

ISSN 2758-3384
Vol.20 No.1 May, 2025

第20巻第1号 2025年5月

日本看護学会誌

Journal of The Japan Society of Nursing

日本看護学会

The Japan Society of Nursing

目 次

◇ 原 著 ◇

特別支援学校で働く看護職のワーク・エンゲージメントと職場環境の関係

佛教大学保健医療技術学部看護学科 長谷川 由 香 ……5

小児訪問看護において母親との関わりの中で看護師が抱く困難感

那須看護専門学校 林 真 紀 ……12

rt-PA 静注療法実施施設における院内体制と看護師の役割・医師からの看護師への役割期待

北海道移植医療推進財団 高 橋 美 香 ……19

◇ 研究報告 ◇

新型コロナウイルス感染症による大規模クラスターが発生した一般病棟看護師の仕事復帰までの思い

—濃厚接触者として隔離生活を強いられた看護師へのインタビューから—

名古屋学芸大学 成 瀬 美 恵 ……28

医療従事者の社会人基礎力に関する研究の現状

—看護師・理学療法士・作業療法士に着目して—

令和健康科学大学 佐々木 孝 ……36

COVID-19 対応病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感

中東遠総合医療センター 森 山 寿 伸 ……42

腹膜透析を新規導入した患者の入院中から退院後の不安に焦点を当てた看護介入

山口県済生会下関総合病院 安 田 美由紀 ……49

重症患者の早期離床における ICU 看護師の認識

—SICU と GICU の違いに焦点を当てて—

秋田大学医学部附属病院 工 藤 光 生 ……54

在宅看護学実習における訪問看護事業所実習での学生の学びの様相

—A 県内看護教育機関在学中の学生への質問紙調査から—

元青森県立保健大学健康科学部看護学科 山 本 明 子 ……62

看護実習室の環境表面における技術演習前後の汚染状況と拭き取り消毒方法の効果

群馬県立県民健康科学大学 鈴 木 恵 理 ……68

集中治療室に配属された新卒看護師の臨床判断における患者情報を捉える際の思考の特徴

NTT 東日本関東病院 小 堺 隆 寛 ……75

放課後児童クラブの職員の緊急時の応急対応に必要な知識と判断力に関する
調査研究

群馬パース大学看護学部看護学科 高野直美 ……83

回復期脳卒中患者のうつ病の改善の有無と重度排尿障害の経過との関係性
—影響因子を含めた検討—

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 阿曾光子 ……91

精神科急性期病棟における隔離・拘束に対する看護師のジレンマとその要因

長岡病院 吉田剛 ……98

早期体験型の地域・在宅看護論実習における学生の学び

大阪警察病院看護専門学校 田中規子 ……107

集中治療室の予定外入室の患者の特徴と Rapid response system の現状

—単施設後ろ向き観察研究—

新潟大学医歯学総合病院 五十嵐竜太 ……113

頭頸部がん化学放射線療法を経験した患者の食べることへの思い

宮崎県立宮崎病院 原田裕美 ……119

慢性疼痛患者に対する痛み日記を用いた面接の効果

十和田市立中央病院 東幸恵 ……127

性的マイノリティの受療に関わる看護研究の動向

—看護師と当事者の視点からの分析—

宮崎県立看護大学 川西幸広 ……133

がんピアサポーターのピアサポートにおける体験に関する文献検討

東北公済病院 須藤梨帆 ……140

A 県の県立病院における教育専従看護師導入の評価, 教育専従看護師に必要な
能力と支援体制

—県立病院での看護管理責任者の認識から—

岩手保健医療大学 高橋明美 ……148

週 25 時間勤務体制の短時間勤務の組み合わせで主体的に患者を担当すること
による専門職としてのやりがいについての面接調査

金沢大学附属病院 佐々木美子 ……156

全身麻酔下手術を受ける高齢者における術前の口腔機能の実態

—口腔機能の状態と低下要因—

大分赤十字病院 東玲子 ……162

臨床判断につながる看護師の観察行動

—視線と言動の分析—

久留米大学病院 杉島寛 ……171

看護職を対象としたヨガの心理的効果に関するスコーピングレビュー

東京医科大学病院 北原すみれ ……179

◇実践報告◇

老年看護方法において「三重の関心」を活用した課題学修の学び
ーエンドオブライフケアー

宮崎県立看護大学 重 久 加代子……185

COVID-19 による個室隔離の環境にある患者の看護
ーペプロウの理論を用いた関係構築の振り返りー

北里大学北里研究所病院 池 田 英 恵……190

血液透析導入期における高齢患者と家族の思いの変化

山口県済生会下関総合病院 上 田 咲……194

看護師間のストーマケアの統一化に向けての学習会の効果

山口県済生会下関総合病院 藤 山 千 紘……199

◇ 原 著 ◇

特別支援学校で働く看護職の ワーク・エンゲージメントと職場環境の関係

長谷川由香^{1)*}, 鬼頭泰子¹⁾, 早川りか²⁾, 井上寛子³⁾, 高間さとみ⁴⁾, 黄波戸航⁵⁾

【目的】特別支援学校で働く看護職の職場環境とワーク・エンゲージメント（work engagement, 以下 WE）の関係を分析し、WE 向上のための対策を検討する。

【方法】2021 年 6 月～8 月に全国の特別支援学校の看護職に質問紙調査を実施した。内容は、基本属性、WE、職場環境、継続意向である。職場環境・継続意向に対する回答 10 項目を独立変数、WE を従属変数とし重回帰分析を行った。

【結果】WE と「特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている」「学内外の研修には満足している」「雇用形態には満足している」「今の職場でこれからも働きたい」に有意な関連が認められた。

【結論】特別支援学校で働く看護職の WE を高めるため、看護職がライフワークバランスに合わせた雇用形態を選択できる仕組みやポジティブフィードバックが得られる人的環境の調整、看護職が成長機会を得られる研修が必要であることが示唆された。

【キーワード】特別支援学校、看護師、ワーク・エンゲージメント、職場環境

1. はじめに

周産期医療の発達により、日本の乳児死亡率は OECD（経済協力開発機構）諸国の中でも最低レベルにある。乳児の死亡率が減少し、従来、生存が難しかった子どもたちの命を救うことが可能になった。救われた新生児は NICU（新生児集中治療管理室）で、24 時間体制で濃厚な医療やケアを受け退院していくが、なかには障がいのために医療やケアの継続が生涯に渡って必要な医療的ケア児も存在する。近年、在宅医療・看護、在宅医療機器が発展し、これまで在宅での生活は諦めざるを得なかった重度の障がい児も地域で生活することが可能となった。文部科学省の調査によれば、特別支援学校に在籍する医療的ケア児数は、2010 年には 7,306 人、2021 年には 8,485 人と増加傾向にある（文部科学省、2022）。2021 年には、「医療的ケア児およびその家族に対する支援に関する法律」が公布・施行された。この法律は、医療的ケア児の健全な成長を図るとともに、その家族の離職の防止に資し、安心して子どもを産み育てる社会の実現に寄与することを目的としている（文部科学省、2021a）。今後、さらに特別支援学

校に在籍する医療的ケア児数の増加や医療的ケアの難度が高まっていくことが推測され、看護師への社会的期待も高まっている。

しかし、特別支援学校の看護師不足という課題は、未だに解決されていない。日本小児看護学会や日本看護協会は、医療的ケア児を支える看護師の人材確保と育成に関する政策提言を行っている（日本小児看護学会、2011；日本看護協会、2020）。「医療的ケア児およびその家族に対する支援に関する法律」では、学校や保育所でもケアに当たる専門職の不足があげられ、学校や保育所の責務として、看護師らの配置が規定された。特別支援学校に配置される看護師の数は、2010 年には 1,049 人、2021 年には 2,754 人と増加している（文部科学省、2021b）。しかし、特別支援学校の看護師不足により、医療的ケア児に限られた日数しか通学できない事例などが生じている（東京新聞、2021）。医療的ケア児が安心・安全に教育を受けるためには、看護師の存在が不可欠であるにも関わらず、まだ、十分な人数は確保できていない状況である。特別支援学校の看護師不足は、医療的ケア児の教育を受ける権利を奪うことにつながる社会問題でもある。看護師不足の背

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 佛教大学保健医療技術学部看護学科 2) 武庫川女子大学看護学部看護学科 3) 愛媛大学医学部看護学科

4) 鳥取大学医学部保健学科 5) 藍野大学医療保健学部看護学科

* E-mail : y-hasegawa@dream.jp

景には、特別支援学校で働く看護師の確保が難しいことや看護師の離職の問題がある（兵庫県医療的ケア運営協議会, 2021）。こうした看護師の離職の要因の1つとして、雇用の不安定さが指摘されている。特別支援学校で働く看護師の多くが非正規雇用であり、給与も不十分であるという労働条件の悪さが離職の理由の一つであるという分析もある（清水, 2019）。

本研究では、給与や雇用形態に対する満足度に加えて、人員と仕事量のバランス、成長機会、能力が発揮できるかを「職場環境」として定義し、看護職の認識を調査した。特別支援学校の看護職の離職を抑制するための有効な対策を検討するにあたって、本研究では、労働者の仕事に対する姿勢や考えを示す概念の一つであるワーク・エンゲージメントに着目した。ワーク・エンゲージメント（work engagement, 以下 WE とする）は、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態であり、活力、熱意、没頭によって特徴づけられる（Shimazu et al., 2008）。特別支援学校の看護職にとって、WE を高める職場環境とは何かを明らかにすることは、看護師が生き生きと働くための支援につながる。

幅広い職種を対象とした調査では、WE が高い従業員は、離職の意思が低い傾向があることが知られている（厚生労働省, 2019）。また、病院等で勤務する看護職員においても WE が高い人は、離職の意思が低いことが報告されている（中村・吉岡, 2016；川内・大橋, 2011；福岡ら, 2013）。WE には外的環境や個人的事情によって形成される労働者個人の内的な認識が関与すると考えられるため、職場環境と継続意向を総合的に分析することが、WE を高める対策の検討に有用である。

Ⅱ. 目 的

本研究では、特別支援学校で働く看護職の職場環境と WE の関係を分析し、WE 向上のための対策を検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者

院内学級や施設内学級を除いた全国の特別支援学校 967 校の看護職を対象とした。そのうち 10 施設から医療的ケア児は在籍していないと連絡を受けたため、最終的には全国の特別支援学校 957 校の看護職を対象とした。

2. データ収集方法

全国の特別支援学校の学校長に研究協力依頼文書を郵送する際に、看護職に対して研究協力依頼文書、無記名自記式質問紙、返信用封筒を同封し、郵送法で回収した。調査期間は、2021 年 6 月末～8 月末日であった。

3. 調査項目

基本属性、職場環境・継続意向、WE を調べた。

1) 研究参加者の基本属性

免許種、年代、臨床経験年数、特別支援学校での経験年数、今の職場での経験年数、現在の雇用形態、1 週間の勤務日数の 7 項目とした。

2) 職場環境・継続意向

職場環境の項目は先行研究（長谷川, 2022）に挙げられていた、給与・雇用形態・人員配置・医療的ケアの難度・医療的ケア児の人数・学内外の研修を参考にし、それに共同研究者間で話し合った項目を追加して作成した。

職場環境の項目は、〔給与に満足している〕、〔雇用形態に満足している〕〔看護師の人員は充足している〕、〔受け持つ医療的ケア児の人数は適切である〕、〔複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている〕、〔重症な医療的ケア児が多いと感じている〕、〔学内外の研修には満足している〕、〔看護師の専門性が発揮されている〕、〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕の 9 項目と継続意向を示す〔今の職場でこれからも働きたい〕の 1 項目の計 10 項目とした。各項目は「とてもよくあてはまる」から「まったくあてはまらない」の 5 件法で回答を求めた。〔複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている〕、〔重症な医療的ケア児が多いと感じている〕を除く項目は、「とてもよくあてはまる」から「まったくあてはまらない」を 5～1 点として集計した。〔複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている〕、〔重症な医療的ケア児が多いと感じている〕は「まったくあてはまらない」から「とてもよくあてはまる」を 5～1 点として集計した。

3) WE

WE の測定には、Schaufeli らによって開発されたものを Shimazu らが翻訳し、日本での信頼性・妥当性が確認されている日本語版エトレヒト・ワーク・エンゲージメント尺度短縮版（島津ら, 2008）を用いた。本尺度は、仕事に関してどのように感じているかを尋ねるものであり、〔仕事をしていると、活力がみなぎるように感じる〕などの 3 項目で構成される【活力】、〔仕事にのめり込んでいる〕などの 3 項目で構成される【没頭】、〔仕事に熱心である〕などの 3 項目で構成される【熱意】の 3 つの下尺度、合計 9 項目（Shimazu et al., 2008）を使用した。それぞれの項目について「まったくない」から「いつも感じる」の 7 件法（0～6 点）で回答を求めた。尚、本尺度は、日本語版作成者の許諾を得て使用した。

4. 分析方法

1) 対象者の基本属性については、記述統計を行った。

2) 職場環境・継続意向と WE に関しては、以下の手順で分析した。すべての分析において、統計的有意水準は 5% とした。

(1) 重回帰分析

職場環境・継続意向に関する回答 10 項目を独立変数とし、WE を従属変数として重回帰分析を行った。重回帰分析に先立って、各変数の分散拡大係数（variance inflation factor）を算出し多重共線性の問題がないことを確認した。分析には、Python ライブラリ「statsmodels」を使用した。

(2) 各設問の肯定群、非肯定群の WE の合計点比較

WE の合計点と職場環境・継続意向に関する回答 10 項目の間の対応のない 2 群間の有意差検定は、データのばらつきが群間で生じていても検定可能な Welch の t 検定を用いた。〔複数の

の医療的ケアが必要な児が多いと感じている], [重症な医療的ケア児が多いと感じている]を除く項目は,「とてもよくあてはまる」と「あてはまる」を肯定群,「どちらともいえない」～「まったくあてはまらない」を非肯定群とした。[複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている], [重症な医療的ケア児が多いと感じている]は,「まったくあてはまらない」と「あてはまらない」を肯定群,「どちらともいえない」～「とてもよくあてはまる」を非肯定群とした。各群の全ての回答について Jarque-Bera 検定を行い, 正規分布に従わないとすべきものがないことを確認した。分析には, Python ライブラリ「Pingouin」を使用した。

(3) クラスタ分析およびクラスタ間の比較

[学内外の研修には満足している]に対する回答が, 他の設問に対する回答との組み合わせによって WE に影響している可能性を検証するためにクラスタ分析を行った。具体的には, [学内外の研修には満足している]に加えて, 重回帰分析で回帰係数の絶対値が大きかった [特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている], [今の職場でこれからも働きたい]に対する回答を元に回答者のクラスタリングを行い, WE と関連する回答パターンの有無を検証した。クラスタリングには K-平均法, 最適なクラスタ数の決定にはエルボー法を用いた。分析には, Python ライブラリ「sklearn」を使用した。

クラスタ間で各設問の回答および WE の合計点の平均値に統計的に有意な差が存在するかを調べるために, Welch の分散分析 (analysis of variance, 以下 ANOVA とする) を実施した。有意な差が見られた設問および WE の合計点について, 事後検定として, 多重比較 (Games-Howell テスト) を実施した。分析には, Python ライブラリ「Pingouin」を使用した。

IV. 倫理的配慮

調査校の学校長に研究協力依頼文書を郵送した。学校長が研究に協力すると判断した場合に学校長から看護職に質問紙を渡し, 看護職からの返信をもって学校長および看護職の調査協力への同意が得られたとみなした。調査への協力依頼文に, 調査の趣旨, 調査への協力は自由意思であること, 個人や施設は特定されないこと, 回答は本研究以外に使用しないこと, 結果は学会で公表することを明記した。

本研究は, 佛教大学の研究倫理審査委員会の承認を得た。(承認番号 2020-36-B)。

V. 結 果

1. 調査票の回答数・基本属性 (表 1 参照)

質問紙の回答数は 215 施設 (22.5%), 511 人 (各施設に看護職が何名在籍しているかは不明であったため回収率不明) であった。回答の一部に欠損があるデータを除いた 497 人を研究参加者とした。

免許種は, 看護師が 480 人 (96.6%), 准看護師が 16 人 (3.2%), 無回答が 1 人 (0.2%) であった。

年代は, 40 代が 188 人 (37.8%), 50 代が 162 人 (32.6%), 60 代以上が 84 人 (16.9%) で 40 代以上が 87.3% を占めていた。

臨床経験年数は, 10 年以上～20 年未満が 171 人 (34.4%), 20 年以上が 260 人 (52.3%) で 10 年以上が 86.7% を占めていた。

特別支援学校での経験年数は, 1 年未満が 59 人 (11.9%), 1 年以上～3 年未満が 118 人 (23.7%), 3 年以上～5 年未満が 95 人 (19.1%) で 54.7% が 5 年未満であった。

現職場での経験年数は, 1 年未満が 70 人 (14.1%), 1 年以上～3 年未満が 123 人 (24.7%), 3 年以上～5 年未満が 101 人 (20.3%) で 59.1% が 5 年未満であった。

現在の雇用形態は, 非正規職員が 440 人 (88.5%) であった。1 週間の勤務日数は, 週 5 日が 303 人 (61.0%), 週 3～4 日が 113 人 (22.7%) で 83.7% の看護職が週 3 日以上勤務していた。

2. 職場環境・継続意向と WE との関連

1) 重回帰分析 (表 2 参照)

WE の合計点は回答者全体で 31.3 ± 10.2 (Mean $\pm$ SD) であった。

重回帰分析の結果, 職場環境・継続意向に対する 10 項目のうち以下の 4 項目に WE との有意な関連が認められた。自由度調整済み決定係数 (R^2) は 0.265 であった。

表 1 研究参加者の基本属性 $N=497$

項目		人	(%)
免許種	看護師	480	(96.6)
	准看護師	16	(3.2)
	無回答	1	(0.2)
年代	20代	8	(1.6)
	30代	53	(10.7)
	40代	188	(37.8)
	50代	162	(32.6)
	60代	84	(16.9)
	無回答	2	(0.4)
臨床経験年数	1年未満	1	(0.2)
	1年以上～3年未満	2	(0.4)
	3年以上～5年未満	16	(3.2)
	5年以上～10年未満	40	(8.0)
	10年以上～20年未満	171	(34.4)
	20年以上	260	(52.3)
	無回答	7	(1.4)
特別支援学校経験年数	1年未満	59	(11.9)
	1年以上～3年未満	118	(23.7)
	3年以上～5年未満	95	(19.1)
	5年以上～10年未満	125	(25.2)
	10年以上～20年未満	96	(19.3)
	20年以上	2	(0.4)
	無回答	2	(0.4)
現職場での経験年数	1年未満	70	(14.1)
	1年以上～3年未満	123	(24.7)
	3年以上～5年未満	101	(20.3)
	5年以上～10年未満	115	(23.1)
	10年以上～20年未満	77	(15.5)
	20年以上	4	(0.8)
	無回答	7	(1.4)
雇用形態	正規職員	53	(10.7)
	非正規職員	440	(88.5)
	無回答	4	(0.8)
週間の勤務日数	週5日	303	(61.0)
	週3～4日	113	(22.7)
	週1～2日	50	(10.1)
	その他	31	(6.2)

有意な正の関連が認められたのは、職場環境に関する〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕(回帰係数 3.492, $p<0.001$), 〔雇用形態には満足している〕(回帰係数 0.914, $p<0.05$) と、継続意向を示す〔今の職場でこれからも働きたい〕(回帰係数 2.421, $p<0.001$) であった。

有意な負の関連が認められたのは、職場環境に関する〔学内外の研修には満足している〕(回帰係数 -1.235, $p<0.05$) であった。

2) 各設問の肯定群・非肯定群の WE の合計点比較 (表3 参照)

WE の合計と職場環境・継続意向の、10 項目のうち、〔給与に満足している〕, 〔雇用形態に満足している〕, 〔受け持つ医療的ケア児の人数は適切である〕, 〔看護師の専門性が発揮されている〕, 〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕, 〔今の職場でこれからも働きたい〕の 6 項目に有意差が認められた。

重回帰分析で有意な関連が認められた 4 項目のうち、重回帰分析で有意な正の関連が認められた〔雇用形態には満足している〕, 〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕,

〔今の職場でこれからも働きたい〕の 3 項目では、肯定群・非肯定群の間で WE の平均値に有意差が認められ、肯定群の方が高い WE を示した。一方で、重回帰分析で有意な負の関連が認められた〔学内外の研修には満足している〕では、肯定群と非肯定群の WE に有意差が認められなかった。

3) 〔学内外の研修には満足している〕と WE の関係 (表4 参照)

〔学内外の研修には満足している〕と WE の関係を調べるため、〔学内外の研修には満足している〕, 〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕, 〔今の職場でこれからも働きたい〕の回答に基づいてクラスタ分析を実施した。結果、497 人の回答者は C1 (245 人), C2 (113 人), C3 (139 人) の 3 つのクラスタに分けられた。次に、これらのクラスタ間の回答および WE 合計点を比較し、各クラスタの特徴を検証した。3 つのクラスタには、〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕, 〔今の職場でこれからも働きたい〕, 〔学内外の研修には満足している〕が総じて高い値の群 C1, 〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕, 〔今の職場でこれからも働きたい〕が高く、〔学内外の研修には満足している〕の値

表2 職場環境・継続意向と WE との関連：重回帰分析 $N=497$

	Cluster			Welch ANOVA	Games-Howell		
	Mean±SD			p-value	p-value		
	C1 (N=245)	C2 (N=113)	C3 (N=139)		C1 vs C2	C1 vs C3	C2 vs C3
①給与には満足している	3.8±0.9	3.2±1.1	3.1±1.1	0.000***	0.000***	0.000***	0.970
②雇用形態には満足している	3.6±1.0	3.0±1.1	3.2±1.1	0.000***	0.000***	0.001**	0.499
③看護師の人員は充足している	3.7±1.1	3.3±1.3	3.4±1.2	0.005**	0.017*	0.051	0.798
④受け持つ医療的ケア児の人数は適切である	3.9±0.9	3.4±1.1	3.5±1.0	0.000***	0.001**	0.000***	0.996
⑤複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている	3.3±1.3	3.3±1.2	3.1±1.2	0.225			
⑥重症な医療的ケア児が多いと感じている	3.2±1.3	3.3±1.2	3.0±1.2	0.161			
⑦学内外の研修には満足している	3.3±0.5	1.6±0.5	2.7±0.8	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
⑧看護師の専門性が発揮されている	3.7±0.7	3.3±0.8	2.8±0.8	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
⑨特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている	3.9±0.6	3.8±0.6	2.6±0.7	0.000***	0.161	0.000***	0.000***
⑩今の職場でこれからも働きたい	4.2±0.5	4.0±0.7	2.8±0.6	0.000***	0.033*	0.000***	0.000***
WEの合計点	33.6±9.8	34.2±9.1	25.0±9.0	0.000***	0.836	0.000***	0.000***

***: $p<0.001$, **: $p<0.01$, *: $p<0.05$

※自由度調整済み決定係数 (R^2): 0.265

表3 肯定群・非肯定群の WE 比較 全体 ($N=497$)

	肯定群		非肯定群		Welch t-test p -value
	N	WE(Mean $\pm$ SD)	N	WE(Mean $\pm$ SD)	
①給与には満足している	269	32.8 $\pm$ 10.2	228	29.5 $\pm$ 10.0	0.000***
②雇用形態には満足している	256	32.6 $\pm$ 9.8	241	29.9 $\pm$ 10.5	0.003**
③看護師の人員は充足している	285	31.8 $\pm$ 10.3	212	30.7 $\pm$ 10.0	0.231
④受け持つ医療的ケア児の人数は適切である	316	32.5 $\pm$ 10	181	29.2 $\pm$ 10.3	0.001**
職場環境 ⑤複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている	144	30.5 $\pm$ 9.4	353	31.6 $\pm$ 10.5	0.218
⑥重症な医療的ケア児が多いと感じている	153	30.4 $\pm$ 9.6	344	31.7 $\pm$ 10.5	0.201
⑦学内外の研修には満足している	102	32.9 $\pm$ 9.5	395	30.9 $\pm$ 10.3	0.061
⑧看護師の専門性が発揮されている	228	34.2 $\pm$ 10.1	269	28.9 $\pm$ 9.7	0.000***
⑨特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている	277	35.1 $\pm$ 9.4	220	26.6 $\pm$ 9.2	0.000***
継続意向 ⑩今の職場でこれからも働きたい	324	33.9 $\pm$ 9.8	173	26.4 $\pm$ 9.1	0.000***

***: $p<0.001$, **: $p<0.01$

が低い群 C2, [学内外の研修には満足している]の値は C1 と C2 の間であるが[特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている], [今の職場でこれからも働きたい]が低い値の群 C3 という特徴があった。WE の合計値は, C1 と C3 の間と C2 と C3 の間で有意差が認められたが, C1 と C2 の間には有意差が認められなかった。

Ⅵ. 考 察

1. WE と職場環境について

本研究参加者の WE の合計点は回答者全体で 31.3 ± 10.2 (Mean $\pm$ SD) であった。合計点の平均はおおよそ, 3.48 である。日本の企業で働く正社員 624 人を対象とした調査では, WE の合計点の平均は 2.62 であった (佐藤, 2020)。この結果と比較すると特別支援学校で働く看護職の WE の平均は高かったことがわかる。

WE の先行要因には大別して仕事の資源と個人の資源の 2 つがあるとされている (島津, 2014)。このうち仕事の資源としては, 「a 仕事の要求度や要求度に関連する身体的, 精神的な負担を軽減し, b 仕事上の目的達成を促進し, c 個人の成長や発達を促進し続けるための物理的, 社会的, 組織的な仕事の側面」が挙げられる (Schaufeli, et al., 2010)。

先に述べたように, 学校で働く看護師の多くが非正規雇用であり, 給与も不十分であるという労働条件の悪さが離職の理由の一つであると分析されている (清水, 2019)。本研究でも [給与に満足している], [雇用形態に満足している]のそれぞれについて, 肯定群と非肯定群の WE の合計値に有意差が認められた。しかし, 重回帰分析では [雇用形態に満足している]と WE の間で有意な正の関連が認められたが [給与に満足している]と WE の間で有意な関連は認められなかった。今回の研究参加者は, 40 代以上が 87.3% を占めていた。この時期は, 子育てや親の介護等, 多様なライフイベントに遭遇する時期であることが影響している可能性がある。[雇用形態に満足している]状況は, 仕事と生活のバランスが良い状況であり, 疲労や過度のストレス, 仕事に対する意欲の低下は起こりにくいと推察される。[雇用形態に満足している]状況は, 仕事の要求度や要求度に関連する身体的, 精神的な負担を軽減し WE を高めるための要因となる。看護職が, 自

身のライフワークバランスに合わせた雇用形態が選択できる仕組み作りが必要である。

次に, [特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている]状況について考察する。仕事に手ごたえを感じている状況には, 看護職の働きかけに対する好ましい反応が他者から得られたと実感することができ, 自己肯定感を高めることができる状況が含まれる。先行研究では, WE は, フィードバックや (仕事の) 結果と関連していることが明らかになっている (Hakan et al., 2008; Salanova et al., 2008)。また, WE の先行要因とされる「個人資源」とは, レジリエンシーに関連するポジティブな自己評価であり, 周囲の環境をうまくコントロールし, 影響を与えることができるという個人の感覚であるとされている (Bakker, 2011)。[特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている]状況は, ポジティブな自己評価であり, WE を高めるための重要な要因である。[特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている]状況に至るには, 他者からのポジティブなフィードバックが必要である。そのためには, 他者との良好な関係性の構築や, 看護職の専門性について, 特別支援学校で働く他職者の認識が深まるような働きかけが必要であると考えられる。

本研究で行った重回帰分析では, [学内外の研修には満足している]と WE の間に有意な負の関連が認められた。しかし, [学内外の研修には満足している]の肯定群と非肯定群の WE の比較では, これらの間には有意差が認められなかった。先行研究で報告された仕事の資源に関する知見を踏まえると, これらの結果をもって, 直ちに, [学内外の研修には満足している]状況が WE を低下させると考えることは妥当ではないと考えられた。そこで, [学内外の研修には満足している]と WE の関係性をさらに検証するために, 回答者のクラスター分析と各クラスターの比較を行った。これらの分析によって, 回答者は [学内外の研修には満足している]に肯定的な回答グループ C1 と, [学内外の研修には満足している]に対する非肯定的な回答と高 WE を特徴とするグループ C2, [学内外の研修には満足している]に対する非肯定的な回答と低 WE を特徴とするグループ C3 の 3 つのクラスターに分類された。WE の合計点は回答者全体では 31.3 ± 10.2 (Mean $\pm$ SD) であるのに対し, C1 では 33.6 ± 9.8 , C2 で 34.2 ± 9.1 , C3 で 25.0 ± 9.0 であった。各項目に対する回答を見ると, C3 は全体的に非肯

表4 クラスター間の比較 全体 (N=497)

	Cluster Mean $\pm$ SD			Welch ANOVA p-value	Games-Howell p-value		
	C1 (N=245)	C2 (N=113)	C3 (N=139)		C1 vs C2	C1 vs C3	C2 vs C3
①給与には満足している	3.8 $\pm$ 0.9	3.2 $\pm$ 1.1	3.1 $\pm$ 1.1	0.000***	0.000***	0.000***	0.970
②雇用形態には満足している	3.6 $\pm$ 1.0	3.0 $\pm$ 1.1	3.2 $\pm$ 1.1	0.000***	0.000***	0.001**	0.499
③看護師の人員は充足している	3.7 $\pm$ 1.1	3.3 $\pm$ 1.3	3.4 $\pm$ 1.2	0.005**	0.017*	0.051	0.798
④受け持つ医療的ケア児の人数は適切である	3.9 $\pm$ 0.9	3.4 $\pm$ 1.1	3.5 $\pm$ 1.0	0.000***	0.001**	0.000***	0.996
⑤複数の医療的ケアが必要な児が多いと感じている	3.3 $\pm$ 1.3	3.3 $\pm$ 1.2	3.1 $\pm$ 1.2	0.225			
⑥重症な医療的ケア児が多いと感じている	3.2 $\pm$ 1.3	3.3 $\pm$ 1.2	3.0 $\pm$ 1.2	0.161			
⑦学内外の研修には満足している	3.3 $\pm$ 0.5	1.6 $\pm$ 0.5	2.7 $\pm$ 0.8	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
⑧看護師の専門性が発揮されている	3.7 $\pm$ 0.7	3.3 $\pm$ 0.8	2.8 $\pm$ 0.8	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***
⑨特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている	3.9 $\pm$ 0.6	3.8 $\pm$ 0.6	2.6 $\pm$ 0.7	0.000***	0.161	0.000***	0.000***
⑩今の職場でこれからも働きたい	4.2 $\pm$ 0.5	4.0 $\pm$ 0.7	2.8 $\pm$ 0.6	0.000***	0.033*	0.000***	0.000***
WEの合計点	33.6 $\pm$ 9.8	34.2 $\pm$ 9.1	25.0 $\pm$ 9.0	0.000***	0.836	0.000***	0.000***

***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$

定的な回答を特徴とし、反対に C1 は全体的に肯定的な回答を特徴としていた。C2 は給与や勤務形態に関する回答では C3 との間で有意差が見られず、専門性の発揮や仕事への手ごたえ、継続意向に関する項目で有意差が見られた。これらの結果から、〔学内外の研修には満足している〕への回答は、回答者が求める研修の水準と実際に提供される研修の水準の差を反映している場合がある。専門性が発揮でき、仕事への手ごたえを感じ、その仕事を継続する意向が強い看護職の中には、実際に提供される研修の水準と、自らが理想とする能力を獲得するために必要と感じる研修の水準の間に乖離が生じる可能性がある。理想とする能力水準は、担当する業務内容の他、看護職個人のライフプランやライフステージなど多様な要素の影響を受ける。本研究の回答者には、看護職としての経験年数と比べて特別支援学校での勤務経験年数が短い看護職が含まれる。他の医療機関等での経験が希望する研修の水準に影響する可能性もある。また、文部科学省は、看護系大学や関係団体等に対して、特別支援学校で働く看護師等を支えるため、医療的ケアに関する専門的な情報を広く提供することが期待されるとしている(文部科学省, 2011)。今後は、看護職の勤務経験年数や年齢、担当する業務などの要素を追加した検証を行い、研修機会と WE との関係性を多角的に検討していくことで、WE を高める仕事の資源としての研修を提供できる環境づくりにつながると考える。

2. WE と継続意向について

継続意向を示す〔今の職場でこれからも働きたい〕は、看護職の仕事に関するポジティブで充実した心理状態を示している。先行研究では、病院等で勤務する看護職においては離職意思のある人に比べ離職意思のない人の方が WE が高いことが報告されている(中村・吉岡, 2016; 川内・大橋, 2011; 福岡ら, 2013)が、本研究では特別支援学校で勤務する看護職についても同様の傾向が示された。また、継続意向を示す〔今の職場でこれからも働きたい〕は、高い WE 値がもたらす結果であると捉えることができる。

看護職が身体的・精神的負担を背負うことなく継続して働き続け、良好な関係性のもとに看護職がポジティブなフィードバックを受けることで自己肯定感も高まる。看護職の仕事に関するポジティブで充実した心理状態は、さらなる自己成長の機会を得て、医療的ケアの質の向上につながる。

3. 本研究の限界と課題

全国の特別支援学校看護職の人数は 2,746 人(2021 年度)と報告されており、今回の研究対象者はその 18.1% に相当する。回収率が低いいため本研究の結果を一般化するには偏りがあることは否めない。今後は対象者を増やし同様の研究を行い、データを蓄積していくことが求められる。

本研究で実施された分析は、年代や経験年数などの属性が異なる対象者の回答を全てまとめたものを対象としており、特定の属性に該当する看護職に特有の性質を過小または過大に評価している可能性がある。

また、クラスタ分析による複数の要素の組み合わせによって WE に強く影響するパターンが存在することが示された。本研究で実施した分析手法では、あらゆる組み合わせを網羅的に調べることは困難である。今後、例えばニューラルネットなどの、より複雑なモデルに対応した手法を用いることで、WE を高める対策が実現すると期待される。

VII. 結 論

WE と職場環境・継続意向では、〔特別支援学校での仕事に手ごたえを感じている〕, 〔学内外の研修には満足している〕, 〔雇用形態に満足している〕, 〔今の職場でこれからも働きたい〕に有意な関連が認められた。

このことから、特別支援学校で働く看護職の WE を高めるためには、看護職が自身のライフワークバランスに合わせた雇用形態が選択できる仕組みやポジティブなフィードバックが得られるような人的環境の調整が必要である。また、特別支援学校で働く看護職には、看護職や担当する医療的ケア児の特性や希望に応じた研修機会の充実が求められることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護職の皆様には深く感謝申し上げます。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。本論文の内容の一部は第 54 回日本看護学会学術集会において発表した。

VIII. 引 用 文 献

- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20 (4), 265-269.
- 福岡悦子, 谷口敏代, 棧裕子. (2013). 看護職員のワーク・エンゲイジメントと離職意向の関連—職業性ストレスの分析も含めて—. *国際ナショナル Nursing Care Research*, 12 (3), 1-10.
- Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., Toppinen-Tanner, S (2008). Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness. *Journal of Vocational Behavior*, 73 (1), 78-91.
- 長谷川由香. (2022). 特別支援学校における医療的ケアをめぐる協働の捉え直し—事例についての看護師の語りから見るシステムとしての協働—. *育療*, 70, 1-11.
- 兵庫県医療的ケア運営協議会. (2022). 令和 4 年度第 2 回兵庫県医療的ケア運営協議会議事録.
<https://www.hyogo-c.ed.jp/~sho-bo/gijiroku/ikea/1110ikea.pdf> (検索日: 2023 年 3 月 1 日)
- 川内恵美子, 大橋一友. (2011). 二次医療圏の国公立病院で働く助産師・看護師の Work Engagement 及び職務満足度と離職意思の関係. *日本看護管理学会誌*, 15 (1), 39-46.
- 厚生労働省. (2019). ワーク・エンゲイジメントと定着率・離職率について. 令和元年版労働経済の分析.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/roudou/19/backdata/2-3-10.html> (検索日: 2024 年 8 月 11 日)

- 文部科学省 (2011). 特別支援学校における医療的ケアへの今後の対応について,
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/087/houkoku/1314048.htm. (検索日: 2025 年 2 月 6 日)
- 文部科学省. (2021a). 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の公布について.
https://www.mext.go.jp/content/20210621-mxt_tokubetu_01-000007449_01.pdf (検索日: 2021 年 12 月 5 日)
- 文部科学省. (2021b). 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の施行について.
https://www.mext.go.jp/content/20210924-mxt_tokubetu_01-000007449_1.pdf (検索日: 2021 年 12 月 5 日)
- 文部科学省初等中等教育局特別支援課. (2022). 令和 3 年度学校における医療的ケアに関する実態調査結果.
https://www.mext.go.jp/content/20220830-mxt_tokubetu_01-000023938_1.pdf (検索日: 2022 年 12 月 10 日)
- 中村真由美, 吉岡伸一. (2016). 大学病院に勤務する看護職員のワーク・エンゲイジメントに影響する要因. 米子医学雑誌, 67 (1-2), 17-28.
- 日本看護協会. (2020). 文部科学省初等中等教育局に要請医療的ケア児を支える看護師の人材確保・育成を. News Release.
https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20200331155316_f.pdf (検索日: 2023 年 3 月 1 日)
- 日本小児看護学会. (2011). 特別支援学校で医療的ケアを必要とする子どもの安全性を保障する看護師の配置に関する政策提言. https://jschn.or.jp/care_manual/.pdf (検索日: 2015 年 8 月 31 日)
- 坂田奈央. (2021 年 4 月 19 日). 「医療的ケア児」支援強化に超党派で新法を国会提出へ. 東京新聞電子版.
<https://www.tokyo-np.co.jp/article/98981> (検索日: 2021 年 12 月 5 日)
- Salanova, M., Schaufeli, W. B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behavior. *The international Journal of Human Resource Management*, 19 (1), 116-131.
- 佐藤裕子. (2020). 一般社員 624 名に聞く、ワーク・エンゲイジメントの実態. *RMS Message*, 57, 23-30.
https://www.recruit_ms.co.jp/research/journal/pdf/j202002/m57_all.pdf (検索日: 2024 年 9 月 1 日)
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of organizational Behavior*, 25 (3), 293-315.
- 島津明人. (2014). ポジティブに働くためのコンセプトワーク・エンゲイジメント「健全な仕事人間」とは. *Diamond Harvard business review*, 39 (9), 32-42.
- 島津明人, 小杉正太郎, 鈴木綾子, 彌富美奈子, 重田淳吾, 長見まき子, 天野昌太郎, 小林由佳. (2008). ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度日本語版 (UWES-J) の信頼性・妥当性の検討 (2) 性別・年代別の検討. *日本産業衛生学講演集*, 81, 2014.
- A, Shimazu, W, Schaufeli, S, Kosugi, A, Suzuki, H, Nashiwa, A, Kato, M, Sakamoto, H, Irimajiri, S, Amano, K, Hirohata, R, Goto, K, Kitaoka-Higashiguchi. (2008). Work engagement in Japan: Validation of the Japanese Version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology*, 57 (3), 510-523.
- 清水史恵. (2019). 学校における看護師の離職防止. *小児看護*, 42 (10), 1299-1303.

◇ 原 著 ◇

小児訪問看護において母親との関わりの中で 看護師が抱く困難感

林 真紀^{1)*}

【目的】本研究は、小児訪問看護において看護師が母親との関わりの中で抱く困難感を明らかにすることを目的とした。

【方法】小児訪問看護を2年以上経験したことのある看護師5名に半構成的面接を実施し、質的記述的に分析した。

【結果】小児の訪問看護を実践する看護師が母親との関わりの中で抱く困難感として、【懸隔てのある関係性】【専門職としての揺らぎ】の2大カテゴリーが抽出された。

【結論】小児の訪問看護を実践する看護師が母親との関わりの中で抱く困難感として、他人の手を借りず、自分が子どもをみていかなければならないという母親の特性が、看護師にとって【懸隔てのある関係性】と意識される状況をつくっていた。そのような子どもの専門化である母親の存在と、看護師の職業的アイデンティティの特徴が相重なることで、子どもへの支援が見いだせず【専門職としての揺らぎ】が生じることが示唆された。

【キーワード】小児訪問看護、困難感、母親、関係性

1. はじめに

近年、新生児医療や高度集中医療の進展に伴い、医療機器を装着したり、重度の障害を抱えたりしながら生活する小児が増加している。厚生労働省（2021）「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」によると、わが国の在宅療養をしている医療的ケア児の推計値は20,180人である。また、日本訪問看護財団（2022）の「訪問看護の対象者の理解」の報告によると、訪問看護を受ける小児の数は年々増加しており、小児訪問看護のニーズが増加していることが示唆されている。

出生時より入院を余儀なくされた子どもにとって、治療のために親と分離された生活を送ることは、親子関係の形成や成長発達が阻害される要因となるため、できる限り早期に退院し、家族と地域で過ごすことができることが望ましい（宮崎・我部山、2000）とされている。鈴木（2013）も、子どもにとって本来の生活の場は、家庭、学校、地域社会であり、そのなかで両親、きょうだい、友人とのかかわりを通して成長・発達していくことが子どもの最善の利益であり、子ども

の権利であると述べている。育児の担い手となる両親にとっても、家庭で過ごししながら子どもへの愛着や養育姿勢を形成していくため、早期の退院や在宅療養を行う意義は大きなものである。

当然のことながら小児訪問看護は、家庭という場で看護の提供がなされる。家庭は子どもを含む家族の生活の場であり、家族主体の看護支援がより必要である。また、訪問看護は、看護師が、急激に状態の変化が起こりやすい児や、さまざまな心理的苦悩を抱えている家族への支援を単独で提供し、即座の判断も求められる。さらに小児訪問看護は、対象が小児である。小児は大人への成長・発達の途上にあり、親との関わりが濃密である。鳥居（2008）は、家族は子どもに関する情報を最も多くもっており、最も子どもに近いケアの担い手であり、障害のある子どもとよい関係をもつためには、家族と信頼関係をもつことが必須であると述べている。

このような特徴をもつ小児訪問看護において、看護師はさまざまな困難に直面する。林ほか（2000）は、小児訪問看護スタッフの精神的負担の研究から、小児という独自性以上に、家族との人間関係に気を配っている現状を明らかにしており、

受付日：2023年10月15日／受理日：2025年3月14日

1) 那須看護専門学校

* E-mail: dsmk.1109@gmail.com

小児訪問看護において、特に家族との関わりやの難しさを挙げている。また、全国訪問看護事業協会（2009）の報告によると、小児訪問看護を行ううえで困難なこととして、小児看護に関する知識不足、症状の判断が難しい、症例数が少ないため対応が難しい等とともに、親との関わりが難しいが上位として挙げられている。

以上のように、小児訪問看護を実践する看護師の困難感は大きく、家族との信頼関係が重要といわれている半面、親との関わりやの難しさが指摘されている現状がある。そこで本研究は、子どもの主たる介護者である「母親」との関わりやのなかで看護師の抱く困難感を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 目 的

小児の訪問看護を実践する看護師が、母親との関わりやのなかで抱く困難感を明らかにし、小児訪問看護を実践するうえで、子どもと家族の支援につながる手がかりとする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

本研究における「小児」とは、0～18歳とする。「母親との関わり」とは、小児訪問看護を実践するなかで生じる、看護師と母親との関係性やつながりとする。また、「困難感」とは、訪問看護師が主観的に感じる難しさや負担感などの否定的な体験内容や思いとする。

2. 研究デザイン

小児訪問看護を実践する看護師が、母親との関わりやのなかでどのような困難な体験をし、どのような困難感を抱いているか、その内容を抽出するために質的記述的研究方法（Sandelowski, 2000）を用いた。

3. 研究参加者

A県内にある訪問看護ステーション5カ所に所属し、小児訪問看護を2年以上経験した看護師であり、かつ、インタビュー協力の承諾の得られた5名を研究参加者とした。訪問看護師として同ケースへ継続的に関わる年数、複数ケースの経験を考慮し、2年以上の経験とした。研究参加者は、30代から50代の女性5名であり、小児訪問看護経験年数は3年以上の看護師であった。

4. 調査期間

2014年2月から2014年8月までを調査期間とした。

5. データ収集方法

同意の得られた看護師5名に対して、インタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。面接の内容は、小児訪問看護を実施し、母親と子どもの関係性をどう感じているか、母親との関わりやのなかで困難と感じる何が起こったか、その時の体験内容や思いについて、事例を基に自由に語ってもらった。

インタビューの回数は4名が2回、1名が1回であり、インタビューの合計時間は1人につき約70分から180分であった。面接調査の日時や場所は、研究参加者の意向を尊重し、

勤務時間の合間や勤務終了後の時間を利用した。面接場所はステーション内の個室とした。

6. データ分析方法

本研究のデータ分析は、まず半構成的面接で得られたデータをICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。次に逐語録を精読し、小児訪問看護において母親との関わりやのなかでの困難感を表していると思われる語りを抽出した。抽出した語りの意味内容を損なわないよう要約し、簡潔に表現してコード化した。コードの分類・統合を行い抽象化し、小カテゴリー、中カテゴリー、大カテゴリーとして命名した。分析の過程では、質的研究の研究者、及び小児看護学研究者のスーパーバイズを受け、信憑性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て、研究を開始した（承認番号 13-10-150）。研究参加者に対しては、研究目的と方法、研究参加の自由意思、研究不参加と中断による不利益がないこと、個人情報保護の遵守、看護学会や学会誌による結果の公表を文書と口頭で説明し、研究参加の同意書への署名をもって同意を得た。

Ⅴ. 結 果

データ分析の結果、小児の訪問看護を実践する看護師が、母親との関わりやのなかで抱く困難感の内容として、118コードから2大カテゴリー、4中カテゴリー、9小カテゴリーが抽出された（表1）。

以下、大カテゴリーを【 】、中カテゴリーを< >、小カテゴリーを〈 〉、コードを『 』として示す。また、看護師が語った事例の概要を表2に示す（表2）。

1. 懸隔てのある関係性

【懸隔てのある関係性】とは、看護師が母親との間に何らかの心理的障壁を感じ、その場に足踏みをしている困難状況を示している。【懸隔てのある関係性】は、<隔たりがあり入り込めない>、<母親からの圧力を感じる>の2つの中カテゴリーで構成されていた。

1) 隔たりがあり入り込めない

<隔たりがあり入り込めない>とは、看護師が母親との関わりを深めようと試みるが、距離を感じ、立ち往生している状況である。<隔たりがあり入り込めない>は、〈助言・提案を受け入れてもらえない〉、〈母親の気持ちに入り込む隙間がない〉、〈方針に齟齬がある〉の3つの小カテゴリーで構成されていた。

(1) 助言・提案を受け入れてもらえない

〈助言・提案を受け入れてもらえない〉とは、看護師が子どもにとって必要だと判断し、助言や提案を行うが、母親の判断で実行されないという状況である。

D看護師は、容姿を気にするようになった思春期の女兒の同意を得て、訪問歯科診療を勧めたが、母親に受け入れても

表1 母親との関わりの中で看護師が抱く困難感の内容一覧

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	代表的なコード
懸隔てのある関係性	隔たりがあり入り込めない	助言・提案を受け入れてもらえない	お母さんのやり方を肯定しつつ、他の援助方法を理解してもらうことが難しい
			また断られるかもしれないと思いながらもわずかな期待を信じ、提案を続けた
		母親の気持ちに入り込む隙間がない	何の進展もなく、受け入れたくない状況が続く、排他的な感じをずっと受けていた
			お母さんのなかに簡単に入れない何かがある
	母親からの圧力を感じる	方針に齟齬がある	体調を崩してもまだお風呂に入れられると頑張る
			自分のやり方で大丈夫という思い込みがあり、自分でもうにかしようという気持ちが強く、指導力の不足を感じる
		命を預かることに圧力を感じる	お母さんと一緒に生きてる、自分の分身並みの人を1人で預かることが重く感じた
			子どもと1対1になり、ここで何か起きたらどうしようかとフル回転で対応した
専門職者としての揺らぎ	訪問看護の必要性が感じられない	訪問看護が意味のあることなのかを見出せない	特殊な導尿の手技を「やってみて」と試され、大学病院の看護師と比較をされた
			初めてアンビュをさせてもらった時のこの人は出来るのかという視線の強さに、手が震えるほど緊張した
		看護師としての存在に希薄さを感じる	何のために来ているのか分からないなど言われ、何なんだろう私と思った
			期待していることが分からず、自分の不甲斐なさを感じた
	看護師としてのアイデンティティが揺らぐ	看護師としての存在に希薄さを感じる	「寝ててもいいですよ」と、期待されないことを辛く感じ、自分のモチベーションの持っていき方が分からなくなった
			状態観察した内容を報告しても、「大丈夫」と素通りされ、自分の行為に重みがないと感じた
		看護師の専門性が活かさない	看護師の専門的な部分ができてしまうため、何かを見つけようとしても子どもに対してできることが見つからなかった
			自分のなかの問題であるが存在価値が見いだせない
		求めに応じるだけでよいのかと自分に問い続ける	母のペースが遮れず、子どもへの支援を行うことができない
			求められていることをこなせばよいと気持ちの切り替えができず、何か違うと憂鬱な気分になる

表2 看護師が語った事例の概要

A看護師	事例 1	事例 2	事例 3
子どもの疾患や障害の状況	心臓奇形手術後	脳性麻痺 四肢麻痺	脳性麻痺 人工呼吸器を装着
訪問に至った経緯	虐待のリスクがあると判断されたため、退院時に訪問看護の利用が義務づけられた。	虐待の疑いがあると判断され、退院時に訪問看護の利用が義務づけられた。	退院時に訪問看護利用の希望があり、開始となった。
B看護師	事例 4		
子どもの疾患や障害の状況	先天性呼吸不全 人工呼吸器を装着		
訪問に至った経緯	退院時に病院側から訪問看護の利用を勧められ開始となった。訪問看護は5年以上継続。		
C看護師	事例 5		
子どもの疾患や障害の状況	神経難病 人工呼吸器を装着		
訪問に至った経緯	出生直後から人工呼吸器を装着し、退院時に病院側から訪問看護の利用を勧められ、開始となった。		
D看護師	事例 6	事例 7	
子どもの疾患や障害の状況	神経難病 人工呼吸器を装着 自分の意思を伝えることができる	脳性麻痺 自力での座位保持や意思疎通は可能	
訪問に至った経緯	神経難病の進行により、人工呼吸器が装着となり、訪問看護が開始となった。	かかりつけ病院に訪問看護の利用を勧められ開始となった。訪問看護は7年以上継続。	
E看護師	事例 8		
子どもの疾患や障害の状況	脳性麻痺 四肢麻痺		
訪問に至った経緯	経口摂取が難しくなったため、担当保健師に訪問看護の利用を勧められ、開始となった。		

らず、『母にまた断られるかもしれないと思いながらもわずかな期待を信じ、提案を続けた』(事例 6)。D 看護師は、長年独自の判断で育児を続けてきた母親が、自分以外の人からの意見を容易には受け入れられないという状況に困難感を抱きながらも、母親に敬意を払い、受け入れられる時期を待ったり、断られると思いながらも繰り返し助言や提案を続けていた。

(2) 母親の気持ちに入り込む隙間がない

〈母親の気持ちに入り込む隙間がない〉とは、看護師が母親との関係を築くため積極的に関わろうとするが、母親が他者を信用できないなどから、関わる糸口が見いだせない状況である。

両親が子どもの入院中に、医療者の言葉に聞く耳をもたず、虐待のリスクがあると判断されたため、退院時に訪問看護の利用を義務づけられたケース(事例 1)において、両親は、訪問看護を受けることに納得ができていなかったため、母親の気持ちに全く入り込めないという状態であった。A 看護師は何とか関わる糸口を見つけ出そうとするが、退けられていると感じる状況が続いたため、『何の進展もなく、母の受け入れたくない状況が続き、排他的な感じをずっと受けていた』と、感じていた。

また、訪問看護の利用を希望し開始されたケースにおいても、看護師の困難感が生じる場合があった。母親が 15 年以上自宅で子どもの介護を続け、経口摂取が難しくなったため訪問看護を利用したケース(事例 8)であり、訪問看護開始初期に、母親の思いが表出されないことに困難を感じた状況である。E 看護師は、母親の思いの表出を促すが、殆ど聞き出すことができなかったため、何を要望しているのか、訪問看護をどう捉えているのかが分かりにくく、母親との間に『お母さんのなかに簡単に入れない何かがある』という距離を感じ、苦慮していた。E 看護師に対する半年後のインタビューで、これらの状況が生じた原因として、母親は、1 時間以上もかけて咳き込む子どもに食事介助を行っていたが、自身が頑張れば、食べることが大好きだった子どもから食事を奪わずにすむという思いと、看護師がそのような努力も理解せず、簡単に経管栄養にするよう勧めるのではないかという不信感があったのではないかと語っていた。

(3) 方針に齟齬がある

〈方針に齟齬がある〉とは、看護師が必要と判断した事柄と、長年培われてきた母親の育児方法や行動が噛み合わず、行き違いが生じる状況である。

B 看護師は、身体が大きく成長した 8 歳の子どもを自宅のベビーバスを使い、自分たちの力で入浴させ続けたいとする母親のケース(事例 4)に対し、母親の体調と児の危険性を感じ訪問入浴を勧めた。しかし、母親は今までのスタイルを崩したくない、自分たちでお風呂に入りたいという思いが強く、『体調を崩してもまだお風呂に入れられると頑張る』母親は、訪問入浴に抵抗を感じ、1 年以上受け入れられなかった。

2) 母親からの圧力を感じる

《母親からの圧力を感じる》とは、看護師が母親から心理的に重く押しつけられる力を感じている状況である。《母親からの圧力を感じる》は、〈命を預かることに圧力を感じる〉、〈力量が試されている〉の 2 つの小カテゴリーで構成されていた。

(1) 命を預かることに圧力を感じる

〈命を預かることに圧力を感じる〉とは、母親にとって何よりも大切な子どもの命を預かるという圧力と、その子どものケアの 1 番の専門家ともいえる母親という存在からの圧力を看護師が感じている状況である。

C 看護師は、出生直後より人工呼吸器を装着している子どもを、母親の外出時に預かり看護をしたとき(事例 5)、『子どもと 1 対 1 になり、ここで何か起きたらどうしようかとフル回転で対応』していた。子どもが啼泣することにより酸素濃度が下がるため、機嫌が悪くなることに敏感な母親であることが脳裏によぎり、子どもを泣かせないように、また、急変等の危機の際はどうか、常に頭に思い巡らせながら時間を過ごした。

(2) 力量が試されている

〈力量が試されている〉とは、看護師という専門職として、母親からできるかどうか確かめられていると感じている状況である。

A 看護師は、人工呼吸器を装着している子どもを入院中から熱心に介護し、子どもの病態や治療、必要な医療技術等全てといってよいほど習得している母親(事例 3)との関わりにおいて、『初めてアンビューをさせてもらった時のこの人は出来るのかという母の視線の強さに、手が震えるほどの緊張』を体験していた。母親から、何よりも大切な存在である子どもを預ける看護師として適任なのか、ケアできるのかを見定められていると感じていた。母親に認めてもらう機会であるという緊張感もあり、また、母親の視線に評価されているという圧力を感じ、普段通りのケアが行うことができなくなっていた。

2. 専門職者としての揺らぎ

【専門職者としての揺らぎ】とは、看護師が看護師としての知識や技術、経験の基盤が心理的に危うくなるという状況である。【専門職者としての揺らぎ】は、『訪問看護の必要性が感じられない』、『看護師としてのアイデンティティが揺らぐ』の 2 つの中カテゴリーで構成されていた。

1) 訪問看護の必要性が感じられない

《訪問看護の必要性が感じられない》とは、訪問看護を利用している子どもと母親にとって、訪問看護が必ず要ることなのか、なくてはならないことなのかと疑問をもつ状況である。《訪問看護の必要性が感じられない》は、〈訪問看護が意味のあることなのかを見出せない〉、〈看護師としての存在に希薄さを感じる〉の 2 つの小カテゴリーで構成されていた。

(1) 訪問看護が意味のあることなのかを見出せない

〈訪問看護が意味のあることなのかを見出せない〉とは、看護師自身が、訪問看護を行う価値や有用性を見出せない状況である。

A 看護師は、前述した退院時に病院から訪問看護の利用を義務づけられ、家族が訪問看護を受けることに納得できていなかったケース（事例 1）について、『両親に何のために来ているのか分からないと言われ、何なんだろう私』と感じていた。母親も父親も、訪問看護の受け入れ状況が悪く、看護師に対して否定的な態度が強かったため、A 看護師は、自分の役割が見えなくなり苦しんでいた。しかし、A 看護師に対する半年後のインタビューにおいて、A 看護師が当時の関わりを振り返り、訪問看護を受け入れてもらえない状況がありながらも、訪問することで、A 看護師には家族と社会をつなぐという役割があったと語っており、困難場面にも意味があったことを分析していた。

(2) 看護師としての存在に希薄さを感じる

〈看護師としての存在に希薄さを感じる〉とは、訪問看護を利用する子どもと母親にとって、看護師としての自分自身の存在が小さく薄いものであると感じている状況である。

A 看護師は、子どもの介護を全て自身が行いたい母親であるため、訪問時間は母親の話を聴くことが主となり、子どもとの関わりが少ないケース（事例 3）において、『母に状態観察した内容を報告しても、「大丈夫」と素通りされ、自分の行為に重みがない』と、感じていた。A 看護師は、子どもに対する判断を求めている母親の存在から、自分の看護師としての存在が希薄であると感じていた。

2) 看護師としてのアイデンティティが揺らぐ

《看護師としてのアイデンティティが揺らぐ》とは、看護師が看護師としての自分自身の信念や存在が危うくなる状況である。《看護師としてのアイデンティティが揺らぐ》は、〈看護師の専門性が活かせない〉、〈求めに応じるだけでよいのかと自分に問い続ける〉の 2 つの小カテゴリーで構成されていた。

(1) 看護師の専門性が活かせない

〈看護師の専門性が活かせない〉とは、看護師としての知識や技術、経験を効果的に役立てることができない状況である。

看護師からみて、子どもの病態や治療、必要な医療技術等全てとってよいほど習得し、家族内の連携も他の社会資源の利用も十分なされている母親のケース（事例 3）で、『必要な処置や緊急時の対応はでき、レスパイトもとれており、専門的に関わる術が見いだせなかった』という体験をしていた。A 看護師は、子どものケアが完璧である母親という存在や、家族内の協力が十分に図られていることから、看護師として何ができることなのか、どう関わればよいのか見いだせず、今までの自分のスキルが全く活かせないと感じていた。しかし、A 看護師に対する半年後のインタビューにおいて、母親

から言われた、「今はまだ状態が落ち着いているから A さんの出番はないけど」の言葉から、訪問看護を利用する目的は、A 看護師がいることによる安心感や、子どもの状態が悪化したときのための保障であったと分析していた。

(2) 求めに応じるだけでよいのかと自分に問い続ける

〈求めに応じるだけでよいのかと自分に問い続ける〉とは、看護師が、母親の要望に応じることが主となっている支援内容で良いのか疑問を抱き、自分自身に確認し思い悩み続けている状況である。

D 看護師は、小学 5 年生の子どもに対し、機能訓練や学習面の支援等を行いたいと思いつつも、母親の話を聴くことで訪問時間が終了してしまうことが続くケース（事例 7）において、『母のペースが遮れず、子どもへの支援を行うことができない』と感じていた。D 看護師は、子どもと関係のない他愛もない話に耳を傾けることも看護であり、母親の要望であると認識しつつも、子どもへの支援も必要であると考えていた。しかし、自分の話を聴いてほしいという母親の前に、子どもへの支援が行えないままの状態が続いていた。また、現状の改善策も見いだせずに訪問を行っている自分に釈然としない気持ちを抱いていた。

また、A 看護師も同様に、母親の話を聴くことが主になっているケース（事例 3）において、『母に求められていることをこなせばよいという気持ちの切り替えができず、何か違うと憂鬱な気分になる』という体験をしていた。A 看護師も、現在行っている支援内容に加え、他の支援も必要であることを感じていた。しかし、現状の支援以外を望まない母親の存在があるため、自身の考える必要な支援は、自己満足でしかないのかと悩んでいた。

VI. 考 察

1. 「母親」の特性から生じる「懸隔てのある関係性」

本研究では、看護師が訪問看護を利用する母親に対し、【懸隔てのある関係性】を感じ、困難感を抱いていた。この状況は、母親が訪問看護の必要性を感じていないことや、看護師が必要と判断した支援と母親が必要であると考えた方針の行き違いから生じていた。この原因の 1 つとして、看護師個々の力量や、小児訪問看護を実施する組織としてサポート体制への取り組みが不十分であることが考えられる。例えば、訪問看護ステーションによっては、小児訪問看護を担当する看護師が若干名であるため、相談体制やカンファレンスが不十分であることが挙げられる。しかし、何よりも、母親の子どもに対する愛着や抱え込みが根本にあると考えられる。

石井・中川（2013）は、障害児の母親の特徴について、「母親たちは、子どもの養育に関して、夫を含めた他の誰よりも大きな責任を担わねばならず、こうした母親役割から女性たちが逃れることはたいへん難しいことであった。こうした母親規範は、障害児の母となった女性に顕著にあらわれている」と述べている。また、中川（2003）は、障害児の母親は、情

緒的に子と一体化し、子の障害軽減を自分の使命とし、自己犠牲を払ってでも、子の人生や障害、子のケアに対して、全面的に引き受けていこうとする意識である「子へのトータルコミットメントの意識」を形成していると述べている。さらに、障害児が生まれたことに対する義理の父母からの非難が母親の自責感を強化し、「子へのトータルコミットメント」の形成に影響を及ぼしていること、専門職や周囲からの母親への役割期待が圧力となり、自分がケアしなければならないという「役割的拘束」を感じていることが述べられている。

母親のこのような特性は、子どもの養育を一手に担い、他人の手助けを得る余裕もなく、子どもの全てを抱え込みながら介護する傾向につながる。子どもとの療養生活を確立してきた母親は、訪問看護師に対し、「自身らの生活のなかに受け入れられない」、「子どもを任せられない」存在として受けとめることもある。さらに、母親は介護を一手に引き受ける状況に満足感を感じ、そのことが看護師との間に一層強固な懸隔てをつくることも考えられる。例えば本研究において、A看護師は、人工呼吸器を装着している子どもを熱心に養育し、退院直後から子どもの病態や治療、必要な医療技術等全てといてよいほど習得している母親との関わりにおいて、訪問中もほとんど子どもと関わることができないという困難感を抱いており、母親が子どものケアを一手に引き受けようとしていることが原因と考えられた。また、看護師がケアを行うことができた場合にも、母親から力量を評価されているような視線に圧力を感じるという困難感も生じていた。次に、B看護師は、8歳の子どもを自宅のベビーバスを使用し、入浴させ続けたいと希望する母親との関わりにおいて、訪問入浴を導入することができないという困難感が生じており、それは、母親の自分がケアしなければならないという役割的拘束が原因と考えられた。

このような、他人の手を借りず、自分がみていかなければならないという母親の特性は、協力者の少ない自宅という場においては、より一層強くなることが考えられる。これらの影響が、訪問看護師にとって【懸隔てのある関係性】と意識され、《隔たりがあり入り込めない》、《母親からの圧力を感じる》という状況をつくり、次に記す「専門職者としての揺らぎ」につながっていると考えられる。

【懸隔てのある関係性】から生じる困難感に対して、原因となる母親の特性を把握し、受けとめ、一歩踏み込んだ関わりを長期的に続けていくことが必要である。そのために看護師は、母親との間に【懸隔てのある関係性】が生じたとしても、まず、自身が母親と社会をつなぐ役割を担っていることを認識する必要がある。次に、小児訪問看護において、母親との関わりは必須であり、障害児とともに自宅で生活する母親の特性を学ぶ場が必要である。田中ほか(2022)の研究において、看取りや高度な医療管理、および小児の訪問看護等を経験する機会が少ない訪問看護ステーションの訪問看護師のスキル向上を図るため、実践件数が多い訪問看護ステ-

ーションの在宅訪問に同行する研修を実施した成果として、小児の受け入れができる訪問看護ステーション拡大の可能性と小児を受け入れている訪問看護ステーション同士の連携強化が示唆されている。同職種連携を兼ねた実践学習の場は、様々な母親の特性と対応を知ることを含め、小児への個別性のあるケア技術等の習得も期待できる。これからの訪問看護の対象は、小児、さらに精神障害者が増加する方向が予測されており、このような実践学習を取り入れた研修会が必要である。

2. 「母親」の存在から受ける「専門職者としての揺らぎ」

本研究から見出された【専門職としての揺らぎ】には、《訪問看護の必要性を感じられない》、《看護師としてのアイデンティティが揺らぐ》という状況があり、母親と子どもへの看護支援が必要であるのかが見えなくなったり、看護師としての信念や存在が危ぶまれたりしていた。また、【懸隔てのある関係性】が大きければ大きいほど、子どもへの支援が見いだせず、【専門職者としての揺らぎ】が生じていた。これらの原因として、訪問看護契約時の合意が必ずしも明確でないため、母親が訪問看護の必要性を理解できていないこと、また、終日子どもと共に過ごし、わずかな反応にも気づくことのできる母親という存在、愛着をもち確固とした子どもとの生活を確立してきた、揺るがない母親の強さが考えられた。

まず、母親が訪問看護の必要性を感じられないという状況については、たとえば、本研究における虐待のリスクがあるために、訪問看護の利用を義務づけられ開始したケースで、母親や家族の訪問看護の受け入れ状況が悪いため、子どもに対しても母親・家族に対しても支援を行うことができず、お互いに訪問看護の必要性が見出せないという困難感が生じていた。また、他のケースにおいても、母親が看護師にほとんど頼ることがない状況が続くことで、看護師は自分の存在価値はあるのかという否定的な感情を抱いていた。これらの困難感の原因として、訪問看護開始時の利用目的や母親の要望が明確でなく、母親も訪問看護をどのように利用すればよいのか認識できていないまま開始されたことが考えられた。谷口ほか(2004)のNICU退院後、訪問看護ステーションを利用している親を対象とした調査によると、訪問看護ステーション利用について、「最初の頃は看護内容がわからなかったもので、何をしてもらえばよいのか迷った」という課題が出されていた。そもそも在宅看護は、利用者と看護師の契約に基づいて開始され、契約は、双方が十分かつ正しい情報を持ち意思決定するものである。しかし、在宅看護では一方だけが必要であると決定して開始されることもある。例えば、利用者自身が訪問看護の利用を望まなくても、看護という専門的な視点から必要であると判断し、拒否されても関わりの糸口を見出していくような場合であり、このことは訪問看護の醍醐味であると同時に、看護師の困難感とも意識される。

山口・百瀬(2013)は、職業的アイデンティティとして、訪問看護師は「社会への貢献」の得点が高く、利用者や家族の希望に応え、在宅医療に貢献したいと考え従事していると

述べている。一方、「自負」の得点は低く、これは自分の職に対する独自性の自覚にかかわり、他の医療職との関係のなかで、訪問看護師としての独自性を感じることが難しい傾向があると述べている。本研究の結果にあるように、母親が介護の仕方を習得し、自信をもって生活を送ることができているケースの場合は、看護師にとって貢献できていないという否定的感情につながり、さらに看護職者としての独自性の自覚を失わせている原因になると考えられる。これは、母親の介護技術が獲得されていない段階である病棟においては起こりにくい、訪問看護特有の困難感であるといえる。また、グレッグ（2002）が、職業的アイデンティティを確立することは、看護の質を向上させるひとつの方法であると述べているが、アイデンティティの揺らぎは看護の質に影響を与える危機につながる。

しかしながら、看護師と母親が、共通の目標に向かって支援内容の役割分担ができる体制が確立されていけば、あるいは、看護師が冷静に自らの役割を見いだすことができれば、専門職者として危機状態に陥ることはないと考ええる。本研究においては、母親と看護師が目標を共有できず、支援者として参加できないという状況や、母親の要望に応じることが主となり、次の目標に向かうことができないという状況が生じ、今の支援内容のままで良いのか、看護師としての自分自身はこれでよいのかと問い続けるという困難感が生じていた。

訪問看護師の【専門職者としての揺らぎ】に対して、在宅移行時の病棟と訪問看護ステーション、地域保健師と訪問看護ステーションとの連携等、児と家族の状況の変化に合わせた多職種連携の強化が必要であると考ええる。訪問看護師は単独で訪問に出向き、自身の裁量で支援することが多い。母親との関係性が困難な状況であっても、訪問時間は必ず滞在し、他者に相談することも難しい環境にある。田中ほか（2022）は、小児訪問看護における同行訪問の在り方について、初回訪問時に加え、訪問看護師が対象者の全体像が見え、具体的なケアについてディスカッションしながら進められる時期に病院看護師の同行訪問を設定することで、小児看護技術の向上が期待できるだけでなく、より小児と家族のニーズに沿った支援が可能になると述べている。繋ぐ過程が強化され、家族を含めた小児在宅ケアチームの構築を図ることが重要である。

Ⅶ. 結 論

本研究より、小児の訪問看護を実践する看護師が、母親との関わりのなかで抱く困難として、【懸隔てのある関係性】と【専門職者としての揺らぎ】が生じることが明らかになった。

他人の手を借りず、自分が子どもをみていかなければならないという母親の特性は、看護師にとって【懸隔てのある関係性】と意識され、《隔たりがあり入り込めない》、《母親からの圧力を感じる》という状況をつくっていた。また、【懸隔てのある関係性】の奥で形成された、その子どもの専門家であ

る母親という存在と、看護師の職業的アイデンティティの特徴とが相重なり、看護師に、【専門職者としての揺らぎ】が生じ、《訪問看護の必要性が感じられない》、《看護師としてのアイデンティティが揺らぐ》状態をもたらしていた。

付記：本論文は、国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科提出の修士論文の一部に加筆修正を行った。また、本論文に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業などはない。

Ⅷ. 引 用 文 献

- グレッグ美鈴. (2002). 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. 看護研究, 35 (3), 196-204.
- 林隆, 木戸久美子, 市山高志, 伊住浩史, 中村仁志, 三戸博志, 古川漸. (2000). 小児在宅人工呼吸器療法を支える訪問看護スタッフの精神的負担について. 癌と化学療法, 27 (suppl. III), 636-640.
- 石井由香理, 中川薫. (2013). 自分を犠牲にしないケア—重症心身障害児の母親の語りからみるケア意識—. 保健医療社会学論集, 24 (1), 11-20.
- 菊地よしこ (2022). 令和4年度厚生労働省委託事業在宅医療関連講師人材養成事業研修会「訪問看護の対象者の理解」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001086093.pdf>
(2023年6月15日)
- 厚生労働省 (2021). 医療的ケア児等とその家族に対する支援施策「医療的ケア児について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000981371.pdf> (2023年6月15日)
- 宮崎つた子, 我部山キヨ子. (2003). NICU入院を経験した患児をもつ両親への意識調査 (第2報) 親の心理的特性. 母性衛生, 44 (1), 127-133.
- 中川薫. (2003). 重症心身障害児の母親の「母親意識」の形成と変容のプロセスに関する研究—社会的相互作用がもたらす影響に着目して—. 保健医療社会学論集, 14 (1), 1-12.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: Whatever happened to Qualitative description?. Research in Nursing & Health, 234, 334-340.
- 鈴木真知子. (2010). 在宅における子どもと家族の看護. 筒井真優美 (編), 小児看護学 子どもと家族の示す行動への判断とケア (第6版) (pp349-356). 日経研.
- 田中美樹, 吉川未桜, 尾形由起子, 樺直美, 吉田麻美. (2022). 小児訪問看護における訪問看護師の困難感と同行訪問研修の試み. 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 107-114.
- 谷口美紀, 横尾京子, 名越静香, 福原里恵, 中込さと子, 田辺操子, 野尻昭代. (2004). 小児在宅医療及び育児を支えるための訪問看護ステーション利用の実状と課題. 日本新生児看護学会誌, 10 (1), 10-18.
- 鳥居央子. (2005). 発達に障害のある子どものケアのあり方. 森秀子 (編), 新版小児看護学叢書3 発達に障害のある子どもの看護 (pp138-144). メヂカルフレンド社.
- 山口陽子, 百瀬由美子. (2013). 訪問看護師の職業的アイデンティティの特徴および個人特性との関係. 日本在宅ケア学会誌, 17 (1), 49-58.
- 全国訪問看護事業協会. (2010). 平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「障害児の地域生活への移行を促進するための調査研究事業報告書」
<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h21-2.pdf> (2023年6月15日)

◇ 原 著 ◇

rt-PA 静注療法実施施設における院内体制と看護師の
役割・医師からの看護師への役割期待高橋美香^{1)*}, 城丸瑞恵²⁾

【目的】 rt-PA 静注療法では時間短縮のための院内体制整備と、医師と看護師の協働が求められる。そこで院内体制と看護師の役割に加え、医師からの看護師への役割期待について明らかにする。

【方法】 本治療実施施設の管理者へ院内体制、看護師には実際の役割、医師には看護師への役割期待に関する質問紙調査を実施した。

【結果】 67 施設の管理者、各 66 名の医師と看護師より回答を得た。院内体制では人員や教育に差を認め、看護師の役割は患者の身体的準備やバイタルサイン測定などであった。医師からの役割期待もほぼ同様であった。また看護師の役割ならびに医師からの役割期待は施設規模や人員によって、採血・静脈ルート確保や患者移送、観察などに有意差を認めた。

【結論】 各施設は院内体制に応じた役割分担や協働によって時間短縮を図っているが、施設間の看護師の役割や医師からの役割期待の差は院内体制の〔人員〕が大きく影響していた。

【キーワード】 rt-PA 静注療法, 院内体制, 看護師の役割, 医師からの看護師への役割期待

I. はじめに

脳血管疾患は日本人の死因第 4 位である。介護の原因疾患では認知症の次に脳卒中が挙げられ、加えて要介護 4 と 5 の原因疾患の第 1 位は脳卒中であることから、死亡や後遺症を最小限にすることが求められる。脳卒中の治療のひとつである rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法は、血栓を溶解することで脳梗塞に至らない、あるいは梗塞範囲を拡大せずに後遺症を最小限にとどめられることが期待できる。また本治療は DPC (Diagnosis Procedure Combination) における地域医療係数・体制評価指数項目の一つである。超急性期脳卒中加算では医師や看護師以外に薬剤師や放射線技師、臨床検査技師との連携が求められ、速やかに脳梗塞を診断し、適正な院内体制の整備が推奨される (日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会 rt-PA 静注療法指針改定部会編, 2019)。2020 年 4 月には 24 時間 365 日卒中患者を受け入れる一次脳卒中センターが制度化されたが、rt-PA 静注療法実施率は急性期脳梗塞全体の 7.8%と低く (豊田, 2019), 地域や病院格差が課題とされている。

先述した通り、本治療では迅速に対応するための院内体制が重要とされ、携わる関係職種間の連携は欠かせない (吉田ら, 2012; 紺野ら, 2011)。国外では、本治療にかかわる看護師は rt-PA 静注療法に関する専門的な教育を受け、迅速かつ円滑に実施する上で大きな役割を果たすことが示されている (Middleton, 2015; Olson et al., 2014)。国内では、坂井らは (2019)、ストロークコーディネーターの有用性を示唆し、本治療における看護師の役割が期待されている。

しかし本治療における看護師の役割に関する全国的な定量調査は実施されておらず実態は不明である。ゆえに迅速かつ円滑な治療遂行の示唆を得るために、院内体制と看護師の役割の現状、また医師との協働の検討資料とするために医師からの看護師への役割期待に関して明らかにしたいと考えた。

II. 目 的

rt-PA 静注療法実施施設における院内体制と看護師の役割・医師からの看護師への役割期待を明らかにする。

受付日: 2023 年 10 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 北海道移植医療推進財団 2) 天使大学大学院看護栄養学研究科

* E-mail: mlala313@gmail.com

【用語の定義】

院内体制：rt-PA 静注療法を迅速かつ円滑に遂行するための
[人員][設備][規定][教育]とする。

Ⅲ. 方 法

1. 調査期間：2016 年 12 月～2017 年 5 月

2. 対象

全国の「超急性期加算」または「脳卒中ケア病棟」を届け出ている 823 施設の（2016 年 12 月 1 日時点）体制整備に携わる rt-PA 静注療法管理責任者（以下、管理者）と、治療に携わる医師と看護師各 1 名を対象とした。

3. 調査方法

“（rt-PA 静注療法に関する）院内規定がある”ことを施設条件とした。郵送法にて各施設長へ施設条件に該当する場合の調査協力の有無を確認し、調査協力を得た施設からは管理者による『施設概要』『院内体制』の回答を得た。また同施設の看護師には実際の『看護師の役割』、医師には『看護師への役割期待』に関する調査を依頼した。

4. 調査内容

『施設概要』『院内体制』の調査項目は先行研究（Olson, 2014；井口ら, 2009；上原ら, 2009；木下ら, 2013）を参考にし、『施設概要』は病床数や脳卒中診療体制などの 10 項目、

『院内体制』は 4 項目とした。『看護師の役割』『医師からの看護師への役割期待』は、患者が病院内に搬入する前の【病院搬入前】と搬入から rt-PA 静注療法実施に至るまでの【病院搬入から治療まで】の 2 期に分類し、独自の調査項目を作成した。

1) 『施設概要』

調査項目は病床数や施設認定、超急性期加算届出、脳卒中専門病棟、脳卒中診療チーム、脳卒中専門医、脳神経血管内治療専門医の有無のほか、年間脳卒中救急患者数、年間 rt-PA 治療件数、血栓回収療法併用可否などの脳卒中診療体制と本治療実施状況とし、択一あるいは多項選択式回答とした。

2) 『院内体制』

調査項目は、[人員]は症例搬入時の初期診療科や看護単位など治療に携わるスタッフの 6 項目、[設備]は診断機器の稼働や薬剤準備状況の 8 項目、[規定]は業務規定や目標時間の設定など 6 項目、[教育]は院内教育の対象や内容など 5 項目とし、回答は択一あるいは多項選択式とした。

3) 『看護師の役割』『医師からの看護師への役割期待』

患者搬入から rt-PA 静注療法実施に至るまでの【病院搬入前】は「救急搬入要請連絡対応」「院内関係各所への連絡」「患者受け入れ準備」の 3 項目、【病院搬入から治療まで】は「バイタルサイン測定」「NIHSS 評価」「発症時刻・病歴、服薬等の情報収集」「検査等の患者移送」「rt-PA 製剤の準備」「家族への対応」などの 19 項目とした。

(1) 『看護師の役割』

実際の治療過程における役割を選択式にて「はい」「いいえ」「決めていない」の回答を得た。「いいえ」「決めていない」場合の担当職種や協力状況を確認した。

(2) 『医師からの看護師への役割期待』

看護師が実施することで治療の円滑かつ迅速化につながると考えられる役割を「強く思う」「そう思う」「あまり思わない」「思わない」のリッカートスケール 4 段階にて回答を得た。

「強く思う」「そう思う」を合算して＜看護師へ期待する＞項目、「あまり思わない」「思わない」は＜看護師へ期待しない＞項目とした。＜看護師へ期待しない＞場合は、選択式にて望ましい担当職種を確認した。

5. 調査用紙の妥当性の確保

治療経験 5 年以上の看護師 6 名（管理者もしくは認定看護師）と、医師 6 名（脳卒中専門医や管理者など）の計 12 名にプレテストを行い、所要時間や設問の内容理解と回答方法について検討した。

6. 分析方法

データ分析には統計解析ソフトウェア SPSSver22 を使用した。『施設概要』『院内体制』『看護師の役割』『医師からの看護師への役割期待』の各記述統計、および『施設概要』『院内体制』と『看護師の役割』、『医師からの看護師への役割期待』の関連について χ^2 検定または Fisher 直接確率検定を実施し、関連を認めた場合には Haberman's 残差分析を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

調査対象者へ文書を用いて調査を依頼した。文書には研究の目的と方法、調査方法と内容、調査用紙の同意と撤回方法、調査結果とデータの保存方法、研究結果の公開を明記し、研究協力は対象者の自由意思に基づき、研究協力の有無によって対象者に不利益が被らないことを記した。研究同意は管理者には同意書にて承諾を得たが、看護師と医師の同意は調査用紙の回収をもって得られたものとした。

なお、本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号 28-2-46 承認日 H28 年 11 月 10 日）

Ⅴ. 結 果

264 施設より返信があり（回収率 32.1%）、条件とした“院内規定がある”施設は 116 施設、このうち調査協力の承諾および管理者の回答が得られたのは 67 施設であった。これらの施設の看護師と医師、各 66 名より回答を得た（回答率 98.5%）。

1. 『施設概要』『院内体制』調査

67 施設の管理者から得られた回答を以下に記す。

1) 『施設概要』（表 1）

全施設が 24 時間 365 日、本治療が可能と回答し、病床数や施設認定のほか、脳卒中診療体制・脳卒中救急患者数などの脳卒中診療体制・年間 rt-PA 治療件数などの治療状況は表 1 に示す。

2)『院内体制』(表2)

〔人員〕では、初期診療には脳神経外科や脳神経内科など複数診療科、看護単位も外来と病棟の複数が携わり、44施設(65.7%)が応援体制を整備していた。〔教育〕では60施設(89.6%)が院内教育を実施し、教育方法は勉強会やNIHSSトレーニングが多かった。〔人員〕と〔教育〕の詳細は表2に示す。〔設備〕では全施設が画像診断機器や生体モニターなど治療に必要な設備を整えていた。〔規定〕では「ルーティン検査の取決めがある」は65施設(97.0%)、「各職種の役割分担が明確化されている」は55施設(82.1%)、「目標時間が設定されている」は53施設(79.1%)、「多職種カンファレンスを実施されている」は35施設(52.2%)であった。

2.『看護師の役割』と『医師からの看護師への役割期待』調査

それぞれを【病院搬入前】と【病院搬入から治療まで】に分けて記述する。

1)『看護師の役割』

回答者は師長、副師長相当が各27名(40.9%)であり、本治療経験は8年以上が20名(30.3%)、27名(40.9%)は専門または認定看護師の資格を有していた。

(1)【病院搬入前】(表3)

看護師の役割で最も多いのは「患者の受け入れ準備」56名(84.8%)であり、内容はバイタルサイン測定、採血や点滴ラインの準備であった。次に「関係各所への連絡」30名(45.0%)、「救急搬入要請連絡対応」15名(22.7%)であった。一方、看護師の役割として「いいえ」「決めていない」場合の担当職種では、「救急搬入要請連絡対応」は〈医師の役割〉42名(63.6%)、〈事務職員や院内救急救命士などの役割〉9名(14.0%)、「関係各所への連絡」は〈事務職員の役割〉としている施設もあった。

(2)【病院搬入から治療まで】(表4)

看護師の役割は、多い順に「病衣交換などの身体的準備」64名(97.0%)、「バイタルサイン測定」58名(87.9%)、「適正血圧管理のための状態観察」50名(75.8%)、「採血検体の提出」44名(66.7%)であった。〈医師と看護師が協力している〉役割は、多い順に「家族対応」40名(60.6%)、「検査等の患者移送」35名(53.0%)、「発症時刻や病歴・服薬などの情報収集」32名(48.5%)、「rt-PA製剤の投与」31名(47.0%)であった。看護師以外の職種が担当する役割として、「心電図測定」は生理検査技師、「採血検体の提出」は臨床検査技師や看護補助者、「rt-PA製剤の準備」は薬剤師など、約2割の施設はこれらの項目を看護師以外の役割としていた。

2)『医師からの看護師への役割期待』

回答者の所属診療科は脳神経外科37名(56.1%)、脳神経内科20名(30.3%)、脳卒中科5名(7.6%)、脳血管内科4名(6.1%)であり、50名(75.8%)は脳卒中専門医であった。

(1)【病院搬入前】(表5)

医師が〈看護師へ期待する〉役割は、多い順に「患者の受け入れ準備」43名(65.1%)、「関係各所への連絡」37名(56.0%)、「救急搬入要請連絡対応」15名(22.7%)の順であった。「救

表1 施設概要

	n = 67	(%)
病床数		
500床以上	27	(40.3)
300~500床未満	24	(35.8)
300床未満	16	(23.9)
施設認定(多項選択)		
救急告示病院	56	(83.6)
地域支援病院	30	(44.8)
特定機能病院	13	(19.4)
日本脳神経外科専門医施設	60	(89.6)
日本脳卒中学会研究教育施設	57	(85.1)
日本神経学会教育施設	34	(50.7)
日本脳血管内治療学会認定研修施設	20	(29.9)
超急性期加算届出		
している	60	(89.5)
していない	6	(9.0)
不明	1	(1.5)
脳卒中専門病棟		
ある	49	(62.7)
なし	18	(37.3)
脳卒中診療チーム		
ある	42	(73.1)
なし	25	(26.9)
脳卒中専門医		
いる	66	(98.5)
いない	1	(1.5)
脳神経血管内治療専門医		
いる	56	(83.6)
いない	11	(16.4)
年間脳卒中救急患者数		
400名以下	32	(47.8)
401名以上	35	(52.2)
年間rt-PA治療件数		
5~9件	13	(19.4)
10~24件	26	(38.8)
25~49件	18	(26.9)
50件以上	10	(14.9)
血栓回収療法併用		
可	64	(95.5)
不可	3	(4.5)

急搬入要請連絡対応」については〈医師の役割〉29名(43.9%)と多い一方、18名(27.3%)は〈看護師・医師が協力すべき役割〉と回答していた。

(2)【病院搬入から治療まで】(表6)

医師が〈看護師へ期待する〉役割で多いのは「病衣交換などの身体的準備」64名(97.0%)、次に「バイタルサイン測定」58名(87.9%)であった。医師が〈看護師へ期待しない〉役割の中で〈看護師・医師が協力すべき役割〉と回答した項目は、多い順に「発症時刻や病歴・服薬などの情報収集」27名(40.9%)、「家族対応」25名(37.9%)、「各症状に対する薬液投与」20名(30.3%)、「rt-PA製剤投与」19名(28.8%)、「NIHSS評価」「rt-PAチェックリストの記載」18名(27.3%)であった。「心電図測定」「rt-PA製剤の準備」については〈その他の職種の役割〉と回答していた。

3.『施設概要』『院内体制』と『看護師の役割』の関連

『施設概要』『院内体制』と『看護師の役割』の「はい」「いいえ」「決めていない」の関連について有意差を認めた項目は以下であった。

表2 【人員】【教育】に関する院内体制

		<i>n</i> = 67	(%)
[人員]	初期診療科		
	脳神経外科	59	(88.1)
	脳神経内科	37	(55.2)
	救急科	23	(34.3)
	脳卒中科/脳血管科 等	19	(28.4)
	看護単位		
	救急外来と入院病棟	33	(49.3)
	救急外来	29	(43.3)
	ICU/SCU/HCU等	5	(7.5)
	人員確保のための応援体制		
	あり	44	(65.7)
	応援要請する時間帯		(%)
	終日	38	(86.4)
	夜勤帯のみ	4	(9.1)
	日勤帯のみ	2	(4.5)
[教育]	応援要請する職種 (多項選択)		(%)
	医師	36	(81.8)
	看護師	31	(70.5)
	検査技師や放射線技師	24	(54.5)
	事務職者	5	(11.4)
	その他	5	(11.4)
	なし	23	(34.3)
	院内教育		
	実施している	60	(89.6)
	対象(多項選択)		(%)
	看護師	57	(95.0)
	医師	42	(70.0)
	放射線技師	24	(40.0)
	検査技師	15	(25.0)
	救急隊	15	(25.0)
	事務職員	5	(8.3)
	教育方法や内容(多項選択)		(%)
	脳梗塞や治療に関する勉強会	49	(81.7)
	NIHSSトレーニング	31	(51.7)
	症例検討会	22	(36.7)
	rt-PA治療過程のシミュレーション	19	(31.7)
	実施していない	7	(10.4)

表3 【病院搬入前】における看護師の役割

	はい (%)	いいえ (%)	決めていない (%)		医師の 役割 (%)	事務職員の 役割 (%)	その他の職種 の役割 (%)
<i>n</i> = 66							
搬入要請連絡対応	15(22.7)	51(77.3)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	42(63.6)	4(6.1)	5(7.6)
関係各所への連絡	30(45.5)	33(50.0)	3(4.5)	いいえの 場合⇒	25(37.9)	5(7.6)	3(4.5)
患者の受け入れ準備	56(84.8)	7(10.6)	3(4.5)	いいえの 場合⇒	4(6.1)	0(0.0)	3(4.5)

表4 【病院搬入から治療まで】における看護師の役割

n = 66	はい (%)	いいえ (%)	決めていない (%)		医師と看護師 が協力すべき 役割		
					医師の 役割 (%)	医師と看護師 が協力すべき 役割 (%)	その他の職種 の役割 (%)
バイタルサイン測定	58(87.9)	7(10.6)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	0(0.0)	7(10.6)	0(0.0)
NIHSS評価	3(4.5)	62(93.9)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	45(68.2)	17(25.8)	0(0.0)
発症時間、病歴・服薬などの 情報収集	11(16.7)	55(83.3)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	23(34.8)	32(48.5)	0(0.0)
心電図測定	44(65.2)	22(33.3)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	1(1.5)	11(16.7)	10(15.2)
病衣交換など治療のための 身体的準備	64(97.0)	2(3.0)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	0(0.0)	2(3.0)	0(0.0)
採血・静脈ルート確保	41(62.1)	23(34.8)	2(3.0)	いいえの 場合⇒	4(6.1)	18(27.3)	1(1.5)
採血・画像検査のオーダーリング	4(6.1)	62(93.9)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	54(81.8)	8(12.1)	0(0.0)
採血検体の提出	44(66.7)	22(33.3)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	2(3.0)	4(6.1)	16(24.2)
検査等の患者移送	26(39.4)	39(59.1)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	1(1.5)	35(53.0)	3(4.5)
検査や移送中の全身状態の観察	33(50.0)	31(47.0)	2(3.0)	いいえの 場合⇒	1(1.5)	30(45.5)	0(0.0)
rt-PA 投与を考慮した症状に 対する薬液投与	35(53.0)	30(45.5)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	4(6.1)	26(39.4)	0(0.0)
採血結果の確認	1(1.5)	65(98.5)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	41(62.1)	24(36.4)	0(0.0)
尿道留置カテーテル挿入	41(62.1)	25(37.9)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	6(9.1)	17(25.8)	2(3.0)
rt-PAチェックリストの記載	14(21.2)	52(78.8)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	39(59.1)	13(19.7)	0(0.0)
体重測定あるいは体重確認	37(56.1)	28(42.4)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	4(6.1)	21(31.8)	3(4.5)
適正血圧管理のための状態観察	50(75.8)	15(22.7)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	0(0.0)	15(22.7)	0(0.0)
rt-PA 製剤の準備	29(43.9)	37(56.1)	0(0.0)	いいえの 場合⇒	13(19.7)	15(22.7)	9(13.6)
rt-PA 製剤の投与	12(18.2)	53(80.3)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	22(33.3)	31(47.0)	0(0.0)
家族対応	16(24.2)	49(74.2)	1(1.5)	いいえの 場合⇒	9(13.6)	40(60.6)	0(0.0)

表5 【病院搬入前】における医師からの看護師への役割期待

※「強く思う」「そう思う」合算を「看護師へ期待する」、「あまり思わない」「思わない」合算を「看護師へ期待しない」

					あまり思わない/思わない場合の選択回答				
	強く そう思う (%)	そう思う (%)	あまり 思わない (%)	思わない (%)	医師の 役割 (%)	医師と看護師 が協力すべき 役割 (%)	その他の職種 の役割 (%)	誰でも良い (%)	
n = 66									
救急搬入要請連絡対応	3(4.5)	12(18.2)	39(59.1)	12(18.2)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	29(43.9)	18(27.3)	1(1.5)	3(4.5)
関係各所への連絡	9(13.6)	28(42.4)	28(42.4)	1(1.5)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	9(13.6)	12(18.2)	6(9.1)	2(3.0)
患者の受け入れ準備	15(22.7)	28(42.4)	21(31.8)	3(4.5)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	6(9.1)	15(22.7)	0(0.0)	2(3.0)

1) 『施設概要』と『看護師の役割』

病床数 500 床以上群は、300 床未満群ならびに 300～500 床未満の群に比べて「採血・静脈ルート確保」($p=.004$)「検査や移送中の全身状態の観察」($p=.008$)、「尿道留置カテーテルの挿入」($p=.004$)に差を認め、病床数の多い施設では、これら 3 項目を看護師の役割としない頻度が有意に高かった。一方、300 床未満群ならびに 300～500 床未満群は、500 床以上群に比べて「検査や移送中の全身状態の観察」および「尿

道留置カテーテルの挿入」に差を認め、病床数の少ない施設は、これら 2 項目を看護師の役割とする頻度が高かった。

特定機能病院群は特定機能病院以外群に比べて「採血・静脈ルート確保」($p=.000$)「検査等の患者移送」($p=.006$)「検査や移送中の全身状態の観察」($p=.000$)「尿道留置カテーテルの挿入」($p=.001$)に差を認め、特定機能病院以外の施設では、これらの項目を看護師の役割とする頻度が高かった。一部を(表 7)に示す。

表6 【病院搬入から治療まで】における医師からの看護師への役割期待

※「強く思う」「そう思う」合算を「看護師へ期待する」、「あまり思わない」「思わない」合算を「看護師へ期待しない」

n = 66 (検体提出、患者移送 尿道留置カテーテル以外)					あまり思わない/思わない場合の選択回答				
	強く そう思う (%)	そう思う (%)	あまり 思わない (%)	思わない (%)	医師の 役割 (%)	医師と看護師 が協力すべき 役割 (%)	その他の職種 の役割 (%)	誰でも良い (%)	
バイタルサイン測定	29(43.9)	29(43.9)	8(12.1)	0(0.0)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	7(10.6)	0(0.0)	2(3.0)
NIHSS評価	4(6.1)	14(21.2)	39(59.1)	9(13.6)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	29(43.9)	18(27.3)	0(0.0)	1(1.5)
発症時刻、病歴・服薬などの 情報収集	5(7.6)	12(18.2)	46(69.7)	3(4.5)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	21(31.8)	27(40.9)	1(1.5)	0(0.0)
心電図測定	14(21.2)	30(45.5)	19(28.8)	3(4.5)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	3(4.5)	15(22.7)	6.1
病衣交換など治療のための 身体的準備	33(50.0)	31(47.0)	2(3.0)	0(0.0)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	1(1.5)	0(0.0)	1(1.5)
採血・静脈ルート確保	20(30.3)	35(53.0)	11(16.7)	0(0.0)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	3(4.5)	8(12.1)	0(0.0)	0(0.0)
採血・画像検査のオーダーリング	3(4.5)	2(3.0)	43(65.2)	18(27.3)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	50(75.8)	11(16.7)	0(0.0)	0(0.0)
採血検体の提出 (n=65:無回答)	10(15.2)	25(37.9)	21(31.8)	9(13.6)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	0(0.0)	14(21.2)	16(24.2)
検査等の患者移送 (n=65:無回答)	9(13.6)	30(45.5)	24(36.4)	2(3.0)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	19(28.8)	2(3.0)	5(7.6)
検査や移送中の全身状態の観察	14(21.2)	34(51.5)	17(25.8)	1(1.5)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	1(1.5)	17(25.8)	0(0.0)	0(0.0)
rt-PA 投与を考慮した症状に 対する薬液投与	5(7.6)	28(42.4)	28(42.4)	5(7.6)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	12(18.2)	20(30.3)	0(0.0)	0(0.0)
採血結果の確認	0(0.0)	0(0.0)	42(63.6)	24(36.4)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	50(75.8)	14(21.2)	2(3.0)	0(0.0)
尿道留置カテーテル挿入 (n=65:不正回答)	14(21.2)	36(54.5)	15(22.7)	1(1.5)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	14(21.2)	0(0.0)	1(1.5)
rt-PA 静注療法チェックリストの記載	1(1.5)	7(10.6)	41(62.1)	17(25.8)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	39(59.1)	18(27.3)	1(1.5)	0(0.0)
体重測定あるいは体重確認	16(24.2)	41(62.1)	9(13.6)	0(0.0)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	4(6.1)	1(1.5)	4(6.1)
適正血圧管理のための状態観察	19(28.8)	34(51.5)	13(19.7)	0(0.0)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	0(0.0)	13(19.7)	0(0.0)	0(0.0)
rt-PA 製剤の準備	10(15.2)	23(34.8)	27(40.9)	6(9.1)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	6(9.1)	15(22.7)	10(15.2)	2(3.0)
rt-PA 製剤の投与	5(7.6)	17(25.8)	32(48.5)	12(18.2)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	23(34.8)	19(28.8)	2(3.0)	0(0.0)
家族対応	7(10.6)	14(21.8)	37(56.1)	8(12.1)	あまり思わない/ 思わない場合⇒	20(30.3)	25(37.9)	0(0.0)	2(3.0)

表7 施設背景と看護師の役割の関連

			「採血・静脈ルート確保」				「検査や移送中の全身状態の観察」			
			はい	いいえ	決めていない	p値	はい	いいえ	決めていない	p値
n			人数(%)	人数(%)	人数(%)		人数(%)	人数(%)	人数(%)	
病床数	300床未満	16	14(87.5)	2(12.5)	0(0.0)	.004*	13(81.3)+	3(18.8)−	0(0.0)	.008*
	300−500床未満	24	18(75.0)	6(25.0)	0(0.0)		13(54.2)	11(45.8)	0(0.0)	
	500床以上	26	9(34.6)−	15(57.7)+	2(7.7)		7(26.9)−	17(65.4)+	2(7.7)	
$\chi^2(df)=15.398(4)$ $\chi^2(df)=13.651(4)$										
特定機能 病院	はい	12	1(8.3)−	9(75.0)+	2(16.7)+	.000*	0(0.0)−	12(100.0)+	0(0.0)	.000*
	いいえ	54	40(74.1)+	14(25.9)−	0(0.0)−		33(61.1)+	19(35.2)−	2(3.7)	
$\chi^2(df)=22.616(2)$ $\chi^2(df)=16.559(2)$										

 χ^2 検定: * $p < .01$ 一部Fisherの直接法を適用

調整残差が+2.58以上を+, -2.58以下を一で示す

2) 『院内体制』と『看護師の役割』

【人員】では、初期診療を担う診療科によって看護師の役割には差を認め、脳神経外科群は救急科、脳神経内科ならびに総合内科の各群に比べて「検査等の患者移送」($p = .002$)、「検査や移送中の全身状態の観察」($p = .005$)を看護師の役割とする頻度が高かった。搬入時に患者対応する看護単位によっても差を認め、救急外来の看護師が搬入時から携わる施設群はICU/HCU/SCU 群、ならびに救急外来と病棟混合群

に比べて「発症時刻・病歴や服薬などの情報収集」($p = .003$)を看護師の役割とする頻度が高かった。また脳卒中が疑われる患者搬入時に看護師を応援要請する施設群は応援要請しない施設群に比べて「バイタルサイン測定」($p = .007$)を看護師の役割とする頻度が有意に高かった。

【規定】では、各職種の役割分担が明確な施設群は役割分担のない施設群に比べて「検査や移送中の全身状態の観察」($p = .009$)を看護師の役割とする頻度が有意に高かった。

4. 『施設概要』『院内体制』と『医師からの看護師への役割期待』の関連

『施設概要』『院内体制』と『医師からの看護師への役割期待』の「強くそう思う」「そう思う」「あまり思わない」「思わない」について有意差を認めた項目は以下であった。

1) 『施設概要』と『医師からの看護師への役割期待』

脳神経血管内治療専門医が治療に携わる施設群は脳神経血管内治療専門医が携わらない施設群に比べて、医師が「バイタルサイン測定」($p = .006$)を看護師の役割として期待する頻度が有意に高く、超急性期加算を算定していない施設群は算定している施設群に比べて、医師が「採血・画像検査のオーダーリング」($p = .004$)を看護師の役割として期待する頻度が高かった。

2) 『院内体制』と『医師からの看護師への役割期待』

〔人員〕では、脳卒中が疑われる患者搬入時に応援を要請しない施設群は応援を要請する施設群に比べて、医師が「検査等の患者移送」($p = .005$)、「適正血圧管理のための観察」($p = .002$)、「rt-PA 製剤の準備」($p = .001$)を看護師の役割として期待する頻度が有意に高かった。

VI. 考 察

1. 『院内体制』について

大半の施設が治療に必要な検査を取り決め、目標時間や役割分担を決めるなどの〔規定〕を設け、〔人員〕においては、6割以上の施設は脳卒中が疑われる患者搬入の際の応援体制によって本治療開始までの時間短縮を図っていた。このことから、効率的に業務を遂行するためには携わるスタッフの役割や体制を明確化した〔規定〕は必須であり、多職種が目標に向かって協働するインタープロフェッショナルワーク（田村，2012）は欠かせないと考えられる。インタープロフェッショナルワークでは共通認識を図るためのミーティングが有用とされるが、本調査では多職種カンファレンス実施施設は半数に限られ、治療件数の少ない施設では本治療の院内体制整備の優先度は低いことが要因として考えられた。〔教育〕では大半の施設が看護師対象の勉強会を実施していたが、治療件数の少ない施設の看護師の不安実態の報告（田原，2013）もあり、看護師は勤務形態や異動などによって本治療経験のないスタッフが存在すると考えられる。そのため看護師への教育を継続する必要性は高く、治療件数の少ない施設においては、ほかの職種も含めた教育は大きな課題と考える。

『施設概要』の年間治療件数は施設間差を認め、『院内体制』は施設規模や脳卒中診療体制の影響を受けると考えられ、井口（2015）は本治療の地域や施設格差の減少には、院内のみならず院外診療体制の構築の必要性を述べている。

2. 『看護師の役割』と『医師からの看護師への役割期待』について

それぞれを【病院搬入前】と【病院搬入から治療まで】に分けて記述する。

1) 【病院搬入前】

看護師の役割では「患者の受け入れ準備」が多く、6割以上の医師も「患者の受け入れ準備」と「関係各所への連絡」を看護師の役割として期待していた。しかし「患者の受け入れ準備」「関係各所への連絡」については、必要な物品や環境調整、連絡先を明文化することによって看護師は他の職種と協働する、あるいは役割移譲することも可能と考える。

「救急搬入要請連絡対応」については、医師の役割とする施設が多い一方、約3割の医師は〈医師と看護師が協力すべき〉と回答していた。そのため医師数の少ない施設では、看護師が救急要請の対応を可能にする体制構築が必要と考えられる。また看護師が救急要請に対応する上では、脳卒中を疑い、かつ本治療適応を熟知していることが前提であり、知識教育の必要性は高い。

以上より【病院搬入前】においては、可能な限りのマンパワーを確保し、知識教育のほかに脳卒中疑い患者の搬入受け入れの規定を策定することで治療の迅速化が期待できると考える。

2) 【病院搬入から治療まで】

「病衣交換など治療のための身体的準備」「バイタルサイン測定」は看護師の役割とする施設が多く、医師の期待も高かった。これらの看護行為を症状の把握や症状に応じた方法にて効率的に実施することは時間短縮につながると考える。また「適正血圧管理のための状態観察」も看護師の役割とする施設は多く、応援体制のない施設の医師も看護師の役割として期待していた。要因として、応援体制のない施設は小規模施設の可能性が高く、医師数は限られる一方で看護師は夜勤帯も人数が確保されるため、看護師への役割期待が大きいと考えられる。そのため小規模施設の看護師は観察力や高い判断能力を求められると推測され、看護師への治療に関する教育の確立は必要性が高いと考える。また教育方法としては、シミュレーションの繰り返しによる体感的な技術習得も有用と考え、院内体制における〔教育〕の整備は重要と言える。

「採血・静脈ルート確保」「採血検体の提出」は、6割の施設が看護師の役割とし、医師の役割期待でも「採血・静脈ルート確保」は同様であった。「採血・静脈ルート確保」は治療適応基準である採血結果を迅速に得ること、全身管理に必要な薬液投与や適応を判断するために重要である。また医師が看護師の役割として期待する理由として、患者搬入直後の医師はバイタルサインの安定化を図るための診察や処置を優先し、分担することで迅速化を図っていると考えられる。しかし「採血検体の提出」に対する看護師への役割期待はやや低く、施設によっては臨床検査技師や看護補助者が担い、多職種が役割分担することで治療の迅速化を図っていた。したがって本治療では医師や看護師以外の職種の協力を最大限に得ることでマンパワーを確保することが有効と考える。次に「発症時刻、病歴などの情報収集」については、医師の約半数は〈医師と看護師が協力すべき〉と回答している。重症例では循環呼吸の安定化を図るための医療行為を必要とするなど、患者

の傍から離れられない医師に代わって、看護師による情報収集は時間短縮に有用である。しかし看護師は観察も速やかに行いつつ検査移送のための身体的準備も進めなければならない。意識障害や運動機能障害を有する症例では複数名での対応が必要となるため、協働する多職種の相互理解や共通認識の下で迅速化を図ることが必要と考える。

「NIHSS 評価」については、医師の役割としてしている施設が多い一方、医師の約 3 割が看護師の役割として期待し、〈医師と看護師が協力すべき〉の回答もあった。看護師が NIHSS 評価をおこなうにあたっては、知識不足や教育の課題が指摘されており（島尻ら, 2009）、技術習得に有用な教育手法である Objective Structured Clinical Examination (OSCE) などを取り入れることも必要と考える。「rt-PA 投与を考慮した症状に対する薬剤投与」「検査や移送中の全身状態の観察」も医師の役割期待が高く、これは医師数が影響していると推察する。確定診断や治療適応を判断する医師は画像読影に加え、Informed consent（以下、IC）を取得する準備に迫られているため、看護師による観察が重要となる。観察や判断は医師や看護師以外の職種に委ねることは困難なため、看護師は予測される症状の理解や対処に関する基本的な知識を備え、加えて的確に判断し、報告するためには、他者との経験共有など症例検討が有用と考える。

施設によっては、「心電図測定」は生理検査技師、「rt-PA 製剤の準備」は薬剤師が担っていた。専門性を発揮した役割分担は時間短縮に有用であり、役割の明確化は院内体制においても重要な位置づけと考える。また rt-PA 製剤の準備では投与量や投与方法の正しい知識に加え、薬液が高価なために適正な取り扱いが求められる（福島ら, 2023）。「rt-PA 製剤の準備」を薬剤師が担うことによって、看護師は観察に専念できるため、治療の確実性や安全性の担保に寄与すると考える。

「家族対応」については、6 割以上が〈看護師と医師が協力〉し、医師の 4 割が〈協力すべき役割〉と回答していた。意識障害等によって意思疎通が図れない症例の家族は、治療適応判断に必要な情報や IC 取得において重要な存在であり、Olson（2014）は本治療での家族対応を搬入後 60 分以内に治療開始するための一要因としている。本治療では症候性頭蓋内出血の合併症が危惧されるため医師による IC 取得は必須であり、一方、動揺している家族を理解し、不安軽減に努めることは看護師の重要な役割と考える。そこで看護師は家族の状況や待機場所を掌握し、医師が速やかに IC するための環境調整など、家族対応においても常に時間短縮を意識した役割が求められていると推察した。

以上より【病院搬入から治療開始まで】においては、【病院搬入前】と同様にマンパワーを必要とし、多職種協働が欠かせないことが示唆された。加えて施設規模によって看護師の役割は異なり、小規模施設の医師からの役割期待が高い傾向にあるため看護師への「教育」の必要性は高いと言える。

VII. 結 論

rt-PA 静注療法のための迅速な脳梗塞の確定診断と適応判断、そして速やかに治療を開始するためには、『院内体制』では「規定」と「教育」の整備が重要であり、施設規模やマンパワーに応じた最大限の「人員」確保が求められる。『看護師の役割』についても、施設規模がマンパワーに影響し、医師数によっても施設間の差を認めた。加えて、本治療過程における『医師からの看護師への役割期待』や、多職種が協働している施設の実際も明らかとなった。したがって本調査結果は、各施設の要件に適合した看護師の役割を見だし、各施設における治療の迅速性や円滑化の検討に活用できると考える。

一方、本研究は rt-PA 静注療法に関する院内規定を持つ 67 施設の院内体制と 66 名の医師と看護師による結果であり、本治療実施施設すべての現状は示せてはいない。また、本治療の時間短縮に有用な看護師の役割については十分に言及できていないと考えるため、『院内体制』の構成要素も含めた検討が今後の課題である。

本論文は札幌医科大学大学院保健医療学研究科博士課程前期での論文の一部を修正した。

なお、本論文の発表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

- 福島与詩香, 渡邊友起子, 林太祐, 伊勢雄也. (2023). 臨床現場における薬剤師の役割(12)臨床現場を支援する DI 業務. 日本医科大学医学会雑誌, 19 (2), 164-170.
- 井口保之, 木村和美, 鈴木幸一郎. (2009). 急性期脳卒中患者受け入れ体制に関する全国病院実態調査研究 (J. TEAMs study). 脳卒中 31 (3), 141-147.
- 井口保之, 三村秀毅, 小松鉄平, 作田健一. (2015). t-PA 静注療法に必要な院内・院外診療体制. 脳神経外科ジャーナル, 24 (4), 226-231.
- 木下真吾, 百田武司. (2013). 脳卒中トリアージナース導入・普及に向けた救急外来体制の実態調査. 日本ニューロサイエンス看護学会誌, 1 (1), 23-31.
- 紺野豊, 松本由香. (2011). 小規模施設における rt-PA 治療の現状. 脳卒中, 33 (1), 191-198.
- Middleton Sandy, Grimley Rohan, Alexandrov, Anne W. (2015). *Triage, treatment, and transfer: evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke*. Stroke, 46 (2).
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006139> (アクセス 2017-8-25)
- 日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会 rt-PA 静注療法指針改定部会編. (2019 年 3 月). 静注血栓溶解 rt-PA 療法適正治療指針第三版.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jstroke/41/3/41_10731/_pdf/-char/ja (アクセス 2019-7-10)
- Olson, Daiwai M., Cox Margueritte, Constable Mark, Britz, Gavin W., Lin, Cheryl B., Zimmer, Louise O., Fonarow, Gregg C., Schwamm, Lee H. Peterson, Eric D. (2014).

- Development and initial testing of the stroke rapid-treatment readiness tool* Journal of Neuroscience Nursing, 46 (5), 267-273.
- 坂井健一郎, 井口保之, 村山雄一, 武田聡, 川上恵美. (2019). ストロークコーディネーターの重要性: 静注血栓溶解療法における door to needle time の短縮に向けて. 脳卒, 41 (2), 100-105.
- 島尻史子, 斉藤伊都子. (2010). 救急外来における t-PA 静注療法の看護の現状と課題. Neurosurgical Emergency, 14 (2), 171-176.
- 田原泰子. (2013). 血栓溶解療法 (rt-PA 静注療法) を受ける患者に対する救急外来看護師の対応に関する研究. 越後市立病院病院年報, 37, 119-120.
- 田村由美. (2012). 新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門. 第1章「なぜ今, IPW が必要なのか」: 看護の科学社.
- 豊田一則. (2019). わが国の脳卒中急性期医療の進歩と国立循環器病研究センターの貢献. 医療, 73 (12), 515-519.
- 上原敏志, 古田興之助, 古賀政利, 安井信之, 長谷川泰弘, 岡田靖, 長束一行, 峰松一夫. (2009). 脳卒中急性期診療に関する全国調査について. 脳卒中, 31 (6), 467-471.
- 吉田優也, 渡邊卓也, 室石豊輝, 橋本正明. (2012). 地方病院における脳卒中患者の発症-受診時間および rt-PA 静注療法実施率の検討～地域レベルの脳卒中救急医療体制の評価～. 脳卒中, 34 (2), 76-81.

