

ISSN 2758-3384
Vol.20 No.2 November, 2025

第20巻第2号 2025年11月

日本看護学会誌

Journal of The Japan Society of Nursing

日本看護学会

The Japan Society of Nursing

目 次

◇ 原 著 ◇

手浴が消化器術後患者の自律神経系に与える影響

城西国際大学看護学部 中 野 元 ……5

がん看護専門看護師の倫理調整における視点と方略

—4つの倫理調整事例の事例検討会から—

東京科学大学病院 早 川 満利子 ……11

就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処

新潟大学医歯学総合病院 池 田 彩 乃 ……19

ICU に勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践

長崎みなとメディカルセンター 浦 山 いづみ ……27

◇ 研究報告 ◇

リフレクションが道徳的感受性に与える影響とその思考プロセスの分析

—精神科看護経験5年未満の看護師を対象に—

樹光会大村病院 西 海 亮 太 ……35

A 病院の第3波での新型コロナウイルス感染症病棟で勤務した看護師の実情

神戸赤十字病院 杉 浦 麻衣子 ……43

COVID-19 パンデミック前後の日本人高齢者の生活の変化がもたらす心理的变化

奈良県立医科大学医学部看護学科 古 角 美保子 ……49

心臓カテーテル室担当看護師の患者不安に対する認識と対応を妨げる要因

太田西ノ内病院 相 樂 成 美 ……55

終末期がん患者の意思決定支援に関するラダー別にみた支援の実態と課題

熊本赤十字病院 水 谷 陽菜子 ……60

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行前後の認知症患者における身体抑制の現状

太田西ノ内病院 佐 藤 美奈子 ……69

予定心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみと対処行動

浜田医療センター 藤 原 拓 也 ……73

就労女性の持続皮下グルコース測定による血糖管理に対する思い

山口労災病院 森 本 眞 弓 ……80

急性期病院内の一般病棟の看護師が非がん高齢患者の終末期ケアに対して感じる困難感

島根県立中央病院 野 間 美 織 ……85

地域で取り組む減塩啓発活動における人生会議を実施することの意味

大分大学 佐藤 昂太朗 ……92

精神科看護者が患者から日勤帯で受ける言語的暴力の実態

—単科精神科病院1施設における調査—

駒木野病院 大金 彩花 ……100

COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの変化と関連要因

—Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic を活用した質問紙調査より—

浜松医科大学医学部附属病院 石橋 彩香 ……105

舌切除再建術を受けた舌がん患者が抱える術後早期の体験と看護支援の検討

宮崎県立宮崎病院 木下 雅恵 ……112

健康ポイント事業が肥満のある参加者の体重減少に与える影響

岡山市保健所 大元 寿馬 ……118

児童思春期病棟における発達障害特性を有する患児の母親への関係形成と支援

岡山県精神科医療センター 池本 琴美 ……124

小児用補助人工心臓 EXCOR®を装着し渡航心臓移植を行った子どもの母親の体験

大阪大学医学部附属病院 阿部 薫 ……132

A 県内における外来看護師の在宅療養支援と知識、役割意識との関連

国際医療福祉大学福岡保健医療学部看護学科 徳永 明美 ……139

クリティカルケア看護の「臨床推論力」を育成する看護基礎教育プログラムの
内容妥当性の評価

新潟県立看護大学 高柳 智子 ……148

入退院を繰り返す統合失調症患者の親が抱える困難感

長岡崇徳大学看護学部 伊藤 文子 ……154

◇実践報告◇

複数の看護提供方式の特徴を効果的に活かすための取り組み

大和高田市立病院 田中 佳代 ……162

地域・在宅看護論実習Ⅰにおける生活者の理解と実習指導の実践

—1年次前期に行った実習の学びと学生及び実習指導者へのアンケート調査の分析より—

富山市立看護専門学校 越前 知子 ……166

外来でQRコード®を用いて乳がん検診受診行動を促す試み

—受診に至った患者に対する構成的面接調査—

平和病院 岡本 裕子 ……172

中途障害となった児への医療的ケアを含めた在宅移行支援

—退院までの家族への支援を振り返る—

太田西ノ内病院 佐々木 里沙 ……177

がん患者へのコミュニケーションスキル向上をめざしてNURSEに
視覚的学習を取り入れた学習効果

山口県済生会下関総合病院 高 橋 慶 子……183

勤務開始時の肯定的な言葉の読み合わせ・掲示による自己効力感への
はたらきかけを通した疲労感軽減の取り組み

富山県立大学 稲 村 尚 子……188

看護師のみで構成された食支援チーム立ち上げのプロセスと活動の振り返り

医風会 並木病院 深 田 郁 恵……193

急性腎盂腎炎を契機に腸腰筋膿瘍増悪が明らかになった高齢患者に対する
診療看護師（NP）の実践報告

—医師・看護師・コメディカルとの協働実践—

おおすきクリニック 服 部 貴 夫……198

母性看護技術評価を公表することの有効性

佐賀大学医学部地域医療科学教育研究センター 森 本 眞寿代……202

◇ 原 著 ◇

手浴が消化器術後患者の自律神経系に与える影響

中野 元^{1)*}, 池上萌絵¹⁾, 四十竹美千代¹⁾, 齋藤砂織²⁾, 齊藤留美²⁾, 長島春美²⁾, 林 孝枝²⁾**【目的】** 消化器術後患者に対する手浴がどのように自律神経系へ影響を及ぼすかを明らかにすることを目的とした。**【方法】** 術後1～2日目の消化器術後患者21名を対象とした。2分以上安静を保ち、状態が安定した後、両手を湯温39℃の湯に浸し、3分間の手浴を実施した。手浴終了後、3分間の安静を行い、その間に心拍変動解析ソフトを用いてLF/HF比を交感神経活動の指標として測定した。収集したデータは手浴前2分間の平均値と手浴後3分間の平均値をWilcoxonの符号付順位検定により比較し、有意水準0.05とした。**【結果】** 手浴前のLF/HF比は2.07 (1.13-3.89)であり、手浴後では1.28 (1.00-1.77)と有意に低下した ($p < .05$)。**【結論】** 手浴は消化器術後患者において交感神経活動を抑制することが示された。この結果は、術後の生理的ストレス反応の軽減に寄与する可能性がある。**【キーワード】** 手浴, 自律神経系, 術後ケア, 疼痛緩和, 術後回復

I. はじめに

手浴は比較的簡便な物品で実行可能であり、患者への侵襲も少ないため、臨床現場で広く利用されている。これは、患者の清潔さを保つための基本的な看護技術であり、その効果は血管拡張を促す温刺激を提供し、末梢循環を促進し、筋緊張を低下させ、筋や関節の伸張性を高めるという付加的な影響も報告されている(矢野ら, 2009; 山口ら, 2009)。中野, 堀(2021)の研究では、手浴が自律神経活動にどのように影響するかを人工的に制御し、その結果を報告している。その結果として、交感神経系を人工的に亢進させた対象に対し湯温39℃の手浴は交感神経活動を抑制し、副交感神経活動を促進することが明らかになった。

手術後は臓器機能に対する要求が高まり、ストレス反応によって交感神経系が優位となることで精神的ストレスや消化器症状など身体に悪影響を与えると示唆されている(Kehlet, 1997)。急性期において、Borsook et al. (2010)は疼痛を含むさまざまなストレスとそれに引き続く交感神経系の興奮が周術期の長期予後を悪化させる因子のひとつだと報告している。これらの研究は手浴が交感神経系を抑制し、術後の回復

に役立つ可能性を示している。実際にCal et al. (2016)は、帝王切開後の患者に対して手浴や足浴を施すことで、疼痛や不安を軽減し、バイタルサインの回復に寄与すると報告している。また、Yadav (2022)やSözen and Karabulut (2020)も、手術後の患者に対する足浴の効果について、疼痛緩和やバイタルサインの回復に影響を与えることを報告している。しかし、これらの研究の多くは足浴に焦点を当てており、手浴のみに関する報告は限られている。手浴の自律神経系への影響を評価した研究は存在するものの(Kudo et al., 2018, 2020; 中野ら, 2020; 中野, 堀, 2021)、その対象は健康成人や高齢者であり、術後患者を対象にした研究は極めて限定的である(齊藤, 2018)。一方で、術後患者に対する手浴の効果として、リラクゼーションを促し、疼痛やストレスの軽減に寄与する可能性が示唆されているが(齊藤, 2018)、これらの研究は主に心理的側面に焦点を当てたものである。

このため、本研究は手浴のみに着目し、消化器術後患者に対するその効果を生理学的視点から評価することで、術後の回復に与える影響を調査した。これにより、手浴が消化器術後患者の回復過程にどのように貢献できるかを検討することを目的とする。

受付日: 2024年4月15日/受理日: 2025年7月22日

1) 城西国際大学看護学部 2) 大網白里市立国保大網病院

* E-mail: hanakano@jiu.ac.jp

Ⅱ. 目 的

本研究では消化器術後患者に対する手浴がどのように自律神経系へ影響を及ぼすかを明らかにすることを主な目的とする。また、副次的には、手浴による消化器術後患者の疼痛、疲労感、そして気分への影響を明らかにすることを目指している。手浴が消化器術後患者に対する自律神経系への好影響が明らかになることで手浴を術後患者に取り入れることで患者の負担の軽減や回復に寄与する可能性がある。

Ⅲ. 方 法

1. 対象

2022年11月から2023年9月までの対象施設にて選定され研究の同意を得られた消化器の手術後1～2日目の患者21名を対象とした。対象人数の設定は、G*Power 3.1.9.7を用いて先行研究（中野ら, 2020；中野, 堀, 2021）を参考に両側検定、効果量 d_z を0.7、 α エラー確率を0.05、検定力を0.8、と設定し算出したところ19名であり20名を目標とし被験者のリクルートを行った。術前の外来受診時に、主治医もしくは外来担当看護師が研究内容を説明し、患者本人から文書による同意を得た。最終的に、脱落の可能性を踏まえ21名の患者が研究に参加した。本研究では、消化器手術の術式、既往歴、年齢、性別の限定をしなかった。これは、術後ケアの一般化の可能性を高めるためであり、多様な患者層における手浴の効果を検証することを目的としているためである。

2. 調査内容

1) 主評価項目：自律神経活動指標

ワイヤレス生体センサーを左胸に装着し、胸部誘導心電図の測定を行った。記録した心電図から、心拍変動解析用ソフトウェア（MemCalc/Bonaly Light, ジー・エム・エス社）を用いて心拍数（Heart rate：HR）および心拍変動解析による自律神経活動の解析を行った。自律神経活動の解析では、心拍変動の時系列データを最大エントロピー法により周波数解析し、high frequency 成分（HF：0.15～0.4Hz）およびlow frequency 成分（LF：0.04～0.15 Hz）のパワー値を求めた。これらのデータは、測定開始後30秒後以降は、2秒毎に結果を表示、記録しリアルタイムに解析可能である。その為、安

定したデータを取得するために実験開始前より少なくとも5分間の装着を行った。また、解析が完了した時点で、心電図の測定は終了し、装着機器を取り外した。なお、すべての患者において、同一のプロトコールに従って測定および解析を行った。本研究では、先行研究に従い、LF/HF 成分を交感神経活動の指標とし、HF 成分を副交感神経活動のパワー値を指標とした（Chang et al., 2019；Matsushita et al., 2019）。これらが交感神経および副交感神経活動の代表的な指標として、広く使用されている。特にLF/HF 比は交感神経活動の指標として有効であり、術後のストレス反応等を評価するために適切であると考えられる。また、HF 成分は副交感神経活動を反映し、リラクゼーション効果を評価するために選択した。

2) 副次的評価項目：Visual Analogue Scale：VAS

Visual Analogue Scale（VAS）を用いた主観的評価を行った。VAS は痛みの評価のために開発されたものだが（Price et al., 1983）、問いかけの方法により主観的健康感や主観的な気分の評価が可能であることが報告されている（Aitken, 1969；村田ら, 2004）。そこで、本研究では痛みの強さ、疲労感、気分についてVASを用いて評価を行った。具体的には痛みのない状態を0 cm とし、想像しうる最も強い痛みを10 cm として、部位を選んでもらった。同様に疲労がない状態を0 cm、最も疲れている状態を10 cm とし疲労の評価を行い、快を0 cm、不快を10 cm とし気分について評価を行った。

3) 実験方法

実験は患者病室（病棟内個室）にて行った。データの測定は午前中に実施した。室温は22～26℃、湿度は50±10%を実験要件として設定した。これにより、患者が快適に実験に参加できる環境を調整した。実際の測定では、室温は24.0±1.1℃（mean±SD）、湿度は52.4±14.4%であった。今回の調査では実験前にVASを用いて「痛みの強さ」「疲労感」「気分」の変化も調査したため実施前に記入してもらった。自律神経活動の測定は、ワイヤレス生体センサーを左胸に装着し、胸部誘導心電図が正確に測定できているかを確認し疼痛が増悪しない範囲でギャッジアップしセミファーラー位を保持した状態で実験を開始した。手浴に用いる湯温を39℃に保つために、恒温槽（THERMAX TM-1A, AS ONE社）を用いて行った（図1）。実験中はセミファーラー位を保持し2分以上安静を

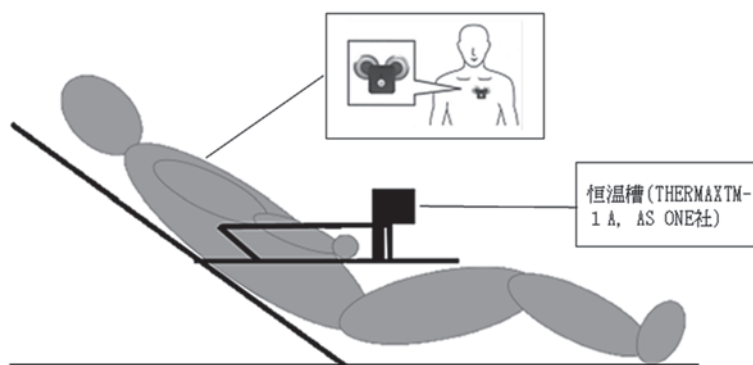


図1 体位・心拍変動の測定および手浴方法

保ち心拍数および自律神経活動指標が安定するまで待機した。測定開始後は声掛け等の刺激により心拍数および自律神経活動指標が一時的に不安定となりやすく、目視にて患者にとって一定の範囲になったと考えられた時点から測定を開始した。両手を湯に橈骨茎状突起まで浸け手浴を3分間行い、手浴終了後速やかにタオルで手の水分を拭き取り、3分間安静を保った。その後にVASの記入をしてもらった(図2)。手浴後の3分間安静の後でVASの記入を行った理由として、手浴による直後の効果を評価するためであり、短期間の安静後における患者の主観的な反応を捉える事を目的とした。また、実験における手浴の方法については温熱刺激が自律神経活動に及ぼす影響を検討するため、洗剤やマッサージなどを用いず、両手を湯に浸すことのみとした。

4) 統計解析手法

統計解析はIBM SPSS Statistics 23(日本IBM)を用い、手浴前と手浴後の自律神経活動指標およびVASスコアの平均を求めWilcoxonの符号付順位検定にて前後比較を行った。なお、5%を有意水準とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

城西国際大学人を対象とする研究倫理審査委員会の承認を得て実施し、インフォームド・コンセントを受ける方法とその際に倫理的配慮として説明を実施した(承認番号:11M2200171H)。また、対象患者の主治医および看護師より書面及び口頭によりインフォームド・コンセントを実施した。説明文書を用いて説明し、自由意思による同意を同意文書により受けた。同意の撤回又は拒否があった場合は遅滞なく撤回又は拒否の内容に従った措置を講じるとともに、その旨を当該研究対象者等に説明した。

研究対象者には研究の実施と結果の公表に関する承諾を得るとともに、不利益が生じないように配慮した。また、身体的・精神的な負担を最小限に抑えるため、手浴実験の際には温度管理などを行い、快適な環境を整えた。また、実験は患者個室もしくはカーテンで仕切ることが可能な環境下で行いプライバシーにも十分な配慮を実施し行った。

Ⅴ. 結果

実験の対象者は消化器手術を受けた患者21名であった(表1)。平均年齢 65.6 ± 12.5 歳であった。内訳は男性13名、女性8名であった。手術内容は腹腔鏡下胆嚢摘出術:9名(ソセゴン®[ベンタジソン]使用:1名、アセリオ®[アセトアミノフェン]使用:2名、ロキソプロフェンNa使用:4名)、ヘルニア根治術:4名(ロキソプロフェンNa使用:2名)、腹腔鏡下虫垂切除術:3名(アセリオ®[アセトアミノフェン]使用:1名、ロキソプロフェンNa使用:1名)、腹腔鏡下胃全摘術:1名、腹腔鏡下右半結腸切除術:1名、マイルズ手術:1名、肝部分切除・胆嚢摘出術:1名、腹腔鏡下直腸切除術:1名で持続的に麻酔を使用していた。なお、実験開始

前30分以内に鎮痛剤の内服および早送りの使用はなかった。

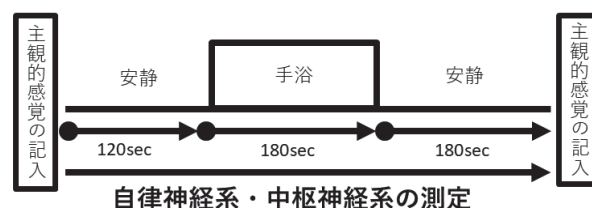
図3に心拍変動による周波数解析による自律神経系の解析結果を示した。図3aに交感神経活動指標であるLF/HFの結果を示した。手浴前では2.07(1.13-3.89)(以下:中央値(四分位範囲))であり手浴後では1.28(1.00-1.77)と有意に低値を示した($p<.05$)。図3bに副交感神経活動指標であるHFの結果を示した。手浴前では66.86(25.76-118.1)msec²であり手浴後では66.34(20.76-121.06)msec²と有意な差を認めなかった。図3cに心拍数の結果を示した。手浴前では69.54(59.28-78.43)拍/分であり手浴後では71.31(58.85-79.04)拍/分と有意な差を認めなかった。

図4にVASの結果を示した。図4aに痛みの強さの結果を示した。手浴前では3.1(2.0-6.0)であり手浴後では2.4(0.5-3.5)と有意に低値を示した($p<.05$)。図4bに気分の結果を示した。手浴前では5.3(4.5-7.0)であり手浴後では8.0(6.0-9.7)と有意に高値を示した($p<.05$)。図4cに疲労感の結果を示した。手浴前では5.1(4.9-7.1)であり手浴後では4.6(3.0-5.4)と有意に低値を示した($p<.05$)。

Ⅵ. 考察

1. 術後患者に対する手浴の自律神経系及び主観的効果

実験の結果、術後の患者の交感神経活動指標は2.07(1.13-3.89)と高値であった。手術による侵襲は、身体的ストレス、内分泌、中枢神経系、自律神経系のアンバランスを引き起こし交感神経系の亢進に繋がると考えられる(Udelsman & Chrousos, 1988; Campos & Briceño, 1992; Dubner, 2006)。

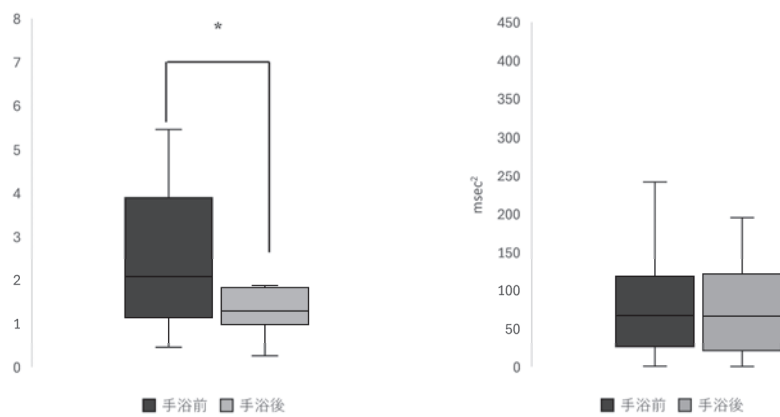


実験中はセミファースター位を保持し2分以上安静を保ち両手を湯に橈骨茎状突起まで浸け手浴を3分間行い、手浴終了後速やかにタオルで手の水分を拭き取り、3分間安静を保った。

図2 プロトコル

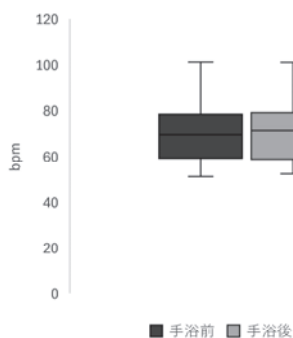
表1 対象特性

年齢 (mean ± SD)	65.6 ± 12.5
性別	男性: 13名 女性: 8名
術式	腹腔鏡下胆嚢摘出術: 9名 ヘルニア根治術: 4名 腹腔鏡下虫垂切除術: 3名 腹腔鏡下胃全摘術: 1名 腹腔鏡下右半結腸切除術: 1名 マイルズ手術: 1名 肝部分切除・胆嚢摘出術: 1名 腹腔鏡下直腸切除術: 1名
鎮痛剤の内容	麻薬使用: 5名



a. LF/HF

b. HF



c. HR

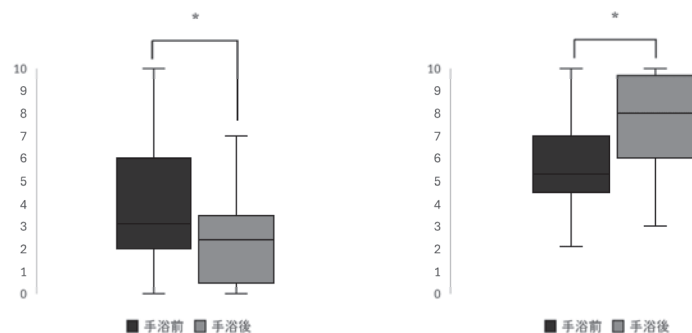
(* : Wilcoxon の符号付順位検定 $p < .05$)

a. LF/HF の比較 手浴前と手浴後で有意な低下を認めた。

b. HF の比較 手浴前と手浴後で有意な差を認めなかった。

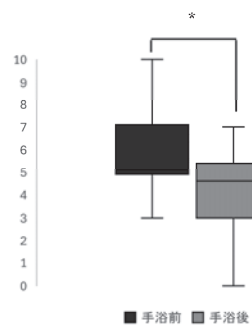
c. HR の比較 手浴前と手浴後で有意な差を認めなかった。

図3 心拍変動による周波数解析による自律神経系の結果



a. 痛みの強さ

b. 気分



c. 疲労感

(* : Wilcoxon の符号付順位検定 $p < .05$)

a. 痛みの強さの比較 手浴前と手浴後で有意な低下を認めた。

b. 気分の比較 手浴前と手浴後で有意な上昇を認めた。

c. 疲労感の比較 手浴前と手浴後で有意な低下を認めた。

図4 VAS (Visual Analogue Scale) の結果

さらに Uchida et al. (2017) の報告では乳がんの術後、疼痛が強い患者では交感神経活動指標である LF/HF が上昇すると報告があり消化器の手術後も同様の傾向があることが明らかになった。

また、中野、堀 (2021) の報告によると手浴は実験的に交感神経活動を賦活させた状態では交感神経系を抑制させると報告している。本実験でも手浴前に比べ手浴後の交感神経活動指標は有意な低値を示した。このことから術後の交感神経系の亢進に対しても手浴は交感神経系を抑制する可能性が示唆された。また、副次的項目として VAS を用いた痛みと疲労感の変化において手浴後に有意な低下を示し、気分は有意に高値を示した。主観的評価として Cal et al. (2016) は帝王切開後の患者に、手浴、足浴を行うことで疼痛などが軽減されたという報告をしており、池田ら (2002) は実験的疼痛に対して手浴を実施することで鎮痛効果があると述べている。本実験の結果、消化器の術後についても実験的疼痛のみならず疼痛の改善や快適感にも同様の効果があることが示唆された。手浴のような温熱刺激による鎮痛の機序は末梢の温熱刺激に誘発された中枢からの下行性抑制と考えられる (Le Bars et al., 1992)。このことにより主観的な痛みが軽減し交感神経系の抑制に繋がった可能性が考えられる。また、本実験でも快適感の向上を示したが、先行研究においても手浴は快適感を向上させる効果や目的として使用される (岡田、深井, 2003; 加藤ら, 2005; 宮下、矢野, 2008)。このような主観的な心地よさ自体も交感神経系の抑制に繋がった可能性がある。

2. 手浴が術後に与える長期的影響の検討

Bierhaus et al. (2006) は急性期において、疼痛を含むさまざまなストレスとそれに引き続く交感神経系の興奮が周術期の長期予後を悪化させる因子のひとつと報告している。様々なリラクゼーション法は術後の疼痛や不安を軽減させると報告されている (Miller & Perry, 1990; Rejeh et al., 2013)。手浴にも同様に疼痛を軽減し術後の経過を助ける可能性があり、退院時までの長期的な経過を調査する必要がある。また、Ginsberg et al. (2022) は、周術期の音楽療法は自律神経系の機能障害を軽減することにより、手術成績を改善する可能性があると報告している。また、Kelliher and Scott (2022) は、手術時のストレス反応を軽減する手段を実施することで、予後が改善されることを報告している。これらのことから、周術期のさまざまなストレス要因が長期的な周術期の予後に悪影響を及ぼす可能性があり、さまざまな介入がこれらの悪影響を軽減するのに有効である可能性があることが報告されている。本実験の消化器手術患者においても手浴により交感神経活動指標である LF/HF が抑制されたこと、痛みが軽減されたことが確認された。本研究では短期的な効果を評価しており、長期的な予後への影響を明らかにするためには、今後の研究が必要である。手浴が術後ケアの一部としてリラクゼーション効果を引き起こし、術後患者のストレスを軽減し、一時的な心地よさと幸福感を向上させる可能性があることを示

しているが、これを長期的な効果として確立するためにはさらに検討が必要である。

Borsook et al. (2010) は、周術期のストレスが神経系に影響を与え、慢性疼痛や長期的な行動変化をもたらす可能性があることを報告している。これを踏まえ、術後のストレス軽減のための介入が、長期的な回復に寄与する可能性が考えられる。本研究の結果から、手浴は術後の交感神経活動を抑制し、疼痛軽減と気分の向上をもたらしたことが確認された。しかし、本研究では短期的な効果を評価しており、長期的な予後への影響については今後の研究が必要である。したがって、手浴が術後ケアの一環としてリラクゼーション効果を発揮し、患者の心理的安定や生活動作の円滑化に寄与する可能性があることが示されたが、長期的な効果を検討するための追跡調査が求められる。

VII. 結 論

本実験の結果は、手浴が消化器術後患者の自律神経系と主観的に有益な影響を及ぼす可能性を示した。具体的には、手浴が交感神経活動を抑制する効果を明らかにした。また、主観的にも疼痛、気分、疲労感に対し有用であることが明らかとなった。これは、手浴がリラクゼーション効果を引き起こし、消化器術後患者のストレスを軽減し、全体的な心地よさと幸福感を向上させる可能性を示している。これらの結果は、手浴を消化器術後ケアの一部として実施することが患者の回復と心理的な快適さを促進する可能性を示している。

ただし、これらの効果を長期的な予後改善に結びつけるにはさらなる検討が必要である。手浴を術後ケアの一部として実施することが患者の回復と心理的な快適さを促進する可能性を示したが、その有効性を長期的に評価するためには、今後の研究で明らかにすることが求められる。

謝辞：今回の研究に快く参加して下さった協力者の方々に心から感謝いたします。本研究の経費の一部は、日本学術振興会科学研究費補助金（課題番号：24K20286）によるものです。

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。

利益相反状態：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

- Aitken, R. C. (1969). Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62 (10), 989-993.
- Bierhaus, A., Humpert, P. M., & Nawroth, P. P. (2006). Linking stress to inflammation. *Anesthesiology Clinics of North America*, 24 (2), 325-340.
<https://doi.org/10.1016/j.atc.2006.01.001>
- Borsook, D., George, E., Kussman, B., & Becerra, L. (2010). Anesthesia and perioperative stress: Consequences on neural networks and postoperative behaviors. *Progress in Neurobiology*, 92 (4), 601-612.
<https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.08.006>

- Cal, E., Cakiroglu, B., Kurt, A. N., Hartiningsih, S. S., Suryani, & Dane, S. (2016). The potential beneficial effects of hand and foot bathing on vital signs in women with caesarean section. *Clinical and Investigative Medicine*, 39 (6), Article 27508.
<https://doi.org/10.25011/cim.v39i6.27508>
- Campos, H. A., & Briceño, E. (1992). Two models of peripheral sympathetic autoregulation: Role of neuronal histamine. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 261 (3), 943-950.
- Chang, H.-A., Fang, W.-H., Wan, F.-J., Tzeng, N.-S., Liu, Y.-P., Shyu, J.-F., Huang, S.-Y., Chang, T.-C., & Chang, C.-C. (2019). Age-specific associations among functional COMT Val158Met polymorphism, resting parasympathetic nervous control and generalized anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 57-64.
<https://doi.org/10.1016/j.psneuen.2019.03.020>
- Dubner, R. (2006). Physiopathologie de la sensibilisation centrale. *Douleur et Analgésie*, 19 (4), 106.
<https://doi.org/10.1007/s11724-006-0021-4>
- Ginsberg, J. P., Raghunathan, K., Bassi, G., & Ulloa, L. (2022). Review of perioperative music medicine: mechanisms of pain and stress reduction around surgery. *Frontiers in Medicine*, 9, Article 821022.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.821022>
- 池田理恵, 深井喜代子, 岡田淳子. (2002). 手浴が実験的疼痛閾値に及ぼす影響. *川崎医療福祉学会誌*, 12 (2), 253-257.
- 加藤美穂, 新見絵理, 原田亜沙美, 山村淳子, 深田美香. (2005). 異なる湯温を用いた手浴が皮膚温、温度感覚および快適感に及ぼす影響. *米子医学雑誌*, 56 (3), 122-130.
- Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British Journal of Anaesthesia*, 78 (5), 606-617.
<https://doi.org/10.1093/bja/78.5.606>
- Kelliher, L. J. S., & Scott, M. (2022). Modifying the Stress Response-Perioperative Considerations and Controversies. *Anesthesiology Clinics*, 40 (1), 23-33.
<https://doi.org/10.1016/j.anclin.2021.11.012>
- Kudo, Y., Sasaki, M., Kikuchi, Y., Sugiyama, R., Hasebe, M., & Ishii, N. (2019). Effects of a warm hand bath on the blood flow in the shoulder, skin and deep body temperature, autonomic nervous activity, and subjective comfort in healthy women: An experimental cross-over trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 16 (1), 88-100.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12216>
- Kudo, Y., & Sasaki, M. (2020). Effect of a hand massage with a warm hand bath on sleep and relaxation in elderly women with disturbance of sleep: A crossover trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17 (3), e12327.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12327>
- Le Bars, D., Villanueva, L., Bouhassira, D., & Willer, J. C. (1992). Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) in animals and in man. *Patologicheskaja Fiziologija i Eksperimental'naja Terapija*, 4, 55-65.
<https://doi.org/10.1136/aim.9.2.47>
- Matsushita, Y., Takata, Y., Kawamura, R., Takakado, M., Hadate, T., & Osawa, H. (2019). The fluctuation in sympathetic nerve activity around wake-up time was positively associated with not only morning but also daily glycemic variability in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 152, 1-8.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.04.029>
- Miller, K. M., & Perry, P. A. (1990). Relaxation technique and postoperative pain in patients undergoing cardiac surgery. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 19 (2), 136-146.
- 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝. (2004). 高齢者における主観的健康感アセスメント法の検討: Visual Analogue Scaleの信頼性と妥当性. *久留米大学心理学研究*, 3, 89-98.
- 宮下輝美, 矢野理香. (2008). 臨床における手浴の実態調査. *日本看護技術学会誌*, 7 (2), 30-36.
https://doi.org/10.18892/jsnas.7.2_30
- 中野元, 四十竹美千代, 西条寿夫, 堀悦郎. (2020). 手浴による自律神経系および中枢神経への影響. *日本看護技術学会誌*, 19, 43-53. https://doi.org/10.18892/jsnas.19.0_43
- 中野元, 堀悦郎. (2021). 手浴による自律神経系の調節効果の可能性. *日本看護技術学会誌*, 20, 11-19.
https://doi.org/10.18892/jsnas.20.0_11
- 岡田淳子, 深井喜代子. (2003). 手浴が皮膚温、温度感覚および快適感に及ぼす影響. *川崎医療福祉学会誌*, 13 (2), 317-323.
- Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17 (1), 45-56.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90126-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90126-4)
- Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M., & Jasper, M. (2013). Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery. *International Journal of Nursing Practice*, 19 (5), 462-470. <https://doi.org/10.1111/ijn.12088>
- 齊藤陽子. (2018). 術後脳梗塞により運動性失語となった患者とのコミュニケーション. *川崎市立川崎病院事例研究集録*, 20, 107-109.
- Sözen, K. K., & Karabulut, N. (2020). Efficacy of hand and foot massage in anxiety and pain management following laparoscopic cholecystectomy: a controlled randomized study. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 30 (2), 111-116.
- Uchida, S., Kadoi, Y., & Saito, S. (2017). Differences in heart rate variability may be related to the appearance of postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery. *JA Clinical Reports*, 3 (1), 1-5.
- Udelsman, R., & Chrousos, G. P. (1988). Hormonal responses to surgical stress. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 245, 265-272.
- Yadav, A. (2022). Effectiveness of hand & foot massage in reducing post-operative pain. *International Journal of Obstetrics and Gynaecological Nursing*, 4 (1), 38-41.
- 山口敏子, 高野啓子, 林田法回, 宮村正子, 尾形啓子, 真島東一郎. (2009). 脳卒中後遺症のある患者にADL拡大へのアプローチ. *日本リハビリテーション看護学会学術大会集録*, 21, 170-172.
- 矢野理香, 石本政恵, 品地智子, 飯野智恵子. (2009). 脳血管障害患者における手浴—7事例の検討を通して—. *日本看護技術学会誌*, 8 (3), 101-108.
https://doi.org/10.18892/jsnas.8.3_101

◇ 原 著 ◇

がん看護専門看護師の倫理調整における視点と方略

— 4つの倫理調整事例の事例検討会から —

早川満利子¹⁾*, 鈴木貴美²⁾, 桑名寿美³⁾

目的：高度実践看護師である専門看護師の倫理調整は、専門看護師個人の知識や技量に委ねられそのスキルを明文化したものではなく、がん看護専門看護師（以下、OCNS）の倫理調整における視点と方略を明らかにした。

方法：研究に同意した OCNS による事例検討会の内容を質的帰納的に分析した。事例検討会主催者に了承を得て参加者に研究について説明、検討会をデータとし録音して逐語録とすること、匿名化とプライバシー保護、結果の外部発表等につき参加者の同意を得て実施した。

結果：10名のOCNSが参加した4つの事例検討会から11の視点と方略が見出された。

結論：前後の視点・方略と関連し合いながら慎重かつ確実に段階的にプロセスを経て展開され、OCNSによる倫理調整のスキルとして示唆された。また、がんと共に歩んできた患者とその人生を尊重する姿勢を持ち、時間的猶予に常に意識を向けながらがん患者の軌跡をふまえ倫理調整をしていた。

【キーワード】がん看護専門看護師，倫理調整，視点，方略

I. はじめに

高度実践看護師（Advanced Practice Nurse:以下 APN）の1つである専門看護師（Certified Nurse Specialist）は高い専門性と優れた看護実践能力をもち（日本看護系大学協議会，2023），その役割に「倫理調整」がある。倫理調整とは「単に倫理的意思決定を意味しているのではなく、看護師、医師など専門職としての倫理や個人としての価値観の調整を含む、より広い概念である」（鶴若，長瀬，2022，p.175）。専門職者としても組織としても重要かつ難解な倫理的問題を前に、専門看護師は他部門・多職種に亘り場所・時間・人・機会・そして価値観などの調整をし、その役割の意義は計り知れない。

2023年12月時点で専門看護師の倫理調整の研究は8件で、倫理調整の内容を示すものは5件、うち2件は事例研究である。急性・重症患者看護専門看護師（以下、CCNS）の倫理調整内容を示した研究（伊藤ら，2014）では患者の意思確認が難しい状況下であることが特徴的で、CCNSが患者の権利擁護や家族の代理意思決定支援、悲嘆ケア等を担うことが示された。山内ら（2023）の研究では急性期病院1施設5領域の

専門看護師が研究者兼参加者となり、事例の経過を想起した記述データから倫理調整の実践知を示した。専門看護師は時間的制約の中で患者の意向を尊重し、治療の差し控えや過剰治療に対し患者・家族の負担や不安を最小限に患者の権利を重んじて検討し続け、倫理的問題への発展を防いでいると示された。事例研究は拡張型心筋症患者の意思を尊重し終末期を迎えたCCNSの事例（戸田，2014）と、胎児疾患を指摘され看取りを選択する母親への母性看護専門看護師による実践と倫理調整（久世，2018）で、専門分野により関わる事例の背景が大きく異なり、問題が特徴的であった。がん看護専門看護師（以下、OCNS）の倫理調整に関する研究（川村ら，2020）は1件あるが、倫理調整の内容やスキルを示すものとは異なる。このように、先行研究では実践した専門看護師に研究対象が限られ、分析は事例内に止まり倫理調整における専門看護師のスキルを明文化したものはない。

専門看護師の倫理調整のスキルを確立する為には、専門看護師個人の知識や技量に委ねられている現状から脱却し、個々の専門看護師が有する倫理調整のノウハウを集約し可視化することが求められる。その為には、アセスメントの基軸

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 東京科学大学病院 旧東京医科歯科大学病院 2) 北里大学健康科学部 3) 北里大学病院

* E-mail：ma.hayakawa.mnrs@tmd.ac.jp

となる「視点」を明確にし、倫理調整を実践するためのガイドとなる「方略」を見出す必要がある。筆者らが在籍するOCNS事例検討会では、事例提供者の無意識下の行動が意識化され意味づけがされたり、参加したOCNSはエビデンスを基に思考し、意図的に考え行動している日々の実践を言語化して共有する場となっている。OCNS事例検討会では、OCNSが行う倫理調整の多くのノウハウがあるはずであり、各OCNSが持つ視点や選択する方略を明らかにすることで倫理調整における専門看護師のスキルを可視化する一助となると考える。

よって本研究ではOCNS事例検討会の内容を分析し、OCNSの倫理調整における視点と方略について明らかにする。

Ⅱ. 目 的

OCNSの倫理調整における視点と方略を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質的帰納的研究
2. 対象：事例検討会に参加したOCNS
3. データ：倫理調整に関するOCNS事例検討会での事例報告およびそれを基に参加者が話し合った内容
4. 事例検討会の方法
 - 1) 201X年～201Y年の2年間に4つの倫理調整事例に関する事例検討会を各1回ずつ開催した。
 - 2) 事例提供は、OCNSの経験知が最も高い者から2名、OCNS認定更新前の者から2名が1事例ずつ事例を提示した。事例の内容は、事例提供者が検討し合いたい内容とした。
 - 3) 1回の事例検討会は90分～120分で、各回の担当者が進行を務めた。
 - 4) 通常的事例検討会を進める中で、その視点をもった背景や方略を選択した理由など事例提供者の行動の根拠を明確にする投げかけも行われた。
 - 5) 事例検討会参加者には、事前に研究について説明し同意を得て検討会の内容をICレコーダーに録音した。
5. 分析方法
 - 1) 各事例検討会の話し合いの内容を録音し、逐語録におこしたものを生データとした。
 - 2) 逐語録から、倫理調整におけるOCNSの視点と方略の該当箇所を客観的にマーキングした。
 - 3) 視点の先に方略があるのか、あるいは方略があった場合にどの視点からその方略に至っているのか、視点と方略の関連性の有無を確認しつつ研究者間で合意を得ながら分析を進めた。
 - 4) 全ての視点と方略が抽出された後、4事例を通してその意図や思考に忠実に類似するものを分類した。
 - 5) 分類したものを内容に忠実にコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーへと抽象度を上げ分析した。

6) 繰り返し検討の場を設け、分析の妥当性や適切性について検討し、質的研究に精通する研究協力者の意見も得て分析の信憑性を高めた。

7) 事実と反したり逸脱していないか、随時事例提供者へ内容確認を行った。

6. 用語の定義

1) 倫理調整：個人・家族および集団の権利を守る為に倫理的な問題や葛藤の解決を図ること。

2) 視点：倫理調整においてOCNSが視線や意識を向けているところ。物事を見たり考えたりする立場、観点、思考。

3) 方略：OCNSが考えた倫理調整の全体的な方向性、戦略。また問題解決のための方法、手段、手立てを含む。

7. 倫理調整事例の概要

事例は胸骨圧迫や気管内挿管（以下、挿管）などの蘇生処置や鎮静に関するものなど、がんの終末期における倫理調整事例であった。各OCNSの立場は、病棟看護師、緩和ケアチーム専従看護師、管理者である。

以下、4つの倫理調整事例の概要である。

事例1：終末期患者の急変時に医療者と家族の蘇生処置に関する方向性が異なり、医療チームの課題を捉えながら、患者本人や重要他者個々の意見を確認し調整を行った事例

患者の病態が変化中、OCNSはどの程度時間的猶予があるかを考え、患者の希望で中止したはずの治療が再開された背景や、治療の妥当性と適切性、家族関係や各家族員の思いなど、瞬時に必要な情報を収集し状況を把握した。無危害の原則を優先する傾向にある医療者と、少しでも回復する見込みがあるならその可能性にかけたいと思う家族とで方向性が異なっていた。OCNS自身も、患者主体でなく一家族員の意見で方針決定することにジレンマを感じていた。患者主体でない家族の意思決定プロセスを捉え、患者に意識があるうちに患者本人の意思確認の必要性を判断した。家族員個々と面談し、意思決定に必要な情報提供と精神的ケアを行った。

患者への病状説明に同席したOCNSは、患者の反応に合わせて思いを引き出し意思確認した。また意思表示の言葉の意味を捉え患者の意向を代弁し、医療チームの理解を得た。家族と医療者の価値観の違いを見極め家族の意思を尊重した結果となった。

病棟では急変時の挿管が続き看護師により挿管の捉え方が異なっていた為、倫理的思考の整理を意図して後日デスカンファレンスを開催した。本人であればどう決めるか、人生の過程でどう決めてきたのかとの視点で家族に問うこと、家族の決定であっても、この決定で良いのだと納得する裏づけを押さえることが重要とされた。

事例2：意思決定能力がある患者の意思が未確認のまま、現状認識が不十分な家族へ電話での説明だけで鎮静が開始されようとしている状況下での倫理調整

患者の病状が刻一刻と変化中、連絡を受けた家族は来院予定時刻を過ぎても自宅にいた。OCNSは、家族の様子や

日頃の病棟の傾向から倫理的問題の発生を予測した。適切な鎮静の導入時期を念頭に意図的な関わりを開始し、患者・家族の理解度を確認、意思決定パターンを分析し、医師からの説明だけでなく看護支援が必要と考えた。メリットだけでなくデメリットも理解した上で家族が意思決定できるよう医師に説明を依頼し、OCNSは電話での家族への説明に立ち会った。

医師は、家族の同意を得ると早々に鎮静を始めようとしていた。しかし、自分で人生の意思決定をしてきた患者が自らの最期を他者の意思で決められてしまう状況、今はまだ意思決定能力がある患者本人が意思決定に不在である現状に、OCNSは違和感をもった。患者本人の言葉を聞くことの重要性から、OCNSは関係する医師間の方針の相違を確認した。そして、医師に疑問を投げかける形で患者の意思確認の必要性を提案した。時間的猶予がない中、OCNSは看護師の実践力と病棟のケア度を判断し、自らが患者の意思確認をする選択をした。OCNSには意思確認という重要な役割を担うだけのスキルがあり、鎮静に関する患者の意思確認をする役割を医師から引き受けた。

患者が真意を話しやすい環境や対象に合わせた病状説明方法を検討し、OCNSが鎮静の説明を行い患者の希望を確認した。家族と話したいという患者の希望を尊重し、鎮静はせず家族が揃うのを待った。家族とも面談し、状況を理解した家族からは最期に子供を立ち会わせたいとの思いが表出され、子供をすぐに呼び寄せた。そして家族全員が見守る中で患者は永眠された。後日デスカンファレンスを開き、患者本人の意思確認の必要性について振り返りを行った。

事例3：意思決定に寄り添い間欠的鎮静が開始されたが、期待されていたものとは異なる状況に困惑する患者・家族－医療者間の倫理調整

急激な呼吸苦の悪化に患者は鎮静を希望し、患者・家族は別れの言葉を交わした。OCNSは、鎮静に対する意思決定の局面に寄り添う家族にも意識を向け、死が近いことを意識した患者の不安な気持ちに寄り添い、患者の中で揺れ動く相反する2つの思いを顕在化し患者の言葉の裏にある真意を捉えた。

鎮静に至る時期は、医療者としても方針の意思決定の時期である。医療者間で気持ちを1つにして方針決定することが重要である。ケアの倫理、関係性の倫理が個人の価値観に及ぼす影響をふまえ、鎮静の是非に関するOCNS自身の意見は持ちつつ、パワーの認識からOCNSは中立の立場をとり調整にまわった。やがて鎮静が開始されたがなかなか効果が得られず、期待された状況とは異なり患者・家族は困惑した。OCNSも想定外の状況を受けとめ、皆で決定し実施されたことを尊重し新たな方略を検討した。OCNSは医師へ薬剤の提案をし、患者に付き添う医師を見守りプロセスをふまえ評価した。

事例4：関係者の過度な緊張と不確かな状況下での心肺蘇生の現場における医療者間の思いや方針、家族ケアを含めた倫理調整

心肺停止状態にある患者搬送の連絡を受け、OCNSは家族ケアの必要性もふまえリリーフ看護師を連れ現場へ向かった。そこでは蘇生処置が行われていたが、看護師は患者・家族の全体像を理解できず、医師に方針（意図）を聞くことができないまま時間が流れていた。医師が行う胸骨圧迫はご遺体の損傷を最小限に留める配慮の下で実施され、家族は1人残され混乱していた。

関係者の過度の緊張と不確かな状況下で、OCNSは医療チームで治療方針が明確になっていないこと、家族の受容過程が進められないという潜在する倫理的問題を察知した。OCNSは医師の思いをふまえた方針を皆が理解し行動できるよう、皆の前で医師に方針を確認した。また今後死の宣告がなされることを予測し、現場で対応する医療者数やスキルを考慮しOCNS自ら家族の状況と意思確認を行い、家族ケアを代行した。その後現場の看護師が遺族ケアを行えるよう支援しケアを引き継いだ。

その時その場所で必要なケアが提供できるスキルの重要性から、見出された課題と現状での対応の限界をふまえ、OCNSは組織内でのシステム化の必要性やその難しさも考えていた。まずは緩和ケアチームケースカンファレンスで、救命処置の意思決定支援に関連した問題を顕在化した。そして包括的な患者サポートシステムの必要性から、緩和ケア委員会で現状のがん医療の問題点について意見交換をした。

IV. 倫理的配慮

事例検討会主催責任者と研究参加者に研究について文書と口頭で説明し、了承を得て研究を実施した。事例検討会を録音しデータとするが、データの匿名化、プライバシー保護、資料や録音データは本研究のみに使用し使用後は廃棄・シュレッダー処理すること、事例検討会への参加は自由で通常通りの参加で構わないこと、学会や学会誌等での公的発表について説明し、参加者の承諾を得て事例検討会を開催した。事例検討会では、患者情報や登場する医療従事者は既に匿名化されており、録音データにも患者・家族、医療従事者等の個人情報には含まれていない。公的発表につき東京医科歯科大学統合教育機構倫理審査委員会（C2023-028）の承認を得た。

V. 結 果

事例検討会には10名のOCNSが参加した。認定更新前が4名、更新回数1回が2名、更新回数2回が2名、更新回数3回が2名であった。事例検討会参加者には各回の事例提供者を含む。

1. OCNSの倫理調整における視点と方略

4つの倫理調整事例の事例検討会を分析した結果、229の視点のコードから42のサブカテゴリー、140の方略のコードから31のサブカテゴリーに分類され、11の視点と方略に集約された。

【 】はカテゴリー、＜ ＞はサブカテゴリーを示す。(表1参照)

視点1【時間的猶予のない臨床場面における表面化していない倫理的問題発生の可能性】

OCNSは急速に変化する患者の病状や、望んだ鎮静と異なる状況に困惑する患者など＜患者が今おかれている状況＞と、その状況に動揺し困惑する＜家族の反応＞、そして治療の妥当性や適切性、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定を受けて心肺蘇生法を行わないこと、日本救急医学会, 2023)を得ていない状況など＜患者・家族への医療提供体制＞に目を向け、今後の動向と背景を含む未だ表面化していない＜患者・家族にもたらされる倫理的問題発生の可能性＞を捉えていた。

方略1【瞬時に情報を収集し状況把握、先を予測した上で状況を判断し調整を開始する】

直接ケアをしながらトータルペインを分析し、患者の行動・言動の変化を捉え患者が感じている苦痛の程度を判断、自ら家族の反応を確認して医師に方針を確認するなど＜瞬時に自ら情報収集しケアの必要性を含め状況を把握＞し＜先を予測して速やかに調整を開始＞した。

視点2【時間が限られている中で患者がおかれた状況をふまえ、患者・家族の反応とケアの必要性和重要性】

診断や治療、意思決定に関する経過、現在までのがんとともに生きた軌跡をふまえた患者・家族の様子、患者の希望で中止した治療が再開された背景など、時間が限られた中で意図的に＜現状に至るまでの経緯や背景＞＜患者をとりまく人々の関係性＞＜患者のおかれた状況に関する患者・家族の思い＞に意識を向けていた。そして＜現状に対する患者・家族の様子＞を客観的に捉え、誰にどのようなケアが必要か＜ケアの必要性和その重要性＞を思考していた。

方略2【患者・家族に対する必要なケアを瞬時に判断し提供する】

＜必要なケアを瞬時に判断して環境調整をすすめる、OCNSが行うケアと他者に依頼するケア内容・タイミングを見極め、選定＞では、OCNSが鎮静の説明を行い患者の希望確認や家族の受けとめを直接確認した上で、これまでの経過や患者・家族らしさをふまえ、本人の希望を家族へ伝えた。患者の中の相反する思いを顕在化し承認もした。患者と共に方針決定し、患者-家族のやりとりに寄り添い＜OCNSが直接説明し患者・家族それぞれの希望を確認、患者-家族間の思いをつなぐ＞＜家族の心理状態を把握し、寄り添い、労う＞＜患者・家族の意思決定を擁護する＞を行っていた。

視点3【現実味を帯びる倫理的問題となる要因】

家族の行動から家族の現状認識に疑問をもつなど＜患者・家族それぞれの認識＞や、医師間の方針の違いと関係性、医師へ方針を聞けない状況とご遺体の損傷を最小限に処置する医師など＜医師の見解＞、意思決定パターンを分析し、倫理原則に基づき患者・家族の意思決定に関わる必要性、面識が

ない中で意思決定支援を行う看護師の困難さなど＜意思決定支援の必要性和困難さの要因＞を意識していた。その上でがんとともに生きる中で自律した意思決定を行ってきた患者が自身の意思決定に不在という生命倫理の観点からの問題意識、身体症状や気持ちの状態と訴えが左右される患者の状況、鎮静に対する患者-医療者間の思いのズレと鎮静がかけられている現実、心肺蘇生を行う医師の意図に気づけず、蘇生の可能性がなく心肺蘇生することに倫理的ジレンマを抱く看護師など現実味を帯びる＜倫理的問題発生の可能性＞に目を向けていた。

方略3【倫理的問題となりうる要因を焦点化しながら、事前に対策を講じる】

＜倫理的問題発生を予測し行動しながら打開策を模索＞したり、問題提起や説明方法を医師に提案するなど、主治医-家族間を細やかに調整し＜倫理的問題発生 of 要因を焦点化し、打開策を講じ＞ていた。

視点4【治療方針に対する OCNS 自身を含めた医療者それぞれの思い・価値観】

ご遺体の損傷を最小限に処置する医師と処置の意味づけができないまま対応する看護師とのズレ、患者の鎮静に対する医師間での見解のズレや倫理的問題に気づきつつも介入できずやりきれなさを感じていた看護師、OCNS自身の感情・考えにも目を向け全体を捉えていた。誰が何をどう捉え解釈しているか、関係する＜医師の見解や行動＞＜看護師たちの思い・価値観＞そして＜患者中心の倫理調整における OCNS 自身の思考・感情・判断＞に目や意識が向けられた。

方略4【OCNS自身を含めた医療者それぞれの思いや判断を確認しながら価値観を顕在化する】

＜医師の判断を確認＞＜看護師の思考を確認＞し、個別に見解を確認してカンファレンスを行った。OCNSは自身の価値観を認識し、想定外の状況であっても医療チームで決定・実施されたことを尊重し＜OCNS自身をセルフコントロール＞し速やかに新たな方略を検討していた。

視点5【中立的な立場からの OCNS 自身を含む医療者それぞれの価値観の対立と行動】

＜医師の倫理的ジレンマ＞＜看護師の倫理的ジレンマ＞＜医療チームメンバーの倫理観や価値観＞、そして＜価値観に影響をもたらす背景と、個人の価値観が周囲に及ぼす影響＞＜医療者と患者・家族で異なる思い・考え＞＜個々の関係性＞を捉え、さらには倫理調整事例における＜OCNSの立ち位置＞も意識していた。

方略5【OCNS自身の立ち位置をふまえ各医療者間の価値の対立を調整する】

＜医師の倫理観・価値観を捉えながら共に方針を決定する＞、＜看護師の倫理観・価値観を捉えフォローする＞鎮静の是非に関する OCNS 自身の意見を持ちつつ、パワーの認識から自身の意見は述べずに中立の立場をとり調整にまわり＜OCNS自身の立ち位置を判断した上で調整を図る＞であった。

視点6 【意思決定までの時間の猶予とそれを取り巻く環境】

時間の猶予のなさを常に意識しつつ、医師からの説明を十分理解した上での意思決定なのか、意思決定プロセスを進めるための支援の必要性、支援すべきケアに対する医療チームの業務量や力量を見極め＜患者の病状変化と意思決定可能な時間の猶予＞＜患者を取り巻く環境＞、そして＜医療者の情報提供のあり様と意思決定への関与の仕方＞＜意思確認を担う OCNS の役割＞などに目を向けていた。

方略6【事例に合わせた方法で患者・家族の意思確認を行い、患者・家族、医療者と共同意思決定をする】

これまでの患者の生き方やがんの軌跡をふまえた患者・家族の意向、医療チーム間の意見や方針の調整など＜意思決定後に起こりうる懸念事項を予測する＞＜患者・家族・医療者の認識、価値観を明らかにした上で意思決定を支援＞した。そして OCNS の見解を医療チームに伝えるなど＜OCNS 個人の考えを伝え＞、患者のこれまでの人生や意思決定の仕方を考慮して、患者が真意を話しやすい環境や対象に合わせた病状説明方法を検討し＜意思決定するための情報と場を整え＞OCNS 自ら患者に鎮静の説明を行い患者の希望を＜OCNS 自ら意思確認＞していた。

視点7 【意思決定のプロセスの中で得られた医療チームメンバーと患者・家族の反応】

鎮静に対する患者－医療者間のズレ、潜在的に問題が生じていた現実など＜意思決定に関する場の背景＞を捉え、患者主体でない家族の意思決定プロセスへの関心、意思決定の結果だけでなく家族背景や意思決定プロセスを理解した上でのケアの重要性、そして患者に説明するのは医師だけの役割ではなく、OCNS にも重要な意思確認を行う役割があるとの医師の認識など＜医療者の価値や思い＞、死期が近いことを感じ患者に寄り添っている家族、闘病生活を振り返る中で変化する家族の思いや落ち着きを取り戻している家族の精神状態など＜患者の病状変化と残された時間、家族の反応＞、そして＜OCNS 自身の感情＞に目を向けていた。方略6に対する医療チームメンバーと患者・家族の反応を OCNS は意図的に見ていた。

方略7 【意思決定のプロセスの中で得られた医療チームメンバーと患者・家族の反応を確認し、肯定しながら意思決定を進める】

患者に付き添う医師を見守り、患者・家族ケアの適任者を選定した上で＜意思決定中の思いの揺らぎを肯定、支援する＞＜意思決定後の思いを吐露する場を設ける＞。そして医師への薬剤の提案や、医師から鎮静に関する患者の意思確認役割を引き受け、患者の真意を引き出す為医師の同席を避け OCNS と患者が2人で話すことを選択し＜状況に応じて OCNS 自ら提案し行動＞していた。

視点8 【ケアを提供している看護チームの実践力】

OCNS は時間の制約がある中でもスタッフを支援する思いを持ち、スタッフや看護チームの体制や状況・傾向などを評

価する為＜ケアを提供している担当看護師の経験年数、看護観、チーム内の立場、実践力＞＜看護チームの意思決定の傾向、メンバー構成、看護体制、課題、実践力＞に目を向けていた。

方略8 【ケアを提供している看護チームの実践力に合わせた支援・調整を行う】

OCNS は、必要なメンバーを選定してカンファレンスを行い、看護師らのジレンマを焦点化して倫理的問題に気づけるように投げかけ、個々の看護師へ支援を行った。更に新たに調整を要する問題の有無を判断し、＜担当看護師・看護チームの特性や課題に合わせた支援方法を選択＞していた。

視点9 【意思決定後に生じた患者・家族・医療者の価値の変化、意思決定の方向性】

＜意思決定後の患者の状況、反応＞＜意思決定後の家族の反応＞＜事例に関わった医療者と意図した方向性の結果＞に目を向けていた。

方略9 【意思決定後に生じた患者・家族・医療者の価値の変化、意思決定の方向性を確認する】

経過確認と永眠後の家族の反応を見届け、出棺に立ち会い家族の状況を確認、患者・家族の意思決定を擁護するなど＜意思決定後の家族の反応を確認＞し、対応した看護師を引き続きフォローアップする為＜意思決定後の看護師の反応を確認＞していた。

視点10 【関わったスタッフ・医療チームの成長】

受け持ち看護師や関わったスタッフの＜意思決定後の看護師の変化＞、本人の意思表示の言葉の意味や医療者と患者・家族の関係性の変化に気づきを得て＜振り返る機会を持つ必要性＞を意識し、看護チームの変容・成長である＜意思決定後の医療チームの変化＞に目を向けていた。見出された課題と現実的視点から、限界をふまえた上で組織としてシステム化を考える必要性と難しさ、その時その場所が必要とされるケアが提供できるスキルの重要性へと意識が向けられていた。方略10 【振り返りの場を設定し、スタッフや医療チームとケアの意味づけを行う】

スタッフのフォローアップや不全感を吐露する場としてデスカンファレンスを行い＜医療チームと成果を確認＞し、患者の状況に合わせ各医療者の思いを引き出し＜ケースカンファレンスを開催しそれぞれの思いを引き出しケアの意味づけを行う＞。重視していた事は、単に思いを語り合うのではなく“振り返り”つまり“フィードバックの場の設定”を意図した。

視点11 【倫理的調整が必要となった医療システムの潜在的要因】

DNAR に関連したあらゆる問題の存在、集学的な患者サポートシステムや院内全体でのリリーフ調整の必要性など＜現場の問題から医療システムとしての問題の見極め＞、緩和ケア委員会設立の経緯や位置づけ、委員長の立ち位置と組織の流れなど＜医療システムの問題解決につながる最も有効な場とリーダーの見極め＞に意識が向けられていた。

方略 11【医療システム上の潜在化している要因を顕在化する】
 ＜医療システム上の問題を病院委員会で検討することを意図し、ケースカンファレンスを開催する＞、委員会で現状の
 がん医療の問題点について意見交換を行い＜病院委員会ががん医療のシステムに関する問題点について検討＞していた。

表 1 11 の視点と方略

【 】 カテゴリー、サブカテゴリー
【 視点 1 時間的猶予のない臨床場面における表面化していない倫理的問題発生の可能性 】 ・急速に病態が変化している患者が今おかれている状況 ・患者がおかれている状況に対する家族の反応 ・急変している患者・家族への医療提供体制 ・死を目前とし患者・家族にもたらされる倫理的問題発生の可能性
【 方略 1 瞬時に情報を収集し状況把握、先を予測した上で状況を判断し調整を開始する 】 ・瞬時に自ら情報収集しケアの必要性を含め状況を把握する ・先を予測して速やかに調整を開始する
【 視点 2 時間が限られている中で患者がおかれた状況をふまえ、患者・家族の反応とケアの必要性和重要性 】 ・現状に至るまでの経緯や背景 ・患者をとりまく人々の関係性 ・患者がおかれた状況に関する患者・家族の思い ・現状に対する患者・家族の様子 ・ケアの必要性和重要性
【 方略 2 患者・家族に対する必要なケアを瞬時に判断し提供する 】 ・必要なケアを瞬時に判断して環境調整をすすめ、OCNS が行うケアと他者に依頼するケア内容 ・タイミングを見極め、選定する ・OCNS が直接説明し患者・家族それぞれの希望を確認、患者-家族間の思いをつなぐ ・家族の心理状態を把握し、寄り添い、労う ・患者・家族の意思決定を擁護する
【 視点 3 現実味を帯びる倫理的問題となる要因 】 ・患者・家族それぞれの認識 ・医師の見解 ・意思決定支援の必要性和困難さの要因 ・倫理的問題発生の可能性
【 方略 3 倫理的問題となりうる要因を焦点化しながら、事前に対策を講じる 】 ・倫理的問題発生を予測し行動しながら打開策を模索する ・倫理的問題発生を要因を焦点化し打開策を講じる
【 視点 4 治療方針に対する OCNS 自身を含めた医療者それぞれの思い・価値観 】 ・医師の見解や行動 ・看護師たちの思い、価値観 ・患者中心の倫理調整における OCNS 自身の思考・感情・判断
【 方略 4 OCNS 自身を含めた医療者それぞれの思いや判断を確認しながら価値観を顕在化する 】 ・医師の判断を確認する ・看護師の思考を確認する ・OCNS 自身をセルフコントロールする
【 視点 5 中立的な立場からの OCNS 自身を含む医療者それぞれの価値観の対立と行動 】 ・医師の倫理的ジレンマ ・看護師の倫理的ジレンマ ・医療チームメンバーの倫理観や価値観 ・個々の関係性 ・価値観に影響をもたらす背景と、個人の価値観が周囲に及ぼす影響 ・医療者と患者・家族で異なる思い、考え ・OCNS の立ち位置
【 方略 5 OCNS 自身の立ち位置をふまえ各医療者間の価値の対立を調整する 】 ・医師の倫理観、価値観を捉えながら共に方針を決定する ・看護師の倫理観、価値観を捉えフォローする ・OCNS 自身の立ち位置を判断した上で調整を図る
【 視点 6 意思決定までの時間の猶予とそれを取り巻く環境 】 ・患者の病状変化と意思決定可能な時間の猶予 ・患者の重要他者の思い、意思決定プロセス ・意思確認を担う OCNS の役割 ・患者を取り巻く環境（看護チームの力量・業務量・風土・医療者数など） ・医療者の情報提供のあり様と意思決定への関与の仕方
【 方略 6 事例に合わせた方法で患者・家族の意思確認を行い、患者・家族、医療者と共同意思決定をする 】 ・正確な情報を獲得する ・意思決定後に起こりうる懸念事項を予測する ・意思決定する為の情報と場を整える ・患者・家族・医療者の認識、価値観を明らかにした上で意思決定を支援する ・OCNS 個人の考えを伝える ・OCNS 自ら意思確認する
【 視点 7 意思決定のプロセスの中で得られた医療チームメンバーと患者・家族の反応 】 ・意思決定に関する場の背景 ・医療者の価値や思い ・患者の病状変化と残された時間、家族の反応 ・OCNS 自身の感情
【 方略 7 意思決定のプロセスの中で得られた医療チームメンバーと患者・家族の反応を確認し、肯定しながら意思決定を進める 】 ・意思決定中の思いの揺らぎを肯定、支援する ・意思決定後の思いを吐露する場を設ける ・状況に応じて OCNS が自ら提案し行動する
【 視点 8 ケアを提供している看護チームの実践力 】 ・ケアを提供している担当看護師の経験年数、看護観、チーム内の立場、実践力 ・看護チームの意思決定の傾向、メンバー構成、看護体制、課題、実践力
【 方略 8 ケアを提供している看護チームの実践力に合わせた支援・調整を行う 】 ・担当看護師・看護チームの特性や課題に合わせた支援方法を選択する
【 視点 9 意思決定後に生じた患者・家族・医療者の価値の変化、意思決定の方向性 】 ・意思決定後の患者の状況、反応 ・意思決定後の家族の反応 ・事例に関わった医療者と意図した方向性の結果
【 方略 9 意思決定後に生じた患者・家族・医療者の価値の変化、意思決定の方向性を確認する 】 ・意思決定後の家族の反応を確認する ・意思決定後の看護師の反応を確認する
【 視点 10 関わったスタッフ・医療チームの成長 】 ・意思決定後の看護師の変化 ・意思決定後の医療チームの変化 ・振り返りの機会を持つ必要性
【 方略 10 振り返りの場を設定し、スタッフや医療チームとケアの意味づけを行う 】 ・ケースカンファレンスを開催し看護師それぞれの思いを引き出しケアの意味づけを行う ・医療チームと成果を確認する
【 視点 11 倫理調整が必要となった医療システムの潜在的要因 】 ・現場の問題から医療システムとしての問題の見極め ・医療システムの問題解決につながる最も有効な場とリーダーの見極め
【 方略 11 医療システム上の潜在化している要因を顕在化する 】 ・医療システム上の問題を病院委員会で検討することを意図し、ケースカンファレンスを開催する ・病院委員会ががん医療のシステムに関する問題点について検討する

Ⅵ. 考 察

1. OCNS の倫理調整における視点と方略

11 の視点と方略が見出されるまでに 229 の視点のコードと 140 の方略のコードが抽出されたが、方略のコードと比べ視点のコードが遥かに多い。また 11 の視点と方略は対となり見出されたが、1 つの視点から 1 つの方略をとり完結させてから次の視点や方略に移るのではない。視点 1・方略 1 倫理的問題の予測から情報収集を行うとほぼ同時に視点 2・方略 2 患者・家族に対するケアの必要性の見極めとケアの実施を思考し行動するなど、多くの視点に目や意識を向けながら瞬時に情報を統合し、最善の方略を判断し行動していた。さらに時をおかず、次なる必要な情報収集を意図して他の視点に目や意識を向けている。その軌跡は前後の視点・方略と関連し合い時には同時に速やかに展開し、必要であれば前の視点や方略に戻り再確認も行い、複雑な中でも慎重かつ確実に展開されていた。井部・大生（2015, p.172）は、専門看護師の事例は一般化されない特殊なニーズや現象に対する取り組みで複雑に展開し、思考と実践がほぼ同時に行われているかのように絡み合い、その変化の中で思考と実践もさらに変化させ展開していくとしている。OCNS の倫理調整における視点と方略を分析した結果、そこには専門看護師だからこそその実践が確かに存在し、OCNS の倫理調整のスキルの一つであることが示唆された。

OCNS の倫理調整を概観すると、視点 1・方略 1 から視点 11・方略 11 に向け段階的にプロセスを経ている。特に視点 1・方略 1 から視点 6・方略 6 までは意思決定の合意に向かうまでのプロセスであり、視点 7・方略 7 で事例に関わる全員の合意が得られるとその先のプロセスへと加速して進み、終盤の視点 10・方略 10 では振り返りの場も設定していた。これは Purtilo & Doherty (2011)（中村, 江川 2017, p.344-345）が提案した“情報収集”“倫理的問題のタイプを識別”から“代替手段の探索”“行為を完遂”し“プロセスとアウトカムの評価”に至る倫理的意思決定における段階的アプローチに相似している。また井部・大生（2015, p.172）は専門看護師の思考と実践の概念化の中で、プランニング・ケアリング・コーディネート の 3 つのプロセスがらせんのように絡み合っていて展開し、リフレクション・プロセスは 3 つのプロセス全体に浸透するよう存在するという。OCNS が行う倫理調整は、段階的にプロセスを経て進められていることが明らかとなった。

2. 視点と方略からみる OCNS による倫理調整の特徴

4 つの倫理調整事例は蘇生処置や鎮静に関するがん終末期のもので、どれも時間的猶予のない中で瞬時の判断が求められる倫理調整であり、OCNS は常に「時間的猶予」に目や意識を向けていた。専門看護師が行う終末期の倫理調整の研究には、集中治療室で終末期に至った CCNS の倫理調整（伊藤ら, 2014）がある。集中治療の場は救命を使命とするが、重

症であればあるほど高度な集中治療を継続しても救命困難な場合があり（平澤, 2009）、時間的猶予のなさでは CCNS の倫理調整と共通する。しかし、疾患や経過など背景は極めて異なる。CCNS の倫理調整は「終末期に至る予測と積極的治療の限界を見極める」や、患者の意思確認が難しい状況下で家族の代理意思決定支援にも焦点が当てられていた。一方がん患者は、がんと診断された時から終末期に至るまで、事ある毎に死が脳裏をよぎる経験をし、幾度となく自身の価値観を見つめ意思決定を行ってきている。だからこそ視点 2・3 や方略 2・6 にあるように、どんなに時間が限られた状況下でも、患者のこれまでの人生やがん闘病の経過、がんとともに生きた軌跡を大切に意思決定の仕方を考慮し、対象に合わせた病状説明方法を検討するなどしていた。OCNS は、「死の直前までがんとともに“生きる”過程であり、身体的な機能は失われてもその人であることは失われない」（近藤, 久保, 2019, p.4）がんサバイバーシップの概念を基に、がんとともに歩んできた患者とその人生を尊重する姿勢を持ち、がん患者の軌跡をふまえ倫理調整をしている。そして、患者の意思尊重が中心にあり家族ケアへとつながっていることが特徴的である。予測される倫理的問題の要因を焦点化し、大きな倫理的問題へ発展しないよう視点を張り巡らせ、如何なる状況下でも患者・家族にとり最善な方略を実践していた。

「振り返りの場を設定」では、事例を振り返り各医療者が持つ価値観や思いを語る場を提供し、実施したケアの意味づけができるよう意図的な投げかけが行われている。これは山内ら（2023）も、倫理調整プロセスの中の「振り返りの場」は、専門看護師役割の「教育」が連動する場で意図的に組み込まれているとしている。OCNS は、今後の倫理的課題における実践と医療チームの成長に向け、学びの場となるよう働きかけていた。

3. 立場・ポジションによる倫理調整の範囲と倫理的問題解決に向けた方向性

視点 11. と方略 11. にあるように、OCNS の立場・ポジションにより調整範囲にも違いが生じていた。その背景には OCNS としての視野の広さを前提に、組織の規模、組織内での OCNS の立場やポジションが関与すると考えられた。病棟所属の OCNS は部署内での実践が多く、管理職や組織横断型で活動する OCNS は院内全体をフィールドとし調整範囲も拡大する傾向にある。専門看護師は「対象者の課題に向き合うとき、問題解決の方向性が個に向かうのか、組織や集団へと向かうのか、状況に応じてマクロ的な見方とミクロ的な視点を連動させながら現象を捉えている」（井部, 大生, 2015, p.173）。立場や活動範囲により調整範囲は異なり、活動範囲の拡大と共に調整範囲も拡大すると考えられた。一方、視点 3～7・方略 3～5 にみられたように、OCNS はどの事例でも大きな問題に至らぬよう速やかに対策を講じ、患者の意思尊重という患者中心の倫理調整を行う中で OCNS 自身の立ち位置も判断しながら背景や取り巻く環境を捉え、家族を含

めた患者アウトカムを大切に全体を捉えた調整を行っている。OCNSとしての経験知や立場・ポジションは異なっても倫理的問題解決に向けて軸となる思いや方向性は同じであった。

4. 看護への示唆

Hamricら(2014, p.328/2017, p.330)は、問題の複雑さが増すにつれ、APNの役割は複雑で困難な道徳的な問題の発見、検討、解決において特に重要であり、倫理的意思決定のスキルはAPNのコアコンピテンシーのひとつであると述べている。また「倫理的問題への発展を防ぐことも急性期病院における専門看護師に特徴的な実践知である」(山内ら, 2023)という。臨床では、顕在化した倫理的問題は難しい問題として位置付けられ、反対に、潜在する倫理的問題を察知し未然に倫理調整したものは重大な倫理的問題への発展を免れ、支援の成果として認識されることは極めて少ない。今回OCNSの倫理調整における視点と方略が見出され、それらの関係性やプロセスからOCNSの倫理調整のスキルが明確となった。さらにOCNSが行う倫理調整の特徴を明確に可視化できたことは大変意義深いと考える。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、事例検討会の内容が時間的猶予のない中でのがん終末期の蘇生処置や鎮静に関する倫理調整に限られていたことである。倫理調整場面には治療方針の意思決定や療養場所の選択等様々な場面があり、あらゆる倫理調整場面について研究していくことが今後の課題となる。

VII. 結 論

1. 10名のOCNSが参加した4つの倫理調整事例検討会を分析した結果、229の視点のコードと140の方略のコードから、11の視点と方略が明らかとなった。前後の視点・方略と関連し合い時には同時に速やかに展開し、複雑な中でも慎重かつ確実に、そして段階的にプロセスを経て進められていくことがOCNSによる倫理調整のスキルとして示唆された。
2. OCNSが行う倫理調整では、時間的猶予に常に意識を向けながらも、がんとともに歩んできた患者とその人生を尊重する姿勢を持ち、がん患者の軌跡をふまえた倫理調整が特徴的で、患者の意思尊重が中心にあり家族ケアへとつながっている。
3. OCNSの立場・ポジションにより調整範囲は拡大するが、倫理的問題解決に向けて軸となる思いや方向性は同じである。

本研究にご協力下さいました研究参加者、協力者の皆様に心より御礼申し上げます。なお本研究の一部は第25回・第26回日本がん看護学会学術集会で発表したものである。本論文に関して開示すべき利益相反はない。

VIII. 引用文献

- Hamric, A. B, Hanson, C. M, Tracy, M.F, O'Grady, E. T, (2014). *ADVANCED PRACTICE NURSING: An Integrative Approach*, 5th EDITION.
- 平澤博之. (2009). 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. *ICUとCCU*, 33 (11), 793-794.
- 井部俊子, 大生定義 (監修). (2015). *専門看護師の思考と実践*. 医学書院.
- 伊藤真理, 栗原早苗, 樽松久美子, 多田昌代, 戸田美和子. (2014). 集中治療室で終末期に至った患者に対する急性・重症者看護専門看護師の倫理調整. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 10 (3), 11-21.
- 川村三希子, 齋若奈, 古都昌子, 矢野祐美子, 菊地ひろみ, 石岡明子, 田中いずみ. (2020). 倫理的感受性のアセスメントの視点と倫理的感受性を育むアプローチ がん看護専門看護師の倫理調整場面から. *SCU Journal of Design & Nursing*, 14 (1), 3-12.
- 近藤まゆみ, 久保五月 (編). (2019). *がんサバイバーシップ, がんとともに生きる人びとへの看護ケア* (第2版). 医歯薬出版.
- 久世宏美. (2018). 胎児疾患を指摘された母親への意思決定支援と専門看護師の役割. *愛仁会医学研究誌*, 49, 79-81.
- 中村美鈴, 江川幸二 (監訳). *高度実践看護: 統合的アプローチ*; 5版. へるす出版. (2017)
- 日本看護系大学協議会 JANPU (2023.12) *高度実践看護師情報* (CNS/NP).
<https://www.janpu.or.jp/activities/committee/cnsnp>
- 日本救急医学会 (2023.12) *医学用語解説集*.
<https://www.jaam.jp/dictionary/dictionary/word/0308.html>
- Purtilo, R. B. & Doherty, R. F. (2011). *Ethical dimensions in the health professions* (5th ed.) Elsevier/Saunders.
- 戸田美和子 (2014). 若年拡張型心筋症患者の末期心不全における倫理調整の実践. *倉敷中央病院年報*, 76, 171-175.
- 鶴若麻理, 長瀬雅子 (編). (2022). *看護師の倫理調整力 専門看護師の実践に学ぶ* (第2版). 日本看護協会出版会.
- 山内典子, 塚田亜矢子, 渡邊直美, 近藤直子, 内田邦子, 三村千弦, 安田妙子, 池田真理. (2023). 急性期病院における専門看護師による倫理調整の実践知の探求. *木村看護教育振興財団看護研究集録*, 30, 40-64.

