

ISSN 2758-3384
Vol.19 No.2 November, 2024

第19卷第2号 2024年11月

日本看護学会誌

Journal of The Japan Society of Nursing

日本看護学会

The Japan Society of Nursing

目 次

◇研究報告◇

退院支援システム見直しによる退院支援の取り組みやすさと
退院支援に対する自己評価の変化

元医療法人社団淀さんせん会金井病院 中 谷 夏 美 ……3

コロナ禍の面会制限下におけるオンライン面会が患者の食欲、睡眠に与える影響

川崎医科大学総合医療センター 大 森 美由紀 ……8

A 病院における外来看護師の入院時支援の実態と実施を促進する関連要因の検討

国際医療福祉大学福岡保健医療学部看護学科 徳 永 明 美 ……15

A 病院 HCU 入室患者の低活動型せん妄発症の現状

大和高田市立病院 高 橋 真 美 ……20

経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における小児看護の経験

日本医科大学多摩永山病院 羽 鳥 彩 花 ……25

介護老人保健施設の看護職の役割遂行を妨げる原因

姫路大学 有 吉 沙 妃 ……31

看護職者の性別における看護職継続の意思と職務満足度

特別養護老人ホーム夢の箱 赤 井 悠 介 ……38

新型コロナウイルス感染症治療チームで勤務した経験がある看護師家族の
受け止め方と求める支援

金沢大学附属病院 山 竹 峻 史 ……45

ボンディングに影響を与える母子の要因の検討

一産後2週間健診で「赤ちゃんへの気持ち質問票」を用いて一

大和高田市立病院 東 ひかり ……50

A 大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因

名古屋市立大学病院 伊 藤 彰 浩 ……59

看護学生が実習で「看護の楽しさや喜び」を感じることができる教育的支援とは

大阪警察病院看護専門学校 津 田 清 乃 ……65

看護学生の学習力と教育課題から読み取る教育方法の検討

一看護早期体験学習の先行研究より一

聖徳大学看護学部看護学科 上 野 雪 絵 ……73

精神看護学実習に観察学習を導入したことで得られた教育効果の検証

聖徳大学看護学部看護学科 上 野 雪 絵 ……84

ベテラン看護師の死生観と看取り観に影響する要因

松蔭大学看護学部 高 橋 真由美 ……91

病棟看護師の退院支援能力とコミュニティ意識の関係

—退院支援教育の示唆—

令和健康科学大学看護学部看護学科 猪 狩 明日香 ……97

A 県の看護継続教育の現状と教育支援のニーズ

—病院と訪問看護ステーション教育担当者への調査—

山口大学大学院創成科学研究科 網 木 政 江 ……104

◇実践報告◇

ストレス対処能力の向上をめざした産後うつ予防の看護実践

—妊娠中期から産後1か月までの看護実践群と通常ケア群の経過から—

大阪医科薬科大学看護学部 間 中 麻衣子 ……112

助産師として就業している卒業生へのメンタルヘルスセルフマネジメント力

育成プログラムを活用したオンライン研修会の効果

元宮崎県立看護大学 橋 口 奈穂美 ……117

フィジカルアセスメントの授業におけるゲーミフィケーション活用の効果

金沢医科大学 宮 永 葵 子 ……122

透析患者の災害訓練前後の意識の変化

公立学校共済組合北陸中央病院 山 本 広 美 ……128

新型コロナウイルス感染症患者汚染区域で業務を行う看護職の感じる快適度と気分

—3種類の個人防護服に対してVAS・気分調査票を使用した比較—

大阪市立十三市民病院 津 田 真弥子 ……131

◇研究報告◇

退院支援システム見直しによる退院支援の 取り組みやすさと退院支援に対する自己評価の変化

中谷夏美¹⁾*, 京田玲子²⁾, 大坂 悠²⁾

【目的】 退院支援の流れや方法を示した退院支援計画書を導入する事で、退院支援の取り組みやすさと自己評価の変化を調査し、退院支援の円滑化を図る。

【方法】 退院支援システムを見直し、4か月間の試験運用を実施。導入前後の退院支援の取り組みやすさと看護師の自己評価の差を見るため、看護師20名に対し導入前後でアンケート調査を行った。結果は、Mann-Whitney 検定を用いて解析した。

【結果】 導入後、ほぼ全ての項目で改善の方向に点数が増加していた。検定結果は、②退院後の患者の生活をイメージできる⑩地域医療連携室と情報共有できているが $p < 0.001$, ①情報収集に時間がかかる④課題を明確にできている⑤支援策を計画できている⑧退院支援の進行状況を把握できているが $p < 0.01$ で有意差を認めた。

【結論】 退院支援における看護師の役割を認識し、多職種へ働きかけができるようになり、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援計画を立案・展開する事が容易となった。

【キーワード】 退院支援, 多職種連携, 退院調整, 情報共有, 受け持ち看護師

I. はじめに

退院支援とは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も必要な医療・看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定する支援のことである。そして、退院調整とは、患者の思いや願いを実現するために、患者・家族の意向をふまえて環境・人・物を社会保障制度や社会資源につないでいくマネジメントをする過程のことである(宇都宮, 2018, pp.12)。

宇都宮(2015, pp.6-7)は、退院支援において第1段階として入院時スクリーニングシートで退院支援が必要な患者を抽出し、第2段階で入院時に評価した点について詳細な情報収集を行い退院後も継続する課題を予想し、患者へ必要な支援・指導を開始することを推奨している。当院では、宇都宮の退院支援の考え方をもとに当院の退院支援を評価すると、第1段階は入院時情報共有シートや入院時スクリーニングシートで実現しているが、第2段階で多職種と連携がうまく取れないことや、収集した情報を退院後の生活に結び付けて援助することに課題があった。その原因は、①退院支援における情

報源が多岐にわたり、看護記録やリハビリ実施記録も経時的であるため情報収集に時間がかかる②多職種間で必要な情報が共有されておらず、退院に向けた支援が継続的に実施できていない③多くの病棟看護師が入院から退院支援の流れを認識していなかったため、退院支援看護師と地域連携室に頼った退院支援を行っていたことの3つが挙げられた。その根底には、看護師の退院支援に対する認識の低さがあった。

そこで、退院支援システムの見直しをすることで、情報を効率的に収集し、退院後の生活を見据えた退院支援を患者に提供することができ、これらの経験を通じて退院支援における看護師の役割を認識し、自己評価が変化するのではないかと考え、本研究に取り組んだ。

II. 目的

急性期病棟における退院支援の流れや方法を組み込んだ退院支援計画書を作成・導入する事で、退院支援の取り組みやすさと退院支援に対する看護師の自己評価に変化が現れるかを調査し、退院支援の円滑化を図る。

受付日: 2023年4月15日 / 受理日: 2024年9月6日

1) 元医療法人社団淀さんせん会金井病院 2) 医療法人社団淀さんせん会金井病院

* E-mail: natu1329kuro3@icloud.com

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：前後比較研究
2. 研究期間：令和元年9月～令和2年8月
3. 研究対象：研究者が勤務するA病棟看護師20名
4. 退院支援システムの見直しと退院支援計画書導入の検討
退院支援システム見直し前の退院支援は、A病棟に入院した患者全員を対象に、入院時にスクリーニングシートを用いて退院調整の必要性を検討し、必要と判断した場合は、地域連携室のスタッフが主体となって介入する方法で実施していた。その退院支援の方法を見直し、入院から退院支援の流れや情報共有シート、退院支援スクリーニングシートの改訂、退院支援計画書を作成し、説明会を開催した後に、試験運用を実施した。見直しに関する具体的な方法は以下の通りである。
 - 1) 入院から退院支援の流れ改訂：見直し前のフローシートには、退院支援に必要な役割は記載されていたが、誰がいつそれらを担うのか明記されていなかった。そのため、時系列を入院時、48時間後、1週間後、1～2週間毎、退院前、退院後1か月以内に分割し、各時期に看護師長、病棟看護師、専従退院支援看護師、MSW、リハビリスタッフが担う役割についてフローシートで明記した。
 - 2) 情報共有シート改訂：入院時に受け持ち看護師が以下の内容を患者・家族に聴取し、退院に向けた援助に役立てる従来のシートを改訂した。内容は、身長・体重、緊急連絡先、キーパーソン、介護認定、アレルギーの有無、住環境、生活習慣、ADL、認知機能等の項目があり、新たに薬剤管理、利用サービス、介護力、本人と家族の希望の項目を追加した。
 - 3) 退院支援スクリーニングシート改訂：退院調整の必要の有無をスクリーニングするためのシートであり、入院時にスクリーニングを実施し、退院調整が必要と判定されれば退院支援計画書No.1の作成を行う。必要がないと判断した場合は、プライマリナーナスが、看護計画の修正をしながら退院に向けて援助していく方法。新たに、1週間後に再スクリーニングを実施し、退院までの課題を明確にして退院支援計画書No.2を作成するよう追加した。
 - 4) 退院支援計画書シートの作成：退院支援に向けて必要な情報を多職種が経時的に記載し、現状を共有しながら退院支援・退院調整を計画的に進めるための独自のシートを改訂した。No.1は介護力やサービスの利用状況、本人や家族の希望、介入項目といった退院支援を実施するために必要な項目を記録し、本人や家族に説明のうえ同意を得る。No.2は食事、排泄、清潔、移動、医療行為等の退院後の生活を見据えた項目に沿い、目標や支援策を1週間ごとに更新する。
 - 5) 退院支援の流れに関するマニュアルの作成、説明会開催（令和2年4月）：改訂した入院から退院支援の流れ、情報共有シート、退院支援スクリーニングシートや、新たに作成した退院支援計画書シートの使用方法をまとめたマニ

アルを作成し、病棟看護師へ周知するための説明会を開催した。

- 6) 試験運用実施（令和2年4月～8月）：説明会を開催し、病棟看護師へ周知した後、試験運用を実施した。
5. データ収集法

1) 導入前アンケート実施（令和元年12月）

退院システム見直し前の退院支援を行っている状態で、退院支援の取り組みやすさと看護師の自己評価を図る目的で導入前アンケート調査を実施した。質問項目は、平成28年度地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究（厚生労働省保険局医療介護連携政策課委託事業,2017）を参考に、退院支援の取り組みやすさと退院支援に関する看護師の自己評価について項目を設定した。退院支援の取り組みやすさの項目は、①情報収集に時間がかかる②退院後の患者の生活をイメージできる、退院支援に関する看護師の自己評価の項目は、③患者・家族の希望を把握している④課題を明確にできている⑤支援策を計画できている⑥解決策を実施できている⑦援助内容を修正できている⑧退院支援の進行状況を把握できている⑨退院支援に意欲的に取り組んでいる⑩多職種へ働きかけができている、⑪自由回答の11項目（10段階評定と自由回答）とした。点数の高低の指標は、①では時間がかかるほど高くなり、②～⑩ではできるほど高くなるよう設定した。アンケートは、無記名自記式で、回収箱にて回収した。

2) 導入後アンケート実施（令和2年8月）

アンケート内容は導入前アンケートと同様のものを使用した。病院規模が150床と小さく、地域包括支援病床に勤務する看護師が少ないためサンプル数が20に限られた。

6. データの分析方法

導入前と導入後における、退院支援の取り組みやすさと看護師の自己評価の差を見るため、統計分析を行った。データは、順序変数で導入前アンケートと導入後アンケートの対象者は対応がない独立した2資料のため、Mann-Whitney検定を用いて解析した。統計解析ソフトは、Mini StatMateを使用した。自由回答については、意味内容によって分類して整理した。

Ⅳ. 倫理的配慮

院内倫理委員会の承認を得た後に研究に着手した。アンケート調査であり、個人が識別される質問項目はない。アンケートの回答は自由意思であり、アンケートの回答をもって調査の同意とした。所属する病院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：医療法人社団淀さんせん会金井病院総第40号）。

Ⅴ. 結 果

アンケートの回収率は導入前100%、導入後80%であった。

1. 退院支援システム見直し前後の取り組みやすさの変化

退院支援に必要な情報収集に時間がかかるは、平均値が7.8(±2.5)から5.5(±2.7)に減少し、 $p<0.01$ の有意差を認

めた。また、退院後の患者の生活をイメージできるは、平均値が4.5 (+2.2) から6.8 (±1.6) に増加し、 $p<0.001$ の有意差を認めた。(表1)

自由回答においては、導入前では、退院支援の業務やシステムに「実行の困難さ」、退院支援計画には「情報収集の不便

さ」「情報共有ができていない」と分類される回答がみられた(表2)。導入後では、退院支援に関する実行の困難さや情報収集の不便さに関する意見はなく、改訂した退院支援システムに対する今後の課題が示される意見がみられたため、「退院支援システムの新たな課題」と分類された(表3)。

表1 退院支援の取り組みやすさと看護師の自己評価の変化

設問	前期			後期			検定結果
	平均値±SD	最大値	最小値	平均値±SD	最大値	最小値	
退院支援の取り組みやすさ							
①情報収集に時間がかかる	7.8±2.5	10	1	5.5±2.7	10	2	$p<0.01$
②退院後の患者の生活をイメージできる	4.5±2.2	8	1	6.8±1.6	9	4	$p<0.001$
退院支援に対する看護師の自己評価							
③患者・家族の希望を把握している	4.8±2.1	9	2	6.1±2.1	9	3	$p<0.05$
④課題を明確にできている	4.6±2.0	9	2	6.3±2.0	10	3	$p<0.01$
⑤支援策を計画できている	3.8±2.0	7	1	5.9±2.2	8	1	$p<0.01$
⑥解決策を実施できている	5.1±2.0	9	2	5.9±2.2	8	1	NS
⑦援助内容を修正できている	4.6±2.0	8	2	5.9±1.8	9	2	$p<0.05$
⑧退院支援の進行状況を把握できている	4.3±2.4	8	1	6.5±1.9	9	3	$p<0.01$
⑨退院支援に意欲的に取り組んでいる	4.7±2.2	8	1	6.1±2.4	10	1	$p<0.05$
⑩-1 地域医療連携室へ働きかけができています	4.3±2.5	10	1	6.8±2.0	9	1	$p<0.001$
⑩-2 PTへ働きかけができています	5.5±1.8	9	2	6.4±2.0	9	3	$p<0.05$
⑩-3 OTへ働きかけができています	5.3±1.9	9	2	6.3±2.1	9	3	NS
⑩-4 STへ働きかけができています	5.4±2.1	9	2	6.4±2.0	9	3	$p<0.05$
⑩-5 ケアマネージャーへ働きかけができています	2.9±2.3	8	1	3.6±2.5	8	1	NS
⑩-6 介護施設スタッフへ働きかけができています	2.8±2.2	8	1	3.6±2.4	8	1	NS

表2 導入前アンケート自由記載

カテゴリー	サブカテゴリー	自由記載の回答
退院支援の業務やシステム	実行の困難さ	退院支援専従ナースと専任ナースの仕事の区分が明確でなく、どのようなケースで介入するのか不明瞭。
		退院支援スクリーニングシートの活用のされ方が分からない。
		退院先の施設で医療処置や介護実践等がどこまでできるのか知識がない。
		退院支援加算も取れていない状況では、包括病床の運営にも活かされない。対象者の選定や時期・タイミングも困難なことが多い。
退院支援計画	情報収集の不便さ	電子カルテ内で情報のページが複数あるため、情報収集できないのが不便。
		患者情報に変化や変更があった場合、患者メモを使用するが、見にくい。また、認識の違いも生じやすい。
		現行の情報共有シートでは、現在利用されているサービス、利用可能なサービスが分からない。
		退院支援に関する情報を入力する様式が無い。
		入院前のADL、サービス利用、家族のサポート状況などが分かりにくい。
	情報共有ができていない	様々な場所から情報を引っ張り出さないといけないので共有できない。
		情報共有をする場や機会が少ないため、患者情報を把握しにくい。
		カンファレンス以外で話し合う機会やケアマネージャーと会うことも少ないので難しい。
		また病棟内でも看護師によって知っている人、知らない人がいたり病棟内でも情報共有ができていない印象。
		他職種での話し合いをした時はそれを記録に残してほしい。
		地域連携室と看護師が情報共有しておらず、患者の退院に向けた状況が分からないことがある。
		地域連携室が独自カルテを使っているため、退院支援看護師以外のスタッフがどのように動いて退院支援がどこまで介入できているのか不明。
		地域医療連携室との情報共有方法について退院支援記録の入力がされておらず分かりづらい。

表3 導入後アンケート自由記載

カテゴリー	サブカテゴリー	自由記載の回答
退院支援の業務やシステム	退院支援システムの新たな課題	現状のシステムでは、直接入力でないと退院支援内容が看護計画に反映させられないため不便。
		退院支援を実施するにあたり、根拠を理解して手順化する必要がある。
退院支援計画	退院支援に対する認識と自己評価の変化	入院時から患者の入院前の生活の情報収集をすることで、退院後の生活を意識することができ、入院中でも退院に向けた援助を考えるようになった。
		カンファレンス参加などの機会が増え、他職種との連携がとりやすくなったし、とる様に意識を持てる様になった。
		他職種との共通の記録ページがあることで、リアルタイムでの情報収集が効率的にできるようになった。
		入院時の時点で、利用しているサービスがはっきりと分からないことがあるため、必要な介入が把握できないことがある。
		コロナ禍による面会禁止の影響で、家族とのコミュニケーションをどうとるかも課題だと思う。
	情報収集・情報共有に関する問題提起	退院前訪問に行っているのに写真等の視覚情報がない。
		スタッフ間で情報共有できていない。
		口頭だけで申し送りをされている事があるので、カルテ記載をしてほしい。
		情報共有シートや退院計画書を、担当者が変更入力していないことが多い。
	多職種カンファレンスの開催要望	複数名を一度にカンファするのではなく、他職種と一緒に2名くらいをじっくりカンファレンスしたい。
		多職種カンファレンスが少ない。
		地域連携室やPTとくらししか連携は取れていないと思う。
		介護施設職員やケアマネージャーなど関わる機会が少ない。
	退院支援に対するスタッフ間の認識の差	看護師の退院支援に対する意識が低く興味がない。

2. 退院支援システム見直し前後の退院支援に関する自己評価の変化

導入前アンケートで平均値5以下であった項目の平均値は6以上であったが、導入後では、全ての項目が改善の方向に点数が増加していた。しかし、全ての項目において8以上の高得点者と2以下の低得点者が存在し、ばらつきが大きく、導入前から導入後を通して得点のばらつきは大きいままであった。

有意差を認めた項目は、患者・家族の希望を把握している $p<0.05$ 、課題を明確にできている $p<0.01$ 、支援策を計画できている $p<0.01$ 、援助内容を修正できている $p<0.05$ 、退院支援の進行状況を把握できている $p<0.01$ 、退院支援に意欲的に取り組んでいる $p<0.05$ 、地域医療連携室へ働きかけができている $p<0.001$ 、PTへ働きかけができている $p<0.05$ 、STへ働きかけができている $p<0.05$ であった。有意差を認めなかった項目は、解決策を実施できている、多職種へ働きかけができている (OT・ケアマネージャー・介護施設スタッフ) であった。特に、ケアマネージャー、介護施設スタッフとの連携に関しては、導入前と導入後を通じて得点は低値のままであった (表1)。

自由回答においては、導入前には退院支援に関する認識についての回答はみられず、導入後は退院支援計画に「退院支援に対する認識と自己評価の変化」「情報収集・情報共有に関する問題提起」「多職種カンファレンスの開催希望」「退院支

援に対するスタッフ間の認識の差」と分類された回答があった (表3)。

VI. 考 察

1) 退院支援の取り組みやすさ

導入前アンケートの結果から、多くのスタッフが研究者らと同じく退院支援の実行の困難さや情報収集の不便さ、情報共有ができていないことを問題として挙げていた。それらの意見をもとに、退院支援システムの見直しと退院支援計画書の導入を行った。

調査の結果、情報収集に時間がかかると回答した人が減少し、また、退院後の生活をイメージできると回答した人が増加した。情報共有シートを改訂し、薬剤管理、利用サービス、介護力、本人と家族の希望の項目を追加したことで、退院支援に必要な情報が集約され、家族の来院を待って情報収集をしたり、地域連携室を通じてケアマネージャーに連絡を取ってもらったりする必要がなくなったことで、情報収集の時間短縮に繋がったと考える。また、情報共有シートや退院支援スクリーニングシート改訂により、入院前はどんな環境で、どんな日常生活動作能力を持ち、誰に助けられて生活していたのかを把握することで、退院後の生活に対する理解向上にも繋がった。鴨島ら (2015) は、「退院支援シートを作成、導入したところ、情報共有や連携強化に繋がる可能性が示唆されている」と報告している。以上の事から、退院システムの

見直しと退院支援計画書の導入を行ったことで、情報共有や連携強化のほかに、時間短縮によって情報を効率的に収集し、退院後の生活を見据えた退院支援を患者に提供できる事に繋がり、有効な見直しであったと考えられた。

2) 退院支援に対する看護師の自己評価

導入後のアンケート結果から、全ての項目で退院支援に対する看護師の自己評価は全体的に上昇を認めていたが、アンケートの各設問の最大値と最小値の得点差には導入前と導入後ともに大きな差が生じていた。調査は無記名で行われたため、同一人物の傾向であるかは不明であるが、差が生じた要因として、看護師の退院支援に関する経験や退院支援への認識の差により生じた結果であると推察される。

導入後では、患者や家族の希望を把握し、退院までの課題を明確にした退院支援策を計画し、退院支援をタイムリーに取り組んでいると自己評価した看護師が増加している。新たに導入した退院支援計画書は、電子カルテで情報共有シートと連動しており、介護力やサービスの利用状況、本人や家族の希望、介入項目といった退院支援を実施するために必要な項目が自動入力されるシステムとなっている。また、退院支援計画書 No.2 は、目標や支援策を1週間ごとに更新するよう設定したため、退院支援の進行状況を把握しやすくなるようになっている。そのため、患者や家族が退院後の療養先としてどのような希望を持っているか、入院前はどんな環境でどんな日常生活動作能力を持って、誰に助けられて生活していたのかを把握し、退院後の生活を見据えることで、退院支援計画を立案しやすくなったのだと考えられる。加えて、患者の回復過程を可視化することが退院支援の効果を実感できることに繋がり、意欲的に退院支援に取り組めたと評価した看護師が増加したのではないかと推察される。

多職種への働きかけに関しては、特に地域医療連携室とPT、OTへの働きかけができていたと評価した看護師が多い結果となった。退院支援計画書は、退院支援に向けて必要な情報を多職種が経時的に記載する仕組みになっているため、必然的に地域連携室やPT、STへ働きかけることになる。この事から、導入前、導入後を通して地域医療連携室、PT、STへの働きかけができていたに有意差が認められたと考える。働きかけができていないと評価したケアマネージャーと施設職員に関しては、地域連携室を通して関わるのが慣例となっており、病棟看護師と直接関わるのが少なかったことから、有意差が認められなかったと考えられる。

導入後の自由回答において、今後の課題など具体性のある回答を述べた者が増えていることから、建設的に退院支援を取り組もうとする意識の変化が表れている。以上の事から、退院支援システムの見直しと退院支援計画書の導入を行ったことで、退院支援における看護師の役割を認識し、退院支援に対し意欲的に取り組めた看護師が増加した一因に繋がれたと考えられる。また、退院支援に対する認識については看護師間で差があり、自由回答にて認識差を懸念する回答も見

受けられた。今後の課題として、退院支援に対する看護師の認識差を埋める事が挙げられる。そのために、退院支援に関する院内研修を行ったり、多職種カンファレンスの開催を増やしたりする事で、患者が退院するために必要な社会資源は何か、そのために多職種と情報共有しどうやって連携するかなど、退院支援への意識付けを行う事で認識の差を埋める事が可能ではないかと考えられる。

VII. 結 論

退院支援の円滑化を図るため、入院時に退院支援に必要な情報を情報共有シートに集約し、退院支援計画書に連動させ、退院支援の流れや方法を組み込んだ退院支援計画書を作成・導入する事で、退院支援の取り組みやすさと看護師の自己評価に変化が現れるかを調査した。その結果、退院支援における看護師の役割を認識し、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援計画を立案・展開する事が容易になったと示唆された。

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。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。

VIII. 引用文献

- 鴨島尚美, 高比良由佳, 上妻京子, 来代洋子, 木村佳苗, 和田奈裕子, 川本沙織, 松村静香, 小松光代, 米澤恵理子. (2015). 医療チームで行う退院支援の連携強化に向けて—グループインタビュー及び退院支援シートを導入して—. 日本看護学会論文集慢性期看護, 45, 156-159.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング (2017). 厚生労働省保険局医療介護連携政策課委託事業. 平成28年度地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究(効率のつか効果的な退院支援を行うための連携の在り方)報告書. <https://www.mhlw.go.jp/p15>
- 宇都宮宏子. (2015). 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 学研メディカル秀潤社.

◇研究報告◇

コロナ禍の面会制限下におけるオンライン面会が 患者の食欲、睡眠に与える影響

大森美由紀¹⁾*, 杉本 研¹⁾

【目的】 コロナ禍の面会制限下において、オンライン面会が患者に与える影響の有無を調査する。

【方法】 A 病院で令和 2 年 6 月 1 日から令和 3 年 6 月 30 日までに、家族とオンライン面会を行った入院患者のうち、初回面会の前後に 3 回ずつ食事摂取量の観察ができた 87 名を対象とした。食事摂取量と眠剤使用量の変化と、年齢、性別、入院理由、面会までの入院期間との関連を後ろ向きに調査した。

【結果】 食事摂取量は面会前後ともに 7.1 割であった。75-84 歳、面会まで入院後 6 日以内がいずれも 0.6 減少していた。面会前後の眠剤使用の減少が 13.8%、増加が 18.4%であった。65-84 歳、緊急入院、入院期間 7 日以上は減少する傾向にあった。64 歳以下、85 歳以上では眠剤の使用量は増加し、入院 6 日以内では食事摂取量の減少、眠剤使用量の増加を認めた。

【結論】 食事摂取量の変化、眠剤使用量の増減について有意差を認めなかったことから面会の効果は認めなかった。入院 6 日以内では、食事摂取量の減少、眠剤使用量の増加も認め、面会の効果が特に乏しかった。

【キーワード】 オンライン面会、コロナ禍、面会制限、食事摂取量、眠剤使用量

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症は令和 1 年より世界各国に広まり、日本で令和 2 年 1 月に感染者が確認されて以降、医療機関では感染対策予防が急速に進められた。A 病院は初期および二次医療を担う急性期病院であり 1 日平均入院患者は 315.3 人、平均在院日数 13.2 日（令和 2 年度実績）である。院内では感染対策の 1 つに令和 2 年 3 月より入院患者の面会制限を開始した。現在は入院中であっても携帯電話で家族と連絡が取りやすい一方で、携帯電話等を扱えないため家族と連絡を取り合えない患者も多数いる。その多くは入院患者の 42%を占める後期高齢者（令和 2 年度実績）にあたりと予測される。先行研究では、高齢者には家族の面会が生きがいや健康回復を高める要因となっている調査結果が見受けられている（藤村ら,2022;峯松,2005;野村ら,1999;斎藤ら,2016;流石,伊藤,2007）。面会制限による患者の不安を軽減するために、A 病院では、面会制限の開始と同時に、インターネット環境、タブレット等設置の準備を進め、同年 5 月 29 日よりオンライ

ン面会を開始した。患者にとって家族とのオンライン面会が不安の軽減、治療や回復への意欲といった QOL（Quality of Life）に影響したかについては判断できていない。先行研究ではオンライン面会が患者の精神的ケアに効果があったことの事例報告がある（井出ら,2022）。しかし、オンライン面会の患者の QOL への影響の有無についての量的な調査はみあたらなかった。先行研究より、食欲と QOL が有意に関連していること（葎原ら,2004）と、体力、活動量、睡眠状態が健康関連 QOL の維持、向上に重要な要素であることが報告されている（白岩ら,2013）。本研究では、食事摂取量と眠剤使用量の変化を後ろ向きに調査し、オンライン面会が、食欲と睡眠に与える影響を検討することとした。

II. 目 的

1. 研究目的

初回オンライン面会前後の患者の食事摂取量の変化、眠剤使用量の変化を後ろ向きに調査し、オンライン面会の患者への影響を検討する。オンライン面会によって、患者は家族の

受付日：2023 年 4 月 15 日／受理日：2024 年 9 月 6 日

1) 川崎医科大学総合医療センター

* E-mail：m-omori@hp.kawasaki-m.ac.jp

表情をみて直接会話をすることで、安心と自尊感情の向上、健康回復、食欲回復、睡眠の質向上、活動量向上が予測される。本研究では、このうちの食欲回復、睡眠の質向上として、食事摂取量の変化、眠剤使用量の変化を後ろ向きに調査する。本研究の概念図を示す。(図1)

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者

令和2年6月1日より令和3年6月30日までにオンライン面会を実施した患者のうち、家族が院内の所定の場所よりオンライン面会を実施した初回であり、オンライン面会の前後3回ずつ食事摂取量を観察できた患者87名を対象とする。

2. 調査内容与方法

1) 診療録より後ろ向きに収集する内容

- (1) 年齢、性別、初回オンライン面会までの入院期間、入院理由(緊急または待機)
- (2) 初回オンライン面会の前後、朝昼夕の3食の食事摂取量
- (3) オンライン面会前後5日間(前2日・後3日間)の眠剤の使用量

3. 分析方法

統計解析ソフト IBM SPSS ver21.0 を用いて t 検定、 χ^2 分析を行い、有意水準 5% とした。

- 1) 食事摂取量は 1-10 割を 1-10 で点数化しオンライン面会前後3回ずつの平均値を算出し t 検定を行う。なお、食事摂取量は主食と副食 1-10 の双方を足して 2 分した数値を使用し、平均値は小数点第 2 位を切り捨てとし 0.5 以上の違いについて増加、減少とした。
- 2) 性別、年齢、入院理由、初回オンライン面会までの入院期間とオンライン面会前後の食事摂取量に対して t 検定を行う。
 - (1) 年齢は 64 歳以下、65 歳-74 歳、75 歳-84 歳、85 歳以上で分類する。

- (2) 初回オンライン面会までの入院期間は 6 日以内、7 日以上で分類する。
- 3) オンライン面会前後合わせて 5 日間(前 2 日、後 3 日間)の眠剤使用の変化を「眠剤なしから変化なし」「眠剤ありから変化なし」「眠剤なしからあり」「眠剤ありから増加」「眠剤ありから減少」「眠剤ありからなし」の 6 段階に対して、性別、年齢、入院理由、初回オンライン面会までの入院期間と χ^2 検定を行う。
- 4) 食事摂取量の減少群、変化なし・増加群間に対して、眠剤使用量の変化、性別、年齢、入院理由、初回オンライン面会までの入院期間と χ^2 検定を行い、食事摂取量と眠剤使用量、各要因との関連を調査する。
- 5) 75 歳未満群、75 歳以上群間に対して、食事摂取量の変化、眠剤使用量の変化、性別、入院理由、初回オンライン面会までの入院期間と χ^2 検定を行い、後期高齢者の有無と食事摂取量、各要因との関連を調査する。

4. A 病院での院内間オンライン面会の方法

1) 家族の面会の所定場所

- (1) A 病院の 1 階の所定の個室で行う
- (2) 集中治療室 Intensive Care Unit (以降 ICU と略す)・高度治療室 High Care Unit (以下 HCU と略す) の場合は同フロアの ICU・HCU の前の待合室で行う。

2) 患者のオンライン面会の場所

多床室の患者は、個室等へ移動しプライバシーを保護する(病棟看護師がサポートする)。

- 3) 面会時間 10:00-19:00 (日曜・祝日・土曜午後以外) 15 分間以内 1 日 1 回までとする。ICU・HCU は 5 分(15:00-17:00) とする。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は研究目的、研究対象、調査内容を明確に施設内のホームページで公開した。患者・家族から研究協力の撤回ができること、協力撤回があっても診療や病院サービスに不利

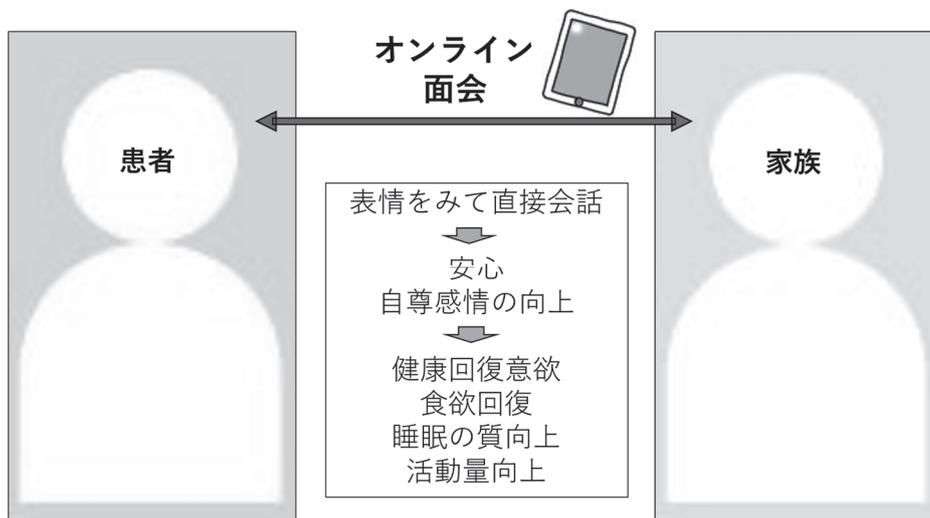


図1 コロナ禍の面会制限下におけるオンライン面会が患者の食欲、睡眠に与える影響の概念図

益がないことと問い合わせ先を明示した。なお、本研究は川崎医科大学・同附属病院倫理委員会の審査により承認を受けた（承認番号：5432-00 承認日：2021年9月30日）後に実施した。

V. 結 果

1. オンライン面会 386 名の概要

対象期間である令和2年6月1日より令和3年6月30日までの院内、院外からのオンライン面会件数は1,534件、実施患者数403名（月平均118件）であった。このうち院内間で行ったオンライン面会は1,322件、実質患者数386名であった。

386件のうち初回オンライン面会の前後6回ずつ食事量の観察ができた患者は70名、4回ずつ観察できた患者は82名、3回ずつ観察できた患者は87名、2回ずつ観察できた患者は92名であった。初回オンライン面会前後3回ずつ観察ができた患者87名を対象に分析を行った。87名に対し残り299名の食事摂取量を観察できなかった理由の内訳は欠食135名（45.2%）、初回オンライン面会までの入院期間が短く食事摂取量の必要回数の観察ができなかった事例が109名（36.5%）、経管栄養のみの食事であった事例が31名（10.3%）、食事摂取量の記録漏れが24名（8.0%）であった。

2. 研究対象者 87 名の概要（表 1）

87名の患者の平均年齢は79.7歳（32-94歳）であった。性別では男性が37名（42.5%）平均年齢は77.6歳（32-94歳）であった。女性が50名（57.5%）平均年齢は81.2歳（56-94歳）であった。入院理由では緊急入院が74名（85.1%）、待機入院が13名（14.9%）であった。オンライン面会までの入院日数は平均11.5日目（3-67日目）、うち6日目以内のオンライン面会は29名（33.3%）、7日目以上のオンライン面会は58名（66.7%）であった。（表1）

3. オンライン面会前後の食事摂取量の変化（表 2）

オンライン面会前3回の食事摂取量の平均は7.1（0.2-10）、オンライン面会後は7.1（0.3-10）であった。男性はオンライン面会前が平均7.4（0.8-10）、オンライン面会後が7.2（0.5-10）であった。女性はオンライン面会前が6.9（0.2-10）、オンライン面会後が平均7.0（0.3-10）であった。

年齢別64歳以下はオンライン面会前が8.7（4.8-10）、オンライン面会後が8.7（4.8-10）、65-74歳はオンライン面会前が7.4（4.1-10）、オンライン面会後が7.6（4.8-10）、75-84歳のオンライン面会前が7.3（0.6-10）、オンライン面会後が6.7（0.5-10）、85歳以上のオンライン面会前が6.6（0.2-10）、オンライン面会後が6.8（0.3-10）であった。75-84歳において0.6の減少を認めた。

緊急入院74名のオンライン面会前の平均は7.0（0.2-10）、オンライン面会後は7.0（0.3-10割）、待機入院13名のうちオンライン面会前は7.6（5.5-10）、オンライン面会後は7.7（4.5-10）であった。オンライン面会までの入院日数が6日以内29名のうちオンライン面会前が7.2（0.8-10）、オンライン面会後が6.6（0.5-10）、オンライン面会までの入院日数が7日以上の58名のオンライン面会前が7.1（0.2-10）、オンライン面会後が7.3（0.3-10）であった。入院日数が6日以内において0.6の減少を認めた。

オンライン面会前後の食事摂取量を比較するために *t* 検定を行った結果、*t* (86) 0.34 で有意差は認めなかった。（表2）

4. 眠剤使用量の変化（表 3）

眠剤なしから変化なしが42名（48.3%）、眠剤ありから変化なしが17名（19.5%）、眠剤なしからありが9名（10.3%）、眠剤ありから増加が7名（8.1%）、眠剤ありから減少が7名（8.1%）、眠剤ありからなしが5名（5.7%）であった。

表 1 患者の概要 *n* = 87

項目		平均値 ± 標準偏差(SD)	範囲
年齢		79.7 ± 11.3	32-94
男性		77.6 ± 13.7	32-94
女性		81.2 ± 9.0	56-94
オンライン面会までの入院日数		11.5 ± 10.9	3-67
項目		人数	%
性別	男性	37	42.5
	女性	50	57.5
入院理由	緊急	74	85.1
	待機	13	14.9
オンライン面会までの入院日数	6日以内	29	33.3
	7日以上	58	66.7
	計	87	100

表2 オンライン面会前後の食事摂取量, *t*検定一覧 *n*=87

属性	<i>n</i>	オンライン面会前		オンライン面会后		オンライン面会前後の食事摂取量の差	<i>t</i> 値	<i>p</i> 値	
		食事摂取量		食事摂取量					
		平均値(範囲)	標準偏差:SD	平均値(範囲)	標準偏差:SD				
全体	87	7.1 (0.2-10)	2.81	7.1(0.3-10)	2.88	0.0	0.340	0.735	
性別	男性	37	7.4(0.8-10)	2.34	7.2(0.5-10)	2.71	0.2 ↓	0.696	0.491
	女性	50	6.9(0.2-10)	3.12	7.0(0.3-10)	3.03	0.1 ↑	-0.309	0.759
	計	87							
年齢	64歳以下	10	8.7(4.8-10)	1.70	8.7(4.8-10)	1.75	0.0	0.075	0.942
	65-74歳	11	7.4(4.1-10)	2.03	7.6(4.8-10)	1.95	0.2 ↑	-1.006	0.338
	75-84歳	29	7.3(0.6-10)	2.95	6.7(0.5-10)	3.07	0.6 ↓	1.574	0.127
	85歳以上	37	6.6(0.2-10)	3.03	6.8(0.3-10)	3.11	0.2 ↑	-0.996	0.326
	計	87							
入院理由	緊急	74	7.0(0.2-10)	2.99	7.0(0.3-10)	2.99	0.0	0.490	0.645
	待機	13	7.6(5.5-10)	1.39	7.7(4.5-10)	2.09	0.1 ↑	-0.297	0.771
	計	87							
入院期間	6日以内	29	7.2(0.8-10)	2.87	6.6(0.5-10)	3.03	0.6 ↓	1.560	0.130
	7日以上	58	7.1(0.2-10)	2.81	7.3(0.3-10)	2.81	0.2 ↑	-0.949	0.347
	計	87							

注釈：↑増加、↓減少

性別では男性37名中18名(48.6%)が眠剤なしから変化なしであった。次いで眠剤ありから変化なしが8名(21.7%)、眠剤ありから増加が4名(10.8%)、眠剤なしからあり、眠剤ありから減少がいずれも3名(8.1%)、眠剤ありからなしが1名(2.7%)であった。女性は50名中24名(48.0%)が眠剤なしから変化なしであった。次いで、眠剤ありから変化なしが9名(18.0%)、眠剤なしからありが6名(12.0%)、眠剤ありから減少、眠剤ありからなしがいずれも4名(8.0%)、眠剤ありから増加が3名(6.0%)であった。

年齢では64歳以下では10名中6名(60.0%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤なしからありが3名(30.0%)、眠剤ありから増加が1名(10.0%)であった。65-74歳では11名中6名(54.5%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤ありから変化なしが3名(27.3%)、眠剤ありから減少、眠剤ありからなしがいずれも1名(9.1%)であった。75-84歳では29名中16名(55.2%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤ありから減少が5名(17.2%)、眠剤ありから変化なし、眠剤なしからありがいずれも3名(10.4%)、眠剤ありから増加、眠剤ありからなしがいずれも1名(3.4%)であった。85歳以上では37名中14名(37.8%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤ありから変化なしが11名(29.8%)、眠剤ありから増加が5名(13.5%)、眠剤なしからあり、眠剤ありからなしがいずれも3名(8.1%)、眠剤ありから減少が1名(2.7%)であった。

入院の種類では、緊急入院74名中40名(54.0%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤ありから変化なしが10名(13.5%)、眠剤なしからあり、眠剤ありから減少がいずれも7名(9.5%)、眠剤ありから増加が6名(8.1%)、眠剤ありか

らなしが4名(5.4%)であった。待機入院では、13名中眠剤ありから変化なしが7名(53.8%)、次いで眠剤なしから変化なし、眠剤なしからありがいずれも2名(15.4%)、眠剤ありから増加、眠剤ありからなしがいずれも1名(7.7%)であった。

オンライン面会までの入院期間6日以内では29名中13名(44.8%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤ありから増加が5名(17.3%)、眠剤ありから変化なし、眠剤なしからありがいずれも4名(13.8%)、眠剤ありから減少が3名(10.3%)であった。7日以上では58名中29名(50%)が眠剤なしから変化なし、次いで眠剤ありから変化なしが13名(22.4%)、眠剤なしからあり、眠剤ありからなしがいずれも5名(8.6%)、眠剤ありから減少4名(6.9%)、眠剤ありから増加が2名(3.5%)であった。

以上より眠剤なしから変化なしが約半数を占めたが、待機入院では9名(69.2%)がオンライン面会前から眠剤を使用しており、そのうち変化なしが7名(77.7%)を占めた。次いで85歳以上では20名(54.1%)がオンライン面会前から眠剤を使用しておりこのうち11名(55.5%)が変化なしであり、増加は減少の2倍であった。

オンライン面会前後の眠剤使用量の変化と、性別、年齢、入院理由、初回面会までの入院期間との関連について χ^2 検定を行った結果、有意差は認めなかった。(表3)

5. 食事摂取量の減少群、変化なし・増加群間眠剤使用量の変化と各要因との関連

食事摂取量の減少が39名(44.8%)、増加が33名(38.0%)であった。食事摂取量減少群39名(44.8%)と変化なし・増加群48名(55.2%)間で、各要因と χ^2 検定を行った結果、いずれも有意差は認めなかった。

表3 オンライン面会前後の眠剤使用量の変化とχ²検定結果 n=87

分類	患者概要	計 (人数)	眠剤使用量の変化 人数(%)					
			眠剤なし→ 変化なし	眠剤なし→ あり	眠剤あり→ なし	眠剤あり→ 減少	眠剤あり→ 変化なし	眠剤あり→ 増加
	全体	87	42(48.3)	9(10.3)	5(5.7)	7(8.1)	17(19.5)	7(8.1)
性別	男性	37	18(48.6)	3(8.1)	1(2.7)	3(8.1)	8(21.7)	4(10.8)
	女性	50	24(48.0)	6(12.0)	4(8.0)	4(8.0)	9(18.0)	3(6.0)
χ ² 検定 漸近有意確率(両側) ρ値 .846								
年齢	64歳以下	10	6(60.0)	3(30.0)	0	0	0	1(10.0)
	65-74歳	11	6(54.5)	0	1(9.1)	1(9.1)	3(27.3)	0
	75-84歳	29	16(55.2)	3(10.4)	1(3.4)	5(17.2)	3(10.4)	1(3.4)
	85歳以上	37	14(37.8)	3(8.1)	3(8.1)	1(2.7)	11(29.8)	5(13.5)
χ ² 検定 漸近有意確率(両側) ρ値 .078								
入院理由	緊急入院	74	40(54.0)	7(9.5)	4(5.4)	7(9.5)	10(13.5)	6(8.1)
	待機入院	13	2(15.4)	2(15.4)	1(7.7)	0	7(53.8)	1(7.7)
χ ² 検定 漸近有意確率(両側) ρ値 .022*								
でイ初 のン回 入面オ 院会 期ま ラ	面会までの 入院6日以内	29	13(44.8)	4(13.8)	0	3(10.3)	4(13.8)	5(17.3)
	面会までの 入院7日以上	58	29(50.0)	5(8.6)	5(8.6)	4(6.9)	13(22.4)	2(3.5)
χ ² 検定 漸近有意確率(両側) ρ値 .113								

* ρ<0.05 χ²検定

食事摂取量の減少群では、男性が15名(38.5%)、女性が24名(61.5%)であった。年代では64歳以下が4名(10.3%)、65-74歳が4名(10.3%)、75-84歳が17名(43.6%)、85歳以上が14名(35.6%)であった。入院理由では緊急入院が32名(82.1%)、待機入院が7名(17.9%)であった。オンライン面会までの入院期間では6日以内が14名(35.9%)、7日以上が25名(64.1%)であった。眠剤の使用の変化では減少が5名(12.8%)、増加が9名(23.1%)であった。

食事摂取量の変化なし・増加群では、男性が22名(45.8%)、女性が26名(54.2%)であった。年代では64歳以下が6名(12.5%)、65-74歳が7名(14.6%)、75-84歳が12名(25.0%)、85歳以上が23名(47.9%)であった。入院理由では緊急入院が42名(87.5%)、待機入院が6名(12.5%)であった。入院までの入院期間では6日以内が15名(31.3%)、7日以上が33名(68.7%)であった。

食事摂取量の減少群について割合の高い要因は、緊急入院82.1%、入院7日以上が64.1%、女性が61.5%、75-84歳が43.6%、85歳以上が35.9%であった。食事量の変化なし・増加群では割合の高い要因は、緊急入院が42名(87.5%)、入院期間7日以上が68.7%、女性が54.2%、85歳以上が47.9%であった。

6. 75歳未満群, 75歳以上群の2群間と食事摂取量, 眠剤使用量の変化と各要因との関連

75歳未満は21名(24.1%)、75歳以上は66名(75.9%)であった。

75歳未満群では男性12名(57.1%)女性が9名(42.9%)であった。入院理由では緊急入院が18名(85.7%)、待機入院が3名(14.3%)であった。オンライン面会までの入院期間では6日以内が11名(52.4%)、7日以上が10名(47.6%)であった。食事摂取量の変化では減少が8名(38.1%)、増加が6名(28.6%)であった。眠剤使用量の変化では眠剤なしから変化なしが12名(57.0%)、眠剤ありから変化なし、眠剤なしからありがいずれも3名(14.3%)、眠剤ありから増加、眠剤ありから減少、眠剤ありからなし、いずれも1名(4.8%)であった。

75歳以上では男性が25名(37.9%)、女性が41名(62.1%)であった。入院理由では緊急入院が56名(84.8%)、待機入院が10名(15.2%)であった。オンライン面会までの入院期間では6日以内が18名(27.3%)、7日以上が48名(72.2%)であった。食事摂取量の変化では減少が31名(47.0%)、増加が27名(40.9%)であった。眠剤使用量の変化では眠剤なしから変化なしが29名(43.9%)、眠剤ありから変化なしが

15名(22.7%)、眠剤なしからあり、眠剤ありから増加、眠剤ありから減少、いずれも6名(9.1%)、眠剤ありからなしが4名(6.1%)であった。 χ^2 検定では有意差は認めなかった。

VI. 考 察

オンライン面会前後の食事摂取量の平均と眠剤使用量の増減については、優位な差はみられなかった。患者概要別に考察する。

1. 性別

男性は眠剤使用において37名中19名(51.4%)が眠剤を使用しており、このうち7名(18.9%)が増加している。女性の場合、50名中6名(12.0%)の女性が眠剤なしからありへ増加しており、眠剤ありから変化なしも9名(18.0%)であり眠剤使用者は多い。しかし眠剤ありからなしに転じた割合は男性より女性の方が高い値であった。男女ともにオンライン面会が睡眠の質向上に効果を示したとは言えない。女性は食事摂取量の平均値は減少してはなかったが48.0%の女性は減少しており、眠剤使用が減少したのも16.0%と少なかった。長田ら(1999)の調査において女性のほうが近所の人間関係や家族との交流、つまり対人関係が幸福感と強く関連しており、葭原ら(2004)の調査では食欲とQOLが有意に関連していた。しかし本研究では、オンライン面会と女性の食欲との間に関連はなかった。入院前の家族等との交流の程度を含めた調査が必要であると考えられる。

2. 年齢

64歳以下では30%が眠剤なしから投薬開始になっており、使用量が減少したのは0%であった。オンライン面会前に眠剤を使用していなかった割合が90%と高かったためこれは大きい変化である。一方、食事摂取量は面会前後共に8.7で変化がなかった。以上から本研究では、64歳以下においてオンライン面会は食事摂取量の増加、眠剤使用量の減少には関連しなかった。

75-84歳はオンライン面会后最も食事摂取量が減少しており、その差が0.6と最も大きかった。一方、眠剤使用について20.7%も減少していた。したがって食事摂取と眠剤使用の変化は相関していない。睡眠不足により交感神経活性が亢進すること、インスリン抵抗性が亢進すること、食欲亢進、活動性低下を来すことが報告されている(前村,2019)一方、薬剤と食欲の調査では、睡眠薬の服用者にのみ食欲不振と関連している報告もある(Notomi et al.2023)。患者の病状や治療内容、服薬内容により、食欲や睡眠状態は左右されるため、オンライン面会の効果を評価するには一定の治療の条件下で調査をする必要がある。

85歳以上では48.7%において食事摂取量が増加していたが、平均値で示す食事摂取量の変化はなかった。眠剤使用については増加したのが21.6%と減少の2倍であり、かつ54.1%がオンライン面会前から眠剤を使用していた。高齢者では生理的な加齢により睡眠の質が低下することが報告されており

(三島,2010)、本研究でも85歳以上で特に眠剤使用が多かった。前期高齢者と比較し後期高齢者では家族との会話により主観的幸福感が高まることが報告されている(岡本,2000)。家族との会話はQOLへの影響が大きく、「気分が落ち込む」「寂しさを感じる」割合が低いとの報告もある(岡本,2000)。しかし、本研究では85歳以上においてオンライン面会による食欲、睡眠への効果は認められなかった。オンライン面会での限られた時間や画面上でのコミュニケーションが患者にとって有意義な時間となるような工夫を検討する必要がある。

3. 入院理由

本研究では、緊急入院に対するオンライン面会の食欲、睡眠への効果はみられなかった。緊急入院患者では、食事摂取量は変化がなかった。緊急入院では、眠剤なしからありへ転じた件数は全体の9名中7名(77.7%)を占めたことから緊急入院では、睡眠障害が誘発される患者が多い。また面会后も、13名(17.6%)は眠剤使用量が増加していた。粟生田ら(2007)の研究では、緊急入院はせん妄発生の誘因の一つであることが報告されており、せん妄により眠剤の使用が必要となった事例の存在も推測される。

待機入院患者では、面会前より眠剤使用者が69.2%と緊急入院の約2倍を占めた。食事摂取量は面会前後で変化はないが、前後ともに食事摂取量は平均よりも0.5~0.6高く安定している。待機入院患者はコロナ禍で面会制限があることを理解した上で入院していることや、入院前より入退院マネジメント管理システム: Patient Flow Management (PFM)により予測的に合併症予防に取り組んでいる(令和2~3年度の待機入院患者へのPFM介入率60.1%実績)こともあり、患者が積極的に治療に向き合う傾向にある。よってオンライン面会による影響は低いことも推測される。

4. オンライン面会までの入院期間

オンライン面会までの入院期間が6日以内では食事摂取量が0.6減少しており、眠剤使用量が増加したのは29名中9名(31.0%)、眠剤なしからありへ変化したのが4名(13.8%)と眠剤の使用は増加していた。入院直後はせん妄の発生が高い報告(長谷川,1999;飯高,1993)があるように、急性期においてせん妄や不眠があった場合、その対応として眠剤が使用される場合が多い。入院期間が6日以内の患者ではオンライン面会の食欲、睡眠への効果は少なかったと考えられる。また眠剤が中止となった5名は全て入院期間7日以上患者に認められたことから、入院期間中の治療内容や環境への適応等の有無について、さらに調査をすることが必要であると考えられる。

研究の限界

A病院で初回オンライン面会を行った患者の74.5%が食事摂取量を観察できなかったことから87名のみの母数での調査となった。また対象者の病態や治療内容を調査対象にしておらず、それらの食欲や睡眠への影響についての分析ができていない。よって、一般化には、対象者の拡大と治療内容や

服薬状況の統一性が必要である。本研究は、食事摂取量と眠剤使用量の変化のみの調査であり、オンライン面会前後の比較に有意差がなかったことから、効果を評価するには十分とは言えない。オンライン面会を行ったあとの患者の主観的な不安の変化、患者の意思決定への影響の有無についての調査を、既存の主観的幸福感や QOL の評価法を用いて行うことにより、オンライン面会の効果を示唆することができると思われる。なお、オンライン面会を実施しなかった患者には、連絡が取れる家族がないケースやオンライン面会が必要ない程度の短期入院などが考えられるため、本調査では、オンライン面会を実施した患者のみを対象とした。そのため食事量や眠剤の使用量の変化については、オンライン面会以外の要因が含まれていることに留意が必要である。

VII. 結 論

1. オンライン面会前後で食事摂取量の変化はなく、眠剤使用量は減少するよりも増加した患者が多かったことから、オンライン面会の効果は認められなかった。
2. 75-84 歳では、オンライン面会后食事摂取量は減少したものの、眠剤使用量も減少しており食欲と睡眠との関連はみられなかった。
3. 初回オンライン面会が入院 6 日以内の患者では、食事摂取量の減少と眠剤使用量の増加がありオンライン面会の効果は乏しいが、入院 7 日以降の患者ではオンライン面会后に眠剤使用量が減少する傾向がみられた。

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

- 粟生田友子, 長谷川真澄, 太田喜久子, 南川雅子, 橋爪淳子, 山田恵子, (2007) 一般病院に入院する高齢患者のせん妄発症と環境およびケア因子との関連. 老年看護学, 12 (1), 21-31.
- 藤村真紀, 石橋みゆき, 佐々木ちひろ, 山崎由利亜, 正木治恵, (2022). 特別養護老人ホームに入所している認知症を有する高齢者の家族との面会の有り様. 千葉看護学会誌, 28(1), 1-10.
- 長谷川真澄, (1999). 急性期の内科治療を受ける高齢患者のせん妄の発症過程と発症因子の分析. 老年看護学, 4 (1), 36-46.
- 井出ともみ, 岩渕裕香, 高原有貴, 高尾ゆきえ, (2022). 重症 COVID-19 患者への継続的なオンライン面会の提供が患者・家族ケアに有効であった一例. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 49 (1), 20-22.
- 飯高哲也, (1993). せん妄の臨床経過と予後. 精神医学, 35(10), 1089-1095.
- 前村浩二, (2019). 睡眠・サーカディアンリズムと心不全. 日本臨牀, 77 増刊号 2, 579-586.
- 峯松亮, (2005). 施設入所痴呆高齢者の状態と家族の面会回数との関係. Geriatric Medicine, 43 (3), 519-523.
- 三島和夫, (2010). 睡眠の制御メカニズムとその加齢変化. 老年精神医学雑誌, 21 (9), 939-949.
- 長田篤, 山縣然太郎, 中村和彦, 宮村季浩, 浅香昭雄, (1999). 地域後期高齢者の主観的幸福感とその関連要因の性差. 日本老年医学会雑誌, 36 (12), 868-873.
- 野村和子, 石谷嘉章, 中村ミドリ, (2000). 老人に対する家族の面会行動調査. 藍野学院紀要, 13, 63-68.
- Notomi, S., Kitamura, M., Yamaguchi, K., Komine, M., Sawase, K., Nishino, T., & Funakoshi, S. (2023). Anorexia assessed by simplified nutritional appetite questionnaire and association with medication in older patients undergoing hemodialysis. Biological and Pharmaceutical Bulletin, 46 (2), 286-291.
- 岡本和士, (2000). 地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連. 日本老年医学会雑誌, 37 (2), 149-154.
- 齋藤加奈子, 吉田亜未, 西之園久雄, (2016). 回復期リハビリテーション病棟入院患者のリハビリ意欲に影響する要因～患者のリハビリ意欲を支えるアプローチ～. 国際リハビリテーション看護研究会誌, 15 (1), 51-54.
- 流石ゆり子, 伊藤康児, (2007). 終末期を介護老人福祉施設で暮らす後期高齢者の QOL とその関連要因. 老年看護学, 12 (1), 87-93.
- 白岩加代子, 村田伸, 堀江淳, 大田尾浩, 村田潤, 宮崎純弥, (2013). 地域在住高齢者の睡眠状況と Quality of life の関係. ヘルスプロモーション理学療法研究, 3 (3), 103-107.
- 葭原明弘, 清田義和, 片岡照二郎, 花田信弘, 宮崎秀夫, (2004). 地域在住高齢者の食欲と QOL との関連. 口腔衛生学会雑誌, 54 (3), 241-248.

◇研究報告◇

A 病院における外来看護師の入院時支援の実態と
実施を促進する関連要因の検討徳永明美¹⁾*, 今村桃子²⁾

【目的】 外来機能は 2018 年入院時支援加算新設を契機に重要視され、外来看護師の資質向上が課題となっている。そこで、外来看護師の入院時支援の実態と実施を促進する関連要因を検討した。

【方法】 A 病院外来看護師 64 名を 2022 年 1 月に実態調査した。無回答を除外した 40 名（有効回答率 62.5%）を分析対象とし、記述集計後に χ^2 検定を用いて分析した。

【結果】 入院時支援の持参薬の確認を 62.5%、治療・検査説明と患者情報収集を 55.0%実施していたが、褥瘡や栄養評価、退院困難リスク、介護サービス利用の把握、入院生活の説明は低い実施率であった。入院時支援の知識や外来看護師の役割意識がある者は支援の実施割合が高かった。

【結論】 A 病院では持参薬の確認、治療・検査説明と患者情報収集が支援されており、促進する要因は知識と役割意識に関連していた。今後は、外来看護師の資質向上のため院内研修や入院時支援のシステムを充実することが重要と考える。

【キーワード】 外来看護師、入院時支援、実態調査、知識、役割意識

I. はじめに

超高齢社会を背景に在院日数短縮化が進み、2008 年退院調整加算新設以降は外来治療を継続する患者が増加し、外来看護師に在宅療養支援が求められるようになった（塚越ら、2016）。その後、退院支援に関する内容が診療報酬改定毎に評価され、地域包括ケアシステムと医療機能の強化や連携推進のため、2016 年度に退院支援加算が新設された。そして、2018 年度には入院前から退院までの連続性の高い支援に重きが置かれ、退院支援加算が入退院支援加算に名称変更され、円滑な入退院支援のため予定入院患者に入院前から外来で支援を実施する入院時支援加算も新設された（厚生労働省、2018）。その内容は入院前に外来で患者背景を情報収集し、治療や入院生活の説明、利用サービスの状況確認、服薬の確認、退院困難リスク評価、褥瘡評価や栄養スクリーニングなど 8 項目を支援し病棟と連携することである（厚生労働省、2018）。これを契機に退院困難リスクを意識した重症化予防など外来機能が重要視され、患者の不安軽減と円滑な入退院支援のため（吉

川ら、2015）外来看護師の資質向上が喫緊の課題となっている（横内ら、2019）。

しかし、外来看護配置基準は 30 : 1 と 1948 年から変わっていない。そして、多忙な外来環境では診療報酬上で加算がつかなければ外来看護師が支援に取り組むことが難しい（錦織ら、2017）といわれている。そんな外来環境のなか、算定率は低いが入院時支援加算を 2018 年度より算定を開始し、2021 年度入退院支援加算算定 125.9 件/月、算定率 62.4%、入院時支援加算算定 1.4 件/月、算定率 1.2%である A 病院の外来看護師に 3 年経過後の実態調査をした。そこで、この実態調査より入院時支援の関連要因を検討し、円滑に入院時支援を進めるための示唆を得るところに本研究の意義があると考えられる。

II. 目的

A 病院外来看護師の資質向上を図るため、入院時支援の実態を調査し実施を促す関連要因を検討する。

受付日：2023 年 4 月 15 日 / 受理日：2024 年 9 月 6 日

1) 国際医療福祉大学福岡保健医療学部看護学科 元医療法人社団高邦会高木病院 2) 国際医療福祉大学福岡保健医療学部看護学科

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

【用語の定義】

入院時支援：予定入院患者に対して、患者の不安軽減と円滑な入退院支援のために患者背景の情報収集をはじめ、治療や入院生活の説明、利用サービスの状況確認、服薬の確認、退院困難リスク評価、褥瘡評価や栄養スクリーニングなど入院前に外来で行う支援である（厚生労働省,2018）。

Ⅲ. 方 法

1. 調査対象者

A 病院の外来責任者と外来看護師 64 名を対象とし、独自の支援が必要な産婦人科と小児科の専従外来看護師を除外した。A 病院は外来診療 39 科目、外来患者数 717.7 名/日で当日入院患者数 18.3 名/日（内、予定入院患者数 6.4 名/日）、在院日数 14.9 日のケアミックス型病院で許可病床 506 床である。また、年間 2500 件の救急搬送を受け入れている。

2. 調査方法

2022 年 1 月 20 日～30 日に自記式質問紙調査を実施し、外来に設置した投函箱にて回収した。

3. 調査内容

内容は全 38 項目を調査した。外来看護師の支援の実態を把握するため、入院時支援 8 項目と在宅療養支援 15 項目を調査したが、本研究では在宅療養支援の分析は未実施のため記載を省く。

「入院時支援」は「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」「持参薬の確認」「入院中に行われる治療・検査説明」「入院生活の説明」「退院困難な要因の有無の評価」「入院前に利用していた介護サービスまたは福祉サービスの把握」の 8 項目で、入院時支援の実施状況は調査日から遡って約 1 年の間に関わった予定入院患者にどの程度支援したかについて「全くしなかった」「半分より少なかった」「半分より多かった」「全員におこなった」の 4 件法で尋ねた。尚、A 病院の予定入院患者数は各診療科で大差があり同看護師が常に同診療科を担当するとは限らない。よって、患者実数では偏りが生ずる可能性があり、実施程度は関わった予定入院患者の半分以上かどうかを基準とした。

次に、関連要因を検討するため基本属性、「認識」「入退院支援への関心」「研修参加状況」を調査した。基本属性は性別、年齢、看護師経験年数、外来所属経験年数、勤務年数、取得免許を尋ねた。「認識」は外来看護師の看護方針に対する役割意識として「外来の看護方針を理解し日頃から意識しているか」、入院時支援の知識として「入院時支援の知識があるか」、入退院支援への関心度として「入退院支援に関心があるか」を問い、それらについて「とてもある」「ややある」「あまりない」「全くない」の 4 件法で尋ねた。「研修参加状況」は、調査日から遡って約 1 年の間に入退院支援に関する研修状況を院内と院外に分けて、その有無を「参加あり」「参加なし」の 2 件法で尋ねた。

4. 分析方法

集計は無回答を除外して記述集計を行い、入院時支援の実施状況の割合、研修参加状況を算出した。今回、外来の看護方針に対する役割認識、入院時支援の知識について χ^2 検定をおこなった。尚、分析は役割意識や知識が「とてもある」「ややある」を「あり群」に「あまりない」「全くない」を「なし群」とし 2 群間に分けた。また、支援の実施程度を半分以上と半分以下に分け「全くしなかった」「半分より少なかった」と「半分より多かった」「全員におこなった」の 2 群間で比較検討した。有意水準は 5%とし、統計処理には Excel2019 MSO を用いた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者に研究目的、個人情報保護の保護、得られたデータは研究以外の目的には使用しないこと、参加による不利益がないこと、情報の漏出防止について書面にて説明し研究協力は署名をもって同意を得た。

また、本研究は高木病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅴ. 結 果

調査対象 64 名のうち無回答を除外して、協力が得られた 40 名（有効回答率 62.5%）を分析対象とした。

1. 基本属性および研修参加状況

対象者は全員女性で、平均年齢は 44.0 歳 ($SD \pm 12.0$) であった。看護師としての平均経験年数は 19.3 年 ($SD \pm 11.2$) で、外来での所属経験年数は 5 年以上 10 年未満が 30.0% を占め、平均 7.9 年 ($SD \pm 6.5$) であった。勤務形態は正職員が 57.5% で、その内訳はフルタイム勤務 50.0%、時間短縮勤務 7.5% であった。また、非常勤勤務は 42.5% であった（表 1）。次に、入退院支援に関する研修は院外で 5.0%、院内で 12.5% と低い参加率であった。

2. 入院時支援の実施状況

外来看護師の入院時支援の実施状況は、最も支援されていた「持参薬の確認」でも「半分より多かった、全員におこなった」と回答した者が 62.5% であった。次いで「入院中に行われる治療・検査の説明」と「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」が 55.0% 実施されていた。他の 5 項目は「全くしなかった、半分より少なかった」と回答した者が 85.0～97.5% であった（表 2）。

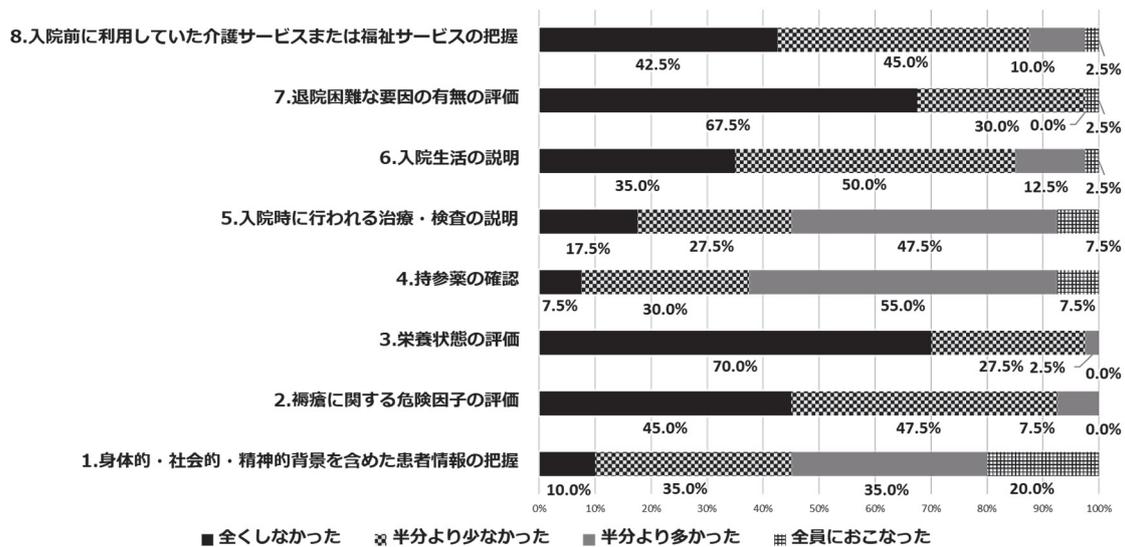
3. 入院時支援と知識との比較

外来看護師の知識は「知識あり群」11 名（27.5%）、「知識なし群」29 名（72.5%）であった。2 群間で χ^2 検定により比較検討し、入院時支援の 8 項目との関連を表 3 に示した。その結果、「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」 ($p < .05$) 「持参薬の確認」 ($p < .05$) 「入院時に行われる治療・検査の説明」 ($p < .05$) の 3 項目が有意に関連していた。そして、この 3 項目は入院時支援に関する知識があることが支援の実施に関係していた。

表1 対象の基本属性

対象者の基本項目		n=40	(%)	平均値 (±SD)
性別	男性	0	(0.0)	
	女性	40	(100.0)	
年齢	20歳代	8	(20.0)	
	30歳代	5	(12.5)	
	40歳代	13	(32.5)	
	50歳代以上	14	(35.0)	44.0(±12.0)
看護職としての通算経験年数	3年未満	2	(5.0)	
	3年以上 5年未満	5	(12.5)	
	5年以上10年未満	4	(10.0)	
	10年以上20年未満	5	(12.5)	
	20年以上	24	(60.0)	19.3(±11.2)
外来での所属経験年数	3年未満	7	(17.5)	
	3年以上 5年未満	9	(22.5)	
	5年以上10年未満	12	(30.0)	
	10年以上20年未満	9	(22.5)	
	20年以上	3	(7.5)	7.9(±6.5)
勤務形態	正職員:フルタイム勤務	20	(50.0)	
	正職員:時間短縮勤務	3	(7.5)	
	非常勤職員 (パートタイマー・嘱託等)	17	(42.5)	
取得免許	看護師	34	(85.0)	
	保健師	0	(0.0)	
	准看護師	6	(15.0)	

表2 外来看護師の入院時支援の実施状況



4. 入院時支援と役割意識との比較

外来看護師の役割意識は「意識あり群」25名(62.5%)と「意識なし群」15名(37.5%)であった。2群間で χ^2 検定により比較検討し、入院時支援の8項目との関連を表4に示した。その結果、「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」($p<.001$)「持参薬の確認」($p<.001$)「入院時に行われる治療・検査の説明」($p<.001$)の3項目が有意に関連していた。そして、この3項目は外来の看護方針への役割意識があることが支援の実施に関係していた。

VI. 考 察

1. A病院における外来看護師の入院時支援の実態

本研究では、A病院の外来看護師に入院時支援加算算定より3年経過後の実態調査をした結果、「身体的・社会的・精神

的背景を含めた患者情報の把握」「持参薬の確認」「入院中に行われる治療・検査の説明」の支援に関わった予定入院患者の半数以上または全員に、約5~6割の外来看護師が実施していたことが明らかとなった。これは中心業務である診療の補助場面で実施できる3項目であり、診療に同席した際に患者情報を把握しわかりやすく治療や検査を説明し、持参薬の確認をして休薬等の必要性を査定していたことがうかがえる。最も支援されていた持参薬の確認は、休薬確認と共に予定期間内で安全に入院治療が行われるためには重要な支援である。また、多忙な外来では患者情報の把握は難しい(錦織ら, 2017)と言われている中、A病院の外来看護師は主体的に信頼関係を構築し、瞬時に患者情報の把握と治療や検査説明を実践し、患者の不安軽減に努めていたことが予測される。

表3 外来看護師の入院時支援の実施状況と知識との比較

入院時支援の項目	支援の割合	知識あり群		知識なし群		p値
		n = 11		n = 29		
1.身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握	全くしなかった、半分より少なかった	2	(18.2)	16	(55.2)	*
	半分より多かった、全員に行った	9	(81.8)	13	(44.8)	
2.褥瘡に関する危険因子の評価	全くしなかった、半分より少なかった	9	(81.8)	26	(89.7)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	2	(18.2)	3	(10.3)	
3.栄養状態の評価	全くしなかった、半分より少なかった	10	(90.9)	28	(96.6)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	1	(9.1)	1	(3.4)	
4.持参薬の確認	全くしなかった、半分より少なかった	1	(9.1)	13	(44.8)	*
	半分より多かった、全員に行った	10	(90.9)	16	(55.2)	
5.入院時に行われる治療・検査の説明	全くしなかった、半分より少なかった	2	(18.2)	16	(55.2)	*
	半分より多かった、全員に行った	9	(81.8)	13	(44.8)	
6.入院生活の説明	全くしなかった、半分より少なかった	9	(81.8)	24	(82.8)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	2	(18.2)	5	(17.2)	
7.退院困難な要因の有無の評価	全くしなかった、半分より少なかった	10	(90.9)	28	(96.6)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	1	(9.1)	1	(3.4)	
8.入院前に利用していた介護サービスまたは福祉サービスの把握	全くしなかった、半分より少なかった	9	(81.8)	25	(86.2)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	2	(18.2)	4	(13.8)	

注1) 表中の数値：n (%) 注2) *p<.05 **p<.01 ***p<.001 n.s. not significant

表4 外来看護師の入院時支援の実施状況と役割意識との比較

入院時支援の項目	支援の割合	意識あり群		意識なし群		p値
		n = 25		n = 15		
1.身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握	全くしなかった、半分より少なかった	6	(24.0)	12	(80.0)	***
	半分より多かった、全員に行った	19	(76.0)	3	(20.0)	
2.褥瘡に関する危険因子の評価	全くしなかった、半分より少なかった	22	(88.0)	26	(93.0)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	3	(12.0)	3	(6.7)	
3.栄養状態の評価	全くしなかった、半分より少なかった	23	(92.0)	14	(93.3)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	2	(8.0)	1	(6.7)	
4.持参薬の確認	全くしなかった、半分より少なかった	3	(12.0)	10	(66.7)	***
	半分より多かった、全員に行った	22	(88.0)	5	(33.3)	
5.入院時に行われる治療・検査の説明	全くしなかった、半分より少なかった	3	(12.0)	10	(66.7)	***
	半分より多かった、全員に行った	22	(88.0)	5	(33.3)	
6.入院生活の説明	全くしなかった、半分より少なかった	20	(80.0)	14	(93.3)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	5	(20.0)	1	(6.7)	
7.退院困難な要因の有無の評価	全くしなかった、半分より少なかった	23	(92.0)	14	(93.3)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	2	(8.0)	1	(6.7)	
8.入院前に利用していた介護サービスまたは福祉サービスの把握	全くしなかった、半分より少なかった	20	(80.0)	14	(93.3)	n.s.
	半分より多かった、全員に行った	5	(20.0)	1	(6.7)	

注1) 表中の数値：n (%) 注2) *p<.05 **p<.01 ***p<.001 n.s. not significant

しかし、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」「入院生活の説明」「退院困難な要因の有無の評価」「入院前に利用していた介護サービスまたは福祉サービスの把握」は8割以上の外来看護師が、関わった予定入院患者の殆どに支援していない実態が明らかとなった。これは、入院時支援算定率が1.4%と低いA病院では、入院時加算算定3年経過後も外来での支援として定着していないことがうかがえる。また、評価が必要な支援は状態を確認してアセスメントするための時間を要し、救急搬送患者が多いA病院外来では時間的

制約があることが考えられる。しかし、2021年日本看護協会による病院看護・外来看護実態調査(日本看護協会,2022)では、一般外来における看護職員58.3%が支援を要する患者の抽出ができ、スクリーニングシート活用は30.4%と報告されている。また、多忙な外来では経験や価値観に左右されずに情報共有と早期介入ができるスクリーニング機能が必要(徳永ら, 2021)であり、A病院の円滑な入退院支援のためには、スクリーニング機能を強化し外来看護師による支援の実施を定着させることが重要である。

そして、「入院前に利用していた介護サービスまたは福祉サービスの把握」は介護保険や福祉の知識が必要なため、外来看護師の在宅サービスに関連した支援の実施は低い傾向（坂井ら, 2011; 徳永ら, 2021）にあり、本研究でも同様の結果となった。しかし、外来看護師は在宅療養生活を理解した上で、受診状況の情報発信や病棟と地域をつなぐ役割（横内ら, 2019）があり、入院時支援加算新設以降は入院前からの外来支援が推奨され、2021年日本看護協会による病院看護・外来看護実態調査（日本看護協会, 2022）では、一般外来における看護職員68.2%が他施設や行政機関との連携ができていると回答している。よって、A病院の円滑な入退院支援のためには、日頃から他施設や行政機関との連携を図るシステムの構築、並びに教育の推進が必要であると考えられる。

2. A病院の入院時支援の実施に関連する要因

本研究の結果、入院時支援の知識があると回答した者は27.5%だが、外来の看護方針を理解し日頃から役割意識があると回答した者は62.5%存在した。さらに「身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握」「持参薬の確認」「入院時に行われる治療・検査の説明」の3項目は、入院時支援の知識がある者や外来の看護方針を理解し日頃から役割意識がある者の方が、ない者に比べ支援が実施できており関連があったことが明らかとなった。先行研究（徳永ら, 2021）でも知識や役割意識は支援の実施と関連があり、外来に明確な方針や理念がある病院は新たな取り組みを取り入れやすい（錦織ら, 2017）と言われている。A病院においても外来方針を明確にして個々の外来看護師の役割意識を向上させることが重要である。

また、退院支援の継続的な院内教育は支援実施に効果的（大崎ら, 2009）であり、2021年日本看護協会による病院看護・外来看護実態調査（日本看護協会, 2022）では、外来医療や看護を取り巻く環境が大きく変わる中、今後の取り組みとして外来看護職員の人材育成が70.8%を占めた。これから益々、自院の状況にあった院内教育システムの構築は重要になる。しかし、時間短縮勤務と非常勤務で半数を占めるA病院外来看護師の入退院支援の院内研修参加率は1割程度であった。このことから、個々の外来看護師が都合の良い時間に参加できるWEBセミナーを有効活用し、全職員が参加できる院内教育のシステムを構築して充実させる必要性が示唆された。

Ⅶ. 結 論

今回、A病院の外来看護師に入院時支援加算算定より3年経過後の実態調査をし、入院時支援の実施を促す関連要因を検討した。

1. 本研究では、入院時支援のうち患者情報把握、持参薬確認、治療検査の説明は5~6割の外来看護師が支援していたが、褥瘡評価、栄養評価、入院生活の説明、退院困難リスクの評価、入院前サービスの把握は、8割以上の外来看護師が殆ど支援していない実態が明らかとなった。

2. 本研究では、患者情報把握、持参薬確認、治療検査の説明は、知識や役割意識があると回答した者の方が、ないと回答した者に比べ支援の取り組みが行われており関連があったことが明らかとなった。

3. 入院時支援の外来看護師の資質向上を図るためには、システムの構築やスクリーニング機能の強化、全職員が参加できる院内教育を充実させることが重要であり、知識を習得し役割意識を高めることが必要である。

尚、ここで得られた結果は一般化するには限界があり、今後サンプル数を増やして信頼性・妥当性を検証していく必要がある。

本研究の内容の一部は第53回日本看護学会学術集会において発表した。

また、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

【謝辞】本研究にご協力下さいました調査対象者の皆様に深く御礼申し上げます。

Ⅷ. 引用文献

- 厚生労働省. (2018). 平成30年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf> (閲覧 2024-08-15)
- 日本看護協会. (2022). 2021年病院看護・外来看護実態調査. 日本看護協会調査研究報告, a7, 69-84.
- 錦織梨紗, 永田智子. (2017). 外来看護師による在宅療養支援ニーズ把握の実態 一般病院を対象とした全国調査. 日本地域看護学会誌, 20 (2), 29-37.
- 大崎瑞恵, 大竹まり子, 赤間明子, 鈴木育子, 小林淳子, 佐藤千史, 叶谷由佳. (2009). 地域中核病院看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果. 日本看護研究学会雑誌, 32 (4), 111-119.
- 坂井志麻, 中田晴美, 柳修平, 犬飼かおり, 服部真理子, 大堀洋子. (2011). 特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識 経験年数別比較と病棟・外来別比較. 東京女子医科大学看護学会誌, 6 (1), 41-51.
- 徳永明美, 今村桃子. (2021). 外来看護師の入院時支援における関連要因の検討. 日本看護学会論文集 急性期看護・慢性期看護, 51, 129-132.
- 塚越徳子, 二渡玉江. (2016). 退院支援を行う看護職を対象とした研究の動向と課題 国内文献レビュー. 群馬保健学紀要, 36, 103-114.
- 横内理乃, 泉宗美恵, 依田純子, 佐藤悦子. (2019). 外来看護における在宅療養支援に関する文献検討. 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル, 5, 45-56.
- 吉川治子, 松田佳織, 廣川美由紀, 時田由美子, 本岡芳子, 中西京子. (2015). 入院支援室における看護の現状と今後の課題. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 13 (1), 66-69.

