚、前期調査と後期調査で看護提供体制等に差異はない。

6. 身体拘束についての勉強会の実施

前期調査期間の3ヶ月後に、A病棟看護師を対象に、身体拘束に関する勉強会を実施。勉強会内容は表にて示す(表1)。前期調査期間の3ヶ月後としたのはこの間、新年度を迎える

時期にあたり、新入職や部署移動による変動が生じる可能性があったためである。勉強会は2回行い、勤務の都合上生じえる参加機会の制限に配慮した。2回とも参加できなかった看護師には個別に勉強会資料を配布した。

IV. 倫理的配慮

本研究に際し、秦野赤十字病院倫理審査委員会で承認を受けた看護研究倫理チェックリストに基づき看護研究を実施した。研究対象病棟であるA病棟は内科病棟であり、入院患者の情報収集にあたり、研究対象施設となるB病院の内科部長へ研究協力依頼文を用いて説明し、文書に内諾の記名を得た。また、B病院の看護部長へ研究計画書を用いて説明し協力同意を口頭にて得た。研究協力者となる患者・家族へは、本研究の主旨および方法について、患者・家族用研究依頼書・同意書、倫理的配慮に関する説明書を用いて研究への協力は自由意思であり、協力を辞退してもいかなる不利益は被らないこと、研究の途中であっても中止・中断できること、本研究の目的以外で使用しないこと、研究結果を公表する際は仮名により匿名性を保つこと、研究の全過程を通してデータを厳重に取扱い、研究成果の公表後に研究者が責任をもってデータを破棄することを説明し、患者もしくは家族の文書による同意が得られた場合のみ情報収集を行った。

V. 結果

1. 前期調査における研究協力者概要

前期調査期間にA病棟に入院した研究協力者121名についての概要をしめす。平均年齢75.9歳(SD±13.7歳)、65歳未満が15.7%であった。平均入院期間17.5日、入院期間が10日未満の患者は55.3%であった。要介護認定未申請は88名であった。入院時日常自立度判定基準ではJが72名、Aが5

表1 勉強会概要

	1回目勉強会	2回目勉強会
日時	20YY年6月	20YY年7月
所要時間	60分	60分
参加人数	9人	7人
平均看護師 経験年数	5.1年	5.3年
事前アンケート	「身体拘束ゼロ構想」についてどう思うか	あなたにとって「ちょっと待って」はどのくらいの時間か
勉強会内容	インシデント・アクシデントに対する考え方の講義	インシデント・アクシデントに対する考え方についての講義の復習
	参加者全員何らかの拘束具を着用し体験する	価値観の違い体験「ちょっと待って」という言葉から感じる時間の違いを共有。30秒～10分まで幅広い結果を得た。
	身体拘束を複数併用している研究協力者1名を取り上げてカンファレンスを実施。患者の言動・行動について共有	1回目と同一の患者の別場面を取り上げ、各看護師の行動、考察の違いを共有
勉強会形式	講義型 体験型 カンファレンス型	講義型 体験型 カンファレンス型

名, B-1 が 3 名, B-2 が 17 名, C-1 が 7 名, C-2 が 17 名であった。退院時の日常生活自立度判定基準が入院時より低下した患者は 20 名 (16.5%) であった。

2. 前期調査における身体拘束実施事例の概要

身体拘束実施事例患者は 35 名, 総入院数の 28.9% にあたり, 平均年齢は 85.57 歳 (SD±7.28 歳)。平均在院日数は 27.43 日。要介護認定未申請は 14 名であった。入院時の日常生活自立度判定基準では J が 2 名, A が 4 名, B-1 は 2 名, B-2 は 12 名, C-1 が 4 名, C-2 が 11 名であった。退院時の日常生活自立度判定基準が入院時より低下した患者は 9 名, 身体拘束実施事例患者の 25.7% にあたる人数であった。平均身体拘束期間は 18.86 日。同時に複数の身体拘束具を併用している事例は 18 名おり, 身体拘束実施事例全体の 51.4% であった。

3. 後期調査における研究協力者概要

後期調査期間に A 病棟に入院した研究協力者は 196 名, 平均年齢 71.1 歳 (SD±16.7 歳), 65 歳未満が 25.0% であった。平均入院日数 12 日, 10 日未満の入院患者は 68.3% であった。要介護認定未申請は 133 名であった。入院時の日常生活自立度判定基準では J が 121 名, A が 26 名, B-1 は 5 名, B-2 は 13 名, C-1 が 11 名, C-2 が 20 名であった。退院時の日常生活自立度判定基準が入院時より低下した患者は 10 名 (5.1%) であった。

4. 後期調査期間における身体拘束実施事例の概要

身体拘束実施事例患者は 13 名, 総入院数の 6.6% にあたり, 平均年齢は 86.38 歳 (SD±10.57 歳), 平均在院日数は 21 日。要介護認定未申請は 2 名であった。入院時の日常生活自立度判定基準では J が 0 名, A が 2 名, B-1 は 1 名, B-2 は 3 名, C-1 が 1 名, C-2 が 6 名であった。退院時の日常生活自立度判定基準が入院時より低下した患者は 2 名であり, 15.4% にあたる人数であった。平均身体拘束期間は 18.77 日, 同時に複数の身体拘束具を使用している事例は 6 名おり, 拘束実施事例全体の 46.1% にあたる人数であった。

5. 前期調査と後期調査の患者属性比較

前期調査と後期調査における研究協力者全体の属性を χ^2 乗検定および t 検定にて統計的に検証した。まず, 年齢平均値は有意差を認め (p<0.05)。入院期間は後期調査のほうが有意に短かった (p<0.01)。要介護認定比率は有意差が無かった。日常生活自立度判定基準の属性比率では有意差をみとめた (p<0.05)。介助の有無に着目し J, A, B-1 と B-2 以下での割合で再度検定を行った結果でも後期調査のほうが介助を必要としない患者の割合が有意に高かった (p<0.05)。

6. 調査期間に入院した研究協力者全体との比較

前期調査と後期調査の協力者数と身体拘束実施事例数について χ^2 乗検定を実施した。勉強会後の身体拘束実施事例数は有意に減少した (p<0.01)。

7. 前期調査と後期調査の身体拘束実施事例患者の属性比較

前期調査と後期調査における身体拘束実施事例患者の属性を χ^2 乗検定および t 検定にて統計的に検証した。まず,

年齢の平均値比較では有意差は無かった。入院期間平均値も有意差はなかった。要介護認定比率も有意差がなかった。日常生活自立度判定基準の属性比率では有意差をみとめた (p<0.05)。しかし介助の有無に着目し J, A, B-1 と B-2 以下での割合で再度検定を行った結果では前後期調査に差はなく, 共に介助を必要とする割合が多いことがわかった。また, 入院時と退院時で日常生活自立度が低下した患者割合は前期調査 25.7%, 後期調査 15.4% であったが統計学的には有意差はみとめられなかった。

身体拘束期間の平均値では, ほぼ同率で変化は見られなかった。ただ事例数の差から検定では正しい結果が得られにくく, 個々の入院期間に対する身体拘束実施期間の割合を算出し比較した。その結果, 入院期間を 100% とした場合, 前期調査では 73.9%, 後期調査では 82.5% にあたる期間身体拘束を実施していることが分かった。

また, 複数の身体拘束具を併用している患者の割合は前後調査期間で有意差はなかった。

VI. 考 察

1. 身体拘束患者数の減少について

看護師への勉強会実施後の調査で, 身体拘束実施の割合は 22.3% 減少し, 検定においても有意差をみとめた。本研究では, A 病棟看護師へ身体拘束についての勉強会を 2 回実施した。勉強会を始める前, 厚生労働省等が掲げている身体拘束ゼロ構想²⁾について感じる率直な意見を出してもらった。「生命危機に関わるから」, 「マンパワー不足」, 「患者の認知機能低下」, 「看護師の責任問題」という意見が多かった。梶原らは, 看護師は身体拘束を行う場面において患者の人権を尊重したいという思いとの間でジレンマを感じている³⁾と述べており, A 病棟看護師も同様にジレンマを感じていた。そのため, 身体拘束ゼロへの勉強会とせず, 患者理解の視点, 身体拘束の知識習得の講義を中心に行った。まず, 同時に複数の身体拘束をしている研究協力者 1 名を例に挙げ, 身体拘束を検討した際の患者の行動や発言について共有した。田畑は, 患者をよく見て, 話を聞いて, 触れることで, その患者が抱える身体的苦痛だけでなく心理・社会的苦痛など, 真のニーズを捉えることができる⁴⁾と述べている。今回取り上げた事例でも肩の疼痛や排泄など場面の前後の患者の言葉や行動が共有でき, 拘束ではない対応方法を話し合うことができた。勉強会後の感想では, 「患者の行動から患者理解につなげたい」「身体拘束について再度考えたい」「知識が不足していた」「身体拘束も他の方法で置き換えることが必要だと思った」等の声があり, 気持ちに変化がみられた。したがって, 勉強会後の身体拘束事例の減少は, 看護師が身体拘束を検討する際, 患者の行動理解を深め, 個性性と多角的な視点を持ち身体拘束問題に取り組むことができた結果ではないかと考える。

2. 身体拘束期間, 併用について

研究対象者の身体拘束期間は, ともに約 18 日であり, 入院

期間に対する拘束期間の割合からも入院期間中ほぼ拘束を実施している患者が多いことが分かる。また、同時に複数の身体拘束具を使用している患者の割合は検定にて有意差を認めず、共に身体拘束実施事例患者の半数程度が併用していることが明らかとなった。身体拘束の弊害について、日向は、高齢者はもともと脳機能の脆弱性や入院による環境変化、多剤併用、感覚遮断や治療のためのベッド上安静指示など、内的・外的要因からせん妄や転倒を起こしやすく、この状況に身体拘束が加わると、さらにせん妄を助長してしまう⁵⁾と述べている。勉強会後も身体拘束期間に有意差が認められなかったことは、一時的なせん妄状態の研究対象者に身体拘束を施行しても、その身体拘束によりせん妄が助長され、身体拘束の早期解除や入院期間の短縮には至らなかったと考えられる。つまり、急性期治療が終了しても治療遂行のための身体拘束を、安全のためという看護師の視点が先行し継続されていたのではないかと。2回目の勉強会で「ちょっと待って」という言葉がさす個々が認識する時間についてのアンケートを元に、待たせる側、待つ側との価値観のずれや個々の認識のずれを共有している。今後は、拘束解除にむけ苦慮するような事例について勉強会やカンファレンスを重点化し、対応を考える必要があると思われる。

3. 日常生活自立度判定基準から

身体拘束実施事例にて退院時の日常生活自立度判定基準が入院時に比べて低下した患者の割合は前期調査期間で25.7%、後期調査期間では15.4%であった。粟生田は、身体拘束による弊害は、機能回復を目的とするリハの領域においては、回復を望めなくなる方向へと患者を導くことになる⁶⁾と述べており、竹澤らは、身体拘束を行うことによって障害がない患者であっても行動が制限され、必然的に日常生活自立度やADLが低下し、床上での生活を余儀なくされる⁷⁾と述べている。患者属性比較にて有意差があるため、複数の要因が考えられるが、行動制限が故の身体拘束が要因のひとつであると推測される。後期調査期間でその割合が低下している要因には身体拘束期間の短縮は認められなかったが、一時的に身体拘束を外す時間を設けるなど、看護師の知識向上による介入の変化の現れであると推測する。

4. 高齢者に対する身体拘束について

身体拘束実施事例患者の平均年齢は前期調査85.57歳、後期調査86.38歳であった。身体拘束実施事例患者の年齢散布図を示す(図1)。散布図からも前後調査期間における年齢分布にほぼ差が無いことがわかる。また、前後調査期間共に同時期のA病棟入院患者平均年齢よりも10歳程度高齢であり、高齢者への身体拘束実施実態が明らかとなった。嶋森は、高齢化が進む一方で、診断・治療技術の革新によって、高齢者でも高度な医療を受けられるようになった。しかし、高齢者が侵襲性の高い高度医療を受ける場合、一時的に認知症状が生じ、危険な行動を起こすことがあり、そのために身体拘束などの行動制限が行われることになる⁸⁾と述べている。した

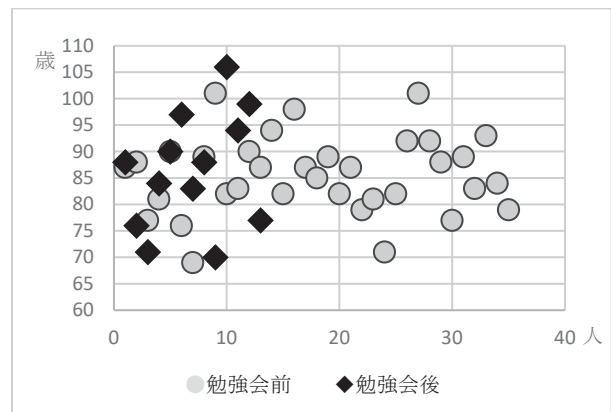


図1 身体拘束実施事例患者の年齢散布図

がって、身体拘束は認知機能低下がみられる高齢者に行われることが多く、高齢化が進む社会において今後は増加していく事が考えられる。一般社団法人日本老年看護学会の立場表明にもあるように、介護施設のみならず、急性期病院を含む全ての医療機関で、身体拘束を当たり前としない医療やケアの提供が必要であると感ずる。

本研究の限界として前期調査期間に入院した患者と後期調査期間に入院した患者の属性に違いがあり、せん妄や認知症診断の有無なども不明であるため、継続した研究が必要である。

VII. 結 論

看護師の知識向上は身体拘束の減少をもたらした。

本論文の一部は、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：「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」、2015年1月27日公表、2023年8月19日閲覧、https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf.
- 厚生労働省、東京都福祉保健局（2001）、「身体拘束ゼロ作戦推進会議」身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わる全ての人に～、2023年8月19日閲覧、<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/doc>
- 梶原美帆、井上美紀、中込彩子：身体拘束解除に対する『看護師の迷い』に関する研究、第43回日本看護学会論文集（看護統合）、p.199-202、2013.
- 田畑亜希子：認知症・高齢者の抑制ゼロを目指すICUでの挑戦、ナーシングビジネス、11、p.21、2019.
- 日向園恵：高齢患者に身体拘束を行わないためのケアの工夫—全国51カ所の地域医療支援病院の看護師を対象にした調査からの考察、看護管理、26（12）、p.1061-1065、2016.
- 粟生田友子：身体拘束をしない看護が何をもちたか、（201）、MB Med Reha、p.57-68、2016.
- 竹澤歩、島林沙織里、植野まりな、他：精神科病棟における身体拘束と褥瘡発生の現状、第47回日本看護学会論文集（精神看護）、p.119-122、2017.
- 嶋森好子：患者の安全のための身体拘束廃止へ看護管理者ができること、看護展望、（12）、p.14-16、2017.

◇実践報告◇

結腸腹腔鏡手術における機能的端々吻合実施時の 共通孔閉鎖前の自動縫合器のアンビルジョー部分の 再生処理の有効性

川上 将¹⁾*

目的：機能的端々吻合後の自動吻合器のアンビルジョー（以下、ジョー）部分の術中再生処理の有効性を検証すること。

方法：ジョー部分の検体採取後、以下の手順で再生処理を実施した。①自動縫合器先端部を生理食塩水でジョーの根元部分まで浸漬振盪②クロルヘキシジンエタノールで20秒間浸漬振盪③10秒間乾燥④滅菌蒸留水で5秒間浸漬振盪を行い、再生処理前後で検体を採取した。大腸菌、*Clostridium difficile*（以下、CD）、*Clostridium perfringens*（以下、CP）を目的菌とした定性判定後、培養同定した。

結果：定性判定では、再生処理前は大腸菌が4例、CDが1例で陽性であった。再生処理後は大腸菌が1例のみ陽性であった。培養同定では、再生処理前は5例全てでそれぞれ複数の菌が確認されたが、再生処理後は2例で菌は確認されず、2例は1種のみ確認であった。

結語：自動縫合器の再生処理は、ジョー部分の菌量を減らすうえで有効であった。

【キーワード】手術部位感染、自動縫合器、機能的端々吻合

I. はじめに

結腸の吻合方法には、手縫いによる吻合と自動縫合器を用いる器械的吻合がある。

自動吻合器を販売する会社は、国内に複数あるが、手術部位感染の発生率を比較した報告はない。

A病院では2017年の結腸における手術部位感染発生率が15.5%であり、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業手術部位感染部門における手術手技別手術部位感染の2017年度発生率11.2%¹⁾を上回っており、手術部位感染予防対策が十分に機能していないことが推測された。そのため原因を追究すべく外科医師と病棟、手術室で会議を持ち手術部位感染対策を再考した結果、手術部位感染バンドルのうち手術室看護師の出来る対策として二重手袋の装着徹底および3時間毎の手袋交換、閉創セットの導入に加え、術中にも自動吻合器の再生処理を実施する必要があることが明らかとなった。

これは結腸手術の吻合方法の一つである器械的吻合を選択する場合、結腸を自動縫合器で切離後、必ず結腸内腔に自動縫合器先端が入る。そのため大腸菌群などの細菌が自動縫合

器先端のカートリッジおよびジョーの約10cm部分に付着する。その後、共通孔の閉鎖に再度同じ自動吻合器を使用する際に腸管外側から自動縫合を行うため、吻合部に細菌等が付着し、手術部位感染の原因となる。先行研究では、腸管閉鎖前に自動吻合器の先端の滅菌ガーゼによる払拭のみの方法と、滅菌ガーゼで払拭した後にクロルヘキシジンで消毒する方法を比較し、その有効性を報告²⁾したものはある。しかし国内外のガイドラインでは、自動吻合器の先端の消毒時に使用が推奨される消毒薬は明記されておらず、ポピドンヨード液やクロルヘキシジン、次亜塩素酸ナトリウムと施設によって使用される消毒薬は様々である。また無消毒の施設もあり、A病院も同様に自動吻合器の先端の術中の消毒は実施していなかった。

II. 目的

A病院において、自動縫合器で機能的端々吻合を実行した場合、術中に再生処理を実施することで、ジョー部分の細菌量を減少させることができるかを検討すること。

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 椋山女学園大学

* E-mail : s-kawakmai@sugiyama-u.ac.jp

Ⅲ. 看護実践

1. 症例

A 病院において、2018 年 1 月から 2018 年 12 月までに施行した腹腔鏡下上行結腸切除術（術中に機能的端々吻合の手技を含む）を受けた 5 例とした。

今回、クロルヘキシジンまたはエタノールにアレルギーのある対象者は外した。なお、本研究では、自動吻合器として ETHICON 社 Powered ECHELON FLEX[®]7 を用いた(図 1)。

2. 術中再生処理

1) 消毒薬の選定

術中に行う手順のため、短時間で洗浄、消毒を実施する必要があり、十分な洗浄に加え、消毒液 1 瓶で自動吻合器先端 10 cm 以上(図 2)を十分に浸漬可能な量で、短時間で一般細菌に効果が得られ、医療安全の面から、着色されており、また希釈を必要としない薬液が望ましいと考えた。その結果、中水準消毒液の中から、上記条件を満たしており、コスト面でも折り合いのつく薄紫色透明 0.5%クロルヘキシジンエタノール 500ml を選択した。

2) ジョー部分の消毒耐用構造の確認

自動吻合器の自動吻合器先端部に関する組成(図 1)は、カートリッジジョー、ジョー、ナイフブレードウインドウ、シャフト部分はステンレス鋼であり、アーティキュレーションジョイントはポリウレタンとアルミニウム合金でできており、組成的には一般的な手術医療器械と同様であり、クロルヘキシジンエタノールの消毒に耐え得る構造になっているものと考えた。さらにジョー部分の消毒耐用構造であること、新しいカートリッジ装着後のカッター作動やステーブル落下等への影響がないことを ETHICON 社へ事前に確認した。

3) 再生処理手順

機能的端々吻合時に結腸管内腔へ入れた自動吻合器を使用後、器械だし看護師が受け取り、不織布を使用し手袋に腸液等の体液が付着しないようにカートリッジを外し、後述する検体採取を実施した。

ジョーの部分にシードスワブ[®]γ1号(以下、スワブ)を回転させながら 2 往復擦式採取。検体は外回り看護師が受け取り、症例番号と再生処理「前」の検体名を記載した。

また同時に外回り看護師は、あらかじめ準備しておいた洗

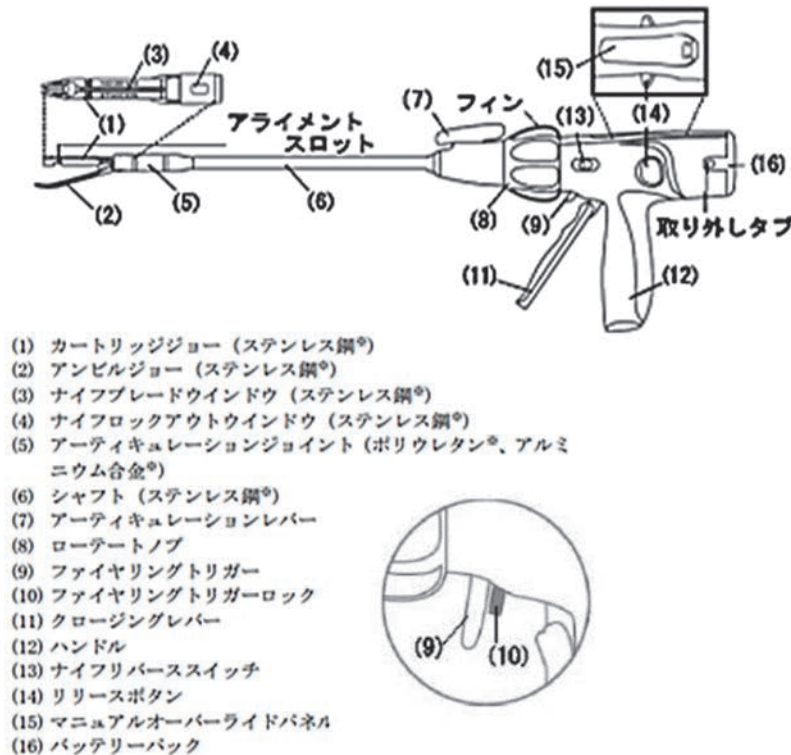


図 1 Powered ECHELON FLEX[®]7 各部名称



図 2 シードスワブを用いた擦式採取とクロルヘキシジンエタノールを用いた浸漬浸透の手順

浄コップ 500ml 用 3 個にそれぞれ生理食塩水 500ml, クロロヘキシジエンタノール 500ml, 滅菌蒸留水 500ml を注ぎ, 器械だし看護師は, 組織, 血液, 体液, 残ったステープラーを落とす目的で, ジョー部分の根元まで生理食塩液 500ml に浸漬し, 5 秒間の浸透洗浄を実施した。次にクロロヘキシジエンタノールにて先端部分の消毒目的でジョーの根元部分まで浸漬し, 20 秒間振盪洗浄を実施した。その後, 10 秒間乾燥させ, 外観上エタノールが揮発していることを確認後, クロロヘキシジエンタノールの成分を除去する目的で, ジョーの根元まで滅菌蒸留水に浸漬し, 5 秒間の浸漬洗浄を実施した (図 2)。

さらに再生処理の時間を統一するために, 器械出し看護師および外回り看護師は, 大画面のタイマーをお互い目視しながら, 決められた時間で遂行できているか確認した。

3. 検体採取

まず機能的端々吻合時に結腸管内腔へ入れた自動縫合器を使用後, 器械だし看護師が受け取り, 不織布を使用し手袋に腸液等の体液が付着しないようにカートリッジを外し, ジョーの部分のスワブを回転させながら 2 往復の擦式採取を実施した。検体は外回り看護師が受け取り, 症例番号と再生処理「前」の検体名を記載した。共通孔閉鎖のカートリッジ装着前に再度, ジョーの部分のスワブで回転させながら 2 往復擦式採取した。同様に検体は外回り看護師が受け取り, 症例番号と再生処理「後」の検体名を記載した。

検体採取後は可及的速やかに A 病院検査科へ輸送し, 4℃で冷蔵保存した。検体の保存及び輸送に関しては, 検体保存輸送培地の菌保存性能に関する基礎的検討³⁾を参考にした。

検体検査に関しては (株) SRL に依頼した。目的菌は *Escherichia coli* (以下, 大腸菌), *Clostridium difficile* (以下, CD), *Clostridium perfringens* (以下, CP) とし, 定性判定と培養同定を実施した。なお, 目的菌が検出されない場合には増菌培養を実施した。

手順は, A 病院細菌検査部の臨床検査技師, 検体提出先である (株) SRL のスタッフと手術室スタッフで検体採取および保存, 検体依頼用紙の記入方法を詳細に確認した。

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 17)。対象者には自由意思の尊重に対する保証および参加を辞退した場合の不利益がないことを説明した。対象者および家族には, あらかじめクロロヘキシジエンタノールの使用に関しても使用目的, 効果, 副作用発生時の対処について説明を行い, 承諾を得た。今回使用する器械および器材で商標登録してある会社へは使用許諾を得た。

V. 結果・成果

目的菌の定性検査の結果, 消毒前の陽性は大腸菌が 4 例, CD が 1 例, CP は 0 例であった。消毒後の陽性は, 大腸菌が 1 例であったが, CD, CP は 0 例であった (表 1)。

培養同定検査の結果 (表 2), 消毒前は 5 例全てで好気性菌・嫌気性菌が同定されたが, 消毒後は減少していた。消毒前後において菌種の変化または菌量が増加した症例はなかった。

VI. 看護実践への示唆

目的菌の定性検査の結果, 消毒前の陽性は大腸菌が 4 例, CD が 1 例, CP は 0 例であった。消毒後の陽性は, 大腸菌が 1 例であったが, CD, CP は 0 例であった (表 1)。