◇ 原 著 ◇

就労している下肢リンパ浮腫患者の
セルフケアにおける困難と対処池田彩乃^{1)*}, 中村千秋¹⁾, 坂井さゆり²⁾, 星野織江¹⁾

目的: 就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処を明らかにし、看護援助の示唆を得ることとした。

方法: 婦人科がん術後でリンパ浮腫外来に通院中の就労している 18～64 歳に半構造的面接を行い、質的統合法 (KJ 法) で分析した。

結果: シンボルマークとして『職場環境によっては対処に困る』『自分なりの対処法をもつ』『職場に詳しくは伝えにくい』『頼れるところをもつ』『リンパ浮腫と上手く付き合っていく』『周囲の理解が必要』が抽出された。

結論: 下肢リンパ浮腫患者はセルフケアを行っていても就労によるリンパ浮腫悪化、職場への伝えにくさを困難として抱えていた。下肢リンパ浮腫患者は頼れる場をもち、セルフケアを習慣化し、リンパ浮腫と付き合っていくという対処をとっていた。また、リンパ浮腫外来はセルフケア継続にあたり情緒的支援、職場への告知において頼れる場としての役割があることが示唆された。

【キーワード】 就労、リンパ浮腫、セルフケア、困難、対処

I. はじめに

婦人科がんの治療法の一つである手術後の合併症として、排尿障害や卵巣欠落症状、リンパ浮腫などが挙げられる。リンパ浮腫発症の原因は手術や放射線療法などのがん治療が多くを占めており、下肢リンパ浮腫の 77% が婦人科がん術後に生じている (平井, 2009, p8)。

リンパ浮腫治療の中心は、スキンケアや用手的リンパ誘導マッサージ、圧迫療法、圧迫下での運動を組み合わせた複合的理学療法であり (平井, 2009, p44)、セルフケアが必要不可欠である。発症すると通常根治を期待できないため、継続的な治療が必須であり患者のライフスタイルや理解力、嗜好、経済状態など種々の因子を考慮して治療を選択する必要がある (古谷, 2014, p8)。2016 年度よりリンパ浮腫複合的治療料の加算が可能となり、術後合併症のフォローも継続して行われるような動きがみられている。A 施設では婦人科リンパ浮腫外来を開設し、リンパ浮腫を発症した患者に対してセルフケア指導を中心とした診療を行っている。年々医療の進歩

により 5 年相対生存率は上昇してきている (Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, 2020) ことから、合併症と付き合いながら患者が生活できるような支援が必要であるといえる。

A 施設の婦人科リンパ浮腫外来に通院する患者の多くが手術や化学療法などの治療を終えて経過観察をしている状態にある。そのため、治療が中心であった生活から今までの生活へと次第に移行し、社会的役割が拡大していくと予測される。子宮頸がん患者の就労実態の先行研究では、就労者の 53.3% がリンパ浮腫をかかえていることが示されている (飯島ら, 2021)。就労継続上の困難として、「立ち仕事やデスクワークを行うと、リンパ浮腫による下肢の重さ・だるさ・痺れが辛い」や「下肢リンパ浮腫にともなう外観の変化が辛い」といった就労への支障が明らかになっている (木全ら, 2021)。また、女性特有の疾患故に異性である男性の上司や同僚の多い職場環境で、病気について打ち明けられずにいる実態が明らかになっていること (近藤, 2019; 佐藤ら, 2016) から、リンパ浮腫患者が働く上では身体的・精神的だけではなく社会的にも影響があるといえる。

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 7 月 22 日

1) 新潟大学医歯学総合病院 2) 新潟大学大学院保健学研究科

* E-mail: ayanoike.zh7.nuh@niigata-u.ac.jp

先行研究では、「下肢リンパ浮腫に対するセルフケアは面倒であり、継続が困難である」と示されており（木全ら, 2021）、セルフケアを継続的に行うとなると、就労によりセルフケアにかかる時間が限られてしまうことや、業務内容や職場環境などによっては仕事中に圧迫療法などのセルフケアを行う難しさがあると考えられる。しかし、就労している下肢リンパ浮腫患者のみを対象とした先行研究はなく、リンパ浮腫の病期やセルフケア状況、就労状況に応じたセルフケアにおける困難と対処は十分に明らかになっていない。これらを明らかにすることで、より患者の生活に即したセルフケアの提案や情報提供が可能になり、就労しながらセルフケアを行っていくための支援へとつながり、下肢リンパ浮腫患者が就労を継続できる一助になると考えられる。

Ⅱ. 目 的

就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処を明らかにし、下肢リンパ浮腫患者に対する看護援助の示唆を得ること。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

セルフケア：就労している下肢リンパ浮腫患者がリンパ浮腫治療のために日常生活で実施している行動とし、その正誤は問わない。

困難：就労している下肢リンパ浮腫患者がセルフケアを行う上での、身体的・社会心理的な支障や悩み。

対処：就労している下肢リンパ浮腫患者が、上記の困難に対して行っている行動的・認知的取り組み。

2. 研究デザイン

インタビューガイドを用いた半構造的面接による質的研究。

3. 研究対象者

婦人科がん術後でA施設にて婦人科リンパ浮腫外来に通院しており、現在就労している18歳～64歳の研究参加の同意が得られた者。現在化学療法や放射線治療を受けている者、また全身状態が安定していない者はそれらの症状による就労への影響があることが考えられるため除外した。

4. データ収集期間

2023年2月～5月

5. データ収集方法

インタビューガイドに基づいて、30～45分程度でインタビューを行った。質問内容は主に、就労状況、職場への告知状況、就労に関連したセルフケア上の困難と対処とした。インタビューの内容は、研究対象者に同意を得たうえでICレコーダーに録音した。

6. 分析方法

インタビューによって得られたデータは、質的統合法（KJ法）により分析した（山浦, 2012, p28-77）。対象者別に逐語録を作成し、就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケア

における困難と対処に関する内容を元ラベルとして抽出した。意味内容の類似性から元ラベルを2～4枚程度で集め、集まったラベルの全体感を一文で表現した表札を作成した。表札が5～6個になったところを最終段階とし、同様の作業を繰り返した。最終表札のエッセンスを凝縮したシンボルマークを作成し、それぞれの関係性を探りながら空間配置し、関係記号を記載した見取り図を作成した。見取り図に合わせて、シンボルマークに関係記号の添え言葉を加えてストーリー化し、浮かび上がった構造を解説する結論文を作成した。その後、見取り図をもとに元ラベルまで展開し、全体像を示した本図解を作成し、これらをもとに結果を叙述化した。対象者全員分を分析後、それぞれの最終表札から個別的な意味内容が損なわれない1つ前の段階に戻し、表札が5～6個になるまで個別分析と同様に作業を繰り返した。全体においても、シンボルマークや見取り図、本図解の作成を行った。分析過程においては、質的統合法経験のある研究者に助言を受け、研究の妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

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2022-0261）。対象者に対して診療に関与しない研究者が研究の趣旨を説明し研究協力の同意を得た。同意を得る際は協力の有無により不利益を被ることがないこと、撤回の自由を説明し、研究対象者の任意性を守り、強制力が働かないように配慮した。インタビューはプライバシーが確保された個室で行い、個人情報を含むデータは研究対象者および関係者が特定されないように氏名や年齢を削除し記号に置き換えた。これらは研究者以外が取り扱うことができないように、鍵のかかる場所で厳重に保管を行い個人情報保護に配慮した。また、研究結果は匿名性を確保の上公表することを説明し同意を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者概要（表1）

研究参加者は30～50歳代の女性5名で、リンパ浮腫罹患年数は2～12年、就労を開始してから勤続期間は、発症前から就労を継続している1名は16年、発症後から就労を開始した4名は半年～9年であった。

2. 分析結果

就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処として、A氏は23個の元ラベルから6個の最終表札を、B氏は20個の元ラベルから5個の最終表札を、C氏は17個の元ラベルから6個の最終表札を、D氏は21個の元ラベルから6個の最終表札を、E氏は20個の元ラベルから6個の最終表札を、全体統合は61個のラベルから6個の最終表札を抽出し、見取り図、関係記号とその凡例、結論文をそれぞれ図1～6に示す。また、以下、職場に詳しく説明をしていたA氏と説明をしていなかったD氏を取り上げ、全体と合わせて見取り図をもとに文章化した叙述化を示し、叙述化

ではシンボルマークを『 』で表す。

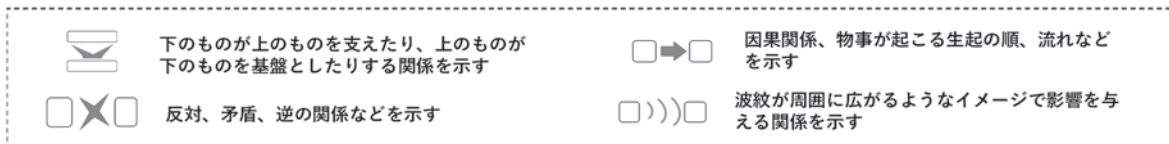
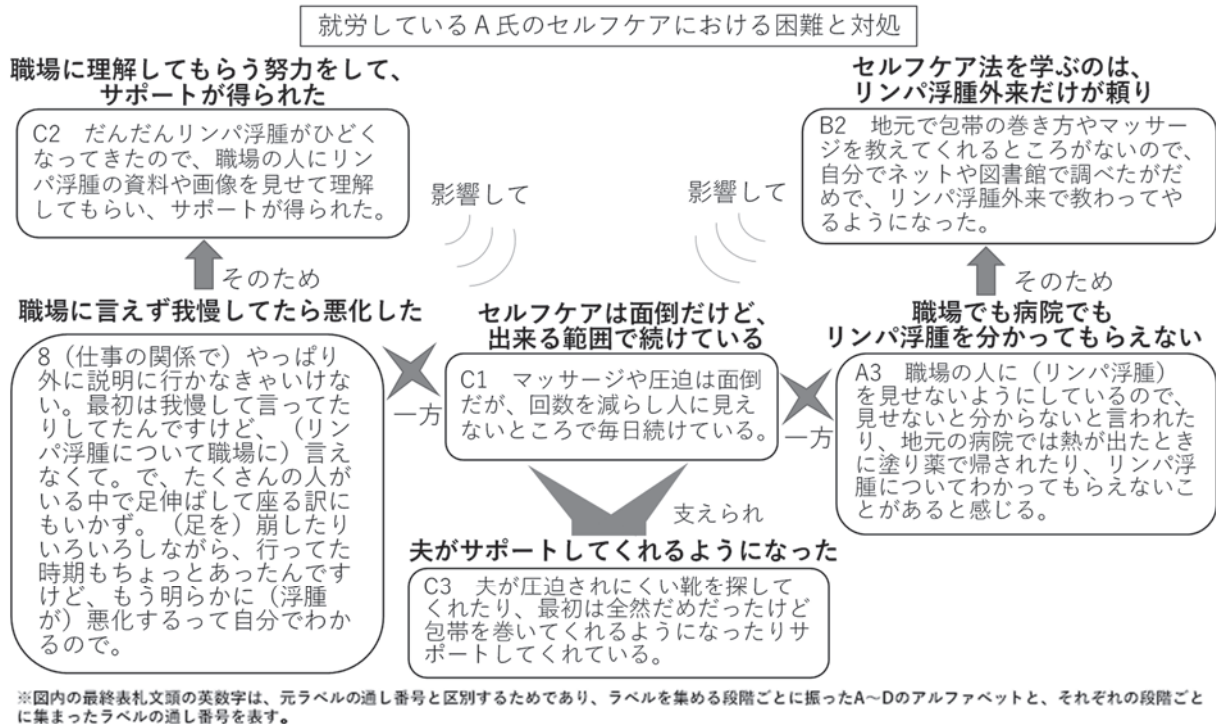
1) 個別分析例：就労しているA氏のセルフケアにおける困難と対処（図1）

A氏は『セルフケアは面倒だけど、出来る範囲で続けている』一方で、『職場に言えず我慢していたら悪化した』。誰にでもある浮腫という言葉では伝わらなかったため、診断書やタイツの指示書、図書館の本の画像を見せ、正座の会場は行

けないが、椅子の会場は行けることを伝え『職場に理解してもらおう努力をして、サポートが得られた』。もう一つの側面として、職場ではリンパ浮腫を見せないとわからないと言われてたり、地元の病院では浮腫の悪化時に塗り薬で帰されたり『職場でも病院でもリンパ浮腫を分かってもらえない』ため、ケアを教えてもらえる場所がなく、『セルフケア法を学ぶのはリンパ浮腫外来が頼り』になっていた。

表1 参加者概要

研究参加者	年齢	リンパ節郭清を伴う手術からの経過	リンパ浮腫罹患年数	婦人科リンパ浮腫外来通院年数	浮腫部位 重症度	就労状況				職場への告知状況	
						職業	勤続期間	就労頻度	平均労働時間	病名	リンパ浮腫
A	40代	12年1カ月	12年1カ月	5年9カ月	右下肢Ⅰ 左下肢Ⅱ	事務	16年	週5日	8時間	○	○
B	30代	11年0カ月	11年0カ月	9年10カ月	右下肢Ⅱ	製造業	9年	週5日	8時間	×	×
C	50代	5年10カ月	5年9カ月	5年9カ月	右下肢Ⅲ	製造業	6か月	週4～5日	5時間	×	△（一部のみ告知）
D	30代	3年9カ月	3年7カ月	3年7カ月	左下肢Ⅰ	工場勤務	1年	週5日	4時間	×	×
E	40代	2年2か月	2年2か月	1年8か月	右下肢Ⅰ 左下肢Ⅱ	事務	6か月	週5日	7時間	×	×



結論

A氏は「セルフケアは面倒だけど、出来る範囲で続けている」。一方で、「職場に言えず我慢していたら悪化した」ため、「職場に理解してもらおう努力をして、サポートが得られた」。もう一つの側面として、「職場でも病院でもリンパ浮腫を分かってもらえない」ため、「セルフケア法を学ぶのはリンパ浮腫外来が頼り」になっている。

「職場に理解してもらおう努力をしてサポートが得られた」や「セルフケア法を学ぶのはリンパ浮腫外来が頼り」が影響して「セルフケアは面倒だけど、出来る範囲で続けている」。また、これらのことは、「夫がサポートしてくれるようになった」ことに支えられている。

すなわち、この事例から浮かび上がってきた就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処は、「職場や病院の無理解や我慢による悪化を経て、支援者の存在や自己開示によるサポートを獲得し、夫のサポートも受けながらセルフケアを可能な範囲で続ける」という理論構造をもつといえよう。

図1 就労しているA氏のセルフケアにおける困難と対処

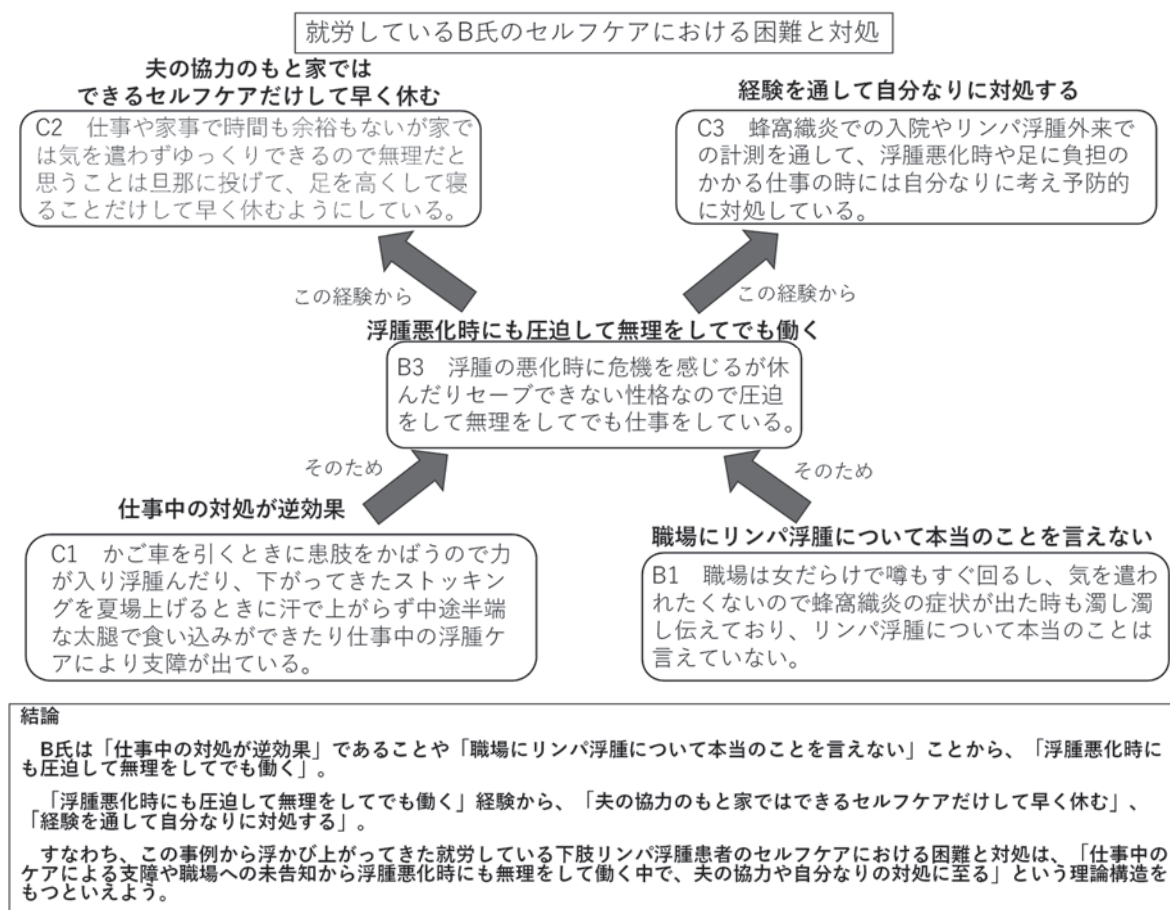


図2 就労しているB氏のセルフケアにおける困難と対処

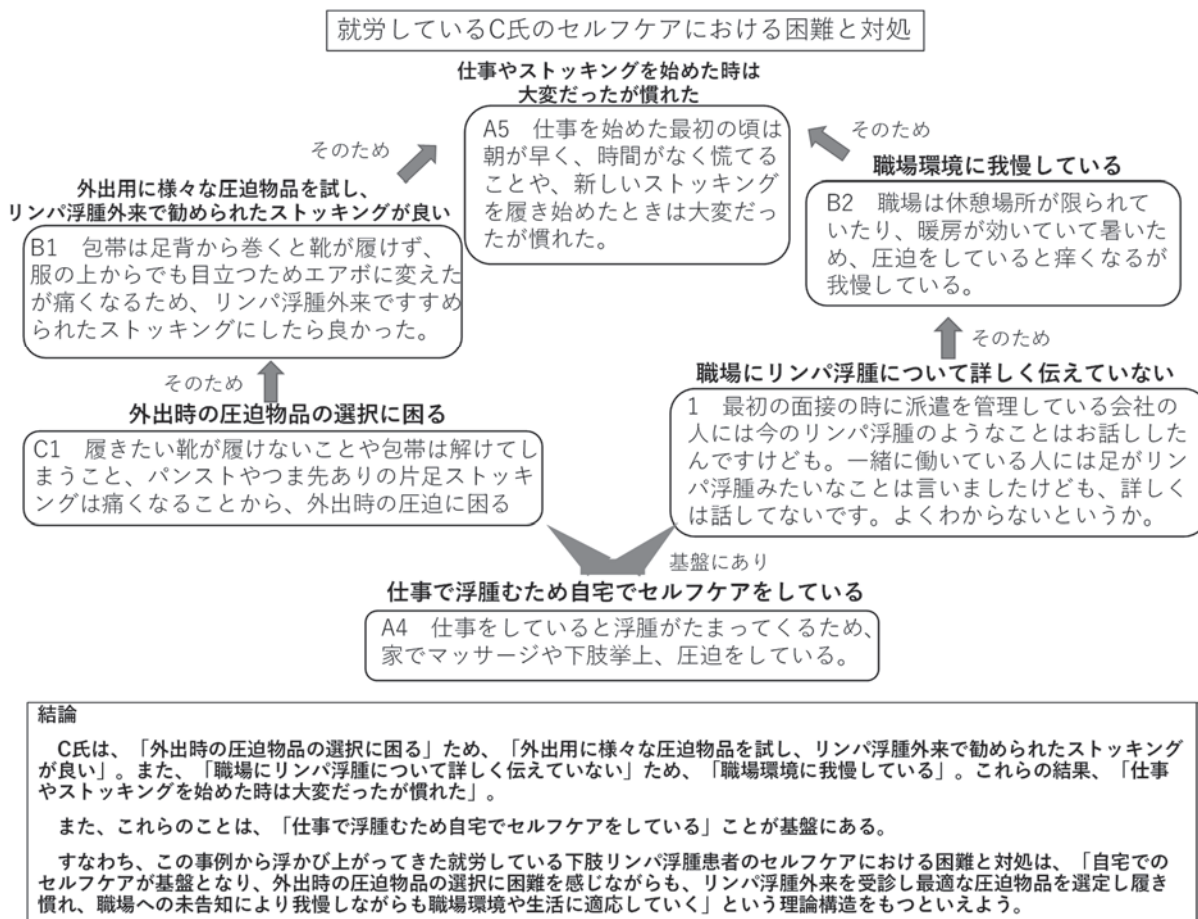


図3 就労しているC氏のセルフケアにおける困難と対処

職場でサポートが得られたことやリンパ浮腫外来を頼りにすることが影響して『セルフケアは面倒だけど、出来る範囲で続ける』という対処につながっていた。また、これらのことは夫が圧迫されにくい靴を探してくれたり、以前まではできなかった包帯の巻き直しをしてくれるようになったり『夫がサポートしてくれるようになった』ことに支えられていた。

2) 個別分析例：就労しているD氏のセルフケアにおける困難と対処（図4）

D氏は、『浮腫が心配なため毎日ストッキングを履き、余裕がある時に追加でセルフケアをしている』。その一方で、『浮腫が心配なため、派遣で足に負担の少ない仕事を探すと苦勞する』、『仕事後に浮腫を実感する』、『ストッキングは不快感があり、手間や時間、お金がかかるため大変』という側面があった。そのため、リンパ浮腫やセルフケアについてインターネットで調べ、『SNSや患者会で情報収集や相談をしている』。また、これらのことは30代で婦人科系のがんであることや、がんという言葉に抵抗があり職場にどこまで話していいかわからないこと、話すことで就職できない可能性から『職場に病気やリンパ浮腫について伝えるべきか迷う』ことが根本にあった。

3) 全体統合：就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処（図6）

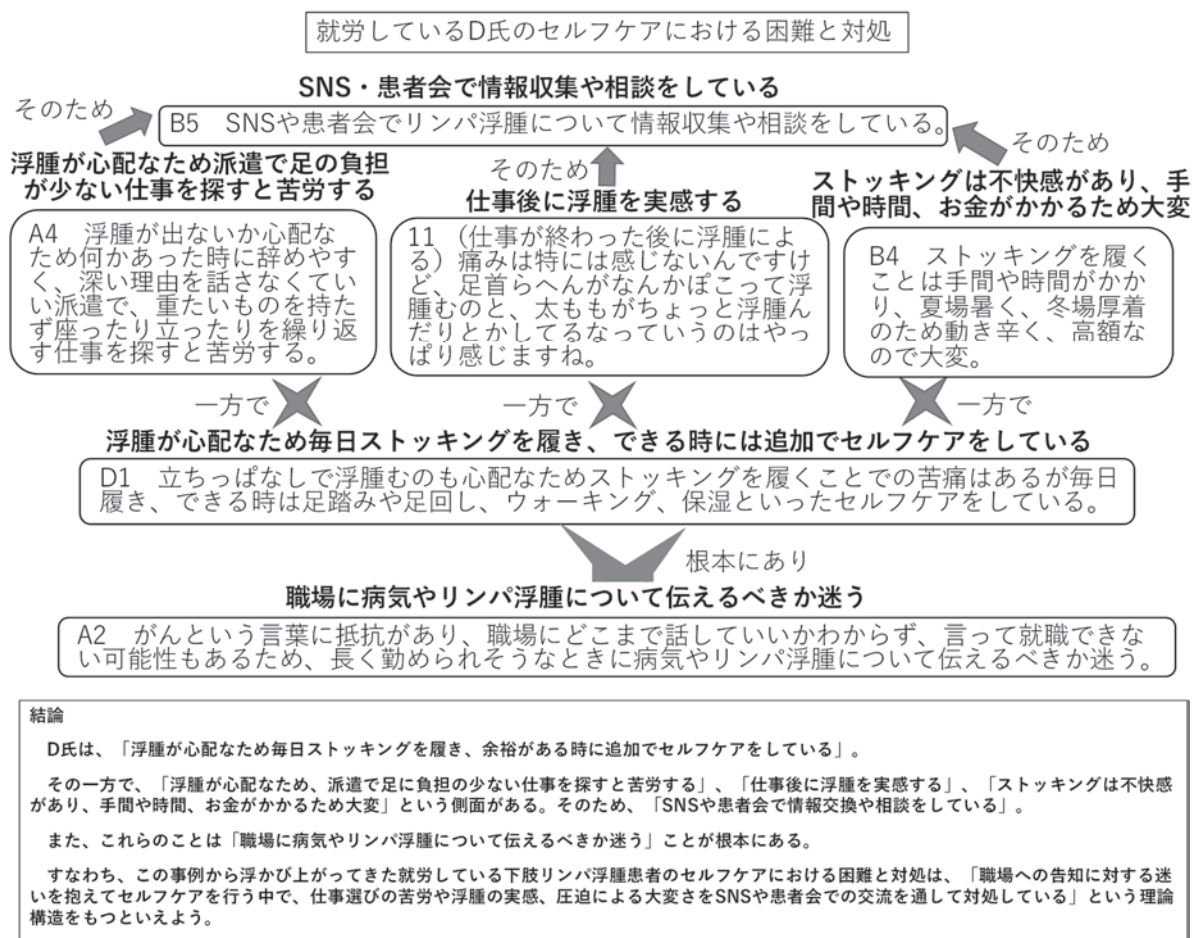


図4 就労しているD氏のセルフケアにおける困難と対処

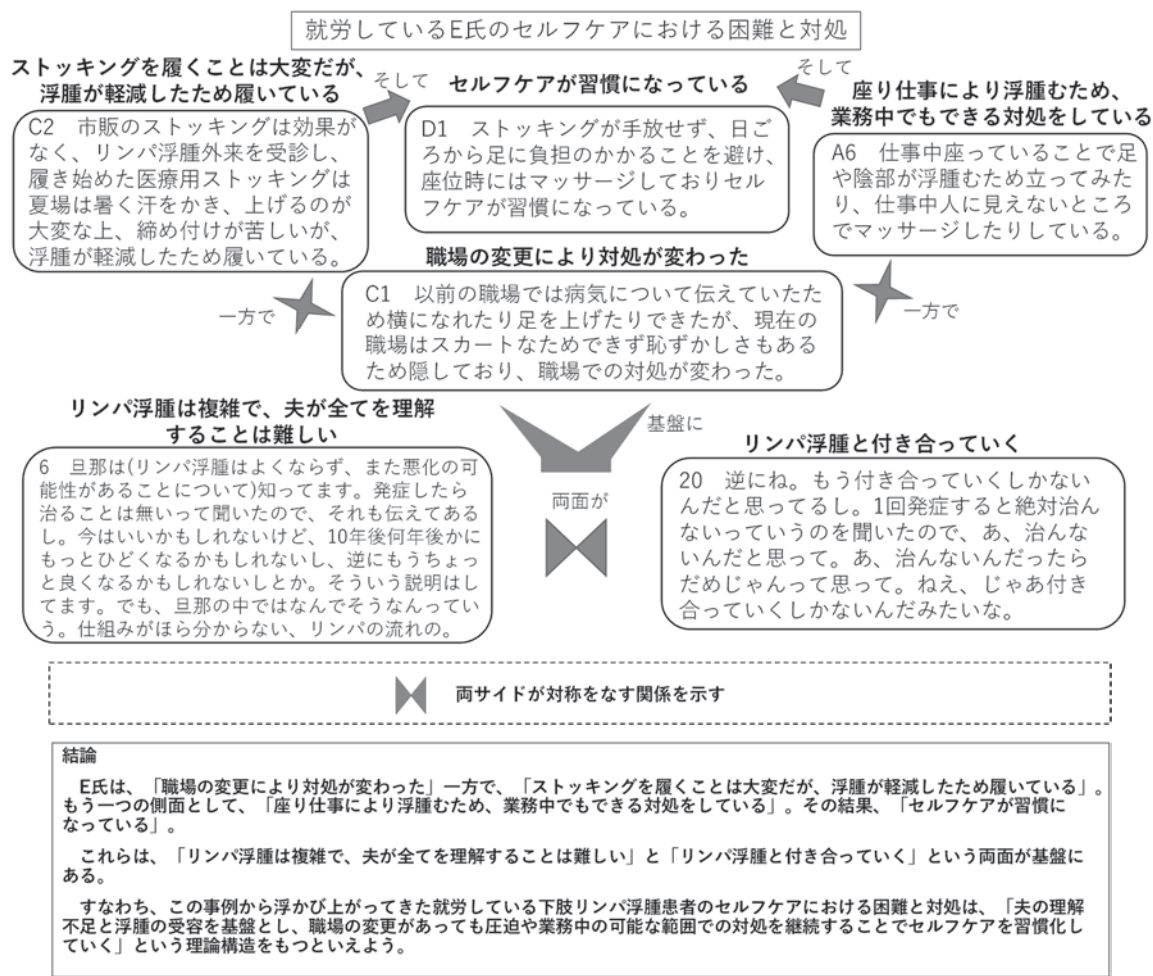


図5 就労しているE氏のセルフケアにおける困難と対処

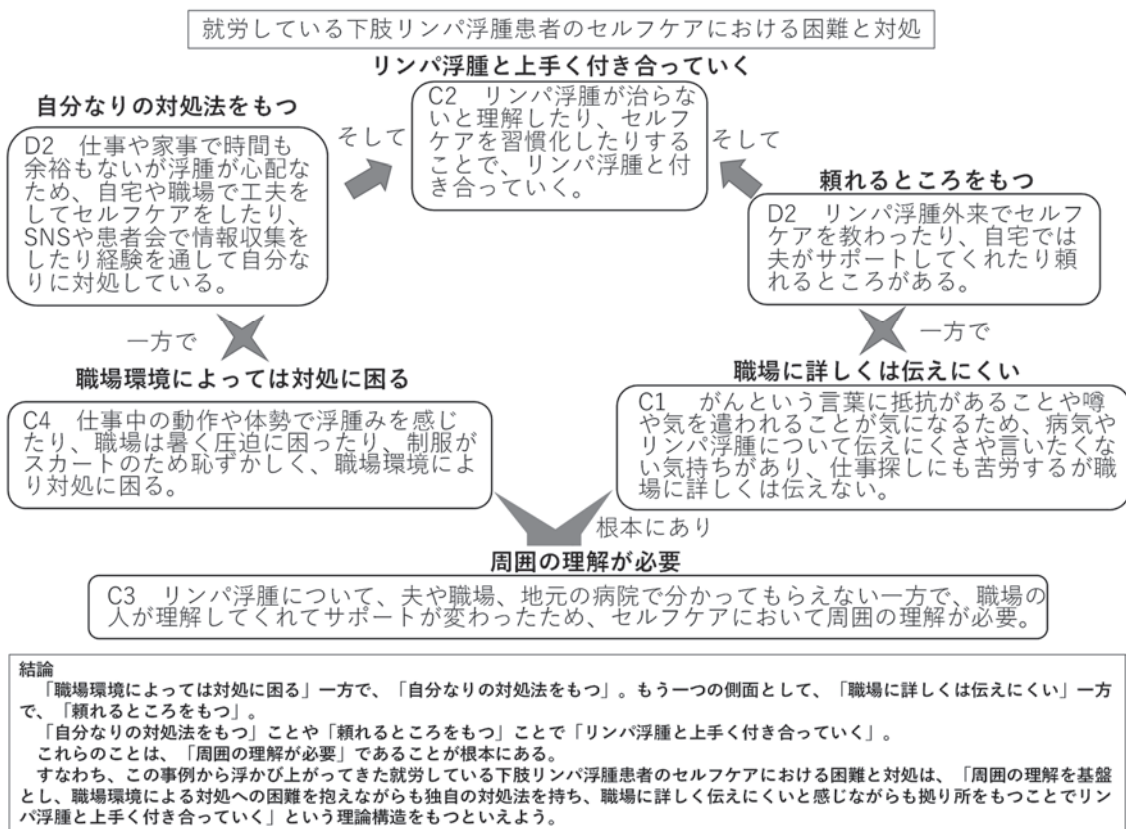


図6 就労している下肢リンパ浮腫患者のセルフケアにおける困難と対処

Ⅵ. 考 察

1. 就労がリンパ浮腫に与える影響とセルフケア支援の必要性

すべての参加者が就労時の圧迫療法を行っているにも関わらず、就労によるリンパ浮腫の悪化を実感していた。先行研究(大西,藤田,2016)では、リンパ浮腫の予防的なセルフケアを行っているがんサバイバーのうち退院早期に下肢に負担がかかる仕事を再開した者のみが下肢リンパ浮腫を発症しており、下肢リンパ浮腫の大きな影響要因として就労があるといえる。しかし、がん患者にとっていつでも戻ることのできる職場があるということは、社会的役割や収入を得るという目的以上に、大きな意味があることが示唆されており(林,2021)、浮腫を抱えながらも就労を継続するための支援が必要である。

セルフケアの効果を実感することにより、リンパ浮腫予防行動に対する意欲が増すとされており(西巻ら,2017)、就労している下肢リンパ浮腫患者がセルフケアを継続するためには効果が実感できるような関わりが必要であるといえる。そのため、就労しているリンパ浮腫患者の治療は困難事例であると捉え、専門機関につなげ、適切な治療と継続的な関わりが必要であると考えられる。

2. 患者の職場への告知に関する医療者の就労継続支援の必要性

本研究における全ての参加者が職場への未告知を経験していた。産業保健師を対象とした先行研究では、支援対象となるがん罹患した従業員の把握の困難さがあり、患者から伝えなければ対応ができないという現状が明らかになっている(布施ら, 2021)。職場への告知は患者次第だが、就労による浮腫発症・悪化の可能性から就労しながらセルフケアを行うためには職場への告知が重要であり、患者が職場に告知するきっかけを作ることが必要である。先行研究では、医療者による情緒的支援が就労継続に影響していることが明らかになっており(木全ら, 2021)、婦人科リンパ浮腫外来のように身近な頼れるところがあることはセルフケア継続の難易度を下げ、患者に安心感を与え、情緒的支援の役割もあると考えられる。リンパ浮腫治療では全人的な関わりが必要であり、患者のこれまでの治療や生活を知る立場として患者が職場への告知を迷った際に、リンパ浮腫外来が多方面における情報提供を行い、ともに考え後押しできる存在であることが望ましいといえる。

職場への告知をしていなかった研究参加者のうち、AYA世代の参加者では、「職場は女だらけで噂もすぐ回し、気を遣われたくないのでリンパ浮腫について本当のことを言えない」やD氏では「がんという言葉に抵抗があり病気やリンパ浮腫について伝えるべきか迷う」という表札が抽出された。他の参加者の表札では抽出されなかった職場の人間関係や噂が広まる不安、告知への抵抗感が明らかになった。AYAの多くは、意思決定や自己管理に必要ながん治療の合併症・

後遺症およびその生活に対する影響や管理方法について、第三者に説明することが困難と感じていると示されており(厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「総合的な思春期・若年成人(AYA)世代のがん対策のあり方に関する研究」班,2016)、今回の結果とも合致する。先行研究では、男性の多い職場での女性特有の疾患の言いにくさは示されていたが、告知における女性が多い職場での困難は明らかとなっていなかった。医療者は、それぞれの職場環境や人間関係などによって告知の難しさは異なることを踏まえた上で、AYA世代の患者においてはより丁寧で個別的な支援が必要であると考えられる。

職場への告知をしたA氏は仕事を続ける中で下肢リンパ浮腫が悪化してきたため、職場の人にリンパ浮腫の資料や画像を見せることで理解を得ていた。説明にあたり診断書や弾性着衣等装着指示書、図書館の本の画像を提示しており、相当な努力があったと考えられる。がん専門病院における就労相談の内容のうち職場への伝え方に関する相談があり、支援の必要性が示唆されている(近藤, 2015)。A氏が「誰にでもある浮腫という言葉では伝わらなかった」と話しているように、就労先の上司や同僚が病気を理解することは難しく、伝える側だけでなく、伝えられる側の困難もあると考えられる。患者教育では患者に合わせた伝え方が重要とされているのと同様に、職場への説明においてもどのような方法で行うかが重要であるといえる。説明したことを文字として書くことやイメージがわくようにたとえて伝えること、画像を使うことにより伝えられる側が理解しやすい伝え方の工夫が行えるように(河口, 2018, p50-51)、看護師が患者に具体的方法を提案する必要がある。

先行研究(佐藤ら, 2013)では、化学療法中の患者が就労を継続するために、部署の異動や仕事内容の変更を職場に依頼するといった取り組みを行っていた。職場に依頼する際は、必要な配慮とともに、「配慮があれば、このように仕事が可能になります」という会社にとってのメリットも伝えることが必要であると示されている(近藤, 2015)。A氏においても、正座をする会場は行けないが、椅子の会場なら行けると伝えたことで職場でのサポートが変わり、下肢リンパ浮腫を抱えながらも就労を継続することができていた。よって、下肢リンパ浮腫患者においても仕事内容の調整が仕事を継続する上で必要であると考えられ、患者自身が職場と調整できるよう勧めることが必要である。

3. 医療者によるアピアランスケアの必要性

がんサバイバーは治療によるボディイメージの変化を悩みとして抱えており、野澤,藤間(2017, p4)は外見の苦痛は、社会が消えると解消する痛み、社会や他者の存在を前提として成り立つ痛みである、と述べている。本研究では、「職場の人にリンパ浮腫を見せないようにしている」や「職場はスカートなため恥ずかしさもあるため隠している」というボディイメージに関する対処が明らかになっており、就労している下

肢リンパ浮腫患者はセルフケアを行う中でも職場での見え方に関する社会心理的な困難を抱えていた。先行研究においても就労継続の困難として、「下肢リンパ浮腫にともなう外観の変化が辛い」と示されており（木全ら，2021）同様の結果であった。就労者は未就労者と比べて必然的に社会とのつながりが強いことで、外見の苦痛が強いために同様の結果が得られたと考えられる。

リンパ浮腫治療は浮腫悪化やそれに伴う炎症を予防するだけでなく、浮腫が軽減することによるアピアランスケアの側面もあると考えられる。しかし、本研究において就労中にセルフケアを行うことで「包帯は服の上から目立つ」という下肢リンパ浮腫自体だけでなく、圧迫療法による外見の変化についての困難も抽出された。アピアランスケアは「外見の変化を補完すること」であり（野澤，藤間，2017，p7），圧迫療法を行う患者に対する実際的な外見の加工の支援として、圧迫のタイミングの指導や圧迫物品の選択を個別性に応じて行うことが必要である。しかし、浮腫状態の悪化やその原因によっては、就労時の圧迫療法を避けられないこともある。そのため、外見の加工の支援に加えて、圧迫療法を行いながらも患者が社会とのつながりの中で自分らしく過ごすことが出来るよう、外見の変化に関わる本人の認知変容を促進（野澤，藤間，2017）していく支援が必要であると考えられる。

4. 研究参加者の特徴と研究の限界

本研究において抽出された困難のほとんどは、セルフケアを行う中でそれぞれ参加者が収集した情報や浮腫悪化の経験をもとに自分なりの対処法がすでに確立していた。先行研究では、医療者の介入により自分の生活に組み込んだケアの習慣化に繋がるとあり（井沢，荒尾，2018），本研究の参加者が婦人科リンパ浮腫外来に通院する患者であったことが影響したと考えられる。一方、セルフケアが確立していたことで、インタビュー時点での明確な困難が少なかったといえる。そのため、これまでのセルフケアにおける困難と対処を振り返るかたちでのインタビューになったことで、全ての困難と対処を抽出できなかった可能性がある。下肢リンパ浮腫発症，発症から半年，発症から1年と経時的なセルフケアにおける困難と対処を明らかにすることで、その時期ごとに必要なセルフケア支援がより明確化されるのではないかと考える。

本研究は一施設内の参加者5名の結果であり、一般化するには限界がある。今後は複数施設で対象者数を増やし、一般化することが必要である。

Ⅶ. 結 論

1. 下肢リンパ浮腫患者は、セルフケアを行っていても就労によるリンパ浮腫悪化，病気やリンパ浮腫について職場への伝えにくさを困難として抱えていた。
2. 下肢リンパ浮腫患者は、頼れる場をもち、自分なりの対処法を確立しながらセルフケアを習慣化し、下肢リンパ浮腫と上手く付き合っていくという対処をとっていた。

3. リンパ浮腫外来は、セルフケア継続にあたり患者の情緒的支援，職場への告知について相談・支援する頼れる場としての役割があることが示唆された。

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引用文献

- Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center. (2020). Monitoring of Cancer Incidence in Japan-Survival 2009-2011 Report, Population-based survival of cancer patients diagnosed between 1993 and 1999 in Japan: a chronological and international comparative study. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html
- 布施恵子，奥村美奈子，梅津美香，鳴海叔子. (2021). 企業所属の産業看護師が実施しているがん患者である従業員への就労支援の現状と課題. *岐阜県立看護大学紀要*, 21 (1), 101-112.
- 林桂子. (2021). 外来化学療法を受ける乳がん患者の就労に関する経験. *保健医療社会学論集*, 31 (2), 26-35.
- 平井正文. (2009). イラストでみる リンパ浮腫の予防と治療 自己管理と外来での治療を中心に. へるす出版.
- 飯島美穂，小松浩子，仲村勝. (2021). 子宮頸がん患者の就労実態と就労者の特徴. *日本がん看護学会誌*, 35, 142-150.
- 井沢知子，荒尾晴恵. (2018). II期以降の続発性リンパ浮腫患者が複合的治療のアドヒアランスを獲得していくプロセス. *日本看護科学会誌*, 38, 184-192.
- 河口てる子 (編). (2018). 熟練看護師のプロの技見せす！ 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.
- 木全明子，落合亮太，松岡志帆，眞芽みゆき. (2021). 婦人科がんサバイバーの就労に影響を及ぼす要因. *日本がん看護学会誌*, 35, 261-272.
- 近藤明美. (2015). がんサバイバーの就労支援—職場復帰と再就職—. *Monthly Book Medical Rehabilitation*, 191, 13-18.
- 近藤浩子. (2019). がん罹患後の女性が就労環境を通して自分らしさへ向かう構造—乳がん・子宮がん罹患女性の体験から—. *駒沢女子大学研究紀要*, 26, 85-96.
- 厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「総合的な思春期・若年成人（AYA）世代のがん対策のあり方に関する研究」班. (2016). *AYA世代のがん対策に関する政策提言*. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzhoushinka/0000138588.pdf>
- 日本リンパ浮腫研究会 (編). (2014). *リンパ浮腫診療ガイドライン (2014年版)*. 金原出版.
- 西巻正枝，塚越徳子，菊地沙織，二渡玉江. (2017). リンパ浮腫予防行動の影響要因と看護支援の検討. *群馬保健学研究*, 38, 79-87.
- 野澤桂子，藤間勝子 (編). (2017). *臨床で活かす がん患者のアピアランスケア*. 南山堂.
- 大西ゆかり，藤田佐和. (2016). がんサバイバーのためのリンパ浮腫セルフマネジメントプログラムの開発と短期的評価. *日本がん看護学会誌*, 30 (1), 82-92.
- 佐藤真由美，佐藤禮子，足立智孝. (2016). 婦人科がん術後患者の生活支援に係る倫理的課題：退院後電話相談の内容からの考察. *日本看護倫理学会誌*, 8 (1), 16-24.
- 佐藤三穂，吉田恵，前田美樹，鷺見尚己. (2013). がん患者が外来化学療法を受けながら仕事を継続するうえでの困難と取り組み，およびそれらの関連要因. *日本がん看護学会誌*, 27 (3), 77-84.
- 山浦晴男. (2012). *質的統合法入門—考え方と手順*. 医学書院.

◇ 原 著 ◇

ICU に勤務する看護師が患者の尊厳を守るために
行っている看護実践浦山いづみ¹⁾*, 山澄直美²⁾**目的**：ICU に勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容を明らかにする。**方法**：全国の ICU に勤務する看護師 257 名を対象に質問紙法によりデータを収集し、Berelson, B. の方法論を参考にした看護教育学における内容分析を用いて分析した。**結果**：分析の結果【患者の意思を尊重した治療や看護の提供に向けて看護師・医師・多職種と話し合う】【意識レベル・年齢・緊急性に関わらず患者が治療・援助の内容や自身の状況を理解できるよう必要な内容を説明する】等 ICU に勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容を表す 42 カテゴリーが形成された。**結論**：ICU において患者の尊厳を守る看護実践は「安全性の優先や緊急性に甘んじることなく患者の尊厳を守るという視点から行うべき基本的援助を確実に行う」等 4 つの特徴を持つことが示唆された。**【キーワード】** 患者の尊厳, ICU, 看護実践

Ⅰ. はじめに

集中治療室 (Intensive Care Unit, 以下 ICU) に入室している患者は、意識障害や、鎮痛・鎮静により自分の意思を表出できないことが多く、看護師が倫理的・道徳的視点を持っていなければ、患者の尊厳が脅かされる危険性がある (江川, 2007)。そのため、ICU に勤務する看護師の看護実践には「患者の尊厳を守る」という視点がより強く求められる。

ICU に勤務する看護師は意思疎通困難な患者に対して、患者を一人の人間として思いやり、尊重し、あらゆる方略や機会を活用して患者の訴えや思いを汲み取りながら看護を実践している (佃, 森下, 2016)。また、清潔ケアの際に、患者の人間性を尊重しプライバシー保護に留意したり、非日常的な医療環境を 24 時間生活する場として捉え、患者の身だしなみやベッド周囲の療養環境への配慮を行っている (吉川, 杉崎, 2019)。これらは患者の尊厳が毀損されやすい ICU において、尊厳を守るために十分に配慮できる看護師が存在していることを示す。一方、看護師が患者を「人として見ることを意識しないと忘れてしまう」と知覚する場合もあり (小野ら, 2013)、すべての看護師がその実践において常に患者の尊厳を守るこ

とができていない現状がある。「患者の尊厳を守る」という視点から ICU に勤務する看護師の実践を解明した海外の研究は、看護師が繊細なコミュニケーションにより尊厳に働きかけ、プライバシーの保護により尊厳を守り、次に何が起こるかを予測することで尊厳を保ち、説明と許しを求め尊厳を回復すること (Nyholm & Koskinen, 2017) を明らかにしていた。国内においては、患者の特定の状況や援助に焦点を当て ICU に勤務する看護師の看護実践を解明した研究は複数存在したが、「患者の尊厳を守る」という視点からの実践を明らかにした研究は確認できなかった。

Ⅱ. 目 的

ICU に勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容を明らかにする

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

患者の尊厳：人間が本来持つ、自分の意思で自分の能力を効果的に行使できること、他者から人間として尊重され、敬意を示されることである (Shotton & Seedhouse, 1998; Haddock, 1996)。

受付日：2024 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 長崎みなとメディカルセンター 2) 長崎県立大学

* E-mail: M3119005@sun.ac.jp

看護実践：看護師が専門的な知識や技術，倫理観を活用し，直接的または間接的に患者やその家族の状況がより良くなるためのケアを提供する活動（日本看護協会，2021；Benner, 2015, p553）。

2. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとした。

3. 研究対象者

臨床経験年数5年以上かつICU経験年数3年以上の看護師とした。

4. データ収集方法

郵送法による質問紙法を用いた。地方厚生局施設基準特定集中治療管理料1～4の届出受理医療機関名簿より300施設を無作為抽出し，看護管理責任者に研究協力を依頼した。協力を承諾した91施設が回答した回答可能部数計803部の質問紙と研究協力依頼書，返信用封筒を送付した。対象者への質問紙等の配布は看護管理責任者に一任した。回収は返信用封筒による個別投函とした。質問紙は，患者の尊厳が毀損されると感じた場合と，その時に尊厳を守るために行った看護実践の内容を問う自由回答式質問と年齢，性別，経験年数，ICU経験年数，所属病院の特性，倫理研修受講の有無，看護職の倫理綱領の認知の有無等の個人特性を問う質問から構成した。データ収集期間は，2021年1月から5月であった。

5. 分析方法

看護実践の内容を問う質問への回答の分析には，質問紙の自由回答式質問への回答に何が記述されていたかを体系的に表す事ができるBerelson (1952/1957)の方法論を参考にした看護教育学における内容分析（舟島，2018）を用いた。この方法論は，データの多様性に惑わされずに研究目的を達成するために研究のための問いと問いに対する回答文を設定する。本研究は研究のための問いを「ICUに勤務する看護師は患者の尊厳を守るためにどのような実践を行っているのか」，回答文を「ICUに勤務する看護師は患者の尊厳を守るために（ ）という実践を行っている」と設定した。患者の尊厳の毀損を感じた1場面に対して行った実践の回答全体を文脈単位，問

いに対する回答1つを含む文章を記録単位とした。個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類し，類似性を的確に表す表現をカテゴリネームとして置き換え，それを反復しカテゴリを形成した（舟島，2018, pp205-216）。カテゴリの信頼性は，内容分析を用いた研究経験のある看護職者2名に全記録単位からランダムに抽出した10%の記録単位の42カテゴリへの分類を依頼し，カテゴリへの分類の一致率を算出し確認した（Scott, 1955）。

IV. 倫理的配慮

看護管理責任者と対象者である看護師に対し，目的，方法，調査内容，倫理的配慮を文書にて説明した。質問紙は無記名，個別投函により回収した。長崎県立大学一般研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号444）。

V. 結 果

1. 対象者の特性

返送された質問紙271（回収率34%）のうち，自由回答式質問に回答があった257を有効回答とした（有効回答率32%）。257名の特性は，表1に示す通りであり，多様な背景を持つ対象者からデータを収集できていることを確認した。

2. 看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容

257名の記述は，286文脈単位，593記録単位に分割できた。分析の結果，ICUに勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容を表す42カテゴリが形成された。以下，代表的な記録単位を用いて結果を述べる。【 】はカテゴリ，[]はカテゴリを形成した記録単位数と全体に占める割合，「 」は記録単位を示す。

【1. 患者の意思を尊重した治療や看護の提供に向けて看護師・医師・多職種と話し合う】[44 記録単位：9.2%]は「家族の希望により経皮的心肺補助装置（PCPS）が行われることになった患者の意思を尊重したいと考え医師とカンファレンスを行う」等の記述から形成された。

表1 対象者の背景

N=257

項目	項目の範囲、種類、度数（％）、平均（SD）			
年齢	25～60歳 平均36.5歳（SD=6.5）			
性別	女性204名（82.6％） 男性52名（17.1％） 不明1名（0.3％）			
看護師経験年数	5～33年 平均14年（SD=6.4）			
ICU経験年数	3～22年 平均8年（SD=3.9）			
病院の所在地	北海道 東北 関東・甲信越 近畿 東海・北陸 中国・四国 九州・沖縄			
病院の設置主体	国立病院機構 国立大学法人 地方独立行政法人 学校法人 医療法人 市町村 等			
病床数	100床～900床以上			
倫理研修受講	研修を受講したことがある	233名	（90.6％）	
	研修を受講したことがない	22名	（8.6％）	
	不明	2名	（0.8％）	
倫理綱領	知っている	219名	（85.2％）	
	知らない	38名	（14.8％）	

【2. 意識レベル・年齢・緊急性に関わらず患者が治療・援助の内容や自身の状況を理解できるよう必要な内容を説明する】[32 記録単位: 6.7%] は「意思疎通が可能であるにもかかわらず医師からの説明が不十分なまま家族の同意のみにより処置が行われようとしている高齢患者に処置の説明を行う」等の記述から形成された。

【3. 患者を見守る時間と人員を確保し可能な限り身体抑制を回避し、やむを得ず実施する場合には時間を最小限に抑える】[31 記録単位: 6.5%] は「患者数が多く十分な見守りが出来ず身体抑制を行った患者に見守りが出来そうな時はできる限り抑制帯を外す」等の記述から形成された。

【4. 緊急性に関わらずどのような状況にあっても患者の身体が露出するときにはカーテン・パーテーション・ブラインドを使用し患者のベッドを可能な限り外部から遮蔽する】[27 記録単位: 5.6%] は「医師によりカーテンが開いたまま寝衣を脱がされ検査、処置を受けている患者のベッド周囲に直ちにパーテーションを使用する」等の記述から形成された。

【5. 患者を尊重した態度や配慮、個人情報意識に欠ける医師・看護師に不適切さを忠告し、患者への謝罪や適切な行動を要求する】[27 記録単位: 5.6%] は「患者に対し『くさい』と発言するスタッフに、そのような発言はしないよう指摘する」「患者の身体的変化を見て笑う看護師に患者へ謝罪するように言う」等の記述から形成された。

【6. 緊急性に関わらずどのような状況にあっても治療・援助を受ける患者の身体の一部の露出範囲と時間が最小限になるよう掛け物、タオル、寝衣を使用し身体を覆い、可能な限り寝衣、おむつを着用する】[23 記録単位: 4.8%] は「処置開始まで身体が露出したまま待たされている患者の身体の一部の露出時間が最小限となるよう掛け物を直前に除去する」等の記述から形成された。

【7. 方針や習慣に準拠することなく患者から収集した情報をふまえたアセスメントに基づき身体抑制の必要性を判断し、危険を防止する環境を整え、共に必要に応じて鎮痛剤・鎮静剤の使用を検討する】[21 記録単位: 4.4%] は「気管内挿管が身体抑制の適応とされる部署の方針や習慣があっても状態をアセスメントした上で抑制の必要性を判断する」「せん妄のため身体抑制が行われようとしている患者の苦痛が軽減するよう鎮痛鎮静剤を使用し側で見守る」などの記述から形成された。

【8. 患者を尊重した援助や態度をとることができない看護師に対し直接指導したり、共に援助を行いながら適切な態度や援助の方法を示して見せる】[21 記録単位: 4.4%] は「患者に声を掛けず体位変換したり掛け物を外す看護師と共に援助を行い患者に先に声をかけ説明する」等の記述から形成された。

【9. 本人の意思に反する治療方針が決定される可能性のある患者の意思を家族・医師に伝え意思を尊重できるよう家族と話し合うと共に医師にも話し合いを依頼する】[19 記録単位: 4.0%] は「本人の意思に反し延命治療を希望する患者の

家族や医師に患者の気持ちや意向を伝える」等の記述から形成された。

【10. 回復の可能性に関わらずどのような状況にあっても患者の身体の一部の安楽を保ち苦痛を軽減できるよう援助する】[19 記録単位: 4.0%] は「循環不全で末梢が冷たくなっているが軽減するためのケアが行われていない DNAR 方針の患者の冷たくなった末梢に電気毛布を使用する」等の記述から形成された。

【11. 患者の意向や苦痛を理解できるよう意思疎通の手段を駆使して患者の話を十分に聞き、日々の生活上の患者の望みを可能な限り叶える】[18 記録単位: 3.8%] は「せん妄、不穏状態の患者が納得できるまで可能な限り話を聞く」「コーラを飲みたいと希望していたが急変した患者の口腔内にコーラを浸したガーゼを入れる」等の記述から形成された。

【12. 意思決定能力のある患者の治療方針決定への参加の必要性を医師・家族に伝え、患者の意思表示の手段を確保し参加のための時間と場を設定する】[16 記録単位: 3.3%] は「意思決定能力があるにもかかわらず家族の同意のみにより気管内挿管を行われた患者への説明を医師に依頼する」「家族の希望で延命治療を受けている患者と家族がコミュニケーションを取れるようタブレット端末の面会を設定する」等の記述から形成された。

【13. 身体抑制が行われている患者の状態をアセスメントし、抑制の理由となる症状や状態の改善に向けた援助を行う】[15 記録単位: 3.1%] は「急性混乱により身体抑制が行われている患者の状況を確認した上で早めの離床を進める」等の記述から形成された。

【14. 患者の苦痛を軽減できるよう治療に関する疑問は医師に尋ね、必要時には薬剤の調整や治療の中止、方法の変更を提案する】[15 記録単位: 3.1%] は「身体的苦痛を伴う処置を受けている患者の鎮痛剤・鎮静剤の追加増量の検討を医師に促す」等の記述から形成された。

【15. 意思表示できない患者の情報を収集すると共に代理意思決定者となる家族に意思決定に必要な情報を提供し患者の意思を尊重した意思決定ができるよう支援する】[13 記録単位: 2.7%] は「意思表示ができない患者の代理意思決定を行う家族に時期を見て入院前の患者の意向について確認する」等の記述から形成された。

【16. 意思が尊重されないまま延命治療を受けている患者の家族の話を十分に聴くと共に患者から聴取した意思と意思尊重の重要性を伝える】[11 記録単位: 2.3%] は「本人の意思に反し家族の希望により延命治療を受けている患者の家族に本当に望んでいたことであるのか尋ね話をよく聞く」等の記述から形成された。

【17. 治療に対する患者の意思を正確に把握できるよう患者の話を傾聴し、意思に関わる発言を正確に聴取すると共に書面に記載されている場合には医師・看護師・家族により確認する】[10 記録単位: 2.1%] は「延命治療を希望しない意思

を記載したエンディングノートを医師、看護師、家族全員により見て患者の意思を確認する」等の記述から形成された。

【18. 医療者によるプライバシー保護の不足や患者が尊重されない状況について看護師間で話し合い全スタッフに周知する】[10 記録単位: 2.1%] は「医師がカーテンを開けたままエコー検査を実施している状況について看護師間で倫理カンファレンスを行う」等の記述から形成された。

【19. 患者・家族を尊重しない態度をとる医療者について上司に報告し対処を依頼する】[9 記録単位: 1.9%] は「患者のベッドサイドで看護師への指導のため患者の状態を大声で話している医師について師長へ報告する」等の記述から形成された。

【20. 患者を尊重した態度や配慮に欠ける医療者の行いを患者に謝罪し、不快な状態のまま放置された環境や体位を整える】[8 記録単位: 1.7%] は「医師によるレントゲン撮影後に体位や掛け物を元に戻すことなく放置されていた患者に謝罪する」等の記述から形成された。

【21. 意識レベルに関わらずどのような状況にあっても患者に励ましやねぎらいの言葉をかけると共に苦痛を最小限にする方法を用いて援助する】[7 記録単位: 1.5%] は「鎮静状態の患者であっても一つ一つのケアを行う際には声をかける」等の記述から形成された。

【22. ICU 環境下にあっても患者の羞恥心に配慮し、可能な限り自立した方法により排泄ができるよう援助する】[7 記録単位: 1.5%] は「ベッド上安静中であり床上排泄を余儀なくされる患者の安静度を医師に確認し一度だけでもトイレへ連れていけないかを検討する」等の記述から形成された。

【23. 異性看護師が担当する際には患者・家族への同意を得ると共に患者・家族の意思に沿うよう担当看護師を決定し、異性の医療者による診療時には患者に付き添う】[7 記録単位: 1.5%] は「患者に異性看護師が受け持つことや清拭をしてよいか確認する」等の記述から形成された。

【24. 患者の意識レベル、年齢に関わらず治療開始に先立ち家族のみではなく患者本人への説明を医師に促す】[7 記録単位: 1.5%] は「治療について意思疎通可能な高齢患者への説明なく家族の同意のみで行おうとした医師に説明の必要性を伝える」等の記述から形成された。

【25. 患者のプライバシー保護や安心できる環境の確保に向けて室内環境を整え、可能であれば個室や一般病棟への転棟を検討する】[7 記録単位: 1.5%] は「病名が未告知のまま治療を受け拒否的な態度を示す患者が穏やかに過ごせるよう一般病棟へ移動する」等の記述から形成された。

【26. 延命治療開始後に判明した患者と家族の治療への意思を医師に伝え、医師・家族と今後の治療について話し合う】[5 記録単位: 1.0%] は「本人への意思確認が出来ないまま救命処置が行われたが延命治療を希望していないことが判明した患者の家族と治療方針について話し合う」等の記述から形成された。

【27. 家族の代理意思により延命治療を受けている患者の家族が患者の状態を受け入れられるよう医師・多職種と共に支援する】[5 記録単位: 1.0%] は「本人の意思が確認出来ないまま家族の希望により延命治療を受けている患者の家族への介入を臨床心理士等コメディカルに依頼する」等の記述から形成された。

【28. 患者を尊重した意思決定支援や身体抑制選択の判断ができるようガイドラインや分析手法を用いると共に他スタッフにも学習と使用を勧める】[5 記録単位: 1.0%] は「意思表示が出来ず、治療方針を医療者と家族により決定せざるを得ない患者の状況を JONSEN の 4 分割表に整理して考えるよう受け持ち看護師へ助言する」などの記述から形成された。

【29. 患者が家族と過ごせる時間を確保し家族と共に援助を行う】[5 記録単位: 1.0%] は「本人の意思に反し家族の希望により延命治療を受けている患者の面会時に家族と一緒にケアを実施する」等の記述から形成された。

【30. 身体抑制が行われていた患者には意識回復後に身体抑制を行った経緯を説明し、事後に承諾を得る】[4 記録単位: 0.8%] は「せん妄を理由に身体抑制を行われ、意識清明となった時に、嫌だったと発言した患者に改めて理解と承諾を得る」等の記述から形成された。

【31. ベッドサイドでの医療者間の情報交換は必要最小限とし、それ以外は患者に聞こえない場所に移動し行う】[4 記録単位: 0.8%] は「確認が必要な事以外の申し送りや病状に関することは患者から離れて話すよう心がける」などの記述から形成された。

【32. 家族の代理意思決定により選択された治療方針が患者に与える精神的苦痛を緩和するための援助を家族を交えて計画する】[3 記録単位: 0.6%] は「生命優先のため流産となった患者が鎮静から覚醒した後の対応についてカルテに記載した内容を家族に確認してもらう」等の記述から形成された。

【33. 急変の可能性のある患者の急変時の治療方針決定、未決定のまま急変した患者の家族への病状説明と方針の最終判断は主治医に依頼する】[3 記録単位: 0.6%] は「全身状態が不良で急変が予測される患者の急変時の対応を考える必要がある事を医師へ提言する」等の記述から形成された。

【34. 代理意思決定者がいない患者の治療方針は多職種が参加する公的な場にて検討する】[3 記録単位: 0.6%] は「治療方針を代理意思決定する家族がいない患者に病院の意向として治療が進められるよう院内で倫理委員会を開催する」などの記述から形成された。

【35. 治療に対する本人の意思と家族の希望が異なる患者の意思決定能力を評価した上で自ら意思決定を行うよう助言し、決定後の意思の変化の有無を毎日確認する】[3 記録単位: 0.6%] は「家族の希望により拒否していた手術に同意した患者の意思に変化がないか都度確認する」などの記述から形成された。

【36. 患者の個人情報漏洩につながる不要なカルテ閲覧を防止できるよう電子カルテをその都度ログオフするとともに組

組織としての対策の検討を上司に依頼する】〔3 記録単位:0.6%〕は「業務に関係のない患者のカルテを興味本位に閲覧するスタッフへの対策として上司へカルテの閲覧制限を依頼する」等の記述から形成された。

【37. 延命治療についての本人と家族の意思決定に関する情報を転棟病棟に引き継ぐ】〔2 記録単位:0.4%〕は「本人の意思に反し家族の希望により延命治療を受けている患者の家族が ICU 在室中に今後の方針について意思決定できなかったことを一般病棟転棟時に引き継ぐ」などの記述から形成された。

【38. 病状説明時にはプライバシーが保護できるようベッド周囲のカーテンを閉めたり、入口に病状説明であることを示す札を表示する】〔2 記録単位:0.4%〕は「ベッドサイドで病状説明が行われ周囲に聞こえる可能性がある時には患者のベッドの入口に『IC 中』と札を表示する」等の記述から形成された。

【39. 苦痛を伴う処置を受け死亡した患者と家族の別れのための時間と場所を確保する】〔2 記録単位:0.4%〕は、「急変後、心臓マッサージが実施されたが亡くなった患者のエンゼルケア後、希望される家族に添い寝をさせる」等の記述から形成された。

【40. 多数の医療者による対応が患者を脅かす可能性がある時には最小限の人数により対応できるよう適切な人材を選定する】〔2 記録単位:0.4%〕は「せん妄の患者がさらに興奮したり、ストレスとならないよう担当を男性看護師に変更し少数の看護師で対応する」等の記述から形成された。

【41. 患者を尊重した援助や態度をとることができない看護師が患者と接触しないよう婉曲に担当から外す】〔2 記録単位:0.4%〕は「暴力暴言のある患者を揶揄する声掛けをした看護師を患者から離すために同じスタッフが対応をした方が良いと伝え自身で対応する」等の記述から形成された。

【42. 患者の身体を撮影した写真の露出が不要な部分が隠れるようシールやマスキングテープを貼付する】〔1 記録単位:0.2%〕は「ICU 日記に汚れた腋窩を洗浄している写真が貼付されていた患者の写真に腋窩が目立たないようにシールやマスキングテープを貼る」等の記述から形成された。

3. カテゴリの信頼性

カテゴリ分類を依頼した看護職者2名によるカテゴリ分類の一致率は、2名とも84.7%であった。

VI. 考 察

1. カテゴリの信頼性

舟島(2018, p222)は70%以上の一致率を算出した場合、カテゴリの信頼性を確保できていると判断しており本研究の結果は信頼性を確保していることを示す。

2. ICUにおいて患者の尊厳を守る看護実践の特徴

1) 最善の意思決定ができるよう患者の意思と能力を把握し患者と家族を支援する

患者の尊厳は、個人が自分の行動、環境および他者による扱い方を管理、または選択できる場合に存在し、個人が情報を理解し意思決定を下すことができる必要がある(Mairis, 1994)。患者の事前指示がある場合や推定意思が明確である場合にはその尊重が意思決定の原則となる(日本集中治療医学会他, 2014)。「9. 本人の意思に反する治療方針が決定される可能性のある患者の意思を家族・医師に伝え意思を尊重できるように家族と話し合うと共に医師にも話し合いを依頼する」は、治療に対する本人の意思を事前に把握している看護師が、治療方針決定に患者の意思が尊重されるよう働きかけていることを示す。また、患者の事前意思がある場合にも、家族らの異論がないことが延命措置決定の原則(日本集中治療医学会他, 2014)であり、「9」は、家族が患者の事前意思を理解し尊重した決定ができることを目指す実践である。

【26. 延命治療開始後に判明した患者と家族の治療への意思を医師に伝え、医師、家族と今後の治療について話し合う】【16. 意思が尊重されないまま延命治療を受けている患者の家族の話を十分に聴くと共に患者から聴取した意思と意思尊重の重要性を伝える】【27. 家族の代理意思により延命治療を受けている患者の家族が患者の状態を受け入れられるよう医師・多職種と共に支援する】は代理意思決定や本人の意思に反した治療開始後の実践である。患者や家族の意思が確認できない場合には、救命治療開始後に患者や家族の意思が判明する場合もある。【26】はこのような状況における実践であり、その後の治療が患者の意思を可能な限り尊重し進められることを目指している。一方、【16】【27】は患者の意思が尊重されない、または代理意思により延命治療を受けている患者の家族に対する実践である。延命治療の代理意思決定を行った家族は、〔器械に生かされている家族の前に意味を問い直し難渋する〕〔命に関わる決断の是非を自問自答する〕等の体験をする(清水ら, 2018)。また、時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人や家族の意思は変化しうるものである(厚生労働省, 2018)。「16」「27」は、変化する家族の意思を捉え、家族を支援することを通して患者にとっての最善の意思決定を目指す実践である。

以上は、最善の意思決定ができるよう患者の意思と能力を把握し、これに基づき患者と家族を支援することが患者の尊厳を守る実践の特徴であることを示唆する。

2) 安全性の優先や緊急性に甘んじることなく、患者の尊厳を守るという視点から基本的援助を確実に行う

身体抑制は、患者の行動の自由を奪い、基本的人権や尊厳を守ることを妨げる行為であり(日本看護倫理学会, 2015)、患者に恐れや不安、拘束感、精神的圧迫感、同一肢位でいるための身体的苦痛や疲労等を起こしやすいため、最小限にとどめる必要がある(見藤ら, 2011, p981)。「3. 患者を見守る時間と人員を確保し可能な限り身体抑制を回避し、やむを得ず実施する場合には時間を最小限に抑える」【13. 身体抑制が行われている患者の状態をアセスメントし、抑制の理由と

なる症状や状態の改善に向けた援助を行う】は、身体抑制を最小限にするための実践である。ICU において身体抑制は、患者管理の一つであり（長澤，黒田，2009），医療者は人間の尊厳や自由の侵害，せん妄の増悪等の有害事象を危惧しながらも，患者の安全を確保するために身体抑制を行っている（河合ら，2021）。【3】【13】は，患者の安全を優先せざるをえないとしても，その行為が患者の尊厳を損ねていることを強く認識し，それを最小限にしようとする実践であり，ICU であるからこそ重要性は極めて高い。

【4. 緊急性に関わらずどのような状況にあっても患者の身体が露出するときにはカーテン・パーテーション・ブラインドを使用し患者のベッドを可能な限り外部から遮蔽する】【40. 多数の医療者による対応が患者を脅かす可能性がある時には最小限の人数により対応できるよう適切な人材を選定する】【6. 緊急性に関わらずどのような状況にあっても治療・援助を受ける患者の身体の露出範囲と時間が最小になるよう掛け物・タオル・寝衣を使用し身体を覆い可能な限り寝衣，オムツを着用する】は，身体の露出を防止する実践である。ICU においては，患者の入室直後より多数の医療者が同時に観察や処置等を開始し，身体が露出されるにも関わらずカーテンを閉められない状況が生じる。Turnock & Kelleher (2001) は，ICU の患者が衣服を着用せず身体を晒された事例は 83.9%であることを明らかにした。身体はプライバシーの最たるものであり，本来，他者に曝されることはない。しかし，それを回避することができない状況が ICU には存在し，そのような状況下でも【4】【40】【6】は，看護師が様々な工夫を行い看護援助の基本である身体の露出を回避していることを示す。

以上は，安全性の優先や緊急性といった ICU の状況に甘んじることなく，患者の尊厳を守るという視点から基本的援助を確実に行うことが患者の尊厳を守る実践の特徴であることを示唆する。Turnock & Kelleher (2001) は，ICU における身体の露出を最小限にするプロトコルを実施した結果，身体の露出が減少し，看護師の意識が向上したことを報告している。これは，患者の尊厳を守るという視点から ICU における基本的援助を見直す必要性を示す。

3) 医療者による尊厳の毀損から患者を擁護し毀損された尊厳の回復を図る

患者の尊厳とは，他者から重要かつ価値があると感じられ，敬意や尊重を示され扱われること（Haddock, 1996; Walsh & Kowanko, 2002）である。しかし，ICU 看護師は「患者自身に意思・人間性があることを忘れがちになる」という倫理上の戸惑いを知覚している（脇屋，佐藤，2005）。【20. 患者を尊重した態度や配慮に欠ける医療者の行いを患者に謝罪し，不快な状態のまま放置された環境や体位を整える】【5. 患者を尊重した態度や配慮，個人情報保護の意識に欠ける医師・看護師に不適切さを忠告し，患者への謝罪や適切な行動を要求する】【19. 患者・家族を尊重しない態度をとる医療者につ

いて上司に報告し対処を依頼する】は，医療者による尊厳の毀損に対する実践である。【20】【5】が示す「患者を尊重した態度や配慮に欠ける」言動とは，「検査の後に掛け物や体位を元に戻さず患者を放置する」「意識レベルが低下した患者に対し『くさい』という」等であった。【20】は他者の言動により尊厳が毀損された患者に謝罪し，状態を整え，その毀損状態からの回復を図っている。また，【5】【19】は，不適切さを忠告する，謝罪を要求する，上司に対処を依頼するなどにより同様の状況が二度と生じないようにしている。

一方，ICU に勤務する看護師は，常に患者の生死を分けるかもしれない状況に置かれ，強い緊張感を体験し，高い頻度でストレスを知覚している（尾崎ら，2013）。【41. 患者を尊重した援助や態度を取ることができない看護師が患者と接触しないように婉曲に担当から外す】【8. 患者を尊重した援助や態度をとることができない看護師に対し直接指導したり，共に援助を行いながら適切な態度や援助の方法を示して見せる】は，同僚看護師の状況に配慮しつつ，患者を尊重した態度や援助ができるよう支援している。

以上は，医療者による患者の尊厳の毀損から患者を擁護し，毀損された尊厳の回復を図ることが ICU において患者の尊厳を守る実践の特徴であることを示唆する。生命の危機状態にある患者への看護がストレスフルであったとしても，尊厳を毀損する態度や言動を容認する理由にはならない。医療者による尊厳の毀損から患者を擁護し，尊厳の回復を図るための多様な実践を行える看護師は，ICU 全体を患者の尊厳が守られる環境にするために不可欠である。

4) ICU の環境や患者の状態に関わらず，患者の安楽の実現に向けて必要時には権限の枠を超えて行動する。

安楽とは，身体的および精神的苦痛，不安感，心配事，いら立ちなどのない，安心して満足した状態であり，安楽の保障は看護の目標でもある（見藤ら，2011，p25）。【22. ICU 環境下にあっても患者の羞恥心に配慮し，可能な限り自立した方法により排泄ができるよう援助する】【14. 患者の苦痛を軽減できるよう治療に関する疑問は医師に尋ね，必要時には薬剤の調整や治療の中止，方法の変更を提案する】は，制限がある環境下でも患者の安楽を保持しようとする実践である。

【22】は，ICU だからと諦めることなく，「自立した排泄」を実現し，「体の機能に対するコントロールの喪失」（Herdman & Kamitsuru, 2018, p331）からの回復を支援しようとする実践である。また，【14】は，治療に責任を持つ医師に治療に関わる提案を行うという権限を超えた行動である。ICU 看護師のチーム医療に対する認識は，医師に何でも言えるようになると「チーム医療を取り仕切る」「チーム医療を操る」となる（杉田，黒田，2006）。【14】は，患者の尊厳を守るために，看護師には，状況を適切に判断した上で医師に対しても意見を伝えられる高い実践能力が求められることを示す。さらに，【11. 患者の意向や苦痛を理解できるような意思疎通の手段を駆使して患者の話を十分に聴き，日々の生活上の患者の望

みを可能な限り叶える】は、「コーラを飲みたいと希望していたが急変した患者の口腔内にコーラを浸したガーゼを入れる」という記録単位から形成された。これは、患者の願いを叶える実践である。誤嚥リスクを伴う可能性があるが、安全性を十分に担保した上で行える実践力とその行動に至る判断力を兼ね備えた高度な実践である。

以上は、ICU の環境や患者の状態に関わらず、患者の安楽の実現に向けて権限の枠を超え行動することが、患者の尊厳を守る実践の特徴であることを示唆する。

3. ICU 看護の質向上に向けた課題と本研究の活用可能性

本研究の結果は、ICU において治療や安全が優先され、患者の尊厳が守られない状況が存在することを反映している。ICU 看護師は、自分が患者の生死を分けるかもしれないという強いストレスを知覚する。特に経験が浅い看護師は、安全を守ることに追われ余裕がない状況にある。本研究は、ICU において患者の尊厳を守るためには、高い実践能力が求められることを示した。経験の浅い看護師を高い実践能力を持つ看護師が支援する体制を整えることが必要である。また、経験の長短に関わらず、患者の尊厳への感受性を高く持つことが不可欠である。42 カテゴリーは、個々の看護師が「患者の尊厳を守る」という視点から自己の実践を振り返るために活用できる。また、看護実践能力として重要な倫理的実践への理解を促進するための教育等の教材としても活用できる。

VII. 結 論

ICU に勤務する看護師が、患者の尊厳を守るために行っている実践 42 カテゴリーが明らかになった。看護実践は、「最善の意思決定ができるよう患者の意思と能力を把握し患者と家族を支援する」「安全性の優先や緊急性に甘んじることなく、患者の尊厳を守るという視点から基本的援助を確実に行う」「医療者による尊厳の毀損から患者を擁護し毀損された尊厳の回復を図る」「ICU の環境や患者の状態に関わらず、患者の安楽の実現に向けて必要時には権限の枠を超えて行動する」の 4 つの特徴を持つことが示唆された。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

謝辞

本研究にご協力くださった看護師の皆様に感謝申し上げます。本研究は長崎県立大学大学院に提出した修士論文の一部を加筆修正したものであり、第 18 回日本クリティカルケア看護学会学術集会にて発表した。

VIII. 引用文献

- Benner, P. (2015). ベナー看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. (早野 ZITO 真佐子 訳). 医学書院 (2009).
- Berelson, B. (1957). 内容分析. (稲葉三千男, 金主煥 訳). (p47-48). みすず書房 (1952).
- 江川幸二. (2007). クリティカルケアにおける看護の専門性とは何か?—生命維持と安楽ケアの境界を超える—. 日本クリティカルケア看護学会誌, 3 (2), 28-30.
- 舟島なをみ. (2018). 看護教育学研究 発見・創造・証明の過程. (第 3 版). 医学書院.
- Haddock, J. (1996). Towards further clarification of the concept 'dignity' *Journal of Advanced Nursing*, 24 (5), 924-931.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (2018). NANDA-I 看護診断一定義と分類 2018-2020 (上鶴重美訳; 第 11 版). 医学書院 (2017).
- 河合佑亮, 山田亨, 山川一馬, 西田修. (2021). 集中治療室における身体的拘束 (身体抑制) に関する質的システマティックレビュー. 日本集中治療医学会雑誌, 28 (4), 277-286.
- 厚生労働省. (2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (検索日: 2021 年 12 月 14 日)
- Mairis, E. D. (1994). Concept clarification in professional practice-dignity. *Journal of Advance Nursing*, 19 (5), 947-953.
- 見藤隆子, 小松香津子, 菱沼典子 (編). (2011). 看護学事典 (第 2 版). 日本看護協会出版会.
- 長澤静代, 黒田裕子. (2009). 集中治療室における患者管理の 1 つとしての身体抑制を取り巻く看護師の判断と行動. 日本クリティカルケア看護学会誌, 5 (2), 25-32.
- 日本看護協会. (2021). 看護業務基準. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/gyomu/kijyun.pdf> (検索日: 2025 年 3 月 1 日)
- 日本看護倫理学会. (2015). 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン. https://www.jnea.net/wpcontent/uploads/2022/09/guideline_songen_2015.pdf (検索日: 2022 年 1 月 4 日)
- 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. (2014). 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン〜3 学会からの提言〜. <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf> <https://www.jsicm.org> (検索日: 2022 年 1 月 4 日)
- Nyholm, L., Koskinen, C. A-L. (2017). Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nursing Ethics*, 24 (4), 408-418.
- 小野聡子, 岩本テルヨ, 梶原江美, 小田日出子, 末光順子, 飯野英親, 田中愛子. (2013). 集中ケアで働く看護師の患者・家族への対応に関する思い. 日本看護学会論文集: 看護管理, 43, 199-202.
- 尾崎未佳, 池上良子, 奥野信行. (2013). 集中治療室に勤務する看護師のストレスとその特徴—心臓外科超急性期看護を展開する ICU 病棟に焦点を当てて—. 日本看護学会論文集: 成人看護 I, 43, 91-94.
- Scott, W. A. (1955). Reliability of content analysis: the case of nominal scale coding, *Public Opinion Quarterly*, 19 (3), 321-325.
- 清水玲子, 中村美鈴, 平山美紀, 水野照美, 山本洋子, 内海香子, 村上礼子. (2018). 救急医療において延命治療の代理意思決定を行った家族の体験. 関西国際大学研究紀要, 19, 45-55.
- Shotton, L., Seedhouse, D. (1998). Practical dignity in Caring, *Nursing Ethics*, 5 (3), 246-255.
- 杉田久子, 黒田裕子. (2006). 集中治療室におけるチーム医療に対する看護師の認識. 日本クリティカルケア看護学会誌, 1 (3), 35-45.

- 佃雅美, 森下利子. (2016). ICU 看護師の意思疎通困難な患者の看護における姿勢. *高知女子大学看護学会誌*, 42(1), 67-76.
- Turnock, C., Kelleher, M. (2001). Maintaining patient dignity in intensive care settings. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17 (3), 144-154.
- 脇屋友美子, 佐藤富美子. (2005). 集中治療室の看護師が直面する倫理上の戸惑いと対処. *日本看護学会誌*, 14 (2), 32-39.
- Walsh, K. Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (3), 143-151.
- 吉川尚美, 杉崎一美. (2019). ICU 看護師が清潔ケアを実践する際の臨床診断の特徴—心臓血管外科手術後患者への清潔ケアに着目して—. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 15, 89-100.