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症による大規模クラスターが 発生した一般病棟看護師の仕事復帰までの思い —濃厚接触者として隔離生活を強いられた看護師へのインタビューから—

成瀬美恵^{1)*}, 中山栄純²⁾

一般病棟で新型コロナウイルスのクラスター発生時、隔離生活を強いられた濃厚接触看護師がどのような思いを経て仕事復帰に至ったかを明確にすることを目的とした。濃厚接触看護師 10 名に半構造化面接を実施し、逐語録から仕事復帰までの思いが表れているデータを類似性からカテゴリー化した。その結果《情報が少なすぎる不安と多すぎる不安》《検査結果に伴う安心と不安のリピート》《他者に影響を与えることへの罪悪感》《看護師として仕事復帰することへのためらい》《看護師としての自信の取戻し》の 5 カテゴリーが抽出された。突然の隔離生活の中、様々な情報に翻弄され、自分の検査結果に一喜一憂し、看護師という仕事ゆえ患者や家族を感染拡大の危機に巻き込むことへの恐怖心や罪悪感を抱いていた。それが仕事復帰へのためらいへとつながる。仕事復帰には同僚や家族との普段通りの日常や、上司や同僚からの承認の言葉による自信の取り戻しが必要であった。

【キーワード】 新型コロナ感染症, クラスター, 濃厚接触者, 一般病棟, 隔離生活

I. はじめに

2020 年以降、新興感染症である新型コロナウイルスによって世界の人々の生活は大きく様変わりし、世界経済にも大きな打撃を与えた。世界での感染者は約 7 億 6,000 万人（2023 年 4 月統計）に及び、うち 1% に当たる約 690 万人の方が亡くなっている。日本においても 3,370 万人が感染し 7.4 万人以上の方が亡くなった（厚生労働省検疫所 FORTH, 2023）。当初は未知のウイルスということで医療者は恐怖と不安の中、医療者としての使命感から、様々な非難や差別にも耐えながら医療を提供し続けた（新改ら, 2022a）。また混乱した現場の中で看護師には経験したことのない様々な対応が求められた。さらに医療機関でのクラスターの発生は累計 6.6 万件以上（厚生労働省, 2023）となり、入院患者や利用者をはじめ、そこで働く医療者の感染も多く報告されている。特に看護師の感染については、重症患者や医療・介護度の高い患者、利用者に対する長時間ケアや、病状や認知力の問題などから十分な感染予防対策が取りづらい対象が多いことも要因であることが予測される。

先行研究では、感染症病棟で新型コロナウイルスに感染し

た看護師へのインタビューから、職場復帰できた看護師の思いについて未知のウイルスによる感染直後の混乱や不安、病院を責める思いや看護師の使命感から冷静に事態を受け止める心理など錯綜する思いを明らかにしている（新改ら, 2022a）。さらに感染した看護師の職場復帰に向けた思いの中で、感染症病棟で培った知識と経験から得た COVID-19 患者看護への強い思いを抱いて立ち向かう使命感があったことが明らかになった（新改ら, 2022b）。

また感染専門病院で働く新人看護職員の職務継続に至った要因として不安を抱えつつ業務遂行する先輩の姿や看護への使命感、周囲の人々の支えなどが明らかにされている（小林ら, 2022）。

これらの研究は感染病棟や感染専門病院など感染へのリスクが高く、そのため専門的知識や感染予防対策について十分教育され、その設備も整っている部署、さらには感染してしまった看護師が対象となっていた。

看護師を対象にした研究では、新型コロナウイルスが看護師に与えた心理的影響への対応として「得体のしれない反応」から「目に見えない災害で起こりうる反応」として理解することの重要性を述べている（重村ら, 2022）。さらに看護師の新型コロナウイルス感染症への感染恐怖の規定要因として高

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2024 年 12 月 27 日

1) 名古屋学芸大学 2) 北里大学

* E-mail : narusey@nuas.ac.jp

齢家族の有無などの個人的要因と病院規模や夜勤時間など労働状況、また看護師の対処行動が感染恐怖に影響を与えることもわかってきた（小岩ら、2021）。

海外の研究では、COVID-19 患者をケアする看護師について、高い離職率であったとの研究結果や作業負担の増加、患者の転機の悪化、社会的支援システムの不足から重大なトラウマを経験し、不安やうつ病、心的外傷後ストレス症候群（PTSS）/心的外傷性ストレス障害（PTSD）、燃え尽き症候群などを引き起こすリスクが高いことを報告している〔Lavoie-Tremblay,Mélanie.,et al. (2022), Riedel,Brittney .,et al. (2021), Sriharan,Abi.,et al. (2021)〕。

2023 年には新型コロナウイルス感染症がインフルエンザ同様「感染症分類 5 類」となった。そのため以前とは違い感染症専用病棟ではなく、一般病棟での患者の受け入れが増加した。しかしウイルス自体の感染力は低下したわけではない。そのため医療機関での医療者の感染やクラスターの発生は今後も続くと考えられる。

ウイルスの変異、さらに新興感染症の出現を十分想定し、医療体制の維持のためには今回の様々な経験を生かしていく必要があると考える。

本研究では感染症専門病棟ではなく、新型コロナ感染症拡大初期に大規模クラスターが発生した一般病棟の看護師の思いに着目した。先行研究に見られるような感染看護師を対象にするのではなく、今後様々な新興感染症の出現を見据え、新型コロナウイルスへの感染予防対策に対して十分な知識がなかった一般病棟の看護師が、突然のクラスター発生により日常生活から隔離をされ、一定期間経験のない非日常生活を強いられることへの思い、また所属部署での大規模クラスターについてどんな思いを抱き、またどんな経過を経て所属部署に復帰したのかを明らかにしたいと考えた。濃厚接触看護師は、クラスターが発生し、日常生活から隔離された時点では感染の有無ははっきりしていない。隔離した後で結果的に看護師本人の感染の有無がわかるものである。濃厚接触者となった看護師は突然日常生活から隔離されたその時から、様々な思いを抱いており、それは感染の有無で区別できるものではないと考え、あえて濃厚接触者で隔離生活を強いられた看護師を対象として研究を行った。自分の感染への恐怖を感じつつ非日常生活を強いられたひとりの看護師として、クラスターを起こした所属部署に復帰するまでの思いに焦点を当てた。

感染した看護師への支援については先行研究でも論じられているが、本研究の意義として今後も起こりうる新興感染症拡大時、またクラスター発生時、感染の有無に関係なくすべての当該看護師に対し、どのようなタイミングでどのような支援が必要か示唆を得られると考える。

〔用語の定義〕

クラスター：1 部署 5 名以上の感染者が同時期に発生した場合

大規模クラスター：25 名以上の感染者が同時期に発生し、さらに 1 施設多部署または多病棟に感染が及んでいる場合
一般病棟：精神、結核、感染症、療養病床以外の病床を有し、ICU、CCU、NICU などを除く病棟

濃厚接触看護師：クラスター発生部署で感染した患者とどちらかがマスクなしで 15 分以上接した看護師

感染看護師：クラスター発生時、看護師自身も新型コロナウイルスに感染した看護師もしくは、濃厚接触看護師の中で感染が発覚した看護師

非感染看護師：濃厚接触看護師の中で新型コロナウイルスに感染しなかった看護師

隔離生活：感染が判明した看護師及び濃厚接触看護師について、自宅やホテルなどでの生活を強いた

Safety Link：災害時安否確認用アプリ。メール機能を使って職員への情報提供や質問などに答えるアプリとして活用

Ⅱ. 目 的

病院内で大規模クラスター発生した一般病棟で勤務し、濃厚接触看護師となり隔離生活を強いられた看護師がどのような思いを抱いて仕事復帰をしたのかを明確にする。

Ⅲ. 方 法

調査期間：2021 年 1 月～同年 11 月

研究種類：質的記述的研究

研究対象：A 病院内で大規模クラスターが発生した一般病棟の看護師のうち、濃厚接触者（自身が感染していた場合も含む）となり隔離生活を強いられた 10 名の看護師を対象とした。

研究方法：インタビューによる半構造化面接

インタビューはクラスター発生後 6～12 カ月後に、参加者の希望する日にちで、時間は一人 30 分程度で実施した。場所は所属病棟以外の個室で行った。インタビュアーは参加者の所属病棟以外の者が実施した。

<インタビューガイド>

- ①属性：性別、年齢、同居家族の有無、看護師経験 感染の有無
- ②自部署のクラスターの発生を知った時、真っ先に思ったこと
- ③自分の PCR 検査の結果が出た時の思い
- ④入院、自宅待機中の思い、印象に残った出来事や場面など
- ⑤仕事復帰に向けての思い、印象に残った出来事や場面など
- ⑥病院・看護部に対して思ったこと、感じたこと

分析方法：インタビューした内容を逐語録におこし、クラスター発生時の思いが表れている内容を抽出した。それをコード化し、その類似性によりカテゴリー化した。

カテゴリー化において、妥当性、信頼性を確保するため共同研究者と繰り返し検討した。さらに質的研究の熟練者によるスーパーバイズを受け分析を行った。

また分析結果を研究対象者に見てもらい内容の齟齬がないかを確認した。

Ⅳ. 倫理的配慮

当該病棟の看護師長に研究の目的を説明し、感染もしくは濃厚接触者となった看護師数名を選出してもらった。そのうえで研究対象者には文書と口頭で研究目的、研究への参加は任意であり、参加に同意しないことにより不利益な対応は受けないこと、また参加に同意した後でも、同意を撤回することができること、研究は匿名で行い、個人情報外部に流出しないことなどを説明した。参加の同意の意思表示については後日とし、参加意思を確認後、同意書を提出し、研究参加をしてもらった。インタビュー実施時には再度本研究の目的・方法・倫理的配慮について説明し、インタビュー内容はICレコーダーに録音することの同意を得て実施した。

なお本研究は独立行政法人国立病院機構金沢医療センター倫理委員会の承認を受けて実施した（R02-058）。

Ⅴ. 結 果

クラスターが発生した2か所の病棟で、濃厚接触者となり隔離生活を強いられた看護師10名（うち感染看護師5名、非感染看護師5名）が参加した。性別は女子が9名、男性が1名、年齢別では21～25歳4名、26～30歳1名、31～35歳2名、36～40歳3名、看護師経験は1～2年目2名、3～5年目2名、6～10年目1名、10年目以上が5名で、内2名は副看護師長であった。

一人暮らしが4名、家族との同居者が6名で、うち子供との同居者2名であった（表1）。

インタビュー内容から全データ248コードのうち、感染の有無には関係なく、当該部署で働いていた看護師の思いが表れている140コードを分析対象とした。そのコードから5カテゴリー、12サブカテゴリーを抽出した（表2）。以下1つ1つのカテゴリーの分析結果について詳しく述べる。なおカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、コードを〈 〉で表す。

1. 【情報が少なすぎる不安と多すぎる不安】

このカテゴリーは3サブカテゴリー、24コードで構成された。

《情報が届かないことでの病棟内での困惑》では、〈こんなこと初めてだったので、何が起きているのか、私たちはどう動けばいいのかわからず右往左往していた〉〈災害だなあと思った。初動でもっと情報や指示が欲しかった〉など情報が現場で共有できていない中、どのように看護師が動き、患者への看護ケアを継続させるのか、感染拡大予防の体制を引くのかなど、欲しい指示や情報が届かず不安を抱えながら困惑する5コードが抽出された。

《情報にて現状把握することでの安心》では、濃厚接触看護師として自宅待機になった際の思いとして〈恐怖だったが

情報がそれ（Safety Link）しかなかったので情報は見ていた〉〈Safety Linkで情報が入ってきてよかった。何もわからないより良かった〉など、突然臨床現場から離脱し、病棟での現状がわからない不安から正確な情報を得たいと考える13コードが抽出された。

《次から次に入るマイナスな情報への不安》では、〈SafetyLinkのメールはすごく恐怖だった〉〈どんどんニュースやSafetyLinkでもみてどんどん増えるのを見てまた増えたのかな、また誰がかかったんかというのを気にしてた〉と一方的に入ってくる感染患者数の増加や患者の病状悪化に関する病院やマスメディアのニュースなどマイナスな情報による不安な思いが6コード抽出された。

以上より、与えられた情報が少なすぎても多すぎても、起こっている現状を中々理解できず、病棟の混乱や患者の状態に関する情報に不安が増していく語りがあった。

2. 【検査結果に伴う安心と不安のリピート】

このカテゴリーは2サブカテゴリー、25コードで構成された。

《検査結果に一時の安堵》では〈マイナスとわかって一度は安心した〉〈悶々としているより結果がわかってほっとした。やっぱり…（陽性だった）〉など検査結果に一時安心する気持ちが6コード語られた。

《つきまとう陽性になることへの慄き》では〈感染には気を付けていたが100%の自信はなくて、自分も感染しているんじゃないか不安でいっぱいだった〉〈私からしたら何人患者が出ました、看護師も何人陽性が出ましたっていうのが次々に入ってきて、私はいったいいつ陽性になるんだろうってそっちの不安がだんだん大きくなった〉など検査の度に陽性になるのではないかという不安が19コード語られた。

以上より、陰性の結果に安心するものの長期間にわたり陽性になることへの不安は徐々に増し、検査結果に一喜一憂する語りが多くあった。

表1 研究対象者の属性 N=10

女性	9
男性	1
感染看護師	5
非感染看護師	5
年齢	21～25歳 4
	26～30歳 1
	31～35歳 2
	36歳以上 3
看護師	1～2年目 2
経験年数	3～5年目 2
	6～10年目 1
	10年目以上 5
独り暮らし	4
家族同居	6
（うち子供同居）	2

表2 所属部署でクラスターが発生し濃厚接触者となった看護師の思い

カテゴリー5	サブカテゴリー12	コード140
情報が少なすぎる不安と多すぎる不安	情報が届かないことでの困惑	こんな事初めてだったので、何が起きているのか、私らはどう動いていいのかわから 図右往左往していた。
		災害だなあとと思った。初動でもっと情報や指示が欲しかった。
	情報にて現状把握することでの安心	Safety Link からの情報が入ってきてよかった。何もわからないより良かった。
		恐怖だったが情報がそれ (Safty Link) しかなかったので情報は見ていた。
検査結果に伴う安心と不安の リピート	検査結果に一時の 安堵	Safety Link のメールはすごく恐怖だった。
		どんどんニュースや Safty Link でもみてどんどん増えるのを見てまた増えたのかな、ま た誰かかかったんかなってというのが気にしてた。
	つきまとう陽性に なることへの慄き	マイナスってわかって一度安心はした。
		悶々としているより結果がわかってほっとした。やっぱり… (陽性だった)
他者に影響を 与えることへの 罪悪感	患者に感染拡大して いることへのつらさ	感染には気を付けていたが 100%の自信はなくて、自分も感染しているのではないかと 不安でいっぱいだった。
		私からしたら何人患者が出ました、看護師も何人陽性が出ましたっていうのが次々に 入ってきて、私はいったいいつ陽性になるんだろうってそっちの不安がだんだん大きく なった。
	家族の日常生活への 影響を危惧	このプラスの人はもしかしたら私がうつしたんじゃないかと思ってつらかった。
		ほとんどががんや呼吸器の疾患の患者だったので抗がん剤など頑張っている人たちがも しかして亡くなってしまうかもしれないと途中すごく考えた。つらかった。
看護師として 仕事復帰する ことへのため らい	身体面からの仕事 復帰への戸惑い	自分が陽性になるのは仕方ないが、家族の生活を変えてしまうのではないかとそれが恐 怖だった。
		自分が陽性になっていることで、あつてる人にももしかして陽性出たらどうしようって 心配で悶々としていた。
	再感染、再クラス ターへの不安	みんなが体力がないって言っててああそうか。動けんかったらどうしようと思った。
		症状が残っていたし復帰できるのかなあ、働けるのかなあという思いがあった。
看護師として の自信の取戻し	看護師としての自分 の存在の実感	看護師同士の感染は自分が気を付ければいいんだが、看護師が仕事をしている以上患者 からの感染を考えられる。
		またこの生活に戻るんじゃないかと不安だった。
	未経験の看護実践 への不安	病棟はほかの部署の看護師が結構頑張って代わりしてくれとったんでそこに戻るときに 今度自分がちゃんと患者を見れるのか不安があった。
		結構前働いている時とはきっと違うだろうなって思って、勤務的に自分ってちゃんと働 けるのかなっていう思いはあった。
看護師として の自信の取戻し	看護師としての自分 の存在の実感	(部長からの連絡に) ああ私忘れられてないんやとか、体調のことも聞いてくれてああ 気にかけてもらってるという気がした
		〇〇さんがいなくなることに本当はいてほしかったんだけどといわれかえって頼りにさ れている感でうれしかった。
	普通に帰ることへの 安心感	家族は普通に迎えてくれて安心した。 働き始めてみんな全然変わらなかった。普通に帰れた。

3. 【他者に影響を与えることへの罪悪感】

このカテゴリーは2 サブカテゴリー、39 コードで構成された。

《患者に感染拡大していることへのつらさ》ではくこのプラスの人はもしかしたら私がうつしたんじゃないかと思ってつらかった><ほとんどががんや呼吸器の疾患の患者だったので抗がん剤など頑張っている人たちがもしかして亡くなってしまうかもしれないと途中すごく考えた。つらかった>など、患者の生命を脅かすようなウイルス感染を拡大させてし

まったのではないかという自責やつらさが 14 コード抽出された。

《家族の日常生活の影響を危惧》ではく自分が陽性になるのは仕方ないが、家族の生活を変えてしまうのではないかとそれが恐怖だった><自分が陽性になっていることで、あつてる人にももしかして陽性出たらどうしようって心配で悶々としていた>など、万が一の場合、看護師という仕事柄、自分の家族や近親者の生活まで影響を与えてしまうことを心配する25コードが語られた。これは最も多く語られたカテゴリーであった。

以上より、看護師として患者への感染拡大や感染による患者の状態悪化、さらに家族の日常生活へ影響を与えてしまうことへの恐怖や罪悪感が語られていた。

4. 【看護師として仕事復帰することへのためらい】

このカテゴリーは3サブカテゴリー、24コードで構成された。

《身体面からの仕事復帰への戸惑い》ではくみんなが体力がないって言うてああそうか。動けんかったらどうしようと思った><症状が残っていたし復帰できるんかなあ、働けるんかなあという思いがあった>など感染後の後遺症や長期の隔離生活による体力の低下を自覚し、仕事復帰に対しての戸惑いが8コード抽出された。

《再感染、再クラスターへの不安》ではく看護師同士の感染は自分が気を付ければいいんだが、看護師が仕事をしている以上患者からの感染を考えられる><またこの生活に戻るんじゃないかと不安だった>などクラスターや隔離生活を経験したからこそその再感染や再クラスターの発生を危惧する語りが10コード抽出された。

《未経験の看護実践への不安》ではく病棟はほかの部署の看護師が結構頑張って代わりをしてくれとったんで、そこに戻るときに今度自分がちゃんと患者を見れるのか不安があった><結構前働いている時とはきっと違うだろうなって思っで、勤務的に自分ってちゃんと働けるのかなって思いがあった>など新しく運用されている勤務体制や感染予防対策、患者ケアに自分が対応できるかどうかという不安が6コード語られた。

以上より、一般的な仕事復帰への基準は満たしているものの、身体的・精神的な不安や収束していない病棟へ復帰することの不安など仕事復帰へのためらいが語られた。

5. 【看護師としての自信の取戻し】

このカテゴリーは2サブカテゴリー、28コードで構成された。

《看護師としての自分の存在の実感》ではく(部長からの連絡に)ああ私忘れられてないんやとか、体調のことも聞いてくれてああ気にかけてもらってるという気がした><〇〇さんがいなくなることに本当はいてほしかったんだけどといわれかえって頼りにされている感でうれしかった>など同僚や上司からの言葉に看護師としての存在を改めて実感するような24コードが抽出された。

《普通に帰ることへの安心感》ではく家族は普通に迎えてくれて安心した><働き始めてみんな全然変わらなかった。普通に戻れた>など普段通りに接してくれる家族や同僚の関わりやつなかりを再認識し、日常に戻れることへの安心感など24コード抽出された。

以上より、上司からのねぎらいや体調を気遣う言葉や同僚との会話から、看護師としての自分の存在や役割を再認識していた。また同僚や家族との何気なくかわされる会話から非日常から日常に戻ることへの安心感を得て、自己を取り戻していく語りがあった。

Ⅵ. 考 察

本研究では患者の命を守るべき医療機関で大規模クラスターを起こした場合、濃厚接触者となった看護師が感染の有無に関係なく突然の隔離生活から仕事復帰までどのような思いを抱いていたか経過に沿って明らかにした。発生直後の混乱の時期から仕事復帰へのためらいの時期、そして仕事復帰のための自信の復活の時期という3つの時期に沿って考察する。

1. 看護師ゆえの不安、罪悪感による混乱

新型コロナウイルス感染症については当初得体のしれないウイルスであり、感染経路もはっきりせず、治療法も確立されていない中、患者の最も近くで仕事をする看護師にとって感染者が複数出たことで思考停止状態になっていた。特に病棟の特徴から中々患者がマスクをつけられない状況が多々あり、ひとつの援助に時間がかかるような場合、当該看護師の大部分が濃厚接触看護師となる場合がある。そして更なる感染拡大を防止するため、日常生活や病棟での勤務から突然離脱することを余儀なくされる。そんな中で看護師を苦しめる要因は3つあった。

1つ目は病院やマスメディアからの情報である。大規模クラスター発生後、毎日のようにメディアや病院関係者からのメールなどで感染者数の増加、また時には死亡患者の数が情報として伝えられることになる。熊田ら(2022)によると、新型コロナウイルスのクラスター発生は災害と同じと考え対応する病院が多い。災害の原則であるCSCATTT(スキヤット)により、いち早く現場への指示を明確にし、対応できるよう医療者間での情報共有は非常に重要である。さらに重村ら(2020)は「脅威を察知できない状況は、猛烈な不安と不確実性を伴う。その脅威は各々のリスク認知に影響を与え、それに基づいた判断をしたり行動をとったりする」と述べている。そのため混乱を避けるためにも医療者間の正確な情報共有は非常に重要で即座に行う必要がある。本研究でも、突然の隔離生活となった看護師にとって恐怖だったが情報がそれしかなかったので情報は見ていた>など当該部署の患者、スタッフについて正確な情報収集と状況理解しようとする専門職業人である看護師としての語りがあった。しかしその反面、<病院からのメール(SafetyLink)はすごく恐怖だった>など次から次に入る感染拡大や患者の状態悪化に関する情報に恐怖を感じていた。クラスター発生は災害と同様の体制での対応が必要であるが、災害とは違いクラスターは感染拡大の発生源が患者、または看護師となることが圧倒的に多い。そのため看護師自身が当事者になってしまう。病棟で患者の生命を第1に考えてきた看護師ゆえ、クラスター発生は不測の事態である。また更なる感染拡大や患者の状態悪化などの正確な情報は看護師に衝撃を与え、恐怖にさえ感じていた。小岩ら(2021)は看護師の新型コロナウイルス感染症に対する不安からの逃避の中に「情報を自分から遮断した」という回避的な行動があると説明している。これらの行動は「感染

恐怖に対する一時的な発散方法になるが、感染恐怖の長期化にもつながり恐怖が維持されている状態であることが考察される。」と述べている。すべての看護師が情報を積極的に得たいと考えているわけではないことがわかる。

2 つ目は感染拡大防止策として行われる繰り返しの検査結果に起因する不安であった。新改ら (2022a) は、感染した看護師からのインタビューで「自分自身の感染や『院内感染』という想定外の出来事、また差別偏見などによりショックと不安に襲われていた。」と述べている。本研究でも感染看護師からはショックを受けたという内容の語りもある一方、く悶々としているより結果がわかってほっとした。やっぱり>など検査結果が出たことに安心したという語りがあった。反面非感染看護師からは長期にわたり繰り返される検査結果に翻弄され、一時は感染していなかったことに安心するものの、次々に感染者が増える状況に、ウイルスの感染力の強さを理解し、く感染には気を付けていたが100%の自信はなくて、自分も感染しているんじゃないか不安でいっぱいだった>などの語りがあった。毎日患者との密な接触によりケアを提供している看護師ゆえ、いつか自分も陽性になるんじゃないかと怯えながら、いつ解放されるかわからない隔離生活の中で徐々に疲弊感が増していくことがわかる。感染看護師は不安はあるものの、結果がわかり早期に治療や療養が始まり安心していった。むしろ非感染看護師のほうが時間経過の中で不安を増していく結果となった。

3 つ目は看護師という仕事の責任の重さを自覚しているからこそ、患者や家族に影響を与えてしまうことへの罪悪感であった。看護師は看護基礎教育から『看護師の役割は患者の安全安楽を守る』ということを学ぶ。そして日々の看護実践の中で専門職業人としてのプライド、看護師としての自信を養っていく。しかし隔離生活の中で病院やメディアからの情報により、患者やスタッフへの感染拡大の現状を知ることで、くこのプラスの人はもしかしたら私がうつしたんじゃないかと思っただけでつらかった>など自分が感染させてしまったのではないかという自責やくほとんどががんや呼吸器の疾患の患者だったので抗がん剤など頑張っている人たちがもしかして亡くなってしまうかもしれないと途すごく考えた。つらかった>など患者の死までを予測したつらさが語られた。自分のせいで患者に感染拡大させてしまったかという思いは看護師としての自尊心を低下させる。さらに看護師の家族ゆえに感染の危険にさらしてしまうことへの罪悪感も重なる。特に子供がいる看護師は幼い子供との隔離にく自分が陽性になるのは仕方がないが、家族の生活を変えてしまうのではないかとそれが恐怖だった>などいつ終わるかもわからない家族との隔離につらさを感じていた。

先行研究では感染した看護師のインタビューから患者への自責の念が明らかにされている(新改ら, 2022a, 倉持ら, 2020)。しかし本研究では感染の有無に関係なく、クラスターを発生させた病棟看護師として、当該病棟の患者やその家族、そし

て看護師自身の家族に対し強い罪悪感や抱いていた。当該患者の身体的状態を最も理解している看護師ゆえ、感染拡大は患者を危機的状況に陥らせてしまうことを予測できる。さらに小林ら (2022) の研究同様、高齢者や持病を持った家族と同居している看護師は家族への感染拡大することを恐れていた。また幼い子供と同居している看護師は、メディアなどで病院名や感染者数が公表される中でく家族の生活を変えてしまうのではないかと誹謗中傷などから家族の日常生活への影響を危惧し、恐怖さえ感じていたことが明らかになった。

クラスター発生直後は濃厚接触看護師である看護師すべてが混乱し、今までに経験のない精神的ストレスを感じながら非日常生活を送ることになる。そのため情報内容、発信方法について慎重に考え、隔離生活を強いられる看護師すべてに対して、個々の思いを十分聴きながらきめ細かな支援が必要であると考えた。

2. 看護師として仕事復帰することへのためらい

感染拡大のピークを過ぎると療養や隔離生活を送っていた看護師が仕事復帰を考える時期となる。病院機能の一刻も早い再開、病棟運営のため、キーマンである看護師の仕事復帰は早急の課題である。しかしこの時期看護師は仕事復帰に対して様々な複雑な思いを抱いていた。感染看護師からはく症状が残っていたし復帰できるんかなあ、働けるんかなあという思いがあった>などの仕事復帰への戸惑いがあった。これは新改ら (2022b) の院内感染した看護師の職場復帰に関する研究で明らかにされた職場復帰への葛藤と同様の結果であった。しかし本研究から感染の有無に関係なくくまたこの生活(隔離生活)に戻るんじゃないかと不安だった>く看護師同士の感染は自分が気をつけられればいいが、看護師が仕事をしている以上患者からの感染も考えられる>など再感染、再クラスターへの不安や未経験の看護実践への不安を濃厚接触者であったすべての看護師が抱いていた。さらに感染症専門病院や病棟ではなく一般病棟での発生であり、新型コロナウイルスへの知識が十分でなかったこと、看護師が日ごろから行っている患者への濃厚なケアの性質を理解しているため、まだ収束を迎えていないその病棟で、今行われている感染拡大防止対策を強化したうえでケア実践に複雑な思いがあることがわかる。それらが所属部署への仕事復帰をためらう要因となっている。仕事復帰すること、また看護師として働くことへのためらいは療養生活や隔離生活の中でのつらかった思いや経験したことがない不自由な生活、看護師として患者への罪悪感などが大きく影響していると考えられる。寺岡 (2021) は「心理的にも侵襲的な体験をした看護師の回復には、それ相応の時間がかかることを頭の片隅においていただきたい」と述べている。復帰までがゴールではなく長期的に看護師個々の不安や思いを聴きながら、焦らず対応する必要がある。

3. 看護師としての自信の復活

感染拡大により患者や家族へ罪悪感や恐怖、看護師としての仕事復帰をためらう看護師にとって、自信を取り戻させる

要因は<…ああ私忘れられてないんや…>頼りにされている感がうれしかった>など同僚や上司からの言葉や関わりであった。また家族との日常や普段通りの会話などが看護師としての自信を取り戻させる要因となっている。突然日常生活からの離脱を余儀なくされた不安は、普段通りの仲間や家族のつながりによって緩和される。

新改ら (2022b) は感染症病棟の院内感染で感染した看護師のインタビューから COVID-19 患者看護への強い思いを抱きて立ち向かう使命感があったと述べている。さらに仕事復帰後は問題なく働けたことや同僚の支えなどから充実感も得られていた。本研究でも一旦は看護師としての罪悪感に苛まれ、看護師としての自信を失いかけた看護師ではあったが、看護師としての自信を取り戻し、患者への看護を実践するという使命感を復活させていた。それには普段通りの生活の取戻しと上司・同僚そして家族とのつながりが必要であった。

Grzegorz, J.N., et al (2020) や Jinxia, J., et al (2022) は、COVID-19 のパンデミックや感染後の PTG (心理的外傷後成長) のプロセスを調査しており、適応、成長のために重要な要素として家族や友人からの個人的なサポートを挙げている。本研究でも今まで経験したことのない精神的ストレスを受けた濃厚接触者である看護師が仕事復帰するために自分を取り戻す要因として家族や上司、同僚からの関わりがあったこととも一致している。そしてさらなる看護師としての成長を期待するならば復帰後のサポートも重要であることが先行研究から推測される。

患者、また地域医療の維持のためにも病院、病棟機能を一刻も早く復活させることは非常に重要である。クラスターを起こした原因ははっきりしないことが多く、一人の医療者が責任を問われることはない。しかし看護師は倫理観を持つ集団であるからこそ、当該部署で発生したクラスターに関して患者に生命の危機に陥らせてしまったことや家族の生活への影響に自分を責め、複雑な思いを抱えながら病棟復帰する。一旦失いかけた看護師としての使命感、また自律心を復活させるためには揺れ動く看護師の思いを十分理解し、時間をかけながら関わりを持ち続けることが病棟復帰、病院機能復活への近道だと考える。

本研究は新型コロナウイルス感染症国内発生初期の 1 施設内 2 部署でのクラスター発生時の看護師の思いであり、限局されている。そのため时期的な影響、地域的な影響を受ける可能性はある。また対象者数が 10 名であり、看護師の経験年数などで思いの差異や関連は不明であり、今後の課題である。

先行研究では対象が感染した看護師の心理に着目したものが多かった。感染判明後の看護師は患者や仕事に対する使命感や自責の念、感染の可能性への不安、また復帰に向けての葛藤や復帰後の充実感が示され、これらの内容は濃厚接触看護師の中での感染看護師においても同様のコードが抽出されており、本研究の妥当性が証明できる。さらに濃厚接触看護師を対象にしたことで、情報提供についてその情報量が個々に

与える影響に違いがあることがわかる。さらに濃厚接触者で感染が判明した看護師以上に、非感染看護師は、何度も繰り返される検査結果に一喜一憂しながら隔離生活という長引く非日常生活の中で疲弊していく姿が明らかになり、これらは新たな知見であると考えられる。

以上のことより感染症によるクラスター発生時の看護師への支援は、感染看護師に集中されるのではなく、所属看護師すべてを対象に行われ、さらに復帰後も長期的なフォローが必要であることが推測された。

VII. 結 論

一般病棟で大規模クラスターを発生し、濃厚接触者となり隔離生活を余儀なくされた看護師の仕事復帰までの思いについて明らかにした。『検査結果に伴う安心と不安のリピート』、『情報が少なすぎる不安と多すぎる不安』『他者に影響を与えることへの罪悪感』『看護師として仕事復帰することへのためらい』『看護師としての自信の取戻し』の 5 カテゴリーがあった。

この結果より今後新興感染症の出現による大規模クラスターが発生した場合、発生直後より、感染の有無に関係なく当該部署の看護師への支援を考える必要があることが示唆された。

本論文内容の一部は、第 54 回日本看護学会学術集会にて発表した。なお、本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞：本研究にご協力いただき、つらい体験を話していただいた看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。

VIII. 参考文献

- Jiang, Jinxia., Han, Peng., Huang, Xiangdong., Liu, Yue., Shao, Haiyan., Zeng, Li., & Duan, Xia. (2022). Post-traumatic growth experience of first-line emergency nurses infected with COVID-19 during the epidemic period-A qualitative study in Shanghai, China. *Frontiers In Public Health*, 10, Article1015316.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.015316>
- 小林恭子, 間中麻衣子, 大石美香, 江口啓子, 濱中秀人, 堀井小百合. (2022). 新型コロナウイルス感染症専門病院で勤務する新人看護職員の体験と職務継続に至った要因. 日本看護学会誌, 17 (1), 5-10.
- 小岩広平, 若島孔文, 浅井継悟, 高木源, 吉井初美 (2021). 我が国における看護師の新型コロナウイルス感染症への感染恐怖の規定要因. 心理学研究, 92 (5), 442-451.
- 厚生労働省. (2023). データからわかる - 新型コロナウイルス感染症情報 <https://covid19.mhlw.go.jp> (参照 2023-05-01)
- 厚生労働省検疫所 FORTH. (2023). 新型コロナウイルス感染症に係る世界の状況報告 (更新 111) https://www.forth.go.jp/topics/20230424_00001.html (参照 2023-05-01)
- 熊田恵介, 山田実貴人, 水谷喜雄, 馬場尚志, 村上啓雄, 小倉真治, 豊田泉. (2022). 大規模クラスター時の課題 新型コロナウイルス感染症対応より. *Japanese Journal of Disaster Medicine*, 27 (1), 89-95.

- 倉持泉, 藤井良隆, 小林清香, 西田裕介, 岡秀昭, 大野秀明, 吉益晴夫. (2020). COVID-19 に感染した医療従事者の心理—当院臨床経験からの考察—精神科, 37 (2), 198-200.
- Lavoie-Tremblay, Mélanie., Gélinas, Céline., Aubé, Thalia., Tchuak, Eric., Tremblay, Dominique., Gagnon, Marie-Pierre., & Côté, José. (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 30 (1), 33-43.
- Nowicki, Grzegorz, Józef., Slusarska, Barbara., Tucholska, Kinga Naylor, Katarzyna., Chrzan-Rodack, Agnieszka., & Niedor, Barbara. (2020). The Severity of Traumatic Stress Associated with COVID-19 Pandemic, Perception of Support, Sense of Security, and Sense of Meaning in Life among Nurses: Research Protocol and Preliminary Results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (18), Article 6491. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186491>
- Riedel, Brittney., Horen, Sydney. R., Reynolds, Allie., & Jahromi, Alireza. H. (2021). Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. *Frontiers in Public Health*, 9, Article 707358
- 重村淳, 高橋晶, 大江美佐里, 黒澤美枝. (2020). COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) が及ぼす心理社会的影響の理解に向けて. *トラウマティック・ストレス*, 18 (1), 71-79.
- 新改法子, 大西香代子, 矢野久子. (2022a). 国内発生初期に感染症病棟で新型コロナウイルス感染症に院内感染し職場復帰できた看護師の思い～感染する前から感染判明後しばらくの間に抱いた思いに焦点をあてて～. *日本看護科学会誌*, 42, 72-80.
- 新改法子, 大西香代子, 矢野久子. (2022b). 新型コロナウイルス感染症の第一波流行期に院内感染した看護師の職場復帰に関する葛藤と使命感. *日本看護科学会誌*, 42, 559-567.
- Sriharan, Abi., West, Keri., J.Almost., & Hamza, Aden. (2021). COVID-19-Related Occupational Burnout and Moral Distress among Nurses : A Rapid Scoping Review. *Nursing Leadership*, 34 (1), 7-19.
- 寺岡征太郎. (2021). 事例から考える差別・偏見で苦しむ看護師へ向けたメンタルサポートの在り方. *看護展望*, 46 (10), 961-966.

◇研究報告◇

医療従事者の社会人基礎力に関する研究の現状

一看護師・理学療法士・作業療法士に着目してー

佐々木孝¹⁾*, 黒沢達郎²⁾, 田中浩太郎²⁾

目的: 看護師, 理学療法士, 作業療法士に着目して医療従事者の社会人基礎力について文献検討を行い, 現状を明らかにし, 今後の課題を考察する。

方法: 「社会人基礎力」, 「医療従事者」をキーワードとし, 看護師, 理学療法士, 作業療法士を対象とする文献を抽出した。分析は, 発行年別の文献数, 対象者別の研究目的を分類し, 対象者別の研究結果は, 研究結果に関する記述内容からコードを抽出, カテゴリー, サブカテゴリーを生成し, 検討した。

結果: 28 文献を対象とした。対象者別の研究結果は, <社会人基礎力の傾向>, <社会人基礎力の関連要因>, <社会人基礎力向上の取り組み>の3つのカテゴリーに分類された。

結論: 現状としては, 社会人基礎力を高める要因に働きかける研究が少なかったため, 今後は社会人基礎力のチェックリストや育成研修などを活用した社会人基礎力を高める研究を増やしていくことが必要である。

【キーワード】 社会人基礎力, 医療従事者, 看護師, 理学療法士, 作業療法士

1. はじめに

経済産業省は, 2006 年に職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力として「前に踏み出す力」, 「考え抜く力」, 「チームで働く力」の3つの能力から構成されている社会人基礎力を提唱した(経済産業省, n.d.)。さらに, 2018 年には, ライフステージの各段階で活躍し続けるために求められる力として, 人生 100 年時代の社会人基礎力を新たに定義した(経済産業省, n.d.)。これは, 社会人基礎力の3つの能力を内容としつつ, 個人が能力を発揮するにあたって, 自己を認識してリフレクションし, 目的, 学び, 統合のバランスを図ることが自らキャリアを切り開いていく上で必要と位置付けている。このように, 人材育成の一つになっている社会人基礎力の強化は, さらに重要性を増している傾向にある。医療従事者における社会人基礎力は, 看護の専門性を発揮して活躍する上で必要な力であることや理学療法士における社会人基礎力評価の有用性, 社会人基礎力を育成する取り組み等, 社会人基礎力の必要性が述べられている(箕浦・高橋, 2018; 高木, 2018; 大木, 2017)。

看護の現場では, 新人看護師の実践能力と臨床が求める実践能力が乖離している状況があるといわれており(厚生労働省, 2009), リアリティショックや早期離職につながっている。また, 新人として入職した施設を退職した理学療法士と作業療法士においてもリアリティショックがあったことが明らかになっている(神山ほか, 2018)。そのような状況において, 社会人基礎力は, 新人看護師の社会化・職場適応を支え, 離職を防ぐツールであり, リアリティショックを乗り越える力につながると述べられている(箕浦・高橋, 2018)。これらのことから, 社会人基礎力を高めることにより, リアリティショックを上手く乗り越えることができ, 職場への適応や離職防止につながることが考えられる。一方で, チームの質を向上させるためには, チームの一員として他の職種を理解することを含めた教育が必要であると述べられている(厚生労働省, 2011)。それぞれの職種の社会人基礎力の実態を明らかにすることで, 各職種における社会人基礎力の特徴を理解することができ, 多職種連携やチーム医療の向上につながると考える。

先行研究において, 看護師, 理学療法士の社会人基礎力や影響要因等のそれぞれの職種の報告(大岡ほか, 2017; 大木,

受付日: 2023 年 10 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 令和健康科学大学 2) 高良台リハビリテーション病院

* E-mail: s.k-01@hotmail.co.jp

2021)はあるが、看護師、理学療法士、作業療法士における社会人基礎力の現状は不明なところがある。本研究は、看護師、理学療法士、作業療法士に着目して、各職種の社会人基礎力の現状を明らかにすることで、看護師、理学療法士、作業療法士における社会人基礎力の向上の一助になり得ると考える。

Ⅱ. 目 的

看護師、理学療法士、作業療法士に着目して医療従事者の社会人基礎力について文献検討を行い、現状を明らかにし、今後の課題を考察する。

Ⅲ. 方 法

1. 対象文献

医学中央雑誌 web 版を用い、国内文献の検索を行った(検索日:2024年2月13日)。キーワードを「社会人基礎力」「医療従事者」とし、AND 検索を行い、絞込検索を原著論文とし、看護師、理学療法士、作業療法士を対象とする2006年から2023年までに発行された文献を対象とした。

2. 分析方法

検索された文献より、テーマ及び研究目的に照らし合わせて、本文中に明示している看護師、理学療法士、作業療法士の社会人基礎力に関する文献を選定し、研究タイトル、研究対象者など、著作権を侵害しないように引用し、整理した。分析は、発行年別の文献数、対象者別の研究目的を分類し、検討した。対象者別の研究結果は、研究結果に関する記述内容からコードを抽出した。抽出したコードの内容の共通性と相違性に沿って、サブカテゴリーをまとめ、カテゴリーを生成し、それらの内容を検討した。本研究では、研究者1名と共同研究者2名で、研究目的に相違ない文献であるか照合し、エビデンスレベルの確認を行い、分析過程を確認した。研究者は、看護師として10年間の業務経験があり、共同研究者2名も理学療法士として8年間、作業療法士として10年間の実務経験を有した者である。このように看護師、理学療法士、作業療法士に着目した医療従事者の社会人基礎力に関する研究であるため、それぞれの職種の資格を有する研究者により、分析の妥当性について検討を重ね、カテゴリーがそれぞれの内容を明確に示していることに意見が一致し、説明できるまで議論を繰り返す、妥当性の担保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

文献は、出典を明らかにし、記載内容を正確に抽出し、著作権を侵害しないよう引用した。本研究は、高良台リハビリテーション病院倫理委員会の承認を受けて実施した。

Ⅴ. 結 果

今回、「社会人基礎力」「医療従事者」のキーワードで論文検索を行った結果、2006年から2023年の17年間において、70件が抽出され、対象が看護師、理学療法士、作業療法士で

ある計28件を分析対象とした。

1. 発行年別の文献数

発行年別の文献数では、社会人基礎力が提唱された2006年から2013年は件数0件であり、2014年から文献が発行されていた。最も文献数が多かったのは2017年の8件であり、次いで2021年の4件、2015年、2018年の3件であった。また、最も多かった対象者は、看護師の23件であり、次いで理学療法士の4件、作業療法士1件であった。(表1)

2. 対象者別の研究目的

対象者別の研究目的を表2に示す。(表2)

看護師を対象とした研究目的は、「新人看護師の社会人基礎力の実態を明らかにする」や「看護師の社会人基礎力の関連要因を明らかにする」、「社会人基礎力向上のための取り組みの効果を明らかにする」などがあった。

理学療法士を対象とした研究目的は、「社会人基礎力と理学療法臨床能力の経時的変化及び両者の相関を調査する」や「社会人基礎力育成研修の取り組みの詳細を報告するとともにその効果を検証する」などがあった。

作業療法士を対象とした研究目的は、「臨床実習で作業療法学生が起こす問題はどのスキルに存在しているのかを明らかにし、支援方法を検討する」があった。

3. 対象者別の研究結果

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

研究結果は、<社会人基礎力の傾向>、<社会人基礎力の関連要因>、<社会人基礎力向上の取り組み>、3つのカテゴリーに分類された。(表3)

1) <社会人基礎力の傾向>

<社会人基礎力の傾向>のカテゴリーは、文献数が9件と最も多く、看護師や理学療法士の社会人基礎力の実態調査や社会人基礎力の経時的変化の内容を示しており、<<考え抜く力が低値>>、<<チームで働く力が低値>>、<<チームで働く力が高値>>、<<経時的変化>>、4つのサブカテゴリーに分類された。<<考え抜く力が低値>>では、社会人基礎力の3つの能力において【社会人基礎力の考え抜く力が低い】ことが示されており(田端ほか, 2015;岡部・高橋, 2014)、【社会人基礎力の考え抜く力の能力要素が低い】では「考え抜く力」の能力要素における低い項目が具体的に示されていた(城戸ほか, 2023;丹内ほか, 2017;荒井・古澤, 2017)。また、看護師と理学療法士どちらにおいても社会人基礎力の考え抜く力が低いことが共通していた。<<チームで働く力が低値>>では、社会人基礎力の3つの能力において【社会人基礎力のチームで働く力が低い】ことが示されていた(吉武ほか, 2015)。一方で、<<チームで働く力が高値>>では、【社会人基礎力のチームで働く力が高い】ことや【社会人基礎力のチームで働く力の能力要素が高い】ということが示されていた(田端ほか, 2015;岡部・高橋, 2014;丹内ほか, 2017;浅野ほか, 2018)。<<経時的変化>>では、【社会人基礎力の経時的変化】が示されており(田

表1 発行年別の文献数

文献番号	発行年	タイトル	対象者
1	2023	手術室に勤務する新卒看護師の社会人基礎力に関連する要因	看護師
2	2023	看護師の社会人基礎力と看護実践力に関する年代別の相違の検討 A病院における実態調査より院内教育の方向性を考える	看護師
3	2022	病棟内新人教育システム再構築による新人看護師の「社会人基礎力育成」の取り組み	看護師
4	2021	新人看護職員の社会人基礎力を培うためのプリセプターによる支援	看護師
5	2021	指導者による社会人基礎力他者評価を取り入れた新人看護師への関わりの効果	看護師
6	2021	基礎看護教育で取り組んだ社会人基礎力強化の取り組みの成果 2年課程卒業生と大病院勤務看護師の社会人基礎力との比較	看護師
7	2021	「社会人基礎力」と「理学療法士の臨床能力」の経時的変化と両者の関連性について	理学療法士
8	2020	臨床実習における作業療法学生の問題エピソード 身体障害領域の作業療法士への Focus Group Interviewからの分析	作業療法士
9	2020	社会人基礎力向上に向けた新人看護師との面接技法の検討 リフレクションシート活用の効果を考察する	看護師
10	2019	ICU看護師の社会人基礎力獲得に影響を与える要因 経験年数2～4年目を対象にして	看護師
11	2018	新人看護師の社会人基礎力評価データから見えてきた課題	看護師
12	2018	新人の社会人基礎力をメンターが把握することの有用性 行動目標と社会人基礎力に着目して	理学療法士
13	2018	新人看護師の社会人基礎力の変化と環境適応力・自己効力感との関連	看護師
14	2017	大学病院に勤務する看護師の社会人基礎力に関連する要因の分析	看護師
15	2017	新人看護師の社会人基礎力と関連要因の検討	看護師
16	2017	総合病院看護師の社会人基礎力の構成要素とクリニカルラダーによる相違の検討	看護師
17	2017	新入職員に対する社会人基礎力育成研修の効果	理学療法士
18	2017	社会人基礎力の傾向と研修への活用の検討	看護師
19	2017	社会人基礎力の新人教育への活用についての研究 アクションの振り返りを中心に	看護師
20	2017	新人看護職員の姿勢・態度や資質・能力に対する教育担当者の考えや思い 「社会人基礎力」の指標を導入して	看護師
21	2017	指導者がとらえる新人看護師の社会人基礎力の実態	看護師
22	2016	勤務領域間でのコンピテンシー特性の比較	理学療法士
23	2016	A病院看護職員の社会人基礎力の現状 社会人基礎力調査から考察する	看護師
24	2015	A看護大学卒業生の看護技術および社会人基礎力修得の現状と課題	看護師
25	2015	新卒看護師の社会人基礎力に関する尺度の妥当性と信頼性の検討	看護師
26	2015	新人看護師の「社会人基礎力」の現状と育成課題に関する研究	看護師
27	2014	新卒看護師の社会人基礎力に関する研究 看護師養成機関別の特徴	看護師
28	2014	新人看護師の態度・姿勢に対する先輩看護師の意識と教育行動 専門職として求められる臨床行動に焦点をあてて	看護師

端ほか, 2015; 浅野ほか, 2018), 社会人基礎力の「前に踏み出す力」, 「考え抜く力」, 「チームで働く力」の1年間の変化が示されていた。

2) <社会人基礎力の関連要因>

<社会人基礎力の関連要因>のカテゴリーは, 文献数が8件であり, 看護師や理学療法士, 作業療法士の社会人基礎力に影響を与える要因を調査した内容が示されており, <基本属性>, <実践能力>, 2つのサブカテゴリーに分類された。<基本属性>では, 社会人基礎力における【看護師養成機関による影響】や【キャリアコミットメント, 自尊感情による影響】, 【学生時代の日常生活による影響】が示されていた(大岡ほか, 2017; 岡部・高橋, 2014; 勅使河原ほか, 2023; 北島・細田, 2017)。また, 作業療法士においては【ライフスキルによる影響】が示されていた(山下ほか, 2020)。<実践能力>では, 社会人基礎力と【看護実践との関連】, 【クリニカルラダーとの関連】, 【夜勤経験との関連】が示された(大岡ほか, 2017; 城戸ほか, 2023; 笠松・今村, 2017; 隈本, 2018)。看護師と理学療法士どちらにおいても社会人基礎力と実践能力に関連がある共通した結果がみられた。

3) <社会人基礎力向上の取り組み>

<社会人基礎力向上の取り組み>のカテゴリーは, 文献数が5件であり, 看護師や理学療法士の社会人基礎力に対する取り組みの内容が示されており, <介入方法>, 1つのサブカテゴリーがみられた。<介入方法>では, 看護師において【基礎看護教育での社会人基礎力強化の取り組みによる効果】, 【新人看護教育システムの再構築による効果】, 【社会人基礎力のチェックリストによる効果】が示され(宇土, 2022; 佐藤ほか, 2021; 西川・今田, 2021), 理学療法士において【社会人基礎力の活用による効果】, 【社会人基礎力育成研修による効果】が示された(高木, 2018; 大木, 2017)。基礎教育や現任教育において, 社会人基礎力の取り組みを行うことで, 社会人基礎力の向上がみられた。

Ⅵ. 考 察

1. 文献の発行年の推移

2006年に経済産業省より社会人基礎力が提唱され(経済産業省, n.d.), 徐々に文献が発行されていき, 2017年には8件の文献数が発行されていた。文献数の増加は, 経済産業省に

表2 対象者別の研究目的

対象者	研究目的
看護師	新人看護師の社会人基礎力の実態を明らかにする
	A 病院看護師の社会人基礎力と看護実践能力の現状を明らかにし、教育や研修に関する示唆を得る
	新人看護師の育成状況を社会人基礎力により可視化する
	A 病院看護職員の社会人基礎力の現状を明らかにする
	A 病院の新人看護職員の社会人基礎力の傾向を分析し、効果的な支援の方法を検討する
	新卒看護師の社会人基礎力を客観的に評価する
	卒業生が受けている新人看護職員研修の実態、看護技術到達レベルとその課題を明らかにすること、さらに卒業生の社会人基礎力の実態から教育課題を検討する
	新卒看護師の社会人基礎力について、看護師養成機関別で特徴を明らかにする
	新人看護職員の社会人基礎力を培うためのプリセプターによる支援を明らかにする
	社会人基礎力の内容を用いて、総合病院看護師の社会人基礎力の構成要素を明らかにし、クリニカルラダーのレベルによる相違を検討する
	手術室に勤務する新卒看護師の社会人基礎力に関連する要因を明らかにする
	ICU 看護師の社会人基礎力獲得に影響を与える要因を明らかにする
	看護師の社会人基礎力に関連する要因を明らかにする
	新人看護師の社会人基礎力に関連する要因を明らかにする
	社会人基礎力の変化と「環境適応力」「自己効力」との関連を明らかにし、新人看護師教育・育成支援の示唆を得る
	新人看護師がリフレクションシートを用いて社会人基礎力の自己評価を行い、それを用いて面接の際に評価者がフィードバックする面接について考察を行い、リフレクションシートの効果を明らかにする
	新人看護師の夜勤導入時期の要因を検討する
	社会人基礎力の新人教育へ活用するための検討に資する
	社会人基礎力を卒後1年目～5年目の看護師の研修へ活用するための検討に資する
理学療法士	新人看護師の態度・姿勢に対する先輩看護師の意識と教育行動を明らかにする
	指導者による社会人基礎力他者評価を取り入れ、チェックリストを用いた関わりを導入することで新人看護師の社会人基礎力が向上することを明らかにする
	社会人基礎力向上のための取り組みの効果を明らかにする
	社会人基礎力の指標を導入と実施したことで、新人看護職員の姿勢・態度や資質・能力に対して教育担当者がどのように思い、考えているかを明らかにする
理学療法士	社会人基礎力と理学療法士の臨床能力の継続的変化及び両者の相関を調査する
	メンターが新人の社会人基礎力を把握することで行動目標の達成度と社会人基礎力に影響を及ぼすか検討する
作業療法士	社会人基礎力育成研修の取り組みの詳細を報告するとともにその効果を検証する
	理学療法士のヒューマンスキルを調査し、人材育成の目安となる手がかりを得る
作業療法士	臨床実習で作業療法士が起こす問題はどのスキルに存在しているのかを明らかにし、支援方法を検討する

においても 2018 年に人生 100 年時代の社会人基礎力として新たに定義した（経済産業省, n.d.）こともあり、これまで以上に社会人基礎力の必要性が高まったためではないかと推測する。2017 年以降、文献数は増加傾向ではないが、社会人基礎力の必要性は継続していると考えられるため、今後も研究や調査が進められ、社会人基礎力を強化していくことが重要であると考ええる。

2. 社会人基礎力に関する研究の現状

対象者別の文献数では、看護師が 23 件に対し、理学療法士の 4 件、作業療法士 1 件であったため、今後理学療法士、作業療法士を対象とした研究や調査を増やしていく必要があると考える。

対象者別の研究目的では、表 2 に示すように看護師においては、新人看護師の社会人基礎力の実態調査や関連要因を明らかにすること（吉武ほか, 2015；北島・細田, 2017）など

新人看護師の社会人基礎力の向上が必要なため、新人看護師を対象とした研究が多いことにつながっていると考える。前述したように、ライフステージの各段階で活躍し続けるために求められる力として、人生 100 年時代の社会人基礎力を新たに定義されており（経済産業省, n.d.）、今後は新人以降の時期も含め、継続した社会人基礎力の研究や調査が重要であると考ええる。一方で、社会人基礎力の向上のための取り組み、効果を明らかにする目的がみられた（大木, 2017；宇土, 2022）が、社会人基礎力の実態調査や関連要因を明らかにする目的と比較し文献数が少なかった。このことから、看護師、理学療法士、作業療法士の社会人基礎力を強化するためには、実態調査や関連要因だけでなく、今後は社会人基礎力のチェックリストや育成研修などを活用した社会人基礎力そのものを高める研究を増やしていく必要があると考える。

表3 対象者別の研究結果

カテゴリー	サブカテゴリー	対象者	コード
社会人基礎力の傾向	考え抜く力が低値	看護師	社会人基礎力の考え抜く力が低い 社会人基礎力の考え抜く力の能力要素が低い 新人看護師の考え抜く力の未熟さを認識
		理学療法士	社会人基礎力の考え抜く力が低い
	チームで働く力が低値	看護師	社会人基礎力のチームで働く力が低い
	チームで働く力が高値	看護師	社会人基礎力のチームで働く力が高い 社会人基礎力のチームで働く力の能力要素が高い
			社会人基礎力のチームで働く力の能力要素が高い
社会人基礎力の関連要因	経時的変化	看護師	社会人基礎力の経時的変化
	基本属性	看護師	看護師養成機関による影響 キャリアコミットメント、自尊感情による影響 学生時代の日常生活による影響
			ライフスキルによる影響
		作業療法士	臨床能力との関連
	実践能力	看護師	看護実践との関連 クリニカルラダーとの関連 夜勤経験との関連
			臨床能力との関連
		理学療法士	臨床能力との関連
社会人基礎力向上の取り組み	介入方法	看護師	基礎看護教育での社会人基礎力強化の取り組みによる効果 新人看護教育システムの再構築による効果 社会人基礎力のチェックリストによる効果
			社会人基礎力評価の活用による効果
			社会人基礎力育成研修による効果
		理学療法士	社会人基礎力育成研修による効果

3. 社会人基礎力の課題と今後の示唆

社会人基礎力は、職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力とされており（経済産業省, n.d.）、人材育成の一つとして社会人基礎力の強化は、重要性を増している。本研究では、文献検討を通して、看護師、理学療法士、作業療法士の社会人基礎力に関する研究の知見を得た。

＜社会人基礎力の傾向＞として、看護師、理学療法士の社会人基礎力の「考え抜く力が低値」という課題が明らかとなった。そのため、看護師、理学療法士において、社会人基礎力の「考え抜く力」を高めていく方法を検討していくことが必要であると考え。一方で、看護師における社会人基礎力は、経時的に変化することが明らかになっている（田端ほか, 2015）。先行研究において、社会人基礎力は、人との関わりや経験が増えることから身につけていくが、学習が進むほど求められることも難度を増し、自身の能力や課題解決が思うように進まないことにも影響を受けると述べられている（市川・山野内, 2018）。このことから、個々の社会人基礎力の実態を把握し、それに応じた支援を行うことが重要であると考え。

＜社会人基礎力の関連要因＞として、＜基本属性＞、【キャリアコミットメント・自尊感情による影響】があることが明らかになった。新人看護師の職業キャリア成熟に関連する要因として、部署内の教育研修に満足していることや看護師に

なった動機が強いこと、部署の看護師とコミュニケーションがとりやすいこと（大山ほか, 2018）があり、社会人基礎力を高めるには、仕事の意味や価値を実感できるような教育的な機会をつくる必要があると報告されている（勅使河原ほか, 2023）。このことから、職業キャリア成熟を高めることが社会人基礎力の向上につながっていると考えられ、職業キャリアを意識して社会人基礎力の育成に関わるということが重要であると考え。

本研究では、看護師、理学療法士、作業療法士それぞれの職種の社会人基礎力の現状を明らかにすることができた。今後は、職種による社会人基礎力の相違を明らかにし、各職種における社会人基礎力の特徴を理解し、補完していくことが、多職種連携やチーム医療のケアの充実のために重要であると考え。

VII. 結 論

本研究では、看護師、理学療法士、作業療法士に着目して医療従事者の社会人基礎力について文献検討を行った。現状としては、新人看護師を対象とした研究が多かったこと、社会人基礎力を高める要因に働きかける研究が少なかった。今後は、社会人基礎力の「考え抜く力」を高めていく方法を検討することや、個々の社会人基礎力に応じた支援が必要であること、職業キャリアを意識した社会人基礎力の育成を行っていくことが重要である。

利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 荒井敬子, 古澤恭子. (2017). 新人看護職員の姿勢・態度や資質・能力に対する教育担当者の考えや思い「社会人基礎力」の指標を導入して. 日本看護学会論文集 看護管理, 47, 58-61.
- 浅野光, 山下弘子, 酒井富美. (2018). 新人看護師の社会人基礎力の変化と環境適応力・自己効力感との関連. 日本看護学会論文集 看護管理, 48, 225-228.
- 市川裕美子, 山野内靖子. (2018). 看護学生の社会人基礎力の学年別自己評価と変化. 八戸学院大学紀要, 56, 161-166.
- 神山真美, 高島恵, 堀本ゆかり, 丸山仁司. (2018). 作業療法士・理学療法士のキャリア形成とその支援—リアルティショックの現状とその支援・対策について—. 日本リハビリテーション教育学会誌, 1 (1), 24-31.
- 笠松由利, 今村恭子. (2017). 総合病院看護師の社会人基礎力の構成要素とクリニカルラダーによる相違の検討. 兵庫医療大学紀要, 5 (1), 1-9.
- 経済産業省. (n.d.). 社会人基礎力.
<https://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/>
- 城戸真紗美, 久々江理佳, 田中祐子, 和田めぐみ. (2023). 看護師の社会人基礎力と看護実践力に関する年代別の相違の検討 A 病院における実態調査より院内教育の方向性を考える. 市立札幌病院医誌, 82, 47-53.
- 北島洋子, 細田泰子. (2017). 新人看護師の社会人基礎力と関連要因の検討. 奈良学園大学紀要, 7, 35-44.
- 厚生労働省. (2009). 新人看護職員研修の現状について.
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0430-7b.pdf>
- 厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ. (2011). チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>
- 隈本伸生. (2018). 新人看護師の社会人基礎力評価データから見えてきた課題. 日本医療情報学会看護学術大会論文集, 19, 135-136.
- 箕浦とき子, 高橋恵. (2018). 看護職としての社会人基礎力の育て方 (第2版). 日本看護協会出版会.
- 西川裕美, 今田美和子. (2021). 基礎看護教育で取り組んだ社会人基礎力強化の取り組みの成果～2年課程卒業生と大学病院勤務看護師の社会人基礎力との比較～. 神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要, 45, 11-15.
- 岡部清美, 高橋永子. (2014). 新卒看護師の社会人基礎力に関する研究—看護師養成機関別の特徴—. インターナショナル nursing care research, 13 (4), 125-133.
- 大木雄一. (2017). 新入職員に対する社会人基礎力育成研修の効果. 理学療法ジャーナル, 51 (10), 930-935.
- 大木雄一. (2021). 「社会人基礎力」と「理学療法士の臨床能力」の継時的変化と両者の関連性について. 理学療法: 技術と研究, 49, 81-87.
- 大岡裕子, 吉永純子, 鈴木英子. (2017). 大学病院に勤務する看護師の社会人基礎力に関する要因の分析. 日本看護管理学会誌, 21 (2), 87-97.
- 大山祐介, 鳥越絹代, 妹川美智, 宮原真千世, 宮崎智子, 永田明. (2018). 新人看護師の離職意思の実態と職業キャリア成熟に関連する要因. 保健学研究, 31, 15-24.
- 佐藤優子, 佐藤敏恵, 宮本美恵. (2021). 指導者による社会人基礎力他者評価を取り入れた新人看護師への関わりの効果. 日本看護学会論文集 看護管理・看護教育, 51, 207-210.
- 田端五月, 脇田美穂子, 児玉真利子. (2015). 新人看護師の「社会人基礎力」の現状と育成課題に関する研究. 日本看護学会論文集 看護教育, 45, 270-273.
- 高木亮輔. (2018). 新人の社会人基礎力をメンターが把握することの有用性—行動目標と社会人基礎力に着目して—. 静岡理学療法ジャーナル, 37, 15-20.
- 丹内絵理, 川上覚, 近藤ナナ. (2017). 社会人基礎力の傾向と研修への活用 of の検討. 北海道看護研究学会集録, 平成 29 年度, 101-103.
- 勅使河原俊子, 小林由起子, 富田幸江. (2023). 手術室に勤務する新卒看護師の社会人基礎力に関連する要因. 松蔭大学紀要, 8, 15-27.
- 宇土章代. (2022). 病棟内新人教育システム再構築による新人看護師の「社会人基礎力育成」の取り組み. 三重看護研究会誌, 5 (1), 55-61.
- 山下優, 藤本幹, 堀本ゆかり. (2020). 臨床実習における作業療法学生の問題エピソード 身体障害領域の作業療法士への Focus Group Interview からの分析. 日本リハビリテーション教育学会誌, 3 (1), 1-10.
- 吉武美佐子, 椎葉美千代, 酒井康江, 窪田恵子, 福澤雪子, 松尾和枝, 前田三枝子. (2015). A 看護大学卒業生の看護技術および社会人基礎力修得の現状と課題. 福岡女学院看護大学紀要, 5, 65-72.

◇研究報告◇

COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで 継続的に所属していた看護師の困難感

森山寿伸^{1)*}, 塚本麻亜子¹⁾

【目的】 COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感を明らかにすることを目的とした。

【方法】 A 病院の COVID-19 対応病棟に感染拡大初期から第 6 波の時期まで継続的に所属していた看護師を対象に半構造化面接を実施し、得られたデータを質的記述的に分析した。

【結果】 対象者 5 名の語りから、困難感として 4 個のカテゴリーが抽出された。

【結論】 COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで継続的に所属していた看護師には、【COVID-19 に関連して生じた変化に対応しなくてはならない】状況に対して、【安心して働くことができない】ことや【スタッフ間で思いや知識を共有できない】ことにより効果的に対応できず、その状況が継続した結果【思うような看護実践やキャリア形成ができない】という困難感が生じていた。これらの困難感には、組織的な対応が求められることが示唆された。

【キーワード】 COVID-19, 看護師, 困難感, 長期間

I. はじめに

2019 年 12 月に初の報告がされた新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）は世界的に感染が拡大し、2020 年 3 月 11 日には世界保健機関（World Health Organization：以下 WHO）がパンデミック宣言をするに至った（WHO, 2020）。本邦においても感染拡大が生じ、医療現場の看護職に大きな影響を与えた。病院で働く看護職を対象とした調査では、9 割以上が医療現場の緊張感の高まりを認識し、約 8 割が精神健康の悪化を懸念する状態にあったことが報告された（朝倉ほか, 2020）。また COVID-19 対応に従事した医療者には、COVID-19 が未知の存在であったことによる不安や恐怖に加え、それに伴う嫌悪や差別・偏見の影響が生じやすい状況があった（日本赤十字社, 2020）。実際に COVID-19 対応に従事した看護職を対象とした調査では、感染への不安や周囲からの差別を経験していたことが明らかとなっている（室賀・横田, 2023；新谷ほか, 2020）。さらに感染対策のための物資の充足が十分でない状況も生じており（日本看護協会, 2020）、COVID-19 対応に従事した看護職が、個人防護具（Personal Protective Equipment：以下 PPE）の不足に伴う不安を抱え

ていたことも報告されている（新谷ほか, 2020）。その他にも対応マニュアルが存在せず正解がない中で働かなければならないことや、感染予防対策による肉体的苦痛、従来行ってきたようなケアが行えないことに伴う不全感やジレンマといった困難感が生じていたことが明らかとなっている（村松・片山, 2022；新谷ほか, 2020）。

A 病院は第二種感染症指定医療機関として、感染拡大初期にあたる 2020 年 2 月より COVID-19 患者の受け入れを開始した。患者受け入れ開始当初、A 病院の COVID-19 対応病棟（以下 B 病棟）に所属している看護師においても、先行研究と同様の困難感が生じていたと考える。それらに対し B 病棟では、臨床心理士を交えたピアカウンセリングの実施や感染対策に関する勉強会の開催などといった対応策が講じられてきた。その後 2 年以上が経過する中で、変異株の出現、ワクチン接種の開始などさまざまな変化が生じた。さらに感染状況の大きな変動も繰り返し生じ、2021 年 12 月からは第 6 波が発生していた（大谷ら, 2022）。それらの変化により、感染拡大初期から第 6 波の時期まで継続的に B 病棟に所属していた看護師の困難感にも、変化が生じている可能性があった。しかし、COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで継続的に所

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 中東遠総合医療センター

* E-mail：h-moriyama01@chutoen-hp.shizuoka.jp

属していた看護師の困難感について、明らかにした研究は見当たらない。

そこでCOVID-19対応病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感を、A病院のB病棟看護師の語りを通して明らかにすることを目的として研究を実施した。本研究の結果は長期に渡りCOVID-19対応の場に所属する看護師や、今後の新規感染症パンデミック発生時に対応にあたる看護師への効果的な対応策を検討する上で役立つ可能性がある。

Ⅱ. 目 的

COVID-19対応病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感を、A病院のB病棟看護師の語りを通して明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

半構造化面接法を用いた、質的記述的研究デザインとした。

2. 用語の操作的定義

本研究では以下のように用語を定義した。

困難感：研究対象者が、職務の遂行や日常生活を送る中で、B病棟に所属していることに関連して、苦しんだり、悩んだり、困ったと感じたこと、また物事をするのが非常に難しいと感じたことを指すこととした。

3. 研究対象者

A病院のB病棟に感染拡大初期にあたる患者受け入れ開始時から第6波の時期まで継続的に所属しCOVID-19対応に従事していた看護師のうち、研究参加に同意が得られるものを対象とした。A病院ではB病棟看護師の負担軽減と看護部全体のCOVID-19への対応力向上を目指し、「他部署看護師との6ヵ月間の勤務場所の交代」（以下勤務交代）を実施していた。研究対象者のうち、この勤務交代を経験した者は経験していない者と比較して、B病棟における実際の勤務期間が約6ヵ月短い。しかし勤務交代中も所属はB病棟となっていたことや、勤務交代終了後にはB病棟勤務に戻ることが決定していた。それらにより勤務交代期間中もCOVID-19対応やB病棟の動向について、当事者としての意識を持っていたと考え対象に含んだ。

4. データ収集方法

調査期間は、2022年3月であった。同意の得られた研究対象者に対し、研究者と1対1でインタビューガイド（表1）を用いた半構造化面接を1回行った。日時は業務終了後とし、研究対象者の都合に合わせて相談の上で決定した。面接時間は30～60分程度としたが、研究対象者の状況に合わせて適宜増減した。インタビューは、プライバシーの確保ができる当該病棟の個室にて実施した。また同意を得た上で面接内容は、ICレコーダーにて録音した。

5. データ収集内容

1) 研究対象者の属性

面接に先立って、研究対象者の「年齢」「臨床経験年数」「勤務交代の有無」について情報を得た。

2) インタビュー内容

表1に示したインタビューガイドの内容について、研究対象者の語りを得た。B病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師に、調査実施時点で生じていた困難感を明らかにするために、面接時には表出された困難感がいつの時期のものなのかを研究対象者と確認した。

6. 分析方法

B病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感の内容について、質的記述的に分析した。インタビューの録音内容を下に、逐語録を作成した。逐語録を精読し、研究対象者に調査実施時点で生じていた困難感に関わる文章を抽出し、意味や内容のわかる範囲で区切り、コード化した。その後、コード間で類似性のあるものを集め、そこに含まれているコードを表すような抽象化された名称を付け、サブカテゴリーとした。さらにサブカテゴリー間で類似性のあるものを集め、そこに含まれたサブカテゴリーの内容を表すような抽象化された名称を付け、カテゴリーとした。結果の厳密性を確保するために、著者らの解釈やカテゴリー化に歪みや偏りがないか、所属機関の質的研究の経験がある看護研究委員3名に確認してもらった。さらに質的研究を熟知した研究者のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は中東遠総合医療センター臨床研究倫理審査委員会の承認（承認番号研コ137）を受けて実施した。研究対象者には口頭と文書にて、研究の目的と概要、調査協力への参加の任意性、中断の自由、個人情報保護、関係学会での発表などについて説明するとともに、同意書を提出してもらった。得られたデータは、研究対象者の個人情報とは関係のない番号（識別コード）を付けて管理した。ICレコーダーにて録音したデータは、逐語録作成後速やかに消去した。逐語録作成の際には、個人情報に関わる文章をコード化し、匿名性の確保を行った。またデータを容易に閲覧できないようにパスワードを用いて閲覧制限をかけ、厳重に管理した。

表1 インタビューガイド

- ・対応開始当初から今まで困難に感じることはありましたか
- ・それにどのように対応しましたか
- ・COVID-19対応病棟に長期間所属して今、困難に感じることはありますか
- ・それはいつごろから困難に感じ始めたのですか
- ・なにかそれに対する対応をしていますか
- ・どうすればその困難が解消されると思いますか

V. 結 果

1. 研究対象者の属性

研究対象者となったのは、5名であった。研究対象者の概要を、表2に示す。研究対象者に該当した者は8名おり、そのうち7名より研究参加への同意が得られた。研究開始当初、患者対応を行っていた病棟看護副師長2名も研究対象者としていた。しかし語られた困難感の内容が、主に病棟管理に関する内容であったため、研究対象者から除外することとした。平均面接所要時間は、41.6 (SD 21.5) 分であった。

2. 分析結果

インタビュー内容から、124のコードが抽出された。抽出されたコードは分析の結果、4個のカテゴリーと15個のサブ

カテゴリーに分類できた(表3)。以下よりカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, コードを「 」で示し、各カテゴリーごとに結果を概説する。

表2 研究対象者の概要

対象者	年代	臨床経験年数(年)	勤務交代*の有無	面接時間(分)
A	40代	16~20	有	31
B	30代	16~20	無	81
C	30代	11~15	無	47
D	20代	6~10	無	20
E	30代	6~10	有	29

* A病院にて実施されていたB病棟看護師と他部署看護師との6か月間の勤務場所の交代

表3 COVID-19対応病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
COVID-19に関連して生じた変化に対応しなくてはならない	今まで経験したことのないような変化に対応しなければいけない	COVID-19対応に関して、管理職の言うことがコロコロ変わり、その都度対応しなければいけないストレスが多い 新規感染症であるCOVID-19のマニュアルは変更点が多いため、修正が間に合わない (感染区域に持ち込めないに) 病院においてマニュアルは紙ベースであることが求められる 病院の今までのマニュアル管理の方法では修正が難しい
	今後起こり得る変化に対応できるか不安だ	(新体制移行に伴い病棟編成が変更した後) 一般床対応の忙しさと、COVID-19対応のための感染対策がしっかりできなくなるかもしれないと不安 今後COVID-19に対する方針が変更になったら、一般の患者と合わせて今より多くの患者を見ていかなければいけなくなると考えるが、今の病棟スタッフに看られるのかと不安に思ってしまう (小児病棟や産科病棟のような) 専門病棟であり、COVID-19用の受け入れ場所を用意していても、実際には患者を受けてくれない
	COVID-19対応を担わざるを得ない状況がある	管理者から自分が駒のように扱われ、COVID-19対応をやらざるを得ない状況に置かれてきたと感じる
	よくわからない他科の患者対応をしなければいけない	専門外の患者の対応やアセスメントが正しいのかわからない 救急車で運ばれてきた状態の悪い産科や小児、脳外などの分野外患者をCOVID-19だからという理由で、COVID-19病棟で看なければいけないことが不安
	COVID-19対応に専念できない	COVID-19対応か一般床のどちらか一方だけとかならいいと思うが、COVID-19と一般患者の両方を看なければならない現状がある 一般患者対応もあるためCOVID-19対応に専念できず、宙ぶらりんを感じる
	COVID-19と一般の患者両方に対応しなければいけない	COVID-19対応と一般床の両方に対応しなければいけない COVID-19患者と一般患者、それぞれの観察ポイントや業務内容が大きく異なるため対応の両立が難しい 感染対策の面などからCOVID-19患者と一般患者を同時に看することに気が引ける 自分が対応をする中で、COVID-19を一般患者にうつすことはしてはいけないと思う
	COVID-19と一般の患者の混在で、人員が足りない	COVID-19患者と一般患者の両方に限られた人数で対応しなければいけない COVID-19の患者を一人でたくさん受け持っている際に、なにかあったらどうしようという不安がすごくある
安心して働くことができない	専門外の患者対応に困っても相談できない	専門外の患者対応やアセスメントに困っても、相談できる人が身近にいない 専門病棟に相談が難しい
	病棟運用ルールが守られない	COVID-19と一般患者の双方を看る中で、入院人数に関する病棟運用についての約束が守られていないのでつらいと感じる COVID-19対応病棟における一般患者の入院人数に関して、病棟運用ルールが守られていない現状が、患者数の多い他の病棟の状況を見ると仕方ないと思うし、自分にはなんともできないと感じる (B病棟のスタッフの中に生じていた) これ以上コロナと一般患者の両方を看られないという意識に自分は共感できない ワクチンも防護具も揃っている今、新たにCOVID-19対応を行うスタッフが恐怖を訴えていることに対して共感しきれない感情がある 自分の作ったCOVID-19対応マニュアルを他部署で使用することに否定的な意見がある 他の病棟スタッフがCOVID-19対応についてわかっていないとは思わないが、どこかわかまりを感じる 自病棟以外がCOVID-19に関して他人事のように思っていると感じる COVID-19患者と一般患者の両方に対応することが難しい今の病棟運用を、理想としては直属の上司に何とかしてもらいたいが、(COVID-19関連で) 大変な思いをしている上司がこれ以上つらくなると言う意見は言えない 管理職の態度などからCOVID-19対応に関して、自分たちに寄り添ってくれていると感じられない COVID-19対応病棟の業務に慣れていないスタッフに、自分たちの経験を伝えていかなければいけないが伝え方が難しい COVID-19対応病棟の業務に慣れていないスタッフも多く、気にかけて業務に当たらねばならない
スタッフ間で思いや知識を共有できない	スタッフ間に共感し合えない わだかまりがある	PPE着用による不便さから思うような看護実践ができない COVID-19対応に入っている人はPPEの着脱などで、すぐに一般患者の対応を行うことができない 両方の患者に対して十分な対応ができなと感じる (COVID-19と一般の患者の混在によりすぐ対応できないため) 患者さんの安全が守れない COVID-19患者と一般床の両方に対応することで患者さんを待たせてしまい迷惑をかけている COVID-19対応を経て、看護技術がへたくそになったと感じる COVID-19対応に専念する中で、今まで自分が培ってきた看護を行うために必要な力が落ちてしまったことに残念だと感じる 一般病床の他の同期と比べて、自分は看護業務にブランクがあると感じる COVID-19対応のせいで一般患者を看て、しっかり勉強するというのができていないと感じる 2年間のCOVID-19対応により経験できなかった看護業務や技術がある 2年間COVID-19対応に従事した自分が、経験年数に見合った成長をすることができているのかという不安をとて感じる
	経験値の共有が難しい	
	PPE着用による不便さから思うような看護実践ができない	
	COVID-19と一般の患者のどちらにも十分な対応ができない	
	思うような看護実践やキャリア形成ができない	
	看護を実践する力が低下した自分自身を自覚して残念に思う	
	自分が看護師として成長できているのか不安に感じる	

1) 【COVID-19に関連して生じた変化に対応しなくてはならない】

このカテゴリーでは、COVID-19に関連して生じた変化に対応することへの困難感が示されていた。このカテゴリーは、6個のサブカテゴリーから構成されていた。

研究対象者には、「COVID-19対応に関して、管理職の言うことがコロコロ変わり、その都度対応しなければいけないストレスが多い」とことや「新規感染症であるCOVID-19のマニュアルは変更点が多いため、修正が間に合わない」と、「(感染区域に持ち込めないのに) 病院においてマニュアルは紙ベースであることが求められる状況がある」といった〈今まで経験したことのないような変化に対応しなければいけない〉という困難感が生じていた。また「(新体制移行に伴い病棟編成が変更した後) 一般床対応の忙しさで、COVID-19対応のための感染対策がしっかりできなくなるかもしれないと不安」を感じることや、「今後COVID-19に対する方針が変更になったら、一般の患者と合わせて今より多くの患者を見ていかなければいけなくなる」と考えるが、今の病棟スタッフに看られるのかと不安に思ってしまう」といった〈今後起こり得る変化に対応できるか不安だ〉という困難感も生じていた。さらに研究対象者には、「(小児病棟や産科病棟のような) 専門病棟であり、COVID-19用の受け入れ場所を用意していても、実際には患者を受けてくれない」といった〈COVID-19担当を担わざるを得ない状況がある〉中で、「専門外の患者の対応やアセスメントが正しいのかわからない」にも関わらず、「救急車で運ばれてきた状態の悪い産科や小児、脳外などの分野外患者をCOVID-19だからという理由で、看なければいけないことが不安」であるといった〈よくわからない他科の患者対応をしなければいけない〉という困難感も生じていた。加えて病棟編成の変化によって生じた「COVID-19対応か一般床のどちらか一方だけとかならいいと思うが、COVID-19と一般患者の両方を看なければならぬ現状がある」といった〈COVID-19対応に専念できない〉状況により、「COVID-19患者と一般患者、それぞれの観察ポイントや業務内容が大きく異なるため対応の両立が難しい」とことや、「感染対策の面などからCOVID-19患者と一般患者を同時に看することに気が引ける」といった〈COVID-19と一般の患者両方に対応しなければいけない〉という困難感も生じていた。

2) 【安心して働くことができない】

このカテゴリーでは、安心して働くために必要となる環境が整っていないことによる困難感が示されていた。このカテゴリーは、3個のサブカテゴリーから構成されていた。

研究対象者には、「専門外の患者対応やアセスメントに困っても相談できる人が身近にいない」中で「専門病棟に相談が難しい」といった〈専門外の患者対応に困っても相談できない〉ことや、「COVID-19と一般患者の双方を看る中で、入院人数に関する病棟運用についての約束が守られていないのでつらいと感じる」といった〈病棟運用ルールが守られない〉

という困難感が生じていた。また「COVID-19患者と一般患者の両方に限られた人数で対応しなければいけない」中で、「COVID-19の患者を一人でたくさん受け持っている際に、なにかあったらどうしようという不安がすごくある」といった〈COVID-19と一般の患者の混在で、人員が足りない〉という困難感も生じていた。

3) 【スタッフ間で思いや知識を共有できない】

このカテゴリーでは、立場やCOVID-19対応への経験値、考え方が異なるスタッフとの間で、思いや知識を共有することへの困難感が示されていた。このカテゴリーは、2個のサブカテゴリーから構成されていた。

研究対象者には、「(B病棟のスタッフの中に生じていた) これ以上コロナと一般患者の両方を看られないという意識に、自分は共感できない」とことや「ワクチンも防護具も揃っている今、新たにCOVID-19対応を行うスタッフが恐怖を訴えていることに対して、共感しきれない感情がある」と、「自病棟以外がCOVID-19に関して他人事のように思っていると感じる」と、「COVID-19患者と一般患者の両方に対応することが難しい今の病棟運用を、理想としては直属の上司に何とかしてもらいたいけれど、(COVID-19関連で) 大変な思いをしている上司がこれ以上つらくなると思うと意見は言えない」といった〈スタッフ間に共感し合えないわだかまりがある〉という困難感が生じていた。また「COVID-19対応病棟の業務に慣れていないスタッフに、自分たちの経験を伝えていかなければいけないが伝え方が難しい」といった〈経験値の共有が難しい〉という困難感も生じていた。

4) 【思うような看護実践やキャリア形成ができない】

このカテゴリーでは、COVID-19対応に必要な感染対策や特殊性の高いCOVID-19対応病棟に第6波の時期まで継続的に所属することにより、思うような看護実践やキャリア形成ができていないことへの困難感が示されていた。このカテゴリーは、4個のサブカテゴリーから構成されていた。

研究対象者には、〈PPE着用による不便さから思うような看護実践ができない〉中で、「COVID-19対応に入っている人はPPEの着脱などで、すぐに一般患者の対応を行うことができない」とことにより「両方の患者に対して十分な対応ができないと感じる」といった〈COVID-19と一般の患者のどちらにも十分な対応ができない〉という困難感が生じていた。また「COVID-19対応を経て、看護技術がへたくそになったと感じる」経験をしたことにより〈看護を実践する力が低下した自分自身を自覚して残念に思う〉ことや、「2年間のCOVID-19対応により経験できなかった看護業務や技術がある」とことにより〈自分が看護師として成長できているのか不安に感じる〉という困難感も生じていた。

VI. 考察

質的記述的分析の結果、研究対象者に生じていた困難感として4個のカテゴリーが抽出された。以下に、COVID-19対

応病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感、先行研究との相違点および困難感の全体像とその対応に向けた示唆、本研究の限界について考察する。

1. COVID-19 対応病棟に第6波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感

1) 【COVID-19に関連して生じた変化に対応しなくてはならない】

新規感染症であるCOVID-19の患者対応やA病院の組織としての対応方針には、研究対象者が今まで経験したことがないような変化が頻回に生じた。その中で研究対象者には、病院で使用される紙のマニュアルが汚染防止のため感染区域では使用できないことや、管理職者から頻回に伝えられる方針の変化に対応しなければいけないこと、マニュアルの修正が間に合わないこと、今後生じるかもしれない変化への不安といった困難感が生じていた。先行研究において、中東呼吸器症候群(Middle East Respiratory Syndrome: MERS)の対応看護師が、頻回に変更されるガイドラインへの対応に困難を感じていたことが報告されている(Kang, Son, Chae, & Corte, 2018)。新規感染症であるCOVID-19対応に従事していた研究対象者においても、情報解明や治療法の確立などに伴い頻回に生じる変化に対して、その都度迅速に対応することには困難感が生じやすかったと考える。またCOVID-19により今まで経験したことがないような変化を経験することで、現状に合わない病院システムや今後起こり得る変化への予期不安による困難感も生じやすかったと考える。さらにCOVID-19対応に長期間従事していた研究対象者の中には、患者対応だけでなく、マニュアル作成のような役割を担っている者もいた。その結果、COVID-19に関する変化の影響を受けやすく、マニュアル修正などにより業務量が増加することで、さらに困難感が増す状況にあったと考える。

COVID-19に関する感染状況やA病院における組織の対応方針の変化に伴い、B病棟の患者特性や病棟編成にも変化が生じた。そのような状況の中で研究対象者には、看護実践に不安を感じる専門外の患者対応や、対応方法の異なる感染者と非感染者の両方に対応しなければいけないことへの困難感が生じていた。先行研究においても看護師は、専門外の患者対応に自信を持ちにくいことが報告されている(長沼ほか, 2014)。またCOVID-19対応看護師には感染者と非感染者の混在により、感染媒体になってはいけないというプレッシャーが生じていたことも報告されており(新谷ほか, 2022)、本研究で示された内容と一致している。COVID-19対応に第6波の時期まで従事し、“COVID-19対応に慣れている”と捉えられやすい研究対象者においても、感染状況などにより患者特性や病棟編成が変化することで、患者対応に関する困難感が生じやすかったと考える。

2) 【安心して働くことができない】

研究対象者には、感染者と非感染者の対応に人員が割り振られることにより、マンパワー不足という困難感が生じてい

た。先行研究においても、感染者と非感染者が混在する状況において、マンパワー不足が生じていたことが報告されている(新谷ほか, 2022)。またCOVID-19重症病棟の看護師長が、感染状況に応じて看護提供体制を変更することに苦悩していたことが報告されているように(上澤・宮本, 2023)、日々変化する状況に応じて人員を調整することは難しく、マンパワー不足へ効果的に対応することは困難であったと考える。

さらに研究対象者には、看護実践に不安を感じる専門外の患者対応に関して相談できない状況や、病棟運用ルールが守られないという困難感も生じていた。相談体制の整備や病棟運用ルールを順守するための手段を講じることは、現場のスタッフであった研究対象者には困難であったと考える。

それらによりCOVID-19に関連した変化に効果的に対応できるような労働環境が整わず、研究対象者には安心して働けないという困難感が生じやすかったと考える。

3) 【スタッフ間で思いや知識を共有できない】

研究対象者は、COVID-19対応への理解不足や苦勞が伺える上司への気遣いなどから、他部署スタッフや管理職者との間にわだかまりを感じていた。COVID-19対応への理解不足に伴うスタッフ間のわだかまりについては、先行研究においても同様の報告がされている(村松・片山, 2022)。COVID-19対応病棟における看護実践は、その特殊性により、他部署スタッフや管理職者からの理解不足が生じやすいと考える。また、COVID-19対応病棟の管理職者は、先の見えない不安と疲労の中での病棟管理や、スタッフの思いやケアを統一していくこと、快適な職場環境を確保することなどに苦悩していたことが報告されている(上澤・宮本, 2023)。B病棟に第6波の時期まで継続的に所属する中で、管理職者が苦悩する姿を目の当たりにしてきた可能性のある研究対象者には、気遣いから思いを伝えにくい状況も生じやすかったと考える。このような状況により、研究対象者と他部署スタッフや管理職者との間では、思いの共有が難しくなり、わだかまりが生じやすかったと考える。

本研究において特徴的であったのは、研究対象者が同じB病棟の看護師に対しても、COVID-19対応への経験値や考え方の違いにより、わだかまりを感じていた点である。感染拡大初期にはCOVID-19が未知の存在であり、対応看護師の多くに感染への恐怖や不安といった共通した感情が生じていた(日本看護協会, 2020; 新谷ほか, 2022)。そのような中、本邦におけるCOVID-19対応が開始されてから2年以上が経過し、情報解明や物資の充足、対応実績の蓄積が進んだ。それらにより同じB病棟の看護師においても、COVID-19対応への経験値や考え方の異なる者が混在するようになったと考える。B病棟に第6波の時期まで継続的に所属し、日々のリーダー業務や新規対応看護師の指導、マニュアル作成といった役割を担っていた研究対象者は、スタッフそれぞれのCOVID-19対応への経験値や考え方の違いを、実感しやすい立場にあったと考える。その結果、同じB病棟の看護師に対しても、わだかまりが生じやすかったと考える。

研究対象者には、自らの経験を他者に伝える役割を果たすことへの困難感も生じていた。先行研究においても COVID-19 対応看護師が、特有の看護方法に悩む新規看護師への指導に困難感を抱いていたことが報告されている（牧野・内田, 2023）。研究対象者は、院内における COVID-19 対応の「先駆者」であり、効果的に経験を伝えるための「前例」が存在しない中で、指導方法を模索する必要があった。その結果、経験値の共有に関する困難感が生じやすかったと考える。

4) 【思うような看護実践やキャリア形成ができない】

研究対象者には、PPE 着用による暑さや動作の制限により、思うような看護実践ができないという困難感が生じていた。また感染者と非感染者の両方に対応しなければいけない中で、感染対策により迅速な対応ができず、どちらの患者にも十分な看護ができないという困難感も生じていた。先行研究においても、看護師には PPE 着用により身体的負担や、運動機能性の障害が生じていたことが報告されている（Galehdar et al., 2020；森本ほか, 2020）。PPE 着用による弊害や、感染者と非感染者が混在する中で感染対策により迅速な患者対応が難しい状況が生じることで、研究対象者には思うような看護実践ができないという困難感が生じやすかったと考える。

さらに研究対象者には、B 病棟に所属する中で、自身の看護実践能力が低下したことを残念に思うといった困難感が生じていた。COVID-19 対応病棟における看護実践は、感染対策などの影響により一般病棟とは異なる点が多いと考える。そのような環境に第 6 波の時期まで継続的に所属したことにより、研究対象者は今まで行ってきたような看護実践ができていない自分を認識し、残念な気持ちを抱くことになったと考える。加えて研究対象者からは、看護師としての成長ができていないのではないかと不安が生じていたことも示された。看護師のキャリア成熟には、職業人としてのモデルや職場での支援者となるメンターの存在が重要となることが明らかになっている（林・米山, 2008；小手川ほか, 2010）。坂柳（1999, p.115）によれば、キャリア成熟とはキャリアの選択・決定やその後の適応への個人のレディネスないし取り組み姿勢のことであるとされる。つまり研究対象者のキャリアプランやそのために必要となるキャリア形成には、これまで出会ったモデルやメンターが大きな影響を与えたと推測する。しかし COVID-19 対応病棟での特殊な業務に従事することにより、研究対象者はこれまで自分が思い描いていたキャリアプランの実現に必要なキャリア形成が難しい状況に陥ったと考える。さらに、院内の COVID-19 対応における「先駆者」であった研究対象者には、COVID-19 対応におけるモデルやメンターが存在せず、キャリアプラン自体を再構築することも難しかったと考える。その結果、研究対象者は自らのキャリア形成の停滞を実感し、他病棟の同期看護師との比較などから、自分が看護師として思うような成長ができていないという不安を強く感じるようになったと考える。

2. 先行研究との相違点および困難感の全体像とその対応に向けた示唆

1) 先行研究との相違点

研究対象者からは、先行研究にて示された院内外での差別や偏見といった困難感（朝倉ほか, 2020；桐本ほか, 2023；日本看護協会, 2020；新谷ほか, 2022）示されなかった。この結果の違いは、研究が実施された時期や状況の違いによるものであると考える。先行研究は、感染流行開始から 1 年未満の時期（2020 年 5～10 月）や、クラスターが発生した状況下で実施されたものであった。一方で本研究は、感染流行開始から 2 年以上が経過し、A 病院においても対応実績の蓄積が進むとともに、クラスターが発生していない状況下で実施された。ソーシャル・ネットワーキング・サービスの投稿内容を調査した先行研究では、2020 年と比較して 2021 年において、「感染」と「新型」「ウイルス」という言葉の関連性が弱まったことが報告されている。また流行の長期化に伴い、人々の COVID-19 に対する恐怖や不安が徐々に薄れている可能性についても指摘されている（秋原ほか, 2022）。このことから、先行研究が行われた時期と比べ、流行が 2 年以上続いた本研究の実施時期では、人々や社会の COVID-19 に対する不安や恐怖が軽減した状態にあったと考える。またクラスターが発生した状況下で行われた先行研究と比較して、対応実績の蓄積が進み、クラスターも発生していない状況下で実施された本研究では、院内スタッフの COVID-19 対応への不安や恐怖も軽減した状態にあったと考える。これらの要因により、先行研究と比較して、本研究では院内外における差別や偏見が生じにくい状態にあり、研究対象者から困難感が示されなかったのではないかと考える。

2) 困難感の全体像とその対応に向けた示唆

各困難感の考察により、COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感は、【COVID-19 に関連して生じた変化に対応しなくてはならない】状況に起因していると考えた。そのような状況に対して、【安心して働くことができない】ことや【スタッフ間で思いや知識を共有できない】ことにより効果的な対応ができず、その状況が継続した結果【思うような看護実践やキャリア形成ができない】という困難感がより強く生じることとなったと考える。COVID-19 に関連して生じた変化に対して、COVID-19 対応看護師のみで対応することは難しい。変化を常に評価し、人員不足に対するリリーフ体制の構築やスタッフ間での意見交換の機会の調整、各看護師のキャリアプランに合わせた部署異動などといった効果的な対応策を、組織的に検討していくことが必要である。

3. 本研究の限界

本研究においては、示された困難感と研究対象者の個人属性との関係は明らかにできていない。さらに B 病棟で行われていた困難感軽減に向けた取り組みが、示された困難感へどのような影響を与えたのかについても加味できておらず、今

後検討が必要である。また A 病院の B 病棟に第 6 波の時期まで継続的に所属している看護師の困難感の内容について調査した結果であるため、一般化には限界がある。今後、対象を拡大し追加の調査を行う必要がある。

VII. 結 論

COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで継続的に所属していた看護師の困難感を、A 病院の B 病棟看護師の語りを通して明らかにすることを目的に、半構造化面接を実施し、得られたデータを質的記述的に分析した。分析の結果、4 個のカテゴリーが困難感として抽出された。COVID-19 対応病棟に第 6 波の時期まで継続的に所属していた看護師には、【COVID-19 に関連して生じた変化に対応しなくてはならない】状況に対して、【安心して働くことができない】ことや【スタッフ間で思いや知識を共有できない】ことにより効果的に対応できず、その状況が継続した結果【思うような看護実践やキャリア形成ができない】といった困難感が生じていた。COVID-19 に関連して生じた変化を常に評価し、その変化への効果的な対応策を、組織的に検討していくことが必要であると示唆された。

本論文の一部は、第 27 回日本看護研究学会東海地方会学術集会にて発表したものである。

謝辞：本研究の趣旨にご賛同いただき、ご協力くださいました研究対象者の皆様に感謝申し上げます。また本研究実施にあたりご指導ご助言をくださいました所属機関の看護研究委員の皆様、浜松医科大学臨床看護学講座の片山はるみ先生、横道麻理佳先生に感謝申し上げます。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 秋原志穂, 長谷川和範, 辻榮々々香, 久保田彩香. (2022). Twitter からみる新型コロナウイルス感染症流行の長期化に伴う不安の変化. 日本看護研究学会雑誌, 45 (3), 496.
- 朝倉京子, 高田望, 杉山祥子. (2020). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のアウトブレイクが看護職に与える心理的影響 宮城県内の病院に勤務する看護職を対象とした実態調査. 看護管理, 30 (8), 756-762.
- Galehdar, N., Toulabi, T., Kamran, A., Heydari H. (2020). Exploring nurses' perception of taking care of patients with coronavirus disease (COVID-19): A qualitative study. Nursing Open, 8 (1), <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2616>
- 林有学, 米山京子. (2008). 看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因. 日本看護学会誌, 28 (1), 12-20.
- kang, H.S., Son, Y.D., Chae, S.M., Corte, C. (2018). Working experiences of nurses during the Middle East respiratory syndrome outbreak. International Journal of Nursing Practice, 24 (5), e12664. <https://doi.org/10.1111/ijn.12664>. (参照 2022 年 7 月 6 日)

- 桐本ますみ, 藤田京子, 中島燈子. (2023). COVID-19 のクラスター発生から中等症のコロナ病棟に移行した病棟の問題と対策. 日本職業・災害医学会会誌, 71 (5), 159-165.
- 小手川良江, 本田多美枝, 阿部オリエ, 本田由美, 寺門とも子, 八尋万智子. (2010). 看護師の「職業キャリア成熟」に影響する要因. 日本赤十字九州国際看護大学 intramural research report, 9, 15-25.
- 牧野夏子, 内山真由美. (2023). COVID-19 重症・中等症患者の看護実践における困難の実態. 日本クリティカルケア看護学会誌, 19, 172-183.
- 森本美智子, 内田幸子, 田辺文憲, 荒川創一. (2020). 医療従事者における感染制御, 特に感染防護服の現状における問題点からの研究成果をふまえた提言: 将来への感染防護服の改良に向けて. 日本防菌防黴学会誌, 48 (9), 493-499.
- 室賀なつ美, 横田乃彩. (2023). RCU (新型コロナウイルス感染症専用病棟) 勤務における困難と看護師のメンタルヘルス. 長野市市民病院医学雑誌, 7, 51-56.
- 村松妙子, 片山はるみ. (2022). 新型コロナウイルス感染症の流行に伴って医療従事者が経験した職務上の倫理的問題. 日本看護学会誌, 42, 55-62.
- 長沼真司, 池田祐美, 清水一也, 宮澤めぐみ. (2014). 専門科以外の患者を看護する際の不安～不安と対処方法から今後の課題を検討する～. 長野赤十字病院医誌, (27), 77-82.
- 日本看護協会. (2020). 看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査【個人】集計結果概要. https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/research/pdf/indiv_research2020.pdf (参照 2022 年 2 月 6 日)
- 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 \(COVID-19\) に対応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) に対応する職員のためのサポートガイド.pdf) (参照 2022 年 1 月 22 日)
- 大谷可菜子, 神垣太郎, 高勇羅, 山内祐人, 鈴木基. (2022). 日本における新型コロナウイルス感染症の流行波ごとの性別・年齢的特徴の疫学的検討. 感染症発生動向調査 (IASR), 43 (12), 273-275.
- 坂柳恒夫. (1999). 成人キャリア成熟尺度 (ACMS) の信頼性と妥当性の検討. 愛知教育大学研究報告 教育科学編, 48, 115-122.
- 新谷理恵子, 佐藤三穂, 大友里奈, 佐藤靖, 佐藤隆太, 中山瑛里, 大萱生一馬, 奥村美灯, 逸見奈緒, 矢野理香, 高橋久美子. (2022). COVID-19 患者の看護を実践した病棟看護師の心理状況. 日本看護研究学会雑誌, 45 (1), 3-11.
- 上澤弘美, 宮本佳代子. (2023). COVID-19 重症病棟をマネジメントする看護師長が抱える苦悩. 日本看護学会誌, 18 (1), 71-75.
- World Health Organization. (2020). WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (参照 2022 年 1 月 23 日)

◇研究報告◇

腹膜透析を新規導入した患者の入院中から退院後の不安に焦点を当てた看護介入

安田美由紀^{1)*}, 鴨崎芽衣美¹⁾, 岡崎美幸¹⁾, 柴田敏子¹⁾

【目的】腹膜透析を新規導入した壮年期の患者の入院中から退院後の不安に焦点を当て介入し、患者の思いと行動変容を明らかにし、看護について検討した。

【方法】約 30 分の半構成的面接を入院中、退院後 3 日目、退院後半年の 3 回行い、質的統合法で分析した。

【結果】入院中は、「治療イメージができず治療経過への不安」があった。退院後 3 日目は、「治療環境の変化への不安と適応」があり、退院後半年は、「症状出現時の行動の変化、迅速な連絡と相談」を抽出した。

【結論】入院中は、治療について認識のズレがないかを確認し、治療経過を説明する必要がある。退院後の生活を見据えて指導をしたことで、自宅での治療に適応できた。また、日常生活の振り返りを行ったことで、症状出現時の行動変容が見られ、迅速な連絡と相談ができるようになった。退院後も、療養生活が継続して行えるよう、電話や面談を行い、外来と連携し情報提供することが重要である。

【キーワード】腹膜透析、不安、患者指導、壮年期

I. はじめに

日本透析医学会は、2022 年末慢性透析療法を受けている患者総数は、347,474 人の内、腹膜透析（以下、PD とする）患者数は 10,531 人（3.0%）で、増加傾向を報告している（日本透析医学会、2023）。増加した要因は、在宅医療の推進、糖尿病に伴う糖尿病性腎症から人工透析に至るケースや、透析の長期化や加齢に伴って、PD ラストを選択せざるをえないケースが増えたためである。PD の合併症として腹膜炎があり、2018 年の腹膜炎発症は、PD 歴 2 年未満の患者が腹膜炎を繰り返し、発症率が高い傾向にある（日本透析医学会、2019）。A 病棟も、2019 年は 24 名の腹膜透析患者が入院し、腹膜炎を発症して、再入院するケースが目立った。腹膜炎発症率が高い原因は、導入期の指導が不十分であったのではないかと考えた。

川西（2008, p.69）は、「CAPD 療法の基本は、自己管理であり、それが良好に行われるかは導入時の指導に大きく左右される」と述べており、腹膜炎を予防するためには導入期の指導が重要であると言える。A 病棟ではパンフレットを用い

た指導を実施し、その内容はバック交換手技の指導、PD 器具取り扱い方法、入浴時の指導、排液不良異常時の対処方法、水分制限や栄養指導、体重・血圧管理など多岐にわたる。しかし、生活環境を含めた患者への個別指導や、在宅での治療を行う上で、個々の患者の不安に焦点を当てた介入が十分にできていないと感じていた。谷川（2016）の先行研究では、PD 導入患者の退院後の不安に焦点を当てた研究があったが、入院中から退院後に出現する不安に焦点を当てた研究はなかった。入院中から患者の不安に焦点を当て、不安を軽減できるような指導を行い、退院後も継続した介入を行うことで、腹膜炎を発症せず腹膜透析を安定的に実施できるような指導が行えるのではないかと考えた。

また、PD を新規導入した 50 歳代、男性の壮年期特有の思いや行動変容が抽出され、どのような指導や看護介入が、行動変容に影響するのか明らかになるのではないかと考えた。今後の PD 導入患者の患者指導に活かすことができ、さらに増えることが予想される慢性腎臓病（以下 CKD）の患者教育の示唆を得ることを目的に看護介入について検討した。

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail：0my34y0t7882p2s@ezweb.ne.jp

Ⅱ. 目 的

PD を新規導入した壮年期の患者の入院中から退院後の不安に焦点を当て介入し、患者の思いや行動変容を明らかにすることで、PD 導入患者の患者指導や CKD の患者教育の示唆を得ることを目的に看護介入について検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：事例研究

2. 研究対象者：B 氏、50 歳代、男性。30 歳前後に他の病院で急性糸球体腎炎にて入院し、腎生検を勧められたが実施しなかった。その後、2 ヶ月に 1 回外来通院を行っていたが、BUN=48.5mg/dl, Cr=4.06mg/dl, K=6.9mEq/l と高値となり、40 代後半に C 病院紹介となる。C 病院紹介時、既に腎代替療法導入は避けられない状況だったため、透析治療の専門スタッフと医師による説明を実施し療法選択を行った。すぐに入院して加療が必要だった。しかし、仕事の都合がつかず、1 か月後の入院となり、PD カテーテル留置術（SMAP）を施行した。SMAP 術後の創治癒は順調で自宅退院した。半年後に再入院し、PD カテーテル取り出し術を施行し、PD 導入となった。注排液不良、出口部排膿や肉芽形成を認めたため 2 か月間の長期入院となった。自宅退院後は、PD 導入を機に運転手から事務職に配置換えとなった。家族構成は、妻、長女（高校生）、長男（中学生）の 4 人暮らし。療法選択時、仕事の都合がつかず血液透析での週 3 回の通院が困難なため PD を選択した。

3. 研究期間：令和 X 年 7 月～令和 X+1 年 7 月

4. 研究方法：

1) 独自に作成したインタビューガイドに基づき、患者に約 30 分の半構成的面接を行った。面接は、承諾を得て IC レコーダーに録音した。インタビューは、入院中、退院後 3 日目、退院後半年の計 3 回行った。環境の変化や時期によって出現する不安が異なり、患者の思いや行動がどのように変化していくか、段階に沿ってどのような看護介入が必要になってくるかを明らかにするため、患者の外来受診日に合わせた 3 回の時期に行った。B 氏へのインタビューと語られた内容とそれに対する看護師の看護実践を前向きに分析し、検討を行った単一事例研究法で実施した。インタビューガイドの内容は、谷川（2016）が明らかにした結果から、不安を中心に次の 5 つの視点から質問した。①PD に伴う異常事態、②退院後の生活に関する事、③退院後のサ

ポート不足、④PD に伴う制限、⑤医療体制のフォロー不足に関する事。

2) 入院中、退院後 3 日目、退院後半年に行った看護介入。（表 1）

3) IC レコーダーに録音したデータから逐語録を作成した。

5. 分析方法

1) 逐語録は質的統合法（KJ 法）を用いて分析した。不安を中心に質問を行ったが、不安以外の思いや行動が出現したため、思いの内容を一単位として一文のラベルを作成した。入院中、退院後 3 日目、退院後半年の各時期に類似しているラベルを集め、環境の変化や時期によって出現する不安、変化する患者の思いや行動に着目して、インタビュー内容を分析し、グループ編成を繰り返し集約した。最終ラベル同士の関係性に着目し関係記号を添え言葉、シンボルマーク「事柄：【エッセンス】」を書き込み、構造化の作業を行い、見取り図を作成した。研究者間で繰り返し協議して、内容妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て実施した。患者に研究の主旨、研究参加は自由意思であり、途中で断っても提供される医療や看護に不利益は生じないこと、看護研究に必要なカルテや看護介入などのデータを使用すること、研究の公表には個人を特定できないことを口頭と書面にて説明し、同意を得た。個人情報の匿名化と不必要になった書類は裁断し破棄すること、録音機器のデータは初期化し消去することを説明し、承諾を得た。（承認番号 倫 17）

Ⅴ. 結 果

入院中、退院後 3 日目、退院後半年に行った看護介入から得られた結果は表 2 に示す。（表 2）

入院中 25 枚、退院後 3 日目 22 枚、退院後半年 31 枚のラベルから、各時期で類似しているラベルを集め、環境の変化や時期によって出現する不安、変化する患者の思いや行動に着目してインタビュー内容を分析した。各時期に共通して出現した患者の思いが抽出され、基盤となる思い 1 枚、入院中 2 枚、退院後 3 日目 3 枚、退院後半年 3 枚の最終ラベル計 9 枚に集約し、シンボルマークとして表現した。シンボルマークは各ラベルの内容のエッセンスを凝縮して表現し、関係性の全体構造図を見出した。（図 1）

表 1 入院中、退院後 3 日目、退院後半年に行った看護介入

	入院中	退院後 3 日目	退院後半年
看護介入	・ APD 導入までの治療経過を説明 ・ 出口部感染の治療方法と経過を説明 ・ PD のチェックリストを作成し必要な手技や流れをシミュレーションした ・ 生活環境を含めた個別指導 ・ MSW による社会資源の情報提供	・ 自宅での治療環境と手技の確認 ・ ライフサイクルに応じて変更した治療時間の確認 ・ 日常生活の振り返り	・ 日常生活の振り返り ・ 検査データや処方内容を確認 ・ 症状の原因について振り返り ・ 症状出現時の対応方法について指導

腹膜透析を導入した入院中から退院後の患者の思いの変化は、入院中は、自動腹膜灌流装置（以下、APD とする）導入までの治療過程が理解できておらず、コンディショニング後の1日5回のバック交換時に、退院後に仕事をしながら1日5回のバック交換を実施することはできないといった不安があった。APD 導入後も排液・注液不良があり治療が実施できないと不安になる「治療経過への不安【治療イメージができ

— 51 —

退院後 3 日目は、病院と自宅では治療環境が異なり、シャワー後にラバックを付けたまま 2 階に上がり、カテーテルケアをするようにした。治療をするための環境を自分なりに整えた「環境の変化による不安【病院と自宅の治療環境の違い】」が抽出された。入院中に自宅の構造を図式化し、バックの保管場所や交換場所、手洗い場所などの注意点などのチェックリストを作成した。本人と一緒にチェックリストを元に、PD に必要な手技や一連の流れをシミュレーションし、住宅環境に応じた排液方法の説明や筋力トレーニングの必要性についても指導した。退院後、入院中に気付かなかった筋力低下を実感し、APD の排液タンクの破棄方法を変更した。筋力が低下している状態では、仕事の継続は困難と思い、筋力トレーニングを実施しているという「退院後の身体の変化【仕事復帰への自主的な取り組み】」が抽出された。仕事が始まったら 17 時に家に帰宅することは困難なため、バック交換の開始時間を遅らせようと考えている。子供の起床時間に合わせて APD の開始時間を調整するという「ライフサイクルの変化【仕事や家族の生活リズムに合わせた治療時間の調整】」の 3 つが抽出され、これらは、自宅での治療を継続するための工夫として、善循環した。

退院後半年は、検査データや処方内容を確認し、日常生活の振り返りを行った。下痢が出現したが、仕事を休めないため自己判断で 2 日間 APD を実施しなかった。下痢出現から 3 日後の定期受診にて整腸剤が処方され、徐々に下痢は落ち着いてきたという「体調不良時の対処方法への不安【仕事による適切な治療と受診行動への弊害】」が抽出された。毎日の飲酒や口喝により 1 日 1,000ml から 1,500ml 水分を摂取していた。自尿の減少を自覚しており、利尿剤が追加されたという「飲水制限の自己管理不足【毎日の飲酒や口喝による水分過多】」の 2 つが抽出され、体調管理について悪循環となった。そのため、症状出現時は自己判断せずに病院へ相談をするように指導した。その後、一度軽減していた下痢が再度悪化した。リンを下げる薬を内服したために下痢が出現したのではないかと、内服を止めたら下痢が止まると思い、自己判断で内服を中断する前に、病院に自ら相談の電話をしたという「症状出現時の行動の変化【迅速な連絡と相談】」に変化した。

入院中から退院後半年に抽出された患者の思いの変化の基盤には、子供を大学に進学させたい、仕事をして生活費を稼がないといけない。PD を 10 年くらい続けられるだろうかという「父親としての役割遂行への不安【PD を継続し仕事を続けられるか】」という考えが抽出された。

VI. 考 察

今回、PD を新規導入した壮年期の患者の入院中から退院後の不安に焦点を当て介入し、患者の思いや行動変容を明らかにすることで、PD 導入患者の患者指導や CKD の患者教育の示唆を得ることを目的に看護介入について検討した。

入院中は「治療イメージができていない治療経過への不安」と「出口部感染による入院期間の延長、入院が長期化するこ

とでの不安」が相俟って出現していた。B 氏の場合、カテーテル取り出しおよび出口部作成術後、コンディショニング、1 日 5 回のバック交換を経て APD を導入する予定であった。しかし、医療者の説明不足により APD 導入までの治療のイメージができておらず、バック交換への移行時は自宅でバック交換を行うと思い、今後の見通しへの不安が出現したと考える。石川（2019）は、治療することのない腎臓病や、その代替治療と、心身社会的に折り合いを付けながら自分らしく生活する。そのイメージを患者が具体的に思い描くことが重要であり、患者の思いは療法選択後であっても受容と不安の間で揺れ動く述べている。入院時に医師からどのような説明があったか、またどのように理解しているかを看護師が確認した上で、認識のズレがないかを確認し、治療経過を説明する必要がある。また、B 氏は療法選択については医師から説明を受けていたが、仕事のため通院が困難であり、血液透析を選択しなかった。C 病院では、治療選択時に透析治療の専門スタッフと医師による説明が行われている。療法選択時に患者がイメージできるよう支援するため、病棟看護師は CKD の教育入院の段階で血液透析や PD について具体的なイメージができるような説明や情報提供を行うことが必要と考える。

自宅退院後 3 日目は、「病院と自宅の治療環境の違い」があったが、入院中に自宅の構造について把握し指導を行うことができた。また、退院後、初めて筋力低下を実感し、仕事復帰への不安があったが、自主的に仕事復帰に向け筋力トレーニングを実施していた。さらに、仕事や家族の生活リズムに合わせて治療時間の調整をして、自分で環境に適応していくことができた。そのため、「病院と自宅の治療環境の違い」「仕事復帰への自主的な取り組み」「仕事や家族の生活リズムに合わせた治療時間の調整」の 3 つのエッセンスが互い善循環に繋がったと言える。入院中から退院後の生活を見据えて家族背景、仕事内容、生活リズムを把握し、川原、水政（2015）の先行研究を参考に、自宅の構造を図式化し、バックの保管場所や交換場所、手洗い場所などの注意点などのチェックリストを作成した。本人と一緒にチェックリストを元に、PD に必要な手技や一連の流れをシミュレーションしたことで、自宅での治療をイメージすることができ、不安が軽減し治療環境の変化に適応できたと考える。田中ら（2019）は、病院とは違う在宅 PD への移行時には、合併症の危険性や患者の不安が増すことや、各家庭環境に沿い可能な範囲で最大限の安全性が確保できるようにすることが大切な意義であると述べている。これらのことから、患者が安心して自宅で治療が継続できるように、生活環境も含めた個別指導が必要であると考える。

退院後半年のインタビューで、下痢の出現により自己判断で治療を中断し仕事を優先したためすぐに受診しなかったことや、自宅での生活に慣れ、飲酒や口喝による水分過多といっ

た自己管理不足が原因で悪循環となっていた。仲沢ら(1996)は、「壮年期は家庭でも職場においても重要な役割をもち、予備能力が加齢に伴い低下するなかで、仕事を優先させざるをえない状況にあり、ストレスフルな局面にたたさされている。」と述べている。また、山本(2014)は、患者の試みの一環として発生した管理の失敗は、ある程度は必要と考えて寛容な姿勢で臨むことが必要である。表面的な自己管理状況が振るわない時期には、特に患者の行為の理由を慎重に検討し、その意味を考える必要があると述べている。そのため、看護師は、患者の問題解決能力を開発できるように、患者が自分の行動や症状を見つめ、自分で考えて選択できるよう、患者の日常生活について振り返りを行ったことによって、「症状出現時の行動の変化」が見られ、「迅速な連絡と相談」ができるようになったと考える。

今回、B氏の思いの変化を知る中で、B氏にとって最も大切だったのは、子供を大学に行かせたい、仕事をして生活費を稼がないといけない、10年くらいPDを続けられるだろうかという父親としての責任と役割遂行であった。壮年期は役割期待が拡大され充実してくる時期で、セルフケア行動の動機づけを強化する因子が充実してくる時期であると考えられる。一方、本人が望むような役割遂行が疾病のために果たせなくなると、役割葛藤も大きくなると推測される(仲沢ら、1996)。今回仕事の変更を考えた時には、MSWによる社会資源の活用についての情報提供を行い、就労支援を行った。患者指導において、基盤になる患者の思いを把握して、各時期に出現した問題を解決できるように看護師間で情報共有し、他職種を交えたチームで解決していくことが大切であると考ええる。また、宮宇地ら(2012)は、外来受診時には、共に振り返って療養者が描く自分らしく生きることと突き合わせていく事、必要であれば再調整をする機会として重要であると述べている。血液透析の患者と違い、PD患者は2週間に1度の定期受診のみであり、変化する患者の状況を把握することが困難である。そのため、療養者が安定した生活の幅から逸脱することのないように、看護師は、療養者が獲得した自分なりの方法を尊重し、療養生活を継続することに無理はないか、療養生活を支持する関わりを持つことが必要である(宮宇地ら、2012)。患者が新たな課題に直面した時に克服できるよう、病棟看護師も定期的に電話や面談を行い継続して関わり、外来との連携を密にして情報提供することが求められる。

VII. 結 論

1. 入院時に患者が治療内容を理解しているかを把握、治療経過を説明し、退院後の生活を見据えて、生活環境を含めた個別指導をする。
2. 病棟看護師は、CKDの教育入院の段階で血液透析やPDについて具体的なイメージができるような説明や情報提供を行う。

3. 退院後も継続して関わり、患者の問題解決能力を開発できるように、看護師は、寛容な姿勢で患者と共に日常生活について振り返りを行う。
4. 入院時から基盤となる患者の思いを把握して、各時期に出現した問題を解決できるように看護師間で情報共有を行い、他職種を交えたチームで介入し、療養生活を支持するよう関わる。

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

- 石川弘子. (2019). PD 選択患者の揺れる思いを支える看護。腎と透析. 87 別冊腹膜透析 2019, 36-37.
- 川原真由美, 水政透. (2015). 新規腹膜透析導入患者の家庭訪問システムの構築。腎と透析. 79 別冊腹膜透析 2015, 229-230.
- 川西秀樹. (2008). 新しい CAPD ケアマニュアル (改訂 2 版). メディカ出版.
- 宮宇地秀代, 名越民江, 南妙子. (2012). 壮年期腹膜透析療養者のライフスタイルの明確化. 香川大学看護学雑誌, 16(1), 39-48.
https://kagawa-u.repo.nii.ac.jp/record/1872/files/AA12029628_16_39_48.pdf
- 仲沢富枝, 金子道子, 小野興子, 佐藤悦子, 遠藤みどり, 林一美. (1997). 壮年期人工透析患者のセルフケアの実態 (第一報) 報告. 山梨県立看護短期大学紀要, 2 (1), 153-169.
https://www.i-repository.net/il/user_contents/02/G0000632repository/ktk1996011.pdf
- 日本透析医学会. (2019). わが国の慢性透析療法の現況 (2018 年 12 月 31 日現在).
<https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2018/pdf/06.pdf>
- 日本透析医学会. (2023). わが国の慢性透析療法の現況 (2022 年 12 月 31 日現在).
<https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2022/pdf/01.pdf>
- 田中亜依, 松下菜名美, 大木由美子, 水政透. (2019). 腹膜透析導入期における家庭訪問と訪問前リーフレットによる指導の重要性. 腎と透析. 87 別冊腹膜透析 2019, 248-249.
- 谷川綾音. (2016). 腹膜透析導入患者に対する患者指導の検討—退院後に感じた不安と困惑したことに焦点を当てて—. 福岡赤十字看護研究集録, 30, 24-27.
- 山本佳代子. (2014). 透析患者の自己管理行動を支える動機づけとその支援に関する研究 (博士論文, 筑波大学).
<https://tsukuba.repo.nii.ac.jp/record/33183/files/DA06987.pdf>

◇研究報告◇

重症患者の早期離床における ICU 看護師の認識

—SICU と GICU の違いに焦点を当てて—

工藤光生^{1)*}, 武藤諒介²⁾, 佐藤大祐¹⁾, 加藤朋子³⁾

目的：重症患者の早期離床について、SICU・GICU の違いに焦点を当てながら ICU 看護師の認識を明らかにする。

方法：各 ICU3 名の看護師に半構造化面接法を行い質的統合法（KJ 法）で分析した。

結果：重症患者の早期離床における SICU 看護師の認識のシンボルマーク（事柄）は【離床実施の躊躇】【離床の苦い記憶】【来る離床への構え】【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】【離床達成の満足】【離床の曖昧な記憶】の 7 つであった。GICU 看護師の認識は【離床の苦い記憶】【来る離床への構え】【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】【離床達成の満足】【離床の曖昧な記憶】の 6 つであった。

結論：重症患者の早期離床における SICU・GICU 看護師の認識の構造は類似していたが細部で違いを認めた。早期離床の教育介入や成果の可視化により ICU 看護師を動機づけていくことが重要と考えられた。

【キーワード】重症患者, 早期離床, ICU 看護

I. はじめに

集中治療室（以下、ICU）に入室する患者は手術侵襲、急性疾患、慢性疾患の急性増悪などによって生命の危機的状況にある。患者の苦痛を緩和しながら、患者の生命維持と全身状態の改善、二次的合併症の予防、QOL の向上に努めることが看護として重要である（池松, 2011）。

近年では、集中治療の発達によって ICU 患者の死亡率が減少してきた一方で、ICU を退室した患者の身体・認知・精神機能障害として「集中治療後症候群」が注目されている。なかでも全身性の筋力低下を生じる ICU-Acquired Weakness（以下、ICU-AW）は ICU 入室患者の 80% に生じ、人工呼吸器装着日数や入院日数の遅延だけでなく、ICU 退室後の身体機能障害に関連している（Jolley, Bunnell, & Hough, 2016）。ICU-AW を予防あるいは早期に回復するための戦略として、適切な鎮痛・鎮静やせん妄管理、早期離床を含む ABCDE bundle が提唱されているが（Vasilevskis, et al., 2010）、なかでも早期離床には患者の入院日数短縮、人工呼吸器装着日数短縮、身体機能改善などの効果があると報告されている（Stiller, 2013）。本邦においても 2017 年に早期離床に関す

るガイドラインが策定され（日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会, 2017）、患者の身体・精神機能障害の予防や QOL 維持・向上のために早期離床を促進していくことがクリティカルケア看護における重要課題となっている。

早期離床を促進するためには離床プログラムの活用、多職種教育・トレーニング・回診、早期離床チームの運営が有効だとする報告（Dubb, et al., 2016）がある一方、早期離床のバリアとしてリハビリ専門職の不在、知識不足、安全性への懸念などが報告されている（Costa, et al., 2017）。

A 病院 ICU では 2016 年に ABCDE bundle を導入し、早期離床については「ICU 早期離床プログラム」を作成し、その実施率や内容を評価している。2017 年度の A 病院 ICU の早期離床プログラムの実施率は 40-70% 程度であり、先行研究（日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン検討委員会, 2017）と比較しても力を入れて取り組んでいることが伺える。

しかし、早期離床についてのカンファレンスでは「体動が困難なほど循環動態が不安定な患者や、終末期との狭間にいる患者に対し、どのように離床を進めるべきか悩む」「早期離床の取り組みも甲斐なく、患者が亡くなってしまうこともあるために、モチベーションの維持が難しい」といった意見が

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 秋田大学医学部附属病院 2) 秋田大学医学部保健学科 3) 男鹿みなと市民病院

* E-mail : kousei.horn@gmail.com

ICU 看護師から聞かれた。A 病院 ICU では、早期離床を促進するためのプロトコルや評価システムを整備してきたが、ICU 看護師がどのような思いで早期離床に取り組んでいるのか、何に動機づけられているのかといった認識には焦点を当てずにきた。早期離床をより一層促進していくためには、ICU 看護師の実践を支える内発的な動機づけも重要である。そのために、ICU 看護師の認識に焦点を当てて課題を明らかにする必要があると考えたが、先行研究は見当たらなかった。

さらに、医学の専門分化と高度化に伴い ICU も外科系 ICU、内科系 ICU、救急 ICU などの分化が進んでいる。それぞれの ICU 機能により、重症度や身体装着物といった患者の特性や看護師の認識も異なると考えられる。A 病院にも大手術後の患者を中心に収容する Surgical-ICU（以下、SICU）と、救急搬送患者や院内急変患者を中心に収容する General-ICU（以下、GICU）の 2 つの ICU があり、人工呼吸器装着日数や在室日数、死亡率などに差がある。したがって本研究では、重症患者の早期離床について、SICU と GICU の違いに焦点を当てながら ICU 看護師の認識を明らかにすることで、早期離床を促進するための課題を明確にしたいと考えた。

Ⅱ. 目 的

ICU で治療を受ける重症患者の早期離床について、SICU と GICU の違いに焦点を当てながら ICU 看護師がどのような認識をもっているのかを明らかにし、看護実践の課題を検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

重症患者：疾患や重症度、診療科、人工呼吸器等の医療機器の装着の有無に関わらず、ICU で治療を受けている患者。

重症患者の早期離床：重症患者の状態に応じて早期から行われるベッド上座位、端座位、立位、歩行などの離床の介入。

SICU：開心術、開胸術などの大手術を受ける患者を主に収容する ICU。

GICU：救急搬送患者、院内急変患者を主に収容する ICU。SICU が満床で収容できなかった予定手術患者や救急搬送後の緊急手術患者も含む。

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. 調査期間

2018 年 8 月～2018 年 12 月

4. 調査場所

A 病院の SICU および GICU

5. 研究参加者と選定方法

SICU、GICU それぞれから 3 名ずつ、計 6 名を研究参加者数として設定した。重症患者への看護経験が豊富で自身の看護実践や認識を言語化することができるために、SICU、GICU いずれかでの経験年数が 3 年以上、かつ日本看護協会のクリニカルラダーのレベルⅢ以上であることを選定基準とした。

クリニカルラダーのレベルⅢは、ケアの対象を全人的に捉えてニーズを分析し、個別的なケアの実践や改善を図ったり、多職種と協働するための情報発信ができる者であり（日本看護協会, 2016）、SICU、GICU の各看護師長に選定を依頼した。

6. データ収集方法

インタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。インタビューでは、「重症患者の早期離床について印象に残っている場面」「重症患者の早期離床について悩んだり、後悔した場面」などについてありのままに語ってもらった。また、インタビューの前後で研究参加者の「看護師経験年数」「ICU 経験年数」「重症患者の早期離床についての教育機会の有無」「早期離床に関するガイドラインの認知の有無」を聴取した。研究参加者のなかには他方の ICU の勤務経験がある者もいたため、インタビュー時点で所属していた ICU での経験を中心に語ってもらえるような問いかけに努めた。インタビュー内容を IC レコーダーに録音し、研究者が逐語録を作成した。

事前にプレテストを実施し、質的研究の経験者と共にインタビューガイドを検討することで真実性の確保に努めた。

7. 分析方法

研究参加者によって語られた内容が直接的に認識を表現していない場合や明確な論理を有していない可能性が考えられたため、「渾沌とした質的情報を統合して秩序を見出す（山浦, 2012）」という質的統合法（KJ 法）が適合すると考え、その方法を用いて次の手順で分析した。

- 1) 半構成的面接により得られたデータを逐語録に起こし、重症患者の早期離床における ICU 看護師の認識について、一文ごとにして元ラベルを作成した。
- 2) 元ラベルの主張する内容の類似性に着目して数枚の元ラベルを集め、抽象化しすぎないように参加者が使用した言葉をできるだけ残しながら要約し、表札づくりを行った。
- 3) 表札が 5～6 個になるまでグループ化と表札づくりを繰り返した。グループ化と表札づくりの回数は 1 段階、2 段階…と呼称した。5～6 個になった表札を最終ラベルとし、最終ラベルの相互の関係を空間配置図として示した。
- 4) 最終ラベルの関係性について、関係記号と添え言葉を用いて論理を浮上させた。また、各最終ラベルに内容を端的に表すシンボルマークをつけた。シンボルマークは「事柄：エッセンス」の二重構造で表現した。事柄は全体構造における各最終ラベルの位置づけを象徴的に示すものであり、エッセンスは各最終ラベルの内容をさらに端的に表したものである。
- 5) 1 段階から 2 段階までは研究参加者毎に個別分析を行い、3 段階以降では各研究参加者の 2 段階目の表札を合わせて統合分析を行った。統合分析では SICU・GICU 看護師 3 名ずつに分けて統合し、再度グループ化と表札づくりを繰り返した。

6) 可能な限り分析の信憑性を高められるよう、研究者の主観の有無を常に検討すると共に、質的統合法 (KJ 法) の専門家による研修に参加し、研究手法の習熟に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は秋田大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 1956)。研究参加候補者の選定を ICU 看護師長へ依頼した。その際、強制力がかからないよう同意の有無が個人の評価に影響しないことを説明してもらった。その後、研究者が直接会って研究の主旨、同意はいつでも撤回できること、同意の有無は個人の評価に影響しないこと、プライバシーと機密の保持に努めること、研究結果を学術的な場において公表することなどを説明した。研究参加候補者が研究内容を十分に吟味したうえで研究参加への意思決定をすることができるように、説明後 1~2 日程度おいてから研究者が直接会って同意を得た。

