

ISSN 2758-3384
Vol.19 No.1 May, 2024

第19卷第1号 2024年5月

日本看護学会誌

Journal of The Japan Society of Nursing

日本看護学会

The Japan Society of Nursing

目 次

◇ 原 著 ◇

- 虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術後の療養生活への思い
長岡赤十字病院 本 山 和 樹 ……3
- 成人糖尿病患者における Flash glucose monitoring (FGM) 導入後の使用実態と
セルフモニタリングの変化
静岡県立総合病院 増 田 誠一郎 ……9
- 統合失調症を有する入院中の患者の自己効力感や自尊感情と自覚的なストレスの数、
相談できる人の数との関連性について
東北福祉大学 光 永 憲 香 ……16
- COVID-19 禍における臨床看護師の e ラーニング学習に関する実態とニーズ調査
聖路加国際大学看護学研究科 木 村 理 加 ……22

◇ 研究報告 ◇

- 訪問看護師が語った看護実践の中でのやりがい
藤田医科大学 梅 村 まり子 ……30
- 造血器腫瘍患者の感染予防を継続することについての思い
太田西ノ内病院 山 下 由美子 ……38
- 医療観察法指定入院処遇から指定通院へ移行した対象者を受け入れる地域支援者の
思いと支援の検討
愛知県精神医療センター 亀 井 良 則 ……44
- 予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する
看護師のストレスと緩和要因
国立精神・神経医療研究センター病院 今 井 佐代子 ……52
- ICDSC を用いた集中治療部におけるせん妄発症の実態とその要因
青森労災病院 田 中 優 子 ……60
- 精神科看護師の排便確認が困難な患者に対するケアの実際
岡山県精神科医療センター 岸 美智子 ……66
- 日常生活自立度の低い高齢入院患者に対する看護師の在宅退院支援の実践状況と
専門職的自律性の関連性
静岡県立総合病院 石 野 由 貴 ……74
- 平時の家庭内暴力への認識と対応経験、および新型コロナウイルス感染症流行による、
家庭内暴力への認識
—小児・母性看護専門看護師を対象としたアンケート調査—
土浦協同病院 龜 山 千 里 ……82

看護研究経験による看護実践上の意識の変化と影響を受けた研究プロセス

富士市立中央病院 渡 邊 葉 子 ……88

予期悲嘆の中にある老年期の夫妻とのケアリングパートナーシップ

—再発を繰り返す夫妻のがん体験をめぐる変化の過程—

所沢看護専門学校 岡 本 陽 子 ……95

介護予防自主グループを育成するための情報収集項目

—保健師が行う介護予防自主グループ育成に焦点をあてて—

東北福祉大学 佐 藤 晃 子 ……102

新型コロナウイルス感染症専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する看護師の考えと今後の課題

大阪市立十三市民病院 藤 谷 萌 ……110

中間看護管理者の職務遂行上の困難

—新任期と新任期以降の中間看護管理者の比較—

信州大学医学部附属病院 戸 部 理 絵 ……115

◇実践報告◇

¹⁸F-FDG 投与業務におけるタスクシフト/シェアの過程とその効果に関する検討

北海道大学病院 佐 伯 歌 奈 ……122

乳児持続性高インスリン血症性低血糖症に対してジアゾキシド治療を長期継続する児の母親へ NICU 看護師が行ったトラウマインフォームドケアの実践

土浦協同病院 龜 山 千 里 ……127

術後早期離床場面におけるシミュレーション教育の評価

—演習終了時のレポートから見た臨床判断に関する学びの分析—

愛知医科大学看護学部 佐 藤 ゆかり ……132

外科病棟看護師の術後離床時に起こり得る合併症のリスクに対する意識と離床技術の向上を目指した勉強会と演習の有効性

山口県済生会下関総合病院 大瀬良 智香子 ……138

救急外来看護師における苦痛緩和を目的としたケア意識の向上への取り組み

山口県済生会下関総合病院 藤 野 美 香 ……143

意味記憶障害を呈した認知症高齢者のコミュニケーション支援への取り組み

総合南東北病院 山 田 愛 実 ……148

「ありがとうカード」活用による看護師の感情の変化

—ポジティブ感情に注目して—

川西赤十字病院 石 川 とも佳 ……152

A 校における社会人基礎力向上プログラムの成果と課題の分析

富山市立看護専門学校 多 喜 早 苗 ……158

緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価と今後の課題

—遺族調査を通して—

公立豊岡病院組合立豊岡病院 山 崎 恵 ……162

◇ 原 著 ◇

虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の経皮的冠動脈
形成術後の療養生活への思い

本山和樹^{1)*}, 中野千瑛¹⁾, 齋藤汐莉¹⁾, 小林綾子²⁾

【目的】：虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術後の療養生活への思いを明らかにすること。

【方法】：経皮的冠動脈形成術後に冠動脈再評価目的に入院した糖尿病患者に半構造化面接を行い、得られたデータをコード・サブカテゴリー・カテゴリー化し分析した。

【結果】：研究対象者は4名であった。虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術後の療養生活への思いとして7つのカテゴリーが抽出された。

【考察】：糖尿病患者は、虚血性心疾患を併発すると不適切な生活への後悔が生じる中で、病気と向き合い、生活改善へ前向きな思いを持っていると推察された。また、体調悪化の心配や療養生活への葛藤を抱えながらも、前向きに療養生活を送っていることが考えられた。

【結論】：入院中の生活指導においては、虚血性心疾患発症前の生活の振り返りを促し、後悔する思いを傾聴すること、患者が実践できていた行動を認めるよう関わること、症状の自己モニタリング指導の必要性が示唆された。

【キーワード】 糖尿病, 虚血性心疾患, PCI, 療養生活, 思い

I. はじめに

国内の糖尿病患者の虚血性心疾患発症数は、年間1000人あたり8.9人と報告されており、約10年前に報告された久山町研究の約3倍に増加している¹⁾。また、糖尿病患者の高齢化²⁾により、動脈硬化から生じる血管病変リスクが上昇していることから、虚血性心疾患を併発する糖尿病患者は増加することが予測される。また、近年、経皮的冠動脈形成術(percutaneous coronary intervention: PCI 以下PCI)の適応の幅が広がり、虚血性心疾患の治療の選択肢の一つとなっている。そのため、PCIを受ける糖尿病患者が増加することが推察される。このような理由から、虚血性心疾患によりPCIを行った糖尿病患者への看護は今後ますます重要になるといえる。

一方で、虚血性心疾患の一つである心筋梗塞に関して、糖尿病患者は心筋梗塞の再発率が45%³⁾で、約半数が再発している。また、虚血性心疾患から心不全に至るケースが最も多い⁴⁾と示されていることから再発や心不全への進展を予防することが重要である。再発予防には、糖尿病診療ガイドライ

ン⁵⁾で示されている脂質、血圧、血糖の管理や心不全発症・増悪を予防するための心負荷を減らした生活や、早期発見のために受診するといった自己モニタリングした結果を行動に移すことが求められる。このような療養生活に必要な知識や実践に関わる技術の習得は、虚血性心疾患の治療で入院した時に行われるため、病棟で患者に関わる看護師は、患者が退院した後、適切に療養生活を送ることができるよう、生活指導をする必要がある。糖尿病患者の療養生活における自己管理の実践においては、心理、思考、感情といった内的要因がセルフケアを促進し、行動変容に繋がること⁶⁾が示されている。そのため、患者の思いを理解し、セルフケアが促進するように指導へ反映させることが重要である。また、看護師が糖尿病患者の思いを理解することは、患者への理解を深め、患者との関わり方が、問題を探るものから、糖尿病を受け入れるための支援へと変化し、患者の行動変容を促すための指導の実践へと繋がること⁷⁾が示されていた。これらのことから、看護師は生活指導をする上で患者の思いを知り、患者を尊重した指導をすることが必要である。

受付日：2022年11月16日／受理日：2024年3月8日

1) 長岡赤十字病院 2) 新潟県立看護大学

* E-mail: esygv44356@yahoo.co.jp

本研究の意義は、今後増加すると予測される虚血性心疾患により PCI を行った糖尿病患者の再発予防のための、入院中の生活指導に関する示唆を得ることができることである。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の PCI 後の療養生活への思いを明らかにすること。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

思い：広辞苑⁸⁾では心を働かせること、心配、こうありたいという願いと定義されている。そこで、本研究では、虚血性心疾患により PCI を施行した糖尿病患者が、虚血性心疾患発症前を振り返り感じたことや、療養生活を送る上で感じた心配やこうありたいという願いと定義した。

療養生活：本研究では、虚血性心疾患により PCI を施行した糖尿病患者が、食事・運動・薬物療法を行いつつ、心負荷を減らし、他者と関わりながら暮らしていくことと定義した。

2. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

3. 対象

令和 X 年 9 月～令和 X 年 4 月に A 病院に PCI の入院歴があり、その後、PCI 施行後の冠動脈再評価を目的とした冠動脈造影検査のため入院し、糖尿病治療中で、質問の理解ができる 4 名とした。

複数の施設でのデータ収集は COVID-19 の感染拡大予防の観点から困難と判断されたため、研究者が勤務する A 病院のみとした。入院時に研究者が関わった患者は調査協力を断りにくいことが考えられ、研究者が関わっていない患者を研究対象者としたため、かなり少数になることが予測された。そのため、研究対象者の選定の際には、年代、糖尿病のコントロール状態、合併症の有無、家族構成に関しては除外基準を設けなかった。除外基準は、認知機能低下があり、質問が理解できない方、協力することにより心身に悪影響があると主治医が判断した方とした。

冠動脈の拡張部位の再狭窄が 6 か月以内に起こることが PCI 治療の課題であるといわれており⁹⁾、A 病棟では冠動脈の再評価を退院して 8 か月後に実施しているため、8 か月後の冠動脈造影検査を受ける人を対象とした。

4. 研究期間

令和 X 年 4 月～令和 X 年 10 月であった。データ収集は、令和 X 年 5 月～8 月に行った。

5. 調査場所

研究対象者のプライバシーを確保するため、個室である A 病院のカンファレンスルームおよび指導室を使用した。

6. データの収集方法

令和 X 年 9 月～令和 X 年 4 月に A 病院に PCI の入院歴があり、その後、PCI 後の冠動脈再評価を目的とした冠動脈造

影検査のため入院し、糖尿病治療中の患者を、電子カルテを用いて抽出した。

研究対象者の退院日に依頼文に沿って、研究の主旨、目的、研究協力の内容、倫理的配慮について文書と口頭で説明し、研究に協力頂ける場合は、同意書に署名を得た。

研究対象者に同意を得た後、基礎情報（性別・年代）、糖尿病歴、HbA1c 値に関してカルテから情報を得た。また、研究対象者の希望に沿った日程で 30 分程度の半構造化面接を 1 回実施した。

インタビューの内容は、PCI 前後の食事・運動・薬物治療、通院、仕事、家族等の思いについてであった。

面接内容は、研究対象者の許可を得て IC レコーダーに録音した。

7. 分析方法

IC レコーダーに録音された内容から、逐語録を作成し、虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の PCI 後の療養生活への思いを抽出しコード化した。これらのコードを類似性の観点から分類し、サブカテゴリー化、カテゴリー化を行った。分析内容の信頼性・妥当性を確保するため、スーパーバイズをうけながら研究メンバーで繰り返し分析・検討を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

長岡赤十字病院医療倫理委員会の承認（承認番号 210401）と長岡赤十字病院看護部研究倫理審査委員会の承認（受付番号 2021-1-②）を得て実施した。

研究においては、目的、方法および研究対象者の自由意思による研究参加であること、個人情報の取り扱い、及び情報の破棄・保管の方法、研究協力による利益・不利益、研究結果の公表、相談窓口等について文書と口頭で説明し同意を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は、男性 3 名、女性 1 名の計 4 名であった。年齢は 50 歳代 2 名、70 歳代 2 名であった。糖尿病歴は 1～19 年、インタビュー時の HbA1c 値は 6.1～7.2%であった(表 1)。

2. 虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の PCI 後の療養生活への思い (表 2)

虚血性心疾患を併発した糖尿病患者の PCI 後の療養生活への思いとして 76 のコード、19 のサブカテゴリー、7 のカテゴリーが抽出された。なお、コードを「」サブカテゴリーを「」、カテゴリーを【】で示した。

表 1 研究対象者の概要

	A	B	C	D
性別	女性	男性	男性	男性
年代	70代	50代	70代	50代
糖尿病歴(年)	10	1	19	1
HbA1c値(%)	7.1	7.2	6.1	6.5

表2 虚血性心疾患を併発した糖尿病患者のPCI後の療養生活への思い

代表的コード	サブカテゴリー	カテゴリー
10年先、生きているかどうか怖い	命に限りがあることを強く感じる	死の恐怖を契機とした生活改善への意欲
今できることを一生懸命やりたいと思っている		
心筋梗塞の診断を受け、心筋梗塞・糖尿病がこれ以上悪くなったら大変だと思っている	心筋梗塞と診断を受け、糖尿病悪化への不安	
心筋梗塞と診断を受け、生活を気付けなさいといけなさいと思っている		
まだ死にたくないと思って気を付けなさいと思う	死への恐怖を感じたから生活を正そう	
死と直面して、恐怖を感じ、生活を本当に正さなさいといけなさいと思った		
ラーメンのスープを全部飲みたいと思う時があるが、長生きしたいから我慢できる	糖尿病や治療への理解が深かった	
心筋梗塞になる前は、糖尿病はそんなに悪くないと思っていた		
糖尿病の薬をやめられたから、コントロールが良いと思っていた		
良くないと思っていただけ夕飯は、9時、10時のおなかついた時に食べていたのが悪かったと思う		
糖尿病だけの時は自分のなかで甘えとめているのがあり薬を飲まなかった	糖尿病だけの時は自分に甘かった	
心筋梗塞になったから、生活を気付けなさいと思う		
健康診断で引っかかっていたけど、別に痛くもなかったから、医者に行かなくていいだろう		
糖尿病だけの時は気を付けなさいといけなさいと思っていたけど、痛くも痛くもなかったから、自分に甘くなった		
薬を毎日飲むのが大変	今までより薬が多くなったが飲むしかない	薬の飲み忘れの弊害を推測し、忘れないよう思慮
内服薬がちよっと多いと感じているが、付き合っていくしかない		
薬が多いけど慣れてきたと思う	心臓の病気になるから、薬を飲み忘れないようにしたい	
薬は飲まないでだめだろう		
飲み忘れがないようにしよう		
心臓の病気になるから自宅や車に薬の予備を入れて、飲み忘れないように工夫しよう		
心臓の病気になるから飲み忘れない	歩行時の苦しさが心臓の病気だったと感じる	生活の中での体調の悪化への気付き
心筋梗塞になったときは、歩いていて空気が入らない感じがして、病気のせいだとは思わず、仕事をやめたから体力がなくなったのかなと思った。		
100メートルくらい歩くのに心臓が苦しくなるのは、年のせい、太っているせいかと思っていた	日常生活の中で体調が悪いと感じる	
膝暖いときは、風呂掃除を妻にしてもらっていると思う		
掃除、洗濯、ご飯は全部やっているが年のせい、だんだん疲れるようになってきたかなと思う	働けることがありがたい	働けることに感謝し仕事継続を願う
職場には本当によくしてもらっている		
病気になる前から、働けることが大切だと思っている	仕事を続けていきたい	
気楽にさせてもらえれば、ずっと仕事をしたいと思っている		
食べ物に気を付けて仕事を続けていきたい	無理をしても働いて家族にお金を残したい	今後の体調悪化を危惧し、家族を想う
決められた時間に薬を飲んで仕事を続けていきたい		
苦労かけていた分だけ、俺が働けるうちは働いてやりたい	家族に迷惑をかけたくない	
死んだら後はもう残せないから無理はしないとダメ		
生きているうちにローンを払ってやりたい	家族から助けてもらっていることに感謝する	
家族にお金を残してあげたいという思いがある		
子供に迷惑をかけたくないと思っている	家族の好みと低カロリーや薄味の実践は難しい	減塩やカロリー制限の苦悩と継続への意欲
働けなくなり、仕事ができなくなって、家族に迷惑をかけるようなら生きていくくない		
誰かの世話になるのは申し訳ないと思っている	自分なりの食事療法を見つけよう	
妻に感謝している		
妻からの助言で好き嫌いがあつたけどいろんなものを食べるようになったと思う	血糖コントロールや減塩に気を付けて食べよう	
妻がいたから病状が良くなったと思っている		
家族の助けがないと1人では、食事の管理は無理だと思っている	家族の好みと低カロリーや薄味の実践は難しい	
栄養指導で教えてもらった1膳をゆっくり食べる事や、おかずから食べる事が、今もやれている思い		
若い人に合わせた献立になるけど、煮物や野菜を主体に食べて気を付けるようにしようと思う	運動は体のためにしたほうが良い	運動療法実践への葛藤
食事を作るときは野菜を扱うようにしようと思う		
ラーメンのスープは飲まないように気を付けられている	毎日の運動は足取りが重い	
お菓子の成分やカロリーを見るようにして食べる量を決められていると思う		
6人で生活しているから、家族の好みと自分の思う味にはできないと思う	運動はたいしてないが、しなくてはいけないとは思っている	
どのような味や献立がよいかわかるけど自分用には出来ない		
病気とは一生の付き合いだから、我慢し過ぎても続かないと思う	運動は長く続けることが大事だと思っている	
好きな時に食べて、食べた日は運動することでバランスが取れていると思っている		
あまり我慢しないで、食べたいときは食べるけど量を気付けよう	毎日の運動は足取りが重い	
動いた方が心臓のためになると思う		
運動はたいしてないが、しなくてはいけないとは思っている	毎日の運動は足取りが重い	
運動は長く続けることが大事だと思っている		
自分のペースで運動するのがよいと思う	毎日の運動は足取りが重い	
雨の日は気持ちが乗らないから運動に行かない		

1) 【死の恐怖を契機とした生活改善への意欲】

このカテゴリーは、5つのサブカテゴリーから構成された。

『命に限りがあることを強く感じる』では、「10年先、生きているかどうか怖い」「今できることを一生懸命やりたいと思っている」という思いが語られた。

『心筋梗塞と診断を受け、糖尿病悪化への不安』では、「心筋梗塞の診断を受け、心筋梗塞・糖尿病がこれ以上悪くなったら大変だと思っている」「心筋梗塞の診断を受け、生活を気を付けないといけないと思っている」という思いが語られた。

『死への恐怖を感じたから生活を正そう』では、「まだ死にたくないと思って気を付けなきゃと思う」「死と直面して、恐怖を感じ、生活を本当に正さないといけないと思った」「ラーメンのスープを全部飲みたいと思う時があるが、長生きしたいから我慢できる」という思いが語られた。

『糖尿病や治療への理解が薄かった』では、「心筋梗塞になる前は、糖尿病はそんなに悪くないと思っていた」「糖尿病の薬をやめられたから、コントロールが良いと思っていた」という思いが語られた。

『糖尿病だけの時は自分に甘かった』では、「良くないと思っていたけど夕飯は、9時、10時のおなかすいた時に食べていたのが悪かったと思う」「糖尿病だけの時は自分のなかで甘えとなめているのがあり薬を飲まなかった」「心筋梗塞になったから、生活を気をつけなきゃと思う」「健康診断で引っかけたけど、別に痛くもなかったから、医者に行かなくていいだろう」「糖尿病だけの時は気をつけなきゃいけないと思っていたけど、痛くも痒くもなかったから、自分に甘くなった」という思いが語られた。

2) 【薬の飲み忘れの弊害を推測し、忘れないよう思慮】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーから構成された。

『今までより薬が多くなったが飲むしかない』では、「薬を毎日飲むのが大変」「内服薬がちょっと多いと感じているが、付き合っていくしかない」「薬が多いけど慣れてきたと思う」という思いが語られた。

『心臓の病気があるから、薬を飲み忘れないようにしたい』では、「薬は飲まないとだめだろう」「心臓の病気があるから自宅や車に薬の予備を入れて、飲み忘れないように工夫しよう」「飲み忘れがないようにしよう」「心臓の病気があるから飲み忘れない」という思いが語られた。

3) 【生活の中での体調の悪化への気付き】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーから構成された。

『歩行時の苦しさが心臓の病気だったと感じる』では、「100メートルくらい歩くのに心臓が苦しくなるのは、年のせい、太っているせいかと思っていた」「心筋梗塞になったときは、歩いていて空気が入らない感じがして、病気のせいだとは思わず、仕事をやめたから体力がなくなったのかなと思った」という思いが語られた。

『日常生活の中で体調が悪いと感じる』では、「難儀い(具合が悪い)ときは、風呂掃除を妻にしてもらっているなど思

う」「掃除、洗濯、ご飯は全部やっているが年のせい、だんだん疲れるようになってきたかなと思う」という思いが語られた。

4) 【働けることに感謝し仕事継続を願う】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーから構成された。

『働けることがありがたい』では、「職場には本当によくしてもらっている」「病気になってから、働けることが大切だと思っている」という思いが語られた。

『仕事を続けていきたい』では、「気楽にさせてもらえれば、ずっと仕事をしていたいと思っている」「食べ物に気を付けて仕事を続けていきたい」「決められた時間に薬を飲んで仕事を続けていきたい」という思いが語られた。

5) 【今後の体調悪化を危惧し、家族を想う】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーから構成された。

『無理をしても働いて家族にお金を残したい』では、「苦労かけていた分だけ、俺が働けるうちは働いてやりたい」「死んだら後はもう残せないから無理はしないとダメ」「生きているうちにローンを払ってやりたい」「家族にお金を残してあげたい」という思いが語られた。

『家族に迷惑をかけたくない』では、「子供に迷惑をかけたくないと思っている」「動けなくなり、仕事ができなくなって、家族に迷惑をかけるようなら生きていくくない」「誰かの世話になるのは申し訳ないと思っている」という思いが語られた。

『家族から助けられていることに感謝する』では、「妻に感謝している」「妻からの助言で好き嫌いがあったけどいろんなものを食べるようになったと思う」「妻がいたから病状が良くなったと思っている」「家族の助けがないと1人では、食事の管理は無理だと思っている」という思いが語られた。

6) 【減塩やカロリー制限の苦悩と継続への意欲】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーから構成された。

『血糖コントロールや減塩に気を付けて食べよう』では、「栄養指導で教えてもらった1膳をゆっくり食べる事や、おかずから食べる事が、今もやれている思い」「ラーメンのスープは飲まないように気を付けられている」「若い人に合わせた献立になるけど、煮物や野菜を主体に食べて気を付けるようにしようと思う」「食事を作るときは野菜を使うようにしようと思う」「お菓子の成分やカロリーを見るようにして食べる量を決められていると思う」という思いが語られた。

『家族の好みを考えると低カロリーや薄味の実践は難しい』では、「6人で生活しているから、家族の好みを考えると自分の思う味にはできないと思う」「どのような味や献立がよいのかわかるけど自分用には出来ない」という思いが語られた。

『自分なりの食事療法を見つけよう』では、「病気とは一生の付き合いだから、我慢し過ぎても続かないと思う」「好きな時に食べて、食べた日は運動することでバランスが取れていると思っている」「あまり我慢しないで、食べたいときは食べるけど量を気を付けよう」という思いが語られた。

7) 【運動療法実践への葛藤】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーから構成された。

『運動は体のためにした方がいい』では、「動いた方が心臓のためになると思う」「運動はたいしてしていないが、しなくてはいけないとは思っている」「運動は長く続けることが大事だと思っている」という思いが語られた。

『毎日の運動は足取りが重い』では、「自分のペースで運動するのがよいと思う」「雨の日は気持ちが乗らないから運動に行かない」という思いが語られた。

VI. 考 察

虚血性心疾患を併発した糖尿病患者のPCI後の療養生活への思いについて考察し、入院中の生活指導における看護について検討した。

1. 虚血性心疾患発症前を振り返り感じた後悔と前向きな思い

本結果の【死の恐怖を契機とした生活改善への意欲】というカテゴリーでは、「死と直面して、恐怖を感じ、生活を本当に正さないといけないと思った」という、死と直面する体験をしたことをきっかけに、これまでの生活を振り返り、「良くないと思っていたけど夕飯は、9時、10時のおなかすいた時に食べていたのが悪かったと思う」というような不適切な生活習慣が具体的にわかっていたのに改善できなかったことが語られ、『糖尿病だけの時は自分に甘かった』という後悔する思いが生じていたと考えられた。この結果は、平良ら¹⁰⁾の結果と同様であった。そして、後悔するだけでなく「今できることを一生懸命やりたいと思っている」という助かった命を大切に生きたいという思いが示された。心筋梗塞の発作は、死に直面する危機的体験であり、助かった命を大切に生きようとする思いを強く生じる¹¹⁾と言われており、本研究結果を支持していると考えられた。

薬物療法は、糖尿病診療ガイドライン⁵⁾で示されているように、糖尿病患者の虚血性心疾患発症予防には非常に重要である。本結果では、「心臓の病気があるから自宅や車に薬の予備を入れて、飲み忘れないように工夫しよう」のように【薬の飲み忘れの弊害を推測し、忘れないよう思慮】という薬物療法への思いが示されていた。また、本島らの研究¹²⁾では、虚血性心疾患の患者は発作体験が再発予防を真剣に考える契機になっていたことが示されていた。本結果においても、糖尿病患者は、虚血性心疾患を発症したことでこれまで以上に薬物療法への意識が向上し、飲み忘れない工夫を考えていたと推察される。

これらのことから、病棟に関わる看護師は、患者が糖尿病や虚血性心疾患と向き合えるようにするために、虚血性心疾患発症前の生活が適切な療養生活だったかを患者と一緒に振り返ることが重要である。そして、療養生活の振り返りを行うことで生じた後悔する思いを傾聴し、必要な治療とこれまでの療養生活を比較してこれから何をやる必要があるかを患者が考えられるように関わる必要があると考える。そ

うすることで、後悔する思いから生活改善に意欲的に取り組む思いに繋がると考える。

2. 療養生活を送るうえでの心配や前向きな思い

1) 療養生活を送るうえでの心配

本結果の【生活の中での体調の悪化への気付き】のカテゴリーでは「難儀い（具合が悪い）ときは、風呂掃除を妻にでもらっていると思う」と語られていた。この語りから、PCI後の糖尿病患者は『日常生活の中で体調が悪いと感じる』時があると考えられた。急性心筋梗塞治療後の糖尿病患者は、非糖尿病患者に比べて治療1年後では、身体的活動の難しさを患者が自覚することが明らかとなっており¹³⁾、本研究対象者も体調の悪さを心配しながら過ごしていたと考えられた。

以上のことから、入院中に心負荷を減らした生活について指導する際は、体調に関心を寄せやすいところを活かし、パンフレットなどを使用して状態悪化時の症状をこれまでの体験と関連させて説明し、自己モニタリングできるようにし、早期受診に繋げる必要がある。また、退院後、体調の悪さを思いながら過ごす患者もいることから、治療や心機能といった医学的情報をアセスメントするとともに、自宅での活動や休息のタイミングについて、患者の生活を把握したうえで細やかな指導が必要であると考えられる。

2) 療養生活を送るうえでの前向きな思い

今回の結果では、【減塩やカロリー制限の苦悩と継続への意欲】・【運動療法実践への葛藤】というカテゴリーから苦悩や葛藤を抱えながら前向きに療養生活に取り組む思いが明らかとなった。「栄養指導で教えてもらった1膳をゆっくり食べる事や、おかずから食べる事が、今もやれている思い」や「薬が多いけど慣れてきたと思う」というコードから、適切な療養生活を継続できていることを実感している一方、「雨の日は気持ちが乗らないから運動に行かない」や「運動はたいしてしていないが、しなくてはいけないとは思っている」というコードからは、療養生活の改善意欲があるが、行動に移せていない葛藤があった。本結果のように、虚血性心疾患を併発した糖尿病患者は、困難を抱えながらも自ら改善しようと前向きな思いを持ちながら過ごしていると推察された。これらのことから、入院中の生活指導の際は、生活を振り返る中で不適切な生活習慣の否定ばかりをせず、実践できていた適切な行動を見つけ、患者自身に自覚してもらい、今後の療養生活に対して自信を持てるようにすることが重要であると考えられる。

また、本結果では「妻がいたから病状が良くなったと思っている」「家族の助けがないと1人では、食事の管理は無理だと思っている」というコードにあるように、家族から支援を受けられたことに感謝する思いが示されていた。心筋梗塞を発症し、退院約1か月後の患者を対象にした本島らの研究¹²⁾では、家族が体を心配して声をかけてくれることや、自分の生活を指摘してくれることに感謝する結果を示しており、虚血性心疾患を併発したことで家族からの支援に感謝する思い

が強くなり、前向きな思いに繋がっていると推察された。これらのことから、生活指導をする時は本人だけではなく、家族と共に継続可能な生活改善点を考えることが必要である。その指導の際は、川上ら¹⁴⁾が、単に家族のサポートを促すのではなく、家族環境の中で患者が自己管理行動をとれるような環境調整が必要と指摘しており、患者本人が家族に依存せず自己管理行動が取れるよう、患者自身が行えることを明確にし、入院中から取り入れるなどの支援をすることが必要である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の研究協力者は4名と少なく、一施設での実施であり、一般化するのには限界がある。また、糖尿病歴が1年から19年と幅広かったこと、糖尿病歴やHbA1c値に違いがあることで療養生活への思いにバイアスがある可能性がある。今後の課題は、複数の施設でデータ収集・対象者数を増やし、一般化することである。

Ⅶ. 結 論

虚血性心疾患を併発した糖尿病患者のPCI後の療養生活への思いには、【死の恐怖を契機とした生活改善への意欲】【薬の飲み忘れの弊害を推測し、忘れないよう思慮】【生活の中での体調の悪化への気付き】【働けることに感謝し仕事継続を願う】【今後の体調悪化を危惧し、家族を想う】【減塩やカロリー制限の苦悩と継続への意欲】【運動療法実践への葛藤】の7つの思いがあることが明らかとなった。

虚血性心疾患によりPCIを行った糖尿病患者の入院中の生活指導において看護師は、虚血性心疾患発症前の生活の振り返りを促し、患者の後悔する思いを傾聴することが大切である。また、体調に関心を寄せやすいことから状態悪化時の症状とこれまでの体験を関連させて説明し、症状の自己モニタリングを促すことが必要である。さらに、患者が実践できていた行動を認め自覚できるよう関わり、家族も含めた指導の必要性が示唆された。

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。本研究は令和2年度新潟県立看護大学看護研究交流センター地域課題研究助成を受けて実施した。

なお、本論文に関しては、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 曾根博仁, 吉村幸雄, 田中明, 他: JDCS からみた日本人 2 型糖尿病患者の特徴, 栄養学雑誌, 65 (6), p.269-279, 2007.
- 2) 厚生労働省 (2019), 令和元年国民健康・栄養調査結果の概要, 2022 年 9 月 14 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000687163.pdf>.
- 3) Steven Haffner, Seppo Lehto, Tapani Ronnema, 他: 心筋梗塞の既往があるまたはない 2 型糖尿病患者および非糖尿病被験者における冠動脈心臓疾患による死亡率, New England Journal of Medicine (日本語版), 1339 (4), 1998, 2023 年 9 月 1 日閲覧,

<https://nejm.jp/abstract/vol339.p.229>.

- 4) 国立循環器病研究センター, 心不全と虚血性心疾患の疫学, 2023 年 9 月 2 日閲覧, https://www.ncvc.go.jp/coronary2/column/20211209_05.html.
- 5) 日本糖尿病学会編: 糖尿病診療ガイドライン 2019, 南江堂, p.201-208, 2019.
- 6) 西尾育子: 成人期 2 型糖尿病患者のセルフケアの促進因子に関する研究, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 21 (1), p.19-27, 2017.
- 7) 明石千香子, 吉田沢子: 看護師のかかわりにより患者が療養生活を受け入れられた一事例, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 12 (1), p.45-51, 2008.
- 8) 新村出編: 広辞苑 (第五版), 岩波書店, p.400, 1998.
- 9) 佐藤 (朝増) 沙智子, 三田充男, 小川竜一, 他: 経皮的冠動脈ステント留置術施行後の再狭窄に影響を及ぼす臨床的因子の検討, 薬学雑誌, 127 (8), p.1309-1315, 2007.
- 10) 平良由香利, 室伏圭子, 大釜徳政, 他: 虚血性心疾患患者における自己管理行動に関する文献考察, 獨協医科大学看護学部紀要, 7, p.51-64, 2014.
- 11) 青木美和, 青木恵, 高橋奈智, 他: 急性心筋梗塞患者の発作体験から得られた身体への気づき, 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 38, p.81-83, 2008.
- 12) 本島亜希子, 関竜子, 南澤久美子, 他: 心筋梗塞を体験した中年期男性患者が生活の中で抱える思い, 長野赤十字病院医誌, 26, p.70-74, 2012.
- 13) 宮下照美, 柴山健三, 吉母さとみ, 他: 糖尿病と非糖尿病の急性心筋梗塞患者退院後 1 年間の Quality of Life (QOL) 比較, 日本集中治療医学会雑誌, 15 (1), p.99-100, 2008.
- 14) 川上千普美, 松岡緑, 樗木晶子, 他: 冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因 家族関係および心理的側面に焦点を当てて, 日本看護研究学会雑誌, 29 (4), p.33-40, 2006.

◇ 原 著 ◇

成人糖尿病患者における Flash glucose monitoring (FGM) 導入後の使用実態とセルフモニタリングの変化

増田誠一郎¹⁾*

Flash glucose monitoring (FGM; FreeStyle リブレ[®]) を導入した成人糖尿病患者に、機器の使用状況やセルフモニタリング力の変化について明らかにすることを目的として質問紙および診療録調査を行った。分析対象 129 名の内訳は、平均年齢 56.6 ± 14.8 歳、男女比 52:48、病型は 1 型 60 名 (46.5%)、2 型 67 名 (51.9%)、その他 2 名 (1.6%) であった。本研究の結果、FGM の使用に関して、目標グルコース値や測定値によるインスリン量の調整は不可であること、SMBG を併用すべき場合の不実行等、重要な事項の不理解が明らかになった。また約 4 割に皮膚障害が発生していた。セルフモニタリング力の変化としては、設問 6 項目全てで 7 割以上の者が向上したと回答したが、HbA1c (NGSP) 値は臨床的に有意な水準で改善は認めなかった。今後は FGM の継続的な支援により使用状況の改善とセンサー装着部の有害事象の対応が必要である。

【キーワード】フラッシュグルコースモニタリングシステム、成人糖尿病患者、有害事象、セルフモニタリング

I. はじめに

フリースタイルリブレ[®] (Flash Glucose Monitoring: FGM) は、皮下に挿入したセンサーで間質液中のグルコース濃度を連続的に測定し、リーダーでスキャンすることで、連続測定したグルコース濃度の変動パターンを表示するグルコースモニタリングシステムである。本邦では 2017 年 9 月より保険適用されているが、徐々に使用目的が拡大され、糖尿病の血糖自己測定 (Self Monitoring of Blood Glucose: SMBG) の補助から、今や日常の自己管理に用いられている。測定が非常に簡便である点や SMBG を併用した補正を行う作業が不要な点等、優れた側面がある一方で、8 時間の内に一回以上はスキャン (測定値の読み取り) が必要な点、低血糖・高血糖のアラート機能がない点、皮膚障害等、使用上の留意点が多い側面もある。また糖尿病の療養指導の観点からは、患者が自己の血糖値の変動を確認し、自己の行動や症状、状況等の客観的、意図的な振り返りに役立てることが重要であるが、機器導入時の医療者からの指導の場面では、取扱い操作や測定データ (血糖変動グラフや解析結果) の見方に終始してしまうことが多く、患者のセルフケア能力、セルフモニタリ

ング力の向上に十分に活用されていないことが課題として考えられる。

本邦における成人糖尿病患者に対するこれまでの FGM に関する先行研究は、主に FGM による測定値の精度管理に関するもの^{1) 2)}、薬物治療の効果の判定・検討のために使用したもの³⁾、低血糖の回避を目指したセルフモニタリングに関する事例報告⁴⁾がある。加えて保険適応とされる、インスリン療法中の日本人 2 型糖尿病患者を対象に FGM の血糖コントロール効果を前向きに検討している Wataru Ogawa ら⁵⁾の報告においては、目標血糖範囲内時間や高血糖時間、推定 HbA1c 値、および治療満足度のスコアが有意に改善していた。一方で、成人糖尿病患者集団における FGM の使用実態やセルフモニタリングとの関連についての報告はみられない。

よって、FGM を導入した患者における機器の使用状況やセルフモニタリング力の変化について明らかにすることで、使用上の安全性かつ有効性についての確認が必要である。今後、FGM は糖尿病診療領域のみならず、他の領域で活用される場面や臨床研究等に血糖変動データを採用する機会が多くなると予想されるため、使用上の統一された見解の確立や診療支援のための有用なデータ収集等が急務であると考えられる。

受付日: 2023 年 5 月 16 日 / 受理日: 2024 年 3 月 8 日

1) 静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科博士後期課程 元静岡県立総合病院

* E-mail: mx601018@osakafu-u.net

Ⅱ. 目 的

本研究では、FGM を導入した患者の機器の使用状況の実態と使用前後の体重および HbA1c (NGSP) 値、セルフモニタリング力の変化について明らかにすることを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

FGM を導入した糖尿病患者とは、Flash glucose monitoring を導入し、一定期間継続的に使用している糖尿病患者をさす。

2. 研究デザイン

横断型調査による量的記述的研究

3. 対象者

2017 年 9 月～2020 年 7 月に糖尿病専門医の在籍する地域医療支援病院である A 総合病院において FGM を導入し、外来に定期通院する糖尿病患者。FGM の導入における指導は看護師もしくは臨床検査技師が患者本人に対して 1 度行った。

なお、調査時において年齢が 20 歳未満、あるいは自記質問紙に回答することが難しい、もしくは FGM を導入したが継続できなかった（自己判断による中止、重大な皮膚障害による中止等）という背景をもつ患者は対象者から除外した。

4. 調査方法

自記式質問紙および診療録からデータ収集した。

5. 調査期間

2019 年 10 月～2020 年 8 月。データ収集のタイミングは FGM 使用開始の導入時（以下、導入時）と、継続して 2 週間以上使用した後の 1 時点（1 回のみ、以下、調査時）とした。

6. 調査内容と測定用具（データ収集項目）

1) 背景因子

(1) 属性

性別、年齢、糖尿病型を調査した。

(2) 疾患管理状況

導入時と調査時の 2 時点における、体重および HbA1c (NGSP) 値を調査した。

2) FGM の使用状況

(1) FGM の継続使用期間、1 日あたりの測定回数、FGM による Time in Range (TIR) を調査した。

なお TIR とは、グルコース値の治療目標域である 70～180mg/dL を満たす時間の割合をさす。TIR の割合が多いほど血糖コントロールが良好であると判断する。本研究では、調査時における直近のデータを対象とした。

(2) FGM に関する質問項目として、①装着方法や装着中、あるいは操作上の留意点の理解および②装着・使用による有害事象を調査した。具体的な項目は以下の通りとした。

① 装着方法や装着中、あるいは操作上の留意点について（以下の全 16 項目）、「理解している」あるいは「もう一度説明をうけたい（理解していない）」の 2 件法で回答を求めた。

FGM の装着・使用に関する質問項目

a. 装着ならびに操作の方法に関する基本的な項目

- ・使い終わったセンサーの処分の方法
- ・センサーをつけたまま入浴・シャワー・水泳が可能である（水深 1m まで、30 分以内）
- ・時刻アラームの設定・解除方法
- ・少なくとも 8 時間に 1 回はリーダー（読み取り機）でセンサーをスキャンする
- ・リーダー（読み取り機）の充電の方法
- ・グルコース値トレンド矢印の見方について
- ・目標グルコース範囲について
- ・メモの追加機能の方法（炭水化物量、インスリン量等）
- ・血糖自己測定の方法

b. 使用上の留意点

- ・インスリンの注入部位は、センサーから少なくとも 2.5cm 以上離す
- ・レントゲン・CT・MRI の撮影時には、センサーを取り外す
- ・飛行機に乗る際（セキュリティシステム）の注意点
- ・サウナに入る時の注意点（一時的にデータ測定不可になるため、適切な場所で再度測定する）
- ・血糖自己測定は 1 か月に最低 20 回は行うこと
- ・測定値によってインスリン量は自己調整しないこと
- ・夜間就寝中の低血糖や無自覚低血糖を知らせる機能はないこと

② 装着・使用による有害事象について（以下の全 3 項目）、「毎回ある」～「全くない」の 4 件法で回答を求めた。

有害事象に関する質問項目

- ・センサー装着時に出血する
 - ・固定テープで皮膚がかぶれたり、赤くなる
 - ・装着していたセンサーが外れる
- (3) SMBG との併用による FGM 測定値の検証行動として、指先の血液による血糖自己測定のタイミングについての以下の項目を調査した。質問は全 8 項目とし、各状況での SMBG の実施について「毎回測る」「だいたい測る」「ほとんど測らない」「全く測らない」「今まで経験がない」の 5 件法として回答を求めた。

FGM 使用中に SMBG を行うタイミングに関する質問項目

- ・グルコース値トレンド矢印が ↑ と出たとき
- ・グルコース値トレンド矢印が ↓ と出たとき
- ・「△低グルコース値」（70mg/dL より低い）の表示が出たとき
- ・「△グルコース値が低下」（15 分以内に 70mg/dL より低くなると予測）の表示が出たとき
- ・低血糖等の自覚症状と測定結果（値）が一致しないとき
- ・測定結果（値）の正確性に疑問があるとき
- ・「LO」（40mg/dL より低い）の表示が出たとき
- ・「HI」（500mg/dL より高い）の表示が出たとき

3) FGM 使用によるセルフモニタリング力の変化として、測定には清水ら⁶⁾の糖尿病セルフケア能力測定ツール修正版 Instrument of Diabetes Self Care Agency (IDSCA) の下位尺度「モニタリング力」を調査時に用いた。IDSCA の下位尺度「モニタリング力」は、「血糖値で確かめる」、「血糖値の関係(パターン)が分かる」、「低血糖・高血糖の予測」といったように、計測された値を患者が自身の自己管理に役立てる行動を測定する項目で構成される概念である。本尺度は妥当性及信頼性 Cronbach's α 係数が 0.7 以上より信頼性が確認されている。以上の点から、本研究においてもセルフモニタリング力のスコアとして採用した。尺度は以下の全 6 項目の 5 件法で得点範囲は 6~30 点である。スコアが高いほどセルフモニタリング力が高いと解釈する。本研究における α 係数は 0.86 であった。なお、本研究における使用に際し、開発者から許可を得た。

FGM 使用によるセルフモニタリング力の変化に関する質問項目

- ・自己管理の効果を実感している
- ・身体の調子や食事、活動状況から判断したことを血糖値で確かめる
- ・身体の調子や食事、活動状況から判断したことを後から思い起こして正しいかどうか考える
- ・自分の行動や生活の仕方と血糖値の関連(パターン)がわかる
- ・低血糖になりそうかどうか予測できる
- ・血糖値が高くなりそうかどうか予測できる

7. 分析方法

- 1) 対象者の背景について確認するために、背景因子(属性、疾患管理状況)の項目について記述統計量を算出した。
- 2) FGM の継続使用期間、1 日あたりの測定回数、TIR は記述統計量を算出した。
- 3) FGM の「装着・使用」および「有害事象」、「FGM 使用中に SMBG を行うタイミング」、「FGM 使用によるセルフモニタリング力の変化」のそれぞれの質問項目について各選択肢の回答頻度を確認するために、単純集計を行い度数分布を得た。
- 4) FGM 使用の前後における体重および HbA1c (NGSP) 値については t 検定を行った。統計解析には SPSS ver.27 for Windows を使用し、検定における有意水準は 5% とした。

IV. 倫理的配慮

本研究の目的と方法、研究協力における自由意思、個人情報の保護、研究にかかるデータの利用者・利用範囲および厳重な管理、研究結果の公表について、研究実施施設である A 病院の Web サイトに情報公開文書を掲載し、研究協力の拒否機会を保障した(オプトアウト)。また、尺度使用については開発者に許諾を得た。なお、本研究は A 病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号 SGHIRB#2020056)。

V. 結果

1. 対象者の背景

対象者は全 168 名、除外は 39 名、分析対象は 129 名であった。属性としては、性別は男性 67 名(51.9%)、女性 62 名(48.1%)、平均年齢は 56.6 (標準偏差 SD, 14.8) 歳、糖尿病型は 1 型 60 名(46.5%)、2 型 67 名(51.9%)、その他 2 名(1.6%)であった。

疾患管理状況としては、平均体重 63.54 (SD, 11.70) kg、平均 HbA1c (NGSP) 値は 8.42 (SD, 1.56) % であった。(表 1)

2. FGM の使用状況

データ収集時点での FGM の平均継続使用期間は 353.5 (SD, 235.3) 日、1 日あたりの平均測定回数 8.2 (SD, 6.4) 回/日、TIR は平均 55.0 (SD, 20.1) % であった。(表 2)

FGM の装着方法や装着中、あるいは操作上の留意点に関する結果を図 1 に示す。飛行機に乗る際やサウナに入るときの注意点、メモの追加機能は、おおよそ半数の者が理解していないと回答した。その他にも、目標グルコース範囲や測定値によるインスリン量の自己調整はできないこと、アラート機能がないこと等、重要と考えられる項目について約 2~3 割の者が理解していないと回答した。一方で、リーダーの充電の方法や血糖自己測定の方法、少なくとも 8 時間に 1 回はリーダーでスキャンする等基本的な使い方については 9 割以上の者が理解していると回答した。(図 1)

また FGM の装着によって生じた有害事象の結果を図 2 に示す。対象者の約 4 割に皮膚障害(発赤、かぶれ)等が発生した。(図 2)

表 1 対象者の背景

		n=129	
項目		n	%
性別	男性	67	51.9
	女性	62	48.1
糖尿病型	1型	60	46.5
	2型	67	51.9
	その他	2	1.6
項目		平均値	標準偏差
年齢	(歳)	56.6	14.8
体重	(kg)	63.54	11.70
HbA1c (NGSP) 値	(%)	8.42	1.56

注) 体重と HbA1c(NGSP)値は n=122

表 2 FGM の使用状況

		n=129	
項目		平均値	標準偏差
使用期間	(日)	353.5	235.3
測定回数/日	(回)	8.2	6.4
Time in Range	(%)	55.0	20.1

※治療目標域であるグルコース値 70~180mg/dL を満たす割合

注) TIR は n=30、2 回目の調査時における直近のデータを対象とした

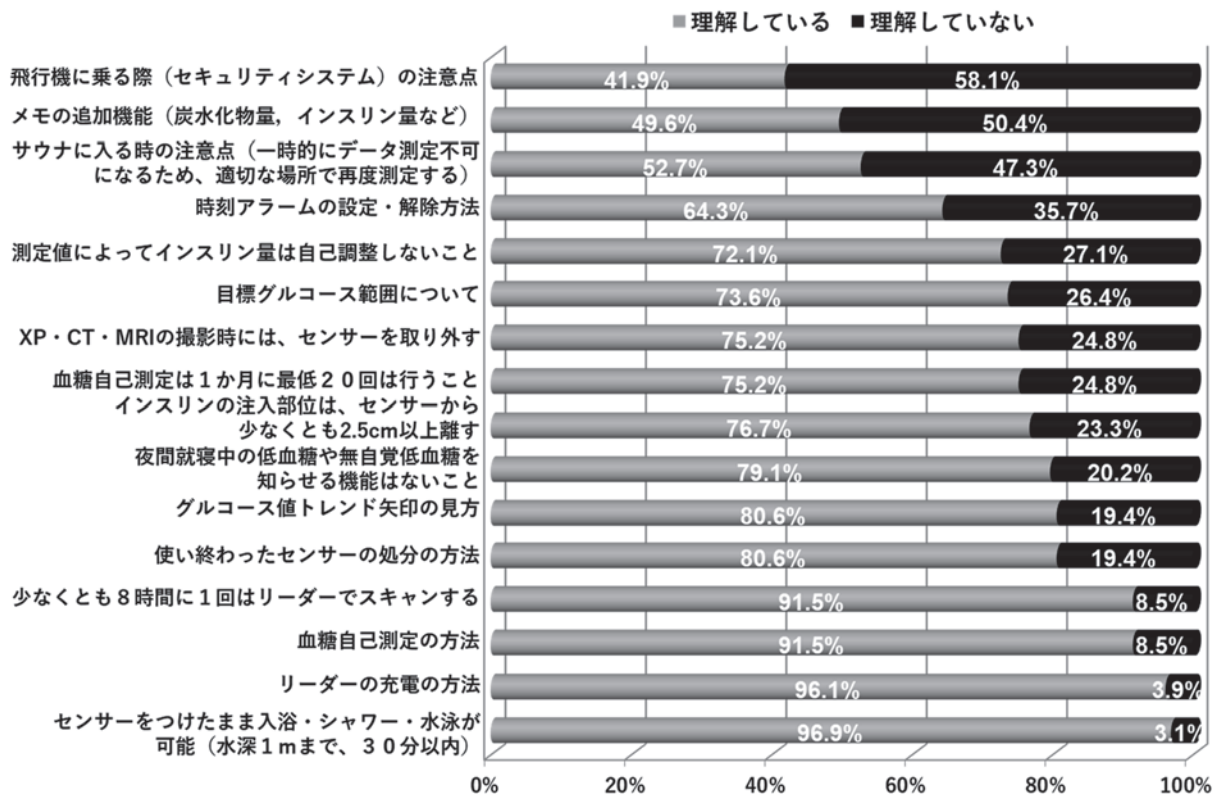


図1 FGMの装着・使用に関する質問項目

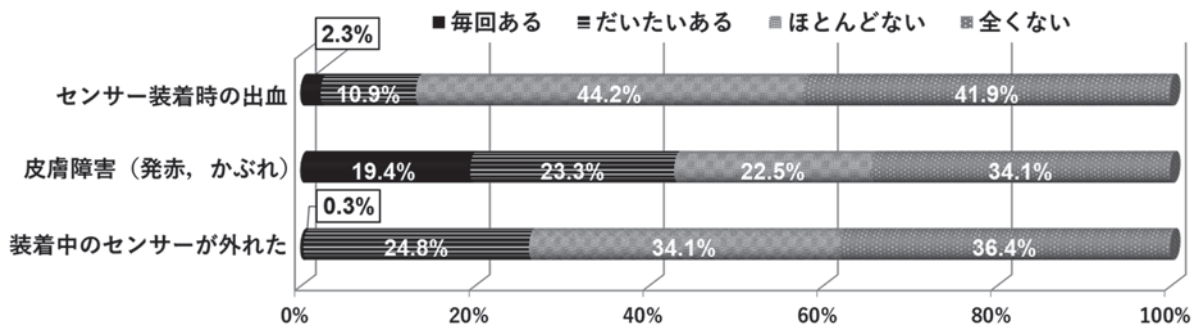


図2 FGMの装着による有害事象

SMBG との併用による FGM 測定値の検証行動においては、グルコース値トレンド矢印が「↑」あるいは「↓」と表示されたとき、「△グルコース値が低下」(15分以内に 70mg/dL より低くなると予測)が表示されたときの3つの項目で5割以上の者が検証しないと回答した。その他、「△低グルコース値」(70mg/dL より低い)が表示されたとき、「HI」(500mg/dL より高い)が表示されたとき、「LO」(40mg/dL より低い)の表示が出たとき、測定結果(値)の正確性に疑問があるとき、低血糖等の自覚症状と測定結果(値)が一致しないときの5項目においても約2~3割の者が検証しないと回答した。(図3)

3. FGM 使用の前後における体重および HbA1c (NGSP) 値, セルフモニタリング力の変化

FGM 使用の前後において体重の変化は認めなかったが、HbA1c (NGSP) 値は平均-0.41 と有意に低下していた (p=0.003)。(図4)

またセルフモニタリング力の変化としては、6項目全てで7割以上の者が向上したと回答した。(図5)

VI. 考 察

1. FGM の使用実態

本研究では第一に、糖尿病診療の臨床現場において FGM を導入した患者の機器の使用状況の実態を明らかにするために調査を行った。

FGM を導入した糖尿病患者 129 名における使用実態調査の結果では、FGM の装着・使用に関して項目により理解度が大きく異なることが示された。装着ならびに操作の方法に関する基本的な項目は理解度が高いが、使用上の留意点に関しては理解度が低いことが確かめられた。また、FGM 使用中における SMBG を行うタイミングに関しても同様に、項目により理解度に差があることに加えて総じてその必要性が十分に認識されていないことも明らかになった。これらは FGM の

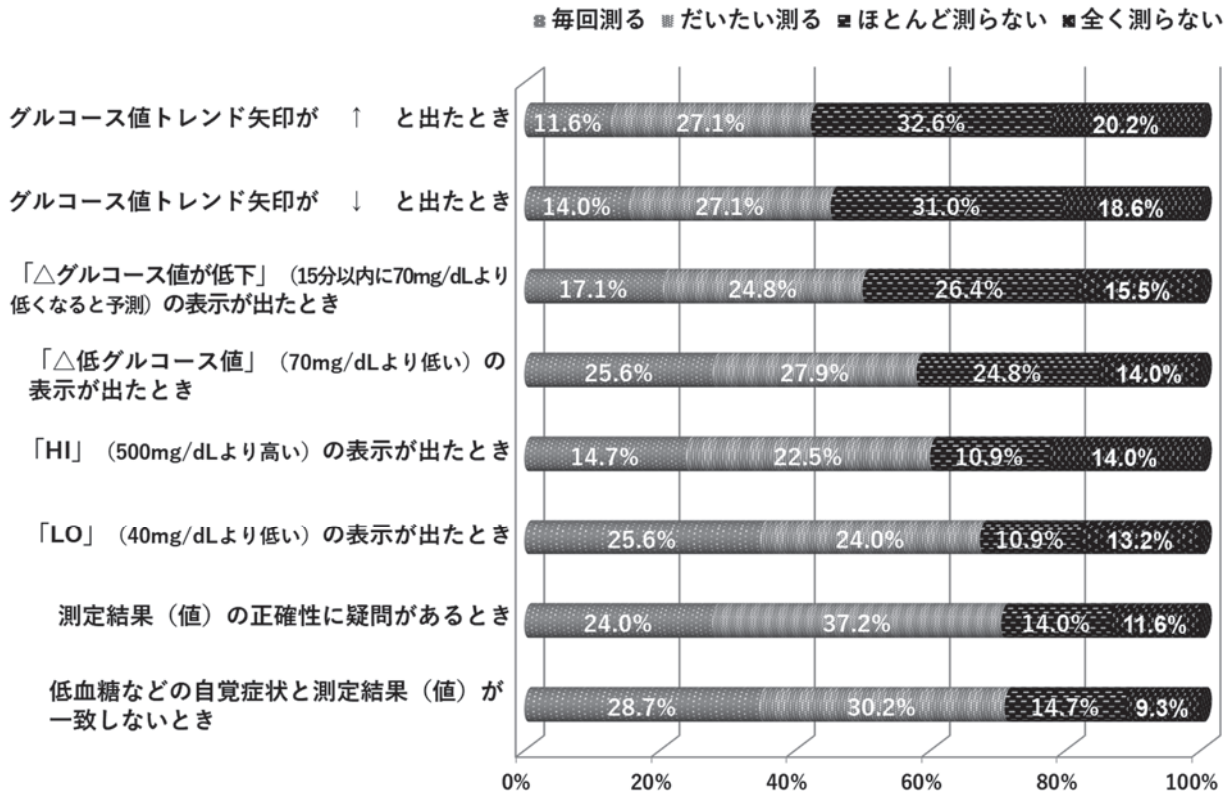


図3 FGM使用中にSMBGを行うタイミング

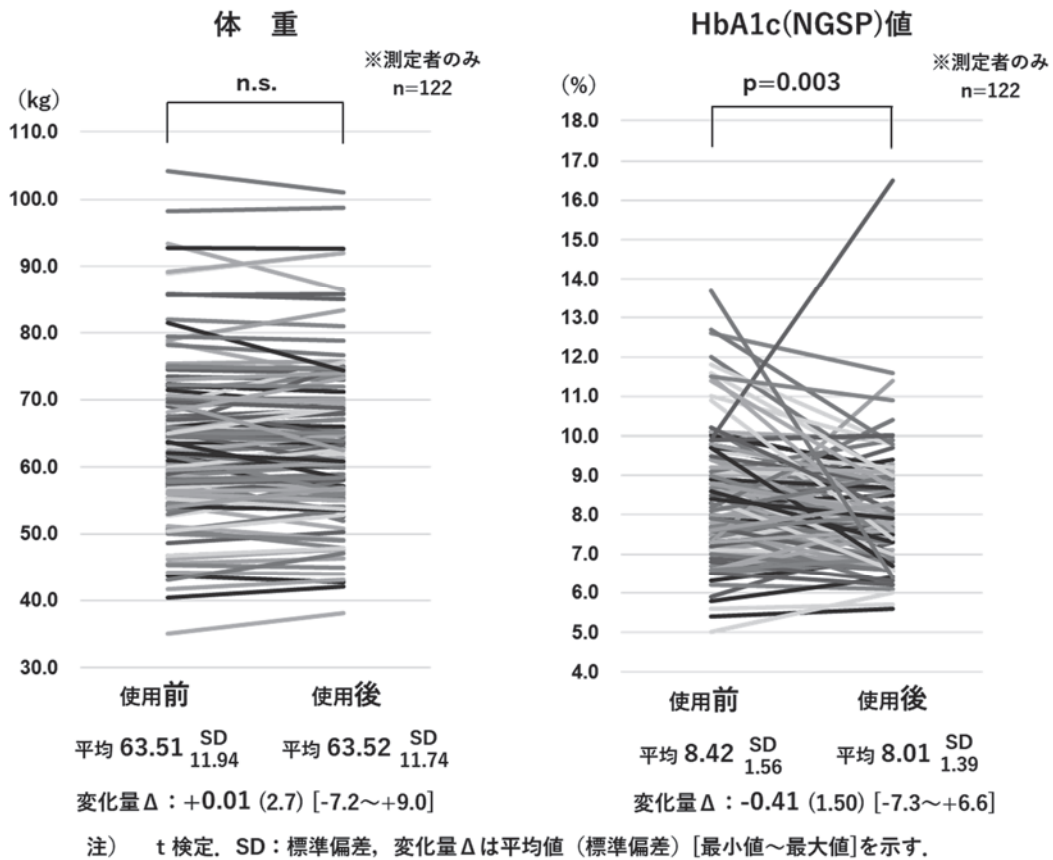


図4 FGMによる体重およびHbA1c(NGSP)値の変化

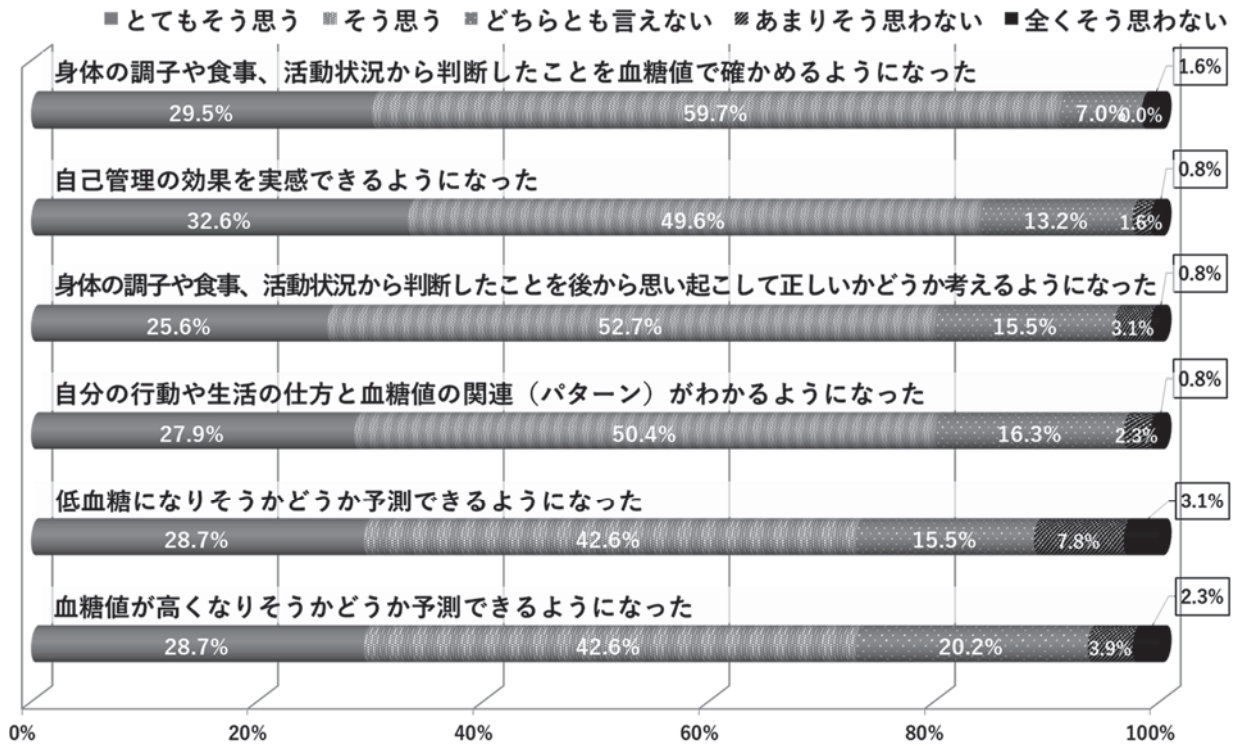


図5 FGM使用によるセルフモニタリング力の変化

導入時の指導において、対象特性に合わせた内容としていた可能性あるいは指導者の力量による差が生じていた可能性、さらにはその後のフォローアップが十分に行われていなかった可能性を示すデータであると考えられる。その背景として、わが国における FGM の発売および保険適応が開始されたのは 2017 年であり、その後徐々に使用患者が増加しつつあるが、一方で標準的な指導内容が手順書等として準備されていないことが影響していると考えられる。高橋ら⁷⁾も CGM の普及に伴う患者への適切な指導の必要性に言及しているが、SMBG ほどは FGM を導入している医療機関および使用している患者が多くないため、今後は FGM 指導を担当する医療従事者において知見や経験、情報の蓄積ならびに共有が強く期待されることである。

また FGM の装着による有害事象についてはまず、約 4 割を超える者に皮膚障害が生じていた。これは FGM 使用中の患者において高頻度に起こり得る症状として注意を払う必要があるということを意味するデータであると考えられる。糖尿病患者において FGM の接着部テープによるアレルギー性接触皮膚炎 (allergic contact dermatitis : ACD) を発症した事例が多数報告されている^{8) 9) 10)}。主な原因アレルゲンとしては接着部テープに含まれるアクリル酸イソボルニル (isobornyl acrylate : IBOA) であることが明らかとなっている⁸⁾ 他、キクの主成分 (sesquiterpene lactone mix : SLM) の可能性も報告されている⁹⁾。ACD が生じた際には、飯島ら¹⁰⁾も述べているように、原則としてはその使用を中止することや皮膚炎を防止するための応急的な処置を施す等の対応が望まれる。次に皮膚障害ほど頻度は高くなかったものの、センサー装着

時の出血や装着中のセンサーが外れる事態が決して少ないとは言えない頻度で発生していた。これらに対しては日常的に対応が可能となるようにそれぞれの医療機関において検討しルール化しておく必要があると言える。

2. 体重および HbA1c (NGSP) 値とセルフモニタリング力の変化

第二に、本研究では、FGM を導入した患者の、使用前後の体重および HbA1c (NGSP) 値、セルフモニタリング力の変化について明らかにするために調査を行った。

まず、本研究の対象者においては FGM を導入した糖尿病患者において FGM 使用の前後で体重に有意な増加は認められず、HbA1c (NGSP) 値の改善が認められた。先行研究においては、本邦の成人糖尿病患者を対象にした身体指標ならびに生体指標に対する FGM 使用の直接的な影響について検討された内容はごくわずか¹¹⁾であるが、西村ら¹²⁾の報告では、対象者数が少ないものの糖尿病型別に、FGM 使用が糖尿病患者の身体指標ならびに血糖コントロール指標 (HbA1c、空腹時血糖値、低血糖の頻度) の改善に資するかについて検討されている。本研究の結果とは単純に比較することには限界があるが、特に 1 型糖尿病患者においては FGM 使用による HbA1c (NGSP) 値の有意な低下を認めた既報¹²⁾の結果が一部支持されたと言える一方で、本研究の対象者において平均で -0.41 (SD 1.50) %は臨床的意義は乏しいと考える。

次に、本研究の対象者においてはセルフモニタリング力が向上したと評価している者が大半であった。FGM の最大の特徴は渥美¹³⁾が述べるように「装着した患者個人がグルコース値を頻回に知ること」が可能であることである。本研究の

結果は、患者が FGM を日常生活において持続的に使用することができるという利点を活かすことができれば、自分の血糖パターンが分かるあるいは先を見通し、予測できるというセルフモニタリング力の向上には好適であることを示すデータであると言える。

一方で、セルフモニタリング力が向上したと評価している者が大半であった本研究の対象者において、期待される体重および HbA1c (NGSP) 値における臨床的に有意義な低下が認められなかった側面については、原因・要因を明らかにして今後の課題とする必要がある。体重および HbA1c (NGSP) 値の変化に対してセルフモニタリング力の変化よりも強く影響した因子の存在や、FGM 使用を開始した患者がその後のセルフモニタリング力の変化について、より望ましいあるいは期待される質問回答を選択する傾向があった可能性もある。

「連続的にグルコース値をモニタリングするのみでは、HbA1c の改善は困難である」という西村ら¹²⁾の指摘に加え、鈴木ら¹⁴⁾も FGM の使用と食行動の改善の関係性の視点から栄養指導の必要な患者の見極めについて言及している。糖尿病治療や療養指導の観点からは、患者が治療を継続し、目標とした血糖コントロールが達成できることを目指して、FGM のメリットを十分に活用できるような支援が求められる。そのためには、患者が FGM によって得られたデータを適切に解釈し活用するための標準化された指導プログラム等の準備や、理解度・実践度の向上に寄与し得る継続的な患者教育が重要である。

3. 本研究の限界

FGM 使用による患者のセルフモニタリング力の変化と身体指標ならびに生体指標の関連性に対する分析および考察は、本研究のデザインが横断的な調査であったことに加えて、他の要因の測定が必要であること等による限界を有するため今後のさらなる研究が必要である。

Ⅶ. 結 論

本研究では A 総合病院の外来に通院し、FGM を導入した糖尿病患者 129 名に対して使用実態調査を行った。その結果、FGM 使用状況の実態として、項目ごとに患者の理解や行動にバラつきがみられ、安全性かつ有効性の上で多くの課題が浮き彫りになった。例えば、目標グルコース値や測定値によるインスリン量の調整は不可であること等の重要事項の無理解、さらには SMBG を併用すべき場合に関して、グルコース値が異常低値・高値である、あるいはそれらが予測される時に測定しない等、検証行動の不十分さが明らかになった。

また有害事象としては、皮膚障害が約 4 割の者に発生しており、使用の中止や皮膚炎を防止する応急的な処置が必要となるため継続的な確認が重要である。

加えて本研究の対象者では、FGM 使用によりセルフモニタリング力が向上したと評価している者が大半であった反面、HbA1c (NGSP) 値の改善がみられたが臨床的に有意義な水準ではなく、今後さらなる要因の検討が必要である。

本論文の内容の一部は、第 64 回日本糖尿病学会年次学術集会において発表した。

なお、本研究の実施にあたり、地方独立行政法人静岡県立病院機構より研究費の助成を受けた。

Ⅷ. 引用文献

- 1) Emi Ushigome, Seiko Matsusaki, Nami Watanabe, et al.: Critical discrepancy in blood glucose control levels evaluated by glycated albumin and estimated hemoglobin A1c levels determined from a flash continuous glucose monitoring system in patients with type 2 diabetes on hemodialysis. *Journal of Diabetes Investigation*, 11 (6), p.1570-1574, 2020.
- 2) Naru Babaya, Shinsuke Noso, Yoshihisa Hiromine, et al.: Flash glucose monitoring in type 1 diabetes: A comparison with self-monitoring blood glucose. *Journal of Diabetes Investigation*, 11 (5), p.1222-1229, 2020.
- 3) Daisuke Suzuki, Hodaka Yamada, Masashi Yoshida, et al.: Sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors improved time-in-range without increasing hypoglycemia in Japanese patients with type 1 diabetes: A retrospective, single-center, pilot study. *Journal of Diabetes Investigation*, 11 (5), p.1230-1237, 2020.
- 4) 山下亜希: 血糖トレンドに着目した療養支援の実例 低血糖の回避に血糖トレンドへの着目が有用であった一症例. *市立大津市民病院雑誌*, 22, p.56-59, 2021.
- 5) Wataru Ogawa, Yushi Hirota, Takeshi Osonoi, et al.: Effect of the FreeStyle Libre™ flash glucose monitoring system on glycemic control in individuals with type 2 diabetes treated with basal-bolus insulin therapy: An open label, prospective, multicenter trial in Japan. *Journal of Diabetes Investigation*, 12 (1), p.82-90, 2021.
- 6) 清水安子, 内海香子, 麻生佳愛, 他: 糖尿病セルフケア能力測定ツール (修正版) の信頼性・妥当性の検討. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 15 (2), p.118-127, 2011.
- 7) 高橋紘, 西村理明: 臨床検査技師に追加される業務の実例と注意点 持続皮下グルコース検査の適切な指導法. *臨床検査*, 66 (7), p.834-844, 2022.
- 8) 岩瀬千雅子, 栗田昂幸, 日野治子, 他: FreeStyle リブレによるアレルギー性接触皮膚炎. *日本皮膚科学会雑誌*, 130 (12), p.2557-2565, 2020.
- 9) 新井陽介, 角田孝彦, 高橋賢治, 他: FreeStyle リブレの接着テープによる接触皮膚炎の 1 例. *臨床皮膚科*, 75 (6), p.393-397, 2021.
- 10) 飯島茂子, 村山佳代, 高山典子: FreeStyle リブレ®のセンサー接着テープによるアレルギー性接触皮膚炎. *皮膚科の臨床*, 63 (10), p.1484-1486, 2021.
- 11) 小田口尚幸, 鳥尻艶子, 玉城文子, 他: 血液透析患者へのフラッシュグルコースモニタリングシステム (FGM) の使用経験. *日本透析医学会雑誌*, 52 (5), p.253-260, 2019.
- 12) 西村亜希子, 和佐真奈美, 原島伸一, 他: 連続的グルコース測定によるセルフモニタリングが糖尿病自己管理に与える影響: 前後比較試験. *糖尿病*, 61 (4), p.171-180, 2018.
- 13) 渥美義仁: 血糖モニタリングの新たな展開: CGM, FGM の展望. *DM Ensemble*, 6 (3), p.28-33, 2017.
- 14) 鈴木未宇, 加藤のみ子, 藤井徹, 他: FGM (フラッシュグルコースモニタリング) の取り扱い方と食行動アンケートの関係についての検討. *日本病態栄養学会誌*, 23 (3), p.225-230, 2020.

◇ 原 著 ◇

統合失調症を有する入院中の患者の自己効力感や 自尊感情と自覚的なストレングスの数、 相談できる人の数との関連性について

光永憲香^{1)*}, 竹村涼音²⁾, 中西三春³⁾, 坂井 舞³⁾, 大室則幸⁴⁾

統合失調症を有する入院中の患者の自己効力感および自尊感情に対して患者本人の自覚しているストレングスの数、相談できる人の数との関連性を調べた。2018～2019年の期間に、精神科病院で統合失調症を有する入院中の患者を対象に調査した。入院時と退院時の2時点で、一般性セルフ・エフィカシー尺度（GSES）で自己効力感の高さ、ローゼンバーグ自尊感情尺度（RSES）で自尊感情の高さを評価した。また、退院時にストレングスの数、相談できる人の数の回答も依頼した。有効回答数はストレングスの数は31人、相談できる人の数は25人であった。Spearmanの順位相関検定の結果、相談できる人の数は、GSES・RSESのいずれのスコアとも有意に相関しなかった。ストレングスの多さは退院時のGSESスコアおよび入院時、退院時のRSESスコアの高さと有意に相関していた。患者の自己効力感や自尊感情を高めるためには、自身のストレングスをより多く自覚できるような看護支援を行っていくことが必要である。

【キーワード】 自己効力感, 自尊感情, ストレングス, 相談できる人の数

I. はじめに

精神病性障害は、思春期から青年期に好発し、幻覚や妄想、連合弛緩などの症状のために現実検討力の低下が生じ、生活機能の低下が招かれやすいという特徴を有する¹⁾。統合失調症は最も代表的な精神病性障害であり、本邦における統合失調症の推定患者数は79.2万人であると報告されている²⁾。ある1日に統合失調症あるいは類縁の精神病性障害の診断で日本の医療機関を受診している外来患者は約6.3万人であるのに対し、ある1日に入院している患者は約15.3万人であり、精神病床における入院の半数以上を占めている²⁾。

近年、統合失調症への治療のあり方や支援の目標について、パラダイムシフトが生じてきている³⁾。すなわち、統合失調症のケアにおいては、症状の緩和や生活機能の改善を目指すだけでなく、個々の患者が独自のニーズを持つことを認識し、そのニーズに合わせた患者中心の治療を展開すること、および個々の回復のあり方を追求するための支援を提供すべきであると提唱されるようになってきている⁴⁾。このようなパラダイムシフトが生じるきっかけとなった概念に「リカバリー」という概念がある。リカバリーの概念には、他者とのつなが

り、将来への希望を持つこと、生活の意義・人生の意味などが含まれる^{5) 6) 7) 8) 9)}。このため、近年は、症状の改善や機能の改善を指す「クリニカルリカバリー」と、主体的で満足できる生活を送ることなどを指す「パーソナルリカバリー」とを区別して扱われるようになってきており、特に「パーソナルリカバリー」について、より関心が向けられるようになってきている。

パーソナルリカバリーと臨床症状をともに評価している37の研究をメタ解析した報告では、陽性症状と陰性症状が、パーソナルリカバリーを阻害する因子であるとされている¹⁰⁾。一方、パーソナルリカバリーを促進する因子としては、自己効力感の高さ¹¹⁾や自尊感情の高さ¹²⁾などが挙げられている。自己効力感とは、自分にはこのような行動がこの程度できる、という見込みのことであると定義されている¹³⁾。一方、自尊感情とは、自己に対する肯定的な態度のことである¹⁴⁾。その他にも、パーソナルリカバリーを促進する因子として、当事者自身が自覚するストレングスの数や相談できる人の多さも重要とされている^{15) 16)}。

本邦では、精神障害を有する人が、入院環境下で治療されることが少なくない²⁾。特に、前述のとおり、統合失調症を

受付日：2023年5月16日／受理日：2024年3月8日

1) 東北福祉大学 2) 東北大学病院 3) 東北大学大学院医学系研究科 4) 大崎市民病院

* E-mail : norika-m@tfu.ac.jp

はじめとした精神病性障害を有する患者は、入院治療を受けている割合が高い。著者が実施した入院中の統合失調症を有する患者のパーソナルリカバリーを規定する要因の研究において¹⁷⁾、パーソナルリカバリーの指標は、入院時と退院前との間で有意な改善は認められなかった。一方でパーソナルリカバリーの指標の改善度には個人差があり、パーソナルリカバリーの改善度に対して、陰性症状の改善度、自己効力感の改善度、自尊感情の改善度との間に正の相関が認められた。この結果から、統合失調症を有する入院中の患者が、主体的で満足できる生活を送れるようになることでパーソナルリカバリーを達成できるようにするためには、自己効力感や自尊感情の改善が必要である。そこで、本研究においては、先行研究において自己効力感や自尊感情を高める要因とされている、当事者自身が自覚するストレスの数や相談できる人の多さが、入院中においても自己効力感や自尊感情を高める因子となっているのかどうかを明らかにしたい。

Ⅱ. 目 的

本研究は、統合失調症をはじめとする精神病性障害を有する入院中の患者を対象とし、自己効力感と自尊感情の入院時スコア、退院時スコア、および入院時から退院時までのスコアの変化量に対する、患者本人が自覚しているストレスの数の数、相談できる人の数との関連を調査することを目的とする。この関連性を調査する上で、入院時、退院時に自己効力感や自尊感情が高い患者は本人が自覚するストレスの数の数や相談できる人の数が多いという仮説を立てた。

Ⅲ. 方 法

本研究は平成 31 年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究 (C)「入院治療中の精神病性障害を有する患者のパーソナルリカバリーを規定する要因について」の一部として実施された。本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会により審査され、承認された後に開始された (受付番号:2020-1-1073)。

1. 対象者

下記の適格基準を満たし、除外基準に該当しなかった者のうち、研究に同意した者が本研究に参加した。対象者は、宮城県内の精神科病院いずれか 3 施設の急性期病棟に入院を開始した者の中からリクルートされた。

適格基準

- 1) 診断：主治医によって、DSM-V¹⁾における精神病性障害と診断された者 (下位診断としては、統合失調症、妄想性障害、短期精神病性障害、統合失調症様障害、統合失調感情障害などが含まれる。)
- 2) 研究参加時の年齢が 16 歳以上、65 歳未満 (対象者本人が未成年者の場合には、本人の同意に加えて、代諾者からも同意を得る。)

除外基準

- 1) 重篤な身体症状があり、研究への協力が困難な者
- 2) 日本語の理解が困難な者
- 3) アルコールなどを含む物質・医薬品誘発性精神病性障害を有する者
- 4) 脳器質性精神障害を有する者
- 5) 生来性の知的能力障害を有していると判断された者
- 6) 重篤な症状のためにコミュニケーションが困難であったり、調査によって症状が悪化するため研究参加がふさわしくないと主治医によって判断された者
- 7) 隔離もしくは拘束をされている者
- 8) 退院先が他院 (転院) である者

入院時もしくは調査開始時に入院形態が非自発的入院 (医療保護入院および措置入院) となっている研究対象者については、入院そのものに対しての本人の同意はなくとも、主治医によって、研究に参加するかどうか判断する能力が保たれていて、かつ、研究参加が可能と判断されているケースにおいては、研究対象から除外しないこととした。また、成人であれば、非自発的入院をしている者においても、研究参加について代諾者からの同意は得ずに、本人による同意をもとに研究に参加した。

2. リクルートの実際

リクルート期間：2018 年 1 月 (倫理審査承認後) から 2019 年 11 月まで

リクルート方法：適格基準を満たす患者の状態がある程度落ち着き、評価が可能であると判断され、主治医によって研究参加が許可された後に、研究の参加 について打診がなされた。リクルートを担当した共同研究者が、対象者に、研究内容や、研究への不参加が治療に影響しないことについて文書と口頭で説明し、同意を得た。また、調査途中でも研究参加を拒否することができることを伝えた。調査は入院時と退院時に計 2 回実施した。入院時の調査は、患者の精神状態が十分に落ち着き、評価が可能と主治医が判断し研究参加が許可された後、すみやかに実施した。退院時の調査は、患者の退院予定日が決まり、かつ退院までの入院期間が残り 1 週間未満となった状態となった時点で実施された。

3. 評価方法

入院時と退院時の 2 時点で、対象者は自己効力感、自尊感情について自己評価を質問紙に回答した。また、退院時に相談できる人の数、自分のストレスの数の数について回答した。本研究では、自己効力感と自尊感情を評価する尺度として、それぞれ以下の自記入式尺度を用いた。

- 1) General Self-Efficacy Scale (GSES)：一般性セルフ・エフィカシー尺度

自己効力感 (self-efficacy) という概念は、自分にはこのような行動がこの程度できる、という見込みのことであると定義されている¹³⁾。Bandura によって提唱されたモデル^{18) 19)}を元に、自己効力感の強さを評価するために開発された尺度

である GSES¹³⁾ 20) の日本語版を本研究では採用した。GSES はこれまでに信頼性と妥当性が報告されている¹³⁾ 20) 21)。16 の質問項目から構成されており、各項目に対し、「はい」または「いいえ」のいずれかで答え、それぞれの回答に対し、0 点もしくは 1 点が与えられる。合計スコアの範囲は 0~16 点で、高得点者ほど自己効力感が高いと判定される。本研究ではこの合計スコアを統計解析に用いた。

2) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) : ローゼンバーク 自尊感情尺度

自尊感情 (self-esteem) とは、自己に対する肯定的もしくは否定的な態度のことである¹⁴⁾。自尊感情を評価する際に世界的に最も多く用いられている自記入式尺度が RSES¹⁴⁾ である。2007 年に Mimura & Griffiths が日本語版を公表し、信頼性・妥当性が報告されている²²⁾。10 項目の評価項目からなり、各項目は、「強くそう思わない:1 点」から「強くそう思う:4 点」の 4 段階で評価され、合計スコアを統計解析に用いた。合計スコアが高いほど、自己に対する肯定的な感情が強いと評価される。

退院前アンケート調査では、上記の指標に加えて、自由記載項目である「患者本人が自覚するストレスの数」や「相談できる人の数の多さ」について独自にアンケートを作成した。

4. 解析方法

本研究では、Shapiro-Wilk 検定の結果 (表 1) より、値が有意に正規分布を示さないものが含まれていたため、ノンパラメトリック検定を行った。GSES と RSES の入院時スコアと退院前スコアおよび入院時から退院前までの間のこれらスコアの変化量のスコアに対する、ストレスの数、相談できる人の数との相関を調べるため、それぞれ Spearman の順位相関検定を行った。統計解析は Windows 版 SPSS (バージョン 25.0) を使用し、各検定の有意水準 5% (両側) に設定

した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会により審査され、承認された後に開始された (受付番号:2020-1-1073)。主治医から研究参加の承諾を得た研究対象者に対して、本研究への協力はあくまで対象者の自由意思によってなされること、研究協力への同意後も任意の時期に撤回できること、研究への協力の有無にかかわらず対象者のその後の診療に不利益が生じないことなどを説明した。さらに、研究についての説明を行い、十分に考える時間を与え、研究対象者が調査の内容をよく理解したことを確認した上で、調査への参加について依頼した。研究対象者本人が調査への参加に同意した場合、同意文書に研究対象者本人による署名を得た。個人の研究結果は、対象者には原則として告知しないことも説明した。個人情報の保護に配慮して研究を実施した。

V. 結 果

1. 参加者の基本データ

研究に同意し評価を行った者は当初 38 名であったが、そのうち、当初の予定より早く退院したために、入院時の評価ができなかった者が 1 名、入院時の評価は行われたものの退院時の評価ができなかった者が 3 名、脱落した。さらに、退院前アンケート調査のストレスの数の項目に未回答だった者が 3 名、相談できる人の数の項目に未回答だった者が 9 名脱落したため、最終的な研究参加者はストレスの数に関するものに 31 名 (82%)、相談できる人の数に関するものに 25 名 (66%) となった。参加者の基本情報は表 2 に示す。また、GSES と RSES の入院時スコアと退院時スコアおよび入院時から退院時のスコアの変化量と、ストレスの数と相談できる人の数の概要を表 3 に示す。

表 1 Shapiro-Wilk 検定

入院時 GSES 合計	退院前 GSES 合計	前後変化 GSES 合計	入院時 RSES 合計	退院前 RSES 合計	前後変化 RSES	相談できる人の数	ストレスの数の数
0.01*	0.04*	0.05*	0.24	0.36	0.03*	0.002*	0.003*

表 2 参加者の基本情報 (n=31)

	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
年齢 (歳)	44.5	46.0	11.2	27	63
罹病期間 (年)	15.9	11.0	13.0	0	45
入院回数 (回)	4.1	2.0	4.1	1	18
入院日数 (日)	81.8	85.0	15.7	51	128
入院日から入院調査日までの日数 (日)	28.6	26.0	12.0	8	57
入院日から退院調査日までの日数 (日)	77.4	78.0	14.5	50	126
調査の間隔 (日)	48.7	49.0	15.9	21	98

2. 解析結果

GSES と RSES の入院時スコアと退院時スコアおよび入院時から退院時のスコアの変化量と、ストレングスの数と相談できる人の数との Spearman 順位相関解析の結果を表に示した(表4)。相談できる人の数は、GSES および RSES の入院時スコア、退院時スコアのいずれのスコアとも相関は見られなかった。さらに、GSES および RSES の入院時から退院時のスコアの変化量とも相関は見られなかった。一方で、ストレングスの数は GSES の退院時スコアおよび RSES の入院時スコア、退院時スコアと有意に相関していた。しかし、GSES および RSES の入院時から退院時のスコアの変化量との相関は見られなかった。

VI. 考 察

本研究では入院中の精神病性障害を有する患者を対象とし、自己効力感と自尊感情の入院時スコアと退院時スコアおよび入院時から退院時のスコアの変化量に対するストレングスの数と相談できる人の数との関係を調査した。

その結果、退院時の自己効力感のスコア、入院時と退院時の自尊感情のスコアとストレングスの数との間には有意な相関が認められた。すなわち、入院中の患者は、退院時において、ストレングスの数を多く挙げられると、自己効力感や自尊感情が高くなることが示唆された。自己効力感、自尊感情はパーソナルリカバリーの促進要因であるため^{11) 12)}、患者の

パーソナルリカバリーを促進するためには、患者が自身のストレングスをより多く自覚できるような看護支援を行っていくことが有効であると考えられる。

本邦においては、病棟に勤務するスタッフは地域の施設・事業所のスタッフと比べて、リカバリーに関する知識やリカバリー志向性が乏しく、看護師のリカバリーに関する知識はソーシャルワーカーと比べても乏しいという結果が認められている²³⁾。看護師は、患者に24時間寄り添い支援をすることが多く、看護師のリカバリーに関する知識が高まり、リカバリー志向性が高まることで、入院患者のストレングスに着目した看護実践が行える可能性が考えられる。そのような知識の獲得や看護実践が可能となるためには、看護師たちを対象とした教育や啓発が必要と考えられる。その上で、日常の看護実践の際に、リカバリー志向の視点を持ってアセスメントを行うことが重要となると考えられる。例えば、患者の問題に注目してアセスメントするよりも、患者のストレングスに着目していくこと、患者の希望について着目していくことなどが重要であると考えられる。また、看護師のリカバリー志向性を高める手段の1つとして、「リカバリーカレッジ」に精神科のスタッフが参加するということが挙げられる²⁴⁾。リカバリーカレッジとは、リカバリーについて学び合う場であり、当事者と専門職がそれぞれの経験や知恵を持ち寄って共同創造する場のことである²⁴⁾。特に、リカバリーカレッジは、現在、英国のみならず日本でも様々な地域で導入が始まって

表3 GSES, RSES, ストレングスの数, 相談できる人の数の概要 (n=31)

	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
入院時 GSES 合計	6.7	6.0	3.4	2	16
退院前 GSES 合計	6.7	6.0	4.2	0	16
前後変化 GSES 合計	0.0	0.0	3.0	-8	8
入院時 RSES 合計	24.6	24	4.3	17	35
退院前 RSES 合計	25.1	26	4.3	15	36
前後変化 RSES 合計	0.5	0.0	3.4	-8	7
相談できる人の数 (n=25)	3.3	3.0	2.5	0	10
ストレングスの数 (n=31)	2.5	2.0	2.2	0	10

表4 入院時と退院前、および入院時から退院前までの GSES と RSES の変化量と相談人数、ストレングスの数との Spearman 順位相関解析の結果

	相談できる人の数 (n=25)	ストレングスの数 (n=31)
入院時 GSES 合計	-0.03	0.27
退院前 GSES 合計	0.22	0.56**
前後変化 GSES 合計	0.14	0.34
入院時 RSES 合計	0.19	0.40*
退院前 RSES 合計	0.22	0.53**
前後変化 RSES 合計	0.00	0.20

GSES: General Self-Efficacy; RSES: Rosenberg Self-Esteem.
表内の値は、Spearman の相関係数 (ρ)、*は $p < 0.05$ 、**は $p < 0.01$

いる²⁵⁾。これらのプログラムを通じて看護師が、患者のストレングスを見出し、本人にフィードバックできるスキルを獲得することが有用と思われる。

患者の相談できる人の数と自己効力感、自尊感情の間には有意な相関が認められなかった。今回の研究では、相談できる人の数に関するアンケートを実施した時期が入院中であり、人と会う機会や連絡を取ることが普段と比べ困難な状態であると言える。入院していない状態では入院中より相談できる人の数が多いことも考えられ、入院中という環境の要因が結果に影響した可能性がある。援助希求行動に関する先行研究によると、家族や友人といった援助者に援助を求める行動は、援助者と自分とを比較することで、自分の無能さの認識や劣等感を意識させ自尊感情への脅威となりうると指摘されていた²⁶⁾。このことから、相談できる人の数と自尊感情の間には関連性はあると考えられるものの、相談できる人が多ければ、自尊感情が高いといったような単純な相関は見られなかったのではないかと考える。また、ストレングスの数と入院時から退院時の間での自己効力感、自尊感情の変化量の間にも有意な関連が認められなかった。これは、自己効力感と自尊感情は入院時と退院時の2時点で測定し、その変化量を比較対象としているが、ストレングスの数を測定した時期は退院時のみで入院時には測定を行っていないため、1時点の結果であるため相関がみられなかった可能性が考えられる。対象人数が相談できる人の数に関する研究では25名、ストレングスに関する研究では31名と対象人数が少なかったことも結果に影響があると考えられる。

本研究の限界として、研究参加者の数が比較的少なく、そのために検定において検出力不足が生じていた可能性が挙げられる。また、独自に作成した患者自身のストレングスの数やサポートの数を聞いたアンケートの無回答が多かったことから、質問の説明不足など精度が低かったことが考えられ、解析結果に影響を及ぼし可能性がある。アンケートの無回答を理由に除外された参加者がいたが、自分のストレングスや相談できる人が思いつかなかったために無回答となっていた可能性があり、これらの値はゼロであった可能性があり、そのような偏った集団が除外されてしまった可能性が否定できない。また、Shapiro-Wilk検定の結果からは、ストレングスの数や相談できる人の数は正規分布とはかけ離れた分布をしており、ストレングスや相談できる人を「数」で評価することの妥当性に問題がある可能性も考えられる。さらには、今回対象となった施設は急性期病棟であり、在院日数が、他の日本の平均的な精神医療の状況と比較して少なかった。今後は、より在院期間が長い入院環境における患者についても、調査されることが望まれる。

Ⅶ. 結 論

本研究では、精神障害を有する入院中の患者において、自覚するストレングスの数が自己効力感および自尊感情と関

連していることを示した。そのため、患者が自身のストレングスをより多く自覚できるような看護支援を行っていくことが有効であると考えられる。

本論文に関して、共著者全員、開示すべき利益相反関連事項はない。

また、本論文の一部は、第53回2022年度日本看護学会学術集会において発表した。本論文は筆頭著者の博士論文「精神障害を有する患者のパーソナル・リカバリーの入院における変化とそれを規定する要因についての縦断的研究」と一部共通する内容を含んでいる。本研究は平成31年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)19K10897「入院治療中の精神障害を有する患者のパーソナルリカバリーを規定する要因について」の一部として実施された。

Ⅷ. 引用文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, American Psychiatric Publishing, 2013.
- 2) 厚生労働省(2020), 2020年患者調査の概況, 2023年2月19日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/gaiyou.pdf>
- 3) Matthias Marianne, Salyers Michelle, Rollins Angela, et al: Decision making in recovery-oriented mental health care, *Psychiat Rehabil J*, 35, p.305-314, 2012.
- 4) Rössler W and Drake RE: Psychiatric rehabilitation in Europe. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26 (3), p.216-222, 2017.
- 5) Anthony WA: Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), p.11-23, 1993.
- 6) Deegan Patricia: Recovery: The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11 (4), p.11-19, 1988.
- 7) Leamy Mary, Bird Victoria, Le Boutillier Clair, et al.: Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199 (6), p.445-452, 2011.
- 8) Leete E: How I perceive and manage my illness, *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), p.197-200, 1989.
- 9) Andresen Retta, Oades Lindsay, Caputi Peter: The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*, 37 (5), p.586-594, 2003.
- 10) Van Eck Robin Michael, Burger Thijs Tan, Vellinga Astrid, et al: The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 44 (3), p.631-642, 2018.
- 11) McLeod B, Meyer D, Murray G et al: Contact with recovered peers: buffering disempowering service experiences and promoting personal recovery in serious mental illness. *BJPsych open*, 5 (6), p.e98, 2019.
- 12) Law Heather, Neil Sandra, Dunn Graham et al: Psychometric properties of the questionnaire about the process of recovery (QPR). *Schizophrenia research*, 156 (2-3), p.184-189, 2014.