◇研究報告◇

A 病院 HCU 入室患者の低活動型せん妄発症の現状

高橋真美¹⁾*, 松本実代²⁾

目的: 低活動型せん妄は、見逃されやすく認知症患者が合併した場合、死亡率が高くなる。A 病院 HCU での低活動型せん妄患者について、発症しやすい患者の傾向や特徴を明らかにする。

方法: 3 カ月間 ICDSC を用いて評価し、DMSS を用いて分類した。年齢・VS・血液検査結果・デバイスの有無に対しウェルチの t 検定で分析し、性別・身体抑制・せん妄のリスク因子は χ^2 検定で低活動型群とせん妄未発症群で比較した。

結果: 全 53 症例のうち ICDSC で約 60%がせん妄と判定され、DMSS 分類では低活動型 15 名、過活動型 10 名、混合型 1 名で、重症者であった。せん妄のリスク因子では、体温 ($p=0.03$)、70 歳以上 ($p=0.03$)、身体拘束 ($p=0.004$) と有意な差が認められた。

考察: 体温と年齢・身体拘束が低活動型に関連している。発熱の程度を比較すると、低い順にせん妄未発症群、低活動型せん妄群、過活動型せん妄群であった。また年齢や身体拘束が低活動型の発症を促進させる要因になる可能性が高い。

【キーワード】 低活動型せん妄、重症患者、早期発見、ICDSC

I. はじめに

せん妄は記憶障害や失見当識などの認知機能障害が出現し、さらに注意障害や意識レベルの変動を特徴とする。主な症状として、興奮や妄想、幻覚などが挙げられる。また生活リズムの乱れからくる睡眠障害や、行動過多状態や行動過少状態になる運動障害、そして突然怒り出す、泣き出す、やる気なくなるなど感情が不安定になることがある。

入院患者にせん妄が発症すると、注意障害や理解力や判断能力、記憶力や言語理解能力など認知機能の低下の為に治療に協力が得られにくい。例えば、入院中に起こる転倒や点滴自己抜針などせん妄は医療事故を引き起こす原因の 1 つとなっている。医療全般でせん妄の発症は 18~35%、集中治療室では 7~50%とされ、認知症のせん妄発症率は 18%と推定されている。地域社会におけるせん妄の有病率は比較的 low、1~2%である。しかしその発症時に患者を救急で病院に連れていくことが多い。救急部門ではせん妄はすべての高齢者の 8~17%、老人ホームでは 40%見られる。このことから、病院や施設でのせん妄の発症率が高いことがわかる。

A 病院 HCU (高度治療室 High Care Unit) では、2020 年の調査で入室患者の 37%がせん妄と判定された。A 病院の HCU でのせん妄発症率は先に示した先行研究データと比較すると同じくらいである。しかし、小幡らの 65 歳以上、重症患者、24 時間以上人工呼吸器を装着した患者では低活動型せん妄が多く発症しているという報告から、低活動型せん妄を見落としている可能性がある。

せん妄の一般的な要因として 3 つの因子が指摘されている。一つ目は電解質異常や脱水・感染症などの身体的要因と鎮痛薬の使用など脳に影響を及ぼし、せん妄を引き起こす直接因子である。次に、高齢などの患者特性や、認知症や慢性心疾患・呼吸器疾患などの慢性的な病態など元々患者本人が持っている、せん妄を発症しやすい準備因子がある。三つ目は促進因子で、入院に伴う環境の変化、疾患や治療に伴う身体的・精神的ストレス、身体拘束などが含まれる。この中で準備因子は、もともと患者個人が持っているものなので介入によって変えることは難しい。しかし、促進因子や直接因子は入院に伴い患者に加わったものであるため、入院環境を整えたり身体に加わる侵襲を抑え、急性病態を治療し正常に戻したり、

受付日: 2023 年 4 月 15 日 / 受理日: 2024 年 9 月 6 日

1) 大和高田市立病院 2) 大和高田市立看護専門学校

* E-mail: vftyuikmn1841@gmail.com

薬剤をコントロールするなど医療者の介入で改善が可能となる。また、せん妄の中でも過活動型は症状がわかりやすい為に今までに早期発見や予防方法の研究が行われてきた。例えば、Hshieh (2015)によると促進因子への働きかけにより50%のせん妄発症を抑制したと報告している。しかし、Meagher (2008)は、せん妄の過活動型、低活動型、混合型という3型についての症状の定量性や重症度、特異性について十分に検討されていないと述べている。過活動型せん妄の症状は、興奮や攻撃的な不穏状態であることに對し、低活動型せん妄の症状は無気力・無関心など活気のない状態であり、一見動かないので安定している、または鎮静されているように見える。混合型せん妄は活動型と低活動型の2つが合わさったものであるが、やはり過活動時に注目が集まる。Hshieh (2015)は、このような症状のため、低活動型せん妄はほとんどが見逃されていると言っている。低活動型せん妄に注目して行われた予定手術後の高齢患者のせん妄発症調査では、せん妄全体(74例)のうち67.6%が低活動型せん妄と判定され、過活動型せん妄は1.4%(1例)であった。さらにRobinson (2011)の報告では、低活動型せん妄は高い死亡率や高い褥瘡発生が指摘されている。低活動型は不穏な言動が目立たないので見逃されやすく、随伴症状で精神運動障害があることからうつ病と誤診されることも多い。また、小幡らは低活動型せん妄はせん妄の持続時間が長く、認知症患者に低活動型が合併した場合、死亡率が高くなることを指摘している。せん妄は一過性のものでなく、長期的な影響があるとすれば、せん妄発症の予防が重要となる。以上のことより低活動型せん妄を早期に発見することは、入院中だけでなく退院後も含めた長期的な予後につながることを期待される。

II. 目的

本研究では、一定の調査期間に実際にどれくらいの患者が低活動型せん妄となっているのか、さらに発症に関連する要因を明らかにすることを目的とする。

III. 方法

対象者はA病院HCUに2021年9月から11月末日までに入室している患者(HCU入室2日以上入院した患者)である。状態悪化により入室1ヵ月以内死亡に至るケースがあり、その対象となる患者とその他の患者の飲酒歴、せん妄の既往、全身麻酔の有無、身体拘束、腎疾患、脳血管障害、認知症、70歳以上、過活動型・低活動型せん妄のそれぞれの有無について比較を行った。せん妄の評価は、入室2日目からの患者に対し、ICDSC(Intensive Care Delirium Screening Checklist)を用いて12時間毎に評価した。せん妄を正しく評価できるように、HCU看護師に対してせん妄の3つのタイプについての説明と評価方法のトレーニングを行った。調査項目は、ICDSCの点数、RASS(Richmond Agitation-Sedation Scale: 鎮静スケール)、年齢、性別、病名、バイタルサイン(VS)、

採血データ(脱水に関係する血液検査項目 電解質 CRP)、使用薬剤、認知症、アルコール摂取量、せん妄歴などせん妄アセスメント評価表に基づくもの、身体拘束、デバイスの数(点滴ルート 尿道留置カテーテル 酸素 ドレーン類など順序変数)、疼痛の有無、睡眠状態、ストレス(不快感や違和感など患者自身がストレスと感じたこと)となったもの、危険行動などのイベントとした。せん妄の有無は、観察期間中に一度でもせん妄と判断された場合はせん妄ありと判断した。せん妄を発症しなかった患者はHCU入室2日目以前の入室時や入院時の採血データを使用し、VSなどは入室2日目10時の測定値とした。

せん妄と判定された患者の採血データは、せん妄発症と判定された48時間以内の血液データとし、他の調査項目はせん妄と判定された過去24時間のデータ、VSは発症から最も近い過去のデータとした。ICDSCの評価表は8項目中の4点以上でせん妄と評価される。しかし、せん妄の3つのタイプは判定できないので、DMSS(せん妄サブタイプの評価表 Delirium Motor Subtype Scale)を用いて過活動型・低活動型・混合型に分類を行った。せん妄と診断した際には過活動型、低活動型、混合型の特定を行うように求められているため、分類基準の一つとしてせん妄のサブタイプを使用した。

分析方法は、低活動型群とせん妄にならなかった群(以下、対照群)を年齢、血液検査結果(カリウム、ナトリウム、クロール、CRP、UN、クレアチニン、ヘマトクリット)、バイタルサインとして、体温、心拍数、SpO₂、収縮期血圧、拡張期血圧、酸素投与量、デバイスの有無のそれぞれに対してウェルチのt検定(Welch's t-test)を実施した。年齢、血液検査結果については平均値を使用した。性別やせん妄歴・認知症の有無などせん妄アセスメント評価表の項目などは χ^2 検定を行った。有意水準は5%未満とした。

IV. 倫理的配慮

せん妄評価を行う際、対象者に研究意義、目的、研究参加はあくまでも自由意志に基づくものであり撤回がいつでも可能であること、それにより不利益がないこと、収集したデータは研究メンバー間のみ共有であり研究目的以外では利用しないこと等をHCU入室時に書面及び口頭で説明し、さらにオプトアウト用紙に記載した研究目的などを病院のホームページに掲載して理解し同意していただいた上で評価を行った。ただし、入室時に意識障害が見られる場合は近親者または介護者に代理で説明用紙にて説明を行った。患者のプライバシーを守るため利用する情報から個人情報情報は削除する。本調査は非侵襲的であり、大和高田市立病院倫理委員会に申請し承認を得た。倫理委員会の承認番号はR3-14である。

V. 結果

A病院では2021年9月から11月末日まで53例の症例をデータ収集した。HCU入室2日以降に、ICDSC評価表で4

点以上となった方は 32 名で約 60%がせん妄と判定された。DMSS スケールでせん妄の種類に分けると、過活動型せん妄は 10 名、低活動型せん妄は 15 名、混合型せん妄は 1 名、せん妄なしは 27 名であった。そのうち、HCU 入室後 1 ヶ月以内に死亡した人は、10 名（全体の 19%）であった。さらに、1 ヶ月以内に死亡した人の中で、70 歳以上は 9 名、せん妄なし 6 名、過活動型せん妄 1 名、低活動型せん妄 3 名、認知症あり 8 名、脳血管疾患あり 6 名、腎疾患 6 名であった。HCU 入室後 1 ヶ月以内の死亡 10 名の内訳を図 1 に示す。また発熱者は 16 名、うち過活動型せん妄 4 名、低活動型せん妄 9 名、混合型せん妄 0 名、せん妄にならなかった方 3 名、体温平均値は過活動型せん妄 37.3℃、低活動型せん妄 37.3℃、混合型せん妄 36.5℃、せん妄にならなかった方 36.9℃となった。最小値は過活動型せん妄 36.7℃、低活動型せん妄 36.5℃、混合型せん妄 36.5℃、せん妄にならなかった方 35.9℃となった。また最大値は、過活動型せん妄 38.4℃、低活動型せん妄 38.8℃、混合型せん妄 36.5℃、せん妄にならなかった方 39.2℃となった。体温平均値、最小値、最大値を図 2 に示す。今回、低活動型群 15 名と対照群 27 名でウェルチの t 検定 (Welch's t-test) を実施した。結果、バイタルサインでは体温のみが低活動型群 37.3℃、対照群 36.9℃、 $p=0.03$ で有意な差が認められた ($p<0.05$)。SpO₂・心拍数・酸素投与量に有意な差は認め

られなかった。血液検査結果のカリウム、ナトリウム、クロール、UN、ヘマトクリットにおいても有意な差は認められなかった。発熱に関する血液検査結果の CRP についても、低活動型群 9.3mg/dl、対照群 6.9mg/dl、 $p=0.38$ と有意な差を認めなかった。採血データと VS・デバイス・酸素投与量の比較を表 1 に示す。せん妄アセスメントの項目においては、70 歳以上、性別、脳血管疾患、アルコール、認知症、せん妄の既往、ベンゾジアゼピン系の使用、全身麻酔の項目などにおいて低活動型群と対照群を χ^2 検定を用いて比較した。結果、年齢 70 歳以上の項目で低活動型群は 70 歳以下が 0 名、70 歳以上 15 名、対照群は 70 歳以下 7 名、70 歳以上 20 名で $p=0.03$ と身体抑制の有無で $p=0.004$ と有意な差が認められ、他の項目で有意な差は認められなかった。せん妄アセスメント項目・身体拘束の比較を表 2 に示す。

VI. 考 察

Robinson (2011) は、せん妄の種類の中でも低活動型せん妄は予後を悪くすると指摘しているが、A 病院では HCU 入室後 1 ヶ月以内に死亡された方の割合は低活動型せん妄は 30%であり、過活動型せん妄は 10%、せん妄なしは 60%であり、せん妄の種類による予後の違いに大きな差はみられなかった。HCU 入室後 1 ヶ月以内に死亡した方の内、70 歳以

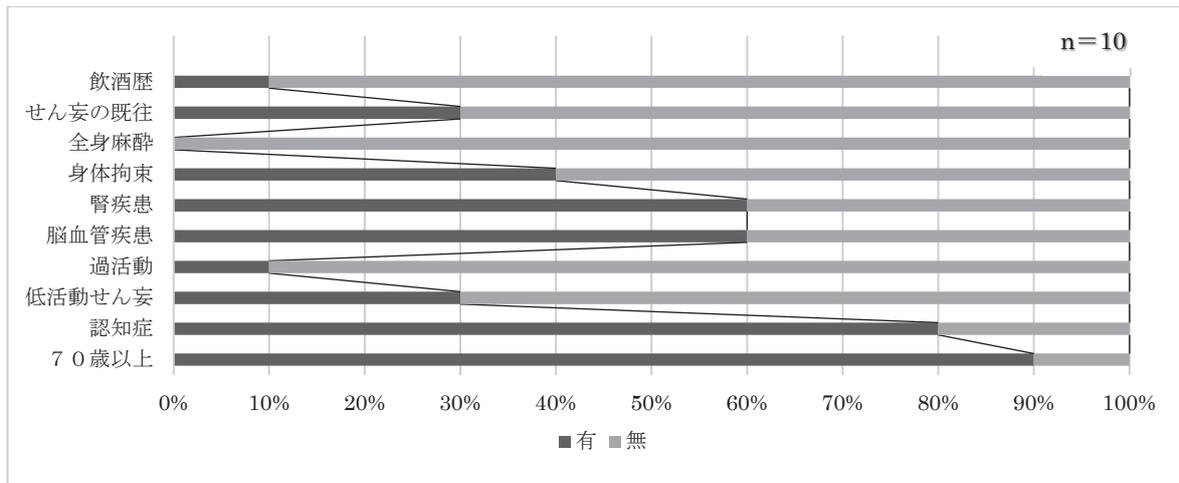


図 1 HCU 入室 1 ヶ月以内に死亡された方 10 名のデータの比較

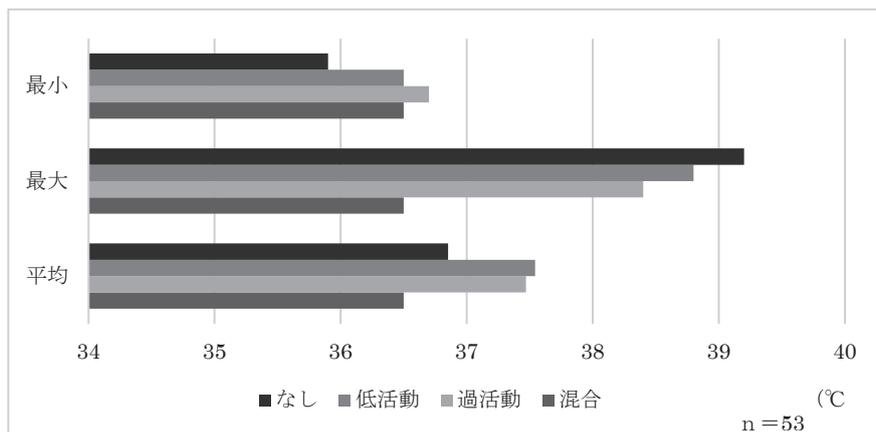


図 2 体温平均値

表1 採血データとVS・デバイス・酸素投与量の比較 $n=42$

	低活動群	対照群	p
Age (歳)	83.5(7.7)	78.8(10.2)	0.1
K (mEq/L)	7.2(10.5)	4.3(0.9)	0.3
NA (mEq/L)	137.4(4.5)	137.9(5.2)	0.77
Cl (mEq/L)	100.5(5.7)	103.6(4.7)	0.08
CRP (mg/dl)	9.3(8.6)	6.9(8.3)	0.38
UN (mg/dl)	35.4(26.9)	29.8(15.5)	0.46
CRE (mg/dl)	1.7(1.4)	2.0(3.0)	0.65
Ht (%)	34.6(6.6)	33.3(5.7)	0.52
体温 (°C)	37.3(0.6)	36.9(0.8)	0.03*
SpO2 (%)	97.1(2.3)	96.2(4.1)	0.36
心拍数 (回/分)	89.5(19.6)	84.0(14.6)	0.34
収縮期血圧 (mmHg)	123.2(22.8)	117.7(17.2)	0.42
拡張期血圧 (mmHg)	67.7(15.4)	66.9(14.4)	0.86
酸素投与量 (ℓ/分)	2.7(1.9)	1.9(1.6)	0.2
デバイス	3.6(0.8)	3.9(1.1)	0.4

低活動型群 対 せん妄にならなかった重症群 : * $p < .05$ (t検定)表2 せん妄アセスメント項目・身体抑制・ストレスなどの比較 $n=42$

	低活動型群	対照群	p (X ² 検定)
男性	8	16	0.71
女性	7	11	
脳血管疾患 無	9	18	0.73
脳血管疾患 有	6	9	
アルコール多飲 無	14	27	0.17
アルコール多飲 有	1	0	
認知症 無	10	23	0.16
認知症 有	5	4	
せん妄の既往 無	13	25	0.53
せん妄の既往 有	2	2	
ベンゾジアゼピン系使用 無	15	24	0.18
ベンゾジアゼピン系使用 有	0	3	
全身麻酔 無	15	24	0.18
全身麻酔 有	0	3	
70歳以上	15	20	0.03*
70歳以下	0	7	
身体抑制 無	5	21	0.004*
身体抑制 有	10	6	
夜間眠っていた	10	17	0.81
夜間起きていた	5	10	
安静の必要 無	4	10	0.49
安静の必要 有	11	17	

低活動型群 対 せん妄にならなかった重症群 : * $p < .05$

上の方、認知症がある、脳血管疾患がある、腎疾患がある方は、それぞれ半数以上でありせん妄との関係は低かった。しかし、Hshieh (2015) らは、低活動型せん妄に限らず、せん妄を発症すると予後に繋がる指摘していることから、ICDSC のような評価尺度を使用して客観的にせん妄を評価し、せん妄を見逃さないようにする必要がある。今回、ICDSC でせん妄ありと考えられたが、DMSS スケールを使用した結果、せん妄の3つのタイプに該当しなかった方は6名であった。ICDSC で精神状態を判断する項目以外で4点以上となった場合、DMSS スケールでは該当しないことになる。このことから、スクリーニングする際はそれぞれのアセスメントツールの特徴を理解し適切な物を選択し使用することや、組み合わせで評価することが重要となる。

これまで、せん妄発症がバイタルサインに関係しているという報告は少ない。しかし、柏木らの発熱はせん妄の誘因となるとの報告がある。発熱は脳神経からノルアドレナリンやドーパミンなどの化学物質が放出されることにより複雑な神経症状を引き起こすとされていることから、せん妄発症リスクが高くなると考えられる。今回の結果、発熱者割合が低活動型せん妄発症者60%、過活動型せん妄発症者40%、せん妄発症しなかった方11%であり、低活動型せん妄発症者の発熱の割合が高く有意な差が認められた。血液検査結果については、有意差が認められなかったが、その原因として、A病院HCUのせん妄発症患者とせん妄にならなかった方の採血結果は異常値を示しており、結果に差が少ないことからHCU入室している全対象の重症度が高いからと言える。

今回、先に述べたように血液検査結果について有意な差は認められなかった。これは、本研究対象者の病名、既往症は、脳血管疾患などの中枢神経系、心不全や代謝異常、手術侵襲や電解質異常などの全身性疾患、その他がんなどの終末期にある方、いわゆるせん妄発症リスクが高いとされていること、また、直接因子が単一ではなく複数かかっていることも原因の1つと考えられる。せん妄は環境や心理的な問題のみならず、呼吸や循環・代謝異常・感染・炎症など全身性の生体反応や変化が、せん妄という形であらわれている場合がある。つまり、せん妄を見逃すということは、潜在的な異常に対する早期発見・早期対処の機会を逸するということであり、全身状態の重篤化につながる可能性が高く、その結果、生命予後も低下する。古賀らは、せん妄による症状や二次的なトラブルだけに注目するのではなく、特に急性期領域においては、意識障害(中枢神経評価)を通じて全身状態の観察を評価することが、せん妄管理の基本方針と考えられると述べている。よって、せん妄発症には感染症の兆候(体温上昇、CRP高値)に留意する必要があり、血液検査結果、身体因子の把握など全身状態の観察が重要になると言える。発熱と低活動型せん妄の関係について詳しく調べて行く必要がある。

せん妄アセスメント項目などからは、70歳以上、身体抑制ありに有意な差が認められた。予防的に身体抑制を行ってい

る場合があるので、低活動型せん妄を促進させている可能性が高い。低活動型せん妄は危険な行動もなく治療に支障もないため、静かに眠っているように見える。しかし、実は精神の活動が低下し苦痛やストレスを抱えている可能性がある。せん妄の介入が遅れるとせん妄発症期間が長くなり、臥床時間が増えることによって肺炎などの合併症発症率が高くなる。だからこそ、低活動型せん妄を早期発見し対応する必要があると考えられる。

VII. 結 論

低活動型せん妄が予後を悪化させる結果は得られなかった。せん妄が予後に影響するため客観的評価を行っていく必要がある。バイタルサイン・血液検査結果から低活動型せん妄を予測することは難しいが、低活動型せん妄発症には発熱が影響している可能性がある。原因について今後、詳しく調べる必要がある。日々患者を観察し、低活動型せん妄にならないようにストレス原因を取り除き、活動を高める援助が必要と考えられる。今後、背景状況の統一、サンプル数の確保などによりせん妄発症との関係を導き出すことで、質の高い看護へつなげられるのではないかと考える。

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。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。謝辞

本論文の作成にあたり、多くの方々にご指導ご鞭撻を賜りました。また本研究の遂行にあたり、快く研究に参加いただいた皆様に感謝いたします。木村萌香氏および病院スタッフの皆様には、本研究遂行にあたり多大なご助言、ご協力頂きました。ここに誠意の意を表します。

VIII. 引用文献

- Hshieh, T T., Yue, J., Oh, E., et al. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions : a meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175 (4), 512-520
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383 (9920), 911-922. doi : 10. 1016/S0140-6736 (13) 60688-1
- 柏木充, 田辺卓也, 七里元督, 玉井浩. (2003). 高熱に際しせん妄が出現した症例の鑑別診断. *脳と発達*, 35 (4), 310-315
- 古賀雄二. (2010). 高齢者のせん妄期間は予後に影響するの? せん妄の今を知る. *EB NURSING*, 10 (4), 616-619
- Meagher D, Moran M, Raju B. (2008). A new data-based motor subtype schema for delirium *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 20 (2), 185-95
- 小幡祐司, 中村美鈴. (2016). 重症患者における低活動型せん妄の早期発見のための看護実践. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 12 (1), 61-72.
- Robinson Thomas N, Raeburn Christopher D, Tran Zung V, Brenner Lisa A, Moss Marc. (2011). *Archives Of Surgery*, 146 (3), 295-300

◇研究報告◇

経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における 小児看護の経験

羽鳥彩花¹⁾*, 大森由紀子¹⁾, 一柳聡子¹⁾

【目的】 経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における小児看護の経験を明らかにする。

【方法】 経験が浅い看護師 4 名に半構造化面接を実施し、質的記述的に分析した。

【結果】 経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における小児看護の経験は、内服の介助や採血・点滴介助などの困難が生じる【小児を看護する頻度が少ないため処置が難しい】や、【子どもや家族に合わせたコミュニケーションが難しい】【子どもの対応に苦手意識がある】が挙げられた。また、【同期と先輩から教えてもらいながらやっている】というように同期や先輩の支援を受けながら看護を実践し、【学習を踏まえた経験があればできる】という思いをもっていたことが明らかになった。

【結論】 小児成人混合病棟における経験が浅い看護師への支援として、先輩看護師や同期の看護師と助け合えるような職場環境を作っていくことや、継続した学習の機会を与えることの必要性が示唆された。

【キーワード】 小児看護, 成人看護, 混合病棟, 新卒, 経験が浅い

I. はじめに

子どもの医療を取り巻く環境は、少子化による子どもの入院数の減少に伴い、病棟の閉鎖や縮小がみられ混合病棟が増加している(佐々木, 2011)。その結果、子どもとの接触の機会が少ない看護師が増加することになり、小児が入院する病棟であるのに子どもの看護に自信がない看護師が増え、小児看護そのものを困難にしている現状にある。また、子どもの入院数は季節変動が大きく、病床利用率が低下している時期があることや予約入院よりも緊急で入院する子どもが、ほとんどであるため病棟内に常に空床を作っておく必要がある。そのため、子ども専用の病棟の採算性に課題があり、混合病棟化を余儀なくされている(草柳, 2003)。

A病院においても小児病棟が混合病棟になり、全33床のベッド数のうち小児専用のベッドが10床へと縮小し、2017年の子どもの入院数は540件であったが2021年は166件と減少している。また、子どもの入院数に波があり空床になることもある。そのため、病棟に配属された新人看護師への教育は、子どもの入院数が減少する前は小児看護から開始し、

2年目の看護師へ成人看護の教育をしていた。しかし、子どもの入院数の減少に伴い、新人看護師への教育は成人看護から開始し、2年目の看護師へ小児看護の教育をしている現状である。また、OJT(On the Job Training)を行っていても入院数が少ないため継続できない環境であり、習得できない状況もある。そのため、経験が浅い2年目や3年目の看護師から子どもの対応や家族とのコミュニケーションの取り方について、どのようにすれば良いのかという声が聞かれている。

先行研究では、小児成人混合病棟で働く看護師の困難や不安など思いに着目した研究(草柳, 2004; 杉村ら, 2020)はあるが、経験が浅い2年目や3年目の看護師に焦点を当てた報告は見当たらない。そのため、子どもの入院数が少ない中、混合病棟で働く経験が浅い2, 3年目の看護師が小児看護を実践する中で、どのような経験をしているかを明らかにする必要があると考えた。本研究により、経験が浅い看護師の小児看護の経験を明らかにできれば、混合病棟における看護師の育成へ寄与できるのではないかと考えた。

受付日: 2023年4月15日 / 受理日: 2024年9月6日

1) 日本医科大学多摩永山病院

* E-mail: a-hatori@nms.ac.jp

Ⅱ. 目 的

経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における小児看護の経験を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、半構造化面接を用いた質的研究デザインとした。

2. 用語の定義

- 1) 経験が浅い看護師：新卒で入職してから看護師経験が2, 3年目の看護師。
- 2) 小児看護の経験：小児看護の経験と、経験したことで生じた思い。

3. 調査期間

2022年9月16日～2022年11月19日

4. 研究対象者

研究対象者は、A病院に新卒看護師として入職時から小児成人混合病棟に配置された看護師で看護師経験2, 3年目の看護師5名中、同意の得られた4名とした。

5. データ収集方法

- 1) 研究対象者に説明文書を用いて協力依頼をした。研究への協力は、自由意思で決めること、断っても不利益は受けないことや研究の途中でも同意の撤回は可能であることを伝えた。
- 2) 同意が得られた研究対象者に属性調査表を配布し、属性調査表は面接時に回収した。
- 3) 半構造化面接は、研究対象者と研究者で日程を調整し勤務時間外に行った。
- 4) COVID-19流行下であり、感染対策を講じながら実施できるよう研究対象者と研究者は面接前に検温、手指消毒を実施した。面接場所は研究対象者のプライバシーが守られる個室を用意し、研究対象者と研究者はアイガードとマスクを着用した。また、空調を調節できる部屋で換気をしながら実施した。
- 5) 半構造化面接は、研究対象者の了承を得て面接内容をICレコーダーに録音し、インタビューガイドを用いて行った。面接の内容は、小児成人混合病棟における小児看護の経験について自由に語ってもらった。面接時間は、30～40分とし、研究対象者に負担がかからないよう、いつでも中断することができ自由意思で決めること、断っても不利益は受けないことを伝えた。

6. データ分析方法

Holloway (2006, pp230-236) の質的分析方法を参考に以下の手順で行った。

- 1) ICレコーダーに録音した面接内容から逐語録を作成した。
- 2) 作成した逐語録を「小児看護の経験」について語られた部分を抽出し、意味内容が損なわれないよう一文で表現したものをコード化した。次にコードを比較検討し意味の内

容が類似したものを集約しサブカテゴリーにした。さらに類似した意味の内容をカテゴリーにした。

7. データの信頼性の確保

データの分析過程において質的研究経験者を含めて研究者間で合意が得られるまでディスカッションをした。また、結果については、研究対象者によるメンバーチェックングを実施した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、日本医科大学多摩永山病院倫理委員会の承認(F-2022-013)を得て実施した。研究対象者へ研究目的、方法、個人情報保護、自由意思による研究参加や同意の撤回、結果の公開方法について書面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、女性4名であり、看護師としての経験年数は2年目が2名、3年目が2名であった。

2. 分析結果

インタビューの総時間は152分(1人35～40分)であった。4名のインタビューから逐語録を作成し、91のコードが抽出された。そこから、12のサブカテゴリー、5のカテゴリーを抽出した。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》, コードを [], 語った内容を「 」で示し、()内は研究者が補足した(表1)。

1) 【小児を看護する頻度が少ないため処置が難しい】

このカテゴリーは、《内服の介助が難しい》《採血や点滴介助の経験が少なくて難しい》の2のサブカテゴリーから構成された。《内服の介助が難しい》では、[子どもが薬を飲まなくて、どうすれば良いか分からず1時間ぐらいかかった]や[経験が少ない自分ではなく先輩が対応したら飲めた][1歳と2～3歳の内服介助の方法が異なり難しかった]などのコードが抽出された。[子どもが薬を飲まなくて、どうすれば良いか分からず1時間ぐらいかかった]では、「お薬を飲んでくなくて、1時間ぐらいかかった。お母さんが付き添いをしていて、お母さんが(薬を)飲ませてもダメで出しちゃう。アイスを買ってきてみたりジュース飲ませてみたり、色々したけどダメで。最終的に見かねて先輩が試してくれたがダメで。口をあけない。(中略)最終的には先輩が(子どもと薬を飲む)約束をしてくれて、何とか飲んでくれた。」というように語られた(A氏)。

《採血や点滴介助の経験が少なくて難しい》では、[処置介助の見学は多かったからイメージはついたが回数を重ねないと難しい][採血介助や点滴挿入介助は見えても実際にやってみるとできない][経験が少ない自分が対応したせいで、子どもにつらい思いをさせてしまった]などのコードが抽出された。[採血介助や点滴挿入介助は見えても実際にやってみるとできない]では、「最初、入院の時に処置とかも1人でいけ

表1 経験が浅い看護師の小児看護の経験

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	コード数
小児を看護する頻度が少ないため処置が難しい	内服の介助が難しい	子どもが薬を飲まなくて、どうすれば良いか分からず1時間ぐらいかかった 経験が少ない自分ではなく先輩が対応したら飲めた 1歳と2〜3歳の内服介助の方法が異なり難しかった など	9
	採血や点滴介助の経験が少なくて難しい	処置介助の見学は多かったからイメージはついたが、回数を重ねないと難しい 採血介助や点滴挿入介助は見ていると実際にやってみるとできない 経験が少ない自分が対応したせいで、子どもにつらい思いをさせてしまった 経験が少ないから処置に戸惑う など	19
子どもや家族に合わせたコミュニケーションが難しい	家族とのコミュニケーションが難しい	子どもが入院することになって母が自分を責めて泣いている時の声掛けが難しい 入院中の児の家族とのコミュニケーションは苦手な構えてしまう 採血介助の時に同席している母への声掛けに迷う など	6
	子どもとのコミュニケーションが難しい	年齢が大きくなって会話ができると楽 子どもとの言葉のやりとりが難しい 子どもとコミュニケーションがとれないことが難しい など	7
子どもの対応に苦手意識がある	乳児が泣いている時に何をしても泣き止まなくて焦る	ミルクの時間だけ飲まない。抱っこしても泣き止まない。どうすればよいか助けて欲しかった 夜勤でスタッフの人数が少ない時に泣いている子がいて、どうしたらよいかわからなかった 子どもが泣いていると本能的に焦る など	9
	入院受けの経験の少なさによる戸惑い	子どもの入院は構えてしまい苦手意識がある 子どもの入院が少ないから自信がなく苦手意識がある 子どもの入院は大丈夫かな、何か忘れてないか戸惑う など	6
同期と先輩から教えてもらいながらやっている	同期に相談や確認をして解決する時もある	先輩が忙しくて振り返りが出来ないときは同期に確認している わからないことは振り返った後に同期に相談してやる	2
	先輩から確認されて情報の漏れに気づく	先輩から聞かれて家族に家庭のルールを聞くのを忘れたことに気づく 先輩から確認されて未摂取の食べ物や内服方法など小児特有の質問を聞き忘れたことに気付く 先輩からの質問で寝かしつけるときの習慣を聞き忘れたことに気づく など	5
	わからないことは先輩に聞いて教えてもらう	わからないことは先輩に常に相談している わからないことは先輩に聞いて行く 子どもの声かけを先輩から教えてもらった など	12
	先輩の関わりを見て学びを得る	先輩の問診を見たり聞いたりしてやっている 先輩を見て学ぶ、教えてもらって学ぶ 先輩が新人看護師に教えているのを聞いている 自立して入院受けをするときに先輩の関わりを思い出してやっている など	6
学習を踏まえた経験があればできる	小児看護の学習と経験することの効果を感じる	自分なりに自己学習を行ったから採血ができた 経験回数が増えて子どもに対応できるようになった 処置の方法を練習したらイメージがついて介助がしやすくなった 小児の対応を忘れないように復習していることで役立った など	5
	勉強会を受けたことで自信がついた	小児は怖いけど、研修を受けて自信がついた 勉強会を受講したあとは、まずは自分でやってみようという考えになり行ったなど	5

るかなと思って、1人で行ったら思ったより無理で、そのあとヘルプ（看護師）を呼んだ。」というように語られた（D氏）。

2) 【子どもや家族に合わせたコミュニケーションが難しい】

このカテゴリーは、《家族とのコミュニケーションが難しい》《子どもとのコミュニケーションが難しい》の2のサブカテゴリーから構成された。

《家族とのコミュニケーションが難しい》では、[子どもが入院することになって母が自分を責めて泣いている時の声掛けが難しい][入院中の兄の家族とのコミュニケーションは苦手で構えてしまう][採血介助の時に同席している母への声かけに迷う]などのコードが抽出された。[採血介助の時に同席している母への声かけに迷う]では、「処置をしているとき、お母さんも一緒に空間にいて、処置のところをお母さんも見ていて、うるうるしてて。その時に（母に）なんて声をかければ良かったかなと思った。」というように語られた（C氏）。

《子どもとのコミュニケーションが難しい》では、[年齢が大きくなって会話が出来ると楽][子どもとの言葉のやりとりが難しい][子どもとコミュニケーションがとれないことが難しい]などのコードが抽出された。[子どもとの言葉のやりとりが難しい]では、「大人は、自分が聞いた事を言葉で返してくれる。どこが痛いとか、何がづらいとか。小児だと表情とか、自分がちゃんと見て、（言葉の）やりとりが難しい。（中略）小児は難しいと思う」というように語られた（D氏）。

3) 【子どもの対応に苦手意識がある】

このカテゴリーは、《乳児が泣いている時に何をしても泣き止まなくて焦る》《入院受けの経験の少なさによる戸惑い》の2のサブカテゴリーから構成された。

《乳児が泣いている時に何をしても泣き止まなくて焦る》では、[ミルクの時間だけ飲まない。抱っこしても泣き止まない。どうすればよいか助けて欲しかった][夜勤でスタッフの人数が少ない時に泣いている子がいて、どうしたらよいかわからなかった][子どもが泣いていると本能的に焦る]などのコードが抽出された。[ミルクの時間だけ飲まない。抱っこしても泣き止まない。どうすればよいか助けて欲しかった]では、「もう大変だった記憶しかない。（中略）抱っこしても泣きやまない、多分感覚的にも飲む時間だけど、なんか違う。乳首吐き出すし、どうすればいいんだって」というように語られた（C氏）。

《入院受けの経験の少なさによる戸惑い》は、[子どもの入院は構えてしまい苦手意識がある][子どもの入院が少ないから自信がなく苦手意識がある][子どもの入院は大丈夫かな、何か忘れてないか戸惑う]などのコードが抽出された。[子どもの入院対応は構えてしまい苦手意識がある]では、「成人の入院受けをする方が慣れている。成人の入院が来ると言われるのと、小児の入院が来ると言われるのでは構え方が結構違う。小児が（入院で）くると言われると構えてしまう。苦手意識がついている。（中略）自信がないし小児を見るのに苦手意識がある。」というように語られた（D氏）。

4) 【同期と先輩から教えてもらいながらやっている】

このカテゴリーは、《同期に相談や確認をして解決する時もある》《先輩から確認されて情報の漏れに気づく》《わからないことは先輩に聞いて教えてもらう》《先輩の関わりを見て学びを得る》の4のサブカテゴリーから構成された。

《同期に相談や確認をして解決する時もある》では、[先輩が忙しくて振り返りができないときは同期に確認している][わからないことは振り返った後に同期に相談してやる]などのコードが抽出された。[わからないことは振り返った後に同期に相談してやる]では、「（初めての処置を行った後の先輩との振り返りをするときには）自分では何がわからないか処理しきれなかった。（先輩に）わからなかったことある？と聞かれても、すごく（自分の頭の整理の）時間がかかったから、同期に相談して聞いた。」というように語られた（D氏）。

《先輩から確認されて情報の漏れに気づく》では、[先輩から聞かれて家族に家庭のルールを聞くのを忘れたことに気づく][先輩から確認されて未摂取の食べ物や内服方法など小児特有の質問を聞き忘れたことに気付く][先輩からの質問で寝かしつけるときの習慣を聞き忘れたことに気づく]などのコードが抽出された。[未摂取の食べ物や内服方法など小児特有の聞いておいた方が良いことを聞き忘れた]では、「（食べ物の）アレルギーを聞くことすら頭に浮かばなかった。アルコール綿とかお薬のアレルギーを聞くことはなんとなく頭にあったんですけど。（中略）先輩たちに聞かれてやるのが多かったです」というように語られた（B氏）。

《わからないことは先輩に聞いて教えてもらう》では、[わからないことは先輩に常に相談している]や[わからないことは先輩に聞いて行う][子どもの声かけを先輩から教えてもらった]などのコードが抽出された。[わからないことは先輩に聞いて行う]では、「自分の中で（小児の入院対応が）ルーティン化されていないので。自分の中でのマニュアル的なものがないので、それで（ナースステーションに）戻って先輩に聞いて、あれ聞いてこなきゃとか、そういうことがすごく多かったです。」というように語られた（B氏）。

《先輩の関わりを見て学びを得る》では、[先輩の問診を見たり聞いたりしてやっている][先輩を見て学ぶ、教えてもらって学ぶ][先輩が新人看護師に教えているのを聞いている][自立して入院受けをするときに先輩の関わりを思い出してやっている]などのコードが抽出された。[先輩の問診を見たり聞いたりしてやっている]では、「先輩達が未摂取の食べ物を聞いてたり、そういうのをやってるのを側で見たり聞いたりしてそういうのもやった方がいいんだな、やらなきゃいけないんだなって思った。」というように語られた（C氏）。

5) 【学習を踏まえた経験があればできる】

このカテゴリーでは、《小児看護の学習と経験することの効果を感じる》《勉強会を受けたことで自信がついた》の2のサブカテゴリーから構成された。

《小児看護の学習と経験することの効果を感じる》では、[自分なりに自己学習を行ったから採血ができた][経験回数が増えて子どもに対応できるようになった][処置の方法を練習したらイメージがついて介助がしやすくなった][小児の対応を忘れないように復習していることで役立った]などのコードが抽出された。[小児の対応を忘れないように復習していることで役立った]では、「この前はスムーズに出来たから、次やる時も忘れないようにしようか思いながらやったりする。」というように語られた (D氏)。

《勉強会を受けたことで自信がついた》では、[小児は怖いけど、研修を受けて自信がついた][勉強会を受講したあとは、まず自分でやってみようという考えになり行った]などのコードが抽出された。[勉強会を受講したあとは、まず自分でやってみようという考えになり行った]では、「ミルクを飲まなくなった時の対応とかその研修でやってくれて、(中略)とりあえず先輩に相談するという流れだったのが、自分で一回試してから流れに出来た。」というように語られた (A氏)。

VI. 考 察

経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における小児看護の経験は、内服の介助や採血・点滴介助などの困難が生じる【小児を看護する頻度が少ないため処置が難しい】や、【子どもや家族に合わせたコミュニケーションが難しい】【子どもの対応に苦手意識がある】が挙げられた。また、【同期と先輩から教えてもらいながらやっている】というように同期や先輩の支援を受けながら看護を実践し、【学習を踏まえた経験があればできる】という思いをもっていたことが明らかになった。これらの特徴を考察する。

経験が浅い看護師は、【小児を看護する頻度が少ないため処置が難しい】と感じ、小児特有の看護技術に対する困難さを感じていた。小児看護は、覚えなくてはならない看護技術や知識が多く、小児看護の業務量は成人の2倍を要し、特に与薬・治療・処置では2.8倍の時間を要する(山元ら, 2004)。そのため、小児特有の看護技術を習得する必要がある。しかし、子どもの入院が少ないことから小児特有の看護技術を経験できる回数が少ない現実にあることで、経験が浅い看護師にとって内服の介助や採血、点滴介助に困難さを感じていた。今後は、内服の介助や採血、点滴介助の動画を作成し、介助の方法や声かけのタイミングなど具体的な内容を伝えていく必要があると考える。

また、経験が浅い看護師は【子どもや家族に合わせたコミュニケーションが難しい】と感じ、対象に合わせたコミュニケーションを行っていくことにも困難さを感じていた。子どもは、言葉で痛みや不安をうまく表現することができないため、経験が浅い看護師にとって、子どもに合わせたコミュニケーションを行うことに困難さを感じていたと考える。また、家族に対して、入院時に家族が自分を責めて泣いているときの声かけが難しいなど、家族へどういふ声かけをすればよい

か迷いがあり、家族とのコミュニケーションに困難さを感じていた。山川(2017)は、子どもの家族について、子どもの代弁者であり相互に影響を与え合う存在であるとし、小児看護は患児と親の双方を看護する必要があるとしている。これらのことから、小児看護において家族へのコミュニケーションは欠かせないものであると考えるが、子どもや家族の双方に対応するためには、高いコミュニケーション技術が必要となってくる。

【子どもの対応に苦手意識がある】では、《乳児が泣いているときに何をしても泣き止まなくて焦る》や《入院受けの経験の少なさによる戸惑い》を感じ、子どもへの対応に焦りや苦手意識をもっていることが明らかとなった。山村(2006)は、小児看護の経験が少ない看護師は、小児看護の専門的知識や発達にあわせた看護技術などが困難であるとしているように、本研究の結果からも同様の結果が得られていた。そして、このような状況の中ではあるが、実際には、小児成人混合病棟の中で専門性の高い看護実践が求められ、子どもの対応をしなければいけない状況である。そのため、経験が浅い看護師は、子どもの対応がうまくできないことで困難さを感じ、それが苦手意識へつながっているのではないかと考える。今後は、子どもの対応に対する苦手意識を軽減できるよう、小児外来での見学や診療の補助業務を経験する機会を増やすなど、小児特有の処置を実施する回数を増やす工夫を行っていく必要があると考える。

【同期と先輩から教えてもらいながらやっている】では、同僚や先輩からの支援を受けられる環境で看護を実践していることが明らかになった。A病院では、OJT(On the Job Training)を行っているが、小児患児の少なさから継続できない環境にあり習得できない状況にある。Benner(2005, pp. 17-21)は、2~3年働いたことのある看護師を1人前レベルとし、先輩から言われて行うレベルから計画を立てて看護を実践するとしている。しかし、本研究の対象者は、2~3年の看護師経験を有しているが、【小児を看護する頻度が少ないため処置が難しい】【子どもや家族に合わせたコミュニケーションが難しい】【子どもの対応に苦手意識がある】など、小児特有の看護技術に対する困難さを感じていることが明らかとなり、1人前のレベルに到達していないのではないかと考える。そのため、小児成人混合病棟において、経験が浅い看護師を1人前レベルとするためには、経験年数で計ることができないのではないかと考える。また、1人前レベルに到達していない経験が浅い看護師に対しては、臨床現場での支援が必要になると考える。そのため、経験が浅い看護師が小児看護を実践する際には、今後も同僚や先輩からの支援を受けることや、先輩看護師をモデルとして看護を実践できるような環境を整えていくことが必要であると考えられる。また、今回の研究では、経験が浅い看護師の困難感についての結果が多く、小児看護だからこそ感じる経験が語られなかった。しかし、直接、子どもや家族に対応する中では、学びになったこ

とや子どもの姿を実感することがあると考える。そのため、それらが困難さや、うまくいかない経験として語られ、困難感に集約されているのではないかと考える。小児看護だからこそ感じるができる経験や、やりがいについて先輩看護師から経験が浅い看護師へ伝えていく必要があるのではないかと考える。

【学習を踏まえた経験があればできる】では、《小児看護の学習と経験することの効果を感じる》ことで、自己学習や経験が増えたことで少しずつ自信となっていたことが明らかになった。そして、《勉強会を受けたことで自信がついた》というように勉強会を受けた後は、「やってみよう」という前向きな気持ちになっていたことが明らかになった。小児看護について草柳（2003）は、もともと難しいと言われている子どもへの看護を、子どもと大人の混合病棟で行うことは看護師に負担を強いているというように、観察の視点や処置の内容など成人に比べて、より細かい視点が必要になり専門性の高い実践が求められている。そのため、小児看護は、経験が浅い看護師にとって負担がかかる状況であると考えられる。しかし、このような状況の中でも、勉強会や自己学習で学んだことを活かしながら看護を実践し、これらの学習の効果を感じながら前向きな気持ちを持つことができていた。そのため、継続した学習の機会を与えることの必要性が示唆されていると考える。また、子どもの入院数が減少している中で小児特有の看護技術を習得するためにも継続した学習の機会を与えることが重要になってくるのではないかと考える。

Ⅶ. 結 論

経験が浅い看護師の小児成人混合病棟における小児看護の経験は、小児看護の経験が少ないことで内服の介助や採血、点滴介助に困難さがあり、対象に合わせたコミュニケーションの難しさを感じていた。また、子どもの対応に苦手意識を抱えている中で、同期や先輩看護師からのサポートを受けながら看護を実践し、学習を踏まえた経験があればできるという思いをもっていることが明らかになった。そして、小児成人混合病棟における経験が浅い看護師への支援として、同期や先輩看護師の支援を受けることができるような環境を作っていくことや、継続した学習の機会を与えることが必要であると考えられる。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- Benner, P. (2005). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 井部俊子 (監訳), 医学書院. (2001)
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2006). ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで (第 2 版). 野口美和子 (訳), 医学書院. (2002)
- 草柳浩子. (2003). 子どもと大人の混合病棟における子どもの現状. 看護学雑誌, 67 (7), 632-637.

- 草柳浩子. (2004). 子どもと大人の混合病棟における看護師の抱える困難さ. 日本看護科学会誌, 24 (2), 62-70.
- 佐々木祥子. (2011). 混合病棟における取り組み. 小児看護, 34 (13), 1760-1765.
- 杉村恵美, 笠井麻衣, 花本友里恵, 下村桂子. (2020). チーム制を廃止した混合病棟看護師の小児看護に対する不安軽減への取り組み. 日本看護学会論文集看護教育, 50, 170-173.
- 山川信子, 渡邊富美子, 杉本友美, 黒岩友美. (2017). 子どもと大人の混合病棟で勤務する看護師の思い 混合病棟の良さとして認識していること. 日本看護学会論文集急性期看護, 47, 114-117.
- 山元恵子, 地蔵愛子, 谷村雅子. (2004). 小児看護に時間と人員を要する理由. 小児看護, 27 (4), 495-508.
- 山村美枝. (2007). 子どもと大人の混合病棟の現状 (第 1 報). 日本看護学会論文集小児看護, 37, 23-25.

◇研究報告◇

介護老人保健施設の看護職の役割遂行を妨げる原因

有吉沙妃¹⁾*, 森崎直子¹⁾

【目的】 介護老人保健施設における看護職の役割遂行を妨げる原因を明らかにする。

【方法】 介護老人保健施設に勤務する看護職8名, 介護職9名を対象に, 半構成的面接調査を行い, 看護職が役割を果たす際に妨げる原因を尋ねた。回答は内容の類似性で分類し, カテゴリー名を付けた。

【結果】 介護老人保健施設に勤務する看護職が役割を果たす際に妨げになる原因は4つの内容に分類された。カテゴリー名は, 人手と時間の不足, 情報伝達や共有の不足, 他職種協働が上手くいかない, 看護職の意欲不足であった。

【結論】 看護職の役割遂行を妨げる原因を明らかにし, 看護職のモチベーションを高める策を検討した。情報通信技術や機器の導入を進める, 他職種が情報を共有する機会を作り, 互いの職種の役割を認め尊重する, 看護職が自己を振り返り, 成長を感じることで, 意欲的に役割を果たせる様になると考える。

【キーワード】 介護老人保健施設, 看護職, 役割, 介護職

I. はじめに

我が国の高齢化率は2022年に29.0%となり(独立行政法人統計センター, 2023), 要介護(要支援)認定者数も増加している(厚生労働省, 2023b)。2000年に要介護者を支える介護保険制度が開始されて以来, サービスの事業所数も年々増加している(厚生労働統計協会, 2022a), 中でも施設サービス利用者は制度開始当初の52万人から, 2020年には95万人と増加しており(厚生労働統計協会, 2021a), 介護保険施設のニーズは益々高まっている。

介護保険施設のひとつに介護老人保健施設(以下, 老健)がある。老健は, 介護保険法により, 要介護者であって, 主としてその心身の機能の維持回復を図り, 居宅における生活を営むことができる様にするための支援が必要である者に対し, 施設サービス計画に基づいて, 看護, 医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的として設立された(厚生労働省, 2020)。介護保険制度は, 社会のニーズに合わせて改正を繰り返しており(厚生労働統計協会, 2022b), 2011年の改正では看護師が担っていた痰の吸引等の実施(2012年施行)が介護

職も行えるようになり, 2014年の改定では, 認知症専門医による指導の下, 複数の専門職が, 認知症の本人や家族への支援を包括的・集中的に行い, 自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームや地域の実情に応じた医療機関や介護サービス事業所, 地域の支援機関をつなぐ連携支援が整備された(厚生労働統計協会, 2022c)。2020年の改正では, 介護人材確保及び, 業務効率化や, 認知症への対応能力向上に向けた取り組みの推進, 看取りへの対応の充実等, 更に, 感染症や災害への対応力強化, 自立支援・重度化防止の取り組みの推進等が図られた(公益社団法人全国老人保健施設協会, 2021)。このような介護保険制度の改正と共に, 看護職の役割は変化していき, 看取り, 重症者, 認知症高齢者への対応等が益々求められるようになり, 併せて施設では各職種の専門性が更に必要となり, 多職種での連携が推進されるようになった。

日本看護協会が行った老健の看護業務の重要性に関する調査では, 看護職の重要な業務として「看取り」, 「感染管理」, 「安全管理」, 「多職種連携」, 「生活支援」があげられている(公益社団法人日本看護協会, 2017)。同時に, これらの項目について看護職自身も, おおむね看護職が行うべき重要な業

受付日: 2023年4月15日/受理日: 2024年9月6日

1) 姫路大学

* E-mail: saki_ariyoshi@koutoku.ac.jp

務と認識している（公益社団法人日本看護協会，2017）。しかしながら老健では「多職種連携」，「看取り」に関する実施率が低く（公益社団法人日本看護協会，2017），看護師の業務役割への思いと実際の実施とは乖離している可能性が考えられる。また，同調査で老健に勤務する看護師への業務に対するモチベーションについての調査では，看護師の36.8%は「あまりモチベーションが高いと思わない」と回答しており，さらには「現在の施設に継続して勤務したいと思わない」看護師が約30%いることも示されている（公益社団法人日本看護協会，2017）。これらのことから，老健に勤務する看護職は自身の認識する役割を十分に果たすことができず，業務に対して意欲的になれない面があるのではないかと考えられる。そのため，看護師の役割が遂行できない原因を明らかにし，モチベーションを高める策を検討していく必要があると考える。

神農（2022）の研究によると，自己評価は主観によるもので，実践としての確実性や客観的な評価にはなりにくいことがあげられている。原因究明には他者の意見も参考にすることで，より良い発見が得られると考える。平松（2011）は，老健看護職にとって介護職は多くの時間を共に過ごす存在であると述べており，介護職は看護職の最も身近な他職種といえる。そこで，老健における看護職の役割遂行を妨げる原因について，介護職からも考えを聴取し，明らかにしていきたいと考える。

Ⅱ. 目 的

1. 目的

老健における看護職の役割遂行を妨げる原因を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

老健に3年以上勤務する看護職及び介護職とした。機縁法を用いて，老健管理者に調査協力を依頼し，協力の得られた施設に勤務する看護職と介護職に文書と口頭で研究の説明を行い，調査への同意を得た17名を対象とした。

2. 調査方法

1) 研究方法

半構成的面接調査を行った。研究者と対象者の1対1で，対面またはオンラインで行った。面接時間は20分前後とし，面接時の会話は対象の承認を得てICレコーダーに録音した。録音した内容を対象者ごとに逐語録にし，看護職が役割を果たす際に妨げとなる原因に関して語られている部分を抽出した。抽出した語りを職種ごとに集め，出来るだけ本人の言葉を用い，隠された主語や目的語等を補いながら語りの内容をデータとし，類似性をもとに内容を意味するサブカテゴリー名を付け，更にカテゴリー名を付けた。分析は質的研究の経験のある看護職複数で繰り返し行いカテゴリーの妥当性と信頼性を高めた。

2) 調査期間

令和4年3月から令和4年7月に調査を行った。

3) 調査項目

基本属性（性別，年齢，職種，経験年数）と看護職の役割遂行を妨げる原因とした。面接では「看護職が老健で役割を果たす際に妨げる原因は何だと思うか」を尋ね，自由に語ってもらった。

Ⅳ. 倫理的配慮

調査に際しては事前に対象者に研究についての説明を行い，同意を得た。説明内容は，研究目的，研究方法，会話の録音，研究の任意性，個人情報取り扱いとプライバシーの保護，研究参加に伴う不利益，研究同意と撤回の方法，研究成果の公表方法等であった。

なお，姫路大学大学院研究倫理審査委員会の承認（2021-GN06）を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 対象の概要

対象は，4施設に勤務する看護職8名，6施設に勤務する介護職9名であった。看護職は全員が女性で年齢は20歳代から50歳代で，老健での勤務経験年数は3年から17年であった。介護職は男性4名，女性5名，年齢は30歳代から60歳代で老健での勤務経験年数は4年から19年であった。

2. 看護職が役割を果たす際に妨げとなる原因

看護職の語りは3のカテゴリー，15のサブカテゴリーに分けられた（表1）。以下，カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >とする。カテゴリーは【人手と時間が不足している】，【情報伝達・共有が不足している】，【他職種と協働が上手くいかない】があった。サブカテゴリーは<利用者の重度化により人手が足りない><人手不足で忙しく，必要な処置や観察等が十分にできない><離職が多い><介護職に指導をする人がいない><能動的な情報収集・共有をしていない><建物の構造上すぐに観察や指示が出来ない><看護職間の連携が不足している><教育・指導が上手くいかない><介護職の意欲が低下している><介護職の医療補助能力が不足している><他職種の役割を理解していない><期待に沿えない><他職種の思いや状況を把握していない><看護職と介護職の役割が不明瞭である><多職種でカンファレンスをしていない>があった。

介護職の語りは4のカテゴリー，11のサブカテゴリーに分けられた（表2）。カテゴリーは，【人手と時間が不足している】，【情報伝達・共有が不足している】，【他職種と協働が上手くいかない】，【看護職の意欲が不足している】であった。サブカテゴリーは<利用者の重度化により人手が足りない><人手不足で忙しく，必要な処置や観察等が十分にできない><情報伝達が不足している><能動的な情報収集・共有をしていない><他職種の役割を理解していない><上司が問題

表1 看護職から見た看護職が役割を果たす際に妨げとなる原因

語り	サブカテゴリー	カテゴリー
<p>・看護師と介護士の人数不足、後はスタッフの老健の人数配置についてのが出来た当初のまま。重度の認知症や、要介護者の介護が増えてしっかりとケアができない状態にはある。</p> <p>・介助する人が増えたので、フロアを開ける時間が増えると事故が起ったり、何かあった時に対応ができないので、数少ない人員の中で、色々大変。</p>	<p>利用者の重度化により人手が足りない</p>	<p>人手と時間が不足している</p>
<p>・(人手不足で)あんまり傷のない、体調の悪くない人は見る頻度を下げてしまっている。十分な目があれば見落とさないことが見落とされていたりする。・ナースもホントに少なくナース業務だけで手いっぱい、目が届かないところも多い。</p> <p>・介護スタッフが4人くらいで体洗う人、更衣させる人と、スピードが求められ丁寧さに欠ける。ナースがそこに入るといい状況が現れ難い。入浴時のトラブルが一番多い。・「ちょっと待ってね」が多く後回しに、利用者の要求をキャッチするのが遅れ、葛藤している状況。本人とゆっくりお話ができない、時間が取れない。</p> <p>・人員が足りていないので、骨折後でお風呂入るのが介護だけでは心配とか不安っていう時は(看護職も)入るが普段いつも入っている人の介助することは時間的に難しい。・ナース1人の時(利用者が)急変した時、普段の様子を全然知らないから当直の先生に上手く説明ができない。救急搬送先で医師に聞かれても、答えられず困る時がある。・ナースが1人の日がよくあり、Aの処置をしている時、Bも怪我をしたからって、すぐに行けない。・人員不足で職員同士がギスギスなる。パタパタして忙しいとカリカリする。・普段のレクリエーションは、看護の仕事の時間を終わらせようと思うと参加できない時がある。・(介護職の)パートさんは途中の時間帯で帰るため、その後の人数が少なくなり対応が難しくなる。・看護主任の役割がわからず介護士主任しかいない。本来であれば看護主任と介護主任とで話さないといけないが、いなので介護士側の業務のまわり方になりやすい。</p>	<p>人手不足で忙しく、必要な処置や観察等が十分にできない</p>	
<p>・看護も介護も1日2日で辞めてしまう人がいる。何がダメだったのか、辞めていく人には聞けない。</p> <p>・派遣介護職は、あんまり定着してないって言ったら悪いけど、中々続かない。</p>	<p>離職が多い</p>	
<p>・介護職に最後までついて教えてくれる教育者がいない、評価の媒体がなく成長を妨げる原因になる。</p> <p>・介護福祉士が医療行為が可能になったが、指導できる看護職がわからず、やったことがないから(介護職が)不安、結局看護師がしてしまう。・介護福祉士の資格取得者が半分くらいで、あまり知識がない、指導も出来ない。</p>	<p>介護職に指導をする人がいない</p>	
<p>・申し送りに問題があり、業務のスタートが遅くて時間が無駄に使われている。・介護職の書く日常の記録に個性がなく情報が乏しい為、後で読み返しても分からない。・看護記録は(情報も)丁寧だけど、介護は教育をされていないのか不明、記録が乏しい。・申し送りをメモで残しても必要ないと思った個人が省くことで伝わらない。・ワークシートを活用しているが、そこに載ってない部分の情報もわからない。・ワークシートが看護と介護が別で共有の物が無いので情報共有が出来ていない。・看護も介護も(人手不足で)夜勤が多いので、申し送りを受けても送切れ、知らないこともある。</p>	<p>能動的な情報収集・共有をしていない</p>	<p>情報伝達・共有が不足している</p>
<p>・人員不足、ハード面で、建物の構造、私のいるフロアって、階段で上がっていかないと行けない。(観察に)すぐに行けなかったりする。・夜間は全フロア受け持つが、違うフロアにいるので(介護職に)指示が早くできない。</p>	<p>建物の構造上すぐに観察や指示が出来ない</p>	
<p>・施設でもいろんな施設があるので看護師の緊急時の対応、看取りのやり方、行動とか、症状についての観察力、判断力が統一してできない。・ナース同士で集ってフロアで困っていることを応援に行ったりしても業務が全然違うわからない。</p>	<p>看護職間の連携が不足している</p>	
<p>・入浴介助等を手伝うが、看護職はやりすぎるところがあり、介護職に煩わしいと思われる。・(介護職は)職種が違うので、受け入れてくれる時と、抵抗を感じる時がある。強く言えない。・看護師と一緒に回るのを嫌がる介護士もいる。特に男の人が多く、細かいことチェックされるのが嫌。・介護職も看護職も思いは一緒だが、業務が違うので、思いの違いが出る。パズルが上手くはまらないみたいな感じで難しい、アドバイスしても中々聞いてもらえない。・(介護職は)リーダーシップ取れる人がいない、リーダーの教育も受けていない、年功序列。・派遣会社から来られる介護職は看護職が直接指導してはいけないので指導が難しい。・介護職の人の教育は難しい。看護職が介入していかないと分からないところもある。・一緒に飲み物をふるまう等の関わりを持つよう介護さんに促すが知らん顔する人もいる。</p>	<p>教育・指導が上手くない</p>	<p>他職種と協働が上手くない</p>
<p>・看護職は何か起こる前に色々アドバイスするのに(介護職は)結局何か起こってから、動く形になる。・管理栄養士やリハビリ等が入ってミールラウンドをするが、(介護職からの)情報交換が少ない。・(介護職は)派遣の方が多く、今日が無事に終わればいいという考えの方もおり、常勤と少し違う。・月一回の勉強会が記録に反映されず成果がない、ただ出席したらいいと、後に活かせる向上心がない。・(介護職が動かないのは)年齢もあるでしょうね。年配の方だと、利用者さんに近い感じなので。・経験年数の差が大きい。この(派遣介護職の)仕事って軽い気持ちで入ってこられている人が多い。・(介護職は)チームワークがない、多職種間で一緒にやっていく気持ちが見られない。・年功序列、長年勤めてきた人から上に上がり主任に。主任が悪口を言うのを見たら、下も嫌ですもんね。</p>	<p>介護職の意欲が低下している</p>	
<p>・勉強会を定期的に行い、その時は(介護職は)理解したというが、実際には、活かされていない。</p> <p>・例えば吸引だったら、 Consent入れて、水も持ってきてほしい、細かいところでは中々難しい。</p> <p>・朝夕薬は介護職がするが知識がなく誤薬が多い、看護がセットを工夫しても間違いや時間がかかる。</p>	<p>介護職の医療補助能力が不足している</p>	
<p>・看護職も人数が少ないので出来ることも日により異なることを介護職に理解してくれない。</p> <p>・看護職は介護の業務もできるが看護職の業務は介護士にはできない違いを、理解してもらえない。</p> <p>・(利用者)にゴールが見えないこともあり、介護職とゴールまでの思いや、見方が違い難しい。</p>	<p>他職種の役割を理解していない</p>	
<p>・医療行為が多くなり、介護職に手伝いを依頼されても看護職の人数も少ないので難しい。</p> <p>・日常生活を手伝えば、全部看護職にしてもらえると思っている方もおり、負担、依存のしあい。</p>	<p>期待に沿えない</p>	
<p>・介護職と看護職のタイムスケジュールのすり合わせが出来ておらず、無駄な動きが多い。</p> <p>・看護職は介護職の一日の業務を体験できる研修を行い理解しているが、介護職にはそれが無い。</p> <p>・マニュアルが病院と違い、少なく看護職個々に緊急時の対応が違うと介護職が言い、悩みが出る。</p>	<p>他職種の思いや状況を把握していない</p>	
<p>・区分的に看護職だけが介護業務も行っており役割が明確にわからない、役割が分けられない状態。</p> <p>・施設中の協働する業務の部分を各職種が別々に考えていて、指針が無い。</p>	<p>役割が不明瞭である</p>	
<p>・介護は介護で話し合っただけで食事変更等、単独で決めて下ろされてくるので協働が難しい。</p> <p>・介護職と看護職とリハビリとか、他の多職種間で一度に集まって話し合える会がない。</p>	<p>多職種でカンファレンスをしていない</p>	

表2 介護職から見た看護職が役割を果たす際に妨げとなる原因

語り	サブカテゴリー	カテゴリー
<ul style="list-style-type: none"> ・重い利用者が増えて時間がない。認知症、精神疾患が多く、業務が追い付かない状態。看護師と介護士で、薬や、ケアの面でもいっばいで人数も足りてない。 ・前と比べたら。見守り（が必要な）人数が増えている。指示の入らない人が多くなっている。 	利用者の重度化により人手が足りない	人手と時間が不足している
<ul style="list-style-type: none"> ・（看護職）1人の日が多く、介護職も少ない上にセンサーもついている利用者もいて忙しい状態。介護が何か便の処置等を頼んでも後回しになったり業務の状況で出来ない。 ・夜勤の看護師は人数が少なく、すぐ見て欲しくて内線しても、今他の階にいるから無理とか、手が離せない。後回しになる。 ・何か処置を頼もうと思っても、（看護職が）パタパタパタってしているから頼めない。 ・看護師の業務内容が忙しく、おむつ交換等を一緒に回る時間が取れない。介護士はちょっと赤いくらいだったら大丈夫かなってという判断をしてしまったりする。 ・（看護職は）熱が出たり何か緊急で対応を要する事があった場合、見守りをする時間とかも無い、 ・人員不足をもう少し改善できれば、コール対応なんかもいけるかなって。 ・（介護職が忙しく）他の利用者のことで頭がいっばい、早く終わらせようと思う気持ちが先入観になる。介護の仕事を優先的にしてしまい看護職への（利用者に関する）報告が遅れる。 	人手不足で忙しく、必要な処置や観察等が十分にできない	
<ul style="list-style-type: none"> ・朝の申し送りも時間がかかりすぎて、結果的にフロアにいる利用者さんに割く時間が減る。 ・申し送りがあっても看護も介護も出勤の形が複数あり、情報を伝達、繋げて共有する事が難しい。 	情報伝達が不足している	情報伝達・共有が不足している
<ul style="list-style-type: none"> ・介護も看護も読んだらサインする様にしているが（申し送りノート）読まない人もいる。 ・看護、介護の申し送りがずさん、伝言ゲームみたいに違う事になり、その場にいたスタッフはわかるが休んでいたら分からない。 ・リーダーが情報発信するが、看護師は知っているが介護士は知らないとか情報共有できていない。 ・介護職は利用者の変化をカルテに書くが（看護職が）カルテを見ず「知らなかった」って終わる時がある。そしたらリスクも背負うし。 	能動的な情報収集・共有をしていない	
<ul style="list-style-type: none"> ・看護職にしかできないことはするが後は介護に任せる、立場が自分の方が上であるという考え。 ・「私は、介護の事は一切しない」っていわれて、そういう人がおられると声はかけにくい。 ・介護と看護が全く別のものだって、看護職の中で区切ってしまっている。 ・介護職の業務量を看護職は把握しておらず。看護職から見た介護職は楽だと思われていると感じる。 ・施設を一番にナースとして入ってきた人ばかりでなく私達との壁はある。施設は病院とは違うから。 	他職種の役割を理解していない	他職種と協働が上手くない
<ul style="list-style-type: none"> ・問題点があっても看護のトップが今まで自分がやってきたことを変えようとしないうえ、後輩の看護師のスタッフも同じような考えになり、今の（問題がある）体制を変えようとしないうえ、 ・普段の仕事の中で、介護職は看護職に要望があるが、下のスタッフからは直接看護師には言えず、介護職の上司は愚痴で終わる。看護と介護のトップ同士の上での話し合いがほとんどない。 	上司が問題解決しようとしないうえ、	
<ul style="list-style-type: none"> ・お互いに手伝ってほしい思いがあるが、期待に沿えず日常の積み重ねになり、お互い不満がある。 ・忙しくなり精神的に余裕がなくなるとお互いに（協力が）難しい。人間関係でしようけど。 ・点滴、採血、手押さえる等の補助に入る時、介護職（の能力）により（看護職に）声かけられる人とかけられない人がいる。気が付かない介護もある。 ・好き嫌いはあかんけど、看護師にも言い方が嫌や、返事で帰ってくる言葉が嫌やとか。経験とか、好き嫌いで声掛けやすい、声かけにくい介護もある。 	期待に沿えない	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護と看護の職種で、話し合う機会がなく、お互いの思いや困りごとを把握できていない。 ・お互いのタイムスケジュールの尊重がない。 ・看護職も、介護職もこの時間にどうしてこういう風な動きをするのかをお互い理解していない。 	他職種の思いや状況を把握していない	
<ul style="list-style-type: none"> ・（看護職は）入退所等があると手が回らないため、介護職と一緒に利用者についてカンファレンス出来ない、介護だけの一方通行になる。 ・ケアプランにはDrとナースとケアマネが入って行すが、忙しい時ナースが参加できない。 ・業務の困っている事や、ベッドサイドの配置とか。普段から話し合いを頻繁に持てたらと思うが、中々時間が取れない。 	多職種でカンファレンスをしていない	
<ul style="list-style-type: none"> ・医療の現場を長く離れ、研修に行かない看護職は介護職が医療の事を聞いても答えが返ってこない。 ・日頃のケア、軟膏類、目薬等、状態確認も介護がして看護職は口で聞くだけ、自分で見てほしい。 ・認知症の利用者も介護は毎日見ているため、いつもと違う事を看護に報告するが「あー大丈夫。いつもいつも」とか。今見てほしいのに見に来てくれない。 ・利用者からコールがあっても介護士に「この人が鳴っています」でコールを切り、対応にはいかない。生活の支援は介護に任せると割り切っている看護師は多く依頼だけ。 ・（看護職は）ステーションの中にいることが多い、利用者と接する時間をもっと作ってほしい。 	看護職の意欲が低下している	看護職の意欲が不足している
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師一人一人違う。能力のある人、休憩時間を割いてでも処置する人や、そうでない人もいる。 ・介護士とナースの間でも能力の差はあり、ある程度年齢来たら克服しようと思わなくなるかも。 	看護職の能力に個人差がある	

解決しようとしないう＜期待に沿えない＞＜他職種の思いや状況を把握していない＞＜多職種でカンファレンスをしていない＞＜看護職の意欲が低下している＞＜看護職の能力に個人差がある＞があった。

VI. 考 察

看護職が役割を果たす際に妨げとなる原因は【人手と時間が不足している】、【情報伝達・共有が不足している】、【他職種と協働が上手くいかない】、【看護職の意欲が不足している】であった。

【人手と時間が不足している】、【情報伝達・共有が不足している】、【他職種と協働が上手くいかない】については、看護職と介護職の両職種が認識していた。【人手と時間が不足している】ことに対して、国は、看護職員の確保に向けて、「養成促進」「復職支援」「離職防止・定着促進」に取り組んでおり（厚生労働省, 2023a）、1989年の看護職員数は約80万人であったが2019年は約168万人と増加している（厚生労働省, 2022,p.8）。しかしながら2022年度の看護師等の有効求人倍率は看護師等の就業者数全体の1.19倍よりも高い2.20倍と、不足傾向にあることから（厚生労働省, 2023c）、老健でも看護職の人手が不足していることが考えられる。また就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移を見ると、若年層の割合が減少し、60歳以上の構成割合が増加しており（厚生労働省, 2022）、看護師の人手不足は継続することが推測できる。更に、2012年の介護保険法改正からターミナルケア加算がされて以降、看護職は重度化した入所者のケアを担うことにより＜利用者の重度化により人手が足りない＞＜人手不足で忙しく、必要な処置や観察等が十分にできない＞と日々の勤務が重くなっていることを認識していた。これにより業務量が増えたことが、役割を果たす際の妨げとなっていると看護職と介護職は感じている。国は看護師以外の医療スタッフ等の役割を拡大し、介護職員による一定の医行為（痰の吸引や経管栄養等）を可能とするために（厚生労働省, 2010）、2016年に介護福祉士及び介護福祉士法の一部改正を行った（厚生労働統計協会, 2021b）。しかし、今回の調査では、一定の医行為を＜介護職に指導をする人がいない＞ために、介護職が行うことが出来ず、看護師の業務の軽減になっていないことが示されており、大きな課題と考える。厚生労働省は、時間や人手の不足を補うために、介護現場における情報通信技術（Information and Communication Technology : ICT）を進めており、従来の紙媒体での情報のやり取りを抜本的に見直し、ICTを介護現場のインフラとして導入していく動きが求められている（厚生労働省, 2021）。加えて、これまで医療者の手で行っていた技術を機械化する動きもある（谷真澄, 2023）。これらの技術や機器の導入によって、人手不足が緩和していくことを期待する。

【情報伝達・共有が不足している】ことについて、高齢者の傷の処置や薬の変更などの医療的ケアに関する経緯等の情

報が伝達されないことや、看護職員への高齢者の状態に関する情報の漏れにより十分伝えられないことがあり（山本・百田, 2019）、＜情報伝達が不足している＞ことは高齢者の状態悪化につながる恐れがある。これは高齢者の状態の変化を看護職がいち早く発見してケアを提供することへの妨げとなり、安全管理の役割を果たすことへの妨げとなっていると考える。また、山本, 宮腰 (2013a) は、定期的な記録への意識が低く、情報共有が難しいことを述べており、本結果にある＜能動的な情報収集・共有をしていない＞と同じである。また、牛田 (2014) の調査でも、リスクマネジメントに関する課題に、記録の残し方、転倒リスクの情報の伝達共有が上手く機能しない等があがっており、情報共有の不足が、高齢者の転倒事故等のリスクになること（牛田, 2014）が報告されている。山本, 宮腰 (2013b) は、転倒に関する知識を共有できるように直接ケアに関わらない職員も含めた全職員に対して勉強会を実施し、定期的に勉強会を開き、転倒事故の分析や報告を行うことで、個人の転倒予防への認識が変化し、職種間の共通認識が定着したことを報告している。共通の知識を持つためのツールを使うことや、定期的な話し合いの場を持ち、情報を共有する機会を作ることで、看護職個人の情報収集に対する認識も向上していくと考える。

【他職種と協働が上手くいかない】について、石垣, 深江 (2016) の調査では、老健では他職種が看護職の知らない情報をもっている為、看護職だけだと固着してしまう考えも連携・協働することで多角的な役割をふまえた看護が可能になること（石垣・深江, 2016）を報告しており、他職種との連携・協働は必須である。しかし、協働する他職種への＜教育・指導が上手くいかない＞ことや、＜介護職の医療補助能力が不足している＞ことにより、看護職が役割を果たすことが困難になっている現状がある。その原因の一つとして、介護職が痰の吸引もできる資格を取得したとしても教育できる看護師がいないことで資格を活かすことが出来ない等の教育の不足がある。また、取得した資格が活かされないことは介護職にとって＜介護職の意欲の不足＞に繋がっているとも考えられる。大釜 (2016) は、施設では看護師の数よりも介護職の人数が圧倒的に多く、看護師は限られた人数で入居者に必要な処置を行う必要がある為、介護職が出来る範囲を拡大していくことの検討や教育を義務付けてほしい、と介護職の業務範囲や、教育体制が不十分であることを報告しており、介護職への教育の不足を補わなければならないこと（大釜, 2016）を述べている。厚生労働省老健局は、職員の人材育成や就労環境等の改善につながる介護事業者の取組について、都道府県が基準に基づく評価を行い、一定の水準を満たした事業者に対して認証を付与する制度である「人材育成等に取り組む介護事業者の認証評価制度」を通知し、新規採用者育成計画の策定や研修の実施、OJT（On-the-Job Training）指導者やエルダー等へ研修実施、資格取得に対する支援などを評価項目としている（厚生労働省老健局, 2019）。介護事業者は制度

へ参加し、都道府県内全域で認証取得を高めていくことで、大きな範囲で介護職の医療行為を補助する能力の向上につながると考える。看護職と協働する職種の中でも、介護職は利用者の生活に関わる時間が多く、利用者を観察する機会も多く介護職の能力の向上は必要である。

中谷、松岡 (2015) は、異常時には看護職が介護職と共に観察を行い、指導をすることで、介護職は異常に対する観察能力が磨かれて報告出来る様になり、看護職のアセスメントに活かされたことを報告している。さらに指導の際は、介護職のやる気を引き出す言動や態度を示すことや感謝の気持ちを伝えることで人間関係を保ち、質の高い援助につながること (中谷・松岡, 2015) も述べており相手を認める声かけは、良好な人間関係を構築することになり、協働しやすい関係を作ることが出来ると考える。

<他職種の役割を理解していない>ことも協働の阻害要因になりうる。山田 (2015) は、看護職が自らの役割と認識していることと、介護職が期待する看護職の役割とは異なる部分があり役割認識の相違が連携・協働を妨げていること (山田, 2015) を報告している。相手の役割を正しく理解していないことでコミュニケーションが上手くいかず役割が遂行されないこともある。職種の役割に対する共通認識を持ち、お互いの職種を尊重することで共にケアを行う他職種との協働がしやすくなると考える。

本結果で、看護職が認識していなかったのは、【看護職の意欲が不足している】であった。看護職は離職率も高く、就労を継続していく中で疲弊し、本人の健康問題、不規則なシフト、夜勤回数の多さ、超過勤務の多さなどを退職理由として認識しており (厚生労働省, 2012)、意欲が低下してしまう現状がある。従業員の働きがいや意欲の低下は、働くことによるストレスや疲労感を高め、仕事のパフォーマンスの低下につながる懸念がある (厚生労働省, 2019, p.170)。今回の調査でも「看護職はステーションの中にいることが多い、利用者ともっと接する時間を作ってほしい」「状態確認等は介護がして看護職は口で聞くだけ、自分で見てほしい」との語りもあり、看護職の役割に対するパフォーマンスが低下し役割が果たせなくなっている現状がある。

しかし、このような環境の中で魚住 (2017) は、老健の看護師がストレスの認知をしながらも、やりがいを見出し自己成長に気づくという一連の過程の中で就労を継続していると報告しており、ストレスを抱えながらも乗り越え就労継続していく看護職のプロセスを明らかにしている (魚住, 2017)。やりがいを見出すことや自らの成長を感じるにより、看護職がモチベーションを高め働くことが出来ると考える。また、岡、吉川、見並ら (2014) は、中堅看護師に自分の看護実践や看護観を語るナラティブ研修を実施した結果、自部署で看護を語るようになりスタッフ同士で情報共有され、より良い看護の方向性も出せるようになる等、意識が向上し、モチベーションが高く、仕事が楽しくなったことや、離職を考え

ていたが継続を望むようになった看護師もいること (岡・吉川・見並ら, 2014) を報告している。看護職は多忙であるが、これらの報告のように、実践した看護や、自己を振り返り成長を感じる機会や時間を持ち自己肯定感を高めることが、モチベーションを高めることに繋がると考える。また、看護職の離職を防ぎ、意欲をもって役割を遂行できる様、職務環境や労働条件を整えることも急務である。

VII. 結 論

老健に勤務する看護職が役割を果たす際に妨げになる原因は、人手と時間の不足、情報伝達や共有の不足、他職種協働が上手くいかない、看護職の意欲不足、であった。これらの看護職の役割遂行を妨げる原因を解決していくには、情報通信技術や機器の導入を進め、人手不足の中でも業務を効率的に進める方法を取り入れることが急がれる。また、他職種が共通の認識を持ち、定期的に情報を共有する機会を作ること、相手の役割を正しく理解し、お互いの職種を尊重する関わりをすることで協働がより良くなると考える。看護職は、実践した看護や自己を振り返り、成長を感じる機会や時間を持ち自己肯定感を高めて意欲的に役割を果たせるようにすることも必要である。

研究者は利益相反の状態にない。

VIII. 引用文献

- 独立行政法人統計センター. (2023). e-Stat 政府統計の総合窓口年齢 (5歳階級), 男女別 人口及び割合—総人口 (各年 10月 1日現在).
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&toukei=00200524&tstat=000000090001>. 2023年 10月 10日閲覧
- 平松万由子. (2011). 介護老人保健施設における終末期ケアに関する実態調査—看護職・介護職の認識に焦点をあてて—.
 三重看護学誌, 13, 147-154.
- 石垣範子, 深江久代. (2016). 臨地実習指導者の語りを通じた老年看護についての一考察. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 29, 57-68.
- 厚生労働省. (2010). 喀痰吸引等の制度について.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/6-1-01.pdf. 2024年 8月 10日閲覧
- 厚生労働省 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム. (2011). 看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001fog4-att/2r9852000001foyp.pdf>. 2024年 8月 10日閲覧
- 厚生労働省. (2019). 令和元年版労働経済の分析 人手不足の下での「働き方」をめぐる課題について.
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/19/dl/19-1.pdf>. 2023年 10月 10日閲覧
- 厚生労働省. (2020). 介護老人保健施設 社保審—介護給付費分科会第 183 回 資料 2.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672494.pdf>. 2023年 2月 24日閲覧
- 厚生労働省. (2021). 介護サービス事業所における ICT 機器・ソフトウェア導入に関する手引き Ver.2 概要版.