手術の流れを止める時間を最小限にしつつ再生処理を確実にを行うためには, クロロヘキシジエンタノールの殺菌時間は 30 秒とされている⁴⁾。しかしクロロヘキシジン 0.1% 以上の消毒薬では 15 秒⁵⁾, クロロヘキシジエンアルコールでは 15 秒以内の浸漬で殺菌が可能⁶⁾ という報告もあり, クロロヘキシジエンタノールの浸漬振盪時間 20 秒は適切であったと考えられる。

しかし, 鋼製小物ガイドライン⁷⁾で示されているように, 最初の生理食塩水で血液や腸液などの付着物を洗い流せないまま消毒液に浸漬することは器械に付着した有機物を固定して洗浄除去しにくくすることから, 消毒後の大腸菌陽性反応は, 消毒前の生理食塩水での浸漬振盪による洗浄が不十分であった可能性が考えられる。

CD に関しては 5 例中 1 例に陽性が認められた。しかし消毒後に陽性は認められなかった。CD は芽胞形成菌であり, クロロヘキシジエンタノールは無効とされている⁷⁾。消毒後に CD が認められなかった理由は, 生理食塩水, クロロヘキシジエンタノール, 滅菌蒸留水での浸漬振盪中の菌の落下が推測され, 消毒前後の洗浄も有効であったと考える。

さらにクロロヘキシジエンタノールにはエタノールを含有しているため, 電気メス等による引火の可能性を否定できない。その対策として, 10 秒の乾燥を実施した。加えてクロロヘキシ

表 1 再生処理前後の目的菌

患者	目的菌	前	後
a	大腸菌	(+)	(+)
	CD	(-)	(-)
	CP	(-)	(-)
b	大腸菌	(+)	(-)
	CD	(-)	(-)
	CP	(-)	(-)
c	大腸菌	(-)	(-)
	CD	(+)	(-)
	CP	(-)	(-)
d	大腸菌	(+)	(-)
	CD	(-)	(-)
	CP	(-)	(-)
e	大腸菌	(+)	(-)
	CD	(-)	(-)
	CP	(-)	(-)

表2 再生処理前後の培養同定

患者	再生処理前	再生処理後
a	Escherichia coli	少数
	Aeromonas hydrophila	少数
	Bacteroides fragilis group*	少数
	偏性嫌気性グラム陰性桿菌*	少数
b	Escherichia coli	1+
	Streptococcus sp.	少数
	Klebsiella pneumoniae	少数
	Bacteroides fragilis group*	少数
	偏性嫌気性グラム陰性桿菌*	少数
c	Enterobacter cloacae	1+
	Citrobacter freundii	少数
	Enterococcus sp.	少数
	Bacteroides fragilis group*	1+
	Peptostreptococcus sp.*	1+
	Clostridium difficile*	少数
	Clostridium sp.*	少数
	偏性嫌気性無芽胞グラム陽性桿菌*	少数
d	Klebsiella oxytoca	1+
	Streptococcus sp.	1+
	Escherichia coli	少数
	Bacteroides fragilis group*	1+
	Peptostreptococcus sp.*	少数
	偏性嫌気性グラム陰性桿菌*	少数
e	Escherichia coli	少数
	Bacteroides fragilis group*	少数

*:嫌気性菌

ジンの特徴である粘膜への使用禁忌⁸⁾も考慮し、A病院外科医および薬剤師、クロルヘキシジンエタノール製造会社等の意見を踏まえ、滅菌蒸留水による浸漬振盪をおこなうことで、自動縫合器の先端部にクロルヘキシジンエタノールが万が一残留していたとしても十分な希釈と除去がなされていると考えた。

器械出し看護師は生理食塩水、クロルヘキシジンエタノール、滅菌蒸留水と3種類の浸漬振盪を行うことになり、再生処理への負担が大きくなった可能性は否めないが、手術部位感染防止のために医師の協力も得られたことも細菌量減少に寄与したと考えられる。

この再生処理方法は、細菌量を減らすことができるため、今後の活用をS状結腸や直腸と幅を広げていけるように消化器外科医や手術室スタッフと話し合いを重ね、手術部位感染の減少に取り組んでいきたい。

本論文の要旨は、第33回日本手術看護学会年次大会(2019年、岡山)で発表した。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業手術部位感染部門 JANIS 年報 (2017), 2022年9月2日閲覧,

<https://janis.mhlw.go.jp/report/手術部位感染.html>.

- 2) 小林省吾, 亀山雅男, 村田幸平, 他: 大腸手術の器械吻合時における術中自動縫合器消毒の試み, 日消外会誌, 34(9), p.1475-1479, 2001.
- 3) 佐野和三, 西山宏幸, 青木信子, 他: 検体保存輸送用培地の菌保存性能に関する基礎的検討, 臨床と微生物, 30(4), p.417-422, 2003.
- 4) 医療用医薬品ヒビテン (2022), 2022年8月14日閲覧, http://www.kegg.jp/medicus-bin/japic_med?japic_code=00001038.
- 5) 菅紀子, 富樫紀子, 前島裕子, 他: コアグラウゼ-エンテロトキシン型別で分類したMRSAに対する各種消毒剤の殺菌効果, 病院薬学, 21(2), p.132-138, 1995.
- 6) 武智誠, 門田稔, 熊本良悟, 他: アルコール製剤消毒液の殺菌効果の検討, 日本手術医学会誌, 3(1), p.31-34, 1982.
- 7) 小林寛伊, 永井勲, 大久保憲, 他: 鋼製小物の洗浄ガイドライン 2004 I. 使用済み鋼製小物の一次洗浄/消毒廃止に向けて, 病院サプライ, 9(1), p.32-35, 2004.
- 8) 医療用医薬品0.5%ヘキサックアルコール (2019), 2023年8月14日閲覧, <https://www.yoshida-pharm.co.jp/files/pamphlet/30.pdf>.

◇実践報告◇

褥瘡予防のポジショニング演習における
看護大学生の学び

— 問題解決思考を促す教授方法の工夫 —

宮永葵子¹⁾*, 坂井恵子¹⁾

【目的】:「褥瘡予防のポジショニング演習」を受講する学生を対象に、問題解決思考を促す教授方法を導入し、到達目標に沿った学びが得られているか、副次的効果は何かを明らかにすることである。

【方法】:看護学部1年生76名を対象に演習を実施した。演習構成は、1. 褥瘡に関する説明とデモンストレーション
2. 課題学習 グループに分け、「褥瘡を有する患者に対し、新たな褥瘡発生を防ぐためのポジショニングとは」についての体験・ディスカッション
3. シート型体圧測定器を用いた発表、の3部とした。演習終了後に記載した感想の内容を質的に分析した。

【結果】:副次的効果として、【褥瘡ケアや看護に関する学習意欲の高まり】【看護師の責任の実感】【患者の心身への負担、辛さ・安楽さの実感】【患者にとって安全・安楽を配慮したポジショニングを行うことの必要性の実感】【思考と実践を関連づけることの面白さの実感】など12のカテゴリーが示された。

【キーワード】 問題解決思考, 褥瘡予防, ポジショニング, 看護大学生

I. はじめに

褥瘡は疼痛や感染を引き起こし、著しく患者の Quality of Life を低下させる要因となる。褥瘡は、「一定時間持続する組織への圧迫とずれ力により生じる¹⁾」と定義されており、褥瘡を予防するためには身体に加わる圧力である体圧とずれ力をコントロールする必要がある。この体圧をコントロールする看護技術には、体位変換、ポジショニング、背抜きがある。体位変換技術は看護の基本的技術として古くから教授されていたが、2002年褥瘡対策未実施減算制度が導入されて以降、臨床を中心に教育が進み現在では看護基礎教育の教科書にも褥瘡予防のポジショニングが掲載されるようになった。

A 大学では1年前期の基礎看護学技術論Iの「安全・安楽確保の技術」の単元において、「褥瘡予防のポジショニング」を教授している。学生は臨床患者をほとんど見たことがなく、臥床患者の状況理解や褥瘡好発部位と体圧との関係をイメージすることができないため、視覚化教材を用い褥瘡好発部位の体圧をリアルタイムに視覚化し、学生に示す授業を行ってきた。その結果、褥瘡予防ケアのみならず、【学習意欲や役割

意識】、【他者との関係性の気づき】などの多様な学びがあり看護学の初学者において、その後の学修姿勢が養われていることが明らかとなった²⁾。そこで、高まった学習意欲をさらに深化させる次の取り組みとして、教授方法の検討を行った。

医療提供体制の多様化が進む中で、看護者には、様々な場面で人々の身体状況を観察・判断し、状況に応じた適切な対応ができる看護実践能力が求められている。こうした能力を培うために、根拠に基づいた課題対応能力の育成が推奨されている³⁾。未知の課題に対して情報を収集し、倫理的・道徳的な判断および科学的根拠の選択によって課題解決に向けた対応をするには、問題解決思考を促す必要がある。看護基礎教育において、看護過程の展開技術やシミュレーション教育などで問題解決思考を促す教授方法がとられている^{4,5)}。著者が担当する「褥瘡予防のポジショニング演習」においても、これまでの実施を主とした演習に加え、課題を解決するためのディスカッションや学びの内容を共有する機会を設けることで、学生に問題解決思考を促すことができるのではないかと考えた。

受付日: 2022年5月16日 / 受理日: 2023年9月12日

1) 金沢医科大学

* E-mail: aiko3000@kanazawa-med.ac.jp

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、「褥瘡予防のポジショニング演習」を受講する看護大学生を対象に、問題解決思考を促す教授方法を導入し、到達目標に沿った学びが得られているか、その他の副次的効果は何かを明らかにすることである。本研究により、現行の演習に問題解決思考を促す教授方法導入の効果が明らかとなれば、他の看護技術教育を行う上での一資料となる。

Ⅲ. 看護実践

授業内容と構成

1. 「褥瘡予防のポジショニング演習」の内容

対象：A 大学看護学部1年生 76名

時期：2018年5月末

状況：基礎看護学技術論Ⅰ（1単位、30時間、必須、演習科目）の単元「褥瘡予防と予防のポジショニング」の演習として90分。

レディネス：演習実施時には看護系科目では看護学概論の一部、演習ではコミュニケーション技術を終了している。また、5月に臨地実習として病院の構造と機能の見学、看護師の行動のシャドーイング、入院患者の思いを聞く体験を終了している。

2. 本演習（90分）の到達目標

- 1) 褥瘡発生要因・機序が述べられる。
- 2) 仰臥位、側臥位、座位の体位による圧迫部位と圧分布の違いを説明できる。
- 3) 体位変換による体圧の変化を知ることにより、体圧管理の重要性が述べられる。
- 4) 褥瘡を予防するためのポジショニング方法が考えられる。

3. 「褥瘡予防のポジショニング演習」の演習展開

演習を以下の3つの構成で実施した（表1）。学習心理学者のGagne, R.M.が提唱する9教授事象⁶⁾や松井らの論文⁷⁾を参考に、第1段階は前提知識の想起と新しい知識の提示、第2段階は課題提示、体験とディスカッション、第3段階は発表による共有とフィードバック、を意識し演習設計した。問題解決思考を促す教授方法としては、第2段階、第3段階を設定した。教材は、体圧値を数値化・視覚化することができるよう、体圧分散測定システムと携帯型接触圧力測定器を選択した。

4. 使用機器

- 1) 体圧分散測定システム BPMS (Body Pressure Measurement System) (HUGE-MAT: ニッタ株式会社, 大阪) (図-a)

この測定器はセンサで感知した圧力を電気抵抗値に変換し、分布と色で示される。本授業ではこの画面をスクリーンに表示した。

- 2) 携帯型接触圧力測定器 (Palm Q[®]: ケーブ株式会社, 神奈川県) (図-b)

10cm×10cmのセンサーパッドに5つのポイントが配置され、各ポイントに加わる圧力が液晶画面にリアルタイムに表示され測定できる。

研究方法

1. 対象者

2022年度「褥瘡予防のポジショニング演習」を受講したA大学看護学部1年生76名。

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. 調査実施日・方法・内容

調査実施日は201X年5月

調査方法は、演習終了直後に無記名自記式調査用紙を配布し、対象者の属性として、年齢と性別を、調査内容として「この演習でわかったこと、感想」について自由記載で回答を求めた。

4. 分析方法

学生が記載した感想内容の分析作業を行った。データ分析の視点を、本授業における学びと感想とし、文節を理解可能な最小単位として取り出してコード化した。第1著者と第2著者でコードの類似性と差異性を検討し、共通する意味を持つもの同士をサブカテゴリーとして集め、さらにカテゴリーとして統合した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号I178）。対象者に研究の目的と方法を口頭で説明し、無記名の調査用紙の提出をもって研究への参加の同意とした。調査用紙の回収は演習を行う実習室の外に設置したボックスを使用し、研究者の目に触れないようにした。調査への参加は学生の自由意思であること、参加の有無は成績評価に影響しないことを保証した。記載内容が成績評価に影響しないようにするために分析作業は本科目の成績評価終了後、実施した。調査用紙は、研究者以外が閲覧することがないように厳重に管理した。また、一部の対象者には、写真データを使用することの承諾を得た。

Ⅴ. 結果・成果



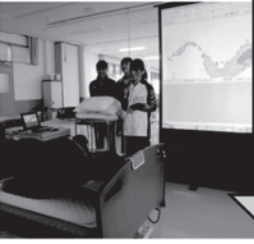
1. 対象者の背景

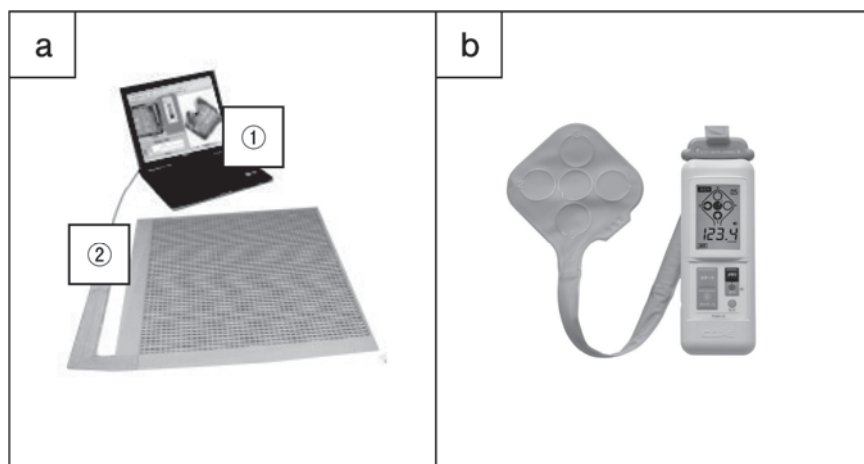
調査用紙を1年次生76名に配布し、回収数は75枚（回収率99%）であった。年齢18～20歳、性別は女性71名、男性4名であった。

2. カテゴリーと内容

データ分析の結果、本演習を受講した学生の学びとして、12個のカテゴリー（以下、【 】で示す）、【褥瘡の理解】、【褥瘡好発部位と体圧の関係の理解と実感】、【褥瘡予防の必要性の実感】、【体圧分散の意義の理解と実感】、【ポジショニング方法や褥瘡予防用具の活用と関心】、【褥瘡予防ケアや看護に関する学習意欲の高まり】、【看護師の責任の実感】、【患

表1 「褥瘡予防のポジショニング演習」の演習展開

時間／演習風景	指導内容	指導方法
30分 	【第1段階】 ① 褥瘡発生要因と褥瘡予防ケアの理論 ② シート型体圧測定器による褥瘡好発部位と体圧値の視覚化	① パワーポイント、手元資料により教員が講義形式で説明 ② シート型体圧測定器を用い、教員が仰臥位・側臥位・座位になった時の体圧分布をデモンストレーション形式で提示
30分  問題解決思考を促す教授方法	【第2段階】 ③ 褥瘡予防のためのポジショニング方法を考案 課題「褥瘡好発部位に既に褥瘡のある患者に対し、新たな褥瘡発生を防ぐためにはどのようなポジショニングをとればよいか」	③ 学生76名を6人/グループに分ける。希望するグループにクッション、簡易体圧測定器を配布する。「どのようなポジショニングをとれば、既にある褥瘡（第1段階の講義をふまえ学生たちが褥瘡部位を決める）を悪化させずに新たな褥瘡を予防することができるか」と発問し、グループごとに体験・討議
30分 	【第3段階】 ④ 発表	④ 各グループで考えたポジショニングをシート型体圧測定器を用いて発表し、体圧値を下げられたポジショニングと教員が提示するポジショニングを代表学生に体験させ、体圧の軽減と安楽さを体感してもらう。
終了後	調査用紙記入	本時の学び・感想を記入



<https://www.nitta.co.jp/product/sensor/bpms/> 2023年2月13日

<https://www.cape.co.jp/products/pdt017> 2023年2月13日

図 ポジショニングを考えるために使用した教材

者の心身への負担、辛さ・安楽さの実感】、【患者にとって安全・安楽を配慮したポジショニングを行うことの必要性の実感】、【思考と実践を関連づけることの面白さの実感】、【主体

的授業参加に関する楽しさの実感】、【悪化予防と発生予防の複合課題取り組みの難しさの実感】が抽出された。各カテゴリーのサブカテゴリーと合わせ、表2に示す。

Ⅵ. 看護実践への示唆

考察

1. 到達目標との関連からみた演習方法の妥当性

前述の本演習の4つの到達目標と学生の学びを比較すると、

【褥瘡の理解】、【褥瘡好発部位と体圧の関係の理解と実感】、【褥瘡予防の必要性の実感】、【体圧分散の意義の理解と実感】、【ポジショニング方法や褥瘡予防用具活用の理解と関心】が得られていたため、演習自体の到達目標の設定や教授方法は妥当であったと考えられた。

表2 問題解決思考を促す教授方法を用いた「褥瘡予防のポジショニング演習」の学生の学び

カテゴリー	サブカテゴリー
褥瘡の理解	圧迫やずれが褥瘡の原因とわかった
	褥瘡発生機序の理解
褥瘡好発部位と体圧の関係の理解と実感	体位による体圧の違いがわかった
	シート型体圧測定器使用による圧迫と負担の理解
	患者体験による身体圧迫感の実感
褥瘡予防の必要性の実感	褥瘡は予防できることがわかった
	褥瘡予防の必要性の理解
体圧分散の意義の理解と実感	体圧分散方法の理解
	体圧分散の必要性の理解
	体位変換の重要性の実感
ポジショニング方法の工夫と褥瘡予防用具活用による学び	ポジショニングと根拠の重要性の理解
	褥瘡部位を避けたクッションの当て方の実感
	患者に適した枕の種類、素材選びで安楽性を追及する
	褥瘡予防用具への関心
	褥瘡予防用具活用による学び
褥瘡予防ケアや看護に関する学習意欲の高まり	褥瘡ケアの必要性の理解
	褥瘡の看護技術への学習意欲
	学習意欲の高まり
看護師の責任の実感	褥瘡予防における看護師の責任の認識
	看護師の技術は基本の積み上げが大事であることに気づく
	何気なく行われている看護に意味があることに気づく
	先を見通してケアすることの重要性の理解
	患者の負担を減らすための看護への希求
患者の心身への負担、辛さ・安楽さの実感	患者の身体の負担や辛さを実感
	患者の立場に立つことの必要性を実感
	患者体験をしてわかること、わからないことの気づき
	個別性に合わせた褥瘡予防の難しさの実感
患者にとって安全・安楽を配慮したポジショニングを行うことの必要性の実感	患者にとって安楽なポジショニングの必要性の実感
	患者の苦痛に配慮したポジショニングの必要性を実感した
	患者の苦痛を軽減するポジショニングと褥瘡発生予防を同時に考えた
思考と実践を関連づけることの面白さの実感	しっかりと思考し実践することの重要性に気づいた
	思考したことを実践でき理解しやすかった
	他者の実践が見られて参考になった
主体的授業参加に関する楽しさの実感	主体的に取り組む授業形態で理解しやすかった
	試行錯誤したことで、印象に残り楽しかった
	思考と実践のギャップに気づいた
悪化予防と発生予防の複合課題取り組みの難しさの実感	褥瘡予防に正解がないことに気づいた
	体位変換、ポジショニング技術の難しさの実感
	悪化予防と発生予防を考えることの難しさを実感

2. 問題解決思考を促す教授方法を用いた副次的効果について

1) 患者体験からの学び

今回、学生の問題解決思考を促すために、段階的に情報を提示し、体験とディスカッションを行った学生の学びとして、【患者の心身への負担、辛さ・安楽さの実感】、【患者の安全・安楽を配慮したポジショニングを行うことの必要性の実感】の категорияが示された。全員が患者体験をしたわけではなかったが、患者役をしている学生からタイムリーにフィードバックがあったことで、患者体験から感じたことがグループ間で共有され、効果的に振り返りができていたことから、学生の乏しい生活体験を補える機会となったのではないかと考えられた。

2) 主体的・実践的授業参加による学び

本演習は、グループワーク・ディスカッションや学生たちが実演できるように工夫した。学生からは、【主体的授業参加に関する楽しさの実感】が示され、問題解決思考を促す教授方法の導入に好印象であったことが伺える。また、実際に学生自身の体圧値を測定し、体圧分布を視覚化したことにより、ポジショニングを工夫するとどのように体圧値や分布が変化し、患者がどのように体感するかを一連の流れとして学ぶことができ、【思考と実践を関連づけることの面白さの実感】に繋がったのではないかと考えられた。以上から、本演習において学生が主体的に学び、根拠に基づいた思考が促され、問題解決思考の育成に繋がったのではないかと考えられた。

3) 複合課題による学び

1 年次生への課題として褥瘡悪化予防と発生予防の複合課題は困難であると推測していたが、学生の記述からは、【悪化予防と発生予防の複合課題取り組みの難しさの実感】が示された。学生は困難な課題に直面しながらも、グループ員と協同しながら試行錯誤し、自分たちなりの解決策を導き出したことから、【思考と実践を関連づけることの面白さの実感】、【主体的授業参加に関する楽しさの実感】へと繋がったのではないかと考えられた。Keller, J. M.⁸⁾ は、学習者が課題をうまく完了し、それが期待通りの成果を生んだ場合、将来の成功への期待感が高まるという効果を持つことを示している。学生から、【褥瘡予防ケアや看護に関する学習意欲の高まり】が示されており、困難な課題に取り組んだことが、さらなる学習意欲へ繋がった可能性があるのではないかと考えられた。

3. 本研究の限界と課題

今回調査したデータは、問題解決思考を促す教授方法を導入した後のみである。よって、1 年次に本演習を受けた学生が、その後臨地実習においてどのように褥瘡予防の看護に活かせるか、経時的学習効果について、今後明らかにしていきたい。

結論

看護学部 1 年次生を対象に「褥瘡予防のポジショニング演習」に導入した問題解決思考を促す教授方法の効果について明らかにするために、演習終了後に学生が記載した感想につ

いて質的に分析を行い、38 のサブカテゴリーからなる 12 のカテゴリーが示された。

1. 到達目標に沿った学びが得られたかについては、目標到達を示す 5 つのカテゴリーが該当し、目標に沿った学びができていた。
2. 到達目標以外の副次的効果については 7 つのカテゴリーが該当し、患者体験、主体的な授業参加、困難な課題への取り組み、根拠に基づいて思考したこと、による様々な学びが得られたことが示唆された。

謝辞

本研究にご協力頂きました看護学生の皆様に心より感謝いたします。

本論文の内容の一部は、第 6 回看護理工学会学術集会にて発表した。

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) 日本褥瘡学会編集：褥瘡ガイドブック（第 2 版）、照林社、p.8, 2015.
- 2) 松井優子、坂井恵子：看護大学生における褥瘡好発部位の体圧分布とずれをリアルタイムに視覚化する授業の学習効果、日本看護学教育学会誌、25 (2), p.65-73, 2015.
- 3) 文部科学省：看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～、2018 年 9 月 25 日、https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf.
- 4) 池口佳子、高田幸江：ターミナル期にある患者のその人らしさを支える看護を実践するための教育的試み 看護過程を用いた問題解決思考から、リフレクションへ、聖路加国際大学紀要、2, p.37-41, 2016.
- 5) 松澤明美、白木裕子、眞崎由香：看護基礎教育課程における小児看護学シミュレーション演習 地域の母親が模擬患者として参加する演習プログラム開発プロセス、茨城キリスト教大学看護学部紀要、12 (1), p.41-48, 2021.
- 6) Robert M. Gagné, Walter W. Wager, Katharine C. Golas, et. Al.: Principle of Instructional Design, 2004, 鈴木克明、岩崎信監訳、インストラクショナルデザインの原理、北大路書房、p.221, 2007.
- 7) 前掲書 2), p.65-73.
- 8) John M. Keller: Motivational Design for Learning and Performance, 2010, 鈴木克明監訳、学習意欲をデザインする ARCS モデルによるインストラクショナルデザイン、北大路書房、p.7, 2010.