◇研究報告◇

リフレクションが道徳的感受性に与える影響と
その思考プロセスの分析

—精神科看護経験5年未満の看護師を対象に—

西海亮太¹⁾*, 坂尻 淳¹⁾, 稲岡亮佑¹⁾

【目的】精神科経験5年未満の看護師を対象に、リフレクションが道徳的感受性に与える効果を検証し、リフレクション時の思考の特徴を明らかにすることである。

【方法】研究デザインはプレテスト・ポストテストデザインの量的研究と質的研究を組み合わせた、混合研究法による介入評価研究である。

【結果】精神科勤務の看護師12名に対してリフレクションを実施し、量的分析ではリフレクション前後の質問紙得点をWilcoxon符号付順位和検定により比較した結果、総得点および下位尺度において有意な向上が認められた($p < 0.05$)。質的分析では、リフレクション内容を帰納的に分析し、151のコードから22のサブカテゴリー、6つのカテゴリーが抽出された。

【結論】リフレクションは道徳的感受性を育むうえで有効であった。またリフレクションする際の思考の特徴が明らかとなり、ファシリテーターの存在が重要であることが示唆された。

【キーワード】リフレクション、道徳的感受性、精神科看護師

I. はじめに

全ての医療行為には倫理的思考や判断を要する側面があり、臨床に従事する看護師は多くの倫理的問題を経験していることが推察される。特に精神疾患を抱える患者は自身の利益を判断できない場合もあり、医療者が患者に代わって医療・看護を提供すべきというパターナリズムと、患者の自己決定権を擁護すべきという正義の対立から倫理的問題が生じている(荻野, 2015)。また精神疾患を抱える患者は入院という危機的な状況で、自己主張が難しい自身の状態を共感的に理解し、気遣いや思いやりを強く求めていることが明らかにされている(荻野, 2012)。そのため精神科看護に従事する看護師は対象者が何を苦痛と感じているのか、苦痛を和らげるためにはどのような選択肢があるのかと対象者に寄り添うことや気遣うことが重要であり、このような他者に向ける関心は道徳的感受性と呼ばれている。

道徳的感受性を育むには受け身ではない定期的な倫理研修の開催と倫理的問題の気づきを率直に表現や対話ができる

組織の風土や体制が重要であることや(西村, 2022)、事例展開を行うアクティブラーニングが効果的であることが示されている(武用, 2018)。加えて医学教育プログラムを開発したDavid et al. (2003)によると、研究参加者自身による討議や経験が道徳的感受性を育むことに有効であると述べている。そのため看護師が自身の経験を能動的に振り返り、討議を行うことで道徳的感受性を育むことが出来るのではないかと考えた。またこの様に振り返る行為は「リフレクション」と呼ばれる概念と非常に近い。「リフレクション」は振り返り、省察、反省とも訳され、Schön (2007)によると実践の専門家の実践的な認識の特徴を示す概念であり、専門職の成長にはリフレクションが必要だと述べている。近年、国内外の看護教育においてもリフレクションの重要性が論じられており(田村・池西, 2014)、リフレクションの遂行は看護師にとって重要な実践能力の一つとみなされている。先行研究では看護師が行うリフレクションの様相の解明や(池西ら, 2008)、リフレクションを深化させるための介入(鈴木, 2020)、リフレクションを用いた教育方法などが散見された(安藤, 2020)。ま

受付日: 2024年4月15日 / 受理日: 2025年7月22日

1) 樹光会大村病院

* E-mail: nr311893@gmail.com

た Bulman and schutz (2013) は看護師が自らの経験を内省し、学ぶための思考プロセスとしてリフレクティブサイクルの理論を基にした教育プログラムを作成し、そのプログラムを用いた取り組みが報告されていた。

加えて本来リフレクションが重要となるのは新人看護師（土肥・野末, 2022）や経験の浅い看護師であり（東・児玉, 2017）、リフレクションは看護師の実践的思考能力の向上を図るツールとしての可能性が非常に期待されている（田村ら, 2007）。以上よりリフレクションを行うことで看護師の実践能力を向上できることが推察されるも、道徳的感受性を育むことに効果があるのかを検証した研究は見られず、経験年数の浅い精神科看護師のリフレクションに焦点を当てた研究も見られなかった。

そのため本研究では、精神科での経験年数が5年未満の看護師へリフレクションを促し、リフレクションが道徳的感受性に与える効果を明らかにする。次に精神科での経験年数が5年未満の看護師がリフレクションする際の思考の特徴を明らかにすることで、道徳的感受性を育むための教育方法を検討する。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は精神科経験5年未満の看護師を対象に、リフレクションが道徳的感受性に与える効果を検証し、リフレクションを行う際の思考の特徴を明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

本研究はプレテスト-ポストテストデザインの量的研究と質的研究を組み合わせた混合研究法による介入評価研究である。

2. 用語の操作的定義

1) 道徳的感受性

本研究では前田・小西（2012）が開発した道徳的感受性質問紙日本語版尺度の定義を参照し「価値が対立する状況における道徳的な価値に対する配慮と自分の役割と責任の自覚」と定義する。なお道徳的感受性と類似する概念として倫理的感受性があげられ、同義とする文献も存在するが近年では明確に異なった概念とされている。

2) リフレクション

本研究では小山（2022）の定義を参照し「経験や看護実践を通して感じる違和感や気がかりを自覚し、支援者の下で経験を語り、自己を客観視することで視野が拡大し、課題を発見して成長し、意識変容と行動変容をもたらす一連の思考過程」と定義する。

3. 研究参加者の包含基準

研究参加者の包含基準として2点を設ける。

- 1) 現在も精神科病棟で働いており、看護師長や看護主任相当の管理的な役職についていない看護師である。

- 2) 精神科看護の経験が5年未満の看護師である。

本研究では研究参加者が患者との関わりを想起し、想起した患者との関わりを基にリフレクションを行うため、日頃から患者と関わる機会の多い非管理職の看護師が望ましいと考えた。また看護師が実践知を積んでいくには内省や洞察が重要であり、これから実践知を培っていかねばならない精神科看護の経験年数が5年未満の看護師とした。

4. 教育的介入のプロトコール

本研究では、プレテスト-ポストテストデザインを採用した。このデザインは、介入の前（プレテスト）と後（ポストテスト）に同一の測定を実施し、その変化を比較することで、効果を評価するものである。そのため介入として Bulman and Schutz（2013）によって提唱された「リフレクティブサイクル」の理論に則った教育的介入を行なった。

本研究では、リフレクティブサイクルの以下ステップを参照しながら、参加者の内省を促進するための質問項目を作成した。

- 1) 経験の記述－具体的な出来事や経験を詳細に記述する。

今までの精神科看護の中で最も印象に残っている場面や、その場面でのどのような判断をあなたは行いましたか。

- 2) 感情の振り返り－その経験に対してどのように感じたかを振り返る。

今までの精神科看護の中で最も印象に残っている場面や、その場面での判断をした際に、あなたはどのような感情を抱いていましたか

- 3) 評価－その経験がどのように上手くいったか、または上手くいかなかったかを評価する。

今までの精神科看護の中で最も印象に残っている場面や、その場面での判断をした際に、客観的に考えて良かったと思う点と改善すべき点を挙げて下さい。

- 4) 分析－その経験がなぜそのような結果になったのかを分析する。

今までの精神科看護の中で最も印象に残っている場面や、その場面での判断は、患者に寄り添うことができたのか、十分に患者の権利を尊重しようという気遣いを持てていましたか。

- 5) 行動計画－将来のための具体的な行動計画を立てる。

今後、再び同じような場面に遭遇した際に、どのような判断をするべきだと思いますか。

なお本研究では研究者自身がファシリテーターとなり、参加者へリフレクションを促すため、研究者はリフレクションについての学習を入念に行なった。またリフレクションを録音した内容は繰り返し聞き、十分にリフレクションが行えているのかを研究者間で確認した。リフレクションする際には、参加者が自らの体験をリフレクションシート（以下シート）に記述し、それを基に話し合う構成とした。具体的には「その状況においてどのようなことを考えていましたか」「その判断をどうして選択されたのですか」と参加者の言葉を引き出す

ことを意識してリフレクションを促した。また参加者の体験を共に確認しながら、記載されている内容だけではなく、判断した際の思考と実践内容を深く振り返れるように言葉かけを行なった。加えてリフレクションする過程において、研究参加者の実践が倫理的な実践であったか、患者の意思を尊重できたか、また尊重出来ていなかった際には、その理由を内省、洞察することを期待した。

5. データ収集方法

1) 調査開始手順

本研究は研究協力施設の長より研究参加者（以下参加者）の紹介を得た。参加者に研究参加への同意を得た上で、リフレクションシートの記入とリフレクションを行う前に道徳的感受性質問紙日本語版 2018（前田ら, 2019）の記入を依頼した。参加者とは個別に連絡をとり、リフレクションを行う際にはプライバシーが保たれる個室で行なった。リフレクションの内容は IC レコーダーにて録音し、リフレクション終了後に道徳的感受性質問紙日本語版 2018 を用いて道徳的感受性の測定を行なった。

2) 道徳的感受性質問紙日本語版 2018

本研究では研究に使用する道徳的感受性質問紙日本語版 2018（以下質問紙）は Lützn et al. (2006) が開発した道徳的感受性質問紙を前田ら（2019）が日本語版に翻訳した看護師の道徳的感受性を測る 10 項目 6 段階のリッカート尺度であり、信頼性と妥当性が検証されているため本研究に適していると考えた。

5. 分析方法

1) 量的データ

質問紙の分析には EZR version 1.6820 (Kanda, 2013) を用いた。全ての調査項目の基本統計量を算出し、質問紙の合計得点、下位尺度の設問毎に中央値と範囲を算出した。リフレクション前後の得点の差は Wilcoxon 符号付順位和検定を用いて分析した。

2) 質的データ

リフレクションを録音した内容から逐語録を作成し、シートやメモを参考にしながら繰り返し読み、出来事の詳細を時系列に整理した。また参加者の感情や考え、知識や経験が状況にどのように関与していたのかに注目しながら再構成した。その内容を意味のある事柄毎にコード化し、類似点、相違点

を比較・分類することでカテゴリー化しリフレクションする際の思考の特徴を明らかにした。参加者から得られたデータを 1 事例毎に分析し最後に統合した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、大村病院看護部倫理委員会の承認を得た上で実施し（承認番号 23-01 2023 年 12 月 26 日）、研究協力施設および研究参加者個人に対して、以下の要領で倫理的配慮を実施した。参加者には、研究目的、研究方法、倫理的配慮等について書面および口頭で説明した。研究参加は自由意思であり、参加者の自由意思を確保するために、電子メールを用いて個別に連絡をとり、研究参加の諾否は研究協力施設の長には伝わらないこと、撤回の自由および辞退した場合に不利益を被ることがないことを説明した。加えて研究参加者の個人情報保護に努め、個人が特定されうる語りは匿名化または抽象化することを説明した。さらに研究参加者より得られたデータの保管期間は 5 年であり、保管期間中は鍵の掛かるロッカーにて厳重に管理する。なお研究終了後 5 年を経過した日まで保管し、保管期間終了後は適切に廃棄することを説明し同意を得た。

V. 結 果

本研究はプレテスト-ポストテストデザインの量的研究と質的研究を組み合わせた混合研究方法による介入評価研究であるため、研究方法毎に結果を示す。

1. プレテスト-ポストテストデザインの量的研究

1) 研究参加者の属性

本研究の参加者は 12 名であり、男性 8 名、女性 4 名であった。平均経験年数は 4.0 年 ($SD=1.3$) であり、精神科看護の平均経験年数は 2.9 年 ($SD=1.3$) であった。リフレクション時間は 17 分～47 分であり、平均 30.5 分 ($SD=9.1$) であった。

2) リフレクション前後における道徳的感受性尺度の中央値と範囲（表 1）

道徳的感受性尺度全体の中央値は、介入前で 38.0（範囲 27.0～42.0）、介入後は 39.5（範囲 35.0～45.0）であり有意差が確認された ($z=2.35$ $p<0.05$)。下位尺度では、道徳的強さと道徳的気づきに有意差がみられた。介入前の道徳的強さが 3（範囲 2～6）、道徳的気づきが 4（範囲 2～5）であり、介入後

表 1 リフレクション前後の道徳的感受性尺度中央値の比較

総得点				下位尺度							
				道徳的強さ				道徳的気づき			
	中央値	範囲	p値	中央値	範囲	p値		中央値	範囲	p値	
リフレクション前	38	29～42		3	2.0～6.0			4	2～5		
リフレクション後	39.5	35～45	0.000	4	3.0～5	0.009		4	2～6	0.006	0.63
検定統計量	総得点			道徳的強さ				道徳的気づき			
リフレクション後-リフレクション前											
z	2.35			2.58				2.21			0.37
漸近有意確率	0.018			0.009				0.026			0.708

分析には Wilcoxon 符号付順位和検定を用いた
n=12
道徳的感受性尺度全体の得点範囲: 6-60
各尺度項目の得点範囲: 1-6

は道徳的強さが4（範囲3～5）（ $z=2.58$ $p<0.05$ ），道徳的気付きが4（範囲2～6）（ $z=2.21$ $p<0.05$ ）であった。対して介入前の道徳的責任感4（範囲1～6）であり，介入後は4（範囲1～6）（ $z=0.37$ $p=0.63$ ）と有意差は確認されなかった。

2. 質的研究

1) 参加者が精神科看護の中で体験した最も印象的なケース

参加者が精神科看護の中で体験した最も印象的なケースは、患者へ陰性感情を抱いた体験が4ケース，患者の言動に困惑した体験が4ケース，行なった看護に対して不全感を抱いた体験が3ケース，行なった看護に対して迷いが生じた体験が1ケースであった。

2) カテゴリーの概要（表2）

分析の結果，151のコードから22のサブカテゴリーが抽出され6のカテゴリーに集約された。分析の結果より精神科での経験年数が5年未満の看護師がリフレクションする際の思考の特徴を明らかにした。以下各カテゴリーの詳細についてカテゴリーを【 】，サブカテゴリーを《 》，コードを< >内に記述する。

(1) 【充分な看護を提供できない違和感】

このカテゴリーでは参加者が看護を実践する状況で，治療環境や病棟ルールから患者を主体とした治療，看護が行えなかった体験や看護が不十分となっていることへ違和感を覚えていたことが示され，2のサブカテゴリーから構成されていた。

参加者は，〈患者が家族と生活するという権利を侵害していると感じた〉ことや〈夜勤中に相方が仮眠していたため，相談できる人がおらず困った〉というように，対象者や療養環境を含めた《状況に対する違和感》を表出していた。また参加者は〈病棟での決まりごとが優先されオムツでの排泄を行なってもらうことへの申し訳なさ〉や〈拒否がひどい患者さんは関りが不十分になってしまった〉と対象者に対して《看護が不十分となっていることへの違和感》を抱いていることが示された。

(2) 【違和感に伴って生じた感情への気づき】

このカテゴリーでは参加者が看護を行う際には自身や対象者に対して不安や苛立ちを抱き，リフレクションを通して自身の中で思い出したくないような感情と向き合っていることが示され，5のサブカテゴリーから構成されていた。

参加者は〈男性同士のトラブルに女性の看護師が介入することでその場を仲裁できるのか不安〉や〈予測できない動きをする患者への強い不安〉と《予測不能なことへの予期不安》が示された。また〈判断に迷うような状況も多いことや判断材料が少ないことから判断に対して不安を抱く〉や〈自身の行動が患者に対して正しい行動かどうかの自信が持てない〉と《自身の判断能力に対する不安への気づき》が示された。加えて参加者は〈放尿を繰り返す患者に対して着替えをしないといけないことから苛立ちや面倒だと感じた〉や〈転倒を

繰り返すことで骨折してしまうことも本人へは説明したが理解を得ることは出来ず立腹してしまった〉と《患者に対して抱く陰性感情》が示された。さらに参加者は《倫理的ジレンマに伴う葛藤》を抱え〈患者が息子と生活したい気持ちも理解できるが病状に伴い興奮し仲裁に入ることが正しいことかと考えると気持ちが複雑になる〉や〈患者の権利を侵害したようで複雑な気持ちを抱く〉と違和感に伴って一言では言い表せない気持ちを抱いていた。一方で参加者は〈深夜帯で朝の準備やカルテの記入など忙しい状況で余裕のない状態でイライラし余裕にかけていた〉や〈忙しさに対して諦めのような気持ちを抱き改善されないことにイライラしていた〉と《業務過多による精神的摩耗》を抱いていることが示された。

(3) 【患者の立場に立つことや言動から心情を汲み取る】

このカテゴリーではリフレクションを行う際に患者の立場に立ち，自身が患者に与える影響について考えることや患者の言動から不安や悲しみなどの気持ちを感じ取っていることが示され，3のサブカテゴリーから構成されていた。

参加者は〈イライラしているという言葉の中にかまってほしいや心配してほしい近くにいるほしいなどの寂しさがあるのでは〉や〈患者が故意的に転倒するのはもっとかまって欲しいからかな〉と《患者の言動に含まれるメッセージを汲み取る》ことが示された。また参加者は〈患者自身よりも年下の自分に注意されることで自尊心が傷つくためイヤだろうなと想像できる〉や〈自身の年齢が患者より若いことや異性であることから自身に対して立腹されたのではと考える〉と《自身が患者の心情に与える影響を考察》していることが示された。加えて参加者は〈患者は初回入院で戸惑いもある中で自身の思い通りにならない中でイライラした気持ちを抱えていた〉や〈患者に十分時間を取れず寂しさを感じさせたかもしれないし自分の思いを聞いてもらえない寂しさはあったと思う〉と《患者の立場で心情を汲み取る》ことが示された。

(4) 【臨床判断に対する分析的思考】

このカテゴリーではリフレクションを通して参加者が看護を行う際の根拠となることや，看護を行う際には患者を含めた様々な要因を基に判断をしていることが示され，5のサブカテゴリーから構成されていた。

参加者は〈誤嚥リスクが高い人への食事介助や盗食をする方などすべての人の安全を守るために柔和な口調で盗食しないように諭した〉や〈患者はイライラすると訴えがあったため話を傾聴することで患者のイライラを取り除けると考え関わりを持った〉と《実践した看護の根拠》を述べていた。また参加者は〈患者に対する気遣いを持てなかったところは自身の感情に影響を受けた点大きい〉や〈判断する内容に不安な気持ちは大きく影響している〉と《自身の感情が判断に影響》していることを認識していた。加えて〈拘束をしないと夜勤の相方も繰り返し更衣しなければならないことになる〉や〈判断に迷ったことや職員の間関係に気がしたことは判断に影響していた〉と《他の看護師への気遣いが判断に影響》して

いることが示された。対して<看護師として患者へどのように判断すればいいのか迷いが生じたが患者の希望を優先することを選択する>や<今患者が求めていることに応える判断を優先する>と《患者の希望を優先した判断》と自身の感情や他職員との関係性などではなく患者の意向に沿った看護を行うべきと考えていることが示された。

(5) 【実践した看護の内省と評価】

このカテゴリではリフレクションを通して参加者が、自身の看護を客観的に振り返り、看護を行うことで患者に対する利点や実践した看護の内容や思考を吟味していることが示され、5のサブカテゴリが抽出された。

参加者は<患者を否定することで自尊心が傷つくことを考慮し柔和な声をかけた点は良かった>や<コミュニケーションが苦手という患者の特性を踏まえて頓用薬の使用や話しやすい雰囲気、言葉遣いを行なえた点は良かった>と客観的に《行なった看護の利点》を振り返っていた。対して<良かったことを振り返れない>や<客観的に良い所はない>と参加者は《自己の実践への否定的な評価》をしていることが示された。一方で参加者は<コミュニケーションが苦手な患者へ話を聞こうとする一方的な関りとなっていた>や<患者からどのような対応をされても患者の反応として真摯にうけとめるべきであった>と《実践した看護を反省》していることが示された。加えて《看護を行った際の思考を反省》しており、参加者は<患者の気持ちに寄り添いオムツを外した理由を考え

られていたらと思う>や<患者の家族の安全を一番に考え患者自身の感情を考えられなかった>と行なった看護を反省していた。また参加者は<患者へ内服させなければという気持ち強い>や<患者への気遣いを持つ以上に夜勤のスタッフのことを優先して考えてしまいやすい>と看護を実践する際の《自身の傾向を反省》していることが示された。

(6) 【体験に対する批判的思考】

このカテゴリでは参加者がリフレクションを通して体験に対する意識や行動が変容することで自身の課題を考えられることが示され3のサブカテゴリから構成されていた。

参加者は<自身の感情をふまえて看護師としての冷静さが重要であると気付いた>や<患者へ寄り添うことが出来たのかと疑問を持った>と《体験に対する意識が変容》しており、心に残っている体験をリフレクションすることで自己洞察していることが示された。加えて<患者の話を聞くなどの対話が必要だった>や<自身や患者、周囲の人の安全を保ちながらも患者が納得できるまで話し合うことを行なう>と《体験に対する行動が変容》しており、リフレクションを通して患者に対して行うべき行動を導きだしていた。また<なかなか観察したいができていないのが今の自身の課題>や<自身が発した言葉が患者にどの様に受け取られるのか考えると難しいからコミュニケーションは課題だと思う>と《看護実践の困難さから自身の課題を明確化》していることが示された。

表2 カテゴリの概要

カテゴリ	サブカテゴリ
十分な看護を提供できない違和感	状況に対する違和感
	看護が不十分となっていることへの違和感
	予測不能なことへの予期不安
違和感に伴って生じた感情への気づき	自身の判断能力に対する不安への気づき
	患者に対して抱く陰性感情
	倫理的ジレンマに伴う葛藤
	業務過多による精神的摩耗
患者の立場に立つことや言動から心情を汲み取る	患者の言動に含まれるメッセージを汲み取る
	自身が患者の心情に与える影響を考察
	患者の立場で心情を汲み取る
臨床判断に対する分析的思考	自身の感情が判断に影響
	他の看護師への気遣いが判断に影響
	患者の希望を優先した判断
	実践した看護の根拠
実践した看護の内省と評価	行なった看護の利点
	自己の実践への否定的な評価
	実践した看護を反省
	看護を行った際の思考を反省
	自身の傾向を反省
体験に対する批判的思考	体験に対する意識が変容
	体験に対する行動が変容
	看護実践の困難さから自身の課題を明確化

Ⅵ. 考 察

1. リフレクションが道徳的感受性に与える効果について

本研究の結果より、サンプル数は少ないながらも、道徳的感受性の総得点、下位尺度の道徳的強さ、道徳的気づきが介入後には有意に上昇を示した。そのため精神科経験が5年未満の看護師にとって、道徳的感受性を育むためにはリフレクションが有効だと考えられる。先行研究では安藤ら（2020）がリフレクションを用いた倫理研修を行い、道徳的感受性の「道徳的強さ」が有意に上昇していたことに関して、倫理研修の中で倫理的問題に対するアプローチ方法を検討することが「道徳的強さ」の上昇に影響したと考察している。対して本研究では倫理に関する学習を行わずリフレクションのみを行っており、参加者はリフレクションを通して自身の実践は患者に寄り添おうとしていたのか、患者ではなく自身やスタッフのことを中心に考えて看護実践していたのではないかと内省することから道徳的強さが上昇したと考えられる。加えて本研究では道徳的気づきが有意に上昇していた。前田・小西（2012）が作成した道徳的感受性質問紙日本語版では、道徳的気づきを測定する設問として、自身の感情を認識できているのか、患者の気持ちに気づこうとしているかが問われている。そのため本研究ではリフレクションを行う際に「その時はどのような感情を抱いていましたか。」と自身の感情に向き合うこと、自身の特性を知ることが道徳的気づきの上昇に影響しており、新たな知見を得ることが出来た。また池内・上野（2020）は精神科看護師の批判的思考態度を促進するためにリフレクションを用いた教育プログラムを開発しており、批判的思考態度尺度の一部は介入後有意に上昇したが、1ヶ月後には有意差が見られていない。本研究では介入直後に道徳的感受性を測定したことから、道徳的感受性の総得点と道徳的強さ、道徳的気づきは上昇しているが、池内・上野（2020）の研究と同様に介入後、一時的に上昇した可能性が伺える。

一方で本研究では道徳的責任感が有意に上昇することには至らなかった。また、教育的介入を用いて道徳的感受性を育むことを目的とした研究を概観するも道徳的責任感が育まれているものは見当たらなかった（高橋ら, 2024, 安藤ら, 2020）。前田ら（2019）は道徳的責任感を「看護師の責任として、患者に焦点をおくのか、それともルールに従うか、そのどちらを優先するのかということへの判断を問う概念」と述べており、道徳的責任感を育むにはルールに依存せず、自律的な判断を行なえる必要がある。そのため道徳的感受性を育むには看護師として実践知を積み上げ、専門職者と発達していくことが重要だと考える。

2. 精神科に従事する看護師がリフレクションする際の思考の特徴

本研究では参加者が精神科看護の中で最も印象的な体験についてリフレクションを行なった。小山（2022）によるとリフレクションは「経験や看護実践を通して感じる違和感や気

がかりを自覚し、支援者の元で経験を語り、自己を客観視することで視野が拡大し、課題を発見して成長し、意識変容と行動変容をもたらす一連の思考過程」であると述べている。本研究においても《体験に対する意識が変容》《体験に対する行動が変容》と、意識変容と行動変容の双方が生じており、小山（2022）の行なったリフレクションの概念分析と共通する部分がみられ、本研究の参加者は十分にリフレクションを行うことができたと考える。

堀井（2011）によると、精神科看護師がリフレクションする際には、自身と向き合うほどリフレクションが深化していく点が特徴的であると述べている。本研究の結果では【実践した看護の内省と評価】を行うことから【体験に対する批判的思考】を経て、参加者の体験に対しての意識が変化することで、ネガティブな体験として捉えるだけでなく、成長する機会として捉えることができていることができており、本研究においても自身と向き合うことが重要であることが考えられた。

一方で堀井（2011）の研究では、参加者へ意図的にリフレクションを促そうとはしておらず、リフレクションを行う以前から研究参加者自身で問題解決に当たっていた。対して本研究では参加者自身で問題解決を行えたケースは無く、参加者へ意図的にリフレクションを促すことでケースに対する意識、体験の変容を行うことが出来た。本研究参加者が自身で問題解決を行えなかった要因として、堀井（2011）の研究では精神科経験年数が7年～15年（平均=9.5年）と「中堅」以上であるため、過去の経験や出来事を想起・照合することで仮説を導き、自律的なリフレクションが行えていることが伺えた。対して本研究では参加者の精神科経験年数が6カ月～4年（平均=2.9年）と実践知を十分に培えている状態ではないことから自律した判断を行うことの困難さも伺え、同じ診療科であっても経験年数が短い際には自律的なリフレクションは行うことは難しいことが考えられた。しかし安藤ら（2020）の研究と比較し、有意に道徳的感受性が育まれたことから、経験年数が短い看護師はリフレクションから受ける影響が大きいことが示唆され、新たな知見であるといえる。

3. 道徳的感受性を育むための教育方法について

本研究の結果から、リフレクションは道徳的感受性の向上に有効な教育的介入であることが示唆された。参加者はリフレクションを通じて、自身の実践に対する内省や感情の認識を深め、「患者に寄り添っていたのか」「自分や職員の都合を優先していなかったか」といった自己認識に至っていた。こうした気づきは、道徳的気づきや道徳的強さの向上につながったと考えられる。浮舟・田嶋（2018）は、否定的感情を抱いた看護師が、状況を捉え直し、自身の感情をコントロールすることで前向きな関わりへと切り替える方略を明らかにしている。状況を捉え直すというプロセスは、リフレクションと類似しており、本研究でも参加者が不安や陰性感情、苛立ちなどの後ろ向きな感情に向き合い、それを通して体験に対する批判的思考を行い、意識や行動の変容へとつなげてい

た。したがって、精神科に従事する看護師にとって、リフレクションは看護実践を支える重要なプロセスであり、道徳的感受性を育むための教育方法として有用であることが示唆された。

一方で、経験年数の浅い看護師においては、臨床現場での実践知が十分に蓄積されておらず、自己主導的に深いリフレクションを行うことが困難であるという課題があり、外部からの支援が必要不可欠である。この支援を担うのがファシリテーターであり、ファシリテーターの存在は、リフレクションの質と学習効果を大きく左右する。Fazljoo et al. (2024) は、グループ・リフレクションを通じて他者との語り合いを行うことで、参加者が多様な視点を取り入れながら自己理解を深め、道徳的感受性が有意に向上したと報告している。このプロセスにおいても、ファシリテーターは対話の進行や安心して自己開示できる場の確保など、学びの質を左右する中核的な役割を担っている。したがって、今後は、教育的介入の効果を高めるために、ファシリテーターの力量や支援方法の構築についても検討していく必要があると考えられる。

以上のことから、リフレクションを用いた教育的介入は、道徳的感受性を育むうえで有効であり、それは単に知識や技術を伝達するだけでなく、「なぜそのように看護を行うのか」といった倫理的態度の形成に寄与すると考える。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、1 施設の精神科看護師歴 5 年以下の看護師 12 名を対象としていることから精神科に従事する看護師の結果の一部であるといえ、サンプル数が少ないことから一般化は困難である。加えてリフレクションを行なった直後に道徳的感受性を測定しているため、継続的にリフレクションを行い、定期的に道徳的感受性を測定する必要性が考えられ本研究の課題といえる。そのため今後もリフレクションを用いた教育的介入が精神科に従事する看護師の道徳的感受性を育むことに効果的かを明らかにする必要がある。

Ⅶ. 結 論

1. 精神科の経験年数が 5 年以下の看護師 12 名へリフレクションを行った結果、質問紙の総得点と道徳的強さ、道徳的気づきに有意差が確認された ($P<0.05$)。
2. 精神科の経験年数が 5 年以下の看護師 12 名へリフレクションシートを用いてリフレクションを行なった結果、151 のコードから 22 のサブカテゴリーが抽出され 6 のカテゴリーに集約された。その結果参加者は【十分な看護を提供できない違和感】を抱いており、対象者の言動に対して不安や陰性感情を抱くことから【違和感に伴って生じた感情への気づき】を得ることから【患者の立場に立つことや言動から心情を汲み取る】ことでリフレクションを行なっていた。リフレクションを通して参加者は【臨床判断に対する分析的思考】を行い【実践した看護の内省と評価】する

ことから【体験に対する批判的思考】に至ることが出来ていた。

3. 経験年数の浅い看護師にリフレクションは教育的な介入として効果的であるが、自律してリフレクションを行うことや否定的な感情へと向き合うには他者の介入が必要なことが伺え、経験年数の浅い看護師には継続的な支援が必要であることが伺えた。

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。

なお本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。
謝辞：本研究に参加協力して下さった看護師の皆様にご礼申し上げます。

Ⅷ. 引用文献

- 安藤満代, 山本真弓, 関根麻紀. (2020). リフレクションを含めた倫理研修が精神科看護師の道徳的感受性, 倫理的行動, ストレスに及ぼす効果についてのパイロットスタディ. *日本看護倫理学会誌*, 12 (1), 39-43.
- Bulman, C., Schutz, S. (編). (2014). *看護における反省的实践* (田村由美, 池西悦子, 津田紀子監訳; 第 5 版). 看護の科学社. (2013)
- 武用百子, 岩根直美, 明神哲也, 山岡由美, 川田美和. (2018). アクティブラーニングを導入した看護倫理演習が道徳的感受性, 職業的アイデンティティ及びプロフェッショナルリズムに及ぼす影響. *日本シミュレーション医療教育学会雑誌*, 6 (1), 9-17.
- David, E. K., Patricia, A. T., Donna, M. H., Eric, B. B. (2024). *医学教育プログラム開発—6 段階アプローチによる学習と評価の一体化* (小泉俊三, 大西弘高訳). 篠原出版社. (2003)
- 土肥由莉, 野末聖香. (2022). リフレクションを用いた新人看護師教育に関する文献レビュー. *Keio SFC Journal*, 22 (1), 98-119.
- Fazljoo, S. E., Keshmiri, F., Nasiriani, K., Bahri, A. (2024). Effect of Group Reflection and Moral Case Deliberation on Moral Reasoning Skills and the Reflective Ability Among Nursing Students. *Strides in Development of Medical Education*, 21 (1), 84-91.
- 東サトエ, 児玉みゆき. (2017). 卒後 2 年目看護師の行うリフレクションがキャリア開発に与える意味と継続教育方法の検討. *南九州看護研究誌*, 15 (1), 10-20.
- 堀井湖浪. (2011). 精神科に勤務する看護師のリフレクションのプロセスに関する研究. *日本赤十字看護大学紀要*, 25 (1), 32-42.
- 池西悦子, 田村由美, 石川雄一. (2008). 看護実践に埋め込まれたリフレクションの構造: マイクロメント・タイムラインインタビュー法の活用. *看護研究*, 41 (3), 229-238.
- 池内彰子, 上野恭子. (2020). 精神科看護師の批判的思考態度を促進するためのリフレクションを用いた教育プログラムの効果. *日本精神保健看護学会誌*, 29 (2), 9-18.
- Kanda, Y. (2013). Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*, 48 (3), 452-458.
- 小山理英. (2022). 看護におけるリフレクションの概念分析: Walker&Avant の手法を用いて. *伝統医療看護連携研究*, 3 (2), 102-113.

- Lützén, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*, 3 (2), 187-196.
- 前田樹海, 小西恵美子. (2012). 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の開発と検証: 第1報. *日本看護倫理学会誌*, 4 (1), 32-37.
- 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子, 福宮智子. (2019). 道徳的感受性質問紙日本語版 2018 (J-MSQ2018): 下位概念「道徳的責任感」を見直して. *日本看護倫理学会誌*, 11 (1), 100-102.
- 西村高宏. (2022). 医療現場における「倫理教育の困難さ」“moral sensitivity”を遅くするために. *Japanese Journal of Maxillo Facial Implants*, 21 (2), 103-106.
- 荻野雅. (2012). 精神科医療看護における倫理の動向. *武蔵野大学看護学部紀要*, 6, 37-46.
- 荻野雅. (2015). 精神科看護における関係性の倫理: 精神科医療・看護における当事者の視点から見た倫理的問題. *武蔵野大学看護学研究所紀要*, 9 (1), 91-97.
- Schön, D. A. (2007). *省察的実践とは何か: プロフェッショナルの行為と思考* (柳沢昌一, 三輪健三監訳). 鳳書房.
- 鈴木康美. (2020). 看護実践のリフレクションを深める支援に関する研究: Senge の学習する組織の観点から. *教師学研究*, 23 (2), 43-53.
- 高橋梢子, 安部史子, 岡安誠子, 川瀬淑子, 平井由佳. (2024). 「LTD (Learning Through Discussion) 話し合い学習法」で実習体験の語り合いを行った看護倫理の授業による看護学生の道徳的感受性の変化. *日本看護研究学会雑誌*, 47 (2), 233-240.
- <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20231030231>
- 田村由美. (2007). 看護実践力を向上する学習ツールとしてのリフレクション. *看護教育*, 48 (2), 1078-1082.
- 田村由美, 池西悦子. (2014). *看護の教育. 実践にいかすリフレクション—豊かな看護を拓く鍵—*. 南江堂.
- 浮舟裕介, 田嶋長子. (2018). 否定的感情を抱いた精神科看護師が前向きな関わりに切り替える方略. *日本精神保健看護学会誌*, 27 (2), 53-60.

◇研究報告◇

A病院の第3波での新型コロナウイルス感染症病棟で勤務した看護師の実情

杉浦麻衣子^{1)*}, 中西奈々¹⁾, 設楽希代子¹⁾, 廣田奈津子¹⁾, 葛嶋信乃¹⁾

I. 目的: 新型コロナ病棟で看護師が実践の場で感じた想いを明らかにし、職場風土や環境を整えるための支援方法への示唆を得る。

II. 方法: 第3波期間に新型コロナ病棟で勤務する看護師に半構造化面接を行い、逐語録をデータ化し、質的帰納的分析を行った。

III. 結果: 5つのカテゴリが見出された。新型コロナ病棟で勤務する看護師は、【患者のニーズに応じた看護が提供できない】【家族のニーズのとらえにくさ】【人材・医療整備の不足により患者の関りが難しい】という、想いを感じていた。また【未知のウイルスに対する感染への恐れ】を感じながらも【派遣された看護師としての前向きな気持ち】を持ち業務に従事していた。

IV. 結論: 新型コロナ病棟で勤務する看護師は、看護を提供する場面での様々な感情を医療チーム間で共有し、できる最大限の看護ケアの検討と連携力を高めたカンファレンスの実施で乗り越えられることが示唆された。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症、派遣看護師、実情、第3波、想い

I. はじめに

SARS-COV-2による感染症は、COVID-19（以下、新型コロナ）と呼ばれ、2019年12月に中国で感染者が最初に報告されてから、世界的広がりをみせた。2020年3月11日には世界保健機関がパンデミックになっていると宣言するに至った。我が国においても、2020年1月に最初の感染者が確認されて以降、感染者が増加し続け、4月には総務省が1回目の緊急事態宣言を発出した。その後に感染対策を強化したが、ウイルスは変異を繰り返し、感染力の強まった変異ウイルスが国内でも拡大していった。特定の地域で発生していたクラスターは、医療機関や社会福祉施設などにおいても発生し、地域へ拡大していった。新型コロナ感染者は、50歳代以下は波を追うごとに増加していたが、70歳以上では第3波がピーク（国立感染症研究所、2022）となり、入院患者数と重症者数の増加を認め、救急搬送困難事案（総務省消防庁、2021）が増え感染者の療養先の確保困難や自宅での入院待機患者が増えた。病院看護実態調査においては、2021年度の早期退職者

が増加したと回答した病院は約35%で昨年度調査よりも増加し、そのうちの約38%に新型コロナが影響していた。看護師の離職率は増加しており、その背景には新型コロナウイルス感染症による一定の影響が示唆されたと日本看護協会より報告されている。（日本看護協会、2023）

A病院は、感染症指定医療機関ではなく、感染症患者を受け入れた経験はなかったが、2020年3月より新型コロナ軽症者の入院を担当し、11月よりC県指定コロナ対応重点医療機関として指定を受けた。これを受けて、新たに病棟編成しコロナ病床を7床確保し、軽症から中等症の患者の受け入れを開始した。看護師は、院内から派遣し、新型コロナ病棟（以下B病棟）配属時に感染管理認定看護師より感染対策の指導を受けて配属となった。しかし、4月上旬から入院患者及び職員の新型コロナ感染の罹患が相次ぎ、クラスターの発生もあった。第3波の期間では、計70名の患者が入院となり、入院患者の年齢層も第2波までの若年層とは異なり60～80歳代が増えてきた。感染確認後の救急搬送困難があり、広域で搬送されてくる患者や家族間で感染する患者がみられた。入

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 神戸赤十字病院

* E-mail：0174reina10@gmail.com

院加療を行っていても重症化し、高流量鼻カニュラ酸素療法を使用する患者もいたが、医療器具数の限りもあり、このまま患者数が増加すると命の選別を要するのではないかと看護師間で相談する場面も増えてきた。また急激な患者数の増加による入院ベッドの確保が困難となり、さらに様々な既往をもつ高齢者が感染することにより病態は重症化しやすく、高度な治療が必要となった際も、患者を搬送する医療機関を探すことに困難を極めた。その間も治療を継続したが、症状は悪化をたどり看取りをする場面も増えてきた。なお、配属時には心療内科医や公認心理士の面談があり、定期的に師長の面接も実施されメンタルの支援体制は整えられていた。また看護実践で悩んだ際は、看護師間だけでなく、医師も含めてカンファレンスを実施した。

高齢者ケアを担う看護者の感染予防に対する意識調査（岡本、松田、2010）では、一般病院と高齢者施設において高齢者の感染予防に対し、看護師は自分自身と周囲との関係においてジレンマを抱えていることが報告されていた。認知症高齢者との関わりから引き起こされる看護師の感情に関する生きられた体験（渡辺、2014）では、認知症高齢者との関わりから看護師がケアへと思いをめぐらせることに影響を与えられていることが報告されていた。しかし新型コロナ病床での従事に関する看護師の心理・感情や実情に関する報告は筆者が検索する限りでは非常に乏しく、感染症指定医療機関でない医療機関でも患者受け入れが開始されたため、各施設試行錯誤しながら看護を行っていることが予測された。そのため、通常とは異なる看護を提供するなかで看護師は、様々な想いや困難を抱きながら看護を提供してきた。そこで、新型コロナ病床で勤務する看護師の実情を明らかにし、必要な支援を把握したいと考えインタビューを実施した。その結果、A病院における新型コロナ感染症病床で勤務する看護師についての支援方法への示唆が得られたので報告する。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、新型コロナ病床で勤務する看護師が実践の場で感じた実情を明らかにし、看護を提供する職場風土や環境を整えるための支援や方法への示唆を得ることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究参加者

A病院B病棟で勤務する看護師 11 名

2. 研究デザイン

質的研究（対面式半構造化面接）

3. データ収集期間

2021 年 9 月 1 日～2021 年 10 月 30 日

4. 用語の操作的定義

第 3 波：流行波の明確な定義はないが、国立感染症研究所が示している 2020 年 44 週から 2021 年 8 週とする。

5. データ収集方法および分析方法

研究参加者は、2020 年 11 月から 2021 年 2 月に A 病院 B 病棟で勤務した看護師とした。研究参加者へ研究の目的を書面にて説明し、同意を得られた 11 名の看護師へインタビューを約 30 分実施した。インタビューの内容は、参加者の同意を得て録音した。インタビューの主な内容は、新型コロナ病床へ異動した想い、看護を提供した場面で感じた想い、患者・家族とのコミュニケーションで感じた想い、医療者間のコミュニケーションであった。面接場所は、プライバシーの保てる静かな個室を用意した。データとして録音したインタビュー内容の中から、目的に合う語りの部分を抽出し、逐語録に起こしデータとした。データ内容を、意味内容が変化しないよう参加者へ確認し、コード化した。その後、類似と差異の視点で比較検討を行い、抽象化し、サブカテゴリー・カテゴリーを生成した。分析結果の厳密性の検討に関しては、分析をしていく過程を通して逐語録を熟読し、意味内容に沿って分析できているかを常に確認しながらカテゴリー化を進めた。また各分析段階で、共同研究者間で合意が得られるまで意見交換を行い、分析の妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、神戸赤十字病院看護部倫理審査委員会の承認（承認番号：なし）を得て実施した。研究参加者には研究の目的、方法、プライバシーの保護、研究結果の公表の承諾について文書を用いて説明し、研究への参加は自由意志であること、話したくないことは話さなくて良いこと、いつでも撤回できることを文書と口頭で説明し、書面で同意を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の基本的属性

研究参加者は 11 名であった。年代・性別・経験年数の情報は、表 1 のとおりである。コロナ病床勤務期間は平均 2.0 ヶ月であった。看護師経験年数は平均 10.5 年であり、平均年齢は 33.6 歳であった。197 のコードより 12 つのサブカテゴリーと 5 つのカテゴリーが抽出された。

なお本稿では、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、語りを『 』で表した。各カテゴリーについて結果を表 2 に示す。

【患者のニーズに応じた看護が提供できない】

このカテゴリーでは、〈隔離による患者との関係性構築の難しさ〉〈すぐに対応できないことによるもどかしさ〉〈感染防護下での感染のリスクを考えたケア実践の難しさ〉の 3 つのサブカテゴリーが抽出された。『短時間で想いを表出してくれるのは難しい』との言動から、スマートデバイスを活用し接触機会を最小限に検温やコミュニケーションを図るため、信頼関係の構築が難しいと感じていた。『感染防護服着用してからだと、咄嗟の時は難しい』と、防護服着用時間に時間を要し、

表1 研究参加者の基本的属性

	年齢	経験年数	性別	配属期間		年齢	経験年数	性別	配属期間*
A	20代	3年	男	1ヶ月	G	30代	6年	男	2ヶ月
B	20代	4年	女	1ヶ月	H	30代	14年	女	1ヶ月
C	20代	4年	女	3ヶ月	I	40代	19年	女	2ヶ月
D	20代	5年	女	2ヶ月	J	40代	20年	女	2ヶ月
E	20代	6年	女	1ヶ月	K	50代	30年	女	5ヶ月
F	30代	5年	女	2ヶ月					

*配属期間とは、新型コロナウイルス病棟への配属期間を示す

表2 B病棟看護師が看護実践の場面で感じた想い

カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
患者のニーズに応じた看護が提供できない	隔離による患者との関係性構築の難しさ	短時間で想いを表出してくれるのは難しい
		iPad（を介してのやり取りでは）話せないこともある
		限られた時間では、患者へ安心感を与えられない
		話をして信頼関係を築けたらいいなと思った
		（患者は）自分の想いが最後まで訴えられていたのか気になった
	すぐに対応できないことによるもどかしさ	感染防護服着用してからだと、咄嗟の時（対応）は難しい
		認知症のある患者が声を出しても、部屋をすぐに訪室できない
		ナースコールがあつて介助したくても、フル PEE をして入らなきゃいけないため、すぐに訪室できない、というもどかしさがあった
	感染防護下での感染のリスクを考えたケア実践の難しさ	普通ならもっと話を聞いて身の回りの世話をしていたのに、と思った
		清潔を保つケアをしてあげたいと思うけど、感染のリスクを考えて極力（ケアの回数）減らして実施した
		喀痰吸引や食事介助など看護援助の時間に制限があり、しなければならないこと（ケアの実施）ができないジレンマがあった
		ターミナル期で色々してあげたいけど、（時間とケアに）制限されるジレンマあった
		不安が強く落ち着かない患者の近くにいてあげたら安心できたらと思うけど、感染的に頻回に訪室することが難しい
家族のニーズのとらえにくさ	面会制限により家族の想いを十分確認することが難しい	家族がどう思っているか・どうしてほしいか、家族の情報収集に戸惑った
		家族からの電話で答えられる範囲で熱の状況や食事の状況を伝えた
		家族にできないことだけではなく、できることを話した
		家族は不安そうな表情だった。（患者の）状態の説明はしたが、普段とは違い家族と一瞬しか関われないので不安がとり切れなかった。普通の病棟に比べ（家族の）不安が強いと、感じた
	面会制限下でのグリーフケアの提供が難しい	最期の時に家族が（患者に）会えない状況が心苦しかった 家で頑張ってきたのに、最期に（家族と）会えない状況が悲しかった
人材・医療整備の不足により患者のかかわりが難しい	患者の療養環境に不足を感じている	（患者が）外部と話せる環境がなく、テレビしかないときストレス緩和をどうしたらいいか 治療に専念できる環境を整えることが大切
		他院の重症病床が満床のため必要な患者が転送できない
	医療体制に対するやりきれない気持ち	
未知のウイルスに対する感染への恐れ	同居している家族への感染への恐れ	病気の家族と同居していたので不安だった 両親はずっとマスクをしていて（コロナ病棟で働く自分と）関わりたくないって感じだった
		ケア内容によって防護服を変えて感染対策に気を付けた。自分がかかるとみんな（病棟スタッフや家族）に迷惑がかかるので、感染しないように注意した 感染面で患者へ近づきすぎないように注意した （防護しても）かかる可能性があるから、怖いなと思った
	自分への感染の不安と恐怖	
派遣された看護師としての前向きな気持ち	多職種との想いの共有	カンファレンスを毎日実施し、患者の想いを（多職種へ）伝えた 看護師間・医師とも話ができて、相談し合いながらできた 医師と看護師も最善の策を話し合って、医師も看護師の意見を大事に聞いてくれた 医師・看護師間でもそれぞれ意見があったが、それでも話し合いはできていた
		みんなで声を掛け合って協力していきましょう、という雰囲気で助け合って仕事できた 自分の仕事や人の仕事のサポートの声掛けが頻回にできていた 他部署から来た人達とも一緒に業務を行っていくため皆で声を掛け合ってきたからよかった
	ケア実践時の看護師間の協力	
	役に立ちたいという気持ち	未知のものに対して漠然と、今自分にできる事があるんだったら 看護師としてできることがあるんじゃないかという使命感があった

すぐに訪室できないことで患者の訴えの確認や症状・状態の観察が直ちに行えないことに不安を感じていた。医療依存度の高い患者に加え、ケア度の高い患者も増加していた時期であり、普段通り看護ケアを行えないことにストレスを感じていた。また、暴露予防のため患者と接する時間を制限され、個室で密室性の高い空間での患者とのかかわりが難しいと感じていた。

【家族のニーズのとらえにくさ】

このカテゴリでは、〈面会制限により家族の想いを十分確認することが難しい〉〈面会制限下でのグリーフケアの提供が難しい〉の2つのサブカテゴリが抽出された。

『家族がどう思っているか・どうしてほしいか、家族の情報収集に戸惑った』の語りにより、家族とかかわりが限定または制限されており、家族の不安の軽減が図れないことや患者の意向や価値観の聴取を家族から行えないことによる難しさを感じていた。『最期の時に家族が会えない状況が心苦しかった』と、患者が亡くなった際に、エンゼルケアを家族と一緒に行えず、患者と家族が納体袋越しの面会になるなど、通常のグリーフケアを行えないことに葛藤を感じていた。

【人材・医療整備の不足により患者とのかかわりが難しい】

このカテゴリでは、〈患者の療養環境に不足を感じている〉〈医療体制に対するやりきれない気持ち〉の2つのサブカテゴリが抽出された。『治療に専念できる環境を整えることが大切』の語りにより、個室隔離という不自由で孤独な環境を提供することにジレンマを感じている。『他院の重症病床が満床のため必要な患者が転送できない』の語りにより、タイムリーな検査と転院して治療を継続できないことに対する無力感と失望感を感じていた。

【未知のウイルスに対する感染への恐れ】

このカテゴリでは、〈同居している家族への感染の恐れ〉〈自分への感染の不安と恐怖〉の2つのサブカテゴリが抽出された。『病気の家族が同居していたので不安だった』『かかる可能性があるから、怖いと思った』との語りより、自らが媒介者となり身近な人に感染させるのではないかという不安を感じ、業務起因による看護師自身の感染への不安を感じていた。

【派遣された看護師として前向きな気持ち】

このカテゴリでは、〈多職種との想いの共有〉〈ケア実践時の看護師間の協力〉〈役に立ちたいという気持ち〉の3つのサブカテゴリが抽出された。『医師と看護師も最善の策を話し合って、医師も看護師の意見を大事に聞いてくれた』『みんなで声を掛け合って協力していきましょうという雰囲気助け合って仕事できた』と、悩みや困難を感じながらも検討を重ね、協議しながら業務を行っていた。

VI. 考 察

第3波での新型コロナウイルス感染症病棟で勤務した看護師の実情として、【患者のニーズに応じた看護が提供できない】

【家族のニーズのとらえにくさ】【人材・医療整備の不足により患者とのかかわりが難しい】【未知のウイルスに対する感染への恐れ】【派遣された看護師として前向きな気持ち】の5つのカテゴリが抽出された。これらの結果について、看護師の実情として普段実施している看護を提供できないことに対する葛藤、未知の感染症を看護することに対する不安、新型コロナ病床に配属された前向きな感情、の3つの側面から考察していく。

1. 普段実施している看護を提供できないことに対する葛藤

看護師と患者の関係の中で、意思の疎通を図り、より効果的な関わりを展開するために日常的に行われているコミュニケーションの手段として、言葉を用いる方法と言葉を用いない方法がある(平澤, 2005, P10)。非言語的コミュニケーションの一つである表情は、それを出した人物の心の状態を外へ伝えるものであり、それゆえに他者とのコミュニケーションを行う上で重要な機能を持つ。相手の表情を理解し、表情が示す感情や相手の置かれた状況を、さらにはその次に相手らしそうな行動を知ることによって、コミュニケーション相手に適切に振る舞うことが可能となる(金重, 2020)。B病棟に勤務する看護師は、患者・家族の想いを傾聴する時間が制限されることや防護服の着用や媒体を使用してコミュニケーションを図ることによる難しさ、それに伴う信頼関係の構築が十分に実施できないと感じていた。また日常とは異なる生活環境の場で隔離や治療が確立されていない疾患への罹患に対する不安を抱える患者の想いにより添えないと感じていた。さらに感染のリスクを考えてケアを実施することにより通常通りの看護を提供できない事に葛藤を感じていた。これは、看護師は不安を緩和するため患者の想いに寄り添い、患者が自分の病気を受け止めることができるように支援をすることや患者と看護師とのコミュニケーションが医療への不安を取り除き、さらに信頼関係を育むことに繋がる、と看護師の役割を理解しているからであろう。B病棟では、患者との直接接触時間を減らされ、時間制約のなかコミュニケーションを図るため、情報を得る機会が限られており、患者は安心感や孤独感の和らぎを得られにくい。また、新型コロナ患者のケアにあたる医療スタッフは、接触予防策および飛沫予防策として、防護服着用が義務付けられている。非言語的コミュニケーションには様々な情報が含まれており、人物の心の動きを伝える感情や相手の置かれた状況を察知できるものである。しかし、B病棟では、看護師の防護服着用と患者のマスク着用により互いの表情や口の動きが伝わりにくく、互いの表情を読み取ることができなかった。第3波では高齢者の入院も多く認めた。高齢者は、新型コロナによる身体症状に加え、緊急入院と個室管理という入院環境による生活様式の変化は理解しがたく、防護服着用看護師の対応により混乱を招きやすい。さらに感染対策による個室管理による運動不足の筋力低下から転倒の危険性が増えることが予測された。そのため、専門職の知識から予防対策を講じていたが、防護服着用時に

間を要するためすぐに訪室できず対応できない。これは、対象となる人々に不利益や危害が生じているときは、人々を保護して安全を確保すること（日本看護協会, 2021, P4）ができず、専門職としての責任を果たせないことと感染対策との間でジレンマを感じていることが考えられた。

家族は様々な形で治療や看護・医療に関与しているため、看護師は家族から得る情報の重要性を理解し、また家族の不安軽減を図っている。しかしB病棟では、面会制限があり患者の意向や価値観を家族から聴取することが困難で患者の状態報告も行いにくい。終末期における質の高い看護は、安らかで尊厳を保たれた死に大きく寄与し、死別と悲観のプロセスにある家族を支える力となる（国際看護協会, 2012）。しかしB病棟での看取りは、面会制限のもと実施されており、症状が急激に変化するため心理的支援や患者及び家族が納得いく最期を迎える日のための支援が行えていない。これまでの研究でも、患者が生命の危機的な状況にあるにもかかわらず、制約上、家族の面会希望にこたえられない状況は、医療者に無力感を募らせていく（津田, 山下, 2021）と、報告されている。また、チームや家族との間で、看護目標を共有されないまま自分なりに終末期ケアを実践しなければならない状況が、看護師の葛藤を引き起こす、と佐竹・荒尾（2018）は述べている。そのため望ましいと考える終末期ケアを実践しようとするがそれができないことで、看護の役割を果たせないと感じる葛藤が生じていたと考える。第3波では、医療体制は逼迫し、入院病床不足となり適切な時期に治療目的で転院させることができなくなった。また入院環境も感染防御のための設備や消耗品などのハード面には、患者の意向に沿えるような環境に制限が発生した。また、看護師は看護の責任として「健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和と尊厳ある死の推奨である。看護のニーズは普遍的である」とICN倫理綱領で述べられている。（国際看護協会, 2021, P2）看護の責務を果たせないことにより無力感を感じていることが考えられた。

2. 未知の感染症を看護することに対する不安

日々、新型コロナ病床で勤務する医療従事者への差別や偏見と新型コロナの死亡率が報道されていた社会背景の中で、看護師は治療法が確立されていない感染症患者に対する看護を提供する事で、自分も罹患し同居する家族へ感染させてしまうかもしれないという不安を感じ職務を遂行していることは、報告されており（新谷ら, 2021）、本研究においても同様の結果が示された。そのため、看護師はゾーニングや感染対策の指導を受け、患者・看護師を感染から守る指導が行われ、業務に従事している。看護師の使命感について、看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の生涯にわたり健康な生活の実現に貢献することを使命としている、と看護職の倫理綱領の中で記されている。新ら, (2019) は、看護師は、経験を通して自らの存在意義がどこにあるのかを適切に把握し、その役割を自らが担い、果たしていく意欲が含まれることで、他者貢献が自己実現との協調の形として現れてい

ると述べている。看護師の主な業務は他者をケアすることであり、他者試行的達成動機が高いと考えられ、看護師は困難なことに対峙した際も自己の役割を自覚し、自己の価値観を尊重して行動していたと考えられる。

3. 新型コロナ病床に配属された前向きな感情

B病棟は新たに編成され、各病棟から看護師が派遣されていたため互いのキャリアやスキル・看護観を理解しないまま業務に従事していた。配属時には心療内科医や公認心理士の面談があり、病院で支援を受けていることや定期的な師長の面接もあり看護師の不安に対応していた。また看護実践で悩んだ際は、看護師間だけではなく、医師も含めてカンファレンスを実施し、目標や患者の想いを共有でき、また互いの意見を否定せずケア実施に対する悩みを自由に相談できる職場環境であった。その結果B病棟配属期間中にメンタルヘルス不調で休職する看護師はいなかった。白戸ら（2021）は、部署異動の経験によって、人間関係や業務上の考え方の違いなどの環境の変化に戸惑い、業務内容の変化から今までのような役割が発揮できないなどのストレスを感じていることを明らかにしている。しかし、辰巳（2015）は、仲間に積極的に助けを求めること、求めることができる環境を育むことで、相互信頼、適応力が生まれる、と心理的安全性を報告している。また、チームワーク良く働けるようになるためには、メンバーである個々の看護師が、チームで良いケアをするという目標を共有し、他のメンバーと、お互いの未熟な部分を補い合いながらチームワーク行動をとることが必要である。さらに、崎山, グレグ（2018）は、チームワークを学ぶためには、所属するチームや多職種で構成されるチームでのチームワークの経験を、リフレクションすることが有効である可能性がある」と述べている。また篠田（2015, P7）は、カンファレンスの目的を、メンバー間の意見交換により情報の共有化を図りつつ、多面的なアセスメントや意見交換による対象理解の深化と有益な支援方法を検討し、信頼関係を構築させながらチームを成長させること、と著書の中で規定している。今までの研究においても、特殊な環境下にある看護師の精神的ケアは重要であり、今までの医療の在り方が通用しないからこそ、医療者間、患者・家族間との対話がより重要となり、つながろうとする気持ちの向上から、連携が推進されていく可能性（若林, 2021）が報告されている。個々で得た情報をチームで共有し、患者の想いを理解し、また通常実施している看護ケアが提供できないことについて、感染予防対策をしながらできる最大限のケアを考え実施することが必要である。B病棟では、日々ケアや対応などチームでカンファレンスを実施し、想いや不安を表出し共有することで、不安を軽減し業務に従事することができたと考えられる。さらに看護師は、最大限できる治療と看護ケアをチームでカンファレンスし患者・家族へ寄り添い希望を可能な限り叶えられる方法の検討を重ねることで、看護師としての責任を果たすことができ、看護を提供できるのだと考える。

Ⅶ. 結 論

第3波での新型コロナウイルス感染症病棟で勤務した看護師の実情として、【患者のニーズに応じた看護が提供できない】【家族のニーズのとらえにくさ】【人材・医療整備の不足により患者のかかわりが難しい】【未知のウイルスに対する感染への恐れ】【派遣された看護師として前向きな気持ち】の5つのカテゴリーが抽出された。看護師は、看護を提供する場面で感じた様々な感情を医療チームとして治療や看護ケア・患者と家族の想いを共有し、できる最大限の看護ケアの検討と連携力を高めたカンファレンスの実施で乗り越えられることが示唆された。

1. 研究の限界

本研究は、A病院で勤務する看護師・新型コロナ第3波と対象・期間を限定しているため、感染状況や感染症の分類の変化・社会情勢などにより、看護師が感じた実情には変化がみられることが考えられる。

2. 謝辞

研究に快くご協力いただきました参加者の皆様とご指導いただいた皆様に心より感謝申し上げます。本研究の内容の一部は、第54回日本看護学会学術集会で報告した。

3. 利益相反

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

- 新裕紀子, 中尾久子, 濱田裕子. (2019). 臨床看護師が成長に向かう動機づけの構造. *日本看護科学会誌*, 39, 29-37.
- 平澤久一. (2005). 精神科看護のコミュニケーション技術—非言語的アプローチ〈動作・表情・タッチ〉を活用したかわり方. 日総研出版.
- 金重利典. (2020). 表情理解研究の現状と課題—発達的な視点からの検討—. *心理学評論*, 63 (2), 148-166.
- 国立感染症研究所. (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. <https://id-info.jih.s.go.jp/niid/ja/typhi-m/iasr-reference/11696-514r01.html>
- 国際看護協会. (2021). ICN 看護師の倫理綱領. (2021 年版)
- 国際看護師協会. (2012). 臨死患者とその家族にケアを提供する看護師の役割. <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/document/policy/pdf/health-12.pdf>
- 日本看護協会. (2021). 看護職の倫理綱領. JNA CODE OF ETHICS FOR NURSES.
- 日本看護協会. (2022). 2021 年病院看護・外来看護実態調査報告書. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/97.pdf>
- 岡本紀子, 松田ひとみ. (2010). 高齢者ケアを担う看護師の感染予防に対する意識調査. *日本環境感染学会誌*, 25(6), 357-364.
- 崎山愛, グレグ美鈴. (2018). 臨床看護師が経験する良いチームワーク. *日本看護科学会誌*, 38 (1), 374-382.

- 佐竹陽子. (2018). 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤. *日本緩和医療学会*, 13 (2), 201-208.
- 篠田道子. (2015). チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方 (第2版). 日本看護協会出版会.
- 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, 矢野里香. (2022). COVID-19 患者の看護を実践した病棟看護師の心理的状況. *日本看護研究学会雑誌*, 145 (1), 3-11.
- 白戸信行, 下司映一, 安部聡子, 榎田めぐみ, 福地本晴美, 椿美智博, 藤後秀輔, 長嶋耕平, 田中伸. (2021). 大学病院に勤務する看護職員における部署移動の経験と首尾一貫感覚および職業ストレスの関連性. *昭和学会誌*, 81 (1), 30-39.
- 総務省消防庁. 令和3年度版消防白書. <https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r3/items/special2.pdf>
- 辰巳陽一. (2020). 近畿大学病院での心理的安全性の臨床現場への導入の試み. *医療の質・安全学会誌*, 15 (4), 378-382.
- 津田泰伸, 山下将志. (2021) コロナ禍での面会制限はどのような影響を与えたのか. *看護管理*, 31 (2), 120-122.
- 若林留美. (2021). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) がもたらした看護実践・看護継続教育の変化. *東京女子医科大学看護学科誌*, 16, (1).
- 渡辺幸枝. (2014). 認知症高齢者との関わりから引き起こされる看護師の感情に関する生きた経験. *岩手看護学会誌*, 8 (1), 3-15.

◇研究報告◇

COVID-19 パンデミック前後の日本人高齢者の生活の変化がもたらす心理的变化

古角美保子¹⁾*, 澤見一枝¹⁾

目的：COVID-19 パンデミックによる行動制限に伴う高齢者の心理的变化を明らかにする。

方法：地域の高齢者 15 名を対象に、パンデミック前後の生活と心理についてインタビューし、心理尺度は、日常的なストレスの強さ・不安・怒り・意欲・活力の 5 項目について 5 段階で評価するリッカートスケールを用いて前後比較した。

結果：心理尺度では、パンデミック後に「怒り」のみ数値が低下したが、有意差はなかった。パンデミック前の生活への思いは、【社会活動への参加による充実感】【地域の人々や家族との交流による愉楽】が、パンデミック後の生活変化への思いは、【家族・友人との交流減少による寂寥】【他者との交流の困難さや外出の意欲低下と積鬱】【新しい生活様式への適応と自由な日常への感恩】が抽出された。

結論：COVID-19 パンデミックは、高齢者の孤独感を増大させた。今後は孤独感への心理的サポートが重要である。

【キーワード】 COVID-19, 外出制限, 高齢者, 心理, 生活

I. はじめに

2020 年からの COVID-19 パンデミックは、世界各地でロックダウンや外出自粛を必要とし、これまでの生活を一変させ、人々に不安、不眠、うつ、自尊心の低下などの精神的苦痛をもたらした (Hossain et al., 2020; Luo et al., 2020)。我が国でも、感染拡大防止対策として、集会の開催制限や不要不急の外出制限などが必要に応じて行われ、高齢者サロン（以下、通いの場）やボランティア活動など、様々な活動が休止され、高齢者の外出や社会参加の機会が減少した (近藤, 2022, pp.42-72; 総務省, 2020)。通いの場は、2013（平成 25）年度「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」において、体操や趣味活動等を行う介護予防の場であると定義されており（厚生労働省, 2013）、社会参加の増加、要介護認定率の低下（近藤, 2022, pp.92-139）、身体機能および認知機能向上や幸福感的向上 (Ide et al., 2023) といった効果が報告されている。しかし、COVID-19 流行下において、通いの場活動の 9 割、訪問による助け合い活動の 3 割がやむをえず活動を休止するに至

り、高齢者の外出や社会参加の機会は減少した (近藤, 2022, pp.42-72)。

60 歳以上の人々の COVID-19 パンデミック時のうつ病と不安に関する要因を調査した系統的レビューでは、パンデミック以降のうつ病や不安の悪化は、「女性」、「死別や離婚」、「孤独感」、「高齢」、「身体活動の減少」、「自宅隔離下でのパートナーとの関係悪化」、「認知機能低下および精神疾患」、「過剰で長期にわたるストレス」等が不安やうつに関連していた (Ciuffreda et al., 2021; Gross & Hen, 2004) ことが報告されている。さらに高齢者は、「健康や病気のこと」、「自然災害」、「生活のための収入のこと」などに日常的に不安を感じていることが報告されており、地域活動などを通じた健康状態の確認や災害時の避難対策等、各種の支援が必要であることが報告されている (内閣府, 2015)。

このことから、最近の COVID-19 パンデミックや流行下での行動制限は、高齢者の心理面に悪影響を及ぼしている可能性がある。しかし、COVID-19 パンデミックにおける日本人高齢者の生活の変化と心理面の変化を調査した研究はない。以上のことから、うつや認知機能低下が顕著となる高齢期に

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 奈良県立医科大学医学部看護学科

* E-mail: furusumi@naramed-u.ac.jp

において、COVID-19 パンデミックにおける高齢者の心理的な変化を明らかにすることは、COVID-19 パンデミックと同様の環境にさらされる高齢者に対する看護において、必要な支援への示唆を得ることができる。

Ⅱ. 目 的

本研究は、COVID-19 パンデミック前後の生活や高齢者の心理面を調査し、生活および心理面の変化を明らかにすることを目的とした。

【用語の定義】

COVID-19 パンデミック後：感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律上の位置づけが2類感染症の時期であるものの、まん延防止等重点措置が終了し、行動制限が緩和した時期と定義した(内閣感染症危機管理統括庁, 2022)。

Ⅲ. 方 法

1. 研究参加者の選定方法

公民館などで、チラシを用いて広報した。チラシには、COVID-19 パンデミック前後の生活の変化やお気持ちについてお伺いすること、開催日や開催場所、主催者の情報を明記した。応募者のうち、65歳以上の高齢者を対象として説明会を開催し、15名から同意を得た。説明方法は、研究依頼文書を用いて行い、研究目的および研究方法、倫理的配慮について説明した。本研究は、インタビューと質問紙調査であるため、認知症と診断されている方を除外基準とした。

2. データ収集方法

1) 実施方法

研究参加者に公民館に集合してもらい、COVID-19 パンデミック前後の生活の変化についてグループインタビュー（以下インタビューと示す）を行い、心理面の変化については質問紙調査を行った。インタビューはパンデミック前と後の思いを2回に分けてインタビューをした。COVID-19 パンデミック前の生活や思いについてのインタビューでは、COVID-19 パンデミック前の想起を促すため、カラオケの場面、家族旅行や孫の世話等の画像をスライドに映写し、確認しながらインタビューを20分間行った。その後、心理面に関する自記式質問紙調査を行った。COVID-19 パンデミック後の生活変化への思いについてのインタビューでは、COVID-19 パンデミック後の想起を促すため、不要不急の外出を控えていた時期の街の様子や高齢者サロンなどの集会の中止、子ども世代が帰省を控えていた様子がわかる画像をスライドに映写し、確認しながらインタビューを20分間行った。その後、心理面に関する自記式質問紙調査を行った。同一者の前後を比較するため、記名式の質問紙を用いた。

参加者の人数については、COVID-19 の位置づけが、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律上の2類であったため、人と人との距離の確保のため、公民館で使用する部屋の収容人数（定員50人）の半数以下に設定した。

2) COVID-19 パンデミック前後の生活における高齢者の心理面の調査

COVID-19 パンデミック前後の日常的なストレスの強さ、不安、怒り、意欲、活力に関する5項目について5段階で調査した。質問項目は、「日常的なストレスは、どのくらい感じていましたか」、「日常生活での不安や心配は、どのくらい感じていましたか」、「日常生活でイライラする感情は、どのくらい感じていましたか」、「何かに取り組もうとするときのやる気は、どのくらいありましたか」、「日々の生き生きとした活力は、どのくらいありましたか」の5つである。日常的なストレスの強さ、不安、怒りの項目の回答は、「非常に強い（1点）」「やや強い（2点）」「どちらでもない（3点）」「やや弱い（4点）」「全くない（5点）」、意欲、活力の項目の回答は、「とてもあった（5点）」「ややあった（4点）」「どちらでもない（3点）」「あまりなかった（2点）」「全くない（1点）」から選択する。

3) COVID-19 パンデミック前後の生活についてのインタビュー

参加者15名を4グループに分け、各グループにリサーチ・アシスタント(RA)2名をファシリテーターとして配置した。2名のファシリテーターが、司会と書記をそれぞれ担当し、インタビューを行った。参加者に承諾を得てインタビューでの発言内容を記録し、その記録から逐語録を作成した。

3. 分析方法

全ての量的データはSPSS version 29.0.2を用いて分析した。日常的なストレスの強さ・不安・怒り・意欲・活力の5項目に対するリッカートスケールは、単純集計の後、Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。

COVID-19 パンデミック前後の生活についてのインタビューで得た質的データの分析は、質的帰納的分析法を用いた。まず逐語録を作成し、「COVID-19 パンデミック前の生活への思い」および「COVID-19 パンデミック後の生活変化への思い」に着目し、意味がとれる最小単位で抽出しコード化した。コード化したものを類似性、相違性に基づき比較検討し、抽象度を上げ、サブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリー性を抽象化し、カテゴリー化した。分析内容の妥当性と信頼性を保持するため2名で確認し、経験豊富な独立した質的研究者に助言を得た。

Ⅳ. 倫理的配慮

開始前に研究参加者に対し、研究依頼文書および口頭にて研究の趣旨や目的を説明し、研究協力の依頼を行った。説明内容は、同意後の撤回が可能であること、インタビューの際は話したくないことは話さなくてよいこと、質問紙調査では、記名式の質問紙を使用するが、個人が特定されることがないように匿名化すること、調査結果をコンピューターに入力する際には、対応表は作成せず、匿名加工し、個人が特定されないようにすることを説明し、署名により同意を得た。本研

究は奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2530）。

V. 結 果

1. 研究参加者の属性

参加者は15名で、平均年齢は 80.13 ± 5.90 歳であり、男性3名（ 78.00 ± 8.83 歳）、女性12名（ 80.67 ± 4.75 歳）であった。

2. 心理尺度の前後比較

COVID-19 パンデミックによる高齢者の心理面の前後比較を表1に示す。日常的なストレスの強さ・不安・怒り・意欲・活力の5段階のリッカートスケールの前後比較をした結果、中央値が前後で変化したのは、「怒り」の項目のみであった。「怒り」の項目は、中央値4.0点から3.0点に低下していたが、Wilcoxon の符号付き順位検定の結果有意ではなかった（ $p = .216$, $r = .32$ ）。

3. パンデミック前の生活への思い

COVID-19 パンデミック前の生活についてのインタビューを質的記述的に分析した結果、13のコードから4つのサブカテゴリーが抽出され、4つのサブカテゴリーから2つのカテゴリーが抽出された（表2）。以下カテゴリーは【 】, サブ

カテゴリーは〈 〉, 参加者の語りは「 」とする。

1) 【社会活動への参加による充足感】

「コロナ前は、ボランティアもしていたし、山登りや囲碁もしていたし、結構色々充実してたな〜」, 「集いの場って言うのが毎週1回あって、多い時には十数人が参加してて活気があって楽しかったね。運動とか体操とか色々するやつね。」, 「毎年数回は旅行に行ってたのよ。沖縄でしょ、ユーカリの里でしょ、北海道、九州、長崎のハウステンボスとかに行ってきたの。計画するのも楽しいし、旅行は生きがいやったね。」と、COVID-19 パンデミックが起る以前は、〈社会活動による充足感〉, 〈趣味・習い事による生きがい〉が得られていた。

2) 【地域の人々や家族との交流による愉楽】

「今思うとね、人も町も活気に満ち溢れてたな〜。日常が楽しかったね。」「前はね〜、夏祭りがあったて盆踊りもあって町内のみんなで踊っていたのよ。なんともいえない一体感が生まれて楽しいよ。」, 「子供や孫が時々帰ってくるでしょ。その時に一緒に食事に行ったり遊園地に行ったりしてたからね。にぎやかになるし本当に楽しみにしてたの。」と、普段の暮らしの中で、〈日常で交わされる人々とのコミュニケーションによる欣喜〉, 〈家族との交流による欣幸〉に至っていた。

表1 COVID-19 パンデミックによる高齢者の心理面の前後比較（ $n=15$ ）

項目	中央値(最小値-最大値)		p 値	効果量 (r)
	COVID-19 パンデミック前	COVID-19 パンデミック後		
日常的なストレスの強さ得点（1～5点）	3.0(2-5)	3.0(2-5)	.167	.36
不安得点（1～5点）	3.0(2-5)	3.0(2-5)	.233	.31
怒り得点（1～5点）	4.0(2-5)	3.0(2-5)	.216	.32
意欲得点（1～5点）	4.0(2-5)	4.0(2-5)	.791	.07
活力得点（1～5点）	4.0(3-5)	4.0(2-5)	.336	.25

Wilcoxon の符号付き順位検定

表2 COVID-19 パンデミック前の生活への思い（ $n=15$ ）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
社会活動への参加による充足感	社会参加活動による充実感	集いの場で大勢が参加して活気がありいきいきとしていた
		いくつもの会に所属しボランティアや山登り、囲碁をして充実していた
		ボランティア活動をしていて表彰されたことがある
	趣味・習い事による生きがい	コーラスの発表会での衣装を考えるのが楽しみだった カラオケに友人と行く習慣があり発声しやすく褒め合っていた 日本各地を旅行することが計画を含め老後の生きがいであった
地域の人々や家族との交流による愉楽	日常で交わされる人々とのコミュニケーションによる欣喜	井戸端会議等、至る所でコミュニケーションがたくさんできていた 移動や外出が自由であり人も町も活気に満ち溢れていた 夏祭りでは盆踊りがあり参加者皆で踊り一体感が生まれていた
		兄弟で実家に帰省し昔の友人に会うことが習慣であり喜びであった
		兄弟で日本各地に旅行に行っていたことが心に残っている
	家族との交流による欣幸	帰省した孫達が家畜にエサやりをしていたのが懐かしい 帰省してきた子ども達とのレジャーや会食が楽しかった

4. パンデミック後の生活変化への思い

COVID-19 パンデミック後の生活についてのインタビューを質的記述的に分析した結果、10 のコードから7つのサブカテゴリーが抽出され、7つのサブカテゴリーから3つのカテゴリーが抽出された(表3)。以下カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、参加者の語りは「 」とする。

1) 【家族・友人との交流減少による寂寥】

「主人が今入院しているんだけど、全然面会ができないのよ。一応 LINE はしたりしてるんやけどね。行けないともどかしいね。」「今はコロナやからね、お互いうつとあかんからって気を遣ってる。娘も帰ってくるのを控えてくれてるわ。でも孫に会えないのは寂しいね。」「最近では気軽に友達を誘えないでしょ。だから誰とも話さない日が増えてるね。どんどん孤独になってる気がする。」と、〈面会制限による憂苦〉、〈帰省の自粛による寂寥〉、〈外出制限による孤独感〉を抱いていた。

2) 【他者との交流の困難さや外出の意欲低下と積鬱】

「今のご時世、咳をただけでも見られて、何か悪いことをしているような気がして、外出したくなくなるよね。」「どこに行ってもマスクでしょ。マスクしたまま会話ってなかなか難しいし、アクリル板も表情が見えなくて会話がしづらくて大変やしな。会話がスムーズにいかないね。」と、〈差別やスティグマによる積鬱〉や〈会話が困難になったことによる積鬱〉を感じていた。

3) 【新しい生活様式への適応と自由な日常への感恩】

「今は人と会えないでしょ。だから、反対に畑が捗るねん。今まで草刈りとか時間かかっててんけど、誰とも会わへんから捗る捗る。悪いことばかりではないと思ったね。」「反対にね、今まではなんて自由だったんだろうと、日常のありがたさに気づいたし、自由というものはなんとすばらしいものかと思い知らされました。」と、〈前向きな考えができることへの自負〉、〈自由だった日常への気づき〉が生じていた。

VI. 考 察

1. COVID-19 パンデミック前後の「怒り」の変化

日常的なストレスの強さ・不安・怒り・意欲・活力の5段階のリッカートスケールは、「怒り」の項目のみ、COVID-19 パンデミック後に低下していた。

怒りは、エボラ出血熱や中東呼吸器症候群などの感染症発生時および感染症に伴う隔離を通して頻繁に観察される (Brooks et al., 2020 ; Choi & Kim., 2022) ことが報告されているが、本研究の心理面の調査では、「怒り」の項目が COVID-19 パンデミック後に低下していた。この理由としては、調査の実施時期が、COVID-19 パンデミックが終息しつつある状況下であり、行動制限が緩和した時期であることが一因と考えられる。

また、怒りの度合いが高いと報告した人は、COVID-19 感染者に対して偏見の態度を示す (Choi & Kim., 2022) ことが報告されている。インタビュー内容から、「咳をただけで見られ悪いことをしているようで外出しづらい」という発言があり、偏見の眼差しで見られていると感じている参加者がいることが明らかとなった。そのため、パンデミックの期間は、怒りの感情や、偏見の態度に注意して観察する必要がある。

2. COVID-19 パンデミック前後の「日常的なストレス」および「不安」の変化

先行研究では、COVID-19 パンデミックは人々に精神的苦痛を与える (Hossain et al., 2020 ; Luo et al., 2020) ことが報告されているが、本研究の心理面の調査のうち、「日常的なストレスの強さ」と「不安」の項目については、パンデミック前後で変化がなかった。この理由については、本研究の参加者は、除外基準である認知症ではなく、本研究に応募するような元気な高齢者であり、もともと健康意識が高く、自身で心のメンテナンスを日常的に行っていた可能性がある。また、社会的なつながりは生活満足度が向上する (Chu et al.,

表3 COVID-19 パンデミック後の生活変化への思い (n=15)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族・友人との交流減少による寂寥	面会制限による憂苦	入院中の家族の面会に行けずもどかしい
	帰省の自粛による寂寥	子や孫が気を使って帰省をしにくれず寂しい
	外出自粛による孤独感	友人や近所の交流が薄くなり寂しい 気軽に友人を誘えず誰とも話さない日が増え孤独になった
他者との交流の困難さや外出の意欲低下と積鬱	差別やスティグマによる積鬱	咳をただけで見られ悪いことをしているようで外出したくなくなる 周囲の目や感染が心配で外食・外出がしづらい
	会話が困難になったことによる積鬱	マスクを装着しての会話やアクリル板を介しての会話は相手の表情が見えず会話しづらく大変
新しい生活様式への適応と自由な日常への感恩	前向きな考えができることへの自負	人と会えない分畑の草刈りが捗るから悪いことばかりではない スーパーのレジは空いている時間に行くようにするなど考えて動けるようになった
	自由だった日常への気づき	今までの日常のありがたさに気づき自由はすばらしいと思った

2023) ことが報告されており、15 名が一堂に会し、久しぶりに人との交流ができたことで、気持ちが高まり、ネガティブなことより、人と交流できたというポジティブな気持ちが強くなったことも一因となっていることが推測される。

3. COVID-19 パンデミック前後の生活変化による影響

COVID-19 パンデミック以前は人との交流や外出が自由に制限なくできる社会情勢であり、ボランティア活動や地域の行事を通して役割を担い、〈社会参加活動による充実感〉や〈趣味・習い事による生きがい〉が得られていた。また、日常生活において家族や友人との交流が制限なく行われ、〈日常で交わされる人々とのコミュニケーションによる欣喜〉、〈家族との交流による欣喜〉に至ることができていた。しかし COVID-19 パンデミックによる外出制限のため、【家族・友人との交流減少による寂寥】や【他者との交流の困難さや外出の意欲低下と積鬱】などの孤独感が生じていた。

人間の基本的な欲求の一つとして「所属の欲求」があり、良好な人間関係は人生の満足度や幸福感などの効果をもたらすことが示されているが (Baumeister & Leary, 1995; 内田ら, 2012), COVID-19 パンデミック後はそれを享受することが困難な状況となった。そのため、COVID-19 パンデミック後の生活では、〈面会制限による憂苦〉、〈帰省の自粛による寂寥〉、〈外出自粛による孤独感〉、〈差別やスティグマによる積鬱〉、〈会話が困難になったことによる積鬱〉が生じたと考えられる。

4. COVID-19 パンデミックによる「意欲」と「活力」への影響

COVID-19 パンデミックによる心身への影響を調査した研究では、「活力」や「心の健康」が低下していた (星野ら, 2021; 佐野, 2023) ことが報告されているが、本研究の心理面の調査では、「意欲」「活力」の項目は、パンデミック前後で変化がなかった。これは、先行研究の参加者が大学生と COPD 患者であるのに対し、本研究の参加者は、積極的に研究に応募した平均年齢 80.13 ± 5.90 歳の高齢者であり、エイジングパラドックスが影響していると考ええる。エイジングパラドックスとは、加齢に伴う身体機能の低下にもかかわらず、精神的健康が低下しない現象のことである (権藤ら, 2005; 権藤, 2018)。

加えて、本研究の参加者は、インタビュー内容の「いくつかの会に所属しボランティアや山登り、囲碁をして充実していた」、「帰省してきた子ども達とのレジャーや会食が楽しかった」という発言から、日ごろから外出や趣味に興じる意欲や活力が旺盛であったことが伺える。さらに、本研究の実施時期が、まん延防止等重点措置が終了し、行動制限が緩和した時期であり、COVID-19 感染症がもうすぐ終息するかもしれないという期待も加わり、意欲・活力が低下しなかったのではないかと推測される。

5. COVID-19 禍での新しい生活様式への適応

孤独感を表す発言が聞かれた一方で、【新しい生活様式への適応と自由な日常への感恩】の気持ちを持つ高齢者がいるこ

とが明らかとなった。「今までの日常のありがたさに気づき自由は素晴らしいと思った」と〈自由だった日常への気づき〉を得た高齢者や「人と会えない分畑の草刈りが捗るから悪いことばかりではない」と、この状況でできることを模索し〈前向きな考え方ができることへの自負〉を得ている高齢者もいた。これは、不安の保護要因である「定期的に運動をしていること」、「最新の正確な健康情報を持っていること」、「感染予防措置を講じること」(Ciuffreda et al., 2021; Luo et al., 2020) の効果によるものと考えられる。

このように、COVID-19 禍であっても、人との交流ができない現状を前向きに捉え直し、正しく感染対策をしながら、草刈り等の適度な運動をすることで、新しい生活様式に適応することが可能であることが示唆された。

感染症などで行動制限が発令されるような状況では、できないことに注目する傾向がみられるが、高齢者の心身の健康のためには、現状を考慮し、適度な運動等、日常生活でできることを周知することが重要と考える。

VII. 結 論

COVID-19 パンデミックによる行動制限は、【家族・友人との交流減少による寂寥】、【他者との交流の困難さや外出の意欲低下と積鬱】といった高齢者の孤独感を増大させた。一方で、行動制限中でもできることを模索するなど【新しい生活様式への適応と自由な日常への感恩】の気持ちを持つ高齢者がいることが明らかとなった。

以上のことから、正確な知識の下、感染予防を講じた上で、高齢者が孤独感を可能な限り感じないように、定期的に対人交流や運動を行えるように支援することが重要である。また、COVID-19 禍のような状況では、できないことに注目する傾向があるが、現状を考慮した上で、日常生活の中でできることを周知することも重要である。

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。また、本研究に関連し、開示すべき利益相反はない。

【謝辞】本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様、貴重なお時間を割き、お力添えをいただいた関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

VIII. 参考文献

- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117 (3), 497-529.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395 (10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Choi, J., & Kim, K. H. (2022). The Differential Consequences of Fear, Anger, and Depression in Response to COVID-19 in South Korea. *International journal of environmental*

- research and public health*, 19 (11), 6723.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19116723>
- Chu, M., Ma, H., Lee, C. Y., Zhao, Z., Chen, T., Zhang, S., & Chiang, Y. C. (2023). Effect of online and offline social network group clusters on life satisfaction across age groups. *Heliyon*, 9 (5), e16176.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16176>
- Ciuffreda, G., Cabanillas-Barea, S., Carrasco-Uribarren, A., Albarova-Corral, M. I., Argüello-Espinosa, M. I., & Marcén-Román, Y. (2021). Factors Associated with Depression and Anxiety in Adults ≥ 60 Years Old during the COVID-19 Pandemic : A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11859.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182211859>
- 権藤恭之. (2018). 高齢者の「こころ」と「からだ」の健康に関する要因の探索—SONIC 研究の成果から—. *心身医学*, 58 (5), 397-402.
- 権藤恭之, 古名丈人, 小林江里香. (2005). 超高齢期における身体的機能の低下と心理的適応 板橋区超高齢者訪問悉皆調査の結果から. *老年社会科学*, 27 (3), 327-338.
- Gross, C., & Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5 (7), 545-552.
- 星野聡子, 須川真奈江, 藤平真紀子, 久保博子. (2021). コロナ禍による女子大学生の身体機能および QOL と well-being への影響. *奈良女子大学スポーツ科学研究*, 23(2), 12-23.
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention : a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*, 42, e2020038.
<https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
- Ide, K., Nakagomi, A., Tsuji, T., Yamamoto, T., Watanabe, R., Yokoyama, M., Shirai, K., Kondo, K., & Shiba, K. (2023). Participation in Community Gathering Places and Subsequent Health and Well-Being : An Outcome-Wide Analysis. *Innovation in Aging*, 7 (9), igad084.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igad084>
- 近藤克則. (2022). ポストコロナ時代の「通いの場」. 日本看護協会出版会.
- 厚生労働省. (2013). 平成 25 年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000075280.html>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113190.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- 内閣府. (2015). 平成 27 年版高齢社会白書（全体版）.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html
- 内閣感染症危機管理統括庁. (2022). 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針.
https://www.caicm.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_r_20221125.pdf
- 佐野裕子. (2023). コロナ禍における在宅呼吸リハビリテーション. *理学療法京都*, 52, 13-17.
- 総務省. (2020). 情報通信白書令和 2 年度版
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r02/pdf/index.html>
- 内田由紀子, 遠藤由美, 柴内康文. (2012). 人間関係のスタイルと幸福感：つきあいの数と質からの検討. *実験社会心理学研究*, 52 (1), 63-75.