- 13) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み 行動療法研究, 12 (1), p.73-82, 1986.
- 14) Morris Rosenberg: Society and the adolescent self-image, Princeton University Press, 1965.
- 15) Thomas Elizabeth, Muralidharan Anjana, Medoff Deborah et al: Self-efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness, Psychiatr Rehabil J, 39 (4), p.352-360, 2016.
- 16) Saahoon Hong, Betty Walton, Hea-Won Kim et al., Longitudinal Patterns of Strengths Among Youth with Psychiatric Disorders: A Latent Profile Transition Analysis, Child Psychiatry Hum Dev, 54 (1), p.1-8, 2023.
- 17) Norika M・O, Noriyuki O: Longitudinal changes in personal recovery in individuals with psychotic disorders through hospitalisation in a psychiatric ward: preliminary findings, BMC Psychiatry, 21 (1), 340, p.1-11, 2021.
- 18) Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 84 (2), p.191-215, 1977.
- 19) 祐宗省三, 原野広太郎, 柏木恵子, 他編: 社会的学習理論の新展開 新装版, 金子書房, p.103-141, 2019.
- 20) 坂野雄二: 一般性セルフ・エフィカシー尺度の妥当性の検討, 早稲田大学人間科学研究, 2, p.91-98, 1989.
- 21) 嶋田洋徳, 浅井邦二, 坂野雄二, 他: 一般性自己効力感尺度 (GSES) の項目反応理論による妥当性の検討, ヒューマンサイエンスリサーチ, 3, p.77-90, 1994.
- 22) Mimura C, Griffiths P: A Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and equivalence assessment. J Psychosom Res, 62 (5), p.589-594, 2007.
- 23) Chiba R, Umeda M, Goto K, et al: Factors related to recovery knowledge and attitudes among professionals in mental health in Japan. Japan Journal of Nursing Science, e12295, 2019.
- 24) ACrowther, ATaylor, RToney, et al: The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. Epidemiol Psychiatr Sci, 28 (5), p.481-488, 2019.
- 25) 宮本有紀, ゆうこりん, かけるん他: リカバリーカレッジにおけるオンラインの活用, こころの健康, 37 (2), p.37-42, 2022.
- 26) 梅垣祐介, 木村真人: 大学生の抑うつ症状の援助要請における楽観的認知バイアス, 心理学研究, 83 (5), p.430-439, 2012.

◇ 原 著 ◇

COVID-19 禍における臨床看護師の e ラーニング学習に関する実態とニーズ調査

木村理加^{1)*}

臨床看護師のニーズに合わせた学習効果の高い e ラーニング教材開発に向けて、臨床看護師の e ラーニングにおける学習背景の実態および e ラーニング教材に対するニーズを明らかにすることを目的とした。看護師 300 名を対象に web 調査を行った結果、e ラーニング学習経験ありは 81.3%であったが、40 歳以上で有意に学習経験がなかった ($p=0.03$)。e ラーニング学習頻度は平均 7.3 回/年 ($SD=5.9$) であり、COVID-19 流行前と比較すると「増えた」「少し増えた」との回答は 53.7% ($n=131$)、増加の頻度は平均 5.2 回/年 ($SD=4.1$) であった。『e ラーニング形式』の希望は「自分の好きな時間や場所で実施できる非同期型」が 82.8% ($n=202$) と最も多かった。e ラーニングの促進要因は「アクセスしやすい」(61.7%)、阻害要因は「時間不足」(64.7%) が最も多かった。時間的障壁に対してスマートフォンの活用や途中中断可能なシステムとするニーズが示唆された。また効果的な方法として研究報告がある「インタラクティブ性のある e ラーニング」「シナリオベースドラーニング」「ゲーミフィケーション」に対するニーズがあり、今後普及することが期待される。

【キーワード】 e ラーニング, 臨床看護師, ニーズ調査, COVID-19

I. はじめに

看護師の継続教育において、e ラーニングは学習者の地理的な場所や時間に関係なく学習が可能な効果的な学習方法であり¹⁾²⁾、さらに COVID-19 の大流行が促した学習形態の変革により、e ラーニングによる学習形態がより一層増加した³⁾⁴⁾。2022 年に厚生労働省から公表された全国調査による「新型コロナウイルス流行下における新人看護職員研修の実態把握調査研究」⁵⁾では、2021 年は 2019 年と比較して、看護師の卒後研修で「e ラーニングを併用する」方法が 42.6% 増加、さらに 52.8% の施設で ICT (情報通信技術) の新規導入が進んだと報告されている。ただし、e ラーニングを用いた学習を成功させるためには、影響要因である学習者の経験および態度などの学習背景やニーズを調査し評価した上で e ラーニングを提供することが必要⁶⁾⁸⁾であり、諸外国では臨床看護師における e ラーニングを阻害する要因やニーズ評価に関する横断研究が報告されている⁹⁾が、本邦では同様の研究はない。さらに、e ラーニングを用いた教育は、一般的に学習者の学習

意欲を維持することが難しいという課題がある¹⁰⁾。その要因として、e ラーニングによる学習には内発的動機と外発的動機が影響し¹⁰⁾、特に成人の学習者は外発的動機よりも内発的動機に基づいているため、学習者の意欲や必要性に応じて学習が行われる¹¹⁾。そのため、内発的動機を高めるために学習者の関心を引き、学習へのレディネスを高める必要がある。その課題に対して、インタラクティブ性を高める機能の搭載¹²⁾¹³⁾や高性能シミュレーターを活用した事例を取り入れて臨床でのイメージを促す¹⁴⁾、ゲーム要素を取り入れる⁶⁾などの工夫をした e ラーニング教材に関する実践報告はあるが、これらの機能が実際に学習者に対してニーズのあるものか否かを明らかにした報告はない。そのため、臨床看護師の e ラーニングにおける学習背景およびニーズを明らかにすることで、効果的かつ臨床的要請の高い学習プログラム開発が可能になる。COVID-19 がもたらす学術的変革期にあり、学習形態が急速に ICT 教育へと変化している状況下で、本邦における e ラーニングを活用した看護継続教育に関する現状を明らかにすることは、今後益々増加することが予測される e ラーニング教

受付日：2023 年 5 月 16 日 / 受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 聖路加国際大学看護学研究科

* E-mail: rikakimura@slcn.ac.jp

育に関するエビデンスの構築に貢献することができると考える。

Ⅱ. 目 的

臨床看護師のニーズに合わせた学習効果の高いeラーニング教材開発に向けて、臨床看護師のeラーニングにおける学習背景の実態およびeラーニング教材に対するニーズを明らかにすること。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

Web調査による横断研究

2. 対象者および調査期間

対象者は日本国内の入院施設のある病院に勤務する看護師とし、研究同意書の内容に同意が得られた者とした。サンプルサイズは看護師の母集団が約132万人¹⁵⁾であり、信頼レベル90%、許容誤差±5%として算出したところ272名であること、さらに本研究と類似したeラーニング開発および看護師のニーズ調査を行った先行研究⁹⁾においてそれぞれサンプルサイズ300名と設定していることを算出根拠とし、300名と設定した。調査期間は2023年1月20日～31日とした。

3. データ収集方法

看護師パネルを所有するリクルート会社に調査依頼し、対象者を募集した。

1) 調査内容

調査項目は以下の通りである：①対象者背景(年齢、性別、婚姻の有無、看護師経験年数、居住地域、看護基礎教育を受けた学校の種類、資格や大学院進学の有無、勤務施設の種類と規模、職位、教育関連の役職の有無)、②eラーニングでの学習(頻度、方法、場所、時間帯)およびCOVID-19による影響について、③eラーニングの促進要因と阻害要因、④eラーニングの形式や種類の好みについて。回答方法は、②のうち「COVID-19流行前と比較したeラーニング実施頻度の変化」は5件法で尋ねた。③の質問に対する回答は選択肢からの複数選択とした。④のうち「eラーニングサンプルの中で最も好きなもの」以外の質問項目は選択肢からの複数選択とした。eラーニングの種類を質問するにあたり、Ngenzi(2021)¹⁷⁾の分類するeラーニングの種類(文字や図表のみのスライド/音声や動画のあるスライド/DVD/ビデオ/ウェブリンクでアクセス/スマートフォンやタブレットで可能/ウェビナー/オンラインディスカッション/LMSにアクセスする/双方向的な反応がある/シミュレーション・バーチャルリアリティ/学習リソースにアクセス/シナリオに沿って進む/クイズやゲーム要素がある)に沿って選択肢を提示した。さらに実際に対象者に操作してもらうeラーニングサンプルを作成した。eラーニングサンプルとは、人工呼吸器装着中の患者をアセスメントする看護師の様子動画・カルテ記事・画像データ・採血データなどを見て、人工呼吸器からの離脱

アセスメントに関するクイズに回答する内容である。動画には看護師が聴診器を当てたタイミングで肺音・心音・腸蠕動音などの音声を組み込み、音声からもアセスメントが可能になるように作成した。同じ内容について、学習者の主体的な操作の程度や双方向性の程度を変えた以下のA～Cの3パターンを作成した：A:動画の一連の流れ(4分程度)を視聴し回答に進むパターン、B:動画を胸部・バイタルサイン測定・下肢などパーツ毎に分け、受講者の見たい箇所から選択可能なパターン、C:イラストベースで先輩看護師・後輩看護師が会話をしながら進むパターン。

2) 分析方法

定量データは度数分布表の作成、要約統計量を算出して分布を記述した。基本属性別に分類したサブ解析では、本研究内容と類似した先行研究であるXing(2020)⁶⁾、Chong(2016)⁹⁾を参考に、年齢階層別は30歳以下/31～39歳/40歳以上、臨床経験年数は5年以下/6～9年/10年以上に分類した。自由記載によって得られる定性データについては、類似性に基づき整理し、質的に内容分析を行った。コーディングを2人の研究者で行い、信頼性を確保した。統計量の算出には統計ソフトStata ver.17を使用した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(22-A088)。研究参加の同意については、調査の最初に研究内容の同意書を確認してもらい、同意した方のみ参加対象とした。調査内容は所属施設も含めて無記名であり個人が特定されることがないこと、参加者に不利益がないこと、得られた情報は研究以外の目的で使用せず外部に漏洩のないよう管理すること等を保障した。また、研究結果は匿名性を確保の上、公表することを説明した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者と基本属性

対象者数は300名であり、基本属性について表1に示す。平均年齢は39.7歳(SD=9.2)、看護師としての平均臨床経験年数は平均15.3年(SD=8.9)であった。対象者の居住地域は全国に分布していた。女性が86%(n=258)であり、半数以上(56.7%, n=170)が既婚者であった。職位は一般看護師88.7%(n=266)、管理職(師長・副師長・施設責任者)10.7%(n=32)であり、認定・専門看護師など専門性の高い資格取得および大学院での学位取得者は4.4%(n=20)であった。スタッフの教育に関わる立場であるのは48%(n=144)であり、そのうち部署担当の教育者68.1%(n=98)、院内での教育担当者10.4%(n=15)、その他(プリセプター、主任など)21.5%(n=31)であった。

2. eラーニング学習の実態

対象者300名のうち、81.3%(n=244)がeラーニングでの学習経験があり、eラーニング学習経験がない18.7%(n=56)

サンプルA：
動画の一連の流れ(4分程度)を見た後に回答に進む



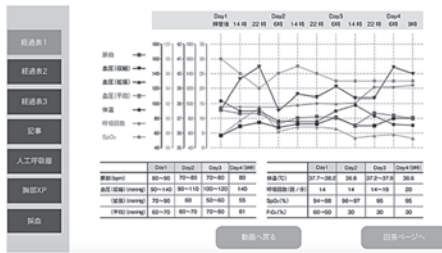
サンプルB：パーツ毎に分かれた動画を
受講者の見たい箇所から選択可能



サンプルC：イラストベースで先輩・後輩看護師が
会話をしながら進む

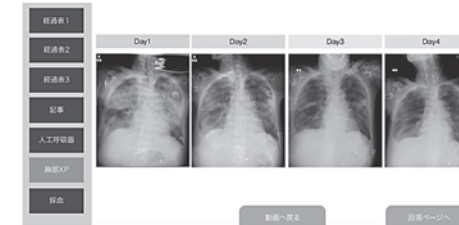


カルテ情報イメージ



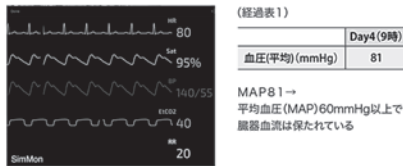
項目	Day1	Day2	Day3	Day4
SpO2	95	95	95	95
呼吸	18	18	18	18
血圧	140/55	140/55	140/55	140/55
体温	37.5	37.5	37.5	37.5
心拍数	80	80	80	80

項目	Day1	Day2	Day3	Day4
Na	135	135	135	135
K	4.0	4.0	4.0	4.0
Ca	1.0	1.0	1.0	1.0
Cr	0.8	0.8	0.8	0.8
BUN	10	10	10	10
乳酸	1.0	1.0	1.0	1.0
血糖	100	100	100	100
尿酸	5.0	5.0	5.0	5.0
胆红素	1.0	1.0	1.0	1.0
アミラーゼ	100	100	100	100
トランスアミナーゼ	100	100	100	100
プロトロンビンは	100	100	100	100
フィブリン	100	100	100	100
尿酸	5.0	5.0	5.0	5.0
尿酸	5.0	5.0	5.0	5.0
尿酸	5.0	5.0	5.0	5.0
尿酸	5.0	5.0	5.0	5.0
尿酸	5.0	5.0	5.0	5.0



問題・回答ページイメージ

臓器血流は保たれている？



循環不全を示す徴候はない？



Q1 この患者の循環動態は安定していますか？

はい
いいえ

正解は Q1 → はい

Q2 →

① 静脈血流の減少
② 静脈血流の増加
③ 酸素需要の低下
④ 酸素需要の増加
⑤ 心拍出量増加

残念、間違っている項目があります。あなたの回答と正解を見てください。

確認ができたら詳しい解説を見てください。

Q1の解説を見る Q2の解説を見る

図1 eラーニングイメージ

のうち 60.7%が 40 歳以上であり、40 歳以上で有意に e ラーニング学習経験がなかった ($p=0.03$)。e ラーニングを実施する頻度は平均 7.3 回/年 ($SD=5.9$) であり、COVID-19 流行前と比較すると「増えた」29.1% ($n=71$)、「少し増えた」24.6% ($n=60$)、「変わらない」39.3% ($n=96$) との回答であった。「少し増えた」「増えた」と回答した 131 名のうち、増加した頻度は平均 5.2 回/年 ($SD=4.1$) であった。COVID-19 流行前と比較した e ラーニング実施頻度の変化、e ラーニングの主な実施場所、時間帯、実施方法について図 2 に示す。e ラーニング実施方法を年齢階層別に分類した結果、スマートフォンは 20 歳代で 57.5% ($n=23$) であり、最も多く利用されている方法であった。

3. e ラーニングの促進要因と阻害要因

e ラーニングに対する促進要因・阻害要因をそれぞれ図 3・4 に示す。促進要因の『その他』には「自分のペースで進められる」「堅苦しくない雰囲気」などの回答があった。阻害要因の『その他』には「退屈な雰囲気」「進むペースが遅い」などの回答があった。

4. e ラーニングの形式や種類の好み

『e ラーニング形式について希望するもの』は、「自分の好きな時間や場所で実施できる非同期型」が 82.8% ($n=202$) と最も多かったのに対し、「決まった時間にアクセスしタイムリーに講師から受講できる同期型」が 10.2% ($n=25$) であった。また「オンライン上でファシリテータと対話できる」6.1%

表 1 参加者の基本属性

		n=300	
属性	人数	%	
年齢	20代	46	15.3
	30代	111	37.0
	40代	96	32.0
	50代	40	13.3
	60代	7	2.3
臨床経験年数	5年以下	39	13
	6~9年	52	17.3
	10年以上	209	69.7
地域分類	北海道	24	8.0
	東北	18	6.0
	関東	79	26.3
	北陸	15	5.0
	中部	44	14.7
	近畿	41	13.7
	中国	17	5.7
	四国	19	6.3
	九州	43	14.3
基礎看護教育	大学	86	28.7
	専門学校3年課程	159	53.0
	短期大学2年課程	11	3.7
	短期大学3年課程	24	8.0
	その他	20	6.7
勤務病院種類	大学病院	24	8.0
	大学付属病院	22	7.3
	総合病院	178	59.3
	特定機能病院	36	12.0
	精神科	29	9.7
	高齢者施設	11	3.7
病床数	50床未満	5	1.7
	50~199床	98	32.7
	200~499床	116	38.7
	500床以上	81	27.0

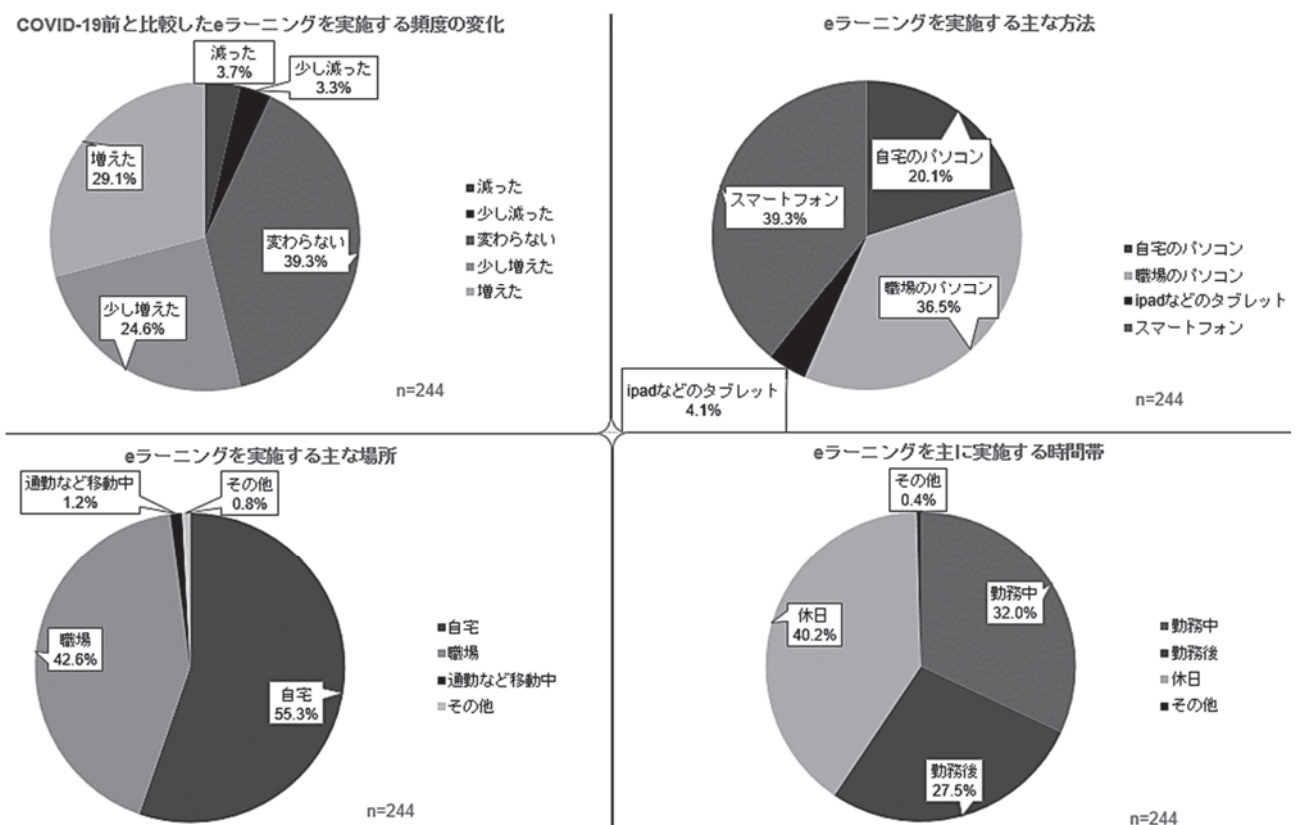


図 2 e ラーニング学習の実態

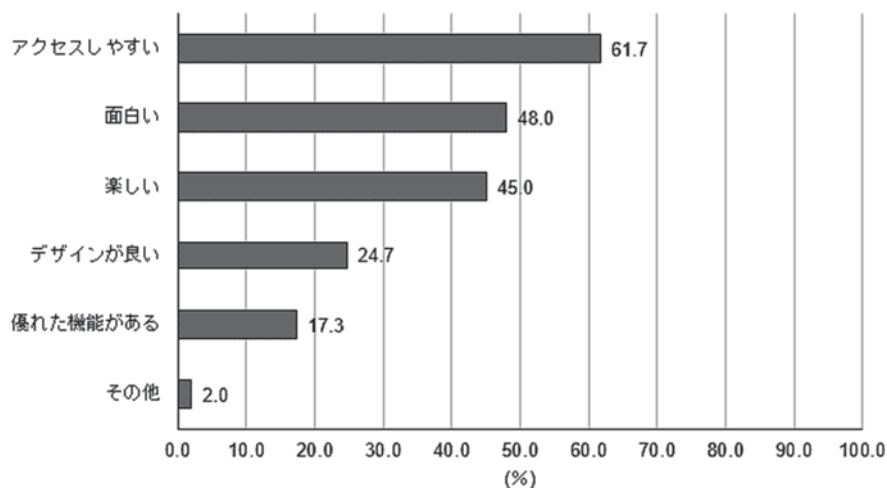


図3 eラーニングに対する促進要因

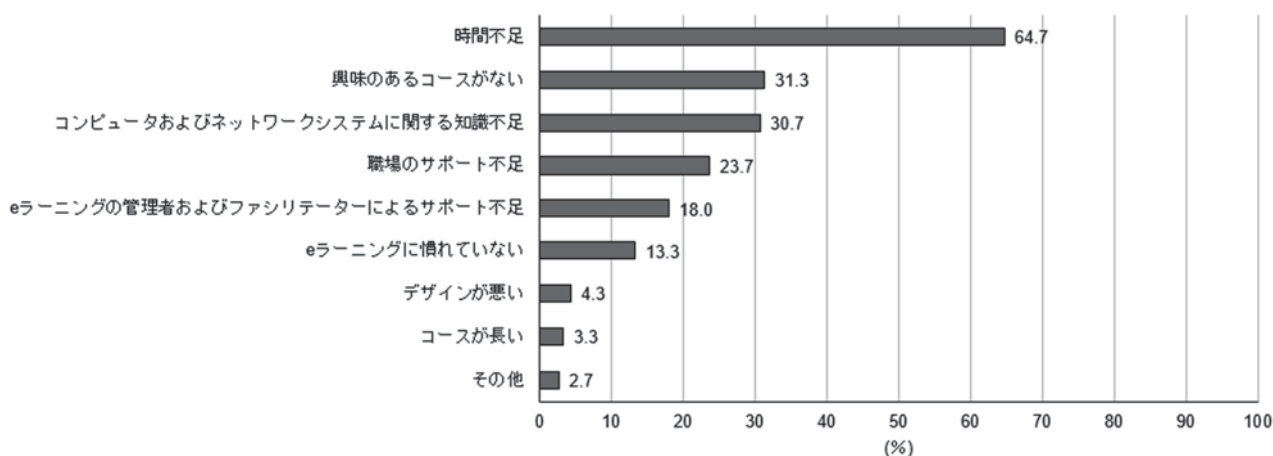


図4 eラーニングに対する阻害要因

(n=15), 「オンライン上で他の受講者と対話できる」4.5% (n=11) であった。

『実施したことのあるeラーニングの種類』と、『好ましいまたはこれからやってみたいeラーニングの種類』について、図5に示す。『実施したことのあるeラーニング』のうち、多かったものは「音声や動画のあるスライド形式」84.0% (n=205), 「文字や図表のみのスライド形式」33.2% (n=81), 「スマートフォンやタブレットで実施可能」30.3% (n=74) であった。『好ましいまたはこれからやってみたいeラーニングの種類』のうち回答が多かったものは「音声や動画のあるスライド」61.7% (n=185), 「スマートフォンやタブレットで実施可能」44.0% (n=132), 「シナリオや事例に沿って進んでいく形式」24.7% (n=74) であった。『好ましいまたはやってみたいeラーニングの種類』が『実施したことのあるeラーニングの種類』を15%以上上回るものは「双方向的な反応がある」「シナリオに沿って進む」「クイズやゲーム要素がある」ものであった。

eラーニングサンプルA・B・Cのうち、『最も好みなもの』について尋ねた結果、A28.0% (n=84), B37.3% (n=112), C34.7% (n=104) であった。対象者の基本属性に応じて、年

齢階層、臨床経験年数、既婚未婚の有無、教育担当の有無、病院の種類・病床数別に分類しカイ二乗検定を行った結果を表2に示す。年齢階層別と臨床経験年数別に分類して統計解析を行った結果、全てのカテゴリーで統計学的有意差のある項目はなかった。

VI. 考 察

本研究はCOVID-19禍における臨床看護師のeラーニング学習背景の実態およびeラーニング教材に対するニーズを明らかにすることを目的に調査を行った。現状として、約8割強がeラーニング学習を経験していること、COVID-19により約5割がeラーニングによる学習機会が増加したことが明らかとなった。臨床看護師のeラーニング学習に関する諸外国の先行研究によると、2018年に中国の上海で行われた多施設横断研究で対象とした看護師550名のうち47%⁶⁾、マレーシアでは主要4都市における36施設を対象とした多施設横断研究にて300名のうち83%⁹⁾がeラーニング未経験と報告している。これらの調査は国によるICT環境の違いが背景にあり、さらにCOVID-19の影響を受けていない時期の調査であるため、現在では経験者が増加していることが予測される

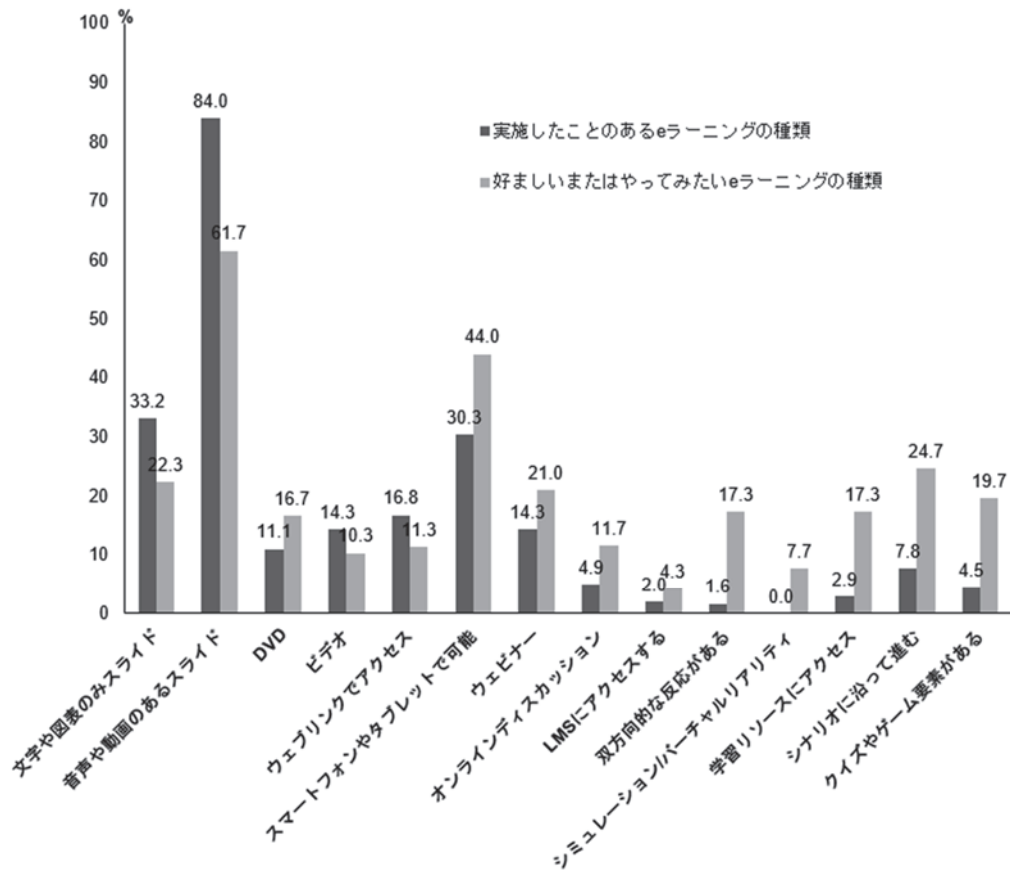


図5 実施したことがある/好ましいまたはこれからやってみたいeラーニングの種類

表2 基本属性別eラーニングサンプルの好み

	サンプルA n=84	サンプルB n=112	サンプルC n=104	χ^2	p
年齢層別					
30歳以下	13(15.5)	14(12.5)	19(18.3)	1.71	0.79
31～39歳	29(34.5)	44(39.3)	38(36.5)		
40歳以上	42(50.0)	54(48.3)	47(45.2)		
臨床経験年数別					
5年以下	11(13.1)	10(8.9)	19(18.3)	7.63	0.11
6～9年	18(21.4)	21(18.8)	11(10.6)		
10年以上	55(65.5)	81(72.3)	74(71.2)		
既婚の有無					
未婚	35(41.7)	47(42.0)	48(46.2)	0.52	0.77
既婚	49(58.3)	65(58.0)	56(53.8)		
教育担当					
あり	36(42.9)	60(53.6)	48(46.2)	2.43	0.3
なし	48(57.1)	52(46.4)	56(53.8)		

n(%)

が、現在本邦での臨床看護師におけるeラーニング教育が普及していることが示唆される。ただし、年齢層別に分類すると40歳以上でeラーニング未経験者が多いことが明らかとなった。Xingら(2020)による中国人看護師の生涯教育におけるeラーニングに対する好みと態度を調査した研究の中で、eラーニング未経験者はeラーニングやeラーニングプラットフォームに馴染みがないことがより一層学習に対する障壁となる⁶⁾ことを明らかにした。本研究の調査でモチベーショ

ンが高まる要因として最も多かった回答が「アクセスしやすい」であったことを考慮すると、eラーニングのシステムが学習の動機づけに影響することが考えられる。そのため、対象者の特性を考慮したユーザーフレンドリーなeラーニングシステムとすることの重要性が示唆された。

eラーニングのニーズに関して、eラーニング形式に対する希望は「非同期型」が8割以上と最も多い結果となった。非同期型eラーニングは学習者が時間や場所を選ばずに学習

できるため、看護師の不規則な勤務体制に適した学習方法である¹⁸⁾。さらに成人学習であるアンドロゴジーに適した自己主導型の学習方法であるが、自由度が高いというメリットがある反面、学習者のモチベーションの維持が重要な課題とされている¹⁹⁾。そのため、阻害要因と促進要因を考慮したeラーニングの開発が求められる。eラーニングの阻害要因として「時間不足」が6割以上と最も多い結果となったが、これはXingら(2020)⁶⁾、Chongら(2016)⁹⁾の先行研究と一致している。Regmiら(2020)が提唱した、健康科学教育におけるeラーニングに影響する要因の概念枠組みでは、『組織的な障壁または促進要因』が『学習者の障壁または促進要因』に関連することを示している¹⁰⁾。つまり、eラーニング学習に意欲や興味を抱いても、学習者を取り巻く組織的・社会的状況によって学習意欲が阻害されることがあることを示している。そのため、eラーニング開発段階において学習コンテンツのボリュームや、中断しながらでも学習可能な形態になるよう考慮が必要である。さらに、スマートフォンで実施可能なeラーニングにすることで、移動時間などを活用し「時間不足」という障壁を低減できる可能性がある。実際に調査結果よりeラーニングの実施方法で最も多い回答が「スマートフォン」であり、『好ましいまたはやってみいたいeラーニングの種類』の中で4割以上が「スマートフォンやタブレットで実施可能」なものと回答した。そのため、非同期eラーニングの特徴を活かした、場所を問わずに実施可能で、時間に制約がある中でも途中中断しながら実施できるeラーニングに対するニーズが高いと考えられる。

eラーニングのサンプル3種類に関しては好みが偏ることなく、基本属性別に分類をした結果も同様であった。そのため、サンプルで実施した種類についてはどの方法も受け入れられるものと考えられる。ただし、eラーニングの種類の希望について、「文字や図表/音声や動画ありのスライド形式」は実施した経験者は多いがニーズが高いとは言えない結果であった。反対に、経験者は少ないが好意的で関心のあるeラーニングは「双方向的な反応がある」種類であった。非同期eラーニングは個々での学習になるため、学習意欲を継続するためにはインタラクティブ性が鍵¹⁸⁾とされており、実際に学習者も同様のニーズがあるということが明らかとなった。他にも好意的で関心があるeラーニングの種類のうち「シナリオに沿って進んでいく形式」が挙げられた。シナリオベースドラーニングとは、臨床に近いストーリーが展開されることにより、模擬臨床体験をシミュレーションよりも効率的に体験することを可能とし、ストーリーに没入することで主体的に学習に取り組むことが期待できるもの²⁰⁾である。先行研究では知識だけではなく態度や技術などのアウトカムにも効果的²¹⁾²²⁾と証明され、学習内容が臨床体験と繋がることで内発的動機に移行した²³⁾との報告がある。また「クイズやゲーム要素がある」ゲーミフィケーションによるeラーニングは今後発展していくeラーニングのトレンドとして注目されてお

り²⁴⁾、ゲームベースの要素や仕組みが学習者のモチベーションを向上させ、知識や満足度を高める創造的アプローチ¹⁾である。本研究調査でもeラーニングのモチベーションを高める要素として「楽しい」「面白い」との回答が多く、このような方法をインストラクショナルデザインとしてeラーニングに取り入れることで、より効果的・効率的でモチベーションを向上させる学習方法になることが期待できる。上述したような様々な新規性のあるeラーニングが開発されている中で、対象者の特性や目的および学習効果に合致した最適な方法を提供できるよう、今後更なるエビデンスの構築が求められる。

本研究の限界は、本研究は全国にモニターパネルを持つweb調査会社を通して実施したため、対象者はインターネットなどのICTに比較的馴染みのある対象であったことが推測されることである。そのため、eラーニングの経験や頻度など母集団の傾向を反映していない可能性がある。eラーニング作成の際は教育対象となる対象者の特性を考慮しながら、eラーニング設計およびサポート体制を検討する必要がある。

Ⅶ. 結 論

対象者の8割以上がeラーニングでの学習経験があり、そのうち約5割がCOVID-19流行前と比較してeラーニング学習頻度が「増えた」「少し増えた」という結果であった。eラーニングの形式の希望では約8割が非同期型、eラーニングに対する阻害要因で最も多かったものは「時間不足」であり、eラーニングの実施方法と興味のある方法ではスマートフォンが多かったことから、時間の制約がない非同期型であり、かつスマートフォンで実施可能なeラーニングのニーズが示唆された。さらに「アクセスしやすい」eラーニングシステムがモチベーションを高めることから、対象者の特性を考慮したユーザーフレンドリーなシステムであることが求められる。経験者は少ないが好意的で関心があるeラーニングの種類には「インタラクティブ性のあるeラーニング」「シナリオベースドラーニング」「ゲーミフィケーション」であった。これらの要素は先行研究で学習効果の高い方法であることが明らかになっているため、今後の普及が期待される。

なお、本研究はJSPS科研費JP21K21203の助成を受けたものである。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) Dahlke, S., Hunter, K. F., & Amoudu, O.: Innovation in Education With Acute Care Nurses, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51 (9), p.420-424, 2020.
- 2) Govranos, M., & Newton, J. M.: Exploring ward nurses' perceptions of continuing education in clinical settings, *Nurse Education Today*, 34 (4), p.655-660, 2014.
- 3) Seymour-Walsh, A. E., Bell, A., Weber, A., et al.: Adapting to a new reality: COVID-19 coronavirus and online

- education in the health professions, *Rural and Remote Health*, 20 (2), p.6000, 2020.
- 4) Bacher-Hicks, A., Goodman, J., & Mulhern, C.: Inequality in household adaptation to schooling shocks: Covid-induced online learning engagement in real time, *Journal of Public Economics*, 193, 104345, 2021.
 - 5) 末永由理.厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業:新型コロナウイルス感染症流行下における新人看護職員研修の実態把握調査研究.
<https://www.mhlw.go.jp/content/001081491.pdf>, 2022, 2023年8月24日閲覧.
 - 6) Xing, W., Ao, L., Xiao, H., et al: Chinese Nurses' Preferences for and Attitudes About e-Learning in Continuing Education: A Correlational Study, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51 (2), p.87-96, 2020.
 - 7) Sinclair, Kable, Levett-Jones, et al: The effectiveness of Internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 57, p.70-81, 2016.
 - 8) Michael, G. Moore., & William, C. Diehl: Handbook of Distance Education (Fourth Edition), Routledge, p.466-468, 2018.
 - 9) Chong, M. C., Francis, K., Cooper, Simon., et al: Access to, interest in and attitude toward e-learning for continuous education among Malaysian nurses, *Nurse Education Today*, 36, p.370-374, 2016.
 - 10) Regmi, K., & Jones, L. : A systematic review of the factors - enablers and barriers - affecting e-learning in health sciences education, *BMC Medical Education*, 20 (1), p.91, 2020.
 - 11) 高美佐子. M. ノールズの成人教育理論に関する考察—理想的な成人教育者像に焦点をあてて—早稲田大学大学院教育学研究科紀要:別冊. 26 (2), p.45-54, 2019.
 - 12) Trudeau, K. J., Hildebrand, C., Garg, P., et al: A Randomized Controlled Trial of the Effects of Online Pain Management Education on Primary Care Providers, *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 18 (4), p.680-692, 2017.
 - 13) Tschannen, D.: Development of a virtual crew resource management training program to improve communication, *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48 (11), p.525-532, 2017.
 - 14) Yeo, C. L., Ho, S. K. Y., Tagamolila, V. C., et al: Use of web-based game in neonatal resuscitation - is it effective? *BMC Medical Education*, 20 (1), p.170, 2020.
 - 15) 厚生労働省 (2023), 看護師等(看護職員)の確保を巡る状況 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118192.pdf>, 2023年8月18日閲覧
 - 16) Stark, C. M., Garner, C. D., Garg, A., et al: Building Capacity of Health Professionals in Low- and Middle-Income Countries Through Online Continuing Professional Development in Nutrition, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 41 (1), p.63-69, 2021.
 - 17) Ngenzi, J. L., Scott, R. E., & Mars, M. : Information and communication technology to enhance continuing professional development (CPD) and continuing medical education (CME) for Rwanda: A scoping review of reviews, *BMC Medical Education*, 21 (1), p.245, 2021.
 - 18) Lawn, Zhi, & Morello: An integrative review of e-learning in the delivery of self-management support training for health professionals, *BMC Medical Education*, 17 (1), p.183, 2017.
 - 19) Sinclair, Carstairs, Shanahan, et al: The development of a medication calculation competency and quality use of renal medicine e-learning program, *Renal Society of Australasia Journal*, 10 (2), p.58-60, 2014.
 - 20) Rashwan, Z. I., El Sheshtawy, O. R., Abdelhalim, G. E., et al: Scenario-based clinical simulation: Bridging the gap between intern-students' anxiety and provision of holistic nursing care for preterm neonates, *Nurse Education in Practice*, 54, 103121, 2021.
 - 21) Meredith, P., Yeates, H., Greaves, A., et al: Preparing mental health professionals for new directions in mental health practice: Evaluating the sensory approaches e-learning training package, *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (1), p.106-115, 2018.
 - 22) Howard, M. S., & Embree, J. L.: Educational Intervention Improves Communication Abilities of Nurses Encountering Workplace Incivility, *Journal of Continuing Education in Nursing*, 51 (3), p.138-144, 2020.
 - 23) 大田康江:産褥早期の母児の愛着形成支援のための看護者 eラーニングプログラムの開発と運用, *母性衛生*, 62(1), p.168-178, 2021.
 - 24) Zlatko Bezhovski, Subitcha Poorani: The Evolution of E-learning and New Trends, *Information and Knowledge Management*, 6 (3), p.50-57, 2016.

◇研究報告◇

訪問看護師が語った看護実践の中でのやりがい

梅村まり子^{1)*}, 三吉友美子¹⁾, 川上友美¹⁾, 清水三紀子¹⁾

目的：訪問看護師が語った看護実践の中でのやりがいを明らかにする。

方法：A 県内の訪問看護ステーションに在籍する看護師で同意を得られた 8 名を対象に、訪問看護で感じているやりがいについて、半構造化インタビューを行った。

結果・考察：訪問看護師が語ったやりがいとして、7つのカテゴリーが抽出された。これらのカテゴリーには、【じっくり話せることにより一人一人の利用者に合わせた看護が提供できる】という個別性のある看護実践、【長期的な関わりから深い信頼関係を育むことができる】という深い信頼関係の構築、【家庭での看取りを通じて実感を得ることができる】という看取りから得る充実感が含まれた。一人の利用者に集中し、1対1の看護ができるという訪問看護の特徴がやりがいに繋がることが示唆された。

結論：訪問看護師が語ったやりがいとして、看護実践や利用者・家族との関わり、家庭での看取りなどに関する7つのカテゴリーが抽出された。

【キーワード】在宅、やりがい、看護実践、訪問看護師

I. はじめに

近年、「病気や障害があっても住み慣れた家で暮らしたい」、「人生の最後を自宅で迎えたい」と望まれる方が増えている¹⁾。一方、急速に進む高齢化²⁾、入院日数の短縮化³⁾により、医療を取り巻く環境は変化し、国の施策も在宅医療の充実および地域包括ケアシステムの構築を推進している。さらに、『看護白書』⁴⁾では、医療と介護のニーズを併せ持つ方々へのサービスとして在宅医療・訪問看護に大きな期待が寄せられていると報告している。しかし、臨床現場では訪問看護での人材確保の困難が指摘されており⁵⁾、重要な課題となっている。その課題解決の1つとして、訪問看護に関心を示す看護師を訪問看護ステーションでの就労につなげていくことが挙げられる。

2000年以降より訪問看護師の労働条件に関する研究は数多く報告されている⁶⁾。中野⁷⁾は、訪問看護師の勤務継続には職務満足が重要な要素であり、その職務満足の要因として家庭との両立や健康状態が保持できる環境という労働条件を

整えることが必要であると示唆している。2014年の訪問看護実態調査⁸⁾では、訪問看護の仕事を選択した理由として、仕事のやりがいが一番の理由に挙げられている。これより、仕事のやりがいを明確にすることができれば、訪問看護の仕事を希望する看護師が増え、人材確保につながる事が予測される。訪問看護師のやりがいについて、熟練訪問看護師を対象とした研究では、高齢者の訪問看護を通して生活の場で対象の思いを尊重した〔その人を主体とするケア〕に関わり、その人らしい療養生活を支援した成果や〔共にあり相互に影響しあえる関係性〕を築くことなどを基盤として、訪問看護の特性を踏まえた上での看護展開にやりがいを感じていることが報告されている⁹⁾。一方、訪問看護は子どもから高齢者まで全世代が対象であるが、高齢者以外の訪問看護を通じた訪問看護師のやりがいについては報告が見当たらない。

そこで、本研究では、対象を特定せずに、訪問看護師が看護実践で感じているやりがいについて個別インタビューにて具体的に明らかにした。訪問看護のやりがい明確になることにより、雇用促進や職場定着につなげることができると考える。

受付日：2022年5月16日／受理日：2024年3月8日

1) 藤田医科大学

* E-mail : mariko.umemura@fujita-hu.ac.jp

Ⅱ. 目 的

年齢、疾患を問わない対象への訪問看護に従事している看護師を対象に、看護実践の中でのやりがいを明らかにする。用語の定義

やりがい：広辞苑によるとやりがいは、「物事をする価値」および「それにとまなう気持ちの張り」を意味する言葉で、また「充実感」、「達成感」や「満足感」を示す言葉である。本論では訪問看護実践におけるやりがいとして日々の看護実践の過程や結果において感じる充実感、達成感や満足感を踏まえて「やりがい」とする。

Ⅲ. 方 法

1) 研究デザイン

本研究は訪問看護師が語ったやりがいの詳細について検討するため、研究協力者がやりがいと捉える看護体験を半構造化インタビューにより、ありのままに記述し現象を理解する質的記述的研究法を採用した。

2) 調査期間

2017年10月から2018年6月

3) 研究参加者

研究参加者の選定には多様な属性の対象者（利用者）を看ている訪問看護師を抽出するため、ネットワーク標本抽出法（雪玉式標本抽出法）を用いた。第三者にリクルートを依頼し、対象者の意思決定、選択の客観性を保持した。研究参加者の選定基準は、A 県内の訪問看護ステーションに在籍し、訪問看護を2年以上経験している看護師とした。訪問看護の経験年数が2年以上の者は、それ未満の者より職務継続意向が高くなるという御厩¹⁰⁾の研究結果を参考に選定基準を決定した。研究参加者の選定条件に該当し、研究参加への同意を得られた看護師8名を研究参加者とした。

4) データ収集方法

(1) 個人属性の調査

個別インタビュー開始前に、年代、職位、雇用形態、看護師経験年数、訪問看護経験年数を質問した。

(2) インタビュー調査

半構造化インタビューを行った。インタビューでは、「日々の訪問看護実践の中で感じているやりがいについてお話してください」と尋ね、研究協力者に自由に語ってもらうことを優先した。具体的に把握するために、「病棟勤務と訪問看護の違い」「訪問看護ならではのやりがい」について補足的に質問した。インタビューではプライバシーの保護に配慮し、施設内の個室を利用して、一対一で行った。インタビューは、研究協力者に了解を得てICレコーダーで録音した。インタビューの時間は30分から60分であった。

5) 分析方法

インタビューの録音内容から逐語録を作成し、訪問看護実践の中で感じているやりがいについて、文脈が持つ意味を損なわないように発言内容を抽出しコード化した。意味のあるまとまりごとにコードを集めサブカテゴリーの作成を行い、その後、類似性及び相違性を比較検討し表現の抽象度を上げてカテゴリーを作成した。さらにカテゴリー間の関係性について検討し、やりがいの構造を図式化した。研究の確実性を高めるために、分析の過程では繰り返しデータに戻り、研究者間で一致するまで検討を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者には文章と口頭で研究の目的、方法、研究参加の任意性、同意・撤回の自由が保障されること、参加・不参加に関わらず何ら不利益は被らないこと、個人情報を守秘されること、学術資料以外での目的で使用しないこと、本研究の結果は、B医科大学保健学研究科学学位論文発表会と、看護系の学術学会で発表した後に、論文にまとめ看護系の学会誌に投稿する予定であることについて説明し、同意書への署名をもって同意とした。対象者の時間的負担を考慮すると共に秘匿が確保できる場所でインタビュー調査を実施した。B医科大学医学研究倫理審査委員会の審査を経て、学長の承認を得て行った（受付番号HM17-067）。

Ⅴ. 結 果

1) 研究協力者の属性とインタビューの概要（表1）

研究参加者は4つの訪問看護ステーションに勤務している40代から60代の女性8名であり、管理者3名、中間管理者

表1 対象の属性

研究参加者	年代	職位	雇用形態	看護師経験年数	訪問看護経験年数
A	60代	管理職	常勤	30年	19年
B	40代	中間管理職	常勤	25年	5年
C	40代	スタッフ	常勤	25年	15年
D	40代	スタッフ	非常勤	13年	4年
E	50代	管理職	常勤	30年	15年
F	40代	管理職	常勤	21年	7年
G	40代	中間管理職	常勤	25年	15年
H	40代	スタッフ	常勤	16年	14年

2名、スタッフ3名であった。看護師経験年数の平均は23.1年(13年～30年)、訪問看護経験年数の平均は11.7年(4年～19年)であった。対象施設4施設のうち1施設が居宅介護支援事業所を併設し、全施設とも所長は看護師であった。全施設がターミナル、難病、精神疾患、小児の利用者を受け入れていた。個別インタビューの所要時間の平均は30.1分(18分～55分)であった。

2) 訪問看護に従事している看護師のやりがい(表2)

99のコードが抽出され、それらは25のサブカテゴリーと、7つのカテゴリー(1)～(7)に構成された。(以下カテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》、コードを「」で示す。)

(1) 【長期的な関わりから深い信頼関係を育むことができる】

は、《利用者・家族との長期にわたる関わり》《利用者・家族との深い信頼関係の形成》《自分の看護を利用者・家族に受け入れられたという実感》のサブカテゴリーから生成された。《利用者・家族との長期にわたる関わり》は、「少しのサインを見逃さずアプローチすることで良くなっていく利用者との何十年にわたる長期的な関わりができる」という内容で構成された。《利用者・家族との深い信頼関係の形成》は、「一人の利用者・家族に集中して関わることにより深い関係が形成できる」や「毎日休みなく訪問することによる家族同然の人間関係の構築ができる」という内容で構成された。《自分の看護を利用者・家族に受け入れられたという実感》は、「病院をたらい回しにされ、ずっと医療を受

け入れていなかった利用者に自分の看護を受け入れてもらえた」という内容で構成された。

(2) 【人間関係を通して得られる学びや喜びを実感できる】は、

《利用者・家族からの生活の知恵や人生の教えの享受》《利用者・家族との会話の楽しさ》《利用者の笑顔による癒し》《「訪問看護師をやりたい」という家族の言葉》のサブカテゴリーから生成された。《利用者・家族からの生活の知恵や人生の教えの享受》は、「人生経験豊富な利用者・家族からの生活の知恵などの教えを享受できる」という内容で構成された。《利用者・家族との会話の楽しさ》は、「限られた訪問時間内で会話を楽しむことができる」という内容で構成された。《利用者の笑顔による癒し》は、「利用者の笑顔に癒される」「処置などで大変な事もあるがニコって笑われると、また来るよってなっちゃいます」という語りがあり、利用者の笑顔をみることがやりがいにつながっているという内容で構成された。《「訪問看護師をやりたい」という家族の言葉》は「看護師である家族に、訪問看護をやってみたくて言ってもらえた」という内容で構成された。

(3) 【利用者の反応や変化から良い看護実践をしていると実感できる】は

《直接得られる利用者・家族からの感謝の言葉の取得》《利用者・家族への安心の提供》《看護援助により利用者・家族が改善していく過程の実感》《利用者・家族に適切な働きかけができたことによる、良い看護実践をしているという実感》《訪問看護が利用者・家族への希望や人生に影響を及ぼすことの実感》

表2 訪問看護師のやりがい

カテゴリー	サブカテゴリー
長期的な関わりから深い信頼関係を育むことができる	利用者・家族との長期にわたる関わり 利用者・家族との深い信頼関係の形成 自分の看護を利用者・家族に受け入れられたという実感
人間関係を通して得られる学びや喜びを実感できる	利用者・家族からの生活の知恵や人生の教えの享受 利用者・家族との会話の楽しさ 利用者の笑顔による癒し 「訪問看護師をやりたい」という家族の言葉
利用者の反応や変化から良い看護実践をしていると実感できる	直接得られる利用者・家族からの感謝の言葉の取得 利用者・家族への安心感の提供 看護援助により利用者・家族が改善していく過程の実感 利用者・家族に適切な働きかけができたことによる、良い看護実践をしているという実感 訪問看護が利用者・家族への希望や人生に影響を及ぼすことの実感
じっくり話せることにより一人一人の利用者に合わせた看護を提供できる	訪問という形態から他の業務に影響されずにその利用者だけに集中できる看護 じっくり話が聞けることにより聞きだした不安や疑問に対する問題解決 毎日の小さな変化に対して利用者とは相談しながら行う創意工夫した看護 利用者の生き方を応援する看護
家族背景をふまえた生活を支える看護援助ができる	利用者だけでなく家族背景をふまえた長期にわたる援助 利用者の生活に視点を当てた看護
家庭での看取りを通じて充実感を得ることができる	看取った家族の満足感や達成感 看取りに立ち合えた事により得られる充実感
自分の意見を反映し創意工夫したオリジナルな援助ができる	自分の考えに基づいた看護実践 単独訪問による看護過程の展開 創意工夫したオリジナルな看護の提供 他職種との連携の面白さ 看護師としてヘルパーにはできない看護師としての援助の提供

響を及ぼすことの実感」のサブカテゴリーから生成された。《直接得られる利用者・家族からの感謝の言葉の取得》は「利用者・家族から激励や感謝の言葉をいただくことができる」や「利用者に信頼され“来てほしい”とか、“本当に助かった”と言ってもらえる」「自分の行った看護ケアに対し直に批判を受けることもあるが“ありがとう”の感謝の言葉を直に受けることができる」という語りから、利用者から直接感謝の言葉を得られることがやりがいにつながっていたという内容で構成された。《利用者・家族への安心感の提供》は、「夜間や緊急時にすぐに訪問することで利用者・家族に安心感を提供できる」や、「訪問看護の介入により利用者が外泊できることで、利用者・家族に希望や安心感を与えることができた」という内容で構成された。《看護援助により利用者・家族が改善していく過程の実感》は、「スタッフや医師との連携による利用者の改善過程の実感ができる」や「利用者の変化に気づき、医師や他のスタッフと連携をとり早めに対応することで、自宅で暮らすことができている」「家での介護に不安を抱いていた家族が、介入により楽しく介護できるようになり、利用者も元気になっている」という内容で構成されていた。《利用者・家族に適切な働きかけができたことより、良い看護実践をしているという実感》は、「一人で訪問的的確なアセスメントに基づく適切な報告を、医師へできたという充実感を得ることができる」や「仲介役となることで家族関係が改善し、利用者・家族の役に立つことができる」という内容で構成された。《訪問看護が利用者・家族への希望や人生に影響を及ぼすことの実感》は「多くのステーションが断る中、利用者の受け入れを承諾したことにより、退院できずに亡くなってしまった利用者だったが、訪問看護が入り家に帰れるという希望をもち頑張ることができた」と病院の主治医から感謝の電話と手紙がもらえた」や「訪問看護の実施までに至らなくても受け入れを承諾したことにより、利用者や家族が希望をもって家での生活準備をすることにつながった」「利用者が亡くなった後に家族から、かけがえのない時間を過ごせたことが子供達のこれからの成長にとってよい機会になったと感謝されたことから、利用者・家族に影響を与える職であることはすごいと思う」という内容で構成された。

- (4) 【じっくり話せることにより一人一人の利用者に合わせた看護を提供できる】は、《訪問という形態から他の業務に影響されずに利用者だけに集中できる看護》《じっくり話が聞けることにより聞きだした不安や疑問に対する問題解決》《毎日の小さな変化に対して利用者と相談しながら行う創意工夫した看護》《利用者の生き方を応援する看護》のサブカテゴリーから生成された。《訪問という形態から他の業務に影響されずに利用者だけに集中できる看護》は「他の業務に惑わされることなくその人のためだけに集中して看護ができる」や「訪問看護ではその人のためだけに時間を使えるのでその人に合わせた看護やケアができる」という内容で

構成された。《じっくり話が聞けることにより聞きだした不安や疑問に対する問題解決》は、「じっくり面と向かって話せ、利用者の不安や疑問に思っていることを知ることができる」や「じっくり話を聞くことで新たな問題点を見つけ、解決に向けてあれこれ考えることができる」という内容で構成された。《毎日の小さな変化に対して利用者と相談しながら行う創意工夫した看護》は、「病院での看護とは違い大きな病状の変化はないが、その人だけを見られるので、毎日の小さな変化に気づき利用者と相談しながら対応できる」や「病院とは違い利用者の変化や反応をじっくり確認でき、毎回利用者と相談しながら、あれこれ考えて援助ができる」という内容で構成された。《利用者の生き方を応援する看護》は、「利用者の生き方や考え方、価値観を知り、その人らしい生き方を応援することができる」という内容で構成された。

- (5) 【家族背景をふまえた生活を支える看護援助ができる】は、《利用者だけでなく家族背景をふまえた長期にわたる援助》《利用者の生活に視点を当てた看護》のサブカテゴリーより生成された。《利用者だけでなく家族背景をふまえた長期にわたる援助》は、「家族背景や介護者の変化に合わせた長期にわたるプランの計画・実施ができる」や「利用者だけでなく家族を含めた広い視野を持った看護実践ができる」「利用者の家族のすべてを見る責任を感じる」「利用者だけでなく、介護する家族の精神的・身体的な支えになっている」という内容で構成された。《利用者の生活に視点を当てた看護》は、「病院でのルーチン業務や医療面に偏りがちな業務ではなく、生活を支えるという視点での看護に奥深さを感じている」や「利用者が次の訪問日まで無事に過ごせるように生活全体をサポートすることができる」という内容で構成された。
- (6) 【家庭での看取りを通じて充実感を得ることができる】は、《看取った家族の満足感や達成感》《看取りに立ち会えた事により得られる充実感》のカテゴリーより生成された。《看取った家族の満足感や達成感》は、「自宅で看取ること自信がなかった家族が、看取りに満足できたことを確認できる」や「看取った家族の晴れ晴れした満足感のある表情を見ることができた」「訪問看護師のアプローチによる、家での看取りに対し喜びを感じてもらえることができる」という内容で構成された。《看取りに立ち会えた事により得られる充実感》は、「家で家族に見守られながら亡くなられる場面に立ち会うことで充実感を得ることができる」や「利用者の人生の生きざまを感じる看取りへの立ち合いができる」「家で看取りをした家族が、“大変だったけど良かった”と言われ少しは力になれたと感じることができた」という内容で構成された。
- (7) 【自分の意見を反映し創意工夫したオリジナルな援助ができる】は、《自分の考えに基づいた看護実践》《単独訪問による看護過程の展開》《創意工夫したオリジナルな看護の提

供》《他職種との連携の面白さ》《看護師としてヘルパーにはできない看護師としての援助の提供》のサブカテゴリーより生成された。《自分の考えに基づいた看護実践》は、「医師と直接関わるにより、自分の意見を反映した看護が実施できる」という内容で構成された。《単独訪問による看護過程の展開》は、「限られた訪問時間内に一人で看護過程の展開ができる」という内容で構成された。《創意工夫したオリジナルな看護の提供》は「家にあるものを使ってお金をかけずに自宅で看護するための物品を作るといった病院では経験できないことができる」という内容で構成された。《他職種との連携の面白さ》は、「他職種との関わりから人脈ができ、連携を図ることに面白さを感じる」という内容で構成された。《看護師としてヘルパーにはできない看護師としての援助の提供》は、「看護師としての専門知識を活用して、ヘルパーではできない日常生活の援助を行うことがおもしろい」という内容で構成された。

3) カテゴリー間の関連

【長期的な関わりから深い信頼関係を育むことができる】と【人間関係を通して得られる学びや喜びを実感できる】といった利用者・家族との関わりの中でのやりがいと、【じっくり話ができることにより一人一人に合わせた看護を提供できる】や【家族背景をふまえた生活を支える看護援助ができる】、【利用者の反応や変化から良い看護実践していると実感できる】、【自分の意見を反映し創意工夫したオリジナルな援助ができる】といった看護実践の中でのやりがいが相互に関連していた。

VI. 考 察

1. 看護実践の中でのやりがい

【じっくり話せることにより一人一人の利用者に合わせた看護を提供できる】は、1人に集中してじっくり話すことで利用者の生き方を知り、利用者・家族の不安や疑問を聞きだし、利用者・家族と相談しながらその人に合った看護を提供できるといったやりがいを意味していた。訪問看護では訪問先の家庭により利用者の状態や考え方、家族背景などの状況が異なることから、その家庭に合わせた看護を提供しなくてはならない。そのためにはじっくり話を聞き相手を理解することが重要である。加えて、利用者の生き方や考え方、価値観を知ること、利用者・家族の生活の中での不安や疑問を知ること重要である。それらを把握することが、利用者一人一人に合わせた看護を実施することを可能にし、そのことが訪問看護師のやりがいにつながっていたのではないかと考える。さらに、「病院とは違い利用者の変化や反応をじっくり確認でき、毎回利用者と相談しながら、あれこれ考えて援助ができる」というコードが抽出されており、毎回相談しながら利用者の希望に沿った看護を提供することができるということがやりがいにつながっていく。これは、利用者の個別性を考慮し、病態に応じた看護実践を工夫できるということや、利用者や

家族と一緒に話し合い、家屋の状況に合わせて創意工夫するプロセスも含めてその人だけのスペシャルメニューとして楽しむことができることをやりがいと捉えた森下ら¹¹⁾の結果と共通している。

【家族背景をふまえた生活を支える看護援助ができる】は、「利用者だけでなく、介護する家族の精神的・身体的な支えになっている」など、介護者の精神的・身体的な支えにもなり、家族のすべてを看る責任がやりがいになっていた。訪問看護では、直接援助ができる訪問時間は限られており、それ以外は家族が利用者を介護しているため、家族背景を理解することは重要である。また、「利用者が次の訪問日まで無事に過ごせるように生活全体をサポートできる」のコードから、次の訪問までに利用者の状態を予測しながら、安全に過ごせるように生活全体を見ていくという訪問看護の特徴がみられ、そこに訪問看護師はやりがいを感じていることが示唆される。

【利用者の反応や変化から良い看護実践をしていると実感できる】では、「利用者・家族から激励や感謝の言葉をいただくことができる」や「利用者に信頼され“来てほしい”とか、“本当に助かった”と言ってもらえる」といったコードが抽出されており、訪問看護師はこれらの利用者からの反応にやりがいを感じていた。病院で働く看護師のやりがいにおいても、同様に、患者に直接感謝の言葉をもらうことをやりがいとして挙げられている¹²⁾。しかし、その信頼関係を築く過程においてはそこに費やす時間が大きく異なる。病院では在院日数が短縮される中、遠藤ら¹³⁾はSICU(外科系集中治療室)での2日間程度の短期間の関わりにおいても少しずつ患者との信頼関係が構築されていく実感を得ることができ、それが看護師のやりがいの一つになると述べている。これに対し、訪問看護で終末期の利用者や急性期の利用者など状態によっては短期間で終了するケースはあるが、何十年にわたって一人の利用者に関わるケースもある。その中で、本研究の訪問看護師のやりがいには、「毎日休みなく訪問することによる家族同然の人間関係の構築ができる」が示すように、訪問看護師と利用者・家族との家族同然の人間関係の形成が挙げられており、訪問看護師の長期的な関わりによって、利用者・家族とさらに深い信頼関係の形成ができるという特徴がみられた。

一方、《利用者・家族への安心感の提供》では「夜間や緊急時にすぐに訪問することで利用者・家族に安心感を提供できる」といったコードが抽出された。医師や看護師がすぐそばにいる病院とは違い、訪問看護の利用者・家族は夜間や緊急時などに対する不安は大きいと推測する。そのような状況で、何かあったときにすぐに相談できる身近な医療者が訪問看護師であり、夜間や緊急時にすぐに対応することが、利用者・家族の安心感につながっていたと考える。

《看護援助により利用者・家族が改善していく過程の実感》によるやりがいは、病院勤務の看護師が挙げている「患者の回復・改善」¹⁴⁾¹⁶⁾という看護師のやりがいと共通している。しかし、本研究では「家での介護に不安を抱いていた家族が、

介入により楽しく介護できるようになり、利用者も元気になっている」というように、利用者だけでなく家族の回復や改善に向けた支援をしていることが、訪問看護のやりがいの特徴であることが考えられた。これは、介護者への援助により利用者が回復・改善していくことを示しており、水戸¹⁷⁾が述べる、介護者が在宅ケアを自分たちの生活として継続できるように援助することの必要性と一致していた。すなわち、利用者が回復・改善していくために、訪問看護では介護者への援助が必要であると考えられる。

《利用者・家族に適切な働きかけができたことによる、良い看護実践をしているという実感》は、「一人で訪問し的確なアセスメントに基づく適切な報告を、医師へできたという充実感を得ることができる」といったコードが抽出され、このような看護援助の中での成功体験がやりがいにつながっていた。成功体験は仕事の成果を確認することによって得られ、その確認には自己効力感が関連する¹⁸⁾。また、島津¹⁹⁾は、自己効力感が豊富なほどワーク・エンゲージメントが高まると述べており、これは仕事に対するやりがいが増すことを示している。また、訪問看護では利用者・家族との関わりが多いため、直接感謝の言葉を受け取ったり、利用者や家族が改善していく実感を得る機会が多くなり、結果として成功体験を得る機会が多くなるのが訪問看護のやりがいの特徴である。

《訪問看護が利用者・家族への希望や人生に影響を及ぼすことの実感》は、「ガン末期の患者さんで、多くのステーションが受け入れを断る中、利用者の受け入れを承諾したことにより、退院できずに亡くなってしまったが、訪問看護が入りに家に帰れるという希望を持ち頑張ることができたと病院の主治医の先生から感謝の電話と手紙がもらえた」との語りから、実際に実施には至らなかったが、訪問調整や環境を整えることで利用者や家族に家に帰れるという希望を提供することができたことにやりがいを感じていた。訪問調整や環境整備をすることで利用者・家族に希望を与えることができるということが訪問看護師のやりがいにつながったことは、先行研究にはない新たな知見であると考えられる。

【自分の意見を反映し創意工夫したオリジナルな援助ができる】の《自分の考えに基づいた看護実践》では、「病院のルールにとらわれず、自分の看護観での看護が実施できる」や「限られた時間内に一人で看護過程の展開ができる」といったコードが抽出された。これらのことから、訪問看護師は自分の看護観に基づく看護ができることや、限られた時間内に一人でケアの優先度をアセスメントして看護展開していくことで自分の能力を發揮できることをやりがいに感じていたことが示唆された。南部ら²⁰⁾は、訪問看護師は判断しなければならぬ場面が多いので責任は重いが、判断と対応が上手くできたときには利用者や家族の安心感・信頼感が生まれると述べている。さらに、富安ら²¹⁾は、新人訪問看護師が取り組む課題として、一人で訪問し、判断プロセスを行う事に躊躇することを挙げているが、実際に訪問看護を経験し、知識や技

術を身に付け、先輩看護師から肯定的評価を受けるという経験などから自信が付き、その自信によってその課題による負担感がやりがいに変わっていくと述べている。これらのことから、訪問看護師は経験を積み肯定的評価を受け自信をつけることによって、一人での訪問に対する負担感が軽減しやりがいに変わっていくと推測される。

《創意工夫したオリジナルな看護の提供》では、「家にある物を使ってお金をかけずに自宅で見守るための物品を作るといった、病棟では経験できないことができる」といったコードが抽出された。これらは、利用者一人一人に合わせた看護や家庭にある物を利用して看護をするための物品を工夫して作ることがやりがいになっていることを示しており、病棟にある物を使用した看護や、病院のルールの中での創意工夫された看護とは違う訪問看護ならではのやりがいであると考える。

《看護師としてヘルパーにはできない看護師としての援助の提供》では、「看護師としての専門知識を活用して、ヘルパーではできない日常生活の援助を行うことがおもしろい」といったコードが抽出され、看護の専門知識を生かした援助を行うことがやりがいになっていた。訪問看護では排泄援助や入浴介助などの日常生活援助も看護の一部であるが、これらは看護資格のない家族やヘルパーでも援助可能である。しかし、利用者・家族は看護師という専門知識をもった訪問看護を依頼している。村松ら²²⁾は、「療養者・家族が訪問看護に求めるものは医師や介護ヘルパーとは明らかに異なり、容態の変化や医療機器の使用に絡んで起きる危機状況への即応的対応が求められ、此処に看護の独自性がある」と述べている。また、須田²³⁾は、訪問看護師について、専門職として適切な距離を保ち、その上で利用者や家族に寄り添い心を寄せる意識を持つことが、訪問看護のやりがいの更なる維持・向上につながると述べている。訪問看護師はただ援助するだけではなく、専門知識をもって利用者が安心感や満足感を得られる日常生活の援助をすることを常に意識している。これらのことから、ヘルパーにはできない看護師としての日常援助は、看護師としての知識と能力を發揮できる訪問看護だからこそそのやりがいであることが推測された。

2. 利用者・家族との関わりの中でのやりがい

【長期的な関わりから深い信頼関係を育むことができる】は、《利用者・家族との長期にわたる関わり》によって深い信頼関係が構築され、その信頼関係により自分の看護を受入れてもらえたという実感が得られ、その実感が訪問看護師のやりがいにつながっていくことを意味していた。訪問看護ではターミナル期の利用者や急性期の利用者など状態によっては短期間で終了するケースはあるが、何十年にわたって一人の利用者に関わるケースもある。その中で、本研究の訪問看護師のやりがいには、「毎日休みなく訪問することによる家族同然の人間関係の構築ができる」が示すように、訪問看護師と利用者・家族との家族同然の人間関係の形成が挙げられてお

り、訪問看護師の長期的な関わりによって、利用者・家族とさらに深い信頼関係の形成ができるという特徴がみられた。

【人間関係を通して得られる学びや喜びを実感できる】は、《利用者・家族からの生活の知恵や人生の教えの享受》があり、利用者・家族と人としての関わりから様々な教えを享受することができ、人としての成長ができるというやりがいと抽出された。また、《利用者・家族との会話の楽しさ》、《利用者の笑顔による癒し》の中で、利用者・家族と会話を楽しむことや笑顔に癒されることなどもやりがいとして挙げられていた。患者からの癒しは病院に勤務する看護師のやりがいにおいても得られており²⁴⁾、訪問看護師と病院看護師との共通のやりがいである。

3. 家庭での看取りから得られるやりがい

本研究では看取った家族の満足した姿を見ることや、家族から感謝の言葉、看取りに立ち会うことによる充実感から得られるやりがい【家庭での看取りを通じて充実感を得ることができる】というやりがいと抽出された。佐野ら²⁵⁾は、自宅で家族を看取った介護者は、病院やナーシングホームで家族を亡くした遺族に比べ、看取りの達成感や満足感を得て「自己の人生を深める良い経験となった」「成長した」といった肯定的な意味を見いだすと述べている。このような介護者の達成感や充実感が、訪問看護師への感謝の言葉として表現されたことが推測される。また、看取りは一時的な短い関わりとなるが、訪問看護師は「利用者の人生の生きざまを感じる看取りへの立ち会いができる」や「家で家族に見守られながら亡くなられる場面に立ち会うことができることに充実感を得ることができる」のように、生きざまを感じる看取りに立ち会うことに充実感を得ていた。病院での看取りの看護とは異なり、家庭で家族に見守られながら、「看守」という状況の看取りに訪問看護師は充実感を得ており、それがやりがいとなっていた。死亡数の増加に伴う相対的な自宅死の増加により、今後、家庭での看取りへの対応が訪問看護師の重要課題となる。高田²⁶⁾は、訪問看護師の職場継続意思に関する要因の研究で、やりがい等の肯定的認識が訪問看護師の職場定着を促進すると述べている。訪問看護師が家庭での看取りにやりがいを感じる看護が挙げられたことは、訪問看護師の家庭での看取りへの肯定的な理解へとつながっていくことであり、訪問看護師の職場定着を促進させる一助となることが考えられた。

VII. 結 論

訪問看護師の看護実践の中で感じているやりがいを明らかにすることを目的に、訪問看護を経験している看護師8名を対象に個別にインタビューを行った。その結果、25のサブカテゴリーからなる、7つのカテゴリーが抽出され、以下の結果を得た。

【じっくり話せることにより一人一人の利用者に合わせた看護を提供できる】、【家族背景をふまえた生活を支える看護

援助ができる】、【利用者の反応や変化から良い看護実践をしていると実感できる】や【自分の意見を反映し創意工夫したオリジナルな援助ができる】といった、看護実践の中でのやりがいと、【長期的な関わりから深い信頼関係を育むことができる】や【人間関係を通して得られる学びや喜びを実感できる】といった、利用者・家族との関わりの中でのやりがいと抽出された。その他のやりがいとしては、【家庭での看取りを通じて充実感を得ることができる】があり、訪問看護の特徴的な7つのカテゴリーが抽出された。

この研究は、2018年度藤田医科大学大学院修士論文の一部を加筆修正したものである。なお、本研究の内容の一部は、第45回日本看護研究学会学術集会において発表した。

なお、本研究における、利益相反はない。

VIII. 引用文献

- 1) JVNf 日本訪問看護財団：訪問看護とは（医療・福祉関係者向け）、2024年2月20日閲覧。
<https://www.jvnf.or.jp/homon/homon-1.html>
- 2) 厚生労働省（平成28年版）、厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—、2024年2月20日閲覧。
http://www.nenkinsha-u.org/04-youkyuundou/pdf/kourousyou_roudou_hakusyo_gaiyo_h28.pdf
- 3) 厚生労働省、平均在院日数、2022年9月26日閲覧。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido/01/pdf/tdfk02-05-04.pdf>
- 4) 日本看護協会：平成27年度版 看護白書版、日本看護協会出版会、p.88、2015。
- 5) 前掲書2)
- 6) 小川有希子、山崎律子：訪問看護ステーションで働く訪問看護師の労働条件に関する意識—過去20年の文献検討—、福岡県立大学看護学研究紀要、10(2) p.83-90、2013。
- 7) 中野泰子：訪問看護師の職務継続と職務満足との関係、UH CNAS, RINCPC Bulletin, 15, p.43-55, 2008。
- 8) 公益社団法人日本看護協会医療政策部：2014年 訪問看護実態調査報告書、2022年9月26日閲覧。
<https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf>
- 9) 中村智子：熟練訪問看護師が高齢者の訪問看護を通じて感じるやりがい、日本在宅看護学会誌、9(2)、p.31-40、2021。
- 10) 御蔭美登里：訪問看護師の職務継続意向に関連する要因個人属性と働く喜びに焦点をあてて、日本在宅ケア学会誌、18(2)、p.37-45、2015。
- 11) 森下和恵、長谷康子、多留ちえみ：訪問看護師が看護実践の中で感じている“やりがい”、日本在宅看護学会誌、9(1)、p.53-64、2020。
- 12) 山口大輔、根井きぬ子、伊藤寿満子、他：看護師のやりがいに関する研究—入職2年目の自由記載の分析より—、第48回（2017年度）日本看護学会論文集（看護管理）、p.90-93、2017。
- 13) 遠藤加奈子、鈴木由郁、橋本望、他：SICUにおける看護師のやりがい、第48回（平成29年度）日本看護学会論文集（急性期看護）、p.30-33、2018。
- 14) 中村ゆかり：新卒看護師が感じる精神科のやりがい、日本看護学会論文集精神看護、p.135-138、2018。
- 15) 松田康子、大澤みゆき、森田真紀子、他：NICU 看護師のやりがいとそれに影響する要因、日本看護学会論文集（母

- 性看護), 36, p.169-171, 2005.
- 16) 中井夏子, 岩田美智子, 門間正子, 他: 独立型救命救急センターに勤務する看護師のやりがいに関する基礎的研究, 札幌保健科学雑誌, (3), p.43-49, 2014.
 - 17) 水戸美津子: 在宅看護, 中央法規出版株式会社, P.37, 2014.
 - 18) 北居明: 仕事への肯定的感情を高め, ワーク・エンゲージメントを向上させるポジティブなスパイラル, 看護管理, 28 (10), p.874-879, 2018.
 - 19) 島津明人: ワーク・エンゲージメントに注目した個人と組織の活性化, 日本職業・災害医学会会誌, JJOMT, 63 (4), p.205-209, 2015.
 - 20) 南部清美, 山崎雪代, 山口早苗, 他: グループインタビューによる訪問看護のやりがい, 第44回(平成25年度)日本看護学会論文集(地域看護), p.39-42, 2014.
 - 21) 富安真理, 川越博美: 病院から在宅へ移行した新人訪問看護師が看護実践への自信を深める要因の検討, 日本看護学教育学会誌, 15 (2), p.39-50, 2005.
 - 22) 村松ちづか, 筑後幸恵: 訪問看護師の在宅での看取りに関する価値観, 埼玉県立大学紀要, 7, p.35-41, 2006.
 - 23) 須田彩佳: 訪問看護のやりがいと訪問看護師の「2.5 人称の立ち位置」との関係, 日本在宅ケア学会誌, 25 (1), p.94-102, 2021.
 - 24) 前掲 12) p.90-93.
 - 25) 佐野知美, 草島悦子, 白井由紀, 他: 在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連, Palliative Care Research, 9 (3), p.140-150, 2014.
 - 26) 高田恵子, 石原多佳子: 訪問看護師の職場継続意思に関連する要因の研究, 日本在宅ケア学会誌, 23 (2), p.45-53, 2020.

◇研究報告◇

造血器腫瘍患者の感染予防を継続することについての思い

山下由美子¹⁾*, 緑川カナエ¹⁾, 阿部陽子¹⁾

本研究の目的は造血器腫瘍患者の長期的な感染予防を継続する思いを明らかにすることである。研究対象は、9名の造血器腫瘍患者に半構成的面接を実施した。得られたデータを逐語録に起こし、感染予防に対する思いをコード化、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。結果77個のコード、10個のサブカテゴリー、5個のカテゴリーが抽出された。造血器腫瘍患者は感染予防が必須であり、感染予防を継続する根底には<悪化しないことへの願い>があると考えられた。<悪化しないことへの願い>があることにより<感染予防の中で感じる恐怖>と対峙し<感染予防は自分にとって必要なもの>と理解し、<自分にはできることはやる>といった思いをもって取り組んでいることが明らかになった。<感染予防の中で感じる恐怖><感染予防は自分にとって必要なもの><自分にはできることはやる><感染予防を継続するための周囲の協力と理解>という思いは、<悪化しないことへの願い>から派生した思いであると考えた。

【キーワード】造血器腫瘍患者、感染予防、セルフケア

I. はじめに

白血病や悪性リンパ腫、多発性骨髄腫などの造血器腫瘍患者は、発病よりすでに正常血液細胞が減少しているため、易感染・易出血状態にある。そして治療の過程で骨髄抑制に伴う感染や出血により死への転帰をたどる患者も少なくないのが現状である¹⁾。医療従事者は、造血器腫瘍患者が発病から終末期に至るまで、感染や出血の予防など自分の身を守る行動を実践できるよう支援していくことを目標としている。臨床現場においても、造血器腫瘍患者に対して、医師から感染予防の必要性は十分に説明されており、看護師もマスク着用や手洗い、口腔ケアなど日常生活の中で留意すべき内容を具体的に説明し、患者自身が行動変容できるよう支援している。そのため、医療従事者は、造血器腫瘍患者にとって感染予防は必須事項であるため、患者が感染予防の必要性を理解していれば当然、患者自身も感染予防に対する行動を受け入れていると思込んでいる面があることは否めないと考える。先行研究を概観すると、患者の感染予防の実態と看護師の指導内容の比較²⁾や患者への感染予防方法の指導効果³⁾、食事の観点からの患者への感染予防方法の指導⁴⁾、造血器腫瘍患者

の療養における気付きや QOL に関する調査^{5) 6)}などは見受けられるが、造血器腫瘍患者自身が、ほぼ生涯、感染予防をしていくことに対して、どのような思いを抱いているのか明らかにしたものは見当たらない。本研究において、造血器腫瘍患者の長期的な感染予防を継続する思いを明らかにし、今後の療養支援の示唆を得たいと考えた。

II. 目的

造血器腫瘍患者の長期的な感染予防を継続する思いを明らかにする。

用語の定義

本研究における用語を以下のように定義する。

感染予防 患者が自身の疾患や治療に伴う免疫機能低下を踏まえて、長期・継続的に行う病状悪化を防ぐため行動。

III. 方法

1. 研究デザイン 質的記述的研究

2. データ収集期間 2020年7月から2021年3月

3. 研究対象の選定方法

A 病棟に入院中の造血器腫瘍患者で、本研究に協力が可能

受付日：2022年11月16日／受理日：2024年3月8日

1) 太田西ノ内病院

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

な心身状態の患者を病棟責任者に選定してもらい、病棟責任者から本研究の趣旨ならびに協力依頼に関して説明を受けて良いかを確認してもらい、説明を受ける意思のある患者氏名を病棟責任者から研究者に連絡してもらい、研究者が患者の都合に合わせて、直接、文書と口頭で説明を実施した。自由意思のもと研究協力への同意を得られたら同意書に署名してもらい、また、研究対象は、民法上、親権に復することがなく社会的な役割を果たすことができ、治療上の意思決定を自身で行うことができる年齢として、20歳以上の患者を対象とした。

4. データ収集方法と内容

対象者の状態が安定し、インタビュー可能な体調で対象者の都合の良い日時で面接を予定した。インタビュー時間は20分程度を目安に実施した。インタビューガイドに沿って、年齢、診断名、感染予防についての考え、感染予防に関する現状と継続していくことに対する思いについて対象者にインタビューした。

5. データ分析方法

対象者の承諾を得て IC レコーダーで録音する。録音した内容を逐語録に起こした。対象者が感染予防を継続していくことに対する思いが語られているところを抽出した。メンバー間で十分に検討を重ねてコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーの順で抽象度を上げ分類した。データ分析においては、信頼性と妥当性を高めるために質的研究の研究者からのスーパーバイズを受けた。

IV. 倫理的配慮

対象者には、研究参加が自由意思であること、協力の有無により治療や看護に不利益は生じない事、同意はいつでも撤回できる事、個人情報保護されることを説明し同意を得た。なお、結果を論文や学会などで公表する場合、個人が特定されないことを説明した。プライバシー保護のため面接の際には個室で実施した。データは本研究以外では使用しないことを説明し承諾を得た。研究者らが所属する施設の生命倫理委員会の承認を得て実施した。

V. 結果

1. 研究対象者の概要 (表 1)

本研究の対象者は、年齢が、30代前半～70代後半であった。疾患別では白血病5名、悪性リンパ腫3名、骨髄異形成症候群1名であった。インタビュー平均時間は23分(説明時間を除く)であった。

2. 造血器腫瘍患者の長期的な感染予防を継続する思い

造血器腫瘍患者の感染予防に関する思いが語られた内容から、77個のコードから10個のサブカテゴリーが抽出され、5個のカテゴリーが抽出された。それぞれのカテゴリーを〈〉、サブカテゴリーを《 》、コードを「 」で示した。(表 2)

1) 〈悪化しないことへの願い〉

〈悪化しないことへの願い〉とは、患者が感染予防を継続していくことで自身の症状が悪化しないことに対する願いである。サブカテゴリーは《感染予防をすることで良い状態が続くようにしたい》《悪化しないためにも感染予防をやる》から構成されていた。

《感染予防をすることで良い状態が続くようにしたい》とは、患者が良い状態であるためには、感染予防を続けていくという思いであった。具体的には「感染予防をしながらかんとか動けるような状態を続けたい」「病気の診断を受けたときより回復できたためこの状態を続けたい」「今は前のように働けないが、体調と合わせていつかは仕事をしたい」「病気をよくしてもらったという気持ちから感染予防は続けたい」という思いであった。

《悪化しないためにも感染予防をやる》とは、患者が自身の症状を悪化させないためにも感染予防をするという思いであった。具体的には、「現在の状態より悪化させたくないため感染予防に関して手洗い・うがい・歯磨きはやる」「風邪を引いて治療ができなくなることは避けたい」「感染予防は面倒だがやらないと感染して大変なことになる」「説明を聞くとやらなければならないという思いがある」「再発してからは再び感染予防への意識が変わった」「具合が悪くならないようにできることはやるしかないという思い」「感染予防は面倒だが自分の身を守るためにやらないといけないという思い」という思いであった。

2) 〈自分にできることをやる〉

〈自分にできることをやる〉とは、患者が自分のためにできることが感染予防であるという思いである。サブカテゴリーは、《感染予防でできることは手洗い・うがい・マスクしかない》《感染予防に関しては自分で決める》から構成されていた。

《感染予防でできることは手洗い・うがい・マスクしかない》とは、自分の健康を守るためには感染予防をやるしかないという思いであった。

表 1 対象者の属性

	年齢	疾患	インタビュー時間(分)
A 氏	70代	白血病	12
B 氏	50代	白血病	25
C 氏	70代	白血病	25
D 氏	30代	悪性リンパ腫	22
E 氏	30代	骨髄異形成症候群	29
F 氏	50代	悪性リンパ腫	23
G 氏	50代	白血病	20
H 氏	40代	悪性リンパ腫	23
I 氏	70代	白血病	25

表2 造血管腫瘍患者の長期的な感染予防を継続する思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
悪化しないとの願い	感染予防をすることで良い状態が続くようにしたい	感染予防をしがらなんとか動けるような状態を続けたい 病気の診断を受けたときより回復できたためこの状態を続けたい 今は前のように働けないが、体調と合わせていつかは仕事をしたい 病気をよくもらったという気持ちから感染予防は続けたい
	悪化しないためにも感染予防をやる	現在の状態より悪化させたくないため感染予防に関して手洗いうがい・歯磨きはやる 風邪を引いて治療ができなくなることは避けたい 説明を聞くやらなければならぬという思いがある 再発してからは再び感染予防への意識が変わった 具合が悪くならないようにできることはやるしかないという思い 感染予防は面倒だが自分の身を守るためにやらないといけないという思い 感染予防は面倒だがやらないと感染して大変なことになる 病気が悪化しないようにできることはやろうと思った 風邪には気をつけるように言われているから守っている 生きるためには自分にできること(感染予防)はやるという思い 家族と長くいられるために感染予防はやる 感染予防をすることで長生きできるのなら感染予防は負担に感じないため継続していきたい 家族と過ごせる時間が1日でも長くいられるなら言われたことはやるという思い
自分にできることをやる	感染予防でできることは手洗いうがい・マスクしかない	病気の原因がわからないから感染予防は手洗いうがい・マスクしかない 自分が病気に關してできることは手洗いとマスクしかない 他の感染症にならないためにマスクをするしかないという思い 手洗いうがい・マスクをするしかない 不特定多数の人の関わりで感染するのではないかと不安があるからマスク・手洗いを徹底するしかない 感染予防はマスクと消毒しかない 感染に対してはマスクしかない 自分にできることは感染予防しかない 風邪を引かないように予防するしかない 風邪が治癒するまでに時間がかかるからうがいするしかない ペットを飼っているからマスクは外せない 感染予防に関しては医療者から指導されたことをただ守るという思い 風邪を引かないためにもマスクや手洗いはやっていた方がよかった 外泊後は他患者に迷惑がからないようにマスクはしている うがいと手洗いは守るようにしている 食事前の手洗いは必ずやらなければならないという思いでやっている
	感染予防に関しては自分で決める	感染予防の必要性を説明されてもやるかやらないかはその人次第 自分の意思でどんな感染予防をするか決めている 病気をコントロールするのは自分の感染予防次第 自分の病気が悪くならないようにできることはやろうとする意識がある 自分の意思でどんな感染予防をするか決めていく気持ちで切り替えて病気を闘わなければならない 感染症にかかると命の危険があると思っている
感染予防の中で感じる恐怖	感染すると命にも関わるといふ恐怖心	感染したら大変という恐怖心があるため感染予防への意識は持っている 感染予防の指導を受けたことで感染したらまずい大変な状態になってしまう思い 感染に対して注意しなければならない大きい病気にかかってしまったという思い 感染したら命に関わるとまでは思わないが大変な状態になるような病気にかかってしまったという思い この先やりたいことはあるが感染に対する恐怖が大きすぎて今は気持ちが向かない 血液の病気のため予防しても風邪を引いてしまうから仕方がない
	目に見えないものへの恐怖	細菌は目に見えないものではないし血液疾患だから怖いという思い 血液の病気になることで目に見えない細菌に恐怖心がある 何から感染するかわからないから気をつけなくてはならないけど目に見えないから怖い 知らない人が触ったものを自分が触って感染するのが怖い 外出して感染するのが怖い 人の出入りが多いところは感染リスクが高いので怖いという思い 外でマスクを外すのが怖いという思い 外出して具合が悪くなったらどうしようという思い 人との接触が怖いという思い
感染予防を継続するための周囲の協力と理解	家族や周囲に感染予防の面で協力してもらいたい	夫と母親に手洗いうがいを協力してもらいたいのが難しいという思い 家族にも手洗いうがいを行ってほしいが自分が言うのが申し訳ない 職場で感染のリスクがあるから気遣ってもらいたいと言えない 高齢の母親は忘れてしまう事もあり、いちいち感染予防のことを言われることは苦痛だと思う 子供が病気になって付きそいほしたいが、自分が感染しないためにも家族に任せられない
	周囲の理解や支えで感染予防を継続できる	感染予防の継続は負担に感じるが医療者の支えがあるから続けられる 最初は難しく納得できなかったが感染予防を家族が協力してくれて感謝している 同じ境遇の人がいることが支えになっている 一人じゃないと思えて続けていける安心感がある
感染予防は自分にとって必要なもの	感染予防はやはりめんどくさい苦痛ではない	感染予防をやりに出して当たり前になった やり始めてからは夏とかも苦痛ではなくなった マスクをしていて変な感じもしないし暑いぐらいで別にどこに行っても苦痛なわけではない 感染予防を続けていくことは苦ではない 感染予防することで元気でいられるのであればたいしたことではない やること自体はやっていけるから負担ではない 病気になるからは感染予防を負担とは思っていない
	感染予防は必要だから仕方がない	感染予防は必要だから仕方がないことだと思っている 体調が回復しても感染予防はずっと続けていかなければならない 再発予防のために感染予防はやっていくしかない 感染予防をするのはめんどくさいやっかいな病気になってしまった これからの生活で感染に対する注意はずっと続けなければいけないという思い 手洗いうがいやマスクを気をつけて生活することは考えてもいなかった 指導されたことを守っていても感染症になってしまったら仕方がない

具体的には、「病気の原因がわからないから感染予防は手洗い・うがい・マスクしかない」「他の感染症にならないためにマスクをするしかないという思い」「自分が病気に関してできることは手洗いとマスクしかない」「他の感染症にならないためにマスクをするしかないという思い」という思いであった。

《感染予防に関しては自分で決める》とは、感染予防をとるのは自分次第であるという考えであった。具体的には、「感染予防の必要性を説明されてもやるかやらないかはその人次第」「自分の意思でどんな感染予防をするか決めている」「病気をコントロールするのは自分の感染予防次第」「自分の病気が悪くならないようにできることはやろうとする意識がある」「自分の意思でどんな感染予防をするか決めている気持ちを切り替えて病気と闘わなければならない」という思いであった。

3) <感染予防の中で感じる恐怖>

<感染予防の中で感じる恐怖>とは、患者が恐怖を感じながら日々の感染予防をしているという思いである。サブカテゴリーは、《感染すると命にも関わるという恐怖心》《目に見えないものへの恐怖》から構成されていた。

《感染すると命にも関わるという恐怖心》とは、感染予防を怠ってしまう事で自身の生命を脅かす状態になるといった思いであった。「感染症にかかると命の危険があると思っている」「感染したら大変という恐怖心があるため感染予防への意識は持っている」「感染予防の指導を受けたことで感染したらまずい大変な状態になってしまう思い」「感染に対して注意しなければならない大きい病気にかかってしまったという思い」という思いであった。

《目に見えないものへの恐怖》とは、患者は目には見えないものに恐怖を感じながら感染予防をしているという思いであった。「細菌は目に見えるものではないし血液疾患だから怖いという思い」「血液の病気になったことで目に見えない細菌に恐怖心がある」「何から感染するかわからないから気をつけなくてはならないけど目に見えないから怖い」「知らない人が触ったものを自分が触って感染するのが怖い」という思いであった。

4) <感染予防を継続するための周囲の協力と理解>

<感染予防を継続するための周囲の協力と理解>とは、患者は、感染予防を継続していくためには、家族や周囲の協力や理解が必要であるという思いである。サブカテゴリーは《家族や周囲に感染予防の面で協力してもらいたい》《周囲の理解や支えで感染予防を継続できる》から構成されていた。

《家族や周囲に感染予防の面で協力してもらいたい》とは、感染予防をしていく上では家族や周囲の協力をしてもらいたいという思いであった。具体的には、「夫と母親に手洗いとうがいを徹底させたいが難しいという思い」や「家族にも手洗いとうがいを行ってほしいが自分が言うのが申し訳ない」「職場で感染のリスクがあるから気遣ってもらいたいと言えない」という思いであった。《周囲の理解や支えで感染予防を継続できる》は、患者は感染予防を家族や周囲の人の理解や支えが

あるから継続できるという思いであった。具体的には「感染予防の継続は負担に感じるが医療者の支えがあるから続けられる」「最初は難しくて納得できなかったが感染予防を家族が協力してくれて感謝している」「同じ境遇の人がいることが支えになっている」という思いであった。

5) <感染予防は自分にとって必要なもの>

<感染予防は自分にとって必要なもの>とは、患者は自分の健康を維持していくためには感染予防は必要なことという思いである。サブカテゴリーは、《感染予防はやりはじめれば苦痛ではない》《感染予防は必要だから仕方がない》から構成されていた。

《感染予防はやりはじめれば苦痛ではない》は、患者は感染予防が初めは苦痛であったが、やり始めれば苦痛でないという思いであった。具体的には、「感染予防をやり出して当たり前になった」「やり始めてからは夏とかも苦痛ではなくなった」「マスクをしていて変な感じもしないし暑いぐらいで別にどこに行っても苦痛なわけではない」という思いである。

《感染予防は必要だから仕方がない》は、患者は病気である自分にとって感染予防は必要であるから仕方がないという思いであった。具体的には、「感染予防は必要だから仕方がないことだと思っている」「体調が回復しても感染予防はずっと続けていかなければならない」「再発予防のために感染予防はやっていくしかない」という思いであった。

VI. 考 察

1. 感染予防の根底にある悪化しないことへの願い

今回、研究協力を得られた対象者は、白血病・悪性リンパ腫・骨髄異形成症候群など悪性腫瘍の1つであり再発リスクも高い病気である。一般的に造血器腫瘍患者は、罹患した時点で造血機能の異常などを認め、免疫機能が低下していることも少なくない。更に化学療法の副作用により、骨髄抑制を起こし著しい易感染状態になることも多い。そのような状態で治療中に感染を起こせば、重篤になりやすく命にも関わることは容易に想像できる。造血器腫瘍患者が症状悪化をしないための唯一の方法は、化学療法をスケジュール通りに実施することであり、そのためには感染予防は必須であるといえる。今回、造血器腫瘍患者は感染予防を継続していくことで自身の症状が悪化しないことに対する願いを抱きながら取り組んでおり、<悪化しないことへの願い>に至っていると推察された。

脇田ら⁷⁾は、「慢性疾患の希望を生み出す基盤とプロセスの様式として、障害度が著しい場合は時間をかけて達成できる目標を抱くよりも、毎日を精一杯過ごすこと自体を目標として希望を生み出す基盤と、すでに自分が手に入れている状況を維持すること自体を目標とする基盤がある」ことを報告している。

造血器腫瘍患者は維持療法や治療後の経過観察は年単位のフォローが必要であり、自分の健康状態がいつ変化するかも

わからない中、＜悪化しないことへの願い＞を抱いて感染予防に取り組んでいた。今回研究協力を得られた対象は、30歳から50歳代といった成人期から壮年期といったライフステージの中で様々な役割機能を果たしている年代が半数を占めた。《感染予防をすることで良い状態が続くようにしたい》《悪化しないためにも感染予防をやる》といったサブカテゴリーからも、状態がいつ変化するかわからない中で、感染対策を自分が出せる健康管理行動として取り組んでおり、自分自身の生命を維持するための目標として取り組んでいるのではないかと考える。＜悪化しないことへの願い＞は、造血器腫瘍患者が感染予防に取り組みながら抱く根底にある思いであることが考えられた。

2. 悪化しないことへの願いから派生する感染予防への思い

造血器腫瘍患者は化学治療の副作用だけでなく、造血幹細胞移植などがんの中でも特に厳しい療養生活を長期に渡り強いられる疾患である。造血器腫瘍患者は療養生活の経験のなかで感染を起こすことが自分にとってどのような事態をもたらすのかを理解し＜感染予防の中で感じる恐怖＞として思いを表出したと考える。山口ら⁸⁾は造血器腫瘍患者の発症から造血幹細胞移植後の生活の心理過程について、死ぬ病気にかかり衝撃・混乱とともに死の不安が生じる時期から生きられるという希望が芽生え、闘病意欲が生じる時期といった過程を一連の治療の間に強烈な心理的衝撃を受けながら経過を辿ると報告している。造血器腫瘍患者が病名に対するイメージで死を予期し、死への不安を抱くことは容易に想像できる。そのような状況の中で＜感染予防の中で感じる恐怖＞を感じながら、衝撃を乗り越えて生きるという希望を見出し派生した思いが＜悪化しないことへの願い＞であると考えられる。

造血器腫瘍患者にとって感染予防は、病気に罹患する前は意識することなく行っていた行為であり、罹患後に意識して取り組み始めた行為である。造血器腫瘍患者が《感染予防はやり始めれば苦痛ではない》《感染予防は必要だから仕方がない》と捉え方に違いはあっても、＜感染予防は自分にとって必要なもの＞として理解し行動しようとする思いは同じであると言える。造血器腫瘍患者は、感染しないことが病状や体調を悪化させないことに繋がると考え、＜感染予防は自分にとって必要なもの＞と理解し、＜自分にできることはやる＞という思いが生じていると推察された。北添ら⁹⁾は、「自分の病気であるため、逃避はできないこと、自分にしか解決できない問題があること、自分が中心となり取り組まなければならないことなどは、がんや治療により初めて得た境地であり、患者が主体性を持って化学療法に臨むという自己のあり様を創り出している」と述べている。したがって、造血器腫瘍患者は、患者自身が自分の病気を受け止め、＜自分にできることはやる＞という思いを持って感染予防に取り組んでいることが考えられた。これらの思いと行動もまた、＜悪化しないことへの願い＞があるからこそ、＜感染予防は自分にとって必要なもの＞と理解し、＜自分にできることはやる＞という

思いが生じていると考える。また、造血器腫瘍患者が社会生活を送る中では、多くの人が家庭や職場など自分以外の他者との交流は当然ある。一方で、家庭や職場などの周囲の人たちから感染してしまうというリスクもある。造血器腫瘍患者が社会生活の中で感染予防を継続していくためには、周囲の人たちにも感染予防に理解を得て協力してもらい必要がある。そのため、《家族や周囲に感染予防の面で協力してもらいたい》や、《周囲の支えて感染予防が継続できる》という＜感染予防を継続するための周囲の協力と感謝＞という思いを抱いていると考えられた。これらの理解は、＜悪化しないことへの願い＞から生じる感染予防を徹底したいという思いがあり、周囲の協力を得なくてはならないこと、その協力を得られていることから生じている思いであると考えられる。

以上の事から、＜感染予防の中で感じる恐怖＞＜感染予防は自分にとって必要なもの＞＜自分にできることはやる＞＜感染予防を継続するための周囲の協力と理解＞は、＜悪化しないことへの願い＞から派生した思いであることが推察された。

3. 感染症に対する恐怖と対峙するなかでの思い

＜感染予防の中で感じる恐怖＞というカテゴリーが抽出され、患者が感染症や細菌に対し大きな恐怖心を抱いていることが明らかとなった。《目に見えないものへの恐怖》というサブカテゴリーからも、造血器腫瘍患者にとって、自身に脅威をもたらす可能性がある細菌という肉眼では捉えられないものと常に対峙していくことが、大きな不安に繋がっていると推察された。一方で、＜感染予防を継続するための周囲の協力と理解＞のサブカテゴリーとして《周囲の理解や支えて感染予防を継続できる》が抽出され、このような恐怖と対峙し同じ疾患の患者や家族などの周囲の支えがあるからこそ感染予防が継続でき、患者の精神的な支えになっていると考えられた。吉田ら¹⁰⁾が、「身近な存在である同じような経験をしてきた同病者が生き生きと療養生活を送っているということは、患者にとって効果的な代理的経験となり自己効力を高める」と述べている。造血器腫瘍患者が入院中に感染予防を同じようにとる患者と関わりを持つことや、家族や周囲の精神的な支えを得ていることで、＜感染予防の中で感じる恐怖＞という大きな不安と対峙しながらも、日々の感染予防を継続していくことができているのではないかと考えられた。

多くの造血器腫瘍患者が抱く感染予防への思いの根底には、＜悪化しないことへの願い＞があり、その願いがあることによって自らの感染予防に向き合っていると考えられる。医療者は、造血器腫瘍患者が長く続く療養期間の中で、患者の病期や治療経過に合わせて感染予防に対する思いや不安について把握していく必要があると考える。造血器腫瘍患者は病状の進行や再発だけでなく、日常的に感染症の恐怖と対峙していることから、造血器腫瘍患者の感染予防を継続していく中で抱く感染予防に対する思いを把握し療養支援していく必要があることが示唆された。

研究の限界と課題

本研究の対象者は心身の状態が安定している患者を対象にしており、罹患歴や病期、治療内容まで詳細な情報は得られていない。また、A病棟という1施設での結果であり、造血器腫瘍患者の長期的な感染予防を継続する思いを一般化するには限界がある。対象者を広げ背景を深めて考察していくことで、さらに造血器腫瘍患者の感染予防に対する思いを詳細にしていくことができるのではないかと考える。

Ⅶ. 結 論

造血器腫瘍患者の感染予防に対する思いとして、＜悪化しないことへの願い＞＜自分にできることをやる＞＜感染予防の中で感じる恐怖＞＜感染予防を継続するための周囲の協力と理解＞＜感染予防は自分にとって必要なもの＞が明らかとなった。造血器腫瘍患者は、日常的に感染症の恐怖と対峙していることから、感染予防を継続していく患者の思いを把握しながら療養支援していく必要があることが示唆された。

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) 竹田津文俊, 伊藤正子: Nursing Selection ⑤ 血液・造血器疾患, 学習研究社, p.4, 2002.
- 2) 伊藤未歩, 小森史織, 吉嶺佐知子: 骨髄抑制期にある患者の感染予防意識の実態と看護師の指導内容との相違, 第44回日本看護学会論文集(成人看護Ⅱ), p.141-144, 2014.
- 3) 岡田みどり, 大石賀子, 中崎彰子, 他: がん化学療法を受ける患者の感染予防対策について—ブラックライトを用いた手洗い指導の効果—, 袋井市立袋井市民病院研究誌, 17 (1), p.112-114, 2008.
- 4) 田邊詩乙梨, 日置友香, 植村明美, 他: 血液内科疾患患者への食事指導 免疫力低下時の摂取可能な食品選択について, 岐阜赤十字病院医学雑誌, 24 (1), p.69-72, 2012.
- 5) 加藤麻衣, 北谷幸寛, 八塚美樹: 初期治療を受ける造血器腫瘍患者の在宅療養における気がかり, 富山大学看護学会誌, 18 (1), p.1-10, 2019.
- 6) 片桐和子: 外来通院している造血器腫瘍患者の感染から身を守る生活, 福島県立医科大学看護学部紀要, (16), p.7-15, 2014.
- 7) 脇田貴文, 栗田宜明, 富永直人, 他: 成人慢性疾患患者における「希望」の概念の検討—インタビュー調査(質的研究)を通して—, 関西大学心理学研究, 7, p.17-33, 2016.
- 8) 山口美智子, 上岡澄子, 石倉浩人: 造血幹細胞移植を受けた造血器腫瘍患者の病みの体験と看護援助, 日本がん看護学会誌, 21 (1), p.48-56, 2007.
- 9) 北添可奈子, 藤田佐和: 外来化学療法を受けるがん患者の“前に向かう力”, 日本がん看護学会誌, 22 (2), p.4-13, 2008.
- 10) 吉田久美子, 神田清子: 外来通院をしている血液腫瘍患者の自己効力感とその影響要因, JNI: the journal of nursing investigation, 4 (1), p.6-14, 2005.