◇実践報告◇

小児転倒・転落アセスメントツールとビデオスライドによる看護師と付添い者の意識の変化

永岡美穂^{1)*}, 高比良洋子¹⁾, 末田博子¹⁾, 曾田由美¹⁾

【目的】：成人と小児の混合病棟である B 病棟では，小児の転倒転落件数が年間平均 10 件だった。小児の転倒転落リスクアセスメントツール（C-FRAT）の活用とビデオスライドの視聴で，転倒・転落防止に対する意識が向上するか検討した。

【看護実践】：B 病棟の看護師と児の付添い者に対し C-FRAT の活用とビデオスライドの視聴を行い，介入前後に転倒転落に関する質問調査を行った。

【結果】：看護師の介入前後の比較では 35 項目中 6 項目が有意に上昇した。付添い者の介入前後の比較では有意差はなかった。

【考察】：看護師に対してビデオスライドを使用することで転倒転落を具体的にイメージすることができ，C-FRAT の活用でアセスメントのタイミングが明確になり意識が高まった。付添い者は，入院後すぐの説明では関心が児に向いているため，十分に説明が理解できない可能性があり，子どもの状態にあった適切な時期に説明を行い，理解を深める必要がある。

【キーワード】 小児，転倒転落，アセスメントツール，C-FRAT

I. はじめに

成人と小児の混合病棟である B 病棟では，小児の入院患者は年間 870 名である。病棟内での小児の転倒・転落件数は，平成 29 年度は 11 件，平成 30 年度は 11 件，令和 1 年度は 10 件だった。転倒・転落の原因は，子どもの病状が軽快し活発になったことや，子どもの予測不能な行動による偶発的な事故である。また，ベッド柵を上げ忘れ子どものそばを離れた等の付添い者の不注意によるものも多く，転倒・転落予防に対する認識の低さも考えられる。入院時のオリエンテーションで，付添い者にサークルベッド使用中は，ベッド柵を必ず上まで上げておくよう説明をしている。しかし付添い者が，転倒・転落予防に対する対策を十分に理解出来ているかを看護師が確認するには至っておらず，付添い者の状況も含めた個々のリスクを把握できていないことが多い。これまでは，成人と同一の転倒・転落アセスメントツールを使用していたが，同一のアセスメントツールでは，小児に該当しない項目

等があり，判定結果と実際の子どもの危険度が一致せず有効性が疑問視されていた。山下らは「医療事故防止の取り組みは患者の危険度を把握し，様々な側面から捉え，看護師一人一人が危険予測をしながら看護を行い，リスク感性を向上させることが重要である」¹⁾と述べている。藤田らは「転倒・転落アセスメントツールは，患者の転倒・転落の危険性（リスク）が，どの程度であるか数値化して危険性の状態を客観的に評価（アセスメント）できる方法（ツール）」²⁾と述べている。藤田氏が作成した子ども用転倒・転落リスクアセスメントツール：C-FRAT（Child Falls Risk Assessment Tool）（以後 C-FRAT）は，小児に特化した転倒・転落アセスメントツールである³⁾。今回 C-FRAT を使用することで，小児の転倒・転落リスクが，どの程度あるのかをより具体的に把握でき，それに基づいたカンファレンスを行うことで，スタッフの転倒・転落防止への対応を標準化し，転倒・転落防止に対する意識の向上を図ることができると考える。また，付添い者は，看護師と共に定期的に C-FRAT の評価を行うこと

受付日：2022 年 5 月 16 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail：kango@simo.saiseikai.or.jp

と、転倒・転落防止に関するビデオスライドを使用することで、転倒・転落がよりリアルに感じられることで、付添い者と看護師の転倒・転落に対する意識の向上へ繋がることを期待した。それにより、患者個々のリスクを把握することで、転倒・転落件数が減少すると考えた。

Ⅱ. 目 的

C-FRAT とビデオスライドを用いて看護師と付添い者の転倒・転落防止に対する意識の向上を図ることが可能か否かを検討する。看護師と付添い者の意識が向上することで、転倒・転落件数の減少に繋がることが期待される。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究期間

2020年1月～2020年11月

2. 対象

B病棟に勤務する看護師20名（B病棟経験年数 6.0 ± 4.5 ）、及びB病棟に入院した小児（9歳以下）の付添い者49名（介入前21名、介入後28名）。

3. 研究方法

1) 看護師と付添い者に転倒・転落に関する質問紙調査を実施した。

(1) 看護師への転倒・転落に関する質問紙調査について

藤田らの入院時転倒・転落防止対策（デルファイ法による検討）を参考にし、看護師が実施すべきと考えられることに対する35項目の「看護師用小児転倒・転落に関する」質問紙を独自に作成した。内容は、【小児について】に関すること7項目、【家族について】に関すること10項目、【転倒・転落リスクアセスメントのタイミングについて】に関すること9項目、【環境に対しての対策】に関すること5項目、【病棟全体について】に関すること4項目とした。評価方法は5段階リッカート尺度（5：常にしている、4：している、3：どちらでもない、2：していない、1：まったくしていない）とした。「看護師用小児転倒・転落に関する」質問紙調査を看護師に行い、病棟に質問紙調査回収箱を設置した（以後介入前）。

(2) 付添い者への転倒・転落に関する質問紙調査について

付添い者に対して7項目の「付添い者用小児転倒・転落に関する」質問紙を独自に作成した。内容は、「オリエンテーションの内容は理解できましたか」「説明時期は適切でしたか」「説明時間は適切でしたか」「オリエンテーション後にお子様の転倒やベッドからの転落に気をつけようと思いましたが」「オリエンテーション後にお子様の転倒やベッドからの転落に危機感を感じましたか」「お子様から目を離すときにベッド柵を常に上まで上げていましたか」「付添い交代時には交代するご家族にベッド柵の上げ下ろし等の説明を行いましたか」とした。評価方法は3段階、質問紙は無記名選択式とし、退院時に質問紙と同意書を付添い者へ渡し、スタッフルームのカウンターに質問紙調査回収箱を設置した（以後介入前）。

2) C-FRAT とビデオスライドの使用方法について

C-FRAT は、危険因子の該当の有無を付添い者と看護師が行い、転倒・転落リスクの判定を入院時、入院3日目、入院1週間ごと、また点滴抜去時や手術直後等に評価を行っているものである。C-FRAT を使用するにあたり、作成者である藤田氏に使用許諾を得た。介入前質問紙期間終了後に、看護師にC-FRATの活用方法を説明した。

小児転倒・転落防止を注意喚起するビデオスライドを独自に作成し看護師にビデオスライドの視聴を実施した。内容は、ベッド柵が下がっていることによる転落の危険性を中心とした約3分間の動画である。

入院時に付添い者に、ビデオスライドの視聴と看護師と共にC-FRATを実施した。その後、看護師と付添い者に介入前と同様の質問紙調査を用いて、質問紙調査を実施した（以後介入後）。

4. データの分析方法

看護師に行った介入前後の質問紙調査結果を、項目別にExcel統計（2016）を用いてウィルコクソンの符号順位和検定で分析した。付添い者に行った介入前後の質問紙調査を項目別にExcel統計（2016）を用いてカイ二乗検定で分析した。有意水準5%である。

Ⅳ. 倫理的配慮

所属施設の倫理委員会の承諾を得ている。対象者へ研究目的及び方法、参加は自由意志であること、研究への協力の有無により不利益を生じないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守ることを文章で説明し、サインを得ることで同意を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 看護師に行った質問紙調査の結果では、介入前に比べ介入後では、【小児について】の項目で7項目中、「小児ヘスリッパや、スリッパではなく、靴を履くように説明していますか」の1項目、【家族について】の項目10項目中、「ベッド内の整理整頓をするように説明していますか」の1項目が有意に上昇した（ $p < 0.05$ ）。【転倒・転落リスクアセスメントのタイミングについて】の項目で9項目中、「入院2日目にしていますか」「点滴抜去時にしていますか」の2項目が有意に上昇した（ $p < 0.05$ ）。【病棟全体について】の項目では有意差はみられなかった（表1）。
2. 付添い者の質問紙調査の回収は介入前が21名、介入後が28名だった。「オリエンテーションの内容は理解できましたか」に関しては、「理解できた」は介入前21名、介入後28名とともに100%だった。「説明時期は適切でしたか」に関しては、介入前は「適切」95%（20名）、「早い」5%（1名）、「遅い」0%（0名）だった。介入後は「適切」96%（27名）、「早い」4%（1名）、「遅い」0%（0名）だった。「説

表1 介入前後の看護師用小児転倒・転落に関する質問用紙の中央値の比較 n=20

質問項目		前	後	有意差
I. 小児 について	1 転倒・転落のリスクアセスメントをして、小児が歩く時は付き添っていますか	4.2	4.4	ns
	2 転倒・転落のリスクアセスメントをして、小児がトイレに行く際は、ナースコールで呼ぶように説明していますか	4.2	4.4	ns
	3 転倒・転落リスクをアセスメントして、小児の情報共有をするために口頭で申し送りをし、皆で注意して見守っていますか	4.2	4.3	ns
	4 適切なベッドを選択していますか	4.8	4.9	ns
	5 転倒・転落のリスクをアセスメントして、小児の情報共有をするためにカルテに表示し、皆で注意し守っていますか	3.9	3.9	ns
	6 転倒・転落のリスクをアセスメントして、小児へは頻りに訪室していますか	3.8	4	ns
	7 小児へスリッパや、スリッパではなく、靴を履くように説明していますか	3.6	4.2	*
II. 家族 について	1 ベッドから離れる際は柵を1番上まで上げるように説明していますか	5	4.9	ns
	2 ベッド柵を下げている時は、子供から目を離さないように説明していますか	4.9	4.9	ns
	3 鎮痛剤、睡眠剤を使用してから覚醒後は一人で歩かせないように説明していますか	4.5	4.8	ns
	4 付き添い者が交代した時は、ベッド柵の取り扱いを再度説明していますか	4.2	4.4	ns
	5 ベッド内の整理整頓をするように説明していますか	3.2	3.9	*
	6 転倒・転落の危険がある場合は、ナースコールを押すように説明していますか	4.5	4.6	ns
	7 家族に入院時オリエンテーションに参加してもらっていますか(ベッド柵を上げるなど実際にしてもらっていますか)	4.7	4.7	ns
	8 付き添い者が交代した時は、転倒・転落防止について家族間で申し送りをするように説明していますか	4.1	4.4	ns
	9 ベッド柵の使用に関する入院時オリエンテーションをしていますか	4.9	4.8	ns
	10 家族の転倒・転落防止の実施状況をアセスメントしていますか	3.9	4.1	ns
III. 転倒・ 転落リス クアセ スマ ントの タイ ミン グにつ いて	1 ADLが拡大した時にしていますか	3.7	4.3	ns
	2 活気が出た時にしていますか	3.9	4.1	ns
	3 安静度が変更になった時にしていますか	4	4.4	ns
	4 転倒・転落の危険があった時にしていますか	4.5	4.5	ns
	5 手術後にしていますか	3.8	4.5	*
	6 点滴除去時にしていますか	3.2	4.1	*
	7 転倒・転落リスクの看護計画の評価日にしていますか	4.5	4.5	ns
	8 入院2日目になっていますか	2.7	4	**
	9 入院1週間後にしていますか	4.2	4.5	ns
IV. 環境 に対 して の 対 策	1 床が濡れていたら速やかに拭いていますか	4.7	5	ns
	2 病室内のコード類を整理していますか	4.2	4.7	ns
	3 ベッド内の整理整頓をしていますか	3.6	4.3	*
	4 ベッドのタイヤを内側に入れ、ギャッジハンドルを収納していますか	3.9	4.3	ns
	5 廊下および通路の障害物(車いすなど)を整理していますか	4.4	4.5	ns
V. 病棟 全体 につ いて	1 転倒・転落リスクの看護計画を使用していますか	4.9	4.9	ns
	2 転倒・転落リスクアセスメントツール(アセスメントシート)を使用していますか	4.3	4.3	ns
	3 転倒・転落があった小児を、カンファレンスで取り上げ、情報共有していますか	4.9	5	ns
	4 家族と共に転倒・転落リスクの看護計画を立案していますか	4.1	4.1	ns

**: $p<0.01$ *: $p<0.05$ ns:not significant

明時間は適切でしたか」に関しては、「適切」が介入前 21 名、介入後 28 名とともに 100%だった。「オリエンテーション後に子どもの転倒やベッドからの転落に気を付けようと思いましたが」に関しては、「思った」が介入前 21 名、介入後 28 名とともに 100%だった。「オリエンテーション後にお子様の転倒やベッドからの転落に危機感を感じましたか」に関しては、介入前が「感じた」76% (16 名)、「やや感じた」10% (2 名)、「感じなかった」14% (3 名) だった。介入後は「感じた」57% (16 名)、「やや感じた」29% (8 名)、「感じなかった」11% (3 名)、「無回答」3% (1 名) だった。「お子様から目を離すときにベッド柵を常に上まであげていましたか」に関しては、介入前が「必ず上げていた」71% (15 名)、「時々上げていた」29% (6 名)、「上げていなかった」0% (0 名) だった。介入後は「必ず上げていた」75% (21 名)、「時々上げていた」25% (6 名)、「上げていなかった」4% (1 名) だった。「付添い交代時には交代するご家族にベッド柵の上げ下ろし等の説明を行いましたか」に関しては、介入前が「行った」62% (13 名)、「時々行った」19% (4 名)、「行わなかった」14% (3 名)、「無回答」が 5% (1 名) だった。介入後は「行った」68% (19 名)、「時々行った」0% (0 名)、「行わなかった」14% (4 名)、「無回答」18% (5 名) だった。7 項目すべての質問に対する回答率は介入前後に有意な差を認めなかった。

VI. 考 察

1. 看護師の転倒・転落に関する質問用紙調査の結果から考えられること

看護師に行った調査の結果、【小児について】の項目では、「小児へスリッパや、スリッパではなく、靴を履くように説明していますか」で介入後に有意に上昇した。成人患者を対象とした研究で、津野らは、「外的要因では、履物の不備、ベッド柵の不備、補装具の不備、障害物、滑る、無灯火であり、スリッパの使用による転倒が多かった」⁴⁾と報告している。A 病院でも履物が原因による転倒は発生した。小児は 1 歳 6 ヶ月頃までには歩行を始め、2~3 歳で歩行が安定する。しかし、小児は検査のため処置室へ案内するとき等、付添い者や看護師と一緒に側を歩行することや抱っこでの移動が多く、スリッパによる危険性を意識していなかったと考えられる。ビデオスライドを用いることで、スリッパによる転倒の疑似体験ができ、リスク要因として認識するきっかけとなった。スリッパが転倒・転落事故の予測から予防する意識へ変化し、成人と同様の危険性を改めて理解したことで、スリッパによる転倒の危険性が明確になったと考えられる。

【家族について】【環境に対しての対策】の項目では、ベッド内の整理整頓について、介入後に有意に上昇した。ベッド内は患者の生活の場のため整理整頓を促しにくい。ベッド内を整理整頓していないことが、ベッドからの転落に繋がる事を看護師がイメージできず説明できていなかったと考えられ

る。ビデオスライドを視聴することで、小児がベッド内のテーブルや玩具を使用しベッド柵を乗り越える危険性を理解することができた。C-FRAT とビデオスライドを使用することで、ベッド内を整理整頓していないことが、ベッドからの転落の原因になることが具体的にイメージすることに繋がり、ベッド内の環境にも気を配ることができ、付添い者への説明がスムーズに行えるようになったと考える。

【転倒・転落リスクのアセスメントのタイミングについて】では「手術後にしていますか」「点滴抜去時にしていますか」「入院 2 日目にしていますか」の 3 項目で有意に上昇した。これまでは、成人と同一の転倒・転落アセスメントツールを使用し、成人と同じタイミングで評価をしていた。しかし、小児の病状は急激に変化し、成人とは異なった経過をたどり、同じアセスメントツールは適応ではなかった。藤田らは、「小児に対してアセスメントツールを使用している施設は使用していない施設よりも転倒・転落率は低く、小児でもアセスメントツールの有効性が明らかになった」⁵⁾と述べている。本研究においても C-FRAT を使用することで評価のタイミングが明確となり、看護師の意識が高まったと考えられる。

2. 付添いの者転倒・転落に関する質問用紙調査の結果から考えられること

付添い者に対して行った調査では、「オリエンテーションの内容は理解できましたか」「説明時期は適切でしたか」「説明時間は適切でしたか」「オリエンテーション後お子様の転倒やベッドからの転落に気を付けようと思いましたが」の 4 項目は、介入前後ともに変化は認めなかった。「オリエンテーション後にお子様の転倒やベッドからの転落に危機感を感じましたか」「お子様から目を離すときにベッド柵を常に上まで上げていましたか」「付添いの交代時には交代するご家族にベッド柵の上げ下ろし等の説明を行いましたか」の 3 項目は有意差を認めなかった。伊藤らは、「小児の転倒・転落事故のうち、付添い者がそばにいる時に発生した事例は 71.4%」⁶⁾と報告している。また、佐藤らは「小児のベッドからの転落予防には付添い家族の協力が必要不可欠であり、そのためには入院時オリエンテーションだけではなく、患児の状態にあった適切な時期に家族と共に転落予防対策の修正が必要となる」⁷⁾と述べている。今回、入院後すぐにオリエンテーションとビデオスライドの視聴を行ったが、ほとんどの小児が緊急入院という突然の状況である。付添い者は、子どもがどうなってしまうのか、きちんと治るのかといった子どもの病状が心配な状態や、入院という結果になってしまったことに対する自責の念で、混乱している可能性がある。入院直後は子どもが活気のない状態であり、転倒・転落についてオリエンテーションとビデオスライドの視聴を行っても印象に残らず、介入前後に差がなかったと考えられる。また、子どもの緊急入院時は、検査や治療で、子どもが泣いて嫌がる処置をする場合が多く、付添い者の精神的動揺が考えられる。入院後すぐのオリエンテーションでは、付添い者は子どもの病状が特

に心配な時期であり、関心が子どもに向いており、付添い者が十分に理解出来ていない可能性がある。藤田らは「医療者が転倒・転落防止対策を実施しても、家族の理解不足や不注意により、小児が転倒・転落しては意味がなく、家族の理解と協力が必要不可欠」⁸⁾と述べている。入院中は、普段の生活とは異なり、点滴をしていることや、手術後であること、解熱し急に活気が出るなど子どもの状態は様々である。そのため付添い者に正しく転倒・転落の危険性について説明し、理解してもらう必要があると考えられる。また付添い者も、慣れないサークルベッドや簡易ベッドで過ごし、子どもの病状によっては夜間起きることもあり、疲労がたまる可能性がある。藤田らは、「転落が発生した日は、入院3日目が最も多い」⁹⁾と報告している。付添い者の協力を得るには、付添い者が病院環境に慣れた頃に行うことでゆっくりと説明を聞く環境が整い、付添い者の転倒・転落防止に対する理解と協力が得られると考えられる。しかし、入院3日目は転倒・転落の発生率が高いため、入院翌日または2日目には個別性のあるオリエンテーションとビデオスライドの視聴を再度行う必要があると考えられる。

VII. 結 論

C-FRAT とビデオスライドは看護師が転倒転落の原因を具体的にイメージすることにつながり、意識の向上に繋がったため、引き続き使用し転倒・転落件数の減少を目指していく。小児の状態にあった適切な時期に個別性のあるオリエンテーションとビデオスライドの視聴を行うことで、付添い者の協力を得ることが出来れば、さらなる転倒・転落件数の減少が目指せると考えられるため、今後の課題となった。

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) 山下茂子, 井坂茂夫, 田中美代子, 他: 日農医誌, 55巻5号, p.472-479, 2007.
- 2) 藤田優一: エビデンスに基づいた入院している子どもの転倒・転落ガイドブック, 武庫川女子大学出版部, p.30, 2018.
- 3) 前掲書2), p.73-74.
- 4) 津野良一, 元吉明, 福島美鈴, 他: 高知リハビリテーション学院紀要, 第13巻, p.17-21, 2012.
- 5) 藤田優一, 藤原千恵子: 小児の転倒・転落リスクアセスメントツールの使用状況とその効果, 第42回日本看護学論文集(小児看護) p.80-83, 2012.
- 6) 伊藤美佐子, 高橋孝子: 子どもの転落事故を減少させるための分析シートを活用した結果から, 第36回日本看護学会論文集(小児看護), p.237-239, 2006.
- 7) 佐藤佳代子, 阿部美里, 熊井郁美, 他: 小児のベッドから転落予防に関する検討—アセスメントスコアシートを用いて—, 第39回日本看護学論文集(小児看護), p.50-52, 2008.

- 8) 藤田優一, 藤原千恵子: 入院している小児への転落防止対策と転落防止対策の実施状況, 第43回日本看護学論文集(看護管理), p.15, 2013.
- 9) 藤田優一: エビデンスに基づいた入院している子どもの転倒・転落ガイドブック, 武庫川女子大学出版部, p.24, 2018.

◇実践報告◇

夜間帯を想定した看護師と介護福祉士の協働による 急変時シミュレーション研修の効果

秋元恵子¹⁾*, 窪田雅江¹⁾, 石田一美¹⁾

【目的】：A 病院の地域包括ケア病棟での急変時は看護師・介護福祉士が協働した初動対応が必要であるため、夜間帯を想定した急変時シミュレーション研修を3年間継続し、その効果を検証する。

【方法】：急変場面のシナリオを作成し、看護師・介護福祉士全員を対象に研修を実施し、その前後でアンケート調査を行った。

【結果】：アンケート回収率は100%だった。研修前後で急変時対応に関する不安が、看護師は6項目、介護福祉士は4項目において軽減した。3年間の研修にて両職種の間急変直後の対応力が向上した。

【考察】：不安が軽減したのは、急変時の双方の役割把握による相互連携の強化と、具体的な初動対応の実践にて急変のイメージ把握ができたためと考える。課題は、看護師の介護福祉士への明確な指示だしの個人差や経験不足による実践への不安であった。今回の研修は地域包括ケア病棟における急変時対応に有効であり、定期化で効果の持続と向上が期待できる。

【キーワード】 急変時シミュレーション研修、看護師、介護福祉士、協働

I. はじめに

わが国は世界に類をみない高齢化率の増加を示し、慢性疾患を合併した高齢者の割合は増加している。A 病院の地域包括ケア病棟の入院患者も複数の慢性疾患を抱え、急変が増えると推測される。また夜間配置は、看護師2名・介護福祉士1名であり急変時は協働による初動対応が求められる。

A 病院における救急蘇生に関する研修は、1年に1回開催される院内全体研修「BLS・AED研修」がある。看護師の急変時対応研修は卒後教育のクリニカルラダーシステム、レベルIのみで、配属部署ではしていなかった。地域包括ケア病棟においては、急変時の蘇生事例は年間1~2例と少なく、看護師は急変場面における経験不足により、急変時対応の習得や維持に不安があった。一方、介護福祉士の卒後教育には急変時対応研修がなく、多くのスタッフが急変対応未経験のため不安を抱いていた。急変時対応の不安について松原は「シミュレーション研修にて予測ができ知識が増えチームでのコミュニケーションの重要性が学べたことで不安が軽減した」¹⁾

と述べている。そこで看護師・介護福祉士の協働による急変時シミュレーション研修が必要であると考えた。

先行文献では看護師を対象とした研修の効果や、繰り返し研修を行う必要性に関する研究はあるが、看護師・介護福祉士協働による急変時シミュレーション研修の効果に関する研究はない。

今回、地域包括ケア病棟に勤務する看護師・介護福祉士を対象とした急変時シミュレーション研修を3年間継続し、それぞれの効果を明らかにする。これにより看護師と介護福祉士の効果的な研修の在り方を考える一助になると予想される。

II. 目的

地域包括ケア病棟における夜間帯を想定した看護師と介護福祉士の協働による急変時シミュレーション研修（以下研修とする）の効果を明らかにする。

III. 看護実践

1. 調査期間 2018年~2020年

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 公立学校共済組合北陸中央病院

* E-mail：akikeko0316@yahoo.co.jp

2. 調査対象者

A 病院の地域包括ケア病棟で夜勤勤務をしている看護師・介護福祉士（師長・副師長を除く）の中で、調査に同意を得られたものとした。

看護師経験5年目以上で夜間のリーダー業務を担う看護師をリーダー看護師、5年目以下で夜間のリーダー業務をしていない看護師をメンバー看護師と定義する。

3. 調査方法

1) 看護師の指示で介護福祉士が急変時に実践可能な項目を明確にし、研修目的と達成目標を独自に設定した。研修目的は5項目、達成目標は看護師16項目・介護福祉士13項目とした。(表1)

2) 夜間帯の急変場面を想定しシナリオを作成した。内容は、デールームで朝食時、介護福祉士が誤嚥した患者を発見し、窒息により呼吸停止に至る場面とした。あわせてリーダー看護師・メンバー看護師・介護福祉士に期待する動きを記載したシミュレーションアウトラインシートを作成した。

3) 事前に対象者へ研修方法とシナリオを説明した。リーダー看護師1名・メンバー看護師1名・介護福祉士1名の3人1組とした。スタッフ個々の評価は達成目標に基づきチェックリスト型評価表を作成し、看護師長・副看護師長2名の計3人が、それぞれ当直医師役・管理当直看護師役・患者兼家族役をしながら行った。研修後に受講者と評価者によるデブリーフィングを行い、さらに評価者が受講者個々に評価結果を伝えた。

4) 3年間継続し研修を実施した。

4. 評価方法

1) 初年度の受講者に対する研修前後の不安に関するアンケート調査

アンケート調査票は独自で作成した。研修の達成目標を項目（看護師16項目、介護福祉士13項目）とし、不安を4段階で評価した。研修前後で点数化し平均値でt検定を行い、 $p<.05$ を統計学的に有意差ありとした。

2) 3年間、研修を継続した受講者に対する研修の効果に関するアンケート調査

アンケート調査票は研修目的の5項目に対し5段階評価するものを独自で作成した。研修後の結果を点数化し割合で示した。さらに自由記載欄を設け、内容を帰納的にカテゴリー化した。

IV. 倫理的配慮

対象者に研究主旨を説明し、匿名性の保証と自由意思による参加であること、途中辞退も可能とし、研究に協力しなくても勤務評価に影響しないことを書面および口頭で説明した。調査は所属施設の倫理委員会の承認、研究の公表の承諾を得た後に実施した。

V. 結果・成果

3年間共に研修前後と3年間継続受講後にアンケート調査票を配布し、いずれも回収率100%、有効回答率100%であった。

1. 初年度の受講者に対する研修前後の不安に関するアンケート結果(表2)

対象者：看護師21名 介護福祉士10名

1) 看護師の結果

不安は【挿管の準備】【患者発見直後の対応】【人工呼吸器準備の指示】の順に大きかった。また研修により不安が有意に軽減した項目は6項目あった。1番有意差がみられた項目