- https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/ICT_Guide_summary.pdf. 2023年10月10日閲覧
- 厚生労働省. (2022). 厚生労働白書(令和3年度厚生労働行政年次報告) 社会保障を支える人材の確保 概要版. <https://www.mhlw.go.jp/content/000988388.pdf>. 2024年8月10日閲覧
- 厚生労働省. (2023a). 看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針. <https://www.mhlw.go.jp/content/001160932.pdf>. 2024年3月29日閲覧
- 厚生労働省. (2023b). 令和5年版 厚生労働白書 資料編 高齢者保健福祉 要介護. 235. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22-2/dl/10.pdf>. 2023年10月10日閲覧
- 厚生労働省. (2023c). 第195回職業安定分科会 資料1-2 看護師等確保基本指針改定のポイント(案). 1. <https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/001140975.pdf>. 2024年4月13日閲覧
- 厚生労働省老健局. (2019). 介護人材の確保・介護現場の革新 社会保障審議会介護保険部会(第79回)参考資料 人材育成等. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000531297.pdf>
- 厚生労働統計協会. (2021a). 国民衛生の動向 2021/2022 版. 厚生指標. 68 (9), 250.
- 厚生労働統計協会. (2021b). 国民衛生の動向 2021/2022 版. 厚生指標. 68 (9), 254.
- 厚生労働統計協会. (2022a). 国民の福祉と介護の動向 2022/2023 版. 厚生指標. 69 (10), 292.
- 厚生労働統計協会. (2022b). 国民の福祉と介護の動向 2022/2023 版. 厚生指標. 69 (10), 183-186.
- 厚生労働統計協会. (2022c). 保険と年金の動向 2022/2023 版. 厚生指標. 69 (14), 204-205.
- 中谷こずえ, 松岡広子. (2015). 介護老人保健施設のリーダー 看護職が実施している介護職への教育的関わり 施設入所高齢者の排尿自立援助に焦点を当てて. 日本看護福祉学会誌, 21 (1) 59-73.
- 日本看護協会. (2017). 介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制のあり方に関する調査研究事業報告書 (PP. 60-71), 平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/16_kanngokyokai.pdf. 2023年2月24日閲覧.
- 岡静枝, 吉川美幸, 見並邦江, 岡田三枝. (2014). 中堅看護師の能力促進として研修を企画運営する有用性 ナラティブ研修後のグループインタビューの分析. 日本看護学会論文集 看護教育, 44, 205-208.
- 大釜信政. (2016). 高度実践看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設看護師の認識. ヒューマンケア研究学会誌, 7 (2), 35-43.
- 神農節子. (2022). 看護基礎教育におけるシミュレーション教育の評価方法と課題に関する文献検討 国内の文献レビューより. 京都看護, 6, 13-28.
- 谷真澄. (2023). 医療機器と電子カルテのデータ共有による看護業務の効率化 専従医療安全管理者の立場から. 看護, 75 (8), 60-68.
- 魚住郁子. (2017). ストレスを抱えながらも老人保健施設の看護師が就労を継続するプロセス. 日本看護医療学会雑誌, 19 (1), 1-12.
- 牛田篤. (2014). 多職種参加型リスクマネジメント研修受講者の意識に関する検討 介護事故に対するリスクマネジメント課題と分析. 共創福祉, 9 (2), 1-8.
- 山田千春. (2015). 介護老人保健施設における看護職の役割定義の活動の特徴 看護職と介護職との相互行為に焦点づけて. 老年社会科学, 37 (3), 316-324.
- 山本浩子, 百田武司. (2019). 介護老人保健施設における看護職員と介護職員の連携・協働における課題 連携・協働の促進に向けた介入研究のための予備調査. 日本赤十字広島看護大学紀要, 19, 23-31.
- 山本恵子, 宮腰由紀子. (2013a). 職種間協働による転倒予防に関する職員の認識変化(第1報). 九州看護福祉大学紀要, 13 (1), 3-17.
- 山本恵子, 宮腰由紀子. (2013b). 職種間協働による転倒予防に関する職員の認識変化とその効果(第2報). 九州看護福祉大学紀要, 13 (1), 19-29.
- 全国老人保健施設協会. (2021). 令和3年版介護白書—老健施設の立場から—. 82-86, TAC 出版.

◇研究報告◇

看護職者の性別における看護職継続の意思と職務満足度

赤井悠介¹⁾*

- I. 目的** 本研究は性別における看護職継続の意思と職務満足度との関係性を明らかにすることを目的とした。
- II. 方法** A 府内の 7 病院に勤務する看護職者 407 名を対象とした。対象の属性と「看護職継続意思の有無」、職務満足度の評価は Stamps—尾崎翻訳修正版尺度を参考にオリジナルの質問紙を作成した。
- III. 結果** 看護職継続意思の有無と職務満足度を男女で比較すると 6 因子に分類できた。男性看護職者では「所属部署・組織・上司との関係」($p < 0.01$)と「給与」($p < 0.05$)に有意な差が認められた。女性看護職者では「所属部署・組織・上司との関係」($p < 0.05$)、「医師との関係」「看護師間の関係」($p < 0.05$)有意な差が認められた。
- IV. 考察** 職務満足度は、男性看護職者では給与と所属部署・組織・上司との良好な関係が看護職者継続に影響され、女性看護職者では所属部署・組織・上司、医師、看護師間の良好な関係が影響していた。

【キーワード】 看護職者, 性別, 職務満足度, 離職, 看護職継続

I. はじめに

2019 年の看護師の離職率は、正規雇用看護職員離職率は 11.5%で、前年度比 0.8 ポイントでやや増加していた。一方、新卒採用者の離職率は 8.6%で、前年度比 0.8 ポイント増であった(日本看護協会, 2022)。令和 3 年雇用動向調査結果(厚生労働省, 2022)における常用労働者の離職率は 13.9%であり、看護職者の離職率は特筆し高い訳ではない。しかし、病床数や地域、新卒か既卒により離職率は大きく変動する。2020 年度において既卒者の離職率は 14.9%(日本看護協会, 2022)となっており、常用雇用者の離職率を上回っている。先行研究では看護職者の離職防止の因子として職務満足度が考えられてきた(岸田他, 2020)。職務満足度と患者満足度は比例し互いに影響を与えると報告されている(小林・鈴木・坂口, 他, 2006)ことから、看護師の離職予防に患者・看護師の満足度が関係している。女性特有の離職理由として、結婚や出産というライフイベントが挙げられ、本人や家族の健康・介護問題、職場環境としての人間関係を離職理由とするケースもある(厚生労働省, 2014)。しかし、職場に対して満足であれば、離職することなく、職場を継続していく気持ちが持てるのではないかと考える。

これまでの看護職者の離職の研究は、勤務継続意志に関連要因を明らかにしたもの(岸田他, 2020)や、新卒看護師の早期離職願望とその克服や行き詰まり感の実態を研究したものの(真壁・木下・古城, 2006)など、全看護職者を対象としているが女性数が多いことから、女性に視点を向けた内容であった。男性看護職者のみを対象とした研究は主にキャリアアップや働きにくさの研究が若干あり、性別における離職に関する研究は見られない(一ノ山・境・岩城, 2020)。

II. 目的

本研究では、性別における看護職継続の意思と職務満足度との関係性を明らかにすることを目的とした。

III. 方法

1. 対象者及び調査期間

A 府内の研究協力に同意が得られた病床数 150 床以上の二次救急指定病院である、A 地区 5 病院と B 地区 2 病院を合わせた計 7 病院に勤務する看護職者を対象とした。7 病院は 2020 年 1 月下旬～2020 年 3 月上旬に 700 部を封筒に入れて配布した。質問紙は自記式質問用紙とし、強制力が働かないように

受付日: 2023 年 4 月 15 日 / 受理日: 2024 年 9 月 6 日

1) 特別養護老人ホーム夢の箱

* E-mail: yusuke.akail002@gmail.com

回収は記入・未記入に関係なく配布時の封筒に入れ、病棟毎の留め置き法とし病院毎に回収した。

2. 調査内容

対象者の基本的属性は、性別、年齢、職種、臨床経験年数、役職、雇用形態、夜勤形態、家族構成、子どもの有無、介護者の有無、睡眠時間とした。看護職継続の意思、職務満足度は、Stamps—尾崎翻訳修正版尺度（尾崎・忠政，1988）を一部改変した質問内容とした。

3. 看護職継続の意思

看護職継続の意思を調査するにあたり、その意思の確認を「定年まで看護職として働いていきたいと思う」「結婚・出産・育児で一時退職し、その後看護職として再就職」「結婚・出産・育児で一時退職し、その後看護職以外で再就職」「結婚、出産・育児で一時退職し、専業主婦（主夫）になろうと思う」「あと、2～3年で辞めようと思う」「その他」の6件法とした。うち、「定年まで看護職として働いていきたいと思う」「結婚・出産・育児で一時退職し、その後看護職として再就職」の2項目を「看護職者継続意思あり」群（以下、「継続意思あり」群とする）とした。

一方、「結婚・出産・育児で一時退職し、その後看護職以外で再就職」「結婚、出産・育児で一時退職し、専業主婦（主夫）になろうと思う」「あと、2～3年で辞めようと思う」の3項目を「看護職者継続意思なし」群（以下、「継続意思なし」群とする）として分類した。

4. 職務満足度

職務満足度の評価としてStamps—尾崎翻訳修正版尺度（以下、尾崎翻訳修正版尺度）（尾崎・忠政，1988）を使用した。尾崎翻訳修正版尺度では48項目が7因子（給料・職業的地位・医師と看護婦間の関係・専門職としての自律・看護管理・看護業務・看護婦間相互の影響）に分類されていた。本研究では曖昧な回答を避けるため「どちらでもない」を削除し、より簡潔な回答を導き出すため7件法から4件法に改変したオリジナルの尺度を使用した。「全くそうだ」から「全く違う」の4～1点（逆転項目は1～4点）を配点し、得点が高いほど職務満足が高いことを意味する。

5. 分析

2群の比較には χ^2 検定、フィッシャーの正確確率検定、対応のないt検定を用いた。職務満足度は最尤法を用いた因子分析を行った。回転はバリマックス法とし、臨床上重要な項目が脱落しないように負荷量0.4以上を基準とし項目を抽出した。因子分析の結果、抽出された項目について看護職継続の意思との関連ではMann-Whitney U Testを行った。統計処理は統計解析ソフトIBM SPSS statistics ver.25（日本アイ・ビー・エム株式会社）を用い、検定の有意水準は5%（両測検定）とした。

IV. 倫理的配慮

調査依頼は各病院の施設長に研究の趣旨、目的、対象、方法及び倫理的配慮について口頭、または文書にて説明を行い、

研究協力の同意を得た。研究は任意の参加であり、調査用紙の提出をもって調査への参加に同意したとみなすことの説明を書面にて行った。対象者には回答の秘密が守られることを明記し、研究への協力は自由意志に基づくものであり、参加しない選択が可能であることを記載した。調査用紙は各施設長へ送付または手渡しし、各施設長より対象者への配布を依頼した。なお本研究は、大阪教育大学倫理審査委員会の承認（受付番号497）を得て実施した。

V. 結果

1. 対象者の属性

調査の結果、602部の回答を得た（回収率86.0%）。一部未記入の質問紙があったため欠損値とし削除し、407部を有効回答として分析した。なお、有効回答率は67.6%である。対象者は407名とし、その内訳は男性看護職者51名、女性看護職者356名であった。対象者の平均年齢が男性は32.1（±9.6）歳、女性が39.0（±11.6）歳と女性の方が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。臨床経験年数では、男性は8.3（±7.7）年、女性は13.4（±10.4）年となり、女性の方が有意に長かった（ $p<0.001$ ）。雇用形態では、女性はパートやアルバイトがいるが、男性は全員正社員であった（ $p<0.01$ ）。夜勤回数では男性は4.3（±2.2）回/月、女性は3.0（±2.5）回/月と男性の方が有意に多い（ $p<0.001$ ）。子どもの有無では、子どものいる男性看護職者の14人（27.2%）に比べ、女性看護職者では168人（47.2%）と、男性看護職者のおよそ2倍近くが子どもを有していた（ $p<0.05$ ）。その他の項目では性差による違いは認められなかった。

2. 対象者の看護職継続の有無による属性

看護職者の看護職継続の有無による属性を表1に示す。男性看護職者51名のうち、「継続意思あり」群が43名、「継続意思なし」群が8名であった。対象者の職種が、「継続意思あり」群は看護師37名（86.0%）、准看護師1名（2.3%）、看護補助者5名（11.6%）に対し、「継続意思なし」群は看護師4名（50.0%）、准看護師2名（25.0%）、看護補助者2名（25.0%）と、職種と継続意思の間で有意な差が認められた（ $p<0.05$ ）。その他の項目では男性看護職者に有意な差は認められなかった。

女性看護職者356名のうち、「継続意思あり」群が314名、「継続意思なし」群が42名であった。臨床経験年数では、「継続意思あり」群は13.9（±10.4）年、「継続意思なし」群は9.3（±10.4）年となり、「継続意思あり」群の方が有意に長かった（ $p<0.01$ ）。婚姻では、「継続意思あり」群では独身が156人（50.3%）、既婚が154人（49.7%）であるのに対し、「継続意思なし」群では独身が28人（66.7%）、既婚が14人（33.3%）と、「継続意思あり」群の方が有意に高かった（ $p<0.05$ ）。子どもの有無では、子どものいる「継続意思あり」群の155人（49.4%）に比べ、「継続意思なし」群では13人（31.0%）と、「継続意思あり」群の方が有意に多かった（ $p<0.05$ ）。その他の項目では女性看護職者に有意な差は認められなかった（表1）。

表1 性別による看護職者の看護職継続の意思別属性

	男性看護職者		p 値	女性看護職者		p 値
	継続意思あり n(%):mean(SD)	継続意思なし n(%):mean(SD)		継続意思あり n(%):mean(SD)	継続意思なし n(%):mean(SD)	
人数	43 (84.3)	8 (15.69)		314 (88.2)	42 (11.8)	
年齢 [†]	32.6 (9.6)	29.1 (9.3)	0.380 n.s	39.5 (11.3)	35.0 (13.3)	0.020 *
職種 [‡]						
看護師	37 (86.0)	4 (50)		268 (85.6)	31 (73.8)	
准看護師	1 (2.3)	2.0 (25.0)	0.020 *	27 (8.6)	5 (11.9)	0.080 n.s
看護補助者	5 (11.6)	2.0 (25.0)		18 (5.8)	6 (14.3)	
役職 [§]						
管理者	4 (9.8)	0 (0)	1.000 n.s	52 (18.8)	5 (14.7)	0.650 n.s
役職なし	37 (90.2)	7 (100)		224 (81.2)	29 (85.3)	
臨床経験年数 [†]	8.9 (8.0)	5.4 (4.9)	0.240 n.s	13.9 (10.4)	9.3 (10.4)	0.010 **
雇用形態 [‡]						
正社員	43 (84.3)	8 (15.7)		275 (89.0)	36 (85.7)	
パート	0 (0.0)	0 (0)	n.s	33 (10.7)	5 (11.9)	0.610 n.s
アルバイト	0 (0.0)	0 (0)		1 (0.3)	1 (2.38)	
夜勤回数 [†]	4.4 (2.2)	3.9 (1.9)	0.550 n.s	2.9 (2.4)	3.2 (2.3)	0.430 n.s
婚姻 [§]						
独身	22 (51.2)	6 (75)	0.270 n.s	156 (50.3)	28 (66.7)	0.050 *
既婚	21 (48.8)	2 (25)		154 (49.7)	14 (33.3)	
子ども有り [§]	13 (30.2)	1 (12.5)	0.420 n.s	155 (49.4)	13 (33.3)	0.030 *
介護有り [§]	0 (0.0)	0 (0)	n.s	17 (5.6)	2 (4.9)	1.000 n.s
睡眠時間(分) [†]	384 (60.0)	384 (90.0)	0.780 n.s	366 (78.0)	384 (78.0)	0.120 n.s

*p<0.05

各項目の結果では、項目ごとに欠損値を除外した。割合 (%)は四捨五入して整数で示したため、合計は必ずしも100にはならない。

†平均値 (標準偏差) 対応のないt検定

‡χ²検定

§フィッシャーの正確確率検定

3. 職務満足度

職務満足度を明らかにするため、質問項目に因子分析を行った。因子負荷量がいずれの因子にも 0.4 に満たない項目を除外し、分析を繰り返し、すべての質問項目が因子へ分類されるまで同様に繰り返した。複数の因子における因子負荷量が 0.4 を超えるものに関しては、より高い因子へと分類した。

第1因子は「この病院の職員はお互いにかみあっている」「時折私は矛盾していることを言ってくる沢山のボス (所属

室内で) がいるように感じる」「必要以上に、また欲する以上に細かく監督されていると私は感じる」「業務における職員は私の好むような親しみなどが少ない」「所属室内では階級意識が強くて、職員のため交流が少ない」「私は一生懸命行っている仕事に結局は何の意見も見いだせないでいる」「新採用者は私の病院にすぐ溶け込めないでいる」「この病院ではえこひいきなどから職員がより高い給料を得ることは可能である」「この病院では給料を上げることが必要である」「業務において、私の上司がほとんどの決断を行い、仕事における決断は

私にはない」の9項目から構成された。所属部署内や病院全体における主に上司に係る人間関係に関連する項目が分類されたため【所属部署・組織・上司との関係性】と命名した。

第2因子は「この病院では、職員に期待しているだけあって、私たちは仕事に見合った給料をもらっている」「私を除いて、この病院での多くの職員が給料に不満を持っているという印象を私は持っている」「現在の給料に満足している」「この病院における看護職員の給料の増加率に私は満足していない」「他の病院の職員から得た情報でも、この病院では、かなりよい給料を払っている」の6項目から構成された。該当する項目の全てが看護職員に支払われる給与に関連するため、【給与】と命名した。

第3因子は「私がやりたいと思っているような患者ケアをするためには時間が足りない」「もう少し仕事量が少なかったらもっと良い仕事ができると思う」「もっとたくさんの時間が、それぞれの患者に対してあったなら、もっと良いケアができるだろう」「この病院の管理と業務の日常問題との間に大きなギャップがある」「この病院では職員のペーパーワーク(記録, 事務的仕事 etc.)が多すぎる」の5項目から構成された。仕事量に対する時間が足りないことに関するジレンマや、もっと時間があれば良い仕事が出来るといった項目が該当しており、【時間と業務量のバランス】と命名した。

第4因子は「私の病棟では、医師は職員に協力的ではない」「私の病院では、職員と医師の間で十分なチームワークが取れている」「一般的にこの病院の医師は職員が行っていることを理解し、評価している」の3項目から構成された。看護師と医師の間に生じる連携に関する項目であるため、【医師との関係性】と命名した。

第5因子は「職場における職員は忙しいとき、お互いに助け合い、協力しあっている」「私の職場において、職員の間では素晴らしいチームワークと協力ができている」の2項目から構成された。職場における助け合いやチームワークに関する項目が分類された。そのため、【看護師間関係性】と命名した。

第6因子は「全般的に、私はこの病院で系統立てて行われている方法に満足している」「私の印象であるが、この病院のほとんどの職員は仕事がちんと系統立てて行われることを好む」の2項目から構成された。2項目に系統という言葉が使われており、病院内や部署内における業務に対して、整えられた手順があるかどうかに関連している。そのため、【良好な業務のシステム化】と命名した。

4. 性別・看護職者継続意思別にみた職務満足度

先に述べた職場満足度を性別・看護職者継続の意思別に検討したが差は認められなかった。その為、因子を構成する質問項目毎に看護職者の継続意思による男女差を比較し、表2に示した。男性看護職者において、【所属部署・組織・上司との関係性】では「この病院の職員はお互いに関心がある」「時折私は矛盾していることを言うてくる沢山

のボス(所属室内で)がいるように感じる」($p<0.05$)「必要以上に、また欲する以上に細かく監督されていると私は感じる」($p<0.001$)「私は一生懸命行っている仕事に結局は何の意見も見いだせないでいる」($p<0.05$)の4項目が有意に高かった。【給与】では「現在の給料に満足している」($p<0.05$)の1項目に有意な差が認められた。その他の項目に有意な差は認められなかった。

女性看護職者においては、【所属部署・組織・上司との関係性】では「この病院の職員はお互いに関心がある」($p<0.05$)「私は一生懸命行っている仕事に結局は何の意見も見いだせないでいる」($p<0.01$)の2項目に有意な差が認められた。【医師との関係性】では「私の病棟では、医師は職員に協力的ではない」($p<0.05$)に有意な差が認められた。【看護師間関係性】では「職場における職員は忙しいとき、お互いに助け合い、協力しあっている」($p<0.05$)に有意な差が認められた。その他の項目に有意な差は認められなかった(表2)。

VI. 考 察

1. 対象者の属性からみた看護職者継続意思

男性看護職者は1989年に厚生労働省により行われた第二次カリキュラム改正により、男女共通の教育内容となり、看護職者として男女平等な知識と技術を持つこととなった。さらには2002年「保健師助産師看護師法」改正後から男性看護職者は増加(一ノ山・境・岩城, 2020)しているが、女性看護職者と比較すると、その歴史は浅く、絶対的に人数が少ない。男性看護職者の増加が2000年初期からであることから、総じて男性看護職者の年齢は若いと考えられる。本研究の対象者も男性看護職者の方が女性看護職者に比べ有意に年齢が低かった。

本研究において女性看護職者では、臨床経験年数が高いほど「看護職者継続意思あり」が有意に高かった。このことは、年齢を20代の新人、30代の中堅、40代以上のベテラン看護師に分類し、新人のうちは期待感が強いと職務満足度が高いといった先行研究(草刈他, 2018)と比較すると、相違する結果となった。さらに、男性看護職者においても同様に、臨床経験年数が高いほど「看護職者継続意思」は強くあり、臨床経験年数が低いほど、看護職者継続意思が低かった。就業年数5年以内の看護師を対象とした研究(真壁・木下・古城, 2006)では、看護職を「ずっと続けたい」が23%、「一時中断しても続けたい」が44%と、看護職者を継続したいと考えている人が67%であり、「続けたくない」が16%、「わからない」が17%であった。

本研究と先行研究との相違は対象年齢と経験年数であり、本研究では比較的若年層が多い。また、先行研究における「わからない」に相当すると思われる「その他」を除外しているため、継続意思に関しての分類も一致はしない。しかし、先行研究の「わからない」を除外したところ、「ずっと続けたい」「一時中断しても続けたい」が50人(80.6%)、「続けたくない

表2 性別・看護職者継続意思別にみた職務満足度に影響する因子

	看護職 継続	男性看護職者			p値	女性看護職者			p値
		mean (SD)	中央値 (25% , 75%)			mean (SD)	中央値 (25% , 75%)		
第1因子 所属部署・組織・上司との関係 Cronbach's α = 0.779									
42 この病院の職員はお互いにかみあっている	あり	1.9 (0.7)	2 (1 , 2)	0.020 *	2.0 (0.7)	2 (2 , 2)	0.030 *		
	なし	2.8 (0.9)	2.5 (2 , 3.8)		2.3 (0.8)	2 (2 , 3)			
13 時折私は矛盾していることを言うてくる沢山の ボス (所属室内で) がいるように感じる	あり	2.2 (0.9)	2 (2 , 3)	0.030 *	2.5 (0.8)	3 (2 , 3)	0.220 n.s		
	なし	3.0 (0.8)	3 (2.3 , 3.8)		2.7 (0.9)	3 (2 , 3)			
07 必要以上に、また欲する以上に細かく監督され ていると私は感じる	あり	2.0 (0.7)	2 (2 , 2)	0.000 ***	2.1 (0.6)	2 (2 , 2)	0.090 n.s		
	なし	3.0 (0.8)	3 (2.3 , 3.8)		2.3 (0.6)	2 (2 , 3)			
23 業務における職員は私の好むような親しみなど が少ない	あり	2.1 (0.6)	2 (2 , 2)	0.130 n.s	2.2 (0.5)	2 (2 , 2.6)	0.250 n.s		
	なし	2.6 (1.1)	2.5 (2 , 3.8)		2.3 (0.6)	2 (2 , 3)			
28 所属室内では階級意識が強くて、職員のための 交流が少ない	あり	2.1 (0.6)	2 (2 , 2)	0.160 n.s	2.2 (0.6)	2 (2 , 2)	0.050 n.s		
	なし	2.5 (0.8)	2 (2 , 3)		2.3 (0.6)	2 (2 , 3)			
27 私は一生懸命行っている仕事に結局は何の意見 も見いだせないでいる	あり	2.2 (0.7)	2 (2 , 3)	0.010 *	2.3 (0.6)	2 (2 , 3)	0.010 **		
	なし	2.9 (0.6)	3 (2.3 , 3)		2.5 (0.6)	2 (2 , 3)			
10 新採用者は私の病院にすぐ溶け込めないでいる	あり	2.1 (0.7)	2 (2 , 2)	0.190 n.s	2.3 (0.7)	2 (2 , 3)	0.680 n.s		
	なし	2.4 (0.5)	2 (2 , 3)		2.3 (0.8)	2 (2 , 3)			
26 この病院ではえこひいきなどから職員がより高 い給料を得ることは可能である	あり	2.0 (0.7)	2 (2 , 2)	0.810 n.s	2.0 (0.7)	2 (1 , 2)	0.740 n.s		
	なし	2.0 (0.8)	2 (1.3 , 2.8)		2.0 (0.7)	2 (2 , 2)			
20 業務において、私の上司がほとんどの決断を行 い、仕事における決断は私にはない	あり	2.1 (0.8)	2 (2 , 2)	0.090 n.s	2.2 (0.6)	2 (2 , 3)	0.470 n.s		
	なし	2.5 (0.5)	2.5 (2 , 3)		2.3 (0.6)	2 (2 , 3)			
第2因子 給与 Cronbach's α = 0.799									
14 この病院では、職員に期待しているだけあっ て、私たちは仕事に見合った給料をもらって いる	あり	2.0 (0.7)	2 (2 , 2)	0.420 n.s	1.9 (0.6)	2 (1 , 2)	0.140 n.s		
	なし	1.8 (0.7)	2 (1 , 2)		1.7 (0.6)	2 (1 , 2)			
48 この病院では給料を上げることが必要である	あり	3.5 (0.6)	4 (3 , 4)	0.750 n.s	3.4 (0.6)	3 (3 , 4)	0.100 n.s		
	なし	3.6 (0.5)	4 (3 , 4)		3.5 (0.6)	4 (3 , 4)			
08 私を除いて、この病院での多くの職員が給料に 不満を持っているという印象を私は持っている	あり	3.3 (0.8)	3 (3 , 4)	0.420 n.s	3.3 (0.7)	3 (3 , 4)	0.450 n.s		
	なし	3.5 (0.8)	4 (3 , 4)		3.2 (0.8)	3 (3 , 4)			
01 現在の給料に満足している	あり	1.9 (0.7)	2 (1 , 2)	0.040 *	2.0 (0.8)	2 (1 , 3)	0.100 n.s		
	なし	1.4 (0.7)	1 (1 , 1.8)		1.8 (0.8)	2 (1 , 2)			
04 この病院における看護職員の給料の増加率に私 は満足していない	あり	3.2 (0.8)	3 (3 , 4)	0.340 n.s	3.2 (0.8)	3 (3 , 4)	0.420 n.s		
	なし	3.5 (0.8)	4 (3 , 4)		3.3 (0.8)	3 (3 , 4)			
32 他の病院の職員から得た情報でも、この病院で は、かなりよい給料を払っている	あり	1.8 (0.8)	2 (1 , 2)	1.000 n.s	1.8 (0.7)	2 (1 , 2)	0.730 n.s		
	なし	1.8 (0.7)	2 (1 , 2)		1.7 (0.7)	2 (1 , 2)			
第3因子 時間と業務量のバランス Cronbach's α = 0.774									
34 私がやりたいと思っているような患者ケアをす るためには時間が足りない	あり	2.8 (0.7)	3 (2 , 3)	0.350 n.s	3.1 (0.7)	3 (3 , 4)	0.090 n.s		
	なし	3.1 (1.0)	3.5 (2 , 4)		2.9 (0.7)	3 (2 , 3)			
11 もう少し仕事量が少なかったらもっと良い仕事 ができると思う	あり	3.0 (0.8)	3 (2 , 4)	0.380 n.s	3.0 (0.8)	3 (3 , 4)	0.800 n.s		
	なし	3.3 (1.0)	4 (2 , 4)		3.0 (0.9)	3 (3 , 4)			
37 もっとたくさんの時間が、それぞれの患者に対 してあったなら、もっと良いケアができるだろ う	あり	3.1 (0.6)	3 (3 , 4)	0.520 n.s	3.3 (0.6)	3 (3 , 4)	0.290 n.s		
	なし	3.3 (0.7)	3 (3 , 4)		3.2 (0.7)	3 (3 , 4)			
12 この病院の管理と業務の日常問題との間に大き なギャップがある	あり	2.7 (0.7)	3 (2 , 3)	0.340 n.s	3.0 (0.7)	3 (2.8 , 3)	0.310 n.s		
	なし	3.0 (0.9)	3 (2 , 4)		2.8 (0.7)	3 (2 , 3)			
21 この病院では職員のペーパーワーク (記録、事 務の仕事 etc.) が多すぎる	あり	2.8 (0.8)	3 (2 , 3)	0.760 n.s	3.1 (0.7)	3 (3 , 4)	0.600 n.s		
	なし	2.9 (1.1)	3 (2 , 4)		3.0 (0.7)	3 (2.8 , 3.3)			
第4因子 医師との関係性 Cronbach's α = 0.794									
06 私の病棟では、医師は職員に協力的ではない	あり	2.3 (0.7)	2 (2 , 3)	0.390 n.s	2.6 (0.8)	2 (2 , 3)	0.040 *		
	なし	2.6 (1.1)	2.5 (2 , 3.8)		2.8 (0.8)	3 (2 , 3)			
19 私の病院では、職員と医師の間で十分なチーム ワークが取れている	あり	2.5 (0.6)	3 (2 , 3)	0.890 n.s	2.2 (0.7)	2 (2 , 3)	0.730 n.s		
	なし	2.4 (0.9)	3 (1.3 , 3)		2.1 (0.7)	2 (2 , 3)			
39 一般的にこの病院の医師は職員が行っているこ とを理解し、評価している	あり	2.4 (0.7)	3 (2 , 3)	0.430 n.s	2.2 (0.7)	2 (2 , 3)	0.130 n.s		
	なし	2.3 (0.7)	2 (2 , 3)		2.0 (0.6)	2 (2 , 2)			
第5因子 看護師間の関係性 Cronbach's α = 0.675									
03 職場における職員は忙しいとき、お互いに助け 合い、協力しあっている	あり	3.1 (0.6)	3 (3 , 4)	0.270 n.s	3.0 (0.6)	3 (3 , 3)	0.050 *		
	なし	2.8 (1.0)	3 (2 , 3.8)		2.9 (0.6)	3 (2.8 , 3)			
16 私の職場において、職員の間では素晴らしい チームワークと協力ができている	あり	3.0 (0.6)	3 (3 , 3)	0.070 n.s	2.7 (0.6)	3 (2 , 3)	0.100 n.s		
	なし	2.5 (0.9)	2.5 (2 , 3)		2.6 (0.7)	2 (2 , 3)			
第6因子 良好な業務のシステム化 Cronbach's α = 0.476									
38 全般的に、私はこの病院で系統立てて行われて いる方法に満足している	あり	2.3 (0.6)	2 (2 , 3)	0.230 n.s	2.2 (0.6)	2 (2 , 3)	0.770 n.s		
	なし	2.0 (0.8)	2 (1.3 , 2.8)		2.3 (0.7)	2 (2 , 3)			
05 私の印象であるが、この病院のほとんどの職員 は仕事ができると系統だてて行われることを好 む	あり	2.6 (0.7)	3 (2 , 3)	0.680 n.s	2.5 (0.6)	3 (2 , 3)	0.120 n.s		
	なし	2.5 (0.8)	3 (2 , 3)		2.4 (0.6)	2 (2 , 3)			

Mann-Whitney の U検定

*p<0.05 **p<0.01

い」が12人(19.4%)と、本研究の男性看護職者の「看護職者継続意思あり」43人(84.3%)、「継続意思なし」8人(15.7%)に類似した結果となった。このことから、男性看護職者の臨床経験年数が看護職者継続意思に影響していると考えられる。

臨床経験年数により看護職者継続意思が比例することは、若い看護職者は専門性を高めながら自己啓発できる病院や職場環境で勤務することを望み、自律性が高められない職場であれば、現在の職場や病院にこだわらず離職につながる可能性が示唆された(岸田他, 2020)。男女とも臨床経験年数が低いほど、自らのキャリアアップを図るために「認定、専門看護師などの資格を取得すること」を目指せる(佐々木・金澤, 2016)、自らの望むまたは興味のある専門性を高め、自己啓発ができる環境を求め、離職につながるのではないかと考えられる。今後キャリアアップに着目した比較再検討する必要があることが示唆された。

女性看護職者における年齢、臨床経験年数、子どもの有無で、看護職者継続意思が有意に高かった。子育てのライフステージにある女性看護職者は、看護職として働くことに「自分自身の成長」「心地よい自分であること」「生きがい」の意味を見出している(岩下・高田, 2012)。また、年齢、臨床経験年数が高く子どものいる看護職者は、看護職者の離職理由上位である「出産・育児のため(22.1%)」「結婚のため(17.7%)」(日本看護協会, 2014)といったライフイベントから次のステージへ進んでおり、看護職者継続意思の高さに影響を与えたと考える。

2. 性別にみた職務満足度

職務満足度の評価としてStamps—尾崎翻訳修正版尺度(以下、尾崎翻訳修正版尺度)を使用した研究(草刈他, 2018)は、急性期病院に勤務する中堅看護師に対し調査されている。当該研究では尾崎らが分類した7因子で分類しPearsonによる分析で比較している(撫養・勝山・青山, 2009)。しかし、本研究では、一部改変したオリジナルの尺度を使用した。尾崎翻訳修正版尺度では7因子(給料・職業的地位・医師と看護婦間の関係・専門職としての自律・看護管理・看護業務・看護婦間相互の影響)に分類されたが、今回の調査では6因子(「所属部署・組織・上司との関係性」「給与」「時間と業務量のバランス」「医師との関係性」「看護師間の関係性」「良好な業務のシステム化」)となった。

男性看護職者が職場に増加することにより、それまで女性だけの職場であった施設の環境が一変することとなった。尾崎翻訳修正版尺度は、1988年に尾崎らが1978年にstampsらがアメリカ合衆国にて開発した尺度を、環境、医療体制、臨床体制等が異なる日本での使用を目的として開発した尺度である。そのため、現代の看護職者を測定するには質問内容に対する因子の分類傾向が変化したのだと考える。

男性看護職者では、【所属部署・組織・上司との関係性】に該当する4項目と【給与】に該当する2項目に有意な差が見られた。一方の女性看護職者では、【所属部署・組織・上司と

の関係性】に該当する2項目、【医師との関係性】【看護師間の関係性】に該当するそれぞれ1項目に有意な差が認められた。

男性看護職者で【所属部署・組織・上司との関係性】に有意な差が見られたのは、男性看護職者は多くの女性看護職者の中に配属され、絶対的な人数が少ない。そのため男性看護職者が抱える課題である、性別による差別感を感じたとき、指導を受けることのできる男性の先輩看護職者が居れば、適切なアドバイスや示唆を受けることができる(出口, 2009)と考える。また、男性看護職者のキャリアアップを意識していく上では、同性の有資格者が存在し、他人との情報のやり取りができるような相談ができる環境が重要となる(佐々木・金澤, 2016)ため、男性看護職者は【所属部署・組織・上司との関係性】を重視していると考えられる。

転職入職者が前職を辞めた理由において、結婚、出産、介護、看護、定年などのライフイベントを除くと、男性では「給与等収入が少なかった」9.4%と一位であり、「職場の人間関係が好ましくなかった」8.8%と次に多く「労働時間、休日等の労働条件が悪かった」8.3%と続く。一方で女性は「職場の人間関係が好ましくなかった」13.3%、「労働時間、休日等の労働条件が悪かった」11.6%、「給与等収入が少なかった」8.8%との結果になっていた(厚生労働省, 2021)。当該調査は全国の2021年に離職した常用労働者のうちから無作為に抽出した離職者を対象としているため、看護職者のみの離職理由を示すものでなく、一般的な男性女性の特色が反映されている。当該調査において、男性は「給与」と「人間関係」を重視し、女性は「人間関係」を重視している結果になっている。本研究において男性看護職者は【所属部署・組織・上司との関係性】【給与】に該当する項目において有意な差が示されており、男性看護職者のみでなく男性そのものの特性である。2020年の一般労働者の賃金は男女計307.7千円、男性338.8千円、女性251.8千円となっている(厚生労働省, 2021)。労働者における賃金は前述の離職理由に関係するため、男性は女性に比べ高い水準を求める可能性がある。

女性看護職者は【所属部署・組織・上司との関係性】【医師との関係性】【看護師間の関係性】の項目において有意な差が示されており、女性看護職者をはじめとする女性は、職場における人間関係を重視していることが明らかとなった。結婚や育児、出産等のライフステージに影響のある女性看護職者は、「どこかで働かなければならない」「家族を扶養している」などの理由から、辞めたくても辞められない状況が生じている(門脇, 2020)。また、看護職者は交代勤務制であり、育児と仕事の両立のため急な休みを取りづらいつ感じながらも、最終的には自分が休むしかないという状況にある(藤井, 2018)。そのため女性看護職者は、職場において急な休みがとりやすい良好な人間関係を求めているのではないかと推察する。また、職場環境における女性職員を対象とした福利厚生の手厚さも今後検討する課題であると考えられる。

Ⅶ. 結 論

本研究では性別における看護職継続の意思と職務満足度との関係性が明らかとなった。女性看護職者において、臨床経験年数が高いほど看護職者継続意思は強くあり、臨床経験年数が低いほど、看護職者継続意思が低かった。職場満足度は男性看護職者では職場における給与と、所属部署・組織・上司との良好な関係が看護職者継続に影響し、女性看護職者では所属部署・組織・上司、医師、看護師間の良好な関係が影響していることが示唆された。

また、本論文の一部は第 53 回日本看護学会学術集会にて発表した内容である。なお、本論文に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

Ⅷ. 引用文献

- 出口睦雄. (2009). 男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足度の関係. 日本看護研究学会雑誌, 32 (4), 59-65.
- 藤井貴子. (2018). A 施設における夜勤業務のある看護師の育児と仕事の両立を困難と感じる性差の要因. 日本重症心身障害学会誌, 43 (2), 272.
- 一ノ山隆司, 境美砂子, 岩城敏之. (2020). 論文タイトルからみる男性看護師に関連した研究動向と特徴. 性とこころ, 11 (1), 111-118.
- 岩下真由美, 高田昌代. (2012). 子育てのライフステージにある看護師のキャリア継続に関連する要因. 日本看護管理学会誌, 16 (1), 45-56.
- 門脇文子. (2020). 看護師の離職意図の発生時期とその内容の分析. 三重看護学誌, 22, 31-40.
- 岸田久美, 三島瑞穂, 長広千恵, 喜多村定子, 吉永純子. (2020). 看護師の勤務継続意志に関連する職務満足度と職場環境について. 徳島文理大学研究紀要, 99, 43-49.
- 小林美亜, 鈴木美穂, 坂口千鶴, Mitty, E., Norman, E., Mezey, M. (2006). 日本語版 NWI-R の開発 看護の専門性を発揮できる職場環境の評価のために. 看護管理, 16 (11), 929-935.
- 厚生労働省. (2014). 看護職員の現状と推移, 2014. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf> (検索日 2022-12-28)
- 厚生労働省. (2021a). 令和 2 年雇用動向調査結果の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/21-2/dl/gaikyou.pdf> (検索日 2022-12-28)
- 厚生労働省. (2021b) 令和 2 年賃金構造基本統計調査 結果の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2020/index.html> (検索日 2022-12-28)
- 厚生労働省. (2022). 令和 3 年雇用動向調査結果の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/22-2/dl/gaikyou.pdf> (検索日 2022-12-28)
- 草刈由美子, 山口久美子, 仁戸部富恵, 大竹一榮. (2018). 特定機能病院に勤務するスタッフ看護師の職務満足感とベッドコントロールの認識および組織評価との関連性-新人看護師, 中堅看護師, ベテラン看護師の比較-. 獨協医科大学看護学部紀要, 12, 1-16.
- 真壁幸子, 木下香織, 古城幸子. (2006). 職業経験 5 年以内の看護師の早期離職願望と仕事への行き詰まり感. 新見公立短期大学紀要, 27, 79-89.

- 撫養真紀子, 勝山貴美子, 青山ヒフミ. (2009). 急性期病院に勤務する中堅看護師の職務満足に関連する要因の分析. 日本看護管理学会誌, 13 (1), 14-23.
- 日本看護協会. (2022). News Release 「2021 年 病院看護・外来看護実態調査」結果. https://www.nurse.or.jp/home/up_pdf/20220401121744_f.pdf (検索日 2022-12-28)
- 尾崎フサ子, 忠政敏子. (1988). 看護婦の職務満足質問紙の研究—Stamps らの質問紙の日本での応用—. 大阪府立看護短期大学紀要, 10 (1), 17-24.
- 佐々木彬, 金澤鉄也 (2016): 看護師の性差によるキャリアアップに関する意識調査. 日本看護学会論文集 看護管理, 46, 167-170.

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症治療チームで勤務した
経験がある看護師家族の受け止め方と求める支援山竹峻史^{1)*}, 中村ゆきえ¹⁾, 倉本裕介¹⁾, 福塚 明¹⁾, 畑中苑花¹⁾, 三浦夕佳¹⁾, 田中浩二²⁾

【目的】 COVID-19 感染症治療チームで勤務した経験がある看護師家族の、看護師が感染症治療チームで勤務していたことに対する受け止め方を明らかにし、家族に必要な支援を考察する。

【方法】 看護師家族を対象に質問紙調査を実施し、受け止め方や求める支援について回答を求めた。自由記述はカテゴリー化を行った。

【結果】 対象者 26 名中、24 名から回答を得た。内容分析から 73 のコード、43 のサブカテゴリー、11 のカテゴリーが抽出された。主なカテゴリーとして『感染の不安』、『情報がなかったため不安だった』、『心配ではなかった』、『家族を大切にしたい』、『家族の役割構造や生活におけるマイナスの影響』、『周囲との関係におけるマイナスの影響』、『社会からの支援』、『精神的な支援』があった。

【考察】 所属施設からは、不安の軽減に繋がる情報提供が必要と考えた。国や地域からは、子育て世代への育児支援、偏見を和らげる周囲の理解が必要と考えた。

【キーワード】 新型コロナウイルス、看護師家族、思い、支援

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の世界的な流行に伴い、日本でも感染流行が拡大している。

岡本らは、COVID-19 患者の受け入れは、感染症それ自体の対応のみならず、病棟の再編成に伴う業務量の増加や、他部署への異動による業務の困難さをもたらす可能性を指摘しており、COVID-19 流行に伴い医療者の負担が増加している（岡林志穂他、2021）。また、Nobuyasu らは、1 施設の医療従事者 1964 名を対象とした質問票調査を行い、中等度～重度不安障害を発症し、27.9%がうつ病を発症していたと報告しており、COVID-19 対応の医療従事者は心理的な負担を抱えていることが分かる（Nobuyasu 他、2020）。

高橋は、過酷な環境の中で活動している支援者にとって、多くの場合、家族はこころの支えである。家族も支援者を精神的にサポートする重要な役割を果たしていることが多く、支援者支援を担っていると言っても過言ではないと述べており、看護師家族を支援することは、看護師の心身の負担を軽

減させる一助となり COVID-19 治療チーム（以下、治療チーム）で勤務するうえで重要な支援になると考えられる（高橋晶、2018、157-167）。

しかし、看護師家族がどのような支援を求めているか先行文献はない。そこで、治療チームで勤務した経験がある看護師家族の、看護師が治療チームで勤務したことに対する受け止め方、求める支援について明らかにしようと考えた。

用語の定義

同居家族：治療チームで勤務した経験がある看護師が治療チーム所属後も同居を続けている家族

別居家族：治療チームで勤務した経験がある看護師と同居していたが、治療チーム所属後に1度は別居した経験のある家族

II. 目 的

本研究は治療チームで勤務した経験がある看護師家族を対象に、看護師が治療チームで勤務したことに対する受け止め方を明らかにし、看護師家族にとって必要な支援を考察することを目的とした。

受付日：2023 年 4 月 15 日／受理日：2024 年 9 月 6 日

1) 金沢大学附属病院 2) 金沢大学

* E-mail : bcf93023@staff.kanazawa-u.ac.jp

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質問紙調査による横断研究
2. 研究対象：A 病院 COVID-19 治療チームで 2020 年 4 月～2021 年 8 月までの間に勤務した経験がある看護師の同居家族または別居家族で本研究の参加に同意が得られ、かつ 20 歳以上の者。また、看護師に対象となる家族が複数名いた場合は、その全てを対象とした。
3. データ収集期間：2021 年 8 月 15 日～9 月 10 日
4. データ収集方法：対象者に説明文書、質問紙、返信用封筒を同封したものを配布し期日までに返信するよう依頼した。
5. 調査項目：高橋による災害時のレジリエンスを参考に独自の質問調査用紙を作成した（高橋昌, 2018, 169-179）。基本的属性（年齢、性別、続柄、養育の必要な家族の有無、高齢の家族の有無、就労の有無、基礎疾患の有無、治療チームでの配属期間、治療チーム配属後の居住）の他、治療チーム配属期間中に関して「身体的な不調」、「精神的な不調」、「家族関係の変化」、「社会とのつながりで嬉しかったこと」、「社会とのつながりで悲しかったこと」、「欲しかった支援」の質問に対して、回答形式を「かなりあった」「まあまああった」「いくらかあった」「あまりなかった」「まったくなかった」の 5 段階に設定し、具体的内容はそれぞれの質問毎に自由記述式で回答を得た。
6. 分析方法：対象者が少なかつたため、基本的属性の年齢に関しては「20～40 代」、「50 代以降」の 2 群とし、治療チームでの配属期間を「3 カ月未満」、「3 カ月以上」の 2 群とした。5 段階回答の記述統計量を算出した後、「かなりあった」「まあまああった」を影響やニーズの「有群」、それ以外を「無群」とし対象者の属性との関連についてフィッシャーの正確確率検定を行った。分析には SPSSver.27 を使用し、有意水準を 0.05（5%）として、両側検定を実施した。また、自由記述からは「受け止め方」「求める支援」を表す部分を抽出、要約しコードとした。コードの類似性・差異性に基づきサブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。分析した結果は信憑性を確保するために質的研究の経験者 1 名より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・不参加への自由意思、拒否した場合も不利益が生じないこと、個人が特定されないように無記名で行うこと、研究結果を学会や学術誌で公表することを説明した。調査票の返信をもって研究協力の同意とした。金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号 3740）。

Ⅴ. 結 果

1. 研究対象者概要

対象者 26 名中、24 部を回収し、回収率 92%、有効回答率 100%であった。対象者の属性は、表 1 に示す。

性別は男性 10 人（41.7%）、女性 14 人（58.3%）であった。年齢は 20 歳代が 5 人（20.8%）、30 歳代が 5 人（20.8%）、40 歳代が 6 人（25%）、50 歳代が 5 人（20.8%）、60 歳代が 3 人（12.5%）であった。続柄で配偶者が 15 人（62.5%）、配偶者以外が 9 人（37.5%）であった。養育の必要な家族は有が 8 人（33.3%）無が 16 人（66.7%）であった。高齢の家族は有が 7 人（29.2%）、無が 17 人（70.8%）であった。就労は有が 17 人（70.8%）、無が 7 人（29.2%）であった。基礎疾患は有が 9 人（37.5%）、無が 15 人（62.5%）であった。治療チームでの勤務期間は 3 カ月未満が 12 人（50%）、3 カ月以上が 12 人（50%）であった。治療チーム配属後の居住は同居が 13 人（54.2%）、別居が 11 人（45.8%）であった。

2. 看護師家族の受け止め方

質問項目に対する回答の分布を図 1 に示す。

回答数は「身体的な不調」に対して「かなりあった」、「まあまああった」、「いくらかあった」、「あまりなかった」、「まったくなかった」の順に 1 名（4.2%）、2 名（8.3%）、3 名（12.5%）、4 名（16.7%）、14 名（58.3%）であった。「精神的な不調」に対しては、同じ順に 4 名（16.7%）、3 名（12.5%）、5 名（20.8%）、5 名（20.8%）、7 名（21.9%）であった。「家族関係の変化」に対しては、同じ順に 0 名（0%）、0 名（0%）、6 名（25%）、6 名（25%）、12 名（50%）であった。「社会とのつながりで嬉しかったこと」に対しては、同じ順に 2 名（8.3%）、5 名（20.8%）、3 名（12.5%）、5 名（20.8%）、9 名（75%）であった。「社会とのつながりで悲しかったこと」に対しては、同じ順に 0 名（0%）、4 名（16.7%）、5 名（20.8%）、4 名（16.7%）、9 名（75%）であった。「欲しかった支援」に対しては、同じ順に 4 名（18.2%）3 名（13.6%）4 名（18.2%）、4 名（18.2%）、7 名（31.8%）、回答無しが 2 名であった。

表 1 対象者の属性

		n=24 (%)
性別	男	10 (41.7)
	女	14 (58.3)
年齢	20 歳代	5 (20.8)
	30 歳代	5 (20.8)
	40 歳代	6 (25)
	50 歳代	5 (20.8)
	60 歳代	3 (12.5)
続柄	配偶者	15 (62.5)
	配偶者以外	9 (37.5)
養育の必要な家族	有	8 (33.3)
	無	16 (66.7)
高齢の家族	有	7 (29.2)
	無	17 (70.8)
就労	有	17 (70.8)
	無	7 (29.2)
基礎疾患	有	9 (37.5)
	無	15 (62.5)
治療チームでの勤務期間	3 か月未満	12 (50)
	3 か月以上	12 (50)
治療チーム配属後の居住	同居	13 (54.2)
	別居	11 (45.8)

属性との関連の検討について表2に示す。

受け止め方と基本的属性との関連については、社会とのつながりで嬉しかったこと有群と無群との比較で、配偶者と配偶者以外 ($p=0.022$)、養育の必要な家族の有無 ($p=0.021$)、基礎疾患の有無 ($p=0.022$) は有意であった。その他の項目に有意差は見られなかった。

3. 自由記述の内容分析

得られた回答を看護師家族の受け止め方や求める支援について分析したところ、73個のコードが抽出され、43個のサブカテゴリ、11個のカテゴリが導き出された。

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》, コードを“”で示す。

【感染の不安】は、看護師がCOVID-19に罹患することや看護師を媒介に感染が広まり社会生活に影響を及ぼす不安があることを意味しており、《看護師がコロナウイルスを家庭内に持ち込む不安》等が含まれる。

【情報がなく不安】は、COVID-19がどのようなものか分からず不安であったことや、配属期間が分からない不安があることを意味しており、《コロナウイルスに関して分からないことが多く不安だった》等が含まれる。

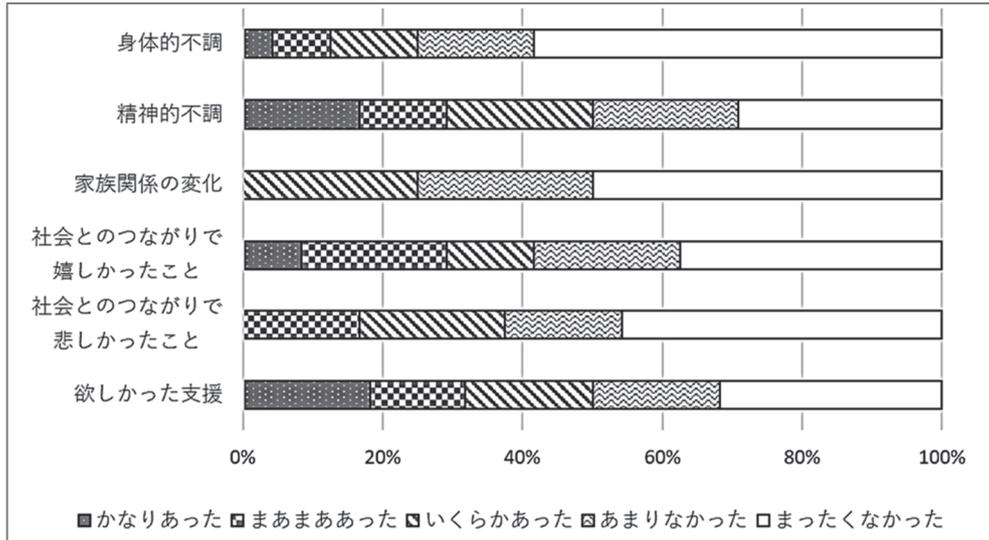


図1 質問項目に対する回答の分布

表2 属性との関連

身体的不調			精神的不調			家族関係の変化		
	有	無	有	無	有	無	有	無
年齢	20~40代 4(25.0)	12(75.0)	20~40代 4(25.0)	12(75.0)	年齢	20~40代 16(100.0)	50代以上 8(100.0)	n.a.
	50代以上 0	8(100.0)	50代以上 3(37.5)	5(62.5)	0.647	50代以上 8(100.0)	n.a.	n.a.
性別	男性 1(10.0)	9(90.0)	性別	男性 2(20.0)	8(80.0)	性別	男性 10(100.0)	n.a.
	女性 3(21.4)	11(78.6)	0.615	女性 5(35.7)	9(64.3)	0.653	女性 14(100.0)	n.a.
続柄	配偶者 3(20.0)	12(80.0)	続柄	配偶者 2(13.3)	13(86.7)	続柄	配偶者 15(100.0)	n.a.
	配偶者以外 1(11.1)	8(88.9)	1.000	配偶者以外 5(55.6)	4(44.4)	0.061	配偶者以外 9(100.0)	n.a.
養育の必要な家族	有 2(33.3)	6(66.7)	養育の必要な家族	有 2(25.0)	6(75.0)	養育の必要な家族	有 8(100.0)	n.a.
	無 2(12.5)	14(87.5)	0.578	無 5(31.3)	11(68.7)	1.000	無 16(100.0)	n.a.
高齢の家族	有 1(14.2)	6(85.8)	高齢の家族	有 3(42.9)	4(57.1)	高齢の家族	有 7(100.0)	n.a.
	無 3(21.4)	14(78.6)	1.000	無 4(23.5)	13(76.5)	0.374	無 17(100.0)	n.a.
就労	有 3(21.4)	14(78.6)	就労	有 3(17.6)	14(82.4)	就労	有 17(100.0)	n.a.
	無 1(14.2)	6(85.8)	1.000	無 4(57.1)	3(42.9)	0.134	無 7(100.0)	n.a.
基礎疾患	有 2(22.2)	7(77.8)	基礎疾患	有 4(44.0)	5(55.6)	基礎疾患	有 9(100.0)	n.a.
	無 2(13.3)	13(86.7)	0.615	無 3(20.0)	12(80.0)	0.356	無 15(100.0)	n.a.
治療チームでの配属期間	3カ月未満 3(23.1)	10(76.9)	治療チームでの配属期間	3カ月未満 5(38.5)	8(61.5)	治療チームでの配属期間	3カ月未満 13(100.0)	n.a.
	3カ月以上 1(9.1)	10(90.9)	0.596	3カ月以上 2(18.2)	9(81.8)	0.386	3カ月以上 11(100.0)	n.a.
治療チーム配属後の同居	同居 1(8.3)	12(91.7)	治療チーム配属後の同居	同居 2(15.4)	11(84.6)	治療チーム配属後の同居	同居 13(100.0)	n.a.
	別居 3(27.3)	8(72.7)	0.300	別居 5(45.5)	6(54.5)	0.182	別居 11(100.0)	n.a.
社会とのつながりで嬉しかったこと	n=24(%)		社会とのつながりで悲しかったこと	n=24(%)		欲しかった支援	n=22(%)	
	有	無		有	無		有	無
年齢	20~40代 6(37.5)	10(62.5)	年齢	20~40代 4(25.0)	12(75.0)	年齢	20~40代 5(35.7)	9(64.3)
	50代以上 1(12.5)	7(87.5)	0.352	50代以上 0	8(100.0)	0.262	50代以上 2(25.0)	6(75.0)
性別	男性 2(20.0)	8(80.0)	性別	男性 2(20.0)	8(80.0)	性別	男性 4(36.4)	7(63.6)
	女性 5(35.7)	9(64.3)	0.653	女性 2(14.3)	12(85.7)	1.000	女性 3(27.3)	8(72.7)
続柄	配偶者 7(46.7)	8(53.3)	続柄	配偶者 3(20.0)	12(80.0)	続柄	配偶者 3(23.1)	10(76.9)
	配偶者以外 0	9(100.0)	0.022	配偶者以外 1(11.1)	8(88.9)	1.000	配偶者以外 4(44.4)	5(55.6)
養育の必要な家族	有 5(62.5)	3(37.5)	養育の必要な家族	有 1(12.5)	7(87.5)	養育の必要な家族	有 2(33.3)	4(66.7)
	無 2(12.5)	14(87.5)	0.021	無 3(18.8)	13(81.2)	1.000	無 5(31.3)	11(68.7)
高齢の家族	有 0	7(100.0)	高齢の家族	有 1(14.3)	6(85.7)	高齢の家族	有 3(42.3)	4(57.7)
	無 7(41.2)	10(58.8)	0.065	無 3(17.6)	14(82.4)	1.000	無 4(26.7)	11(73.3)
就労	有 5(29.4)	12(80.6)	就労	有 4(30.8)	13(69.2)	就労	有 4(25.0)	12(75.0)
	無 2(28.6)	5(71.4)	1.000	無 0	7(100.0)	0.283	無 3(50.0)	3(50.0)
基礎疾患	有 0	9(100.0)	基礎疾患	有 1(11.1)	8(88.9)	基礎疾患	有 3(37.5)	5(62.5)
	無 7(46.7)	8(53.3)	0.022	無 3(20.0)	12(80.0)	1.000	無 4(28.6)	10(71.4)
治療チームでの配属期間	3カ月未満 3(23.1)	10(76.9)	治療チームでの配属期間	3カ月未満 2(15.4)	11(84.6)	治療チームでの配属期間	3カ月未満 4(36.4)	7(63.6)
	3カ月以上 4(36.4)	7(63.6)	0.659	3カ月以上 2(18.2)	9(81.8)	1.000	3カ月以上 3(27.3)	8(72.7)
治療チーム配属後の同居	同居 4(30.8)	9(69.2)	治療チーム配属後の同居	同居 3(23.1)	10(76.9)	治療チーム配属後の同居	同居 3(23.1)	10(76.9)
	別居 3(27.3)	8(72.7)	1.000	別居 1(9.1)	10(90.9)	0.596	別居 4(44.4)	5(55.6)

【心配ではない】は、病棟での感染対策がされていると看護師家族が知り、COVID-19に関する情報があつたから心配ではなかつたことを意味しており、《情報があつて心配ではなかつた》などが含まれる。

【家族を大切にしたい】は、看護師家族が看護師をサポートしたい気持ちや、別居となつても看護師と看護師家族が連絡を取り合い思い合つたことなどを意味しており、《看護師をサポートしたい気持ち》などが含まれる。

【家族の役割構造や生活におけるマイナスの影響】は、看護師と別居し看護師家族が一人で育児をしていかなければならぬと感じたことや、看護師と看護師家族が過ごす時間や関わりが減つたことを意味しており、《育児への不安》などが含まれる。

【周囲との関係におけるマイナスの影響】は、看護師が病棟に配属となつたことを周囲の人に隠さなければならぬと感じたり、友人と会えなくなつたことを意味しており、《周囲の目を気にする気持ち》などが含まれる。

【仕方がない】は、感染者数が増えたため、配属を仕方ないと感じたり、配属を予感、覚悟していたことを意味しており、《仕方がないを受け止める気持ち》などが含まれる。

【ストレス反応】は、看護師家族が感じた身体的な不調を意味しており、“一時的に生理が止まつた”が含まれる。

【治療チームに迷惑をかける懸念】は、治療チームという専門外の部署に看護師が配属となり役に立てるのか、子どもが家庭内に持ち込んだ感染症に看護師が感染した場合に治療チームに迷惑がかかるという思いを意味しており、“専門外の部署に異動となり役に立てるのか”などが含まれる。

【社会からの支援】は、看護師家族が職場、地域、行政などから受けた支援や、受けたかつた支援を意味しており、《家族からの育児支援》などが含まれる。

【精神的な支援】は、看護師家族が受けた嬉しかつた言葉や受けたかつた精神面の支援を意味しており、《偏見へのサポート》などが含まれる。

VI. 考 察

1. 感染の不安への支援

本研究では【感染の不安】があつたが、《看護師がコロナウイルスを家庭内に持ち込む不安》やCOVID-19に罹患し《職場や学校への影響が出てしまうことを心配した》といった家庭内や社会に感染を広めてしまう不安も含まれていた。基本的属性と質問項目の関連では基礎疾患を有する家族は基礎疾患の無い家族と比較し社会との繋がりで嬉しかつたことの「有群」が低かつたことが分かつた。奥山らは基礎疾患保持者の新型コロナウイルス感染症に対する認識と受療行動の調査にて「基礎疾患保持者は、基礎疾患なしの患者より『SARS-CoV-2に感染するのは危険だ』が高い割合であつた」と述べており、本研究でも基礎疾患を有する家族は、COVID-19に罹患した際の重症化リスクが高いため、周囲との交流を控え

ていた可能性がある（奥山綾子, 2022）。そのため、社会とのつながりが希薄となり基礎疾患のある家族は社会とのつながりで嬉しかつたことが少かつたと考えられる。

一方で、《感染対策がされておつて心配ではなかつた》や《情報があつて心配ではなかつた》とあり、治療チーム立ち上げから時間が経過し適切に感染管理ができている実績や様々な情報を看護師家族が得ていたことが背景にあり不安な気持ちが少かつたと考える。高橋らによれば、災害派遣される自衛隊において、日常のストレスやその対処等、家族のストレスについて情報提供する機会を設け、少しでも冷静に受け止め、家族が対処できるよう環境が作られている（高橋昌, 2018, 157-167）。本研究でも《不安を取り除いてくれる情報が嬉しかつた》とあり、コロナ禍においても治療チーム内で感染対策がされていることやストレスの対処などの情報を看護師家族に提供することが不安を軽減する支援として重要であると考える。

2. 育児への支援

基本的属性と質問項目の関連では、養育の必要な家族がいる人はいない人に比較して社会とのつながりで嬉しかつたことの「有群」が高くなつている。養育の必要な家族がいる人の多くは育児が不安であるため、他者に支援を求め、職場や同居していない親族などから支援を受けていたのではないかと考える。

一方で、看護師家族は“一人で育児、家事をしていかなければならぬ不安”，があり、少数ながらも周囲から支援を得られていなかったり、支援を得られていても不足していたり、不安感が軽減していない家族がいることが考えられる。

本研究では嬉しかつた支援として《家族からの育児支援》が挙げられておつて育児世代にとって重要な支援であると考えられる。また、親族からの差し入れや周囲から労いの言葉を喜ぶ声も聞かれておつて、物資や言葉の支援も重要と考える。

3. 偏見への支援

看護師家族は、不安な気持ちを抱えながらも“世のために尽くす看護師をバックアップしたいと思つた”，“家族がコロナウイルスの治療に役立てることに誇らしく思つた”とあり、コロナ禍においても看護師家族が看護師を支援する役割を担っていることが分かる。その反面、日本医師会によれば、医療従事者の家族は妻が新型コロナウイルス感染症を診療している医療機関に勤務しているため、会社内で風評被害を受けたとある（公益社団法人日本医師会, 2021）。本研究も“配属されたことをやや責められるように言われたことが悲しかつた”，“周囲に配属となつた事を話せないと思つて息苦しい思つてました”とあり、看護師家族は周囲から偏見を感じていた。日本赤十字社によれば、COVID-19対応者特有のストレス要因として誹謗中傷を受けることが挙げられておつて、看護師家族も同様にストレスを感じていたと考える（日本赤十字, 2020）。社会に求める支援として職場の理解、周囲の理解が看護師家族にとって重要であると考える。

4. 研究の限界

本研究対象は1施設であり、対象者数も限られており、看護師家族の思いや求める支援を全て表すには限界がある。また、配属となった時期が異なるため、受け止め方に多少違いがあると考えられる。配属期間中のことを質問しており、データ収集期間以前に治療チームでの勤務が終了していた看護師家族の回答には思い出しバイアスがかかっている可能性も考えられる。今後はさらに焦点を絞り、対象者を増やして研究を深めていく必要がある。

VII. 結 論

COVID-19 治療チームで勤務した経験がある看護師家族の受け止め方として、【感染の不安】、【情報がなかったため不安だった】、【心配ではなかった】、【家族を大切にしたい】、【家族の役割構造や生活におけるマイナスの影響】、【周囲との関係におけるマイナスの影響】等のカテゴリーが抽出され、求める支援として【社会からの支援】、【精神的な支援】のカテゴリーが抽出された。

受け止め方と基本的属性との関連では、社会とのつながりで嬉しかったことと養育が必要な家族の有無および続柄、基礎疾患の有無との関連が認められた。

COVID-19 治療チームで勤務した経験がある看護師家族を対象に、所属施設からは COVID-19 治療チーム内で感染対策がされていることやストレスの対処などの情報提供、国や地域からは、育児の支援、差し入れや労いの言葉などの支援、偏見を和らげるための職場や周囲の理解が看護師家族への支援が重要であることが示唆された。

今後の展望として、本研究は1施設、対象者26人であり、看護師家族の思いや求める支援を全て表すには限界がある。看護師家族への支援を取り上げて頂くため、また、看護師家族の求める支援をより多く明らかとするために、対象施設および対象者を増やし研究を深めていく必要があると考える。

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。

VIII. 引用文献

日本医師会. (2021). 日本医師会新型コロナウイルス感染症に関する風評被害の緊急調査. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210203_4.pdf. (参照 2023-1-28).

日本赤十字社. (2020). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対応する職員のためのサポートガイド. [https://www.jrc.or.jp/saigai/news/pdf/新型コロナウイルス感染症 \(COVID-19\) に対する職員のためのサポートガイド.pdf](https://www.jrc.or.jp/saigai/news/pdf/新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対する職員のためのサポートガイド.pdf). (参照 2023-1-25).

Nobuyasu, A. Nene, O. Keiko, A. Minoru, I. Naoyuki, K. Mari, T. Kohei, T. Yutaka, M. Kazushi, F. Yu, A. Momoko, M. Akihiro, U. Junko, K. Junko, K. Takehiro, I. (2020). Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Internal Medicine*, 59 (21), 2693-2699.

岡林志穂. (2021). COVID-19 患者の看護を行った看護師が抱いた感情や思いとその対処. *高知県医師会医学雑誌*, 26 (1), 104-110.

奥山綾子. (2022). 基礎疾患保持者の新型コロナウイルス感染症に対する認識と受療状況: 2020年8月~9月の状況についてのアンケート調査. *日本公衆衛生雑誌*, 69 (3), 204-214.

高橋晶. (2018). 災害支援者支援. *日本評論社*.