◇研究報告◇

心臓カテーテル室担当看護師の患者不安に対する 認識と対応を妨げる要因

相樂成美^{1)*}, 芳賀令佳¹⁾, 皆川香那¹⁾

【目的】心臓カテーテル室担当看護師（以下、心カテ担当看護師とする）が多重業務・特殊環境下で患者の不安をどのように認識しているのか、患者不安への対応を妨げる要因は何かを明らかにし、今後の心臓カテーテル検査時の看護に関する教育や看護体制の示唆を得る。

【方法】看護師経験3年以上の心カテ担当看護師10名を対象に質的記述的研究方法を用いて分析した。

【結果】5カテゴリー【治療を受ける患者の不安への認識】【患者の症状や不安を予測した看護実践】【心カテが滞りなく行われることが重要であるという看護師の認識】【患者の不安を考える余裕がない心理的状況】【心カテ体制による患者対応への影響】が抽出された。

【考察】患者への精神的支援の重要性を理解しつつも、指示受けや手技対応に追われ余裕がない現状と看護師負荷の大きさが明らかとなった。心臓カテーテル検査時の看護教育の充実と体制見直しの検討が示唆された。

【キーワード】心臓カテーテル検査、心臓カテーテル室担当看護師、患者不安、意識調査

1. はじめに

心疾患は我が国における死因順位第2位であり、2019年1年間の死因別死亡総数のうち、心疾患患者は20万7714人（うち虚血性心疾患は6万7326人）であった（厚生労働省、2019）。これら虚血性心疾患の鑑別・治療として心臓カテーテル検査・治療（以下：心カテとする）が重要な役割を果たしており、検査が年間約48万件、治療が約27万件（緊急・待機計）に及んでいる（日本循環器学会、2019）。

心臓という重要臓器の治療を受ける患者は、治療が無事成功するか治療中の痛みはどうかといった様々な不安を少なからず抱いている。木島、添田（2010, p140）も“心臓カテーテル検査を受ける患者は意識下にあり、非常に大きな不安を抱いている。患者にとっての心臓カテーテル検査は非日常であり、しかも命に直結する心臓に何らかの手技を加えるという大きな不安感がある。”と述べている。研究者らも実際、心カテの介助を行う際に過度の緊張や不安から「血圧が上昇する」「落ち着きがなくなる」といった患者を何度も目にしてきた。安全かつ円滑な治療遂行のためにも、患者の不安軽減に努め

ることは重要であり、心臓カテーテル室担当看護師（以下：心カテ担当看護師とする）の関わりがその一端を担っている。

しかし、心カテ中の看護師は、患者の観察や対応、医師の指示確認や薬剤投与、モニター監視、記録記載等の多重課題を熟す必要があり、患者の安全を担保することが最優先される中、精神面への援助だけに専念することは難しい。加えて、現在A病院では心カテ担当看護師は病棟との兼務であり、循環器科病棟勤務（一般病棟とCCU）の看護師の中から、看護師経験年数2～21年目の約20名が担っている。病棟兼務であることから、一人当たりが経験出来る心カテ件数も限られており経験が積みにくいという環境下にある。

先行研究で心カテ中に患者が抱く不安について、大曾他（1994）は、“検査室内での不安は、医師から説明を受けている実際の危険に対する不安と、次は何をされるのかというような漠然とした恐れ感情である”と述べている。しかし、心カテ担当看護師が患者の不安をどのように認識しながら対応しているかについての研究は見当たらない。心カテ担当看護師が多重業務・特殊環境下で患者の不安をどのように認識しているのか、患者不安への対応を妨げる要因は何かを明らか

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 太田西ノ内病院

* E-mail : angel-heart.a0k.1517@ezweb.ne.jp

にすることで今後の心カテ時の看護に関する教育の示唆を得たいと考え本研究に取り組むこととした。

Ⅱ. 目 的

心カテ担当看護師が多重業務・特殊環境下で患者の不安をどのように認識しながらどういった関わりをしているのか、患者の不安への対応を妨げる要因は何かを明らかにし、今後の心カテ時の看護に関する教育の示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン 質的記述的研究

2. データ収集期間 2021年10月～2022年3月

3. 研究対象の選定方法

A病院において心臓カテーテル治療を担当している3病棟、経験年数3年目以上の看護師とし、ポスターを掲示して研究対象者を募集した。研究協力意思表示した看護師に、本研究の趣旨並びに協力依頼に関して文章と口頭で説明し、自由意思のもと承諾を得られた看護師を研究対象とした。A病院の心カテ担当看護師は病棟責任者が選んだ2年目以上の看護師で構成されており、研修日数は基本9日間としている。

4. データ収集方法と調査内容

インタビューガイドを作成し半構成的面接を実施した。30分程度を目安と伝え、以下1)～5)についてインタビューした。

- 1) 患者の不安というテーマで印象に残っている患者はいるか
- 2) どのような対応をしたか
- 3) 心カテ時、患者の不安について意識していることは何か
- 4) どのような状況下だと患者の不安に対応出来ないか
- 5) 心カテ中は何を重要視しているか

5. データの分析方法

対象者の同意を得てICレコーダーに録音し逐語録を作成した。録音した内容から逐語録を起し、心カテ担当看護師の患者不安に対する認識と心カテ時の看護実践について語られている部分を研究者間で熟読した上で、対象者の言葉の意味を損ねないように抽出した。語りの要約、サブカテゴリー化、カテゴリー化と抽象度を上げ、意味内容の類似性に従い分類した。データ分析においては信憑性と妥当性を高めるため質的研究者からスーパーバイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者に研究目的と意義、方法、期間、研究への参加は自由意思であること、途中辞退も可能であり取り辞めることで不利益を被ることはないことを口頭及び書面で説明し承諾を得た。インタビューはプライバシーが確保される個室で行うこと、データは鍵のかかる場所で厳重に保管し録音データは研究終了後に速やかに破棄消去すること、結果を論文や学会等で公表する場合は個人が特定されないことを説明した。研究者らが所属する生命倫理委員会の承諾を得て実施した。太田西ノ内病院倫理審査委員会の承認を得た（承認番号なし）。

V. 結 果

研究対象者は、看護師経験年数が5～20年、心カテ担当経験年数が2年～8年目の10名であった。（表1）

心カテ担当看護師が患者の不安をどのように認識しながら対応しているのか、患者不安への対応を妨げる要因は何かについて逐語録を起し分析した結果、146個の代表的な語り、22個のサブカテゴリー、5個のカテゴリーが抽出された。以下カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、代表的な語りを「 」で表記した。（表2）

1. 【治療を受ける患者の不安への認識】

<入室時の患者の反応から不安を捉える><心カテ中の患者の表情や行動から客観的に緊張を捉える><業務と並行しながら患者へ目線を合わせる><患者の心カテ経験による不安の程度の違い><患者は心カテ中の様子を確認出来ない><患者の立場で考えることの重要性><心カテ中患者からは不安の訴えは聞かれない><心カテ室の環境が患者へ与える精神的影響>から構成された。

<入室時の患者の反応から不安を捉える>とは、入室時の患者の反応を観察しながら不安を捉えているという認識である。代表的な語りは「カテに入る前のバイタルとか普段は高くないのに、術前のバイタル測ると高いというのが結構あるので、緊張しているんだなというのが分かる。」であった。

<心カテ中の患者の表情や行動から客観的に緊張を捉える>とは、心カテ中の患者の表情や言動から客観的に患者の緊張を捉えているという認識である。代表的な語りは「看護師の方を見るので何かあるか聞いてもなんでもないとかって言うが、きっと緊張しているからこちらを見つめるんだと思う。」であった。

<業務と並行しながら患者へ目線を合わせる>とは、患者の不安に配慮しながら業務と並行し汲み取ろうとする認識である。代表的な語りは「治療時に顔をしかめたりとか、看護師の方を向くみたいなのがなかったので、その時には積極的に患者の頭の所まで行って、なるべく目線を合わせるように心がけていた。」であった。

<患者の心カテ経験による不安の程度の違い>とは、患者の心カテ経験によって患者の抱く不安が違うという認識である。代表的な語りは「経験がある患者なら、なんとなく流れが分かるが、初めての患者は想像できない。」であった。

<患者は心カテ中の様子を確認出来ない>とは、心カテ中は、ドレープ等で覆われてしまい、患者の表情が見れず患者の不安を捉えきれないという認識である。代表的な語りは、「患者さんは聞こえてはいるがカテの様子が実際に目に見えないし、全部身を委ねているため心配である。」であった。

<患者の立場で考えることの重要性>とは、心カテを受ける患者の気持ちになって不安を認識していくことが重要であるという認識である。代表的な語りは「カテ中の患者の不安の認識は、あわよくば自分だったらと置き換えて考えることで、患者の思いを汲み取れると思う。」であった。

＜心カテ中患者からは不安の訴えは聞かれない＞とは、患者から直接訴えを聞いたことがなく、不安に対して意識していないという認識である。代表的な語りは「カテ室で怖いですや緊張しますとか言われたことがない。患者にとっては言える環境でもないのかもしれない。」であった。

＜心カテ室の環境が患者へ与える精神的影響＞とは、心カテ室の環境が患者に精神的影響を与えるという認識である。代表的な語りは「患者さんの気持ちになると、窓のないところに入って色んなものを付けられて始まるって怖いと思う。」であった。

2. 【患者の症状や不安を予測した看護実践】

＜患者の緊張や不安を和らげるため表情や声のトーンを意識した関わり＞＜予測される症状や流れを事前に説明することで患者に安心安楽を与える＞＜患者の疼痛に対しては鎮痛剤を使用する＞＜治療を妨げないようなタイミングでの声かけ＞＜看護師が傍にすることで不安の軽減を図る＞＜経験を積み重ねていくことでの不安対応への変化＞から構成された。

＜患者の緊張や不安を和らげるため表情や声のトーンを意識した関わり＞とは、患者の不安や緊張を意識した看護師の関わりである。代表的な語りは「患者の緊張を完全にほぐすことはできないけれど、自分が笑顔でいることや声が明るいということは患者に伝わる。自分は挨拶をすることや明るいトーンで声をかけることを患者対応にあたる上で大切にしている。患者に近いのは看護師だから患者がカテ室に来て、緊張や不安、怖い思いを和らげて、自然に近い状態でカテーテルを受けてほしいという思いがある。」であった。

＜予測される症状や流れを事前に説明することで患者に安心安楽を与える＞とは、心カテ中に患者が体験することを事前に伝えておくことで患者の不安の緩和に努めようとする関わりである。代表的な語りは「こういう流れですよと伝えて患者さんが流れを分かって不安が少しでも軽減できればと思う。」であった。

＜患者の疼痛に対しては鎮痛剤を使用する＞とは、身体的な苦痛もできるだけ感じさせないように鎮痛剤を使用しながら関わることである。代表的な語りは「カテ中は動くことができないから、薬を使うしかないかなって思うので先生から薬剤投与の指示をもらう、もらえるようにする。」であった。

＜治療を妨げないようなタイミングでの声かけ＞とは、心カテの進行を妨げないようにしながら患者に声かけをしているという関わりである。代表的な語りは「声かけのタイミングは医師の手技が落ち着いた時。辛いかもしれない痛いと感じるかもしれないということを流れから予測して患者に事前に情報提供している。事前に分かっていたら、患者も我慢できるか伝えるか線引きができる。対話を看護師とできた方がいざという時に看護師に話しかけやすいと思うので、そういう点で積極的に話すようにしている。」であった。

＜看護師が傍にすることで不安の軽減を図る＞とは、心カテ中に看護師が傍にすることを伝えておくことで患者の不安

の軽減に対応しようとする関わりである。代表的な語りは「カテ室にいますと患者さんは誰が何の役割か分からないため、私が看護師です。何かあったら隣にいますので声をかけてください。と言うようにしている。」であった。

＜経験を積み重ねていくことでの不安対応への変化＞とは、初めは患者の不安に気付けなかったが、心カテ担当をしていくことで少しずつ不安への対応が出来るようになったということである。代表的な語りは「カテーテルが少しずつ慣れてきて、自分に余裕が出てきてカテーテルの流れを事前に患者に説明できるようになった。」であった。

3. 【心カテが滞りなく行われることが重要であるという看護師の認識】

＜モニターやバイタルサイン、症状の有無の観察＞＜医師からの指示受けや心カテの流れに目が向いてしまう＞＜記録に残すため医師の手技に集中してしまう＞＜患者の不安の対応よりも心カテがスムーズに行われること、そのために準備しミスをしたくないことが重要＞から構成された。

＜モニターやバイタルサイン、症状の有無の観察＞とは、心カテ中は、モニター監視やバイタルサインの変動など症状変化の観察が重要であるという認識である。代表的な語りは「カテ中、バルーン拡張とかステント留置するという時は患者さんに症状を確認しながら、モニターとバイタル、血圧を一番みている。」であった。

＜医師からの指示受けや心カテの流れに目が向いてしまう＞とは、医師の指示に集中して患者の不安に目を向けられないという認識である。代表的な語りは、「患者の不安よりは、治療過程やどういうことをやっているのかっていうそっちの方に目が向きがちになっていたこともある気がする。」であった。

＜記録に残すため医師の手技に集中してしまう＞とは、心カテの経過記録の漏れがないように、医師の手技を把握することに集中してしまっているという認識である。代表的な語りは「流れが分からなくなると記録が書けなくなってしまうので、手技に集中してしまう。」であった。

＜患者の不安の対応よりも心カテがスムーズに行われること、そのために準備しミスをしたくないことが重要＞とは、患者の不安よりも、心カテがスムーズに行われることが重要であるという認識である。代表的な語りは「命に直結するものなので、本人の痛い、痒いを聞いてあげることは重要だがそれよりも先に業務を進めなければならない。」であった。

4. 【患者の不安を考える余裕がない心理的状況】

＜余裕がないと患者の不安に目が向けられない＞＜緊張により患者の気持ちを考える余裕がない＞から構成された。

＜余裕がないと患者の不安に目が向けられない＞とは、看護師自身に余裕がないと患者の不安にまで目を向けられないという状況である。代表的な語りは「自分に余裕がないときは患者の不安より医師の手技を見ている。」であった。

＜緊張により患者の気持ちを考える余裕がない＞とは、心カテを担当することに緊張し患者の不安を考える余裕がないという

状況である。代表的な語りは「患者さんの気持ちも考えたいが、自分の緊張でいっぱいみたい人が多い。」であった。

5. 【心カテ体制による患者対応への影響】

＜看護師が一人で対応しなければならないため業務優先になってしまう＞＜心カテ担当が頻繁ではないので不安・緊張がある＞から構成された。

＜看護師が一人で対応しなければならないため業務優先になってしまう＞とは、心カテ担当看護師は心カテ中、医師の指示確認や薬剤投与、モニター監視、記録記載等を一人でやっているため、患者対応よりも業務中心になってしまうという現状である。代表的な語りは「心カテ看護師が1人のため、先生の話とか手技のこととか、薬剤投入とかそっちの方に意識がいつってしまうため、患者さんに対する不安を1番にはなかなか考えられない。」であった。

＜心カテ担当が頻繁ではないので不安・緊張がある＞とは、A病院の心カテ担当看護師は病棟と心カテ室を兼務しており、心カテ室担当が1ヶ月～数ヶ月毎になるため不安や緊張がある、心カテ内容を忘れてしまうという状況である。代表的な語りは「カテ歴3年だが、そんなに頻繁に入るわけではないので、毎回入るたびに緊張する。」であった。

VI. 考 察

1. 患者の不安に対する看護師の認識

心カテは経皮的にガイドワイヤーを用いて血管内にカテテルを挿入し、造影検査・血行動態検査及び電気生理学検査を行う侵襲的検査である。心カテは基本的には意識下で行われることが多いため、患者には治療や安静臥床に伴う身体的苦痛、緊張や不安といった精神的苦痛が付き纏う。大曾他（1994）も「検査室内での不安は、医師から説明を受けている実際の危険に対する不安と、次は何をされるのかというような漠然とした恐れのものである」と述べているように、心カテ担当看護師は患者には不安があるものとして捉え、患者の表情や反応からこれらを読み取り【治療を受ける患者の不安への認識】を持ちながら介入していることが明らかとなった。また、優先順位やタイミングを見計らい積極的な声掛けを行い治療の流れや付随する症状を説明する、疼痛時医師に鎮痛剤使用を打診するといった【患者の症状や不安を予測した看護実践】を行っていることが示された。

一方で、【心カテが滞りなく行われることが重要であるという看護師の認識】を持ち【患者の不安を考える余裕がない心理的状況】にある看護師は、患者の精神的支援が重要であると思いつつも、医師からの指示受けや手技を追うことに精一杯で患者の不安に目を向ける余裕がないという現状が本研究で明らかとなった。またA病院の心カテ担当看護師は病棟と兼務であり、3病棟間での当番制である。勤務状況によっては次の当番までに数ヶ月単位で間隔が空いてしまう場合もあり、徐々に心カテ担当に入るという不安を看護師は抱いていた。加えて、心カテに入る看護師は1名であり、医師の指示

受けや薬剤投与、モニター監視、記録記載、電話対応等の多重課題を看護師1人で対応しなければならないという心カテ体制の現状が【患者の不安を考える余裕がない心理的状況】に影響していることが示唆された。

2. 患者の不安に対する認識を妨げる要因

今回の研究対象者は看護師経験5年～20年、心カテ担当経験2年～8年であった。半数以上の看護師が患者の不安を認識し行動していたが、患者の不安を認識していても十分に対応出来ていない、または患者の不安に重きを置いていない看護師の現状が明らかとなった。【心カテが滞りなく行われることが重要であるという看護師の認識】【患者の不安を考える余裕がない心理的状況】が要因として示されたが、その中でも特に急性心筋梗塞の治療といった緊急時の治療は、いかに早く確実に再灌流を得るかが最も重要であり、心カテ室の準備からPCI手技の時間までを含む複合的な時間であるdoor to balloon timeの短縮及び発症から再灌流までの総虚血時間（total ischemic time）の短縮が患者の予後にも大きく影響すると言われている（日本循環器学会他、2018）。医師やコメディカル、心カテに関わる全てのスタッフが早期治療のために動いており、1分1秒を争う治療現場では殺伐とした雰囲気になることも多く、複数の指示が一気に飛び交うことも少なくない。指示の聞き逃しや間違いをしないよう看護師自身も常に気を張り詰めており、早く治療をしなければならないという思いのもと心カテ担当看護師は行動している。このような状況下で心カテ担当看護師の緊張や不安、焦りとなり、患者の不安に目を向ける余裕がなくなる要因のひとつと考えられた。さらに、A病院の心カテ体制が3病棟間の当番制であり、心カテ中看護師が1人で対応しているという状況も要因として挙げられる。心カテ経験を積み重ねていっても数ヶ月単位で間隔が空いてしまえば、手技内容が変更されている場合や心カテ業務に従事する感覚が鈍くなってしまうことが想定され、看護師の自信のなさや不安に繋がり、ひいては患者対応そのものに影響すると思われる。加藤他（2016）も「介助看護師が1人であることへの不安について検査中や状態変化時に相談する看護師が居ないことや、医師からの指示を1人でこなさなければならない責任や重圧がある。（中略）更に心カテは心臓という生命に直結する臓器に侵襲を加える検査であるためその不安は増強される」と述べているように、多重課題を看護師1人で対応しなければならない環境、病棟と違い相談出来る看護師が傍にいないという精神的な負担も大きいと言える。加えて、A病院は心カテ研修日数が限られているため、研修内容としても手技や業務内容が教育方針の主となっており、患者の精神的な関わりに対する指導が不足してしまう状況にある。【心カテ体制による患者対応への影響】も患者の不安に対する認識の阻害要因と推察された。

今回の結果で、心カテ担当看護師1人当たりの負荷が大きいことも改めて明らかとなったため、心カテ担当看護師の精神的なサポートも検討していく必要がある。また、患者の精

神的支援を意識した教育体制の見直しや心カテ体制の構築を行っていく必要性が示唆された。

本研究は心カテ室が単独部署ではない施設での調査であり看護師 10 名を対象としたものであった。今後は対象施設・対象者を増やした研究が求められる。また阻害要因が教育体制や心カテ体制によるものだけか、体制変更前後で比較検討し要因を考察していく必要がある。本研究だけでは心カテ担当看護師の患者不安への認識や患者不安への対応の阻害要因を抽出するには限界がある。

Ⅶ. 結 論

心カテ担当看護師は、【治療を受ける患者の不安への認識】【患者の症状や不安を予測した看護実践】【心カテが滞りなく行われることが重要であるという看護師の認識】を持ちながら看護実践していることが明らかとなった。患者不安への対応の阻害要因としては【患者の不安を考える余裕がない心理的状況】【心カテ体制による患者対応への影響】が明らかとなった。

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

加藤有華, 中谷美由紀, 田中めぐみ, 斎藤尚美. (2016). 心臓カテーテル介助に対する教育プログラムの構築に向けて (第 1 報) —心カテ介助未経験看護師の知識・技術に関する実態—. *日本看護学会論文集看護教育*, 46, 242-245.
木島幹博, 添田信之. (2010). *カテーテルスタッフのための*

PCI 必須知識—これだけおさえれば大丈夫. メジカルビュー社.

小菅雅美, 木村一雄. 急性冠症候群ガイドライン (2018 年改訂版). 日本循環器学会. 日本冠疾患学会. 日本胸部外科学会. 日本集中治療医学会. 日本心血管インターベンション治療学会. 日本心臓血管外科学会. 日本心臓病学会. 日本心臓リハビリテーション学会. 日本不整脈心電学会. 2023 年 2 月 20 日閲覧.

https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2018/11/JCS2018_kimura.pdf.

厚生労働省. 2021 年 9 月 21 日閲覧. 令和元年 (2019) 人口動態統計 (確定数) の概況. 性別にみた死因順位

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei19/dl/10_h6.pdf

日本循環器学会. *循環器疾患実態調査報告書* (2019). 2021 年 9 月 21 日閲覧.

http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/media/jittai_chosa_2018web.pdf

大曾契子, 逸見敏子, 山口澄江, 太田君枝. (1994). 心臓カテーテル検査中の患者の持つ不安と要因. *日本看護学会集録 成人看護 I*, 25, 61-64.

表 1 対象者の属性

対象	看護師経験(年)	心カテ経験年数(年)	病棟
A	6	2	CCU
B	11	8	A病棟
C	20	4	CCU
D	9	3	A病棟
E	5	2	B病棟
F	5	2	B病棟
G	10	4	CCU
H	7	5	CCU
I	5	3	A病棟
J	8	5	A病棟

表 2 心臓カテーテル室担当看護師の患者不安に対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な語り
治療を受ける患者の不安への認識	入室時の患者の反応から不安を捉える	(患者は緊張していると思ってカテに入っているのか?) 緊張していると思っています。カテに入る前のバイタルとか普段は高くないのに、術前のバイタル測ると高いというのが結構あるので、緊張しているんだなというのがわかる。
	心カテ中の患者の表情や行動から客観的に緊張を捉える	看護師の方を見るので「何かありますか」って聞いても、「いやなんでもないんだ」とかって言うが、きっと緊張しているからこちらを見つめるんだと思う。
	業務と並行しながら患者へ目線を合わせる	治療時に顔をしかめたりとか、看護師の方を向くみたいなのががあったので、その時には積極的に患者の頭の所まで行くて、なるべく目線を合わせるように心がけていた。
	患者の心カテ経験による不安の程度の違い	経験がある患者なら、なんとなく流れが分かるが、初めての患者は想像ができない。
	患者は心カテ中の様子を確認出来ない	患者さんは聞かえてはいるがカテの様子が実際に目に見えないし、全部身を委ねているため心配である。
	患者の立場で考えることの重要性	カテ中の患者の不安の認識は、あわよくば自分だったらと置き換えて考えることで、患者の思いをくみ取れると思う
	心カテ中患者からは不安の訴えは聞かれない	カテ室で「怖いです」や「緊張しています」とか言われたことがない。患者にとっては言える環境でもないのかもしれない。
患者の症状や不安を予測した看護実践	心カテ室の環境が患者へ与える精神的影響	患者さんの気持ちになると、窓のないところに入って色んなものを付けられて始まるって怖いと思う。
	患者の緊張や不安を和らげるため表情や声のトーンを意識した関わり	緊張を完全にほぐすことはできないけれど、自分が笑顔でいることや声が明るいということは患者に伝わる。自分は挨拶をすることと明るいトーンで声をかけることは入室してから患者の対応にあたる上で大切にしている。患者に近いのは看護師だから、患者がカテ室に来て、緊張や不安、怖い思いを和らげて、自然に近い状態でカテーテルを受けて欲しいという思いがある。
	予測される症状や流れを事前に説明することで患者に安心安楽を与える	「こういう流れですよ」って伝えて患者さんが流れを分かって不安が少しでも下がればいいと思う。
	患者の疼痛に対しては鎮痛剤を使用する	カテ中は動くことができないからやっぱり薬使うしかないかなって思うので先生から薬投の指示をもらう、もらえるようにする。
	治療を妨げないようなタイミングでの声かけ	声かけのタイミングは医師の手技が落ち着いたら時。辛いかもしれない、痛いと感じるかもしれないということを流れから予測して患者に事前に情報提供している。事前に分かっていたら、患者も我慢できるか伝えるか線引きができる。対話を看護師とできた方がいざという時に看護師に話しかけやすいと思うので、そういう点で積極的に話すようにしている。
	看護師が傍にいてことで不安の軽減を図る	カテ室にいると患者さんは誰が何の役割か分からないため、「私が看護師です。何かあったら隣にいますので声をかけて下さい。」と言うようにしている。
	経験を積み重ねていくことで不安対応への変化	カテーテルが少しずつ慣れてきて、自分に余裕が出てきてカテーテルの流れを事前に患者に説明できるようになった。
心カテが滞りなく行われることが重要であるという看護師の認識	モニターやバイタルサイン、症状の有無の観察	カテ中、バルーン拡張とかステント留置するときは患者さんに症状を確認しながら、モニターとバイタル、血圧を一番見ている。
	医師からの指示受けや心カテの流れに目が向いてしまう	患者さんの不安よりは、治療過程やどういうことをやっているのかっていうそっちのほうに目が向きがちになっていたこともある気がする。
	記録に残すため医師の手技に集中してしまう	流れが分からなくなると記録が書けなくなってしまうので、手技に集中してしまう。
患者の不安を考える余裕がない心理的状況	患者の不安の対応よりも心カテがスムーズに行われること、そのために準備しミスをしたくないことが重要	命に直結するものなので、本人の痛い痒いを聞いてあげることが重要だが、それよりも先に業務を進めないといけない。
	余裕がないと患者の不安に目が向けられない	自分に余裕がないときは患者の不安より医師の手技を見ている。
心カテ体制による患者対応への影響	緊張により患者の気持ちを考える余裕がない	患者さんの気持ちも考えたいが、自分の緊張でいっぱいになってしまっている方が多い。
	看護師が一人で対応しなければならないため業務優先になってしまう	心カテ看護師が一人のため、先生の話とか手技のこととか、薬剤投入とかそっちの方に意識がいってしまいうため、患者さんに対する不安を一番になかなか考えられない。
	心カテ担当が頻繁でないので不安・緊張がある	カテ歴 3 年だがそんなに頻繁に入るわけではないので、毎回入るたびに緊張する。

◇研究報告◇

終末期がん患者の意思決定支援に関する ラダー別にみた支援の実際と課題

水谷陽菜子¹⁾*, 植山雅子¹⁾, 大島ひとみ¹⁾

【目的】 B病棟の看護師の半数は看護実践者ラダーⅠであるため、患者の意思決定支援に関する課題も多い。そのため患者の意思決定に関する看護師のラダー別にみた支援の実際と課題を明らかにする。

【方法】 質的記述研究デザイン

【結果】 ラダーⅠの意思決定支援の実際では「自分では解決できないことは同僚や多職種に相談」、課題では「患者との関わりより目の前の業務を優先し後悔している」などがみられた。ラダーⅡの実際では「患者の身体的症状緩和を優先し対応」、課題では「患者の背景を気にして話が聞きづらい」などがみられた。ラダーⅢの実際では「患者の状況に応じた意思決定を支える」、課題では「主治医に伝える橋渡しの役割が難しい」などがみられた。

【結論】 終末期がん患者の意思決定支援について、ラダー別にそれぞれの能力に応じた具体的な実践内容と課題が明らかになった。

【キーワード】 終末期、意思決定支援、実践者ラダー、がん患者、急性期病院

Ⅰ. はじめに

国立がん研究センターがん対策情報センターによると、日本のがん罹患数の2020年推計値は約101万2千例であり、2人に1人ががんと診断されると報告されている。がんは長期の治療継続を余儀なくされ、積極的治療優先の時期から終末期まで回復と悪化を繰り返し長い経過を辿る。高度急性期病院であるA病院は地域がん診療連携拠点病院にも指定されている。B病棟で亡くなるがん患者は、Best Supportive Care（以下BSCと略す）方針であってもPerformance Status（以下PSと略す）や意識レベルが保たれている間は今をどのように生きるかを考えており、最期をどのように過ごしたいかを考えるまでには至っていないこともある。そのため看護師は急変リスクを理解していても、今を生きようとしている患者に対して最期の過ごし方に対する意思決定支援にためらいがある。さらに急性期病棟のため緊急性の高いケアも多く、がん終末期患者に対して寄り添う時間を持てずにいる。A病院では段階的に看護実践能力を向上させていくための継続教育システムとして看護実践者ラダー（以下ラダー）がある。

B病棟では84%がラダーを取得しており看護師の半数がラダーⅠであるため、終末期がん患者の意思決定支援に関する課題も多くみられる。先行文献では、急性期病院での看護師の業務量の多さや、終末期にある患者への援助に自信がないことから患者や家族と関わることにためらい、治療移行期に十分な支援体制ができていない現状にあると述べられている。積極的治療から緩和医療中心にシフトする移行期や、人生の最終段階をどこで療養するか決定には患者家族にもゆらぎがあるため、看護師や他職種が継続、一貫した支援をできる体制が必要であることを明らかにしている（石井他、2021）。これらの先行文献の研究対象者は、経験年数が3年～28年までの看護師を対象としていた。そのため終末期がん看護に関わる意思決定支援に関する文献の多くは看護師の経験年数で対象選定を行っており、ラダー別の能力段階に応じた実践内容に着目した文献はみられていない。終末期がん患者の意思決定支援に対してラダー別での具体的な実践内容とそれに伴う看護師の思いを抽出したことで、終末期がん患者の意思決定支援の実際についてラダー別にみたとき具体的などのような特徴があるのかとその課題が明らかとなったので報告する。

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 熊本赤十字病院

* E-mail : kosunonmamakango@gmail.com

Ⅱ. 目 的

終末期がん患者の意思決定に関する看護師のラダー別にみた支援の実際と課題を明らかにすることを目的とする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

・意思決定支援：意思決定（土居内，2006）の定義を参考に、「患者や家族と一緒に考える患者が望む生き方と看取りを迎えるための関わりやその中で生じる思いを支えること」とした。

2. 研究デザイン

質的記述研究デザイン

3. 期間

2022年3月～2022年4月

4. 対象

①B病棟での臨床経験のなかで、終末期がん患者を担当したことがある②B病棟で働くラダーⅠ、Ⅱ、Ⅲのいずれかをもちこれらの2つの条件を満たした看護師で研究内容に同意が得られたものとする。ラダーⅠ未取得看護師は看護を行ううえで指導を要するため除外し、ラダーⅣはB病棟では1名のため個人が特定される恐れがあるため除外する。管理職（師長）、研究者も除外する。

A病院における看護実践者ラダーは、看護実践能力の到達目標を段階的に示すことで、看護実践者としての能力向上を目指し、自己研鑽することを目的に作成されている。ラダーⅠでは指導や助言を得ながら看護活動ができる、ラダーⅡでは自部署で自律した看護活動ができる、ラダーⅢでは自部署においてリーダーシップを発揮しながら看護活動を行いスタッフの指導にも関わり、災害時の救護活動に従事できる、ラダーⅣでは看護部門全体に影響力を及ぼしながら医療の質向上をもたらす看護活動ができることを各レベルの到達目標としている。

5. データ収集, 分析方法

1. データ収集

ラダーⅠ、Ⅱ、Ⅲそれぞれ同じ内容の①終末期がん患者の意思決定支援を行うために普段どのように関わっていますか②終末期がん患者が望む生き方と看取りを支えるためにどのような思いを抱きながら関わっていますかという内容のインタビューガイドに沿って半構造化インタビューを行った。

2. 分析の方法

インタビュー内容の逐語録をもとに、意思決定支援の実際と課題に関する記述を抽出した。抽出した内容をまとめコードとして分類した。その後コードを共通する特徴でまとめカテゴリー化し分析した。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究は自由意志であり、不参加による不利益はないこと、同意しても同意撤回書記載を以て同意撤回できることを個別

に説明した。またインタビューを受けることが普段のケアの評価に影響しないことを説明した。インタビュー参加撤回による業務上の不利益や、参加によるネガティブな感情の想起により業務上支障を来す場合の対応方法を伝え同意を得た。熊本赤十字病院倫理審査委員会 R4-1 号にて承諾を得ている。

Ⅴ. 結 果

1. 参加者の概要

ラダーⅠの看護師経験平均年数3年、部署経験平均年数は3年であった。ラダーⅡは看護師経験平均年数8年、部署経験平均年数0.4年であった。ラダーⅢは看護師経験平均年数15年、部署経験平均年数7年であった。研究参加者はB病棟全体32名（師長、研究者除く）のうち17名で、ラダーⅠは10名、ラダーⅡは2名、ラダーⅢは5名であった。

終末期がん患者の意思決定支援の実際と課題の語りを「」で、実際と課題から導き出されたカテゴリーを【】で示す。

1) ラダーⅠの終末期がん患者の意思決定支援の実際

ラダーⅠの意思決定支援の実際では4個のカテゴリーと71個のコードが抽出できた。

(1) 【患者と家族どちらからも希望を聞いている】

「ご家族さんの希望に、もし食い違ったら、なんか折り合いつけて希望に添えたらいいかな」より、家族の思いにも寄り添いたいという思いが表現されていた。

(2) 【自分で解決できないことは同僚や他職種に相談している】

「患者さんが泣いたら自分も泣きたくなるし、（中略）カンファレンスしてもらったりとかそういうのがいいのかな」より、自分で解決できないことに気づき相談しながら対応していた。

(3) 【自分ができる精一杯の関わり方を考えて患者と向き合おうとしている】

「病状の経過でどうしたいかっていうのも変わっていくと思うので、そこでこまめに情報収集して支援に活かせるようにはしていました」より、今までの終末期がん患者への看護の中で培ってきた関わり方を活かして患者と向き合っていた。

(4) 【日々の関わりの中で患者の思いに向き合おうとしている】

「やっぱ痛みとか強すぎたりするときつから、あまり話せないと思って、（中略）あとでちょっと訪室して関わるようにしました」より、日々の関わりの中で患者の身体的苦痛だけではなく思いにも寄り添えるような関わり方の工夫をしていた。

2) ラダーⅠの終末期がん患者の意思決定支援の課題

ラダーⅠの意思決定支援の課題では4個のカテゴリーと47個のコードが抽出できた。

(1) 【患者と家族の希望を叶えられない難しさを感じている】

「（コロナ禍にて）今面会とかも難しいので、両方（患者と家族）の意見を聞きつつ納得できる転帰に繋げるっていうのがちょっと難しくなって」より、患者や家族が希望する今後の過ごし方に気づくことができてコロナ禍での面会制限に

表 1-1 終末期がん患者の意思決定支援ラダー I (意思決定支援の実際)

カテゴリー	コード
患者と家族どちらからも希望を聞いている	患者と家族がお互いに思っていることを知ってもらえるように対応している
	転帰が決まらず入院が長期化している場合は家族に考えを確認している
	患者が亡くなった後でも家族からの言葉で救われることもある
	コロナ禍で面会制限があるため余計に患者を自宅へ帰してあげたいという気持ちがある
	患者と家族が望む生き方を叶えられるように支援したいと思っている
	患者の死後家族からの手紙や電話があると繋がられてよかったと思う
	患者と家族の希望が食い違ったら折り合いをつけて希望に沿いたいと思っている
自分で解決できないことは同僚や他職種に相談している	家族と本人の意見が違うときはリーダーに相談しながら転帰に繋げた
	自宅退院希望の患者が抱える問題は記録に残しリーダーに相談し繋げるようにしている
	家族と本人の意向を早めに確認し主治医に繋げている
	今後どういう風に過ごしていきたいかを患者と家族に確認し主治医に伝えている
	転帰を決めるときは多職種と連携して対応している
	先輩と患者の思いを聞くと助言もあり話を進めやすい
	今後どのように過ごしていきたいか話の切り込み方と患者からの返答内容が予測できないから一人では訪室していない
自分ができる精一杯の関わり方を考えて患者と向き合おうとしている	患者の思いに引きずられやすいため事前にカンファレンスにあげたり一人では訪室しないようにしている
	自宅退院を希望する患者にはその願いが叶えられるように働きかけたいと思っている
	患者がどう過ごしたいかという思いを時間を持って聞くことが大事だと思っている
	患者がやりたいと思っていることを実現した後はリフレクションを活用して振り返りをしている
	患者がしたいことを叶えてあげたい気持ちがあり叶ったときは嬉しいと思っている
	希望する転帰が叶えられたとき患者からポジティブな言葉が聞かれるとよかったと思う
	患者の希望に沿った関わりができるように自分たちにできることは何か考えながら関わっている
	患者を自分の家族に置き換えて考え関わっている
	前向きに進めていけるように話をするよう心掛けている
	患者が今後どのように過ごしたいか確認するときに決めつけた言い方はしないようにしている
	患者が暗い表情をしているときは話を聞くようにしている
日々の関わりの中で患者の思いに向き合おうとしている	病状の経過により今後どうしていきたいかという思いも変化していくためこまめに情報収集している
	日々の会話から患者のやりたいことややり残したことを確認している
	患者の辛いことを聞きながら話を広げていくことで今後どうしたいのかを確認している
	体がきつい患者は先に痛みをとってから今後どういう風にしたいか確認している
	フランクに関われるようになった患者にはやり残したことややりたいことの話聞いている
	患者がどうしてその転帰にしようと思ったのか聞くようにしている
	患者の意思がしっかりあるうちに話を聞いている
	自宅で過ごすことへの思いを聞きながら最期をどこで迎えたいかという話をしている
	患者が自ら考えた課題に対して深く話を聞きながら対応している
	外来の記録を参考に情報収集をしている

より関わり方に難しさを感じていた。

(2) 【患者に踏み込んだ関わり方が難しい】

「自分一人だと全然思いを聞けずに、なんかお互いにちょっとよくわからない感じで終わる」より、患者の思いに寄り添おうとしているが迷いがみられていた。

(3) 【患者の生死に関わる会話が難しい】

「死っていうのが直面して自分も辛いだろうに、こちらの声かけでもっとなんか辛くなったりしたらどうしよう」より、患者に寄り添いたい思いはあるが直面する死を通して患者が抱える真の思いへの関わり方がままならないことで不全感を抱いていた。

(4) 【患者との関わりより目の前の業務を優先し後悔している】

「日々の業務に追われて（中略）やっぱりもっとちゃんと関わっておけばよかったなって思うことも多くて」より、緊急度の高い処置などの業務が優先される中でゆっくり終末期がん患者に時間を割くことができず後悔していた。

3) ラダーⅡの終末期がん患者の意思決定支援の実際

ラダーⅡの意思決定支援の実際では4個のカテゴリーと28個のコードが抽出できた。

(1) 【患者がどのように過ごしたいか意識的に確認している】

「でもなんか（終末期がん患者は）時間が限りあるってわかっているからこそ、できるだけニーズには応えたい」より、

表 1-2 終末期がん患者の意思決定支援ラダー I (意思決定支援の課題)

カテゴリー	コード
患者と家族の希望を叶えられない難しさを感じている	患者は自宅療養を希望しているが医療処置が多く家族のサポートが得られにくく悩んでいる
	家族との時間を作ってあげたい気持ちはあるがコロナでの面会制限があり葛藤を抱えている
	コロナ禍の面会制限により患者と家族が直接話ができず情報がうまく伝わらないことがある
	患者と家族の思いが一致して自宅退院が叶うケースも少なくいつも答えが出ないまま対応している
	家族がどう思っているのか意識的に聞くことができていない
	家族と患者の希望が違ふときの調整が難しい
	コロナ禍での面会制限があり患者と家族両方の意見を聞きながら納得できる転帰に繋げるのが難しい
患者に踏み込んだ関わり方が難しい	患者のしたいことを叶えてあげたいが思うのと実際にするのではスムーズにいかないことがある
	一人では患者の思いを聞けずお互いよくわからない状態で会話が終了してしまう
	家族の意向とは別に患者はどう過ごしたいか聞いていたらよかったなと思う経験がある
	患者の状態が変わる度に患者の思いを確認していればよかった
	患者の思いが叶えられなかったときは落ち込むこともある
	早めに患者にどうしたいか確認し主治医に伝えられていたらよかったかなと思ったことがある
	無理して笑っている患者の表情を見ると今言わないほうがよかったのかなと気にしてしまう
	若い終末期がん患者に対して緊張してどこまで踏み込んで話をしていいのか分からない
	自分が終末期だと理解している患者に今後どういう風にしたいか聞きづらい
患者の生死に関わる会話が難しい	看取りの話をすることで患者に死期を意識させてしまうのではないかと考えている
	患者はなりたくてがんになった訳ではないため深い内容の話を聞きにくい
	自分と患者の生きるという言葉の解釈に違いがありうまく聞ききれない
	患者の思いを一人で聞くとネガティブに考えてしまい前に話を進められない
	今後どういう風に過ごしたいか聞きにくくどのように関わったらいいかわからず悩んでいる
	患者が死に直面して辛い思いをしている中で自分の声掛けで更に辛い思いをさせてしまうかもしれないと考えてしまう
	落ち込みやすい患者にはやり残したことややりたいことの話は聞いかけづらい
	死が目前に迫っている患者に対してどういう風な言葉を選んでいいかわからない
	患者に感情移入しやすく家に持ち帰ってずっと患者のことを考えてしまう
	患者の最期を考えたくないと思っており気持ちの切り替えづらさがある
患者との関わりより目の前の業務を優先し後悔している	業務が多忙で患者と話す時間を持てなかったときにやり残した気持ちになる
	聞かないと時間が過ぎてしまうので聞くタイミングが難しい
	普段のラウンド中には患者が今後どのように過ごしたいか聞いていない
	患者の体調に合わせて話を聞けていなかった
	知識が未熟で経験が浅いため患者の話を聞いて患者のためになるような対応ができるのか分からない
	患者の症状にだけ目を向けてしまい今後どう暮らしていきたいのか確認できていなかった
	患者の状態が悪くなる前に何かできることはなかったのかなと感じている

今までの経験から患者に残された時間が予測できており意識して今後の過ごし方を確認していた。

(2) 【患者家族含めた多職種連携している】

「家族にも聞いて、本人とあまりにもかけ離れているなら先生に相談して見に来てもらって、家族がいいって言うなら帰ろうみたいな感じになったこともあった」より、患者の希望を叶えるために患者家族を含めて多職種と連携していた。

(3) 【患者の身体的症状緩和を優先し対応している】

「結構がん患者さんって痛みがあったりとか呼吸苦があったりとかするから、(中略)その症状を取って欲しいんじゃないかって思いながら」より、痛みなど症状のある患者まずは症状緩和に努め会話できる環境を整えていた。

(4) 【患者も含めて家族と捉えそれぞれの認識を理解しようとしている】

「本人の前では聞けなかったりすることもあるから、荷物を持ってこられた時に聞いてみるとか、でそこで本人と家族の認識の差があるんだなとか思ったりはするかな」より、患者を家族の一員と捉え家族の思いを確認し患者の状態と合わせてアセスメントしていた。

4) ラダーⅡの終末期がん患者の意思決定支援の課題

ラダーⅡの意思決定支援の課題では3個のカテゴリーと18個のコードが抽出できた。

(1) 【患者の背景を気にして話が聞きづらい】

「やっぱり同じ年代で多分あんまりしゃべりたくないのに聞かれるのはどうなんだろうって」より、患者の話を聞かないといけないと分かっているが、看護師自身が話の聞きづらさを感じていた。

表 2-1 終末期がん患者の意思決定支援ラダーⅡ〈意思決定支援の実際〉

カテゴリー	コード
患者がどのように過ごしたいか意識的に確認している	患者が望む形で療養できるよう対応したいと思っている
	患者の残された人生の時間に限りがあることを分かっているからこそできるだけニーズには答えたいと思っている
	自宅療養を望んでいる患者に対して最期を家で迎えられるようなお手伝いをしたいと思っている
	患者の状況を自分や家族に置き換えることでして欲しいことを具体的に思い浮かべている
	その人らしく残された時間を過ごしよりよい最期を迎えて欲しいという思いを抱きながら患者に関わっている
	ある程度話せるようになった患者にはどのような最期を迎えたいのか聞いている
	今後の方針をACPを意識して患者に聞くようにしている
	話せる状態の人には話せる間に今後どのように過ごしたいか聞くようにしている
患者家族含めた多職種連携している	自分たちが介入できなかった事例を先輩看護師が実践しているのを見て、不可能ではないと感じたため患者の意見は尊重したいと思っている
	一人の力じゃ患者の希望する転帰を叶えることは難しいが多職種と連携することで不可能ではないと思うようになった
	ICの記録を参考に患者の希望する転帰を継続して繋げていくために活用している
	実際に患者の状態を見てもらい家族と患者で自宅療養への思いがかけ離れている場合は主治医に相談している
	先生には気にかけて早い段階で今後の方針を確認している
患者の身体的症状緩和を優先し対応している	今患者が一番きついている症状を取ってあげて少しでもきつくない状態で過ごして欲しいと思いながら症状緩和を優先して対応している
	今後のことを確認するよりも今ある痛みや呼吸苦などの症状を優先して対応している
	今患者が抱えている苦しみや痛みを聞き取るようにしている
	自宅療養を希望する患者には自宅へ帰る前に疼痛コントロールを行っている
患者も含めて家族と捉えそれぞれの認識を理解しようとしている	家族が来たときには家族にも今後の方針を聞いている
	家族と患者の希望する方針がかけ離れているときはすり合わせるようにしている
	病状をどこまで把握しているかによって主治医、患者、家族のそれぞれの病気に対する思いにズレが生じるためまずはそこを意識的に確認している
	自宅療養希望の患者は家族の思いを確認し実際に病棟に患者の今の状態を見に来てもらっている
	患者と家族が今後どのように考えているか確認し認識の差があることを感じている

表 2-2 終末期がん患者の意思決定支援ラダーⅡ〈意思決定支援の課題〉

カテゴリー	コード
患者の背景を気にして話が聞きづらい	話をしたくない患者に対して根掘り葉掘り聞くことに難しさを感じている
	同年代のがん患者があまりしゃべりたくない様子のときに聞いていいのか聞かない方がいいのか迷ってしまう
	初対面の患者には今後どのように過ごしていきたいか聞きづらいと感じている
	BSC 方針で予後不良の患者に対して踏み込んだ話の聞き取りづらさがある
転帰の選択・調整がうまく進まないことへの後悔	ラダーⅡのレベルではコロナ禍で患者・家族の希望に沿った転帰を叶えるための視点は難しいと思っている
	看護師の経験不足により患者の希望する転帰が迎えられなかったと後悔している
	患者の思いや転帰について聞くタイミングが遅かったことを後悔している
	患者の希望は自宅療養だが患者の状態を加味すると自宅退院は難しいと介入を諦めてしまう
	家族のサポート力が低いとその時点で介入を諦めてしまい患者のニーズに添えないことでもやもやしてしまう
	コロナの影響で面会制限があり患者と家族の今後どのように過ごしていきたいかという思いにうまく寄り添えていないと思っている
	がんを治療したい主治医の気持ちも分かるが治療をすることで終末期がん患者の気持ちに寄り添えられていない気持ちがある
コロナ禍での面会制限により患者の希望を叶えられない	コロナの影響で外出などの患者の希望が叶えられなくなっている
	コロナの影響により家族に見守られながら最期を過ごすという思いにうまく寄り添えていない

(2) 【転帰の選択・調整がうまく進まないことへの後悔】

「本人は帰りたいけど、帰れないって私たちは思っちゃうし、家族もやっぱみると難しいかなっていう状況だったりして、(中略) 本人のニーズに添えないから難しいなって思う」より、患者が希望する転帰を叶えるために働きかける中で思うように進まないことに後悔していた。

(3) 【コロナ禍での面会制限により患者の希望を叶えられない】

「家族に見守られながらとかあるんだろうけど、コロナとかもあって(中略) 心残りだったんですけど」より、患者の希望を叶えたいと思っていてもコロナ禍での面会制限により出来るこ

とに限りがあることでうまく寄り添えず不全感を抱いていた。

5) ラダーⅢの終末期がん患者の意思決定支援の実際

ラダーⅢの意思決定支援の実際では4個のカテゴリーと47個のコードが抽出できた。

(1) 【病気を発症してから現在に至るまでの情報を意図的に取る】

「ターミナルにいくまでのまあ治療ももちろんされてきただろうからまあ最初の記録から情報を取るようにはしてはいます」より、長期間治療をしてきた患者という認識で意図的に必要な情報を選別し常時アセスメントしながら更に必要な情報を補足し対応していた。

表 3-1 終末期がん患者の意思決定支援ラダーⅢ (意思決定支援の実際)

カテゴリー	コード
病気を発症してから現在に至るまでの情報を意図的に取る	患者が病気を発症してからターミナルを迎えるまで全ての情報を取っている
	患者が先生から病状や治療に関してどのような説明を受けているのか確認している
	患者自身が病気を受容できているか確認している
	家族が患者の病気をどのように受け入れているか確認している
	自宅療養もしくは転院したいと思っている患者の認識を確認している
	患者のがんによる症状がある中でどういう所が辛いのか確認している
	患者自身が大切にしたいことを聞いたうえで家族や今後どうしていきたいかなどの話題へ移行していく
	患者自らそれまでの経過を話してくれるように患者の症状に共感しながら話を進めている
	患者が自ら今後の方針について話をしてくれるように気にかけて接している
患者の状況に応じた意思決定を支える	患者が病気を通して経験してきたことに共感することで患者自身が看護師のことを知るきっかけの一つになっている
	患者が病気を通して経験してきたことに共感することで患者のことを理解しているという姿勢を示している
	患者自身で選択できるように自分の知っている選択肢をきちんと示している
	患者が解決できるような手立てを考えて提供している
	転院や退院後も患者の生活は続くため現段階ですべての意思決定を行う必要はないと思っている
	症状コントロールがうまくできていないと患者の心にゆとりがなく意思決定支援が困難であるため苦痛を取ることを優先している
患者と家族の関係性を踏まえ対応をしている	患者に死が迫ってくると家族の気持ちに変化がみられる
	第三者の看護師にだからこそ患者や家族が話してくれることもある
	患者家族の思いを繋げるための橋渡しの役割をしていることでお互いに新たな一面を知ることができる
	患者家族それぞれの話をしっかり聞いてすり合わせていくとうまくいくパターンも生まれる
	家族と仲が悪い場合もあるから入院前の関係はどうだったか確認している
	患者と家族別のタイミングで家族は今後の生活をどのように過ごしていきたいか確認している
	病気になったことで家族との関係に変化があった場合それをどういう風に思っているか確認している
	患者と家族の今後の生活に対する気持ちに乖離がないか確認している
患者のこれまでの人生や価値観に寄り添う	患者が病気と生きていく為どういう認識で今まで過ごしてきたのか確認している
	死を目前にすることで見えないものが見えてくるため時間を持って話を聞くようにしている
	患者が今までどういう人生を送ってきたのか確認している
	患者の価値観を確認している
	患者の病気の経緯に沿った思いに共感し寄り添いながら話を聞いている
	患者が大事にしていることを一番大切にしたいと思っている
	患者の思いをきちんと知ることが大切になっている
	今死を目前にして痛みが出てきて動けなくなったときに患者がどういう風に考えているかを大切にしている

(2) 【患者の状況に応じた意思決定を支える】

「症状コントロールがやっぱりうまくできていないと、その意思決定支援ってところは難しいと思うから、まずはその人の苦痛を取るってところから考えていって」より、患者の病状や状態に応じて現段階でできる意思決定支援を行っていた。

(3) 【患者と家族の関係性を踏まえ対応をしている】

「やっぱり家族だからといってこう本心を言い合えてるわけではなくて、第3者の私たちだからこそ言ってくれるってこともあって、その橋渡しの役割をすると（中略）新たな一面を家族が知るとか」より、多種多様な家族背景があることを認識しその関係性を踏まえた上で患者、家族が望む転帰を叶えていた。

(4) 【患者のこれまでの人生や価値観に寄り添う】

「その人が今までどういう治療をしてきて、先生からどういう説明を受けて、どういう認識で今まで過ごしてきたのかわかっていうところを聞くようにしている」より、がんと付き合い合っている患者に寄り添いその価値観を大切にしていた。

6) ラダーⅢの終末期がん患者の意思決定支援の課題

ラダーⅢの意思決定支援の課題では2個のカテゴリーと14個のコードが抽出できた。

(1) 【コロナ禍の面会制限により対面で転帰の確認ができないことでの後悔】

「コロナでやっぱ面会にあんまり来ないっていうこと、どのタイミングで電話をしたらいいのか（中略）延び延びになって結果聞けずに間に合わなかった」より、家族に転帰を確認したいタイミングでもコロナ禍の面会制限により直接顔を合わせて話が出来ないことで後悔を感じていた。

(2) 【主治医への橋渡しの役割が難しい】

「先生たちって話聞いているようで聞いてなかったりするから、だけん患者さんもなんか遠慮して帰りたいけど無理だもんなとかも、（中略）それを自分たちがもうちょっと先生と話せたらいいなとか思ったり」より、患者と主治医の橋渡しの役割を担っていることを理解しているが患者と主治医の関係性や看護師と主治医の関係性を踏まえて対応することに難しさを感じていた。

Ⅵ. 考 察

ラダー別で明らかになった終末期がん患者の意思決定支援に関する支援の実際と課題の特徴にどのような能力別の展開がみられるのか考察した。ラダーⅠでは、ラダーⅡとラダーⅢと比べて得られた意思決定支援に関する支援の実際と課題の特徴が多かった。ラダーⅠの意思決定支援の実際が他のラダーと比べ多かった要因としては、研究対象者が多かったことと考える。ラダーⅡ、ラダーⅢの意思決定支援の課題がラダーⅠと比べ少なかった要因としては、A病院の看護実践者ラダーと日本看護協会クリニカルラダーの指標の違いも関係していると考えられる。A病院の看護実践者ラダーの目的は「看護実践能力の到達目標を段階別に示すことで、看護実践者としての能力向上を目指し自己研鑽することができる」ことである。一方日本看護協会のクリニカルラダーの目的は「看護師の看護実践能力を育成する」ことである。これらの目的を比較すると、A病院でラダーを取得するためには自ら選択して研修に参加し自己研鑽に努める必要があるため、ラダーⅡ、ラダーⅢとキャリアアップしていくにつれて看護実践能力が向上すると考えられる。そのためラダーⅡ、ラダーⅢの看護実践能力は高く課題に対する自己解決能力があると考えられ

表 3-2 終末期がん患者の意思決定支援ラダーⅢ（意思決定支援の課題）

カテゴリー	コード
コロナ禍の面会制限により対面で転帰の確認ができないことでの後悔	コロナ禍での面会制限により家族に電話で転帰の確認を行っていいのか迷っている
	ICの前に電話で転帰を確認することができず患者の希望する転帰を叶えられなかったことを後悔している
	家族に今後どのように過ごしていきたいか電話で確認することに対して躊躇いがある
主治医への橋渡しの役割が難しい	患者が主治医に遠慮して帰りたい気持ちを書いていない現状がある
	主治医が患者の状態を見て今のうちに帰そうと思っていても看護師から見るとちょっと厳しいのではないかと思う場合もある
	主治医が気づいていない患者の思いを看護師が間に入り伝えられていない現状がある
	患者の思いを直接主治医に伝えるのが難しい
	主治医との信頼関係がうまく築けていないと患者と主治医の橋渡しの役割が難しい
	外来と入院で担当している主治医が違うため継続したコミュニケーションが難しい
	患者の思いを主治医に伝えることが遅くなり患者が希望する転帰に結びつかず後悔している
	患者の思いを間に入って主治医に伝える役割があると思うができていない現状にある
	患者の帰りたい思いと家族でサポートしきれない思いにより転帰にズレが生じた場合どちらを尊重していいかわからない
	患者と家族どちらの気持ちも分かるから両方が納得する形で転帰を決めるのが難しい
	IC後に家族が主治医に言えなかったことを看護師が代弁するタイミングが遅く後悔している

るため、終末期がん患者の意思決定支援に関する支援の課題がラダーⅠと比べ少なかったと考える。

1. ラダーⅠの終末期がん患者の意思決定支援における実際と課題の特徴

ラダーⅠの意思決定支援の実際では、【自分で解決できないことは同僚や多職種に相談している】や【自分ができる精一杯の関わり方を考えて患者と向き合おうとしている】のように患者や家族との関わり方を自分なりに考えて解決できないときは誰かに相談していることが明らかとなった。A病院のラダーⅠの到達目標の中には、「助言を得ながら適切な行為を選択することができる」と「対象を一個人として尊重し受容的、共感的態度で接することができる」というものがある。日本看護協会（2023, p.36）のラダーⅠの意思決定を支える力の行動目標は「ケアの受け手や周囲の人々の意向を看護に活かすことができる」である。A病院と看護協会のラダーⅠの到達目標に相違はなく、ラダーⅠの意思決定支援の実際は、終末期がん患者の思いを把握しケアに繋げるために、同僚や多職種に相談しながら看護を行おうとしていたと考えられる。研究対象者はすでにラダーⅠを取得していたため、これらの到達目標に達しておりラダーⅠの能力を十分に満たしていると考えられる。

ラダーⅠの意思決定支援の課題では、【患者との関わりより目の前の業務を優先し後悔している】というラダーⅡ、Ⅲにはみられない特徴がみられた。ラダーⅠはラダーⅡ、Ⅲと比べて看護師経験平均年数が3年である。Benner（2001/2005, p.22）は一人前レベルの看護師は中堅レベルの看護師のようなスピードと柔軟性かけると述べていることから、ラダーⅡ、Ⅲの看護師よりも急性期病院での緊急性の高い処置や入院退院を優先してしまう現状があると考えられる。またラダーⅠの【患者の生死に関わる会話が難しい】という課題とラダーⅡの【患者の背景を気にして話を聞きづらい】という課題では患者との話にくさが共通している。ラダーⅡの場合は同年代、初対面、話をしながらなど具体的な患者の背景が抽出されていた。ラダーⅠでは患者の背景に関わらず生死に関わる会話自体に難しさがみられていた。西田（2016）は患者に寄り添った看護を実践するためには、自己が患者とどのような心理的距離を築いているかを振り返り、患者との関係性を見つめなおすことは看護師に求められる役割であると述べている。ラダーⅠは死が目前に迫っている患者に対して寄り添いたい気持ちはあるが、看護師の関わり方ひとつで患者により辛い思いをさせてしまうのではないかとという看護師主体の思いを抱えながら関わっていると考えられる。

2. ラダーⅡの終末期がん患者の意思決定支援における実際と課題の特徴

ラダーⅡの意思決定支援の実際では【患者の身体的症状緩和を優先し対応している】という特徴があり、がんによる疼痛や諸症状を優先的に対応し患者の症状が落ち着いたタイミングで患者の思いを確認していた。森・古川（2016）はがん

の進行に伴う症状を緩和することは患者が熟慮したうえで最期の過ごし方を意思決定するために重要な援助であると述べている。患者の身体的症状緩和を優先することは、患者が今後どのように過ごしたいかを考える余裕を持つために重要な援助であると考えられる。またラダーⅡの看護師経験平均年数は8年でありベナーの5段階の技能習得レベルでは中堅レベルに該当する。Benner（2001/2005, p.24）は中堅レベルの看護師は全体像を把握する能力があるので、事態が通常予測される経過をとらないとき、異常の発生を看取できると述べている。意思決定支援を進める中で患者の全体像を把握し、症状緩和を優先していたのは、ラダーⅡが中堅レベルに達していたからと考える。

ラダーⅡの意思決定支援の課題では【コロナ禍での面会制限により患者の希望を叶えられない】という特徴がみられ、ラダーⅢでも【コロナ禍での面会制限により対面で転帰の確認ができないことでの後悔】がみられた。ラダーⅡ、Ⅲでコロナに関する課題が抽出された要因としては、ラダーⅡの看護師経験平均年数は8年でラダーⅢは15年でありコロナ禍以前の面会制限のない頃の家族との関わりを経験していることと考える。藤田（2021）は面会制限は、患者、家族の心理的な苦痛や痛みを傍で感じる看護師たちが傷つき、不全感や無力感を長く感じることに繋がるかと述べている。面会制限により今まで叶えられていた患者の希望を叶えることに限界があり、患者や家族の思いに寄り添えられていない気持ちがみられたと考えられる。また津田・山下（2021）は面会制限下では患者家族にリアルな状況を言葉で正確に伝えることが求められると述べている。家族が来院したとしてもタイミングが合わず電話での転帰の確認方法は、家族の顔を見て話をするができないため、実践経験の豊富なラダーⅡ、Ⅲであってもためらいがみられたと考えられる。

3. ラダーⅢの終末期がん患者の意思決定支援における実際と課題の特徴

ラダーⅢの意思決定支援の実際では【病気を発症してから現在に至るまでの情報を意図的に取る】という特徴がみられた。森（2016）は看護師が選択に必要な情報を練り上げることで患者が真意に沿って今後どこでどのように過ごしたいかを意思決定するために有効であると述べている。患者の病気を発症してから現在までのすべての情報をアセスメントすることで患者の今後どのように過ごしていきたいかという意思決定が行いやすくなるかと考える。ラダーⅢは看護師経験平均年数が15年であり、ベナーの5段階の技能習得レベルでは達人レベルに該当する。Benner（2001/2005, p.26）は達人レベルは一つ一つの状況を直観的に把握して正確な問題領域に的を絞り、状況全体の深い理解に基づいて行動すると述べている。患者の情報を意図的に取るという特徴がラダーⅢのみにみられた要因は、膨大な患者の情報を整理し的に絞る能力に長けているためと考えられる。さらに【患者の状況に応じた意思決定を支える】という特徴では、今まで培ってきた知

識や経験をもとに患者に選択肢を示し意思決定支援を行っていた。森（2016）は、患者が意思決定に必要な情報を十分に得たうえで選択できるように支えることがアドボケイトとしての看護実践であると述べている。また天野（2018）は看護師各個人が患者の主体的な意思決定の推進に関わるケアを内省する機会を積み重ねていくことが、患者に対する見方を広げ患者のその人らしさを尊重したケアを行っていくために重要と述べている。ラダーⅢの看護師は残された時間が少ない患者に対して患者自身で意思決定がスムーズに行えるために、看護師が十分な情報を患者に提供することで患者の代弁者として向き合っていると考える。

ラダーⅢの意思決定支援の課題では【主治医への橋渡しの役割が難しい】という特徴がみられた。A病院では外来と入院で担当医が変更になるため、患者と医師での継続したコミュニケーションが難しく、患者が医師に遠慮して思いを伝えられていない現状がある。またA病院のラダーⅢの到達目標には「入院時から退院後の生活場所について多職種に提案する等の調整を行うことができる」があり、ラダーⅢの看護師はリーダーシップを発揮しながら多職種と連携していく必要がある。そのためラダーⅠ、Ⅱでは抽出されなかった橋渡しの役割という視点がラダーⅢでは明らかになったと考えられる。

Ⅶ. 結 論

終末期がん患者の意思決定支援について、ラダー別にそれぞれの能力に応じた具体的な実践内容と課題が明らかになった。今後はラダー別の実践能力に応じた終末期がん患者に対する意思決定支援を展開することで、看護の質を高めることが重要となる。

本研究は、第54回日本看護学会学術集会にて発表したものに加筆修正を加えたものである。なお本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

- 天野薫. (2018). がん治療を受けながら下降期を生きる患者をケアする看護師の体験—緩和ケアチームを有さない一般病棟におけるケアの文化的特徴を踏まえた考察—. *文化看護学会誌*, 10 (1), 43-50.
- Benner, P. (2005). ベナー看護論新訳版（井部俊子監訳）. 医学書院. (2001)
- 土居内麻理. (2006). 終末期がん患者の療養上の意思決定. *高知女子大学看護学会誌*, 31 (1), 19-26.
- 藤田愛. (2021). 「会えない」状況を踏まえた本人・家族への意思決定支援の変化. *看護管理*, 31 (2), 112-118.
- 石井美紀代, 水原美地, 中山昌美, 吉原悦子, 鹿毛美香 (2021). ある末期がん患者の経験から考える意思決定支援のあり方. *西南女学院大学紀要*, 25, 23-31.
- 最新がん統計：[国立がん研究センター がん統計]
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
- 森京子. (2016). 積極的治療の中止と同時に療養場所を変更する終末期がん患者の意思決定を支えるアドボケイトとしての看護実践. *ホスピスケアと在宅ケア*, 24(1), 10-15.

森京子, 古川智恵. (2016). 在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助. *四日市看護医療大学紀要*, 19 (1), 23-33.

西田三十一. (2016). 看護師からみた患者との心理的距離—概念分析—. *日本保健学会誌*, 19 (1), 5-13.

日本看護協会. (2023). 看護師のまなびサポートブック

津田泰伸, 山下将志. (2021). コロナ禍での面会制限はどのような影響を与えたか. *看護管理*, 31 (2), 120-122.

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行前後の 認知症患者における身体抑制の現状

佐藤美奈子^{1)*}, 加藤江莉香¹⁾

【目的】新型コロナウイルス感染症流行前後で認知機能が低下している患者への身体抑制の現状について調査する。

【方法】対象はB病棟の認知症ケアサポートチームが介入し収集した2019年から2022年に入院した患者とした。患者情報として性別、疾患名、ドレーン挿入の有無、睡眠剤等、体幹抑制、ミトン、上肢、下肢、離床センサーの情報を得た。本研究はA病院の生命倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者は2019年46名、2020年74名、2021年42名であった。抑制率は流行前71.7%、流行後95.2%と増加が見られた。流行後で離床センサーの利用率は減少し、体幹抑制とミトンの利用率が増加した。

【結論】A病院B病棟における認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の重症度やドレーンの増減、疾患に関わらず、新型コロナウイルス感染症流行前後での抑制患者数の増加が明らかになった。

【キーワード】新型コロナウイルス感染症、認知症、身体抑制

I. はじめに

2020年から世界各国で新型コロナウイルス感染症のパンデミックがおきた。日本でも厚生労働省や日本感染看護学会から診療指針が示され、感染経路の遮断や診療区域を厳重に区別し、患者に関わる際には必要な防護具を装着し対応していた。さらに、病院ごとに面会制限を設け、感染拡大予防に努めた。

A病院は地域の中核的役割を担う3次救急対応病院でありコロナ感染症患者も含め多くの入院患者も受け入れていた。2020年度以降は感染拡大予防のため面会制限やオンライン面会など取り入れながら患者が少しでも安心して過ごせる工夫を行った。また、認知症の有無に関わらず、感染対策の一環として個室対応期間があり、閉鎖的な環境下で入院を強いられる現状であった。吉田（2012）は、病院や高齢者施設等では感染予防対策として、家族等への面会制限が取られていることに対し、心身に病気や障害を持つ高齢者にとって、大切な家族等との面会は精神的な支えであり、このまま面会制限が続くことで利用者の意欲低下や、認知症の進行も考えられると述べている。A病院ではせん妄・認知症サポートチーム（Derilium & Dementia Support Team 以降DSTと称す）

専門スタッフが、認知症患者が身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的として活動している。B病棟でもDSTの介入を受けながら認知症患者に対し出来るだけ抑制を行わないような関わり実践している。しかし、B病棟は内科的治療によるドレーン管理が多く、医療者側は治療上の安全面を考慮し身体抑制せざるを得ない事例が増加傾向にある。

杉山他（2021）は認知症患者への新型コロナウイルス感染による入院環境やその影響について明らかにしているが、感染症流行後の認知症患者に対する身体抑制の現状については言及していない。そこで、本研究は新型コロナウイルス感染症流行前後で認知機能が低下している患者の身体抑制の現状について把握をしていくことが必要であると考えた。今後、新興感染症などの状況下で認知機能が低下する患者に関わる看護師が、患者の安全を考慮した看護実践をしていくための一助が得られるのではないかと考えた。

II. 目 的

新型コロナウイルス感染症流行前後での認知機能が低下している患者への身体抑制の現状について調査し、患者の安全を考慮した看護実践をしていくための示唆を得る。

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 太田西ノ内病院

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

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：横断研究

2. 研究対象者

2019 年 4 月から 2021 年 3 月まで A 病院 B 病棟において DST 介入した患者とした。

3. 対象者の選定方法

A 病院では 65 歳以上の患者全てに DST コンサルテーションのため、入院前時の認知機能状態に合わせ評価をしている。その評価の結果、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上で DST 介入した全患者を対象とした。

4. 研究期間

2022 年 8 月 13 日～2023 年 3 月まで

5. データ収集と分析方法

2019 年を新型コロナウイルス流行前、2020 年、2021 年を流行後とした。

対象者の基本属性として性別、年齢、疾患名、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準、ドレーン挿入の有無、睡眠導入剤、向精神薬の有無の 7 項目を調査した。また本研究での身体抑制とは、例外 3 原則を十分に考慮しながら患者の安全確保のためやむを得ず身体抑制を行うことである。A 病院では、カンファレンスで評価し、医師から必要性を説明し同意を得て危険行動等が見られる期間のみ実施している。研究期間内に体幹、上肢、下肢、ミトン、離床センサーのいずれかを行った者を対象とし、上記 5 項目を調査した。また、Microsoft Excel 2020 にて単純集計した。本研究での睡眠導入剤とは、不眠症や睡眠が必要な状態に用いる薬物とした。また向精神薬とは、中枢神経系に作用し、生物の精神活動に何らかの影響を与える薬物の総称とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

A 病院において医療提供を目的のため院内掲示板等で個人情報取り扱いに関する包括的同意を患者より得ている。また、その旨を含め、カルテ閲覧し情報収集を行う旨を一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院の生命倫理委員会の承認を得た（一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院臨床審査 2022 年度-No17）。電子カルテで知り得た情報は、研究者以外の者が入手できないようにパスワードのかかる USB へ保存し鍵のかかるロッカーで管理した。また、患者個人が特定されないようにデータを匿名化して取り扱い、データは本研究以外で使用しないこととした。データ処理の際にはインターネットに接続されていない PC を使用した。研究結果を学会発表や論文で公表する際には個人が特定されないことを担保する。研究のために収集したデータを論文作成後まで保管し破棄することとした。

Ⅴ. 結 果

1. 病院の現状について

2019 年までは病床数は 868 床、面会制限や個室管理は実施していなかった。2020 年 3 月新型コロナウイルス感染症発生に伴い面会制限、緊急入院時の個室管理が開始となった。A 病院では感染症患者増加に伴い陽性者病棟を準備し病床数が減少した。同時期 A 病院では新型コロナウイルス感染症クラスターが発生し、同年 4 月に収束した。

2. 対象者の属性

A 病院 B 病棟において DST 介入を行った患者 2019 年 46 人、2020 年 74 人、2021 年は 42 人が対象であった。2019 年度から 2021 年度にかけて対象者の平均年齢は 83～84 歳であった。2020 年以降は、コロナ感染症による入院患者は個室または多床室での感染管理をしていた。感染症に罹患の可能性がある患者は 3 日間の個室隔離期間を経ての入院経過であった。

疾患別割合は、胆道系疾患が最も割合が高く、2019 年度 20 人 (43.4%)、2020 年度 24 人 (32.4%)、2021 年度 18 人 (42.8%) であった。また、2020 年度は他の年度に比べて上部消化管疾患 16 人 (21.6%) と上昇が見られた。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の割合でみると、ランクⅢa とランクⅢb を合わせたものをランクⅢとした時、すべての年度でランクⅢが高く、2019 年度ランクⅢ 27 人 (58.6%)、2020 年度ランクⅢ 54 人 (72.9%)、2021 年度ランクⅢ 24 人 (57.1%) であった。次いでランクⅣが高いという結果になった。

3. 睡眠導入剤、向精神薬の使用について

睡眠導入剤の使用率は 2019 年 19 人 (39.1%)、2020 年 11 人 (14.9%)、2021 年 7 人 (16.7%) であった。向精神薬の利用率は 2019 年度 18 人 (39.1%)、2020 年度 3 人 (4.0%)、2021 年 10 人 (23.8%) であった。

4. 身体抑制について

体幹抑制は 2019 年度 18 人 (39.1%)、2020 年度 28 人 (37.8%)、2021 年度 23 人 (54.8%) であった。ミトンは 2019 年度 27 人 (58.7%)、2020 年度 32 人 (43.2%)、2021 年度 29 人 (69.0%) であった。離床センサーは、2019 年度 5 人 (10.9%)、2020 年度 12 人 (16.2%)、2021 年度 4 人 (9.5%) であった。2019 年度と 2021 年度で比較すると、離床センサーの利用率は減少し、体幹抑制とミトンの利用率が増加していた。

Ⅵ. 考 察

本研究の結果から、新型コロナウイルス感染症流行前後で比較して抑制が増加していることが明らかとなった。調査前は抑制増加の要因として、ドレーン挿入増加に伴うミトン使用率や、患者の平均年齢の上昇が要因と予想していた。しかし、本研究ではドレーン挿入率の増加や平均年齢の上昇、抗精神病薬使用の増加は見られなかった。また新型コロナウイ

表1 年度別対象者の特性

年度		2019 (N=46)		2020 (N=74)		2021 (N=42)	
			%		%		%
性別	男性	27	58.7	38	51.4	18	42.9
	女性	19	41.3	36	48.6	24	57.1
平均年齢		84		84		83.57	
年齢別	65-69歳	1	2.1	2	2.7	2	4.7
	70-74歳	3	6.5	3	4	2	4.7
	75-79歳	7	15.2	13	17.5	5	11.9
	80-84歳	10	21.7	20	27	14	33.3
	85-89歳	15	32.6	24	32.4	12	28.5
	90-94歳	8	17.3	9	12.1	6	14.2
	95歳以上	2	4.3	3	4	1	2.3
75歳	以上	42	91.4	69	93.2	38	90.5
	未満	4	8.6	5	6.7	4	9.5
疾患名	上部消化管	6	13.0	16	21.6	4	9.5
	下部消化管	11	23.0	17	22.9	7	16.6
	肝臓系	3	6.5	8	10.8	4	9.5
	胆道系	20	43.4	24	32.4	18	42.8
	膵臓系	5	10.8	7	0.9	4	9.5
	その他	1	0.2	2	0.2	5	11.9
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	Ⅲ	27	58.6	54	72.9	24	57.1
	Ⅲa	3	6.5	6	8.1	2	4.7
	Ⅲb	1	2.1	4	5.4	3	7.1
	Ⅳ	14	30.4	10	13.5	6	14.2
	M	1	2.1	0	0	1	2.3
	不明					6	14.2
ドレーン挿入	有	9	19.6	6	8.1	8	19.0
	無	37	80.4	68	91.9	34	81.0
睡眠導入剤	有	19	41.3	11	14.9	7	16.7
	無	27	58.7	63	85.1	35	83.3
向精神薬	有	18	39.1	3	4.0	10	23.8
	無	28	60.9	71	96.0	32	76.2

表2 抑制の種類

年度		2019 (N=46)		2020 (N=74)		2021 (N=42)	
			%		%		%
抑制	有	33	71.7	50	67.6	40	95.2
	無	13	28.3	24	32.4	2	4.8
抑制の種類 (複数回答)	体幹	18	39.1	28	37.8	23	54.8
	上肢	7	15.2	5	6.8	5	11.9
	下肢	1	2.2	1	1.4	2	4.8
	ミトン	27	58.7	32	43.2	29	69.0
	離床センサー	5	10.9	12	16.2	4	9.5

ルス感染症流行前の 2019 年度では、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣの患者割合は高く抑制人数は少なかった。以降、A病院の当時の感染対策の現状と結果を合わせて考察する。

1. 身体抑制の選択について

新型コロナウイルス流行前のA病院では面会制限はなく、身体抑制の必要がある認知症患者には、協力が得られる場合

は家族に付きそいを依頼していた経緯があった。しかし、2020年3月より面会制限が開始され、2021年5月以降緊急入院時は感染拡大防止のために個室管理期間を設けていた。個室管理に加え感染防護用具の着用などで頻回な訪室が困難となり転倒や自己抜去防止のために体幹抑制やミトンが選択されやすくなったのではないかと考える。

2. 体幹抑制増加の要因

体幹抑制は2019年度、2020年度は約30%程度の実施割合であったが(37.8%), 2021年度23人(54.8%)という結果であった。体幹抑制増加の要因として、面会制限や個室管理環境が更なる患者の認知機能の低下を招いたことが推察された。木曾他(2022)の研究では、面会制限をした認知症患者の認知機能低下の影響には、家族のかかわりが影響していると報告している。本研究内でも面会制限や個室管理を開始した時期が重なり、2021年度は体幹抑制の使用が増加していると考えた。また、仲村(2022)のCOVID-19感染症対策のための個室対応による認知症患者への影響の研究において、多くの認知症患者が3日間を待たずにBPSDの増悪がみられ、個室対応が困難となったと報告されている。さらに抑制について、仙波・村山(2018)は、「急性期病院における治療優先環境において、医療者は効率とスピードが求められ、事故の予防と安全が第一とされる。高齢者は入院などの環境変化に適応しにくい、認知症であれば、さらに混乱をきたしやすく、せん妄を引き起こしやすい。」と述べている。したがって、面会制限や個室管理による刺激の少ない環境が患者の認知機能の低下を招き抑制の実施につながったと考える。また、A病院は急性期治療を担っており、点滴やドレーン類の管理も多い現状があった。感染対策のため個室管理となったことで看護師は頻回な訪室が困難となり、安全を優先として抑制せざるを得ない状況となってしまっていたと考えられた。

3. 睡眠導入剤、向精神薬との関連

本研究で2019年から2021年を比較すると睡眠導入剤と抗精神病薬の利用率はどちらも低下していることが明らかとなった。しかし、抑制増加の要因と内服の有無との関連は言及できなかった。

4. 認知症患者の安全を考慮した看護実践のための示唆と研究の限界

看護師は頻回な訪室が困難になることで自己抜去や転倒を予防するため抑制を選択するしかない状況に至る場合も多い。しかし、患者の安全を確保するためには抑制という手段が本当に妥当なのか、常に抑制の3原則を念頭に置きながら適切に評価して行く必要があることが示唆された。

最後に、本研究の限界として、本研究は新型コロナウイルス感染症流行期初期に調査しており、1施設の病院状況を分析したものになる。感染症流行に伴う認知症患者抑制の対応についてはさらに検討していく必要があるといえる。

VII. 結 論

A病院B病棟における認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の重症度やドレーンの増減、疾患に関わらず、新型コロナウイルス感染症流行前後での抑制患者数の増加が明らかになった。また今回の研究により、面会制限や個室管理による頻回な訪室が困難となったことが、抑制増加の要因と考えられた。

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

- 木曾優貴, 桐子麻由美, 菱口敦美, 舩元和矢, 阪上浩文.(2022). 認知症患者と家族とのかかわりの重要性—COVID-19による面会制限からみえてきたこと—. *日本精神科看護学術集会誌*, 65 (1), 92-93.
- 仲村芳人.(2022). COVID-19感染症対策のための個室対応による認知症患者への影響 認知症患者の感染対策の難しさ. *日本精神科看護学術集会誌*, 65 (1), 196-197.
- 仙波雅子, 村山由子.(2018). フィジカルロック, *看護技術*, 64 (II), 1039-1045.
- 杉山智子, 横山久美, 八木範子, 湯浅美千代.(2021). 療養病床における認知症高齢患者への新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響と感染予防ケアの工夫. *医療看護研究* 28, (1), 32-42.
- 吉田志保.(2021). 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)予防対策における高齢者施設の面会状況に関する考察～オンライン面会を中心に～. *佐野日本大学短期大学研究紀要*, 131-139.