表1 看護師と介護福祉士の研修目的と達成目標

研修目的	看護師の達成目標	介護福祉士の達成目標
急変直後の対応力の向上	患者発見直後の対応	患者発見直後の対応
	患者の移送	患者の移送
	人員確保	人員確保
SBARに基づく連絡や説明能力の向上	SBARに基づいた医師への連絡	SBARに基づいた管理看護師への連絡
	SBARに基づいた管理看護師への連絡	家族への連絡
	家族への連絡	
急変時の技術の向上	挿管の準備と介助	胸骨圧迫法
	気道確保・胸骨圧迫法	
明確な指示能力の向上 (リーダー看護師)	明確な指示	
指示通りの確な行動 (メンバー看護師と 介護福祉士)	吸引準備と実施	吸引器の準備
	酸素投与の準備と実施	酸素投与の準備
	AED・DCの準備と施行	AED・DCの準備
	救急カート準備	救急カート準備
	心電図モニター準備と作動	心電図モニター準備
	輸液ポンプ準備と作動	輸液ポンプ準備
	人工呼吸器準備と作動	人工呼吸器準備

は【患者発見直後の対応】(p=.005), 次に【人工呼吸器準備の指示】【介護福祉士へ必要物品準備の指示】(p=.01), 次に【気道確保・胸骨圧迫】【救急カート準備の指示】【患者の移送】(p=.05)だった。不安が高値であり有意に軽減しなかった項目は【挿管の準備と介助】【AED・DCの準備と施行】であった。

2) 介護福祉士の結果

不安は【人工呼吸器の準備】【胸骨圧迫の施行】【AED・DCの準備】の順に大きかった。また研修により不安が有意に軽減した項目は4項目あった。1番有意差がみられた項目は、【救急カートの準備】(p=.01), 次に【胸骨圧迫の施行】【AED・DCの準備】【人工呼吸器の準備】(p=.02)だった。(表2)

表2 初年度研修前後の不安に関するアンケート結果(上段は看護師、下段は介護福祉士)

看護師への質問項目	研修前 n=21	研修後 n=21	p値
	数値は平均値(標準偏差)		
患者発見直後の対応	3.5(0.5)	2.9(0.5)	<0.01
患者の移送	2.8(0.4)	2.3(0.4)	0.05
人員確保	2.8(0.5)	2.4(0.5)	ns
SBARに基づいた医師への連絡	2.8(0.6)	2.8(0.6)	ns
SBARに基づいた管理看護師への連絡	2.8(0.5)	2.4(0.5)	ns
家族への連絡	2.7(0.4)	2.3(0.4)	ns
挿管の準備と介助	3.6(0.5)	3.2(0.5)	ns
吸引準備の指示	2.5(0.4)	2.2(0.4)	ns
酸素投与の準備の指示	2.5(0.4)	2.1(0.4)	ns
気道確保・胸骨圧迫法	3.2(0.5)	2.8(0.5)	0.05
AED・DCの準備の指示と施行	3.2(0.5)	3.0(0.5)	ns
救急カート準備の指示	2.8(0.5)	2.3(0.5)	0.05
心電図モニター準備の指示	2.6(0.4)	2.0(0.4)	ns
輸液ポンプ準備の指示	2.4(0.4)	1.9(0.4)	ns
人工呼吸器準備の指示	3.5(0.5)	3.0(0.5)	0.01
介護士へ必要物品準備の指示	3.2(0.5)	2.7(0.5)	0.01

ns:有意差なし

介護福祉士への質問項目	研修前 n=10	研修後 n=10	p値
	数値は平均値(標準偏差)		
患者発見直後の対応	3.0(0.5)	3.0(0.5)	ns
患者の移送	3.0(0.5)	2.6(0.5)	ns
人員確保	2.7(0.6)	2.6(0.6)	ns
SBARに基づいた管理看護師への連絡	2.8(0.6)	2.3(0.6)	ns
家族への連絡	3.3(0.5)	3.0(0.5)	ns
吸引器の準備	2.7(0.4)	2.6(0.4)	ns
酸素投与の準備	2.8(0.5)	2.8(0.5)	ns
胸骨圧迫法	3.5(0.5)	2.8(0.5)	0.02
AED・DCの準備	3.2(0.5)	2.3(0.5)	0.02
救急カート準備	2.8(0.5)	1.7(0.5)	0.01
心電図モニター準備	3.3(0.5)	2.9(0.5)	ns
輸液ポンプ準備	3.2(0.5)	2.7(0.5)	ns
人工呼吸器準備	3.6(0.5)	2.8(0.5)	0.02

ns:有意差なし

2. 3年間の継続研修の効果に関するアンケート結果

対象者：看護師 8名，介護福祉士 5名

1) 研修目的 5項目の効果について

(1) 看護師の結果 (図1)

『急変直後の対応力向上』『介護福祉士への指示出し』に関しては「かなりある」37.5%，「ある」50.0%であった。『急変時の技術の向上』は「かなりある」25.0%，「ある」50.0%，「わからない」25.0%であった。『不安の軽減』は「かなりある」25.0%，「ある」25.0%，「わからない」50.0%であった。自由記載には「手順は理解できたが実際の場面は未経験」「毎回，初回のような緊張感」という内容があった。

(2) 介護福祉士の結果 (図2)

「ある」「かなりある」がすべての項目で80.0%を超えている。中でも『急変直後の対応力の向上』は「かなりある」が100%，『急変時の技術の向上』『連絡方法や説明力の向上』は「かなりある」が80.0%であった。『不安の軽減』は「ある」20.0%，「かなりある」80.0%であった。自由記載には「実際の急変時，対応が良かったと言われた」「転倒発見時，シミュレーションで実践したように行動できた」という内容があった。

2) 3年間継続研修の効果に関する自由記載内容 (表3)

《急変時の不安の軽減》《急変時相互連携の強化》《急変時の初動対応力の向上》《前に踏み出す力》《日常生活の協働意

識の強化》の5つのカテゴリーが抽出された。一方，課題として《軽減しない不安》《適切な判断と明確な指示だしにおける個人差》の2つのカテゴリーが抽出された。

VI. 看護実践への示唆

今回，急変時対応力向上と不安の軽減を目的に，夜間を想定した看護師・介護福祉士協働による急変時シミュレーション研修を3年間継続して実施し，アンケート調査にて検証を試みた。

看護師の3年間継続研修の効果として，75.0%以上から『介護福祉士への指示だし』『急変時の技術の向上』『急変直後の対応力向上』に効果があったという結果を得た。『急変直後の対応力向上』を示す内容には，初年度を受講前後で不安が有意に軽減した6項目のうち【患者発見直後の対応】【患者の移送】の2項目が相当する。初動対応を介護福祉士と協働し実践したことでイメージが付き自信に繋がったと考える。『急変時の技術の向上』に関しては，【気道確保・胸骨圧迫】が初年度を受講前後でも不安が有意に軽減している。これは院内研修の「BLS・AED研修」で学習していたことに加え，研修とその後のデブリーフィングで技術を再確認し自己の技術に納得できたためと考える。一方，初年度を受講前後で【挿管の準備と介助】【AED・DCの準備と施行】の不安が高値で有意に軽減しなかった。しかし，3年間の継続研修によって，技

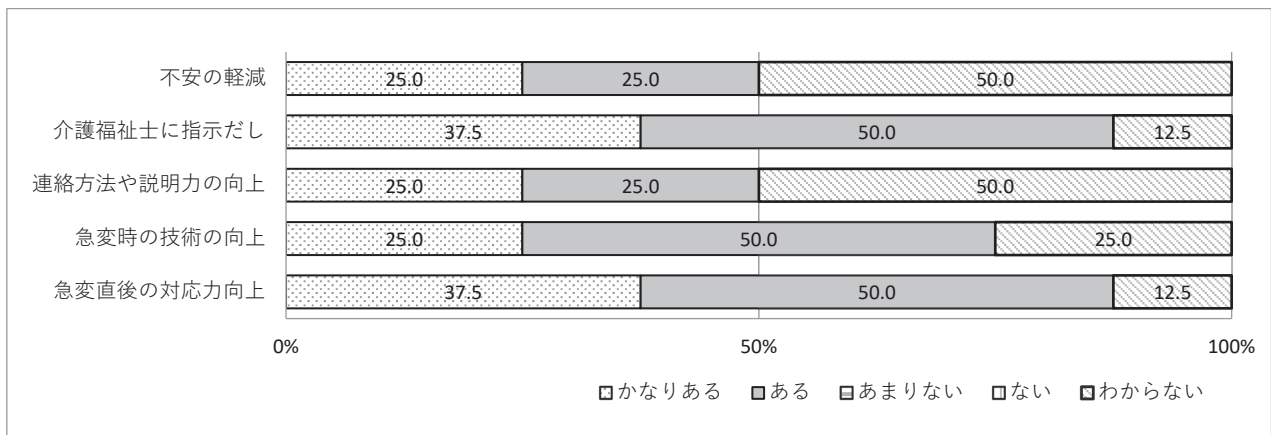


図1 看護師の3年間継続研修の効果 (n=8)

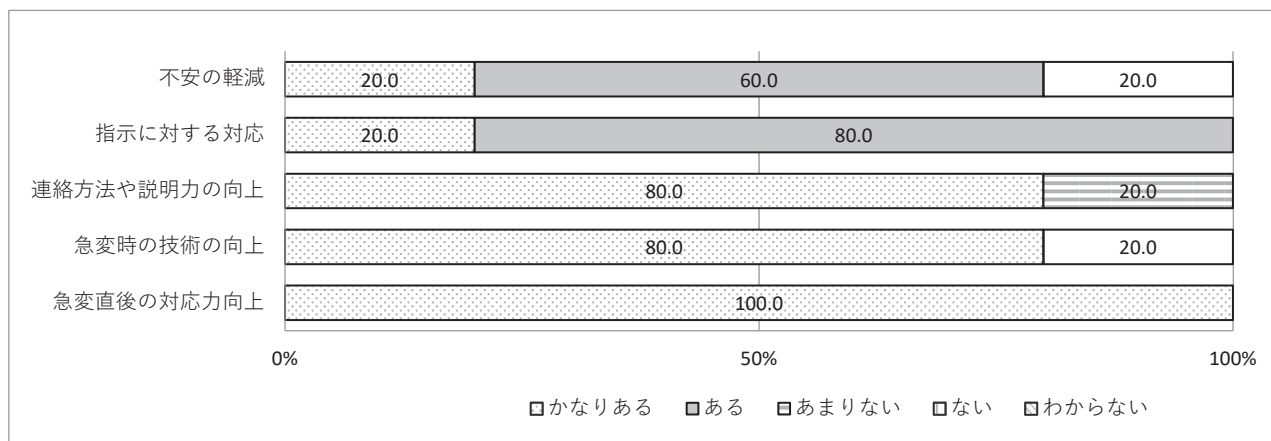


図2 介護福祉士の3年間継続研修の効果 (n=5)

表3 3年間継続研修の効果に関する自由記載内容

カテゴリー	看護師の代表的な記述内容	介護士の代表的な記述内容
急変時の不安の軽減	スタッフ全員研修でスキルを身につけている安心感 わからない点、相手の能力もわかり漠然とした不安 は軽減した 介護士と連携できることがわかり安心感に繋がった	急変時の必要物品を即座に準備できるようになった 物品の場所の再確認が出来た
急変時相互連携の強化	介護士の役割や出来ることが明確になった 自分の役割行動がわかり考えがまとまった 誰に何を依頼するのかはっきりしてわかりやすい 介護士に物品の準備を信頼して依頼できるよう になった	看護師を呼び指示に従って行動することを学べた 看護師が急変対応しているときその他の患者を守る 役割
急変時の初動対応力の 向上	とりあえず人員確保 早急に胸骨圧迫をする 行動のタイミングがわかった	緊急コールや大声で看護師を呼び状態説明できるよ うになった すぐに看護師を呼び端的に説明し指示のもと動く
前に踏み出す力	自己学習した グループで話し合った 急変をイメージするようになった	実際の急変時対応が良かったと言われた 転倒発見時、シミュレーションで実践したように行 動できた
軽減しない不安	手順は理解出来たが実際の場面は未経験 毎回、初回のような緊張感	胸骨圧迫は苦手 指示できる看護師との夜勤は安心だが・・・
的確な判断と明確な指示 だしにおける個人差	急変時は的確な指示をださなければと思った	ベテラン看護師と経験の浅い看護師での差があり不 安が残る 的確な指示がないと不安
日常業務の協働意識の 強化	行動制限を一緒に考えるようになった いつでも必要物品を頼めるようになった	異常発見時すぐに看護師に状態報告が以前より出来 るようになった 看護師の指示を聞いたり、情報共有も増えた

術は向上したと感じており、継続研修の意義が示唆された。

『介護福祉士への指示だし』は87.5%の看護師が効果を感じている。初年度の受講でも看護師が介護福祉士への【人工呼吸器の準備指示】【介護福祉士への必要物品準備の指示】【救急カート準備の指示】に対する不安は有意に軽減している。これは介護福祉士の急変時に実践可能な項目の明確化により、看護師は迷わず介護福祉士に指示ができたと考える。しかし3年間継続研修の効果として『不安の軽減』した看護師は50.0%にとどまった。自由記載内容にも「手順は理解できたが実際は未経験で不安」「毎回初回のような緊張感」とあり、技術は向上しても《軽減しない不安》が課題として残った。中村らは「日常的に業務の中で経験している項目に関しては不安が低く、除細動など経験の少ない項目の不安は高い²⁾と述べているように、経験の少ない看護技術に対する不安の払拭には時間を要すると考える。

一方で介護福祉士の80.0%以上が3年間継続研修の5項目すべてに効果があったことは大きな成果である。今回、急変時の実践可能な項目【発見直後の対応】【胸骨圧迫】【SBARを意識した管理看護師や家族への連絡】を経験し、命を守る中でできる行動がより明確になった。つまり介護福祉士の不安は、急変が起こった際、どのように対応したらよいかわからない漠然とした感情であったため、具体的な行動を示し実践できたことで軽減したと考える。初年度の受講前後で介護福祉士の不安が有意に軽減した【救急カートの準備】【AED・DCの準備】【人工呼吸器の準備】は『指示に対する対応』である。これは実践可能な項目を研修前の事前指導とブリーフィングで把握し、研修の場で実践できたため不安が軽減したと考える。加藤らは、役割把握について「急変時対応で大切

なことは、グループを構成する個々のメンバーが互いの役割分担を確認し、統率のとれた迅速な処置を施行することである³⁾と述べている。指示する看護師も、指示を受ける介護福祉士も急変時の役割を把握し実践できた。結果、『指示に対する対応』への不安軽減に影響を与えたと示唆する。また自由記載内容の「看護師の指示を聞き情報共有も増えた」という言葉からも、看護師からの【指示に対する対応】で安心だけでなく協働意識が高まったと考える。

明らかになった課題に、「ベテラン看護師と経験の浅い看護師での差があり不安」と自由記載があるようにリーダー役割の《的確な判断と指示だしにおける個人差》があった。救命という重大な責任を担うリーダー役割の不安は容易に払拭できないと考える。「リーダーの役割は、チームメンバーそれぞれのスキルに応じて任務を明確に指定し、振り分けることである。メンバー全員がそれぞれの担当と責任について理解していれば、チームはより円滑に機能する⁴⁾と述べられているように、今後はさらにリーダーを中心としたチームダイナミクスを意識した研修にアップデートする必要がある。また看護師を対象とした急変時シミュレーション研修の効果として、加藤らは「迅速な判断と的確な指示が出せるスタッフの育成が必要である」「習熟度、経験値を高め、不安を払拭するためにも、急変時シミュレーション研修の継続が必要である⁵⁾と述べている。今後も思考と実践を統合できるシミュレーション研修を定期的に継続することで効果の持続と向上が期待できると考える。

シミュレーション研修の効果として、研修前に主体的に「自己学習した」「グループで話し合った」、研修後は「急変をイメージするようになった」など肯定的な思考につながり、「前

に踏み出す力》に影響した。これは「多くの教育学者が学習者中心の教育・主体性を促す教育を提唱している」⁶⁾のように、心地よい経験からついた力と考える。さらに研修の副産物として、お互いの役割を理解し、連携が強化したことにより、「行動制限を一緒に考えられるようになった」「いつでも必要物品を頼めるようになった」など急変時以外の《日常業務の協働意識の強化》につながったと考える。

今回の研究は、地域包括ケア病棟の看護師・介護福祉士によるチームパフォーマンスの向上に繋がる重要な成果であり、協働研修の在り方を考える一助となったと考える。

利益相反について

開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 松原佳成重：看護師の ICLS 講習前後における急変対応時の不安の変化, 第 49 回日本看護学会論文集, 急性期看護, p.146-149, 2019.
- 2) 中村真子, 渡辺和美, 福泉千絵：患者急変時に直面する看護師の不安とその対策, 第 35 回日本看護学会論文集, 成人看護 I, p.151-152, 2005.
- 3) 加藤泉, 田中祝子恵, 前田雅代, 他：慢性期病院における急変時シミュレーション研修の効果, 第 54 回全国国保地域医療学会, p.1036-1042, 2015.
- 4) American Heart Association (AHA：アメリカ心臓協会)：BLS プロバイダーマニュアル AHA ガイドライン 2015 準拠, 株式会社シナジー, p.42, 2016.
- 5) 前掲書 3) p.1036-1042, 2015.
- 6) 阿部幸恵：看護のためのシミュレーション教育 (1), 医学書院, p.65, 2014.

◇実践報告◇

人工股関節置換術後の自主リハビリテーションにやる気ボードを活用した関わりが患者と看護師に与える効果

佐藤亜耶子¹⁾*, 佐藤美菜¹⁾, 藤田幸恵¹⁾

本研究では、人工股関節置換術後の自主リハビリテーションにやる気ボードを活用した関わりが患者と看護師に与える効果を明らかにするため、患者に対して半構造的面接、看護師に対して質問紙調査を実施した。その結果、患者が実感する効果として【筋力運動を行うことによる筋力向上の実感】【自主リハビリテーション方法・目標の明確化によるリハビリテーション意欲の向上】など 11 カテゴリーが抽出された。看護師は知識不足・コミュニケーション不足を実感しながらもやる気ボードにより指導が統一化されコミュニケーション時間も増加したという効果がみられた。このことから、やる気ボードを活用した関わりにより、患者は目標が明確化され筋力向上を実感することでリハビリテーション意欲が向上し、看護師は患者とのコミュニケーション時間が増加することが分かり、やる気ボードは患者と看護師とのコミュニケーションツールとして効果があることが示唆された。

【キーワード】人工股関節置換術後、やる気ボードを活用した関わり、自主リハビリテーション

I. はじめに

我々は前回、人工股関節置換術（以下 THA）術後患者の自主リハビリテーション（以下自主リハビリ）や整形外科看護師によるリハビリテーション（以下リハビリ）に対する意識について疑問を感じ、現状調査¹⁾を行った。その結果、THA 術後患者は自主リハビリへの意欲を高めていたが、具体的な自主リハビリの方法は不明確であった。また、看護師は患者のリハビリを支援したいという思いを持っているが、知識・技術不足、業務多忙により、理想とする関わりができないことでジレンマを抱えていたことが明らかになった。そこで、患者が自主リハビリの方法を理解し、さらに意欲を向上させるため、また看護師のジレンマを解決するために、看護師が患者と具体的なリハビリ内容の目標及び結果を共有できるようなコミュニケーションツール作成の必要性が示唆された。

橋本ら²⁾は人工膝関節置換術後患者に関わる看護師に対してリハビリ教育の実施やリハビリプログラムを作成・実施したことで、看護師の病棟リハビリへの意識が向上したことを明らかにしている。しかし、リハビリプログラムを使用した患者への効果は明らかにしていない。また、日々の業務に

追われて病棟看護師の過半数以上で十分なりハビリ指導・施行時間が取れず病棟リハビリを定着できなかった、と我々の調査と同様の結果が述べられている。そこで我々は、コミュニケーションツールとして THA 術後患者と看護師が日々共に取り組むための目標を明確に示したやる気ボードを活用し、看護師が患者のリハビリに関わることとした。そして、THA 術後の自主リハビリに対するやる気ボードを活用した関わりが患者と看護師にどのような効果があるか調査したため報告する。

II. 目的

THA 術後患者の自主リハビリに対するやる気ボードを活用した関わりが、患者と看護師に与える効果を明らかにする。

III. 看護実践

1. 用語の定義

やる気ボード：患者と看護師が日々共に取り組むために術後日数に対応した自主リハビリの目標を明確に示した日めくり式ボードで、目標達成時には木型の台紙に花のシールを貼付し、最後は満開になることで患者の頑張りを承認すると

受付日：2022年5月16日／受理日：2023年9月12日

1) 盛岡市立病院

* E-mail：bpjn514@yahoo.co.jp

もに、進捗状況を楽しみながら確認できるよう工夫した。自主リハビリの方法と目標は理学療法士（以下 PT）・作業療法士（以下 OT）と協力して独自に作成した。

やる気ボードを使用した関わり：独自に作成した自主リハビリ方法と目標を説明するパンフレットとやる気ボードを活用し、看護師と患者がその日の目標を共に確認し合い達成できるよう自主リハビリに共に取り組む関わりとした。

2. データ収集期間

2020年6月～2020年12月

3. 対象者

THA 術後にやる気ボードを活用して自主リハビリを行った患者のうち研究の趣旨を理解し同意を得られた5名と整形外科病棟の看護師9名とした。

4. データ収集

1) THA 術後の患者：THA 術後にやる気ボードを使用して自主リハビリを行った患者に対して、術後2週間を目安に半構造的面接法を用いたインタビューを行った。質問項目は、①やる気ボードを使用してどう感じたか、②やる気ボードがあることで自主リハビリにどのような影響があったか、③看護師も一緒にリハビリに取り組んでくれたか、④退院後も継続してリハビリを行えるか、とした。インタビュー内容は同意を得て、ICレコーダーに録音した。

2) 整形外科病棟看護師：背景（年齢、経験年数）、疾患・リハビリの知識や自信、やる気ボード使用前後の患者とのコミュニケーション時間など9項目について4件法による設問と、やる気ボードの患者への影響、やる気ボード使用後の指導や支援をする際の変化など6項目について自由記載欄を設けた。

5. 分析方法

1) 患者に対するインタビュー内容：患者が語った言葉をすべて逐語録にした後、リハビリや看護師の関わりに関連する記述を抽出し、文脈に留意しながらコード化を行った。次いで類似のコードを分類整理しサブカテゴリーとし、さらにカテゴリーへと段階的に収束し命名した。

2) 看護師に対する質問紙調査：9項目の質問項目について単純集計を行い、6項目の自由記載に関してはすべての回答をコード化し、類似性のあるものを関連づけ、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。

カテゴリーは【 】で表記した。分析過程において、3名の研究者間で検討を重ね、すべての研究者が結果に同意をするまで分析をくり返し、信頼性の確保に努めた。また、分析の真実性を確保するため、全過程において研究指導者からスーパーバイズを適宜受けた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、A病院倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には個別に文書を用いて口頭で研究の趣旨や方法を伝え、参加は自由意思であること、研究の参加の有無により不利益

が生じないこと、研究の途中であっても参加の撤回は可能であること、患者に対しては今後の看護援助、および看護師に対しては今後の業務などに支障を来さないことを説明した。また、研究の目的以外ではデータを利用しないこと、データの管理は鍵のかかる場所に保管し、成果の発表の際も個人が特定されないよう配慮することを文書と口頭で説明し、同意を得た。

V. 結果・成果

1. リハビリに対する患者の意識についてのインタビュー結果（表1）

THA 術後患者5名の年齢は50歳代1名、60歳代2名、70歳代2名、性別は、男性1名、女性4名だった。THA 術後にやる気ボードを活用した関わりを通してリハビリを実施した患者に対する効果として、62コード39サブカテゴリー11カテゴリーが抽出された。

【筋力運動を行うことによる筋力向上の実感】では、看護師の指導通りに筋力運動を行ったことにより筋力の向上を実感できたという効果があった。【やる気ボードによる自主リハビリの意識付け】では、やる気ボードはいつでも患者から見える位置に掲示するようにしており、目に入ったら自主リハビリを思い出すという意識付けの効果があった。【自主リハビリ方法・目標の明確化によるリハビリ意欲の向上】は、方法や目標が明確化したことにより自主リハビリの実施が促され、目標を達成しようとする意欲が向上していた。【自主リハビリ方法を習得できたことによる退院後への前向きな思い】は、やる気ボードを用いて患者ができるようになった生活動作の確認や自主リハビリを指導した結果、習得した自主リハビリ方法が退院後も活用できることを知り、退院後に対して前向きな言葉が聞かれた。【精神的負担なく継続できる自主リハビリ方法の習得】では、やる気ボードを活用した関わりが負担にならず、自主リハビリを継続できるものとして認識されていた。【頑張りを認められることによるリハビリ意欲の向上】では、その日の自主リハビリの頑張りを認めるシールがリハビリ意欲につながっていた。【看護師の関わりによるリハビリ意欲の向上】では、看護師と一緒にリハビリに取り組んだことが、自主リハビリの継続性・意欲向上につながったことが分かった。やる気ボードの活用による関わりがリハビリ意欲に効果がある一方、【期待された目標を達成できなかったことによる不甲斐なさ】【やる気ボードの指導内容への物足りなさ】【頑張り認められ方とリハビリ意欲との不一致】【日常生活動作（以下 ADL）自立に伴い減少する看護師の関わりへの不満】と、効果の実感に至らない場合があることも分かった。

2. リハビリに対する看護師の意識の質問紙調査結果

対象者はA病院整形外科看護師9名で、年齢は20歳代、30歳代、40歳代以上ともに3名ずつ、整形外科経験年数は、1年未満が2名、1年以上2年未満が4名、2年以上が3名だった。質問紙調査は回収率100%だった。看護師の質問紙

調査を単純集計した結果 (図1), やる気ボードを活用したことで, やる気ボードは使いやすいか, 患者がリハビリに取り組むようになったか, コミュニケーションが増加したか, やる気ボードを今後も使用したいか, 統一した指導が行えたか, の項目で効果が高かった。一方, 疾患やリハビリに対する知識や自信があるか, 患者とのコミュニケーション時間は十分か, の項目ではあまり効果は認められなかった。