表3 看護師家族の受け止め方と求める支援 代表的なサブカテゴリー、コードの抜粋

サブカテゴリー	コード	
感染の不安	看護師がコロナウイルスを家庭内に持ち込む不安	子どもたち(長男、胎児)に影響がないように別居を選択した 看護師が持ち込んで家庭内感染しないかという心配
	看護師が感染することの不安	看護師が感染しないかという心配
	看護師の死への不安	働いている家族が死なないか不安
	職場や学校への影響が出てしまうことを心配して別居した	夫が感染し家族に感染となったら自分の職場、子共も学校への影響を考えると、夫とは別居し安全策を取ろうと思った。
情報が無いことの不安	コロナウイルスに関してわからないことが多く不安だった	コロナウイルスがどのようなものか分からず大事をとって別居した まだわからないことが多い感染症だけに心配はありました
	見通しが立たない不安	いつ別居が終わるのかという不安
心配ではない	感染対策がされており心配ではなかった	病棟での感染対策がされていると聞き同居を続けた きちんと防護具を使用しているため同居を続けた
	情報があり心配ではなかった	ある程度情報があり別居するほど心配ではなかった
	不安が和らいでいった	1週間程度かなり不安だったが、そこを過ぎたら段々薄れていった。
家族を大切にしたい	看護師をサポートしたい気持ち	世のために尽くす看護師をバックアップしたいと思った
	誇らしく思う気持ち	配属したことに動揺したがだんだんと誇らしく応援したい気持ちとなった
	一緒に過ごしたいため同居を続けた	家族と一緒に過ごしたい
	関係が深まった	別居となったのでよく連絡してお互い思いあった。
家族の役割構造や生活におけるマイナスの影響	家族にやさしくなれた	大きな使命を背負い意欲的に働く姿に家族がやさしくなれた
	育児への不安	一人で育児、家事をしていかなければならない不安 自分に何かあった場合に子どもはどうしたらいいか
	家族間の関わりが減った	就寝場所を分けたり、食事のタイミングをずらすなど、一緒に過ごす時間や空間に変化があった。 別居したこともあり夫と距離をとっており関りは減っていた
周囲との関係におけるマイナスの影響	配属となった事を家族に伝えなかった	心配をかけたくないで子どもと親に言わなかった
	周囲の目を気にする気持ち	周囲に配属となった事を話せないと思いき苦しい思いでした コロナに携わることでの世間からのマイナスイメージ
	友人との関係が希薄になった	友人と会えずストレスが溜まった 友人から別居しなくていいかと言われ会いにくかった

◇研究報告◇

ボンディングに影響を与える母子の要因の検討 —産後2週間健診で「赤ちゃんへの気持ち質問票」を用いて—

東ひかり¹⁾*, 青山加奈¹⁾, 大隅由季子¹⁾

【目的】 本研究は、産後2週間健診において育児支援チェックリスト、EPDS、MIBS-Jの3つの質問票を用い、ボンディングに影響を与える母子の要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】 A病院へ産後2週間健診に来院した母親に3つの質問票を配布し、面談を行った。基本属性と各質問票の結果を単純集計し、MIBS-Jの合計得点と各項目得点について、基本属性、EPDSおよび育児支援チェックリストとの関連を分析した。

【結果】 MIBS-J得点が有意に高かった要因は育児支援チェックリスト質問8または質問9に「はい」と回答した母親、混合栄養、EPDS9点以上、予定帝王切開、緊急帝王切開、不妊治療後の妊娠、35歳未満、初産、核家族が要因として挙げられた。

【結論】 それぞれの質問票の得点や結果だけで判断することなく、各質問票の関連をアセスメントし、産後うつやボンディング障害を視野に入れた支援を行うことが必要である。

【キーワード】 ボンディング、ボンディング障害、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病質問票

1. はじめに

子どもが健康・健全に育つためには、特定の他者（多くは母親）への「愛着」を形成する必要があるが、不適切な養育により、親への愛着形成不全がみられる子どもの病理を「愛着障害」という。また特定の養育者である親が存在するにもかかわらず愛着障害になる要因として、親の「ボンディング障害」があげられる（日本周産期メンタルヘルス学会, 2017）。ボンディング障害は情緒的絆の欠如の状態から、不安の状態、子どもに対して病的な怒り、拒絶を生じる重度の状態まで様々な反応が見られ（日本産婦人科医会, 2017）、子どもの発達不全に繋がるのみならず、児童虐待に発展する恐れもある。

厚生労働省によると令和2年の全国児童虐待相談対応件数は、児童虐待防止法施行前と比べ17.6倍となった（厚生労働省, 2000, 2021b）。心中以外の虐待死事例では、0歳児が49.1%と最も多く、主たる加害者は実母が52.6%で最多となっている（厚生労働省, 2021a）。児童虐待リスク要因として、産後

早期のボンディング障害や産後うつが挙げられる（厚生労働省, 2007）。

ボンディング障害の背景に、パートナーとの関係、自分の親との関係、経済的事情、会社や学校などの社会的事情などの要因が存在する（日本産婦人科医会, 2017）。これらの背景要因については育児支援チェックリストを使用することで知ることができるが、A病院では産後2週間健診においてEPDSの使用にとどまり、ボンディング形成に関しては母親の発言や行動から医療職者が読み取っているのが現状である。先行研究ではボンディングに影響を与える母児の要因として、産後1か月での母親のうつ症状、子どもの数、睡眠の質（下中, 玉城, 2017）、妊娠中の妊婦の周りの環境（西川, 武田, 2021）や出産恐怖感（白井ら, 2019）などが報告されているが、産後2週間での要因は報告されていない。

そこで今回A病院の産後2週間健診でもEPDSに加え、一般的に推奨されている母親のボンディング障害を客観的に評価するMIBS-J、育児環境を評価する育児支援チェックリ

受付日：2023年4月15日／受理日：2024年9月6日

1) 大和高田市立病院

* E-mail：nurse@ym-hp.yamatotakada.nara.jp

ストをセットで用いた。3つの質問票の関連性を明らかにし、各質問票から得られた情報と母子の基本属性よりボンディングに影響を与える母子の要因を検討した。本研究ではボンディングとは養育者の児に対する情緒的な絆（北村，2019）と定義した。

Ⅱ. 目 的

EPDS, MIBS-J, 育児支援チェックリストの3つの質問票を用いた産後2週間健診を行い、ボンディングに影響している母子の要因を検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 調査期間と対象

A 病院で出産し、2021年8月31日から10月31日までに産後2週間健診に来院した母親73名

2. データ収集方法

産後2週間健診に来院した母親にEPDS, MIBS-J, 育児支援チェックリストを配布し記入を依頼した。健診を担当する助産師がカルテより母子の情報収集を行い、質問票の結果をもとに面談を行った。母親が一人で落ち着いて質問票の記入ができ、プライバシーが保たれる場所で面談を行うよう配慮した。産後2週間健診の内容に影響を及ぼすことを避けるため、本研究への参加依頼と同意の確認は面談終了後に行った。

3. 調査内容

1) 基本属性

年齢、初経産の別、家族構成、不妊治療の有無、分娩様式、分娩時異常出血の有無、産後2週間健診時の児の栄養方法をカルテより情報収集を行った。

2) MIBS-J

母親が児へ抱く気持ちについて調査するために、Marksら（2012）が作成し、吉田が日本語への翻訳を行った。1歳未満の乳児を持つ母親を対象に使用する。自己記入式の10項目からなる質問票で、0～3点の4件法である。得点が高いほど児への否定的な感情が強いことを示している。区分点は無いが、合計点が3点以上の場合には注意してフォローしていく必要がある（吉田ら，2017，p31）。

3) 育児支援チェックリスト

育児を困難にする背景要因を総合的に評価し支援につなげるために、九州大学病院精神神経科児童精神医学研究室と福岡市保健所が共同で作成した。妊産婦を対象に使用する。自己記入式の9項目からなる質問票で、育児環境要因を評価するための7項目と、母親が抱く気持ちについての2項目との合計9項目の質問票である（吉田ら，2017，p28）。

4) EPDS

産後うつ病をスクリーニングするために、Coxら（1987）が開発し、岡野ら（1996）が日本語への翻訳を行った。妊婦並びに出産後1年未満の産婦を対象に使用する。自己記入式の10項目からなる質問票で、0～3点の4件法である。日本

人の合計得点の区分点は、9点である。9点以上であった場合、うつの可能性が高いと考える。点数とうつ病の重症度に関連はない（吉田ら，2017，p29）。

4. 分析方法

何らかの母子の基本属性が要因となつて、ボンディング形成に影響を与え、その結果MIBS-J得点が左右されていると仮定し、MIBS-J得点に影響を与える母子の要因を明らかにするために分析を行った。

まず電子カルテより基本属性のデータを単純集計した。EPDSは合計得点を単純集計し、9点未満と以上の2群に分類した。また育児支援チェックリストは各項目の回答結果を単純集計した。

次にMIBS-Jの各項目得点と合計得点を単純集計した。MIBS-Jは1点以上の点数が付いた項目は、母親の気持ちについてもう少し内容を尋ねていくことが必要であるといわれている（吉田ら,2017,p32）。そのため、各質問項目において、1点以上と記入した母親の割合が10%以上を占める項目は、項目内容を踏まえたうえで、どのような母子の属性がその項目に影響を与えているのか検定する必要があると考えた。そのため、MIBS-Jの合計得点と1点以上と記入した母親の割合が10%以上の項目を抽出した。

MIBS-Jの合計得点と1点以上と記入した母親の割合が10%以上の項目について、Mann-Whitney U検定を用いて基本属性、EPDSおよび育児支援チェックリストとの関連を明らかにした。有意水準は5%未満とした。分析にあたっては統計ソフトR x64 3.6.0を使用した。

Ⅳ. 倫理的配慮

大和高田市立病院倫理委員会の承認を得て実施した。対象者に研究の趣旨、公表される可能性があることを文章で説明し、同意の有無を確認した。質問票への記名は、研究に用いる際には氏名や生年月日の情報はデータ化せず、個人が特定されないよう配慮した。調査結果は研究同意の有無に関わらず、母子の不利益にならないように必要に応じて母子の支援に活用した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の概要

1) 対象者

対象者73名のうち同意が得られた71名を分析対象とした（有効回答率97.2%）。

母親の平均年齢は、31.7±5.0歳であった。基本属性について、産後2週間健診時の児の栄養方法は母乳栄養16名（22.5%）、混合栄養50名（70.4%）、人工栄養5名（7.0%）であった。初産婦33名（46.5%）、経産婦38名（53.5%）であった。母親の年齢は35歳未満52名（73.2%）、35歳以上19名（26.8%）であった。家族構成は核家族62名（87.3%）、大家族9名（12.7%）であった。分娩様式は経陰分娩55名

(77.5%), 予定帝王切開 8 名 (11.3%), 緊急帝王切開 8 名 (11.3%) であった。不妊治療後の母親は 5 名 (7.0%) であった。分娩時異常出血が認められた母親は 24 名 (33.8%) であった。

核家族で生活する母親の割合は、87.3%と全国平均 (87.1%) (総務省統計局,2020) と同様であった。不妊治療後の母親の割合は、7.0%と全国平均 (7.2%) (厚生労働省, 2020) と同様であった。35 歳未満の母親の割合は、73.2%と全国平均 (70.0%) (厚生労働省, 2022) と同様であった。産後 2 週間健診時に母乳栄養で育児をする母親の割合は、22.5%と田中ら (2022) の研究結果 (51.7%) よりも少なかった。

2) MIBS-J

MIBS-J の平均得点は 1.9±2.4 点であり、注意してフォローしていく必要があるとされている合計得点 3 点以上 (北村,2019) の母親は 19 名 (26.7%) であった。

1 点以上と記入した母親の割合が 10%以上の質問項目は、質問 2「赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある」(49.3%), 質問 3「児が腹立たしく嫌になる」(11.3%), 質問 6「児の世話を楽しみながら行えていない」(43.7%), 質問 10「児を身近に感じられない」(14.1%) であった。(図 1)

3) 育児支援チェックリスト

ネグレクトなどのリスクがある (吉田ら, 2012, p26-45) とされている質問 8「赤ちゃんが、なぜむずがったり、泣いたりしているのか分からないことがありますか」に「はい」と答えた母親は 40 名 (56.3%), 質問 9「赤ちゃんを叩きたくなくなることがありますか」に「はい」と答えた母親は 2 名 (2.8%) であった。

4) EPDS

EPDS の平均得点は 5.0±4.7 点、産後うつの可能性が高いとされる 9 点以上の母親は 14 名 (19.7%) であった。

2. MIBS-J 得点に影響を与える要因

MIBS-J 合計得点については、児の栄養方法、母親の年齢、家族構成、分娩様式、不妊治療、分娩時異常出血、育児支援チェックリストの質問 1~7 との間には有意差は認められなかった。初産婦は経産婦に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。また EPDS 9 点以上の母親は 9 点未満の母親に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。育児支援チェックリスト質問 8 に「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.001$)。同じく育児支援チェックリスト質問 9 に「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.023$)。また核家族で生活する母親は拡大家族で生活する母親に比べ、得点が高い傾向にあった ($p=0.056$)。同じく緊急帝王切開で出産した母親は経産婦や予定帝王切開で出産した母親に比べ、得点が高い傾向にあった ($p=0.052$)。(表 1)

MIBS-J の各項目得点については、MIBS-J 質問 2「赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろして

どうしていいかわからない時がある」について、混合栄養で育児を行う母親は、母乳栄養または人工栄養のみで育児を行う母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.003$)。初産婦は経産婦に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。35 歳未満の母親は 35 歳以上の母親に比べ有意に得点が高かった ($p=0.046$)。核家族で生活する母親は拡大家族で生活する母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.043$)。緊急帝王切開で出産した母親は経産婦や予定帝王切開で出産した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.030$)。EPDS 9 点以上の母親は 9 点未満の母親に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。育児支援チェックリスト質問 8 に「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.002$)。(表 2)

MIBS-J 質問 3「児が腹立たしく嫌になる」について、初産婦は経産婦に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.021$)。また不妊治療後の母親はそうでない母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.036$)。EPDS 9 点以上の母親は 9 点未満の母親に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。育児支援チェックリスト質問 8 に「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.018$)。同じく育児支援チェックリスト質問 9 に「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。

MIBS-J 質問 6「児の世話を楽しみながら行えていない」について、EPDS 9 点以上の母親は 9 点未満の母親に比べ、有意に得点が高かった ($p<0.001$)。また育児支援チェックリスト

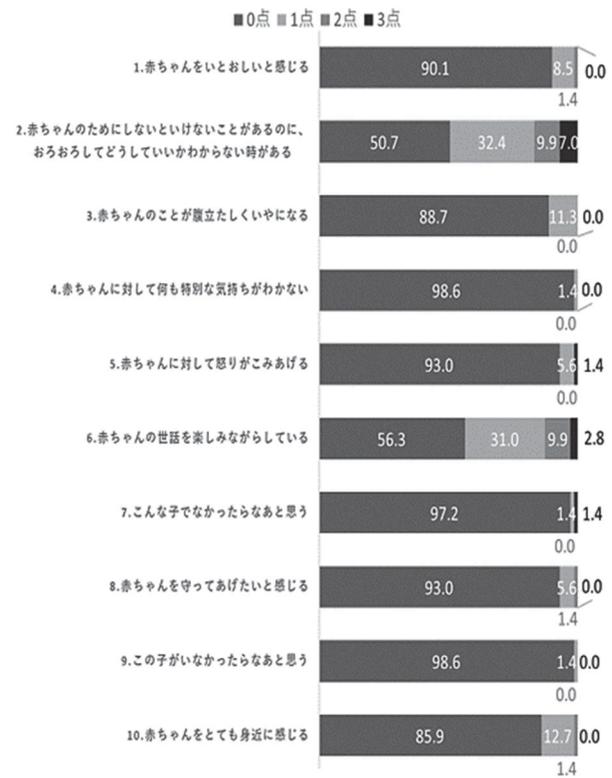


図 1 赤ちゃんへの気持ち質問票 (%)

表1 MIBS-J 合計得点と基本属性, EPDS および育児支援チェックリストとの関連

				MIBS-J合計得点 平均値±SD	p値
		n	(%)		
児の栄養方法	母乳栄養	16	(22.5)	1.1±1.5	a)0.087
	混合栄養	50	(70.4)	2.3±2.7	b)0.093
	人工栄養	5	(7.0)	1.2±0.4	c)0.844
初経産の別	初産婦	33	(46.5)	2.6±2.1	<0.001***
	経産婦	38	(53.5)	1.4±2.7	
年齢	35歳未満	52	(73.2)	2.1±2.5	0.200
	35歳以上	19	(26.8)	1.5±2.3	
家族構成	核家族	62	(87.3)	2.1±2.5	0.056
	拡大家族	9	(12.7)	0.9±1.7	
分娩様式	経膈分娩	55	(77.5)	1.6±1.8	d) 0.190
	予定帝王切開	8	(11.3)	2.6±4.7	e) 0.052
	緊急帝王切開	8	(11.3)	3.6±2.9	
不妊治療	有	5	(7.0)	4.2±3.9	0.253
	無	66	(93.0)	1.8±2.3	
分娩時異常出血	無	47	(66.2)	1.8±2.5	0.422
	有	24	(33.8)	2.3±2.5	
注1)経膈分娩500g以上、帝王切開1000g以上を分娩時異常出血とする					
EPDS	9点未満	57	(80.3)	1.3±1.7	<0.001***
	9点以上	14	(19.7)	4.6±3.2	
育児支援チェックリスト 質問1 妊娠中の異常	有	22	(31.0)	1.7±1.7	0.891
	無	49	(69.0)	2.1±2.8	
質問2 流産または死産の既往	有	31	(43.7)	1.7±2.3	0.362
	無	40	(56.3)	2.2±2.6	
質問3 精神科受診歴	有	5	(7.0)	3.0±2.7	0.277
	無	66	(93.0)	1.9±2.5	
質問4-1 夫に相談できる	はい	54	(76.1)	2.0±2.7	0.528
	いいえ	17	(23.9)	2.0±1.8	
質問4-2 実母に相談できる	はい	53	(74.6)	2.0±2.7	0.760
	いいえ	18	(25.4)	1.8±2.2	
質問4-3 その他の人に相談できる	はい	35	(49.3)	1.9±2.3	0.984
	いいえ	36	(50.7)	2.0±2.7	
質問5 経済的問題	有	11	(15.5)	2.3±2.4	0.647
	無	60	(84.5)	1.9±2.5	
質問6 育児環境への満足感	有	59	(83.1)	1.7±2.0	0.224
	無	12	(16.9)	3.1±3.9	
質問7 妊娠中の喪失体験	有	19	(26.8)	1.9±3.3	0.427
	無	52	(73.2)	1.9±2.1	
質問8 児がなぜ泣いているか 分からない時がある	有	40	(56.3)	2.8±2.9	0.001**
	無	31	(43.7)	1.0±1.3	
質問9 児を叩きたくなる	はい	2	(2.8)	9.5±6.4	0.023*
	いいえ	69	(97.2)	1.8±1.8	

a)母乳栄養とその他(混合栄養・人工栄養)の比較
b)混合栄養とその他(母乳栄養・人工栄養)の比較
c)人工栄養とその他(母乳栄養・混合栄養)の比較

d)経膈分娩と予定・緊急帝王切開との比較
e)緊急帝王切開と経膈分娩・予定帝王切開との比較

Mann-WhitneyU検定*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表2 MIBS-J各項目(質問2, 質問3, 質問6, 質問10)得点と基本属性, EPDSおよび育児支援チェックリストとの関連 (n=71)

		質問2「児の泣きに対しておおおろしてしまう」				平均値±SD	p値	
		0点	1点	2点	3点			
		n (%)						
児の栄養方法	母乳栄養	14 (19.7)	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (1.4)	0.3±0.9	a)0.005**	
	混合栄養	19 (26.7)	21 (29.6)	6 (8.5)	4 (5.6)	0.9±0.9	b)0.003**	
	人工栄養	3 (4.2)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.4±0.5	c)0.483	
初産の別	初産	7 (9.9)	14 (19.7)	7 (9.9)	5 (7.0)	1.3±0.9	<0.001***	
	経産	29 (40.8)	9 (12.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.2±0.4		
年齢	35歳未満	23 (32.4)	18 (25.4)	6 (8.5)	5 (7.0)	0.9±1.0	0.046*	
	35歳以上	13 (18.3)	5 (7.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.4±0.6		
家族構成	核家族	28 (39.4)	23 (32.4)	7 (9.9)	4 (5.6)	0.8±0.9	0.043*	
	拡大家族	8 (11.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	0.3±1.0		
分娩様式	経膈分娩	29 (40.8)	19 (26.8)	4 (5.6)	3 (4.2)	0.7±0.8	d)0.300 e)0.030*	
	予定帝王切開	5 (7.0)	2 (2.8)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.5±0.8		
	緊急帝王切開	2 (2.8)	2 (2.8)	2 (2.8)	2 (2.8)	1.5±1.2		
不妊治療	有	2 (2.8)	2 (2.8)	0 (0.0)	1 (1.4)	1.0±1.2	0.588	
	無	34 (47.9)	21 (29.6)	7 (9.9)	4 (5.6)	0.7±0.9		
EPDS	9点未満	35 (49.3)	18 (25.4)	4 (5.6)	0 (0.0)	0.5±0.6	<0.001***	
	9点以上	1 (1.4)	5 (7.0)	3 (4.2)	5 (7.0)	1.9±1.0		
育児支援チェックリスト 質問8 児の泣きに対する困惑感	有	14 (19.7)	16 (22.5)	5 (7.0)	5 (7.0)	1.0±1.0	0.002**	
	無	22 (31.0)	7 (9.9)	2 (2.8)	0 (0.0)	0.4±0.6		
質問9 児を叩きたくなる	はい	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.4)	2.0±1.4	0.087	
	いいえ	36 (51.0)	22 (31.0)	7 (9.9)	4 (5.6)	0.7±0.9		
質問3「児が腹立たしく嫌になる」								
児の栄養方法	母乳栄養	16 (22.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.0	a)0.108	
	混合栄養	42 (59.2)	8 (11.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.2±0.4	b)0.053	
	人工栄養	5 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.0	c)0.411	
初産の別	初産	26 (36.6)	7 (9.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.2±0.4	0.021*	
	経産	37 (52.1)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.2		
年齢	35歳未満	45 (63.4)	7 (9.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3	0.337	
	35歳以上	18 (25.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.2		
家族構成	核家族	55 (77.5)	7 (9.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3	0.987	
	拡大家族	8 (11.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3		
分娩様式	経膈分娩	49 (69.0)	6 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3	d)0.860 e)0.908	
	予定帝王切開	7 (9.9)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.4		
	緊急帝王切開	7 (9.9)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.4		
不妊治療	有	3 (4.2)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.4±0.5	0.036*	
	無	60 (84.5)	6 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3		
EPDS	9点未満	9 (12.7)	5 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.2	<0.001***	
	9点以上	54 (76.1)	3 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.4±0.5		
育児支援チェックリスト 質問8 児の泣きに対する困惑感	有	32 (45.1)	8 (11.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.2±0.4	0.018*	
	無	31 (43.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.0		
質問9 児を叩きたくなる	はい	0 (0.0)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.0±0.0	<0.001***	
	いいえ	63 (88.7)	6 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3		
質問6「児の世話を楽しながら行っていない」								
児の栄養方法	母乳栄養	10 (14.1)	3 (4.2)	2 (2.8)	1 (1.4)	0.6±1.0	a)0.829	
	混合栄養	29 (40.8)	15 (21.1)	5 (7.0)	1 (1.4)	0.6±0.8	b)0.645	
	人工栄養	1 (1.4)	4 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.8±0.4	c)0.240	
初産の別	初産	15 (21.1)	13 (18.3)	5 (7.0)	0 (0.0)	0.7±0.7	0.130	
	経産	25 (35.2)	9 (12.7)	2 (2.8)	2 (2.8)	0.5±0.8		
年齢	35歳未満	28 (39.4)	17 (23.9)	6 (8.5)	1 (1.4)	0.6±0.8	0.520	
	35歳以上	12 (16.9)	5 (7.0)	1 (1.4)	1 (1.4)	0.5±0.8		
家族構成	核家族	33 (46.5)	20 (28.2)	7 (9.9)	2 (2.8)	0.6±0.8	0.132	
	拡大家族	7 (9.9)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.2±0.4		
分娩様式	経膈分娩	32 (45.1)	18 (25.4)	4 (5.6)	1 (1.4)	0.5±0.7	d)0.333 e)0.128	
	予定帝王切開	5 (7.0)	2 (2.8)	0 (0.0)	1 (1.4)	0.6±1.1		
	緊急帝王切開	3 (4.2)	2 (2.8)	3 (4.2)	0 (0.0)	1.0±0.9		
不妊治療	有	2 (2.8)	0 (0.0)	3 (4.2)	0 (0.0)	1.2±1.1	0.136	
	無	38 (53.5)	22 (31.0)	4 (5.6)	2 (2.8)	0.5±0.7		
EPDS	9点未満	2 (2.8)	7 (9.9)	4 (5.6)	1 (1.4)	0.4±0.7	<0.001***	
	9点以上	38 (53.5)	15 (21.1)	3 (4.2)	1 (1.4)	1.3±0.8		
育児支援チェックリスト 質問8 児の泣きに対する困惑感	有	19 (26.8)	13 (18.3)	6 (8.5)	2 (2.8)	0.8±0.9	0.04*	
	無	21 (29.6)	9 (12.7)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.4±0.6		
質問9 児を叩きたくなる	はい	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	1.5±2.1	0.458	
	いいえ	39 (54.9)	22 (31.0)	7 (9.9)	1 (1.4)	0.6±0.7		
質問10「児を身近に感じられない」								
児の栄養方法	母乳栄養	15 (21.1)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3	a)0.305	
	混合栄養	41 (57.7)	8 (11.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.2±0.5	b)0.144	
	人工栄養	5 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.0	c)0.352	
初産の別	初産	29 (40.8)	4 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3	0.644	
	経産	32 (45.1)	5 (7.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.2±0.4		
年齢	35歳未満	43 (60.6)	8 (11.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.2±0.4	0.196	
	35歳以上	18 (25.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.2		
家族構成	核家族	52 (73.2)	9 (12.7)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.2±0.4	0.197	
	拡大家族	9 (12.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0±0.0		
分娩様式	経膈分娩	50 (70.4)	5 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3	d)0.022* e)0.050	
	予定帝王切開	6 (8.5)	1 (1.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.4±0.7		
	緊急帝王切開	5 (7.0)	3 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.4±0.5		
不妊治療	有	3 (4.2)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.4±0.5	0.096	
	無	58 (81.7)	7 (9.9)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.1±0.4		
EPDS	9点未満	12 (16.9)	1 (1.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.1±0.4	0.905	
	9点以上	49 (69.0)	8 (11.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.2±0.6		
育児支援チェックリスト 質問8 児の泣きに対する困惑感	有	34 (47.9)	5 (7.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0.2±0.4	0.895	
	無	27 (38.0)	4 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3		
質問9 児を叩きたくなる	はい	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	1.0±1.4	0.084	
	いいえ	60 (84.5)	9 (12.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.1±0.3		

a)母乳栄養とその他(混合栄養・人工栄養)の比較
b)混合栄養とその他(母乳栄養・人工栄養)の比較
c)人工栄養とその他(母乳栄養・混合栄養)の比較

d)経膈分娩と予定・緊急帝王切開との比較
e)緊急帝王切開と経膈分娩・予定帝王切開との比較

Mann-WhitneyU検定*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

質問8に「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.040$)。

MIBS-J 質問10「児を身近に感じられない」について、予定帝王切開および緊急帝王切開で出産した母親は経陰分娩で出産した母親に比べ、有意に得点が高かった ($p=0.02$)。

VI. 考 察

MIBS-J 得点有意に高かった項目は、混合栄養、EPDS9点以上、予定帝王切開、緊急帝王切開、不妊治療後の妊娠、35歳未満、初産、核家族、育児支援チェックリスト質問8または質問9に「はい」と回答した母親であった。

核家族で生活する母親、不妊治療後の母親、35歳未満の母親の割合は全国平均と比較して同様であったことから、本研究対象者は、平均的な集団であったと考えられる。本研究での産後2週間健診に来院した母親を調査対象にしており、質問2「赤ちゃんのためにしないとイケないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある」と質問6「児の世話を楽しみながらしている」が高得点となる母親が多かった。Mercer (2004) は、母親役割獲得過程を4つの段階で明らかにしており、産後2週から6週は形式的で児と知り合いになり、身体回復をする段階（形成的段階）、産後2週から産後4ヶ月は試行錯誤し、新しい日常に移行する段階（試行錯誤段階）としている。本研究の対象の母親は、形成的段階から試行錯誤段階への移行期にあたる。そのため本研究対象者も分娩の疲労を抱えながらも、母親自身と児に適合する自分なりの育児方法を確立させようと試行錯誤している時期にあり、育児を楽しめないと感じたり、現在や将来の育児に不安を抱く母親が多かったと考えられる。

1. MIBS-J 得点に影響を与える要因について

混合栄養で育児をする母親は MIBS-J 質問2の得点有意に高かった。産後2週間頃は母親が児と共に授乳方法を模索する時期である。入院中は体重計を使用して明らかな哺乳量を知ることが出来たり、疑問や不安が生じても助産師に相談し、解決することが可能であった。しかし退院後に混合栄養で育児をする母親は、具体的な母乳量を知ることができず、不安が生じても助産師からの直接的な指導やアドバイスを受けることができないため、人工栄養の補足量は母親の総合的判断に委ねられる。そのため、児の泣きに対して、母乳や人工栄養が足りていないのではないかと困惑感を抱いていることが推察される。また室津 (2023) は産後1か月において、母乳栄養のみで育児をする母親は、他の栄養方法で育児をする母親に比べ、母乳量に関するストレス得点が相対的に低かったと述べている。しかし本研究において、母乳栄養のみで育児をする母親の中で MIBS-J 質問2に2点以上と記入する母親もみられた。母乳栄養のみで退院した母親であっても、児の泣きが頻回になることや具体的な哺乳量を知ることができないため、母乳不足ではないかと不安を感じていることが推察される。そのため産後2週間健診において、退院後の母

親の授乳に関する努力を労い、具体的な不安や疑問、生活スタイルや授乳に関する希望を傾聴し、ニーズに沿った授乳指導を行う必要がある。母親の目指す授乳方法が確立できるように継続して支援を行うことで、育児不安の軽減に繋がり、ボンディング形成の一助となるのではないかと考える。

初産婦は MIBS-J 合計得点、質問2と質問3「児が腹立たく嫌になる」の得点が高かった。初産婦は経産婦に比べ、育児に対する経験値が少ないため、産後の生活で戸惑いやストレスを感じやすい。そのため育児に障害をきたし、ボンディング形成の遅れや、児に対して否定的感情を抱きやすいと推察される。しかし大村、光岡 (2006) は、初産婦は生後1年間で愛着形成が経産婦と同様のレベルになると報告している。そのため産後2週間健診で何らかの支援が必要になった初産婦には長期的なスクリーニングと、その時々での適切な支援を継続していく必要がある。

35歳未満の母親は MIBS-J 質問2の得点が高く、先行研究では抑うつ症状のために育児や家事の機能に障害が発生している可能性があると言われている。玉木 (2007) は女性の年齢が出産後の抑うつ症状に有意な影響力をもつ要因であると明らかにしており、若年者における経験や適応力の不足が抑うつ症状やボンディング形成に影響を与えていると考える。本研究において35歳以上の母親の同項目得点有意に低かった理由として、それまでの社会経験から不安や問題が発生した場合、専門家に相談するなどといった問題解決能力が高いためではないかと考える。

核家族で生活する母親は MIBS-J 質問2の得点が高く、合計得点も高い傾向にあった。3~4か月児を持つ母親の愛着尺度を調査した玉置ら (2017) は、母親が一人で子育てをしていると感じることで、愛着形成が阻害されると述べている。本研究においても、拡大家族で生活する母親の場合、夫以外にも支援やアドバイスしてくれる家族がいるため、児の啼泣に対して上手く対応できるが、核家族で生活する母親の場合、児が泣いたときに母親自身または夫婦のみで対応しなければならず、孤独感を感じ、心身共に負担に感じていることが推察される。そのため、核家族で生活する母親が、不安や抑うつ感情が高まったときに相談や支援を受けられる環境と、継続したボンディング形成のスクリーニングが必要である。

予定帝王切開と緊急帝王切開で出産した母親は経陰分娩で出産した母親に比べ、MIBS-J 質問10「児を身近に感じられない」の得点が高かった。A病院では帝王切開で出産した母親は早期母子接触の時間が短く、経陰分娩で出産した母親と比べて、初回授乳や母子同室開始時期も遅くなっている。短時間のカンガルーケアでもボンディング促進に効果がある (吉田ら, 2017, p26-45) と言われており、帝王切開で出産した母親はそのような機会が少ないことで児を身近に感じにくく、ボンディング形成に影響を与えているのではないかと考える。また術後思うように動けず、児の世話ができないことや、自分で産むことが出来なかったという分娩に対するわだ

かまりを感じることで、児に対して否定的な感情を抱きやすい(阿南ら,2005)とされており、帝王切開で出産したという経験自体がボンディング形成を妨げる要因になっていると考えられる。

また緊急帝王切開で出産した母親は MIBS-J 質問 2 の得点が高く、合計得点も高い傾向にあった。A 病院では、緊急帝王切開で出産した母親は自身の血圧管理や、児の呼吸障害などで、母子分離を強いられることがある。そのため早期から母子同室を行っている母親に比べ、育児に自信が持てないまま退院となり、退院後も児が泣く理由がわからず戸惑ってしまうのではないかと考える。また緊急帝王切開で出産した母親は予定帝王切開で出産した母親と比べ恐怖レベルが高くその体験を否定的に受け止めやすいこと(Elvander, 2013)や、出産体験の受け止めが否定的であった場合、産後にうつ傾向になること(関塚ら, 2007)が報告されており、予定外の帝王切開となったことで、思い描いていた出産とならず、出産体験を否定的に受け止め、ボンディング形成に影響を与えているのではないかと考える。そのため、パースレビューを行い、母親の認識を確認し、出産体験を肯定的に受けとめられるように支援する必要がある。

不妊治療後の母親は MIBS-J 質問 3 の得点が高かった。不妊治療によって妊娠した母親は妊娠・出産すること自体が大きな目標となっており、妊娠中に育児や生活の変化、母親像や親役割のイメージがなされていないことが多いとされている(山田, 2014)。そのため思い通り育児ができないと感じた場合、児に対して拒否的感情を強く感じやすいと推察する。また不妊治療中に子供をもつ友達と疎遠な関係になっており、同世代の友達と妊娠・出産・育児に関して思いの共有や情報交換をする機会が乏しい傾向があると言われている(松山, 服部, 2016)。そのため不安や育児困難感を感じた際に、誰にも相談することができず、児に対して拒否的感情を募らせていると考えられる。

2. 3つの質問票の関連性について

ボンディング障害と産後うつ病は互いに関連があり、抑うつ症状をもつ母親では重症のボンディング障害や虐待、ネグレクトのリスクを持つことが指摘されている(鈴宮ら, 2003)。本研究においても、EPDS が 9 点以上の母親は MIBS-J で産後うつ病と関連があるとされる質問 2、質問 3、質問 6 の得点が高かった。このことから、抑うつ症状により育児や家事の機能に障害を来し、育児が心理的負担や苦痛と感じ、児に対して拒否的な気持ちを抱いていることが推察される。また岩田、森岡(2016)は母親の抑うつ感情によって児の情緒を過剰に読み取り、児が身体的な不快感を示したとしても、適切に関わるのが難しく、それを母親への不満として受け取り、実際の育児に必要な多様な状況を客観的に捉えることが困難となって、母親の罪責感や自信喪失につながる危険性があると述べている。EPDS 得点が高い母親は、児に対して否定的感情を持ち合わせている可能性が高いため、EPDS だけでな

く MIBS-J を合わせて確認し、ボンディング形成を視野に入れた精神的支援が必要である。

育児支援チェックリスト質問 8「赤ちゃんがなぜむずがったり、泣いたりしているのかわからないことがある」と答えた母親は MIBS-J の合計得点や多くの質問項目において得点が高かった。この質問で「はい」と答えた母親は、児のケアが十分にできず苦痛に感じるため、ネグレクトなどのリスクがある(厚生労働省, 2020)とされている。吉岡ら(2017)は虐待高リスク群の母親のうち約半数が育児困難感を抱えていると述べている。本研究の MIBS-J 結果からも、育児支援チェックリスト質問 8 の「はい」と答えた母親はスムーズに児の世話ができない、児に対して拒否的感情が強い、育児が心理的負担となっていることが読み取れる。質問 9「児を叩きたくることがある」と答えた母親は、MIBS-J の合計得点や質問 3 において得点が高かった。この育児支援チェックリスト質問 9 での叩きたいという気持ちは身体的虐待につながるリスクがある(吉田ら, 2012, p26-45)とされており、MIBS-J においても児に対して拒否的な気持ちを表している。MIBS-J では得点が高い母親であっても、育児支援チェックリスト質問 8 または質問 9 において「はい」と答えた母親に対しては、今後ネグレクトなどの虐待のリスクがあると考え、継続した支援を行っていく必要がある。

また育児支援チェックリストの育児環境要因を評価する項目(質問 1~7)と MIBS-J 得点には関連は見られなかった。しかし育児支援チェックリストを使用することで、医療職者の経験や職種に左右されることなく母子を取り巻く環境について情報収集することができ、それぞれの質問票の関連をアセスメントすることで、産後うつやボンディング障害のリスクがある母親に対して個別的な支援ができると考える。

MIBS-J 合計得点と関連が見られない属性であっても、各質問項目において母親の年齢や不妊治療の有無などのボンディングに影響している要因と考えられる属性が本研究において抽出された。そのため MIBS-J の合計得点のみに捉われず、各質問項目において 1 点以上と回答した母親に対しては、育児や児に対する気持ちを丁寧に具体的に聞く必要がある。児に対する否定的な気持ちの強度や行動などを把握し、リスク要因なども含めて総合的に評価し、支援の必要性を判断する必要がある。

VII. 結 論

産後 2 週間健診において 3 つの質問票を用い、ボンディングに影響を与える母子の要因を調査した結果、MIBS-J 得点が高い母親の要因は混合栄養、EPDS 9 点以上、予定帝王切開、緊急帝王切開、不妊治療後の妊娠、35 歳未満、初産、核家族、育児支援チェックリスト質問 8 または質問 9 に「はい」と回答した母親であることが明らかになった。

今回、質問票を通じて得た聞き取り結果や、実際の支援については分析を行っていない。しかし質問票の得点や回答結

果だけでなく、母親から詳細に聞き取った情報やニーズについても検証し、個別的な支援の在り方を考えることが今後の課題である。

医療職者の経験や職種に左右されることなく、母子を取り巻く環境や母親のメンタルヘルスについて情報収集するためには3つの質問票を使用する必要がある。また、それぞれの質問票の得点や回答結果に捉われることなく、一覧して検討し、産後うつやボンディング障害のリスク要因を把握し支援に繋げていく必要がある。

本論文の内容の一部は、第53回日本看護学会学術集会(札幌コンベンションセンター)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

- 阿南あゆみ, 竹山ゆみ子, 永松有紀, 金山正子. (2005). 対児感情に影響をおよぼす要因の検討:産後入院中の母親の質問紙調査から. 産業医科大学雑誌, 27 (4), 385-393.
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R (1987). Detection of postnatal depression:Development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale.British journal of psychiatry, 150, 782-786.
- Elvander, C., &Cnattingius, S., & Kjeruiff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear-findings from the first baby study-. Birth, 40 (4), 289-296.
- 岩田裕美, 森岡由起子. (2016). 妊婦及び母親のメンタルヘルスと情緒認知特性:日本版 IFEEL Pictures (JIFP) による早期母子関係性支援のための基礎的検討. 母性衛生, 57(1), 123-130.
- 北村俊則. (2019). 周産期ボンディングとボンディング障害—子どもを愛せない親たち—. ミネルヴァ書房.
- 厚生労働省. (2000). 平成 11 年度厚生省報告例年度報(児童福祉関係)について.
https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1211/h1102-2_18.html
- 厚生労働省. (2007). 第二章発生予防.子ども虐待対応の手引き.
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/02.html>
- 厚生労働省. (2021a). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について第 17 次報告. 276-278.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000825392.pdf>
- 厚生労働省. (2021b). 令和 2 年度児童虐待相談対応件数(速報値). <https://www.mhlw.go.jp/content/000824359.pdf>
- 厚生労働省. (2020). 不妊治療と仕事との両立サポートハンドブック.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11909000/001073887.pdf> (閲覧日 2024 年 8 月 23 日)
- 厚生労働省. (2022). 令和 3 年人口動態統計(確定数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/index.html>
- Marks, M. N., Yoshida, K., Yamashita, H., Conroy, S., Kumar, C. (2012). A japanese version of mother-to-infant bonding scale:factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in japanese mothers.Archives of women's mental health, 15, 343-352.
- 松山久美, 服部律子. (2016). 不妊治療後の妊婦への母親役割獲得に向けた妊娠期の支援.岐阜県立看護大学紀要, 16 (1), 15-26.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. Journal of Nursing Scholarship, 36 (3), 226-232.
- 室津史子. (2023). 母乳育児における生活上のストレスとパートナーからの支援—産後 1 ヶ月および 3 カ月時における栄養法別比較—. 日本職業・災害医学会誌, 71 (4), 137-145.
- 日本産婦人科医会. (2017). Ⅲ. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識妊産婦メンタルヘルスクエアマニュアル~産後ケアへの切れ目のない支援に向けて~. 日本産婦人科医会, 18-19.
http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf (閲覧日 2024 年 8 月 23 日)
- 日本周産期メンタルヘルス学会. (2017). 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017. 96-100.
http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html (閲覧日 2024 年 8 月 23 日)
- 西川しおり, 武田江里子. (2021). 胎児ボンディングに影響するストレス反応とそのストレス反応をもたらす妊娠期のストレス. 母性衛生, 62 (2), 355-362.
- 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, 宮岡等, 北村俊則. (1996). 日本版エンジバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性.精神科診断学, 7, 525-533.
- 大村典子, 光岡攝子. (2006). 妊娠から生後 1 年までの児に対する母親の愛着とその経時的変化に影響する要因. 小児保健研究, 65 (6), 733-739.
- 下中壽美, 玉城清子. (2017). 産後 1 ヶ月時のマターナルボンディングへの影響要因—母親の睡眠の量・質, うつ症状, 属性に着目して—. 日本母性看護学会誌, 17 (1), 45-52.
- 岡塚真美, 坂井明美, 島田啓子, 田淵紀子, 亀田幸枝. (2007). 妊娠末期におけるストレス対処能力と出産満足度・産後うつ傾向の関連. 母性衛生, 48 (1), 106-113.
- 総務省統計局. (2021). 令和 2 年国勢調査人口等基本集計調査結果の概要.
https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf
- 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子. (2003). 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害:自己質問用紙を活用した周産期精神保健における支援の方法の検討. 精神科診断学, 14 (1), 49-57.
- 玉木敦子. (2007). 産後のメンタルヘルスとサポートの実態. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 14, 37-56.
- 玉置倫子, 山田和子, 森岡郁晴. (2017). A 町に住む 3~4 か月児をもつ母親の愛着と関連要因の検討 愛着尺度日本語版を用いた調査結果. 小児保健研究, 76 (6), 618-624.
- 田中麻衣, 成順月, 葉袋淳子. (2022). 産後 1 か月時の母乳育児確立に関連する要因—産後授乳指導と母親の授乳行動に焦点をあてて—. 日本衛生学雑誌, Article21010.
<https://doi.org/10.1265/jjh.21010>
- 臼井由利子, 春名めぐみ, 笹川恵美, 米澤かおり, 疋田直子. (2019). 子どもへの愛着形成(ボンディング)に出産体験が及ぼす影響—出産への思い質問票(W-DEQ 日本語版)を用いた出産恐怖感とボンディング障害との関連—. 明治安田こころの健康財団研究助成論文集, 54, 73-82.
- 山田翠. (2014). 不妊治療を経て出産・育児を迎えた女性への関わり. 長野県看護研究会論文集, 34, 67-69.
- 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子. (2012). 産後の母親と家族のメンタルヘルス—自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル—(第 4 刷). 母子保健事業団, 26-45.
- 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子. (2017). 妊娠中から始めるメンタルヘルスクエア—多職種で使う 3 つの質問票. 日本評論社, 4-48.

吉岡京子, 鎌倉由起, 神保宏子, 北澤陽子, 白川久美子, 大久保詠子, 大熊陽子, 大屋成子, 平林義弘, 黒田真理子. (2017). A 自治体における要支援児童とその母親の特徴の検討: 保健師の判断と組織的検討による児童虐待の可能性の高低に基づく比較. 日本公衆衛生看護学会誌, 6 (1), 10-18.

◇研究報告◇

A 大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の
職業継続に影響を及ぼす要因伊藤彰浩¹⁾, 新里美由紀¹⁾, 山内靖子¹⁾, 浅井香澄¹⁾, 加藤直美¹⁾, 小田嶋裕輝^{2)*}

本研究では、A 大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因を質的に明らかにすることを目的に、A 大学病院の中堅看護師 7 名に対してインタビュー調査を行った。その結果、職業継続の要因として 125 コードから、33 のサブカテゴリーが抽出され、さらにそれらを集約、分類した上位概念として、【多様な診療科において最先端の研究や教育を受けることによる看護の専門性の深化の自覚】、【診療科にとらわれないケア技術の存在自覚とその深化に向けた自己研鑽】、【看護過程展開を促進する職場風土】など 11 カテゴリーが生成された。診療科にとらわれない共通性の高い看護技術の習得や自己研鑽、看護師間の連携により互いの得意とする専門性を補い合いながら看護過程を展開できる職場風土の醸成への参画などの重要性が示唆された。

【キーワード】 大学病院, 混合病棟, 中堅看護師, 職業継続

I. はじめに

近年、看護職の果たす役割・責任範囲の拡大が著しい。例えば、2015 年の補助看法の改正により設けられた特定行為研修は 3 年から 5 年程度の実務経験を有する看護師を想定し（厚生労働省医政局長通知, 2015）、研修終了後は特定行為を行うことが可能である。また、認定看護師や専門看護師の資格制度では、修得要件の通算 5 年以上の実務経験等を満たせば高度実践看護師としての職責を担うことが可能である（日本看護協会, n.d.）。このように医療施設の中堅を担う看護師（以下、中堅看護師とする）は、所属施設の活性化や所属部署の質の高い看護実践を行う上で中心的役割を担うことを求められている（岡田, 大原, 小松, 渡邊, 2006）。

この中堅看護師を対象とした先行研究では、キャリアプランとの不一致、人間関係によるストレス、労働環境の悪さ、看護実践能力についての不安、働き続ける理由の欠如などから、就業継続の困難に直面することを報告している（中野, 岩佐, 2019）。中でも、混合病棟に勤める看護師は、対象理解、指導環境や信頼関係の構築に困難を感じ、経験年数を 10 年程度経ても、それらの構築への困難さが継続していると報告している（佐々木, 三宮, 板木, 2019）。また、混合病棟に勤

務する看護師は、患者と家族中心の看護実践、医療ミスの回避、混合病棟ならではの学びをする一方で、患者や家族とじっくり関わることへの困難さ、複数の診療科による業務内容の煩雑さ、複数の診療科の医師への対応の困難さ、業務多忙による時間的余裕の欠如などがあると報告している（湊先, 川口, 2019）。

その一方で、看護師が臨床で直面する職務ストレスや脅威となる体験を克服するレジリエンスの内容に着眼した研究では、粘り強さ、ポジティブ、自己効力感などの内的特性や、対処する力、自己理解と状況理解、ワークライフバランス、職場内外のソーシャルネットワークの形成と保有などがレジリエンスの内容であり、それらが職務満足や職務の継続へとつながると報告している（砂見, 2019）。

医療施設の中でも、大学病院は、看護職などの医療職育成のための教育・研修機能や、高度医療の推進、研究成果の還元などの重責を担うため（21 世紀医学・医療懇談会, 1997）、中堅看護師の一層の充実が必要である。大学病院に勤務する看護師を対象とした研究では、スポーツ習慣のある看護師で、職務満足度や職務継続意思が上司との関係、残業・業務量、承認、達成感と関連したことを報告したものがある（Iwaasa, & Mizuno, 2020）。

受付日: 2023 年 10 月 15 日 / 受理日: 2024 年 9 月 6 日

1) 名古屋市立大学病院 2) 旭川医科大学医学部看護学講座

* E-mail: odajima@asahikawa-med.ac.jp

混合病棟に関して、過去になされた調査では、日本看護協会による病棟の現状と夜勤を対象とした実態調査の中で、調査対象の看護職の29.3%が混合病棟に所属していたと報告している(日本看護協会, 1983)。また、単科の一般病棟に比べ、混合病棟は看護の充実度が低いことが報告されている(富所, 2019)。最近の研究では、小児科を対象とした実態調査において、小児科の専門病棟の割合は8.3%にとどまり、成人との混合病棟が27.6%であったと報告している(日本看護協会, 2021)。さらに、産婦人科においても、産婦人科単価病棟は23.7%であり、産婦人科以外の診療科も含む混合病棟が60.5%に上ることが報告されている(日本看護協会, 2023)。よって、小児科や産婦人科に限らず、少子高齢化の進展により、多様な診療科にまたがる患者が増加し、混合病棟が常態化している現状が予測される。その中でも、大学病院は各診療科における医療が高度医療になるため、各診療科における看護においても高い専門性を発揮することが求められる。

このような状況下において、混合病棟で働く中堅看護師を対象とした職務継続に対する研究は少ないのが現状である(下田, 2014)。さらに、大学病院の混合病棟で働く中堅看護師の職務継続に関する研究は見当たらない。大学病院の混合病棟における中堅看護師が職業継続するための要因を明らかにできれば、看護師の就業継続に必要な支援について示唆が得られると考える。

II. 目 的

本研究では、A大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因を質的に明らかにすることを目的とした。

III. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、中堅看護師が認識しているA大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因を質的に探索するために、面接より得られたデータから帰納的に分析する質的記述的研究デザインを用いた。

2. 研究対象

A県B市のA大学病院の混合病棟での勤務経験が5年以上で、主任以上の管理職を含まない、中堅看護師約7名とした。なお、本研究における中堅看護師とは、リーダーが開始し役割を持ち始める5年目以上の管理職(主任・師長)以外の看護師とした。具体的には、各混合病棟の看護師長を通して、中堅看護師の紹介を依頼した。紹介を受けた看護師に対し、研究者が研究説明書に基づき、研究協力の依頼を行った。

3. データ収集方法

半構成的面接法により、個別インタビューを実施した。研究協力の同意の得られた研究対象者には、面接の時間を調整した上で面接を行った。面接の時間は1人あたり、30分程度で、面接回数は1人1回であった。研究者の所属する施設内

の個室で行った。面接内容は研究対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

インタビュー内容は、混合病棟での仕事をやめずに看護職を継続できている理由や、あなたの混合病棟での看護実践能力を高めるために工夫していることや、混合病棟での職務を行う中で生じた困難やストレスの乗り越え方についての質問等である。それぞれの質問をきっかけに、看護師の就業継続要因について研究対象者に自由に語ってもらった。

データ収集期間は2022年8月から、2022年10月である。

4. 分析方法

質的記述的研究の分析方法を参考に分析を行なった(グレッグ, 2016)。まず、録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、データを繰り返し読み込んだ。次に、逐語録を精読し、職務継続に関わる内容を文脈ごとに区切り、意味内容を変えないようにコード化した。次に、コードから意味内容の類似性に従いまとめてサブカテゴリーを抽出し、さらに意味内容の類似性からカテゴリーを抽出した。分析の過程では、データの信頼性を高めるために、質的研究に詳しい看護研究者からスーパーバイズを受けた。

IV. 倫理的配慮

研究対象者への依頼に際しては、看護師長から勤務年数5年以上の看護師に、研究の説明書を配布してもらった。次に、研究協力の希望のあった看護師について研究者が看護師長より紹介をしてもらった。看護師長からは研究対象者の候補者の紹介のみを受け、詳細な研究説明と同意は研究者が行った。具体的には、研究対象者への説明書に、本研究は研究参加者に対するインタビュー調査のため、インタビュー時間が長くなると疲れによる身体的負担や仕事への影響がでてくる可能性があるため、研究対象者の疲労や体調に考慮しながらインタビューを行い、研究参加者が不快に感じた場合は、いつでも取りやめることができることを説明した。また、インタビューの実施場所は、研究参加者の部署内のプライバシーの確保できる個室を使用し、安心して話せる環境を準備することを説明した。また、研究の成果は公表することがあり、その際も、個人や対象集団の特定に繋がる情報の記載は避け、匿名性を守ることを説明した。

なお、本研究は、名古屋市立大学医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号60-23-0141)。

V. 結 果

1. 研究対象者

本研究対象者の属性を表1に示す。研究対象者は政令指定都市にあるA大学病院の混合病棟での勤務経験が5年以上で、主任以上の管理職を含まない、看護師約7名であった。対象者の年齢は20代から40代であり、看護師として働いた年数は5年から31年であった。

2. 大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因

分析の結果、125 コード、33 サブカテゴリー、11 カテゴリーが抽出された。抽出したサブカテゴリー、カテゴリーの結果を表2に示す。なお、以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >で示す。

表1 研究対象者の属性

研究対象者	看護師経験年数	混合病棟の勤務年数	婚姻の有無	子どもの有無
A	10	10	無	無
B	6	5.5	無	無
C	31	5	有	有
D	5	5	無	無
E	5	5	無	無
F	8	8	無	無
G	9	8	無	無

表2 A 大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因

カテゴリー	サブカテゴリー
多様な診療科において最先端の研究や教育を受けることによる看護の専門性の深化の自覚	最先端の研究や教育を大学病院では受けることができる 多様な診療科の専門性を深められる
診療科にとらわれないケア技術の存在自覚とその深化に向けた自己研鑽	がんは診療科に影響されず専門性を深めていける ケアの基本的な部分ほどの病棟でも同じであると認識して必要な看護技術を勉強する 基礎看護に精通してケアに活かしていくこと自体にやりがいを見出している 仕事に向けた準備状態を整え専門性を深めるために必要な内容を押さえる
看護過程展開を促進する職場風土	初めて見る疾患があったら、多様な媒体を活用したり、先輩に聞いたり、やり方を真似して勉強しておく 混合病棟でやりたい診療科の看護業務を行うことができている
自己の役割を俯瞰できる職場風土	チームの中における自分の役割を俯瞰してストレスにしない 人間関係上のストレスが仕事に影響しないように相手との距離を置いたり気分転換して自分の仕事に集中する
对患者やスタッフ同士のコミュニケーション円滑化と不必要な衝突回避に向けた工夫が行える職場風土	苦手な同僚はいたが異動や退職で離れて行ったり、自ら異動を申し出たりした スタッフと一緒に食事に行ったり、食事に誘われたりして、お互いにストレス発散するのが楽しくて頑張っている 患者やスタッフに偏見を持たず人間関係を円滑に保とうと努力する
自己研鑽への高い関心とそれを支えてくれるスタッフや制度の存在	勤務終了後の勉強は苦でなく、落ち着いた時間に行う時間を決めてノートにまとめるなどしている 医師とのコミュニケーションを通して、お互いに患者の病気や治療への理解が深まる 教育面として研修やフォロー体制がしっかりしており、スタッフの倫理意識が高い病院である 転職は気力や体力を要し、他院の病棟機材の充実度も異なることから、同じ役割が回ってくる今の大学病院でいいと思う
辞めたい気持ちに対するスタッフの理解と克服支援の手を差し伸べてくれた存在の自覚	中堅にさしかかったスタッフがまず感情を予測し理解を示す 働きたくない時期とライフイベントが重なった中で、果たすべき役割を自然に調整できた 辞めたい時期に先輩や同期の言動に励まされて仕事を続けて来られた
新人看護師の育成に関わることを通したやりがいの自覚	新人指導などに人に教えることが好きでその役割を担うことが楽しい 正しい知識・技術を新人のスタッフに教えられるように予習し準備する
患者へのケア過程自体への楽しさとやりがいの自覚	学んだ内容を看護に活かすことができたり、患者が回復して元気に退院した時にやりがいを感じる 患者へのケアが効果として現れることを楽しい・嬉しいと感じる 患者の生活に深くかかわって生活を一緒に整えていく過程そのものにやりがいを感じる
上司によるスタッフのキャリアプランの否定回避・支持とプライベートを含む相談支援環境の充実	上司が仕事やプライベートのことで支えてくれたり道を示してくれたりしてもらえるので就業継続できている 上司が自分に昇任意思がなくても働き続けてよいと認めてもらっている 将来のキャリアプランは他者と関わる中で見えてくるものと思っている ライフイベントがなかったので混合病棟での勤務を継続している
チームで看護の責任を担う職場風土	仕事で生じた問題を一緒に考え共有できる同期や仲間がいる 自分の意見が言いやすく人間関係も悪くなく働きやすい環境がある 不安なことはチーム内で解決した上でケアに臨むことができる 自分一人で頑張らなくてもよく、チームでケアの責任を引き受ければ良いと思う

1) 【多様な診療科において最先端の研究や教育を受けることによる看護の専門性の深化の自覚】

このカテゴリーは、大学病院という最先端の医療が提供されている環境で働くことにより、最先端の研究や教育に触れることができることや、混合病棟に勤務することで多様な診療科の患者にかかわり、様々な診療科の知識を学ぶことができることを意味し、《最先端の研究や教育を大学病院では受けることができる》《多様な診療科の専門性を深められる》の2サブカテゴリーから構成された。

2) 【診療科にとらわれないケア技術の存在自覚とその深化に向けた自己研鑽】

このカテゴリーは混合病棟において様々な診療科の入院患者の対応を行う中で、診療科にとらわれない患者の看護を行うという共通した部分の技術やその技術を深めていくために自己研鑽することを意味し、《がんは診療科に影響されず専門性を深めていける》《ケアの基本的な部分は何の病棟でも同じであると認識して必要な看護技術を勉強する》《基礎看護に精通してケアに活かしていくこと自体にやりがいを見出している》《仕事に向けた準備状態を整え専門性を深めるために必要な内容を押さえる》の4サブカテゴリーから構成された。

3) 【看護過程展開を促進する職場風土】

このカテゴリーは、混合病棟で働く看護師間で連携を行い、適切な看護過程を展開できるように支援したり、様々な診療科の特性に応じた患者への看護ケアを行えるよう調整し合ったりする職場風土があることを意味し、《初めて見る疾患があったら、多様な媒体を活用したり、先輩に聞いたり、やり方を真似して勉強しておく》《混合病棟でやりたい診療科の看護業務を行うことができている》の2サブカテゴリーから構成された。

4) 【自己の役割を俯瞰できる職場風土】

このカテゴリーは、病院から求められる自己の役割を自覚・俯瞰し、その自覚を通じて仕事をするうえでその役割とどのように向き合っていけばよいか考えることを意味し、《チームの中における自分の役割を俯瞰してストレスにしない》《人間関係上のストレスが仕事に影響しないように相手との距離を置いたり気分転換して自分の仕事に集中する》の2サブカテゴリーから構成された。

5) 【对患者やスタッフ同士のコミュニケーション円滑化と不必要な衝突回避に向けた工夫が行える職場風土】

このカテゴリーは、仕事上かかわることがある患者やスタッフに対して円滑な人間関係構築に向けた工夫を行うことを意味し、《苦手な同僚はいたが異動や退職で離れて行ったり、自ら異動を申し出たりした》《スタッフと一緒に食事に行ったり、食事に誘われたりして、お互いにストレス発散するのが楽しくて頑張っている》《患者やスタッフに偏見を持たず人間関係を円滑に保とうと努力する》の3サブカテゴリーから構成された。

6) 【自己研鑽への高い関心とそれを支えてくれるスタッフや制度の存在】

このカテゴリーは、仕事に対する自己研鑽への関心や自己の周囲の支援環境が整備され活用できることを意味し、《勤務終了後の勉強は苦でなく、落ち着いた時間に行う時間を決めてノートにまとめるなどしている》《医師とのコミュニケーションを通して、お互いに患者の病気や治療への理解が深まる》《教育面として研修やフォロー体制がしっかりしており、スタッフの倫理意識が高い病院である》《転職は気力や体力を要し、他院の病棟機材の充実度も異なることから、同じ役割が回ってくるから今の大学病院でいいと思う》の4サブカテゴリーから構成された。

7) 【辞めたい気持ちに対するスタッフの理解と克服支援の手を差し伸べてくれた存在の自覚】

このカテゴリーは、離職意向のあるスタッフへの関わり方や、離職意向があるときに周囲からのサポートが得られていることを自覚していることを意味し、《中堅にさしかかったスタッフがつまずく感情を予測し理解を示す》《働きたくない時期とライフイベントが重なった中で、果たすべき役割を自然に調整できた》《辞めたい時期に先輩や同期の言動に励まされて仕事を続けて来られた》の3サブカテゴリーから構成された。

8) 【新人看護師の育成に関わることを通したやりがいの自覚】

このカテゴリーは、新人教育にかかわり、関わりを通して自身のやりがいを自覚することを意味し、《新人指導などに教えることが好きでその役割を担うことが楽しい》《正しい知識・技術を新人のスタッフに教えられるように予習し準備する》の2サブカテゴリーから構成された。

9) 【患者へのケア過程自体への楽しさとやりがいの自覚】

このカテゴリーは、患者への看護ケアの実践自体の楽しさや、実践を通しての自身のやりがいと自覚することを意味し、《学んだ内容を看護に活かすことができたり、患者が回復して元気に退院した時にやりがいを感じる》《患者へのケアが効果として現れることを楽しい・嬉しいと感じる》《患者の生活に深くかかわって生活を一緒に整えていく過程そのものにやりがいを感じる》の3サブカテゴリーから構成された。

10) 【上司によるスタッフのキャリアプランの否定回避・支持とプライベートを含む相談支援環境の充実】

このカテゴリーは、職場の上司からのキャリアプランに関する多様性の受容と職業継続に関するプライベートを含む相談支援環境の充実を意味し、《上司が仕事やプライベートのことで支えてくれたり道を示してくれたりしてもらえるので就業継続できている》《上司が自分に昇任意思がなくとも働き続けてよいと認めてもらっている》《将来のキャリアプランは他者と関わる中で見えてくるものと思っている》《ライフイベントがなかったため混合病棟での勤務を継続している》の4サブカテゴリーで構成された。

11) 【チームで看護の責任を担う職場風土】

このカテゴリーは、日々の業務についてチーム全体で責任を持ち取り組むことを意味し、《仕事で生じた問題を一緒に考え共有できる同期や仲間がいる》《自分の意見が言いやすく人間関係も悪くなく働きやすい環境がある》《不安なことはチーム内で解決した上でケアに臨むことができる》《自分一人で頑張らなくてもよく、チームでケアの責任を引き受ければ良いと思う》の4サブカテゴリーで構成された。

VI. 考 察

本研究では、大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因を明らかにした。

まず、【多様な診療科において最先端の研究や教育を受けることによる看護の専門性の深化の自覚】【診療科にとらわれないケア技術の存在自覚とその深化に向けた自己研鑽】が見出された。先行文献では、市民病院の混合病棟で働く中堅看護師を対象とした研究で、多様な知識や技術を獲得することが看護実践への自信となり、看護師の意識を良い方向へ変化させたと報告している（湊先，川口，2019）。大学病院の混合病棟で働く中堅看護師においても、診療科にとらわれない患者の看護を行うという共通した部分の技術や、その技術を深めていくために自己研鑽し、混合病棟で得た知識や経験を活かす意識づけの重要性が示唆された。

次に、【看護過程展開を促進する職場風土】や【自己の役割を俯瞰できる職場風土】が見出された。先行研究によると、中堅看護師は、どこでも通用する確固たる能力の獲得（山見，山之上，馬淵，松本，2011）、看護の専門性が発揮できること（櫻井，池田，岩城，2016）、望んだ仕事が行われていることの充実感があること（丹澤ら，2017）、などに看護の魅力を見出していた。大学病院の混合病棟で働く中堅看護師は、多様な診療科特性に応じた幅広い看護の専門性を学べる場として混合病棟で働く意味を捉え返したり、看護師間の連携により互いの得意とする専門性を補い合いながら看護過程を展開できるように支援し合ったりできるような職場風土の醸成に参画したりすることで、就業継続が行えていると考えられた。

次に、【对患者やスタッフ同士のコミュニケーション円滑化と不必要な衝突回避に向けた工夫が行える職場風土】が見出された。先行研究では、中堅看護師を取り巻く人間関係の良好なことが職業継続において重要な要因であると報告している（原田，2007）。よって、中堅看護師が、仕事上で関わる患者やスタッフに対して円滑な人間関係構築のための工夫を行うことは就業継続を行う上で重要な要因となっていると考える。

次に、【自己研鑽への高い関心とそれを支えてくれるスタッフや制度の存在】や【辞めたい気持ちに対するスタッフの理解と克服支援の手を差し伸べてくれた存在の自覚】や【新人看護師の育成に関わることを通したやりがいの自覚】が見出された。よって、大学病院の混合病棟では、大学病院として

の責務に応えられるだけの機材・研修などの環境や制度が比較的整っていることが職業継続を行う要因になっていると考えられた。また、先行研究では、中堅看護師が受けたい支援の内容として、先輩看護師には助言・指摘・声かけ、同期の看護師には傾聴・承認、後輩看護師には自立・向上・感性の共有などがあり、スタッフにより受けたい支援の内容が異なることを報告している（原田，2007）。よって、制度上の充実以外にも、辞めたい気持ちになった時に、それを受け止めてくれる同僚やスタッフの存在や、毎年多数の新規採用のある大学病院の特性を踏まえて、新人教育に関わることへのやりがいを自覚することが就業継続につながっていると考えられた。

さらに、【患者へのケア過程自体への楽しさとやりがいの自覚】や【上司によるスタッフのキャリアプランの否定回避・支持とプライベートを含む相談支援環境の充実】や【チームで看護の責任を担う職場風土】が見出された。先行研究では、就業継続の要因として、看護介入による患者の改善に対する達成感や（山見ら，2019）、患者の入院に対する満足感や（原田，2007）、患者や家族の信頼を受けるといった経験（真壁，木下，古城，2006；真壁，木下，古城，2007）があると報告している。加えて、職場でのサポートを受けられることは、中堅看護師の意欲的な看護実践や就業継続に最も効果的であると報告している（松永，2013）。よって、大学病院の混合病棟では、中堅看護師の日々の患者への看護ケアが、自身の仕事へのやりがいにつながることや、職場の上司からのキャリアプランに関する多様性の受容と職業継続に関するプライベートを含む相談支援環境の充実や、チーム全体で日々の業務について責任を持てるような意識づくりなど職場でのサポートの重要性が示唆された。

以上を踏まえ、抽出された11のカテゴリーについて、A大学病院における中堅看護師の職業継続要因を総合的に考察する。

抽出された11カテゴリーの内、【多様な診療科において最先端の研究や教育を受けることによる看護の専門性の深化の自覚】は、多様な診療科のある混合病棟において、最先端の研究や教育を受けることは大学病院の役割であるため、大学病院の混合病棟で働くという自覚を持っていることが就業継続要因であると考えられる。また、【自己研鑽への高い関心とそれを支えてくれるスタッフや制度の存在】は、大学病院が教育・研究機関としての機能を有することから、自己研鑽を促す風土づくりを促進する文化を醸成しやすい環境にあるといえ、中堅看護師が大学病院のスタッフや制度などの支援的環境を活かすことが就業継続要因であると考えられる。

また、残りの9のカテゴリーは、中堅看護師の職業継続要因として先行研究で明らかになっている、やりがい、良好な人間関係、労働環境等と一致しており、A大学病院における中堅看護師の就業継続要因というよりも、混合病棟における中堅看護師一般の就業継続要因ではないかと考えられた。

Ⅶ. 結 論

本研究は A 大学病院の混合病棟に勤務する中堅看護師の職業継続に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的に、A 大学病院に勤務する中堅看護師 7 名にインタビュー調査を行った。その結果、職業継続に影響を及ぼす要因として、【多様な診療科において最先端の研究や教育を受けることによる看護の専門性の深化の自覚】、【診療科にとらわれないケア技術の存在自覚とその深化に向けた自己研鑽】など 11 カテゴリーが抽出された。診療科にとらわれない共通性の高い看護技術の習得や自己研鑽、看護師間の連携により互いの得意とする専門性を補い合いながら看護過程を展開できる職場風土の醸成への参画などの重要性が示唆された。なお、本結果は A 大学病院における結果であり、一般化はできないことが研究の限界である。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反事項はない。

Ⅷ. 引用文献

グレッグ美鈴. (2016). 質的記述的研究. グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (編), よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 (第 2 版, pp. 64-84), 医歯薬出版.

原田香菜子. (2007). 中堅看護師の職務継続に関する要因 中堅看護師が受けてきた人的支援からの分析. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 32, 196-203.

Iwaasa, T., & Mizuno, M. (2020). Job Satisfaction and Intention to Stay in Relation to Sport and Exercise Activities Among Nurses of University Hospitals. 順天堂 医事雑誌, 66 (2), 142-153.

厚生労働省医政局長通知. (2015). 保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 1 号に規定する特定行為及び同項第 4 号に規定する特定行為研修に関する省令の施行等について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000077983.pdf> (検索日: 2024 年 8 月 14 日)

真壁幸子, 木下香織, 古城幸子. (2006). 職業経験 5 年以内の看護師の早期離職願望と仕事への行き詰まり感. 新見公立短期大学紀要, 27, 79-89.

真壁幸子, 木下香織, 古城幸子. (2007). 看護師の仕事への行き詰まり感の実態とその要因 卒後 5 年目までの課題に焦点を当てて. 日本看護学会論文集 看護管理, 37, 279-281.

松永保子. (2013). 中堅看護職の職業継続意思に関する研究 信頼できる上司および同僚からのソーシャル・サポートと達成動機との関連. 応用心理学研究, 39 (1), 39-45.

湊先千春, 川口悟史. (2019). 混合病棟で働く看護師の患者と家族に対する態度. 徳島市民病院医学雑誌, 33, 63-67.

中野沙織, 岩佐幸恵. (2019). 中堅看護師の職業継続に関する文献検討「離職」と「職業継続」の理由に焦点をあてて. JINI: The Journal of Nursing Investigation, 16 (1-2), 10-22.

日本看護協会 (1983). 第 III 章 病棟の現状と夜勤 昭和 52 年病院等看護職の労働実態調査. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/03-004.pdf> (検索日: 2023 年 10 月 7 日)

日本看護協会. (2021). 2020 年病院看護実態調査 報告書 (日本看護協会調査研究報告 No.96). <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/96.pdf> (検索日: 2023 年 10 月 7 日)

日本看護協会. (2023). 2022 年病院看護・助産実態調査報告書 (日本看護協会調査研究報告 No. 99). <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/99.pdf> (検索日: 2023 年 10 月 7 日)

日本看護協会. (n. d.). 資格認定制度. <https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/> (検索日: 2023 年 10 月 7 日)

21 世紀医学・医療懇談会. (1997). 21 世紀に向けた大学病院の在り方について (21 世紀医学・医療懇談会第 3 次報告). 文部科学省. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/009/toushin/970701.htm (閲覧日: 2023 年 10 月 7 日)

岡田悦子, 大原美代子, 小松崎智子, 渡邊常子. (2006). A 病院中堅看護師の職務継続に影響する要因. 日本看護学会論文集 看護管理, 36, 279-281.

櫻井由夏, 池田加奈子, 岩城豊子. (2016). A 病院における 5 年目以上看護師の離職要因の検討. 北海道看護研究会集録, 平成 28 年度, 148-150.

佐々木加代子, 三宮圭未, 板木唯乃. (2019). A 病院混合病棟における患者指導に対する看護師の困難と思い ラダー分類による検討. 北海道農村医学会雑誌, 51, 50-55.

下田真梨子. (2014). 看護師の離職に関する文献検討. 高知大学看護学会誌, 8 (1), 29-38.

砂見綾子. (2019). 看護師のレジリエンスの概念分析. 聖路加看護学会誌, 22 (1-2), 13-20.

丹澤洋子, 千葉美果, 淵田明子, 堀口ゆかり, 文珠川由美, 飯沢正美, 今瀬繁子. (2017). 看護職を離職した者が再就職をし職務を継続している要因. 東海大学短期大学紀要, 50, 17-24.

富所直子, 高橋泰子, 関口由紀子, 瀬賀裕子, 曹鵬宇, 鳥谷部真一, 赤澤宏平. (2004). 混合病棟と一般病棟の看護の質の差異を評価する 混合病棟で充実感のある看護を行うために. 看護管理, 14 (4), 303-307.

山見尚子, 山之上絹代, 馬淵紀代子, 松本玄智江. (2011). 中堅看護師の職務継続につながる要因の分析. 日本看護学会論文集 看護管理, 41, 309-312.