◇研究報告◇

医療観察法指定入院処遇から指定通院へ移行した対象者を受け入れる地域支援者の思いと支援の検討

亀井良則¹⁾*, 成岡梨絵¹⁾

本研究は、医療観察法入院処遇から通院処遇に移行した対象者の支援に携わる地域支援者の思いを明らかにし、入院機関が行う地域支援を考えることを目的とした。住居施設4か所11名に対し半構造化面接を行い、データから相違点や類似点を比較しカテゴリー化を行った。

141のコードから37のサブカテゴリー、12のカテゴリー、4の大カテゴリーを抽出した。地域支援者は【クライシスプランの活用と課題の実感】や【包括的な支援システムに感じる両価性】により、支援のしやすさや安心感を得ながらも、葛藤や不安を感じ、【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】を持ちながら支援を行っていることが明らかになった。さらに、支援を行う中で医療観察法に対する興味を持ち、その理念に沿った支援を行いたいと思う【医療観察法への関心を高めるもの】と【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】との相乗効果で支援に取り組んでいた。また、入院機関が会議以外の場での情報共有を工夫することで地域支援者の不安や葛藤を軽減できると示唆された。

【キーワード】 医療観察法、地域支援、地域支援者の思い、インタビュー

I. はじめに

2005年7月15日に施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(以下、「医療観察法」という)では、心神喪失又は心神耗弱の状態での重大な他害行為(殺人、放火、強盗、強姦性交等、強制的ないせつ、傷害)を行った者に対して適切な医療を提供し、病状の改善と他害行為の再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的とした司法制度である¹⁾。2022年4月1日現在、医療観察法指定入院医療機関(以下、「入院機関」という)は全国に34か所(850床)整備され、入院者数は818名にのぼる²⁾。入院機関では、ガイドライン上標準18ヶ月かけて同制度の対象となる者(以下、「対象者」という)1名に対し、精神科医・心理療法士・作業療法士・精神保健福祉士・看護師・薬剤師等も含めた多職種チーム(MDT: Multi Disciplinary Team)を編成して入院から退院まで一貫して担当し、治療方針やその実施、社会復帰の方向性までを対象者と話し合い決定していく。また、保護観察所に所属する社会復帰調整

官(以下、「調整官」という)による生活環境調整をはじめとする地域生活の援助体制を確立させた上で、地方裁判所の判断により退院となる。退院後も「処遇の実施計画」³⁾に基づき精神保健観察を継続し指定通院医療機関(以下、「通院機関」という)に原則3年通院することが対象者には求められる。

このように対象者はガイドライン上標準18ヶ月という長期にわたる手厚い入院治療と、入院中に作成するクライシスプラン⁴⁾を取り入れた地域での支援計画を整備した上での退院となるが、朝長ら⁵⁾によれば指定通院対象者を受け入れている地域支援者は、対象者に対して様々な不安や懸念を抱いていることが明らかになっている。地域支援者の不安や懸念を解消することは、医療観察法制度を熟知し治療初期から対象者と関係を築いてきた入院機関の役割の一つと言える。今回、対象者の地域移行がスムーズにできるように、入院機関として地域支援者にどのような支援が必要かを検討する必要があると考えた。

他方、医療観察法が施行され18年経過する中で、地域での受け入れ状況は増加傾向にあり、通院機関の指定状況は2022

受付日: 2022年11月16日 / 受理日: 2024年3月8日

1) 愛知県精神医療センター

* E-mail: yoshinori_kamei@apmc.aichi.jp

年4月1日現在全国で3972か所となっている。これは、2011年と比較し1000か所以上増加している⁶⁾。

このように地域への整備が広がりつつある状況を踏まえ、A市内においては、入院機関から地域支援者に向けてどのような支援が求められているか、新たな示唆を得ることができると考えた。

Ⅱ. 目 的

医療観察法対象者を受け入れている地域支援者の思いを明らかにし、入院機関が行うべき地域支援について検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究協力者及び施設選定基準

本研究の研究協力者及び施設選定に関して、B病院では過去5年間の医療観察法退院者の内6割が施設退院であり、地域で対象者を身近に支援している場として宿泊型自立訓練施設2か所、障害者グループホーム2か所を選定した。選定した施設には各施設管理者へ電話で研究の趣旨を説明し、訪問した上で紙面と口頭で説明し同意を得た。また研究協力者の参加条件として、1) 選定施設の現場職員であること、2) 現在もしくは過去に医療観察法対象者の支援を行った経験のある職員とした。上記条件を満たす職員を施設管理者に紹介してもらい、研究依頼を行った。

3. データ収集方法

研究協力者が所属する各施設へ医療観察法病棟看護師もしくは精神保健福祉士の2名で訪問し「医療観察法に抱くイメージ」「入院治療についての知識・理解」「対象者の支援に対する不安・困難」「指定入院医療機関に期待すること」について記載したインタビューガイドを用いて、半構造化面接を行った。インタビュー内容は研究協力者に同意を得てICレコーダーに録音し記録をとった。

研究協力者には、所属施設、性別、年代、所持資格、福祉施設の経験年数、医療観察法対象者の対象行為について、事前に質問紙を送付し面接時間の短縮に配慮した。

4. データ収集期間

2021年10月から11月

5. 分析方法

録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、本研究のキーワードとなる医療観察法に関連する地域支援者の「思い」が含まれている文章を丁寧に抽出したのち、意味のあるかたまりで区切り、それを端的に表す言葉を「コード」とした。作成した「コード」を相違点や共通点について比較することで分類の同じグループを作成し、「サブカテゴリー」とした。各サブカテゴリーにはコードの意味を熟慮し、それにふさわしいネーミングをつけた。さらに概念の抽象度を高めるために「サブカテゴリー」同士も意味や内容を比較し「カテゴリー」

へ分類し、同じくネーミングをつけて分析をおこなった。同様に「カテゴリー」から「大カテゴリー」を作成した。

なお、分析の過程において妥当性を確保するために共同研究者と繰り返しディスカッションを行い、質的研究者のスーパーバイズも受けて分析をおこなった。

6. 用語の操作的定義

1) 対象者

医療観察法では、医療観察法による処遇を受けている者を対象者と呼ぶ。入院処遇中の者を入院処遇対象者、通院処遇中の者を通院処遇対象者と言う。

2) 思い

思いとは、広辞苑によれば「思う心の働き・内容・状態」⁷⁾とあり、本研究では、医療観察法制度や対象者の支援に携わることによって生じる地域支援者の思考や感情、葛藤、希望といった心の働き及び心の状態を指す。

3) 地域支援

厚生労働省による高齢者に対する地域包括ケアの構築が進められている昨今、精神医療の分野においても同様に精神障害者がその人らしく地域で暮らすことに主眼が置かれている⁸⁾。地域包括ケアの一端を担う病院が地域の機関や組織と連携することは必須であり、重大な他害行為を犯した対象者が地域で暮らしていくことを支えていくために、入院機関が地域の機関や組織に対して行う支援を地域支援と言う。

4) 地域支援者

本研究では、医療観察法の指定通院対象者を受け入れるグループホームや宿泊型自立訓練施設など対象者の支援に関わる職員を、地域支援者と言う。

5) 一般精神医療

本研究では、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律のもと運用されている従来の精神医療を、一般精神もしくは一般精神医療と言う。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究協力者に対し、研究テーマ、目的、方法、研究への協力は任意であり辞退しても不利益は生じないこと、いつでも協力は撤回できること、研究で得られたデータは本研究以外には用いず研究終了後に速やかに消去すること、得られた成果は研究者の所属する施設や学会、学会誌への投稿を通じて発表する可能性があること、個人が特定されないことがないようデータは匿名化することを紙面及び口頭にて説明し、同意を得られた者を研究協力者とした。なお、インタビューは各施設の個室にて、プライバシーを確保できる状態で実施した。データに関しては、研究者の所属施設で鍵のかかる場所で管理し、研究終了後は速やかにシュレッダーで断裁し破棄することを説明した。

本研究は愛知県精神医療センター倫理委員会の承認を得た。

V. 結 果

1. 研究協力者の概要

研究協力者の概要を表 1 に示す。協力者は 11 名で男女比は、男性 6 名、女性 5 名で、年齢は 20 代から 50 代であった。福祉施設での従事経験は 3 年から 5 年が最も多く、10 年以上は 1 名であった。所持資格は、精神保健福祉士 5 名、介護福祉士 2 名、介護職員初任者研修終了 2 名、記載なし 2 名であり、調査地域はいずれも A 市内で施設形態は、宿泊型自立訓練施設 8 名、障害者グループホーム 3 名であった。支援経験のある対象者の対象行為は、殺人、傷害、放火、強盗、強制わいせつと多岐にわたる。協力者の面接時間は平均 26 分となった。

2. インタビューデータから抽出されたカテゴリー

インタビューから得られたカテゴリーを表 2 に示す。抽出されたコードは、141 であり、これらのコードを分析した結果、37 のサブカテゴリーから 12 のカテゴリーへと集約され、さらに【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】【クライシスプランの活用と課題の実感】【包括的な支援システムに感じる両価性】【医療観察法への関心を高めるもの】の 4 つの大カテゴリーに分類された。大カテゴリーは【 】, カテゴリーは『 』, サブカテゴリーは〈 〉, 協力者の語りを「斜体」で表記して説明する。

1) 【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】

『入院治療汎化への期待』は〈入院中のプログラムを地域でも続けたい〉〈対象者の治療過程や思いの変化を知りたい〉

〈医療観察法の理念に沿った支援への期待〉で構成された。

医療観察法の理念に沿った支援を意識することで、入院中に取り組んでいたプログラムを地域でも継続したいという思いや、治療過程の中で変化した対象者の思いを知ることで支援の手がかりが見つかるのではないかとといった入院治療に対する期待が示された。

「(対象者と) 面談する中でも、病院ではどのように過ごしていたかとか、やっぱり聞く。聞いてここでもプログラムの中に取り入れられたりとか病院でやっていたものも継続したいと感じる(省略) やっぱ(病院職員に) 来ていただいて色々教えてほしいと思いました。」

『対象行為にまつわる支援者の様々な葛藤』は〈対象行為という重責を地域で扱うことの難しさ〉〈内省・病識が不十分な対象者への困惑〉〈加害者支援と一個人としての思いの狭間に悩む〉で構成された。

入院治療を経て地域移行した段階であっても病識が希薄であったり、対象行為は偶発的に起きたという思考により内省が不十分で支援に苦悩する事例、心理士らの専門職が不在の中で地域において対象行為を振り返る難しさ、医療観察法制度を対象者自身が理解していないといった事例など十分な治療をしてもなお、対象者の不十分な認識による支援の葛藤があること、また、地域支援者は対象行為の背景を理解して支援にあたっている一方で、一個人である支援者が抱える戸惑いや不安の狭間で悩み葛藤していることが示された。

「(対象行為についての話題は) 職員の面談の中ではあります。でもそれを本当に地域の施設がどこまで触れていいのか。」

表 1 研究協力者の背景

協力者	a	b	c	d	e	f
性別	男性	女性	男性	女性	男性	男性
年齢	50代	40代	50代	40代	20代	30代
福祉施設経験年数	3～5年	6～9年	6～9年	6～9年	3～5年	1～2年
保有資格	記載なし	介護初任者研修	介護初任者研修	介護福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士
所属施設	グループホーム	グループホーム	宿泊型訓練施設	宿泊型訓練施設	グループホーム	宿泊型訓練施設
支援対象者の対象行為	殺人、傷害、放火	殺人、傷害、放火	殺人、傷害、放火 強盗	放火	強制わいせつ	殺人、傷害、放火
インタビュー時間	37分	33分	23分	25分	27分	22分
協力者	g	h	i	j	k	
性別	男性	女性	男性	女性	女性	
年齢	20代	20代	30代	20代	20代	
福祉施設経験年数	1～2年	3～5年	3～5年	1～2年	10年以上	
保有資格	精神保健福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	記載なし	
所属施設	宿泊型訓練施設	宿泊型訓練施設	宿泊型訓練施設	宿泊型訓練施設	宿泊型訓練施設	
支援対象者の対象行為	殺人、傷害、放火 強制わいせつ	殺人、傷害、放火	殺人、傷害、放火	殺人、傷害、放火	傷害、放火、強盗 強制わいせつ	
インタビュー時間	25分	23分	24分	21分	35分	

表2 抽出された地域支援者の思い

大カテゴリー【4】	カテゴリー『12』	サブカテゴリー「37」 (コード141)
医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ	入院治療凡化への期待	入院中のプログラムを地域でも続けたい(2)
		対象者の治療過程や思いの変化を知りたい(5)
		医療観察法の理念に沿った支援への期待(5)
	対象行為にまつわる支援者の様々な葛藤	対象行為という重責を地域で扱うことの難しさ(8)
		内省・病識が不十分な対象者への困惑(5)
		加害者支援と一個人としての思いの狭間に悩む(2)
	対象者の支援を困難に感じさせるもの	多様な障害を抱える対象者への支援の困難さ(3)
		症状ではない言動への対応に悩む(3)
	入院機関に望んでいること	内省獲得に向けた治療への期待(6)
		入院機関の職員に退院後も関わってほしい(4)
余暇時間の使い方を入院中に身につけてほしい(1)		
施設体験期間が短く対象者を捉えきれない(3)		
施設の特徴を理解してから入居してほしい(4)		
クライシスプランの活用と課題の実感	クライシスプランへの信頼	クライシスプランの活用には内省が必要(3)
		クライシスプランで対応できる安心感(2)
	共有ツールとしてのクライシスプラン活用への手応え	対象者と一緒に確認したり話し合うことができる(3)
		職員間で対象者の状態を共有する(2)
	クライシスプランの活用を困難にするもの	対象者自身がクライシスプランに理解がないと活用できない(2)
		治療意欲のない対象者に対するクライシスプラン活用は困難(2)
		作成過程が不透明だと実行や修正する際に戸惑う(6)
包括的な支援システムに感じる両面性	多機関からなる支援体制の安心感	相談しやすいシステム(2)
		ケア会議による支援の方向性の決定により支援の負担が分散(9)
		支援体制が確立している安心感(3)
		一般精神医療にも医療観察法同様の支援体制を望む
	多機関連携ゆえの葛藤	形式的なケア会議に対する歯がゆさ(2)
		ケア会議を通さないと進まないことへのもどかしさ(2)
		退院後に通院病院が変わることへの不安(3)
		関係機関同士の連携や情報共有が十分機能しないことへの困惑(4)
		入所が未確定の人の情報を聞くことへの迷い(2)
		処遇終了への不安(1)
医療観察法への関心を高めるもの	医療観察法に対する興味	医療観察法への学習意欲(4)
		医療観察法に対する興味(2)
	支援者個々で専門的知識に隔たりがある	一般精神医療との違いがよく分からない(8)
		支援者間で共通認識を持つことの難しさ(2)
	関わる中で対象者のイメージが好転	医療観察法を理解した支援(7)
		受入前の先入観や不安・恐怖(5)
		実際に関わることでイメージが変化(10)

触れた後にその反応をどう受け止めていいのかがやっぱり難しい。「病識や危機感がない人もけっこういる。反省してほしい訳ではないが対象行為に何か感じてることはあるのか疑問に思う」被害者からみたら医療観察でなく普通の法で処罰をしてほしいと思う方がほとんど。それにならず無罪、不起訴になるので、その辺りは自分たちも気持ちをどう落とし込めばいいか・・・」

『対象者の支援を困難に感じさせるもの』は〈多様な障害を抱える対象者への支援の困難さ〉〈症状ではない言動への対応に悩む〉で構成された。

精神障害に加えて知的障害や発達障害の重複があり、対人スキルや認知機能の低さがあるなど疾患の病態が多様な対象者に対する支援への困難さが示された。

「知的や発達障害を持っている人に地域がどこまで対象行為を踏まえて支援できるか。今も難しいケースを受けているが対応に困っている」病氣じゃない、本人の性格みたいなどころでのトラブルもけっこうある」

『入院機関に望んでいること』は〈内省獲得に向けた治療への期待〉〈入院機関の職員に退院後も関わってほしい〉〈余暇時間の使い方を入院中に身につけてほしい〉〈施設体験期間

が短く対象者を捉えきれない)〈施設の特徴を理解してから入居してほしい〉で構成された。

入院処遇から通院処遇へ移行するにあたり、対象者と支援者の関係構築や地域から見た対象者の評価期間の確保といった準備期間への課題と、対象者自身の施設入所に対する理解不足などから入院機関の柔軟な対応や、入院中における地域生活を意識した治療提供と対象者への地域処遇に向けた丁寧な説明を望んでいた。さらに、退院後であっても通院機関とは別に入院機関との繋がりを支援者が望んでいることが示された。

「2泊3日だと作業能力や他者との関わりの傾向はみれるが、本人の本質っていうのは見えずらい。3日間我慢すればって思いがある」「退院された後でも、再度医療観察法について今までのことを振り返ってもらってというのがやっぱり必要なかなってすごく感じる部分がある」

2) 【クライシスプランの活用と課題の実感】

『クライシスプランへの信頼』は〈クライシスプランの活用には内省が必要〉〈クライシスプランで対応できる安心感〉で構成された。

内省が獲得できている対象者に対しては、クライシスプランは効果的なツールとなるだけでなく、支援者の安心感に繋がるとともに、支援のしやすさを感じる一因となっていることが示された。

「結局本人さんの認識の差にもなるのかなと思うんですけど、やっぱり日々それ(クライシスプラン)を確認しながら、生活している方は内省がしっかりできています」「クライシスプランは見て確認できるので、すごく良いし安心できる」

『共有ツールとしてのクライシスプラン活用への手応え』は〈対象者と一緒に確認したり話し合うことができる〉〈職員間で対象者の状態を共有する〉で構成された。

スタッフ間での認識のズレを防ぎ、客観的に評価できる指標として活用されているほか、対象者本人と状態を共有する手段としてクライシスプランの目的に沿って活用していることが示された。

「クライシスプランがあることによって職員側も今そういう状態なんだなってところの判断基準にも使えるし、対象者とも根拠をもって共有できる」

『クライシスプランの活用を困難にするもの』は〈対象者自身がクライシスプランに理解がないと活用できない〉〈治療意欲のない対象者に対するクライシスプラン活用は困難〉〈作成過程が不透明だと実行や修正する際に戸惑う〉で構成された。

クライシスプランの作成過程や経過といった流れ、記載されている項目の理由を対象者や地域支援者が把握できていない事例に苦勞している事や、対象者自身の疾患や治療に対する理解不足があると、効果的なクライシスプランの活用には至らないことが示された。

「本人が治療を望んでいなかったり、治療を受け入れる気持ちがなければクライシスプランも意味がなくなる」『クライ

シスプランの内容を本人も理解していないケースがあるので困ってしまう」

3) 【包括的な支援システムに感じる両面性】

『多機関からなる支援体制の安心感』は〈相談しやすいシステム〉〈ケア会議による支援の方向性の決定により支援の負担が分散〉〈支援体制が確立している安心感〉〈一般精神医療にも医療観察法同様の支援体制を望む〉で構成された。

医療観察法制度のコーディネートを担う調整官が通院機関や都道府県・市町村を含めた精神保健福祉関係の諸機関と協議して「処遇の実施計画」を作成している。この「処遇の実施計画」における支援の分散が、支援者個々の負担軽減に繋がっている。また、調整官が所属する保護観察所を始めとする多機関が連携することで地域支援者が得る安心感は一般精神医療と比較し医療観察法が優れている部分であり、一般精神医療にも汎化して欲しいといった支援者の希望があることが示された。

「何かあった時、何か相談したいときに連携をとれる所がない人がいる中で医療観察は色々な支援の方が地域も含めてすごく確立しているので、そこはすごく安心」「何かしらあったときの、その調整の窓口として調整官さんがいらっしやるっていうことが、まあ精神保健福祉法との違いではありますし」

『多機関連携ゆえの葛藤』は〈形式的なケア会議に対する歯がゆさ〉〈ケア会議を通さないと進まないことへのもどかしさ〉〈退院後に通院病院が変わることへの不安〉〈関係機関同士の連携や情報共有が十分機能しないことへの困惑〉〈入所が未確定の人の情報を聞くことへの迷い〉〈処遇終了への不安〉で構成された。

多機関が関わることへの安心感がある一方、治療方針の変更や共有に時間を要するといったスピード感に欠けるもどかしさや、検討する場があるものの十分な議論ができず支援者が意図している機能を果たせていないといった課題があることが示された。

「ケア会議を経るとなると、多少のスピード感というものが取りづらい。(省略)会議は合意の場ではなく本当は意見を出し合って、こうしていこう、ああしていこうというところだと思うんですけど、事前に合意をとっておいて、そこで合意をすれば何とかなっている。議論をする会議というのはなかなか難しい状況なのかなっていう実感はあります」「他の利用者よりも密に関係機関とも連携がとれ情報共有もできる環境にも関わらずそれをうまく活かせてないのは感じる」

4) 【医療観察法への関心を高めるもの】

『医療観察法に対する興味』は〈医療観察法への学習意欲〉〈医療観察法に対する興味〉で構成された。

地域で対象者を支援する、関わる中で地域支援者は医療観察法への興味やそれに伴う学習意欲が高まることが語られた。また、学習意欲や興味があるものの、現場では知識を得る機会が少ないと感じ、地域支援者は学習の場を求めていることが示された。

「(医療観察法の治療について) 詳しくは聞けてないです。なので、実際どうしているのかとかめっちゃ気になる」[医療観察法は漠然とした理解なので勉強する機会があれば参加したい]

『支援者個々に専門的知識に隔たりがある』は〈一般精神医療との違いがよく分からない〉〈支援者間で共通認識を持つことの難しさ〉〈医療観察法を理解した支援〉で構成された。

研究対象者の所属する施設では、支援者によって医療観察法対象者支援の理解に差があり共通認識をもつことの難しさや、医療観察法の概要は理解していても実際の支援に対してこれでよいのかという思い(不安・迷い・自信のなさ)があることが示された。

「他の職員に医療観察法について表面的なことは伝えられても、知識の差もあるので、触れられない部分の情報共有や共通認識を持つことが難しい」[なんとなく今までの感覚みたいなところで援助しているところがある。そこは自分も変わらないといけない]

『関わる中で対象者のイメージが好転』は〈受入前の先入観や不安・恐怖〉〈実際に関わることでイメージが変化〉で構成された。

サマリーなど紙面の情報による先入観や身構えがあるため、支援への不安や恐怖が先行している。しかし、支援者として対象者の身近に関わる中で不安や恐怖が軽減し対象者に持つイメージの変化が起きていることが示された。

「すごい戸惑いながらなんとか、受け入れて大丈夫なのかとか、そういう不安はありました」[事件を起こしたことに身構えていたが、実際に接する中で一人の人として普通に生きてきた人なんだと感じ、自分たちと変わらないと思うようになった]

VI. 考 察

まず上位カテゴリー毎の考察を行い、次に上位カテゴリー間の考察を行う。

1. 【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】

地域支援者は医療観察法の理念を理解し、対象者の地域生活を支えるために様々な思いを抱きながら熱心に向き合い、支援を行っていることが語られた。しかし内省や病識が不十分だと感じる対象者に対し、地域で対象行為や内省を風化させずに維持することの難しさや、対象行為を行った対象者を支援する専門職としての責任と一個人としての思いの狭間から『対象行為にまつわる支援者の様々な葛藤』が生じていた。対象者に対する支援について考え悩む地域支援者の思いは、対象者を医療観察法の処遇中であっても一人の利用者として理解し、支援していきたいという強い思いの表れでもありと考える。

このような地域支援者の様々な葛藤を解消するためには、『入院機関に望んでいること』について丁寧な耳を傾け、一つひとつ現場目線で共有していくことが必要となる。指定通院機関を対象にした研究では、通院機関の職員に対して、入

院治療や病棟見学などの情報共有プログラムを実施することで指定通院機関職員の自信獲得に繋がったことが明らかとなっている。⁹⁾ 地域支援者に対しても同様のプログラムを実施することは有効であるだろう。さらに、茶話会のような場を提供して、地域支援者とざっくばらんな交流が入院機関、特に病棟職員とできるような機会を持つことで『対象行為にまつわる支援者の様々な葛藤』が軽減されるのではないかと考える。また、医療の透明性や一般精神医療への汎化も医療観察法の目的の一つであり、このような情報共有は『入院治療汎化への期待』にも繋がるものとする。

また、知的障害や発達障害と精神障害を併せ持つ重複障害の対象者など「多様な障害を抱える対象者への支援の困難さ」について語られた。入院機関においても処遇困難事例としてガイドラインの期間を超過するケースが増えており¹⁰⁾、医療観察法全体の課題となっている。入院機関であればMDTの交代や転院といった方法をとることもできるが、地域で行うことは容易ではない。関係機関だけでなく関係機関以外の専門職も含めたケース会議を行い、様々な角度からのアプローチを試みる必要があると考える。

実際に対象者が入居して困った事例から、余暇時間の使い方に関わる内容も語られた。余暇時間の使い方は入院中と施設とは異なり、施設でも行えることを事前に情報共有して入院中から余暇時間の有効な使い方を具体的に考える必要がある。また、B病院では体験外泊が最長でも2泊3日であるため「2泊3日だと、作業能力とか他者の関わり傾向とかは見れるんですけど、やっぱり本人の本質っていうのは猫もかぶれちゃいますので、なかなか見え辛い部分」といった「施設体験期間が短く対象者を捉えきれない」ため、1週間程度といった長期の施設体験を希望していた。医療観察法における外泊プログラムは医学的管理下で行われるため、病院職員が同伴し定期的に対象者と連絡を取り合い、所在と状態を確認する必要がある。外泊期間が長くなると病院の負担が大きくなるが、他の入院機関では1週間程度の外泊を行っているところもあり、どのように工夫すれば医学的管理下での長期外泊が可能かを検討していく必要がある。

以上のように地域支援者は対象者が地域で生活していくために予測される困難事項に対して、入院中に準備をしてほしいと希望している。さらに、退院後も通院機関だけでなく、入院機関とも連携をとりながら対象者を支援していくことへの熱心な思いを抱いている。一方で、対象者支援には様々な葛藤もあり、相反する気持ちの中でジレンマを抱いていた。入院機関としても、地域支援者のこのような思いに真摯に応じていくことが連携を行っていく上で重要である。

2. 【クライシスプランの活用と課題の実感】

クライシスプランは、入院中に作成し対象者自身がセルフモニタリングを行い、クライシスプランに沿った対処行動を取りながら安定した状態の維持と症状悪化を防ぎ、将来の希望を叶えるために活用している。地域支援者もクライシスプ

ランを使って対象者の状態を確認したり、症状悪化時の振り返りに使用したりするなど『共有ツールとしてのクライシスプラン活用への手応え』を感じていた。

一方で、『クライシスプランの活用を困難にするもの』があり、それらを入院中に解消していく必要があることが語られた。形だけのクライシスプランでは意味をなさないため、対象者がクライシスプランをどのように捉え、病識・内省との関連を理解しているかを確認しながら作成していく必要がある。地域支援者はクライシスプランの作成過程、クライシスプランに記載されている内容の根拠、対象者の認識変化の過程について知りたいと希望しており、過程が不明瞭では断片的な活用となり支援が上手くいかないと感じてしまう。狩野ら¹¹⁾はクライシスプラン実践の過程について、作成に向けた事前の関係づくりの過程と修正を図るための過程が必要であると述べている。事前の関係づくりの過程とは「クライシスプランの必要性や目的を当事者本人と支援者が共有し、作成への動機づけを高め、抵抗感を軽減していく過程である」¹²⁾ことから、入院機関は導入から活用までの礎を築く役割があり、その過程を地域支援者と共有することでクライシスプランの活用も進むと考える。退院後にクライシスプランが形骸化しないためにも、地域支援者の理解を確認しながら丁寧な引継ぎが求められる。

3. 【包括的な支援システムに感じる両価性】

医療観察法制度が従来的一般精神医療と大きく異なる点が、国の機関である保護観察所に所属する調整官が対象者の鑑定入院から処遇終了まで関わり、処遇実施計画書に基づく多機関による支援体制が構築されることにある。例えば、退院後の住居や指定通院機関の調整、ケア会議の調整と開催、対象者や各機関からの相談窓口、定期的な対象者との面談などである。調整官の存在について「何かしらあったときの、その調整の窓口として調整官さんがいらっしゃるっていうことが、まあ精神保健福祉法との違いではありますし」と相談窓口が明確で、且つ各支援機関の担当者も決まっていることから「相談しやすいシステム」であると地域支援者は感じている。石田¹³⁾の研究においても同様に、調整官の存在や模範的なケア会議などの支援体制が地域支援者に安心感を与えていた。

このように、調整官の存在を始めた『多機関からなる支援体制の安心感』により、施設で抱え込むことなく速やかに対応できる点が医療観察法制度の最大のメリットであると考えられる。このメリットを生かすためには、情報共有の仕方やケア会議の在り方について、地域支援者が抱く不安やもどかしさなど『多機関連携ゆえの葛藤』を解消する必要がある。具体的には多機関連携であるがための情報共有の不十分さに対し、ケア会議に限らない適時の情報共有の機会や手段を持つことである。相談窓口である調整官を通して、或いは通院機関の精神保健福祉士を通して、クライシスプランなど支援者が共通で持つツールによって対象者の情報を共有していくことも一つの方法ではないかと考える。

4. 【医療観察法への関心を高めるもの】

地域支援者が持つ【医療観察法への関心を高めるもの】とは『関わる中で対象者のイメージが好転』することや、実際に支援する中で『医療観察法に対する興味』が深まることであると示された。さらには『支援者個々が専門的知識に隔たりがある』ことを感じており、医療観察法制度や入院治療を学ぶことによってその状況を何とかしたいと思う支援への前向きな気持ちを示している。

一方で地域支援者は、『医療観察法の興味』の中で示されたように医療観察法について学ぶ機会が少ないと感じている。対象者支援の経験を重ねて学びを深めていくことも重要であるが、知識を提供することで支援者個々の知識の隔たりを解消することができるのならば、それは社会復帰を促進させる入院機関の地域支援者に向けた役割である。

また、地域支援者は、対象者に対して最初に抱いていた「受入前の先入観や不安・恐怖」から「実際に関わることでイメージが変化」している。対象行為は衝撃的であり、対象行為そのものに注目が行きがちであるが、支援をしていく中で病識やその人となりが見えてくる「他の利用者さんたちと何ら変わらない」「対象行為を行ったのが想像できないくらい落ちていらっしやる方も」「全然温厚なんだな」と一利用者としてのその人に注目するように変化すると考えられる。そのような対象者の変化に触れ、『医療観察法に対する興味』が深まる状況で、入院機関が医療観察法についての勉強会や入院治療の説明、病棟見学など医療観察法制度について知識や情報を提供することで、地域支援者の関心や興味のさらなる向上に繋がる。また、入院機関から提供するだけでなく、入院機関の職員も通院処遇や地域での医療観察法治療について学び、入院治療に反映していくことも重要である。

5. 上位カテゴリーの考察

上位カテゴリー間の関連について図1に示した。

地域支援者は【クライシスプランの活用と課題の実感】や【包括的な支援システムに感じる両価性】により、支援のしやすさや安心感を得ながらも、葛藤や不安、もどかしさを感じており、【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】を持ちながら支援を行っていることが明らかになった。さらに、地域支援者は実際に支援を行う中で医療観察法に対する興味を持ち、その理念に沿った支援をしたいと思う【医療観察法への関心を高めるもの】を持っており、対象者への支援を支える思いのカテゴリーとして【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】との相乗効果で医療観察法対象者に対する支援に取り組んでいることがわかった。

地域支援者は医療観察法に関する興味や学習意欲など対象者の支援に対し熱心に向き合う姿勢を持っている一方で、医療観察法における処遇や対象者の支援体制などの仕組みを知ることが少ない。また、地域での対象者支援について難しさや悩みが生じている。そのことが地域支援者の心の中に葛藤や不安を生じさせているとも言える。そのため、入院機関の

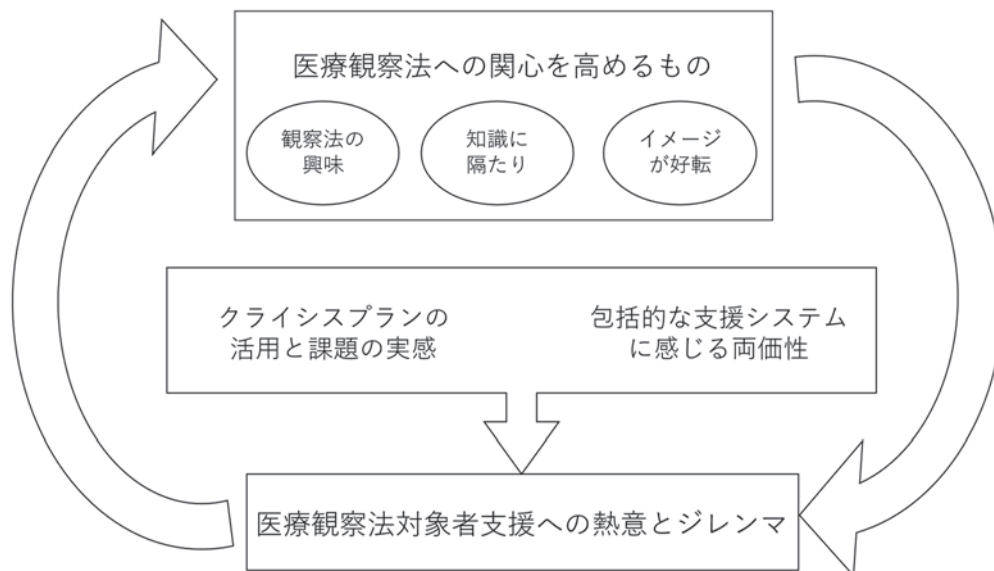


図1 地域支援者が対象者の支援を通して抱く思いの関連図

職員は地域支援者と対話する機会を持ち、率直な思いを知り、どのような情報や知識を必要としているのかを把握する必要がある。今回の研究はその一端を担い、地域支援者の思いを明らかにすることで地域支援者へ向けた支援を検討することになった。

今回は対象者の生活の場であるグループホームや生活訓練施設の地域支援者を研究協力者としたが、通院処遇を受け入れる病院や作業所、訪問看護ステーション、地域活動支援センターなど医療観察法の対象者の支援に関わる機関は多彩であり、今後はそれらの機関も対象にした研究を行うことでそれぞれの機関が抱く医療観察法に対する思いや指定入院機関に期待することを知り、われわれ入院機関が取り組める支援を検討することでさらなる地域連携と支援の強化に繋がると考える。

VII. 結 論

- ・地域で通院処遇対象者を受け入れる地域支援者の思いは【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】【クライシスプランの活用と課題の実感】【包括的な支援システムに感じる両価性】【医療観察法への関心を高めるもの】の4つの大カテゴリーによって形成されていた。
- ・【医療観察法対象者支援への熱意とジレンマ】は【クライシスプランの活用と課題の実感】【包括的な支援システムに感じる両価性】に影響を受けながら【医療観察法への関心を高めるもの】との相乗効果で医療観察法対象者に対する支援に取り組んでいることが明らかとなった。
- ・入院機関は、地域支援者にクライシスプランをはじめとした入院治療を丁寧に説明するとともに、医療観察法や入院治療についての勉強会や病棟見学会を開催するなど、地域支援者の希望に沿った柔軟な対応を検討し実践していく必要があることが示唆された。

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) 日本精神科病院協会, 精神・神経科学振興財団編:司法精神医療等人材養成研修会教材集, 日本精神科病院協会, p.5, 2007.
- 2) 厚生労働省 (2022), 心神喪失者等医療観察法, 2022年9月20日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/index.html.
- 3) 三澤孝夫監修:医療観察法審判ハンドブック (2改訂版 Ver1.1), p.62-65, 2014.
- 4) 前掲3) p.59
- 5) 朝長輝久, 松尾洋一:医療観察法入院処遇終了後の対象者を受け入れる社会復帰施設の職員の思いと病院からの支援の様相, 日本精神科看護学術集会誌, 56 (2), p.291-295, 2013.
- 6) 前掲2)
- 7) 新村出編:広辞苑 (第三版), 岩波書店, p.354, 1983.
- 8) 厚生労働省 (2022), 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について, 2022年9月20日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chii_kihoukatsu.html.
- 9) 伊波陽士, 山城琢也, 小谷幸枝, 他:医療観察法指定入院医療機関が実践する通院機関への情報共有プログラムの効果, 日本精神科看護学術集会誌, 60 (2), p.74-78, 2018.
- 10) 岡田幸之, 他:医療観察統計レポート 2017, 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部, p.18-22, 2017.
- 11) 狩野俊介, 三浦剛:精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成と活用の方に関する研究—精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査, 社会福祉学, 60 (1), p.47-62, 2019.
- 12) 前掲11)
- 13) 石田晋司:医療観察法対象者の地域支援の現状と課題に関する一考察—地域支援従事者へのインタビュー調査から—, 四天王寺大学大学院研究論集 (13), p.5-23, 2019.

◇研究報告◇

予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった 精神科病棟に勤務する看護師のストレスと緩和要因

今井佐代子¹⁾*, 佐伯幸治¹⁾

【目的】 予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟 B 看護師が受けたストレスと緩和につながった要因を明らかにし、同様の危機に瀕した際に支援体制構築の一助になると考え研究目的とした。

【方法】 A 病院 B 病棟で 1 年以上勤務し 2020 年 6 月～7 月に精神疾患を持つ COVID-19 患者の看護ケアを行った 10 名から得られた逐語録を質的帰納的に分析した。

【結果】 看護師のストレスは、見通しが立たない、差別偏見や疎外感を抱く、上司と距離を感じる等の 12 カテゴリーであった。一方、ストレス緩和要因は、安心できる職場環境だった、知識技術を習得した、セルフケアに目を向けた等の 9 カテゴリーであった。

【考察】 患者の予測不可能な行動への不安、人として扱っていないか倫理的葛藤がある、日常的に危機意識がない、は B 病棟に特徴的なストレスであると考えられ、精神症状が活発な患者に対しての対応、普段の精神科看護が出来ないジレンマ、専門職として意識を高めるといった課題に対してさらなる調査を行うことで看護師の不安軽減につながる可能性が考えられた。看護師は新たな目標や課題に気が付いたことでストレスが緩和され、危機を乗り越えたと推察できた。

【キーワード】 精神科病棟看護師, COVID-19 患者の看護, ストレス, 支援

I. はじめに

1. 背景

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、日本では 2020 年 1 月 15 日に第 1 例目が報告され、以降感染者が各地で報告されている。感染には日本赤十字社から出された「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応する職員のためのサポートガイド」¹⁾では、“疾病そのもの（第 1 の感染症）”だけでなく“不安と恐れ（第 2 の感染症）”“嫌悪・差別・偏見（第 3 の感染症）”の側面があり、異常事態における精神的諸問題への適切な関わりが重要であるとされている。COVID-19 のアウトブレイクにより看護師はストレスや恐怖、無力感などの否定的な感情を引き起こした²⁾との報告がある。このことから COVID-19 に対応する看護師に対しては、疾病の知識や対応技術だけでなく心理的社会的な影響への対策を講じることが不可欠である。

A 病院では COVID-19 集団感染が発生した精神科施設から

の要請により、2020 年 6 月から約 2 か月間、B 病棟で精神疾患を持つ COVID-19 患者を受け入れることになった。B 病棟は感染症病床を有しない精神科急性期開放病棟で、主として気分障害（43%）の治療を担っており、感染リスクの高い患者に接する機会や個人防護具の使用頻度は少ない病棟であった。精神疾患を有する患者は疾患特性から、感染兆候や症状を的確に訴えることや社会的距離を取ることが難しい可能性があり、また感染や隔離により精神症状が悪化して行動の自制が困難になる恐れがあった。これらのことから B 病棟看護師は COVID-19 患者の受け入れに強いストレスを感じ職務を行えなくなる可能性があったが、COVID-19 専用病棟としての役割が終了するまで 1 人も異動・退職せずに乗り越えることが出来ていた。

COVID-19 への対応において看護師は様々なストレスに柔軟に対処する力が要求され、先行研究では心身のバランスを保持するため隠れた努力をしている³⁾との報告があるが、ストレスを緩和した要因については十分な検討が行われていな

受付日：2022 年 11 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 国立精神・神経医療研究センター病院

* E-mail : sayoko_imai@ncnp.go.jp

い。そこで予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった B 病棟看護師のストレスを調査し、その緩和要因となった実態を調査することで、同様危機に瀕した際の支援体制構築の一助になる可能性があると考え研究を行うこととした。

2. 用語の定義

以下の用語について、下記のように定義し使用する。

- 1) **COVID-19 患者対応**: 精神科 B 病棟で感染患者を受け入れ、B 病棟看護師が看護ケアにあたることを指す。
- 2) **ストレス**: 以下の出来事で生じた不快な感情や状態を指す。
 - ・精神疾患を持つ COVID-19 患者を B 病棟で看護することを上司から告げられた時
 - ・COVID-19 専用病棟に再編するまでの過程
 - ・COVID-19 患者対応中
 - ・COVID-19 専用病棟としての役割が終了するまでの過程
- 3) **ストレス緩和につながった要因**: ストレスが和らぐ、軽減する等、ストレスに対して前向きな感情やその状態を感じることが出来た要因を指す。
- 4) **自己紹介ボード**: 経歴や趣味等写真付きで自由に作成した自己紹介カードを掲示したボードを指す。

II. 目 的

予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する看護師が受けたストレスと緩和につながった要因を明らかにし、同様危機に瀕した際に支援体制構築の一助になりうると考え目的とした。

III. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 対象者

2020 年 6 月～7 月で精神疾患を持つ COVID-19 患者の看護に従事し、A 病院 B 病棟で 1 年以上勤務し 2020 年 6～7 月で精神疾患を持つ COVID-19 患者の看護に従事した看護師。

3. 調査期間

2021 年 4 月～2021 年 5 月

4. データの収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化インタビュー法とした。インタビューは対象者が評価や判断するにあたりその影響を最小限に抑えるため B 病棟に属さない研究協力者が実施した。インタビューは 1 人 1 回 (30 分～1 時間程度) とし、日時と場所は対象者の希望により調整しプライバシーを遵守した。インタビューの内容は「精神疾患を持つ COVID-19 患者を受け入れる時の思いを教えてください」「精神疾患を持つ COVID-19 患者受け入れ病棟になった後、身体的精神的な面で何か影響はありましたか」「どのような対処をしましたか」「何かサポートがあった場合教えてください」「乗り越えられた理由は何だと思いますか」とした。インタビュー内容は対象者に同意を得て IC レコーダーに記録した。

5. データ分析方法

IC レコーダーに記録したインタビュー内容は逐語録に起こし精読した。「予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する看護師のストレス」「予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する看護師のストレスに対して緩和につながった要因」を分析視点として、意味のまとまりごとにコード化した。次に分析視点からカテゴリー化を行い、類似性と相違性に基づき分類・整理し、抽象度を上げていきサブカテゴリー、カテゴリーとした。また、公正な立場から判断や指導を受けるため外部の質的研究の経験者からスーパーバイズを受けデータの解釈や分析過程の信頼性を確保した。尚、外部アドバイザーは倫理委員会で承認を受けた研究協力者とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は所属施設の倫理委員会の審査を受け実施した (承認番号 A2020-135)。対象者に対し研究参加は自由意志であり、同意後の撤回や研究参加を辞退しても不利益を被る事はないこと、データは匿名性を遵守し研究目的以外には使用しないことを口頭および文書で説明し、研究成果の発表についても同意を得た。また対象者の心身の負担を考慮し、適宜休息を取り入れながら実施する事や、対象者からインタビューの中断もしくは中止の希望があればただちに対応する事を説明した。

V. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者 10 名の概要及びインタビューに要した時間は表 1 の通りで、性別は女性 7 名、男性 3 名で年齢は 20 歳代が 7 名、30 歳代が 3 名であった。看護師経験年数は 2 年から 9 年 (平均 4.0 年)、そのうち精神科経験年数は 2 年から 9 年 (平均 3 年 4 ヶ月) であった。また各研究協力者へのインタビュー時間は、インタビュー中の沈黙時間も含め 43 分から 71 分 (平均 59.4 分) であった。

2. 分析結果

分析は、10 名のインタビュー内容を質的帰納的に行った。得られた結果は《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」はコードの表記とした。

予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する看護師のストレスは、分析過程を経て 94 コード、35 サブカテゴリーを抽出し、さらに意味のあるまとまりごとに分類したところ 12 カテゴリーとなった (表 2)。12 のカテゴリーでは「現場の気持ちを置き去りにされたと思った」等の《不十分な事情説明だと思う》、「多忙な上司と感情や役割を分かち合いたかった」等の《上司と距離を感じる》、「冷静でいられず気遣いを避けた」等の《自己コントロール感を持ってない》、「頭の中が整理出来ず家族への伝え方を悩んだ」等の《活動を報告できない》とした避けられない不安や戸惑い、緊張感が抽出された。また、「精神科看護が出来ず

表1 研究対象者の概要

	年齢	性別	看護経験年数	精神科経験年数	インタビュー時間
A	20代	女性	2年	2年	58分
B	20代	男性	4年	4年	90分
C	20代	女性	3年	3年	51分
D	20代	女性	3年	3年	54分
E	30代	女性	9年	9年	60分
F	20代	女性	2年	2年	48分
G	30代	男性	9年	2.4年	70分
H	20代	女性	4年	4年	71分
I	30代	男性	3年	3年	49分
J	20代	女性	2年	2年	43分
平均			4.0年	3.4年	59.4分

表2 予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する看護師のストレス

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
事情説明だと思 う 不十分な	唐突で実感が沸かない	突然 COVID-19 専用病棟になると話があった
		決定事項だが判断する時間がなかった
		疑問や理不尽に思ったが気持ちが追い付かなかった
		ニュースで見る出来事と思っていた
		精神科で見る事はないと決め付けていた
	孤立感、見放された感覚がある	精神科病棟でなくなる事で悲観的になった
		現場の気持ちを置き去りにされたと思った
		既存患者の今後の治療が気がかりだった
	配慮が足りないと感じる	混乱した部下の心情を汲んで欲しいと憤慨した
		対応病院として全職員の関心が低く思えた
不十分な設備や準備だと思 う	受け入れ病院として準備不足だと感じる	人工呼吸器不足で救命出来ない葛藤があった
		対応マニュアルがなかった
		精神科では PPE 着用経験がなかった
		陰圧室がない病棟での受け入れに驚愕した
		既存患者を最後まで支援出来ず心残りだった
	無力感と憤りがある	後輩に申し訳なく憤りがあった
		自分も患者も不可抗力だと感じた
		多忙な上司と感情や役割を分かち合いたかった
		姿の見えない管理職を心配していた
		多忙な上司と距離を感じて頼れなかった
上司と距離を感 じる	上司と信頼関係を築けない	異動したばかりの上司と信頼関係が築けていなかった
		怒りの矛先は漠然としていた
	情緒をコントロールできない	漠然とした不安や恐怖があった
		差別偏見に敏感になっていた
		冷静でいられず気遣いを避けた
		体重が減少した
	体調をコントロールできない	眠れず頭痛があった
		社会とのつながりを断ちストレスになった
	自粛によるストレスがある	家族と会えず不満の吐き出し場所がなかった
		家族の混乱を気遣う余裕がなかった
自分と向き合えず対処を考えられない	多事多端で自分と向き合う時間がなかった	
	迷惑と思い仕事は休めなかった	
	上司と後輩の気遣いで板挟みだった	
普段と異なる気遣いがある	感染予防への心配で気疲れしていた	
	応援スタッフとの関係構築に緊張感があった	
	頭の中が整理出来ず家族への伝え方を悩んだ	
報告まで葛藤がある	家族への報告を急かされたように感じた	
	深刻に聞こえないように報告した	
	不安が伝わらないように虚勢を張った	
	新人が異動先で適応できるか心配になった	
周囲に心配を掛けたくない	新人教育の成果を横取りされると思った	
	他病棟の同期に置いて行かれる焦りがあった	
	精神科看護以外の看護は抵抗があった	
役割喪失した気持ちがある	精神科看護が出来ず不安や葛藤があった	
	精神科看護師としての成長中断の恐れがある	
	精神科看護が出来ず不安や葛藤があった	

未知のウイルスへの不安 と恐怖がある	準備不足による 感染不安がある	知識や情報不足による恐怖や不安があった
		陰圧室のない病棟では感染恐怖があった
		ゾーニングエリアでの感染不安があった
	他人に感染させる ことへの恐怖がある	周囲に感染させる不安や恐怖があった
		他者と距離を置き外出を控えていた
		戦地に行くような緊張感が継続していた
	緊張感と重責感 がある	防護服の着脱慣れで失敗する恐怖があった
葛藤で辛いが仕事は休まなかった		
義務感と使命感で躍りになっていた		
精神科看護師としての 葛藤や不全感がある	距離をとった看護は不全感があった	
	人として扱っているか倫理的葛藤があった	
	感染対策での隔離拘束は納得が出来なかった	
精神科患者の行動に対処 できない不安がある	不確かな患者背景や予測不可能な行動による不安があった	
	不穏や急変時を想像し強い不快感と焦燥感があった	
普段と異なる 看護で不安が強まる	不慣れな防護具で安全に看護が出来ないと感じた	
	精神科看護師としての職務と感染恐怖で葛藤した	
	危険区域で働く看護師とは心理的距離を感じた	
知識経験不足 の 感染対策の がある	知識不足で対応が 分からない	試行錯誤で時間がかかり辛かった
		意見が分かれスタッフ同士衝突した
	身体管理への 不安がある	未熟な自分にショックを受けた
		勉強で補おうとしたが恐怖がより増した
危機感がない	急変時対応に自信がなく不安だった	
	身体看護が必要だが経験がなかった	
疎外感を抱く 差別偏見や がある	組織内で 差別偏見がある	知識がなく感染への危機感や恐怖がなかった
		病院職員の差別に恐怖や怒りを感じ抗議した
		病院全体で COVID-19 への関心や知識がない印象だった
	家族からの 差別偏見がある	他病棟看護師の視線や態度、差別発言が苦痛だった
制限や自粛への 怒りがある	家族の無理解に理不尽さや悲しみ、怒りがあった	
	看護師の身内から職業偏見があった	
情報 不足して いる	不確かな情報 だった	医療者だけ行動制限され不条理だと感じた
		緊急事態宣言終了直後の患者受け入れに不遇を感じた
		他病院の COVID-19 対応状況を聞いていた
	メディアから 情報を得ていた	COVID-19 病棟勤務の噂話を耳にした
サマリーと患者の状態が乖離していた		
見 通し が 立 た な い	終わりが見えない 不安がある	幹部でさえも今後の情報がなかったように思えた
		精神疾患患者が後回しにされている情報を聞いた
		TV で COVID-19 感染症の情報を見ていた
	看護師としての 将来への不安がある	終息が見えず家族友達とはもう会えないと思った
対応期間は実際より長く感じた		
異動した新人が戻る場所があるか心配になった		
葛藤 がある	家族の混乱があった	院内研修は出られないだろうと思っていた
		将来のことは考えないようにしていた
	家族の協力が 得られない	変化対応出来るか将来への自信がなくなった
		感染不安から家族に距離を置かれた
役割の葛藤があった	報告後は家族の戸惑いや混乱があった	
	家族から辞退を迫られた	
	家族か看護師業務かの選択を迫られた	
	人生の岐路に立たされ家族の形を模索した	
	家族に心配させないよう気丈に振舞った	

不安や葛藤があった」等の《役割やキャリアが停滞したと感
じる》、「人生の岐路に立たされ家族の形を模索した」等の《家
族との葛藤がある》とした環境の変化に対する不全感や不安
があった。さらに「TV で COVID-19 感染症の情報を見てい
た」等の《情報が不足している》、「終息が見えず家族友達と
はもう会えないと思った」等の《見通しが立たない》とした
情報錯綜と不安を感じたり、「戦地に行くような緊張感が継続
していた」「精神科看護師としての職務と感染恐怖で葛藤した」
等の《未知のウイルスへの不安と恐怖がある》、「勉強で補お
うとしたが恐怖がより増した」等の《感染対策の知識経験不
足がある》とした未知のウイルスに対する不安や恐怖があっ

た。また、「他病棟看護師の視線や態度、差別発言が苦痛だ
った」「医療者だけ行動制限され不条理だと感じた」等の《差別
偏見や疎外感を抱く》とした周囲の偏見や差別による孤独や
社会からの孤立を感じていた。

予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精
神科病棟に勤務する看護師のストレスに対して緩和につな
がった要因は、分析過程を経て 92 コード、41 サブカテゴリー
を抽出し、さらに意味のあるまとまりごとに分類したところ
9 カテゴリーとなった(表 3)。9 のカテゴリーでは「同僚と
苦難を乗り越えたい気持ちがあった」等の《安心できる職場
環境だった》、「コロナ手当の評価は気持ちが前向きになった」

表3 予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった精神科病棟に勤務する看護師のストレスに対して緩和につながった要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
職場環境だった 安心できる 環境だった	マンパワーが 充足していた	スタッフが多く清潔区域で待機していた
		他病棟から応援スタッフが来ていた
	時間的余裕が あった	残業もなく時間に余裕があった
		対応時間を決めた事で気持ちの余裕があった
	相談出来る経験者が 居る環境だった	経験者の動きに追従したり相談していた
		他病棟のスキルナースと交流していた
		応援スタッフと活発な意見交換が出来た
	表出しやすい 環境だった	意見を言う事で意図せず不安を共有していた
		年代が近いスタッフが多かった
		自己紹介ボードを見て同僚と交流を深めた
	手順が明確になった	手順が具体的にになると不安は軽減した
		試行錯誤して仲間とマニュアルを作成した
連帯感や信頼関係があっ た	同僚と苦難を乗り越えたい気持ちがあった	
	仲間と COVID-19 医療が出来る事は励みになった	
心的余裕が あった 経験による	経験や変化による 自信があった	臨床経験が不安をカバーしていた
		異動の経験が役立った
		看護師以外の社会経験があった
	俯瞰的に見る事が 出来ていた	先輩や仲間が対応する様子を俯瞰していた
		相手目線で対処していた
セルフケアに 目を向けた	体調管理に留意した	体調管理を意識するようになった
		迷惑を掛けないように感染に気を付けていた
	余暇を充実させた	家では映画や読書をして過ごした
		ネットや電話をして外部と交流していた 退勤後に自分へのご褒美を用意していた
知識技術を 習得した	知識を習得した	知識を補い合う勉強会を開催した
		同僚と何度も感染対策を確認し合った
	技術を習得した	感染対策を考慮した働き方が出来るようになった 患者対応や防護具の扱いに慣れた
正しい情報 を入手した	他病院の状況を聞いた	友人の病院と比較して自分は守られていると思った
		他病院と比較して働く意義を考える事が出来た
	将来の見通し立った	症状が改善して清潔区域に出る患者が増えた
		閉棟が分かると気持ちに余裕が出た
	懸念した状況 ならなかった	不穏や暴力リスクのある患者はいなかった
		普段の看護ケアと変わらなかった
		異動先で活躍している新人を見て安堵した 想像よりも入院患者が少なく負担がなかった
	患者情報を共有した	カンファレンスで目標を確認し合えた
		患者情報を共有し実状とすり合わせをした
	他者感情を知った	気持ちを吐露し合い安心につながった
七夕飾りに書かれた同僚の思いを知って楽になった		
差別偏見が軽減した	周囲が知識を得た事で差別偏見が軽減した	

肯定的に捉える事が出来た	職務への使命感があった	感染患者を見る事は看護師として誇りだった
		挑戦したい気持ちが勝り異動しなかった
		患者を治して退院させる心意気だった
	精神科看護師としての使命感があった	精神的ケアは遵守したいと思っていた
		ナースコール頻回患者は直接対応しなかった
		閉棟後に精神科患者をまた迎え入れたかった
	変化を肯定的に受け入れた	試行錯誤の看護ケアは大変だとは思わなかった
		違和感や葛藤は看護研究で形にする事にした
		閉棟後にコロナ手当の使い道を考えていた
		看護師の技術の幅が広がると思った
	他者を理解しようとした	B病棟で感染患者を見るのは経営上理解できた
		感染患者を見る事は世間的な流れだと思えた
	看護師として達成感があった	既存患者を無事送り出せた達成感があった
		症状が改善していく患者を見て嬉しくなった
周囲から評価得たと感じた	周囲から労いの言葉があった	
	勉強会を行い相手の役に立ったと思う事が良かった	
	他病棟からの病棟見学は関心を持たれたように感じた	
自己理解があった	自分の弱みを平時より理解していた	
	自己開示を意図的に増やして対処につなげた	
	悪ふざけをして精神安定に努めた	
確固たる信念があった	辛い環境では希望を持つことを大事にしている	
	いずれは以前の病棟に戻ると思っていた	
相手の立場に立つ事が出来た	忌避感による差別偏見を理解するようにした	
役割があった	親としての価値観があった	子供のために知識の習得や収入で貢献したい
		子供に恥じない生き方をしたいと思った
	職務を果たそうとした	役割分担は自分の存在意義に繋がっていた
		上司と後輩の相談役として進んで引き受けた
	先輩としての役割があった	後輩のサポート役をしていた
		上司と後輩の調整役をしていた
他者を気にかけていた	同僚の表情を気にかけていた	
	現場を明るくしようと努力した	
看護師としての役割効果があった	職場に来るのは嫌ではなかった	
	白衣を来る事で士気が高揚した	
周囲からの支援があった	組織の支援があった	コロナ手当の評価は気持ちが前向きになった
		外部講師を招いて勉強会があった
	院内スタッフの支援があった	挑戦者としての激励は気持ちが救われた
		他病棟や他職種からの差し入れは使命感につながった
	上司の支援があった	副師長の支持で仕事を休む事にした
		自主的な相談で副師長が話を聞いてくれた
	他職種の支援があった	他職種との意見交換は実りが多く励みになった
		医師から命を優先するよう言われ目が覚めた
	先輩の支援があった	先輩看護師から助言をもらった
		先輩看護師から励ましがあった
家族の支援があった	家族の存在が支えになっていた	
	家族と葛藤を共有していた	
友人の支援があった	医療者以外の友達に相談をしていた	
	友人との会話が気分転換になっていた	
新たな目標や課題に気が付いた	自分の課題に気が付いた	根拠やアセスメントが不足している事に気が付いた
		新たな課題に気が付く事が出来た
	内省した	自分を信じて普段の看護をすれば良いと思った
自分の看護が正しいという思い込みに気が付いた		

「医師から命を優先するよう言われ目が覚めた」等の《周囲からの支援があった》とした環境の変化への対応や支援がストレス緩和要因として抽出された。また、「臨床経験が不安をカバーしていた」「看護師以外の社会経験があった」等の《経験による心的余裕があった》、「精神的ケアは遵守したいと思っていた」「患者を治して退院させる心意気だった」等の《肯定的に捉える事が出来た》とした経験や能力がストレスを緩和していた。さらに、「体調管理を意識するようになった」等の《セルフケアに目を向けた》、「知識を補い合う勉強会を開催した」「同僚と何度も感染対策を確認し合った」等の《知識技術を習得した》、「普段の看護ケアと変わらなかった」「不穏や暴力リスクのある患者はいなかった」等の《正しい情報を入手した》とした、感染対策に留意して行動することや、「子供に恥じない生き方をしたいと思った」「白衣を来る事で士気が高揚した」等の《役割があった》とした社会的役割がある事がストレス緩和要因として抽出された。加えて、「根拠やアセスメントが不足している事に気が付いた」等の《新たな目標や課題に気が付いた》とした前向きで柔軟な姿勢がストレス緩和につながっていた。

抽出されたカテゴリーの特徴として 12 カテゴリーのストレスのうち、「不確かな患者背景や予測不可能な行動による不安があった」「人として扱っているか倫理的葛藤があった」等のコードからなる《未知のウイルスへの不安と恐怖がある》、「普段から情報を取りにいかないために不安がなかった」等のコードからなる《感染対策の知識経験不足がある》は、B 病棟に特徴的なストレスであった。さらに、「根拠やアセスメントが不足している事に気が付いた」等のコードからなる《新たな目標や課題に気が付いた》は、B 病棟に特徴的なストレス緩和要因であった。

VI. 考 察

B 病棟看護師は、思いもよらず COVID-19 患者対応となったことは《唐突で実感が沸かない》と感じており、COVID-19 対応者のメンタルヘルスの特殊性¹⁾と同等であった。また B 病棟看護師は COVID-19 パンデミック下での人的・時間的余裕がない中での COVID-19 患者対応となったことで、《情緒をコントロールできない》状態となり多くのストレスがあった。現場支援として上司面談やリエゾンナース支援、臨床心理士や産業医によるメンタルヘルス相談窓口の開設、毎日のストレスチェックが行われていたが、実際は「多事多端で自分と向き合う時間がなかった」「迷惑と思ひ仕事は休めなかった」として活用出来た看護師は少なかった。先行研究では COVID-19 患者を対応する看護師は相談する時間の確保が難しく、周囲が同じ状況に直面している中で弱音を吐けないとした心理的障壁がある⁴⁾とされ、サポート窓口の設置や相談を促すだけでは効果的な支援につながらなかった可能性がある。さらに先行研究と同様に、病院職員の態度や言動から《差別偏見や疎外感を抱く》、家族から協力が得られない《家族の

不安がある》等、業務以外のストレス¹⁾があり、平時はストレスに柔軟に対応し心身のバランスを保持している精神科看護師であっても《自己コントロール感を持ってない》状態であったと考えられた。B 病棟看護師は上司に対して「多忙な上司と感情や役割を分かち合いたかった」「多忙な上司と距離を感じて頼れなかった」思いがあったが、管理者においても渦中に巻き込まれた当事者であり、柔軟な対応が難しかった可能性があった。今後は非常事態に備え効果的な組織的援助の仕組み作りや、平時からスタッフの感情面や疲労・負担に配慮したリスクコミュニケーションの実践教育が必要と考えられた。

また B 病棟に特徴的なストレスも得られており、3つの課題が明らかになった。第一に「不確かな患者背景や予測不可能な行動による不安があった」等、精神症状が活発な患者に対しての対応不安によるストレスが抽出された。この不安に対しては感染の有無に関わらず、普段から不穏や精神運動興奮等による暴力を想定した教育訓練や継続的な研修・教育の実施が必要と考えられた。第二に、感染予防を優先した行動制限や時間制限が設けられた看護ケアは「人として扱っているか倫理的葛藤があった」等の尊厳や権利擁護を基本とした、普段の精神科看護が提供出来ないストレスが抽出されていた。感染リスクと治療ニーズのジレンマについては、日常からスタッフ全員が建設的な意見を出し合える環境作りや、各々の価値観や倫理観をスタッフ間ですり合わせる機会を設ける等の多面的な視点で解決していく仕組み作りが必要であると考えられる。第三に「普段から情報を取りにいかないために不安がなかった」等からなる《危機感がない》ことで、実際に危機的状況に陥った際にストレスとなっていたことから、普段から医療専門職としての意識付けが必要であると考えられた。

次に、困難な状況で働く職員が心の健康を維持するために必要な 4 要素¹⁾と同様の結果が得られ、B 病棟の精神科看護師からは 9 カテゴリーのストレス緩和要因が抽出された。精神科看護師に備わっている能力⁵⁾として、ストレスマネジメントができ対処法が身に付いている、時間を惜しまずに焦らないで経過を見て向き合う事ができるとしており、看護師自身や患者の感情理解が必要な職種であるとされている。また自己効力感の高い人は、COVID-19 流行の中でポジティブな役割を果たしている可能性が示唆⁶⁾されており、B 病棟でも《自己理解があった》等のサブカテゴリーからなる《肯定的に捉える事が出来》ており、看護師が適切な行動の促進に影響を与えていた可能性が考えられた。B 病棟看護師に特徴的であった《自分の課題に気が付いた》《内省した》のサブカテゴリーからなる《新たな目標や課題に気が付いた》のストレス緩和要因は、B 病棟看護師が日常的にストレスと向き合い自己理解により適応していたため、COVID-19 患者対応における危機であっても乗り越えることが出来たのではないかと推察された。看護師がより円滑に適応出来るよう、感染症看護を行う他の精神科や医療者支援につながるよう調査を重ねていくことが重要である。

本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究対象が少なく対象者が限られている。また得られた結果は1度のインタビューから得られたデータに基づいていることや、COVID-19流行第一波の限定した期間の分析であるため、一般化するにはさらなる調査が必要である。

Ⅶ. 結 論

1. 予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった B 病棟看護師のストレスとして、12 カテゴリーが抽出された。分析の結果、先行研究と同様であったが B 病棟に特徴的なストレスも抽出され、3 つの課題が明らかになった。さらなる調査を行うことで看護師の不安軽減につながる可能性がある。
2. 予期せず COVID-19 患者の受け入れを行うこととなった B 病棟看護師のストレス緩和要因として 9 カテゴリーが抽出され、先行研究と同様であったが《新たな目標や課題に気が付いた》は B 病棟看護師に特徴的であった。
3. B 病棟看護師は、新たな目標や課題に気が付いたことでストレスが緩和され、危機を乗り越えることが出来た可能性がある。

本論文の内容の一部は、第 53 回（2022 年度）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。

謝辞

本研究にご協力頂きました国立看護大学校 森真喜子教授・松浦佳代講師、国立精神神経医療研究センター臨床研究教育研修部門情報管理解析部臨床研究計画解析室 大久保亮先生、調査にご参加頂き惜しみなくご経験を語って頂きました B 病棟の看護師の皆様方に心より深く感謝致します。

Ⅷ. 引用文献

- 1) <http://www.jrc.or.jp/saigai/news/pdf/新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応する職員のためのサポートガイド.pdf>
- 2) 朝倉京子, 高田望, 杉山祥子: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のアウトブレイクが看護職に与える心理的影響, 看護管理, 30 (8), p.756-762, 2020.
- 3) 高橋素子, 安藤美帆子, 石塚智子, 他: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の発生に伴うスタッフの意識変化～第 2 波か? コロナ感染症病棟再開に向けてのアンケート結果の活用, ナースマネジャー, 22 (7), p.64-70, 2020.
- 4) 田口寿子: 精神科病院はコロナ禍から何を学べるか?, 精神医療, p.25-32, 2021.
- 5) 鈴木亮, 鈴木孝三, 櫻井信人: 精神科病棟に勤務する熟練看護師に備わっている能力調査—半構成的インタビューを通して—, 新潟県立看護大学看護研究交流センター平成 25 年度地域課題研究報告, p.63-66, 2014.
- 6) 元吉忠寛: 新型コロナウイルス感染症による人々への心理的影響, 社会安全学研究, 11, p.97-108, 2021.

◇研究報告◇

ICDSC を用いた集中治療部における せん妄発症の実態とその要因

田中優子^{1)*}, 山野内靖子²⁾, 吉田佐織¹⁾, 工藤朝美¹⁾

【目的】 ICDSC を用いて、集中治療部入室患者におけるせん妄発症の現状と特徴的な要因を明らかにする。

【方法】 集中治療部の患者に対し ICDSC によるせん妄発症の評価と、せん妄発症リスク要因について調査した。せん妄発症群、予備群、非発症群の3群比較で特徴を捉えた。ICDSC を目的変数とした重回帰分析により要因との関連をみた。

【結果】 対象者 98 名中のせん妄発症者 8 名は高齢であった。せん妄発症群は準備因子や直接因子との有意な関連が認められた。せん妄発症リスク因子としては、薬剤、認知障害、高齢、緊急入院の影響が示された。

【考察】 ICDSC によるせん妄発症と疼痛の関連が示されなかったが、疼痛コントロールする上では認知機能の評価や薬剤の影響による認知力への影響を考えたケアが必要である。

【結論】 集中治療部による ICDSC の評価によるせん妄発症率は 8%であり、せん妄発症リスク要因は、薬剤、認知障害、高齢、緊急入院であった。

【キーワード】 せん妄、集中治療部、せん妄評価スケール、ICDSC、せん妄発症因子

I. はじめに

せん妄とは、急性に発症する認知機能の低下、幻覚・興奮などの精神症状および見当識障害を伴う軽度から中等度の意識障害であり¹⁾、急性期患者の身体面、心理面の回復遅延を起し予後に悪影響を及ぼすと言われている²⁾。入院患者の高齢化や重症化に伴い、特殊な環境の集中治療室や緊急を要する手術後のせん妄は、回復を妨げるだけでなく生命を脅かす可能性がある。

A 病院集中治療部（以下集中治療部）の患者も高齢者が多く、緊急検査の入院や術後患者の入室により、せん妄に対する専門的ケアを早期に取り入れることが急がれている。今後、診療圏のさらなる高齢化が進むことが予測されるため、集中治療部においてはせん妄発症リスクの高い患者の見極めと予防が重要である。長谷川ら³⁾は高齢者の効果的なせん妄対策に向けては、医療者の教育およびせん妄評価ツールの導入が重要であると述べている。集中治療部におけるせん妄発症の現状を捉えるためには、看護師によるせん妄の評価基準を明

確にし、せん妄発症と背景要因との関係を明らかにする必要があると考えた。

先行研究では、心臓血管外科病棟と集中治療を要する部署でのせん妄発症率の高さが報告されている⁴⁾。また、外科病棟における術後せん妄発症率は 28.5%⁵⁾、心臓血管外科患者における術後せん妄発症率は 16.5%⁶⁾、救急病棟入院中の高齢者のせん妄発症率は 12.2%⁷⁾であった。国内のせん妄発症に関わる評価基準と発症リスク因子との関係を明らかにする報告は十分とは言えない。

そこで、ICU でのせん妄評価法として国際的に認められた方法である、Intensive Care Delirium Screening Checklist（以下 ICDSC）⁸⁾に着目した。せん妄評価ツールとしての日本語版 ICDSC は、外科系 ICU 患者において妥当性と信頼性を有するツールであり、記録物からレトロスペクティブにせん妄評価が可能である⁸⁾。堀ら²⁾は、ICDSC を用いた術後せん妄発症率は 14.4%とし、年齢や性別とせん妄発症歴、および離床日の遅れとの関連について報告している。また、安田ら⁹⁾は一般病棟と集中治療室の ICDSC 評価により、認知機

受付日：2022 年 11 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 青森労災病院 2) 東京情報大学看護学部 元八戸学院大学健康医療学部看護学科

* E-mail : yuno4291123@yahoo.co.jp

能障害が関係し、集中治療室では薬剤がせん妄発症のリスク因子であると述べていた。

以上のことから、集中治療部の看護師がせん妄に対する評価ツールを用いることにより統一された判断基準をもち患者のケアを提供できるように、ICDSCとせん妄チェックリストによる調査を行った。集中治療部におけるせん妄発症の実態と特徴的な要因を明らかにすることにより、せん妄を早期発見・早期介入するための具体的な対策が見いだせると考えた。

今回、A病院集中治療部の入院患者を対象とし、せん妄評価ツールを用いたせん妄発症の現状と、リスク要因との関係性とその特徴を捉えたので報告する。

Ⅱ. 目 的

ICDSCのせん妄評価ツールを用いて、A病院集中治療部の入院患者におけるせん妄発症の現状と特徴的な要因を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者

2019年12月下旬～2020年3月に、A病院集中治療部に入室した患者98名であった。

2. 対象者基準

集中治療部での入院加療を1日以上受けている患者を対象とし、数時間だけ入室した患者を除外した。また、精神疾患等をもち意思疎通が困難であると主治医が判断した患者を除外とした。

3. 調査内容と項目

1) 属性

年齢、性別、入室目的と緊急入院の有無であった。

2) せん妄評価スケール 日本語版 ICDSC

ICDSCは意識レベルの変化、注意力欠如、失見当識、幻覚・妄想・精神障害、精神運動的な興奮あるいは遅延、不適切な会話あるいは情緒、睡眠・覚醒サイクルの障害、症状の変動、の8項目を0点もしくは1点で判定する。

3) せん妄リスク因子

長谷川ら¹⁰⁾のチェック項目を参考にし、①準備因子として高齢、認知症状または認知障害、脳疾患の既往、せん妄の既往の有無の4項目。②直接因子として低酸素血症、脱水・電解質のバランス、低栄養、血糖コントロール不良・絶飲食、肺炎・尿路感染症・発熱などの感染症疑い、肝・腎機能低下、せん妄を起こしやすい薬剤の使用の有無の7項目。③促進因子として全身麻酔など侵襲の大きい手術、可動制限、緊急入院、疼痛の有無の4項目を用いた。

せん妄リスク因子については診療録、病棟看護師および主治医からの情報を得た。準備因子、直接因子、促進因子の各項目の判定基準は表1に示した。なお、疼痛は評価スケールの(Numerical Rating Scale :NRS)を用いた。

(表1)

4. データ収集方法

せん妄は日本語版 ICDSC 評価ツールを用いて日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン¹¹⁾に従って評価した。ICDSCの評価は、診療録および看護師の観察で得られた情報をもとに点数化した。評価した時点から24時間で8点中4点以上をせん妄と判定した。ICDSCは、集中治療部入室後、8時間ごとに各勤務帯で退室まで実施した。判定時刻は日勤帯16時、中勤帯23時、夜勤帯7時であった。疼痛スケールは、0～10点として各勤務帯で最も高い値を用いた。せん妄リスク因子については、集中治療部入室時に診療録の検査データ、日常生

表1 せん妄発症リスク因子と判断基準

リスク因子	判断基準
高齢	年齢が75歳以上の高齢者
認知症状/認知障害	診療録、病棟看護師の情報、日常生活自立度判定基準Ⅲa以上
脳疾患の既往	診療録
せん妄の既往	診療録、病棟、家族からの情報
低酸素血症	血液ガスデータ PaO ₂ 60mmHg以下
脱水・電解質のバランス	脱水は主治医が脱水と判断した場合 電解質はNa 138～145 K 3.6～4.8 Cl 101～108
低栄養	栄養管理計画書リスク評価2点以上
血糖コントロール不良	血糖値151mg/dl以上
絶飲食	絶飲食の指示の有無
感染症	主治医が肺炎・尿路感染・発熱などの感染症と判断した場合 CRP 0～0.14 発熱38.5℃以上
肝・腎機能低下	AST 13～30 ALT 10～42 BUN 8～20 Cr 0.65～1.07
薬剤	ベンゾジアピピン系 ドラール、サイレース、ユーロジン、 プロチゾラム、トリアゾラム、ミタゾラム
侵襲の大きい手術	全身麻酔の手術
可動制限	ベッド上安静、抑制、モニター装着、点滴
疼痛	疼痛スケールNRS 6以上
緊急入院	予定していなかった入院、緊急入室の有無

活自立度や栄養管理計画書等の記録内容を参照しリスクの有無を判定した。

集中治療部看護師に対し、ICDSC 導入の必要性、使用方法についての勉強会をした。ICDSC を実施者には ICDSC に使用されている用語の解釈や採点方法に差異が生じないようにプレテストを行い判定が適切であるか確認し、フィードバックを複数回行い、マニュアルに沿った使用方法を訓練した。

独自調査票の妥当性および信頼性の確保には、臨床経験 10 年以上、せん妄ケアに従事している看護師 4 名と医師、看護領域の研究者 1 名の 6 名がチェックリスト項目の確認をした。項目の適切性はプレテストにより 2 回繰り返す再テスト法と、同時に 2 名がテストを行う平行テスト法を実施し、非常に適切であるか、全く適切でないかを段階的にアンケートして確認した。その結果、内容妥当比が 0.8 以上であることから内容的妥当性を確認した。信頼性の評価については、評定者間安定性として複数の評定者が評定し、評定者間で評価点 8 割以上の一貫性がみられたことで信頼性を確認した。

5. 分析方法

ICDSC の 4 点以上をせん妄発症とし、今回の対象者数における割合から発症率を求めた。また、せん妄発症者と非発症者との相違を比較するために、ICDSC が 4 点以上の患者をせん妄発症群、3 点～1 点の患者をせん妄予備群、0 点の患者をせん妄非発症群に分け検討した。

せん妄発症に影響を与えている因子を明らかにするために属性等のデータをもとに、準備因子・直接因子・促進因子の項目の有りが 1 点、無しが 0 点として得点化し合計点を各因子の得点とした。一元分散分析によりせん妄リスク因子の各群の平均値の比較、クラスカル・ウォリスの検定により差を確認した。せん妄発症とリスク因子との関係を見るために、因子間の相関係数を求めた。ICDSC の得点を目的変数として相関関係が有意であった因子を説明変数として投入しステップワイズ法による重回帰分析を行った。統計ソフトは SPSS statistics22 を用い、統計学的有意確率は 5%とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は、青森労災病院倫理審査会の承認を得た上で実施した（承認番号 77）。集中治療部センター長および主治医の許可を得た。対象者への同意取得は、集中治療部入室時、または手術前日の術前訪問時に説明書を用いて本人および家族へ説明し同意を得た。研究の目的、内容、方法、研究への参加および不参加は自由意思である事、同意した後で辞退しても何ら不利益が生じない事、得られた個人情報研究以外の目的で使用しない事、データ管理は厳密に行い得られた結果はデータ化され個人は特定されない事を口頭と文書で説明した。また、研究結果を院内報告や関連学会などに発表することについても説明し同意を得た。研究参加同意があった対象者には、参加途中でも参加中止ができることを説明し同意撤回書を渡した。本研究について、自身の権利が侵されたと感

じたり、研究者側に不誠実な態度が見られたりした場合は、倫理審査会への問い合わせや調査を依頼できることを伝えた。

V. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は集中治療部に入室した患者 98 名であり、男性 57 名（58%）、女性 41 名（42%）であった（表 2）。平均年齢は 67.74 ± 14.3 歳で、年齢別では 90 歳以上 1 名（1%）、80 代 20 名（20%）、70 代 29 名（30%）、60 代 29 名（30%）、50 代 8 名（8%）、50 歳以下 11 名（11%）であった。集中治療部への入室期間は 1～9 日、平均 1.6 日であった。集中治療部入室理由は、予定手術の術後患者が 73 名（74%）、緊急入院が 23 名（24%）、検査治療後の経過観察目的の患者が 2 名（2%）であった。緊急手術も含めた手術患者のうち全身麻酔手術が 87 名（89%）、手術の内容は、外科手術が 40 名、整形外科手術が 24 名、泌尿器科手術 16 名、心臓血管外科手術 7 名であった。（表 2）

2. せん妄の発症状況

1) せん妄の発症率と属性の特徴

今回の対象者におけるせん妄発症者は、ICDSC 評価で 4 点以上を示した 8 名（8%）であった。また、ICDSC が 1～3 点のせん妄予備群は 18 名（19%）、ICDSC が 0 点であったせん妄非発症群は 72 名（73%）であった。

表 2 対象者の概要

		N=98	
項目	区分	人数(名)	割合(%)
性別	男	57	58.16
	女	41	42.86
平均年齢		98	100
年代	90歳以上	1	1.02
	80代	20	20.41
	70代	29	29.59
	60代	29	29.59
	50代	8	8.16
	50歳以下	11	11.22
入室期間	1～9日	平均	1.6日
集中治療部入室理由	予定入院	73	74.49
	緊急入院	23	23.47
	検査治療後	2	2.04
手術	予定手術	73	74.49
	緊急手術	14	14.29
麻酔方法	全身麻酔	87	88.78
内容	一般外科	40	40.81
	整形外科	24	24.49
	泌尿器科	16	16.33
	心臓外科	7	7.14

せん妄発症群 8 名の内訳は、男性 5 名 (62.5%)、女性 3 名 (37.5%) であった。せん妄発症群の平均年齢は 79 ± 7.46 歳であり、せん妄予備群は 70.61 ± 18.96 歳、せん妄非発症群は 65.7 ± 14.06 歳であった。(表 3)

2) せん妄発症リスク因子

せん妄発症群とせん妄予備群と非発症群との比較の結果を表 3 に示した。

全体では 75 歳以上の高齢者は 36 名 (36.7%) であった。せん妄発症群が対象者 98 名の平均年齢より 12 歳高く、せん妄非発症群とは 13.3 歳差だった。各群の平均年齢の差の比較では、せん妄発症群の年齢が他の群より有意に高かった ($p < 0.05$)。疼痛スケールの全体の平均値は 4.03 ± 2.79 であり、せん妄発症群は 3.75 ± 3.28 、せん妄予備群が 3.55 ± 3.03 、せん妄非発症群が 4.18 ± 2.69 であり有意な差は示されなかった ($p = 0.67$)。

準備因子においては、せん妄発症群 8 名中の認知障害は 5 名 (63%) であり、脳疾患既往 2 名 (25%) であった。直接因子では、せん妄発症群の 8 名が肝・腎機能障害を有し、絶飲

食 6 名 (76%)、電解質異常 4 名 (50%)、薬剤 4 名 (50%)、血糖異常 3 名 (38%)、低酸素血症 2 名 (25%)、感染症 2 名 (25%)、脱水 1 名 (13%) が見られた。また、促進因子では、せん妄発症群の 8 名が可動制限を有し、全身麻酔手術 5 名 (63%)、緊急入院 4 名 (50%) であった。疼痛スケール NRS が 6 点以上は 5 名 (63%) であった。

なお、準備因子の平均得点は、せん妄発症群 1.75 ± 1.04 、せん妄予備群 0.83 ± 0.79 、せん妄非発症群 0.33 ± 0.58 であり、有意にせん妄発症群の得点が高かった ($p < 0.001$)。また、直接因子の平均得点はせん妄発症群 3.75 ± 1.04 であり、せん妄予備群は 2.89 ± 1.18 、せん妄非発症群は 2.28 ± 1.06 であり、せん妄発症群が有意に高い値であった ($p < 0.001$)。しかし、促進因子の平均得点は、せん妄発症群 2.75 ± 1.04 、せん妄予備群 2.72 ± 0.67 、せん妄非発症群 2.51 ± 0.69 であり有意な差が示されなかった ($p > 0.05$) (表 3)。

せん妄発症因子の項目ごとの相関では、せん妄発症の ICDSC と有意な相関が示されたのは、準備因子 ($r = 0.48$, p

表 3 せん妄発症群およびせん妄発症リスク因子の比較

	全体 98(100)	せん妄発症群 8(8.16)	せん妄予備群 18(19.39)	せん妄非発症群 72(73.47)	有意確率
ICDSC 平均得点	0.72 ± 1.57	5.25 ± 1.28	1.61 ± 0.78	0	0.00 $p < 0.001$
平均年齢(歳)	67.74 ± 15.05	79.0 ± 7.46	70.61 ± 18.96	65.78 ± 14.06	0.04 $p < 0.05$
性別 (男性:女性)	57(58):41(42)	5(63):3(37)	6(33):12(67)	46(64):26(36)	
疼痛 NRS 平均	4.03 ± 2.79	3.75 ± 3.28	3.55 ± 3.03	4.18 ± 2.69	0.67 n.s.
準備因子					
高齢(75歳以上)	36 (36.73)	7	10	19	
認知障害あり	8 (8.16)	5	1	2	
脳疾患既往あり	11 (11.22)	2	5	4	
せん妄既往あり	0 (0)	0	0	0	
(あり:1点、なし:0点)	0.54 ± 0.78	1.75 ± 1.04	0.83 ± 0.79	0.33 ± 0.58	0.00 $p < 0.001$
直接因子					
低酸素血症あり	11 (11.22)	2	3	6	
脱水あり	3 (3.06)	1	0	2	
電解質あり	47 (47.96)	4	13	30	
低栄養あり	4 (4.08)	0	1	3	
血糖異常あり	22 (22.45)	3	9	10	
絶飲食あり	89 (90.82)	6	15	68	
感染症あり	7 (7.14)	2	1	4	
肝・腎機能低下あり	63 (64.29)	8	13	42	
薬剤(BZ系)使用あり	4 (4.08)	4	0	0	
(あり:1点、なし:0点)	2.51 ± 1.16	3.75 ± 1.04	2.89 ± 1.18	2.28 ± 1.06	0.001 $p < 0.001$
促進因子					
全身麻酔	87 (88.78)	5	15	67	
可動制限	96 (98.00)	8	18	70	
疼痛	46 (46.94)	5	10	31	
緊急入院	23 (23.47)	4	6	13	
(あり:1点、なし:0点)	2.57 ± 0.72	2.75 ± 1.04	2.72 ± 0.67	2.51 ± 0.69	0.39 n.s.
標準偏差:(mean \pm SD)	人数(%)			独立サンプルによるKruskal-Wallis test	
BZ:ベンゾジアゼピン系				n.s.:not significant	

<0.001), 直接因子 ($r=0.33, p<0.001$) であり, 促進因子 ($r=0.13, p>0.05$) は有意ではなかった。項目としては, 薬剤 ($r=0.63, p<0.001$), 認知障害 ($r=0.48, p<0.001$), 高齢 ($r=0.39, p<0.001$), 緊急入院 ($r=0.27, p<0.01$) の相関が示された。各因子の関連を確認し, ICDSC を目的変数として重回帰分析を行った。その結果, せん妄発症の ICDSC に影響を与えている因子としては, 薬剤 ($\beta=0.49, p<0.01$), 認知障害 ($\beta=0.22, p<0.01$), 高齢 ($\beta=0.19, p<0.01$), 緊急入院 ($\beta=0.15, p<0.05$) であり, 決定係数 R^2 は 0.54 ($p<0.01$) であった (表 4)。

VI. 考 察

本研究の目的は, ICDSC のせん妄評価ツールを用いて A 病院集中治療部の入院患者におけるせん妄発症の実態と特徴的な要因を明らかにすることであった。A 病院の集中治療部における ICDSC によるせん妄発症率は 8% であった。また, 今回は ICDSC が 3 点以下をせん妄発症予備群と非発症群とした比較から, 以下の特徴がみられた。

今回の対象者のせん妄発症には, 準備因子と直接因子が関連し, 中でも薬剤の使用, 認知障害の有無, 75 歳以上の高齢であることとの関連が明らかになった。また, 促進因子の項目のひとつである緊急入院との関連が示された。

集中治療部への入室者の平均年齢を比較すると, せん妄発症群の年齢はせん妄非発症群より有意に高齢であった。これまでも多様なせん妄発症リスク因子が報告されているが, 本調査においても「高齢」は共通する発症因子であった。先行研究^{5) 6)}で高齢はせん妄発症因子として報告され, 高齢になるほど内部恒常性の維持機能や予備力低下のため, せん妄を発症しやすくなり, 高齢は重要な誘因の一つであり, せん妄発症の危険性が高まると言える。

薬剤に関しては, せん妄発症群 8 名のうち 4 名は, 入室前より内服している場合と, 入室後に使用していた。薬剤はせん妄発症の直接因子として, 意識障害や認知力の低下を起こす一方で, せん妄予防や治療として向精神薬により対処療法が行われ, 鎮静作用での効果が明らかである¹²⁾。しかしながら, 非薬剤的介入が重要であり, せん妄を発症しやすいとされる薬剤を使用している場合, 中止または減量の可否, 代替薬への変更を早期に検討することが必要である。特に看護師は, 医師や薬剤師と情報の共有, 連携していくことが重要である。

さらに, 疼痛コントロールは術後管理の中でも重要な看護の一つであり, せん妄発症因子でも疼痛は重要な誘因の一つとされているが, 今回のデータにおいては有意差を認めなかった。NRS 疼痛スコアと他のデータ等の相関もみたが, 明らかな関係性はなかった。しかし, 表 3 に示すように各群と疼痛スケールの平均値を比較すると, ICDSC の得点が低くせん妄を発症しなかった群が, せん妄発症群より痛みを強く訴えている傾向が示された。これまで, 疼痛はせん妄の促進因

子とされているが, 今回の研究では痛みを訴えている患者のせん妄発症率は低かった。このことは, せん妄非発症群は認知力が保たれており, 見当識障害も見られず意識が鮮明に近い状態であるため, 疼痛を強く感じ表出でき, 早期から疼痛緩和のための看護ケアを受けられていたと考える。一方, せん妄発症群およびせん妄予備群は, 疼痛を自覚しにくい薬剤等による鎮静と鎮痛状況にあること, または, 認知や意識の不安定からうまく表出できず, 疼痛緩和ケアを十分に受けられていない可能性が考えられる。看護師は特に認知症を合併する患者に対し, 苦痛の訴えや表出ができない可能性を認識した上で, 観察を密に行い, 疼痛緩和をより積極的に行っていく必要がある。

ICDSC のせん妄スケールの得点において, せん妄発症群では高齢や認知障害のような準備因子, 絶飲食や肝・腎機能障害などの直接因子で有意差があったが, 促進因子の平均得点は各群で有意差がみられなかった。促進因子の項目に関しては, 対象者の多くが該当している事項と推察されるため, せん妄発症群・予備群・非発症群ともに平均得点による有意差はなかったと考えられる。一方, 促進因子の項目である緊急入院とは有意差が示された。つまり, 今回の対象者は, 「因子」というカテゴリーで見た場合には相関はなかったが, 「項目」として見ると有意差があったと言える。重回帰分析においても低い相関が認められ, 緊急入院による影響が考えられた。

さらには, 今回の集中治療部の入院患者は 8 割以上が全身麻酔手術であり, その場合には時間の薬剤投与や疼痛時コントロールおよび可動制限の指示があったと考える。また, 緊急入院は 23 名で全体の 2 割弱であったが, その患者らは緊急的な処置によるストレス状態にあり, せん妄既往などの情報の把握も難しい場合が想定され, 入室中のせん妄発症につながると考えられる。今回はその 4 割弱がせん妄発症と予備群であり, 促進因子の中では, 緊急入院であるか否かが ICDSC の得点に影響を与えていることが示されたと考える。

なお, 集中治療部への緊急入院は, 患者が自身の治療について考える時間が十分に取れないことも多く, 年齢や状況的に意思決定ができないと判断されると家族に委ねられることもある。そのため, 治療を受けることへの心理的準備が不十分となることがせん妄の誘因になるのではないかと考える。

表 4 ICDSC によるせん妄発症を目的変数とする重回帰分析

説明変数	標準編回帰係数 β	相関係数 γ
薬剤	0.49 **	0.63 **
認知障害	0.22 **	0.48 **
高齢 (75歳以上)	0.19 **	0.39 **
緊急入院	0.15 *	0.27 **
R^2	0.54 **	
調整済み R^2	0.52 **	
N	98	
目的変数:ICDSC	** $p<0.01$, * $p<0.05$	
ステップワイズ法		

また、緊急入院は、救急搬送されそのまま入院するケースや外来診療時にすぐの処置が必要となり入院するケースなど入院に対する心構えや準備ができないまま入院となる。そのため、環境の変化へ適応できずにせん妄発症すると考えられた。

木村ら¹³⁾は、緊急入院した高齢患者のせん妄発症後の回復時に消失するリスク要因の一つに疼痛を挙げていた。さらに、薬剤の使用や治療拒否、不安等の因子がせん妄の回復過程にも関わる報告から、本調査においても患者の入院前からの身体的な変化の判断と、環境の変化に応じた時間軸に沿った対策、看護師の介入が重要であると考えられた。

〈研究の限界〉

今回の研究の限界としては、一施設および時期に限られた調査であることである。また、長谷川らのせん妄リスク因子チェック表の項目に属性等を加え、せん妄発症因子に関する独自の調査表を用いて行った。ICDSC せん妄評価スケールやチェック表の使用にあたり、評価項目が多いため日常業務に取り入れることでスタッフへの負担増加が予測された。しかし ICDSC のせん妄発症を予防するための評価尺度としての活用例等を説明し、学習会やプレテストを事前に実施したことで、せん妄発症のアセスメントの視点や ICDSC の評価項目に慣れ、スムーズな導入が可能であった。せん妄評価ツール ICDSC は、せん妄の看護師の診断とアセスメントを促すための有用なツールであった。また、看護に用いるチェック表のせん妄リスク因子は、使用する病棟患者の疾患、治療などの特性に応じてアセスメントすべきリスク因子を追加・削除し活用することが可能であると言われている¹⁴⁾。そのため今後も、継続した活用を目指すための検討として、せん妄リスク因子に関する調査表と簡易的スケールの妥当性、信憑性を保つための調査時期や方法の工夫が必要である。

以上のことから、看護師は患者情報からせん妄発症因子を把握し、特に今回明確となった薬剤、認知障害、高齢、緊急入院のリスク因子を持つ患者については、ICDSC によるスコアリングを併用することで、せん妄の予測、早期発見、早期介入につなげられると考える。

Ⅶ. 結 論

今回、集中治療部の入院患者を対象とし、せん妄評価ツールを用いたせん妄症状の評価と発症の現状から、以下の特徴が明らかになった。

1. 集中治療部におけるせん妄発症の実態としては、患者の年齢は平均年齢 67.74±14.3 歳であり、ICDSC におけるせん妄評価での発症率は 8%であった。
2. せん妄発症の要因としては、薬剤、認知障害、高齢、緊急入院であった。疼痛との直接的な関連は示されなかったが、疼痛コントロールの上では認知機能の評価や薬剤の影響による認知力への影響を考えたケアが重要であることが示唆された。

本論文の内容の一部は、第 52 回 (2021 年度) 日本看護学会学術集会において発表した。なお、本研究に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

謝辞：本研究にご協力くださいました患者の皆様、医局、看護部、集中治療部スタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 服部英幸：高齢者の術後せん妄，臨床精神医学，42 (3)，p.327-334，2013.
- 2) 堀幸雄，松瀬博夫，志波直人：集中治療室へ入院中の開心術後患者のせん妄症状の実態と発症要因の分析，久留米医学会雑誌，84 (1-3)，p.48-54，2021.
- 3) 長谷川真澄，粟生田友子：チームで取り組むせん妄ケア予防からシステム作りまで，医歯薬出版，p.5，2017.
- 4) 佐々木吉子，林みよ子，江川幸二，他：術後せん妄ケアガイドライン作成に向けて—ICU および外科病棟の入院患者における術後せん妄の発症状況および看護ケアの実態—，日本クリティカルケア看護学会誌，10 (1)，p.51-62，2014.
- 5) 高倉直美：外科病棟における術後せん妄の実態と発症要因の分析，第 44 回日本看護学会論文集 (成人看護 I)，p.118-121，2014.
- 6) 森葉矢香，小倉加奈子：心臓血管外科患者における術後せん妄発症因子の検討，第 45 回日本看護学会論文集 (急性期看護)，p.88-91，2015.
- 7) 白井昌行，橋口歌織，上野山量也：救急病棟入院中の高齢患者のせん妄発症要因の特徴，第 46 回日本看護学会論文集 (急性期看護)，p.164-167，2016.
- 8) 古賀雄二，村田洋章，山勢博彰：日本語版 ICDSC の妥当性と信頼性の検証，山口医学，63 (2)，p.103-111，2014.
- 9) 安田妙子，山内典子，渡邊直美，他：大学附属病院の一般病棟と集中治療室におけるせん妄発症リスク因子，東京女子医科大学雑誌，92 (3)，p.85-91，2022.
- 10) 前掲 3)，p.58.
- 11) 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン検討委員会：実践鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドブック，総合医学社，p.86，2016.
- 12) 斎藤拓朗，添田暢俊，樋口光徳，他：高齢者に対する外科周術期の問題と対策，日本老年医学会雑誌，54 (3)，p.299-313，2017.
- 13) 木村勇喜，百田武司：緊急入院した高齢者のせん妄回復時に消失した発症要因，日本赤十字看護学会誌，21 (1)，p.88-93，2021.
- 14) 前掲書 3)，p.58.