自由記述項目について得られたデータからカテゴリー化した結果(表2), 11 サブカテゴリー6カテゴリーが抽出された。やる気ボードの活用により, 【看護師間での統一した指導】【自主リハビリの重要性を意識した関わり】【自主リハビリ方法明確化による意欲的な関わり】【コミュニケーション時間の増加】【患者のリハビリ意欲向上の実感】の効果がみられた。しかし, 【知識不足・業務多忙によるコミュニケーション不足】で

表1 やる気ボード使用後の患者のリハビリに対する意識

カテゴリー	サブカテゴリー
筋力運動を行うことによる筋力向上の実感	パンフレットに従って筋力運動を行うことで自然に筋力がついた
	ベッド上安静の時に効果があった
	継続的な筋力運動が歩行に効果があった
	徐々に筋力の向上を実感した
	行わないと筋力が衰えてしまう
	痛みの様子を見ながら筋力運動を行った
やる気ボードによる自主リハビリの意識付け	早めに動けるようになり感心している
	やる気ボードを見ることで自主リハビリを行うことを思い出せる
自主リハビリ方法・目標の明確化によるリハビリ意欲の向上	やる気を出すのに役立った
	自分の目標を立てるのに良い
	やる気ボードの内容が自主リハビリの目安になった
自主リハビリ方法を習得できたことによる退院後への前向きな思い	パンフレットがあることで自主リハビリを行えた
	自主リハビリの内容が分かりやすい
	退院後も自主リハビリを行いたい
	パンフレットを退院後のリハビリに活用したい
精神的負担なく継続できる自主リハビリ方法の習得	退院後の注意点を理解できた
	寝ながらも休みながらも短時間で行える
	気構えがなく楽な気持ちで自主リハビリが行えた
	行えるか不安だったが自分なりに行うことができた
頑張りを認められることによるリハビリ意欲の向上	自分ができる範囲でリハビリを行った
	シールが増えることが目標・励みになる
	視覚に訴えるものがあって良い
看護師の関わりによるリハビリ意欲の向上	頑張ったことを実感できる
	看護師は忙しそうだが一緒に取り組んでくれた
	1人で行うのは大変
	看護師がリハビリの基盤を作ってくれた
期待された目標を達成できなかったことによる不甲斐なさ	やる気をなくすような関わりはなかった
	看護師の声かけや手助けで自主リハビリが行えた
	頑張る気持ちがあるが怠ってしまう
	徐々に自己流になっていた
	調子次第で目標通りにできないこともある
やる気ボードの指導内容への物足りなさ	やらないといけないプレッシャーがある
	目標通りできなくて申し訳ない
	ステップアップするためのリハビリも指導してほしい
頑張りの認められ方とリハビリ意欲との不一致	更に筋力をつけるため負荷のある筋力運動を行いたい
	シールは自分には合わず, やる気につながらなかった
ADL 自立に伴い減少する看護師の関わりへの不満	初めの頃は一緒にリハビリを行ってくれた
	日数が経つにつれ, 関わりが少なくなった
	もっと時間をかけてほしい

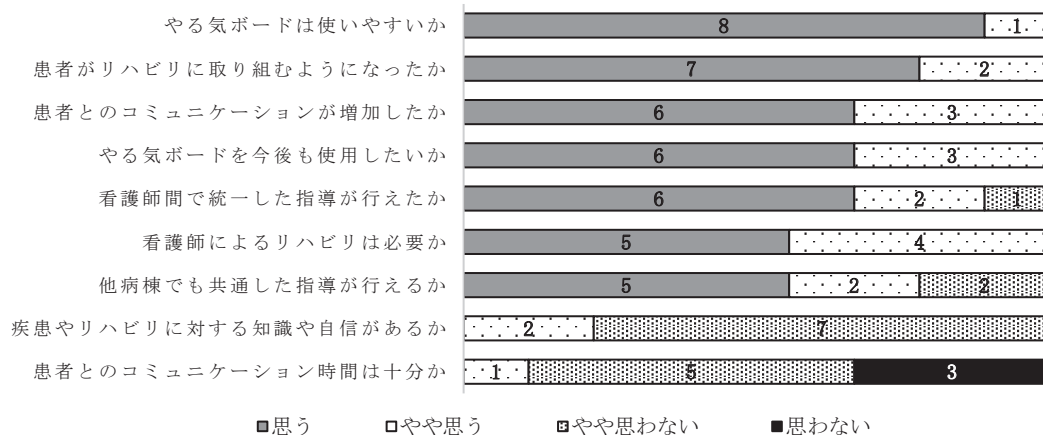


図1 リハビリに対する看護師の意識

は、やる気ボード活用後もコミュニケーション不足を感じていることが分かった。

Ⅵ. 看護実践への示唆

患者のインタビューと看護師の質問紙調査から分かったやる気ボード使用前後のリハビリに対する意識の違いを、その関係性・順序性を考慮し、図に表した(図2)。

今回、自主リハビリ方法がイラストで説明されたパンフレットを基にやる気ボードの目標に沿って指導することで、何を行えば良いか、どのように行うのが効果的か、ということをお患者に伝え、理解を促すことができた。また、1日の目標回数を具体的に設定することで、目標を達成できるように頑張りたいというやる気につながっていた。このように、やる気ボードの活用により具体的な自主リハビリ方法や目標を明確化でき、筋力の向上を実感することで、自主リハビリへの意欲を高めることができたと考えられる。

患者と看護師のリハビリを通じた関係性において、看護師は、患者のリハビリに対し忙しく関わる時間が足りないとの

思いがあった。しかし、やる気ボード使用後の患者は、看護師に対しリハビリに十分関わっているとの認識を持ち、一緒に取り組んでくれたと感謝の言葉が聞かれた。このことから、患者に対して満足感を与えるのは時間ではなく関わる内容が重要であることが分かる。本研究では、1日の自主リハビリの目標回数を行えたか看護師が確認し、患者の頑張りを認める方法として、木型の台紙に花のシールを貼り、シールを増やすと満開の花が咲くような工夫を行った。この方法は、看護師にとって短時間でも患者に関わり、患者の頑張りを認めることを意識的に行うこと、患者にとっては自分の努力が視覚的に認識できることを目的とした。患者の言葉から、シールが増えることがリハビリ意欲に効果があったことが分かる。奥宮ら³⁾は「看護師は患者の努力や頑張りを認め、揺れ動いている様々な気持ちに沿いながら、目標に向かっていくことが必要である」と述べている。また、原ら⁴⁾は「看護師は、信頼関係を築いたうえで助言や支持的声掛けを行うことで、患者は指導を否定的にとらえずに前向きに捉えて努力することが出来る。また褒め認めることで、自信を持たせ不安を取

表2 リハビリに対する看護師の意識 (カテゴリー)

カテゴリー	サブカテゴリー
看護師間での統一した指導	患者から看護師によるリハビリ指導の違いについて意見がなくなった
自主リハビリの重要性を意識した関わり	自主リハビリの重要性を意識して関わるようになった
自主リハビリ方法明確化による意欲的な関わり	何をすれば良いのか分かりやすくなり、関わりやすくなった
コミュニケーション時間の増加	患者と看護師が一緒になってリハビリを進めている感覚になった やる気ボードや自主リハビリのメニューの説明をしながらコミュニケーションがとれた やる気ボードやチェック表があったことで自主リハビリをしようというやる気につながっていた
患者のリハビリ意欲向上の実感	患者の気持ちが前向きになっていると感じた 自主的に取り組む様子がみえた
知識不足・業務多忙によるコミュニケーション不足	知識不足のためリハビリについて話ができない 時間がなくてリハビリに時間がとれない PT・OT任せにしていたところがある

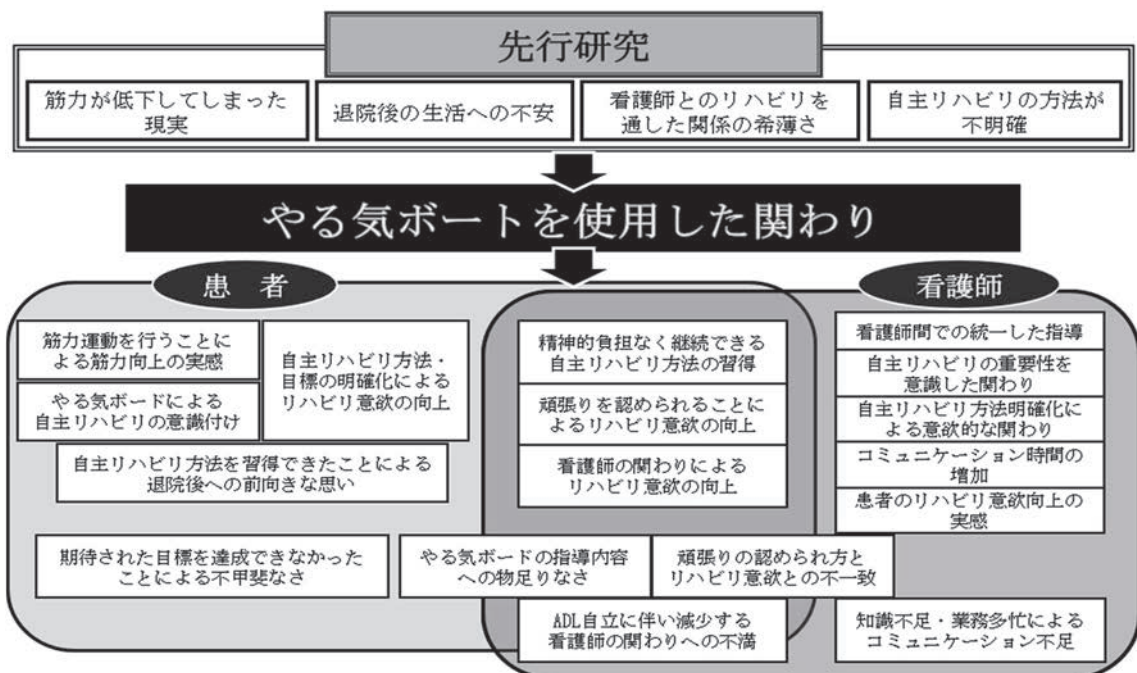


図2 患者・看護師のやる気ボード使用前後のリハビリに対する意識

り除くことが出来る」と述べている。看護師は短い時間の中でも患者と向き合うことで、支援したいという思いを伝えられ、シールという視覚に訴えるものにより努力や頑張りを褒め認めることで、患者に対して自信や目標に向かうやる気を与えられたと考える。また、先行研究¹⁾における、短時間でも患者に対して効果的な関わりができれば患者のやる気は向上する、との考察を裏付ける結果となった。

看護師の質問紙調査結果から、看護師は自主リハビリ方法を明確化したことにより指導が統一化され、その重要性を理解できたため、やる気ボードの活用はリハビリを通した患者への関わりにおいて効果があった。また、やる気ボード使用後も知識不足や業務多忙のためコミュニケーション不足を感じていたが、使用前より全員が患者との指導時間が増加したと感じていたことから、十分な時間が取れていると実感をもつに至らずとも、やる気ボードは患者とのコミュニケーションを増加させる効果があったと考える。知識不足があると不安に感じていても、患者とリハビリを通したコミュニケーションが図れることが分かり、やる気ボードは患者と看護師とのコミュニケーションツールとして効果があることが示唆された。

やる気ボードを使用した関わりが効果の実感につながらなかった要因として、今回すべての患者に同じ内容のやる気ボードを使用し関わったことが考えられる。やる気ボードによる自主リハビリの方法は、ベッド上及びベッドサイドリハビリに重点を置いており、無理なくどこでも年齢を問わず誰でも行え、退院後も継続できることを重視した。だが、なかには目標回数が合わずプレッシャーとなっている患者や、現行のやる気ボードの内容に不満がある患者、シールで頑張りを認められることに喜びを感じない患者もおり、やる気ボードがリハビリ意欲の向上につながらない場合もあることが分かった。また、リハビリ進行度や ADL に関わらず、どの段階でも看護師の関わりを求めていた。以上のことから、患者の個性性を考えた臨機応変な指導・関わりが必要であることが分かった。この課題に対し、今後はやる気ボードを患者の状態やリハビリ進行度に応じて変更し、患者の希望に対応できるような仕組みの構築が必要であると示唆された。

また、本研究では先行研究¹⁾の結果から看護師が知識を習得できるよう研究開始時に PT による THA のリハビリと筋力運動について勉強会を開催した。しかし、質問紙調査結果において知識や自信がないと考えている看護師がほとんどであった。1 回の勉強会では、知識と技術を定着させるには不足していたと考える。今後自信がつくような方法や回数を検討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。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 佐藤亜耶子, 佐藤美菜, 藤田幸恵: 人工股関節置換術後患者の自主リハビリテーションに対する患者・看護師の意識, NPO 法人日本リハビリテーション看護学会第 32 回学術大会一般演題抄録集, p.50, 2020.
- 2) 橋本美菜, 熊谷有理, 青山恵理, 他: 整形外科病棟看護師による人工膝関節置換術後のリハビリテーションに対する意識調査—病棟リハビリテーションの教育前後を比較して—, 東京医科大学病院看護研究集録, 29, p.11-15, 2009.
- 3) 奥宮暁子, 石川ふみよ: リハビリテーション看護, 学習研究社, p.17, 2003.
- 4) 原亜由美, 齊藤正美, 小林宏実, 他: 大腿骨頸部骨折患者のリハビリテーションに対する意欲の促進要因と阻害要因, 日本看護学会論文集成人看護 I, p.153, 2012.

◇実践報告◇

外来看護師の在宅療養支援への意識と看護実践能力を高めるための学習および自宅訪問を通じた取り組みの効果

太田由美¹⁾*, 藤本由香里¹⁾, 安田直子¹⁾

在宅療養支援に関する学習と支援が必要な外来患者の自宅訪問を行うことにより、外来看護師の在宅療養支援への意識と看護実践能力の変化を明らかにする目的で本研究に取り組んだ。介入として退院支援研修会に計5回参加、事例検討会、ロールプレイングで学習後、スクリーニング票で訪問患者を抽出し、自宅訪問を実施した。訪問後に他職種とのカンファレンスを行った。介入前後で独自に作成した質問紙を用いて在宅療養支援に関する意識と実践状況を調査した。介入後、「在宅生活のイメージを共有して関わっていますか」等11項目が有意に上昇した ($p<0.05$)。学習に加えて訪問で患者の生活の場を目の当たりにし、生活の視点を持つことの重要性を再認識し、受診時に生活状況や家族関係、自己管理状況を聞く等の実践につながった。事例検討や自宅訪問の機会を増やし、在宅療養支援への意識と実践能力を更に高めていくことが、今後の課題である。

【キーワード】在宅療養支援, 外来看護師, 自宅訪問

I. はじめに

近年、在院日数の短縮化が進み、入院患者の早期退院支援が進んでいる。限られた医療資源を効果的・効率的に活用するため、医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域の患者も身体状態に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指し、病院完結型医療からケアと生活が一体化した地域完結型医療への転換が進んでいる。そのため、入院前、退院後に患者・家族にとって身近な医療者として関わる外来看護師は、受診時に患者の情報を収集し、安心安全に在宅療養を送ることができるように支援していく必要がある。日本看護協会は、看護の将来ビジョン¹⁾の中で『看護は、対象となる人々を、どのような健康状態であっても、人生を生きる一人の個人として総合的にみる。つまり、“疾病”をみる「医療」の視点だけではなく、生きていく営みである「生活」の視点を持って“人”をみることにその専門職としての価値をおく』と強調している。

先駆的に在宅療養支援に取り組んでいる病院からは、外来看護における在宅療養支援に関する看護師の役割として、在宅生活をイメージした情報収集や地域の他職種と連携して意

思決定を支え、主体的に療養生活を送れるように支援することの必要性と課題が報告されている²⁾。また、「外来受診中にある処置や検査、起こっている症状に対しての看護だけでなく、患者の日常生活、帰宅するときのこと、在宅でのこと、心理や予測される苦痛や苦悩に対する看護、在宅をイメージした関わりが必要である」³⁾とも言われている。しかし、在宅看護の経験がない看護師にとって、患者の在宅での生活をイメージすることは容易ではない。そこで、在宅療養支援に関する学習、および在宅療養支援スクリーニング票で支援が必要と判断した外来患者の自宅訪問を実施し、外来看護師の在宅療養支援への意識と看護実践能力の変化を明らかにすることを目的に、本研究に取り組むこととした。

II. 目的

在宅療養支援に関する学習および在宅療養支援スクリーニング票で支援が必要と判断した外来患者の自宅訪問を行うことによって、外来看護師の在宅療養支援への意識と看護実践能力の変化を明らかにする。

受付日：2022年10月12日／受理日：2023年9月12日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail: kango@simo.saiseikai.or.jp

Ⅲ. 看護実践

1. 用語の定義

在宅療養支援スクリーニング票：独自に作成し在宅療養に支援を要する患者を抽出する目的で使用しているシート。

2. 研究期間：2020年8月～2021年8月

3. 研究対象：クリニカルラダーⅢを取得し、研究同意が得られた外来看護師6名（管理者は除く）

4. 調査方法

1) 外来看護師に在宅療養支援に関する意識、および実践状況に関する質問紙調査を実施した。質問紙は峰村ら⁴⁾の在宅支援の看護の概念6視点（生活重視の看護、生活の自立支援、予測と予防、家族関係の理解と調整、チームケア、ケアマネジメント）を基に、許可を得て独自に作成した。

質問内容は29項目で回答は4段階評定尺度（1：全くしていない、2：あまりしていない、3：時々している、4：常にしている）による評価とした。また、質問紙には自由記載欄を設け、在宅療養支援で患者に関わる時に困ったことを調査した。

2) 介入として、対象者は計5回の退院支援スキルアップ施設内研修会（計5時間）に参加した。学習内容は、①退院支援について、②地域資源、他施設の役割・違いについて、③介護保険制度について、④訪問看護、訪問診療、退院前カンファレンスについて、⑤退院支援の事例検討であった。

3) 次に、1回目の質問紙調査結果を基に、在宅療養支援に関する事例検討会、および訪問看護師をオブザーバーとしたロールプレイングを実施した。検討事例は、「認知機能低下があり服薬困難となっている独居高齢者の支援「妻が介護負担を感じているインスリン注射中の高齢患者の支援」の2事例とした。ロールプレイング後は、アセスメントの視点や看護介入方法について在宅支援経験が豊富な訪問看護師よりフィードバックを受ける時間を設けた。

4) 次に、対象者らは在宅療養支援スクリーニング票で支援が必要と判断した訪問看護を利用していない外来通院患者のカンファレンスを実施し、看護計画を立てた後、患者の同意を得て外来看護師が単独で自宅訪問を実施した。自宅訪問に際して、自施設訪問看護師より訪問時の手順の指導を受けた。自宅訪問での滞在時間は1時間とし、訪問時は独自に作成したアセスメントシートを用いて情報収集を行った。アセスメントシートには生活状況や社会資源活用状況、セルフケア状況の他、住居環境、家族構成及び家族間の関係性、生活スケジュール、患者及び家族の価値観の項目を設けた。自宅訪問した外来看護師は、1週間以内に担当患者の情報をまとめ、他職種・訪問看護師等を含めた合同カンファレンスを実施し、サービスの利用等について再検討した。

5) 患者の自宅訪問1か月後、2回目の質問紙調査を実施した。質問紙には自由記載欄を設け、訪問に行って感じたこ

と、患者と関わる際に意識して行うようになったこと、今後、在宅療養支援に活かせると思ったことを調査した。

5. 分析方法

1) 学習および自宅訪問（以後、介入とする）前後の質問紙調査結果は、ウィルコクソンの符号付き順位検定を用いて検定した。統計ソフトは、エクセル統計2016 for Windowsを使用した。

2) 介入後の質問紙調査の自由記載の内容をコード化し、類似性のあるものを相違点、共通点について比較し、サブカテゴリー化した。更にそれを統合し、カテゴリー化してまとめた。カテゴリーの精度を上げるため研究者間で合意が得られるまで分析を繰り返し、信頼性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て、対象者へ研究目的及び方法、参加は自由意思であること、研究への協力の有無により不利益が生じないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守ることを文章で説明し、質問紙の回収をもって同意を得た。自宅訪問するにあたり患者・家族へ訪問スケジュール、訪問中に得た情報のプライバシー保護、訪問のキャンセル・中断は可能であることを説明し、同意を得て訪問した。訪問中は患者・家族の体調に配慮し、再診時に訪問による負担の有無を確認した。

Ⅴ. 結果・成果

1. アンケートの有効回答率は、介入前後共に100%であった。対象者の平均年齢は42.3±5.4歳、平均経験年数は17.0±5.8年、外来平均経験年数は13.5±7.6年であった。

2. 介入前後の質問紙調査の項目別平均点の比較

1) 『生活視点の看護』では4項目中1項目、『生活の自立支援』では10項目中4項目、『家族関係の理解と調整』では3項目中3項目、『チームケア』では3項目中1項目、『ケアマネジメント』では4項目中2項目が介入後、有意に上昇した ($p<0.05$)。『予測と予防』の5項目は、介入前後で有意な差は認めなかった (表1)。

3. 介入前後の自由記載結果

1) 介入前の自由記載では、「患者の生活を意識した介入が必要だができていない」等の意見があった (表2)。

2) 介入後の自由記載より、25のコード、6のサブカテゴリー、【生活の視点を持つ】【支援の幅の広がり】の2のカテゴリーが抽出された (表3)。カテゴリー【】、サブカテゴリー<input type="checkbox"/>、コード<input type="checkbox"/>で示す。

Ⅵ. 看護実践への示唆

質問紙調査の項目別平均点の比較において、介入後、29項目中11項目が有意に上昇した ($p<0.05$)。『生活視点の看護』では、問4「本人・家族と療養生活のイメージを共有して、関

表1 介入前後の質問紙調査の項目別平均点の比較

		介入前	介入後	n=6 有意差
生活 視点 の 看護	1.本人や家族が何を大切にしているかや価値観(健康観)を聞いていますか	2.50	3.50	ns
	2.本人や家族の今までの生き方や、生活スタイル、生活習慣などを確認していますか	2.33	3.50	ns
	3.患者指導は、本人や家族の生活時間や生活設計を考慮して生活者として捉え指導していますか	2.50	3.67	ns
	4.本人・家族と療養生活のイメージを共有して、関わっていますか	2.50	3.83	*
生活 の 自立 支援	5.本人の自尊心を配慮した関わりをしていますか	2.83	3.83	ns
	6.本人や家族が生きる意味を感じ、その人らしく生きていく事へ積極的になれるような関わりができていますか	2.17	4.00	*
	7.本人・家族が自らの病気の状態、障害の状況を確認できるような説明と、今後の見通しについての情報提供ができる関わりをしていますか	2.50	3.67	ns
	8.本人のADLやIADLの拡大の必要性を理解し関わっていますか	2.50	4.00	*
	9.本人・家族ができること・できないことを判断し決定できるように、そのプロセスに関わることができていますか	2.17	3.50	*
	10.自立を促すために知識と技術を伝えるだけでなく、生活の中で習慣化につながるような指導的関わりができていますか	2.17	3.50	*
	11.個々のケースに見合ったサポートの種類・内容・方法について、十分な情報提供と説明ができていますか	2.67	3.83	ns
	12.サポートの内容と選択方法に関して、本人や家族の最終的な決定権の尊重をした関わりができていますか	2.17	3.67	ns
	13.本人・家族の決定したサポート等への同意と支援ができていますか	2.33	3.67	ns
	14.本人・家族の様々な意思決定時の権利を擁護する者として、意識的に関わっていますか	2.50	3.67	ns
予 測 と 予 防	15.指導時、家族や介護者の心身の健康状態や健康管理を考慮した関わりができていますか	2.67	3.83	ns
	16.本人や家族に起こりうる健康問題の予測とその予防についての指導ができていますか	2.33	3.67	ns
	17.家族に起こりうる介護負担の予測とその予防についての指導ができていますか	2.17	3.50	ns
	18.治療上のトラブルや使用機器のトラブルについての対応方法の指導ができていますか	2.33	3.50	ns
	19.疾病・障害の特徴的な合併症の併発やその予防、急変時の対応等について指導の必要性を理解していますか	2.33	3.67	ns
家 族 解 関 と 係 調 の 整	20.在宅療養に向けて、本人や家族の家庭内における役割の理解ができていますか	2.33	3.83	*
	21.在宅療養に向けて家族の結束力と協力体制を理解し意識して関わっていますか	2.00	3.83	*
	22.在宅療養に向けた支援は、日々の関わりの中で意識して行うことの大切さを感じていますか	2.17	4.00	*
チ ーム ケ ア	23.在宅支援に関する関係職種との役割についての理解ができていますか	2.67	4.00	*
	24.チームケアが成り立つために、各職種の専門知識や役割を理解し協力を求めることができていますか	2.50	3.83	ns
	25.在宅支援の目標達成のために、早期から本人や家族を含めた関連職種との情報共有と意思疎通を図ることができていますか	2.33	3.50	ns
ケ ア マ ネ ー ジ メ ン ト	26.日常からの社会資源に対する情報収集・情報管理及びそれらを活用するための知識の習得ができていますか	2.33	3.50	ns
	27.本人や家族が在宅療養を進める上で課題を明確にしていますか	2.33	3.67	ns
	28.必要に応じ、病院内の相談窓口との連携、地域関係機関との連携等調整ができていますか	2.33	3.83	*
	29.社会資源の効果的利用のための調整部門の存在と、マネージメントを行う職種それぞれの役割を理解できていますか	2.33	3.83	*

*: $p<0.05$ ns:not significant

表2 介入前の自由記載

・臨時で外来によく受診に来られる患者に対してもなかなか踏み込むことができず、介入することが難しいと感じることがある。
・夫婦ともに高齢の患者への支援の必要性の判断が難しい。
・患者本人と家族の考え方や価値観のずれがある時の関わり方に困った。
・患者の望むことを考えて関わろうと思っているが、十分できているかわからない。
・日頃から患者や家族と信頼関係を築き、患者の生活を意識した介入が必要だと思っているが、実際に介入できていない。知識不足や患者とのコミュニケーションが不足していると思う。
・高齢夫婦へ在宅支援や介護保険のことを話しているが、他人が家に入ることを望まれていない。
・患者や家族の意思を尊重することが難しい。
・何を聞いて介入してよいかわからない。
・患者とゆっくり関わることができておらず、患者や家族の思いや生活背景に寄り添うことができていないか不安がある。
・問題解決までのプロセスが今一つのところがある。