インタビューにおいては、職務の中断や勤務への支障がない任意の日程を調整し、プライバシー保護のために個室を使用した。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要 (表 1)

研究参加者は SICU 看護師 3 名、GICU 看護師 3 名であった。SICU 看護師の看護師経験年数は 8.3 ± 0.5 年、ICU 経験年数は 3.7 ± 0.5 年、GICU 看護師の看護師経験年数は 15.0 ± 5.0 年、ICU 経験年数は 6.0 ± 1.4 年であった。インタビューの平均時間は 30.5 分であった。

2. 重症患者の早期離床における ICU 看護師の認識

元ラベルの総数は 180 枚であった。個人分析 2 段階目の 115 枚の表札を SICU 看護師 56 枚、GICU 看護師 59 枚に分けて統合分析を行った。以下、文中の「斜体字」は 2 段階までの表札、〔 〕は最終ラベル、【 】はシンボルマークとして示した。

1) 重症患者の早期離床における SICU 看護師の認識

SICU 看護師の認識は、【離床実施の躊躇：患者の苦痛と準備による気の重さ】【離床の苦い記憶：成果を出せなかった後悔と苦悩】

【来る離床への構え：医療機器装着中からの開始と継続】【合併症予防の心がけ：離床中止の判断と情報共有】【離床工夫の心がけ：患者・家族参画の促進】【離床達成の満足：準備からの頑張りの自己承認】【離床の曖昧な記憶：日常の実践場面のうろ覚え】の 7 つのシンボルマークから構成されていた (図 1)。

(1) 【離床実施の躊躇：患者の苦痛と準備による気の重さ】

10 枚の表札から構成された。SICU 看護師は「早期離床の知識があっても、挿管中や抜管直後の場合、患者の苦痛が気になるので、『本当にやっても大丈夫?』と、いつもおっかなびっくりという感じでやっている」【循環管理がメインの時はやらなきゃいけないという頭はあっても指示をこなすことを優先してリハビリの優先順位が低くなってしまったため力を割けずに、リハビリできないまま業務を終えても仕方がないかなっていう感覚になっていた」と語り、〔早期離床の重要性はよく理解しているが、そもそも離床は辛いことなので、周囲の取り組み体制がどんなに整っていても、患者に苦痛があったり他に優先すべきことがあると、準備すら気が進まない〕と認識していた。

(2) 【離床の苦い記憶：成果を出せなかった後悔と苦悩】

3 枚の表札から構成された。SICU 看護師は「ICU からの退室後や長期臥床後に思うように ADL の改善がみられない患者を見たときに、もう少し前から少しずつでも離床に取り組んでいれば ADL がもう少し変わっただけかなっていう後悔はある」【循環管理が重要な患者に対して、自分一人では時間を見つけれず積極的にリハビリができなかったのもっとチームで取り組む意識が必要だったと後悔している」と語り、〔ICU 退室後も ADL が改善していない患者をみると、知識をもって医師に指示を促したり、チームの連携力を高め、もっと早期から離床を進められれば良かったと苦悩する〕と思っていた。

(3) 【来る離床への構え：医療機器装着中からの開始と継続】

12 枚の表札から構成された。SICU 看護師は「治療によって合併症が起きたときはともかく、早期離床によって ADL を下げないのは当然として、あわよくば上げていきたいし、高齢者なら尚更寝たきりになんてするものか、と思っている」

表 1 研究参加者概要

No.	ICU	看護師経験 (年)	ICU 経験 (年)	早期離床に関する 教育機会	早期離床 ガイドライン	インタビュー 時間(分)	元ラベル (枚)
1	SICU	8	3	なし	知っている	27	29
2	SICU	8	4	なし	知っている	30	33
3	SICU	9	4	あり	知らない	20	25
4	GICU	11	4	なし	知らない	34	29
5	GICU	12	7	あり	知らない	42	23
6	GICU	22	7	あり	知っている	30	41

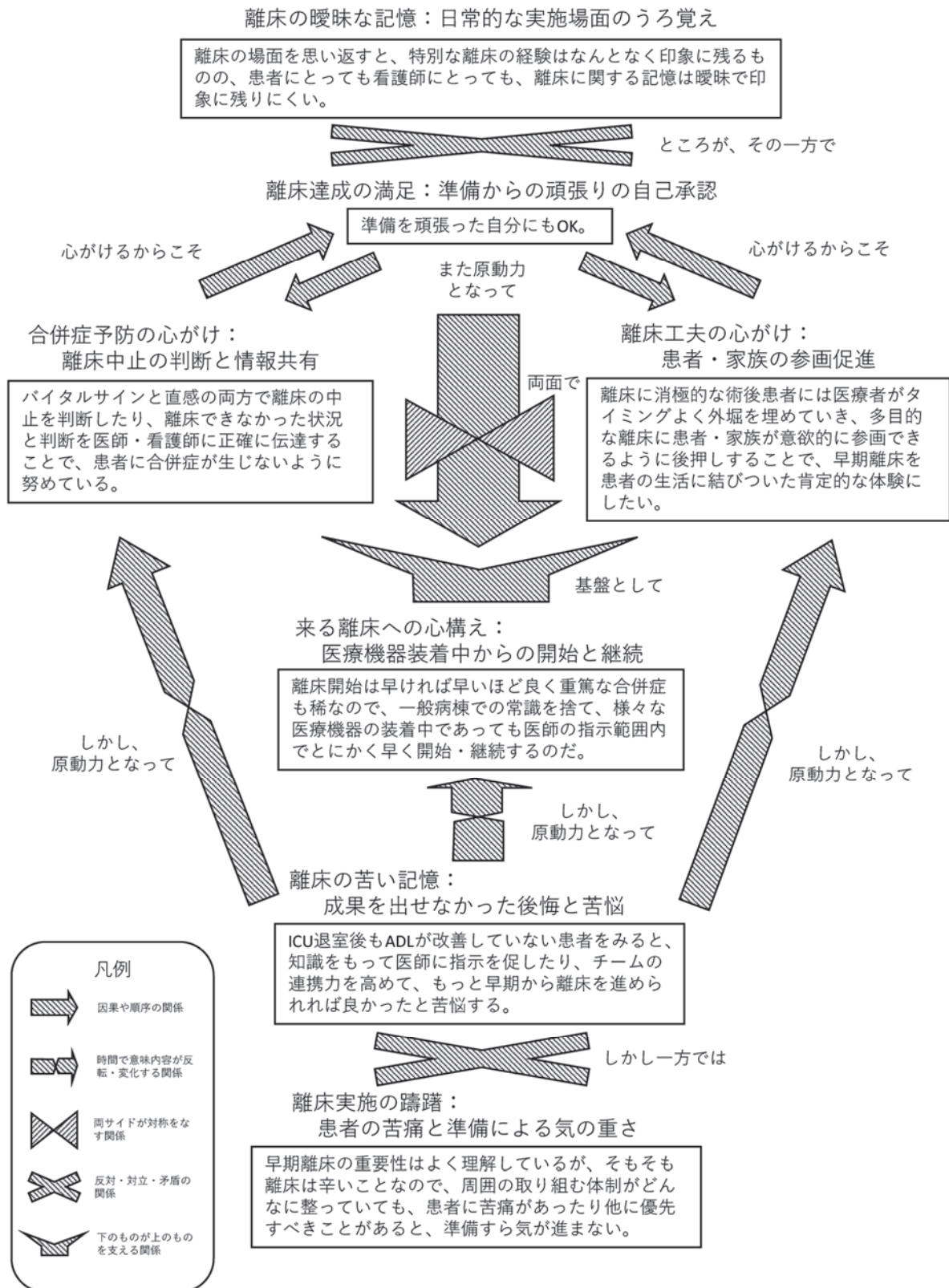


図1 重症患者の早期離床における SICU 看護師の認識

「挿管されながら端座位をとっていたりとか、色々チューブ類に注意しながら当たり前のようになっていきます」と語り、
「離床開始は早ければ早いほど良く重篤な合併症も稀なので、一般病棟での常識を捨て、様々な医療機器の装着中であっても医師の指示範囲内でとにかく早く開始・継続するのだ」と思っていた。

(4) 【合併症予防の心がけ：離床中止の判断と情報共有】

2枚の表札から構成された。SICU 看護師は「バイタルサインが崩れているときだけでなく、患者が辛そうな表情をしているときなど感覚的にやめた方がいいと思ったときにも、離床を中止して医師に報告している」「次にリハビリをするときにちょっとでも参考になればいいと思って、離床の指示だけ

でなく、できなかった状況と中止の判断を看護記録や申し送りで医師・看護師にきちんと伝達するようにしている」と語り、[バイタルサインと直感の両方で離床の中止を判断したり、離床できなかった状況と判断を医師・看護師に正確に伝達することで、患者に合併症が生じないように努めている]と語っていた。

(5) 【離床工夫の心がけ：患者・家族参画の促進】

25枚の表札から構成された。SICU 看護師は「離床に消極的な患者もいて、早く動いたほうが良いと説得から始まることもあるが、それでもやって、少しずつ回復する姿を見ると、やってよかったと思う」「医療者が感謝されることではなく、離床を通して患者と家族が回復を喜び、後々になってその努力を肯定的に捉えられることが良いことなんだろうと思う」と語り、[離床に消極的な術後患者には医療者がタイミングよく外堀を埋めていき、多目的な離床に患者・家族が意欲的に参画できるように後押しすることで、早期離床を患者の生活に結びつけた肯定的な体験にしたい]と語っていた。

(6) 【離床達成の満足：準備からの頑張りの自己承認】

1枚の表札から構成された。SICU 看護師は早期離床がうまくいった場面について振り返った際に「準備を頑張った自分にも OK」と語り、端的にはあるが準備から頑張った自分自身を承認していた。

(7) 【離床の曖昧な記憶：日常的な実践場面のうろ覚え】

3枚の表札から構成された。SICU 看護師は「患者の離床の場面は、良かったことがあれば何となく覚えているが、いつ、どんな誰か、といった細かなことは記憶に残らない」「患者が数時間後にはリハビリをしたことを覚えていなかったのが不安でした。『え？うそでしょ！』と驚きでした。せん妄ではないんですよ」と語り、[離床の場面を思い返すと、特別な離床の経験はなんとなく印象に残るものの、患者にとっても看護師にとっても、離床に関する記憶は曖昧で印象に残りにくい]と語っていた。

2) 重症患者の早期離床における GICU 看護師の認識

GICU 看護師の認識は、【離床の苦い記憶：患者の ADL 低下と意に反して進まない離床への戸惑い】【来る離床への備え：個別の目的設定と身体機能維持】【合併症予防の心がけ：軽微な有害事象の割り切りと前進】【離床工夫の心がけ：多職種連携と毎日の継続】【離床達成の満足：患者と成果を共有する喜び】【離床の曖昧な記憶：スムーズな離床のうろ覚え】の6つのシンボルマークから構成されていた(図2)。

(1) 【離床の苦い記憶：患者の ADL 低下と意に反して進まない離床への戸惑い】

16枚の表札から構成された。GICU 看護師は「痰に溺れてるイメージの患者さん達で、結局挿管日数も長くなって、抜管してから離床訓練をしたので、患者さんが元々の手術前の姿より、すごくクオリティが落ちたっていうのが、すごく自分では気になっていた」「患者の気持ちを考えると、苦痛に構わずグイグイと身体を動かすことは、やらされ感があるば

りか、良い思い出として残らないかもしれないので、よくないと思う」「ICU に入室している内科の患者は術後の患者に比べて循環動態が不安定で、個人差もあるので、どんなに経験があっても離床を進めるのは難しい」と語り、[離床開始が遅れ ADL が著しく低下した経験から、患者中心の離床を早期から開始するよう心がけているが、挿管を要するほどの重症な内科患者は心身の苦痛や個人差が大きいので、昔も今も離床の進め方が一筋縄ではいかず戸惑う]と語っていた。

(2) 【来る離床への備え：個別の目的設定と身体機能維持】

9枚の表札から構成された。GICU 看護師は「患者さんに最終的にどういう風になってほしいかということ意識して、向かうことで、割と早期離床に対する自分の気持ちのギアは入れます」「患者の意識がはっきりしなくても、先々のいつでも離床できるよう身体機能を温存するために、看護師が知識や手技を身につけて準備しておくことが大事だと思う」「終末期であっても患者の頑張りにには応えたいので、身体機能低下の予防と緩和ケアの観点で離床を進めていきたい」と語り、[重症度や病期によらず、患者ごとの離床の目的を見据えたり、身体機能の低下予防に努めるといった、早期離床の一環として準備できることに努めたい]と語っていた。

(3) 【合併症予防の心がけ：軽微な有害事象の割り切りと前進】

8枚の表札から構成された。GICU 看護師は「(有害事象が起きたときは)それをフィードバックして、次にそういうことがなるべくないようにっていうか、するしかないと思う」「なかなか重症な方、循環が不安定な人にやるときとかは、メリット、デメリットを天秤にかけて。攻めのって言ったらあれだけど、ちょっとここまでやれるかな、みたいな。こっちのほうがメリットでかいかもしれないから、みたいな感じでやるときもある」と語り、[有害事象は仕方ないので予防への努力に転化しながら、離床できる可能性があれば多少の障壁があってもとにかく前進あるのみという姿勢だ]と語っていた。

(4) 【離床工夫の心がけ：多職種連携と毎日の継続】

24枚の表札から構成された。GICU 看護師は「本人の体調とかもあるし、日によって気持ちも違う。違ったりするけどまあ、そのやる気を引き出しながら。うん。やったけど、結局なんかこう、どんどん早く早く、目標よりも早く進めれた気がするね」「リハビリっていう意味で言う他跟動(運動)よりも自動(運動)を少しでもって思いながらやるんですけど」「循環が不安定な患者の離床は判断が難しいので、多職種の視点から意見を出し合って、医師の指示や離床のメリット・デメリットを吟味しながら進めていけるのがよいと思う」と語り、[質の高い早期離床のためには、患者の意欲と自動運動を少しでも引き出せるよう多職種で状態に応じた介入方法に工夫を凝らし、毎日継続していくという信念を持つことが大切である]と語っていた。

(5) 【離床達成の満足：患者と成果を共有する喜び】

1枚の表札から構成された。GICU 看護師は「早期離床が進むことはうれしい。患者さんと一緒に喜びながら、進めてる」

離床の曖昧な記憶：スムーズな離床のうろ覚え

術後の患者さんとかだと、まずスムーズにうまくいってて、あまり印象に残らないって
いえばあれですけど、そんなに問題なく、動かして行って、ちょっと有害事象でもない
けど、あ、血圧下がったなとかにそれなりに対応して、まずまずうまくいったところは
そんなに印象に残らないんです。

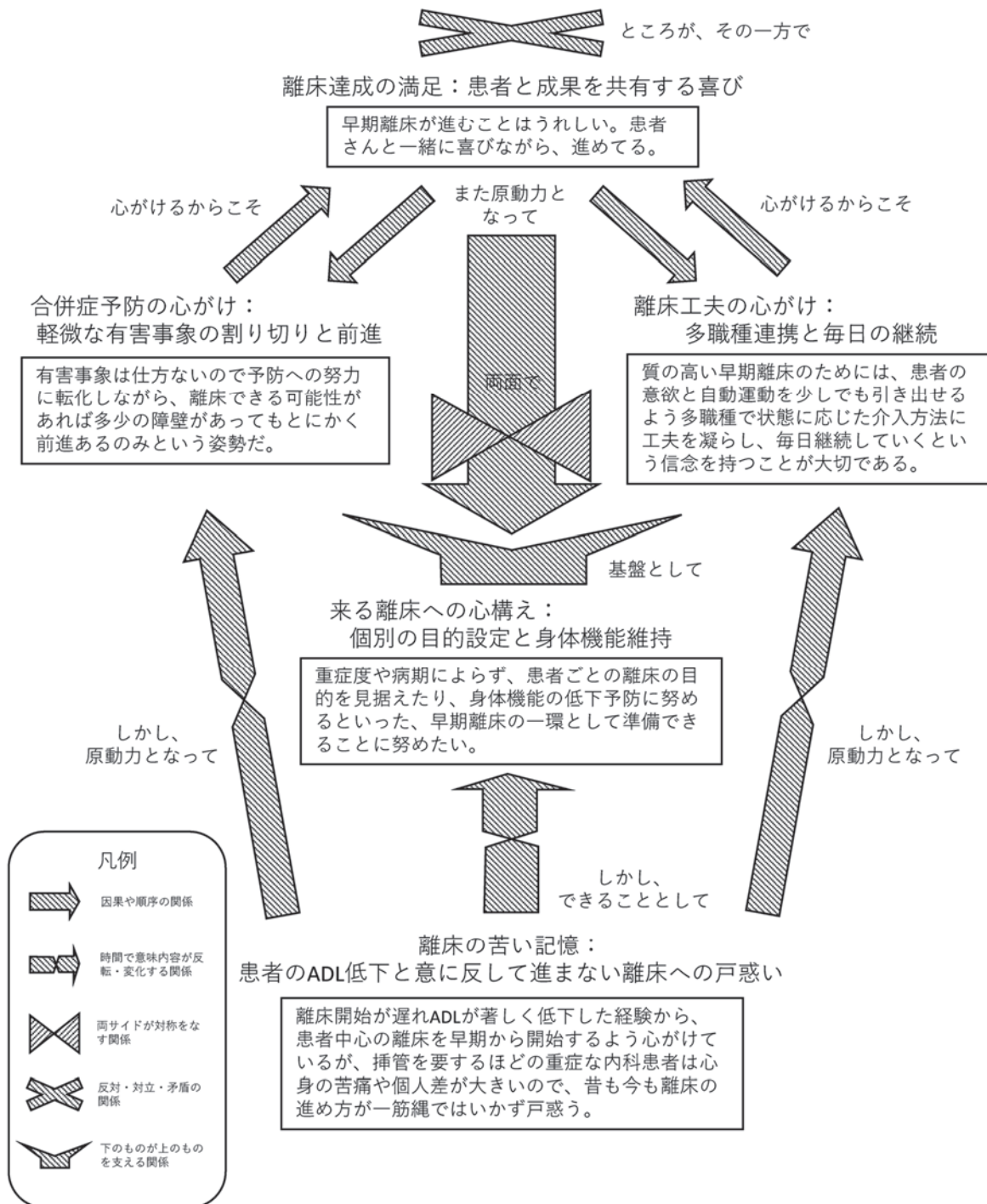


図2 重症患者の早期離床における GICU 看護師の認識

と語り、早期離床の成果を患者と共有することで喜びを感じていた。

(6) 【離床の曖昧な記憶：スムーズな離床のうろ覚え】

1枚の表札から構成された。GICU 看護師は「術後の患者さんとかだと、まずスムーズにうまくいってて、あまり印象に残らないっていえばあれですけど、そんなに問題なく、動か

して行って、ちょっと有害事象でもないけど、あ、血圧下がったなとかにそれなりに対応して、まずまずうまくいったところはそんなに印象に残らないんです」と語り、稀に入室する術後患者を例として円滑に早期離床を進めることができた場面については印象に残らないと思っていた。

VI. 考 察

1. 重症患者の早期離床における ICU 看護師の認識

1) SICU・GICU 看護師の認識の類似性

両 ICU 看護師の認識構造は類似しており、1つの基盤【来る離床への心構え】と2つの認知的努力【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】、1つの評価【離床達成への満足】、過去の【離床の苦い記憶】が共通していた。

【来る離床への心構え】では、早期離床の必要性を認識しているのはもちろんのこと、そのうえで疾患・病期や医療機器の有無に関わらず離床のタイミングを見計らっていることが伺えた。池田ら(2022)は、我が国の ICU では入室後 48 時間以内の早期離床が継続かつ積極的に実施されていることを報告している。A 病院 SICU・GICU 看護師の双方においても患者の QOL や予後を意識し、いつでも実施できるように心構えをしていると考えられた。

しかし、早期離床の実施において看護師は恐怖や不安、自信の欠如を経験することも報告されており(Liew, et al., 2021), SICU・GICU 看護師ともに過去の【離床の苦い記憶】が【来る離床への心構え】の原動力となっていると考えられた。さらに、集中治療室における早期離床の障壁として、患者の緊急度、離床の開始時期の不確実性、人員配置と設備の必要性、コストの増加、限られた看護時間など多くの障壁が存在することも報告されている(Dirkes & Kozlowski, 2019)。これらの障壁や過去の【離床の苦い記憶】に対して、【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】の両面で認知的努力をしながら、早期離床に取り組んでいると考えられた。【合併症予防の心がけ】からは離床中止の判断や軽微な有害事象を今後の合併症予防につなげようとしていることが伺えた。早期離床を安全に実施するには看護師の知識が重要であるが(Zhang, et al., 2022), どれほど知識を持っていたとしても呼吸循環動態が不安定な重症患者への早期離床では合併症のリスクをゼロにすることは難しい。そのため、離床中止や軽微な有害事象の経験知を蓄積させながら、【合併症予防の心がけ】をしていると考えられた。さらに【離床工夫の心がけ】からは、患者の意欲をいかに引き出し、支えるかを重視しており、離床の方法に工夫を凝らしていることが伺えた。この2つを心がけることで、重症患者の早期離床がうまく進んだときには【離床達成への満足】が得られると考えられた。

しかし、認知的努力や評価があったとしても、結局は【離床の曖昧な記憶】が表層をなしていると考えられた。理由として、ICU 看護師に求められる多大な業務や緊張感のなかでは、成果がすぐに得られず、長い目で継続する必要がある早期離床は印象に残りにくいことが考えられた。

2) SICU 看護師の認識の特徴

SICU 看護師では医療機器装着中からの開始と継続という【来る離床への心構え】を基盤に、患者・家族の参画促進という【離床工夫の心がけ】をしていた。SICU では、術後の回

復促進のために患者の早期離床は必須であるため、看護師には限られた日数で離床目標を達成するという目標志向があると考えられる。そのため、目まぐるしい患者の入れ替わりのなかでテンポよく離床に取り組む必要があり、人工呼吸器やドレーンなどの医療機器を装着していても臆せず、ルーチン的に離床に臨んでいることが伺えた。しかしその一方で、患者の苦痛への懸念や他の優先度の高い業務によって【離床実施の躊躇】をしていた。ルーチンでテンポよく離床を進めなくてはならないという認識と、患者の苦痛や他の優先すべき業務との間にジレンマが伺えたことは、SICU 看護師に特徴的と考えられた。また、【離床工夫の心がけ】として、早期離床を家族参画の機会と捉え、患者の意欲を引き出すことに活用するというのも SICU 看護師に特徴的であった。リハビリテーションの場面に家族の参画を促すことは、山勢ら(2013)の家族看護実践モデルのうち「患者ケアへの参加」「情報提供」「環境調整」などと一致しており、家族のニーズを充足するためにも重要と考えられた。

以上から、早期回復を目指すことを大前提としつつ、患者・家族にとって少しでも肯定的な体験にしたいという SICU 看護師の思いが推察された。

3) GICU 看護師の認識の特徴

治療効果が思うように得られない患者や終末期を迎える患者に関わるが多い GICU 看護師は、個別の目的設定と身体機能維持という【来る離床への備え】を基盤に、多職種連携と毎日の継続という【離床工夫の心がけ】をしていた。高橋ら(2023)もまた、多職種で共通の認識を持ち続けることが ICU での早期離床の継続に重要であることを報告しており、重症度・病期・併存疾患が多彩な GICU 患者だからこそ、早期離床の意味を模索しながら取り組もうとしていることが特徴だと考えられた。

また、軽微な有害事象の割り切りと前進という【合併症予防の心がけ】や、患者と成果を共有し喜び合うという【離床達成の満足】からは、GICU 看護師は長い目をもって患者とともに寄り添いながら早期離床を進めていることが伺えた。一筋縄ではいかない GICU 患者の早期離床においては多面的なアプローチが必要であり、なかでも患者への寄り添いと離床の意味の模索、多職種連携を推進力として、日々の継続を重視していると考えられた。

2. 看護実践の課題

SICU・GICU 看護師の双方が【来る離床への心構え】を基盤として、【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】という認知的努力をしていた。本研究参加者の半数は早期離床に関する教育機会がなく、また半数が早期離床に関するガイドラインを知らないと回答していた。早期離床に関する研修は早期離床の実施を促進するため(Zhang, et al., 2022), 知識の向上を目的とした教育機会によってこれらの認知的努力を強化することは有用だと考えられる。その際には、SICU・GICU 看護師それぞれの認識の特徴に着目し、SICU 看護師には「術後鎮痛法」や「家族とのコミュニケーション」、GICU 看護師

には「多職種連携の方法」などを盛り込むことで、より効果的に実践力の向上に結びつけられると考える。

また、A 病院では早期離床に関するプロトコルが整備され、統一したケアの実践に寄与している。本研究における【合併症予防の心がけ】には、安全性を担保するプロトコルの存在が関連していると考えられる。一方で【離床工夫の心がけ】には個別的なケアへの志向性が伺えるが、プロトコル自体はケアの個性性を担保してくれるわけではない。プロトコルを基盤としながら、いかにその人にあった早期離床を計画できるか、ICU 看護師の創造性が問われると考えられる。

さらに、過去の【離床の苦い記憶】は残り続けるが、早期離床の成功体験は【離床の曖昧な記憶】のまま看護師に蓄積されないため、それぞれの ICU における早期離床の成功体験を可視化し、互いに成果を認め合うことも動機づけとして重要だと考える。

以上のように、早期離床における ICU 看護師の認識構造に着目し、強みをより活かし、弱みを改善できるための介入が早期離床の促進のために重要だと考えられた。

VII. 結 論

SICU・GICU に関わらず早期離床における ICU 看護師の認識の類似性が見られた一方で、SICU・GICU それぞれの患者の特性に合わせて独自の認識を持っていることが明らかとなった。

それぞれの認識の特徴に着目した教育介入によって、早期離床の実践力を向上できる可能性がある。

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

本論文の内容の一部は、第 19 回日本クリティカルケア看護学会学術集会において発表した。

VIII. 引 用 文 献

- Costa, D.K., White, M.R., Ginier, E., Manojlovich, M., Govindan, S., Iwashyna, T.J., & Sales, A.E. (2017). Identifying barriers to delivering the awakening and breathing coordination, delirium, and early exercise/mobility bundle to minimize adverse outcomes for mechanically ventilated patients: a systematic review. *Chest*, 152 (2), 304-311.
- Dirkes, S.M., & Kozlowski, C. (2019). Early mobility in the intensive care unit: evidence, barriers, and future directions. *Critical care nurse*, 39 (3), 33-42.
- Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., Schwabbauer, N., Toonstra, A., Parker, A.M., Kaltwasser, A., & Needham, D.M. (2016). Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Annals of the American Thoracic Society*, 13 (5), 724-730.
- 池田優太, 佐藤隆平, 櫻本秀明, 中山麻実, 片山雪子, 白坂雅子, 卯野木健. (2022). わが国の ICU における人工呼吸器装着患者に対する ABCDEF バンドル実施の実態調査. *人工呼吸*, 39 (2), 184-191.
- 池松裕子. (2011). クリティカルな状態の患者・家族の特徴. 池松裕子 (編), *クリティカルケア看護 I 患者理解と基本的看護技術*, pp.11-20. メヂカルフレンド社.

- Jolley, S.E., Bunnell, A.E., & Hough, C.L. (2016). ICU-acquired weakness. *Chest*, 150 (5), 1129-1140.
- Liew, S.M., Mordiffi, S.Z., Ong, Y.J.A., & Lopez, V. (2021). Nurses' perceptions of early mobilization in the adult Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 66, 103039.
- 日本看護協会. (2016). 看護師のクリニカルラダー. <https://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/pdf/ladder.pdf>. (2018 年 4 月 10 日参照) .
- 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会. (2017). 集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～. *日本集中治療医学会誌*, 24 (2), 255-303.
- 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン検討委員会. (2017). 集中治療領域における痛み・不穏・せん妄管理の現状調査. *日本集中治療医学誌*, 24 (2), 199-207.
- Stiller, K. (2013). Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest*, 144 (3), 825-847.
- 高橋優太郎, 野々山忠芳, 羽根田慎吾, 五十嵐一真, 長谷川智子. (2023). 集中治療室の専従理学療法士不在日における看護師によるリハビリテーション実施状況の実態. *福井大学医学部研究雑誌*, 23, 43-49.
- Vasilevskis, E. E., Ely, E. W., Speroff, T., Pun, B. T., Boehm, L., & Dittus, R.S. (2010). Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. *Chest*, 138 (5), 1224-1233.
- 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子. (2013). 救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル. *山口医学*, 62 (2), 91-98.
- 山浦晴男. (2012). 質的統合法入門 考え方と手順. pp.23-66. 医学書院.
- Zhang, H., Liu, H., Li, Z., Li, Q., Chu, X., Zhou, X., Wang, B., Lyu, Y., & Lin, F. (2022). Early mobilization implementation for critical ill patients: a cross-sectional multi-center survey about knowledge, attitudes, and perceptions of critical care nurses. *International journal of nursing sciences*, 9 (1), 49-55.

◇研究報告◇

在宅看護学実習における訪問看護事業所実習での 学生の学びの様相

—A 県内看護教育機関在学中の学生への質問紙調査から—

山本明子^{1)*}, 山田基矢²⁾, 渡部菜穂子³⁾, 下山美智子⁴⁾, 松尾 泉⁵⁾, 高田まり子⁶⁾

目的：A 県内の在宅看護学実習を終えた学生の訪問看護事業所実習で得られた学びについて明らかにすることである。

方法：研究同意が得られた 6 校の在宅看護学実習を終了した看護学生を対象とし、無記名自記式調査を実施し、質的記述的に分析した。

結果：配布 164 部のうち、回収 158 部。(回収率 90%)。回収した 158 部のうち、157 部を分析対象とした。123 のコードから、24 のサブカテゴリー、8 のカテゴリーが導かれ、さらに、【暮らしに重きを置く関わりの意義を理解する】【活用可能な資源を活かすケアの大切さを実感する】【訪問看護師の実際から看護師の役割に気づく】の 3 の中核カテゴリーが導かれた。

結論：学生の学びの多くは、訪問看護師の実践から直接得られた学びと看護師の役割といった看護の本質的な学びであり、同行訪問という実習形態によるものであると考えられた。

【キーワード】在宅看護学実習、学生の学び、看護教育、実習指導者、訪問看護師

1. はじめに

在宅看護論は、1996（平成 8）年の看護教育カリキュラムの改正により新設され、2009（平成 21）年には、幅広い年齢や疾患を対象とすることから、専門分野科目から統合分野科目へ位置づけられた。また、訪問看護事業所だけでなく介護保険サービスなどの多様な実習を組み込むことが望ましい、という指針（厚生労働省、2019）が出されている。その中でも在宅看護学実習の中心的実習施設である訪問看護事業所での実習は、訪問看護師とともに自宅や施設等の在宅で生活している多様な療養者を訪問し、援助する実習となる。

訪問看護事業所実習の特徴として、病院と比べ小規模事業所が多く（厚生労働省、2022）、実習受け入れ人数は少数であるため、数多くの事業所で実習を同時に展開している教育機関が多い。加えて、学生は実習指導者である訪問看護師とマンツーマンで同行訪問することから、訪問看護事業所実習の実習指導は、教員が複数の事業所を巡回する体制をとっている（光安ら、2015）ことが多い。こういった教員の指導体制の課題として、各事業所が離れていることや、教員のマンパ

ワー不足から学生と接する時間が限られ、訪問看護師が各療養者宅で学生に行う実習内容や指導の様子を把握することに限界がある（牛久保ら、2015）ことが挙げられている。そのため、実習における指導の大半を訪問看護師に委ねる現状につながっている。

このような課題は、A 県内の 4 年制大学から専門学校までを含む看護教育機関の教員で構成される看護教育研究会在宅看護グループ内においても共有され、積年の課題として挙げられてきた。研究者らは巡回時間を訪問看護師と調整した上で巡回し、事業所内で実習記録の確認やカンファレンス等への参加を通じて、学生の学びの整理を確認するにとどまっている現状を確認してきた。その中で学生が具体的にどのような学びを得たのかは、時間の制約や学生個々の特性なども相まって、実習後の学内カンファレンスや学生面談を通じても見えにくいことが教員側の課題として共有され、学習成果の可視化の必要性について議論してきた。そこで、A 県内の看護教育機関の在宅看護学実習を終えた学生を対象に、訪問看護事業所実習で学生自身の印象に残った学びを整理し、可視化が必要であると考えた。このことにより、今まで見えに

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 元青森県立保健大学健康科学部看護学科

2) 青森中央学院大学看護学部看護学科

3) 弘前大学大学院医学研究科

4) 仙台医療センター附属仙台看護助産学校

5) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科

6) 弘前学院大学看護学部

* E-mail : a_yamamoto2025@outlook.jp

くかった学びが明らかになり、在宅看護学実習でのより効果的な指導への示唆を得ることにつながるという点で意義がある。

Ⅱ. 目 的

A 県内の看護教育機関の在宅看護学実習を終えた学生の訪問看護事業所実習での学びを明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

A 県内の看護教育機関で構成される看護教育研究会の在宅看護グループに所属し、在宅看護学実習科目責任者から研究の同意が得られた 6 校の 2019 年 8 月時点で在宅看護学実習を終了した看護学生 164 名を対象とした。

2. 在宅看護学実習の概要

A 県内 6 校の在宅看護学実習の概要は、科目責任者あるいは科目担当者に聞き取りにて確認を行った。在宅看護学実習は 2 単位で、2～4 年次に開講されている。在宅看護学実習は、訪問看護事業所での実習を中心に展開しているが、なかには地域包括支援センターや特別養護老人ホームなどを併せている看護教育機関もある。多くの教員は訪問看護事業所に巡回する指導体制をとっており、現場での学生指導のほとんどは訪問看護師に委ねられている。学生は 1 か所の訪問看護事業所に 1～2 名で配置され、1 日 2～5 件の同行訪問を経験する。そこでは、利用者・家族とのコミュニケーションや、訪問看護師の実践を見学または、その一部を看護師とともに実践していた。教育機関によって異なるが、学生は看護記録や訪問で得られた情報をもとに、対象の生活歴や療養状況の理解に努め、必要な看護を考察、一部の学校では受持ち利用者の看護計画の立案とその実施までを行う。

実習前の準備状況として、学生は在宅看護学領域の関連科目を 4 単位、基礎看護学実習 3 単位を履修している。在宅看護学実習の位置づけとして、成人看護学や母性看護学など各領域の実習をすべて修了してから実施する場合と、他の領域と並列で実施する場合がある。

3. データ収集方法

データ収集期間は、2018 年 7 月～2019 年 8 月であった。研究協力依頼は、まず研究グループメンバー所属の看護教育機関に対して協力を依頼し、研究協力に同意の得られた看護教育機関とその学生には、実習での場面を想起しやすいように、在宅看護学実習が終了したタイミングで質問紙を配布した。学生へは研究協力依頼文の配布および口頭で説明し、調査は留め置き法による無記名自記式調査法で、1 週間程度の提出期間を設け、回収箱で回収した。

4. 調査内容

対象者の概要として、訪問看護事業所での「実習期間」「看護教育機関の種別」「学年」を調査した。また、「訪問看護事業所実習で印象に残った学び」を 3 つまで自由記述にて調査した。

5. データ分析方法

対象者の属性については単純集計を行った。自由記載の学びに関する記述については、以下の手順で質的記述的に分析した。コードやカテゴリーを生成するにあたって、対象者の記述を何度も往来し、在宅看護グループメンバー間で協議を繰り返すことで、分析の妥当性を確保した。

- 1) 学びが記述されている内容をすべて電子データ化し、学生の学びが一つの意味内容になるように切片化した。
- 2) 切片化したデータを、意味が損なわれないようにコード化した。
- 3) コードの相違性や共通性を意識しながら、内容に共通性のあるコードを集めて抽象化しサブカテゴリーを生成し、カテゴリーも同様の方法で生成した。
- 4) カテゴリー同士の関係性をみながら、さらに共通の意味をもつカテゴリーを集めて中核カテゴリーを生成した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は弘前学院大学研究倫理委員会の承認を受けて行った（整理番号：18-01-2）。学生へは、無記名であること、研究目的・方法、プライバシーの保護、参加の自由意志、協力の有無と実習の成績には一切影響がないこと、成果の公表方針等を口頭および文書にて説明した。学生に対して強制力が働かないように回収箱を設置し、質問紙投函をもって同意を得たものとした。

Ⅴ. 結 果

質問紙を 164 名に配布し、158 名より回答を得た（回答率 90%）。回答を得た 158 名のうち「訪問看護事業所実習で印象に残った学び」の記述があった 157 部を分析対象とした（有効回答率 99%）。

1. 対象者の概要（表 1）

対象者の概要は表 1 の通りである。4 年制大学 2 校、短期大学（3 年課程）1 校、養成所（3 年課程）2 校、養成所（2 年

表 1 対象者の概要

	n (%)
訪問看護事業所の実習期間	
4 日間	41 (26)
5 日間	7 (5)
6 日間	70 (44)
7 日間	35 (22)
8 日間	2 (1)
無回答	2 (1)
養成機関の種別	
大学	82 (52)
短期大学（3 年課程）	13 (8)
養成所（3 年課程）	27 (17)
養成所（2 年課程）	35 (22)
学年	
1 年生	0 (0)
2 年生	11 (7)
3 年生	100 (63)
4 年生	46 (29)

課程) 1 校。訪問看護事業所での実習は 6 日間が最も多く、次いで 4 日間、7 日間となっていた。開講学年は 3 年次が最も多く、次いで 4 年次となっていた。

2. 訪問看護事業所実習の同行訪問を通じて得られた学生の学び (表 2)

157 名の学生から得られた訪問看護事業所実習での学びを表 2 に示す。123 のコードから、24 のサブカテゴリー、8 のカテゴリー、そして 8 カテゴリーから中核カテゴリー 3 つが導かれた。

以下、中核カテゴリーを【 】、カテゴリーを〈 〉、サブカテゴリーを〔 〕、コードを「 」で示す。

1) 中核カテゴリー 1【暮らしに重きを置く関わり意義を理解する】

中核カテゴリー 1 は、10 サブカテゴリーからの 3 カテゴリーが導かれた。〈疾患だけでなくその人らしい生活を支える

ために関わっている〉は、[入院中から退院後の生活を考えて患者・家族へ関わる]といった継続看護の必要性に加え、[生きる意欲や希望を支える関わりをする][疾患の特徴や対象の性格に合わせた関わりをする]のように、利用者の治療だけではなく、人としての暮らしを支えるための関わりに関する学びがまとめられた。〈利用者の望む生活を把握し尊重する〉には、[人は、住み慣れた環境で生活できることでニーズが満たされるのだとわかる][利用者には何が出来るか、どうなればよいかを考えながら話を聞く][利用者の望む生活を把握し尊重する]といった、利用者ニーズの達成に関する学びが含まれていた。[家族のこともケアの対象者として目を向ける][介護者の健康状態を把握して援助する][家族の精神的負担やストレスの軽減、レスパイトを図る][生前から家族のグリーフケアを丁寧に行う]といった、家族に目を向けて利用者の生活を支えることに関する学びである〈利用者の生活を支えて

表 2 在宅看護事業所実習での学生の学び

中核カテゴリー 1: 暮らしに重きを置く関わり意義を理解する		
カテゴリー	サブカテゴリー	コード例
疾患だけでなくその人らしい生活を支えるために関わっている	入院中から退院後の生活を考えて患者・家族へ関わる	病棟でも在宅で学んだことを活かして、退院後に向けて在宅に近い環境・物品で家族へ関わる
	生きる意欲や希望を支える関わりをする	継続して医療が受けられるために、看護師は入院中に自宅の状況や家族の介護力に合わせて(体調悪化時の連絡先や医療処置の仕方)を本人・家族に指導する必要がある
	疾患の特徴や対象の性格に合わせた関わりをする	未告知の利用者に生きる希望を持ってもらうためには、否定せず、医師の説明と相違ないコミュニケーションをすることが大切だ
	利用者の望む生活を把握し尊重する	長期間関わって経過をよく知る看護師の未来に関する言葉は、療養者の生きる意欲につながる
利用者の望む生活を把握し尊重する	人は、住み慣れた環境で生活できることでニーズが満たされるのだとわかる	疾患の特徴を理解し、援助の適切さを判断して関わる必要がある
	利用者に何が出来るか、どうなればよいかを考えながら話を聞く	利用者の性格によって対応が異なるため、事前に情報を得てコミュニケーションする
	利用者の望む生活を把握し尊重する	自宅生活することが辛くてニーズが満たされるのだ
		住み慣れた環境で家族と一緒に過ごせるという精神的メリットが状態の改善につながる
利用者の生活を支えている介護者・家族も支援する	家族のこともケアの対象として目を向ける	入院前の状態と比較し、どこまでできるようになればよいか考え、実践することが大切だ
	介護者の健康状態を把握して援助する	療養者家族に大変なことを聞くだけでなく、看護師に何が出来るのかを考えなければならない
	家族の精神的負担やストレスの軽減、レスパイトを図る	健康管理やニーズに応えるために利用者のことを責任をもって把握することが大切だ
	生前から家族のグリーフケアを丁寧に行う	看護師は自分の価値観や価値観ではなく、療養者の性格や環境をきちんとアセスメントすることが重要だ
中核カテゴリー 2: 活用可能な資源を活かすケアの大切さを実感する		
カテゴリー	サブカテゴリー	コード例
訪問時間を最大限活用し適切な処置・ケアをする	24時間そばにいないからこそ、訪問時間を最大限活用して今必要なケアを判断し実施する	訪問先で必ず家族に体調や介護の様子を聞いていた
	限られた時間でも基本を押さえて適切に処置・ケアをする	介護者の負担軽減を図ることは療養者・家族への影響を軽減することにつながる
	寝たきりや機能低下を予防するための支援を行う	介護負担軽減のために、介護者の健康状態を把握して援助する
	24時間そばにいないため予測した対応をする	介護者の体調を確認し、レスパイトを提案するなどして療養者を守っている
経済的負担の軽減のために自宅にある物品を工夫して活用する	ケアに必要な物品として、自宅にあるものを工夫して活用する	レスパイトケアは、家族状況に合わせてケアプランに組み込まれている
	経済的負担軽減のために消耗品などを無駄なく使う	訪問日以外の様子、家族の思いを聞くなどの家族に対するケアも重要だ
		グリーフケアのため、家族に利用者の今後の症状を説明することが大切だ
		グリーフケアのため、家族に終末期の経過を伝える
中核カテゴリー 3: 訪問看護師の実際から看護師の役割に気づく		
カテゴリー	サブカテゴリー	コード例
利用者・家族に寄り添い信頼関係を構築する	信頼関係を築くために利用者・家族に配慮した関わりをする	訪問先に足りない部分を補い在宅療養を支えることが大切だ
	不安に寄り添い話を受容する関わりをする	利用者のニーズや家族の要望に合わせて訪問時間ギリギリまでケアを組み合わせで行うことが大切だ
	心身の状態を会話を通して観察する	疼痛・めまいへの不安を強めないために、援助時には次に行う行為を伝えることが大切だ
		限られた時間の中でも安楽さを考えて清拭することが大切だ
利用者の望む生活を支援するために連携する	看護師間で利用者の情報を共有し、より良いケアについて意見を出し合う	療養者の寝たきり予防のためにも外的刺激を与えることが大切だと実感した
	多職種・多施設の連携によって利用者とその家族の生活を支援する	在宅看護はもっている力を生かした援助が大切だ
		常時いないため、(利用者の状態に関する)訪問時間以外の家族からの情報が重要だ
		常時いないため、訪問時の新たな症状や気になる所見がないか観察し早期対応し悪化を防ぐことが必要だ
看護・ケアに対する価値観を考え直す	しっかりと援助するためには看護師も自分のことを大切に生活する	日常生活の援助方法は一通りだけでなく、療養環境にあるものを工夫して使うことができる
		お金がなるべくかからないように、処置や援助の際に自宅にあるものを工夫して使用する
		経済的負担を考えて日常生活の援助を必要最低限の物品で実施することが必要だ
		経済的負担を考慮して消耗品の使用が少なくなるように援助を工夫する
看護・ケアに対する価値観を考え直す	しっかりと援助するためには看護師も自分のことを大切に生活する	多職種との密な連携によって、療養者ひとりひとりの健康管理ができていることがわかった
		しっかりと援助するためには看護師も自分のことを大切に生活する
		排泄ケアを体験することでネガティブなイメージが払拭された
		排泄ケアを体験することでネガティブなイメージが払拭された

いる介護者・家族も支援する)も併せて、中核カテゴリー1は、利用者がかかえる疾患、それに伴う治療にのみ注力するのではなく、生活している人として、その暮らしを支える訪問看護師のかかわりの重要性を学んだ内容として導かれた。

2) 中核カテゴリー2【活用可能な資源を活かすケアの大切さを実感する】

中核カテゴリー2は、6サブカテゴリーから2カテゴリーが導かれた。〈訪問時間を最大限活用し適切な処置・ケアをする〉は、[24時間そばにいないからこそ、訪問時間を最大限活用して今必要なケアを判断し実施する][限られた時間でも基本を押さえて適切に処置・ケアをする]といった限られた訪問時間の中で求められているケアを行うタイムマネジメントの視点に加え、[24時間そばにいないため予測した対応をする][寝たきりや機能低下を予防するための支援を行う]といったアセスメント能力が必要であることを学んでいた。〈経済的負担の軽減のため自宅にある物品を工夫して活用する〉は、自宅でのケアを行うにあたり、物品を代用する工夫に関する学びとして[ケアに必要な物品として、自宅にあるものを工夫して使用する]が、その物品は利用者自身で準備することになることから[経済的負担軽減のために消耗品などを無駄なく使う]といった、使用物品に関する学びから導かれた。

以上より、中核カテゴリー2は、人的・物的な資源を最大限活用できるように考え、関わることで利用者および家族の生活を支えることにつながることを理解した内容がまとめられた。

3) 中核カテゴリー3【訪問看護師の実際から看護師の役割に気づく】

中核カテゴリー3は、8サブカテゴリーから、3カテゴリーが導かれた。見聞きしたもののそのままの学びというより、訪問看護師の関わりから、看護の本質的な学びとして意味づけをしているものがまとめられた。

〈利用者・家族に寄り添い信頼関係を構築する〉は、[信頼関係を築くために利用者・家族に配慮した関わりをする][不安に寄り添い話を受容する関わりをする][心身の状態を会話を通して観察する][心身の状態を普段と異なる非言語的な反応・様子から把握する]のサブカテゴリーにみるように、利用者や家族の心身の状態について把握するためにコミュニケーションをとり、寄り添っていくことで信頼関係につながるといった学びから生成された。

〈利用者の望む生活を支援するために連携する〉は、事業所内での[看護師間での利用者の情報を共有し、より良いケアについて意見を出し合う]こと、訪問先での援助から[多職種・多施設の連携によって利用者とその家族の生活を支援する]といった学びを得ていた。これらは、いずれも利用者や家族に直接介入するものではなく、連携をとってチームで支える間接的な看護師の役割に関する学びとして導かれた。

〈看護・ケアに対する価値観を考え直す〉は、実習の経験によって今までの看護職やケアに対する考え方を見直す機会

となっていた内容がまとめられ、[しっかりと援助するためには看護師も自分のことを大切に生活する][排泄ケアを体験することでネガティブなイメージが払拭された]から導かれた。

Ⅵ. 考 察

本結果は、中核カテゴリーを見ると、訪問看護の実践に直結する学びと、訪問看護師の実践から看護の本質的な学びを得ていたことがわかる。他にも、〈利用者の望む生活を支援するために連携する〉のサブカテゴリー[多職種・多施設の連携によって利用者とその家族の生活を支援する]にみるように、看護師に求められる実践能力の「Ⅳ群：ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力」(厚生労働省, 2019)にある多職種連携や地域包括ケアシステムに関する学びも印象に残ったといえる。本稿では、学生が訪問看護の実践に触れたことで得た学びが何故引き出されたのか、そして訪問看護事業所実習における課題および実習指導者と教育機関の役割について考察していきたい。

1. 訪問看護の実践に触れたことによる学び

これまで学修してきた看護学の知識・技術・態度を統合し、根拠に基づき個別性のある看護を実践する(文部科学省, 2020)という目的の基で行われる実習において、病院実習は実習期間中に1人の患者を受け持ち、看護過程を展開し、実習指導者もしくは看護教員指導のもと創造的に自身で看護実践することがほとんどである。一方、訪問看護事業所実習では、訪問看護師と同行訪問し、在宅という生活の場での看護実践から、病院との環境の違いを感じることから始まる。熊倉(2013)は、訪問看護師の役割の一つとして、主治医の訪問看護指示書をもとに、医療職として対象の心身の状況を把握して、安全・安楽に生き甲斐を持って日常の療養生活が送れるようにケアを実施・報告することと述べている。環境が変わっても看護の基本は大きく変わることはないという前提の下、訪問看護師の看護実践に触れたという機会そのものが学びにつながったのであろう。同行訪問の際に看護実践を間近で見たことが、訪問看護師の役割を実感する機会となり、実際に見たことや訪問後実習指導者から看護の根拠を聞くことで得た学びは印象に残りやすかったのかもしれない。中核カテゴリーごとに学びの特徴と、印象に残ったと考えられる理由について考察していく。

生活を含め対象を理解し、尊重するなどといった、医療やケアを提供するうえでの基本的姿勢である、中核カテゴリー1【暮らしに重きを置く関わり意義を理解する】をみると、〈利用者の生活を支えている介護者・家族も支援する〉に象徴するように、利用者だけでなく、支える介護者・家族を含めてひとつの単位と捉え、介護者へのケアの必要性も学生は感じ取っていた。山村ら(2015)の研究においても、家族との関係性や家族として影響し合うなど、療養者にとっての家族の存在を考える機会となっており、在宅という援助の場では、ケア対象者だけでなく、傍にいる家族にも視線を向ける

ことができ、そのことが経験として印象に残りやすかったと考えられる。

中核カテゴリー2【活用可能な資源を活かすケアの大切さを実感する】は、限られた時間や資源を効果的に活用している訪問看護師の姿を見たことと、活用している資源の準備や経済的負担は利用者やその家族がするという背景を理解した時に得られた学びであるといえる。具体的には、医療者が24時間そばにいないという環境のなかで、限られた訪問時間を有効活用するタイムマネジメントや、ケアの専用品ではなく代用品でケアをしたり、新聞紙などのように自宅にあるものを使うといった工夫を見たりしたことで得られた学びであった。仁科ら(2019)の訪問看護実践における判断の概念分析では、「訪問時間が限られる」「生活を尊重した看護をする」が判断する際の先行因子の一部であった、と述べている。利用者に必要なケアをタイムリーに提供している訪問看護師の看護実践を目の当たりにした学生は、人的・物的資源などケアの環境面を含め、訪問時間という条件が加わることで、時間も資源であることの意識を鮮明にすることにより印象に残ったのだと考えられる。

上記の2つの中核カテゴリーは、どちらかという看護実践の中で得た学びが中心であったが、中核カテゴリー3【訪問看護師の実際から看護師の役割に気づく】は、情報共有や連携など訪問外から得た学びもあり、学生のこれまでの経験や知識を統合した学びともいえる。たとえば、〈利用者・家族に寄り添い信頼関係を構築する〉は、看護実践のなかでの学びではあるが、訪問看護を通して蓄積された時間や思いやニーズの共有の結果として、信頼関係の構築がされるといった学びが中心となっている。実習での訪問先は、訪問看護師と利用者およびその家族の既存の信頼関係ができており、その基盤となるのは、患者理解とそれに合わせたコミュニケーションの選択である。1日に複数の異なる利用者に同行訪問し、多様なコミュニケーションを目の当たりにすることで、看護の基本となる信頼関係構築の重要性と、会話だけではなく非言語的な五感を用いるコミュニケーションの基本と実践から看護師の役割を学んでいたと考えられた。実習を受け入れている療養者・家族の多くが在宅看護に携わる人材育成に肯定的で、自分たちを学習に役立ててほしい思いがある(斉藤ら, 2019)といわれており、そのことも相まって学びが引き出されたとも考えられる。

〈利用者の望む生活を支援するために連携する〉には、事業所内での看看連携と、他施設で利用者と関わる多職種との連携についての学びがまとめられていた。富永ら(2009)が明らかにした中堅訪問看護師の看護実践内容の構成要素のひとつとして、在宅ケアチームの一員になる、シームレスなケアを提供するといった多職種連携があるように、自施設内外問わず実習指導者が訪問看護師の機能としてみせたことを、学生がこれまでの知識や経験を統合し、連携の実際として捉えて学びとった結果であると考えられた。

大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会の2020年看護学実習ガイドラインによると、多様な人を対象として援助することを通して、学生が対象者との関係を形成することが中核である(文部科学省, 2020)とされており、訪問看護師である実習指導者に同行訪問するという、看護実践を経験できる訪問看護事業所実習の特徴ともいえる環境ならではの学びであったと考える。

2. 看護実践での学びを補完する看護教育機関の役割

今回明らかになった学びの多くは、訪問看護師が同行訪問で学生にみせた看護実践や補足説明、訪問看護師や教員とのリフレクションなどを経て得られたものである。

病院実習とは異なり、画一的ではない個性の高い療養環境で行われるケアや患者・家族理解には、訪問看護師からの説明などがなければ学生の理解や学びは深まりにくい現状にある。また訪問看護事業所実習における学生の心理として、1回につき30分~1時間単位で、利用者宅を次々と訪問する学生の戸惑いや緊張は大きい(牛久保ら, 2015)。そのため、実習前にはこれらを考慮した支援が必要となる。同行訪問による学びは、事業所に戻ってから記録やカンファレンスを通じて整理されていくが、学生自身だけでは消化しきれない学びもあることが示唆された。そのため、学びを整理するためには、訪問看護師や教員が関わっていく必要がある。しかし、学生の学びの整理には、実習指導者側の実習スケジュールの検討に苦慮している(牛久保ら, 2015)という、訪問看護師側の時間調整が難しい事情も考慮し、教員がその役割を担っているが、教員側もまた巡回指導の限られた時間内で全て網羅することが難しいジレンマを抱えている。その中でも、学生の不足している視点を補完しつつ統合できるように、今回明らかとなった結果を踏まえて、実習オリエンテーションや学内カンファレンスなどの精査も含め、関わっていく必要があると考える。

3. 訪問看護事業所実習の課題について

本調査の結果は、先行研究にある実習記録やレポートから得られた学びと大きな相違はなく、学生は、同行する訪問看護師の言動を通して学びの視点を向けていることが明らかとなった。その中で、看看連携や多職種連携に関する学びはあったものの、インフォーマルや地域、社会資源の活用に関する学びが少なかった。しかしこの学びは今後、強化される必要がある。

2022年のカリキュラム改正(第5次)により、在宅看護論は「地域」が加わり、「地域・在宅看護論」となった。訪問看護は、その中でも主軸を担う存在であるが、訪問看護事業所実習における学生の学びでは、「地域」の視点が不足していた。実習前の講義等で多職種連携や社会資源、地域への視点が必要であることは学んでいるものの、訪問看護事業所実習における学生視点の学びへの反映は少なかった。

野中ら(2019)の研究では、地域包括支援センターなどの実習後に、訪問看護事業所実習を行った群にのみ「地域で生

活するという視点」の学びが得られていたことが明らかとなっており、「地域」を知るという点では、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、入所・通所サービスなどの訪問看護事業所以外の施設も含めた実習構成を検討することが、教育機関に求められている。

4. 本研究の限界

本調査は在宅看護学実習終了後の学生に実習の学びとして印象に残っていることをアンケート調査したものであり、学生個々の感性や価値観によって視点が異なるため、学生の学びを引き出しきれなかった可能性も否定できない。しかし、調査時期が新型コロナウイルス感染症拡大となる前のデータであることから、臨地実習の日数・時間の短縮や学内実習への変更を余儀なくされている（文部科学省，2021）昨今からすると、本結果のデータは意義があるものと考えられる。

Ⅶ. 結 論

在宅看護学実習における訪問看護事業所実習で印象に残った学生の学びの記述から、中核カテゴリーとして【暮らしに重きを置く関わりの意義を理解する】【活用可能な資源を活かすケアの大切さを実感する】【訪問看護師の実際から看護師の役割に気づく】の3つが導かれた。これらは、訪問看護師の看護実践に直結した学びと、本質的な看護の役割に関する学びであり、訪問看護師の同行訪問という実習形態からくるものと考えられた。社会資源、システム等に関する学びが導かれなかったことから、不足部を補完する教員の役割の大切さに加え、訪問看護事業所以外の施設の組み入れも視野に入れる必要性があると示唆された。

本論文の内容の一部は、第24回日本在宅ケア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

- 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>
 (閲覧 2024-03-20)
- 厚生労働省. (2022). 令和3年介護サービス施設・事業所調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service21/dl/gaikyo.pdf> (閲覧 2023-08-20)
- 熊倉みつ子. (2013). 地域医療における訪問看護の役割. 獨協医学会雑誌. 40 (3), 241-247.
- 光安梢, 酒井康江, 松尾和枝, 森中恵子, 木室ゆかり, 山口淑恵. (2015). 3年間の歩みから、在宅看護論の授業と実習を振り返る～実習終了後に行ったアンケート結果から～. 福岡女学院看護大学紀要, 5, 1-9.
- 文部科学省. (2020). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会第二次報告書「看護学実習ガイドライン」.
https://www.mext.go.jp/content/20200330-mxt_igaku-000006272_1.pdf (閲覧 2023-10-06)
- 文部科学省. (2021). 新型コロナウイルス感染症下における看護系大学の臨地実習の在り方に関する有識者会議 報告書.

- https://www.mext.go.jp/content/20210608-mxt_igaku-000015851_0.pdf (閲覧 2023-10-06)
- 仁科祐子, 長江弘子, 谷垣静子. (2019). 日本の訪問看護師の行う訪問看護実践における判断の概念分析. 日本看護科学会誌, 39, 74-81.
- 野中弘美, 金子美千代, 米増直美, 久松美佐子, 益満智美, 丹羽さよ子. (2019). 訪問看護実習における学びの分析. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 29 (1), 55-61.
- 斎藤利恵子, 牛久保美津子. (2019). 在宅療養者と家族における訪問看護実習の学生受け入れに関する思いと教育課題. 足利大学看護学研究紀要, 7 (1), 57-67.
- 富永真里, 山村江美子. (2009). 訪問看護師が訪問した在宅療養者とその家族を支えるための看護実践内容の構成要素. 日本健康教育学会誌, 17 (4), 260-267.
- 牛久保美津子, 飯田苗恵, 小笠原映子, 田村直子, 斎藤利恵子, 棚橋さつき. (2015). 訪問看護ステーションにおける訪問看護実習受け入れに関する状況. 北関東医学, 65 (1), 45-52.
- 山村江美子, 田中悠美, 稲垣優子, 酒井昌子. (2015). 在宅看護論実習における学び一対象の理解と在宅看護実践の特性に焦点をあてて一. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 23, 41-51.

◇研究報告◇

看護実習室の環境表面における技術演習前後の 汚染状況と拭き取り消毒方法の効果

鈴木恵理^{1)*}, 大川美千代²⁾, 高橋美穂子¹⁾, 金谷悦子¹⁾, 青木武生²⁾

【目的】看護実習室で学生が技術演習中に頻繁に触れる環境表面における演習前後の汚染状況と、拭き取り消毒方法の効果を検討することを目的とした。

【方法】検体採取箇所は、ベッド柵とオーバーテーブルとした。検体採取方法は、ATP ふき取り検査法と細菌培養を用いた。検体採取は、演習前後と消毒後にそれぞれ3か所ずつ行い、模擬演習を行った演習あり群と、対照群の演習なし群を設定した。分析は、検体採取箇所別に、中央値を算出し、検定を行った。

【結果】演習あり群の演習前後の汚染状況は、演習後にATP値は減少、コロニー数は増加した。消毒後の汚染状況は、ベッド柵の演習なし群を除き、ATP値、コロニー数ともに、演習後と比較し、消毒後に低くなる傾向にあった。

【結論】模擬演習後の手指衛生の必要性や、実施した拭き取り消毒方法の効果が確認できたと考える。今後は、検体採取や模擬演習などの方法を検討する必要がある。

【キーワード】看護実習室、環境表面、ATP ふき取り検査法、細菌培養、拭き取り消毒

1. はじめに

看護教育において技術演習は、「講義と臨地実習のかけ橋」（佐藤ら, 2009, p.86）として、「基礎的・基本的な技術の習得」（佐藤ら, 2009, p.86）をめざし実施されている。A大学における技術演習は、病院の環境を模した看護実習室で1年を通して行っている。技術演習で学生は、ベッドをはじめ、ワゴンやトレイなどの物品を複数の学生と共有しながら技術の習得を目指している。このような状況から研究者らは、接触感染防止対策として毎回技術演習後に実施している拭き取り消毒に効果があるのか、また、学生に安全な学習環境を提供できているのか不安を抱いた。

環境表面を清掃するために拭き取り消毒法を用い、その効果を検証した看護研究には、次の研究があった。病院内の高頻度接触面に複数の消毒剤を用いてその消毒効果を調査した研究（奥出, 2015）や、ナースステーション内の清掃の効果を細菌培養により調査した研究（堀口ら, 2011）などである。しかし、看護実習室での技術演習後の拭き取り消毒の効果を調査した報告は確認できなかった。

そこで、研究者らは、看護実習室の環境表面において、学生が頻繁に触れる箇所の微生物状況を調査し、拭き取り消毒の効果について検討した（鈴木ら, 2023）。検体採取箇所は、先行研究（奥出, 2015；小野寺, 2020；佐藤, 2020）を参考に、技術演習中に学生がよく触れるベッド柵、ベッドの高さ調節ハンドル、オーバーテーブル、ワゴンのそれぞれ1か所ずつとした。調査は、アデノシン三リン酸（Adenosine Triphosphate；以下、ATP）ふき取り検査法と細菌培養の2種類の方法を用いて、演習前、演習後、消毒後に調査した。その結果、演習前と比較し、演習後にATP値やコロニー数が増加する傾向がみられ、消毒後はATP値やコロニー数が減少する傾向がみられた。その一方、結果にばらつきがあり、一定の環境条件で検体採取することなどが課題となった。そのため、本研究では、研究方法を再検討し、引き続き看護実習室での技術演習前後の汚染状況と拭き取り消毒方法の効果を調査することにした。

本研究の意義は、接触感染防止対策として実施している拭き取り消毒方法の効果を明らかにすることにより、学生に安全な学習環境を提供し、感染から学生を守ることである。ま

受付日：2023年10月15日／受理日：2025年3月14日

1) 群馬県立県民健康科学大学 2) 元群馬県立県民健康科学大学

* E-mail：suzuki-e@gchs.ac.jp

た、本研究結果を学生に教授することは、学生が現在行っている拭き取り消毒の目的と意義を理解し、感染予防行動を継続していくことにつながる。

Ⅱ. 目 的

看護実習室で学生が技術演習中に頻繁に触れる環境表面における演習前後の汚染状況と、拭き取り消毒方法の効果を検討することである。

Ⅲ. 方 法

1. 予備実験

1) 細菌培養に用いる培地の検討

先行研究（鈴木ら, 2023）では、結果のばらつきの大きさが課題となった。その原因の1つとして、培養後にコロニーが全く発生しない状況があったことから、使用した培地の影響が考えられた。そのため、培地を選択するための予備実験①を行った。

予備実験①では、2種の培地（A社：一般生菌数測定用フィルム培地・培地面積約20cm²、B社：一般生菌数測定用乾燥培地・培地面積20cm²）を比較した。技術演習前後のオーバーテーブルを拭って作成した拭い液10mLを1mLずつ、2種の培地各3枚に接種した。これを2回繰り返し、培養後のコロニー数を確認した。

結果は、A社の培地のコロニー数は、1回目、2回目ともに演習前が1CFU/mL、0CFU/mL、0CFU/mL、演習後が1CFU/mL、0CFU/mL、0CFU/mLであった。B社の培地のコロニー数は、1回目の演習前が3枚とも0CFU/mL、演習後が2CFU/mL、1CFU/mL、0CFU/mLであり、2回目の演習前が1CFU/mL、1CFU/mL、0CFU/mL、演習後が3枚とも0CFU/mLであった。2回の結果から、コロニー数がより多くみられ、先行研究（青木ら, 2023）でも用いられているB社の培地を使用することとした。

2) 模擬演習内容と方法の検討

先行研究（鈴木ら, 2023）では、体位変換（ベッド上での水平移動、仰臥位から側臥位、ベッド下方から上方への移動、仰臥位から長座位、仰臥位から端座位）を模擬演習として実施した。しかし、患者役と看護者役と研究者2名以上が必要であり、時間も要したことから、研究者1名で簡便に実施できる模擬演習を検討するため予備実験②を行った。

模擬演習内容は、「環境整備」とした。環境整備で看護者は、患者の病床や病室を安全で快適に整えるために、ベッドやベッド周辺を整頓する。整頓する過程で看護者は、ベッド柵やオーバーテーブルに触れ、移動させながらベッド上の寝具を整える。本研究では、意図的に触れるために、枕の形を整えたり、シーツのしわを伸ばしたり、綿毛布を足下に扇子折りにするなどを両手で行い、一定の回数（5回または20回）寝具に触れた。その後、ベッド柵を5回両手で握り、オーバーテーブルの天板に両手を3回、側面に両手を2回押しつけた。

また、模擬演習の実施前後に、研究者は流水と石鹸で手洗いし、擦式消毒用アルコール製剤を用いて手指を消毒する手指衛生を行った。予備実験②では、模擬演習の実施前、実施後に検体採取することを、3回繰り返した。

結果は以下の通りであった。ベッド柵のATP値は、5回触れた場合、演習前が712RLU、717RLU、1,155RLUであり、演習後が496RLU、558RLU、888RLUであった。20回触れた場合、演習前が1,279RLU、1,439RLU、1,481RLUであり、演習後が524RLU、621RLU、687RLUであった。オーバーテーブルのATP値は、5回触れた場合、演習前が6,412RLU、37,942RLU、59,790RLUであり、演習後が4,037RLU、34,225RLU、34,484RLUであった。20回触れた場合、演習前が7,145RLU、29,636RLU、29,865RLUであり、演習後が5,489RLU、27,357RLU、29,092RLUであった。

ベッド柵のコロニー数は、5回触れた場合、演習前が3CFU/mL、4CFU/mL、8CFU/mLであり、演習後は3枚ともコロニーが多数発生し、計測不能であった。20回触れた場合、演習前が1CFU/mL、1CFU/mL、21CFU/mLであり、演習後が0CFU/mL、3CFU/mL、5CFU/mLであった。オーバーテーブルのコロニー数は、5回触れた場合、演習前が10CFU/mL、24CFU/mL、37CFU/mLであり、演習後の1枚は19CFU/mL、他の2枚はコロニーが多数発生し、計測不能であった。20回触れた場合、演習前が11CFU/mL、18CFU/mL、41CFU/mLであり、演習後が7CFU/mL、10CFU/mL、37CFU/mLであった。

以上より、5回触れることにより演習後にコロニー数が増加することがわかった。そのため、模擬演習内容は、枕やシーツ、綿毛布に5回触れた後、ベッド柵とオーバーテーブルに5回触れることとした。

2. 拭き取り消毒の方法

拭き取り消毒剤には、日本薬局方（厚生労働省, 2021, p.591）で規定されている76.9～81.4 vol%のエタノールが配合された拭き取り用アルコール製剤（白十字、ショードックスーパー）を使用した。また、先行研究（青木, 2021）によるアルコール濃度のばらつきの報告から、基準を満たしたアルコール製剤であることを確認するために、使用する前にエチルアルコール濃度計（アタゴPALコロナ消毒液%チェッカー）を用いて製品のアアルコール濃度を計測した。使用したエチルアルコール濃度計は、デジタル屈折計であり、水とアルコール以外の成分により誤差が生じる可能性はあるが、研究者らが計測した測定器の誤差は±1.4%であった。

拭き取り消毒は、同一の研究者1名が拭き取り消毒剤を用いて消毒した。消毒方法は、先行研究（鈴木ら, 2023）と同様に、一方向になるよう拭き取り方法を決め、オーバーテーブルの天板、側面、ベッド柵という順に、1枚の拭き取り消毒剤を使用し、1回拭き取った。拭き取り消毒後は、十分に乾燥させるために5分以上放置した。拭き取り消毒の実施前後には、手指衛生を行った。

3. 検体採取期間と回数

一定の環境条件で検体採取するために、検体採取期間は、先行研究（鈴木ら, 2023）において、ATP 値とコロニー数ともに高値であった夏期の、2022 年 8 月～2022 年 9 月とした。

検体採取は、統計的な分析の実施可能な回数を考慮し、演習あり群と演習なし群ともに 10 回とした。

4. 検体採取箇所

先行研究（鈴木ら, 2023）では、検体採取を 1 箇所につき 1 回行っていたが、コロニーが全く発生しないことがあった。1 回の検体採取では、その要因が検体採取箇所によるものか、培地の不活化によるものか、その他の要因によるものか判断できなかった。そのため、本研究では、検体採取を 1 箇所毎に 3 回行うことで、検体採取箇所の汚染状況が統計的にも確認できると考えた。

先行研究（鈴木ら, 2023；大滝, 福岡, 2020, p.57）を参考に、また、検体を 3 回ずつ採取できる環境表面として、学生が技術演習中に頻繁に触れる片側のベッド柵上部（以下、ベッド柵）と、オーバーテーブルの天板（以下、テーブル）の 2 箇所を選定した。

採取方法を検討し、ふき取りは、ベッド柵の長さ（74 cm）を基準に 1 往復分（148 cm）ふき取ることにした。ベッド柵は、柵の内側と外側、中央それぞれ 1 往復ずつ（図 1 参照）、テーブルは、天板中央と左右の樹脂製の側面それぞれ 1 往復（図 2 参照）を 1 回分の採取とし、1 箇所毎に 3 回ずつ採取した。

5. 検体採取方法

検体採取は次の 2 種類の方法を用いて調査した。

ATP ふき取り検査法には、キッコーマンバイオケミファ社の ATP 測定器（ルミテスター Smart）と専用試薬（ルシパック A3 Surface）を用いた。ATP ふき取り検査法は、細菌だけではなく、食品残渣などの有機物に含まれる ATP とアデノシン二リン酸（Adenosine Di-Phosphate；以下、ADP）、アデノシン一リン酸（Adenosine Mono-Phosphate；以下、AMP）を同時に測定（志賀, 場家, 2023）し、汚染度（ATP 値）として示す特徴を持つ。測定した ATP 値は、RLU（Relative Light Unit）で示される。汚染度が高いほど高値を示し、清浄度ランクは、200 RLU 未満のⅠ（きれい）から 50,000 RLU より大きいⅨ（汚い）の 9 段階に設定されている（木川, 2014）。使用した ATP ふき取り検査法は、ATP だけではなく、ADP

と AMP も検出できる A3 法である。A3 法は、ATP が環境中や食品残渣中で、ADP や AMP に分解されるリスクがあるため、より精度高く検出することができる（志賀, 場家, 2023）という。

細菌培養には、一般生菌数測定用乾燥培地（日水製薬株式会社、コンパクトドライ TC）を使用した。使用した培地は、標準寒天培地と同様の栄養素を含み、検体採取箇所の細菌や真菌の存在を示す特徴を持つ。検体の採取には、綿棒と培養液（ペプトン食塩緩衝液 1 mL）とピペットが一体になったふき取り検査用綿棒（日水製薬株式会社、簡易ふき取りキット）を用いた。検体採取箇所の表面を綿棒（湿潤型）でふき取り、キット容器内の培養液内に均等に分散させるために、20 回撹拌後、培地に全量接種した。接種した培地を 36℃に設定した恒温培養器で 48 時間培養し、発育したすべてのコロニー数を 2 名以上の研究者で計測した。使用済みの培地は、高压蒸気にて滅菌した後、廃棄した。

検体を採取する前に、マニュアルを作成し、3 名の研究者による検体採取の手技が統一できるよう準備した。また、製品の説明書を元に ATP ふき取り検査法は約 75 g、細菌培養は約 100 g の圧力でふき取れるよう、計量はかりを用いて繰り返し練習した。

検体採取の具体的な手順 1) から 5) を、以下に示す（図 3 参照）。



図1 「ベッド柵のふき取り」



図2 「テーブルのふき取り」

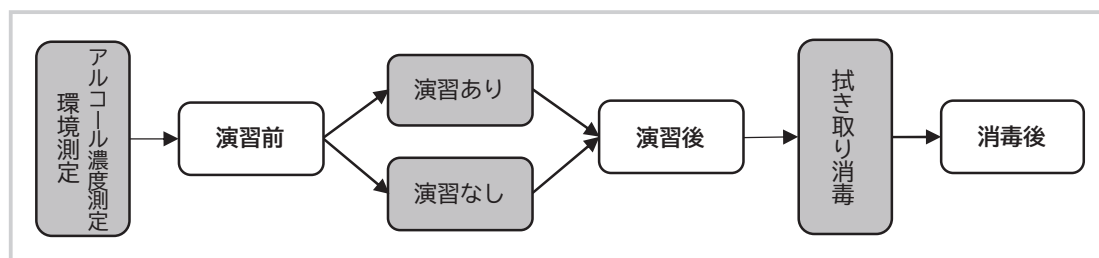


図3 検体採取方法

- 1) 検体採取前に、研究者は手指衛生を実施し、滅菌手袋を装着した。手袋装着後、検体を採取し汚染状況を調査した（以下、演習前）。
- 2) 装着していた滅菌手袋を破棄し、手指衛生を実施し、模擬演習を実施した。模擬演習は、同一の研究者1名が、予備実験②で決定した模擬演習を行った（以下、演習あり群）。また、模擬演習による汚染状況を把握するため、対照群として、演習あり群で模擬演習を実施している間、そのまま時間をおく模擬演習をしない群（以下、演習なし群）を設定した。模擬演習を実施した後、手指衛生を実施し、滅菌手袋を装着した。
- 3) 検体採取をすることによる影響を確認するため、演習あり群では模擬演習を実施した後、演習なし群では模擬演習を実施している時間をおいた後に検体を採取し汚染状況を調査した（以下、演習後）。
- 4) 検体採取後に装着していた滅菌手袋を破棄し、手指衛生を実施し、同一の研究者1名が演習あり群、演習なし群ともに、「拭き取り消毒の方法」に記載した手順で拭き取り消毒を行った。拭き取り消毒後、手指衛生を実施し、滅菌手袋を装着した。手袋を装着した後、検体を採取し、汚染状況を調査した（以下、消毒後）。
- 5) すべての検体採取後に装着していた滅菌手袋を破棄し、手指衛生を実施した。

また、ポジティブコントロールとして、看護実習室の床を検体採取箇所と同じ面積となるようふき取り、ATP 値とコロニー数が一定数出現することを確認した。

6. 分析方法

ATP 値および計測したコロニー数は、検体採取場所別（ベッド柵、テーブル）に、Excel 統計ソフト（統計解析 Statcel ver.3（柳井，2011））を用い、各々の中央値（第1四分位－第3四分位）を算出した。また、群間比較には Mann-Whitney 検定を、演習あり群または演習なし群の演習前と演習後、演習後と消毒後にはウィルコクソン符号付順位和検定を行った。危険率は5%とした。

IV. 倫理的配慮

対象施設が特定されないよう、個人情報とは匿名化した。環境表面から得られた試料が研究対象となるため、倫理審査は受けていない。

V. 結 果

1. 検体採取期間と回数

検体採取は、2022 年 8 月～9 月に、1 箇所につき各 3 回、演習あり群と演習なし群ともに 10 回（計 30 回）の検体採取を行った。

2. 検体採取時の気温と湿度、アルコール濃度（表 1 参照）

検体採取時の気温は 25.5～26.7℃（平均 26.2℃）、湿度は 44.0～65.0%（平均 55.8%）、拭き取り消毒剤のアルコール濃度は 78.5～82.0 vol%（平均 79.8vol%）であった。

3. ATP ふき取り検査法

ベッド柵とテーブル、それぞれの ATP 値の中央値（第1四分位－第3四分位）、ウィルコクソン符号付順位和検定の結果を表2に示す。

中央値（第1四分位－第3四分位）は、ベッド柵の演習あり群は、演習前 1,979.0（735.5-2,999.8）RLU、演習後 1,105.0（761.5-1,702.3）RLU、消毒後 954.5（297.8-1,399.8）RLU、演習なし群は、演習前 2,938.5（1,373.0-4,117.5）RLU、演習後 1,055.0（479.5-1,442.0）RLU、消毒後 1,263.0（836.5-1,864.3）RLU であった。テーブルの演習あり群は、演習前 6,035.0（3,429.0-12,935.5）RLU、演習後 4,759.0（3,724.8-8,187.8）RLU、消毒後 3,164.5（1,296.0-4,711.3）RLU、演習なし群は、演習前 7,315.0（5,207.5-14,431.8）RLU、演習後 4,051.5（2,471.3-9,511.5）RLU、消毒後 2,329.5（1,264.8-7,031.8）RLU であった。演習あり群、演習なし群ともに、ベッド柵と比較し、テーブルの ATP 値が高い結果であった。

表 1 気温・湿度とアルコール濃度

採取回数	採取時期	気温	湿度	アルコール濃度
1	8 月	26.6	51.5	82.0
2		25.9	53.0	80.6
3		26.7	44.0	79.0
4		26.4	48.0	78.7
5		26.3	57.0	78.8
6	9 月	26.2	59.0	79.5
7		25.5	52.0	80.2
8		26.0	64.0	79.0
9		26.5	65.0	81.2
10		25.5	64.0	78.5
		(°C)	(%)	(vol%)

表 2 演習前後と消毒後の ATP 値の変化

採取箇所	群	演習前		演習後		消毒後		演習前・演習後	演習後・消毒後
		n=30	中央値（第1四分位-第3四分位）	中央値（第1四分位-第3四分位）	中央値（第1四分位-第3四分位）	中央値（第1四分位-第3四分位）	中央値（第1四分位-第3四分位）	p 値	p 値
ベッド柵	演習あり		1,979.0（735.5-2,999.8）	1,105.0（761.5-1,702.3）	954.5（297.8-1,399.8）			0.001	0.000
	演習なし		2,938.5（1,373.0-4,117.5）	1,055.0（479.5-1,442.0）	1,263.0（836.5-1,864.3）			0.000	0.111
テーブル	演習あり		6,035.0（3,429.0-12,935.5）	4,759.0（3,724.8-8,187.8）	3,164.5（1,296.0-4,711.3）			0.000	0.000
	演習なし		7,315.0（5,207.5-14,431.8）	4,051.5（2,471.3-9,511.5）	2,329.5（1,264.8-7,031.8）			0.000	0.000

(RLU) p 値: Wilcoxon signed-ranks test

群間比較では、ベッド柵の消毒後で有意差がみられた。 p 値はそれぞれ、ベッド柵演習前 0.071, 演習後 0.249, 消毒後 0.034, テーブル演習前 0.249, 演習後 0.848, 消毒後 0.918 であった。

演習前と演習後の比較では、演習あり群と演習なし群ともにベッド柵とテーブルで有意差がみられた ($p<0.01$, $p<0.001$)。演習後と消毒後の比較では、演習あり群はベッド柵とテーブル、演習なし群はテーブルで有意差がみられた ($p<0.001$)。

(表 2 参照)

ポジティブコントロールとして、看護実習室の床を検体採取箇所と同じ面積となるよう 1 回につき 3 回を 10 回 (計 30 回) ふき取った ATP 値の中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位) は、18,032.5 (14,233.0-22,969.3) RLU であった。

4. 細菌培養

ベッド柵とテーブル、それぞれのコロニー数の中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)、ウィルクソン符号付順位検定の結果を表 3 に示す。また、最も多くのコロニーが発生した、テーブルの演習あり群の演習後の写真を図 4 に示す。

中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位) は、ベッド柵の演習あり群は、演習前 1.0 (0.0-3.0) CFU/mL, 演習後 3.5 (1.0-19.8) CFU/mL, 消毒後 0.0 (0.0-0.0) CFU/mL, 演習なし群は、演習前 1.0 (0.0-6.5) CFU/mL, 演習後 1.0 (0.0-2.0) CFU/mL, 消毒後 0.0 (0.0-0.0) CFU/mL であった。テーブルの演習あり群は、演習前 2.5 (1.0-11.5) CFU/mL, 演習後 6.5 (2.3-17.3) CFU/mL, 消毒後 1.0 (0.0-1.0) CFU/mL, 演習なし群は、演習前 6.5 (2.3-17.0) CFU/mL, 演習後 3.5 (1.0-8.5) CFU/mL, 消毒後 1.0 (0.0-2.8) CFU/mL であった。

群間比較では、ベッド柵の演習後で有意差がみられた。 p 値はそれぞれ、ベッド柵演習前 0.339, 演習後 0.001, 消毒後 0.989, テーブル演習前 0.050, 演習後 0.094, 消毒後 0.518 であった。

演習前と演習後の比較では、演習あり群はベッド柵 ($p<0.01$), 演習なし群はベッド柵とテーブルで有意差がみられた ($p<0.01$, $p<0.001$)。演習後と消毒後の比較では、演習あり群と演習なし群ともにベッド柵とテーブルで有意差がみられた ($p<0.01$, $p<0.001$)。(表 3 参照)

ポジティブコントロールとして、看護実習室の床を検体採取箇所と同じ面積となるよう 1 回につき 3 回を 10 回 (計 30 回) ふき取ったコロニー数の中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位) は、149.0 (70.3-191.3) CFU/mL であった。

Ⅵ. 考 察

1. 技術演習前後の汚染状況

本研究では、予備実験にて検討した内容を踏まえ、看護実習室の環境表面において、学生が技術演習中に頻繁に触れる箇所である、ベッド柵とテーブルの汚染状況を、ATP ふき取り検査法と細菌培養を用いて演習前後で調査した。

調査の結果、ATP 値は、数値にばらつきはあるものの、ベッド柵とテーブルにおいて、演習あり群、演習なし群ともに演習後に減少する傾向がみられた。

ATP 値は、演習前のベッド柵、テーブル共に高値であり、汚染度が高かった。特にテーブルの演習前の ATP 値 (中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)) は、演習あり群 6,035.0 (3,429.0-12,935.5) RLU, 演習なし群 7,315.0 (5,207.5-14,431.8) RLU と、清浄度ランク V~Ⅶ (注意~不合格) という状況であった。ベッド柵の演習前の ATP 値 (中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)) は、演習あり群 1,979.0 (735.5-2,999.8) RLU, 演習なし群 2,938.5 (1,373.0-4,117.5) RLU であり、テーブルはベッド柵と比較すると 2~3 倍の汚染状況であった。模擬演習内容は、「枕やシーツ、綿毛布に 5 回触れた後、ベッド柵とオーバーテーブルに 5 回触れる」こととした。汚染度の高いベッド柵やテーブルを両手で触れた圧力によって、その部分の汚



図 4 「テーブル (演習あり群の演習後)」

表 3 演習前後と消毒後のコロニー数の変化

採取箇所	群 $n=30$	演習前	演習後	消毒後	演習前・ 演習後	演習後・ 消毒後
		中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)	中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)	中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)	p 値	p 値
ベッド柵	演習あり	1.0 (0.0 - 3.0)	3.5 (1.0-19.8)	0.0 (0.0-0.0)	0.005	0.000
	演習なし	1.0 (0.0 - 6.5)	1.0 (0.0 - 2.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.002	0.000
テーブル	演習あり	2.5 (1.0-11.5)	6.5 (2.3-17.3)	1.0 (0.0-1.0)	0.110	0.000
	演習なし	6.5 (2.3-17.0)	3.5 (1.0 - 8.5)	1.0 (0.0-2.8)	0.000	0.004

(CFU/mL)

p 値: Wilcoxon signed-ranks test

染をぬぐい取った可能性がある。そのため、演習後の ATP 値が減少したのではないかと考えられる。

また、検体は、各箇所を 3 回のふき取りにより採取した。演習なし群も同様に演習後の ATP 値が減少していることから、検体採取を行うためのふき取りの物理的な清掃効果により、演習後の ATP 値が減少した可能性がある。

一方、コロニー数はベッド柵とテーブルにおいて、演習あり群では演習後にコロニー数が増加し、演習なし群では演習後にコロニー数が減少する傾向がみられた。

これは、模擬演習での枕やシーツ、綿毛布に 5 回触れた行為が、手を介して細菌を伝播し、ベッド柵とオーバーテーブルの細菌を増加させた可能性が高い。そのため、患者に触れる前後や、処置前後での手指衛生の必要性、接触感染を防止するための拭き取り消毒の必要性が示唆されたと考える。藤田 (2012) は、感染予防対策の実践のために、繰り返し研修を行うことや、効果を数値で示す必要性を述べている。細菌培養では、テーブルの演習あり群の演習後に、最も多くのコロニーが発生した。これらの結果を示しながら、手指衛生の必要性を学生に教授することは、感染を防止するための行動や意識に働きかけることにつながるのではないかと考える。

2. 拭き取り消毒方法の効果

看護実習室の環境表面において、学生が技術演習中に頻繁に触れる箇所であるベッド柵とテーブルの接触感染を防止するための拭き取り消毒方法の効果を、ATP ふき取り検査法と細菌培養を用いて調査した。調査の結果、ベッド柵とテーブルにおいて、ATP 値、コロニー数ともに、演習後と比較し、消毒後に低くなる傾向がみられた。

本研究にて調査した、ベッド柵とテーブルは、スポルディングの器具分類 (Rutala, 1996, as cited in 山口, 高山, 2017; Ganer and Favero, 1986, as cited in 大久保ら, 2020, p.21) によりノンクリティカルと定義されている「創のない正常な皮膚と接触するもので、粘膜とは接触しない」器具である。そのため、ノンクリティカルな器具の清拭方法として推奨 (山口, 高山, 2017) されている拭き取り用アルコール製剤を用いることが効果的である。表 1 より、使用した拭き取り消毒剤の計測したアルコール濃度は 78.5~82.0 vol% であり、基準を満たしていた。

先行研究 (鈴木ら, 2023) と同様に、拭き取り消毒の方法は、一方向になるよう拭き取り手順を決め、拭き取り消毒後は、十分に乾燥させるために 5 分以上放置した。調査の結果から、拭き取り消毒により、検体採取箇所の汚染状況が改善したことが考えられる。そのため、本研究で実施した拭き取り消毒の方法は、接触感染を防止するための方法になり得る。学生に、接触感染を防止するため、技術演習後にアルコール製剤での消毒を促しているが、本研究結果は、その行動を継続する意義を再度認識することにつながる。

しかし、表 2 より、ベッド柵の演習なし群では、消毒後の ATP 値が演習後より増加していた。

消毒は、1 枚の拭き取り消毒剤を使用し、テーブルの天板、側面、ベッド柵という順に、1 回拭き取った。テーブルの演習なし群の演習後の ATP 値 (中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)) は、4,051.5 (2,471.3-9,511.5) RLU と高く、ベッド柵へ汚れを移行させてしまった可能性がある。また、テーブルの消毒後の ATP 値 (中央値 (第 1 四分位 - 第 3 四分位)) では、演習あり群 3,164.5 (1,296.0-4,711.3) RLU、演習なし群 2,329.5 (1,264.8-7,031.8) RLU と、清浄度ランク IV~VI (注意~不合格) という、再度拭き取りが必要なレベルであった。

ATP ふき取り検査法は、検査箇所の表面の状態 (素材、経年、キズなど) に大きく影響を受ける (志賀, 場家, 2023) ことや、アルコール消毒の効果は、材質により差がある (青木ら, 2023) ことが報告されている。本研究では、テーブルでは天板だけではなく、材質の異なる樹脂製の側面も検体採取箇所とした。検体採取箇所であるテーブルの表面の状態が ATP 値に影響した可能性や、テーブル側面の材質によりアルコール消毒の効果が得られにくかった可能性がある。このことから、対象の汚染度に合わせて複数回拭き取り消毒を行うことや、アルコール消毒の効果が得られにくい材質の場合には、拭き取りではなく洗浄するなど、消毒方法を検討する必要性が示唆された。さらに、接触感染を防止することが求められる場合には、拭き取り消毒の効果が得られやすい素材を選択する必要性が示唆された。

3. 研究の限界と今後の課題

先行研究 (鈴木ら, 2023) を踏まえ予備実験を行い、本研究を行った。

検体採取方法を 1 箇所毎に 3 回ずつ採取する方法に修正したことで、すべての培地からコロニーが発生しないという状況は避けることができた。しかし、先行研究 (鈴木ら, 2023) で最も多くのコロニーが観察されたベッドの高さ調節ハンドルでは、3 回の検体採取を行うことはできず、結果的に検体採取が可能な箇所が限られてしまった。

検体採取は 3 名の研究者で実施した。そのため手技を統一するためのマニュアルを作成し、事前に練習し検体を採取した。しかし、円筒状のベッド柵を綿棒の位置を変えながら綿球全体を使いふき取る難しさがあった。検体採取方法には、綿棒でふき取る方法だけではなく、対象に培地を押しつけるものや、洗浄液を検体とするなど様々な方法がある。引き続き、研究目的に合わせて検体採取方法を検討する必要がある。

検体採取時期をコロニーがより多く発生した夏期に調整し、実施した。細菌が増殖する至適温度は、細菌毎に異なる (片倉ら, 2018, p.31) という。環境に常在する細菌は無数であるため、年間を通した調査や、気温や湿度、気流なども一定となる人工気候室で調査するなど研究方法を検討する必要がある。

検体採取を簡便化できるよう模擬演習方法を見直したことで、模擬演習にかかる時間や、必要な研究者数を軽減することができ、夏期にすべての検体採取が実施できたと考える。

しかし、本研究では要因は明らかにできていないが、演習あり群の技術演習前後の汚染状況において、ATP 値とコロニー数とが異なる結果となった。そのため、模擬演習方法を、再度、検討する必要がある。

また、ATP 値とコロニー数という 2 つの指標を用いて技術演習前後の汚染状況と消毒方法の効果を検討した。しかし、ATP ふき取り検査法は、見た目では判断できない汚れを判定する清浄度の指標、細菌培養は、ベッド周囲の環境表面だけではなく、手指の常在菌や落下細菌を含め、細菌や真菌によりコロニーが発生するものと特徴が異なる。ATP ふき取り検査法と細菌培養の特徴を踏まえて、勝亦、青山（2018）が述べているように、検体採取箇所や目的に応じた検査方法を選択する必要があると考える。

今後は、模擬演習方法の再検討や、様々な条件下での ATP ふき取り検査法と細菌培養の結果を比較するなど、データ収集を継続し、検討する必要がある。

VII. 結 論

先行研究（鈴木ら、2023）を踏まえ予備実験を行い、看護実習室において学生が技術演習中に頻繁に触れる環境表面の演習前後および拭き取り消毒後の汚染状況を ATP ふき取り検査法と細菌培養にて調査し、接触感染を防止するための拭き取り消毒方法の効果を検討した。

ベッド柵とテーブルの技術演習前後の汚染状況は、ATP 値は、演習あり群、演習なし群ともに演習後に減少する傾向がみられた。これは、ATP 値に影響する汚れを模擬演習でぬぐい取った可能性や、検体採取によるふき取りの影響が考えられる。一方、コロニー数は、演習あり群では演習後にコロニー数が増加し、演習なし群では演習後にコロニー数が減少する傾向がみられた。そのため、患者に触れる前後や、処置前後での手指衛生の必要性、接触感染を防止するための拭き取り消毒の必要性が示唆された。

消毒後の汚染状況は、ベッド柵の演習なし群の ATP 値を除き、ATP 値、コロニー数ともに、演習後と比較し、消毒後に低くなる傾向にあった。そのため、本研究で行った接触感染を防止するための拭き取り消毒方法の効果が確認できたと考える。また、汚染度に合わせて複数回拭き取ることや、アルコール消毒の効果が得られにくい可能性のある箇所は拭き取りではなく洗浄するなど、表面の材質に合わせ消毒方法を検討する必要性が示唆された。

本研究は、群馬県立県民健康科学大学共同・若手研究費の助成を受け実施し、同報告会にて報告した。

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

青木武生. (2021). 皮膚、鼻粘膜に常在する細菌を利用した市販除菌商品の効果に関連する基礎研究—市販されている商

品が表記どおり除菌、殺菌効果があるのかの確認実験—。群馬県立県民健康科学大学紀要, 16, 109-122.

青木武生, 鈴木恵理, 高橋美穂子, 大川美千代, 金谷悦子. (2023). 看護技術演習で用いられるベッド周辺器具における消毒状況の拭き取り式 ATP 検出器および微生物培養による検証的研究. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 18, 41-58.

藤田比左子. (2012). 看護職によるスタンダードプレコーションの実践内容の修得と継続性に関する介入研究. 科学研究費助成事業研究成果報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-21592715/21592715seika.pdf>

堀口まり子, 田辺文憲, 中村美知子. (2011). 看護師が触れる場所の細菌実態調査 清掃前後の比較. 山梨大学看護学会誌, 9 (2), 13-18.

片倉啓雄, 大政健史, 長沼孝文, 小野比佐好. (2018). 実践 有用微生物培養のイロハ 試験管から工業スケールまで (改定増補版). エヌ・ティー・エス.

勝亦奈緒美, 青山高. (2018). 拭き取りアデノシン三リン酸検査法とスタンプ培地法を用いた病院調理場の衛生実態調査における至適条件に関する検討. 日本栄養士会雑誌, 61 (6), 327-333.

木川真美. (2014). 管理栄養士の養成における ATP ふき取り検査の効果的活用 調理現場の衛生管理水準の向上, 学生の衛生意識の高揚に大きな効果. HACCP, 20 (10), 100-108.

厚生労働省. (2021). 消毒用エタノール. 「日本薬局方」ホームページ, 第十八改正日本薬局方 (令和 3 年 6 月 7 日厚生労働省告示第 220 号), 医薬品各条ア～ソ, p.591.

<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000788360.pdf>

奥出尚子. (2015). ATP 検査を用いた病院清掃方法の検討. 獨協医科大学看護学部紀要, 8, 51-57.

小野寺直人. (2020). 感染対策における『拭き消毒』の科学的根拠—環境表面の病原微生物と環境消毒の最新のエビデンスから—, 感染対策 ICT ジャーナル, 15 (1), 5-11.

大久保憲, 尾家重治, 金光敬二 (編). (2020). 2020 年版 消毒と滅菌のガイドライン (第 4 版). へるす出版.

大滝周, 福岡絵美 (編). (2020). 感染管理ベーシックブック. メヂカルフレンド社.

佐藤みつ子, 宇佐美千恵子, 青木康子. (2009). 看護教育における授業設計 (第 4 版). 医学書院.

佐藤智明. (2020). 拭き取り調査と正しい『拭き取り』—どこを対象に, どの検査を実施し, どう活用するか—. 環境感染 ICT ジャーナル, 15 (1), 24-29.

志賀一樹, 場家幹雄. (2023). ATP ふき取り検査の効果的な衛生管理への活用と新規な ATP+ADP+AMP (A3) 法への進化. 日本防菌防黴学会誌, 51 (4), 173-181.

鈴木恵理, 高橋美穂子, 金谷悦子, 大川美千代, 青木武生. (2023). 看護実習室における微生物状況と拭き取り消毒の効果. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 18, 29-40.

山口諒, 高山和郎. (2017). 消毒薬, その実践と基礎知識. 日本環境感染学会誌, 32 (6), 330-336.

柳井久江. (2011). 4Steps エクセル統計 (第 3 版). オーエムエス出版.

◇研究報告◇

集中治療室に配属された新卒看護師の臨床判断における 患者情報を捉える際の思考の特徴

小堺隆寛¹⁾*, 窪田和巳²⁾, 末永由理³⁾

目的：本研究は集中治療室に配属された新卒看護師を対象に、臨床判断の気づきの段階において注目して捉えた患者情報の内容と理由から、その思考の特徴を明らかにすることを目的とした。

方法：集中治療室に配属された新卒看護師6名を対象に、事例を用いてグループディスカッションを実施した。注目した患者情報の内容と理由について質的帰納的に分析した。

結果：注目した患者情報の内容と理由から【患者の全体像を入院前後の状態をもとに把握するため、病名と生活背景や現病歴を見る】【見たことのない重症患者の状態がどうなのか想像するため、自身のICUに対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る】など9個のカテゴリが抽出された。

結論：新卒看護師は患者情報に注目する際にICUに対するイメージや先入観による予測と学生時代の経験・指導内容を活用して患者情報に注目するという思考の特徴があった。

【キーワード】集中治療室, 新卒看護師, 臨床判断, 患者情報

I. はじめに

クリティカルケア領域の看護師にとって、臨床判断は重篤な急性機能不全に陥った重症患者に対して、集中的に治療・看護を実践し、異常の早期発見と迅速で的確な対処を行う上で重要な看護実践能力である。Benner, P. Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011/2012) は、クリティカルケア場面で看護師の思考と行動の特徴について分析し、臨床判断の基本となる構成概念として、場の状況をつかみ行動しつづけること、先を見通すことの重要性を示している。高見沢(2008, p.4) は、クリティカルケア看護に要求される専門性の一つとして「クリティカルケアを受ける患者のさまざまな疾患と患者の循環・呼吸・脳神経・代謝系などの状態を医学的にも評価し全身管理ができる臨床判断能力」があると述べており、臨床判断能力の質の向上は高い看護実践に繋がると考えられる。

臨床判断に関する先行研究としては、成人病棟の外科系と内科系看護師を対象にした研究において、尺度を用いて臨床判断能力を比較しているが、判断の際に活用した患者の状態に関する情報については明確にされていない(浅原・中村,

2009)。杉山・朝倉(2017)は、看護師の臨床判断が磨かれるプロセスについて、知識の蓄えと省察により臨床判断が磨かれることを示しているが、知識の蓄えが不十分な新卒看護師への言及はなされていない。また新卒者全体を対象にした西田(2006, p.8)の研究では、新卒看護師の臨床判断について「新卒看護師は経験が少ないため適切に判断できない場合がある」と示しているが、具体的場面における思考の内容については明らかにされていない。さらにクリティカルケア領域の臨床判断に関する先行研究では、経験豊富なベテラン看護師を対象にした内容は複数報告され、専門領域の経験年数と論理的知識が臨床判断と関連していることが述べられているが、看護経験が浅く知識技術も発達段階にある新卒看護師に焦点化した内容は検索した限り見当たらなかった(杉山・朝倉, 2017; 原・林, 2015; 岩田ら, 2006)。

そこで本研究は、新卒看護師の臨床判断における思考の特徴に注目し、タナーの臨床判断モデルを活用することにした。臨床判断モデルは「気づき」「解釈」「反応」「省察」の4つのプロセスから構成され、「実践における患者の反応から再び推論へとつなげ、次の実践という円環的な看護師の思考と実践」

受付日: 2023年10月15日/受理日: 2025年3月14日

1) NTT 東日本関東病院特定集中治療室 2) 東京大学医学部附属病院企画情報運営部 3) 東京医療保健大学大学院医療保健学研究所

* E-mail: takahiro.kosakai.th@east.ntt.co.jp

(宇都宮, 2022, pp.440-441)と言われている。その中でも、「気づき」は臨床判断モデルの最初のプロセスであり、背景や関係性・コンテキストから患者の状況を予期し、全体的な見込みをつけて初期把握に至る部分である。松谷ら(2015, p.618)は、気づきについて、「間近にある状況を知覚的に把握して、確定には至らなくても状況がどうであり今後どうなっていくのか予期し、臨床像を全体的に把握する機能をもつ」と述べており、「気づき」は臨床判断の様相を把握する上で欠かすことのできない部分であると考ええる。また喜吉(2015)は臨床判断モデルを用いた教育実践の中で、看護的思考の理解のためには事例を活用して「気づき」に関する身体アセスメントや検査値、薬、主訴などの患者情報から臨床判断の要素や流れを辿ることの有用性を示している。

このため本研究では、新卒看護師を対象に事例を用いて臨床判断の「気づき」の段階に焦点をあて、患者情報の内容と理由から思考の特徴を明らかにすることとした。これにより、新卒看護師が重症患者を受け持つ際の教育的関わりの示唆を得ることができると考える。

用語の定義

- ・新卒看護師：看護基礎教育終了後に直ちに就職した1年目の看護師で、それ以前に看護師として就労した経験がない者。
- ・集中治療室：クリティカルケア看護が実践される場であり、特定集中治療室(ICU: Intensive Care Unit)を指す。本研究ではICUの管理別分類上の総合ICUと3次救命救急ICUとした。
- ・臨床判断：適切な患者データや臨床的な知識、状況に関する情報が考慮され認知的な熟考と直観的な過程によって、患者ケアについて意思決定を下すこと。
- ・気づき：患者の状況について現状と今後を予期し、未確定ながらも全体的な臨床像を知覚的に把握すること。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、集中治療室に配属された新卒看護師が臨床判断を行う際に注目した患者情報の内容と理由について、事例を用いて分析しその思考の特徴を明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 対象者：集中治療室に配属された新卒看護師6名

厚生労働省関東信越厚生局に特定集中治療室管理料を届け出ている施設の中から機縁法にて2施設を選定した。対象者の選出は、研究協力施設の看護部責任者に依頼をした。

2. データ収集期間：2020年7月

3. データ収集方法・内容

1) フェイスシートへの記載

対象者の背景：性別、年齢、部署の教育体制、集合研修の内容、基礎教育の種類

2) 事例を用いたグループディスカッション

本研究の対象は、入職後早期の新卒看護師であり、臨床判断を行う際に注目した患者情報に関して、実際の患者では同一の条件を得ることが困難であると想定された。そのため、患者情報から臨床判断の要素や流れを辿ることの有用性を示している喜吉(2015)の考えをもとに、事例を用いることにした。

事例を提示するビニエツト方法は、状況提示に当事者性があり、より回答者自身に引き寄せた結果が得られ効果的であるとされている(渡邊・佐藤, 2019)。またグループディスカッションで行うことは、自己の判断のみでは抽出されにくい事柄について、関連する出来事を新卒看護師同士の発言によって促進されることが期待される。さらに予備調査にて個人面接より心理的ストレスが少なく、口頭試問のような正解・不正解を問われるという知覚が生じにくいとの結果が得られたため、グループディスカッションを用いたデータ収集を行った。

(1) 人数

1 施設につき3名

参加人数に関しては、複数回の予備調査を4名で実施した際に調査時間が60分を超過したことおよび新型コロナウイルス感染症対策の観点から、一定の空間的距離を取ることのできる場所の確保が困難と考え、1回の参加人数は3名とした。

(2) 時間

60分/施設以内

(3) グループディスカッションの記録

ICレコーダーおよびビデオカメラにて録音・録画

(4) 事例の内容

クリティカルケア領域の文献(道又, 2008, 2015)を用いて研究者が独自に事例を作成した。事例は消化管穿孔から腹膜炎を起こし敗血症性ショックとなった患者とし、入院前の生活歴や既往歴、手術の内容、入院後の治療内容、呼吸循環動態・脳神経系などの身体情報、人工呼吸器の設定、使用薬剤の種類と量、採血・画像検査結果、ドレーンやチューブ類など挿入物の内容、家族の受け止め状況などクリティカルケア領域の看護師が必要とする情報を紙面で示した。内容の妥当性については、クリティカルケア領域での臨床経験が豊富で、重症患者管理に精通した複数の専門家に意見を求め臨床との整合性を確保した。

(5) グループディスカッションの流れ

ディスカッションテーマは、臨床判断モデルの「気づき」を焦点化した内容として「臨床判断のために注目した患者情報の内容と理由」とした。最初に事例を記載した紙面を配布し10分間内容を確認してもらった。その後に各自で付箋に注目した患者情報とその理由の記載を求めた。付箋の記載内容を対象者同士で共有したのち、事例の患者情報について対象者が新たに想起した考えを語ってもらった。付箋や発言内

容のうち、さらに詳細を把握したい際は研究者から発問し、できるだけ詳しく語ってもらった。

4. データの分析方法

付箋に記載された内容については、動画をもとに記載者に間違いがないか確認し元ラベルとした。また IC レコーダーに録音したグループディスカッションでの発言から逐語録を作成し、「臨床判断のために注目した患者情報の内容と理由」に該当する部分を取り出し、元ラベルとした。付箋や発言内容から元ラベルを作成する際は、複数の意味を含む内容については文脈ごとに分解して、1つの元ラベルを作成した。

元ラベルの内容を読み込み、「注目した患者情報の内容と理由」を示すコードを作成した。作成したコードは、意味内容の同質性・異質性に沿ってグループ編成を行いサブカテゴリとした。さらにサブカテゴリ同士の共通性から内容を端的に表すものとしてカテゴリ名を示した。

得られたデータが正確にありのままの現象を表すように、分析の過程においては、質的研究経験が豊富な研究者にスーパーバイズを受け、結果の妥当性の担保に努めた。結果の信憑性を高めるために、コードやカテゴリの分析途中で生じた疑問点については、複数の研究者で内容を検討し恣意的解釈とならぬように留意した。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者に対して、文書ならびに口頭にて研究の目的、方法、プライバシーの保護、研究参加の自由、同意の撤回や中止の自由、得られた情報は厳重に管理し研究目的以外には使用しないこと、関連学会等での公表に関して説明し承諾を得た。研究開始前に東京医療保健大学の「ヒトに関する研究倫理委員会」にて承認を得た。(承認番号：院 32-5C)

実施中は新卒看護師の心身の疲労度に細心の注意を払い、個人の発言内容を否定したり、ディスカッション中に知り得た対象者の個人的な情報は他言しないことを説明し了解を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の背景

対象者は全員が女性で最終学歴は大学、年齢は 22~24 歳であった。所属施設の教育体制は一方の施設がチーム全体での指導、もう一方が屋根瓦体制での指導であった。集合研修の実施状況は、2 施設とも新人看護職員研修ガイドラインで示されている研修内容の 3 分の 2 を経験済みであり、環境調整技術に関する項目のみが未実施であった。

2. 新卒看護師が注目した患者情報の内容と理由

分析の結果、集中治療室に配属された新卒看護師が臨床判断において注目して捉えた患者情報の内容と理由からは、9 個のカテゴリと 22 個のサブカテゴリが抽出された。本文中では、【 】はカテゴリ名、< >はサブカテゴリ名、『 』はコード名で記載した。

1) 【患者の全体像を入院前後の状態をもとに把握するため、病名と生活背景や現病歴を見る】

新卒看護師は、『現在の患者の全体像を把握するため病名を見る』や『患者の入院時の状態を掴むために病名と主訴を見る』等のように、< 患部を含む現在の患者の全体像を把握するため病名・主訴を見る > ことをしていた。また『入院前の生活背景と今回の発病の経過を比較するために生活歴・既往歴と現病歴を見る』等のように、< 入院前後の患者の状態を比較するため生活背景・既往歴と現病歴を見る > ということを行っていた。

このように新卒看護師は、入院前後の患者の全体像を把握するために病名や生活背景などの情報に注目していた。2 つのサブカテゴリから【患者の全体像を入院前後の状態をもとに把握するため、病名と生活背景や現病歴を見る】というカテゴリが得られた。

2) 【術後合併症を想定し対応していくため、治療の経過に関する情報を見る】

次に新卒看護師は、『術後合併症のリスクを把握するために既往歴を見る』等のように、< 術後日数による状態変化を考え術後合併症に気をつけて対応していくため、既往歴・術後日数を見る > ことを行っていた。また『術後合併症を考えて術式を見る』等のように、< 術後に出現する恐れのある合併症を想定するために術式を見る > ことを行っていた。

このように、術後の合併症出現時の対応を考えるため治療の経過に係る情報に注目していた。2 つのサブカテゴリから【術後合併症を想定し対応していくため、治療の経過に関する情報を見る】というカテゴリが得られた。

3) 【自分がどのようなケアを患者に行っていくか考えるため、病名や治療法・治療方針を見る】

新卒看護師は、『看護計画を立案するために病名と術式を見る』等のように、< 消化器疾患患者の看護計画を立案するために病名と術式を見る > ことを行っていた。また『一番優先してアセスメントする項目を決めるため治療方針を見る』等のように、< 自身がどのように患者を見ていくか決めるため治療方針を見る > ことをしていた。

このように新卒看護師は、自身がどう患者をケアしていくか考えるために病名や治療法・治療方針の情報に注目していた。2 つのサブカテゴリから【自分がどのようなケアを患者に行っていくか考えるため、病名や治療法・治療方針を見る】というカテゴリが得られた。

4) 【呼吸器からの離脱が可能かアセスメントするため、喫煙歴や人工呼吸器設定・血液ガス・レントゲン結果の関係をみる】

重症患者の状態把握のうち呼吸に関するものとして、『喫煙による影響から肺の状態を考える』等のように、< 人工呼吸器を使用しているため肺や呼吸の状態を考えて関係があると思い喫煙歴を見る > ことを行っていた。また『呼吸の状態をアセスメントして対応を考えるため血液ガスの結果を見る』

等のように、＜呼吸器からの離脱を考えアセスメントするため、呼吸器設定と血液ガス結果の情報を関係させて見る＞ことを行っていた。さらに『レントゲンによる両肺野の透過性低下の所見から肺の状態を考える』から、＜肺の状態を知るため両肺野で透過性が低下したレントゲン所見を見る＞ことを行っていた。

このように新卒看護師は、肺や呼吸の状態を考えアセスメントするために喫煙歴や呼吸器の設定、血液ガスとレントゲン所見の結果に注目していた。3つのサブカテゴリから【呼吸器からの離脱が可能かアセスメントするため、喫煙歴や人工呼吸器設定・血液ガス・レントゲン結果の関係をみる】というカテゴリが得られた。

5)【患者の重症度を把握するため、循環動態や鎮静の程度、検査結果を見る】

新卒看護師は循環動態や検査結果の情報などから、患者の重症度を把握しようとしていた。『採血データからショック状態がどの程度か考えるために循環動態・採血結果を見る』等のように、＜ショック状態の程度を把握するため、循環動態と採血データの推移を見る＞ことを行っていた。また『治療による患者の状況変化を把握するために治療方針を知る』等のように、＜治療の影響を把握するために治療方針や循環動態を見る＞ことを行っていた。さらに『鎮静の度合いを知るために鎮静状態やRASSを見る』等のように、＜鎮静の程度を把握するために意識レベルとRASSの情報を見る＞ことを行っていた。

このように新卒看護師は、重症患者の身体情報から重症度を把握するために循環や鎮静状態、検査結果の内容に注目していた。3つのサブカテゴリから【患者の重症度を把握するため、循環動態や鎮静の程度、検査結果を見る】というカテゴリが得られた。

6)【見たことのない重症患者の状態がどうなのか想像するために、自身のICUに対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る】

新卒看護師は、ICUに入室している重症患者に対して自身が抱くイメージや先入観があり、それが注目する情報を見る上での理由としてあった。『重症患者だから呼吸器を使用していると予測したことを確認するために呼吸を見る』や『自身のICUへのイメージ・先入観から見るべき視点と考え、呼吸器の設定や使用している循環作動薬の種類を見る』等のように、＜ICUに対する自身の強いイメージや先入観による予測で考えた情報を確認するため、人工呼吸器・循環作動薬の情報を見る＞ことを行っていた。また『自分の中で重症患者であれば、こうであろうと立てた予測確認のため、人工呼吸器の情報を見る』等のように、＜患者情報を大まかに「こうであろう」と予測し、その内容を確認するため人工呼吸器と呼吸循環の情報を見る＞ことを行っていた。さらに『自分のICUに対するイメージ・先入観から挿管されているので注目するべきと考え、人工呼吸器を見る』等のように、＜挿管

されている患者であることに注目して自身のイメージ・先入観から状態変化を想像するため、人工呼吸器と呼吸状態を見る＞や『見たことのない重症患者に対するイメージがどれくらい合っているかを確認するため、呼吸器の情報を見る』等のように、＜見たことのない人工呼吸器使用患者へのイメージが、実際の患者情報ではどの程度合っているかを確認するため、呼吸器の状態を見る＞ということを行っていた。

このように新卒看護師は、自身の持つイメージや先入観が見たことのない重症患者を想像させ、どのような情報を見るか予測させる思考に繋がっていた。4つのサブカテゴリから【見たことのない重症患者の状態がどうなのか想像するため、自身のICUに対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る】というカテゴリが得られた。

7)【先輩看護師の言動と指導内容が患者情報を得るために活用できると考えて、病名・呼吸循環・意識の状態を見る】

新卒看護師は、重症患者の情報を得るため、配属先で出会った先輩看護師の言動や指導を活かそうと考え、情報に注目していた。『先輩による術後患者の状態変化に関する助言を活かせると考えて、患者の身体情報を比較して見る』等のように、＜先輩看護師からの助言・指導を活かせると考えて、重症患者の身体情報や意識状態を見る＞ことを行っていた。また『受け持ちが始まった当初に、先輩看護師からもらった情報収集シートの内容が活かせると考えて、病名・人工呼吸器の情報を見る』等のように、＜配属当初に先輩看護師から情報収集の方法について指導された経験が活用できると考え、病名と呼吸循環の情報を見る＞ことを行っていた。さらに『貧血患者への場面における先輩と医師の関わりを思い出して採血データを見る』等のように、＜先輩看護師が行っていた医師との関わり方や気道呼吸循環を把握するための系統的手法が活用できると考えて、呼吸循環と採血結果の情報を見る＞ことをしていた。

このように、先輩看護師の言動や指導における関わりの中から得られた経験が、どのような情報に注目するのかという理由に影響していた。3つのサブカテゴリから【先輩看護師の言動と指導内容が患者情報を得るために活用できると考えて、病名・呼吸循環・意識の状態を見る】というカテゴリが得られた。

8)【学生時代に受け持った患者の経験と教員からの指導が重症患者の情報を得るために活用できると考えて、人工肛門の患者情報を見る】

新卒看護師は、自身の学生時代に受け持った患者から得た経験による知識や教員からの指導を活かそうと考え、患者情報に注目していた。『急性期実習で受け持った類似した状態の患者を思い出して人工肛門の患者情報を見る』等から、＜学生時代の急性期実習で受け持った患者の状態に関する経験が参考になると考え、人工肛門の患者情報を見る＞ことをしていた。また『学生時代に患者の気持ちを考えるように教員に

指導された経験をもとに、人工肛門のセルフケアに関する情報を見る』等のように、＜学生時代の実習や研究で受け持った患者に対して教員から受けた指導が活用できると考え、人工肛門の患者情報を見る＞ことを行っていた。

このように、学生時代に得た知識や教員からの指導内容による経験が、注目する患者情報に影響を及ぼしていた。2つのサブカテゴリから【学生時代に受け持った患者の経験と教員からの指導が重症患者の情報を得るために活用できると考えて、人工肛門の患者情報を見る】というカテゴリが得られた。

9) 【学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る】

新卒看護師は、自身の学生時代の経験とともに入職後に得た実践経験や先輩からの指導をとともに活かそうと考え、患者情報に注目していた。『学生時代の経験や教員の指導と先輩からの指導の両方を使って情報を集めようと考え、人工肛門に関する情報を見る』等から、＜学生時代と入職後に得た少ない臨床経験と教員や先輩からの指導の両方を活かせると考え、人工肛門に関する情報を見る＞ことを行っていた。

このように、学生時代に得た経験とともに入職後に得た経験の双方が注目する患者情報に影響していた。このサブカテゴリから【学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る】というカテゴリが得られた。

表1 注目した患者情報の内容と理由

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
患者の全体像を入院前後の状態をもとに把握するため、病名と生活背景や現病歴を見る	患部を含む現在の患者の全体像を把握するため病名・主訴を見る	現在の患者の全体像を把握するため病名を見る
		患部の状態を把握するため病名を見る
	入院前後の患者の状態を比較するため生活背景・既往歴と現病歴を見る	今の患者の状態を把握するため病名と術式を見る
		患者の入院時の状態を極むために病名と主訴を見る
術後合併症を想定し対応していくため、治療の経過に関する情報を見る	術後日数による状態変化を考え術後合併症に気を付けて対応していくため、既往歴・術後日数を見る	入院前の生活背景と今回の発病の経過を比較するために生活歴・既往歴と現病歴を見る
		ICU入室までの経緯から患者の病歴を知るため現病歴を見る
		術後合併症のリスクを把握するために既往歴を見る
	術後に出現する恐れのある合併症を想定するために術式を見る	治療・回復への影響を考えて既往歴を見る
		術後合併症の有無を観察するために術後日数を見る
		合併症出現時の対応を考えるために術後日数を見る
自分がどのようなケアを患者に行っていくか考えるため、病名や治療法・治療方針を見る	消化器疾患患者の看護計画を立案するために病名と術式を見る	術後合併症を考慮して術式を見る
		合併症の出現を想定するため術式を見る
	自身がどのように患者を見ていくか決めるため治療方針を見る	看護計画を立案するために病名と術式を見る
		消化器疾患患者への関わり方を考えるため病名を見る
呼吸器からの離脱が可能かアセスメントするため、喫煙歴や人工呼吸器設定・血液ガス・レントゲン結果の関係をみる	人工呼吸器を使用しているため肺や呼吸の状態を考えて関係があると思い喫煙歴を見る	喫煙による影響から肺の状態を考える
		人工呼吸器使用のため喫煙による呼吸状態への影響を考える
	呼吸器からの離脱を考えアセスメントするため、呼吸器設定と血液ガス結果の情報を関係させて見る	血液ガス結果から呼吸器設定があてはまっている離脱可能か考える
		呼吸の状態をアセスメントして対応を考えるため血液ガスの結果を見る
患者の重症度を把握するため、循環動態や鎮静の程度、検査結果を見る	ショック状態の程度を把握するため、循環動態と採血データの推移を見る	レントゲンによる両肺野の透過性低下の所見から肺の状態を考える
		採血データからショック状態がどの程度か考えるために循環動態・採血結果を見る
	治療の影響を把握するために治療方針や循環動態を見る	敗血症性ショックの状態を把握するため術後の白血球数の低下を見る
		治療による患者の状況変化を把握するために治療方針を知る
	鎮静の程度を把握するために意識レベルとRASSの情報を見る	カチコリン終了による影響を把握するため循環動態を見る
		鎮静の度合いを知るために鎮静状態や RASS を見る
見たことのない重症患者の状態がどうなのか想像するため、自身の ICU に対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る	ICU に対する自身の強いイメージや先入観による予測で考えた情報を確認するため、人工呼吸器・循環作業の情報をみる	意識レベルと比較するために RASS による鎮静度を見る
		重症患者だから呼吸器を使用していると予測したことを確認するために呼吸を見る
		重症患者だから循環作業を使用していると予測したことを確認するために循環の状態を見る
		自身の ICU へのイメージ・先入観から見るべき視点と考え、呼吸器の設定や使用している循環作業の種類を見る
	患者情報を大まかに「こうであろう」と予測し、その内容を確認するため人工呼吸器と呼吸循環の情報をみる	重症患者だからという自身の持つイメージから注目する情報と考え、人工呼吸器の情報をみる
		自分の中の人工呼吸器・循環作業を使用している ICU のイメージが見ようとする情報と重なったため、呼吸・循環の状態を見る
		自分の中で重症患者であれば、こうであろうと立てた予測確認のため、人工呼吸器の情報をみる
		患者情報を大まかに「こんな感じだろう」と考え、それを確認するため呼吸循環を見る
	挿管されている患者であることに注目して自身のイメージ・先入観から状態変化を想像するため、人工呼吸器と呼吸状態を見る	自分の ICU に対するイメージ・先入観から挿管されているので注目するべきと考えて、人工呼吸器を見る
		挿管患者のため呼吸数や肺音が異常だろうと先入観があり、呼吸状態を見る
		挿管されている患者の状態の変化を想像するため呼吸を見る
		見たことのない重症患者に対するイメージがどれくらい合っているかを確認するため、呼吸器の情報をみる
先輩看護師の言動と指導内容が患者情報を得るために活用できると考えて、病名・呼吸循環・意識の状態を見る	先輩看護師からの助言・指導が活かせると考えて、重症患者の身体情報や意識状態を見る	自身が持つ人工呼吸器に対するイメージが、実際の患者でどれくらい合っているかを確認するため呼吸の状態を見る
		先輩が行っていた医師との関わり方や気道呼吸循環を把握するための系統的手法が活用できると考えて、呼吸循環と採血結果の情報をみる
	配属当初に先輩看護師から情報収集の方法について指導された経験が活用できると考え、病名と呼吸循環の情報をみる	先輩による術後患者の状態変化に関する助言を活かせると考えて、患者の身体情報を比較して見る
		先輩による鎮痛鎮静に関する指導が活かせると考えて、意識状態を見る
	先輩看護師が行っていた医師との関わり方や気道呼吸循環を把握するための系統的手法が活用できると考えて、呼吸循環と採血結果の情報をみる	付属物に関する先輩からの助言が活かせると考えて、設置されているドレーンに関する情報を見る
		先輩が教えてくれたムア分類が活用できると考え、呼吸循環を見る
学生時代に受け持った患者の経験と教員からの指導が重症患者の情報を得るために活用できると考えて、人工肛門の患者情報を見る	学生時代の急性期実習で受け持った患者の状態に関する経験が参考になると考え、人工肛門の患者情報を見る	受け持ちが始まった当初に、先輩看護師からもらった情報収集シートの内容が活かせると考えて、病名・人工呼吸器の情報をみる
		配属当初に先輩から教わった情報収集の際のコツがもとなり、病名・呼吸循環の情報をみる
	学生時代の看護研究でストマの受容支援の必要性について教員から指導された内容が活用できると考え、人工肛門に対する受容状況の情報をみる	先輩が行っていた気道呼吸循環の ABC の手法が抜けなく情報を把握できると考え、患者の呼吸循環を見る
		先輩看護師のように系統的に情報を集めるため呼吸循環を見る
学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る	学生時代の急性期実習で受け持った類似した状態の患者を思い出して人工肛門の患者情報を見る	貧血患者への場面に於ける先輩と医師の関わりを思い出して採血データを見る
		急性期実習で受け持った類似した状態の患者を思い出して人工肛門の患者情報を見る
	学生時代に受け持った患者と比較できると考えて、人工肛門の患者情報を見る	学生時代に患者の気持ちや考えを教員に指導された経験をもとに、人工肛門のセルフケアに関する情報を見る
学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る	学生時代の看護研究でストマの受容支援の必要性について教員から指導された内容が活用できると考え、人工肛門に対する受容状況の情報をみる	学生時代の看護研究でストマの受容支援の必要性について教員から指導された内容が活用できると考え、人工肛門に対する受容状況の情報をみる
		学生時代の経験や教員の指導と先輩からの指導の両方を使って情報を集めようと考え、人工肛門に関する情報を見る
学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る	学生時代と入職後に得た少ない臨床経験と教員や先輩からの指導の両方を活かせると考え、人工肛門に関する情報を見る	先輩から教わった情報収集のコツと自分が持つ少ない経験によって得た知識がもとなり人工肛門に関する情報を見る
		先輩から教わった情報収集のコツと自分が持つ少ない経験によって得た知識がもとなり人工肛門に関する情報を見る

Ⅵ. 考 察

1. 本研究の対象者である新卒看護師のおかれている状況

本研究のデータ収集は、新卒看護師が入職して4ヶ月程度経過した時期である。当該年度は新型コロナウイルス感染症への感染対策のため、各医療機関が様々な対応を行い例年と異なる教育体制と新卒看護師教育が行われた可能性があり、これまでの新卒看護師とは異なる状況下であることが想定された。しかし集合研修の実施状況から、新人看護職員研修ガイドライン（2014）の看護技術・管理的側面に関して、1年以内の到達を目指す項目について研究時期には3分の2が実施済みであった。上泉（2010, p.54）が「研修は8ヶ月程度にとどめることが望ましい」と述べていることを踏まえると、研究実施時期の実施状況としては著しい遅延はないと考えられる。このため、対象の新卒看護師の技術習得状況は例年と大きな相違はないと考える。

教育体制については、2施設とも多くのスタッフが新卒看護師教育に携わる形であり、厚生労働省（2014）が推奨する教育・支援がなされていた。このような背景から本研究における新卒看護師は、これまでの新卒看護師と特段異なる状況下にある対象ではないと想定される。

2. 本研究の新卒看護師が、臨床判断の気づきの段階において注目して捉えた患者情報の内容と理由から得られた思考の特徴

本研究により明らかとなった結果から、対象者が臨床判断の際に注目した患者情報の内容と理由には大きく2つのパターンが存在した。

1つは、【患者の全体像を入院前後の状態をもとに把握するため、病名と生活背景や現病歴を見る】や【術後合併症を想定し対応していくため、治療の経過に関する情報を見る】、【自分がどのようなケアを患者に行っていくか考えるため、病名や治療法・治療方針を見る】、【呼吸器からの離脱が可能かアセスメントするため、喫煙歴や人工呼吸器設定・血液ガス・レントゲン結果の関係を見る】、【患者の重症度を把握するため、循環動態や鎮静の程度、検査結果を見る】のように、患者の状態把握やアセスメント、対応を検討するという目的が主たるものである。

2つ目は、【見たことのない重症患者の状態がどうなのか想像するため、自身のICUに対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る】や【先輩看護師の言動と指導内容が患者情報を得るために活用できると考えて、病名・呼吸循環・意識の状態を見る】、

【学生時代に受け持った患者の経験と教員からの指導が重症患者の情報を得るために活用できると考えて、人工肛門の患者情報を見る】、【学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る】のように、自身の持つイメージの確認や日々の実践経験、先輩からの指導、

学生時代の経験や教員の指導がきっかけとなり、患者情報に注目する理由として示されたものである。このうち、後者についてはこれまでの先行研究では見られず、その内容が本研究の目的である新卒看護師の臨床判断における思考の特徴として示されていると考えられるため、これらについて考察を述べる。

1) 知識・経験の不足を補うため、自身のICUに対するイメージ・先入観による予測がもととなって患者情報に注目する
新卒看護師は【見たことのない重症患者の状態がどうなのか想像するため、自身のICUに対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る】というカテゴリで示されたように、重症患者の呼吸循環の状態を把握する際に、自身のICUに対するイメージや先入観から「こんな感じだろう」という予測をもとに情報に注目していた。この新卒看護師の持つイメージや先入観による思考の活用は、本研究における新卒看護師の特徴の1つと考える。岩田ら（2006, p.17）の研究では、「臨床判断能力は数年の経験と多くの試行錯誤、熟練者のスーパービジョン、事例検討などによって培われる」と述べられており、臨床判断の際には分析的思考と直感という豊富な知識と多様な経験が活かされるとある。また田口ら（2013, p.16）の研究において、ICU経験の浅い看護師は「情報を関連づけて思考することができず患者の状態を多角的に把握することに困難を抱えている」と報告しており、新卒看護師も知識と経験の不足から重症患者の状態を捉えることに苦慮していると考えられる。

しかし本研究の結果から、新卒看護師は自身が見たことのない重症患者の状態を把握する際に、臨床経験や実践的知識の不足を補うためICUに対するイメージや先入観を用いて、どのような患者情報を見るべきかを予測を立てて注目し、その内容を実際の患者データや症状を見て確認しようとしていた。このイメージや先入観が、どのような患者情報に注目するのかという理由づけとなり、重症患者の呼吸循環動態などの情報を見るという行動に結びついたと考えられる。松谷ら（2015, p.618）は、臨床判断モデルの気づきについて「予期し全体的な見込みをつけるためには、典型的な患者の反応やそれに対する看護師の対処パターンを知っていることが前提」と述べており、入職後早期の新卒看護師にとっては、ICUに対するイメージや先入観が分析的思考と直感を補うための対処パターンとなって見られたのではないかと推測する。

新卒看護師を含め、ICUに初めて着任した看護師を支援する指導看護師に関する臼杵ら（2019, p.221）の研究では、「こうあってほしいという理想を新任看護師に当てはめ、理想と合わない行動を新任看護師がとると、お互いの認識のズレが生じる」と述べている。本研究の結果から指導者である先輩看護師は、新卒看護師のイメージや先入観から捉えた情報に対する認識が、実際の患者情報と照らし合わせた際に、どのように相違しているかを確認して支援することが望ましい。それにより、新卒看護師と先輩看護師の双方が持っている患

者情報が共有され、患者に生じている問題に対して適切な優先順位がつけられ、その後の判断に活かすことができる可能性がある。このような関わりは、クリティカルケア領域における新卒看護師教育への活用に寄与すると考える。

2) 入職後の実践経験や先輩からの指導とともに学生時代の受け持ち患者経験や教員による指導内容を用いて患者情報に注目する

新卒看護師は、【先輩看護師の言動と指導内容が患者情報を得るために活用できると考えて、病名・呼吸循環・意識の状態を見る】のカテゴリにあるように、入職後に会った先輩の言動や指導された内容をもとに患者情報を注目していた。中澤ら(2017, p.95)は、新卒看護師と先輩看護師の関わりに関する文献検討の結果において、効果的な指導方法として「ケアなど看護実践を見せてくれる」があったと示している。本研究の対象者であるクリティカルケア領域に配属された新卒看護師も先輩が行っていた看護実践を通して、先輩と同じように実践しようとする思考が生まれ、それが理由となっていたと考える。

また新卒看護師は、【学生時代に受け持った患者の経験と教員からの指導が重症患者の情報を得るために活用できると考えて、人工肛門の患者情報を見る】ことを行っており、学生時代の実習や看護研究で得た学びや教員からの指導経験からもたらされた思考が、患者情報に注目する際の理由に影響を及ぼしていたと考えられる。これは、入職後早期の臨床経験が乏しい新卒看護師にとって、学生時代の実習や看護研究で得た経験や教員からの指導が実践経験の不足を補う数少ない手段として貴重な知識となっていたと推測される。この看護学生時代に得た知識・経験を臨床判断に活用していた点は、これまでの先行研究では示されてこなかったものであり、本研究の新卒看護師の特徴と考えられる。

一方で、高橋ら(2017, p.62)は、「学生時代の経験だけを頼りに日々の看護活動を展開することに大きな不安やストレスが伴う」と述べている。本研究の結果において、【学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る】のカテゴリにあるように、入職後の実践経験や先輩看護師からの指導と学生時代の経験・指導の両方を用いて、患者情報を集めようとする思考も見られた。秋庭(2021, p.10)は、「他者からの支援は仕事の信念に関連し、その信念は経験学習に影響し新人看護師の看護実践能力に影響する」と報告している。この時期の新卒看護師にとっては、学生時代の経験と先輩看護師の言動や指導の双方が、患者情報を得る際の思考に活かされ影響を与えていたと考えられる。そのため、先輩看護師は指導や支援の際に、新卒看護師の学生時代の経験について把握する姿勢が望まれる。

3. 研究の限界

本研究は、2施設6名の対象者から得られた結果のため一般化には限界がある。また紙面上の1事例をもとに、グルー

プディスカッションで得られた結果であり、実際の重症患者を受け持つ緊迫感のある場面とは状況が異なることを考慮する必要がある。

さらに本研究は、新卒看護師の臨床判断の気づきに関わる部分に限局した内容であり、臨床判断の一部しか明らかにできていない点も限界であると考えられる。

VII. 結 論

本研究では、集中治療室に配属された新卒看護師が、臨床判断の際に注目して捉えた患者情報の内容と理由から、以下の結果が得られた。

新卒看護師が重症患者の情報を捉える際の思考として、【患者の全体像を入院前後の状態をもとに把握するため、病名と生活背景や現病歴を見る】【術後合併症を想定し対応していくため、治療の経過に関する情報を見る】【自分がどのようなケアを患者に行っていくか考えるため、病名や治療法・治療方針を見る】【呼吸器からの離脱が可能かアセスメントするため、喫煙歴や人工呼吸器設定・血液ガス・レントゲン結果の関係をみる】【患者の重症度を把握するため、循環動態や鎮静の程度、検査結果を見る】【見たことのない重症患者の状態がどうか想像するため、自身のICUに対するイメージ・先入観によって予測した重症患者の状態を確かめるように呼吸循環動態を見る】【先輩看護師の言動と指導内容が患者情報を得るために活用できると考えて、病名・呼吸循環・意識の状態を見る】【学生時代に受け持った患者の経験と教員からの指導が重症患者の情報を得るために活用できると考えて、人工肛門の患者情報を見る】【学生時代や入職後に得た実践経験と教員や先輩からの指導内容の双方が患者情報を得るために活用できると考えて、人工肛門に関する情報を見る】の9個のカテゴリが抽出された。

この結果より、ICUに対するイメージや先入観による予測と学生時代の経験・指導内容を活用して患者情報に注目するという新卒看護師の思考の特徴が明らかとなった。このことから、教育的立場にある看護師には、新卒看護師の持つイメージ・先入観から捉えた情報を新卒看護師と共有すること、また学生時代の経験について把握するという教育的な関わりが望まれる。

本研究にあたり、新型コロナウイルス流行期に研究依頼にご快諾くださいました協力施設の責任者の皆様ならびに入職後早期の新しい環境の中で一生懸命に看護をされていた新卒看護師の皆様には心より感謝申し上げます。

本研究は、東京医療保健大学大学院 修士課程に提出した学位論文の一部であり、第25回日本看護管理学会学術集会にて発表した内容に加筆・修正を行ったものである。なお本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- 秋庭由佳. (2021). 新人看護師の看護実践能力に影響する経験からの学習に関する要因. 日本看護管理学会誌, 25 (1), 1-11.
- 浅原久恵, 中村美知子. (2009). 臨床看護師の臨床判断の特徴—外科系看護師と内科系看護師の比較—. 山梨大学看護学会誌, 8 (1), 29-36.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2012). ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること (井上智子監訳; 第2版). 医学書院. (2011)
- 原明子, 林優子. (2015). クリティカルケア看護領域における看護師の臨床判断と影響要因との関連. 大阪医科大学看護研究雑誌, 5, 15-27.
- 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好, 星野悦子, 鶴田晴美, 荒井真紀子, 齋藤やよい. (2006). 異常を判断した ICU 看護師の思考パターンの分析. 群馬保健学紀要, 26, 11-18.
- 上泉和子. (2010). 新人看護職員研修のあり方に関する研究. 2009 年度厚生労働科学研究補助金 (特別研究) 報告書.
- 喜吉テオ紘子. (2015). 臨床判断モデルを用いた教育実践について. 看護教育, 56 (7), 624-630.
- 厚生労働省. (2014). 新人看護職員研修ガイドライン (改訂版). 2023 年 7 月 1 日.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000049472.pdf>
- 松谷美和子, 三浦友理子, 奥裕美. (2015). 看護過程と「臨床判断モデル」. 看護教育, 56 (7), 616-622.
- 道又元裕. (2008). 系統看護学講座別巻クリティカルケア看護学. 医学書院.
- 道又元裕編. (2015). ICU マネジメント クリティカルケア領域の看護管理. 学研メディカル秀潤社.
- 中澤沙織, 鈴木英子, 川村晴美, 山本貴子. (2017). 新卒看護師と先輩看護師の関わり—「接し方」と「指導方法」に焦点をあてた系統的レビュー—. 日本健康医学会雑誌, 26 (2), 93-102.
- 西田朋子. (2006). 看護系大学卒業直後の新卒看護師が行う看護実践—臨床判断および医療チームでの看護実践に焦点をあてて—. 日本看護学教育学会誌, 16 (2), 1-12.
- 杉山祥子, 朝倉京子. (2017). 看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス. 日本看護科学会誌, 37, 141-149.
- 田口智恵美, 佐藤まゆみ, 三枝香代子, 浅井美千代, 阿部恭子, 白鳥孝子, 広瀬由美子. (2013). 経験の浅い ICU 看護師が看護実践で感じる困難. 千葉看護学会会誌, 19 (1), 11-18.
- 高橋郁美, 三瓶春香, 添田なつみ, 大河内沙織. (2017). 入職から約 3 ヶ月後の新人看護師の看護活動に関する意思表示の状況と傾向. 日本看護学会論文集 (看護管理), 47, 62-65.
- 高見沢恵美子. (2008). クリティカルケア看護の専門性. 日本クリティカルケア看護学会誌, 4 (2), 1-4.
- 白杵絢, 藤田喜子, 小山仁一, 小笠原あゆみ. (2019). ICU 新任看護師および指導看護師の教育的関わりへの思い. 日本看護学会論文集 (看護教育), 49, 219-222.
- 宇都宮明美. (2022). 「臨床判断モデル」臨床での活用にあたって. 看護教育, 63 (4), 440-445.
- 渡邊正樹, 佐藤牧子. (2019). ビニエットを用いた地震・津波災害の仮想場面における小学校高学年児童の避難行動の選択とその関連要因. 学校保健研究, 61 (4), 192-201.