◇研究報告◇

精神科看護師の排便確認が困難な患者に対する ケアの実際

岸美智子¹⁾*, 坂本年生²⁾, 長山 淳¹⁾, 持田雄太¹⁾, 新井明子¹⁾

目的: 精神科看護師の排便確認が困難なケースやケアの実際を集約し、排便がセルフモニタリングできない患者の排便ケアの質の向上につなげる。

方法: A 精神科病院全看護職員 216 名を対象に排便ケアに関するアンケート調査を行い、質的分析を実施した。本研究は A 精神科病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

結果: 排便確認するためのケア内容は【自己の知覚, その表出不足の際に入念に腹部のフィジカルアセスメントを実施】
【医師とすり合わせる直腸内の糞便状況の臨床判断】
【対象の認知や理解度に合わせた排便に関する問診手法の検討】
【対象の短期記憶の維持機能の障害に伴う視覚的な自己管理ツールを用いたワーキングメモリーへのアプローチ】
【排便の臭いや性状に対する看護師の五感力の発揮】
【排便を確認するために排泄に関する環境調整】だった。

結論: 精神科看護師は排便のセルフモニタリングができないケースを多角的にアセスメントし、精神疾患による症状に配慮したケアを実施していた。

【キーワード】 精神科看護師, 排便確認が困難, 排便確認のケア

I. はじめに

排泄は生命維持, 健康維持のため重要な機能である。人間が生きていくうえで必要不可欠な行為であり, 毎日のことである。ひとたび排泄機能に障害が起こると, 排泄されるべき物質が体内に蓄積し生命がおびやかされることもある¹⁾。そして, プライバシーの観点から非常に個人にとってデリケートな問題となるため, 排泄に関する健康管理のニーズは大変重要なものといえる。

排泄機能の障害に関する症状のひとつに便秘がある。便秘とは排便回数の減少や排便の困難さ, 硬便, 不完全な排便の感覚などを呈する状態のこと²⁾であり, 国内での便秘の有病者率は 2~5% 程度³⁾といわれている。2017 年に慢性便秘症診療ガイドライン⁴⁾が発刊されるまでは日本にはガイドラインは存在せず「毎日の排便」という考えで医療が行われてきた⁵⁾。慢性便秘に対して従来の治療では酸化マグネシウムと刺激性下剤で対応していたため, 往々にして効果不十分で, 酸化マグネシウムが問題になるほど増え, 刺激性下剤を連用

してしまっていたのが問題点であった⁶⁾。そのため, 対象の疾患や症状に応じた便秘の治療は多くの医師らが苦勞してきたのではないかと想像するに難しく, 対象である患者らの苦悩も計り知れない。

精神科病院では抗精神病薬の副作用で古くから便秘の副作用に悩んでいる患者が多い。慢性便秘はイレウスを引き起こす⁷⁾。そのため緩下剤を服用し排便コントロールをしている患者も多い。また精神科における長期入院患者の苦悩の中に“便秘がつらい”という抗精神病薬の副作用に伴う苦痛があったことも明らかになっている⁸⁾。そのうえイレウスになると絶食や輸液など患者の日常生活動作(以下 ADL と略す)が低下する⁹⁾。加えて長期入院患者の苦悩に“イレウスの再発への恐怖”という合併症に伴う苦痛も語られている¹⁰⁾。

精神看護学領域では便秘をキーワードとする研究は多く, 便秘改善に向けて看護研究をし, その取り組みを便秘に悩む多くの患者のケアにいかせるよう臨床に還元する臨床家は多い^{11) 12) 13) 14) 15) 16) 17)}。また看護系の雑誌で便秘に関する特集はよく組まれている^{18) 19) 20)}。加えて副作用やイレウスをいか

受付日: 2022 年 11 月 16 日 / 受理日: 2024 年 3 月 8 日

1) 岡山県精神科医療センター 2) 川崎医療福祉大学

* E-mail: kamemichi30@yahoo.co.jp

に早期発見するかという特集や研究も多い^{21) 22)}。このように臨床現場では排便ケアに真摯に取り組みながら精神疾患を抱える多くの人のADLの維持とQuality of Life (以下QOLと略す)の向上を目指している。

加えて、統合失調症の急性期は幻覚妄想状態で自身の慣れ親しんだ世界が変容し意味を読みとることのできないとらえどころのない状態に変わり²³⁾セルフケアができなくなる。陰性症状では自身の身体や健康状態に無頓着になりセルフケアが低下したり、痛みの閾値がかなり高く痛みを訴えることができなかつたり²⁴⁾、排便がないことの相談がおくれ便秘が悪化することもある。先行研究では看護師が患者のイレウスに気づいたプロセスをまとめ早期発見の観察方法を明らかにした研究²⁵⁾や看護師が記入する排便日誌に基づいて個別的な排便ケアの有用性の報告²⁶⁾はある。しかし日常的に排便のセルフモニタリングができず便秘が悪化する患者に対して、便秘の悪化を防ぐための排便確認の方法については明らかになっていない。そこで私たちは精神科看護師がどのように排便確認をしているのか、そこに着目し排便確認が困難なケースやケアの実際を集約し、今後のセルフモニタリングができない患者への排便ケアの質の向上につなげることを今回の研究の目的とした。

II. 目 的

精神科看護師の排便確認が困難なケースやケアの実際を明らかにする。

III. 方 法

1. 調査期間・対象

2021年2月から4月、A精神科病院全看護職員216名

2. 調査方法・項目

1) 調査方法：アンケート調査。A精神科病院職員の全員が閲覧可能なGroupSessionのアンケート機能を用いて全看護職員216名に送信した。返信のあったアンケートのみデータとした。

2) 調査項目：(1)対象者属性(年代、精神科経験年数、性別)(2)「排便の有無を患者自身で把握することが困難な患者ケアの有無」「便秘が悪化しイレウス等重大な合併症に至ったケースの経験の有無」「困難ケースを具体的に自由記載」「排便確認するためにどのような工夫をしたかの自由記載」。

3. データの分析方法と選択理由

1) 単純集計：「排便の有無を患者自身で把握することが困難な患者ケアの有無」「排便の有無が確認できず便秘が悪化しイレウス等の重大な合併症に至ったケースの経験の有無」については単純集計とした。

2) 質的帰納的分析とテキストマイニング：「困難ケースを具体的に自由記載」「排便確認するためにどのような工夫をした

かの自由記載」に関しては質的帰納的分析とテキストマイニングの「KH Coder」²⁷⁾を並行して分析を行った。

質的帰納的分析ではアンケートでえた自由記載データを分析した。丁寧にデータを読み込み、意味の文節を探し適切な長さで切り分けコードとした。同じ意味をもつコードを集め、ラベリングしサブカテゴリーとした。類似点・相違点を比較しどのような種類の現象かそれらの現象が何を意味するのか協議を重ねカテゴリー化した。それらはテキストマイニングとは異なる事象間の関連が表され、加えて出現頻度が低い言葉も分析可能である。

テキストマイニングではWindows版の無料提供されている「KH Coder」を使用した。アンケートでえた自由記載データのなかから本研究で明らかにしたいことを十分に解釈するために多い順に品詞付きで抽出した。そして抽出された語で共起ネットワークを作成した。共起ネットワークでは単語を囲む丸の大きさは出現頻度を表しており、大きな丸ほど頻出しているということである。また線で結ばれるものは、その単語のつながりを示していて、どれだけ連なって出現しているかということである。またKWICコンコーダンスを実行しどのような文脈で語が使用されているかを確認した。テキストマイニングはコンピュータを用いるため研究者のもつ理論や問題意識がほとんど影響しない²⁸⁾が出現頻度の低い言葉は分析できない²⁹⁾。

以上の工程を経験豊富な看護師4名と協議を重ね、経験豊富な医師1名、大学看護学科教員1名にスーパーバイズを受けながら協議を重ねていった。

IV. 倫理的配慮

本研究はA精神科病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号2022-22)。アンケート調査では研究の目的・意義と実施方法と調査内容、回答は任意とし回答しないことでの不利益は生じないことをアンケートの前文に記載し、研究に同意するものはアンケート提出をもって同意と判断した。加えて公表の承諾を得た。研究実施に係る情報を取扱う際は、元データから研究対象者が特定されないよう氏名など個人情報削除し、研究独自の番号を付して管理し、研究対象者の秘密保護に十分配慮した。データファイルにはパスワードをかけ管理した。また、研究の目的以外に、研究で得られた研究対象者の試料・情報を使用しないこととした。データは研究終了後5年経過した日までの間保存し、その後は個人情報に十分注意して廃棄することとした。

V. 結 果

1. 研究対象者の属性

看護職員216名中回答は131名(回収率60%)だった。そのうち有効回答数は131名だった。年代別には20代31名(24%)、30代26名(20%)、40代47名(36%)、50代25名(19%)、60代2名(1%)だった。男女比は男性54名(41%)、

女性 77 名 (58%)。精神科経験年数は 1~5 年目 41 名 (31%)、6~10 年目 28 名 (22%)、11 年以上 62 名 (47%) だった。

2. 排便確認で困難ケースを経験した割合

排便の有無を患者自身で把握することが困難な患者ケアを経験したことがあるかの問いには「ある」と答えたのが 115 名 (88%)、「ない」と答えたのが 16 名 (12%) だった。

排便の有無が確認できず便秘が悪化しイレウス等の重大な合併症に至ったケースを経験したことがあるかという問いで「ある」と答えたのは 75 名 (57%)、「ない」と答えたのが 56 名 (42%) だった。

3. 排便確認が困難な具体的ケース

1) 質的帰納的分析結果

「排便の有無を患者自身で把握することが困難な患者ケアを経験したことがありますか」で「ある」と答えた方にその困難ケースを具体的に答えてもらった自由記載のコメントは「ある」115 名のうち回答数 109 名だった。143 のコードが抽出され、ラベリングしサブカテゴリー化し 13 に分類、7 のカテゴリーに分類した (表 1)。なお、本文中では【 】はカテゴリー名、< >はサブカテゴリーを表記した。< >はカテゴリーを得るに至った典型的なコードである。

(1) 【認知症状や知的障害、認知症で記憶の保持が困難】

このカテゴリーは認知症状や知的障害、認知症で記憶があいまいだったり、保持が困難で覚えていなかったりするケースを示している。これは<認知機能の低下があり排便の有無の記憶がない><知的障害があり排便の有無を覚えていない>のサブカテゴリーから成り立っている。<認知機能低下や記憶障害により排便状況を覚えていない患者><認知機能、記憶や理解の問題があるケース>などのコードが含まれていた。

(2) 【精神運動興奮や幻覚妄想状態に伴う支離滅裂状態で適切にセルフモニタリングができない、またはコミュニケーションが図れない】

このカテゴリーは精神運動興奮や幻覚妄想状態に伴う支離滅裂状態で現実検討力が低下し排便に関心が向かず、適切にセルフモニタリングができない、またはコミュニケーションが図れないケースを示している。これは<精神運動興奮が著明で支離滅裂な状態でコミュニケーションを図りにくい、または排便セルフモニタリングができない><幻覚妄想状態で適切にセルフモニタリングができなかったり排便に関心が向かない><現実検討力の低下があり排便の記憶がない>のサブカテゴリーから成り立っている。<異常体験に圧倒され減裂で排便回数を聞いても現実的な返答ができない患者><陰性症状が活発で疎通もなかなか図れないケース>などのコードが含まれていた。

(3) 【クロザピン服用に伴い高まるイレウスのリスク】

このカテゴリーはほかの抗精神病薬より便秘・イレウスのリスクが高いクロザピン内服中のケースを示している。これは<クロザピンによる副作用でイレウスのリスクが高い><クロザピン内服中で申告内容が違う>のサブカテゴリーから成り立っている。<クロザピン内服中。排便ありとなっていたが実際は少量しかでていなかった><クロザピンのケース。最終排便、量が不明。幻聴など精神症状もあり、疎通もうまく取れないときもあった>などのコードが含まれていた。

(4) 【陰性症状による自発性の低下、身体症状への関心が低下することで適切に相談ができない】

このカテゴリーは陰性症状による自発性の低下で自ら相談することができない、身体症状への関心が低下し便秘が悪化していることに気がつかず適切に相談につながらないケース

表 1 看護師が経験した排便確認が困難な具体的ケース

カテゴリー	サブカテゴリー
認知症状や知的障害、認知症で記憶の保持が困難	認知機能の低下があり排便の有無の記憶がない
	知的障害があり排便の有無を覚えていない
精神運動興奮や幻覚妄想状態に伴う支離滅裂状態で適切にセルフモニタリングができない、またはコミュニケーションが図れない	精神運動興奮が著明で支離滅裂な状態でコミュニケーションを図りにくい、または排便セルフモニタリングができない
	幻覚妄想状態で適切にセルフモニタリングができなかったり排便に関心が向かない
	現実検討力の低下があり排便の記憶がない
クロザピン服用に伴い高まるイレウスのリスク	クロザピンによる副作用でイレウスのリスクが高い
	クロザピン内服中で申告内容が違う
陰性症状による自発性の低下、身体症状への関心が低下することで適切に相談できない	自発的に相談ができない
	身体症状を適切にセルフモニタリングできず相談につながらない
かかわりに拒否的	返答がないなど拒否的
	排便確認に拒否的
排便の有無について申告内容に一貫性がない	返答に一貫性がない
	排便がないがあったといい、申告内容が違う
計画し介入したケアが遂行できない	患者と看護師との排便に関する認識の違いがあり確認困難だった
	認知機能の低下があるためケアを実施したがケアの見直しが必要だった

つきとして「認知」14語、「病状」12語、「悪い」8語、「把握」9語、「難しい」7語があった。KWIC コンコーダンスで文脈を確認すると、「認知、病状が悪く把握が難しい」ケースが多かった。そのほかの共起ネットワークでの結びつきは「出る」「イレウス」「あまい」「申告」「言う」が結び付き、KWIC コンコーダンスで「出たとあまいな申告を言う」の文脈を確認した。「幻覚妄想状態」「精神症状」「セルフケア」「排便状況」「本人」「障害」が結び付き、KWIC コンコーダンスで「精神症状により幻覚妄想状態で本人が排便状況を覚えていない」「幻覚妄想状態でセルフケアができない患者」などの記述があった。「排便確認」「記憶」「乏しい」「確実」「出来る」「意思疎通」「認知力低下」「知的障害」「伝える」「曖昧」「問題」が結び付き、KWIC コンコーダンスで「認知力低下や知的障害があり記憶が曖昧で排便確認ができない」「意志疎通が困難」「現実検討力が乏しく口頭での排便確認が確実ではない」などの記述があった。「患者」「状態」「裂」「急性期」が結び付き、KWIC コンコーダンスで「急性期、減裂状態の患者」の記述があった。「返答」「異常体験」「活発」「聞く」「分かる」「性状」が結び付き、KWIC コンコーダンスで「異常体験が活発で聞いても返答が返ってこないの分からない」の記述があった。及び「クロザリル」「実際」「内服」が結び付き、KWIC コンコーダンスで「実際にクロザリル内服中」の記述があった。

4. 排便確認するために実際に工夫したケア内容

1) 質的帰納的分析結果

「排便の有無を患者自身で把握することが困難な患者ケアを経験したことがありますか」で「ある」と答えた方に排便確認のためどのような工夫をしたかという自由記載のコメント

トは115名のうち回答数108名だった。201のコードが抽出され、ラベリングしサブカテゴリー化し16に分類、6のカテゴリーに分類した(表2)。

(1) 【自己の知覚、その表出不足の際に入念に腹部のフィジカルアセスメントを実施】

このカテゴリーは患者自身の現実検討力が低下し排便に関心が向かず、適切にセルフモニタリングができない、またはコミュニケーションが図れない際に入念に聴診・触診の腹部フィジカルアセスメントをし、加えて食事の摂取状況から排便のアセスメントをすることを示している。これは「聴診・触診などの実施をする」「食事状況の確認をする」のサブカテゴリーから成り立っている。「触診、腸蠕動音の確認」「食事内容を伺う」などのコードが含まれていた。

(2) 【医師とすり合わせる直腸内の糞便状況の臨床判断】

このカテゴリーは医師と排便の有無を協議し、検査を実施し直腸内の糞便の状態を確認し、イレウスの危険性や排便確認の緊急性をアセスメントし、浣腸などの処置の検討をすることを示している。これは「医師に診察を依頼する」「コンピュータ断層撮影・レントゲン写真の指示をもらう」「下剤や浣腸を検討する」のサブカテゴリーから成り立っている。「医師に診察依頼をする」などのコードが含まれていた。

(3) 【対象の認知や理解度に合わせた排便に関する問診手法の検討】

このカテゴリーは患者の認知や理解度に合わせて排便の有無を聴取するタイミングを変える、プリストルスケールを用いるなど聞き方を変えて患者から排便の有無を確認することを示している。これは「タイミングを変えて本人に確認する」「問診の工夫をする」「排便直後にスタッフに報告してもら

表2 排便確認するために実際に工夫した看護師のケア内容

カテゴリー	サブカテゴリー
自己の知覚、その表出不足の際に入念に実施する腹部のフィジカルアセスメント	聴診・触診などの実施をする 食事状況の確認をする
医師とすり合わせる直腸内の糞便状況の臨床判断	医師に診察を依頼する コンピュータ断層撮影・レントゲン写真の指示をもらう 下剤や浣腸を検討する
対象の認知や理解度に合わせた排便に関する問診手法の検討	タイミングを変えて本人に確認する 問診の工夫をする 排便直後にスタッフに報告してもらう
対象の短期記憶の維持機能の障害に伴う視覚的な自己管理ツールを用いたワーキングメモリーへのアプローチ	カレンダーに排便があったことをチェックするように指導をする 排便セルフケア向上のため患者指導をする
排便の臭いや性状に対する看護師の五感力の発揮	トイレの確認(汚染・臭い)をする 居室環境からアセスメントする 衣類の便汚染を確認する
排便を確認するために排泄に関する環境調整	トイレの止水を実施する ポータブルトイレを利用する おむつの着用をする

う」のサブカテゴリーから成り立っている。＜本人の病状や機嫌を確認しながらタイミングをはかる＞＜プリストルスケールを活用＞などのコードが含まれていた。

(4) 【対象の短期記憶の維持機能の障害に伴う視覚的な自己管理ツールを用いたワーキングメモリーへのアプローチ】

このカテゴリーは患者の短期記憶の維持機能の障害に伴い排便後にカレンダーやチェック表など視覚的な自己管理ツールを用いてワーキングメモリーへのアプローチを行うことで排便のセルフモニタリングができるようになることを示している。これは＜カレンダーに排便があったことをチェックするように指導をする＞＜排便セルフケア向上のため患者指導をする＞のサブカテゴリーから成り立っている。＜カレンダーに排便があればチェックしてもらう＞＜カレンダーに排便があればすぐにシールを張る＞などのコードが含まれていた。

(5) 【排便の臭いや性状に対する看護師の五感力の発揮】

このカテゴリーは看護師が五感力を発揮し、排便の有無を衣類汚染や便器の汚染などの生活環境からアセスメントすることを示している。これは＜トイレの確認（汚染・臭い）をする＞＜居室環境からアセスメントする＞＜衣類の便汚染を確認する＞のサブカテゴリーから成り立っている。＜トイレ

内の便の付着の有無＞＜入浴介助が必要な患者さんの場合は介助時の便付着＞などのコードが含まれていた。

(6) 【排便を確認するために排泄に関する環境調整】

このカテゴリーは個別トイレで排便後、糞便が流れないように水洗を閉める止水（以下止水と略す）を行ったり、ポータブルトイレやおむつを使用したりし、実際の排便を確認することを示している。これは＜トイレの止水を実施する＞＜ポータブルトイレを利用する＞＜おむつを着用する＞のサブカテゴリー化から成り立っている。＜ポータブルトイレの利用をする＞などのコードが含まれていた。

2) テキストマイニング結果

「排便の有無を患者自身で把握することが困難な患者ケアを経験したことがありますか」で「ある」と答えた方に排便確認のためどのような工夫をしたかという自由記載のコメントの108の回答をテキストマイニングで分析した。総抽出語数775語、出現回数が3回以上の語は69語であった。そして共起ネットワーク図（図2）とした。最も多く出現した単語は「止水」57語であり、「トイレ」37語、「確認」37語、「排便」24語が結びついていた。KWICコンコーダンスで文脈を確認し「トイレを止水して排便の確認をする」が多いことが分かった。次に「腹部」24語が多くつながりとして「聴

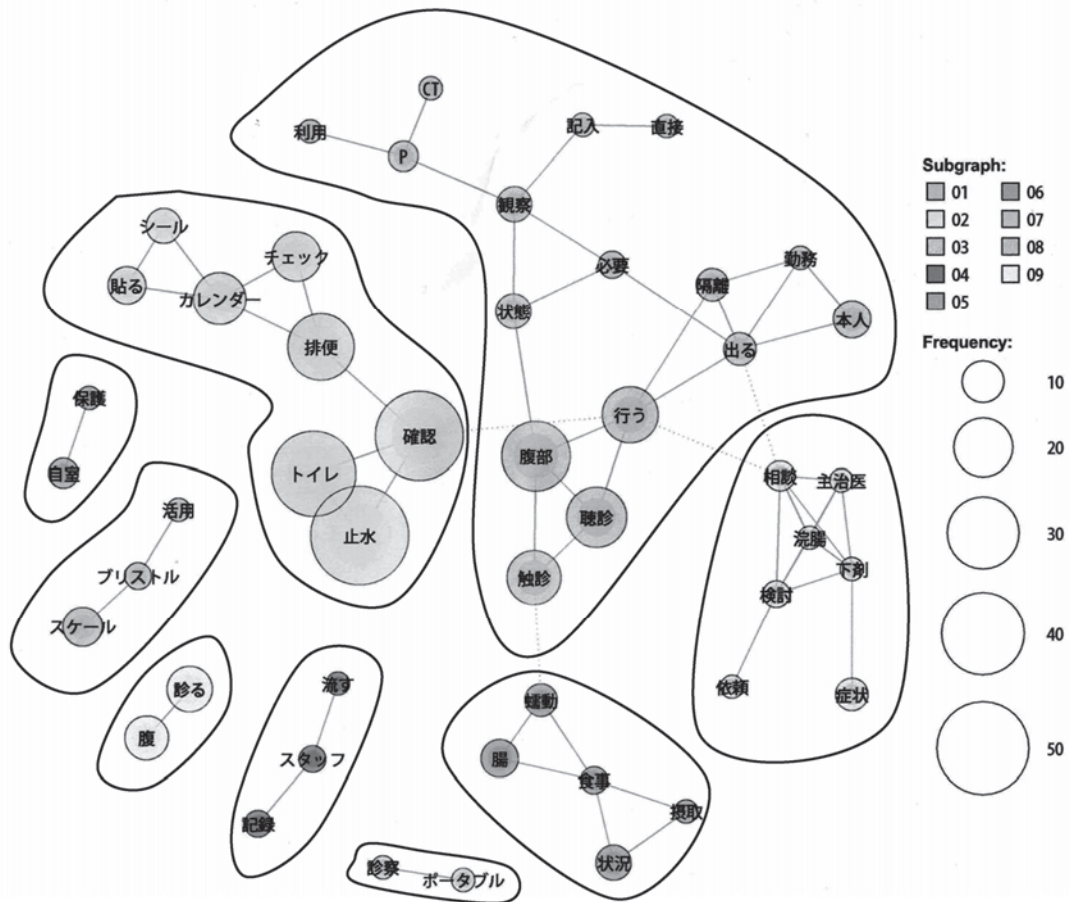


図2 排便確認するために実際に工夫したケアの内容

本来共起ネットワーク図は円の色でグループ化が示されているが、今回は補助線を加筆することでグループ化を示した。

診」21語,「触診」17語,「行う」17語のつながりから KWIC コンコーダンスで文脈を確認すると「腹部の聴診・触診を行う」が多いことが分かった。そのほかは「スケール」「プリストル」「活用」が結び付き, KWIC コンコーダンスで「プリストルスケールを活用」の文脈を確認した。「スタッフ」「記録」「流す」が結び付き, KWIC コンコーダンスで「スタッフが確認して流し記録に残す」の記述があった。「自室」「保護」「診る」「腹」「診察」「ポータブル」「食事」「状況」「摂取」「腸」「蠕動」が結び付き, KWIC コンコーダンスで「自室(保護室)でトイレの確認」「腸蠕動を聞く」「食事摂取状況観察」「ポータブルトイレを置く」などの記述があった。及び「浣腸」「下剤」「検討」「主治医」「相談」「依頼」「症状」が結び付き, KWIC コンコーダンスで「主治医と相談し浣腸や下剤の検討を行った」の記述があった。

VI. 考 察

本研究では精神科看護師の排便確認が困難なケースとケアの実際を明らかにした。以下にそれぞれのケースと実際行うケアについて考察する。

1. 精神疾患による症状を考慮したケア

【精神運動興奮や幻覚妄想状態に伴う支離滅裂状態で適切にセルフモニタリングができない, またはコミュニケーションが図れない】ケースでは【自己の知覚, その表出不足の際に入念に腹部のフィジカルアセスメントを実施】する看護援助をしていた。しかし, フィジカルアセスメントのみでは直腸内の糞便の状況は正確にわからないため, 【医師とすり合わせる直腸内の糞便状況の臨床判断】のケアにつなげていた。また【排便を確認するために排泄に関する環境調整】をすることで, 直接排便を確認し便秘やイレウスを予防していた。精神疾患患者が身体合併症を併発した場合, 自覚症状の訴えがないなど早期発見が難しい³⁰⁾といわれている。これは精神疾患による症状で適切に排便のセルフモニタリングができず排便確認が困難になるという結果と類似していた。

【認知症状や知的障害, 認知症で記憶の保持が困難】なケースでは, 【対象の認知や理解度に合わせた排便に関する問診手法の検討】を行い, 排便の記憶があるときに情報収集するケアをしていた。また【対象の短期記憶の維持機能の障害に伴う視覚的な自己管理ツールを用いたワーキングメモリーへのアプローチ】を行い, 今後の生活のためにセルフケア力の向上を目指していた。【陰性症状による自発性の低下, 身体症状への関心が低下することで適切に相談できない】ケースや【かわりに拒否的】なケース, 【排便の有無について申告内容に一貫性がない】ケースは【対象の認知や理解度に合わせた排便に関する問診手法の検討】を行い, 加えて【排便の臭いや性状に対する看護師の五感力の発揮】を行い日常生活援助で得られる情報からアセスメントをしていた。今回の結果から精神科看護師は日常生活援助からアセスメントする点で腹部状態だけでなく精神情緒状態から生活環境に至るまで観察視

点が広いことが明らかになった。これはイレウスの早期発見においても有効なケアであり, 精神科看護師はイレウスと気づく前に精神情緒状態の変化に気づいていた³¹⁾という点で類似していた。

2. 薬物療法の進展に伴うケア

【クロザピン服用に伴い高まるイレウスのリスク】が排便確認を困難にするケースとして明らかになった。錐体外路症状に汎用される抗パーキンソン病薬は強力な抗コリン作用を有しており便秘のリスクは高い³²⁾。また, 抗精神病薬の中でもクロザピンはほかの抗精神病薬と比べて便秘のリスクが3倍高い³³⁾といわれている。クロザピンは幻覚妄想や精神運動興奮などの症状が継続してあり社会生活を送る上でも障害となるため服薬が開始となる治療抵抗性統合失調症治療薬である。そのため, 【精神運動興奮や幻覚妄想状態に伴う支離滅裂状態で適切にセルフモニタリングができない, またはコミュニケーションが図れない】ケースと同様のケアをしていると考える。クロザピン服用に伴う高まるイレウスのリスクに対して, 精神科看護師は排便確認が困難なケースとして意識しケアを実施していたことが新たに明らかになった。

3. 時間的な制約によるケアの限界

【計画し介入したケアが遂行できない】ケースでは, 排便確認が困難であることがアセスメントできケア介入をしていたが, 評価の設定が不十分もしくは後手になったため排便確認が困難に至ったケースである。

そして【排便を確認するために排泄に関する環境調整】をするため個別トイレに排便後, 流れないように水洗トイレを止水するケアは倫理的な課題である。排便状況を確認するためにポータブルトイレを設置することやおむつの着用をおこなうことは看護ケアの工夫ではない。2012年の調査では人員配置不足のために不適切なケアが提供されている(おむつ着用など)ことが精神科看護師の倫理的悩み³⁴⁾として報告されている。精神科病院の人員配置標準は改正されておらず時間的制約によるケアの限界を感じるなか, このような倫理的悩みは現在も続いている。ケアの受け手となる患者の排便習慣を, プライバシーを最大限に配慮しつつ, きめ細かな観察により把握し, トイレでの排泄を促すこと, そしていかに排泄の自立を目指せるかが重要である。本研究から排便のセルフモニタリングに困難を抱える患者のケアを倫理的な視点を含めて質を向上させる重要性が示唆された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は対象病院が1施設と限定されており精神科看護師の一般的な排便確認が困難なケースとケアの実際とするにはバイアスが生じることも否定できない。今後は複数の施設の精神科看護師の排便確認が困難なケースとケアの実際を集約し, セルフモニタリングに困難を抱える患者の排便ケアの質の向上を目指す。

Ⅶ. 結 論

精神科看護師は精神疾患による陽性症状や陰性症状、また認知症状に起因したセルフモニタリングが困難なケースに対して、問診方法の工夫、また日々のかかわりから排便に関する情報を集約し多角的に腹部フィジカルアセスメントするなどのケアを実践していた。加えて、薬物療法の進展に伴い高まるイレウスのリスクに対しては、排便確認が困難なケースとして意識しケアを実施していた。

(謝辞)

本研究を進めるにあたり、助言を受け賜りました地方独立行政法人岡山県精神科医療センター医師池田伸氏、看護部長山田晶子氏、臨床研究部太田理香氏に深謝いたします。また本研究の趣旨を理解し快く協力いただいた、調査対象者の皆様に心から感謝します。

(利益相反)

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。本論文に関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) 深井喜代子, 池田理恵, 西田直子, 他: 新体系看護学全書 基礎看護学3 基礎看護技術Ⅱ, メヂカルフレンド社, p.60, 2019.
- 2) 医療情報科学研究所編: 病気がみえる vol.1 消化器 (第5版), メディックメディア, p.20, 2016.
- 3) 千葉俊美: なぜ便秘症を治療するのか—慢性便秘の治療の意義—, 消化器内科, 2 (1), p.6-13, 2020.
- 4) 日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の診断・治療研究 所編: 慢性便秘症診療ガイドライン 2017, 南江堂, 2017.
- 5) 水上健: 慢性便秘症の既存治療とその問題点—酸化マグネシウムと刺激性下剤—, 消化器内科, 2 (1), p.38-44, 2020.
- 6) 前掲書 5), p.39.
- 7) 天神雄也: 気づきにくい向精神薬の副作用, 抗精神病薬による慢性便秘, 精神科治療学, 34 (5), p.513-517, 2019.
- 8) 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村仁: 精神科における長期入院患者の苦悩, 日本看護研究学会雑誌, 30 (2), p.87-95, 2007.
- 9) 前掲書 2), p.154.
- 10) 前掲書 8), p.91.
- 11) 小谷直江: 巨大結腸症患者の便秘改善の要因を明らかにする 過去3年間の診療録から, 日本精神科看護学術集会誌, 59 (2), p.250-254, 2017.
- 12) 竹山貴士, 武原正幸, 河村より子: 向精神薬内服による便秘の改善に向けた取り組み 病棟スタッフ間の統一された看護をめざして, 日本精神科看護学術集会誌, 60 (1), p.514-515, 2017.
- 13) 深澤有寿: 排泄ケアの質改善が精神科患者の生活に及ぼす効果, 日本精神科看護学術集会誌, 60 (1), p.510-511, 2017.
- 14) 青柳晴久: 腹部メンタ湿布が排便に及ぼす効果について, 日本精神科看護学術集会誌, 60 (1), p.512-513, 2017.
- 15) 永井尚子, 稲垣成, 大平幸子, 他: 抗精神病薬の長期使用患者に対する排便への援助, 日本精神科看護学術集会誌, 61 (1), p.148-149, 2018.
- 16) 横田正幸: ココアを使った排便コントロールを試みて リグニンの効果, 日本精神科看護学術集会誌, 62 (1), p.510-511, 2019.
- 17) 鯉渕学, 上田美代子: DVD を使用し腹部マッサージを行って 便秘改善を目指して, 日本精神科看護学術集会誌, 61 (1), p.144-145, 2018.
- 18) 塩月玲奈: 便との戦いに終止符を (1), 精神看護, 22 (1), p.30-35, 2019.
- 19) 中島衛: 便との戦いに終止符を (2), 精神看護, 22 (2), p.166-169, 2019.
- 20) 中島衛: 便との戦いに終止符を (3), 精神看護, 22 (3), p.278-282, 2019.
- 21) 石橋照子, 岡村仁: 精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法, 日本看護研究学会雑誌, 29 (1), p.73-78, 2006.
- 22) 平松大樹: 薬物療法における副作用の早期発見ポイント, 精神科看護, 47 (12), p.18-22, 2020.
- 23) 昼田源四郎: 統合失調症患者の行動特性 その支援と ICF (改訂増補), 金剛出版, p.146-147, 2007.
- 24) 前掲書 20).
- 25) 前掲書 21).
- 26) 篠澤由香, 深田智美, 横山愛, 他: 排便日誌を用いた個別的な排便ケアの有用性, 医療, 73 (5), p.235-242, 2019.
- 27) 樋口耕一: 社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して (2), ナカニシヤ出版, 2020.
- 28) 有馬明恵: 内容分析の方法 (2), ナカニシヤ出版, p.77, 2021.
- 29) 今井多樹子, 高瀬美由紀, 佐藤健一: 質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性—新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から—, 日本看護研究学会雑誌, 41 (4), p.685-700, 2018.
- 30) 相原友直, 斎藤百合枝, 大竹真裕美: 合併症ケアで求められる観察の目, 精神看護, 1 (4), p.16-19, 1998.
- 31) 前掲書 21).
- 32) 結束貴臣, 中島淳: 見逃したくない身体と精神の関連 便秘, 臨床精神医学, 51 (11), p.1225-1239, 2022.
- 33) Ayala Shirazi, Brendon Stubbs, Lucia Gomez, et al.: Prevalence and Predictors of Clozapine-Associated Constipation, A Systematic Review and Meta-Analysis, International journal of molecular science, 17 (6), p.863, 2016.
- 34) 大西香代子, 浅井篤, 赤林朗: 精神科看護師の倫理的悩み—実態調査を通して精神科看護の問題を探る—, 弘前大学医学部保健学科紀要, 2, p.1-8, 2003.

◇研究報告◇

日常生活自立度の低い高齢入院患者に対する看護師の在宅退院支援の実践状況と専門職的自律性の関連性

石野由貴^{1)*}, 増田誠一郎²⁾

本研究は、急性期病院の病棟看護師における日常生活自立度の低い高齢患者の退院支援に対する実践状況と専門職的自律性の関連性を明らかにすることを目的とした。既存の尺度を用いて、在宅退院支援の実践状況を目的変数、看護師の専門職的自律性を説明変数、属性および看護師特性、所属看護単位のカンファレンスの開催状況を共変量として重回帰分析を行った。

分析対象者 246 名、最も多い年代は 20～25 歳で 45.5%、女性 94.7%であった。多変量解析の結果、ケアカンファレンスに対する自信がない者は 64.5%であった。重回帰分析の結果、退院支援に対する実践状況には、属性や看護師特性によらず、専門職的自律性が有意に関連していた ($p < 0.001$)。その他、看護チームカンファレンスを行う自信の程度 ($p < 0.05$) および院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスを行う自信の程度 ($p < 0.001$) も有意であった。

病棟看護師の在宅退院支援の実践には専門職的自律性が発揮される仕組み作りや教育的配慮、自信をもってカンファレンスに臨むための支援が必要である。

【キーワード】 日常生活自立度、高齢患者、在宅退院支援、専門職的自律性

1. はじめに

本邦では、医療費適正化計画と地域包括ケアシステムの理念に基づき、病床削減・平均在院日数の短縮化と在宅療養の推進が図られている。そのため、日常生活自立度の低い高齢入院患者¹⁾においては、何らかの医療処置が必要で医療・介護への依存度が高いまま退院するケースが多い²⁾。さらには、高齢入院患者を支える家族への支援は強化されず、家族の高齢化も相まって介護力は相対的に低下した状況となることから、退院後の在宅療養生活における物的・人的環境は未充足であると考えられる。例えば、日常生活自立度の低い高齢患者の在宅療養においては、必要な医療介護サービスを受けることが可能であるが、入院中と在宅退院後のケアの提供の仕方に差が生じている実態も報告されている³⁾。

日常生活自立度の低い高齢入院患者における円滑な在宅退院に向けた、これらの療養生活上の課題を克服するためには、退院する患者の在宅療養生活をアセスメントして地域の社会資源と重層的に連携する必要がある。この退院支援のプロセ

スにおいて、急性期病院の入院病棟の看護師がケアマネジメントとして重要な役割を果たしている。しかし、病態・治療面のみならず、心理・社会的にも複雑で多様化している高齢患者の看護において、急性期病院の入院病棟における看護師の退院支援の実践には未だ課題も残されている⁴⁾。山本ら⁵⁾は地域医療支援病院の看護師における退院支援の実施状況について、勉強会の参加やカンファレンスの開催、他部門との連携等との関連性を報告しているが、さらに人的資源等の組織管理体制からの検討が必要と述べている。このことから病棟看護師の退院支援の実践状況を左右する関連要因のさらなる探索が重要である。

これまでの看護師の専門職的自律性についての研究では、専門性が高く、卓越した能力が要求されるような看護実践には、看護師の専門職的自律性が深く関連することが示唆されている^{6) 7)}。しかし、日常生活自立度の低い高齢患者への看護においては特に、前述のように医療・介護への依存度が高い傾向にあることから、ケア技術や判断力など専門的な自律性がよりいっそう発揮される必要があるが、退院支援の実践

受付日：2022年11月16日／受理日：2024年3月8日

1) 静岡県立総合病院 2) 静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科博士後期課程 元静岡県立総合病院

* E-mail : yukiishino16@gmail.com

状況に対する看護師の専門職的自律性の関連性は報告がみられず十分に明らかになっていない。

よって本研究により、日常生活自立度の低い高齢入院患者に対する看護師の在宅退院支援の実践状況を左右し得る専門職的自律性の関連性が明らかになれば、看護師への支援の示唆や具体的な教育プログラムの作成につながる等、人的資源がもつ可能性や能力を最大限に有効活用できるような、看護師の専門性の発揮に資することができ、患者への医療・ケアの質の向上に寄与し得ると考える。

Ⅱ. 目 的

急性期病院における病棟看護師の日常生活自立度の低い高齢患者の在宅退院に向けた看護の実践状況と、看護師としての専門職的自律性の関連性について明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

本研究では日常生活自立度の低い高齢入院患者を、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準ランク B ならびに C の状態にある 65 歳以上の入院患者とした。

2. 研究デザイン

関連探索型量的記述的研究

3. 本研究の概念枠組み（図 1）

本研究では、看護師が行う日常生活自立度の低い高齢入院患者に対する在宅への退院支援の実践には、看護師の専門職的自律性が基盤的な性質として関連すると仮定した。

4. 調査対象

医療・介護への依存度が高いまま退院する日常生活自立度の低い高齢入院患者が多い、急性期医療を担う総合病院の実態把握の必要性から、地域の A 総合病院の計 15 病棟へ調査を依頼した。そのうち一般病棟に所属し、日常生活自立度の低い高齢入院患者の退院支援を日常的に行っている看護師を対象とした。看護師長と就職・転職後 1 年未満の者は除外とした。

5. 調査期間

2020 年 5 月～6 月

6. データ収集方法

部署管理者である看護師長に同意を得て、調査対象者に直接、口頭および文書にて研究目的・方法や倫理的配慮、同意方法等、研究概要について説明し、無記名の自記式質問紙を配布した。回収方法は各部署に 2 週間の提出期限を明記した回収袋を用いた留置きとした。回収用袋は対象者が投函しやすくかつ紛失や漏洩の恐れがない場所に設置してもらうよう、部署管理者に依頼した。回答後の質問紙は回収袋に対象者が直接投函する形式としたが、回収後に中身が見えない封筒を用意し、回答者および非回答者が特定できないよう配慮した。

7. 調査内容

対象者の背景について、属性として、年代、性別、加えて看護師特性である最終学歴（大学院、4 年制大学、短期大学、看護専門学校から 1 つ選択）、看護師としての経験年数、現在の所属部署での経験年数、クリニカルラダーレベル（レベル I～V および、分からない、を選択肢とした）、訪問看護師経験の有無、退院支援・調整に関する研修受講の有無、過去に経験した日常生活自立度の低い高齢患者の退院支援の経験（事例数について、1～9 人、10～49 人、50 人以上、なし、分からない、を選択肢とした）について回答を依頼した。分からないとは、退院支援の経験数が不明で、対象者が回答できない場合を含む。

次に、所属する看護単位の在宅退院支援に関するカンファレンスの開催状況について、在宅退院支援に関する病棟内看護チームカンファレンスの開催頻度（定期的に行っている、ときどき行っている、あまり行っていない、全く経験がない、分からない、を選択肢とした）、在宅退院支援の病棟内看護チームカンファレンスに対してうまく行える自信の程度（かなり自信がある、まあまあ自信がある、あまり自信がない、全く自信がない、分からない、を選択肢とし自己認識による評価を求めた）、院内外の医療・介護・福祉職との退院前カンファレンスの開催頻度（定期的に行っている、ときどき行っ

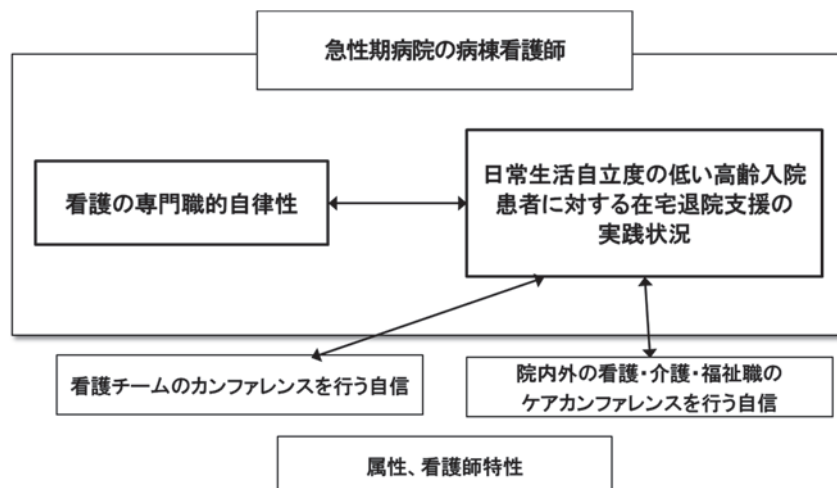


図 1 本研究の概念枠組み

ている、あまりやっていない、全く経験がない、分からない、を選択肢とした)、院内外の医療・介護・福祉職との退院前カンファレンスに対するうまく行える自信の程度(かなり自信がある、まあまあ自信がある、あまり自信がない、全く自信がない、分からない、を選択肢とし自己認識による評価を求めた)を設定した。

さらに、在宅への退院支援の看護実践として、山岸ら⁸⁾が開発した「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価表」全25項目を使用した。この尺度は、自宅のみならず在宅扱いの住居も含めて退院後の生活に関するアセスメント、患者・家族の今後の療養に関する意向の確認、ケアのシンプル化、地域医療者との連携、退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施の5つの側面から評価が可能である。回答は、「1:全く実践していない」から「6:いつも実践している」の6件法で評価を求めた。

そして、看護の専門的自律性として、菊池ら⁹⁾が開発した「看護の専門的自律性測定尺度」全47項目を使用した。この尺度は、認知能力、実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力の5つの側面から評価が可能である。回答は、「1:全くそう思わない」から「5:かなりそう思う」の5件法で評価を求めた。

8. 分析方法

対象者の背景について確認するために、属性および看護師特性の項目について記述統計量(度数および割合)を算出した。日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況についても、同様に記述統計量(度数および割合)を算出した。

次に「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価表」の総スコアならびに平均値、標準偏差を算出した。各下位尺度についてもスコアと平均値、標準偏差を算出した。そして、要因と仮定した「看護の専門的自律性測定尺度」についても同様に、総スコアおよび各下位尺度のスコアと平均値、標準偏差を算出した。

さらに、本研究では病棟看護師の日常生活自立度の低い高齢患者の在宅退院に向けた看護の実践状況と看護師の専門的自律性を、交絡因子を調整したうえで検討するために、「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価表」の総スコアを目的変数とした重回帰分析を行った。その際、回帰係数 β および95%信頼区間[95%CI]、有意確率 p を算出した。重回帰分析に用いる変数は、属性および看護師特性の各項目、日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況の各項目、「看護の専門的自律性測定尺度」の総スコアを検討した。検討する際にはPearsonの積率相関係数 r を算出し、変数どうしの相関性を確認した(| r |<0.7以下を満たすよう変数を取捨選択した)。ただし、日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況の項目については、頻度が高いかあるいは自

信が強いかをスコア化したものであるため、無回答および「分からない」と回答した者は「全く経験がない」と回答した者と同等の水準にあると解釈し、それらを含めた度数として分析した。

すべての統計解析はSPSS ver 27.0 for Windowsを用い、有意水準は5%とした。

IV. 倫理的配慮

本研究の対象者に、研究内容(目的、方法、意義等)、研究参加は自由意思によること、研究参加による負担や不利益は生じないこと、得られたデータは直ちに個人が特定できないよう配慮を行うこと、質問紙の回答・回収をもって本研究への同意とすること、回収後の研究同意の撤回はできないこと、研究結果の公表、個人情報保護、情報の厳重な管理について事前に文書説明を行い、承諾を得た。既存の尺度の使用については、開発者の許可を得た。本研究を実施するにあたり、地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院の臨床研究倫理委員会の承認を得た(承認番号SGHIRB#2020056)。

V. 結 果

対象者350名に質問紙を配布し、回収数は268であった(回収率76.6%)。そのうち、質問紙全4ページのうち約25%である1ページ以上(25項目以上)が無記入であった22名を除き、246名を分析対象とした。なお、日常生活自立度が低い高齢患者に対する退院支援経験数について「分からない」と回答した者は、経験はあるが正確な事例数については認知していない者と解釈し分析対象に含めた。

1. 対象者の背景(表1)

年代は、20~25歳が112名(45.5%)、26~29歳が13名(5.3%)、30歳代が66名(26.8%)、40歳代が38名(15.4%)、50歳代が17名(6.9%)であった。

性別は男性が12名(4.9%)、女性が233名(94.7%)、無回答が1名(0.4%)であった。

最終学歴は、大学院が2名(0.8%)、4年制大学が118名(48.0%)、短期大学が38名(15.4%)、看護専門学校が88名(35.8%)であった。

看護師経験年数は、3年未満が53名(21.5%)、3~4年が43名(17.5%)、5~9年が58名(23.6%)、10年以上が88名(35.8%)、無回答が4名(1.6%)であった。

クリニカルラダーレベルは、Iが40名(16.3%)、IIが74名(30.1%)、IIIが60名(24.4%)、IVが52名(21.1%)、Vが8名(3.3%)、「分からない」が8名(3.3%)、無回答が4名(1.6%)であった。

現部署の所属年数は、1年未満が17名(6.9%)、1~2年が97名(39.4%)、3~4年が78名(31.7%)、5~9年が51名(20.7%)、10年以上が2名(0.8%)、無回答が1名(0.4%)であった。

訪問看護経験数は、「あり」が3名(1.2%)、「なし」が242名(98.4%)、無回答が1名(0.4%)であった。

表1 対象者の背景

n=246

項目		人数 (%)
属性		
年代	20～25歳	112 (45.5)
	26～29歳	13 (5.3)
	30歳代	66 (26.8)
	40歳代	38 (15.4)
	50歳代	17 (6.9)
性別	男性	12 (4.9)
	女性	233 (94.7)
	無回答	1 (0.4)
看護師特性		
最終学歴	大学院	2 (0.8)
	4年制大学	118 (48.0)
	短期大学	38 (15.4)
	看護専門学校	88 (35.8)
看護師経験年数	3年未満	53 (21.5)
	3～4年	43 (17.5)
	5～9年	58 (23.6)
	10年以上	88 (35.8)
	無回答	4 (1.6)
クリニカルリーダー レベル(I～V)	I	40 (16.3)
	II	74 (30.1)
	III	60 (24.4)
	IV	52 (21.1)
	V	8 (3.3)
	分からない	8 (3.3)
	無回答	4 (1.6)
現部署の所属年数	1年未満	17 (6.9)
	1～2年	97 (39.4)
	3～4年	78 (31.7)
	5～9年	51 (20.7)
	10年以上	2 (0.8)
	無回答	1 (0.4)
訪問看護経験	あり	3 (1.2)
	なし	242 (98.4)
	無回答	1 (0.4)
退院支援に関する 研修受講の有無	あり	55 (22.4)
	なし	161 (65.4)
	分からない	30 (12.2)
退院支援の経験事例数	50人以上	51 (20.7)
	10～49人	77 (31.3)
	1～9人	40 (16.3)
	なし	4 (1.6)
	分からない	74 (30.1)

退院支援に関する研修の受講の有無は、「あり」が 55 名 (22.4%), 「なし」が 161 名 (65.4%), 「分からない」が 30 名 (12.2%) であった。

日常生活自立度が低い高齢患者に対する退院支援経験数は、1~9 人が 40 名 (16.3%), 10~49 人が 77 名 (31.3%), 50 人以上が 51 名 (20.7%), 「なし」が 4 名 (1.6%), 「分からない」が 74 名 (30.1%) であった。

2. 日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況 (表 2)

看護チームカンファレンスの開催頻度は、「定期的に行っている」が 206 名 (83.7%), 「ときどきやっているが」26 名 (10.6%), 「あまりやっていない」が 6 名 (2.4%), 「全く経験がない」が 1 名 (0.4%), 「分からない」が 4 名 (1.6%), 無回答が 3 名 (1.2%) であった。看護チームカンファレンスを行う自信は、「かなり自信がある」が 3 名 (1.2%), 「まあまあ自信がある」が 78 名 (31.7%), 「あまり自信がない」が 146 名 (59.3%), 「全く自信がない」が 9 名 (3.7%), 「分からない」が 9 名 (3.7%), 無回答が 1 名 (0.4%) であった。

院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスの開催頻度は、「定期的に行っている」が 31 名 (12.6%), 「ときどきやっている」が 174 名 (70.7%), 「あまりやっていない」が 18 名 (7.3%), 「全く経験がない」が 8 名 (3.3%), 「分からない」が 15 名 (6.1%) であった。院内外の看護・介護・福祉職

のケアカンファレンスを行う自信は、「かなり自信がある」が 2 名 (0.8%), 「まあまあ自信がある」が 68 名 (27.6%), 「あまり自信がない」が 143 名 (58.1%), 「全く自信がない」が 22 名 (8.9%), 「わからない」が 11 名 (4.5%) であった。

3. 日常生活自立度の低い高齢入院患者に対する退院支援の実践状況 (表 3)

「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価表」の総スコアは、平均値 4.1 (SD 0.7), 下位尺度のスコアは、退院後の生活に関するアセスメントは平均値 4.2 (SD 0.9), 患者・家族の今後の療養に関する意向の確認は平均値 4.4 (SD 0.8), ケアのシンプル化は平均値 4.1 (SD 0.8), 地域医療者との連携は平均値 3.1 (SD 0.9), 退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導は平均値 4.4 (SD 0.9) であった。

4. 看護師の専門職的自律性 (表 4)

「看護師の専門職的自律性尺度」の総スコアは、平均値 3.4 (標準偏差 SD 0.5), 下位尺度のスコアは、認知能力は平均値 3.5 (SD 0.5), 実践能力は平均値 3.4 (SD 0.6), 具体的判断能力は平均値 3.5 (SD 0.6), 抽象的判断能力は平均値 3.2 (SD 0.7), 自立的判断能力は平均値 3.5 (SD 0.7) であった。

5. 生活自立度の低い高齢入院患者に対する看護師の在宅退院支援の実践状況と専門職的自律性の関連性 (表 5)

事前に重回帰分析に用いる変数の検討を行った。看護経験年数は年代およびクリニカルラダーレベルと強い相関性が認

表 2 日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況 n=246

項目	人数 (%)	
看護チームのカンファレンスの開催頻度	定期的に行っている	206 (83.7)
	ときどきやっている	26 (10.6)
	あまりやっていない	6 (2.4)
	全く経験がない	1 (0.4)
	分からない	4 (1.6)
	無回答	3 (1.2)
看護チームのカンファレンスを行う自信	かなり自信がある	3 (1.2)
	まあまあ自信がある	78 (31.7)
	あまり自信がない	146 (59.3)
	全く自信がない	9 (3.7)
	分からない	9 (3.7)
	無回答	1 (0.4)
院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスの開催頻度	定期的に行っている	31 (12.6)
	ときどきやっている	174 (70.7)
	あまりやっていない	18 (7.3)
	全く経験がない	8 (3.3)
	分からない	15 (6.1)
院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスを行う自信	かなり自信がある	2 (0.8)
	まあまあ自信がある	68 (27.6)
	あまり自信がない	143 (58.1)
	全く自信がない	22 (8.9)
	分からない	11 (4.5)

表3 日常生活自立度の低い高齢入院患者に対する在宅退院支援の実践状況
n=246

項目	平均値	標準偏差
在宅に視点がある病棟看護の実践に対する自己評価尺度		
総スコア	4.1	0.7
下位尺度		
退院後の生活に関するアセスメント	4.2	0.9
患者・家族の今後の療養に関する意向の確認	4.4	0.8
ケアのシンプル化	4.1	0.8
地域医療者との連携	3.1	0.9
退院後の療養環境に合わせた患者・家族指導の実施	4.4	0.9

注) 得点範囲は 1~6である

表4 看護師の専門職的自律性

n=246		
項目	平均値	標準偏差
看護の専門職的自律性尺度		
総スコア	3.4	0.5
下位尺度		
認知能力	3.5	0.5
実践能力	3.4	0.6
具体的判断能力	3.5	0.6
抽象的判断能力	3.2	0.7
自律的判断能力	3.5	0.7

注) 得点範囲は 1~6である

表5. 生活自立度の低い高齢入院患者に対する看護師の在宅退院支援の実践状況と専門職的自律性の関連性
n=246

項目	回帰係数	95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年代	-0.03	-0.10	0.03	0.30
性別	0.00	0.00	0.00	0.70
最終学歴	0.06	-0.02	0.15	0.15
クリニカルラダーレベル	0.00	0.00	0.00	0.29
現所属部署の経験年数	0.00	0.00	0.00	0.59
訪問看護の経験	0.00	0.00	0.00	0.97
退院支援に関する研修受講	0.01	-0.01	0.04	0.29
看護チームカンファレンスの開催頻度	0.05	-0.07	0.16	0.42
看護チームカンファレンスを行う自信	0.16	0.00	0.31	0.05 *
院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスの開催頻度	0.00	-0.11	0.11	1.00
院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスを行う自信	0.28	0.13	0.43	0.00 ***
看護の専門職的自律性測定尺度のスコア	0.49	0.32	0.66	0.00 ***

注) 重回帰分析を行った(強制投入法)。

目的変数: 在宅に視点がある病棟看護の実践に対する自己評価尺度のスコア

共変量: 年代, 性別, クリニカルラダーレベル, 最終学歴, 現所属部署の経験年数, 訪問看護の経験, 退院支援に関する研修受講,

病棟内看護チームカンファレンスの開催頻度および自信の程度, 院内外の医療・介護・福祉職との退院前カンファレンスの開催頻度および自信の程度

説明変数: 看護の専門職的自律性測定尺度のスコア

調整済みR²=0.36

*, ***, p<0.05, p<0.001

められ ($r=0.84$ および $r=0.77$)、過去に経験した日常生活自立度の低い高齢患者の退院支援の経験は「分からない」と回答した者の割合が約3割に上ったため、共に分析から除外した。よって看護経験年数を除く属性および退院支援の経験を除く看護師特性の各項目、日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況の各項目を共変量、「看護の専門職的自律性測定尺度」の総スコアを説明変数として採用した。なお、日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況の項目については、無回答および「分からない」を選択した者は「全く経験がない」に含めて分析した。

重回帰分析の結果、「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価表」の総スコアと「看護師の専門職的自律性」の総スコアは有意に関連していることが明らかになった ($\beta=0.49$, 95%CI 0.32~0.66; $p<0.001$)。加えて、「看護チームカンファレンスを行う自信の程度」 ($\beta=0.16$, 95%CI 0.00~0.31; $p<0.05$) および「院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスを行う自信の程度」 ($\beta=0.28$, 95%CI 0.13~0.43; $p<0.001$) も有意に関連していた。

VI. 考 察

本研究の目的は、急性期病院における病棟看護師が担う、日常生活自立度の低い高齢患者の在宅退院支援の実践状況と、専門職的自律性の関連性について明らかにすることであった。

1. 日常生活自立度の低い高齢患者が急性期病院から在宅退院を目指す際に取り巻く看護支援状況

本研究においては、対象者の半数を超える者が20歳代であり、クリニカルラダーレベルもⅠ~Ⅱが約半数であった。日常生活自立度の低い高齢患者に対する退院支援を行った経験は10人以上と回答した者が半数を超えているものの、訪問看護の未経験者が大多数であり、また退院支援に関する研修受講経験がある者も約2割に留まっていた。本研究の対象者は、同様の既存の尺度を使用した先行研究¹⁰⁾¹¹⁾と比較すると、概ね、年代や性別、最終学歴は同等だが、クリニカルラダーレベルは高く、訪問看護経験の少なさは同等、退院支援に関する研修受講者の割合はかなり少ないといった特徴であった。これらのことから、本研究の対象者であった病棟看護師に関しては、日常生活自立度の低い高齢患者が急性期病院から在宅退院を目指す際に取り巻く状況として、直接的に支援を担う病棟看護師の在宅退院支援に関する知識・技術および経験については均質性がなく、蓄積されにくい状況にあることは過言ではないであろう。

日常生活自立度の低い高齢入院患者における在宅退院支援に関する所属看護単位のカンファレンスの開催状況としては、本研究の対象者においては先行研究¹²⁾と比較すると、概ね、開催頻度が高いと考えられる一方で、必ずしも病棟看護師が自信をもってカンファレンスを開催できているとは言い難い

状況にあると言える。近年では退院支援の取り組み（退院調整部門の設置と担当者の確立・配置）に対して診療報酬の算定が可能となっており、平成28年度改定では「退院支援加算」が新設¹³⁾され、病棟に「入退院支援・地域連携業務に専従する看護師または社会福祉士」を「専任」で配置される等、急性期病院の中でも看護の機能分化が進められている。本研究の対象施設においても退院支援が必要な患者に対し、必ず退院調整部門の看護師、医療ソーシャルワーカーが介入することになっている。「退院支援加算」が算定され、日常生活自立度の低い高齢患者が在宅退院を目指す場合においても、退院調整部門の看護師が主導となり多職種による退院支援が中心的役割を担っている。推測の域を出ないが、その影響により本研究の対象者においても、病棟看護師が退院支援事例の経験あるいは、カンファレンスの開催を重ねていたとしても、自信をもってカンファレンスに臨んでいるとは言えない状況が生じていると考えられる。看護師のカンファレンスに対する自信を支援するためには、カンファレンス内容の振り返りや他者からのフィードバックあるいは教育プログラムの充実等が必要である。

本研究においては、多変量解析の結果においても、急性期病院の病棟看護師における在宅退院支援の実践状況には、「看護チームカンファレンスを行う自信の程度」および「院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスを行う自信の程度」は共に独立した説明変数として抽出された。このことから、病棟看護師が自信をもってカンファレンスに臨めるような支援が必要である。

2. 急性期病院の病棟看護師における、日常生活自立度の低い高齢患者の在宅退院支援の実践状況と専門職的自律性と関連

多変量解析の結果、看護師の専門職的自律性は、年齢、性別といった属性や、最終学歴、看護実践能力や経験等の看護師特性にかかわらず、日常生活自立度の低い高齢入院患者の在宅退院支援の実践状況に関連していることが明らかになった。

菊池ら¹⁴⁾は、看護業務は「療養上の世話」などの看護職独自の判断に委ねられている領域と、「診療の補助」などの医師に対し従属的な役割が求められる領域が混在していると述べている。病棟看護師にとって日常生活自立度の低い高齢患者の在宅退院支援は、看護師の独自の判断に委ねられている部分が大きく、看護師としての専門職的自律性に深く関わっていると言える。日常生活自立度の低い高齢患者にとって退院後の在宅療養では、患者の意識レベルや四肢の運動機能、麻痺の有無といった身体状況や、介護者の力量により必要物品や方法を考える必要がある。病棟という医療環境が整備された状況下では必要物品を準備しやすいが、在宅での環境はそれとは異なる。よって、退院前から在宅療養を見越して、患者に合わせたケア方法を入院中に確立し、患者や家族が適切な方法を獲得できるようにするためには、病棟看護師の自律性が発揮されることが望ましいと考えられる。

退院後の暮らしを見据えた看護職育成の課題として牛久保ら¹⁵⁾は、「社会資源に関する知識不足や多職種連携ができていないことから、実践に結び付いていないことが考えられた」と述べ、社会資源に関する実践的な知識不足を補うことや会得した知識を実践へと結び付けるための個人の資質向上、組織的な教育的取り組みの必要性について言及している。まさしく本研究の対象者においても、退院支援に関する研修受講の促進や、看護実践能力の向上、自己教育力の強化を行い、専門職的自律性が発揮されるような仕組み作りや教育的配慮が望まれる。

3. 本研究の限界

本研究は、一施設で行われた横断調査であるため、結果を一般化することには限界がある。今後はより多くの施設、多くの対象者に調査を行い、日常生活自立度の低い高齢患者の在宅退院支援の実践状況に、看護師の専門職的自律性が影響を与えることを検証する必要がある。その結果は、今後期待される病棟看護師の退院支援に関する教育・育成プログラムの開発に役立つと考える。

Ⅶ. 結 論

本研究の結果、日常生活自立度の低い高齢患者に対する病棟看護師の在宅退院支援の実践状況には、「看護師の専門職的自律性」が有意に関連していた。その他、「看護チームカンファレンスを行う自信の程度」および「院内外の看護・介護・福祉職のケアカンファレンスを行う自信の程度」が有意に関連していた。退院支援の直接的役割を担う病棟看護師の専門職的自律性が発揮されるような仕組み作りや教育的配慮を行うこと、またカンファレンスに対する自信を深めるような支援が日常生活自立度の低い高齢患者に対する病棟看護師の在宅退院支援の実践には必要である。

利益相反

本研究は地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院から研究助成を受けて実施した。

Ⅷ. 引用文献

- 1) 厚生労働省 (1991), 「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準」の活用について, 各都道府県知事各指定都市市長あて厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知, 老健第 102-2 号, 2022 年 9 月 22 日閲覧.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000077382.pdf>.
- 2) 大竹まり子, 田代久男, 齋藤明子, 他: 山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討, 山形医学, 22 (1), p.57-69, 2004.
- 3) 松井美帆: 関東圏 6 病院における高齢者看護質評価指標による実践状況と看護実践の卓越性の評価, 老年看護学 23 (1), p.103-110, 2018.
- 4) 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛, 他: 病棟看護師の退院支援の現状と課題—患者が地域へ安心して戻るために—, 聖泉看護学研究, 4, p.29-38, 2015.

- 5) 山本さやか, 百瀬由美子: 地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の実施状況とその関連要因, 愛知県立大学看護学部紀要, 24, p.83-90, 2018.
- 6) 杉山祥子, 朝倉京子: 看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス, 日本看護科学会誌, 37, p.141-149, 2017.
- 7) 中村美香, 岩永喜久子: 大学病院に勤務する看護職の専門職的自律性と経験年数の関係, 日本看護管理学会誌, 21 (1), p.40-50, 2017.
- 8) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 他: 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証, 看護管理, 25 (3), p.248-254, 2015.
- 9) 菊池昭江, 原田唯司: 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究, 静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学篇), 47, p.241-254, 1997.
- 10) 有田久美, 後藤妙子: 急性期地域医療支援病院での「在宅の視点のある病棟看護」の実施実態とその関連要因, 福岡大学医学紀要, 48 (1), p.1-8, 2021.
- 11) 田村瞳, 森礼美, 大町いづみ: 病棟看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関連する要因, 保健学研究, 32, p.65-73, 2019.
- 12) 角智美, 池田美智子, 角田直枝: 急性期病院の病棟看護師が実践する退院支援とその関連要因, 第 48 回日本看護学会論文集, p.19-22, 2018.
- 13) 厚生労働省 (2016), 平成 28 年度診療報酬改定の概要, 2022 年 9 月 22 日閲覧.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125202.pdf>.
- 14) 前掲書 9)。
- 15) 牛久保美津子, 近藤浩子, 塚越徳子, 他: 退院後の暮らしを見据えた病院看護職育成のための現状と課題: 病院管理者等へのグループインタビューから, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 40 (2), p.67-72, 2017.

◇研究報告◇

平時の家庭内暴力への認識と対応経験，および新型コロナウイルス感染症流行による，家庭内暴力への認識

— 小児・母性看護専門看護師を対象としたアンケート調査 —

龜山千里¹⁾*

本研究の目的は，小児看護専門看護師（以下，小児 CNS）と母性看護専門看護師（以下，母性 CNS）を対象に，平時の家庭内暴力への認識と対応経験，および新型コロナウイルス感染（以下，COVID-19）流行による，家庭内暴力への認識を明らかにすることである。Web によるアンケートを実施した。75 人の回答を分析対象とした。平時において小児 CNS と母性 CNS の家庭内暴力についての認識は，90%以上は自身の看護専門分野と関連があるとし，全ての小児 CNS と母性 CNS は家庭内暴力について関心があると認識していた。平時の小児 CNS と母性 CNS が家庭内暴力について対応した経験については，90%以上は対応したことがあった。COVID - 19 流行による家庭暴力は，31 人の自由記述の回答において，「児童虐待の増加」「虐待対応の機会の減少」等と認識していた。COVID - 19 流行期は全看護分野の CNS で，家庭の問題に対して多面的に評価や対応を行い，多機関・多職種と連携する仕組みづくりの構築を行う必要性が示唆された。

【キーワード】 専門看護師，新型コロナウイルス感染症，虐待，家庭内暴力，認識

I. はじめに

家庭内暴力は深刻な社会問題であり，本邦では虐待防止法が制定されている。児童虐待では，児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）および児童福祉法が制定されている。新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019，以下，COVID-19）流行期には感染予防対策のため，休園・休校や外出自粛が継続する中で「密着した家族関係」と「家族や個人の孤立化」¹⁾の影響も加わり，児童虐待件数は増加割合となり²⁾，児童虐待防止対策が強化された。ドメスティック・バイオレンス（domestic violence，以下，DV）では，配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（配偶者暴力防止法）が制定された。「心理的虐待」「身体的虐待」といった児童虐待を伴う DV も見られており³⁾，児童虐待を伴う DV の事案への対応も強化された。養育者による高齢者虐待では，高齢者に対する虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）が制定された。養育者による高齢者虐待の相談・通報件数も COVID-19 流行前後から，年間約 2,000 人の増加をみとめ，過去最多となっ

ている⁴⁾。2022 年に厚生労働省より高齢者虐待防止に対する体制整備の充実や再発防止に向けた取組の強化等を求めた通知（老発 0309 第 4 号令和 4 年 3 月 9 日）も発出され，虐待対応が強化された。障がい者虐待では，障害者虐待の防止，障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障がい者虐待防止法）が制定されたが，18 歳未満の障がい児に対する養護者による虐待については，児童虐待防止法が適応される仕組みとなっている。このように虐待防止法は複雑に絡みあっており，家庭内暴力のケースへの支援は課題も多い。

看護師や助産師の児童虐待に対する認識調査では関心は高かった⁵⁾⁶⁾が，対応経験は児童虐待について約 2 割と少ない状況があった⁶⁾。看護師の高齢者虐待に対する認識においても児童虐待と同様に関心は高いが，経験が少ないという結果であった⁷⁾。また，COVID-19 禍では外出自粛等の影響を受け，虐待を含む養護相談の増加⁸⁾や小児医療機関における虐待対応件数の増加⁹⁾をみとめ，高齢者虐待においては 1.6%が虐待の経験を有していたことが報告されていた¹⁰⁾。しかし，実態を把握することに留まり，看護師等の医療者が，COVID-19 禍における虐待をどのように認識し，早期発見や支援して

受付日：2023 年 5 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 土浦協同病院

* E-mail：kameyama.chisato.xm@alumni.tsukuba.ac.jp

いるかについては今後の研究が待たれる。そのような中で、専門看護師 (Certified Nurse Specialist, 以下, CNS) は家庭内暴力の予防の早期発見や効果的な支援, 新しい支援方法の開発等の検討を行う役割を担っているリソースナースであり, その役割が期待されている。そこで, 本研究では, 平時の家庭内暴力への認識と対応経験, および COVID-19 流行による, 家庭内暴力への認識を明らかにし, 次の新興感染症の流行に備える必要がある。

II. 目的

本研究の目的は, 小児看護専門看護師 (以下, 小児 CNS) と母性看護専門看護師 (以下, 母性 CNS) における平時の家庭内暴力への認識と対応経験, および COVID-19 流行による, 家庭内暴力への認識を明らかにすることである。

III. 方法

調査期間は 2021 年 4 月であった。メーリングリストを用いてデータ収集を行うことを日本専門看護師協議会理事会から承認が得られた, 小児 CNS と母性 CNS を対象とした。小児 CNS 用・母性 CNS 用それぞれのメーリングリスト登録者は 234 人 (小児 CNS174 人, 母性 CNS60 人) であり, 除外基準はなかった。調査手順は, 日本専門看護師協議会理事会に文書で依頼を行い, 理事会において諾否の審議が行われた後, 研究者および研究協力者の所属する小児 CNS と母性 CNS のメーリングリストに限定して調査を実施することに承認が得られた。2021 年 4 月に調査対象者へメーリングリストに登録している研究者と研究協力者から各々メール配信にて, 依頼文書および Google フォームの URL・QR コードを添付した。調査対象者はその URL・QR コードから Google フォームへアクセスしアンケートに回答した。

調査項目は, 平時における小児 CNS と母性 CNS の家庭内暴力についての認識は, 自身の専門看護分野と「関連がある」と認識している家庭内暴力, および「関心がある」と認識している家庭内暴力について回答を求めた。平時における小児 CNS と母性 CNS の家庭内暴力について対応した経験について回答を求めた。COVID-19 流行における, 小児 CNS と母性 CNS の虐待への対応に影響があったと感じたか, 影響がないと感じたかの回答を求めた。また影響があると感じた者に対して, どのような影響があったと感じたのか具体的に自由記述を求めた。育児と介護を同時に担う「ダブルケア」¹¹⁾ の可能性を鑑みて, 小児 CNS と母性 CNS に高齢者虐待についても尋ねた。

分析方法は, 量的データは単純集計した。各調査項目と CNS の専門看護分野, CNS としての経験年数は Fisher の正確確率検定で差異を分析した。小児 CNS と母性 CNS の比率がアンバランスであるため Fisher の正確確率検定を用い, $p < .05$ を有意水準とした。統計解析は, EZR Ver1.54 を使用した。自由回答は客観性の確保と記述の全体的な傾向を捉える

ため, KH Coder を用い, 最小出現数 3, 描写数 60 で共起ネットワーク図を作成し, グルーピングを行いカテゴリー化した。それぞれのカテゴリーは, その内容を示す言葉で命名した。

用語の定義として, COVID-19 流行期は政府が休園・休校を要請した, 2020 年 3 月から調査時の 2021 年 4 月までとした。家庭内暴力は家庭内で生じる虐待・暴力のこととし, 児童虐待, DV, 養護者による高齢者虐待および障がい者虐待をさす。虐待対応経験は対象者が虐待対応を実際に行ったことをさす。認識は対象者が家庭内暴力について, どのように把握しているかをさす。

IV. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり, A 病院倫理委員会 (2020FY119) の承認を得て実施した。依頼文書は, 日本専門看護師協議会理事会において, メーリングリストを用いてデータ収集を行うことの承認を得た後, 対象者へメール配信にて, 依頼文書および Google フォームの URL を添付した。研究参加の自由意思, 匿名性とプライバシー保護, 調査中の同意撤回は可能であること, 結果の公表等について依頼文書で説明した。Google フォームには同意の確認欄を設け, 確認した。

V. 結果

日本専門看護師協議会の小児 CNS 用・母性 CNS 用それぞれのメーリングリスト登録者 234 人を対象にアンケート調査を依頼し, 75 人から回収が得られたうち (回収率 32.1%), 有効回答 75 人 (有効回答率 100%) を分析対象とした。

1. 対象の背景

CNS としての経験年数は「5 年以上 10 年未満」が 29 人 (38.7%) と最も多く, 次に「5 年未満」が 21 人 (28.0%) であり, 「15 年以上」は 6 人 (8.2%) と最も少なかった。専門看護分野は「小児」が 55 人 (73.3%), 「母性」が 20 人 (26.7%) であった。勤務施設は, 「医療機関」が 55 人 (73.3%) と最も多く, 次いで「教育機関」が 15 人 (20.0%) であった。

2. 平時における家庭内暴力について「専門分野との関連」, 「関心」の認識 (表 1)

小児 CNS と母性 CNS の専門看護分野と「関連がある」と答えた人が 73 人 (97.3%), 「関連がない」と答えた人が 2 人 (2.7%) であった。「関連がある」と回答した, 家庭内暴力の種類 (複数回答あり) の内訳は, 小児 CNS と母性 CNS を合わせて「児童虐待」69 人 (94.5%), 「DV」45 人 (61.6%), 「障がい者虐待」30 人 (41.1%), 「高齢者虐待」2 人 (2.7%) であった。「児童虐待」は小児 CNS および母性 CNS とともに高い割合であった。「DV」は, 母性 CNS では「児童虐待」と同様に 18 人 (90.0%) と高い割合であった。一方, 小児 CNS では 27 人 (50.9%) と母性 CNS よりも低い割合であった。「障がい者虐待」は小児 CNS では 26 人 (49.1%) と, 母性 CNS よりも高い割合であった。「高齢者虐待」は, 全ての小児 CNS が「関連がない」と認識していたが, 母性 CNS は 2 人 (10.0%) が

「関連がある」と認識していた。CNSとしての経験年数別においては、「関連」の有無で有意差を認めなかった($p = .886$)。

全ての小児CNSと母性CNSが家庭内暴力に「関心がある」であった。「関心がある」と回答した、家庭内暴力の種類(複数回答あり)の内訳は、小児CNSと母性CNSを合わせて「児童虐待」74人(98.7%)、「DV」42人(56.0%)、「障がい者虐待」28人(37.3%)、「高齢者虐待」11人(14.7%)であった。「児童虐待」は小児CNSおよび母性CNSともに高い割合であった。「DV」は、母性CNSでは19人(95.0%)であり、「児童虐待」と同様に高い割合であった。一方小児CNSでは23人(41.8%)と低い割合であった。「障がい者虐待」は、小児CNSでは24人(43.6%)と「児童虐待」に次いで高く、母性CNSよりも高い割合であった。「高齢者虐待」は、小児CNSでは6人(10.9%)、母性CNSでは5人(25.0%)であった。CNSとしての経験年数別においては、「関連」の有無で有意差を認めなかった($p = 1.000$)。

3. 平時における小児CNSと母性CNSの家庭内暴力について対応した経験(表2)

「対応したことがある」と答えた人が68人(90.7%)、「対応したことがない」と答えた人が7人(9.3%)であった。「対応したことがある」と回答した、家庭内暴力の種類(複数回

答あり)の内訳は、小児CNSと母性CNSを合わせて「児童虐待」66人(97.1%)、「DV」38人(55.9%)、「障がい者虐待」12人(17.6%)、「高齢者虐待」4人(5.9%)であった。「児童虐待」は小児CNS49人(100.0%)および母性CNS17人(89.5%)であり、高い割合であった。「DV」は、母性CNSでは、17人(89.5%)であり、「児童虐待」と同様であった。一方、小児CNSでは21人(42.9%)と「児童虐待」に次いで高いが、母性CNSよりも低い割合であった。「障がい者虐待」は、小児CNSでは9人(18.4%)、母性CNSでは3人(15.8%)と低い割合であった。「高齢者虐待」は、小児CNSでは2人(4.1%)、母性CNSでは2人(10.5%)と低い割合であった。CNSとしての経験年数別においては対応の有無で、有意差を認めなかった($p = .886$)。

4. COVID-19流行における、小児CNSと母性CNSの虐待対応に与える影響についての認識

「影響があると感じた」と答えた人が44人(58.7%)、「影響がないと感じた」と答えた人が31人(41.3%)であり、有意差を認めなかった($p = .843$)。小児CNSと母性CNSにおいても有意差は認めなかった($p = .605$) (表3)。「影響があると感じた」と答えた人のうち、31人(70.5%)が自由回答した。分析の結果、「在宅勤務による父親からの児童虐待の増加」

表1 平時における小児CNSと母性CNSの家庭内暴力についての認識(専門看護分野別)

質問項目	専門看護分野別						p		
	全体(n=75)		小児看護(n=55)		母性看護(n=20)				
	n	%	n	%	n	%			
自身の専門看護分野と関連がある家庭内暴力を選択してください	関連がない	2	2.7	2	3.6	0	0.0	1.000	
	関連がある	73	97.3	53	96.4	20	100.0		
	家庭内暴力の種類(複数回答あり)	児童虐待	69	94.5	49	92.5	20		100.0
		DV	45	61.6	27	50.9	18		90.0
		障がい者虐待	30	41.1	26	49.1	4		20.0
		高齢者虐待	2	2.7	0	0.0	2		10.0
		その他	2	2.7	1	1.9	1		5.0
関心を持っている家庭内暴力を選択してください	関心がない	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.000	
	関心がある	75	100.0	55	100.0	20	100.0		
	家庭内暴力の種類(複数回答あり)	児童虐待	74	98.7	55	100.0	19		95.0
		DV	42	56.0	23	41.8	19		95.0
		障がい者虐待	28	37.3	24	43.6	4		20.0
		高齢者虐待	11	14.7	6	10.9	5		25.0
		その他	2	2.7	2	3.6	0		0.0

Fisherの正確確率検定($p < .05$)

表2 平時における小児CNSと母性CNSの家庭内暴力について対応した経験(専門看護分野別)

質問項目	専門看護分野別						p	
	全体(n=75)		小児看護(n=55)		母性看護(n=20)			
	n	%	n	%	n	%		
これまでにCNSとして対応したことがある家庭内暴力を選択してください。(実践、コンサルテーション、コーディネーション、倫理調整の全てを含む)	対応したことがない	7	9.3	6	10.9	1	5.0	.667
	対応したことがある	68	90.7	49	89.1	19	95.0	
家庭内暴力の種類(複数回答あり)	児童虐待	66	97.1	49	100.0	17	89.5	
	DV	38	55.9	21	42.9	17	89.5	
	障害者虐待	12	17.6	9	18.4	3	15.8	
	高齢者虐待	4	5.9	2	4.1	2	10.5	
	その他	3	4.4	2	4.1	1	5.3	

Fisherの正確確率検定($p < .05$)

「乳幼児健康診査などの公的支援や実家の支援が受けられていない」「障がい者虐待ケースの増加」「家庭状況の把握が難しい」「家庭訪問ができない」「経済的困窮」「子どもの怪我

による児童相談所通告の増加」「看護師が子どものサインを見逃す」という、8のカテゴリーが抽出された(表4, 図1)。

表3 COVID-19流行における、小児CNSと母性CNSの虐待の対応に与えた影響

質問項目	専門看護分野別	全体 (n=75)				小児看護 (n=55)				母性看護 (n=20)				p
		n		(%)		n		(%)		n		(%)		
		影響がないと感じた	影響があると感じた	影響がないと感じた	影響があると感じた	影響がないと感じた	影響があると感じた	影響がないと感じた	影響があると感じた					
COVID-19流行における、虐待への対応に与えた影響があると感じたか		31	44	(41.3)	(58.7)	31	24	(56.4)	(43.6)	7	13	(35.0)	(65.0)	.605

Fisherの正確確率検定 (p < .05)

表4 COVID-19流行における、小児CNSと母性CNSの虐待の対応に与えた影響の内容
カテゴリー・サブカテゴリー (N = 37)

カテゴリー	サブカテゴリー
在宅勤務による父親からの児童虐待の増加	子ども虐待の増加 父親が在宅にすることが多い 実家から支援を受ける
乳幼児健康診査などの公的支援や実家の支援が受けられていない	健診の中止 精神不安定
障がい者虐待ケースの増加	障がい者への暴力ケース 把握が困難
家庭状況の把握が難しい	家庭内ストレス 家庭訪問ができない
家庭訪問ができない	孤立 受診がない
経済的困窮	経済的困難
子どもの怪我による児童相談所通告の増加	怪我で児童相談所へ通告
看護師が子どものサインを見逃す	サインを見逃す

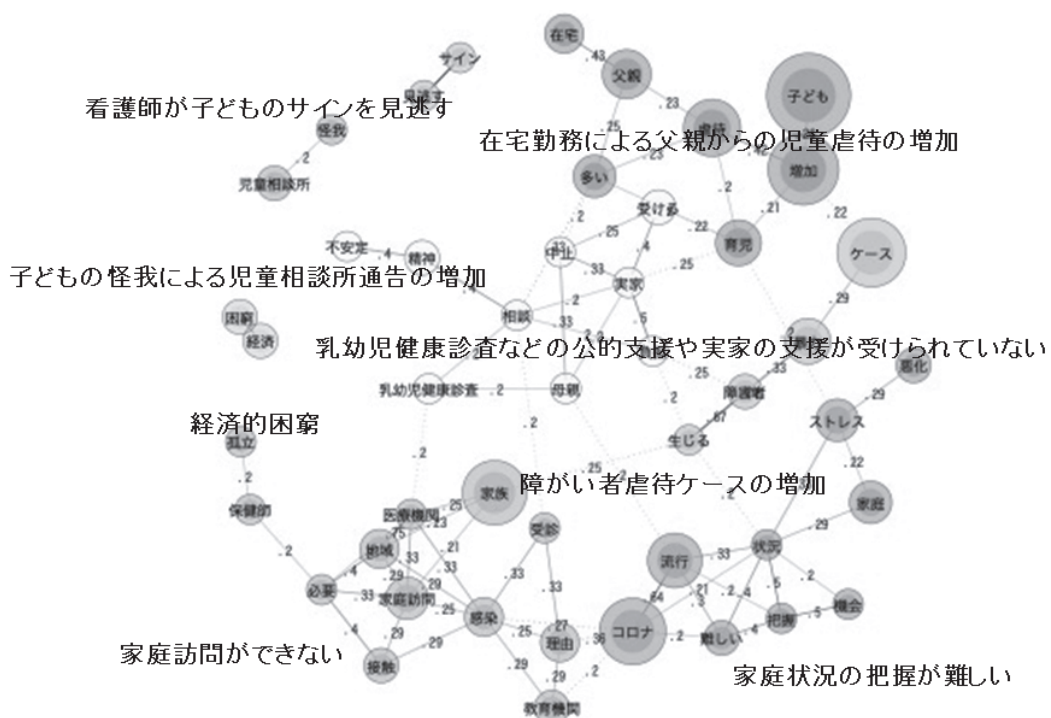


図1 COVID-19流行における、小児CNSと母性CNSの虐待の対応に与えた影響の内容 (N = 37)

数値は、Jaccard係数。Jaccard係数が0.2以上を表示。

VI. 考 察

平時における小児 CNS と母性 CNS の家庭内暴力については、小児 CNS と母性 CNS の看護専門分野と「関連がある」と答えた人が 90%以上であり、小児 CNS と母性 CNS の「児童虐待」への関連については 90%と高い割合であった。小児 CNS と母性 CNS は、児童虐待予防や支援が必要となるケースへの対応や児童虐待対応などの院内外の支援体制に携わる者も多いことから、高い結果であったと考えられた。しかしながら、「DV」への関連について、母性 CNS では「児童虐待」と同様に 90%と高い割合であったが、小児 CNS では 50%にも満たなかった。小児 CNS は、対象が「DV」の被害者そのものではなく、二次的被害を受ける子どもが中心となることや、「DV」の被害者や対応者から発信がなければ「DV」に関わる機会がないことが、「関連がある」という認識の低さに影響を与えていた可能性がある。「児童虐待」と「DV」は、夫婦間の「DV」が子どもに直接的・間接的に影響を及ぼし、「面前 DV」は心理的虐待の分類のみでなく、ネグレクトも生じやすいとされている¹²⁾。法律や施策も整備されつつあり、今後は「児童虐待」と「DV」を包括的にスクリーニングする方法や関係機関との連携や支援が求められていくため、小児 CNS においては認識を高めていく必要があると考える。小児 CNS と母性 CNS の「障がい者虐待」「高齢者虐待」への関連についても 50%に満たなかった。家族全体を専門的視点で支援できる小児 CNS と母性 CNS は、「障がい者虐待」「高齢者虐待」に関する問題解決に関わることが可能である。しかしながら、対象者の 90%以上が「医療機関」「教育機関」に所属していたため、行動範囲が狭くかつ在宅で過ごすことが多い高齢者や障がい者のケースに関わる機会が少なく、これにより「関連する」という認識が低くなったと推察された。

関心がある家庭内暴力についての認識については、全ての小児 CNS と母性 CNS が家庭内暴力に「関心がある」と認識していた。「児童虐待」は 90%以上と高い割合であった。「児童虐待」は、外来を含む看護師の多くが身近な問題として捉えているものの、日々虐待を念頭におき、自身が関わっていきたくらいという認識が不十分で、積極的に「児童虐待」に関わりをもてない現状がある¹³⁾。リソースナースであり、高度看護実践者に位置づけされる CNS には、虐待対応の中心的な役割を担い、積極的な関わりが求められていると考えられる。

平時における小児 CNS と母性 CNS の家庭内暴力について対応した経験については、「対応したことがある」と答えた人は 9 割以上であった。そのうち「児童虐待」は 90%以上と高い割合であった。しかし「DV」への「関心」はかろうじて 50%以上を満たしているものの、「障がい者虐待」「高齢者虐待」への「関心」においては 20%にも満たなかった。小児 CNS および母性 CNS に「障がい者虐待」「高齢者虐待」に関するコンサルテーションはほとんどないためと考えられるが、家族

内に子どもが存在しているケースがあることを念頭におき、まずは「関心」を高めていく必要がある。

COVID-19 流行期における、小児 CNS と母性 CNS の虐待の対応に与えた影響の有無については有意差を認められなかったが、COVID-19 流行が虐待対応に与える影響の内容から、小児 CNS と母性 CNS は「子どもの怪我による児童相談所通告の増加」「在宅勤務による父親からの児童虐待の増加」「障がい者虐待ケースの増加」といった虐待の増加を感じていた。「乳幼児健康診査などの公的支援や実家の支援が受けられていない」「経済的困窮」から養育者が追い詰められているが、「家庭訪問ができない」ことから「家庭状況の把握が難しい」状況があり、家庭内での虐待のリスクの把握が困難な問題が生じていると捉えていた。「児童虐待」を例にすると、救急外来等で医療機関を受診する際、小児や母性以外の分野の CNS で早期に児童虐待に遭遇している可能性がある。一方、親の場合でも、小児や母性以外の分野の CNS で日常的に児童虐待に遭遇している可能性がある。つまり COVID-19 流行期では、全看護分野の CNS が様々な場面で関与し、虐待の兆候やカテゴリーにある「看護師が子どものサインを見逃す」ことなく、家庭の問題を多面的に評価や対応を行っていく必要がある。その上で、多機関・多職種と連携する仕組みづくりが今後の課題である。

VII. 結 論

小児 CNS と母性 CNS は、「児童虐待」に対し「専門分野との関連」「関心」の認識の高さを示していた。また、COVID-19 流行による影響として、児童虐待の増加、虐待対応の機会の減少、虐待リスクの把握が困難さを認識していた。COVID-19 流行期は全看護分野の CNS が家庭の問題を多面的に評価や対応を行い、多機関・多職種と連携する仕組みづくりの構築を行うことが今後の課題である。今回の研究の限界として、第一に COVID-19 流行による、小児 CNS と母性 CNS の虐待の対応に与えた影響についての認識に関して、回答しにくい質問であったため、解釈に相違を生じた可能性がある。第二に、本研究の対象が小児 CNS と母性 CNS のみであったため、今後は全看護分野の CNS を対象とした調査を行っていく必要がある。

本論文の内容の一部は、日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会において発表した。なお、本論文内容に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 1) 斎藤環：コロナ禍における「ひきこもり生活」がもたらす心理的影響，日本労働研究雑誌，63 (4)，p84-89，2021.
- 2) 厚生労働省 (2020)，令和 2 年度児童相談所での児童虐待相談対応件数，2023 年 2 月 8 日閲覧，<https://www.mhlw.go.jp/content/00824359.pdf>.
- 3) 内閣府男女共同参画局 (2020)，男女間における暴力に関する調査 (令和 2 年度調査)，2023 年 2 月 8 日閲覧，

- https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/r02_boryoku_cyousa.html.
- 4) 厚生労働省 (2020), 令和 2 年度「高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果, 2023 年 2 月 8 日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000871876.pdf>.
 - 5) 但馬まり子, 赤井由紀子: 助産師の児童虐待予防に対する認識, 第 44 回日本看護学会論文集 (母性看護), p.81-84, 2014.
 - 6) 石原香織, 高橋恵美子, 小村智子: 児童虐待に対する看護師の意識調査, 日本小児看護学会誌, 24 (3), p.10-17, 2015.
 - 7) 尾崎美恵子, 吉岡幸子, 篠原実穂, 他: 診療所で働く看護師等スタッフの高齢者虐待に関する認識と行動, 埼玉医科大学短期大学紀要, 22, p.61-66, 2011.
 - 8) 才村純, 都築繁幸, 植田美津恵, 他: 新型コロナ禍における子育て家庭の育児ストレスや子ども虐待の実態及びその対策に関する予備的研究, 東京通信大学紀要, 4, p.339-357, 2022.
 - 9) 中村洋介, 遠藤明史, 儘田光和, 他: 新型コロナウイルス感染症に伴う小児医療機関の保険診療上の課題に関する調査 二次調査報告, 日本小児科学会雑誌, 126 (1), p.123-133, 2022.
 - 10) Koga, Chie., Tsuji, Taishi., Hanazato, Masamichi., et al.: The association between elder abuse and refrainment from daily activities during the COVID-19 pandemic among older adults in Japan A cross-sectional study from the Japan Gerontological Evaluation Study, SSM-Population Health, 19, 2022.
 - 11) 内閣府男女共同参画局 (2016), 平成 27 年度育児と介護のダブルケアの実態に関する調査報告書, 2023 年 10 月 2 日閲覧,
https://www.gender.go.jp/research/kenkyu/wcare_research.html
 - 12) 原健一: DV と児童虐待との関係, 共同参画, 128, p.4-5, 2019.
 - 13) 網野真由美: 外来看護師の児童虐待に対する意識に関連する文献検討, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 13 (1), p.35-41, 2017.