表3 介入後の自由記載

カテゴリー(2)	サブカテゴリー(6)	コード数(25)	
生活の視点を 持つ	在宅生活を イメージ	・生活上で助言する際にイメージがつけやすくなった ・自宅での生活をイメージしやすくなった	1 1
	生活を理解する	・患者の自宅での生活を意識して関わるようになった	2
		・実際に生活の場を見て日頃どんな生活をしているのかわかった	1
		・外来では見れない生活者としての患者の顔が見れた	1
		・訪問に行って日常生活での問題点をより深く把握することができた ・自宅での困り事や通院方法など患者の病気以外へ目を向けるようになった	1 1
	具体的な情報収集	・患者背景や自己管理の方法などを詳しく聞くようになった	1
・気になる患者について具体的な情報を取るようになった		1	
・患者家族の思いを聞いて理解することが大切だと感じるようになった		1	
・今まで外来患者の背景を知ろうと思っていなかったが、確認するようになった		1	
・体調の事だけでなく通院手段や家族背景なども情報収集するようになった		1	
実践への自信		・具体的な問題点や支援策の声かけができるようになった	1
	・今の患者背景から使える資源や制度はないか等以前より考えるようになった	1	
	・患者へ提案できることの幅が広がった	1	
	・在宅指導がより具体的に患者の個々にあった指導ができるようになった	1	
	・高齢者が多く、いつADLが低下するか分からないため予測しながら関わるようになった	1	
	信頼関係を構築	・訪問したことで信頼関係が以前よりも強く築くことができた	1
・訪問によりさらに患者との信頼関係が生まれ、家族とも話す良い機会となった		1	
他職種との連携・協働	・各職種と連携して介入することが重要とわかった	1	
	・合同カンファレンスで他職種の力を借りることで患者の支援の幅が広がり、とてもよかった	1	
	・訪問看護師と自宅の情報を共有したことで患者の生活の質を上げることができた	1	
	・調剤薬局と連携をとって薬の自己管理のできない患者の支援につなげることができた ・担当ケアマネジャーと連絡をとり、情報交換することで、患者の生活支援につながった	1 1	

わっていますか」が介入後、有意に上昇した。これは、学習で【生活の視点を持つ】ことの重要性を再認識したことに加えて、自宅訪問で患者の生活の場を目の当たりにし、療養環境や生活状況をより深く把握できたことが大きく影響していると考えられる。核家族や共働きが増える中、自宅で家族を看取ることや介護の経験がない看護師が多くなっている。このような背景も、患者の在宅での生活をイメージしづらい一因となっていることが推測される。しかし、地域包括ケア体制の構築が推進される現在において、外来看護師には在宅療養を支援する役割があり、在宅生活をイメージした関わりが求められる⁵⁾。今回、介入後に「自宅での生活をイメージしやすくなった」ことから、学習や自宅訪問は在宅生活のイメージ促進に有用であったと考える。

『生活の自立支援』では、問6「本人や家族が生きる意味を感じ、その人らしく生きていく事へ積極的にになれるような関わりができていますか」、問8「本人のADLやIADLの拡大の必要性を理解し関わっていますか」、問9「本人・家族ができること・できないことを判断し決定できるように、そのプロセスに関わることができていますか」、問10「自立を促すために知識や技術を伝えるだけでなく、生活の中で習慣化につながるような指導的関わりができていますか」が介入後、有意に上昇した。また、『家族関係の理解と調整』では、問20「在宅療養に向けて、本人や家族の家庭内における役割の理解ができていますか」、問21「在宅療養に向けて家族の結束力と協力体制を理解し意識して関わっていますか」、問22「在宅療養に向けた支援は、日々の関わりの中で意識して行うこ

との大切さを感じていますか」が介入後、有意に上昇した。一般外来での看護師の役割は、診療の補助、自己注射等の技術指導、患者の自己決定やアドヒアランスへの支援等、多岐に渡る。外来診療の限られた時間の中で患者の価値観や生活状況、セルフケア状況の詳細を把握することは、外来看護師が意識的に行わなければ難しい。また、一人で通院されている患者については、家族構成や家族間の関係性まで把握できていないケースが多い。しかし、これらの情報は、在宅療養支援の方向性を決定する上で重要な看護情報となる。そこで、今回の自宅訪問は滞在時間を1時間に設定し、患者・家族とゆっくり対話や指導ができる環境を整えた。患者の自宅に向き1対1で関わることで、患者・家族との信頼関係を構築することができ、より円滑なコミュニケーションが図れるようになったことで、自立支援や家族関係の調整の実践につながったと考える。また、重要な看護情報は意図的にアセスメントシートに採用し、収集できるように工夫したことで、《具体的な情報収集》を意識して行うことの必要性に気づき、生活者として患者・家族を捉え、個別性のある支援を展開することが可能となり、これが《実践への自信》につながっていると考える。人は自身で経験し、振り返り、そこから様々な気づきをすることで学び得た内容を次の実践に活かすことができるといわれている。今回の学習及び自宅訪問、合同カンファレンス経験は、外来看護師個々の内省的省察の機会となり、在宅療養支援における行動変容に繋がったと考える。

『チームケア』では、問23「在宅支援に関する関係職種の役割についての理解ができていますか」が介入後、有意に上昇した。また、『ケアマネジメント』では、問28「必要に応じ、病院内の相談窓口との連携、地域関係機関との連携等調整ができていますか」、問29「社会資源の効果的利用のための調整部門の存在と、マネジメントを行う職種それらの役割を理解できていますか」が介入後、有意に上昇した。患者中心の医療のために、そして多様な支援内容と評価の活用には、地域関係機関を含めた他職種との連携と各職種の専門性を生かしたチームアプローチが必須である。その中で、看護師には診察・治療等に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、チーム医療のキーパーソンとしての役割が期待されている⁶⁾。しかし、専門職間の壁を取り払うことが困難、互いの遠慮といった理由から職種を越えて連携・協働することに困難を感じている看護師は多い⁷⁾。今回も同様の課題を抱えている看護師がいることが推測された。しかし、学習により各職種の専門性と役割を理解したこと、支援方法を検討する過程で調剤薬局薬剤師や担当ケアマネジャーと連携・協働する機会を持ち顔の見える関係づくりが構築できたことで、《他職種との連携・協働》への困難感が軽減し、《実践への自信》が高まり、【支援の幅の広がり】を実感することに繋がったのではないかと考える。

今回の介入により、在宅療養支援に関する意識や実践能力が高まった項目がある一方で、『予測と予防』は有意差が認め

られなかった。先行研究⁸⁾でも予測と予防に関する看護活動は実施率が3割であり、他の項目と比較して低いことが報告されている。予測的判断はエキスパート性の高い能力の1つであり、豊富な経験と学習が必要であろう。現場での経験や看護職自身の生活経験が必要であるという見方もある。今回の介入における学習は、一般的知識の提供や2事例の事例検討に留まっており、高度の知識・技術の獲得には至らなかったことが推測される。これが、『予測と予防』における意識及び実践能力を高めることができなかつた要因であると考えられる。様々な疾病や背景の異なる事例への支援検討、自宅訪問の機会を増やし、外来看護師の在宅療養支援に関する意識及び実践能力を更に高めることができるように教育的に介入していくことが、今後の課題である。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会 (2015), 2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン～いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護～に寄せて, 2021年10月20日閲覧.
<http://www.nurse.or.jp/home/about/vision/index.htm/>.
- 2) 吉田ミツエ, 青砥浩子, 西山幸江: 在宅療養支援に対する外来看護師の役割認識, 日農医誌, 64(5), p.871-876, 2016.
- 3) 廣川恵子: 終末期がん患者や家族にとっての外來通院の意味と外来看護師の役割, 日本赤十字広島看護大学紀要, 7, p.27-34, 2007.
- 4) 峰村淳子, 吉田久美子, 宮崎歌代子, 他: 病院看護師の在宅支援の看護についての研究 (第4報) —3施設の看護師の認識と行動の実態分析—, 東京医科大学看護専門学校紀要, 18(1), p.1-34, 2008.
- 5) 前掲書2).
- 6) 厚生労働省 (2010), チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会 報告書), 2021年10月20日閲覧.
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>
- 7) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 他: 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第7号 看護学・リハビリテーション学編, p.23-33, 2013.
- 8) 近藤浩子, 牛久保美津子, 吉田享, 他: 群馬県内病院看護職の在宅を見据えた看護活動に関する実態調査, KMJ THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL, 66, p.31-35, 2016.

◇実践報告◇

大腸内視鏡検査前処置を自宅で行う患者に対する 電話訪問の効果

山本早紀¹⁾*, 山口龍司¹⁾, 菅田幸江¹⁾

自宅で大腸内視鏡検査の前処置を行う患者に対し、内視鏡看護師が電話による看護介入を行い、その効果を検証する目的で本研究に取り組んだ。対象は、自宅での前処置患者 59 名と病院での前処置患者 138 名であった。方法は、質問紙調査を実施し、前処置に関する 4 項目の質問と、電話訪問についての意見を自由記載とした。分析方法は、マンホイットニー-U 検定を用いた。自由記載は、類似性のあるものを関連づけ項目別に分類した。結果、質問紙調査の 2 項目で自宅の方が有意に高かった ($p<0.05$)。自宅での前処置患者のうち、前処置不良で検査に支障を来す例はなかった。内視鏡看護師の電話訪問により、専門的アドバイスができ、安心感に繋がった。また、自宅での前処置を選択した全例で検査が実施できたことから、内視鏡看護師による前処置の電話訪問で臨機応変に対応ができ、病院での前処置と同様に看護介入ができたといえる。

【キーワード】 大腸内視鏡検査, 前処置, 電話訪問

I. はじめに

A 病院は地域の中核を担う急性期病院で、年間約 1700 件の大腸内視鏡検査を行っている。従来までは外来患者は全て、前処置である経口腸管洗浄剤の服用（以下、前処置とする）の説明、服用指導、体調管理は、院内で救急部の看護師が行っていた。しかし、2020 年 4 月から新型コロナウイルス院内感染防止対策により、病院滞在時間の短縮や処置室の密集を防ぐため、自宅で前処置を行う患者の選定基準を作成し、自宅で服用可に該当する患者には、自宅での前処置を勧める方法に転換した。

自宅服用の利点として、花岡らは「自宅を選んで良かった理由として、ほぼ全員が自宅であることでリラックスできた。自宅のトイレが気兼ねなく使えたと回答した。」¹⁾と述べている。しかし、日本医療安全調査機構が発行する大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析によると、大腸内視鏡検査等の前処置として使用する下剤・腸管洗浄剤の服用によって腸管内圧が急激に上昇し、腸閉塞、腸管穿孔、敗血症などが惹起され検査に至る前に死亡するリスクがあると提言している²⁾。そのため、病院で前処置を行う患者と同様に、自宅

で安全に前処置が行えるように看護介入が必要と考えた。介入方法として、自宅で前処置を行う患者に対し、内視鏡看護師が電話による前処置の説明、服用指導や体調管理（以下、電話訪問とする）を行うようにした。秋友らによるスケジュール形式の説明書を使った自宅での前処置の確実性を高めようとした研究³⁾はあるが、自宅で前処置を行う患者に対して電話訪問をして、その介入した効果を調べた研究はなかった。そこで、内視鏡看護師が電話訪問を行い、病院で前処置を行う患者と同様に説明、服用指導、体調管理を行うことで、適切に前処置ができるか否か、効果を検証したので報告する。

II. 目的

大腸内視鏡検査の前処置を自宅で行う患者に対し、内視鏡看護師による電話訪問として、前処置の説明、服用指導、体調管理を行い、病院と同様に適切に前処置が行えるか、その効果を検証した。

III. 看護実践

1. 研究期間：令和 2 年 6 月～令和 3 年 8 月
2. 研究対象：令和 3 年 3 月～令和 3 年 4 月に研究の趣旨に

受付日：2022 年 10 月 12 日／受理日：2023 年 9 月 12 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail：kango@simo.saiseikai.or.jp

同意と質問紙調査に協力が得られた大腸内視鏡検査を受ける患者で自宅で前処置を行った患者 59 名(平均年齢 65.0±12.6 歳)(以下、自宅群とする)と病院で前処置を行った患者 138 名(平均年齢 67.6±10.7 歳)(以下、病院群とする)フローチャートにより自宅で服用可に振り分けられ、かつ大腸内視鏡検査予約時に自宅での服用を勧め、同意した患者を自宅群とした。フローチャートにより病院での服用に該当、または説明時、自宅での服用に対し不安が強い患者は病院で服用することにして、病院群とした。

3. 研究方法

1) 自宅群の選定基準(フローチャート式)(図 1)を作成した。

選定基準の内容は、前処置で気分不良になったことがない、前処置に対するリスクがない、ADL の低下、聴力、視力の不自由がない、検査の理解力がある、家族の協力があるとした。

2) 自宅群に電話訪問を行うことにして、その手順を作成した。

3) 自宅群に手渡すための前処置の手順を作成した。

4) 検査予約時、消化器内科外来にて両群ともに外来看護師が前日の検査食や前処置の手順や方法について説明した。また、自宅群には腸管洗浄剤の調剤の方法と検査当日の午前 8 時 45 分と 10 時 30 分、12 時、13 時 30 分に内視鏡看護師による電話訪問があることを説明し、前処置の手順を手渡した。

5) 検査当日、病院群は従来通り、午前 8:30 に来院し、消化器内科外来で体調確認後、救急外来に案内して救急の担当看護師が薬局で調剤済みの腸管洗浄剤の服用方法を個別に説明した。その後、腸管洗浄剤を 1L 服用してもらい服用後の排便状態を担当看護師が見て適宜声かけを行い、内視鏡室に排便状態を報告した。患者からも体調不良時は看護師に声をかけてもらうようにした。

6) 検査当日、自宅群は内視鏡看護師が外来が記入した患者の申し送り表を確認しながら電話訪問を行った。内容は午前 8 時 45 分に排便や体調不良の有無、心配事がないか、理解の程度を質問し服用方法の説明をした。体調不良があれば主治医に報告し指示を得た。患者に 1 時間半おきに連絡することを伝えた。服用前に腸管洗浄剤を自分で開封し準備してもらい、午前 9 時から前処置を開始し、腸管洗浄剤を 1L 服用し終わる午前 10 時 30 分に排便状態や体調に関して電話訪問をした。その後、12 時、13 時 30 分に同様に電話訪問を行い、検査可能な排便状態になるまで腸管洗浄剤を追加で服用してもらい、来院時間を伝えた。また、その時間以外にも、患者の理解の程度、排便状態、体調によって、電話訪問時間の間隔を 30 分から 1 時間おきに短くした。また、希望する電話の時間があればその時間に電話訪問を行った。排便が検査可能な状態になったとき、服用後、気分不良、嘔吐、嘔気があったとき、腸管洗浄剤を 1L 服用

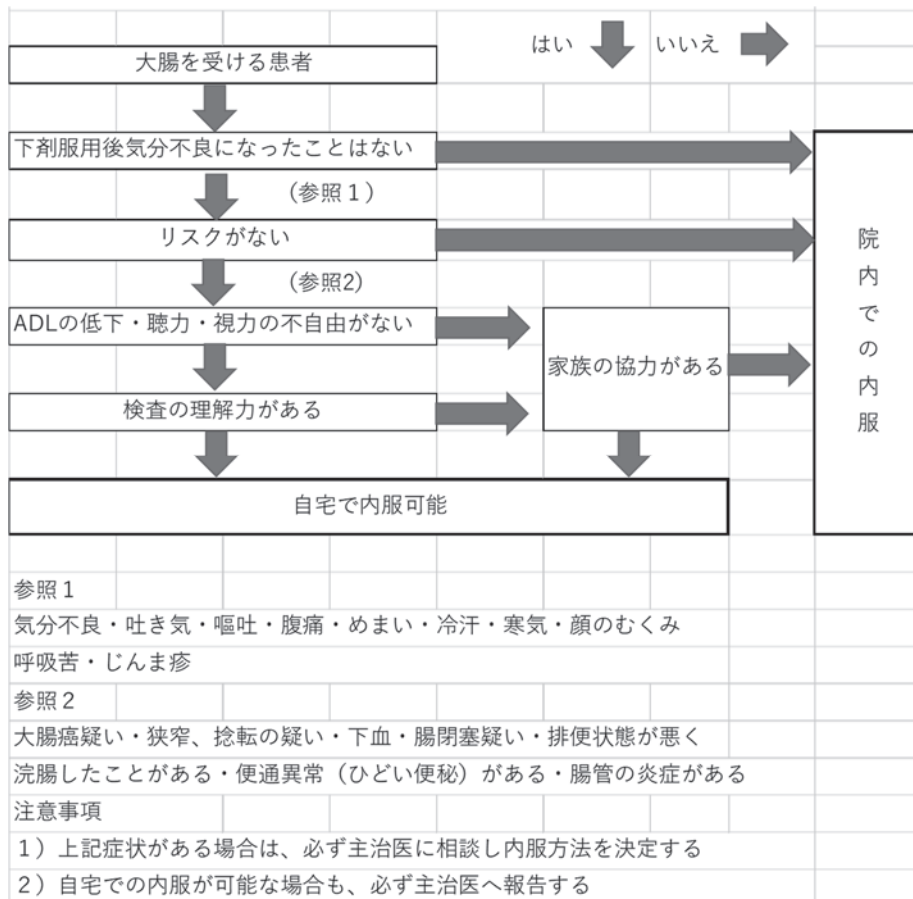


図 1 自宅群の選定基準(フローチャート式)

して全く排便がないとき、排便はあるが、追加で服用しても排便がほぼ黄色か透明にならない、便のカスが大量に出てきれいにならないときは服用を中止して病院に連絡をするように説明した。

7) 「無記名式質問紙調査」を独自に作成し、両群に対し前処置後に質問紙調査を実施した。内容は「年齢」「性別」「検査経験回数」「前処置をした場所」「次回の前処置を希望する場所」および前処置に関する4項目の5段階評定尺度による質問と、その他自由記載とした。4項目の質問の内容は「自宅または病院の前処置を選択してよかったですか」(5=とてもよかったです, 4=よかったです, 3=どちらでもない, 2=悪かった, 1=とても悪かった), 「自宅または病院で前処置をして困ったことがなかったですか」(5=全くなかった, 4=あまりなかった, 3=どちらでもない, 2=少しあった, 1=かなりあった), 「前処置を始める時間は適切でしたか」(5=とても適切だった, 4=適切だった, 3=どちらでもない, 2=あまり適切ではなかった, 1=全く適切ではなかった), 「看護師の説明は適切でしたか」(5=とても適切だった, 4=適切だった, 3=どちらでもない, 2=あまり適切ではなかった, 1=全く適切ではなかった)とした。「自宅または病院で前処置を選択した理由」「看護師の電話訪問時の説明について」「次回の前処置で自宅服用又は、病院服用を希望する理由」は自由記載とした。

8) 記入後は、各自で内視鏡待合室に設置した回収箱へ投函してもらい回収した。

9) 腸管洗浄度については検査を担当した内視鏡看護師が服用・排便チェックシートを用いて腸管内の観察結果を5段階の便の状態で評価した。

4. 分析方法

(1) 質問紙調査について、「前処置の場所はよかったですか」「困ったことがなかったか」「前処置を始める時間」「看護師の説明の適切性」の4項目と腸管洗浄度はマンホイットニー-U検定で分析した。

(2) 自由記載は、類似性のあるものを関連づけ項目別に分類した。

IV. 倫理的配慮

所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て、研究目的、参加は自由意志であること、協力の有無や答えの内容により不利益が生じないこと、研究結果の公表については、全く個人の特定はできず、プライバシーは守ること、データは本研究以外に用いることはないことを口頭と書面で説明し、署名を得ることで同意を得た。

V. 結果・成果

1. 質問紙調査の回収率及び有効回答率は100%であった。
2. 対象患者の背景は、平均年齢66.8±12.1歳で、男性97名、女性100名、合計197名であった。大腸内視鏡検査平均回数は2.6回であった。自宅群59名、病院群138名であった。検査が初めての患者は47名、自宅群が10名、病院群が37名であった。家族の協力があり自宅での服用可と判断されたものは3名であった。

また、自宅で前処置の途中で、嘔気などの症状が出現し、看護師が病院にすぐに来院するようアドバイスし、その後病院で処置を続け問題なく検査を終了できた事例が1件であった。

3. 質問紙調査の結果

1) 4項目の質問内容について、「自宅または病院の前処置を選択してよかったです」「困ったことがなかった」の2項目で、自宅群が有意に高かった ($p<0.05$)。「前処置を始める時間」「看護師の説明の適切性」に有意差はなかった(表1)。

2) 自宅で前処置を選択した理由の自由記載には、「トイレが自由に使いゆっくりできる」「リラックスできる」などの意見があった。病院で前処置を選択した理由には「何かトラブルがあった時にどうしたらよいか心配」「すぐに対応してもらえる」「検査が初めてで自宅では不安があった」「家が遠いので病院が良い」などの意見があった。

3) 看護師の電話訪問時の説明の自由記載では、「状況を詳しく確認してくれて質問にも答えてくれた」「便がきれいにならないときに飲み方などをアドバイスしてくれて良かった」

表1 自宅群と病院群でのアンケートの比較(平均点±標準偏差)

	自宅群 (N=59)	病院群 (N=138)	マン・ホイットニー-U検定
前処置の場所は良かったか	4.2±0.8	4.0±0.6	*
困ったことがなかったか	4.2±0.9	3.8±1.0	*
前処置を始める時間	3.0±0	3.0±0.4	ns
看護師の説明の適切性	4.4±0.7	4.3±0.6	ns

*: $p < 0.05$ ns: not significant

「飲んだことがあるからきれいになればこちらから連絡する」などの意見があった(表2)。

- 4) 自宅群で次の前処置希望場所を自宅と選択した患者は53名(89.8%), 病院と選択した患者は6名(10.1%)であった。病院群で次の前処置希望場所を病院と選択した患者は126名(91.3%), 自宅と選択した患者は12名(8.7%)であった。自宅群で次回も自宅で前処置を希望する理由として「電話訪問があるので安心してできる」「トイレなど気を遣わなくて良かった」「来院までの時間に余裕が持てる」「排便の状況は今回でわかったので自宅でできる」などの意見があった。今回は病院を希望する患者は、「自宅だと他の用事をしてしまう」といった意見があった。病院群で次回も病院で前処置を希望する理由として、「安心して飲める」「病院に来るまでのトイレが心配」「聞きたいことをその場で看護師に聞くことができた」「自分では便がきれいになったか判断ができない」「他の人と話をしながら待つことができたから」という意見があった。今回は自宅を希望する患者からは、「1回飲んだら要領がわかった」「トイレで気を使った」という意見があった。
4. 腸管洗浄度は、自宅群(4.0±0.9), 病院群(3.9±1.1)で、有意差はなかった。
5. 自宅群のうち、前処置不良で検査に支障を来す例はなかった。

VI. 看護実践への示唆

質問紙調査の結果で「自宅または病院の前処置を選択してよかった」「困ったことがなかった」の2項目において、自宅群が病院群よりも有意に高かった。中村らは、「前処置における満足度の関連因子として、良眠、短い待ち時間、自宅での前処置などの精神的な因子も関係していることが明らかになった」⁴⁾と述べているように、自宅群からは「来院までの時間に余裕が持てる」「トイレなど気を遣わなくて良かった」などの自宅環境に関する意見が多く、また、電話訪問で排便

状態から腸管の洗浄具合を把握し、きれいになった順番で検査に案内するため、病院群の検査時間と併せて検査可能時間を予測して来院してもらうことにより、待ち時間に対する不満の声は聞かれず、自分のペースで服用できたと考えられる。腸管洗浄度も、両群ともに、有意差はなく、電話訪問時に内視鏡看護師が適切に検査可能な排便状態を判断し、患者の検査をスムーズに実施できた。このことから自宅群では電話訪問がその一因となり、腸管洗浄度も病院群と遜色なく患者満足度が高いということが言える。

患者と1対1の電話対応を行うことで電話にて服用前後の観察や判断ができ、患者も電話でゆっくりと話すことで直接検査の要望などを伝えやすく質問しやすいのではないかと考えられる。また、服用する前、服用後1時間半おきに電話訪問をすることにより、自宅服用において服用方法の間違いを防ぎ、患者の状態を把握しやすくなる。

「前処置をして困ったことがなかった」の項目で、病院群が担当により対面で個別に説明、声かけを行っているにも関わらず、自宅群が有意に高かった。これは、病院群が元々前処置に不安があったり、説明しても理解や記憶に不安が残ったりした方が多いためと考えられるが、他にも自宅群が外来で前処置の説明を受けていても当日まで日数が空いているため服用方法を忘れていた患者が多く、電話訪問時に内視鏡看護師が手順に沿って説明することにより服用方法の再確認ができ、質問にも適切に答えることができたためであると考えられる。望月らは「前処置は患者にとって侵襲があり決して楽な処置ではない。丁寧に説明をし、十分に理解をしてもらえるようにすることが、内視鏡を受ける患者の安心・安楽に繋がる援助である」⁵⁾と述べており、電話訪問前の患者情報に基づき、丁寧にわかりやすい説明を心掛ける必要がある。また、自宅群の中には家族が患者の代わりに電話に対応することもある。自宅での前処置の危険性や対処方法についても家族にも十分に説明していくことが必要である。

表2 看護師の電話訪問時の説明(自由記載)

		N=59
時間について	タイミングが良かった	2
	ほぼ終了したところに電話があって安心した	1
内容について	わかりやすく適切だった	9
	手短かに簡潔に説明してもらったのでよかった	5
	便がきれいにならないときに飲み方をアドバイスしてくれた	1
	自分の体調に合わせて電話してくれて安心した	1
	説明書通りで良かった	1
	状況を詳しく確認してくれて質問にも答えてくれた	1
	特別に説明はいらない	1
	飲んだことがあるからきれいになればこちらから連絡する	1