◇研究報告◇

放課後児童クラブの職員の緊急時の応急対応に必要な知識と判断力に関する調査研究

高野直美^{1)*}, 金子健彦²⁾

【目的】放課後児童クラブの看護師を含む職員を対象に、児童の疾病や事故の応急対応経験を把握する。加えて、職員の属性要因が応急対応に必要な知識と判断力に影響を及ぼしているか検討する。

【方法】職員の保有資格・免許の種類、研修・講習の受講状況、応急対応経験の有無との関連を、t検定、 χ^2 検定、3元配置分散分析、Mantel-Haenszel検定を用いて分析した。

【結果】応急対応経験は外傷や発熱、腹痛、熱中症が多かった。保有資格・免許や放課後児童支援員研修、救命講習の有の方が応急対応に必要な知識と判断力を有していた。また、保有資格・免許の種類では、福祉・医療系は教育系やその他・なしに比して知識と判断力を有していた。

【結論】職員の放課後児童支援研修および救命講習の重要性が示唆された。看護師を含む医療系資格を有する職員が中心となり、応急処置講習の実施または導入することが必要であると考えられた。

【キーワード】放課後児童クラブ、緊急時、応急対応、知識判断力、質問紙調査

I. はじめに

本邦における放課後クラブ（以下、クラブ）は、近年、女性の社会進出や核家族、ひとり親世帯の増加に加え、政府による少子化対策・子育て支援として、年々増数している（福士，2016；厚生労働省，2021；三根，2011）。

内閣府によれば、クラブで発生した治療期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故は2015年の228件から、2020年には429件と増加傾向にある（内閣府子ども子育て本部，2016，2021）。また、過去には水難、おやつによる窒息やアナフィラキシーショックの死亡事故が報告され（厚生労働省雇用均等・児童家庭局長，2011；上野，垣内，古笛，2010），「職員が有している専門性」や「安全管理体制の確立」などの課題が指摘されてきた（福士，2016；渡辺，2009；高野・金子，2021；上野他，2010）。厚生労働省雇用均等・児童家庭局庁（2015）は2015年より「放課後児童クラブ運営指針（以下、指針）」を適用し、「職員は児童の緊急時の応急対応について学んでおき、事故やケガが発生した場合には速やかに適切な処置を行うこと」と明記され、クラブの職員は児童の健康管理と安全対策およ

び緊急時に適切な応急対応を行うことが求められている。過去にはクラブで発生したケガや事故に関して、その種類と程度、発生状況や要因が報告されている（西田，2010；渡辺，2009；鈴木，2018）。しかしながら、職員を対象にした児童の緊急時の応急対応に必要な知識と判断力に関する学術的報告は乏しい。そこで本研究では、Z市のクラブの職員を対象に過去に経験した応急対応件数等を自記式質問紙にて調査した。さらにどの程度、応急対応の知識や判断力を有して、クラブで発生した児童の疾病や事故に対応しているかを把握するため、新規に事例問題と自記式回答用紙を作成し分析を行った。加えて、職員の雇用状態や保有資格・免許（以下、免許・資格）、放課後児童支援員研修（以下、研修）、救命講習（以下、講習）など職員の属性要因が、児童の緊急時の応急対応に必要な知識と判断力にどの様に影響を及ぼすかを検討した。

II. 目 的

本研究の目的は、クラブの職員を対象に、過去に経験した応急対応件数等を調査し、どの程度応急対応の知識や判断力を有した上で、クラブで想定される児童の疾病や事故に対応

受付日：2023年10月15日，2025年3月14日

1) 群馬パース大学看護学部看護学科 2) 和洋女子大学大学院総合生活研究科

* E-mail：n-takano@paz.ac.jp

しているか把握する。加えて、職員の雇用状態や資格・免許、研修、講習など職員の属性要因が、児童の緊急時の応急対応に必要な知識と判断力にどの様に影響を及ぼすかを検討することである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者

Z市の学童保育連絡協議会に加盟しているクラブ96施設の職員647人を研究対象者とした。

2. 調査方法

1) 調査内容

研究対象者の属性、すなわち性別、年齢、配偶者の有無、子どもの有無、研修の修了状況と資格・免許の有無、資格・免許の種類、講習の受講状況、クラブでの応急対応の経験を問う質問紙と緊急時の応急対応が求められる事例問題40問を新規に作成し、5肢選択にて回答を得た。なお、事例問題の作成については、過去に実施された保育士試験問題（全国保育士養成協議会, n.d.）や看護師国家試験問題（厚生労働省, n.d.）の一部を参考にした。

2) 調査期間

2018年5月～6月。

3) 分析方法

(1) 研究対象者の属性要因

対象者の属性については、性別、雇用形態、配偶者の有無、子どもの有無、研修状況と資格・免許の有無、講習の有無による事例問題の正答数の平均値の比較をするためにt検定を行った。

(2) 資格・免許の種類による事例問題の各設問の正答数の比較

対象者の資格・免許の種類による事例問題の各設問の正答数の比較をするために χ^2 検定ならびに残差分析を行った。正答数の比較のため、資格・免許の種類を「教育系（幼稚園教諭、小学校教諭、中学・高校教諭）（以下、「教育系」）」「福祉・医療系（社会福祉士、児童支援員、保育士、介護福祉士、薬剤師、看護師、准看護師、養護教諭）（以下、「福祉・医療系」）」「その他（栄養士、美容師）・なし（以下、「その他・なし」）」と3群に分け、 χ^2 検定ならびに残差分析を行った。

(3) 資格・免許の種類と研修、講習における平均正答数の比較

従来の研修は法規や理論が中心であり、また、講習は実技が中心に行われている。そこで、対象者の研修の有無、講習の有無による平均正答数の比較を行うために、研修、講習について「あり」「なし」の2群に分けた。次に事例問題40問の正答数を従属変数とし、資格・免許の種類（「教育系」/「福祉・医療系」/「その他・なし」）と研修（あり/なし）、講習（あり/なし）を独立変数とする3要因の3元配置分散分析を行った。

(4) 資格・免許の有無、講習の有無における正答数の関連性

χ^2 検定にて有意差が認められた事例問題において、資格・免許の有無、講習の有無における正答数の関連性を検討する

ために、資格・免許（あり/なし）と講習（あり/なし）で層別化した。次に講習を交絡因子としMantel-Haenszel検定を行った。

(5) 過去に経験した応急対応と設問の正答数

対象者が過去に経験した応急対応とその経験に対応する設問の正答数との関連を調べるために、経験に対応する設問の正誤とのクロス集計を行った。解析には「IBM SPSS Statistics 27」を使用し、有意水準として $p < 0.001^{***}$, $p < 0.01^{**}$, $p < 0.05^{*}$ を用いた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、和洋女子大学ヒトを対象とする生物学的研究・疫学的研究に関する倫理委員会の承認（承認番号第1741号）を得て行った。質問紙ならびに事例問題の配布に際しては、Z市学童保育連絡協議会会議終了後に研究の目的、調査の方法、調査参加への参加・不参加の自由、不参加によって不利益を被らないこと、個人情報の保護は徹底すること、研究結果を公表する際は個人が特定できる情報は含まないこと等を文書ならびに口頭にて説明し、同意書の署名にて同意を得た。回収方法は回収用封筒に入れ返送を依頼した。

Ⅴ. 結 果

回収数は647人中、348人（回収率53.8%）であった。そのうち属性項目の回答に欠損があった4人（0.6%）と事例問題に無回答であった15人（2.3%）を除いた結果、有効回答数は329人（有効回答率50.9%）であった。

1. 研究対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。性別は、男性59人（17.9%）、女性270人（82.1%）であり、その雇用形態は、正規職員137人（41.6%）、非正規職員192人（58.4%）であった。家族構成は、配偶者あり169人（51.4%）、配偶者なし160人（48.6%）であり、また子どもあり154人（46.8%）、子どもなし175人（53.2%）であった。研修状況と資格・免許の有無は、修了かつ免許あり89人（27.1%）、未修了かつ資格または免許なし59人（17.9%）、未修了かつ資格・免許あり62人（18.8%）、未修了かつ免許なし119人（36.2%）であった。資格・免許の種類は、教育系74人（22.5%）、福祉・医療系77人（23.4%）、その他・なし178人（54.1%）であった。講習の有無は、あり288人（87.5%）、なし41人（12.5%）であった。なお、回収された質問紙の総数のうち事例問題の無回答者は19人であり、いずれも研修未修了かつ資格・免許なしであった。また、そのうち13人は講習なしであった。（表1）

2. クラブの職員として経験した応急対応の合計件数、過去1ヶ月間に経験した応急対応の件数

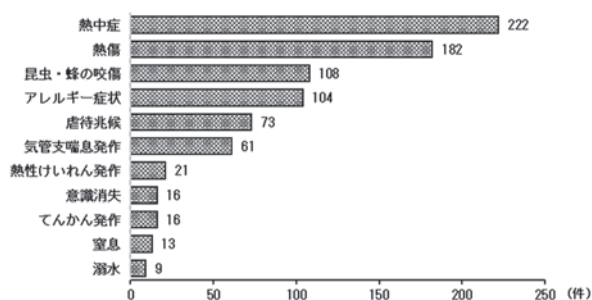
対象者がクラブの職員として経験した応急対応の合計件数（図1）と過去1ヶ月間に経験した応急対応の件数（図2）を示す。ただし、対応した件数を1～2件と回答した場合は1件と集計した。

表 1 研究対象者の属性における事例問題 40 問の正答数の平均値の比較

対象者の属性項目		項目の種類・平均(±SD)または度数(%)	平均正答数(±SD)	t 検定 p 値
性別	男性	59 (17.9%)	18.3(±4.0)	0.002 **
	女性	270 (82.1%)	20.5(±5.0)	
平均年齢(歳)	全職員	40.2 (±15.0)		
	男性	32.1 (±11.8)		
	女性	42.0 (±15.1)		
雇用形態	正規職員	137 (41.6%)	20.9(±4.4)	0.013 *
	非正規職員	192 (58.4%)	19.5(±5.2)	
平均勤務年数(年)	正規職員	5.6 (±5.6)		
	非正規職員	4.1 (±4.1)		
配偶者の有無	あり	169 (51.4%)	20.6(±4.9)	0.044 *
	なし	160 (48.6%)	19.5(±4.8)	
子どもの有無	あり	154 (46.8%)	20.5(±4.8)	0.186
	なし	175 (53.2%)	19.8(±4.9)	
放課後児童支援員研修状況と 保有資格・免許の有無	修了かつ資格・免許あり	89 (27.1%)	21.7(±4.3)	0.000 ***
	その他	240 (72.9%)	19.5(±5.0)	
	修了かつ資格・免許なし	59 (17.9%)		
	未修了かつ資格・免許あり	62 (18.8%)		
	未修了かつ資格・免許なし	119 (36.2%)		
保有資格・免許の種類	教育系 (幼稚園教諭, 小学校教諭, 中学・高校教諭)	74 (22.5%)	19.8(±4.7)	
	福祉・医療系 (社会福祉士, 児童支援員, 保育士, 介護福祉士, 薬剤師, 看護師, 准看護師, 養護教諭)	77 (23.4%)	22.3(±4.5)	
	その他・なし (栄養士, 美容師, なし)	178 (54.1%)	19.3(±4.8)	
救命講習の受講の有無	あり	288 (87.5%)	20.6(±4.7)	0.000 ***
	なし	41 (12.5%)	16.8(±4.8)	

研究対象者(n=329)の属性における事例問題40問の平均正答数(%)を比較した。

平均正答数±標準偏差を示した項目同士は t 検定によって比較を行った。p < 0.05*, p < 0.01**, p < 0.001***

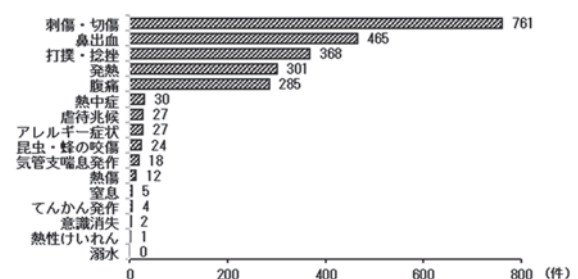


研究対象者がクラブで過去に経験した応急対応を示した。複数回答あり。
なお、1～2件と回答した場合は、1件として集計した。

図1 研究対象者が児童クラブの職員として経験した
応急対応の合計件数

1) クラブの職員として経験した応急対応の合計件数

最も多く経験していたのは、熱中症が222件であり、次いで、熱傷182件、蜂や昆虫の咬傷108件、アレルギー症状104件、虐待兆候73件、気管支喘息発作61件、熱性けいれん21件、意識消失16件、てんかん発作16件、窒息13件、溺水9件の順であった。



研究対象者がクラブで過去1ヶ月間に経験した応急対応の場面および件数を示した。
複数回答あり。

図2 研究対象者が過去1ヶ月間に経験した応急対応の件数

2) 調査前の過去1ヶ月間(4月～5月)に経験した応急対応の件数

調査前の過去1ヶ月間(4月～5月)に最も多く経験していたのは、刺傷・切傷が761件であり、次いで、鼻出血465件、打撲・捻挫368件、発熱301件、腹痛285件あった。熱中症30件、虐待兆候27件、アレルギー症状27件、昆虫・蜂の咬

傷 24 件, 気管支喘息発作 18 件, 熱傷 12 件, 窒息 5 件, てんかん発作 4 件, 意識消失 2 件, 熱性けいれん 1 件の順で多く経験していた。溺水の経験はなかった。(図 1) (図 2)

3. 事例問題の平均正答数の比較

1) 研究対象者の属性における事例問題 40 問の正答数の平均値の比較

対象者の属性ごとに事例問題 40 問の正答数の平均値を集計した結果を表 1 に示す。 t 検定の結果, 女性 (20.5 ± 5.0) の方が男性 (18.3 ± 4.0) に比して有意に正答数の平均値が高く, 正規職員 (20.9 ± 4.4) の方が非正規職員 (19.5 ± 5.2) に比して有意に正答数の平均値が高かった。また, 配偶者あり (20.6 ± 4.9) の方が配偶者なし (19.5 ± 4.8) に比して有意に正答数の平均値が高かったが, 子どもあり (20.5 ± 4.8) と子どもなし (19.8 ± 4.9) では有意差はなかった。次に, 研修や資格・免許による正答数の平均値の比較では, 研修を修了かつ何らかの資格・免許を有する (21.7 ± 4.3) 方が, その他 (修了かつ資格・免許なし/未修了かつ資格・免許あり/未修了かつ資格・免許なし) (19.5 ± 5.0) に比して有意に正答数の平均値が高く, 講習あり (20.6 ± 4.7) の方が, 講習なし (16.8 ± 4.8) に比して有意に正答数の平均値が高かった。

2) 資格・免許の種類における各設問の正答数の比較

「教育系」「福祉・医療系」「その他・なし」と各設問の正答数について, χ^2 検定ならびに残差分析を行った結果を表 2 で示す。期待度数の最小値は 5.8 であった。 χ^2 検定ならびに残差分析の結果, 有意に多くみられた事例問題は「福祉・医

療系」で, 問題 4「てんかん発作時の対応法」(標準化残差 2.6), 問題 8「アレルギー症状の重症度」(標準化残差 2.8), 問題 9「アナフィラキシーショック出現時の対応法」(標準化残差 3.1), 問題 10「アドレナリン (エピペン®使用適応の判断)」(標準化残差 3.5), 問題 15「食物・異物による窒息の解除法 (ハイムリック法)」(標準化残差 3.8), 問題 18「打撲・骨折部位の固定法」(標準化残差 2.5), 問題 20「外傷による歯の保存法」(標準化残差 2.6), 問題 27「溺水による意識消失時の対応法」(標準化残差 2.7), 問題 31「インフルエンザウィルス感染症の予防」(標準化残差 3.3), 問題 32「ノロウイルス感染症の予防法」(標準化残差 3.2), 問題 36「虐待が疑われる場合の対応法」(標準化残差 2.8) であった。すなわち χ^2 検定の結果, 有意であった 11 問は, いずれも「福祉・医療系」の正答率が高く, 「その他・なし」は 6 問で正答率が低かった。(表 2)

3) 資格・免許の種類と研修, 講習の 3 要因の 3 元配置分散分析

対象者の資格・免許の種類と研修, 講習の 3 要因の 3 元配置分散分析の結果を表 3 に示す。正答数を従属変数とし, 資格・免許の種類 (「教育系」/「福祉・医療系」/「その他・なし」) と研修 (あり/なし), 講習 (あり/なし) を独立変数とする 3 要因の各主効果と交互作用を検定するために, 1 次, 2 次の交互作用を含む 3 元配置分散分析を行った。結果, 交互作用は見られず, 主効果のみが有意であった。(表 3)

表 2 保有資格・免許の種類による事例問題の各設問の正答数

問 題	教育系 ($n=74$)			福祉・医療系 ($n=77$)			その他・なし ($n=178$)			χ^2 検定 p 値
	正答数・正答率 (%)	期待 度数	標準化 残差	正答数・正答率 (%)	期待 度数	標準化 残差	正答数・正答率 (%)	期待 度数	標準化 残差	
1 低血糖症状	59 (79.7)	57.8	0.4	62 (80.5)	60.1	0.6	136 (76.4)	139.0	-0.8	0.713
2 低血糖時の対応法	36 (48.6)	38.7	-0.7	42 (54.5)	40.3	0.5	94 (52.8)	93.1	0.2	0.782
3 てんかん発作の誘因の誘因となる遊び	45 (60.8)	36.9	2.1	37 (48.1)	38.4	-0.4	82 (46.1)	88.7	-1.5	0.097
4 てんかん発作時の対応法	30 (40.5)	31.7	-0.5	43 (55.8)	33.0	2.6	68 (38.2)	76.3	-1.9	0.030 *
5 てんかん発作後の適切な体位	51 (68.9)	52.4	-0.4	63 (81.8)	54.5	2.4	119 (66.9)	126.1	-1.7	0.050
6 喘息発作時の対応法	35 (47.3)	38.2	-0.9	45 (58.4)	39.8	1.4	90 (50.6)	92.0	-0.4	0.356
7 喘息発作時の適切な体位	40 (54.1)	38.0	0.5	46 (59.7)	39.6	1.7	83 (46.6)	91.4	-1.9	0.137
8 アレルギー症状の重症度	45 (60.8)	46.3	0.1	57 (74.0)	46.3	2.8	96 (53.9)	107.1	-2.5	0.011 *
9 アナフィラキシーショック出現時の対応法	41 (55.4)	41.6	-0.2	55 (71.4)	43.3	3.1	89 (50.0)	100.1	-2.5	0.007 **
10 アドレナリン (エピペン®) 使用適応の判断	50 (67.6)	45.0	1.4	60 (77.9)	46.8	3.5	90 (50.6)	108.2	-4.1	0.000 ***
11 アドレナリン (エピペン®) の使用法	53 (71.6)	55.3	-0.7	60 (77.9)	57.6	0.7	133 (74.7)	133.1	0.0	0.672
12 蜂による刺傷時の対応法	36 (48.6)	33.3	0.7	38 (49.4)	34.6	0.9	74 (41.6)	80.1	-1.4	0.400
13 昆虫や蜂による刺傷によるアレルギー反応症状	21 (28.4)	19.1	0.6	15 (19.5)	19.9	-1.5	49 (27.5)	46.0	0.8	0.343
14 窒息症状の重症度	31 (41.9)	31.0	0.0	30 (39.0)	32.3	-0.6	77 (43.3)	74.7	0.5	0.816
15 食物・異物による窒息の解除法 (ハイムリック法)	58 (78.4)	60.3	-0.8	74 (96.1)	62.7	3.8	136 (76.4)	145.0	-2.6	0.001 **
16 鼻出血の対応法	21 (28.4)	18.7	0.7	22 (28.6)	19.4	0.8	40 (22.5)	44.9	-1.2	0.468
17 切傷による出血時の止血法	68 (91.9)	64.8	1.3	71 (92.2)	67.4	1.4	149 (83.7)	155.8	-2.3	0.074
18 打撲・骨折部位の固定法	41 (55.4)	45.9	-1.3	57 (74.0)	47.7	2.5	106 (59.6)	110.4	-1.0	0.038 *
19 打撲・骨折部位の冷却法	44 (59.5)	44.3	-0.1	46 (59.7)	46.1	0.0	107 (60.1)	106.6	0.1	0.995
20 外傷による止血の保存法	50 (67.6)	44.5	1.5	56 (72.7)	46.3	2.6	92 (51.7)	107.1	-3.4	0.002 **
21 外傷による切創指の保存法	51 (68.9)	51.3	-0.1	55 (71.4)	53.4	0.5	122 (68.5)	123.4	-0.3	0.897
22 外傷による頭部損傷が疑われる場合の対応法	17 (23.0)	12.4	1.6	16 (20.8)	12.9	1.1	22 (12.4)	29.8	-2.3	0.067
23 熱傷時の対応法	70 (94.6)	67.0	1.3	71 (92.2)	69.7	0.6	157 (88.2)	161.2	-1.6	0.245
24 薬物または毒物による眼の外傷時の対応法	55 (74.3)	54.9	0.0	60 (77.9)	57.1	0.9	129 (72.5)	132.0	-0.8	0.659
25 過去に起きた放課後児童クラブにおける保育中に起きたケガの部位の実態	5 (6.8)	5.8	-0.4	6 (7.8)	6.1	0.0	15 (8.4)	14.1	0.4	0.904
26 マダニによる咬傷時の対応法	33 (44.6)	38.7	-1.5	45 (58.4)	40.3	1.2	94 (52.8)	93.1	0.2	0.230
27 溺水による意識消失時の対応法	20 (27.0)	25.2	-1.4	36 (46.8)	26.2	2.7	56 (31.5)	60.6	-1.1	0.021 *
28 熱中症による意識消失時の対応法	26 (35.1)	24.3	0.5	27 (35.1)	25.3	0.5	55 (30.9)	58.4	-0.8	0.721
29 学童期の胸骨圧迫法	27 (36.5)	31.5	-1.2	35 (45.5)	32.8	0.6	78 (43.8)	75.7	0.5	0.473
30 学童期のAED使用法	42 (56.8)	43.2	-0.3	50 (64.9)	44.9	1.3	100 (56.2)	103.9	-0.9	0.407
31 インフルエンザウィルス感染症の予防法	27 (36.5)	33.1	-1.6	47 (61.0)	34.4	3.3	73 (41.0)	79.5	-1.5	0.003 **
32 ノロウイルス感染症の予防法	61 (82.4)	57.6	1.1	70 (90.9)	59.9	3.2	125 (70.2)	138.5	-3.6	0.001 **
33 過去に起きた児童虐待の実態	17 (23.0)	19.1	-0.6	17 (22.1)	19.9	-0.9	51 (28.7)	46.0	1.3	0.445
34 過去に起きた児童虐待の種類	18 (24.3)	18.7	-0.2	21 (27.3)	19.4	0.5	44 (24.7)	44.9	-0.2	0.893
35 虐待を受けている児童の特徴	33 (44.6)	35.1	-0.6	40 (51.9)	36.5	0.9	83 (46.6)	84.4	-0.3	0.633
36 虐待が疑われる場合の対応法	52 (70.3)	54.4	-0.7	66 (85.7)	56.6	2.8	124 (69.7)	130.9	-1.7	0.022 *
37 小学校低学年 (1~2年生) の児童の危険に関する発達と認知心理学的特徴	33 (44.6)	36.4	-0.9	46 (59.7)	37.9	2.1	83 (46.6)	87.6	-1.0	0.104
38 小学校中学年 (3~4年生) の児童の危険に関する発達と認知心理学的特徴	26 (35.1)	33.1	-1.9	37 (48.1)	34.4	0.7	84 (47.2)	79.5	1.0	0.171
39 小学校高学年 (5~6年生) の児童の危険に関する発達と認知心理学的特徴	23 (31.1)	28.3	-1.5	33 (42.9)	29.7	0.9	70 (39.3)	68.2	0.4	0.303
40 救助活動における搬送の危険予測	21 (28.4)	18.2	0.9	19 (24.7)	19.0	0.0	41 (23.0)	43.8	-0.7	0.669

研究対象者 ($n=329$) の保有資格・免許の種類による各設問の正答数を χ^2 検定と残差分析によって比較した。 $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$, $p < 0.001^{***}$

表3 保有資格・免許の種類、支援員研修、救命講習の3要因の3元配置分散分析の結果

要因	タイプII平方和	自由度	平均平方	F値	p 値
資格・免許の種類	282.660	2	144.330	6.738	0.001 **
支援員研修	109.516	1	109.516	5.221	0.023 *
救命講習	296.901	1	296.901	14.154	0.000 ***
誤差	6796.343	324	20.976		
全体	7804.444	328			

事例問題の正答数を従属変数とし、保有資格・免許の種類、支援員研修、救命講習を独立変数とする3要因の各効果と交互作用の有意性を検定するために、1次、2次の交互作用を含む3元配置分散分析を行った。

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$, $p < 0.001^{***}$

表4 保有資格・免許の有無、救命講習の有無で層別化した Mantel-Haenszel 検定

		資格・免許あり $n=151$				資格・免許なし $n=178$				OR	Breslow- Day (p 値)	Mantel- Haenszel (p 値)	共通 オッズ比	95%信頼区間 (CI値)
問 題	救命講習 受講	正答数	(%)	誤答数	(%)	正答数	(%)	誤答数	(%)					
4 てんかん発作時の対応法	あり	70	(24.3)	70	(24.3)	61	(21.2)	87	(30.2)	1.44	0.861	0.164	1.41	0.90-2.20
	なし	3	(7.3)	8	(19.5)	7	(17.1)	23	(56.1)	1.23				
	合計	73	(22.2)	78	(23.7)	68	(20.7)	110	(33.4)	1.51				
8 アレルギー症状の重症度	あり	96	(33.3)	44	(15.3)	85	(29.5)	63	(21.9)	1.61	0.742	0.039 *	1.66	1.05-2.62
	なし	6	(14.6)	5	(12.2)	11	(26.8)	19	(46.3)	2.07				
	合計	102	(31.0)	49	(14.9)	96	(29.2)	82	(24.9)	1.78				
9 アナフィラキシーショック出現時の対応法	あり	92	(31.9)	48	(16.7)	70	(24.3)	78	(27.1)	2.14	0.010 *	0.017 *	1.74	1.12-2.71
	なし	4	(9.8)	7	(17.1)	19	(46.3)	11	(26.8)	0.33				
	合計	96	(29.2)	55	(16.7)	89	(27.1)	89	(27.1)	1.75				
10 エピペン®使用適応の判断	あり	104	(36.1)	36	(12.5)	84	(29.2)	64	(22.2)	2.20	0.326	0.000 ***	2.37	1.48-3.80
	なし	6	(14.6)	5	(12.2)	6	(14.6)	24	(58.5)	4.80				
	合計	110	(33.4)	41	(12.5)	90	(27.4)	88	(26.7)	2.62				
15 食物・異物による窒息の解除法 (ハイムリック法)	あり	125	(43.4)	15	(5.2)	116	(40.3)	32	(11.1)	2.30	0.228	0.038 *	1.95	1.07-3.55
	なし	7	(17.1)	4	(9.8)	20	(48.8)	10	(24.4)	0.88				
	合計	132	(40.1)	19	(5.8)	136	(41.3)	42	(12.8)	2.15				
18 打撲・骨折部位の固定法	あり	93	(32.3)	47	(16.3)	91	(31.6)	57	(19.8)	1.24	0.595	0.534	1.19	0.57-1.19
	なし	5	(12.2)	6	(14.6)	15	(36.6)	15	(36.6)	0.83				
	合計	98	(29.8)	53	(16.1)	106	(32.2)	72	(21.9)	1.26				
20 外傷による歯の保存法	あり	103	(35.8)	37	(12.8)	80	(27.8)	68	(23.6)	2.37	0.069	0.004 **	2.03	1.28-3.23
	なし	3	(7.3)	8	(19.5)	12	(29.3)	18	(43.9)	0.56				
	合計	106	(32.2)	45	(13.7)	92	(28.0)	86	(26.1)	2.20				
27 溺水による意識消失時の対応法	あり	54	(18.8)	86	(29.9)	51	(17.7)	97	(33.7)	1.19	0.940	0.542	1.19	0.75-1.89
	なし	2	(4.9)	9	(22.0)	5	(12.2)	25	(61.0)	1.11				
	合計	56	(17.0)	95	(28.9)	56	(17.0)	122	(37.1)	1.28				
31 インフルエンザウィルス 感染症の予防法	あり	70	(24.3)	70	(24.3)	61	(21.2)	87	(30.2)	1.43	0.505	0.215	1.36	0.87-2.11
	なし	4	(9.8)	7	(17.1)	12	(29.3)	18	(43.9)	0.86				
	合計	74	(22.5)	77	(23.4)	73	(22.2)	105	(31.9)	1.38				
32 ノロウイルス感染症の予防法	あり	123	(42.7)	17	(5.9)	111	(38.5)	37	(12.8)	2.41	0.779	0.003 **	2.50	1.40-4.46
	なし	8	(19.5)	3	(7.3)	14	(34.1)	16	(39.0)	3.05				
	合計	131	(39.8)	20	(6.1)	125	(38.0)	53	(16.1)	2.78				
36 虐待が疑われる場合の対応法	あり	113	(39.2)	27	(9.4)	111	(38.5)	37	(12.8)	1.40	0.746	0.321	1.35	0.80-2.23
	なし	5	(12.2)	6	(14.6)	13	(31.7)	17	(41.5)	1.09				
	合計	118	(35.9)	33	(10.0)	124	(37.7)	54	(16.4)	1.56				

平均正答数に関連する要因において、救命講習が交絡因子となっていることが考えられるため、表2で有意差が認められた事例問題11問を保有資格・免許(あり/なし)と救命講習(あり/なし)で層別化し、救命講習を交絡因子とした Mantel-Haenszel検定を行った。「教育系」「福祉・医療系」を合わせ「資格・免許あり」とし、「その他・なし」を「資格・免許なし」として検定した。

Mantel-Haenszel検定 $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$, $p < 0.001^{***}$

4) 資格・免許の有無、講習の有無で層別化した Mantel-HaensZel 検定

Mantel-HaensZel 検定の結果を表4に示す。平均正答数に関連する要因において、表1と表3より講習が交絡因子となっている可能性が考えられるため、表2で有意差が認められた事例問題11問を資格・免許(あり/なし)と講習(あり/なし)で層別し、講習を交絡因子とした Mantel-HaensZel 検定を行った。なお、「教育系」「福祉・医療系」を合わせ「資格・免許あり」とし、「その他・なし」を「資格・免許なし」として検定した。結果、表4で示すとおり、問題32「ノロウイルス感染症の予防法」は「資格・免許なし」の誤答リスクは「資格・免許あり」の2.50倍(OR=2.50, 95%CI:1.40-4.46)と最も高かった。さらに、問題10「アドレナリン(エピペン®使用適応の判断)」は2.37倍(OR=2.37, 95%CI:1.48-3.80)、問題20「外傷による歯の保存法」は2.03倍(OR=2.03, 95%

CI:1.28-3.23)、問題15「食物・異物による窒息の解除法(ハイムリック法)」は1.95倍(OR=1.95, 95%CI:1.07-3.55)、問題8「アレルギー症状の重症度」は1.66倍(OR=1.66, 95%CI:1.05-2.62)と「資格・免許なし」の誤答リスクが高いことが統計的に認められた。問題9「アナフィラキシーショック出現時の対応法」は講習が影響している可能性が示された。(表4)

4. 過去に経験した応急対応と設問の正答数

対象者が過去に経験した応急対応とその経験に対応する設問の正答数について、経験に対応する設問の正誤とのクロス集計を行った。分析の結果、有意差は認められなかった。

VI. 考 察

1. 研究対象者が経験した応急対応の実態

対象者がクラブの職員として経験した応急対応の合計件数(図1)と調査前の過去1ヶ月間(4~5月)に経験した応急

対応の件数（図2）の結果から、研究対象者は日常的に刺傷・切傷、鼻出血、打撲・捻挫などの外傷や発熱、腹痛に対応しており、また、急変しやすく生命の危機状態の可能性がある熱中症、気管支喘息発作を含むアレルギー症状、意識消失、窒息症状、溺水にも対応していた。本研究では4～5月の1ヶ月間を対象に調査したが、夏季では熱中症や昆虫・蜂の咬傷が多く、冬季では感冒や感染症などによる発熱や腹痛などが多くなると考えられる。本邦において、クラブに看護師を含む医療系資格・免許や応急処置資格を有する職員の配置制度はないが（池本，2014；臼田，2015）、指針においては、職員は児童の緊急時に適切な応急対応を行う重要性が求められている（厚生労働省雇用均等・児童家庭局長，2015）。今回の結果から、クラブの職員は雇用形態や資格・免許の有無や種類を問わずに児童の緊急時に対応していることがわかった。

2. 研究対象者の緊急時を想定した事例問題の正答数に影響を及ぼしている要因

1) 資格・免許の種類における各設問の正答数

対象者の資格・免許の種類と各設問の正答数についての分析では、「福祉・医療系」は11問で正答数が多く、「その他・なし」は6問で正答数が少ないことが示された。「福祉・医療系」は保健学や医学の専門的知識を有し、「教育系」は子どもの心身発達の専門的知識を有している者として、「その他・なし」よりも知識と判断力を有していることが示された。このことから、保健学や医学、子どもの心身発達に関する専門的知識を有する者の方が児童の緊急時に適切に応急対応するうえで重要であることが示唆された。

2) 資格・免許の種類、研修、講習の3要因の3元配置分散分析の結果

正答数を従属変数とし、資格・免許の種類（「教育系」/「福祉・医療系」/「その他・なし」）と研修（あり/なし）、講習（あり/なし）を独立変数とする3要因を1次、2次の交互作用を含む3元配置分散分析の結果、交互作用は認められずいずれも主効果が統計的に有意であった。従来の研修では児童の発達と健康管理、衛生管理、食物アレルギーについて学んでいる。講習では応急手当の技能講習を中心にして、心肺蘇生法やAEDの使用法、外傷処置、食物・異物による窒息の解除法（ハイムリック法）について実技を通して学んだことが知識の習得と判断力の向上に繋がったと考えた。また講習は各地域の消防機関等で実施されている運動技能を用いた講習であり、費用は原則無料、受講時間は2～3時間と受講しやすい。一方、応急対応の向上を図るために、事前に消防機関等に在籍している児童の現病歴や既往歴、アレルギー疾患の有無等の情報を共有する重要性を指摘する報告もある（吉田・岡本，2020）。本研究において、クラブにはアレルギー疾患を有する児童が在籍していることから、消防機関等に情報が共有され、問題8「アレルギー症状の重症度」、問題9「アナフィラキシーショック出現時の対応法」、問題10「アドレナリン（エピペン®）の使用適応の判断」の知識と判断力を有

していたと考えられる。高野・金子（2021）は、既にクラブの施設の管理体制において、講習の受講が全員でないことを指摘している。言うまでもなく、緊急時の応急対応には十分な知識と技能が必要である。講習の教育効果については、知識と技能を育成するだけでなく緊急時対応への意識の改善にも効果があるとされ（灘，2011）、本研究の結果は、講習の受講が、児童の緊急時の対応を想定した事例問題の正答数の増加につながり、また、緊急時の児童に対しての適切な応急対応に有効であると考えた。

3) 資格・免許の有無、講習を層別化した Mantel-HaensZel 検定の結果

講習は応急手当の技能講習が中心であることから、講習が交絡因子となっていることが考えられる。そのため、表3の資格・免許の種類（「教育系」/「福祉・医療系」/「その他・なし」）と正答数の比較の結果、有意差が認められた11問において、「教育系」「福祉・医療系」を合わせ「資格・免許あり」とし、「その他・なし」を「資格・免許なし」として、講習（あり/なし）で層別化し、Mantel-HaensZel 検定オッズ比（Odds Ratio[OR]）を算出した。結果、問題8「アレルギー症状の重症度」、問題10「アドレナリン（エピペン®）の使用適応の判断」、問題15「食物・異物による窒息の解除法（ハイムリック法）」、問題20「外傷による歯の保存法」、問題32「ノロウイルス感染症の予防法」の事例問題において、「資格・免許なし」は「資格・免許あり」に比して誤答リスクが高かった（表4）。その理由は、「教育系」および「福祉・医療系」の資格・免許の保有者は、養成機関において児童の発達ならびに児童の健康や保健について学んでおり、「資格・免許なし」は専門的な教育を受ける機会が少なかったと考えた。また問題9「アナフィラキシーショック出現時の対応法」においては、講習の受講が正答率を高くしている可能性が示された。

本研究において、回収された質問紙の総数のうち事例問題の無回答者19人は、研修未修了かつ資格・免許なしであり、そのうち13人は講習なしであった。無回答者は、これまでに事例問題を回答するために必要な知識や技能を学ぶ機会がなかったために、回答することが困難であった可能性が考えられる。

4) 過去に経験した応急対応と設問の正答数

対象者が過去に経験した応急対応とその経験に対応する設問の正答数について、いずれも有意差は認められなかった。このことから、クラブの職員は、応急対応が必要な場面に遭遇しても、児童の緊急時を想定した事例問題の正答数を多くすることはできないことが示された。西木（2009）は、クラブの職員の適性については、子育て経験者、児童健全育成事業に熱意がある人、子ども好きであれば誰でもよいと考えている自治体も多くあると指摘している。こういった考えが受け入れられる背景としては、自治体施策により量的な拡大が進められた結果、職員の資格要件が甘くならざるを得なかったことが推測される。一方、「安全確保」には、個人要因と組

織要因が関係し(谷井, 2004), 例え医療資格を有する者でも, その資格によって「安全確保」に対する意識の持ちようが違ふとされる(田村, 2010)。

今回の調査で, クラブには, 様々な種類の資格・免許保有者や無資格・無免許者, 研修未修了者, 講習未受講者がいることが明らかになった。児童の緊急時を想定した事例問題については, 統計学的に, 資格・免許の種類では, 「福祉・医療系」は, 「教育系」や「その他・なし」に比して, 知識と判断力を有していると考えられる。さらに, 研修を修了しかつ何らかの資格・免許を有する方が, なしに比して有意に知識と判断力を有していると考えられる。また, 資格・免許の保有, 研修, 講習の受講は, いずれも知識の習得と判断力を向上する効果があると考えられる。一方, 応急対応経験と正答数との関連は認められなく, 児童の緊急時に適切に応急対応するためには, 資格・免許の保有, 研修および講習の受講が有効であることが示唆された。支援員は認定資格があると同時に, 資格・免許とは無関係に目的の異なる研修や講習を受講することによって知識と判断力に繋がったと考えられる。すなわち, 児童の安全を守ることになる可能性が高いことが示された。講習は命を救うために必要不可欠である。さらに本研究の結果から, クラブの職員が日常的に多く対応している外傷や発熱, 腹痛, 熱中症などに対して適切な判断と対応ができるよう応急処置講習の導入が必要であると考えられる。

研修は自治体によって実施された回数が異なり(こども家庭庁, 2023), クラブに在籍する児童の人数ごとに配置される支援員数も異なっている(厚生労働省, 2020)。Z市においては, 支援員の配置は, ガイドラインにて, 児童20人以上で3人以上の支援員を置くことと明記されている(埼玉県, 2021)。しかしながら, 指針では「おおむね40人以下の児童ごとに2人以上の支援員を置く, ただし, そのうち1人は補助者に代えることができる」とされている(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長, 2015)。すなわち補助者とは, 「資格・免許なし」かつ「研修未修了」でよいことから, 児童の安全確保の体制には不十分であり, 児童が安心して過ごせるように職員体制, 職員の研修の整備が必要である。既に芦屋市(2022)や杉並区(2023)のクラブにおいては, 保育業務および医療的ケアができる看護師を配置し, 看護師が職員に研修会等を実施することで医療的ケア児の受け入れと安心・安全である居場所の確保をしている。本研究においてクラブには看護師を含む医療系資格・免許を有している職員がいることがわかった。看護師を含む医療系資格を有する職員が中心となり, 応急処置講習を実施または導入することによって, 児童に安心・安全を提供しクラブの信頼性と質の向上に寄与できると考えられる。

厚生労働省(2018)は, 2018年「新・放課後子ども総合プラン」を策定し, クラブにおいては, 2023年度末までに新たに約30万人の受け皿を整備するとした。今後さらに医療的ケア児の受け入れを含め量的拡大をするクラブにおいて, 児

童の健康と安全を守る取り組みは必要不可欠であり, 職員は児童の緊急時に適切に対応する知識と判断力を確実に習得しておくことが肝要である。

以上のことから, 児童の健康と安全を守るためには, 資格・免許の保有者の確保に加え, 積極的な職員の研修および講習の実施, さらに応急処置講習の導入が必要であると示唆された。

VII. 結 論

クラブの職員は, 日常的に児童の応急対応を行っており, 生命の危機状態に繋がる可能性がある対応も含まれていた。また, クラブには看護師を含む医療系資格・免許を有している職員がいることがわかった。児童の緊急時の応急対応に必要な知識と判断力として, 緊急時の対応を想定した事例問題の正答数は, 「福祉・医療系」資格・免許保有者, 研修修了者, 講習受講者において, 統計学的に有意に多いことが明らかになった。児童の健康と安全を守るためには, 資格・免許の保有者の確保に加え, 積極的な職員の研修および講習の重要性が示唆され, 看護師を含む医療系資格を有する職員が中心となり, 応急処置講習を実施または導入することが必要であると考えられた。

本研究の一部は, 第31回日本保健福祉学会学術集会, ならびに第66回日本小児保健協会学術集会にて発表した。

本研究の調査にご理解, ご協力頂きましたZ市放課後児童クラブ職員の皆様, Z市学童保育連絡協議会の皆様, NPO法人Z市学童保育の会の皆様, 本研究に際し, 統計解析においてご指導いただきました川合信行先生に感謝申し上げます。なお, 本論文に関して, 開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引 用 文 献

- 芦屋市. (2022). 芦屋市放課後児童クラブ医療的ケア事業実施要綱, 参照2024年3月29日, https://www1.g-reiki.net/ashiya/reiki_honbun/n700RG00001709.html
- 福士輝美. (2016). 放課後児童健全育成事業の展開と課題. レファレンス国立国会図書館調査及び立法考査局編, 66(10), 1-27. <https://dl.ndl.go.jp/view/prepDownload?itemId=info%3Andljp%2Fpid%2F10205861&contentNo=1>
- 池本美香. (2014). イギリスの学童保育指導員について. 松村祥子, 野中賢治(編). 学童保育指導員の国際比較-放課後児童クラブの発展をめざして(pp.13-25). 中央法規.
- こども家庭庁. (2023). 平成27年度放課後児童支援員認定資格研修の実施状況 平成27年度末現在の総務課少子化総合対策室調査, 参照2025年1月31日, https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/fi_eld_ref_resources/69799c3385cb-44f6-8c70-08ed3a292ab5/aefcf5f1/20230401_policies_kosodateshien_houkago-jidou_17.pdf
- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長(2011). 放課後児童クラブの事故報告集計, 参照2025年2月7日, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001s8z4.html>

- 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長. (2015). 「放課後児童クラブ運営指針」の策定について. 第34号(平成27年3月31日), 参照2025年2月12日,
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/52e683b6-0ab6-4ae6-bafb-d522d57f531f/e8c101d1/20231013-policies-kosodateshien-houkago-jidou-koushi-0000088862.pdf
- 厚生労働省. (2018). 「新・放課後子ども総合プラン」について(通知)厚生労働省子ども家庭局長(平成30年9月14日), 参照2025年1月31日,
<https://www.mhlw.go.jp/content/11906000/honnun.pdf>
- 厚生労働省. (2020). 令和2年(2020年)放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)の実施状況(令和2年(2020年)7月1日現在), 参照2025年1月31日,
https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12862028/www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15634.html
- 厚生労働省. (2021). 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)の実施状況(令和3年(2021年)5月1日現在), 参照2025年1月31日,
https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12862028/www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22864.html
- 厚生労働省. (n.d.). 第102回看護師国家試験の問題 午後, 参照2025年2月6日,
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/dl/tp130723-03L.pdf
- 三根佳祐. (2011). わが国における放課後児童対策の展開. 大阪経大論集, 62(2), 151-168.
https://www.i-repository.net/il/user_contents/02/G0000031Repository/repository/keidaironshu_062_002_151-168.pdf
- 灘英世. (2011). 学校教育におけるBLS教育の現状と教育的効果, 人間健康学研究, 3, 1-16.
<https://kansai-u.repo.nii.ac.jp/record/19251/files/KU-1100-20111130-01.pdf>
- 内閣府子ども子育て本部(2016)「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表及び事故防止対策について, 参照2025年2月6日,
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/68cc3ca7-8946-43e9-939c-5ec2113f1512/f9b43328/20230620_policies_child-safety_effort_shukei_01.pdf
- 内閣府子ども子育て本部. (2021). 「令和2年教育・保育施設等による事故報告集計」の公表について, 参照2025年2月12日,
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/68cc3ca7-8946-43e9-939c-5ec2113f1512/01cb1d96/20230620_policies_child-safety_effort_shukei_06.pdf
- 西田佳史. (2010). 第Ⅲ章学童保育環境での事故事例データの分析. 国民生活センター. 学童保育サービスの環境整備に関する調査研究—都道府県の取り組みに大きな格差—. 国民生活センター.
- 西木貴美子. (2009). 学童保育における指導員の資格や体験の有無が障害児受け入れに対する意識に及ぼす影響. 四天王寺大学紀要, 49, 213-223.
- 埼玉県. (2021). 埼玉県放課後児童クラブガイドライン. 参照2025年2月6日,
<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/20217/zennbunn11.pdf>
- 杉並区. (2023). 杉並区学童クラブにおける医療的ケア児の受け入れに係るガイドライン. 参照2025年2月12日.
https://www.city.suginami.tokyo.jp/documents/8634/r6iryouteikeaukeiregaidorainn_1.pdf
- 鈴木勲. (2018). 研究1「放課後児童クラブの事故・災害マニュアルの状況」. 葛葉学園. 放課後児童クラブの事故・災害対応等マニュアルに関する調査研究. 厚生労働省. 参照2025年2月6日,
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520406.pdf>
- 高野直美, 金子健彦. (2021). さいたま市の放課後児童クラブにおける安全管理体制に関する調査研究. 小児保健研究, 80(1), 84-91.
<https://www.jschild.med-all.net/Contents/private/cx3child/2021/008001/012/0084-0091.pdf>
- 田村京子. (2010). 看護師の医療安全管理者が認識する医療安全問題. 生命倫理, 20(1), 85-93.
https://doi.org/10.20593/jabedit.20.1_85
- 谷井克則. (2004). 安全に係わる個人要因と組織要因(人間と信頼性). 日本信頼性学会誌 信頼性, 26(7), 636-643.
https://doi.org/10.11348/reaishinrai.26.7_636
- 白田明子. (2015). ニュー・サウス・ウェールズ州シドニーのウィロビー地区とウェスタン・オーストラリア州サウス・パース地区の学童保育視察報告: オーストラリアの学童保育: その利用率の考察. オーストラリア研究, 28, 67-80.
https://doi.org/10.20764/asaj.28.0_67
- 上野園美, 垣内恵子, 古笛恵子. (2010). 第2章事例. 古笛恵子(編). 事例解説 保育事故における注意義務と責任. 新日本法規.
- 渡辺多加子. (2009). 第Ⅵ章学童保育事業の実施(安全性確保の取り組み・対策)に関する調査 調査対象: 市区町村. 国民生活センター. 学童保育の安全に関する調査研究—求められる放課後の安全な生活空間, 格差の解消, 保険への加入—. 国民生活センター.
- 吉田智子, 岡本希. (2020). 消防機関側からみた学校における心肺蘇生教育の課題. 学校保健研究, 62(3), 178-186.
https://doi.org/10.20812/jpnjschhealth.62.3_178
- 全国保育士養成協議会. (n.d.). 過去の試験問題, 平成29年筆記試験(前期)問題, 参照2018年4月4日,
<https://www.hoyokyo.or.jp/exam/pasttest/>

◇研究報告◇

回復期脳卒中患者のうつ病の改善の有無と
重度排尿障害の経過との関係性

—影響因子を含めた検討—

阿曾光子^{1)*}, 春尾真澄¹⁾, 山崎友梨香¹⁾, 柳内章宏¹⁾

【目的】脳卒中後うつ病（PSD）と重度排尿障害を有する患者の PSD 改善の有無と排尿障害、その他影響因子の経過との関係性を明らかにする。

【方法】対象者 27 名を PSD 改善群と非改善群に分類し、PSD 改善の有無と重度排尿障害やその他影響因子の経過との関係性を比較検討した。分析は Wilcoxon 符号順位検定を用いた。

【結果】PSD 改善群では情動障害と認知機能の改善を認め、運動機能と排尿障害においても有意な改善を認めた。非改善群では情動障害と排尿障害において有意な改善はみられず、運動・認知機能において改善があったが、僅かであった。

【結論】重度排尿障害を有する患者の排尿自立支援では、PSD 改善に努めること、下部尿路機能障害への適切な介入を行うこと、運動機能の回復を排尿障害の改善へと繋げていくことで、患者にとって主観的な回復を実感する機会となるよう支援していくことが重要であると示唆された。

【キーワード】脳卒中、脳卒中後うつ病、排尿障害、回復期リハビリテーション病棟、排尿自立支援

I. はじめに

わが国の脳血管障害による死亡率は減少したものの、その患者数は依然として 174.2 万人と多く（厚生労働省 a, 2020）、後遺症のために介護が必要となる要介護状態の原因疾患では、認知症に次いで 2 位の 19.0% を占めている（厚生労働省, 2022）。回復期リハビリテーション病棟においては、患者と家族が円滑に療養生活に移行できるよう、生活の再構築への支援が求められている。しかし、重症度の高い脳卒中患者において、患者や家族が希望する ADL 自立は叶わないことも多く、特に排尿障害は、患者・介護者の心理的負担となり、在宅退院率を低下させるといわれており（日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 2021, p.277）、退院支援において苦渋することが多い。

脳卒中患者は、橋排尿中枢に対する前脳からの排尿抑制が障害されることによる下部尿路機能障害を 40% から 60% の割合で生じる（谷口・武田, 2017, p.57；日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 2021, p.277）。2020 年から尿道カテー

テル留置患者を対象に、回復期リハビリテーション病棟においても排尿自立指導料算定が可能となり（厚生労働省 b, 2020）、看護師には、患者の尊厳を守る包括的排尿ケアに取り組むことが、より一層求められている（谷口・武田, 2017, pp.12-15）。しかし、排尿行為を完結させるには、判断力や認知機能、起居・移乗・移動・トイレ動作などの運動機能（排尿自立度）、膀胱・尿道の機能（下部尿路機能）が正常に保たれていることなど、多岐にわたる高い能力が求められる（谷口・武田, 2017, pp.170-177）。重症度の高い脳卒中患者の排尿自立支援のあり方を検討したいと考えた。

臨床において、入院時に暗い表情でベッド上排泄だった患者が、介助下であってもトイレでの排泄が可能となると、徐々に言動や表情が明るく変容していき、退院後の生活について悲観的な発言が少なくなっていくというようなケースは少なくない。排尿自立が困難な患者が、障害と折り合いをつけながら、自らの生活の再構築に主体的に取り組んでいけるようになるには、自尊心が低下している患者の精神面の回復というものが不可欠なのではないかと考えた。

受付日：2023 年 10 月 15 日, 2025 年 3 月 14 日

1) 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

* E-mail : uja74916@meg.winknet.ne.jp

脳卒中発症後に出現するうつ状態は脳卒中後うつ病 (Post-Stroke Depression 以下, PSD) と定義され, 合併率は 33% に及ぶ。発症後 1 年後まで症状が継続することも少なくなく, 日常生活動作 (Activities of Daily Living 以下, ADL) や認知機能を障害する。要因として, 女性, 65 歳以下, 喫煙, 疼痛, 一人暮らし, 経済状態不良, 余暇における低い満足度, 要介護状態, 施設入所者などがあげられるが (日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 2021, p.285), 排尿障害との関連も報告されている。排泄援助を受けることが, 患者の自尊心を低下させ, 抑うつになることに加え (谷口・武田, 2017, pp.12-15), 下部尿路機能との関連については, その度合いが重度であるほど, 排尿に関する ADL の自立度は低下し, PSD は悪化するといわれている (阿部・佐藤, 2017)。PSD と排尿障害は, 影響を及ぼし合い, 好循環, 悪循環を生み出していると推察するが, PSD と排尿障害の経過に着目し, 排尿自立支援を検討している報告は見当たらなかった。

そこで, 重度排尿障害を有する回復期脳卒中患者の PSD の改善の有無と排尿障害の経過との関係性を検討したいと考えた。考えられる影響因子として, 運動機能と認知機能の経過, 脳卒中後にみられる特異な精神症状である情動障害 (無気力・不安・疲労など) (日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会, 2021, p.288) の経過も合わせて評価していくこととした。

これを明らかにすることは, 重度排尿障害患者への排尿自立支援を検討していく上で, 一助とできると考えた。

Ⅱ. 目 的

A 病院回復期リハビリテーション病棟に入院した PSD と重度排尿障害を有する脳卒中患者の PSD の改善の有無と排尿障害とその他の影響因子 (情動障害, 運動・認知機能) の経過との関係性を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究対象者

本研究では, 脳出血, 脳梗塞, クモ膜下出血にて A 病院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者のうち, 重度排尿障害と PSD を合併する患者を抽出し, 研究協力への同意が得られた 27 名を対象者とした。なお, コミュニケーションをとることが困難な意識レベル評価 Japan Coma Scale II 桁以上の患者, 明らかな認知機能の低下やせん妄状態にある患者は除外した。また, 尿道カテーテル留置患者は下部尿路機能の評価が行えないため, 除外とした。

2. 用語の定義

重度排尿障害: 入院時にオムツ内失禁または介助での尿器排泄で, ベッド上排泄を余儀なくされている状態。

3. 調査期間

調査期間は, 2021 年 6 月から 2022 年 11 月とした。

4. データ収集方法

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師を含む研究実施者 2 人が対象者の入院時と退院時に各項目の調査を実施した。対象者の一面だけで評価することがないよう, 入院時評価は入院から 7 日間, 退院時評価は退院予定日 7 日前からの状態を観察し, データの信頼性の確保に努めた。

5. 調査項目

1) 対象者の基礎情報

対象者の基礎情報として, 診療録より, 年齢, 入院期間, 性別, 主疾患名, 麻痺の有無, 高次脳機能障害の有無, 精神症状と排尿障害に対する薬物療法の有無, 退院先の情報を収集した。

2) PSD の評価

脳卒中うつスケール (Japan Stroke Scale Depression Scale 以下, JSS-D) を用いて評価した。JSS-D は, 各項目に重みづけがされており, 重症度を定量的に評価することができるといわれている。項目は, ①気分, ②罪悪感・絶望感・悲観的考え・自殺念慮, ③日常活動への興味・楽しみ, ④精神運動抑制または思考停止, ⑤不安・焦燥, ⑥睡眠障害, ⑦表情の 7 項目からなり, 得点化する。カットオフ値は 2.4 点であり, 2.4 点以上は PSD と評価する (日本脳卒中学会 Stroke Scale 委員会, 2003)。

3) 情動障害の評価

脳卒中情動障害スケール (Japan Stroke Scale Emotional Disturbance Scale 以下, JSS-E) を用いて評価した。JSS-E は, 各項目に重みづけがされており, 重症度を定量的に評価することができるといわれている。項目は, ①気分, ②日常生活動作・行動 (入浴・着替え・洗面・娯楽など) に関する自発性と意欲の低下, ③不安・焦燥, ④脱抑制行動 (易怒性, 性逸脱行動), ⑤睡眠障害, ⑥表情, ⑦病態・治療に関する対応, ⑧対人関係の 8 項目からなり, 得点化する。カットオフ値は設定されていないが, 点数が高ければ重症度の高い情動障害であるという評価となる。脳卒中感情障害 (うつ・情動障害) スケール同時評価表 (以下, JSS-DE) を用い, JSS-D と同時に評価することができる (日本脳卒中学会 Stroke Scale 委員会, 2003)。

4) 排尿障害の評価

排尿障害の評価は, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会が協働作成した, 排尿自立指導料算定の際に用いる「排尿自立指導に関する診療の計画書」の評価指標 (以下, 排尿障害評価) を使用した。排尿自立度 5 項目 (以下, 自立度評価) と下部尿路機能 5 項目 (以下, 下部尿路評価) の計 10 項目で構成される (一般社団法人 日本創傷・オストミー失禁管理学会, 2020)。自立度評価は, 【移乗・移動】【トイレ動作】【尿器の使用】【パッド・おむつの使用】【カテーテルの使用】からなり, 評価は 3 段階で, 0 点 (自立または自己管理が可能), 1 点 (一部介助), 2 点 (ほぼ全て介助) とした。下部尿路評価は, 【尿意の自覚】【尿失禁】【24 時間排尿回数】【平均 1 回排尿量】【残尿量】からなり, 評価は 3 段階で, 0 点 (良好),

1点（一部不良）、2点（不良）とした。今回、カテーテル使用の患者は除外したため、【カテーテルの使用】は評価しなかった。

5) 運動機能と認知機能の評価

機能的自立度評価法（Functional Independence Measure 以下、FIM）を使用した。FIMは、脳卒中患者の機能評価として、信頼性と妥当性が国際的に認められている尺度であり、運動項目（セルフケア：食事、整容、清拭、更衣・上半身、更衣・下半身、トイレ動作、排泄コントロール：排尿管理、排便管理、移乗：ベッド・椅子・車椅子、トイレ、浴槽・シャワー、移動：歩行・車椅子、階段）の13項目と、認知項目（コミュニケーション：理解、表出、社会的認知：社会的交流、問題解決、記憶）の5項目、計18項目で構成されている。各項目を1点（全介助）から7点（完全自立）までの7段階で評価する。合計得点（18～126点）が高得点であるほど、自立度が高いとされる（千野ら、2016、pp73-138）。

6. 分析方法

PSD改善群（JSS-D得点が入院時はカットオフ値の2.4点以上で、退院時は2.4点未満となった群）とPSD非改善群（入院退院時ともに2.4点以上だった群）の2群に分けた。JSS-D、JSS-E、FIMの運動項目・認知項目・合計と、排尿障害評価それぞれの項目と自立度評価・下部尿路評価・合計を群別に入院時と退院時とで比較検討した。統計処理は、Wilcoxonの符号順位検定を用い、有意水準を5%未満とした。データ分析にはBellCurve® for Excel Version4.06を用いた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立リハビリテーション西播磨病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：2205）。対象者への説明は研究実施者より行ったが、患者自身での判断が困難であったり、PSDの説明を受けることが患者の負担になったり、混乱を招く可能性があるとして予想された場合は、家族への説明とした。PSDに分類された患者については、速やかに主治医へ報告し、必要に応じ心療内科医へのコンサルトや薬物療法を依頼するなど、研究対象者の不利益にならないよう配慮した。対象者またはその家族に、協力依頼書及び口頭で目的、方法、参加協力の自由意志と拒否権、プライバシー及び個人情報保護の保護、結果の公表方法、質問や意見の連絡方法を伝えた上で、同意書の署名をもって、調査を開始した。また、データ収集後も協力辞退が可能であることを説明した。研究フィールドや研究対象者を特定化されないよう、固有名詞は使用せず、匿名化した表記とした。データ入力の際はコード化し、匿名性の確保に十分注意した。データは研究用CD-Rに保存し、鍵のかかる場所に保管した。データの取り扱いには研究者のみで行い、データと対象者が連結されないよう、対応表を別の場所に保管した。

V. 結果

1. 対象者の基礎情報（表1）

今回、対象となった回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者は男性14名（51.9%）、女性13名（48.1%）、年齢は 64.7 ± 8.6 （平均値 $\pm$ 標準偏差）で、入院期間は 115.2 ± 24.0 日だった。主疾患名は、脳出血19名（70.4%）、脳梗塞6名（22.2%）、クモ膜下出血2名（7.4%）だった。脳卒中後の症状である運動麻痺の程度は、ブルンストローム・ステージ（Brunnstrom Stage 以下、BRS）Ⅱ～Ⅴで、上肢20名（74.1%）・下肢14名（51.9%）がStageⅡ、上肢2名（7.4%）・下肢9名（33.3%）がStageⅢ、上肢2名（7.4%）・下肢2名（7.4%）がStageⅣ、上肢3名（11.1%）・下肢2名（7.4%）がStageⅤだった。その他の症状として、13名（48.1%）に失語、8名（29.6%）に半側空間無視、21名（77.8%）に注意障害の高次脳機能障害があった。精神症状への治療薬を内服していたのは、7名（25.9%）で、泌尿器科からの治療薬を内服していたのは8名（29.6%）だった。退院先は、在宅退院が14名（51.9%）で、施設入所は13名（48.1%）だった。

群別において、PSD改善群は男性7名（41.2%）、女性10名（58.8%）の17名だった。年齢は 64.0 ± 9.2 で、入院期間は 113.0 ± 24.1 日だった。主疾患名は、脳出血12名（70.6%）、脳梗塞4名（23.5%）、クモ膜下出血1名（5.9%）だった。運動麻痺の程度は、上肢12名（70.6%）・下肢8名（47.1%）がBRS StageⅡ、上肢2名（11.8%）・下肢7名（41.2%）がStageⅢ、上肢1名（5.9%）・下肢1名（5.9%）がStageⅣ、上肢2名（11.8%）・下肢1名（5.9%）がStageⅤだった。その他の症状として7名（41.2%）に失語、5名（29.4%）に半側空間無視、13名（76.5%）に注意障害の高次脳機能障害があった。精神症状への治療薬を内服していたのは、4名（23.5%）で、泌尿器科からの治療薬を内服していたのは4名（23.5%）だった。退院先は、在宅退院が10名（58.8%）で、施設入所は7名（41.2%）だった。

PSD非改善群は男性7名（70.0%）、女性が3名（30.0%）の10名だった。年齢は 66.0 ± 7.7 で、入院期間は 118.9 ± 24.6 日だった。主疾患名は、脳出血7名（70.0%）、脳梗塞2名（20.0%）、クモ膜下出血1名（10.0%）だった。運動麻痺の程度は、上肢8名（80.0%）・下肢6名（60.0%）がBRS StageⅡ、下肢2名（20.0%）がStageⅢ、上肢1名（10.0%）・下肢1名（10.0%）がStageⅣ、上肢1名（10.0%）・下肢1名（10.0%）がStageⅤだった。その他の症状として、6名（60.0%）に失語、3名（30.0%）に半側空間無視、8名（80.0%）に注意障害の高次脳機能障害があった。精神症状への治療薬を内服していたのは、3名（30.0%）で、泌尿器科からの治療薬を内服していたのは4名（40.0%）だった。退院先は、在宅退院が4名（40.0%）で、施設入所は6名（60.0%）だった。

表 1 対象者の基礎情報

項目		全体 (n=27)	PSD 改善群 (n=17)	PSD 非改善群 (n=10)
項目		平均値±標準偏差		
年齢		64.7±8.6	64.0±9.2	66.0±7.7
入院期間		115.2±24.0	113.0±24.1	118.9±24.6
項目		人数 (%)		
性別	男性	14 (51.9%)	7 (41.2%)	7 (70.0%)
	女性	13 (48.1%)	10 (58.8%)	3 (30.0%)
主疾患名	脳出血	19 (70.4%)	12 (70.6%)	7 (70.0%)
	脳梗塞	6 (22.2%)	4 (23.5%)	2 (20.0%)
	クモ膜下出血	2 (7.4%)	1 (5.9%)	1 (10.0%)
運動麻痺 上肢	BRS	stage II	20 (74.1%)	12 (70.6%)
		stage III	2 (7.4%)	2 (11.8%)
		stage IV	2 (7.4%)	1 (5.9%)
		stage V	3 (11.1%)	1 (10.0%)
	BRS	stage II	14 (51.9%)	8 (47.1%)
		stage III	9 (33.3%)	7 (41.2%)
		stage IV	2 (7.4%)	1 (5.9%)
		stage V	2 (7.4%)	1 (5.9%)
高次脳機能障害	失語	13 (48.1%)	7 (41.2%)	6 (60.0%)
	半側空間無視	8 (29.6%)	5 (29.4%)	3 (30.0%)
	注意障害	21 (77.8%)	13 (76.5%)	8 (80.0%)
精神症状の治療薬内服	SARI	5 (18.5%)	4 (23.5%)	1 (10.0%)
	SSRI	1 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)
	NaSSA	1 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)
	計	7 (25.9%)	4 (23.5%)	3 (30.0%)
排尿障害の治療薬内服	α1 遮断薬	4 (14.8%)	2 (11.8%)	2 (20.0%)
	β3 刺激薬	2 (7.4%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)
	抗コリン薬	2 (7.4%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)
	計	8 (29.6%)	4 (23.5%)	4 (40.0%)
退院先	自宅	14 (51.9%)	10 (58.8%)	4 (40.0%)
	施設	13 (48.1%)	7 (41.2%)	6 (60.0%)

SARI:セロトニン遮断再取り込み阻害薬 SSRI:選択的セロトニン再取り込み阻害薬 NaSSA:ノルアドレナリン・特異的セロトニン作動性抗うつ薬

2. PSD 改善群の項目別入退院時の経過 (表 2)

入院時 JSS-D の中央値 (25% タイル値~75% タイル値) は 4.5 (3.4~5.4) で、退院時は 1.2 (0.7~1.9) となり、JSS-E は入院時 3.7 (2.8~4.7) で、退院時は 0.3 (-0.6~0.8) となった。FIM 入院時は、運動項目が 17.0 (13.0~21.0) で、認知項目は 13.0 (9.0~19.0)、合計は 29.0 (24.0~40.0) で、退院時の運動項目は 47.0 (39.0~65.0)、認知項目は 25.0 (15.0~29.0)、合計は 74.0 (59.0~87.0) であった。排尿障害評価入院時は、自立度評価が 6.0 (6.0~6.0)、下部尿路評価が 4.0 (4.0~4.0)、合計が 10.0 (10.0~10.0) で、退院時の自立度評価は 4.0 (3.0~5.0)、下部尿路評価は 1.0 (1.0~2.0)、合計が 6.0 (3.0~7.0) であった。JSS-D、JSS-E、FIM (運動項目・認知項目・合計) と、排尿評価 (自立度評価・下部尿路評価・合計) すべてにおいて、入院時と比較し退院時に有意な改善を示した。排尿評価の項目別においては、【移乗・移動】【トイレ動作】【パッド・おむつの使用】【尿意の自覚】【尿失禁】の項目において、有意な改善を認めた。

3. PSD 非改善群の項目別入退院時の経過 (表 3)

入院時 JSS-D は 3.5 (3.4~5.7) で、退院時は 4.2 (3.0~4.8) となり、JSS-E は入院時 5.7 (4.8~7.5) で、退院時は 4.1 (2.4~4.4)

となった。FIM 入院時は、運動項目が 13.5 (13.0~15.0) で、認知項目は 10.0 (7.3~16.0)、合計は 23.0 (21.0~31.0) で、退院時は運動項目 24.0 (21.3~36.0)、認知項目は 13.5 (11.3~17.8)、合計は 39.0 (33.5~48.0) であった。排尿障害評価入院時は、自立度評価が 6.0 (6.0~6.0)、下部尿路評価が 4.0 (4.0~4.0)、合計が 10.0 (10.0~11.5) で、退院時の自立度評価は 6.0 (5.3~6.0)、下部尿路評価は 4.0 (2.3~4.0)、合計が 10.0 (9.0~10.0) であった。FIM (運動項目、認知項目、合計) と、排尿評価合計において、入院時と比較し退院時に有意な改善を示した。

VI. 考 察

回復期リハビリテーション病棟に入院した PSD と重度排尿障害を有する脳卒中患者 27 名を対象とし、PSD の改善の有無と重度排尿障害やその他の影響因子 (情動障害、運動・認知機能) の経過を調査した。その結果、PSD 改善群は、情動障害と認知機能についても改善を認め、運動機能と排尿障害においても入院時と退院時で有意に改善していた。非改善群は、情動障害と排尿障害において有意な改善は見られず、運動・認知機能においてのみ有意な改善がみられたが、改善群と比較するとわずかな改善であった。

表2 PSD 改善群の項目別入退院時の経過 (n=17)

項目		中央値 (25%タイル値~75%タイル値)		P値
		入院時	退院時	
JSS-D		4.5 (3.4~5.4)	1.2 (0.7~1.9)	0.00 **
JSS-E		3.7 (2.8~4.7)	-0.3 (-0.6~0.8)	0.00 **
FIM	運動項目	17.0 (13.0~21.0)	47.0 (39.0~65.0)	0.00 **
	認知項目	13.0 (9.0~19.0)	25.0 (15.0~29.0)	0.00 **
	FIM 合計	29.0 (24.0~40.0)	74.0 (59.0~87.0)	0.00 **
排尿評価	【移乗・移動】	2.0 (2.0~2.0)	1.0 (1.0~1.0)	0.00 **
	【トイレ動作】	2.0 (2.0~2.0)	1.0 (1.0~2.0)	0.00 **
	【収尿器の使用】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	0.18
	【パッド・おむつの使用】	2.0 (2.0~2.0)	2.0 (0.0~2.0)	0.02 *
	自立度評価	6.0 (6.0~6.0)	4.0 (3.0~5.0)	0.00 **
	【尿意の自覚】	2.0 (2.0~2.0)	0.0 (0.0~1.0)	0.00 **
	【尿失禁】	2.0 (2.0~2.0)	1.0 (0.0~1.0)	0.00 **
	【24 時間排尿回数】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~1.0)	0.08
	【平均 1 回排尿量】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	-
	【残尿量】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	-
	下部尿路評価	4.0 (4.0~4.0)	1.0 (1.0~2.0)	0.00 **
	排尿評価合計	10.0 (10.0~10.0)	6.0 (3.0~7.0)	0.00 **

*: P<0.05 **: P<0.01

表3 PSD 非改善群の項目別入退院時の経過 (n=10)

項目		中央値 (25%タイル値~75%タイル値)		P値
		入院時	退院時	
JSS-D		3.5 (3.4~5.7)	4.2 (3.0~4.8)	0.72
JSS-E		5.7 (4.8~7.5)	4.1 (2.4~4.4)	0.20
FIM	運動項目	13.5 (13.0~15.0)	24.0 (21.3~36.0)	0.01 **
	認知項目	10.0 (7.3~16.0)	13.5 (11.3~17.8)	0.00 **
	FIM 合計	23.0 (21.0~31.0)	39.0 (33.5~48.0)	0.01 **
排尿評価	【移乗・移動】	2.0 (2.0~2.0)	2.0 (1.3~2.0)	0.08
	【トイレ動作】	2.0 (2.0~2.0)	2.0 (2.0~2.0)	0.32
	【収尿器の使用】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	-
	【パッド・おむつの使用】	2.0 (2.0~2.0)	2.0 (2.0~2.0)	0.32
	自立度評価	6.0 (6.0~6.0)	6.0 (5.3~6.0)	0.07
	【尿意の自覚】	2.0 (1.3~2.0)	1.5 (0.3~2.0)	0.10
	【尿失禁】	2.0 (2.0~2.0)	2.0 (1.3~2.0)	0.32
	【24 時間排尿回数】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	0.66
	【平均 1 回排尿量】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	-
	【残尿量】	0.0 (0.0~0.0)	0.0 (0.0~0.0)	0.32
	下部尿路評価	4.0 (4.0~4.0)	4.0 (2.3~4.0)	0.07
	排尿評価合計	10.0 (10.0~11.5)	10.0 (9.0~10.0)	0.04 *

*: P<0.05 **: P<0.01

この結果をもとに、PSD の改善の有無と重度排尿障害やその他の影響因子の経過との関係性を考察する。

1. PSD の改善の有無と情動障害・認知機能の経過との関係性

PSD 改善群において、情動障害と認知機能の改善を認めた。PSD に情動障害や認知機能障害は合併しやすいといわれている (日本脳卒中学会, 2021, p.288)。PSD と情動障害の関係では、睡眠障害などの身体症状が改善した後うつ症状である不安感や焦燥感の改善がみられ、意欲の低下は最後まで残りやすく、PSD と認知障害の関係では、PSD の改善に伴って認知機能も改善しやすいといわれている (中間ら, 2017)。よって、PSD と情動障害、認知機能障害の混在した状態においては、まず、睡眠障害など身体症状へのアプローチに努め、抗

うつ薬の投与が推奨されている PSD の治療 (日本脳卒中学会, 2021, p.285) を医師と相談し、行っていく必要がある。

改善群においては、排尿障害の項目での改善がみられたが、早期から PSD にケア介入し、PSD・情動障害・認知機能の改善に努めていくことは、排尿行為を完結させるために必要な判断力や意欲の改善となり、排尿障害の改善促進につながる事が期待できる。

2. PSD の改善の有無と下部尿路機能の経過との関係性

PSD 改善群では、【尿意の自覚】【尿失禁】の項目において、有意な改善を認めたが、非改善群では有意差を認めなかった。下部尿路機能障害が重度であるほど、排尿に関する ADL の自立度は低下し、PSD は悪化するといわれている (阿部・佐

藤, 2017)。今回も尿意が自覚できず尿失禁があることは PSD の要因の一つであったと考えられるが、下部尿路機能障害が改善することは PSD の改善の一因になり得るという好循環を示す結果も得られたのではないかと考える。

下部尿路機能障害は、治療で解決できる状況でも、必ずしも治療に至っていないと指摘されており、その要因として患者の問題だけでなく、看護師の知識不足についても言及されている(谷口・武田, 2017, pp.12-15)。患者は、頻尿や尿意切迫感などの症状を病的状態であると気づかず、介助を依頼する気兼ねや失敗を繰り返す罪悪感などを抱きやすく、また、排尿のことを話すことは羞恥心を伴うことであったり、失語を有する患者であれば言葉での表出が難しかったりすることも推測される。看護師には、患者からの訴えが十分に得られない場合においても、排尿日誌や簡易エコーによる残尿測定から下部尿路機能をアセスメントする力が求められる。アセスメントが不十分なまま、トイレでの排尿を目指していくことは、失敗体験を繰り返すことになりかねず、PSD の悪化を招くことが予想される。結果、排尿自立度が上がっても、トイレでの排泄に消極的になるなどの悪循環に陥る可能性が考えられる。

重度排尿障害のある患者に対し、看護師が下部尿路機能障害のアセスメントを行い、時として代弁者となり、適切な治療につなげていくことが重要である。

3. PSD の改善の有無と運動機能・排尿自立度の経過との関係性

PSD 改善群だけではなく非改善群においても、運動機能の改善は認めたが、改善群と比較すると、非改善群の改善はわずかなものであったことより、FIM が改善しても、その程度がわずかであったり、改善する項目やタイミングによっては、PSD は改善しない可能性がある。また、PSD 非改善群では排尿自立度に改善を認めなかったのに対し、改善群では認めたことより、運動機能の改善だけではなく、排尿自立度の改善があれば、PSD は改善しやすい可能性がある。

PSD のある患者は「できる ADL」と「している ADL」に差が生じやすく、特にトイレ移乗に関しては差が大きいと報告されている(高橋・西山, 2015)。トイレ移乗ができるようになって、その前後にはトイレまでの移動や、難易度の高いトイレ動作、扉の開閉など、多くの連続する動作が必要であり、PSD 患者の意欲を削いでしまうのではないだろうか。よって、1つ1つの運動機能の回復を、排尿自立度に結びつけることが必要であると考えられる。

今回の結果において、PSD 改善群の排尿自立度は改善していたが、自立に至っているわけではなかった。排尿行為がすべて自己にて完結しなくとも PSD は改善する可能性があるといえる。客観的な身体機能の改善が少なくても、主観的な回復を実感できれば、脳卒中患者は障害を肯定的に捉えることができるという報告があるが(百田・西亀, 2002)、患者の運動機能の改善が排尿障害の改善へ結びつくことは、たとえ

排尿障害が自立しなくとも、患者が主観的な回復を実感する機会となり得ることが期待できる。

4. 重度排尿障害のある患者への排尿自立支援の検討

リハビリテーション看護の課題として、患者の主観的な回復よりも客観的な ADL の指標に視点が置かれてきたことがあげられている(酒井, 2002)。重度排尿障害のある患者への排尿自立支援を検討するにあたり、患者が主観的な回復を実感する支援を検討することが重要である。

脳卒中発症後、自尊心が低下している PSD 患者は、たとえ運動機能が改善したとしても、それを「している ADL」につなげる意欲を持てず、自らの回復を捉えることが難しい状況に陥っていると推測する。主体的な回復を捉えるには、PSD がある程度回復していることが前提として必要であると考えられる。また、下部尿路機能障害のある状態では、運動機能が向上しても、トイレでタイミングよく排尿することはできない。看護師のアセスメントのもと、適切な治療により下部尿路機能障害の改善を図っておくことが不可欠である。PSD と下部尿路機能障害の回復に努めた上で、1つ1つの運動機能の改善を排尿自立度に結びつけた支援を行っていくことで、排尿障害の改善が患者にとって主観的な回復を実感する機会となるよう支援していくことが重要であると考えられる。

PSD が回復し、主観的な回復を実感することができた患者が、障害と折り合いをつけながら、生活の再構築に主体的に取り組めるよう、今後支援していきたい。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1 施設での限られた対象者の研究であり、結果を一般化するには限界がある。また、PSD と排尿障害に焦点を当てているが、脳卒中患者の PSD や排尿障害に影響を与える要因はさらに詳細な分析が必要である。患者背景、既往歴、病巣部位、脳卒中の重症度などの影響は検討できていない。

尿道カテーテル留置のまま急性期から転院となった患者は、下部尿路機能障害を有している可能性が高く、入院時より抜去後に PSD を発症する可能性もあると推察される。尿道カテーテル留置患者に着目し、PSD との関連という観点からの調査を行うことが今後の課題である。

VII. 結 論

回復期リハビリテーション病棟に入院した重症排尿障害を有する PSD 患者 27 名を PSD 改善群と非改善群に分類し、PSD の改善の有無と排尿障害やその他の影響因子(情動障害、運動・認知機能)の経過との関係性を検討した。

その結果、PSD 改善群は、情動障害と認知機能についても改善を認め、運動機能と排尿障害においても入院時と退院時で有意に改善していた。非改善群は、情動障害と排尿障害において有意な改善はみられず、運動・認知機能においてのみ有意な改善がみられたが、改善群と比較するとわずかな改善であった。

重度排尿障害を有する患者の排尿自立支援においては、入院時より PSD の改善に努めること、下部尿路機能障害への適

切な介入を行うこと、運動機能の回復を排尿障害の改善へつなげていくことで、患者にとって排尿障害の改善が主観的な回復を実感する機会となるよう支援していくことが重要であると示唆された。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

VIII. 引用文献

- 阿部桃子, 佐藤和佳子. (2017). 回復期脳卒中患者の蓄尿症状の実態と日常生活動作, うつ状態との関連. 山形医学, 35 (2), 49-60.
- 千野直一, 椿原彰夫, 園田茂, 道免和久, 高橋秀寿(編). (2016). 脳卒中中の機能評価 SIAS と FIM (基礎編). 金原出版.
- 百田武司, 西亀正之. (2002). 脳卒中患者の回復過程における主観的体験—急性期から回復期にかけて—. 広島大学保健学ジャーナル, 2 (1), 41-50.
- 厚生労働省. (2020a). 令和2年患者調査の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/su-ikeikanjya.pdf> (検索日 2024 年 10 月 7 日)
- 厚生労働省. (2020b). 令和2年度診療報酬改定の概要 入院医療.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf> (検索日 2023 年 4 月 27 日)
- 厚生労働省. (2022). 令和4年国民生活基礎調査の概況 介護の状況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/05.pdf> (検索日 2024 年 10 月 7 日)
- 中間賢二, 窪田正大, 八反丸健二. (2017). 脳卒中後の抑うつ症状 (PSD) と心身機能障害との関係性について. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 27 (1), 1-6.
- 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会(編). (2021). 脳卒中治療ガイドライン 2021. 協和企画.
- 日本脳卒中学会 Stroke Scale 委員会 (感情障害スケール作成委員会). (2003). 日本脳卒中学会・脳卒中感情障害 (うつ・情動障害) スケール. 脳卒中, 25 (2), 206-214.
- 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 (編). (2020). 入院から外来まで「排尿自立」をサポートする「排尿自立支援加算」「外来排尿自立指導料」に関する手引き. 照林社.
- 酒井郁子. (2002). 脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える—一文献検討から—. Quality Nursing, 8 (3), 192-198.
- 高橋純平, 西山徹. (2015). 回復期病棟患者における抑うつの有無が「できる ADL」と「している ADL」の差に与える影響. 東北理学療法学, 27, 10-13.
- 谷口珠実, 武田正之(編). (2017). 泌尿器 Care & Cure Uro-Lo 別冊 下部尿路機能障害の治療とケア—病態の理解と実践に役立つ—. メディカ出版.

◇研究報告◇

精神科急性期病棟における隔離・拘束に対する看護師の ジレンマとその要因

吉田 剛^{1)*}, 山本由紀¹⁾

【目的】精神科急性期病棟における隔離・拘束に対する看護師のジレンマとその要因を明らかにする。

【方法】半構造化面接による質的記述的研究。

【結果】ジレンマは＜医師の指示と看護判断のズレ＞＜看護師間の看護判断の不一致＞＜看護ケアに感じる不全感＞＜患者を思いやることで生まれる戸惑い＞＜自分の看護能力への自信の無さ＞＜患者の自由保障と業務負担とのバランス＞＜治療目的以外（事故防止）のやむを得ない隔離・拘束＞＜看護師の感情を交えた対応への困惑＞＜隔離・拘束技術の複雑さ＞の9つ、要因は＜医師とのコミュニケーション不足＞＜同僚への斟酌＞＜経験知に依るところが大きい看護判断能力＞＜組織の形骸化＞＜夜勤帯の人手不足＞＜病棟の疾病構造の変化＞の6つであった。＜組織の形骸化＞は9つのジレンマのうち6つと関連していた。

【結論】要因の＜組織の形骸化＞は最も多くのジレンマと関連しており、ジレンマの主たる要因と言える。

【キーワード】精神科急性期病棟, 看護師, 隔離, 拘束, ジレンマ

1. はじめに

精神保健福祉資料〔630 調査〕（国立精神・神経医療研究センター, 2023）によると, 2022 年度の精神病床を有する病院における隔離・拘束の指示があった患者数は, 隔離が 12,160 人, 拘束が 10,903 人であった。精神科病院に行動制限最小化委員会設置が義務付けられ 17 年となるが, 2004 年の隔離 7,673 人, 拘束 5,242 人から大幅に増加している。

精神科の隔離・拘束を受ける患者の看護におけるジレンマは, 河野, 神郡 (2006) の研究では, 法律, 病院の構造や方針, 隔離・拘束の必要性の判断, 対人関係, 自己に関するものがあつたと報告している。ジレンマとその心理的影響について小松 (2001) は, 自己の内面に生じるジレンマは理想と現実の差によって規定され, その蓄積の結果, バーンアウトに陥ると述べている。一方, 精神科勤務の看護師のバーンアウトについて北岡 (2005) は, バーンアウトは看護者自身の健康問題であると同時に, 患者に提供される医療・看護ケアの質の低下をもたらしと述べている。このように, 日々の看護におけるジレンマの蓄積は看護師を疲弊状態に陥らせ, 看護の質の低下を招く可能性がある。

ジレンマの要因については, 先行研究においてそれを示唆する考察はみられるが (河野・神郡, 2006; 柴田, 2009, 他), その要因を明らかにした研究は見当たらない。隔離・拘束を受ける患者数が増加する現在, あらためて隔離・拘束に対する精神科看護師のジレンマとその要因を明らかにすることは, その看護の質の低下に影響しかねないジレンマの解決への示唆を得られ, 隔離・拘束を受ける患者の看護の質の向上に寄与することができるのではないかと考える。

用語の操作的定義

1. 隔離: 保護室やそれに準ずる個室において患者本人の意思によって出ることができない部屋に入室させる制限。
2. 拘束 (身体的拘束): 拘束帯を使用して, 一時的に患者の身体を拘束し, その運動を抑制する制限。
3. ジレンマ: 自分では正しいと感じていることと, それとは異なることとの間で板挟みになり, そのどちらを選択するか判断に困る状態。
4. 隔離・拘束に対するジレンマ: 隔離・拘束を受ける患者への看護及び隔離・拘束を取り巻くすべての現象に対して看護師が抱くジレンマ。

受付日: 2023 年 10 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 長岡病院

* E-mail: kyoiikul@nagaoka.or.jp

5. 看護判断：患者の隔離・拘束に関する判断は精神保健指定医が行うものであるが、精神保健指定医の判断する隔離・拘束という制限の指示と、それに関わる看護上の判断を区別したもの。

Ⅱ. 目的

精神科急性期病棟における隔離・拘束に対する看護師のジレンマとその要因を明らかにする。

Ⅲ. 方法

1. 研究デザイン

看護師のジレンマと要因を詳細に記述し、解釈、検討するために半構造化インタビューによる質的記述的研究を用いた。

2. 対象

病床数約 400 床の私立精神科病院の精神科急性期病棟に 1 年以上勤務し、十分な経験を経て隔離・拘束に対してジレンマを有していると考えられ、研究参加への同意が得られた看護師を研究対象とした。6 人のデータを収集した段階で新たなデータが得られず、データ飽和状態と判断した。

3. 調査期間

2021 年 5 月～9 月までの 5 カ月間。

4. データ収集方法

インタビューガイドを用いて半構造化インタビューを実施し、対象者の同意を得て録音した。インタビュー内容は、1) 基本属性（年齢、看護師歴、精神科急性期経験、役職）、2) 隔離・身体拘束についての原則の理解と倫理、3) ジレンマを感じた内容とその場面であった。

5. 分析方法

- 録音したインタビュー内容を逐語録に起こしてデータ化し、看護師のジレンマとその要因について語られた箇所を研究参加者の表現を保ったまま、センテンスで抽出した。
- センテンスの語りの意味を吟味し、それに最もふさわしい名前を付与し、コードを作成した。
- 類似性をもとにサブカテゴリー、カテゴリーと 3 段階を経て抽象化し分類した。
- 分類の結果をもとに、カテゴリーに含まれるコード、サブカテゴリー間の関連だけではなく、逐語録から語り手の意図を汲み取り、ジレンマと要因のカテゴリー間の関連を見出し、図に示した。
- 分析の妥当性を確保するため、すべての過程で熟練した質的研究者を含めた共同研究者間で合意が得られるまで議論した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、研究者所属施設の倫理審査委員会の承認（2021.05.24-1）を得て行った。研究参加者には、研究への参加は個人の自由意思の保障、研究途中の同意撤回の保障、個人情報保護、研究参加者の匿名性確保、データの厳重保管、

結果の公表について文書と口頭で説明し、署名による同意を得た。

V. 結果

対象者は、6 名（男性 5 名、女性 1 名）で、平均年齢 39 ± 7.4 歳、看護師平均経験年数 6.3 ± 3.2 年、急性期病棟経験年数平均 4.2 ± 2.1 年であった（表 1）。

隔離・拘束に対する看護師のジレンマは、154 コード、36 サブカテゴリー、9 カテゴリーが生成された（表 2）。またその「要因」は、49 コード、14 サブカテゴリー、6 カテゴリーが生成された（表 3）。

以降、隔離・拘束に対する看護師のジレンマとその要因について、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、コードは「 」で示した。

1. 隔離・拘束に対する看護師のジレンマ

看護師のジレンマには、【医師の指示と看護判断のズレ】、【看護師間の看護判断の不一致】、【看護ケアに感じる不全感】、【患者を思いやることで生まれる戸惑い】、【自分の看護能力への自信の無さ】、【患者の自由保障と業務負担とのバランス】、【治療目的以外（事故防止）のやむを得ない隔離・拘束】、【看護師の感情を交えた対応への困惑】、【隔離・拘束技術の複雑さ】があった。

1) 医師の指示と看護判断のズレ

【医師の指示と看護判断のズレ】は〈医師によって隔離・拘束の判断に相違があると感じる〉、〈医師に看護判断を言いづらい〉、〈安全保障の看護判断を医師に伝えるタイミングに苦慮する〉、〈患者の状態に合わせたタイムリーな隔離・拘束の解除が行われていないと思う〉、〈隔離・拘束の指示と看護判断に相違がある〉で構成され、医師の指示に疑問や違和感があっても、そのことを医師と話し合うことができず、ズレを感じたまま指示に従っていることを示している。

看護師は、「拘束開始の基準が医師によって違いが大きい」など〈医師によって隔離・拘束の判断に相違があると感じる〉ことがあった。また「医師によっては看護師の意見は通りづらい」など特定の〈医師に看護判断を言いづらい〉と感じていた。さらに「隔離・拘束に対する看護師の意見を医師に直接伝える機会が限られている」など〈安全保障の看護判断を医師に伝えるタイミングに苦慮する〉体験をしていた。そして、看護師のアセスメントでは「隔離・拘束が必要な状態か

表 1 対象者の概要

No.	性別	年齢	看護師経験年数	精神科急性期経験年数
1	男性	50代	8年	8年
2	男性	20代	3年	3年
3	女性	30代	11年	5年
4	男性	30代	9年	2年
5	男性	40代	2年	2年
6	男性	40代	5年	5年

表2 看護師の隔離・拘束に対するジレンマ

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
医師の指示と看護判断のズレ	医師によって隔離・拘束の判断に相違があると感じる	拘束開始の基準が医師によって違いが大きい 医師によって拘束の指示件数に差がある
	医師に看護判断を言いづらい	医師によっては看護師の意見は通りづらい 治療方針は看護師が医師に口出しできない風土があると思う
	安全保障の看護判断を医師に伝えるタイミングに苦慮する	隔離・拘束に対する看護師の意見を医師に直接伝える機会が限られている 限られた勤務時間で患者の状態の判断が必要
	患者の状態に合わせたタイムリーな隔離・拘束の解除が行われていないと思う	隔離・拘束が必要な状態から脱していると判断しても指示が継続されていることがある 隔離開始や解除が患者の状態に合わせてタイムリーにできていない
	隔離・拘束の指示と看護判断に相違がある	隔離が必要かなと思いつながら隔離をしている 認知症患者は専門病棟であれば隔離不要と思う
看護師間の看護判断の不一致	看護師によって対応に相違があると感じる	看護師によって病棟ルールを越えて患者の希望を通すことがある 開放観察の判断基準にズレがある
	看護師によって拘束時の安全管理に相違がある	看護師によって拘束による身体的危険性への認識に差がある 拘束時の弾性ストッキング装着の意識が低い
	看護師によって看護判断に相違がある	看護師によって隔離・拘束の必要性のアセスメントに差がある 隔離・拘束の判断材料を看護師のスキルや経験に委ねてしまっている
	チーム内で意見の相違がある	自分のアセスメントとは異なり他の看護師は隔離を必要と判断すると思う 隔離の必要性について、自分と他の看護師の考えのどちらを取るか
	自分の意見を他の看護師に合わせる	納得していないが大勢の意見に従っている 先輩の考えに違和感があっても上手く立ち回るために受け入れる
看護ケアに感じる不全感	看護記録に患者の状態が詳細に書かれていないことがある	隔離開始の記録を細かく書かないことがある 隔離・拘束解除に向けた患者のポジティブな記録がない
	拘束の手技が標準化されていないと感じる	拘束手技は曖昧なまま個々の主観で行っている 自分なりの拘束手技が正解となっている
	行動制限カンファレンスで深く話し合いができていないと思う	行動制限カンファレンスは決まったことを話すだけになっている 認知症患者の隔離に関する話し合いは一応しているという感じ
	十分なケアが行えていないと思う	人員に余裕があっても患者への対応が手厚くなるわけではない 隔離中の患者を少しほったらかし状態にしたこともあった
	隔離・拘束開始後の看護が考えられていないと感じることがある	隔離・拘束をすれば決着という思いが看護師にある気がする 患者の今後を見据えた看護がスタッフ間で共有出来ていない
患者を思いやることで生まれる戸惑い	隔離・拘束を行うことで患者への不利益を考えてしまう	拘束による患者の人生への影響を考えてしまう 認知症患者は拘束への理解ができないので負傷に繋がることもある
	より良い治療環境を提供したいができないことがある	保護室のトイレの臭い問題を解決できなかった トイレの不具合により不快な臭いのある保護室を使わざるを得ないことがある
	患者が拒否をしても開放観察を終了しなければならない	開放観察終了時嫌がる患者に心痛めながら入室してもらう 患者が嫌がっても決まった時間に開放観察を終了しなければならない
	タイムリーに患者の要望に応えられないことがある	保護室への持ち込み物は主治医の確認まで待ってもらう必要がある 保護室への本ぐらいの持ち込みについても医師の確認をしなければならない
	患者によっては躊躇や心苦しさをを感じる	未成年者に隔離や拘束を行うことに躊躇する 任意入院の患者は隔離せずにいたいという気持ちが大きい
自分の看護能力への自信の無さ	安全保障の看護判断に明らかな正解がないと感じる	関わり次第で隔離・拘束を避けられたかもしれない 自分の判断が正解だったかまだによくわからない
	体格や力に自信がなくてできないことがある	女性看護師では興奮した患者の対応に限界を感じる 女性看護師では扉を開けての対応はできないと思う
	自分の看護判断が患者へ不利益を与えるかもしれない	隔離をしないことで他患者に影響が及ぶかもしれない 隔離中の患者に自己判断で物品を渡すことで思いがけない患者の興奮につながるかもしれない
	患者からの評価への不安	対応次第で患者からもたれる印象が変わる 患者の状態が落ち着いてからネガティブな評価をされてしまうこともある
	同僚からの評価が気になる	自分の判断が適切であったか次の勤務帯の同僚に評価されるように思う 患者にいい風に思われる対応が他の看護師には違うように見られる気がする
患者の自由保障と業務負担とのバランス	看護業務を優先した看護判断があると感じる	これまでの患者の経過をふまえて隔離解除にならないことがある 看護業務を考え隔離・拘束の指示をもらうことがある
	業務量が看護判断に影響する	夜間帯看護師の技量により隔離・拘束の必要度が変わる 理想は隔離・拘束なしでマンパワー全開で観察したいがそうはいかない
	夜勤帯に隔離指示を受けざるを得ない環境がある	夜間帯は安全確保のために隔離をせざるを得ない 夜間対応に備え予め隔離指示を受けることがある
	看護判断を恣意的に医師に伝えていると感じる	患者の症状が激しい時に医師に拘束を要請するような報告になる時がある 隔離中の患者の病状を医師と十分に共有できていない
治療目的以外(事故防止)のやむを得ない隔離・拘束	リスク回避のために認知症患者が隔離・拘束になることがある	他患者を守るために迷惑行為のある認知症患者を隔離せざるを得ない 認知症患者を他患者の暴力から守る目的での隔離がある
	環境次第ではせずに済む認知症患者の隔離・拘束がある	認知症患者の行動は専門病棟であれば迷惑行為にならないかもしれない 認知症患者と他の精神疾患の患者が同じ病棟では隔離は必要ではないかと思う
	患者を見下したような看護師の態度がある	患者に親身にならず投げやりな対応の看護師がいる 最低限のマナーを守れない看護師がいる
看護師の感情を交えた対応への困惑	看護師が感情的に強い口調で対応することがある	興奮する患者に対し感情的に強い言葉で対応する看護師がいる 看護師が上手く感情コントロールできないと患者も良くならないと思う
	看護師の感情が看護判断に影響する	看護師の感情が看護アセスメントに影響するかもしれない
	マニュアルでは対応しきれない事例がある	事例によってはマニュアルを見ても拘束手技が分からないことがある マニュアルが更新されず活用する時に混乱する
隔離・拘束技術の複雑さ	隔離・拘束の技術が学びきれない	年1回の研修では正しい拘束技術を習得できない 隔離・拘束に関する教育システムが不足している

ら脱していると判断しても指示が継続されていることがある」など<患者の状態に合わせたタイムリーな隔離・拘束の解除が行われていないと思う>ことがあった。さらに、この患者には本当に「隔離が必要かと思いつながら隔離をしている」など<隔離・拘束の指示と看護判断に相違がある>と感じながら、隔離・拘束を行っていた。

2) 看護師間の看護判断の不一致

【看護師間の看護判断の不一致】は<看護師によって対応に相違があると感じる>、<看護師によって拘束時の安全管理に相違がある>、<看護師によって看護判断に相違がある>、<チーム内で意見の相違がある>、<自分の意見を他の看護師に合わせる>で構成され、患者への対応や看護判断がチーム内で一致していないと感じていても、それに合わせてしまっていることを示している。

看護師は「看護師によって病棟ルールを越えて患者の希望を通すことがある」など<看護師によって対応に相違があると感じる>ことがあった。また「看護師によって拘束による身体的危険性への認識に差がある」など<看護師によって拘束時の安全管理に相違がある>と感じていた。さらに「看護師によって隔離・拘束の必要性のアセスメントに差がある」など<看護師によって看護判断に相違がある>と感じていた。加えて、「自分のアセスメントとは異なり他の看護師は隔離を必要と判断すると思う」など<チーム内で意見の相違がある>と感じている一方、カンファレンスなどでは「納得していないが大勢の意見に従っている」など<自分の意見を他の看護師に合わせる>ことで看護判断が不一致のままやり過ごしていた。

3) 看護ケアに感じる不安全感

【看護ケアに感じる不安全感】は<看護記録に患者の状態が詳細に書かれていないことがある>、<拘束の手技が標準化されていないと感じる>、<行動制限カンファレンスで深く話し合いができていないと思う>、<十分なケアが行えていないと思う>、<隔離・拘束開始後の看護が考えられていないと感じることがある>で構成され、看護の倫理原則や自己の倫理観に照らし合わせて、十分なケアができていないと感じていることを示している。

看護師は「隔離開始の記録を細かく書かないことがある」など<看護記録に患者の状態が詳細に書かれていないことがある>ことや「拘束手技は曖昧なまま個々の主観で行っている」など<拘束の手技が標準化されていないと感じる>ことがあった。また「行動制限カンファレンスは決まったことを話すだけになっている」など<行動制限カンファレンスで深く話し合いができていないと思う>ことに疑問を感じていた。さらに「人員に余裕があっても患者への対応が手厚くなるわけではない」など<十分なケアが行えていないと思う>ことや「隔離・拘束をすれば決着という思いが看護師にある気がする」など<隔離・拘束開始後の看護が考えられていないと感じることがある>ことに苦悶していた。

4) 患者を思いやることで生まれる戸惑い

【患者を思いやることで生まれる戸惑い】は<隔離・拘束を行うことでの患者への不利益を考えてしまう>、<より良い治療環境を提供したいができないことがある>、<患者が拒否をしても開放観察を終了しなければならない>、<タイムリーに患者の要望に応えられないことがある>、<患者によっては躊躇や心苦しさをを感じる>で構成され、患者の希望に応じられない心苦しさと隔離・拘束を受ける患者を目の当たりにする戸惑いを示している。

看護師は「拘束による患者の人生への影響を考えてしまう」など<隔離・拘束を行うことでの患者への不利益を考えてしまう>こともあった。また「保護室のトイレの臭い問題を解決できなかった」など<より良い治療環境を提供したいができないことがある>ことを心苦しく思っていた。さらに「開放観察終了時、嫌がる患者に心を痛めながら入室してもらう」など<患者が拒否をしても開放観察を終了しなければならない>ことや「保護室への持ち込み物は主治医の確認まで待ってもらう必要がある」など<タイムリーに患者の要望に応えられないことがある>ことに申し訳なさを感じていた。加えて「未成年者に隔離や拘束を行うことに躊躇する」など<患者によっては躊躇や心苦しさをを感じる>などの戸惑いを感じていた。

5) 自分の看護能力への自信の無さ

【自分の看護能力への自信の無さ】は<安全保障の看護判断に明らかな正解がないと感じる>、<体格や力に自信がなくてできないことがある>、<自分の看護判断が患者へ不利益を与えるかもしれない>、<患者からの評価への不安>、<同僚からの評価が気になる>で構成され、患者を守るための看護判断と看護技術や体力に自信がないことを示している。

看護師は「関わり次第で隔離・拘束を避けられたかもしれない」など<安全保障の看護判断に明らかな正解がないと感じる>ことがあった。また「女性看護師では興奮した患者の対応に限界を感じる」など身体的介入が必要な時に<体格や力に自信がなくてできないことがある>と感じていた。さらに「隔離をしないことで他患者に影響が及ぶかもしれない」など<自分の看護判断が患者へ不利益を与えるかもしれない>と判断に迷いを感じていた。そのため、看護判断を求められる場面で「対応次第で患者からもたれる印象が変わる」など<患者からの評価への不安>を感じていた。一方、「自分の判断が適切であったか次の勤務帯の同僚に評価されるように思う」など<同僚からの評価が気になる>と自分の看護能力に自信が持てないでいた。

6) 患者の自由保障と業務負担とのバランス

【患者の自由保障と業務負担とのバランス】は<看護業務を優先した看護判断があると感じる>、<業務量が看護判断に影響する>、<夜勤帯に隔離指示を受けざるを得ない環境がある>、<看護判断を恣意的に医師に伝えていると感じる>で構成され、看護判断では患者の人権を守り最大限に自由を

保障したいと思っているが、業務負担とのバランスを考えてしまっていることを示している。

看護師は、看護判断では隔離解除が可能と考えても「これまでの患者の経過をふまえて隔離解除にならないことがある」など、患者の権利よりも＜看護業務を優先した看護判断があると感じる＞ことがあった。また「夜勤帯看護師の技量により、隔離・拘束の必要度が変わる」などマンパワーが少ない時間帯には＜業務量が看護判断に影響する＞と感じていた。さらに「夜間帯は安全確保のために隔離をせざるを得ない」など＜夜勤帯に隔離指示を受けざるを得ない環境がある＞と苦悩していた。その結果「患者の症状が激しい時に医師に拘束を要請するような報告になる時がある」など＜看護判断を恣意的に医師に伝えていると感じる＞ことを認めつつ、患者の自由保障と業務負担とのバランスを考えていた。

7) 治療目的以外（事故防止）のやむを得ない隔離・拘束

【治療目的以外（事故防止）のやむを得ない隔離・拘束】は＜リスク回避のために認知症患者が隔離・拘束になることがある＞、＜環境次第ではせずに済む認知症患者の隔離・拘束がある＞で構成され、本来の治療目的以外での、認知症患者のやむを得ない隔離・拘束があると感じていることを示している。

看護師は、認知症患者の周辺症状により「他患者を守るために迷惑行為のある認知症患者を隔離せざるを得ない」など＜リスク回避のために認知症患者が隔離・拘束になることがある＞と感じていた。また「認知症患者の行動は専門病棟であれば迷惑行為にならないかもしれない」など＜環境次第ではせずに済む認知症患者の隔離・拘束がある＞にも関わらず、現状では患者を護るためにやむを得ないと感じていた。

8) 看護師の感情を交えた対応への困惑

【看護師の感情を交えた対応への困惑】は＜患者を見下し

たような看護師の態度がある＞、＜看護師が感情的に強い口調で対応することがある＞、＜看護師の感情が看護判断に影響する＞で構成され、看護師の個人的な感情が看護に影響を及ぼしていると感じていることを示している。