◇研究報告◇

看護研究経験による看護実践上の意識の変化と影響を受けた研究プロセス

渡邊葉子¹⁾*, 岡部裕子¹⁾, 安藤佑貴子¹⁾, 佐野良子¹⁾, 松永佳子²⁾

【目的】 看護研究（以下、研究）経験から看護実践上での意識の変化とケアに影響を受けた研究プロセスを明らかにする。

【方法】 正規雇用看護師 427 名へ無記名自記式質問紙を配布、2 週間留置きをして回収した。データ分析は記述統計量を算出後、属性と意識の変化について χ^2 検定、研究プロセスに関しては、7 つのプロセスについて 1 位から 3 位まで得点化した。

【結果】 研究後は看護実践上の意識の変化として、研究領域に関して意識することや根拠を考えて看護援助するようになったなどポジティブな意識の変化があった。研究経験により影響を受けた研究プロセスは文献検索であった。

【考察】 研究の経験により、研究成果が活用され、根拠ある看護実践が提供するようになり看護実践能力が向上している。また、影響を受けた研究プロセスは、文献検索方法であり、実際に活用できることで日々の看護問題は解消に繋がっていることが示唆された。

【キーワード】 臨床看護研究、看護師の意識、看護研究支援

I. はじめに

看護研究（以下、研究とする）は、看護学の発展と質の向上を目指した活動であり、自己成長の機会となると捉えられている。

A 病院では、教育目標やクリニカルラダーの各レベルの到達目標評価表に看護研究に携わることを明記し、看護研究を遂行する支援として、1997 年より外部講師（看護大学教授等）による看護研究教室を年 5 回開催している。さらに、看護研究推進委員による日常的な支援、看護部からの研究に必要な費用の支援、院内看護研究発表会の場の提供など研究を支援する体制を整えている。

現在 A 病院では看護研究には看護計画書を提出した時点から研究計画書作成・方法・実践・分析・論文作成・発表までに 2 年間で費やしていること、慢性的な人手不足などの理由から看護業務とは別に看護研究に取り組む時間を捻出することに困難を感じている看護師が少なくなく、年々看護研究教室への参加希望者が減少傾向にある。

先行研究においては、研究に対する困難に関するものや、求められる支援や課題について明らかにしているものが多い中、滝島¹⁾は「看護研究体験は、研究の成果だけでなく看護師としても成長する機会にもなる」と述べている。そこで、看護研究に取り組んだ看護師の学習経験に着目することで、やりがいにつながられるよう支援していきたいと考えた。

A 病院で看護研究を行った看護師が、看護研究の経験をしたことにより日々の看護実践の中でどのような意識の変化があったのか、さらに看護研究プロセスの中でどの部分が自身の成長に影響を及ぼしたのかを明らかにし、今後看護研究を教育的に支援するための効果的な関わりや指導の一助とする。用語の定義

看護研究経験：A 病院で看護研究教室に参加し研究を終了した者を指す。

看護研究推進委員：A 病院看護部の委員会であり選任された者を指す。

受付日：2023 年 5 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 富士市立中央病院 2) 東京慈恵会医科大学

* E-mail：watanabe_youko@sk.city.fuji.shizuoka.jp

Ⅱ. 目 的

看護師が看護研究方法を学習し、実際に看護研究を遂行したことによる看護実践上の意識の変化と影響を受けた研究プロセスを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象

A 病院の副看護長以下の正規雇用看護師 427 名

2. 調査期間

2021 年 8 月から 9 月

3. 研究デザイン

無記名自記式質問紙法による横断研究

4. 調査内容

質問紙による調査内容は以下のとおりである。

- 1) 属性として、年齢、看護師経験年数、看護研究経験、看護研究経験回数、最終看護研究からの年数、看護研究教室の支援の有無、学会発表経験の有無の 7 問とした。
- 2) 看護研究を経験した後の看護実践上の意識の変化として、「根拠を考えて看護援助をするようになった」、「研究領域に関して研究結果を意識して関わるようになった」、「患者さんへのかかわり方が積極的になった」、「研究領域に対する仕事に自信が持てるようになった」、「問題意識をもって仕事ができるようになった」、「看護に対するやりがいを持つことができた」、「改めて看護研究を行う必要があると思った」、「研究の経験からスタッフに勧めていきたい」の 8 問を設定した。
- 3) 研究の経験から影響を受けたプロセスとして (1) リサーチクエスション (2) 文献検討 (3) 研究計画書の作成 (4) データ収集 (5) 分析 (6) 論文作成 (7) 発表・パワーポイント作成の 7 項目から、それぞれ「看護実践においてプラスになった研究のプロセスはどこですか」、「支援が欲しかった研究のプロセスはどこですか」、「支援があってよかったと思った研究のプロセスはどこですか」の 3 問について 1 位から 3 位まで順位をつけてもらった。
- 4) 印象に残ったエピソードについて自由に記述してもらった。

5. データ収集方法

- 1) 看護師長会で研究の趣旨を説明した。
- 2) 看護師長会での説明の後、各病棟に依頼文を添えた質問紙と封筒を配布した。
- 3) 各病棟に回収袋を 2 週間留置し、回収した。

6. データ分析

- 1) 本研究は、回答したもののうち、看護研究を経験したことのある人を分析対象とした。
- 2) 看護研究を実施した効果については、「そう思わない」から「そう思う」の 5 段階評価のリッカートスケールを使用し平均値を算出した。

- 3) 看護研究を実施した効果の 8 項目に対して、「そう思う」「ややそう思う」「どちらとも言えない」の群と「あまりそう思わない」「思わない」の 2 群に分け、「年代」と「看護研究支援」を受けたか否か、「看護研究経験回数」1 から 3 回以上の 3 群についてそれぞれクロス集計、 χ^2 乗検定を行った。また、研究経験回数については有意差のあるものを残差分析した。有意水準は 5% 未満とし、統計解析ソフト JMP, Ver.16 for Windows を使用した。
- 4) 研究の経験から影響を受けたプロセス 3 問については 1 位を 3 点、2 位を 2 点、3 位を 1 点として得点化し、各項目の得点を求めた。
- 5) 自由記述については、コード化したものを類似性に従って整理し、サブカテゴリーとし、さらにカテゴリー化して分類した。
- 6) 結果のカテゴリー分類等の信頼性を高めるために、研究指導を行う看護研究者による確認とスーパーバイズを受けてまとめた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は A 病院看護部倫理委員会の審査を受けて実施した (承認番号: 2021-6)。対象者に本研究への協力は自由意思であること等を書面で説明し、質問紙の回収をもって同意とした。なお回答後は無記名のため、途中で同意の撤回はできないこと、同意しない場合には調査用紙を廃棄するように記載した。収集したデータは、USB で管理しフォルダにパスワードをかけた状態で保管した。

Ⅴ. 結 果

388 名から回答を得て回収率は 90.8%、そのうち看護研究を行ったことのある人は 213 名 (54.9%) であった。有効回答は 100% であった。

1. 対象者の属性

平均年齢は 42.1 (SD9.9) 歳であった。看護師経験年数は平均 17.1 (SD10.5) 年であり、看護研究経験回数は平均 2 (最大 10, 最小 1) 回であり、100 名 (46.3%) が 5 年以内に看護研究に取り組んでいた。看護研究教室での研究支援を受けた人は 137 名 (64.3%)、学会等での発表経験がある人は 166 名 (77.9%) であった (表 1)。

2. 看護研究を経験したことが看護実践に影響した内容

「研究領域に関して、研究結果を意識して関わるようになった」平均 3.88 (SD 0.92) 点が最も高く、以下「根拠を考えて看護援助をするようになった」平均 3.86 (SD 0.91) 点、「問題意識をもって仕事ができるようになった」平均 3.82 (SD 0.88) 点、「患者さんへのかかわり方が積極的になった」平均 3.67 (SD 0.98) 点、「研究領域に対する仕事に自信が持てるようになった」平均 3.59 (SD 1.00) 点、「看護に対するやりがいを持つことができた」平均 3.59 (SD 0.97) 点であった (表 2)。

表1 対象の属性

(n=213)

項目	
年齢	42.1±9.9 歳
経験年数	17.1±10.5 年
	人 (%)
看護研究を行ったことがある	213 (54.9)
経験年数 0～5 年	100 (46.9)
6～10 年	58 (27.2)
10 年以上	48 (22.5)
無回答	7 (3.2)
研究教室の支援を受けた人	137 (64.3)
学会等での発表経験がある人	166 (77.9)

表2 看護研究を経験したことが看護実践に影響した内容

(n=213)

項目	そう 思う	やや そう 思う	どちら ともい えない	あまり そう思 わない	そう 思わ ない	無回答	平均値	SD
根拠を考えて看護援助をするようになった	43	105	52	10	2	1	3.86	0.91
研究領域に関して、意識して関わるようになった	46	105	49	9	3	1	3.88	0.92
患者さんへのかかわり方が積極的になった	39	79	76	15	3	1	3.67	0.98
研究領域に対する仕事に自信が持てるようになった	34	79	74	22	3	1	3.59	1.0
問題意識をもって仕事ができるようになった	36	110	54	10	2	1	3.82	0.88
看護に対するやりがいを持つことができた	30	83	79	16	4	1	3.59	0.97

3. 看護研究を経験したことによる効果を認めた関連要因

看護研究を実施したことによる効果について、年齢、看護研究への支援、研究実施回数について分析した。残差分析の結果、看護研究を3回以上実施している人と1回の人との間に、以下の項目で有意差を認めた。「研究領域に関して、研究結果を意識して関わるようになった」($p<0.05$)「研究領域に対する仕事に自信が持てるようになった」($p<0.05$)「あなたの研究の経験からスタッフに勧めていきたい」($p<0.05$)。一方、年齢や支援の有無については統計に有意差を認めなかった(表3)。

4. 臨床看護研究を通して看護実践等に影響を受けた研究プロセス

「看護実践においてプラスになった研究プロセス」は、「文献検索」で、ついで、「分析」、「データ収集」の順であった。「支援が欲しかった研究のプロセス」は、「分析」で、ついで「研究計画書」、「論文作成」の順であった。また、「支援があっ

てよかったと思った研究のプロセス」では、「研究計画書」、「論文作成」、「分析」の順であった(表4)。

5. 印象に残ったエピソード

自由記述に記載した看護師は57名であり、58コード数が抽出され、16サブカテゴリー、最終的に7カテゴリーへ分類できた(表5)。以下、コードを〈 〉、サブカテゴリーを〔 〕、カテゴリーは《 》として示す。

1) カテゴリー《研究の効果》について

〈問題意識が持てるようになった〉、〈患者の気持ちや思いを知ることができた〉と〔研究から学んだこと〕があり、研究後は〈研究の成果を考え対応できた〉、〈スタッフが進んでケアを行うようになった〉と〔研究成果が活かされた〕経験があった。そして〈発表後、参考にしたいとあり嬉しく思った〉と〔発表までつなげることの大切さ〕があげられ、《研究の効果》を実感していた。

表3 看護研究を経験したことに効果を認めた関連要因

(n=213)

		1)根拠を考えて看護援助をするようになった				2)研究領域に関して、研究結果を意識して関わるようになった			
		いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値	いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値
年齢	20代	6	17	0	0.86	7	16	0	0.80
	30代	13	26	0		11	28	0	
	40代	23	53	1		18	58	1	
	50代以上	17	48	0		20	45	0	
	不明	5	4	0		5	4	0	
研究支援	あり	41	96	0	0.76	40	97	0	1.00
	なし	23	49	0		21	51	0	
	不明	0	3	1		0	3	1	
研究経験	1回	29	55	0	0.28	33	51	0	0.02
	2回	24	55	1		19	60	0	
	3回以上	10	37	0		9	38	0	
	不明	1	1	0		0	3	0	
		3)患者さんへのかかわり方が積極的になった				4)研究領域に対する仕事に自信が持てるようになった			
		いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値	いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値
年齢	20代	11	12	0	0.63	12	11	0	0.91
	30代	15	24	0		19	20	0	
	40代	37	39	1		34	42	1	
	50代以上	26	39	0		29	36	0	
	不明	5	4	0		5	4	0	
研究支援	あり	59	78	0	0.70	61	76	0	0.45
	なし	33	39	0		36	36	0	
	不明	2	1	1		2	1	1	
研究経験	1回	42	42	0	0.21	48	36	0	0.02
	2回	35	44	1		34	45	1	
	3回以上	16	31	0		15	32	0	
	不明	1	1	0		2	0	0	
		5)問題意識をもって仕事ができるようになった				6)看護に対するやりがいを持つことができた			
		いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値	いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値
年齢	20代	8	15	0	0.53	12	11	0	0.82
	30代	15	24	0		18	21	0	
	40代	20	56	1		36	40	1	
	50代以上	18	47	0		27	38	0	
	不明	5	4	0		6	3	0	
研究支援	あり	43	94	0	0.93	62	75	0	0.51
	なし	23	49	0		36	36	0	
	不明	0	3	1		2	1	1	
研究経験	1回	32	52	0	0.11	41	43	0	0.65
	2回	22	57	1		37	42	1	
	3回以上	10	37	0		19	28	0	
	不明	2	0	0		2	0	0	
		7)改めて看護研究を行う必要があると思った				8)あなたの研究の経験からスタッフに勧めていきたい			
		いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値	いいえ(人)	はい(人)	無回答(人)	p値
年齢	20代	10	13	0	0.19	13	10	0	0.43
	30代	24	15	0		28	11	0	
	40代	50	26	1		49	27	1	
	50代以上	34	30	0		37	28	0	
	不明	7	2	0		7	2	0	
研究支援	あり	84	52	1	0.50	80	57	0	0.08
	なし	41	31	0		51	21	0	
	不明	0	3	1		3	0	1	
研究経験	1回	50	34	0	0.99	62	22	0	0.01
	2回	46	33	1		47	32	1	
	3回以上	27	19	1		23	24	0	
	不明	2	0	0		2	0	0	

表4 臨床看護研究を通して看護実践等に影響を受けた研究プロセス

(n = 213)

	1位	2位	3位
看護実践においてプラスになったプロセス	文献検討	分析	データ収集
支援が欲しかったプロセス	分析	研究計画書作成	論文作成
支援があってよかったプロセス	研究計画書作成	論文作成	分析

表5 看護研究で印象に残ったエピソード

カテゴリー	サブカテゴリー (16)	コード (58)
研究の成果	研究から学んだこと	問題意識が持てるようになった
		研究的視点の大変さを学んだ
		学会や文献検討で専門分野の知識を増やすことができた
		患者に与える影響や意味を考えられた
		患者の気持ちや思いを知ることができた
		言葉を大切に聞かなければならないことを知った
	社会人としての常識を学んだ	
	研究成果が活かされた	患者さんからも声をかけてもらうことが増えた
		看護研究の相談を受け、研究の経験から対応できた
		研究の成果を考え対応できた
発表までつなげることの大切さ	スタッフが進んでケアを行うようになった	
	研究を発表する大切さを学んだ	
	他の病院の看護師との交流ができた	
良い協力体制	スタッフや上司の支援	発表後、参考にしたいとの発言をきき嬉しく思った
		スタッフの方々が協力的で研究しやすい環境だった
	先生や委員への感謝	上司の的確な助言があった
メンバーとの良好な関係の構築	推進委員の指導・援助に感謝	
	メンバーとの信頼関係を築けた	
	メンバーとの絆が強くなった	
意識や感情への効果	臨床に活かせる意識の変化	他者の考え方の理解につながった
		自分の行っている看護に自信が持てた
		研究結果を意識し対応することができる
		問題意識がもてるようになった
		看護ケアを研究中にメンバー同士で実践し効果を実感できた
		患者さんに対して根拠を考え丁寧に接する気持ちが強くなった
	研究経験で得た良い感情	今まで何気なく行っていた行為に根拠が見いだされた
		上司の言葉をうけ試行錯誤しながら何とかまとめた
		自分の疑問を研究できた
		新しい発見もできて楽しいと感じた
研究指導に対する不満	指導に一貫性がない	研究教室の度に指導内容が異なり困った
		専門家の支援がないと難しい
	適時な指導や指導内容の限界	研究教室でタイムリーに支援が受けられない
		自主研の方が自分のやりたいことができてよかった
		看護師だけでは難しい内容は多職種と連携することの重要性を感じた
		研究の基礎や計画書をしっかり学んでからやるとよい
研究に伴う負担	研究の強制化	先生が別分野で知りたい指導内容がもらえない
		達成感というより肩の荷が下りたような気分
	勤務外に研究する負担	看護研究が半ば義務化されていることに異議を唱えたい
研究に伴う負の感情	苦痛な経験	時間外での集まりが負担
		業務と研究の両立負担
		いろいろな言われて嫌な思いしか残っていない
		繰り返しの修正で自分がやりたい内容からズレていった
		大変だったので研究教室に入ろうと思えない
		計画書すべてが書き直しとなった
	メンバーに関する負の感情	計画書や指導が厳しかった
		「あなたの研究は認めない」と言われた
		研究メンバーが異動となり、情報共有や集まることが大変
		看護研究を行う人数は多いと意見がまとまらない
研究を遂行する障壁	看護研究の難しさ	1人ひとりの熱量がちがいが名前だけのメンバーが目立った
		意見対立があり精神的に負担がある
		計画書に時間がかかり心が折れた
		生データを聞く難しさ
		データ収集と分析が進まなかった
		文献とキーワード探しが難しかった
	研究成果が活かされない	文章が書けなくて大変
	量的研究がやりにくかった	
	対象患者がおらず研究が進まなかった	
	結果が継続されないことが多い	

2) カテゴリー《良い協力体制》について

研究者間では「メンバーとの絆が強くなった」と「メンバーとの良好な関係の構築」をすることができた。また、「スタッフや上司の支援」があり、「先生や委員への感謝」したいと思える《良い協力体制》があった。

3) カテゴリー《意識や感情への効果》について

研究経験後に「研究結果を意識し対応することができる」、「根拠を考え丁寧に接する気持ちが強くなった」と「臨床に活かせる意識の変化」があった。そして「新しい発見ができて楽しい」と「研究経験で得た良い感情」が《意識や感情への効果》となった。

4) カテゴリー《研究指導に対する不満》について

「研究教室の度に言うことが違い戸惑った」と「指導に一貫性がない」と感じ、「タイムリーに指導が受けられない」、「先生が別分野で知りたい指導内容がもらえない」と、「適時な指導や指導内容の限界」があり《研究指導に対する不満》と分類できた。

5) カテゴリー《研究に伴う負担》について

「勤務外に研究する負担」や「研究が半ば義務化されていることに異議を唱えたい」という「研究の強制化」が《研究に伴う負担》につながっていた。

6) カテゴリー《研究に伴う負の感情》について

「計画書がすべて書き直しとなった」、「繰り返しの修正で自分がやりたい内容からズレてしまった」と研究が「苦痛な経験」となり、「意見の対立があり精神的に負担」で「メンバーに関する負の感情」があり《研究に伴う負の感情》が生じた。

7) カテゴリー《研究を遂行する障壁》について

「データ収集と分析が進まなかった」、「計画書に時間がかかって心が折れた」と「看護研究の難しさ」があり、「結果が継続されないことが多い」と「研究成果が活かされない」ことが《研究を遂行する障壁》となった。

VI. 考 察

今回の調査対象である A 病院の看護研究に取り組む世代は、ベナーの看護論より中堅者レベルに属する看護師であった。

1. 研究経験による看護実践上の意識の変化

研究を実践した効果としては、「根拠を考えて看護援助するようになった」、「研究領域に関して研究結果を意識して関わるようになった」「患者さんへのかかわり方が積極的になった」の平均値が高いことから、患者に対する看護実践への自信に繋がり看護実践能力の向上に繋がっていることが示唆される。また自由記述からも《研究の効果》《意識や感情への効果》が抽出されていることから看護研究を行った経験は、患者に対する看護に活用でき、根拠のある看護実践につながっていることが推察される。黒田²⁾は「患者さんへのエビデンスに基づく実践こそがナースの専門職としての役割であり義務でも

ある」と述べており、研究を行うことで責任感のある看護師へ成長していく一助になることが期待できる。また、研究を3回以上行っていると「研究領域に対する仕事の自信につながる」という意見を認め、看護研究を積み重ねることにより、問題探究、論理的思考の能力が養われ根拠のある質の高い看護実践に結びつき、仕事に対する自信につながると考えられる。さらに、研究経験を積み重ねるにつれ「今後研究をスタッフに勧めたい」という意見につながっていた。野中³⁾らは「看護師経験年数に関係なく、研究経験回数4回以上の人に、研究の意義についての認識が高い傾向にあることが明らかになった」と述べている。看護研究の経験は《研究の効果》に分類できたように、研究の成果が活かされることで、自己の達成感や成長に繋がり個人としてのやりがいとなるようなプラスの効果が得られることが示唆された。また、《良い協力体制》としてメンバー間の結束力は良い体験になっていることが示唆された。

看護研究を始めるにあたり、早川⁴⁾は文献検討の重要性を示している。A病院においても、看護研究における文献検討は看護実践において最もポジティブな反応を得たプロセスであった。文献検索の方法を知り、実際に検索することで、日常の看護実践の疑問も解消することに繋がり、影響を受けた研究プロセスとして認識されたと考える。また伊藤⁵⁾は「文献検討や理論的に考察する習性も身につく、看護活動全体を前向きに取り組む意欲がより出てくる」と述べている。本研究でも、看護研究を行うことは、看護師個人の職業的成長に影響を与えている意見を認めており、伊藤⁵⁾らの研究と同様の結果であった。

一方、負担に感じている看護師がいることを改めて確認できた。A病院では研究教室の時間は勤務内で実施できるようになったが、その他の過程では自分の生活の中で時間調整を行い実施している。そのため「肩の荷が下りたような気分」〈時間外での集まりが負担〉と《研究に伴う負担》や、「苦痛な経験」〔メンバー間に関する負の感情〕として《研究に伴う負の感情》があった。約2年にわたって看護研究に取り組むことへの意識の変化は、プラスの感情とマイナスの感情を交互に抱きながら実践するため考慮していく必要がある。マイナスの感情の中から、いかに看護師としての職業的成長を自覚させるような支援をできるかが重要となるであろう。

2. 看護研究推進委員としての援助

A病院での看護経験研究者は54.9%で半数以上が経験しており、その中で64.3%が看護研究教室での指導を受けている。看護研究の研究プロセスの中で、分析・研究計画書・論文作成に関しては、〈研究を遂行する障壁〉にもあるように困難を示し、研究につまずきやすい過程であることがわかる。そのため、今後の看護研究推進委員としての支援を重視しながら取り組んでいかなければならない。

研究計画書はリサーチクエスションが鍵となるため、実現可能であるもので、興味のあるリサーチクエスションを選ぶ

ことで、研究をしている間のモチベーションを保ちやすい。伊藤⁵⁾は「研究計画書をまとめることが、研究者の考えを整理することができ、研究目的を明確にし、かつ理論的に研究方法を組み立てることを可能にする」と述べているように、看護研究推進員として外部講師と共に研究者が疑問となっていることを表現できるよう協力し、問題提起や動機が明確になるよう支援していく必要がある。

研究分析の学習は、どのような統計の手法を活用するかを正確に理解しなければ、得られた結果を解釈することは困難となる。また、測定尺度の信頼性および妥当性、分析方法についても、研究目的との関連から検討しなければならない。研究に使用する統計については外部講師か専門家の支援と指導を求めている。看護研究推進委員も外部講師と協働し、研究者の学びとなるような効果的、効率のよいデータ収集や分析が遂行できるよう支援していく必要がある。

論文作成に関しては、実践したものを言語化して文章として表現することが必要となる。そのため、論理的文章化していく過程で、推進委員も支援できるように、論文の書き方について研鑽していく必要がある。

研究に伴う負担として、〈計画書に時間がかかって心が折れた〉と〔看護研究の難しさ〕〈繰り返しの修正で自分がやりたい内容からズレていった〉と〔苦痛な経験〕などの《研究に伴う負の感情》や、〔研究の強制化〕〔勤務外に研究する負担〕など《研究に伴う負担》の軽減に支援する必要があることが再確認できた。本来、看護師にとって看護研究は義務化されるものではなく、看護師の自主性や興味から始まって臨床研究に取り組むものである。南⁶⁾は「研究の動機が内的であれ外的であれ、日々の実践を見直すきっかけとなり、看護実践を向上できれば良い」と述べているが、A病院も、看護師の臨床看護研究に取り組む動機づけには苦心している。看護研究推進委員として、ネガティブな感情を継続させることなく、ポジティブな感情へ転換できるように、研究中は研究支援の体制を整えることが支援として必要となってくる。

3. 看護研究推進委員の限界

研究推進委員も臨床研究を指導することへの教育を受けていない。自己の経験をもとに指導を行っていることから、研究に対して的確な指導を行うことに限界がある。そのため、看護研究推進委員会は、外部の諸先生の支援を得ながら指導者への教育内容を充実させる必要がある。

VII. 結 論

1. 看護研究の経験は、研究成果を看護実践の中で活用することで、看護師の職業的意識の向上といった、成長に対するプラスの効果が生まれている。
2. 看護研究経験を積み重ねた看護師は、やりがいに繋がっているケースがある。
3. 文献検索は、看護実践上の疑問解決に資する情報収集に役立っている。

4. 看護研究を行うことは成長にとってプラスの効果と共にマイナスの効果もあることを踏まえて看護研究推進委員は支援していく必要がある。

5. 看護研究推進委員は外部講師と協働し、看護研究計画書、分析、論文に関して支援を継続していく必要がある。

本論文の内容の一部は、第53回(2022年度)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) 滝島紀子：臨床看護師の行う「看護研究」体験が及ぼす仕事上の変化—仕事に対する思い・仕事の仕方の側面から—、川崎市立看護短期大学紀要, 21 (1), p.49-57, 2016.
- 2) 黒田裕子：黒田裕子の看護研究 Step by Step, 医学書院, p5, 2012
- 3) 野中理佳・森山由美・横手美智子, 他：研究成果活用と活用時の阻害因子と促進因子—研究経験1回と4回以上の看護師による比較—, 第35回日本看護学会論文集(看護管理), p.119-121, 2005.
- 4) 早川和生：看護研究の進め方 論文の書き方 (2), 医学書院, p.84, 2012.
- 5) 伊藤洋子：院内看護研究の指導過程における研究的視点の啓発と支援, 飯田女子短期大学紀要, 23, p.57-73, 2006.
- 6) 南裕子・野嶋佐由美：看護における研究 (2) 日本看護協会出版会, p.32, 2017.

◇研究報告◇

予期悲嘆の中にある老年期の夫妻との
ケアリングパートナーシップ

— 再発を繰り返す夫妻のがん体験をめぐる変化の過程 —

岡本陽子¹⁾*

本研究は M. Newman 理論を枠組みとし、予期悲嘆の中にある老年期の夫妻にケアリングパートナーシップを実践することで、がん体験に変化が表れるかを明らかにした実践研究である。データは夫妻と筆者の対話、筆者の自己内省ジャーナルとした。対話の中で夫妻のあり様を表現していると思われる部分を抽出し、変化のプロセスを捉えた。

研究対象者は2回目の再発と診断された夫妻。夫妻とのパートナーシップは以下の3つの局面を辿った。局面1：努力を惜みず、二人三脚で築き上げた順風満帆な夫妻の開示。局面2：ひそんでいたこだわりが噴出し内省は深まるが、そのこだわりを手放せない夫妻。局面3：パターンを認識することで共鳴し響き合って拡張していく夫妻であった。

対話を通して夫妻は“すれ違っている夫妻のパターン”に気づきを得、「2人で支え合って今を生きていく」ことを導きだした。老年期であっても変化、成長し続けることを示していた。

【キーワード】 老年期夫妻、予期悲嘆、ケアリングパートナーシップ、M. Newman

I. はじめに

近年がん治療の進歩に伴い長期間がんと共に生きるがんサバイバーは多く、がんは慢性疾患と考えられている。しかし、がんが死因1位という現状があり、がんイコール死というイメージはまだまだぬぐい切れない。がんと診断されることは死の宣告と同様であると受け取るがん患者・家族も少なくない。がん告知の時点から死と向き合う状況となり、がん患者・家族の思いは揺れ動き、死への恐怖、大切な人との別れが現実味をおび窮地の状態となる。

アルフォンス・デーケン¹⁾は、「自分自身の死、配偶者の愛する人の死を予期したとき、人々は悲嘆のプロセスと呼ばれる一連の情緒反応を経験する。この悲嘆のプロセスを上手に乗り切ることができなかつた場合、心身の健康を損なう危険が非常に高い」と述べている。がんを発症し予期悲嘆が生じている時、夫妻に対して予期悲嘆を上手に乗り切る関わりが重要である。

M. Newman の「拡張する意識としての健康の理論」(Health as expanding consciousness) において、M. Newman は「人生において意味あるできごとや人々」を語ることで自らのパ

ターン (あり様) に気づき、新たなルールを見いだすことができ、困難な状況にある人が、自身の力で状況を解決できるようになる」²⁾と述べている。筆者は、老年期の夫妻は、予期悲嘆を経験した際、仕方がないとあきらめ、自分達の気持ちを押しとどめている場面に何度か出会った。高齢であるということでは半ばあきらめの気持ちとなる老年期の夫妻が、M. Newman 理論でいう新しいルールを見出すことができれば、がんとなり死と向き合う困難な状況に立ち向かうことができるのではないか、予期悲嘆の中にある老年期の夫妻とのケアに新たな実践が生まれるのではないかと考えた。ケアリングパートナーシップを実践し、その変化の過程を明らかにしたいと研究に取り組んだ。M. Newman 理論に基づいた看護を実践することは、予期悲嘆の中にある夫妻に対する看護の一助となると考える。

用語の定義

1. がん体験

本研究では、患者のみではなく夫妻が、がんと診断され治療期から終末期にかけて直面する、すべての事柄をがん体験とした。

受付日：2023年5月16日／受理日：2024年3月8日

1) 所沢看護専門学校

* E-mail : yangzi06552355@gmail.com

2. ケアリングパートナーシップ

M. Newman 理論に基づき、看護師が夫妻の持つ力を信じ、その力を発揮できるよう寄り添い、夫妻が自分の今までのあり様に気づきを得て新たなルールを見いだせるようケアを実践するプロセスをケアリングパートナーシップとした。

3. 老年期

エリクソンがライフサイクルの段階で分類した老年期、年齢 65 歳以上の夫妻とした³⁾。

4. 予期悲嘆

喪失が現実となる前に予測される重大な損失に対する反応を体験している状態とした⁴⁾。

Ⅱ. 目 的

本研究では、予期悲嘆の中にある老年期の夫妻と看護師とのケアリングパートナーシップのプロセスを明らかにすることである。

夫妻とパートナーシップを結んだ看護師には看護に変化が表れるか、表れるとしたらどのような変化が生まれるかを明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

M. Newman 理論に導かれた看護実践と研究を重ねた実践的看護研究。

2. 研究参加者

研究参加者は、65 歳以上の老年期にあり、がんと診断を受けた入院患者とその配偶者であり（以下夫妻とす）、以下の条件をみたすものであった。患者の性別およびがんの部位は問わなかった。

- 1) 看護師からみて看護師の援助が必要であると判断できる夫妻。さらに治療期、あるいは治療期から終末期へ移行した状態にあり、予期悲嘆がおこっていると思われる夫妻。
- 2) 40 分～60 分程度の面談に耐えうる体力のある夫妻。
- 3) 研究の主旨を理解し、研究への参加を承諾した夫妻。

3. データ収集期間

データ収集期間は、2013 年 8 月～10 月までであった。

4. 研究フィールド

東京にある B 病院で、参加者が得られたフィールドであった。

5. ケアリングパートナーシップのプロセス

看護ケアのプロセスそのものがデータ収集のプロセスでもあった。ケアプログラムは M. Newman の研究プロトコル⁵⁾ 先行研究で看護ケアとして用いたプログラムであり、以下のとおりであった。なお状況に応じて柔軟性をもたせて実施した。

- 1) 夫妻に人生における意味のあるできごとや人々について語ってもらう前に、まずは信頼関係を築くよう寄り添い一緒にいることを共通認識できるよう夫妻にケアを実践する。また筆者は夫妻に対して少しでも役に立つことを願い、そ

して夫妻の力を信じ、夫妻がもっている力を夫妻自身が出せるようケアし、誠実に相互作用することを目的とし、そのことを伝えていくように心がける。

- 2) 初回に「夫妻にとって意味あるできごとや人々」についての対話を持ち、テープ録音の対話、対話中の夫妻の表情、雰囲気、声のトーンも含め逐語録を作成する。筆者の自己内省ジャーナルを記入する。逐語録を丁寧に読み夫妻にとって重要だと語ったことを抽出し、時系列に整理し夫妻のパターンに気づきを得られるよう表象図を作成しフィードバックの資料を作成する。
- 3) 2 回目以降の面談では、夫妻に前回面談時の内容の資料を用いて、内容をフィードバックしていき、面談の内容に対して追加修正をする機会を作る。続いて、夫妻にとって意味あるできごとだと語った内容の発展が促されるよう傾聴していく。
- 4) 追加修正がある場合はフィードバックの資料に加え、さらに対話を通して深まった内容を短文にまとめ、さらに変化の過程を表象図に描き出す。
- 5) 夫妻の今までのパターン認識を短文にまとめたものを夫妻に確認しながら修正を加え、M. Newman 理論をふまえて、夫妻の気づきを共にわかちあい、夫妻の新たなルールが見出せるよう対話を行う。
- 6) 新しいルールを見つけることで生まれた変化を、夫妻、筆者共に感じわかちあう。
- 7) 面談は 2～3 回を予定しているが、夫妻ならびに筆者が共に、夫妻が乗り越えていけると感じるような、発言を確認できた時点で対話を終了とする。面談の終了は互いの同意のもとに実施する。

6. データ収集と分析

看護ケアのプロセスそのものがデータ収集のプロセスであった。データは夫妻と筆者との対話の逐語録および筆者の自己内省ジャーナルであった。（逐語録の作成は筆者が実施した。）対話の時間は 60 分程度とし、夫妻が一緒に参加できる日を筆者と共に相談し、次の面談日を決定し行った。対話はプライバシーが保てる個室で実施した。対話の内容は参加者の同意を得て IC レコーダーに録音した。

人生において意味あるできごとや人々について語られた対話の内容について夫妻の思考や行動、考えなどが表れている箇所にマーカーを引き、短文で表現し時系列に並べた。短文で表現している部分に対して夫妻がどのような思いを感じているか対話を通してわかちあい、夫妻の思いが発展する様子を模して下から上へ昇るイメージを描き、夫妻自身が捉えた夫妻のあり様をとりだし、新しいルールを見つけ変化したと思われる局面を捉え、変化の過程をまとめた。筆者自身の自己内省ジャーナルから筆者自身の気づきの変化を捉え、思考の発展を照らし合わせてみた。適宜、夫妻との対話を実践する際、さらに研究の分析の際に研究指導者よりスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、武蔵野大学看護学部研究倫理委員会および研究フィールドである B 病院の倫理審査を受け承認された。

- 1) 夫妻と対話を行った際、体調に変化が生じた際は、研究フィールドである B 病院で対応することを B 病院の倫理審査で申請し対応に対して了承を得た。
- 2) 夫妻に対し対話を録音する際は、録音することを了承後、録音を開始した。
- 3) 研究参加同意書に研究を学会や看護雑誌に投稿し発表することについて記載し、同意を得た。
- 4) 対話の日程については、研究参加の不利益がないよう調整を行った。
- 5) 研究で得られたデータ (IC レコーダーの録音、逐語録) は暗証番号をつけ、施錠が可能な場所で保管をすること、5 年間保存し、5 年後に消去することを同意書に記載し、同意を得た。

Ⅴ. 結 果

がんを再発した夫妻と共に歩んだケアリングパートナーシップのプロセスについて、以下に述べる。筆者は以後私とし、参加者は A 氏、妻、あるいは夫妻とする。

1. 夫妻とのケアリングパートナーシップのプロセス

1) 夫妻に出会う前に得た情報

夫妻は 70 歳代であった。A 氏は、定年後数カ月で悪性リンパ腫を発病し、化学療法を実施し完全寛解となった。完全寛解から 8 年後に再発し化学療法を開始した。その後病状が安定し内服治療へと移行したが、骨髄異形成症候群と診断され入院となった。

2) 夫妻との出会いからパートナーシップの開始

病棟師長は、初発から夫妻と関わっており、再発と診断されても不安が表出されないことを心配していた。対話をするのが夫妻の力になるのではと私に夫妻を紹介した。私が夫妻に研究の協力を依頼すると、妻は明るい表情で快く了承してくれた。大学生から付き合い始め 50 年以上一緒にいる夫妻であるが、お互いを名前で呼び合い学生時代からの思い出話を嬉しそうに語っていた。

一方私と A 氏のみで話をしていると、「この間妻に『14 年間お父さんの病気の事を心配し続けていた私の思いなんて知らなかったでしょ』と泣きながら言われてしまい、1 人で頑張る妻だから溜めていた思いが出てしまったのかな」と悲しそうな目をしながらも照れたように A 氏は私に語ってくれた。この夫妻のあり様をありのままに感じたいと思った私は、「夫妻の人生において意味ある出来事や人々について」の対話に 2 人を誘った。

3) 局面 1: 努力を惜まず、二人三脚で築き上げた順風満帆な夫妻の開示

第 1 回目の面談の日を迎え、「夫妻の人生において意味あ

る出来事や人々について」お話を聞かせ下さいと話し始めると、妻は、結婚までの紆余曲折を語った。当時妻の地元では恋愛結婚は、はしたないものとして軽蔑され、妻の親戚からの強い反対にあった。最後には親や親戚が 2 人の強い絆を感じ取り結婚を許してくれたことを嬉しそうに語った。人生で最初のハードルを共に乗り越え結婚できたことは、2 人の強い絆を更に強めた。そして結婚を反対していた親戚に認められたいという目標を胸に、結婚生活をスタートさせた。

結婚後、お互い支え合い二人三脚で仕事や子育てに奮闘した。共に管理職となり、妻の親戚は、仕事や子育てに一生懸命取り組み、着実に自分達の生活を高めている夫妻を認めていった。夫妻は不平不満を言わず、お互いを尊敬しあっていた。

定年後ハワイで暮らすことを目標とした 2 人は、英会話やダンスを学びお互いを高めあっていた。A 氏は子どもの頃から父親が音楽教師だった影響もあり、音楽に親しみ尺八を演奏していた。外国人が尺八を演奏するとその人の文化の香りが融合し、何とも言えない素敵な味わいのある演奏になると感じた A 氏は、ハワイの民族音楽を勉強したいと考えていた。発展的な考えがある一方、夫妻が育ってきた環境がルーツといえる、自然、人との触れ合いを大切にする文化に帰ろうとしている思いが表れているように私は感じた。

定年後すぐ A 氏が悪性リンパ腫を発病したことで、夫妻が今まで積み重ねてきた人生設計が崩れた。妻は絶対に病気を治すという目標を持ち、夫のためにと頑張り自分の力を出し切った。そんな妻に支えられていた A 氏は、自分は「のほほん」としてたと語っていた。「のほほん」としてたと語っている一方、妻に弱音を吐くことはせず、「のほほん」という表現で自分の辛い気持ちを表にださないようにしている印象を対話の中で感じた。A 氏は治療を続け完全寛解となり、寛解から 5 年経過した時、5 年生存率 70% に自分が入ったと思いきい安堵したことを語った。表面には出さない A 氏の男としての威厳を固持するような姿があった。

しかし、治ったと思っていた病気が 8 年後再び眼を覚ました。再発と診断され、辛い気持の中でも、病気に効くことがあると聞けば、サプリメントを購入する等すぐに実行に移し自分達の生活に取り入れていた。

夫妻の新婚生活から始まった語りには、助け合い信頼し合う子育て時代を経て、定年後の生活に夢をはせ、成せばなるという努力の成果を 2 人で感じながら、自分達の窮地を自分達の力で乗り越えてきた姿をありありと開示していた。

4) 局面 2: ひそんでいたこだわりが噴出し内省は深まるが、そのこだわりを手放せない夫妻と私

2 回目の再発を語った時から対話に大きな変化が表れ、2 人の様子のがらりと変わった。

妻: この間から私も体調崩してしまって、お互い支え合えないんだなって思ったんです。でも彼はね、ずっと腰が痛いとか言って腰に逃げちゃうんですね。

A氏：私はね、一生懸命やろうって思ってたんですよ。そう思ってるんだけど、やっぱり年齢があると思うけどね。

A氏の2回目の再発前に妻が病気で入院したことや、お互い年齢を重ね以前のように動けなくなっている事に対しての対話になった際、夫妻の表情は笑顔ではなく困った様子に変化していった。妻は自分の気持ちをA氏に伝え、お互い支え合うしかないと言えかけるような口調になっていた。一方A氏は、妻の気持ちも理解できるが、自分は自分なりに頑張っていることを話し、最後は年齢という言葉で逃れようとしているように私には見えていた。私は、妻の思いも理解できるが、責められているA氏をフォローしたいという思いが湧きあがっていた。それは、私がA氏とのみ話している時、A氏の妻への愛情が溢れる語りを感じ取っていたことが影響していた。私はA氏も妻のことを思っていることを妻に知ってほしいという思いから、A氏に「妻の力になりたいと思っているんですよ？」という投げかけをしていた。私の投げかけにA氏は「そうそう、そうなんです」と相槌をうち、その相槌に対して妻は、「そんなことはない」と反論していた。妻は自分が入院したこともあり、夫だけではなく妻自身も先は長くないという時期に差し掛かっている不安を感じているように私には映った。はじめの対話では、出ていなかった今の自分たちの辛い状況を語り始めており、高齢となり夫だけではない夫妻ともに死が近づく年代となったことにより、予期悲嘆がよりはっきりとおこっているが、死に抗いたいという気持ちと戦っているように私は感じた。

私が感じていた以前の“おしどり夫婦”とは違った、自分達の関係性の変化を2人は気づいている様子も感じられた。しかし、夫妻は相手が一方的に悪いという思いは表面には出さず、手伝ってくれている事もある、いい所もあると自分たちなりのフォローを必ず入れていた。この対話の様子は、はっきりと伝えているようで伝えていない、自分の中に思いを閉じ込めているようであった。これは自分の思いのすべてをさらけ出すことを善しとしない、夫妻の人生で育まれていた一種の礼儀的な姿勢と私には思えた。

夫妻が閉じ込めている物がじわじわと流れ出るように、2人のすれ違っている思いは会話の中に表われていった。

妻：それだったら、治ったら何をするかっていったそういう目的とかね。今を有意義に生きていこうという思いでいてほしいの。太く長く生きるかそれは自分の気持ちだからって言うのはわかるけれど。とにかく治療するって決めた以上は前向きでいて欲しいって、私はそう思うの。

A氏：それは若い人の考えだよ。この年になってね、目的を持って何か持ってと言ったってさ。目的なんてないんじゃないかと思うよ他の人だって。この間も、テレビで東京オリンピックの開催が決まった時、僕は普通に7年もおられないなと思った。これは、何も治療しないってことじゃないんだ。ただ今を元気に生きようとする。それが今は大事なんだってという思いからでた言葉なんだよ。

1回目の対話の2週間後に2回目の対話を計画した。私は、第1回目の夫妻の対話の内容を表象図に描き、それを用いて今までの夫妻の人生を振り返るように語りかけた。表象図には、始め夫妻の絆が強く表されたが、2回目の再発からは、夫妻の思いがすれ違い一方通行になっていることが表されていた。がんと診断される前、2人は共通の目標を持ち互いを支えていた。しかし今の時点では、夫は今を生きようとする思いのみとなり、妻はがんと治すという強い思いのみになっていた。このことから私は「夫妻の思いがすれ違っているように私には見える」と2人に伝えた。すると妻は私の言葉に促されるように話始めた。

妻は、「お父さんは私におんぶに抱っこしている」と強い口調でA氏に言った。妻は、自分の奥に隠していた辛い気持ちを表出していた。そんな妻の反応にA氏はどうしたらいいのか戸惑い、言葉を出そうとしているがなかなか出せないでいた。

一方私自身はと言えば、妻の辛い気持ちとA氏の戸惑いを感じ、2人の仲裁をしようと精一杯になっていた。妻の言葉は強く激しくA氏、私を刺激した。

A氏：ま、今となったらそうかもしれない。うちの親父が昔風のおヤジだったから、それを見習ってその、泣きごとと言わないっていうのを、というような気持ちがまだあるんでしょうね。だからあんまり素直になれないって思うんですけども。あとから、こんなこと言わなきゃよかったっていうことはありますねえ。

妻：あたしらもやっぱり体力もなくなったし病気もやっぱり悪くなってきてるじゃないですか、そうするとね、今まではね100%まで行かなくっても、いろんな事でも支えてきたつもりです。私の母も夫の母も同じですけど、私たちの年代は母親を見て育ってききましたから夫を支えるのが当たり前だっという中で育ってきたんです。

妻：思いやりがあるがために話せないっていうのがあるしね、何となく波風立てないでお互いに我慢していたんだと思う。

妻は、夫を支えるのが当たり前だという自分が育ってきた環境、母親の影響を語り、自分の言葉を飲み込んで家族のために生きてきたことを語った。やや怒った口調でありながらも、妻は自分の思いを適確に語っていた。A氏自身も自分の父親からの影響、泣き言は言わない、素直になれない自分がいることを語った。お互いに自分を責めてしまっている語りの後、夫妻はそんな自分達がつくり出していた2人の関係を「思いやりがあるがために話せない、何となく波風を立てないでお互い我慢していた」と表現した。2人は、お互いが語る思いを、互いに頷きながら聞いていた。2人とも自分達の親から受け継がれている性格や行動があることを互いに解っていたことを確かめあっているように私には見えた。私が伝えた、“すれ違っている夫妻の姿”は、今まで口に出すことができなく夫妻自身が気づかないふりをしてきた夫妻のパターンであった。そして、すれ違っていた夫妻の姿を作りだしていたのは、“自分達の思いを伝えない”ことが“思いやり”と感じ、自

分の思いを飲み込んできた夫妻のパターンであったことをも表していた。

お互いの思いを語る中で妻は、結婚する時に自分の母親に言われた「2人揃って長生きしなければ全然意味がないよ」と言われたことを思い出した。妻は「今はこの言葉がしみじみと身にしみる」と話した。そして「お互いに力を合わせてこれからのことを話したい、でも夫はエンディングノートを1人で書こうとしている」と語り出した。A氏は「自分で考えをまとめてから見せようと思って」と戸惑いを顕わにした。対話は以前と同様の夫妻それぞれが持つ、こうしていきたいという具体的な願いをかなえるための話し合いへと移行していった。自己、夫妻についての内省をし、自分達は生まれ育った環境・文化がつくり出した考えを元に生きていたことを示した。しかし、それぞれのこだわりが手放せず、エンディングノートの話合いとして表れているように私には思えた。

また私自身も、無意識のうちにA氏と妻の言葉を分析し夫妻のこだわりが焦点が向いていった。「エンディングノートを2人で話したい」という妻の思いを夫妻がエンディングノートの話し合いができていないという問題として捉え、解決するにはどうしたらいいのかと考えていた。それは目の前に表れた問題を解決したいという私のパターンが表れていた。現象に留まり全体を見ようとしていなかった私のパターンは、自己開示するまでに変化していた夫妻の成長を止めていた。対話で自己開示しつつも3人それぞれのこだわりを手放せず拡がりきれない姿がそこにはあった。

5) 局面3: パターンを認識することで共鳴し響き合って拡張していく夫妻と私、夫妻の思いが重なり一つになる

私は、問題解決行動を無意識に取り続けている私自身が、今後どう看護したらいいのかと、答えを求め始めていた。スーパーバイザーとの対話を通して私は、豊かな環境としての看護師となるには、表出された問題を解決するだけでは不十分であることに気づいた。そして看護師主導の問題解決行動を手放し、どのような結果でも2人が出した結果が夫妻そのもののあり様だと信じすべてを2人にゆだねよう決心した。

そして第3回目の対話で私は、第2回目の対話の部分を加えた表象図を再び2人の前に広げた。私は、夫妻が今まで歩んできた道のりが思い浮かべられるように、そして今生じている窮地の状況は、夫妻のパターンによって作られたことを感じられるように、ゆっくりと語った。そして最後に、今の夫妻の姿を形作っている「思いやりがあるために話せない、何となく波風を立てないでお互い我慢していた」夫妻のパターンを伝えた。私がフィードバックをしている間、「うん、そうね、その通り」と噛みしめるように言葉を出しながら聞いていた。私が、「何か修正する所はありませんか?」と2人に聞くと、「なんにもありません」と私の目を見てははっきりと答えた。

私の語りが終わったあと、妻はこの対話についてゆっくりと笑顔で語り出した。2人は自然にお互いの手を握り合っていた。

妻: この人(A氏)ね、喜怒哀楽を正直に出せないんですよ。でもあなたには正直に言っていると思いますよ。私もね、この場で出た話は家族の誰にも言ったことがない話なんですよ。ほんとうに門外不出、親兄弟も知らない話なのよ。でも、2人が考える場をあなたが作ってくれたことは本当に感謝している。

妻: 何か言おうと思った時は、まず一息、うんって呑み込んでいたんですよ。そいでね、言うべきことか、言わないでいいことか自分でまとめてから言うんです。自分で話し合いから降りちゃうんですね。だから摩擦が起きたりとかそういうことはなかった。でもこの頃、私が彼に問いかけると、温かい返事が返ってくるのね。

A氏: うん。

それは、自分の言葉を呑み込んでいた2人が、互いの思いを語り合うことで温かい関係となり、思いを伝え合い共有する変化した姿であるように、私は感じた。続けて妻は、辛い病気を体験しているという思いの変化を、はっきりとした口調で語り始めた。変化を語る妻は、新しい発見を得た嬉しさと共に自信が湧きでている姿となっていた。

妻: 病気にならなかつたらお互い好きなことやってね、見えない溝のようなものができていたかもしれない。今は必ずこう手をお互いにね持って、そして歩く、彼は手を握ってくれるでしょ、私はね身体で支えてねそんなふうになっているの。今病気になったことは本当に彼も私も不幸ですよ。でも。また、改めてね。その、・・・思いやりっていうか絆っていうか、そういうことが、ここでまた違った面が出てきたのかなあって私は思ってる。

A氏: 今までいつも妻が後ろから付いてくるのが普通だと思っていた。今は手を引いてあげなきゃいかんって思う。

妻の語りを聞いているA氏は深く頷き、満面の笑顔を湛えていた。新しい絆を感じていると妻が話す事はA氏も同様に感じていることが伝わってきた。さらに「歩く時彼は私の手を握って、私は彼を身体で支えているの」と語る妻は、やや早口で逸る気持ちを隠せない様子だった。私は、妻が1人で支えるのではない、2人で共に支えあう姿を見出し新たな夫妻のあり様、新しい夫妻のルールへ変化し一歩を踏み出したことを感じた。

更に夫妻は孫の変化をも語り始めた。妻は、医師になりA氏の病気を治してあげると語る末の孫の思いを私に伝えたくてたまらなかつたという様子で嬉しそうに話した。「次々と出てくるでしょ」と話す妻の顔には、ちょっと得意げな少女のような表情すら浮かんでいた。孫の思いを受けとめたA氏は、「80歳で死ねないな」と、はっきりと語った。私は、孫の成長と共に、夫妻の成長をも感じ、夫妻がこれから成長し続けていくことを実感していた。そして対話によって起こった変化を共に喜び感謝しあい、夫妻との対話を終了した。

VI. 考 察

考察では、M.Newman 理論に導かれたケアリングパートナーシップを通して生まれた夫妻の予期悲嘆の変化の意味について述べる。更に、パートナーシップを結んだ筆者のケアに変化が生まれたことについても記述する。

1. 夫妻の予期悲嘆の変化の意味

夫妻は、結婚してから常に努力し互いを高めあっていた夫妻であった。努力を厭わない2人は共に尊敬し合い、自分達の理想の家庭を作り上げることに成功していた。2人はA氏が悪性リンパ腫と診断された際、治療に向けて協力し合い治療を勝ち取った。更に1回目の再発の際も同様に努力し安定期となり自分達の元の生活を取り戻していた。努力すれば必ず結果は得られるという今まで夫妻が培っていた経験がそのまま生かされていたと言える。この結果は、夫妻にとって自分達の生き方が正しかったことを確信する出来事となっていたと考えられる。

しかし2回目の再発となり、頑張って病氣と闘ってきたのに、何故自分達の努力は報われないのだろうという表面には出さない怒りを感じていたことが予想される。藤田は「夫の病氣を通して夫の死だけではなく自分自身の死を自覚する」⁶⁾と述べている。2回目の再発という事実と向き合ったことで夫妻は、お互いに高齢となり身体の変化を感じていた時期と重なり、死への不安が現実味を帯び予期悲嘆が夫妻に生じていたと考えることができる。この新たな窮地は、今まで実践していた努力をすれば必ず報われるという行動では太刀打ちできないものであったと言える。A氏にとっては、死は自然の流れであり、終焉という人生の締めくくりと感じていた。この人生の締めくくりは生きることのあきらめを含んでいた。一方妻は、「前向きに生きること」をA氏に伝え続けていた。「成せばなる」という思いで突き進んでいたのである。高木らは「老年期とは、長い人生で培ってきた価値観や信念に基づいて生きる時期である」⁷⁾と述べている。夫妻がずっと貫いてきた姿は、老年期の夫婦として生じるべき姿であったと言える。しかし、この生き方が更に夫妻の辛さを深めていった要因であると考えられる。

自分達が培った経験に頼らざるをえなかった夫妻は、自分達の育ってきた環境がもつ文化の影響を強く意識するようになっていたと考えられる。思いやりがあるために素直に語り合えない2人の「すれ違う思い」の根底には、育った環境や文化の影響をうけて培われてきた夫妻それぞれの考え方が潜んでおり、それは対話の中にも表れていた。A氏は父親からの影響、「泣き言を言わない」という日本人男性が持ち続けている「潔さ」という文化を持っていたことを自ら語っていた。このことは、再発により死という苦しみを目の前に感じつつも、そのことを他者に伝える事ができない、自身の辛さに目を伏せ、今の自分に留まり「年だからしかたない」という思いを導きだしている行動として表れていた。

妻は、母親からの影響「夫を支えるのが当たり前」という昔から受け継がれている妻の心得と、東北人の気質のような「粘り強い」文化を持っていたことを語っていた。窮地にある夫妻にとって「潔さ」「粘り強さ」を貫くことは、自分たちにとって最善の予期悲嘆に対する方法であるように筆者には思えた。「泣き言を言わない」「夫を支えるのが当たり前」というそれぞれの思いを持ちながら相手の心情を思いやり、各々が自分の気持ちを伝えることを自ら抑制していたと考えられた。高木らは「老年期にがんを体験し窮地に陥っていた参加者たちの今までの人生のパターンには、他者を優先し、自分の気持ちは抑え、しかし信念は貫くという共通点がみられた」⁷⁾と述べている。夫妻は、まさに老年期が陥る窮地の状態に自らはまり込んでいたと考えることができる。他者を優先する思いがあることで、お互いの気持ちを共有することができず、A氏は「年だから仕方がない」と今に留まり、妻は「生きて欲しい」という希望を持ち未来を見つめ、進む方向が違う夫妻の姿となりすれ違いが生じていたと言える。お互いの「善」とする行為から「すれ違っている夫妻」となっていたのであった。同じ目標を持ってなくなった2人はすれ違っていることに目を向けず互いを思いやるがゆえに本音を言えず、各々が自分の「善」に向かっている予期悲嘆となっていた。鈴木らは「終末期は、患者にとってもそれを見守る家族成員にとっても苦悩の連続であり、厳しい試練を両者に突きつける。…中略…患者や家族成員間の関係に葛藤が生じお互いに心を痛める場合も少なくない」⁸⁾と述べている。予期悲嘆がより鮮明になる終末期において、夫妻の葛藤が生じている際の看護師の働きかけが予期悲嘆を乗り越える助けになる。葛藤をそのままにしないことが、患者の死後妻が抱える辛さを軽減することに繋がると考える。

がん患者と家族と看護職者とのケアリングパートナーシップの研究では、「家族全体のパターンに“共通の意味”を見出すことが、家族全体の変容を促進する力であった」⁹⁾と述べられている。これは窮地を乗り越えるためには、自分達のパターンを家族が共有することが不可欠であることを意味している。

対話を通じて、相手の背景にある文化をはっきりと自覚することとなった夫妻は、自分のパターンを語り、窮地を作りだしている「すれ違っている夫妻」のパターンを夫妻が共有することで、変容を生み出した。

更にA氏は、孫の成長を楽しみ、自分が引いていた人生の幕引きのラインを超える「80歳まで死ねないな」と語った。このことは、A氏の培ってきた「潔さ」という価値観を超えた新しいルールをA氏自身が見出したことを意味していた。そして妻も2人で支え合って生きていく、今を大切に生きていくという新しいルールを手に入れた。M.Newmanでいえば人間は成長し続ける存在であり、年齢や死で限界を設ける必要はない。老年期であっても今を生きていくことを高らかに宣言することができること、人間にはその力があることを本研究で立証することができたと言える。

2. 研究者が今までのケアから M. Newman 理論に導かれたケアへ変化した意味

豊かな環境としての看護師となることは、本研究のケアリングパートナーシップの過程を進めていく上で欠かせないものであった。筆者が夫妻にとっての豊かな環境となるまでに辿った変化のプロセスを述べていく。

夫妻とのケアリングパートナーシップの過程を振り返ると、筆者の今までのケアパターンが表れたのは局面 2 であった。

局面 2 では夫妻は自己の姿、夫妻の姿を開示しつつも、そこからさらに拡張することができなかった。何故この場面で夫妻の拡張を支援することができなかったのか、それは筆者のケアのあり様に問題があったからであった。

それは、妻がエンディングノートについて話し合いたいという願いを語った際、筆者が問題解決行動を取った事であった。筆者は対話の言葉を情報として捉え情報に左右されていた。その要因として、筆者が実践経験で身につけた看護師としての視点があったといえる。表れた問題に焦点をあてる問題解決の視点は、M. Newman 理論ではないケアへの移行を示していた。

問題解決に囚われていた筆者は、M. Newman 理論を実践するには、どうしたら良いのか解らず迷いの中にいた。その時、夫妻がパターンを認識するための豊かな環境となるには看護師としてどのようなあり様が必要かとスーパーバイザーから問いかげられ、M. Newman 理論に記されていた言葉を思い出した。M. Newman は、「患者が自らのパターンを認識するためには、優れたナースという豊かな環境が必要である」¹⁰⁾と述べている。夫妻と信頼関係を築いた看護師が、夫妻の人生を共に辿り、2 人にはパターンを気づく力があることを信じ、表れたパターンをありのままに伝えることで、夫妻は自分達のパターンに気付くことができる。このケアができる看護師は豊かな環境としての看護師であることを意味していた。

豊かな環境としての看護実践を考えた時、筆者は夫妻を自らが考える良い方向に向かわせようとしているケアパターン、すなわち問題解決行動を優先する自身のケアパターンが表れることに気づきを得た。夫妻は今まで持ち続けている自分達のパターンにとどまっていることで窮地の状態となっているが、筆者自身も古いケアパターンを引きずっていることで看護師としての窮地に陥り、予期悲嘆にある夫妻へのケアに悩んでいたことが明確になったのである。M. Newman は「他の人および環境と接触するためには、自分自身と接触し、自らのパターンを感知することが必要となる」¹¹⁾と述べている。これは自分のパターンを知ることは相互作用をする上でかかせないものであることを伝えている。今回筆者は、自己のケアパターンに気づきを得、問題解決行動を手放す実践へと変化し、夫妻の豊かな環境となり寄り添うことができた。筆者が起こした、この行動で今回パートナーシップを結んだ夫妻は古いパターンを捨て、2 人で支え合っていく新しい夫妻のあり様を見出し、拡張する姿へと変化した。

本研究は、豊かな環境となる看護師が、相互作用のプロセスを共に辿ることが看護の可能性を広げることを、看護師が認識することの大切さも示していた。

VII. 結 論

本研究の目的は予期悲嘆の中にある老年期の夫妻と看護師とのケアリングパートナーシップのプロセスを明らかにすることであった。M. Newman 理論の実践をすることによって、予期悲嘆の中にある夫妻は、2 人で手を取り合い、今を生きしていく夫妻の新しい形を掴み取る拡張する姿となった。本研究は、窮地の状態にある夫妻の 1 事例という少ない実践研究であるが、M. Newman 理論を通して予期悲嘆にある夫妻に対してのケアとして有効であることが示唆された。

予期悲嘆の中にある老年期の夫妻だけではなく、家族、医療スタッフ全体でケアリングパートナーシップを実践し、新たなルールを掴み成長していくことが可能であるか研究を積み重ねていく必要がある。

本研究に参加していただきました研究参加者の夫妻、研究を行うに当たりご配慮とご協力を頂きました研究フィールドの皆様へ深く感謝いたします。なお本論文は武蔵野大学大学院看護学研究科修士課程修士論文であり、第 29 回日本がん看護学会学術集会において発表したものに加筆・修正を加えたものである。

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) アルフォンス・デーケン：死を教える (1), メヂカルフレンド社, p.13, 1986.
- 2) Newman, Margaret. A: Health as expanding consciousness, 2nded, National League for Nursing Press, p.17-30, 1994.
- 3) 舟島なをみ: 看護のための人間発達学 (4), 医学書院, p.34, 2011.
- 4) 佐藤栄子編著: 中範囲理論入門事例を通してやさしく学ぶ (2), 日経研出版, p.252-263, 2009.
- 5) 前掲書 2), p.129-131.
- 6) 藤田佐和: がんを体験している夫に付き添う妻が夫の病気の意味を見いだしていく過程に関する研究, 高知女子大学紀要 (自然科学編), 44, p.97, 1996.
- 7) 高木真理, 遠藤恵美子: 老年期がん患者と看護師とのケアリングパートナーシップの過程—Margaret Newman の理論に基づいた実践的看護研究—, 日本がん看護学会誌, 19 (2), p.59-67, 2005.
- 8) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学 理論と実践 (3), 日本看護協会出版会, p.278-279, 2008.
- 9) 遠藤恵美子, 新田なつ子, 稲吉光子, 他: マーガレット・ニューマンの健康の理論に基づいた看護インターベンション—がん患者と家族と看護職者とのケアリング・パートナーシップの過程—, Quality Nursing, 7 (1), p.4-16, 2001.
- 10) 前掲書 2), p.123-124.
- 11) 前掲書 2), p.90.

◇研究報告◇

介護予防自主グループを育成するための情報収集項目

— 保健師が行う介護予防自主グループ育成に焦点をあてて —

佐藤晃子¹⁾*, 渥美綾子¹⁾, 安齋由貴子²⁾

本研究の目的は、運動を活動内容とした介護予防自主グループ育成における、保健師が行う情報収集の項目を明らかにすることである。研究方法は、A県内の介護予防自主グループ育成の経験のある保健師10名に半構造化面接を行い質的記述的に分析した。その結果、6つのカテゴリが構成された。保健師は、地域住民や関係者の【自主グループに対する認識】を情報収集し、その認識に向かって【自主グループの運営力】や【参加者の状態に合わせた運動実践力】を情報収集していた。そして、コアメンバーの複雑で変化していく【自主グループ活動に対する思い】や、【コアメンバーや参加者の相互関係】を情報収集していた。さらに、介護予防自主グループ全体を支えるために、【地域組織の協力体制】を情報収集することが重要であった。

【キーワード】 介護予防, 自主グループ, 通いの場, 育成, 保健師

I. はじめに

我が国では高齢化の進展に伴い、2006年の介護保険法改正において、地域支援事業が創設され、高齢者を対象とした介護予防のための事業が全国的に展開されてきた。しかし、この地域支援事業は、各事業終了後の活動を継続する通いの場が十分ではなく、2015年の介護保険法改正において、通いの場の創出が地域介護予防活動支援事業として位置づけられた¹⁾。その後、各事業終了後の受け皿として推進された通いの場は、2020年度に1,620市町村、113,882箇所になっている。主な活動内容は、運動が56.1%で最も多く、次いで趣味活動16.5%、茶話会15.4%、認知症予防4.0%となっている²⁾。このように、運動を活動内容とする通いの場は多く、地域支援事業を担当する保健師は、通いの場（以下、「介護予防自主グループ」）の創出のために、活動を始める準備段階から支援を行っている。

運動を活動内容とした介護予防自主グループでは、主たる参加者が高齢者であり、基礎疾患を有し、身体機能に差があるため、参加者に合わせた運動や活動を実施することが求められる。さらに、活動内容は単に運動を行うだけでなく、参加者が満足し、継続できるようなプログラム内容が求められる。また、介護予防自主グループの運営には、キーパーソ

ンとなるボランティアが重要であるが、ボランティアの多くは地域住民であり、参加動機や生活歴が多様である。そのため、運営を担うボランティア個人に合わせた支援も必要とされる。

保健師が行う介護予防自主グループ育成は公衆衛生看護活動の一環であり、その活動においても看護過程が用いられている。看護過程の最初の段階であるアセスメントは、情報の収集・分析・集約・解釈のプロセスである。情報の収集では、人間の健康についてのアセスメントの枠組みを用い、目的、系統的に身体や心理・社会的な情報を収集する。そして、得られた情報を分析し、それらを集約して解釈を行い、看護の視点から問題や強みを判別し、最適な看護を導き出す根拠を明示する³⁾。よって、情報の収集はアセスメントのために重要なプロセスであり、保健師は、参加者やボランティアの状況を適切に情報収集する必要がある。

介護予防自主グループに関する研究では、介護予防自主グループの発足要因及び参加要因に焦点をあてた研究^{4) - 6)}、集団凝集性の実態を明らかにした研究⁷⁾、活動参加とソーシャルサポート・ネットワークとの関係を明らかにした研究⁸⁾がある。また、介護予防自主グループ育成の支援内容に焦点をあてた研究は複数あり^{9) - 11)}、キーパーソンへの支援が重要であることなどが明らかにされている。さらに、キーパーソン

受付日：2023年5月16日／受理日：2024年3月8日

1) 東北福祉大学 2) 清泉女学院大学

* E-mail : koko-s@tfu.ac.jp

となるリーダーに焦点を当てた研究では、リーダーの継続要因¹²⁾、リーダーの行動¹³⁾、リーダー養成プログラムの研究¹⁴⁾などがある。このように、介護予防自主グループの発足要因や支援内容に焦点をあてた研究は見受けられるが、最適な支援を導き出すために、保健師が、どのような項目について情報収集していたのかを明らかにした研究は見受けられない。

以上より、本研究では、運動を活動内容とした介護予防自主グループ育成において、保健師が行う情報収集の項目を明らかにしたいと考えた。これらを明らかにすることにより、保健師が介護予防自主グループ育成をする際、適切な項目を情報収集することが可能となる。そして、集めた情報を踏まえアセスメントすることにより、介護予防自主グループ育成に必要な支援を見出すことができる。さらに、こうした介護予防自主グループに必要な支援を実施することによって、ひいては地域住民の介護予防の推進につながると考える。

Ⅱ. 目 的

運動を活動内容とした介護予防自主グループ育成において、保健師が行う情報収集の項目を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の操作的定義

介護予防自主グループ：住民によって意図的かつ自主的に結成され、専門職から独立して介護予防活動を展開している小集団⁴⁾とした。

介護予防自主グループ育成：保健師の働きかけにより、グループが活動開始に向けて動き始めた準備段階から、保健師の支援がなくてもグループが主体的に活動している状態となるまでとした。

コアメンバー：介護予防自主グループの運営や運動のリードを担う住民とした。研究の協力市町村ではサポーター、リーダー、メイト、コンシェルジュなど、多様な呼び名があったが、本研究では全てコアメンバーとした。

情報収集：介護予防自主グループ育成を目的に、グループの状況をアセスメントし最適な支援を見出すために必要とされる情報を収集することとした。

2. 研究協力者

研究協力者は、介護予防自主グループ育成の支援経験のある、市町村保健師または地域包括支援センターの保健師とした。住民運営の通いの場を充実することを目的とした「地域づくりによる介護予防推進モデル事業」¹⁵⁾に参加している A 県内の 6 市町村および本研究の趣旨に合う活動をしている 7 市町村の合計 13 市町村に協力依頼を行い、8 市町村および 2 地域包括支援センターの保健師 10 名の協力を得た。

3. データ収集

データ収集は、半構造化面接により個別に 1 回行い、面接時間は 1 人あたり 50 分から 1 時間 30 分程度であった。面接は、インタビューガイドに沿って行い、①研究協力者の概要

(年齢、経験年数)、市町村の概要(高齢化率、コアメンバーの養成講座の有無および募集方法)、育成した介護予防自主グループの概要(活動期間、人数、参加者の年代、活動頻度、活動場所、運動の主導)、②介護予防自主グループ育成の過程において「自主グループ育成を意図する上で何をみていたか」「自主グループ育成を意図する上でどのような情報を収集したか」などを聞き取り、研究協力者の承諾を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は 2019 年 4 月から 2019 年 9 月であった。

4. 分析方法

研究デザインは質的記述的研究を選択した。面接した内容から逐語録を作成し、意味のまとまりごとに文章を区切り、介護予防自主グループを育成するために保健師が行った情報収集と考えられたものを抽出し、コード化した。コードは目的に留意して比較検討を繰り返しながら、サブカテゴリ、カテゴリへと抽象度をあげた。

研究の全過程において公衆衛生看護学・老年看護学の研究者及び質的研究方法に精通した研究者を含め複数人で検討を重ね、信用性、確証性を確保した。さらに、研究協力者 2 名の協力を得てメンバーチェックを行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究協力者に対して、研究概要や個人情報の取扱いなどについて文書と口頭にて説明し、同意書への署名をもって同意とした。なお、本研究は宮城大学研究倫理専門委員会の承認を得て実施した(承認番号:宮城大第 1311 号,承認年月日:平成 31 年 3 月 28 日)。

Ⅴ. 結 果

1. 研究協力者と市町村の概要及び育成した介護予防自主グループの概要

研究協力者は、市町村の保健師 8 名、市町村から委託されている地域包括支援センターの保健師 2 名であった。年代は、30 歳代 6 名、40 歳代 2 名、50 歳代 2 名であった。保健師の経験年数は、10 年未満が 2 名、10 年以上 20 年未満が 5 名、20 年以上が 3 名であった。

市町村の高齢化率は、19%から 39%であった。コアメンバーとなりうる人材を養成する講座を実施していたのは、市町村及び地域包括支援センターの 7 箇所であった。介護予防自主グループの活動期間は、1 年から 14 年、参加人数は 15 人から 58 人であった(表 1)。

2. 介護予防自主グループを育成するための情報収集項目

情報収集項目を分析した結果、保健師が情報収集した対象は、参加者、コアメンバー、町内会長や福祉委員などの地域住民、社会福祉協議会などの関係機関の職員であった。また、保健師が行った情報収集の項目として、6 のカテゴリと 37 のサブカテゴリが構成された。以下にカテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、コードを「 」で示し説明する(表 2)。

表1 市町村の概要及び育成した介護予防自主グループの概要

対象	市町村の概要			育成した自主グループの概要					
	高齢化率	運動をリードするコアメンバーの養成講座		活動期間	人数	参加者の年代	活動頻度	活動場所	運動の主導
		有	無						
A	23%	有	公募	2年	15	50～70	月2回	市民センター	コアメンバー
B	29%	有	公募と個別に声掛け/ 民生委員, 民生委員の知人	8年	30	60～80	月2回	集会所	コアメンバー
C	39%	有	個別に声掛け/ 民生委員, 体育指導員, 介護事業所職員	14年	30	60～80	月1回	集会所	コアメンバー
D	27%	無	—	2年	58	60～80	月2回	集会所	全員
E	24%	有	公募	3年	22	60～70	月1回	集会所	コアメンバー
F	19%	無	—	5年	17	60～80	週1回	市民センター	全員
G	34%	無	—	9年	20	60～80	月2回	集会所	全員
H	36%	有	公募と個別に声掛け/ 区長, 民生委員, 健康推進員	2年	25	50～80	週1回	集会所	コアメンバー
I	27%	有	公募と個別に声掛け/ 民生委員, 元医療職者, 既存の体操クラブ参加者	1年	20	60～80	月2回	集会所	コアメンバー
J	33%	有	個別に声掛け/ 健康推進員, 元養護教諭, 元スクールカウンセラー	12年	30	60～80	月1回	集会所	コアメンバー

1) 【自主グループに対する認識】

このカテゴリは、グループ参加者やコアメンバーの自主グループ育成に対する考えや、地域住民や関係機関職員の自主グループの必要性に関する情報収集項目である。これは8つのサブカテゴリより構成された。

<地域住民が考える自主グループの必要性の程度>では、地域住民が自分たちの地域において自主グループを必要と感じている度合いを情報収集していた。例えば、「地域の町内会長や福祉委員が、地区にはお茶のみサロンはあるが運動を行う集まりはないため、地域に必要と考えていた」という情報を得ていた。

<運動教室参加者の運動継続の意思>では、行政主体の運動教室参加者の、教室終了後も活動を続けたいという気持ちを情報収集していた。例えば、「行政主体の運動教室の参加者から、運動を継続したいという声があった」という情報を得ていた。

<コアメンバーの自主グループ育成に対する意欲>では、コアメンバーの、自主グループを立ち上げようと思う気持ちを情報収集していた。例えば、「自主グループ育成を見据えて実施した行政主体の運動教室の中で、コアメンバーが自主グループを立ち上げたいと発言していた」という情報を得ていた。

<コアメンバーの自主グループ活動継続に対する意欲>では、立ち上げに向けて動きだした自主グループ活動に対して、コアメンバーが継続したいと思う気持ちを情報収集していた。例えば、「自分たちのできる範囲内で活動を継続することを大切にしたいとコアメンバーが考えていた」という情報を得ていた。

<コアメンバーが考える自主グループの具体的な活動方法>では、コアメンバーが考えている、自主グループの活動日や時間、活動場所、活動内容などの具体的な方法について情報収集していた。例えば、「今後の活動場所について近くの集会所で活動したいとコアメンバーが発言していた」という情報を得ていた。

<コアメンバーが認識する自主グループ活動の意義>では、コアメンバーが自主グループの活動の意義についてどのように考えているかを情報収集していた。例えば、「自主グループ活動があることで地域の見守りにつながるとコアメンバーが考えていた」という情報を得ていた。

<関係機関の職員が考える自主グループの必要性の程度>では、地域の関係者が自主グループを必要とする度合いを情報収集していた。例えば、「委託先の地域包括支援センターの職員や地域の社会福祉協議会の職員が、地域で自主グループを立ち上げたいと考えている」という情報を得ていた。

<関係機関の職員が考える自主グループの具体的な活動方法>では、関係機関の職員が考えている、自主グループの参加対象者や活動場所、活動内容などの具体的な方法を情報収集していた。例えば、「地域の社会福祉協議会の職員が、活動場所として住民が参加可能な集会所を考えている」という情報を得ていた。

2) 【自主グループの運営力】

このカテゴリは、介護予防自主グループを円滑に運営していくための、コアメンバーを担える人材や、役割分担や運営体制など、介護予防自主グループを運営する力に関する情報収集項目である。これは8つのサブカテゴリより構成された。

表2 介護予防自主グループを育成するための情報収集項目

【カテゴリ】	<サブカテゴリ>
自主グループに対する認識	地域住民が考える自主グループの必要性の程度
	運動教室参加者の運動継続の意思
	コアメンバーの自主グループ育成に対する意欲
	コアメンバーの自主グループ活動継続に対する意欲
	コアメンバーが考える自主グループの具体的な活動方法
	コアメンバーが認識する自主グループ活動の意義
	関係機関の職員が考える自主グループの必要性の程度
	関係機関の職員が考える自主グループの具体的な活動方法
自主グループの運営力	自主グループ運営に関心のある人材
	自主グループ運営のために役割を担える人材
	コアメンバーの自主グループ活動開始に向けた具体的な準備
	コアメンバーが担う適材適所の役割分担
	参加者が担う適材適所の役割分担
	コアメンバーの自主グループ運営の改善点の把握とその対応
	コアメンバー同士で補完し合える運営体制
	参加者が活動を楽しむためにコアメンバーが行う運営の工夫
参加者の状態に合わせた運動実践力	参加者の身体的・精神的・社会的健康状態
	参加者の運動機能と運動動作
	参加者が自身の健康を自己管理する力
	コアメンバーが参加者の体調変化に気づく力
	コアメンバーが参加者個々に合わせた運動を判断する力
	コアメンバーが参加者に合わせた運動を主導する力
コアメンバーや参加者の相互関係	参加者同士の深化する関係性
	コアメンバー同士の精神的に支え合う関係性
	コアメンバー同士の信頼関係
	コアメンバーと参加者の労い合う関係性
	コアメンバーと参加者の寛容な関係性
自主グループ活動に対する思い	参加者が得ている運動継続による効果の実感
	参加者の活動に対する満足感
	参加者の前向きな反応に対するコアメンバーの手ごたえ
	コアメンバーが自分たちも楽しもうとする気持ち
	コアメンバーの役割分担に対する負担感
	コアメンバーの運動を主導する技術に対する自信や不安
地域組織の協力体制	コアメンバーの支援者からの自立に対する自信や不安
	関係機関の職員の自主グループ育成に対する自信や不安
	自主グループ育成に協力可能な既存の地域組織 自主グループ育成に協力可能な新たに把握した地域組織

<自主グループ運営に関心のある人材>では、自主グループに関心のある人材について、日頃の地域活動や関係機関から情報収集していた。例えば、「民生委員が自主グループに関心を持っている」という情報を聞き、この地区で自主グループに関心を持つ民生委員がいるという情報を得ていた。

<自主グループ運営のために役割を担える人材>では、住民の中で、自主グループ運営のために役割を担っても良いと思っている人材や、これまでの活動の中で、コアメンバーを担える人材について情報収集していた。例えば、「行政主体の運動教室のアンケートで、役割を担うことが可能と回答した人材」や「運動教室の中で準備を手伝ったり、困っている人をさり気なく手助けする人材」を情報収集していた。

<コアメンバーの自主グループ活動開始に向けた具体的な準備>では、コアメンバーが自主グループの立ち上げに向けて、具体的に検討し動きだした内容について情報収集していた。例えば、「コアメンバーが開始時期や場所などを決め、その準備を始めた」様子を情報収集していた。

<コアメンバーが担う適材適所の役割分担>では、自主グループ運営に向けて、コアメンバーの特性や性格などを配慮した、どのような役割分担がなされているかを情報収集していた。例えば、「運動が得意な人が運動の説明を行い、事務作業が得意な人が会計を担当していた」という情報を得ていた。

<参加者が担う適材適所の役割分担>では、自主グループ運営に向けて、参加者が担うことが可能な役割に合わせて、

どのように役割分担がなされているかを情報収集していた。例えば、「参加者も協力可能なことがないか話題になった際、参加者が受付であれば担当できると発言した」様子を情報収集していた。

＜コアメンバーの自主グループ運営の改善点の把握とその対応＞では、コアメンバーが運営上の課題を見出す力と、課題を見出した後に対応する力を情報収集していた。例えば、「運動時に水分を持参する参加者が少ないという課題があった際に、コアメンバーが水分を持参してもらう方法や水分の購入資金に関して検討した」という情報を得ていた。

＜コアメンバー同士で補完し合える運営体制＞では、コアメンバーが引き受けた役割負担が大きくないか、役割負担が大きい時は、お互いに支え合う体制ができていないかを情報収集していた。例えば、「持病を持つコアメンバーに対して、他のコアメンバーが体調を配慮して補っていた」という情報を得ていた。

＜参加者が活動を楽しむためにコアメンバーが行う運営の工夫＞では、参加者が自主グループ活動を楽しめるように、コアメンバーがどのように工夫しているかを情報収集していた。例えば、コアメンバーが通常の運動だけではなく、「季節に合わせたイベントの企画や飾り付けを行い、活動が楽しめるように工夫していた」という情報を得ていた。

3) 【参加者の状態に合わせた運動実践力】

このカテゴリは、保健師が参加者に関する情報を収集すると同時に、参加者自身の力、コアメンバーが参加者に合わせた運動を実践する力を見ていた情報収集項目である。これは6つのサブカテゴリより構成された。

＜参加者の身体的・精神的・社会的健康状態＞では、保健師は、参加者の身体的・精神的・社会的側面から、健康状態について情報収集していた。例えば、「薬を飲んでいる人、血圧が高い人、参加者それぞれの体調がどうかを確認した」ように、既往歴や通院状況、服薬状況、自覚症状、抑うつ傾向など健康状態に関して情報収集していた。

＜参加者の運動機能と運動動作＞では、保健師は、参加者の運動機能を考慮した動きや強度で運動実施できているかを情報収集していた。例えば、「腕の挙上が困難な参加者がいた際に、参加者の腕の可動範囲を確認し、無理せず運動できているかを確認した」という情報を得ていた。

＜参加者が自身の健康を自己管理する力＞では、参加者自身が体調を自己管理しながら参加する力を情報収集していた。例えば、「参加者自身が、その日の体調を考慮して運動実施の可否を判断していた」という情報を得ていた。