◇研究報告◇

看護学生が実習で「看護の楽しさや喜び」を感じることができる教育的支援とは

津田清乃^{1)*}, 松枝美智子²⁾

【目的】看護学生が実習で「看護の楽しさや喜び」を感じる為に必要な教育的支援について示唆を得る。

【方法】先行研究をもとに質問紙を作成し、A看護専門学校3年生を対象にWeb調査を実施した。

【結果】「看護の楽しさや喜び」を感じた学生は89.7%、感じなかった学生は10.3%であった。看護の楽しさや喜びを感じた理由は、〈受け持ち患者からの肯定的な反応〉〈指導者からの肯定的な反応〉の2つのカテゴリーに分類された。

【考察】「看護の楽しさや喜び」には、患者の安寧につながるレベルで実施できる基礎看護技術能力や、患者や指導者との良い関係性、患者の回復過程の経験が必要な要素となることが示唆された。

【結論】「看護の楽しさや喜び」が感じられる実習となるためには、的確な「基礎看護技術能力」、肯定的な実習環境、「受け持ち患者の回復過程の経験」が肝要である。中でも「受け持ち患者の回復過程の経験」は本研究における新たな知見となった。

【キーワード】看護学実習、看護の楽しさ、内発的動機付け、看護基礎教育、看護学生

I. はじめに

看護基礎教育は、ライセンスを取得させることがゴールではない。ライセンス取得後、地域社会で幅広く活躍し続けることのできる看護師を育成することが重要である。しかしながら、看護師の一定数は、離職や転職を繰り返しているといった現状にある。日本看護協会の調査によると、2021年度の看護師の離職率は、正規雇用看護師は11.6%、新卒看護師は10.3%、既卒採用看護師は16.8%の離職率となっており、いずれも前年度より増加していることが明らかになっている。また、新卒採用者の離職率にいたっては調査開始以来、初めて10%を超えたことが、併せて報告されている。

このような現状をふまえ、文献検討を行ったところ、中堅看護師が離職を思い留まる要因として、「看護への思いやりがいの再発見」があることが明らかとなっている(齊藤, 2017)。また、学内で学んだ知識や技術、態度の統合を図りながら、看護職者が行う実践の中に学生が身を置き、看護職者の立場でケアを行いながら学びを深める実習教育がある。この実習教育において、看護学生が実習で困難な状況乗り越えてい

くときに機能するレジリエンスの構成要素として、「実習は楽しいと思う」という「内面的な強み」があることが報告されている(隅田・細田・星, 2013)。これらの先行研究の結果からも、実習教育の中で「看護の楽しさや喜び」を感じられるように支援することは、卒業後に看護師という職業を続けるうえでも、重要な教育的支援になると考えた。

II. 目的

本研究は、看護学生の実習教育において、学生が「看護の楽しさや喜び」を感じるために必要な教育的な支援のあり方について示唆を得ることを目的とする。

III. 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究と量的研究を組み合わせた研究方法である。

2. 研究対象者

研究対象者は、A看護専門学校の2020年度の3年生79人である。これまで経験した全ての実習を振り返り、総合的な回答を期待して3年生を対象とした。

受付日: 2023年10月15日 / 受理日: 2024年9月6日

1) 大阪警察病院看護専門学校 2) 星槎大学大学院

* E-mail: ameri-d-a@docomo.ne.jp

3. 調査期間

3年間の看護学校生活における全ての臨地実習が終了し、国家試験に向けての勉強が、より本格化する冬期休暇に入るまでの約2週間と設定した。

4. データ収集方法

Google フォームを活用した Web アンケート調査を実施。参加してもよいと学生が判断した場合には、依頼状内にある QR コードから Web 上の調査ページにアクセスしてもらい、回答を得た。フォームへのアクセスは QR コードを知り得た A 看護専門学校の学生のみがアクセス可能な設定とした。

質問紙の構成

「看護の楽しさや喜び」を「看護に対する内発的動機付け」として定義したこと、[「内発的動機付け」に関する質問紙であり、表面妥当性が検証されている先行研究(松枝・坂田・宮崎・安藤・安永・宮野, 2018)の質問紙を採用した。「精神看護への内発的動機づけ」の質問項目から3項目、「学生の観点から見た教授-学習活動」から6項目を採用した4件法9項目と、その回答に対する理由の自由記述で構成した。

5. 分析方法

質問紙のうち、量的データの部分は正規性を検討し、「看護の楽しさや喜び」を感じた経験の有無での比較を Mann-Whitney の U 検定で、項目間の関連について Spearman の順位相関で検討した。統計は、統計ソフト SPSS (Ver. 25.0, IBM 社)で行った。

自由記述のデータは帰納的方法で分析し、意味のあるまともごとくにデータをコード化したうえで、類似のコードを集めて抽象化しカテゴリー化した。また、質的データの分析結果の信頼性を確保するため、質的研究の経験が豊富なスーパーバイザーの指導のもと、分析を行った。

6. 用語の定義

看護の楽しさや喜び

広辞苑によると「楽しさ」の定義は、心が満ち足りた気持ちになることとされている。満ち足りた気持ちとは、「充実感や満足感、達成感」であることから「看護の楽しさや喜び」は、「看護に対する内発的動機付け」として操作性に定義した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、質問紙を部分的に使用することの許諾を得た後、星槎大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号 2020-19)を受け実施した。承認後、A 看護専門学校の学校長に、研究依頼文書と口頭で研究への協力を依頼し、口頭で研究許可を得た。その後、協力研究候補者の学生に「学生宛研究協力依頼・説明文書」を配布し、口頭で研究協力を呼びかけた。

調査協力は自由意志を尊重し、また、協力しなくとも成績や教員との関係性等への影響はないことを説明した。回答は無記名であり、Google フォームでの回答は、メールアドレスを収集しない設定とした。

調査結果は、施設等が特定出来るような形では公表しないこと、研究結果は、学会発表や学会誌への投稿により社会に還元し、今後の看護教育の発展に貢献する旨を説明した。また、回答送信により研究協力への同意とみなした。

電子データは、パソコンのウイルス定義ファイルを最新に保つことで、ウイルス感染や個人情報の流出につながらないよう厳重に管理し、パスワード付きの専用の USB メモリに保存したうえで、鍵のかかる施設の保管庫にて管理する。また、印刷した研究データなどの紙媒体も(参考文献や論文を除く)同様に保管する。研究データは、研究終了後10年間保存し、それ以降は、電子データは削除し紙媒体はシュレッダー処理を行うこととした。

V. 結果

79人中29人から回答が得られた(回収率37%)。

1. 内発的動機付けと学習支援の分析結果

「看護の楽しさや喜び」を感じた学生は26人(89.7%)、感じなかった学生は3人(10.3%)であった。それぞれの質問項目に対する正規性の検定結果を表1に示す。今回得たデータから正規性は確認されなかった。次に、内発的動機付けと学習支援に関する記述統計の結果を表2に示す。36点満点中、総合得点の平均点は28.3点、標準偏差は2.5、中央値は28点、最小得点は23点、最大得点は34点であった。

2. 「看護の楽しさや喜び」の有無による2群の分析結果

今回得られたデータは正規分布ではなかったこと、そして順序尺度であることから、看護の楽しさや喜びを感じた26人と、看護の楽しさや喜びを感じなかった3人における2群の比較を、マンホイットニーの u 検定を用いて分析した。2群の比較結果を表3に示す。結果、全ての項目において有意差は認めなかった。

表1 正規性の検定結果

	Shapiro-Wilk 検定		
	統計量	自由度	有意確率
受持患者看護効果実感	0.591	28	0.000
学び気づき多い	0.639	28	0.000
実習意欲的学習	0.755	28	0.000
オリエンテーション患者援助	0.451	28	0.000
教師臨床指導者対話		28	
参加者との対話	0.638	28	0.000
教師との対話	0.745	28	0.000
スタッフとの対話	0.713	28	0.000
周囲の人に援助	0.608	28	0.000

3. 項目間の関連の分析結果

Spearman の順位相関で検討した相関結果を表 4 に示す。「看護の楽しさや喜び」と相関係数 0.30 の相関があった項目は、「看護の効果実感」、0.33 の相関があった項目は「実習における学びの多さ」であった。また「看護の効果実感」と相関係数 0.42 の相関があったのは、「意欲的に学習できた」の項目であった。

4. 自由記述の分析結果

自由記述の内容から、看護の楽しさや喜びを感じた理由の分析結果を表 5 に示す。「看護の楽しさや喜び」を感じたことがあるかの質問に、「はい」と回答した学生 26 人からは 37 個の自由記述が得られた。

以下の本文中では「カテゴリー」<サブカテゴリー> [コード]「初期記録」として示す。

1) 看護の楽しさや喜びを感じた理由

「看護の楽しさや喜び」を感じた理由は、<受け持ち患者からの肯定的な反応>、<指導者からの肯定的な反応>の 2 つのカテゴリーに分類された。また、<受け持ち患者からの肯定的な反応>のカテゴリーでは、<学生の存在への承認>、<看護行為への承認>、<受け持ち患者の回復>という 3 つのサブカテゴリーが抽出された。

<受け持ち患者からの肯定的な反応>

(1) <学生の存在への承認>

このサブカテゴリーでは、[学生の存在への肯定的な言語] や、[学生の存在への肯定的な非言語] を得られた経験が示された。

(2) <看護行為への承認>

このサブカテゴリーでは、[学生が行った看護行為への肯定的な言語] や [学生が行った看護行為への肯定的な非言語] を得られた経験が示された。

(3) <受け持ち患者の回復>

このサブカテゴリーでは、[受け持ち患者の回復する姿] を捉えた経験が示された。

<指導者からの肯定的な反応>

このカテゴリーでは、「指導者に褒められたとき」という、[指導者に学生の実施した看護を称賛された] という肯定的な反応を得られた経験が示された。

2) 看護の楽しさや喜びを感じなかった理由

「看護の楽しさや喜び」を感じた経験のない学生の自由記述からは、「実習記録が多く寝れない」、「教員も指導者も厳しい」といった思いが示された。

3) 看護の効果を実感した理由

看護の効果を実感した理由の分析結果を表 6 に示す。看護の効果を実感した経験についての質問に対しては、「とてもそう思う」3 人、「そう思う」24 人、「あまり思わない」2 人という結果であった。看護の効果を実感した理由には 25 個の自由記述があり、<受け持ち患者の変化への気づき>、<行った看護の手応え>、<看護者の存在意義への気づき>という 3 つのカテゴリーに分類された。また、<受け持ち患

表 2 内発的動機付けと学習支援の分析結果

項目	平均値±SD	中央値	最小-最大	n
1. 受け持ち患者への看護を行う中で私は看護の効果を実感した	3.03 ± .42	3	2-4	29
2. 実習は私にとって学びや気づきの多い授業だった	3.48 ± .51	3	3-4	29
3. 看護の楽しさや喜びを感じた実習では意欲的に学習できた	3.14 ± .58	3	2-4	29
4. 実習に関する学内や臨地でのオリエンテーションは実習での受け持ち患者の援助に役立った	2.97 ± .33	3	2-4	29
5. 実習記録を媒介にした教師や臨床指導者との対話は患者の援助に役立った	3.00 ± .00	3		29
6. カンファレンスでの参加者との対話は患者の援助に役立った	3.17 ± .47	3	2-4	29
7. 教師との対話は患者の援助に役立った	3.00 ± .60	3	2-4	29
8. 受け持ち看護師をはじめとするスタッフとの対話は患者の援助に役立った	3.31 ± .54	3	2-4	29
9. 私は自分の知識や技術が不確かだと感じた時に、周囲の人に援助を求めた	3.36 ± .49	3	3-4	28
合計 (36 点満点)	28.3 ± 2.5	28.0	23-34	29

表 3 「看護の楽しさや喜び」の有無による 2 群の分析結果

項目	看護の楽しさや喜び(平均値±SD(中央値)) 有無での差		
	あり	なし	(p)
1. 受け持ち患者への看護を行う中で私は看護の効果を実感した	3.08 ± .39 (3)	2.67 ± .58 (3)	(.31)
2. 実習は私にとって学びや気づきの多い授業だった	3.54 ± .51 (4)	3.00 ± .00 (3)	(.15)
3. 看護の楽しさや喜びを感じた実習では意欲的に学習できた	3.19 ± .57 (3)	2.67 ± .58 (3)	(.25)
4. 実習に関する学内や臨地でのオリエンテーションは実習での受け持ち患者の援助に役立った	3.00 ± .28 (3)	2.67 ± .58 (3)	(.39)
5. 実習記録を媒介にした教師や臨床指導者との対話は患者の援助に役立った	3.00 ± .00 (3)	3.00 ± .00 (3)	(1.00)
6. カンファレンスでの参加者との対話は患者の援助に役立った	3.19 ± .49 (3)	3.00 ± .00 (3)	(.61)
7. 教師との対話は患者の援助に役立った	3.04 ± .60 (3)	2.67 ± .58 (3)	(.43)
8. 受け持ち看護師をはじめとするスタッフとの対話は患者の援助に役立った	3.35 ± .56 (3)	3.00 ± .00 (3)	(.35)
9. 私は自分の知識や技術が不確かだと感じた時に、周囲の人に援助を求めた	3.38 ± .50 (3)	3.00 ± .00 (3)	(.43)

「看護の楽しさや喜び」の有無での差 Mann-Whitney の U 検定 (P<0.05)

者の変化への気づき」のカテゴリーでは、＜コミュニケーションにおける反応の変化＞、＜受け持ち患者の回復＞という2つのサブカテゴリーが抽出された。

＜受け持ち患者の変化への気づき＞

(1) ＜コミュニケーションにおける反応の変化＞

このサブカテゴリーでは、[コミュニケーション時の患者の言語的反応の変化]や、[コミュニケーション時の患者の非言語的反応の変化]を捉えた経験が示された。

(2) ＜受け持ち患者の回復＞

このサブカテゴリーでは、[患者の回復を感じた]経験が示された。

＜行った看護の手応え＞

このカテゴリーでは＜実施した看護が患者の安全安楽や安寧につながった＞、＜学生が実施した看護への承認＞、＜行った看護への達成感＞という3つのサブカテゴリーが抽出された。

(1) ＜実施した看護が患者の安全安楽や安寧につながった＞

このサブカテゴリーでは、学生が行った看護が患者の安楽や安寧につながったことを捉えた経験が示された。

(2) ＜学生が実施した看護への承認＞

このサブカテゴリーでは、学生が行った看護に対する[受け持ち患者からの肯定的な言語]や、[受け持ち患者からの肯定的な非言語]を捉えた経験が示された。

(3) ＜行った看護への達成感＞

このサブカテゴリーでは、[学生が考えた看護が実践できた]ことによる達成感を捉えた経験が示された。

＜看護者の存在意義への気づき＞

このカテゴリーでは、[患者の気持ちを推察した]という、看護者の存在意義を捉えた経験が示された。

VI. 考 察

1. 「看護の楽しさや喜び」の感情を生み出す要素

1) 看護行為への承認

受け持ち患者からの感謝の言葉や喜びの反応といった＜患者からの肯定的な反応＞は、「療養上の世話」である日常生活の援助技術を実施した際の患者の反応にもとづいて記述されていた。その記述内容においては、受け持ち患者からの＜看護行為への承認＞が最も多く、このことは、「看護の楽しさや喜び」の感情をもたらす大きな要素となると考える。

看護学生が実習で単独で実施できるのは「療養上の世話」である。中でも、足浴や手浴などの部分浴の援助は、複数患者を受け持ち多重課題に追われる臨床現場で働く看護師には、なかなか行うことができない援助でもある。だからこそ、患者は学生の知識や技術が未熟であったとしても、喜びの反応を見せてくれることが多いのではないだろうか。自由記述のデータに多くみられた手浴、足浴といった日常生活の援助技術を提供することは、一人の受け持ち患者に時間を最大限に使える、学生ならではの看護であり、学生の持つ強みであるとも言える。このような日常生活の援助技術を、患者の安寧

表4 項目間の関連の分析結果

上段:相関係数/下段:有意確率(両側)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
① 実習で看護の楽しさや喜びを感じたことがある	1.00	.30*	.33*	.27*	.32*	.14	.19	.22	.21
② 受け持ち患者への看護を行う中で私は看護の効果を実感した		1.00	.26*	.42**	.01	.34*	.28*	-.17	.12
③ 実習は私にとって学びや気づきの多い授業だった			1.00	.51**	.32*	.54**	.35*	.25*	.15
④ 看護の楽しさや喜びを感じた実習では意欲的に学習を行うことができた				1.00	.03	.60**	.34*	.32*	.46**
⑤ 実習に関する学内や臨地でのオリエンテーションは実習での受け持ち患者の援助に役立った					1.00	.05	0.00	-.14	-.15
⑥ カンファレンスでの参加者との対話は患者の援助に役立った						.815	1.000	.458	.458
⑦ 教師との対話は患者の援助に役立った							1.00	.35*	.09
⑧ 受け持ち看護師をはじめとするスタッフとの対話は患者の援助に役立った								1.00	.53**
⑨ 私は自分の知識や技術が不確実だと感じた時に周囲の人に援助を求めた									1.00

*相関係数 0.25~0.40 未満 **相関係数 0.40 以上 (P<0.05)

表5 「看護の楽しさや喜び」を感じた理由

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
学生からの承認	学生の存在への承認	学生の存在への肯定的な言語 (6)
		学生の存在への肯定的な非言語 (4)
受け持ち患者からの肯定的な反応	看護行為への承認	学生が行った看護行為への肯定的な言語 (13)
		学生が行った看護行為への肯定的な非言語 (7)
受け持ち患者の回復	受け持ち患者の回復	受け持ち患者の回復する姿 (5)
		受け持ち患者が回復し退院していく姿 (1)
指導者からの肯定的な反応	指導者からの承認	指導者に学生の実施した看護を称賛された (2)

() は記録単位数

表6 看護の効果を感じた理由

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
受け持ち患者の変化への気づき	コミュニケーションにおける反応の変化	コミュニケーション時の患者の言語的反応の変化 (3)
		コミュニケーション時の患者の非言語的反応の変化 (2)
	受け持ち患者の回復	患者の回復を感じた (5)
行った看護の手ごたえ	実施した看護が患者の安全安楽や安寧につながった	安楽や安寧になったという言語的反応 (4)
		清潔や排泄援助の実施 (2)
		患者の急変から予測の重要性を感じた (1)
看護者の存在意義への気づき	学生が実施した看護への承認	学生が実施した看護に対する受け持ち患者からの肯定的な言語 (4)
		学生が実施した看護に対する受け持ち患者からの肯定的な非言語 (2)
	行った看護への達成感	学生が考えた看護が実施できた (1)
	患者の気持ちの推察	患者の気持ちを推察した (1)

() は記録単位数

につながるように実施できることは、患者からの肯定的な反応をより多く引き出し、〈看護行為への承認〉を感じることに繋がるのではないかと考える。このことが、「看護の楽しさや喜び」の感情を生み出す要素になるものと推察する。

2) 受け持ち患者からの肯定的な反応

「看護の楽しさや喜び」をもたらした理由として、言語、非言語を通じた「患者からの肯定的な反応」が挙げられていた。水畑・菊井(2005)は、学生は実習前には疾患とADLの援助の程度を簡単に知らされ、主に疾患についての事前学習を強調されるが、人間的な情報はほとんどなく疾患からの予測はするもの実際には実習に出てく予測と現実のギャップ〉に〈戸惑い〉ながら人間関係が始まることを指摘している。このことを鑑みても、学生と受け持ち患者との関係性の深まりによる患者からの肯定的な反応が返ってくることは、学生の心に「看護の楽しさや喜び」の感情をもたらすものと考えられる。その一方で、津田(2007)は、在院日数の短縮傾向が強まり、担当看護師に継続してケアされる時間は少なくなっている日本の現状において、ゆっくりと時間をかけて援助的な人間関係を築くことは望めない場合もあることを指摘している。さらに、看護師が患者と関わりを持つ「一時」が大きな影響をもつことを理解したうえで、患者との信頼関係に近づけていくことが必要であることを述べている。このことは、学生と受け持ち患者との関わりにおいても同様である。学生は、一人の受け持ち患者に対し最大限の時間を使うことができるが、在院日数の短縮化に伴い、急性期病院では特に、実習期間中に複数回にわたり受け持ち患者が変わることも多い。しかし、学生が実施できる「療養上の世話」を、患者に満足してもらえらるレベルの技術として提供することができれば、短期間の関わりの中でも、受け持ち患者と学生の関係性を深めることが可能であると考えられる。したがって、低学年で学ぶ基礎看護技術が、高学年での実習においても大きな役割を持つことを、看護教員は認識しておかなくてはならない。

3) 受け持ち患者の回復していく姿

本村・八代(2010)は、看護師の離職理由の一つであるバーンアウトは「患者の死体験」や「看護における不全感」などにより得点が高くなることを指摘している。このことを鑑みても、患者の「回復していく姿」は、「看護の効果」を実感することができ、看護師という職業を継続するうえでのモチベーションにもなり得るものと推察する。本研究においても、「看護の楽しさや喜び」を感じた理由として、「患者の回復する姿」の категорияが抽出された。「受け持ち患者の回復過程」を学生に経験させることは、回復に伴う患者の喜びの感情を、学生が肌で感じることができ、「看護の楽しさや喜び」にもつながる一助となり、ひいては看護の道を継続するための支援にもつながっていくものと考えられる。

4) 指導者からの肯定的な反応

一方、「看護の楽しさや喜び」の感情に影響を与える患者以外の要因として、「指導者に学生の実施した看護を称賛された」

という〈指導者からの肯定的な反応〉があった。石川・内海(2016)によると、学生は、患者からの感謝の言葉や看護師からの承認を感じるにより、モチベーションが高まるということが明らかになっている。本研究においても、受け持ち患者からの肯定的な反応が「看護の楽しさや喜び」に関連してだけでなく、「意欲的に学習できた」ことにも関連していたことから、石川・内海(2016)の先行研究は、今回の研究結果の裏付けともなった。また、「看護の楽しさや喜び」を感じることが出来なかった理由として、「教員も指導者も厳しい」という記述があったことから、患者や指導者との良い関係性は実習を肯定的に捉える要因になると同時に、「看護の楽しさや喜び」にもつながる要素であることが示唆された。

2. 「看護の楽しさや喜び」の感情を阻害する要素

看護学生の臨地実習におけるストレスは、睡眠時間3時間以内の睡眠不足群では専門的な知識不足や実習記録に関するストレス得点が高いことが明らかにされている(奥・常田・小池, 2011)。本研究においても「記録量の多さ」が「睡眠不足」へとつながり、「看護の楽しさや喜び」を感じられなかった理由として記載されていた。このことをふまえると、「看護の楽しさや喜び」を感じてもらうためには「実習記録の負担」への配慮や記録に対する「学習支援」を行うことも大切である。具体的には、学生の睡眠時間が無くなるほどの過度な負担とならないように、記録物の量を見直すことや、実習時間内に記録内容への指導も行う必要があると考える。

3. 「看護の楽しさや喜び」に相関する要因

本研究では、「看護の楽しさや喜び」には、「看護の効果実感」は、弱い相関であった。しかしながら、自由記述の分析結果から、「看護の楽しさや喜び」には、受け持ち患者からの肯定的な反応、学生の存在への承認や看護行為への承認、受け持ち患者の回復という結果が複数示されており、これらは「看護の効果実感」に結びつく内容であった。このことから、「看護の効果実感」は「看護の楽しさや喜び」につながる一因になるものと推察する。

松枝ほか(2018)の先行研究で「精神看護の面白さや楽しさ」に相関がみられた「受け持ち患者を心から援助したいと思った」、「実習に行く前に比べて精神看護に対する興味や関心が高まった」、「スタッフとの対話は役だった」とは異なる結果であった。その原因は、もともとの16項目あった質問紙を、尺度開発者に許可を得たうえで、精神看護学や経験型実習教育に関する教授方法の質問項目を除いた9項目へと尺度項目を一部削除したことが要因と考えられる。しかしながら、本研究の自由記述に書かれていた、指導者や教員、他学生との「対話」による〈他者からのフィードバック〉や〈看護師に相談できることが増えた〉という「援助を求める行動」は、松枝ほか(2018)の研究で相関が見られた「教師との対話は役だった」「指導者との対話は役だった」「スタッフとの対話は役だった」「意欲的に学習できた」に通じる内容であった。

1) 「看護の効果を実感」させるための支援

(1) <受け持ち患者の変化への気づき>

学生が<受け持ち患者の回復>に気づくことは、「看護の効果実感」だけでなく「看護の楽しさや喜び」を感じる要因ともなる事が本研究で示唆された。このことから、患者が回復する姿を教材とし、学生が間近で見ることができるよう、場面やタイミングを意図的にセッティングすることが必要であると考え。また、学生が見過ごしている患者の言語、非言語の反応やバイタルサインの変化などから、学生が行った看護の効果を認識できるように、実施した看護の振り返りを一緒にを行い、気づきを支援する関わりも必要である。小林・當日(2010)の先行研究によると、看護者は患者の好ましい予想外の反応を感じることで、喜びやおもしろみの感情が起き、それをケアへの積極的な思いにつなげていることが報告されている。「患者の回復」による好ましい変化への気づきは「看護の楽しさや喜び」につながるといふ、本研究で得られた結果とも一致していることから、臨地実習で学生に患者の回復する姿を間近でみてもらうことは「看護の楽しさや喜び」を感じてもらうために有効な教育的支援であると考え。

一方、実習で受け持ち患者の急変や、「患者の死」という、避けては通れない出来事に遭遇した場合、学生の精神的ショックは大きく、「何もできなかった」という無力感を感じることが多い。しかし、先行研究(名越・掛橋, 2005)によると、看護師はたびたび患者の死を目の当たりにすることから、死生観を深めると同時に、患者が心穏やかに死を迎えられるよう「平和な死への援助」を行い、自分を患者のために存在する看護師として、役割を認識するようになることが明らかにされている。このことから教員は、学生の受け持ち患者の「回復を伴わない経験」に対しても、学生の心理面への支援を行った後、そのことを教材とし、先を見越した看護の重要性や、肯定的な意味づけができるようにリフレクションを支援する事が必要であると考え。「患者の死」の体験からバーンアウトし、離職してしまう看護師は、この意味づけが不十分であるとも考えられる。したがって、実習における受け持ち患者の「回復を伴わない経験」に対しても、肯定的に意味づけができるよう学生の段階から支援することが重要である。

(2) <行った看護の手応え>

学生が、実習で受け持ち患者に対し、足浴や清拭、洗髪といった日常生活の援助を実施することは、患者からの感謝の言葉や肯定的な反応を引き出すことが多く、学生が「看護の楽しさや喜び」を感じる大きな要因となっている。このことから、学生の実施した看護が<患者の安全安楽や安寧につながった>という実感を持つことができるようにリフレクションすることが必要である。また、日常生活の援助技術を、患者の安全安楽や安寧につながるよう提供するための教育を行うことは、学生が実習で「看護の楽しさや喜び」を感じることにつながる支援になると考える。

4. 「看護の楽しさや喜び」が得られる実習とするために

本研究結果から、「看護の楽しさや喜び」が得られる実習となるためには、「日常生活援助技術的確な修得」、「肯定的な指導環境」、「受け持ち患者の回復過程の経験」の3つが重要な要素であることが示唆された。中でも、「受け持ち患者の回復過程の経験」は、本研究における新たな知見である。

1) 日常生活援助技術を的確に実施できる能力

日常生活援助技術を患者の安寧につながるよう的確に実施できることは、看護の現場で求められる能力として必要不可欠なものである。しかし、2018年4月から始まった看護基礎教育検討会の中で、これからの看護師に求められる能力として、「臨床推論」や「臨床判断」が取り上げられている。その理由として、これまで看護実践の方法としては、科学的思考、根拠に基づく看護実践を目指して「看護過程」を大切にしてきたが、在院日数の短縮や入院患者の急性期化などから、熟慮型の看護過程だけでは対応できないことが多くなっていることが背景にある。効果的な実践教育へ向けたシミュレーション教育の重要性が浸透してきている中で、COVID-19の感染拡大による臨地実習中止に伴い、学内でのシミュレーション実習への置き換えが行われた。しかしながら、このようなシミュレーション実習では、対象者の理解、対象者と向かい合うことができる態度を身につける機会が減ってしまう。つまり、実習において「看護の楽しさや喜び」の実感を促進する「患者からの肯定的な反応」や「患者の回復過程」を経験する機会が減ることが危惧される。したがって、指導者は看護の考え方、臨床判断モデルを教えながらも、患者と向き合うことや、患者の回復過程を経験させるといった指導に注力しなければならない。

また、実習で学生が患者へ提供できる看護実践である日常生活の援助を、患者の安寧につながるよう実施できることは、患者からの肯定的な反応を引き出すことにつながる。学生は、その反応から<看護行為への承認>を実感し、「看護の楽しさや喜び」を感じることに繋がっていたことが本研究により示唆された。実習中に学生自ら施すことができる看護には限りがあり、実施出来ることの多くは、学年が進んでも1年生で習う基礎看護技術に含まれる日常生活援助技術がほとんどである。つまり、低学年で学ぶ基礎看護技術が、高学年での実習でも大きな役割を持つことが本研究によって明らかとなった。実習開始前の準備としては、患者の状況設定を行ったうえでの技術練習を行い、それを実習で実践できる機会を作っていくことが大切である。患者の安寧につながるレベルでの日常生活の援助技術を提供することができれば、「看護の楽しさや喜び」に通じる「患者の回復」や「患者の安寧」、「看護の効果実感」の経験につながる。そのため、高学年であっても、疾患や対象者に応じた日常生活の援助技術を実施できるように教育することが肝要である。

2) 肯定的な指導環境

《指導者からの肯定的な反応》は、《学生が実施した看護への承認》として「看護の効果実感」につながり、ひいては看護の「楽しさや喜び」にも関連していた。反対に、実習中の指導者の叱責や無関心な態度という否定的なケアリング体験は、学生が自己を肯定的に捉えることができない状況となることが先行研究（田村美子・白木・進藤・田村紀子・中柳, 2004）により指摘されている。したがって、指導者との実習前の打ち合わせにおいて、学生の出来ない部分に焦点を当てた指導ではなく、学生の努力や頑張りを認める指導も同時に行えるように、指導方針の調整を図る必要がある。また、看護の効果を実感するために必要な、《受け持ち患者の変化への気づき》、《行った看護の手応え》、《看護者の存在意義への気づき》を得るための支援としては、対話型のフィードバックを行い、学生との関係性を構築しながらリフレクションすることが重要である。

3) 受け持ち患者の回復過程の経験

患者の回復過程を間近で見て感じることは、「看護の効果実感」だけでなく、「看護の楽しさや喜び」に関連する事が本研究において示唆された。学生は1, 2年次の基礎看護学実習を経て、精神看護学実習、老年看護学実習、小児看護学実習、母性看護学実習、成人看護学実習での周手術期、回復期、慢性終末期実習など、様々な領域での実習を経験する。しかし、本研究結果をふまえると、これらの実習の中で、受け持ち患者の回復過程を経験する機会が少なかった学生は、「看護の楽しさや喜び」の感情も経験しづらい事が予測される。したがって、教員は、他領域での実習でどのような患者を学生が受け持ったのか、情報共有しながら指導にあたる必要がある。看護の目的は「患者の回復」を助けること、あるいは「平和な死」となるよう援助することであり、看護の対象のすべてが回復するわけではない。「患者の死」という看護の効果を感じにくい場面に対しても、肯定的に意味づけをできるように、あらゆる看護場面を肯定的にも批判的にも振り返る力を高めることができるように支援することが大切である。

5. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では、抽出された項目は先行研究と一致する内容もあり、新たな発見としては、「受け持ち患者の回復過程を経験させる」ことの重要性を明らかにすることができた。しかし、他施設や対象学年が異なった場合にも同様の結果が得られるとは限らない。また、教員の支援としては、今回まとめた内容以外にもある可能性もあり、さらに深めて検討することが課題である。同時に、卒業後もフォローしていくことが必要であると考え。

VII. 結 論

実習教育の中で「看護の楽しさや喜び」を感じられるように支援することは、看護という職業を続けるうえでも重要な教育的支援になると考え、今回 A 看護専門学校の3年生79

人を対象として Web 調査を実施した。その結果、「看護の楽しさや喜び」には、《受け持ち患者からの肯定的な反応》、《指導者からの肯定的な反応》の2つが大きく関与していることが明らかとなった。実習で「療養上の世話」を患者の安寧へとつながるよう的確に実施できることは、患者からの肯定的な反応を引き出し「看護の楽しさや喜び」を感じることにつながる。

今回の研究を通して、「看護の楽しさや喜び」の感情をもたらす要素として、「日常生活援助技術」を患者の安寧につながるレベルで提供できる能力、受け持ち患者や指導者からの「肯定的な反応」、「患者の回復過程の経験」の3つがあることが明らかとなった。以上のことをふまえ、教員が行うべき支援として3点あげられる。1つ目は「日常生活援助技術」を的確に実施できるための教育的な支援、2つ目は、学生の心理的安全性を確保できるように肯定的な実習環境を整えること、3つ目は、3年間の実習の中で確実に「受け持ち患者の回復過程」を経験できるよう配慮することが肝要である。実習環境が許すならば、複数回ある実習の中で、確実に「受け持ち患者の回復過程」を経験できるように配慮をすることは、看護師への入り口に立つ学生への支援として必要であることを看護基礎教育に携わる教員は認識すべきである。

本研究での成果により、実習で「看護の楽しさや喜び」を感じることができる学生が増え、地域や社会で貢献し続ける看護師が一人でも多くなれば幸いである。

本論文は、星槎大学大学院の修士論文に加筆・修正を加えたものである。また、本論文の内容の一部は、第35回（2023年度）日本看護学校協議会学会において発表した。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。謝辞：本研究に参加協力くださった看護学生の皆さま、ご指導いただきました星槎大学大学院の児玉ゆう子教授、松枝美智子教授、並びに全ての関係者の方々に深謝申し上げます。

VIII. 引用文献

- 石川恵子, 内海桃絵. (2016). 看護学生における臨地実習へのモチベーション. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要健康科学, 11, 11-16.
- 小林秋恵, 當日雅代. (2010). 急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造. 日本看護研究学会雑誌, 33 (5), 83-92.
- 松枝美智子, 坂田志保路, 宮崎初, 安藤愛, 安永薫梨, 宮野香里. (2018). 精神看護学の「経験型実習教育」における「学生の患者ケアへの内発的動機付け」と「学生の観点から見た教授-学習活動」との相関. 福岡県立大学看護学研究紀要, 15, 1-11.
- 水畑美穂, 菊井和子. (2005). 臨床実習における学生と患者の人間関係形成によるプロセス-ベナー及びワトソン理論による分析. 川崎医療福祉学会誌, 15 (1), 149-159.
- 本村良美, 八代利香. (2010). 看護師のバーンアウトに関連する要因. 日本職業・災害医学会誌, 58 (3), 120-127.
- 名越恵美, 掛橋千賀子. (2005). 終末期がん患者にかかわる看護師の体験の意味づけ—一般病院に焦点を当てて—. 日本がん看護学会誌, 19 (1), 43-49.

- 奥百合子, 常田佳代, 小池敦. (2011). 看護学生の臨地実習におけるストレスと睡眠時間との関連. 岐阜医療科学大学紀要, 5, 59-63.
- 齊藤茂子. (2017). 中堅看護師はなぜ離職するのか—最近5年間の統合的レビュー—. 東洋大学大学院紀要, 54, 385-405.
- 隅田千絵, 細田泰子, 星和美. (2013). 看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素. 日本看護研究学会雑誌, 36 (2), 59-67.
- 田村美子, 白木智子, 進藤美樹, 田村紀子, 中柳美恵子. (2004). 看護学生が臨床指導者から受ける否定的ケアリング体験—学生を大切に育てたい—. 看護教育, 45 (9), 748-752.
- 津田右子. (2007). 患者—看護師関係と時間の概念. 松本短期大学研究紀要, 16, 229-236.

◇研究報告◇

看護学生の学習力と教育課題から読み取る
教育方法の検討

—看護早期体験実習の先行研究より—

上野雪絵^{1)*}, 上野 泰²⁾

【目的】 今後の早期体験実習における教育方法について検討することにある。

【方法】 早期体験実習に関する研究により、早期体験実習から得た学びから浮かび上がる学生の学習力を明らかにした上で教育的課題を読み取り、看護学生の得られた学びとはどのような学習内容なのか文献検討を行った。

【結果】 学習内容のまとまりから浮かび上がる学習力に対してタイトルを付け、カテゴリー化した。学生の学習視点によると、看護師視点は18種類、患者視点では10種類の学習視点で学びを得ていることが分かった。次にこれまでに明らかにされている教育課題に対して、其々内容のまとまりに対してタイトルを付けカテゴリー化したところ、11種類の教育課題が明らかとなった。

【考察】 早期体験学習前・中・後とそれぞれの時期に、学生の様々な学習力を伸ばすために必要となる教育方法について、教員が指導の際に、学生の学習力を言語化できることで、教育的関わりが行える。

【キーワード】 基礎看護学実習、早期体験実習、学習力、看護教育

I. はじめに

看護学校における早期体験実習とは、看護教育で行われる臨地実習の中でも最も早期に行われる体験型実習のことである。その時期は各学校によって違いがあり、看護専門学校では1年次の前期に、看護大学では1年次の前期から2年次の前期にかけて行われているところが殆どである。この早期に行われる臨地実習での学習では、文部科学省（2002）が唱える「看護学教育の在り方に関する検討会」の報告によると、「条件が整えられるならば、早期の学年次から組み込む工夫が必要である。」ことや「臨地実習でしか修得できない能力が、実習の各段階を重ねることにより確実にその到達目標に向けて習得されていく構成が重要である。」とあるように、早期の段階から体験学習を導入し、実践に適用する能力を習得していく授業が展開されることを目的としている。

看護学校に入学してきて間もない初学者にとって体験実習とは、憧れの看護師を間近で見ることができると期待感や、病院施設という巨大な組織へ一歩踏み入れることで、自分達が医療職者の道を歩んでいることを自覚できる機会にもなる

という期待にあふれた体験学習でもある。同時に、看護の知識・技術・態度のうちの態度が身につけていない時期に行われる体験実習について、恐怖感や自信喪失が先行するためか、早川ら（2016）の「学生たちが学習への取り組みや成果を見失い、挫折のきっかけになる」にもあるように、実習体験によりやる気が左右されてしまう可能性のある緊張感を伴う体験であるとも言える。

また、看護師を目指す学生の背景には、服部ら（2008）の「看護への志向に加えて様々な背景が複雑に存在するため、入学動機が看護の学習に及ぼす影響は大きいものと考えられる。」にもあるように、自ら望んで看護の道を志望してきた者もいれば経済的な安定を求める理由など、入学してくる者の背景は多様である。そのために、初めての早期体験実習が学生にとって成功体験となるように働きかける看護教員の役割は重要である。以上のことから、本研究は、看護学生の早期体験実習から得られた学びとはどのような学習内容なのかを文献検討より明らかにすることで看護学生の学習力を把握し、教育課題を読み取ることで早期体験実習「前・中・後」の学修に必要な教育方法について検討することとした。

受付日：2023年10月15日／受理日：2024年9月6日

1) 聖徳大学看護学部看護学科 元三育学院大学 2) 東京都立看護専門学校

* E-mail : ueno.yukie@wa.seitoku.ac.jp

Ⅱ. 目 的

本研究は、早期体験実習に関する研究により、看護学生の体験実習から得られた学びとはどのような学習内容なのかを文献検討を行い、早期体験実習から得た学びとはどのようなものであるか、また、その学びの意味内容から浮かび上がる学生の学習力とはどのようなものなのかを明らかにし教育的課題の読み取りを行う。その上で、今後の早期体験実習における教育方法について検討することにある。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

- ・早期体験実習とは、看護教育で行われる臨地実習の中でも最も早期に行われる体験型実習のことをいう。
- ・学習力とは、研究の対象となった学生が、早期体験実習の中で看護師と患者それぞれの立場に立ち、どんな視点を持って学びを得ることができたかの総称を指す言葉とした。

2. 文献選定方法

研究対象文献は、医学中央雑誌（以下、医中誌）Web版を用い、年号を問わず投稿された国内の文献を対象とした。キーワードには、「基礎看護学実習Ⅰ」「学生の学び」の検索結果により130件中本文ありが48件であった。この48件の文献のうち、学内実習による学びや社会福祉施設での学びは除外したところ12件の文献となった。今回の文献レビューでは、多くの人が入りやすい文献を対象に行ったことから12件の文献のうち、看護学生の学びについて具体的に書かれている文献を精選したところ6件の文献が該当した。次に「早期体験実習」「看護学生」で検索したところ37件中本文ありが22件となり、この22件中本研究に該当する内容がある文献は7件であった。そこから学生の学びが具体的に書かれている文献を選定し、重複文献を省くと5件となった。その他にグーグルスカラーにより同検索として、「基礎看護学実習Ⅰ」「学生の学び」を行ったところ、15100件となったことから、2013年～2023年と期間を限定し検索を行ったところ8970件となった。しかし、その内容には基礎看護学実習Ⅰ以外の基礎看護学やそれ以外の内容も検索されたことから、全てのタイトルより「基礎看護学実習Ⅰ」「看護学生の学びまたは学習効果」とあるものを選択し内容を確認し医中誌との重複文献を省いて行ったところ、本研究に該当する文献は4件に絞られた。次に「早期体験実習」「看護学生」で検索を行ったところ2510件となり、タイトルと内容から本研究に該当する文献を精選し、医学中央雑誌との文献の重複を省くと1件のみ該当し、合計で12件の文献を選定し考察を進めることとした。検索年月日は2023年4月20日までの間で検索を行った。

3. 分析方法

対象文献の内容を精読し、研究結果から要約なく学生の学び通りの言葉で表現されている内容を要約または引用し、タイトル・筆頭著者名・発行年・研究結果・教育的課題を表1

にまとめた。研究結果では、学生の学びに焦点を当てている文献の内容から看護師視点と患者視点に区分し、どのような学びが得られているのか内容を精選した上で示すと同時に、今後の課題について書かれている内容を精選し教育課題として示した。そして、早期体験実習より得た学びから浮かび上がる学生の学習力とはどのようなものなのかを明らかにした上で教育的課題を読み取り、今後の早期体験実習における教育方法について検討することとした。分析は研究者2名で行い、信頼性の確保をするために、まず、KJ法の基礎知識について確認し合った。次に、先行研究の「看護師や患者の立場で表現されている学生の言葉」を「学び」として捉え、「看護師の視点・患者の視点」に分類し、「視点の意味内容」を「学習力」と表現することの共通認識を持つことで信頼性の確保に努めた。また、分類の際には偏りが無いかについて2名の意見が合致するまで繰り返し協議した。

Ⅳ. 倫理的配慮

先行研究の明示には配慮を行い、盗用及び剽窃とならないように出典や成果を明記することとした。

Ⅴ. 結 果

早期体験学習により学生の学びが要約された文献は除外し、要約なく学生の学び通りの言葉で表現されている文献を選択したところ、選定した文献の12本中8本が該当した。その結果により、早期体験実習における学習内容が明らかにされている研究例について、文献レビューの分析方法によって表1に示した。次に学習内容について、どのような視点から学びを得たのか知るために学習内容を表にまとめて確認したところ、看護師視点と患者視点に立った2つの視点により学びを得ていることが分かった。このことから学習内容を看護師視点と患者視点の2つの視点に区分した。次に、区分した学習内容についてKJ法を参考とし、其々の学習内容のまとまりから浮かび上がる視点の意味内容を学習力と表現したものに對してタイトルを付け、カテゴリー化したものを表2に示した。この時に、漢字辞典による力を含む熟語一覧を参考にし、その意味解釈を確認しながら分類を行った。その結果、早期体験実習における学生の学習力として、看護師視点からでは〈理想・尊敬・意欲〉〈推察力〉〈礼儀・礼節〉〈技術力〉〈コミュニケーション力〉〈対応力〉〈遵守・遂行〉〈労働力・労働環境〉〈観察力〉〈理解力〉〈倫理観〉〈対人力〉〈判断力〉〈看護観〉〈価値信念〉〈想像力〉〈応用力〉〈適応力〉と18種類の学習視点で学びを得ていることが分かった。次に患者視点からでは〈理想・尊敬・意欲〉〈推察力〉〈礼儀・礼節〉〈愛情〉〈洞察能力〉〈相互作用〉〈自責・反省〉〈信頼〉〈興味・関心〉〈疑問・否定〉と10種類の学習視点で学びを得ていることが分かった。また、看護師視点と患者視点での共通の学習視点には、〈理想・尊敬・意欲〉〈推察力〉〈礼儀・礼節〉の3種類の学習視点によるものであることが分かった。これらの分析

表1 早期体験実習での学習内容と課題の要約

タイトル	筆頭著者名	発行年	学習内容	教育的課題
看護早期体験実習における学生の意味づけの構築	浅井直美	2007年	<p>(看護視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護師は常に忙しく仕事をしている 患者が嫌がっても、苦しがついても、それが患者にとって最も良い治療方法なら、やらなければならないことを 何気ない会話から患者の要求や不満を聞き取りすることをせず、こいと思つた 看護師が、患者の訴えにいい加減な対応をしていて、患者の訴えが本当であつたら、医療ミスになつた 看護師は、それぞれの患者にあつた接し方をしていて思つた ナースコールが鳴つても、看護師がすぐに病室にいけないと思つた 患者のちよつとした変化に気づくことが、患者の治療に影響すると学んだが、それを再認識した 授業で患者とうまくコミュニケーションをとることが、患者の治療に影響すると学んだが、それを再認識した 将来疲れた顔を見せず、患者にとっても優しく話しかけていた看護師みたいなあたたかい看護師になりたい <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が病院に対して感じていることは、色々あると知つた 自分のニーズを伝えられない患者も、会話をしたくてもできない看護師もどちらも気の毒に思つた 看護師が、患者のニーズを把握できているのか疑問に思つた ほんの数分で、診察が済んでしまふことは、問題だと思つた 車椅子の患者は、快適な生活を送れているのか、不自由な点はどのようなのかなどに興味があつた 患者の声を聞いても、自分は何もできないと悔しくなつた 	<p>生活体験や学習による既存の知識と情報を照合させ、共通性を発見させながら抽象度を高めること</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報の抽象度を高めることが情報の理解につながることを、学生がいきいきとできるよう働きかけが必要 不快な感情を抱いた経験を次の学修へと促進させていくことが重要 学生には援助者としての視点だけでなく、生活者や学習者としての視点で医療現場を見ることを意識づけること 学生に情報と既存の知識との矛盾を発見させることや、その疑問や問題意識を説明しようとする 獲得した情報の存在者に限定し異なる場面で存在者の思考を押し戻させることが必要であり、また、看護場面では、情報に基づき思考することの重要性を認識させる必要がある 早期体験実習での限られた情報をきっかけに、看護に興味を示し、看護への関心を広げていくこと 対して、教師はこの経験を認めながら根拠を修正していく必要がある。 早期体験実習で直感的思考を得られた知識を、その後の実習で分析的にその概念を構成する事実と結び付けて思考する機会が必要 早期体験実習で得た知識を今後の実習で、事実と結び付けて思考していく重要性を学生が意識できるように関わりが必要 現在の自己を自覚した経験から、今後の学習課題や目標を明確にした経験となるような働きかけが必要 教師には、情報自体を吟味し思考する経験と情報の獲得を教職に看護や事故への関心を広げて思考する経験ともに重要視していくことが求められる 学生の経験を学生自身が評価する、あるいは教師が評価することが必要
基礎看護学実習Ⅰで学生が学んだ看護師の役割	清水唯美	2008年	<p>(看護視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> コミュニケーションから患者さんの体の異常をいち早く見つけることができる 抗がん剤の点滴をしている患者さんは、点滴の落ちる量や速さによって副作用や患者さんの体の負担が変わるので特に注意を行っていた 病室の掃除や通廊の手すりを患者の身の回りから健康を保つ意味もある 意味だけでなく、感染予防という患者の身の回りから健康を保つ意味もある 看護師の仕事は、患者さんの生命に関わることなので何をするにも確認することが大切 患者さん1人1人のケアにも意味があり、疾患を把握し、それぞれ異なる援助が必要である 看護師は患者さんのできることはさせるといふ日常生活への適応を援助し、早期に社会復帰できるように支援すること 病院だけではなく自宅に帰つて困らないようにすべてに手助けするのではなく、患者さんには自分でしてもらうことも大切 患者さんだけでなく、患者さんのご家族を含めて看護することも看護師の役割 自分自身を感染から守るためにマスクすることや、手袋、手洗いも大切な看護の役割 体調管理など自己管理も看護の大変な役割 処置やケアについては丁寧に説明しながら同時に患者さんの負担や疲労を最小限に抑えることが看護の役割でありそのためには迅速に正確に行うことが必要 患者さんの一番近くにいるのは看護師だけだと、看護師さんだけでは患者さんのことをケアすることはできなくて、様々な医療従事者との連携があつて1人の患者さんのケアが成り立っている <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> もし自分が患者だつたらどうしてほしいだろう、自分の看護が本当に満足されているだろうかということに振り返ることが必要 何をすることも患者さんにひとことかけていた 医師が説明したことをわかりやすく別の言葉で患者に説明していた どんな時でも笑顔で患者と接し患者から信頼を得られるような看護師になれるようこれから学修を頑張つていきたいと思つた 患者さんに安心して入院生活を送ってもらおうと患者さんと接するとき態度や言葉遣いに気をつけてコミュニケーションをとっていた どのようしたら患者さんの苦痛が少しでも和らげることができるとかのかなどを考えた行動することはとても大切なことだ 陰部洗浄やトイレ介助などは他人に見られるのが最も嫌がる行為なので、看護師の方にすべてを任せている患者と看護師の信頼関係がないとできないものだ 	<p>看護を实践していく上で、看護師に求められる判断力や決断力、責任などについても学生には学び取つて欲しい</p> <ul style="list-style-type: none"> 学生が看護師を通して学んだことを生かしながら、実習施設との連携を図り、様々な職種から看護との連携に関する話を聴いたり、専門看護師や認定看護師から話を聴く機会を取り入れるなど、実習展開や指導方法を工夫していく

表 1 早期体験実習での学習内容と課題の要約のつづき

タイトル	筆頭著者名	発行年	学習内容	教育的課題
<p>早期体験実習の評価と学生の学びに関する基礎的検討</p>	<p>伊藤明子</p> <p>2009年</p>	<p>(看護師視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 声のかけ方もまず先に挨拶することもある 淋病などの場面で患者との会話を取っている 会話できない患者でも看護師には伝わっている 患者のペースに合わせて話させないよう配慮していた 1人1人に合わせて対応の仕方が違う 1つ1つが丁寧で、気づきがすごい 絶対に不足してはいけないことではなかったら、患者さんの意思を優先して、満足のできるようしていた <p>ある程度患者さんの気持ちを看護師がくみ取っていたのが印象的</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の納得してからケアを実施していた ちょっとした看護ケアでも、続けていったら効果は出て、患者さんが喜んでいて 看護師は自分のまわりだけでなく、全体を視野に入れていた 看護師の仕事を見ていて、自分が学校で学んでできるのか、意識が変わった 勉強しなければ何もしない 自主性の必要性を感じた <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症でも実際には会話もできる方もすごく多く、すごく印象的 しんどいのは患者さんだけではなく、家族の方も気持ち的にすごく辛い 患者さんの前で辛いところをみせないようにという家族の気遣いがすごかった 	<p>・実習の目的や目標が不明瞭であり、実習を何をして良いかが分からない、知識がないことへの不安や苦痛がみられた。また受け身の学習態度からくる戸惑いや、自分のイメージとの違いが消化されていらない様子もみられ、オリエンテーションや事前学習の工夫により、実習の目的や目標を明確にできるように援助や、実習場での居場所のなさや、保健医療福祉の場への否定的な印象に対してフォローアップしていく必要性</p> <p>・施設での看護に触れる機会が少なかったことや、病院で患者と接する機会が少なかったことがあげられており、施設におけるプログラムでの工夫や病院における実習指導者と調整していく必要性</p>	
<p>基礎看護学実習 I における看護学生の学びと気づき-実習記録の分析から-</p>	<p>道廣睦子</p> <p>2009年</p>	<p>(看護師視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> コミュニケーションをとることの大切さ、なぜこのケアをしなければいけないのかといった根拠や目的の大切さ、根拠を知ること、ケアが成立し、患者さまにとって満足いくケアができることを教えられた コミュニケーションの重要性、難しさ、非言語的コミュニケーションなどの必要性に気づくとともに、根拠に基づいたケアの必要性を身をもって学ぶことができた 患者さんに刺激を与えないようにする事例を学ばせていただいた 患者さんの入院前の生活状況や家族構成、既往歴などそういった様々なことを含めて判断していらっしやるとを学んだ 人との関わりの温かきを感じ、人との関わりを持てるようになりたいと思った <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本来はケアすべき患者さんが本当に必要としているものは、今自分がしようと思っていたものとは別のことであることに気づかされた 患者様から信頼や頑張っで生きていく姿などを教えていただいた 	<p>・学生が対象者を尊重・擁護するという態度を基礎に、対象者に接近でき、よりよい人間関係を築くこと、対象者の気持ちに沿いながら的確なニーズを把握しケアに結びつけることができるという目的を実現できるように、教員は多くの期待をもつて実習指導に臨んだ</p>	
<p>基礎看護学実習 I における学生の学び-アンケートの分析から-</p>	<p>澁谷恵子</p> <p>2009年</p>	<p>(看護師視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> コミュニケーションの困難さや看護師の仕事がうまくいかなかったり理解できなかった 実習を通して看護がどういうものかわかるといふことを大まかに理解できた 自己学習の大切さと看護師としての心構えを知った 看護の現場の一部を知り、もっと看護について学びたい 病院のことを知り、健康環境や看護について考えることができた 実際に見て看護業務や環境、コミュニケーションを深く考えた理解が深まった 患者さんの笑顔を見て看護師を目指す意欲が増した 様々な体験を通して看護師を選んだことと自分の職業の良さを知れた 看護師の仕事を選んでよかったと実感した 看護にもっと興味を持っていた 看護に触れ、看護師の仕事に近く体験し、もっと勉強したいと思った 学内と臨床の看護方法も違いを気づいた <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者と接することで患者の気持ちを考えることができた 患者さんと話して色々なことがわかった 	<p>・看護職志望という「特定課題の志向」を強化するためには、実習開始前オリエンテーションや実践場面等で、実習（学習）に意欲的に取り組む「積極的関与」の意義や効果を学生に示唆する教育も必要</p> <p>・演習の学習効果を向上させるために、話し合いが活発かつ有意義に行われるように演習開始前にグループワークのルールや役割について指導する、演習後にピア評価を実施しグループワーク作業過程の評価を行うなどの取り組みも必要</p> <p>・体系的な学びをさせること、体験内容の個人差を少なくすること、初めての看護実践が成功体験として学生に刻まれるよう必要な支援を行う必要性</p> <p>・学生が初めて実習で充実感（楽しさ）を感じられる働きかけや指導が必須</p> <p>・演習の学習効果を向上させるためにグループワークのルールや役割について指導を行うこと、グループワーク作業過程を評価すること</p>	

表1 早期体験実習での学習内容と課題の要約のつづき

タイトル	筆頭著者名	発行年	学習内容	教育的課題
看護学生の早期体験実習における経験的内容に関する基礎的検討-正統的周辺参加論の援用から-	田中聡美	2012年	<p>(看護師視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護師の笑顔の必要性、コミュニケーション能力の重要性 患者との間わりでは積極的な態度、姿勢を示すことが大切 看護者と患者の信頼関係の大切さ、患者を知りたいと思う気持ち 基本を理解し、応用する力が必要、看護実践能力が必要 実際に観察し、情報収集することの必要性 患者への声かけが、ケアに繋がることの実感 スタンダードブドリコミュニケーションの重要性の認識 <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者家族との間わりが必要 看護行為に対する患者の反応に知ることが出来た 	<ul style="list-style-type: none"> 学生の対人関係形成に関する意欲の内容を分析し、対人援助としての看護技術教育について検討する必要性 倫理的感性や望ましい職業観を持つ看護師を育成していくための教育的関与と方法の検討が必要 早期体験実習を通して学生の自己中心的視点から他者中心的視点への転換が見られたことから、視点の変化を促す経験的内容についての調査の必要性 学生が何を自己課題として認識し、それをどのような自己イメージとして解釈しているのかを把握し、適切にフィードバックしていく必要性 学生への自己イメージへのフォローに関しては、基礎看護領域と専門領域の連携可能性を検討し継続的に実施する必要性
基礎看護学実習Ⅰでのシャドウイングによる看護学生の学びの効果	堀 香純	2013年	<p>(看護師視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 行動に無駄なく移動が早い、患者の特徴(性格)に合わせた看護を行っていた 想像していたよりも忙しく、暇もなく、常に動いていた 一日の看護師さんの仕事やスケジュールや看護師の役割を理解することができた 看護の視点から必要なケアと患者さんの意思も受け入れつつ、優先順位の高いケアから始めて時間調整をしていた 院内での実習でも患者さんにどのように再掛けすれば良いか、あまりよく分かっていなかった。しかし、シャドウイングをすることによって患者さんの自立を促すような声かけの仕方や、患者さんの同意を得る声の掛け方を学ぶことができ、これから生かしていきたいと思った 患者と関わる機会が多いという看護師のイメージ像が現実で、自分が看護師になる道を選んで良かったと思っ た 看護師になりたいとは前から思っていたのですが、より具体的にどういう看護師になりたいかがわかりました <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者さんがリラックスできるようなことを自然と行っていた 患者さんから感謝の言葉を言われたり、信頼されている看護師の姿を見てかっこいいと思ったり、自分もそのようになりたいと思った 少々機械的なケアを見て、自分の今の初心を忘れてはいけない、大切にすべきものであると強く感じた点 	<ul style="list-style-type: none"> 学生自身にシャドウイングで何を学ばせたいのか学習目標を明確にする 上記学習目標達成に向けたシャドウイングにおけるガイダンスの内容の精選と実施方法を検討する シャドウイングにおける実習記録の内容の精選を行う 学生が主体的に学ぶ意識付けと共に学生自身に明確な目的・目標をもつて臨ませる 臨床側と連携、調整を図り、ロールモデルや実施方法の検討・統一化など実習・学習環境の整備を行う シャドウイング後には教員や指導係と共に学生が素直な気持ちを表出できる振り返りの場を設ける
基礎看護学実習Ⅰにおける学生の学び-レポートの分析-	今井 恵	2015年	<p>(看護師視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 信頼関係を築くには、視線を合わせることや笑顔で対応すること、しっかりと話を聞くこと 患者によって声の大きさを変えたり、言葉使い、話すスピード、表情、目線など工夫していた 自然な会話の中で情報を入手している 看護師は先のことを見極め、次につながる看護を行っている 看護師は観察する力がとても大切 個別性を考え、臨機応変患者にあった援助ができなくてはならない 対象のニーズにあった看護を行うことが必要 患者の回復していく力や可能性を引き出し、看護師がサポートすることが大切 患者の持っている最大限の力を活かしつつ、看護師がサポートすることが大切 医師との連携役にもなっており患者と病院に所属する全ての人のパイプ役になっている <p>(患者視点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者さんのことを1番に考え、患者の立場や気持ちに立つ その人のことを思いやり、その人にとって何をすべきかを考えて行動に移す 会話をすることで患者さんは安心感が得られている 精神面において気つきやケアもしなければならぬ 患者だけではなく家族のケアも積極的に行っていく 看護師はずっと近くで見守ってくれる人で、近くにいなくても安心 処置をするときだけでなく患者の一番身近で安心を与えられるような役割 看護師が母親代わりになって愛情を注ぐ役割もある 	<ul style="list-style-type: none"> 病院、病棟の構造、設備、機能について、既習している内容と実習との関連を意識し、意図的にかわる必要性

表2 看護師視点と患者視点の其々から浮かび上がる学習力

学習力	看護師視点	学習力	患者視点
<p>理想・尊敬 意欲</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・何もない会話から患者の要求や不満を聞き取りたりすることをすごいと思った ・将来残った顔を見せず、患者にとっても優しく話しかけていた看護師みたくなりたい看護師になりたい ・看護師の仕事を見ていて、自分が学校で学んでできるのか、意識が変わった ・勉強しなければ何も分らない ・自主性の必要性を感じた ・人との関わりの温かさを、人との関わりを持てるようになりたいと思った ・実習を通して看護がどうなるものなのかわかることができた ・自己学習の大切さと看護師としての心構えを知った ・看護の現場の一部を知り、もっと看護について学びたい ・病院のことを知り、療養環境や看護について考えることができた ・患者さんの笑顔を見て看護師を目指す意欲が増した ・様々な体験を自覚そうとする職業の良さを知れた ・看護師の仕事を選んでよかったと実感した ・看護にもっと興味を持った ・患者に触れ、看護者の仕事を近くで体験し、もっと勉強したいと思った ・看護師と患者の信頼関係の大切さ。患者を知りたいと思う気持ち ・患者と関わる機会が多いという看護師のイメージ像が現実で、自分が看護師になる道を選んで良かったと思った ・看護師になりたいたいは前から思っていたのですが、より具体的にどういう看護師になりたいかがわかりました 	<p>理想・尊敬 意欲</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・どんな時でも笑顔で患者と接し患者から信頼を得られるような看護師になれるようこれからの学習を頑張っていこうと思った ・患者から感謝の言葉を言われたり、信頼されていた看護師の姿を見てかっこいいと思ったし、自分もそのようになりたいと思った
<p>推察力</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・会話できない患者でも看護師には伝わっている ・ある程度患者さんの気持ちを看護師がくみ取っていたのが印象的 ・患者さんの入院前の生活状況や家族構成、既往歴などそういった様々なことを含めて判断していらつしやることを学んだ 	<p>推察力</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・しんどいのは患者さんだけでなく、家族の方も気持ち的にはすごく辛い ・患者さんの前で辛いところをみせないようにという家族の気遣いがすごいと思った ・患者家族との関わりが必要 ・看護行為に対する患者の反応を実際に知ることが出来た ・患者さんがララックスできるようなことを自然と行っていた ・患者だけではなく家族のケアも積極的に行っていく ・患者さんに安心して入院生活を送ってもらおうと患者さんと接するときに態度や言葉遣いに気をつけてコミュニケーションをとっていた
<p>礼儀・礼節</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・何をやるにも患者さんにひとことかけていた ・声のかけ方もまず先に挨拶することでも大事 ・患者の納得を得てからケアを実施していた ・信頼関係を築くには、目線を含ませることや笑顔で対応すること、しっかりと話を聞くこと ・抗がん剤の点滴をしている患者さんは、点滴の落ちる量や速さによって副作用や患者さんの体の負担が変わるので特に注意を行っていた ・患者さん1人1人のケアにも意味があり、疾患を把握し、それぞれ異なる必要である ・看護師は患者さんのできることはさせるといふ日常生活への対応を援助し、早期に社会復帰できるように支援すること ・病院だけではなく自宅に帰って困らないようにすべてに手助けするのではなく、患者さんにできることは自分でしてもらうことも大切 ・処置やケアについては丁寧に説明しながら同時に患者さんの負担や疲労を最小限に抑えることが看護の役割でありそのためには迅速に正確に行うことが必要 ・1つ1つ丁寧で、気づきがすごい ・絶対になくはないといけないことではなかったら、患者さんの意思を優先して、満足のできるようになっていた ・ちょっとした看護ケアでも、続けていってたら効果は出て、患者さんが喜んでいて ・患者への声かけが、ケアに繋がることの実感 ・個別性を考え、臨機応変患者にあった援助ができなくなるとはならない ・患者の回復していく力や可能性を引き出し出していくことが大切 ・患者の持っている最大限の力を活かして、看護師がサポートすることが大切 	<p>礼儀・礼節</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんのことを1番に考え、患者の立場や気持ちに立つ ・精神面において気づきやケアもしなければならぬ ・看護師が母親代わりになって愛情を注ぐ役割もあると感じている
<p>技術力</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・清拭などの場面で患者との会話を認けていた ・コミュニケーションをとることの大切さ、なぜこのケアをしなければいけないのかといった根拠や目的の大切さ、根拠を知ってこそ、ケアが成立し、患者さまにとって満足のいくケアができることを教えられた ・コミュニケーションの重要性、難しさ、非言語的コミュニケーションなどの必要性に気づくことも ・根拠に基づいたケアの必要性を身をもって学ぶことができた ・コミュニケーションの困難さや看護師の仕事を大まかに理解できた ・実際に見て看護業務や環境、コミュニケーションを深く考えた理解が深まった ・看護師の笑顔の必要性、コミュニケーション能力の重要性 ・自然な会話の中で情報を入手している 	<p>愛情</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・どのようにしたら患者さんの苦痛が少しでも和らげることができるのかなどを考えながら行動することとはとても大切なことだ ・本来はケアすべき患者さんが本当に必要としているものは、今自分がしようと思っていたものとは別のことであったことに気づかされた ・その人のことを思いやり、その人にとって何をすべきかを考えて行動に移す
<p>コミュニケーション力</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションの重要性、難しさ、非言語的コミュニケーションなどの必要性に気づくことも ・根拠に基づいたケアの必要性を身をもって学ぶことができた ・コミュニケーションの困難さや看護師の仕事を大まかに理解できた ・実際に見て看護業務や環境、コミュニケーションを深く考えた理解が深まった ・看護師の笑顔の必要性、コミュニケーション能力の重要性 ・自然な会話の中で情報を入手している 	<p>洞察</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・どのようにしたら患者さんの苦痛が少しでも和らげることができるのかなどを考えながら行動することとはとても大切なことだ ・本来はケアすべき患者さんが本当に必要としているものは、今自分がしようと思っていたものとは別のことであったことに気づかされた ・その人のことを思いやり、その人にとって何をすべきかを考えて行動に移す

表2 看護師視点と患者視点の其々から浮かび上がる学習力のつづき

学習力	看護師視点	学習力	患者視点
対応力	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、それぞれの患者にあった接し方をしていたように思った 患者の個性に合った対応をし看護を行う 患者のペースに合わせて慌てさせないよう配慮していた 1人1人に合わせて対応の仕方が違う 患者との関わりでは積極的な態度、姿勢を示すことが大切 行動に無駄なく移動が早い、患者の特徴（性格）に合わせた看護を行っていた 患者のケアをする時には手袋をして、また一日に何度も手洗いをし認感予防にも気を付けていた 病室の掃除や通路の手すりなど患者のよく触る部分の滅菌・消毒、これは、患者さんの身の回りの清潔を保つ意味だけでなく、感染予防という患者の身の回りに健康を保つ意味もある 自分自身を感染から守るためにマスクすることや、手袋、手洗いや手洗いや手洗いの大切な看護の役割 スタンダードプリコーションの重要性の認識 	<p>相互作用</p> <p>自責・反省</p>	<ul style="list-style-type: none"> 認知症でも実際には会話もできる方もすごく多く、すごく印象的 患者と接することで患者の気持ちや考えがわかった 患者様から信頼や頑張りが生じていく姿などを教えていただいた 患者さんと話し色々なことがわかった
遵守・遂行	<ul style="list-style-type: none"> 患者のケアをする時には手袋をして、また一日に何度も手洗いをし認感予防にも気を付けていた 病室の掃除や通路の手すりなど患者のよく触る部分の滅菌・消毒、これは、患者さんの身の回りの清潔を保つ意味だけでなく、感染予防という患者の身の回りに健康を保つ意味もある 自分自身を感染から守るためにマスクすることや、手袋、手洗いや手洗いや手洗いの大切な看護の役割 スタンダードプリコーションの重要性の認識 		<ul style="list-style-type: none"> 自分のニードを伝えられない患者も、会話をしなくてもできない看護もどちらも気の毒に思った 患者の声を聞いても、自分は何もできないと悔しくなった もし自分が患者だったらどうしてほしいだろう、自分の看護が本当に満足されているだろうかというように常に振り返ることが必要
労働力・労働環境	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は常に忙しく仕事をしている ナースコールが鳴っても、看護師がすぐに病室にいけないことが多かった。看護師の人数が足りないと感じた 体調管理など自己管理も看護の大切な役割 患者さんの一番近くにいて看護師だけだと、看護師さんだけでは患者さんのことをケアすることはできなくて、様々な医療従事者との連携があつて1人の患者さんのケアが成り立っている 想像していたよりも忙しく、暇もなく、常に動いていた 一日の看護師さんの仕事やスケジュールや看護師の役割を理解することができた 	信頼	<ul style="list-style-type: none"> 陰部洗浄やトイレ介助などは他人に見られるのが最も嫌がる行為なので、看護師の方にすべてを任せられている患者と看護師の信頼関係がないとできないものだ
観察力	<ul style="list-style-type: none"> 患者のちょっとした変化に気づくことができて能力がとてま大切であると思つた コミュニケーションから患者さんの体の異常をいち早く見つけることができた 実際に観察し、情報収集することの必要性 看護師は観察する力がとても大切 	興味・関心	<ul style="list-style-type: none"> 車椅子の患者は、快適な生活を送れているのか、不自由な点はどのようなところなのかなどに興味があった
理解力	<ul style="list-style-type: none"> 授業で患者どうまくコミュニケーションをとることが、患者の治療に影響すると学んだが、それを再認識した 学内と臨床の看護方法の違いに気づいた 学内での実習でも患者さんにどのように声掛けすれば良いか、あまりよく分かっていなかった。しかし、シャドワイイングをすることによって患者さんの自立を促すような声かけの仕方や、患者さんへ同意を得る声の掛け方を学ぶことができて、これから生かしていきたいと思つた 	疑問・否定	<ul style="list-style-type: none"> 患者が病院に対して感じていたことは、色々あると知つた 看護師が、患者のニードを把握できているのか疑問に思つた ほんの数分で、診察が済んでしまうことは、問題だと思つた 少々機械的なケアを見て、自分の今の初心を忘れてはいけない、大切にすべきものであると強く感じた
倫理観	<ul style="list-style-type: none"> 看護師が、患者の訴えにいい加減な対応をしていて、患者の訴えが本当であつたら、医療ミスにつながる 看護師の仕事は、患者さんの生命に関わることで何をするにも確認することが大切 患者さんだけでなく、患者さんのご家族を含めて看護することも看護師の役割 医師との連携役にもなっており患者と病院に所属する全ての人のハイブ役になっている 	安心感	<ul style="list-style-type: none"> 会話をすることで患者さんは安心感が得られている 看護師は「ず」と近くで見守ってくれれば、近くにいるだけで安心 処置をするときだけでなく患者の一番身近で安心を与えられるような役割
対人力	<ul style="list-style-type: none"> 看護の視点から必要なケアと患者さんの意思も受け入れつつ、優先順位の高いケアから始めて時間調整をしていた 対象のニーズにあった看護を行うことが必要 		
判断力	<ul style="list-style-type: none"> 看護の視点から必要なケアと患者さんの意思も受け入れつつ、優先順位の高いケアから始めて時間調整をしていた 対象のニーズにあった看護を行うことが必要 		
看護観	<ul style="list-style-type: none"> 看護の視点から必要なケアと患者さんの意思も受け入れつつ、優先順位の高いケアから始めて時間調整をしていた 対象のニーズにあった看護を行うことが必要 		
価値観	<ul style="list-style-type: none"> 患者が嫌がっても、苦しがつても、それが患者にとって最も良い治療方法なら、やらなければならぬことを学んだ 		
想像力	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は先のことを予測し、次につながる看護を行っている 		
応用力	<ul style="list-style-type: none"> 医師が説明したことをわかりやすく別の言葉で患者に説明していた 患者さんに刺激を与えないようにする事例を学ばせていただいた 		
適応力	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は自分のまわりだけでなく、全体を視野に入れていた 基本を理解し、応用する力が必要、看護実践能力が必要 		

表3 「先行研究から見えた教育的課題」

カテゴリー	サブカテゴリー	課題の時期
意識付け	・学生が主体的に学ぶ意識付けと共に学生自身に明確な目的・目標をもって臨ませる	実習前
	・学生に情報と既存の知識との矛盾を発見させることや、その疑問や問題意識を解明しようと努力することが大切であると意識づけること ・獲得した情報の存在者に限定し異なる場面や存在者の思考を推し量らせることが必要であり、また、看護場面では、情報に基づき思考することの重要性を意識させる必要がある ・病院、病棟の構造、設備、機能について、既習している内容と実習との関連を意識し、意図的にかかわる必要性	実習中
	・早期体験実習で直感的思考で得られた知識を、その後の実習で分析的にその概念を構成する事実と結び付けて思考する機会が必要	実習後
教師への課題	・学生の対人関係形成に関する意欲の内容を分析し、対人援助としての看護技術教育について検討する必要性 ・倫理的感性や望ましい職業観を持った看護師を育成していくための教育的関与方法の検討が必要	実習前
	・教師には、情報自体を吟味し思考する経験と情報の獲得を契機に看護や自己への関心を広げて思考する経験とともに重要視していくことが求められる ・学生が対象者を尊重・擁護するという態度を基盤に、対象者に接近でき、よりよい人間関係を築くこと、対象者の気持ちに沿いながら的確なニーズを把握しケアに結びつけることができるという目的を実現できるように、教員は多くの期待をもって実習指導に臨む ・体験的な学びをさせること、体験内容の個人差を少なくすること、初めての看護実践が成功体験として学生に刻まれるような支援を行う必要性	実習中
	・現在の自己を自覚した経験から、今後の学習課題や目標を明確にした経験となるような働きかけが必要 ・早期体験実習を通して学生の自己中心的な視点から他者中心的視点への転換が見られたことから、視点の変化を促す経験の内容についての調査の必要性	実習後
環境調整	・学生が初めて実習で充実感（楽しさ）を感じられる働きかけや指導依頼が必要 ・臨床側と連携、調整を図り、ロールモデルや実施方法の検討・統一化など実習・学習環境の整備を行う	実習前
	・実習場での居場所のなさや、保健医療福祉の場への否定的な印象に対してフォローしていく必要性 ・施設での看護に触れる機会が少なかったことや、病院で患者と接する機会が少なかったことがあげられており、施設におけるプログラムの工夫や病院における実習指導者と調整していく必要性	実習中
	・学生が看護師を通して学んだことを生かしながら、実習施設との連携を図り、様々な職種から看護との連携に関する話を聴いたり、専門看護師や認定看護師から話を聴く機会を取り入れるなど、実習展開や指導方法を工夫していく	実習後
知識の修正	・不快な感情を抱いた経験を次の学修へと促進させていくことが重要 ・早期体験実習での限られた情報をきっかけに、看護に興味を示し、看護への関心を広げていくことに対して、教師はこの経験を認めながら誤った知識を修正していく必要がある。 ・学生が何を自己課題として認識し、それをどのような自己にイメージとして解釈しているのかを把握し、適切にフィードバックしていく必要性 ・学生への自己イメージへのフォローに関しては、基礎看護領域と専門領域の連携可能性を検討し継続的に実施する必要性	実習後
実習前オリエンテーション	・看護職志望という「特定課題の志向」を強化するためには、実習開始前オリエンテーションや実践場面等で、実習（学習）に意欲的に取り組む「積極的関与」の意義や効果を学生に示唆する教育も必要	実習前
評価	・演習の学習効果を向上させるために、話し合いが活発かつ有意義に行われるように演習開始前にグループワークのルールや役割について指導する、演習後にピア評価を実施しグループワーク作業過程の評価を行うなどの取り組みも必要	実習前
	・演習の学習効果を向上させるためにグループワークのルールや役割について指導を行うこと、グループワーク作業過程を評価すること	実習中
	・学生の経験を学生自身が評価する、あるいは教師が評価することが必要	実習後
抽象度を高める	・生活体験や学習による既存の知識と情報を照合させ、共通性を発見させながら抽象度を高めること ・情報の抽象度を高めることが情報の理解につながることを、学生が意識できるような働きかけが必要	実習中
内容の精選	・学習目標達成に向けたシャドウイングにおけるガイダンスの内容の精選と実施方法を検討する ・シャドウイングにおける実習記録の内容の精選を行う	実習前
判断・決断・責任	・看護を実践していく上で、看護師に求められる判断力や決断力、責任などについても学生には学び取って欲しい	実習中
思いの表出の場を設ける	・シャドウイング後には教員や指導係と共に学生が素直な気持ちを出出できる振り返りの場を設ける	実習中
目標の明確化	・実習の目的や目標が不明瞭であり、実習で何をして良いかが分からない、知識がないことへの不安や苦痛がみられた。オリエンテーションや事前学習の工夫により、実習の目的や目標を明確にできるような援助 ・学生自身にシャドウイングで何を学ばせたいのか学習目標を明確にする	実習前

直接聞くことや学習内容に気づかせるために発問すること、そして記録から学びを読み取る作業が重要になってくる。そのために、教員もしくは指導者が行う必要な援助には、「病院、病棟の構造、設備、機能について、既習している内容と実習との関連を意識し、意図的にかかわる必要性」(今井ら, 2015)があり、看護場면을教材化することで体験的な学びをさせること、体験内容の個人差を少なくすること、そして、「初めての看護実践が成功体験として学生に刻まれるような支援を行う必要性」(澁谷ら, 2009)が重要になる。ここで行われる看護場面の教材化について、いかに分かりやすく説明できるか、実践に加えることができるか、印象に残せるかによって、学生の持つ理想・尊敬・意欲、技術力・観察力・看護観・倫理観・想像力・価値信念などの学習力を引き伸ばす関わりができるかが掛かっているといえる。同時に、教員の看護を実践していく上で、「看護師に求められる判断力や決断力、責任などについても学生には学び取って欲しい」(清水ら, 2009)という願いも、形にすることのできる時間である。早期体験実習中より、「情報の抽象度を高めることが情報の理解につながることを、学生が意識できるような働きかけが必要」(浅井ら, 2007)とあるように、学生の見たものが何であって、それがどのような看護であるのかと答えを教えていく関わりをすることで、思考する過程の手掛かりとなり、学生の看護観を養うと同時に、推察力・洞察力・想像力・判断力などを強化していくことができると考えられる。

早期体験実習中では、中間カンファレンスを設け、学びを共有する場が大切であり、不足した学習力について補う機会を設けることが重要となる。そして、浅井ら(2007)が述べるように、「生活支援に必要となる既存の知識と見学より得た情報を照合させ、共通性を発見させながら看護を理解する」作業を助ける指導・助言を行いながら、実習を進めていくことが大切である。

(3) 早期体験実習後

早期体験実習により、「直感的思考で得られた知識を、その後の実習で分析的にその概念を構成する事実と結び付けて思考する機会が必要」(浅井ら, 2007)にもあるように、現時点での自らの力量について自覚したことから、今後の学習課題や目標が明確となるような働きかけが必要となる。具体的には、「シャドウイング後には教員や指導係と共に学生が素直な気持ちを表出できる振り返りの場を設ける」(堀ら, 2013)ことで、学びが効果的になるように働きかける必要がある。ここでは、学びの中には多様な感情を抱くことを想定した上で、「見学により感じ取った多様な感情を次の学修へと促進させていくことが重要」(浅井ら, 2007)であり、自由に思いの丈を述べ合う機会を設けていく。そして、ここで大切になるのは学生の多様な感情をそのままにするのではなく、早期体験実習での限られた情報をきっかけに、看護に興味を示し、看護への関心を拡げていくことに対して、「教師はこの経験を認めながら誤った知識を修正していく」(浅井ら, 2007)にもあ

るように、教員には、修正した知識を学びに変換させるという重要な役割がある。同時に、学びの共有を介して、学生が何を自己課題として認識しているのかを把握し、適切にフィードバックしていくことが大切である。これは、田中ら(2012)が「倫理的感受性や望ましい職業観を持った看護師を育成していくための教育的関与方法の検討が必要」と述べるように、学生の見学より得た学習力を評価し矯正する教育的関わりが必要となる。その1つの方法として、グループ毎に学んだ事例を取り上げシミュレーションにて学びを再現したり、その評価・考察について語り合うことによって、教員、学生共に学習力を把握していくことが大切になる。そして、ここで大切になるのが、教員は学びと気づきの違いについて、目で見えた情報を自分の知識と主観とを統合した学びとしていくことにも気づきながら、学生の学んだ学習力について何であったのかを伝え、不足した学習力は何であるのか、どのような視点を持つとその課題は克服できるのか等具体的に指導ができることが重要になる。

Ⅶ. 結 論

今回の研究では、早期体験実習で得られた学びについて、看護師視点と患者視点から、其々学生の学修とはどのような学習力によるものであったかを明らかにした。また、早期体験実習における課題をまとめ、その課題を具体的にまとめることで11種類の課題があることを明らかにした。これらを俯瞰しながら早期体験実習前・中・後に必要となる教育方法について検討し示唆を得た。これにより、教員が指導の際に、学生の学習力を言語化できることで、更なる教育的関わりが行えることを期待したい。今後の課題としては、個々の学びの差が大きいことが予測されることに対して、その学びを均等にするためにはどうするかを検討するために、学生は具体的にどのような看護場面を見て何と考えたのかを明らかにすることで学生の傾向を掴みたい。また、学習力を高めたい学生にとって、教える教員自身がどれだけ看護に熱意を持てるかも重要であり、その教員の指導力についても明らかにしていくことが更なる学修の発展に導く鍵になると考えられる。研究の限界

本研究は、医学中央雑誌やグーグルスカラーのデータベースを用いて得た情報を利用しており、データベースの特徴や範囲に限界があると考えられる。

利益相反

本研究に関連し、開示すべき利益相反関係にあたる企業などはない。

付記

本論文の内容の一部は、第25回日本看護医療学会学術集会において発表した。

Ⅷ. 引用文献

- 浅井直美, 小林瑞枝, 荒井真紀子, 齋藤やよい. (2007). 看護早期体験実習における学生の意味化した経験の構造. *The Kitakanto medical journal*, 57 (1), 17-27.
- 堀香純, 柴田恵美, 田山友子. (2013). 基礎看護学実習 I でのシャドウイングによる看護学生の学びの効果, *東京医科大学看護専門学校紀要*, 23 (1), 31-36.
- 服部容子, 吾妻知美. (2008). 看護学科新生生の入学動機と生活習慣に関する調査—「生活援助技術」の授業内容の検討—*甲南女子大学研究紀要看護学・リハビリテーション学編*, 61-71.
- 早川真奈美, 吉田雅俊, 中村恵子. (2016). 早期体験実習の意義に関する文献検討. *中京学院大学看護学部紀要*, 6 (1), 49-62.
- 今井恵, 松永早苗, 千田美紀子, 井上美代江, 辻俊子, 井下照代, 上野範子, 森下妙子. (2015). 基礎看護学修 I における学生の学び—レポートの分析—, *聖泉看護学研究*, 4, 9-46.
- 文部科学省. (2002). 「看護学教育の在り方に関する検討会」報告, https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401c.htm#3_1 (最終閲覧年 2023 年 4 月 20 日)
- 澁谷恵子, 三上智子, 根本和加子, 村上正和, 千葉安代, 小林美子, 畑瀬智恵美, 坂田三允. (2009). 基礎看護学実習 I における学生の学び—実習アンケートの分析から—, *市立名寄短期大学紀要*, 3, 101-110.
- 清水暁美, 荒井葉子. (2009). 基礎看護学実習 I で学生が学んだ看護師の役割. *看護・保健科学研究* 9 (1), 34-40.
- 田中聡美, 林圭子, 伊藤尚子, 関洋美. (2012). 看護学生の早期体験実習における経験の内容に関する基礎的検討正統的周辺参加論の援用から. *東北文化学園大学看護学科紀要*, 2 (1), 27-33.