看護師は「患者に親身にならず投げやりな対応の看護師がいる」など＜患者を見下したような看護師の態度がある＞ことや「興奮する患者に対し感情的に強い言葉で対応する看護師がいる」など＜看護師が感情的に強い口調で対応することがある＞ことに対して非治療的であると感じていた。また「看護師の感情が看護アセスメントに影響するかもしれない」と、看護師が患者に対するネガティブな感情を制御できずに＜看護師の感情が看護判断に影響する＞など、他の看護師の患者への対応にどうしたら良いのかわからず迷いを感じていた。

9) 隔離・拘束技術の複雑さ

【隔離・拘束技術の複雑さ】は＜マニュアルでは対応しきれない事例がある＞、＜隔離・拘束の技術が学びきれない＞で構成され、他の看護技術に比べ、隔離・拘束を受ける患者の看護については、研修やマニュアルなどで得た技術だけでは対応しきれない状況があると感じていることを示している。

看護師は、「事例によってはマニュアルを見ても拘束手技がわからないことがある」など＜マニュアルでは対応しきれない事例がある＞ことや「年1回の研修では正しい拘束技術を習得できない」など＜隔離・拘束の技術が学びきれない＞と感じていた。

2. 隔離・拘束を受ける患者への看護に対する看護師のジレンマの要因

看護師のジレンマの要因は【医師とのコミュニケーション不足】、【同僚への斟酌】、【経験知に依るところが大きい看護判断能力】、【組織の形骸化】、【夜勤帯の人手不足】、【病棟の疾病構造の変化（認知症患者の増加）】であった。

表3 看護師の隔離・拘束に対するジレンマの要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
医師とのコミュニケーション不足	医師と看護師の考え方の相違	医師と看護師の間に考え方のズレがある 自分の考えが絶対と思っている医師がいる
	医師と看護師のコミュニケーションの不足	隔離・拘束について医師と検討する機会は1日に数回しかない 特定医師に対し拘束が長期化していても看護師が意見できない過去があった
同僚への斟酌	他の時間帯勤務者への取り計らい	自分が24時間看ることができないわけではない 自分ひとりで業務をしているわけではない
	看護師による考えの相違	看護師の隔離・拘束に対する考え方に個人差がある 看護師それぞれが固定観念をもっている
経験知に依るところが大きい看護判断能力	経験不足による精神科看護への自信の無さ	経験が浅いため意見が出しづらい 自分の判断に自信がない
	医師の判断は看護師の意見に依るところが大きい	医師の隔離・拘束の開始の判断に看護師の意見が大きく関わっている 隔離・拘束の必要性の判断基準は看護師に委ねられている
	経験知に依る看護判断	隔離・拘束の看護判断は看護師の経験知によるところが大きい 経験があると先入観で患者を見てしまう
組織の形骸化	マンネリ化した病棟風土	行動制限カンファレンスが目的よりも形式的に行われている 拘束の手技はこんな感じではないだろうという雰囲気がある
	柔軟性のない病棟ルール	患者さんにしてあげたいけど病棟ルールでできないことがある
	患者の安全確保・管理が容易	隔離・拘束をすると自傷行為などを確実に防げる
夜勤帯の人手不足	夜勤帯の看護師の不足	夜勤になると勤務者の人数が減る 夜勤帯は開錠時複数で対応できないことがある
	認知症患者の他患者からの被暴力の可能性	認知症の患者は他患者から暴力を受ける可能性がある 認知症の患者が暴力を受けた事例がある
病棟の疾病構造の変化（認知症患者の増加）	迷惑行為となる認知症患者の行動	急性期病棟では徘徊などが迷惑行為になる 認知症患者による他患者への迷惑行為がある
	認知症と他の精神疾患の混在	病棟に認知症患者が最近増えてきている 認知症と統合失調症の患者の混合病棟

1) 医師とのコミュニケーション不足

【医師とのコミュニケーション不足】は<医師と看護師の考え方の相違>、<医師と看護師のコミュニケーションの不足>で構成され、医師と看護師の考え方に相違があることや医師と話し合う機会が少ないと感じていることを示している。

隔離・拘束の指示と看護上のアセスメントについて、「医師と看護師の間に考え方のズレがある」など<医師と看護師の考え方の相違>があった。また「隔離・拘束について医師と検討する機会は1日に数回しかない」など<医師と看護師のコミュニケーションの不足>があった。

2) 同僚への斟酌

【同僚への斟酌】は<他の時間帯勤務者への取り計らい>で構成され、自分の勤務時間帯以外の同僚の事情や心情を自分なりにくみ取り、取り計らっていることを示している。

看護師は患者を「自分が24時間看ることができるわけじゃない」など、自分の勤務時間に隔離・拘束を行うことなく対応できたとしても、次の勤務者の負担が増加するのではないかと<他の時間帯勤務者への取り計らい>を行っていた。

3) 経験知に依るところが大きい看護判断能力

【経験知に依るところが大きい看護判断能力】は<看護師による考えの相違>、<経験不足による精神科看護への自信の無さ>、<医師の判断は看護師の意見に依るところが大きい>、<経験知に依る看護判断>で構成され、看護判断能力は看護師の経験知により大きな差があることを示している。

「看護師の隔離・拘束に対する考え方に個人差がある」など<看護師による考えの相違>があった。また精神科看護の「経験が浅いため意見が出しづらい」などと<経験不足による精神科看護への自信の無さ>があった。このように経験知によって看護判断能力には個人差があるなかで「医師の隔離・拘束の開始の判断に看護師の意見が大きく関わっている」など<医師の判断は看護師の意見に依るところが大きい>ことから、「隔離・拘束の看護判断は看護師の経験知によるところが大きい」など<経験知に依る看護判断>が大きく影響していた。

4) 組織の形骸化

【組織の形骸化】は<マンネリ化した病棟風土>、<柔軟性のない病棟ルール>、<患者の安全確保・管理が容易>で構成され、病棟全体がマンネリ化した雰囲気や、柔軟性のない紋切型の病棟ルールがあり、患者の安全を守るために隔離・拘束が容易に使われる傾向があることを示している。

毎日の「行動制限カンファレンスが目的よりも形式的に行われている」など<マンネリ化した病棟風土>が形成されていた。また「患者さんにしてあげたいけど病棟ルールでできないことがある」など<柔軟性のない病棟ルール>により、看護が創造性のない形式的な看護になる傾向があった。さらに「隔離・拘束をすると自傷行為などを確実に防げる」など隔離・拘束を行う方が<患者の安全確保・管理が容易>と捉えることがあるなど、看護行為が本来の機能や役割を失い、形だけの存在となる傾向があった。

5) 夜勤帯の人手不足

【夜勤帯の人手不足】は<夜勤帯の看護師の不足>で構成され、夜勤帯看護のマンパワー不足を示している。

日勤帯と比べて、「夜勤になると勤務者の人数が減る」など、症状の著しい患者を行動制限なしで看護するための<夜勤帯の看護師の不足>があった。

6) 病棟の疾病構造の変化（認知症患者の増加）

【病棟の疾病構造の変化（認知症患者の増加）】は<認知症患者の他患者からの被暴力の可能性>、<迷惑行為となる認知症患者の行動>、<認知症と他の精神疾患の混在>で構成され、認知症患者の増加により、急性期病棟の疾病構造が変化していることを示している。

精神科急性期病棟では「認知症の患者は他患者から暴力を受ける可能性がある」など<認知症患者の他患者からの被暴力の可能性>があることや「急性期病棟では徘徊などが迷惑行為になる」など、他患者の療養を妨げる<迷惑行為となる認知症患者の行動>があった。また急性期にある多様な精神疾患、認知症患者の混合病棟であるなか、「病棟に認知症患者が最近増えてきている」など<認知症と他の精神疾患の混在>する状況で認知症患者が増え、様々な問題が起こっていた。

3. 隔離・拘束に対する看護師のジレンマとその要因の関連

隔離・拘束を受ける患者の看護におけるジレンマは、図1のように複数の要因が関連しており、一つの要因に複数のジレンマが関連していた。なかでも要因の【組織の形骸化】は、ジレンマの【看護師間の看護判断の不一致】、【看護ケアに感じる不全感】、【患者を思いやることで生まれる戸惑い】、【患者の自由保障と業務負担とのバランス】、【看護師の感情を交えた対応への困惑】、【隔離・拘束技術の複雑さ】に関連していた。

VI. 考 察

本研究の結果、隔離・拘束を受ける患者の看護においては、9つのジレンマと6つの要因があった。先行研究における精神科の行動制限に関連したジレンマは、河野、神郡（2006）が明らかにしたように法律、病院の構造や方針、隔離・拘束の必要性の判断、対人関係、自己に関するもののうちに含まれていた。本研究で明らかになった9つのうち8つのジレンマが先行研究と同様にその中に含まれるが、【患者の自由保障と業務負担とのバランス】はその中に含まれないジレンマであった。【患者の自由保障と業務負担とのバランス】に関連する要因には【組織の形骸化】と【夜勤帯の人手不足】があり、なかでも【組織の形骸化】は、他の5つのジレンマとも関連していた。したがって、新たなジレンマを生じさせる要因であると共に、既存のジレンマの主たる要因であると言える。このことから【組織の形骸化】と関連するジレンマとの関係を検討することにより、どのようにジレンマを生じさせているのかを明らかにすることができるのではないかと考える。そこで本研究では、要因の【組織の形骸化】とジレンマとの関連を考察する。

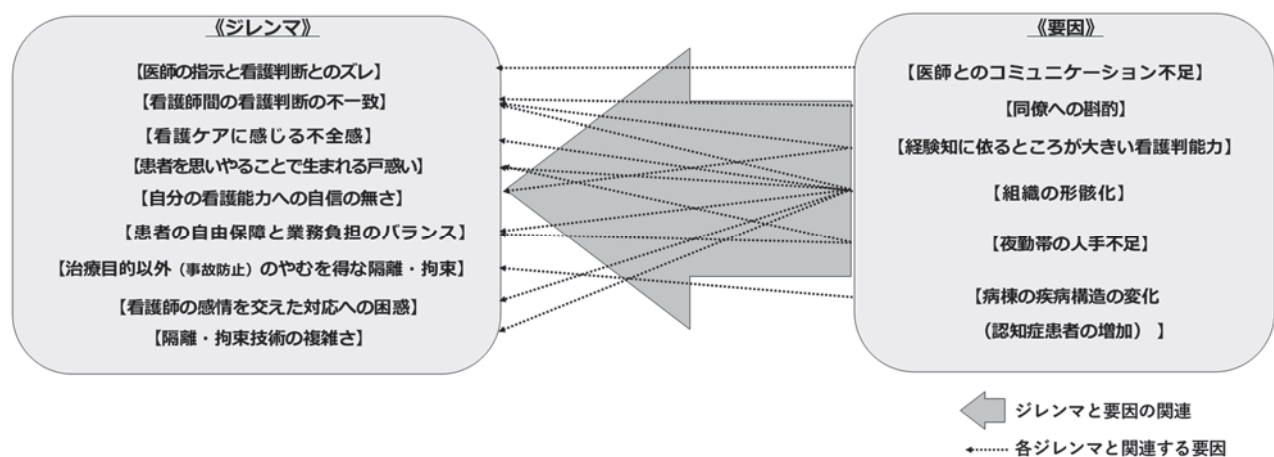


図1 隔離・拘束に対するジレンマとその要因の関連図

1. 組織の形骸化とジレンマとの関連

1) 組織の形骸化について

本研究における【組織の形骸化】は＜マンネリ化した病棟風土＞、＜柔軟性のない病棟ルール＞、隔離拘束を行うと＜患者の安全確保・管理が容易＞というサブカテゴリーで構成されている。

＜マンネリ化した病棟風土＞は看護師が「行動制限カンファレンスが目的よりも形式的に行われている」というように、カンファレンス開催自体が目的となり、患者一人ひとりの病状や倫理的な課題を踏まえた、個別性重視の検討が失われ、習慣化しているのではないかと考える。行動制限について佐藤（2009）は、他科からの異動などで精神科急性期病棟配属となった看護師には、あまりにも非日常的であり驚きと違和感が生じるが、その違和感に問題意識を持ち続けることは困難であろうと述べている。このように、看護師は経験を積むにつれ、隔離・拘束に対する姿勢がマンネリ化し、それが風土として築かれているのではないかと考える。

＜柔軟性のない病棟ルール＞は、看護師が「患者さんにしあがたいけど病棟ルールでできないことがある」など、あらかじめ危険物として隔離・拘束中の患者が所持できない物品を定めているため、それが創造的な看護の妨げとなっていた。精神科急性期病棟における預かり物品のルール改定をめぐるスタッフの思いについて、安達ほか（2018）は、病棟スタッフは、ルール改定による患者の自傷他害やトラブルの増加を危惧する一方、患者のQOLを維持向上させたいと相反する思いを持っていると述べている。看護師は病棟ルールが患者の安全や治療に必要であると認識しつつ＜柔軟性のないルール＞であるとネガティブに捉えているのではないかと考える。

＜患者の安全確保・管理が容易＞は、看護師が「隔離・拘束をすると自傷行為などを確実に防げる」というように、患者の安全を確保できる容易な手段として、隔離・拘束が選択される場合があるのではないかと考える。日本の病院精神医療について、荻島（2019）は精神科医療に携わる多くのスタッ

フが、隔離・拘束が自然な治療の選択肢として体に染み込むように教育されると述べている。このことから、患者の自傷行為などを確実に防ぐために、隔離・拘束という治療方法を活用して安全を確保するという考えが根付いているのではないかと考えられる。

このように【組織の形骸化】は＜マンネリ化した病棟風土＞、＜柔軟性のない病棟ルール＞、＜患者の安全確保・管理が容易＞の3つの要因が複合、混在し形成されていると考える。

2) 組織の形骸化と看護師間の看護判断の不一致について

看護師間の相互理解について木村、松村（2010）は、精神科看護師に看護上のスタンスや価値観等の相違がある場合、看護師間の軋轢の表面化を恐れ、話し合いを回避する傾向にあると述べている。このように看護師は“この程度ならよいのではないかと他の看護師のルールを超える対応を黙認しているのではないかと考える。職場ルールの形骸化について高城ほか（2011）は、「規則の信頼性が低い場合は、職場の状況に関わらず規則違反受容の雰囲気強く認知される」と述べている。

このことから【組織の形骸化】の状態が、看護師間の話し合いを回避させたり、ルール違反を黙認させたりすることに繋がり【看護師間の看護判断の不一致】を生じさせているのではないかと考える。

3) 組織の形骸化と看護ケアに感じる不安全感について

看護師の仕事に関するポジティブで充実した心理状態を意味するワーク・エンゲイジメントの研究において、小澤ほか（2022）は、看護師は患者のケアを行うなかで専門性を発揮し、患者・家族の反応や他者評価で、自分の看護実践が患者にとって意味があったと感じられた時、仕事への意欲が高まると述べている。

しかし、隔離・拘束の看護においては、患者・家族からの肯定的な評価も得難い上に、【組織の形骸化】が、精神科看護師としての専門性を発揮させず、【看護ケアに感じる不安全感】を生じさせているのではないかと考える。

4) 組織の形骸化と患者を思いやることで生まれる戸惑いについて

道上, 大出 (2018) は, 看護師の倫理的行動と倫理的問題の実態の研究において, 精神科の経験値を倫理的行動に反映していくなかで, 目の前の患者に, いかに善を創出できるかという観点で倫理カンファレンスや研修会を継続する必要性があると述べている。また田中ほか (2010) は, 精神科病棟の看護師の倫理的問題と価値の対立について, 看護師が患者の権利や専門的価値に重きを置いて看護を実践しようとしても, 病棟文化に代表される文化的価値や現実的な制約に阻まれ, それが思うようにいかないと述べている。

しかし【組織の形骸化】が, 看護師が患者を思いやる倫理的な思考を持ってもくマンネリ化した病棟風土により倫理についての深い話し合いや学習の機会を生み出さず, 倫理観や倫理的行動を起こす勇気も育まれにくく, 【患者を思いやることで生まれる戸惑い】を生じさせているのではないかと考える。

5) 組織の形骸化と患者の自由保障と業務負担とのバランスについて

看護の中で倫理的問題に直面することについて田中, 松田 (2021) は, 援助者にとって苦悩を伴うが, 看護師が人として患者に向き合う原動力にもなり, 苦悩しながら倫理的ジレンマを解決していく姿勢は, 看護師の治療者としての能力と存在意味を実感するために不可欠であると述べている。

しかし, 【組織の形骸化】は, 患者の人権よりも業務を優先に考えることから, 看護師に倫理的課題に向き合い苦悩して解決する機会を失わせ, 【患者の自由保障と業務負担とのバランス】というジレンマを生じさせていると考える。

6) 組織の形骸化と看護師の感情を交えた対応への困惑について

患者の人権尊重について木村, 松村 (2010) は, 精神科患者の常軌を逸した行動や対人関係能力の著しい減退に看護師が当惑し, 患者に対する看護師の対応が礼儀や尊重に欠如したものになりがちであると述べている。また身体拘束中の患者の看護に携わる看護師の葛藤に関する研究で柴田 (2009) は, ベテランスタッフの対応に対する「怒り」や「嫌悪感」をスタッフ間で表現できず, チームで語り合えないことから, 無力感に陥っていたと報告している。

このように, 患者に対して礼儀や尊重を欠いてしまう恐れのある精神科において【組織の形骸化】は, 問題が生じてチーム内で深く語り合わせず, 【看護師の感情を交えた対応への困惑】を生じさせているのではないかと考える。

7) 組織の形骸化と隔離・拘束技術の複雑さについて

民間精神科病院の従来のトップダウン型の教育について松本, 出口 (2017) は, 民間精神科病院の特徴からみて, 多様な背景をもつ看護師の学習動機に応じられないと述べている。また精神科病院における身体拘束マスター制度の実践報告において斎藤 (2009) は, 身体拘束技術のマニュアルが効果的

に使用されず, 先輩から口伝えて技術を教えられてきたため, 標準化された正しい技術の指導ができていなかったと制度導入の動機について述べている。

このことから【組織の形骸化】は, 看護師の学習ニーズと組織の教育ニーズとの間にギャップを生じさせたままにし, さらにはマニュアルなどから学習することができない事例などは先輩看護師から口伝えて受け継がれることが当然の状態のままにしている。そのため, 看護師は隔離・拘束を受ける患者への看護技術が習得できている実感を十分に得ることができず, 【隔離・拘束技術の複雑さ】というジレンマを生じさせているのではないかと考える。

2. 隔離・拘束処遇を受ける患者に対する看護の質の向上への示唆

隔離・拘束に対する看護師のジレンマは看護師を疲弊させ, 看護の質を低下させる。本研究の【組織の形骸化】は, マンネリ化した病棟風土, 柔軟性のない病棟ルール, 患者の安全確保・管理が容易な手段だという考えによって形成され, 多くのジレンマを生じさせる要因となっていた。

【組織の形骸化】の改善を試みるためには, 行動制限カンファレンスの場へ, 行動制限最小化委員会等の参加によるカンファレンスの見直しや, 患者により良い看護をどう生み出すのか, 隔離・拘束以外の選択を検討, 個別に柔軟に対応できるようルールを検討するなどの取り組みが有効と考える。またOJTや看護倫理に関するシミュレーション研修, 倫理的な話題を定期的にかつ自由に共有できる場の組織化など, 誰もが気兼ねなく倫理に触れられ, 思いや考えを表出でき, 中でも隔離・拘束時の看護倫理の研鑽に努めることができる組織を形成することで, 看護師のジレンマが減少し, 隔離・拘束処遇を受ける患者に対する看護の質の向上につながるのではないかと考える。

VII. 結 論

1. 精神科急性期病棟の隔離・拘束に対する看護師のジレンマ

隔離・拘束に対する看護師のジレンマは, 1) 医師の指示と看護判断のズレ, 2) 看護師間の看護判断の不一致, 3) 看護ケアに感じる不安全感, 4) 患者を思いやることで生まれる戸惑い, 5) 自分の看護能力への自信の無さ, 6) 患者の自由保障と業務負担とのバランス, 7) 治療目的以外 (事故防止) のやむを得ない隔離・拘束, 8) 看護師の感情を交えた対応への困惑, 9) 隔離・拘束技術の複雑さである。

2. 隔離・拘束に対する看護師のジレンマの要因

隔離・拘束に対する看護師のジレンマの要因は, 1) 医師とのコミュニケーション不足, 2) 同僚への斟酌, 3) 経験知に依るところが大きい看護判断能力, 4) 組織の形骸化, 5) 夜勤帯の人手不足, 6) 病棟の疾病構造の変化 (認知症患者の増加) である。

3. 組織の形骸化は多くのジレンマを生じさせる

4. 組織の形骸化は、マンネリ化した病棟風土、柔軟性のない病棟ルール、患者の安全確保・管理が容易な手段だという考えにより形成される

本研究は、第 53 回日本看護学会学術集会において発表した。なお、本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

謝辞

スーパーバイザーの軸丸清子先生には研究の着想からデータ収集とデータ分析、論文の執筆のプロセスに携わって頂き、最終稿の確認まで終始御指導を頂きました。ここに深謝申し上げます。

VIII. 引用文献

- 安達寛人, 有我譲慶, 荒牧鉄男, 庄司寛子. (2018). A 病院精神科急性期治療病棟における預かり物品のルール改定をめぐるスタッフの思い. 新潟県立看護大学紀要, 7, 9-15.
- 木村克典, 松村人志. (2010). 精神科入院病棟に勤務する看護師の葛藤が示唆する精神科看護の問題点. 日本看護研究学会雑誌, 33 (2), 49-59.
- 北岡 (東口) 和代. (2005). 精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討. 日本看護科学会誌, 25 (3), 31-40.
- 国立精神・神経医療研究センター. (2023). 精神保健福祉資料令和 4 年度 630 調査.
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 小松聖司. (2001). 対人援助業務従事者の葛藤やジレンマに関する考察: 葛藤やジレンマの蓄積に関するモデルの構築とシミュレーションによる検証. 社会福祉学, 42 (1), 23-33.
- 河野あゆみ, 神郡博. (2006). 精神障害者の隔離・拘束に対する看護師のジレンマ. 日本精神保健看護学会誌, 15 (1), 32-40.
- 松本佳子, 出口禎子. (2017). 民間精神科病院の看護部長が取り組む現任教育の実態: 学習支援プログラム構築にむけた聞き取り調査より. 日本精神保健看護学会誌, 26 (1), 40-46.
- 道上勝春, 大出順. (2018). A 病院精神科に勤務する看護師の倫理的行動と倫理的問題の実態. 日本看護倫理学会誌, 10 (1), 45-51.
- 蓑島豪智. (2019). 隔離・身体拘束が必要であるという「文化」「常識」を問い直してみる. 病院・地域精神医学, 61 (2), 28-31.
- 小澤理香子, 菅谷智一, 森千鶴. (2022). 病棟看護師のワーク・エンゲイジメントに影響する要因. 日本看護管理学会誌, 26 (1), 55-63.
- 齋藤雄一. (2012). 身体拘束マスター制度の導入とその効果. 精神科看護, 39 (10), 42-48.
- 佐藤創一郎. (2009). 行動制限最小化の課題. 日本精神科病院協会雑誌, 28 (10), 11-16.
- 柴田真紀. (2009). 身体的拘束中の患者の看護を行う精神科看護師の葛藤: 精神科臨床経験 1~6 年の看護師を対象として. 日本精神保健看護学会誌, 18 (1), 61-69.
- 高城美穂, 福井宏和, 松井裕子. (2011). 職場のルール形骸化に影響を及ぼす要因の検討. Journal of the Institute of Nuclear Safety System, 18, 2-13.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也. (2010). 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立. 日本看護倫理学会誌, 2 (1), 6-14.
- 田中理恵, 松田宣子. (2021). 精神科看護師の看護実践におけるやりがい. 日本精神保健看護学会誌, 30 (2), 19-28.

◇研究報告◇

早期体験型の地域・在宅看護論実習における学生の学び

田中規子^{1)*}, 乾 知子²⁾, 森田知早子¹⁾, 田中妙子³⁾**【目的】**生活者の理解をねらいとする早期体験実習での学びを明らかにし、今後の実習指導への示唆を得る。**【方法】**早期体験実習を履修した学生のうち同意が得られた63名のレポートを対象に計量テキスト分析を行った。「生活者」の関連語による共起ネットワークを描画し学生の意見を探索した。**【結果】**サブグラフは6つに分類され「個別性」「安全」「自由」など生活者を理解するうえで重要な多くの要素が抽出された。実習施設別にみるとデイサービスで実習した学生は対象である人から、介護老人保健施設で実習した学生は環境から生活者を捉える傾向が認められた。**【結論】**学生が捉えた生活者の視点は今を生きる存在に留まっていたため、過去から未来へと経時的に変化する存在としての視点を育む必要がある。また実習施設による意見の違いを活かした学びの共有など、多様化する生活の場との相互作用の中で生活者を理解できるよう支援する必要がある。**【キーワード】**生活者、地域・在宅看護論、早期体験実習、看護学生

I. はじめに

平均寿命の延伸と少子化に伴い急速に超高齢社会へと変化したわが国では、これまでの社会保障制度全体を見直し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とした地域の包括的な支援・サービス提供体制、すなわち地域包括ケアシステムの構築が急務である（厚生労働省, n.d.）。

国民や社会のニーズに応えるべく、これからの看護職には、今まで以上に地域や生活者に対する理解を深め、それを基盤としながら対象を尊重した意思決定支援や多職種との連携、地域の人々やコミュニティと協働ができる能力などが求められている（宮崎, 2021；山田, 2016）。

看護基礎教育においても地域包括ケアシステムのなかで役割を遂行できる看護師の育成が推進されている。保健師助産師看護師学校養成所指定規則の第5次改正により、2022年度に開始された新カリキュラムでは、看護の対象は療養者を含めた地域で生活する人々であることや療養の場が拡大していることを踏まえ、「在宅看護論」が「地域・在宅看護論」と改称した。また生活者に対する看護という視点は全ての領域の

根本にあるという考えにより、早期の段階から学習するよう、専門分野のなかでも基礎看護学の次に位置づけが変更された（池西, 2020；厚生労働省, 2019）。

看護において生活者とは、対象の主体性を尊重する観点から生活の主導権を自ら持ち、個の歴史の中で培われた習慣や信条に基づいて行動する人と捉える傾向にある（河口, 2018；黒江ら, 2006；下村ら, 2003）。したがって看護基礎教育の段階より、今を生きる存在として日常生活動作や健康状態、生活状況などを捉える視点とともに、過去から未来へと経時的に変化する存在として価値観や生き方、生活習慣などを捉える視点を育てる必要がある（吾郷ら, 2009）。しかし現代の学生は地域社会や異世代との交流が少なく、利便性の高い環境で生活を送っていること（厚生労働省, 2019；佐々木ら, 2019；達川ら, 2021）や疾患中心に対象理解をする傾向がある（柏木ら, 2015；迫田, 岡本, 2014）など、対象を生活者として捉えることが困難と懸念する意見も存在する。

このような背景を受け、体験から学ぶプロセスを重視するA校では、早期から地域で暮らす生活者について理解を深める機会を設けることが重要であるとし、地域・在宅看護論に

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年3月14日

1) 大阪警察病院看護専門学校 2) 大阪けいさつ病院 3) 元大阪警察病院看護専門学校

* E-mail : ophns010@gmail.com

においてスタートアップ実習を導入した。これは多様な生活の場で過ごす高齢者を通して生活者の理解を深めることをねらいとする早期体験実習である。そこで本研究ではスタートアップ実習において学生が生活者の理解に向け、どのような学びを得たのかを明らかにし、今後の課題について検討したいと考えた。

Ⅱ. 目 的

生活者の理解をねらいとする早期体験実習での学びを明らかにし、今後の実習指導への示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 調査対象

スタートアップ実習を履修した1年生68名のうち、同意が得られた63名の課題レポートを対象とした。

2. スタートアップ実習の概要

多様な生活の場で過ごす高齢者を通して生活者の理解を深めるとともに、今後の学習への動機付けとすることを目的とした1年次の4月に実施される初めての实習である。これは入学から約2週間が経過し、基礎科目の人間関係論や専門基礎科目の生活機能学、専門科目の基礎看護学概論、日常生活援助論などが開講して間もない時期である。

実習はデイサービスおよび介護老人保健施設の計6施設で行った。実習1・2日目は生活の場や高齢者の生活の実際を知るために施設の構造や援助場面の見学、利用者とのコミュニケーションなどを行った。実習3日目は学内で他グループとともにまとめの会を開催し、学びを共有した後、各自で課題レポート「私が考える生活の場と生活者について」を作成した。

3. 分析方法

1) ソフトウェア KH Coder3 を使用し、計量テキスト分析を行った。この手法は計量的分析手法を用いてテキスト型データを整理または分析し、内容分析を行う方法である。量的方法と質的方法を組み合わせることで分析者が先入観にとらわれず、より正確にデータを理解できる(樋口, 2021)。このことから本研究において妥当な手法であると考えた。

2) 前処理として、形態素解析後、「生活者」「利用者」「自己決定」など分析に必要と思われる複合語を強制抽出した。「感じる」「考える」「学ぶ」といった課題レポート特有の語や、「今回の実習で私のグループでは…」など枕詞のように用いられ分析に使用しない語は除外した。「通所介護」と「デイサービス」、「入浴」と「お風呂」などの同義語は集計や分析の障害にならないよう置換し、統一した。

3) 「生活者」の関連語による共起ネットワークを描画した。関連が弱い語を除去するため共起4以上、最小スパニング・ツリーだけを描画した(樋口, 2021)。まず全体像を可視化し、多様な意見を分類するため、学生全員のデータを用い

てサブグラフ検出のネットワークを描画した。次に実習施設による意見の傾向を確認するため、デイサービスで実習した学生と介護老人保健施設で実習した学生それぞれのデータを用いて媒介中心性のネットワークを描画した。

4) 描画した共起ネットワークについて3名の共同研究者とともに KWIC (Key Words in Context) コンコーダンスで示された文脈を用いて検討した。

4. 用語の定義

生活者とは生活の主導権を持ち、個の歴史の中で培われた習慣や信条に基づいて行動する人とする(河口, 2018; 黒江ら, 2006; 下村ら, 2003)。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は大阪警察病院看護倫理委員会の承認を得て実施した(R4-1)。研究協力の依頼はスタートアップ実習の評価返却後とした。対象者に研究依頼書および口頭にて研究の目的、方法、参加の有無により不利益を被ることはないこと、個人情報取り扱いを厳守すること、データ等資料の保存管理は厳重に行うこと、必要時いつでも問い合わせが可能なこと、結果は学会で発表する予定があることなどを説明した。参加の可否は Google classroom のフォームの回答で確認した。調査で得られたデータはコード化し、匿名性を確保した。また外部に漏洩しないようパスワードをかけ、論文発表後10年間保管することとした。

Ⅴ. 結 果

1. サブグラフ検出によるネットワーク

図1では、比較的強く結びついている部分を自動的に検出し、グループ分けを行うサブグラフ検出の結果を示した。円の大きさは抽出された語の出現数と比例している。また図中の数字は Jaccard 係数であり、共起関係が強いほど語を結ぶ線が濃くなっている。同じサブグラフに含まれる語は実線で結ばれ、互いに異なるサブグラフに含まれる語は破線で結ばれる。

共起ネットワークの抽出語は【 】, KWIC コンコーダンスで確認した主な内容は『 』, レポートの記述内容は「 」とする。

サブグラフ 01 は【提供】を中心に【理解】【合う】【支援】【重要】【違う】【自身】【過ごす】【環境】【大切】の10の語で構成された。記述内容は「…それぞれの生活・行動の仕方に合った生活の場が必要であり、感じ方や性格など人それぞれ違うのでその人にあった対応が必要である」と考える」「入浴介助では自分のことは自分でしてもらうということを大切にされていると感じた」などであった。『人とは違う』『対象に合わせる』『対象理解』『自立』など個性や自立を重視した支援について示すものであった。

サブグラフ 02 は【快適】を中心に【高齢者】【暮らす】【安全】【安心】【自分】【自己決定】の7の語で構成された。記述

内容は「高齢者の方は自分で行動できる範囲が狭く、自分の意思を思うように伝えられないこともある」や「私にとって日常である入浴一つでも、利用者の方が安全かつ安心して入ることができるような仕組みになっていることに驚いた」「自己決定は生きていくうえで必ず必要なことなのでデイサービスを利用しても自己決定ができるというのは利用者さんにとっても過ごしやすい環境であると思った」などであった。『心身の状態』『暮らし方』『安全管理』『自己決定』など現在の環境に求めるものを示していた。

サブグラフ 03 は【生活者】【生活】【場】【必要】【様々】の5の語で構成された。記述内容は「ただ生活するというだけではなく、人間としてよりよい生活を送るために様々な生活の場があり、工夫されていることを学びました」「生活の場で物理的にも人的にも工夫することで生活者の QOL の向上に繋がると感じた」などであった。『生活の場』『場を整える必要性』『充実した生活』『様々な工夫』『様々な場』など QOL 向上に繋がるものを示していた。

サブグラフ 04 は【看護師】【作る】【尊重】【自由】【送る】の5の語で構成された。記述内容は「そこで看護師さんや他の職種の方々と協力して、生活者さんの立場になって人権と

自由を尊重し、親身になって考える事が大切だということがわかりました」「日々、誰かの目に届く範囲にいないとかならない施設の状況は私にとってそれは自由がなく、窮屈だと最初は感じられました。しかしズームで家族の方と話している間は声をかけなかったり、お昼には利用者さんだけで編み物をしているなどのプライベートも尊重されていました」などであった。『その人らしい生活を送る』『寄り添う』『自由・意思の尊重』など対象を尊重する大切さについて示すものであった。

サブグラフ 05 は【人】【生きる】【楽しい】の3の語で構成された。記述内容は「施設では新聞やパズル、テレビ等の娯楽を楽しむ人もいれば、食事や利用者同士の交流等を楽しむ人もおり、殆どの方が自宅で過ごす時間よりも施設で過ごす時間を楽しんでいた」「役割があることでイキイキと生活でき、生きる意味を見出せる人もいるのではないかと感じた」などであった。『人との交流』『楽しむための工夫・企画』『生きる意味』など生活するうえでの活力について示すものであった。

サブグラフ 06 は【健康】【心】【体】の3の語で構成された。記述内容は「施設には寝たきりの状態で発語が難しい方、胃瘻によって栄養を取り入れている方、自分で体を動か

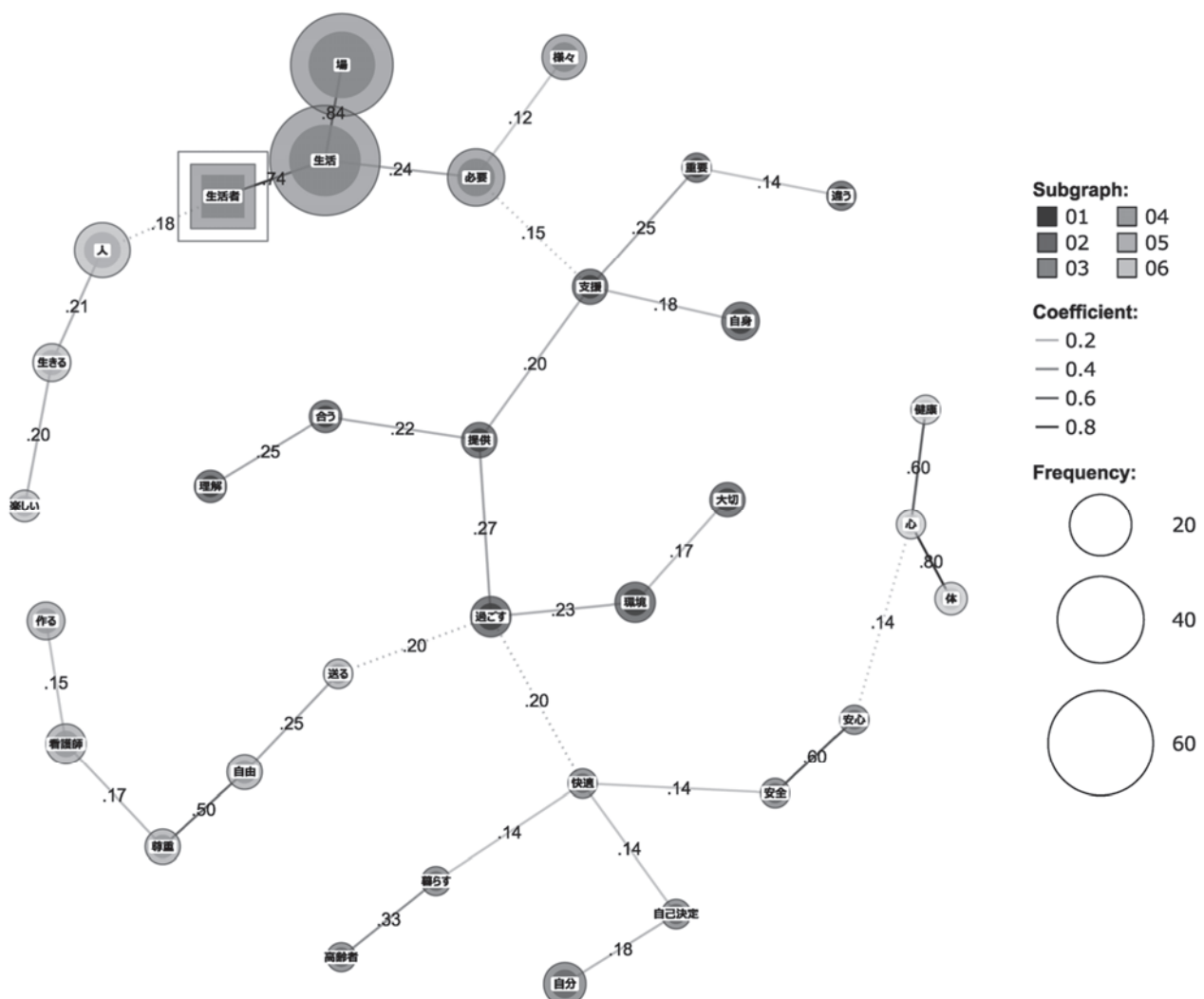


図1 サブグラフ検出による共起ネットワーク

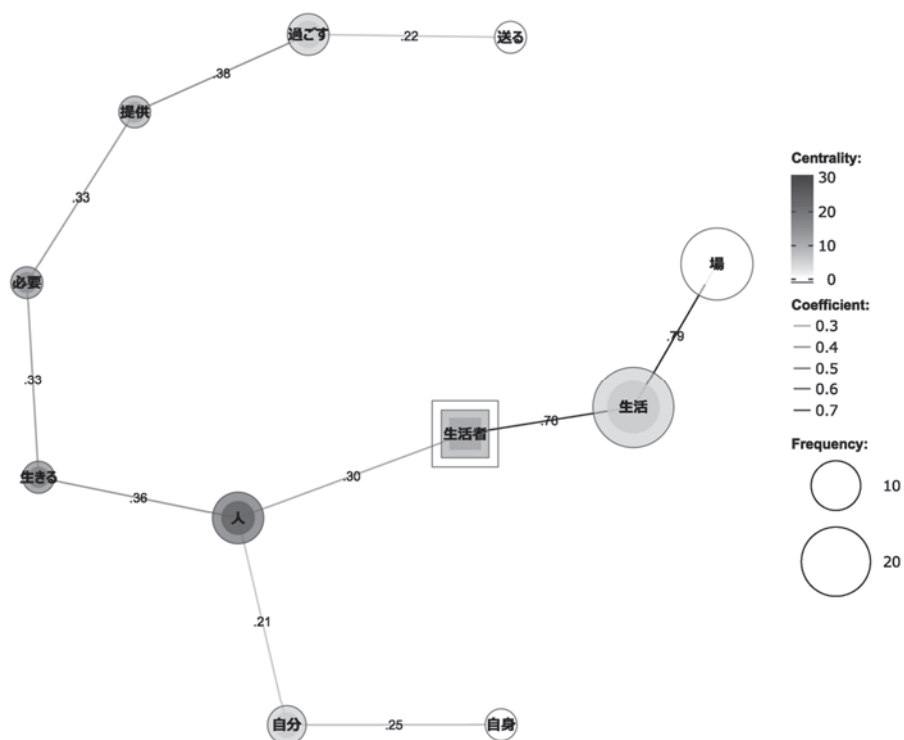


図2 媒介中心性による共起ネットワーク (デイサービス)

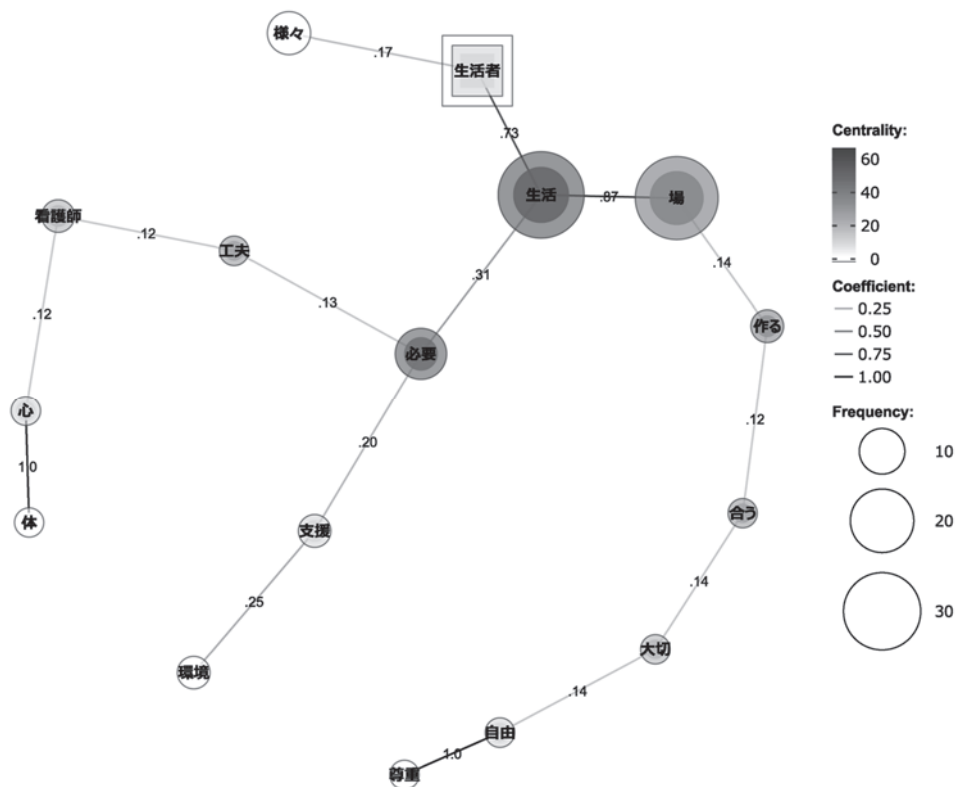


図3 媒介中心性による共起ネットワーク (介護老人保健施設)

すのが難しい方など私たちとは全く違う生活をされている利用者さんもいらっしゃいました」「また、認知症防止のための頭の体操を行ったり、水分不足防止のためにこまめに飲み物を提供する等、利用者の健康のために様々な工夫がされていた」「…毎日の生活を送る介護老人保健施設で利用者の体の安全のために拘束行為をしてしまうと利用者の心の健康が損なわれてしまうとのおもった」などであった。『健康状態』『予防』『心と体の繋がりが』など心身の健康に関することを示していた。

以上のように学生の意見は、個性・自立を重視した支援（サブグラフ 01）、現在の環境に求めるもの（サブグラフ 02）、QOL 向上に繋がるもの（サブグラフ 03）、対象を尊重する大切さ（サブグラフ 04）、生活するうえでの活力（サブグラフ 05）、心身の健康（サブグラフ 06）の 6 つに分類された。（図 1）

2. 媒介中心性によるネットワーク

図 2 ではデイサービス、図 3 では介護老人保健施設の媒介中心性の結果を示した。これは、それぞれの語がネットワーク構造の中でどの程度中心的な役割を果たしているのかを示しており、色が濃いほど中心性が高い。共通して抽出された語は【生活者】【生活】【場】【必要】であった。

上記の他、デイサービスでは【人】【生きる】【自分】【自身】【提供】【過ごす】【送る】といった対象や対象の姿を示す語が多く抽出された。中心性が最も高い【人】は主に『対象の多様性』として用いられていた。

介護老人保健施設では【様々】【作る】【合う】【大切】【自由】【尊重】【支援】【環境】【工夫】【看護師】【心】【体】といった人的、物的、社会的な環境を示す語が多く抽出された。中心性が最も高い【生活】は主に『生活の場を整える必要性』として用いられていた。（図 2・3）

VI. 考 察

1. サブグラフ検出によるネットワーク

図 1 の結果から学生は今回の実習を通して、生活者とは「個性」を有し、「自立」「安全」「自己決定」「自由」「楽しみ」「健康」といったニーズを持つ存在であること、これらが実現するような環境を整え、QOL 向上に繋げる必要があることを学んでいると考えられた。

佐藤、田高（2013）は、学生が対象を生活者として理解するための要素は「生活の個性」「セルフケアの主体性」「対象の自律性」「対象者の環境と場」「対象者を取り巻く人々」「社会資源とマネジメント」であると報告している。これと照合すると対象のアセスメントや必要なサービスに繋げる過程である「社会資源とマネジメント」に関する意見は、実習の構成上認められなかったが、その他が示す「個性」「自立」「自己決定」「環境」など、生活者を理解するための複数の要素について学生は気付くことができていた。

しかし、看護において生活者とは、対象の主体性を尊重す

る観点から、生活の主導権を自ら持ち、個の歴史の中で培われた習慣や信条に基づいて行動する人と捉える傾向にある（河口，2018；黒江ら，2006；下村ら，2003）。人は今までを生き、今を生き、これから生きていく存在であり、個々の歴史から生活は続いている。したがって生活者を捉えるうえでは、今を生きる存在として捉える視点とともに時の流れの中で変化している存在として捉える視点が求められる（吾郷ら，2009）。学生の意見は健康状態や生活状況などを中心とした今を生きる存在としての視点到留まり、対象がこれまでの人生の中で培った価値観や生き方など経時的に変化する存在としての視点は不足していた。今後の実習では対象の生活史や今後の生活における意向などについて知る機会を積極的に取り入れる。そして個々の歴史から今の生活は続いているということ、これからも生活は続き、それを見据えて生きている存在であるということを理解できるように支援することが重要である。

2. 媒介中心性によるネットワーク

図 2、3 の結果からデイサービスで実習した学生は対象である人から、介護老人保健施設で実習した学生は環境から生活者を捉える傾向があると考えられた。

実習施設による学びの違いは、施設の特徴が影響しているという報告がある（清水，2012；住吉，岡野，1999）。本実習においても自宅で自立した生活を続けることを目指し通うデイサービスでは利用者が自ら行動する姿や学生と交わした会話の内容に注目し、在宅復帰を目指し入所する介護老人保健施設ではリハビリテーションや医療、介護を提供するための設備や安全対策、看護師が行う支援の実際に注目するなど実習施設の機能や対象の自立度が影響し、捉え方に違いが生じたと考える。

人と環境は看護の主要概念であり、連続的な相互作用を持つため看護実践ではこの関係性の中で対象を理解することが求められる（城ヶ端、樋口，2007；松木，1998）。そのため実習最終日に行うまとめの会では、この違いをもとに改めて対象である人と環境、その関係性について思索を促すなど多様な生活の場との相互作用の中で生活者を理解できるよう支援することが重要である。

最後に今回の早期体験実習では意欲的に取り組む学生の姿が見られ、この時期ならではの学びを得るとともに学習の動機付けとなったと考える。この学びを発展させ生活者への理解を全体的なものとするためには、これからのカリキュラムの中で相互の関連付けや横断的に学ぶ体制を整えるといった教員の教育的な関わりが不可欠である。

VII. 結 論

本研究の目的は生活者の理解をねらいとする早期体験実習での学びを明らかにし、今後の実習指導への示唆を得ることである。学生の課題レポートを対象に計量テキスト分析を行ったところ、以下の内容が明らかになった。

1. 学生は今回の実習を通して生活者とは「個性」を有し、「自立」「安全」「自己決定」「自由」「楽しみ」「健康」などのニーズを持つ存在であること、これらが実現するような環境を整え QOL 向上に繋げる必要があることを学んでいた。
 2. 学生は今を生きる存在として生活者を捉えることはできていたが、時の流れの中で変化する存在として捉える視点は不足していた。個々の歴史から今の生活は続いているということ、これからも生活は続き、それを見据えて生きている存在であるということを理解できるような支援が重要である。
 3. デイサービスで実習した学生は対象である人から、介護老人保健施設で実習した学生は環境から生活者を捉える傾向を認めた。この違いを活かした学びの共有などにより、多様化する生活の場との相互作用の中で生活者を理解できるよう支援することが重要である。
- 本論文の内容の一部は、第 54 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：本研究の実施にあたり、ご協力いただきました皆様、貴重なご助言をいただきました大阪警察病院看護専門学校の山里久美前校長並びに井ノ上ルミ子副校長に心より感謝申し上げます。

VIII. 引用文献

- 吾郷ゆかり, 吉川洋子, 松本玄智江, 田原和美, 祝原あゆみ, 梶谷みゆき, 松岡文子, 平井由佳. (2009). 基礎看護教育における「生活者を理解する視点」—家庭訪問実習と病院実習後の自己評価より—, 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 3, 77-83.
- 樋口耕一. (2021). 社会調査のための計量テキスト分析: 内容分析の継承と発展を目指して (第2版). ナカニシヤ出版.
- 池西静江. (2020). 指定規則改正で強化が求められる「地域・在宅看護論」. 看護教育, 61 (7), 548-555.
- 城ヶ端初子, 樋口京子. (2007). 看護理論の変遷と現状および展望, 大阪市立大学看護学雑誌, 3, 1-11.
- 柏木聖代, 川村佐和子, 原口道子. (2015). 看護基礎教育における在宅看護学実習の現状と課題: 訪問看護ステーションのインタビュー調査から. 日本在宅看護学会誌, 3 (2), 44-54.
- 河口てる子. (2018). 熟練看護師のプロの技見せます!慢性看護の患者教育—患者の行動変容につながる「看護の教育的関わりモデル」. メディカ出版.
- 厚生労働省. (2019, 10月). 看護基礎教育検討会報告書. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07297.html (検索日 2021 年 10 月 17 日)
- 厚生労働省. (n.d.). 地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html (検索日 2021 年 10 月 17 日)
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 三宅薫, 普照早苗, 田内香織. (2006). 看護学における「生活者」という視点についての省察. 看護研究, 39 (5), 3-9.
- 松木光子. 第3章 人と環境. 松木光子編. (1998). 看護学概論—看護とは・看護学とは—, pp59-104, 廣川書店.
- 宮崎美砂子. (2021). 看護基礎教育におけるこれからの「地域・在宅看護論」と授業づくり. 看護展望, 46 (6), 10-12.
- 迫田智子, 岡本実千代. (2014). 実習指導者として訪問看護師が捉えた在宅看護論実習の現状と取り組み. 第44回日本看護学会論文集 地域看護, 188-191.
- 佐々木彩加, 小原泉, 鹿野浩子, 江角伸吾, 永井優子, 半澤節子, 成田伸, 中村美鈴, 春山早苗. (2019). 看護学生の生活行動と生活体験の特徴からみた教育方略. 自治医科大学看護学ジャーナル, 17, 3-8.
- 佐藤美樹, 田高悦子. (2013). 在宅看護における生活者としての対象理解にかかわる学生の学びの視点. 日本看護教育学会誌, 22 (3), 47-56.
- 清水史恵. (2012). 小児病棟以外の場における小児看護学実習での学生の学びに関する国内文献の検討. 日本小児看護学会誌, 21 (3), 31-77.
- 下村裕子, 河口てる子, 林優子, 土方ふじ子, 大池美也子, 患者教育研究会. (2003). 看護が捉える「生活者」の視点. 看護研究, 36 (3), 25-37.
- 住吉和子, 岡野初枝. (1999). 老人看護学実習での学生の学び—実習施設による学びの違い—. 岡山大学医学部保健学科紀要, 10 (1), 35-49.
- 達川まどか, 藤村一美, 陶山啓子, 西嶋真理子, 田中久美子, 小岡亜希子, 藤井晶子, 吉田美由紀. (2021). 在宅生活支援実習を履修した看護学生の学び. 愛媛大学看護研究雑誌, 2, 1-11.
- 山田佐登美. (2016). その人らしい生活実現のために地域包括ケアシステムに期待される看護の役割と能力. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 20 (1), 111-115.

◇研究報告◇

集中治療室の予定外入室の患者の特徴と Rapid response system の現状

—単施設後ろ向き観察研究—

五十嵐竜太¹⁾*, 関 梨沙¹⁾, 岡部敦子¹⁾

【目的】ICU 予定外入室をした患者特徴と RRS の導入効果を明らかにし今後の RRS の在り方を検討する。

【方法】一般病棟で臨床的悪化を来し A 病院 ICU に予定外入室した成人を調査した。対象者を、RRS 経由群と非経由群の 2 群間に分け、統計学的に検討を行った。

【結果】研究対象患者は 132 名であった。病棟入室から臨床的悪化まで 72 時間以内の患者は 59 名 (44.7%) であった。呼吸数記録実施率は約 8 割であり、臨床的悪化 8 時間前の呼吸数記録回数は 2 (1-3) 回であった。RRS 経由群 ($n=14$), 非経由群 ($n=118$) に分け統計学的に検討したが、有意差はなかった。

【結論】病棟入室から臨床的悪化まで 72 時間以内の患者が 5 割弱を占めたことは、ICU 予定外入室患者の特徴である。RRS 起動に対して何かしらの障壁が存在する可能性を考慮すべきであり、RRS 要請側の視点に立った活用しやすい仕組みづくりが必要である。

【キーワード】Rapid response system, 集中治療室, 予定外入室, 臨床的悪化

I. はじめに

予期せぬ心停止や死亡に至る前、多くの患者において、8 時間以内に臨床的悪化または新たな訴えがあることが知られている (Schein et al., 1990)。本邦における院内心停止の多施設観察研究では、院内心停止後 24 時間の生存率は 49.8%, 30 日後の生存率は 27.8%, 30 日後の良好な神経学的転帰は 21.4%と報告されている (Yokoyama et al., 2011)。入院中に一度心停止を引き起こすと、生存退院はおろか、入院前の生活に戻ることすら難しい状況になることから、院内心停止の前兆を捉えて対応することは重要であると言える。また、同研究において、院内心停止の発見場所は一般病棟が 54.0%と報告されている (Yokoyama et al., 2011)。院内心停止のリスクを抱えた患者が一般病棟に多く存在していることを理解する必要がある。

令和 4 年度診療報酬から、新たな加算として急性期充実体制加算が設定され、この要件として『入院患者の病状の急変の徴候を捉えて対応する体制として「院内迅速対応チーム」の整備等を行っていること』が挙げられる。院内迅速対応チー

ムとは、Rapid response team (以下、RRT) や Rapid response system (以下、RRS) などを指している。A 病院は大学病院であり、2020 年より RRS が導入された。RRS や RRT の在り方は各病院の特徴や仕組みによってさまざまであるが、A 病院では日中は集中治療室 (Intensive care unit, ICU) や救命センターの看護師で構成された RRT が、夜間は各科診療科の医師で構成された RRT が活動する仕組みとなっており、2022 年度の起動件数は 42 件であった。RRT の活動時には、複数のバイタルサインから構成する早期警戒スコアのうち National Early Warning Score (NEWS) が導入されており、特に呼吸数の測定について啓蒙を実施してきた経緯がある。

RRS のチームの構成、提供の程度、評価には施設間毎の違いが大きいと報告されており、施設ごとの検証が重要である (Maharaj et al., 2015)。RRS の導入効果を評価するための指標がいくつかあるが、そのうちのひとつとして ICU 予定外入室が挙げられる。ICU 予定外入室とは、「ICU 外に入院中の患者の、予定外での ICU 入室」(日本集中治療医学会/日本臨床救急医学会 Rapid Response System 合同委員会 & 日本集中治療医学会 Rapid Response System 検討委員会, 2017, p.358)

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 新潟大学医歯学総合病院

* E-mail: ryoutaika.vd9@nuh.niigata-u.ac.jp

であり、具体的には一般病棟に入院中の患者における、予期しない病状の悪化を理由に ICU に入室するものをいう。

RRS が効果的に活用されることで、重症化をより早期に発見し対処できると推定でき、ICU 予定外入室となった患者において RRS が起動された場合とされなかった場合では、患者の特徴などに違いがあるのではないかと考えた。また、臨床的悪化を来し、ICU へ入室した患者の特徴を把握することで、RRS の啓蒙や状態変化の予測として活用できるのではないかと考えた。本邦の先行研究では、ICU 予定外入室の視点で RRS が起動された場合とされなかった場合の比較を行ったものや、臨床的悪化を来し ICU へ予定外入室した患者の特徴を調査した報告を見つけないことができなかった。これらの情報は、施設ごとの特徴を把握することが重要であり、加えて同じ特性を持つ施設において有益な情報となる可能性もあることから、調査およびその報告の意義があると考えた。

Ⅱ. 目 的

A 病院における ICU 予定外入室となった患者の特徴や RRS の導入効果を明らかにし、院内心停止を予防するための取り組みや、今後の RRS 活用について検討することである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

単施設後ろ向き観察研究

2. 対象

2022 年 4 月 1 日から 2023 年 3 月 31 日に、A 病院 ICU に予定外入室をした成人患者で、一般病棟における予期しない経過を辿った患者を研究対象とした。手術中や検査中の予期せぬ事象で病棟を介さず ICU に入室した事例、重症病床間の移動によって ICU に入室した事例、一般病棟における自傷行為により ICU に入室した事例は除外した。

3. 用語の定義

臨床的悪化：

主観的または客観的所見を伴う生理学的代償不全を特徴とし、血行力学的安定性を損なう動的状態 (Padilla & Mayo, 2018, p.1365)。本研究における臨床的悪化の基準時間は、ICU 管理のために病棟から出棟した時間とした。

RRS：

患者に対する有害事象を軽減することを目指し、迅速な対応を要するようなバイタルサインの重大な増悪を含む急激な病態変化を覚知して対応するために策定された介入手段 (日本集中治療医学会/日本臨床救急医学会 Rapid Response System 合同委員会 & 日本集中治療医学会 Rapid Response System 検討委員会, 2017, p.356)。

RRT：

医師を必ずしも含まず、起動された患者を評価し基本的な初期対応を行った上で、必要に応じて患者の院内トリアージや医師の緊急招請を行うチーム (日本集中治療医学会/日本臨

床救急医学会 Rapid Response System 合同委員会 & 日本集中治療医学会 Rapid Response System 検討委員会, 2017, p.357)。

4. 方法

電子カルテシステムから、後方視的に以下の情報を収集した。患者背景に関することとして、年齢・性別、入院診療科、入院区分 (予定入院、緊急入院) および一般病棟への入室経路、ICU 予定外入室となった病態、病棟入室から ICU 予定外入室までの時間・日数、RRS 起動の有無、病棟でのカテコラミンの使用の有無、コードブルー (院内で心肺停止ないしこれに類似する事象が発生した時に全館放送で発する緊急コール) の起動の有無、ICU 入室前の予期しない心停止、ICU 入室日の sequential organ failure assessment (SOFA) スコア、ICU 入室後の 28 日以内の死亡の有無、ICU 滞在日数、ICU における人工呼吸器の使用を収集した。NEWS について、ICU 予定外入室から 72 時間前・48 時間前・24 時間前・臨床的悪化による病棟出棟時のバイタルサインを収集し、NEWS を算出した。各定点におけるバイタルサインの欠損の対応として、Fang et al. (2007) の先行研究を参考とし、欠損値への代入の計算ミスが最も少ない方法となるよう、欠損値には正常値を代入し、スコアを 0 点として扱った。ICU へ予定外入室となったエピソードを振り返り、その患者が病棟へ入室した時点の経路 (例えば、病棟への入院、ICU や救命センターから病棟へ移動、手術室など) を確認し、その時点から臨床的悪化による病棟出棟時点 (例えば、ICU への出棟、緊急手術への出棟など) までの時間を計測し、病棟入室から臨床的悪化による病棟出棟までの時間を算出した。RRS の導入効果の測定および今後の RRS の啓蒙活動に使用する目的で、臨床的悪化による病棟出棟時点、およびその 24 時間前、48 時間前、72 時間前において、呼吸回数の記録実施率を測定した。

5. 解析方法

収集した情報を記述的にまとめた。また、対象者を、RRS が起動された患者群である RRS 経由群と、RRS が起動されなかった群である RRS 非経由群の 2 群間に分け、説明変数がカテゴリ変数であるものは χ^2 検定、連続変数であるものは Mann-Whitney の U 検定を用いて統計学的に検討を実施した。

統計解析には EZR を使用し、有意水準は 5% とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、新潟大学倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号 2023-0074)。また、オプトアウトにより拒否機会の確保を行った。

Ⅴ. 結 果

2022 年度に ICU に入室した患者 872 名のうち、ICU に予定外入室した成人患者は 160 名であった。そのうち、手術中や検査中の予期せぬ事象により ICU 予定外入室となった 23

名、重症病床間の移動により ICU 予定外入室となった 4 名、病棟における自傷行為により ICU 予定外入室となった 1 名の計 28 名を除外とした。研究対象 132 名の情報を収集した。

患者の特徴を表 1 に示す。対象の年齢は 72 (57-78) 歳であり、男性は 80 名 (60.6%) だった。診療科は、消化器外科 (22.0%)、循環器内科 (17.4%)、脳神経内科 (8.3%) と続いた。病棟入室から臨床的悪化までの日数は、4 (1-16.75) 日であった。RRS 起動症例が 14 名 (10.6%)、コードブルー起動症例は 19 名 (14.4%)、ICU 入室前に心停止があった症例は 12 名 (9.1%) であった。ICU 滞在日数は 4 (2-8) 日、ICU 入室後 28 日以内の死亡は 22 名 (16.7%) であった。臨床的悪化の 8 時間前における呼吸数の記録回数は 2 (1-3) 回であった。

ICU 予定外入室となった病態 (複数可) (表 2) は、ショックが 35 名、(26.5%) 呼吸不全が 27 名 (20.6%)、敗血症が 27 名 (20.6%)、消化管穿孔または出血が 20 名 (15.1%) と続いた。

病棟入室から臨床的悪化による病棟出棟までの時間 (表 3) を詳細に確認したところ、24 時間未満が 31 名 (23.5%)、24 時間～48 時間が 14 名 (10.6%)、48～72 時間が 14 名 (10.6%) であり、72 時間以内が 59 名 (44.7%) だった。病棟入室から

臨床的悪化による病棟出棟までの時間が 72 時間以内の患者 59 名の入室経路の内訳 (表 4) は、病棟への予定入院後が 7 名 (11.9%)、病棟への緊急入院後が 19 名 (32.2%)、術後病棟へ帰室後が 16 名 (27.1%)、ICU/救命センター退室後が 16 名 (27.1%)、緊急手術後に病棟へ緊急入院したものが 1 名 (1.7%) であった。呼吸数の記録実施率を臨床的悪化による病棟出棟時、24 時間前、48 時間前、72 時間前において確認し (表 5)、全期間において 8 割程度で実施されていた。

対象患者を RRS 経由群 ($n=14$)、RRS 非経由群 ($n=118$) に分け、統計学的に分析を行った。年齢や ICU/救命センター退室後の ICU 再入室症例か否か、臨床的悪化までの日数、コードブルーの起動や心停止などの患者背景、および各定点での NEWS を 2 群間で比較したが、有意に差があるものは検出されなかった。NEWS の 2 群間比較は、統計学的有意差がないものの、臨床的悪化による病棟出棟時 (RRS 経由群 9 (6.5-11.75)、RRS 非経由群 7 (4.0-10.0)、 $p=0.105$) および ICU 入室時 (RRS 経由群 9 (6.5-11.75)、RRS 非経由群 7 (5.0-9.0)、 $p=0.07$) は、RRS 経由群でスコアが高値となっていることが分かった。

表 1 ICU へ予定外入室した患者の特徴と、RRS 有無の 2 群間における検定結果

項目	全体 ($n=132$)	RRSあり ($n=14$)	RRSなし ($n=118$)	p value
年齢 (median, IQR)	72(57-78)	71(55.25-75.75)	72(58.0-78.0)	0.510
性別、男 (n %)	80(60.6)	6(42.9)	74(62.7)	0.251
入院時の予定・緊急内訳、予定入院数 (n %)	59(44.7)	7 (50)	52(39.3)	0.890
ICU/救命センター退室後のICU再入室症例 (n %)	45(34.1)	5(35.7)	40(33.9)	1.000
病棟入室から臨床的悪化による病棟出棟までの日数、日 (median, IQR)	4(1-16.75)	25(1.25-38.75)	4(1.0-13.75)	0.105
RRS起動症例 (n %)	14(10.6)			
病棟でのカテコラミンの使用、有 (n %)	23(17.4)	2(14.3)	21(17.8)	1.000
コードブルー起動症例 (n %)	19(14.4)	3(21.4)	16(13.6)	0.696
ICU入室前に心停止があった症例 (n %)	12(9.1)	1(7.1)	11(9.3)	1.000
ICU入室日のSOFA score (median, IQR)	7(4.5-10)	8.5(4.75-9.75)	7.0(5.0-10.0)	0.703
ICU入室後28日以内の死亡、有 (n %)	22(16.7)	2(14.3)	20(16.7)	1.000
ICU滞在日数 (median, IQR)	4(2-8)	4.5(2.25-7.25)	4.0(2.0-8.0)	0.641
ICUにおける人工呼吸器の使用、有 (n %)	51(38.6)	8(57.1)	43(36.4)	0.225
臨床的悪化の8時間における呼吸数測定回数 (median, IQR)	2(1-3)	2.0(0.25-3.0)	2.0(1.0-3.0)	0.997
NEWS 合計点 72時間前 (n %)	75(56.8)			
(median, IQR)	3(1-4)	2(0.0-4.0)	3(1.0-4.0)	0.368
NEWS 合計点 48時間前 (n %)	90(68.2)			
(median, IQR)	3(1-4.75)	3(1.0-3.5)	3(1.0-5.0)	0.770
NEWS 合計点 24時間前 (n %)	105(79.5)			
(median, IQR)	3(1-6)	3(1.0-5.5)	3(1.25-5.75)	0.983
NEWS 合計点 臨床的悪化による病棟出棟時 (n %)	132(100.0)			
(median, IQR)	7(4-10)	9(6.5-11.75)	7(4.0-10.0)	0.105
NEWS 合計点 ICU入室直後 (n %)	132(100.0)			
(median, IQR)	7(5-10)	9(6.5-11.75)	7(5.0-9.0)	0.070
診療科 (n %)				
消化器外科	29(22.0)			
循環器内科	23(17.4)			
脳神経内科	11(8.3)			
呼吸器・感染症内科	9(6.8)			
泌尿器科	8(6.1)			
消化器内科	8(6.1)			
整形外科	8(6.1)			
心臓血管外科	7(5.3)			
腎・膠原病内科	6(4.5)			
血液内科	6(4.5)			
脳神経外科	6(4.5)			
その他	11(8.3)			

ICU: Intensive care unit, RRS: Rapid response system,

SOFA: sequential organ failure assessment, NEWS: National Early Warning Score

検定は、説明変数がカテゴリー変数であるものは χ^2 検定、連続変数であるものはMann-WhitneyのU検定を用いて実施した。

表2 ICU 予定外入室となった病態（複数可）

n=132	
病態名	n (%)
ショック	35(26.5)
血液分布異常性ショック	20(15.1)
循環血流量減少性ショック	15(11.4)
心原性ショック	5(3.8)
心外閉塞・拘束性ショック	2(1.5)
呼吸不全	27(20.6)
敗血症	27(20.6)
消化管穿孔または出血	20(15.1)
心不全	16(12.1)
意識障害	10(7.6)
気道緊急	7(5.3)

nに占める各病態の割合を%表記した。
病態は複数存在する場合もあり、合計は100%とはならない。

表3 病棟入室から臨床的悪化による病棟出棟までの時間または日数

n=132	
時間または日数	n (%)
24 時間未満	31(23.5)
24~48 時間	14(10.6)
48~72 時間	14(10.6)
3~7 日	14(10.6)
7~14 日	20(15.2)
14 日~21 日	11(8.3)
21 日~49 日	15(11.4)
50 日以上	13(9.8)

表4 病棟入室から臨床的悪化まで72 時間以内の患者における、病棟入室時点での経路

n=59	
病棟への入室経路	n (%)
病棟への予定入院後	7(11.9)
病棟への緊急入院後	19(32.2)
予定手術後病棟に帰室後	16(27.1)
ICU/救命センター退室後	16(27.1)
緊急手術後に病棟へ緊急入院したもの	1(1.7)

表5 呼吸回数の記録実施率

時間	記録実施数/総数 (%)
72 時間前	62/75(82.7)
48 時間前	76/90(84.4)
24 時間前	83/105(79.0)
臨床的悪化による病棟出棟時	100/132(75.8)

総数は対象となる患者の総数を、記録実施数は実際に呼吸回数の記録が実施されている数を示した。
呼吸回数の記録実施率として、記録実施数/総数から算出される割合を%表記した。

Ⅵ. 考 察

1. 病棟で臨床的悪化し ICU に予定外入室した患者の特徴

本研究では、病棟入室から臨床的悪化まで72時間以内だった患者が59名(44.7%)存在したことが明らかになった。本研究における、ICU 予定外入室の患者の特徴として、病棟入室から72時間以内に臨床的悪化を来した患者が5割弱を占めていることは特徴的であり、注目すべき結果であると言える。病棟への緊急入院後、術後病棟への帰室後、ICU/救命センターを退室後の患者で、病棟入室から72時間以内の患者は、臨床的悪化のリスクを抱えている患者として注意すべきであると考ええる。

本邦における人口当たりのICU ベッド数は諸外国に比べるとときわめて少ないと言われている(松本, 2016)。緊急入院や手術の全症例をICU や救命センターで賄うことは困難であり、一般病棟で臨床的悪化のリスクを抱えたこれらの患者の診療が行われている。また、ICU や救命センターで診療がなされた患者であっても、その退室は相対的に決めなければならない状況が存在する。ICU や救命センターの退室時点では、臨床的悪化のリスクを少なからず抱えていることに注意が必要である。ICU へ再入室した患者は、院内死亡率やICU 滞在期間が増加することが報告されている(Kramer et al., 2013)。松本(2016)は、“わが国の多くの施設で集中治療医は、ベッドコントロールを行うための退室患者の選択に頭を悩ますことになる”と述べている。ICU や救命センターのベッド状況にゆとりが少ない中で、臨床的悪化のリスクを抱えたこれらの患者が安全に療養できるかどうかは、本邦にとって重要な課題であり、A 病院においても同様であると考ええる。

2. RRS コールにおける特徴

RRS が効果的に活用されていれば、患者の重症化をより早期に発見し対処できると推定した。しかし、RRS 経由群・非経由群で有意な差を認めることができず、A 病院においては現段階におけるRRSの有用性が証明できなかった。臨床的悪化による病棟出棟時およびICU 入室時におけるNEWSは、RRS 経由群でスコアが高かったことから、ICU 入室基準に相当する臨床的悪化を来した事例においては、RRS が起動された患者がそうではない患者に比べて重症な傾向を持つ可能性がある。

重篤な病態の指標として異常な呼吸数を認識する必要があるが、一般的には呼吸数の測定実施率は高くないことも知られており、Gandevia & McKenzie (2008) は“the neglected vital sign” (無視されたバイタルサイン) と説明している。RRS が活用される前提条件として、呼吸数の測定回数が十分かどうかを評価することが必要であると考え、本研究ではその測定記録を確認した。早期警戒スコアの導入により、呼吸数の測定記録は増加することが知られている(Odell et al., 2007)。A 病院の呼吸数測定率も約80%と高い値で推移していることから、RRS 導入後2年が経過し患者の呼吸数の記録実施の強化が図られた可能性がある。Schein (1990) は、予

期せぬ心停止や死亡に至る前、8 時間以内に呼吸や精神的変動が認められると述べており、呼吸回数を安定的に評価していることは、臨床的悪化を捉える上で重要な指標となると考える。本研究における ICU 予定外入室患者の呼吸数記録回数が、8 時間以内に 2 (1-3) 回であることから鑑みれば、ICU に入室する程度の重症病態の患者に対して、何らかの懸念をもって看護師が対応している可能性がある。加えて、臨床的悪化による病棟出棟時および ICU 入室直後において、RRS 経由群は RRS 非経由群より重症度が高い傾向があることが分かった。RRS の起動は、患者の重症度が高くなってから行われている傾向と言える。看護師が何らかの懸念を持って対応しているにもかかわらず、結果として RRS コールのタイミングが遅くなっている可能性がある。

以上より、A 病院では、ICU に予定外入室した患者の約 8 割で呼吸数の測定記録がなされており、8 時間以内に複数回の呼吸数記録がされていながら、結果として RRS コールが遅くなり、患者の重症度が高くなっている可能性がある。RRS 経由群と RRS 非経由群の比較による考察からも、RRS が効果的に活用されているとは言い切れない現状が明らかになった。看護師が何らかの懸念を持っていながら RRS を要請しなかったり、遅れたりしてしまう可能性を考慮すべきであり、その背景には、RRS を要請しづらい、活用しづらい要因があるのではないかと考えた。

3. 今後の活動への示唆

本研究における、ICU へ予定外入室をした患者の特徴を踏まえて、病棟へ緊急入院した患者/術後病棟へ帰室した患者/ICU や救命センターを退室した患者で、特に病棟入室から 72 時間以内の患者については、病棟において臨床的悪化のリスクを抱えた注意すべき患者として啓蒙を行う必要があると考える。これらの患者については、病棟内で患者情報の共有を行うことや、積極的な RRS 活用を行うべき患者として啓蒙を行うことなどが、院内心停止を防ぐためには有益となる可能性があると考えられる。

また、病棟で臨床的悪化のリスクを抱えた患者に、より安全な療養を提供するための方策を検討する必要がある。RRS の活用はもちろんのこと、近年 RRS に加えて Critical care outreach (CCOT) が本邦でも定着しつつある。CCOT は、集中ケアの訓練を受けた看護師らが主体となって、ICU 退室患者と何らかの懸念のある入院患者を定期的に訪床して回り、起動基準に抵触する患者を早期発見することを目指した対応チーム（日本集中治療医学会/日本臨床救急医学会 Rapid Response System 合同委員会 & 日本集中治療医学会 Rapid Response System 検討委員会, 2017, p.357）と定義される。A 病院においても、ICU 長期滞在患者の退室後に、CCOT の視点を持った退室後訪問を開始し、患者の身体徴候の確認、ICU から病棟への引継ぎ内容の確認などの活動を行っている。本研究の結果を踏まえ、CCOT を病院として推進し、本研究により明らかになった患者を CCOT の対象に含むことによ

り、院内心停止のリスクを抱えた患者を早期に発見し、何らかの対処につなげることが可能となるのではないかと考えた。

RRS においては、特にその要請における障壁を検討する必要があると考える。RRS を導入する際の障壁について、医療従事者の 91.6%が「心停止やそれに準ずる状態に陥る前に対応するチームは必要である」と回答しながら、86.2%が RRS 導入に障壁を感じており、67.0%もの対象者が患者の臨床的悪化を発見する要素（起動要素）に障壁があると述べたとの報告がある（小池 et al., 2017）。RRS の起動要素としては、そのほとんどが看護師であると想定され、看護師の RRS 要請に関する困難感には RRS の大きな障壁と言える。看護師の RRS 要請に関する困難感に関する先行研究では、8 割の看護師が、RRS 要請における困難感を抱え、その要因は、RRS 要請を自らの判断で行うことへの責任の重さ、急変の徴候を察知するアセスメントや要請のタイミングにかかる知識や自信の不足と報告されている（林 et al., 2020）。RRS は予期せぬ心停止や臨床的悪化を予防するためのシステムであると同時に、臨床で様々な判断を行う看護師のサポートを行えるセーフティネットとなっているか、患者だけではなく起動した看護師にとって利用価値のある存在となっているかを確認していく必要がある。また、本邦の診療文化として、ほとんどの患者は入院中に主治医が担当してくれることを期待しており、RRT など他の医療者による診療を望んでいないことが指摘されている（Fujiwara et al., 2020）。施設や病棟毎における指示系統や臨床的悪化への対応、その文化は、RRS のそれとは異なる部分が多いと考えられる。小池（2016）は、本邦の医療の指示系統について、主治医制や主たる診療科の裁量が大きく、異なる指示系統となる RRS の介入には違和感を覚えたり、難渋したりすることがあると説明している。主たる起動要素である看護師の立場からは、普段の指示系統である主治医と、緊急時の対応窓口となりえる RRS との間で葛藤を生じる状況が起こりうると想定される。

今後の RRS の効果的な活用を推進していくためには、RRS 要請側の視点に立った活用しやすい仕組みづくりの必要性がある。RRS の主な起動要素である看護師が、臨床的悪化時の対応において抱えるニーズの把握や、施設において RRS の要請に際し困難となることや障壁となる事象の把握などの検討・対応が必要ではないかと考える。

4. 研究の限界

本研究は単一の大学病院における調査であり、また RRS の導入の方法や浸透度は施設における個別性が極めて高いことから、本研究が臨床的悪化を来した患者や ICU 予定外入室、RRS に関する特徴の全てを反映していると述べるには限界がある。

VII. 結 論

ICU へ予定外入室した患者の単施設調査から、一般病棟への緊急入室/一般病棟への術後入室/ICU や救命センター退室

後における 72 時間以内の患者が多く、CCOT 訪室対象への反映や臨床的悪化リスク患者としての啓蒙等が改善策として示唆された。また、RRS 開始より 2 年が経過した A 病院では呼吸数記録回数の定着が示唆された一方で、RRS の有用性は証明されず、RRS 活用のためには RRS 要請側の視点に立った活用しやすい仕組みづくりの必要性がある。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

本論文の内容の一部は、第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。

Ⅷ. 引用文献

- Fang, A. H. Sen, Lim, W. T., & Balakrishnan, T. (2020). Early warning score validation methodologies and performance metrics: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20 (1), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12911-020-01144-8>
- Fujiwara, S., Atagi, K., Moriyasu, M., Naito, T., Taneda, K., Hsu, H., Lefor, A. K., & Fujitani, S. (2020). How to facilitate a rapid response system in Japan: a promotion course based on TeamSTEPPS. *Acute Medicine & Surgery*, 7(1), Article e488.
<https://doi.org/10.1002/ams2.488>
- Gandevia, S. C., & McKenzie, D. K. (2008). Respiratory rate: The neglected vital sign. *Medical Journal of Australia*, 189 (9), 532.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02165.x>
- 林容子, 二井谷真由美, & 志馬伸朗. (2020). 院内迅速対応システムにおける看護師の困難感. *日本集中治療医学会雑誌*, 27 (6), 505-507.
https://doi.org/10.3918/jsicm.27_505
- 小池朋孝. (2016). Rapid Response System 導入の実際. *ICU と CCU*, 40 (4), 271-277.
- 小池朋孝, 中川雅史, 下澤信彦, 藤原紳祐, 森安恵実, 安宅一見, & 藤谷茂樹. (2017). 本邦で院内救急体制 (RRS) を普及する際の障壁とその解決策. *日本救急医学会雑誌*, 28(6), 219-229.
<https://doi.org/10.1002/jja2.12210>
- Kramer, A. A., Higgins, T. L., & Zimmerman, J. E. (2013). The association between ICU readmission rate and patient outcomes. *Critical Care Medicine*, 41 (1), 24-33.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182657b8a>
- Maharaj, R., Raffaele, I., & Wendon, J. (2015). Rapid response systems: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 19 (1), Article 254.
<https://doi.org/10.1186/s13054-015-0973-y>
- 松本聡. (2016). ICU 再入室に関する諸問題. *日本集中治療医学会雑誌*, 23 (3), 298-299.
<https://doi.org/10.3918/jsicm.23.298>
- 日本集中治療医学会/日本臨床救急医学会 Rapid Response System 合同委員会, & 日本集中治療医学会 Rapid Response System 検討委員会. (2017). Rapid Response System に関わる用語の日本語訳と定義. *日本集中治療医学会雑誌*, 24(3), 355-360.
https://doi.org/10.3918/jsicm.24_355
- Odell, M., Rechner, I. J., Kapila, A., Even, T., Oliver, D., Davies, C. W. H., Milsom, L., Forster, A., & Rudman, K. (2007). The effect of a critical care outreach service and an early warning scoring system on respiratory rate recording on the general wards. *Resuscitation*, 74 (3), 470-475.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2007.01.035>
- Padilla, R. M., & Mayo, A. M. (2018). Clinical deterioration: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (7-8), 1360-1368.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14238>
- Schein, R. M. H., Hazday, N., Pena, M., Ruben, B. H., & Sprung, C. L. (1990). Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. *Chest*, 98 (6), 1388-1392.
<https://doi.org/10.1378/chest.98.6.1388>
- Yokoyama, H., Yonemoto, N., Yonezawa, K., Fuse, J., Shimizu, N., Hayashi, T., Tsuji, T., Yoshikawa, K., Wakamatsu, H., Otani, N., Sakuragi, S., Fukusaki, M., Tanaka, H., & Nonogi, H. (2011). Report from the Japanese registry of CPR for in-hospital cardiac arrest (J-RCPR). *Circulation Journal*, 75 (4), 815-822.
<https://doi.org/10.1253/circj.CJ-11-0136>

◇研究報告◇

頭頸部がん化学放射線療法を経験した患者の
食べることへの思い原田裕美¹⁾*, 久野暢子²⁾, 邊木園幸²⁾

【目的】頭頸部がん化学放射線療法を経験した患者の食べることへの思いを、治療前・治療期・治療完遂期・退院後の時期から明らかにし、病棟看護師の視点を中心に、それぞれの時期における看護実践上の示唆を得る。

【方法】研究デザインは質的記述的研究とした。研究参加者は頭頸部がん化学放射線治療完遂後1年未満の患者10名であった。

【結果】196コード、100サブカテゴリー、27カテゴリーを抽出した。患者は【胃瘻は食べられなくなった時の保険だと納得する】ことで治療に臨み、【食べること、そのものが辛い】治療期を【口から食べることにこだわりを持つ】などの思いで乗り越えていた。治療完遂すると【今後の食に期待(する)】し、【生きるため、食べることは必要不可欠だ】と食べるものの意味を見出していた。

【結論】病棟看護師は治療の時期で変化する患者の食べることへの思いに意図的に関わり、その思いと協働していく必要性が示唆された。

【キーワード】頭頸部がん看護、化学放射線療法、食べること、思い

I. はじめに

頭頸部領域には、食べるための咀嚼・嚥下機能がある。その頭頸部領域に発生するがん（以下、頭頸部がん）は、嚥下障害やがんの病態に伴う栄養障害から低栄養に傾きやすい（Pressoir M, et al, 2010）。頭頸部がんの治療は、機能・形態温存やがんの根治を目指した化学放射線療法が標準的に行われるが、味覚障害、口腔内乾燥、口腔粘膜炎が必発し、累積照射線量に応じて悪化する（大釜徳政ら, 2011）。さらに、薬物療法の併用で食欲不振・悪心・嘔吐などの消化器症状が生じ、非経口的な経腸栄養が必要になる（Paccagnella A, et al, 2010）。これらのことから、頭頸部がん化学放射線療法を受ける患者は食べることに苦慮していると推察できる。

頭頸部がん化学放射線療法を受ける患者は、治療前に栄養投与経路を確保するための胃瘻造設をすることがあるが、胃瘻を使うことを拒む場合がある。筆者らの調査において、治療中の患者は経口摂取量が低下してから経腸栄養介入までが遅い傾向にあった（原田ら, 2022）。先行研究において、治療

を受ける患者の体験には身体的・精神的・社会的な食の喪失があること（McQuestion M, et al, 2011）、継続する味覚変化に「あきらめ」や「もどかしさ」など否定的な感情を持つこと（梶原ら, 2017）が明らかにされている。野川（2016）が、患者と看護師において双方の力を分かちもつことが重要と述べているように、患者の食べることへの思いと病棟看護師が望ましいと考える対処法にずれが生じると介入は困難となり、治療完遂に向かう患者の力を十分に引き出すことが難しくなると考える。

元来、「食べること」は自分自身の思いを伴う、主体的な生活の行為である。頭頸部がん患者は、治療により食べられなくなると、経鼻胃管や胃瘻からの経腸栄養や経静脈栄養を選択することがある。頭頸部がん化学放射線療法を受ける患者の支援は、経口から適切な栄養を摂るための支援に留まらず、非経口的な栄養介入をも含め、治療前後で変化していく患者の食べることへの思いを理解することが基盤になる。本研究により、化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者の治療前・治療期・治療完遂期・退院後の食べることを支える基礎資料

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年3月14日

1) 宮崎県立宮崎病院 2) 宮崎県立看護大学

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

となる知見が得られ、看護実践の質の向上が期待できると考える。

＜用語の操作的定義＞

食ること：「生活をしていく基礎」となる一つで、人間の生活になくてはならない行為である。食ることには、身体的・精神的・社会文化的側面があり、経口摂取のほか栄養投与としての経腸栄養、静脈栄養を含み、その選択には患者の主體的な思いが伴う。

思い：広辞苑（新村ら，2018）より「思う心の働き・内容・状態」とした。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、頭頸部がん化学放射線療法を経験した患者の食ることへの思いを、治療前・治療期・治療完遂期・退院後の時期から明らかにし、病棟看護師の視点を中心に、それぞれの時期における看護実践上の示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

半構造化面接法を用いた質的記述的研究

2. 研究参加者

研究参加者は、①A 県内の B 病院（地域がん診療連携拠点病院）に通院し、初めて頭頸部がんと診断され病名告知を受けた 20 歳以上の患者、②根治的化学放射線療法を治療完遂し 1 年未満、③Performance status 0～1 で、病状が安定し、外来担当医より研究参加の許可がある、④言語的コミュニケーションが可能である、⑤性別や既往歴は問わない、の選択基準を満たす人とした。なお、「胃瘻」は点滴や経鼻経腸栄養と同様、患者の思いに基づく意思決定であるため、これらの手段を用いているかどうかは選択基準に含めなかった。

研究参加者のリクルートは、以下の通りとした。まず、B 病院の外来担当医へ、研究参加候補者の選択基準に基づいたサンプリングを依頼した。次に、外来担当医から研究参加候補者の外来受診時に、本研究の趣旨を説明する文書を渡してもらい、研究者からの連絡の可否について同意を得てもらった。同意の得られた研究参加候補者に対し、研究者が直接連絡し、面接の可否について内諾を得た。最後に、面接の内諾を得られた研究参加候補者の外来受診後、研究者が本研究の趣旨・目的・方法などを文書と口頭で説明し、文書での署名をもって同意が得られた人を研究参加者とした。なお、本研究参加者は、治療前オリエンテーションとして予測される有害事象、必要なセルフケア、看護介入の方法について説明を受けている。

3. データ収集方法

面接は、研究参加者の身体的・精神的負担がかからないことを最優先に考慮し、インタビューガイドを用いて 1 人 1 回、30～60 分間で実施した。面接内容は、研究参加者の同意を得て、IC レコーダーに録音した。面接では、研究参加者の年齢、

診断名、家族構成、胃瘻造設の有無を聴取した。面接内容は、化学放射線療法の治療前、治療期、治療完遂期、退院後の食ることへの思いが想起できるよう、研究参加者の自由な語りの流れに沿って行った。患者は、治療により経口摂取が困難になると、経鼻胃管や胃瘻などの経腸栄養や経静脈栄養を選択することをふまえ、具体的には、①治療前、治療期、治療完遂期、退院後において、食をどのように思っていたのか、②治療が進んでいくにあたり、症状の出現と食することはどのように変わっていったか、③痛み止めや経鼻胃管・胃瘻による経腸栄養、点滴などを実施した時、どのようなことを思っていたのか、胃瘻造設した人には治療中の胃瘻からの経腸栄養を施行したか、胃瘻造設がなかった人には経鼻胃管や点滴などを受けたか、④食するために心掛けていたことは何か、⑤診断を受けてからこれまで、食することについて印象に最も強く残ったことは何か、⑥口から食することはどのようなことだと思うか、とした。データ収集期間は、2021 年 5 月 7 日～10 月 31 日であった。

4. 分析方法

半構造化面接で得られた録音データは、研究参加者の個人情報特定されないよう留意して逐語録として起こした。各逐語録から、研究参加者の食ることへの思いが語られている部分を文脈として抽出し、一文一義となるようコード化した。この段階で、コード内容が治療前、治療期、治療完遂期、退院後（以後、各時期）のどの時期に相当するかを判別し、分類した。コードは、各時期で統合し、意味内容の類似性・相違性に従ってサブカテゴリー、カテゴリーへと抽象化した。分析の全過程において、質的研究に精通した看護学研究者 2 名のスーパーバイズを受け、分析内容を検討し、解釈の真実性と信用可能性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究者が研究参加者に、本研究の目的及び方法、自由意思に基づく参加であること、途中研究参加の拒否や辞退の保障、その場合に伴う不利益は受けないこと、得られたデータは目的以外に使用しないこと、研究の成果を公表する際は、個人情報は匿名化された情報とし、十分に保護されていることについて、文書と口頭で説明を行い、文書での署名をもって同意を得た。面接は、研究参加者の外来受診後に、B 病院内のプライバシーが保てる個室で行った。研究参加者には、面接前に同意撤回書と返信用封筒を渡し、研究参加の途中辞退や同意撤回できる機会を保障した。面接時、研究参加者に万が一の体調不良が生じた場合は、外来担当医の協力を得るようにした。本研究は、宮崎県立看護大学研究倫理委員会の承認後（承認番号第 02-17 号、第 03-1 号）、研究協力依頼施設倫理審査委員会（B 病院）の承認を受け実施した（承認番号 20-56）。

V. 結 果

1. 研究参加者の概要

本研究の研究参加者は、50～70 歳代の 10 名（男性 8 名、女性 2 名）であった。研究参加者全員が、IC レコーダーの録音に同意した。面接時間は、平均 29 分（18～67 分）であった。疾患名は、喉頭癌 4 名、中咽頭癌 2 名、下咽頭癌 4 名であった（表 1）。研究参加者全員が放射線療法として 66Gy 照射し、化学療法（シスプラチン）を 2～3 回実施していた。

2. 分析結果

全研究参加者（以下、患者）の逐語録から、196 のコード、100 のサブカテゴリ、27 のカテゴリを抽出した（表 2）。

以下、カテゴリ【 】, サブカテゴリ [], コード< > とし、治療前、治療期、治療完遂期、退院後の各時期にお

表 1 研究参加者の概要

ID	性別	年齢	疾患名	胃瘻		同居家族	面談時間 (分)
				造設	使用		
1	男性	50 歳代	喉頭がん	無	—	無	67
2	男性	70 歳代	喉頭がん	無	—	有	23
3	男性	70 歳代	中咽頭がん	有	有	有	21
4	男性	70 歳代	下咽頭がん	無	—	有	23
5	男性	50 歳代	下咽頭がん	有	無	有	21
6	男性	60 歳代	下咽頭がん	有	無	有	38
7	男性	60 歳代	下咽頭がん	無	—	無	30
8	女性	70 歳代	喉頭がん	有	無	無	27
9	女性	60 歳代	中咽頭がん	無	—	無	24
10	男性	60 歳代	喉頭がん	有	有	有	18

表 2 頭頸部がん化学放射線療法を経験した患者の食べることへの思い

時期	カテゴリ（コード数）	サブカテゴリ（コード数）	語った研究参加者 ID
治療前	胃瘻は食べられなくなった時の保険だと納得する (3)	胃瘻は食べられなくなった時の保険だ (3)	6
	胃瘻を使うことに抵抗感をもつ (2)	胃瘻を使いたくない (2)	6
	治療によって食べられなくなることを覚悟する (2)	食べられなくなることを覚悟する (1)	7, 10
		食べることを諦める (1)	
	口から食べることにこだわりを持つ (30)	食べる気持ちが大事だ (4)	1, 2, 3, 6, 7, 8, 10
		口から栄養を摂ることが一番良い (4)	
		意地でも食べる (3)	
		食べ物は口から入れないとだめだ (3)	
		口から食べないと元気がでない (2)	
		何とかしてでも食べる (2)	
		食べないといけない (2)	
		無理してでも食べる (2)	
		食べることに集中する (2)	
		食べないと身体が弱る (2)	
		回復するためには食事が必要だ (2)	
		身体のために栄養バランスを大事にする (1)	
		食べることは治療のようなもの (1)	
治療期	胃瘻や経鼻胃管、点滴を受け入れることができない (15)	胃瘻は嫌だ (6)	1, 3, 4, 6, 8
		点滴や経腸栄養は嫌だ (3)	
		胃瘻は必要だったのだろうか (3)	
		非経口的な経腸栄養は食べた感じがしない (3)	
	食べられない中でも何とか工夫する (13)	まずは水を飲んでみなければならぬ (5)	1, 4, 6, 8
		食べる弾みをつける (3)	
		食前の痛み止めがあったから助かった (2)	
		喉を通る軟らかいものから試す (2)	
		食べるために痛み止めの使い方を工夫する (1)	
	食べること、そのものが辛い (7)	飲み込むことができず辛い (3)	2, 9, 10
		食べることが苦痛だ (1)	
		食べられなければ何の楽しみもない (1)	
		食べられないことは生きている価値もない (1)	
		化学療法後は食べられる状況ではない (1)	
	食べられなくなっていくことに困惑する (7)	想定外だった食べられないきつきがある (1)	2, 4, 5, 6, 9
		痛み止めを飲んでも食べられない (1)	
		他の患者をみて、食べられなくなることを予期する (1)	
		食べられないことを自覚する (1)	
		このまま何も食べられないのではないか (1)	
		食べているのに体重が減るのはおかしい (1)	
		食べても体重減少を止められない (1)	
	食べられないことを受け入れる (6)	食べられないのは仕方がない (2)	2, 3, 9, 10
		がんのできたところが悪かったから食べられない (2)	
		おいしくないので食べることを諦める (1)	
		食べられなくても問題と捉えない (1)	
	胃瘻栄養で身体が楽になる (5)	食べなくて良いので胃瘻栄養は楽だ (3)	3, 10
		胃瘻で満腹感があるから食べようと思わない (1)	
		胃瘻栄養をすると身体が楽だ (1)	
	味覚の低下に気付き、落胆する (4)	味覚の変化に気付く (2)	1, 2, 4
	食べることができた自分を認める (4)	味がわからずがっかりする (2)	
		食べることができた自分を誇らしく思う (3)	1, 6
	食べることができたことに安堵する (3)	食べる努力をした (1)	
		意外と食べることができて良かった (2)	5, 8
	他者との協働で食べることができたと感謝する (3)	胃瘻を使わなくて良かった (1)	
		栄養士の栄養管理に感謝する (2)	1, 6
		食の過程に関係する人々に感謝する (1)	

表2 つづき

時期	カテゴリー (コード数)	サブカテゴリー (コード数)	語った研究参加者 ID
治療完了期	今後の食に期待する (4)	退院後は食べられるだろう (2)	1, 3, 4, 6
		味を求める (1)	
		「食べられるようになる」と自分に暗示をかける (1)	
	口から食べる良さを再認識する (3)	口から食べ始めた時の嬉しさ (1)	3, 7, 10
		やっぱり口から食べないとだめだ (1)	
		痛みがなく食べられることの良さを感ずる (1)	
	退院後の食が気懸かりだ (3)	退院後に食べられるか心配する (1)	1, 3
		食べられなければ食べないかもしれない (1)	
		胃瘻を外すことで栄養失調になるかもしれない (1)	
	戻らない味覚に不安を感じる (3)	味覚が戻らないことへの不安がある (3)	1
退院後	体力をつけるために食べよう (2)	食べて体力をつけなければならない (2)	4, 7
	無理に食べることはきつい (2)	無理に食べたくない (1)	4
		無理に食べることはきつい (1)	
	生きるため、食べることは必要不可欠だ (29)	身体のために栄養バランスを考える (5)	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
		食べられなくなったら生きている価値がない (4)	
		口から食べることは良いこと (3)	
		口から食べるのが重要だ (2)	
		食べることは大事だ (2)	
		身体のためにカロリーを考えて食べる (2)	
		食事が健康を左右する (2)	
		食欲があることは健康だ (2)	
		点滴に頼れないので口から摂るしかない (2)	
		食事は大事だ (1)	
		栄養補助食品で元気が出る (1)	
		食べることで健康を感じる (1)	
		生きているうちは食べないといけない (1)	
		食事ができないことは辛い (1)	
		食べることは毎日の楽しみだ (6)	
	食べることは日々の楽しみで、幸せを実感するもの (14)	口から食べることは幸せだ (5)	3, 4, 5, 6, 8, 9, 10
		胃瘻は楽しくない (1)	
		食べられないことは生きる楽しみもない (1)	
	味覚はなくてはならない (10)	治療を経た今、食べることの良さを実感する (1)	1, 9
		元に戻らない味覚の不安がある (4)	
		人間には味覚が必要だ (3)	
	治療に伴う食の喪失と変化に驚く (8)	美味しさと感じ始める (2)	1, 2, 6, 9
		少量しか食べられないなら美味しい物を食べたい (1)	
		食べる楽しみを喪失する (3)	
	未だに残る症状に折り合い、食べ方を模索する (7)	入院中から味覚がおかしかったことに気付く (2)	1, 3, 7, 9
		嗜好が変わる (2)	
		想定外だった嗜好の変化がある (1)	
	今もなお、食べるのがきつい (4)	食べるために自分で努力をする (4)	3, 9
		症状に折り合いをつけ、付き合っていく覚悟をする (2)	
		環境が変われば食べられるはずだ (1)	
	胃瘻の良さを認める (3)	退院後も食べることがきつい (2)	5, 10
		食べなくても食べられないことが辛い (1)	
		今も思うように食べることができない (1)	
		胃瘻を造設して良かった (3)	

る食べることへの思いを述べる。なお、(ID) は研究参加者番号を示した。

1) 治療前：3 カテゴリー、4 サブカテゴリー、7 コード

【胃瘻は食べられなくなった時の保険だと納得する】は、治療前に栄養経路確保のための予防的な胃瘻造設を「保険」と受け入れ納得することを示し、【胃瘻は食べられなくなった時の保険だ】のサブカテゴリーで構成された。実際には<胃瘻は食べられなくなった時の保険みたいなものだ> (ID:6) などがあった。

【胃瘻を使うことに抵抗感をもつ】は、胃瘻造設を受け入れながらも、胃瘻を使うことに対して抵抗があることを示し、【胃瘻を使いたくない】のサブカテゴリーで構成された。実際には<胃瘻を使いたくなかった> (ID:6) などがあった。

【治療によって食べられなくなることを覚悟する】は、治療前のオリエンテーションを受け、食べられなくなる状況に覚悟を決めることを示し、【食べられなくなることを覚悟する】

【食べることを諦める】のサブカテゴリーで構成された。実際には<この治療は飲み込めなくなると聞いて、食べられなくなる覚悟をした> (ID:7) などがあった。

2) 治療期：11 カテゴリー、49 サブカテゴリー、97 コード

【口から食べることにこだわりを持つ】は、化学放射線治療が進み、次第に食べられなくなっていく中でも、口から栄養を摂ることへのこだわりを示し、【食べる気持ちが大事だ】【口から栄養を摂ることが一番良い】【意地でも食べる】【食べ物口から入れないとだめだ】【口から食べないと元気がでない】【何とかしてでも食べる】【食べないといけない】【無理してでも食べる】【食べることに集中する】【食べないと身体が弱る】【回復するためには食事が重要だ】【身体のために栄養バランスを大事にする】【食べることは治療のようなもの】のサブカテゴリーで構成された。実際には<どんなに体調が悪くても食べようという気持ちがあった> (ID:1) などがあった。

【胃瘻や経鼻胃管, 点滴を受け入れることができない】は, 非経口的な栄養方法に抗うことを示し, [胃瘻は嫌だ] [点滴や経腸栄養は嫌だ] [胃瘻は必要だったのだろうか] [非経口的な経腸栄養は食べた感じがしない] で構成された。実際には<胃瘻を絶対に使わなかったし使いたくなかった> (ID: 8) などがあった。

【食べられない中でも何とか工夫する】は, 食べる苦痛がある状況の中でも自分にできそうなことに取り組もうとする姿勢を示し, [まずは水を飲んでみなければならぬ] [食べる弾みをつける] [食前の痛み止めがあったから助かった] [喉を通る軟らかいものから試す] [食べるために痛み止めの使い方を工夫する] で構成された。実際には<自分で水を口から飲まなければいけないと思った> (ID: 4) などがあった。

【食べること, そのものが辛い】は, 食べたくても食べられない苦痛があることを示し, [飲み込むことができず辛い] [食べることが苦痛だ] [食べられなければ何の楽しみもない] [食べられないことは生きている価値もない] [化学療法後は食べられる状況ではない] で構成された。実際には<一番辛かったのは, 飲み込みができないこと> (ID: 9) などがあった。

【食べられなくなっていくことに困惑する】は, 治療に伴う有害事象で食べられなくなっていく状況に戸惑うことを示し, [想定外だった食べられないきつさがある] [痛み止めを飲んでも食べられない] [他の患者をみて, 食べられなくなることを予期する] [食べられないことを自覚する] [このまま何も食べられないのではないのか] [食べているのに体重が減るのはおかしい] [食べても体重減少を止められない] で構成された。実際には<食事が摂れなくなることがこんなにきついとは思わなかった> (ID: 9) などがあった。

【食べられないことを受け入れる】は, 食べられない状況に抗わず, 口から食べることに固執しないことを示し, [食べられないのは仕方がない] [がんのできたところが悪かったから食べられない] [おいしくないのを食べることを諦める] [食べられなくても問題と捉えない] で構成された。実際には<食べる努力はしなかった。食べられないものは仕方がなかった> (ID: 2) などがあった。

【胃瘻栄養で身体が楽になる】は, 胃瘻栄養をすることで食べる苦痛から解放されることを示し, [食べなくて良いので胃瘻栄養は楽だ] [胃瘻で満腹感があるから食べようと思わない] [胃瘻栄養をすると身体が楽だ] で構成された。実際には<病院食がまずくて, 胃瘻で食べた方が楽だった> (ID: 10) などがあった。

【味覚の低下に気付き, 落胆する】は, 味覚の低下を自覚し, 落ち込むことを示し, [味覚の変化に気付く] [味がわからずがっかりする] で構成された。実際には<自分で食べられると思った時に食べたプリンの味が全くないことに気づいた> (ID: 4) などがあった。

【食べることができた自分を認める】は, 口から食べることができた自分を肯定することを示し, [食べることができた自分を誇らしく思う] [食べる努力をした] で構成された。実

際には<この入院生活の中で, 全部食べ切っていたのは自分だけじゃないかと思う> (ID: 6) などがあった。

【食べることができたことに安堵する】は, 治療で食べられなくなると予期していたが, 食べることができて安心することを示し, [意外と食べることができて良かった] [胃瘻を使わなくて良かった] で構成された。実際には<そろそろ胃瘻を使う時期かと思っていたが, 意外と食べることができた> (ID: 5) などがあった。

【他者との協働で食べることができたと感謝する】は, 辛い治療期を支えてくれた周囲の人々に感謝していることを示し, [栄養士の栄養管理に感謝する] [食の過程に関係する人々に感謝する] で構成された。実際には<普段は一人なので自分で好きなものが食べられるが, 病院で栄養士さんがカロリー計算した食べ物を食べて, すごく良かったと感謝している> (ID: 1) などがあった。

3) 治療完遂期: 6 カテゴリー, 13 サブカテゴリー, 17 コード

【今後の食に期待する】は, これから食べていくことに望みをもつことを示し, [退院後は食べられるだろう] [味を求める] [「食べられるようになる」と自分に暗示をかける] で構成された。実際には<退院したら思い切って肉や魚をたくさん食べてやろうと思った> (ID: 6) などがあった。

【口から食べる良さを再認識する】は, 治療完遂し, 再び食べ始めることに喜び, その重要性を改めて認識することを示し, [口から食べ始めた時の嬉しさ] [やっぱり口から食べないとだめだ] [痛みがなく食べられることの良さをを感じる] で構成された。実際には<口から食べ始めた時は, それは嬉しかった> (ID: 10) などがあった。

【退院後の食が気懸かりだ】は, 治療完遂した時点で思うように食べることができずに先を心配することを示し, [退院後に食べられるか心配する] [食べられなければ食べないかもしれない] [胃瘻を外すことで栄養失調になるかもしれない] で構成された。実際には<食べ物おいしいとか味がするという問題ではなく退院して食べられるかが問題である> (ID: 1) などがあった。

【戻らない味覚に不安を感じる】は, 味覚が戻らないため退院後の生活を不安に思うことを示し, [味覚が戻らないことへの不安がある] で構成された。実際には<治療完遂後, 味覚は治療前の4割くらいで退院後に普通の生活ができるか不安があった> (ID: 1) などがあった。

【体力をつけるために食べよう】は, 身体のために食べて回復を目指すことを示し, [食べて体力をつけなければならぬ] で構成された。実際には<体力をつけたいといけなから無理やり飲む, 食べるという感じ> (ID: 4) などがあった。

【無理に食べることはきつい】は, 食べることを無理に強いることは苦痛であることを示し, [無理に食べたくない] [無理に食べることはきつい] で構成された。実際には<治療中の状態に応じた食事を作ってもらったけど, おいしくないし食べたくなかった> (ID: 4) などがあった。

4) 退院後: 7 カテゴリー, 34 サブカテゴリー, 75 コード

【生きるため、食べることは必要不可欠だ】は、治療で食べられなくなる状況を乗り越えてきた経験から、口から食べる意味を理解することを示し、[身体のために栄養バランスを考える][食べられなくなったら生きている価値がない][口から食べることは良いこと][口から食べるのが重要だ][食べることは大事だ][身体のためにカロリーを考えて食べる][食事が健康を左右する][食欲があることは健康だ][点滴に頼れないので口から摂るしかない][食事は大事だ][栄養補助食品で元気になる][食べることで健康を感じる][生きているうちは食べないといけない][食事ができないことは辛い]で構成された。実際には<食事をしながら足りないと思ったら栄養補助食品を飲むと良い>(ID: 4) などがあった。

【食べることは日々の楽しみで、幸せを実感するもの】は、食べることは生きる楽しみであることを示し、[食べることは毎日の楽しみだ][口から食べることは幸せだ][胃瘻は楽しくない][食べられないことは生きる楽しみもない][治療を経た今、食べることの良さを実感する]で構成された。実際には<何をどうやって食べたら食べやすいか考える習慣が身につについて楽しみが出てきた>(ID: 3) などがあった。

【味覚はなくてはならない】は、味覚を喪失する体験を経て、味覚は必要不可欠であることを示し、[元に戻らない味覚の不安がある][人間には味覚が必要だ][美味しいと感じ始める][少量しか食べられないなら美味しい物を食べたい]で構成された。実際には<味覚が元に戻るのかという不安が物凄くある>(ID: 1) などがあった。

【治療に伴う食の喪失と変化に驚く】は、治療に伴い食べることへの影響が想定外であったこと、嗜好が変化したことへの驚きを示し、[食べる楽しみを喪失する][入院中から味覚がおかしかったことに気付く][嗜好が変わる][想定外だった嗜好の変化がある]で構成された。実際には<今はビールより水の方が大事と言えるようになった>(ID: 9) などがあった。

【未だに残る症状に折り合い、食べ方を模索する】は、治療の有害事象に伴う嚥下障害や味覚の低下に折り合いをつけながら、食べられるように努力していくことを示し、[食べるために自分で努力をする][症状に折り合いをつけ、付き合っていく覚悟をする][環境が変われば食べられるはずだ]で構成された。実際には<口から食べることの大切さを思っ「食べられる」と自分で切り替えた>(ID: 9) などがあった。

【今もなお、食べることがきつい】は、退院後も治療前のように食べるのできない困難さを示し、[退院後も食べることがきつい][食べたくても食べられないことが辛い][今も思うように食べることができない]で構成された。実際には<退院してから間もなくは食べることで体が億劫だった>(ID: 3) などがあった。

【胃瘻の良さを認める】は、食べられなくなったときの栄養経路である胃瘻造設を肯定的に捉えていることを示し、[胃

瘻を造設して良かった]で構成された。実際には<治療で食べられなかった時のことを考えると胃瘻造設をしていて良かったと思う>(ID: 5) などがあった。

Ⅵ. 考 察

1. 治療前

治療前の患者は、化学放射線療法によって胃瘻造設をしなければならぬほど食べるのが困難になることを予期し、【胃瘻は食べられなくなった時の保険だと納得する】【治療によって食べられなくなることを覚悟する】思いと【胃瘻を使うことに抵抗感をもつ】思いがあった。これらの治療前の思いは、胃瘻造設をした患者 5 名のうち 2 名が語った (7 コード)。これは、他の時期と比べて少なかった。治療前の段階でがん起因する嚥下障害がない場合、「食べることは」日常で当たり前の行為であるため、治療によって食べられなくなる状況が予期しにくいのであろう。高橋ら (2012) が述べているように、治療開始当初から胃瘻栄養の必要性を感じている患者は少なく、胃瘻造設をしても胃瘻栄養をするイメージまでは持ちにくいと考える。

病棟看護師は、治療のプロトコルやクリティカルパスを使った標準的な指導に留まらず、食べられなくなった時の栄養管理をどのようにしていくか、治療前に患者と共通認識を持つておくことが必要である。治療期に入ると患者は【口から食べることにこだわりを持つ】ため、治療前から患者の食べることへの思いを理解し、患者と共に治療に臨む姿勢が重要である。それが、治療期において患者と病棟看護師が協働していくための土台になっていくと考える。

2. 治療期

治療期は、化学放射線療法に伴う食べることに影響する有害事象が出現し、食べることを意識せずにはいられない状況となる。治療期における食べることへの思いはどの時期よりも多いコード数となった (97 コード)。患者は【食べられなくなっていくことに困惑する】【食べること、そのものが辛い】【味覚の低下に気付き、落胆する】ことから、食べる意欲も低下すると推察できる。しかしながら、【口から食べることにこだわりを持つ(つ)】ち、【食べられない中でも何とか工夫する】ことで食べられない障壁に対峙していた。<どんなに体調が悪くても食べようという気持ちがあった>(ID: 1) と【口から食べることにこだわりを持つ】思いは、治療を食べること乗り越えていこうとする患者自身の力であると考え。この思いを持ち、治療期を耐え凌ぐからこそ【食べることができた自分を認める】ことができるのであろう。Bandura A. (1995/1997) は、成功する体験を「個人の効力感に強固な信念を作りあげるもの」と述べているように、【食べることができた自分を認める】思いは患者自身の成功体験となり、これから先もより良く食べていこうとする力になると考える。一方、治療期の患者には【食べられないことを受け入れる】思いがあった。患者は、治療における食べることへの苦痛に抗

わず、胃瘻栄養を受け入れることにより【胃瘻栄養で身体が楽になる】ことを実感していた。【食べられないことを受け入れる】思いを語った患者のうち、2名の患者が【胃瘻栄養で身体が楽になる】と語っていた。岡西、當目（2019）は、患者の治療が進むにつれて悪くなっていく体調に、治療前の状態に戻そうと踏み堪えることは治療に必要な処置や治療経過の受け入れを妨げる要因になると述べている。しかしながら、本研究における患者は、辛い治療期に口から食べることに固執せず、敢えて食べない選択をすることで「食べなくて良いので胃瘻栄養は楽だ」とエネルギーの消耗を避けながら、非経口的な栄養管理の方法をも受け入れていたと考える。

化学放射線治療中の患者は、その有害事象から食べることに問題を経験するため、口腔咽頭粘膜炎症に伴う疼痛軽減に向けたケア（小池ら、2018）、患者が自己判断できるような「食」の情報提供（岡光ら、2001）、放射線照射量と食思傾向から食事提供を工夫する（大釜ら、2006）必要がある。藤原、深田（2018）は、経口摂取を維持するためには患者参加型のケアが重要であると述べている。病棟看護師は、患者の【口から食べることにこだわりを持つ】、【食べられない中でも何とか工夫する】思いを理解する必要がある。それでも、患者の口から食べたい思いを重視するがあまり、低栄養になることは避けなければならない。患者には、治療期に食べることができず非経口的な経腸栄養を行うことになったとしても、後述する退院後において胃瘻栄養の良さを評価し、食べることの意味を見出していける力がある。苦痛の大きな治療期においては、口から食べることに固執しすぎず、非経口的な経腸栄養や経静脈栄養に移行するなど多角的な視点を持った介入が重要と考える。病棟看護師は、患者の思いを支持しながら、共に話し合い、タイムリーに介入していく必要がある。

3. 治療完遂期

患者は、治療完遂をきっかけに【今後の食に期待（する）】し、食べ始めることで【口から食べる良さを再認識する】思いがあった。一方、食べ始めても思うように食べることができず【退院後の食が気懸かりだ】【戻らない味覚に不安を感じる】思いがあり、退院後の食べることに不安があった。治療完遂した患者は、退院後の食べることに期待する思いと不安で混沌な思いを抱えていると考える。放射線治療の効果判定は、治療完遂から1～2か月後に行われることが多い（祖父江ら、2019）。つまり、治療完遂した患者は、治療効果の判定がまだわからない状況のなかで、【無理に食べることはきつい】【戻らない味覚に不安を感じる】思いがあり、これは症状の不確かさがあると考えられる。このように、長く辛い治療を終えた患者は、治療完遂した安心感や達成感、これから先の食べることへの期待がある反面、味覚障害や嚥下時痛などから、回復への不確かさがある。とくに、患者は味覚の変調に対して、期待したり落胆したりする。不確かさがある中で食べていくためには、患者自身のセルフケア能力が必要となる。飯野、小松（2002）は、がん患者のセルフケアを促進する要素

として自己強化の重要性を述べている。自己強化とは、「自分の考えや行為に対して自分自身で肯定したり保証したりしたこと」（飯野、小松、2002）をいう。治療完遂期は、症状の不確かさがありながらも、それを受け入れ、食べ始めていくことを支える必要がある。

治療完遂期において、嚥下時痛は照射終了後1～2週間は症状の悪化がみられ、その後は次第に治癒していくこと（祖父江ら、2019）、味覚障害は個人差もあるが回復するまでに治療終了後半年から1年ほどかかること（久保、2021）を情報提供する必要がある。症状の不確かさに対し、必要な情報が提供されることにより、少しでも食べることができた時、味覚の変化を感じることができた時、それは確かさとして認識され、退院後も食べていくことができるという行動に繋がっていくと考える。

4. 退院後

退院後の患者は、【生きるため、食べることは必要不可欠だ】（29コード）、【食べることは日々の楽しみで、幸せを実感するもの】（14コード）と語っていた。さらに、治療期の胃瘻造設を振り返り、【胃瘻を造設して良かった】と【胃瘻の良さを認める】思いがあった。患者は、食べることが困難であった治療期の経験を経て、食べることのありがたさを再認識していくと考える。先行研究で、患者には治療によって食事の意味が変化することに関連した身体的・感情的・社会的な喪失がある（McQuestion M, et al, 2011）と明らかになっている。本研究の患者においても、【食べる楽しみを喪失する】思いがあった。一方、患者は「今はビールより水の方が大事と言えるようになった」（ID:9）と、治療後の嗜好の変化を認識し、【未だに残る症状に折り合い、食べ方を模索する】ようになっていた。上杉（2004）は、退院後のがん患者には、自分の身体を自分で管理していこうとする、体調を整えていく力があると述べている。辛い治療を乗り越え、退院した患者は、より良く食べていこうと自分自身と向き合い、食べることのありがたさを再認識していくと考える。

退院後は、治療期に食べることができた患者も、食べることができなかった患者も、患者自身が食べることの問題に向き合い、治療前後の経験を通して口から食べていく意味を理解し適応していく。その一方で、がんの再発や転移に対する不安も生じている。外来看護師は、定期的な受診時に患者の食べることに関心を向けて関わり、できていること、できるようになったことを支持し、回復していく過程を患者自身が肯定的に捉えることができるよう支援することが重要と考える。

5. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、同一の地域、医療機関で治療を行った人を対象としており、研究フィールドが限られたこと、個人情報保護の観点から栄養指標データや有害事象の程度などカルテ情報を収集しなかったこと、インタビューデータに各時期の偏りがあり、データが飽和化したとはいえないこと、胃瘻

造設者と非造設者の食べることの思いを一つの結果としてまとめたことである。今後は、頭頸部がん化学放射線療法を受ける患者の食べることの支援を、患者と病棟看護師がどのように協働しているのか明らかにすることなど、さらなる研究の積み重ねが必要と考える。

VII. 結 論

頭頸部がん化学放射線療法を経験した患者の食べることへの思いは、治療前・治療期・治療完遂期・退院後で変化していた。患者は、自分自身の食べることへの思いを持って障壁の大きい治療期を乗り越え、退院後には食べることの意味を見出していた。病棟看護師は、治療の時期に応じて変化していく患者の食べることへの思いに意図的に関わり、患者の思いと協働していく必要性が示唆された。

本研究を進めるにあたり、快くご協力くださいました研究参加者の皆さま、研究協力者の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は、令和3年度宮崎県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文であり、日本看護研究学会第48回学術集会で結果の一部を報告し、さらに加筆修正を加えたものである。なお、本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- Bandura, A. (1997). 激動社会の中の自己効力. 本明寛, 野口京子 (監訳), (p.3). 金子書房 (1995).
- 原田裕美, 久野暢子, 邊木園幸, 松野美紀, 一井綾美, 三木愛子, 中尾裕之. (2022). 頭頸部がん患者の経口摂取に影響する主観的症状の出現と看護介入の実態—A 病院入院患者における放射線療法と化学放射線療法の比較—. 日本がん看護学会誌, 36, 119-125.
- 藤原恵美子, 深田陽子. (2018). 化学放射線療法に伴う経口摂取困難のある頭頸部がん患者の援助—症状マネジメントの方略に焦点を当てて—. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 48, 219-222.
- 飯野京子, 小松浩子. (2002). 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析. 日本がん看護学会誌, 16 (2), 68-78.
- 梶原淑子, 山口香奈子, 上原亜矢香. (2017). 頭頸部腫瘍で放射線化学療法を受けた患者の退院後の食事に関する現状. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 47, 131-134.
- 小池万里子, 荒尾春恵, 田墨恵子, 嘉戸怜子, 山下亮子. (2018). 化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者が捉える口腔粘膜炎症に伴う疼痛への看護支援. 日本がん看護学会誌, 32, 148-158.
- 久保知. (2021). 頭頸部がんマスターガイド—患者さんと向き合う治療, 患者さんと向き合う看護のためのアプローチ. (p.166). メディカ出版.
- McQuestion M, Fitch M, Howell D. (2011). The changed meaning of food: physical, social and emotional loss for patients having received radiation treatment for head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 145-151.
- 野川道子編著. (2016). 看護実践に活かす 中範囲理論第2版. (p.109). メヂカルフレンド社.
- 岡光京子, 大田直実, 藤田倫子, 林田裕美. (2001). 頭頸部がん患者の放射線治療中に体験する問題とその対処に関する研究. 高知医科大学紀要, 17, 69-77.
- 岡西幸恵, 當目雅代. (2019). 化学放射線療法を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験のプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 42 (1), 53-64.
- 大釜徳政, 吉永喜久恵, 江川幸二, 北川恵, 山本かよ, 田中幸江. (2006). 口腔がん患者における放射線治療に伴う味覚変化・口内反応と食物特性に関する基礎的研究. 日本がん看護学会誌, 20 (2), 51-60.
- 大釜徳政, 片山知美, 大釜信政. (2011). 頭頸部がん患者における放射線治療に伴う有害事象と食事摂取に関する検討. ヒューマンケア研究学会誌, 2 (1), 1-10.
- Paccagnella A, Morello M, Da Mosto MC, Baruffi C, Marcon ML, Gava A, Baggio V, Lamon S, Babare R, Rosti G, Giometto M, Boscolo-Rizzo P, Kiwanuka E, Tessarin M, Caregaro L, Marchiori C. (2010). Early nutritional intervention improves treatment tolerance and outcomes in head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 18 (7), 837-845.
- Pressoir M, Desné S, Berchery D, Rossignol G, Poirée B, Meslier M, Traversier S, Vittot M, Simon M, Gekiere JP, Meuric J, Serot F, Falewee MN, Rodrigues I, Senesse P, Vasson MP, Chelle F, Maget B, Antoun S, Bachmann P. (2010). Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *British Journal of Cancer*, 102 (6), 966-971.
- 新村出 (編). (2018). 広辞苑 (第七版). (p.444). 岩波書店.
- 祖父江由紀子, 久米恵江, 土器屋卓志, 濱口恵子 (編). (2019). がん放射線療法ケアガイド (第3版). (p.46, p.116). 中山書店.
- 高橋美貴, 竹本菜保子, 佐野彩香, 木内亮平, 松澤洋子, 佐竹久美子, 濱田康弘, 谷本均, 齋藤幹, 大月直樹, 丹生健一, 宇佐美眞. (2012). 中咽頭癌に対する同時併用化学放射線療法における経皮内視鏡的胃瘻造設術の有用性についての検討. 頭頸部癌, 38 (3), 336-342.
- 上杉和美. (2004). 退院後のがん患者のエンパワーメント. 高知女子大学看護学会誌, 29 (1), 37-47.