◇研究報告◇

予定心臓手術後の集中治療体験で生じた 記憶のゆがみと対処行動

藤原拓也^{1)*}, 佐々木駿¹⁾, 末友佐恵子¹⁾, 中田 健¹⁾, 三浦裕輔¹⁾, 室住夕子¹⁾

【目的】 PICS 予防のための看護介入を受けた予定心臓手術後の患者に集中治療体験で生じた記憶のゆがみと対処行動を明らかにする。

【方法】 予定心臓手術後に集中治療室に入室した患者 6 名を対象に半構成的面接を実施し質的分析を行った。

【結果】 記憶のゆがみとして【記憶の欠落】【記憶と現実の相違】【非現実的な出来事】【せん妄の記憶】などの 6 カテゴリー, 対処行動として【非現実的な出来事について自分なりに理解する】【周囲から情報を得て自分の置かれた状況を把握する】【非現実的な出来事について他者に話すかどうかを判断する】【せん妄について冷静に思い返す】などの 8 カテゴリーが抽出された。

【結論】 記憶のゆがみとして 6 カテゴリー, 対処行動として 8 カテゴリーが抽出された。PICS 予防のためには入室前から術前訪問などの看護介入を行い入室中の適切な記憶の構築を促すとともに, 退室後訪問で記憶の再構築を支援することが重要である。

【キーワード】 予定心臓手術, 集中治療体験, 記憶のゆがみ, 対処行動, PICS

I. はじめに

近年, 重症疾患後の患者に退院後も持続する身体機能, 認知機能, 精神機能における障害が集中治療後症候群 (PICS) として認識されている。この精神機能障害は多くの ICU 生存者にみられ, ICU 滞在中の患者の記憶が関連していることが明らかになってきた (坂木ら, 2019)。木下, 井上 (2006) は, ICU 入室中の体験として「現実的な体験」「時空間・出来事・自身の認識があいまい」「記憶の消失」「非現実的な体験」の 4 つの体験を明らかにした。そのなかの「時空間・出来事・自身の認識があいまい」「記憶の消失」「非現実的な体験」といった記憶の全部または一部が欠落した状態や, 妄想的な体験を記憶した状態を「記憶のゆがみ」と捉え, 多くの研究が行われている。木下 (2011) は, ICU 入室患者の記憶のゆがみの内容と患者の対処を明らかにしたうえで, 支援プログラムを開発し, その有効性を示している。そして, 坂木ら (2019) は, 集中治療体験で生じた記憶のゆがみを修正するためには, 集中治療室滞在中の記憶を適切に構築できるようにするだけ

でなく, 退室後に記憶を再構築できるよう援助することが重要であると述べている。

集中治療室には, 重症疾患により緊急入室する患者や手術後の集中治療のために予定入室する患者が混在する。福田ら (2013) の研究では, 緊急入室患者に比べ予定入室患者の方が不安や抑うつ状態は低いことが示されており入室時の状況によって記憶のゆがみの生じ方は異なる。しかし, 予定入室であっても心臓手術は侵襲が大きく命に直結することから患者は記憶のゆがみを生じやすいのではないかと考えられる。そのため A 病院では, 予定心臓手術を受ける患者に対し術後の集中治療について理解を深め不安を軽減できるように術前訪問を行い, 希望者には ICU 日記を記載することで, 集中治療後の記憶と体験を取り戻し, 受けた治療やケアを知り, 自身の状態を理解するためのツールとして活用している。これらの取り組みによって集中治療体験で生じた記憶のゆがみの修正や記憶の再構築を助けることができ PICS 予防に役立っていると考えられる。しかし, 現在は退室後訪問などの継続的な関わりは行えていないため, 実際に患者がどのような記

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 7 月 24 日

1) 浜田医療センター

* E-mail: aries.dande@icloud.com

憶のゆがみを抱え、どのような対処行動をとりながら退室後の生活を送っているのかは把握できていない。そこで、術前訪問やICU日記などPICS予防のための看護介入を受けた予定心臓手術後の患者を対象に集中治療体験で生じた記憶のゆがみと対処行動を明らかにし看護の示唆を得るために本研究を行った。

Ⅱ. 目 的

PICS 予防のための看護介入を受けた予定心臓手術後の患者に集中治療体験で生じた記憶のゆがみと対処行動を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述研究デザイン

2. 対象者

対象者は以下の条件を満たした患者とした。本研究では集中治療室入室中の記憶や体験について語ってもらう必要があり、集中治療室退室からインタビューまでの期間はできるだけ短い方がデータの信頼性を確保できると考えられた。しかし、A病院における2022年1月から7月までの心臓手術件数は6件と少なく対象者の確保が困難になると予測されたため、対象者は「一般病棟に入院中または退院後1年以内の患者」と設定した。

1) 術前訪問やICU日記などPICS予防のための看護介入を受けた予定心臓手術後の患者。

2) 予定心臓手術後に集中治療室に入室し12時間以上挿管・鎮静管理をされた患者。

3) 一般病棟に入院中または退院後1年以内の患者。

4) 病状が安定しており、認知機能に障害がなく研究参加の同意が得られた患者。

3. データ収集方法

文献検討をもとに独自に作成したインタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。インタビューガイドの内容は、①手術後に覚醒したときの記憶や感じたこと②集中治療室入室中の記憶や感じたこと③集中治療室入室中の記憶のゆがみと対処行動④集中治療室入室中の出来事や記憶についての現在の捉え方⑤術前訪問・ICU日記について、とした。面接は病院内のプライバシーの保てる個室で主研究者が行った。新型コロナウイルス感染症対策として、換気のできる個室で対象者との間にパーティションを設置して行った。面接内容は対象者に了承を得て録音し、録音の了承が得られなかった対象者の面接内容はメモをとった。

4. データ収集期間

2022年7月15日から2022年9月13日

5. データ分析方法

面接内容から逐語録を作成し、対象者ごとに記憶のゆがみと対処行動について語られている部分を抽出し、意味内容を

損なわないようにコードを作成した。次に記憶のゆがみと対処行動それぞれについて、意味内容が類似するコードを集め、共通性・類似性を検討しカテゴリー化を行った。分析に際しては常に個人のデータに戻り、解釈が正しいものであるかを研究者間で確認しながら行った。さらに、分析過程で質的研究の見識者に指導を受け、信頼性・妥当性の確保に努めた。

6. 用語の定義

集中治療体験：集中治療を受ける状況や環境、他者との相互作用を通し意識化された感覚や記憶、認識とした。

記憶のゆがみ：集中治療室入室中に記憶の全部、または一部の欠落や妄想的な記憶（体験）などを患者が自ら表現した状態。もしくは医療者が患者の語りを聞き、明らかに事実と相違していると判断し、その根拠が示せる場合とした。

対処行動：集中治療体験で生じた記憶のゆがみを乗り越えるための患者の取り組みや適応行動、および認知的反応とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター倫理審査委員会の承認（承認番号：3015）を得た後、対象者に研究の主旨、個人情報保護、研究データは本研究以外に使用しないこと、研究結果は学会等で公表予定であり公表する際には個人が特定できないように配慮し匿名性を守ること、調査への参加は任意であり参加しなくても治療や看護に不利益は生じないこと、一度同意した後も撤回できることを文書と口頭で説明した。対象者の自由意思を尊重するために、説明と同意を同日には行わず数日考える時間を確保したうえで研究参加への同意を得た。面接時には、対象者の精神的・心理的負担を考慮し、話したくない内容は話さなくてよいことを事前に伝えたとうえで常に細心の注意を払いながら面接を行った。対象者から話したくないような発言が聞かれたり素振りが見られたときは面接を中断するなどの配慮を行った。

対象者が入院中の場合は記憶のゆがみが生じている最中である可能性が考えられるため、面接時には事前に診療録から情報を得て対象者に記憶のゆがみが生じていると推察される言動の記載がないことを確認した。また、記憶のゆがみについて語ってもらうことに耐えうる身体的・心理的状态であるかを医師と病棟師長に確認し面接の許可を得た。面接中は対象者の様子に細心の注意を払い、身体的・心理的負担が生じていると思われる言動がみられた際には面接を中断した。さらに、病棟看護師の協力を得て面接後の言動の変化を確認し状況に合わせた対応ができるように配慮した。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の概要

インタビューの同意が得られたのは6名で、性別は男性5名、女性1名であった。年齢は60歳代3名、70歳代2名、80歳代1名であった（表1）。面接時間は16分～35分であった。対象者6名のうち5名に記憶のゆがみが生じていた。

2. 予定心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみ

予定心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみとして、70 のコードから 16 のサブカテゴリー、6 つのカテゴリーが抽出された (表 2)。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、対象者の語りを「 」で示し、それぞれのカテゴリーについて記述する。

1) 【記憶の欠落】

このカテゴリーは、手術後の鎮静管理中のことや鎮静から覚醒した直後のことについて、全てまたは一部の記憶が完全に欠落していることを表しており、〔手術後に目が覚めるまでのことは全く覚えていない〕、〔手術後に目が覚めたときのことを家族から聞いたが全く覚えていない〕、〔手術後の痛みや苦痛は覚えていない〕の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「(手術後の) 2 日間っていうのは、もう何も覚えてないんですよ。(ケース E)」, 「明る

日、長女が来てくれたんですけどね。私は全然分からない。返事はしたらしいんですけど目が開いたかどうかもちょうと分からない。(ケース C)」, 「せん妄というか、そういうことはよく覚えてるんだけど、口に管が入ってて苦しかったというのは全然記憶の中にないんですよ。(ケース A)」などの語りから得られた。

2) 【曖昧な記憶】

このカテゴリーは、手術後に覚醒したときのことや集中治療室での生活についての記憶が曖昧なことを表しており、〔手術後に目が覚めたときのことはあまり覚えていない〕, 〔手術後に目が覚めたときのことはうっすら覚えている〕, 〔集中治療室での日常生活はあまり覚えていない〕の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「目を覚ました時のこと、あんまり覚えてないんですけどね。(ケース A)」, 「あ、終わっ

表 1 対象者の概要

	年齢	性別	病名	術式	挿管時間	集中治療室在室日数	面接時期
ケース A	70 歳代	男性	狭心症	CABG	17 時間	9 日間	退院後
ケース B	60 歳代	男性	大動脈弁狭窄症・狭心症	AVR+CABG	14 時間	6 日間	退院後
ケース C	70 歳代	女性	狭心症	CABG	17 時間	6 日間	退院後
ケース D	60 歳代	男性	大動脈弁狭窄症	AVR	16 時間	4 日間	退院後
ケース E	60 歳代	男性	狭心症	CABG	21 時間	14 日間	退院後
ケース F	80 歳代	男性	大動脈弁狭窄症・狭心症	AVR+CABG	20 時間	4 日間	入院中

CABG:coronary artery bypass grafting(冠動脈バイパス術) AVR:aortic valve replacement(大動脈弁置換術)

表 2 心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみ

カテゴリー	サブカテゴリー(コード数)	代表的なコード
記憶の欠落	手術後に目が覚めるまでのことは全く覚えていない(13)	術後の 2 日間のことは何も覚えていない(ケース E)
	手術後に目が覚めたときのことを家族から聞いたが全く覚えていない(4)	手術の翌日に娘が面会に来たとき、自分は返事をしたいが全然記憶がない。目が開いたかどうか分からない(ケース C)
	手術後の痛みや苦痛は覚えていない(3)	せん妄のことはよく覚えているが挿管されていて苦しかったことは全然記憶にない(ケース A)
曖昧な記憶	手術後に目が覚めたときのことはあまり覚えていない(4)	手術後に目を覚ましたときのことはあまり覚えていない(ケース A)
	手術後に目が覚めたときのことはうっすら覚えている(5)	意識がはっきりした時の記憶はあまりなくて、終わったんだな、どのくらい眠り込んでたのかなと思ったくらいで、目が開いてから、ああ、生きてるなと思った(ケース A)
	集中治療室での日常生活はあまり覚えていない(2)	集中治療室ではどんな食事をしたかほとんど記憶がない(ケース A)
曖昧な時間感覚	昼夜の区別がつかなかった(3)	術後、最初の頃は集中治療室では昼も夜もわからなかった(ケース C)
	時間経過が分からなかった(2)	集中治療室に何日間いたのかは分からない(ケース F)
	日付が分からなかった(3)	術後の記憶は空白で、看護師に日付を聞かれたのでカレンダーを見て答えたが 1 ヶ月違っていた(ケース D)
記憶と現実の相違	記憶と現実が異なっていた(12)	自分では一番お世話になった姉のことを ICU 日記に書いたつもりだったが、実際には書いておらず全然文字になっていなかった(ケース C)
非現実的な出来事	実在していない人や物が見えた(7)	テーブルがあり 10 人くらい座っていて、なぜこの人たちはここにいるのかと思っていたら、みんな亡くなった知人だった(ケース A)
	医療機器が違う物に見えた(1)	ベッドの横にある機械が祭壇に見えた(ケース A)
	流れていた音楽が実際とは違う音に聞こえた(6)	集中治療室にいたときは神楽の囃子が聞こえてきた(ケース E)
	不思議な夢を見た(3)	大きなバラがあり綺麗な女の人と自分の兄弟が 3 人で楽しそうに話していたが、自分はそこに行かなかった夢を見た(ケース C)
せん妄の記憶	自分でも理由の分からない言動をとっていた(1)	自分でも理由が分からないが、気付いたら術後のレントゲン検査を断っていた(ケース F)
	せん妄と現実の境が分からなかった(1)	せん妄と現実の境がなかなか分からなかった(ケース A)

たんだなと思って、どのくらい眠り込んでたのかなっていうくらいですよ。目が開いてから、ああ生きてるなと思って。(ケースA)」、「救命センターの時、何を食べたのかほとんど記憶がないんですよ。(ケースA)」などの語りから得られた。

3) 【曖昧な時間感覚】

このカテゴリーは、集中治療室での時間感覚や手術後の時間経過が曖昧なことを表しており、[昼夜の区別がつかなかった]、[時間経過が分からなかった]、[日付が分からなかった]の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「昼も夜も分からない、最初は。救急のところは。今は昼なのか夜なのか。(ケースC)」、「(どれくらい集中治療室にいたか) うーん、分からんけど4日くらいかな。(ケースF)」、「手術してから何日経ったか分かるかって言われて、カレンダー見たら1ヶ月違った。(ケースD)」などの語りから得られた。

4) 【記憶と現実の相違】

このカテゴリーは、術後の出来事について記憶している内容が事実とは異なっていたことを表しており、[記憶と現実が異なっていた]というサブカテゴリーで構成されていた。

このサブカテゴリーは「(ICU 日記に) 自分が書くと思ったことは、一番お世話になったお姉さんのこと。でも(実際には) それがない。自分では書いたつもりも、文字になってなくて。(ケースC)」などの語りから得られた。

5) 【非現実的な出来事】

このカテゴリーは、実在していない人や物が見えたり、実在している物が違う物に見えたなど非現実的な出来事の記憶を表しており、[実在していない人や物が見えた]、[医療機器が違う物に見えた]、[流れていた音楽が実際とは違う音に聞こえた]、[不思議な夢を見た]の4つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「今も鮮明に覚えているのはテーブルがあって10人くらいおられて、なんでこの人たちここにいるのかなと思って。みんな知ってる人だよなと思ってたら、去年亡くなった人が一番手前に座っておられるんですよ。その人、僕の先輩なんだけどもう亡くなってるよねと思って。(ケースA)」、「ここに機械があるのが祭壇に見えて。

(ケースA)」、「とにかく集中治療室にいる時に、神楽の太鼓の音やら笛やらなんかそういうのが聞こえて。(ケースE)」、「夢の中だろうと思う。大きなバラがあるのよね。ここで綺麗な女のひとと私の兄弟がね3人で楽しげに話してたの。私はこっちにいるのね。ほんととはそこに行くはずだったんだけど行かなかったの。(ケースC)」などの語りから得られた。

6) 【せん妄の記憶】

このカテゴリーは、手術後に自分自身がせん妄になったときの記憶を表しており、[自分でも理由の分からない言動をとっていた]、[せん妄と現実の境が分からなかった]の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「手術の後にレントゲンやエコーの検査をしましょうと言われたけど、何でか分からないけど断っていた。気付いたら断っていた。自分のために言ってくれているのに断っていた。(ケースF)」、「せん妄と現実の境がなかなか分からなくて。(ケースA)」などの語りから得られた。

3. 予定心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみへの対処行動

予定心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみへの対処行動として、55のコードから17のサブカテゴリー、8つのカテゴリーが抽出された(表3)。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〔 〕、対象者の語りを「 」で示し、それぞれのカテゴリーについて記述する。

1) 【非現実的な出来事について理由を考える】

このカテゴリーは、非現実的な出来事が起きた理由について、その時または後から思い返して考えることを表しており、[不思議な出来事が起きている理由を自問する]、[不思議な出来事を思い返し理由を考える]の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「ここに機械があるのが祭壇に見えて、こっちに10人くらい人が集まって、僕の方を優しい目で見てるわけね。それを待てよ、と思って。なんでこの祭壇があるのか、俺ベッドに寝てるのになと思って。(ケースA)」、「(神楽の囃子が) 朝でも聞こえてくるし、昼も聞こえてくるし、夜も聞こえてくるし。なんで、ああいうふうな思いが浮かんできたか知らんけども。(ケースE)」などの語りから得られた。

2) 【非現実的な出来事について自分なりに理解する】

このカテゴリーは、非現実的な出来事が起きた状況について、その時または後から思い返して自分なりに判断、解釈することを表しており、[不思議な出来事が起きている状況を冷静に判断する]、[不思議な出来事が起きている状況を自分なりに解釈する]、[不思議な出来事を思い返し幻覚だったと思う]の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「ふと天井が上から降りてきて潰されそうになるんだけど、待て、多分これ錯覚だろうなと思って、そこで目を開けるんですよ。そうすると、天井は上にある。ああやっぱ、これ錯覚なんだなと。(ケースA)」、「亡くなった方がそのテーブルに座って僕を見てるから、俺やばいかなと思って。死線を彷徨うって言葉あるじゃないですか。そろそろお迎えが来てるのかなと思ったりしてね。(ケースA)」、「ああ、これがひょっとしたら。後で思えばね。その時は分からないからね。幻覚かなっていうところあったね。(ケースC)」などの語りから得られた。

3) 【非現実的な出来事に対して理由づけをする】

このカテゴリーは、非現実的な出来事を思い返し自分なりに納得できる合理的な理由を見出すことを表しており、[不思議な出来事を思い返し理由づけをする]、[他人の行動と自分

表3 心臓手術後の集中治療体験で生じた記憶のゆがみへの対処行動

カテゴリー	サブカテゴリー(コード数)	代表的なコード
非現実的な出来事について理由を考える	不思議な出来事が起きている理由を自問する(6)	祭壇があり人が集まっているのが見えて、待てよ、自分はベッドに寝てるのに、なぜ祭壇があるのかと思った(ケースA)
	不思議な出来事を思い返し理由を考える(2)	神楽の囃子が朝も昼も夜も聞こえてきたが、なぜ神楽のことが思い浮かんだのか自分でも分からない(ケースE)
非現実的な出来事について自分なりに理解する	不思議な出来事が起きている状況を冷静に判断する(5)	天井が上から降りてきて潰されそうになったが、これは多分錯覚だろうと思って目を開けると天井は上にあつたので、やはり錯覚なんだと思った(ケースA)
	不思議な出来事が起きている状況を自分なりに解釈する(7)	すでに亡くなっている知人がテーブルに座って自分の方を見ていたので、自分は死線を彷徨っていて、そろそろお迎えが来ているのかなと思った(ケースA)
	不思議な出来事を思い返し幻覚だったと思う(2)	人が通ったような気がしたのでなんだろうと思い、そのときは分からなかったが、後で思えばこれが幻覚かなと思った(ケースC)
非現実的な出来事に対して理由づけをする	不思議な出来事を思い返し理由づけをする(3)	自分が神楽を見たかったからそういう妄想で囃子が聞こえてきたのかもしれないと思う(ケースE)
	他人の行動と自分の行動を重ね合わせる(1)	入院中に暴力を振るって辞職した市長の話を一瞬思い出して、たぶん彼も自分と同じ状況だったのかなと思った(ケースA)
周囲から情報を得て自分の置かれた状況を把握する	記憶にない話を家族から聞く(3)	退院した後で、自分の記憶にない話を娘から聞いた(ケースC)
	外の明るさを見て時間を判断する(1)	集中治療室にいた最初の頃は昼か夜かも分からず、外を見て明るいかと思っていた(ケースC)
非現実的な出来事について他者に話すかどうかを判断する	不思議な出来事について看護師に遠慮して相談しない(2)	自分が思っていることが正しいかどうか分からないので相談できなかった(ケースA)
	不思議な出来事についてあまり話さないようにする(2)	自分は今せん妄になっていておかしいことを言うといけなくて、誰でも彼でも電話せず妻だけにしようと思った(ケースA)
	不思議な出来事について話す機会があれば話す(3)	こういう話をする機会があつたから集中治療室での出来事について話す(ケースA)
非現実的な出来事について他者に確認する	仕事に関する混乱した記憶について職場の人に確認する(6)	電話して仕事の案件が解決したような気がしていたが、それはおかしいので自分の中での錯覚なのかと思い職場の人に電話して、自分が電話していたかどうかを確認した(ケースA)
	聞こえてきた不思議な音について看護師に質問する(3)	神楽の囃子が聞こえたので、手術で神楽の囃子のような音楽を流しているのかと看護師に聞いた(ケースE)
非現実的な出来事について他者に解決を求める	不思議な出来事について家族に解決を求める(3)	すでに亡くなっている知人が自分の方を見ていた出来事を誰に話していいかわからず、妻に電話してなんとかしてくれと言った(ケースA)
せん妄について冷静に思い返す	せん妄で迷惑をかけた人に申し訳ない気持ちをもつ(2)	レントゲン検査を拒否した理由が自分でも分からず、申し訳ないことをしたと思う(ケースF)
	せん妄になった状況を思い返し適切な対応を考える(4)	せん妄になっていたときに、それはせん妄だよと的確に言ってもらえれば良かったと思う(ケースA)

の行動を重ね合わせる」の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「(神楽を)見たいから、そういう妄想で囃子が聞こえてきたのかもしれない。(ケースE)」、「市長が入院して人に暴力を振るったっていう、辞めたという(ニュース)。あれを一瞬思い出して、多分、彼もこういうことだったのかなと思って。(ケースA)」などの語りから得られた。

4)【周囲から情報を得て自分の置かれた状況を把握する】

このカテゴリーは、周囲の人から話を聞いたり周囲の様子を見て情報を得ることで自分の置かれた状況を正確に理解しようとすることを表しており、「記憶にない話を家族から聞く」,「外の明るさを見て時間を判断する」の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「お母さん返事したじゃないって(娘が)言うけど記憶はない。退院した後そういう話を(娘から)聞いた。(ケースC)」、「昼も夜も分からない。今は昼なのか夜なのか、外見たらちょっと明るいかな。(ケースC)」などの語りから得られた。

5)【非現実的な出来事について他者に話すかどうかを判断する】

このカテゴリーは、非現実的な出来事について他者に話すことで生じる影響を考慮し、話すかどうかを判断することを表しており、「不思議な出来事について看護師に遠慮して相談しない」,「不思議な出来事についてあまり話さないようにする」,「不思議な出来事について話す機会があれば話す」の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「自分が思っていることが正しいかどうか分からないから、相談できなかったというか。(ケースA)」、「今あんまりおかしいこと言っちゃいけないから、誰でも彼でも電話しちゃいけないよねとか、電話は家内だけにしようかなと思うじゃないですか。(ケースA)」、「こういう機会がないと、今みたいなことしゃべるというわけにいかないから。今日こういう機会があつたからしゃべるんだけど。(ケースA)」などの語りから得られた。

6)【非現実的な出来事について他者に確認する】

このカテゴリーは、非現実的な出来事について他者に質問し事実を確認することを表しており、「仕事に関する混乱した記憶について職場の人に確認する」,「聞こえてきた不思議な

音について看護師に質問する]の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「電話してるはずはないけど、電話してその案件が全て解決したような気持ちだったわけです。(職場の人に)電話をして、こういうことがあったような気がするんだけど錯覚かもしれないけど、どうだろうかと聞いたら『そういう電話ありません。今日初めて。』じゃあ俺の錯覚だという。(ケースA)」,「神楽の八調子か七調子か聞こえてくるんだけど、手術でそういう音楽を流してるのって(看護師に聞いた)。(ケースE)」などの語りから得られた。

7)【非現実的な出来事について他者に解決を求める】

このカテゴリーは、非現実的な出来事が起きている状況を自分では解決できず他者に解決を求めることを表しており、「不思議な出来事について家族に解決を求める」というサブカテゴリーで構成されていた。

このサブカテゴリーは「誰にこの話をしたいかわからない。家内に電話した時もちょっとせん妄になっておかしいんじゃないかなと思ったけど、半分はおかしかったけど半分はまだ正常な気持ちがあったから、なんとかしてくれと言ったんです。(ケースA)」などの語りから得られた。

8)【せん妄について冷静に思い返す】

このカテゴリーは、自分自身がせん妄になったときのことを反省したり適切な対応を考えるなど、せん妄について冷静に思い返すことを表しており、「せん妄で迷惑をかけた人に申し訳ない気持ちをもつ」,「せん妄になった状況を思い返し適切な対応を考える」の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

それぞれのサブカテゴリーは「自分でもわからないんです。レントゲンの(検査を断った)ことは申し訳ないことをしたと思っています。(ケースF)」,「そういう(せん妄になっている)時に的確に、そういうものはあるけど実はこうだよって言ってもらえればよかったんだろうな。(ケースA)」などの語りから得られた。

VI. 考 察

研究結果より明らかになった記憶のゆがみのうち【記憶の欠落】【曖昧な記憶】【曖昧な時間感覚】【記憶と現実の相違】は最も多くの患者が経験していた。予定心臓手術後に集中治療室へ入室した際、患者は挿管・鎮静管理されているため手術直後の記憶は欠落していると考えられる。さらに、手術後の集中治療や環境などの影響によって患者の記憶や時間感覚は曖昧になりやすく記憶と現実の相違が生じてくると考えられる。木下,井上(2006)は、「ICU入室中の記憶のあいまいさや非現実的な体験を乗り越えるためには、事実を確認する作業と、それをもに行う家族や支えになる人の存在が重要である」と述べている。患者は、これらの記憶のゆがみに対して【非現実的な出来事について自分なりに理解する】など自分自身で状況を判断し現実を理解しようとする対処行動や、家族や職場の人から話を聞くことで【周囲から情報を得て自

分の置かれた状況を把握する】対処行動をとり事実を確認しようとしていた。看護師は、手術直後の状態や患者の記憶が曖昧な出来事についてICU日記などを用いて説明し、患者が事実を確認する作業を支えることが重要である。

【非現実的な出来事】は半数の患者が経験し【せん妄の記憶】として認識している患者もいた。多くの先行研究では集中治療室での妄想的な記憶に苦しむ患者について述べられている一方で、岩谷ら(2016)の研究では悪夢や妄想的記憶などを含む体験の割合が少なく、その理由として対象者が予定手術患者に偏り人工呼吸器装着時間が短かったこと、術後せん妄予防対策やICUの治療環境に関する情報提供など系統立てた術前介入が為されたことが述べられている。本研究対象者も予定心臓手術を受けた患者で術前訪問も行っていたため非現実的な出来事やせん妄を経験しても冷静に対処行動をとることができていた。患者が「現実的でない出来事があり、せん妄の類いなんだろうなと思った」「せん妄については入院前から人に聞いたりインターネットで調べて頭の中に入っていてこれがそうなのかという認識があった」と語っているように事前に心の準備ができていたことが冷静な対処行動につながっていたと考えられる。そして、せん妄で周囲の人に迷惑をかけたことを申し訳なく感じたり、せん妄になったときの適切な対応について考えるなど【せん妄について冷静に思い返す】ことができており妄想的な記憶にとらわれ続けている患者はいなかった。しかし、非現実的な出来事やせん妄について集中治療室入室中に看護師に語られることはほとんどなく、インタビューを受ける機会ができたことによって初めて語られていた。その理由として、患者自身に起きている出来事を看護師に話しても信じてもらえないのではないかと、看護師に相談したいが迷惑なのではないかと感じていたことが考えられる。そのため、【非現実的な出来事について他者に話すかどうかを判断(する)】した結果、看護師には話さずに自分自身で解決しようとする消極的な対処行動につながっていた。木下(2011)は、「ICU入室中の患者が不安や混乱・自責感を伴う非現実的体験をしていることを認識し、その体験を認め、医療者が支援者であることを伝えること、また、患者の体験について語りを促すことが支援の要になる」と述べている。看護師は、集中治療を受けている患者の多くにこのような記憶のゆがみが生じることを認識したうえで術前訪問の際に非現実的な体験やせん妄について十分に説明し、それらの体験は集中治療を受けた患者の多くが経験するため遠慮せずに看護師に話して良いことを伝えておく必要がある。実際に、これまで誰にも話さなかった体験を今回のインタビューで話すことができた患者は、「こういう機会がないと今みたいなことしゃべるといわけにはいかないから、聞いてもらって良かった。」「話ができて良かった。気持ちが楽になった。」と語っており、集中治療室入室中から【非現実的な出来事】や【せん妄の記憶】について話せる機会を作り患者の語りを促す支援が重要である。

本研究対象者の集中治療室在室期間は最短4日間であり、予定心臓手術後の患者は短期間で一般病棟へ退室するため退室後の支援も重要となってくる。集中治療室で【非現実的な出来事】を体験した患者も、一般病棟へ退室後は不思議な出来事はなかったと語っており、一般病棟での生活において新たな記憶のゆがみは生じにくいと考えられる。しかし、集中治療体験で生じた記憶のゆがみを抱えたまま退室しているため、退室後に患者を訪問して集中治療室での体験について話を聴く機会を作り、記憶のゆがみに対処できているかを確認する必要がある。そして、集中治療体験について患者と一緒に振り返ることや患者の疑問を解決していくことが記憶のゆがみを修正し記憶の再構築を支えることにつながると考える。

本研究結果より、予定心臓手術後の集中治療体験で生じる記憶のゆがみについて患者自身が事前に理解して心の準備をすることが冷静な対処行動につながり、妄想的な記憶にとらわれずに退室後の生活を送ることができる可能性が示唆された。坂木ら(2019)は、「重要なことは、事実ではなくても不快な記憶は長期に患者を苦しめることを理解することである。ICUでのケアはもちろんだが、ICU入室前に患者が心構えできるように援助することや、ICU退室後に患者が体験を語れる機会を提供し、フォローアップをしていく必要がある」と述べている。現在A病院で行っている術前訪問やICU日記などの取り組みは内容を充実させて継続するとともに、今後は退室後訪問を行うことがPICS予防にとって重要だと考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、同一施設内の患者6名であり性別や年齢にも偏りがみられたことから予定心臓手術を受けたすべての患者に研究結果を適用することには限界がある。今後は様々な背景の対象者を増やして研究を積み重ねていく必要がある。

VII. 結 論

PICS予防のための看護介入を受けた予定心臓手術後の患者に集中治療体験で生じた記憶のゆがみとして、【記憶の欠落】【曖昧な記憶】【曖昧な時間感覚】【記憶と現実の相違】【非現実的な出来事】【せん妄の記憶】の6つのカテゴリーが明らかになり、その対処行動として【非現実的な出来事について理由を考える】【非現実的な出来事について自分なりに理解する】【非現実的な出来事に対して理由づけをする】【周囲から情報を得て自分の置かれた状況を把握する】【非現実的な出来事について他者に話すかどうかを判断する】【非現実的な出来事について他者に確認する】【非現実的な出来事について他者に解決を求める】【せん妄について冷静に思い返す】の8つのカテゴリーが明らかになった。

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。

謝辞

本研究を進めるにあたり助言を賜りました島根県立大学看護栄養学部看護学科川瀬淑子教授、共著者として貢献して頂きました樋口祥子氏、本研究の趣旨を理解し快く協力して頂きました対象者の皆様に深く感謝いたします。

VIII. 引用文献

- 福田友秀, 井上智子, 佐々木吉子, 茂呂悦子. (2013). 集中治療室入室を経験した患者の記憶と体験の実態と看護支援に関する研究. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 9(1), 29-38.
- 岩谷美貴子, 伊藤真理, 足羽孝子, 高橋理恵, 寄高一磨, 菊井妙子, 妹尾育美. (2016). ICUに入室した患者の集中治療体験の類型化と不安・抑うつとの関連. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 12(3), 1-9.
- 木下佳子. (2011). 記憶のゆがみをもつICU退室後患者への看護支援プログラム開発とその有効性に関する研究. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 7(1), 20-35.
- 木下佳子, 井上智子. (2006). 集中治療室入室体験が退院後の生活にもたらす影響と看護支援に関する研究—ICUサバイバーの体験とその影響—. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 2(2), 35-44.
- 坂木孝輔, 内野滋彦, 宮城久仁子. (2019). ICU入室患者の記憶—予後に与える影響と妄想的記憶に対する介入. *日本集中治療医学会雑誌*, 26(4), 241-248.

◇研究報告◇

就労女性の持続皮下グルコース測定による 血糖管理に対する思い

森本眞弓^{1)*}, 高杉由香¹⁾, 松本万里子¹⁾, 真鍋美千代¹⁾, 松本涼太¹⁾, 長尾佳子¹⁾, 亀崎明子²⁾

【目的】持続皮下グルコース測定（以下 isCGM とする）による血糖管理を行っている就労女性の思いを明らかにする。

【方法】isCGM を行っている 1 型糖尿病である就労女性 6 名を対象に半構成的面接を行った。

【結果】分析の結果, 13 のサブカテゴリーと 5 つのカテゴリー【血糖管理に対する安心感と意識の向上】【血糖測定に関連するストレスの軽減】【就業中にも簡便な測定と周囲の配慮】【isCGM により継続する不安・ストレス・羞恥心】【皮膚トラブルによる苦痛】が抽出された。

【結論】isCGM は血糖管理の安心感や測定の容易さなどの利点がある一方, 羞恥心や皮膚トラブルなどの課題も明らかになった。就労女性への支援には, 精神的サポートや皮膚トラブルの予防・緩和に加え, 医師・管理栄養士などの多職種連携による食事・栄養管理が必要である。社会生活での心理的負担を軽減する環境整備も重要である。

【キーワード】持続皮下グルコース測定, 糖尿病, 就労女性, 患者指導

I. はじめに

2020 年に厚生労働省が発表した「令和元年国民健康・栄養調査」によると, 20 歳以上で糖尿病を強く疑われる人は, すでに診断され治療を受けている人を含め推計 1,196 万人, 糖尿病の可能性を否定できない人は 1,055 万人いるとされており, 増加の一途を辿っている。糖尿病治療において血糖管理を行うことは合併症の予防のため極めて重要である。A 病院では約 1,300 人の糖尿病患者が外来受診しており, 1 型糖尿病患者や強化インスリン療法を行っている 2 型糖尿病患者に対し間歇スキャン式持続血糖測定器（以下 isCGM とする）による血糖管理を行っている。この方法では, 患者の皮膚に直接センサーを装着し, リーダーをかざすことによってグルコースを測定できることから, 1 型糖尿病患者や血糖コントロールが困難な 2 型糖尿病患者に使用されている。しかし, 医師が使用を提案した就労女性患者からは, 「腕に装着して, (センサーが) 見えることに抵抗がある」, 「血糖管理に対するプレッシャーを感じる」との言葉が聞かれた。A 病院では, 勤労者の治療と就労の両立支援を行っている。isCGM による血糖管理を行っている就労女性がどのような思いを抱えてい

るのかを明らかにすることによって今後の支援への示唆が得られると考えた。

よって, 本研究では isCGM による血糖管理を行っている就労女性の血糖管理に対する思いを明らかにすることを目的として調査を行った。

「思い」とは「思う心の働き・内容・状態」とされている（新村, 2018, P444）。よって, 本研究では, 「思い」を「isCGM による血糖管理を行っている就労女性の気持ち, 考えていること」と定義した。

II. 目的

isCGM による血糖管理を行っている就労女性の血糖管理に対する思いを明らかにする。

III. 方法

1. 研究デザイン

質的帰納的記述研究

2. 研究参加者

A 病院内科外来に通院中で FreeStyle リブレ[®]を用いて血糖管理を行っている 1 型糖尿病の就労女性 6 名を研究参加者とした。

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 7 月 22 日

1) 山口労災病院 2) 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

* E-mail: mami.su.tan.1226@gmail.com

3. 調査期間

調査期間は令和3年9月から同年10月であった。

4. 調査方法

研究参加者に研究の趣旨を説明し研究同意を得た。同意が得られた研究参加者の情報(年齢, 職業, isCGMの実施期間, HbA1c値)を電子カルテから収集した。外来で勤務し, 継続的に研究参加者と関わっている日本糖尿病療養指導士の資格を有する1名の研究者がインタビューガイドに基づいて半構成的面接を行った。調査前に, インタビューで語った内容が病院でのケアに影響することはないことを説明した。研究参加者に「isCGMによる血糖管理開始時から調査時点までのisCGMによる血糖管理に対する思い」について自由に語ってもらった。isCGMによる血糖管理を継続したいかについてもあわせて調査した。面接内容は, 研究参加者の同意を得て録音した。インタビューは, プライバシーを確保できる個室で実施した。インタビュー中は, 研究参加者の語りと研究者の解釈に齟齬が生じないようその都度語りに含まれる意味を確認した。新型コロナウイルス感染防止のため, 感染対策を徹底した上でインタビュー時間は20分以内とした。研究参加者にはインタビュー時間は20分以内とする旨を事前に伝えた。また, インタビュー終了時には「本日お話いただいたことについて, 何かつけたしておきたいことはありませんか」と確認し, 研究参加者が十分に思いを表現できたことを確認してインタビューを終了した。

5. 分析方法

録音内容から逐語録を作成した。研究者間で話し合い, 「isCGMによる血糖管理を行っている就労女性の血糖管理に対する思い」について語られた箇所を抽出した。その後, 意味内容が損なわれないよう検討しながらコード化した。次にコードの類似性に従ってサブカテゴリーを作成した。さらに, サブカテゴリーの類似性に従ってカテゴリー化した。分析の過程では, 研究者の意見が一致するまで繰り返し検討した。また, 質的研究の経験がある教育担当師長や看護系大学教員から助言を得て, 信頼性・妥当性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

研究参加者に, 研究説明書を用いて研究の趣旨, 参加の自由および中断が可能であることを説明し, 同意を得た。調査

に参加しない場合も不利益を受けないこと, また匿名性が保たれ個人が特定されないこと, 学会や学会誌における発表と匿名性の確保, 個人データは厳重に管理され, 保管期間後はデータを破棄すること等を説明し, 承諾を得た。山口労災病院倫理審査委員会の承認後に調査を行った(Yro-ri-2021-2)。

V. 結果

研究参加者の年齢は10代1名, 20代1名, 30代1名, 60代3名であった。職業は, 販売員3名, 美容師, 清掃員, 飲食業が各1名であった。飲食業に従事する1名のみ深夜業務に携わっていた。調査時点でのHbA1cは6.3~10.1%であり, isCGMの実施期間は1年7か月~2年9か月, 1型糖尿病歴は3~19年であった(表1)。

インタビューの所要時間は15~20分であった。以下, カテゴリーは【】, サブカテゴリーは《》コードは『』を用いて表す。分析の結果, 13のサブカテゴリーと5つのカテゴリー【血糖管理に対する安心感と意識の向上】, 【血糖測定に関連するストレスの軽減】, 【就業中も簡便なグルコース測定と周囲の配慮】, 【isCGMにより継続する不安・ストレス・羞恥心】, 【皮膚トラブルによる苦痛】が抽出された(表2)。

isCGMによる血糖管理を行っている就労女性は, 『いつでもポケットから出してどこでも測定できる』ことや『針を刺して測らなくていいので楽』であることから《簡便な血糖測定》であると感じ, 『何回も刺さなくていいから痛くない』とisCGMによる血糖管理は《血糖測定による苦痛の軽減》につながっていた。また, 『(グルコース値が)数値で出るのわかりやすい』と《明確な測定結果》であると感じており, 【血糖測定に関連するストレスの軽減】を感じていた。

『血糖を測っていることが周りに知らなくていい』とisCGMによって《人目を気にする必要がない》と感じており, 『仕事上, 指に針を刺して血糖を測るのが難しい状況なので使いやすい』と《就業中もグルコース測定が簡便》と感じていた。isCGMがきっかけとなり『周りが気にかけてくれるようになった』と感じるなど【就業中も簡便なグルコース測定と周囲の配慮】を感じていた。

『血糖値のグラフがでるので, 食事と血糖値の関係に興味を持った』, 『血糖がすぐに測れるから食べる物を意識するようになった』と《血糖管理に対する意識の向上》につながっ

表1 対象者の概要

	年齢(歳)	職業	1型糖尿病歴	isCGMの実施期間	HbA1c (isCGM開始時)	HbA1c (令和3年6月)
A	19	美容師	3年	2年8ヶ月	10.3	10.1
B	24	販売員	4年	2年9ヶ月	6.1	6.3
C	61	販売員	9年	2年7ヶ月	9.0	8.6
D	66	清掃員	4年	2年9ヶ月	10.0	8.8
E	61	飲食業	19年	2年8ヶ月	8.6	8.1
F	38	販売員	8年	1年7ヶ月	7.1	8.6

表2 isCGM による血糖管理を行っている就労女性の isCGM による血糖管理に対する思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
血糖管理に対する安心感と意識の向上	低血糖症状への迅速な対応が可能	低血糖の状態が早めに分かる。そして、早めに対応できる。(2)
		忙しくても機械さえ持っていれば、異変があったときに一瞬で測れる。
		低血糖で気を失うことがなくなった。
	迅速にグルコース測定ができる安心感	どこでも測れるからすごい安心感がある。
		タイムリーに血糖が分かるから良い。
		いつでもすぐに血糖値が分かってよい。
	血糖管理に対する意識の向上	血糖値のグラフがあるので、食事と血糖値の関心に興味を持った。(2)
		血糖がすぐに測れるから食べる物を意識するようになった。
血糖測定に関連するストレスの軽減	血糖測定による苦痛の軽減	何回も刺さなくていいから痛くない。(3)
	簡便なグルコース測定	いつでもポケットから出してどこでも測定できる。(2)
		針を刺して測らなくていいので楽。
		(グルコース 測定に必要な)物が少なくて良いので助かる。
	明確な測定結果	(グルコース値が)数値で出るのわかりやすい。
就労中も簡便なグルコース測定と周囲の配慮	人目を気にする必要がある	血糖を測っていることが周りに知られなくていい。(2)
		人目を気にして測る必要がなくなった。
	就労中もグルコース測定が簡便	仕事上、指に針を刺して血糖を測るのが難しい状況なので使いやすい。
		仕事でも簡易に測れるので便利。
	周囲の配慮	周りが気にかけてくれるようになった。(2)
isCGM により継続する不安・ストレス・羞恥心	機器の使用に関する不安	初めは痛かったり恐怖心があった。(4)
		センサー装着時に血が出ることもあるので、センサー装着が苦手。
		センサーが何かに当たって痛みが出るのではないかと気になる。
		2週間装着したままで、本当に大丈夫なのかなと思った。
		リーダー操作に不安があった。
	isCGM の継続に関連するストレス	センサーが外れないか気になる。(5)
		ずっと体に機械がついてるのに抵抗がある。(2)
		血糖値の推移が気になってストレスを感じる。
	センサー装着に伴う羞恥心	(センサーが見えないよう)服を選ぶのに気をつかう。(5)
		色々な人に見られたり指摘されるのが嫌だ。(3)
		なるべく人に見えない所に装着するよう気を付けている。
		センサーを貼っていることを気づかれ時、恥ずかしかった。
		着替えるときは、周りに気づかれないように着替えている。
皮膚トラブルによる苦痛	センサー装着による皮膚トラブル	痒みが出るので(センサーを)貼る位置を交互に変えなければならない。
		粘着性が強く、(センサーの)周りがかぶれる。
		センサーのテープの跡が残るのが気になる。

ている者もいた。また、『低血糖の状態が早めに分かる。そして、早めに対応できる』など《低血糖症状への迅速な対応が可能》であると感じていた。『どこでも測れるからすごい安心感がある』、『タイムリーに血糖が分かるから良い』など《迅速にグルコース測定ができる安心感》を感じており、【血糖管理に対する安心感と意識の向上】につながっていた。

しかし、『痒みが出るので、(センサーを)貼る位置を交互に変えなければならない』、『粘着性が強く、(センサーの)周

りがかぶれる』など《センサー装着による皮膚トラブル》により【皮膚トラブルによる苦痛】もあった。また、『初めは痛かったり恐怖心があった』、『センサー装着時に血が出ることもあるので、センサー装着が苦手』など《機器の使用に関する不安》を感じていた。『センサーが外れないか気になる』、『ずっと体に機械がついてるのに抵抗がある』など《isCGM の継続に関連するストレス》も抱えていた。『(センサーが見えないように)服を選ぶのに気をつけている』、『色々な人

に見られたり指摘されるのが嫌だ』など《センサー装着に伴う羞恥心》を感じており、【isCGM により継続する不安・ストレス・羞恥心】を抱えていた。

6名全員がisCGMを継続して使用することを希望していた。

Ⅵ. 考 察

1型糖尿病患者においては、インスリン投与によって低血糖が起こる可能性があり、重症の低血糖は、けいれんや意識障害など（茂木, 2022）生命の危機につながることもあるため、早期の対処が必要である。Flash Glucose Monitoring（以下 FGM とする）の最大のメリットは、見えていなかった血糖変動が見えてくることにより、隠れていた高血糖や低血糖を発見することができる点である（藤本, 2021）。本研究では、isCGM を導入した就労女性は、就業中も《迅速にグルコース測定ができる安心感》や《低血糖症状への迅速な対応が可能》であると感じていた。就業中に食事時間が不規則になりやすい就労女性は、isCGM の利用によって安心して仕事に取り組むことができていた。また、『血糖値のグラフがでるので、食事と血糖値の関心に興味を持った』など《血糖管理に対する意識の向上》も感じており、多忙な就労女性の【血糖管理に対する安心感と意識の向上】につながっていた。低血糖は、症状が軽く、自己対応できるレベルでも、生産性に大きな影響を及ぼすことが報告されている（永田ら, 2020）。将来の合併症を予防する目的に加え、プレゼンティーイズムを低減させることも就業支援においては重要な観点である（永田ら, 2020）。isCGM の活用はこの2つの課題に有効な手段であると考えられた。

一方、1型糖尿病における FGM によるセルフモニタリングにおいては、グルコース値に直接影響しない糖質以外の栄養素に関して食事療法が遵守できないリスクがあると指摘されている（西村ら, 2018）。また、血糖トレンドを考慮した栄養指導の重要性が高まっている（佐藤, 2022）ことから、医師や管理栄養士など多職種と連携して、就労者を包括的に支援することが求められる。

1型糖尿病患者は、インスリン自己注射などにより低血糖が起こる場合があり、その場合は血糖自己測定（以下 SMBG とする）を行う必要がある。SMBG の際は、必要物品の準備や穿刺前の手洗い、穿刺具のセット、手指消毒などの準備に時間を要し、穿刺痛も伴う。isCGM の導入は就労女性の《血糖測定による苦痛の軽減》につながっていた。就業中も《簡便なグルコース測定》が可能になり、《明確な測定結果》であることからグルコース値を確認しやすく【血糖測定に関連するストレスの軽減】につながっていた。

さらに、リーダーをかざすことによってグルコース値を測定できることから《人目を気にする必要がない》、《就業中もグルコース測定が簡便》であると感じていた。isCGM 導入後『周りが気にかけてくれるようになった』と職場における《周囲の配慮》を感じている者もあり、isCGM は職場で糖尿病に

対する理解を得られるきっかけにもなっていた。

しかし、isCGM 導入時は『初めは痛かったり恐怖心があった』と語った者が4名であった。また、研究参加者の isCGM 実施期間は1年7か月～2年9か月と比較的長期間に及んでいたが、『センサー装着時に血が出ることがあるので、センサーの装着が苦手』、『センサーが何かに当たって痛みが出るのではないかと気になる』など日常生活における《機器の使用に関する不安》を感じていた。『センサーが外れないか気になる』、『ずっと体に機械がついてるのに抵抗がある』という《isCGM の継続に関連するストレス》は全員に共通していた。isCGM を導入する際には、パンフレットを用いてデモンストレーションを行い、できるだけ不安を軽減できるよう支援しているが、不安やストレスを軽減するためには、医療者が継続的に状況を確認し、細やかな指導を行うことが重要である。

今回の研究参加者は、5名が人前に入る職業に従事していた。『（センサーが見えないように）服を選ぶのに気をつかう』、『色々な人に見られたり指摘されるのが嫌だ』など就労女性全員に《センサー装着に伴う羞恥心》があった。糖尿病に対するスティグマについては以前より指摘されており（黒江, 2022）、糖尿病である就労女性が羞恥心などをもつことなく治療と就労を継続できる労働環境づくりも重要であると考えられる。

【皮膚トラブルによる苦痛】も課題であった。センサー交換時期には皮膚トラブルを予防するため、装着部位を変えるよう指導しているが、今後は必要に応じてドレッシング製品（黒田, 2021）の使用についても検討するなど、皮膚トラブルを予防・緩和できるよう支援する必要があると考える。

一方で、【血糖管理に対する安心感と意識の向上】、【血糖測定に関連するストレスの軽減】、【就業中も簡便なグルコース測定と周囲の配慮】といった利点を感じており、全員が今後の継続使用を希望していた。

医療者はリーダーをかざすことによってグルコースを測定できる isCGM の利点に注目しがちであるが、HbA1C が 8.6% とコントロールが不良だった F 氏からは『血糖値の推移が気になってストレスを感じる』との発言も聞かれた。ストレスを感じながら isCGM を継続使用している患者の心理的側面を医療者が十分理解した上で支援する必要がある。

本研究結果から、isCGM による血糖管理を行っている就労女性の治療と就労の両立を支援するため、血糖管理に対する思いを理解し、細やかな指導を行う必要がある。また、多職種による支援体制の構築が重要であると考えられる。

なお、本研究の限界として新型コロナウイルス感染症への対応により、対面によるインタビュー時間を 20 分程度に制限せざるを得なかった。就労しながら血糖管理を行う女性の多様で複雑な思いを十分に引き出すには時間的に不十分であった可能性がある。今後は感染対策を講じた上で、より長時間あるいは複数回のインタビューの実施により、より深い語りを引き出すことが望まれる。

Ⅶ. 結 論

isCGM による血糖管理を行っている就労女性の血糖管理に対する思いを明らかにすることを目的として調査を行った。その結果、就業女性は【血糖管理に対する安心感と意識の向上】、【血糖測定に関連するストレスの軽減】、【就業中も簡便なグルコース測定と周囲の配慮】を利点と感じていた。その一方で、【isCGM により継続する不安・ストレス・羞恥心】、【皮膚トラブルによる苦痛】を感じていた。全員が isCGM による血糖管理を希望していた。

isCGM による血糖管理を行っている就労女性の治療と就労の両立を支援するため、血糖管理に対する思いを理解した上で細やかな指導を行う必要がある。

本論文内容の一部は、第 27 回日本糖尿病教育・看護学会学術集会で発表した。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

- 藤本浩毅. (2021). 糖尿病患者の栄養指導における CGM/FGM の活用方法と注意点. *臨床栄養*, 139 (6), 792-798.
- 厚生労働省. (2020). 令和元年 国民健康・栄養調査報告.
- 黒江ゆり子. (2022). 糖尿病におけるスティグマとアドボケイトとしての支援 他者への「言いづらさ」をふまえて. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 26 (1), 79-83.
- 黒田暁生. (2021). CGM/FGM の「イロハ」教えます CGM・FGM 使用下でおこるおもなトラブルとその対応. *Calm*, 8 (1), 10-14.
- 永田智久, 梶本繁之, 森貴大, 永田昌子, 森見爾. (2020). 糖尿病を有する労働者への対応と支援～産業保健スタッフに求められる役割～. *日本職業・災害医学会会誌*, 68(5), 255-261.
- 西村亜希子, 和佐真奈美, 原島伸一, 任和子, 稲垣暢也. (2018). 連続的グルコース測定によるセルフモニタリングが糖尿病自己管理に与える影響 前後比較試験. *糖尿病*, 61 (4), 171-180.
- 茂木奈津. (2022). 糖尿病. *Brain Nursing*, 38 (5), 719-723.
- 佐藤淳子. (2022). CGM/FGM の「イロハ」教えます CGM/FGM (isCGM) 時代の多職種連携. *Calm*, 9. (2), 72-77.
- 新村出 (編). (2018). *広辞苑* (第 7 版). 岩波書店.

◇研究報告◇

急性期病院内の一般病棟の看護師が非がん高齢患者の
終末期ケアに対して感じる困難感野間美織^{1)*}, 山藤麻衣¹⁾, 錦織典子¹⁾, 上野友香¹⁾

目的：非がん高齢患者の終末期の看護に対し、急性期病院内の一般病棟で勤務する看護師はどのようなことに困難を感じているのかを明らかにする。

方法：B病棟に勤務し、ラダーレベルⅡ以上の認定を目指す看護師10名に、半構成的面接を実施、質的帰納的に分析した。

結果：看護師が抱く困難感として、12のサブカテゴリと【意思確認ができない曖昧な終末期に関連する困難】【家族が患者の死と向き合う過程への支援の困難】【患者の安寧へのケアに対しての困難】【理想とする看護とケア環境の乖離に伴う困難】の4つのカテゴリが抽出された。

結論：困難感の背景としては、事前指示が確認できていないこと、患者の意思を汲み取れない状況や病態予想の難しさなど非がん高齢者の特有の病態と、多重課題の中で終末期ケアに特化できない葛藤などが推測された。今後は勉強会や終末期カンファレンスを行い、個々の患者に合ったケアの検討と実践に取り組む必要がある。

【キーワード】非がん高齢患者、終末期ケア、困難感、急性期、一般病棟看護師

I. はじめに

2020年の人口動態統計年報(厚生労働省, 2020)によると、日本における死亡の主な原因について、悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患と推定されており、非がん患者の死亡数は、がん患者の死亡数よりも多くなっている。また内閣府は令和元年の日本の高齢化率を28.4%としており、今後も非がん高齢患者の割合が増加することが推測される。心不全・腎不全・呼吸不全など臓器障害を伴う慢性疾患患者は、診断初期では、症状をコントロールするために自己コントロールが求められるが、治療を継続しても加齢による退行性変化や臓器障害の進行により増悪と回復を繰り返し、やがて徐々に全身の機能が低下し終末に至る軌跡をたどる(谷本ら, 2015)。清田(2015)は、がん患者と異なり非がん患者の予後予測は大変困難であり、現在のところ適切な予後予測は確立されていないとしている。特に高齢者においては、認知機能等の低下により適切に表現されない苦痛を特定することや、複数の疾患を抱えるため予後予測の難しさがある(Lee&Coakly, 2011)ことから、

患者・家族も医療者もエンド・ポイントを判断することが難しいと言われている。

A病院は地方の医療を担う急性期病院で、がん・非がんに関わらず、終末期ケアを専門とする病棟はなく、一般病棟で終末期ケアを行っている。研究者が所属するB病棟は、総合診療科・整形外科・内分泌代謝科などの混合病棟である。検査・手術など医療処置が必要な時期から緩和ケアが必要な時期まであらゆる治療期の患者が混在し、各期の看護を同時に展開している。B病棟における総合診療科の過去5年間の入院患者の動向をみると、75歳以上が1774人で、うち死亡者数は180人であった。死亡者180人のうち、入院時の主病名が肺炎・心不全・老衰などの非がん患者は162人であり、B病棟で非がん高齢患者の看取りを行う頻度が高いことがわかる。B病棟に入院となる高齢者の特徴として、救急搬送などで突然に入院となった患者が多く、意識レベルの低下や認知症の進行などで患者からの意思確認ができない状況で治療が開始となることが多い。B病棟看護師からは、亡くなれば後に「もっと何かできたのではないか。」「人生をまっとうされ

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 鳥根県立中央病院

* E-mail: miori.chebrashuka@gmail.com

た方に対して、もっと真摯なお見送りができたのではないか。」「何もできなかった。」など自身の関わりを悔いたり、入院中の患者や家族との関わりに悩むなど、非がん高齢患者の終末期看護に無力感や困難感を抱く発言が多く見られた。

先行研究をみると、山出、糸島（2019）は、一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和に対する認識の中で、急に状態が悪くなるので患者の意思を尊重した関わりが難しいと述べている。非がん高齢患者に対する看護師による緩和ケア実践への関連要因の検討（井上ら、2020）の中では、意思表示が困難な患者の苦痛の観察・アセスメントや身体的苦痛緩和のためのケアの工夫などに、多くの看護師が困難感を抱えながら非がん高齢患者の緩和ケアを行っていることが明らかにされている。しかし急性期病棟における終末期ケアの現状と課題に関する文献検討（中木、江口 2021）や終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討（橋本ら、2021）をみると、がん終末期に関する研究が多く、非がん高齢者の終末期に関する研究は比較的少ない傾向にある。また急性期や一般病棟における終末期ケアの研究（宮崎ら、2018）（橋本、2021）では、ケアに費やす時間とゆとりのなさやコミュニケーション技術への自信のなさなど、看護師が抱く負の感情が明らかにされていたが、これらは終末期がん患者のケアに携わる中で看護師が抱く感情である。非がん高齢患者の死亡数が増える中、非がん高齢患者の終末期に携わる看護師の困難感やその影響要因に関する報告も増やす必要がある。

そこで急性期病院内の一般病棟であるB病棟においても、看護師が非がん高齢者の終末期ケアに対してどのような困難感を抱いているのか具体的に明らかにしたいと考えた。看護師が抱えている困難感を抽出し、その特徴、原因や背景を分析し、スタッフに提示、具体的な対応策や心理的な支援策を検討することは、臨床現場において看護チームの成長とケアの質を高めるために必要な作業である。ひいては非がん高齢患者の終末期看護において、看護師の悔いのない寄り添ったケアの提供に寄与出来ると考える。

Ⅱ. 目 的

終末期ケアに困難を感じる看護師への支援とケアの質を高めるために、急性期病院内の一般病棟であるB病棟で勤務する看護師が、非がん高齢者の終末期ケアに対してどのようなことに困難を感じているのかを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 調査期間：2020年9月13日～11月30日
2. 研究対象者：B病棟に所属し過去に総合診療科の非がん患者の看取りを経験した看護師で、A病院看護局キャリアラダーレベルⅠ取得後1年以上経過し、Ⅱ以上の認定を目指している看護師。非がん高齢患者の終末期ケアに対する非成功体験や困難感について研究者に語ってもよいと同意の得られた10名。

3. 研究の方法：対象者に、インタビューガイドに沿って20分程度の半構成的面接を実施した。インタビュー内容は、あなたの経験した総合診療科の非がん高齢患者の終末期ケアについて印象に残っていること、ケアを行う中での、ジレンマやもどかしさなど困難に感じた体験や思いとした。面接は、対象者の希望に応じて日程を調節し、1対1でプライバシーに配慮した個室で、原則1回実施した。面接内容は、許可を得てICレコーダーに録音した。

4. 分析方法：面接内容の全てを逐語録に起こし、非がん高齢患者の終末期ケアに関連する看護、経験から感じる困難感について語られた部分を抽出し、文脈を含めてその意味を解釈し、できるだけ対象者の言葉を使用した簡潔な表現にまとめた。次に抽出した語りを、意味の類似性と差異性を比較検討し、共通する意味を持つもの同士に分類した。そして、類別されてきた複数の集まりに対し、その集まりがもつ意味の特性を表す言葉で命名し、サブカテゴリーとした。さらに抽出度をあげ、その内容や性質を表す言葉で命名し、カテゴリー化を行った。一連の分析過程において、質的研究の経験者を含む共同研究者間で意見が一致するまで検討を重ね信頼性・妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者には依頼文書を用いて、研究の意義、目的、インタビュー内容、研究への参加の有無や語られたインタビューの内容による不利益は生じないこと、勤務評定などに関わらないこと、インタビューに同意した後であっても語られた内容を分析化するまでは、いつでも研究の辞退ができること、研究協力における自由意思の尊重、プライバシーの保護に関すること、得られた情報を研究目的以外には使用しないこと、研究結果は個人が特定できないことを考慮した上で専門学会などで公表予定であることなどを、文書および口頭で説明し、同意書の提出をもって同意とした。また撤回書も添付した。本研究で得られたデータ等は、B病棟内鍵付きのロッカーで代表研究者の責任において保管し、研究公表後、結果を論文にまとめたあと、研究代表者が責任を持って破棄する。保管期間は、当該研究結果の最終公表について報告された日から1年とする。本研究は、A病院臨床研究・治験審査委員会の承認を得て実施した（島根県立中央病院倫理研究・治験審査委員会 承認番号 R21-019）。

Ⅴ. 結 果

対象者10名の看護師平均経験年数は 11.5 ± 7.7 年、総合診療科での平均経験年数は 1.5 ± 1.3 年、インタビューの平均時間は 10.0 ± 5.2 分であった。非がん高齢患者の終末期ケアに対して感じる困難感として、4つのカテゴリー、12のサブカテゴリーが抽出された。以下【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、「 」は具体的な語りの一部を表し、各カテゴリーについて示す。

【意思確認できない曖昧な終末期に関連した困難】は〈患者の思いが汲み取れない難しさ〉〈看取りについて意思確認ができない状況での難しさ〉〈救命と看取りの線引きの難しさ〉の3つのサブカテゴリーで構成された。「レベルがクリアではない患者さんで、思いが汲み取れない方がおられて」「何をしてほしいかや何が嫌かっていう欲求が分からない。私たち看護師にとって良いと思っていることでも、患者にとっては嫌かもしれない。どれが正解かわからない。」「がんの方は元気な状態で、本人と家族が相談して決めておられるけれど、高齢の方に関しては話し合っておられない。意思確認は明確ではないかな。」と語り、高齢患者は意識レベルの低下や、認知症などにより意思疎通が困難な方が多く、患者の思いや欲求を汲み取ることが難しい。さらに生死の問題に関して、患者と家族で事前に話し合いがされていないことが問題を複雑化させていた。「がんの人はある程度、死期が見えているところがあるけれど、老衰の人に関しては、本当はもっと治療すれば良くなるんじゃないかっていう、そこはちょっともどかしい。」「すぐDNARの話をされて、もう少し治療ができたのではないかと思う。」と語り、患者の意思が明確でない状況と非がん特有の予後予測が難しい病態の中で、救命と看取りの線引きをしなければならないことへの困難感を感じていた。

【家族が患者の死と向き合う過程への支援の困難】は〈家族と患者の死について話すことへの葛藤〉〈家族の意思決定支援への関わり方の難しさ〉〈家族の介護負担を視野に入れた難しさ〉の3つのサブカテゴリーで構成された。「看取りのパンフレットを説明する時に家族的にはまだ生きているのという事があるから、避けているんじゃないかと思う。」「これだけで栄養が足りるのかとか、食べれていないのかとか聞いてこられて、今こういう状態でってという説明をしたら、まあ、そうだけれど。みたいな感じで。次の日も同じようなことを聞かれて。あんまり納得されておられんっていうか、受け入れてないなあ。という感じで。」「看取りになってどうしたいかっていう、意思決定というところを聞けなかったのが残念だった。」と語り、突然の入院で患者の病状を受け入れられていない家族と関わることや家族が患者の最期はどのように過ごして欲しいか、何かしてあげたいと思うことはないかなど、家族の思いを上手く聞き出せないなど、意思決定支援を含めた家族ケアへの不足を感じていた。また「全介助で全然動けない人が帰るとなると、介護量が多く、誰が介護するかそこがネックになっている気がする。」「患者さんの元々のADLとか考えたら、なかなか難しいかなって、家族も私たちも（自宅退院を）諦めている感じがな。深く入り込めない。」「兄夫婦がキーパーソンの方で、自分はわざわざ関わりたくないみたいなことをきいて、難しいと思いました。」と語り、患者のADLや家族の介護負担、生活背景やこれまでの家族関係などを考慮しながら、家族と関わらなければならないことに対しての困難も感じていた。

【患者の安寧へのケアに対しての困難】は〈侵襲的なケアへの迷い〉〈その人らしい最期を迎えるための関わりへの難しさ〉〈家族に見守られた最期を支援することへの難しさ〉の3つのサブカテゴリーで構成された。「侵襲的な処置はしないで自然な形で看取りという方が患者さんにとっては楽なのかな。」「認知機能低下があり、転落、易怒的になったり、バルンをとったり、もう看取りだったので、必要最低限のものを身体につけて、楽になったらよかったのかと思いました。」「やりたいってことは、あんまりやらせてあげてないかな。」「もう少し緩和も含めてだけれど、顔もパンパンにはれたりして、どれくらい苦痛があるのか。苦痛の緩和というところできたとように思います。」と語り、安楽でその人らしい最期を迎えようためにどこまで侵襲のあるケアをしていくのか、認知機能の低下から治療に協力できない患者さんへの対応に悩んだり、「帰りたい。食べたい。」など患者の思いに添ったケアができないことへのもどかしさを感じていた。また「家族に連絡がつかず誰もいない中で、病院で亡くなるってなると、かわいそうだなって思う。」「予想外に早い。さっきまで家族いたのに、もう電話しても遅いし。申し訳ないっていうか…」と語り、病態予測が難しく、いつのタイミングで家族に連絡すればよいのか迷い、家族が臨終時に立ち会えなかった場面などでは、申し訳ないなど、罪悪感を感じる看護師もいた。

【理想とする看護とケア環境の乖離に伴う困難】は〈家族と関わる時間を作る難しさ〉〈限られた時間の中で十分なケアをする難しさ〉〈ルーティン化する葛藤〉という3つのサブカテゴリーで構成された。「自分たちの余裕がない時に家族さんが来られた時に、ゆっくり関われなかった。」「家族と患者の時間を取ることが必要だと思うが、その人だけを見ているのではなくて、他の多重課題をやっているのが難しい。」「ターミナルな方ってお話されずに寝ておられる方がほとんどなので、どうしても最後になったりとか。」「業務しながらって難しい。もうちょっと余裕があれば（よいケアができたのに）。」「記録を残すことでいっぱい必要以上に血圧を測ったりとか、必要以上にそう、ルーティン化してやらないといけなからやるのではないかなって思います。」と語り、急性期の病棟では、多重課題の中で終末期患者や家族と関わらなければならないことやバイタル測定や記録などに追われ、マニュアル通りのケアになってしまうことにもどかしさを感じていた。

VI. 考 察

分析の結果、急性期病院内の一般病棟の看護師が非がん高齢患者の終末期ケアに対して感じる困難感として4つのカテゴリーが明らかになった。カテゴリーが意味する困難感について考察し、今後の課題について述べる。

1. 非がん高齢患者の終末期ケアに対して感じる困難感の特徴

【意思確認できない曖昧な終末期に関連した困難】は、患者の意思確認ができない状況と曖昧な病態を背景に、看護師

表 1 非がん高齢患者への終末期ケアに対する看護師の困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な語り
意思確認できない 曖昧な終末期に 関連した困難	患者の思いが汲み 取れない難しさ	「レベルがクリアではない患者さんで、思いが汲み取れない方がおられて、介入が難しかった。」(B氏)「何をしてほしいかや、何が嫌かっていう、欲求がわからないので、私たち(看護師)にとって良いと思っていることでも、患者にとっては嫌かもしれない。どれが正解かわからない。」(A氏)「(高齢な方は) 痛みの訴えや苦痛の訴えを明らかに、ここどとか、明確に表出されることが少ない。徐々に弱っていく感じなので。」(C氏)
	看取りについて意思確 認ができない状況での 難しさ	「がんの方は元気な状態で、本人と家族が相談してどうするかって決めておられるけれど。高齢な方に関して話し合っておられない。意思確認は明確ではないかな。」(C氏)「今までの病気ではなくて、急に発症した肺炎とかだと、みんな(本人・家族)心の準備していないから、なんでみたいな感じになっている人が結構いると思います。」(A氏)
	救命と看取りの 線引きの難しさ	「転院調整できる段階で、急に心不全になったり、元々の持っているもの(基礎疾患)が悪化から、起きる急変という所があって、私たちも受け入れがでずそのまま亡くなられたり。そういう所が難しいですね。」(J氏)「癌の人はある程度、死期が見えているところがあるけれど、老衰の人に関しては、本当はもっと治療すれば良くなるんじゃないかっていう、そこはちょっともどかしい。」(C氏)「老衰からのDNARなので、状態的にも悪いからって・・DNARの定義もよくわからんけれど。」(D氏)「すぐDNARの話をさせて、もう少し治療ができたのではないかと思う。」(C氏)
家族が患者の死と 向き合う過程への 支援の困難	家族と患者の死につい て話すことへの葛藤	「私も看取りのパンフレットを説明するときに家族的にはまだ生きてるのにという事があるから、避けているんじゃないかなって思うんです。(Ns が)」(E氏)「家族さんがその患者さんの今の病状に関してどう受け止めておられるかとか、うまい具合に最期のお見送りができるように、受け止めれるようにっていう関わりががあったらいいんですけど。」(G氏)
	家族の意思決定支援への 関わりの難しさ	「これだけで栄養が足りるのかとか、食べていないのかとか聞いてこられて、今こういう状態でっていう説明をしたら、まあ、そうだけれど。みたいな感じで。次の日も同じようなことを聞かれて。あんまり納得されておられんっていうか、受け入れてないなあ。という感じで。」(I氏)「看取りになってどうしたいかっていう、意思決定というところを聞けなかったのが残念だった。」(B氏)「施設から的高齢患者が多く、家族さんと入院前から一緒に住んでなくて、今回入院して来るまでの状態を家族さんも知らなかったり、どうしたらいいのかわからず戸惑っておられるのも時々見受けられる。そういう所に踏み込めたらいいのかなと思う。」(G氏)
	家族の介護負担を視野 に入れた難しさ	「全介助で全然動けませんみたいな人が帰るとなったら、介護量が多く、誰が介護するか、そこがネックになっている気がする。」(J氏)「一回入院すると今までADL自立していた人もADLが下がる。家族さんの負担にもなるし、在宅という気持ちがあっても、施設とか転院調整という形になるというのが多くなる気がする。」(B氏)「患者さんの元々のADLとか考えたら、なかなか難しいかなって、家族も私たちも諦めている感じかな(自宅退院)深く入り込めない。」(E氏)「兄弟夫婦がキーパーソンの方で、自分はわざわざ関わりたくないみたいなこときいて、難しいと思いました。」(H氏)
患者の安寧へのケア に対する困難	侵襲的なケアへの迷い	「苦痛の緩和に移行すべきだとは思いますが、そういった話が実際にここまでされていたのか看護師は介入していないところもあったので」(C氏)「積極的に治療をすることがかえって患者さんの負担になるんだったら、侵襲的な処置はしないで自然な形で看取りという形の方が患者さんにとっては楽なのかな。」(G氏)「認知機能低下があり、転落、易怒的になったり、バルンをとったり、もう看取りだったので、必要最低限のものを身体につけて、楽になったらよかったのかと思いました。」(F氏)
	その人らしい最期を 迎えるための関わり の難しさ	「一番ジレンマを感じたのは、頻呼吸です。もう少し緩和も含めてだけれど、顔もパンパンにはれたりして、どれくらい苦痛があるのか。苦痛の緩和ということでできたように思います」(C氏)「家に帰りたいという、意向があれば数時間でも、数分でもと思うけれど、大変だと思う。」(E氏)「やりたいってことはちょっとあんまりやらせてあげてないかな。飲みたいとか、口渇感があってね・・・最期にしたいことを考えたり、食べるとか、音楽を聴くとか、会いたい人に会うとか、考えながらやってあげたらいいなと思いますけどね。」(F氏)
	家族に見守られた最期 を支援することへの 難しさ	「予想がつかずに亡くなられたりする時は、家族に連絡がつかず誰もいない中で、病院で亡くなるとなると、かわいそうだなって思う。」(F氏)「なんて言ったらいいのかな。予想外に早い。さっきまで家族いたのに、もう電話しても遅いし。申し訳ないっていうか・・・」(D氏)「(医師から)面会を早目に許可してもらい、最期に会うことができたなら、何かしてあげれたかなと家族が思われるので、そのような橋渡しができればいいと思う。」(J氏)
理想とする看護と ケア環境の乖離に 伴う困難	家族と関わる時間を 作る難しさ	「家族と患者さんの時間を大事にしてみようと、私たちが関わるかっていう、どっちを優先するかっていうのも迷ったというのもあるし、自分たちの余裕がない時に家族さんが来られた時に、ゆっくり関われなかった。」(I氏)「寄り添うじゃないけれど、誰かに話すことによって楽になったりするなら、話す相手が看護師であっていいのかな。時間的にゆっくり話を聞けなかったりするので難しいです。」(G氏)「家族の思いもあるから、家族と患者の時間を取ることが必要だと思うが、その人だけを見ているのではなくて、他の多重課題をやっているのが難しい。」(E氏)
	限られた時間の中で 充分なケアをする 難しさ	「とにかく綺麗にして欲しい。せめて、手浴をしてあげるとか。死にゆく方なんかにもって手が届かないと思うので。」(D氏)「ターミナルな方ってお話されずに寝ておられる方がほとんどなので、どうしても最後になっちゃたりとか。」(G氏)「業務しながらって難しい。もうちょっと余裕があれば(よいケアができたのに)。」(F氏)
	ルーティン化する葛藤	「本マニュアル通りの介入しかしてあげてないような。もどかしい気持ちがありました。」(H氏)「よく思うのは、記録を残すことといっぱいで必要以上に血圧を測ったりだとか、必要以上にそう、ルーティン化してやらないといけないからやるのではないかなって思います。」(C氏)

「」内の()は、研究者による補足

が終末期ケアに抱く困難感である。「2021 年度改定版循環器疾患における緩和ケアの提言」のなかで ACP (advance care planning) の概念・アプローチの指標が公表され、心不全患者への ACP は日常診療の一部として実施されることが求められる時代に入っている (日本循環器学会他, 2021)。しかし人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 (厚生労働省, 2024) によると、自身の死が近い場合に受けた医療や受けたくない医療について、話し合っていると答えた人は 2.7% であり、非がん高齢者においては、ACP は普及段階ともいえる。高齢患者は認知機能や身体機能の低下などで、自身の思いや苦痛などについて適切に表現することができない場合が多く、受けた医療について判断する、意思決定能力は低下している事が多い。B 病棟においても、患者の意思が明らかでない状況で、栄養や救命などに関する医療行為、看取りや療養場所など、家族により代理決定されている現状にある。急性期病院や一般病棟でのがん終末期看護における困難感を扱った研究 (宮崎, 2018) (平松ら, 2018) では、死を迎える患者と正面から向き合うことで感じる重責感や無力感、がん終末期の患者に寄り添うケアに対しての自信のなさなどが明らかにされていた。しかし、本研究で抽出された、〈患者の思いが汲み取れない難しさ〉〈看取りについて意思確認ができない状況での難しさ〉の語りは見られず、これらは非がん特有の語りともいえる。また高齢患者の終末期は寛解と増悪を繰り返しやすい、状態の変化が予測しにくい。佐竹ら (2018) は、救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤の中で、救命と看取りの混在や〈救命から終末期への移行への曖昧さ〉を述べている。心不全、腎不全、呼吸不全など退行性変化による衰退を特徴とした非がん高齢患者の終末期においても〈救命と看取りの線引きの難しさ〉など類似する困難感が抽出され、予後予測の難しさや、終末期ケアに移行するタイミングの曖昧さなど共通する背景がみられた。このように、【意思確認できない曖昧な終末期に関連した困難】は、非がん高齢患者の終末期ケアでの特徴といえる。

また、生死の問題について事前に話し合われていない状況は、【家族が患者の死と向き合う過程への支援の困難】など、終末期患者の家族との関わりの中で抱く困難感にもつながっていた。西村、掛橋 (2012) は、看護師と家族との関係性が浅い中で、患者の死が避けられないことを伝えることへの困難感を述べている。今回の研究でも〈家族と患者の死について話すことへの葛藤〉〈家族の意思決定支援への関わり方の難しさ〉が抽出された。高齢者の中には、他病院や施設から救急で入院となる患者も多く、初めて出会う家族がほとんどであり、家族との関係性がない中で家族支援を開始しなければならない。終末期の家族にみられる感情の起伏や揺らぎへの対応には、傾聴や共感などのスキルを活用した誠実なコミュニケーション力が求められる。生死の問題について代理決定を迫られる状況は、家族にとってはとても辛く、危機的状況でもあり、看護師は家族との関わり方の難しさを感じていた。〈家

族の介護負担を視野に入れた難しさ〉は、高齢者介護の負担と関係する困難感である。家族が抱える介護の負担は決して軽いものではなく、家族の就業行動や健康状態、経済的な負担などにさまざまな影響を及ぼす。家族との話しあいでは、これまでの介護状態や患者の心理社会的な適応状況、患者と家族の関係性、在宅での看取りを選ばれた場合の長期化する介護への配慮など、介護上の問題も加味した家族支援が必要となる。また独居や長年施設で生活されていた高齢者の中には、キーパーソンがいないなど、核家族化が進む中、家族をめぐる状況も変化している。介護に関する知識不足も影響し、深く話せないなど、家族支援に自信がない状況になっていた。

【患者の安寧へのケアに対しての困難】は、侵襲的な治療やケアへの迷いや意思疎通が困難な高齢者への緩和ケアの難しさ、病態予測が難しい非がん高齢患者への臨終時のケアの難しさなど、患者への安寧へのケアに対して、看護師が抱く困難感である。谷本ら (2015) は、非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケアの実践の中で、状態悪化している患者の状況判断の難しさ、増悪していく苦痛に対応策がないことへの苦悩を述べている。高齢者は、認知機能の低下や意識障害から、酸素や点滴などの必要な治療に協力できない患者や、終末期であっても転倒予防から離床センサーなどの抑制が必要な患者も多い。状態悪化していく過程では、せん妄、浮腫、疼痛、呼吸苦や喘鳴などさまざまな苦痛が観察されるが、意思疎通が困難な患者の苦痛のアセスメントは難しく、「もう少し苦痛の緩和というところでできたように思います。」と語り、治療と並行して、疼痛や呼吸苦など緩和ケアも行ってきたがん患者と違い、非がん患者への緩和ケアへの移行は曖昧で、どこまで侵襲的な治療をおこなうのか、医療用麻薬の使用や鎮静のタイミングなど、客観的なアセスメントや他職種間での検討が必要となる。また自身の思いが言語化できない状況では、精神面やスピリチュアルな部分の苦痛を押し量ることも難しく、「帰りたい。会いたい人に会いたい。」など患者の意向に沿ったケアが出来ていないと悩むこともあり、これらのことは、〈侵襲的なケアへの迷い〉〈その人らしい最期を迎えるための関わり方の難しさ〉となっていた。また状態予測の難しさから急変に遭遇する場面や一人で臨終を迎えられる事もあり、〈家族に見守られた最期を支援することへの難しさ〉が抽出された。このことは、患者と家族が最後の時間を共有できなかったという、自責の念や罪悪感を抱くことになり、心理的負担となっていた。

2. 急性期病院の一般病棟看護師が、終末期ケアに対して抱く困難感の特徴

【理想とする看護とケア環境の乖離に伴う困難】は、一般病棟のケア環境を背景に、理想とした終末期ケアが実践できないことに対し、看護師が抱く困難感である。中木 (2021) は、急性期病棟における終末期ケアの現状と課題に関する文献検討の中で、終末期と急性期の混合による時間的・精神的制約を述べている。一般病棟でのがん終末期看護の困難感に

ついて調査した論文（宮崎ら，2018）（平松ら，2018）でも，煩雑な業務の中で十分なコミュニケーションの時間が取れない問題が指摘されていたが，本研究においても〈家族と関わる時間を作る難しさ〉〈限られた時間の中で十分なケアをする難しさ〉など同じような困難感が抽出された。急性期治療を必要とする患者と並行して終末期患者を担当するため，患者や家族と向きあうのに十分な時間が取れないことや「どうしても最後になったりとか。」など，急性期患者のケアが優先され，終末期の患者のケアが後回しになってしまうことなどに，ジレンマやもどかしさを感じていた。また終末期であってもモニター管理，バイタル測定，記録などに追われるなど，〈ルーティン化する葛藤〉が抽出され，終末期と急性期の患者に対して，一律なケアが求められるなか，終末期の患者の苦痛や思いに寄り添った個別的なケアを提供したいが，終末期に特化したケアができていない現状との間で，もどかしさも感じていた。

3. 今後の課題と実践への示唆

非がん高齢患者の特徴として，生死の問題について入院前に話し合われていないことや，患者の意思を汲み取れない状況，病態予想が難しい中で看護師は救命と看取りの線引きをしなければならないことに困難感を感じていた。患者の価値観，これまでの人生を家族とともに振り返り，生死の問題が生じた時に患者だったらどのような選択をしたのかを家族に推測してもらうことや，患者が入院前の生活や大切にしていたものなどを看護チームで共有しケアに活かす必要がある。言語化が難しい状況では，患者の病態や治療方針，治療やケアが患者に苦痛を与えていないか，苦痛緩和への治療は充分かなど医療チーム間，家族を交えて繰り返し検討することや，家族の思いや介護負担について医師や医療ソーシャルワーカーに伝えるなど橋渡しを担うことも必要となる。

平松ら（2018）は，一般病棟における看護師の終末期看護の困難感軽減に対するカンファレンスの有用性を，大方ら（2019）らは，終末期ケアの困難感軽減に向けた取り組みの中で，勉強会，ナラティブ，ロールプレイングの有効性を述べている。今後は病棟内に緩和ケアチームを立ち上げ，終末期ケアに関する知識やコミュニケーション技術獲得のための勉強会の開催，緩和ケア認定看護師を交えた終末期カンファレンスの開催など，個々の患者に合ったケアの検討と実践に取り組むことで，看護師の抱く困難感がどのように変化していくのか，調査表などを用いて評価していく予定である。さらには，看護師への心理的なフォローアップができる環境づくりや他職種との連携体制を構築していく必要がある。

Ⅶ. 結 論

急性期病院の一般病棟で勤務する看護師は非がん高齢患者の終末期の看護に対し，【意思確認できない曖昧な終末期に関連した困難】【家族が患者の死と向き合う過程への支援の困難】【患者の安寧へのケアに対しての困難】【理想とする看護とケ

ア環境の乖離に伴う困難】を抱いていた。困難感の背景としては，事前指示が確認できていないこと，患者の意思を汲み取れない状況や病態予想の難しさなど非がん高齢者の特有の病態が示唆された。また一般病棟の多重課題のなかで終末期患者への看護を提供しなければならず，理想とする看護の間で葛藤するなど，看護師の抱えるジレンマが示された。今後はこれらの困難感に対して，緩和ケアチームが中心となり，終末期ケアに関する看護の見直し，認定看護師を交えた勉強会やカンファレンスを行い，個々の患者に合ったケアの検討と実践に取り組むことで，看護師の悔いのない寄り添ったケアにつなげていきたい。

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

- 橋本周子，坂本真優，河村奈美子（2021）．終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討．*看護科学研究*, 19, 57-64.
- 平松千恵，鎌田万葉子，海老原百恵．（2018）．一般病棟における看護師の終末期看護の困難感軽減に対するカンファレンスの有効性．*日本看護学会論文集 慢性期看護*, 48, 183-186
- 井上かおり，國安琉奈，寛金栄．（2020）．非がん高齢患者に対する看護師による緩和ケア実践への関連要因の検討．*岡山県立大学保健福祉学部紀要*, 27 (1), 31-39.
- 清田礼乃．（2015）．地域で行う緩和ケア 非がん患者への緩和ケアについて．*月刊地域医学*, 29 (7), 525-530.
- 厚生労働省．（2020）令和元年（2019）「人口動態統計（確定数）の概況」．
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kaku-tei19/index.html>（参照 2022-5-26）
- 厚生労働省．（2021）令和4年（2022）「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」．ACP,
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf（参照 2022-5-14）
- Lee, S.M, & Coakley, E. E. (2011). Geropalliative care a concept synthesis *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 13, (4), 242-248.
- 宮崎優子，松本志浦，加藤妙子，太田万理，川上里香．（2018）．急性期病院の一般病棟でのがん終末期看護における患者とのコミュニケーションに困難を感じる要因．*日本看護学会論文集 慢性期看護*, 48, 207-210.
- 中木里実，江口瞳．（2021）．急性期病棟における終末期ケアの現状と課題 に関する文献検討．*山陽論叢*, 27, 33-42.
- 日本循環器学会，日本心不全学会，日本脳卒中学会，日本緩和医療学会（2021）．2021 年度改定版「循環器疾患における緩和ケアについての提言」
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf（2024-9-24）
- 西村夏代，掛橋千賀．（2012）．ICU 看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助．*Journal of Japan Academy of Critical Nursing*, 8 (1), 29-39.
- 大方涼子，武永愛，山根静香，関野尚子（2018）．終末期看護経験が少ない看護師に対する終末期ケアの困難軽減に向けた取り組み．*日本看護学会論文集慢性期看護*, 49, 350-353
- 佐竹陽子，荒尾晴恵．（2018）．救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤．*Palliative Care Research*, 13 (2), 201-208.

- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵. (2015). 一般病棟における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. *Palliative Care Research*, 10 (2), 108-115.
- 山出瑠望, 糸島陽子 (2019). 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識. *人間看護学研究*, 17, 15-21.

◇研究報告◇

地域で取り組む減塩啓発活動における 人生会議を実施することの意味

佐藤昂太郎^{1)*}, 脇 幸子¹⁾, 大野夏稀¹⁾, 末弘理恵¹⁾, 加隈哲也¹⁾, 大柱智恵美²⁾

目的：A大学とB市が協働開催した市民公開講座を通して、B市で取り組む減塩啓発活動における人生会議を実施することの意味を明らかにする。

方法：分析対象は、講座に参加した看護学生および減塩啓発活動関係者 20 名。実施記録および講座の評価で実施した質問紙調査のデータを同意を得て活用し、質的・量的に分析した。

結果：うま塩弁当の会食では【味がしっかりして美味しかった】等の感想があった。座談会形式の人生会議では【自分だけでなく家族や周囲の人々を大切に思う気持ち】や【食を通じた地域に寄り添う健康づくりの工夫】等が語られた。講座後の質問紙では【うま塩活動の普及への希望】や【人生会議への意欲の始まり】等が記述され、自分の健康について身近な人や医療者と話してみようと思う人が増えた ($P<0.05$)。

結論：人生会議の実施は、参加者が健康を改めて考える契機となり、減塩啓発活動の担い手である自覚、活動意欲に繋がっていた。

【キーワード】 ACP（人生会議）、減塩、就労者、生活習慣

I. はじめに

アドバンス・ケア・プランニングとは、本人が将来の医療やケアについて、信頼できる家族や医療者と繰り返し話し合う取り組みである。本邦では 2018 年に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に明記され（厚生労働省, 2018）、人生会議という愛称をつけ、医療現場だけでなく日常生活の中にも広がりを見せている。

A大学の研究者らは、セルフケア促進の鍵として年齢や健康レベルを問わずよりよく生きることを目的に、人生会議に焦点を当てた市民公開講座を開催してきた。この講座では、生活習慣病の講話に加えて、座談会形式の人生会議を実施してきた。その結果、人生を見つめ直し、価値を見出し、家族など信頼できる人々と相互理解することの重要性が示唆された（大野ら, 2022）。

また、より長く元気に暮らしていくための基盤として、健康の重要性は日々高まってきており（厚生労働省, 2023）、健康日本 21（第三次）健康増進の目標では、生活習慣病の発症

予防・重症化予防に向けた包括的な対策の実施が重視されている（厚生労働省, 2023）。特に糖尿病に関しては、多様な疾患の発症にも関連しているとされるものの、単に治療をすればよいわけではなく、その人自身の生活と重症化予防・管理の両立に向けたセルフケア支援の取り組み（Shrivastava et al., 2013）は喫緊の難題である。

大分県では、本邦の健康寿命の延伸目標について、官民一体での健康づくり運動を展開し、2019 年には、男性は健康寿命「日本一」を達成した（厚生労働省第 16 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会, 2021）。この成果の一因とされるのが無理なく減塩できる食環境の整備を目指し、旨味を上手く使った美味い減塩食を推進するうま塩プロジェクトの普及活動（以下、うま塩活動）である（藤内, 2020）。うま塩活動は、健康という価値を行政と民間企業が共有することで、企業は商品開発や業績向上に繋がり、行政も地域住民が健康になる新たな連携の形である。さらに大分県は、県内事業所や団体の強みを活かした、健康づくり「健康寿命日本一おうえん企業」（以下、おうえん企業）を推進した（藤内, 2020）。おう

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 大分大学 2) 大分大学大学院

* E-mail : satomon1130@oita-u.ac.jp

えん企業は地方自治体と協働し、健康イベントの開催や、県が認証する1食当たり食塩3g未満のうま塩弁当や惣菜を美味しく、リーズナブルに販売していた(藤内, 2020)。減塩は高血圧や糖尿病の管理においても推奨(厚生労働省, 2023; 日本糖尿病学会, 2019, pp.43-44, 155-156, 352-353)され、減塩啓発活動の継続が望まれたが、COVID-19感染症拡大に伴い、おうえん企業によるうま塩活動が停滞した。

一方、教育機関では地域と協働して取り組む包括的支援、生活習慣病予防のための良好な育成環境・生活習慣の確保に係る基盤づくりと教育が重要とされている(日本学術会議臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会, 2020)。

そこで、うま塩活動の停滞について、B市は行政機関としての対応を検討し、地域の課題を共に考えるA大学の地域連携事業を契機に、地域と連携して糖尿病やがん等の生活習慣病関連の重症化予防活動を推進する研究者らと協働し市民公開講座の開催に至った。この協働において、人生会議を取り組んだことは、うま塩活動に関わる人々にとって、減塩啓発活動が、健康に働き、生きることによってどのような意味を持つのかを振り返る一助になったのではないかと考えられた。

Ⅱ. 目 的

A大学とB市が協働開催した市民公開講座を通して、B市で取り組む減塩啓発活動のうま塩活動における人生会議を実施することの意味を明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は、質的・量的分析を用いた横断研究である。

2. 研究対象者

本研究の対象者は、X年にA大学とB市が協働開催した市民公開講座に参加した者のうち、市民公開講座の評価に関する質問紙調査に回答した者とした。

市民公開講座への参加募集は、B市のうま塩弁当・料理を提供する22店舗の就労者へはB市の職員が、看護専門職や学生へはA大学がそれぞれ行った。その結果、市民公開講座への参加は総数24名、そのうち、うま塩弁当・料理を提供する就労者(以下、就労者)6名(C店舗3名、D店舗2名、E店舗1名)、B市のうま塩活動の行政関係者9名、看護学生2名、糖尿病看護認定看護師1名・大分県糖尿病療養指導士1名、医師1名、A大学の看護系教員4名であった。そのうち、看護系教員4名を除く20名が質問紙調査に回答した。

対象者のうち、表1に示すように、男性は4名、女性は16名であり、年齢は20歳代～60歳代であった。

3. データ収集方法

本研究は、B市で取り組む減塩啓発活動に、A大学が取り組んできた人生会議を加えた市民公開講座で得られたデータを2次利用した。

表2に示すように、人生会議に焦点を当てた市民公開講座は、まずB市でうま塩弁当・料理を提供している店舗の就労者が持ち寄った弁当を会食することで、人生会議での対話を促進する導入とした。次に、医師およびA大学の看護系教員による人生会議の考え方と生活習慣病予防に関連した講話に続き、最後に座談会形式で人生会議を実施した。

1) うま塩弁当の感想カードの記述内容

うま塩弁当の食後に感想カードへ自由記述にて記載を求めたものである。うま塩活動の就労者6名も他店舗のうま塩弁当を食し、全ての対象者が人生会議の導入として、うま塩弁当を食して減塩啓発活動の実感を体感した記述である。

2) 座談会形式の人生会議の内容を記録したデータ

座談会形式の人生会議において、①これまでの自分の生活習慣はどうであったか、②生きるうえで大切にしているものは何か、③これからの自分の健康についてどう考えるかについて、グループごとに①から③の順番で自由に語ってもらった。その内容を各グループの研究者らが筆記し、記録したものである。

3) 市民公開講座全体の評価として実施した質問紙調査の回答内容

市民公開講座終了時に全体の評価として実施した質問紙調査において、①対象者の属性、②講座の満足度、③自分の生活や人生をみつめる機会、④自分や家族の健康を考える機会、⑤人生会議への興味・関心、⑥人生会議を繰り返し続けていく意欲、⑦自分の健康について、身近な人や医療者と話す意欲、⑧うま塩活動についての思いや、その他自由記述の項目について回答を求めたものである。

⑦の質問項目は、市民公開講座が対象者の意欲への影響を調査するため、講座前、講座後と質問項目を設定し、いずれも講座終了後にデータ収集した。

表1 対象者の性別と年齢分布

n=20, 名(%)						
	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	未回答
男性	0	1	0	2	0	1
女性	4	3	4	4	1	0
計	4(20)					
	16(80)					

表2 市民公開講座の内容

時 間	内 容
60分	1. うま塩弁当を嗜む 感想カードで皆さんの声を収集
45分	2. 講話 ①ACP人生会議の考え方 ②健康とは何か? 肥満「症」としての高血圧を考える
40分	3. 座談会(4グループ編成) ①これまでの自分の生活習慣の振り返り ②生きるうえで大切にしているもの ③これからの自分の健康についての推測

4. データ分析方法

1) うま塩弁当の感想カードの記述内容のデータ

うま塩弁当の感想カードの記述内容では、ベレルソンの内容分析の手法を参考(舟島, 2007, pp.40-79)に分析を行った。まず、記述内容をデータ化した。次に感想カードごとに記載された文章を記録単位として抽出した。さらに、個々の記録単位を意味内容の類似性に従って分類し、分析を実施した。

2) 座談会形式の人生会議の内容を記録したデータ

座談会形式の人生会議の内容を記録したデータの分析では、グループ別に語られた内容を合わせてデータ化した。次に記載されたデータを1つの意味内容のまとまりごとに分けてコード化し、意味内容の類似性および相違性を検討しながらコードをまとめてサブカテゴリー化、カテゴリー化し、質的記述的に分析を実施した。

3) 市民公開講座全体の評価として実施した質問紙調査の回答内容のデータ

市民公開講座全体の評価として実施した質問紙調査の回答内容のデータのうち、①から⑥の質問項目では、Excelを用いて記述統計を実施した。また、⑦の質問項目では、講座前後における変化を分析するにあたり、回答項目の「とても思う」を4、「まあまあ思う」を3、「あまり思わない」を2、「思わない」を1として数値変換し、統計ソフトEZR Ver.1.65を用いて、ウィルコクソンの符号付順位検定を実施した。有意水準は5%とした。また、自由記述では、内容分析を実施した。

5. データの信頼性、妥当性の確保

データ分析にあたっては、研究者間で同意が得られるまで検討を繰り返し、信頼性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、大分大学医学部倫理委員会の審査を受け、承認を受けて実施した。(承認番号 2761)

本研究は、A大学とB市が協働開催した市民公開講座の評

価調査で得られたデータの2次利用である。対象者へは、本研究への参加は自由意思のもとで実施すること、調査内容を使用してほしくない場合は、申し出によって研究対象から除外すること、本研究目的以外の利用は行わないこと、本研究への協力の有無や本研究の結果が、業務評価等に反映されるなど対象者への不利益となることは一切ないこと、得られた研究結果は研究論文として公表する予定であること、研究結果を公表する際は個人が特定されないようプライバシーに配慮して行うことを情報公開文書に記載し、A大学のホームページにて公開した。

V. 結 果

1. うま塩弁当の感想カードの記述内容

うま塩弁当の感想カードは19名から提出があった。記述内容を分析した結果、55件の記録単位を抽出し、6つのカテゴリーに分類した(表3)。以下より、カテゴリーを【 】、記録単位の一部を「 」として記載した。

【味がしっかりして美味しかった】では、15件の記録単位があり、「どのような味かと思ったが、とても食べやすく美味しかった」や「味付けが思ったよりしっかりして、美味しかった」等があった。

【地物や旬の食材のおいしさを楽しむことができた】では、13件の記録単位があり、「旬の食材が使われ、調理も工夫され感動した」や「素材の旨みが効き、とても美味しかった」等があった。

【ボリュームがあり満足した】では、11件の記録単位があり、「塩分控えめとは思えない満足のいくボリュームだった」や「もの足りない感じがあるかと思ったが、そんな事は全く無く、美味しかった」等があった。

【また食べたいと思った】では、6件の記録単位があり、「また食べたいと思った」や「お店にも食べに行ってみたい」等があった。

表3 うま塩弁当の感想

		記録総数 : 55, 個 (%)
カテゴリー	記録単位 (一部抜粋)	記録単位
味がしっかりして美味しかった	・ どのような味かと思ったが、とても食べやすく美味しかった	15 (27.3)
	・ 味付けが思ったよりしっかりして、美味しかった	
地物や旬の食材のおいしさを楽しむことができた	・ 旬の食材が使われ、調理も工夫され感動した	13 (23.6)
	・ 素材の旨みが効き、とても美味しかった	
ボリュームがあり満足した	・ 塩分控えめとは思えない満足のいくボリュームだった	11 (20.0)
	・ もの足りない感じがあるかと思ったが、そんな事は全く無く、美味しかった	
また食べたいと思った	・ また食べたいと思った	6 (10.9)
	・ お店にも食べに行ってみたい	
健康的な魅力を感じた	・ 健康的にお腹が満たされた	5 (9.1)
	・ 栄養バランスに配慮されていた	
器や盛り付けに魅力を感じた	・ ボックスも広げられるような工夫をされていて、とても食べやすかった	5 (9.1)
	・ 見た目もきれいで、とても美味しかった	

【健康的な魅力を感じた】では、5件の記録単位があり、「健康的にお腹が満たされた」や「栄養バランスに配慮されていた」等があった。

【器や盛り付けに魅力を感じた】では、5件の記録単位があり、「ボックスも広げられるような工夫をされていて、とても食べやすかった」や「見た目もきれいで、とても美味しかった」等があった。

2. 座談会形式の人生会議の内容

市民公開講座の座談会形式の人生会議の内容を分析した結果、34のコードを抽出し、12のサブカテゴリー、4つのカテゴリーに分類した(表4)。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、コードを「 」で記載した。

【仕事や家族を中心とした生活】では、「職についてから生活習慣が変化」や、「仕事が飲食業で自分の飲食は不規則」であったり、「立ち仕事で運動できていない」等の<仕事による不規則な生活習慣>が語られた。また、「父の介護もあって運動する機会が減った」等の<自分のことより家族の介護を優先する生活習慣>が語られた。さらに、「生活習慣はあまり考える余裕がなかった」等の<自分の生活習慣への関心の低さ>が語られた。

【自分だけでなく家族や周囲の人々を大切に思う気持ち】では、「家族の健康を大切にしている」や「自分よりも子供の

幸せを大切にしている」等の<家族を大切に思う気持ち>が語られた。また、「家族の時間を大切にしている」等の<自分や家族のことを大切に思う気持ち>が語られた。さらに「自分の健康に感謝をする気持ちを大切にしたい」等の<自分を大切に思う気持ち>が語られた。そして、「他者を喜ばせることを大切にしている」や「他人の幸せが自分の幸せにつながる」等の<自分と周りにいる人達を幸せにすることを大切に思う気持ち>が語られた。

【食を通じた地域に寄り添う健康づくりの工夫】では、「地域の食材を取り入れて、高齢の方でも食べることのできる味のラーメン作り」や「お客さんが喜んで食べてくれるように、手作りにこだわる」等の<地域に寄り添った仕事への思い>が語られた。また、「今やっている減塩啓発活動は地域のためになっていると思う」等の<これまでの食を通じた健康づくりを繋いでいくこと>が語られた。さらに「仕事も楽しみながら協力」等の<やりたい仕事を楽しみ、協力すること>が語られた。

【人生会議への関心の向上】では、「お互いの今後病気になったらとかを、あまり話していないから今日をきっかけに話さなければいけない」や「自分や家族のだれかが病気になったりする出来事がないと考えるきっかけがないから、話すきっかけが必要だ」等の<自分や家族のだれかが病気になる

表4 座談会で話し合われた内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部を抜粋し記述）		
仕事や家族を中心とした生活習慣	仕事による不規則な生活習慣	朝は5時に起きて仕入れしている		
		仕事が飲食業で自分の飲食は不規則		
		職についてから生活習慣が変化		
		立ち仕事で運動できていない		
	自分のことより家族の介護を優先する生活習慣	家族の介護をしている		
		父の介護もあって運動する機会が減った		
自分だけの生活習慣への関心の低さ	自分の生活習慣への関心の低さ	自分も不眠から体調不良になった		
		生活習慣は考える余裕がなかった		
	知らず知らずのうちに生活を頑張っていた	自分よりも子供の幸せを大切にしている		
		家族の健康を大切にしている		
		自分だけでなく家族や周囲の人々を大切に思う気持ち	自分や家族のことを大切に思う気持ち	家族の時間を大切にしたい
				自分の健康に感謝をする気持ちを大切にしたい
自分を大切に思う気持ち	趣味を大切にしている			
	自分と周りにいる人達を幸せにすることを大切に思う気持ち		他者を喜ばせることを大切にしている	
他人の幸せが自分の幸せにつながる				
食を通じた地域に寄り添う健康づくりの工夫			地域に寄り添った仕事への思い	笑顔で過ごしたい
		地域の食材を取り入れて、高齢の方でも食べることのできる味のラーメン作り		
	これまでの食を通じた健康づくりを繋いでいくこと	お客さんが喜んで食べてくれるように、手作りにこだわる		
		今やっている減塩啓発活動は地域のためになっていると思う		
	やりたい仕事を楽しみ、協力すること	今までの仕事で500kcalとかの活動があった		
		仕事も楽しみながら協力		
人生会議への関心の向上	自分や家族のだれかが病気になる前に日ごろから今後のことを話すきっかけが必要	やりたいと思って畑仕事とかできてる		
		お互いの今後病気になったらとかを、あまり話していないから今日をきっかけに話さなければいけない		
	家族と影響し合いながら、お互いの人生を考え合うきっかけが必要	自分や家族のだれかが病気になったりする出来事がないと考えるきっかけがないから、話すきっかけが必要だ		
		兄弟や他の家族とは話してないから、話さないといけない。子供に今後の事を全て任せるわけにはいけないから、今後の事は考えなければいけない		
		自分の先のことはどうなるかわからないが、義母の反面教師になって、自分なりにやれるといい		

前に日ごろから今後のことを話すきっかけが必要>であると語られた。また、「兄弟や他の家族とは話してないから、話さないといけない。子供に今後の事を全て任せるわけにはいかないから、今後の事は考えなければいけない」や、「自分の先のことはどうなるか分からないが、義母の反面教師になって、自分なりにやれるといい」と<家族と影響し合いながら、お互いの人生を考え合うきっかけが必要>であると語られた。

3. 市民公開講座全体の評価として実施した質問紙調査の回答内容

市民公開講座の評価として実施した質問紙調査の回答内容について以下、質問項目を<>、回答項目を[]で記載した。

図1に示すように、<講座に参加して満足したと思うか>では、17名(85.0%)が[とても思う]、3名(15.0%)が[まあまあ思う]と回答した。<自分の生活や人生を見つめる機会となったと思うか>では、16名(80.0%)が[とても思う]、4名(20.0%)が[まあまあ思う]と回答した。<自分や家族の健康を考える機会となったと思うか>では、16名(80.0%)が[とても思う]、4名(20.0%)が[まあまあ思う]と回答した。<人生会議について興味・関心がもてたか>では、19名(95.0%)が[とても思う]、1名(5.0%)が[まあまあ思う]と回答した。<人生会議をこれからも繰り返し続けていこうと思うか>では、18名(90.0%)が[とても思う]、2名(10.0%)が[まあまあ思う]と回答した。さらに表5に示すように<自身の健康について身近な人や医療者と話してみようと思うか>については、[あまり思わない]が講座への参加を通じて、5名(25.0%)から0名(0%)となり、[とても思う]または[まあまあ思う]が15名(75.0%)から20名(100%)と変化した。特に、[とても思う]は5名(25.0%)から16名(80.0%)と変化した。回答項目を数値に変更し、ウィルコクソンの符号順位検定を行った結果、市民公開講座への参加後には自分の身近な人や医療者と話してみようと思う人が増えた($P<0.05$)。

[うま塩活動についての思いや、その他自由記述]について内容分析した結果、30件の記録単位を抽出し、5つのカテゴリーに分類した(表6)。以下より、カテゴリーを【 】、記録単位の一部を「 」として記載した。

【うま塩活動の普及への希望】では、9件の記録単位があり、「うま塩活動が広まってほしい」や「自然と健康な食生活を送れるように、うま塩活動を今後も広めていきたい」、「今後もうま塩弁当の提供を続けていきたい」等があった。

【うま塩弁当の魅力の発見】では、7件の記録単位があり、「味が薄いかと思っていたが、しっかりした味やボリュームがあって満足できた」や「低カロリーでおいしいのか疑問だったが、とてもおいしくて、ボリュームもあり、驚いた」、「とても美味しい健康によい食事だと思った」等があった。

【うま塩活動のやりがいの共有】では、6件の記録単位があり、「地域の食材を使ったり、調理方法を工夫したり、愛情のこもった料理を作っているのだと思った」や「美味しかったと言ってもらい、うれしかった」、「食に対しての思いが伝わって良かった」等があった。

【人生会議への意欲の始まり】では、4件の記録単位があり、「人生会議について考えた事はなかったが、少しずつでも家族で話し合ってみたいと思った」や「人生会議でいろいろな話が聞けて、これからの自分の人生にとっても役立つと感じた」等があった。

【振り返りによる健康への関心の高まり】では、4件の記録単位があり、「生活習慣について振り返ることができてよ

表5 自分の健康を身近な人や医療者と話す意欲の変化

項 目	n = 20, 人数 (%)	
	講座参加前	講座参加後
とても思う	5 (25)	16 (80)
まあまあ思う	10 (50)	4 (20)
あまり思わない	5 (25)	0 (0)
思わない	0 (0)	0 (0)

項目を数値化し、ウィルコクソンの符号付順位検定を実施 ($P<0.05$)

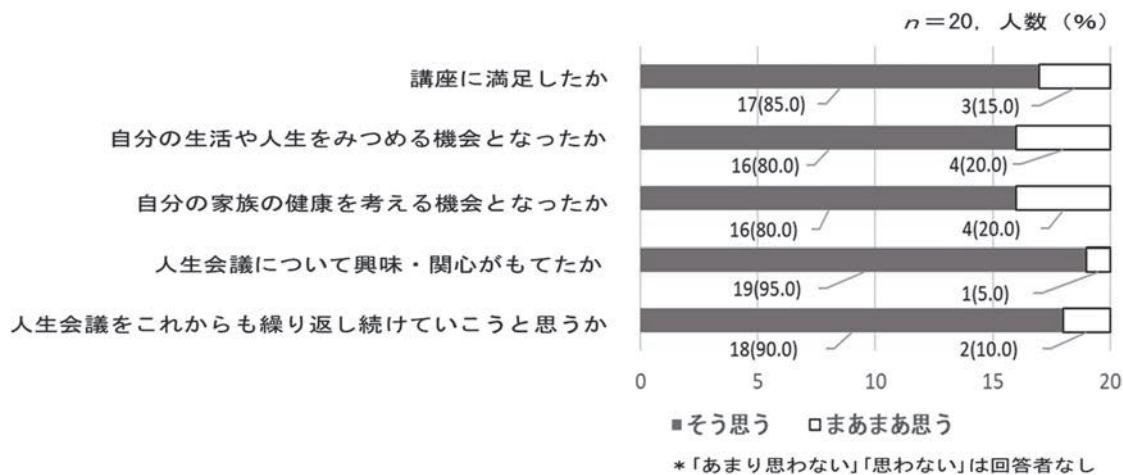


図1 市民公開講座の評価 (質問紙調査)

表6 市民公開講座に参加した感想

記録総数：30、個（％）

カテゴリー	記録単位（一部抜粋）	記録単位数
うま塩活動の普及への希望	・ うま塩活動が広まってほしい ・ 自然と健康な食生活を送れるように、うま塩活動を今後も広めていきたい ・ 今後もうま塩弁当の提供を続けていきたい	9 (30.0)
うま塩弁当の魅力の発見	・ 味が薄いかと思っていたが、しっかりした味やボリュームがあって満足できた ・ 低カロリーでおいしいのか疑問だったが、とてもおいしくて、ボリュームもあり、驚いた ・ とても美味しい健康によい食事だと思った	7 (23.3)
うま塩活動のやりがいの共有	・ 地域の食材を使ったり、調理方法を工夫したり、愛情のこもった料理を作っているのだと思った ・ 美味しかったと言ってもらい、うれしかった ・ 食に対しての想いが伝わって良かった	6 (20.0)
人生会議への意欲の始まり	・ 人生会議について考えた事はなかったが、少しずつでも家族で話し合ってみたいと思った ・ 人生会議でいろいろな話が聞けて、これからの自分の人生にとっても役立つと感じた	4 (13.3)
振り返りによる健康への関心の高まり	・ 生活習慣について振り返ることができてよかった ・ 健康は大事な事だと思った ・ 健康について話し合う良い機会となった	4 (13.3)

かった」や「健康は大事な事だと思った」、「健康について話し合う良い機会となった」等があった。

VI. 考 察

1. 人生会議を通して表出された気づき

人生会議は、あらゆる年齢や健康段階の成人が個人の価値観、人生の目標、将来の医療に関する希望を理解し、共有することを支援するプロセス（Sudore et al., 2017）である。超高齢社会の本邦においては、要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期から人生会議を開始することが推奨されている（日本老年医学会, 2019）。

本研究の対象者は、20歳代から60歳代であり、Havighurst（1953/1995）によれば、壮年期（成人前期）から中年期にあたる。これらの時期は幅が広いが、熟度の差はあれ共通してみられる発達課題は、家族を管理すること、一定の経済的水準を築き、それを維持すること、大人としての市民的・社会的責任を達成すること等とされる。座談会形式での人生会議では、これらの壮年期の特徴のように、＜仕事による不規則な生活習慣＞、＜自分のことより家族の介護を優先する生活習慣＞、＜生活習慣への関心の低さ＞などに【仕事や家族を中心とした生活】が語られていた。この座談会形式の人生会議での冒頭の語りから、対象者自身の健康への関心の低さが推察された。一方、話し合いが進むにつれて、「自分の健康に感謝をする気持ちを大切にしたい」等の【自分だけでなく家族や周囲の人々を大切に思う気持ち】を表出し、家族や周囲の人々を大切に思う自分の気持ちを語っていた。また、市民公開講座全体の評価として実施した質問紙調査では、全員が＜自分や家族の健康を考える機会となったと思う＞と答えていた。このように、仕事や家族が中心という価値観から、対

象者自身の健康について改めて考えるきっかけとなっていたことが推察される。

さらに、市民公開講座全体の評価として実施した質問紙調査では、全員が＜人生会議について興味・関心がもてた＞と答え、座談会形式の人生会議においても【人生会議への関心の向上】がみられていた。この関心の高まりは、今後どのように生きていきたいかを考え、主体的に自分自身の人生に関わっていくことに繋がると期待される。

しかしながら、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性がある。そのため、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要（厚生労働省, 2018）とされている。対象者らは壮年期から中年期にあたり、仕事や結婚、育児、介護、自分自身や家族の雇い等の様々なライフイベントに影響を受け、健康への価値観が変容することも考えられる。セルフケアは生涯にわたって自分の生活の中で行われるもの（Waki et al., 2016）であり、人生会議を実施することは、セルフケアの観点からも重要であると考えられる。したがって、人生会議を繰り返し実施することは、ライフサイクルに応じた今の価値観や思いを振り返り、自らの今後の人生に向けた意思決定を主体的に積み重ねていくための重要なプロセスであると考えられる。

2. 語ることから始まる生活習慣病予防

健康日本21（第三次）健康増進の目標では、生活習慣病の発症予防・重症化予防に向けた包括的な対策の実施が求められている（厚生労働省, 2023）。また、保健医療福祉分野の地域ごとの様々な課題に地域が自ら取り組む中では、看護学と社会の協働による取り組みが重要とされている（日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会, 2020）。本研究では、

A大学とB市が協働し、減塩啓発活動の一環として、市民公開講座を開催し人生会議を行った。その結果、対象者には、【人生会議への意欲の始まり】に加え、【振り返りによる健康への関心の高まり】が生じ、【うま塩活動への普及の希望】へと繋がっていた。うま塩活動は、地域に住む人々がより健康に豊かに過ごすにあたって重要な役割を担っている(藤内, 2020)。人生会議を行ったことは、対象者が減塩啓発活動の担い手であることを自覚することの一助となることが示唆された。

また、本研究では、B市の減塩啓発活動の関係者に対して、実際にうま塩弁当を食べる健康教育を導入したうえで、座談会形式の人生会議での対話を行った。その結果、＜やりたい仕事を楽しみ、協力すること＞のように【食を通じた地域に寄り添う健康づくりの工夫】を語り合い、【うま塩弁当の魅力が発見】し、【うま塩活動のやりがいの共有】をしていた様子が推察された。さらに、質問紙調査の回答では、「美味しかったと言ってもらい、うれしかった」、「食に対しての想いが伝わって良かった」、「今後もうま塩弁当の提供を続けていきたい」等の評価がみられた。このように、人生会議を行ったことは、これまでの生活習慣病予防に関連した健康教育にとどまらず、対象者の仕事でもあるうま塩活動への意欲に結びつく役割を果たしていたと考える。特に、対話の導入として提供されたうま塩弁当の実食は、減塩啓発活動の実際を知り、人生会議における対話を促進する一助となっていたと考えられる。本研究の結果は、教育機関と地域が協働し、健康と人生の両面から地域に根差した生活習慣病予防に取り組むことが、地域に住む人々自らが地域の健康増進活動に取り組む基盤づくりの一助となる可能性を改めて示唆している。

3. 本研究の限界

本研究は市民公開講座において得られたデータを2次的に活用した分析であり、対象者数が限られ、地域や属性に偏りがあるため、得られた結果を一般化するには限界がある。また、本来であれば、多くの地域住民を対象にすべきであったが、本研究では、うま塩弁当・料理を提供する店舗の就労者も地域の市民の一部とみなし、減塩啓発を目的とした公の講座であることから、市民公開講座とした。そのため、対象者はB市の店舗の就労者に限らず、看護学生も含まれており、これらの対象者から得られたデータの解釈となったことに限界がある。本研究では、減塩啓発活動と人生会議の関連について、対象者の語りから一定の関連性が示されたものの、減塩啓発活動が「自身や周囲の健康や生きることにどう位置づけられるか」について、より内省的に捉える視点を明確に問うことは含まれていなかった。

これらの点を含め今後はさらに、減塩啓発活動と人生会議の意味の結びつきを明確にし、長期的な視点からの検討が必要である。

Ⅶ. 結 論

本研究において、A大学とB市が協働した市民公開講座を

通して、B市が推進する減塩啓発活動（うま塩活動）において、人生会議を実施することの意味を明らかにすることを目的とし、市民公開講座で得られたデータを分析した。その結果、対話を促進する導入として提供されたうま塩弁当の会食では【味がしっかりして美味しかった】等の感想がみられた。また、座談会形式での人生会議では、【仕事や家族を中心とした生活習慣】【自分だけでなく家族や周囲を大切に思う気持ち】【食を通じた地域に寄り添う健康づくりの工夫】【人生会議への関心の向上】が語られた。さらに、市民公開講座後には【うま塩弁当の魅力の発見】があり、自身の健康について身近な人や医療者と話してみようと思う人が増加し、主体的に自身の人生に関わっていく一助となることが示唆された。本研究における座談会形式での人生会議の実施によって、対象者が減塩啓発活動の担い手であることを自覚し、減塩啓発活動への意欲に結びついていた。

なお、本研究はJSPS 科研費 18K10313 の助成を受けたものである。

本研究の実施および公表に関して開示すべき利益相反は無い。

謝辞

本研究に多大な御理解と御協力を頂いたB市の医療保険課の皆様、うま塩活動に取り組む地域住民の皆様に深く感謝致します。

Ⅷ. 引用文献

- 舟島なをみ. (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 医学書院.
- Havighurst, R. J. (1995). 人間の発達課題と教育. (莊司雅子 監訳), 玉川大学出版部. (1953)
- 厚生労働省. (2018, 3月). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>
- 厚生労働省. (2023, 5月31日). 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件 (厚生労働省告示第二百七号).
<https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf>
- 厚生労働省第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会. (2021, 12月20日). 健康寿命の令和元年値について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000872952.pdf>
- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分会. (2020, 9月2日). 「地元創成」の実現に向けた看護学と社会との協働の推進.
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t292-8.pdf>
- 日本学術会議臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分会. (2020, 8月11日). 生活習慣病予防のための良好な成育環境・生活習慣の確保に係る基盤づくりと教育の重要性.
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t293-3.pdf>
- 日本老年医学会. (2019). 日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」. 日本老年医学会雑誌, 56 (4), 411-416.
- 日本糖尿病学会. (2019). 糖尿病診療ガイドライン 2019. 南江堂.

- 大野夏稀, 脇幸子, 森元竜太郎, 佐藤祐貴子. (2022, 1月29日 - 2月15日). 「病を持っていてもいなくても“よりよく生きる”を目指した人生会議」の意義 (口演発表). *日本看護研究学会 第26回九州・沖縄地方会学術集会*. 久留米大学医学部看護学科.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12 (1), 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., Matlock, D. D., Rietjens, J. A. C., Korfage, I. J., Ritchie, C. S., Kutner, J. S., Teno, J. M., Thomas, J., McMahan, R. D., & Heyland, D. K. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain Symptom Management*, 53 (5), 821-832, e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>
- 藤内修二. (2020). 健康寿命日本一を目指す大分県の取り組み —多様な主体との協働による社会環境の整備—. *日本健康教育学会誌*, 28 (3), 215-223.
- Waki, S., Shimizu, Y., Seto, N., Sugahara, M., & Yoshida, Y. (2016). Insights into self-care behavior of patients with diabetes: support using a computerized self-evaluation system. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(10), 51-64. DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n10p51>

◇研究報告◇

精神科看護者が患者から日勤帯で受ける 言語的暴力の実態

—単科精神科病院 1 施設における調査—

大金彩花¹⁾*, 則村 良¹⁾

【目的】精神科看護者が患者から受ける言語的暴力の実態を明らかにし、被害の予防・防止策の示唆を得ること。

【方法】1 施設の精神科病院の看護者 162 名に調査票を配布した。基本属性と調査期間の任意の 3 日勤を選択してもらい言語的暴力の回数、受けた時間帯や場所、状況、内容を把握し、記述統計とフィッシャーの正確確率検定等を実施した。

【結果】有効回答は 67 名（有効回答率 41.4%）。67 名の 3 日勤、計 201 日で言語的暴力は 35 回発生し、一日勤あたり平均 0.2 回だった。場所、状況、内容で言語的暴力を受けた人数の割合に有意な差が認められた。

【結論】個人属性による有意な差はなかったが、患者のパーソナルスペースであるベッドサイドや相談・要望の場であるステーションカウンター等で多かった。予防・防止策として、患者の背景や特性の把握、自律性や価値観への配慮、言語的暴力の背景にある怒りや欲求不満への介入等が示唆された。

【キーワード】言語的暴力、メンタルヘルス、院内暴力、精神科看護、

1. はじめに

暴力行為は病院における重大なアクシデントの 1 つである。暴力は、保健医療従事者に身体的ダメージを与えるにとどまらず、より高いケアの提供を妨げ、個人の尊厳と自尊心を脅かすと言われている (International Council of Nurses, 2007)。暴力予防、そして暴力を受けた後のサポートの充実は臨床において重要な課題の一つといえる。

病院で働いている職種で患者からの暴力を一番受けやすいのは患者との距離が近い看護者である。友田ら (2010) は、看護師の 67.5% が患者から暴力を受けていたこと、これは全職種の中で最も暴力被害の割合が多かったことを報告している。そして暴力被害の内容については、日本看護協会 (2018) は 2017 年の看護職員実態調査で、2617 名のうち過去 1 年間で患者から身体的な攻撃を受けた看護職員は 567 名 (21.6%)、精神的な攻撃を受けた看護職員は 336 名 (12.8%)、意に反する性的な言動を受けた看護職員は 333 名 (12.7%) だったことを明らかにしている。また看護者のなかでも、精神科病院の看護者は暴力に遭遇する可能性が高いといえる。本武 (2019)

は、精神科看護師が入院中の患者による 1 か月以内に受けた暴力を分類し、身体的な暴力を受けた看護師は 29.8%、言語的暴力を受けた看護師は 57.0%、性的暴力を受けた看護師は 15.4% だったことを報告している。調査期間や対象が異なるため 2 つの研究の単純な比較は難しいが、1 か月以内の調査にかかわらず、すべての暴力の種類で精神科看護師が暴力を受けた割合は多く、精神科病院の看護者は一般科の看護者と比べ、暴力を受ける危険性が高いといえる。

精神科看護者が受ける暴力のなかでその割合が多いのは言語的暴力であるが、言語的暴力の実態は十分に明らかになっていない。先行研究では、暴力全体の調査で言語的暴力の割合が最も多いこと (友田ら, 2010; 本武, 2019)、言語的暴力を受けた精神科看護師の割合が身体的暴力を受けた看護師の割合の約 2 倍であることが報告されている (本武, 2019)。そして、言語的暴力は身体的暴力のように看護師に対して物理的な被害は与えないものの、不安 (伊東, 2012) やトラウマ反応 (新井ら, 2015)、ストレス (泉, 種田, 2015a; 泉, 種田, 2015b) を引き起こすことや、言語的暴力の内容が脅迫や誹謗・中傷、非難だった (小宮ら, 2005) ことが報告されて

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 7 月 22 日

1) 駒木野病院

* E-mail: kango@komagino.jp

いる。以上のように、言語的暴力の被害の割合や被害内容などは明らかになってきているが、精神科看護者が患者から言語的暴力を受ける時間帯や場所、状況などの実態を明らかにした研究は見当たらなかった。

精神科看護者への言語的暴力の頻度は多く、看護者への影響も大きいため、言語的暴力の対策は暴力予防・防止のなかでも喫緊の課題である。言語的暴力の実態を把握することは、言語的暴力の傾向を知り、予防・防止策の示唆につながると考える。

Ⅱ. 目 的

本研究は精神科看護者が患者から受ける言語的暴力の実態を明らかにし、患者からの言語的暴力の傾向を知ることで、言語的暴力の予防・防止策の示唆を得ることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは前向き実態調査研究である。

2. 用語の定義

言語的暴力とは「個人の尊厳や価値を言葉によって傷つけたり、おとしめたり、敬意の欠如を示す行為」とし、具体的に身の危険を感じるような脅迫、大声の罵声、人格否定、容姿を否定するもの、男女差別と捉えられ不快に感じられるような言葉を指す。ケアに対する不満や意見、看護者の介入を拒絶する言葉、汚い言葉遣いは言語的暴力には該当しないものとした。

3. 研究対象者

単科精神科A病院に勤務する看護者のうち、病棟看護管理責任者を除く162名を対象にした。A病院は二次保健医療圏で精神科救急急性期医療を提供している病院である。

4. データ収集内容

1) 研究対象者の属性

性別、年齢、看護者経験年数、精神科経験年数、包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme、以下CVPPPと略す）トレーナー養成研修受講の有無、勤務する病棟の種類を把握した。

2) 言語的暴力に関する項目

2週間の調査期間のうち研究対象者に任意で日勤帯の3日を選択してもらい、勤務開始から言語的暴力を受ける毎に調査票に記載することで、患者から受ける言語的暴力の回数、その時間や場所、状況、内容を把握した。

5. データ収集方法

データ収集は2023年2月～2023年3月に実施した。調査票を1施設、単科の精神科病院に勤務する精神科看護者に配布した。調査を依頼した際に、研究対象者が調査開始日の前に日勤帯の3日を事前に決めること、研究対象者が決定した3日間で言語的暴力を受けた場合はその日の勤務中に記載するよう文書と口頭で説明を行った。回収は各病棟に回収箱を

設置し、調査期間終了後に研究者が回収箱を撤収した。

6. データ分析方法

各データについて記述統計量を算出した。その後、言語的暴力を受けた群と受けていない群の差を調べるためにマン・ホイットニーのU検定、フィッシャーの正確確率検定を実施した。言語的暴力の時間帯、場所、状況、内容に割合の差があるかどうかを調べるためにコ克蘭のQ検定を実施し、有意差がみられた場合には各群間での差を調べるためにマクネマー検定を実施した。統計解析には、Excel、EZRを用いた。検定の有意水準は5%未満とした。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は医療法人財団青溪会駒木野病院研究倫理委員会の承認（承認番号：2022-1313）を受け実施した。施設長と看護管理責任者に研究の趣旨と方法を口頭と文書で説明し承認を得た上で、研究対象者に調査票を配布した。研究対象者には調査票に付属する文書で研究の概要、自由参加、個人情報保護、データの保管と処理、公表の仕方、投函をもって同意とみなすこと等を説明した。調査票は封入の上、研究者が設置・撤収する鍵のかかる回収箱への投函を求めた。

Ⅴ. 結 果

1. 研究対象者の属性（表1）

162名に調査票を配布し、うち有効回答の67名（有効回答率41.4%）を分析の対象とした。研究対象者は男性が22名、女性が45名だった。年齢の中央値は34.0歳、資格は看護師64名、准看護師が3名、看護者経験年数の中央値は10.0年、精神科経験年数の中央値は9.0年だった。CVPPPトレーナー養成研修を受講した者は16名、受講したことが無い者は51名で、勤務病棟は精神科救急・急性期が25名、精神科一般病棟が37名、児童精神科病棟が5名だった。

表1 研究対象者の属性（N=67）

項目	n (%)	中央値 [四分位]
性別		
男性	22 (32.8)	
女性	45 (67.2)	
年齢		34.0 [28.0, 45.0]
資格		
看護師	64 (95.5)	
准看護師	3 (4.5)	
看護師経験年数		10.0 [5.5, 16.0]
精神科経験年数		9.0 [4.5, 14.0]
CVPPP トレーナー養成研修の受講		
有	16 (23.9)	
無	51 (76.1)	
病棟		
救急・急性期	25 (37.3)	
一般	37 (55.2)	
児童	5 (7.5)	
言語的暴力		
有	23 (34.3)	
無	44 (65.7)	

2. 言語的暴力を受けた群と言語的暴力を受けていない群の比較 (表2)

研究対象者が設定した任意の日勤3日間で、患者から言語的暴力を受けた者は23名(34.3%)、回数は35回だった。研究対象者67名が設定した調査日延べ201日から、言語的暴力の発生は日勤の一勤務あたり平均0.2回であった。言語的暴力を受ける精神科看護師の特徴を明らかにするため、言語的暴力を受けた群と受けていない群の属性で差があるか確認した。性別では、言語的暴力を受けた群で女性が78.3%と男性より多いものの有意な差はなかった($p=.184$)。年齢では有意な差はなかった($p=.105$)。資格では、両群とも看護師が95%以上で有意な差はなかった($p=1.000$)。看護師経験年数では、有意な差はなかった($p=.117$)。精神科経験年数では、有意な差はなかった($p=.348$)。CVPPP トレーナー養成研修を受講した者としていない者で有意な差はなかった($p=.547$)。病棟の割合は、言語的暴力を受けた群と受けていない群で有意な差はなかった($p=.295$)。言語的暴力を受けた群と受けていない群の属性に差はなかった。

3. 言語的暴力の実態 (表3)

1) 時間帯別の言語的暴力を受けた人数

最も多かったのは10時31分～12時30分に12人(17.9%)であったが、コクランのQ検定では人数の割合に有意な差はなかった(検定統計量=3.23, $p=.357$)。

2) 場所別の言語的暴力を受けた人数

【患者の自室】が10人(14.9%)、【スタッフステーションカウンター】が9人(13.4%)であった。コクランのQ検定を実施した結果、場所によって言語的暴力を受ける人数の割合が多く、有意な差が認められた(検定統計量=17.78, $p=.003$)。場所間での差をみるために、各場所間でマクネマー検定を実施した結果、【患者の自室】が【保護室】、【病棟外】と比べて割合が多く、有意な差が認められた。また【ステーションカウンター】は【保護室】、【病棟外】と比べて割合が多く、有意な差が認められた。

3) 状況別の言語的暴力を受けた人数

【ふいに】が13人(19.4%)、【医学的処置中】が6人(9.0%)であった。コクランのQ検定を実施した結果、状況によって

表2 言語的暴力を受けた群と受けていない群の比較 (N=67)

項目	受けた群 (N=23)		受けていない群 (N=44)		p 値
	n (%)	中央値 [四分位]	n (%)	中央値 [四分位]	
性別 ^a					.184
男性	5 (21.7)		17 (38.6)		
女性	18 (78.3)		27 (61.4)		
年齢 ^b		31.0 [26.5, 39.0]		36.0 [29.8, 46.0]	.105
資格 ^a					1.000
看護師	22 (95.7)		42 (95.5)		
准看護師	1 (4.3)		2 (4.5)		
看護師経験年数 ^b		8.0 [4.5, 14.5]		11.5 [7.0, 18.3]	.117
精神科経験年数 ^b		7.0 [4.0, 13.0]		9.0 [5.8, 14.0]	.348
CVPPP トレーナー養成研修を受講 ^a					.547
有	4 (17.4)		12 (27.3)		
無	19 (82.6)		32 (72.7)		
病棟 ^a					.295
救急・急性期	10 (43.5)		15 (34.1)		
一般	13 (56.5)		24 (54.5)		
児童	0 (0.0)		5 (11.4)		

a: フィッシャーの正確確率検定、b: マン・ホイットニーのU検定

表3 言語的暴力の実態

項目	言語的暴力を受けた人数 (%)	項目間の比較	検定統計量, p 値	多重比較 (検定統計量, p 値)
時間			3.23, .357	
①8:31～10:30	9 (13.4)			
②10:31～12:30	12 (17.9)			
③12:31～14:30	7 (10.4)			
④14:31～16:30	6 (9.0)			
場所		17.78, .003		
①患者の自室	10 (14.9)			>②(4.08, .043) >⑥(8.10, .004)
②保護室	2 (3.0)			
③廊下	3 (4.5)			
④共用スペース	5 (7.5)			
⑤ステーションカウンター	9 (13.4)			>②(5.14, .023) >⑥(7.11, .008)
⑥病棟外	0 (0.0)			
状況		17.04, .002		
①ふいに	13 (19.4)			>②(4.27, .039) >④(6.75, .009) >⑤(8.64, .003)
②療養上の世話	4 (7.5)			
③医学的処置中	6 (9.0)			
④患者に変容を促した	3 (4.5)			
⑤患者からの依頼を断った	1 (1.5)			
内容		13.19, .040		
①脅迫・威嚇	3 (4.5)			
②罵声	6 (9.0)			>⑥(4.17, .041)
③怒鳴る	5 (7.5)			
④人格否定	6 (9.0)			>⑥(4.17, .041)
⑤容姿を否定	8 (11.9)			>⑥(6.13, .013) >⑦(4.00, .046)
⑥差別と捉えられるような不快な言葉	0 (0.0)			
⑦その他	1 (1.5)			

項目間の比較: コクランのQ検定 多重比較: マクネマー検定

言語的暴力を受ける人数の割合が多く、有意な差が認められた（検定統計量=17.04, $p=.002$ ）。状況間での差を見るために、各状況間でマクネマー検定を実施した結果、【ふいに】が【医学的処置中】以外の状況と比較したときに割合が多く、有意な差が認められた。2番目に割合が大きかった【医学的処置中】は他の状況との有意な差が認められなかった。

4) 言語内容別の言語的暴力を受けた人数

【容姿を否定するもの】が8人（11.9%）、【罵声】が6人（9.0%）、【人格否定】が6人（9.0%）であった。コクランのQ検定を実施した結果、言語的内容によって人数の割合が多く、有意な差が認められた（検定統計量=13.19, $p=.040$ ）。内容間での差を見るために、各内容間でマクネマー検定を実施した結果、【容姿を否定する】は【差別と捉えられるような不快な言葉】、【その他】と比較し割合が多く、有意な差が認められた。また【人格を否定する】と【罵声】はそれぞれ【差別と捉えられるような不快な言葉】と比較し割合が多く、有意な差が認められた。

VI. 考 察

1. 精神科看護者が患者から言語的暴力を受ける傾向

1) 言語的暴力は誰でも受ける可能性がある

分析の結果、患者から言語的暴力を受けた精神科看護者の群と言語的暴力を受けていない精神科看護者の群との間で性別、年齢、看護者経験年数、精神科経験年数、CVPPP トレーナー養成研修受講の有無、勤務する病棟の種類など属性による有意な差は見られなかった。言語的暴力は身体的暴力とは違い、とっさに回避することが難しく、精神科看護者であれば個人の属性に関係なく、誰でも言語的暴力を受ける可能性があると考えられる。そのため、精神科看護者は配属前に言語的暴力についての知識を獲得し言語的暴力に備えることが望ましく、病院組織としてそれが実現できるように体制を整えておくことが必要になるのではないかと考える。一方、先行研究では、看護師経験年数が20年以上の群は有意に言語的暴力を受けていなかった（本武, 2019）という報告がある。本研究は研究対象者の75.0%は看護者経験年数が16.0年以下であり単純な比較は難しいが、本研究でも看護者経験年数について有意差は認められないものの言語的暴力を受けていない群は受けた群より、看護者経験年数、精神科経験年数ともに長かった。そのため、経験によって培われた技術や暗黙知が言語的暴力を予防しているとも考えられる。言語的暴力を予防するために、今後経験年数が20年以上の精神科看護者を対象にした、言語的暴力を予防するための技術や知識を明らかにする研究が重要になると考える。

2) 言語的暴力は突発的に受けやすい

精神科看護者が患者から言語的暴力を受けた時間帯に偏りがなく、状況別では【ふいに】が【医学的処置中】以外の状況と比較したときに言語的暴力を受けた人数の割合が多かった。精神科看護者が予想していない場面で言語的暴力を受け

ていたことは、精神科病院における約8割の暴力が予測不能、突発的に起きていたという報告（日本精神科病院協会看護・コメディカル委員会, 2017）と同様であった。衝動性に関連する精神疾患として秩序破壊的・衝動制御・素行症候群があるが、統合失調症、双極性障害、認知症、注意欠陥・多動性障害など多くの精神疾患においても易刺激性と制御困難な衝動的行動は問題になる。精神疾患を抱える患者は環境の変化に弱く、怒りを感じる閾値が低いため、精神科看護者にとっては日常の些細な出来事であっても、患者にとってはセルフコントロールが困難になる出来事の場合もある。そのため、精神科看護者はリスクアセスメントにおいて、患者の背景や特性を把握しどのようなことが刺激になるか知ることや、患者と接触した際は患者の変化を見逃さないように注意して観察することが必要であると考えられる。

3) 言語的暴力は患者が感情的になりやすい場所で受けやすい

分析の結果、場所別では【患者の自室】と【ステーションカウンター】が【保護室】、【病棟外】と比べて、精神科看護者が言語的暴力を受けた人数の割合が多かった。本武(2022)は、精神疾患を抱える患者は精神症状から自身の安全を保つためにパーソナルスペースを広く保とうとする可能性が高いこと、そして、自室全体にパーソナルスペースが及んでいる場合があり、ケア提供者は患者の緊張を高めることを指摘している。また、自室は患者自身のプライベートな空間であり、自分の思いを表出しやすい場所でもある。精神科看護者は訪室時の振る舞いによって、気づかぬうちに患者の不安や緊張を高めてしまい、言語的暴力を受けていたと考えられる。精神科看護者は自室が患者の日常生活の場であることを認識し、患者の自律性や価値観に配慮した関わりをする必要があると考えられる。一方、ステーションカウンターは共用スペースであるが、精神科看護者と患者において接触の機会が多く患者からの要望を聞いたり、交渉を行ったりする場所でもある。交渉の内容によっては、患者は不満や怒りを感じ、言語的暴力として表出してしまうのではないかと考える。患者とのコミュニケーションの中で対立しないために、精神科看護者にはCVPPPにおけるディエスカレーションの技術が重要になると考える。

4) 言語的暴力は容姿や人格などに関連した内容が多い

言語的暴力の内容別では、【容姿を否定する】は【差別と捉えられるような不快な言葉】、【その他】と比較し受けた人数の割合が多く、また【人格を否定する】と【罵声】はそれぞれ【差別と捉えられるような不快な言葉】と比較し、受けた人数の割合が多かった。先行研究でも、言語的暴力として罵声や非難、誹謗・中傷、脅迫があった（小宮ら, 2005）ことが報告されているが、今回、それらのなかでも【容姿を否定する】、【人格を否定する】、【罵声】を受ける割合が多かったことは新たな知見である。精神科病棟での入院は日常生活の制限が多いことや時として望まない治療を受けることもあるため怒りや欲求不満の状態に陥りやすい（下里, 2019）。精神

科看護師に対する仕事内容とは関係のない容姿や人格を否定する言葉や罵声は、患者が怒りや欲求不満を抱えられなくなった時に、目につきやすい表面的な事柄や反射的に稚拙な言葉を用いた看護師への言語的攻撃と考える。言語的暴力を予防する方法の1つとして、精神科看護師が言語的暴力の背景にある患者の怒りや欲求不満を減少させるアプローチをすることが必要になると考える。

2. 研究の限界

本研究は1施設でのデータ収集であり、本研究を実施したA病院の患者層や看護体制が大きく影響している可能性がある。またデータ数が少なく、得られた結果とその解釈を一般化するには限界がある。今後データ数を増やして、より信頼性のある結果を示す必要がある。

Ⅶ. 結 論

本研究では、精神科看護師が患者から日勤帯で受ける言語的暴力の実態を調査した結果、精神科看護師は言語的暴力を一日勤あたり平均 0.2 回受けていた。言語的暴力を受けることについて個人属性による差はみられなかった。場所では【患者の自室】【ステーションカウンター】が、状況では【ふいに】が、内容では、【容姿を否定する】【人格を否定する】【罵声】が言語的暴力を受けた人数の割合が多かった。これらの結果から、組織で事前に言語的暴力についての知識を獲得することができるような体制を整えておくこと、患者の背景や特性を把握すること、変化を見逃さないように注意して観察すること、患者の自律性や価値観に配慮した関わりをすること、CVPPP におけるディエスカレーションの技術が重要になること、言語的暴力の背景にある怒りや欲求不満を減少させるアプローチをすること、以上が言語的暴力の予防・防止策につながる可能性として示唆された。

本論文の内容の一部は第 54 回（2023 年度）日本看護学会学術集会において発表した。なお本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

- 新井明子, 有働忍, 森上美紀, 渡邊久美, 山下亜矢子. (2015). 言語的暴力を受けた精神科看護師のトラウマ反応と職場支援ニーズに関する研究. *日本看護学会論文集—精神看護—*, 45, 183-186.
- 本武敏弘. (2019). 精神科病院における入院中の患者による看護師に対する暴力に関する研究—入院中の患者による看護師に対する1ヶ月間の暴力の実態と特徴および精神状態への影響. *日本健康医学会雑誌*, 28 (3), 346-354.
- 本武敏弘. (2022). パーソナルスペースに影響を与える要因に関する文献検討—日本国内の文献を中心に—. *日本こころの安全とケア学会誌*, 4 (1), 1-9.
- International Council of Nurses. (2007). *Guidelines on coping with violence in the workplace* (pp.9-13), https://static1.squarespace.com/static/579770cd197aea84455d6908/t/57d86302d1758e16f4e0f072/1473798914990/guideline_violence.pdf

- 伊東健太郎. (2012). 暴言・暴力を受けた精神科看護師の気分と自尊感情, 精神科看護への誇りについての検討. *日本赤十字北海道看護大学紀要*, 12, 9-17.
- 泉孝子, 種田智一. (2015a). 精神科看護師が言葉の暴力によって受けるストレスとコーピングに関する考察. *日本看護学会論文集—ヘルスプロモーション—*, 45, 215-218.
- 泉孝子, 種田智一. (2015b). 精神科看護師が言葉の暴力をストレスと認知する状況. *日本看護学会論文集—ヘルスプロモーション—*, 45, 211-214.
- 小宮 (大屋) 浩美, 鈴木啓子, 石野 (横井) 麗子, 石村佳代子, 金城祥教. (2005). 入院患者から看護師が受ける暴力的行為に関する研究—18 人の精神科看護師の体験. *日本精神保健看護学会誌*, 14 (1), 21-31.
- 日本看護協会. (2018). 2017 年看護職員実態調査: 勤務先における暴力・ハラスメント. *日本看護協会調査研究報告*, 92, 29-30.
- 日本精神科病院協会看護・コメディカル委員会. (2017). 精神科病院暴力行為実態調査報告書. *日本精神科病院協会雑誌*, 36 (1), 49-51.
- 下里誠二. (2019). 1 暴力と攻撃性の理解. 下里誠二 (編), *最新 CVPPP トレーニングマニュアル* (pp.34-43). 中央法規出版.
- 友田尋子, 三木明子, 宇垣めぐ, 河本さおり. (2010). 患者からの病院職員に対する暴力の実態調査—暴力の経験による職種間比較. *甲南女子大学研究紀要*, 4, 69-76.

◇研究報告◇

COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの
変化と関連要因—Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic を活用した
質問紙調査より—石橋彩香^{1)*}, 今村美咲¹⁾, 河野 梓¹⁾, 佐藤裕紀²⁾, 佐藤直美²⁾, 杉浦里香¹⁾, 大矢広美¹⁾

【目的】 A病院は、COVID-19 重点医療機関として2部署でCOVID-19 患者を受け入れた。COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの変化と関連要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】 2部署の看護師計64名に対し3回の質問紙調査を実施した。質問紙は、Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic (TMDP) および自作の項目で構成した。

【結果】 TMDP 得点を低群・高群の2群で比較し、調査時期と群別人数との間に有意な関連はなかったが、調査1回目では「ストレスの発散方法があった」、「同僚からのサポートがあった」など複数項目で有意な関連がみられた。

【結論】 看護師の時期によるストレスの変化はみられなかったが、同僚からの声かけ、必要物品の充実、自身のストレス発散方法などが、看護師のストレス軽減に関連している可能性が示唆された。

【キーワード】 新型コロナウイルス感染症、感染症看護、ストレス

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、日本においては2020年1月15日に最初の感染者が確認された後（国立感染症研究所、2020）、ワクチン接種も開始されたが終息することなく3年が経過し、2023年5月8日より、感染症法上の位置付けが「5類感染症」に変更となった。

A病院は、高度急性期病院として、地域医療の中核を担っている。それに加え、COVID-19 中等症、重症患者を受け入れる重点医療機関として、2020年3月～2022年3月までの期間、一般病棟と集中治療部で中等症患者、重症患者をそれぞれ受け入れた。

COVID-19 患者対応をする看護師について、大竹らは、感染への恐れ、不安や孤独、不満や不信感を示す項目が高率に認められ、ストレスが高い状況にあると報告している（大竹・谷口、2020）。

A病院において2020年3月から継続してCOVID-19 患者対応をしている看護師からは、COVID-19 患者受け入れ当初は様々な不安の声が聞かれた。一方、その後A病院独自のCOVID-19 対応マニュアルが確立されたことや、COVID-19 の

症状の経過や治療方法を知ることで、ストレスが軽減していることも考えられた。未知の感染症であったCOVID-19の患者対応は、看護師にとって、時間の経過と共に徐々に疾患そのものの情報が共有されたり、経験が蓄積されたりしていくことで、ストレスの度合いが変化していった可能性があるが、COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの変化やその関連要因について示す先行研究はほとんど見当たらない。そこで、本研究では、COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの変化とその関連要因について明らかにすることとした。これにより今後の感染症看護における看護師のメンタルサポートの一助となる示唆が得られると考える。

II. 目的

本研究の目的は、COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの変化とその関連要因を明らかにすることである。

III. 方法

1. 対象者

調査実施時点で、A病院において中等症入院患者を受け入れる病棟と重症入院患者を受け入れる集中治療部に所属して

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 浜松医科大学医学部附属病院 2) 浜松医科大学医学部看護学科

* E-mail: rikai104@hama-med.ac.jp

いる看護師を対象とした。ただし、看護師長および入職1年目看護師は除外した。調査時、対象部署に勤務していた対象者は、中等症病棟23名、集中治療部41名であった。

2. 調査方法

研究デザインは量的記述的研究であり、無記名自記式質問紙調査法を用いた。

対象部署の看護師長に口頭および説明・同意文書を用いて研究への協力を依頼し、承諾を得て質問紙を配布した。対象者には説明・同意文書、質問紙の説明文を通じて本研究の主旨を説明した。質問紙は無記名回答とし、各部署に設置した回収袋にて回収した。

3. 調査期間

該当部署にCOVID-19患者が入院した時点で調査開始とし、同一の質問紙を用いて、初回調査から1ヶ月おきに、2週間の回答期間を設けて3回調査を実施した。調査時期は、1回目が2022年8月、2回目が同年9月、3回目が同年10月であった。なお、回答者の紐付けは行っていないため、3回の回答者は同一とはなっていない。

4. 調査内容

1) 属性

所属部署、所属部署での勤務期間、COVID-19患者への直接対応の有無について尋ねた。

2) Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic

Shiwakuらが開発したCOVID-19診療に従事する医療者のストレスを検出する評価尺度「Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic (TMDP)」(以下、TMDP)を使用した。この評価尺度は、Shiwakuらにより十分な内的一貫性を有していることが確認されており、クロンバック α 係数は0.74と報告されている(Shiwaku et al., 2020)。

TMDPは、感染に対する懸念を評価する「COVID-19に罹患するのが怖い」「COVID-19に罹患するかどうかは制御できないと感じる」「COVID-19患者のケアのリスクを受け入れられないと感じる」「COVID-19に罹患しないための職場環境の安全が保たれていないと感じる」「新型コロナウイルスを周囲にうつすのではないかと不安になる」の5項目、COVID-19パンデミックに起因する社会的なストレスを評価する「自分の仕事のせいで、周囲の人が私を避ける」「COVID-19に関連して職場の人間関係が悪化した」「COVID-19に関連して家族の人間関係が悪化した」「COVID-19に関連した経済的負担を感じる」の4項目からなる計9項目の質問を5段階評価で選択するスケールである。満点は36点であり、メンタルケアの必要性を判断するカットオフ値は14点とされており、合計点数14点以下がメンタルケアの必要なし、15点以上がメンタルケアの必要ありとされている。本研究での使用にあたっては開発者の許可を得た。

TMDPは過去2週間を振り返る評価スケールのため、1回の調査回答期間は2週間を設けた。

3) ストレスの変化に関連すると考えられる質問項目

本研究では、看護師のストレスの変化と関連要因を明らかにすることを目的としており、質問項目はストレスの関連要因を評価するために設計した。質問項目の内容は、日本赤十字社が提示している、COVID-19へ対応する職員のためのサポートガイドの「困難な状況で働く職員がこころの健康を維持するために必要な4要素」の、職務遂行基盤(スキル、知識、安全)、個人のセルフケア、家族や同僚からのサポート、組織からのサポート(日本赤十字社, 2020, p16)をもとに作成した項目を使用した。「COVID-19患者対応を通じて、COVID-19の症状や経過、対応方法が分かってきた」「自身のストレス発散方法があった」「COVID-19患者の受け入れを行う中で、周りからのサポートが得られた」の3つの項目の有無を尋ね、さらにサポートがあったと回答した場合には誰からのサポートか、どのようなサポートであったか、といった内容を選択肢から回答してもらった。

5. 分析方法

得られたデータは、それぞれ記述統計を行い、データの分布を確認した。TMDP合計得点を14点以下の低群、15点以上の高群の2群に分け、TMDP得点の群別人数と調査時期、部署およびストレスに関連した項目との関連は χ^2 検定を用いた。統計解析には、IBM SPSS statistics Ver.27を用いた。

IV. 倫理的配慮

研究対象者に、説明・同意文書、質問紙の説明文を用いて研究の目的と意義、調査方法と内容、参加の自由、研究参加に伴う利益と不利益、個人情報保護、研究成果を学会および学術雑誌等で発表することについて説明をした上で同意を得た。本研究による同意は、本人による質問紙の同意欄へのチェックにより得た。また、本研究は、浜松医科大学医学部附属病院看護研究倫理基準に基づき、臨床研究審査委員会の承認を得て実施した(承認番号21-304)。

V. 結 果

3回の調査を合わせて、中等症入院患者を受け入れる病棟の看護師59部と、重症入院患者を受け入れる集中治療部に所属している看護師55部の合計114部の回答を得た(回収率59.4%)。そのうち、同意の欄にチェックのなかった中等症病棟の1部と、COVID-19患者対応を直接行っていないと回答した集中治療部の5部を除き、108部のデータを分析対象とした(有効回答率56.2%)。本研究では、有意水準を5%と設定した。調査時期ごとの基本属性の結果を表1に示す。

また、中等症病棟および集中治療部の両部署のTMDP得点を低群(メンタルケアの必要なし)および高群(メンタルケアの必要あり)の2群に分け、全調査期間の人数分布を比較した結果を表2に示す。

表1 調査時期別の基本属性 (n (%))

	1 回目		2 回目		3 回目	
	中等症病棟 (n=21)	集中治療部 (n=14)	中等症病棟 (n=18)	集中治療部 (n=17)	中等症病棟 (n=19)	集中治療部 (n=19)
各部署の経験年数						
0～6 ヶ月	19 (90. 5)	4 (28. 6)	15 (83. 3)	6 (35. 3)	14 (73. 7)	4 (21. 1)
7～12 ヶ月	0 (0)	1 (7. 1)	1 (5. 6)	1 (5. 9)	4 (21. 1)	3 (15. 8)
1 年以上	2 (9. 5)	9 (64. 3)	2 (11. 1)	10 (58. 8)	1 (5. 3)	12 (63. 2)

調査実施時期 1 回目：2022 年 8 月 1 日～14 日，2 回目：9 月 1 日～14 日，3 回目：10 月 1 日～14 日

※ 3 回目：小数点以下第 2 位を四捨五入したため両病棟ともに合計 100.1%となっている

表2 両部署における TMDP 得点の群別人数 (n (%))

	1 回目			2 回目			3 回目			全調査期間		
	低群	高群	p 値	低群	高群	p 値	低群	高群	p 値	低群	高群	p 値
中等症病棟	9 (42. 9)	12 (57. 1)	. 407	10 (55. 6)	8 (44. 4)	. 193	13 (68. 4)	6 (31. 6)	. 461	32 (55. 2)	26 (44. 8)	. 071
集中治療部	8 (57. 1)	6 (42. 9)		13 (76. 5)	4 (23. 5)		15 (78. 9)	4 (21. 1)		36 (72. 0)	14 (28. 0)	
両部署合計	17	18		23	12		28	10		68	40	

p 値： χ^2 検定

1 回目：n=35，2 回目：n=35，3 回目：n=38，全調査期間：n=108

1. 調査時期ごとの TMDP 得点高群・低群別人数分布

両部署における TMDP 2 群の調査時期による人数分布を比較した結果を表 3 に示す。調査時期と TMDP 群別人数の有意な関連は見られなかった。

また，TMDP 群別人数分布と各質問項目の回答の関連を調査時期別に分析した。全調査期間では「自身のストレス発散方法があった」および「COVID-19 患者の受け入れを行う中で，周りからサポートが得られた」に有意な関連がみられた。その中の具体的なサポート内容では「組織」，「上司」，「同僚」，「友人」，「声掛けがあった」，および「必要な物品の提供」の項目に有意な関連がみられた。調査 1 回目では「自身のストレス発散方法があった」および「COVID-19 患者の受け入れを行う中で，周りからサポートが得られた」に有意な関連がみられ，その中の具体的なサポート内容では「同僚」，「友人」，「声掛けがあった」の項目に有意な関連がみられた。2 回目では，「声掛けがあった」に有意な関連がみられ，3 回目では，全ての項目で有意な関連はみられなかった。

2. 中等症病棟の調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数分布

中等症病棟の TMDP 得点 2 群と各質問項目を調査時期別に分析した結果を表 4 に示す。

中等症病棟において，調査時期と TMDP 得点による群別人数分布に有意な関連は見られなかった。全調査期間における関連項目については「COVID-19 患者の受け入れを行う中で，周りからのサポートが得られた」に有意な関連がみられた。その中の具体的なサポート内容では「組織」，「上司」，「同僚」，および「必要な物品の提供」の項目に有意な関連がみられた。

調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数分布においては，調査 1 回目では，「COVID-19 患者の受け入れを行う中で，周りからのサポートが得られた」に有意な関

連がみられ，その中の具体的な内容では「同僚」および「声掛け」の項目に有意な関連がみられた。調査 2 回目では，具体的なサポート内容の「組織」，「同僚」，および「必要な物品の提供」に有意な関連がみられた。調査 3 回目は，全ての項目で有意な関連はみられなかった。

3. 集中治療部の調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数分布

集中治療部の TMDP 得点 2 群と各質問項目を調査時期別に分析した結果を表 5 に示す。

集中治療部でも，調査時期と TMDP 得点の群別人数分布に有意な関連は見られなかった。全調査期間における関連項目については「自身のストレス発散方法があった」の項目に有意な関連がみられた。また，具体的なサポート内容の項目の「友人」で有意な関連がみられた。

調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数分布においては，調査 1 回目では，全調査時期の結果と同様の結果が得られたが，調査 2 回目ではどの項目にも有意な関連は見られなかった。調査 3 回目では「自身のストレス発散方法があった」の項目に有意な関連がみられた。

VI. 考 察

1. 調査時期によるストレスの程度とその関連要因について

本研究では，COVID-19 患者対応をする看護師のストレスの変化を明らかにすることを目的として 1 ヶ月おきに 3 回の調査を行ったが，調査時期と TMDP 得点 2 群の群別人数分布に有意な関連は見られなかった。すなわち，ストレスの程度による分布が調査時期によって変化することはなかった。しかし，調査を重ねるごとに TMDP 低群の割合が増加している傾向は見受けられ，COVID-19 患者対応をする看護師の中で，強くストレスを感じている者の割合が減少していった可能性は考えられる。

表3 調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数(*n*)