田近らは「大腸内視鏡検査を行うにあたり腸管を洗浄する前処置は重要な位置を占めるが、ときに偶発症を招くこともある。より確実に安全な前処置を行うため現状の把握は重要である」⁶⁾と述べているように前処置時の観察の重要性を上げている。病院群では腸管洗浄剤を1L服用後の排便を担当看護師に見せて判断しているか、きれいになったら看護師に見せるように説明している。また担当看護師がそばにいて体調不良時は声をかけてもらい対応している。

自宅群には近くに専門知識を持つ医師、看護師などの医療従事者がいないため、現状の把握や早急な対応が電話訪問に求められる。実際に自宅で前処置の途中で気分不良が起き、看護師が病院での前処置に切り替えるよう判断・アドバイスした患者のように、内視鏡看護師が電話訪問を担うことで、イレギュラーな出来事が生じた際に、内視鏡の専門知識をもとに、患者にアドバイスし臨機応変に対応ができていた。

また、電話訪問の自由記載には、「わかりやすく適切だった」「便がきれいにならないときにアドバイスしてくれた」などの意見があり、内視鏡看護師が専門的知識で状況に即した判断ができたため、電話訪問があつてよかったという意見が多く、内視鏡看護師による電話訪問の看護介入は患者に安心感を与えることに繋がったと考える。自宅群のうち、前処置不良で検査に支障を来す例はなかったことにより、電話訪問によって適切に前処置が行えたのではないかと考える。

次回も自宅で前処置を希望する理由についてゆっくりとできる自宅環境だったこと、病院は服用する場所が決まっておりトイレも共有のため自宅にて気兼ねなく過ごせたことが大きかったと考える。自宅群で次回は、病院と選択した理由としては、自宅だと他の用事もしてしまうといった意見があり、朝から来院して病院で服用し検査に備えたいといった思いもあるのではないかと考える。

今回、病院群で次回は、病院と選択した理由としては、安心して飲める。家が遠いので病院が良い。他の人と話をしながら飲めたといい病院の環境が良かったという意見があり、自宅よりも病院服用のほうが安心して飲めるという意見が多かった。次回は、自宅と選択した理由としては今回、初回で病院で服用した患者からは副作用など見られず、服用方法や排便状態も理解でき、これならば自宅で服用できるという意見があり、検査を経験した患者からは自宅での服用を望む意見もあった。初回の患者は、前処置の手順や不安なことなど電話訪問によって患者の思いを傾聴し支えていくことが重要である。

今後は、電話訪問がなくてもよいという患者の意見を念頭におき、経験や知識など患者背景に合わせた自宅服用への取り組みを継続し、わかりやすい説明や患者の体調に合わせた電話訪問を実践していく。

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。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 花岡典子, 奈良井恵子, 古林恵, 他: 患者背景を考慮した大腸内視鏡検査の前処置場所決定に向けた支援とその効果, 第50回日本看護学会論文集(ヘルスプロモーション), p.103-106, 2020.
- 2) 日本医療安全調査機構, 医療事故の再発防止に向けた提言, 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析, 第10号, p.3, 2020.
- 3) 秋友偉穂子, 岡田亜子, 福山さとみ, 他: 自宅における大腸内視鏡検査前処置の確実性を高めるための取り組み, 香川県看護学会誌, 第1巻, p.25-29, 2010.
- 4) 中村純江, 福原紀代子, 西倉美穂, 他: 大腸内視鏡検査前処置における患者満足度の関連因子, 日本消化器内視鏡技師会会報, No. 63, p.74-76, 2019.
- 5) 望月亜沙子, 山田順一, 岩崎達也, 他: 大腸内視鏡検査の前処置と歩行運動の関連, 第49回日本看護学会論文集(慢性期看護), p.311-313, 2019.
- 6) 田近正洋, 正木久典: 医療従事者に対する大腸内視鏡検査の前処置に関するアンケート調査, 日本消化器がん検診学会雑誌, 59巻6号, p.531-545, 2021.

◇実践報告◇

効果的な新型コロナウイルス感染症対策フローシート・フローチャートの活用の検討

— 訪問看護アンケート調査の分析 —

田川由香^{1) 2)*}, 久保好子^{1) 3)}, 小枝美由紀^{1) 4)}, 岩崎美智子^{1) 5)}, 信川千賀子^{1) 6)}

今回、作成した新型コロナウイルス感染症対策フローシート・フローチャートが、実際に活用できているのか、A県訪問看護ステーションを対象に調査した。質問紙の配布数は494件、回収数は110件(22.3%)であり、フローシート・フローチャートを「知っている」が94件(85.4%)、「知らない」が16件(14.5%)であった。「実際に使ったことがあり、役に立った」が20件(18.2%)、「まだ使ったことがないが、役に立つと思う」が76件(69.0%)であった。今後の検討内容として、【実際の事例が知りたい】といった、どんな課題があり、どう解決していったのかを共有したいというニーズ、【在宅の感染対応の遅れを感じている】【変異株など今後新たな自宅療養対応が必要】といった、今後を見据えた最新情報もあわせてスピーディに発信する必要性、【新型コロナウイルス以外を含めた感染症対策とBCPが知りたい】といった様々な場合に備えた対策を配信し、活用してもらえるようにしていくことが大切であると考えられた。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症, フローシート・フローチャート, 訪問看護

I. はじめに

2020年3月より、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が拡大し訪問看護ステーション事業所(以下、事業所とする)においては、感染症対策の為の情報収集に振り回される状況^{1) 3)}にあった。また、在宅に特化した公的な組織・部署からの参考になるガイドライン等がない為、それぞれが独自で対応指針を作成せざるを得なかった⁴⁾。

A県内事業所においても感染症対策マニュアルが作成できていない中で対応することへの不安の声が聞かれた。A県訪問看護ステーション連絡協議会では、各事業所より、どこまで濃厚接触者に該当するのか、濃厚接触者に該当しない為には具体的にどのようにすればよいのか、もし感染した場合、その後どうすればよいのか、その場ですぐに判断できる手引が欲しい、と現場からの要望を受けた。

そこでA県訪問看護ステーション連絡協議会では、厚生労働省老健局、全国訪問看護事業協会、国立感染症研究所感染症疫学センター、日本産業衛生学会、日本環境感染学会等の新型コロナウイルス感染症対策ガイドを参考にしながら、事業所用の新型コロナウイルス感染症対策フローシート・フ

ローチャート(以下、フローシート・フローチャートとする)を2021年1月に作成した。内容は、現場の職員はどのように動いたらよいのか、事業所はどのように動いたらよいのか、の2点を軸に基本的な情報をフローシート・フローチャート形式にまとめてまとめた。

内容として現場の職員はどのように動いたらよいのかは、利用者、同居家族、職員、職員家族に発熱・症状がある場合、利用者が濃厚接触者になった場合を場面毎にまとめた。事業所はどのように動いたらよいのかは、利用者・同居家族に感染の可能性が高い、利用者もしくは家族の感染が後日分かり職員が訪問していた、職員が感染した場合を場面毎にまとめた。

作成した内容は、2021年2月にA県訪問看護ステーション連絡協議会に登録している事業所にメール配信と、ホームページ上に掲載し誰でも閲覧利用できるようにした。

今回、作成したフローシート・フローチャートが実際に現場で活用できているのか明らかにし、今後どのような内容の情報提供や提供方法・手段が適切か、課題を検討したので報告する。

受付日: 2022年10月12日 / 受理日: 2023年9月12日

1) 兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会訪問看護質向上委員会 2) 明石市医師会訪問看護ステーション 3) 社会医療法人社団順心会順心会訪問看護ステーション別府
4) 神戸女子大学看護学部 元たまつ訪問看護ステーション 5) 医療法人社団慈恵会もみじ訪問看護ステーション 6) おかもと訪問看護ステーション垂水

* E-mail: h-houkan@hna.or.jp

Ⅱ. 目 的

本研究では、作成したフローシート・フローチャートが、実際に活用できているのか明らかにし、今後の活用についての課題を検討した。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究デザイン

A 県訪問看護ステーション連絡協議会が作成したフローシート・フローチャートを訪問看護師がどのように活用できているのか具体的に知る為調査研究を行った。

2. 調査期間

2021年6月3日から6月15日

3. データ収集方法

1) 研究対象者

研究対象者は、A 県訪問看護ステーション連絡協議会に登録している494カ所の訪問看護ステーション事業所1か所につき1名を対象に無記名の自記式質問紙メールを配信し協力の依頼をした。

2) 調査内容

内容は、①A 県訪問看護ステーション連絡協議会が作成したフローシート・フローチャートを知っているか、②どの方法で知ったか、③役に立つと思うか、理由(自由記述)、④新型コロナウイルス感染症に感染または濃厚接触者となった事例の有無と対応、⑤今後検討して欲しい内容(自由記述)とした。

4. 分析方法

分析方法は、質問項目データを単純計算し実数と比率を算出した。自由記述については、文脈がもつ意味を損なわないように気をつけながら、類似した内容のものをまとめ、カテゴリー化した。カテゴリーの妥当性については、研究者間で検討を重ねた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象候補者となる訪問看護ステーション管理者と訪問看護師に対し、回答者(施設)は特定されないこと、本研究の協力ならびに参加は、自由意志であり強制力は働かないこと、協力の有無に関わらず仕事上の不利益は一切被らないこと、辞退できることを保障した上で、依頼時に研究目的、方法、研究の意義、および予測される負担やリスクに対する対応、研究者が知り得たデータは、研究対象者の個人が特定されない形で所属する連絡協議会、関連学会、学会誌等で発表する予定である文章を送付し、オンラインでの回答をもって同意を得たものとした。本研究は、兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会の理事会の承認を得て行った。

Ⅴ. 結果・成果

1. 回収数および分析対象者数

質問紙の配布数は494件、回収数は110件(22.3%)であった。

2. 質問内容

1) フローシート・フローチャートの認知度

A 県訪問看護ステーション連絡協議会に登録している訪問看護ステーション事業所に配信したフローシート・フローチャートを「知っている」が94件(85.4%)、「知らない」が16件(14.5%)であった。知った手段として、「A 県訪問看護ステーション連絡協議会からのメール」が80件(72.7%)、「A 県訪問看護ステーション連絡協議会ホームページ」が5件(4.5%)、「知人から聞いた」が2件(1.8%)、その他(医療機関から入手、上司からの情報提供、地域の協議会から)が5件(4.5%)であった。

2) フローシート・フローチャートの活用

フローシート・フローチャートを「実際に使ったことがあり、役に立った」が20件(18.2%)、「まだ使ったことがないが、役に立つと思う」が76件(69.0%)、「使おうとしたが、役に立たなかった」が1件(0.9%)であった。

各回答の理由は、表1、表2、表3にカテゴリーと記述数を示した。文中では、記述内容は〈 〉、カテゴリーは【 】で示す。

「実際に使ったことがあり、役に立った」と答えた理由(表1)は、〈フローチャートを元に、陽性者の訪問を行った〉、〈訪問すると本人ではなく同居家族に発熱者あり。本人は発熱および症状がなかったが、どうすればよいかフローチャートを見て判断した〉、〈スタッフの家族が発熱した際、参考になった〉〈4月に事業が停止しフローチャートを見ながら確認を行い行動した〉等【発熱、陽性者が出た際に指針となった】、〈ご利用者が濃厚接触者となったことがあり対応方法をスタッフで共有ができた〉や〈まだ情報が少ない状況の時にスタッフへの指導に活用した〉等【スタッフへの指導に活用した】であった。

「まだ使ったことがないが、役に立つと思う」と答えた理由(表2)は、〈様々なパターンがある為活用しやすそうだ〉、〈現場状況がたいへん詳しく提示されている〉、〈行動がとりやすく分かりやすい〉等【具体的に分かりやすいので活用できると思う】であった。また〈当ステーション独自のマニュアルを作っているが、状況が変化し対応に苦慮している。こ

表1 「実際に使ったことがあり、役に立った」理由

カテゴリー	記述数
発熱、陽性者が出た際に指針となった	15
スタッフへの指導に活用した	2

表2 「まだ使ったことがないが、役に立つと思う」理由

カテゴリー	記述数
具体的に分かりやすいので活用できると思う	34
自社の感染対策の根拠として参考になる	11
対象者の発生が無かった為使用していないが、今後使いたい	4
他のものを既に使っているが、分かりやすい	5

のようなマニュアルがあれば参考にできる為助かる)、〈自社で初期対応のフローチャートを作成したが、参考にさせて頂き更に実用的なフローチャート作成や研修に活かせると思う〉、〈法人で作成しているフローチャートと内容が一致しており、対策が間違っていないことに安心した〉等【自社の感染対策の根拠として参考になる】との意見であった。〈まだ感染者への訪問がなく、同居家族が濃厚接触者という例しかない状態であり、きちんとしたマニュアル作成が完成していない。参考とさせて頂いている〉、〈実際その場面に遭遇した時どのように動いたらよいか情報が二転三転し保健所に問い合わせても回答がまちまちで困っていたので参考にしたい〉等【対象者の発生が無かった為使用していないが、今後使いたい】、〈フローチャートができる前に事業体でマニュアル作成されていた。細かい場面分けがされており実際に困った時すぐに使用できると思う〉〈他ステーションで役に立ったと聞いた。現在、自社のものより分かりやすい。連絡会での情報からもそう考える〉等【他のものを既に使っているが、分かりやすい】という意見であった。

「使おうとしたが、役に立たなかった」の理由は1件で、〈職員全員がそれぞれ訪問カバンに防護服と一緒に常備し、訪問時発熱がある場合にシートに従って行動できている〉であった。

3) 利用者、その家族が新型コロナウイルス感染症に感染、または濃厚接触者の事例の有無

利用者、その家族が新型コロナウイルス感染症に感染、または濃厚接触者の事例は、「ある」が68件(61.8%)、「ない」が42件(38.2%)であった。

4) 感染者および濃厚接触者対応マニュアル作成状況

感染者および濃厚接触者に訪問する際のマニュアル作成状況として「既に他で作られたマニュアルを使用」が38件(34.5%)、「自ステーション事業所で作成」が26件、「法人作成」が19件(17.3%)、「現在作成中」が17件(15.5%)、「マニュアルは不要」が1件(0.9%)、その他6件(5.4%)であった。その他の内容は、〈保健所の指示に従った〉〈はっきりしたマニュアルがない為検討していく予定〉〈このフローチャートを利用している〉〈法人で作ってほしいと依頼中であるが進行していない〉であった。

「マニュアルが不要」の理由は、〈必要性を感じない〉〈エビデンスの理解があればあえていない〉であった。

5) 検討内容

今後検討して欲しい内容(表3)は、〈インド型が流行れば(感染力がさらに強い)どうなるのか不安はある〉〈コロナ感染症対策マニュアル最新版〉〈変異株の感染力に合わせた個人用防護具(personal protective equipment: 以下、PPE)や行動の修正、PPEを強化するタイミングが必要と感じた〉等、【変異株など今後新たな自宅療養対応が必要】であった。また、〈在宅での感染者対応における課題等、事例を通して共有できれば有り難い〉〈実際に陽性者や濃厚接触者に対応された

事業所に報告等が聞ける機会があれば、現実味があり参考にしやすい〉〈マニュアル作成において他のステーションはどんな取り組みをされているのだろうと思う、参考にできるものがあると助かる〉等【実際の事例が知りたい】、〈病院とは違い、専門のスタッフもおらず訪問系の感染の意識の低さなどのように取り組んでいけばいいか試行錯誤している〉〈在宅は後回しの様子が漂う〉等【在宅の感染対応の遅れを感じている】という意見もあった。〈連絡協議会から発信してもらう情報をもとに対応していくので、これからも最新情報を発信してもらえることを願っている〉等【連絡会からの情報を期待している】や、〈自然災害時の事業継続計画(以下、BCPとする)が知りたい。自然災害とコロナ感染対策が同時に求められることが出てくる為〉等【コロナウイルス以外を含めた感染症対策とBCPが知りたい】との意見も得た。

VI. 看護実践への示唆

1. フローシート・フローチャート活用の有効性

配信3ヶ月後経過しフローシート・フローチャートの存在を知っているとの回答が8割を超えていることから、認知はされているといえる。「実際に使ったことがあり、役に立った」は18.2%であり、実用は少なかった。「まだ使用していないが、役に立つと思う」が69.0%であり、フローシート・フローチャートが【具体的で分かりやすいので活用できると思う】

【対象者の発生が無かった為使用していないが、今後使いたい】という意見から、該当する対象者が発生していない為使用していない状況にあると考える。吉川ら⁵⁾は、コロナ感染拡大下における訪問看護ステーションの困難として、「感染対策のマニュアル等準備不足」、「PPEと感染予防策の情報不足」があったと述べており、対象者が出た場合の備えの一助になったと考える。【自社の感染対策の根拠として参考になる】【他のものを既に使っているが、分かりやすい】という意見から、コロナウイルス感染症が発生した約1年後に配信となった経緯から、配信時期が遅くなったことが結果に反映したと考える。

これらのことから、今回作成し、配信したフローシート・フローチャートは、対象や状況に合わせ臨機応変に対応出来るようにいくつかの場面に分けており、現場での手引きとしての活用に有効であると考えられた。また、配信時期は早い方が、より役に立つことが明らかとなった。

表3 今後検討して欲しい内容

カテゴリ	記述数
変異株など今後新たな自宅療養対応が必要である	6
実際の事例が知りたい	3
在宅の感染対応の遅れを感じている	5
連絡会からの情報を期待している	8
コロナウイルス以外を含めた感染症対策とBCPが知りたい	2

2. フローシート・フローチャート活用に関する今後の課題

今後の検討内容として、【実際の事例が知りたい】という意見を得た。今回のアンケート調査は、高齢者施設でのクラスター発生が多発し、自宅療養者が始まった新型コロナウイルス感染症拡大第4波の最中に実施されており、当該地域においては、病院・施設での感染者対応から在宅における感染者対応が増加し始めたタイミングであった。一部地域では、新型コロナウイルス感染症陽性となった自宅療養者および自宅待機者への訪問看護事業が行われ始めていた⁶⁾。

しかし、適応される医療保険における加算等、様々な訪問看護の体制はまだ整備される前であり⁷⁾、具体的な事例の共有も少なかった⁸⁾。これらのことから、訪問看護での感染症対応の機会が一気に高まる中、様々なケースでどんな課題があり、どう解決していったのかを共有したいというニーズが明らかとなったと考える。今後は、フローシート・フローチャートで情報共有するとともに他施設がどのようにしているのか各々把握する機会を提供することが必要であると考えられた。

感染対策のマニュアルは既に作成使用している事業所が半数あり、作成中が15.5%であった。〈マニュアル作成において他のステーションはどんな取り組みをされているのだろうと、参考にできるものがあると助かる〉〈コロナ感染症対策マニュアル最新版〉との意見があった。感染対策のマニュアルは、地域・事業所ごとにより内容が異なってくる為、あえて作成掲載はしなかったが、今後は、最新情報もあわせて発信する必要があると考えられた。

【在宅の感染対応の遅れを感じている】という意見がありつつ、【変異株など今後新たな自宅療養対応が必要】【コロナウイルス以外を含めた感染症対策とBCPが知りたい】と今後を見据えた意見が見られた。新型コロナウイルス感染症は、時期により特徴が異なりエビデンスに基づいて最新情報を収集しスピーディな対応が求められることから、変異株感染力に合わせたPPEや対応行動の最新情報等、作成する上で参考になる情報を掲載していくことが望まれた。上田ら⁹⁾は、「今後は、多施設の多職種で、同じ利用者に関わる場合の連携方法について検討して備えておくことが重要である」と述べており、医療職が感染症対策を行うだけでは限界があると考えられる。「訪問系サービスについて、利用者に発熱等の症状がある場合であっても、十分な感染防止対策を前提として、必要なサービスが継続的に提供されることが重要である。」¹⁰⁾というように、医療職のみならず、介護職も一体となつての在宅での感染症対応が望まれる。また、「訪問看護師の動きは、医療-介護、保健-医療、医療-生活のハブとして機能する」¹¹⁾ことを期待されている。これらのことから、最新情報をスピーディにアップデートしながら、在宅全体として感染症対策を行っていけるよう、看護職だけでなく、在宅で利用者の対応をしている他職種に対しても分かりやすいフローシート・フローチャートを配信し、活用してもらえるようにしていくこ

とが大切であると考えられた。

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。

VII. 引用文献

- 1) 山岸暁美: COVID-19 訪問看護の今とこれから, 日本在宅救急医学会誌, 5 (1), p.17-23, 2021.
- 2) 日本訪問看護財団 (2021), 【第11報】令和3年度からの新型コロナウイルス感染症対策への備えと訪問看護関連報酬について, 2022年9月19日閲覧, [korona_taisaku20210507.pdf](https://www.jvnf.or.jp/korona_taisaku20210507.pdf) (jvnf.or.jp).
- 3) 日本訪問看護財団 (2022), 【第13報】新型コロナウイルス感染症に関する訪問看護・自宅療養者への訪問について, 2022年9月19日閲覧, [korona_taisaku20210819-2.pdf](https://www.jvnf.or.jp/korona_taisaku20210819-2.pdf) (jvnf.or.jp).
- 4) 岩本大希: 訪問看護ステーションにおける新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への対応と取り組み, 日本在宅ケア学会誌, 24 (1), p.29-36, 2020.
- 5) 吉川未桜, 吉田麻美, 平塚淳子他: 新型コロナウイルス感染症拡大下における訪問看護ステーションの困難と対応, 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, p.45-55, 2022.
- 6) 藤田愛: 神戸市における新型コロナウイルス感染症第四波での自宅療養・自宅待機者への訪問看護の経験から, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 31, supplement, p.106s, 2021.
- 7) 日本訪問看護財団 (2022), 【第13報】新型コロナウイルス感染症に関する訪問看護・自宅療養者への訪問について, 2022年9月19日閲覧, [korona_taisaku20210819-2.pdf](https://www.jvnf.or.jp/korona_taisaku20210819-2.pdf) (jvnf.or.jp).
- 8) 日本訪問看護財団 (2021), 【第4報】新型コロナウイルス感染症拡大に伴う訪問看護ステーションに関連した情報, 2022年9月19日閲覧, https://www.jvnf.or.jp/newinfo/2020/korona_taisaku20200410-2.pdf.
- 9) 上田泉, 村川奨: 在宅看護分野から考える新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下における訪問看護師のリスクコミュニケーション—国内文献の検討—, 北海道生命倫理研究, 10, p.20-28, 2022.
- 10) 厚生労働省社会・援護局障害福祉部障害福祉課 (2020), 訪問系サービスにおける新型コロナウイルス感染症への対応について, 2022年9月19日閲覧, [000613382.pdf](https://www.mhlw.go.jp/000613382.pdf) (mhlw.go.jp).