◇研究報告◇

慢性疼痛患者に対する痛み日記を用いた面接の効果

東 幸恵^{1)*}, 佐々木直子¹⁾, 石川美帆子¹⁾

【目的】慢性疼痛患者に対する痛み日記を用いた面接をおこなうことで、疼痛、破局的思考および生活の質の改善に効果があるか検討する。

【方法】対象者3名に独自に作成した痛み日記を用い面接を行った。痛み日記開始前と3か月後に、疼痛（VAS）、破局的思考（PCS）、生活の質（EQ5D-5L）の質問紙評価を実施し比較した。本研究への参加は自由意思とし同意を得た。

【結果】変化量はA氏：VAS-10, PCS-8点, EQ5D-5L±0, 健康感+29。B氏：VAS-35, PCS-7, EQ5D-5L+0.376438, 健康感+13。C氏：VAS-3, PCS-16点, EQ5D-5L+0.064651, 健康感+18であった。対象者は、客観的に自己を捉え、自ら痛みを軽減する方法を考え、行動する変化をもたらした。

【結論】痛み日記を用いた面接をおこなった結果、疼痛、破局的思考および生活の質の改善が示され、効果があった。

【キーワード】慢性疼痛、痛み日記、面接

I. はじめに

A 病院 B 外来は、年間約 170 名（2021 年度）が通院しており、そのうち約半数が慢性疼痛患者である。慢性疼痛治療ガイドライン（慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ編，2018）によると「国際疼痛学会（IASP）は、慢性疼痛を『治療に要すると期待される時間の枠を超えて持続する痛み、あるいは進行性の非がん性疼痛に基づく痛み』と定義しており、一般的に 3 ヶ月以上の持続する痛みである。また、随伴症状は睡眠障害や食欲不振、便秘、生活動作の抑制などがあり、精神症状は抑うつ、破局的思考がある。それらに対処することで痛みの軽減や日常生活動作（ADL）の向上が期待できる可能性がある」と示されている。A 病院の慢性疼痛患者からも「ブロック注射しても数日で効果が切れて痛い、死ぬまで治らない」「痛くて鬱になりそうだ」などの破局的思考と思われる発言を聞くことがあった。また「痛みのせいで何もできない」など日常生活への支障も大きいことがうかがえた。しかし、外来の限られた時間の中で、看護師が患者一人一人と関わる時間は少なく、心理面でのケア不足を感じていた。

慢性疼痛治療の一つに、心理的アプローチがある。その中の認知行動療法は、痛みによる支障度や心理的柔軟性に対しては大きな効果を有する可能性があり、推奨できる介入とされ（慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ編，2018）、認知行動療法の技法の一つに痛み日記がある。慢性疼痛患者のためのセルフケアガイドブック（厚生労働省科学研究費地域医療基盤開発推進研究事業慢性疼痛患者に対する統合医療的セルフケアプログラムの構築班，2012）では、痛み日記の例として、痛みがどのような要因で変化するか、天気や起床・就寝時間、イベント、その日に感じた正の感情（良い感情）と負の感情（悪い感情）を書くポイントが記され、痛み日記が自己を客観視するためのツールとして勧められている。また、笠原（2014）は「日記から自分の考え方のクセに気づき、そのクセを変え、行動を変えることで、痛み信号に置き換えられてしまっているストレスの原因を突き止め、取り除く」と述べている。看護師が痛み日記を用い、日々の痛みや生活について患者と関わる事が出来れば、外来の診療時間内でも心理的アプローチが可能になるのではないかと考えた。そこで B 外来でも痛み解消日記（笠原，2014）を参考に、独自の痛み日記を作成し、受診毎に痛み日記を用い、

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 十和田市立中央病院

* E-mail：harusachi8376@gmail.com

看護師が面接を行った。結果、慢性疼痛患者の疼痛、破局的思考および生活の質が改善されたので報告する。

Ⅱ. 目 的

慢性疼痛患者に対する痛み日記を用いた面接を行い、その効果を検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

事例研究

2. 研究期間：2022年1月～5月

3. 研究対象者

ADLが自立しており、精神科加療を受けていない慢性疼痛患者3名を医師と協議し決定した。

4. 調査内容

1) 痛み日記：日付・天候・行事・痛みの程度・出来事・感情・行動・睡眠時間の他、小さな目標を達成することにより自己効力感を高められるように「チャレンジしたい項目」を加え作成した(図1)。また、痛みの程度はNRS(Numerical Rating Scale)を用い0～10で評価した。日記は、1回/日、その日の出来事・感情や行動・チャレンジしたいことなど自由に記載できる。痛み日記を用いた面接の効果は、疼痛・破局的思考・生活の質の質問紙で測定した。

2) 疼痛：痛みの程度を測定する代表的な尺度であるVAS(Visual Analogue Scale)を用い、0～100で評価した(「0」全く痛くない、「100」非常に激しい痛み)。

3) 破局的思考：認知のゆがみを測定するために、痛みの破局的思考尺度PCS(Pain Catastrophizing Scale)を使用した。PCSは「反芻」5項目(問1・8・9・10・11)、無力感「5項目」(問2・3・4・5・12)・「拡大視」3項目(問6・7・13)の計13項目から構成され、「全くあてはまらない(0点)」～「非常にあてはまる(4点)」の5段階評価で評価し、各下位尺度の合計点が高いほど、その思考傾向が強くなり、総合点が高いほど破局的思考が強いことを示す。

4) 生活の質：健康関連のQOLと健康感の両方を測定できるEQ5D-5Lを使用した。EQ5D-5Lは質問式のQOL評価指標であり、QOL効用値、Visual Analogue Scale(以下、VAS)値からなる。QOL効用値は「移動の程度」、「身の回りの管理」、「ふだんの活動」、「痛み/不快感」、「不安/ふさぎこみ」の5項目を「問題なし」、「少し問題がある」、「中程度の問題がある」、「かなり問題がある」、「できない」の5段階で評価を行った。各回答水準に係数が設定されており、1からその係数の合算を減算することで当該健康状態のQOL値を測定した。(完全な健康状態は1であり、1に近い数値ほど健康状態は良い)。健康感を測定するVASは、想像できる最もよい健康状態を100とし、最も悪い健康状態

<痛み日記の記入方法>

名前(十和田 春太郎)

月 日	7/ 8 (金)	7/ 9 (土)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
天気							
午前	痛み強さ 部位	5 頭痛	0から10までの数字を書く 10は最大に痛い状態				
	薬						
午後	痛み強さ 部位	2 頭痛					
	薬						
夜	痛み強さ 部位	7 頭痛	頓服薬を書 きましょう				
	薬	カロナール					
その日の 出来事	雨で、ずっと 家にいた。	妻に怒られ た。					
感情 うれしい たのしい 辛い 悲しい	雨で気が減 入った。	分かってもら えない。 辛かった。					
行動	寝てばかりい た。	怒られても 反論できな かった。	チャレンジしたいこと なんでもOK になりたい自分を想像しま しょう				
チャレンジ 小さな目標	雨の日でも 運動しよう！	言いたいこと を一つ言え るようにする。					
睡眠時間	6時間	7時間					

図1 作成した痛み日記～記入例～

を0としたときの評価日の健康状態を評価した。またEQ5D-5Lの使用に関しては、EuroQol Group から使用許諾を得た。

5. データ収集方法

- 1) 痛み日記開始前に面接（以下、初回面接）を行い、対象者へ書面を用いて研究目的や方法を説明し、同意書は対象者へ1枚配布した。その日の夜から痛み日記を開始した。
- 2) 初回面接時（痛み日記開始前）と3か月後の面接時に、対象者へ質問紙評価（疼痛・破局的思考・生活の質）を実施した。
- 3) 痛み日記を用いた面接は、診察前（約3週毎、計5回、約30分）行い、痛みの程度・感情・チャレンジ項目などを1項目ずつ確認しながら対象者の語りを傾聴し、言動を看護記録に記した。
- 4) 痛み日記を用いた面接の情報を医師へ報告し、その後医師は痛み日記を見ながら診察をした。
- 5) 初回面接の看護記録と、痛み日記開始3か月間（以下、2-6回目面接）の痛み日記と看護記録から対象者の言動を収集した。全ての面接は、動機づけ面接を習得した看護師1名が行った。
- 6) 本研究で心理的アプローチを行うにあたり、当院臨床心理士と随時相談しながら進めた。

6. データ分析方法

- 1) 疼痛・破局的思考・生活の質に関する質問紙評価は、痛み日記開始前と3か月後で各尺度得点を比較し、変化量を算出した。
- 2) 初回面接と、2-6回目面接の看護記録と痛み日記から、疼痛・破局的思考・生活の質に関連する特徴的な言動を抽出した。

IV. 倫理的配慮

1. 研究は十和田市立中央病院倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号：3-5）
2. 研究の主旨を記載した書面を用いて、対象者へ説明し同意を得た。患者用同意書を配布し、病院用は鍵付き金庫に保管した。
3. 本研究への参加協力は自由意思であり、拒否や中断をしても治療や看護において不利益を被ることはなく、途中で研究の参加を取りやめたい場合は、いつでも同意を撤回出来ることを説明した。
4. 得られたデータは本研究以外の目的で使用しないこと、他者に口外しないことを書面で説明した。
5. VAS・PCS・EQ5D-5Lの質問紙の記載は、個室で30分程度の時間を要することを説明した。また、痛み日記の記載に毎日10分程度の時間を要することを説明した。
6. 調査によって得られた個人情報にはB外来にある鍵付き金庫で厳重に保管し、研究終了後は速やかにシュレッダー処理した。
7. 質問紙は番号でコード化し、個人が特定されないようにした。

8. 研究結果は、希望がある場合は対象者へ直接資料を配布すること、また、院内・院外研究発表や学会で公表することを説明した。

V. 結 果

患者属性と疼痛・破局的思考・生活の質、痛み日記開始前と3ヶ月後の変化（表1）

1. 疼痛（VAS）

疼痛の変化量は、A氏は-10mm、B氏-35mm、C氏は-3mmと3人とも減少していた。

2. 破局的思考（PCS）

反芻の変化量は、A氏-2点、B氏-1点、C氏-9点減少。無力感の変化は、A氏-2点、B氏-4点、C氏-2点。拡大視の変化は、A氏-4点、B氏-2点、C氏-5点。破局的思考の合計点では、A氏-8点、B氏-7点、C氏-16点と全て減少していた。

3. 生活の質（EQ5D-5L）

EQ5D-5Lは、A氏に変化はなかったが、B氏は+0.376438、C氏+0.064651増加していた。また健康感を測定するVASは、A氏+29mm、B氏+13mm、C氏+18mmと3人とも増加していた。

4. 面接の経過

1) 疼痛の変化

(1) A氏

初回面接：頸椎ヘルニアの診断あり、左頸部痛があるため、受診のたびにブロック注射を希望し施行していた。「痛みがあるけど、ブロック注射すれば少し楽になるので注射を希望してしまう」と発言があった。

2回目面接：痛み日記のNRSは4-5。

6回目面接：NRSは3-4に減少。表情は明るくなり「痛みはこりとか違和感とかその日の感情とか複合的なものだと思う。こわばりや痛みは軽減されていると思う。」と話し、ブロック注射が不要となった。

(2) B氏

初回面接：帯状疱疹後神経痛により、7年間持続する排便後の肛門痛があり、内服治療をしていた。1日中痛いこともあり、痛みの訴えが多く聞かれた。

2回目面接：NRSは4-5。「排便後2時間はじりじりした痛みがある。」との発言が聞かれた。

3回目面接：NRSは1-5。痛みが少ない日があり「ハーモニカしていると痛みも忘れてる。おしりも以前より痛くない。」との発言が聞かれた。

6回目面接：NRSは1-4。「排便痛は最近気にならなくなった。」と話し、痛みへの訴えが少なくなった。

(3) C氏

初回面接：5年前からの頸椎・腰椎ヘルニアにより、首や腰・両足の痛みや手のしびれなどの症状があり、約3週間の受診ごとにブロック注射と内服治療をしていた。

表1 患者属性と疼痛・破局的思考・生活の質の特徴, 痛み日記開始前と3ヶ月後の変化

		A 氏	B 氏	C 氏	
病名		頚椎ヘルニア	帯状疱疹後神経痛	脊椎関節炎	
痛みの部位		頚部痛	肛門周囲痛	頚部痛	
治療開始年		2018 年	2015 年	2017 年	
VAS (mm)	前	40	70	52	
	3 ヶ月後	30	35	49	
	変化量	-10	-35	-3	
PCS (点)	反芻 得点範囲：0-20	前	9	15	14
		3 ヶ月後	7	14	5
		変化量	-2	-1	-9
	無力感 得点範囲：0-20	前	4	14	6
		3 ヶ月後	2	10	4
		変化量	-2	-4	-2
	拡大視 得点範囲：0-12	前	7	9	7
		3 ヶ月後	3	7	2
		変化量	-4	-2	-5
	合計 得点範囲：0-52	前	19	38	27
		3 ヶ月後	11	31	11
		変化量	-8	-7	-16
EQ5D-5L	EQ5D-5L	前	0.822752	0.360189	0.602498
		3 ヶ月後	0.822752	0.736627	0.667149
		変化量	0	0.376438	0.064651
	健康感 (mm)	前	35	70	52
		3 ヶ月後	64	83	70
		変化量	29	13	18

2回目面接:「ブロックして1週目は痛みが軽くて幸せだけど, 2週目から痛みが出てきて, 3週目はもっと痛くなる。」など不安や辛さの訴えが多く聞かれた。

NRS は1週目 3-4, 2週目 5-7, 3週目 7-8。

3回目面接: 姉の急逝により痛みが悪化し, 「息が苦しくなるくらい背中がズーンと痛い。痛みは, (NRS) 8 くらいだ。」と訴えが聞かれた。また痛み日記も1週間書くことができなくなった。

4回目面接: 痛み日記を再開していた。「寝ていると痛みが出てくるため, 少しずつストレッチや散歩をしている。」と発言があった。NRS は, ブロック注射 1週目 3-4, 2週目 5-6, 3週目 6-7。

6回目面接: 「首の痛さは前より楽。」と発言あり。NRS は, ブロック注射 1週目 3-4, 2週目 5-6, 3週目 6-7。

2) 破局的思考の変化

(1) A 氏

初回面接: 左頸部の痛みについて, 頸椎ヘルニアによるものだけでなく2回追突された交通事故の後遺症が原因だと考えていた様子がみられた。また安易に示談してしまった事についてわだかまりとトラウマがあることがわかり, 本人が納得

するまで話を傾聴した。もともと教員をしており, 几帳面で真面目な性格で, ストレスを周囲に話せない様子があった。

2回目面接: 英会話やカラオケなど, チャレンジしていることについて認めながら傾聴した。

6回目面接: 「日記を書くことで, 自分を客観的に見られるようになり, ストレスや痛みを軽減する方法を考えられるようになった。痛い痛いと言った思考にならなくなった。」「看護師さんに, 今の痛みだけでなく, 過去の痛みの体験を聞いてもらったりすることで, 自分のことをフィードバックできてとても有意義だった。医療者が一番の理解者であることが患者の支えになっている。」などの発言が聞かれた。

(2) B 氏

初回面接: 「娘を病気で亡くした, その後主人も亡くしてから3年で帯状疱疹になってしまった。帯状疱疹のおかげでこんな体になってしまった。痛くてどうしていいかわからない。便が出ると思うと痛みがひどい不安になる。」と話していた。看護師は「起きると痛いことばかりを息子に話してしまい, 迷惑をかけているのではないかと」との発言より, ストレスがあることがわかった。また, 決められたことをきちんとしないと気が済まないという性格で, 目薬を臥床した状態で1日6回

点眼することもストレスになっていることがわかった。娘と夫に先立たれた悲しみを今も引きずっており、まずはゆっくり話を傾聴した。

2 回目面接：痛み日記には「不安」という感情が多く記載あり。「話していると気が紛れて痛みが少なくなる。」との発言があった。チャレンジ項目には、TV 体操やハーモニカをすることが記載されていた。

3 回目面接：「前向きになって来ていると思う。神経痛だから前向きになれば良くなるのかなと思ってきた。帯状疱疹になってからは死にたいと思って、好きなクロスワードもしていなかったけど、最近やろうと思うようになってきた。」と話し、感情の項目には、「うれしい・安心・良かった」の記載があり、赤ペンで花丸をつけ、患者とともにうれしい気持ちを共有した。

6 回目面接：感情の項目には「安心、ほっとする」との記載あり。「チャレンジすることがあると頑張ろうと思った。日記は自分の体はこうだったと思い返すことができてよかった。」と穏やかに話していた。

(3) C 氏

初回面接：「なんで自分がこんな痛い目にあうのか」と思うこともあり、痛みが治ることへの諦めと諦めたくない気持ちのジレンマがあることがわかった。また痛みがあり、前かがみで杖歩行していることから実年齢より老化してみられていることへのストレスを感じていた。ヘルパーや子供に気を遣って、自分の思いを表出できずストレスになっている様子だったため、痛みやストレスに対して思いを傾聴した。

2 回目面接：言葉では「不安」や「辛さ」などを発言する一方で、痛み日記の感情欄は「うれしい」「楽しい」という言葉が目立つというギャップがみられた。看護師は、辛い気持ちや感じたことをありのまま痛み日記に書いてよいことを説明し、本人が納得するまで話を聞き、感情を素直に表出できるよう接した。

3 回目面接：姉の死により、ショックを受けていたが、「家族には弱い自分を見せたくない。」と泣きながら話す姉との思い出を看護師は傾聴し、悲しみや辛い気持ちを表出出来るように関わった。

4 回目面接：痛み日記を続けることで、自身の心の整理になり、姉の死を受け入れられた様子だった。

6 回目面接：「日記や看護師さんと話すことで、痛みはあってもそれはそれで他に楽しいことを見つけようと思うようになった。今は楽しい。」と前向きな発言が聞かれるようになり、読書や絵を書くなどチャレンジすることが増えた。また「感情を閉じ込めず表現できるようになった、チャレンジする気持ちが大事だと思った。」と振り返り、我慢せず感情を素直に表出することで、家族とのコミュニケーションの改善にもつながった様子だった。「痛みはもう治らないと思っていたけど、看護師さんと話すことで自分の気づかない所を発見してくれて、痛みを違う視点で考えられるようになった。」との発言が聞かれた。

3) 生活の質の変化

(1) A 氏

初回面接：無呼吸症候群で夜間 CPAP を装着しており、強制換気時に覚醒してしまうことで深い睡眠がとれていないことがわかった。また、ADL は自立しているが、左頸部の痛みにより左腕の可動範囲が狭くなっているという自覚があった。

2 回目面接：睡眠時間は 4-5 時間だった。夜間尿は 3-4 回で夜間中途覚醒あり、日中に眠くなり昼寝をしてしまう状態だった。寝返り時 CPAP のマスクがずれて、頸部が痛くなることから、痛みと睡眠の質が関わっている可能性があることに A 氏自身が気づかれ、睡眠時無呼吸の改善方法や夜間頻尿の解決方法について一緒に考えた。羞恥心のため、泌尿器科受診をためらっていたが、その思いを受け止め、睡眠の質の改善のために、泌尿器科受診を勧めた。

3 回目面接：嚥下の強化のため英会話やカラオケにチャレンジしている記載がみられた。また、泌尿器科を受診し、頻尿の薬が処方され、夜間尿が 1 回となり、睡眠時間は 5-6 時間へ増えた。

5 回目面接：夜間尿は 1 回、睡眠時間は 6-7 時間だった。2 時間ウオーキングや、英語の歌にチャレンジを続けている様子が見られた。左腕の可動範囲に変化はないが、「歌っていると気分もいい、首やお腹の筋肉にも効果があると思う。夜間起きることも少なくなって、睡眠の質が良くなった。痛みはあるけど、いい方向に進んでいると思う。」との発言が聞かれた。

(2) B 氏

初回面接：ADL は自立しているが、「痛くて歩くのが辛い、家事もできなくなってきた。趣味のパッチワークもできなくなった。目薬しないと乾燥してなにも出来ない。」との訴えがあり、思いを傾聴した。

3 回目面接：チャレンジ項目にエアロバイク 100 回、ハーモニカ、クロスワード、体操の記載がみられた。

6 回目面接：痛みはあるが痛みの程度が減少したことで、「花壇の手入れができるようになった。家事が以前よりも楽にできるようになり、趣味のパッチワークを再開できた。」との発言が聞かれた。

(3) C 氏

初回面接：寝ていることが多く、行動範囲が狭くなり杖歩行で思うように掃除もできない状態だった。

2 回目面接：朝起きた時ストレッチをするようになり、「少しずつ動くようにしている。」との発言が聞かれた。

3 回目面接：姉の死により、混乱あり、部屋でぼんやりしているなど行動範囲が狭くなった様子あり。できる範囲で痛み日記を続けチャレンジを行動してみるように支援した。

4 回目面接：「ストレッチしてだいぶ動けるようになってきた。」との発言あり。チャレンジ項目に、料理してみる、何かひとつでも動いてみるなど記載されていた。

6 回目面接：「寝ているばかりでなく、座ってすごしてみるようになった。」と発言が聞かれ、なるべく座位で生活するなど、

自分自身で痛みが改善する方法を考えるようになり、行動の変化があり、笑顔がみられるようになった。

Ⅵ. 考 察

1. 痛み日記をつける効果

肥田ら（2017）は「痛み日記は現在の痛みを客観視するとともに、痛みの原因を医療提供者が把握し実行可能な対策を練るためのツールとしても有効であった」と述べている。本研究でも、痛み日記をつけたことで、睡眠の質の低下や座ることなどが痛みの原因と気づくことができていた。その後、生活を見直し解決策を実行したことで、「痛みは自分で軽減できる」と実感でき、痛みや生活の質の改善につながったと考える。また、前向きな感情だけでなく「不安」や「辛さ」などの感情もありのままに書き出すことが、自分の感情と行動のギャップを認識するきっかけとなり、その後の考え方や破局的思考の改善に効果があったと考える。家族の死など、悲しい出来事で痛みが悪化した者もいたが、痛み日記を続けることで、心の整理につながった。また痛みを抱えた日常の中で、目標にチャレンジし得られた自己効力感も、破局的思考に良い影響を与え、痛みの軽減と、生活の質の改善をもたらしたと考える。

2. 痛み日記を用いた面接の効果

痛み日記で書かれている前向きな感情を褒め、チャレンジする姿勢を支援することで、チャレンジする種類が徐々に増え、表情も明るく変化したと考える。チャレンジすることで「痛みがあってもできる」という視点へ変化し、痛みや破局的思考への改善につながったと考える。印南（2014, P44）は「痛み日記を使用することにより、患者と看護師間で痛みの共有ができ、患者が自分の苦しみを知ってもらえるという安心感が生まれ、信頼関係の確立や医療用麻薬では取りきれない精神的な苦痛の緩和レスキュードーズの要求のしやすさにつながると考える」と述べている。対象者からも「看護師さんがきちんと聞いてくれるのが心の支えになる」との発言も聞かれた。痛み日記を通して看護師が傾聴し共に考えることは、面接時の言葉だけではなく、書面での思いや感情も共有することになり、より深く理解してもらえという安心感につながり、痛みの軽減に影響したと考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

対象者が3名と限られているため、痛み日記を通じた面接の効果の一般化には限界がある。今後は症例数を増やし、長期介入し痛み日記を用いた面接の効果を検証する必要がある。

Ⅶ. 結 論

慢性疼痛患者に対する痛み日記を用いた面接をおこなった結果、疼痛、破局的思考および生活の質の改善が示され、効果があった。

本論文の内容の一部は、第54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

- 印南靖子. (2014). 医療用麻薬に対して抵抗を示す患者との関わり～“痛み日記”を使用して～ (p.44). 川崎市立川崎病院事例研究集録, 43-45.
- 笠原論. (2014). しつこい痛みは日記で治る (p.52, p.223). 廣済堂出版.
- 肥田光正, 北山淳, 浜岡克伺, 山坂宏太. (2017). 訪問リハビリテーションで痛み日記を用いた認知行動療法的アプローチが有用であった慢性疼痛の一例 (p.143). 慢性疼痛, 36 (1), 140-144.
- 厚生労働省科学研究費地域医療基盤開発推進研究事業慢性疼痛患者に対する統合医療的セルフケアプログラムの構築班. (2012). 慢性疼痛患者のためのセルフケアガイドブック (p.6). https://www.meiji-u.ac.jp/ac-cli/files/selfcare_book.pdf (最終閲覧日 2021 年 3 月 28 日)
- 慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ (編) (2018). 慢性疼痛治療ガイドライン. 真興交易 医書出版部.

◇研究報告◇

性的マイノリティの受療に関わる看護研究の動向

—看護師と当事者の視点からの分析—

川西幸広^{1)*}, 久野暢子¹⁾, 矢野朋実¹⁾, 上富史子¹⁾, 坂下恵美子¹⁾

目的: 性的マイノリティの受療に関わる研究の動向を明らかにし、看護師と当事者の視点から受療行動支援における課題の示唆を得る。

方法: 医中誌 Web で検索式を「性的マイノリティ or LGBT or 性同一性障害」not「学生 or 看護教育」として得られた文献から、研究対象が性的マイノリティ・看護師以外、受療と無関係の文献を除外し 12 件を研究対象文献とした。研究対象を看護師と当事者の 2 群に分け、双方の視点から研究の動向と受療行動支援における課題の示唆を得た。

結果: 文献は 2004 年から 2023 年に発表されており、研究対象が看護師の文献は 6 件で近年急増していた。量的研究が大半で看護支援が不十分と報告されていた。性的マイノリティが対象の文献は 7 件あり大半がトランスジェンダーへの面接調査であった。

結論: 看護師への性的マイノリティに関する理解の普及や、看護実践の言語化の必要性が示唆された。

【キーワード】 性的マイノリティ, 看護師, 受療行動支援, 文献検討

I. はじめに

性の多様化が認知され、全世界で性的マイノリティ（以下、「当事者」）への理解が求められている。日本での当事者の割合は、およそ 8.9%とされている（電通広報局, 2021）。中塚（2013）が当事者である児童生徒等に対する適切な教育相談等の支援の必要性を教育関係者へ報告し、また文部科学省が全国の小中高の教職員に対して当事者に対するきめ細やかな対応を求める通達（文部科学省, 2015）が行われるなど、様々な取り組みがなされている。この結果、高等学校教育までは当事者に関する研修会や授業などが始まっている（本多, 2022; 梶川, 安部, 2021）。社会人においても、当事者であることを理由に昇進を妨げられる等の差別を受けることの無いように、職場での正しい理解の促進や権利擁護のための施策が厚生労働省から講じられている（厚生労働省, 2024）。しかし、8 割の当事者が職場でカミングアウトしていない現状があり（厚生労働省, 2020）、社会的受け入れは進んでいるとはいえない。当事者は学校や会社だけではなく医療、福祉、公共サービス、社会保障など様々な生活場面において困難に直面している（性的指向お

よび性自認等により困難を抱えている当事者等に対する法整備のための全国連合会, 2019）。その中でも医療に関しては、病院受診経験がある当事者の 2.5 人に 1 人がネガティブな体験をしている（鈴木ら, 2022）といわれ、当事者はもとよりサービスを提供する看護師にとっても受療状況の改善は喫緊の課題であると考えられる。受療には多くの個人情報提供が必要であるため当事者が躊躇するのは当然であろう。一方、性という秘匿性の高い複雑な背景をもつ当事者に対して、看護師の戸惑いも否定できない。いくら診断・治療に必要な事項であったといえども、本人から同意を得ることなく情報共有してしまった場合にはアウトティングにあたりうる可能性があり（武田ら, 2024）、看護師には専門家として単なる守秘義務の遵守以上の細やかな配慮が必要不可欠であると考えられる。よって当事者の受療に関わる研究の動向を明らかにし、当事者・看護師双方の視点から受療行動支援における課題の示唆を得ることで、看護の質向上の一助となることが期待できる。

なお、本研究では「性的マイノリティ」と「当事者」を同義語として用い、LGBT の他、自己の性的指向・性自認に迷っている人の総称として用いた。

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 宮崎県立看護大学

* E-mail: kawanisi@mpu.ac.jp

Ⅱ. 目 的

当事者の受療に関わる研究の動向を明らかにし、看護師と性的マイノリティの視点から当事者の受療行動支援における課題の示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

文献検討

2. 研究対象文献の選定 (図 1)

文献データベースは医中誌 Web を使用し、キーワードが表題もしくは抄録にある「原著論文」「看護論文」を全年検索で検出した。検索式は「性的マイノリティ or LGBT or 性同一性障害」and「看護」とした。得られた文献 47 件の抄録を読み、性的マイノリティを主題とした内容ではない 6 件、研究対象が臨床の看護師もしくは受療に関する当事者の研究ではない 28 件、当事者の性別適合手術に関する症例報告 1 件を除いた 12 件を研究対象文献とした。

3. データ収集方法

12 件の研究対象文献を精読し、発表年、雑誌名、研究対象、調査方法、目的をデータとして収集した。データ収集期間は 2023 年 8 月から 2024 年 3 月であった。

4. 分析方法

- 1) 研究対象文献を研究対象者（看護師／性的マイノリティ）で 2 群に分けた。それぞれの研究の動向を確認するために発表年、雑誌名、研究対象、調査方法、目的を一覧表に整理した。
- 2) 研究対象文献数の推移を発表年ごとに整理した。
- 3) 研究対象文献の研究成果を簡潔にまとめた。
- 4) 研究内容が数値データを分析したものか、個人の経験や視点を理解することに重きを置いたものかを確認するため研

究デザインに着目し、3) を研究対象者と研究デザインを軸とする表に整理した。

- 5) 上記 1) ～4) をもとに、「看護師」と「性的マイノリティ」の視点から受療行動支援における課題の示唆を得た。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、匿名加工情報のみを用いた研究であり、著作権の侵害がないように留意した。

Ⅴ. 結 果

1. 研究対象文献 (表 1)

研究対象文献 12 件を研究対象別に整理して表 1 に示した。看護師を研究対象とした文献が 6 件 (No1～6)、性的マイノリティを研究対象とした文献が 7 件 (No6～12) であった。なお、文献 No6 は看護師と性的マイノリティの両方を対象とした研究であったため、それぞれ文献 No6-a と文献 No6-b として両方に分類した。

2. 性的マイノリティの受療に関する研究の年次推移 (図 2)

研究対象文献は 2004 年から 2023 年までに発表されていた。2004 年から 2013 年の 10 年間では 4 件発表されており、平均件数は 0.4 件/年であった。2014 年から 2023 年では 8 件で、平均件数 0.8 件/年であった。

3. 性的マイノリティの受療に関する研究内容 (表 2)

1) 研究対象ごとの研究デザインの割合

看護師を研究対象とした 6 件のうち質的研究は 1 件 (17%)、量的研究は 5 件 (83%) であった。性的マイノリティを研究対象とした 7 件のうち質的研究は 4 件 (57%)、量的研究は 3 件 (43%) であった。

2) 研究対象ごとの研究内容

- (1) 看護師を研究対象にした文献

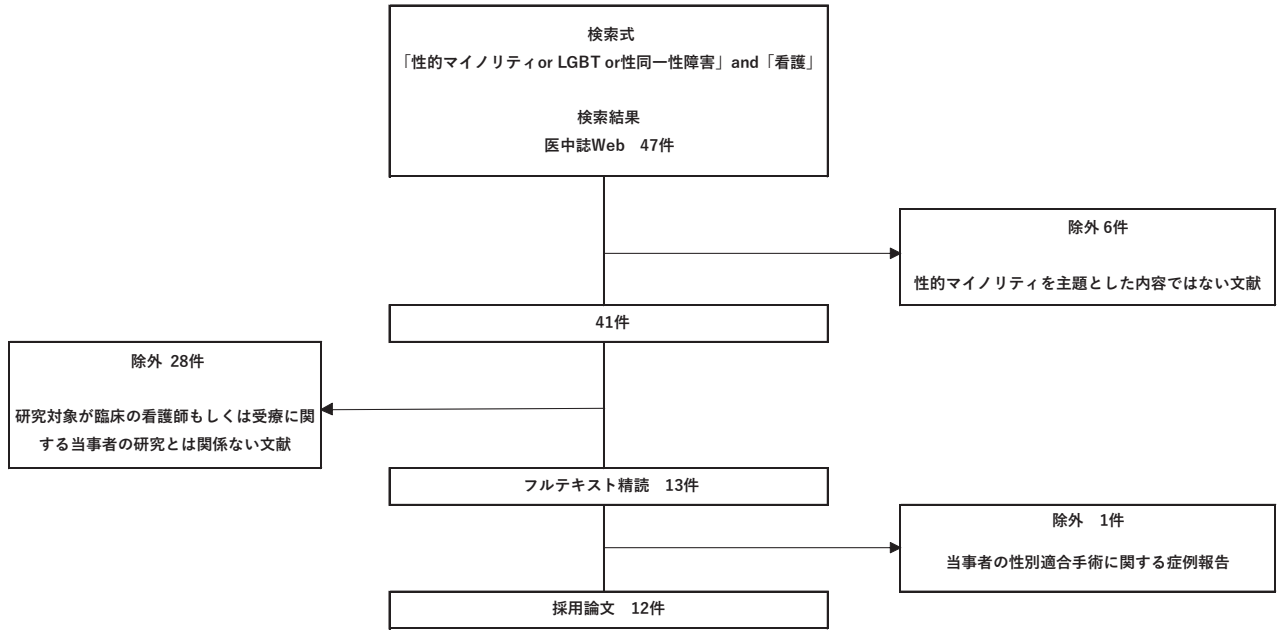


図 1 文献選定のフローチャート

表 1 研究対象文献

No.	題目	著者(年)	雑誌名,巻(号),ページ	研究対象	調査方法	目的
看護師	1 看護師の性別違和への関わりにくさについての尺度作成	三宅ら (2022)	岡山医学会雑誌, 134(1),22-27.	看護師 556 名	質問紙調査	看護師の性別違和への関わりにくさについての尺度を明らかにする.
	2 看護師のセクシュアル・マイノリティに関する認識の実態	神田ら (2022)	日本看護研究学会雑誌, 45(1),93-104.	看護師 1,009 名	質問紙調査	セクシュアル・マイノリティに関する看護師の認識を明らかにする
	3 看護職の LGBT および性同一性障害に関する認知と看護基礎教育との関連	佐藤ら (2021)	GID(性同一性障害)学会雑誌, 14(1),45-54.	看護師 572 名	質問紙調査	看護基礎教育において LGBT に関する情報を得た経験の有無と, LGBT および性同一性障害に関する看護職の認知との関連性を明らかにする
	4 SRS 周術期看護における GID 当事者に対する看護師の思い	狩野ら (2019)	GID(性同一性障害)学会雑誌, 21,40.	看護師16名	グループインタビュー調査	性別適合手術(SRS)周術期看護における性同一性障害(GID)当事者に対する看護師の思いを明らかにする
	5 性同一性障害患者への看護師の役割 看護師のアンケート調査より	小林ら (2011)	GID(性同一性障害)学会雑誌, 4(1),79-81.	看護師20名	質問紙調査	性同一性障害(GID)患者への看護師の役割を検討する
	6 性別違和をもつ人への院内配慮の現状と看護者の意識 看護者アンケート調査から	山之口 (2015)	GID(性同一性障害)学会雑誌, 17,94.	セクシャルマイノリティの交流会に参加していた看護師 226 名と性別違和感を持つ対象者	質問紙調査 (看護師)a インタビュー調査 (当事者)b	看護師が配慮していることと, 性的マイノリティに関する認識と知識の状況を明らかにする. 当事者の困り事に関して明らかにする.
性的マイノリティ	7 LGBT 当事者における医療機関への受診の実態とケアニーズ	鈴木ら (2022)	厚生の指標, 69(7),17-23.	当事者 33 名	質問紙調査	LGBT 当事者の医療機関への受診の実態と, ケアニーズを明らかにする.
	8 女性パートナーと結婚経験があり, 子どもを持つ性同一性障害(MTF)当事者の性別移行を支える援助カミングアウトまでの生活の実態と心理状態の分析から	古谷ら (2017)	母性衛生, 58(1),65-73.	当事者 5 名	半構造化面接	女性パートナーと結婚経験があり, 子どもを持つ MTF 当事者がカミングアウトまでに辿る性別移行過程を明らかにし, 性別移行への自己決定を支える援助について示唆を得る
	9 トランスジェンダーの医療人類学的研究 性別適合手術による性別違和感の語りの変容	市橋ら (2016)	藍野学院紀要, 28,11-19.	性別適合手術後のトランスジェンダー2名	インタビュー調査	性別違和感の理解と看護ケアのための基礎知識を提供し当事者の福祉に役立てる
	10 性同一性障害(GID)をもつ人の看護への提言 ライフストーリー・インタビューによる GID の人の軌跡より	篠原 (2011)	GID(性同一性障害)学会雑誌, 4(1),82-85.	MTF1名・FTX1名	インタビュー調査	GID をもつ人のライフストーリーを通し, セクシュアリティの側面から対象を理解し, その語りから見える看護上の問題と介入方法を明らかにする
	11 性同一性障害の外来の診療システムにおける問題点	中塚ら (2005)	母性衛生, 46(2),404-411.	当事者 108 名 (Female to Male 症例 68 名, Male to Female 症例 40 名)	質問紙調査	性同一性障害(以下, GID)の外来診療システムの問題点を明らかにする
	12 性同一性障害患者の看護入院中の看護の取り組みと評価	奥野ら (2004)	日本性科学会雑誌, 22(1), 12-15.	性別適合手術を受けた GID 患者 9 名	質問紙調査	性同一性障害(GID)患者の看護はどうあるべきかを検討する

(注)文献No.6 は看護師と性的マイノリティの両方が研究対象である文献であり、それぞれ文献No.6-a、文献No.6-b とする。

文献数

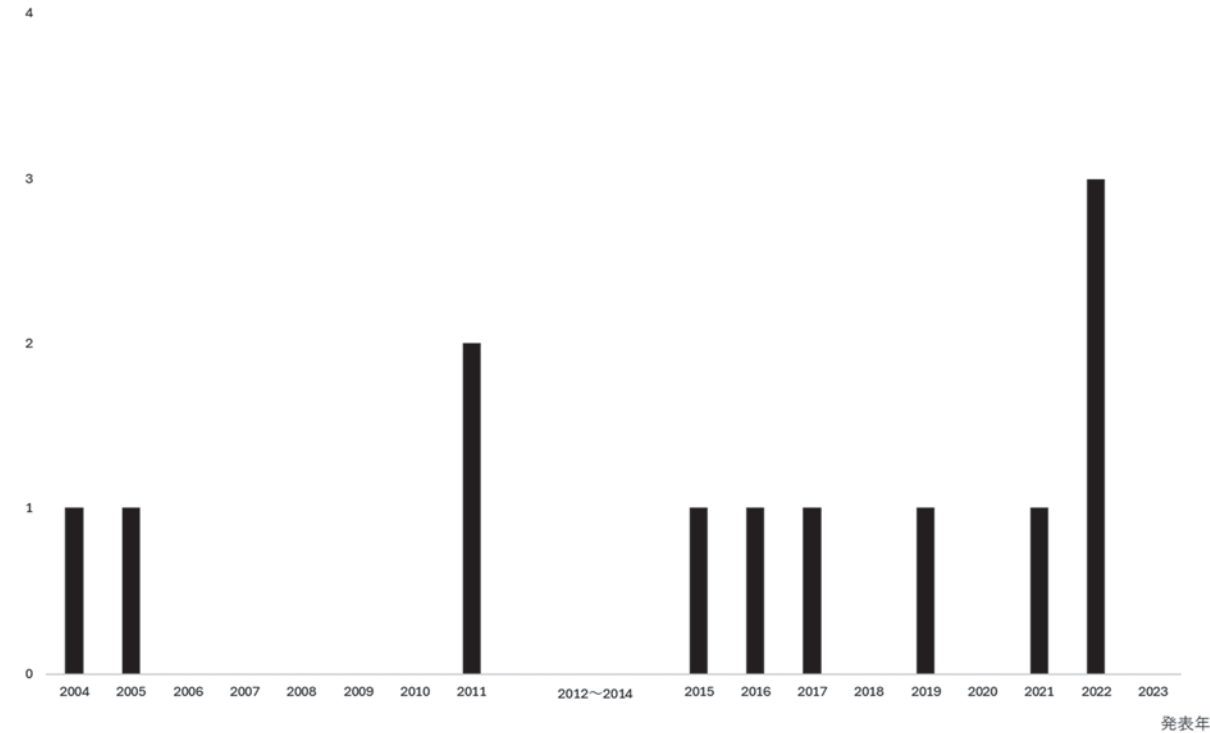


図 2 発表年と文献数

表2 性的マイノリティの受療に関する研究結果

研究対象	質的研究	量的研究
看護師	【文献No.4】 「現状の看護に対する前向きな思い」「GID 当事者看護の特殊性による思い」「現状の看護に対する困難感」の、三つのカテゴリーが抽出された。GID 当事者の自費診療や家族との関係性、カミングアウト状況、パートナーについてなどの情報収集の際にどこまで触れて良いかなど常に考えているなど、困難感を抱えていることが示された。対象者は躊躇しながらも必要な看護を行っていると述べていた。	【文献No.1】 「関係性の構築」、「性別違和への陰性感情」の 2 因子から構成されることが明らかになった。 【文献No.2】 言葉の認知度は最も LGBT が高いが 5 割以下であり、関心がある者は 2 割未満だった。一方で、半数はセクシュアル・マイノリティについて知る必要があると考えている。看護基礎教育で教育を受けたことのある者は約 2 割であり、病院で研修を行っているところは 1 割弱であり研修環境が整っていない。病院内に偏見や差別があると考える者、セクシュアル・マイノリティであることが健康格差につながると考える者は 2 割未満である。セクシュアル・マイノリティへの対応では病室の割り振り方が看護師のジレンマが最も大きかった。セクシュアル・マイノリティに対する知識や理解に乏しいが、権利擁護の役割を担う医療者としての思考に基づく判断が備わっており、質問紙上においてはセクシュアル・マイノリティに寄り添った思考に基づく判断を選択する看護師が多かった。 【文献No.3】 看護職における LGBT という用語の認知率は 51.2%であり、80.6%の対象者が「看護職は情報を得る必要がある」と考えており、41.1%の対象者が「LGBT 当事者への対応について看護上の問題として取り組む必要がない」と考えていた。看護基礎教育の中で LGBT について情報を得た経験の有無は、LGBT という用語への認知、性同一性障害における治療法や日常生活上の困難、性別変更について定めた法律に関する認知と有意な関連があった。 【文献No.5】 調査に協力した 80%の看護師が羞恥心に配慮できていると回答した。配慮できている理由としては「露出部位を最小にする」がもっとも多く、「ドア・カーテンを閉める」「回診時の人数制限」の回答も見られた。「通常の手術患者と同様に対応している」「できるだけ患者の意向に対応しているが、それだけでは不十分だと思う」という回答があり、全ての看護師はさらなる精神的支援が必要であると考えていた。退院時指導については、85%ができていないと回答し、できていると回答した人はいなかった。できていない理由では知識不足が 55%で最も多かった。 【文献No.6-a】(注) 看護師への質問紙調査の結果から、看護者が意識して配慮しているのは、院内での呼名について、トイレがそれぞれ 16.9%、病衣 10.0%であった。対応に関するマニュアルがある施設はなく多くの看護師はさらなる配慮の必要性を感じていた。看護師の GID を含むセクシャルマイノリティの認識と知識については、91%が知っていると回答し、知らないという者はいなかった。しかし、性別違和をもつ対象の不安は十分に考慮されていないこと、GID について看護者に十分な知識があるといえないことなどが明らかになった。
性的マイノリティ	【文献No.6-b】(注) 性別違和をもつ対象へのインタビュー結果としては、「受付で性別を聞かれたり、アンケートに記入する際に惑う」などの回答が得られた。 【文献No.8】 カミングアウトするまでの過程で【自らの意志または成り行きで引受けた、男としての結婚】【女性性を封印する決意】【平穏な夫婦関係に潜む性役割葛藤】【女性性を確信して再燃した女性表現欲求】【性の多様性を知って加速した自己の探究】【女性を自認して込み上げた、男性の身体で生き続けることへの限界感】【独りで進めた女性として生きる取組み】【露呈または治療上の必要性によるカミングアウト】の 8 カテゴリーが抽出された。当事者の性の探求を促す環境を整え、自己受容に寄り添い、女性としての新たな人生に向けた現実的で主体的な選択を支える援助の必要性が示唆された。 【文献No.9】 トランスジェンダーをケアするための基礎となる病態論についてフィールドワークをもとに当事者 2 名の世界観を医療人類学的に記述した。 【文献No.10】 「セクシュアリティに関する経験や生活史」に関するカテゴリーには「性別違和感に関する苦しい個人の歴史」「法整備の前後の比較」が認められた。「看護の実際と願い」については「ありのままを受け入れる」「知的理解への関与」「看護役割への期待」が明確になった。医師-患者関係での治療的関係において現在、看護の存在は、ほとんど認められない傾向にあった。この現実の中で看護の介入は必要であるという対象の語りがあった。	【文献No.7】 当事者 40%が医療機関での不快な体験をしており、本名の呼称(50%)、周囲からの視線(41.7%)、身体について医療目的以外の質問(8.3%)等であり、受診時の不都合な体験は、性別の回答に悩む、本人と認識されないなどであった。医療従事者への対応ニーズとして、LGBT 知識の高さ、問診票の性別欄の工夫、自覚している性別で対応であった。また、受診のための環境ニーズは、LGBT に考慮したトイレ、シャワー室・更衣室の環境工夫、待合室の環境工夫であった。 【文献No.11】 待合については、FTM・MTF の両症例とも全体で 7 割以上が満足していたが、FTM 症例の産婦人科に対する満足度は 4 割弱と低率であった。特に診察室への呼び込みは戸籍上未改名の症例において通称名や性のみで呼ばれることを希望する症例が多かった。待合室では周囲の視線が気になる、恥ずかしいという意見が多くみられた。また、病院内のトイレについては、両症例とも多くが服装に合わせた性別のトイレを使用していたが、満足度はいずれも 3 割台に留まっており、「男女共用にして欲しい」といった意見もみられた。 【文献No.12】 1)患者自身の望む性を患者の性として接することが必要であること、2)呼名で呼んだり名前のれを仮名にするなどの工夫を行い、患者を周囲の好奇の目にさらさないよう十分なプライバシーへの配慮が必要 3)本来の性に戻ろうとする患者の思いを理解し看護することが必要 4)GID に関するチーム間の連絡と協力が必要 5)事務系・医療系全職員に対する GID に対する啓蒙活動が必要であること、などが示唆された。

(注)文献No.6 は看護師と性的マイノリティの両方が研究対象である文献であり、それぞれ文献No.6-a、文献No.6-b とする。
文献No.○は性同一性障害者を研究対象とした文献である。

文献No1 は、性別違和を感じる患者への看護経験のある人が抱く関わりにくさの因子として「関係性の構築」「性別違和への陰性感情」を報告していた(三宅ら, 2022)。文献No2、文献No3 は、性的マイノリティに接する機会や学習経験のある看護師でも、性的マイノリティに対する認知度は高いとはいえず、性的マイノリティに関する情報を得る必要があると考えていること、研究対象の勤務環境では偏見差別があると考える者が少なかったことを報告していた(神田ら, 2022;

佐藤ら, 2021)。文献No4 は、トランスジェンダーへの看護経験がある看護師の思いを明らかにした質的研究であり、看護師は前向きな思いとともに困難感を抱え、躊躇しながら看護を行っていることを明らかにしていた(狩野ら, 2019)。文献No5、文献No6-a は、トランスジェンダーへの看護経験がある看護師に対する調査で、文献No5 では、当事者への羞恥心の配慮について出来ていると回答した看護師が 80%、出来ないと回答した看護師と同様の配慮は行っているが不十分と考

えている看護師が20%であり、特に退院支援は85%の人ができていないと回答していた（小林ら，2011）。No5とNo6共に看護師自身が性同一性障害（以下：GID）に関する知識の不足があると考えていることを報告していた（小林ら，2011；山之口，2015）。

(2) 性的マイノリティを研究対象にした文献

文献No6-b，文献No8は，当事者の受療に関する質的研究であり，性別の質問への戸惑いやありのままを受け入れてほしいこと，当事者に関する理解の希望などを明らかにしていた（古谷ら，2017；山之口，2015）。文献No9，文献No10は，ナラティブな記述により研究対象者の世界観を明らかにしていた（市橋ら，2016；篠原，2011）。文献No7は医療機関へ受診した当事者に対しての質問紙調査，文献No11，文献No12は性別適合手術を受けた対象への質問紙調査であり，受療時のネガティブな体験として本名の呼称や，周囲からの視線，性別の回答の割合が高かったこと，医療者に求めるニーズとして性的マイノリティに関する知識の向上，患者の思いを理解すること，問診票の性別の表記の検討，トイレやシャワーの配慮などが報告されていた（中塚ら，2005；奥野ら，2004；鈴木ら，2022）。

Ⅵ. 考 察

1. 性的マイノリティの受療に関わる研究の動向

性的マイノリティの受療に関わる文献検索を行い，2004年から2023年に医中誌 Web に掲載された12文献を対象として研究の動向を分析した。2004年から2013年では平均が年1件に満たず研究されない年が続くこともあったが，直近10年間ではほぼ毎年研究が行われるようになっていた。このことは，行政機関からの通達（文部科学省，2015）と併せて，2010年代頃からSNSの利用が流行したことで，インターネット上で当事者だけが使用していた言葉が世界中に知れ渡ることになった（荒木，2021）ことが背景にあると考える。わが国でもさまざまな性的指向や性自認の認識が広がりを見せたことで，研究が増加してきたと考える。特に2021年から2023年には看護師を研究対象とした研究が4件（文献No1，2，3，7）と急増しており，看護職である研究者が性的マイノリティへの関心を高めたことが伺える。これには2020年の新型コロナウイルス感染症の流行により，誰もが受診や入院を必要とする状況になったことが影響していると考えられる。これまで受診を避けていたことで表に出てくることの無かった性的マイノリティの受療に関する困難や課題（日本放送協会，2020）が浮き彫りとなり，看護師の当事者に対する受療行動支援への意識が高まったことが推測される。2024年現在，コロナ禍の影響は落ち着いてきたが，性的マイノリティの社会参加が広がる現代において，当事者が受診の必要性が切迫するまで我慢せずとも，いつでも安心して受療できる環境を整えることが重要であると考えられる。性的マイノリティの受療に関する研究としては2004年（文献No12），2005年（文献No11）から

みられ始め，最新の研究は2022年（文献No7）の研究である。少なくとも20年前から受療時に当事者が抱える問題は存在していることが推測されるが，当事者が抱える問題や困り事は，本名を知られたくない，周囲から好奇心で見られたくない，プライバシーへの配慮をしてほしい，男女で分けないでほしいなど，それぞれの文献で同様の結果が示されており未だ解決に至っていない。更なる研究を重ね看護支援の体制を整えていく必要があると考える。

文献No6-b，文献No7，文献No11，文献No12では，当事者のニーズとして外来や更衣室，病室等，他者と共有する場所におけるプライバシー確保の工夫と対応が報告されており（中塚ら，2005；奥野ら，2004；鈴木ら，2022；山之口，2015），個々の対応だけでなく環境面でも配慮すべき点が多くあることが示された。今回の当事者を研究対象とした研究対象文献において7件中6件（86%）は性的マイノリティの中でもトランスジェンダーを研究対象とした文献であった。すなわち，研究者はトランスジェンダーの受療行動支援に対する問題意識が高いことが明らかになったといえる。しかしながら，トランスジェンダー以外の当事者の受療の実態はほとんど明らかにされていない。GIDは，体と心の不適合によって医学的な治療を要するという見える問題であり（西百・井上，2020），自己の性的指向をカミングアウトしない限り周囲には問題が見えないレズビアン，ゲイ，バイセクシュアルとは異なり，研究対象として着手されやすかったと考える。また，性的マイノリティを研究対象にした文献数は2004年から2023年の間に7件しかなかったこと，文献No8は結婚経験があり子供を持ち，その後にカミングアウトしている当事者が研究対象であり（古谷ら，2017），文献No9は40歳を過ぎてから自己の本当の性に確信を持った当事者が研究対象であった（市橋ら，2016）。これらからGIDであってもカミングアウトしていない当事者も存在することが推測される。佐藤，沢宮（2018）は，レズビアン，ゲイ，バイセクシュアルは異性愛者に比べてネガティブな内省を頻繁に行い，対人関係におけるストレスを多く経験しており性的指向が定まっていない層，あるいは自身の性的指向に抵抗を感じ「同性」や「両性」と回答できなかった層こそが，本当に援助を必要としている人達であることを報告しており，トランスジェンダー以外の当事者の受療に関する研究の必要性があると考えられる。

2. 性的マイノリティの受療行動支援における課題

1) 看護師の視点から

性的マイノリティに対する看護経験や知識を持った看護師を対象とした文献No2では，それらの人たちでも関心は高いと言えず研修環境が整っていないこと（神田ら，2022），文献No3の当事者の情報を得る必要があること（佐藤ら，2021），文献No6-aのGIDの十分な知識がないこと（山之口，2015）などが報告されていた。これらのことは，性的マイノリティへの看護に対するある程度の基礎力があっても性的マイノリティに対しての認知度は決して高いとは言えないことを示し

ている。研究対象文献に看護師の性的マイノリティに関する研修や成果に関する研究が無かったことから全般的に性的マイノリティの理解に関する知識が不足していることが伺える。文献No3は、看護基礎教育における性的マイノリティに関する学修の有効性を述べているが十分ではないことを報告しており（佐藤ら, 2021）、講義内容や学習機会の充足に向けた対策の必要性が高いと考える。藤井ら（2007）は性的マイノリティに関する授業や研修が少ない理由に関して、単に時間が無いということだけでなく、教える側も学ぶ機会が少ない状況であることを述べている。臨床看護師への正しい知識の普及のために、当事者団体に看護師向けの研修会を依頼することも一案であろう。さらには看護師間で正しい知識を伝えることのできる人材の育成や体制の整備が求められる。

性的マイノリティへの看護支援に関して、文献No5はトランスジェンダーへ同じように羞恥心への配慮を行っていても、80%の看護師はできていると考え、20%の看護師はまだ不十分であると考えていた（小林ら, 2011）。文献No6-aは院内での呼名やトイレ、病衣等の配慮を意識し配慮しているが、多くの看護師はさらなる配慮の必要性を感じており（山之口, 2015）、両方とも十分な看護が出来ているとは言い難いことを示していた。看護師は患者との関係を作りながら、相互作用を媒介として看護展開しているので看護介入の評価とともに、患者―看護師関係の評価や、関係性のなかでの看護師自身の評価も同時に行われている（田中, 2013）。しかし、各看護師の羞恥心に対する意識や感じ方の違いが看護の評価に影響していることが考えられ、看護師を研究対象とした研究はほとんどが量的研究であり、当事者との相互作用で行われる看護実践を言語化できる形式知として十分に蓄積されているとは言えないことを示唆している。看護実践のための知識の蓄積及び体系化が必要と考える。

2) 当事者の視点から

今回の結果では、性的マイノリティを対象とした研究の全てがトランスジェンダーを研究対象とした面接調査であったことから、その他の当事者が抱く思いや体験は未だ明らかにされていない。あえてカミングアウトしない当事者やカミングアウトできない当事者などさまざまな状況が考えられ、見えにくい問題だからこそ、個々の視点を丁寧に明らかにしていく必要がある。2000年以降、性的マイノリティのアイデンティティとその名称の細分化または複数化が顕著（荒木, 2021）といわれ、今後は性的指向やセクシュアリティを含め個々のアイデンティティを尊重した看護の視点がより重要となると考える。

未だ職場や友人、家族にもカミングアウトできる環境が整っているとは言い難い我が国において（厚生労働省, 2020）、当事者に研究の同意を得ることは難しくアウティングにつながりかねないため、慎重にリクルート体制を整える必要がある。性的マイノリティ全般に対する多くの知見や事例を積み重ね、必要な看護支援のエビデンスを蓄積できるように研究を進めていく必要があると考える。

VII. 結 論

医中誌 Web に掲載された性的マイノリティの受療に関する研究論文は2004年から2023年に12件であった。研究対象の割合は看護師と性的マイノリティで同程度であった。看護師を対象としたものは性的マイノリティへの看護経験や知識を持った看護師に対する質問紙調査が大半を占め、性的マイノリティを対象としたものは半数以上が自らの思いを語ったトランスジェンダーへの面接調査であった。

研究内容を整理した結果では、性的マイノリティへの看護に関する基礎力のある看護師は当事者のニーズに応じた配慮をある程度しているが、知識や支援が不十分と考えていた。今後の受療行動支援として性的マイノリティへの正しい理解の普及やトランスジェンダー以外の対象理解や看護実践の言語化の必要性が示唆された。

本論文の内容の一部は第43回日本看護科学学会学術集会において発表した。本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 荒木生. (2021). インターネット時代における性的マイノリティの「名乗り」と「名付け」—インターセクショナルリティと「ロマンティック」の観点から—. 常民文化, 44, 1-27. 電通広報局. (2021年, 4月). 「LGBTQ+調査2020」を実施. NEWS RELEASE. 電通. <https://www.dentsu.co.jp/news/item-cms/2021023-0408-02.pdf> (検索日 2023年8月9日)
- 藤井ひろみ, 桂木祥子, はたちさこ, 筒井真樹子. (2007). 医療・看護スタッフのためのLGBTIサポートブック. メディカ出版.
- 古谷ミチヨ, 川村千恵子, 中塚幹也. (2017). 女性パートナーと結婚経験があり、子どもを持つ性同一性障害 (MTF) 当事者の性別移行を支える援助: カミングアウトまでの生活の実態と心理状態の分析から. 母性衛生, 58 (1), 65-73.
- 本多明生. (2022). 性的マイノリティの児童生徒に対する学校の支援・配慮状況に関する研究—小学校・中学校・高等学校を対象とした全国調査—. 静岡理工科大学紀要, 30, 23-32.
- 市橋弘子, 今井真央, 落合小百合, 川越未来, 能城久美子, 柴田真理子, 高垣雅緒. (2016). トランスジェンダーの医療人類学的研究—性別適合手術による性別違和感の語りの変容—. 藍野学院紀要, 28, 11-19.
- 梶田野栄, 安部郁子. (2021). 学校現場における性の多様性の取り扱いに関する調査研究. 福島大学人間発達文化学類附属学校臨床支援センター紀要, 4, 11-18.
- 神田希子, 中障子和泉, 山崎綾夏, 岡田祐来, 鹿野楓, 後藤美里, 関瑞穂, 古川真菜, 水島彩, 柳原清子, 稲垣美智子, 堀口智美. (2022). 看護師のセクシュアル・マイノリティに関する認識の実態. 日本看護研究学会雑誌, 45 (1), 93-104.
- 狩野祥子, 高橋清美, 小林隆宏, 雪田夏未, 越智絢子, 佐藤由佳子, 内山真由美. (2019). SRS 周術期看護におけるGID当事者に対する看護師の思い. GID (性同一性障害) 学会雑誌, 12 (1), 245-248.
- 小林隆宏, 加藤明乃, 中村敦子, 蓮川由紀子, 多羽田直実, 石井絢子. (2011). 性同一性障害患者への看護師の役割—看護師のアンケート調査より—. GID (性同一性障害) 学会雑誌, 4 (1), 79-81.

- 厚生労働省. (2020 年, 3 月). 職場におけるダイバーシティ推進事業報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000673032.pdf>
(検索日 2023 年 12 月 15 日)
- 厚生労働省. (2024 年, 11 月). 職場におけるハラスメント対策パンフレット.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/001338359.pdf>
(検索日 2025 年 2 月 6 日)
- 三宅麻希, 大島義孝, 難波志穂子, 松本洋輔, 堀内真希子, 山田了士. (2022). 看護師の性別違和への関わりにくさについての尺度作成. 岡山医学会雑誌, 134 (1), 22-27.
- 文部科学省. (2015 年, 4 月). 27 文科初児生第 3 号. 性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細かな対応の実施等について.
https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/04/1357468.htm
(検索日 2024 年 1 月 10 日)
- 中塚幹也, 秦久美子, 江國一二美, 高馬章江, 江見弥生. (2005). 性同一性障害の外来の診療システムにおける問題点. 母性衛生, 46 (2), 404-411.
- 中塚幹也. (2013 年, 3 月). 学校における性同一性障害の子どもへの支援法の確立に向けて. 研究成果報告書.
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-23651263/23651263seika.pdf> (検索日 2023 年 8 月 14 日)
- 日本放送協会. (2020 年, 5 月). 新型コロナ問題 LGBT の人たちが抱える不安や悩み広がる.
<https://www.3nhk.or.jp/news/html/20200517/k10012433931000.html> (検索日 2023 年 7 月 28 日)
- 西百久登, 井上幸子. (2020). トランスジェンダーに対する看護師の知識及び理解的態度と看護実践の関連. 日本看護学会誌, 40, 322-331.
- 奥野信枝, 永井敦, 公文裕巳. (2004). 性同一性障害患者の看護: 入院中の看護の取り組みと評価. 日本性科学会雑誌, 22 (1), 12-15.
- 佐藤綾子, 山田奈央, 井關敦子. (2021). 看護職の LGBT および性同一性障害に関する認知と看護基礎教育との関連. GID (性同一性障害) 学会雑誌, 14 (1), 45-54.
- 佐藤洋輔, 沢宮容子. (2018). 同性愛者・両性愛者の抑うつ・不安を高める媒介モデルの検証. 心理学研究, 89 (4), 356-366.
- 性的指向および性自認等により困難を抱えている当事者等に対する法整備のための全国連合会. (2019 年, 3 月). 性的指向および性自認を理由とするわたしたちが社会で直面する困難のリスト (第 3 版).
<https://lgbtetj.jp/wp/wp-content/uploads/2019/03/%E5%9B%B0%E9%9B%A3%E3%83%AA%E3%82%B9%E3%83%88%E7%AC%AC3%E7%89%88%EF%BC%8820190304%EF%BC%89.pdf> (検索日 2023 年 9 月 10 日)
- 篠原好江. (2011). 性同一性障害 (GID) をもつ人の看護への提言—ライフヒストリー・インタビューによる GID の人の軌跡より—. GID (性同一性障害) 学会雑誌, 4 (1), 82-85.
- 鈴木美紗希, 浦中桂一, 朝澤恭子. (2022). LGBT 当事者における医療機関への受診の実態とケアニーズ. 厚生指標, 69 (7), 17-23.
- 武田裕子, 吉田絵理子, 宮田瑠珂 (編). (2024). LGBTQ+医療現場での実践 Q&A (p.39). 日本看護協会出版.
- 田中美恵子 (編). (2013). 精神看護学 学生—患者のストーリーで綴る実習展開 (p.4). 医歯薬出版.
- 山之口千佳. (2015). 性別違和をもつ人への院内配慮の現状と看護師の意識—看護師アンケート調査から—. GID (性同一性障害) 学会雑誌, 8 (1), 139-140.

◇研究報告◇

がんピアサポーターのピアサポートにおける 体験に関する文献検討

須藤梨帆¹⁾, 菅原亜希²⁾, 鈴木敦子^{3)*}

目的: 文献検討により, がんピアサポーターのピアサポートにおける体験を明らかにする。

方法: 医学中央雑誌 web を用いて検索し, 選定された 8 編を分析対象とした。文献から体験に関する記述を抽出し, 質的帰納的に分析した。

結果: 【自分のがん体験を役立てるという使命感をもってピアサポーターとしての役割を果たす】【ピアサポート活動を通して自尊感情が高まる】【がん体験者およびピアサポーターとして体験者の支援に苦悩する】【ピアサポーターの役割を認識し困難への対処を身に付ける】【より良いピアサポート活動のため継続的に自己研鑽する】【ピアサポート活動組織の課題を見出し改善と発展を望む】が明らかとなった。

結論: 看護師は, がんピアサポーターのがん体験に関心を寄せ, ピアサポート活動体験への意味付けと, 多様性を尊重した活動団体の組織づくり, 活動の合意形成を支援する必要性が示唆された。

【キーワード】がん, ピアサポーター, ピアサポート, 文献検討

1. はじめに

日本のがん罹患率は増加し, 2019 年に新たに診断されたがんは約 100 万例で, 5 年相対生存率は男女計で 64.1%と上昇しており (国立がん研究センター, 2022), がんは全ての人々にとって身近な病気となっている。第 4 期がん対策推進基本計画 (厚生労働省, 2023) では, がんとの共生を分野別目標に掲げ, 相談支援および情報提供としてピアサポートの充実に向けた支援の必要性が盛り込まれた。

ピアサポートとは, 同じ体験をした仲間 (ピア) が相互に助け合うことであり (がん患者団体支援機構, 2023), 患者会, 患者支援団体であるセルフヘルプグループ (以下, SHG) や自助グループ, がん体験者自らが開設したブログやソーシャルネットワークワーキングサービスを通じた交流等, 様々な形態がある。特に, 患者会, SHG といった場でピアサポートが提供される場合, 自身もしくは家族としてがんを体験し, 同じがん体験者の悩みや不安の傾聴による体験の共有や共に考える役割を担うピアサポーターが不可欠である。

ピアサポートに関する先行研究において, 高橋ら (2004) は,

自助グループによる情緒的サポートは, がん体験者の自尊感情を高め, 今ある状況や自分自身を肯定的に受け入れることを可能にすると同時に, 自己に対する認識を変容させ, 自ら自己決定していくための力を得るプロセスを支えることを示している。一方, ピアサポートへの参加により, 同病者の病状悪化や死を知り恐怖を実感すること (末貞ら, 2017), 世代や病気の違いから, わかり合えない寂しさやピアの体験談に圧倒されるといったピアに抱く葛藤 (松沼, 二渡, 2020) が報告されている。これらのピアサポートの効果や体験に関する報告から, がんとの共生においてピアサポートが果たす役割は重要であるが, ピアサポートの負の影響も理解し, ピアサポートの活動を支援することが医療者に求められると考える。

がんピアサポーターに関する報告では, 活動に際して訪問者を傷つけないかという緊張感, 自分の存在意味のゆらぎ, 立場の違いによる対応の戸惑いなどの困難感の体験 (佐藤, 2012) や, 周囲からの助言や困ったときのスーパーバイザーの存在を必要とし, 病院・社会の理解と協力など多面的な支援を望んでいたことが明らかになっている (吉田ら, 2018)。これらのことから, ピアサポーターも困難を中心とする多様

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 東北公済病院 2) 宮城大学看護学群 3) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

* E-mail: suzukiat@ns.tbgu.ac.jp

な体験をしていると考えられ、ピアサポートの効果を高めるためには、ピアサポーターへの支援が不可欠であると考ええる。がんピアサポーターに関する研究は散見されるが、がんピアサポーターとして得られる多様な体験に着目し、より実践に活かせるよう知見を整理した上でピアサポーターに対する支援を検討することは意義深いと考える。そこで、本研究では、本邦におけるがんピアサポートの促進及び充実に向けたがんピアサポーターへの支援を検討するため、既存の国内論文の文献検討により、がんピアサポーターのピアサポートにおける体験を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、本邦のがんピアサポーターのピアサポートにおける体験を明らかにし、がんピアサポーターの支援の在り方を検討することである。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

1) ピアサポート

ピアサポートとは、同じ体験をした仲間（ピア）が相互に助け合うこと（サポート）であり、がんを自身が体験、もしくは家族として体験された方の支え合いである（がん患者団体支援機構, 2023）。ピアサポートには多義的で様々な形があり、同病者同士の会話などから自然発生的に生じるピアサポートがあるが、本研究では、患者会や SHG のような意図的でフォーマルなピアサポートとする。

2) がんピアサポーター

がんピアサポーターとは、自身もしくは家族としてがんを体験し、同じような病気を患う患者、家族（ピアサポートの利用者）に対してサポートを行おうとする人である（がん患者団体支援機構, 2023）。本研究において、がんピアサポーターとは、ピアサポートを提供する成人期にがんに罹患した患者とその家族とする。

2. 分析対象文献の抽出

データベースは医学中央雑誌 web を用いた。検索式は、「がん」and「ピアサポーターor ピアサポート or 自助グループ or 患者会」とし、原著論文を絞り込み条件に加えた。2023 年 8 月に検索を行い、発行年は限定しなかった。文献の選定基準は、研究対象者が、がん患者またはその家族であり、がんピアサポーターのピアサポートにおける体験が記述されている質的研究の論文とした。除外基準は、会議録、総説、小児がん患者および小児がん患者家族のピアサポーターに関する研究とした。検索の結果、合計 258 編が該当した。選定・除外基準に従い、総説 10 編、小児がん患者および小児がん患者の家族のピアサポーターに関する研究 24 編、がんピアサポーターのピアサポートにおける体験の記述が無い文献 216 編を本研究の目的に沿わない文献として除外した。選定・除外基準により抽出した、計 8 編を分析の対象とした。

3. 分析方法

対象文献を精読し、がんピアサポーターのピアサポートにおける体験に関する記述を抽出した。体験に関する記述は、意味のあるまとまりごとに意味内容を損なわないよう一文で表現し、コードとした。コードの相違性、共通性を比較し、意味内容の類似性に基づき、サブカテゴリ、カテゴリを生成した。分析を行う際は、信頼性確保のため研究者間で討議した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、著作権および著作者人格権に配慮し、適切な引用と論文の文脈の保持に努めた。

Ⅴ. 結 果

1. 対象文献の概要

分析の対象とした文献の概要を表 1 に示す。

研究対象者であるピアサポーターの年齢は 30 歳代から 80 歳代と幅広く、ピアサポーターの経験年数も数か月から 10 年以上まで含まれていた。がん種は複数か、明らかにされていなかった。

2. がんピアサポーターのピアサポートにおける体験

がんピアサポーターのピアサポートにおける体験について、112 コード、28 サブカテゴリ、6 カテゴリが生成された。以下、【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、〈 〉は文献内容から抜き出したコードを示す。

がんピアサポーターは、【自分のがん体験を役立てるという使命感を持ってピアサポーターとしての役割を果たす】、【ピアサポート活動を通して自尊感情が高まる】、【がん体験者およびピアサポーターとして体験者の支援に苦悩する】、【ピアサポーターの役割を認識し困難への対処を身に付ける】、【より良いピアサポート活動のため継続的に自己研鑽する】、【ピアサポート活動組織の課題を見出し改善と発展を望む】という体験を得ていた（表 2）。

1) 【自分のがん体験を役立てるという使命感を持ってピアサポーターとしての役割を果たす】

このカテゴリは、4 つのサブカテゴリから構成された。《使命感をもって今生きている自分のがん体験を伝える》は、〈長生きしている自分が同病者へ希望を与える〉のように、自分が生き残っているからこそ経験を伝え、他者へ希望を与えることができるという、自分に与えられた重大な務めを認識していた体験であった。また、《がん体験者や家族がなんでも話せる環境を作る》ことにより、《自分と同じ気持ちを体験している同病者のありのままを受け止め寄り添う》ことで、ピアの思いや体験を共有していた。《がん体験者が話しやすい雰囲気をつくり自ら方向性を見出せるようにする》は、がんサロンのファシリテーターとして、利用者が自らのがん体験の意味を見出せるように話しやすい雰囲気づくりを行い、司会・進行役を担うことを示していた。

表1 対象文献の一覧表

文献 番号	著者 発行年	題目	目的	対象者の概要	結果
(1)	福井他 2019	長期がんサバイバーがピアサポート活動続ける意味 - 10 年以上の活動経験を通して -	患者会やピアサポートの活動を継続している長期がんサバイバーは、ピアサポート活動続ける意味をどのように捉えているかを明らかにする。	診断後 10 年以上のがんサバイバーでピアサポートに参加している 18 名 性別：男性 5 名、女性 13 名 年齢：50～80 歳代 対象者のがん種：乳がん、胃がん、大腸がん、子宮がん、喉頭がん、舌がん、腎臓がん、膀胱がん、白血病、性腺外原発胚細胞腫 罹患年数：平均 17.6 年 ピアサポーター経験年数：平均 11.8 年	サポート活動を長期に継続する意味として、【長期生存者・証言者としての使命】【がん体験者の思いを共有する重要性の確信】【出会った人が元気になっていくことが生きがいやライフワークになる】【病院・医療者とのつながりの継続】【ピアサポートと「がん相談」の違いの認識】【今後の活動への模索】が見出された。
(2)	大松 2010	がんの患者会運営のプロセスに関する考察	がん関連患者会の展開過程に注目し、そのプロセスで生じる事象や課題、その克服のために行ってきた内容を構造化することを目的とする。	首都圏に在住するがん関連患者会代表者で 1 年以上活動を継続する 5 名 性別：記載なし 年齢：記載なし 所属団体のがん種：乳がん、リンパ浮腫、婦人科がん、がん全般 罹患年数：記載なし ピアサポーター経験年数：記載なし	がん関連の患者会の展開においてそのプロセスで生じる事象や課題、その克服のために行ってきた内容を抽出し、14 の概念を生成した。得られた概念を、ミッション、資源、人の 3 つに分類したうえで、会の設立から現在までを時間軸でとらえることにより、【活動を始める】、【組織体として自覚する】、【課題に直面する】、【方向性を決める】ことが明らかとなった。
(3)	森井他 2022	A 病院「がんサロン」への参加者がピア・サポーターになった要因分析	A 病院「がんサロン」への参加者がピア・サポーターになった要因を明らかにする。	A 病院がんサロン 1 年以上参加後ピア・サポーターとなった者 4 名 性別：男性 2 名、女性 2 名 年齢：記載なし 罹患年数：平均 8.3 年 ピアサポーター経験年数：平均 1.75 年	ピア・サポーターになった要因は、【がんに罹患した辛い感情・体験】【がんサロンに参加した思い】【居心地が良い場所】【がんサロン参加者の豊かな人生】【経験したものだけが共感できる体験】であった。
(4)	糸井他 2020	病院で活動しているがんピアサポーターが大事にしていること	病院で活動しているがんピアサポーターが大事にしていることを明らかにする。	A 患者団体、首都圏でピアサポート活動をしている者 10 名（がんサバイバー 9 名、家族 1 名） 性別：女性 8 名、男性 2 名 年齢：40～70 歳代 がん種：記載なし 罹患年数：記載なし ピアサポーター経験年数：5 ヶ月～30 年	医療機関で活動しているがんピアサポーターが大事にしていることは、【傾聴しありのままを受け止め、利用者が方向性を出せるようにする】【医療者とは違う立場をわきまえ、対応する】【心持を安定させ、生活とがんピアサポート活動とのバランスを考える】【知識や技術を担保し、自分磨きを続ける】【医療者、病院との信頼関係を築く】であった。
(5)	佐藤 2012	がんサロンにおけるボランティアのピアサポーターとしての体験のプロセス	サロンにボランティアとして 1 年以上参加しているがん患者・家族に対し、ピアサポーターとしての体験の変化のプロセスを明らかにする。	A 病院サロンに 1 年以上参加したボランティア 7 名（患者 5 名、家族 2 名） 性別：記載なし 年齢：40～60 歳代 がん種：記載なし 罹患年数：記載なし ピアサポーター経験年数：18～22 ヶ月	ボランティアの体験のプロセスは【自分のがん体験】、【自分への癒し】、【ピアサポーターとしての役割意識】で構成された。ボランティアは、【ピアサポーターとしての役割意識】により、立場の違いや対応への緊張感など、【対応の困難感】を感じた。ピアサポーターとしての成長を自覚し、《自己の存在意味の維持・強化》という【自分への癒し】となっていた。
(6)	吉田 2018	医療機関を活動の場とするがんピアサポーターへ行われている支援と必要としている支援	医療機関を活動の場とするがんピアサポーターへ行われている支援と必要としている支援について明らかにする。	A 患者団体、首都圏でピアサポート活動をしている 10 名（がんサバイバー 9 名、家族 1 名） 性別：女性 8 名、男性 2 名 年齢：40～70 歳代 がん種：記載なし 罹患年数：記載なし ピアサポーター経験年数：5 ヶ月～30 年	がんピアサポーターが必要としている支援は、【がんピアサポーター同士の学びと支えの環境】【がんピアサポートに関する学習】【確かで最新の情報】【社会のがんに関する理解と協力】（活動や感化会団体に対する経済的支援）【がんピアサポート活動のしくみの改善】【がんピアサポーター養成講座の質保証】であった。
(7)	高垣他 2017	がんサバイバーのピア・サポート活動を行うリーダーの原動力に影響する要因	がんサバイバーのピア・サポート活動を行うリーダーの原動力に影響する要因を明らかにする。	患者会またはサロンに属しピアサポート活動を行うがんサバイバー 9 名 性別：男性 3 名、女性 6 名 年齢：平均 68.1 歳 所属団体のがん種：がん全般、乳がん、喉頭がん、大腸がん、悪性リンパ腫 罹患年数：記載なし リーダーとしての活動年数：平均 11.0 年	リーダーの原動力に影響する要因は、【がんと共に生きること自信を持っていること】【人の役に立ちたいという思いがあること】【患者会の活動の役割を認識していること】【患者会で活動することで満足感が得られること】【活動を通して自己成長を実感できること】【患者会のビジョンがあること】【周囲からのサポートがあること】であった。
(8)	菊地他 2016	ピアサポート活動遂行によるがんピアサポーターの役割の認識に関する研究	ピアサポーターの自身の活動や役割への認識を明らかにする。	がんピアサポーター養成講座修了後ピアサポーター経験がある者 12 名（患者 9 名、家族 3 名；うち遺族 1 名） 性別：女性 9 名、男性 3 名 年齢：30～60 歳代 がん種：記載なし 罹患年数：記載なし ピアサポーター経験年数：記載なし	ピアサポーターの自身の活動や役割への認識は、【がんサバイバー・家族の気持ちに寄り添う支援活動】【ピアサポーターの活動遂行によって得たポジティブな感情】【ピアサポーターの役割の大きさと自己成長の自覚】【ピアサポート活動で生じた対処しきれない困難感】【今後のピアサポーターの役割拡大への期待】であった。

表2 がんピアサポーターのピアサポートにおける体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	文献番号
自分のがん体験を 役立てるといふ使命感 を持ってピアサポーター としての役割を果たす	使命感をもって今生きている自分のがん体験を伝える	6	1, 7, 8
	がん体験者や家族がなんでも話せる環境を作る	4	1, 5 7, 8
	自分と同じ気持ちを体験している同病者のありのままを受け止め寄り添う	7	1, 4, 5 7, 8
	がん体験者が話しやすい雰囲気をつくり自ら方向性を見出せるようにする	3	1, 4, 8
ピアサポート活動を通して自尊心 が高まる	がん体験者とその家族の体験について、自分の体験と比較することにより視野が広がる	3	5
	がん体験者への対応から成長した自分を自覚する	4	5, 8
	ピアサポートの活動を通して自分自身が癒される	4	1, 5, 8
	ピアサポート活動が自分にとって生きる活力になる	7	1, 5, 6 7, 8
	仲間へ恩返しができる喜びを感じる	2	3, 7
	ピアサポート活動が果たす社会的役割を実感し活動の成果を誇りに思う	5	2, 5, 7
がん体験者および ピアサポーターとして 体験者の支援に苦悩する	がん体験者である自分の経験が重なり精神的な負担を感じる	2	8
	時間の経過とともに自分とがん体験者との病気の体験に差が生まれ、がん体験者のニーズを理解できなくなる	2	2
	ピアサポーターとしてがん体験者への対応や支援に自信がもてない	5	3, 5, 8
ピアサポーターの役割を 認識し困難への対処を 身に付ける	ピアサポートの活動後はつらい気持ちを引きずらないように気持ちを切り替える	2	5, 6
	自分の生活とピアサポート活動とのバランスを保つ	2	4, 5
	ピアサポート活動と一緒に運営していくための仲間と相互に支え合う	5	5, 6, 7
	運営や企画の悩みは医療専門職からアドバイスを受ける	5	2, 5, 6
	医療専門職と異なるピアサポーターの役割を認識し、がん体験者の話を受け止めることに専念する	5	4, 5, 8
	ピアサポート活動の信頼性を高めるため医療者や病院との対等な信頼関係を築く	3	1, 2, 4
	相談者に役立つ知識を得るために継続的な学習の必要性を感じる	6	6
より良いピアサポート活動のため 継続的に 自己研鑽する	自主的な講習会の参加やピアサポーター同士の振り返りから、より良いピアサポート活動について学ぶ	4	3, 4, 6
	ピアサポート活動を通した相談者の経験や体験から学びを得る	2	6
	活動の方向性を巡るメンバー間の意見の相違からピアサポート活動への課題を自覚する	3	2, 5
ピアサポート活動組織の 課題を見出し 改善と発展を望む	ピアサポート活動の維持継続のため経済的支援の必要性を感じる	1	6
	他のピアサポートの団体と比較することにより会の活動の方向性を模索する	2	2, 5
	ピアサポート活動の充実と継続のため多様な人材の必要性を認識する	8	1, 2 6, 7
	ピアサポートの活動を通して更なる活動の発展を望む	5	5, 7, 8
	ミッションを掲げたピアサポート活動の振り返りから活動体制の改善を検討する	5	2, 6 7, 8

2) 【ピアサポート活動を通して自尊感情が高まる】

このカテゴリーは、6つのサブカテゴリーから構成された。《がん体験者とその家族の体験について、自分の体験と比較することにより視野が広がる》では、〈訪問者の話と自分の体験を比較することで自分の固定観念が変化する〉といった、ピアサポーター自身のがん体験の視野が広がることを示していた。《がん体験者への対応から成長した自分を自覚する》では、ピアサポート活動を通して自分自身の考え方の変化や対応の成長を自覚し、〈訪問者の思いや反応は類似しているからこそ、

自信をもって話せるようになった〉というピアサポーターとしての自信を得る体験につながっていた。《ピアサポートの活動を通して自分自身が癒される》では、ピアサポーターも同病者の共感による癒しを得て、前向きな気持ちになることを示していた。《ピアサポート活動が自分にとって生きる活力になる》では、ピアサポート活動が楽しみや活力につながり、〈ピアサポートの活動は自分にとって生きる意味になる〉といった、生きがいや自己の存在意義を強く感じていることが示された。《仲間へ恩返しができる喜びを感じる》では、患者会から受け

た支援に感謝し、自分の経験を活かして仲間に恩返しをしたいという気持ちを示していた。《ピアサポート活動が果たす社会的役割を実感し活動の成果を誇りに思う》では、訪問者の増加や繰り返し参加する体験者の様子からサロンが果たす役割を実感し、〈患者会が社会的に貢献できたことを認識し、患者会活動の成果を誇りに思う〉という体験が示された。

3) 【がん体験者およびピアサポーターとして体験者の支援に苦悩する】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリから構成された。《がん体験者である自分の経験が重なり精神的な負担を感じる》では、〈悲嘆するがんサバイバーの気持ちに共感し、気分が重くなる〉、〈自分もがんサバイバーであり、がんサバイバーの訴えを聞き流すことが出来ない〉という負担を感じていた。

《時間の経過とともに自分とがん体験者との病気の体験に差が生まれ、がん体験者のニーズを理解できなくなる》では、〈時間の経過とともに、病気が進行中の方と自分の病気の体験に差が生まれる〉、〈ピアサポーター自身の状態が安定しているがために、困っている人の話を聞くのがつらく、ニーズを理解できなくなってしまう〉という体験をしていた。《ピアサポーターとしてがん体験者への対応や支援に自信がもてない》では、〈自分は何をサポートすればいいのか、ピアサポーターとして自分ができる参加者への支援について難しさを感じる〉、〈自分がサロンにいる意味があるのかと自信がなくなるときがある〉のような、活動をする上で難しさを感じていることが示された。

4) 【ピアサポーターの役割を認識し困難への対処を身に付ける】

このカテゴリは、6つのサブカテゴリから構成された。《ピアサポートの活動後はつらい気持ちを引きずらないように気持ちを切り替える》では、〈訪問者がつらいことを語っても家まで気持ちを引きずらないように心がける〉、〈相談後は気持ちを切り替える〉ことを心がけて活動をすることを示していた。《自分の生活とピアサポート活動とのバランスを保つ》では、〈穏やかな気持ちを保つため日常生活とがんピアサポート活動とのバランスを考える〉、〈経済的、時間的、精神的にも余裕があるからピアサポーターが継続できることを認識する〉のように、生活とがんピアサポート活動との兼ね合いを捉え、心に余裕を持ちながら活動をしていた。《ピアサポート活動と一緒に運営していくための仲間と相互に支え合う》では、〈対応でよかった点についてピアサポーター同士で相互に認め合う〉のように、活動や運営にあたり、サポーター同士が補い合い、支え合っていることを示していた。《運営や企画の悩みは医療専門職からアドバイスを受ける》では、〈抱えきれない時は病院のスーパーバイザーに相談する〉、〈活動で困ったときは病院からアドバイスを受ける〉のように、様々な団体や専門職の意見を取り入れながら活動することを示していた。さらに、《医療専門職と異なるピアサポーターの役割を認識し、がん体験者の話を受け止めることに専念する》では、〈医療者とは異なるピアサポーターとしての立場をわかま

え、がん体験者の話を受け止めることに専念する〉、〈がんサバイバーが抱く医療者への遠慮や隔たりを理解することがピアサポーターの役割であることを感じる〉のように、医療者とは異なるピアサポーターの役割を自覚して対応していた。

《ピアサポート活動の信頼性を高めるため医療者や病院との対等な信頼関係を築く》では、〈医療者や病院との信頼関係を築き維持する〉ことで、ピアサポート活動の信頼性を高めようとしていることが示された。

5) 【より良いピアサポート活動のため継続的に自己研鑽する】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリから構成された。《相談者に役立つ知識を得るために継続的な学習の必要性を感じる》では、〈ピアサポーターとして継続的に学習が必要である〉のように、ピアサポート活動を行うため、継続的に知識を得ることの必要性を感じていた。《自主的な講習会の参加やピアサポーター同士の振り返りから、より良いピアサポート活動について学ぶ》では、〈研修や講習会にできるだけ参加し学習する〉、〈がん体験者への対応方法についてピアサポーター同士で教え合う〉のように、研修や講習会の自主的な参加やピアサポーター同士で相互に振り返りを行うことで、より良いピアサポート活動について学んでいた。《ピアサポート活動を通した相談者の経験や体験から学びを得る》では、〈相談者の話は勉強になり、知識の向上や調べるきっかけになる〉、〈場数を踏むことで少しずつ相談者に育てられている〉のように、研修や講習会への参加による学習だけではなく、体験者とのコミュニケーションを通して多様ながん体験の学びを得ていることが示された。

6) 【ピアサポート活動組織の課題を見出し改善と発展を望む】

このカテゴリは、6つのサブカテゴリから構成された。《活動の方向性を巡るメンバー間の意見の相違からピアサポート活動への課題を自覚する》では、〈会のミッションを共有していても、その実現方法を巡って意見が分かれる〉のように、メンバーの異なる意見から活動組織の課題を見出していた。また、《ピアサポート活動の充実と継続のため多様な人材の必要性を認識する》では、〈再発や転移の可能性のあるがんの特徴を考えると、後継者候補となる人材を確保しておく必要がある〉、〈マンパワーの不足から活動頻度や方法を模索する〉のように、活動の充実と継続のための人材について模索していた。《ピアサポートの活動を通して更なる活動の発展を望む》では、〈多くの施設や医療従事者にサポーターの必要性を知ってもらうために広報活動をしたい〉、〈サロンの活動の幅をもっと広げたい〉のように、困っているがん体験者が参加しやすいように会を発展させたいという思いを持ち、活動していることが示された。《ミッションを掲げたピアサポート活動の振り返りから活動体制の改善を検討する》では、〈ピアサポート活動を通し、現在の活動体制への改善を望むようになる〉ことで、〈コアメンバーが意見交換できるようなシステムを作り、運営方法を改善する〉といった、より良い活動にしようとする取り組みが示された。

Ⅵ. 考 察

1. ピアサポート活動を通じたピアサポーターの自尊感情の高まり

ピアサポーターは自分のがん体験や自分の受けてきた支援を活かして、ピアサポートを必要としている人のために【自分のがん体験を役立てるという使命感を持ってピアサポーターとしての役割を果たす】こと、【ピアサポート活動を通して自尊感情が高まる】体験をしていることが示された。末貞ら(2017)は、SHGで同病者に助けられた経験を持つ患者が、同病者に感謝の気持ちを抱き、今度は自分の経験を活かして同病者の辛い気持ちやしんどさを理解して支えたいと思う体験を示している。また、室田ら(2013)は、がんサバイバーはSHGでのピアサポート活動において、相手に助けられるという、がんサバイバーからの享受と相互作用の実感を得ながら活動を継続していることを明らかにしている。これらのことから、本研究で示された体験は、がん体験者同士の相互作用から得られるサポートを、ピアサポーター自身も受け取っているという体験であると考ええる。そして、砂賀、二渡(2013)は、がん体験者は、がんに罹患したことは仕方ないと思いながらも、今自分が出来ることをやろうという能動的な行動をとるようになり、同じ病気で悩んでいる人のために自己の体験を活かして他者に役立つことで、自己の存在意義を再確認したことを明らかにしている。このことから、ピアサポーターは、がん体験者同士の相互作用から、新たながん体験者としての気づき、癒し、喜び、自分が誰かの役に立てることの自覚と誇りという、【ピアサポート活動を通して自尊感情が高まる】体験を得ているのだと考える。さらに、このような自尊感情の高まりは、【自分のがん体験を役立てるという使命感を持ってピアサポーターとしての役割を果たす】という役割認識を高め、ピアサポート活動への主体性を促進すると考えられる。特に、吉田ら(2018)は、がんピアサポーターは自分の体験的知識が同病者を援助する力になることで、自らを積極的に受け入れることが可能となり、自分が相手の役に立つという自尊感情や自己有用感が高まると明らかにしている。SHGの重要な側面として、人は援助することでもっとも援助(利益)を受けるというヘルパー・セラピー原則(Riessman, 1965)が示されているが、本研究の結果から、ピアサポートの形態を問わず、ヘルパー・セラピー原則が機能していると考えられた。このように、ピアサポーターは、活動の継続により自分が誰かの役に立てることを自覚し、ピアサポートを受けた側、提供した側の双方の自尊感情が高まるという相互作用が生じ、この相互作用が、ピアサポーターの役割を遂行したいという使命感にも繋がり、ピアサポート活動が促進されるのだと考える。

2. がんサバイバーであるピアサポーターが抱く苦悩

ピアサポート活動においては、【がん体験者およびピアサポーターとして体験者の支援に苦悩する】という、ピアサポ-

ート活動によるピア同士の影響が、ピアサポーターの負担になり得ることも示された。特に《時間の経過とともに自分とがん体験者との病気の体験に差が生まれ、がん体験者のニーズを理解できなくなる》ことは、長期生存者であるピアサポーターが抱く特有の体験であると考えられる。山谷ら(2016)は、サバイバー歴の長い患者は、時間の経過の中で病気に囚われ悩む生活ではなく、不安を吹っ切り、運命として受け入れる気持ちが生じていくことを示している。このことから、長期に生存するピアサポーターは、困難を乗り越え、新たな困難や不安にも直面していると考えられるが、時間の経過により現実的な適応が可能になり、落ち着いて物事に目を向けることが出来るようになっており、「もはや自分は患者ではない」と考えることがあると推測される。

一方で、ピアサポーターは《がん体験者である自分の経験が重なり精神的な負担を感じる》ことがあり、ピアサポート活動の中で聴く他者の体験がピアサポーターにがんのことを考えさせたり、がん体験を過去のものにさせずにいたりする可能性もある。このような苦悩に対して、ピアサポーターは【ピアサポーターの役割を認識し困難への対処を身に付ける】こともしており、《自分の生活とピアサポート活動とのバランスを保つ》、《医療専門職と異なるピアサポーターの役割を認識し、がん体験者の話を受け止めることに専念する》という対処を行っていた。がんサバイバーシップの4つの時期において長期に安定した生存の時期は、治療を経て慢性期に移行した時期であり、普通の生活を取り戻し、がんのことをあまり考えなくなるが、治療後の後遺症や再発への治療、ライフステージの問題に直面し対応することが求められる時期である(久保, 2019, pp.3-4)。ピアサポーターは現在進行形のがんサバイバーでもあるため、看護師は支援者としての側面のみでピアサポーターを捉えるのではなく、ピアサポート活動とがんサバイバーとしての体験の相互の影響を捉え、がんサバイバーであるピアサポーターを支援する必要があると考える。

3. ピアサポートを促進する支援

ピアサポートの中心は、患者や家族の体験の「わかち合い」にある。しかしながら、ピアサポート活動が必ずしもわかち合う相互支援として機能するわけではなく、ピアサポートへの参加により、恐怖を実感したり、圧倒されたり、わかり合えない寂しさを体験することが報告されている(末貞ら, 2017; 松沼, 二渡, 2020)。これはピアサポーターが伝えたいことやできることが、被支援者のニーズと合致していない場合に生じると考えられる。このようなピアサポートの負の側面について、ピアサポーターもまた、《時間の経過とともに自分とがん体験者との病気の体験に差が生まれ、がん体験者のニーズを理解できなくなる》と悩んでいた。そのため看護師は、ピアサポーターの、がんサバイバーとしての時間経過の中での、がん体験の意味付けの変化やピアサポーターが現在体験しているがん体験に関心を寄せ、その変化に応じたピア

サポート活動ができるよう、傾聴する際のピア同士の組み合わせへの配慮や、ピアサポート活動や活動する組織内の役割調整を支援することが重要であると考える。

また、がんピアサポーターは強い役割認識をもっており、活動が自己の存在意義を高め、ピアサポート活動の貢献を感じていることが示された。そして、【ピアサポート活動組織の課題を見出し改善と発展を望む】中で、意見のすれ違いなどの困難を体験することも明らかとなった。このことから、看護師はピアサポート活動が継続・発展できるように、ピアサポーターの意思や意見を尊重しながら、ピアサポート活動の組織団体が意思決定できるように支援をする必要があると考える。伊藤ら（2016）は、がんサロン利用者に関する研究において、専門家や認定看護師といった進行役は、裏方に徹する黒子となって見守りながら利用者の主体性を保ち、がんサバイバーの求めている支援内容を理解しながら関わるのが大切であると述べている。ゆえに看護師は、各ピアサポーターがピアサポート活動を通して得る、自己や社会貢献への気づきを促し、患者会等の活動組織全体の雰囲気をつえ、組織全体が主体性を維持しながら活動できるよう支援することが重要であると考え。特に、ピアサポート活動では、ピアサポーター同士で意見の食い違いが起こる可能性があるということ踏まえながら、ピアサポーターそれぞれの意思や意見を尊重し、活動組織団体がより良い活動に向けた合意形成ができるよう、意思決定を支援することが求められる。そして、必ずしもピアサポート活動の継続を目指すだけでなく、ピアサポーターおよびがんサバイバーとしての体験に応じ、ピアサポーターとしての役割の一時中断や、その役割を終える選択肢を持ち、がん体験者である一個人としての選択を支えることも重要であると考え。そのため、ピアサポート活動を行う組織団体が、ピアサポーター自身の生き方やピアサポート活動への多様性を尊重する組織風土を形成できるように支援することが望まれる。

以上のことから、がんピアサポーターとピアサポートを受ける者、両者の相互作用を促進し、がんピアサポーターのがん体験に関心を寄せながら自己の存在意義が見出せるようにピアサポート活動の体験に対する意味付けを支援し、がんとの共存を目指したピアサポート活動を継続・発展できるよう、ピアサポーターそれぞれの多様性を尊重した組織づくりと活動への合意形成を支援する必要があると示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は文献検討であり、論文の限られた記述から文脈を読み取ったため、意味内容の解釈に限界がある。また、研究対象となった一次研究に協力したピアサポーターはピアサポート活動に積極的であった可能性があり、本研究の結果に影響を与えた可能性がある。

本研究で明らかとなったがんピアサポーターの体験は、がんサバイバーの特徴を反映している可能性を示したことから、がんサバイバーとしての時間経過の中で、ピアサポーターと

しての体験とがんサバイバーとしての体験が相互にどのように影響するのかを捉える面接調査や実態調査が必要であると考え。

VII. 結 論

がんピアサポーターのピアサポートにおける体験として、【自分のがん体験を役立てるという使命感を持ってピアサポーターとしての役割を果たす】、【ピアサポート活動を通して自尊感情が高まる】、【がん体験者およびピアサポーターとして体験者の支援に苦悩する】、【ピアサポーターの役割を認識し困難への対処を身に付ける】、【より良いピアサポート活動のため継続的に自己研鑽する】、【ピアサポート活動組織の課題を見出し改善と発展を望む】が明らかになった。看護師を含む医療者は、がんピアサポーターのがん体験に関心を寄せながら自己の存在意義が見出せるようにピアサポート活動の体験に対する意味付けを支援し、がんとの共存を目指したピアサポート活動を継続・発展できるよう、ピアサポーターそれぞれの多様性を尊重した組織づくりと活動への合意形成を支援する必要があると示唆された。

本研究において開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 福井里美, 吉田みつ子, 守田美奈子, 奥原秀盛, 遠藤公久. (2019). 長期がんサバイバーがピアサポート活動を続ける意味—10年以上の活動経験を通して—. 日本緩和医療学会誌, 14 (2), 79-88.
- がん患者団体支援機構. (2023). 令和5年度厚生労働省委託事業がん総合相談に携わる者に対する研修事業ピア・サポーター養成テキスト. 10-11.
- 糸井志津乃, 安齋ひとみ, 林美奈子, 板山稔, 吉田由美, 風間真理, 刀根洋子, 堤千鶴子, 奈良雅之, 鈴木祐子, 川田智恵子, 小池真規子. (2020). 病院で活動しているピアサポーターが大事にしていること. 日本公衆衛生雑誌, 67 (7), 442-451.
- 伊藤正道, 光行多佳子, 藤本喜久恵, 阿部まゆみ, 杉田豊子, 安藤詳子. (2016). がん診療連携拠点病院の「がん患者サロン」利用者にみられる変化をもたらす要因—病院スタッフからみた利用者の変化から—, 死の臨床, 39 (1), 166-173.
- 菊地沙織, 神田清子, 藤本佳子, 二渡玉江, 角田明美, 堀越政孝, 塚越徳子, 入澤美幸, 塚本憲史. (2016). ピアサポート活動遂行によるがんピアサポーターの役割の認識に関する研究. 群馬保健学紀要, 37, 31-39.
- 国立がん研究センターがん情報サービス. (2022, November 16). 最新がん統計. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (検索日 2024 年 3 月 5 日)
- 厚生労働省. (2023, March 28). がん対策推進基本計画(第4期). <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001077913.pdf> (検索日 2024 年 3 月 5 日)
- 久保五月. (2019). 第1章がんサバイバーシップ. 近藤まゆみ, 久保五月 (編), がんサバイバーシップ第2版がんとともに生きる人々への看護ケア (pp.2-12). 医歯薬出版.
- 松沼晶子, 二渡玉江. (2020). ピアサポートを受けたがん患者の思いに関する研究内容の分析. 桐生大学紀要, 31, 99-107.

- 森井佳奈, 加藤舞, 服部大樹, 田口宏一, 細海加代子. (2022).
A 病院「がんサロン」への参加者が, ピア・サポーターになっ
た要因分析. 砂川市立病院医学雑誌, 34 (1), 106-111.
- 室田紗織, 武居明美, 神田清子. (2013). がんサバイバーがセ
ルフヘルプグループでの活動を通じて新たな役割を獲得す
るプロセス. 北関東医学, 63 (2), 125-131.
- 大松尚子. (2010). がんの患者会運営のプロセスに関する考察.
ルーテル学院研究紀要, (44), 79-92.
- 佐藤恵子. (2012). がんサロンにおけるボランティアのピアサ
ポーターとしての体験のプロセス. 日本がん看護学会誌, 26
(3), 81-90.
- 末貞晶子, 友永咲季, 西山支帆子, 成田花奈, 石神友佳, 大西
ゆかり, 内田雅子. (2017). セルフヘルプ・グループに参加
するがん患者の体験. 高知女子大学看護学会誌, 43 (1), 169-
178.
- 砂賀道子, 二渡玉江. (2013). がんサバイバーシップにおける
回復期にある乳がんサバイバーのがんと共に生きるプロセ
ス. 北関東医学, 63 (4), 345-355.
- 高垣由美子, 岡光京子. (2017). がんサバイバーのピア・サポ
ート活動を行うリーダーの原動力に影響する要因. 看護・保健
科学研究誌, 17 (1), 1-10.
- 高橋育代, 小笠原知枝, 久米弥寿子. (2004). がん体験者の
QOL に対する自助グループの情緒的サポート効果. 日本が
ん看護学会誌, 18 (1), 14-24.
- Riessman F. (1965). The “Helper” Therapy Principle. Social
Work, 10 (2), 27-32.
- 山谷佳子, 小野寺敦志, 亀口憲治. (2016). がん治療後, 日常
生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポートの意義.
国際医療福祉大学学会誌, 21 (1), 54-65.
- 吉田由美, 安斎ひとみ, 糸井志津乃, 林美奈子, 風間眞理, 刀
根洋子, 堤千鶴子, 奈良雅之, 鈴木祐子, 川田智恵子. (2018).
医療機関を活動の場とするがんピアサポーターへ行われて
いる支援と必要としている支援. 日本公衆衛生雑誌, 65(6),
277-287.

◇研究報告◇

A 県の県立病院における教育専従看護師導入の評価, 教育専従看護師に必要な能力と支援体制

— 県立病院での看護管理責任者の認識から —

高橋明美¹⁾*

目的: A 県の県立病院における教育専従看護師導入の評価, 教育専従看護師に必要な能力と支援体制を看護管理責任者の認識から分析し支援体制についての示唆を得る。

方法: 教育専従看護師が配置されている 9 施設の看護管理責任者を対象に半構造化面接法でインタビューを実施し, 教育専従看護師について導入の評価, 必要な能力と支援体制を質的帰納的に分析した。

結果: 教育専従看護師の導入は, 新人看護職員離職率の低減以外にも効果があり, 教育専従看護師に必要な能力は【人間力, 企画力, 看護実践力, 看護管理能力, 教育力】, 必要な支援体制は【組織的な育成, 教育部門統括担当者の設置, 上司の理解, 看護系教育機関との連携】であった。

結論: 教育専従看護師に必要とされる能力の検討や支援体制の構築には, 看護管理責任者の教育専従看護師の役割に関する認識が重要で, 今後の現任教育や現場の看護の質向上につながっていくことが示唆された。

【キーワード】 教育専従看護師, 能力, 支援体制, 看護管理責任者, 認識

I. はじめに

2009 年の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により, 看護職員全体の質向上と看護師個々のキャリア開発に向けて, 質の高い教育の継続的な提供と組織的な支援が求められることとなった。しかし, この法改正以前から多くの病院では, 看護研修委員会を設置するなどして, 看護の質向上に向けた人材育成に取り組んでいる。特に, キャリア開発のスタートとなる新人看護職員研修は, 2010 年から努力義務化され, 「新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド」(日本看護協会, 2009)や「新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】」(厚生労働省, 2014)が提示されている。その中では, 新人看護職員研修が効果を上げるために, 実地指導者, 教育担当者, 研修責任者に必要とされる能力や役割, そして, その役割を遂行する上で学習すべき内容が明示され, 新人看護職員を育てる立場の人材を育成することの重要性が示されている。「新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド」(日本看護協会, 2009)では,

各施設がその状況に応じて研修責任者の組織上の位置づけを考慮し, 研修の質を保障するため, できる限り専従とすること, 他者に模範となる高度な看護活動, さらに, 組織的な教育・研究活動を主体的に実践できる者であることが望ましいとされている。

A 県の県立病院は, 県内全域に, 病院 20 施設と診療所 6 施設を設置しており, 病床数 4,600 床, 看護職員数は約 3,200 人である。看護部門における教育責任者は, 新人看護職員研修等の県立病院統一の役割以外にも, 所属する組織や地域によって求められる役割・機能に対応した役割を担っており, 看護職員全体の質向上と看護職のキャリア開発に貢献している。新人看護師教育に関しても, 新人看護職員研修が努力義務化される以前より, 看護部長が部署を持ちながら兼任で担当する教育責任者が配置され, 専従ではないが看護職員の教育や研修を担当する師長という位置づけで, 新人看護職員研修や継続教育等が計画的に実施されてきた。しかし, 新人看護職員研修に関する検討会報告書(厚生労働省, 2011)でも報告されているように, A 県でも, 医療の高度化や在院日数の短縮化, 医療安全に対する意識の高まりなどを背景に, 臨

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 岩手保健医療大学

* E-mail: takahashi@wate-uhms.ac.jp

床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との間に乖離が生じ、さらに、看護職の教育背景や価値観などの多様化といった傾向により、早期離職する新人看護職員の増加や看護職の応募者数の減少という状況があった。その対策としては、2015年度から、それまで専任で対応していた教育責任者を、担当部署を持たない教育専従看護師という名称に改め、A県の二次保健医療圏の基幹病院である9つの県立病院に専従で配置し、新人看護師の教育環境の見直しに取り組んでいる。この教育専従看護師は、看護管理責任者（看護部長ないし総看護師長）のもとで活動し、新人看護職員研修に全責任を負うとともに、各部署の看護管理者や教育担当者と連携を図りながら、教育担当者の支援や部署間の調整も行っている。また、教育活動に加えて、看護部門のキャリア開発を促進するための役割も担っている。

「継続教育の基準 ver. 2」（日本看護協会, 2013）では、看護職が、継続教育によりその能力を維持・向上することは、看護職としての社会的責務を果たし個々のキャリアを形成していくうえで必要不可欠であるとされ、また、看護を取り巻く環境が大きく変化している中、看護職が多職種と連携・協働しながらチーム医療の担い手になるためにも、生涯に渡る自己の能力開発への取り組みが重要であるとされている。そして、組織が看護職の継続教育を提供する意義については、各施設が求める看護師像に沿って、継続教育による人材育成を行うことで看護の質を保証し、地域や社会に対して社会的責任を果たすことにつながり、組織の理念を達成するための人材育成の場になると述べられている。自施設がどのような医療や看護を地域住民に提供したいのかといった理念や方針をもとに、必要な人材を育成していくという組織の姿勢は重要である。

A県の県立病院における教育専従看護師の導入は、看護職の確保・定着、新人看護職員の離職率の低減といった成果につながってきてはいるが、その他の導入による具体的な効果については明確にされておらず、また、教育専従看護師の育成方針に関しても統一されていない現状がある。

そこで、本研究では、看護部門を統括する立場の看護管理責任者が教育専従看護師導入をどのように評価し、教育専従看護師には、どのような能力が必要と捉えているか。また、教育専従看護師に必要な能力をふまえた支援体制について、どのような認識を持っているのか。このような認識が明らかにされなければ、現任教育や現場の看護の質の向上にはつながらないと考え、そのための基礎となる知見や示唆を得るために、この研究に取り組んだ。

Ⅱ. 目 的

A県の県立病院（以下、県立病院）における教育専従看護師導入の評価、教育専従看護師に必要な能力と支援体制を看護管理責任者の認識から分析し、県立病院に必要な教育専従看護師の支援体制についての示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の操作的定義

- 1) 教育専従看護師：県立病院において、専従という立場で看護部門の教育全般を担当する責任者の呼称で職位は看護師長相当で組織内における位置づけは看護中間管理者である。「新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】」（厚生労働省, 2014）にある「研修責任者」、あるいは一般の医療機関における教育師長に相当する。
- 2) 能力：教育の責任という職務を遂行するうえで必要となる力。
- 3) 支援：職場内での制度整備（例：看護部門における人材育成制度など）や上司の関わり。
- 4) 看護管理責任者：看護部門の最高責任者の任にある者（看護部長や総看護師長）。
- 5) 基幹病院：A県の二次保健医療圏において地域の医療連携の中核を担い専門・高度医療を提供する県立の9施設。

2. 研究デザイン

半構造化面接法による質的記述的研究。

3. 研究対象者

20ある県立病院のうち、教育専従看護師が配置されている9病院の看護管理責任者で研究参加の同意を得られた9名。

4. 調査期間

令和4年5月26日～令和4年8月9日

5. 調査方法

県立病院の教育専従看護師導入の評価、教育専従看護師に必要な能力と支援体制について半構造化面接法でインタビューを実施した。インタビューは、先行研究・文献をもとに、指導教員との間で質問項目を選定し、インタビューガイドを自作した。インタビュー項目は、「対象者のプロフィールに関すること」、「教育専従看護師の業務内容、配置されてからの効果や課題」、「教育専従看護師に必要な能力、支援体制」について実施した。対面でのインタビューが困難な場合は、プライバシーを保てる静かな個室を確保しZoomで対応した。

6. データ分析方法

逐語録から、教育専従看護師の能力や支援体制について述べている文言をデータとして抽出し内容の意味を損なわないように区切り、意味内容の類似性について比較しコード化を行った。その後、複数のコード及びその内容について共通性と相違性を比較して名前をつける事で概念の抽象度を上げてサブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーをまとめたものを研究テーマと研究目的に沿ってカテゴリー化した。分析過程においては、教育専従看護師に必要とされる能力や支援の過程で生じた行動や経験で構成された様々な現象から質的データを抽出して、それらを表す概念を創出し、全体像を解明するために帰納的アプローチを行った。以上の過程全体やカテゴリー名の厳選については、信頼性を確保するために、看護管理責任者として院内教育に関わった経験を持つ研

究者、および質的研究に熟練した研究者の助言を受けて行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究対象者に対して、研究への参加・協力の自由意思の保障、不参加による不利益がないこと、研究目的、方法、任意性、匿名性の確保、プライバシーの保護、データの管理の厳守、研究成果は公表することを口頭および文書で説明し、研究の参加に同意を得た。本研究は、岩手保健医療大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:岩倫 21-9 号)。

Ⅴ. 結 果

カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは[]、研究対象者の語りを「 」で表記する。

1. 研究対象者の概要 (表 1)

本研究に協力が得られた 9 名の研究対象者のうち教育専従看護師の経験があるのは 2 名で、研究対象者全員が認定看護管理者資格を取得していた。

2. 教育専従看護師導入の評価 (表 2)

教育専従看護師の導入による評価に関しては、合計 20 コード、7 個のサブカテゴリー、4 つのカテゴリーが抽出された。4 つのカテゴリーは、【看護職員へのメンタルサポートの充実】、【新人看護職員の離職の低減】、【看護師長の負担軽減】、【看護師長の能力向上】であった。看護管理責任者への導入効果有り無しについての問いには、全員が教育専従看護師の導入を「効果あり」と認識していた。

表 1 研究対象者の概要

研究対象者		病床数	年齢	教育専従看護師 経験	認定看護管理者 資格	インタビュー 時間 (分)
1	A	下	50 代	有	有	60 (Zoom)
2	B	上	50 代	無	有	75 (Zoom)
3	C	下	50 代	無	有	60
4	D	下	60 代	有	有	60
5	E	下	50 代	無	有	60
6	F	上	50 代	無	有	75
7	G	上	50 代	無	有	60
8	H	下	60 代	無	有	60
9	I	下	50 代	無	有	60

合計 9 名 平均病床数 357 床

A~I: 研究対象者

病床数: 9 施設の平均病床数 357 との「上・下」で示す

インタビューの平均時間: 63.3 分

表 2 教育専従看護師導入の評価

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看護職員へのメンタルサポートの充実	新人看護職員へのメンタルサポート	新人看護師の相談窓口としてのメンタルサポートの役割 新人看護師の安心感 新人看護職へのメンタル支援の強化 ラウンドや面接による新人看護師への定期的な個別支援 新人看護職教育の充実と部署以外の相談場所としての役割
	看護職員へのメンタルサポート	心理的な問題を抱える職員についての相談や早期対応 必要性に応じたタイムリーな関り
	職場風土変革の醸成	支援意識の高まりによる全員で育てる職場風土の醸成
新人看護職員の離職の低減	新人看護職員の離職の抑制	新人看護職員への密な関わりによる離職率の抑制 新人看護職員の離職無しの成果 手厚い支援による新人看護職員の離職率低下 新人看護職員の離職の低減
看護師長の負担軽減	看護師長の相談役	看護師長の相談窓口 看護師長の相談役
	看護師長との連携による役割分担	看護師長の負担軽減 教育専従看護師と担当師長との良好な連携 看護師長と教育専従看護師との良好な関係性による役割分担
看護師長の能力向上	看護師長の人材育成能力の向上	教育専従看護師の専門的な指導による看護師長の人材育成能力の向上 看護師長、教育委員会やスタッフとの良好な関係構築による学び 教育専従看護師と連携した職員面談における看護師長の学び

1) 【看護職員へのメンタルサポートの充実】

「以前は、専従という立場じゃないので、集中して教育の業務ができなかったと思います。今は、教育専従看護師という立場になって、この人に、今、関わりを持ちたいという時にタイムリーな形で対応ができていくところが効果的だと思います」, 「新人が部署以外に相談できる場所ができたのは良かったと思っています」, 「現場での新人看護師への支援への意識が、すごく高まって手厚くなりました。全員で育てていくっていう、そういう風土になってきました。新人看護師の離職も少なくなってきました」というように、教育専従看護師の関わりが、[新人看護職員へのメンタルサポート]だけでなく、[看護職員へのメンタルサポート]の充実、[職場風土変革の醸成]にも大きな効果があったことが述べられていた。

2) 【新人看護職員の離職の低減】

「新人には、毎月、日勤の時に時間を決めて面談して、体調だったり、困りごとだったり、仕事の覚え具合だったりを確認しています。去年は新人の離職者がありませんでしたが、半分くらい辞めてしまう時もあったので、面談をはじめ対応を手厚くしました。そのためか、離職率がさがっています」, 「新人が現場で一人前になっていく過程で、特に1年目は、いくら実習しているとはいえ、リアリティショックもありますし生活環境もかわって、そういうところを所属長以外のところで、教育専従看護師が手厚く支援することで、段階をふんで育てていくことができます」と、教育専従看護師のきめ細やかな支援が[新人看護職員の離職の抑制]につながっていることが述べられていた。

3) 【看護師長の負担軽減】

「教育専従看護師は、師長たちの相談役にもなっています。新人看護職員の育成面談の時も師長と一緒に、到達目標の進み具合などの話をして、担当師長と密に連携してくれています」, 看護師長が担当部署の看護職員の育成等に関して教育専従看護師に相談していることや、「教育専従看護師という相談窓口があると、どこに相談したらいいかが分かるので早く対応ができて、師長たちも相談しやすいのかなと思います。以前は、自分が担当している部署のスタッフは自分だけで育成していくような感じでした」というように、教育専従看護師が[看護師長の相談役]にもなっており、また、「現場の師長が、すべての管理、教育から育成から全部しなければならなかったところが、教育専従看護師がいることで、師長も相談する相手ができ良かったと思います」と、教育専従看護師と[看護師長との連携による役割分担]が、看護師長の負担軽減につながっているということを述べていた。

4) 【看護師長の能力向上】

「師長たちの負担の軽減につながるだけでなく、師長たちの人材育成の視点というところでも、教育専従看護師のスタッフに関わる姿が学びになっていくと思うので、そういったところでも、教育専従看護師は力を発揮できていると思

ます」というように、教育専従看護師と連携した職員への指導や面談等からの学びが[看護師長の人材育成能力の向上]につながっているということを述べていた。

3. 教育専従看護師に必要な能力 (表3)

看護管理責任者が認識している教育専従看護師に必要な能力としては、合計 55 コード、11 個のサブカテゴリー、5つのカテゴリーが抽出された。5つのカテゴリーは、【看護管理能力】、【人間力】、【企画力】、【看護実践力】、【教育力】であった。

1) 【看護管理能力】

「師長としてのマネジメント力があれば、俯瞰しながら他部門ともうまく交渉できると思います」という[看護師長が備えるべき能力]や[マネジメント力]、[コーディネート能力]の必要性について、また、「看護職に何を求めているのか時代を読んで研修計画を立てることも必要になって思います。教育専従看護師にはそこがないと、院内だけのことをやっていけばいい時代ではなくなっていますし、在院日数も短くなってきているので、まだ、医療が必要な段階の患者さんを地域へつなぐための人材を育成していくのに教育計画はどんなものが必要とか、世の中が変わってきたことを教育に組み込んでいけるように想像して考えて対応できる力が必要だと思います」というように、[地域との連携による人材育成]への対応も重視していた。

2) 【人間力】

「人間力、コミュニケーション力、発信力が大事、現場の質を保つための進言ができるようであればならないと思う」と[人間力]や現場の質を保つための進言ができるような能力の必要性について、また、「いろんな能力は必要だと思いますが、根気強く、忍耐強く、ある意味、看護職員に愛を持って支援する能力が大切だと思ってます」。教育専従看護師には、愛情を持って、[スタッフに寄り添える能力]を発揮していくことが必要と捉えていた。

3) 【企画力】

「新しい知識や情報の収集に対応できる、そして、企画できるトレーニングが必要なのかなと思います。そして、もう少し、発信力を持ってもらえばいいかなと思っています」と[自分で考える力]や[新しい知識や情報を収集し企画できる力]について、また、「自分たちで、こういう看護師を育てていくというような教育目標みたいなことを考えていく意欲がほしいと思います」と[時代に合わせた人材育成の推進]の必要性について述べていた。

4) 【看護実践力】

「部署ラウンドして終わりではなく、その場でフィードバックする力が必要で、何度も現場に足を運ぶような能力が必要だと思います」と、[現場感や実践力]の重要性が述べられていた。看護の中で何を大事にして実践しているのか、よい看護を実践したいという看護に関する考え方や信念などを持った看護の実践者としての役割モデルとなれるような看護師としての力や意欲を重視していた。

表3 教育専従看護師に必要な能力

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看護管理能力	看護師長が備えるべき能力	偏らずに総合的に学び学習しながら管理の実践にもいかしていける能力 看護実践の専門的なスキルや問題解決能力, 対人関係能力 他部門との交渉力, 調整能力, 企画力という能力 看護師長がそなえているべき能力, すべてにおいてバランスのよい能力 個別に対応し人を育成できる能力 師長に求められるような能力と教育的視点 管理研修とか教職の免許など, 何かしらの土台となる能力 人材育成の力 部署に入って師長と連携する力
	マネジメント力	師長としてのマネジメント力 交渉して進めていかないとならないという看護師長経験の必要 研究的な視点やデータ活用により看護師を育てていくことを推進できる能力 教育と管理両方の視点での人材育成 組織は人という教育と管理の重要性 時間管理についての管理的な教育への対応能力 管理的な視点
	コーディネート能力	正す役割やコーディネート可能な能力 現場の質の維持のためにトップ（看護管理者）に進言可能な力
	地域との連携による人材育成	地域へつなぐための人材の育成能力
看護実践力	現場感や実践力	現場の中に新人と一緒にベアになって看護実践していけるようなやる気 看護師として必要な能力 ベナーのいう達人レベル 看護師としての力 OJT で気づいていないような事をアドバイスをしてくれる現場感や実践力 部署ラウンドして終わりではなくその場でフィードバックできる力
企画力	自分で考える力	発信力とか行動力とか, ただ, 優しいだけではない企画力 自分でまず考える力 自分で判断して考えて動ける力 学習したことが現場にどう活かされ効果があるか見極めて次はどうするべきか考える力
	新しい知識や情報を収集し企画できる力	新しい知識や情報の収集に対応可能な企画力 新人看護師教育だけでなく継続教育など全体的なところへの力が発揮できる能力
	時代に合わせた人材育成の推進	教育的な配慮ができる能力 コロナ禍でも盛り上がる企画力 教育者としての視点で, これからどうしていくかを考えたり推進していく力 自分たちで築き上げ看護師を育てる教育目標みたいなことを考えていける能力 人間力や想像力, 看護職に求められていることを読んで研修計画を立てる能力
人間力	人間力	スタッフに対するコーチングの能力 人間力, 考える力, 調整力 人間性, コミュニケーション能力 人間力, 発信力, 現場の質を保つための進言できる力 適応能力, 対応力 調和やバランスといった力 コミュニケーション力 いつも同じ対応が可能能力
	スタッフに寄り添える能力	職員に寄り添える能力 育てると高い意識 根気強く忍耐強く看護職員に「愛」を持って対応できる能力 レッテルをはったりしないで相手を信じる能力 期待する反応でなかったり言動とかをだめだと決めつけず信じて対応できる力
教育力	教育に関わる能力	教育的な勉強してきた人材 学士, 修士とか教育的な勉強の必要性 質向上への大学とかの専門課程における教育専従の学び 看護教員経験や知識 教育委員会や研修委員会を経験して教育の流れを理解している人材 教育現場と臨床現場の両方を理解でき現場に活かせる能力

5) 【教育力】

「看護教員の経験や知識があると教育的なところが分かっているいい」, 「最低限, 教育委員会や研修委員会を経験して, そのこの教育の流れを理解している人になってもらうべきだと思う」と, 教育専従看護師には, 「教育に関わる能力」や経験

が必要であり, 臨床現場だけでなく教育現場も経験し, その両方を現場に活かせる人材が必要であることが述べられていた。

4. 教育専従看護師に必要な支援体制 (表4)

看護管理責任者が認識している教育専従看護師に必要な支援体制としては, 合計 42 コード, 9 個のサブカテゴリー, 4

表4 教育専従看護師に必要な支援体制

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
組織的な育成	統一した育成計画	時代にあわせて組織だてた育成計画 教育専従の役割を経験後の昇任 計画的な育成体制の構築
	県立病院全体としての 仕組みづくりや選定基準の構築	県立病院全体としての仕組みづくりや選定基準 早期からの動機付け、県立病院全体で統一した研修や育成計画 段階をふんだ育成後に教育専従看護師になるという土台 発信しやすいポジション（副総看護師長等） トップの役割の大きなところは人材育成
	教育専従要件の明確化	教育専従看護師になった人の不安軽減のための土台 転勤制度による困難さ 担当年数の不明確さ 支援の必要性と転勤があることでの困難さ
	統一した研修	研修委員長（将来の教育専従）への新人指導者研修（大学主催）の受講 教育的なところを専門的に学んだ教育専従としての土壌の違い 一定期間の大学などの教育機関での体系的な学び 専門的な研修を受けないまま教育専従の席に座ることの重圧 役割を担う前に本人も周りも納得できるような研修受講 研修参加による動機付け 研修参加による心の準備 適切な面談手法を学べる研修への参加 教育専従になるための研修派遣機会の少なさ 必要研修への任意参加か経験による役割遂行
	マネジメントや教育に関する研修	認定看護管理者コースなどや教育に関する学び 認定看護管理者の研修受講 管理的な視点の学び
	教育専従看護師経験者の活用	教育専従看護師の経験者の役割発揮 プラチナナースを現場の補佐として活用する教育体制の強化 専従と専任の2人の担当者か専従2人体制
上司の理解	上司の励ましと動機付け	励ましと動機付けによる教育専従看護師の役割発揮 承認を伝えること 話を聞く上司への相談と支援 教育専従看護師への傾聴の大切さ
看護系教育機関との連携	教育機関との情報共有	新採用者の情報や対処の仕方、学生の傾向共有といった教育機関との連携 新人看護職員を守り育てるための教育機関との情報共有と連携 看護教育に関する基本的な理解
教育部門統括担当者の設置	教育専従看護師の統括担当者	県立病院の教育専従看護師の統括担当者 教育に関して専門的に指導し支援する部署 県立病院全体の教育担当者の配置 教育センターのような役割担当 県立病院全体の教育専従看護師への支援担当者 県立病院におけるキャリアセンター設置 各教育専従看護師のコーディネートが可能な人材

つのカテゴリーが抽出された。教育専従看護師に就任する前の支援のカテゴリーは、【組織的な育成】、【教育部門統括担当者の設置】、就任中の支援のカテゴリーは、【上司の理解】、【看護系教育機関との連携】であった。

1) 【組織的な育成】

教育専従看護師の経験を持つ看護管理責任者は、「教育専従看護師の質を担保していくために、県立病院全体で、どうサポートしていくべきなのか、その能力、特に実践力を保証していけば効果的だと思います」と述べており、[統一した育成計画]、[県立病院全体としての仕組みづくりや選定基準の構築]、「役割を担う前に本人も周りも納得できるような研修受講」という[統一した研修]、さらに、[マネジメントや教育に関する研修]の必要性を認識していた。また、「転勤制度

があるので難しいです。どこの病院に転勤になるか分からないですし、教育専従看護師を何年担当するのかも決まっていない」と、人事異動による転勤で、所属する施設が複数年で変わっても、教育専従看護師の育成を阻害することがないように「教育専従要件の明確化」や「教育専従看護師経験者の活用」の検討が課題であるととらえていた。

2) 【教育部門統括担当者の設置】

「教育のところをきっちり専門でみて、どういう進み具合なのか、ここの病院の新人はどうなっているのか、教育専従看護師をフォロー、指導するところが必要だと思います」、「県立病院全体のところでの対応が必要で、県立病院全体の教育担当者を配置した教育センターのような支援できる体制が必要だと思います」というように、県立病院全体の教育専従看

護師への専門的な指導や支援を中心になって担当するような「教育専従看護師の統括担当者」の配置が今後の課題であると捉えていた。

3) 【上司の理解】

教育専従看護師を担当した経験を持つ看護管理責任者は、「当時の上司は、常に相談ののってくれ助けられました」、また、「それでいいんだよ、私が気にかけてるから大丈夫だよ」というように、承認のメッセージや「上司の励ましと動機付け」が役割発揮していくうえで力になり意欲につながった経験を述べていた。

4) 【看護系教育機関との連携】

「これからは、学生の理解のためにも学校側との連携が必要だなあってすごく思っています。今の学生の傾向っていうのを知る機会っていうのがあまりないので、それが分かると新人看護師への効果的な対応にもつながるのではないかと思います」というように、新人看護職員が入職する際の情報共有に関する事など、新人看護職員を守り育て離職を防止できるような「教育機関との情報共有」といった教育機関との連携の必要性を強く認識していた。また、「教育専従看護師になる前に、2週間でも3週間でもいいので県内の大学などで教育について体系的に学べる期間があればいいと思います」と、教育専従看護師がその役割を担う前に看護大学などの教育機関で学ぶことは、看護教育に関する基本的な理解につながり、本人の動機づけや心の準備にもつながるのではないかと捉えていた。

VI. 考 察

本研究においては、看護部門を統括する立場で人材育成に大きな影響力を持つ立場にある看護管理責任者の認識から、教育専従看護師導入を評価し、教育専従看護師に必要とされる能力や支援体制について検討した。

1. 教育専従看護師導入の評価

これまで、県立病院では、教育専従看護師の導入の効果を、今回の調査結果にも示された【新人看護職員の離職の低減】といった数値的なもので評価していたが、その他にも、教育専従看護師の新人看護職員を含めた【看護職員へのメンタルサポートの充実】で、職員同士の支援意識が高まり、全員で新人看護職員を育てていくというような「職場風土変革の醸成」につながっているという認識が示された。さらに、教育専従看護師が「看護師長の相談役」や「看護師長との連携による役割分担」等を担っていることで、【看護師長の負担軽減】につながり、教育専従看護師による職員への面談や対応を学ぶことでの、【看護師長の人材育成能力の向上】が【看護師長の能力向上】に影響しているという数値以外の効果を看護管理責任者が認識していることが明らかになった。

2. 教育専従看護師に必要な能力

本研究の教育専従看護師に必要な能力としてあげられた【看護実践力】、【看護管理能力】、【教育力】については、嶋

澤ら(2018)；和住ら(2012)は、病院の看護部門における教育担当者に必要な能力としており、本研究でも、教育担当者と教育責任者という立場の違いがあっても、どちらにも必要な能力であることが示された。【人間力】については、相手を信じ根気強く「スタッフに寄り添える能力」が人材育成に必要であること、【企画力】については、自院を取り巻く地域性を踏まえた視点から、【新しい知識や情報を収集し企画できる力】を発揮して、変化する医療提供体制に対応可能な「時代にあわせた人材育成の推進」ができる能力が必要と認識しており、指導したことが現場にどう生かされているか確認し次はどうすべきか等、教育専従看護師には、自分で判断し行動できるような「自分で考える力」が重要と捉えていた。

3. 教育専従看護師に必要な支援体制

看護管理責任者の教育専従看護師に必要な支援体制についての認識は、教育専従看護師に就任する前と就任中で異なり、就任前の支援として、【組織的な育成】、【教育部門統括担当者の設置】、就任中の支援として、【上司の理解】、【看護系教育機関との連携】が必要であり、教育専従看護師の意欲を維持できるような看護管理責任者の支援が重要であることが示された。

吉川ら(2012)は、質を担保していくのであれば、昇進システムが体系化され、職員がそれを可視化でき、納得して昇進を受け止めることができれば、不安や苦悩が軽減し、昇進後の困難に対峙する勇気と自信を得ることができると考える」と述べている。教育専従看護師としての就任前から、【県立病院全体としての仕組みづくりや選定基準の構築】、マネジメントや教育に関する研修といった「統一した育成計画」を明確にしていくことは、教育専従看護師の【組織的な育成】につながるのではないかと考える。また、組織における人材管理には、組織文化や組織構造、人事システム等の内部環境要因が影響を与えていると言われるが、県立病院全体の教育専従看護師を支援する「教育専従看護師の統括担当者」の配置による【教育部門統括担当者の設置】は、教育専従看護師の【組織的な育成】を維持できる人事システムを構築し、教育専従看護師が役割発揮していくうえで重要であり、組織としての体系化が今後の課題であると考えられる。

さらに、就任中の支援における「上司の励ましと動機付け」は、専従という立場で孤立しがちな教育専従看護師にとって大きな力になっており、コロナ禍などの想定外の状況等においても、教育専従看護師の能力を向上させていける様々な状況に応じた【上司の理解】が、その役割発揮につながっていくと捉えていた。中根(2013)は、メンター(指導者、助言者、教育者などの意味を総称する概念)を看護管理者としてのキャリア発達を促進する影響力をもつ人と定義し、メンターは職場の上司が圧倒的に多かったと報告している。また、吉川ら(2012)は、新任の中間看護管理者が必要とする支援には、上司を含む周囲からの承認と支持を挙げている。看護管理責任者は、教育専従看護師に必要な研修等を受講できる

環境を整えるとともに、教育専従看護師として就任した後も、教育担当者が研修等で獲得した知識を現場の教育に活用できるように支援を行い、実施した事柄に対しては評価、承認していくことが、教育専従看護師の自信と意欲を持ち続けることにつながっていくと考える。また、佐々木（2013）の新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究においても、新人看護職員研修での課題や困難には、部署で求められる能力と看護基礎教育終了時点で期待される能力との格差が大きいたことが報告されているが、教育専従看護師が担当している【看護系教育機関との連携】は、【教育機関との情報共有】で、看護教育に関する基本的な理解が深まり、新人看護職員への支援や教育の質を向上させていくことで、教育専従看護師の自信にもつながり、教育専従看護師の就任後の支援として重要であることが示された。

4. まとめ

松田（2019）は、看護中間管理者への支援の必要性や、経験からの学びなどがその成長に関連していると述べているが、看護中間管理者である教育専従看護師の支援体制においては、教育専従看護師に就任する前から、教育専従看護師に必要な教育を受けられることなど【組織的な育成】という支援が必要であり、それが教育専従看護師の役割を担う上での土台になっていくと考える。

本研究の対象者は、全員が認定看護管理者資格を有しており、認定看護管理者の活動実態に関する調査結果では、看護実践能力の体制整備や所属施設における医療の質の向上などが認定看護管理者の活動成果として報告されている（日本看護協会、2014）。教育専従看護師の支援体制を整備していくためには、看護部門を統括する立場で組織的な人材育成の役割を担う看護管理責任者の教育専従看護師の役割や、その育成に関する認識が重要である。看護管理責任者が課題と捉えている教育専従看護師への支援体制の整備は、今後の看護部門の人材戦略の要となり、臨床現場における看護の質向上だけではなく、県立病院で行われる看護学実習の質向上や新規採用看護職員の離職防止・看護職確保にもつながっていくのではないかと考える。

VII. 結 論

教育専従看護師の導入は、【新人看護職員の離職の低減】だけではなく、【看護職員へのメンタルサポートの充実】、【看護師長の負担軽減】、【看護師長の能力向上】にも効果があった。教育専従看護師に必要な能力は、【人間力】、【企画力】、【看護実践力】、【看護管理能力】、【教育力】があげられ、教育専従看護師に必要な支援体制は、就任前の【組織的な育成】、【教育部門統括担当者の設置】、就任中は【上司の理解】、【看護系教育機関との連携】であった。教育専従看護師に必要とされる能力の検討や教育専従看護師の支援体制の構築には、看護管理責任者の教育専従看護師の役割への認識が重要で、今後の現任教育や現場の看護の質向上につながっていくことが示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、A 県の県立病院という組織を対象にしているため研究成果が他県のあるいは県立病院以外の病院へ応用可能かなど、一般化には限界がある。本研究の課題は、今後はさらに施設数を増やして、教育責任者自身が実際にはどのような課題を抱え支援を求めているのかについても調査していく必要がある。

謝辞

本研究にご協力頂いた施設代表者ならびに看護管理責任者の皆様、ご指導いただきました諸先生方に心よりお礼申し上げます。本論文は岩手保健医療大学大学院看護学研究科の修士課程に提出した学位論文及び、第 27 回日本看護管理学会学術集会で発表した内容を加筆修正したものである。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 厚生労働省. (2011). 新人看護職員研修に関する検討会報告書. 2022 年 11 月 9 日閲覧
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128vg.pdf>
- 厚生労働省. (2014). 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. 2021 年 12 月 8 日閲覧
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf
- 松田香織. (2019). 看護中間管理者の育成に関する文献研究—現状と課題—. 北海学園大学大学院経営学研究科研究論集, 17, 23-30.
- 中根薫. (2013). 看護管理者のキャリア発達におけるメンタリングに関する研究—看護管理者の経験とメンター要因について—. 新潟青陵学会誌, 5 (3), 11-20.
- 日本看護協会. (2009). 新人看護職員臨床研修における研修責任者・教育担当者育成のための研修ガイド. 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会. (2013). 「継続教育の基準 ver. 2」活用のためのガイド. 1-18, 日本看護協会.
- 日本看護協会. (2014). 認定看護管理者の活動実態に関する調査結果. 2022 年 10 月 14 日閲覧
https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2015/07/CNA-katsudojittai_chousa2014.pdf
- 佐々木幾美. (2013). 地域医療基盤開発推進研究事業 新人看護職員研修制度開始後の評価に関する研究 平成 24 年度統括研究報告書. 26-28.
- 嶋澤奈津子, 末永由理, 安藤瑞穂, 宮本千津子. (2018). 教育担当者および部署管理者が考える新人看護職員研修を担う教育担当者に必要な力. 日本医学看護学教育学会誌, 27 (1), 19-27.
- 和住淑子, 黒田久美子, 佐藤まゆみ, 西山ゆかり, 鈴木康美, 梅野加寿枝, 三谷理恵, 室屋和子, 白川秀子, 荒屋敷亮子, 宮崎貴子. (2012). 新人看護師教育担当者育成モデルプログラムの開発と試行. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 34, 45-50.
- 吉川三枝子, 関根聡子, 高橋由紀, 坪井章雄, 松田たみ子. (2012). 新任の中間看護管理者が認識する役割遂行上の困難と必要とする支援. 茨城県立医療大学紀要, 17, 1-10.