＜コアメンバーが参加者の体調変化に気づく力＞では、コアメンバーが、参加者の体調変化に気づくことが出来ているかを情報収集していた。例えば、「コアメンバーが、参加者の認知症の症状に気づき、運動実施に支障がないか気に掛けていた」という情報を得ていた。

＜コアメンバーが参加者個々に合わせた運動を判断する力＞では、コアメンバーが、参加者の健康状態や身体機能に合わ

せた運動ができていないかを判断する力を情報収集していた。例えば、「立位での運動が難しい参加者に対し、コアメンバーが状況を把握し声をかけていた」という情報を得ていた。

＜コアメンバーが参加者に合わせた運動を主導する力＞では、コアメンバーが、参加者の状況に合わせて運動を実施できているかを情報収集していた。例えば、「運動時の掛け声が徐々に早くなり、ついていけない参加者が出てきた際に、コアメンバーが掛け声の工夫を提案し改善された」という情報を得ていた。

4) 【コアメンバーや参加者の相互関係】

このカテゴリは、コアメンバー同士、参加者同士、コアメンバーと参加者の間にある関係性を見るための情報収集項目である。これは5つのサブカテゴリより構成された。

＜参加者同士の深化する関係性＞では、参加者同士の関係性が深まる様子を情報収集していた。例えば、最初の頃は、「参加者同士で会話がなく個人個人で過ごしていた」という情報や、活動が進むにつれ「参加者同士で休憩時間も笑顔で活発に会話していた」という情報を得ていた。

＜コアメンバー同士の精神的に支え合う関係性＞では、コアメンバー同士が互いに励まし合うなど、精神的に支え合う関係性ができているかを情報収集していた。例えば、「自信をなくしたコアメンバーに対して、他のコアメンバーから励ましの声掛けがあり、再び自信を取り戻していた」様子を情報収集していた。

＜コアメンバー同士の信頼関係＞では、お互いを信頼し頼りにしているかなど、お互いに信頼し合う関係性ができているかを情報収集していた。例えば、「コアメンバー自身は不安があっても、他のコアメンバーが頼りになるから大丈夫と考えていた」という情報を得ていた。

＜コアメンバーと参加者の労い合う関係性＞では、コアメンバーや参加者が、お互いのことを労い、大事にしようとする様子を情報収集していた。例えば、「役割を皆で分担して担っていくことになった際に、お互いに感謝の気持ちや労いの声掛けをしていた」様子を情報収集していた。

＜コアメンバーと参加者の寛容な関係性＞では、コアメンバーが失敗した際に、温かく受け止める参加者とそれに明るく返しているコアメンバーとの関係性を情報収集していた。例えば、「コアメンバーが運動の説明で上手く伝えられなかった際に、参加者が温かい声をかけ、その参加者に対して、コアメンバーが明るく答えるやりとりをしていた」様子を情報収集していた。

5) 【自主グループ活動に対する思い】

このカテゴリは、参加者やコアメンバー、関係機関職員の自主グループ活動を行うことで生じた思いに関する情報収集項目である。これは8つのサブカテゴリより構成された。

＜参加者が得ている運動継続による効果の実感＞では、参加者が運動を継続したことにより効果を感じている様子を情報収集していた。例えば、「参加者が体力測定の結果が良く

なったことを喜んでいて」という様子や、「参加者が体が軽くなったと発言していた」様子を情報収集していた。

＜参加者の活動に対する満足感＞では、参加者が活動に参加して満足しているかを情報収集していた。例えば、「初めて来た参加者が活動内容に満足できず、不満を漏らしていた」様子を情報収集していた。また、「参加者アンケートで、「楽しい」という意見が多かった」という情報を得ていた。

＜参加者の前向きな反応に対するコアメンバーの手ごたえ＞では、前向きな反応をしている参加者を見て、コアメンバーが手ごたえを感じているかを情報収集していた。例えば、「参加者からの感謝や楽しみにしているという発言を聞き、コアメンバーが手ごたえを感じていた」様子を情報収集していた。

＜コアメンバーが自分たちも楽しもうとする気持ち＞では、コアメンバーが参加者だけではなく、コアメンバー自身も楽しんでいるかを情報収集していた。例えば、それまで運営で精一杯であったコアメンバーが、「コアメンバーも参加者と一緒にレクリエーションを楽しみ、笑い合い、コアメンバー自身も楽しんでいた」様子を情報収集していた。

＜コアメンバーの役割分担に対する負担感＞では、コアメンバーの役割を引き受けたくないという消極的な思いや、役割を担ったコアメンバーが抱えている負担感を情報収集していた。例えば、「立ち上げに向けて、一度は役割を引き受けたコアメンバーが、引き受けたくないという消極的な思いも持っていた」という情報や、「役割を引き受けたコアメンバーが大変だと発言していた」という情報を得ていた。

＜コアメンバーの運動を主導する技術に対する自信や不安＞では、コアメンバーが、運動を実施する技術に対して感じている自信や不安を情報収集していた。例えば、「運動を行う前に、コアメンバーが運動を主導することに対して不安視する発言をしていた」という情報や、「運動実施の際、表情や発言から、コアメンバーが自信をもって実施していた」という情報を得ていた。

＜コアメンバーの支援者からの自立に対する自信や不安＞では、コアメンバーが感じている、支援者から自立し自分たちだけで実施することに対する自信や不安を情報収集していた。例えば、「対応困難な事態が発生した場合、コアメンバーが、自分たちだけの対応を不安視する発言をしていた」という情報や、「コアメンバーから、支援者がいなくても自分たちだけで活動は大丈夫という発言があった」という情報を得ていた。

＜関係機関の職員の自主グループ育成に対する自信や不安＞では、コアメンバーや参加者を中心に、自主グループを立ち上げることに對して、地域の関係者が感じている自信や不安を情報収集していた。例えば、「行政主体の運動教室を共に実施していた社会福祉協議会の職員が、自主グループの立ち上げは無理ではないかと不安な気持ちを抱えていた」という情報や、「社会福祉協議会の職員が、自主グループの立ち上げが出来そうだと自信を持ち始めた」という情報を得ていた。

6) 【地域組織の協力体制】

このカテゴリは、保健師が、地域組織が自主グループをどのように支えているのかという、地域全体の協力体制についての情報収集項目である。これは2つのサブカテゴリより構成された。

＜自主グループ育成に協力可能な既存の地域組織＞では、町内会などの既存の地域組織の中での自主グループの位置づけや、地域から得られる協力について情報収集していた。例えば、「自主グループが町内会組織に位置づけられ、町内会からの金銭的な協力を得られることになった」という情報を得ていた。

＜自主グループ育成に協力可能な新たに把握した地域組織＞では、地域の中で協力を得られそうな社会資源について情報収集していた。例えば、「参加者募集のチラシ回覧のために、地域の薬局や事業所などが協力を申し出てくれた」という情報を得ていた。

VI. 考 察

本研究では、運動を活動内容とした介護予防自主グループ育成において、保健師が行う情報収集の項目として、6つのカテゴリが明らかになった。以下、情報収集の項目について考察する。

1. 運動を活動内容とした介護予防自主グループ育成のための情報収集項目

本研究では、保健師が、地域住民やコアメンバーの【自主グループに対する認識】を情報収集していることが明らかになった。さらに、認識する自主グループの姿に向かって、コアメンバーや参加者の【自主グループの運営力】や【参加者の状態に合わせた運動実践力】が獲得されているかを情報収集していることが明らかになった。

前馬ら⁹⁾は、保健師が行う介護予防自主グループ育成支援において、グループづくりのニーズ把握が重要であることを明らかにしている。本研究においても、＜運動教室参加者の運動継続の意思＞や、町内会長や福祉委員などから把握した＜地域住民が考える自主グループの必要性の程度＞を情報収集していることが明らかになった。さらに、本研究で明らかになったのは、＜コアメンバーの自主グループ育成に対する意欲＞や＜関係機関の職員が考える自主グループの必要性の程度＞も情報収集していたことであった。このことから、参加者や地域住民だけではなく、コアメンバーや地域の関係機関職員など、それぞれの立場から自主グループ育成を求める認識を情報収集することが重要であると考えられた。

また、介護予防自主グループは、参加者が高齢で健康問題を抱えているために、自主的な活動にならないこともあると言われている¹⁶⁾。特に、運動を活動内容とする介護予防自主グループは、楽しみながらも、効果を感じられる運動を安全に実施することが求められる。そのため、参加者を支えるコアメンバーの存在が鍵であり、コアメンバーの支援が重要であ

る¹²⁾。本研究においても、＜コアメンバーが担う適材適所の役割分担＞や＜コアメンバーの自主グループ運営の改善点の把握とその対応＞のコアメンバーによる自主グループの運営状況を情報収集していた。さらに、本研究では＜コアメンバー同士で補完し合える運営体制＞を情報収集していたことも明らかになった。このことから、コアメンバー個々の運営状況を把握するだけでなく、グループ全体として円滑に運営されているかを情報収集することが必要であると考えられた。

さらに、高齢者は複数の疾患を有し、身体機能や運動機能に個人差も大きい。そのため、住民が主体となって運営する介護予防自主グループ育成のためには、＜参加者が自身の健康を自己管理する力＞と同時に、＜コアメンバーが参加者の体調変化に気づく力＞や＜コアメンバーが参加者個々に合わせた運動を判断する力＞を情報収集する必要があると考えられた。

以上のことより、運動を活動内容とする介護予防自主グループを育成するために、保健師は、自主グループ育成を求める認識を各立場から情報収集することが重要であると考えられた。さらに、コアメンバーの自主グループを運営する力と共に、高齢者の身体や運動機能を考慮した運動を実践する力を情報収集することが重要であると示唆された。

2. 参加者とコアメンバーを支えるための情報収集項目

本研究では、保健師が、参加者やコアメンバーの【自主グループ活動に対する思い】を情報収集していることが明らかになった。さらに、【コアメンバーや参加者の相互関係】を情報収集していたことも明らかになった。

参加者が感じる効果の実感や満足感を情報収集すると共に、＜参加者の前向きな反応に対するコアメンバーの手ごたえ＞を情報収集していた。そして、＜コアメンバーの運動を主導する技術に対する自信や不安＞や＜コアメンバーの支援者からの自立に対する自信や不安＞など、コアメンバーが感じる複雑な思いや気持ちの変化を情報収集していた。坪川ら¹⁷⁾は、住民組織などの支援において、メンバーが自分に自信を持ち、成長しているかをアセスメントする必要性を明らかにしている。よって、保健師は、コアメンバーが手ごたえを感じ、自信を獲得し成長しているかを情報収集することが必要と考えられた。さらに、保健師は、＜コアメンバーの役割分担に対する負担感＞を情報収集していた。金子¹⁸⁾は、ボランティアが自分で進んでとった行動の結果として自分自身が苦しい立場に立たされるという一種のパラドックスが生じることを自発性パラドックスと説明している。これは、感受性が高く責任感が強い人ほど、無理をしがちになるということを表している。本研究においても、コアメンバーが、自ら役割を担うことを選択したものの、負担を感じる気持ちを抱えている様子を情報収集していた。

また、入江ら⁷⁾は、介護予防自主グループの集団凝集性について、メンバー同士の繋がりの強さが凝集性を高めると述べている。さらに、平山ら¹⁹⁾は、グループの凝集性について、グループの凝集性が高い方が、メンバーの満足感が高く、不

安感の低下を経験していると述べている。このことから、コアメンバーや参加者の間には相互作用があり、その強化によってグループの凝集性が高まり、コアメンバーや参加者の不安感が軽減すると考えられる。本研究においても、保健師は、参加者同士の関係性やコアメンバー同士の関係性を情報収集すると同時に、＜コアメンバーと参加者の労い合う関係性＞や＜コアメンバーと参加者の寛容な関係性＞のコアメンバーと参加者の関係性も情報収集していることが明らかになった。介護予防自主グループは、コアメンバーが運営の中心を担う活動でありながら、参加者を主体として、参加者とコアメンバーが共に作り上げていく活動である。運動を主導する技術やグループ運営に不安を抱えるコアメンバーも、参加者からの労いの言葉や温かい声掛けにより、不安が軽減していくと考えられる。よって、参加者とコアメンバーの関係性が、グループの成熟に影響を与えていると推察される。

以上のことから、保健師は、コアメンバーの自信や不安、負担感など、複雑に変化していく自主グループへの思いを情報収集すると同時に、参加者とコアメンバーの相互関係を情報収集していくことが重要であると示唆された。

3. 地域で介護予防自主グループを支えるための情報収集項目

本研究では、保健師は、コアメンバーを中心とした介護予防自主グループ全体を支えるために、【地域組織の協力体制】について情報収集していたことが明らかになった。

介護予防自主グループは、地域に根差し、地域に支えられた活動である。徒歩圏内に会場があり、日常生活の延長線にあるような身近な存在である。また、参加者やコアメンバーは同じ地域に住む住民同士であり、町内会長や民生委員、社会福祉協議会などの、地域の関係者や地域組織が活動を支えている。このように、介護予防自主グループは、地域と関わりを持ちながら、地域の力量に支えられていることが大きいと考えられる。浅野²⁰⁾は、協力者や支持者のソーシャルサポートの認識が、地域活動への意欲と関連があることを明らかにしている。よって、町内会などの既存の地域組織から、介護予防自主グループが認められ、協力が得られることは、参加者やコアメンバーの活動意欲の向上につながると考えられる。また、既存の地域組織だけではなく、介護予防自主グループの育成を機会に新たに協力可能な社会資源が増えることは、地域での理解者や協力者が増えることに繋がる。地域での理解者や協力者が増え、その存在をコアメンバーが認識することは、コアメンバーの支えとなり、自主グループ活動に対する意欲の向上に寄与すると考えられる。さらに、地域での理解者や協力者が増えることは、地域全体における自主グループ育成に対する機運の高まりにも繋がると考えられる。

このことから、保健師は、介護予防自主グループを支えるために、＜自主グループ育成に協力可能な既存の地域組織＞や＜自主グループ育成に協力可能な新たに把握した地域組織＞など、地域組織が介護予防自主グループを支える協力体制があるかを情報収集することが重要であると示唆された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究協力者が A 県内の限られた地域の保健師 10 名であったことから、今後は他の都道府県に勤務する保健師を対象とした研究を行いたい。そして、地域による情報収集項目の差異があるのか明らかにしていきたい。また、量的手法により、国内で使用できる信頼性や妥当性が確保された情報収集項目を明らかにしていく必要がある。

Ⅶ. 結 論

本研究では、運動を活動内容とした介護予防自主グループ育成において、保健師が行う情報収集の項目について明らかにした。その結果、6つのカテゴリが構成された。保健師は、地域住民や関係者の【自主グループに対する認識】を情報収集し、その認識に向かって【自主グループの運営力】や【参加者の状態に合わせた運動実践力】の力を情報収集していた。そして、コアメンバーの複雑で変化していく【自主グループ活動に対する思い】や【コアメンバーや参加者の相互関係】を情報収集していた。さらに、介護予防自主グループ全体を支えるために、【地域組織の協力体制】を情報収集することが重要であった。

本研究は宮城大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正を加えたものである。なお、本研究に開示すべき利益相反関連事項はない。

(謝辞：本研究の趣旨をご理解いただき、お忙しい中、快く研究にご協力いただきました研究協力者の保健師の皆様へ御礼申し上げます。)

Ⅷ. 引用文献

- 厚生労働省 (2017), 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き, 2023 年 1 月 22 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000166414.pdf>.
- 厚生労働省 (2022), 介護予防・日常生活支援総合事業等 (地域支援事業) の実施状況 (令和 2 年度実施分) に関する調査結果 (概要), 2023 年 1 月 22 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000955750.pdf>.
- 日本看護科学学会 (2011), 看護学を構成する重要な用語集, 2023 年 1 月 9 日閲覧, <https://www.jans.or.jp/uploads/files/committee/yogoshu.pdf>.
- 福嶋篤, 河合恒, 光武誠吾, 他: 地域在住高齢者による自主グループ設立過程と関連要因, 日本公衆衛生学会誌, 61 (1), p.30-40, 2014.
- 植村直子, 畑下博世, 金城八津子, 他: 高齢者が運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因—地域における自主グループ活動の意義—, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 8 (1), p.22-25, 2010.
- 後藤亮吉, 佐々木ゆき, 花井望佐子, 他: 介護予防を目的とした住民主体の自主グループの発足要因と自主グループへの参加及び継続に関連する要因, 日本農村医学会雑誌, 65 (4), p.836-842, 2016.
- 入江柚希, 平野美千代: 介護予防を目的とした高齢者自主グループの集団凝集性の実態, 日本公衆衛生看護学会誌, 10 (2), p.53-61, 2021.
- 後藤文彦, 渡邊英弘, 中島大貴, 他: 介護予防を目的とした高齢者主体で運営される自主グループによるソーシャルサポート・ネットワークの変化, 理学療法科学, 36 (4), p.481-489, 2021.
- 前馬理恵, 山田和子, 平尾恭子, 他: 自主化に向けたグループ支援の方法, 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 3, p.43-49, 2007.
- 野津朱里, 森山航, 藤原佑衣, 他: 行政主体の運動教室が住民主体の自主グループへと移行する過程における保健師の役割, 島根県立大学出雲キャンパス紀要, 8, p.115-124, 2013.
- 植村直子, 畑下博世, 金城八津子: 筋力トレーニング教室から自主グループが形成・継続されるプロセスにおける保健師の支援のあり方, 日本地域看護学会誌, 13 (1), p.76-82, 2010.
- 早坂玉緒, 張平平, 大塚真理子: 自主グループにおける高齢者リーダーの継続的な役割遂行に関する要因, 千葉看護学会誌, 21 (2), p.17-23, 2016.
- 山内菜実, 平野美千代: 介護予防を目的とした開始期の自主グループの運営に関するリーダーの行動, 北海道公衆衛生学雑誌, 34 (2), p.77-84, 2020.
- 田口敦子, 備前真結, 松永篤志, 他: 文献検討に基づく介護予防サポーター養成プログラムの作成と効果, 日本公衆衛生学雑誌, 66 (9), p.582-592, 2019.
- 厚生労働省 (2014), 地域づくりによる介護予防推進支援事業の概要, 2022 年 1 月 3 日閲覧, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/3_gaiyo.html.
- 加藤典子, 麻原きよみ: 住民グループのメンバーが活動を地域に発展させていくプロセス, 日本地域看護学会誌, 7 (2), p.13-19, 2005.
- 坪川トモ子, 鳩野洋子: 地域における住民組織の主体性に関するアセスメント指標の検討, 保健婦雑誌, 56 (4), p.316-322, 2000.
- 金子郁容: ボランティア: もうひとつの情報社会, 岩波新書, 1992.
- 平山尚, 武田丈: 人間行動と社会環境, ミネルヴァ書房, p.122-123, 2000.
- 浅野綾子: 自主グループに所属する住民の地域活動への意欲とグループでの経験との関連, 日本赤十字北海道看護大学紀要, 16, p.1-9, 2016.

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する看護師の考えと今後の課題

藤谷 萌^{1)*}, 石井志摩¹⁾, 河野加代子¹⁾, 野瀬美郷¹⁾, 間中麻衣子²⁾, 松上令子¹⁾, 吉田雅代¹⁾

【目的】 新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する看護師の考えと今後の課題を明確にする。

【方法】 A 病院の COVID-19 専門病棟の看護師に無記名自記式質問紙調査を実施し、対象の属性とオンライン面会に対する考えを調査した。

【結果】 看護師 99 名に質問紙を配布し、90 名の回答を得た（回収率 90.9%）。オンライン面会経験者全員がオンライン面会の有効性を感じていた。オンライン面会経験者は未経験者よりオンライン面会は難しいと感じ（ $p=0.013$ ）、50 歳以上の看護師は 50 歳未満の看護師より容易と感じにくいことがわかった（ $p=0.044$ ）。

【考察】 終末期患者のオンライン面会を経験した看護師は有効性を実感しているが、説明や準備に時間がかかること、操作が難しいと感じていることがわかった。特に 50 歳以上の看護師においては容易と感じにくく、他職種との連携や手順を分かり易く可視化する工夫などが今後の課題である。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）、終末期、オンライン面会、看護師

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は 2020 年 3 月にパンデミックと認定され、医療や経済に大きな影響を与え、医療現場では未知の感染症に不安を抱きながらの対応が始まった。COVID-19 流行前は、終末期になると患者の日々衰えていく様子や苦しそうな姿と向き合いながら、家族は徐々に死に向けて気持ちを整理していた。そして最期は、家族がそばで手を握り、声をかけ、別れの時を迎え、死と向き合うための大切なプロセスを辿っていた。しかし、パンデミックに伴い、感染拡大防止の観点で、医療現場では面会制限が設けられ、終末期患者に対して、COVID-19 流行前とは異なる対応が求められた。小澤は、面会制限中、家族は患者を見たり触れたりすることができないため、患者の変化を実感できず、病状を受け入れるプロセスをスムーズに踏むことが難しくなる¹⁾と述べている。明石らは、COVID-19 のように病状が急激に悪化する場合、理解が追いつかないことが予測され、その精神的支援や病状の理解促進に対して、オンライン

面会をすることが、病状の受容や家族の精神的支援に効果的²⁾と述べている。また、上坂らは、COVID-19 流行下における看取り期に直接面会はできなくとも、患者と通信機器を用いて顔を見たり声を聞くことができたことで、安心感や充実感を持つことができた³⁾と述べている。面会制限下においてオンライン面会を行うことは、患者家族にとって意義があるものといえる。

A 病院は 2020 年 3 月より、COVID-19 中等症患者の受け入れを開始した。感染拡大防止のため面会制限があり、看取りの時も家族は来院することができなかった。患者の死後、遺族が面会を希望した場合は、非透過性納体袋越しに短時間で対面面会が可能であった。第 3 波に入り、高齢患者が増加し、看取りの場面も増え、同年 11 月からオンライン面会を導入した。オンライン面会を導入していく中で、積極的にオンライン面会を実施する看護師がいる一方、繁忙度が高くなれば、看護師の汚染区域（以下、レッドゾーン）への滞在時間が長くなってしまったといった看護師の意見も聞かれ、看護師の間でオンライン面会への思いに温度差を生じているように感じ

受付日：2023 年 5 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 大阪市立十三市民病院 2) 大阪医科薬科大学看護学部

* E-mail：m.fujitani4@gmail.com

た。安保は、COVID-19 時代である今、緩和ケアに携わるわれわれに求められていることは、必要な感染防止対策を行いつつ、希望と安らぎを支えることができる緩和ケアを継続する方策を探ることである⁴⁾と述べている。

そこで、本研究では、患者と家族にとって重要な看取りのケアが十分にできない面会制限下で、COVID-19 専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する看護師の考えを調査し、今後の課題を明確にすることを目的とした。研究の意義として、本研究で COVID-19 専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する課題を明確にすることで、より良い終末期ケアを実施するための一助となると考える。

II. 目的

COVID-19 専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する看護師の考えと今後の課題を明確にする。

III. 方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査とした。

2. 用語の定義

オンライン面会：COVID-19 専門病棟における終末期に、患者と家族がビデオ通話を行うこととした。

3. オンライン面会の方法

終末期患者と家族にオンライン面会の希望を確認し、希望があった際に看護師から家族に電話で面会方法の説明を行った。看護師は病棟にある専用タブレット端末を、家族は自身のモバイル端末を用いて、モバイルメッセージングアプリケーションの LINE[®]を使用し、病院と自宅を繋いで面会を行った。面会回数は1日1回、所要時間は10分とした。原則は9時から17時の時間内で、家族の希望を聞いて実施時間を決定したが、看取りの際は時間を問わず実施した。

4. 研究対象

A 病院の COVID-19 専門病棟に所属する看護師および助産師とした。

5. 調査手順

研究対象者に、研究目的・研究意義・研究方法・倫理的配慮・研究結果の公表について、依頼文書を用いて説明し、承諾が得られた看護師には、無記名自記式質問紙を配布した。質問紙の回収をもって、同意を得たものとし、各病棟に設置した鍵付き回収箱に、自ら投函してもらった。

質問紙の内容は、対象者の属性(年齢・看護職の経験年数・私用での LINE[®]ビデオ通話の経験・オンライン面会の経験)、オンライン面会に対する考え(有効性・必要性・満足度・積極性・容易性)とその理由とした。オンライン面会に対する考え(有効性・必要性・満足度・積極性・容易性)は、「非常にそう思う」「そう思う」「全く思わない」「あまり思わない」の4件法とし、最も当てはまるものを選んでもらった。また、その理由については、6つの選択肢から最も当てはまるもの

を選んでもらい、選択肢の中にその他(自由記載欄)も設けた。

6. 調査期間

2021年8月5日から2021年11月30日に実施した。

7. 分析方法

対象者の属性とオンライン面会に対する考え(有効性・必要性・満足度・積極性・容易性)について、単純集計した。オンライン面会に対する考えにおいて、「非常にそう思う」または「そう思う」の回答は「(有効性・必要性・満足度・積極性・容易性)あり」とし、「全く思わない」または「あまり思わない」の回答は「(有効性・必要性・満足度・積極性・容易性)なし」とした。

また、対象者の属性とオンライン面会に対する考え(有効性・必要性・満足度・積極性・容易性)との関係は χ^2 検定または Fisher の直接確率検定を行った。さらに、オンライン面会経験者のオンライン面会に対する考えとその理由は単純集計し、表に示した。統計ソフトは IBM[®] SPSS Statistics 25 を使用し、統計学的有意水準は5%未満とした。

IV. 倫理的配慮

A 病院の看護研究倫理審査会の承認を得て実施した(番号:102)。研究への参加は自由意志とし、個人が特定されないこと、参加の有無による不利益がないことを説明した。研究に伴う負担として、質問紙回答に要する時間を明記した。回収した質問紙は鍵のかかる場所で厳重に管理し、院外に持ち出さないようにした。データは USB メモリに集積し、研究者以外がアクセスできないようパスワードを設け、鍵のかかる場所に保管した。質問紙およびデータは、論文発表後5年間保管することとした。

V. 結果

1. 質問紙の回答率

A 病院の COVID-19 専門病棟に所属する看護師 99 名に質問紙を配布し、90 名より回答を得て(回収率 90.9%)、有効回答は 85 名(94.4%)であった。

2. 対象者の属性(表1)

対象者の年齢は、20代13名(15.3%)、30代18名(21.2%)、40代24名(28.2%)、50代29名(34.1%)、60代1名(1.2%)であった。看護職の経験年数は、1年未満3名(3.5%)、1~5年未満10名(11.8%)、5~10年未満13名(15.3%)、10~20年未満18名(21.2%)、20年以上41名(48.2%)であった。私用での LINE[®]ビデオ通話の使用経験は、経験あり59名(69.4%)、経験なし26名(30.6%)であった。オンライン面会の経験は、経験あり72名(84.7%)、経験なし13名(15.3%)であった。

3. オンライン面会に対する考え(表2)

「有効性あり」との回答は84名(98.8%)、「有効性なし」の回答は1名(1.2%)であった。「必要性あり」との回答は

73名(85.9%),「必要性なし」の回答は12名(14.1%)であった。「満足度あり」との回答は61名(71.8%),「満足度なし」の回答は24名(28.2%)であった。「積極性あり」との回答は65名(76.5%),「積極性なし」の回答は20名(23.5%)であった。「容易性あり」との回答は32名(37.6%),「容易性なし」の回答は53名(62.4%)であった。

4. オンライン面会に対する考えと対象者の属性との比較(表2)

オンライン面会の容易性において、年齢が50歳未満と50歳以上との比較では、50歳以上の看護師の方が容易と感じにくいことがわかった(p=0.044)。また、オンライン面会経験者は72名(84.7%),未経験者は13名(15.3%)であった。オンライン面会経験ありとなしとの比較では、オンライン面会経験者の方がオンライン面会は難しいと感じることがわかった(p=0.013)。その他の項目では有意差がなかった。

5. オンライン面会経験者のオンライン面会に対する考えとその理由

オンライン面会経験者72名のうち、全員がオンライン面会は「有効性あり」と回答した(表2)。その理由は「患者の現状をリアルに伝えるために有効だと思う」20名(27.8%),「患者のために有効だと思う」19名(26.4%),「家族のために有効だと思う」17名(23.6%)の順で多かった(表3)。また、オンライン面会経験者で「容易性なし」と回答した者は49名(68.1%)と過半数を超え(表2)、その理由は「家族に説明するのに時間がかかる」23名(46.9%),「準備が整っておらず時間がかかる」8名(16.3%),「タブレット端末操作が分からない」6名(12.2%)の順で多かった(表3)。

VI. 考 察

1. オンライン面会を経験した看護師が感じる有効性

A病院のCOVID-19専門病棟に所属する看護師は、終末期患者のオンライン面会に対して「有効性」を実感していることがわかった。その理由は「患者の現状をリアルに伝えるため」「患者のため」「家族のため」の順で多かったことから、

オンライン面会は患者側では孤独感の軽減、家族側では病状の理解など患者と家族双方への有効性が期待できると考える。羽生田らは、オンライン面会による視覚情報の共有が、家族の喪失体験の曖昧さを低減する一助となる⁵⁾と述べており、明石は、オンライン面会を通じて、患者・家族相互の様子を観察できたことにより、安心感を得ることができ、患者の孤独感の軽減に繋がる²⁾と述べている。そのため、オンタイムで視覚的に患者と家族が触れ合うということが出来るオンライン面会は、面会制限下の終末期患者とその家族にとって、大切な看護ケアになると言える。また、奥野は、COVID-19に対応する看護師は感染症によりケアを控えなければいけない「倫理的葛藤」に直面し、急性ストレス反応も増す⁶⁾と述べ、本研究のCOVID-19専門病棟に所属する看護師も、未知の感染症への対応で、思うようにケアができないストレスを抱えていたことが示唆された。A病院のCOVID-19専門病棟では、看護師の業務負担・感染予防の観点から、オンライン面会を実施する時間と回数を区切るよう工夫しながらも、患者の急変時や看取りの際には時間を問わず面会を行い、できる限りの終末期ケアに取り組んだ。白石らは、オンライン面会は医

表1 対象者の属性(n=85)

項目	人数	(%)	
年齢	20代	13	(15.3)
	30代	18	(21.2)
	40代	24	(28.2)
	50代	29	(34.1)
	60代	1	(1.2)
看護職の経験年数	1年未満	3	(3.5)
	1~5年未満	10	(11.8)
	5~10年未満	13	(15.3)
	10~20年未満	18	(21.2)
	20年以上	41	(48.2)
私用でのLINE®ビデオ通話の経験	あり	59	(69.4)
	なし	26	(30.6)
オンライン面会の経験	あり	72	(84.7)
	なし	13	(15.3)

表2 オンライン面会に対する考えと対象者の属性(n=85)

項目	人数(%)															
	有効性			必要性			満足度			積極性			容易性			
	あり (非常にそう思う) (そう思う)	なし (全く思わない) (あまり思わない)	p値	あり (非常にそう思う) (そう思う)	なし (全く思わない) (あまり思わない)	p値	あり (非常にそう思う) (そう思う)	なし (全く思わない) (あまり思わない)	p値	あり (非常にそう思う) (そう思う)	なし (全く思わない) (あまり思わない)	p値	あり (非常にそう思う) (そう思う)	なし (全く思わない) (あまり思わない)	p値	
全体	84 (98.8)	1 (1.2)	—	73 (85.9)	12 (14.1)	—	61 (71.8)	24 (28.2)	—	65 (76.5)	20 (23.5)	—	32 (37.6)	53 (62.4)	—	
年齢																
20代	13 (15.3)	0 (0.0)	0.353a	12 (14.1)	1 (1.2)	0.203a	9 (10.6)	4 (4.7)	0.075b	11 (12.9)	2 (2.4)	0.615b	5 (5.9)	8 (9.4)	0.044b*	
30代	18 (21.2)	0 (0.0)		16 (18.8)	2 (2.3)		12 (14.1)	6 (7.1)		14 (16.5)	4 (4.7)		7 (8.2)	11 (13.0)		
40代	22 (25.9)	0 (0.0)		21 (24.7)	3 (3.5)		22 (25.9)	2 (2.3)		18 (21.2)	6 (7.1)		13 (15.3)	11 (12.9)		
50代	28 (32.9)	1 (1.2)		24 (28.2)	5 (5.9)		17 (20.0)	12 (14.1)		22 (25.9)	7 (8.2)		7 (8.2)	22 (25.9)		
60代	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)		
看護職の経験年数																
1年未満	3 (3.5)	0 (0.0)	0.694a	3 (3.5)	0 (0.0)	0.219a	3 (3.5)	0 (0.0)	0.858b	3 (3.5)	0 (0.0)	0.240	1 (1.2)	2 (2.4)	0.702	
1~5年未満	10 (11.8)	0 (0.0)		9 (10.6)	1 (1.2)		9 (10.6)	1 (1.2)		9 (10.6)	1 (1.2)		5 (5.9)	5 (5.9)		
5~10年未満	13 (15.3)	0 (0.0)		12 (14.1)	1 (1.2)		7 (8.2)	6 (7.1)		10 (11.8)	3 (3.5)		3 (3.5)	10 (11.8)		
10~20年未満	18 (21.2)	0 (0.0)		15 (17.6)	3 (3.5)		12 (14.1)	6 (7.1)		14 (16.5)	4 (4.7)		10 (11.8)	8 (9.4)		
20年以上	40 (47.1)	1 (1.2)		34 (40.0)	7 (8.2)		30 (35.3)	11 (12.9)		29 (34.1)	12 (14.1)		13 (15.3)	28 (32.9)		
私用でのLINE®ビデオ通話の経験																
あり	59 (69.4)	0 (0.0)	0.306a	53 (62.4)	6 (7.1)	0.110a	42 (49.4)	17 (20.0)	0.858b	47 (55.3)	12 (14.1)	0.296b	25 (29.4)	34 (40.0)	0.176b	
なし	25 (29.4)	1 (1.2)		20 (23.5)	6 (7.1)		19 (22.4)	7 (8.2)		18 (21.2)	8 (9.4)		7 (8.2)	19 (22.4)		
オンライン面会の経験																
あり	72 (84.7)	0 (0.0)	0.153a	61 (71.8)	11 (12.9)	0.415a	50 (58.8)	22 (25.9)	0.222b	53 (62.4)	19 (22.4)	0.131b	23 (27.1)	49 (57.6)	0.013a*	
なし	12 (14.1)	1 (1.2)		12 (14.1)	1 (1.2)		11 (12.9)	2 (2.4)		12 (14.1)	1 (1.2)		9 (10.6)	4 (4.7)		

*<0.05, a:Fisherの直接確率検定 b:χ²検定

表3 オンライン面会経験者のオンライン面会に対する考えとその理由 (n=72)

項目	回答	回答した理由 (選択肢)	人数 (%)
有効性	あり (非常にそう思う) (そう思う)	患者の現状をリアルに伝えるために有効だと思う	20 (27.8)
		患者のために有効だと思う	19 (26.4)
		家族のために有効だと思う	17 (23.6)
		インフォームドコンセントのために有効だと思う	1 (1.4)
		看護師のモチベーション向上のために有効だと思う	0 (0.0)
		その他 (自由記載)	1 (1.4)
	なし (全く思わない) (あまり思わない)	無回答	14 (19.4)
		時間がかかるため	0 (0.0)
		患者と家族の意思疎通ができないため	0 (0.0)
		そもそもオンライン面会の必要性を感じない	0 (0.0)
		効果が期待できないと思うため	0 (0.0)
		タブレット端末の操作が面倒であり、有効に実施できていないと思う	0 (0.0)
その他 (自由記載)	0 (0.0)		
必要性	あり (非常にそう思う) (そう思う)	患者のために必要だと思う	17 (23.6)
		患者の現状をリアルに伝えるために、必要だと思う	16 (22.2)
		家族のために必要だと思う	14 (19.4)
		インフォームドコンセントのために必要だと思う	1 (1.4)
		看護師のモチベーション向上のために必要だと思う	0 (0.0)
		その他 (自由記載)	0 (0.0)
	なし (全く思わない) (あまり思わない)	無回答	13 (18.1)
		時間がかかるため、必要だと思わない	3 (4.2)
		そもそも必要性を感じない	3 (4.2)
		患者と家族の意思疎通ができないため、必要だと思わない	1 (1.4)
		効果が期待できないと思う	0 (0.0)
		タブレット端末の操作が面倒であり、必要だと思わない	0 (0.0)
その他 (自由記載)	4 (5.6)		
満足度	あり (非常にそう思う) (そう思う)	患者の嬉しそうな姿が見られたため	21 (29.2)
		患者・家族と良好なコミュニケーションが図れたため	10 (13.9)
		家族からの感謝の言葉が聞けたため	9 (12.5)
		患者の状態をリアルに伝える事ができたため	5 (6.9)
		医師など他職種との関係が良くなったため	0 (0.0)
		その他 (自由記載)	0 (0.0)
	なし (全く思わない) (あまり思わない)	無回答	5 (6.9)
		患者・家族との時間調整が困難だったため	4 (5.6)
		レッドゾーンに入っている時間が長くて苦痛だったため	4 (5.6)
		患者に無理をさせているのではないかと感じたため	3 (4.2)
		患者の苦しそうな姿を見せるのは辛かったため	1 (1.4)
		沈黙の時間が苦痛だった	1 (1.4)
その他 (自由記載)	3 (4.2)		
無回答	6 (8.3)		
積極性	あり (非常にそう思う) (そう思う)	通常面会が行えないため	22 (30.6)
		患者にとって必要性を感じるため	16 (22.2)
		家族にとって必要性を感じるため	6 (8.3)
		インフォームドコンセントに有効性を感じるため	1 (1.4)
		看護師自身のモチベーション向上のため	0 (0.0)
		その他 (自由記載)	0 (0.0)
	なし (全く思わない) (あまり思わない)	無回答	8 (11.1)
		レッドゾーンに入っている時間が長くなるため	4 (5.6)
		オンライン面会以外の方法を検討すべきだと思うため	4 (5.6)
		患者に無理をさせているのではないかとと思うため	3 (4.2)
		時間がかかるため	1 (1.4)
		沈黙の時間が苦痛なため	1 (1.4)
その他 (自由記載)	4 (5.6)		
無回答	2 (2.8)		
容易性	あり (非常にそう思う) (そう思う)	手順方法を理解しているため	9 (12.5)
		他の看護師が事前に準備してくれているため	5 (10.2)
		普段からタブレット端末を利用しているため	3 (4.2)
		タブレット端末操作自体が簡単なため	3 (4.2)
		何回も実施して自信があるため	1 (1.4)
		その他 (自由記載)	0 (0.0)
	なし (全く思わない) (あまり思わない)	無回答	2 (2.8)
		家族に説明するのに時間がかかるため	23 (46.9)
		準備が整っておらず時間がかかるため	8 (16.3)
		タブレット端末操作が分からないため	6 (12.2)
		マニュアルがないため	5 (10.2)
		普段からタブレット端末を利用していないため	1 (2.0)
その他 (自由記載)	2 (4.1)		
無回答	4 (8.2)		

療従事者の心理的負担軽減に役立つ可能性がある⁷⁾と述べており、思うようにケアができないストレスの中、オンライン面会という新たな患者家族へのケアを見出すことで、看護師のメンタルケアにも繋がった可能性がある。

2. オンライン面会の容易性と今後の課題

A 病院 COVID-19 専門病棟の看護師のうち、オンライン面会を経験した 72 名全員が有効性を実感していた。しかし、オンライン面会経験者で「容易性なし」と回答した者は 49 名 (68.1%) と過半数を超え、その理由は「家族に説明するのに時間がかかる」、「準備が整っておらず時間がかかる」、「タブレット端末操作が分からない」の順であったことから、いざオンライン面会を経験してみると、説明や準備に時間がかかることや操作が予想以上に難しいことが明らかとなった。また、A 病院の COVID-19 専門病棟の看護師のうち、特に 50 歳以上の看護師は容易と感じにくいことが明らかになり、50 歳以上はデジタルデバイスの利用に苦手意識を持っていることが予想された。そのため、オンライン面会を実施する際は、日頃から SNS の利用などでタブレット端末を使い慣れている看護師が、50 歳以上の看護師のサポートをすることが必要である。看護師同士のサポート体制を整えることで、よりオンライン面会が実施しやすくなることに繋がると考えられる。さらに、タブレット端末を使いこなすまでの習得期間を十分に設けることも必要であると言える。白石らは、オンライン面会の実施には、機材管理、技術対応、面会時間等のマネジメントを含め、一定の人員配置が必要と述べており²⁾、白石らも、業務分担の工夫や基盤となるルールの必要性⁷⁾を述べている。そのため、本研究の COVID-19 専門病棟に所属する看護師も、ICT の利活用に精通した職種との連携や、手順・事前準備などの工夫をすることで、より取り組みやすくなると考えられる。

以上より、COVID-19 専門病棟に所属する看護師にとって、オンライン面会が容易に取り入れられるためには、オンライン面会の経験や看護師の年齢に配慮した看護師同士のサポート体制、他職種との連携や可視化された分かり易い手順、入院時からタブレット端末へ登録するといった事前準備を検討することが今後の課題である。

3. 研究の限界

本研究の限界は、研究対象者が単施設のみとなったことが挙げられる。1 施設のみの調査結果であり、結果を一般化するには限界がある。また、患者の家族を対象としたさらなる研究が望まれる。

VII. 結 論

1. A 病院の COVID-19 専門病棟に所属する看護師で、終末期患者のオンライン面会を経験した全員が、オンライン面会に対して「有効性」を実感しているが、そのうちの約 7 割が容易に行うことは難しいと感じていた。

2. 特に 50 歳以上の看護師はオンライン面会を容易と感じにくい現状があった。

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) 小澤元子：リモート面会による代理意思決定支援，看護管理，31 (2)，p.123-125，2021.
- 2) 明石雅子，小川弘美，菅沼景子，他：タブレットを用いたオンライン面会の取り組みと課題，日本渡航医学会誌，15 (2)，p.110-114，2021.
- 3) 上坂真弓，橋本茜，黒澤昌洋：新型コロナウイルス感染症流行下に非対面面会による看取りを行った家族の体験，看護科学研究，21，p.82-90，2023.
- 4) 安保博文：緩和ケアの質を維持する一特に面会制限の対応について一，緩和ケア，30 (4)，p.272-275，2020.
- 5) 羽生田悠，椿美智博，猪狩遼子，他：新型コロナウイルス感染症患者のリモート面会による終末期看護：ケースレポート，グリーンフ&ビリーブメント研究，2，p.87-93，2021.
- 6) 奥野史子：COVID-19 感染患者に対応する際に生じる様々な思いを押し殺しながら勤務している場面，看護技術，67 (1)，p.17-21，2021.
- 7) 白石朝子，安高久美子，木村恵，他：COVID-19 蔓延下での担がん患者および患者家族，医療従事者への面会制限の心理的影響，Palliative Care Research，17 (2)，p.65-70，2022.

◇研究報告◇

中間看護管理者の職務遂行上の困難

— 新任期と新任期以降の中間看護管理者の比較 —

戸部理絵^{1)*}, 佐藤美由紀²⁾

本研究は、中間看護管理者の職務遂行上の困難を明らかにし、新任期と新任期以降の困難を比較することを目的とした。方法は、全国8地域区分から300床以上の病院80施設を無作為抽出し、同意が得られた38病院の中間看護管理者615名を対象に無記名自記式質問紙調査を行った。因子分析の結果、48項目6因子が抽出された。中間看護管理者の職務遂行上の困難は、〈労務・人事管理に関わる困難〉、〈対人関係の調整に関わる困難〉、〈スタッフの育成に関わる困難〉、〈組織目標の達成に関わる困難〉、〈看護の質管理に関わる困難〉、〈セルフ・コントロールに関わる困難〉で構成されていた。

中間看護管理者の職務遂行上の困難で最も困難の度合いが高かったのは、〈労務・人事管理に関わる困難〉であった。新任期では新任期以降と比較して〈労務・人事管理に関わる困難〉〈セルフ・コントロールに関わる困難〉の度合いが有意に高いという特徴があった。

【キーワード】 中間看護管理者, 困難, 新任期, 新任期以降

I. はじめに

近年、日本の医療を取り巻く環境は、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、及び医療提供体制の転換等により大きく変化している。さらに、国民の医療に対する期待や権利意識、医療安全に関する意識の高まりとともに、医療提供者に対するニーズも多様化するなど、国民の医療に関する意識が変化している。これら医療を取り巻く環境や意識が変化する状況の中で、看護職には質の高い医療サービスの提供者としての役割の発揮が求められており、とりわけ看護管理者は看護の質を保証する上で重要な役割を担っており、求められる役割が拡大している。

看護部門の一つの看護単位に責任を担う看護師長にあたる中間看護管理者は組織運営の要であり、その役割は、「看護実践の組織化並びに運営、良質な看護を提供するための環境整備、看護実践に必要な資源管理、看護実践の評価と質の保証、看護実践の向上のための教育的環境の提供¹⁾」など多岐にわたる。

中間看護管理者は、職務を遂行する上で困難やストレスを抱えており、ストレス要因には、過重業務や役割・責任の重

さがあることが指摘されている²⁾。困難とは、「苦しみ悩むこと。ものごとをなしとげたり実行したりすることがむずかしいこと」³⁾とされるが、優れた中間看護管理者の成長に着目した先行研究^{4) 5)}では、困難の経験が成長を促進したことを報告している。

中間看護管理者が遭遇する困難に関しては、困難と戸惑いが多いと予測される新任期の中間看護管理者(以下、新任期)に焦点を当てた質的研究^{6) 7) 8)}が多く、新任期以降の中間看護管理者(以下、新任期以降)は含まれていない。医療を取り巻く社会情勢が激変している昨今、新任期のみならず新任期以降の中間看護管理者も複雑多様な困難を抱えていることが推測されるが、中間看護管理者全体を対象にした職務遂行上の困難について明らかにした研究は見当たらなかった。

そこで、中間看護管理者が職務を遂行する上でどのような困難を抱えているのかを明らかにし、新任期と新任期以降の困難を比較することで、組織運営の要となる中間看護管理者への支援と育成の示唆を得たいと考えた。

受付日: 2023年11月16日 / 受理日: 2024年3月8日

1) 信州大学医学部附属病院 2) 新潟大学大学院保健学研究科

* E-mail: rietobe@shinshu-u.ac.jp

Ⅱ. 目 的

中間看護管理者の職務遂行上の困難の構成要素を明らかにし、新任期と新任期以降の中間看護管理者の職務遂行上の困難を比較することにより、効果的な支援のための示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

- 1) 中間看護管理者：看護部門の一つの看護単位を統括する看護師長に相当する職位の者。
- 2) 新任期の中間看護管理者：管理者としての役割獲得の時期である昇進後3年未満の中間看護管理者。先行研究^{6) 7) 8) 9)}では、新任期を昇進後3年未満の範囲としていることを参考に3年未満とした。
- 3) 新任期以降の中間看護管理者：昇進後3年以上の中間看護管理者。

2. 研究対象とデータ収集方法

「日本病院会会員一覧 2018 年度」から、全国を 8 区分し、各区分から 300 床以上の病院を 10 施設ずつ、層化無作為抽出法で合計 80 病院を抽出した。そのうち同意が得られた 38 病院に所属する 615 名を調査対象とした。データ収集方法は、対象病院の看護部長に郵送法で本研究の主旨・倫理的配慮の記載された研究協力依頼書・調査票・同意書を送付し、調査協力を依頼し、同意書により協力の有無と対象者数を確認した。その後、対象者数分の依頼書と調査票および返信用封筒を再送付し、看護部長からの影響が働かない別の配布担当者に対象の看護管理者への配布を依頼し、回収も直接研究者への個別返送とし、返信をもって研究協力の同意とみなすことを文章で説明した。調査期間は、2019 年 8 月 6 日～2019 年 10 月 15 日であった。

3. 質問項目の作成

1) 基本属性

基本属性として、年齢、性別、中間看護管理者経験年数、認定看護管理者教育課程の受講状況、専門職資格、最終学歴、定期的な管理者研修の受講の有無、看護管理者の能力評価(ラダー)制度の有無を質問した。

2) 職務遂行上の困難

質問項目の原案は、中間看護管理者の困難の先行研究^{6) 7) 8) 9) 10)}から困難の内容を抽出して 44 項目の質問項目を作成した。その後、任意の病院の中間看護管理者 10 名にヒアリングを行い、困難の内容を 14 項目追加した。さらにスーパーバイザーと協議し、新たに 10 項目を追加した。68 項目作成後、任意の病院の中間看護管理者に予備調査を行い、内容の妥当性や表現のわかりやすさなどを検討し、修正を加えた。最終的に職務遂行上の困難に関する 68 項目の質問票を作成し、回答形式には「非常に困難 (4 点)」「やや困難 (3 点)」「あまり困難でない (2 点)」「全く困難でない (1 点)」「経験がない (0 点)」の 5 段階を設定した。

4. 分析方法

項目分析として 68 項目について記述統計値を算出し、天井・床効果について検討し、Item-Total 相関の確認を行った。因子分析として、職務遂行上の困難についての一貫性を確認し、その構造を明らかにするため、探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を実施した。信頼性の検証として各因子および尺度全体の Cronbach α 係数を算出し内的整合性を確認した。

新任期と新任期以降の群に分け、中間看護管理者の職務遂行上の困難の各下位尺度の項目平均値を求め、新任期と新任期以降の困難の推移を確認した。また、新任期と新任期以降の困難得点の中央値の差を Mann-Whitney U 検定によって分析した。分析には SPSS Statistic ver.26 を使い、有意水準は 5% 未満とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は佐久大学研究倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号: 2019005)。対象病院の看護部長以外の配布担当者に各中間看護管理者への調査票の配布を依頼し、調査票には研究主旨、研究への参加は自由意思に基づくこと、参加しないことによる不利益が生じないこと、個人・所属は一切特定できないように匿名性、個人情報厳守すること、得られたデータは研究以外には使用しないこと、データの厳重管理など文書で説明した。回収は調査票に同封した返信封筒を厳封し研究者に直接個別で郵送してもらった。

Ⅴ. 結 果

1. 分析対象者

38 施設 615 名の研究対象者に調査票を配布し、341 名から回答が得られた(回答率 55.4%)。そのうち、中間看護管理者経験年数と困難の質問項目に欠損値があるものを除外した 301 名を分析対象とした(有効回答率 48.9%)。

2. 対象者の属性(表 1)

性別内訳で男性 17 名(5.6%)、女性 284 名(94.4%)で、全体の平均年齢は 49.2 歳(SD5.5)であった。新任期の平均年齢は 45.1 歳(SD4.4)、新任期以降の平均年齢は 50.7 歳(SD5.1)であった。中間看護管理者経験は全体で平均 5.9 年(SD4.5)、新任期は平均 1.1 年(SD0.8)、新任期以降は平均 7.5 年(SD4.1)であった。認定看護管理者教育課程の受講状況は、全体ではファーストレベル 130 名(43.2%)、セカンドレベル 112 名(37.2%)、サードレベル 1 名(0.3%)、受講なしは 49 名(16.3%)であった。新任期ではファーストレベル 40 名(54.0%)、新任期以降ではセカンドレベル 104 名(45.8%)が多かった。

専門職資格では、全体で認定看護師 30 名(10.0%)、専門看護師 4 名(1.3%)、特定行為研修修了者 2 名(0.7%)であった。最終学歴は、全体で専門学校 236 名(78.4%)、短大 26 名(8.6%)、大学 27 名(9.0%)で、大学院修士 12 名(4.0%)であった。定期的な管理者研修受講の有無について、全体で

表1 対象者の属性

		n=301					
項目		新任期(n=74)		新任期以降(n=227)		全体	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
性別	男性	8	10.8	9	4.0	17	5.6
	女性	66	89.2	218	96.0	284	94.4
年齢	30代	7	9.4	3	1.3	10	3.3
	40代	56	75.7	90	39.6	146	48.5
	50代	11	14.9	128	56.3	139	46.2
	60代	0	0	6	2.6	6	2.0
	Mean±SD(範囲)	45.1±4.4(37-56)		50.7±5.1(38-63)		49.2±5.5(37-63)	
中間看護管理者経験年数	3年未満	74	100.0			74	24.6
	3-5年未満			64	28.2	64	21.3
	5-10年未満			97	42.7	97	32.2
	10-15年未満			49	21.6	49	16.3
	15-20年未満			14	6.2	14	4.6
	20年以上			3	1.3	3	1.0
	Mean±SD(範囲)		1.1±0.8(0-2)		7.5±4.1(3-22)		5.9±4.5(0-22)
認定看護管理者教育課程 受講状況	ファースト	40	54.0	90	39.6	130	43.2
	セカンド	8	10.8	104	45.8	112	37.2
	サード	0	0	1	0.4	1	0.3
	認定看護管理者	0	0	2	0.9	2	0.7
	受講なし	23	31.1	26	11.5	49	16.3
	無回答	3	4.1	4	1.8	7	2.3
専門職資格 (複数回答)	専門看護師	0	0	4	1.8	4	1.3
	認定看護師	7	9.5	23	10.1	30	10.0
	特定行為研修修了	0	0	2	0.9	2	0.7
	その他の資格	7	9.5	32	14.1	39	13.0
	なし	68	91.9	165	72.7	225	74.8
	無回答	0	0	4	1.8	4	1.3
最終学歴	専門学校	58	78.4	178	78.4	236	78.4
	短期大学	7	9.5	19	8.4	26	8.6
	大学	5	6.7	22	9.7	27	9.0
	修士	4	5.4	8	3.5	12	4.0
定期的な管理者研修	受講あり	46	64.8	152	67.9	198	67.1
	受講なし	21	29.6	69	30.8	90	30.5
	わからない	4	5.6	3	1.3	7	2.4
看護管理者の能力評価制度 (ラダー)	あり	39	56.5	134	60.1	173	59.2
	なし	24	34.8	77	34.5	101	34.6
	わからない	6	8.7	12	5.4	18	6.2

は、ありが198名(67.1%)、なしが90名(30.5%)、わからない7名(2.4%)であった。看護管理者の能力評価(ラダー)制度の有無について、全体ではありが173名(59.2%)、なしが101名(34.6%)であった。

3. 質問項目の検討に関する分析結果(表2)

1) 項目分析

記述統計量による得点分布を確認後、各項目における天井効果・床効果の確認を行った。天井効果が認められた1項目については、内容を吟味し、質問項目として不可欠であると

考えられたため除外せず分析対象として残した。また、職務遂行上の困難の質問において「経験がない」と回答した割合が10%以上の項目のうち、病院に職務自体がないことや、別の担当者が対応している職務である可能性が高いと推察された「労働組合等への対応」「准看護師の育成」「患者・家族への医療事故対応」の3項目を分析から削除した。

残った65項目で項目間相関について検討し、相関係数が0.700以上を示した8項目のうち4項目を除外した。I-T相関を算出し、 $r=0.350$ 未満の項目はなく、残りの61項目を分析対象とした。

表2 中間看護管理者の職務遂行上の困難の因子分析結果

因子(下位概念)Cronbachのα係数	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
項目番号と項目						
第1因子(労務・人事管理に関わる困難) α=0.879						
29 スタッフの有給休暇取得促進や調整	0.821	-0.006	-0.100	-0.005	0.020	0.008
30 勤務間インターバルの確保	0.720	-0.071	0.056	-0.088	0.013	0.051
31 スタッフの超過勤務の削減	0.694	-0.037	-0.126	-0.007	0.035	0.054
28 スタッフの勤務表作成	0.639	-0.031	0.043	-0.007	0.121	0.070
32 スタッフの会議等への参加と勤務時間保証	0.589	0.010	-0.129	-0.006	0.125	0.096
34 急な退職や休職による人員調整	0.537	0.040	0.167	0.208	-0.221	-0.096
35 離職防止対策	0.514	0.123	0.075	0.071	-0.160	0.011
33 スタッフの健康管理(メンタルヘルス含)	0.504	0.071	0.225	-0.170	0.059	0.055
18 スタッフへの情報共有・伝達	0.459	0.081	-0.021	-0.089	0.334	-0.046
17 業務量に対応した看護師数の確保	0.455	-0.052	0.069	0.164	0.029	-0.047
第2因子(対人関係の調整に関わる困難) α=0.823						
55 医師以外の他職種と自分の人間関係の調整	-0.017	0.757	0.038	-0.092	-0.014	0.072
60 患者・家族からのクレーム対応	0.125	0.706	-0.112	0.316	-0.175	-0.125
56 同僚部長と自分の人間関係の調整	-0.161	0.563	0.085	-0.165	-0.017	0.194
61 患者・家族から医療者へのハラスメント対応	0.137	0.537	-0.061	0.234	-0.223	-0.003
54 医師と自分の人間関係の調整	0.030	0.531	-0.079	-0.047	0.068	0.205
19 関係者との効果的なコミュニケーション	0.116	0.515	-0.003	-0.106	0.373	-0.061
58 患者情報の把握	-0.030	0.482	0.004	0.217	0.043	0.018
59 患者・家族の倫理的判断	-0.123	0.451	0.118	0.316	0.085	-0.061
第3因子(スタッフの育成に関わる困難) α=0.861						
41 中堅看護師の育成	-0.064	-0.104	0.747	0.177	0.024	-0.097
40 新人看護師の育成	-0.126	0.061	0.689	0.169	-0.157	0.088
52 スタッフ同士の人間関係の調整	0.038	0.221	0.642	-0.149	-0.029	-0.109
44 現任の主任・副師長の育成	0.024	-0.127	0.637	0.005	0.154	0.011
42 中途採用(経験者)の育成	0.008	0.051	0.605	0.067	-0.098	-0.033
45 次世代の管理者の育成	-0.005	-0.086	0.592	0.040	0.087	0.055
43 育休・病休からの復職者の育成	0.098	0.150	0.512	-0.097	-0.048	-0.029
50 スタッフ育成の仕組みやプログラム作り	0.049	0.029	0.456	-0.040	0.239	0.072
53 スタッフと自分の人間関係の調整	0.000	0.392	0.419	-0.236	0.096	0.052
第4因子(組織目標達成に関わる困難) α=0.853						
7 入院単価アップのための効果的な方策を遂行すること	-0.102	0.127	-0.155	0.643	0.163	0.058
4 診療報酬改定を効果的に活用すること	-0.027	0.045	-0.044	0.63	0.132	0.048
6 新規の事業やシステムの立ち上げを達成すること	-0.031	-0.002	-0.022	0.617	0.089	0.125
1 病院または看護部の目標を達成すること	0.035	-0.022	0.182	0.542	0.118	-0.076
5 院内横断的活動(委員会など)の責任者としての役割を遂行すること	0.126	-0.064	0.08	0.496	0.074	0.101
3 部署の単年度目標を達成すること	0.207	0.017	0.202	0.461	0.059	-0.049
2 部署の中長期的な目標を見据えること	0.056	-0.087	0.331	0.400	-0.049	0.105
第5因子(看護の質管理に関わる困難) α=0.814						
13 基準・手順などのタイムリーな修正・整備	0.027	-0.043	-0.208	0.203	0.710	0.033
10 看護提供方式の選択と運用	0.184	-0.128	0.016	0.018	0.566	-0.017
12 データを活用したマネジメント	-0.085	-0.060	0.000	0.320	0.520	0.055
14 医療機器・医療材料・薬品などの安全な管理	-0.078	0.082	0.051	0.150	0.472	0.035
16 自部署のチーム医療の推進	-0.012	0.195	0.125	-0.028	0.469	-0.084
8 エビデンスに基づくケアの提供	0.026	-0.189	0.117	0.141	0.459	0.047
15 他職種や他部門との交渉・調整	-0.155	0.331	0.000	0.130	0.455	-0.047
20 患者の守秘義務・個人情報保護の管理	-0.003	0.360	0.008	-0.051	0.433	-0.110
11 効率的な病床管理(ベットコントロール)	0.118	-0.016	0.042	0.312	0.409	-0.064
第6因子(セルフ・コントロールに関わる困難) α=0.814						
68 自分自身の能力開発をしていくこと	-0.070	-0.040	0.021	0.098	0.102	0.711
65 自信を持って管理業務を行うこと	-0.020	0.052	0.171	0.136	-0.094	0.660
67 自分自身の健康管理	0.091	0.157	-0.114	0.051	-0.043	0.569
63 管理者の役割範囲や役割内容の理解	0.032	0.170	0.092	-0.041	0.017	0.560
64 自分自身の超過勤務短縮	0.216	0.005	-0.177	0.078	-0.051	0.559
因子寄与率(%)	9.092	7.530	9.585	7.206	8.398	6.567
累積寄与率(%)	28. 21	33. 24	37. 09	40. 09	42. 89	45. 27
因子相関行列	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
	1					
	0.441	1				
	0.540	0.546	1			
	0.454	0.249	0.440	1		
	0.494	0.441	0.556	0.384	1	
	0.450	0.331	0.441	0.430	0.462	1

全体のCronbachのα係数=0.947

因子抽出法: 主因子法、回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

2) 探索的因子分析

中間看護管理者の職務遂行上の困難の 61 項目について主因子法、プロマックス回転で因子分析を行った結果、抽出されたのは 14 因子であった。因子のスクリープロットによる固有値の減衰状況を確認し、6~7 因子構造が妥当であると判断した。7 因子で因子分析し、因子負荷量が 0.35 未満であった 10 項目を除外した。51 項目を 6 因子で再度分析し、共通性が 0.3 以下の 2 項目と因子負荷量が 0.35 未満の 1 項目を除外した。残りの 48 項目に対して再度因子分析を行った結果、プロマックス回転後の最終的な因子パターンは 6 因子 48 項目であり、各因子間の相関行列は 0.249~0.556 であった。

3) 中間看護管理者の職務遂行上の困難の因子の命名

命名した因子を〈 〉で示す。

第 1 因子は、スタッフの有給休暇取得促進や調整、勤務間インターバルの確保、スタッフの超過勤務の削減、スタッフの勤務表作成などの 10 項目で〈労務・人事管理に関わる困難〉と命名した。第 2 因子は、医師と自分の人間関係の調整、医師以外の他職種と自分の人間関係調整、など 8 項目で、〈対人関係の調整に関わる困難〉と命名した。第 3 因子は、中堅看護師の育成、新人看護師の育成、現任の主任・副師長の育成など 9 項目で、〈スタッフの育成に関わる困難〉と命名した。第 4 因子は、病院または看護部の目標を達成すること、新規事業やシステムの立ち上げを達成することなど 7 項目で、〈組織目標達成に関わる困難〉と命名した。第 5 因子は、データを活用したマネジメントなど 9 項目で、〈看護の質管理に関わる困難〉と命名した。第 6 因子は、自信をもって管理業務を行うこと、自分の超過勤務短縮など 5 項目で、〈セルフ・コントロールに関わる困難〉と命名した。

4) 信頼性の検討

中間看護管理者の職務遂行上の困難 48 項目の全体の信頼係数 (Cronbach α 係数) は $\alpha = .947$ と高い信頼性が認められた。各因子の信頼係数は.814~.879 であった。

4. 新任期と新任期以降の中間看護管理者の職務遂行上の困難の各下位尺度の項目平均値 (表 3)

新任期と新任期以降の群に分け、中間看護管理者の職務遂行上の困難の各下位尺度の項目平均値を求めた。得点が高いほど職務遂行上の困難の度が高いことを意味する。新任期において、〈労務・人事管理に関わる困難〉 3.00 ± 0.56 が最も高く、〈セルフ・コントロールに関わる困難〉 2.98 ± 0.52 、〈組織目標の達成に関わる困難〉 2.88 ± 0.44 、〈スタッフの育成に関わる困難〉 2.73 ± 0.44 、〈看護の質管理に関わる困難〉 2.46 ± 0.44 の順で高く、〈対人関係の調整に関わる困難〉 2.42 ± 0.49 が最も低かった。新任期以降において、〈労務・人事管理に関わる困難〉 2.79 ± 0.52 が最も高く、〈組織目標の達成に関わる困難〉 2.76 ± 0.50 、〈スタッフの育成に関わる困難〉 2.74 ± 0.48 、〈セルフ・コントロールに関わる困難〉 2.70 ± 0.63 、〈看護の質管理に関わる困難〉 2.45 ± 0.46 の順で高く、〈対人関係の調整に関わる困難〉 2.35 ± 0.45 が最も低かった。

次に、新任期と新任期以降の間で困難得点の中央値の差の検定を行ったところ、〈労務・人事管理に関わる困難〉と〈セルフ・コントロールに関わる困難〉、〈中間看護管理者の困難 48 項目合計〉において有意な差が見られ、新任期は新任期以降と比較して、困難の度合いが高くなっていた。

VI. 考 察

1. 中間看護管理者の職務遂行上の困難

本研究では、中間看護管理者の職務遂行上の困難を調査した結果、48 項目からなる 6 因子が抽出された。

〈労務・人事管理に関わる困難〉は、下位尺度の項目平均値が新任期と新任期以降ともに最も高く、困難の度合いが高かった。スタッフの有給休暇取得促進や調整、勤務間インターバルの確保、スタッフの勤務表作成などの項目が含まれており、夜勤・交代制勤務を行う看護師の労務管理・労働環境の整備に関する困難である。中間看護管理者の業務負担調査で

表 3 中間看護管理者の職務遂行上の困難の各下位尺度項目の得点 (新任期と新任期以降の比較)

因子	全体					新任期					新任期以降					P
	度数	平均値 ± 標準偏差	中央値	パーセンタイル (25-75)	度数	平均値 ± 標準偏差	中央値	パーセンタイル (25-75)	度数	平均値 ± 標準偏差	中央値	パーセンタイル (25-75)				
第1因子: 労務・人事管理に関わる困難	274	2.84 ± 0.54	26.20	(22.98-29.30)	63	3.00 ± 0.56	28.20	(24.40-32.20)	211	2.79 ± 0.52	25.30	(22.30-28.30)	0.003			
第2因子: 対人関係の調整に関わる困難	275	2.36 ± 0.46	16.38	(14.38-18.38)	64	2.42 ± 0.49	16.38	(14.38-19.13)	211	2.35 ± 0.45	16.38	(14.25-25.22)	0.403			
第3因子: スタッフの育成に関わる困難	255	2.74 ± 0.47	22.33	(20.22-25.22)	55	2.73 ± 0.44	22.33	(19.33-25.22)	200	2.74 ± 0.48	22.33	(20.22-18.43)	0.740			
第4因子: 組織目標達成に関わる困難	267	2.79 ± 0.49	16.57	(14.43-18.57)	62	2.88 ± 0.44	17.57	(15.29-19.57)	205	2.76 ± 0.50	16.57	(14.43-18.38)	0.066			
第5因子: 看護の質管理に関わる困難	275	2.45 ± 0.46	20.22	(18.11-22.33)	63	2.46 ± 0.44	21.11	(18.22-23.22)	212	2.45 ± 0.46	20.22	(18.11-22.31)	0.559			
第6因子: セルフ・コントロールに関わる困難	300	2.77 ± 0.62	11.60	(9.60-13.60)	74	2.98 ± 0.52	12.60	(11.25-14.60)	226	2.70 ± 0.63	11.40	(9.40-13.60)	0.001			
中間看護管理者の困難の48項目合計	216	2.65 ± 0.38	123.56	(112.06-135.82)	42	2.73 ± 0.35	131.06	(116.80-139.07)	174	2.63 ± 0.39	122.05	(111.80-135.05)	0.043			

新任期と新任期以降の比較: Mann-WhitneyU検定

も、スタッフの勤務表の作成と管理は最も主観的仕事時間が長く、かつ困難度が高いことを報告¹¹⁾しており、本研究の結果と同様であった。2013年、日本看護協会が「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」¹²⁾を公表し、ガイドラインに沿った勤務体制見直しの取り組み、働き方改革の推進が影響していると考えられる。今後は、労働人口減少や社会情勢が変化の中で、医療現場を預かる中間看護管理者にとって、労務管理における困難の度合はますます高くなっていくことが推察される。

〈組織目標の達成に関わる困難〉は、新任期と新任期以降ともに2番目に困難の度合が高かった。病院や看護部の目標を達成すること、新規事業やシステムの立ち上げ、院内横断的活動や診療報酬改定に関する困難である。厚生労働省の調査でも、日本企業の管理職は3年前と比較した職場状況の変化として、成果に対するプレッシャーの強まりを感じていたと報告¹³⁾している。中間看護管理者もビジネス界と同様に業績や成果を求められ、困難を感じている現状がある。さらに、新規事業や院内横断的活動などは、部門を越えた連携が必要であり困難が伴うと考えられる。

〈セルフ・コントロールに関わる困難〉は、新任期と新任期以降ともに3番目に困難の度合が高かった。自身の超過勤務短縮や健康管理といった身体的な自己管理と、役割範囲や役割内容の理解といった役割取得に関連する困難である。厚生労働省の調査¹³⁾では、日本企業の管理職は、自分の業務量が多すぎることや部下の管理や指導などに悩んでいると報告されている。また、看護界でも、役割ストレスに関して、管理職においては、役割葛藤が情緒的消耗感に影響を与え、役割曖昧さが個人的達成感の低下に影響を与えた¹⁴⁾と報告されており、量的労働負荷や役割遂行に関する困難を抱えている現状があると考えられる。

〈スタッフの育成に関わる困難〉は、新任期と新任期以降ともに4番目に困難の度合が高かった。新人看護師から主任・副師長の育成、次世代の管理者まで幅広い層の部下の人材育成の困難である。新任期を対象とした先行研究^{6) 9)}では、新任期の中間看護管理者の困難には多様な個性や能力を持つスタッフ、医師及び患者との複雑多様な関係調整があることが報告⁶⁾されている。一方で、新任期以降も困難の度合は変化がないことから、経験を積んだ新任期以降も困難を感じていると考えられる。

〈看護の質管理に関わる困難〉は、新任期と新任期以降ともに5番目に困難の度合が高かった。データを活用した看護の質評価や改善などに関わる困難である。困難の度合は、新任期以降も低下はなく、限られた資源で効率的に質の高い看護を提供することは、経験を積んだ管理者であっても困難の度合が高いと考えられる。2015年には日本看護協会が労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業¹⁵⁾をスタートさせ、中間看護管理者には今まで以上に多様なデータを活用した質改善活動が求められていると推測される。

〈対人関係の調整に関わる困難〉は、新任期と新任期以降ともに最も困難の度合が低かった。医師を含む他職種や同僚師長との対人関係に関わる困難である。看護は言うまでもなく対人関係面において始まるものであり、看護職として長きに渡って対人関係の調整役を担ってきた実績から、対人関係スキルが高いことが推察される。

2. 新任期と新任期以降の中間看護管理者における職務遂行上の困難の比較

新任期と新任期以降の困難の度合を比較したところ、〈中間看護管理者の困難 48 項目合計〉で有意差が見られたことから、中間看護管理者の困難は、経験年数が長くなると困難の度合は低下することが示唆された。新任期には、〈労務・人事管理に関わる困難〉〈セルフ・コントロールに関わる困難〉の度合が高いことが明らかになった。新任期で〈労務・人事管理に関わる困難〉の度合が高いことは、先行研究¹⁶⁾でも、新任期の看護管理者の6割が勤務表の作成を苦痛と感じ、ストレスとの有意な関係があることを指摘しており、昇進前の主任・副師長の時期から、上司の支援を受けながら労務・人事管理に関わる機会を持ち、関わっていくことも必要である。また、昇進後も研修や意見交換など意図的に行うことで、困難の度合を軽減することができると思う。次に、新任期に〈セルフ・コントロールに関わる困難〉の度合が有意に高い理由は、中間看護管理者への昇進は大きな節目であり、新たな役割移行に伴い必要な知識や能力を取得し新たな環境に適應していく時期であることが考えられる。〈セルフ・コントロールに関わる困難〉には、役割範囲や役割内容の理解や自信を持って管理業務を行うといった役割移行に伴う項目がある。新任期には、管理の全体像が把握しきれず役割範囲や管理基準が不明確なまま役割を模索している状態であり、そのことが困難につながっていると考えられる。

3. 中間看護管理者の職務遂行上の困難への支援

本研究では、中間看護管理者は、経験を積むことにより困難の度合は低下していたが、新任期や新任期以降に限らず、多様な職務遂行上の困難を抱えている現状があった。水野¹⁷⁾は、中間看護管理者のキャリア発達を促した要因には、困難な経験があったと述べている。また、McCall¹⁸⁾は、経験は人材開発の中枢であると述べ、成長したマネジャーは「課題」「苦難」「他者 (上司)」という3つのカテゴリーに関して多様な経験を積むことによって成長していることを報告している。しかし一方で、成長を促す経験と多くの挫折を引き起こす危険な状況には密接な関係があるとも述べている。したがって、困難な経験のすべてが成長につながるわけではなく、挫折を引き起こす可能性もあると言える。

特に、新任期においては、経験5年以上の中間看護管理者より蓄積疲労度が高く、労働災害のリスクがあり¹¹⁾、危険な状況にある。日本看護協会の調査¹⁹⁾では、「定期的な師長教育・研修」を行っている施設は95.8%と高い割合の一方で、相談できる体制づくりやメンターなどの精神的な支援制度が

あるのは16%と低い現状が報告されている。新任期の中間看護管理者に対しては、業務負担の軽減や病院組織の就業状況の改善が望まれるとともに、パートナーシップや新任期の集いなどの手厚い支援体制を整備することで、過度な精神的負担を伴う困難の経験を避けることができると考えられる。さらに、早期に産業医やメンタルヘルス等の専門家との連携が図れるような支援体制の整備も必要である。

中間看護管理者が、困難な経験を成長につなげるためには、組織の事業戦略と中間看護管理者の経験を意図的に結びつける支援計画が必要である。そして、上司や先輩看護管理者のメンタリングによって早期に課題解決を図れるようなパートナーシップ等、相互支援の仕組み作りを行うことが中間看護管理者の成長を促進させていく²⁰⁾鍵になる。看護管理者に求められる役割はさらに高度化・複雑化することが予測される中、困難の経験を効果的に成長につなげる支援体制が必要である。

本研究では「困難でない」と「経験がない」を区別して分析を試みた。しかし、本研究結果のさらなる分析においては、「経験がない」の扱いについては検討が必要である。

VII. 結 論

中間看護管理者の職務遂行上の困難を調査し、以下の結果を得た。

1. 中間看護管理者を対象とした職務遂行上の困難は48項目あり、〈労務・人事管理に関わる困難〉、〈対人関係の調整に関わる困難〉、〈スタッフの育成に関わる困難〉、〈組織目標の達成に関わる困難〉、〈看護の質管理に関わる困難〉、〈セルフ・コントロールに関わる困難〉の6因子で構成されていた。
2. 中間看護管理者の職務遂行上の困難で最も困難の度合いが高かったのは、〈労務・人事管理に関わる困難〉であった。新任期では新任期以降と比較して〈労務・人事管理に関わる困難〉〈セルフ・コントロールに関わる困難〉の度合いが有意に高いという特徴があった。新任期は役割取得に伴う困難が高い時期であり、業務負担の軽減や、役割理解を促進していく支援が必要である。

本研究は、佐久大学看護学研究科修士論文の研究結果の一部を抜粋し加筆している。なお、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。

謝辞：本研究にご協力下さいました研究参加者の皆様に心より御礼申し上げます。また、ご指導下さいました元佐久大学看護学部吉川三枝子教授に感謝申し上げます。

VIII. 引用文献

- 1) 日本看護協会, 看護業務基準 (2021), 2023年8月30日閲覧。

- <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/gyomu/kijyun.pdf>.
- 2) 瀧澤いずみ, 中村悦子: 看護師長の職務ストレス要因とレジリエンスの関連, 日本看護学会論文集 (看護管理), 48, p.173-176, 2018.
 - 3) 新村出編: 広辞苑 (第7版), 岩波書店, p.1125, 2018.
 - 4) 吉川三枝子, 平井さよ子, 賀沢弥貴: 優れた中間看護管理者の「成長を促進した経験」の分析, 日本看護管理学会誌, 12 (1), p.27-36, 2008.
 - 5) 倉岡有美子: 看護師長の成長に影響を与えた上司の支援, 日本看護管理学会誌, 19 (1), p.20-27, 2015.
 - 6) 吉川三枝子, 関根聡子, 高橋由紀, 他: 新任の中間管理者が認識する役割遂行上の困難と必要とする支援, 茨城県立医療大学紀要, 17, p.1-10, 2012.
 - 7) 東堤久恵, 青山ヒフミ, 勝山貴美子: 就任初期の看護師長が役割移行において役割を取得するプロセス一困難の体験に関連した役割の取得からの検討一, 大阪府立大学看護学部紀要, 18 (1), p.11-21, 2012.
 - 8) 後藤姉奈, 川島珠実: 新任師長が体験する困難とその対処におけるロールモデルの様相, 日本看護管理学会誌, 14 (1), p.68-76, 2010.
 - 9) 山本雅子, 宮腰由紀子, 高瀬美由紀, 他: 病院看護職における新任中間管理者の職務動機づけに影響する要因, 日本職業・災害医学会会誌, 61 (1), p.62-68, 2013.
 - 10) 永田佳子: 看護師長が役割遂行上の困難からその困難を乗り越えた体験の概念化, 日本看護学会論文集 (看護管理), 46, p.80-83, 2016.
 - 11) 富永真己, 小田美紀子: 病院の看護師長の主観的評価による看護師長業務の負担と蓄積疲労度及び長時間労働に関する研究, 日本医療・病院管理学会誌, 54 (1), p.7-17, 2017.
 - 12) 日本看護協会 (2015), 「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」の普及等に関する実態調査 調査概要・結果概要, 2023年8月30日閲覧。
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkota/chosa/pdf/2015gaiyo.pdf>.
 - 13) 厚生労働省 (2018), 平成30年版労働経済の分析, 2023年8月30日閲覧。
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/18/dl/18-1.pdf>.
 - 14) 中山元佳, 香月富士日: 看護管理者の役割ストレス・労働負荷とバーンアウトとの関連, 日本看護研究学会雑誌, 43 (2), p.189-198, 2020.
 - 15) 日本看護協会, 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業, 2023年8月30日閲覧。
<https://www.nurse.or.jp/nursing/database/index.html>.
 - 16) 田代朱音, 三木明子, 黒田梨絵: 新任師長の業務ストレスと職場の支援, ストレス反応との関連, 日本看護学会論文集 (看護管理), 43, p.367-370, 2013.
 - 17) 水野暢子: 看護中間管理者のキャリア発達過程とそれに関連する要因, 日本看護研究学会雑誌, 36 (1), p.81-92, 2013.
 - 18) McCall, M. W: High Flyers, 1998, 金井壽宏監訳, ハイ・フライヤー 次世代リーダーの育成法, プレジデント社, p.109-127, 2002.
 - 19) 日本看護協会 (2016), 平成28年度全国看護師交流集会 I 病院領域検討資料, 2023年8月30日閲覧。
file:///C:/Users/nskanri2022/Downloads/160610_VK0dxn526358207.pdf.
 - 20) 吉川三枝子, 松下由美子, 吉田文子, 他: 看護管理者の成長を促進した仕事上の経験, 佐久大学看護研究雑誌, 13 (1), p.1-10, 2021.

◇実践報告◇

^{18}F -FDG 投与業務におけるタスクシフト/シェアの過程とその効果に関する検討

佐伯歌奈^{1)*}, 澤田由貴¹⁾, 長由実愛¹⁾, 佐藤雅子¹⁾, 伊林由美子¹⁾, 城石陽子¹⁾, 平田健司²⁾

医療分野の働き方改革において、医師から医療関係職種へのタスクシフト/シェアが推奨されている。しかし、実際にタスクシフト/シェアした事例や方法に関する検討は少なく、 ^{18}F -FDG 投与を医師から看護師へタスクシェアした際の効果は評価されていない。本実践報告では、 ^{18}F -FDG 投与業務をタスクシェアした経過を振り返り、導入から過程および効果に関して評価を行った。

医師への調査結果から、専門的業務時間を確保できたとの評価が得られ、タスクシェアの有効性が示された。一方、看護師は放射性同位元素の安全な静脈内投与技術を獲得できた。また、看護師自身が一貫して対応することで、患者の個別性に沿った、タイムリーな対応が可能になると考える。しかし、看護師は ^{18}F -FDG 投与オリエンテーション中、継続して不測の事態に対する不安を感じていた。そのため、いかに不測の事態を低減するかが重要であるとの示唆も得られた。

【キーワード】 タスクシフト, タスクシェア, ^{18}F -FDG, 働き方改革, 核医学

I. はじめに

近年、少子高齢化や医療ニーズの多様化により医療従事者の人員確保が困難になっている。医療分野でも「働き方改革」が推進され¹⁾、医師の長時間労働を是正するために、2024年4月から時間外労働の上限制限が適応される²⁾。厚生労働省の働き方改革に関する検討会によると、労働時間を軽減する解決策として、医療関係職種へのタスクシフト/シェアが推奨されている³⁾。その中で、認定看護師や特定行為研修修了者による科学的なタスクシフト/シェアの実践が示されており、医師に代わり看護師が積極的に患者ニーズに対応していくことが求められている。一方、認定看護師や特定行為研修修了者以外の分野では、実際にタスクシフト/シェアした事例や方法に関する検討は少なく、今後どのようにタスクシフト/シェアを進めていくかが課題となっている。

核医学分野において、2002年に厚生労働省が「看護師等による静脈注射は診療補助行為の範疇である」と法解釈を変更してから、看護師による自動投与装置を用いた放射性同位元素の静脈内投与が可能になった⁴⁾。実際、いくつかの施設で

は、PET/CT (positron emission tomography/computed tomography) 検査で悪性腫瘍を評価する際に用いられる ^{18}F -FDG (^{18}F -fluorodeoxyglucose) を、看護師が静脈内投与している^{5) 6)}。しかし、これまで ^{18}F -FDG 投与を医師から看護師へ委譲した際の効果を評価した研究はない。タスクシフト/シェアの効果を明らかにすることは、今後の「働き方改革」を推進するために重要である。

A 病院の核医学検査室では、医師の人員減少により業務過多を生じた。医師が専門的業務を行う時間を確保するため、これまで医師が行っていた ^{18}F -FDG 投与業務を看護師へ委譲することが2018年に計画された。本報告では、医師から看護師へ ^{18}F -FDG 投与業務を委譲した経過を振り返り、タスクシフト/シェアの過程と実施後の効果について評価を行った。

II. 目 的

医師から看護師へ ^{18}F -FDG 投与業務を委譲した経過を振り返り、タスクシフト/シェアの効果を明らかにする。

受付日: 2022年11月16日 / 受理日: 2024年3月8日

1) 北海道大学病院 2) 北海道大学大学院医学研究院

* E-mail: skana@yahoo.ne.jp

Ⅲ. 看護実践

1. 準備期：2018年3月～2019年6月
2. 実践期：2019年7月～2019年12月
3. 対象者

A病院のPET/CT検査に従事する医師7名、看護師9名（経験年数10年未満1名、10年以上15年未満4名、15年以上20年未満2名、20年以上2名）。

4. 対象看護師の育成

準備期に¹⁸F-FDG投与業務を安全かつ適切に実施するための知識・技術教育プログラムを作成し、対象看護師を育成した。

5. A病院における¹⁸F-FDG投与業務プロトコル

¹⁸F-FDGの静脈内投与は、「FDG PET, PET/CT診療ガイドライン2018」⁷⁾に従い、0.5ml/secで4.5MBq/kg投与した。¹⁸F-FDG投与業務は業務整理を行い、A～Nのプロトコルに分類した（表1）。医師はC・H・I・J・K・Mを、看護師はCを除くA～Nの工程を単独で行った。

6. データの収集と分析方法

1) 実践期に実施したPET/CT検査数

PET/CT検査件数は、A病院の検査情報管理システムからデータ抽出をした。

2) 実践期に看護師が実施した¹⁸F-FDG投与数

看護師が実施した¹⁸F-FDG投与数は、看護師の業務日誌からデータ抽出をした。

3) 看護師の被ばく線量測定調査

ポケット線量計（ALOKA MYDOSEmini[®]）を用い、¹⁸F-FDG投与業務を実施しなかった看護師（表1のC・H・I・J・

K・M）と実施した看護師（表1のC以外の全て）における被ばく線量を測定した。

- 4) ¹⁸F-FDG投与業務におけるタスクシフト/シェアの評価
- (1) 医師7名に対して下記①～④のアンケートを行い、タスクシフト/シェアが医師に与える効果を調査した。

① PET/CT検査において、看護師が¹⁸F-FDG投与を実施することで医師が専門的業務を行う時間を確保することができたか

② 他の検査において、看護師が¹⁸F-FDG投与を実施することで注射時間を確保することができたか

③ 今後も看護師と医師で業務共有を継続した方がよいか

④ 看護師の¹⁸F-FDG投与業務実施に向けた意見

(2) ¹⁸F-FDG投与業務に従事した看護師6名に対して、タスクシフト/シェアを導入したことによる影響や気持ちの変化について、自由記載のアンケートを行った。アンケート内容は、下記①～④の4項目とした。回答内容の類似性により、分類しカテゴリ化した。カテゴリ化にあたっては、看護師2名での合議制により信憑性を確保した。

① ¹⁸F-FDG自動投与装置操作のオリエンテーションを受ける前の気持ち

② ¹⁸F-FDG自動投与装置操作のオリエンテーションを受けている最中の気持ち

③ ¹⁸F-FDG自動投与装置操作のオリエンテーション終了後の気持ち

④ ¹⁸F-FDG投与業務のタスクシェアについてどう感じているか

表1 A病院における¹⁸F-FDG投与業務プロトコル

分類	単位業務	業務の目的・機能	業務時間(分)
A	問診確認・患者説明 患者に問診表記入について説明 投与室に案内	既往歴の確認や指示の前処置の確認 検査の流れや待機室待ち時間を説明 案内しながら、トイレ・待機室の位置を説明	8
B	薬剤準備 1mlシリンジに三方活栓を接続 生理食塩水10mlを準備	静脈確保のための準備	8
C	薬剤準備 ¹⁸ F-FDGと500ml生理食塩水を投与装置に装着しブライミング実施	¹⁸ F-FDG投与のための準備（PET検査開始前、1日1回のみ医師が実施）	15
D	投与前確認 患者と検査内容・問診表の内容について確認	患者確認、検査説明、 ¹⁸ F-FDGについて説明、既往歴や指示の前処置の確認、体重測定	10
E	前処置実施 24G静脈留置針で血管確保	¹⁸ F-FDGを投与する静脈確保	5
F	前処置実施 静脈留置針をテープで固定	¹⁸ F-FDGを投与する静脈確保処理	2
G	前処置実施 血糖測定のために採血実施	検査実施可能な血糖値を確認	1
H	前処置実施 静脈留置針と投与装置を連結		1
I	薬剤投与 ¹⁸ F-FDG投与		2
J	後処置実施・片付け 抜針後、圧迫	薬剤漏れの確認	1
K	後処置実施・片付け 抜針した内筒・チューブ類を破棄	回路内廃液による被ばくと汚染に配慮	2
L	問診確認・患者説明 待機室内 検査開始までの注意点を説明	安静保持を行うことを説明 （撮影まで45分の待機が必要となる）	5
M	次薬剤準備 投与装置に新たなチューブを接続 ¹⁸ F-FDGと500ml生理食塩水を投与装置に装着しブライミング実施	次の検査のための準備	1
N	問診確認・患者説明 PET/CT撮影室へ案内	車いすや排尿介助、移動介助が必要な場合は看護師が介助	5

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の趣旨、研究への不参加は自由意思であること、参加を拒否しても不利益はないこと、調査中でも辞退できることを口頭と文書で説明し同意を得た。本実践報告は、所属施設の審査委員会の承認を得た(実 2022-1)。

Ⅴ. 結果・成果

1. PET/CT 検査件数調査

調査期間内の PET/CT 検査数は合計 1206 件だった。月毎の内訳は、それぞれ 7 月 200 件、8 月 198 件、9 月 197 件、10 月 214 件、11 月 189 件、12 月 208 件であり、平均 201 件/月だった。看護師による ¹⁸F-FDG 投与数は、1206 件中 410 件 (34%) だった。月毎の内訳は、7 月 46 件 (23%)、8 月 78 件 (39%)、9 月 30 件 (15%)、10 月 80 件 (37%)、11 月 123 件 (65%)、12 月 53 件 (25%) だった。

2. 看護師の被ばく線量測定調査結果

全 1206 件中、1016 件の被ばく線量を測定した。対象看護師 9 名において、¹⁸F-FDG 投与業務を実施しなかった場合の被ばく線量の平均値は、 $0.73 \pm 0.67 \mu\text{Sv/件}$ (N=606) だった。一方、¹⁸F-FDG 投与業務を実施した場合の被ばくの線量の平均値は、 $1.03 \pm 0.54 \mu\text{Sv/件}$ (N=410) で、実施しなかった場合と比べ 42%増加した(図 1)。

3. 医師へのアンケート調査結果

7 名すべてで回答結果が得られた。

1) 看護師が ¹⁸F-FDG 投与を実施することで医師が専門的業務を行う時間を確保することができたかについて、7 名中 6 名が「できた」と回答した。一方、1 名は、「PET/CT 検査以外の検査でも核種注射を行うため、専門的業務に影響がある」ことを理由に「ややできた」と回答した。

2) 看護師が ¹⁸F-FDG 投与を実施することで、他の検査の注射時間を確保することができたかについて、6 名が「できた」、1 名が「ややできた」と回答した。その理由として、「他検査とのタイムマネジメントが不要となったことで、心理・精神的負担が軽減した」との回答が多くみられた。

3) 今後も看護師と医師で業務共有を継続した方がよいかについて、7 名すべてが「強く思う」と回答した。「放射線科医師に求められる役割が増加しているためタスクシェアは有用であった」や「業務の効率化が進んでよかった」との回答が得られた。

4) 看護師の ¹⁸F-FDG 投与業務実施に向けた意見について、7 名全員が、「看護師への感謝」もしくは「タスクシェアの継続・推進の意向」を示した。

4. 看護師へのアンケート調査結果

6 名すべてで回答結果が得られ、看護師の気持ちは、【不安感】【肯定感】【安心感】の 3 つのカテゴリが生成された(表 2)。

1) ¹⁸F-FDG 自動投与装置操作のオリエンテーションを受ける前の気持ちについて、6 名全員が「漠然とした不安」「イ

ンシデント・アクシデント発生」および「被ばく線量の増加」に関わる【不安感】を表出した。

2) ¹⁸F-FDG 自動投与装置操作のオリエンテーションを受けている最中の気持ちについて、6 名中 4 名は、看護師が一人で実施することによる「インシデント・アクシデント発生」や「被ばく線量の増加」に対する【不安感】を表出した。一方で、3 名は「思ったより操作は簡単だった」「自信がついた」等の【肯定感】を抱いていた。さらに、2 名は「指導中は医師の見守りがあった」ことにより【安心感】を表出した。

3) ¹⁸F-FDG 自動投与装置操作のオリエンテーション終了後の気持ちについて、6 名中 4 名は「思ったより操作が簡単だった」「自信がついた」「看護師ができることはやりたい」等による【肯定感】を示す一方、6 名全員が「インシデント・アクシデント発生」「時間内の業務遂行」および「これまでと同等の看護の提供」に対する【不安感】を表出した。

4) ¹⁸F-FDG 投与業務のタスクシェアについてどう感じているかについて、6 名中 5 名は「患者とのコミュニケーションがとりやすくなった」や「PET/CT 検査と他検査が重な

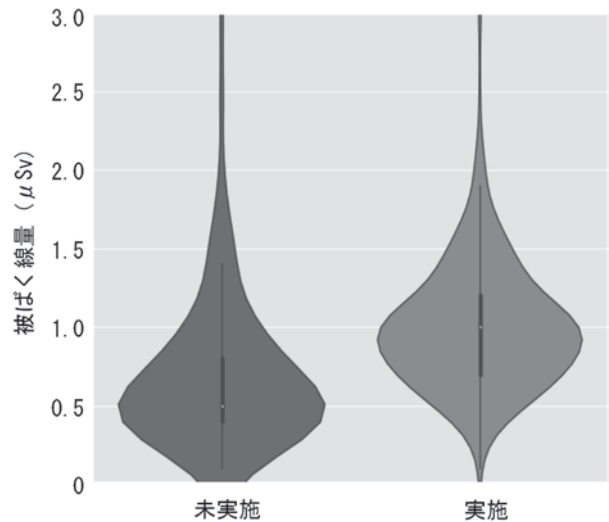


図 1 看護師の ¹⁸F-FDG 投与業務実施の有無による被ばく線量分布 (バイオリンプロット)

表 2 ¹⁸F-FDG 投与業務のタスクシフト/シェア導入における看護師の気持ち

カテゴリー	サブカテゴリー
不安感	漠然とした不安 インシデント・アクシデント発生 被ばく線量の増加 時間内の業務遂行 これまでと同等の看護の提供
肯定感	思ったより操作は簡単だった 自信がついた 看護師ができることはやりたい 今後も協働して継続したい
安心感	指導中は医師の見守りがあった トラブル時のバックアップ体制がある 医師に応援を依頼できる

る場合、医師だけでは対応が困難であるため、タスクシェアは継続した方がよい」等の【肯定感】を表出し、今後も協働して継続したい意向を示した。また、4名では「トラブル時のバックアップ体制がある」「医師に応援を依頼できる」ことによる【安心感】もみられた。しかし、1名で「継続して実施しないと、操作方法を忘れてしまう」という【不安感】もみられた。

VI. 看護実践への示唆

1. タスクシェアが与えた時間的効果について

PET 検査総数の 34%でタスクシェアを行うことができた。これまで、医師が¹⁸F-FDG 投与業務(表1のH・I・J・K・M)に要していた時間は合計7分であった。したがって、介入期間中に医師が専門的業務を行う時間を47.83時間確保できたと試算される。Itriらの研究では、放射線科医師における診断ミスを引き起こす要因には、仕事量の増加や人員不足、職場での注意散漫や割込み、長時間労働があるとされる⁸⁾。そのため、看護師が¹⁸F-FDG 投与業務のタスクシェアを実践することで、これらの要因を解消し、診断ミスの低減につながると推察される。準備期に業務整理をしたことで、業務のタイムマネジメントが明確となり、看護業務に円滑に組み込むことができた。患者に最も身近な医療職である看護師が一貫して対応を行うことで、患者とのコミュニケーションが増加し、患者状況や小さな変化に気づき易くなる。その結果、患者の個性に沿った、よりタイムリーな対応も可能になると考えられる。

2. 看護師の被ばく量測定調査について

本報告において、¹⁸F-FDG 投与を実施した場合の被ばく線量の平均値(1.03±0.54μSv/件)は、実施しなかった場合と比べ42%増加したものの、柏崎ら⁹⁾(約1.5μSv/検査)や望月ら⁵⁾(1.3±0.4μSv/study)の報告より低い値であった。これは、知識・技術教育プログラムが効果的に機能し、投与業務が適切に行われたためと推察される。また、平均PET/CT検査数201件/月の¹⁸F-FDG 投与業務を看護師一人が行ったと仮定しても、被ばく線量は207.03μSvであり、電離放射線障害防止規則で定められる妊娠可能な女性の実行線量限度5mSv/3か月¹⁰⁾を下回る値だった。実際には、複数の看護師が交代制で投与業務を行うため、¹⁸F-FDG 投与を実施した場合の被ばく線量は、さらに低下することが予想される。したがって、看護師は被ばく予防行動を実施して、看護師自身の安全を担保した¹⁸F-FDG 投与技術を獲得できたと考えられる。

3. 医師と看護師へのアンケート調査について

医師へのアンケート結果により、これまでPET/CT検査の際のタイムマネジメントが心理・精神的負担であったことが明らかになった。また、86%の医師が、専門的業務を行う時間を確保できたと評価しており、タスクシェアの有効性が客観的に示された。タスクシフト/シェアの推進には、「意識」「技術」「余力」の3つの課題への対応が必要とされ³⁾、看護

師の技術習得だけでは達成できない。アンケート結果では、双方でタスクシェアを継続する意向が示されているため、課題のひとつである「意識」における方向性は合致していた。同時に、看護師自身の自己研鑽を積み意欲や質の高い看護サービス提供の志向も、今後のタスクシェアの推進や実践に影響を与える可能性があると推察される。

看護師へのアンケート結果では、オリエンテーションを受ける前中後の全過程で不安を感じていたことが明らかになった。看護師の不安は予測できないことに対して生じ、インシデント発生に責任を負うことに躊躇していることが伺えた。そのため、経験を重ねるにつれて不測部分が減少し、各段階で不安の内容は変化した。しかし、予期できない事象に対する不安は、一貫して払拭できなかった。中堅看護師が抱える問題を解決しなければ、離職やモチベーションの低下を招くとされ¹¹⁾、タスクシフト/シェアの推進には、不安解消は不可欠である。今回の調査結果から、看護師に対し、いかに不測の事態を低減するかが重要であるとの示唆が得られた。また、看護師の人数が少ない中で医師の働き方を支援することは、本来の看護業務に十分な対応ができなくなる可能性がある¹²⁾。そのため、タスクシフト/シェアを実践する上で、看護業務の本幹である、患者への看護の提供を脅かさずに、労働環境体制を整備することも重要である。これらのことから、準備期の教育体制整備や人員育成による「意識」「技術」の習得、一職種に負荷が偏らない業務体制の構築による「余力」確保により、各課題への対策を万全にしたことによって、¹⁸F-FDG 投与業務における医療安全や質の向上を目指したタスクシェアを実現させることができたと考えられる。

本論文の内容の一部は、第61回日本核医学会学術総会において発表した。尚、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(2019), 医師の働き方改革に関する検討会, 医師の働き方改革に関する検討会報告書, 2022年1月29日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>.
- 2) 厚生労働省(2016), 医療従事者の需給に関する検討会, 医師需給分科会, 資料1.医師の需給推計について, 2022年1月29日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120209.pdf>.
- 3) 厚生労働省(2020), 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会, 議論の整理, 2022年1月29日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720006.pdf>.
- 4) 厚生労働省(2002), 新たな看護のあり方に関する検討会, 中間まとめ, 2022年1月29日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/09/s0906-4.html>.
- 5) 望月芳和, 宇野公一, 小坂昇, 他: PET 臨床における職業被ばくの改善策について—西台クリニックにおける検討—, RADIOISOTOPES, 55 (2), p.79-87, 2006.
- 6) 堀裕子, 松本衣未, 松成裕子: 核医学検査における看護師の静脈注射実践の現状と課題—PET 検査, RI 検査に関連

- した文献の静脈注射の実施基準ごとの検討一, 日本放射線看護学会誌, 3 (1), p.65-71, 2015.
- 7) 日本核医学会: FDG PET, PET/CT 診療ガイドライン 2018, 核医学, 55 (1), p.A1-A22, 2018.
 - 8) Itri JN, Tappouni RR, McEachern RO, et al. Fundamentals of Diagnostic Error in Imaging, Radio Graphics, 38 (6), p.1845-1865, 2018.
 - 9) 柏崎梨恵, 栃木茂子, 小貫美智子, 他: 造影 FDG-PET/CT 検査における担当看護師の被ばく線量とその低減の工夫—手順・動線を見直して—, RADIOISOTOPES, 62 (11) p.827-832, 2013.
 - 10) 厚生労働省 (2021), 電離放射線障害防止規則 第 4 条 2, 2022 年 1 月 29 日閲覧,
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=347M50002000041>.
 - 11) 戸塚絵巳, 佐藤紀子: 中堅看護師の現状とジェネラリストナース育成の可能性, 東京女子医科大学看護学会誌, 13(1), p.42-47, 2018.
 - 12) 石橋まゆみ: 看護師特定行為と周術期管理チーム 手術室看護師サイドから見た特定行為, 日本臨床麻酔学会誌, 40 (5), p.547-553, 2020.