◇実践報告◇

看護学生の手指衛生と個人防護用具に関する 知識と手指衛生の方法の認識

— 小児看護学実習前 —

宮良淳子¹⁾*

本研究の目的は、小児看護学実習前の学生の手指衛生と個人防護用具に関する知識と、手指衛生の方法の認識を明らかにすることである。すべての学生は、血圧・脈拍測定後に手指衛生が必要、爪を短く切る、同一患者でも別の処置を行う際に手袋を交換、手袋は再利用しないことを正しく理解していた。一方で、速乾性手指アルコール製剤より、せっけんと流水による手指衛生のほうが手荒れしないと誤って理解していた。速乾性手指アルコール製剤の1回使用量と手指消毒の効力、クロストリジウム・ディフィシル陽性患者のケア後の手指衛生、採尿バッグからの尿の回収や廃棄時に必要な防護用具、防護用具をはずす順番を正しく理解していなかった。手指衛生の方法の認識では、速乾性手指アルコール製剤ではなく、せっけんと流水による手指衛生が望ましい場面について、正しく認識できていなかった。実習では場면을教材化し、具体的な指導を行うことが必要である。

【キーワード】 手指衛生, 個人防護用具, 看護学生, 小児看護学実習

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の感染拡大に伴い、医療機関はこれまで以上に感染防止対策に取り組んでいる。一方で、COVID-19 の感染リスクを恐れて、医療機関への受診や予防接種を控えたり、健康診断を先延ばしにしたりしている患者も少なくない。COVID-19 の流行により、医療機関はこれまでと異なる形での医療提供を求められており、日本医師会では、患者が安心して医療機関に来院できるよう、感染防止対策を徹底している医療機関に対して、「新型コロナウイルス感染症等感染防止対策実施医療機関 みんなで安心マーク」¹⁾を発行している。COVID-19 を契機とし、医療機関における感染防止対策に関する国民の関心が高まっている状況にあるといえる。しかし、COVID-19 の感染経路はこれまでの感染症で想定しえないものではないという点で、院内感染防止対策についてもこれまでと全く違った新たな取り組みを求められているわけではない¹⁾。スタンダードプリコーションは、医療関連感染防止対策上、医療従事者自身が感染を媒介しないための最も基本的かつ重要な対策である。

看護学生においても、臨地実習では直接、患者に接するこ

とから、スタンダードプリコーションの実践が求められる。特に、小児看護学実習で受け持つ子どもたちは大人に比べて抵抗力が弱く感染を起こしやすい。子どもの安全を守るために、看護学生のスタンダードプリコーションの適切な実施は必須である。一方で、小児看護学実習では、対象である子どもが予期せぬ動きをしたり、学生の事前のシミュレーション通りに援助が進まない場面が少なくない。そのため、学生は子どもに触れる前後の手指衛生や適切な個人防護用具の着用を、場面に応じて瞬時に判断し実践しなければならない。しかし、実際には学生が場面を判断し実践しているのではなく、指導看護師の動きを模倣し実践している場合が見受けられる。

臨地実習を開始した看護学生を対象とした感染防止対策に関する知識に関する調査では、「感染防止対策」という言葉自体は認識しているものの、その内容については曖昧な点が多くみられた²⁾との報告がある。また、小児看護学実習前の学生を対象としたせっけんと流水を用いた手指衛生では、拇指、指の付け根、指先が洗い残しやすかった³⁾。

手指衛生は正しい手技で実施するだけでなく、手指衛生を必要とする臨床実践の場面において適切な方法を選択する必要がある。そのためには、正しい知識と、その意義を正しく

受付日：2022年10月12日／受理日：2023年9月12日

1) 中京学院大学

* E-mail : miyara@chukyogakuin-u.ac.jp

理解し、方法を選択する認識が求められる。

そこで本研究では、小児看護学実習前の学生の手指衛生及び個人防護用具に関する知識と、手指衛生の必要な場面における手指衛生の方法の認識に着目し、今後の小児看護学における感染防止対策の教育方略を検討する基礎的資料としたい。

Ⅱ. 目 的

小児看護学実習前の学生の手指衛生及び個人防護用具に関する知識と、手指衛生の必要な 11 の場面における手指衛生の方法の認識について明らかにする。

Ⅲ. 看護実践

1. 対象及び調査期間

A 大学看護学部 3 年生 74 名のうち、協力の同意を得られた学生 66 名の回答用紙を調査対象とした。調査は 2017 年 8 月 1 日に実施した。学生は本調査前に、基礎看護学実習 I、基礎看護学実習 II、成人看護学実習 I (急性期)、成人看護学実習 II (慢性期)、老年看護学実習 I を履修している。

2. データ収集方法

小児看護学援助論 II (2 単位 30 時間) の「子どもの安全を守るための看護技術」の単元において、手指衛生と個人防護用具に関する知識と手指衛生の実施に関する認識について調査を実施し、その場で教員が回収した。なお、単元のなかで正しい手指衛生と個人防護用具の使用について教授する際に、正答を示すとともに、簡易的に集計した調査結果を用い、誤った認識については重点的に指導した。調査項目は、既存の「感染対策チェックテスト 100」⁴⁾ を参考に構成した標準防止策のうち手指衛生と個人防護用具についての知識 22 項目と、手指衛生の必要な 11 場面における手指衛生の方法の認識についてである。

手指衛生と個人防護用具についての知識 22 項目は、正答または誤答で評価した。手指衛生の方法の認識については、「医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン」⁵⁾ を参考に、手指衛生の必要な 11 場面を設定し、「せっけんと流水による手指衛生」と「速乾性手指アルコール製剤を用いた手指衛生」のどちらを適していると認識しているか調査した。

3. 分析方法

統計ソフト IBN SPSS Statistics 24 を用い各項目の回答について記述統計を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究への協力依頼は、成績が個人に知らされた後に行った。研究目的、方法、参加は自由意思で拒否による不利益はないこと、個人情報保護について、文書と口頭で説明を行い、書面にて同意を得た。同意の得られた学生の調査用紙及び研究結果のデータは、個人情報を匿名加工し、個人が特定されないよう配慮した。なお、本研究は中京学院大学研究倫理審

査会の承認を得て実施した (承認番号 17-01)。

V. 結果・成果

同意の得られた学生は 89.2% (66 名)、男性 22.7% (15 名)、女性 77.3% (51 名) であった。

1. 手指衛生と個人防護用具に関する知識

「血圧測定や脈拍測定などの処置後は、手は汚染されない」、手指衛生は不要である」「同一患者であれば、別の処置を行う場合に、手袋を交換する必要はない」「手袋は消毒すれば再利用してもよい」の 3 項目について、質問項目は誤りであるとすべての学生が正答した。「長い爪の間には細菌が繁殖しやすいので、爪は短く切る」について、正しいとすべての学生が正答した。

90%以上の学生が正答した項目は 9 項目であった。「スタンダードプリコーションは、感染症の有無にかかわらず、すべての患者に対して標準的に行う感染防止策である」98.5% (65 名)、「手指衛生を必要な場面で、かつ適切な方法で実施すると、医療関連感染は減少できる」97.0% (64 名)、「末梢静脈カテーテル挿入など侵襲的な処置を実施する前は、手指消毒を実施する」90.9% (60 名)、「手指衛生時に洗い残しやすい部位は、親指、指先、指の間である」97.0% (64 名)、「せっけんと流水での手洗い後は、水道の蛇口は手で閉めない」95.5% (63 名)、「手荒れをすると、細菌が定着しやすくなる」98.5% (65 名) が正しいと答えていた。「手袋をはずした後は、手指衛生は不要である」98.5% (65 名)、「手袋は必要時すぐに使用できるよう、常に白衣のポケットに入れて持ち歩く」93.9% (62 名)、「血液ウイルス疾患を持たない患者の血管確保や採血時は、手袋を着用しなくてもよい」98.5% (65 名) の 3 項目については、質問項目は誤りであると正答していた。

反対に、「採尿バッグからの尿の回収や廃棄時は、手袋とエプロンを着用すればよい」を誤りの質問項目であると正答した学生は 37.9% (25 名) と非常に少なく、「手荒れ防止のため、ピンタイプの手ドローションを使用するとよい」についても誤りの質問項目であると正答した学生は 39.4% (26 名) と少なかった。また「速乾性手指アルコール製剤による手指消毒よりも、せっけんと流水による手洗いのほうが手荒れしない」を誤りの質問項目であると正答した学生は 56.1% (37 名)、「速乾性手指アルコール製剤の 1 回使用量は、手指消毒の効力には影響しない」についても誤りであると正答した学生は 60.6% (40 名) であった。「患者への医療処置や看護ケアで使用した防護具をはずすときの脱衣の順番は、①手袋→②ゴーグル・フェイスシールド→③ガウン→マスクである」59.1% (39 名)、「クロストリジウム・ディフィシル陽性患者のケア後は、せっけんと流水で手洗いを行う」59.1% (39 名) が正しい質問項目であると正答していた (表 1)。

2. 手指衛生の必要な 11 場面における方法の認識

手が目に見えて汚れているときや、血液や体液で目に見えて汚れているときはせっけんと流水による手指衛生が適して

いと全ての学生が答えたが、タンパク性物質で手が汚染されているときにせっけんと流水による手指衛生が適していると答えた学生は28.8% (19名)であった。また、食事前やトイレの後にせっけんと流水による手指衛生が適していることを認識している学生は、98.5% (65名)であった。

速乾性手指アルコール製剤を用いた手指衛生が適していると学生が答えた場面は、患者に直接触れる前78.8% (52名)

表1 手指衛生と个人防护用具についての知識 n=66

質問項目	解答	正答数(%)
1 感染は、微生物に接触するだけで発生する	×	48(72.7)
2 スタンダードプリコーションは、感染減の有無にかかわらず、すべての患者に対して標準的に行う感染予防策である	○	65(98.5)
3 手指衛生を必要な場面で、かつ適切な方法で実施すると、医療関連感染は減少できる	○	64(97.0)
4 血液が手に多量に付着してしまつたら、速乾性手指アルコール製剤で手指消毒する	×	58(87.8)
5 末梢静脈カテーテル挿入など侵襲的な処置を実施する前は、手指消毒を実施する	○	60(90.9)
6 血圧測定や脈拍測定などの処置後は、手は汚染されないの、手指衛生は不要である	×	66(100)
7 手指衛生時に洗い残しやすい部位は、親指、指先、指の間である	○	64(97.0)
8 長い爪の間には細菌が繁殖しやすいので、爪は短く切る	○	66(100)
9 速乾性手指アルコール製剤の1回使用量は、手指消毒の効力には影響しない	×	40(60.6)
10 クロストリジウム・ディフィシル陽性患者のケア後は、せっけんと流水で手洗いを行う	○	39(59.1)
11 速乾性手指アルコール製剤による手指消毒よりも、せっけんと流水による手洗いのほうが手荒れしない	×	37(56.1)
12 せっけんと流水での手洗いは、水道の蛇口は手で閉めない	○	63(95.5)
13 液体せっけんがなくなつたら、空になった容器に液体せっけんを継ぎ足して使用してよい	×	57(84.6)
14 手荒れをすると、細菌が定着しやすくなる	○	65(98.5)
15 手荒れ防止のため、ビンタイプのハンドローションを使用するとよい	×	26(39.4)
16 手袋をはずした後は、手指衛生は不要である	×	65(98.5)
17 同一患者であれば、別の処置を行う場合に、手袋を交換する必要はない	×	66(100)
18 手袋は必要時すぐに使用できるよう、常に白衣のポケットに入れて持ち歩く	×	62(93.9)
19 患者への医療処置や看護ケアで使用した防護具をはずすときの脱衣の順番は①手袋→②ゴーグル・フェイスシールド→③ガウン→マスクである	○	39(59.1)
20 血液ウイルス疾患を持たない患者の血管確保や採血時は、手袋を着用しなくてもよい	×	65(98.5)
21 手袋は消毒すれば再利用してもよい	×	66(100)
22 採尿バッグからの尿の回収や廃棄時は、手袋とエプロンを着用すればよい	×	25(37.9)

が最も多く、次いで患者のすぐ近くのものとの接触の後に77.3% (51名)、患者のケア中に、身体の汚染部から清潔部位に移動する場合は74.2% (49名)であった。中心静脈カテーテル挿入時の滅菌手袋装着前に速乾性手指アルコール製剤を用いた手指衛生を行うと答えた学生は34.8% (23名)、末梢血管留置カテーテルの挿入前に速乾性手指アルコール製剤を用いた手指衛生を行うと答えた学生は36.4% (24名)であった(表2)。

VI. 看護実践への示唆

1. 手指衛生と个人防护用に関する知識と手指衛生の方法の認識

手指衛生のタイミング、手袋を処置毎に交換し使い捨てにすることは理解されていたものの、速乾性手指アルコール製剤の効果的な使用量について正しく理解している学生は60.6% (40名)であった。正しいタイミングで手指衛生を行っても、速乾性手指アルコール製剤の1回の使用量が少なすぎると殺菌効果が劣る。臨地実習中の手指衛生では、速乾性手指アルコール製剤を使用する頻度は高いため、効果的な使用量を用いて適切に実施することができるよう正しい知識を持つことが必須であると考えられる。

CDCガイドラインの勧告では、手指が目に見えて汚染されていない場合には速乾性手指アルコール製剤が手指衛生の基本であるが、手指がタンパク性物質に汚染された場合には、アルコールを塗布しても効果が期待できないことから、せっけんと流水による手指衛生が優先される。手が目に見えて汚れているときや、血液や体液で目に見えて汚れているとき、食事前やトイレの後にせっけんと流水による手指衛生が適していることを学生は認識していたが、タンパク性物質に汚染された場合にせっけんと流水による手指衛生が適しているこ

表2 手指衛生の必要な場面における方法の認識 n=66

場面	方法	人(%)
手が目に見えて汚れているとき	せっけんと流水	66(100)
	速乾性手指消毒薬	0(0)
タンパク性物質で手が汚染されているとき	せっけんと流水	19(28.8)
	速乾性手指消毒薬	47(71.2)
血液や体液で目に見えて汚れているとき	せっけんと流水	66(100)
	速乾性手指消毒薬	0(0)
手が目に見えて汚染されていないとき	せっけんと流水	14(21.2)
	速乾性手指消毒薬	52(78.8)
②中心静脈カテーテル挿入時の滅菌手袋装着前	せっけんと流水	43(65.6)
	速乾性手指消毒薬	23(34.8)
③末梢血管留置カテーテルの挿入前	せっけんと流水	42(63.6)
	速乾性手指消毒薬	24(36.4)
④患者の損傷のない皮膚に接触した後(脈をとる、血圧をはかる)	せっけんと流水	22(33.3)
	速乾性手指消毒薬	44(66.7)
⑤患者のケア中に、身体の汚染部から清潔部位に移動する場合	せっけんと流水	17(25.8)
	速乾性手指消毒薬	49(74.2)
⑥患者のすぐ近くのもの(医療器具を含む)との接触の後	せっけんと流水	15(22.7)
	速乾性手指消毒薬	51(77.3)
⑦手袋をはずした後	せっけんと流水	36(54.5)
	速乾性手指消毒薬	30(45.5)
食事前やトイレの後	せっけんと流水	65(98.5)
	速乾性手指消毒薬	1(1.5)

とを認識している学生が少なかった。タンパク性物質に汚染された場合だけでなく、病原体が芽胞を形成する場合なども合わせて、速乾性手指アルコール製剤が適さない場面についての指導が必要である。

中心静脈カテーテル挿入時の滅菌手袋装着前や末梢血管留置カテーテルの挿入前は速乾性手指アルコール製剤による手指衛生が最も適しており、せっけんと流水による手指衛生をおこなった場合でも、速乾性手指アルコール製剤を使用する⁵⁾必要がある。CDC ガイドラインにおいて速乾性手指アルコール製剤による手指衛生が推奨されている理由について指導し、具体的な場面を教材化することにより学生の認識が高まると考えられる。また、個人防護用具をはずす順序を正しく理解している学生は59.1% (39名)と少なく、採尿バッグからの尿の回収や廃棄時に、手袋とエプロンだけでなく、マスクやゴーグルを着用する必要性を理解している学生は37.9% (25名)と非常に少なかった。それにより、臨地実習において学生たちが看護師の行動に戸惑うことや、根拠を踏まえたいえでの適切な行動をとれない可能性があると考えられる。

また、クロストリジウム・ディフィシル陽性患者のケア後の手指衛生方法の正答率が低かった。クロストリジウム・ディフィシルは、高齢者に多くみられる感染症であるため、基本的な知識を確実に習得させる必要がある。その上で、状況を的確にアセスメントし、適切な行動を実践できる能力が求められる。

2. 医療関連感染防止教育への示唆

医療関連感染を防止するために、すべての医療従事者がスタンダードプリコーションを遵守する必要がある、無資格者である学生であっても同様である。尾上らは、看護学生の手指衛生の手技を培養法で判定した結果、正確な実施率は進級に伴って増加している⁶⁾ことを報告しており、低学年から確実な手指消毒手技を体得させる指導が必要であることを示唆している。また、臨地実習は看護実践能力を最も高める学習場面⁷⁾である。看護としての実践内容は、①看護職者の看護の場における即座の判断ないし意思決定によって行われるもの、②生活の流れにおける日常生活行動の適切な維持にかかわるもの、③看護問題として看護計画に基づいて計画的に継続しておこなうものなどに整理⁸⁾され、感染防止行動は①看護職者の看護の場における即座の判断ないし意思決定によって行われるものだと考えられる。意思決定のプロセスは、最初に関連内容の「知識」を学修し、それに関して「経験」する機会を得たり、必要内容の模倣を行い、その過程で知識、経験を生かして「直感」が働くようになる⁹⁾ため、正しい知識が定着するように教授するとともに、十分な学内演習を行うことが重要である。知識の定着には、受動的方法である講義形式よりも、討論や体験、自分が教えるといった能動的方法が記憶に残る¹⁰⁾ため、共同学習を取り入れる等の工夫が必要と考えられる。また、看護行為は認知領域(想起-解釈-問題解決)、情意領域(受入れ-反応-内面化)、精神運動領

域(模倣-コントロール-自動化)で構成される¹¹⁾が、スタンダードプリコーションは精神運動領域ではより高次の自動化が求められる。講義を受動的に聞き、デモンストレーションを模倣する演習スタイルは、精神運動領域の評価が低いことが指摘されており¹²⁾、グループによる課題学習を取り入れた探求的学修プログラムによる演習が効果的であるとの報告^{13) 14)}がある。学内演習においては、主体的な学修を通してスタンダードプリコーションの必要性や根拠を理解し、知識に基づいた練習を反復して行うことにより、適切な方法で確実に実践できるよう体得させる必要がある。その上で、臨地実習では指導者等をロールモデルとしながら、経験の蓄積をしていくことが重要である。

看護基礎教育において、スタンダードプリコーションは基礎看護学領域で学修した後、各看護学領域の中で常に意識して実施すべき基本的技術である。各看護学領域の実習前のオリエンテーション等を活用し、スタンダードプリコーションの知識の確認をするとともに、実施への意識を高めることが求められる。臨地実習では指導看護師と十分に連携し、機会を逃さず具体的な指導を行うことが必要である。

結論

成人看護学実習や老年看護学実習を履修した学生であっても、手指衛生と個人防護用具に関する誤った知識と、手指衛生の必要な場面における誤った方法の認識を有していることが明らかとなった。医療従事者には、自身の行う行為によって血液や体液の曝露が発生しうるか予測したうえで、適切なスタンダードプリコーションを実施することが求められる。そのため、講義-演習-実習という学習段階に応じた具体的な指導の必要性和、領域横断的な教育の必要性が示唆された。なお、本研究における、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 日本医師会 (2020), 新型コロナウイルス感染症対策 医療機関向けガイドライン, 2020年9月22日閲覧, http://www.med.or.jp/doctor/kansen/novel_corona/aguidelines.pdf.
- 2) 吉井美穂, 八塚美樹, 塚原節子, 他: 看護学生の臨地実習における感染防止対策に関する意識と実際, 富山大学看護学会誌, 8 (1), p.63-67, 2008.
- 3) 宮良淳子, 元山彩織, 高田理衣: 小児看護学実習前学生に対する手洗い指導方法の検討, 中京学院大学看護学部紀要, 8 (1), p.79-87, 2018.
- 4) 洪愛子, 工藤友子, 平松玉江, 他: 感染対策チェックテスト 100 病院感染対策キホンのき, 日本看護協会出版社, p.2-91, 2008.
- 5) Boyce, J. M・Pittet, D: Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings, 2002, 大久保憲訳, 医療現場における手指衛生のための CDC ガイドライン, メディカ出版, p.91, 2003.
- 6) 尾上孝利, 佐々木彩夏, 藪下恵里, 他: 看護学生の手洗いおよび擦式手指消毒実施状況の評価, 太成学院大学紀要, 14 (1), p.43-45, 2012.

- 7) 良村貞子:無資格者である学生がどこまで技術を行えるか
臨地実習で行う看護技術をめぐる法的問題, 看護展望, 31
(2), p.11-17, 2006.
- 8) 田島桂子:看護実践能力育成に向けた教育の基礎 (2), 医学書院, p.67-69, 2004.
- 9) 前掲書 8).
- 10) 池西静江, 石東佳子:看護教育へようこそ, 医学書院, p.118,
2015.
- 11) 前掲書 8).
- 12) 加藤由美子, 鈴木初子:基礎看護技術習得に関する一考察
1年終了時における自己評価の分析, 名古屋市立大学看護
短期大学紀要, 8, p.53-65, 1996.
- 13) 小口多美子:小児看護技術演習の工夫 共同学習の試み,
日本看護学会論文集 看護教育, 36, p.350-352, 2005.
- 14) 森口佐恵, 田畑典子: 探究的学習方法を取り入れた基礎
看護技術の授業設計 学生が考えるベッドメイキングの技
術演習, ナースエデュケーション, 3 (6), p.132-141, 2003.

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

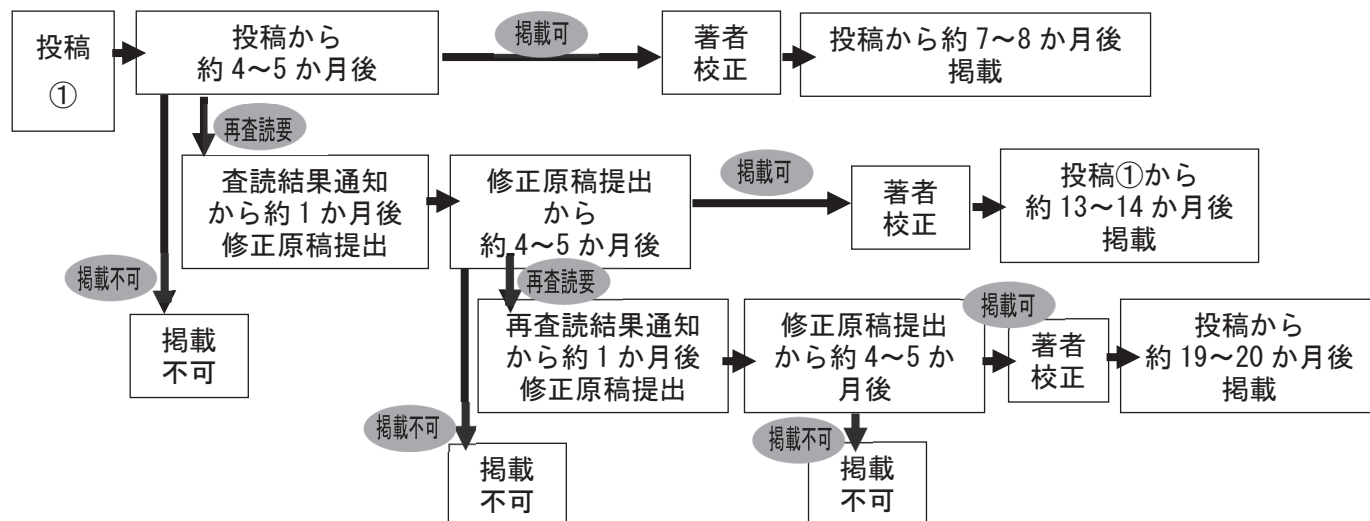
- 1) 投稿は論文登録・選考管理システムで行う。
- 2) 原稿とともに、下記書類を論文登録・選考管理システムにアップロードする。
 - ・日本看護学会誌投稿 自己申告による利益相反（COI）申告書

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、報酬を受理している。

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

査読委員

青木美香	大石ふみ子	窪川理英
浅井美千代	大江佳織	熊谷有真代
浅野浩子	大江理英	久米真暢子
渥美綾子	大草由美子	黒田美穂美
網中眞由美	大竹眞裕美	桑原美穂美
荒木暁子	大西麻未	行田菜穂美
安藤満代	大野美千代	高力きよみ
安保寛明	大日向陽子	古賀雄二
飯野英親	大堀昇介	越村利恵
猪川康恵	大山祐介	小西由起子
池田美里	大山裕美子	小見山智恵子
池西悦子	尾形由貴子	佐久間佐織
伊豆上智子	岡本双美子	櫻井敬子
市村久美子	小倉邦子	佐々木美果
伊東美佐江	長内さゆり	佐々木吉子
稲垣範子	小野五月	佐竹陽子
稲野聖子	小山田恭子	佐藤美香子
乾友紀子	檜原理恵	佐藤幹代
井上直子	春日広美	佐藤みつ子
井上奈々	片田千尋	佐藤淑子
井上真奈美	片山将宏	柴田滋子
井上裕美子	勝山貴美子	島田裕子
今井芳枝	桂川純子	霜山真子
上田伊佐子	加藤茜子	菅原清子
上野栄一子	加藤隆子	菅原智一
上原明子	金子盛琢也	菅原美樹
植村真美子	金子昌江子	菅原よしえ
牛田貴子	川久保江子	菅原久美子
宇城洋子	河野照絵	鈴木幸子
内川野子	北野朝進	鈴木美央
内江口美子	久間朝子	鈴木和香子
江角伸吾	清村紀子	須角穂美
遠藤和子	國江慶子	隅田千絵

関	井	愛	紀	子	中	村	由	美	藤	井	徹	也
関	根			正	中	山	栄	純	藤	浪	千	種
曾	根	原	純	子	成	田	小	百	藤	野	智	子
高	井	岡	智	子	成	田	康	子	藤	村	朗	子
高	岡	木	夏	子	成	瀬	早	苗	古	島	幸	江
高	岸	岸	弘	惠	難	波	美	貴	細	田	志	衣
高	谷	谷	恭	美	西	澤	和	義	本	城	綾	子
高	橋	橋	奈	子	西	田	頼	子	前	田	と	み
高	橋	橋	奈	津	西	塚	弘	子	増	野	ひ	子
高	橋	橋	奈	亮	二	瓶	映	美	真	嶋	章	か
高	橋	橋	奈	一	二	瓶	洋	子	町	田	ゆ	弓
高	橋	橋	奈	香	沼	口	知	子	松	枝	真	智
高	橋	橋	奈	子	菖	菖	典	子	松	田	美	登
高	橋	橋	奈	里	菖	原	結	花	松	本	千	勢
高	橋	橋	奈	穂	菖	野	夏	紀	真	鍋	賢	哉
高	橋	橋	奈	子	菖	本	明	香	三	上	知	子
高	橋	橋	奈	美	菖	山	佳	子	箕	浦	千	子
高	橋	橋	奈	子	畑	畑	吉	未	宮	木	洋	良
高	橋	橋	奈	子	畑	山	卓	也	宮	本	い	み
高	橋	橋	奈	子	畑	中	あ	ね	宮	本	有	紀
高	橋	橋	奈	子	花	井	理	紗	村	井	文	江
高	橋	橋	奈	子	濱	田	正	美	望	中	峯	子
高	橋	橋	奈	子	濱	吉	美	穂	山	月	宗	郎
高	橋	橋	奈	子	原	原	等	子	山	岸	直	子
高	橋	橋	奈	子	原	坂	理	加	山	下	い	み
高	橋	橋	奈	子	原	板	竜	三	山	下	早	苗
高	橋	橋	奈	子	坂	日	志	乃	山	勢	善	江
高	橋	橋	奈	子	板	樋	孝	枝	山	田	明	美
高	橋	橋	奈	子	日	樋	友	裕	山	村	江	子
高	橋	橋	奈	子	樋	樋	美	樹	山	本	小	実
高	橋	橋	奈	子	平	平	有	紀	山	田	紀	子
高	橋	橋	奈	子	平	平	美	子	吉	田	昭	子
高	橋	橋	奈	子	平	平	良	江	米	山	雅	子
高	橋	橋	奈	子	平	平	優	子	米	田	由	樹
高	橋	橋	奈	子	廣	廣	泰	子	和	田	夕	子
高	橋	橋	奈	子	深	深	亜	美	渡	邊	裕	見
高	橋	橋	奈	子	福	福	綾	子	渡	邊	見	子

(五十音順)

2023 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（大阪公立大学大学院看護学研究科看護学専攻／
看護学部看護学科）
- 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（千葉大学看護学部看護学科）
- 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.2

2023 年 11 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