◇研究報告◇

週 25 時間勤務体制の短時間勤務の組み合わせで 主体的に患者を担当することによる専門職としての やりがいについての面接調査

佐々木美子^{1)*}, 沖田翔平¹⁾, 口出郁美¹⁾, 亀井智美¹⁾, 津田千香子¹⁾, 乾 早苗¹⁾, 鈴見由紀¹⁾

【目的】 A 病院における育児短時間勤務体制（以下短時間勤務）で得られる専門職としてのやりがいを明らかにする。

【方法】 週 25 時間勤務体制の勤務時間の異なる短時間勤務者がペアを組み、日勤帯を通して 1 人の患者を担当し（以下組み合わせ体制）、看護に従事する取り組みを行った。組み合わせ体制を行う看護師 5 名に半構成的面接、録音内容を逐語録に起こしコード化、意味内容の類似性に基づきカテゴリー化した。

【結果】 34 個のコード、10 個のサブカテゴリー、4 個のカテゴリーに集約でき、カテゴリーは＜直接看護を実践する環境があることでの充足感＞、＜看護師間の協働による一体感＞、＜自己のケアが回復促進に繋がる満足感＞、＜周囲へ貢献することでの自己存在感＞であった。

【結論】 看護体制構築により短時間勤務者のやりがいが生まれ、看護専門職としての力の発揮に寄与すると思われた。この体制が充実するよう更に検討を重ねていく。

【キーワード】 育児短時間制度、協働、集中治療領域、やりがい

1. はじめに

近年、ワークライフバランスが広く認知され、厚生労働省における医療分野の雇用の質の向上に関する省内プロジェクトチームの発足（厚生労働省、2013）や日本看護協会における看護師の多様な勤務形態による就業促進事業（日本看護協会、2012, 2021）が進められてきた。超少子高齢社会の進展がある中でも看護提供体制を維持していくためには、看護人材の確保、看護職が健康で働き続けられる持続可能な働き方の実現と、これを支える職場環境の整備が逼迫の課題である。日本看護協会の「就業継続が可能な看護職の働き方の提案」によると、看護職の持続可能な働き方とは、全ての看護職個人が健康で安全に専門職としてやりがいを持って働き続けられることであり、組織が個人の多様な属性等に応じて、それぞれの持続可能な働き方を実現するための方策とされている（日本看護協会、2021）。看護職一人ひとりが将来に展望を持ち、自ら学び、高めていくことで仕事にやりがいと喜びをもって組織の中で働き続けられることに焦点が当てられている。

令和 4 年度雇用均等基本調査（厚生労働省、2023）においても大学病院に限らず、多くの医療機関での導入が進んでいる。正規労働者が就業形態を変えずに勤務時間を短くすることが可能な育児短時間制度は子育てなど仕事以外のプライベートな生活との調和・両立を目指す上で有効な制度であり、ワークライフバランスの実現により仕事への満足度、職場へのコミットメントが高まり生産性や継続性での貢献が可能となり看護ケアの向上に繋がるとされている（日本看護協会、2012）。武石は、多くの短時間勤務者は、重要な仕事が任されないことについて「上司や職場の配慮」であると肯定的に受け止めはするが、一方で、仕事のやりがいという点では満足しておらず、ジレンマを抱えている（武石、2013）と述べている。A 病院でも短時間勤務者は増加しており、各々が日々働き方を模索している。家庭への影響や負担を考えながら、仕事へのやりがいを見出していくことは必要不可欠である。

A 病院においても多様な育児短時間勤務体制（以下短時間勤務）が整えられ、週当たり 23.25 時間（週当たり 3 日相当）、25 時間（週当たり 5 日、1 日 5 時間）、20 時間（週当たり 5 日、1 日 4 時間）の勤務形態があり多様な働き方を選択でき

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 金沢大学附属病院

* E-mail : hyperypiko@gmail.com

るようになっている。この制度によって各々のライフスタイルに合わせた勤務体制を選択できるようになり、2018年にはA病院集中治療部（Intensive Care Unit：以下ICU）でも短時間勤務者が配属されるようになった。ICUは特定集中治療管理料2を有し、院内外の重症患者のみならず高侵襲の術後患者も入室する。このような環境の中、短時間勤務者はICU経験に関わらず、定時終業といった時間的配慮により直接患者を担当する機会が少なく、一般病棟への転棟業務や外回りの業務推進等の間接看護が主な役割となっていた。ICUにおける短時間勤務の業務内容は、B勤務という勤務形態の場合8時30分から14時15分と1日5時間である。勤務開始から転棟に向けた準備が行われるが、患者の荷物整理、薬剤整理など転棟までに必要なルーティンの業務は多く、それらを進めるだけで転棟時間が迫ってしまうことが多い。そのため、転棟までに患者の関わりやケアに十分な時間をかけることは困難な実情があった。業務推進においても、環境整備の役回りを担うため、1人の患者のケアに従事できていない。そのため、間接看護の占める割合が多く、直接看護に十分な時間をかけることが困難な実情があった。

そこで、勤務時間の異なる短時間勤務者がペアを組み、日勤帯を通して1人の患者を担当し（以下組み合わせ体制）、直接看護に従事できる環境を整えながら、短時間勤務者の看護経験を活かす取り組みを行った。この組み合わせ体制を開始してから、患者担当の役回りが徐々に浸透し、勤務時間の多くを1人のケアに専念できるようになった。それにより患者に近い場所で、自分たちが主体となって患者にケアを行い、看護に従事できる重要な組み合わせとして浸透してきている。よって仕事と家庭との調和を図りながらやりがいをもって組織の中で働くことができる、短時間勤務者が本来持っている専門職としての力の発揮に寄与できると考えた。そこで今回、短時間勤務の組み合わせ体制により主体的に患者を担当することで得られる看護師のやりがいについて明らかにしたいと考えた。

Ⅱ. 目 的

ICUにおける週25時間勤務体制の短時間勤務を組み合わせ、患者担当を行うことでのやりがいを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究のデザイン

質的記述的研究

2. 用語の定義

1) やりがい：仕事を達成することにより、そのことをするだけの価値とそれに伴う気持ちの張りとする。

2) 常勤育児短時間勤務

週25時間勤務：B勤務とC勤務の勤務時間

B勤務：8時30分～14時15分

C勤務：11時15分～17時

3) B勤務とC勤務の組み合わせ体制：勤務時間の異なる2人の短時間勤務者（8時30分～14時15分と11時15分～17時）同士で8時30分～17時の日勤帯の勤務をすること。

4) PNS[®]（Partnership Nursing System[®]：以下PNS[®]）（福井大学医学部附属病院、「PNS紹介」）：PNS[®]は商標登録されているが使用許諾を得られている。また本研究におけるPNS[®]とは、短時間勤務者2人が日勤帯で患者1～2人を担当し、2人でケアを考え、責任を持って行う方式である。

5) 熟練看護師：Bennerは技能習得過程の段階を5段階で示すドレイファスモデルにおける4段階「中堅レベル」を「通常、類似の科の患者を3～5年はどケアした看護師（Benner, 2005）」と定義する。以上を考慮し、本研究では3年以上ICU看護を実践している部署内でリーダー的役割を持つ看護師と定義する。

3. 研究対象：ICUにおいて、本研究を実施する時期に、短時間勤務者で組み合わせ体制を実施している看護師で本研究の参加に同意を得られた者。

4. データ収集期間

2022年6月～2022年7月

5. インタビュー調査内容

質問紙の質問項目は、質問紙を使用した質的研究の実施経験のある研究者の助言を得ながらプレテストを複数の看護職者に実施し、得られた意見に基づいて妥当性を検討しながら独自に作成した。面接は研究分担者1人でプライバシーの保たれる個室にて半構成的面接を行った。調査対象者の許可を得て会話内容をICレコーダーに録音した。面接では、①対象者の属性（年齢、看護師及びICUの経験年数、子どもの人数）、②組み合わせ体制に対する考え、③組み合わせ体制で経験した印象的な出来事や場面、④看護専門職として大切にしていること、⑤様々な業務内容について感じていること等の質問を基本とし参加者に自由に語ってもらった。以上①～⑤項目の回答を引き出せるように対象者が自発的に話す内容に加えて発問を補足した。

6. データの分析方法

分析に当たっては半構成的面接で得られた内容をもとに逐語録を作成した。そして逐語録を繰り返し読み、語られた意味内容を損なわない単位で区切りコード名をつけた。次に付箋などに全てのコード名を書き込み、意味内容の類似性・差異性に基づきコードを分類した。コード分類したものをサブカテゴリー化し、抽象度を上げカテゴリーを抽出した。カテゴリー化によって得られたデータから、専門職としてのやりがいについて考察した。データ分析は全分析過程において、データ分析には研究者の価値観や先入観をできるだけ排除することに留意し質的研究に精通した研究者からスーパーバイズを受け、複数の研究者間で繰り返し話し合い妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究参加者へ研究目的、方法、結果を公表する旨を説明した上で依頼し参加の意思を確認し、書面で同意を得た。同意を得る際は、個人ではなく部署全体へ説明し研究同意への強制力が働かないよう工夫した。また、同部署内の情報バイアスを極力無くするために他部署の共同研究者から客観的な意見を受けた。また、インタビューする際に録音することを予め説明し、同意を得た。対象者に研究目的及び内容、研究参加・不参加は自由意志によるものであり、協力を断った場合でも一切の不利益が生じないこと、個人名が特定されないように匿名化し、プライバシーの保護をすることを説明し研究協力の同意を得た。本研究に参加することによる負担やリスクが生じないようインタビューを実施した。インタビューの場所は他者の出入りのない守秘義務の守れる面談室を利用し、身体的・精神的な疲労を考慮し無理のないよう調整した。データ集計はインターネットの繋がらないパソコンを使用し、USBにて管理した。また、USBはパスワードを設定し、漏

洩・盗難・紛失が起こらないようにICUの施錠された金庫に保管した。データ解析場所はA病院ICUの鍵のかかる控室とした。研究結果を学会で公表する可能性があることを説明し承諾を得た。本研究の実施にあたり金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受けた。(承認番号113969)

Ⅴ. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究参加者は5名で、年齢は37歳[31-41]（中央値[範囲]）、看護師経験年数は11年[6-13]（中央値[範囲]）、ICU経験年数は6年[4-11]（中央値[範囲]）、子どもの人数は2人[1-3]（中央値[範囲]）、面接所要時間は24分～45分で平均34.4分であった。

2. インタビューの分析結果

インタビューの結果、各参加者の語りにより、34個のコードから10個のサブカテゴリが生成され、4個のカテゴリに集約された（表1）。以下カテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、コードを「 」で示し、以下に説明する。

表1 短時間勤務の組み合わせで主体的に患者を担当することによる専門職としてのやりがい

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
直接看護を実践する環境があることでの充足感	自分で患者に直接ケアや関わりを実践できることに対する充足感がある	患者と直接話せることができる嬉しさがある
		患者と関わりができる充足感がある
		患者と直接ケアができる充足感がある
	患者を担当できる環境の整えにより患者のケアを行うことでの充足感がある	患者と関わる場によりケアを実践できることに対する充足感がある
		患者と関わる場があることでの充足感がある
看護師間の協働による一体感	患者のケアや情報を共有し学ぶことに手応えを感じる	相手から情報を受け取ることで患者との良い関わりを感じる
		重複時間があることで患者の細やかな情報やケアを共有することで自信となる
	看護師間の対話により支え合う	自分の考えを相談できる
		相談役が近くにおり精神的な支えとなっている
		相手がいたら聞きやすく本音でやりとりできる
		互いのやりとりにより肯定的な思いをもつ
		互いに尊重し合い相手と向き合い対等に話せる
		お互いの共感・協調がある
	互いの結びつきによりチームワークを発揮する	重複時間の役割分担があり暗黙の動きがある
		お互いの動きがスムーズなことに肯定的な思いをもつ
		互いの動きは阿吽のようになる
		短時間勤務者同士毎日顔を合わせるため呼吸があう
		短時間勤務者同士毎日顔を合わせるためスムーズに動ける
		相手の動きを想定して自分の動き方を考える
自己のケアが回復促進に繋がる満足感	アセスメントを頭で組み立ててケアを考えること	患者の話を聴きコミュニケーションに関するアセスメントを行い思いに添うこと
	患者からの反応でケアに対する良い効果を感じる	離床に関するアセスメントをし、改善のための方法を患者と共に考えること
		疼痛コントロールに関するアセスメントをし、良い効果が返ってくることでの達成感がある
		不眠の患者に対して薬剤や環境整備のケアを行い良い効果が返ってくることでの達成感がある
		自分のケアで患者の反応が見られた時の満足感がある
	患者の回復促進を実感できること	患者との関わりで回復過程に携わる機会があることを良いと感じる
		離床によって患者の回復を実感できる嬉しさがある
周囲へ貢献することでの自己存在感	患者担当という役割を任されることを実感する	患者担当を任せてもらいそれに応えることでやる気がでる
		患者担当を任せてもらいそれに応えることで達成感を感じる
		自分たちが患者担当を任されることでの意欲がでる
	人の役に立つことをよいと感じる	患者への助言で役に立つことによる励みがある
		後輩に助言をすることによる嬉しさがある
		外科病棟とICU経験を活かして助言ができる
		小児心臓術後管理に関する経験を活かして助言ができる
		呼吸ケアの経験を活かして助言ができる

1) 【直接看護を实践する環境があることでの充足感】

これは自分で考えながら患者を担当できる体制が整い、患者に直接ケアを行えることそのものに対する、今まで足りなかったものが補われ、精神的に必要なものが満たされた気持ちを意味する。このカテゴリーは＜自分で患者に直接ケアや関わりを实践できることに対する充足感がある＞＜患者を担当できる環境の整えにより患者のケアを行うことでの充足感がある＞の2つのサブカテゴリーで構成されていた。短時間勤務者は患者を担当することで、「患者と関わるができる充足感がある」「患者と直接話せることができる嬉しさがある」などが語られ、＜自分で患者に直接ケアや関わりを实践できることに対する充足感がある＞ことを体験していた。また、「患者と関わる場によりケアを实践できることに対する充足感がある」などが語られ、＜患者を担当できる環境の整えにより患者のケアを行うことでの充足感がある＞ことを体験していた。

2) 【看護師間の協働による一体感】

これは2人で1つとなり、同じ目標に対し協力し合う関係性や、ケアを探究することによって共有される一体感が時間をかけて作り出されることを意味する。このカテゴリーは＜患者のケアや情報を共有し学ぶことに手応えを感じる＞＜看護師間の対話により支え合う＞＜互いの結びつきによりチームワークを発揮する＞の3つのサブカテゴリーで構成されていた。短時間勤務者は2人の重複時間に、「重複時間があることで患者の細やかな情報やケアを共有することで自信となる」などが語られ、＜患者のケアや情報を共有し学ぶことに手応えを感じる＞ことを体験していた。また、相手に「相談役が近くにおり精神的な支えとなっている」などが語られ、＜看護師間の対話により支え合う＞ことを体験していた。短時間勤務者は、「短時間勤務者同士毎日顔を合わせるため呼吸があう」などが語られ、＜互いの結びつきによりチームワークを発揮する＞ことを体験していた。

3) 【自己のケアが回復促進に繋がる満足感】

これは自身の看護展開におけるアセスメントとケアの实践により良い回復に繋がり、予め抱く期待と比較して予想以上の結果や納得した気持ちを実感できることを意味する。このカテゴリーは＜アセスメントを頭で組み立ててケアを考えると＞＜患者からの反応でケアに対する良い効果を感じる＞＜患者の回復促進を実感できること＞の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

短時間勤務者は患者を担当する時に看護展開の中で、「離床に関するアセスメントをし、改善のための方法を患者と共に考えること」などが語られ、＜アセスメントを頭で組み立ててケアを考えると＞を体験していた。術後創部痛の強い患者に対し、「疼痛コントロールに関するアセスメントをし、良い結果が返ってくることで達成感がある」などが語られ、＜患者からの反応でケアに対する良い効果を感じる＞ことを体験していた。

4) 【周囲へ貢献することでの自己存在感】

これはこれまでの看護師としての経験を役立ててその効果をもたらし、周りの役に立つことで、自分の存在を価値あるものと受け止められる感情のことを意味する。このカテゴリーは＜患者担当という役割を任されることを実感する＞＜人の役に立つことをよいと感じる＞の2つのサブカテゴリーで構成されていた。短時間勤務者は、「患者担当を任せてもらいそれに応えることでやる気が出る」が語られ、＜患者担当という役割を任されることを実感する＞ことを感じていた。そして周りからの質問に対し、「先輩に助言をすることによる嬉しさがある（中略）」「患者への助言で役に立つことによる励みがある」などが語られ、＜人の役に立つことをよいと感じる＞ことを体験していた。

Ⅵ. 考 察

主体的に患者を担当できる環境が整ったことは、短時間勤務者2人が日勤帯で直接看護ができるための下地になるものと考えられた。短時間勤務者は組み合わせ体制により【直接看護を实践する環境があることでの充足感】をやりがいと意味づけしており、短時間勤務者2人で関係を築いていく中で【看護師間の協働による一体感】が生まれた。複数の視点によってケアを話し合い工夫しながら、【自己のケアが回復促進に繋がる満足感】を体験することができた。また、患者を担当することで【周囲へ貢献することでの自己存在感】を体験していたと考える。参加者の経験による語りと結果の関係性を吟味する中で、4つのやりがいの事象があることが考えられた。

1. 直接看護を行う環境があることでの充足感

【直接看護を实践する環境があることでの充足感】を得ることは「患者と関わるができる満足感がある」というように、2人で1組となり1人の患者を担当し、直接患者を担当するための体制である。平瀬は、看護行為を看護師が自覚することができなかつ肯定的に受け止めることができれば、看護師としての自己肯定感を高めることができる（平瀬・尾原, 2009）と述べている。この体制により患者を直接担当することで看護行為を短時間勤務者が自覚でき、自己肯定感を高めることに繋がっている。そのため看護に対する充足感となりやりがいに繋がっていると考えられる。また、青木らは短時間勤務職員が働く職場環境を【短時間職員が意欲をもち効率的に働ける業務の工夫】の視点で捉える必要がある（青木・原, 2013）と述べている。短時間勤務者がやりがいの感情を持ちながら勤務を継続できる場となっていると考えられる。

2. 短時間勤務者同士の協働による一体感

短時間勤務者は2人で関係を築いていく中で、【看護師間の協働による一体感】をやりがいと意味づけしていた。この結果は短時間勤務者同士の関わりによって見出された内容であった。この組み合わせ体制はB(C)勤務単独の時間帯と3時間の重複時間がある。重複時間があることは引継ぎ以外に2人で協働する時間が生まれ、重複時間における2人の関係

性は PNS®の要素が含まれていると考えられる。上篠らは PNS®導入後は導入前と比べるとパートナーに対し協働や調和を感じ、負担や気兼ねを感じなくなる傾向があった。仕事に対する負担感の減少に有効であり、看護師の仕事満足度や看護師の意欲の向上に貢献する（上篠ら、2015）、丸岡らは PNS®導入効果は「看護師間で患者情報の共有や確認」「業務の進捗確認と相互補完」「パートナーや勤務者への協力依頼が軽易」（丸岡ら、2015）、高取らはペア間のコミュニケーションの促進、業務効率の向上、心理的ストレスの軽減、学習の場の獲得（高取ら、2019）としており、＜2人で患者のケアや情報を共有し学びの場となることでの自信を持つ＞ことで良いケアに繋げるための効果的な方法や情報を2人で共有し、感覚と考えを合わせる場となっている。「患者のケアを残しておき2人で一緒にケアを行う」ことでアセスメントを行いながらその患者を知り、個性を捉えたケアに一步近づくことへの自信に繋がっていると考えられる。船越らは「チームワークがよいことが働きがいを感じる内容として挙げられており、よい人間関係をベースとしたチームとしての連携は看護職として普遍的なやりがいのひとつと言える」（船越・河野、2006）と述べている。2人で協働し複数の視点があることから、相互の補完により互いの知識や考えを合わせる場となることで、それらが一体感となりやりがいに繋がっていると考えられる。

3. 自己のケアが回復促進に繋がる満足感

短時間勤務者は患者を担当し、直接看護を実践し経験を振り返ることで【自己のケアが回復促進に繋がる満足感】を得ることができた。ICUでは定期的術後入室患者も多く、術後経過の予測しやすい患者も多い。定期術後患者が痛みを発生しやすい部位に適切に疼痛評価を行い、鎮痛剤を効果的に使用することで、良い効果が得られることを経験する。「疼痛コントロールに関するアセスメントをし、良い効果が返ってくることでの達成感がある」ことから、その患者の苦痛と向き合いながら痛みの調整に関わり、その後に離床に繋がれるというアセスメントを頭の中で組み立てて実践し達成感を得ていると考えられる。また急性期において、術後環境が変化しさまざまな要因から不眠となる患者も多い。「不眠の患者に対して薬剤や環境整備のケアを行い良い効果が返ってくることでの達成感がある」ことから、不眠の原因を考え、改善に向けてのアプローチをアセスメントし、自己のケアで良い変化が見られることを実感することで達成感に繋がったと考えられる。これらのことから、自らの看護実践によって患者の全身状態が元のADL回復に向けて満足感を得られ、やりがいに繋がることが見出されたと考えられる。

4. 周囲への貢献による自己存在感

周囲への期待に応えること、周囲からの承認を実感することで【周囲へ貢献することでの自己存在感】をやりがいと意味づけていた。原田は熟練看護師は患者との関わりの中で自己の存在価値を感じ、やりがいを獲得していることが明らかになっている（原田、2011）と述べている。ICUの短時間勤

務者は看護師経験年数中央値 11 年であることから熟練看護師（Benner、2005）に相当し、高度実践力を兼ね備えた看護師として位置づけられていると言える。集中治療領域は多様な医療・専門知識や経験・スキルを要する場面が多い。＜人の役に立つことをよいと感じる＞ことから、多様な看護師としての経験値・背景が各々の持つ看護を生み出す力の原動力となり、短時間勤務者でもその引き出しがケアに生かされ、周囲への役に立つことの表れであると考えられる。鶴田・前田らは自尊感情を高めるためには裁量度や達成感が有用である（鶴田・前田、2013）、根木・片山らは女性中堅看護師は、自分自身を価値ある人間であると感じる感覚や、必要な行動がうまくできるという確信などの心理的基盤を維持・強化することにより、感情の調整が可能となると同時に新たな出来事に挑戦していけるようになる可能性がある（根木・片山、2018）と述べている。＜患者担当という役割を任されることを実感する＞ことから、2人で1つとなり患者を担当できる場があることにより、チームの一員であることを感じられる役割意識をもたらすこと、それによる達成感から自己の存在を肯定的に捉える感情に繋がっていると考えられる。短時間勤務者は承認されることで自己のケアに対しての肯定的な評価を受ける経験ができています。短時間勤務者が時間の制約の中でも、専門職としてのやりがいを感じられることは貴重な体験である。また、周囲からの「承認」を得られる機会を多く持つことは短時間勤務者のやりがいを促進することにつながると思う。それゆえ、日頃から周囲のスタッフが短時間勤務者に承認の姿勢を示すような職場風土が大切である。

本研究では、質的研究を行うことで短時間勤務者2人の勤務組み合わせで患者を担当することによるやりがいの詳細なデータが得られた。しかし研究対象者は5人であること、1施設のみの対象者から得られたデータに基づく分析結果である。週 25 時間勤務制度を運用している施設がどの程度あるかは不明であり、本研究の結果を一般化することは現時点で困難である。短時間勤務者の看護体制の多様性は、多様な働き方となり勤務時間の制約の中でも看護専門職としての力を最大限発揮することや、経験を出せる場の創造に繋がるものと思われる。働きやすい環境の構築、働き方の支援をすることで、就業継続に繋がる、より質の高い看護サービスの提供も可能になると考えられる。この組み合わせ体制がA病院の1施設だけに留まるのではなく、他の組織の環境下においても実施可能な方法になるように、研究対象者の人数を更に増やして検証し、この体制を発展させていく必要がある。

Ⅶ. 結 論

本研究において、短時間勤務の組み合わせで主体的に患者を担当することによる専門職としてのやりがいとして、【直接看護を実践する環境があることでの充足感】、【看護師間の協働による一体感】、【自己のケアが回復促進に繋がる満足感】、【周囲へ貢献することでの自己存在感】の4個のカテゴリー

が抽出された。短時間勤務を利用する看護師は組み合わせ体制により患者を担当することで、専門職としてのやりがいを実感できると考えられた。

本論文の内容の一部は第 54 回日本看護学会において発表したものである。なお、本研究の実施および公表に関して開示すべき利益相反関連事項は無い。

VIII. 引用文献

- 青木由美子, 原厚子 (2013). 短時間勤務職員と働く師長の思い. 日本看護学会論文集. 看護管理, 43, 147-150.
- Benner, P (2005). ベナー看護論新訳版 (井部俊子監訳). 医学書院 (2005).
- 原田雅子 (2011). 熟練外来看護師のやりがい獲得の過程に潜在する実践知の可視化. 日本看護科学会誌, 31 (2), 69-78.
- 平瀬節子, 尾原喜美子 (2009). キャリア中期における看護師の看護行為の認識 看護実践の承認の分析過程より. 看護・保健科学研究, 9 (1), 11-18.
- 福井大学医学部附属病院. PNS 紹介.
<https://www.hosp.u-fukui.ac.jp/kango/pns/> (閲覧日: 2022 年 8 月 1 日)
- 船越明子, 河野由理 (2006). 看護師の働きがいの構成要素と影響要因に関する研究 急性期病院に勤務する看護師を対象とした分析から. こころの健康, 21 (2), 35-43.
- 上條優子, 長沼元美, 神宮寺美千代, 磯部沙織, 雨宮麻美子 (2015). パートナーシップ・ナーシング・システム導入に伴う看護師の時間外勤務時間および看護師の仕事に対する意識の変化. 日本看護評価学会誌, 5 (2), 53-60.
- 厚生労働省 (2013). 平成 25 年医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002uzu7-att/2r9852000002v08a.pdf/> (閲覧日: 2022 年 4 月 1 日)
- 厚生労働省 (2023). 「令和 4 年度雇用均等基本調査」.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-r04.pdf/> (閲覧日: 2024 年 9 月 1 日)
- 丸岡直子, 田村幸恵, 田甫久美子, 橘幸子, 上山香代子, 松村愛都, 清水由香里, 丸木ひろみ (2015). パートナーシップ・ナーシング・システムの導入効果と定着への課題. 石川看護雑誌, 12, 75-83.
- 根木香代子, 片山はるみ (2018). 女性中堅看護師のレジリエンスに対する自尊感情と自己効力感の影響. 日本看護科学会誌, 38, 89-96.
- 日本看護協会 (2012). 平成 24 年度看護職のワーク・ライフ・バランス推進ワークショップ事業報告書 (Ⅱ).
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2012/WLB-hokoku24-2.pdf/> (閲覧日: 2022 年 5 月 2 日)
- 日本看護協会 (2021). 「就業継続が可能な看護職の働き方の提案」.
https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/hatarakikata/pdf/wsr_fornurse.pdf/ (閲覧日: 2022 年 4 月 10 日)
- 高取まさみ, 久本由香, 伊藤みほ, 折重綾香, 清水恵子, 山下亜矢子 (2019). パートナーシップ・ナーシング・システム導入が看護職の職務モチベーションの意識変化に影響を及ぼす要因について探る. 日本看護学会論文集. 看護管理, 49, 91-94.
- 武石恵美子 (2013). 短時間勤務制度の現状と課題. 法政大学キャリアデザイン学会紀要 生涯学習とキャリアデザイン, 10, 67-84.
- 鶴田明美, 前田ひとみ (2013). 熊本県内の臨床経験 3 年以上 20 歳代の看護職者の自尊感情と抑うつ状態に関連する職業性ストレスの検討. 日本看護科学会誌, 33 (3), 3_74-3_81.

◇研究報告◇

全身麻酔下手術を受ける高齢者における術前の 口腔機能の実態

—口腔機能の状態と低下要因—

東 玲子^{1)*}, 末弘理恵²⁾, 脇 幸子²⁾, 大野夏稀²⁾

【目的】手術を受ける高齢者の術前の口腔機能の実態として、口腔機能の状態と口腔機能低下の要因を明らかにする。

【方法】全身麻酔下手術を受ける70人を対象とし術前の口腔機能の実態を調査し記述及び推計統計により分析した。

【結果】対象の年齢は74.3歳、Barthel Index 98.1点であった。口腔機能の状態は口腔乾燥62.9%、咬合力低下54.3%、舌口唇運動機能低下57.1%、口腔不潔、咀嚼機能及び嚥下機能低下は約2割にみとめた。口腔機能の「低下群」は48.6%であり、口腔機能低下の要因は後期高齢者と低栄養の恐れが示された。

【結論】対象は生活自立度が高いものの、その半数が何らかの口腔機能低下をきたしていた。後期高齢者であり低栄養傾向にある患者は術後合併症の高リスクが予測されるため、術前より口腔機能評価を実施し合併症予防の介入の必要性が示唆された。

【キーワード】高齢者、口腔機能低下症、周術期口腔機能管理、周術期看護

I. はじめに

超高齢社会に加え、医療技術の進歩により、手術を受ける高齢者は増加傾向にある（横山，2017）。高齢者は、加齢に伴い基礎的な体力や栄養状態、嚥下機能等の低下をきたし、免疫力等の予備能力が乏しい状態（森脇ら，2016）にある。このような状態も一因となり、術後合併症等により回復遅延に陥る高齢者は少なくない（西田ら，2014）。

周手術期には、高齢者に限らず術後合併症をきたしやすく、特に肺炎は、人工呼吸器関連肺炎や誤嚥性肺炎等、発生頻度が高い（森脇ら，2016）。摂食・嚥下障害看護認定看護師である研究者は、中核病院において術後誤嚥性肺炎の事例を複数経験している。2019年度の調査では、全身麻酔下での術後に誤嚥性肺炎をきたした高齢者の割合は約5%であった。

厚生労働省（2018）は、術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術の合併症予防の対策として、2012年度診療報酬改定の際、がん等の全身麻酔手術を受ける患者を対象に周術期口腔機能管理となる診療科と歯科が連携した一連の支援を開始した。その後の診療報酬改定により、心臓外科手術や人工股関節置換術等、適応される術式は追加されてきたものの、全身麻酔に

よる全ての手術への適応には至っていない。

高齢者は、加齢に伴い口腔機能および嚥下機能の低下（松尾ら，2016；水口ら，2016；若林，2017）に加え、疾患や障害等により複合的な口腔機能の低下から、口腔機能低下症に陥りやすい（伊興田ら，2019；太田ら，2018；若林，2017）。口腔機能低下症は、2016年日本老年歯科医学会が提唱し、口腔不潔・口腔乾燥・咬合力・舌口唇運動機能・舌圧・咀嚼機能・嚥下機能の7項目において、特定の検査により口腔機能低下を診断された疾患（上田ら，2018）である。口腔機能低下症についての研究は、歯科医師を主とした口腔機能低下症の罹患率や実態調査および口腔機能低下の要因等（伊興田ら，2019；太田ら，2018；尾崎ら，2018）は散見される。しかしながら、手術を受ける高齢者を対象とした研究は、胃がん周術期患者の術前における口腔機能低下症罹患率（関本ら，2020）に関する論文のみであり対象も前期高齢者であった。

このように、手術を受ける高齢者は術前よりなんらかの口腔機能低下をきたしていることより、術後合併症の高リスクであることが推測されるが、75歳以上の後期高齢者を対象とした口腔機能低下の状態は明らかにされていない。そのため、周術期口腔機能管理に該当しない手術を含めた全身麻酔によ

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年3月14日

1) 大分赤十字病院 2) 大分大学医学部看護学科

* E-mail: r015435@yahoo.co.jp

3. データ収集方法

データ収集は、研究者が研究分担者と調整し、手術待機期間から手術前日の期間に、図1の調査項目を網羅した調査シートを用いて情報収集を行った。調査の信頼性の確保のため、「口腔機能の状態」の調査のうち、口腔不潔、咬合力、口腔清掃の自立度、口腔清掃回数を歯科衛生士が実施し、口腔乾燥、舌口唇運動機能、舌圧、咀嚼機能、嚥下機能を摂食・嚥下障害看護認定看護師である研究者が実施した。「口腔機能低下の関連要因」のうち認知機能の調査は認知症看護認定看護師が実施し、活動状況、身体の状態、栄養状態は研究者が実施した。詳細は以下に説明する。

1) 対象の基本属性

カルテ入力情報や対象者より聞き取りを行った。

2) 口腔機能の状態

口腔機能の状態は、先述した『口腔環境』、『個別の口腔機能』、『統合された口腔機能』の3つの機能（日本歯科医師会，2020）に対して、口腔機能低下症診断の基準（日本歯科医師会，2019）や先行研究により口腔機能低下の判定基準を設定した（谷本ら，2009；田中ら，2015；中東ら，2015）

(1) 『口腔環境』

- ① 口腔不潔を評価する舌苔付着度は舌背を9つに分割し、各領域をスコア0・1・2で評価し、舌苔付着率50%以上を低下とした。
- ② 口腔乾燥を評価するサクソテストでは、規定された乾燥ガーゼを2分間咬み、唾液量を測定し、2g未満を低下とした。
- ③ *1口腔清掃の自立度を図るBrushing, denture wearing, mouth Rinsing（以下、BDR指数）は、歯磨き・義歯装着・うがいの項目について、それぞれを1自立・2一部介助・3全介助で判定し、3段階の総合スコアを数値化した。*2口腔清掃回数は、1日の清掃回数をカウントした。

(2) 『個別の口腔機能』

- ① 咬合力は残存歯数を計測する方法を使用した。残存歯数は残根や動揺度3の重度の動揺の歯を除いた歯数をカウントし、残存歯数20本未満を低下とした。
- ② 舌口唇運動機能はOral diadochokinesis（以下、オーラル・ディアドコキネシス）により、口唇、軟口蓋等の運動速度や巧緻性を評価した。評価方法は、パ・タ・カのそれぞれの音節を、5秒間発声した回数を計測し1秒当たりの発音回数を算出し、6回未満を低下とした。
- ③ 舌圧については、舌圧との相関関係（田中ら，2015；中東ら，2015）が示されている握力を採用した。舌圧の低下は、握力が16kg未満とした。握力の測定方法は、左右交互に2回ずつ測定し、左右それぞれの良い方の記録を平均値で算出した。麻痺やしびれのある場合は、健側のみで測定した。

(3) 『統合された口腔機能』

- ① 咀嚼機能はキシリトール咀嚼チェックガム（ロッテ社[®]）を用いて、1秒に1回のペースで1分間咀嚼させ、判定に

は色彩色差計を用い、赤みを示すa値を測定し17未満を低下（谷本ら，2009）とした。

- ② 嚥下機能はEating Assessment Tool（以下、EAT-10）による、嚥下時の自覚症状や体重減少等について、10項目の質問で構成された主観的評価により嚥下機能をスクリーニングした。口腔機能低下症診断基準の「嚥下障害の疑いあり」と判断する合計点数3点以上を低下とした。

3) 口腔機能低下に関連する要因

(1) 活動状況

活動状況はBarthel Index（以下、BI）、障害老人の日常生活自立度の判定をおこなった。

(2) 認知機能

認知機能は、HDS-RおよびNMスケールにより評価した。

(3) 身体の状態

身体の状態は、既往歴、服用中の薬剤を調査した。既往歴は、治療継続中である疾患の有無を確認した。服用中の薬剤は、嚥下機能に影響をおよぼす薬剤のうち、高血圧で継続的に服薬されることの多い、Ca拮抗薬やベンゾジアゼピン系薬剤等を調査した。

(4) 栄養状態

栄養状態では、BMI、体重減少率、Mini Nutritional Assessment（MNA[®]以下、簡易栄養状態評価表）、Controlling nutritional Status（以下、CONUT）変法値（高橋ら，2016）を調査した。BMIは、入院時の身長・体重から計測した。体重減少率は、簡易栄養状態評価表の3か月間の体重変化に基づき、3か月の体重減少率を用いた。入院時の栄養状態は、CONUT変法値を使用した。CONUT変法値とは、蛋白代謝指標の血清アルブミン濃度、免疫能指標の総リンパ球値、測定率の低い血清コレステロールの代わりにヘモグロビン値を代用し、栄養レベル判定スコアを算出した。基準値は正常0-1点・軽度栄養不良2-4点・中等度栄養不良5-8点・高度栄養不良9-12点から、栄養障害度を判定した。簡易栄養状態評価表は、65歳以上の高齢者の栄養状態を簡単に評価するためのツールである。3か月間の体重減少、食事摂量、歩行能力、急性疾患の影響、認知症やうつの有無、痩せの指標としてBMIの6項目について問診し、合計点数を算出した。栄養状態良好12-14点・低栄養の恐れあり8-11点・低栄養0-7点から栄養状態を判定した。

4. データの分析方法

データの分析は、以下の手順にそって実施した。

- 1) 対象者の基本属性、口腔機能の状態、口腔機能低下に関連する各要因の変数について、記述統計により分布を確認した。
- 2) 口腔機能低下に関連する要因を分析するため、対象を口腔機能の「低下群」と「低下なし群」に分類した。その分類は口腔機能低下症の診断基準（日本歯科医師会，2019）となる口腔機能の調査7項目のうち、3項目以上の口腔機能低下に該当するものを「低下群」、3項目未満の口腔機能

表1 データ収集方法

	項目	データ収集方法
基本情報	年齢、性別、診断名、介護度	電子カルテ入力情報 研究者による対象者への聞き取り
口腔機能	環境 ①口腔不潔：舌苔付着度（TCI） * 1 口腔清掃の自立度判定基準（BDR指標） * 2 口腔清掃回数 ②口腔乾燥：唾液量計測（サクソンテスト）	①歯科衛生士による測定 ②研究者による測定
	筋力と個々の運動機能 ③咬合力：残存歯数 ④舌口唇運動機能 オーラルディアドコネシスを用いた構音評価による口腔の巧緻性評価 ⑤握力：（舌圧の代替）	③ 歯科衛生士による測定 ④⑤研究者による測定
	総合的な運動機能 ⑥咀嚼機能 咀嚼能力判定ガムによる咀嚼能力検査	研究者による測定
	⑦嚥下機能 主観的評価による嚥下機能スクリーニング EAT-10嚥下スクリーニングツール	研究者による対象者への聞き取り
関連要因	活動状況 Barthel Index 障害高齢者の日常生活自立度	研究者による観察、聞き取り
	認知機能 改定長谷川式簡易知能検査スケール（HDS-R） N式老年者用精神状態尺度（NMスケール）	認知症看護認定看護師による聞き取りと観察
	身体の状態 既往歴、服薬内容	カルテ入力情報 研究者による対象者への聞き取り
	栄養状態 身長・体重・BMI 体重減少率（%） CONUT変法による入院時の栄養状態 簡易栄養状態評価表（MNA®-SF）	身体計測カルテ入力情報 研究者による対象患者より聞き取り 臨床検査所見 研究者による対象患者より聞き取り

の低下を「低下なし群」とした。そして、口腔機能低下の関連要因である基本属性、活動状況、認知機能、身体状況、栄養状態について、2群で比較した。各変数の分析には、t検定もしくはWilcoxonの符号順位検定、 χ^2 検定もしくはFisherの直接法等を用いた。統計には統計解説ソフトSPSS Ver.28を使用し、有意確率は5%とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は大分大学医学部倫理委員会（承認番号：1802）、および大分赤十字病院臨床倫理委員会（承認番号：243）の承認を得て実施した。研究の説明および同意については、まず、調査施設の病院長、看護部長に対し研究の目的・方法および倫理的配慮を文書と口頭で説明し、同意書により同意を得た。次に、調査対象に関連する各診療科部長、主治医、研究協力者、病棟看護師に対して、研究の目的・方法を説明し協力を得た。研究対象者には、研究の目的・方法、匿名性の遵守、データの目的外使用の禁止、研究参加に対する自由意志の保証、辞退しても治療・看護には一切不利益は生じないこと、手術を控えた時期のため身体的精神的負担とならないよう、体調や調査時間に配慮すること等を口頭および文書で説明し同意書により承諾を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 対象の概要

対象の平均年齢は74.3（標準偏差（以下SD）、6.6）歳、性別は男性が40人（57.1%）、女性が30人（42.9%）であった。要介護度は申請していない者が63人（90.0%）、要介護認定を受けている者が7人（10.0%）であった。

調査対象70人中、周術期口腔機能管理の基準に該当した者は52人（74.3%）であった。

2. 口腔機能の状態

口腔機能の状態は、『口腔環境』、『個別の口腔機能』、『統合された口腔機能』の3つの機能（日本歯科医師会、2019）について、分析結果を述べる。表2は口腔機能の7項目の評価基準外の人数と割合を示した。

1) 『口腔環境』

口腔不潔については、舌苔付着度50%以上の基準値外の者が17人（24.3%）、口腔乾燥は唾液量2g以下となる者が44人（62.9%）にみられた。口腔清掃自立度の平均値は2.5（SD 0.7）点であり、口腔清潔における自立度は高かった。1日の清掃回数は2.2（SD 1.0）回であった。

2) 『個別の口腔機能』

咬合力を表す残存歯数では、残存歯20本以下の基準値外となる咬合力低下を来した者が38人（54.3%）であった。舌圧の代替として測定した握力の平均値は24.5kgであり、握力16kg未満の舌圧低下を来した者は9人（12.8%）であった。舌口唇運動機能では、1秒あたりの発音数6回未満である舌口唇運動機能低下を来した者は40人（57.1%）にみられた。

3) 『統合された口腔機能』

咀嚼機能の評価では、咀嚼能力a値が17未満の基準値外となる咀嚼機能の低下を来した者は15人（21.4%）であった。嚥下機能の評価であるEAT10では、「嚥下障害の疑いあり」と判定する合計点数3点以上の嚥下機能低下を来した者は11人（15.7%）であった。EAT-10での平均値は1.2点と正常であった。

表2 口腔機能の7項目の状態

		<i>n</i> = 70		
評価項目	調査項目	評価基準	基準値外 人	%
『口腔環境』				
口腔不潔	舌苔付着度 (TCI)	50%以上	17	24.3
口腔乾燥	唾液量測定 (サクソンテスト)	2 g以下	44	62.9
『個別の口腔機能』				
咬合力	残存歯数	19 本以下	38	54.3
舌口唇運動機能	オーラルディアドコキネシス	5 回以下	40	57.1
舌圧	握力測定	15kg以下	9	12.8
『統合された口腔機能』				
咀嚼機能	咀嚼能力判定ガム検査	16以下	15	21.4
嚥下機能	EAT-10嚥下スクリーニング	3 点以上	11	15.7

表3 口腔機能低下と基本属性

調査項目	全体		低下群		低下なし群		<i>p</i>	検定
	人	%	人	%	人	%		
	70	100	34	48.6	36	51.4		
年齢								
平均値 (標準偏差)	74.3 (SD 6.6)		75.9 (SD 6.7)		72.8 (SD 6.3)		0.055	t
前期高齢者	44	62.9	17	38.6	27	61.4	0.030*	χ^2
後期高齢者	26	37.1	17	65.4	9	34.6		
性別								
男	40	57.1	17	42.5	23	57.5	0.241	χ^2
女	30	42.9	17	56.7	13	43.3		
要介護度								
非該当	63	90	30	47.6	33	52.4	0.706	F
要介護認定	7	10	4	57.1	3	42.9		

t: t検定・ χ^2 : χ^2 検定・F: Fisherの直接法*: *p* < 0.05

3. 口腔機能低下と関連要因

1) 口腔機能低下と基本属性

口腔機能低下と関連要因については、口腔機能「低下群」と「低下なし群」の2群に分類し分析した。口腔機能の「低下群」は34人(48.6%)、「低下なし群」が36人(51.4%)であった。年齢の平均値は、「低下群」が75.9歳(*SD*6.7)、「低下なし群」が72.8歳(*SD*6.3)と「低下群」の年齢が高い傾向にあった(*p*=0.055)。前期および後期高齢者の比較では、後期高齢者の「低下群」17人(65.4%)、「低下なし群」9人(34.6%)であり、後期高齢者の割合が「低下群」において有意に高かった(*p*=0.030)。性別では男性の「低下群」が17人(42.5%)、女性の「低下群」が17人(56.7%)と女性が「低下群」の割合が高かった。要介護度と口腔機能においては2群の差を認めなかった。

2) 口腔機能低下に関連する要因

(1) 活動状況

障害老人の日常生活自立度では、生活自立が62人(88.5%)、準寝たきりが8人(11.4%)であった。BIの平均値は、「低下群」96.9(*SD*8.9)点、「低下なし群」99.3(*SD*2.9)点と有意差はなく、生活自立度の高い集団であった。

(2) 認知機能

HDS-Rの平均値は「低下群」26.4(*SD*3.0)点、「低下なし群」27.4(*SD*2.8)点であった。NMスケールでは「低下群」49.7(*SD*0.7)点、「低下なし群」49.8(*SD*0.5)点であり、認知機能は正常な集団であった。

(3) 身体の状態

既往歴において、「低下群」は、脳神経疾患4人(40.0%)、呼吸器疾患9人(45.0%)、循環器疾患25人(52.1%)、糖尿

病 15 人 (51.7%) であった。嚥下機能に影響をおよぼす薬剤を服薬中の者において、ベンゾジアゼピン系薬剤服用中の者は 16 人 (22.9%) であり、「低下群」は 9 人 (56.3%) を占めた。Ca 拮抗薬服用中の者は 46 人 (65.7%) であり、そのうち「低下群」は 23 人 (50%) であった。

(4) 栄養状態

BMI の平均値について、「低下群」は 22.4 (SD 3.7) kg/m^2 、「低下なし群」は 23.7 (SD 2.8) kg/m^2 と双方の値は正常範囲内であった。3 か月間の体重減少率では、「低下群」が 1.2 (SD 2.6) %、「低下なし群」が 0.9 (SD 2.2) % であった。CONUT 変法値での栄養不良レベルの平均値は、低下群 1.8

(SD 1.8) 点、低下なし群 1.2 (SD 1.7) 点と双方の値は正常範囲内であった。簡易栄養状態評価表の平均値では「低下群」11.5 (SD 2.3) 点、「低下なし群」12.2 (SD 1.6) 点であり、「低下群」の平均値は低栄養の恐れありの判定であった。

Ⅵ. 考 察

本研究では、手術を受ける高齢者 70 人を対象に、術前の口腔機能の実態について調査をおこなった。その結果、「口腔機能の状態」は、口腔内乾燥、咬合力及び舌口唇運動機能の低下が約 6 割にみられ、口腔機能を総合的にみた口腔機能「低下群」は約 5 割であり、影響要因として後期高齢者であること

表 4 口腔機能低下に関連する要因

関連要因	調査項目	全体		低下群		低下なし群		p	検定		
		人	%	人	%	人	%				
		70	100	34	48.6	36	51.4				
活動状況	障害老人の日常生活自立度	62	88.5	29	46.8	33	52.4	0.472	F		
	生活自立準寝たきり	8	11.4	5	62.5	3	42.9				
身体 の 状況	脳疾患	有	10	14.2	4	40	6	60	0.736	χ^2	
		無	60	85.7	30	50	30	50			
	呼吸器疾患	有	20	28.5	9	45	11	55	0.705		
		無	50	71.4	25	50	25	50			
	循環器疾患	有	48	68.6	25	52.1	23	47.9	0.385		
		無	22	31.4	9	40.9	13	59.1			
	糖尿病	有	29	41.4	15	51.7	14	48.3	0.657		
		無	41	58.6	19	46.3	22	53.7			
	服用 薬剤	ベンゾジアゼピン系薬剤	有	16	22.9	9	56.3	7	43.7		0.489
			無	54	77.1	25	46.3	29	53.7		
Ca拮抗薬		有	46	65.7	23	50	23	50	0.741		
		無	24	34.3	11	45.8	13	54.2			

χ^2 : χ^2 検定・F: Fisherの直接法

*: $p < 0.05$

表 5 口腔機能低下に関連する要因

関連要因	調査項目	全体		低下群		低下なし群		<i>p</i>	検定
		人	%	人	%	人	%		
		70	100	34	48.6	36	51.4		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
活動状況	BI（点）	98.1	6.6	96.9	8.9	99.3	2.9	0.118	w
認知機能	HDS-R（点）	26.9	2.9	26.4	3.0	27.4	2.8	0.171	
	NMスケール（点）	49.8	0.6	49.7	0.7	49.8	0.5	0.674	
栄養状態	BMI（kg/m ² ）	23.1	3.3	22.4	3.7	23.7	2.8	0.109	t
	体重減少率（%）	1.1	2.4	1.2	2.6	0.9	2.2	0.627	
	CONUT変法値栄養不良レベル（点）	1.5	1.7	1.8	1.8	1.2	1.7	0.207	
	簡易栄養状態評価表（点）	11.9	2.0	11.5	2.3	12.2	1.6	0.326	w

t検定・Wilcoxonの符号順位検定 *: $p < 0.05$

が関連していた。そこで、手術を受ける高齢者の口腔機能の実態として口腔機能の状態と口腔機能低下に関連する要因について検討し、手術を受ける高齢者に対する術前の口腔機能の評価の重要性を考察する。

1. 高齢者における術前の口腔機能の状態

本研究において、「口腔機能の状態」は『口腔環境』、『個別の口腔機能』、『統合された口腔機能』で構成し、評価基準外の割合を算出した。口腔の衛生状態や唾液量、ケアの自立度等口腔環境の器質的な状態である『口腔環境』において、口腔乾燥が62.9%にみられ、口唇および咀嚼筋等の口腔周囲を構成する器官の運動や力である『個別の口腔機能』において、咬合力低下54.3%、舌口唇運動機能低下57.1%であった。手術を受ける高齢者の口腔機能低下に関する、胃がん周術期患者の術前における口腔機能低下症罹患率（関本ら、2020）の結果と比較すると、口腔乾燥が27.6%、咬合力低下が36.4%、舌口唇運動機能低下60.3%と、本研究と比べ低値もしくは同等の割合であった。加齢によって、咬合力および舌口唇運動機能は低下（池邊ら、2020）し、舌口唇運動機能の低下は筋機能の評価のなかで最も高い割合を占める（水口ら、2016）。関本らの研究対象の年齢が68.7歳と前期高齢者であることに比べ、本研究の年齢が74.3歳と高く、加齢による機能低下を来していることが推測された。咀嚼および嚥下の個別の機能が統合された『統合された口腔機能』においては、咀嚼機能の低下が21.4%、嚥下機能の低下15.7%であった。前述した、咬合力および舌口唇運動機能低下が5割以上であったことと比較すると低い割合であった。これは、咀嚼力は咬合力低下を舌圧が代償（日本歯科医師会、2020）するため比較的維持されやすいことが影響していると考えられる。しかし、嚥下機能は舌圧や舌口唇運動機能の低下に影響される（池邊ら、2020）ことから、手術を受ける高齢者においては、統合された口腔機能の状態を示す咀嚼機能や嚥下機能が正常であっても、咬合力や舌口唇運動機能の低下に注視する必要性があると考ええる。

口腔機能はさまざまな機能が複合的に作用しており、1つの機能が低下しても、その他の機能で代償され、統合された口腔機能低下として表出されにくい（日本歯科医師会、2019）。口腔機能低下症は、口腔機能障害や咀嚼嚥下機能障害とは異なり、早期発見、早期対応によって正常範囲内の機能へと戻れる可逆的な状態にある（松尾、2018）。そのため、術前の口腔機能の評価では、『統合された口腔機能』である咀嚼機能および嚥下機能の評価に加え、咬合力および舌口唇運動機能となる『個別の口腔機能』のスクリーニングを取り入れ、口腔機能の低下もしくは低下予備群に対する介入が必要であると考ええる。

2. 手術を受ける高齢者の口腔機能低下に関連する要因

調査結果において、口腔機能の低下していた高齢者は48.6%を占めた。周術期高齢者の術前の口腔機能低下症の実態を調査した研究の結果（関本ら、2020）は32.7%であり、本研究の割合が高値を示していた。これは、前述したように本

研究の調査対象が先行研究より高年齢であったことが推測される。さらに、口腔機能の低下した要因として、口腔機能の「低下群」は後期高齢者の割合が前期高齢者より有意に高く、後期高齢者は前期高齢者と比べ口腔機能の低下を生じており、口腔機能の「低下群」の後期高齢者は6割を占めていた。高齢者は年齢が高くなるに従って、口腔機能低下症の罹患率だけでなく、該当項目数も多くなる傾向にある（太田ら、2018；池邊ら、2020）ことから、後期高齢者は特に口腔機能低下を生じやすいことが示唆された。

一方、術前に口腔乾燥を来した高齢者は62.9%であり、口腔乾燥に影響するCa拮抗薬の服用者は65.7%、ベンゾジアゼピン系薬剤の服用者22.9%であった。口腔乾燥は、代謝性疾患などの内的因子や薬剤服用などの外的因子の影響を強く受ける（関本ら、2020）。本研究では、関連因子として、限られた併存疾患や内服薬剤のみの検討であり、薬剤数は精査していない。そのため、口腔乾燥に影響する薬剤において口腔機能の「低下群」と「低下なし群」に差をみとめず口腔乾燥は内服の有無にかかわらず生じていた。高齢者の口腔乾燥は服用薬剤の影響が大きく（若林、2020）、口腔乾燥や口腔不潔は口腔機能の中で早い段階で症状が認められ（太田ら、2018）、口腔乾燥は舌苔の付着、菌周病の重症化、義歯装着困難等を生じやすい（日本歯科医師会、2020）。つまり、口腔乾燥をきたした高齢者は、今後口腔機能低下をきたすことが推測されるため、手術が決定した直後より口腔清潔の支援が必要と考える。さらに、高齢者の口腔乾燥の要因として、多剤併用（日本老年医学会、2015）となっていることから、術前に関わらず常日頃より不要な薬剤の整理が必要と考える。

口腔機能と栄養状態との関連について、口腔機能の「低下群」「低下なし群」は臨床検査や身体計測、栄養状態の低下において差を認めなかったが、口腔機能の「低下群」の簡易栄養状態評価表が11.5点と「低栄養の恐れ」の状態を示していた。高齢者の低栄養の要因として、加齢による身体機能の低下や精神的、社会的影響（三重野ら、2022）の関連が示されている。本研究の高齢者は、認知機能は正常であり、日常生活の自立度は高い集団であったことから、口腔機能の低下群においても低栄養には至っていなかったことが考えられる。しかし、手術を受ける高齢者の場合、術後は手術侵襲により栄養状態の低下が加速（森ら、2016）することからも、術前の栄養状態については、口腔機能と併せてスクリーニングを行い状態に応じた早期介入が必要であると考ええる。

3. 高齢者への術前からの口腔機能評価の重要性

術前的高齢者における口腔機能の実態として、口腔機能の状態は口腔乾燥、咬合力および舌口唇運動機能の低下を認め、研究対象の高齢者の約5割が術前に口腔機能低下をきたしており、口腔機能低下の要因として後期高齢者と低栄養の傾向が関連していた。

厚生労働省が定める周術期口腔機能管理は（厚生労働省、2018）、がんや心臓外科、人工股関節置換術等の特定の手術が

対象であるため、手術を受ける高齢者において、周術期口腔機能管理の条件に該当しない者が存在するのが実状である。実際、本研究においても周術期口腔機能管理に該当した者は7割にとどまっていた。このように日常生活が自立し口腔機能低下を自覚していない高齢者の場合、術前の口腔機能の評価や必要な予防策の支援につながらないことがある。高齢者の口腔機能は複合的に作用するため機能低下を自覚しにくく（上田ら, 2018）、さらに術後の高齢者は全身麻酔および手術侵襲が身体に影響することにより、嚥下障害が顕在化（武原, 2016）する可能性が高い。

そのため、日常生活が自立かつ口腔機能低下が顕在化していない高齢者においても、口腔機能低下を見落とさないために、全身麻酔下での手術を受ける高齢者においては、手術が決定した時点より直ちに、周手術期機能管理による介入と同時に、口腔機能に関連するスクリーニングおよび適切な介入が必要である。特に、後期高齢者及び低栄養状態にある場合は、術前の口腔機能評価を行い、合併症予防の介入が必要であると考えられる。

高齢者が侵襲を伴う手術を受けることは、残された人生を自分らしく生き抜くための覚悟を持った選択である。そのため、高齢者の手術に対しては、成人期の患者以上に慎重かつ効率的な合併症の予防を実践し、可能な限り早期に回復し、手術前の生活に復帰できるよう、術前から術後を通じた専門職チームによる支援が重要と考える。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究において、1つの施設および承諾を得られた診療科での手術を受ける患者を対象としたため、手術を受ける高齢患者の母集団を反映されていない。また、サンプル数が少ないため、口腔機能低下の関連要因についての分析は推計統計による関連の推測にとどまっている。口腔機能低下の関連要因についても、十分な分析が行えなかったため、要因の精選が必要と考える。

VII. 結 論

手術を受ける高齢者を対象にして、術前における口腔機能の状態および口腔機能低下に関連する要因より口腔機能の実態について、以下の結論を得た。

1. 口腔機能の状態

- 1) 口腔ケアの自立度、衛生状態・唾液量等主に器質的な状態の評価である『口腔環境』については、口腔不潔は24.3%、口腔乾燥は62.9%にみられた。
- 2) 口唇、頬、舌、軟口蓋、歯と顎、口腔周囲筋、顎関節、舌骨等口腔周囲を構成する器官の運動を示す『個別の口腔機能』については、咬合力の低下は54.3%、舌圧の低下は12.8%、舌口唇運動機能の低下は57.1%に認めた。
- 3) 咀嚼や嚥下等個別の機能が統合された口腔の運動である『統合された口腔機能』について、咀嚼機能の低下は21.4%、嚥下機能の低下は15.7%に生じていた。

2. 口腔機能低下に関連する要因

- 1) 口腔機能低下症の基準による評価において、口腔機能の状態が低下している者は、34人（48.6%）であった。
- 2) 口腔機能低下に関連する要因として、後期高齢者が有意に関連していた。

3. 高齢者への術前からの口腔機能評価の重要性

後期高齢者においては術前の口腔機能評価を行い、合併症予防の介入が重要である。

本論文は大分大学大学院医学系研究科における修士論文の一部を加筆、修正したものである。また、第54回日本看護学会学術集会においてこの論文内容の一部を発表した。

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

- 池邊一典, 八田昂大, 三原佑介, 村上和裕. (2020). 「口腔機能低下症」に関する論点整理. 老年歯科医学, 34 (4), 451-456.
- 伊與田清美, 水谷慎介, 奥菜央理, 柏崎晴彦. (2019). 地域歯科診療所における自立高齢者の口腔機能低下症に関する実態調査. 老年歯科医学, 34 (3), 406-414.
- 厚生労働省保険局医療課. (2018). 平成30年度診療報酬改定の概要【歯科】.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203140.pdf> (参照 2025-02-18).
- 松尾浩一郎, 谷口裕重, 中川量晴, 金澤学, 古屋純一, 津賀一弘, 池邊一典, 上田貴之, 田村文誉, 永尾寛, 山本健, 櫻井薫, 水口俊介. (2016). 急性期病院入院高齢者における口腔機能低下と低栄養との関連性. 老年歯科医学, 31 (2), 123-133.
- 松尾浩一郎. (2018). 口腔機能低下症への対応と今後の方向性. 老年歯科医学, 33 (3), 304-311.
- 三重野英子, 倉田信子, 深堀浩樹 (編). (2022). 老年看護学 (2022年度版), 日本看護協会出版会.
- 水口俊介, 津賀一弘, 池邊一典, 上田貴之, 田村文誉, 永尾寛, 古屋純一, 松尾浩一郎, 山本健, 金澤学, 渡邊裕, 平野浩彦, 菊谷武, 櫻井薫. (2016). 高齢期における口腔機能低下—学会見解論文2016年度版—. 老年歯科医学, 31 (2), 81-99.
- 森直治, 東口高志. (2016). 周術期の侵襲と適切な栄養管理. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, 25 (12), 1173-1179.
- 森脇元, 梅田慈子, 鴨田勇司, 藤森まり子, 片桐伯真. (2016). 術前対策. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, 25 (12), 1164-1172.
- 中東教江, 山縣誉志江, 栢下淳 (2015): 高齢者の舌圧が握力および食形態に及ぼす影響. 日本栄養士会雑誌, 58 (4), 43-47.
- 日本歯科医師会. (2019). 歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル2019年版. 日本歯科医師会.
- 日本歯科医師会. (2020). 通い場で活かすオーラルフレイル対応マニュアル. 日本歯科医師会.
- 日本老年医学会. (2015). 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. 日本老年医学会.
- 西田大輔, 辻哲也. (2014). 高齢者の術後早期回復のための周術期がんリハビリテーションの重要性と課題. 静脈経腸栄養, 29 (6), 1285-1290.

- 太田緑, 上田貴之, 小林健一郎, 櫻井薫. (2018). 地域歯科診療所における口腔機能低下症の割合. 老年歯科医学, 33 (2), 79-84.
- 尾崎由衛, 梶原美恵子, 柴田佳苗, 梅本丈二. (2018). 高齢者施設利用者における口腔機能低下症罹患率に関する検討. 老年歯科医学, 33 (3), 350-357.
- 関本愉, 松尾浩一郎, 片山南海, 岡本美英子. (2020). 胃がん周術期患者の術前における口腔機能低下症罹患率. 老年歯科医学, 35 (2), 118-126.
- 高橋俊介, 高橋治美, 井出京子, 竹内智恵子, 栗林希代子, 新美三由紀, 松島凜太郎, 田中司朗. (2016). 栄養不良入院患者の抽出を目的とする CONUT 変法の検討. 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 31 (3), 827-834.
- 武原格. (2016). 術前のスクリーニング. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 25 (12), 1157-1163.
- 田中陽子, 中野優子, 横尾円, 武田芳恵, 山田香, 栢下淳. (2015). 入院患者および高齢者福祉施設入所者を対象とした食事形態と舌圧, 握力および歩行能力の関連について. 日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌, 19 (1), 52-62.
- 谷本芳美, 渡辺美鈴, 河野令, 広田千賀, 高崎恭輔, 河野公一. (2009). 地域高齢者の客観的咀嚼能力指標としての色変わりチューインガムの有用性について. 日本公衆衛生雑誌, 56 (6), 383-390.
- 上田貴之, 水口俊介, 津賀一弘, 池邊一典, 田村文誉, 永尾寛, 古屋純一, 松尾浩一郎, 山本健, 金澤学, 櫻井薫. (2018). 口腔機能低下症の検査と診断—改訂に向けた中間報告—. 老年歯科医学, 33 (3), 299-303.
- 横山正尚. (2017). 高齢化と術後認知機能障害. 日本臨床麻酔学会誌, 37 (2), 193-200.
- 若林秀隆. (2017). 高齢者の摂食嚥下サポート. 新興医学出版社.
- 若林秀隆. (2020). フレイル高齢者これからどう診る?. 羊土社.

◇研究報告◇

臨床判断につながる看護師の観察行動

—視線と言動の分析—

杉島 寛¹⁾*, 森本紀巳子²⁾, 加悦美恵³⁾

【目的】看護実践時の視線と言動の分析から、臨床判断の起点となる状況の把握に焦点をあてて看護師の観察行動を検討する。

【方法】対象は、看護経験1-2年と5-10年の看護師各11名で、肺炎の症状を呈する患者（シミュレーター）に対する看護実践時の視線の動きと言動を眼球運動測定装置 Talk Eye LITE（竹井機器工業）を用いて録画・録音した。分析は、全身の各部位と医療機器など14領域の注視時間と回数、言動を看護師経験で比較した。

【結果】1-2年と5-10年ともに、視線は「顔面」「胸部」「測定器具」の領域に注視時間、回数が集中し、注視には偏りがあった。言動には、視線と観察行動の一致がみられた。

【結論】看護師の視線の動きと言動の可視化から、患者の全体に視線を向けて観察しているかを継続的に教育する必要性が示唆された。

【キーワード】臨床判断、状況の把握、観察行動、視覚情報

I. はじめに

看護師は、臨床現場の看護実践では患者の反応を捉え、それを解釈し、判断している。このような看護師の臨床判断について「新人看護職員研修ガイドライン」では教育・研修の必要性があげられている（厚生労働省, 2014）。しかし、看護師が患者の状況の何を捉え、何を考え、どのような判断を行い看護行為へ至るのか、その過程は見えにくく、臨床現場での確かな看護判断能力を教育するのは難しい。

臨床判断の構成要素について、佐藤（1989）は、「知識」、「状況の把握」、「行為」、「行為の効力」、「満足感」の5つをあげ、さらに尾形（2011；2012）は、その中の「状況の把握」に焦点をあてて説明している。看護実践における「状況の把握」は、患者をよく観察し、その変化に気づき、患者の理解を深める情報収集のための看護師の行為であると思われる、臨床判断の起点になると考える。これまでの、臨床判断に関する先行研究（杉本他, 2005；村田・井上, 2011）では、日ごろの実践を振り返って看護師の思考過程を分析するインタビュー形式の質的研究が多く、実際の看護実践を分析したものは少ない。

看護師は、患者の状況を把握するとき、五感を用いて患者を観察し情報収集を行う。特に視覚情報は、われわれにもたらされる全感覚情報の70%を占める（和氣, 1995）といわれ、観察時の視覚情報の質と量は、看護師の臨床判断とその後の看護実践内容を左右すると考える。看護師の視覚情報の捉え方を解析することで、臨床判断の起点となる状況の把握を可視化できるのではないかと考える。そして、より詳細に経時的に観察行動を可視化するには、実践場面の観察行動を明らかにする必要があると考える。

これまでの視覚情報に着目した研究は画像をみる視線の動きから「注視時間」や「注視回数」が分析されていた（林他, 2015；大黒・齋藤, 2017）。この方法の場合、提示された静止場面の情報に限定され、看護師の行為により変化する患者の反応までは捉えることができず、患者を把握するための観察行動を分析できない。実際の看護実践場面を観察する時の視覚情報を分析した研究には、熟練看護師が術後の観察を行う際の視線を測定し、認知と技術の可視化の有効性を示唆した研究（天野他, 2022）や、シミュレーション場面での看護学生と看護教員の視線を測定した研究（工

受付日：2024年10月15日／受理日：2025年3月14日

1) 久留米大学病院 2) 元久留米大学医学部看護学科 3) 久留米大学医学部看護学科

* E-mail : sugishima_kan@kurume-u.ac.jp

藤他, 2022) があるが少なく, さらなる研究を重ねる必要があると考えた。

本研究では, 看護実践場面における視覚情報の測定から, 看護師がどのように観察し, どのように行動しているのかを分析することで, 看護師の観察の行動が明確になり, 看護師の臨床判断能力を強化するための教育に活用できる資料となると考える。

Ⅱ. 目 的

看護実践時の視線と言動の分析から, 臨床判断の起点となる状況の把握に焦点をあてて看護師の観察行動を明らかにすることを目的とする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の操作的定義

臨床判断:

患者の健康に関するニーズや心配, 懸念, または健康の問題に対しての解釈をしたり結論付けたりする。もしくはある行動をとるかとらないかということを決定する。また, 標準的なアプローチをそのまま使うのか, それを修正して使うのかを決めていくこととする (Tanner, 2006)。

観察行動:

看護師自身の感覚器を通して, あるいは器具器械を用いて患者の状態を把握しようとする行為とする。

2. 研究方法

1) 研究対象者

研究対象者は, A 県内の総合病院で勤務する看護師で, 先行研究を参考に臨床判断に違いが見えやすいと考えた看護師経験 1-2 年 (以下 1-2 年) と 5-10 年 (以下 5-10 年) の看護師とした (小山田, 2009)。また, 研究に使用する測定装置の性能上, 測定困難となるハード・コンタクトレンズ使用の看護師は除外した。対象者の募集は, A 県内の総合病院 26 施設の施設長または看護部の代表者に文書で協力依頼を行い, 対象者に該当する看護師に, 研究協力依頼文書, 研究説明文書を渡してもらった。研究の内容および方法を口頭と書面で説明し, 研究参加の同意が得られた看護師を対象とした。

2) データ収集方法

看護実践時の観察行動における視覚情報を収集するために, 対象者に眼球運動測定装置 TalkEye LITE (竹井機器工業 T.K.K.2950) を装着し (図 1), 事例の患者への看護を実践してもらった。看護実践場面は, 短時間で状況を把握することを考慮し, 予備実験を重ねて, 今回の実施は最大 10 分間とした。事例の患者には, シミュレータ (多職種連携ハイブリッドシミュレータ SCENARIO・京都科学) を用いた。また, 対象者の基礎情報も調査した。期間は, 2021 年 10 月から 11 月に行った。

用いた TalkEye LITE は, 看護師の眼球運動の傾向を調査した林他 (2015) の研究でも使用された, ゴーグル型検出器右眼用を使用し, 視線の検出は瞳孔画像処理方式で, 視線停

滞時間や視線の移動速度が計測できる。検出範囲は, 左右 50 度, 上 20 度, 下 40 度で, 1 秒間の記録回数を示すサンプリング周波数は 30Hz (1 秒間に 30 回記録), 視線の移動速度は 5deg/sec とした (大野, 2002)。ゴーグルの重さは 130g と軽量のものを用い, 固定バンドで頭部に固定し, ベッドサイドを自由に動けるように 10m のケーブルを用意した。

3) 看護実践場面の設定

(1) 実践場面の設定

看護実践場面は, 対象者が患者の担当看護師で, 朝の検温で訪問する場面とし, 普段通りに実践を行うように伝えた。

(2) 事例の設定

事例は, 「肺炎の診断で緊急入院した 70 歳代男性」とし, 成人肺炎診療ガイドライン 2017 (日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会, 2017) を参考に, 重症度を中等症として設定した。

(3) シミュレータの操作

対象の看護師が入室する時のシミュレータ患者の症状には, “咳嗽”, “30 秒毎の息切れ”, “顔面のチアノーゼ”を表出した。実践に伴い経時的に変化する情報の追加は, 体温, 脈拍, 血圧, 呼吸等の状態をシミュレータの遠隔操作で行い, その他を研究者が提示した。追加の情報やそのタイミング, 提示する内容は, 基準を作成し統一できるようにし, シミュレータの操作者と情報を提示する研究者は, 全て同じ研究者とした。

なお, 設定にあたっては, 看護師, 看護管理者, 救急看護認定看護師に, アドバイスを受けた。

(4) 模擬病室の設定

実験は, 研究者が所属する施設の模擬病室で実施した。事例に基づき, ベッドに患者が臥床している状態で, 床頭台やオーバーテーブルを配置し, 日用品を設置した。また, 血圧計, 体温計, 経皮的動脈血酸素飽和度測定器, 酸素投与と吸引に必要な物品, 点滴, 安楽枕も設置した。ディスプレイ手袋, 手指消毒液, トレイを準備した (図 2)。模擬病室は, 実験毎に, 物品やベッドなどの位置を確認し, 再現性を保った。

4) 測定内容

(1) 基礎情報

年齢, 性別, 看護師経験年数, 現在の所属部署・所属部署での経験年数, 過去の経験部署と年数について調査した。



図 1 眼球運動測定装置

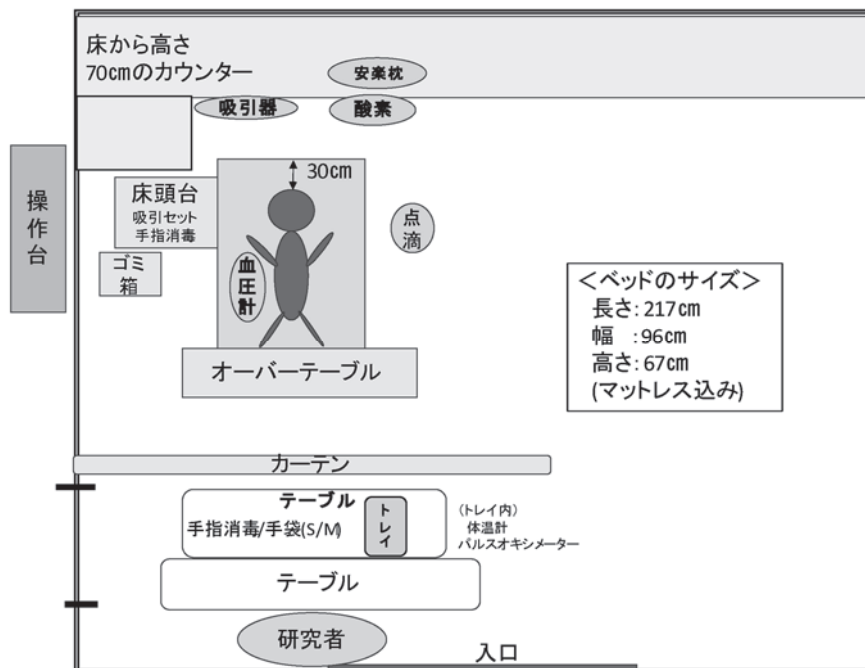


図2 模擬病室

(2) 看護実践時の視線と言動

看護実践時の観察行動における視線と言動は、眼球運動測定装置を用いて録画・録音し、注視時間や注視回数、看護師の言動についてデータ収集した（図3）。

5) 測定の手順

測定手順として、対象者に基礎情報の記入後、眼球運動測定装置を装着し、ベッドサイドで機器の較正を行った。そして事例を5分間提示した後、看護実践を実施（終了は10分間もしくは対象者からの合図）した。

6) 解析方法

(1) 基礎情報調査

基本情報として得られた看護師の背景はそれぞれ単純集計した。

(2) 視覚情報の解析

眼球運動測定装置で測定したデータを、視線停滞時間や視線の移動速度、視線の軌跡を再生できる眼球運動再生プログラム Ver.3.2.0 を用いて、データを整理し、注視時間と注視回数を算出した。

データの整理は、臨床判断に関連する観察領域①【顔面】、②【胸部】、③【腹部】、④【上腕・前腕】、⑤【手】、⑥【大腿・下腿】、⑦【足】、⑧【測定器具】、⑨【点滴】、⑩【吸引類】、⑪【酸素類】、⑫【ベッド周囲環境】の12領域と、⑬【メモ】、⑭【その他】を加えて14領域で行った。看護師の観察行動を詳細にみるために、予備実験を行い、分析を試行して独自に14の領域を定めた。

なお、本研究では先行研究を参考に、注視を視線速度が5deg/sec 以下（山田・福田, 1986）で、視線が0.1秒以上停滞した時間（天野他, 2022）と定めて分析した。

(3) 看護師の言動



図3 看護実践場面

眼球運動測定装置に録音・録画された言動を観察領域別に整理し、類似する内容をカテゴリ化し、視線と言動との関連について質的に分析した。

統計処理は、統計解析ソフト JMP Pro16 を用いて、Wilcoxon の順位和検定を実施し、有意水準を5%未満とした。

以上の(1)～(3)について、看護師経験1-2年と看護師経験5-10年の看護師を比較した。

IV. 倫理的配慮

本研究の実施に先立ち、研究対象者に説明文書にて、研究参加の自由、意義、目的、方法、予測される利益・不利益、個人情報保護、研究の成果を学術集会での発表及び論文により学術誌へ発表を行うこと等を説明し、研究対象者本人の自由意思にて研究参加の同意を得た。また、同意後の取り消しについても不利益が生じることがないこと、測定機器による身体的影響が無いことを説明した。研究実施に際し、久留米大学の医に関する倫理委員会の承認（承認番号：21159）を得た。

V. 結 果

1. 対象者の概要

本研究の参加者は3施設からの看護師26名で、うち4名を除外した22名を分析対象者とした。除外の要因は、機器装着不良(2名)と、瞳孔が捉えられない(2名)であった。看護師の内訳は、1-2年が11名、5-10年が11名であった。性別は、1-2年の参加者11名全員が女性で男性は0名、5-10年では男性4名、女性7名であった。現部署経験年数は、1-2年が 1.5 ± 0.5 年、5-10年が 3.4 ± 2.3 年であった。所属部署は、1-2年では外科系が約7割と多く、5-10年では、外科系と内科系で6割となった。他の部署の経験者は、1-2年で1名、5-10年では7名であった(表1)。

2. 看護実践場面の視線の動き

今回、最大10分間の実践時間を設けたが、10分間を使って看護実践したのは、1-2年では7名(63.6%)、5-10年では3名(27.3%)であった。看護実践の所要時間は、1-2年は平均8分23秒 $\pm$ 2分17秒、5-10年は平均7分41秒 $\pm$ 1分52秒と差がなかった。

1) 総注視時間と総注視回数

看護師のシミュレータ患者に対する、看護実践の総注視時間と総注視回数を表2に示す。1-2年と5-10年には、総注視時間、総注視回数ともに差はなかった。5-10年では、総注視時間と総注視回数にばらつきがみられた。

2) 領域別注視時間と注視回数(表3)

臨床判断に関連する12の観察領域の中で、看護実践時の注視時間が最も長かったのは、1-2年と5-10年ともに「測定器具」であった。2番目に長かったのは、1-2年は「顔面」で、5-10年は「胸部」となり、異なっていた。

1-2年と5-10年で注視時間に差がみられたのは、「顔面」と「ベッド周囲」であった。1-2年の方が5-10年に比べて「顔面」と「ベッド周囲」を長く観ていた(「顔面」: $p < 0.05$, 「ベッド周囲」: $p < 0.05$)。

注視回数についても、注視時間と同様の結果となり、「顔面」と「ベッド周囲」の領域で、1-2年の方が5-10年に比べて注視回数は多く、差を認めた(「顔面」: $p < 0.05$, 「ベッド周囲」: $p < 0.05$)。

表3 領域別注視時間・注視回数

領域	注視時間(秒)				注視回数(回)			
	1-2年	5-10年	Z値	p値	1-2年	5-10年	Z値	p値
測定器具	30.90 (16.53-37.93)	28.30 (10.33-42.73)	0.26	0.793	116.0 (83.0-193.0)	77.0 (45.0-210.0)	0.53	0.599
顔面	13.50 (7.57-19.03)	7.07 (4.27-9.97)	2.30	0.022*	84.0 (47.0-116.0)	34.0 (31.0-57.0)	2.63	0.009*
胸部	8.83 (6.23-17.00)	9.70 (1.74-20.23)	0.13	0.896	51.0 (33.0-72.0)	46.0 (31.0-99.0)	0.07	0.948
ベッド周囲	2.47 (1.27-3.47)	0.93 (0.33-1.83)	2.15	0.032*	17.0 (11.0-25.0)	7.5 (3.0-14.5)	2.36	0.018*

Wilcoxonの順位と検定。*: $p < 0.05$

中央値(四分位範囲25%-75%)

領域は、1-2年の注視人数が多い領域順を基準に列挙し、1-2年と5-10年ともに10名以上視線が集まった4領域を抽出した。

3. 看護師別の注視領域数(表4)

看護師個々が注視した観察領域の数は、14領域中1-2年が 7.9 ± 1.1 領域で、5-10年が 8.3 ± 1.9 領域であった。1-2年、5-10年ともに「測定器具」、「顔面」および「胸部」の領域を全員が注視していた。「手」、「足」、「大腿・下腿」は情報獲得が必要な領域であったが、1-2年と5-10年のどちらも2-6名程度であった。1-2年、5-10年ともに、12領域全てを注視した者はいなかった。

4. 看護実践における看護師の言動

1) 看護師の行動

シミュレータ患者に対する看護師の行動では、ほぼ全員が体温測定やSpO₂測定、胸部の聴診、血圧測定の行動がみられ

表1 対象者の背景

項目	1-2年 n=11	5-10年 n=11
平均年齢	23.2 ± 0.9 (21.0-24.0)	29.8 ± 3.2 (26.0-36.0)
性別		
人(%)		
男性	0(0)	4(36.4)
女性	11(100)	7(63.6)
看護師経験年数	1.6 ± 0.3 (1.5-2.6)	7.6 ± 2.5 (4.6-10.5)
現部署経験年数	1.5 ± 0.5 (1.0-2.6)	3.4 ± 2.3 (0.2-6.7)
所属施設		
a施設	10	8
b施設	1	1
c施設	0	2
所属部署		
人(%)		
外科系	8(72.7)	4(36.4)
内科系	1(9.0)	3(27.3)
集中治療室	1(9.0)	1(9.0)
救命センター	0(0)	1(9.0)
産科	1(9.0)	0(0)
外来	0(0)	2(18.2)

表2 看護実践の総注視時間と回数

	1-2年 n=11	5-10年 n=11	Z値	p値
総注視時間	68.03秒 (41.33-88.87)	51.17秒 (22.10-80.50)	0.788	0.431
総注視回数	301.0回 (246.0-446.0)	286.0回 (111.0-413.0)	0.788	0.431

Wilcoxonの順位と検定

中央値(四分位範囲25%-75%)

た（表 5）。事例の“咳嗽”や“息切れ”を表出する肺炎患者において、5-10 年の看護師に呼吸数の測定を行っていた者はいなかった。また、胸部の聴診を全員が行っていたが、その他の行動についても、個人差を認め、視線がない領域に関する行動は認めなかった。

2) 観察領域に関連する発言内容

注視した観察領域と言動について、言動はカテゴリを【 】で表し、発言内容を《 》で表す（表 6）。

看護師がシミュレータ患者の「顔面」を注視しているときは、【挨拶・訪問目的の説明】、【症状の確認（問診）】、【ケア実施の同意と説明】、【ケア後の症状やその後の対応】、【退室時の声かけ】などの言動があり、“咳嗽”、“息苦しさ”の呼吸症状に関する内容がみられた。【症状の確認（問診）】は、1-2 年では、《息苦しいですね、痰は自分で出せていますか》などの症状を尋ねるような内容で、5-10 年では《だいたい（痰が）ごろごろしていますね》などの呼吸困難感や痰の貯留など予測も踏まえて確認する発言をしていた。

【ケア実施の同意と説明】は、1-2 年に《頭を少しあげてもいいですか》などケアの了承を得るような発言が多くみられ、5-10 年では《口が乾燥していませんか。うがいをすることが出来ますけど、やりませんか》などとこれから実施することを説明する発言であった。

「測定器具」を注視しているときには、【バイタルサイン測定時の各行為の説明】、【一つの行為のみ説明しバイタルサイン測定実施】、【点滴部位の質問】の 3 つの言動がみられた。

【バイタルサイン測定時の各行為の説明】には、1-2 年と 5-10 年ともに、行為の説明だけでなく、測定結果についても説明していた。

「測定器具」に注視しているが、5-10 年の 1 名だけが、測定器具に無関係な《点滴のところ痛みないですか》と【点滴部位の質問】の発言があった。

「胸部」を注視しているときには、【聴診の説明（呼吸の観察）】、【症状を含めた説明】があり、胸部の聴診、触診、視診の行動がみられた。

「腹部」を注視しているときは、【症状を含めた説明】を 1-2 年の 1 名が発言しており、《お腹はしっかり動いていますね》などの発言があった。また、「吸引類」を注視しているときは、【吸引の説明と同意を得ながら実施】して言葉をかけていた。

VI. 考 察

看護師経験 1-2 年と 5-10 年の看護師の看護実践を録画・録音し、実践時の視線と言動の分析から、臨床判断の起点となる状況の把握に関連した看護師の観察行動が明らかとなった。

1. 看護師の観察行動の傾向

ナイチンゲール（1860/2021, pp227 - 242）は「看護師のまさに基本は、患者が何を感じているかを、患者につらい思いをさせていわせることなく、患者の表情に現れるあらゆる変

表 4 領域別注視人数

領域	領域注視人数	
	1-2 年	5-10 年
測定器具	11	11
顔面	11	11
胸部	11	11
ベッド周囲	11	10
上腕・前腕	7	8
手	6	4
吸引類	6	6
その他	6	6
腹部	5	4
酸素類	5	5
メモ	3	5
足	2	4
大腿・下腿	2	2
点滴	2	4

領域は、1-2 年の注視人数が多い

領域を基準に列挙

表 5 看護実践場面における看護師の行動

行動	1-2 年 n=11		5-10 年 n=11	
	人	(%)	人	(%)
体温測定	11	(100)	11	(100)
SpO ₂ 測定	11	(100)	11	(100)
胸部の聴診	11	(100)	11	(100)
血圧測定	10	(100)	11	(100)
ケア後の観察 (SpO ₂ 測定も含む)	4	(36.4)	4	(36.4)
末梢循環（手・足）	4	(36.4)	4	(36.4)
脈拍測定	4	(36.4)	3	(27.3)
胸部の触診	2	(18.2)	1	(9.0)
胸部の視診	2	(18.2)	2	(18.2)
チアノーゼ確認	2	(18.2)	1	(9.0)
呼吸数測定	2	(18.2)	0	(0)
腹部の聴診	3	(27.3)	0	(0)
麻痺確認	0	(0)	3	(27.3)
意識レベルの確認	0	(0)	1	(9.0)
眼瞼蒼白確認	0	(0)	1	(9.0)
褥瘡確認	0	(0)	1	(9.0)

化から読み取ることができること」と述べている。このように、観察は看護の基本であり、看護実践には常に観察するための言動が必要となる。小山田（2009）は、臨床実践力は 3-4 年目で上昇し、臨床判断力のレベルが高いのは 6-7 年目の看護師と述べている。しかし、1-2 年の方が視線を長くおく領域は見られたが、患者を理解するのに必要な 12 領域の置き方に看護経験による違いは見られず、「顔面」、「胸部」、「測定器具」の領域に、注視時間、注視回数が集中して偏っていた。これらのことから、患者情報を捉える視線の動きでは、看護経験と小山田（2009）がいう臨床判断のレベルとを関連付けてみるができなかった。

表6 注視した領域の言動

領域	言 動	1-2 年 n=11 発言の抜粋	5-10 年 n=11 発言の抜粋
顔面	【挨拶・訪問目的の説明】	・おはようございます。今日担当の〇〇です ・朝の検温に伺いました (9 人)	・おはようございます。今日担当の〇〇です ・おはようございます。朝の検温にきました 苦しそうですね。わかります。 (10 人)
	【症状の確認（問診）】	・息苦しいですね。痰は自分で出せていますか ・大丈夫ですか。どのくらい苦しいですか ・昨夜は息苦しくて寝られなかったですか (10 人)	・息苦しさがありそうですね ・だいぶ（痰が）ごろごろしていますね ・痰は出せますか。出ますか。一回吸引しますね (10 人)
	【ケア実施の同意と説明】	・頭を少しあげてもいいですか ・頭の下にアイスノンとか入れますか 身体は上げていたほうが楽ですか ・少しお熱があるので水分飲みますか (8 人)	・口が乾燥していませんか。うがいをすることができます けど、やりませんか ・左側に痰が溜まりがちで右側を向きませんか。痰が出し やすくなると思います ・痰が溜まっているので吸引します (8 人)
	【ケア後の症状や その後の対応】	・さっきと呼吸は変わりないですか ・うがいてどうですか ・ほかに気になる症状はありますか (6 人)	
	【退室時の声かけ】		・ナースコールも置いていきますね。息苦しく なったらすぐにボタンを押してくださいね ・痰が多いのでたまってきたら看護師の方で 吸引させていただきます (6 人)
測定器具	【バイタルサイン測定時の 各行為の説明】	・血圧測ります。ちょっと締まりますね ・脈は 120 回くらいでちょっと速いです ・胸を開けますね。腕に挟みますね 指先を失礼します (7 人)	・お熱 38.8℃ですけど、頭が痛かったりはないですかね、 呼吸がしづらいだけですか 苦しいですね。血圧も測らせてください ・体温測っていますね。息苦しいですか 咳はずっとでますか (8 人)
	【一つの行為のみ説明し バイタルサイン測定 実施】	・脈を測ります ・お熱測ります、身体のきつさはどうですか ・血圧測ります (4 人)	・血圧計はめめますね ・お熱測りますね。酸素も上がってきています (3 人)
	【点滴部位の質問】		・点滴のところ痛みないですか (1 人)
胸部	【聴診の説明 （呼吸の観察）】	・胸の音聞かせていただきます ゆっくり息を吸ってください ・胸を開けますね (11 人)	・胸の音聞いてみますね ・胸の方を聴診させていただきます (9 人)
	【症状を含めた説明】	・ちょっとゴロゴロ言っていますね (1 人)	・少し胸がゴロゴロ言っていますね (3 人)
上腕・前腕	【点滴刺入部の痛みの 確認】	・点滴のところは痛くないですか ・点滴のところみますね (4 人)	・点滴のところは痛くないですか ・夜中にひっぱったりないですか (2 人)
	【吸引の説明】	・少し加湿した後に看護師が介助して吸引します (1 人)	
手足	【末梢循環の確認】	・少し足を触りますね (1 人)	・手足触りますね (4 人)
	【神経学的所見の観察】		・力入りますか ・山下さんわかります (2 人)
腹部	【症状を含めた説明】	・お腹はしっかり動いていますね ・お通じは出ていますか (1 人)	
酸素類	【酸素流量をあげる説明】	・酸素の量をあげましょうか ・酸素の値が減っているので酸素をあげましょう (3 人)	・酸素が低いので酸素をあげますね (1 人)
吸引類	【吸引の説明と同意を 得ながら実施】	・痰が溜まっているようなので吸引しましょうか ・お口を開けてください (4 人)	・お鼻から入れますね ・痰を取ってみましょう (1 人)

() は視線があるときに言動があった人数

一方、看護師の視線に言動を重ねてみると、「手」「足」に視線があるときには、手や足を触りながら「少し足を触りますね」や「力が入りますか」などの言動がみられ、末梢循環の確認、神経学的所見の観察行動の視線と言動が一致していることが確認できた。このことは、看護師の視線が今どこにあるかを捉えることで、患者をどのように理解しようとしているか推測できるのではないかと考える。

そこで、看護師の視線と言動をみると、1-2 年の看護師では「顔面」に視線を置きながら、症状を患者に質問する言動があり、5-10 年の看護師では、バイタルサインや表出された

症状から予測を踏まえた言動もみられ、予測性もち、判断する観察行動ととらえることができた。これは、5-10 年の臨床判断の特徴（藤内・宮腰，2005）に、1 つの症状から関連する事柄を浮かべる「推論の数が多い」といわれることと合致していると考ええる。

これらのことから、視線の動きだけでは、観察行動は同じ傾向にみられたが、言動を含めてみると、5-10 年では、患者の変化を読み取り患者の状態を予測し、同時に関連する症状や必要な看護ケアを検討し、「状況の把握」につとめられていると考えられた。

2. 看護師の臨床判断能力を強化するための教育への示唆

三好他 (2003) は、「臨床判断能力を向上させるには、関連情報を選択し、適切な形でデータを組み立てたり組み合わせたりして、正しく解釈して推論を行う知的な思考過程ができるような教育が重要」と述べている。今回の事例においては、臨床判断に関連する 12 領域のすべてに視線を置いた看護師はおらず、観察の偏りから「状況の把握」の不十分さが伺え、推論の過程を狭めていた可能性がある。経験にかかわらず、頭の先から足の先までまんべんなく視線を向けて観察するように教育する必要がある。

看護師の指導を担う者は、実践場面において看護師の目線や言動をよく観て、状況の把握となっているかを見極めて指導を行わなければいけない。また、継続的に教育することで患者理解の基本となる「患者の全体像を捉える」臨床判断へと強化できると考える。加えて、1-2 年にみられたように、患者に了承を得ながら、丁寧かつ慎重な観察行動がなくなってしまうように指導しなければならない。

3. 研究の限界と課題

本研究では、高機能シミュレータを用いて、点滴や吸引などを実際に使用して実践に近い場面に設定したが、患者、場所ともに実際の臨床場面に近づけるには限界があった。そのことから対象者の普段どおりの看護実践に影響を与えた可能性は否めない。また、本研究は、視覚情報と言動による調査であり、対象者が何を思い、何を考えて実践したのかなどの思考のプロセスは調査できていない。

今後、事例や実施時間の設定、対象者の選定や人数について検討し研究を重ねていく必要がある。

VII. 結 論

本研究では、眼球運動測定装置を用いて、看護師経験 1-2 年と 5-10 年の看護師を対象に看護実践場面における視線と言動の分析を通して観察行動を調査した。

1. 看護師の視線は、看護経験に関わらず「顔面」、「胸部」、「測定器具」の領域に、注視時間、注視回数が集中して偏っていた。
2. 看護師の発言は、「顔面」を注視していたときに、【挨拶・訪問目的の説明】、【症状の確認】、【ケア実施の同意と説明】などを、「胸部」のときに、【聴診の説明】、【症状を含めた説明】を、「測定器具」のときに、【バイタルサイン測定時の各行為の説明】、【点滴部位の質問】などを行っていた。視線の動きと言動が連動していることが可視化できた。
3. 看護師の指導を担う者は、臨床判断につながる状況の把握のために、偏りなく観察しているか看護師の視線や言動をよく観て教育する必要がある。

本論文に関して、共著者全員、開示すべき利益相反関連事項はない。

また、本論文の一部は、第 48 回日本看護研究学会学術集会上に置いて、発表した。本論文は筆頭著者の久留米大学大学院

医学研究科における修士論文を一部加筆・修正したものである。

謝辞

本研究にご協力いただいた施設代表の皆様、また、貴重な時間を割いて研究に参加していただいた対象者の皆さまに心より感謝いたします。

VIII. 引用文献

- 天野功士, 當日雅代, 小笠美春, 田中邦彦. (2022). 周手術期熟練看護師の術後観察時の視線と手技. 日本看護研究学会雑誌, 44 (5), 721-734.
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20210608131>
- 林静子, 丸岡直子, 寺井梨恵子. (2015). 病室観察時における看護師の眼球運動の傾向. 石川看護雑誌, 12, 13-23.
- 厚生労働省. (2014). 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. 最終閲覧日 2024 年 10 月 1 日,
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf
- 工藤悦子, 山崎公美子, 和田ゆい, 難波亨, 齋藤道子, 進藤ゆかり. (2022). 視線分析からみるシミュレーション場面における看護学生と教員の認知. 日本看護技術学会誌, 27, 60-67.
https://doi.org/10.18892/jsnas.21.0_60
- 三好さち子, 大津廣子, 望月章子, 浅井優子, 南美智子, 今西芳子, 大平政子. (2003). 看護師に必要な臨床判断能力に関する研究—体位変換実施時の意思決定プロセス—. 広島県立保健福祉大学誌人間と科学, 3 (1), 27-35.
- 村田洋章, 井上智子. (2011). 急性呼吸不全患者への非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) 継続のための看護師の臨床判断に関する研究. 日本クリティカルケア看護学会誌, 7(1), 36-44.
https://doi.org/10.11153/jaccn.7.1_36
- Nightingale, Florence. (2021). 看護覚え書：看護であること看護でないこと (湯楨ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 田村眞, 小南吉彦訳；改訳第 7 版). 現代社. (1860)
- 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2017 作成委員会. (2017). 成人肺炎診療ガイドライン 2017. 日本呼吸器学会.
- 尾形裕子. (2011). 経験 3 年以上の看護師における臨床判断の検討—状況の把握に焦点をあてて—. 日本看護学教育学会誌, 20 (3), 1-14.
https://doi.org/10.51035/jane.20.3_1
- 尾形裕子. (2012). 状況の把握に焦点をあてた臨床判断のパターン—経験 3 年以上の看護師における臨床判断の特徴—. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 8 (1), 11-20.
- 大黒理恵, 齋藤やよい. (2017). 熟練看護師のベッドサイド場面観察時の注視の特徴. 日本看護技術学会誌, 15 (3), 218-226. https://doi.org/10.18892/jsnas.15.3_218
- 大野健彦. (2002). 視線から何がわかるか—視線測定に基づく高次認知処理の解明. 認知科学, 9 (4), 565-579.
<https://doi.org/10.11225/jcss.9.565>
- 小山田恭子. (2009). 我が国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討. 日本看護管理学会誌, 13 (2), 73-80.
https://doi.org/10.19012/janap.13.2_73
- 佐藤紀子. (1989). 看護婦の臨床判断の「構成要素と段階」と院内教育への提言. 看護, 41 (4), 127-143.
- 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 齋藤やよい. (2005). 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. 北関東医学, 55 (2), 123-131. <https://doi.org/10.2974/kmj.55.123>
- Tanner, C A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. Journal of Nursing Education, 45 (6), 204-211.

- 藤内美保, 宮腰由紀子. (2005). 看護師の臨床判断に関する文献的研究—臨床判断の要素および熟練度の特徴—. 日本職業・災害医学会会誌, 53 (4), 213-219.
- 山田光穂, 福田忠彦. (1986). 画像における注視点の定義と画像分析への応用. 電子情報通信学会論文誌, J69-D (9), 1335-1342.
- 和氣洋美. (1995). 視覚の世界・触覚の世界. 宮下保司, 下條信輔 (編). 脳から心へ 高次機能の解明に挑む. (pp.45-55). 岩波新書.