		1回目			2回目			3回目			全調査期間		
		低群		高群	低群		高群	低群		高群	低群		高群
		17	18		23	12		28	10		68	40	
		<i>p</i> 値			.078								
		低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値
COVID-19患者対応を通じて、COVID-19の症状や経過、対応方法が分かってきた	はい	16	17	.743	22	12	.657	27	10	.737	65	39	.526
	いいえ	1	1		1	0		1	0		3	1	
自身のストレス発散方法があった	はい	13	7	.025*	18	7	.198	23	6	.163	54	20	.001**
	いいえ	4	11		5	5		5	4		14	20	
COVID-19患者の受け入れを行う中で、周りからサポートが得られた	はい	14	7	.009**	19	6	.053	23	9	.492	56	22	.002**
	いいえ	3	11		4	6		5	1		12	18	
組織	はい	4	2	.301	9	1	.060	10	2	.309	23	5	.002*
	いいえ	13	16		14	11		18	8		45	35	
上司	はい	8	4	.122	9	1	.060	10	3	.532	27	8	.035*
	いいえ	9	14		14	11		18	7		41	32	
同僚	はい	12	5	.011*	13	3	.076	16	5	.490	41	13	.005**
	いいえ	5	13		10	9		12	5		27	27	
家族	はい	9	5	.129	14	4	.122	14	6	.432	37	15	.089
	いいえ	8	13		9	8		14	4		31	25	
友人	はい	7	1	.016*	9	1	.060	8	3	.615	24	5	.010*
	いいえ	10	17		14	11		20	7		44	35	
声掛けがあった	はい	13	7	.025*	16	4	.040*	16	6	.589	45	17	.016*
	いいえ	4	11		7	8		12	4		23	23	
相談に乗ってもらった	はい	8	5	.238	11	4	.411	15	5	.568	34	14	.130
	いいえ	9	13		12	8		13	5		34	26	
必要な情報と知識の提供	はい	6	5	.632	7	1	.146	8	2	.470	21	8	.218
	いいえ	11	13		16	11		20	8		47	32	
適切な評価を受けた	はい	2	0	.229	4	2	.146	3	2	.396	9	4	.432
	いいえ	15	18		19	10		25	8		59	36	
必要な物品の提供	はい	5	2	.177	7	1	.146	8	1	.233	20	4	.019*
	いいえ	12	16		16	11		20	9		48	36	

p*<.05 *p*<.011回目:*n*=35, 2回目:*n*=35, 3回目:*n*=38, 全調査期間:*n*=108

低群:TMDP合計得点14点以下, 高群:TMDP合計得点15点以上

p 値: χ^2 検定表4 中等症病棟における調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数 (*n*)

		1回目			2回目			3回目			全調査期間		
		低群		高群	低群		高群	低群		高群	低群		高群
		9	12		10	8		13	6		32	26	
		<i>p</i> 値			.267								
		低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値
COVID-19患者対応を通じて、COVID-19の症状や経過、対応方法が分かってきた	はい	8	1	.830	10	8	—	12	6	.485	30	25	.681
	いいえ	1	1		0	0		1	0		2	1	
自身のストレス発散方法があった	はい	6	5		6	5	.914	8	4	.829	20	14	.506
	いいえ	3	11	.26	4	3		5	2		12	12	
COVID-19患者の受け入れを行う中で、周りからサポートが得られた	はい	8	5		8	3	.066	9	5	.516	25	13	.025*
	いいえ	1	7	.027*	2	5		4	1		7	13	
組織	はい	2	2	.748	4	0	.043*	4	0	.126	10	2	.028*
	いいえ	7	10		6	8		9	6		22	24	
上司	はい	5	2	.061	5	1	.094	6	1	.216	16	4	.006*
	いいえ	4	15		5	7		7	5		16	22	
同僚	はい	7	4	.044*	6	1	.040*	9	3	.419	22	8	.004**
	いいえ	2	8		4	7		4	3		10	18	
家族	はい	5	4	.309	5	2	.280	3	3	.241	13	9	.787
	いいえ	4	8		5	6		10	3		19	17	
友人	はい	3	1	.149	4	1	.196	4	2	.911	13	9	.639
	いいえ	6	11		6	7		9	4		19	17	
声掛けがあった	はい	8	5	.027*	6	2	.138	6	4	.405	11	4	.100
	いいえ	1	7		4	6		7	2		21	22	
相談に乗ってもらった	はい	5	3	.154	5	2	.280	5	3	.636	15	8	.212
	いいえ	4	9		5	6		8	3		17	18	
必要な情報と知識の提供	はい	2	4	.577	3	0	.090	6	1	.216	11	5	.199
	いいえ	7	8		7	8		7	5		21	21	
適切な評価を受けた	はい	0	0	—	0	1	.250	13	6	—	0	1	.263
	いいえ	9	12		10	7		0	0		32	25	
必要な物品の提供	はい	3	2	.375	5	0	.019*	5	0	.077	13	2	.004**
	いいえ	6	10		5	8		8	6		19	24	

p*<.05 *p*<.011回目:*n*=21, 2回目:*n*=18, 3回目:*n*=19, 全調査期間:*n*=58

低群:TMDP合計得点14点以下, 高群:TMDP合計得点15点以上

p 値: χ^2 検定

表5 集中治療部における調査時期別の TMDP 得点および関連項目による群別人数(*n*)

		1回目			2回目			3回目			全調査期間		
		低群	高群		低群	高群		低群	高群		低群	高群	
		8	6		13	4		15	4		36	14	
<i>p</i> 値		.340											
		低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値	低群	高群	<i>p</i> 値
COVID-19患者対応を通じて、COVID-19の症状や経過、対応方法が分かってきた	はい	0	0	—	12	4	0.567	15	4	—	35	14	0.529
	いいえ	8	6	—	1	0		0	0	1	0		
自身のストレス発散方法があった	はい	7	2	.036*	12	2	.052	15	2	.004**	34	6	.001***
	いいえ	1	4		1	2		0	2		2	8	
COVID-19患者の受け入れを行う中で、周りからサポートが得られた	はい	6	2	.119	11	3	.659	14	4	.596	31	9	.083
	いいえ	2	4		2	1		1	0		5	5	
組織	はい	2	0	.186	5	1	.622	6	2	.719	13	3	.318
	いいえ	6	6		8	3		9	2		23	11	
上司	はい	3	2	.872	4	0	.205	4	2	.372	11	4	.891
	いいえ	5	4		9	4		11	2		25	10	
同僚	はい	5	1	.086	7	2	.893	7	2	.906	19	5	.278
	いいえ	3	5		6	2		8	2		17	9	
家族	はい	4	1	.198	9	2	.482	11	3	.946	24	6	.123
	いいえ	4	5		4	2		4	1		12	8	
友人	はい	4	0	.040*	5	0	.140	4	1	.946	13	1	.041*
	いいえ	4	6		8	4		11	3		23	13	
声掛けがあった	はい	5	2	.280	10	2	.301	10	2	.539	25	6	.082
	いいえ	3	4		3	2		5	2		11	8	
相談に乗ってもらった	はい	5	4	.872	6	2	.893	10	2	.539	19	6	.529
	いいえ	3	2		7	2		5	2		17	8	
必要な情報と知識の提供	はい	4	1	.198	4	1	.825	2	1	.570	10	3	.646
	いいえ	4	5		9	3		13	3		26	11	
適切な評価を受けた	はい	2	0	.186	4	1	.825	3	2	.226	9	3	.791
	いいえ	6	6		9	3		12	2		27	11	
必要な物品の提供	はい	2	0	.186	2	1	.659	3	1	.827	7	2	.670
	いいえ	6	6		11	3		12	3		29	12	

p*<.05 *p*<.01 ****p*<.0011回目:*n*=14, 2回目:*n*=17, 3回目:*n*=19, 全調査期間:*n*=50

低群:TMDP合計得点14点以下, 高群:TMDP合計得点15点以上

p 値: χ^2 検定

また、中等症病棟と集中治療部を分けて分析した結果でも、調査時期によるストレスの程度に違いは見られなかった。これは、対応する COVID-19 患者の重症度に関わらず、ストレスの程度が時期によって大きく変化しなかったことを示している。しかし、両部署における全調査期間の TMDP 得点の高群の割合は、集中治療部 28%に対し、中等症受け入れ病棟は 44.8%と高い数値を示しており、統計的には有意な関連が見られなかったが、中等症病棟の方がストレス度合いの高い人が多かった可能性が考えられた。その要因として、集中治療部では、一般患者の受け入れ病床数 10 床に対し COVID-19 患者は 2 床で受け入れていたが、中等症受け入れ病棟では、調査時期後半には一般患者の受け入れも開始したものの、それまでは COVID-19 患者のみの受け入れを行っており、全ての看護ケアを PPE 着用で実施することや、常に感染の不安を抱えて業務をすることから、普段の業務との乖離が大きかったことが要因として考えられた。

両部署を合わせた全調査期間の関連項目では、「自身のストレス発散方法があった」および「COVID-19 患者の受け入れを行う中で、周りからサポートが得られた」に有意な関連がみられた。具体的なサポート内容として、「組織」、「上司」、「同僚」、「友人」、「声掛けがあった」、および「必要な物品の提供」と答えた回答者が有意に低群に多かった。また、調査時期別では 1 回目の調査で、「自身のストレス発散方法があった」「COVID-19 患者の受け入れを行う中で、周りからサポートが得られた」、サポート内容の「同僚」、「友人」、「声掛けが

あった」があるとした回答者が有意に低群に多く、他の時期と比べて有意な結果を示す項目が多かった。

徳永らの、看護師のストレス要因とその対処法を調査した研究では、看護師のストレッサーを個人外的ストレッサー、個人内的ストレッサー、対人関係のストレッサーに分け、個人内的ストレッサーとして重責感・精神的負担があり、同僚上司からの承認や達成感が得られる配慮などが対処法として報告されている（徳永他, 2023）。本研究の 1 回目の調査時期は、COVID-19 入院患者が増加していた時期でストレスが高くなっていた可能性があり、特にこれらのサポートがあると感じられた人はストレスが軽減できていた可能性が考えられた。一方で、調査 1 回目の 2022 年 8 月は COVID-19 の第 7 波と呼ばれていた時期で、患者数は増えていたものの、看護師にとってはすでに経験してきたことも多く、自身でのストレス発散方法を身に付けていた人はストレスの程度が低かったと考えられる。しかし、高群の割合は、最も低くなった 3 回目においても 26.3%を示しており、3 割近くの看護師が強いストレスを感じていた、という状況が改めて明らかとなった。

部署によって入院患者の重症度や各調査時期の環境は異なっており、部署ごとのストレスの程度とその関連要因を明らかにする必要があると考え、以下で考察をする。

2. 中等症病棟のストレスの程度とその関連要因について

中等症病棟においては、全調査期間の関連項目で「COVID-19 患者の受け入れを行う中で、周りからのサポートが得られ

た」に有意な関連がみられた。その中の具体的なサポート内容では「組織」、「上司」、および「同僚」からのサポートが得られたと答えた回答者が有意に低群に多く、「必要な物品の提供」があったと答えた回答者も同様に有意に低群に多かった。

調査1回目の中等症入院患者受け入れ病棟のCOVID-19患者の入院状況を見ると、調査を開始した月の前月である7月には多くの患者が入院しており、8月、9月となるにつれて少しずつ減少している。一方で、他部署からの応援人数も8月には多く、時期が進むにつれて減少していた。このことから、具体的なサポート内容として「同僚」および「声掛け」の項目に有意な関連がみられた可能性がある。これは、他部署からの応援も多かった時期であり、同僚からのサポートも得られたと感じられたことでストレスが他の時期と比較して特に高い状態とはならなかったと考えられる。

さらに、調査2回目のみ「必要な物品の提供」がなかったとした回答者が有意に高群に多かった。これは、調査開始前の6月の月間患者数は14人であったが、7月、8月と患者数が増加したことにより、2回目の調査時期の9月には物品の補充が少なくなった可能性が考えられた。

これらのことから、上司やスタッフ同士の助け合いの気持ちや、前述のように職場環境として他部署からの応援があるといった状況がストレスを緩和させていた可能性が考えられる。

3. 集中治療部のストレスの程度とその関連要因について

集中治療部においては、「自身のストレス発散方法があった」とした回答者は有意に低群に多く、調査時期別でも1回目と3回目に有意な関連がみられている。これは、集中治療部のCOVID-19患者の入院状況を見ると、調査開始前の6月は患者数が1人だったのに対し、7月から8月にかけて入院患者数が5人と最も多い時期となったことで、調査1回目は特に、ストレス発散方法を見つけるということに意識が向いていた可能性が考えられた。調査3回目においては、COVID-19患者数が0人に低下しており、A病院内のCOVID-19関連行動規範が9月1日より緩和され、院内での食事・休憩・飲食について、細かな制限が解除されていることも影響し、制限の多い生活からの解放がストレスの軽減につながったと考えられる。先行研究における看護師のストレス要因とその対処法の分類では、高度・多様・複雑な作業量の負担の項目で、友人・家族と楽しい時間を過ごす、睡眠・休息をとることが対処法の一つとして挙げられている(徳永他, 2023)。集中治療部のような特殊な環境においては、ストレスの発散方法を見つけることも、ストレスの軽減要因になると考えられる。

4. 今後の看護実践への示唆

日本赤十字社の、COVID-19 へ対応する職員のためのサポートガイドを参考に質問項目を作成し、本研究結果もこの内容を支持するものであった。これらの考察から、今後再びこのようなパンデミックが起きた際には、上司や同僚といったスタッフ間の声かけなどのサポートと共に、自身のストレ

ス発散方法を考えるといったセルフケア、患者看護に必要な物品提供を充実させることが必要であると考えられる。さらに、部署ごとにストレスの要因に違いが見られたことから、部署の特徴や環境の違いを考慮したストレス軽減のための支援も必要であると考えられる。

5. 本研究の限界と課題

本研究では、調査時期による看護師のストレスの変化として統計的に有意な結果は得られなかった。しかし、メンタルケアの必要があるとされる人数割合は、回を追うごとに低下した傾向は認められた。これらの理由として、調査間隔が1ヶ月と短かったこと、調査対象者数が少なかったことが考えられる。また、全3回の調査対象者が同一でなく、厳密に同じ対象者の変化を追えていなかったことも要因の1つとして考えられる。

本研究ではストレスに関連する項目の作成にあたり、日本赤十字社の COVID-19 へ対応する職員のためのサポートガイドを参考にし、結果もこの内容を支持するものであった。しかし、COVID-19 対応をする看護師のストレスに関連する項目を網羅的に調査できていたか、妥当性の検討が不十分であった可能性がある。

これらのことから、今後の課題として、インタビューによる質的なデータを組み合わせることにより妥当性・信頼性を高めた質問項目を作成することや、対象者数を増やして縦断的にストレスとそれに関連するものをより具体的に調査していく必要性があげられる。これらを調査しておくことで、今後パンデミックが起きた際、臨床現場で充分に活用することができると考えられる。

VII. 結 論

COVID-19 患者対応をする看護師のストレスと関連要因について、TMDP を用いた質問紙調査を 3 回にわたって行ったところ、時期によるストレスの変化はみられず、COVID-19 患者の減少や施設における支援体制の変化等の関連は明確にならなかった。しかし、業務上必要な物品の提供や同僚からの声掛けなどのサポート、また自身でストレス発散方法を身につけていることが、看護師個人のストレス軽減に関連している可能性が示唆された。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

VIII. 引用文献

- 国立感染症研究所．(2020)．日本国内の新型コロナウイルス感染症第一例を契機に検知された中国武漢市における市中感染の発生．*IASR*, 486:143-144.
<https://id-info.jihhs.go.jp/niid/ja/2019-ncov-e/9729-485p04.html>
- 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．p16,
<https://www.jrc.or.jp/saigai/news/pdf/%E6%96%B0%E5%9F%8B%E3%82%B3%E3%83%AD%E3%83%A%E3%>

82%A6%E3%82%A4%E3%83%AB%E3%82%B9%E6%84
%9F%E6%9F%93%E7%97%87%E7%BC%88COVID-19%
EF%BC%89%E3%81%AB%E5%AF%BE%E5%BF%9C%
E3%81%99%E3%82%8B%E8%81%B7%E5%93%A1%E3%
81%AE%E3%81%9F%E3%82%81%E3%81%AE%E3%82%
B5%E3%83%9D%E3%83%BC%E3%83%88%E3%82%AC
%E3%82%A4%E3%83%89.pdf

大竹徹, 谷口千枝. (2020). 新型コロナウイルス感染症に対応する医療従事者のメンタルヘルスケア～松江市立病院における精神科の取り組み～. *松江市立病院医学雑誌*, 24 (1), 6-10.

Shiwaku, H., Doi, S., Miyajima, M., Matsumoto, Y., Fujino, J., Hirai, N., Jitoku, D., Takagi, S., Tamura, T., Maruo, T., Shidei, Y., Kobayashi, N., Ichihashi, M., Noguchi, S., Oohashi, K., Takeuchi, T., Sugihara, G., Okada, T., Fujiwara, T., & Takahashi, H. (2020). Novel brief screening scale, Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic (TMDP), for assessing mental and social stress of medical personnel in COVID-19 pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75 (1), 24-25, <https://doi.org/10.1111/pcn.13168>

徳永龍子, 隈部利帆, 迫田絵理, 福留美加. (2013). 看護師のストレス分類と対処法に対する文献研究. *鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要*, 17, 71-84.

◇研究報告◇

舌切除再建術を受けた舌がん患者が抱える 術後早期の体験と看護支援の検討

木下雅恵¹⁾*, 河野美由紀¹⁾, 柳田由佳²⁾

【目的】 舌切除再建術を受けた舌がん患者が抱える術後早期の体験を明らかにし術前術後看護の示唆を得る。

【方法】 舌切除術を受けた3名の患者に半構造化面接を実施し得られたデータをカテゴリー化し分析した。

【結果】 舌がん術後早期の体験として【手術後の呼吸や摂食機能の変化に伴う苦痛】【摂食嚥下や構音、ボディイメージの変化】【闘病体験や病気に対峙する思い】【医療者や家族からのサポート】【会話や気分転換による心地よい時間】の5カテゴリー、15サブカテゴリー、81コードが抽出された。

【結論】 看護師は、呼吸や嚥下機能の変化に伴う苦痛、摂食嚥下・構音障害への戸惑いや不安があることを踏まえ、看護技術力の向上や多職種連携に繋げること、患者の精神面のケアと発話を促す必要性が示唆された。術前は患者の手術に対するイメージや思いを知り、個々に合わせた説明を補足し生活史を含めた支援をしていくことが重要である。

【キーワード】 舌がん, 術後早期, 体験

I. はじめに

口腔癌は口腔領域に発生するがんの総称であり、頻度が最も高いのは舌で 51.4% を占めていると報告されており（日本頭頸部癌学会, 2023）、外科的治療が中心となっている（日本頭頸部癌学会, 2022, P.47）。舌がん患者は罹患部位を切除することにより、舌の形態が変化し不十分な舌の動き、口腔通過時間の遅延、舌骨挙上の減少、誤嚥、喉頭侵入、喉頭蓋谷や梨状窩残留といった摂食機能障害が生じると報告がある（大西ら, 2019）。さらに構音障害に関しては、舌の切除範囲が大きくなるほど、その可動性は制限され発話明瞭度は低下する（日本頭頸部癌学会, 2022, P.33）。舌全摘出術や舌可動部全摘出術では、舌再建、頸部郭清術に加え咽頭喉頭の術後浮腫による気道狭窄の対策として、気管切開術をともに行われることが多い。患者は気管カニューレの挿入による筆談やジェスチャーでのやり取りに、自らの訴えをスムーズに伝えられなくなる。また気管カニューレの異物感があり頻回な痰の吸引も必要となる。それ以外に多数のデバイスにより行動が制限されると同時に、皮弁血流保持のため頸部可動域制限やベッド上安静を余儀なくされ高度ストレスの状況下に置かれる。

臨床において術後の患者からは「こんなにきついとは思わなかった」という言葉を聞くことがあり、想像を超えた苦痛を体験していることが考えられる。患者が順調に回復するためには、術後の苦痛により目標を見失い気力を絶やすことなく急性期を脱しリハビリ期へ移行する必要がある。

標準的な舌がん患者の看護には、手術の侵襲から回復を促すための身体的ケア（森山ら, 2015）や、会話の工夫などにより精神的苦痛を軽減するケアに関することが示されている（大西ら, 2019）。また周術期不安の軽減が回復意欲の励起に繋がることが述べられており（宮田, 2013）、舌がん術後患者の構音リハビリテーション（霜田ら, 1985）、退院後の食事摂取状況と QOL（石田ら, 2021）、会話変容のプロセスについての研究（大釜, 2006）が行われている。しかし、患者の術後早期の体験から心理面を細やかに捉えケアしていくための実践レベルでのケアのポイントが示された研究が見当たらなかった。

そこで急性期の困難を患者と共に乗り越え術後回復に向かうために、舌がん患者が術後早期の体験をどのように捉え対処しているのかを知り、心理面にも焦点を当てた術前・術後の看護上の示唆を得る必要があると考えた。

受付日: 2024 年 10 月 15 日 / 受理日: 2025 年 7 月 22 日

1) 宮崎県立宮崎病院 2) 宮崎県立延岡病院

* E-mail: okashiclub.t@gmail.com

Ⅱ. 目 的

舌切除再建術を受けた舌がん患者が抱える術後早期の体験を明らかにし、術前、術後看護の示唆を得る。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

体験：看護学研究論文における「体験」の概念分析を行った研究（中木ら，2007）を参考に、舌切除再建術を受けた舌がん患者に起きる身体的感覚と、術後の身体機能の変化に対する認識および行動や心理的な対処と定義した。

術後早期：手術後から気管カニューレが抜去される2～3週間までの期間とする。

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. 研究参加者

地域がん診療連携拠点病院であるA病院で、初回の舌切除再建術を受けた舌がん患者とした。また研究参加者は術後の構音障害を有するため、会話による意思疎通と面接可能な心身の状態にあることを選定条件とし、耳鼻咽喉科・歯科口腔外科医師より紹介を受け研究協力の同意が得られた患者とした。

4. 調査期間

2022年8月～9月

5. 調査内容と方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。インタビューガイドには術後の経過に沿って身体的苦痛・口腔内の感覚・睡眠や排泄の状況・コミュニケーションの困難感・発声や経口摂取訓練開始時・離床時の気持ち・困難な状況への対処方法・回復を実感した出来事などの項目を設定した。1回の面接時間は30分～1時間程度とし、研究参加者に許可を得てICレコーダーで面接内容を記録しデータとした。面接中は研究参加者に舌がん術後早期の体験について自由に語ってもらい研究者がさらに深く知りたい内容についてはその時々で研究参加者に返し、体験の意味を導き出せるよう対話を進めた。

6. 分析方法

各研究参加者の録音した面接内容から逐語録を作成し、逐語録を研究者間で精読し、舌がん術後早期の体験と思われる部分を意味内容を損なわないよう抽出した。抽出した部分は前後の文脈を考慮しながら短文化しコードとした。さらに、全研究参加者のコードを意味内容の類似性に基づきサブカテゴリー化し、さらに類似するサブカテゴリーを集めてカテゴリー化した。なお、分析過程においては質的研究に精通した看護学研究者よりスーパーバイズを受け、分析の信頼性・妥当性を高めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、宮崎県立宮崎病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号22-16）。

主治医より患者紹介を受けた研究参加候補者に、まず事前に研究の主旨・面接時間等を説明し研究内容の説明を聞く意向を確認した。研究参加候補者から了承が得られたのちに外来受診日の診療に支障のない時間に配慮し、研究目的と方法、研究参加への自由な意思決定と途中撤回の自由、プライバシーの保護、成果公表、研究開始から終了までのデータの保管管理と処理方法等について、口頭および文書で説明を行い書面にて同意を得た。研究参加者への面接はプライバシーの守れる個室で行った。得られたデータは逐語録を作成する段階で匿名化し管理した。

なお、研究参加者へは苦痛の強い時期を想起させるが、体の変化に対する思いを表現し術後早期の困難を乗り越えた経験が糧となり、現在のセルフケア獲得に繋がっていると感じられる機会となるよう配慮した。また、面接中に研究参加者の体調がすぐれない場合は、直ちに面接を中止し主治医に連絡ができるようにした。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の承諾が得られた舌切除再建術後患者は3名であった。性別は男性1名、女性2名、年代は60～70代、術後3ヶ月～1年未満であった。面接回数は1回で、面接時間は34～42分、平均面接時間は37分であった。

2. 舌がん術後早期の体験

舌がん術後早期の体験として【手術後の呼吸や摂食機能の変化に伴う苦痛】【摂食嚥下や構音、ボディイメージの変化】【闘病体験や病気に対峙する思い】【医療者や家族からのサポート】【会話や気分転換による心地よい時間】の5のカテゴリー、15のサブカテゴリー、81のコードが抽出された（表1）。以下ではカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[]、研究参加者の語りを「斜字」、研究参加者の語りを補正した内容を（ ），コードを〈 〉で示す。

1) 【手術後の呼吸や摂食機能の変化に伴う苦痛】

このカテゴリーは「気管カニューレに伴う耐えがたい苦痛がある」「気管内吸引の苦痛がある」「経腸栄養に伴う苦痛がある」の3つのサブカテゴリーで構成された。

「気管カニューレに伴う耐えがたい苦痛がある」では、「あんとき（手術後4日目ごろ）はほら痛いからね。ここ（喉）に管を入れてる時が一番辛かった。寝たままやろ、ここに（気管カニューレ）はまってるし、辛かった。ほんとにもう死んだほうがましだと思った。」と語られた。「気管内吸引の苦痛がある」では、「どうしても吸引の回数が増えるから、眠れなくなるでしょ。だから、せん妄状態にちょっとなって。壁が物に見えたり、映像みたいな形で見えたりとか。」と語られた。

表1 舌がん術後早期の体験

〈 〉：コード番号

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
手術後の呼吸や 摂食機能の変化 に伴う苦痛 ＜19＞	気管カニューレに 伴う耐えがたい 苦痛がある ＜7＞	自分では何ともいえない漠然とした辛さがあり、もう死んだ方がましだと思っていた 〈C-2〉
		術後は個室で発声のできない時期で人と話すこともできず、天井を見るしかなく耐えられなかった 〈C-16〉
	気管内吸引の 苦痛がある ＜6＞	気管内吸引が眠りを妨げ、せん妄になるほどきつかった 〈B-2〉
		痰の貯留を感じると苦痛を伴うものであったが、呼吸をする、酸素が全身に回るためには必要だから致し方なかった 〈B-3〉
	経腸栄養に伴う 苦痛がある ＜6＞	経腸栄養を始めるとすぐに吐き気がし頻繁に嘔吐していたことが一番つらかった 〈C-14〉
		経腸栄養の投与時間を長く感じ終わったら早く外してほしいと思っていた 〈A-24〉
摂食嚥下や構 音、ボディイ メージの変化 ＜18＞	残された機能を 駆使して新たな 飲み込み方を 身に付ける ＜11＞	食べることに時間がかかり少量ずつしか摂取できないと感じていたが、リハビリで自分に応じた食べ方や食形態の工夫を教えてもらった 〈A-25〉
		生まれてこの方意識的に経験したことがない、飲み込むことができない初めての経験をした。何度も摂取することを繰り返すことによって習得していき、味覚と固さが回復具合にマッチしていた 〈B-14〉
	外観の変化に戸惑う ＜3＞	鏡を見るたびに以前の顔と違うと感じ、術後の顔の変化ととらえ首元の傷には周りから見えないようスカーフなどで隠していた 〈A-27〉
		予想外に顔の形が変わり治らねと言われた。家族が驚くだろうとは思うが、マスクで顔を隠すし人に会うことはないから見られないと思い諦めた 〈C-21〉
	発声・発音に 苦勞する ＜2＞	発声・発音がうまくできないままなのか不安を感じるが自分にできる練習をしていた 〈A-40〉
		術前はリハビリで話せるようになるだろうと予想していたが、術後に話すことが想像以上に大変であった。しかし舌がんは取り去っているので話せるようになるだろうと思っていた 〈B-18〉
	上肢の挙上に 制限がある ＜2＞	右リンパ郭清の影響で右腕を上げる動作制限を、術前に想定できていなかった 〈B-15〉
		術後は右の肩、腹部、首に傷があり右肩が張り痛いので左手を使い起きていたが、右肩の関節可動域が低下しないように意識的に動かしていた 〈C-20〉
闘病体験や病氣 に対峙する思い ＜17＞	病氣を乗り越えた 経験を活かす ＜5＞	以前の大きな手術を元気になる信条で乗り越えた経験が、今回の手術において自分の心を強く保っていたことに影響していると感じていた 〈A-8〉
		ろっ骨骨折で安静にすることが回復を促すことは体験済みで、学習しているので活かされた 〈B-22〉
	病氣に負けない 気持ちを保つ ＜5＞	自ら多くの情報を得ず「元気になって帰る」という自分の気持ちを優先した 〈A-42〉
		悪性の癌と言われても、まわりに癌でも元気にいる人を思い浮かべマイナス思考にならなかった 〈A-3〉
	生きていくために 再手術を受ける ＜4＞	医師からの再手術の提案に早く治る方を自ら尋ね、辛かったが再手術を受ける決断ができた 〈A-12〉
		再手術をするかどうか決断する時に傷のある体に再びメスを入れることに躊躇するが、医療者が治す提案をしてくれたので元気に生きられ、治る方を選択した 〈A-14〉
	舌がんへの葛藤を 抱える ＜3＞	舌の症状が軽度だっただけに舌癌になるとは想像していなかったが、骨折やコロナの入院で体力が落ちたことが原因で発症したと思っていた。 〈B-21〉
医療者や家族か らのサポート ＜17＞	医療者の細やかな サポートがある ＜9＞	筆談であっても自分の意思を伝え、伝わり、些細な不具合にも応じてくれることに喜びを感じていた 〈A-18〉
		元気になるために医療者の力を借りたいと思っていた 〈A-43〉
	家族の存在が 支えになる ＜8＞	術後一人で我慢して頑張るのではなく家族に頼れる部分は頼っていた 〈A-31〉
		術後は家族のために回復して絶対退院すると思って頑張れた 〈C-18〉
会話や気分転換 による 心地よい時間 ＜10＞	気持ちを転換する ＜6＞	ラジオ体操や発声練習を自分から実施することで元気になる楽しみを見出していた 〈A-34〉
		回復が順調に進むよう体の安静を守りながらも、その時間にラジオを聴いたり本を読むことで気分転換をしていた 〈B-4〉
	会話を交わすことに 喜びを感じる ＜4＞	看護師や家族と話せることに回復してきたと実感していた 〈C-12〉
		メールを受け取っていたが声のやり取りができる喜びを身にしみて感じていた 〈C-13〉

2) 【摂食嚥下や構音, ボディイメージの変化】

このカテゴリーは「残された機能を駆使して新たな飲み込み方を身に付ける」[外観の変化に戸惑う]「発声・発音に苦労する」[上肢の挙上に制限がある]の4つのサブカテゴリーで構成された。

「残された機能を駆使して新たな飲み込み方を身に付ける」では「スープをスプーンで食べといかんというのがですよ。そっからやから、やっぱり順番ですわ。そして最初のうちは飲むのができなかった。そういうのがまず、初めての経験でしょ。飲み込み方に慣れないと食べられないです。」と語られた。[外観の変化に戸惑う]では「顔の形が(手術前と)違うなと感じました。顔が長くて、なんかあれ私の前の顔と違う。口があまり開かないし。(首に)スカーフ、ハンカチの小さいのをしたり。人は見てないと思うんですけど、鏡の前に行った時の自分の顔は、手術後はこんななんだったと思いました。」と語られた。

3) 【闘病体験や病気に対峙する思い】

このカテゴリーは「病気を乗り越えた経験を活かす」[病気に負けない気持ちを保つ]「生きていくために再手術を受ける」[舌がんへの葛藤を抱える]の4つのサブカテゴリーで構成された。

「病気を乗り越えた経験を活かす」では「舌癌の手術の〇年前に坂道で転倒して転んだんです。その手術が大きな手術。(下肢の)骨折をしていて、それで初めて手術をして、絶対元気になるって、それも一つの今回の舌がんの手術のときに自分の心が強くなれてたんじゃないかな。」と語られた。[生きていくために再手術を受ける]では「これが(舌再建部)再生できなかったでしょ。そしてこれ(再生できてない部分)をどうするか。あたししゃべれないからたぶん書いたと思うんですよ。どっちが早く治りますか先生って。そしたら手術をした方が早く治るよって。手術を受ける2度目の決断が辛かった。」と語られた。

4) 【医療者や家族からのサポート】

このカテゴリーは「医療者の細やかなサポートがある」[家族の存在が支えになる]の2つのサブカテゴリーで構成された。

「医療者の細やかなサポートがある」では「(術後は筆談に)なるなと思いました。声が出ないっていうのはちゃんと説明をもらっていた。自分の意思を伝えたい、それを分かってもらって、それをまた私にしてください。それが私にとっての喜び。枕の位置、クッションの位置とか動けない時ですね。」と語られた。[家族の存在が支えになる]では「お洗濯は私はしなくて、姉に甘えて全部来てもらったんです。自分で我慢するっていうよりも誰かに頼って、自分はそのあたりを楽したいっていうので。だから洗濯とかに行ったら大変だったと思うんです。自分一人で頑張ろうかじゃなくて。」と語られた。

5) 【会話や気分転換による心地よい時間】

このカテゴリーは「気持ちを転換する」[会話を交わすことに喜びを感じる]の2つのサブカテゴリーで構成された。

「気持ちを転換する」では「(安静の時間)は、ラジオを聴いたりしてたからですよ。それ(ラジオを聴いて)で紛らわしてたから。」と語られた。[会話を交わすことに喜びを感じる]では「(声が)出るようになったやつ(スピーチカニューレ)に変わって、声が出だしたんだなって娘が。子供の連絡もあったし、私もやっぱり嬉しかった。電話はね、つくづくいいわって思った。」と語られた。

VI. 考 察

1. 舌切除再建術を受けた舌がん患者が抱える術後早期の体験

本研究の分析の結果から、舌切除再建術後の舌がん患者が抱える術後早期の体験は、【手術後の呼吸や摂食機能の変化に伴う苦痛】に耐える中で【闘病体験や病気に対峙する思い】と【医療者や家族からのサポート】を闘病の力にし、【摂食嚥下や構音, ボディイメージの変化】を自覚する中にも【会話や気分転換による心地よい時間】を見出す回復に向かう過程であったことが明らかになった。

本研究の参加者である舌切除再建術を受けた舌がん患者は【手術後の呼吸や摂食機能の変化に伴う苦痛】に耐えていた。術後は気管切開や経管栄養、同一体位による安静が必要となる。参加者は「自分では何ともいえない漠然とした辛さがあり、もう死んだ方がましだと思っていた」と死を連想するほどの不安や恐怖を抱えていた。また「術後は個室で発声のできない時期で人と話すこともできず、天井を見るしかなく耐えられなかった」という心情を抱え苦痛に耐える日々を過ごしていた。さらに参加者は「気管内吸引の苦痛がある」ことに耐え「気管内吸引が眠りを妨げ、せん妄になるほどきつかった」と睡眠にまで影響を与えていた。

本研究の参加者は、苦痛に耐えながらも【闘病体験や病気に対峙する思い】を持っていた。「体が丈夫だと思っていたのに珍しい病気にかかり、納得できない考えを持っていたながらも対峙していくしかない」と転換していたなど「舌がんへの葛藤を抱える(る)」ていた。しかし「以前の大きな手術を元気になる信条で乗り越えた経験が、今回の手術において自分の心を強く保ていられたことに影響していると感じていた」と、苦痛に耐える時を「病気を乗り越えた経験を活かす」ことで乗り越えようとしていたと考える。さらに舌舌弁の生着不良という不遇の状況下においても「医師からの再手術の提案に早く治る方を自ら尋ね、辛かったが再手術を受ける決断ができた」と、舌がん患者の人生観や病気観を反映し「生きていくために再手術を受ける」決断に至っていた。

一方、本研究の参加者は術後の疼痛や苦痛、機能障害に苛まれながらも家族や医療者といった【医療者や家族からのサポート】を闘病の力にすることで気持ちを保っていた。「術後一人で我慢して頑張るのではなく家族に頼れる部分は頼っていた」や「術後は家族のために回復して絶対退院すると思って頑張れた」思いからも治療に専念でき、また苦しみを分かち合える存在として家族の及ぼす影響は大きいといえる。山

口ら（2013）は、人工呼吸器患者とのコミュニケーションで多様なメッセージを引き出すには、患者のおかれている状況と患者を全人的に捉える実践が求められると報告している。本研究の参加者においても、医療者を〈筆談であっても自分の意思を伝え、伝わり、些細な不具合にも応じてくれることに喜びを感じていた〉と意思を汲み取り最善を尽くしてくれる存在として認知し〈医療者の細やかなサポートがある〉との思いを持っていた。

リハビリテーションや離床を始める頃には【摂食嚥下や構音、ボディイメージの変化】を自覚するようになっていた。舌切除再建術では頸部や皮弁採取部にも大きな切開創が残る。顔面は腫脹・硬結し皮膚の柔軟性が失われ、表情を形作る細やかな動きにも支障が生じる。佐藤ら（2008）は、口腔がん患者における顔貌の変化は障害が人目につきやすいぶん、より深刻であると言えるだろうと報告している。本研究の参加者らも同様に〈鏡を見るたびに以前の顔と違うと感じ、術後の顔の変化ととらえ首元の傷には周りから見えないようスカーフなどで隠していた〉など想像以上の「外観の変化に戸惑（う）」っていた。

食事やゼリーを使用した経口からの直接訓練が開始されると〈生まれてこの方意識的に経験したことがない、飲み込むことができない初めての経験をした。何度も摂取することを繰り返すことによって習得していき、味覚と固さが回復具合にマッチしていた〉と術前のように咀嚼や嚥下ができない不自由さを体験していた。八田ら（2021）は舌切除を受けた人の体験として、食材ひとつひとつの感覚を常に新しく脳に記憶させ舌との相談を積み重ねたなかから、舌が喉への通過を許してくれたものだけを飲みこむという独自の食事体験をしていたと述べている。医療者から健側の舌を駆使した咀嚼や食塊を咽頭へ送り込む方法、嚥下しやすい食事形態の提案を受け自分に合う一口量・固さ・味覚を見出しながら〈残された機能を駆使して新たな飲み込み方を身につける〉という舌がん術後特有かつ独自の感覚を掴もうとしていた。

佐藤ら（2008）は顔貌の変化をはじめ、音声言語・表情の形成・咀嚼・嚥下・呼吸・味覚など多くの口腔機能がそれぞれについてどのような変化が起こるのかを、患者が術前にイメージするのは困難であろうと報告している。本研究の参加者らも〈術前はリハビリで話せるようになるだろうと予想していたが、術後に話すことが想像以上に大変であった〉と構音障害に苦労していた。一方で〈発声・発音がうまくできないままなのか不安を感じるが自分にできる練習をしていた〉と残された機能を繰り返し使い、術前の話し方に近づこうと【発声・発音に苦労する】様子が伺えた。

一方参加者は【会話や気分転換による心地よい時間】を見出すことをしていた。喉頭浮腫が改善しスピーチカニューレに変更されると〈メールを受け取っていたが声のやり取りができる喜びを身にしみ感じていた〉。伝える困難さを経験したからこそ、普段では何気ない【会話を交わすことに喜びを

感じる】体験をしていた。また〈回復が順調に進むよう体の安静を守りながらも、その時間にラジオを聴いたり本を読むことで気分転換をしていた〉と苦痛を伴う回復過程の中にも普段の習慣を取り入れ【気持ちを転換する】よう自ら整え、心の安寧をはかり闘病生活を送ろうとしていたと考えられる。

2. 看護への示唆

1) 術後の苦痛、摂食嚥下・構音障害への看護

本研究の参加者は術前に想像していた以上に術後の身体的苦痛や顔貌の変化、摂食嚥下障害や構音障害を体験していた。手術後の身体的苦痛では、呼吸や嚥下機能の変化に伴い吸引による呼吸苦や辛さ、不眠、発声できないことや経腸栄養による苦痛があった。吸引は看護師の経験やアセスメントの差により患者に苦痛を与える処置になってはならない。そのため、触診や聴診を含めたフィジカルアセスメントをその都度行いながら気管内吸引の必要性や効果を判断するとともに、短時間の吸引操作などの看護技術力の向上が求められる。また経腸栄養による嘔吐や誤嚥は、回復途中の状態にある患者に致命的な侵襲を加えることになる。看護師は患者の体格や消化機能なども考慮しながら個々に合わせた制吐剤の使用、栄養剤の種類、投与量や投与速度を細やかに検討することも必要である。

参加者は、術後に生じる摂食嚥下や構音の変化を体験している。看護師には、術式により生じる障害の程度や患者の感じる不自由さや疼痛の有無など丁寧な情報収集を行うことが求められる。医師、セラピスト、栄養士などと情報共有を行い、早期から個別性ある支援を行い効果的なリハビリへと繋げていく必要がある。さらに、参加者は発声ができるようになると、自分の構音の程度に戸惑いや不安を抱えていた。不完全な舌で会話する患者の不安や訴えを聞き、コミュニケーションにより発話を誘導しリハビリテーションが継続できるようサポートしていく。

2) 術前の個別性に合わせた説明と詳細な情報収集

佐藤ら（2008）は、病気や治療に関する「患者の理解や納得の程度を確認して、説明やその補充をする役割も看護に求められている」と報告している。顔貌の変化や摂食嚥下障害、構音障害については術式や経過により個別性が生じる。術前から舌がん患者の手術に対するイメージや思いを知り、個々に合わせた説明を補足する必要があること、医療者間で術後の残存機能と機能障害の程度を評価し、細やかな介入が必要であることが示唆された。

参加者らは、自身の闘病体験や病気に対峙する思い、周囲の支えを苦難を乗り越える力にしていた。江川（2017）は、過去の苦難の克服体験を尋ね自己効力感をアセスメントすることや、患者の信念や信仰は、回復に向けての大きな力となるため尊重するなどを看護実践として挙げている。看護師は手術歴や家族背景、ADL等の情報だけでなく、術前から患者がどのような信念や健康観・病気観を持ち手術に臨もうとしているのか、どのような日常に楽しみを見いだしているのか

を深く知り、生活史を含めた支援をしていくことが重要である。

3. 本研究の限界

舌がんは希少がんであり、本研究では3名の参加者のデータとなったこと、分析結果が研究者の分析力に規定されることが本研究の限界である。今後は、対象者を広げ本研究から得られた知見をもとに看護を実践し、検証していくことが課題である。

VII. 結 論

1. 舌切除再建術後の舌がん患者が抱える術後早期の体験は、【手術後の呼吸や摂食機能の変化に伴う苦痛】に耐える中で、【闘病体験や病気に対峙する思い】と【医療者や家族からのサポート】を闘病の力にし、【摂食嚥下や構音、ボディイメージの変化】を自覚する中にも、【会話や気分転換による心地よい時間】を見出す回復に向かう過程であったことが明らかになった。
2. 看護師は、患者の呼吸や嚥下機能の変化に伴う苦痛、摂食嚥下・構音障害への戸惑いや不安があることを踏まえ、看護技術力の向上や職種連携に繋げること、精神面のケアと発話を促す必要性が示唆された。術前には患者の手術に対するイメージや思いを知り、個々に合わせた説明を補足する必要がある。看護師は、会話できる喜びや回復していることを患者と共有し、術後の苦痛により目標を見失い、気力を絶やすことなく急性期を脱し、リハビリ期へ移行できるよう支援する。

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。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

謝辞

本研究に協力いただきました関係者の皆様に深く御礼申し上げます。

VIII. 引用文献

- 江川幸二. (2017). 回復意欲を高める看護実践. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 13 (1), 19-29.
- 八田理恵, 稲垣美智子, 多崎恵子, 堀口智美. (2021). 舌がんとともに生きる体験. *日本がん看護学会誌*, 35, 112-120.
- 石田悠理, 畠山陽, 船木佳秀, 眞壁幸子. (2021). 口腔癌術後患者における退院後の食事摂取状況の実態とその課題. *日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護*, 51, 144-147.
- 宮田剛. (2013). ESSENCE とはなにか—外科手術後の回復を促進するための4つのキーワード—. *外科と代謝・栄養*, 47 (5), 147-154.
- 森山寛, 小島博己. (2015). *耳鼻咽喉科エキスパートナーシング* (改訂第2版). 南江堂, 402-411.
- 中木高夫, 谷津裕子, 神谷桂. (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. *日本赤十字看護大学紀要*, 21, 42-54.

- 日本頭頸部癌学会編. (2022). *頭頸部癌診療ガイドライン*. 金原出版, 31-48.
- 日本頭頸部癌学会. (2023). *頭頸部悪性腫瘍全国登録2020年度初診症例の報告書*.
http://www.jshnc.umin.ne.jp/pdf/HNCreport_2020.pdf
- 大釜徳政. (2006). 器質性構音・音声機能低下を抱える舌がん患者における会話変容プロセスと社会環境との関連性. *日本看護研究学会雑誌*, 29 (2), 43-54.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsnr/29/2/29_20060223004/_article/-char/ja/
- 大西紗也子, 植田耕一郎, 阿部仁子. (2019). 舌部分切除患者の心理面の変遷に関する質的研究—M-GTA 分析による—. *日大歯学*, 93 (1), 9-18.
- 佐藤愛美, 金子有紀子, 金子昌子, 藤野文代, 小坂橋喜久代. (2008). 顔貌の変化をきたした口腔がん術後患者における退院後の生活実態. *The Kitakanto Medical Journal*, 58 (1), 17-26.
- 霜田美夕起, 鈴木健男. (1985). 舌広範切除後の構音障害に対するリハビリテーション. *耳鼻咽喉科臨床*, 78 (増4), 1864-1870.
- 山口亜希子, 江川幸二, 吉永喜久恵. (2013). ICU 看護師が体験した人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの困難さおよび実践. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 9 (1), 48-60.

◇研究報告◇

健康ポイント事業が肥満のある参加者の 体重減少に与える影響

大元寿馬^{1)*}, 芳我ちより²⁾

【目的】壮年期の体重減少を目標の一つとした自治体の健康ポイント事業において肥満のある参加者の健康指標への影響を検討することを目的とした。

【方法】岡山県笠岡市における事業参加者のKDBのデータ等を分析対象とし、1年間の体重変化量を目的変数、事業参加の有無を説明変数とし、年齢、性別、運動習慣等を交絡因子として重回帰分析により事業参加の効果を検討した。

【結果】事業参加は、肥満者の体重減少にわずかが寄与することを示した($\beta = -0.016$, $p = 0.002$)[§]が、年齢による調整後、その影響は減弱し、有意ではなくなった($\beta = -0.009$, $p = 0.808$)。

【結論】本研究は、事業参加が肥満のある参加者の1年後の体重減少やその他の健康指標と関連しなかった。その理由として、KDBデータは高齢者に偏っており、加齢による影響と推察された。保健事業には高齢者の参加が多く、それを予測した事業内容の検討が必要となる。

【キーワード】健康ポイント事業、生活習慣病予防、肥満、体重減少

I. はじめに

世界有数の長寿国である日本の公衆衛生的課題は健康寿命の延伸である(厚生労働省, 2012)。その方略の中心は生活習慣病予防であり(Murray et al., 2015), 2008年より生活習慣病予防に着目した特定健康診査(特定健診)・保健指導がその中心事業である。しかし、その受診率や実施率は伸び悩み(厚生労働省, n.d.), 効果が限定的という議論もある(柳・近藤, 2017)。

効果的な生活習慣病予防対策には、健康無関心層の人々に着目する必要がある(厚生労働省, 2018), その戦略として保健医療の分野を超え(佐々木・大竹, 2019), 行動経済学を取り入れたポピュレーションアプローチが注目されている(近藤, 2018)。その具体例が、多様なインセンティブにより行動を惹起する保健事業である(厚生労働省, 2016)。現在、多くの自治体が健康づくりに関するインセンティブ事業を健康ポイント事業と呼称し(全国知事会, 2019), 全住民を巻き込む新たな事業として実施している。

II. 目 的

先行研究はインセンティブ事業が及ぼす健康への影響として、食生活の改善(Lee et al., 2019; Kral et al., 2016), 身体活動量の増加(Gong et al., 2018; Patel et al., 2016), 禁煙(Notley et al., 2019; Witman et al., 2018), 体重減少効果(Volpp et al., 2008; Yancy Jr et al., 2019), などを報告している。しかし、これらは諸外国での研究であり、事業効果を検討した国内の研究は少ない(藤原ら, 2020)。

また、国内の研究は、事業への参加継続の要因を検討したものが多く(岡本ら, 2017; 松下ら, 2014; 千々木ら, 2023), 健康改善の効果を検討していなかった。加えて、健康との関連を検討した研究は、高齢者の運動機能やメンタルヘルスに焦点を当てており(藤原ら, 2020), 生活習慣病予防への関連を明らかにしてはいなかった。これらは、インセンティブ事業の生活習慣病予防効果について、さらなる研究の必要性を示唆している。

そこで、本研究は健康ポイント事業の効果として生活習慣病予防に着目し、肥満のある参加者の体重や糖・脂質代謝、

受付日: 2024年10月15日/受理日: 2025年7月22日

1) 岡山市保健所 2) 香川大学医学部看護学科

* E-mail: p61x11pj@s.okayama-u.ac.jp

血圧という生活習慣に関する健康指標への関連を検討することを目的とした。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

本研究のデザインは、既存データを用いた後ろ向きコホート研究である。曝露因子を健康ポイント事業参加有無として、肥満のある参加者と非参加者の体重、糖・脂質代謝の指標、血圧の変化量を比較した。

2. 健康ポイント事業

岡山県笠岡市における健康ポイント事業は 40 歳以上の市民を対象とし 2017 年から開始された。事業評価の目標は適正体重の維持であり、ポイントは、特定健診やがん検診、地域の飲食店での健康メニューの摂取、ウォーキング大会や体操教室などの健康事業へ参加により得点化された。

なお、本研究における事業参加は市に参加申請することにより ID 管理されたポイントカードを有する状態と定義した。

3. 分析対象

本研究の対象は、2017 年度から 2019 年度の岡山県笠岡市における国保データベース（以下、KDB）のデータおよび健康ポイント事業に関するデータなど、3,983 人分の既存データであった。なお、事業に関するデータは、事業参加有無が示された。

除外条件は、事業参加の 1 年後のアウトカムを評価するため、2 年連続の健診データがない者とした。さらに、本研究では体重減少が健康指標となるよう、BMI25 以上の肥満のある者に限定した。

さらに、事業参加者（以下、参加者）の参加期間は 2017 年 4 月 1 日から 2018 年 3 月 31 日または 2018 年 4 月 1 日から 2019 年 3 月 31 日であった。なお、1 年間の影響を検討するため、2 年連続の参加があった場合は 2017 年度のデータのみ使用した。

4. 分析項目と測定方法

1) アウトカム

主要アウトカムを参加者の 1 年間の体重変化量とした。参加者には体重増加した者と減少した者がいたが、事業のポピュレーションアプローチとしての影響を検討するため、両者を区別しなかった。この変化量は特定健診受診時に計測された事業参加年の体重と 1 年後の体重の差として算出した。体重はデジタル身長体重計を使用し（感量 100g）、着衣のまま計測後、衣類の重量を 6 月から 9 月末に 0.5kg、10 月から 5 月末に 1kg 減じた。また、糖・脂質代謝、血圧への影響を確認するため HbA1c、中性脂肪、LDL コレステロール、HDL コレステロール、血圧を副次アウトカムとした。なお、血圧は収縮期及び拡張期血圧を統合した指標として循環器疾患のリスクを予測できる平均血圧として導いた（Miura et al., 2009）。これらの変化量も参加時と 1 年後の値の差を算出した。

2) 交絡因子

事業参加時の年齢、性別、1 回 30 分以上の軽く汗をかく運

動を週 2 日以上、1 年以上実施（以下、運動習慣）、日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施（以下、身体活動）の 4 項目を交絡因子とし、特定健診の間診票から収集した。

5. 統計解析

事業参加群（以下、参加群）と非参加群の各変数の分布を明らかにするため、カテゴリカル変数は度数と割合、連続変数は平均値±標準偏差をそれぞれ男女別に算出し、検定を行った。

さらに、事業参加が肥満のある参加者の健康指標に関連するかを検証するため目的変数を 1 年間の各アウトカムの変化量、説明変数を事業参加有無として、回帰分析を行った。回帰分析は、多重共線性がないことを確認の上、交絡因子を共変量とし、変数を 1 つずつ強制投入法によりモデルに組み入れ、その影響を制御後、目的変数と説明変数の関連の強さを検討した。なお、本解析には IBM SPSSver20 を使用した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言および 2017 年の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を順守し、既存データの提供を受けた。

なお、岡山大学臨床研究審査専門委員会の承認を受けて実施した（整理番号：研 2004-011）。

Ⅴ. 結 果

1. 分析データの概要

3,983 人のうち欠損のある 1,055 人を除いた 2,928 人（73.5%）を対象とした。このうち、BMI25 以上の肥満のある者は 673 人（16.9%）であった。

分析対象とした 673 人は、男性 307 人（45.6%）、女性 366 人（54.4%）から構成された（表 1）。そのうち参加群は、男性 26 人（3.9%）、女性 101 人（15.0%）であった。

参加時の平均年齢は、男性の参加群で 74.3 歳（標準偏差 [SD]: 5.7）、非参加群で 69.7 歳（SD: 9.6）、女性の参加群で 71.7 歳（SD: 6.2）、非参加群で 71.7 歳（SD: 9.1）であった（表 1）。

さらに、参加時の平均体重は、男性の参加群で 73.2kg（SD: 6.4）、非参加群で 73.9kg（SD: 8.5）、女性の参加群で 62.2kg（SD: 6.4）、非参加群で 62.9kg（SD: 7.2）であった（表 1）。

また、性別ごとの年齢、運動習慣、身体活動について χ^2 検定を行なった（表 1）。まず、男性は年齢ごとの参加割合に差があった（ $p=0.042$ ）。さらに、女性の参加群は運動習慣がある割合が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。次に参加群と非参加群の年齢、体重、HbA1c、中性脂肪、LDL コレステロール、HDL コレステロール、平均血圧について男女ごとに t 検定を行なった（表 1）。男性の参加群の年齢が非参加群と比較して有意に高かったが（ $p=0.019$ ）、その他の変数に有意な差は見られなかった。

2. 健康ポイント事業の影響

1) 主要アウトカム

事業の影響を検討するため、肥満のある者における1年間の体重平均値の推移を参加群と非参加群で比較したところ(図1), 男性の参加群で73.2kg (SD:6.4) から, 73.0kg (SD:7.0) に減少した。これに比べ非参加群は73.9kg (SD:8.5) から, 73.3kg (SD:8.8) に減少しており非参加群の方が0.4kg 減少していた。一方, 女性の参加群で62.2kg (SD:6.4) から, 61.7kg (SD:6.6) に, 非参加群で62.9kg (SD:7.2) から, 62.7kg (SD:7.7) に減少しており, 参加群の方が0.3kg 減少していた。

また, 交絡因子を調整するため回帰分析を行った(表2)。単回帰分析では, 事業参加が体重減少に微小だが有意に寄与することを示した($\beta = -0.016$, $p = 0.002$)。次に, 年齢を共変量として調整した結果, 事業参加の影響は減弱し有意では

なくなった($\beta = -0.009$, $p = 0.808$) (モデル1)。他の交絡因子の影響を検討したが, どのモデルにおいても事業参加と体重減少の有意な関連を認めなかった(モデル2から4)。

2) 副次アウトカム

各副次アウトカムも主要アウトカムと同様に検討した(表2)。

各副次アウトカムの回帰係数の値は, 全てのモデルで -0.027 から 0.066 の間にあり, もっとも適合度の高いモデルにおける有意確率は「HbA1c ($p = 0.107$)」, 「中性脂肪 ($p = 0.770$)」, 「LDL コレステロール ($p = 0.808$)」, 「HDL コレステロール ($p = 0.545$)」, 「平均血圧 ($p = 0.134$)」という結果を示した。

このように, 事業参加と各副次アウトカムの有意な関連を認めなかった(表2)。

表1 参加時の分析データの概要

項目	対象者全体 ($n=673$) n (%)	男性 ($n=307$)		p 値	女性 ($n=366$)		p 値
		参加 ($n=26$) n (%)	非参加 ($n=281$) n (%)		参加 ($n=101$) n (%)	非参加 ($n=265$) n (%)	
年齢							
65歳未満	104 (15.5)	0 (0.0)	56 (19.9)	0.042*	8 (7.9)	40 (15.1)	0.13
65歳から74歳	351 (52.2)	17 (65.4)	144 (51.3)		59 (58.4)	131 (49.4)	
75歳以上	218 (32.3)	9 (34.6)	81 (28.8)		34 (33.7)	94 (35.5)	
運動習慣							
あり	262 (38.9)	13 (50.0)	117 (41.6)	0.409	53 (52.5)	79 (29.8)	<0.001***
なし	411 (61.1)	13 (50.0)	164 (58.4)		48 (47.5)	186 (70.2)	
身体活動							
あり	278 (41.3)	10 (38.5)	130 (46.3)	0.445	47 (46.5)	91 (34.3)	0.026*
なし	395 (58.7)	16 (61.5)	151 (53.7)		54 (53.5)	174 (65.7)	
項目	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	p 値	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	p 値
年齢	71.0±8.9	74.3±5.7	69.7±9.6	0.019*	71.7±6.2	71.7±9.1	0.999
体重	67.6±9.4	73.2±6.4	73.9±8.5	0.619	62.2±6.4	62.9±7.2	0.411*
HbA1c	5.81±0.6	5.66±0.7	5.83±0.6	0.187	5.77±0.6	5.83±0.5	0.322
中性脂肪	138.0±95.2	135.5±60.9	153.9±124.1	0.458	134.7±67.0	122.8±63.9	0.118
LDL	121.9±30.0	111.1±26.9	120.2±29.9	0.137	120.7±20.9	125.1±32.9	0.127
HDL	55.2±14.8	48.4±11.0	50.7±12.7	0.379	59.6±16.8	59.0±14.8	0.732
平均血圧	96.5±11.4	97.9±9.8	96.3±11.3	0.500	97.5±11.3	96.2±11.6	0.309

※1: LDLは「LDLコレステロール」の略, HDLは「HDLコレステロール」の略

※2: カテゴリカル変数は χ^2 検定, 連続変数はt検定を実施。 * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

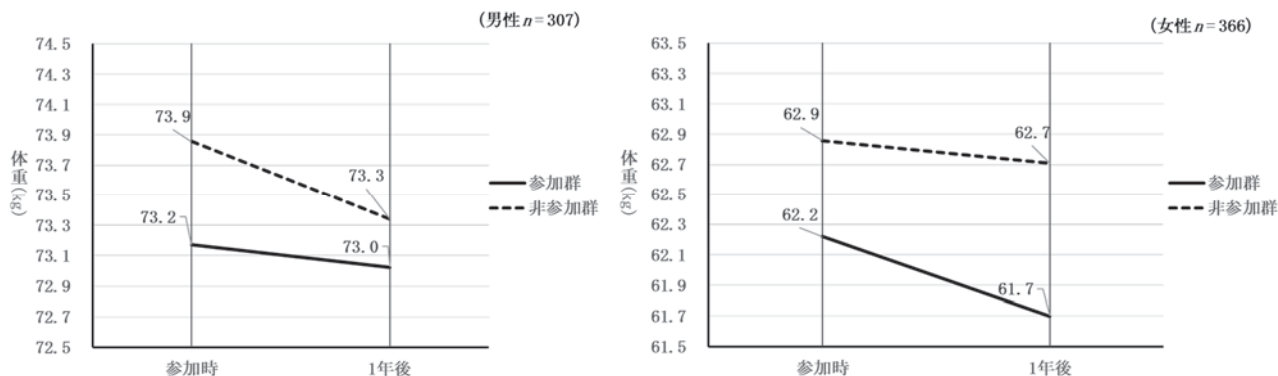


図1 参加・非参加群別の体重平均値の1年間の変化 (左: 男性, 右: 女性)

表2 生活習慣に関連する各アウトカムの1年間の変化量に関する回帰分析

	単回帰		モデル1		モデル2		モデル3		モデル4	
	β	有意確率	β	有意確率	β	有意確率	β	有意確率	β	有意確率
体重										
参加	-0.016	0.002	-0.009	0.808	-0.024	0.552	-0.030	0.462	-0.030	0.453
年齢	-0.094	0.015	-0.093	0.016	-0.097	0.012	-0.094	0.015	-0.094	0.016
性別	-0.045	0.241			-0.060	0.134	-0.070	0.082	-0.071	0.075
運動習慣	-0.021	0.588					-0.012	0.754	-0.023	0.577
身体活動	0.007	0.856							0.320	0.435
調整済み R^2			0.006		0.008		0.007		0.007	
HbA1c										
参加	0.057	0.141	0.062	0.107	0.063	0.111	0.066	0.100	0.066	0.103
年齢	-0.076	0.049	-0.080	0.038	-0.080	0.039	-0.080	0.039	-0.080	0.038
性別	-0.004	0.924			0.005	0.906	0.007	0.859	0.009	0.829
運動習慣	-0.006	0.873					-0.015	0.706	-0.006	0.888
身体活動	-0.022	0.574							-0.025	0.549
調整済み R^2			0.007		0.005		0.004		0.003	
中性脂肪										
参加	-0.013	0.728	-0.012	0.757	-0.014	0.727	-0.006	0.875	-0.012	0.770
年齢	-0.023	0.557	-0.022	0.572	-0.022	0.563	-0.022	0.576	-0.020	0.603
性別	-0.003	0.940			-0.008	0.836	-0.004	0.927	-0.008	0.851
運動習慣	-0.055	0.153					-0.054	0.169	-0.079	0.059
身体活動	0.048	0.212							0.078	0.060
調整済み R^2			-0.002		-0.004		-0.002		0.001	
LDLコレステロール										
参加	0.008	0.844	0.009	0.808	0.008	0.845	0.009	0.824	0.012	0.761
年齢	-0.026	0.503	-0.260	0.494	-0.270	0.488	-0.028	0.469	-0.029	0.463
性別	-0.006	0.872			-0.007	0.867	-0.005	0.903	-0.008	0.846
運動習慣	0.003	0.946					0.002	0.960	-0.013	0.756
身体活動	0.036	0.357							0.038	0.362
調整済み R^2			-0.002		-0.004		-0.005		-0.005	
HDLコレステロール										
参加	-0.030	0.440	-0.027	0.489	-0.017	0.672	-0.024	0.545	-0.023	0.575
年齢	-0.047	0.221	-0.045	0.241	-0.042	0.274	-0.043	0.273	-0.043	0.269
性別	0.049	0.202			0.041	0.300	0.036	0.365	0.037	0.353
運動習慣	0.048	0.218					0.049	0.214	0.056	0.184
身体活動	0.000	0.997							-0.022	0.597
調整済み R^2			0.000		0.000		0.001		0.000	
平均血圧										
参加	0.058	0.134	0.058	0.134	0.063	0.115	0.062	0.124	0.062	0.125
年齢	-0.001	0.988	-0.005	0.907	-0.003	0.937	-0.002	0.950	-0.002	0.952
性別	0.005	0.890			0.020	0.610	0.019	0.630	0.018	0.652
運動習慣	0.010	0.800					0.001	0.987	-0.006	0.884
身体活動	0.019	0.614							0.019	0.647
調整済み R^2			0.000		-0.001		-0.002		-0.004	

モデル1: 独立変数「参加」、共変量として「年齢」を調整

モデル2: 独立変数「参加」、共変量として「年齢」「性別」を調整

モデル3: 独立変数「参加」、共変量として「年齢」「性別」「参加時の運動習慣」を調整

モデル4: 独立変数「参加」、共変量として「年齢」「性別」「参加時の運動習慣」「参加時の身体活動」を調整

※参加を1, 非参加を0として解析。性別は男性を1, 女性を0として解析。運動習慣と身体活動は有を1, 無を0として解析。

VI. 考 察

本研究は、健康ポイント事業への参加が、肥満のある参加者の1年後の体重減少と関連することを示したが、年齢を共変量として調整した結果、有意な関連を認めなかった。また、事業参加は糖・脂質代謝、血圧などの各副次アウトカムとも有意な関連を認めなかった。体重減少の結果について、本研究が対象としたデータの約85%は高齢者であり、回帰係数が示した、およそ16gの軽微な減少は事業参加ではなく、加齢による影響だと推察された。

高齢者の体重減少は生理的な変化である(Rigamonti et al., 2002; 葛谷ら, 2011; 小林, 2007)。その機序として、食欲増

進ホルモンであるグレリンの分泌低下(Rigamonti et al., 2002)、胃排出速度の低下による満腹感の持続などが想定される(葛谷ら, 2011)。これらは食欲を低下させ、更なる体重減少につながる。加えて、タンパク質同化に関わるホルモンの分泌減少(小林, 2007)、タンパク質異化に関わるホルモンの分泌増加(小林, 2007)、などの影響により低栄養や筋肉量が減少し、体重が減少する(葛谷ら, 2011)。

実際、日本人を対象に4年間追跡した研究は65歳から69歳の平均体重と比較して、70歳から74歳の男性では0.7kg、女性では1.1kg減少することを示した(Seino et al., 2015)。それと比較すると、本研究の体重減少量16gは微量である。本研究は当該市の設定した評価指標を主要アウトカムとして

その影響を検討したため、体重減少という健康指標で測ると事業目標は達成できなかったことになるが、参加者の中心が高齢者であったと考えると、体重減少を予防できたと考えることもできる。本事業だけでなく、これまでの健康ポイント事業参加者の年齢構成は 60 歳以上が過半数を占め、高齢者の参加割合が高いことを示してきた（全国知事会，2019；久野，2015）。高齢者の参加が多いことは、当該事業が介護予防として活用できる可能性を示唆する。例えば筋力低下の予防を目的としたフレイル予防のための保健事業と位置付けられる可能性も考えられるだろう。

本研究の限界は、対象者の評価に KDB のデータを用いたことによるサンプルバイアスの可能性である。国保被保険者は女性や高齢者が多く、健診受診者が偏る傾向があり、一般化するには限界がある。また、本研究はコロナ禍以前のデータを用いることで、従来の保健事業を評価しており、行動規制を受けた経験をもつ、いわゆるアフターコロナの現在にそのまま活用できない。加えて、本研究における事業参加はその有無のみ示されたため、対象者が健康事業に参加した内容や頻度を反映した検討を行うことができなかった点は今後の課題である。しかし、本研究の結果である（表 2），健康ポイント事業において参加者の年齢が体重の変化量に影響を与えうるという点は、今後保健事業を立案する際に、年代による健康アウトカムを変えるべき根拠として参考となる可能性がある。

Ⅶ. 結 論

本研究は、健康ポイント事業への参加が、肥満のある参加者の 1 年後の体重減少と関連するとはいえないことを示した。また、糖・脂質代謝、血圧という生活習慣に関する健康指標に対しても関連を認めなかった。その理由として、分析対象者の多くが高齢者であったため、加齢による影響を受けた可能性が挙げられる。しかし、保健事業への参加は高齢者が多いことはよく知られており、今後は、高齢者の参加を予測した事業内容の検討が必要であろう。

本研究の遂行にあたり、本事業に参加しデータをご提供くださった岡山県笠岡市住民の皆様、また岡山県笠岡市健康推進課の皆様深く感謝申し上げます。

本論文は岡山大学大学院保健学研究科の修士論文に加筆・修正を加えたものである。また、内容の一部は第 80 回日本公衆衛生学会総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。

Ⅷ. 引 用 文 献

- 千々木祥子，田邊解，塚尾晶子，久野譜也. (2023). 事業参加前に運動を行っていない地域住民が選好する金銭的インセンティブの種類—インセンティブ付き健康づくり事業を実施する 6 自治体での検証—。 *体力科学*, 72 (2), 153-159. <https://doi.org/10.7600/jspfsm.72.153>
- 藤原聡子，辻大士，近藤克則. (2020). ウォーキングによる健康ポイント事業が高齢者の歩行時間，運動機能，うつに及

- ぼす効果：傾向スコアを用いた逆確率重み付け法による検証。 *日本公衆衛生雑誌*, 67 (10), 734-744. https://doi.org/10.11236/jph.67.10_734
- Gong, Yusi., Trentadue, Tahlor.P., Shrestha, Swastina., Losina, Elena., Collins, Jamie.E. (2018). Financial incentives for objectively-measured physical activity or weight loss in adults with chronic health conditions: A meta-analysis. *PLoS One*, 13 (9), Article e0203939. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203939>
- 小林久峰. (2007). 高齢者の骨格筋減弱（サルコペニア）の対策とアミノ酸。 *化学と生物*, 45 (2), 126-131. <https://doi.org/10.1271/kagakutoseibutsu1962.45.126>
- 近藤尚己. (2018). 健康格差対策の進め方：社会疫学の知見を踏まえて。 *日本健康教育学会誌*, 26 (4), 398-403. <https://doi.org/10.11260/kenkokyoiku.26.398>
- 厚生労働省. (n.d.). 令和 3 年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_03092.html (2024 年 9 月 10 日閲覧可能)
- 厚生労働省. (2012). 健康日本 21 (第 2 次) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounipp-on21_01.pdf (2024 年 8 月 29 日閲覧可能)
- 厚生労働省. (2016). 個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000124571.pdf> (2024 年 9 月 10 日閲覧可能)
- 厚生労働省. (2018). 特定健康診査等実施計画作成の手引き (第 3 版). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000173539.pdf> (2024 年 9 月 10 日閲覧可能)
- Kral, Tanja. V. E., Bannon, Annika.L., Moore, René.H. (2016). Effects of financial incentives for the purchase of healthy groceries on dietary intake and weight outcomes among older adults: a randomized pilot study. *Appetite*, 100, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.022>
- 久野譜也. (2015). 健康づくり無関心層も含めた行動変容事業としての健康ポイント. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000103426.pdf> (2024 年 9 月 13 日閲覧可能)
- 葛谷雅文，深柄和彦，Raynaud-Simon, Agathe., Sieber, Cornel. Christian., Bauer, Jürgen. M., Schneider, Stéphane. M. (2011). 高齢者の栄養・静脈経腸栄養。 *26* (3), 935-954.
- Lee, Yujin., Mozaffarian, Dariush., Sy, Stephen., Huang, Yue., Liu, Junxiu., Wilde, Parke. E., Abrahams-Gessel, Shafika., Jardim, Thiago. de. Souza. Veiga., Gaziano, Thomas. A., Micha, Renata. (2019). Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through medicare and medicaid: a microsimulation study. *PLoS Medicine*, 16 (3), article e1002761. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002761>
- 松下宗洋，原田和弘，荒尾孝. (2014). 運動行動の動機づけに効果的なインセンティブ。 *日本健康教育学会誌*, 22(1), 30-38. <https://doi.org/10.11260/kenkokyoiku.22.30>
- Miura, Katsuyuki., Nakagawa, Hideaki., Ohashi, Yasuo., Harada, Akiko., Taguri, Masataka., Kushiro, Toshio., Takahashi, Atsuhiko., Nishinaga, Masanori., Soejima, Hirofumi., Ueshima, Hirotsugu., Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study (JALS) Group. (2009). Four blood

- pressure indexes and the risk of stroke and myocardial infarction in japanese men and women: a meta-analysis of 16 cohort studies. *Circulation*, 119 (14), 1892-1898.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.823112>
- Murray, Christopher. J. L., Barber, Ryan. M., Foreman, Kyle. J., Ozgoren, Ayse. Abbasoglu., Abd-Allah, Foad., Abera, Semaw. F., Aboyans, Victor., Abraham, Jerry. P., Abubakar, Ibrahim., Abu-Raddad, Laith. J., Abu-Rmeileh, Niveen. M., Achoki, Tom., Ackerman, Ilana. N., Ademi, Zafina., Adou, Arsène. K., Adsuar, José. C., Afshin, Ashkan., Agardh, Emilie. E., Alam, Sayed. Saidul., Vos, Theo. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*, 386 (10009), 2145-2191.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
- Notley, Caitlin., Gentry, Sarah., Livingstone-Banks, Jonathan., Bauld, Linda., Perera, Rafael., Hartmann-Boyce, Jamie. (2019). Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7 (7), Article CD004307.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004307.pub6>
- 岡本翔平, 駒村康平, 田辺解, 横山典子, 塚尾晶子, 千々木祥子, 久野譜也. (2017). インセンティブ付き健康づくり事業参加者のうち, 誰がプログラムを継続できないか: 報奨獲得への動機と継続率に関する実証研究. *日本公衆衛生雑誌*, 64 (8), 412-421.
https://doi.org/10.11236/jph.64.8_412
- Patel, Mitesh. S., Asch, David. A., Rosin, Roy., Small, Dylan. S., Bellamy, Scarlett. L., Heuer, Jack., Sproat, Susan., Hyson, Chris., Lee, Samantha. M., Wesby, Lisa., Hoffer, Karen., Shuttleworth, David., Taylor, Devon. H., Hilbert, Victoria., Zhu, Jinasan., Yang, Lin., Wang, Xingmei., Volpp, Kevin. G. (2016). Framing financial incentives to increase physical activity among overweight and obese adults: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 164 (6), 385-394. <https://doi.org/10.7326/M15-1635>
- Rigamonti. A. E., Pincelli, A. I., Corrà, B., Viarengo, R., Bonomo, S. M., Galimberti, D., Scacchi, M., Scarpini, E., Cavnagini, F., Müller, E. E. (2002). Plasma Ghrelin Concentrations in elderly subjects: comparison with anorexic and obese patients. *Journal of Endocrinology*, 175 (1), R1-R5. <https://doi.org/10.1677/joe.0.175r001>
- 佐々木周作, 大竹文雄. (2019). 医療現場の行動経済学: 意思決定のバイアスとナッジ. *行動経済学*, 11, 110-120.
<https://doi.org/10.11167/jbef.11.110>
- Seino, Satoshi., Shinkai, Shoji., Iijima, Katsuya., Obuchi, Shuichi., Fujiwara, Yoshinori., Yoshida, Hideyo., Kawai, Hisashi., Nishi, Mariko., Murayama, Hiroshi., Taniguchi, Yu., Amano, Hidenori., Takahashi, Ryutaro. (2015). Reference values and age differences in body composition of community-dwelling older japanese men and women: a pooled analysis of four cohort studies. *PLoS One*, 10 (7), Article e0131975.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131975>
- Volpp, Kevin.G., John, Leslie. K., Troxe, Andrea. B., Norton, Laurie., Fassbender, Jennifer., Loewenstein, George. (2008). Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial. *JAMA*, 300 (22), 2631-2637.
<https://doi.org/10.1001/jama.2008.804>
- Witman, Allison., Acquah, Joseph., Alva, Maria. Hoerger, Thomas., Romaine, Melissa. (2018). Medicaid incentives for preventing chronic disease: effects of financial incentives for smoking cessation. *Health Service Research*, 53 (6), 5016-5034.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12994>
- 柳奈津代, 近藤克則. (2017). エビデンス明らかになる「健康づくりの場」のメリット. *Drug magazine*, 60 (5), 42-35
https://www.jages.net/kenkyuseika/paper_ja/?action=common_download_main&upload_id=2503 (2025 年 3 月 23 日閲覧可能)
- Yancy Jr, William. S., Shaw, Pamela. A., Reale, Catherine., Hilbert, Victoria., Yan, Jiali., Zhu, Jinasan., Troxel, Andrea. B., Foster, Gary. D., Volpp, Kevin. G. (2019). Effect of escalating financial incentive rewards on maintenance of weight loss. *JAMA Network Open*, 2 (11), Article e1914393.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14393>
- 全国知事会. (2019). インセンティブを活用した健康づくりの取組.
https://www.nga.gr.jp/item/material/files/group/2/02_insentive_R1.7.pdf (2024 年 9 月 11 日閲覧可能)

◇研究報告◇

児童思春期病棟における発達障害特性を有する 患児の母親への関係形成と支援

池本琴美^{1)*}, 片山斐紗乃¹⁾, 岡本亜紀²⁾

【目的】臨床経験が豊富な看護師が、発達障害の特性をもつ患児の母親とどのように関係を形成し、維持し、支援しているのか明らかにする。

【方法】児童思春期病棟で経験のある看護師4名を対象に、半構造化面接を行い、得られたデータを質的記述的に分析しカテゴリー化を行う。

【結果】「1人悩んでいる母親の生活を想像しながら困り感を引き出していく」「本心を語ることができるように環境を調整する」「一生懸命伴走していくという思いを伝える」「母親の大変さや頑張りを認めて休息を促す」「親の立場だったら何を知りたいか意識し考え母親へ伝える」「患児と関係を築くことで母親の安心感につなげる」などの8カテゴリーが生成された。

【結論】母親の困難感を理解し、本心を語ることができるように環境を整えることは心理的支援になる。患児との信頼関係を構築し、母親の求める支援をすることは母親の安心感や関係形成につながり患児の成長発達を促す。

【キーワード】発達障害特性、母親、関係形成、支援、児童思春期

I. はじめに

子どもの健全な成長と発達には、家族内の安定した人間関係や家族機能、家族の健康が大きく影響する。家族全体の健康を目的とし、患児とその家族全員を被支援者として捉えた家族支援は、児童思春期病棟の看護師の重要な役割の一つである。

児童思春期病棟には、言語能力の遅滞、周囲の言葉や指示が入りづらい、集団行動の苦手さ、感情表現の難しさなどが起こる発達障害の特性をもつ患児が入院する。発達障害の特性をもつ乳幼児期の子の親は「さまざまな行動への対応の仕方がわからない」、「子育てがとてつらい」と感じており、子育てへの困難さを抱きながら養育している(安田ら, 2012)。母親が自身の健康に不調を感じて受診したときには既に42%の母親が要治療の精神状態であり、養育による慢性的ストレスは母親の自殺企図や虐待環境形成のリスクファクターとなることが明らかにされている(芳賀・久保, 2008)。発達障害の特性をもつ子の母親には潜在的な治療ニーズがあると

示唆されていることから、児童思春期病棟においては、患児の母親のメンタルヘルスには十分な配慮やより専門的な支援が必要となる。児童思春期病棟の看護師の意識調査では、「親の理解度が低いこと」、「親への対応が付随すること」、「家庭の教育方針があるのに治療として修正していくこと」、「親のエゴ」、「家族が足を引っ張るケースが多い」など、母親の生活と子育てや療育などへの支援に戸惑い、困難を経験している(関根ら, 2012)。看護師の家族看護に対する調査では「家族を一つの単位としてとらえる」というものが最も多く、看護師の家族支援への意識の高さが示されているが、家族機能や家族の健康へ働き掛けるための力や、家族の理解やかかわる場が不十分な現状にある(鳥居ら, 2004)。また、家族支援の現状では、家族との関係構築の困難さが示されており(藤田・石田, 2017)、家族支援の関係構築において、経験年数の浅い看護師では、対象や現象を部分的に捉え看護実践につながりにくい支援状況にあることや、経験年数の多い看護師は対象や現象を全体的に捉え経過を予測することが出来ており家族支援につなげられることも示唆されている(倉田, 2013)。

受付日: 2024年10月15日/受理日: 2025年7月22日

1) 岡山県精神科医療センター 2) 岡山大学学術研究院保健学域看護学分野

* E-mail: k-ikemoto@popmc.jp

当院の児童思春期病棟においても、発達障害の特性をもつ患児の親への家族支援では家族への介入が困難なケースが多く、特に経験年数が浅い看護師からは、どのように声をかけてよいかわからないといった不安の声が聞かれている。そこで本研究では経験年数を重ねた看護師が、患児の母親に対してどのようなことを意識し、良好な人間関係を形成して家族支援につなげているのか、看護師が個々に経験的に行っている母親支援の実態を明らかにしたいと考えた。

本研究の成果は、児童思春期病棟の経験の浅い看護師の家族支援に対する不安の軽減や家族支援スキルの向上、児童思春期病棟全体の家族支援の充実に寄与し、発達障害特性を有する患児の健全な成長と発達に重要な家庭内の安定した人間関係や家族機能、家族の健康を支援するための資料となる。

Ⅱ. 目 的

精神科領域での臨床経験の豊富な看護師が発達障害の特性をもつ患児の母親とどのように関係を形成し、維持し、家族支援につなげているのかを明らかにする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. 用語の定義

「発達障害の特性」とは自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう（文部科学省、2016）。

「支援」とは母親と良好な関係を形成し維持するための母親とのコミュニケーションや、母親に関する思考や行動レベルにおける看護師のはたらきかけすべてとする。

3. 研究対象者

1) 選定条件

研究対象者は、①児童思春期病棟を含む精神科病棟での臨床経験が5年以上ある看護師、②児童思春期病棟で家族への支援を行った経験のある看護師、③本研究への協力を得られる看護師とする

本研究対象者を精神科病棟での臨床経験が5年以上あるとした理由は、ベナーは中堅レベルの看護師の実践は通常、類似の科の患者を3～5年程ケアしてきた看護師にみられ、状況を対局的視点ではなく全体として捉える、また、達人レベルは膨大な経験を積んでいるため、状況全体の深い理解に基づいて行動すると定義している（Benner, 2001/2005, pp.11-32）。この定義に倣い、臨床経験が5年以上ある看護師は、中堅レベル以上にあると想定されるためである。