◇実践報告◇

乳児持続性高インスリン血症性低血糖症に対して ジアゾキシド治療を長期継続する児の母親へ NICU 看護師が行ったトラウマインフォームドケアの 実践

龜山千里^{1)*}, 堀江未来¹⁾, 石塚真里奈¹⁾, 岩下悠子¹⁾, 小室悦子¹⁾

新生児集中治療室 (neonatal intensive care unit : 以下 NICU とする) へ入院する児の母親は, トラウマ体験をしているといわれ, 近年 NICU ではトラウマインフォームドケア (trauma-informed care : 以下 TIC とする) の導入が推奨されている。TIC とは, トラウマの影響を理解し対応する枠組みである。本研究は, NICU へ入院となり乳児持続性高インスリン血症性低血糖症と診断され, わが子がジアゾキシド (Diazoxide : 以下 DZX とする) 治療のため在宅自己血糖測定を行う母親のストレス反応に対し, NICU 看護師が行った TIC 実践を明らかにした。NICU での TIC 実践として, 1. 母親の抱く DZX 治療の継続や在宅自己血糖測定を行うことに対する恐怖心を共感的に傾聴すること, 2. 厳密な哺乳管理を必要とする児をもつ母親の直接授乳が継続できる方法を提案することという 2 つの内容が抽出された。これらの支援により, 母親の再トラウマ化を防ぎ, 退院することができた。NICU に入院となった児の母親には, TIC 実践が求められている。

【キーワード】 乳児持続性高インスリン血症性低血糖症, ジアゾキシド, トラウマインフォームドケア, NICU, 母乳育児

I. はじめに

乳児持続性高インスリン血症性低血糖症 (persistent hyperinsulinemic hypoglycemia in infancy : 以下 PHHI とする) はインスリン分泌過多により出生後早期から重症低血糖をきたしやすく, 神経学的後遺障害を残すことが少なくない。先天性高インスリン血症診療ガイドライン¹⁾によると, 生後間もなく発症し, 多くは 3~4 ヶ月以内に軽快する一過性のものと, それ以降の持続性のものに大別され, 平成 21~22 年度厚生労働科学研究による全国調査では, 一過性が約 17,000 人出生に一人, 持続性が 35,400 人出生に一人とされている。A 病院では, PHHI に対する治療として, ブドウ糖持続静脈注射で血糖値が安定しない場合, ジアゾキシド (Diazoxide : 以下 DZX とする) 治療を第一選択としている。加えて, 血糖値の推移の確認のために, リアルタイム持続グルコース測定 (Continuous Glucose Monitoring : 以下リアルタイム CGM とする) を実施し, DZX 内服量を調整している。DZX 治療が開始されると, 循環器系の合併症や in-out バランスのモニタリングを実施するため, 哺乳間隔や乳汁量が細かく決めら

れる²⁾。直接授乳は乳汁摂取量を可視化して管理することが難しいため, 直接授乳の開始が遅延する場合も少なくない。また, 母親は退院後も在宅自己血糖測定を行い, 低血糖出現時は低血糖に対する対応を行わなければならないため, 継続的に恐怖や緊張といったストレスに晒されトラウマ体験となり得る可能性がある。

近年では, 新生児集中治療室 (neonatal intensive care unit : 以下 NICU とする) へ入院となった児と家族に対応する看護師も, トラウマインフォームドケア (trauma-informed care : 以下 TIC とする) に関する知識を持つことが不可欠であり, トラウマインフォームドアプローチを導入することが推奨されている³⁾。本邦では, 2014 年に米国薬物乱用精神保健管理局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration : SAMHSA) で発表された TIC の手引が 2018 年に日本語に訳出され⁴⁾, 精神科看護師を中心に普及している。しかしながら, NICU ではまだ活用されておらず, 研究報告も見当たらない。TIC とは, トラウマになる出来事 (events) があつたとき, 出来事をどう体験 (experiences of events) したか, それによって本人にどのような影響 (effects)

受付日 : 2023 年 5 月 16 日 / 受理日 : 2024 年 3 月 8 日

1) 土浦協同病院

* E-mail : kameyama.chisato.xm@alumni.tsukuba.ac.jp

が出ているか、という「3つのE」について理解することが重要とされている。また、トラウマの広範な影響と回復の可能性を理解 (Realize) し、トラウマの影響で出現しているかもしれない症状のサインに気づき (Recognize)、トラウマに関する十分な知識を統合して対応 (Respond) し、再トラウマ化を防ぐ (Re-traumatization) という「4つのR」の視点も重要であるとされている。NICU 入院児の母親は、心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder: 以下 PTSD とする) のハイリスクであり⁵⁾、生後直後からの母子分離および救命のための愛他的痛み等は愛着形成を阻害し虐待に移行しやすいという指摘がある⁶⁾。加えて、NICU に入院した児の母親は看護者の言葉、ルーティン・ワーク、環境による傷つき体験を体験している⁷⁾。そのため NICU 看護師が TIC を実践できると、児や家族の理解が深まり、トラウマ体験を生じさせない支援が可能になると考えられる。

今回我々は、PHHI と診断された児の母親にストレス反応と思われる行動がみられ、TIC 実践を行った結果、ストレスの低減に効果があった事例を経験した。そこで本研究では、NICU 看護師が行った TIC を用いた実践を振り返り、NICU に入院した児の母親に対する TIC の実践推進の一助にしたいと考えた。

Ⅱ. 目 的

PHHI と診断され、わが子が DZX 治療のため在宅自己血糖測定を行う母親のストレス反応に対し、NICU 看護師が行った TIC 実践の内容を明らかにする。

Ⅲ. 看護実践

児の NICU 入院後経過と母親の状況を図 1 に示す。なお、血糖値の推移については、excel を用いてデータを対数変換して直線近似とした。

1. 事例紹介

母親 30 歳代後半初産。家族構成夫 (40 歳前半) との 2 人暮らし。妊娠経過は正常であった。在胎 40 週台、出生時体重 2600g 台、Apgar score 正常範囲、正常分娩であった。里帰り出産のため母親の実家近隣の産科施設で出産した。児は出生直後より血糖値の変動がみられ、哺乳および末梢点滴を確保し、正常血糖値を維持するためのブドウ糖液静脈注射を行っても改善がみられなかった。そのため出生翌日に A 病院 NICU へ新生児搬送となった。

2. 児の NICU 入院後の経過と母親に対する看護実践

NICU 入院時の全身状態は落ち着いていた。血液検査では、血糖値はブドウ糖液静脈注射量 (glucose infusion rate: 以下 GIR とする) 3.4mg/kg/min で、血糖値 68mg/dL と保たれていたが今後低血糖のリスクがあるため、経皮的中心静脈カテーテルを留置し、中心静脈栄養が開始となった。NICU 看護師は児の子宮外生活への不適応状態からくる一過性低血糖と捉え、「乳児行動統合障害」の看護計画を立案し看護介入を

開始した。家族ケアとして「愛着障害リスク状態」の看護計画を立案し、親子の愛着形成への支援を行った。母親は NICU 入院当初から児に対して罪責感を抱き、「この子にいろんな痛い思いをさせて申し訳ない」という言葉が聞かれていた。A 病院 NICU は新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行中であったが両親の面会が可能であったため、母親は母親の実家から面会に通っていた。夫は主に医師の説明の際に面会に来ていたが、夫婦間のコミュニケーションは取れていた。GIR を下げると低血糖が散見された。入院 10 日目より PHHI の診断で 5mg/kg/day で DZX 治療が開始され、利尿薬 0.08mg/kg/day の投与も開始された。血糖値の推移の確認のためにリアルタイム CGM を利用した血糖値の評価が実施された。NICU 看護師は「血糖不安定リスク状態」を新たに立案し、低血糖を起こさないために、医師から指示された血糖値測定への遵守、確実な点滴・内服の管理を行った。しかし低血糖のコントロールに難渋し、入院 18 日目より時間注入法 (経鼻胃管から乳汁を時間をかけて注入) が開始された。入院 13 日目に下垂体前葉機能評価を目的に甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン負荷試験で TSH 頂値は 48.0μIU/mL と過大反応、原発性甲状腺低下症と診断され、レボチロキシンナトリウム水和物 (チラージン®S) 5μg/kg/day で内服が開始された。入院 14 日目に GIR 漸減するために、DZX7.5mg/kg/day に増量された。徐々に血糖値が安定してきたため、入院 27 日目に中心静脈栄養から離脱となった。入院 35 日目に 3 時間毎の乳汁注入を中止し、人工乳首による経口哺乳が開始となった。血糖が安定してきたため、入院 39 日目より自律授乳 (哺乳量や飲むタイミングを児の哺乳欲求に合わせて行う授乳) が開始された。入院 46 日目にリアルタイム CGM が抜去され、母親は在宅移行に向けた育児手技や血糖測定技術習得の練習を開始した。入院 57 日目から NICU 内での母子同室が開始となった。母親から「血糖測定をするのが怖い」や「低血糖を起こしたらどうしよう」という言葉が聞かれ、恐怖心を抱いていることが推察された。低血糖が神経学的予後に影響を与えるリスク等を含む医師からの病状説明の際に、表情を硬くし涙を流すことがしばしばあり、別室で傾聴し母親の感情に対し共感的態度で対応した。一方で、治療に影響のない範囲で育児ケアを進めると、児のために頑張らないといけないという言葉も聞かれ、毎日児の面会に来て育児練習に積極的に取り組む姿も見られていた。NICU 看護師は母親の育児や血糖測定技術が確立され、母子関係も育まれつつあると判断し母子同室中の訪室は最低限にした。しかし、母親が児の入院当初から希望している直接授乳については、医師から許可が得られず搾乳を強いられることとなった。搾乳により 800mL/day 程度の乳汁量は維持できていた。

入院 58 日目に血糖値 56mg/dL と低血糖が再燃し、再度 DZX 内服量の調整を行うこととなり、入院が長期化することが推測された。入院 65 日目に母親は NICU 看護師へ思い描いた直接授乳ができないことに対する不満をぶつけ、流涙し

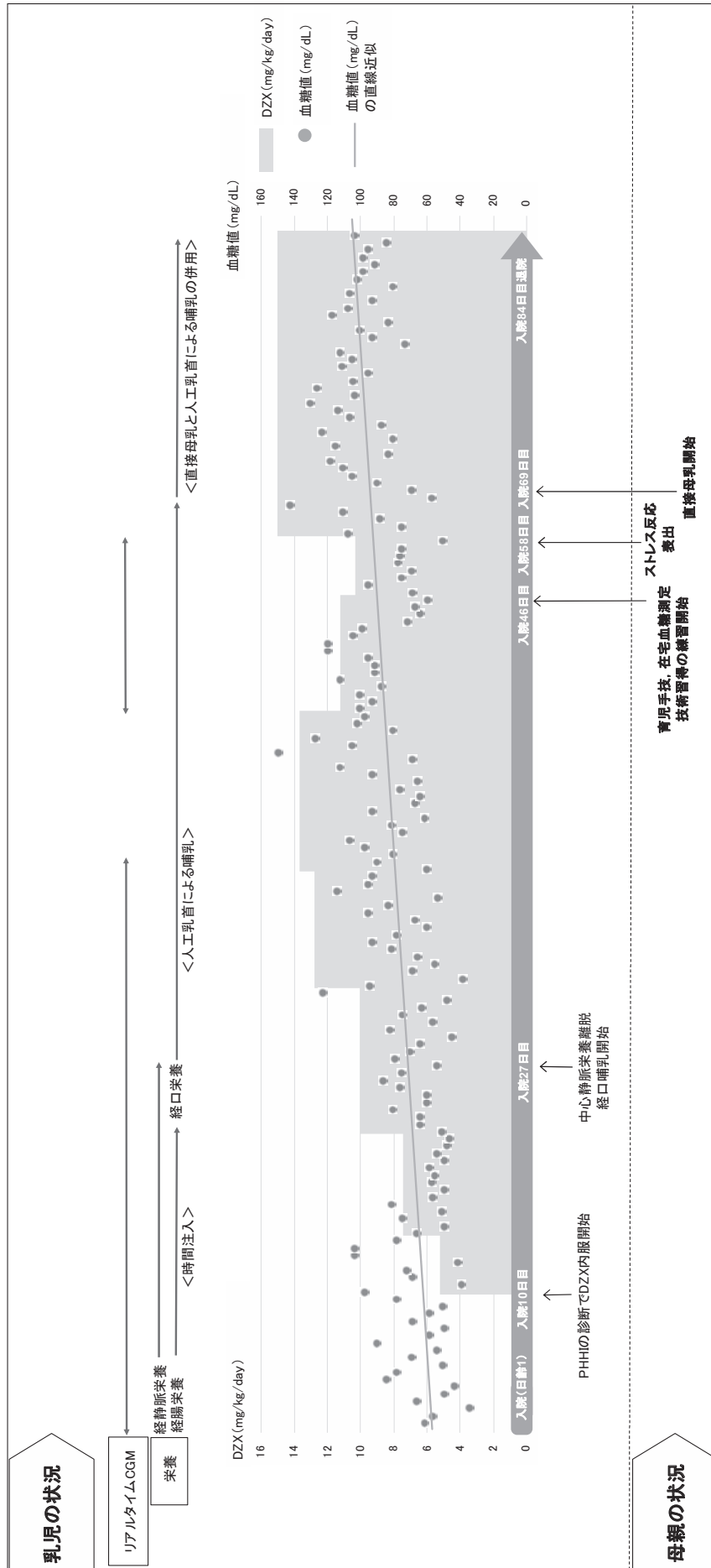


図 1 乳児のNICU入院後経過と母親の状況

声を荒げ怒りの行動を示した。NICU 看護師はまず母親の感情を受け入れ、支持する態度を示した。そして、母親が直接授乳を行うための方策を医療チームで検討した。児の治療方針としては DZX15.0mg/kg/day まで増量し、血糖コントロール >70mg/dL を目標とすることとした。児は哺乳が極めて緩慢であり、直接授乳による必要な哺乳量の確保は困難であったことから、ナーシング・サブリメンター (Supplemental Nursing System™: 以下 SNS™ とする) (直接授乳を行うと同時に乳房の先端からチューブで補足を行う哺乳補助器具) を使用した直接授乳を選択した。これにより直接授乳と血糖値のバランスを保つことが可能となった。そのうえで、前述した看護実践の結果母親から「怖いんですけど、児のためにも頑張ります」という言葉が聞かれ笑顔を見せ、怒りが低減された様子であった。入院 84 日目に DZX15.0mg/kg/day、利尿薬 0.078mg/kg/day、レボチロキシナトリウム水和物 (チラージン®S) 7µg/kg/day の内服と在宅自己血糖測定を在宅で継続した状態で退院となった。退院後 1 ヶ月 SNS™ を使用した直接授乳を継続し、血糖値 80~90mg/dL を維持することができた。

IV. 倫理的配慮

本研究は A 病院倫理委員会の承諾を得て実施した (承認番号: 2021FY118)。研究参加者に対し研究参加の任意性、利益と不利益、同意の撤回と中断の自由、公表の方法、個人情報保護について文書を用いて口頭で説明し、同意書に署名を得て実施した。

V. 結果・成果

事例は「3つのE」、「4つのR」、「6つの主要原理」のTICの視点で実践できた。

1. 「3つのE」

1) ト라우マになる出来事 (events) に関して

母親は「この子にいろんな痛い思いをさせて申し訳ない」と罪悪感を感じていたため、無事に正常に生まれると疑わなかったわが子に異常が生じ、NICU に入院する前からトラウマとなる出来事に遭遇していたと考えられた。加えて、治療や検査のためにNICUへ入院となり、わが子が痛い経験をしている場面を目の当たりにしたことで、罪悪感の度合いが強まったと推測された。さらに児がPHHIの診断で退院後もDZX治療を長期継続しなければならない出来事に遭遇していた。

2) 出来事をどう体験 (experiences of events) しているかに関して

健康障害を伴う子どもの母親においては、先の見えない不安や見通しに関する動揺といった将来の後遺症などに対する恐怖を伴い、未来を見る性質をもつなど複雑な特徴を示す⁸⁾。母親もDZX治療の長期継続や在宅自己血糖測定を行うことに対し、「この子にいろんな痛い思いをさせて申し訳ない」という罪悪感や低血糖による神経学的後遺障害のリスクに対し

恐怖心を抱いていたと考えられた。また、DZX治療により思い描いた直接授乳ができないことへの不満が蓄積されていたと考えられた。しかしながら、NICU看護師は在宅移行に向けた育児手技や血糖測定技術習得の支援といったルーティンワークが先行してしまい、そのような感情を汲み取ることができず、話を聞く時間を設けていなかった。そのため、母親は話せないことで孤独感が生じ、NICU看護師に対する不信感を持つようになったと考えられた。夫も近くにいないことで、話すことができていない現状があったと推察された。

3) 本人にどのような影響 (effects) が出ているかに関して 前述した出来事 (events) や体験 (experiences of events) から、NICU看護師へ不満をぶつけ、流涙し声を荒げるエピソードが起こったと考えられた。

2. 「4つのR」

母親は、在宅移行に向けた育児手技や血糖測定技術習得の支援が中心、つまりルーティンワークで傷つき体験していたと考えられた (Realize)。そのことが引き金で、NICU看護師へ不満をぶつけ、流涙し声を荒げるエピソードが起こったと考えられた (Recognize)。そこで、NICU看護師は、病棟内でケアカンファレンスを行い、母子同室中であっても、母親が話をしたいサインを読み取り、プライマリーナースやアソシエイトナースが母親の話を共感的態度で傾聴するようにした。傾聴を行うことで、児の疾患ばかりに注目してしまい、ストレスが溜まっていることがわかった。そこで、それを解決するために、母親とともに児がクーイングで話したり、お気に入りのおもちゃに反応したりする等といった児の正常な成長・発達を確認していったところ、母親に笑顔が多くみられるようになり、退院に向けた前向きな言葉が聞かれるようになった。次に、母親に対する母乳育児支援を行った。PHHIでは血糖値 >70 mg/dL を管理目標とすることが推奨されている⁹⁾。入院中も血糖 >70 mg/dL を管理目標とし、中心静脈栄養から離脱後は自律哺乳 4 時間以内の哺乳間隔、乳汁 >100mL の摂取で血糖 80~90mg/dL が維持できるようになっていた。直接授乳は児がどれくらい乳汁を飲んでいるか判断することは難しく、また、毎回乳汁量は違っている。そのため、哺乳量・哺乳間隔が管理しやすい人工乳首による哺乳を行う場合が多いことが推測される。しかし、今回母親の直接授乳への思いを汲み取り、SNS™ を使用した直接授乳を実施した。母親は 800mL/day 程度の搾乳量は維持できていたが、搾乳量は漸減し 20~30mL/回となってしまったこと、および児の吸吮力が弱く、直接授乳においては乳汁の指示量を飲みとることが困難であったため、SNS™ の使用を判断した。この母乳育児支援により、1 回搾乳量が 50mL まで上昇し、母親の笑顔が多くみられるようになった。このようなトラウマ体験を意識した看護実践 (Respond) を行うことで、再トラウマ化を防ぎ (Re-traumatization)、退院することができた。今回の事例は COVID-19 の流行による面会制限があり、父親や家族への影響までは確認することができなかった。

3. 「6つの主要原理」

TICの実践を行うには、1.安全、2.信頼性と透明性、3.ピアサポート、4.協働と相互作用、5.エンパワメント・意見表明・選択、6.文化・歴史・ジェンダーに関する問題、を踏まえることが重要である¹⁰⁾。NICUでのTIC実践として、1. 母親の抱くDZX治療の継続や在宅自己血糖測定を行うことに対する恐怖心を共感的に傾聴すること、2. 厳密な哺乳管理を必要とする児をもつ母親の母乳栄養方法に対する思いを確認し尊重した方法を提案すること、という2つの内容が抽出された。前者は「母子同室」といった個室のプライバシーが保たれた場所を確保し、NICU看護師がプライマリナースやアソシエートナースといったチーム全体で母親の話したい内容を共感的態度で傾聴することで、母親は親身に話を聞いてもらえたという信頼感につながったと考える。後者は母親が希望している直接授乳を尊重し、特殊なデバイスを用いた直接授乳の方法の選択肢を提示し、母親自身がオーダーメイドの直接授乳として実行していくことができるようにしたことである。本事例ではこれを実現するために、NICU看護師が母親の希望を母親に代わって医師に伝えるアドボケートの役割も求められていると考える。したがって、本事例のTIC実践は「6つの主要原理」を踏まえた実践だったといえる。

VI. 看護実践への示唆

今回の事例は、COVID-19流行期による面会制限が影響し、夫を含めた家族からのサポートが脆弱になっていたことで、母親が罪悪感や恐怖心を誰にも話せずにいた。これを契機に孤独感が生まれトラウマ体験となり、不信に繋がっていったと考えられた。早期にTICを実践することで、再トラウマ化を防ぐことが可能となる。

本論文の内容の一部は、第71回日本農村医学会学術総会、第80回関東農村医学会学術総会において発表した。なお、本論文内容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) 日本小児内分泌学会 (2016) : 先天性高インスリン血症診療ガイドライン, 2023年2月11日閲覧,
<http://jspe.umin.jp/medical/files/guide161004.pdf>.
- 2) 友邊雄太郎, 荒木亮佑, 山内建, 他 : 新生児遷延性高インスリン血症低血糖症に対するジアゾキシド治療当科治療指針の後方視的検討, 日本新生児成育医学会雑誌, 32(2), p.198-203, 2020.
- 3) National Association of Neonatal Nurses (2022) : Trauma-informed care in the NICU, 2023年2月17日閲覧,
https://nann.org/uploads/About/PositionPDFS/Trauma_Informed_Care_in_the_NICU_2022.pdf.
- 4) Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター (訳), 兵庫県こころのケアセンター (2014) : SAMHSAのトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き, 2023年2月11日閲覧,
https://www.j-hits.org/_files/00127462/5samhsa.pdf.

- 5) 松本鈴子 : 出産後1か月・3か月・6か月の出産体験に伴う心的外傷後ストレス—健常新生児の母親とNICU入院児の母親の比較—, 高知県立大学紀要看護学部編, 64, p.1-17, 2015.
- 6) 小泉武宜 : NICUから始める虐待の予防, 周産期医学, 44(1), p.85-89, 2014.
- 7) 木村晶子 : わが子がNICUに入院した母親の看護者による傷つき体験, ヒューマン・ケア研究, 19(2), p.139-151, 2019.
- 8) 笠井由美子, 西田みゆき : 健康障害を伴う子どもの母親の心的外傷後成長に関する国内文献レビュー, 医療看護研究, 17(1), p.48-56, 2020.
- 9) 前掲書1), p.12.
- 10) 西大輔 (2021) : トラウマインフォームドケアをもっと知るために—TICガイダンス, 2023年2月17日閲覧,
<https://traumalens.jp/g/pdf>.

◇実践報告◇

術後早期離床場面におけるシミュレーション教育の評価

— 演習終了時のレポートから見た臨床判断に関する学びの分析 —

佐藤ゆかり¹⁾*, 森 莉那¹⁾

【目的】冠動脈バイパス術を受けた患者の術後離床に関するシミュレーション後のレポートから、学生が術後患者の離床時にどのように臨床判断を実施し、看護介入に繋がったかを明らかにすることである。

【方法】レポートに記述された気づきや考えをコードとして Tanner の臨床判断モデルに沿って演繹的に分類し、次に類似性に基づき分類しサブカテゴリ、カテゴリを抽出した。

【結果】学生の臨床判断は、気づき：【多面的なリスクを予測した情報収集の必要性への気づき】など、解釈：【リスクや症状の関連性を踏まえた情報収集の優先順位】など、反応：【創傷痛への配慮に要した情報と判断】など、省察：【根拠や優先順位を踏まえて観察する大切さに気付く】などのカテゴリで示された。

【考察】学生は急変場面で多面的な思考を展開させたが、患者の発言や症状の訴えへの臨機応変な対応は苦手であることが明らかとなった。今後は、よりリアリティのあるシナリオや、患者の反応への臨床判断を促進させるプログラムを思考する必要性が示唆された。

【キーワード】シミュレーション教育、臨床判断、成人看護学演習、早期離床、看護基礎教育

I. はじめに

成人看護学（急性期領域）では、患者の回復を促進する看護として周術期看護を中心に教育を展開している。中でも学生は術後にある患者をイメージすることは難しく、臨床実習では術後の患者の観察やケア・処置の場面に遭遇しても見学にとどまる場合も多い。また、術後の療養環境は手術室やリハビリルームなど状態に応じて場を移動するため学生も患者と一緒に移動することになる。本来ならば3年次生の学生が実践できるレベルの看護技術や臨床判断でも、術後患者という状態や特有の療養環境は学生の緊張感を高め、達成感の少ない実習になることも多い。先行研究においても、周手術期看護実習の特徴は、対象が手術患者であることから麻酔や手術の侵襲を受け重症度が高く、また診療の補助技術の占める割合も高いことから、無資格者の学生にとって、侵襲的処置に伴うケアを経験することは難しいという課題がある¹⁾と報告されている。

こうした課題を解決するために、既習知識と看護技術をつなぐ教育方法としてシミュレーション教育（Simulation-

Based Education, 以下 SBE）が着目され、厚生労働省²⁾も「特に侵襲性の高い看護技術は、対象者の安全確保のためにも臨床実習の前にモデル人形等を用いてシミュレーション教育を行う演習が効果的である」と示している。

今回、急性期領域の科目である治療・回復過程援助論 II における演習として労作性狭心症の冠動脈バイパス術（以下、CABG）適応患者の手術後の離床場面についての事例を SBE で展開した。

本研究では実施した SBE の評価として、演習後の学生のレポートに記載された内容を分析し、学生が術後患者の状態をどのように捉え、臨床判断に至ったかを明らかにすることで、今後の急性期看護における教育内容の再検討及び SBE の設計に重要な示唆が得られると考える。

II. 目的

術後離床に関する SBE 後のレポートに記載された内容から、学生が術後患者の離床時にどのように臨床判断を実施し、看護介入に繋がったかを明らかにすることである。

受付日：2023年5月16日／受理日：2024年3月8日

1) 愛知医科大学看護学部

* E-mail：satou.yukari.575@mail.aichi-med-u.ac.jp

Ⅲ. 看護実践

1. 用語の定義

1) シミュレーション教育 (Simulation-Based Education, SBE)

阿部³⁾の定義を基に、実際の臨床の場や患者などを再現した学習環境の中で、学習者が課題に対応する経験と振り返りやディスカッションを通して、知識・技術・態度の統合を図ることを目指す教育技法を用いた演習とする。

2) 臨床判断

Tanner, C. A.⁴⁾の臨床判断モデルの定義を基に、患者のニーズや関心ごと、健康問題について解釈や統合を行い、アクションを起こすか起こさないかを判断し、患者の反応によって適切とみなされる新しいことを即興で行うこととする。本研究では、学生が模擬患者との関係の中で、状況に対する予測と状況把握をして看護介入（行為）につなげることとした。

臨床判断モデル⁵⁾における「気づき」とは間近にある状況を知覚的に把握すること、「解釈」とは後に続く「反応」に向けて十分な状況理解を進展させること、「反応」とは状況に対して適切と考えられる看護介入を決定し実際に行動すること、「省察」とは「反応」のプロセスにおいて看護活動への患者の反応に関心を向け、さらなる臨床判断のサイクルのきっかけとなることを示す。

2. A 大学における「治療・回復過程援助論Ⅱ」(急性期看護)の位置づけと授業の目標

治療・回復過程援助論は、2 学年次後期の「治療・回復過程援助論Ⅰ」(概論)と3 学年次前期の「治療・回復過程援助論Ⅱ」(各論)で構成されている。主な教育目標は「急激に健康状態が変化している対象者が受ける侵襲や治療による生体反応への影響を理解し、治療・回復過程の特徴を踏まえた看護の理解」である。本研究で取り組む演習は、手術侵襲によって急激に健康状態が変化する患者の悪化予防及び早期回復を支援するために必要な臨床判断について理解を深めることを目的に CABG 術後の事例を用いて①心臓リハビリテーション

の開始の判断②心臓リハビリテーションの中止基準に考慮した離床③呼吸状態の観察④肺血栓塞栓症の症状や観察方法の理解と適切な対応⑤実施した看護介入の評価・修正を目標に開講した。

3. 治療・回復過程援助論Ⅱの講義から SBE までのプロセス

本科目は、講義 17 コマ、看護過程 5 コマ、技術演習 8 コマで構成されている。本科目における SBE は講義・演習からの知識・技術の統合として位置付けた。本演習のプロセスを表 1 に示す(表 1)。なお、SBE のプログラムは、学生が臨床判断として患者の心身の反応を言動やフィジカルイグザミネーションから患者の状況を判断できるように構成した。

4. 術後早期離床に関する SBE の運営方法及びシナリオ

SBE の運営方法は、学生 7~8 名、教員 1 名を 1 グループとし、教員は模擬患者役兼ファシリテーターの役割とした。SBE は 1 回 7 分として 3 回行い、全学生が看護師役、観察役、記録者役のいずれかを担い、各回で役割を交代した。デブリーフィングは、GAS 法⁶⁾を参考にしてガイドを作成し、ファシリテーターはそれに沿って臨床判断の適否を考えるよう促した。全ての SBE 終了後のまとめで、模擬患者役から学生にフィードバックを行った。本 SBE では Stop Point を設定し、Stop Point が発動した際にはデブリーフィングに移行した。Stop Point とガイドの内容は表 2 に示す(表 2)。

SBE のシナリオは、CABG を受けた患者の術後 2 日目の離床場面であり、患者が室内歩行を行うための観察及び看護介入について展開するものであった。

5. 研究デザイン

質的記述的研究

6. 対象

3 学年次前期開講(2018 年度)の治療回復過程援助論Ⅱの SBE を受講した A 大学看護学部生 100 名である。

7. データ収集方法

データは、研究協力の得られた CABG を受けた患者事例の術後離床の SBE におけるレポートである。

表 1 シミュレーションまでのプロセス

講義	・手術侵襲、全身麻酔が呼吸・循環に及ぼす影響 ・治療の影響-合併症および予防 ・看護の治療・回復過程に必要な考え方
看護過程	・手術侵襲、麻酔の影響、術後の病態を考慮した情報を選択 ●情報より手術侵襲、麻酔の影響による心身の反応の判断・予測 ●NANDA-I : 診断を定義・診断指標・関連因子に照らし、看護上の問題検証・診断 ●予防介入のための看護目標や看護計画を立案: 術後の呼吸、術後の循環、創傷治癒、深部静脈血栓症
技術演習	術後の観察: 観察の優先順位とアセスメント ●創傷・ドレーン管理・呼吸管理・深部静脈血栓症の予防 ●輸液管理の実際
シミュレーション演習	離床時の看護(2コマ) 【シミュレーションの目標】 心臓リハビリテーションの開始の判断 心臓リハビリテーションの中止基準に考慮した離床 疼痛に配慮した離床 呼吸状態の観察 肺血栓塞栓症の症状や観察と適切な対応 実施した看護援助の評価・修正

表2 シミュレーションの Stop Point とデブリーフィングガイド

看護実践	STOP POINT	デブリーフィングガイド
1回目	<ul style="list-style-type: none"> ・学生が何をやってよいかわからなくなり、混乱したとき ・ステップアップ基準を確認できず離床をすすめ、立位まで実践したらその時点でシミュレーションを終了しデブリーフィングを開始する 	<ul style="list-style-type: none"> ・学生同士で観察していたことを振り返る ・実施者および観察者に言ってもらい、ホワイトボードに書記する ・観察の理由を考える ・観察して得た情報から心臓リハビリテーションステップアップ基準・中止基準を基に患者の状態を考える ・7分間で立位までするために観察手順や内容についてどうすればさらにうまくいくかを導く
2回目	<ul style="list-style-type: none"> ・学生が何をやってよいかわからなくなり、混乱したとき 	<ul style="list-style-type: none"> 1回目と比べてうまくできたこと、うまくいかなかったところを振り返る ・痛みへのケアについて考える ・肺梗塞の観察や予防方法について考える ・どうすればさらにうまくいくかを導く
3回目	<ul style="list-style-type: none"> ・学生が何をやってよいかわからなくなり、混乱したとき 	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図モニターを確認し、不整脈の対応について振り返る ・指導者に伝わる報告の方法を考える

8. 分析方法

分析は、レポートに記述された早期離床の実践に関して気づきや考えについて一内容を一項目として含むセンテンスを記録単位としてコード化し、臨床判断モデルの項目に沿って演繹的に分類した。次にコードを類似性に基づき分類し、サブカテゴリ、カテゴリの順に抽出した。

研究データの信頼性は、研究者間でコーディングからカテゴリの抽出まで妥当性、整合性、確実性、適合性について検討を重ねた。

IV. 倫理的配慮

倫理的配慮は、所属機関の倫理審査委員会での承認を得て実施した（承認番号：189）。学生への研究協力依頼は当該科目の成績通知後に実施し、依頼文書に基づいて目的、方法、SBEのレポートをデータとすること、研究結果は看護系学会及び学術誌等で公表する旨を説明した。研究協力は自由意思であること、今後の成績や就職等に一切影響しないこと、個人情報保護を遵守すること、データは本研究以外には使用しないことを説明した。研究協力の同意は、署名した回答書の投函によって同意とみなした。

V. 結果・成果

シミュレーションは、7グループのうち1グループが判断基準を確認せず、立位まで進めたため Stop Point 発動となり、デブリーフィングに移行した。なお、このグループのレポートも研究の対象に含めている。

同意が得られた学生は67名であった。SBEで得られた学生の学びは、14のカテゴリと62のサブカテゴリ、626のコードで構成された（表3）。以下、各カテゴリの詳細を示す。カテゴリは【 】、サブカテゴリは〈 〉で示し、臨床判断モデルの気づき、解釈、反応、省察に基づいて説明する。なお、データは、代表的なサブカテゴリを用いて説明する。

1. 気づき

気づきは、2つのカテゴリで示された。

【多面的なリスクを予測した情報収集の必要性への気づき】

では、〈予測される変化を捉えて全体像からアセスメントする〉など7つのサブカテゴリで構成された。【情報の根拠の必要性と意味への気づき】では、〈情報収集にも根拠が必要である〉など2つのサブカテゴリで構成された。

2. 解釈

解釈は、5つのカテゴリで示された。

【リスクや症状の関連性を踏まえた情報収集の優先順位】では〈患者の発言を勝手に解釈してはいけない〉など4つのサブカテゴリで構成された。【リスクを予測するため病態や症状からの判断】では〈起こりうる合併症を事前に予測する〉など9つのサブカテゴリで構成された。【リスクや症状の変化を踏まえたケアの計画】では〈病態、症状、リスクを予測し必要なケアを立案する〉など3つのサブカテゴリで構成された。【急変の予測に備えた離床進行状況の観察のタイミングと判断】では〈急変を予測し、対処法のバリエーションを事前に考え、ケアに臨む〉など6つのサブカテゴリで構成された。【術後の病床環境への配慮】では〈ドレーンやカテーテルなど環境に配慮する方法を考える〉の2つのサブカテゴリで構成された。

3. 反応

反応は、2つのカテゴリで示された。

【創傷痛への配慮に要した情報と判断】では〈離床時の創傷痛への配慮〉など4つのサブカテゴリで構成された。【患者の急な訴えへの対応】では〈急変に対応するために考えたこと〉など4つのサブカテゴリで構成された。

4. 省察

省察は、5つのカテゴリで示された。

【根拠や優先順位を踏まえて観察する大切さに気付く】では〈優先順位を踏まえた観察が重要〉など6つのサブカテゴリで構成された。【症状変化からリスクを予測する必要性に気づく】では〈リスクを予測し、原因・要因を把握することが重要〉など4つのサブカテゴリで構成された。【離床の目的を明確にし、ケアを実施することの重要性に気づく】では〈看

表3 シミュレーション教育で得られた学生の学び

臨床判断モデル	カテゴリー	サブカテゴリー
気づき	1.多面的なリスクを予測した情報収集の必要性への気づき	1) 何の情報が必要か考える 2) バイタルサインは数値だけで判断しない 3) リスクを予測した観察が必要なことに気づく 4) 予測される変化を捉えて全体像からアセスメントする 5) 早期離床のためには多面的な観察を行う 6) 優先順位を考えて観察する 7) 患者の表情や言葉にも注目して情報を判断する
	2.情報の根拠の必要性和意味への気づき	1) 情報収集にも根拠が必要である 2) 情報の意味を考える
解釈	1.リスクや症状の関連性を踏まえた情報収集の優先順位	1) 患者の発言を勝手に解釈してはいけない 2) 関連性を踏まえた情報収集を計画する 3) 優先順位を考えて観察や情報収集を計画する 4) 丁寧な情報収集のための患者との関わりを意識する
	2.リスクを予測するため病態や症状からの判断	1) 根拠・原因を踏まえたアセスメントをする。 2) 患者の背景を踏まえ、全体像を把握する 3) 患者の気持ちや希望などを汲み取り、発言の背景を考慮する 4) 症状・状態から合併症を予測する 5) 起こりうる合併症を事前に予測する 6) 最悪の事態を予測する 7) 状態が安定していてもリスクは起こりうることを考えておく 8) 適切なアセスメントにより、危険の予測する 9) ケアが実施できるかどうか判断する
	3.リスクや症状の変化を踏まえたケアの計画	1) 病態、症状、リスクを予測し必要なケアを立案する 2) 患者が歩きやすいよう痛みを軽減させることに配慮する方法を考える 3) 術後は疼痛の観察を計画する
	4.急変の予測に備えた離床進行状況の観察のタイミングと判断	1) 急変を予測し、対処法のバリエーションを事前に考え、ケアに臨む 2) 優先順位をつけて行動する 3) 異常と思う原因を意識し観察に臨む 4) 目的や根拠を理解して観察する必要がある 5) 観察のタイミングや順番にも明確な根拠を持つ 6) ステップアップ基準を確認し、離床進行を判断する
	5.術後の病床環境への配慮	1) ドレーンやカテーテルなど環境に配慮する方法を考える 2) 疾患だけでなく、声掛けや病床環境も意識する
反応	1.創傷痛への配慮に要した情報と判断	1) 離床時の創傷痛への配慮 2) 早期離床を進めていく上での判断 3) 観察・情報収集関連 4) 患者の状況や環境の確認
	2.患者の急な訴えへの対応	1) 患者の急な訴えに対処したこと 2) 急変の報告 3) 急変に対応するために考えたこと 4) 患者のペースに合わせた看護
省察	1.根拠や優先順位を踏まえて観察する大切さに気付く	1) 優先順位を踏まえた観察が重要 2) 情報は自分で患者に触れ確認することが大切 3) 問診から病態を関連させて観察をすることが大切 4) 観察のタイミングが大切 5) 明確な根拠や目的が観察には必要 6) 症状変化の影響をその場で判断することが重要
	2.症状変化からリスクを予測する必要性に気づく	1) リスクを予測し、原因・要因を把握することが重要 2) 離床は患者の心負担の原因になる 3) 観察した情報から今後の見通しを考えることが重要性 4) 症状変化は急変に繋がる
	3.離床の目的を明確にし、ケアを実施することの重要性に気づく	1) 看護師は離床前の状態から離床可能か判断することが必要 2) ステップアップ基準をもとに、ケアを行うことは重要 3) 術後の観察は時間がかかると、患者の体力の消費につながる 4) 術後早期離床を行う目的を認識してケアを行うことが重要
	4.情報からリスク回避し安全・安楽を考えたケアの重要性に気付く	1) 症状変化の判断はリスク回避のケアにつながる 2) 術後患者の安全・安楽に配慮した援助を行うことが大切 3) 患者のニーズを尊重したケアが重要 4) 患者の苦痛が想像できなかった
	5.看護実践するための知識や技術の不足に気付く	1) 情報は適切に伝達することが重要 2) 不適切な情報伝達は、患者の状態判断を間違えることがある 3) 合併症の症状観察が不足に気づく

護師は離床前の状態から離床可能か判断することが必要) など 4 つのサブカテゴリで構成された。【情報からリスク回避し安全・安楽を考えたケアの重要性に気付く】では〈症状変化の判断はリスク回避のケアにつながる〉など 4 つのサブカテゴリで構成された。【看護実践するための知識や技術の不足に気付く】では〈情報は適切に伝達することが重要〉など 3 つのサブカテゴリで構成された。

VI. 看護実践への示唆

1. SBE を通した早期離床に伴う学生の臨床判断について

学生の術後の早期離床に関する SBE において, Tanner の臨床判断を構成する内容が確認できた (図 1)。

学生は準備学修として観察及び看護介入を検討していても, 実際の場面では患者からの治療に関する質問や症状の訴えなどに臨機応変な対応ができなかったことがデータから読み取れた。臨機応変に対応できる看護実践力を高めるには, 多様な情報との関連付けや反復する SBE の企画, 実習とのリンクを如何に図っていくかが重要である。森谷ら⁷⁾は, 「解釈・反応する」ことへの工夫は, 学生が援助しやすい環境設定と模擬患者のリアルな身体状況を再現することで, 学生は実習前のイメージ化, 及び患者の気持ちを汲み取った関りの重要性に気づき, 自身に不足した点を認識していたと報告している。本 SBE でもモデル人形ではなく人を模擬患者にしたことは, 体動による刺激や痛みの反応についてリアルに感じ取ることができ, 学生に留置物の安全な取り扱いや患者の反応を意識させることに繋がった。

山内ら⁸⁾は, 演習での看護体験の振り返り等により, 状況に依拠した知識を獲得し, その知識を活用しながら患者の状況や援助を推論・判断すると報告している。本 SBE では, 学生が離床時に予測されるリスクを考えず離床の行為をした際に Stop Point が発令し, その時点のデブリーフィングによって行為を振り返ることで, 改めて患者の状況を推論・判断し, 何をすればよいかの判断に繋げることができた。

2. 今後の急性期看護における SBE の設計に必要な示唆

今井ら⁹⁾は, SBE では「実際に体験することによるイメージ化の促進」がなされ, 気づきを得ながら「自己の実践の振り返り」が行われるという学習効果があると報告している。また, 近年の学生の特徴はリアルな体験への関心度が高いという側面がある。リアリティのある反応を引き出せるシナリオがあることによって, 学生はリアルな患者の反応を意識でき, 患者の反応への気づき, さらに判断と解釈を促進させるものと考えられる。

今回多職種との協働に関する記述はなく, 今後は看護における臨床判断だけではなく, 医療チームを視野にいれた臨床判断を思考できるプログラムの検討が課題である。また, 効果的な臨床判断能力を高める学修支援としてバーチャル・リアリティ (Virtual Reality : VR) などを活用した SBE によりリアルな成功体験を導くプログラムを思考する必要性が示唆された。

謝辞

本研究を進めるにあたり, ご指導を賜りました愛知医科大学看護学部名誉教授高橋佳子先生へ深く感謝申し上げます。

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) 小澤尚子, 及川けい子: わが国の看護基礎教育課程における周手術期看護教育に関する研究の動向—2010 年~2019 年に発表された国内研究に焦点をあてて—, 常磐看護学研究雑誌, 3, p.45-57, 2021.
- 2) 厚生労働省 (2011), 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書, 2023 年 2 月 9 日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001316y.att/2r985200000131bh.pdf>.
- 3) 阿部幸恵: 臨床実践力を育てる! 看護のためのシミュレーション教育, 医学書院, p.56, 2013.

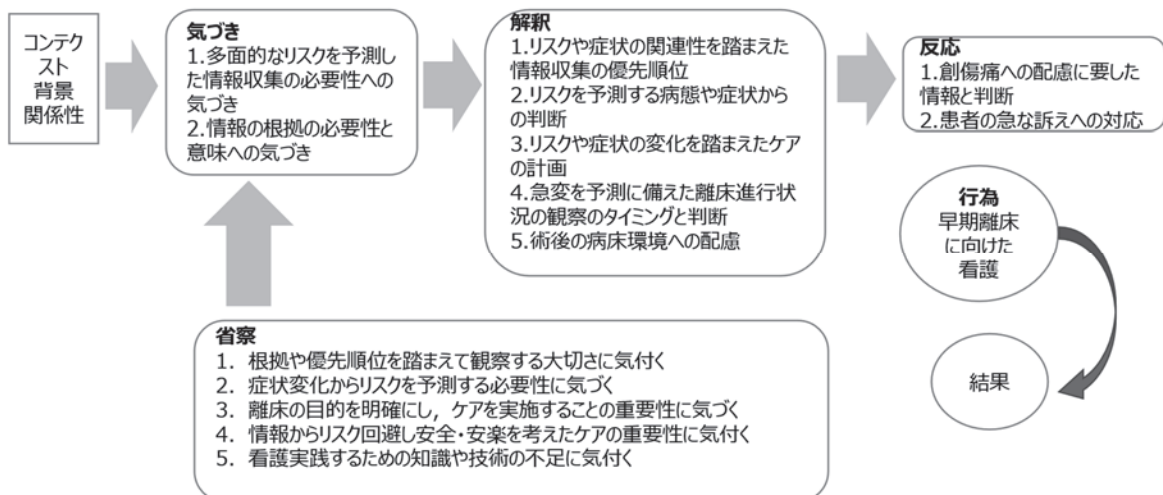


図 1 学生が早期離床における急変場面で思考した臨床判断

- 4) Tanner, C.A.: Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing, *Journal of Nursing Education*, 45 (6), p.204-211, 2006.
- 5) 前掲書 4).
- 6) Phrampus, P.E., O'Donnel, J.M. : Debriefing Using a Structured and Supported Approach, Levine, A.I., DeMaria Jr, S., Schwartz, A.D., Sim, A.J Editors. *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*, Springer, p.73-84, 2013.
- 7) 森谷利香, 志戸岡恵子, 青野美里, 他 : わが国の看護基礎教育における臨床判断を行うための基礎的能力を培う教育方法に関する文献検討, *日本看護医療学会雑誌*, 24(1), p.48-58, 2022.
- 8) 山内栄子, 西薊貞子, 林優子 : 看護基礎教育における臨床判断力育成をめざした周手術期看護のシナリオ型シミュレーション演習の効果の検討, *大阪医科大学看護研究雑誌*, 5, p.76-86, 2015.
- 9) 今井秀人, 中山由美, 舟木友美, 他 : 看護学生を対象としたシミュレータを用いたシミュレーション教育の学習効果, 課題に関する国内文献レビュー, *摂南大学看護学研究*, 8 (1), p.46-54, 2020.

◇実践報告◇

外科病棟看護師の術後離床時に起こり得る合併症のリスクに対する意識と離床技術の向上を目指した勉強会と演習の有効性

大瀬良智香子^{1)*}, 永井彩乃¹⁾, 安村美穂¹⁾, 三浦いずみ¹⁾

離床時の合併症のリスクに対する意識と離床技術の向上に勉強会と演習が有効であるか検討した。外科系病棟経験4年未満の看護師9名(A群)と4年以上の19名(B群)を対象とした。①離床に関するアンケートを4段階評定尺度で実施し、離床時に困ったことは自由記載とした。②離床時に肺血栓塞栓症を発症した事例で演習した。③勉強会を実施後、再度①②を実施した。アンケート結果、A群B群で「離床時の困難感」、B群は「離床遅延の指摘の有無」「既往歴の確認」「術当日の深呼吸の促し」で有意に上昇した。演習結果、A群B群で「段階的な離床」「ベッド上での足関節の自動運動」、B群は「深部静脈血栓症のリスクチェック」「深部静脈血栓症の症状」で有意に上昇した。勉強会により、離床時の困難感は全体的に改善した。演習では、離床時の合併症リスクと段階的な離床の重要性を再認識することができた。経験豊富な看護師の離床技術を病棟全体で共有し、演習を定期的に行うことが、術後看護の質の向上に繋がる。

【キーワード】術後離床, 肺血栓塞栓症, 離床技術

I. はじめに

A病院は二次救急指定病院であり、B病棟は外科病棟である。B病棟では年間約690例の手術が行われており、看護師は安全に術後患者の離床を行う技術が必要となる。道又は、早期離床・リハビリは、もはや廃用の予防だけではとどまらず、患者のさまざまな機能を取り戻すまでの時間を短くし、予後そのものも改善することが期待できる。その実践に際しては当然、早期離床・リハビリに関する正しい知識と技術をもって、病態、全身状態を適切にモニタリング、評価し、安全に施行することが不可欠である¹⁾と述べている。このように早期離床は、術後合併症や廃用性症候群の予防のみならず、予後の改善も期待され、術後看護における重要な要素である。

しかし、血圧低下や出血、肺血栓塞栓症など重篤な合併症が起こる危険性もあり、適切な対処が求められる。竹内らは、肺血栓塞栓症(pulmonary thromboembolism:以下PTE)はその大半が下肢や骨盤内の深部静脈血栓症による塞栓であり、突然死やショック状態に至る可能性があり、リスク管理が不可欠となる。日本の多施設研究によれば、PTE発症の誘因が明らかである症例のうち、起立や歩行時が57%、排便排尿時

が22%と報告されており、安静が解除され離床したタイミングで発症しやすいことが分かる²⁾と述べている。梶田らは、梶田らの病院で過去10年間のPTE発症が33症例であり、うち6症例が死亡し、うち外科が4症例、脳神経外科が2症例であった。死亡には抗凝固薬の不使用、4日以上臥床などの関与がうかがわれた³⁾と述べている。このように、PTEの発生率は低い、致死率は高く、発症しないよう予防することが重要である。

外科病棟の看護師は、術後離床時の合併症のリスクを十分に理解し、正しい離床援助を行うことで離床時の合併症を最小限にすることが求められる。しかし、現在B病棟の看護師は経験年数4年未満が約40%を占めており、部署異動などにより術後患者の離床援助経験がない看護師もいる。ほとんどの看護師は実際に離床時の合併症に遭遇したことがなく、合併症が起こった場合の対応に不安を感じるとの意見もみられた。A病院では術後の離床に焦点を当てた研修や自部署の勉強会がなく、看護師個人の経験と知識によって離床技術に差が生じていると感じた。そして、PTEはA病院でも発症事例が少なく、B病棟看護師の、PTEの病態や発症した場合の危険性の理解が不足していた。そのため、PTEについて外科医

受付日: 2023年5月16日 / 受理日: 2024年3月8日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail: kango@simo.saiseikai.or.jp

師が専門的な勉強会を実施し、外科病棟で10年以上離床を実践してきた看護師が実際の経験を踏まえた勉強会を行うことで、看護師全体の知識の底上げが出来るのではないかと考えた。また、先行研究では、離床時にPTEを発症した患者設定での演習をしたものはなかった。模擬患者での演習を行うことで、自分の離床技術の現状と改善点の把握ができ、PTEの予防と発症リスクに対する意識が向上するのではないかと考えた。

そのため、PTEと離床技術の勉強会や、PTEを発症した模擬患者での演習を行うことが、合併症のリスクに対する意識や離床技術の向上に有効であるか検討したため報告する。

Ⅱ. 目 的

外科病棟看護師の術後離床時に起こり得る合併症のリスクに対する意識と離床技術の向上に勉強会と演習が有効であるか検討する。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究対象者：A病院B外科病棟看護師28名

(管理職者、新採用者、本看護研究メンバーを除く)

外科系病棟勤務経験4年未満の看護師：9名(以下A群とする)

外科系病棟勤務経験4年以上の看護師：19名(以下B群とする)

A病院B外科病棟では経験年数4年以上の看護師がクリニカルラダーⅡ・部署ラダーⅡを取得しリーダー業務をするため、経験年数4年で区分した。

2. 研究期間：令和2年9月～令和3年4月

3. 研究方法

1) 介入前、「術後離床時の合併症リスクに対する意識と離床技術」のアンケートを、中島ら⁴⁾が考案作成した意識調査に関する16項目の質問内容を参考に作成した。質問項目は16項目で、評価は4段階評定尺度(4:よくあった, 3:時々あった, 2:あまりなかった, 1:なかった)とし、アンケート調査を実施した。また、離床をするときに困ったことは自由記載とした。

2) 術後1日目の初回離床でPTEを発症した事例を用いて演習を実施した。

事例内容：80歳男性、既往歴に右内頸動脈狭窄症があり抗血小板薬内服中

抗血小板薬は休薬せず胸腔鏡下左肺切除術施行

術後1日目の初回離床でPTEを発症

患者役、看護師役、観察役の3人構成で行い、対象者が看護師役、本看護研究班が患者役と観察役を実施した。看護師役は、通常行う離床を観察視点や注意点を声に出しながら実施した。患者役は離床過程で立位になったときに呼吸苦悶を訴える演技をした。演習後観察役は、看護師役に患者の症状から疑われる合併症について質問した。

3) 演習時の看護師役の行動を、足羽らの書籍⁵⁾に掲載された離床時のチェックポイントを参考に「離床チェックリスト」を作成して(1:できる, 0:できない)で評価した。

4) アンケート結果から、PTEのリスクや病態理解が不十分であり、術後合併症のリスクに対する意識を高めるためには、PTEの専門的な知識が必要と考えたため、以下の内容で外科医師による勉強会を実施した。また、離床技術の向上を目指し、基本的な離床手順や先輩看護師の経験を踏まえた勉強会を、外科病棟勤務経験15年目の看護師が実施した。

(1) 外科医師による、①PTEと深部静脈血栓症の病態と症状、②危険因子、③診断、④治療、⑤予防、⑥事例紹介について約30分の勉強会を実施した。

(2) 外科病棟勤務経験15年目看護師(看護研究班)1名による、①早期離床の目的、②離床前リスク評価、③段階的な離床手順、④深部静脈血栓症、PTEの症状についての勉強会を実施した。

参加できなかった看護師10名には資料を配布し、勉強会の動画を視聴してもらうことで全員に周知した。

5) 介入後2)で行った演習を再度行い、同様の「離床チェックリスト」で評価した。

6) 再度1)で使用した「術後離床時の合併症リスクに対する意識と離床技術」のアンケートを実施した。

4. 分析方法

1) アンケート結果は、エクセル統計2016を用いて介入前後で、ウィルコクソン符号付順位検定を行った。なお、アンケートの①～④の4項目については逆転項目として処理した。

2) 演習結果は、エクセル統計2016を用いて、○(できる)を1点、×(できない)を0点として介入前後で、McNemar検定を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

所属施設の看護部倫理委員会の承認を得た。本研究の目的と内容を書面で看護師に説明し、研究の実施と結果の公表に同意を得た。研究協力は自由意思であること、途中で断っても不利益は生じないこと、また研究以外の目的では使用しないこと、さらに看護師が特定できないように配慮し、データの取り扱いは厳重に行うことを説明した。

Ⅴ. 結果・成果

介入前後のアンケートの回収率及び有効回答率は100%であった。

離床援助をする時に困ったことについての自由記載内容を表1に示す。

介入前後のアンケートの結果、A群とB群ともに「①実際に離床を進めるにあたり困ったことがありましたか」の項目で介入後有意に上昇した($p < 0.05$)。さらにB群では「④離

床をするにあたり離床が遅いと指摘されたことがありますか」
 「⑤離床するにあたり既往歴の確認をしていますか」の項目で介入後有意に上昇した ($p<0.05$)。また「⑨術当日から深呼吸を促していますか」の項目も有意に上昇した ($p<0.01$)。A群は「②実際に離床を進めるにあたり失敗したと感じたことはありましたか」「⑥入院前のADLの確認をしていますか」の項目では有意に上昇は見られなかったが、上昇傾向が見られた。しかしA群は「⑧痛み止めの効果が見られない場合は医師に新たな指示を確認していますか」「⑩術当日から深呼吸を促していますか」「⑩術当日から足の屈伸運動を促していますか」の項目では勉強会や演習の前後で変化が見られなかった (表2)。

演習結果は、A群とB群で「⑧ギャッジアップ、端坐位、立位と段階的に進めているか」「⑭ベッド上で足関節の自動運動を行っているか」の項目で有意に ($p<0.05$) 上昇した。B群は「⑩深部静脈血栓症のリスクをチェックしたか」「⑫深部静脈血栓症の症状はないか」の項目で有意に ($p<0.05$) 上昇した。またA群は、「⑬端坐位で足背底屈運動、立位で足踏みをして歩行可能かどうか判断しているか」「⑩深部静脈血栓

症のリスクをチェックしたか」「⑮肺血栓症の症状の観察」の項目では有意に上昇は見られなかったが、上昇傾向が見られた (表3)。

勉強会、および勉強会前後の演習を通して、PTEのリスクの意識と離床技術の向上が見られた。

VI. 看護実践への示唆

今回、外科病棟に勤務する看護師の術後離床時の合併症リスクに対する意識と離床技術の調査を行い、外科医師と看護師による勉強会と演習を実施してその有効性を検討した。

アンケートの自由記載では、離床をするときに困ったこととして、「離床のやり方がわからない」「患者に離床の意欲がない」「疼痛が強く、離床に消極的」「ギャッジアップの段階を踏まなかったため、立位で気分が悪くなった」などが挙げられた。山下らは、術後早期に必要な事項には、病態を把握し離床開始・中止を判断することに加え、患者自身が離床を続けられるよう環境面や精神面のサポートをすることが含まれる。患者はそれぞれ、創部痛や腹部症状などの身体症状や回復状況、ドレーンや尿道カテーテル、点滴のルートなどの

表1 離床をするときに困ったこと (術後の離床に関するアンケート自由記載より)

	人数
・患者に離床の意欲がない	9
・疼痛が強く離床に消極的	7
・離床時に疼痛が増強し、離床が進まない	2
・離床援助の方法が分からない	1
・離床援助方法が上手く説明できず、患者より頻回に血圧を測定することに指摘があった	1
・ルートやドレーンが多い時、身動きがとりづらい	1
・ギャッジアップの段階を踏んでいなかったため、立位で気分不良になった	1
・離床の目標が分からない	1

表2 術後離床時の合併症リスクに対する意識と離床技術のアンケートの比較

	A群 (n=9)			B群 (n=19)			単位: 点
	前	後	有意差	前	後	有意差	
① 実際に離床を進めるにあたり困ったことがありましたか※	2 (2-2)	3 (3-3)	*	2 (2-3)	3 (3-3)	*	
② 実際に離床を進めるにあたり失敗したと感じたことはありましたか※	2 (2-3)	3 (3-3)	ns	3 (3-3)	3 (3-3)	ns	
③ 実際に離床を進めるにあたり転倒したことはありましたか※	4 (4-4)	4 (4-4)	ns	4 (4-4)	4 (4-4)	ns	
④ 離床をするにあたり離床が遅いと指摘されたことがありますか※	3 (2-4)	3 (3-3)	ns	3 (2-3)	3 (3-4)	*	
⑤ 離床するにあたり既往歴の確認をしていますか	3 (2-3)	3 (3-3)	ns	3 (3-3)	3 (3-4)	*	
⑥ 入院前のADLの確認をしていますか	3 (3-4)	4 (3-4)	ns	4 (3-4)	4 (4-4)	ns	
⑦ 離床のために痛み止めを積極的に使用していますか	4 (3-4)	4 (4-4)	ns	4 (3-4)	4 (3-4)	ns	
⑧ 痛み止めの効果が見られない場合は医師に新たな指示を確認していますか	3 (2-3)	3 (2-3)	ns	3 (3-3)	3 (2.5-3.5)	ns	
⑨ 術当日から深呼吸を促していますか	2 (2-3)	2 (2-3)	ns	2 (2-2.5)	3 (2-3)	**	
⑩ 術当日から足の屈伸運動を促していますか	3 (3-3)	3 (3-3)	ns	2 (2-3)	3 (2.5-4)	ns	
⑪ 術当日から体位変換を促していますか	3 (3-3)	3 (3-4)	ns	3 (2.5-4)	3 (3-4)	ns	
⑫ 立位、歩行するにあたり離床できるかどうかの評価をしていますか	4 (3-4)	4 (3-4)	ns	4 (4-4)	4 (3.5-4)	ns	
⑬ 離床前後のバイタルサインの変化の確認をしていますか	4 (4-4)	4 (4-4)	ns	4 (4-4)	4 (4-4)	ns	
⑭ 離床前後の呼吸困難・めまい・吐き気の観察をしていますか	4 (4-4)	4 (4-4)	ns	4 (4-4)	4 (4-4)	ns	
⑮ 離床時に起こり得る合併症を理解していますか	3 (3-3)	3 (3-4)	ns	4 (3-4)	4 (3-4)	ns	
⑯ 患者に出現しやすい症状について離床前に説明し、症状出現時には知らせるように働きかけていますか	3 (3-4)	3 (3-4)	ns	4 (3-4)	4 (3-4)	ns	

中央値(四分位範囲)

*: $p<0.05$ **: $p<0.01$ ns: not significant ※逆転項目 (ウィルコクソン符号付順位検定)

表3 離床チェックリスト結果比較

		A群 (n=9)					B群(n=19)				
		前		後		有意差	前		後		有意差
		できる	できない	できる	できない		できる	できない	できる	できない	
離床準備に向けての	①離床への意欲を確認したか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	②離床への意欲がない場合には、早期離床の必要性を理解できているか	9	0	9	0	ns	18	1	19	0	ns
	③ドレーン類が抜けないように、固定を確認したか	7	2	8	1	ns	18	1	19	0	ns
	④体が動かしやすいように点滴、ドレーン類を整理したか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑤バイタルサインを測定し呼吸、循環状態が安定しているか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑥痛みがコントロールできているか	8	1	8	1	ns	19	0	19	0	ns
	⑦身だしなみ、環境を整えたか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
離床時の観察・実施事項	⑧ギャッジアップ(30°→45°→60°→90°)、端座位、立位と段階的に進めているか	3	6	9	0	*	11	8	18	1	*
	⑨気分不良、めまいやふらつきなどの自覚症状はないか	8	1	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑩体動時の痛みの程度はどうか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑪離床中のバイタルサインの測定	5	4	6	3	ns	15	4	18	1	ns
	⑫体位の変化によるドレーンの排液や性状の変化はどうか	5	4	7	2	ns	19	0	19	0	ns
	⑬端座位で足背底屈運動、立位で足踏みをして歩行可能かどうか判断しているか	3	6	7	2	ns	14	5	19	0	ns
	⑭歩行時はドレーンや点滴類が抜けやすいよう確認しているか	7	2	8	1	ns	19	0	19	0	ns
	⑮どこまで動くかを患者と相談して目標を決めているか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑯離床後のバイタルサインを測定しているか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑰動いたことに対し、励ましの声かけをしているか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑱動いた後は休息をとっているか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0	ns
	⑲深部静脈血栓症のリスクをチェックしたか	1	8	6	3	ns	10	9	15	4	*
	肺血栓症の対応	⑳手術前から弾性ストッキングを使用し、術後は間欠的空気圧迫法を使用しているか	9	0	9	0	ns	19	0	19	0
㉑ベッド上で足関節の自動運動を行っているか		2	7	8	1	*	11	8	18	1	*
㉒深部静脈血栓症の症状はないか		1	8	3	6	ns	10	9	15	4	*
㉓歩行開始時の呼吸困難はないか		8	1	9	0	ns	19	0	19	0	ns
㉔バイタルサインを確認したか		7	2	8	1	ns	18	1	19	0	ns
㉕肺血栓症の症状の観察		2	7	6	3	ns	15	4	19	0	ns
㉖肺血栓症発症時は状態に合わせて対処する	6	3	7	2	ns	18	1	19	0	ns	

*: $p < 0.05$ ns: not significant (McNemar検定)

挿入物の扱いなどに不安や心配を抱えている⁶⁾と述べている。そのため看護師による勉強会は離床のリスク評価と離床の基本的援助方法、合併症としてPTEなどを重点的に実施した。外科医師には実際のPTEの事例を踏まえた勉強会を依頼し、術後のPTEのリスクについて学習した。その結果、アンケートの「①実際に離床を進めるにあたり困ったことはありませんか」の項目で、A群、B群ともに有意に上昇した。「②実際に離床を進めるにあたり失敗したと感じたことはありませんか」の項目はA群が上昇傾向にあった。勉強会により離床の方法を改めて学習したことで、離床を行うことに自信を持つことができ、離床時の困難感が軽減したと考えられる。小野らは、達人看護師であっても患者・患者の家族から離床に対して否定的な発言などがあったときは離床が勧め辛く、葛藤している⁷⁾と述べている。今回のアンケートでもB群の看護師からも「患者に離床の意欲がない」「疼痛が強く、離床に消極的」は、離床をするときに困ったこととして挙げられていた。山下らは、離床対応をしつつ、患者の言葉に傾聴しながら必要な情報や対応を提供できれば、患者の多くは納得し離床を励行してくれる⁶⁾と述べている。看護師は患者の身体的な状態にばかり注意が向き、術後早期に離床することに不安を抱えた患者の精神面への配慮が不十分になりがちである。今後、患者が離床に消極的な場合の対処法を病棟全体で共有することで、一人ひとりの離床援助技術が向上するとともに、患者との信頼関係の構築につながると考える。

また、アンケートにはB群のみが有意に上昇した項目があった。これはA群が、離床を実践する機会が少ないことが一因と考える。A病院ではPNS(パートナーシップ・ナーシング・システム)を適用しており、経験年数4年未満の看護師が1人で離床をする事例が少ない。そのため、A群が学習して知識を得ても、研究期間内に離床を実践する機会が少なく、B群ほどの改善は得られなかったと考えられる。ベナーは、看護師が「経験」を積むにつれ、未熟な実践的知識と未整理の理論的知識との複合体である臨床知識が高まる⁸⁾と述べている。今後、A群が経験を積むことで、勉強会や演習で得た知識が臨床知識として昇華されると考える。

演習後の離床チェックリスト評価では、B群の方が介入前後ともにA群よりも平均点が高かった。これは、B群の看護師は今までの離床援助の経験から安全な離床に必要な観察と対応が身についたためと考えられる。項目別では「⑧ギャッジアップ、端座位、立位と段階的に進めているか」という項目は、A・B群ともに有意に上昇した。A群は「⑬端座位で足背底屈運動、立位で足踏みをして歩行可能かどうか判断しているか」という項目が上昇傾向にあった。これは実際に演習を行うことで、離床時に合併症が起こるリスクを再認識し、離床を段階的に行うことにより合併症の予防と異常の早期発見ができることを学習した結果であるといえる。演習で普段の行動を振り返った後、勉強会を受けて得た知識を実際の業務の中で活用することにより、離床に対する意識が

向上した結果と考える。また、「⑳ベッド上で足関節の自動運動を行っているか」という項目はA・B群ともに有意に上昇し、「㉑深部静脈血栓症のリスクをチェックしたか」「㉒深部静脈血栓症の症状はないか」の項目は、B群が有意に上昇している。「㉓深部静脈血栓症のリスクをチェックしたか」「㉔肺血栓塞栓症の症状の観察」の項目はA群で上昇傾向にあった。これは医師による事例を踏まえた勉強会により、深部静脈血栓症に対する意識が高まったためと考えられる。ベナーは、経験を積んだ看護師は実践を通じて経験的に学んでいくにつれて、患者の状況の推移がある程度予測できるようになる⁹⁾と述べている。B群の方に有意差を認めた内容が多かった理由は、経験年数が多い看護師ほど患者の状態変化を予測することができ、さらに学習内容を経験と関連付けて実践できたためだと言える。A群はB群よりも有意差は認めなかったが、上昇傾向にあった項目もあった。勉強会と演習で離床技術の基礎を学ぶことができ、基本的な離床手順や合併症の注意点についての知識が向上したと考えられる。

また、看護師による勉強会で、合併症予防のための早期離床は手術当日の臥床状態から開始しておくことが重要であるという説明が不十分だった。そのためアンケートの結果で、A群が勉強会や演習の前後で「術当日の深呼吸や足の屈伸運動の促し」の項目に変化が見られなかったと考えられる。

今回の看護実践で、勉強会と演習は離床時の困難感の軽減、段階的な離床の意識付けには有用だった。今回の結果を踏まえて勉強会の資料を改訂し、離床の基本的な援助方法として新人看護師や離床援助経験がない看護師の教育の一環に組み込み、実践時にも確認できるように部署の手順に追加することで、経験年数の浅い看護師の離床技術や合併症に対する知識の向上を目指していく。今後更に、経験豊富な看護師の離床困難時の対応を病棟全体で共有し、さまざまな場面を想定した離床演習を定期的に行うことが、術後看護の質の向上に繋がる。

今回の研究では、術後の合併症予防と安全な離床技術の向上を目的としたため、実際に合併症が起こった場合の対応までは実施しなかった。今後、今回の介入を合併症出現時や急変時の対応などの看護教育にも活用できると考える。

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) 道又元裕：周術期ケアの最重要ポイント なぜ早期離床が必要なの？, 月刊ナーシング, 40 (5), p.8-14, 2020.
- 2) 竹内真太, 望月拓郎, 西田裕介：血液データを理学療法に活かす—急性期病棟の場合—, 理学療法, 38 (4), p.308-315, 2021.
- 3) 梶田美香, 茅島顕治：当院10年間の肺血栓塞栓症発症および関連死亡症例の検討, 麻酔, 68 (6), p.596-598, 2019.

- 4) 中島まりえ, 鈴木亮子, 伊藤恵：術後の離床の援助における看護師の意識の変化—離床シートの効果から—, 竹田綜合病院医学雑誌, 35, p.79-86, 2009.
- 5) 足羽孝子, 伊藤真理：術前術後ケアポイント 80—チェックリスト&図解でサクッと理解!—, メディカ出版, p.82-85, 2013.
- 6) 山下裕, 會津恵司, 山口竜三：消化器外科手術の周術期チーム医療における理学療法士の役割, 理学療法, 38 (2), p.143-151, 2021.
- 7) 小野優子, 小島麻里江：達人看護師の早期離床に関する観察・援助時の着眼点を分析—開腹術後患者のペーパーシミュレーション事例を用いて—, 徳島市民病院医学雑誌, 31, p.75-78, 2017.
- 8) Patricia Benner : From Novice to Expert, 2001, 井部俊子訳, ベナー看護論 新訂版 初心者から達人へ, 医学書院, p.7-8, 2005.
- 9) P. Benner, P. Hooper Kyriakidis, D. Stannard : Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care (2nd ed.), 2011, 井上智子訳, ベナー 看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること (第2版), 医学書院, p.48, 2012.

◇実践報告◇

救急外来看護師における苦痛緩和を目的とした
ケア意識の向上への取り組み藤野美香¹⁾*, 大木琢椰¹⁾, 清水倫子¹⁾

救急外来では、救命や処置が優先されるが、救急外来看護師は患者のニーズを把握し、苦痛緩和に向けたケアの意識を向上させ、看護実践に繋げていく必要がある。そこで、救急外来において、患者、家族への苦痛緩和に向けたケアでコンピテンシーのレベルの高い看護師のケアを明らかにし、看護師間で共有、ディスカッションすることで意識向上を図ることを目的に取り組んだ。方法として「苦痛緩和に向けたケアに対する意識調査」を行った。そこで明らかとなったコンピテンシーのレベルの高い看護師にインタビューを行い、その結果をもとに、優れた看護ケアをまとめ可視化し、救急外来で共有、ディスカッションを行った。その後、再度意識調査を実施し、結果を分析した。その結果、救急外来における苦痛緩和の重要性を再認識できたことで、ケアの意識向上に繋がった。また、救急外来全体において、より質の高い看護実践への動機づけに繋がることが示唆された。

【キーワード】 救急外来, 苦痛緩和, コンピテンシー, 可視化, ディスカッション

I. はじめに

急性期医療を担う A 病院の救急外来では、年間 3,000 件以上の救急搬送を受けている。その救急搬送された患者は、小児から成人まで幅広く、疾患は骨折などの外傷から肺炎や心筋梗塞などの内因性疾患と多岐に渡る。救急搬送された患者は、ストレッチャーのまま初療や検査、処置が行われることが多い。また、患者の検査や処置などの一連の行為は、重症度や緊急度に応じて、1 時間から 4 時間と時間を要している。「救急外来看護師の看護ケアに対する意識向上を目指した入院後病室訪問の効果」¹⁾ において、患者からの要望、改善点などの意見では、「排泄を我慢した」「ストレッチャーで検査を待つことがきつかった」「痛みを我慢した」などが見られた。

実際に救急患者の入院後病室訪問において、患者から同様の意見を聞くこともあり、引き続き救急外来での苦痛緩和を目的としたケアの実践の必要性を実感した。また、救急外来看護師からも「もっと早く排泄に対して声かけができれば良かった」「検査案内後にストレッチャーよりベッドへ早めに移乗すれば良かった」などの思いも聞かれていた。石上は「救

急医療はできる限り多くの命を救うことを第一義としており、その重要性は変わらないが、同時にできる限り患者・家族の生活の質を向上させるために、今こそ緩和ケアを救急医療に統合させるべきである」²⁾ と述べている。救急外来では救命や処置が最優先であると同時に患者のニーズを把握し、苦痛緩和に向けたケアの意識を向上させ、看護実践に繋げていく必要性を感じた。

本看護実践では、救急外来看護師にアンケート調査を行い、【ケア】【患者への声かけ】【家族への関わり】について患者・家族へのケアでコンピテンシーのレベルの高い看護師を明らかにする。また、そのコンピテンシーをまとめて（以下、スゴ技集とする）可視化を図り、救急外来看護師で共有し、ディスカッションを重ねることで、救急外来における苦痛緩和を目的としたケアの質の向上を図るのではないかと考えた。陣田は「認識と行動の行き来をしていない人の実践、つまり抽象化・概念化のできていない看護実践は単なる業務の遂行に過ぎない。看護か業務かの違いは、その行為が認識に導かれた実践であるかどうかである」³⁾ と述べている。このように、知の可視化を図ることは、より質の高い看護実践とその共有において欠かせないものと考えられる。今回、コンピテンシー

受付日：2023 年 5 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail : kango@simo.saiseikai.or.jp

のレベルの高い看護師の看護ケアを可視化し、ディスカッションすることで、救急外来看護師の苦痛緩和を目的としたケアの意識向上に取り組んだ。

Ⅱ. 目 的

救急外来において、患者、家族への苦痛緩和を目的としたケアで、コンピテンシーのレベルの高い看護師の看護ケアを明らかにして、看護師間で共有、ディスカッションすることで、苦痛緩和に向けたケアの意識向上を図ることを目的とする。

Ⅲ. 看護実践

1. 実践期間：令和2年9月～令和3年9月
2. 実践対象者：同意が得られたA病院の救急外来で勤務する看護師11名
3. 用語の定義

コンピテンシーのレベルの高い看護師：行動によって見極められる（知覚される）動機、自己効力感、思考、スキル、知識などを含む総合的な能力の概念であり、高業績に繋がると予測されるものである。本実践報告では、苦痛緩和を目的とした思考、スキル、知識を含むケア能力の高い看護師とした。

4. 実践方法

1) スゴ技集の作成について

(1) 意識調査の実施

今橋らの「看護師の入院後訪問に関する意識調査」¹⁾を参考に、看護師の苦痛緩和に向けたケアに対する意識調査（以下、意識調査とする）を実施した。質問内容は14項目とし、独自に作成した。質問内容は【ケア】について、「患者に対し排泄を我慢しなくて良いように、来院時より意識して声かけをしていますか」「ストレッチャーに臥床中の患者に対し、来院時より意識して苦痛緩和に向け、体位変換やベッドへの移乗を行っていますか」を含む5項目、【患者への声かけ】については「患者が医師からの説明を理解できているか確認していますか」「患者が苦痛を訴えやすいように配慮できていますか」を含む5項目、【家族への関わり】については「家族に対し今後の経過（流れ、時間等）を説明できていますか」を含む4項目とした。評価は5段階評定尺度（1点：できていないことが多い～5点：常にできている）とし、自己評価と部署全体の評価とした。部署全体の評価とは、実践対象者が客観的に部署全体を観察して、評価した。また、苦痛緩和のケアで優れた看護師の名前、場面を記載できる欄を設けた。対象者全員に1回目の意識調査を実施し、意識調査用紙の回収は、救急外来スタッフルームに設置したアンケートボックスに投函してもらった。

(2) コンピテンシーのレベルの高い看護師に対するインタビュー調査の実施

意識調査で名前の多く挙がった4名のコンピテンシーのレベルの高い看護師を対象に半構成的面接法で15分程度のインタビューを個別で行った。コンピテンシーのレベルの高い

看護師4名の看護経験年数は 14.0 ± 4.5 年、救急外来経験年数は 6.1 ± 3.9 年であった。インタビュー内容は「患者や家族との思い出に残るエピソードや経験談」「その時の患者家族へのケアにおける思いや気を付けたこと」「この経験からの学びや今後の目標」とした。インタビューの結果、【身体面への関わり】として「患者の安楽を考えてケアをしている」「排泄は自分から、声をかけるように気を付けている」「車椅子、ストレッチャーはゆっくり安全に案内するように心がけている」「体位を整えて疼痛緩和に努め、安楽を目指すようにしている」などが挙がった。また、【精神面への関わり】として「患者、家族の立場に立って考えるようにしている」「患者、家族が思いを表出しやすい環境づくりに気を付けている」「患者に関わる前に、しっかり情報収集している」などが挙がった。インタビューから抽出された内容のうち、【身体面への関わり】については「待ち時間の工夫」「移送時の対応」「排泄への配慮」「疼痛緩和の工夫」などとし、【精神面への関わり】については「患者への寄り添い方」「コミュニケーション能力」「安心して治療を受けるための工夫」などを含めた経験知をまとめ、全12項目のスゴ技集として作成した。

2) スゴ技集を活用した介入

スゴ技集を対象者全員に熟読してもらい、研究者を含む4、5名ずつのグループを作成し、苦痛緩和において優れた看護師のケア内容を共有し、意見交換するためのディスカッションを15分程度行った（以下介入とする）。対象者全員に、1回目の意識調査から9ヵ月後に2回目の意識調査を実施し、自由記載欄を設け介入後の意見や気づきを記入してもらった。調査用紙の回収は1回目と同様に行った。

5. 分析方法

苦痛緩和に向けたケアの意識変化を確認するために、介入前後で質問項目別にウィルコクソンの符号付順位和検定を行った。統計ソフトは、エクセル統計2018 for Windowsを使用し、有意水準は5%以下とした。自由記載については、記載内容の類似性でまとめた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本看護実践について著者の所属する施設の看護部倫理委員会で審査承認を得て実施した。実践対象者に対しては、研究の趣旨、結果の公表には個人が特定されないよう配慮すること、参加や辞退は自由意思であり、不利益が生じないことを口頭と書面で説明し、書面による同意を得た。

Ⅴ. 結果・成果

1. 対象看護師11名の看護経験年数は 14.0 ± 4.5 年、救急外来経験年数は 6.1 ± 3.9 年であった。
2. 意識調査の回収率と有効回答率は、1回目・2回目ともに100%であった。
3. 意識調査の自己評価は、介入前後で比較した結果、14項目全てにおいて、介入後の方が有意に上昇した($p < 0.01$) (表1)。

4. 意識調査の部署全体の評価では、介入前後で比較した結果、14項目全てにおいて、介入後の方が有意に上昇した ($p < 0.01$, $p < 0.05$) (表2)。

5. 介入後の看護師の意見や気付きとして、「苦痛緩和への関りを意識して行えるようになった」「体験談から心掛けていることや大切にしていることを共有でき、自分の意識が高

表1 介入前後の苦痛緩和に向けたケアに対する意識調査 (自己評価)

(平均±標準偏差) N=11

	質問項目	前	後	p値
ケア	1 患者の苦痛(疼痛、呼吸困難感など)緩和に向けたケアを行えていますか	2.6±0.7	3.9±0.7	0.007**
	2 患者に対し、排泄を我慢しなくて良いように、来院時より意識して声かけをしていますか	2.8±0.8	4.3±0.5	0.005**
	3 ストレッチャーに臥床中の患者に対し、来院時より意識して苦痛緩和に向け、体位変換やベッドへの移乗を行っていますか	2.8±0.8	4.3±0.6	0.007**
	4 ストレッチャーや車椅子での移送時、スピードや振動に注意していますか	2.9±0.5	4.2±0.9	0.008**
	5 問診・診察・説明時、患者のプライバシーの保護に配慮し、別室での対応や掛物、カーテンを使用していますか	2.7±0.8	4.1±0.8	0.007**
患者への声かけ	6 患者に対し、検査や処置の説明(必要性、内容など)を行っていますか	3.2±0.6	4.4±0.7	0.007**
	7 患者に対し、今後の経過(流れ、時間等)を説明できていますか	3.0±0.6	4.1±0.7	0.005**
	8 患者が医師からの説明を理解できているか確認していますか	2.9±0.5	4.3±0.6	0.003**
	9 患者が苦痛を訴えやすいように配慮できていますか	2.6±0.7	4.0±0.4	0.003**
	10 患者・家族との早期対面を心がけていますか	2.9±0.8	4.4±0.7	0.008**
家族への関わり	11 家族に対し、待ち時間を具体的に説明し、家族の拘束時間に配慮できていますか	2.5±0.5	3.7±0.8	0.005**
	12 家族に対し、検査や処置の説明(必要性、内容など)を行っていますか	2.9±0.7	4.3±0.6	0.007**
	13 家族に対し、今後の経過(流れ、時間等)を説明できていますか	2.9±0.7	4.1±0.8	0.005**
	14 家族が、質問がしやすいように配慮できていますか	2.6±0.7	4.0±0.6	0.003**

**: $p < 0.01$

表2 介入前後の苦痛緩和に向けたケアに対する意識調査 (部署評価)

(平均±標準偏差) N=11

	質問項目	前	後	p値
ケア	1 患者の苦痛(疼痛、呼吸困難感など)緩和に向けたケアを行えていますか	3.1±1.0	4.0±0.6	0.034*
	2 患者に対し、排泄を我慢しなくて良いように、来院時より意識して声かけをしていますか	3.1±1.0	4.5±0.5	0.012*
	3 ストレッチャーに臥床中の患者に対し、来院時より意識して苦痛緩和に向け、体位変換やベッドへの移乗を行っていますか	3.4±1.1	4.5±0.5	0.030*
	4 ストレッチャーや車椅子での移送時、スピードや振動に注意していますか	3.4±1.1	4.5±0.5	0.028*
	5 問診・診察・説明時、患者のプライバシーの保護に配慮し、別室での対応や掛物、カーテンを使用していますか	3.3±1.1	4.5±0.5	0.011*
患者への声かけ	6 患者に対し、検査や処置の説明(必要性、内容など)を行っていますか	3.5±0.8	4.6±0.5	0.011*
	7 患者に対し、今後の経過(流れ、時間等)を説明できていますか	3.2±1.0	4.2±0.6	0.046*
	8 患者が医師からの説明を理解できているか確認していますか	3.4±0.8	4.5±0.5	0.007**
	9 患者が苦痛を訴えやすいように配慮できていますか	3.4±0.8	4.3±0.6	0.010**
	10 患者・家族との早期対面を心がけていますか	3.4±1.1	4.5±0.5	0.020*
家族への関わり	11 家族に対し、待ち時間を具体的に説明し、家族の拘束時間に配慮できていますか	2.8±1.1	4.1±0.5	0.014*
	12 家族に対し、検査や処置の説明(必要性、内容など)を行っていますか	3.3±0.9	4.5±0.5	0.020*
	13 家族に対し、今後の経過(流れ、時間等)を説明できていますか	3.1±1.0	4.3±0.6	0.016*
	14 家族が、質問がしやすいように配慮できていますか	3.2±1.0	4.3±0.6	0.014*

**: $p < 0.01$ *: $p < 0.05$

まった」「自分が気に留めていなかった配慮方法を知ることができ、真似ていきたいと思った」などがあった(表3)。
6. スゴ技集の作成においては、コンピテンシーのレベルの高い看護師4名から「みんなに選んでもらえて嬉しい」「モチベーションが上がった」「もっと頑張ろうと思う」などの相乗効果が得られた。

Ⅵ. 看護実践への示唆

本看護実践では、コンピテンシーのレベルの高い看護師の看護ケアを可視化し、ディスカッションすることを通して、救急外来看護師における救急外来患者の苦痛緩和を目指した看護ケアに対する意識向上に取り組んだ。

意識調査の結果、自己評価および部署全体の評価において、介入後14項目全てにおいて有意に上昇した。【ケア】については、今まで救急搬送された患者の処置や検査が優先されており、患者の苦痛の緩和を目的とした看護ケアが後回しになっている現状があった。以前より入院後訪問において、患者から「排泄や疼痛の我慢」、「ストレッチャーでの長時間臥床の苦痛」などの意見があり、その改善の必要性を感じていた。今回、意識調査で明らかになったコンピテンシーのレベルの高い看護師の看護ケアをインタビュー後にスゴ技集にまとめ、ディスカッションで共有した。その結果、看護師一人ひとりの苦痛緩和に向けたケアへの意識づけとなり、実践へと繋げる事ができた。優れた看護師のケア内容が行動レベルで具体的に共有できたことで、各自が具体的なケアとして実践しやすくなったと考える。実際に介入後の意識調査の自由記載においても、「排泄や疼痛緩和への具体的なケアを学び、実践できた」などの意見があった。【患者への声かけ】については、今まで検査や処置の説明などは、医師とともに行っていた。しかし、介入後は、患者が少しでも今後の経過をイメージしやすいように、早期から説明を行うと共に、医師からの説明が理解できているか確認する場面がみられるようになった。また、看護師が治療や処置を優先し、患者のニーズを把握した看護ケアが不足している現状があった。しかし、介入により患者のニーズを再認識でき、苦痛緩和に向けた看護ケアの意識が向上したことで、患者が苦痛を訴えやすい声かけを意識するようになったと考える。スゴ技集を参考に、実際

に声をかけるタイミングや態度、方法を知ること、以前より患者の立場に立った声かけができるようになったと推察される。患者・家族との早期対面においては、新型コロナウイルスの感染拡大において、面会が制限されている状況であり、入院前の救急外来において、面会をできるように看護師個々が意識するようになったことも介入後に上昇した要因の一つと考える。【家族への関わり】については、「家族に対し、待ち時間を具体的に説明し、家族の拘束時間に配慮できていますか」の項目では、他の項目と比較して、介入前の平均点が低かった。これは、患者の治療や処置が優先され、家族への配慮が不足していたためと考える。しかし、介入後は、家族も不安を抱えていることを再認識でき、救急搬送された時から役割分担をし、患者の状況に応じて、家族への声かけを意識した関わりが適宜行なえるようになったことで、有意に高くなったと考える。

今回の意識調査においては、自己評価に比べ、部署評価の方が、介入前後ともに全ての項目において平均点が高い結果となった。これは、他の看護師の優れているケアが可視化されたことで、現状を実感できたためと考える。また、自分自身のケアを振り返り、自分の目指す看護が明確になり、さらに自分の看護ケアの質向上への意欲に繋がったためと考える。

本看護実践においてスゴ技集の作成、および共有、ディスカッションを行ったことで、救急外来における苦痛緩和に向けたケアの重要性を再認識でき、意識の向上に繋がった。則末は「『患者中心の緩和ケア』とは、肉体的な疼痛や苦痛を取り除くだけでなく、患者の好みや価値観を尊重しながら全人的な緩和ケアを行うことである」⁴⁾と述べている。救急外来における苦痛緩和においても患者を全人的に捉えること、症状緩和だけでなく、声かけによる精神面のケアや、家族を含めたケアが重要であり、今回の介入によりその重要性を理解できたと推察される。そして、実際にインタビューを受けたコンピテンシーのレベルの高い看護師は、自分自身の行動をリフレクションできたことで、個々の看護観の再認識に繋がり、日頃行っていた看護ケアを改めて考える機会となった。陣田は「行動の質が変わるのは再認識があってからこそ」⁵⁾と述べている。このように、自分が日頃行っている看護を語り、それが承認され意味づけられたことで、さらに良い看護

表3 介入後の苦痛緩和に向けたケアに対する看護師の意見

	N=11(人数)
疼痛緩和への関わりを意識して行えるようになった	(3)
体験談から心掛けていることや大切にしていることを共有でき、自分の意識が高まった	(3)
自分が気に留めていなかった配慮方法を知ることができ、真似ていきたいと思った	(3)
自分の行動を振り返り、患者・家族の気持ちに沿ったケアをしていきたい	(2)
排泄や疼痛緩和への具体的なケアを学び、実践できた	(2)
患者に寄り添うために、大切なことを再認識できた	(1)
他の看護師が様々なことに気を配っていたのに気付き、参考にしたいと思った	(1)
一緒に働くスタッフの考えが知れて、共有できて良かった	(1)

を実践したいという動機づけに繋がったと考える。実際にインタビューを受けた看護師からは、「皆に選んでもらえて嬉しい」「モチベーションが上がった」などの意見があった。コンピテンシーのレベルの高い看護師のケアを意図や目的に基づいてスゴ技集を作成したことで、優れた部分を可視化でき、繰り返し読むことができた。また、ただスゴ技集を読むだけでなく、ディスカッションで共有したことで、そのスゴ技集についてより理解が深まり、意識して行動しようという思いになり、実践に繋がりがやすかったと推察される。ディスカッションについて、三浦は「学習者が臨床判断能力、つまり『看護師らしく考える』ことを学習するために重要」⁶⁾と述べている。実際に、看護師から「スゴ技集を読むだけでなく、意見を交換できて学びが深まった」「自分の看護を見つめ直すことができ、看護観を振り返る機会となった」など前向きな意見が聞かれ、救急外来全体で改めて看護を考える機会にもなったと考えている。その結果、救急外来全体においてより質の高い看護実践への動機づけに繋がることが示唆された。

本看護実践では限られた看護師のみにインタビューを行った。また、内容も苦痛緩和に限ったものであった。しかし、看護師個々がそれぞれ持つ優れたケアは、まだ多くあると考える。今後も看護師個々が持つ優れたケアを共有できる場を設け、部署全体でケアの質向上に繋がる風土づくりが必要である。

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) 今橋睦美, 山本淳子, 藤枝絵美: 救急外来看護師の看護ケアに対する意識向上を目指した入院後病室訪問の効果, 第50回日本看護学会抄録集(急性期看護), p83, 2019.
- 2) 氏家良人監修 木澤義之編: 救急・集中治療領域における緩和ケア, 医学書院, p37, 2021.
- 3) 陣田泰子: チームの知の見える化 チームを育てる力を身につけるために必要なこと, Nursing BUSINESS, 2015 夏季増刊, p66-106, 2015.
- 4) 2) 前掲書, p76.
- 5) 陣田泰子: プロフェッショナルの知の見える化 本当のプロフェッショナルを目指しましょう, Nursing BUSINESS, 2015 夏季増刊, p108-133, 2015.
- 6) 三浦友理子, 奥裕美: 臨床判断ティーチングメソッド, 医学書院, p54, 2020.