◇研究報告◇

看護職を対象としたヨガの心理的効果に関する
スコーピングレビュー北原すみれ^{1)*}, 田村知子²⁾, 大和田信行¹⁾

目的: 日本国内の看護職を対象としたヨガの心理的効果に関するスコーピングレビューを実施し、看護職を対象としたヨガプログラム開発の基礎資料とする。

方法: 「ヨガ」と「看護職」をキーワードとし、看護職を対象に実施されたヨガの心理的効果に関する内容を抽出した。

結果: 看護職を対象とした心理的効果を期待するヨガプログラム開発において、①参加者の性別の統制②参加者の状況を判断しながら心理的効果のあるヨガを提供できるヨガ講師③看護職が継続的に参加できるヨガの提供体制の構築④看護職の心理的効果の測定に適した評価尺度の選定の必要性が示唆された。

【キーワード】 看護職, ヨガ, 心理的効果

I. はじめに

看護職は職業性ストレスが高く、メンタルヘルスに関するハイリスクグループである。職業性ストレスは、仕事量が多く、仕事のコントロールが低い組み合わせの場合に高くなり、疾患発生の危険性が高いとされている (Karasek, 1979)。看護師は他の職種に比べ仕事量が多く (原谷ら, 1996)、仕事のコントロールが低いとされ (三木ら, 1999)、職業性ストレスが高い群であると考えられる。さらに、看護管理者が考える新卒採用看護師の主な退職理由 (複数回答) では、「健康上の理由 (精神疾患)」が 49.4% で最も多く (日本看護協会, 2024)、業務における心理的負荷により精神障害を発病した労災支給決定件数を職種別にみると、第 1 位が一般事務従事者、第 2 位が保健師・助産師・看護師である (厚生労働省, 2024)。このように看護職にとって、メンタルヘルスケアの推進は重要な課題である。

近年、メンタルヘルスケアの方法として、ヨガが注目されている。身体をリラックスさせたり柔軟にしたりするための体操はヨガの側面の一つにすぎず、ヨガは心に対する理解とその制御の方法を容易にするために編み出されたものとされる (サッチダーナンダ, 2020, pp8-24)。

脳への影響に関するシステムティックレビューでは、ヨガは脳の海馬・扁桃体・前頭前野・帯状皮室の構造を変化させ

る可能性や、デフォルトモードネットワークの機能的結合の増加にポジティブな効果があると報告している (Gothe et al., 2019)。就労者を対象としたヨーガ療法の心理的効果としては、イライラ感・不安感・抑うつ感・疲労感・身体愁訴が改善したとの報告がある (村上ら, 2017)。加藤ら (2010) は、企業で休息時にヨーガ療法を実施し、ヨーガ実施群は自由に休息していた群よりもストレス軽減効果が高く、ストレスが高い人はヨーガ療法の効果が高いと報告している。職場におけるヨガのシステムティックレビューでは、健康な成人の職場従業員を対象とした 13 の RCT において、ヨガによるストレスの軽減が確認された一方で、ヨガによる悪化や副作用を示すデータはなかったと報告している (Valencia et al., 2019)。

医療従事者の職業性ストレス軽減作用と身体的健康およびメンタルヘルスの改善作用の調査では、ヨガ、マッサージ療法、漸進的筋弛緩法、ストレッチのうち、ヨガとマッサージ療法のみが効果的で、ヨガが最良の方法と報告されている (Zhang et al., 2021)。

女性看護師におけるヨーガ・プログラムの効果に関する調査では、簡易なヨーガ・プログラムは看護師など女性医療職者の精神的負担を軽減する効果を期待できると報告されている (佐久間, 2012) が、研究対象者数が 11 名と少なく、看護師以外の職種 (介護士、医療事務) を含むため、慎重な解釈が必要である。

受付日: 2024 年 10 月 15 日 / 受理日: 2025 年 3 月 14 日

1) 東京医科大学病院 2) 東京医科大学医学部看護学科

* E-mail: kitahara.sumire.2e@tokyo-med.ac.jp

ヨガは看護職のメンタルヘルスケアとして有用な可能性があるが、日本国内で看護職を対象にどのようにヨガが実施されているのかを明らかにした文献は見当たらない。

本稿では、スコーピングレビューのための報告ガイドライン (PRISMA-ScR) 日本語版 (友利ら, 2020) を用いて日本国内の看護職を対象としたヨガの心理的効果に関するスコーピングレビューを実施し、既存研究の傾向や不足している領域を特定し、看護職を対象としたヨガプログラム開発の基礎資料とする。

Ⅱ. 目 的

日本国内の看護職を対象としたヨガの心理的効果に関するスコーピングレビューを実施し、看護職を対象としたヨガプログラム開発の基礎資料とする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 対象文献

日本で実施されている看護職を対象としたヨガの現状を明らかにするため、日本国内の文献を検索した。ヨガの実施方法は、日本国内だけでも様々な民間資格や流派がある。名称について、ヨガ、ヨーガ、ヨーガ療法、ヨガ体操など様々である。本稿では、一般的に使用されているヨガと称す。

検索は、医学中央雑誌 Web 版を用いた。本稿では、医学中央雑誌にて「ヨガ」または「ヨーガ」と検索してヒットしたものをヨガとして取り扱った。看護職については、保健師・助産師・看護師とし、准看護師は除外した。准看護師を除外した理由は、看護を行うには看護師等の指示が必要な資格であり、業務範囲や責任の違いから職業性ストレスが異なる可能性があるためである。2024 年 6 月に「ヨガ」または「ヨーガ」で検出した (1,891) 件のうち、「看護職」・「看護師」・「助産師」・「保健師」のいずれかのキーワードを含む文献は 79 件であった。その中で、近年の日本国内の看護職を対象としたヨガの状況を把握するために 2014 年から 2024 年までの 10 年間の原著論文 24 件を抽出した。さらに、文献のタイトル及び抄録から看護職のみを対象としたヨガの介入研究 7 件を分析対象とした。(表 1) (図 1)

3. 分析方法

本研究では、ヨガインストラクター資格の全米ヨガアライアンス RYT200 を修了している研究者を含んだ 3 名で、研究目的に相違ない文献であるか照合した。エビデンスレベルは、総説、症例報告、解説、会議録を除外し、横断研究、症例対象研究以上であることを確認した。続いて、①参加者 (性別、参加人数) ②ヨガ講師の指導の有無と資格の種類③ヨガの実施タイミング④実施場所⑤1 回あたりの実施時間⑥実施頻度と期間⑦心理的効果の主観的評価尺度と結果の項目を整理し、比較検討を行った。

文献検討の分析の妥当性については研究者 3 名で検討を重ね、意見が一致し、説明できるまで議論を繰り返し、妥当性の担保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、文献の使用において出典を明らかにし、著作権を遵守し実施した。

Ⅴ. 結 果

1. 参加者 (性別・参加人数)

該当した 7 件のうち、女性のみを対象とした文献が 6 件 (A, B, C, D, E, F) であった。参加人数は 15 人が 2 件 (D, E), 20 人が 3 件 (A, B, C), 21 人が 1 件 (F) であった。男女を対象とした文献は 1 件 (G) のみで、参加人数は女性 23 名、男性 3 名であった。看護職の職種に保健師・助産師は含まれておらず、看護師のみであった。

2. ヨガ講師の指導の有無と資格の種類

複数回ヨガを実施したものについては、初回のみヨガ講師 (資格の種類は不明) が指導し、2 回目以降はヨガ講師が参加しなかったものが 2 件 (A, C) であった。ヨーガ療法士が毎回指導しているものが 2 件 (D, E), 初回のみヨーガ療法士が指導し、2 回目以降は DVD と説明書を用いているものが 1 件 (F) であった。また、ヨガ講師が指導しておらず、参考文献からヨガを準備したものが 1 件 (G) であった。

1 回のみヨガを実施したものは、ヨガ講師 (資格の種類は不明) が指導しているものが 1 件 (B) であった。

3. 実施のタイミング

就寝前など休息時間が 1 件 (A), 入眠前が 1 件 (G), 不明が 5 件 (B, C, D, E, F) であった。

4. 実施場所

自宅等が 1 件 (A), 自宅・仮眠室が 1 件 (G), 初回の実施場所は不明だが、2 回目以降は自宅が 1 件 (C), 不明が 4 件 (B, D, E, F) であった。

5. 実施時間

5~15 分が 1 件 (A), 10 分が 2 件 (F, G), 60 分が 1 件 (B), 1 回目は 60 分で 2 回目以降は 5~15 分以上が 1 件 (C), 不明が 2 件 (D, E) であった。

6. 実施頻度と期間

複数回実施しているものは、週 3 回以上を 4 週間が 2 件 (A, C), 毎日を 2 週間が 1 件 (G), 毎日を 8 週間が 1 件 (F), 3 ヶ月間で 3 回が 2 件 (D, E) であった。

7. 評価方法と評価のタイミング

主観的評価尺度を用いていないものは、ヨガ実施後の日誌をテキストマイニングしたものが 1 件 (A), ヨガ実施後の語りをカテゴリ化したものが 1 件 (D) であった。

主観的評価尺度を用いたものは、ヨガの前後に厚生労働省職業性ストレス簡易調査票 (以下 BJSQ とする) を用いたものが 2 件 (B, C), 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度

表 1 対象文献一覧

記号	タイトル	著者	発行年	①参加者 (性別・人数)	②ヨガ講師の指導の 有無と資格の種類	③ヨガの実施 タイミング	④実施場所	⑤1回あたりの 実施時間	⑥実施頻度 と期間	⑦心理的効果の主観的 評価尺度と結果
A	夜間勤務する看護師のストレスに対するリストラティブヨガの効果：ヨガ日誌のText Mining (KH Coder) による内容分析	三好陽子	2021	女20名	初回のみ有 (資格不明) 2回目以降は無。	就寝前など 休息時間	自宅等	5～15分	週3回以上 を4週間	無(ヨガ実施後の日誌をテキストマイニング)
B	夜勤のある女性看護師の職業性ストレスに対するリストラティブヨガの効果	三好陽子	2019	女20名	有(資格不明)	不明	不明	60分	1回のみ	BJSQ: ヨガの実施前後で低下し、有意差を認めた。
C	夜間交代勤務で働く日本人女性看護師の職業性ストレスに対するリストラティブヨガ：無作為化クロスオーバー試験	Miyoshi Yoko	2019	女20名	1回目のみ有。 (資格不明) 2回目以降は無。	不明	初回は 不明。 2回目以降 は自宅等。	1回目は60分。 2回目以降は 5～15分以上。	週3回以上 を4週間	BJSQ: 60分間のヨガの実施前後で低下し、有意差を認めた。自宅でのヨガの実施期間の前後で低下し、有意差を認めた。自宅でのヨガ実施期間後に高いストレス状態を示した参加者はいなかった。ヨガを実施しなかった群と比べてストレスの得点が低く、有意差を認めた。
D	「病院で働く看護職員の心の健康セルフケア研修」の効果(第2報)：研修後の語りから	山出誓子ら	2018	女15名	有(ヨーガ療法士)	不明	不明	不明	3ヶ月間で 3回	無(ヨガ実施後の語りの内容をコード化、サブカテゴリ化、カテゴリ化)
E	「病院で働く看護職員の心の健康セルフケア研修」の効果(第1報)：コーピング特性、精神健康度、気分状態による評価	鬼塚美玲ら	2018	女15名	有(ヨーガ療法士)	不明	不明	不明	3ヶ月間で 3回	BSCP・GHQ: ヨガを含む研修の初回と最終回の得点に有意差は認められなかった。POMS2: ヨガを実施した研修の各回の前後で得点の平均値が低下し、有意差を認めた。
F	ヨーガ療法による看護師の健康・QOLの改善に関する検討	井手敬昭ら	2017	女21名	初回のみ有 (ヨーガ療法士) 2回目以降はDVDと説明書。	不明	不明	10分	毎日を 8週間	WHO QOL26: ヨガの実施前後で有意差は認められなかった。
G	睡眠前の軽運動実施による看護師の社会的動機と心身健康感および生活習慣の変化	橋本美佐代	2016	女23名男3名	参考文献からヨガを準備	入眠前	自宅・ 仮眠室	10分	毎日を 2週間	達成動機測定尺度：介入期間前後で、平均値が増加し、有意差がみられた。対人志向性尺度：介入期間前後で、平均値が増加し、有意差がみられた。WHO QOL 26：介入期間前後で、平均値が増加し、有意差がみられた。



図 1 対象文献の抽出過程

(以下 BSCP とする) を用いたものが 1 件 (E), 日本語版精神健康調査票 12 項目版 (以下 GHQ とする) を用いたものが 1 件 (E), POMS2 日本語版成人用短縮版 (以下 POMS2 とする) を用いたものが 1 件 (E), WHOQOL26 日本語版 (以下 WHOQOL26 とする) を用いたものが 2 件 (F, G), 達成動機測定尺度を用いたものが 1 件 (G), 対人志向性尺度を用いたものが 1 件 (G) であった。

8. ヨガによる心理的効果

1) BJSQ

文献 B では、ストレスによっておこる心身の反応の得点の平均値は、60 分間のヨガ実施前 65.7±10.8 から、ヨガ実施後

62.6±10.6 へと低下し、有意差を認め、ヨガがストレスによる心身の反応の回復に役立つことを示すと考察していた。

文献 C では、ストレスによっておこる心身の反応の得点の平均値は、60 分間のヨガ講師の指導の前後で、文献 B と同様 65.7±10.8 から後 62.6±10.6 へと低下し、有意差を認めた。その後自宅 1 日 5～15 分以上のヨガを週 3 回以上、4 週間ヨガを実施した後の得点は 56.1±8.5 であり、ヨガ講師の指導後の得点 62.6±10.6 に比べるとストレスによっておこる心身の反応の得点は低下し、有意差を認めた。また、ヨガの参加者の誰も高いストレス状態を示さなかった。ヨガを実施せず、通常のストレス対処法を実施した群の得点は 64.1±12.7

で、4 週間のヨガを実施した後の得点と比較すると高く、有意差を認め、ヨガがストレスによる心身の反応の回復に役立つことを示すと考察していた。

2) BSCP

ストレス対処の方法、コーピング特性に関する尺度を用いた文献 E において、コーピング特性の BSCP 得点は、ヨガの実施を含むセルフケア研修の初回と最終回の得点の前後で有意差は認められなかった。

3) GHQ

精神的健康度の GHQ 得点の平均値は、文献 E においてヨガの実施を含むセルフケア研修の初回と最終回で有意差は認められなかった。

4) POMS2

文献 E では、全 7 回実施されているセルフケア研修のうち、5・6・7 回目の 3 回でヨガを実施する研修を行い、POMS2 を用いて気分状態を評価していた。POMS2 得点の平均値は、ヨガを実施した 5・6・7 回目の研修において、5 回目のヨガ実施前 47.5 から後 39.0 へと低下し、有意差を認めた。6 回目はヨガ実施前 46.3 から後 38.2 へと低下し、有意差を認めた。7 回目は、ヨガ実施前 49.7 から後 39.6 へと低下し、有意差を認め、ヨガの実施前後でネガティブな気分状態が改善したと考察していた。

5) WHOQOL26

WHOQOL26 は得点が高いほど QOL が高いとみなされ、主観的幸福感、生活の質を測定する。文献 F において、ヨガの実施前後で有意差は認められなかった。一方、文献 G は 2 週間のヨガの介入前後で、77.1±11.4 から後 80.5±10.9 へと増加し、有意差がみられ、ヨガの実施は心身の健康感の向上につながると考察していた。

6) 達成動機測定尺度

文献 G は、達成動機測定尺度も用いて評価を行っていた。2 週間の睡眠前のヨガの介入前後で、達成動機測定尺度の平均点は前 104.3±17.1 から後 106.6±17.3 に増加し、有意差がみられ、ヨガは価値あるものに挑戦し、それを成し遂げようとする傾向の強化に役立つことを示すと考察していた。

7) 対人志向性尺度

WHOQOL26、達成動機測定尺度に加え、文献 G は、2 週間の介入の前 87.1±13.1 から後 91.3±10.0 に増加し、有意差がみられ、ヨガによって他人と友好的な関係を成立させそれを維持したいという動機が増加したことを示すと考察していた。

VI. 考 察

1. 参加者（性別、参加人数）

先行研究の参加者の性別は、男性 3 名を含んでいた。2020 年の就業看護職員の 92.4%が女性であり（厚生労働省, 2023）、出生時の生物学的な男性と女性では筋肉や骨格、臓器、ホルモンバランス等の心身の機能や社会的な役割が異なる。総務省統計局による 2021 年の「スポーツ」の種類、男女別行動者

率の調査では、過去 1 年間にヨガを行った人の割合は男性 1.5%、女性 9.4%となっており（総務省統計局, 2022）、女性の方がヨガを好む傾向がある。ストレス状態は男性労働者と女性労働者では、必ずしも同一次元ではない（厚生労働省, 2000）ため、看護職を対象としたヨガの心理的効果を適切に検討するためには、参加者の性別を統制して調査をしていく必要がある。

2. ヨガ講師の指導の有無と資格の種類

ヨガインストラクターの資格は民間資格であり、日本国内には様々なヨガインストラクターの資格がある。ヨガ講師の指導について、ヨガ講師が参加している文献と参加していない文献があり、ヨガ講師の資格の種類についても不明な文献があった。ヨガを安全に実施するためには、参加者の体調や動きを十分に観察し、配慮しながら実践を進めていくことができる訓練されたインストラクターによる介入が重要である（日置ら, 2017）。日本におけるヨガ教室受講者の半数以上は何らかの持病を持ち、40%の人は医療機関で治療を受けながらヨガに参加している。ヨガ教室で見られる有害事象の発生頻度は本人のヨガ実習への取り組み方や持病の有無によって影響を受け、精神的なきつさを感じている人はそうでない人よりも 6.4 倍有害事象を生じやすい（岡ら, 2015）。そのため、看護職に安全にヨガを提供するためには、参加者の持病の有無や精神的にきつくないか等、参加者の状況を判断しながら心理的効果のあるヨガを提案できるヨガ講師の確保が望ましい。

3. ヨガの実施タイミング・実施場所・実施頻度・実施期間

ヨガの実施のタイミングが示されていたのは 7 件中 2 件のみで、就寝前などの休息時や、入眠前にヨガを実施していた。実施場所が不明なものは 7 件中 4 件であり、1 回あたりの実施時間や頻度、期間は統一されていなかった。

文献（B, C）は類似している点が多く、同一集団への介入と推察された。文献 B は 1 回のみのヨガの前後で、文献 C は複数回のヨガの実施期間の前後で評価をしており、どちらもストレスの得点が低減していた。看護職は不規則な勤務形態であり、3 交代制・変則 3 交代制の平均夜勤回数は 5～8 回で、43.1%が月 9 回以上、21.6%が月 10 回以上勤務となっている（日本看護協会, 2013）。週 1～2 回でヨガの効果を得るためには 60～90 分の集団実践が最低 10 週間必要（日置ら, 2017）と報告されている。1 回 90 分のヨガを週 2 回のヨガ群と、週 1 回のヨガ群との間で、効果に差がなく、むしろ週 1 回群の方が週 2 回群よりアドヒアランスが良い報告がある（Michalsen et al., 2012）。そのため、ヨガで心理的効果を得るためには週 1 回 60 分程度のヨガを実施することが理想的と推察するが、シフト制の勤務の場合は曜日を決めて定期的に対面のヨガに参加することは難しい。対面ヨガは精神的健康や気分の改善、身体的満足度、活力の向上の評価が高く、オンラインヨガは利便性や経済面で高く評価されている（Wolver et al., 2012）。ビデオ会議を通じたりアルタイムの

オンラインヨガと対面ヨガの運動強度を比較した結果、どちらも同等の運動強度である (Miura et al., 2023)。今後は、不規則な勤務でも継続的に参加しやすく、対面・オンライン・録画など複数の方法を組み合わせたヨガの提供システムの構築が望まれる。

4. ヨガの心理的効果の評価尺度と結果

本稿で分析対象となった主観的評価尺度は全て信頼性と妥当性が検証されていた (堀越 & 岡, 2021)。

文献 (A, B, C) と (D, E) は類似している点が多く、同一集団への介入と推測するが、分析方法が異なっていた。文献 (A, D) は主観的評価尺度を使用しておらず、文献 A ではヨガ日誌の記載、文献 D は研修後の語りで分析していた。外在化は気づきを促し、それに伴って気分を改善する効果が期待できる (八木, 2016) ため、ヨガの体験を文章や言葉で表現し、外在化することは、ヨガの心理的効果や自身の心身の状態への気づきに役立つ可能性がある。

BJSQ は心身の 20 の尺度からなる 57 項目から構成されており、仕事のストレス要因、ストレス反応、上司や同僚、家族や友人からのサポート、仕事や生活の満足度を評価する (下光, 2008)。この調査票はヨガの実施では調整することが難しい環境要因の仕事の量的負担や上司や同僚からのサポートの項目を含むため、必要な項目のみを抽出した評価尺度の導入が望まれる。

POMS2 は、個人の気分状態を評価するための心理検査である。怒り－敵意、混乱－当惑、抑うつ－落ち込み、疲労－無気力、緊張－不安、活気－気力、友好の 7 つの尺度からなり、短縮版は 35 項目で構成されている (Heuchert & MacNair, 2015)。この評価尺度は、ヨガで調整が可能な気分の変化に焦点を当てた指標であることから、看護職の心理的効果を測定する質問紙として適切と考えられる。

WHOQOL26 は、個人の生活の質を評価するための質問表であり、身体的健康、心理的健康、社会的関係、環境の 4 つの領域に分類され、26 項目から構成されている (田崎 & 中根, n.d.)。過去 2 週間の状況を尋ねる質問紙であり、その日の状態を評価することには適していない可能性がある。

達成動機測定尺度は、社会的達成欲求、個人的達成欲求、挑戦・成功欲求の 3 つの領域の 26 項目からなる (堀野, 1987)。看護職の職業性ストレスの緩和という視点で捉えると、達成動機が強いほど目標が高くなり、現実との差が大きい場合はストレスが増強する可能性が危惧される。そのため、看護職を対象としたヨガの心理的効果を測定する指標として適していない可能性がある。

対人志向性尺度は、情緒的刺激、ポジティブな刺激、社会的比較、注意の 4 つの領域の 26 項目からなる。社会的接触への動機であり、調和的な人間関係や親交感を楽しもうとする傾向である (岡島, 1988)。この文献 G では個人が説明用紙を見ながら各自で睡眠前にヨガを実施している。対人志向性尺度の動機が改善した理由として、ヨガによりストレス対処

能力が向上し、自身が満たされたことで周囲との友好的な関係への動機が間接的に高まった可能性がある。そのため、看護職の心理的効果を直接的に測定する指標としては適していない可能性がある。

5. 今後の展望

近年、看護職のストレス対処能力を測定する尺度として SOC が注目されている。SOC は人生や生活社会に対する首尾一貫感覚を表し、把握可能感、処理可能感、有意味感の 3 つの下位概念からなる。同じようなストレスに曝された場合、SOC が高いほどしなやかに対処し、うまく状況を乗り越えられるとされている (山崎ら, 2008, pp3-24)。海外では、ヨガで SOC が向上したとの報告があるが (Gwiaździński et al., 2017)、日本で看護職を対象に SOC を使用してヨガを評価している文献は見当たらない。今後は、SOC を看護職を対象としたヨガの心理的効果の主観的評価尺度として用いるなど、看護職の心理的効果の測定に適した評価尺度を選定していく必要がある。

6. 限界

本稿のスコーピングレビューでは、医学中央雑誌 Web 版のみを用いてスコーピングレビューを実施したため、文献が日本国内のものに限定され、文献数が少なかった。今後は海外の文献を含めることで、既存の知見をより網羅的に概観できると考えられる。

VII. 結 論

看護師を対象とした心理的効果を期待するプログラム開発において、①参加者の性別の統制②参加者の状況を判断しながら心理的効果のあるヨガを提供できるヨガ講師③看護職が継続的に参加できるヨガの提供体制の構築④看護職の心理的効果の測定に適した評価尺度の選定の必要性が示唆された。

本研究におい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

- Gothe, Neha P., Khan, Imadh., Hayes, Jessica., Erlenbach, Emily., Damoiseaux, Jessica S. (2019). Yoga Effects on Brain Health: A Systematic Review of the Current Literature. *Brain Plasticity*, 5 (1), 105-122.
- Gwiaździński, Paweł., Fedyk, Oleg., Krawczyk, Magdalena., Szymański, Mateusz. (2017). Practicing Hatha-yoga, Sense of Coherence and Sense of Agency. *Neurophenomenological approach. Psychiatria Danubina*, 29 (Suppl 3), 530-535.
- 原谷隆史, 川上憲人, 荒記俊一. (1996). 職業性ストレスの職種差: 日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票を用いた 3 調査の解析. *産業衛生学雑誌*, 38, 267.
- 橋本美佐代. (2016). 睡眠前の軽運動実施による看護師の社会的動機と心身健康感および生活習慣の変化. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 46, 290-293.
- Heuchert, Juvia P., MacNair, Douglas M. (2015). POMS2 日本語版マニュアル (横山和仁訳). 金子書房. (原著: 2012)
- 日置智華子, 藤本薫, 永谷実穂, 高橋眞理. (2017). 更年期女性へのヨーガ介入研究に関するプログラム構成の文献的検

- 討：ナラティブレビューから。日本看護科学会誌, 37, 383-389.
- 堀越香, 岡美智代. (2021). ヨーガにおける主観的評価尺度に関する文献研究. 日本統合医療学会誌, 14 (2), 132-140.
- 堀野緑. (1987). 達成動機の構成因子の分析：達成動機概念の再検討. 教育心理研究, 35 (2), 148-154.
- 井手敬昭, 野田久幸, 北川涼子, 宮下恵理, 細川数子, 秋定有紗, 森田幸代, 山田尚登. (2017). ヨーガ療法による看護師の健康・QOL の改善に関する検討. 日本看護学会論文集：看護管理, 47, 129-132.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- 加藤千恵子, 寺田信幸, 木村慧心, 木村宏輝, 石村友二郎, 柴田昌和. (2010). 企業の休息時におけるヨーガ療法のストレス軽減効果の検討 アミラーゼ活性を用いたストレス度測定. 人間工学, 46 (2), 95-101.
- 厚生労働省. (2000). 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyouku-Soumuka/0000050919.pdf>
- 厚生労働省. (2023). 令和4年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況：結果の概要就業保健師・助産師・看護師・准看護師.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/22/dl/kekka1.pdf>
- 厚生労働省. (2024). 精神障害に関する事案の労災補償状況.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11402000/001276199.pdf>
- Michalsen, Andreas., Jeitler, Michael., Brunnhuber, Stefan., Lütke, Rainer., Büssing, Arndt., Musial, Frauke., Dobos, Gustav., Kessler, Christian. (2012). Iyengar yoga for distressed women: a 3-armed randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article 408727. <http://doi.org/10.1155/2012/408727>
- 三木明子, 原谷隆史, 川上憲人, 小林章雄, 石崎昌夫, 林剛司, 藤田定, 相澤好治, 宮崎彰吾, 廣尚典, 橋本修二. (1999). 平成10年度作業関連疾患の予防に関する研究報告書：医療従事者のストレスとその問題点. 137-143.
- Miura, H., Miura, T., Kohzuki, M., Takahashi, T., Akizuki, M., Ebihara, S. (2023). Exercise intensity of real-time remotely delivered yoga via videoconferencing: Comparison with in-person yoga. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 52, Article 101770. <http://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101770>
- Miyoshi, Y. (2019). Restorative yoga for occupational stress among Japanese female nurses working night shift: Randomized crossover trial. *Journal of Occupational Health*, 61 (6), 508-516.
- 三好陽子. (2019). 夜勤のある女性看護師の職業性ストレスに対するリストラティブヨガの効果. 女性健康科学研究会受賞研究報告集, 8 (1), 38-42.
- 三好陽子. (2021). 夜間勤務する看護師のストレスに対するリストラティブヨガの効果：ヨガ日誌の Text Mining (KH Coder) による内容分析. 日本看護学会論文集：看護管理・看護教育, 51, 68-71.
- 村上真, 橋本佐由理, 水上勝義. (2017). 就労者に対するヨーガ療法介入のストレス反応水準別効果検討. ストレス科学, 31 (3), 245-252.
- 日本看護協会. (2013). 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン. 日本看護協会.
https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/yakin_guideline.pdf
- 日本看護協会. (2024). 2023年病院看護実態調査報告書.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/100.pdf>
- 岡孝和, 金光芳郎, 守口善也, 松下智子, 有村達之. (2015). ストレス関連疾患に対するヨガ利用ガイド医療従事者用(第2版). <https://www.ejim.ncgg.go.jp/doc/pdf/y01.pdf>
- 岡島京子. (1988). 親和動機測定尺度の作成. 日本教育心理学会総会発表論文集, 30, 864-865.
- 鬼塚美玲, 猪股千代子, 山出誓子, 大野夏代, 玉井留理子, 佐藤美貴子. (2018). 「病院で働く看護職員の心の健康セルフケア研修」の効果(第1報)：コーピング特性, 精神健康度, 気分状態による評価. 日本看護学会論文集：看護管理, 48, 165-168.
- 佐久間夕美子. (2012). 女性看護師におけるヨーガ・プログラムの効果に関する無作為比較研究. 女性健康科学研究会受賞研究報告集, 1, 9-13.
- サッチダーナダ, スワミ. (2020). 新版インテグラル・ヨーガ：パタンジャリのヨーガ・スートラ(伊藤久子訳). めるくまー. (原著：2012)
- 下光輝一. (2008). 職業性ストレス簡易調査票及び労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用に関する研究. <https://www.tmu-ph.ac/pdf/H17H19report.pdf>
- 総務省統計局. (2022). 令和3年社会生活基本調査：生活時間及び生活行動に関する結果.
<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/pdf/gaiyoua.pdf>
- 田崎美弥子, 中根允文. (n.d.). WHOQOL26(世界保健機関・精神保健と薬物乱用予防部編). 金子書房.
- 友利幸之介, 澤田辰徳, 大野勘太, 高橋香代子, 沖田勇帆. (2020). スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版：PRISMA-ScR. 日本臨床作業療法研究, 7 (1), 70-76.
- Valencia, L. M. P., Weber, A., Spiegel, H., Bögler, R., Selmani, A., Heinze, S., Herr, C., (2019). Yoga in the workplace and health outcomes: a systematic review. *Occupational Medicine*, 69 (3), 195-203.
- Wolver, Ruth Q., Bobinet, Kyra J., MacCabe, Kelly., Mackenzie, Elizabeth R., Fekete, Erin., Kusnick, Catherine A., Baime, Michael. (2012). Effective and Viable Mind-Body Stress Reduction in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17 (2), 246-258.
- 八木亜紀子. (2016). 事例で考える相談援助のキーワード(12) 外在化ケアマネジャー, 18 (6), 54-57.
- 山出誓子, 鬼塚美玲, 大野夏代, 玉井留理子, 佐藤美貴子, 猪股千代子. (2018). 「病院で働く看護職員の心の健康セルフケア研修」の効果(第2報)：研修後の語りから. 日本看護学会論文集：看護管理, 48, 169-172.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子. (2008). ストレス対処能力 SOC. 有信堂高文社.
- Zhang, M., Murphy, B., Cabanilla, A., Yidi, C. (2021). Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Occupational Health*, 63 (1), Article e12243. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12243>

◇実践報告◇

老年看護方法において「三重の関心」を活用した 課題学修の学び

—エンドオブライフケア—

重久加代子¹⁾*, 郡ハルミ¹⁾

【目的】老年看護方法において「三重の関心」を活用したエンドオブライフケアの課題学修の学びを明らかにすることである。

【実践】82名の課題の記述より、エンドオブライフケアの看護および三重の関心の内容について質的に分析した。

【結果】エンドオブライフケアの看護は22サブカテゴリより【人としての尊厳を守る患者と家族を主体としたケア】等5カテゴリが、第一の関心は20サブカテゴリより【エンドオブライフケアに関する知識への関心】等7カテゴリ、第二の関心は15サブカテゴリより【その人らしさを知り寄り添えるように関わる関心】等5カテゴリ、第三の関心は15サブカテゴリより【全人的苦痛を緩和するための技術に関する関心】等7カテゴリが抽出された。【看護実践への示唆】三重の関心を活用した課題学修は、講義で学修した内容を看護に必要な知識や技術として学生自身が捉え直す機会になり、看護実践へ繋がる学びになると考える。

【キーワード】看護基礎教育、エンドオブライフケア、三重の関心、高齢者看護

I. はじめに

A看護大学のカリキュラムは、ナイチンゲール看護論継承への取り組みから三重の関心を実践方法論として位置づけた「科学的看護論」を基盤に構築された(薄井ら, 2002, 2009; 山崎, 2009)。三重の関心の第一の関心は「対象の客観的事実から、対象の全体像(立体像)を大づかみに描く」、第二の関心は「対象の生活体の反応からその時の感情を予測する」、第三の関心は「解決を要する対立を見出す」である(薄井, 2004, pp.205-227, 2014, pp.28-32)。学生は4年間を通して、「生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえる看護」を実践するために、人々に三重の関心を注ぐことで人々の個別なニーズに応える看護を実践するための学修を積み重ねていく(薄井ら, 2002)。

コロナ禍により対面の授業や学生同士のディスカッションが制限されるなか、老年看護方法において高齢者看護の理解を深める方法を検討し、「三重の関心」を活用した課題学修を導入した。そこで、高齢者看護について理解を深めよりよい看護実践に繋がる授業構築への示唆を得るために、授業の最

終単元であり高齢者看護の核であるエンドオブライフケアの課題より、その学びを明らかにしたので報告する。

II. 目的

老年看護方法において「三重の関心」を活用したエンドオブライフケアの課題学修の学びを明らかにすることである。

III. 看護実践

1. 老年看護方法(3年次前期:45時間1単位)の授業の概要

1) 老年看護方法の目的

老年期の特徴を理解し、加齢変化による生活機能低下や健康障害をもつ高齢者の生活調整を基盤においた看護実践ができる知識・技術を修得する。また、高齢者と介護する家族に対する多職種協働による看護の役割が理解できる。

2) 老年看護方法の進め方

教科書は医学書院の「老年看護学」を使用している。授業は2コマ続きであり、2コマ目の最後に課題学修を実施した。そのなかで、エンドオブライフケアは同日に2コマで実施しており本単元の課題は、エンドオブライフケアで学んだ内容

受付日: 2023年10月15日/受理日: 2025年3月14日

1) 宮崎県立看護大学

* E-mail: shigek@mpu.ac.jp

より、①「生命力の消耗を最小にするように生活過程をととのえる看護」、その看護を実践するために必要な②「第一の関心（知的な関心）」、③「第二の関心（心のこもった人間的な関心）」、④「第三の関心（実践的・技術的な関心）」の4項目について記述することであった。

授業内での課題に対する所用時間は10分（提出期限は授業終了後20分）で、提出された課題は、4項目ごとに記述された内容をまとめ、次の授業の冒頭で紹介し学びを共有した（10分）。なお、本科目は演習と試験以外はすべて双方向の遠隔授業であった。

3) エンドオブライフケアの単元目的・目標と授業内容

本単元の目的は、「高齢者と家族へのエンドオブライフケアについて考えることができる」である。また、エンドオブライフケアは「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること」と示した長江ら（2018）の定義を用いた。

（目標1）高齢者におけるエンドオブライフケアを理解する。

- ・エンドオブライフケアの概念
- ・「生ききる」ことを支えるケア
- ・意思決定への支援（アドバンスケアプランニング）

（目標2）治療・介護を必要とする高齢者を含む家族の看護を理解する。

- ・治療・介護を必要とする高齢者を含む家族の看護

（目標3）終末期に求められる高齢者と家族の看護を理解する。

- ・末期段階に求められる援助
- ・緩和ケア
- ・家族への支援

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. データ収集期間

2021年12月～2022年1月

4. 研究対象

A看護大学3年生97名

5. データ収集方法

データは科目責任者である筆者の授業時の課題として電子データで提出されたものより、同意の得られた学生の記述を収集した。

6. 分析方法

分析はコード化した内容の類似性に基づき分類し、サブカテゴリ、カテゴリと抽象化してネーミングした。結果の厳密性を確保するために、筆者が一人で分析したものを共同研究者と意見が一致するまで検討した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、筆者の所属する研究倫理審査委員会の承認（第3-13号）を得て実施した。学生には成績が確定した後、研究の主旨、内容、研究協力の方法について文書と口頭で説明し

た。研究協力は自由意思であること、協力しなくても不利益を被ることはないこと、個人情報保護について、分析を開始するまではいつでも撤回できること、学会等での発表や希望する場合は調査結果の概要を知らせることなどを伝えて同意を得た。

V. 結果・成果

1. 分析対象

分析対象者は82（84.5%）名であった。

2. エンドオブライフケアの看護（表1）

262コード、22サブカテゴリより、5カテゴリが抽出された。カテゴリは【 】, サブカテゴリ< >, コードは“ ”に示す。

【人としての尊厳を守る患者と家族を主体としたケア】は<その人らしさを大切に（したケア）>し、<患者や家族の意思・思いを尊重（したケア）>することや、<大切に生きてきた生活を守る基本的ケア>を実践することで、<患者と家族が主体であると感じられる（ケア）><尊厳を守るケア>であった。【QOLを最大限に保ち患者が望む生を生ききることを支えるケア】は<多職種連携によるチームケア>により<患者や家族に専門的知識に基づき説明（するケア）>し、<患者や家族の受容へのケア>によりQOLを最大限に保ち、<患者と家族が望む納得した最期を迎える（ケア）>ために<意思決定を支え（るケア）>、<患者が望む生を生ききることを支えるケア>であった。【介護する家族の思いを知り支えるケア】は<家族の思いを知（るケア）>り、<有意義な時間を過ごせるケア>や<介護する人の気持ちを支える（ケア）><グリーフケア>を含んだ<家族に対するケア>であった。【患者の全人的苦痛や家族の苦悩を緩和するケア】は<患者と家族の感情の乱れや不安を傾聴し受けとめ（るケア）><患者と家族の気持ちが安定するためのケア>であり、<二次障害を予防し（苦痛を緩和するケア）><全人的な苦痛を緩和するケア>であった。【患者と家族を中心に三重の関心を注ぎ続けるケア】は<科学的看護論に基づく看護過程の展開（より導くケア）>および<看護師の態度や姿勢に基づくケア>であった。

3. エンドオブライフケアの三重の関心

1) 第一の関心（知的な関心）

63コード、20サブカテゴリより、7カテゴリが抽出された（表2）。

【エンドオブライフケアに関する知識への関心】は<エンドオブライフケアの概念（に関する知識）>および<エンドオブライフケアに必要な知識>であった。【死の受容と心理に関する関心】は<死の受容のプロセス>や<終末期における患者と家族の思い>および<精神的特徴>であった。【対象特性に関する関心】は立体像で捉える<健康障害の種類（疾患）><現在の病状の段階><身体的特徴><発達段階>であった。【治療・ケアに関する知識とアセスメントに関する関心】は

表1 エンドオブライフケアの看護

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの抜粋
人としての尊厳を守る患者と家族を主体としたケア	尊厳を守るケア	・患者の尊厳を守る ・最期の時まで高齢者の人間らしさを守り抜く
	患者と家族が主体であると感じられるケア	・高齢者と家族が主体であると感じることのできるケア ・一人の人間として患者に関心を注ぐ
	その人らしさを大切にしたいケア	・高齢者の方のその人らしさを最後まで守る ・残された時間をその人らしく過ごせるようにする
	患者や家族の意思・思いを尊重したケア	・患者・家族の意思を尊重する ・家族や周囲の人とその患者の意思を共有し、話し合う
QOLを最大限に保ち患者が望む生を生きることが出来るケア	大切に生きてきた生活を守る基本的ケア	・精神的にも落ち着いた状態で最期を迎えられるように、高齢者とその家族の意向を考慮しながら過ごしやすい環境を整える ・その人がこれまで大切に生きてきた生活(人と話す、髪を整えるなど)をできる限り整える
	患者が望む生を生きることが出来るケア	・その人の「生き生き」ことを支える ・患者と家族が1つ1つの時間を大切に過ごして行けるように支援していく
	患者と家族が望む納得した最期を迎えるケア	・その人にとってよい死を迎えることができるようにQOLを最大限に保つ ・「こうあって欲しい」という医療者の思いではなく、対象の「こう生きたい」という思いが最期まで尊重されるケア
	意思決定を支えるケア	・その人の価値観や人生を尊重して、意志を聞き意思決定を支えていく ・医療者が患者の疾患を予後を含めて理解する
	患者や家族の受容へのケア	・死が近づくとつれて変化するプロセスを固定化せず、目の前の患者の変化を見ながらそれに合わせた必要な関わりを考えていく ・家族に心残りがなく、患者の死を受け入れていけるように関わる
	患者や家族に専門的知識に基づき説明するケア	・死を意識した時から患者、家族の意思を聞いて尊重し、情報提供を行う ・容態の変化や予想、今まで行ってきた治療の中断や、痛みの緩和のために行う治療が患者にどのような影響を及ぼすのかなど、丁寧に説明していく
	多職種連携によるチームケア	・それぞれの職種の仕事を果たしながら、多職種と連携する ・その方が望む自分らしい生活を目指すように他職種と連携しながら実施する
	介護する人の気持ちを支えるケア	・家族が患者にとっては支えになり、家族にとっては自分は役に立てたと思えるケア ・家族が見ていない時の患者の様子や今の患者の状態を分かりやすく伝えていくことで家族が少しでも安心できるようなケア
	有意義な時間を過ごせるケア	・清拭を一緒に行ったりするケア ・死をどのようにとらえているのかを生活過程で育まれた価値観を基にしながらその時々の様子をよく観察し、家族のニーズをくみ取ったケア
	家族の思いを知るケア	・家族の持つ患者への気持ちをしっかりと汲み取る ・家族の持つ思いについて立場の変換をする
患者の全人的苦痛や家族の苦悩を緩和するケア	家族に対するケア	・家族の生命力の消耗を防ぐ(現状の理解をしてもらうこと) ・患者だけでなく、家族への心のケア
	グリーフケア	・高齢者だけに三重の関心を注ぐのではなく、家族の反応を予想し、反応を見ながら関わり家族に寄り添う
	患者と家族の感情の乱れや不安を傾聴し受けとめるケア	・患者も家族も同等に、心からあなたの悩みを共有したいという思いで関わる ・日常のケアの最中に行う何気ない会話から患者の根底にある不安などを傾聴し、少しでも不安が和らぐように関心を向ける
	患者と家族の気持ちが安定するためのケア	・側で見守ったり、タッチングによる心のケア ・話したいタイミングや、ペースに合わせたコミュニケーション
患者と家族を中心に三重の関心を注ぎ続けるケア	二次障害を予防し苦痛を緩和するケア	・患者にあったマッサージなど疼痛コントロール ・二次障害を起こさず、さらに苦痛を与えないケア
	全人的苦痛を緩和するケア	・身体的痛みだけでなく、精神的痛み、社会的痛み、スピリチュアルな痛みの多方向からの痛みを取り除けるようなケア ・死が差し迫ってくることへの不安や生きる拠り所の消失、生きる意味・目的の消失などのスピリチュアルな面からも全人的苦痛が生じるため和らげる
	科学的看護論に基づく看護過程の展開より導くケア	・その人がこれまでどのような生活を送ってきたのか、生活の背景を踏まえ、その人の全体像や立体像などアセスメントする ・知的な関心、実践的・技術的な関心を基盤に必要なケアを考え、その過程で目の前の患者とその家族に合わせた関わりを考える
患者と家族の望む最期に関する関心	看護師の態度や姿勢に基づくケア	・人生の最期に関わらせていただける感謝の気持ちを持ったケア ・共感しながら患者に尊敬の気持ちを持ちつづける

表2 第一の関心（知的な関心）

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの抜粋
エンドオブライフケアに関する知識への関心	エンドオブライフケアの概念に関する知識	・エンドオブライフケアは患者・家族・医療スタッフが死を意識したときから始まる
	エンドオブライフケアに必要な知識	・高齢者におけるエンドオブライフケアについての知識
死の受容と心理に関する関心	終末期における患者と家族の思い	・患者が終末期にどのような意思を抱くのかを知っておく
	死の受容のプロセス	・死の受容のプロセスとしてどのような経過を辿るのかを知っておく
	精神的特徴	・精神的な変化・特徴を把握する
対象特性に関する関心	現在の病状の段階	・患者がどのような病状の段階にあるかを把握する
	身体的特徴	・加齢による身体的な変化・特徴を把握する
	発達段階	・時代の特徴
	健康障害の種類(疾患)	・対象者の疾患を把握する
治療・ケアに関する知識とアセスメントに関する関心	今後のケアや治療	・今後の方針について様々な選択があることを知る
	必要なケアのアセスメント	・どのようなケアや治療が必要になっていくのかをアセスメントする
全人的苦痛に関する関心	全人的苦痛の程度	・患者の疼痛や苦しみはどのくらいあるのかを把握する
	全人的苦痛の緩和の知識	・痛みなどに対する処置を知る
生活過程の特徴と変化に関する関心	生活過程の特徴	・社会的な変化・特徴を把握する
	生活過程の変化	・環境の制限、変化などを知る
	家族・関係	・家族との関係性を把握すること
患者と家族の望む最期に関する関心	患者と家族の最期の望み	・患者と家族の望む最後の迎え方を知る
	患者の望む最期	・その人にとって望ましい状態を知る
	死生観	・対象の死生観を知ろうとする
	他職種との情報共有	・日々の観察から見えてくる心理、身体状況を他職種と共有する

＜今後のケアや治療＞についての知識や＜必要なケアのアセスメント＞であった。【全人的苦痛に関する関心】は＜全人的苦痛の程度＞の把握および＜全人的苦痛の緩和の知識＞であった。【生活過程の特徴と変化に関する関心】は＜生活過程

の特徴＞および＜生活過程の変化＞と＜家族・関係＞を把握することであった。【患者と家族の望む最期に関する関心】は＜他職種との情報共有＞を行い、＜死生観＞や＜患者と家族の最期の望み＞および＜患者の望む最期＞を知るであった。

2) 第二の関心（心のこもった人間的な関心）

62 コード、15 サブカテゴリより、5 カテゴリが抽出された（表3）。

【その人らしさを知り寄り添えるように関わる関心】はくその人らしさを考え（る）>くその人の気持ちに寄り添う>であった。【患者や家族の心情を知り関わる関心】はく患者と家族の不安や葛藤（を知る）>およびく患者の心を知る>ことで、く死に対するイメージを理解（する）>し、く患者や家族の意思を尊重する>であった。【立場の変換をして目の前の患者を理解する関心】はく立場の変換をする>ことやく目

の前の患者の気持ちを聞き、感じる>であった。【希望をもち意思決定ができる関わりに関する関心】は、く意思決定支援>やく希望を持てる関わり>であった。【患者と家族の苦痛を緩和し尊厳ある良い死を迎えるための関わりに関する関心】はく患者の苦痛の理解>およびく安心・安楽を作り出し改善する>こと、く家族・他職種との話し合い>によりく家族の苦痛の緩和>やく尊厳ある良い死を迎える>であった。

3) 第三の関心（実践的・技術的な関心）

66 コード、15 サブカテゴリより、7 カテゴリが抽出された（表4）。

表3 第二の関心（心のこもった人間的な関心）

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの抜粋
その人らしさを知り寄り添えるように関わる関心	その人らしさを考える	・医療者としてその人の尊厳を守る
	その人の気持ちに寄り添う	・その人の気持ちに寄り添えるように関わる
患者や家族の心情を知り関わる関心	患者と家族の不安や葛藤を知る	・対象と家族が抱えている不安や葛藤を知り関わる
	患者の心を知る	・死を迎えるという状況にある患者の心を積極的に聞いて受け止めて励ますような関わり
	死に対するイメージを理解する	・死に対するイメージはどう持っているのか理解する
	患者や家族の意思を尊重する	・治療を受けている中でも、その人の意志を尊重していかなければならない
立場の変換をして目の前の患者を理解する関心	目の前の患者の気持ちを聞き、感じる	・患者の心の変動に対して敏感でいること
	立場の変換をする	・どのように残された時間を過ごしていきたいか人間関係を築いた上で患者の提案を否定することなく、患者の立場にたって前向きに考える
希望をもち意思決定ができる関わりに関する関心	希望を持てる関わり	・日々の生活で少しでも、希望を持ててもらえるように関わる
	意思決定支援	・治療の選択や意思決定を本人ができるようにする
患者と家族の苦痛を緩和し尊厳ある良い死を迎えるための関わりに関する関心	尊厳ある良い死を迎える	・尊厳ある死が脅かされないようにする
	家族・他職種との話し合い	・療養者が考えている望ましい死をなるべく叶えられるように、家族や他の医療従事者と話し合う
	安心・安楽を作り出し改善する	・安楽な状態が作り出せることを考える
	患者の苦痛の理解	・患者がどのようなことに苦痛を感じているか理解する
	家族の苦痛の緩和	・療養者だけでなく家族のライフイベントにも注目し、家族が介護で疲労していないかを観察し、介護肯定感を高めるように関わる

表4 第三の関心（実践的・技術的な関心）

カテゴリ	サブカテゴリ	コードの抜粋
全人的苦痛を緩和するための技術に関する関心	疼痛などの苦痛を観察・評価する技術	・表情や手指の動きなどの全身の観察を注意深く行う
	緩和ケアの技術	・苦痛の軽減とその予防を行うケア技術
患者や家族の死の受容の技術に関する関心	患者や家族が死を受容するための関わりの技術	・高齢者が死を受容する
最後まで尊厳を守り患者と家族の望むその人らしい生を生きる技術に関する関心	最期までその人らしく生きる技術	・その人らしく最期を迎えられる関わりをする
	尊厳を保持する技術	・尊厳が保たれるように関わる
	患者と家族の希望を叶えるための技術	・患者と家族の希望を最大限に叶える
三重の関心を注ぎ他職種と連携してよりよい看護を提供する技術に関する関心	第一～第三の関心を注ぎよりよいケアを実践するための技術	・ケアを行った時の患者の反応から、第一の関心～第三の関心を繰り返し注ぐこと
	他職種と連携して治療・ケアの方針を導く技術	・多職種で協力し、患者や家族の心身のストレスや負担を緩和する
安心して療養できる人的・物的環境づくりの技術に関する関心	快の刺激を得られる環境づくりの技術	・療養者が快の刺激を受け取ることができるように働きかける
	安心できる環境づくりの技術	・意思を示ししやすいような環境を作る
	家族への説明を行う技術	・本人を取り囲む家族への状態の説明
グリーフケアを含む家族ケアの技術に関する関心	グリーフケアなどの技術	・グリーフケアを行ったりする看護者の専門的な技術を対象とその家族の個性に沿って実践できる
	家族が患者に関わるための技術	・家族の患者への思いをくみ取り、積極的にケアに参加してもらう
清潔ケアや活動などの日常生活動作支援の技術に関する関心	身だしなみや清潔ケアの技術	・整容などのその人が当たり前に行っていたことを援助する
	日常生活動作の支援を適切に行う技術	・日常生活動作の援助を行う

【全人的苦痛を緩和するための技術に関する関心】は<緩和ケア（の技術）>および<疼痛などの苦痛を観察・評価する技術>であった。【患者や家族の死の受容の技術に関する関心】は“高齢者が死を受容する”，<患者や家族が死を受容するための関わり技術>であった。【最後まで尊厳を守り患者と家族の望むその人らしい生を生きる技術に関する関心】は<最期までその人らしく生きる（技術）>ために<尊厳を保持する（技術）>ことや<患者と家族の希望を叶えるための技術>であった。【三重の関心を注ぎ他職種と連携してよりよい看護を提供する技術に関する関心】は<他職種と連携して治療・ケアの方針を導く（技術）>き，<第一～第三の関心を注ぎよりよいケアを実践するための技術>であった。【安心して療養できる人的・物的環境づくりの技術に関する関心】は<快の刺激を得られる環境づくり（の技術）>や<安心できる環境づくりの技術>であった。【グリーンケアを含む家族ケアの技術に関する関心】は<家族への説明（を行う技術）>や<家族が患者に関わるための技術>および<グリーンケアなどの技術>であった。【清潔ケアや活動などの日常生活動作支援の技術に関する関心】は<身だしなみや清潔ケア（の技術）>および<日常生活動作の支援を適切に行う技術>など終末期のケアで重要な日常生活の援助技術であった。

Ⅵ. 看護実践への示唆

エンドオブライフケアの課題学修の学びを質的に分析した結果、「生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえる看護」として，【人としての尊厳を守る患者と家族を主体としたケア】や【QOLを最大限に保ち患者が望む生を生ききくことを支えるケア】等5つの看護が抽出された。これらは，3つの単元目標である，高齢者と家族を中心にしたエンドオブライフケアおよび終末期に求められる看護の学びを含んでいた。

また，第一の関心では対象特性，第二の関心では立場の変換をして目の前の患者を理解する，第三の関心ではエンドオブライフケアにおいて「生命力の消耗を最小にするように生活過程をととのえる看護」の実現に向けて，第一と第二の関心に基づき，他職種との連携を含めてよりよい看護を実践するための技術への関心が抽出された。

薄井（2009）は，三重の関心を注ぐことについて，第一の関心は病人を大づかみにして共通性を押さえることであり，第二の関心はその人の位置に自分を移し，その人の頭の中に飛び込んで，その人がどんな感情でいるのかを感じとって，ナースに戻って第一と第二の関心を重ねた時にその人のかかえる問題が見えて，ナースとして何をなすべきか第三の関心を注げば看護の方向性が定まると述べている。学生は課題に取り組むことで，高齢者とその家族を思い描き，エンドオブライフケアの授業で得た知識を用いて「生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえる看護」とは何か，その看護を実践するためにどのように「三重の関心」を注ぐのかを考えることで，看護実践を踏まえた学修を行っていたことが示唆された。

これらより，三重の関心を活用した課題学修は，講義で学修した内容を看護に必要な知識や技術として学生自身が捉え直す機会になり，看護実践へ繋がる学びになると考える。今後は，授業全体としての成果や実習での看護実践に繋がる授業構築への取り組みが必要である。

なお，本研究は日本看護学教育学会第32回学術集会で発表したものに，追加修正したものであり，開示すべき利益相反はない。

Ⅶ. 引用文献

- 長江弘子（編）.（2018）. 第1章生活文化に即したエンド・オブ・ライフケア. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア（第2版）（pp.4）. 日本看護協会出版会.
- 薄井坦子, 三瓶眞貴子, 山岸仁美, 栗原保子, 小野美奈子, 赤星誠, 阿部恵子, 寺島久美, リウ真田知子, 島川直子, 稲田夏希, 嘉手苅英子, 山本利江, 新田なつ子, 中野榮子.（2002）. 宮崎県立看護大学における教育課程の構築とその評価. 宮崎県立看護大学研究紀要, 3（1）, 1-9.
- 薄井坦子（監修）.（2004）. Module方式による看護方法実習書（第3版）. 現代社. 205-227.
- 薄井坦子.（2009）. ナイチンゲール看護論の継承と発展～ヘンダーソンからM.ニューマンまで～. 日本看護歴史学会誌, 22, 23-35.
- 薄井坦子.（2014）. 科学的看護論（第3版新装版）. 日本看護協会出版会. 28-32.
- 山崎智代.（2009）. 薄井坦子の科学的看護論成立過程に関する研究. 東洋大学大学院紀要, 46, 353-365.

◇実践報告◇

COVID-19 による個室隔離の環境にある患者の看護 —ペプロウの理論を用いた関係構築の振り返り—

池田英恵¹⁾*, 野口信子¹⁾

【目的】 COVID-19 で重症化リスクがある高齢入院患者との問題解決に向けた関係構築の過程と、その隔離環境の活用も併せて明らかにし、隔離環境における意図した看護実践の示唆を得る。

【実践】 患者の入院から退院までの経過、および看護介入を看護記録からデータ収集した。ペプロウの看護師・患者関係における4つの局面に沿って、患者の言動と看護師の関わりを分析した。

【結果】 フル PPE の看護師が役割を変化させ、丁寧な傾聴・観察を積み重ねた関係構築はペプロウの理論に沿って問題解決の段階まで進んでいた。隔離環境では、患者との距離の取り方、プライバシーを保った深い話、訪室回数や立ち位置を変えながらの日常生活援助が行われていた。

【看護実践への示唆】 隔離環境において、ペプロウの理論に沿った関係構築による患者のニーズへの気づきと対応、看護援助の工夫ができ得ることが示唆された。

【キーワード】 COVID-19, 患者隔離, Peplau 看護理論, 看護師・患者関係

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下「COVID-19」）の患者は、入院加療の際、個室に隔離され、表情が見えにくいフルカバー装備の個人防護具（Personal Protective Equipment, 以下「フル PPE」）装着の医療者が、必要限度で出入りする特殊な環境下におかれる。我が国では COVID-19 が 5 類感染症に分類された今なお、面会も制限され、こうした感染予防に配慮した医療が重視されている。

一方、隔離環境で患者は、抑うつ・落ち込みの気分変動が高く、活気が低下したとの報告もあり（石川, 1998）、隔離による関係希薄を避け、精神的合併症予防や、特殊環境下の患者の問題解決を意図した看護実践がより一層重要となる。

Peplau（1952/1973, p.15）は、看護の概念を「有意義な、治療的な、対人的なプロセス」と表し、入院から退院までの治療の枠組みを看護師-患者関係の構築の 4 局面で説明した。表情の見えにくいフル PPE であっても、この人間関係論を用いた介入により、40 代患者との関係性が構築されている（津田, 2021）。今回、そのような対象とは異なり、COVID-19 で

重症化リスクのある高齢患者に、フル PPE を考慮のほか、特殊な隔離環境を活かして関係を構築し患者の目標に方向づける経験をしたため、報告する。

II. 目的

COVID-19 で重症化リスクがある高齢入院患者との問題解決に向けた関係構築の過程と、その隔離環境の活用も併せて明らかにし、隔離環境における意図した看護実践の示唆を得る。

III. 看護実践

1. 事例紹介

A 氏 80 代女性

家族：息子と同居（息子は仕事のため実際はほぼ独居生活）

キーパーソン：孫

入院前の日常生活動作（以下「ADL」）：室内伝い歩き、外出は歩行器使用

現病歴：COVID-19 の診断で、保健所からの要請により入院

受付日：2023 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 北里大学北里研究所病院

* E-mail : ikeda.hanae@kitasato-u.ac.jp

2. データ収集方法

患者の入院から退院までの経過、および看護介入を看護記録からデータ収集した。

3. データ収集期間

2021 年中の約 2 週間の看護記録を、その 7 ヶ月後（2022 年）に収集した。

4. 分析方法

Peplau (1952/1973, p.17) の「人間関係の看護論」で示されている看護師・患者関係における 4 つの局面（方向付け、同一化、開拓利用、問題解決）に沿って、患者の言動と看護師の関わりを専門看護師と共に分析した。

5. 看護援助の実際

入院 1 日目、COVID-19 陽性の A 氏とフル PPE を装着した看護師との初めての出会いであった。フル PPE 姿は表情がわかりにくく名札も身につけていない。医療スタッフは同じようなユニフォームにフル PPE を身につけると、職種も区別のつかない外見である。病棟看護師であることや昼間/夜間の担当看護師であることを名前と共に伝えること、「A さん」と個人名で話しかけること、日常会話が A 氏との関係性の始まりとなった。

入院 3 日目、A 氏は排尿に関して、「これ（トイレに行く）だけのために（看護師に）来てもらうのは申し訳ないから、一人で行こうと思って。家でもこの距離くらいなら一人で行っていました」と述べていた。A 氏はもともと頻尿であり、入院後は、点滴の影響もあり、尿回数が増加していた。ふらつきが著明な時は、トイレに行く際、ナースコールでお知らせしてほしいことを A 氏に説明し、ベッドに内蔵センサーを付け転倒予防をしていた。「若いころからずっとトイレが多いの。1 時間おきのこともあるの。夜はおむつがいい。何でも自分でやってきたから呼びたくないのよ」と A 氏が話された際は、失禁を予測して、リハビリパンツの購入を代行し、提供した。「家ではちゃんと（トイレでの排泄が）できています。毎回呼ぶの悪いでしょ、だからここにしています。何もなくていいです、今だけだから、家に帰れば元どおりにできます」とベッド上での排泄、水分摂取を控える行動がみられた。そのため、ナースコールがあつてから訪室ではなく、尿意を予測した時間間隔で訪室し、ベッド上で A 氏自身によりパット交換する方法を試みた。

入院 4 日目、「食べたい気持ちはあるんだけど、食欲がないのよね」と排泄だけでなく、食事についても A 氏の思いがあった。病院食の摂取量が少ない状態であった。そのため、少しでも食べやすいものを提供できるようにと A 氏の食べたいものを聞きコンビニでの購入の代行や、「朝はお粥よりパンがいいです」という訴えから朝食のみパンに変更し、対応した。A 氏は心疾患が既往にあるため、減塩食を提供していたが、上記の状況を医師に確認し、常食の提供に変更した。

入院 8 日目頃より、徐々に看護師が A 氏との対面の回数を重ねていくにつれ、A 氏が何を食べたいかだけでなく、なぜ

病院食を食べたくないのかとさらに踏み込んだ質問をするようになっていった。「長男用におかずをこしらえても 3 日くらい冷蔵庫に置きっぱなしにされて捨てるの繰り返しで。もう嫌になっちゃって。私は 1 年間お粥をジャーで炊いて流し込んでいたからもうお粥は食べたくないんです」と A 氏からの情報があった。これまでは A 氏の世話を長男の嫁が中心に行っていたが、彼女が他界してからは台所に立つことも体力的に困難で、十分に食事を摂れていなかった。A 氏は入浴はしておらず、シャワーで済ませていたなど、家族の関係性もみえてきた。

入院 9 日目、退院後の生活について尋ねると「基本的には寝ています。あとは必要な時に食べて、トイレに行ってそんな生活。疲れることはしたくないんです。リハビリもほとんどは嫌です。必要最低限でいい」「（看護師）みんなにトイレの時呼んでって言われるけど、ほんとなら看護師さんが出て行った直後に行きたくなくもあります。そんなにすぐまた呼ぶのはあまりしたくないです。トイレに行こうとしても間に合わないこともあるんです。家でもパット使って汚れたら自分で取り換えてました。家に帰れば大丈夫です」と訴えられた。退院に向けての ADL の維持については A 氏の意味を尊重した。

入院 10 日目、「もう死んじゃったほうが楽です。寝ながら考えていたらそう思いました。トイレも面倒くさい、一人でずっと行きたい。これ（点滴）も邪魔ですね、はあ、面倒くさい」「家に帰っても地獄です、誰も手伝ってくれないし」と言う A 氏を傾聴、共感し、これまでの生活や入院生活を労った。その上で、退院後の生活がしやすくなるように、家族・医療スタッフで調整を行っている旨を説明した。「もう家に帰っていいと思います。多少、家の中のことが出来なくても我慢できますし、孫も呼べば来てくれますから。それから、入院費用はだいたいどのくらいかかるんですかね。買い物してもらっているお金もいつお支払いすればいいですか。息子の世話にはなりたくないんです」と吐露する A 氏の話に傾聴し、入院費について説明した。

同日夜、「私ね、自殺未遂したこと 2 回あるの。2 回とも死にきれなかった。戦争で食べ物も着るものもないなか、裸足で田んぼのなか走り回って爆弾から逃げていたのよ。今の人にはわからないだろうけど。それ経験してるから。今生きていたって何の希望もない。刃物さえあれば、ぶすってやって死にたいくらい」「自殺未遂をしたのは戦後、まだ独身だった頃です。戦争は終わったのに乞食みだだった。火の海を生き延びて、いろんな病気しても生き延びて、なかなか死ぬないものね」「賞味期限が切れたくらいで捨てるの？」という A 氏の発言があった。その際は、安全が保てないリスクを考慮し、危険物が手元にあることを確認、ベッド内蔵センサーを開始した。また、食べかけのもの、賞味期限切れのものはベッドサイドによけるだけで破棄はしなかった。このようなものの破棄は衛生面と環境整備の一環と思っていたが、A 氏の発

言や生きてきた背景を知り、看護師が破棄することが A 氏の苦痛になること、関係性の悪化になり得ると思い、避けた。看護師の勤務交代時は、部屋にある食べ物、取って捨てていないものなどを細かく申し送り、勤務帯が変わっても A 氏の意味を尊重できるようにした。

入院 11 日目、A 氏の希死念慮後の「あーあ、肩までゆっくりお湯につかりたい」という表出から、翌日、シャワー介助することを提案し実施した。シャワー後は「もともと 3~4 日おきに入っていたんだけど、ここに来てからお風呂入ってなかったから嬉しいです。すっきりしました」と話された。前夜の希死念慮、不安言動について医師へ報告し、眠剤の処方の変更となった。入院 14 日目には、点滴棒やシルバーカーを使用し歩行のふらつきがないことを確認し、ベッド内蔵センサーの使用を終了した。A 氏のトイレへの歩行時のナースコール対応は、病室のドア越しに見守った。

入院 17 日目、孫が迎えに来られることとなったため、地域包括ケア病棟に移り在宅ケア・サービスの調整をしてから退院するという計画は変更となり、急遽、退院となった。家族の希望と医師からの説明が合意に至っていることを確認した。

IV. 倫理的配慮

発表について家族に口頭説明後、患者・家族から書面での同意を得た。投稿にあたり、所属施設看護部の承認を得た。個人が特定されないよう既往や入院日の記載を控えた。

V. 結果・成果

ペプロウの理論に沿った看護師・患者関係構築の分析結果

1. 方向付けから同一化の局面：看護師が A 氏の切実なニーズに気づくプロセス（入院日～入院 10 日目）

患者と看護師が互いに見知らぬもの同士として出会って、患者の困難な健康問題の解決に向けて一緒に歩み出す方向付けの局面では、看護師は未知の人の役割であった。礼儀正しく、不快感を与えないこと、互いの距離を大切にすることが求められていた。患者にとって、フル PPE 装着の看護師や外の状況がわからないという特殊な状況でも、看護師は名前を名乗り、病棟看護師であることや昼間／夜間の担当看護師であると伝えたこと、「A さん」と患者を個人名で呼ぶこと、また適度な距離を大切にした関わりにより、一緒に歩み出す存在として患者に認識されることとなった。

COVID-19 では、空気の流れを最小限にするため、個室では窓の開閉に制限がある。外気や天気感覚がわからなくなる環境である。意図的ではなかったが、自己紹介だけでなく些細な日常会話が関係性の始まりに有効だった可能性がある。Peplau (1952/1973, p.29) は「看護に期待するものは患者によってみな異なっており、ほとんどの患者は自分の病気について複雑な感情をいだいている。そして多くの患者は自分が感じていることをはっきり表現できない」と述べている。A 氏の入院時期は、連日感染状況のテレビ報道があり、先の見

えない不安がある時期であった。COVID-19 では、時期による特徴、感染症、未知のものという特殊さがあることから、A 氏も看護師が推測する以上に複雑な感情、表現できない思いを抱いていたかもしれない。その点からも、思い込みで関わらない姿勢を提し、距離を大切にすることが求められていた。

方向付けが適切に整うと、徐々に同一化の局面に移っていった。A 氏は自分のニーズを充足してくれそうな看護師を選択し、看護師も患者をより理解するようになっていった。A 氏のニーズは、食事（食べたい／食べたくない）、排泄（失禁したくない／一人でトイレに行く）であるように見えたため、初めは、食事、排泄のニーズを日常生活援助のニーズと捉えていた。トイレの介助方法、使用するおむつの種類の選択と生活レベルで介入した。これは、A 氏がセルフケアできない部分の一端を担うという点で代理人の役割だった。日常生活援助を丁寧に行ったことは A 氏と看護師の関係性を深める機会となったと考えられる。個室で対面する回数が増すにつれて、患者の生きてきた背景や家族関係など、話される内容も具体的になっていった。その中で、なぜ看護師を呼びたくないのか、なぜ病院食が食べたくないのかという踏み込んだ理由を知ろうとしたことは情報収集というより、A 氏を知ろうとした変化があったと考える。方向付けの局面ではなく、この同一化の局面が、個室隔離のプライバシーが保たれる環境で家族関係や生活背景を含む患者の深い内容の話を聴く適切な時期であった。A 氏の言動の理由や背景を知ること、理解が深まった。すなわち、A 氏のニーズは、生活レベルの介助よりも、看護師を頼りたくない、息子に頼りたくない、家に帰ればできる、という「切実なニーズ」であったと言える。そのニーズを完全に満たすには至らなかった。トイレの介助方法としては、最初は、尿路感染予防、転倒予防、という点から、ナースコールの使用を促し、トイレでの排泄をできるようにと試行錯誤していたが、振り返ると、患者の自立を見守るためのアセスメントと方策が必要だったかもしれない。食事・排泄と生活レベルで思いどおりにいかないことと、A 氏の切実なニーズが満たされない状態が重なっていた。「もう死んじゃったほうが楽です」という表出は環境や病態の要因もありながら、ニーズが満たされなかった結果と考えられる。この段階では、「患者は専門職の人びとの援助の中で安全だと感じたとき」に「世間ではふつうよしとされないような感情」を表してくると言われている (Peplau, 1952/1973, p.32)。死にたい気持ちの表出に対して、否定せず身体状況（治療、既往、眠剤使用状況）に注意しながら傾聴、観察したことは、カウンセラーの役割であった。複数の勤務帯にまたがってこの気持ちを否定せず受けとめ、A 氏が看護師に信頼をおくようになっていった。Peplau (1952/1973, p.28) は、「病気であるという事実や、病室や病棟に収容されているということ自体が、患者の生活空間を縮小させ、患者の注意をますますささいなことに集中させる」と述べている。どのような気持ちであっても、捉われやすい環境要因があること

に配慮が必要である。一方で、個室はプライバシーが保てるため、その場で A 氏の話进行深入に傾聴できたのは、患者と看護師の関係構築に有効だった。

希死念慮がありながらも、A 氏の息子の世話になりたくないという思いは強かった。入院費や支払時期の質問は、辛い状況の中でも、他人に頼らず、自身の主体性を維持したい表現であったと考える。資源を活用しようとする質問であることから、次の開拓利用の局面のようにもみえる。Peplau (1952/1973, p.17, p.22) は各局面を重ね合わせて示しているため、A 氏も局面が揺れ動いていた可能性がある。COVID-19 での治療費は当時、公費負担であり、一般的な入院会計とは異なることから、その情報をもって、看護師が A 氏に説明したことは、情報提供者の役割であった。

以上のように、A 氏を尊重し丁寧に傾聴・観察を積み重ねた関係構築は、切実なニーズへの気づきにつながり、ケアに活かされ、信頼を得ていくこととなった。

2. 開拓利用から問題解決の局面：対面での看護援助の積み重ねから退院までのプロセス（入院 11 日目～退院日）

A 氏は、看護師との関係性が深まるにつれ、自分のニーズを満たしてくれる医療者から様々な情報を得て活用する開拓利用の局面に入ってしまった。A 氏の希死念慮や不安言動について医師へ報告したのは、代理人としての役割を果たし、眠剤の処方の変更となった。A 氏がトイレに行く際は、本人の意向を理解し、ドア越しから見守ってしてくれる人という代理人でもあった。

希死念慮後、ある時「あーあ、肩までゆっくりお湯につかりたい」という言動があり、シャワーを介助した。これは A 氏の「切実なニーズ」が看護師を頼りたくないというものでありながら、看護師の介助を受け入れるという変化であった。看護師も、A 氏を知ることによって、様々な困難（戦争、家庭、多数の既往）を乗り越えてきた A 氏と捉えるように変化していた。そのため、このシャワーは、A 氏のニーズに沿ったものであった。患者は身体的・精神的ケアとしてのシャワー介助など、各勤務帯の訪室した看護師を活用していた。武井(2012, p.92) は、「皮膚を通した手当ては、患者の皮膚－自我に直接働きかけるケアとなるのである」と述べている。清潔ケアという側面のみならず、精神的にもケアとなった可能性がある。また、拒否ではなく、介助を受け入れたという点は、活用と言える。隔離の病棟では、患者がナースステーションの様子をみることや廊下ですれ違った看護師に話しかけることができない。そのため、隔離の環境にある A 氏は、限られた状況の中で看護師を活用したと考えられる。

患者の身体的な回復と共に、看護師は訪室頻度を減らし、トイレ歩行を部屋のドア越しに見守るといった立ち位置の物理的な距離をとったことも関係構築のプロセスから見ると前進となった。

急遽退院となったため、A 氏から主観の評価は聞けていないものの、新たなトラブルは生じることなく退院に至った。

こうした、関係性の構築は、最初の段階からの丁寧な積み重ねがあつてこそ進展し、成り立っていったものと考えられる。

Ⅵ. 看護実践への示唆

1. 看護師・患者関係の構築への隔離環境の活用意義

COVID-19 患者の看護では、個室隔離、フル PPE の装着といった高度な感染対策により患者との関わりが作業的・業務的に陥り、患者看護師関係は希薄なままのように考えられ得る。しかし、このような特殊な環境であっても、患者と看護師の関係構築は、ペプロウの理論に沿って問題解決の段階まで進んでおり、患者の問題解決への過程を支えたと考えられる。患者は話す内容やニーズの変化があり、看護師は患者へ関心を向けた理解の深まりといった変化があった。個室隔離の環境は、患者との日常会話で外の様子を話題としたり、プライバシーを保ち深く話しやすくなり、訪室回数や立ち位置を工夫し、看護の方法に活かすことができる。患者の置かれた状況の特殊性の理解は、COVID-19 の高齢患者の看護に役立つ情報となり得る。

2. 今後の課題

今回、記録をもとに看護実践を振り返った後方視的な情報収集であるため、記録には残されていない実践内容もあり、すべての実践を網羅しているわけではないという限界がある。

また、看護師が隔離の環境を活かしながら、意図的な関わりにより、本症例の患者の孤独感や不安感など精神的なサポートを成し得ることが明らかになったが、一般化には限界がある。今後の実践報告の蓄積と分析が求められる。

看護師・患者関係の構築は、患者の問題解決をスムーズにさせたが、加えて、他にも、面会制限中の家族との懸け橋となるための家族との関係構築や、退院に向けての調整など多くの役割を看護師が担った現状がある。包括的に看護の実践を振り返り理解し発展させていくことが必要である。

本論文の内容の一部は、第 54 回日本看護学会学術集会において発表した。

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引用文献

- 石川まり子, 佐藤カク子, 堀川悦夫. (1998). 隔離状況下における結核患者の心理的变化 (1) —POMS を用いた気分変動の分析—. 北日本看護学会誌, 1 (1), 1-8.
- Peplau, H. E (1973). 人間関係の看護論 (稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江訳). 医学書院(1952)
- 武井麻子. (2005). 精神看護学ノート, 医学書院.
- 津田ひとみ. (2021). 個人防護具を着用した看護師と患者の関係構築～ペプロウの人間関係論を用いた看護介入～. 慈いつくしみ, 2, 63-74.

◇実践報告◇

血液透析導入期における高齢患者と家族の思いの変化

上田 咲^{1)*}, 藤本敦子¹⁾, 高橋美希¹⁾, 新田和美¹⁾, 下田佳代子¹⁾

【目的】 高齢患者と家族が血液透析導入期に抱く思いの変化を明らかにし、看護援助の示唆を得る。

【実践】 対象は、血液透析を導入した 80 歳代女性患者と 40 歳代長女の 1 事例であった。方法は、半構成的面接を行い、得られたデータをコード・サブカテゴリー・カテゴリー化し分析した。

【結果】 導入後 2 週間では患者、長女共に「血液透析導入による衝撃」があった。導入後 2 ヶ月では、透析の「前向きな受け止め」へと変化していた。患者は「長女への感謝」と「長女との生活維持への願い」、長女は「母親との生活維持への願い」があり、互いの思いが患者の「セルフケア習得への望み」へと繋がっていた。導入後 3 ヶ月では、患者は「セルフケア習得の困難感」、長女は「セルフケア援助の困難感」と「生活破綻への不安」を抱えていた。

【看護実践への示唆】 患者や家族の思いの変化を体調や言動の観察、対話することで見極め、適切なタイミングで介入する。

【キーワード】 血液透析導入期、高齢透析患者、家族、思い

I. はじめに

わが国の高齢化を背景に、透析導入患者の平均年齢は 71.42 歳（花房ら、2023）であり、透析患者の高齢化が進展している。血液透析導入において、患者は健康と社会的役割の喪失や変化、家族関係の変化など様々な体験をする。そして食事や服薬、バスキューラーアクセスなどの自己管理が必要となり、長年の生活習慣を変え、新しい生活に適応することが求められる。これらの自己管理には高齢透析患者の場合、セルフケア能力に応じて家族の介入が必要である。家族と同居する高齢透析患者の生活を支える支援者としての家族の存在が明らかになっており（大武、2018）、家族も今までの生活スタイルの再編を余儀なくされる。そのため、透析導入に伴う療養生活の変化に合わせて患者、家族の体験を捉えることが必要である。透析維持期にある高齢透析患者を支える家族の思い（磯部ら、2018）や認知症をもつ高齢者の透析導入前後の生活を支える家族体験（立原ら、2019）についての報告はあったが、導入期にある高齢患者とその家族の思いの変化とそれに応じた看護援助の工夫に焦点を当てた報告は見当たらなかった。長期にわたる療養生活を見据え、患者だけでなく、家族が患

者の療養生活を支えることができるように看護援助の検討が必要であると考えた。

II. 目的

高齢患者と家族が血液透析導入期に抱く思いの変化を明らかにし、看護援助の示唆を得る。

III. 看護実践

1. 研究デザイン：質的記述研究

2. 研究期間：令和 X 年 3 月～令和 X 年 6 月

3. 対象者：血液透析を導入した患者（80 歳代女性）と家族（40 歳代長女）。

会社員である長女と 2 人暮らし。令和 X-1 年に鬱血性心不全のため救急搬送され、腎機能悪化から腎臓内科に紹介となった。その際、腎代替療法の必要性を説明され、血液透析を選択した。

4. 研究方法

1) 患者と長女それぞれに、独自に作成したインタビューガイドに基づき半構成的面接を実施した。

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail : kango@simo.saiseikai.or.jp

- 2) 面接時期は、血液透析導入から2週間後、2ヶ月後、3ヶ月後とし、所要時間は毎回約1時間であった。
- 3) 実施場所は、患者は隣のベッドを空床にし、周囲にカーテンをした状態で透析治療中のベッドサイド、長女は面談室とした。
- 4) インタビューの内容は、承諾を得てICレコーダーに録音した。インタビューガイドの内容は、①血液透析をすることについての思い、②現在の状況・困っていること、③退院してからの生活について、④今後のこと(社会資源の利用、将来の不安、周囲の支援状況)、⑤食事療法・内服治療に対する思い、とした。
- 5) ICレコーダーに録音したデータから逐語録を作成した。

5. 分析方法

事例の全体像を把握するために逐語録を精読し、意味内容を損なわないようにコード化した。「洗い出し段階のコード化」「まとめ上げ段階のコード」の思考プロセス(谷津, 2015)を参考にし、コード化、サブカテゴリー、カテゴリー抽出の作業を進めた。カテゴリーの精度をあげるために研究者間で合意が得られるまで分析を繰り返し、信頼性の確保に努めた。

6. 用語の定義

「導入期」とは、「患者が透析におけるセルフケア行動を身につけ、実行し、安定した状態で透析と上手に付き合っていくようになるまで」(内田, 2016, p.171)の3ヶ月間とした。

IV. 倫理的配慮

山口県済生会下関総合病院の看護部倫理委員会の承認を得た(承認番号: 倫15)。患者・家族に研究の主旨、研究参加は自由意思であり、途中で断っても提供される医療や看護には不利益は生じないこと、研究結果の公表に際しては個人を特定できないようにすることを口頭と書面で説明し、同意を得た。個人情報の匿名化と不必要になった書類は裁断し破棄すること、録音機器のデータは初期化し消去することを説明し、承諾を得た。患者に対しては、インタビューの途中で気分が悪くなった場合はすぐに中断し、状況によっては医師の診察が受けられるように配慮した。

V. 結果・成果

分析の結果から、コードの内容は< >で示し、サブカテゴリーは< >, カテゴリーは「 」で示した。

1. 患者の思いについて

患者は92枚のコードから15のサブカテゴリー、6つのカテゴリーに分類できた(表1)。

1) 導入後2週間の思い

導入後2週間では、<透析を始めると最初に聞いた時は驚き、何がどうなっているのか理解できなかった>と腎代替療法説明時を振り返り、語っていた。以前より循環器内科を定期的に受診していたが、心機能低下に伴う腎機能の低下によって血液透析することを予測しておらず<透析導入による

戸惑い>の思いを抱えていた。また、<透析は怖くて恐ろしいため、透析に行きたくない>と、<未知の治療への恐怖>や、<私の死が近いことを皆が隠している>と思ひ、怖かった>と語り、<健康の喪失と死への恐怖>の思いを抱えており、「血液透析導入による衝撃」を受けていた。

2) 導入後2ヶ月の思い

導入後2ヶ月では、<透析を始めて体が楽になったため透析して良かった>と<身体症状改善の喜び>を実感していた。<透析は、自分で思っているよりかは楽だった>と透析への恐怖心が薄れている変化を認め、透析に対し<肯定的変化>があった。そして、<自分のことだから透析しないといけないと思う>と透析の<必要性の実感>について語り、透析に対して「前向きな受け止め」へと思いが変化していた。

そして、<自分でも、透析のことを知るようにした方がいいと思う>と語り、<<セルフケア習得意欲の芽生え>>を認めた。<長女や医療者から言われた食事制限をし、食べる内容に気をつけている>と、具体的なセルフケア行動に向けた思いについての語りがあり、<<食事・水分管理の継続意欲>>を認め、「セルフケア習得への望み」があった。

長女に対して、<長女が食事・水分・服薬・シャント管理、日常生活全般を一緒にしてくれているため頼もしい>と<透析生活を支えてくれる心強さ>や<1週間に1回、長女がまとめて買い物をするので助かる>と<日常生活を支えてくれる心強さ>を語り、「長女への感謝」を認めた。また、<長女の手を煩わせないように、自分のことだけでもできればと思う>と<介護負担を軽減したい思い>や、<私が死んで長女が一人になったらかわいそうなので、一日でも長生きしてあげたい>と<長女を想う母の気持ち>があり、「長女との生活維持への願い」について語っていた。

3) 導入後3ヶ月の思い

導入後3ヶ月では、<食べると体重が増えるため、不安を感じている>と<食事・水分管理の負担>を語っていた。水分管理に取り組むが、<自分では水分管理できていると思うが、できていないと言われてしまう>と<指摘される情けなさ>について語っていた。その反面、<腎臓用の弁当は悪いと思わないが、食べ慣れたものを食べたい>と、長年培われた食生活を変更することの難しさについての語りもあり<自己流の食事管理>をしている様子も伺えた。透析を導入したことでの新たな「セルフケア習得の困難感」についての思いがあった。

2. 長女の思いについて

長女は50枚のコードから12のサブカテゴリー、5つのカテゴリーに分類できた(表2)。

1) 導入後2週間の思い

導入後2週間では、<母の心臓の病気が透析へつなされると言われたことがなかった>と<透析導入への驚き>や<急に透析することに対して、気持ちの準備が追いつかなかった>と<透析導入による戸惑い>の思いを抱え、「血液透析導入による衝撃」を経験していた。

2) 導入後2ヶ月の思い

導入後2ヶ月では、＜食事や内服だけでは健康管理できない状態であるため、透析をすることは仕方ない＞と透析の《必要性の実感》についての語りがあった。通院透析をすることで、＜何かあれば医療者に聞けるという安心感があるので、透析を始めてよかった＞と語り、《医療者が身近な存在になる安心感》を抱いていた。また＜他の元気な透析患者を見ることで、透析に対するイメージが良い方向に変わっている＞と《肯定的変化》を認めた。透析に対して「前向きな受け止め」へと思いが変化していた。

そして、＜母を支えていきたいし、支えていかないといけない＞と《母を想う長女の気持ち》があり、＜通院透析の状況をなるべく維持していきたいし、ずっと続いていってほしい＞と、《現状維持への願い》を語り、「母親との生活維持への願い」についての思いがあった。

3) 導入後3ヶ月の思い

導入後3ヶ月では、＜食事・水分管理方法を母に提案し、嫌だ、わからないと言え、違う方法を探している＞と《食事・水分管理の困難感》や、＜母は自己管理をできていると思っているので、あまり何度も言えない＞と《自尊心に配慮

表1 患者の思いの変化

面接時期	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	コード数
導入後 2週間	血液透析導入 による衝撃	透析導入による戸惑い	・透析を始めると最初に聞いた時は驚き、何がどうなっているのか理解できなかった	31
		未知の治療への恐怖	・透析は怖くて恐ろしいため、透析に行きたくない ・透析を始めたばかりなので、透析に関するイメージが湧かないし、得体が知れない	
		健康の喪失と死への恐怖	・私の死が近いことを皆が隠していると思い、怖かった ・透析について詳しく聞くことで、考え込んで憂鬱になるため知らない方がいい	
導入後 2ヶ月	前向きな 受け止め	身体症状改善の喜び	・透析を始めて体が軽くなったため透析して良かった	15
		肯定的変化	・透析は、自分で思っているよりかは楽だった	
		必要性の実感	・自分のことだから透析しないといけないと思う	
	セルフケア 習得への望み	セルフケア習得意欲の芽生え	・自分でも、透析のことを知るようにした方がいいと思う	9
		食事・水分管理の継続意欲	・長女や医療者から言われた食事制限をし、食べる内容に気をつけている ・水分制限をしないとイケないし、できるようになりたい	
	長女への感謝	透析生活を支えてくれる心強さ	・長女が食事・水分・服薬・シャント管理、日常生活全般を一緒にしてくれているため頼もしい	25
		日常生活を支えてくれる心強さ	・1週間に1回、長女がまとめて買い物をするので助かる	
		介護負担を軽減したい思い	・長女の手を煩わせないように、自分のことだけでもできればと思う	
導入後 3ヶ月	セルフケア 習得の困難感	長女との 生活維持への 願い	・私が死んで長女が一人になったらかわいそうなので、一日でも長生きしてあげたい	2
		食事・水分管理の負担	・食べると体重が増えるため、不安を感じている ・水分管理の仕方が分からないし、難しい	
		指摘される情けなさ 自己流の食事管理	・自分では水分管理できていると思うが、できていないと言われてしまう ・腎臓用の弁当は悪いと思わないが、食べ慣れたものを食べたい	

表2 長女の思いの変化

面接時期	カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	コード
導入後 2週間	血液透析導入 による衝撃	透析導入への驚き	・心臓の病気が透析へつながらと言われたことがなかった	11
		透析導入による戸惑い	・急に透析することに対して、気持ちの準備が追いつかなかった	
導入後 2ヶ月	前向きな 受け止め	必要性の実感	・食事や内服だけでは健康管理できない状態であるため、透析をすることは仕方ない	10
		医療者が身近な存在になる 安心感	・以前は何度も救急搬送されていたため心配だったが、今はその心配が少なくなった ・何かあれば医療者に聞けるという安心感があるので、透析を始めてよかった	
		肯定的変化	・他の元気な透析患者を見ることで、透析に対するイメージが良い方向に変わっている	
	母親との 生活維持への 願い	母を想う長女の気持ち	・母を支えていきたいし、支えていかないとイケない	3
		現状維持への願い	・通院透析の状況をなるべく維持していきたいし、ずっと続いていってほしい	
導入後 3ヶ月	セルフケア 援助の困難感	食事・水分管理の困難感	・食事・水分管理方法を母に提案し、嫌だ、わからないと言え、違う方法を探している	16
		自尊心に配慮した声かけの 困難感	・母は自己管理をできていると思っているので、あまり何度も言えない ・制限を気にするあまり、母に言い過ぎて喧嘩になるため、さじ加減が難しい	
	生活破綻への 不安	母の加齢に伴う機能低下への 不安	・私がやりすぎると全部頼ってくるため、母ができることは自分でしてもらうようにしている ・病状や認知機能がもっと悪くなると、二人での生活ができなくなるのではないかと心配になる	10
		頼れる身内がいない不安	・県外在住である兄の協力は特にないため、私に何かあったら大変なことになる	
		将来を語り合えない不安	・母と今後悪くなった時の話をすると心配し混乱するので、その話はしていない	

した声かけの困難感」を語っており、「セルフケア援助の困難感」を抱えていた。

また、「病状や認知機能がもっと悪くなると、二人での生活ができなくなるのではないかと心配になる」と語り、「母の加齢に伴う機能低下への不安」があった。そして、「県外在住である兄の協力は特にないため、私に何かあったら大変なことになる」と「頼れる身内がいない不安」や、「母と今後悪くなった時の話をすると心配し混乱するので、その話はしていない」と母親と「将来を語り合えない不安」を抱えており、将来的な介護負担増大による「生活破綻への不安」があった。

Ⅵ. 看護実践への示唆

1. 導入後2週間「血液透析導入による衝撃」から導入後2ヶ月「前向きな受け止め」における看護援助

導入後2週間では、患者と長女は身体的状況から透析を受け入れるしかなく、気持ちの整理ができていない状態であった。特に当事者である患者は、より混乱した状態であったと考える。一般的に高齢期は、身体的健康の喪失、子どもの自立による役割の喪失・縮小、身近な人との離別や死別など、さまざまな喪失を体験する時期である。その中で透析導入期では、健康と健康によって支えられてきた自信を失い、さまざまな喪失体験をしている（田中, 2021, p.187）。そのため、高齢で透析導入となることは二重、三重にも精神的負担が大きくなるといえる。楽満ら（1993）は、喪失体験が続いたり、重なったりした場合、落ち込みが激しく心身に大きな影響を及ぼすことを報告しており、早期にこの状態から脱却する必要がある。そのため、患者の体調や心理状況を細やかに観察し、不安の内容や程度を把握していく。そして、患者が透析導入までの過程でどのように感じ、今後をどのように見据えているのかを、ありのままの言葉で受けとめることが重要である。透析についての気持ちを問かけ、患者自身が不安の正体に気づけるように支援することが必要である。

2ヶ月後の面談では、透析導入による「身体症状改善の喜び」や「透析は、自分で思っているよりかは楽だった」と血液透析導入に対して「肯定的変化」へと思いが変化し、透析する「必要性の実感」をすることで透析の「前向きな受け止め」へと危機的状況からの回避ができていた。このことは、身体症状の改善を透析治療の効果として感じ、自分にとって必要な治療であると認識したことにより、思いが肯定的に変化したと考えられる。田場、守本（2020）は、身体症状が多い患者ほど強い抑うつ感を抱きやすいことを明らかにしており、身体症状改善の重要性を述べている。そのため、患者自身が身体症状の改善を実感でき、それが血液透析の効果であると結びつけることができるような声掛けや関わりが必要となる。

2. 導入後2ヶ月「セルフケア習得への望み」から導入後3ヶ月「セルフケア習得の困難感」における看護援助

患者の思いは、導入後2ヶ月では透析の「前向きな受け止め」へと変化し、「セルフケア習得への望み」とセルフケア習

得の支援を行う「長女への感謝」、「長女との生活維持への願い」が明らかとなった。このことから、長女との生活を維持することが患者の透析治療におけるセルフケア習得の動機となっていると推察できる。恩弊ら（2009）は、高齢で透析導入となった患者は、何に対して生きがいや役割意識を持って日々生活しているかを把握し、そこから透析・疾病受容、そして患者教育と関連させて考えていくことが重要であると述べている。そのため、患者が何を大切に思い、透析導入後の生活をどうありたいのかを問いかけていく。そうした対話を積み重ねていくことで、患者が透析治療を継続する意義を見出し、セルフケア行動につながると考える。

しかしながら導入3ヶ月後では、患者は長女や医療者から助言された食事管理をする一方で「自己流の食事管理」を行っており、「セルフケア習得の困難感」が認められた。長女は、医療者からの助言を基に、患者の価値観に合わせて折り合いをつけたセルフケア習得を試みるが上手くいかず、「セルフケア援助の困難感」を抱えていたことが明らかとなった。金子ら（2012）は、後期高齢者の日々の生活の中の満足・喜び・幸福、自分らしさを求める経験をよく知ること、考え決定し行っていることをよくみて、その全てをセルフケアとしてみるのが基本となると述べている。そのため、まずは患者の考えを知り、患者が行っているセルフケアに関する具体的な方法や工夫について情報を得る必要がある。そして、患者の取り組むことのできるセルフケア習得に向けて患者・家族と共に調整していくことが必要である。

3. 導入後3ヶ月「生活破綻への不安」における看護援助

長女は母親を大切に思い、できるだけ二人での暮らしを維持したいと望んでいた。一方で母親の加齢に伴う介護負担の増大を予測し、自身の社会生活と介護生活との両立が図れなくなる不安を感じていた。對馬、工藤（2020）は、家族支援を進める上で、忙しい渦中にある家族が今後のことを考えるゆとりはないという生活状況を理解し、体調を気遣うこと、透析生活においての困りごとを聞き、血液透析外来看護師が家族の役割が過重になりすぎないように見守り、必要時利用できる社会資源の情報提供をするなど、根気強く関わることで家族ケアの介入の糸口になると述べている。そのため、日常生活の些細な会話から患者や家族の困りごとや不安の内容、大切にしていることや希望を継続的に対話することで理解することが必要である。その希望を叶えるにはどうしたらよいかを患者、家族と共に考え、さまざまな社会資源が活用できるように働きかけを行っていく必要がある。また、家族の不安や心配を抱えて生活していることを念頭に置き、少しでも安心して透析生活に臨めるように、解決方法を共に考え、在宅生活を整えられるように支援していくことが必要である。

本論文の内容の一部は、第54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

- 花房規男, 阿部雅紀, 常喜信彦, 星野純一, 谷口正智, 菊地勘, 長谷川毅, 後藤俊介, 小川哲也, 神田英一郎, 中井滋, 長沼俊秀, 三浦健一郎, 和田篤志, 武本佳昭. (2023). わが国の慢性透析療法の現況 (2022年12月31日現在). 日本透析医学会雑誌, 56 (12), 487.
- 磯部美佐子, 前田光希, 谷口裕子, 松田直子, 伊瀬知美加, 田村直子, 新田和美, 服部智子. (2018). 外来血液透析を受ける高齢患者の療養生活を支える配偶者の思い. 日本看護学会論文集在宅看護, 48, 75-78.
- 金子史代, 倉井佳子, 広瀬ひろみ, 佐藤益美, 山際和子. (2012). 外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアに関連する要因の検討. 新潟青陵学会誌, 4 (3), 43-53.
- 大武久美子. (2018). 血液透析患者と共に生きる家族の生活の編み直し体験. 武蔵野大学看護学研究所紀要, 12, 11-19. <http://id.nii.ac.jp/1419/00000741/>
- 恩幣 (佐名木) 宏美, 岡美智代, 上星浩子, 郷橋さつき. (2009). 透析看護における患者教育の定義と必要な要素の検討. 北関東医学, 59 (2), 145-150.
- 楽満文子, 戸村陽子, 西山久恵, 北里恵美, 福士美津子, 加藤二三寿, 水附裕子, 宇田有希, 中村義弘. (1993). 高齢透析患者の心理的側面の検討—多様性への理解と援助—. 日本透析療法学会雑誌, 26 (2), 195-199.
- 田場真理, 守本とも子. (2020). 透析患者の抑うつにピアサポートが与える影響. 医療福祉情報行動科学研究, 7, 45-53.
- 立原怜, 原祥子, 小野光美. (2019). 認知症高齢者の血液透析導入後の生活を支える家族の体験. 老年看護学, 23 (2), 75-83. https://doi.org/10.20696/jagn.23.2_75
- 田中順也. (2021). 日本腎不全看護学会 (編), 腎不全看護 (第6版). 医学書院.
- 對馬牧子, 工藤朋子. (2020). 通院する高齢血液透析者と家族の生活体験. 日本腎不全看護学会誌, 22 (2), 94-103.
- 内田明子. (2016). 日本腎不全看護学会 (編), 腎不全看護 (第6版). 医学書院.
- 谷津裕子. (2015). Step4 質的データを分析するステップ. Start Up 質的看護研究 (第2版) (pp.98-161). 学研メディカル秀潤社.

◇実践報告◇

看護師間のストーマケアの統一化に向けての 学習会の効果

藤山千紘^{1)*}

【目的】病棟看護師のストーマケアの統一化を図るための学習会の効果を検討することを目的とする。

【実践】病棟看護師に対し、ストーマケアの資料、モデル人形を使用した講義形式の学習会を実施し、「ストーマ看護実践能力尺度」を用いた質問紙調査を学習会実施前後で行った。

【結果】質問紙の回収率および有効回答率は、介入前 95.8% ($n=23$)、介入後 95.8% ($n=23$) であった。ストーマ看護実践能力のアンケート結果は、24 項目中 21 項目で学習会前より学習会後の平均的が有意に上昇した。

【看護実践への示唆】統一化したストーマケアの資料を作成し、ストーマモデルを用いての学習会の実施は有効であった。今回研究期間内にできなかったオストメイトの集いやストーマ外来、人権擁護についても知識を深めていくことが必要である。今後もストーマケアの向上を図るため、継続してストーマモデルを使用した学習会を行うことも必要である。

【キーワード】ストーマケア、看護実践能力尺度、学習会

1. はじめに

ストーマを造設した患者は、ボディイメージの変化や新たな知識や手技の取得が必要なため、退院後の生活に大きな不安を抱いている。そのため、看護師は患者の生活背景や家族背景を踏まえた個別的な指導を行うことが求められる。

A 病院は地域の急性期医療を担う地域医療支援病院である。B 病棟は泌尿器科、小児科、形成外科の混合病棟で 2021 年度の 1 年間の泌尿器科の手術件数は 293 件、その内尿路変更術の件数は 5 件であった。B 病棟ではストーマケアに関する資料はあるが、最新の資料に更新されていないため、先輩看護師から後輩看護師へ口頭で指導内容が引き継がれていることが多く、有効に活用できていない。また、症例が少ないため直接的なストーマケアを経験できていないのが現状である。そのためストーマを造設した患者に対して、看護師間で指導内容が異なり、統一した指導ができていなかったため、患者のストーマケアの手技の獲得が遅くなり、退院が延期された場面があった。岡田ら（2006）は「看護師の技術の提供は、患者の手技の習得に重大な影響を及ぼすため、看護師の手技

の統一化を図ったことは有効であった」と述べている。そこで、ストーマケアの資料を作成し学習会を行うこと、また実際にモデル人形を使用し手技の一つひとつ確認していくことで看護師が正しい知識を持って患者にストーマケアを指導し、看護レベルの統一を図ることで患者が安心して指導が受けられるようにしたいと考えた。道廣ら（2004）は「ストーマ看護実践能力は、実際のストーマ看護の経験を通じてはじめて習得、向上できるような性質を持つ能力であることが示唆された」と述べている。そのため、実践に近い学習会を開催することでストーマケアの経験に繋がり技術と知識の習得、向上に繋がると考えた。花井（2008）らの「実践の機会が少ないことや講義型の勉強会方式であったことから直接実践につながらなかった」というストーマケアに関する勉強会の研究もあり、講義型の勉強会だけでなく、モデルを使用した実践に近いシミュレーション学習会が有効であると考えた。

道廣ら（2004）が作成した「ストーマ看護実践能力尺度」を使用することで、看護師のストーマケアの状況を把握し、それに基づいた実践に近い学習会を開催することでストーマケア力の向上に繋がると考え、今回の研究に取り組んだ。

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 3 月 14 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail : kango@simo.saiseikai.or.jp

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、病棟看護師のストーマケアの統一化を図るための学習会の効果を検証することである。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究期間 2022年1月～2022年7月

2. 研究対象者

B病棟で勤務する看護師24名

3. 研究方法

1) 道廣ら(2004)の「ストーマ看護実践能力尺度」を用いた無記名自記式質問紙調査を学習会実施前に行った(介入前調査)。研究への参加・協力は自由意思であることを記載し、質問紙はスタッフルームに設置した回収箱で、2週間程度の回答期間を設けて回収した。

「ストーマ看護実践能力尺度」は、「実施」「アセスメント」「ストーマケア技術」「計画立案」「人権擁護」「評価」の6領域、24の質問項目で構成されている。回答は「0点: 思わない」「1点: あまり思わない」「2点: 少しそう思う」「3点: そう思う」の4段階評定尺度とし、領域ごとに点数化した。

2) 1)の結果で点数の低かった障害者年金制度について、また過去の看護師間での指導内容が異なり、患者のストーマケアの手技獲得が遅くなってしまった事例もあったことから、病棟全体がストーマケアに対する実践能力が低く、看護師間のストーマケア統一化が図れてないと考え、看護研究メンバーが学習会の資料を作成した。資料の内容は①「尿路変更術を受ける患者の入院から退院までのスケジュールの作成」、②「退院後の生活について」、③「面板交換の手技手順」、④「ストーマサイトマーキングについて」、⑤「身体障害者手帳について」である。

3) 学習会は作成した資料をもとに、看護研究メンバーが講義形式で3～4人ずつ10分程度で行った。「面板交換の手技手順」については、手技手順の写真付き資料説明後に5分程度で、実際に面板を剥がし貼るところ、ストーマの皮膚の面板の大きさを測定するところ、ストーマ、ストーマ周囲の皮膚の清潔方法をストーマのモデルを使用し、シミュレーション教育を行った。

4) 学習会後(1～2か月後)に1)の質問紙調査を再度行った(介入後調査)。

4. 分析方法

学習会前後の質問紙の回答を項目別に、4段階の評価で得られた回答の数値を平均して集計し、エクセル統計2010を用いてウィルコクソンの符号付き順位検定を用いて比較した。

Ⅳ. 倫理的配慮

所属施設の倫理委員会の承認を得た(承認番号 倫1)。対象者へ研究目的及び方法、参加は自由意思であること、研究への協力の有無により不利益を生じないこと、得られたデー

タは研究目的以外には使用しないこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守ることを文章で説明し、同意書を用いてサインを得ることで同意を得た。

Ⅴ. 結果・成果

1. 研究対象者の看護師平均経験年数は、 9.91 ± 9.09 年、ストーマケア平均経験年数は、 7.08 ± 8.27 であった。

2. 質問紙調査の結果

1) 質問紙の回収率および有効回答率は、介入前95.8% ($n=23$)、介入後95.8% ($n=23$)であった。研究対象者は24名で、そのうち前後両方のアンケートに回答した23名を分析対象とした。

2) ストーマ看護実践能力尺度のアンケート結果は、21/24項目(87.5%)で学習会前より学習会後の平均点が有意に上昇した(表1)。領域ごとにみると「実施」については4項目のうち、福祉サービスと障害年金に関する項目で学習会後の評価が有意に上昇した。平均点は学習会前1.4点、学習会後2.1点である。「アセスメント」については4項目のうち、受け止め方、心理面、家族支援、ストーマ合併症に関する全項目で学習会後の評価が有意に上昇した。平均点は学習会前2.0点、学習会後2.6点である。「ストーマケア技術」については4項目のうち、面板の交換手技、ストーマ周囲の皮膚の清潔、ストーマ計測に関する全項目で学習会後の評価が有意に上昇した。平均点は学習会前2.3点、学習会後3.0点である。「計画立案」については4項目のうち、心理的・身体的変化、社会復帰後の生活、ストーマ患者にとって優先すべきことに関する全項目で学習会後の評価が有意に上昇した。平均点は学習会前1.8点、学習会後2.6点である。「人権擁護」については4項目のうち、患者のプライバシー、セルフケア、ボディイメージの変化による心理的ケアに関する3項目で学習会後の評価が有意に上昇した。平均点は学習会前2.2点、学習会後2.8点である。「評価」については4項目のうち、達成度、問題解決策、問題点の明確化、アセスメント評価に関する全項目で学習会後の評価が有意に上昇した。平均点は学習会前1.9点、学習会後2.7点である。

Ⅵ. 看護実践への示唆

本研究は病棟看護師のストーマケアの統一化を図ることを目的として、看護師23名に対してストーマの学習会を実施しその効果を検証した。

ストーマ看護実践能力尺度の「実施」は4項目中2項目が介入後に有意に上昇した。「実施」は他の項目より介入前の点数が低かった。B病棟で使用していたストーマケアの資料には、社会保障制度に関するものはなく、知識が少ないため、患者と関わる中で社会保障制度について情報提供が十分にできていなかったと推測される。社会保障制度はストーマと一生付き合っていく患者にとって重要な資源であるため、入院

表1 学習会前後のストーマ看護実践能力尺度の結果 $n=23$

		介入前	介入後	有意差
実施	1 私はオスメイトのための福祉サービスを患者・家族に紹介できる	1.4±0.97	2.1±0.64	**
	2 必要であれば、私は患者にオスメイトの集いに参加する事をすすめることができる	1.6±0.88	2.1±0.60	NS
	3 必要であれば、私は、ストーマ外来や訪問看護師や在宅医療施設と連絡をとることができる	1.7±0.95	2.1±0.72	NS
	4 私は障害年金制度について説明できる	0.8±0.87	1.9±0.81	**
実施領域得点		1.4	2.1	
アセスメント	5 私は患者がストーマ造設をどのように受け止めているかアセスメントすることができる	1.9±0.74	2.5±0.51	*
	6 私はストーマ造設した患者の心理面に起こりやすいストレス・葛藤を予測することができる	2.0±0.66	2.6±0.51	*
	7 私は患者の状態からどのような家族の支援が必要か判断することができる	1.9±0.65	2.6±0.51	**
	8 私は人工肛門造設直後のストーマ合併症の併発を予測することができる	2.0±0.69	2.5±0.51	*
アセスメント領域得点		2.0	2.6	
ストーマケア技術	9 私はストーマの大きさにあった面板の穴を切ることができる	2.3±0.70	3.0±0	**
	10 私はストーマ周囲の皮膚の清潔に保つことができる	2.5±0.59	2.9±0.31	**
	11 私はストーマを計測することができる	2.0±0.62	2.9±0.37	**
	12 私は装具を除去するにあたって面板を愛護的にはがすことができる	2.4±0.58	3.0±0	**
ストーマケア技術領域得点		2.3	3.0	
計画立案	13 私はストーマ患者の心理的变化に応じて計画を変更することができる	1.8±0.76	2.7±0.49	**
	14 私はストーマ患者の身体的変化に応じて計画を変更することができる	1.8±0.76	2.7±0.47	**
	15 私は社会復帰後の生活をゴールとした計画を立てることができる	1.9±0.74	2.6±0.60	**
	16 私はストーマ患者にとって何を優先すべきかを決定することができる	1.8±0.68	2.5±0.60	**
計画立案領域得点		1.8	2.6	
人権擁護	17 私は常に患者の権利の擁護、人権の尊重に心がけた看護を実施している	2.2±0.78	2.7±0.49	NS
	18 私は常に患者のプライバシーを護ることができる	2.3±0.70	2.9±0.37	*
	19 私は患者のセルフケアについて、好ましい成果を誉めたり、共に喜ぶことができる	2.4±0.65	2.9±0.37	**
	20 私は患者がボディイメージの変化によって心理的な危機状態に陥った場合、心理的なケアをすることができる	2.0±0.66	2.6±0.50	**
人権擁護領域得点		2.2	2.8	
評価	21 私は患者のゴールを定め、期日までに達成できたかどうかを評価する	2.0±0.68	2.7±0.57	**
	22 私は達成できなかった問題の解決策を見直すことができる	1.9±0.68	2.6±0.51	**
	23 私はゴールが達成できないときは、なぜ達成できなかったのか、その問題点を明らかにすることができる	1.8±0.66	2.6±0.51	**
	24 私は自分のアセスメントが適切であったかどうかを評価することができる	1.8±0.74	2.7±0.60	**
評価領域得点		1.9	2.7	

*: $p<0.05$ **: $p<0.01$ NS: not significant (ウィルコクソンの符号付き順位検定)

中から正しい情報を提供できるようにしていく必要がある。今回の学習会にて知識を得ることができ、介入後に有意に上昇したと考える。オストメイトの集いやストーマ外来については、希望する患者が少ない現状にあり、学習会の内容に入れてないため、有意差がなかったと考える。オストメイトの集いやストーマ外来についても知識を深め、患者に正しい情報を提供できるようにすることが必要である。

「アセスメント」では全項目において介入後に有意に上昇した。アセスメントでは主に患者や家族の心理的变化、ストーマ受容までの思いに寄り添うことが求められている。学習会を通してストーマケアの経験が浅い看護師もストーマケアに対してイメージができ、患者や家族の心理まで考えられるようになったと考える。

「ストーマケア技術」では全項目において介入後に有意に上昇した。ストーマケア技術は看護研究期間中、尿路変更術を受けた患者の入院が例年に比べて多くあったことから、実

際に看護実践する機会が多く、知識を得る機会も多かったため介入前から高得点であったと考える。介入後は、その知識、技術を振り返ることで曖昧な知識や技術も減り、自信を持ってストーマケアの指導ができるようになったためと考える。また、藤井ら(2009)は「視覚的教材使用のメリットはイメージが付きやすいこと、活字でのパンフレットに比べ記憶に残りやすいことがあげられる」と述べている。写真付きの面板交換手順を用いてストーマのモデルを使用して実際に交換を行ったことで、一連の流れを視覚的に学習でき、技術習得に効果的であったと考える。小湊(2015, p191)は「短い入院期間のなかで、十分な指導を受けて退院するのが難しい現状にある。そのため、セルフケア指導を開始すると同時に退院日を想定しながら、計画的に指導を進めることが重要となる」と述べている。今回の学習会では、入院から退院までの流れが一覧でわかるように写真付きの資料を作成し配布した。学習会後の看護師からの感想で「入院から退院までにやること

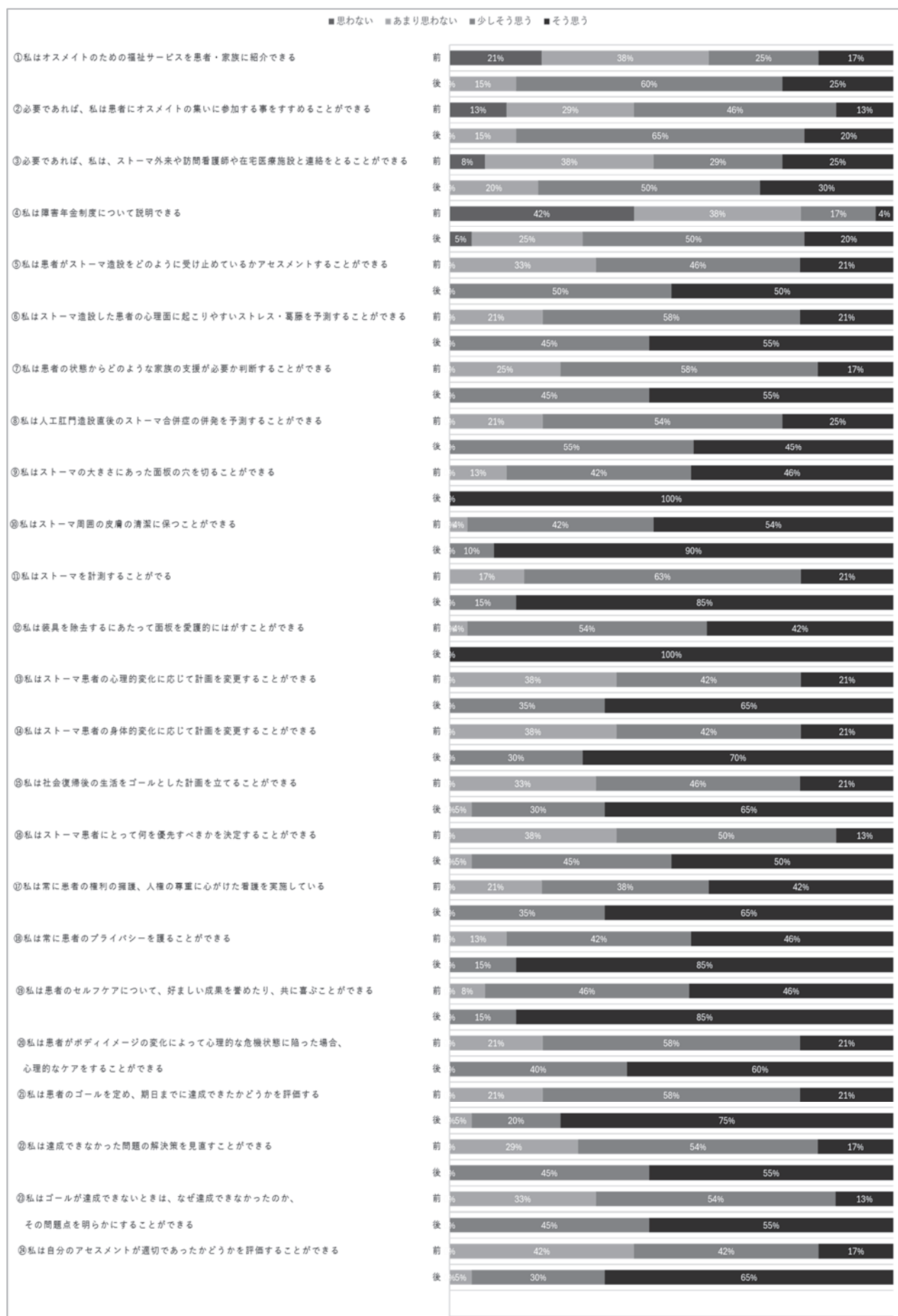


図1 学習会前後のストーマ看護実践能力尺度の回答分布

がわかりやすく退院を見据えた指導をすることができた」と聞かれ、早期から退院を見据えた関わりをイメージすることができ、より良い看護の実践に繋がったと考える。

「計画立案」では全ての項目において介入後、有意に上昇した。ストーマ造設患者は退院後の生活に不安を抱えていることが多く、患者の状態をアセスメントし、個別性のある看護計画を立案・変更し介入していくことが重要である。学習会を行ったことでストーマに関する知識が深まり、看護計画の統一化が図れたのではないかと考える。

「人権擁護」については4項目中3項目で介入後に有意に上昇した。ストーマ造設後はボディイメージの変化により不安やショックを受ける患者は多いため、看護師も一つ一つの言動、行動に注意して関わっていく必要がある。学習会では人権擁護領域については介入前の調査で得点が高い項目であったため触れなかったが、学習会や実際にストーマ保有患者と関わっていく中で意識することで、改めて一人ひとりが人権擁護について考える契機になったと考える。

「評価」では全ての項目において介入後に有意に上昇した。学習会によりストーマケアに対しイメージがついたこと、研究期間中のストーマ造設患者は比較的ストーマケアの自立が図れていたため、評価項目も得点が高く有意差があったと考える。カンファレンスを通して、継続して患者と関わることで問題点も明確となり、患者のストーマケアの自立にも繋がっていく。そのため、患者の情報共有をスタッフ間で密に行う必要がある。今後はカンファレンスで患者の情報共有、ケアの方向性のなど密に話し合い、統一化した看護を行えるようにしていきたい。

以上のことより、学習会介入後の得点が上昇したのは、ストーマ看護実践能力尺度を使用し点数化することで、問題点が明確化となり、それに基づく資料作成、ストーマモデルを使用した実践に近い学習会を実施したからと考える。久住（2015）は「疾患やストーマ造設術の特徴や傾向を理解したうえで、統一した看護教育を行うことが望まれる。」と述べているように、統一化したストーマケアの資料を作成し、学習会を行ったことはストーマケアの統一化に有効であったと考える。また、花井ら（2008）の「ストーマケアに関する勉強会を実施した結果、スタッフのストーマに対する考え方に変化が出た」という研究もあり、学習会を行うことで知識が増え、ストーマに対して前向きに考えられるようになり、今回の学習会は有効的であったと考える。研究期間内にできなかったオストメイトの集いやストーマ外来、人権擁護などについても知識を深めていくことが必要である。看護師から「ストーマモデルを使用しての実践をもっとやりたかった」という意見があり、研究期間内にストーマモデルを使用しての実践は、一人1回しかできず短時間であったため、継続してストーマモデルを使用した学習会を行い、ストーマ看護を向上していくことも必要である。また、今回は「ストーマ看護実践能力尺度」を用いて自己評価のみであったため、他者評価

も行うことでB病棟のストーマケアの現状をより把握し看護の統一が図れるよう学習会を重ねていく。今後はこれらを踏まえて資料の修正を行い、新人看護師や異動してきた看護師などストーマ経験の少ない看護師でもすぐに安心して看護できるようにし、患者が安心して指導を受けられるように取り組んでいく。

本論文の内容の一部は、第54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

- 藤井真優美, 岸本真理子, 山根美香, 前川綾子. (2009). 術前オリエンテーションによる不安の軽減-DVD 作成を通して. 第40回日本看護学会論文集(成人看護Ⅰ), 6-8.
- 花井由香里, 杉本梓. (2008). ストーマケアレベルアップを目指した勉強会の有効性-ストーマケア経験年数1~3年目看護師を対象にして. 革, 39, 175-177.
- 小湊裕美子. (2015). 装具交換のセルフケア指導. 樋口ミキ(監修), 尿路ストーマケアとスキンケア. (pp.191-197). メディカ出版.
- 久住美稚子. (2015). 確実なストーマケアの実施のためにどのように知識・技術を向上させるか. 泌尿器ケア, 20 (2), 27-31.
- 道廣睦子, 小野ツルコ, 村上生美, 八嶋裕樹, 香川幸次郎. (2004). ストーマ看護実践能力尺度の開発. 11 (1), 21-30. 岡山県立大学保健福祉学部紀要.
- 岡田麗子, 鈴木直子, 加藤とき子. (2006). ストーマ管理の早期自立への指導の検討. 名鉄医報, 48, 77-80.

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。

5. 投稿期間

- 投稿期間は8月15日～10月15日および2月15日～4月15日とする。
- 投稿期間外であってもシステムに論文を投稿することは可能であるが、投稿期間外に投稿された論文は直後の投稿期間の初日に投稿したものとして取り扱う。
- 査読に対する修正原稿の再投稿は結果公開後すぐの投稿期間に行うこととする。これを過ぎた場合は、以前投稿された論文であっても新規投稿の扱いとする。

6. 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。
- 初回投稿後に著者リストを変更（著者名の追加や削除、著者順の再配置など）することは認めない。
- 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際には「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。

7. 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) 論文投稿完了後の事務局確認

- 本誌に投稿された原稿は、事務局が、著者が日本看護協会の会員であること、本誌の趣旨に合致しており投稿規定に沿っていることを確認する。
- テクニカルチェック（体裁確認）を行い、投稿規定に準拠していない論文は著者へ返却する。
- 本誌の趣旨に合致していない、投稿規定に沿っていないと判断された原稿については査読を経ずに却下（デスクリジェクト）とする。

2) 査読者による査読

- 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。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。
- 査読者のコメントは原文のまま著者に伝えられる。査読者のコメント以外に論文審査・編集委員（システム上は編集者と表記）がコメントをする場合がある。

3) 採否等の判定

- 2名の査読者の査読後、採否の審査結果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」が審査結果を調整する。
- 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・編集委員が審査結果を決定する。
- 2名の査読者がどちらも「要再査読」と判定した場合、審査結果「要再査読」および査読者のコメントはそのまま著者へ伝えられる。
- 1原稿につき再査読は2回までとする。
- 審査結果「掲載不可」となった論文について、その後新たに投稿された場合は、事務局が査読者のコメントにて指摘のあった点が修正されているかを確認する。また、新規投稿としての受付可否を決定する。

4) 結果公開

- 事務局は同時期に結果公開が完了した旨を著者へメールにて連絡する。著者は、結果公開時期（2月10日頃、8月10日頃）にシステムにログインし、審査結果と査読者・編集者のコメントの確認を行う。

5) 修正原稿の提出

- 「要再査読」の審査結果を伝えられた著者は、結果公開直後の投稿期間（例：2月10日の結果公開の場合、同年の2月15日～4月15日）に修正原稿を投稿する。
- 期間を過ぎて投稿された修正原稿は新規投稿として扱う。
- 査読者・編集者のコメントにて指摘のあった点について、回答書にて適切に回答され、本文・図表等必要箇所への反映がされているかを事務局が確認し、再査読のプロセスに進むかを決定する。

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事務局が文字数、見出し、引用文献の書き方等を確認する。
- 「著者修正後掲載可」の原稿については、査読者・編集者のコメントに沿って修正がされたかを確認するため修正原稿とともに回答書の提出を求める。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。

8. 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、「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。

9. 原稿の投稿方法および様式

1) 投稿方法

- 原稿は、電子投稿システム「Editorial Manager®」を使用して投稿する。
- 論文は以下に示すファイルに分けて、投稿システムへアップロードする。
 - ・本文
 - ・図表
 - ・利益相反自己申告書（COI 申告書）
- 表題と副題、抄録、キーワード（5 つまで）はシステム上で入力する。

2) 原稿の様式

(1) 本文

- 種別ごとの文字数と項目立ては以下の通りとする。図表も文字数に含める。

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

- 氏名や所属施設は記載しない。日本看護学会のウェブサイトから原稿様式をダウンロードし原稿を作成する。

<https://jsn.nurse.or.jp/paper/contributors/>

- 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) 抄録

- 原著および研究報告は【目的】【方法】【結果】【結論】、実践報告は【目的】【実践】【結果】【看護実践への示唆】の項目をたて、400 字以内で記載する。

(3) 図表

- 図表は、ファイル内に図 1、表 1 などの通し番号とタイトルをつける。
- 図表は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。
- 図表は本文の文字数に含む。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。

3) 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（標題と抄録を除く）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。
- 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。

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○○(企業名等)より、報酬を受理している。

「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://jsn.nurse.or.jp/paper/contributors/>

7) 文献に関して

- 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.

10. 査読者の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。

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・編集委員からの加筆・修正依頼を除き、著者による加筆・修正は認めない。

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://jsn.nurse.or.jp/paper/faq/>

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

(2024 年 8 月 1 日作成)

日本看護学会誌 Vol.20 No.1

査読者

青 木 美 香
 浅 井 美千代
 浅 野 浩 子
 渥 美 綾 子
 網 中 眞由美
 安 藤 満 代
 安 保 寛 明
 飯 野 英 親
 池 田 千 夏
 池 田 美 里
 泉 宗 美 恵
 市 原 真 穂
 市 村 尚 子
 乾 友 紀
 井 上 直 子
 井 上 奈 々
 井 上 真奈美
 今 井 芳 枝
 上 田 伊佐子
 上 野 栄 一
 上 原 明 子
 植 村 真 美
 牛 田 貴 子
 宇 城 令 子
 内 川 洋 子
 内 野 聖 子
 内 山 明 子
 梅 田 弘 子
 江 口 裕美子

遠 藤 和 子
 大 江 佳 織
 大 江 理 英
 大 竹 眞裕美
 大 西 麻 未
 大日向 陽 子
 大 堀 昇
 大 山 裕美子
 尾 形 由貴子
 岡 本 双美子
 小 倉 邦 子
 長 内 さゆり
 小山田 恭 子
 檜 原 理 恵
 片 田 千 尋
 片 山 将 宏
 勝 山 貴美子
 桂 川 純 子
 加 藤 茜 子
 加 藤 智 子
 加 藤 隆 子
 加 納 江 理
 川久保 愛
 河 田 照 絵
 國 江 慶 子
 窪 川 理 英
 熊 谷 有 記
 熊 谷 桂 子
 久 米 真 代

黒 田 暢 子
 桑 原 美 香
 行 田 菜穂美
 郷 良 淳 子
 古 賀 雄 二
 越 村 利 恵
 小 西 由起子
 近 藤 純 子
 佐久間 佐 織
 佐々木 美 果
 佐々木 吉 子
 佐 竹 陽 子
 佐 藤 眞由美
 佐 藤 美香子
 佐 藤 幹 代
 佐 藤 淑 子
 柴 田 滋 子
 島 田 裕 子
 霜 山 真
 菅 谷 智 一
 菅 原 えりさ
 菅 原 美 樹
 鈴 井 江三子
 鈴 木 幸 子
 鈴 木 美 央
 鈴 木 和香子
 須 田 果 穂
 隅 田 千 絵
 関 根 正

曾 根 千賀子
高 岸 弘 美
高 谷 恭 子
高 橋 奈 智
高 橋 奈 津子
高 橋 亮
篁 宗 一
多喜田 惠 子
竹 本 由香里
竹 森 志 穂
立 野 淳 子
田 戸 朝 美
田 村 康 子
為 永 義 憲
丹 治 史 也
塚 崎 恵 子
槻 木 直 子
辻 野 美 帆
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 嶋 祥 平
永 谷 智 恵
中 山 栄 純
生 天目 禎 子
成 田 小百合
成 田 康 子

西 澤 和 義
西 田 頼 子
西 塚 弘 子
西 村 恵理奈
二 瓶 映 美
二 瓶 洋 子
沼 口 知恵子
萩 典 子
橋 野 明 香
畑 吉 節未
畠 山 卓 也
花 井 理 紗
原 等 子
原 理 加
原 竜 三
坂 東 志 乃
板 東 孝 枝
日 浅 友 裕
樋 口 美 樹
樋 口 有 紀
平 井 三重子
平 尾 明 美
平 川 美和子
平 田 良 江
平 林 優 子
廣 瀬 泰 子
深 尾 亜 由美
福 島 綾 子
福 山 智 子
藤 井 徹 也

藤 浪 千 種
藤 野 智 子
藤 村 朗 子
古 島 幸 江
古 厩 智 美
本 城 綾 子
前 田 ひとみ
松 枝 美智子
松 田 千登勢
松 本 賢 哉
箕 浦 洋 子
宮 木 良
宮 本 いずみ
村 中 峯 子
餅 田 敬 司
望 月 宗一郎
休 波 茂 子
矢 野 貴 恵
山 岸 直 子
山 崎 優 介
山 下 いずみ
山 下 早 苗
山 田 明 美
山 村 江美子
山 本 小奈実
山 本 純 子
吉 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

雄 西 智恵美

柏 木 公 一

小 林 京 子

小 林 康 江

志 田 京 子

田 口 智恵美

谷 本 真理子

田 上 美千佳

山 勢 博 彰

(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.20 No.1

2025 年 5 月 15 日発行 年 2 回 (5 月, 11 月) 発行

編集 日本看護学会 論文審査・編集委員会

発行 公益社団法人日本看護協会

看護研修学校 教育研究部学会企画課

〒204-0024 東京都清瀬市梅園 1-2-3

JAPANESE NURSING ASSOCIATION

Research Conferences Planning Division

Department of Continuing Education and Research

Institute for Graduate Nurses

TEL 042-492-9120

制作 株式会社エデュプレス



公益社団法人

日本看護協会