◇研究報告◇

精神看護学実習に観察学習を導入したことで得られた教育効果の検証

上野雪絵¹⁾*, 上野 泰²⁾

【目的】本研究では、看護師の活動の観察学習を通して精神科看護のあり方をイメージ化でき、模倣することから、見て学ぶ学習方法を導入することで、看護学生にもたらす教育効果とはどのようなものかを明らかにすることを目的とした。

【方法】実習開始前、観察学習終了後、3週間の実習終了後と質問紙によるアンケートを実施し、質問紙には、5件法による回答と、自由回答調査項目を交えて作成し実施した。

【結果】精神症状の理解に対して不安を問う項目では、約53.0%が不安を感じており、約21.9%は自分にも精神の不安が生じると感じていたことが分かった。観察学習を終えた実習終了後では、精神に疾患を抱える人の看護の重要性については、最終的に約100%が理解したいと回答した結果が得られた。

【考察】今回、精神看護学実習に観察学習を取り入れて、実習の前・中・後にアンケートを取ることで、学生の意識の変化や学びの特徴を明らかにし今後の方向性を述べた。

【キーワード】精神看護学実習、観察学習、教育効果

I. はじめに

厚生労働省による、看護師等養成所の運営に関する指導要領(厚労省, 2015)の教育課程の編成では、基礎分野、専門基礎分野、専門分野、臨地実習に関する単位数や講義時間と実習時間について詳細に規定されている。これを受け、看護基礎教育では、限られた時間数で各科目の学習目標を達成できるように学習を進めて行く必要がある。しかし、看護師等養成所における現状の課題として、平成20年の指定規則の改正において修業年限が変わらないまま単位数が増加したことから、規定年数で教育を行うには過密なカリキュラムとなっており、教育目標を達成するのが困難な状況になっていることが挙げられる。このような学習課題の克服のために、看護師に求められる実践能力を育成するための教育方法として、厚労省(2011)では講義・演習・実習の効果的に組み合わせる教育方法が推進されている。例えば、臨地実習で経験できない内容(技術など)は、シミュレーション等により学内での演習で補完する等の工夫が求められるというものであ

る。具体的には、看護臨地実習前に患者の事例を設定し、それを看護過程に展開し、一連の看護技術を実施する校内演習やOSCEなどがそれにあたる。鈴木ら(1996)による精神障害者の看護を理解するためのロールプレイングの実践では、学生が患者役や看護師役を通して感情の変化による学びを得たという報告もあるが、疑似体験として設定される患者の事例には、一般病床に入院する患者が主な対象であることが多く、精神障害者の看護を対象とする疑似体験の報告はまだ数少ない現状がある。特に精神疾患を抱える患者を対象とした体験学習の取り入れは、看護基礎実習での見学実習にも組み込まれることは稀であり、倫理的問題も含め、精神科での病院実習期間のみが学習の場になるという難しい現状がある。

これまでの精神科実習における看護学生の意識の変化を見る研究がなされている中には、「精神看護臨地実習前後の意識は、実習1週目では、恐怖は肯定から否定へ、親近感は否定から肯定へと変化するために、教員はタイムリーな指導の工夫が必要でもある」(齋ら, 2006)と述べられているものがある。看護学生に効果的な実習方法とは何かを検討する中で、

受付日: 2023年10月15日 / 受理日: 2024年9月6日

1) 聖徳大学看護学部看護学科 元三育学院大学 2) 東京都立看護専門学校

* E-mail: ueno.yukie@wa.seitoku.ac.jp

田中ら(2017)の精神看護実習に学生が抱く不安や偏見についての文献検討によると、どのようなものがより効果的であるのか、現状では明らかにされていないことが課題となっている。

Ⅱ. 目 的

精神看護学実習では、精神科看護のあり方をイメージ化でき、精神に障がいを持つ人との関わり方や、人権を尊重すること、その人らしさを理解した関わり方について学習する必要がある。このことから、本研究では、精神看護学の臨地実習において、看護師の活動の観察学習を終えてから受け持ち患者の看護活動を行うことの教育効果を明らかにすることを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 環境調整と目標の設定

臨地実習開始前には、実習内容の協力と同意を得る為に行われる指導者連絡協議会において、シラバスや指導案などの必要書類を用いて、指導観・学習者観・教材観をはじめ、今実習の目標目的から実践方法について具体的に説明を行った。また、実習が効果的な学習となるよう、今実習の指導計画では1週目に観察学習を行い、2週目～3週目が受け持ち患者の実践となることのできることを了承を得た。観察学習は、一人の学生が一人の看護師についてシャドーイングを行う方法とし、目的としては、「観察学習を通して看護師の対象とのコミュニケーションの取り方や、精神看護に必要な態度や精神疾患を踏まえた考え方ができること」、「観察学習を通して看護師の対象の捉え方を学生の中に学びとして持てること」として実習指導に当たる学生担当看護師に説明した。また、1週目の最終日に観察学習による学びをテーマにしたカンファレンスを設け、観察学習を通して、翌週から実践に活かすために、看護師の態度から学んだ姿勢や気持ちの動向の読み取り方について話し合い、カンファレンスに参加して下さった指導者より、学生から出た質問に対するフィードバックについて指導依頼をした。このカンファレンスのねらいには、学びの共有は勿論、2週目から開始となる受け持ち患者の実践に必要な姿勢をイメージし、学習を進められるための具体的指導を受ける時間となることや、観察学習による学生の学びの発表は看護師の看護の評価そのものであり、具体的な評価を得られることは指導者育成に繋がり、自己研鑽の機会でもあると考えた。

この観察学習という教育方法の導入により、以下の精神看護学実習の学習目標の達成を目指すことができると考え設定した。

- 1) 精神科における治療環境と安全管理の特殊性について述べられる。
- 2) 精神障がいのある人を受け持ち、看護師-患者関係を成立させるためのコミュニケーション場面の観察学習を通して対象理解を深められる。

3) 精神障がいがある人の日常生活に及ぼす影響を理解し、対象に応じた援助の方法について、観察学習を通して考えることができる。

4) 精神科における看護の役割・機能について観察学習を通して、指導や説明を受けながら理解することができる。

5) 精神科実習における多職種連携の重要性について、観察学習を通して考えることができる。

以上の5点について、観察学習導入の効果を狙った目標を立案した。全ての指導計画の説明後に、指導者側から、学生に精神的なフォローが必要となった時の対応方法についてどうするかという質問が出た。この場合には、指導教員が全面的に対応することを伝えた。以上の学習内容と指導方法、そして対応について、総師長と各実習病棟の主となる実習指導者に理解と協力依頼を説明し、了承を得た上で実践に至った。

2. 研究デザイン

質問紙調査

3. 調査期間

2019年11月5日～11月20日のうち8日間

4. 研究対象者・対象者の背景

精神科病棟で実習期間内に看護実習を行ったA校の看護学生35名を対象とした。

学生の背景では、年齢は20代前半～40代後半の准看護師の資格を持たない者で、社会人経験として介護経験者や一般企業、専業主婦業などを経て入学した者、身内の死や介護の経験を通して看護職を目指した者、人生の再スタートとして入学した者等という特徴があった。机上の学習の取り組みかたは、全体的に一見消極的に見えるがしっかり話を聞いており、自分の考えを文字では表現できるという特徴があった。しかし、個々の緊張度が高く、予め注意事項等を理解した上で援助に取り組もうとする姿勢が強く、臨地実習では積極的に動くまでには時間がかかる傾向があった。学年は2年生であり、特にコミュニケーションを全体の課題として捉え、コミュニケーション力を強化するための実習前研修を実施し、各論(急性期)実習1週目にも観察学習を取り入れた。近年の学生のコミュニケーション能力の傾向として、言語的コミュニケーションに対し、SNSやメールなどの文字での会話が主体とされていること等から、今実習における精神に障がいがある対象との対面コミュニケーションにおいて、困難または不安が生じる可能性があると考えられた。既習実習として、成人看護実習各論、小児実習、母性実習を終えている。

5. 調査方法

実習開始前、実習開始1週目の観察学習終了後、3週間の実習終了後と質問紙によるアンケートを実施し、その結果を分析対象とした。質問紙には、5件法による回答と、自由回答調査項目を交えて作成し実施した。これらはいずれも無記名とした。

6. 調査内容

調査項目は、坂田ら（1988）が実施した、「実習前後の学生の意識の変化」による看護学生に対して行われた意識調査に関する7項目の選択と、小林ら（1994）が実施した「精神科臨床実習前から実習後までの精神障害者に対する看護学生の意識の変化」による、意識調査に関する2項目を選択し、その他として学びに関する項目を追加した。これらは、実習前、観察学習後、実習終了後の共通項目とした。その他に、観察学習後のアンケートには不安の程度と看護師の印象に残ったことについて自由回答調査項目を追加した。回答は「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「思わない」「全く思わない」の5件法とした。

IV. 倫理的配慮

研究当初は倫理審査が設けられていなかったため、クラス担任の許可を得て実習調整者より、今実習における精神科実習前の意識調査と、精神科実習を円滑に進めるための学習方法の改革を行った教育効果の結果を見ることにある旨を研究対象者に説明し、アンケートへの協力を依頼した。また、自由意志による参加であること、不参加であっても不利益は生じないこと、アンケートに個人情報の保護・匿名性の保持、回答による評価への影響はないことを記載し、実施前に口頭でも説明をした。回収方法として、回収日時を指定した上、

教室に回収箱を設置した。最終的に、このアンケートは実習をより良くするための研究材料として使用し、研究者（実習調整者）のみが管理し、使用後は10年保存した後に破棄することを加えて説明し了承を得て実施した。

研究者は、学生指導やこの科目の成績評価に関係する教員ではない。

V. 結果

1. アンケート実施状況

- 1) 精神科実習実施前では35名中欠席者3名、32名中の回収率は100%であった。
- 2) 1週目の観察学習終了後では35名中35名、回収率100%であった。
- 3) 精神科実習終了後では35名中欠席者1名、34名中の回収率は100%であった。

2. 個々のアンケート項目の結果

- 1) 表1「実習前の精神に障がいを持つ患者のイメージ」について自由回答調査項目とした記述内容は複数回答もあり、同じ内容の場合では1つにまとめた。結果は、26通りの内容単位に分類し表1とした。また、結果内容を否定と肯定に分類したところ、否定的な意見は20件に対して、肯定的な意見と捉えられる意見は12件であり、実習前では76%の学生が否定的なイメージの方が強いことが分かった。

表1 実習前の精神に障がいを持つ患者のイメージについて

自記式質問調査回答		
否定的意見	回答人数	合計
1. 会話のキャッチボールが出来ない。	1	20名
2. 他者からの言葉が入りづらい。	1	
3. 他人の考え方が理解出来ない。	1	
4. 無言の人が多かったり、イライラしていそう。	1	
5. 幻覚・幻聴がある。怒っている。1人でしゃべっている。	3	
6. 会話が可能か、意思確認ができるのかどうかと思う。	1	
7. どんな行動をとるか分からない、予測不能。	3	
8. 信頼関係の構築が難しそう。	1	
9. 感情の起伏が激しい。	1	
10. 人を嫌う。	1	
11. 自分の考えを言葉で表現するのが難しい人。	2	
12. 色々なことに過敏に反応する。	1	
13. 不安定であり、小さなことも気にしてしまうのではないかと。	1	
14. 電車の中で誰かに罵倒されている内容を独語にしていた。全く回りは見えてなく自分の世界観の中で、罵倒されたことが忘れられないのだと思った。	1	
15. 自尊心や自信が低下している人が多くいると思う。	1	
肯定的意見	回答人数	合計
1. 本人が一番辛い思いをしている。	1	12名
2. 自分の世界を持っている。	2	
3. 人それぞれ病気などによっても方向性が違うため、イメージがわからない。	1	
4. 精神障害をひとくりに考えられるものではないと思う。	1	
5. 見えない障害ゆえに苦労がある気がする。	2	
6. 精神病も病気の1つ。他の障害を持っている患者と変わりはない。	1	
7. 表面に分からないが、内側に考えを持っている。	1	
8. 社会性がないと思われているが、それが上手くできず混乱しているのではないかと。	1	
9. まわりの支えがとても重要だと感じる。	1	
10. 患者に不安など与えてはいけないため、より慎重にならなくてはならない。	1	
	総数	32名

回答人数 32名

2) 表2「精神科実習前, 観察学習後, 実習終了後の意識の変化と学習効果」について「非常にそう思う」と「そう思う」と、「思わない」「全く思わない」をまとめて平均値を出し一覧表にした。

(1) 実習前

実習前の精神に障がいを持つ患者のイメージについては、精神に疾患を持つ人に接するのが恐ろしいと感じている者が、約50.1%であった。また、興味関心を問う質問では、約6.2%は精神に疾患を抱える人への興味関心がないと回答していた。その他、患者を理解したいと思うかという質問では約28.2%が理解したいと感じており、約65.6%の半数はどちらでもないとして回答していた。また、精神に疾患を抱える人の看護の重要性について約93.8%が理解したいと回答していた。

精神症状の理解に対して不安を問う項目では、約53.0%が不安を感じており、約21.9%は自分にも精神の不安が生じると感じていたことが分かった。

(2) 観察学習後

観察学習後では、精神に疾患を持つ人に接するのが恐ろしいと感じている者は、約8.6%であった。精神に疾患を抱える人への興味関心を問う質問では、実習前には約6.2%の者が興味関心はないと回答したが、観察学習後には約0.0%へと減少した。精神に疾患を抱える人を理解したいか問う質問では、約91.5%が理解したいとの回答が得られたことから、観察学習後には約63.3%が理解したいと考える者が増加したことが分かった。精神症状の理解に対して不安を問う項目では、観察学習後には実習前の約53.0%から約18.7%の減少が見られたが、未だ約34.3%は不安があると回答し、約11.4%は自分にも精神の不安が生じると回答していた。

精神に疾患を抱える人の看護の重要性については、約97.1%が理解したいと回答していた。

表2 「精神科実習前, 観察学習後, 実習終了後の意識の変化と学習効果」

アンケート項目 (共通項目)	調査時期	非常にそう思う	そう思う	どちらともいえない	思わない	全く思わない	回答人数
1. 精神に疾患を抱える人に接するのが恐ろしいと感じますか	実習開始前	6(18.8)	10(31.3)	8(25.0)	1(3.1)	7(21.9)	32
	観察学習後	0(0.0)	3(8.6)	12(34.3)	16(45.7)	4(11.4)	35
	実習終了後	0(0.0)	1(2.9)	3(8.8)	18(52.9)	12(35.3)	34
2. 精神に疾患を抱える人に関心がありますか	実習開始前	7(21.9)	11(34.4)	10(31.3)	1(3.1)	3(3.1)	32
	観察学習後	9(25.7)	19(54.3)	7(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	35
	実習終了後	11(32.4)	18(52.9)	5(14.7)	0(0.0)	0(0.0)	34
3. 精神に障がいを持つ人に、上手く接することができますか	実習開始前	1(3.1)	1(3.1)	18(56.3)	9(28.1)	3(9.4)	32
	観察学習後	0(0.0)	4(11.4)	29(82.9)	2(5.7)	0(0.0)	35
	実習終了後	1(2.9)	14(41.2)	18(52.9)	1(2.9)	0(0.0)	34
4. 精神に疾患を抱える人を、理解できる(したい)と思いますか	実習開始前	2(6.3)	7(21.9)	21(65.6)	2(6.3)	0(0.0)	32
	観察学習後	10(28.6)	22(62.9)	3(8.6)	0(0.0)	0(0.0)	35
	実習終了後	15(44.1)	15(44.1)	4(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	34
5. 精神に疾患を抱える人を身近な存在に感じますか	実習開始前	5(15.6)	4(12.5)	13(40.6)	8(25.0)	2(6.3)	32
	観察学習後	5(14.3)	15(42.9)	11(31.4)	4(11.4)	0(0.0)	35
	実習終了後	11(32.4)	20(58.8)	2(5.9)	1(2.9)	0(0.0)	34
6. 精神に疾患を抱える人の看護に、興味・関心がありますか	実習開始前	6(18.8)	11(34.4)	11(34.4)	4(12.5)	0(0.0)	32
	観察学習後	13(37.1)	13(37.1)	5(14.3)	2(5.7)	2(5.7)	35
	実習終了後	13(38.2)	18(52.9)	2(5.9)	1(2.9)	0(0.0)	34
7. 精神に疾患を抱える人の看護は難しいと思いますか	実習開始前	13(40.6)	12(37.5)	2(6.3)	0(0.0)	0(0.0)	32
	観察学習後	11(31.4)	18(51.4)	5(14.3)	1(2.9)	0(0.0)	35
	実習終了後	13(38.2)	18(52.9)	3(8.8)	0(0.0)	0(0.0)	34
8. 精神症状の理解について不安がありますか	実習開始前	10(31.1)	7(21.9)	10(31.3)	1(3.1)	4(12.5)	32
	観察学習後	2(5.7)	10(28.6)	16(45.7)	4(11.4)	3(8.6)	35
	実習終了後	3(8.8)	9(26.5)	13(38.2)	7(20.6)	2(5.9)	34
9. 精神に疾患を抱える人とかわかることで、自分の精神への不安が生じると感じますか	実習開始前	2(6.3)	5(15.6)	14(43.8)	2(6.3)	9(28.1)	32
	観察学習後	0(0.0)	4(11.4)	12(34.3)	12(34.3)	7(20.0)	35
	実習終了後	0(0.0)	3(8.8)	10(29.4)	7(20.6)	14(41.2)	34
10. 精神に疾患を抱える人の看護の重要性について、理解したいと考えますか (開始後より: 理解出来ましたか)	実習開始前	11(34.4)	19(59.4)	2(6.3)	0(0.0)	0(0.0)	32
	観察学習後	9(25.7)	25(71.4)	1(2.9)	0(0.0)	0(0.0)	35
	実習終了後	19(55.9)	15(44.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	34

N 数は回答人数参照 () = %

(3) 実習終了後

実習終了後では、精神に疾患を持つ人に接するのが恐ろしいと感じている者は、約 2.9%であった。精神に疾患を抱える人への興味関心を問う質問では、興味関心がないと回答した者は 0.0%と、観察学習後と同様に増減は見られなかった。精神に疾患を抱える人を理解したいか問う質問では、約 88.2%がしたいと回答していた。精神症状の理解に対して不安を問う項目では、観察学習後よりも 1%の増加があり、約 35.3%は不安があると回答し、約 8.8%は自分にも精神の不安が生じると回答していた。

精神に疾患を抱える人の看護の重要性については、最終的に約 100%が理解したいと回答した結果が得られた。

(4) 表 3「精神看護実習での指導者（看護師）の観察学習を通して印象に残ったこと」について

観察学習から学んだ内容は全て自記式調査項目とし、意見ごとに区分し、学生の学びの表現のまま表 3 に記載した。この内容より、35 通りの学生の学びが得られたことが分かった。また、学びの内容を一覧表にしたところ、精神科看護師の姿勢（誠実さ）が最も多い 9 名、次いでコミュニケーションスキル 7 名、知識力 7 名、対応力 3 名、観察力 3 名、援助方法 3 名、距離感 2 名、ルールの重要性 1 名となり、全て指導看護師への肯定的な内容であった。

VI. 考 察

精神看護学実習で学生が感じていることについて、金木ら（2016）によると、精神看護学実習では、実習前に不安を表現する学生が多いとされている。実際に、A 校でのアンケート調査の結果からも、実習前には精神に疾患を持つ人に接するのが恐ろしいと感じている者が約 50.1%であったように、半数の学生は何らかの不安を抱いていたことが分かった。また、実習終了後の学生の学びにあるように、〈観察学習がないと、イメージと現実のギャップがあり、大きく混乱するところだった。〉との意見から、学生にとって精神看護学実習とは、イメージしにくい学習環境であったことが分かる。しかし、表 2 の「精神科実習前、観察学習後、実習終了後の意識の変化と学習効果」からは、患者を受け持つ前に観察学習を取り入れた後では、実習開始前に抱いていた精神に疾患を持つ人に接するのが恐ろしいと感じている者のうち、非常にそう思うと考えていた者は 0 人となっていた。観察学習とは、谷ら（2015）が述べるように、「学生が一定の時間看護師と同じ視線で患者や病棟全体を観察することにより学ぶことができる特徴的なもの」であり、精神看護活動の可視化教育は重要であるといえる。はじめにでも述べたように、疑似体験として設定される患者の事例に精神疾患を持つ者が対象となるのは難しい中、本研究での観察学習を取り入れた実習の在り方は、学生にとって否定的イメージから肯定的イメージへの変換に繋がるきっかけとなったのではないかと考える。それは、看護学生にとって精神に障がいがある人への看護の実際が未知

である中、学校と指導者とが連携を行い、看護の実際について観察学習をさせてもらうことで、学生の言葉を借りると〈看護師の観察力に感動して、もっと関わりたいと思うようになった〉〈指導者の観察学習を通して、関わり方や情報収集の大切さを学び、知識があることで患者の見方が変わることが分かった〉〈看護師が、学生の不安を理解してくれ、1つ1つ丁寧に教えてくれた。そして、確認もしてくれた〉〈決めつけをせず、確認するなどテキストに載っている対応が見れて、とても印象に残りました〉などからもいえることであり、精神看護に対する学生の興味・関心への向上に繋がっていたことが分かる。

今回の観察学習の導入により、得られた学生の学びから実習目標全体としての達成状況を見ると、実習目標 1) にある「精神科における治療環境と安全管理の特殊性について述べられる。」では、〈精神科病棟の構造や、疾患を抱える患者の特徴を熱心に教えて下さった〉が該当していた。実習目標 2) にある「精神障がいのある人を受け持ち、看護師－患者関係を成立させるためのコミュニケーション場面の観察学習を通して対象理解を深められる。」については、〈看護師が患者と話す姿を見てとても参考になった〉〈人として誠実に対応する（嘘つかない、約束を守る）ことが、患者の信頼に繋がると心掛けていた〉〈人として誠実に関わることで、安全に関わると知った〉〈ユマニチュードを実践している看護師がいた。患者を尊重している姿勢が印象的だった〉が該当していた。このように、観察学習を通した学生の観察眼からは、看護師の看護の在り方をよく見学していることが分かり、多くの学習内容を提示しなくても、自ら学び取る力があることが証明されているといえる。

次に実習目標 3) にある「精神障がいがある人の日常生活に及ぼす影響を理解し、対象に応じた援助の方法について、観察学習を通して考えることができる。」では、〈患者の発言に対して否定も肯定もせず受け入れていた。人によって声のトーンを変えていた〉〈患者さんらしさを大切に、患者にどのような援助がベストなのかを説明してくれた〉〈怒りをぶつける患者に対して、感情に左右されずに落ち着いて話していた。次第に患者も落ち着きを取り戻していた〉〈看護師が肯定的な声掛けをすることにより患者は脱いでた靴を履くようになった〉〈口論している患者をハグしていた。傷ついている患者のフォローも大切な役割だと思った〉〈患者の個性を理解し、とっさの判断として、大きなトラブルに発展するのを防いでいて凄と思った〉〈こちらのアプローチ方法を変えることで、患者の不安は軽減され、症状も落ち着き看護師と患者の関係も深まると感じた〉が該当した。このように、学生は看護援助の実際の見学を通して、どのような効果をもたらすのかとアセスメントしながら観察学習を進めていたことが分かった。

実習目標 4) にある「精神科における看護の役割・機能について観察学習を通し、指導や説明を受けながら理解するこ

表3 精神看護実習での指導者（看護師）の観察学習を通して印象に残ったこと

自記式質問調査回答	人数
1. 患者の発言に対して否定も肯定もせず受け入れていた。人によって声のトーンを変えていた。	1
2. 看護師の出ず雰囲気や空気感がとてもあたたかいイメージだった。	1
3. 看護師の観察力に感動して、もっと関わりたいと思うようになった。	1
4. 指導者の観察学習を通して、関わり方や情報収集の大切さを学び、知識があることで患者の見方が変わることがわかった。	1
5. 看護師が患者と話す姿を見てとても参考になった。	1
6. 患者さんらしさを大切にし、患者にどのような援助がベストなのかを説明してくれた。	1
7. 怒りをぶつける患者に対して、感情に左右されずに落ち着いて話していた。次第に患者も落ち着きを取り戻していた。	1
8. 拒薬患者への内服に導きかたについて、方法だけではなく患者の気持ちを考えることの大切さを知りました。	1
9. 精神症状の増悪を知るためには、普段の良い状態を知ることが大切だと知った。それを知らないと症状に気付かず、対応が遅れてしまうことを知りました。	1
10. 散歩を行うことで、無表情の患者が明るくなり会話をし始めた。これを見て、散歩も援助に取り入れようと思った。	1
11. 看護師は医師への伝達役ではなく、看護師として色々考えながら症状を見て、全体を考えながら看護を行っていると教えてもらったのがとても印象に残った。	1
12. 患者に寄り添う姿勢がとても印象に残った。	1
13. 患者が出来たことに対して褒めており、社会性を身に付けられるようにと多くのことを行っていた。	1
14. 人として誠実に関わることで、安全に関われると知った。	1
15. 看護師が、学生の不安を理解してくれ、1つ1つ丁寧に教えてくれた。そして、確認もしてくれた。	1
16. 適切な距離感を持ちながら会話をすすめていた。	1
17. 観察学習がないと、イメージと現実のギャップがあり、大きく混乱するところだった。	1
18. 生活背景を知ることの大切さを知り、1人1人の接し方が違い、観察力を持つことの大切さが分かりました。	1
19. お茶の時間や食事時間、散歩など並んでおり、ルールを守ることの大切さを知った。	1
20. 人として誠実に対応する（嘘つかない、約束を守る）ことが、患者の信頼に繋がると心掛けていた。	3
21. コミュニケーション方法によって、相手のいいたいことも分かるし、意図も伝わるので決して「何を考えているのか分からない人」ではないと思った。	1
22. コマニチュードを実践している看護師がいた。患者を尊重している姿勢が印象的だった。	1
23. 看護師が肯定的な声掛けをすることにより患者は脱いでいた靴を履くようになった。	1
24. 精神科だからといって構えずに、今までの実習と同じように患者をアセスメントして行くことが大切で、特別視する必要はないのだと教えて頂いた。	1
25. 決めつけをせず、確認をするなどテキストに載っている対応が見れて、とても印象に残りました。	1
26. 毎回笑顔で対応していて患者との距離が近いと感じた。	1
27. 1人の患者に対応しながら、周囲の観察を同時にしており対応もしていた。	1
28. 指導者はとても頼りがいがあり、優しく安心できた。	1
29. 精神科病棟の構造や、疾患を抱える患者の特徴を熱心に教えて下さった。	1
30. 精神科を特別視するのではなく、一般病棟の看護に個性として考えるので良い。看護はどれも同じであると指導を受けた。	1
31. 看護師にとっては沢山の患者さん、患者さんにとっては1人の看護師さん。という言葉が印象に残った。自分に余裕がなくなると自分以外に優しくできなくなる。精神疾患を持つ患者にはそうしたことは大きく影響すると思うので、気をつけたいと思った。	1
32. 口論をしている患者をハグしていた。傷ついている患者のフォローも大切な役割だと思った。	1
33. 患者の個性を理解し、とっさの判断として、大きなトラブルに発展するのを防いでいて凄と思った。	1
34. 指導者はとても丁寧に指導して下さいました。患者とのコミュニケーション方法を見習いたい。	1
35. こちらのアプローチ方法を変えることで、患者の不安は軽減され、症状も落ち着き看護師と患者の関係も深まると感じた。	1

回答人数 34 名中 35 件の意見

とができる。」では、〈精神症状の憎悪を知るためには、普段の良い状態を知ることが大切だと知った。それらを知らないと症状に気付かず、対応が遅れてしまうと知りました〉〈看護師は医師への伝達役ではなく、看護師として色々考えながら症状を見て、全体を考えながら看護を行っていると教えても

らったのが印象に残った〉〈生活背景を知ることの大切さを知り、1人1人の接し方が違い、観察力を持つことの大切さが分かりました〉〈精神科だからといって構えずに、今までの実習と同じように患者をアセスメントして行くことが大切で、特別視する必要はないのだと教えていただいた〉〈精神科病棟

の構造や、疾患を抱える患者の特徴を熱心に教えて下さった)が該当した。このように看護師は丁寧な学生指導をしていることや、それを受けて学生は、看護師から教わることの喜びを持ちながら理解を進めていることが分かった。

実習目標 5)にある「精神科実習における多職種連携の重要性について、観察学習を通して考えることができる。」では、多職種と関わる場面が得られなかったことから該当する回答が得られなかったため今後の課題である。

今回の調査は、限定された教育機関における結果をまとめた報告である。しかし、多くの文献で学生の精神科実習に対する不安が問われる中、観察学習を取り入れた文献は少ない。その中で、学生の観察学習の学びを明らかにできたことは、今後の精神科実習の在り方に大きな貢献となったと考える。

Ⅶ. 結 論

今回、精神看護学実習に観察学習を取り入れて、実習の前・中・後にアンケートを取ることで、学生の意識の変化や学びの特徴を明らかにした。観察学習の導入は、実習前に抱いた恐怖心を軽減し、精神科看護の重要性について全員が理解したいと考えるよう学生の意識の変化が見られた。このことから、観察学習の導入は、否定イメージから肯定的イメージの変換に繋がるきっかけとなる学びの特徴があることが分かった。

しかし、精神看護学実習前には学生は実習に対する何かしらの不安を抱えている。教員はより良い学習環境となるように環境調整をする必要がある。そのためには、実習の構成の工夫もしており、特に実習病院における指導者との連携が重要になってくる。今後は、実習指導にあたった看護師にも効果を還元できるよう、観察学習に対する具体的な意見を取り入れて更に精神看護学実習が効果的なものになるように工夫をして行きたい。

Ⅷ. 引用文献

- 金木美保, 石橋佳子, 中村美智子, 木村一夫, 二宮三智子, 平芳悠, 高柳麻未. (2016). 精神看護学実習で学生が感じていること看護学生へのアンケート調査を通して. 日本精神科看護学術集会誌, 59 (2), 63-67.
- 小林敦子, 伊藤尚子, 板垣恵子, 大森蔚子. (1994). 精神科臨床実習前から実習後までの精神障害者に対する看護学生の意識の変化. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 3 (1), 63-72.
- 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.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310qatt/2r9852000001314m.pdf> (2020年6月20日最終閲覧)
- 厚生労働省. (2015). 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインについて
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc1593&dataTypeId=1&pageNo=1 (2020年6月20日最終閲覧)
- 斎二美子・石田真知子. (2006). 精神看護学実習における看護学生の精神障害者及び精神看護に対する意識の変化と学びの関連. 東北大医保健科学紀要, 15 (1), 43-56.

- 坂田三充, 小林美子, 横田碧, 桜庭繁. (1988). 実習前後の学生の意識の変化. 精神科看護, 26, 67-71.
- 鈴木啓子, 中川幸子, 永井優子. (1996). 精神障害者の看護を理解するためのロールプレイングについて. 千葉大学看護部紀要, 18 (1), 97-102.
- 田中俊明, 松嶋英明. (2017). 精神看護学実習に学生が抱く不安や偏見についての文献検討. 人間文化, 43, 37-45.
- 谷多江子, 宮林郁子, 安藤満代, 八谷美絵, 小森あき奈. (2015). 精神科看護師のシャドウイングを通しての学生の学び. 日本看護学教育学会誌 24 (3), 75-88.

◇研究報告◇

ベテラン看護師の死生観と看取り観に影響する要因

高橋真由美¹⁾*

【目的】本研究はベテラン看護師の死生観と看取り観に影響を与える要因を検討することを目的とした。

【方法】看護師経験10年以上のベテラン看護師を対象に、基本属性と臨老式死生観尺度、ターミナルケア態度尺度質問紙調査を行った。分析は死生観と看取り観の各項目の関係について相関係数を算出し、死生観および看取り観について基本属性による差の分析を行った。

【考察・結果】有効回答数85部を分析した結果、「死からの回避」と「死にゆく患者への前向きさ」が関連し、「死生観」には年齢、性別、子どもの有無、配偶者の有無、「看取り観」には親との死別経験の有無が影響していた。

【結論】死生観や看取り観には看護師経験や日常生活上での経験が影響しており、親との死別を経験したベテラン看護師は死にゆく患者のケアに前向きになることができない状況にあることが示唆された。

【キーワード】ベテラン看護師、死生観、看取り観、ターミナルケア態度

I. はじめに

わが国では2025年までに全ての「団塊の世代」が75歳以上となり、65歳以上人口の増大により死亡数は増加、死亡率（人口1000人当たりの死亡数）は上昇を続け、令和47年には17.7になると推計されており（内閣府、2022）、人生の最終段階における医療や看護・介護の場は多様化していくものと推測する。こうした高齢多死社会においてターミナル期にある患者やその家族の生活を見守り支えることは看護師の重要な責務であり、看護師の果たすべき役割は一層拡大していくと考える。さらに死にゆく患者への看護には死に向かう人々の声を聴く事が必要である（東野、2021）といわれており、ターミナルケアには看護師の死生観が影響していることが推察される。その一方で、ターミナルケアに携わる看護師の看護行動には否定的な感情が関連しており（下平ら、2007）、負の感情を抱きながら患者の死に向き合う看護師はメンタルヘルスについてかなり高いストレスを持った集団であるとも言われている（谷口、2011）。特に経験年数が10年以下の看護師においては、バーンアウトに陥りやすい（西本ら、2019）とされていることから、看護師として様々な経験を積んだ看

護師経験年数が10年以上の看護師（以下ベテラン看護師とする）の死生観や看取り観を調査し、どのような要因が影響しているのかを明らかにすることで、ターミナルケアに関する質の向上の一助となると考えられる。そこで本研究では、看護師経験10年以上のベテラン看護師を対象に死生観や看取り観にはどのような要因が関連しているかを明らかにすることを目的とした。

II. 目的

本研究では保健、医療、福祉と様々な分野で活躍する看護師経験10年以上のベテラン看護師の死生観や看取り観にはどのような要因が関連しているかを明らかにすることである。

1. 用語の定義

1) ベテラン看護師

ベテラン看護師の定義は、経験年数や特定領域の経験年数、ベナーの臨床看護実践能力、非管理職の看護師などで説明されている（八重樫、福井、2022）が、古寺ら（2017）は臨床経験10年以上の看護師、佐々木ら（2019）は10年以上勤務している看護師としており、本研究においては看護師10年以上の看護師経験がある現役看護師をベテラン看護師とした。

受付日：2023年10月15日／受理日：2024年9月6日

1) 松蔭大学看護学部

* E-mail: mayumi.takahashi@shoin-u.ac.jp

2) ターミナルケア

ターミナルケアとは、終末期ケアと同義語として使われることが多く、疾患によるものや高齢者に限定されている定義もあるが、岩下、吉岡（2012）は、終末期ケアについて小児を除く余命6ヵ月以内の終末期状態にある患者への看護、ケアとしており、本研究では、余命6ヵ月以内の終末期状態にある患者へのケアとした。

3) 死生観

広辞苑によると死生観は「死と生についての考え方、生き方・死に方についての考え方」であり、本研究においても同様に死と生についての考え方、生き方・死に方についての考え方とした。

4) 看取り観

看取り観について萩原らは、ターミナルケアと看取り、ターミナルケア態度と看取り観を同義語とし、看取り観を死や死にゆく利用者とその家族に対する思いやケア態度、死に対する価値観と操作的に定義している（萩原、桑原、2022）。そこで本研究では同様に、ターミナルケアと看取り、ターミナルケア態度と看取り観を同義語とした上で、死や死にゆく者とその家族に対する思いやケア、死に対する価値観とした。

Ⅲ. 方 法

基本属性、死生観として平井ら（2000）の「臨老式死生観尺度」、看取り観として中井ら（2006）の「ターミナルケア態度尺度」を用い調査を行った。尺度の使用に関しては予め作成者のHP上で使用許諾を確認した。

1. 研究デザイン

量的記述的研究

2. 研究対象者

研究対象者は現在病院や施設等で勤務し、看護師としての経験年数が10年以上の現役ベテラン看護師100名程度とした。対象者の選定では日本国内の一般病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム等は無作為に抽出し、研究者より口頭と文書にて研究目的、方法、倫理的配慮を説明した上で、研究協力者の紹介を依頼した。研究協力者への説明では、結果は統計的に処理をし、個人が特定されないこと、調査結果は研究以外の目的では使用しないこと、調査の参加は個人の自由意志であることを文書に記載し説明した。以上の説明により同意が得られた対象者のみに、調査協力依頼書、質問紙、返信用封筒を郵送した。

3. 調査方法

無記名による自記式質問紙調査

4. 調査期間

2019年10月～11月

5. 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、配偶者の有無、子どもの有無、看護師経験年数、管理職経験の有無、終末期ケア経験の有無、親の看取り経験の

有無について調査した。基本属性は先行研究や文献等で死生観や看取り観との関連があると思われる項目を仮定し選定した。

2) 死生観

死生観には生活習慣や宗教（京田ら、2009）、文化的要因が大きく関与している（青柳、鷺見、2008）ことから、死生観を測定する尺度には日本独自の死生観尺度を用いることが妥当であると考えた。多次的、包括的に捉えることができ、死生観の主要な構成要素を含み、なおかつ測定が簡便であることも考慮し、本研究では主に死に対する価値観や態度を測定する平井ら（2000）の「臨老式死生観尺度（Death Attitude Inventory ; DAI）」を使用した。

臨老式死生観尺度は、すべての項目の総合得点を求め、死生観という1つの変数として機能するものではなく、各々の因子の特徴から全体としての死生観を把握するためのものである。得点が高いほど、「死後の世界観（4項目）」は、死後の世界を肯定的に捉え、「死への恐怖・不安（4項目）」は、死への恐怖や不安が高く、「解放としての死（4項目）」は、死は、苦痛からの解放と捉え、「死からの回避（4項目）」は死への恐怖から死について考えることを避け、「人生における目的意識（4項目）」は人生を肯定的に捉え、「死への関心（4項目）」は、死について積極的に考え、「寿命観（3項目）」は、いのちの期限を肯定的に捉えていることを示す。臨老式死生観尺度の信頼性に関して、Cronbachの信頼係数 α は.74～.88の範囲にあり、十分な内的一貫性を有している。因子の妥当性、基準関連妥当性、概念構成妥当性に関して検討した結果では、既存尺度との相関関係の検討から、一部の低位尺度を徐々、検証されており、概ね高い妥当性を持つ尺度であるといえる。

なお、臨老式死生観尺度はホームページ上で公開されており、自由に引用することが許可されている。

3) 看取り観

死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度で、医師やコメディカルでも用いることができるように開発された中井ら（2006）の「ターミナルケア態度尺度日本語版（FATCOD-Form B-J）」を使用した。ターミナルケア態度尺度日本語版は、「死にゆく患者へのケアの前向きさ（16項目）」、「患者・家族を中心とするケアの認識（13項目）」、「死の考え方（1項目）」であり、ターミナル患者と家族に対するケア提供者のターミナルケア態度に関する3つの上位概念、30項目の質問で構成されている。オリジナルのFATCODは30項目、1因子で使用するものであるが、信頼性・妥当性研究による計量心理学的検討によって、2つの低位尺度を用いて計算することも可能となっている。ターミナルケア態度尺度日本語版のCronbachの信頼係数 α は.85であり、内的一貫性が保たれていることから、概ね高い信頼性を持つ尺度であるといえる。本研究においては、ターミナルケア態度尺度日本語版の総合得点及び各低位尺度の総合得点を算出した。なお、「死の考え方」は1項目で構成されており、因子として扱うことを推奨されていないため分析から省いた。

使用許諾については、特に許可を得る必要はなくスコアリングのルールを守った上で自由に使用してよいことがホームページ上に記載されている。

6. 分析方法

データの入力には Microsoft Excel 2019 を使用し、統計処理及び分析には SPSS ver.29 for windows を使用した。分析方法は、対象者の属性及び各質問項目について単純集計を行い、平均点、標準偏差を算出し、「死生観」と「看取り観」の関係性を調べるために「臨老式死生観尺度」「ターミナルケア態度尺度日本語版」の下位尺度間の spearman の相関係数を算出した。また「死生観」および「看取り観」について基本属性による差を比較するためノンパラメトリック検定 (Mann-Whitney の U 検定：以下 U 検定) を行った。なお有意水準は全て 5% とした。

IV. 倫理的配慮

倫理的配慮として、結果は統計的に処理をし、個人が特定されないこと、調査結果は研究以外の目的では使用しないこと、調査の参加は個人の自由意思であることを文書に記載した。また対象者の精神的な負荷を極力なくするために、無記名の調査でも、少しでも答えにくいと思った質問には答えなくてよいことを強調し、調査に協力しない場合でも不利益は全く被らないことを明記した。質問紙の回答後は個人で研究者宛に送付するよう依頼し、質問紙の返信をもって同意を得たものとみなした。調査の実施にあたっては、星槎大学倫理審査委員会の承認を得た。

V. 結果

1. 回収数および分析対象者数

質問紙の配布数は 131 部、回収数は 111 部 (84.7%) であった。

回収した質問紙のうち質問項目に 1 項目でも欠損値があった 30 部を対象から外した結果、有効回答数は 85 部 (64.8%) であった。

2. 対象者の属性 (表 1)

年齢層では 30 代 15 名 (17.6%)、40 代 50 名 (58.8%)、50 代 16 名 (18.8%)、60 代 4 名 (4.8%) であった。性別は男性 4 名 (4.7%)、女性 81 名 (95.3%) であった。

配偶者がいるベテラン看護師は 60 名 (70.5%)、配偶者がいないベテラン看護師は 25 名 (29.5%)、子どもがいるベテラン看護師は 55 名 (64.7%)、子どもがいない看護師は 30 名 (35.3%) であった。看護師としての経験年数は、10~15 年は 25 名 (29.4%)、16~20 年は 12 名 (14.1%)、21~25 年は 31 名 (36.4%)、26 年~30 年は 11 名 (12.9%)、31 年以上は 6 名 (7.2%)、管理職経験があるベテラン看護師は 28 名 (32.9%)、管理職経験がないベテラン看護師 57 名 (67.1%)、終末期ケア経験があるベテラン看護師は 68 名 (80.0%)、終末期ケア経験がないベテラン看護師は 17 名 (20.0%) であ

た。また、親との死別経験があるベテラン看護師は 39 名 (45.8%)、親との死別経験がない看護師は 46 名 (54.2%) であった。

3. 臨老式死生観尺度とターミナルケア態度尺度の関連 (表 2)

臨老式死生観尺度とターミナルケア態度尺度の各下位尺度の関係性を調べるために spearman の相関係数を算出した。その結果、臨老式死生観尺度の「死からの回避」とターミナルケア態度尺度の「死にゆく患者への前向きさ」($r = .04, p < .01$) に正の相関が認められた。

4. 臨老式死生観尺度の分析 (表 3)

死生観として測定した臨老式死生観尺度の下位尺度の得点を見ると、「死後の世界観」の平均点は 17.44 (SD=3.33)、「死への恐怖・不安」の平均点は 17.15 (SD=6.36)、「解放としての死」の平均点は 13.31 (SD=6.09)、「死からの回避」の平均点は 8.59 (SD=4.76)、「人生における目的意識」の平均点は 16.06 (SD=4.42)、「死への関心」の平均点は 14.99 (SD=5.14)、「寿命観」の平均点は 11.14 (SD=4.65) であった。また基本属性を独立変数、各下位尺度の得点を従属変数とし U 検定を行った結果、年齢では 50 歳以上が「解放としての死」($p = .05$)、性別では女性が「死後の世界観」($p = .05$)、「死への恐怖・不安」($p = .15$)、「解放としての死」($p = .00$)、「総得点」($p = .01$)、配偶者の有無では配偶者がいる看護師が「寿命観」($p = .01$)、子どもの有無では子どもがいる看護師が「死への恐怖・不安」($p = .04$)、「死からの回避」($p = .03$)、「寿命観」($p = .01$) と有意に高かった。

看護職の経験年数、管理職経験の有無、終末期ケア経験の有無、親との死別経験の有無での有意差は認められなかった。

表 1 対象者の属性の内訳

項目	カテゴリー	n=85	
		人	%
年齢	30代	15	17.6
	40代	50	58.8
	50代	16	18.8
	60代	4	4.8
性別	男性	4	4.7
	女性	81	95.3
配偶者	あり	60	70.5
	なし	25	29.5
子ども	あり	55	64.7
	なし	30	35.3
看護職経験年数	10~15年	25	29.4
	16~20年	12	14.1
	21~25年	31	36.4
	26~30年	11	12.9
	31年以上	6	7.2
管理職経験	あり	28	32.9
	なし	57	67.1
ターミナルケア経験	あり	68	80.0
	なし	17	20.0
親との死別経験	あり	39	45.8
	なし	46	54.2

表2 ターミナルケア態度尺度の下位尺度と臨老式死生観尺度の下位尺度間の相関

n=85

	ターミナルケア態度尺度	
	死にゆく患者へのケアの前向きさ	患者・家族を中心とするケアの認識
臨老式死生観尺度		
死後の世界観	.139	-.169
死への恐怖・不安	.107	.115
解放としての死	.080	-.053
死からの回避	.384**	-.157
人生における目的意識	-.145	.106
死への関心	-.172	.158
寿命観	.080	-.073

spearmanの順位相関係数

** : p < .01

表3 基本属性の相違による死生観の比較

n=85

	n	死後の世界観		死への恐怖・不安		解放としての死		死からの回避		人生における目的意識		死への関心		寿命観		
		Mean	p値	Mean	p値	Mean	p値	Mean	p値	Mean	p値	Mean	p値	Mean	p値	
年代	50歳未満	20	42.18	.58	44.18	.43	40.08	.05*	45.45	.94	41.68	.37	43.95	.52	42.25	.61
	50歳以上	65	45.65		39.18		52.48		35.03		47.30		39.90		45.45	
性別	男	4	11.50	.05*	25.25	.15*	6.00	.00**	31.75	.37	31.75	.37	24.88	.14	22.13	.83
	女	81	44.56		43.88		44.83		43.56		43.56		43.90		44.03	
配偶者	有	60	42.40	.73	45.78	.11	44.91	.27	43.87	.61	45.10	.22	43.25	.89	46.93	.02*
	無	25	44.44		36.32		38.42		40.92		37.96		42.40		33.58	
子ども	有	55	44.43	.47	47.06	.04**	46.65	.06*	47.21	.03*	45.65	.18	41.41	.42	47.94	.01*
	無	30	40.38		35.55		36.32		35.28		38.15		45.92		33.95	
看護師経験年数	20年未満	37	42.54	.88	47.01	.19	36.04	.22	43.31	.92	41.70	.67	44.16	.70	41.19	.55
	20年以上	28	43.35		39.91		48.36		42.76		44.00		42.10		44.40	
管理職経験	有	28	44.95	.69	41.91	.78	48.07	.18	39.79	.39	42.36	.87	47.43	.25	45.39	.53
	無	57	42.05		43.54		48.51		44.58		42.32		40.82		41.82	
ターミナルケア経験	有	68	43.70	.61	42.63	.78	42.38	.64	42.63	.78	42.51	.71	42.22	.56	41.82	.37
	無	17	40.21		44.47		45.47		44.50		44.97		46.12		47.74	
親との死別経験	有	39	44.83	.53	38.18	.10	47.00	.17	39.24	.19	47.04	.16	37.78	.07	47.63	.11
	無	46	41.45		47.09		39.61		46.18		39.58		47.42		39.08	

Mann-WhitneyのU検定

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

5. ターミナルケア態度尺度の分析 (表4)

看取り観として測定したターミナルケア態度の尺度の得点をみると、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の平均点は35.88 (SD=4.89), 「患者・家族を中心とするケアの認識」の平均は50.06 (SD=4.72), ターミナルケア総得点の平均点は、89.56 (SD=5.59) であった。

また基本属性を独立変数、各尺度の得点及び総得点を従属変数としたU検定を行った結果、親の看取り経験の有無で親の看取り経験がない看護師が「死にゆく患者へのケアの前向きさ」(p=.01), 「総得点」(p=.04) と、有意に高かったが、それ以外の項目での有意差は認められなかった。

VI. 考 察

分析の結果から本研究では、看護師経験10年以上のベテラン看護師の死生観に影響する要因として年齢、性別、子ども、配偶者の有無が影響し、看取り観には親の看取り経験の

有無が影響していることが示唆された。以下得られた結果を基に考察する。

1. 臨老式死生観尺度とターミナルケア態度尺度の関連

臨老式死生観尺度とターミナルケア態度尺度間の関連では、臨老式死生観尺度の「死からの回避」とターミナルケア態度尺度の「死にゆく患者へのケアの前向きさ」に有意な正の相関が認められた。一方、「死後の世界観」「解放としての死」「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」は、看取り観に影響を及ぼさない結果が示された。岡本,石井 (2005) は、看護師が確固たる死生観を持たないと、看護師自身の中に死の恐怖が生じ、それへの防衛のために患者とのコミュニケーションができなくなると報告しているように、ベテラン看護師は、死からの回避をしながらも死にゆく患者へのケアに前向きになれる理由として、確固たる死生観をもっていることが推測される。

表 4 基本属性の相違によるターミナルケア態度の比較

n=85

	n	死にゆく患者への ケアの前向きさ		患者・家族を中心と するケアの認識		総得点		
		Mean	p 値	Mean	p 値	Mean	p 値	
年代	50歳未満	20	44.52	.30	41.75	.40	43.91	.54
	50歳以上	65	38.05		47.05		40.05	
性別	男	4	40.75	.87	38.00	.70	36.75	.62
	女	81	43.11		43.25		43.31	
配偶者	有	60	43.27	.88	44.13	.51	45.48	.15
	無	25	42.36		40.28		37.06	
子ども	有	55	43.31	.88	43.86	.66	42.25	.53
	無	30	42.43		41.42		40.72	
看護師 経験年数	20年未満	37	41.49	.62	42.34	.83	40.82	.47
	20年以上	28	44.17		43.51		44.68	
管理職経験	有	28	38.36	.22	41.18	.40	40.50	.51
	無	57	45.28		41.44		44.23	
ターミナルケア 経験	有	68	43.43	.75	42.18	.54	43.46	.69
	無	17	41.26		46.26		45.15	
親との 死別経験	有	39	35.83	.01**	44.67	.57	37.10	.00***
	無	46	49.08		41.59		48.00	

Mann-WhitneyのU検定

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

2. 死生観に影響する要因

基本属性を独立変数、各下位尺度の得点を従属変数としU検定を行った結果、本研究では、年齢、性別、配偶者の有無が死生観に影響を与える要因であることが示唆された。各項目の分析では、50歳以上のベテラン看護師は、50歳未満のベテラン看護師と比較すると死を苦痛からの解放と捉えており、性別で比較をすると女性ベテラン看護師は、男性ベテラン看護師より死への恐怖や不安が高いが、死後の世界を肯定的かつ死は苦痛からの解放と捉えていた。また、家族に関する属性では子どもがいるベテラン看護師は、子どもがいないベテラン看護師より死生観が高く、いのちの期限を肯定的に捉えている一方、死への恐怖や不安が高く、死への恐怖から死について考えることを避けていた。さらに配偶者がいるベテラン看護師は配偶者がいない看護師よりいのちの期限を肯定的に捉えている。岡本、石井（2005）は、加齢とともに経験を重ねることによって死に対する不安が和らぐと報告しており、本研究においても年齢においては同様の結果となったことから年齢を重ね看護師としてだけでなく人間として様々な経験が死生観を持つ礎となっているのではないかと考えられる。また子どもや配偶者の有無が死生観に影響を与えていることから、家族を持ち自分以外の人の人生や生活に対し責任を持つ自覚が、生きる糧となると同時に家族のために生きていきたいと考えることで死を避けたり、大切な家族を亡くしたくないという思いから死への恐怖や不安が生じ、死生観に影響を与えているのではないかと推測できる。したがって看護師経験の他、日常生活上での経験が死生観を持つ礎になっていることが考えられる。

3. 看取り観に影響する要因

本研究における「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の平均点は35.88点（SD=4.89）、「患者・家族を中心とするケアの認識」は50.06点（SD=4.72）、ターミナルケア総得点は、89.56点（SD=5.59）であった。同じ尺度を使用した辻田淵（2016）の特別養護老人ホームとグループホームの施設職員を対象とした調査では、それぞれ56.0点、47.7点、総得点104.9点、特別養護老人ホームの介護福祉士を対象とした荻原、桑原（2022）の結果ではそれぞれ60.7点、49.7点、110.4点と報告されている。また後藤ら（2014）が調査した高齢者の終末期ケアを実施している施設の看護職員の調査結果ではそれぞれ59.7点、45.7点、109.3点と報告されており、本研究の対象者であるベテラン看護師は、「患者・家族を中心とするケアの認識」を除き看取り観が低いことが示された。一方で「患者・家族を中心とするケアの認識」においては、後藤ら（2014）の高齢者終末期ケアに携わる介護職（44.7点±4.2）や看護職（45.7点±4.6）、荻原、桑原（2022）の特別養護老人ホームに勤務する介護福祉士（49.7点±4.3）の先行研究と比較すると、本研究の対象者であるベテラン看護師は得点が高かった。

本研究ではベテラン看護師を対象者としているため看護師経験年数は10年以上であり、ターミナルケア経験者が80%と高く、さらに親との死別経験があるベテラン看護師は45.8%と対象者の半数を占めている。このことから本研究の対象者は公私において死に向き合う経験をしており、8割を超える質問紙の回収率の高さからも死生観に対して高い関心を持つ集団であると考えられる。大町ら（2009）は、ターミナルケア態度の積極性について看護師自身の「看取った患

者数」を要因のひとつにあげている。本研究の対象者は一般病院で勤務している看護師を含んでいることから、日々の業務は治療や回復の支援、リハビリ等を中心に行っており、日々ターミナルケアに従事している看護師に比べて看取りの頻度が低いことが考えられる。一般病棟では、緩和ケアチームによるコンサルトが行われている施設もあるが十分浸透しておらず、一般病棟で働く看護師はターミナル患者とのかかわりにおいて多くのとまどいを感じながら働いており（岡田（北村）、山元、2012）、本研究におけるベテラン看護師も患者や家族を中心としたケアに重きを置きながらも、看取りに対して戸惑いや困難感を感じ、看取りに前向きになれないことが推察される。

看取り観（ターミナルケア態度）に影響する要因として辻、田淵（2016）は、専門職としての経験年数や看取り経験、大町ら（2009）は身近な人との死別体験が影響したと報告している。本研究で得られた看取り観に影響する要因としては親との死別経験の有無のみであり、親との死別経験がないベテラン看護師は看取り観及び死にゆく患者へのケアの前向きさが高く、先行研究とは異なる結果となった。これは親の看取りの経験があるベテラン看護師より、親の看取りの経験がないベテラン看護師の方が業務の中で専門職として患者の死と向き合うことができているということである。この結果から親との死別の経験があるベテラン看護師は、唯一無二である親との死別が死との向き合い方に影響を及ぼし、自身の死別経験を患者の死と重ね悲しみが蘇ることで、死にゆく患者のケアに前向きになることができないのではないだろうかと考える。

Ⅶ. 結 論

本研究では、ベテラン看護師の死生観と看取り観に関連する要因を検討し、以下の結果を得た。

1. 死への恐怖から死について考えることを避けているベテラン看護師は、死にゆく患者へのケアに対し前向きであることが明らかとなった。
2. ベテラン看護師の死生観に影響する個人要因は年齢、性別、子どもの有無、配偶者の有無であり、看護師経験の他、日常生活上での経験が死生観を持つ礎になっていることが示唆された。
3. ベテラン看護師の看取り観に影響する個人要因は親との死別経験であり、親との死別を経験した看護師は、自分の親との死別経験と重ねることで悲しみが蘇り、死にゆく患者のケアに前向きになることができない状況にあることが示唆された。

本論文は、星槎大学大学院修士論文を加筆、修正したものであり、一部は第51回日本看護学会学術集会及び第25回日本看護管理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

- 青柳道子、鷲見尚己。（2008）. 終末期医療に関する看護教育のあり方の検討 学生の関心に焦点を当てて. 看護総合科学研究会誌, 11 (1), 49-61.
- 後藤真澄, 三上章允, 間瀬敬子, 塚本利幸. (2014). 高齢者終末期ケアに携わる関係職種の死生観と看取り観について. 厚生生の指標, 61 (15), 28-34.
- 萩原久美子, 桑原和代. (2022). 特別養護老人ホームに勤務する介護福祉士の看取り観に影響を与える要因. 介護福祉学, 29 (1), 33-43.
- 東野友子. (2021). 看護師の看取りケアと死に対する考え. 旭川大学保健福祉学部研究紀要, 13, 63-66.
- 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 森川優子, 柏木哲夫. (2000). 死生観に関する研究 死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証. 死の臨床, 23 (1), 71-76.
- 岩下葉月, 吉岡さおり. (2012). 終末期ケアに対する看護学生の態度と影響する要因. 広島国際大学看護学ジャーナル, 9 (1), 35-44.
- 古寺蘭, 夜船彩, 船橋真子, 今井多樹子, 上田孝子, 永谷真理子. (2017). 地方中規模病院の中堅および熟練看護師が離職を思い留まった理由—テキストマイニングによる解説から—. 日本看護学会論文集看護管理, 47, 74-77.
- 京田亜由美, 加藤咲子, 中澤健二, 瀬山留加, 武居明美, 神田清子. (2009). 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究の動向と課題. 群馬保健学紀要, 30, 49-58.
- 内閣府. (2022). 令和4年版高齢社会白書(全体版) 令和3年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/zenbun/index.html>
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子. (2006). Frommel のターミナルケア態度尺度日本語版(FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病棟での看護師調査短縮版の作成まで—. がん看護, 11 (6), 723-729.
- 西本大策, 李慧瑛, 兒玉慎平. (2019). 看護師のバーンアウトに影響を及ぼす二次元レジリエンス要因の分析. 日本職業・災害医学会会誌, 67 (1), 38-43.
- 岡田(北村)奈津子, 山元由美子. ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方. 日本看護研究学会雑誌, 35 (2), 35-46.
- 岡本双美子, 石井京子. (2005). 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析. 日本看護研究学会雑誌, 28 (4), 53-60.
- 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 山下友紀, 磯部佳苗, 山口知香. (2009). 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析. 保健学研究, 20 (2), 43-50.
- 佐々木章雄, 浦山奈々, 山口文恵, 安藝寿美. (2019). 意思表出が困難な患者の観察における看護師の経験年数差による着眼点の違い. 国立病院機構徳島病院雑誌, 10, 28-31.
- 下平和代, 上別府圭子, 杉下知子. (2007). ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情. 日本看護学会誌, 27 (3), 57-65.
- 谷口清弥. (2011). 看護師の困難からの立直りのプロセスと困難体験が看護に与えた影響. 日本保健医療行動科学会年報, 26, 89-103.
- 辻麻由美, 田淵康子. (2016). 介護職員のターミナルケア態度に関連する要因の検討—個人属性および死生観との関連—. Palliative Care Research, 11 (3), 217-224.
- 八重樫千香, 福井純子. (2022). ベテラン看護師の特性に関する文献検討. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 18 (1), 105-113.

◇研究報告◇

病棟看護師の退院支援能力とコミュニティ意識の関係

—退院支援教育の示唆—

猪狩明日香^{1)*}, 横尾誠一²⁾, 齋藤嘉宏¹⁾

目的: 病棟看護師の退院支援能力とコミュニティ意識の関係性を明らかにし、教育体制の示唆を得る。

方法: 病棟看護師 283 名を対象とし、属性、ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度 (DCP-PEM)、コミュニティ意識尺度を用いて、アンケート調査を行った。DCP-PEM とコミュニティ意識の合計点の相関関係を、Pearson の積率相関係数を用いて算出した。

結果: 212 名から有効な回答が得られた (有効回答率 74.9%)。平均年齢は 29.4 ± 7.1 歳、臨床経験年数の平均は 6.8 ± 6.2 年であった。退院支援の「スクリーニング」領域とコミュニティ意識の「自己決定」、「ケアプランニング」及び「実践」と「連帯・積極性」、「モニタリング」と「愛着」が関係していた。

結論: 退院支援能力を高めるためには、医療機関は同市町村の医療福祉機関と協働して、病棟看護師が地域の関係者と交流できる場を提供し、患者と地域とを一体的に捉え、よりよい地域づくりに目を向けたコミュニティ意識を持てるような支援が必要である。

【キーワード】 退院支援能力, コミュニティ意識, 病棟看護師, 退院支援教育

I. はじめに

近年、医療制度改革で在院日数が短縮し、医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進が、重点課題に位置付けられている (厚生労働省, 2014)。そのため我が国は、患者の住み慣れた地域や自宅での生活を支える「地域完結型」 (日本看護協会, 2015) を目指し、介護との連携や多職種協働を強化しながら、在宅療養への積極的な移行を推進している。診療報酬改定 (厚生労働省, 2016) では、従来の「退院支援加算」から「入退院支援加算」が新設となり、医療機関では、入院時や外来受診時など早期から、患者の退院後の生活を見据えた介入が求められている。その中でも、患者に最も近い存在である病棟看護師には、患者・家族を地域での生活者として捉えた入退院支援の実践能力が必要であり (山本・森下, 2016)、特に、中小規模病院で勤務する病棟看護師が行う入退院支援は、患者・家族の意思決定を踏まえ、患者が地域で生活を再び送るための基盤となる重要な実践の場、といわれている (恩幣ほか, 2022)。

このような背景のもと、各中小規模病院が病棟看護師を中心に開催している入退院支援研修は、訪問看護師に同行する実習 (後藤ほか, 2015) (菱沼, 2021) や退院前カンファレンスの実施方法 (獅子内, 2014) に関する講義など、多様な教育プログラムで構成されており、看護師の退院支援に関する知識や実践力を獲得する意欲の向上を促進している (猪狩・横尾, 2023)。しかしながら、病棟看護師個人では、患者の在宅での生活をイメージしづらく (川嶋ほか, 2015)、患者を地域社会で暮らす生活者として捉えることに困難を抱えていること (岩下ほか, 2021)、環境面では、地域との連携力の乏しさを感じており (牛久保ほか, 2017)、在宅にむけた看護の視点を活かした看護実践に繋がらない (齋藤ほか, 2010) ことから、改定前の「退院支援」の実践能力の向上にも至っていない。

豊島 (2016,p14) は、「患者は地域で暮らす生活者の一員であり地域社会で様々な環境に取り巻かれていること、患者を生活者として捉えるためには、看護師にコミュニティの視点をもつ能力が必要である」ことを述べている。しかし近年は、

受付日: 2023 年 10 月 15 日 / 受理日: 2024 年 9 月 6 日

1) 令和健康科学大学看護学部看護学科 2) 福岡国際医療福祉大学看護学部看護学科

* E-mail: aikari@kyoju.ac.jp

地域の人々との付き合いが疎遠になり、地域コミュニティが衰退している深刻な状況が生じている（文部科学省，2017）。社会意識に関する世論調査（内閣府，2019）では、20歳代から40歳代は近所付き合いがない者の割合が高い現状が報告されている。全国の平均年齢が30歳代である看護師（日本看護協会医療政策部，2022）においても、近所付き合いが希薄である世代であり、地域との連携を図る退院支援の実践能力に影響している可能性が考えられる。また、病棟看護師は、退院支援に関する意識が不足しており（岡部ほか，2014）、退院支援の知識の獲得だけでなく、意識を変える取り組みが求められている（豊島ほか，2016）。これらのことより、病棟看護師自身が、患者が暮らす地域社会への関心、いわゆる「コミュニティ意識」をもつことで、患者を生活者としてイメージでき、患者が帰る地域社会に関する情報を得ることができ、退院支援の実践能力（以下、退院支援能力とする。）を高める可能性を見出せるのではないだろうか。

先行研究においては、退院支援能力を高める要因として、病棟看護師は、教育や学習を経験する（西山・関井，2019）ことだけでなく、他職種との連携に関心があり（中村，2015）、患者・家族にとって利用可能な社会資源などの探索や交渉を実施できている（錦織ほか，2016）ことが報告されているが、看護師自身のコミュニティ意識に関する報告は見当たらない。そこで、本研究では、地域での「暮らし」という視点から、地域社会への関心があり、愛着があり、地域と連携できる、といわれているコミュニティ意識が高い者（Ishimori，2007）の特性に着目した。

地域の関連機関と連携するプロセスのある退院支援において、病棟看護師の退院支援能力には、看護師自身のコミュニティ意識の程度が影響しているのではないかと考えた。本研究では、病棟看護師の退院支援能力とコミュニティ意識との関係性を明らかにし、退院支援教育の示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ. 目 的

本研究は、病棟看護師の退院支援能力とコミュニティ意識の関係性を明らかにし、退院支援教育の示唆を得ることを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

1) 退院支援能力：病棟看護師が、患者の退院に向け、病院内内外の多職種と協働して、スクリーニング、アセスメント、ケアプランニング、実施、モニタリングの段階を踏まえた支援（篠田 2017,pp34-44）を実践する能力を示し、各段階の定義は以下の(1)～(5)とする。

(1) スクリーニング：患者・家族より情報を収集し、退院支援が必要な人を早期に発見して特定すること。

(2) アセスメント：患者・家族の身体面・精神面・社会面の側面から生活ニーズについて情報を収集し、分析すること。

(3) ケアプランニング：アセスメントにより把握された患者・家族の生活ニーズや、退院後に利用するサービス内容を検討し、退院後の患者にとって実現可能な目標を設定し、退院後のケアが継続されるようなプランを策定すること。

(4) 実施：ケアプランニングした内容に基づいて、患者・家族への教育や退院の準備などの支援や、関係者との連携を実践すること。

(5) モニタリング：ケアプランニングした内容に基づいて、患者・家族へ支援が適切に提供されているか継続的に評価し、患者の退院準備状況の把握や新たな生活ニーズが生じていないか再度アセスメントを行うこと。また、退院調整看護師など外来部門への継続支援を検討すること。

2) コミュニティ意識：地域社会への意識や態度を示し、石盛ら（2013,pp22-29）のコミュニティ意識尺度の下位尺度に準ずる、連帯・積極性、自己決定、愛着、他者依頼に関する意識を示す。各意識の定義は以下の(1)～(4)とする。

(1) 連帯・積極性：積極的にみんなと協力しながら地域のために活動するかどうかに関する意識を示す。

(2) 自己決定：地域をよくするためには市民自らが決定権を持つことが重要であるかどうかに関する意識を示す。

(3) 愛着：地域への誇りや愛着の有無に関する意識を示す。

(4) 他者依頼：行政や他の熱心な人に地域の問題への取り組みは任せておいてよいと考えるかという意識を示す。

2. 調査期間

2023年1月

3. 調査対象

A県内の中規模のB病院の病棟で勤務している全ての看護職員（看護助手を除く）の283名を対象とした。

4. 調査方法

調査機関の責任者に対して、対象者への調査票の配布を依頼した。調査票は無記名自記式とした。回答した調査票は、対象者が個別に回収用封筒に入れて封をし、回収箱へ投函する留置き法とした。回収箱は、調査機関の責任者が指示する場所へ設置した。研究結果は本研究のみに使用すること等を記載した書面と投函時に調査票を封入する封筒を、調査票と一緒に配布した。調査への協力は、回収箱へ調査票の投函を以って研究参加の同意とみなした。

5. 調査項目

1) 基本属性

年齢、看護師の臨床経験年数、在住している市町村（B病院が所在する地域と同市町村に在住しているか）、現居住地の在住年数について調査した。

2) 退院支援能力のディスチャージプランニングのプロセス評価尺度（以下、DCP-PEMとする。）

DCP-PEMは、千葉（2005）により開発された「スクリーニング（3項目）」領域、「アセスメント（6項目）」領域、「ケ

アプランニング (5 項目) 領域, 「実施 (9 項目)」領域, 「モニタリング (3 項目)」領域の 5 領域 26 項目で構成された 5 段階リッカート尺度であり, 使用許諾を得て使用した。回答は, 「5:十分にできている」～「1:全くできていない」とし, 項目の詳細は表 1 のとおりである。

3) コミュニティ意識尺度

コミュニティ意識尺度は, 石盛ら (2013) により開発された「連帯・積極性」「自己決定」「愛着」「他者依頼」の 4 つの下位尺度 12 項目で構成された 5 段階のリッカート尺度であり, 使用許諾を得て使用した。回答は, 「5: そう思う」～「1: そう思わない」とし, 項目の詳細は表 2 のとおりである。

6. 分析方法

対象者の概要は単純集計し, DCP-PEM の 5 つの領域およびコミュニティ意識尺度の 4 つの下位尺度別の合計得点を算出した。また, コミュニティ意識尺度のうち項目 8 と項目 10~12 は, 逆転項目であるため変数を反転し集計した。次いで, 調査した DCP-PEM の領域別の合計得点とコミュニティ

意識尺度の下位尺度の合計得点の関係は, Shapiro-Wilk 検定で正規性を確認し, Pearson の積率相関係数で算出し, 有意性の検定を行った。検定結果の判断には, 絶対的解釈を用いた。解析には, 統計解析ソフト SPSS for Windows Ver.28 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

本研究は令和健康科学大学倫理審査委員会の承認を受け実施した (承認番号 22-02)。調査機関に対しては, 機関の責任者から文章にて研究協力の承諾を得た。調査機関の責任者および対象者に対しては, 本研究の目的と方法, 自由意志による参加, 協力しないことにより不利益が生じないこと, 研究結果は本研究のみに使用すること, 研究の成果は投稿誌等へ公表することを記載した書面を, 調査票と一緒に配布した。調査は, 無記名で行い, 回収箱への投函を以って, 研究参加の同意とみなした。

表 1 DCP-PEM

領域	項目
スクリーニング	1 リスクスクリーニングに必要な情報収集をする。
	2 決められた時間内にリスクスクリーニングをする。
	3 リスクのある患者を特定する。
アセスメント	4 患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをする。
	5 患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントをする。
	6 患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする。
	7 患者の退院先のアセスメントをする。
	8 患者・家族に教育すべきことを明確にする。
	9 継続ケア (治療・看護) の体制を把握する。
ケアプランニング	10 患者・家族が退院後の生活環境の中で実施可能なプランを策定する。
	11 退院後ケアが継続されるようなプランを策定する。
	12 ヘルスケアニーズ, 社会的ニーズ, 経済的ニーズを考慮にいったプランを策定する。
	13 患者の治療・ケアの到達目標を把握する。
	14 関係者 (患者・家族・他職種) へ退院計画の伝達をする。
実施	15 退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする。
	16 保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる。
	17 介護者の支援体制の調整をする。
	18 患者に合ったセルフケアを促進する。
	19 家族へのカウンセリング・精神的支援をする。
	20 退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する。
	21 適切な時期の退院のために, さまざまなケア提供者との調整をする。
	22 退院時の患者移送手段の手配をする。
	23 他職種にもわかる紹介の記録を書く。
モニタリング	24 患者・家族の退院の準備状況を観察する。
	25 新たに発生するリスク患者を把握する。
	26 退院調整看護師へ依頼する時間を把握する。

表2 コミュニティ意識尺度

下位尺度	項目
連帯・積極性	1 地域でのボランティアなどの社会的活動に参加したい。
	2 住み良い地域づくりのための自分から積極的に活動していきたい。
	3 地域の人々と何かをすることで、自分の生活の豊かさを求めたい。
自己決定	4 地域での問題の解決には、地域住民と行政が対等な関係を築くことが重要である。
	5 地域をよくするためには、住民がすることに行政の側が積極的に協力すべきだ。
	6 地域をよくするためには、住民自らが決定することが重要である。
愛着	7 いま住んでいる地域に、誇りとか愛着のようなものを感じている。
	8 この土地にたまたま生活しているが、さして関心や愛着といったものはない。 ※
	9 人からこの地域の悪口をいわれたら、自分の悪口をいわれたような気持ちになる。
他者依頼	10 自分の住んでいる地域で住民運動が起きても、できればそれにかかわりたくない。 ※
	11 地域をよくするための活動は、熱心な人たちに任せておけばよい。 ※
	12 地域での環境整備は、行政に任せておけばよい。 ※

※は逆転項目

V. 結 果

1. 対象者の概要

調査協力依頼を行った283名のうち218名より回答が得られた(回収率77.0%)。そのうち、不完全回答を除いた212名(有効回答率74.9%)を分析対象とした。

対象者の平均年齢は、 29.4 ± 7.1 歳であり、20歳代が64.2%、30歳代が23.1%、40歳代が9.9%、50歳代が2.8%であった。看護師の臨床経験年数の平均年数は 6.8 ± 6.2 年であり、B病院と同市町村に在住している者は80.2%であり、現居住地に在住している平均年数は 8.3 ± 9.1 年間であった。

2. DCP-PEM とコミュニティ意識尺度との相関

DCP-PEMの5領域の合計得点と、コミュニティ意識尺度の4つの下位尺度の合計得点との相関関係を、Pearsonの積率相関係数を用いて算出した。それぞれの尺度間の関係性は、Shapiro-Wilk検定で、正規性があることを確認した。

DCP-PEMの「スクリーニング」領域では、コミュニティ意識尺度の「自己決定」($r=0.15$, $p=0.04$)において有意な相関が確認された。「ケアプランニング」領域では、「連帯・積極性」($r=0.20$, $p<0.01$)において有意な相関が確認された。「実施」領域では、「連帯・積極性」($r=0.17$, $p=0.01$)において有意な相関が確認された。「モニタリング」領域では、「愛着」($r=0.14$, $p=0.05$)において有意な相関が確認された。「アセスメント」領域では、コミュニティ意識尺度と有意な相関がみられなかった。

VI. 考 察

1. 退院支援能力とコミュニティ意識との関係性

病棟看護師の退院支援能力における「スクリーニング」には、コミュニティ意識の「自己決定」が関係していた。「スクリーニング」では、看護師が、患者など当事者ルートから得た情報に基づいて退院支援が必要な患者を特定し(篠田, 2017,

p36)、退院後にどこでどのような医療やケア、支援などを受けるのかを患者自身が意思決定できるよう支援する(宇都宮, 2015, p19)場面がある。介護予防に関する推進事業では、「住民は住民の居場所を作り上げ、その居場所は地域ニーズの宝庫である」(厚生労働省, 2017)といわれている。よって、病棟看護師が「自己決定」を意識しているということは、患者の病状や障害の情報だけに留まらず、退院後に患者が暮らしていく地域社会の中でのニーズも含めた「スクリーニング」を実践し、意思決定支援を行っている可能性があると考えられる。

「ケアプランニング」と「実施」には、「連帯・積極性」の意識との間で強く関係していた。「ケアプランニング」と「実施」では、いずれも患者を中心として、多職種などの関係者と連携を図るプロセスがある。このことから、周囲と協力して地域活動に参加する意識と、多職種との連携を図る退院支援能力が関係していたことが考えられる。わが国が目指す「地域共生社会」において、「住民の地域活動には、支える人と支えられる人が互いの連携を通じて地域をよりよいものへと変えていく原動力が生まれる」(内山, 2020)といわれている。よって、病棟看護師が地域活動へ参加することは、多職種や患者との連携を通じて、地域づくりに対するエンパワーメントをもたらすことを意味づけることができる。これらのことから、病棟看護師が、コミュニティ意識の「連帯・積極性」を意識しているということは、地域の関係者との連携を図り、患者が退院後も地域社会の中で暮らしを続けるためのよりよい地域づくりに目を向けることのできる「ケアプランニング」や「実践」につながり得ると考える。

「モニタリング」には、「愛着」の意識が関係していた。地域に対する愛着は、住民と居住地の心理的な一体感を高める役割を持つことが示唆されており(南, 2006, p28)、人と居住地を結ぶ情緒的な絆(Hidalgo and Hernandez, 2001)といわれている。また、地域へ強い愛着を持つ住民は、地域の一員としての自覚が強いことが明らかとなっている(Twigger-

表3 対象者の概要

調査項目	カテゴリ	n=212	
		n	%
年齢	平均 (範囲)	29.4±7.1 (21-53)	
	20-29歳	136	64.2
	30-39歳	49	23.1
	40-49歳	21	9.9
	50歳以上	6	2.8
看護師臨床経験年数	平均 (範囲)	6.8±6.2 (1-33)	
	1年目	26	12.3
	2-4年目	81	38.2
	5-10年目	57	36.9
	11年目以上	48	22.6
勤務先と同じ地域に在住している	はい	170	80.2
	いいえ	42	19.8
在住年数	平均 (範囲)	8.3±9.1 (0-47)	
	0年間	10	4.7
	1-4年間	98	46.2
	5-9年間	45	21.2
	10-19年間	26	12.3
	20年間以上	33	15.6

表4 DCP-PEM とコミュニティ意識尺度との相関

		n=212			
		コミュニティ意識			
		連帯・積極性	自己決定	愛着	他者依頼
スクリーニング領域	r	0.13	0.15	0.08	0.02
	p値 (両側)	0.06	0.04 *	0.26	0.73
アセスメント領域	r	0.11	0.12	-0.01	0.07
	p値 (両側)	0.12	0.07	0.90	0.33
ケアプランニング領域	r	0.20	0.02	0.05	0.11
	p値 (両側)	<0.01 *	0.83	0.50	0.12
実施領域	r	0.17	0.02	0.09	0.12
	p値 (両側)	0.01 *	0.76	0.17	0.07
モニタリング領域	r	0.13	0.10	0.14	0.01
	p値 (両側)	0.06	0.17	0.05 *	0.88

* p<.05

(Pearson の積率相関係数)

ross and Uzzell, 1996)。つまり、コミュニティ意識の「愛着」を意識している病棟看護師は、患者と患者が帰る地域とを一体的に捉えた上で「モニタリング」を実践しているのではないかと考える。

本研究では「アセスメント」において、コミュニティ意識との関係性を認めなかった。先行研究では、病棟看護師のアセスメント能力には、看護師の経験年数によって差が生じる

(野中・比田井, 2015) ことが報告されていることから、今後は、経験年数による分析方法等を検討し、コミュニティ意識との関係性を見出す必要がある。

2. 今後の退院支援に関する教育支援の示唆

看護師には、コミュニティの視点を持ち、患者を生活者として捉え、退院後の生活のニーズをアセスメントし、地域の資源につなげていく退院支援能力が求められている (豊島, 2016, p14)。

本研究では、病棟看護師のコミュニティ意識が、患者の病状や生活に関する情報だけではなく、患者が生活する地域社会や地域づくりに対する視点を持ち、患者と地域を一体的に捉えた退院支援の実践能力へとつながり得る示唆を得た。以上のことより、病棟看護師がコミュニティ意識を高めることは、退院支援能力の向上に寄与することが期待できる。

コミュニティや地縁の希薄化により、インフォーマルな関わりが機能しにくくなっている近代では、地域住民のもつコミュニティ意識が地域住民の問題解決の鍵となる(村山ほか, 2011)と言われている。本分析対象の平均年齢は29.4±7.1歳、経験年数の平均値は6.8±6.2年であったが、全国の平均年齢は37歳、経験年数は9.7年(日本看護協会医療政策部, 2022)と、本分析対象者は、全国と比べ若い年齢層や臨床の経験年数が少ない看護師が多い傾向であった。地域コミュニティが最も希薄な世代は20歳代である(文部科学省, 2017)こと、また、藤原ら(2013)によると、看護師経験年数の低いものは、患者の在宅での療養支援の視点をもった看護の知識が不足していることが明らかになっていることから、本分析対象者もそのような対象者であったことが予想される。このため、地域コミュニティ意識を高める教育の体制づくりは強化される必要性が高いと考える。

「スクリーニング」では、看護師は、患者が納得しながら自身で意思決定できているかという視点を大切にすることが必要である(宇都宮, 2015, p19)。病棟看護師を対象とした研修では、訪問看護師の見学実習をプログラムに取り入れることで、受講者が患者の意思決定支援を行動レベルで認識するようになった効果を示している(高村ほか, 2018)。このように、退院支援の教育では、地域における医療福祉機関である訪問看護師や介護支援専門員等の専門職者と協働して、病棟看護師が退院後の患者の暮らしを知る研修会などを設定することが望ましいと考える。病棟看護師は、このような研修を経験することで、患者が地域社会の中で様々なニーズを満たすために自ら意思決定していく場面に直面することができ、患者だけでなく患者が生活する地域社会に対する視点も意識した「スクリーニング」が可能となるのではないかと考える。

退院支援を実践する看護師には、地域の特徴を知り(宇都宮, 2015, p45)、地域の関係者と積極的に連携し(都築・宇城, 2023)、情報を共有することが重要である(竹村ほか, 2022)といわれている。病棟看護師が、地域の医療福祉機関などと積極的に連携を図れる関係性を構築するためには、各医療機関が、地域でのカンファレンスやケア・ミーティングなどに、病棟看護師も参加できる場を提供する必要があると考える。そして、病棟看護師が、地域との連携活動を通してよりよい地域づくりに対する意識をもった「ケアプランニング」と「実施」が可能となるのではないかと考える。

コミュニティ意識とは、地域社会の成員としての自覚に基づき、地域社会という全体的な集合の場を重視する(村山ほか, 2006)ことである。このことより、地域の実情を把握し

ながら現場で活躍している地域包括支援センターの職員や介護支援専門員、在宅医療に携わっている専門機関などは、その意識を有していることが推測できる。以上のことより、病棟看護師が、地域の医療福祉専門職などとの交流を図ることで、看護師自身も地域の成員であるという自覚が芽生え、患者と地域との一体感を意識した「モニタリング」の実践につながり得るのではないかと考える。

これらのことより、病棟看護師の退院支援能力を高めるためには様々な課題を抱える患者だけでなく、患者が生活を送る地域社会に対するコミュニティ意識を持つことのできるような教育体制の構築を進めることが重要であると考え。また、本分析対象者では、そのうち約8割以上が、所属するB病院と同市町村に在住していた。よって、医療機関は、同市町村で活動する医療福祉機関と協働し、病棟看護師が地域との関係者との交流や連携を積極的に図ることのできる場の提供に努める必要がある。

研究の限界と課題

本調査は、一カ所の中規模病院で勤務している病棟看護師と限定された対象であったため、今後は調査対象の病院を拡大する必要がある。

VII. 結 論

本研究では、退院支援の「スクリーニング」領域とコミュニティ意識の「自己決定」、「ケアプランニング」及び「実践」と「連帯・積極性」、「モニタリング」と「愛着」との間に関係性があることを認めた。退院支援能力を高めるためには、病棟看護師が、患者と地域とを一体的に捉え、患者にとってよりよい地域づくりに目を向けたコミュニティ意識を持つことのできるような支援をすることが重要である。そのためには、医療機関は、同市町村で活動する医療福祉機関と協働して、病棟看護師が地域との関係者との交流を図る機会を提供し、患者が地域で生活することを考慮した退院支援ができるような体制づくりを目指していくことが望ましい。

謝辞

本研究にご協力賜りました看護師ならびに調査施設の皆様に、深く感謝申し上げます。なお、本研究は、2022年度令和健康科学大学より大学支援研究費の助成を受けたものである。利益相反

本論文において、研究代表者および共同研究者の開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 千葉由美. (2005). ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証. 日本看護学会誌, 25 (4), 39-51, https://doi.org/10.5630/jans1981.25.4_39
- 藤原奈佳子, 小野薫, 森田恵美子, 安西由美子, 永井昌寛, 森雅美, 賀沢弥貴, 柳澤理子, 古田加代子. (2013). 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価. 愛知県立大学看護学部紀要, 19, 49-59.