◇実践報告◇

意味記憶障害を呈した認知症高齢者の コミュニケーション支援への取り組み

山田愛実¹⁾*

本研究は意味記憶障害を持つアルツハイマー型認知症の独居高齢者へのコミュニケーション支援に有用な支援方法を見出すことを目的として行った。視覚情報の意味理解が可能か確認した上で、イラスト・写真と言語を表記し掲示、数字に関する内容は日常的に購入している物品を基準として表現、電話での応答においては、ひとつの内容ずつ・単語を強調した応答を行い、本人の行動や訴えの変化を観察した。

意味記憶障害を持つ認知症高齢者へのコミュニケーション支援として《視覚情報による言語理解の補完》《ワーキングメモリへの働きかけ》を行い、やむを得ず言葉のみでの応答を必要とする場合には、《少ない言語でキーワードを強調する会話》が有用である可能性が示唆された。

【キーワード】 意味記憶障害, 認知症, コミュニケーション

I. はじめに

アルツハイマー型認知症は、海馬・側頭葉内側の障害による記憶障害・記憶力障害、側頭・頭頂・後頭葉領域障害による語健忘、側頭葉外側の障害による意味記憶障害、前頭葉障害による病識・自覚性低下¹⁾が出現する病態である。特に、中等度の時期で意味記憶障害が出現する一方で、流暢性や復唱は末期まで保持される¹⁾と言われている。アルツハイマー型認知症は病気の進行に伴う言語障害の出現率が88~95%²⁾とされ、残存機能の活用を主としながらコミュニケーションを取っていくことが肝要であることが示唆²⁾されている。しかしながら、認知症当事者は病気の進行と共に言語障害が出現し、人とコミュニケーションを取りたくても上手く通じない状態が毎日のように続き、その状況にあることが認知症当事者の不安を誘発²⁾しているとする指摘がある。

特に、意味記憶障害においては、発話における流暢性が維持される一方で側頭葉の障害により言語や視覚性の意味理解が低下し、心理的不安から対処行動が強化³⁾することが示唆されている。対処方法として、個人回想法の手法を用いてコミュニケーションを補完すること^{4) 5)}の有用性は示されているが、それ以外には心理的支援でコミュニケーションを補

完⁶⁾したり、会話の正確性ではなく会話することそのものを重視すること⁷⁾など、心理的支援が重要視されており、コミュニケーションそのものを支援する方法についてはあまり明らかにされてはいない実態がある。

今回経験した独居認知症高齢者のA氏は、言語の意味理解に障害を来し、そのために日常生活において、郵便物に記載されている内容が分からない、年金がどのような仕組みなのか、受診日までどの程度の日数があるのか、といった日常生活場面での概念理解低下による症状で混乱を来していた。更に、通帳に記載された金額の数字を1つずつ読む、という状況も見られていた。発話においては、喚語困難・錯誤といった発話の障害も認め、言語コミュニケーションに障害を来していたA氏は、電話で何回も同じことを聞く、夜中に外出し保護される、訪問支援をしている人達に対する被害妄想といった、行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia: 以下BPSD)が出現していた。独居高齢者で近親者の日常的な支援を受けられずにいるA氏は、様々な事柄を自己決定して生活する必要がある、そのためには様々な情報の意味理解をする必要があった。A氏に対しコミュニケーションを工夫することで何とか情報理解や支援者・サポーターとの意思疎通が図れないかと考えケア介入を

受付日: 2023年5月16日 / 受理日: 2024年3月8日

1) 総合南東北病院

* E-mail: manayama1319@outlook.jp

行った結果、BPSD の幾分の緩和を認めた。そこで、意味記憶障害を持つ A 氏へのコミュニケーション支援に有用な支援方法を見出すことを目的として本研究を行ったのでここに報告する。

Ⅱ. 目 的

意味記憶障害を持つ A 氏へのコミュニケーション支援に有用な支援方法を見出す。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究デザイン：事例研究

2. 研究期間：2022年4月～2023年1月

3. 研究内容

1) データ収集方法

- (1) A 氏の残存機能を把握する目的で、本人から多く訴えが聞かれた年金受給している金融機関や病院の外観写真や関連するイラスト、関係者の顔写真などを提示して、対話の中で視覚情報の意味理解が出来るかを確認した。
- (2) イラスト・外観写真・顔写真とそれぞれの場所の名称、年金支給日や受診日などの記述をした掲示用の書面を作成して自宅内に掲示し、本人の行動や訴えの変化を観察した。
- (3) 電話の応答をする地域包括支援センターとかかりつけ医療機関には、A 氏の電話への応答について、ひとつの内容ずつ応答する、単語を強調する、という対応方法で統一してもらった。
- (4) A 氏が日常的に購入する物を把握し、数字に関連する内容は物品何個分になるか、物品が何箱購入できる金額か、という提示の方法を行った。
- (5) 介入中の BPSD の変化を Dementia Behavior Disturbance Scale (以下、DBD-13) で評価を行った。DBD-13 は BPSD の介護者の負担を数値で評価できること⁸⁾、本症例で介入した認知症初期集中支援チーム介入の基本アセスメントツールとして策定されていることから選定した。また、本症例介入期間中、家族による自宅への来訪支援や本人への電話連絡が一切なかったことから、家族が本人の状況を把握できる状況に無いと判断し家族による評価は行わず、本人の細々とした生活の困りごとを支援している地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームにて評価を行った。

2) データ分析方法

A 氏のコミュニケーション支援に関連する介入を、語の意味理解障害に関する支援、数字の理解低下に対する支援、聴覚言語理解低下に関する支援、に分類・整理し、A 氏の DBD-13 の変化と合わせて有用性を検討した。更に、それぞれの援助が有用に働いた背景について先行研究との比較・検討を行い、意味記憶障害へのコミュニケーションで有用と思われる支援を見出した。

4. 用語の操作的定義

「認知症」：認知症の診断を受けている、又は認知機能障害が出現している状態にある人

「意味記憶障害」：言語の意味や概念の理解が低下する言語障害

「コミュニケーション支援」：コミュニケーションが図れるようにするための支援のこと

5. 事例紹介

1) 対象：A 氏 80 歳代女性

2) 診断：アルツハイマー型認知症、前頭葉機能低下

3) 家族構成：夫は既に他界している。子供 1 人は遠方の他県に在住し、もう 1 人は行方不明であり、その子供（本人から見たら孫）が半年に 1 回程度、本人宅を訪問し支援をしている。介入中に A 氏に対し、家族関係や生活歴などを訪ねるが、一切語ろうとしない様子がある。

4) 現病歴：x-0.7 年早期胃癌で入院し過活動せん妄を発症したことを契機に認知症専門医療受診に繋がり、長谷川式認知症スケール（以下、HDS-R）17 点、Frontal assessment battery（以下、FAB）14 点、臨床的認知症尺度 Clinical Dementia Rating（以下、CDR）1 点、頭部 MRI にて海馬を含む前頭葉・側頭葉の委縮を認め、アルツハイマー型認知症の診断を受け投薬開始。x 年、介護サービス利用に繋げることに難渋した地域包括支援センターより認知症初期集中支援チームに介入依頼があり、介入開始となる。

介入時の地域包括システムにおける認知症アセスメントシート（DASK-21）は 41 点、DBD-13 は 5 点であった。x+0.1 年頃より地域包括支援センター（以下、地域包括）に頻繁に電話連絡が来るようになり、知人にお金や通帳を盗られた、という訴えを繰り返すようになる。x+0.2 年には、横書きのカレンダーを縦に読む、日付を説明しても日付であることが伝わらないといった状況が見られるようになる。更に、自宅に届いたワクチン接種の案内の内容が分からない、といった訴えが聞かれるようになる。x+0.4 年、言語聴覚士による諸検査が実施され、HDS-R 7 点、FAB 11 点であり、検査中の様子から、A 氏には認知機能障害として、記憶障害、失語症（喚語困難・語性錯誤）、意味記憶障害、前頭葉機能低下による遂行機能の低下や思考の狭小化があると判断された。また、この頃より A 氏の訴えは年金や病院受診の手続きに関する不安や、支援者による自宅訪問を求める内容が大半を占めるようになる。この頃には夜間にパジャマ姿で外を歩いている所を保護される、早朝に警察署に行き興奮しながら何かを訴える、地域包括に 1 日に何度も来訪する、などの行動が顕著になり、DBD-13 は 22 点まで上昇する。x+0.5 年頃には、近隣住民宅への頻回な訪問や喚語困難により訴えている内容が理解しづらくなっている事を背景に、近隣住民との関係が疎遠になる。

5) 既往歴：早期胃がん、心気症、便秘

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は所属組織の研究倫理規定に基づき、倫理委員会に申請し承認を得て実施した。研究同意においては、当事者へは意思決定支援の手法に則り、複数組織の支援者の立会のもと、端的に記載した説明書を用いて説明し書面に同意を得た。また、研究者と別組織に所属する支援者により、同意撤回の意向について説明書を基に3回確認してもらい、撤回の意向が無いことを確認した。家族へは口頭及び書面により、研究目的・方法・研究成果の公表、同意後でも申し出により撤回が可能であることを、について説明を行い、口頭にて同意を得た。

Ⅴ. 結果・成果

1. 語の意味理解低下に対する支援

A氏との関わりの中で、年金や病院への関心が日常生活の大半を占めており、最も不安を引き起こしやすい状況にあった。A氏に対し、お金や年金口座を持つ金融機関を示す通帳のイラスト、病院の外観写真、支援者の顔写真を提示した所、病院受診や支援者とのエピソードを話すなどの様子が見られた。そのため、年金については“年金”という言葉と、支給される金融機関の外観写真、通帳やお金のイラストを、病院については“病院名”と病院の外観写真、主治医の写真、病院までの送迎を行うタクシーの写真を掲載したポスターを作成し、自宅内の目につくところに掲示した。

これらの【言語と共に写真やイラストを用いる】という《視覚情報による言語理解の補完》の支援は、視覚情報を認知して記憶を想起するという側頭葉のニューロン活動⁹⁾や、語の想起が対象者の特性や視覚情報が影響し起こる¹⁰⁾ことが影響していると考えられる。つまりA氏は、“金融機関の外観写真やお金や通帳のイラストという視覚情報により、“年金”が金融機関に関連したお金の事であることを理解し、A氏のこれまでの生活習慣において2ヶ月毎に支給されていたという生活歴における記憶の補完も働き、“年金”の仕組みの理解に繋がったと考えられる。更に、アルツハイマー型認知症は中等度の時期においても絵や写真の再認が可¹¹⁾、認知症当事者のコミュニケーション能力向上には写真の提示が有効¹²⁾という結果から、アルツハイマー型認知症においては、中等度の時期に側頭葉の萎縮による語の意味や概念理解力が低下していても、ニューロン活動自体は維持されていると考えられ、それにより“言語”と“視覚情報”を併用することで、語の意味や概念の想起に繋がり、理解が促進されると考えられた。

2. 数字理解低下に対する支援

A氏は通帳に残されている残高の数字を1つずつ読むといった状況を認めていた。このような症状は、前頭葉の萎縮に伴う十進法の概念理解の低下¹³⁾が影響していると推察された。そこで、金額理解の促進のためA氏が好み常備している栄養ドリンク1箱の値段と比較して伝える、『生涯生活に困らない金額』などの生活に即した表現を用いた。

人間の数理解の発達にはワーキングメモリの発達や数量概念の教育による発達が示唆¹⁴⁾されている。A氏は、病院会計などの場面で示された金額に近いお札で支払いをする、電話を掛ける、といった機能が維持されており、ワーキングメモリが比較的維持されていると考えられる。A氏に実践した【身近なものを基準にして表す】【生活に即した表現】という《ワーキングメモリへの働きかけ》を通じ、エピソード記憶の想起や長期記憶の働きかけに繋がり¹⁵⁾数字理解に有効であったと考える。

3. 聴覚言語理解低下への支援

前述したようにA氏は電話を掛ける機能を維持していた。そのため、支援者に頻繁に電話を掛ける行動が続いていた。電話での応答は、語の概念理解が低下したA氏にとって相手の言語の意味理解が困難となり、何を話されているか分からない状況に陥る。一方で認知機能の低下が自覚困難なA氏にとって、電話を掛けるという行為はそれまでの生活習慣から導き出された不安に対する自己対処行動であり、阻止できるものでは無かった。つまり、A氏は自らが話している内容に対し相手から意味不明な言葉で返答されるという状況が続き、これは容易にBPSDを発症させる環境であると考えられた。そこで、電話での応答に際し、【ひとつの内容ずつ応答】【単語を強調する応答】とすることで、内容理解をやすく工夫した。この《少ない言語でキーワードを強調する会話》は、A氏が生育過程において言語を習得していること¹⁶⁾を前提として成り立ち、言語の意味理解が語の“音”の脳内への入力に起因して発生する¹⁶⁾ことなどから、聞きなじんだ“音”により、A氏の中に生育過程で確立された語の意味の想起を促す効果が得られた可能性が考えられた。

4. BPSDの変化

A氏のBPSDの変化を表1に示す。DBD-13評価は研究者と地域包括支援センターの担当者で評価を実施した。A氏へのケア方法は手探りで進んだため、一時期、混乱による不安や家族による支援を受けられないことに対する悲嘆などにより、夜間の徘徊などの行動が顕著になりDBD-13の点数が22点まで上昇した。その後、支援者によるケアの導入により18点と幾分の改善を認めている。A氏の混乱の最大の要因は、言語コミュニケーション障害であり、コミュニケーションへの支援的介入により、BPSDの改善に繋がったと考えられる。しかしながら、ポスティング広告などの投函による混乱は今も続いており、A氏にとって最適な環境はまだ整え切れていないため、点数の高止まりに繋がっていると考えられた。

Ⅵ. 看護実践への示唆

意味記憶障害を抱えた認知症高齢者へのコミュニケーション支援は、《視覚情報による言語理解の補完》《ワーキングメモリへの働きかけ》《少ない言語でキーワードを強調する会話》が有用である可能性が示唆された。

表1 DBD-13の変化

	質問	x年	x+0.4年	x+0.7年
1	同じことを何度も何度も聞く	3	4	4
2	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたりしている	0	2	3
3	日常的な物事に関心を示さない	2	4	0
4	特別な理由がないのに夜中起きだす	0	3	2
5	特別な根拠がないのに人に言いがかりをつける	0	4	3
6	昼間、寝てばかりいる	0	0	3
7	やたらに歩き回る	0	3	1
8	同じ動作をいつまでも繰り返す	0	0	1
9	口汚くののしる	0	2	1
10	場違いあるいは季節に合わない服装をする	0	0	0
11	世話されるのを拒否する	0	0	0
12	明らかな理由なしに物をため込む	0	0	0
13	引き出しやたんすの中身を全部出してしまう	0	0	0
	合計	5	22	18

研究の限界

本研究は1事例のみの分析であり、意味記憶障害を有する認知症高齢者へのコミュニケーション支援効果の検証には更なるデータ収集が必要であると考えられる。更に、高齢者の症例研究であるため、認知症以外の身体疾患等による影響を除外しきれない可能性も考えられた。

本論文に際し、開示すべき利益相反関係はない。

Ⅶ. 引用文献

- 1) 日本神経学会：認知症疾患診療ガイドライン 2017, 医学書院, p.204-207, 2017.
- 2) 三村将, 飯干紀代子:認知症のコミュニケーション障害 その評価と支援, 医歯薬出版株式会社, p.8-15, p.99-104, 2013.
- 3) 小森憲治郎, 清水秀明:意味性認知症(semantic dementia: SD)の意味記憶障害, 神経心理学 36 (4), p.156-167, 2020.
- 4) Viktoria Hoel, Carine Mendom Feunou, Karin Wolf-Ostermann: Technology-driven solutions to prompt conversation, aid communication and support interaction for people with dementia and their caregivers: a systematic literature review, BMC Geriatrics, 21, p.157, 2021.
- 5) 飯干紀代子:神経心理学からみた認知症者のコミュニケーション障害の特性と支援, 心身医学, 53 (4), p.318-324, 2013.
- 6) Jacqueline Kindell, Karen Sage, Madeline Cruice: Supporting communication in semantic dementia: clinical consensus from expert practitioners, QUALITY IN AGEING AND OLDER ADULTS16 (3), p.153-164, 2015.
- 7) Jacqueline Kindell, Karen Sage, Joho Keady, et al: Adapting to conversation with semantic dementia: using enactment as a compensatory strategy in everyday social interaction, International Journal of Language & Communication Disorders, 48 (5), p.497-507, 2013.
- 8) 月井直哉, 中村考一, 藤生大我, 他: BPSD 評価尺度の特徴と本邦における使用状況, 認知症ケア研究誌, 5, p.30-40, 2021.
- 9) 竹田真己, 平林敏行, 足立雄哉, 他: 「ものをみて, ものを思い出す」記憶メカニズムの発見, 2023年2月10日閲覧, <https://www.juntendo.ac.jp/news/02849.html>.
- 10) 毛束真知子: 語想起に影響するいくつかの要因について, 聴能言語学, 13 (3), p.231-236, 1996.
- 11) 佐藤光信, 米澤久司, 工藤雅子, 他: アルツハイマー病における病期別記録・保持能力の検討, 日本老年医学雑誌, 56 (3), p.273-282, 2019.
- 12) Takako YOSHIMURA: Intervention for Improving Communicative Abilities in Patients with Dementia: Language Dysfunctions and Better Communication, Psychiatry et Neurologia Japonica, p.123, 270-277, 2021.
- 13) 永友真紀, 三浦真弓, 松永薫: 十進法の使用に障害を呈したくも膜下出血後脳梗塞の1例, 神経心理学, 25 (3), p.211-220, 2009.
- 14) 湯澤正通, 湯澤美紀: 乳幼児期の数量の概念変化, 心理学評論, 54 (3), p.283-295, 2011.
- 15) 吉村貴子, 大沢愛子, 学阪満里子: アルツハイマー型認知症とワーキングメモリーワーキングメモリへの介入の課題と可能性一, 神経心理学 38 (3), p.175-185, 2022.
- 16) 小嶋知幸: 聴覚的言語理解の情報処理過程と障害メカニズム一 語音の処理から談話分析まで一, 高次脳機能研究, 31 (2), p.181-190, 2011.

◇実践報告◇

「ありがとうカード」活用による看護師の感情の変化

— ポジティブ感情に注目して —

石川とも佳¹⁾*, 島立歌子¹⁾, 岩崎恭子¹⁾

前向きな気持ちで看護をしたいという想いから、ポジティブ心理学を参考にした「ありがとうカード」活用による看護師の感情の変化を明らかにしたいと考えた。

対象者は看護師 28 名。活用期間は 1 ヶ月間。同僚に宛て、名刺サイズのカードに感謝のメッセージを記し渡してもらった。活用前後で、一般感情尺度を用いた質問紙調査を行い統計解析した。

有効回答率は 92.6%。検定の結果、ポジティブ感情（下位尺度「活気」「楽しい」「陽気」「元気」）は増加、ネガティブ感情（下位尺度「緊張」「恐ろしい」「うろたえ」「そわそわ」「びくびく」「どきどき」）は低下し、有意差がみられた。

カード活用は改めて同僚の良い所に気付き伝えるきっかけになり、感謝や承認の効果、メッセージをもらう嬉しさや書く楽しみから、お互いの感情が変化したと考えられる。カード活用はポジティブ感情を増やし、その効果から、看護師のメンタルヘルスケアにも役立つ可能性が示唆された。

【キーワード】 看護師, ポジティブ感情, 感謝, ありがとうカード

I. はじめに

厚生労働省¹⁾は「労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルス指針 2017 年改正）」の中でメンタルヘルスの不調に対する予防的取り組みの重要性を示しており、日本看護協会²⁾はメンタルヘルスについて、看護職はハイリスクグループだと言われているが、現場では十分なケアができていない実情を課題として示している。

島井は看護師のメンタルケアにポジティブ心理学の活用が有効であると述べている³⁾。ポジティブ心理学とは、人間の心のポジティブな働きから個人と組織の幸福と充実をめざす学問である。これまでは、ストレスなど人間の弱みを克服することに力が注がれていたが、同時にポジティブな面にも着目すべきとされ発展してきた。この心理学の主要な概念の 1 つである「感謝」の感情は与える側・受け取る側の双方に精神的な安定を与える⁴⁾と言われる。

A 病院は、市内で高齢化率ももっとも高い(2019 年 38.2%) B 地区にあり⁵⁾、小規模のケアミックス病院として地域医療を担っている。高齢者や高齢者独居世帯の患者が多く、慢性

疾患の自己管理が困難となりやすいことで、入退院をくり返すケースも多い。退院支援では個別性に配慮しているが、短期間で再入院となる患者もあり、退院支援も課題の一つとなっている。高齢者は入院中に身体・認知機能が低下しやすいという特徴がある。そのため、医療的ケアに加え、認知症ケアや生活支援の必要性も高い。このような中で私達看護師は身体、精神面ともに疲労が重なると、十分な看護ができていないのか悩み、ネガティブな感情になりやすいと感じる。一方、患者や家族からの感謝の言葉はとても嬉しく、励みとなり前向きな気持ちになれる。

私達は安定した前向きな気持ちで看護をしたい、と考えており、感謝やポジティブ感情の効果に注目した。先行研究では「ケアをする人への支援を実践する際に〈感謝〉に対するアプローチが有効」とされ、感謝を伝えることで離職率が減少し、ストレスが低下し⁶⁾⁷⁾また、相手を褒める目的のメッセージカードを考案・活用した事で、モチベーションが向上したという報告がある⁸⁾。そこで今回、「ありがとうカード」を活用しお互いに感謝の気持ちを伝えあうことで、看護師の感情にどのような変化があるのか明らかにしたいと考えた。

受付日：2023 年 5 月 16 日／受理日：2024 年 3 月 8 日

1) 川西赤十字病院

* E-mail : sirokumasimasima@outlook.jp

Ⅱ. 目 的

感謝の気持ちを伝え合うことを目的とした「ありがとうカード」を活用することで、看護師の感情にどのような変化があるのか明らかにする。本研究の意義は、看護師が、前向きな気持ちで働くための支援とする。

Ⅲ. 看護実践

1. 実践期間

令和3年8月から令和4年1月

2. 対象者

A 病院の病棟に勤務する看護師 28 名（師長を除く）

3. 用語の定義

1) ありがとうカード：

名刺サイズのカードに感謝や肯定的メッセージを記入して同僚に伝える事を目的としたカード。

2) ポジティブ感情：

自己肯定的な感情の事。小川らの作成した一般感情尺度⁹⁾の肯定的感情の8項目（活気、愉快的、楽しい、快調な、陽気な、元気な、充実した、やる気のある）で評価する。ポジティブ感情は、他者への援助的・社会的行動を促進する¹⁰⁾等

の機能があり、幸せや主観的ウェルビーイング、組織の活性化と関連があることが明らかになっている¹¹⁾。

3) ネガティブ感情：

否定的で消極的な感情の事。一般感情尺度の否定的感情 8 項目（緊張・恐ろしい・動揺・うろたえ・そわそわ・びくびく・驚いた・どきどき）で評価する。その機能には注意の範囲を狭め、局所的な認知や処理を高める事で、事態の悪化を防ぎ、改善させる役割があるが¹²⁾、持続すると自律神経反応の亢進により心身の健康に悪影響をもつ¹³⁾といわれる。

4. 調査方法

1) 調査項目

(1) 看護師経験年数

(2) 感情の測定

感情の測定は、一般感情尺度を使用した。上位尺度は「肯定的感情 (Positive Affect)」「否定的感情 (Negative Affect)」「安静状態 (Calmness)」の 3 項目から構成される。下位尺度は 24 項目あり「全く感じない」を 1 点から「非常に感じている」を 4 点とし、4 件法で回答を得た。(表 1)

一般感情尺度は「PANAS」(Watson.Clark.&Tellegen,1988)及び「多面的感情状態尺度」(寺崎・岸本・古賀 1992)等を参考に、少ない項目で全体的な感情を測定するために開発され、

表 1 感情の調査項目

ありがとうカードの活用を終えて、あなたの気分についてお聞きします。 あなたが感じている心の状態をよく表すように 1 → 全く感じない 4 → 非常に感じている としてあてはまる数字に○印をつけてください。 設問は、24項目あります。				
あなたの気分	程度			
	全く感じない		非常に感じている	
1. 活気のある	1	2	3	4
2. 動揺した	1	2	3	4
3. 楽しい	1	2	3	4
4. ゆっくりとした	1	2	3	4
5. うろたえた	1	2	3	4
6. 恐ろしい	1	2	3	4
7. 元気な	1	2	3	4
8. 充実した	1	2	3	4
9. 平穏な	1	2	3	4
10. そわそわした	1	2	3	4
11. 陽気な	1	2	3	4
12. 緊張した	1	2	3	4
13. のどかな	1	2	3	4
14. 驚いた	1	2	3	4
15. のんきな	1	2	3	4
16. ゆったりとした	1	2	3	4
17. やる気に満ちた	1	2	3	4
18. くつろいだ	1	2	3	4
19. どきどきした	1	2	3	4
20. 平静な	1	2	3	4
21. 愉快的	1	2	3	4
22. びくびくした	1	2	3	4
23. 快調な	1	2	3	4
24. 静かな	1	2	3	4

(出典：堀洋道監修、心理測定尺度集V、サイエンス社、p.76、2011)

安静状態が測定できることが特徴である。肯定的感情と否定的感情の項目は 1994 年に日本語版として信頼性が検証されて以降広く活用されている「POMS」(横山)との相関性が示されている¹⁴⁾。また、項目数が少ないため対象者の負担が軽減される¹⁵⁾。

(3) 自由記載 (活用後の調査票のみに設定)

2) 調査票データの収集手順

調査票はプレテストを実施し、修正後使用した。実践の趣旨を説明し同意を得た後、活用前と活用後の調査票それぞれに同じ番号をナンバリングし封筒に入れ、一斉に配布した。回収期間は1週間で、はじめに活用前調査票に個別に回答してもらい、看護師休憩室に設置した鍵のかかる回収箱に投函してもらった。

その後、ありがとうカードの活用方法を口頭と文書で伝達した。カードには病棟内の同僚にむけたメッセージと宛名、差出人の名前を記載してもらった。カードの内容は、感謝の気持ちや相手の良い所を伝えるための肯定的なメッセージになるように依頼した。名刺サイズの数種類のカードとシール類のセットを準備し、病棟に設置し使用してもらった。渡し方は、直接手渡しや病棟にある個人のレターケースに入れる等自由とした。

活用前調査票を回収後、1 か月間ありがとうカードを活用してもらった。

ありがとうカード活用が終了した翌日に、事前に配布してあった活用後調査票に回答してもらった。活用前調査票と同様の方法で回収した。活用前後で対応のあるデータとして集計できるように、調査票にナンバリングをし、活用前後で同じ対象者に紐づけられるようにした。調査票配布と集計は第三者のスタッフに依頼した。

5. データの分析方法

一般感情尺度の上位尺度 3 項目と下位尺度 24 項目について対象者をあわせて集計し、ウィルコクソンの符号付順位和検定で介入前後を項目別に前後比較した。対象者別の点数を集計し、記述統計の結果を箱ひげ図に示した。調査にあたり設問 24 項目の感情についてそれぞれ 4 件法で回答を依頼し、点数を集計した。統計解析は SPSS® statistics 25 を使用し有意水準は 0.05%とした。

IV. 倫理的配慮

対象者に本研究の趣旨を文書で説明し、参加の同意を得た。参加しなくても不利益は生じない事、匿名性への配慮、同意はいつでも撤回できる事、結果は学会等で公表する事を伝えた。調査票は無記名で、鍵のかかる場所で適切に管理した。対応のあるデータの収集に関し匿名性を保つため、調査票配布時は封筒に封をし、どの対象者に何番の調査票が配布されたか分からないように配慮した。調査票配布とデータ集計は第三者のスタッフに依頼した。一般感情尺度は著者に許可を得て使用した。本実践は川西赤十字病院の倫理委員会で承認された。(承認番号第 18 号)

V. 結果・成果

1. 対象者の属性

病棟勤務の看護師で、看護師経験年数の内訳は 5 年未満 19%・5~20 年未満 42%・20 年以上 38%であった。

2. 回収率

調査票回収率は介入前 100%、介入後 96.4%、そのうち有効回答率は介入前後とも 92.8%であった。

3. 感情の前後比較の結果

1) 肯定的感情

(1) 肯定的感情について 4 件法 (1~4 点) で回答を得た点数をすべて (n=26) 合計した値は、活用前 491 点から活用後 560 点に上昇した。前後比較を検定にかけた結果、有意差を認めた。下位尺度を、項目別に前後比較した。検定の結果「活気」「楽しい」「陽気な」「元気な」の 4 項目に、有意差を認めた。(表 2)

(2) 記述統計値を箱ひげ図に示した。対象者別に合計した値の平均値±標準偏差は、活用前 18.9±SD4.121 で活用後 21.5±SD6.556 であった。中央値 (最小-最大) は活用前 19.0 (8-25) で活用後 22.5 (9-32) であった。活用前は第一四分点・中央値・第 3 四分までの幅が狭い。介入後は全体のばらつきがあるが、最大値、中央値が上昇した。(図 1)

表 2 肯定的感情上位・下位尺度別合計値と P 値 (n=26)

上位尺度	下位尺度	活用前	活用後	P 値
肯定的感情	活気	63	77	0.019*
	愉快的	58	63	0.348
	楽しい	64	79	0.016*
	快調な	58	62	0.346
	陽気な	56	69	0.003*
	元気な	62	74	0.018*
	充実した	68	74	0.302
	やる気のある	63	72	0.109
肯定的感情 8 項目の合計		491	560	0.023*

*P<0.05

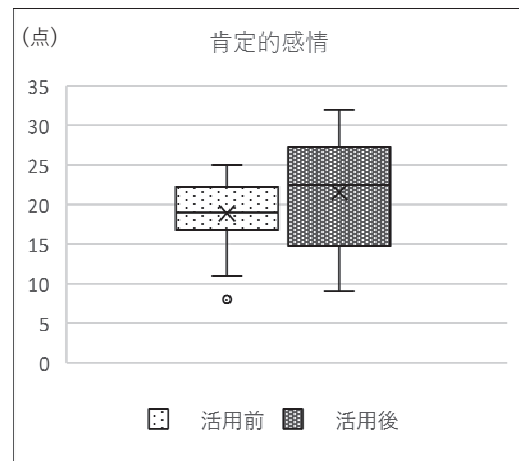


図 1 肯定的感情-対象者別合計値の前後比較

2) 否定的感情

- (1) 否定的感情について4件法(1~4点)で回答を得た点数をすべて(n=26)合計した値は、活用前398点から活用後343点と低下した。前後比較を検定にかけた結果、有意差を認めた。下位尺度を、項目別に前後比較した。検定の結果「緊張」「恐ろしい」「うろたえた」「そわそわ」「びくびく」「どきどき」の6項目に、有意差を認めた。(表3)
- (2) 記述統計値を箱ひげ図に示した。対象者別に合計した値の平均値±標準偏差は、活用前15.3±SD3.998で活用後13.8±SD2.994であった。中央値(最小-最大)は活用前16.0(8-24)で活用後12.5(8-21)であった。活用後、値のばらつきが減り最大値、中央値も低下した。(図2)

3) 安静状態

- (1) 安静状態について4件法(1~4点)で回答を得た点数をすべて(n=26)合計した値は、活用前430点から活用後462点とわずかに増加した。前後比較を検定にかけた結果、有意差はなかった。下位尺度を、項目別に前後比較した。検定の結果、いずれも有意差はなかった。(表4)
- (2) 記述統計値を箱ひげ図に示した。対象者別に合計した値の平均値±標準偏差は、活用前16.5±SD4.519で活用後17.8±SD5.874であった。中央値(最小-最大)は活用前17.0(8-26)で活用後17.8(8-29)であった。活用後中央値の変化は少ないが、第一四分点・中央値・第三四分点の幅がやや広がっている。(図3)

4) 活用後調査票の自由記載内容

活用後調査票に設けた自由記載欄には、28名中24名の記入があった。「嬉しかったので相手にも同じように感じてもらえるように記入した」「ありがとうカードをもらって嬉しい気持ちになり、もっと頑張ろうと思った」「自分の良い所をみつけてもらって嬉しかった」「普段なかなか言葉にできない事もありがとうカードなら伝える事ができた」等の類似した内容が多かった。その他は2名が「ありがとうカードを書く時間がとれない」「どんな内容を書いたらいいか迷い手間取った」と回答していた。

VI. 看護実践への示唆

1. ポジティブ感情増加について

ありがとうカードの活用でポジティブ感情は増加した。その要因として以下の4点が考えられた。

【同僚の人柄や看護の良い点に目を向け、伝えることができた】

メッセージの内容は、日頃感じていても伝えきれない感謝の気持ちや、敬意を表す言葉が記されていたと予測される。ありがとうカードの活用は、改めて同僚の人柄や看護の良い点に目をむけ伝えるきっかけになり、お互いを尊重する機会になったと考えられる。

【感謝を受け取る嬉しさや承認の効果が高まった】

感謝には嬉しさや自分は認められたと感じさせる効果¹⁶⁾があり、特に看護師は上司や同僚からうける承認がプロ

表3 否定的感情上位・下位尺度別合計値とP値(n=26)

上位尺度	下位尺度	活用前	活用後	P値
否定的感情	緊張	68	51	0.007*
	恐ろしい	45	32	0.004*
	動揺	53	52	0.906
	うろたえ	52	34	0.001*
	そわそわ	54	43	0.048*
	びくびく	49	36	0.003*
	驚いた	49	58	0.073
	どきどき	50	37	0.041*
否定的感情8項目の合計		398	343	0.001*

*P<0.05

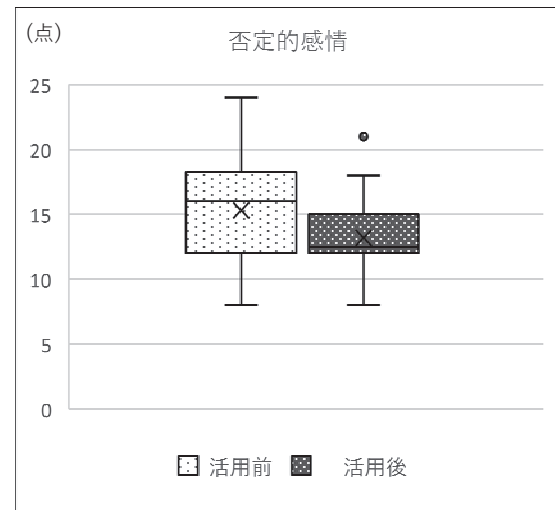


図2 否定的感情-対象者別合計値の前後比較

表4 安静状態上位・下位尺度別合計値とP値(n=26)

上位尺度	下位尺度	活用前	活用後	P値
安静状態	平静	58	56	0.651
	ゆっくり	48	58	0.253
	静か	55	51	0.396
	ゆったり	54	54	0.376
	のどか	54	65	0.098
	くつろいだ	57	63	0.341
	のんき	41	46	0.073
	平穏	67	68	0.771
安静状態8項目の合計		430	462	0.157

*P<0.05

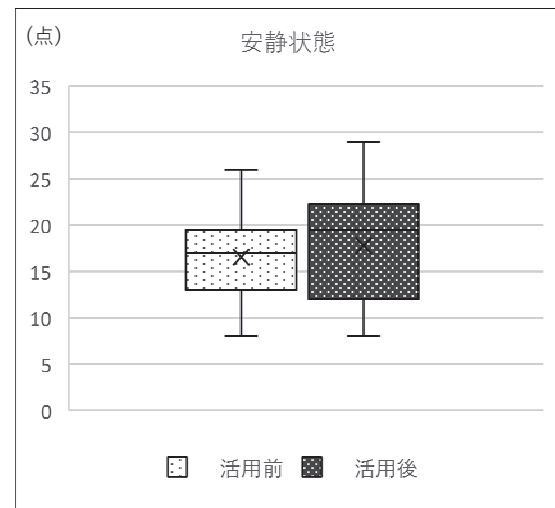


図3 安静状態-対象者別合計値の前後比較

フェッショナルとしての自信や意欲につながる¹⁷⁾と言われる。今回、共に看護に携わる同僚から、改めて感謝や肯定的メッセージを受け取ることは、嬉しさを深め、意欲や自信につながるなどの承認の効果を高めたのではないかと考えられる。

【楽しみの機会となった】

島津¹⁸⁾は嬉しい事や楽しい事を経験することでポジティブな感情が生じるため、毎日の多忙な仕事の中でも主体的にポジティブな経験を作り出すことが効果的であると述べている。ありがとうカード作成の場面では装飾のために準備したシールやマスキングテープを使用し、メッセージを記入していた。同僚の事を考えながらありがとうカードを完成させる過程は遊び心をとめない、楽しみの機会となったのではないかと考える。

【コミュニケーションツールとして役立つ】

病棟では効率的に業務をすすめるため、チームワークを意識し、声を掛けあい協力しているが、多忙な日々の中、同僚への気遣いや感謝を伝えるためのコミュニケーションは充分にはかれない現状がある。その中で、ありがとうカードの活用は、日頃の想いを伝え合う手段の一つになったと考えられる。また、手書き文字はデジタル文字に比較し相手に想いが伝わりやすいといわれる¹⁹⁾。手書きの言葉からは、同僚の人柄や想いも一緒に届き、ありがとうカードはコミュニケーションツールとしても役立つ、メッセージを受け取る喜びを深める効果があったと考えられる。

2. ネガティブ感情低下について

看護師は責任の重さから日々緊張を強いられ、不安な気持ちになりやすい。身体の疲労や精神的な不安状態が続くと自分の看護に自信が持てず意欲が低下し、ネガティブな感情が増強しやすいと考えられる。ポジティブ感情にはネガティブ感情を軽減させる効果がある²⁰⁾。同僚からの感謝や肯定的メッセージからポジティブ感情の増加が生じ、同時にネガティブ感情を低下させたと考えられる。ありがとうカードの活用で元気な気持ちが生じ、不安などのネガティブ感情を軽減させたのではないかと考えられる。

3. 安静状態について

安静状態の感情の変化に有意差はなかった。齋藤らによると、治療やケアが失敗や事故なく終了した事による安堵感や、自己の精神的なゆとりが看護師の平穏感などの出現要因だといわれている²¹⁾。そのため、日々の業務内容や個人の特性から影響を受ける事が予測され、ありがとうカード活用では安静状態の感情は変化しなかったと考える。

4. ありがとうカード活用の効果と今後の課題について

島津²²⁾は看護師に生じたポジティブ感情はネガティブ感情からの脱却を助け、笑顔として表出され、対人的な適応力を高め、さらにチームワークや良い患者ケアに生かされていくという発展的な機能があることを述べている。今回、看護師が「ありがとうカード」を活用することは、ポジティブ感

情を増加させネガティブ感情を低下させることが明らかになった。そのため本実践には意義があったと考えられる。しかし、今回明らかになったのは、ありがとうカード活用直後の感情の変化である。調査票の自由記載内容からも読み取れるように、ありがとうカードの長期的な活用は、多忙な看護師にとって時間的な負担となる可能性もある。今後、ポジティブ感情増加の効果を継続的に期待するためには、短期間でも定期的に取り組むなど、活用方法の工夫が課題だと考えられる。

本実践においてポジティブ感情が増加したことは看護師が安定した気持ちで、良い看護ケアを提供する力となり、メンタルヘルスケアの一助となる可能性が示唆された。

本文中の内容は第53回日本看護学会学術集会において発表した。なお本研究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いた皆様に深く感謝申し上げます。

VII. 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2020)：職場における心の健康づくり（～労働者の心の健康の保持増進のための指針）, 2023年2月1日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/content/00560416.pdf>.
- 2) 日本看護協会：メンタルヘルスケア, 2023年2月1日閲覧, <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/safety/mental/index.html>.
- 3) 秋山美紀, 島井哲志, 松宮枝利子: 今日から実践! ポジティブ心理学, 週刊医学界新聞, 3413, 2021.
- 4) 前掲書3).
- 5) 小諸新聞：地区別高齢化率, 2022年1月20日閲覧, <https://komoronews.co.jp/2019/09/13>
- 6) 前掲書3).
- 7) 前掲書3).
- 8) 田中真由子, 野村明加, 和田あづさ, 他: フィッシュ哲学を導入しての効果～ハッピーカード導入前後の比較～, 葦, 43, p.119-121, 2015.
- 9) 小川時洋, 門地里絵, 菊谷麻美, 他: 一般感情尺度の作成, 心理学研究, 71 (3), p.241-246, 2000.
- 10) 海保博之監修, 中込四郎, 石崎一記, 他: ポジティブマインド スポーツと健康, 積極的な生き方の心理学, 新曜社, p.180, 2010.
- 11) 秋山美紀, 島井哲志, 前野隆司編: 看護のためのポジティブ心理学, 医学書院, p.43-47, 2020.
- 12) 前掲書10), p.78.
- 13) 島井哲志編: ポジティブ心理学 21世紀の心理学の可能性, ナカニシヤ出版, p.67, 2006.
- 14) 堀洋道監修: 心理測定尺度集V, サイエンス社, p.76, 2011.
- 15) 同掲書9).
- 16) 相川充: 研究所第6回フォーラム 感謝するとwell-beingは高まるのか?, モチベーション研究: モチベーション研究報告書5, p.54-67, 2016.
- 17) 太田肇: 承認とモチベーション実証されたその効果, 同文館出版, p.154-155, 2011.
- 18) 島津明人: ワーク・エンゲイジメント ポジティブ・メンタルヘルスで活力ある毎日を, 労働調査会, p.45, 2014.
- 19) 寺田恵理, 保崎則雄: 手で書くこと, 手書き文字に対する認識に関する一調査, 日本教育工学会論文誌, 42(s), p.145-148, 2018.

- 20) 前掲書 13), p.178.
- 21) 齋藤恵, 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), p.912-917, 2007.
- 22) 前掲書 11), p.38-47.

◇実践報告◇

A校における社会人基礎力向上プログラムの 成果と課題の分析

多喜早苗¹⁾*

A看護専門学校では看護師養成における社会人基礎力育成のために2019年から社会人基礎力向上プログラムを導入している。プログラムを適用した学生の社会人基礎力は、先行研究と同様に緩やかに上下しながら卒業時に向かって得点が増加した。能動的学習が中心となる今回の調査期間において、主体性、傾聴力が有意に向上していた。プログラムによる定期的・継続的な社会人基礎力の評価は、学生自身がPDCAサイクルを回す習慣づけのきっかけとなり、教員による他者評価のフィードバックは学生の成長への気づきを促進する一助となっていた。一方、課題発見力、計画力、ストレスコントロール力で自己評価・他者評価の両者に有意差がなかった。学生の動機づけを高め、目の前の課題にコミットできるよう働きかけることや、学校生活の中で情報集約力を強化し自律性や主体性を高めるような活動を企画・実施することがこれらの能力要素の向上に必要なことであると示唆を得た。

【キーワード】社会人基礎力、看護学生、ポートフォリオ、他者評価

I. はじめに

社会人基礎力は、社会に出てどのような仕事に就いても求められる必要最小限の能力であり、社会人として周囲に受容されるための必要条件である。高木は「社会人基礎力の向上を行うためには、学生の日々の体験に基づいたリフレクションをすることが大切であり、それを積み重ねることにより習慣化された考えの行動変容につなげられるようにすることが大切である」¹⁾と述べており、廣川らは「社会人基礎力が向上したかどうかを正確に測定するためには、社会人基礎力の測定尺度を複数回実施することが特に重要」²⁾と述べている。そこで、社会人基礎力を向上させるためには、継続的な変化を同じ指標を用いて正確に測定し、成長の度合いをリフレクションすることが特に重要であると考えた。A看護専門学校（以下A校とする）では、2019年より看護師養成における社会人基礎力（以下、社会人基礎力とする）育成のために、ポートフォリオ作成と、社会人基礎力の自己評価および教員による他者評価の定期的な実施、面接によるフィードバックを社会人基礎力向上プログラム（以下、プログラムとする）として導入した。A校の社会人基礎力向上に向けた取り組みの内容と今後の課題を報告する。

II. 目的

A校学生の社会人基礎力の変化からプログラムの評価を行い、社会人基礎力向上への課題を明らかにする。

III. 看護実践

1. 対象 A校に2018年度に入学した学生40名
2. 調査期間 2019年4月～2021年3月
3. 研究内容及び方法

1) A校のプログラム運用方法

学生全員に対して、①学生が社会人基礎力の自己評価を行う②ポートフォリオファイルとともに学年担当教員に提出する③教員は社会人基礎力を他者評価し、自己評価・他者評価それぞれの結果をグラフ化する④個別面接でフィードバックするという流れで、各学年の前期と後期の半期ごとに実施している。

2) 使用した尺度

社会人基礎力の評価には、牛田らによって作成され、Cronbachの α 係数0.94、KISS-18の相関係数0.79で信頼性・妥当性の報告がある「看護師養成における社会人基礎力測定

受付日：2023年5月16日／受理日：2024年3月8日

1) 富山市立看護専門学校

* E-mail: kangosenmon-01@city.toyama.lg.jp

尺度」³⁾を用いた。本尺度の評定は5件法で、前に踏み出す力9項目合計45点(主体性20点、働きかけ力15点、実行力10点)、考え抜く力5項目合計25点(課題発見力5点、計画力10点、創造力10点)、チームワーク力15項目合計75点、(発信力10点、傾聴力15点、柔軟性10点、状況把握力10点、規律性15点、ストレスコントロール力15点)、倫理性3項目15点、合計32項目160点で構成されている。

3) 卒業時アンケートの実施

対象学生卒業時にプログラムに関するアンケートを実施した。内容は社会人基礎力成長の実感の有無、成長したと感じた能力要素、ポートフォリオや教員の他者評価が社会人基礎力の成長に有用だと感じたか否かを選択回答式で、社会人基礎力成長に対する感想およびポートフォリオの活用や教員による他者評価に対する感想を自由回答式とした。

4. 解析方法、使用統計処理ソフト

統計解析にはSPSS Ver.22 for Windowsを使用した。調査回数ごとに得られたデータは単純集計を行い、Friedman検定にて総得点および社会人基礎力の各能力、各能力要素を有意水準5%で分析した。有意差が見られた場合は多重比較を行った。卒業時アンケートの結果は単純集計を行った。

IV. 倫理的配慮

尺度の使用許諾は、作成者に文書にて申請し許諾を得た。3年後期の調査時に対象学生全員に対し、A校の取り組みとして実施しているプログラムのデータおよび卒業時アンケートの内容を研究目的で使用すること、収集したデータは研究目的以外には使用しないこと、個人が特定されないように処理すること、参加を拒否しても不利益はないこと、同意を撤回することも可能であること、同意書の提出をもって同意を得られた対象のデータのみを収集することを説明した。同意書は1週間の留め置きとし、回収箱への提出をもって同意を得たと判断した。研究者所属機関の規定に従って同設置主体である富山市民病院倫理委員会に申請し、研究の実施・公表に対する承諾を受けた(審査番号2016-12(3))。

V. 結果・成果

1. 対象

研究参加への同意が得られた33名のうち、データ欠損のなかった32名(有効回答率80.0%)を対象とした。

2. 社会人基礎力の推移

1) 総得点および各能力の変化

すべての項目において、緩やかに上下しながら2年前期から3年後期へと得点が上昇していた。自己評価・他者評価の両者に有意差が認められたのは、総得点、前に踏み出す力、チームワーク力の3項目であった。(表1)

2) 各能力要素の変化

創造力の他者評価および規律性の自己評価を除くすべての項目において2年前期から3年後期へと得点が上昇していた。自己評価・他者評価の両者に有意差が認められたのは、主体性、働きかけ力、傾聴力の3項目であった。自己評価・他者評価の両者に有意差が認められなかったものは課題発見力、計画力、ストレスコントロール力の3項目であった。(表2)

3. 卒業時アンケートの結果

1) 社会人基礎力の成長の実感

「ある」23人、「ない」1人、「どちらでもない」6人、無回答2人であった。能力要素別では、傾聴力:20、主体性:16、計画力:15の順で回答が多かった(図1)。A校の授業や学校行事等で社会人基礎力が成長したと実感したものは、回答の多かった順に「領域別看護学実習」、「看護学統合実習」、「国家試験に向けた学習」、「2年次の基礎看護学実習Ⅲ」、「ケーススタディ発表会に向けた準備」であった。

2) ポートフォリオの活用

「役立った」22人、「どちらでもない」10人で、「役立たなかった」および無回答はなかった。学生は、自己の成長の実感や次の自己課題の明確化、就職活動時の自己PR素材としてポートフォリオを活用していた。一方で「たまに見たときに振り返るのはいいが、調査の時以外あまり見ない」という意見もあった。

表1 社会人基礎力総得点および各能力の評価得点(平均値)

	総得点		前に踏み出す力		考え抜く力		チームワーク力		倫理性	
	自己評価*	他者評価*	自己評価*	他者評価*	自己評価*	他者評価	自己評価*	他者評価*	自己評価	他者評価*
2年前期	119.91	117.97	31.69	31.41	15.94	16.97	58.97	57.88	12.28	11.72
2年後期	123.34	126.28	33.69	34.69	16.00	17.59	60.88	61.63	12.78	12.38
3年前期	125.69	128.19	33.69	35.22	16.78	17.22	62.56	62.91	12.66	12.84
3年後期	127.78	128.06	35.25	35.81	17.59	17.44	62.06	61.97	12.88	12.84

Friedman検定 *p<.05

表2 社会人基礎力各能力要素の評価得点(平均値)

	主体性		働きかけ力		実行力		課題発見力		計画力		創造力	
	自己評価*	他者評価*	自己評価*	他者評価*	自己評価*	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価	他者評価	自己評価*	他者評価
2年前期	14.44	13.69	10.56	10.09	6.69	7.63	3.50	3.38	6.88	6.94	5.56	6.66
2年後期	14.94	15.09	11.53	11.53	7.22	8.06	3.41	3.59	7.03	7.44	5.56	6.56
3年前期	15.00	15.75	11.28	11.91	7.41	7.56	3.59	3.50	7.16	7.25	6.03	6.47
3年後期	15.81	16.13	11.69	11.94	7.75	7.75	3.78	3.63	7.28	7.22	6.53	6.59

	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	
	自己評価	他者評価*	自己評価*	他者評価*	自己評価	他者評価*	自己評価*	他者評価	自己評価	他者評価*	自己評価	他者評価
2年前期	6.53	6.78	12.28	11.53	8.41	8.06	7.47	7.91	13.25	12.41	11.03	11.19
2年後期	7.09	7.47	12.63	12.47	8.59	8.56	7.94	8.25	13.53	13.16	11.09	11.72
3年前期	7.28	7.59	13.06	13.09	8.69	8.66	8.22	8.28	13.44	13.31	11.88	11.97
3年後期	7.19	7.50	12.91	12.94	8.84	8.84	8.06	8.13	13.25	13.09	11.81	11.47

Friedman検定 *p<.05

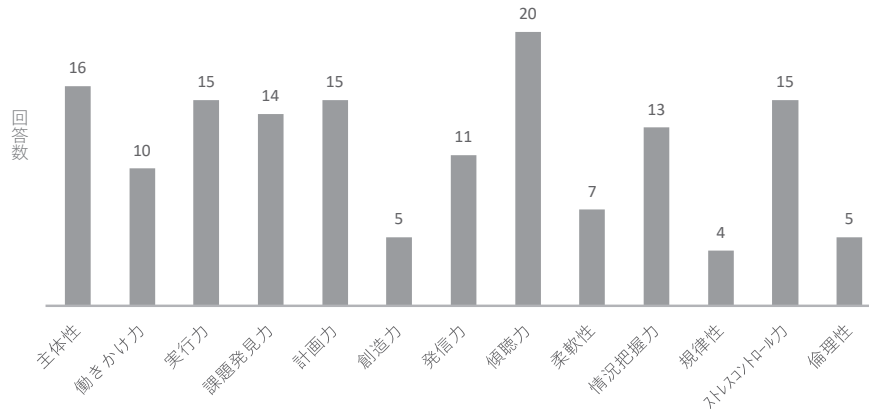


図1 成長を実感した能力要素（複数回答） n=32

3) 教員による他者評価への感想

教員による他者評価に対し、教員が学生を客観的に評価することを好意的に受け止めている意見、自己評価と他者評価を比較することでその差を理解することができたという意見、自己評価と他者評価の差から自分の不足点への気づきを得たとの意見があった。さらに、成長への気づきを得たという意見もあり、その中には新たな目標を掲げるものもいた。一方で、「振り返って終わる」「役立つとは実感できなかったがどのように役立てればよいかがあった」という意見もあった。

VI. 看護実践への示唆

1. 能動的学習による社会人基礎力の向上

社会人基礎力の学年別の傾向として、奥田⁴⁾や市川⁵⁾の研究で学年が進むにつれて社会人基礎力が身についていくことが明らかになっている。本研究でも得点が卒業時に向かって上昇したことから、結果の一般性は高いと推測できる。

A校では2年次後期は演習科目が多く、その後は臨地実習が主な学習形態となる時期である。演習や実習では、知識を受け取る受動的な力だけでなく、自分に与えられた課題を解決するために自らの知識や技術を駆使する能動的な力が必要である。近藤ら⁶⁾が、主体性を高めるためには授業形態を講義中心の受け身型の授業ではなく、能動型の授業の割合を増やす必要があるとしているように、能動的学習が中心となる今回の調査期間において主体性が向上したのではないかと考える。また、能動的学習はその授業形態から、規律性、発信力、計画力、傾聴力を高めることにも効果があると考えられる⁶⁾ともされており、学生の主体性・傾聴力の向上と一致したと推測する。

一方、考え抜く力および課題発見力、計画力に有意差が認められなかった。その要因として、学習内容の深化により取り組まなければならない課題量が増加し、目の前にある課題に取り組むことの価値を自分事として意識できなくなっていたのではないかと推測する。

2. 学生と教員の継続的で対話的なプログラム適用の効果

平尾ら⁷⁾は、社会人基礎力の育成には継続性と習慣化が重要であると述べている。社会人基礎力の評価を定例化し、プログラムによって半期に一度の頻度で実施したことは、定期的・継続的に自己分析の機会を提供することになっていたと考える。また、評価結果をグラフ化しフィードバックしたことは、社会人基礎力が成長していることを可視化できる材料となったと考える。これを繰り返すことによって学生自身でPDCAサイクルを回すことが可能となり、段階的に社会人基礎力を向上させ、評価の習慣化へとつながるきっかけとなるのではないかと考える。「調査の時以外あまり見ない」というあまり積極的に取り組む姿勢の見られない学生に対しても、学校側が定期的に自己分析の機会を提供することでPDCAサイクルを回すことが可能となると考える。

アンケート結果から、教員が他者評価を行うことは社会人基礎力の成長点や不足点への気づきを与え、新たな目標設定につながっていたことが示唆された。社会人基礎力における振り返りや評価は、基本的に自己評価が中心であり、箕浦⁸⁾は自己分析の習慣を身につけることが主体的な自己成長につながると述べている。一方、他者評価を受けることは学生の気づきを促進する機能を持ち、心の中にあるものを引き出す役割を担うと考えられる。自己評価で自己完結するのではなく、教員とポートフォリオを振り返りフィードバックを受けるという対話的なかわり、新たな気づきの獲得となり学生の主体的なやる気と自己評価力を高め、社会人基礎力を向上させたと考える。

3. 主体的に思考することで向上する社会人基礎力

考え抜く力を構成する能力要素である課題発見力、計画力に有意差が認められなかった。考え抜く力は、目の前にある問題の本質を理解し、知識や技術をうまく活用し要領よく解決する能力であり、その第一歩となるのが、課題発見力である。目標状態と現在の状態とのギャップを発見するためには、現在の状態に当事者意識を持ち、コミットしていることが重

要である。谷口⁹⁾は、目的意識を持っている学生は各自の目的と授業の内容を照合して行動を決定・調整できるとしている。現在の状態に当事者意識をもってコミットし目標状態と現在の状態とのギャップを発見するためには、より自律性の高い動機づけが重要である。教員からの肯定的な評価や達成感を高めるアプローチを重ねるといふ外発的動機づけを活用することで、学生自身がなりたい自分に近づけている実感を得たり課題に取り組むことが楽しいと感じたりすることにつながり、課題に対する価値観が高まって課題発見力が向上すると考える。

また、学生が積極的に課題にコミットし学習することは、従来の講義型の授業では教員の力量により左右されやすく、臨地実習などでは学生が実施できる看護援助の範囲の制限により限界がある。そのため、教員や指導者はひとつでも多くのことを学んでほしいと願い、多くの助言や指導を与えてしまう傾向にあり、このようなかわりが学生の課題発見力の向上を妨げているのではないかと推測する。教員らが「こうしたらよいのではないかと提案するのではなく、学生の思考を言語化させる発問を多く用いて学生自身の思考を整理し、目の前の問題にコミットできるように働きかけることで、課題発見力や考え抜く力を伸ばすことができると考える。

ストレスコントロール力においても有意差は認められなかった。ストレスコントロール力はストレスに耐える力ではなく、ストレスの原因を除去したりストレス状態をコントロールしたりするマネジメント力である。大鳥¹⁰⁾は看護大学生のストレス対策には、得た情報からより価値の高いものを生み出す力、必要な情報を取捨選択できる力、得た情報から自分の考えをまとめる力を獲得することがストレスの軽減につながるとしている。視野を広げて情報を集め、多角的な視点から物事をとらえる力を獲得することで、自身にかかるストレスのとらえ方やストレス対処力も向上すると考える。学年が進むにつれて臨地実習やケーススタディ、国家試験に向けた学習など、自律性や主体性が必要な学習が多くなる。低学年の間から学生自身が中心となり情報を収集し、思考し、新たなものを生み出すという情報要約力を強化できるようなプログラムをホームルームなど学校生活の活動の中で企画・実施することで、ストレスコントロール力を伸ばすことができると考える。

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) 高木みどり：看護基礎教育における社会人基礎力育成に関する研究の動向，大阪総合保育大学紀要，16，p.153-162，2021.
- 2) 廣川佳子，大嶋玲未，宮崎弦太，他：大学生の社会人基礎力における因子不変性の検討，立教大学心理学研究，58，p.1-11，2016.

- 3) 牛田貴子，鈴木良子，塚原ゆかり：看護師養成における社会人基礎力測定尺度作成の試み，第 48 回日本看護学会—看護教育—学術集会抄録集，p.144，2017.
- 4) 奥田玲子，深田美香：看護学生の社会人基礎力の経年的変化と影響を及ぼす経験要因，米子医学雑誌，70 (1-3)，p.13-24，2019.
- 5) 市川裕美子，山野内靖子：看護学生の社会人基礎力の学年別自己評価と変化，八戸学院大学紀要，56，p.161-166，2018.
- 6) 近藤真唯，高野昭雄，相良陽一郎，他：社会人基礎力をつける教育に関する研究，千葉商大紀要，52 (1)，p.189-199，2014.
- 7) 平尾元彦，藤井文武，宮崎結花：社会人基礎力の育成と自己目標管理—山口大学における CHECK-MANIFEST-ACTION ループの試み—，大学教育，7，p.35-46，2010.
- 8) 箕浦とき子：社会人基礎力の育成のための取り組みと評価，看護展望，41 (8)，p.76-79，2016.
- 9) 谷口和成：深い学びに大切なこと—動機づけとアクティブ・ラーニング，大学の物理教育，23 (3)，p.132-137，2017.
- 10) 大島和子，福島和代：看護大学生のストレス反応と日常生活スキルの関連，鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要，21，p.22-27，2017.

◇実践報告◇

緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価と今後の課題

— 遺族調査を通して —

山崎 恵¹⁾*, 米口里沙¹⁾, 城山奈穂美¹⁾

緩和ケア病棟で提供された緩和ケアについて、実態や課題を明らかにすることを目的に、A病院緩和ケア病棟で亡くなった患者の遺族200名に郵送法による無記名自記式の質問紙調査を行った。調査用紙は、DPS、GDI、CES等を参考にし、研究者が作成した。内容は、からだの苦痛、こころの苦痛、日常生活援助、尊厳、社会的苦痛、家族への対応、療養環境、医療者の連携の8領域28項目で構成し、6段階リッカート尺度を用いた。回収率は80.5%であった。からだの苦痛、こころの苦痛、日常生活援助、尊厳、療養環境、医療者の連携は90%以上、社会的苦痛70%、家族への対応85%以上が肯定的評価であった。家族への対応で、突然息をひきとること、看取りに向けての心の準備は10%が否定的評価であった。本調査より、社会的苦痛へのケアスキルを高めること、家族の心理や理解度を適切にアセスメントし、家族の認識を現実に近づけられるような説明と支援を行うことが課題と考える。

【キーワード】 緩和ケア、質評価、遺族調査

I. はじめに

A病院緩和ケア病棟(以下PCU)は、開設6年の院内病棟型施設である。開設当初から、提供するケアのあり方や患者家族に向き合う姿勢など、模索しながら歩んできた。その中で、提供してきた緩和ケアの評価は、患者家族の反応やデスカンファレンスによる医療者の主観的評価に終始しており、質評価は行っていない。終末期がん患者と家族のQuality of life向上のために、緩和ケアの質評価は重要である。宮下は、「緩和ケアの対象となる患者は心身ともに脆弱な患者が多い。終末期となればなおさらである。それらの患者を対象として、アウトカム調査を行うことは現実的ではない。したがって、特に終末期に提供された緩和ケアの評価に関しては、遺族調査によって評価することが国内外で標準的な手法として確立している¹⁾」と述べている。そのような中でわが国のホスピス・緩和ケアの質の評価において、遺族による緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度第2版(CES Ver2: Care Evaluation Scale version 2.0, 以下CES)、遺族による緩和ケアのアウトカム尺度(終末期のQOL: 望ましい死の達成の尺度, GDI: Good Death Inventory, 以下GDI)、がん患者の家族のQOL

尺度(CQOLC: Caregiver Quality of Life Index-Cancer, 以下CQOLC)、遺族による看取りのケアのプロセス・アウトカムの評価尺度(DPS-B: The Dying Care Process Scale for Bereaved Family Members, 以下DPS)などが作成²⁾され、ホスピス・緩和ケアを、構造・プロセス・アウトカムの3側面から評価する取り組みが行われてきている。

PCUに入院中の患者の家族は、残された時間が限られる中で、患者と共に気持ちが揺れ動き、患者同様にケアが求められ、グリーフケアの対象となる。このことから、緩和ケアの質評価を行う上で遺族からの評価は有用と考える。私たちは患者家族へ望ましいと考えられるケアを提供しているが、自分たちの思い込みになっていないか、質評価を通して振り返り、現場へフィードバックし、改善を図ることが必要である。また、緩和ケアに携わる看護師は、経験や力量不足など個人の要因や過度な感情労働によりバーンアウトするリスクがある。山口は、「看護師が、ヒューマンサービスという特性をもつ以上、温かく心のかよったケアを提供するためには、看護師自身が心身ともに健康であることが絶対条件である。だからこそ、「燃え尽き」を「個人の資質の問題」で終わらせてはいけない。」³⁾と述べており、行ってきたケアに対して、

受付日: 2023年5月16日/受理日: 2024年3月8日

1) 公立豊岡病院組合立豊岡病院

* E-mail: kenkyuu.toyooka@toyookahp-kumiai.or.jp

第三者からの客観的評価を受けることは、看護師のストレスマネジメントにも有用であると考えられる。以上のことより、既存の尺度を参考にし、A 病院 PCU で提供されたケアについて遺族調査による質評価を実施し、実態や課題を明らかにするため、本研究に取り組んだ。

Ⅱ. 目的

A 病院 PCU で提供された緩和ケアについて遺族調査による質評価を実施して、実態や課題を明らかにする。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究対象：A 病院 PCU で患者を看取った遺族であり、調査開始予定日から3か月遡った日から過去2年以内の遺族200名とした。入棟から2日以内に死去した患者の遺族は対象外とした。
2. 調査方法：2021年7月15日から2021年8月31日の期間に研究対象者に郵送法による無記名自記式の質問紙調査を行った。研究対象者には、研究協力依頼文書、調査用紙を郵送した。調査用紙は、対象者の背景とPCUで受けたケアの評価についての項目で作成した。対象者の背景は、患者の性別、年齢、入院日数、疾患、死去してから調査を依頼するまでの期間、遺族の性別、年齢、続柄の8項目を含めた。評価項目は、遺族による緩和ケアの構造・プロセスの評価尺度第2版(CES)、遺族による緩和ケアのアウトカム尺度(GDI)、がん患者の家族のQOL尺度(CQOLC)、遺族による看取りのケアのプロセス・アウトカムの評価尺度(DPS)を参考にし、研究者で独自に調査用紙を作成した。妥当性が検証されている尺度である中、看取りの時期を含むPCUでの全期間について、看護師の関わりやケアを中心に評価を得るために、独自の調査用紙とした。項目は、【からだの苦痛に関する対応について】：4項目、【こころの苦痛に関する対応について】：4項目、【日常生活援助への対応について】：3項目、【尊厳への対応について】：3項目、【社会的苦痛の対応について】：2項目、【ご家族様への対応について】：8項目、【療養環境について】：3項目、【医療者の連携について】：1項目の8領域28項目であり、各項目について、1：全くそう思わない、2：そう思わない、3：あまりそう思わない、4：ややそう思う、5：そう思う、6：非常にそう思う、の6段階リッカート尺度を用いて質問した。
3. データ収集分析方法：データは単純集計し、回答分布および割合の合計を分析した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究はA病院看護部看護研究委員会の倫理審査の承認を得て行った。研究協力依頼文書中に、研究目的、プライバシーと個人情報の保護、研究への参加は自由意思であること、調査結果は、学会や論文等で公表すること、目的以外での情

報の使用はしないことについて明記した。質問紙調査は無記名で実施し、調査用紙の返送をもって同意とみなした。得られた情報は個人が特定できないようにデータ化し結果のみを公表した。

Ⅴ. 結果・成果

200名中161名の返送があり、回収率は80.5%であった。161名中154名が研究に協力する、7名が協力しないとの回答であり、協力しない主な理由は、思い出すが辛い、入院期間が短くであった。

患者の性別年代比率、疾患別比率、回答者の性別年代比率は表1、2、3に示す。入院期間は、3日以内8名(5%)、1週間未満20名(13%)、1カ月未満67名(44%)、3カ月未満48名(31%)、3カ月以上11名(7%)であり、6割が1カ月以内に死去していた。

表1 患者の男女別年代比率

年齢	男性n(%)	女性n(%)	合計n(%)
30歳代	0(0)	1(0.6)	1(0.6)
40歳代	1(0.6)	0(0)	1(0.6)
50歳代	1(0.6)	5(3.3)	6(3.9)
60歳代	12(7.8)	7(4.6)	19(12.4)
70歳代	35(23)	21(13.6)	56(36.6)
80歳代	34(22)	21(13.6)	55(35.6)
90歳代	3(1.9)	13(8.4)	16(10.3)
	86(55.9)	68(44.1)	154(100)

表2 患者の男女疾患(がんの部位)別比率

がんの部位	男性n(%)	女性n(%)	合計n(%)
肺	28(18.2)	10(6.5)	38(24.7)
食道	3(2.0)	1(0.6)	4(2.6)
胃・十二指腸	16(10.4)	6(3.9)	22(14.3)
肝臓・胆道・膵臓	16(10.4)	16(10.4)	32(20.8)
大腸	6(3.9)	9(5.8)	15(9.7)
腎・尿管・膀胱	7(4.5)	4(2.6)	11(7.1)
前立腺	2(1.3)	0(0)	2(1.3)
乳房	0(0)	10(6.5)	10(6.5)
子宮・卵管・卵巣	0(0)	3(2.0)	3(2.0)
頭頸部	1(0.6)	1(0.6)	2(1.2)
血液・リンパ系	3(2.0)	5(3.2)	8(5.2)
その他	4(2.6)	3(2.0)	7(4.6)
	86(55.9)	68(44.1)	154(100)

表3 回答者の男女別年代比率

年齢	男性n(%)	女性n(%)	合計n(%)
30歳代	1(0.6)	1(0.6)	2(1.2)
40歳代	4(2.6)	5(3.3)	9(5.9)
50歳代	14(9.1)	30(19.5)	44(28.6)
60歳代	18(11.7)	34(22.1)	52(33.8)
70歳代	14(9.1)	30(19.5)	44(28.6)
80歳代	0(0)	3(2.0)	3(2.0)
	51(33)	103(67)	154(100)

PCU で受けたケアの評価 28 項目の設問に対する回答 (表 4) は、研究協力者 n=154 名であるが、調査用紙の中で、「回答しにくい、回答がづらいと感じられた質問は、無理に回答せず次の質問にお進みください」と記しており、項目毎に n の回答者数が異なる。無回答を含めた人数を合わせて 100% で算出した。6 段階リッカート尺度において、1: 全くそう思わない、2: そう思わない、3: あまりそう思わない、の回答を否定的評価、4: ややそう思う、5: そう思う、6: 非常にそう思う、の回答を肯定的評価と判断した。

【からだの苦痛に関する対応について】は、4 項目全てが 90% 以上肯定的評価であった。つらい症状が少なく最期を迎えられたは 10% が否定的評価であった。【こころの苦痛に関する対応について】は、4 項目全てが 93% 以上肯定的評価であった。【日常生活援助への対応について】は、3 項目全てが 94% 以上肯定的評価であった。【尊厳への対応について】は、3 項目全てが 90% 以上肯定的評価であった。【社会的苦痛への対応について】は、2 項目全てが 71% 以上肯定的評価であった。【家族への対応について】は、8 項目全てが 86% 以上肯定的評価であった。現在の病状や将来予測される症状、突然息をひきとることがあること、看取りに向けての心の準備などの説明については 8~10% が否定的評価であった。【療養環境について】は、3 項目全てが 91% 以上肯定的評価であった。

【医療者の連携について】は、1 項目で 92% 以上肯定的評価であった。

今回の調査は、コロナ流行期と重なっていたが、A 病院 PCU では、一定範囲の面会は 24 時間許可していたため、調査への影響は認めなかった。

VI. 看護実践への示唆

からだの苦痛に関する対応については、つらい症状が少なく最期を迎えられたが 10% 否定的評価であった。このことは先行調査⁴⁾において、PCU であっても 10% 程度は痛みやからだの苦痛が少なく過ごせたと評価されておらず、A 病院も同様であった。終末期の身の置き所のなさや耐え難い苦痛を目の前にすると無力感を抱き、オピオイドのレスキューや鎮静に看護師の気持ちが悪く傾くことがある。西が、「その「身の置き所のなさ」は何が原因となっているのか？病態生理はどうなっているのか？精神的苦痛やスピリチュアルペインの関与はないか？など、入念な観察と適切な評価を行ったうえで、治療やケアにあたり、患者さんの苦痛を緩和していく必要がある。」⁵⁾と述べているように、苦痛の原因は何であるのか十分アセスメントを行うと共に、チームで共有し、より良い対応は何なのかを考えて実践する環境作りが必要と考える。

こころの苦痛に対する対応については、90% 以上が肯定的評価であった。このことは、無力感を感じながらも、患者の辛さに向き合おうとする看護師の姿勢が評価されたと考える。広瀬は、「自分たちの無力さを認められたとき、私たちは本当の意味で、目の前にいる 1 人の患者とともにあることができるのかもしれない。苦しみとともにあるということは、患者の苦しみと同時に、看護師自身の苦しみとも、ともにあるということだ」⁶⁾と述べている。看護師間で無力さを受けとめ、共有しながら、できる何かを模索し続けることが、安心できる看護師の存在にも繋がっていくと考える。

表 4 緩和ケア病棟で受けたケアに対する遺族評価 n (%)

	全くそう思わない	そう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	そう思う	非常にそう思う
【からだの苦痛に関する対応について】						
①看護師は、患者様のからだの苦痛をやわらげるよう努めていた	n=153	0(0)	0(0)	1(1)	7(4)	75(49)
②看護師は、患者様のからだのつらい症状にすまやかに対応していた	n=152	0(0)	0(0)	0(0)	15(10)	76(49)
③患者様は、つらい症状が少なく最期を迎えられた	n=154	1(1)	5(3)	10(6)	29(19)	58(38)
④患者様は、おだやかに最期を迎えられた	n=154	2(1)	2(1)	4(3)	25(16)	63(41)
【こころの苦痛に対する対応について】						
⑤看護師は、患者様の不安や寂しさをやわらげるよう努めていた	n=150	0(0)	0(0)	2(1)	18(12)	76(49)
⑥看護師は、患者様の悲しみや気持ちの落ち込みをやわらげるよう努めていた	n=147	0(0)	0(0)	1(1)	20(13)	75(49)
⑦看護師は、患者様の希望がかなえられるよう努力していた	n=145	0(0)	0(0)	1(1)	22(14)	61(39)
⑧安心できる看護師がいた	n=151	1(1)	0(0)	4(3)	12(8)	70(45)
【日常生活援助への対応について】						
⑨看護師は、患者様の食事、排泄、清潔などの日常生活に対する思いを大切にしよう努めていた	n=151	0(0)	0(0)	0(0)	14(9)	77(50)
⑩看護師は、できなくなることが増えていく患者様の辛さや悲しみに寄り添いながら日常生活援助を行っていた	n=148	0(0)	0(0)	1(1)	18(12)	61(52)
⑪看護師は、患者様が日常生活援助を頼みやすいような声かけや対応をしていた	n=146	0(0)	0(0)	1(1)	17(11)	75(49)
【尊厳への対応について】						
⑫看護師は、患者様の生き方や価値観を尊重していた	n=144	0(0)	0(0)	6(4)	20(13)	74(48)
⑬看護師は、患者様に最後まで丁寧な対応をしていた	n=152	0(0)	1(1)	1(1)	11(7)	67(43)
⑭看護師は、患者様が亡くなった後、大切な人として対応していた(例:生前と同じように患者様に声をかけていた)	n=149	0(0)	1(1)	2(1)	12(8)	62(40)
【社会的苦痛の対応について】						
⑮看護師は、患者様の経済的負担への配慮をしていた	n=133	2(1)	4(3)	14(9)	25(16)	55(36)
⑯看護師は、患者様が家庭や仕事、地域における役割が十分果たせなくなるこへの辛さや苦悩に寄り添っていた	n=133	1(1)	3(2)	19(12)	31(20)	49(32)
【ご家族への対応について】						
⑰看護師は、ご家族の不安や悲しみをやわらげるように配慮していた	n=148	1(1)	1(1)	2(1)	19(12)	71(46)
⑱看護師は、ご家族の心身の疲労に配慮し、ご家族が休息できるように配慮していた	n=148	1(1)	0(0)	3(2)	15(10)	68(44)
⑲看護師は、ご家族が自分の時間をもったり、仕事を続けられるように配慮していた	n=143	1(1)	0(0)	5(3)	21(14)	68(44)
⑳看護師は、ご家族が患者様と想い出に残るような良い時間が過ごせるように配慮していた	n=145	1(1)	1(1)	4(2)	17(11)	70(45)
㉑看護師は、患者様の現在の病状や将来予測される症状について、ご家族に分かりやすく説明していた	n=147	1(1)	5(3)	6(4)	29(19)	54(35)
㉒看護師は、患者様の代わりに代理意思決定をしなければならぬご家族の辛さや苦悩に寄り添っていた	n=142	2(1)	2(1)	5(3)	33(22)	62(40)
㉓看護師は、患者様の病状が急に悪くなることや突然に息をひきとることがあることについて、ご家族に分かりやすく説明していた	n=149	2(1)	3(2)	10(7)	23(15)	56(36)
㉔看護師は、ご家族が看取りに向けての心の準備ができるように日々の状態の変化を説明していた	n=148	3(2)	2(1)	11(7)	28(18)	57(37)
【療養環境について】						
㉕静かで落ち着いた環境だった	n=152	0(0)	0(0)	0(0)	9(6)	46(30)
㉖患者様、ご家族の望んだ療養場所であった	n=151	0(0)	3(2)	3(2)	18(12)	42(27)
㉗死を待つだけの場所ではなく、日常を大切にしてくれる場所であった	n=147	0(0)	3(2)	4(3)	21(14)	55(36)
【医療者の連携について】						
㉘担当の看護師が変わっても、必要な情報は伝わっていた	n=151	0(0)	3(2)	6(4)	25(16)	64(42)

日常生活援助への対応、尊厳への対応共に90%が肯定的評価であった。終末期の患者は、病状進行に伴う日常生活動作の低下は避けられず、身体機能の喪失そのものが、個人の尊厳に関連する。そのため、援助の方向性は一元化されるものではなく、患者の価値や希望と照らし合わせながら相談をしており、丁寧なケアを重ねることが日常性や尊厳の保持に繋がる。身体へのケアを通しての寄り添いについて、角田は、「看護師の手が言葉を超えて作用するとき、それは“寄り添い”につながる」、「ケアにかかる一定の時間がそこにあること、皮膚を介してのつながり、そして温かさが安心をもたらす」⁷⁾、と述べており、身体に触れる際の温かさ、大切にされていると感じられるケアを意識していく必要がある。

社会的苦痛の対応については、最も無回答が多く14%を占めた。これは、経済面や社会的役割喪失に対する介入が不十分であり、支援を受けていないため回答できなかったと考える。川崎らが、「看護師は患者が抱える経済面の悩みの解決策について学ぶ場は少なく、苦手意識をもってしまっている」⁸⁾、と述べているように、A病院スタッフにおいても知識不足は否めない。役割喪失については、治療期から病状進行する過程の中で、様々な役割や人間関係を手放し、PCUに入棟するまでに多くの喪失を繰り返している患者が多い。その葛藤する過程に携わっていないことから、社会的役割喪失への介入に苦手意識があると考えられる。しかし、役割喪失はスピリチュアルペインや生きる意欲にも繋がることであり、社会的苦痛に対する介入の意識を高めていく必要がある。

家族への対応については、病状や将来予測される症状、突然息をひきとることがあること、看取りに向けての心の準備などの説明が十分ではなかったと8~10%否定的評価であった。看護師は、家族が看取りに向けての心の準備ができるように、状態の変化を伝え、現状と家族の認識が乖離しないように努めている。しかし、調査結果は相反する部分があった。これは、家族の認識や心の準備のアセスメント不足、説明の不十分さを示している。坂口らは、「大切な人の死は、残された者の心身に深刻なダメージを与え、死亡や罹患、自殺、複雑性悲嘆につながる危険性も孕んでいる」⁹⁾、と述べている。また坂口は、「死の予期は遺族の主観的な体験であり、慢性疾患による死の場合でも、予後に対する家族の認識や患者の急変などにより「予期せぬ死」は起こりうる」¹⁰⁾、と述べており、家族の理解を把握しながら、一様の説明ではなく、家族に合わせた関わりと説明が必要である。さらには、患者の死を前提として家族が行いたいことも明らかにされており¹¹⁾、家族の認識を現実に近い心残りや少なくするよう、家族が患者に寄り添える支援をしていくことが重要である。

今回、A病院PCUの遺族調査より、看護師の関わりやケアについて、概ね肯定的評価が得られていた。結果より、患者の耐え難い苦痛にどう向き合うか、社会的苦痛に関するケアスキルの不足、看取り期の家族対応など、知識だけでなく実践力をいかに高めるかの重要性が示唆された。緩和ケアが

普及する一方で、看護師の教育は各施設に委ねられており、机上では伝えきれない五感を駆使して感じ取る力やその場でのアセスメント力をいかに伝えていくかが容易ではない。看護師としての経験年数はあっても、一般病棟の経験値では対応に苦慮する場面もあり、困難の積み重ねがモチベーションの低下やバーンアウトに繋がらないよう、補完し合える関係性と教育が重要である。A病院PCUでは、ペアリングを実施しており、困難な場面こそ現場で経験値の高いスタッフがアセスメントや対応を伝えながら、チーム全体の底上げができるよう努めていくことが今後の課題である。

今回の調査は、A病院において一定期間の遺族に調査を依頼しており、結果の一般化に至らないことが、本研究の限界である。

謝辞

本報告をまとめるにあたり、共同で研究を進めた村野寿子さんへ感謝の意を表します。

本論文の内容の一部は、第53回(2022年度)日本看護学会学術集会において発表した。尚、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) 宮下光令：緩和ケアの質評価・実態調査，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会，ホスピス緩和ケア白書2009，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，p.62-75，2009.
- 2) 宮下光令，緩和ケアに関する尺度のダウンロード，2020年1月15日閲覧，<http://www.pctool.umin.jp>.
- 3) 山口律子：看護師はなぜ燃え尽きるのか，看護学雑誌，69(3)，p.228-232，2005.
- 4) 升川研人：遺族によるケアの質評価，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会編，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究4(J-HOPE4)，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，p.16-26，2020.
- 5) 西智弘，森田達也：終末期の身の置き所のなさの緩和ケア特集にあたって，緩和ケア，25(2)，p.88-89，2015.
- 6) 広瀬寛子：心の痛み～苦しみとともにあるということ～，がん看護，16(3)，p.381-383，2011.
- 7) 角田直枝：身体(からだ)へのケアを通しての寄り添いのかたち，がん看護，26(4)，p.301-303，2021.
- 8) 川崎由華，雑賀祐子：がん患者・家族の質問に答えられる！押さえておきたい“お金と制度”の話，がん看護，25(4)，p.321，2020.
- 9) 坂口幸弘，田村恵子，柏木夕香：実践としてのビリーブメントケア 熟練者のスキルを取り込む，緩和ケア，27(2)，p.76，2017.
- 10) 坂口幸弘：緩和ケアにおけるビリーブメントの理解，緩和ケア，27(2)，p.77-80，2017.
- 11) 山下亮子：終末期がん患者の家族が患者の死を前提として行いたいことに関する研究，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会編，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3(J-HOPE3)，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，p.102-107，2016.

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

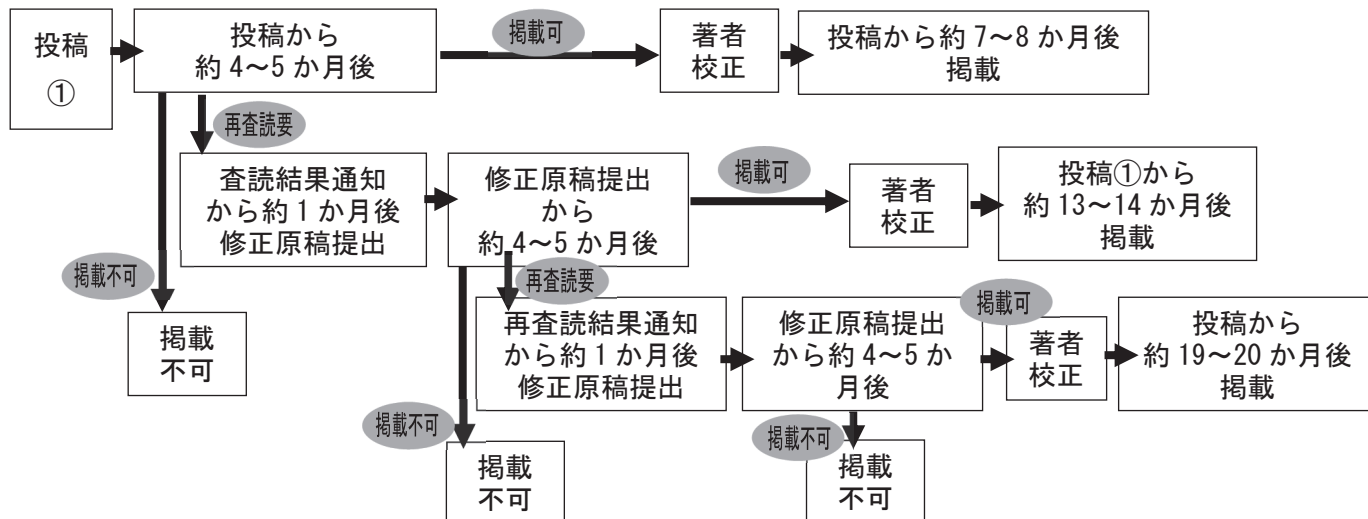
- 1) 投稿は論文登録・選考管理システムで行う。
- 2) 原稿とともに、下記書類を論文登録・選考管理システムにアップロードする。
 - ・日本看護学会誌投稿 自己申告による利益相反（COI）申告書

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

日本看護学会誌 Vol.19 No.1

査読委員

青木美香	江口裕美子	北野進
浅井美千代	江角伸吾	清村紀子
浅野浩子	遠藤和子	國江慶子
網中眞由美	大江佳織	窪川理英
荒木暁子	大江理英	熊谷有記
安藤満代	大草由美子	久米真代
飯野英親	大竹眞裕美	桑原美香
猪川康恵	大西麻未	行田菜穂美
池田美里	大野美千代	高力きよみ
池西悦子	大堀昇	古賀雄二
伊豆上智子	大山祐介	越村利恵
市村久美子	大山裕美子	小西由起子
伊東美佐江	尾形由貴子	小見山智恵子
稲垣範子	岡本双美子	佐久間佐織
稲野聖子	小倉邦子	櫻井敬子
乾友紀	長内さゆり	佐々木吉子
井上裕美子	小野五月	佐竹陽子
井上奈々	小山田恭子	佐藤美香子
井上真奈美	檜原理恵	佐藤幹代
今井芳枝	春日広美	佐藤淑子
上田伊佐子	片山将宏	柴田滋子
上野栄一	勝山貴美子	島田裕子
上原明子	桂川純子	霜山真
植村真美	加藤茜	菅谷智一
牛田貴子	加藤隆子	菅原美樹
宇城令	加納江理	菅原よしえ
内川洋子	川久保愛	鈴木久美子
内野聖子	河田照絵	鈴木美央

鈴木和香子
須田果穂
角智美
隅田千絵
関根正子
曾根原純子
高岡智子
高木夏恵
高岸弘美
高橋奈智
高橋亮
篁宗一
彗喜田恵子
竹本由香里
立野淳子
田戸朝美
田中博子
玉田夜子
田村康子
丹治史也
塚崎恵子
槻木直子
辻本雄大
土屋守克
寺岡征太郎
徳岡良恵
戸沢智也
富澤絵美
中尾友美
中川有加

永谷智恵
中村由美
中山栄純
成田小百合
成田康子
成瀬早苗
西塚弘子
二瓶映美
二瓶洋子
沼口知恵子
萩典子
萩原結花
萩原夏紀
畑吉節未
畠山卓也
畑中あかね
花井理紗
濱田正美
濱吉美穂
原等子
原田竜三
板東孝枝
樋口美樹
樋口有紀
平川美和子
平林優子
廣瀬泰子
深尾亜由美
福島綾子

藤井徹也
藤浪千種
藤野智子
藤村朗子
古島幸江
本城綾子
前田ひとみ
増野章子
眞嶋ゆか
町田真弓
松田千登勢
松本賢哉
三上千佳子
箕浦洋子
宮木良
宮本いづみ
村井文江
望月宗一郎
山岸直子
山下いづみ
山下早苗
山勢善江
山田明美
山村江美子
山本小奈実
吉田紀子
米山雅子
渡邊裕見子

(五十音順)

2023 年度論文審査・編集委員

- 安 齋 由貴子 (清泉女学院大学看護学部)
- 雄 西 智恵美 (大阪歯科大学看護学部)
- 柏 木 公 一 (国立看護大学校看護学部)
- 小 林 京 子 (聖路加国際大学看護学部)
- 小 林 康 江 (山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系)
- 志 田 京 子 (大阪府立大学大学院看護学研究科看護学専攻)
- 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 (千葉大学大学院看護学研究院)
- 山 勢 博 彰 (日本医科大学大学院医学研究科)

(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.19 No.1

2024 年 5 月 15 日発行 年 2 回 (5 月, 11 月) 発行

編集 日本看護学会 論文審査・編集委員会

発行 公益社団法人日本看護協会

看護研修学校 教育研究部学会企画課

〒204-0024 東京都清瀬市梅園 1-2-3

JAPANESE NURSING ASSOCIATION

Research Conferences Planning Division

Department of Continuing Education and Research

Institute for Graduate Nurses

TEL 042-492-9120

制作 株式会社エデュプレス



公益社団法人

日本看護協会