- 後藤たみ, 林敏美, 田中圭子, 蔭山直代 (2015). 退院支援に関する院内教育の取り組み:退院支援看護師とのシャドウイングを試みて. 全国自治体病院協議会雑誌, 54 (6), 936-939.
- Hidalgo, M. C&Hernandez, B (2001). Place attachment conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21 (3), 273-281.
- 菱沼啓子. (2021). 在宅看護研修の評価と今後の展望. 共済医報, 70 (1), 62-65.
- 猪狩明日香, 横尾誠一. (2023). 退院支援の研修に関する文献検討 現状と課題から得られる今後の示唆. 日本看護学会誌, 18 (1), 94-103.
- Ishimori, M. (2007). Relationship between sense of community and motivation to participate in NPO activities. *The NonprofitReview*, 7 (2), 67-73. <https://doi.org/10.11433/janpora.7.67>
- 石盛真徳, 岡本卓也, 加藤潤三. (2013). コミュニティ意識尺度 (短縮版) の開発. 実験社会心理学研究, 53 (1), 22-29. <https://doi.org/10.2130/jjesp.1113>
- 岩下ますみ, 土井英子, 上山和子. (2021). 中山間地域の看護師による高齢者への退院支援の現状と課題. 日本看護学会論文集 急性期看護・慢性期看護, 51, 161-164.
- 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛, 磯邊厚子. (2015). 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, 29-38.
- 厚生労働省. (2016). 平成 28 年度診療報酬改定の概要. 2024 年 3 月 10 日アクセス. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-eisakujouhou-12400000-Hokenkyo-ku/0000125201>.
- 厚生労働省老健局老人保健課. (2017). 地域づくりによる介護予防を推進するための手引きダイジェスト版. 2024 年 3 月 10 日アクセス. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/00001661_414.pdf
- 南博文. (2006). 環境心理学の新しいかたち. 誠信書房.
- 文部科学省. (2017). 社会教育を取り巻く環境の変化と課題. 2024 年 3 月 10 日アクセス. https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/04/04/1384048_5.pdf
- 村山洋史, 菅原育子, 吉江悟, 涌井智子, 荒見玲子. (2006). 健康推進員活動における活動満足感, 活動負担感の尺度開発. 日本公衆衛生雑誌, 53 (12), 875-883. https://doi.org/10.11236/jph.53.12_875
- 村山洋史. (2011). 一般住民における地域社会への態度尺度の再検討と健康指標との関連. 日本公衆衛生雑誌, 58 (5), 350-360. https://doi.org/10.11236/jph.58.5_350
- 内閣府. (2019). 社会意識に関する世論調査 (令和元年 6 月調査). 2024 年 3 月 10 日アクセス. <http://survey.gov-online.go.jp/r01/r01-shakai/zh/z07-1.html>
- 中村円. (2015). 若手看護師の行う積極的な退院支援に影響を及ぼした要因. 日本看護学会論文集 看護管理, 45, 327-330.
- 日本看護協会. (2015). 2025 年に向けた看護の挑戦看護の将来ビジョンのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護. 看護, 67 (10), 74-85.
- 日本看護協会医療政策部編. (2022). 日本看護協会調査研究報告 2021 年看護職員実態調査. 2024 年 3 月 10 日アクセス. <http://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf>.
- 錦織梨紗, 永田智子, 水井翠, 戸村ひかり. (2016). 病棟看護師が担う退院支援係の配置の有無と病院の特徴および退院支援への取り組み状況との関係. 日本地域看護学会誌, 19 (1), 72-79. https://doi.org/10.20746/jachn.19.1_72
- 西山和代, 関井愛紀子. (2019). 病棟看護師の退院支援実践力とチームアプローチとの関連. 日本看護管理学会誌, 23 (1), 1-10. https://doi.org/10.19012/janap.23.1_1
- 野中沙耶, 比田井亜惟. (2015). 手術後患者に対する統一した身体抑制アセスメントを目指して—危険予測スケールの導入に向けて—. 日本看護学会論文集急性期看護, 45, 100-103.
- 岡部明子, 柳原清子, 堤千加子, 鈴木朋美, 勝間典子, 畠山真由美, 西野隆一, 大串渉, 土本倫子, 高澤智桂子. (2014). PFM システムを持つ特定機能病院での看護師の退院支援意識と関連要因の分析. 東海大学健康科学部紀要, 19, 3-12.
- 恩幣宏美, 中西啓介, 佐名木勇, 小林寛子. (2022). 中小規模病院における病棟看護師の退院支援の実践内容. 日本在宅ケア学会誌, 26 (1), 83-92.
- 齋藤郁子, 赤間明子, 大竹まり子, 細谷たき子, 叶谷由佳, 小林淳子. (2010). 全国の病棟看護師における在宅看護の視点に関する意識ならびに実践の認識との関連要因に関する研究. 北日本看護学会誌, 12 (2), 13-25.
- 篠田道子. (2017). ナースのための退院支援・調整院内チームと地域連携のシステムづくり (第 2 版). 日本看護協会出版会.
- 獅子内明美. (2014). 経験が少ない看護師も安心 円滑な退院支援・調整をサポートできる育成プログラム. 看護人材育成, 10 (6), 2-14.
- 高村千香子, 下島美千代, 芳村直美. (2018). 中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題. 日本看護学会論文集 看護教育, 48, 130-133.
- 竹村和誠. (2022). 地域包括ケア病棟看護師が高齢者に対して実践している退院支援の自己評価と関連要因. 日本地域看護学会誌, 25 (3), 4-11. https://doi.org/10.20746/jachn.25.3_4
- 豊島泰子. (2016). 看護師のための地域看護学. PILAR PRESS.
- 豊島由樹子, 加納江理, 小池武嗣, 木下幸代. (2016). 医療療養病棟における在宅療養移行支援についての看護師の認識. 日本慢性看護学会誌, 10 (1), 79.
- 都築久美子, 宇城令. (2023). 病棟看護師の退院支援の実践に影響する要因. 日本看護管理学会誌, 27 (1), 112-121. https://doi.org/10.19012/janap.27.1_112
- Twigger-ross, L. & Uzzell, D. L. (1996). Place and Identity Processes. *Journal of Environmental Psychology*, 16 (3), 205-220. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1006/jevp.1996.0017>
- 内山智尋. (2020). 「地域共生社会」の実現とコミュニティソーシャルワークの役割. 評論・社会科学, 133, 137-159.
- 牛久保美津子, 近藤浩子, 塚越徳子, 菊地沙織, 上山真美, 恩幣宏美, 堀越政孝, 常盤洋子. (2017). 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), 67-72.
- 宇都宮宏子 (監修). (2015). 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 学研メディカル秀潤社.
- 山本詩帆, 森下安子. (2016). 退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり退院支援における姿勢に焦点を当てて. 高知女子大学看護学会誌, 41 (2), 60-69.

◇研究報告◇

A 県の看護継続教育の現状と教育支援のニーズ —病院と訪問看護ステーション教育担当者への調査—

網木政江^{1)*}, 伊東美佐江²⁾, 田戸朝美²⁾, 村上由香里³⁾, 吉村久美³⁾

【目的】 A 県内の病院および訪問看護ステーションにおける看護継続教育の現状と教育支援ニーズを明らかにすることである。

【方法】 病院および訪問看護ステーションの看護教育担当代表者を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。

【結果】 配布数 238 件、回収数 99 件（有効回収率 41.6%）であった。分析の結果、8~9 割の施設で施設内、施設外での教育が実施されていたが、教育人材の育成と人員確保、教育資機材・設備の整備、研修時間確保等の課題を抱えていた。大学に対するニーズは、シミュレーション教育、最新知識等の講座、キャリアアップ支援の順に高く、看護研究に関しては、研究各プロセスの知識・技術の提供が最多であった。

【結論】 設備や人材等の教育環境の整っている大学の強みを生かしたスキルアップやキャリアアップのための教育研修、自施設の教育充実のための人材育成を期待されていることが示唆された。

【キーワード】 継続教育, 教育支援, ニーズ

I. はじめに

2020 年に始まった新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の世界的流行により健康危機管理のあり方が見直されるとともに、専門性を有す高度医療人材の養成がさらに求められている。また、在宅医療や地域包括ケアの充実、タスク・シフト/シェアの推進に伴い看護職が担う役割は重要性を増し、継続教育の重要性は益々増加している。

看護における継続教育は、「看護の専門職として常に最善のケアを提供するために必要な知識、技術、態度の向上を促すための学習を支援する活動である。」（日本看護協会,2012）と定義され、看護の質の維持・向上、看護職の能力開発のために不可欠なものとなっている。また、COVID-19 感染症拡大に伴う看護学生の臨地実習時間の減少等、看護基礎教育への影響があったことをふまえると、その重要性は増している。

このような背景の中、A 大学医学部では、保健学科と医学部附属病院看護部（以下、附属病院看護部）が連携し、看護基礎教育と院内教育の連携・強化を図るとともに、A 県内で

医学・看護教育と高度先進医療を担う中核機関として、地域の看護職へ継続教育を行う組織を目指している。

大学病院看護部と自大学看護学部等が連携した人材養成は、2009 年度、文部科学省大学改革推進事業「看護師の人材養成システムの確立」により、九州大学の「看護実践力プロッサム開花プロジェクト」（九州大学病院看護部, 2010）や、岡山大学の「EBN 志向の次世代看護職教育システム開発」（保科ら, 2011）等で先駆的な取り組みがなされ、特色ある教育システムの構築や教育プログラムの開発とともに、事業終了後も地域の看護教育の拠点として人材育成事業が継続されている。COVID-19 流行後、オンラインを活用した研修の普及により研修形態や学習形態も多様化し、看護職を対象にした様々な研修が開催されているが、我々は保健学科と附属病院看護部の強みを生かし、地域の看護職へ看護実践能力向上を目指した教育研究支援を行いたいと考えている。

そこで、A 県における今後の教育支援の内容や方法について示唆を得るため、看護継続教育の現状と教育支援ニーズについて実態調査を行ったので報告する。

受付日：2024 年 4 月 15 日/受理日：2024 年 9 月 6 日

1) 山口大学大学院創成科学研究科 2) 山口大学大学院医学系研究科 3) 山口大学医学部附属病院

* E-mail : amiki@yamaguchi-u.ac.jp

Ⅱ. 目的

本研究の目的は、A 県内の病院および訪問看護ステーション(以下、訪看)における看護継続教育の現状と教育支援ニーズを明らかにすることである。

Ⅲ. 方法

1. 研究デザイン：横断研究デザインによる実態調査研究
2. 研究対象者：A 県が公表している病院 142 施設および A 県訪問看護ステーション協会会員事業所一覧に掲載されている訪看 108 施設のうち、事前の研究協力依頼の電話で承諾を得られなかった 9 施設、宛所不明で返送された 3 施設を除外した病院 132 施設、訪看 106 施設、計 238 施設の看護教育担当者(又は相当する者)、各施設 1 名を対象とした。
3. 調査期間：2022 年 1 月～2 月
4. 調査方法：郵送法による無記名自記式質問紙調査。研究対象施設へ研究協力依頼文、同意説明文書、質問紙を郵送し、看護部長もしくは訪看の管理者から看護教育担当者にそれらを渡してもらった。研究協力の意思がある場合は回答後、返信用封筒にて返送を求めた。
質問紙は、先行研究(吉良ら, 2016; 宮芝ら, 2010; 日本看護協会, 2017; 坂下ら, 2013)を参考に、保健学科教員と附属病院看護部の看護教育担当者で構成される研究メンバー間で検討し、独自に作成した。計 23 問で構成され、選択回答式を基本とし、資格取得者数、シミュレーション教育内容、A 大学医学部の教育研修利用に関する回答理由については記述式とした。
5. 調査内容：①対象施設の背景、②教育研修体制、③看護師の能力評価・開発におけるラダーの導入状況、④教育の実施状況、⑤A 大学医学部の教育研修利用の意向、希望する教育研修、看護研究の支援に関する希望等を調査内容とした。
6. 分析方法：統計ソフト StatFlex Ver.7 を使用し記述統計を行った。記述式回答内容は類似性に基づいて分類し、内容を反映するカテゴリー名を付けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(管理番号 691-1)。同意説明文書に、研究目的、方法、研究協力は個人の自由意思に基づき、協力しない場合も不利益を被らないこと、質問紙の提出をもって研究への同意とし、提出後は無記名で個人の特が困難なため同意撤回はできないこと、倫理指針の遵守等について明記した。

Ⅴ. 結果

配布数 238 施設(病院 132 施設、訪看 106 施設)、回収数 99 施設(病院 73 施設、訪看 26 施設)、無効回答はなく有効回収率 41.6%(病院 55.3%、訪看 24.5%)であった。

1. 対象施設の背景

対象施設の背景を【表 1】に示す。所在地域は、病院、訪看ともに県西部、県東部、県央、県北の順に多かった。病床数は「100～199 床」が 25 施設(34.3%)と最も多く、300 床未満の中小規模病院が計 55 施設と全体の 75.3%を占めていた。訪看利用者は「40～59 人」が 7 施設(26.9%)と最も多く、60 人未満の施設が計 13 施設と全体の半数を占めていた。

2. 教育研修体制

組織の教育研修体制として、看護職員の教育を企画・実施・評価する組織(委員会)は、病院 68 施設(93.2%)、訪看 9 施設(34.6%)で設置されており、教育・研修の責任者は、病院 68 施設(93.2%)、訪看 15 施設(62.5%)で配置されていた。教育・研修の責任者配置状況は、病院、訪看ともに「専従」は 22%程度で、「他部署と兼任」が病院 49 施設(70.0%)、訪看 8 施設(44.4%)が多かった【図 1】。また、病棟、外来等、各部署に教育担当者(プリセプターを除く)を配置している施設は、病院 62 施設(84.9%)、訪看 8 施設(34.8%)であった。

3. 看護師の能力評価・開発におけるラダーの導入状況

看護師の能力評価・開発におけるラダーの導入状況は、病院では、「クリニカルラダーを導入」30 施設(41.7%)、「キャリアラダーを導入」11 施設(15.3%)、「クリニカルラダーとキャリアラダーを導入」2 施設(2.8%)と、約 6 割の施設で何れかのラダーが導入されていた。一方、訪看は「クリニカルラダー導入」「キャリアラダー導入」が各 1 施設(4.6%)のみで、17 施設(77.3%)は「クリニカルラダー、キャリアラダーの導入なし」であった【表 2】。

表 1 対象施設の背景

施設数	病院 (n=73)		訪看 (n=26)	
	施設数	n (%)	施設数	n (%)
所在地域	県北 3 県東 27 県西 30	県央 13 県北 30	県北 3 県東 8 県西 10	県央 5 県西 10
病床数・利用者数	500床以上 400～499床 300～399床 200～299床 100～199床 100床未満	6 (8.2) 1 (1.4) 11 (15.1) 13 (17.8) 25 (34.3) 17 (23.3)	100人以上 80～99人 60～79人 40～59人 20～39人 1～19人	5 (19.2) 5 (19.2) 3 (11.5) 7 (26.9) 4 (15.4) 2 (7.7)

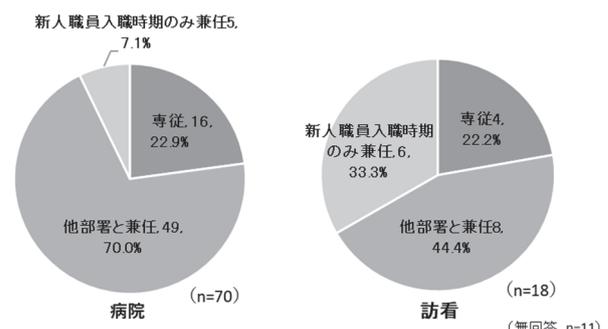


図 1 教育・研修の責任者の配置状況

4. 教育の実施状況

教育の実施状況を【表3】に示す。教育計画の作成については、「院内／事業所内教育の計画のみ作成」している施設が最も多く、病院38施設(53.5%)、訪看11施設(44.0%)であった。「院内・院外／事業所内・事業所外教育ともに計画を作成」している施設が病院28施設(39.4%)、訪看6施設(24.0%)ある一方で、訪看では、「事業所内・事業所外教育ともに計画作成なし」が6施設(24.0%)と、病院に比べ割合が高かった。

院内／事業所内教育は、「実施している」が病院71施設(97.3%)、訪看21施設(84.0%)と多数だが、「実施していない」も病院2施設(2.7%)、訪看4施設(16.0%)あった。実施していない理由(複数回答)は、多い順に「時間確保が困難なため」5施設、「教育に携わる人材や人員が確保できないため」4施設、「研修を実施する設備や空間が確保できないため」2施設、「教育組織が設置されていないため」1施設であった。一方、院外／事業所外教育について、「利用している」が病院67施設(91.8%)、訪看22施設(84.6%)と多数を占めた。「利用していない」施設は病院6施設(8.2%)、訪看4施設(15.4%)あり、「利用していない」理由(複数回答)に、「時間確保が困難なため」3施設、「看護職員からニーズが少ないため」1施設、その他として「e-ラーニング導入」、「コロナ禍のため」各1施設が挙げられていた。

新人看護職員研修は、「自施設内のみで実施」が病院66施設(90.4%)、訪看13施設(54.2%)、「他施設の新人研修を利用」が病院3施設(4.1%)、訪看5施設(20.8%)であった。「自施設、他施設含め全く実施していない」が病院3施設(4.1%)、訪看6施設(25.0%)、計9施設あったが、全く実施

していない理由は8施設が「新人看護職の入職がないため」であった。

新人看護職員研修ガイドライン(厚生労働省 新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会, 2014)に沿った研修は、「実施または他施設で受講させている」が病院54施設(74.0%)、訪看10施設(38.5%)ある一方で、「実施なし、他施設での受講もさせていない」が、病院と訪看で計35施設(35.4%)あった。ガイドラインに沿った研修を実施していない理由(複数回答)は、「新人看護職の入職者がいない」18施設を除き、「時間確保が困難」10施設、「研修責任者の育成・確保が困難」8施設、「教育責任者の育成・確保が困難」7施設、「実施指導者の育成・確保が困難」7施設の順で多かった。

シナリオを用いたシミュレーション教育は、「実施している」が病院29施設(40.9%)、訪看3施設(12.0%)であり、「実施していない」病院42施設(59.2%)は病床数400床未満の施設であった。シミュレーション教育の実施内容は、BLS(Basic Life Support)、ACLS(Advanced Cardiovascular Life Support)等を行う「急変時対応シミュレーション」、複数患者の対応等を行う「多重課題シミュレーション」、患者設定や夜間・休日等の場面設定をした「状況設定シミュレーション」の3つに分類された。

病院と訪看のシミュレータ保有率を【図2】に、シミュレータ活用の課題(複数回答)を【図3】に示す。病院では、「採血・静脈穿刺」41.1%と最も保有率が高く、次いで「心肺蘇生」32.9%、「筋肉注射」「導尿」「衛生的な手洗い」27.4%の順に高かった。訪看は、「気管内挿管」の保有率が17.8%と最も高く、「浣腸」と「褥瘡ケア」は病院より高かった。シミュレータ活用の課題としては、多い順に「機材が高価で揃えることが難しい」42施設、「シナリオを用いて現場を再現した学習方法の企画・運営」34施設、「物品管理やメンテナンスのための環境づくり」27施設であった。

表2 看護師の能力評価・開発におけるラダー導入状況

	n (%)	
	病院 (n=72)	訪看 (n=22)
クリニカルラダーを導入	30 (41.7)	1 (4.6)
キャリアラダーを導入	11 (15.3)	1 (4.6)
クリニカルラダー又はキャリアラダー導入を検討中	11 (15.3)	3 (13.6)
クリニカルラダー、キャリアラダーの導入なし	18 (25.0)	17 (77.3)
クリニカルラダーとキャリアラダーを導入	2 (2.8)	0 (0.0)

(無回答 n=5)

表3 教育の実施状況

項目	回答	n (%)	
		病院	訪看
教育計画の作成 (n=96)	院内・院外/事業所内・事業所外教育ともに計画を作成	28 (39.4)	6 (24.0)
	院内/事業所内教育の計画のみ作成	38 (53.5)	11 (44.0)
	院外/事業所外教育の派遣計画のみ作成	2 (2.8)	2 (8.0)
	院内・院外/事業所内・事業所外教育ともに計画作成なし	3 (4.2)	6 (24.0)
院内/事業所内教育 (n=98)	実施している	71 (97.3)	21 (84.0)
	実施していない	2 (2.7)	4 (16.0)
院外/事業所外教育 (n=99)	利用している	67 (91.8)	22 (84.6)
	利用していない	6 (8.2)	4 (15.4)
新人看護職員研修 (n=97)	自施設内のみで実施	66 (90.4)	13 (54.2)
	他施設から新人研修を受け入れている	1 (1.4)	0 (0.0)
	他施設の新人研修を利用	3 (4.1)	5 (20.8)
	自施設、他施設含め全く実施していない	3 (4.1)	6 (25.0)
新人看護職員研修ガイド ラインに沿った研修 (n=99)	実施または他施設で受講させている	54 (74.0)	10 (38.5)
	実施なし、他施設での受講もさせていない	19 (26.0)	16 (61.5)
シナリオを用いた シミュレーション教育 (n=96)	実施している	29 (40.8)	3 (12.0)
	実施していない	42 (59.2)	22 (88.0)

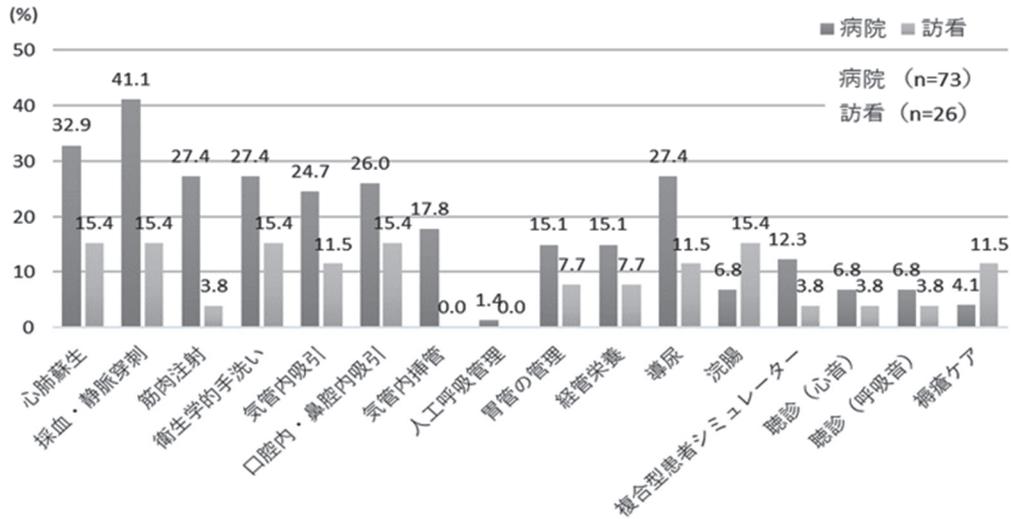


図2 シミュレータ保有率

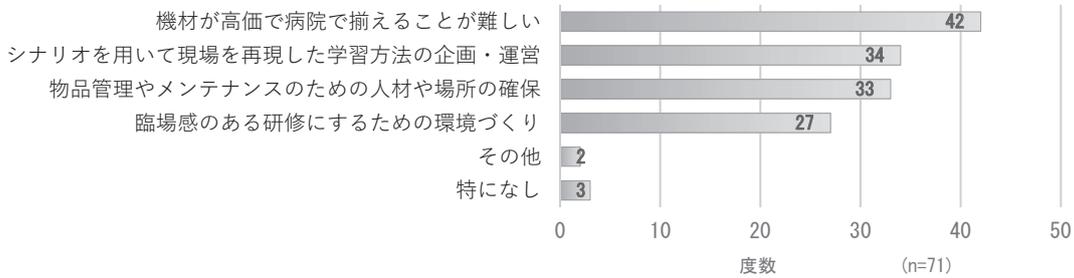


図3 シミュレータ活用に関する課題 (複数回答)

5. A 大学医学部で実施する教育研修について

A 大学医学部に教育研修があった場合の利用の意向を【図4】に示す。「利用したい」「利用を検討したい」と回答した施設は、病院 55 施設 (76.4%)、訪看 14 施設 (56.0%)、「どちらとも言えない」「利用しない」は、病院 17 施設 (23.6%)、訪看 11 施設 (44.0%) であった。回答理由のうち肯定的な理由として、「人材・設備が整っている」、「院内教育に限界がある」、「職員の成長、学習意欲向上」、「知識を得る」、「院内教育に生かす」、「以前の研修参加で効果があった」、「近距離」が挙げられていた。検討理由としては、「人員確保」、「時間確保」、「遠距離」、「COVID-19 感染状況」が挙げられており、「研修内容」や「受講の必要性」に応じて利用を検討することが明らかとなった。希望する教育研修 (複数回答) は、【図5】に示す通り、「シミュレーション教育」45 施設、「トピックス・最新知識等の講座」41 施設、「キャリアアップ支援講座」38 施設の順に多かった。

クリニカルスキルアップ研修 (技術トレーニング研修) があった場合の利用の意向を【図6】に示す。「利用したい」「利用を検討したい」と回答した施設は、病院 40 施設 (58.8%)、訪看 16 施設 (69.6%) あり、病院の 39 施設は 400 床未満の施設であった。回答理由のうち肯定的な理由として、「シミュレータ等の教材や学習環境が整っている」、「技術の習得、ス

キルアップ」、「知識・スキルのある指導者 (医師・看護師) がいる」、「最新の知識を学びたい」、「院内研修に生かす」、「院内研修の負担軽減」、「リフレッシュ」が挙げられていた。一方、「遠距離」、「時間確保」、「人員確保」、「費用」、「COVID-19 感染状況」が利用を阻む要因となっており、「経験の浅いスタッフの入職等の状況」や「研修内容」に応じて利用を考えていることが明らかとなった。また、希望する技術トレーニング項目 (複数回答) は【図7】に示す通り、「褥瘡ケア」41 施設、「聴診 (呼吸音)」35 施設、「聴診 (心音)」33 施設、「心肺蘇生」31 施設、「人工呼吸管理」29 施設、「複合型患者シミュレータ」28 施設の順に多かった。

次に、看護研究の支援に関する希望を【図8】に示した。「研究各プロセスの知識・技術の提供」65 施設、「研究プロセス全般の継続的な指導」49 施設と研究自体の指導が上位を占め、次いで「随時活用可能な相談窓口の設置」34 施設、「自施設の研究指導者の育成」26 施設となっていた。最も多かった「研究各プロセスの知識・技術の提供」の具体的内容 (複数回答) としては、【図9】に示す通り、「データ分析及び考察」39 施設、「研究方法の選択 (量的・質的研究の基礎)」37 施設、「統計処理 (ソフト) の操作」34 施設で、複数希望している施設が多かった。

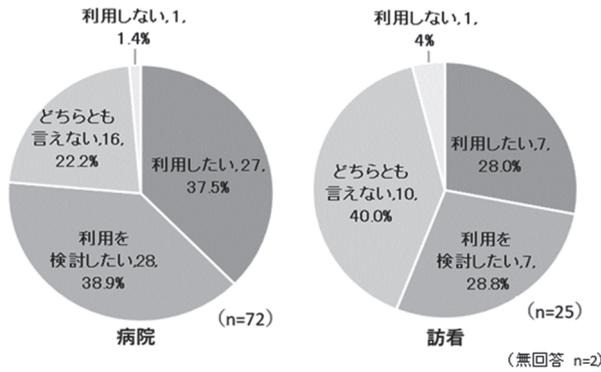


図4 A 大学医学部の教育研修を利用するか

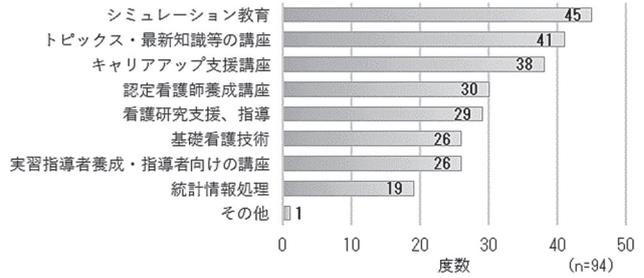


図5 A 大学医学部に希望する教育研修 (複数回答)

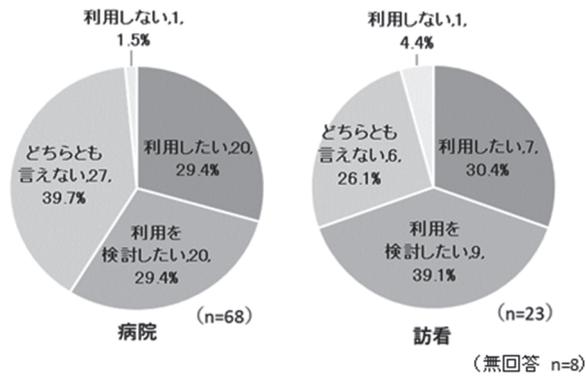


図6 A 大学医学部のクリニカルスキルアップ研修を利用するか

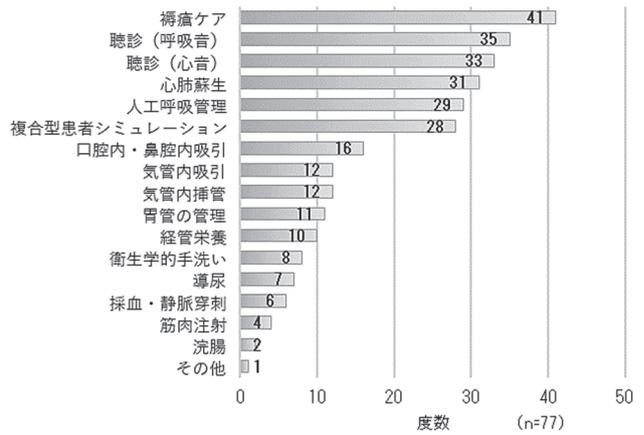


図7 A 大学医学部に希望する技術トレーニング項目 (複数回答)

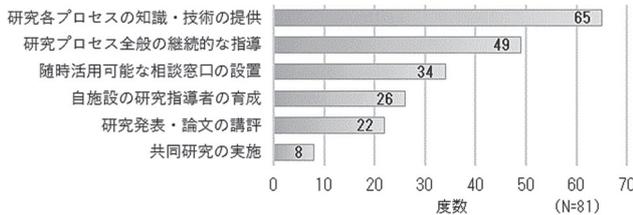


図8 看護研究の支援に関する希望 (複数回答)

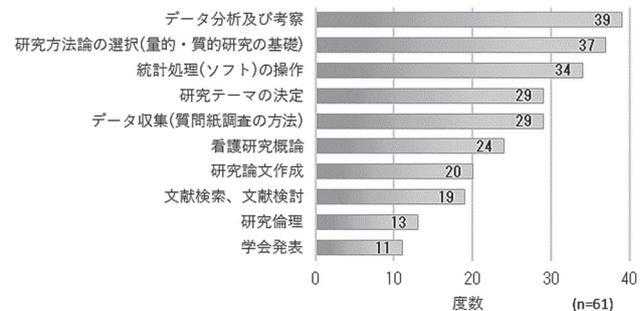


図9 「研究各プロセスに関する知識・技術の提供」の具体的内容 (複数回答)

VI. 考 察

1. A 県の看護継続教育の現状と課題

教育研修体制は、病院では教育の企画・運営組織(委員会)の設置および教育の責任者の配置の割合はともに 93.2%、各部署の教育担当者の配置は 84.9%と体制整備が進んでいた。一方、訪看の教育の企画・運営組織(委員会)の設置は 34.6%、教育の責任者の配置は 62.5%、部署の教育担当者の配置は 34.8%と病院に比べ低かった。このように一定の体制整備が進んできたのは、これまで組織の教育提供体制および教育内容を充実するための指針として「継続教育の基準 Ver.2」(日本

看護協会, 2012) が示され、組織の教育理念や教育目標のもと、教育委員会等の運営組織を置き教育活動を行うようことが推進されてきたためと考えられる。訪看は小規模の事業所が多く、組織の教育提供体制の整備が難しいと推測される。訪問看護未経験者がキャリアを生かして活躍するためにも、また新人看護職員の安全な業務遂行と定着のためにも、看護管理者はその必要性を認識し、教育担当者の配置や他施設との協力体制など教育体制を整えることが望まれる。2023年6月には、「看護職の生涯学習ガイドライン」(日本看護協会, 2023a) が公表され、これまでの組織主導型の継続教育から看護職個々の主体性を尊重した生涯学習支援という考え方へ移

行しつつある。このガイドラインでは、看護職個人の希望と組織の人材育成の方向性のすり合わせと合意形成の上で学習支援をしていく必要性が述べられている。したがって、今後は個々のニーズを把握し支援する体制と、組織として個々のニーズを人材育成や生涯学習支援の計画に反映できる体制整備が必要と言える。

看護師のクリニカルラダーは、臨床の看護実践能力を段階的に育成することをねらいとし、日本看護協会（2016）は、「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」を看護実践能力の標準的指標として活用することを推奨している。一方、キャリアラダーは、看護実践能力だけでなく、各組織の理念や目的に応じて求められる組織的役割遂行能力、自己教育・研究能力などを段階的に設定しキャリアを発展させることをねらいとしている。しかし、A県の病院では、「クリニカルラダーを導入」30施設（41.7%）、「クリニカルラダーとキャリアラダーを導入」2施設（2.8%）、計32施設（44.5%）となっており、この割合は岡山県看護協会看護師職能委員会（2021）が県内の病院を対象にした調査結果46.1%と同程度であった。現在これらのラダー導入を検討中の施設もあるが、「クリニカルラダー、キャリアラダーの導入なし」の施設は、病院18施設（25.0%）、訪看17施設（77.3%）と少なくない。ラダーを導入し活用していくためには、ラダー表の作成管理や評価、運用のための組織づくりが必要となることから、教育提供体制の整備が進んでいない施設では導入困難な状況であることが推測される。本調査ではラダー未導入の理由は調査していないが、ラダーの活用は、看護職の質の担保や看護師個々のキャリア形成支援、ならびに組織が生涯学習支援を進める上での指標になるため、未導入の理由を明らかにするとともに、ラダーの導入と活用推進に向けた研修や支援体制についての検討も必要と考えられる。

継続教育の実施状況は、病院では、院内教育、院外教育の両方またはいずれかの教育計画を作成し、院内教育は71施設（97.3%）で、院外教育は67施設（91.8%）で実施されていた。訪看は「事業所内・事業所外教育ともに計画作成なし」が6施設（24.0%）と病院に比べやや多かったが、事業所内教育は21施設（84.0%）、事業所外教育は22施設（84.6%）で実施され、病院と同様に高い割合で実施されていた。これより、病院、訪看ともに施設内だけでなく施設外で開催される教育研修等を利用していることが明らかとなった。このように積極的に教育活動が行われていることは評価できる一方で、今後は個々の看護職のビジョンの明確化・計画立案・生涯学習の実施への支援が求められている（日本看護協会，2023b）ことから、組織においては教育を実施する場を軸とするのではなく、看護職個々の学習ニーズやビジョンに焦点を当て、より多様な学習機会を提供できる教育体制の整備が必要と言える。

新人看護職員研修は、基本的な臨床実践能力の修得と職場適応への支援により早期離職を防止するねらいがあり、2010

年から病院等の開設者に努力義務化されている。A県では新人看護職員の入職がない施設を除きほぼ全施設で実施されていた。しかしながら、新人看護職員研修ガイドライン（厚生労働省，2014）に沿った研修の実施は、「実施または他施設で受講させている」病院54施設（74.0%）、訪看10施設（38.5%）に留まっていた。この病院の実施率74.0%は、日本看護協会（2017）の中小規模病院を対象にした調査結果と同率であり、根拠のある教育体制への必要性が示唆された。同調査では、新人看護職員研修ガイドライン（厚生労働省，2014）に沿った研修は、新卒看護職員の離職率が低下するだけでなく、常勤看護職員の離職率も低下する傾向が明らかにされている。ガイドラインは指針であり絶対的なものではないが、研修責任者、教育責任者、実施指導者の育成や確保に困難を抱えている点では、地域の施設間連携を強化し、さらなるサポート体制の構築も必要と考えられる。

シミュレーション教育は、学習者中心の教育で実践力を強化する教育として、看護基礎教育でも行われている。本結果では、病院29施設（40.9%）、訪看3施設（12.0%）でシナリオを用いたシミュレーション教育を実施しているという結果であったが、実施している教育内容に看護技術項目が多く含まれていたため、単にシミュレータを用いた看護技術トレーニングを実施している施設も含まれている可能性がある。シナリオを用いたシミュレーション教育内容としては、「急変時対応シミュレーション」「多重課題シミュレーション」「状況設定シミュレーション」と対象者の生命にかかわるが臨床では実践する機会が少ないもの、看護基礎教育では学習困難な多重課題を抱え看護を安全に提供する臨床実践能力を養うもの、アセスメント能力や状況に基づく判断能力を養うものが行われていた。

シミュレータ保有率は「心肺蘇生」「採血・静脈穿刺」「衛生的手洗い」が高かったが、フィジカルアセスメントの学習で使用することの多い「聴診（心音）」「聴診（呼吸音）」「複合型患者シミュレータ」の保有率は低かった。シミュレータ活用に関しては、高価なシミュレータの購入や管理、シミュレーション教育を企画・運営できる人材確保、リアルな教育環境づくりという点で課題を抱えており、特に小規模の病院や訪看は、シミュレーション教育のみならず、看護技術トレーニングも困難な環境であると推測された。シミュレーション教育の効果には「看護実践能力の獲得・向上」「ケア対象者の理解」「自己の課題の気付きと成長の実感」「学習意欲の向上」等があり（葛場・藤原，2017）、シミュレーション学習の意義は大きい。看護師個々の看護実践能力を高め、地域全体の看護の質を高めていくには、教育資機材や設備、教育人材など教育環境の整っている大学を地域に開放し、医療機関と連携し人材育成に取り組むことが、問題解決の糸口になると考える。

2. A大学医学部に期待されている教育支援のニーズ

A大学医学部の研修について「利用したい」「利用を検討したい」と回答した施設は、教育研修では病院55施設（76.4%）、

訪看 14 施設 (56.0%), クリニカルスキルアップ研修では病院 40 施設 (58.8%), 訪看 16 施設 (69.6%) あった。回答理由より, 教育設備や人材等の学習環境が整っている大学で「シミュレーション教育」, 「トピックス・最新知識等の講座」, 「キャリアアップ支援」等について学び, 個人の成長や院内教育に生かしたいと考えていることが明らかとなった。また, クリニカルスキルアップ研修は, 「利用したい」「利用を検討したい」と回答した病院 40 施設中 39 施設は 400 床未満の施設であり, やはり中小規模の病院はスキルアップの必要性を認識していても自施設での研修実施が難しく, 教育支援ニーズが高いことが示唆された。技術トレーニング項目としては「褥瘡ケア」のニーズが最も高く, その他フィジカルアセスメントに必要な聴診技術, 人工呼吸管理や複合型患者シミュレーションといった高度かつ複雑な技術で, シミュレーション保有率の低いものが上位を占める傾向にあった。褥瘡ケアのニーズが高かった理由としては, 看護の力量が試されるケアであるとともにケアの頻度が高く, 治療やケア方法が進歩すること, 特別管理加算の対象となっていることが考えられる。一方, 研修利用を阻む要因としては, 「人員確保」「時間確保」「遠距離」「費用」と多くの先行研究と同様の結果であり, 新人や経験の浅い看護職員の入職の有無や研修内容により必要性を考慮し, 利用する意向であることが明らかとなった。

看護研究の教育支援ニーズは, 「研究各プロセスの知識・技術の提供」が最も多く, 具体的には「データ分析及び考察」, 「研究方法論の選択」, 「統計処理の操作」のニーズが上位を占めた。これは, 坂下ら (2013) の全国調査と同様の傾向を示しており, データ分析等は専門的な知識や技術を要するため, 施設の規模に関わらず臨床での研究指導に困難を感じている部分と考えられた。また, 研究テーマの決定から研究論文の作成に至るまで研究プロセス全般にわたって教育支援ニーズがあることから, 研究プロセスに沿ってテーマに応じた具体的かつ継続的な教育支援と, 困った時などに随時相談できる支援体制の整備が必要と考えられた。看護研究の基礎的知識を学ぶ研修は他にも行われているため, 各看護分野に精通した研究指導者がいるという大学の強みを生かし, 個別の研究指導や卒業教育や研究指導者の育成を考慮した教育支援を進めることにより, 看護師個々の能力の向上の学習支援に加え, 施設や地域の看護の質の向上につながることに貢献できると考える。

本研究の限界は, A 県の病院および訪看を対象とした調査であり, 診療所や介護保険施設, 社会福祉施設等は含まれていない。また, 訪看のアンケート回収率は 24.5% と低く, A 県の看護継続教育に関する現状と継続支援のニーズを十分に反映していない可能性がある。さらに COVID-19 第 6 波の感染拡大期の調査となったため, 結果に影響した可能性も否定できない。今後は, 看護スタッフの教育支援ニーズについても把握する必要がある。

Ⅶ. 結 論

A 県の 9 割以上の病院, 8 割以上の訪問看護ステーションにおいて, 施設内, 施設外での継続教育が実施されていたが, 看護教育担当者の専従は 2 割程度で, 教育人材の育成と人員確保, 教育資機材・設備の整備, 研修時間確保の課題を抱えていた。大学に対する教育支援ニーズは, シミュレーション教育, トピックス・最新知識等の講座, キャリアアップ支援が高く, 看護研究に特化したものでは, 研究各プロセスの知識・技術の提供が最多であった。これらより, 設備や人材等の教育環境の整っている大学の強みを生かしたスキルアップやキャリアアップのための教育研修, 自施設の教育充実のための人材育成を期待されていることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力をいただいた看護管理者, 看護教育担当者の皆様に心より感謝を申し上げます。本研究は, 2021 年度山口大学医学部保健学科長裁量経費 (戦略的研究プロジェクト) の助成を受けて実施し, 研究の一部は, 第 22 回山口県看護研究学会において発表した。なお, 本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 保科英子, 深井喜代子, 足羽孝子, 國平茂子, 近藤麻理, 矢野香苗. (2011). 岡山大学—EBN 志向の次世代看護職教育システム開発. 看護管理, 21 (5), 414-417.
- 吉良淳子, 黒田暢子, 高村祐子, 武島玲子. (2016). 臨床における看護技術教育の現状とニーズ—医療大学スキルラボの地域活用に向けて—. 茨城県立医療大学紀要, 21, 119-125.
- 厚生労働省 新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会. (2014). 新人看護職員研修ガイドライン改訂版. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000049472.pdf> (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)
- 葛場美那, 藤原正恵. (2017). 我が国の看護基礎教育におけるシミュレーション教育の現状とその効果に関する文献検討. 大阪青山大学看護学ジャーナル, 1, 9-20.
- 九州大学病院看護部. (2010). 平成 21 年度看護実践力プロセス開花プロジェクト報告書. <https://warp.ndl.go.jp/collections/content/info:ndljp/pid/13113211/nursing.career.center.med.kyushu-u.ac.jp/content/files/project/report/report2009.pdf> (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)
- 宮芝智子, 西平倫子, 坂下玲子. (2010). 兵庫県下の病院における看護研究支援の実態と課題. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 17, 117-129.
- 日本看護協会. (2012). 継続教育の基準 ver.2. <https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8620084/www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf> (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)
- 日本看護協会. (2016). 「看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)」活用のための手引き 2. 導入・活用編. <https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/11667535/www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/guidance02.pdf> (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)

- 日本看護協会. (2017). 平成 28 年度厚生労働省 医療関係者研修費等補助金 (看護職員確保対策特別事業) 「中小規模病院の看護の質の向上に係る研修等に関する調査」報告書.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/tyusyokibobyoinkenshuttyosa_1.pdf (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)
- 日本看護協会. (2023a). 看護職の生涯学習ガイドライン.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/llearning-guide.pdf> (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)
- 日本看護協会. (2023b). 生涯学習支援ガイドブック.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/learning/support-lll-guide.pdf> (最終閲覧日 8 月 16 日)
- 岡山県看護協会看護師職能委員会. (2021). 岡山県の病院看護師のクリニカルラダー導入の現状と課題 調査結果報告書.
<http://www.nurse.okayama.okayama.jp/files/libs/3080/202105200950105688.pdf> (最終閲覧日 2024 年 8 月 16 日)
- 坂下玲子, 北島洋子, 西平倫子, 宮芝智子, 西谷美保, 太尾元美. (2013). 中・大規模病院における看護研究に関する全国調査. 日本科学学会誌, 33 (1), 91-97.

◇実践報告◇

ストレス対処能力の向上をめざした 産後うつ予防の看護実践

—妊娠中期から産後1か月までの看護実践群と通常ケア群の経過から—

間中麻衣子¹⁾*, 本間裕子²⁾

目的：ストレス対処能力の向上をめざした産後うつ予防の看護実践を報告する。

実践：妊娠期のエジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）6点以上の看護実践群 28名（EPDS9点以上の高リスク14名，6点以上9点未満の中リスク14名）に対し，産後うつの情報提供を妊娠中期と産後早期に，対象者のアセスメントとストレス対処に着目した個別面談を妊娠中期，産後早期，産後2週間，産後1か月に行った。通常ケア群は38名（EPDS6点未満）であった。

結果：看護実践群のEPDS得点は妊娠中期に比べ産後2週間，産後1か月で有意に低下し，中リスクのストレス対処能力は産後1か月で有意に上昇した。通常ケア群のEPDS得点は産後2週間で有意に上昇した。

看護実践への示唆：本看護実践は周産期女性のストレス対処能力を向上させ，産後うつ予防に寄与する可能性がある。

【キーワード】産後うつ予防，EPDS，ストレス対処，看護実践

I. はじめに

厚生労働省（2019）は，産後うつ予防を健やか親子21（第2次）の重要課題の一つに掲げている。妊産婦はホルモンバランスの乱れ，環境の変化やストレスなどで心身のバランスを崩しやすく，メンタルヘルスケアが課題である。周産期の抑うつはストレスと関連し（Cheng, et al., 2021；Liou, et al., 2014；Gokoel, et al., 2021），ストレス対処能力の低下とも関連する（関塚ら，2007；齋藤ら，2017）。また，ストレスに上手に対処できないとストレス反応として抑うつなど情動の変化が起こり，持続すると産後うつ病の発症につながる（鹿井，2007）。妊婦のストレス対処能力を向上させることは産後うつ予防に効果を示す可能性が考えられるため，本看護実践ではストレス対処能力の向上に着目することとした。

産後うつ予防のための看護介入は，ハイリスクアプローチでは産後の抑うつの軽減がみられ，一般女性に対する介入より有益である可能性が示唆されている（Dennis & Dowswell, 2013）。しかし，日本では産後うつ発症リスクの高い対象者に限定した看護介入はみあたらない。

そこで筆者らは，妊娠中期のエジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）（岡野ら，1996）得点を測定し，産後うつの発症リスクが高いと考えられるEPDS6点以上の対象者に対し，ストレス対処能力の向上をめざした産後うつ予防の看護実践を行った。この看護実践の効果は，先行研究（間中ら，2022）で看護実践群の中でも妊娠中期のEPDS得点が9点以上であった対象者14名に限定し，混合研究法を用い評価した。結果として，14名中10名のEPDS得点が産後1か月で9点未満になったことに加え，看護実践の前後で対象者のストレス対処方法が変化したことを報告した。先行研究（間中ら，2022）では，EPDS9点以上の個人のストレス対処の変化を明らかにしたが，群間比較によるストレス対処能力の違いは明らかにできていない。

本研究では，妊娠中期のEPDS6点以上の看護実践群をEPDS9点以上の高リスクと6点以上9点未満の中リスクに分けた。これは，産後のEPDS9点以上で産後うつ疑いの可能性が高く，妊娠期と産褥期のEPDSは相関する（杉下，上別府，2013）ことから区別した。通常ケア群はEPDS6点未満の低リスクとし，本看護実践の効果をこれら3群の経過から評価することとした。

受付日：2023年4月15日／受理日：2024年9月6日

1) 大阪医科薬科大学看護学部 元大阪市立十三市民病院 2) 武庫川女子大学看護学部

* E-mail：maiko.manaka@omp.u.ac.jp

Ⅱ. 目 的

妊娠中期から産後1か月までのストレス対処能力の向上をめざした産後うつ予防の看護実践の効果をストレス対処能力、EPDSの経過から評価する。

Ⅲ. 看護実践

1. 対象者と期間

対象者はA病院の妊婦健康診査に来院した妊娠中期の妊婦とした。また、入院治療を要する経過異常、精神疾患の既往がある妊婦は除外した。サンプルサイズは、有意水準0.05、検出力0.8、効果量0.5で算出した結果、各群35名となった。看護実践の期間は2018年3月から2019年5月であった。

2. 看護実践の概要

1) 看護実践群と通常ケア群

本研究では妊娠中期にEPDSを測定し、産後うつ発症リスクが高いと考えられる妊婦を6点以上に設定し、看護実践群とした。看護実践群を妊娠中期のEPDS6点以上に設定した理由は、A病院での先行研究のEPDSの中央値が5点であること(間中ら, 2019)、およびEPDS9点以上の場合に本来であれば産後うつを疑うが、本研究の看護実践は産後うつに対し助産師が予防的に行うケアであることを考慮したためである。よってEPDS9点以上の妊婦は産後うつ発症の高リスク、EPDS6点以上9点未満の妊婦を中リスクとみなした。通常ケア群はEPDS6点未満の妊婦とし低リスクとした。

2) 看護実践の内容

看護実践群には、臨床経験10年以上で周産期メンタルヘルスケアに約5年携わった助産師1名(筆頭著者)が、妊娠中期、産後早期、産後2週間、産後1か月の計4回看護実践を行った。看護実践は、妊娠中期、産後2週間、産後1か月は外来での健康診査の待ち時間または終了後に、産後早期は入院中に対象者と時間を調整した上で、プライバシーが保持できる場所で実施した。看護実践の平均所要時間は妊娠中期14.37±3.93分、産後2週間9.35±5.62分、産後1か月10.46±7.38分であった。産後早期は所要時間を測定せず、対象者の疲労を考慮し妊娠中期に行った看護実践の振り返りを5~10分程度で行った。

看護実践の内容は、産後うつに関する情報提供と対象者の背景に関するアセスメントに加え、ストレス対処能力の向上をめざした個別面談であった。産後うつに関する情報提供は妊娠中期と産後早期に行い、厚生労働省(2010)の「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス」を参考に、先行研究(間中ら, 2019)で用いたリーフレットを一部修正し用いた。また、妊娠中期、産後早期、産後2週間、産後1か月には、対象者の家族構成、パートナーとの関係性、利用できるソーシャルサポートを尋ねた。対象者の背景についてはパートナーや家族からの情緒的サポート、育児・家事の協力を実際に得られそうかなどをアセスメントした。さらに、

Lazarus & Folkman (1984)のストレス・コーピング理論を用い、対象者がどのようなストレスにさらされ、感じ(認知的評価)、対処したかを尋ね、対象者に適したストレス対処方法を感情表出、情緒的サポート希求、認知的再解釈、問題解決の4つの側面(佐々木, 山崎, 2002)から対象者と考え、どの場面でどう実践するかについて具体的な方法を提案した。実践にためらいがある場合は対象者とロールプレイを行った。例えば、夫にサポートをどの場面でどう依頼するのかを対象者と考え、助産師が夫役となりロールプレイを実施した。

一方、通常ケア群には妊婦健康診査に伴う通常の保健指導を行い、産後うつに関する情報提供や心理的ケアは行わなかった。

3. 調査内容

1) 対象者の属性：独自に作成した質問紙

妊娠週数、年齢、分娩経験、婚姻、経済的不安、妊娠の計画性、妊娠経過の異常の有無に関する情報を得た。経済的不安は、本人の認識を二者択一法で調査した。

2) 抑うつ：EPDS日本語版(岡野ら, 1996)

妊娠中期、産後2週間、産後1か月の抑うつを測定するために使用した。

3) ストレス対処能力：General Coping Questionnaire 特性版(GCQ)(佐々木ら, 2002)

妊娠中期、産後2週間、産後1か月のストレス対処能力を測定した。GCQはLazarus & Folkman (1984)のストレス・コーピング理論を基盤とし、32項目のストレス対処能力を測定する尺度で、「情動中心の対処」である感情表出と情緒的サポート希求、「問題中心の対処」である認知的再解釈と問題解決の4下位尺度からなる(佐々木ら, 2002)。各下位尺度は5~40点で、得点が高いほどストレス対処能力が高く、充分な内的整合性を保持する(佐々木ら, 2002)。尺度は作成者の許諾を得て用いた。

4. 分析方法

対象者の属性は記述統計に加え、リスク別の3群を比較するためKruskal Wallis検定または χ^2 検定を用いた。また、各群の看護実践前(妊娠中期)と実践後(産後2週間と産後1か月)のEPDSおよびGCQ得点を比較するため、Wilcoxonの符号付順位検定と効果量 r を用いた。効果量 r は小(.10)、中(.30)、大(.50)とした(水本, 竹内, 2008)。解析はIBM SPSS Statistics 26.0を使用し、有意水準は5%とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

大阪市立十三市民病院研究倫理委員会の承認(番号:50)と武庫川女子大学研究倫理委員会の承認(番号:17-93)を得て実施した。研究対象者には研究内容を書面と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

Ⅴ. 結果・成果

134名の妊婦に研究協力を依頼し、109名(81.3%)より協力を得て、105名(78.4%)が選択基準を満たした。しかし、

39名(37.1%)の参加者が脱落または除外となり、その内訳は質問紙の未提出28名、入院治療を要する妊娠経過の異常7名、胎児奇形2名、分娩場所の変更1名、入院治療を要する産褥経過の異常1名、であった。分析対象は看護実践群28名(EPDS9点以上の高リスク14名、6点以上9点未満の中リスク14名)、通常ケア群(EPDS6点未満)38名となった。

1. 対象者の属性(表1)

対象者のうち、経済的な不安を訴えた妊婦は高リスク10名(71.4%)、中リスク10名(71.4%)、低リスク10名(25.6%)で、高リスクと中リスクでは経済的不安を抱く妊婦が低リスクに比べ有意に多かった。

2. 各群における抑うつとストレス対処能力の経過(表2, 表3)

各群の抑うつの経過を表2に示した。看護実践群では、高リスク・中リスクともに妊娠中期と比べ、EPDS得点が産後2週間・産後1か月で有意に低かった。通常ケア群では妊娠中期と比べ産後2週間で有意に高かった。

各群のストレス対処能力の経過を表3に示した。看護実践群では、中リスクにおいてGCQ総得点が妊娠中期と比べ産

後1か月で有意に上昇し、下位尺度では情緒的サポート希求得点が産後1か月で有意に上昇、感情表出得点は産後1か月で有意差はなかったが、効果量は中程度だった。高リスクでは、妊娠中期と比べ産後2週間で問題解決得点の有意差はなかったが、効果量は中程度であった。通常ケア群では、GCQ総得点および下位尺度得点で変化がなかった。

VI. 看護実践への示唆

産後うつ予防における個別介入の有用性が示されているように(Dennis, et al., 2013), この看護実践では対象者の背景をアセスメントした上で個別のストレス対処方法を提案したため、対象者の状況にマッチし対象者が問題解決などの対処方法を実践しやすかった可能性がある。また、助産師が妊娠中期から産後1か月まで継続的に看護実践を行ったことで、情緒的サポートにつながった可能性もある。以上のことから、この看護実践は、産後うつ発症に対して中リスク妊婦のストレス対処能力のうち情緒的サポート希求能力を向上させた。そして、このストレス対処能力の向上が産後うつ予防に寄与

表1 対象者の属性

項目	n (%) または mean ± SD			p 値		
	看護実践群		通常ケア群			
	高リスク (EPDS ≥ 9) (n = 14)	中リスク (EPDS ≥ 6, < 9) (n = 14)	低リスク (EPDS < 6) (n = 38)			
妊娠週数	24.07 ± 2.62	22.57 ± 3.06	23.11 ± 2.52	.224	a	
年齢	28.29 ± 5.34	30.21 ± 5.18	31.74 ± 5.53	.146	a	
分娩経験	初産婦	8 (57.1)	9 (64.3)	18 (47.4)	.523	b
	経産婦	6 (42.9)	5 (35.7)	20 (52.6)		
婚姻	あり	12 (85.7)	14 (100.0)	35 (92.1)	.358	b
経済的不安	あり	10 (71.4)	10 (71.4)	10 (25.6)	<.001 **	b
妊娠の計画性	あり	7 (50.0)	11 (78.6)	27 (69.2)	.226	b
妊娠経過の異常	あり	2 (14.3)	2 (14.3)	3 (7.9)	.707	b

EPDS: エジンバラ産後うつ病自己評価票, a: Kruskal Wallis検定 b: χ²検定 **p < .01

表2 各群における抑うつの経過

測定 尺度	各群	リスク	中央値 (四分位範囲)			p 値 (r)	
			妊娠中期 A	産後2週間 B	産後1か月 C	AとB の比較	AとC の比較
			EPDS	看護実践群	高リスク (n = 14)	11.0 (9.75-12.25)	6.0 (4.75-8.00)
中リスク (n = 14)	7.0 (6.00-8.00)	4.0 (2.00-6.00)			4.0 (2.00-5.00)	.002 ** (.82)	.002 ** (.83)
通常ケア群 (n = 38)	低リスク	2.00 (1.00-4.00)		3.5 (1.00-5.25)	2.0 (1.00-5.50)	.048 * (.32)	.098 (.27)

EPDS: エジンバラ産後うつ病自己評価票

Wilcoxonの符号付順位検定 *p < .05, **p < .01, r: 効果量 小(.10), 中(.30), 大(.50)

表3 各群におけるストレス対処能力の経過

測定尺度	各群	リスク	中央値 (四分位範囲)			p 値 (r)	
			妊娠中期	産後2週間	産後1か月	AとB の比較	AとC の比較
			A	B	C		
総得点	看護実践群	高リスク	100.50 (80.25–112.50)	97.50 (91.25–110.25)	101.00 (90.25–112.00)	.850 (.05)	.875 (.04)
		中リスク	106.50 (96.25–112.00)	108.00 (99.75–116.50)	110.00 (105.75–116.50)	.379 (.10)	.042 * (.54)
	通常ケア群	低リスク	110.50 (97.50–118.00)	109.50 (97.00–117.50)	110.00 (96.00–114.50)	.961 (.04)	.749 (.01)
	看護実践群	高リスク	25.00 (16.50–32.25)	24.00 (21.75–29.25)	24.00 (18.00–27.75)	.937 (.02)	.623 (.13)
		中リスク	25.00 (22.00–29.75)	24.00 (21.50–29.25)	26.50 (23.50–30.50)	1.000 (.00)	.205 (.34)
	通常ケア群	低リスク	24.50 (21.00–30.00)	24.50 (20.75–29.25)	23.00 (19.75–25.00)	.679 (.02)	.144 (.24)
GCQ 下位尺度	看護実践群	高リスク	22.50 (18.00–29.00)	22.00 (16.50–27.00)	24.00 (19.25–30.25)	.598 (.14)	.362 (.24)
		中リスク	25.00 (22.75–30.00)	27.50 (25.00–31.25)	30.00 (26.75–31.00)	.193 (.35)	.018 * (.63)
	通常ケア群	低リスク	27.50 (22.00–31.00)	26.50 (21.75–32.00)	26.00 (22.00–30.00)	.918 (.02)	.698 (.06)
	看護実践群	高リスク	26.00 (21.00–31.00)	25.50 (23.75–28.25)	27.00 (23.50–28.25)	.675 (.11)	.801 (.07)
		中リスク	27.00 (25.00–30.00)	27.50 (24.00–30.25)	27.50 (24.75–30.25)	.844 (.05)	.964 (.01)
	通常ケア群	低リスク	29.00 (25.75–31.25)	28.50 (24.75–32.00)	30.00 (25.00–32.00)	.252 (.19)	.984 (.00)
問題解決	看護実践群	高リスク	23.50 (21.75–28.50)	26.00 (24.00–29.25)	25.50 (21.75–27.75)	.181 (.36)	.826 (.06)
		中リスク	26.50 (24.75–32.25)	27.50 (25.75–31.50)	28.00 (25.00–29.25)	.673 (.11)	.860 (.05)
	通常ケア群	低リスク	29.50 (26.00–32.00)	29.50 (25.75–31.00)	30.00 (25.00–32.00)	.668 (.07)	.857 (.03)

GCQ : General Coping Questionnaire 特性版

Wilcoxonの符号付順位検定 * $p < .05$, ** $p < .01$, r : 効果量 小(.10), 中(.30), 大(.50)

した可能性がある。産後の母親は医療職者に本音を打ち明けサポートを求めることを躊躇する (Nan, et al., 2020) と指摘されており、医療職者は周産期女性の背景やストレス対処能力をアセスメントし、実践可能な対処方法を提案する能力が求められる。

本研究の限界は、縦断研究に伴う脱落や除外があり、看護実践群ではサンプルサイズを満たすことができなかったことである。また、研究デザインとしてハイリスク妊婦を介入群と非介入群の2群に分けた比較研究が望ましいと考えるが、倫理的な配慮から実施しなかった。さらに、経済的不安などの背景要因の違いによる看護実践の効果への影響については検討できていない。最後に、この看護実践は一施設の EPDS 得点の中央値に基づき対象者を群分けしたため、結果の一般

化は難しい。しかし、各施設の臨床現場において、産後うつ予防のためにリスクが高いと考えられる対象者を選定し、重点的かつ継続的に取り組むことが可能であり、この看護実践を行う意義はあると考える。

本論文は武庫川女子大学大学院看護学研究科の博士論文の一部である。丁寧にご指導いただきました町浦美智子先生に深謝申し上げます。

本論文の内容の一部は第 61 回日本母性衛生学会学術集会で発表した。

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

- Cheng, C. Y., Chou, Y. H., Chang, C. H., & Liou, S. R. (2021). Trends of perinatal stress, anxiety, and depression and their prediction on postpartum depression. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9307. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179307>
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*, (2) . <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- 厚生労働省. (2010). 知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス. <https://kokoro.ncnp.go.jp/> (検索日 2024年8月10日)
- 厚生労働省. (2019). 「健やか親子 21 (第2次)」の中間評価等に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000614300.pdf> (検索日 2023年2月12日)
- Gokoel, A. R., Abdoel Wahid, F., Zijlmans, W. C.W.R., Shankar, A., Hindori-Mohangoo, A. D., Covert, H. H., MacDonald-Ottevanger, M.S., Lichtveld M. Y., & Harville, E. W. (2021). Influence of perceived stress on prenatal depression in Surinamese women enrolled in the CCREOH study. *Reproductive Health*, 18 (1), Article e136. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01184-x>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). ストレスの心理学. 本明寛, 春木豊, 織田正美訳. (pp.143-144). 実務教育出版. (1984)
- Liou, S. R., Wang, P., & Cheng, C. Y. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30 (6), 795-801. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.007>
- 間中麻衣子, 河副みゆき, 佐々木綾子. (2019). 産後うつ予防のためのリーフレットを用いた個別指導 妊娠後期から産後1か月までの初産婦の EPDS の変化. 母性衛生, 60 (2), 348-354.
- 間中麻衣子, 町浦美智子, 本間裕子. (2022). 産後うつ発症リスクのある妊婦に対する産後1か月までのストレス・コーピングに着目した看護介入の効果. 母性衛生, 62 (4), 803-810.
- 水本篤, 竹内理. (2008). 研究論文における効果量の報告のために 基礎的概念と注意点. 英語教育研究, 31, 57-66.
- Nan, Y., Zhang, J., Nisar, A., Huo, L., Yang, L., Yin, J., Wang, D., Rahman, A., Gao, Y., & Li, X. (2020). Professional support during the postpartum period: Primiparous mothers'views on professional services and their expectations, and barriers to utilizing professional help. *BMC pregnancy and childbirth*, 20, Article e402. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03087-4>
- 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子. (1996). 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7 (4), 525-533.
- 齋藤早香枝, 岩田銀子, 常田美和, 大竹沙織, 大蔵志帆. (2017). 妊娠期から産褥期の抑うつの変化とその要因 首尾一貫感覚に着目した縦断研究. 札幌保健医療大学紀要, 3, 35-51.
- 佐々木恵, 山崎勝之. (2002). コーピング尺度 (GCQ) 特性版の作成および信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 49 (5), 399-408.
- 関塚真美, 坂井明美, 島田啓子, 田淵紀子, 亀田幸枝. (2007). 妊娠末期におけるストレス対処能力と出産満足度・産後うつ傾向の関連. 母性衛生, 48 (1), 106-113.
- 鹿井典子. (2007). 第5章コーピング. 北村俊則編. 事例で読み解く周産期メンタルヘルスケアの理論 産後うつ病発症メカニズムの理解のために (pp.85-101). 医学書院.
- 杉下佳文, 上別府圭子. (2013). 妊娠うつと産後うつの関連エジンバラ産後うつ病自己評価票を用いた検討. 母性衛生, 53 (4), 444-450.

◇実践報告◇

助産師として就業している卒業生へのメンタルヘルスセルフマネジメント力育成プログラムを活用したオンライン研修会の効果

橋口奈穂美¹⁾*, 川村道子²⁾

【目的】 A 大学看護学部助産師課程の卒業生に、メンタルヘルスセルフマネジメント力育成プログラムを活用したオンライン研修会を開催し、助産師として就業している者への効果を明らかにすることである。

【実践】 プログラム 90 分の講義と 30 分の質疑応答・意見交換を実施し、実施後に無記名自記式質問紙調査を行った。

【結果】 受講してキャリアを積んでいくことに役立つ研修であったかを自由記述で求め、分析対象 13 人の記述内容を意味コード毎に要約し、7 カテゴリーを導き出した。

【看護実践への示唆】 メンタルヘルスセルフマネジメント力育成プログラムを活用したオンライン研修会は、参加者にとって自らの心身の健康管理に努め、心と体のつながりを科学的に捉えたうえで対象へのメンタルヘルス支援に臨むことや後輩同僚へのメンタルヘルス支援に活かすことが示唆された。また、同職者とのつながり仕事をする上での活力にもなることが示唆された。

【キーワード】 助産師、キャリア支援、メンタルヘルスセルフマネジメント力育成プログラム、オンライン研修会

I. はじめに

看護職者は、対象の健康障害や自分とは異なる他者の心の理解に努めて必要な看護を見出し実践につなげるなど、多大な精神的活動や情緒的エネルギーを必要とし常に感情労働の中にある。感情労働は、ストレスやバーンアウトに影響を与えることが明らかとなっており(荻野他, 2004)、感情労働の対処次第ではバーンアウトに陥る。病院勤務助産師のバーンアウトに関する研究においては、一般的にバーンアウトに陥りやすいと言われている看護師と比較して、情緒的消耗感、脱人格化においては同様もしくは低い傾向にある可能性が示唆されている(秋月・藤村, 2007)。しかし、病院勤務助産師において、スタッフ間からの支援不足や妊産褥婦との関係の困難さという対人関係からのストレスが情緒的消耗感に影響を与える可能性も報告されている(藤村・秋月, 2016)。近年産科の対象は、身体的精神的にハイリスク化(江川他, 2014; 中井, 2019)していることから、助産師にとって対応困難と感じる妊産褥婦を支援する割合も高まり、さらにコロナ禍にあっては、精神的負担は増加しておりストレスに曝さ

れて情緒的消耗感はこれまで以上に蓄積されバーンアウトに陥りやすくなると考える。

医療施設では、看護職者へのメンタルヘルス支援(萩原, 2013)が行われているが、看護系大学の卒業生へのキャリア開発支援についての動向調査においてもメンタルヘルス支援は、大学として必要な卒業生支援の一つとしている(竹本他, 2014)。A 大学看護学部助産師課程を選択した卒業生への動向調査においても、助産師自身のメンタルヘルスをテーマとした研修会開催の必要性が示唆された。また、卒業生の妊産褥婦と関わる中での関心事も併せて調査したところ、妊産褥婦のメンタルヘルスに最も関心があるという結果であった(橋口・加藤, 2021)。

そこで今回、A 大学の看護学部助産師課程の卒業生に、メンタルヘルスセルフマネジメント力育成プログラム(川村他, 2017)(以下、本プログラム)を活用したオンライン研修会を開催することとした。看護師を対象とした本プログラムの研修会では、「メンタルヘルス対処法に関して〈知る〉レベルから〈即実践〉のレベルに変化」等の健康管理や「他者援助への発展の兆し」等と看護実践につながる効果が明らかとなっ

受付日：2023 年 4 月 15 日／受理日：2024 年 9 月 6 日

1) 元宮崎県立看護大学 2) 宮崎県立看護大学

* E-mail : hasigucisoo@outlook.jp

ている(川村他, 2017)。このことから助産師に対しても、助産師自身の健康管理や妊産褥婦のメンタルヘルスを支援する際の手がかりを得ることにつながるのではないかと考えた。

Ⅱ. 目 的

A 大学看護学部助産師課程の卒業生に、メンタルヘルセルフマネジメント力育成プログラムを活用したオンライン研修会を開催し、助産師として就業している者への効果を明らかにすることである。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究対象

A 大学看護学部助産師課程の卒業生に、メンタルヘルセルフマネジメント力育成プログラムを活用したオンライン研修会(以下、研修会)開催の案内を行い、研修会に参加し助産師として就業している者とした。

2. データ収集方法

データ収集方法は、郵送法による無記名自記式質問紙調査であった。研修会の案内と調査研究についての説明文を郵送し参加申し込み後に、研修会への参加方法と無記名自記式質問紙調査票を改めて郵送した。調査内容は、属性(婚姻状況・子どもの有無)と就業状況(就業の有無・職種)・看護職経験年数、研修会の効果とした。

3. データ収集期間

研修会開催日の 2022 年 5 月 28 日から 6 月 6 日までの 10 日間とした。

4. 分析方法

属性と就業状況は、選択回答形式で求め項目ごとに記述統計量を算出し割合を求めた。看護職経験年数は、平均値を算出した。研修会の効果については、キャリアを積んでいくことに役立つ研修であったかと自由記述による問いを設け、記述内容を意味コード毎に要約し、類似するコードを集めサブカテゴリとした。さらに類似するものをまとめてカテゴリとした。分析は、質的研究の経験を有する研究者からスーパーバイズを受け意見が一致するまで研究者間で検討を繰り返して信頼性を確保した。

5. 研修会の内容について

- 1) 研修の目的: ①メンタルヘルスを脳の働きの視点から理解し、自己の心身の健康管理を考える機会とする。②妊産褥婦のメンタルヘルスを支援する際の手がかりを得る機会とする。
- 2) 構成: 本プログラムの講義 90 分と質疑応答及び意見交換 30 分
- 3) 開催方法: Microsoft Teams によるオンラインライブによる研修会
- 4) 講義内容: 本プログラムは、心的活動が起こっているときの脳のメカニズムについて脳生理学的な視点から内容が示され、専門知識を駆使して目には見えない自己のメンタ

ルを客観的に捉えてメンタルヘルスを保つ方法(川村他, 2017)を示したものである。

本プログラムの骨子

- ①メンタルヘルスから見る看護という仕事の性質
 - ②看護職の特性
 - ③脳全体としての健康な働きがメンタルヘルスを規定する
 - ④ケアの評価(自己評価)の力がメンタルヘルスを左右する
 - ⑤メンタルヘルセルフマネジメント力とは
 - ⑥人間の脳の進化の方向性から考える看護師のメンタルヘルス
- 5) 本プログラムの使用について

本プログラムの使用に当たっては、作成者らの代表者が共同研究者であり、作成者らの許可のもと共同研究者が研修会講師を務める。

Ⅳ. 倫理的配慮

研修受講後アンケートへの協力の依頼文書に、本調査研究の目的・調査研究への協力は個人の自由意思であること・無記名自記式質問紙で個人が特定されないようにしていること・得られた成果を学会発表や学術誌に公開予定であること・質問紙の返信をもって同意を得たことを明記し、研修会案内文書とともに発送した。研修会への参加申し込み後に、無記名自記式質問紙調査票を送付し、研修会終了後に改めて依頼文書をもとにオンライン上で説明を行った。本調査研究は、宮崎県立看護大学研究倫理委員会の承認(第 3-28 号)を得て実施した。研修会の質疑応答及び意見交換では、参加者の同意のもと各自で自らが画面に映るよう操作し、録音や画像データを取得する操作は禁止することとしプライバシーの保持に努めた。

Ⅴ. 結果・成果

1. 有効回答率と属性・就業状況・看護職経験年数

17 人が研修会に参加し 16 人から無記名自記式質問紙調査票の返信があり、助産師として就業している 13 人を分析対象とした(有効回答率 76.5%)。

既婚者 8 人(61.5%)、未婚者 5 人(38.5%)であり、子ども有り 8 人(61.5%)、子ども無し 5 人(38.5%)であった。看護師助産師経験年数は、平均 11 年 5 か月、最大 19 年最小 5 年であった。7 年以上の経験者は 10 人であった。

2. 研修会の効果

受講してキャリアを積んでいくことに役立つ研修であったかを自由記述で求め、13 人が記述していた。記述内容を意味コード毎に要約し、53 となった。53 のコードを類似性の視点で整理して、16 サブカテゴリとなりさらに類似しているものをまとめて 7 カテゴリを導き出した(表 1)。以下、【 】をカテゴリ、< >をサブカテゴリ、「 」をコードとして述べる。

1) 【心と体のつながりについて新たな視点を獲得する】

「心と体のつながりについて科学的な話で理解しやすい」など 4 つのコードから、<心と体のつながりを科学的に理解

する>を作成した。他、<健康管理の知識を深める>を含め2つのサブカテゴリから作成した。

2) 【心身の健康状態を客観視する】

「脳の三層構造のバランスで自身をみつめなおした時、バランスが崩れていたことに気づく」など3つのコードから<心身に負荷をかけていたと客観視する>を作成した。他、<業務による体調管理の困難感を認識する><ライフイベントが機となり心の調整力の低下を自覚する><反芻思考

からの変化を自覚する>を含め4つのサブカテゴリから作成した。

3) 【体調管理の大切さを再認識し取り組みの意志を示す】

「健康的な生活が土台になればメンタル面にも影響を及ぼすことから、自身の生活を正していきたい気持ちになる」など4つのコードから、<自身の体調管理の大切さを再認識する>を作成した。他、<生活を改善する具体的取り組みを示す>を含め2つのサブカテゴリから作成した。

表1 メンタルヘルセルフマネジメント力育成プログラムを活用したオンライン研修会の効果

カテゴリ(7)	サブカテゴリ(16)	コード(53)
心と体のつながりについて新たな視点を獲得する	心と体のつながりを科学的に理解する	心と体のつながりについて科学的な話で理解しやすい 科学的視点からメンタルヘルスに関して知識を付ける 脳の面から心の働きをみるという新たな視点を得る 脳の三層構造の考えを勉強する
	健康管理の知識を深める	体調管理に関心が強い時期にエビデンスを学び知識が深まる 自身の健康を考えながら仕事をしていく時の大きなヒントを得る 家族の健康にもつながる学びをする 講義内容は仕事でも私的な事でも盲点になっていたため、実践にも実生活にも活かしたい 今後の人生においても大変役立つ内容で、時折振り返りたい内容である 実践の基礎は学生時代の学びであり、生活過程を整え生命力の幅を広げるという考え方の研修は浸透する 行動が及ぼす心身への具体的な影響について知る
心身の健康状態を客観視する	心身に負荷をかけていたと客観視する	脳の三層構造のバランスで自身をみつめなおした時、バランスが崩れていたことに気づく 思い悩み続ける・時間を学習にあて休みを取らないという解決のための取り組みも負荷をかけた方法と気づく 身体の声を聞くことや脳全体の働きを整えるように脳の三層構造の働きを客観視することの必要性に気づく
	業務による体調管理の困難感を認識する	求められることが多く体調を保つことができなくなる “身体の声を聞く”ことについて、働いていると気づいた時には対応が難しくその積み重ねにより気づくこと自体が難しい 精神疾患合併のある妊産婦への対応の難しさと関わり悩みメンタル不調をきたしそうである
	ライフイベントが機となり心の調整力の低下を自覚する	学生時代に学んだストレスコーピング方法は現在もストレスを軽減させてくれる方法だが子育て中は実施できそうにない ストレス対処行動の方法をもっていたが出産を機にできなくなりそのことにさえ気づけていない ライフイベントがきっかけとなり心に負担がかかるだけでなく今まで実践してきた心のバランスを保つ方法も失うことがある
体調管理の大切さを再認識し取り組みの意志を示す	反芻思考からの変化を自覚する	ぐるぐる考えすぎて自分は辞める弱い人間という落ち込み思いから、考えられる気持ちに変化する
	自身の体調管理の大切さを再認識する	健康的な生活が土台になればメンタル面にも影響を及ぼすことから、自身の生活を正していきたい気持ちになる 学生時代に体調を整えることを学んだが、実際は不規則な勤務・長時間の緊張感・年々増える業務・年齢も重なり、体調管理は重要で関心も強くなる 経験年数が積み重なるにつれて、対応する妊産婦へのケアの複雑化、職場内役割の変化、家族形態の変化とストレスの内容が変わりやすく、ストレスとの向き合い方や捉え方について自己分析は大切である 助産師・看護職者としてまずは自己のメンタルヘルスについて整えていくことが大切であると再認識する
メンタルヘルス支援にエビデンスを持って臨む	生活を改善する具体的取り組みを示す	考えて動くことが多いため考えるより感じることを意識し味わう時間を今よりもつくる 取り入れると良い食材や習慣を生活に取り入れ健康に留意して仕事をする セロトニンを促す生活行動について現生活に含まれているものが多々あり現生活に感謝しこれからも大切に
	メンタルヘルスを科学的に捉えられ実践の示唆を得る	「心の不調は脳の働きの乱れである」「心を整えるには脳の働きを整える」と学びメンタルヘルスを科学的に捉えることができ、対象への働きかけがわかる 妊産婦は精神面が不安定になりやすい為、支援者も対象も脳の三層構造のどのレベルが優位に働いているか考えてかかわる 脳との関連性からもわかりやすい内容で、わかりやすく女性に伝えていくことで女性の健康支援につなげる
	対象へのメンタルヘルスケアで活用する	女性のヘルスケアに対してこの知識を活用していきたい 患者のメンタルヘルスに生活のできるセルフケアを伝えていきたい メンタルヘルセルフマネジメント研修を実践に活用したい
後輩同僚を仲間として意識しメンタルヘルス支援に活かす	妊娠出産子育てのライフイベントは心身のバランスが不安定となることを念頭に置き関る	脳は眠っている時に整理されるが産後の女性は疲れても眠れない状況で精神的に不安定になるため、産婦が心穏やかに過ごせるためにもサポートが重要であると再認識する 産後うつについて、妊婦がより自分の身体・心の変化に敏感になるよう、妊娠中にどのような関わりができるかと学ぶ 妊娠出産等のライフイベントの時期にいる対象は心に負担がかかりバランスを保つ方法を失うと考えて言葉や対応を選びたい 妊産婦は自分の体の声を聞くことを難しいと感じている人たちが多くのではないかと感じる
	後輩同僚を仲間として意識しメンタルヘルス支援に役立てる	同僚に心身を崩す者がいるため、心は脳にあるという視点をもち同じ仲間として安心できる環境を作る 後輩のメンタルヘルスに仲間として受け入れられていると思える言葉や態度を示していきたい メンタルヘルスを病み休職や退職する同僚のサポートに悩んでいたため、学びを踏まえ働きかけたい 患者・スタッフ・新人・学生に優しく『仲間』という考えは存在しないに等しい職場であるが、後輩に今日の学びを伝えたい ストレスに耐えられない人は辞めても仕方ないという空気が職場にあるが、一人一人が自分のメンタルヘルスマネジメント力を高めていくことが協働する上でも大切である
仲間の存在を感じ仕事の活力を得る	後輩支援に心の余裕を持つ	後輩がどのように考え行動しようとしているのか、業務ばかりを伝えるのではなくしっかりと受け止める心の余裕を持ちたい
	仲間が存在を実感する	自分自身はやりたい仕事ができ、母と子との関わりから喜びを感じ、仲間にも恵まれストレスは小さい 辞職を思いながらも周りのサポートや共有してくれる仲間、患者との関わりで得られるものがあるから続けられる 先輩後輩の話聞き頑張っている仲間の存在を感じ明日からの活力となる コロナは大きなストレスだがオンラインで遠方でも参加できる機会になり懐かしい顔に出会えてとても嬉しい 助産師の先輩方もたくさん参加しておりとても勉強になる
自分を大切にしつつ他者貢献に臨む	同職者としてつながり活力を得る	利他の心を忘れず地域のため、患者のため、仲間のために一つ一つできることを大切にしていきたい 後に社会貢献できるよう今はできる限り子育てを楽しみ自分の心地よい時間を作っていきたい 看護職者として以前一人の人間として自分を大切に生きてきたことで、他者貢献がより充実すると感じる 自分を幸せにしつつ周りも幸せになれるよう、自分にできることは何かを模索し続けていきたい

4) 【メンタルヘルス支援にエビデンスを持って臨む】

『心の不調は脳の働きの乱れである』『心を整えるには脳の働きの整える』と学びメンタルヘルスを科学的に捉えることができ、対象への働きかけがわかる」など2つのコードからメンタルヘルスを科学的に捉えられ実践の示唆を得る>を作成した。他、<対象へのメンタルヘルスケアで活用する><妊娠出産子育てのライフイベントは、心身のバランスが不安定となることを念頭に置き関る>を含む3つのサブカテゴリから作成した。

5) 【後輩同僚を仲間として意識しメンタルヘルス支援に活かす】

「メンタルヘルスを病み休職や退職する同僚のサポートに悩んでいたため学びを踏まえて働きかけたい」など5つのコードから<後輩同僚を仲間として意識しメンタルヘルス支援に役立てる>を作成した。他、<後輩支援に心の余裕を持つ>を含む2つのサブカテゴリから作成した。

6) 【仲間の存在を感じ仕事の活力を得る】

「自分自身はやりたい仕事ができ、母と子との関わりから喜びを感じ、仲間にも恵まれストレスは小さい」など2つのコードから、<仲間の存在を実感する>を作成した。他、<同職者とつながり活力を得る>を含む2つのサブカテゴリから作成した。

7) 【自分を大切にしつつ他者貢献に臨む】

「利他の心を忘れず地域のため、患者のため、仲間のために一つ一つできることを大切にしていきたい」など4つのコードから、<自分を大切にしつつ他者貢献に臨む>を作成し、一つのサブカテゴリから作成した。

Ⅵ. 看護実践への示唆

1. 本プログラムを活用した研修会の参加者への効果

助産師として就業している13人(以下、参加者)には、本プログラムを受講する中で<心身に負荷をかけていたと客観視する><業務量増による体調管理の困難感を自覚する>などがみられた。これは、まさに仕事において心身への負担が過重であることを表している。また参加者の6割は、家庭生活で育児をしている負荷も重なり、<ライフイベントが機となり心の調整力の低下を自覚する>様子も見られたが、【心身の健康状態を客観視する】ことになっており、参加者にとって研修会は、自らの仕事や家庭生活を振り返り心身の健康を見つめ直す機会となった。人間は「自分自身に対する振り返りを持ち、自分自身を自分なりに把握・理解した上で判断し、行動し、生活していく、という非常に重要な人間的あり方の特性」(梶田, 2003, pp.118)があることから、心身の健康状態の客観視は、【体調管理の大切さを再認識し取り組みの意志を示す】ことにつながったと言える。つまり研修会は、参加者自身の生活全体を見直す機会となり心身の健康管理に努めることが示唆された。また参加者は、研修を受講して、【心と体のつながりについて新たな視点を獲得する】学びを得て、<メンタルヘルスを科学的に捉えられ実践の示唆を得る>や

<対象へのメンタルヘルスケアで活用する>などと【メンタルヘルス支援にエビデンスを持って臨む】意思がみられた。

「看護師が自己の看護を客観視できることが、看護を変化させるきっかけになる」(小笠原, 2011, pp.22)ことから、参加者はこれまでの実践を客観視し看護を変化させようとしていると言える。つまり研修会は、心と体のつながりを科学的に捉えたうえで対象へのメンタルヘルス支援に臨むことが示唆された。これらのことは、研修の目的①②と一致していると言え、また看護師を対象とした本プログラムの研修会で得られた効果(川村他, 2017)と同質であった。

一方、今回の参加者には、【仲間の存在を感じ仕事の活力を得る】という思いや、【後輩同僚を仲間として意識しメンタルヘルス支援に活かす】意欲がみられた。これは、看護師を対象として行った研修会とは異質の効果である。キャリア形成や仕事によるストレス反応を下げる要因には、仲間の存在や同僚からの支援が含まれる(富田他, 2016;吉田他, 2011)。看護師はもちろん助産師も、同僚や他職種と連携・協働しており他者との関係づくりの能力が求められる。参加者の、平均看護職経験年数は11年5か月で最小でも5年と全員が中堅以上であり、ほとんどは後輩指導を担っていると考えられる。仲間には、情緒的支援の要素があり、仲間と思えることや仲間という姿勢を持つことは看護チームづくりに役立つ。つまり本プログラムを活用した研修会に参加した中堅以上の助産師は、後輩同僚へのメンタルヘルス支援に活かすことが示唆され、研修の目的以上の効果が得られた。

2. 子どもを持ち助産師として就業している卒業生にとっての研修会の効果

参加者の内、既婚者8人、子ども有り8人でどちらも61.5%と半数を超えていた。また、カテゴリ【心身の健康状態を客観視する】のサブカテゴリ<ライフイベントが機となり心の調整力の低下を自覚する>と、カテゴリ【メンタルヘルス支援にエビデンスを持って臨む】のサブカテゴリ<妊娠出産子育てのライフイベントは心身のバランスが不安定となることを念頭に置き関る>は、全て子ども有りの参加者のコードから作成されていた。子ども有りの参加者にとっては、オンライン研修会は時間に縛られず自宅から参加できること以上に、周産期領域においてメンタルヘルス支援は重要視されており、本プログラムは自身も妊娠出産子育てを体験していることで、妊産褥婦の立場にたって精神面を推察しつつ研修で学んだエビデンスを重ねてメンタルヘルス支援に臨んでいくと考える。

今回の研修会では、講義後に質疑応答及び意見交換の時間を設けた。同窓生同士の交流を持つことは、キャリア形成の糸口を見出す場として有効といわれている(藏本他, 2017)。同窓生としてオンライン画面上ではあるが意見を交換して交流を持つことは、<同職者とつながり活力を得る>ことになり、仕事をする上での活力にもな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関連事項はない。

謝辞

本調査研究にご協力いただきました参加者の皆様に深く感謝いたします。

Ⅶ. 引用文献

- 秋月百合, 藤村一美. (2007). 日本における病院勤務助産師のバーンアウトに関する研究. 日本助産学会誌, 21 (1), 30-39.
- 江川真希子, 宮坂尚幸, 久保田俊郎. (2014). 精神疾患. 周産期医学, 44 (9), 1231-1234.
- 藤村一美, 秋月百合. (2016). 病院勤務助産師の職場ストレスとバーンアウトの関連. 山口医学, 65 (1), 51-63.
- 萩原由美. (2013). 看護師のメンタルヘルスサポートへの取り組み. 医療, 67 (1), 25-30.
- 橋口奈穂美, 加藤章子. (2021). 宮崎県立看護大学看護学部助産師課程を選択した卒業生の動向調査. 宮崎県立看護大学研究紀要, 22 (1), 1-10.
- 梶田毅一. (2003). 三訂版 教育評価—学びと育ちの確かめ—. 放送大学教育振興会.
- 川村道子, 福浦善友, 河野義貴. (2017). 看護師のメンタルヘルスセルフマネジメント力育成に関する研究—その1—. 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 6, 3-10.
- 藏本直子, 板谷裕美, 田中泉香, 星貴江, 小木曾友美, 藪田綾, 北川真理子. (2017). 助産師のキャリア発達支援に関する研究—助産学同窓会員のキャリア満足度と組織への希望—. 名古屋市立大学看護学部紀要, 16, 15-24.
- 中井章人. (2019). 第2回妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会—妊産婦の診療の現状と課題—. 厚生労働省 Retrieved February 7, 2021, from <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000488877.pdf>.
- 小笠原広実. (2011). 精神を病む患者の自立を支える看護師の思考過程—対応困難事例の分析を通して—. 宮崎県立看護大学大学院看護学研究科, 博士論文.
- 萩野佳代子, 瀧ヶ崎隆司, 稲木康一郎. (2004). 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響. 心理学研究, 75 (4), 371-377.
- 竹本由香里, 桑名佳代子, 原玲子, 高橋方子. (2014). 看護系大学におけるキャリア開発支援に関する研究—卒業生の動向調査から—. 北日本看護学会誌, 16 (2), 23-31.
- 富田亮三, 細田泰子, 紙野雪香. (2016). 初期キャリア形成期の看護師におけるピア・コーチングの相互関係の構造. 日本看護学教育学会誌, 25 (3), 13-24.
- 吉田えり, 山田和子, 森岡郁晴. (2011). 卒後2~5年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連. 日本看護研究学会雑誌, 34 (4), 65-72.

◇実践報告◇

フィジカルアセスメントの授業における ゲーミフィケーション活用の効果

宮永葵子¹⁾*, 杉森千代子¹⁾, 松井希代子¹⁾, 石井和美²⁾

目的: 本研究の目的は、フィジカルアセスメントの授業にゲーミフィケーションを活用した効果を明らかにすることである。

方法: 看護学部1年生72名を対象とし、全30回の授業の最終回後に無記名自記式質問紙による調査を実施した。調査内容は科目の興味度調査(Course Interest Survey: CIS)とゲーミフィケーションの6要素に対する感想である。

結果: CISの得点から本授業において、「R: 関連性」と「S: 満足」が高かったが「C: 自信」に関する一部の項目得点が低かった。学生の感想からは【楽しかった】【参加しやすかった】【意欲向上につながった、意欲がわいた】【達成感を感じた】などがあった。

結論: ゲーミフィケーションの活用によって、学習意欲の向上に効果がみられた。この他に、頑張ったことにより達成感を感じたこと、自己の成長を認識したことにより満足感が得られたことが示唆された。

【キーワード】 ゲーミフィケーション、フィジカルアセスメント、科目の興味度調査、看護基礎教育

I. はじめに

近年、人口構造の変化や高齢化、一人が複数の疾患を抱える時代となり看護師にはこれまで以上に高い能力が求められている(厚生労働省, 2019)。中でも緊急時の対処能力の基礎となるフィジカルアセスメントについて強化する必要があることが以前よりいわれている(厚生労働省, 2011)。看護師を対象にフィジカルアセスメントの活用実態を調査した報告によると、新人看護師の63%はフィジカルアセスメントを「あまり・まったく活用できていなかった」と回答しており(滝島, 2011)、病院に従事する看護職1,216名を対象に行った調査では、約4名に1名(1,094名のうち268名)が「フィジカルアセスメント」が課題であると感じている(神谷他, 2018)。このように、フィジカルアセスメント技術が看護師に求められる一方で、十分に技術修得や活用できていない現状が明らかである。

技術修得や活用に繋がりにくい要因の一つとして、知識が不足していること、知識があっても実際のアセスメントに結びつけることができないといった課題があり(滝島, 2011)、

フィジカルアセスメント特有の学習の難しさがあり、学生たちはなかなか学習意欲が湧かないのではないかと考えた。そこで、学習の動機づけに効果がある「ゲーミフィケーション」に着目した。2010年代より「ゲーミフィケーション」という言葉が普及し、既にヘルスケア分野では健康寿命をのばすための取り組みとして、プロ野球の試合と連動したファンの合計歩数による対戦や(松本他, 2021)、職場の栄養改善のためにスマートフォンのWebアプリを用い、クイズによる知識普及と食事内容の記録によるポイント付与などが行われ(松本, 2020)、研究活動が盛んに行われている。ゲーミフィケーションとは、一般的に「ゲームの考え方やデザイン・メカニクスなどの要素を、ゲーム以外の社会的活動やサービスに利用すること」と定義されており、人の行動に対するモチベーションを向上させる方法に利用されている(井上, 2012, p36)。大学教育では、岸本・三上(2013)らがゲーミフィケーションの6要素(達成可能な目標設定、成長の可視化、称賛演出、能動的参加、フィードバック、自己表現)を活用した授業デザインを導入・実践し、大学生の学習意欲の向上に効果的であったと報告している。看護基礎教育においても、ゲーミフィ

受付日: 2023年10月15日 / 受理日: 2024年9月6日

1) 金沢医科大学 2) 石川県立看護大学

* E-mail: aiko3000@kanazawa-med.ac.jp

ケーションを活用することで学生の興味を引き、学習意欲や技術修得の向上に効果があるのではないかと仮説をたてた。本研究では、第一段階であるゲーミフィケーションの活用による学習意欲への効果について検証する。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、フィジカルアセスメントの授業にゲーミフィケーションの6要素（達成可能な目標設定、成長の可視化、称賛演出、能動的参加、フィードバック、自己表現）を活用し、学習意欲への効果を明らかにすることである。

Ⅲ. 看護実践

1. 授業科目の概要

1) 基礎看護技術論Ⅰ（フィジカルアセスメント）の位置づけ
授業は1年生の後期、1コマ90分、全30回で2単位の演習科目である。1年生の前期に一般教養、解剖・生理学、基礎看護学実習Ⅰ、看護学原論が終了しており、疾病治療論が平行して開講している。

2) 基礎看護技術論Ⅰ（フィジカルアセスメント）の授業目標と内容

(1) 授業目標

解剖・生理学、病理・病態学、主疾患の基礎知識に基づき、基本技術を用いて対象者の身体的・心理的・社会的な情報を収集する方法を系統別に修得する。また、得られた情報からアセスメントする能力、アセスメント結果を適切に報告する技術を修得する。

(2) 授業内容（表1）

第1～8回はフィジカルアセスメントの基本技術・バイタルサイン測定技術の講義と演習、実技試験を行い、第9～30回は系統・症状別のアセスメント技術の講義・演習、フィジカルアセスメント実技試験を行った。演習は学生同士がペアになり、お互いにフィジカルイグザミネーションを実施したり、簡単な事例を基に模擬患者やシミュレータを使用しシミュレーションを実施した。

(3) ゲーミフィケーションを活用した授業内容（表1）

表1にゲーミフィケーションを活用した教授方略としてA～Fを実施した。A 達成可能な目標設定：第1回の授業で本科目における到達目標、行動目標を説明し、各授業の冒頭でも必ず本時の学習目標を明示した。B 成長の可視化：全30回の授業で修得すべき技術がわかる「ステップアップシート」を作成し、各学習目標を達成した場合、教員から学生に「達成シール」を渡し、シートに貼付した。「ステップアップシート」の「達成シール」が全て収集できた学生には、授業最終日に「科目修了証」を渡した。C 称賛演出：従来から実施している課題の解剖 T シャツ作製に対し、優秀者を選出する「解剖 T シャツコンテスト」を実施し、優秀者は表彰した。D 能動的参加：学生が実際に見て触れられる教材の使用、第9回～14回の系統別アセスメント演習は学生6人を教員1名

が担当する小グループ制とし、学生が参加しやすいようにした。この他、練習期間は学生たちが好きな時間に実技練習できるよう、常時血圧計を教室に設置したり、演習時には学生自身が主体的にシミュレータを操作できるようにした。E 即時フィードバック：学生・教員間でコメントし合う「シャトルカード」を作成し、学生の授業ごとの学びや感想・質問が記載できるようにし、それに対し毎回教員がコメントした。授業最終日に学生が、これまでに記載した学びを精読し、自己の成長を振り返るよう促した。F 自己表現：演習前にグラウンドルールとして、①相手の発言に耳を傾け意見を大切にすること、②積極的に発言すること、③相手の発言に対し承認と感謝の気持ちを表すこと、を必ず説明し学生が発言しやすい雰囲気づくりを意識した。

2. 研究方法

1) 研究対象者

研究対象者は、A 大学看護学部1年生で「基礎看護技術論Ⅰ」を履修した72名である。

2) データ収集方法

調査用紙を用いて無記名自記式質問調査を行った。調査期日は202X年1月、授業（全30回）の最終回の授業終了後に実施した。

3) 調査内容

(1) 本授業に対する学習意欲

学生の授業に対する学習意欲を引き出すことができているかを測定できる、科目の興味度調査（Course Interest Survey：CIS）を用いた。この調査項目は、「A：注意」、「R：関連性」、「C：自信」、「S：満足」のARCSモデルに基づく4因子34項目で構成されている。回答は、「とてもそう思う」から「まったくそう思わない」の5件法である。34項目中9個の反転項目がある。CISの信頼性・妥当性は証明されている（Keller, 2009/2010, p287-292）。

(2) 本授業に対する学生の感想

本授業に対する学生の感想を調査用紙に設けた自由記載欄に6要素ごとに記載してもらった。

4) 分析方法

CISは、反転項目の得点を調整し、項目・因子ごとに1～5点に点数化し平均得点を算出した。ゲーミフィケーションの6要素別の感想の内容はKrippendorff, (1980/1989)の内容分析の手法を用い分析を行った。(1) 自由記載欄からゲーミフィケーションの6要素に対する感想について、意味内容を損なわない単位でコード化した。(2) 質的研究の経験のある第1著者と第2著者がそれぞれに、コードの同質性と異質性を比較し、意味内容の似ているものをまとめた。(3) 信頼性確保のために、2名の分析者が分類した感想内容の一致率を算出した（有馬, 2021, p41）。分析結果の確証性を確保するために、研究者間で感想の内容を検討しコンセンサスを得た。

表 1 ゲーミフィケーションを活用した授業内容

回	授業内容	形態	ゲーミフィケーション活用による教授方略
1	フィジカルアセスメントの 意義、健康歴聴取、基本技術	講義 演習	A 達成可能な目標提示 B 成長の可視化 ステップアップ シートの使用 E フィードバック シャトルカードの 使用
2	問診（面接）技術	演習	D 能動的参加 体験型の教材の使用 常時血圧計を 教室に設置
3	バイタルサイン測定 体温・	講義	
4	脈拍・呼吸測定	演習	達成シール
5	バイタルサイン測定 血圧測定	講義	
6		演習	D 能動的参加 学生6人の 小グループ制 シミュレータ の自己操作
7	バイタルサイン測定実技試験	実技	
8		試験	達成シール
9	消化器系のアセスメント	演習	
10	（シミュレーション）		達成シール
11	呼吸器系のアセスメント	演習	
12	（シミュレーション）		達成シール
13	循環器系のアセスメント	演習	
14	（シミュレーション）		達成シール
15	シミュレータを用いた心音/呼吸音	演習	
16	の聴取		達成シール
17	脳神経・感覚器のアセスメント	演習	
18	（シミュレーション）		達成シール
19	運動機能のアセスメント	演習	
20	（シミュレーション）		達成シール
21	アセスメント結果の報告技術	講義	
22		演習	達成シール
23	既習技術の統合		
24	実技試験の練習		達成シール
25	フィジカルアセスメント実技試験	実技	
26			達成シール
27			
28		試験	C 称讃演出 解剖Tシャツ コンテスト F 自己表現 発言しやすい雰囲気づくり
29	皮膚・栄養状態のアセスメント	講義	科目修了証 自己の ふり回り
30	心理・社会状態のアセスメント	講義	

筆記試験 50%、実技試験（バイタルサイン測定 10%、フィジカルアセスメント 30%）、レポート 10%

IV. 倫理的配慮

対象者に研究チーム員ではない教員から研究の主旨を文書と口頭で説明し、文書で同意を得た。研究対象者は学生であるため、学業成績や単位取得への影響などの不利益が生じないよう、成績評価を終えた202X年2月にデータ分析を行った。研究は金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

V. 結果・成果

1. 調査対象者

研究対象者のうち、研究参加の同意が得られた68名を対象とし、欠損データのあった3名を除外し、分析対象は65名であった。回収率は94.4%、有効回答率は90.3%であった。

2. 本授業に対する学習意欲

本授業に対し、学生たちの学習意欲を引き出すことができているかを、科目の興味度調査（Course Interest Survey）

CIS)を用いて評価した。CISの6項目、6因子の得点の平均値(標準偏差)を表2に示した。項目得点の平均値が4.5点以上と高得点であった項目は、「R:この科目で学修した内容は、私にとって役に立つだろう」、「R:教員はこの科目の内容が重要だと思わせていた」、「R:この科目の内容が、私がすでに知っていることとどのように関連するのかがわからなかった(反転項目)」、「S:この科目から学んだことに満足している」、「S:この科目には、かなりがっかりした(反転項目)」であった。項目得点の平均値が3.5点以下と低値であった項目は、「C:私はこの科目をうまくやる自信があった」、「A:教員は要点に近づくときに、ドキドキ感を演出した」、「C:教員が私の課題にどのような成績をつけるのかを予測するのは困難だった」、「A:教員は、興味をひくために普段と違うことや驚くようなことを行った」、「A:この授業の内容についてたずねられた質問や与えられた問題によって、私の好奇心

がよく刺激された」であった。6因子得点の平均値は、「R:関連性」が4.4、「S:満足」が4.2、「A:注意」が3.8の順で、「C:自信」が3.6と最も低かった。

3. 本授業に対する学生の感想

ゲーミフィケーションの6要素別の学生の感想を表3に示した。感想内容の分類は第1著者と第2著者で行い、内容は38に分類された。分析者間での一致率は85.4%であった。その内容を【 】で示す。

A 達成可能な目標設定として、初回授業に科目の到達目標・行動目標の説明、事前に授業テーマを電子シラバスに提示、毎回授業の冒頭に学習目標を明示した。これに対する感想として【何を学ぶかがわかった】、【何をするのがわかった】、【達成目標がわかった】があった。B 成長の可視化ができるように、成長可視化シート「ステップアップシート」の使用、「達成シール」の受領、「科目修了証」の受領に対し、【嬉し

表2 科目の興味度調査

		n=65	
NO	項目	平均値	(標準偏差)
1	A 教員は、科目の内容に関して私たちを熱心に取り組ませる方法がわかった。	4.3	(0.7)
2	R この科目で学修した内容は、私にとって役に立つだろう。	4.8	(0.4)
3	C 私はこの科目をうまくやる自信があった。	3.1	(0.9)
4	A この授業には注意をひきつけられることはほとんどなかった。	4.0	(1.2)
5	R 教員はこの科目の内容が重要だと思わせていた。	4.8	(0.5)
6	C この科目でよい成績をとるには幸運が必要だった。	3.8	(1.1)
7	S 私がこの科目で成功するために必要な努力は、大きすぎた。	3.6	(0.9)
8	R この科目の内容が、私がすでに知っていることとどのように関連するのかがわからなかった。	4.5	(0.7)
9	C この科目で成功するかどうかは自分次第だった。	3.6	(1.1)
10	A 教員は要点に近づくときに、ドキドキ感を演出した。	3.0	(1.1)
11	C この科目の内容は、私にとって難しすぎた。	3.6	(0.9)
12	S 私はこの科目にかなり満足している。	4.3	(0.7)
13	R この授業で私は高い基準を立てて、そこに到達しようとしていた。	3.9	(0.8)
14	S 私の成績やその他の評価は、他の学生と比べて公平だったと思う。	3.8	(1.1)
15	A この授業の学生たちは、内容に興味を持っているようだった。	4.0	(0.8)
16	S 私はこの科目で楽しく学習した。	4.2	(0.7)
17	C 教員が私の課題にどのような成績をつけるのかを予測するのは困難だった。	3.0	(1.1)
18	S 私が思っていた自分の課題のでき具合に比べて、教員の評価には満足している。	3.8	(0.9)
19	S この科目から学んだことに満足している。	4.6	(0.6)
20	R この科目の内容は私の期待や目的と関連していた。	4.2	(0.7)
21	A 教員は、興味をひくために普段と違うことや驚くようなことを行った。	3.4	(1.1)
22	R 学生たちはこの授業に積極的に参加していた。	4.3	(0.7)
23	R 私の目的を達成するために、この科目でよい成績を収めることが重要だ。	4.2	(0.7)
24	A 教員は、さまざまなおもしろい教授法を用いていた。	3.8	(1.0)
25	R この科目を受けて何か得をすることは思えなかった。	4.8	(0.4)
26	A この授業を受けている間に、私はよく空想にふけていた。	4.3	(0.9)
27	C この授業を受けている間に、私はよく空想にふけていた。	4.3	(0.8)
28	R この科目による個人的な利益は自分にとって明らかだ。	4.1	(0.9)
29	A この授業の内容についてたずねられた質問や与えられた問題によって、私の好奇心がよく刺激された。	3.5	(0.9)
30	C この科目での挑戦レベルは、やさしすぎも難しすぎもしないと感じていた。	3.7	(1.1)
31	S この科目には、かなりがっかりした。	4.8	(0.4)
32	S 評価やコメントやその他フィードバックによって、この科目の課題への私の取り組みが十分認められていると感じていた。	4.4	(0.8)
33	S 私がこなす必要がある課題の量は、この種の科目としては適切だった。	4.0	(1.0)
34	C 私がこなす必要がある課題の量は、この種の科目としては適切だった。	4.0	(0.9)
A: 注意		3.8	(0.4)
R: 関連性		4.4	(0.3)
C: 自信		3.6	(0.4)
S: 満足		4.2	(0.4)

表3 ゲーミフィケーションの6要素別の取り組み内容と感想

要素	取り組み	内容
A	授業冒頭での学習目標の明示	何を学ぶかがわかった(4)、何をするのがわかった(3)、達成目標がわかった(2)
B	①成長の可視化「ステップアップシート」の使用	嬉しい気持ちになった(13)、楽しかった(1)、達成感を感じた(31)
	②演習目標達成後の「達成シール」の受領	自己の頑張りを認めた(9)、認められたように感じた(6)、学習した内容がわかった(6)
	③「目標達成シール」を全て収集すると受けることができる「修了証」の受領	自信に繋がった(1)、意欲向上に繋がった(8)、小学生みたいだった(1)
C	解剖Tシャツコンテストの開催、優秀者の表彰	やる気や意欲が出た(22)、頑張ったと思えた(5)、面白かった、楽しかった、嬉しかった(6)
		絵は苦手で嫌だった(1)、他者と比べられた(1)、他者に起こる影響を考えた(11)
D	①系統別演習は小グループ制	楽しかった(3)、質問しやすかった(4)、参加しやすかった(3)、意見を言いやすかった(8)
	②練習環境の調整	いろんな視点で学べた(5)、分かりやすく理解ができた(5)、意欲がわいた(7)
	③シミュレーターの自己操作	実践に近い体験ができた(3)
E	①授業ごとに学生・教員間でコメントし合う「シャトルカード」の使用 ②全30回の授業の学びの振り返り	授業や技術を振り返ることができた(31)、自己の課題に気づけた(10)
		自己の成長が見えた(11)、コメントが楽しみで嬉しかった(10)、コメントで自信が持てた(4)
		先生と親しくなれた(3)、頑張ろうと思った(4)、質問がしやすかった(7)
F	発言しやすい雰囲気づくり	面白かった(1)、大変だった(6)、先生が大変だと思った(2)
		楽しかった(5)

い気持ちになった】、【楽しかった】、【達成感を感じた】、【自己の頑張りを認めた】、【認められたように感じた】、【学習した内容がわかった】、【自信に繋がった】、【意欲向上に繋がった】、【小学生みたいだった】があった。C 称賛演出として、解剖 T シャツコンテストの開催や優秀者の表彰を行った。これに対する感想として【やる気や意、欲が出た】、【頑張ったと思えた】、【面白かった、楽しかった、嬉しかった】、【絵は苦手で嫌だった】、【他者と比べられた】、【他者に起こる影響を考えた】があった。D 能動的参加として、系統別演習の小グループ制、練習環境の調整、シミュレーターの自己操作を促した。これに対する感想として【楽しかった】、【質問しやすかった】、【参加しやすかった】、【感想を言いやすかった】、【いろんな視点で学べた】、【分かりやすく理解ができた】、【意欲がわいた】、【実践に近い体験ができた】があった。E 即時フィードバックとして、授業ごとに学生・教員間でコメントし合う「シャトルカード」を使用した。これに対する感想として【授業や技術を振り返ることができた】、【自己の課題に気づけた】、【自己の成長が見えた】、【コメントが楽しみで嬉しかった】、【コメントで自信が持てた】、【先生と親しくなれた】、【頑張ろうと思った】、【質問がしやすかった】、【面白かった】、【大変だった】、【先生が大変だと思った】があった。F 自己表現として、発言しやすい雰囲気をつくったことに対し【楽しかった】という感想があった。

VI. 看護実践への示唆

1. 考察

ゲーミフィケーションの活用による学習意欲への効果

本授業にゲーミフィケーションを活用し CIS を調査した結果、【R：関連性】が 4.4、【S：満足】が 4.2、【A：注意】が 3.8 の順で、【C：自信】が 3.6 と最も低かった。3 年生のフィジカルアセスメントの授業において e-ラーニングによる復習、シミュレーション、事例を用いたグループワークと発表を取り

入れた授業について、CIS 日本語版尺度を用いた鈴木らの調査では、3-4 因子得点の中央値が【A：注意】4.0、【R：関連性】が 4.0、【C：自信】が 3.3、【S：満足】が 3.7 であったと報告している（鈴木他, 2019）。本研究と対象学年は異なるが、教授内容は類似しており、CIS の結果を鈴木らの結果と比較すると、本研究結果は【R：関連性】、【C：自信】、【S：満足】は高く、【A：注意】は低かった。

本結果の【R：関連性】で最も得点が高かった項目は、「この科目で学修した内容は、私にとって役に立つだろう」、「教員はこの科目の内容が重要だと思わせていた」、「この科目を受けて何か得をするとは思えなかった(反転項目)」であった。この理由として、学生が実際に見て、触れて、操作することができる体験型教材やシミュレーション授業を行ったことが考えられる(D 能動的参加)。ICT やシミュレーションを活用した授業は学習者の探求心を刺激する効果があり(上村, 2018)、学生・教員間でコメントし合う「シャトルカード」を用いた学習内容と臨床での活用の関連性や重要性を繰り返し伝えること(E 即時フィードバック)は学生の学修意欲を高め、学びを深める効果がある(富山・杉原, 2021)。また、学習目標が明示されていたこと(A 到達可能な目標設定)なども学生が自分との「関連性」を感じるのに効果的であったと考えられる。

次に CIS の【S：満足】が高かったことについて、最も得点が高かった項目は、「この科目には、かなりがっかりした(反転項目)」であり、次いで「この科目から学んだことに満足している」、「評価やコメントやその他フィードバックによって、この科目の課題への私の取り組みが十分認められていると感じていた」であった。学生の感想からは、B 成長を可視化するための「ステップアップシート」の使用や技術修得後に「修了証」を授与したこと、称賛演出として解剖 T シャツコンテストを行い、優秀者を表彰したことにより【達成感を感じた】、【自己の頑張りを認めた】、【認められたように感じた】、【頑

張ったと思えた】といった感想があった。学生は、教員から自分の取り組みに対し称賛されることで最も“うれしさ”を感じる（金子, 2023）ため、学生の努力に対し称賛することは重要である。また、「シャトルカード」を用い授業ごとにフィードバックしたこと、科目を通しての自己の学びの振り返りをしたことにより、【自己の成長が見えた】といった感想があった。このように自己の頑張りを自己承認・他者承認されたことや、頑張ったことにより達成感を感じたこと、自己の成長が可視化され成長を認識したことにより満足感が得られたのではないかと考える。

少数意見として、【小学生みたいだった】、【絵は苦手な嫌だった】、【大変だった】という意見があり、成人学習者として目標達成シールの収集等は幼稚と感じる学生がいることや、絵が苦手な学生の作品を他学生に見られないように配慮すること、課題量を調整するなどの改善が必要である。全体を通しては、【楽しかった】、【参加しやすかった】、【実践に近い体験ができた】、【意欲向上につながった、意欲がわいた】などの感想があり、学習意欲の向上に効果があったことが明らかとなった。「C：自信」が最も低かったが、鈴木らの結果も同じであり（鈴木他, 2019）、上村の文献検討の結果からも学生の自信への動機づけは低く、経験を積むことが必要であると言われていることから、妥当な結果であったと考える。

次の課題として、本研究では学生のパフォーマンスとして学習姿勢や技術修得度がどのように変化したかは明らかにしていないため今後検討していきたい。

2. 結論

本研究は、フィジカルアセスメントの授業にゲーミフィケーションを活用した効果を明らかにするために、授業の最終回後に科目の興味度調査（Course Interest Survey：CIS）とゲーミフィケーションの6要素に対する感想を調査した。その結果、以下の2点が明らかとなった。

- 1) 本授業の特徴として CIS の結果から、「R：関連性」と「S：満足」が高かったが、「C：自信」に関する一部の項目得点が低かった。
- 2) 学生の感想から【楽しかった】、【参加しやすかった】、【実践に近い体験ができた】、【意欲向上につながった、意欲がわいた】があり、学習意欲の向上に効果があった。また、【達成感を感じた】、【自己の頑張りを認めた】、【認められたように感じた】、【頑張ったと思えた】、【自己の成長が見えた】があり、自己の頑張りを自己承認・他者承認されたことや、頑張ったことにより達成感を感じたこと、自己の成長が可視化され成長を認識したことにより満足感が得られたことが示唆された。

謝辞

本研究は、2021年度金沢医科大学教育改善プログラムの助成を受け実施した。

本論文の内容の一部は、日本看護科学学会 第32回学術集会において発表した。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 有馬明恵. (2021). 内容分析の方法 第2版. ナカニシヤ出版.
- 井上明人. (2012). ゲームフィケーション<ゲーム>がビジネスを変える. NHK 出版.
- 神谷美香, 清水八恵子, 武藤英理, 須賀京子. (2018). 基礎看護学におけるフィジカルアセスメント教育のあり方に関する一考察—臨床看護師が感じる課題と看護系大学での教育の現状から—. 朝日大学保健医療学部看護学紀要, 4, 10-14.
- 金子利恵. (2023). 看護学教員と臨地実習指導者が看護学生に与える影響 臨地実習指導を受けた学生が感じること. 秋田県看護教育研究会誌, 47, 24-29.
- Keller, J.M. (2010). 学習意欲をデザインする ARCS モデルによるインストラクショナルデザイン. 鈴木克明監訳. 北大路書房. pp.287-292.
- 岸本好弘, 三上浩司. (2013). ゲーミフィケーションを活用した大学教育の可能性について. 日本デジタルゲーム学会, 2012 年年次大会予稿集. http://kishimotolab.org/pdf/gu_essay.pdf
- Krippendorff, (1980/1989). メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 三上俊治・椎野信雄・橋元良明訳. 勁草書房. 第4章分析デザインの設計論理.
- 厚生労働省. (2011). 看護基礎教育の内容と方法に関する検討会報告書, 2022年6月27日閲覧. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001310g-att/2r9852000001314mh.pdf>
- 厚生労働省. (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>
- 松本七映, 鎌田真光, 林英恵, イチローカワチ, 平山太朗, 根岸友喜. (2021). パ・リーグ6球団公式アプリ「パ・リーグウォーク」毎日の歩数でチームを応援！. 日本健康教育学会誌, 29 (2), 223-228.
- 松本泰明. (2020). 「職場の栄養改善」におけるブロックチェーン技術を応用した栄養啓発活動. イルシー, 144, 23-32.
- 鈴木小百合, 三宮有里, 石井真理子, 君津真里子, 星野清香. (2019). フィジカルアセスメント教育における授業実践の評価—平成28年度と平成29年度の比較—. 日本看護学会論文集 看護教育, 49, 235-238.
- 滝島紀子. (2011). 看護基礎教育におけるフィジカル・アセスメントの教授内容がフィジカル・アセスメントの活用実態に及ぼす影響. 川崎市立看護短期大学紀要, 16 (1), 9-19.
- 富山美佳子, 杉原喜代美. (2021). リフレクションシャトルカード活用による学修効果の検討. 足利大学看護学研究紀要, 9 (1), 23-30.
- 上村千鶴. (2018). 看護学生の学習の動機づけに関する ARCS 動機づけモデルの文献検討. キャリアと看護研究, 8 (1) 61-68.

◇実践報告◇

透析患者の災害訓練前後の意識の変化

山本広美^{1)*}, 蟹谷美香¹⁾, 高村大輔¹⁾, 福田満里子¹⁾

目的: 透析室におけるシミュレーション型災害訓練参加前後の透析患者の意識の変化について調査する。

実践: 災害訓練の意識に関する独自のアンケート用紙を作成し、災害訓練参加前後に調査を実施した。

結果: ウィルコクソンの符号順位検定を用いて分析した。対象者は、37名、年齢72.8±10.1歳。質問項目の7項目のうち「透析時の避難訓練は必要だと思うか」「透析中地震が起きた時に布団をかぶることはできると思うか」の2項目において、訓練参加前後のスコアが有意に上昇した ($p > 0.05$)。7項目合計スコアが災害訓練参加前後に有意にスコアが上昇した ($p = 0.006$)。

看護実践への示唆: 透析患者はシミュレーション型災害訓練に参加することで防災意識が高まることが示唆された。定期的な災害訓練と内容の具体化により、防災意識の継続と災害への備えが必要と考えられる。

【キーワード】 災害, 透析患者, 訓練, 意識の変化

I. はじめに

A病院における災害訓練は、病院スタッフのみで行っており、患者は透析中のため、災害訓練には参加していない。加えて、A県では震度5以上の地震は2007年能登半島沖地震以降起こっていない。そのため患者は、災害を身近なこととして捉えられていないと考えられる。しかし、看護師は、実際に透析室で地震や火災などの災害が起こった場合、血液回路で透析機器と繋がっている患者を、透析治療を中断し、安全かつ迅速に避難誘導させる必要がある。そこで、患者が実際にシミュレーション型災害訓練に参加することで防災意識が高まるのではないかと考えた。

II. 目的

透析室におけるシミュレーション型災害訓練参加前後の透析患者の意識の変化について調査する。

III. 看護実践

1. 調査対象

A病院透析室で週2回以上血液透析を行っている56名中、

認知機能障害の可能性が高いとされる長谷川式認知症スケール（以下HDS-Rとする）が20点未満の19名を除外した37名を対象とした。

2. 調査期間：2021年8月～10月

3. シミュレーション型災害訓練の実施

看護師が透析中に地震が起きたことを想定した災害訓練について、事前にその内容を患者1人1人に口頭で説明した。その後、実際に患者が布団や柵に掴まるなどの災害訓練を患者が透析中の2日間に分けて実施した。災害訓練後、看護師は患者1人1人に対し、災害時の対応や災害訓練の流れについて説明した。避難方法について、担送・護送・独歩の救護区分を伝え、独歩の方から順に避難することなど具体的に指導した。

4. アンケート調査

シミュレーション型災害訓練前後にアンケート調査を実施した。アンケート調査結果はウィルコクソンの符号順位検定を用いて分析した。（図1）

質問紙は、文献や商業用DVDなどの患者用資料を参考にした災害時の準備・対応・実際の対処法を含めた独自の用紙を作成した。

受付日：2023年10月15日／受理日：2024年9月6日

1) 公立学校共済組合北陸中央病院

* E-mail: tousekikangobu@h-c-h.jp

質問項目は、1) 透析中災害が起きる可能性を考えたことがありますか【いつも考える、たまに考える、あまり考えない、考えたことがない】、2) 災害カードは持ち歩いていますか【必ず持ち歩いている、だいたい持ち歩いている、たまに持ち歩いている、持ち歩いていない】、3) 透析時避難訓練が必要だと思いますか【毎年必要、たまに必要、あまり必要ではない、全く必要ではない】、4) 院内の避難経路を確認する必要があると思いますか【絶対必要、必要ではある、あまり必要ではない、全く必要ではない】、5) 透析中地震が起きた時に布団をかぶることができると思いますか【できる、たぶんできる、あまり自信がない、自信がない】、6) 透析中地震が起きた時に柵に掴まることはできると思いますか【できる、たぶんできる、あまり自信がない、自信がない】、7) 災害リュックの準備は必要だと思いますか【絶対必要、必要ではある、あまり必要ではない、全く必要ではない】の7項目とし、回答は4段階評価によって行い、防災意識の高い方から4点、3点、2点、1点を割り当て、7項目の合計点数を合計スコアとした(満点28点)。

IV. 倫理的配慮

北陸中央病院倫理委員会の審査を受け承認を得た(承認番号21006)。対象者に研究の趣旨を説明し、参加協力は自由意

思に基づくこと、参加協力後も中止できること、参加協力しない場合も不利益を被らないこと、個人の特定につながる情報は匿名化すること、成果は学会等で発表予定であることを口頭と書面で説明し同意を得た。

V. 結果・成果

対象者は、37名、年齢72.8±10.1歳、男性25名、女性12名、透析歴は8.8±8.7年、HDS-Rは26.0±2.9点であった(表1)。質問項目の7項目のうち「透析時の避難訓練は必要だと思うか」「透析中地震が起きた時に布団をかぶることはできると思うか」の2項目において、訓練参加前後のスコアが有意に上昇した(p>0.05)。「透析中に災害が起きる可能性を考えた

表1 対象者の臨床的特徴

(n=37)	
年齢(歳)	72.8±10.1
男性:女性(人)	25:12
透析歴(年)	8.8±8.7
長谷川式スケール(点)	26.0±2.9

平均値±標準偏差で示す

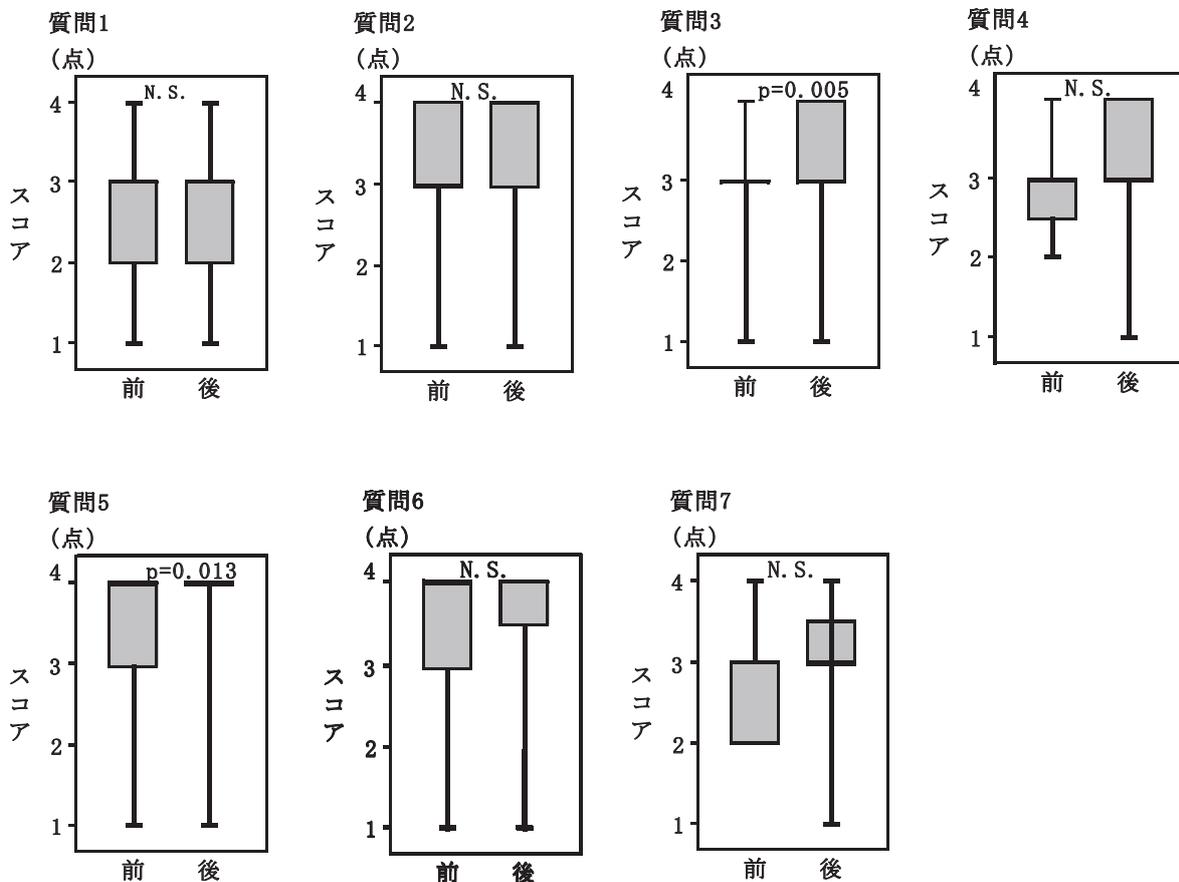


図1 アンケート質問項目の統計結果

ことがあるか」「災害カードは持ち歩いているか」「院内の避難経路を確認する必要があると思うか」「透析中地震が起きた時に柵に掴まることはできると思うか」「災害リュックの準備は必要だと思うか」の5項目においては有意差がなかった(図1)。7項目合計スコアが災害訓練参加前後に有意にスコアが上昇した ($p = 0.006$) (図2)。

Ⅵ. 看護実践への示唆

本研究では、透析患者を対象としたシミュレーション型災害訓練を実施し、透析患者が実際に訓練に参加することや看護師から患者1人1人に防災についての指導を行うことで、透析患者の防災意識が高まることが明らかとなった。対象者はHDS-R21点以上の者であるが、平均年齢72.8±10.1歳であり、高齢者が大半を占め、中には超高齢者も含まれる。身体機能の衰えや障害がある者もいる。その中で1人1人の特性に合わせた説明・指導を行ったことが、効果的な防災訓練の参加と防災に対する正しい知識の習得につながったと考える。

加えて、鶴飼ら(2019)が「訓練により自分自身が体験することで災害発生時の行動について具体的に考えるきっかけになり得た。」と述べているように、対象者において、透析を受けている最中での災害を想定した訓練を行うことは今回初めてであり、この体験が災害を身近に捉えていない患者の防災意識に影響したと考える。しかし、「透析中に災害が起きると思うか」では有意差は見られなかった。これは被災経験のないことが要因にあると考えられるが、吉川(2016)は、災害に対する関心の向上について、「居住エリアに近い教材であれば、現在から大きく離れた過去の事例であっても効果を上げることができる」と述べており、身近な事例を用いたシミュレーション型災害訓練を行うことで、起こりうる災害への意識の高まりと具体性のある災害の備えが可能になると考える。

更に、鶴飼ら(2019)は「前年の訓練内容を忘れていた患者がいたことから常に意識が残るような取り組みが必要」と述べており、今回の取り組みによって得られた防災意識の高まりを継続させるために、定期的な災害訓練を実施する必要があると考えられる。

本研究において、透析患者はシミュレーション型災害訓練に参加することで防災意識が高まり、定期的な災害訓練と内容の具体化により、防災意識の継続と災害への備えが可能となることが示唆された。

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。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

加藤伸司, 下担光, 小野寺敦志, 植田宏樹, 老川賢三, 地田一彦, 小坂敦二, 今井幸充, 長谷川和夫 (1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成, 老年精神医学雑誌, 2 (11), 1339-1347.

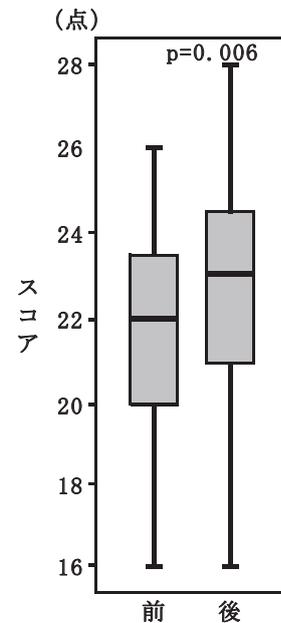


図2 アンケート7項目合計スコア

鶴飼将平, 石原太輔, 伊藤禎明, 古川修, 乗松康平, 白山幸平, 井上雄介, 上辻真弓, 山口侑承, 相川孝彰, 小林陽平, 足立翔吾, 北田久美子, 家原典之, 山見理恵, 上田峰子. (2019). 血液浄化センターの災害訓練に対する備えと課題. 京都市立病院紀要, 39 (1), 12-15.

吉川武憲. (2016). 居住地近隣の自然災害の認識に伴う大学生の防災意識の変化. 近畿大学教育論叢, 28 (1), 37-46.

◇実践報告◇

新型コロナウイルス感染症患者汚染区域で業務を行う
看護職の感じる快適度と気分

—3種類の個人防護服に対してVAS・気分調査票を使用した比較—

津田真弥子^{1)*}, 井上靖子¹⁾, 松尾夕子¹⁾, 山田恵美子¹⁾, 間中麻衣子²⁾, 松上令子¹⁾

【目的】 3種類の個人防護服（PPE）において、新型コロナウイルス感染症患者汚染区域（レッドゾーン）で業務を行う看護職の感じる快適度と気分の違いについて報告する。

【実践】 PPEはビニールガウン、不織布ガウン、代替品を使用した。A病院のCOVID-19専門病棟に所属しレッドゾーン業務を行う看護職を対象に、2021年6月から10月にレッドゾーンへの入室前と退室後に視覚的アナログスケール（VAS）と気分調査票を用いた自記式質問紙調査を行った。

【結果】 研究対象者16名で、3種類全てのPPEでレッドゾーン入室前に比べて退室後にVASが有意に低下した。またビニールガウンと代替品で気分調査票の爽快感が有意に低下し、代替品では疲労感も有意に上昇した。

【看護実践への示唆】 いずれのPPEの装着も看護職の不快感の増強につながる事が明らかとなった。また、PPEの種類によって使用場面を検討する必要性も考えられた。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症, 個人防護服, 看護職, 快適度, 気分

I. はじめに

2019年に新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）が蔓延し、A病院は2020年4月に行政から新型コロナウイルス感染症の中等症専門病院の指定を受けた。そのため、A病院の看護職は主にCOVID-19感染患者への看護にあたることとなり、COVID-19感染患者の対応をする際に、医療職者は個人防護服（以下PPE）の装着が必要となった。

COVID-19感染患者の増加に伴い、PPE不足が問題となり、厚生労働省（2020）は「長袖ガウンがなくなった時の代替品として、体を覆うことができ破棄できるもので代替可。撥水性があることが望ましい。」と発表した。これに伴い、A病院でも新型コロナウイルス感染症患者汚染区域（以下レッドゾーン）での業務の際に、院内の感染対策チーム（以下ICT）基準を満たしている撥水性のある不織布性の長袖ガウン（以下不織布ガウン）、プラスチック製の既製品長袖ガウン（以下ビニールガウン）、そしてPPE不足時に代替品としてプラスチック製の雨合羽（以下代替品）の使用を開始した。臨床現場では、PPEを着用した医療従事者から暑さや発汗などの不快感に関する意見が多数聞

かれ、これらは医療従事者の注意力の低下や業務上のエラーを引き起こす可能性が大きく、さらに医療者自身の健康被害を起こす危険性もある（渡部ら、2021）と指摘されている。そこで我々は、素材の違う種類のPPEを使用することで、看護職が感じる不快感の違いが生じるのではないかと感じた。その結果、使用するPPEによっては医療事故や看護職の健康被害につながる考えた。本研究では、レッドゾーンで業務をする上で、異なったPPEの装着で看護職が感じる不快感の違いを明らかにすることとした。また本研究は、不快感を主観的側面から捉えることとし、看護職の感じる快適度と気分を調査することとした。

II. 目的

3種類の個人防護服（PPE）において、新型コロナウイルス感染症患者汚染区域（レッドゾーン）で業務を行う看護職の感じる快適度と気分の違いを明らかにする。

III. 看護実践

1. 研究デザイン

事前事後テストデザイン

受付日：2023年10月15日／受理日：2024年9月6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 元大阪市立十三市民病院

* E-mail: mi-tsuda@osakacity-hp.or.jp

2. 対象者と調査期間

A 病院の COVID-19 専門病棟に所属し、レッドゾーン業務を担当している看護職とした。A 病院ではレッドゾーンへの入室の際に、看護ケア実施者と記録担当者が 2 名 1 組となって業務を行っている。本調査の対象は、業務内容によって負担が比較的左右されにくいと考えられる記録担当者限定した。

調査期間は 2021 年 6 月から同年 10 月であった。

3. 調査方法

1) 調査内容

調査は、3 種類の PPE とともに日勤帯の午前中に行った。各対象者には、1 日 1 種類の PPE を装着してもらい、3 日間の日勤帯勤務にわたり調査した。PPE は不織布ガウン、ビニールガウン、代替品の 3 種類を用いた。

レッドゾーンへの入室前と退室後に自記式質問紙調査を行い、入室前と退室後のデータを前後比較した。

2) 調査手順

- (1) 対象者はレッドゾーンへの入室前に質問紙を記入する。
- (2) 質問紙の記入後、3 種類の PPE のいずれかを装着する。
- (3) PPE の装着後、レッドゾーンに入室し看護業務を行う（記録担当）。
- (4) レッドゾーンから退室し PPE を脱ぎ、手指洗浄の後に質問紙を記入する。

3) データ収集内容

- (1) 基本属性：年齢、性別、BMI、当日の受け持ち患者の人数、レッドゾーンの入室時間
- (2) 看護職の快適度と気分の評価

・視覚的アナログスケール（以下 VAS）（Freyd M,1923）：快適度を測定するために、0（非常に不快）、10（非常に快）とし、0 と 1 の中間などの端数はなく、11 段階のリッカートスケールとして使用した。VAS は看護職にとって馴染みのある順序尺度であり、その時の状態を数値化して表現することができる。評価時の快適度を主観的に示しやすいため、使用した。

・気分調査票（坂野ら,1994）：緊張と興奮、爽快感、疲労感、抑うつ感、不安感の 5 つの因子からなり、個人の気分状態を測定する尺度である。各因子 8 項目、計 40 項目から成り、4 段階評価で得点が高いほどそれぞれの気分が強まることを示す。信頼性・妥当性が証明されており、作成者の許諾を得て使用した。

4) 3 種類の個人防護服の特徴（図 1）（表 1）

使用した 3 種類の PPE は、A 病院の ICT で安全性が検証されたものを使用した。各 PPE 装着時の実際については図 1 に示し、各 PPE の規格は表 1 に示した。

- (1) 不織布ガウン：医療現場でも使用されている撥水性のある不織布製で、通気性のある素材でできている。
- (2) ビニールガウン：プラスチック製で通気性は乏しく、背部が開いている。

- (3) 代替品：プラスチック製で通気性は乏しく、一般に市販されている長袖のポンチョ型雨合羽である。

4. 分析方法

対象者の基本属性は記述統計を行った。受け持ち患者人数、レッドゾーン入室時間は、3 種類の PPE 装着条件として比較するため Kruskal-Wallis 検定を行った。3 種類の PPE におけるレッドゾーン入室前と退室後の VAS および気分調査票得点を前後比較するため、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。解析は IBM SPSS Statistics 26.0 を使用し、有意水準は 5% とした。

IV. 倫理的配慮

本研究は、大阪市立十三市民病院の倫理審査委員会の承認（受付番号 94）を得て実施した。対象者には、説明文書と口頭で研究の目的・意義・方法について説明した。説明内容は、研究協力の有無により不利益が生じないこと、研究対象者の自由意思を尊重すること、研究に伴う対象者の負担として質問紙に回答する時間が生じること、個人情報保護すること、質問紙および同意書の保管方法、研究結果の公表方法などであった。院内に設置した回収箱へ同意書を提出してもらうことで、研究協力への同意を得た。

V. 結果・成果

本調査への参加協力が得られたのは、看護職 25 名であった。25 名のうち 16 名（64.0%）が有効データであった。有効データは、3 種類全ての PPE を装着して調査を終えた者とした。

1. 基本属性

看護職 16 名の基本属性は、年齢は 20 歳代が 3 名（18.8%）、30 歳代が 2 名（12.5%）、40 歳代が 3 名（18.8%）、50 歳代が 8 名（50.0%）であった。また性別はすべて女性であった。BMI は 25 未満が 13 名（81.3%）、25 以上が 3 名（18.8%）であった。

2. 3 種類の PPE 装着時の条件の比較（表 2）

各 PPE 装着時の受け持ち患者の人数は、不織布ガウン、ビニールガウン、代替品で 3.44 ± 0.21 名、 3.39 ± 0.16 名、 3.33 ± 0.16 名で有意な差を認めなかった。レッドゾーン入室時間も 81.72 ± 6.09 分、 85.56 ± 7.70 分、 80.56 ± 5.03 分で有意差がなかった。

3. 3 種類の PPE におけるレッドゾーンの入室前と退室後の前後比較

1) VAS（表 3）

快適度は、レッドゾーン入室前と比べて退室後に、不織布ガウン ($p=0.002$)、ビニールガウン ($p=0.003$)、代替品 ($p=0.007$) と 3 種類の PPE で有意に低下した。

表 1 各 PPE の規格

	腋窩～袖口 (cm)	肩峰～袖口 (cm)
不織布ガウン	61.0	63.0
ビニールガウン	47.0	60.0
代替品	40.0	48.0



図1 各PPE装着時の実際

2) 気分調査票 (表4)

気分調査票の爽快感得点は、レッドゾーン入室前と比べてレッドゾーン退室後に、ビニールガウン ($p=0.028$) と代替品 ($p=0.004$) で有意に低下した。また、気分調査票の疲労感得点では、レッドゾーン入室前と比べてレッドゾーン退室後に、代替品 ($p=0.032$) で有意に上昇した。他の因子では、3種類のPPEで有意差がみられなかった。

VI. 看護実践への示唆

1. 3種類の個人防護服における看護職への影響と使用場面の検討の必要性

本研究では、VASの値がレッドゾーン入室前と比べて退室後に、3種類全てのPPEで有意に低下し、いずれのPPEの装着もレッドゾーン業務を担う看護職の不快感の増強につながっていることが明らかとなった。また、気分調査票の爽快

表2 各PPE装着時の条件の比較

	mean±SD			p値
	不織布ガウン	ビニールガウン	代替品	
受け持ち患者人数 (名)	3.44±0.21	3.39±0.16	3.33±0.16	0.91
レッドゾーン入室時間 (分)	81.72±6.09	85.56±7.70	80.56±5.03	0.59

Kruskal-Wallis検定

表3 各PPEにおけるVASの前後比較

防護服の種類	中央値 (四分位範囲)		p値
	入室前	退室後	
	不織布ガウン	6.0 (5.00-8.00)	
ビニールガウン	6.0 (5.00-8.00)	3.5 (1.00-5.00)	0.003 **
代替品	5.0 (5.00-8.00)	2.5 (0.25-4.75)	0.007 **

Wilcoxonの符号付順位検定, * $p<0.05$ ** $p<0.01$

感得点は、ビニールガウンと代替品で有意に低下し、疲労感得点は代替品で有意に上昇した。これより、3種類のPPEの中では、不織布ガウン、ビニールガウン、代替品の順で、レッドゾーン業務を行う看護職の気分への影響が大きいのではないかと考えられた。

防護服の温熱的快適性には、種類の物理特性の透湿性・通気性と防護服裏面の吸水性の差が大きく影響しており（内田ら, 2021）、本研究においても、今回用いた3種類のPPE裏面に吸水性はなく、それに加えプラスチック製であるビニールガウンと代替品には透湿性と通気性が乏しい。そのため、ビニールガウンと代替品では、気分調査票の爽快感得点が有意に低下した可能性がある。また、ビニールガウンは背面が大きく空いていることから、背面から熱を放出させられた可能性があるが、代替品は体幹が全て覆われており熱の放出がしにくかった可能性がある。さらに、3種類のPPEの規格からも代替品のサイズは他の2種類のPPEと比べて小さく、動きにくさや窮屈さが生じた可能性がある。これらの要因から、代替品では気分調査票の疲労感得点が有意に上昇した可能性がある。

今回、COVID-19の急激な感染拡大によりPPE不足となり、やむを得ず代替品を使用した。不織布ガウン、ビニールガウン、代替品の順でレッドゾーン業務を行う看護職の気分への影響が大きいと考えられた。さらにCOVID-19の最前線で勤務する、あるいは期せずして最前線に立たされてしまった施設や病院で働く医療・介護従事者のストレスは極めて高く（前田ら, 2021）、COVID-19患者受け入れ病院の看護師のストレスは「感染への不安」が最も多い（大東, 花木, 2022）。これらの心理面への影響を踏まえると、感染への安全性を確認されたPPEであったとしても、看護職のストレスを少しでも軽減させるために看護業務の内容や継続時間によって使用場面を検討することが望ましい。

2. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、サンプルサイズが16名と少なくなったことである。本研究への参加協力が得られたのは25名であったが、9名は無効データとなった。これは、勤務帯や業務内容などの条件を一定にした上で、3種類のPPEを装着することが難しかったためである。また、COVID-19専門病棟の再編成による看護職の院内異動などもあり、有効データを得ることがより困難であった。

本研究の課題は、清潔ケアなど身体的労作の大きい看護ケア実施者を対象としたさらなる調査を行うことや、看護職に生じる負担の軽減方法を検討することである。

本研究では、VASの値がレッドゾーン入室前と比べて退室後に、3種類のPPEで有意に低下し、いずれのPPEの装着もレッドゾーン業務を担う看護職の不快感の増強につながっていた。また、気分調査票の爽快感得点は、ビニールガウンと代替品で有意に低下し、疲労感得点は代替品で有意に上昇したことから、3種類のPPEの中では、不織布ガウン、ビニ-

表4 各PPEにおける気分調査票の前後比較

防護服の種類	各因子	中央値 (四分位範囲)		p値
		入室前	退室後	
		不織布ガウン	緊張と興奮 (9.00-16.00)	
	爽快感 (16.00-19.00)	14.5 15.0	12.5 13.0	0.260
	疲労感 (10.50-16.00)	12.5 13.0	15.0 14.0	0.621
	抑うつ感 (9.25-16.00)	15.0 14.0	12.5 13.0	0.805
	不安感 (10.50-16.00)	12.5 13.5	17.0 16.5	0.969
ビニールガウン	緊張と興奮 (9.25-16.00)	12.5 13.5	15.0 15.0	0.324
	爽快感 (16.00-22.50)	17.0 13.5	12.5 12.0	0.028 *
	疲労感 (11.25-16.00)	15.5 15.0	14.4 14.0	0.581
	抑うつ感 (8.50-15.50)	12.5 12.0	14.4 14.0	0.797
	不安感 (12.25-16.00)	13.0 14.5	18.0 16.0	0.213
代替品	緊張と興奮 (8.25-16.00)	18.0 16.0	14.5 16.0	0.476
	爽快感 (16.00-21.5)	14.5 16.5	12.5 15.0	0.004 **
	疲労感 (9.00-16.00)	12.5 15.0	15.0 16.0	0.032 *
	抑うつ感 (9.00-16.00)	15.0 16.0	12.5 13.0	0.141
	不安感 (11.25-16.00)	13.0 14.5	18.0 16.0	0.482

Wilcoxonの符号付順位検定。* p<0.05 ** p<0.01

ールガウン、代替品の順で看護職の気分への影響が大きいことが推察された。

本論文の内容の一部は、第53回日本看護学会学術集会において発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞

本研究への参加を快く承諾し、多忙な中ご協力くださいました看護職の方々に心より感謝申し上げます。

VII. 引用文献

大東美佐子, 花木啓一. (2022). COVID-19患者に対応する大学病院に勤務する看護師が受けるストレスとその関連要因. 米子医学雑誌, 73 (4-5), 73-82.

Freyd, M. (1923). The graphic rating scale. Journal of Educational Psychology, 14 (2), 83-102.

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部. (2020). サージカルマスク, 長袖ガウン, ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/000622132.pdf> (検索日 2020年6月11日)

前田正治, 瀬藤乃理子. (2021). 医療従事者を襲うメンタルヘルスの危機: 新型コロナウイルス感染症対策の現場から. モダンメディア, 67 (4), 153-158.

坂野雄二, 福井知美, 熊野宏昭, 堀江はるみ, 川原健資, 山本晴義, 野村忍, 末松弘行. (1994). 新しい気分調査票の開発とその信頼性・妥当性の検討. 心身医学, 34 (8), 629-636.

内田幸子, 小柴朋子, 傳法谷郁乃, 田辺文憲, 荒川創一, 森本美智子. (2021). 感染防護服着用時の生理・心理反応に関する研究. 繊維製品消費科学, 62 (1), 44-53.

渡部節子, 大釜恵, 塚越みどり. (2021). 医療従事者のつなぎ式感染防護服のヒートストレス改善に関する研究 体幹部局所冷却が人体に及ぼす影響. 日本環境感染学会誌, 36 (1), 35-43.

1. 本学会誌の趣旨

日本看護学会は、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して活動している。その活動の成果などを、次の本学会誌の掲載方針に則り掲載する。

- 投稿論文は看護の実践にねざした内容であり、看護実践に役立つ示唆がある論文とする。
 - 看護全般にわたる包括的な学会として、あらゆる場で活動する本学会会員の看護職が取り組んだ論文・報告を掲載する
- そのためこの趣旨に沿わない場合は原稿を受理しないことがある。

2. 論文の種別

本誌に掲載する論文の種類は原著、研究報告、実践報告であり、内容は以下の通りである。

【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論文

3. 学会誌の形態と発行日

- 本誌はフリーアクセスジャーナルで、オンラインで年2回発行する。
- 発行日は5月15日と11月15日とする。

4. 投稿資格および条件

- 筆頭著者および共同著者は論文投稿の時点で公益社団法人日本看護協会の会員であること。ただし、看護職ではない共同著者はこの限りではない。
- 著者は投稿原稿にかかわる成果に実質的に貢献した者であること。
- 論文の著者数については、筆頭著者を含め原則として10名以内とする。
- 査読に対する修正原稿の再投稿は結果公開後すぐの論文投稿期間に行うこと。これを過ぎた場合には新規投稿扱いとする。

5. 倫理方針

- 他誌に発表されておらず、かつ、投稿中でない論文に限る。ただし、学会・研究会抄録集、修士・博士課程論文（既に機関リポジトリに全文を公開している論文はここに含まない）、科学研究費報告書、事業報告書で公表された内容の投稿は未発表とみなすが、論文中に公表していることを記載すること。
- 原稿投稿後の著者リストの変更（著者名の追加や削除、著者順の再配置など）は認めない。

- 本誌に投稿する原稿のもとになった研究と実践は、日本看護協会の「看護職の倫理綱領」、国の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」、日本学術会議の「科学者の行動規範」に沿って実施されていなければならない。
- 人を対象とする研究を実施するには「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に従い実施する。
- 人（試料・情報を含む）を対象とする研究は著者の所属施設等の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要であり、具体的に行われた倫理的配慮と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなければならない。なお、記載する際には施設や個人が特定されないよう留意する。
- 症例報告等における研究対象者のプライバシー保護に関しては外科関連学会協議会の「症例報告を含む医学論文及び学会発表における患者プライバシー保護に関する指針」に沿うものとする。
- 透明性の観点から、本誌では全ての著者に、投稿した原稿に関連する利益相反がある場合、その旨を宣言することを求めている。著者は原稿内に研究資金源および利益相反の有無について記載しなければならない。利益相反は、著者の公平な研究の実施および報告に影響を及ぼす可能性のある状況が認識されている場合に生じる。
- 本誌は未発表原稿の機密性を保持する。

6. 査読プロセス

本誌はダブル・ブラインド方式の査読を採用している。

1) 受付と受付後の編集事務局確認

- 本誌に投稿された原稿は編集事務局が、本誌の趣旨に合っていることと投稿規定に沿っていること、また、著者が日本看護協会の会員であることを確認する。本誌の趣旨に沿っていないと判断された原稿、投稿規定に沿っていないと判断された原稿、また、著者が日本看護協会の会員でない場合には査読を経ずに却下される。

2) 査読者による査読

- 編集事務局の確認を経た原稿は2名の査読者によって査読される。編集事務局が2名の査読者のうち1名を「主となる査読者」、もう1名を「副となる査読者」に割り振る。
- 本誌の方針として、査読者のコメントは査読者レポートとして、原文のまま著者に伝えられる。

3) 採否等の判定

- 2名の査読者の査読後、「採否」については担当の論文審査・編集委員が決定する。
- 2名の査読者の判定が「掲載可」と「要再査読」、「著者修正後掲載可」と「要再査読」、「著者修正後掲載可」と「掲載不可」、「要再査読」と「掲載不可」と異なる場合には「主となる査読者」が最終判定を行う。
- 2名の査読者の判定が「掲載可」と「掲載不可」とに大きく異なる場合には担当の論文審査・編集委員が最終判定を行う。
- 2名の査読者がどちらも「要再査読」と判定した場合は、判定およびコメントはそのまま筆頭著者へ伝えられる。
- 1原稿につき査読は3回までとする。

4) 結果公開

- 査読結果決定後、編集事務局が著者へメールで結果公開したことを連絡する。筆頭著者はシステムから査読結果と査読コメントの確認を行う。

5) 修正原稿の提出

- 「要再査読」の結果を伝えられた著者は、結果公開（2月か8月）直後の投稿期間に修正原稿を投稿する。この期間を過ぎて投稿された原稿は新規投稿として扱う場合がある。

6) 掲載可論文の原稿校正等

- 「掲載可」「著者修正後掲載可」となった原稿は、印刷会社へ入稿前に編集事務局が文字数、見出し、引用文献の書き方等をチェックする。また、「著者修正後掲載可」の原稿は査読者のコメントに沿って修正がなされたかの確認を行う。この際、入稿前に著者に原稿内容の修正を依頼することがある。
- 印刷会社への入稿後著者が校正を行い、校了する。

7. 採択基準

- 原稿が本誌の掲載要件を満たし、出版された際に本誌へ大きく貢献すると思われる場合、査読者「掲載可」「著者修正後掲載可」の判定とし、論文審査・編集委員会は採択の決定を行う。
- 原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	実践報告
独創性	○		
新奇性	○		
信頼性	○	○	○
学術的価値	○	○	
実践的価値	○	○	○
構成の適切性	○	○	○
倫理的問題の有無	○	○	○

※ ○は評価の対象とすることを示す。空欄は評価しないということではない。○により重きを置く。

8. 原稿の書き方

1) 文字数及び項目立て

- 種別ごとの文字数と項目立ては以下の通りとする。

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

- 日本看護協会ホームページ「日本看護学会誌ページ」から原稿の様式をダウンロードし原稿を作成する。

<https://www.nurse.or.jp/nursing/gakkai/journal/index.html>

- Microsoft Word で作成する。フォントは MS 明朝か MS ゴシック、10.5 ポイントとする。また、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、本文には行番号入れる。

2) 文字や外国語表記について

- 和文・新仮名づかいを用いる。
- 数字および英字は半角とする。ただし、1 桁の数字および 1 文字のみの欧文（例：A 施設、B 氏、方法 X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号および単位記号（サンプル数の n や確率の p など）に対しては、イタリック体（斜体）を使用する。
- 外国語の表記については、日本語で表現できる外国語は日本語表記を原則とする。また、医学用語辞典や国語辞典にカナ表現のある外国語（外国語の読み方がそのまま日本語化したもの）は、原語ではなく辞書にあるカナで記載することが望ましい。外国人名や日本語訳が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴りで記載する。
- 略語は本文中の初出時（タイトルと抄録を除く）に、省略していない形の記載の後に括弧書きを行い定義する。

3) 構成および構成ごとの留意事項

- 表紙、要約、本文、図表の順で構成する。
- 表紙には「タイトル」、「サブタイトル（ある場合のみ記載）」、「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。
- キーワードは 5 つ以内とする。
- 要約は 400 字以内とする。また、要約には原則として目的、方法あるいは実践、結果、結論あるいは看護実践への示唆の項目をたて、それぞれについて簡潔に述べる。○ 見出し数字番号は、I.・II.・III.….、1.・2.・3.….、1)・2)・3) …、(1)・(2)・(3) …の順で記載する。
- 図表は、図 1、表 1 などの通し番号とタイトルをつける。

- 図表は本文の後ろに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。また、図表挿入希望位置を本文内に示す。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。
- 表に補足説明や脚注が必要な場合は表の下に配置する。

4) 研究倫理審査委員会等の名称の記載について

- 研究倫理審査委員会名は伏字あるいは記号とし、掲載可となった際、入稿原稿に正式名称を記載する。
- 投稿時、個人や組織への謝辞には名前を記載せず、伏字あるいは記号とする。掲載可となった際、入稿原稿に名前を記載する。

5) 学術集会等で発表していることの記載について

- 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、引用文献リストの前に記載する。

例：本論文の内容の一部は、第〇回〇〇学会学術集会において発表した。

6) 利益相反に関して

- 利益相反の申告は本文中引用文献リストの前に記載するとともに「日本看護学会誌投稿 自己申告による利益相反（COI）申告書」に必要事項を記載し「論文登録・選考システム」にアップロードする。

本文への記載例：（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）筆頭著者は〇〇（企業名等）より、報酬を受領している。

「日本看護学会誌投稿 自己申告による利益相反（COI）申告書」は下記に掲載している。

<https://www.nurse.or.jp/nursing/gakkai/journal/index.html>

- 本文中の引用と文献リストの記載方法は「APA スタイル」とする。

雑誌、単行本、翻訳書、ホームページ等によって記載方法が異なるため、以下を参照する。

<参考となるガイドライン>

米国心理学会（American Psychological Association, APA）. 『Publication Manual of the American Psychological Association, 7th ed.』（2019）

アメリカ心理学会（APA）著，前田樹海・江藤裕之訳（2023）. APA論文作成マニュアル（第3版）. 医学書院.

前田樹海・江藤裕之（2023）. APAに学ぶ 看護系論文執筆のルール（第2版）. 医学書院.

9. 査読コメントへの回答書について

- 「要再査読」の判定を受け、著者が査読者のコメントに沿って原稿を修正する際、査読者のコメントに明快かつ簡潔に返答を記載した「回答書」を作成し修正原稿とともにシステムに登録する。回答書には、査読者の指摘を受けて原稿の何ページの何行目から何行目までをどのように修正したか、あるいは査読者の指摘に応えられない場合はどのような理由で応えられないか等を記載する。

10. 原稿の送付

- 原稿の投稿は「論文登録・選考システム」で行う。
<https://www.nurse.or.jp/nursing/gakkai/journal/index.html>
システム操作マニュアルも上記のページに掲載している。
- 原稿とともに、図表、「自己申告による利益相反（COI）申告書」を登録する。

11. 著者校正

- 査読を経て採択となった原稿については著者による校正を1回行う。論文審査・編集委員会からの加筆・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。

12. 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。
- 本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、以下のページにある「機関リポジトリ登録」から申請を行う。

<https://www.nurse.or.jp/nursing/gakkai/journal/index.html>

13. 著者が負担すべき費用

- 掲載料は無料とする。
- 著作権同意書送付時の郵送料は著者負担とする。

14. 問い合わせ先

日本看護協会 看護研修学校 教育研究部 学会企画課

E-mail : ky-gakkai@nurse.or.jp / TEL : 042-492-9120

(2024年1月26日作成)

査読委員

青木美香	内野聖子	河田照絵
浅井美千代	江口裕美子	清村紀子
浅野浩子	江角伸吾	國江慶子
渥美綾子	遠藤和子	窪川理英
網中眞由美	大江佳織	熊谷有記
荒木暁子	大江理英	久米真代
安藤満代	大竹眞裕美	黒田暢子
安保寛明	大西麻未	桑原美香
飯野英親	大野美千代	行田菜穂美
猪川康恵	大日向陽子	古賀雄二
池田美里	大堀昇	越村利恵
池西悦子	大山祐介	小西由起子
市村久美子	大山裕美子	小見山智恵子
伊東美佐江	尾形由貴子	佐久間佐織
稲垣範子	岡本双美子	櫻井敬子
稲野聖子	小倉邦子	佐々木美果
乾友紀	長内さゆり	佐々木吉子
井上直子	小野五月	佐竹陽子
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
井上裕美子	春日広美	佐藤淑子
今井芳枝	片田千尋	柴田滋子
上田伊佐子	片山将宏	霜山真
上野栄一	勝山貴美子	菅谷智一
上原明子	桂川純子	菅原美樹
植村真美	加藤茜	鈴木久美子
牛田貴子	加藤隆子	鈴木幸子
宇城令	加納江理	鈴木美央
内川洋子	川久保愛	鈴木和香子

須田果穂
角智美
隅田千絵
関根正
高岡智子
高高木夏恵
高高岸弘美
高高谷恭子
高高橋奈智
高高橋奈津子
高橋亮
高篁宗一
高喜田恵子
竹本由香里
竹森志穂
立野淳子
田戸朝美
田中博子
田村康義子
田永治史也
丹塚崎恵子
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
中尾友美
中川有智
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
西澤和義
西田頼子
西塚弘子
西二瓶映美
西二瓶洋子
沼口知恵子
萩典子
萩原結花
萩原夏紀
橋野明香
橋本佳奈子
畑吉節未
畑山卓也
畑中あかね
花井理紗
濱吉美穂
原等子
原理加
原田竜三
坂東志乃
板東孝枝
日浅友裕
樋口美樹
樋口有紀
平川美和
平田良江
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
眞嶋ゆか
松枝美智子
松田千登勢
松本賢哉
三浦千佳子
箕浦洋子
宮木良
宮本いづみ
村中文江
望月宗一郎
山岸直子
山下いづみ
山田早苗
山村明美
山本江美子
吉田小奈実
米田紀子
米田昭子
米山雅子
渡邊裕見子

(五十音順)

2024 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 (大阪公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.2

2024 年 11 月 15 日発行 年 2 回 (5 月, 11 月) 発行

編集 日本看護学会 論文審査・編集委員会

発行 公益社団法人日本看護協会

看護研修学校 教育研究部学会企画課

〒204-0024 東京都清瀬市梅園 1-2-3

JAPANESE NURSING ASSOCIATION

Research Conferences Planning Division

Department of Continuing Education and Research

Institute for Graduate Nurses

TEL 042-492-9120

制作 株式会社エデュプレス



公益社団法人

日本看護協会