2) 選定方法

本研究はスノーボールサンプリング法（Polit and Beck2004/2010, pp.250-279）によってリクルートした。具体的には、まず研究者が児童思春期病棟の病棟師長に文章およ

び口頭で研究の趣旨を説明し研究協力の承諾を得て、上記選定条件①および②を満たす看護師1名を推薦してもらう。被推薦者から研究参加協力への同意を得られたのち、インタビューを行う。一人目の対象者のインタビュー終了後、この対象者から新たな1名を推薦してもらう。サンプリングは、インタビューの被推薦者が得られなくなるまで、実施した。

4. データ収集期間

2023年3月30日～2023年5月25日

5. データ収集方法

対象者に対し個々に、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。インタビュー前にあらかじめ研究の趣旨について書面にて説明し、プライバシーが確保できる個室でインタビューを行った。インタビューは、発達障害の特性をもつ患児の母親との支援において事例を想起してもらい、実際に行った具体的な支援の内容や関係構築において気をつけていること、大切にしていること、支援がうまくいったと評価したケース、いかなかったと評価したケースに対してそれぞれどのような支援をしていたのかなど、看護の視点等について聴取した。インタビュー時間は約45～60分とした。面接内容は対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

6. データの分析方法

インタビューの録音内容から逐語録を作成してデータとした。母親との関係形成・維持、かわり、看護実践、支援に関わる文章を抽出し、意味内容のわかる範囲で区切り、コード化した。コード化した記述を集約、サブカテゴリー化し、さらに抽象度をあげ、カテゴリー化した。

7. 厳密性の確保

データ分析の結果の真実性と確証性を確保するために、著者の解釈やカテゴリー化に偏りがなかったかについて共著者と議論したうえで、精神科看護師経験のある看護を専門とする研究者1名によるスーパーヴァイズを受けた。

Ⅳ. 倫理的配慮

児童思春期病棟の病棟師長に対して、スノーボールサンプリング法によるリクルートに向けて、研究対象者の選定条件に合う看護師1名の推薦を依頼した。その際、研究者から本研究の趣旨および研究方法について、文章および口頭で説明を行い、研究協力に関する承諾を得た。

病棟師長から推薦された看護師1名を含む全研究対象者には、研究者から本研究の目的と方法、不参加・途中辞退や同意撤回の自由、辞退しても不利益は生じないこと、プライバシー保護と匿名性の確保、結果公表の予定、データは本研究以外では使用しないことを文章および口頭で説明し、書面にて同意を得た。録音と記録は、研究対象者の承諾を得て実施した。インタビューを行う際は守秘義務の守れる個室で実施した。なお、スノーボールサンプリング法により研究対象者から次の研究対象者を推薦してもらう際、推薦者がいない場合は推薦しなくてよいこと、誰から推薦してもらったのかは

次の推薦者に伝えないことを説明し同意を得た上で推薦してもらった。本研究は岡山県精神科医療センター倫理審査委員会で承認（2022-30）を得た後に開始した。

V. 結 果

1. 研究対象者の概要

児童思春期病棟で勤務経験のある看護師4名の協力が得られた。性別は男性1名、女性3名であった。看護師経験は21年～31年、精神科経験は7年～18年、児童思春期での臨床経

験は1年～13年であった。表1に概要を示す。面接時間は平均45分であった。

2. 発達障害の特性をもつ患児の母親への関係形成と支援

発達障害の特性をもつ患児の母親への支援として、132コード、46サブカテゴリー、8カテゴリーが抽出された。表2に概要を示す（表2）。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》で表記して、研究対象者の語りは「 」で示す。補足が必要と思われる箇所は（ ）で言葉を補った。以下各カテゴリーについて示す。

表1 研究対象者の概要

	性別	年齢	看護師歴	精神科経験	児童思春期経験
1	男	50歳代	23年	18年	13年
2	女	50歳代	31年	17年	1年
3	女	40歳代	21年	7年	5年
4	女	40歳代	25年	9年	3年

表2 発達障害の特性をもつ患児の母親への関係形成と支援

カテゴリー	サブカテゴリー
【1】1人悩んでいる母親の困り感を引き出す	母親の性格・経歴などを加味し母親を個人として捉える
	患児のことだけでなく母親を取り巻く環境のこと全てを聞く
	困っていることを言えない親であることを理解する
	常に母親の努力や苦悩など1人で抱えてきたことを理解する
	母親の困っていることをアセスメントしながらプランニングしていく
	なんでも聞いてほしいことを伝える
	母親の話しに耳を傾け、思いを聞く
	母親の変化をよみとる
	母親の困り事を確認し共感する
	親子の状況を理解しバランス良く見る
【2】本心が語れるような環境調整	母親だけではなく家族全員にかかわり、協力してほしいことや個々の考えを尊重する
	状況や内容に応じて話せる場を提供する
	ニーズを引き出すためにこまめに連絡し母親と積極的にコミュニケーションをとる
	面談の時には意識して家族側に座るようにして母親の味方であることを示す
	面談前にはあらかじめ面談で話すことを母親に伝え、面談の緊張をほぐす
	面談前後の思いを知ることが出来るようにしっかりと時間をとる
	母親の代わりに思いを代弁する
	家と同様なことが病院でも起きていることを伝える
	親子のかかわりの場面をみる
	まず母親の様子を聞いてから患児の様子を伝えるようにする
【3】伴走していく思いを伝える	オーバーリアクションをすることでより相手に気持ちが伝わり、話をしやすくする
	母親が話をしやすいように、フランクに話をする
【4】看護師の体験を語ることで母親の不安軽減を図る	事前に患児の心理や予測される反応を知識として伝えておく
	患児を理解した上でかかわっていること、全力で責任をもって伴走していくことを伝える
【5】母親の大変さを労い休息を促す	母親へ医療者の思いを言葉で伝える
	退院後、入院中のようなかかわりを続けることが難しいからこそ、入院中は特に母親フォローを一生懸命する
	看護師の挫折経験を話す
	看護師自身の経験からのかかわりをもつ
	入院中の患児を心配する気持ちを理解し、休息をうながす
	入院前の不安な気持ちを理解し、母親に休んでもらう声かけをする
【6】母親が何を知りたいのか意識して考え伝える	これまでの大変さや頑張った母親の気持ちを汲み取る
	母親と患児のことを考えるために母親に「自分のことを理解している人」と感じてもらう
	母親の立場に立ち、一緒に目線になって話を聞く
	母親にとってよき理解者になる
	入院初期から困っていたことを受容し労う
	親が知りたいことを考え子どもとかかわり、伝える
【7】患児と関係を築くことで母親の安心感につなげる	患児が入院したことで生活の様子を直接見ることができない不安を理解する
	電話や直接会ったときにどんなに些細なことでも生活の様子や成長を伝える
	良いことばかりではなく困っていることやトラブルなども含めて伝え家族に現実を知ってもらう
	事実や医療者としてのアセスメントを伝える
	患児の状況・看護の方向性（患児への関わり方）を面談前に伝える
	母親は入院をすることで全てが良くなるという期待を持っていることを理解する
【8】多職種チームの視点で母親を支援する	患児が入院生活に慣れていくことで母親の安心感にもつなげる
	（家族との関係性は）良くも悪くも患児との関係性にも影響するが、とにかく患児としっかりかかわることで家族ともつなげる
	母親の様子について多職種で共有する
	多職種を信頼し連携する

1) 【1人悩んでいる母親の困り感を引き出す】

このカテゴリには、32のコード、11のサブカテゴリが含まれた。

「子どものことだけでなくすべて聞く」(看護師A), 「母親が本音で言っているのか、秘めているものがあるのではという見立てがしている」(看護師C)などの語りから、《母親の性格・経歴などを加味し母親を個人として捉える》、《患児のことだけでなく母親を取り巻く環境のこと全てを聞く》、《困っていることを言えない親であることを理解する》のサブカテゴリが抽出された。看護師は、母親が秘めている部分を表現できるよう、母親の今置かれている生活状況だけでなく過去から現在に至る背景を把握しながらまだ口に出せていない思考や感情を想像していた。

「お母さん1人で頑張ってきたところを、まず分かるというところから始める」(看護師A)などの語りからは、《常に母親の努力や苦悩など1人で抱えてきたことを理解する》、《母親の困っていることをアセスメントしながらプランニングしていく》、《なんでも聞いてほしいことを伝える》、《母親の話に耳を傾け、思いを聴く》、《母親の変化をよみとる》、《母親の困り事を確認し共感する》のサブカテゴリが抽出された。看護師は、自分自身の状況を言葉で表出しにくく孤立しやすい母親のさまざまな困難や不安な気持ちに寄り添い、本音が話せるよう支援していた。

「家族それぞれ考え方ががあるが、無理にまとめようとすると家族間でストレスが高まると思うから、個々を尊重することに焦点を当てる方がいいかな」(看護師D)などの語りからは、看護師は、父親も含めた《親子の状況を理解してバランスよく見る》、《母親だけではなく家族全員にかかわり、協力してほしいことや個々の考えを尊重する》サブカテゴリが抽出された。看護師は、患児、母親、父親、夫婦関係や親子関係の入院に至るまでの経過を念頭に置いて、個と家族それぞれの考え方を認めていた。

以上の11サブカテゴリから、【1人悩んでいる母親の困り感を引き出す】というカテゴリが抽出された。看護師は、患児の父親や周囲に助けを求めることができずに孤立した母親の状況を想像しながら、母親本人から直接話を聴くことで1人抱えている困り感や辛さしんどさを理解していくことが明らかとなった。

2) 【本心が語れるような環境調整】

このカテゴリには、23のコード、12のサブカテゴリが含まれた。

母親にとって、「家族面談はどうしても構えてしまう。だから荷物の受け渡しにくる時はそこまで構える必要もないから立ち話的な感じでいいからそういうのも手じゃないかな。1対1がチャンスだと思ってかかっている」(看護師C), 「定期的な電話連絡を重ねることによって不安なことしんどいこと、どうしたらいいかわからないことを母親が言えるようになった」(看護師C)などの語りは、看護師は、予定された家

族面談の時間以外にも、母親の《状況や内容に応じて話せる場を提供する》、《ニーズを引き出すためにこまめに連絡し母親と積極的にコミュニケーションをとる》ことで母親が本音で話せるような場所や時間を作り、定期的に繰り返し母親と連絡を取り合い本心が語れるようにしていた。

また、「面談時には母親の側に座る、視覚的にも距離を詰めることで母親の味方であることを示して寄り添う」、「いい関係性が出来て情報を取れていれば、母親が思いを語れなくても代弁することができる」(看護師A)などの語りからは、《面談の時には意識して家族側に座るようにして母親の味方であることを示す》、《面談前にはあらかじめ面談で話すことを母親に伝え、面談の緊張をほぐす》、《面談前後の思いを知ることが出来るようにしっかり時間をとる》《母親の代わりに思いを代弁する》ことで、面談により母親にプレッシャーや心理的負担が生じることをないように、安心できる適切な時間や物理的距離を意識して保つようにしていた。

「入院中の様子を伝えたら患児の不満への不満を語ってくれた」(看護師D), 「こちらの返事や受け止め方をオーバーにリアクションすることで母親が話をしやすくなる」(看護師A)などの語りからは、《家と同様なことが病院でも起きていることを伝える》、《親子の関わり場面をみる》、《まず母親の様子を聞いてから患児の様子を伝えるようにする》、《オーバーリアクションをすることで相手に気持ちが伝わり、話をしやすくする》、《母親が話をしやすいように、フランクに話をする》、《事前に患児の心理や予測される反応を知識として伝えておく》ことのサブカテゴリが抽出された。看護師は、母親の来院時に、入院中の患児の様子を伝える前にまず母親自身の今の生活を聞くこと、母親の返事や生活への受け止め方を意識することで、母親が話しやすいようにかかわっていた。

以上の12サブカテゴリから、【本心が語れるような環境調整】が抽出された。母親が心の中に秘めている思いや気持ちを話しやすいようにするために、看護師は、意図的にこまめに連絡することや、面談前後に話をするなど、様々な手段を使って安心する雰囲気づくりの工夫をしていた。

3) 【伴走していく思いを伝える】

このカテゴリには、10のコード、3のサブカテゴリが含まれた。

「お母さんのことを助けたい、どうにかしてあげたいと伝えることで、一生懸命聞いてくれているんだなあという思いは伝わる」(看護師B), 「こうすることで本人は揺れるなど理解した上でしっかりかかっていることを伝える」(看護師D)などの語りからは、《患児を理解した上でかかっていること、全力で責任をもって伴走していくことを伝える》《退院後、入院中のようなかわりを続けることが難しいからこそ、入院中は特に母親フォローを一生懸命する》ことのサブカテゴリが抽出された。看護師は患児の特性を把握した上で、母親と同じ方向を向きかかわっていくことや、患児のみでなく母親自身も全力でサポートしていきたい思いや気持ちを言葉

にして伝え、母親の安心感につなげていた。

また「親と子対医療者みたいに対立したとしても、医療者は見捨てないっていう思いは伝えないといけないんじゃないかなって」(看護師D)の語りからは、《母親へ医療者の思いを言葉で伝える》ことで、どんな状況になったとしても、看護師は母親や患児を見放さず、寄り添う姿勢でいることを伝えていた。

以上3サブカテゴリーより【伴走していく思いを伝える】というカテゴリーが抽出された。看護師は、母親を精一杯でできる限り支え、良い時も悪い時も一緒に走り続けていくという看護師の思いを母親に伝えていくことが明らかにされた。

4)【看護師の体験を語ることで母親の不安軽減を図る】

このカテゴリーには、4のコード、2のサブカテゴリーが含まれた。

「お母さん今まで不安だったよね、しんどかったよね、自分もそうだったからっていうのは言葉にしていた」(看護師A)の語りからは、《看護師の挫折経験を話す》ことのサブカテゴリーが抽出された。看護師は、母親に自分だけではないという安心感を持ってもらえるように言葉にしていた。

また、「子育てした世代だから、お母さんの気持ち分かります。アドバイスまではいかなくても、私はこうやったらよかったですよという話をした」(看護師B)の語りでは、《看護師自身の経験からのかかわりをもつ》ことで、看護師が母親の身近な存在となり相談しやすいようかかわっていた。

以上2サブカテゴリーより【看護師の体験を語ることで母親の不安軽減を図る】というカテゴリーが抽出された。看護師の自己開示や体験を語ることで子育てについて母親と同じような悩みなどの体験や思いを看護師もしてきたことを伝え、看護師としての隔たりのない、仲間同士という立場から子育ての不安の軽減につなげることが明らかとなった。

5)【母親の大変さを労い休息を促す】

このカテゴリーには、30のコード、7のサブカテゴリーが含まれた。

「母親の名前を言って、お母さん大変しんどかったね。今何に困っているの。今はしっかり休むんよってところから始める」「子どもを1人で入院させるからお母さんの不安は強い」(看護師B)などの語りからは、《入院中の患児を心配する気持ちを理解し、休息をうながす》《入院前の不安な気持ちを理解し、母親に休んでもらうよう声かけをする》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は意識的に母親を労い、休息時間を確保してもらうよう促していた。

また、「子どもが(入院で)見えないから心配という気持ちを理解しつつも、母親に休むよう伝える」(看護師D)、「入院に至るまでの期間も長かっただろうし相当しんどかっただろうから、大変だったということを念頭に置いた方がよいのではないか」(看護師C)の語りからは、《これまでの大変さや頑張った母親の気持ちを汲み取る》《母親と患児のことを考えるために「自分のことを理解している人」と感じてもらう》

のサブカテゴリーが抽出された。看護師は母親の気持ちや苦労を理解し、母親側に立って話をすることで関係が構築されるようにしていた。

「親御さんは入院させてしまった罪悪感があるからやっばり入口は丁寧にした方がいいと思うし、親に共感するスタイルで入ったほうがいいと思う」(看護師C)の語りから、《母親の立場に立ち、一緒の目線になって話を聞く》《母親にとってよき理解者になる》《入院初期から困っていたことを受容し労う》ことで、母親と協働できるよう母親の気持ちを聞き理解しようとしていた。

以上の7サブカテゴリーより【母親の大変さを労い休息を促す】というカテゴリーが抽出された。看護師は、母親の発達障害をもつ患児を育てることの大変さや、頑張りに共感し認めて、患児のことは一旦病院に任せて母親にもゆっくり休息してほしいと促すことが明らかとなった。

6)【母親が何を知りたいか意識して考え伝える】

このカテゴリーには、21のコード、7のサブカテゴリーが含まれた。

「毎日看護師から報告がある訳ではないし面会も1週間に1回しかないため、そういう不安を汲み取った上で、自分が親だったら、こういうことを知りたいな、という視点を持ち伝えんといけない」(看護師D)の語りからは、《親が知りたいことを考え患児とかかわり、伝える》《患児が入院したことで生活の様子を直接みることでできない不安を理解する》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は、母親が知りたい視点を意識し伝えることで不安の軽減につながるようにしていた。

「入院中のトラブルを母親と共有することで、困り感をだしてくれるようになる。いいことばかりだと嘘っぽい事実を伝えた上で、病棟での取り組みを伝えていた」(看護師D)の語りからは、《良いことばかりではなく困っていることやトラブルなども含めて伝え家族に現実を知ってもらう》《事実や医療者としてのアセスメントを伝える》のサブカテゴリーが抽出された。病棟の中でも看護師も母親と同じように困ることがあり、母親と同じ気持ちでいることを伝えたくて、退院後の生活に向けてどのように患児と向き合っているのかを伝えていた。

「入院中できるようになったことや強みを母親に伝えることで、安心した様子が伺えた」(看護師B)の語りからは、《電話や直接会ったときにどんな些細なことでも生活の様子や成長を伝える》のサブカテゴリーが抽出された。入院をしている中でも、患児が成長していることを母親が知ることができるよう伝え、安心感につながるようかかわっていた。

「お母さんは子どもに会えず不安があるからこういう風にかかわってほしいと思っているとか、面談前に事前に話すことを伝えると安心すると思う」(看護師A)の語りからは《患児の状況、看護の方向性(患児とのかかわり方)を面談前に伝える》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は、母親の面談前に事前に患児の様子や方向性を伝えていた。

「入院してガラッと変わると思うお母さんもいる、その気持ちを理解し、長い目で見てあげるの大切と伝える」(看護師B)の語りからは《母親は入院することで全てがよくなるという期待を持っていることを理解する》のサブカテゴリーが抽出された。入院に対して期待する母親の気持ちは受け止めながらも、これから一緒に治療をしていくことを伝えていた。

以上の7サブカテゴリーより【母親が何を知りたいか意識して考え伝える】というカテゴリーが抽出された。看護師は、どのような生活をしているのか、どのような治療を受けているのか、看護師とどのようにかわっているのか、成長の過程、強みなどの入院中の患児のことについて、母親が何をどのように知りたいと思っているのかを意識し考え伝えることが明らかにされた。

7) 【患児と関係を築くことで母親の安心感につなげる】

このカテゴリーには、3のコード、3のサブカテゴリーが含まれた。

「子どもから電話や面会で私(看護師)の名前が母親に伝わって、この人に相談しているのかな、しっかりうちの子ともとかかわってくれているのかなという気持ちになって関係ができてくる気がする」(看護師D)の語りからは、《患児が入院生活に慣れていくことで母親の安心感にもつなげる》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は、母親の安心感につなげるため、患児が病棟での生活や看護師と過ごすことに慣れ、医療スタッフと関係を築いていけるようにしていた。

また「家族の考えはそれぞれであり、その考えを否定しない」(看護師B)の語りから《主軸となって患児のことを考える人がいないと家族と関係を取りにくい、個々を認めかわる》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は、家族それぞれの思いや考えを尊重しながら、認めまわっていくようかわっていた。

「親と子はつながっている。親が難しいかなと思っていても子どもとつながっていたら大半の親は寄ってくれる感覚がある(看護師D)」と語りからは、《(家族との関係性は)良くも悪くも患児との関係性にも影響するが、とにかく患児としっかりかわることで家族ともつながる》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は、家族と医療者の関係がたとえうまくいなくても、患児と看護師とのかかわりを介した家族とのつながりを続けていた。

以上の3サブカテゴリーより【患児と関係を築くことで母親の安心感につなげる】というカテゴリーが抽出された。入院で母親の手元を離れている患児が、看護師を信頼している姿を見たり聞いたりすることで、母親の不安や心配が軽減し安心感につながることが明らかにされた。

8) 【多職種チームの視点で母親を支援する】

このカテゴリーには、7のコード、2のサブカテゴリーが含まれた。

「家族面談時など、いろんな職種が入ることで母親が本心で語れているかななどをアセスメントすることができる」(看護師

C), 「チームに信頼を置いて、もう任せたよって信頼することができることでそれぞれが役割をもって組み立ててくれる」(看護師D)の語りから、《母親の様子について多職種で共有する》《多職種を信頼し連携する》のサブカテゴリーが抽出された。看護師は、患児や家族を多方面からサポートすることで母親のニーズを引き出していた。

以上2サブカテゴリーより、【多職種チーム視点で母親を支援する】というカテゴリーが抽出された。医師や精神保健福祉士、公認心理師などの多専門職からの視点を集めて母親の状態を把握し、理解して、支援に一貫性をもたせたり役割分担をしていくことが明らかになった。

VI. 考 察

1. 母親への関係形成と心理的支援

発達障害児をもつ母親が必要としている心理的支援では、気兼ねなく安心して相談できる定期的な支援へのニーズが示され、母親を取り巻く生活や体験する困難を理解した専門職による支援の必要性が示唆されている(松岡ら, 2013)。また、家族が何に不安を抱いているのか、今後どのようにしていきたいのかというニーズを明らかにする必要がある(石田・今野, 2023)。本研究でも看護師は母親に対して【1人悩んでいる母親の困り感を引き出す】支援を行っていることがわかった。「母親の日々の努力や、一人で抱えてきたことを理解したいと思っている」、「(母親に対し)大変でしたねと今までの子育てを労う」等語っていた。母親は患児と一緒にいる時間が長く、さまざまな困難や不安を抱え1人で悩みながら子育てをしている。その母親の気持ちに寄り添い、労いながら気兼ねなく安心して本音や困難感が語られるよう関係を形成し、心理的支援を重視していると考えられる。

また、母親が【本心が語れるような環境調整】ことについて、研究対象者は、母親が心の中に秘めている思いや気持ちを語れるように安心できる環境を整えていた。それは、《面談の時には意識して家族側に座るようにして母親の味方であることを示す》《母親の代わりに思いを代弁する》《オーバーリアクションをすることで相手に気持ちが伝わり、話をしやすくなる》《母親が話をしやすいように、フランクに話をすすめる》等であった。研究対象者が行っていた母親の思いを代弁することは、共感的な理解を示した行動であると考えられる。また、声のトーンや大きさ、視線や表情、物理的な環境の工夫をして話しやすい雰囲気を作ることも大切である(拓殖・井上, 2007, pp.123-125)。研究対象者は「面談時には母親の側に座る、視覚的にも距離を詰めることで母親の味方であることを示して寄り添う」、「返事や受け止め方をオーバーにリアクションすることで話をしやすくなる」等と語っており、母親が話しやすい雰囲気や物理的環境を整え、関係を形成できるような支援が必要であると考えられる。

【伴走していく思いを伝える】では、全力でかわっていくことや、母親を精一杯支え、一緒に走り続けていくという

看護師の気持ちを伝えていた。また【看護師の体験を語ることで母親の不安軽減を図る】では、母親と同じような体験や思いを看護師もしてきたことを伝え、子育ての不安の軽減を図っていた。母親を支える人として、子育てにおける経験を共有できる人、母親の子育てに寄り添う姿勢をもつ人、解消することが困難な葛藤から母親を癒す人が挙げられる。この子育ての伴走者とも言える人々の存在の有無が、子どもとの向き合い方を探しなおす経験には重要となる(山本ら, 2010)。看護師も子育ての伴走者としての役割を果たし、母親が自分の力を発揮できるよう関係を維持、支援しながら伴走することが重要である。

また、看護師は【母親の大変さを労い休息を促す】ことを行っていた。少しでも休息することで母親に精神的なゆとりができ、患児のことについて冷静に看護師と一緒に考えることができるようになることを考える。研究対象者は「母親の名前を言って、お母さん大変だったね。今何に困っているの。今はしっかり休むんよってところから始める」と語っている。母親の家事、療育、教育支援のために余裕のない日常において、自分のために過ごす余暇の時間は気分転換になると感じている(松岡ら, 2013)。母親は患児のために多くの時間を使い、母親の休息時間が確保できないことが考えられる。そのため《これまでの大変さや頑張った母親の気持ちを汲み取る》《入院前の不安な気持ちを理解し、母親に休んでもらう声かけをする》などを行っていたと考える。母親にとって、子どもが入院するということは、不安で心配がつのるが、母親が休息し気分転換する時間を確保するよう促す支援が重要であると考えられる。

2. 患児を含めた母親への関係形成と支援

【患児と関係を築くことで母親の安心感につなげる】では、研究対象者は「子どもと仲良くなって子どもと関係ができたなら親は安心すると思う。自分の名前が親御さんに伝わることで、この人に言っているんだとか、子どもを見てくれるんだとか思ってくれると思う。だから余計に子どもとはしっかりつながるようにしていた」と語っていた。母親の支援では、母親への直接支援を考えがちであるが、患児との関係ができることで、母親の安心感や母親との関係形成にもつながると考える。また、患児との距離と縮め関係を進展させようとした行動は、母親との関係形成において有効な手段である(合田ら, 2012)。研究対象者は《患児が入院生活に慣れていくことで母親の安心感にもつながる》《(家族との関係性は)良くも悪くも患児との関係性にも影響するが、とにかく患児としっかりかかわることで家族ともつながる》ことを意識し、子どもと家族を1つの単位として看護の対象と捉え(鳥居ら, 2004)、かかわっていると考える。また、患児と看護師との関係構築と、母親と看護師との関係構築は相互に影響し合っており、両者との関係を同時に構築していくことが重要であり関係を形成することにもつながる。

【母親が何を知りたいか意識して考え伝える】では、入院中は病棟に入ることが出来ず、どのような生活や治療を行っ

ているのか分からないため、《電話や直接会ったときにどんなに些細なことでも生活の様子や成長を伝える》ことが母親の不安解消になる。また、入院中にどのような治療や看護がなされているのかは心配で気になることである。病棟でも母親と同じように困っている、同じ気持ちであることを伝えることも大切である。《良いことばかりではなく困っていることやトラブルなども含めて伝え家族に現実を知ってもらおう》や《事実や医療者としてのアセスメントを伝える》ことが求められる。「入院中のトラブルを母親と共有することで、困り感をだしてくれるようになる。いいことばかりだと嘘っぽい事実を伝えた上で、病棟での取り組みを伝えていた」と語っている。病棟看護師は家族に患児の様子や接し方などの情報提供や指導など直接的な支援を実践する必要がある(石田, 2023)。そのため、病棟での困りごとやトラブルについて、どのように向き合っているのかを伝えることは退院後の生活に向けて重要である。併せて患児の成長を伝えることは病院での治療の進捗状況もわかり母親の安心につながると考える。

学童期の広汎性発達障害児をもつ母親は、広汎性発達障害児の強みや成長を確認できるような強みに焦点を当てた子どもへの支援を求めている(松岡ら, 2013)。看護師は日々患児の症状や特性、生活の様子を観察しアセスメントしながら対応している。こうした母親のニーズをくみ取り、母親が求める支援を行っていくことが、患児の成長発達を促す支援と考える。

3. 多職種連携における母親への関係形成と支援

他職種との連携を行うということは、患者や家族を多方面からサポートすることにつながる(中略)家族看護に関する情報収集を受け持ち看護師だけで行うことは難しい(若山ら, 2015)。また、他職種が看護師に求める役割として、他職種に比べて家族と多くかかわっているため、家族のありのままの様子や変化、本音や希望を聞き共有することを求めている(石田・今野, 2023)。看護師は《母親の様子について多職種で共有》し《多職種を信頼し連携する》ことで、母親のニーズをより引き出し、支援に一貫性をもたせ、役割分担しながら多面的なアプローチにつなげることが関係の維持、支援と考える。

VII. 結 論

精神科経験が5年以上あり、児童思春期病棟の経験のある看護師4名を対象にインタビューを行った結果、発達障害の特性をもつ患児の母親への関係形成と支援として【1人悩んでいる母親の困り感を引き出す】【本心が語れるような環境調整】【伴走していく思いを伝える】【看護師の体験を語ることで母親の不安軽減を図る】【母親の大変さを労い休息を促す】【母親が何を知りたいか意識して考え伝える】【患児と関係を築くことで母親の安心感につなげる】【多職種チームの視点で母親を支援する】の8カテゴリーが抽出された。

発達障害の特性をもつ患児の母親への支援として以下が示唆された。

1. 母親の困り感や本心を引き出し理解することは母親の心理的支援になる。
2. 母親に寄り添いながら伴走し、頑張りを認め休息を促すことは母親を支え、母親の気分転換やゆとりにつながる。
3. 患児との信頼関係を構築することで、母親の安心感や母親との関係形成につながる。
4. 母親のニーズをくみ取り支援することで、子どもの成長発達を促すことができる。
5. 多職種で協働することは多面的アプローチになる。

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。

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。

今回の研究は、対象者が4名と少なく、児童精神科病棟の臨床経験にも1年～13年と年数にばらつきがみられ一般化するには限界がある。

VIII. 引用文献

- 藤田藍津子, 石田徹. (2017). 児童・思春期精神科病棟における家族支援の現状—アンケート自由記述の分析による自信に影響する要因—, *東京家政大学附属臨床相談センター紀要*, 17, pp.17-22.
- 合田友美, 阿部裕美, 佐藤佳代子. (2012). 小児看護実習において母親との関係形成のために看護学生がとる行動の実態. *川崎医療短期大学紀要*, 32, pp.39-43.
- 芳賀彰子, 久保千春. (2008). 小児・思春期を対象とする心身医療専門外来の現況—地域のニーズに沿う心身医療の提供とその限界について—. *心身医学*, 48 (10), pp.867-876.
- 石田徹, 今野美香 (編). (2023). 新人看護師のあなたにおける児童精神科病棟の家族支援ガイドライン. はじめての家族支援Q & A 実例集, p 6-7, pp.34-35.
- 倉田節子. (2013). 短期入院の子どもと家族への看護実践に関する看護師の認識—看護師の小児看護経験年数による違いに焦点をあてて—. *ヒューマンケア研究学会誌*, 5 (1), pp.1-8.
- 松岡純子, 玉木敦子, 初田真人, 西池絵衣子. (2013). 広汎性発達障害児をもつ母親が体験している困難と心理的支援. *日本看護科学会誌*, 33 (2), pp.12-20.
- 文部科学省. (2016). *発達障害者支援法*. 2025年2月28日閲覧 https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/1376867.htm
- Benner, P. (2005). *ベナー看護論新訳版* (井部俊子監訳) 医学書院. (2001) Polit, D.F & Beck, C.T. (2010). *看護研究 原理と方法* (近藤潤子監訳; 第2版). 医学書院 (2004)
- 関根正, 内田正樹, 木村共美, 藤倉美佳, 木村きよ子, 大館太郎 (2012). 児童思春期病棟に勤務する看護師の看護に関する意識. *群馬県立県民健康学科大学紀要* 7, pp.63-74.
- 鳥居央子, 森秀子, 杉下知子. (2004). 看護職者の家族看護についての認識—本学会員対象の調査成績から—. *家族看護学研究*, 9 (3), 113-122.
- 拓殖雅義, 井上雅彦 (編著). (2007). *発達障害の子を育てる 家族への支援* 金子書房, pp.123-125.
- 安田すみ江, 後藤麻美, 加村梓. (2012). 発達障害を持つ児の保護者の育児上の困難さに関する調査. *小児保健研究*, 71 (4), pp.495-500.
- 山本真実, 門間晶子, 加藤基子. (2010). 自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス, *日本看護研究学会雑誌*, 33 (4), pp.21-30.
- 若山仁大, 津田樹依, 秋山美穂, 高田誠, 早瀬和彦. (2015). 病棟スタッフへ家族看護アンケートを実施して—精神科救急病棟における家族看護の充実を図るために—. *日本精神科看護学術集会誌*, 58 (1), pp.56-57

◇研究報告◇

小児用補助人工心臓 EXCOR®を装着し渡航心臓移植を行った子どもの母親の体験

阿部 薫^{1)*}, 藤田優一²⁾

【目的】小児用補助人工心臓 EXCOR®を装着し渡航心臓移植を行った子どもの母親の体験を明らかにする。

【方法】ライフストーリー研究を参考にした質的記述的研究。渡航心臓移植を行った子どもの母親4名に半構造化面接を実施。逐語録から語りの意味を表現するタイトルをつけストーリーの内容を要約し記述した。

【結果】【発症から EXCOR®を装着するまで】では EXCOR®に一縷の望みをかけていた。【EXCOR®装着から心臓移植するまで】は、募金の誹謗中傷について想定しながらも、周囲に迷惑をかけていると感じていた。【心臓移植から退院まで】は、罪悪感があったが医療者が喜んでくれたことで前向きになれた。【退院から現在】では、いただいた命に感謝をし、生活が送れる喜びを感じていた。

【結論】看護師は母親と時間を共有しながらその時々的心情を受け止め、ニーズや体調も把握しながら細やかな支援をしていくことが必要である。

【キーワード】小児用補助人工心臓, 渡航心臓移植, 母親の体験

1. はじめに

心臓移植は末期心不全の最終的な治療手段である。小児の心臓移植は、世界的規模では増加傾向にあり、すでに14,000例ほどが報告されている (International Society for Heart and Lung Transplantation, 2019)。わが国では、1999年に脳死体からの臓器移植が開始となったが、小児に関しては6歳未満の脳死判定基準がないこと、15歳未満の臓器提供の意思が認められないことから、多くの小児が海外で心臓移植を受けてきた (福寫, 2015)。国内では、1999年から2009年までの小児心臓移植件数は3例であったが、改正後の2012年には6歳未満の小児に対して国内初の小児ドナーからの心臓移植が行われた。以降、国内小児心臓移植施行数は増加し、2022年12月末までの累計小児心臓移植件数は68件となっており、2017年以降は国内心臓移植施行数が渡航移植件数を上回るようになっている (日本心臓移植研究会, 2023)。しかし、平均待期期間は686日と長期にわたる。小児の場合は、血液型に加えて体格が適合する必要がある (小山, 2024)、ドナー不足は深刻な課題である。

重症心不全に対して、内科的治療が奏効しない場合、救命および安全な心臓移植までの橋渡しとして補助人工心臓 (Ventricular Assist Device: 以下 VAD とする) の導入が不可欠である (日本循環器学会他, 2016)。現在使用できる VAD は、体内に埋め込む「埋込型」と血液ポンプ本体を体の外に置く「体外式」とがあり、患者の体格や心臓形態により使用できる装置 (デバイス) の選択が決まる。長期的な循環補助をおこなうデバイスとして2011年に体重3kg程度の乳児に使用可能な小児用補助人工心臓 Berlin Heart EXCOR® (以下 EXCOR®) の医師主導治験が行われ2015年8月から EXCOR® の保険適用が認められた。EXCOR®は、拡張型心筋症などによる重症心不全の治療として低下した心臓のポンプ機能を補うために使われる。EXCOR®は、現在、わが国で乳幼児に使用できる唯一の小児用体外設置式補助人工心臓システムであり (平田, 2023)、適応患者は心臓移植患者である。補助人工心臓駆動装置と子どもを繋ぐドライビングチューブは2mしかないため、子どもの行動に制限がかかる。

EXCOR®の国内での歴史は浅く、必要な看護支援の検討がほとんど行われていない現状にある。天尾ら (2016) は、心

受付日: 2024年10月15日 / 受理日: 2025年7月22日

1) 大阪大学医学部附属病院 2) 武庫川女子大学看護学部

* E-mail: z016331@hosp.med.osaka-u.ac.jp

臓移植前に EXCOR®を装着した乳幼児に対し、リハビリテーションの介入を行うことで発達遅滞を認めていた子どもたちの発達を促すことができた」と報告している。また、学童においてもリハビリテーション実施により心肺機能の向上を認めたと報告している。Hollie, G. & Fiona, N. (2011) は、心臓移植の橋渡しとして埋込式補助人工心臓のサポートを必要とした 13 歳以上の子どもと両親に半構造化インタビューを行った。埋込式補助人工心臓装着前に子どもには VAD の機器や外観、体のどの部分に VAD が挿入されているのかを説明することが必要であると報告した。また、両親には、VAD 装着後の予測やこれまでに VAD 装着の経験のある者やその家族と話をすることを必要としていたことが報告されていた。

EXCOR®を装着した子どもをもつ母親への細やかな精神的支援が必要であり、成人患者とは異なる問題や課題を抱えていると考えられる。そこで、今回は EXCOR®装着後、渡航心臓移植を行った子どもの母親を対象に、その時の体験を明らかにする研究に取り組むこととした。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、小児用補助人工心臓 EXCOR®を装着し渡航心臓移植を行った子どもの母親の体験を明らかにすることである。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

研究デザインは桜井、小林 (2005) のライフストーリー研究を参考にした質的記述的研究である。

2. 研究対象者の基準

A 病院にて、EXCOR®を装着し渡航心臓移植を行った子どもの母親を対象とした。A 病院は、高度急性期医療施設であり、わが国で 4 か所認定されている 11 歳未満の小児移植実施可能施設の 1 つである。子どもの全身状態、母親の精神状態が安定していることを条件とし、主治医、心臓移植担当のレシピエントコーディネーターと検討し、4 名を選定した。

3. データ収集期間および方法

データ収集は、2019 年 5 月～2019 年 10 月の期間にかけて、以下の手順を経て対象者をリクルートして行った。対象者への研究依頼は、強制力が加わらないように 2 段階で確認した。第 1 段階として、主治医または移植レシピエントコーディネーターが口頭で説明し、研究参加の内諾を得た。第 2 段階として、研究者が直接母親に研究の主旨を文書と口頭で説明し、研究参加の同意を得た。

面接日時は、同意が得られた対象者と相談のうえ決定した。面接はプライバシーの確保ができる外来診察室の個室で 1 人 60 分～90 分程度とし、インタビューガイドに基づき、半構造化面接を行った。主な面接内容は、①親に関する基本属性 (年齢、就業状況、同居者、子どもの数、自宅との距離)、② EXCOR®が必要となった症状の発症から心臓移植し現在ま

での母親の体験、③その間に母親が受けたサポートについて自由に語ってもらった。語りの内容は、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。また、子どもの基本属性は、性別、年齢、出生順位、病名、病状、既往歴、EXCOR®を装着した理由と装着期間、治療経過等のデータを、母親に承諾を得て診療録から収集した。

面接は、過去の辛かった体験によるフラッシュバック等の心理的負担が体験者に生じないように十分配慮して進めた。心理的負担がある場合は面接を中止できることを説明した。また、主治医と相談し必要と判断した場合は、精神科医、臨床心理士、チャイルドライフスペシャリストの介入を依頼し、対象者の心理的負担が最小限になるように体制を整えた。面接中に、子どもが 1 人で待つことになる場合、小児看護経験者である研究分担者または研究協力者が付き添い、子どもの安全に努めた。

4. 分析方法

分析にはライフストーリー研究を用いた。これは、個人のライフに焦点化して、その人の経験の語りをもとに対象者が生きた生活、および周りの社会、文化の諸相と変化を読み解く質的調査法のひとつである。インタビューという相互作用を通じて生み出された口述の自伝的語りを校正したものである。EXCOR®という新しい治療法に伴う看護の先行研究が少ないことから、体験者である母親がどのように捉えていたのかを知るうえで適した分析方法であると考えた。

録音した音声データから対象ごとにトランスクリプト (逐語録) を作成した。トランスクリプトを作成後、ストーリーを読み込み、母親の語りの意味を表現するタイトルをつけ、ストーリーの内容を要約し記述した。面接で使われた言葉は、できる限り使用したが、固有名詞などは第 3 者に特定されないよう匿名化した。

5. 信頼性と妥当性

面接内容を解釈するうえで分かりにくかった部分は、対象者本人に内容を確認してもらい、トランスクリプトに加えた。データ分析では、疾患や対象者への主観的な思考を排除し、データの解釈に偏りがないように記述内容とデータを行き来し、解釈内容の妥当性を確認して解釈を深めていった。分析過程において、研究者の主観や不適切な分析を行っていないかを検証するために、小児看護学を専門とする研究者、大学院生による検討を重ねた。さらに、移植治療、移植看護に精通する医療者からスーパーバイズを受け、分析内容を検討した。また、できあがったトランスクリプトや分析結果は、対象者に相違がないかを確認することで、信頼性と妥当性の確保に努めた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、調査協力を得た大阪大学医学部附属病院倫理審査委員会 (承認番号 18375) および武庫川女子大学倫理審査委員会 (承認番号 18-72) の承認を得た。対象者には、①研究への参加は対象者個人の自由意思で研究参加の有無を選択で

きること、②研究参加の有無によって今後の診療に不利益を被ることがないこと、③同意した後でも全研究期間を通じて撤回ができること、④プライバシーの確保に努めること、⑤得られたデータ、情報は研究目的以外では使用しないこと、⑥研究で得られた内容は学会や学会誌等で発表するが、公開に際しては個人が特定できないよう配慮することを説明し、文書にて同意を得た。また、子どもの診療録の閲覧およびデータの収集に対しても、母親に同意を得て行った。

V. 結 果

本研究では、子どもが渡航心臓移植をした4名の母親に協力を確認し4名から承諾が得られた。面接は1人1回とし、面接時間は平均81分であった。EXCOR[®]が必要となった症状の発症から心臓移植し現在に至る過程における体験について対象者別に示した。

対象者のライフストーリーは、体験した出来事をまとめ、

1) 発症から EXCOR[®]を装着するまで、2) EXCOR[®]装着から心臓移植するまで、3) 心臓移植から退院まで、4) 退院から現在まで、の4つの時期にわかれた。意味のまとまりごとにタイトル〈 〉をつけた。本人の言葉は斜体で示し、研究者が補った言葉は〈 〉で示した。

1. Aさん (aちゃん) の体験

Aさんは年齢40歳代で、aちゃんの心臓移植から5年が経過している。

aちゃんは、生後約4カ月時に拡張型心筋症を発症し、医師主導治験であった EXCOR[®]を装着した。兄がいたためaちゃんの国内での入院では母の付き添いはされなかったがほぼ毎日面会をしていた。装着約10か月後の生後14カ月で渡航し、渡航約5か月後の生後19カ月で心臓移植となった。渡航は、母親とともに父親、兄、母方祖母が同行した。

1) 発症から EXCOR[®]を装着するまで

〈EXCOR[®]を装着できるまで毎日生きた心地がしなかった〉

Aさんは、EXCOR[®]に望みをかけており、装着の承認を得るまでの期間、いつまで命がもつか、いつ何が起こるかわからないという中で、日々今日は大丈夫か、大丈夫かという不安な思いを抱えて過ごしていた。

EXCOR[®]にすごくかけていて。本当にいつまでもつか、毎日毎日、今日は大丈夫かな、大丈夫かなって本当にドキドキしながら(病院に)行ってる感じ。頑張れ、頑張れって、とにかく耐えてくれて。EXCOR[®]の、あれ(承認)がおりるまで、今か今かと待って、「先生、まだですか」、「まだですか」って毎日聞いて。ほんとうに、とにかく毎日生きた心地がしなかったって言う感じで。

2) EXCOR[®]装着から心臓移植するまで

〈子どもが回復したことへの感謝と心移植を回避できるのではないかと期待をもつ〉

EXCOR[®]装着後は、aちゃんの回復を実感し、心移植を回避できるのではないかと期待を持つこともあった。

割とみるみる元気になってすごいね、この人工心臓みたいな。すごい元気になったから、1回、先生とかに聞いたら「すごい元気なんですけど、もしかしたら外したら回復しませんか?」と(聞いたら)「いや無理です。」って言われて。

3) 心臓移植から退院まで

〈やっときたという安堵感と複雑な思い〉

ドナーが現れたことに安堵感と喜びを抱くが、気持ちは複雑であり、人の心臓を貰う罪悪感のような思いも感じていた。しかし、スタッフからの「神様からのギフト」という言葉やスタッフが一緒に喜んでくれたことによって、Aさん自身も喜んで良いことであると思うことができ、気持ちが少し救われていた。

「やっときたあ」っていうのが、最初。すごい複雑で悶々としてた時、やっぱり罪悪感じゃないですけど、人の心臓をもらってまでっていうのもあったんですけど、でも、むこう(渡航先の病院)のサポートしてくれた人が「それはあなたたちが気に病むことじゃないんだよ。」って。「神様からのギフトだと思いなさい」みたいな感じで言ってもらった、で、まあそうかなって。それで、ストンと落ちたわけじゃないですけど。(中略) むこうはそういう考えだからって。そういうふうに言われたら少し気持ちが救われる。

4) 退院から現在まで

〈いただいた命だから大事に大事にと思う〉

心移植によって助かった命であることと今まで支えてくれた人々に対する感謝の気持ちが語られた。また、aちゃん自身が頑張ったことによって今があるということに感謝する気持ちも語られていた。

いただいた命だからもちろん、大事に、大事にって思います。感謝、感謝っていう感じですね。本人に頑張ってくれてありがとうとドナーの方とかみんなにいっぱい助けてもらったんで本当に感謝、感謝だね、君がここにいるのは。

2. Bさん (bちゃん) の体験

Bさんは、年齢30歳代で、bちゃんの心臓移植から4年が経過している。bちゃんは月齢約2カ月時に拡張型心筋症を発症し、生後約6カ月時に医師主導治験であった EXCOR[®]を装着し、bちゃんは第1子である。居住地は他府県であるため母親が単身で子どもに付き添いを行った。装着後約10か月後の生後16カ月で渡米し、渡航約1か月後の生後17か月で心臓移植となった。渡航は、母親と父親が同行した。

1) 発症から EXCOR[®]を装着するまで

〈EXCOR[®]が使用できる施設への転院が決まった時は前向きになれた〉

余命告知を受けすぐに EXCOR[®]を所有している病院への転院が決定した。Bさんは転院先が EXCOR[®]を所有していることを既にニュースで情報を得ており、EXCOR[®]が装着されると状態が変わるのではないかと、移植もできるのではないかと前向きな気持ちになることができた。

え？まさかなみたい。嬉しいのとはんまかなあっていうような。そんな時もう転院先には EXCOR® がもうあるっていうのはニュースでやってたんで、頑張って、移植までいけるんかなっていう。EXCOR® つけれるようになったら、状態変わってくるんじゃないかなって。その時は、前向きになりましたね。この子がなんかもってるんかなって。

2) EXCOR® 装着から心臓移植するまで

〈保育士に子どもを任せて離れることができた時間は重要な時間だった〉

病棟保育士が毎日、個別で 20 分間の保育を提供していた。Bさんが離れると b ちゃんは泣いていたが、保育士と過ごす時間では b ちゃんは泣かずに機嫌よく過ごしていた。このため、安心して b ちゃんと離れることができたと言われた。

毎日のように 20 分みてくれるのは嬉しいしありがたいし、助かりましたね。気分転換ですね。20 分離られる。当時は私が部屋から出ようものなら、ぎん泣きするっていうのがあったんで。お父さんがいて私がシャワーにいてもそれすらもうぎん泣きするっていう時期だったんで。保育士さんだったらずっとニコニコしてる。(離れている時間) 全然、気にしなくていいので安心して預けられる。離れたところで泣いてないんだらうな、っていうので不安にはならない。あの時間がなければもうちょっと病んでたかなと思いますね。あれは、私のなかでは重要な時間。

3) 心臓移植から退院まで

〈ドナーが現れた時に、この子は今から生きるけど、亡くなった子がいることで複雑な気持ちや感謝の気持ちになった〉

ドナーが現れた時、これから生きていく子どもと亡くなった子どものことを思い複雑な思いになった。しかし、医療者からの祝福や神父によるケアがあり、ドナーに対して感謝の気持ちになった。

ドナーさんが現れたっていう時に、この子は今から生きるけど、亡くなった子がいるっていうのは、なんともいえない(複雑な)気持ちになったんですけど、いろんな看護師さんが「おめでとう、おめでとう」って言うてくれて。

あと病院に神父さんがいてくれるんですよ。「生き延びられてよかったです。何もあなたは悪いことはしてないから大丈夫ですよ」みたいな親の心のケアみたいなのがあったんで、(ドナーに対し)「ありがとう」っていう気持ちですね。

4) 退院から現在まで

〈人や病気、障がいをもっている人に対しての考え方が変わった〉

b ちゃんが病気になり、病気や障がいをもっている人に対する B さんの考え方が変わり、共感できるようになったことが語られた。

今まで、人に対してだったり病気をもっていたり障がいをもっている人に対しての考え方っていうのが全然かわりましたね。自分も障がいを持っている人をみたらかわいそうに、って思ってたんですけど、やっぱ、そういうのはなくなって、

なんか共感できるようになりましたね。すごいいい経験をしたなっていうのはあります。

3. C さん (c ちゃん) の体験

C さん 30 歳代では、c ちゃんの心臓移植から 3 年が経過している。生後約 5 カ月時に拡張型心筋症を発症し、EXCOR® を装着した。EXCOR® 装着時期は、保険適応後であった。c ちゃんは双子の第 2 子であるが第 1 子は亡くなっている。居住地は他府県であるため母親が単身で母親が付き添いを行った。装着後約 4 か月後の生後 9 か月で渡米し、渡米約 1 か月後、生後 10 か月で心臓移植となった。渡航は、母親と父親が同行した。

1) 発症から EXCOR® を装着するまで

〈心臓を動かすためには EXCOR® しかないのがありがたい〉

c ちゃんは、他県から心臓移植実施施設に転院し、内科的治療をしていたが、感染にたびたびかかり、状態が徐々に悪化していった。医師より「EXCOR® を装着しなければあと 2 日しかもたない」と説明を受けた C さんは、急なことであったが、それしか方法がない、装着できること自体がありがたいと思い、EXCOR® を装着したと言われた。

「もう (EXCOR® を) つけないと、あと 2 日もたない」って急な展開だったけど、もうそれしか方法がないし、つけることが、もう本当にありがたいことだったから、だからもうお願いしますっていう感じだったかな？心臓動かすためにはそれ (EXCOR®) しかなかった。(合併症があったとしても、EXCOR® を) つける選択は絶対にした。

2) EXCOR® 装着から心臓移植するまで

〈募金活動の誹謗中傷は想定していたが、c ちゃんが生きるチャンスにかけたかった〉

募金活動の主体は夫が行い、C さんは c ちゃんの看病に専念するという役割分担をしていた。C さんは誹謗中傷を想定しており意識的に避けていた。反面、応援してくれる人々やマスコミの情報発信の配慮により多くの人々に関心をもってもらうことができて、影響力が大きかったことを語った。

もうそこは(誹謗中傷は)想定してる感じだった。見ず知らずの大阪のおばさんに「あんた頑張らな、お母さんわかる？泣いたらあかん。」で声かけられたり。一見ね、興味なさそうな人が募金してくれたり。テレビの放映日も 3 連休のときのその始まる金曜日の夕方とか、みんな家にいてゆっくりみれるような時間帯。に放映してくれて、だから次の日の土日のあれが、募金がすごくて、みんなみてくれて。

3) 心臓移植から退院まで

〈ドナーのことは、ずっと気に留めておかないといけないこと〉

C さんは、子どもを亡くしており親としてドナーの親の気持ちを考えた。しかし、医療者は笑顔で一緒に喜んでくれ、医療者からのサポートにより素直に喜んでよいということを感じた。それは、心が軽くなるというものではなく、「ずっと、気に留めていかないといけないこと」だと語られた。

これは祝福されるべきことで、なんか素直に喜んでいいんだよっていうことを、みんなが、そういう、ムードをつくりだしてくれていた。こっちもね、子どもを亡くしたっていう経緯があるし、どんな事情で亡くなったかわからないけど、おんなじくらいの年ごろの子が亡くなったっていう経緯もあるし、それは、ずっとね、気に留めていかないといけないこと。

4) 退院から現在まで

〈EXCOR®装着中は命を繋ぐことで精一杯だったが、発達の遅れを考えると装着中からリハビリは必要だった〉

移植待機中は、命を繋ぐことで精いっぱいであったが、発達の遅れを考えると EXCOR®中もリハビリは必要だと語られた。

小児のリハビリをもっと充実、絶対したほうが良いと思う。どうしても（発達）停滞しちゃうじゃないですか。発達の面において。だから、そこを少しでも、無理のない範囲で。極端にうちのは発達が遅いからなおさると思う。

そんなとき（移植待機中）は、もう、命を繋ぐので精いっぱい。だから、今思えば明らかに、言葉を発してたり、立ったりしてたのが、退行・・・（中略）EXCOR®つけてる間の活動っていうのは無理やりでも活発にしてあげてたほうが、予後が変わってくると思う。

4. Dさん（dちゃん）の体験

Dさんは、40歳代で、dちゃんの心臓移植から5年が経過している。dちゃんは、生後3か月時に拡張型心筋症を発症し、生後約6か月時にEXCOR®装着した。EXCOR®装着時期は、保険適応後であった。dちゃんは第3子である。居住地は他府県であるDさんは、実家にきょうだいは預け単身で母親が付き添いを行った。装着後約7か月後の生後13か月で渡米し、渡米約2か月後の生後15か月に移植となった。Dさんは母子のみで渡航した。

1) 発症から EXCOR®を装着するまで

〈EXCOR®の写真を見たときはショックで、装着せずに渡航移植させたいと思った〉

医療者だったDさんは、心臓移植が必要となることを覚悟していた。移植実施の医師より EXCOR®を挿入した写真を見せられたDさんはショックで泣き、EXCOR®を装着せずに移植ができることを望んだことを語った。

家族に心疾患の人って誰もいなくて、まさか自分の子どもが、私の子がみたいな。先生から、拡張型心筋症に移行するって言われて、それイコール心臓移植って（思った）。拡張型心筋症のお子さんを渡航に送り出す側の仕事をしていて、その時にもうすでに覚悟したんですけど。もうショックで泣きました。もう見られないし。今、思っただけでもおそろしい。

補助人工心臓をつけるリスクとかもなんとなくわかってるだけに、こんなお世話になりたくないわって。このまま輸液だけで、あわよくば、渡航先にいけたらいいのかなとか、リスクもすごくあるのはわかってたけど、そう思ってたんです。

2) EXCOR®装着から心臓移植するまで

〈募金活動が始まると周囲へ迷惑をかけていると感じ、子どものケアに集中することができなくなった〉

募金活動が始まると、中傷されることもあり、周囲へ迷惑をかけているという思いになった。dちゃんは脳梗塞を発症していたため、dちゃんの看護に専念したかったが、それはできなかった。

募金が始まったら、中傷されたり、でも、その人の文を読んだからといって、誰が影響をうけるのかっていうと受けないとは思っただけだけど。本当にみんなに迷惑かけてるわって思っただけ。

本当は、純粹にこの子のことをみてあげたいし、脳梗塞後だし、また、何があるかわかんないっていう状況だったから、泣かせたくないとか、とにかくdのケアに集中したかったんだけど、募金をすることで、団体の人たちに対する配慮とか（以下略）。

3) 心臓移植から退院まで

〈海外では日本との医療の違いに慣れるまで苦労だらけだった〉

最初は、日本の医療と比較してストレスを感じていたが、渡航先の環境が充実していると感じるようになったと語られた。

もうすべてが苦労でしたよね。いいスタッフばかりだけど、日本の先生や日本のスタッフはこういう関わりをしてくれたのになんで、こうなのさ、みたいな。病院のシステムが全然違うから、どういうことを自分たちでしないといけないかってことを自分で聞かなきゃ教えてくれないんですよね。だから、すごいストレスで。

最初はわからないことだらけのストレスで、ドナーがいつ現れるのか、そこまで気持ちが及ばなかったんです。この人たちに慣れないといけないと（海外は）ハードな感じのボランティアさんがすごいはいっているの、あんまり食に困ることもなく、環境がすごいいいんです。充実してる。お散歩も行きたいって言えば、エンジニアさんが待機してくれてるので、行きたい時間につれていってくれる。

4) 退院から現在まで

〈移植後は終末期でいつ何が起こるかかわからない〉

渡航移植から帰国後、主治医に移植後は、ターミナル、終末期などと告げられ落胆したが、Dさんもその言葉に納得した。いつドナーからの心臓がダメになるかわからない、次はないという気持ちをもっていることが語られた。

今の状況で悪くなられるともうアウトですよ。やっぱり移植受けて、帰ってきて亡くなってる子、ポツポツといるじゃないですか。

だからどこで、いただいた心臓がだめになるかなんてわからないし、何がおきるかわかんないっていつも思いながらみてるんですよ。すごく怖い。

帰国して一番最初に先生に言われたのが、「お母さん、ターミナルだよって、終末期なんだよって移植後はって。すご

いお気楽な感じで、むしろはマスクもいらなくて いわれてオープンな感じでかえってきて早々に突き落とされたんですよ」でもそういうことだよなって。やっぱり、私も実感してるから。やっぱり、すごい覚悟してうけなきゃいけないし。できることなら移植はうけないほうがいい。

VI. 考 察

1. 発症から EXCOR®を装着するまで

Aさんは、発症から EXCOR®を装着するまでに、母親は子どもの命がいつまでもつのかと不安を感じ、心臓移植までの橋渡し治療である EXCOR®の装着に一縷の望みをかけていた。また、Bさんは施設への転院が決まった時に前向きな気持ちが見られ、Cさんは装着できることへの感謝の気持ちがあった。成人患者の場合でも、自分ではどうしてもできない状況の中、未来へ途切れかけた時間をつなぎ、命をつなぐために、可能性として残された補助人工心臓に望みをつないでいたと述べられている（山中、井上、2014）。この報告と同様に、内科的治療が限界となり子どもが死と隣り合わせとなった時、母親は祈るような思いで EXCOR®に望みを託していたと考えられる。

一方、Dさんは EXCOR®を装着した患者の写真をみて装着に否定的な思いもあった。EXCOR®装着治療の先には心臓移植があり、心臓移植までの長い待機期間を含め、看護師は母親と時間を共有しながら信頼関係を構築し多職種で母親を支える必要があると考える。

2. EXCOR®装着から心臓移植するまで

EXCOR®を装着した子どもは、心不全症状が改善することで、母親は子どもの症状の回復を実感していた。しかし、EXCOR®は、脳出血や脳梗塞などの合併症のリスクがあり、100%の安全性や確実性は保証されない（山中、井上、2014）。最悪な場合、合併症により心臓移植ができない可能性がある。生命を繋ぐために装着した医療機器であるが、それは常にリスクを伴うものである。状態が安定していても治療過程であることを忘れず、何が子どもにとって優先すべきことなのかを考える必要がある。

募金活動を開始することは、社会に子ども、親、家族のプライバシーを露出することとなる。Cさんは生きるチャンスがあるのであれば、誹謗中傷は痛くも痒くもないという、強い覚悟をもち募金活動をしていた。一方で、Dさんは募金活動が始まると、周囲へ迷惑をかけているという思いもあり、純粋に子どもに集中することができなくなっていた。募金活動を通して、周囲に励まされることもあるが、一方で社会からの中傷を受けることによる精神的ストレスは増強する（渡邊ら、2008）。子どもの症状が予断を許さない中、募金活動が始まると家族内の役割変化や親族に対する申し訳なさ、気遣いなど新たなストレスが生じており医療者はその時々に応じた心理的支援が必要である。

付き添った母親は、ほぼ 24 時間子どもの傍を離れていな

かった。梅田（2012）は、子どもの入院に付き添う母親の負担の特徴のひとつに、母親が子どもの病気に対して自責の念を抱きやすく、愛情があるゆえに、子どものためなら無理をしてしまう傾向があることを報告している。本研究でも付き添いをした母親は自身の基本的欲求を満たすことなく、子ども中心の生活を送っていた。母親のニーズにあわせ、疲労が緩和できるような細やかな支援が必要である。この支援は、看護師だけでなく、保育士、臨床工学技士、チャイルドライフスペシャリストなどの多職種の協働によって実現できると考える。

3. 心臓移植から退院まで

心臓移植は人の死があって存在する医療である。Cさんは、自身の子どもの亡くした経験からドナーの親の気持ちは十分理解したうえで、申し訳ないという思いではなく、繋がれた命に素直に感謝していた。しかし、Aさんは命が繋がることに対しての安堵感や嬉しさを素直に表出してよいのかという複雑な思いを抱いていた。心臓移植は脳死者からの心臓提供によって成立するものであることから、待機患者の中には、誰かが亡くなることを待つのに呵責を感じる人が少なくないと述べている（山下、2001）。しかし、自身の感情に蓋をしようとした母親に対し、渡航先の医療者がともに喜んでくれたことにより、わだかまりを残さず自身の気持ちに折り合いをつけ、ドナーに対してありがとうと素直に感謝し、前に進むことができたと思われる。このことが、移植後、子どもの状態が悪くなるといただいた命までもダメにするかもしれないという命を受け継いだ者として2つの命を大切にし、生きるという責任感に似た感情が生まれたものと考えられる。

4. 退院から現在

子どもは成長過程の中で、言葉の遅れ、発達の遅れといった状態が表出していた。移植待機中は、いずれの場合も成長発達を考えた関わりやリハビリテーションよりも、生命を繋ぐこと、生命を守ることが優先されていた。乳幼児期は、形態・心理社会的なあらゆる側面の発達が急激に進んでいる時期である（舟島、望月、2017）。入院生活では子どもの遊びと対人関係が欠如しているため、遊び方や人との関わり方を学ぶ機会が少なく、対応の仕方がわからないなどの社会性を養う機会の少なさを指摘している（村田、藤原、2009）。特に、EXCOR®装着中の子どもは、活動範囲が限られており、子ども同士がコミュニケーションを持つ機会をほとんど持てない。医療者は、子どもの病状にあわせ、屋外での空気、太陽の光、音、臭いなど感覚を刺激できるような時間を医療者は意識的に作り出すことが今後の成長発達の面から必要である。看護師は、提供する遊び方や刺激の内容を工夫し、十分吟味したうえで提供できる専門的知識が必要とされる。この援助は、医師、看護師、保育士、チャイルドライフスペシャリスト、理学療法士、作業療法士、言語療法士等の他職種が協働し、移植待機中から子どもの成長を促すサポートを意図的に計画し、提供していく必要がある。

心移植によって助かった命であることと今まで支えてくれた人々に対する感謝の気持ちが語られていた。また、Dさんは繋がれた命には限りがあることを覚悟し、いつ子どもを失うかもしれないという不安な思いを持っていることも語られた。国内の小児心臓移植後の10年累積生存率は92.9%である(日本心臓移植研究会, 2023)。しかし、EXCOR®を装着し生命を繋ぎ、心臓移植を行うことで延命した後も、移植心冠動脈病変、拒絶反応、グラフト不全が起こる可能性がある(小垣, 2017)。このことは、心臓移植後も、子どもの生命の保証を感じることが困難な中で、育児を行っていることを示す。山下(2001)は、心臓移植がゴールではないと述べている。移植を受けたレシピエントがその後の人生をどう生きるのかは、移植医療に関わる大事なテーマであると指摘している。心臓移植後は、免疫抑制剤を飲み続けること以外に定期的な通院・検査入院が必要となり、日常生活にも様々な場面で制限がかかる。しかし、子どもたちがそのような自分に対して否定的ではなく価値ある自分として受け入れることができるよう多職種からの継続的な支援が必要であると考える。

VII. 結 論

渡航心臓移植を受けた子どもの母親4名に半構造化面接調査を実施し、ライフストーリー分析を行い以下のような結論を得た。

【発症からEXCOR®装着するまで】では、子どもを失うかもしれないという不安を感じており、命を繋ぐためにEXCOR®に一縷の望みをかけていた。【EXCOR®装着から心臓移植するまで】は、一時的な心不全症状の改善に回復を実感しながらも、避けることのできない心臓移植のため募金活動を行い、誹謗中傷について想定しながら周囲の人たちに迷惑をかけているのではないかと感じていた。また、母親は基本的欲求が満たされていない中で付き添いを行っていた。【心臓移植から退院まで】は、命がつかぬという不安感、喜びとともに罪悪感のような申し訳ない気持ちを抱いていたが、渡航先の医療者が喜んでくれたことで前向きな気持ちになれることができていた。【退院から現在】では、いただいた命に感謝をし、生活が送れる喜びを感じていた。

心臓移植までの長い待機期間を含め、看護師は母親と時間を共有しながらその時々的心情を受け止めて母親のニーズや体調も把握しながら、細やかな支援をしていくことが必要である。さらに、多職種が協働することによって移植待機中から子どもの成長を促すサポートを意図的に計画して提供していく必要がある。

本研究にご協力してくださいました対象者の皆様、医療者の方々に深く御礼申し上げます。本論文は修士課程での研究の一部であり、第17回日本循環器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

- 天尾理恵, 緒方直史, 小川直美, 遠藤美代子, 村上新, 小野稔, 芳賀信彦. (2016). 小児用体外式補助人工心臓装着患者のリハビリテーションの経験. *心臓リハビリテーション*, 21 (1-2-3), 100-103.
- 福嶋敦偉. (2015). 小児重症心不全治療の現状と将来 我が国の小児心臓移植の現状と課題. *日本小児循環器学会雑誌*, 33 (1), 10-16. <https://doi.org/10.9794/jspccs.33.10>
- 舟島なをみ, 望月美知代 (2017). *看護のための人間発達学 第5版 第4章乳幼児期の心と身体*. 81-114. 医学書院.
- Gilmore, H. & Newall, F. (2011). The experience of parents and children where children have been supported with a ventricular assist device as a bridge to heart transplantation. *Pediatric Cardiology*, 32 (6), 772-777. <https://doi.org/10.1007/s00246-011-9962-3>
- 平田康隆. (2023). 小児重症心不全に対する補助循環・補助人工心臓治療: 先天性心疾患も含めて. *日本小児循環器学会雑誌*, 39 (3), 161-168. <https://doi.org/10.9794/jspccs.39.161>
- International Society for Heart and Lung Transplantation. (2019). The international thoracic organ transplant registry of the international society for heart and lung transplantation: twenty-second pediatric heart transplantation report - 2019; Focus theme: donor and recipient size match, *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 38 (10), 1028-1041. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2019.08.002>
- 小垣滋豊. (2017). 小児重症心不全治療の現状と将来: 小児心臓移植患者の遠隔期の管理. *日本小児循環器学会雑誌*, 33 (1), 24-35. <https://doi.org/10.9794/jspccs.33.24>
- 小山有紀子. (2024). 心移植周術期管理. *ICUとCCU*, 48(6), 319-326.
- 村田絵美, 藤原千恵子. (2009). 入院生活における幼児後期の子どもの遊び体験に対する親の認識. *小児保健研究*, 68 (1), 46-52.
- 日本心臓移植研究会. *日本における心臓移植報告* (2023年度). *移植*, 58 (3), 209-217. https://doi.org/10.11386/jst.58.3_209
- 日本循環器学会, 日本心臓病学会, 日本心臓血管外科学会, 日本心不全学会, 日本小児循環器学会, 日本移植学会, 日本救急医学会, 日本胸部外科学会. (2016). *2016年版心臓移植に関する提言*. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2016/162051/201610011B_upload/201610011B0007.pdf (閲覧日 2024年9月12日).
- 桜井厚, 小林多寿子. (2005). *ライフストーリー・インタビュー: 質的研究入門*. 第3章インタビュー・テキストを理解する. 129-208. せりか書房.
- 梅田弘子. (2012). 子どもの入院に付き添う母親の負担の特徴. *広島国際大学看護学ジャーナル*, 9 (1), 45-52.
- 渡邊朱美, 井上智子. (2008). 渡航心臓移植を選択した患者家族の意思決定プロセスと影響要因. *日本クリティカル看護学会誌*, 4 (2), 16-26. https://doi.org/10.11153/jaccn.4.2_16
- 山中源治, 井上智子. (2014). 補助人工心臓と共に生きる 心臓移植待機患者の体験と看護支援への示唆. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 10 (1), 28-40. https://doi.org/10.11153/jaccn.10.1_28
- 山下仰. (2001). 【わが国の心臓移植の現況】心移植患者・家族の精神的ケア. *今日の移植*, 14 (4), 443-448.

◇研究報告◇

A県内における外来看護師の在宅療養支援と知識、
役割意識との関連徳永明美^{1)*}, 今村桃子²⁾

【目的】 A県内外来看護師の在宅療養支援の実態調査より、在宅療養支援の実施と外来看護師の知識、役割意識との関連を検討した。

【方法】 A県内一般病床 100 床以上 500 床未満の 106 病院の外来看護師へ 2019 年 5 月に実態調査をした。67 病院の外来看護師 983 名（有効回答率 46.4%）の回答を記述集計後に χ^2 検定を用いて分析した。

【結果】 外来看護師は、医師からの説明の場面に同席することを 51.6%おこない、医師が説明した内容の補足説明を 45.7%おこなっていた。また、在宅療養支援の実施と外来看護師の知識、役割意識との関係を調べた結果、有意に関連していた（ P 値 < 0.001 ）。

【結論】 本研究では、外来看護師の知識や役割意識がある方が在宅療養支援をおこなっていた。このことから、院内教育による知識習得と個々の役割意識を高めることが、外来看護師の在宅療養支援の質向上につながると考えられた。

【キーワード】 外来看護師、在宅療養支援、実態調査、知識、役割意識

I. はじめに

在院日数の短縮化が進む中で、入院前から退院を見据えて外来で支援する入院時支援加算が 2018 年に新設され、外来が担う機能は多様化・高度化し重要視されるようになった。また、外来受療推計患者数 7,137.5 千人（厚生労働省, 2020）と人口減少に伴う外来患者数の減少が進む一方で、年齢別では複数の慢性疾患を抱える 75 歳以上の外来患者数は増加し、治療と生活の支援を一体的に行うことができる外来看護師の介入がますます重要となってきた（日本看護協会, 2022）。外来看護師の在宅療養支援には、病状および医療処置への支援、治療継続支援、意思決定支援、在宅サービス利用支援があり（佐藤ら, 2017）、患者の重症化予防や緊急入院の回避のため、外来看護師の在宅療養支援の質向上が喫緊の課題である。

外来看護師の在宅療養支援に関する文献検討では、研究対象者の半数以上が在宅療養支援を実施できていない現状と共に、短時間の関わりでの困難さや役割意識の希薄化が報告されていた（横内ら, 2019）。また、在宅療養支援が必要な患者

の把握、情報収集、多職種連携において、病棟看護師より外来看護師が知識不足による理解度や到達度の低さが課題とされていた（坂井ら, 2011）。

そこで、地域医療の中核として機能する A 県内の 100 床以上 500 床未満の一般病院の外来看護師を対象とし、在宅療養支援の取り組み状況、外来看護師の知識や役割意識について、知識を得るための研修参加状況など実態を把握する必要があると考えた。この実態調査より、在宅療養支援の実施と外来看護師の知識、役割意識との関連を明らかにし、外来看護師の在宅療養支援の質向上を図るための示唆を得ることができるとはならないかと考えた。

II. 目 的

外来看護師の在宅療養支援の質向上のため、A 県内外来看護師の実態調査より、在宅療養支援の実施と知識、役割意識との関連を明らかにする。

【用語の定義】

外来看護師の在宅療養支援：患者が住み慣れた場所で安心して在宅療養を継続するために、外来看護師が病状および医療

受付日：2024 年 10 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 国際医療福祉大学福岡保健医療学部看護学科 2) 元国際医療福祉大学福岡保健医療学部看護学科

* E-mail : cn-tokunaga-akemi@ihwg.jp

処置への支援、治療継続支援、意思決定支援、在宅サービス利用支援を必要とする患者に行う支援である（太田ら、2014；佐藤ら、2017）。

Ⅲ. 方 法

1. 調査対象者

A県の一般病床が100床以上500床未満の病院106箇所へ全数調査をし、外来責任者と外来看護師を対象とした。また、入院期間や独自の調整が必要な産婦人科・精神科・小児科の外来看護師を除外した。

2. 調査方法

2019年5月～6月にかけて自記式無記名質問紙による郵送法にて調査を実施した。また、病床規模による偏りを少なくするために、各医療機関への配布数を20部とし、全部で2,120部配布した。

3. 調査内容

調査項目は、病院体制や外来看護師について全部で75項目の回答を求めたが、本研究では在宅療養支援に関する分析を行うため、該当する29項目を記載した。

1) 基本属性

性別、年齢、看護師経験年数、外来所属経験年数、職位、勤務形態、取得免許、資格所有の有無、同居の有無の9項目を尋ねた。

2) 在宅療養支援の実施内容

佐藤ら（2017）はヒアリング調査にて、外来看護師による在宅療養支援の実施内容には、病状および医療処置への支援、治療継続支援、意思決定支援、在宅サービス利用支援があることを抽出した。本研究では、研究者から了承を得て、佐藤らの調査項目を基に質問紙を作成した。

在宅療養支援は【病状および医療処置への支援】【治療継続支援】【意思決定支援】【在宅サービス利用支援】の大項目に分類し全部で15項目を尋ね、目的変数とした。具体的な質問項目を以下に示す。【病状および医療処置への支援】は「1. 病状に応じた生活指導をおこなう」「2. 病状に対する不安への支援をおこなう」「3. 医療処置の指導をおこなう」「4. 服薬指導をおこなう」「5. 症状悪化時の対応方法を指導する」、【治療継続支援】は「6. 医師が説明した内容についてわかりやすく補足する」「7. 通院の継続を困難にしている患者に状況を確認し支援をおこなう」「8. 通院の継続を困難にしている家族に状況を確認し支援をおこなう」、【意思決定支援】は「9. 医師の病状や治療の説明の場面に同席する」「10. 病状や治療に関する患者・家族の意思を確認する」「11. 患者の意思を尊重して療養場所の選択肢の情報提供をする」、【在宅サービス利用支援】は「12. 患者に必要な介護保険や社会資源の申請のための紹介をおこなう」「13. 患者に必要な在宅サービス利用を開始するための支援をおこなう」「14. すでに利用中の在宅サービスに修正が必要な場合に助言する」「15. すでに利用中の在宅サービス事業所と必要に応

じて連携する」を、調査日から遡って約1年の間に関わった患者にどの程度支援したか、在宅療養支援の実施状況の回答を求めた。尚、調査対象病院により外来患者数が異なるため、偏りを除外するために、「まったくしなかった」「半分より少なかった」「半分より多かった」「全員におこなった」の4件法で尋ねた。

3) 関連要因

関連要因を検討するため、外来看護師の知識と役割意識の有無を尋ね、説明変数とした。

知識は「在宅療養支援の知識があるか」について、「とても知識がある」「やや知識がある」「あまり知識がない」「まったく知識がない」の4件法で回答を求めた。

役割意識は「外来の看護方針を理解し日頃から意識しているか」について、「とても意識している」「やや意識している」「あまり意識していない」「まったく意識していない」の4件法で回答を求めた。

4) 研修および地域ケア会議への参加

知識を得るための研修参加状況は「1. 在宅療養支援に関する院内研修」「2. 在宅療養支援に関する院外研修」「3. 多職種連携のための地域ケア会議」の3項目について、「年に5回以上」「年に3～4回」「年に1～2回」「参加しなかった」の4件法にて回答を求めた。

4. 分析方法

集計は無回答を除外して記述集計を行い、在宅療養支援の実施の割合、研修および地域ケア会議への参加状況を算出した。

今回、在宅療養支援の15項目を目的変数とし、関連要因として外来看護師の在宅療養支援の「知識」、外来部門の看護方針に対する「役割意識」を説明変数とし分析した。そして、目的変数と説明変数との関連性を調べるため、独立性の検定を選択し、 χ^2 検定をおこない関連を検討した。また、研修および地域ケア会議への参加状況についても、勤務形態との関連性を調べるため、 χ^2 検定をおこない比較検討した。

検定の結果、期待度数5未満のセルを確認し、必要性のあるものにはFisherの正確確率検定をし、関連要因の有意差を確認した。また、説明変数が順序尺度データのため、連関係数が有意か否かと大きさの評価の確認もおこなった。なお、有意水準は両側5%とし、統計処理にはIBM SPSS22を用いた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学の倫理審査の承認（承認番号18-Ifh-095）を得て実施した。対象者には研究目的、方法、個人情報保護、調査拒否の自由及び不利益の排除を明記した説明文書を自記式無記名質問紙に同封し、返信をもって同意を得たとした。

V. 結 果

調査対象 2,120 名のうち 67 病院の外来看護師 1,009 名（回収率 47.6%）から返送があり、未記入者 26 名を除外して有効回答数 983 名（有効回答率 46.4%）を分析対象とした。

1. 基本属性

外来看護師は女性が 98.1%を占め、年齢の平均は 43.2 歳（SD±8.7）、看護経験年数の平均は 18.9 年（SD±8.7）で、外来所属経験年数の平均は 6.7 年（SD±6.2）であった。勤務形態は、フルタイム正職員が 651 名（66.2%）と最も多く、非常勤職員 280 名（28.5%）、時間短縮正職員 52 名（5.3%）の順であった。取得免許は、看護師 845 名（86.0%）、保健師 56 名（5.7%）、准看護師 82 名（8.3%）が従事していた（表 1）。

2. 在宅療養支援の実施状況

在宅療養支援の実施状況（図 1）について、大項目別に「半分より多かった」「全員におこなった」の割合について記述する。

【病状および医療処置への支援】では、「1. 病状に応じた生活指導をおこなう」25.5%、「2. 病状に対する不安への支

援をおこなう」34.2%、「3. 医療処置の指導をおこなう」28.7%、「4. 服薬指導をおこなう」20.4%、「5. 症状悪化時の対応方法を指導する」29.6%であった。

【治療継続支援】では、「6. 医師が説明した内容についてわかりやすく補足する」45.7%であったが、「7. 通院の継続を困難にしている患者に状況を確認し支援をおこなう」は 19.0%、「8. 通院の継続を困難にしている家族に状況を確認し支援をおこなう」は 16.9%であった。

【意思決定支援】では、「9. 医師の病状や治療の説明の場面に同席する」51.6%であったが、「10. 病状や治療に関する患者・家族の意思を確認する」は 33.7%、「11. 患者の意思を尊重して療養場所の選択肢の情報提供をする」は 19.2%であった。

【在宅サービス利用支援】では、「12. 患者に必要な介護保険や社会資源の申請のための紹介をおこなう」15.7%、「13. 患者に必要な在宅サービス利用を開始するための支援をおこなう」11.9%、「14. すでに利用中の在宅サービスに修正が必要な場合に助言する」11.2%、「15. すでに利用中の在宅サービス事業所と必要に応じて連携する」11.6%であった。

表 1. 対象者の基本属性（ $n=983$ ）

対象者の基本項目		$n=983$	(%)	平均値 (±SD)
性別	男性	19	(1.9)	
	女性	964	(98.1)	
年齢	20 歳代	54	(5.5)	43.2(±8.7)
	30 歳代	290	(29.5)	
	40 歳代	400	(41.0)	
	50 歳代	205	(20.6)	
	60 歳以上	34	(3.4)	
看護職としての 通算経験年数	1 年未満	1	(0.1)	18.9(±8.7)
	1 年以上 3 年未満	15	(1.5)	
	3 年以上 5 年未満	16	(1.7)	
	5 年以上 10 年未満	104	(10.6)	
	10 年以上 20 年未満	384	(39.0)	
	20 年以上 30 年未満	331	(33.7)	
	30 年以上 40 年未満	114	(11.6)	
	40 年以上	18	(1.8)	
外来での所属 経験年数	1 年未満	29	(2.9)	6.7(±6.2)
	1 年以上 3 年未満	285	(29.0)	
	3 年以上 5 年未満	150	(15.3)	
	5 年以上 10 年未満	240	(24.4)	
	10 年以上 20 年未満	233	(23.7)	
	20 年以上 30 年未満	34	(3.5)	
	30 年以上 40 年未満	9	(0.9)	
	40 年以上	3	(0.3)	
職位	師長・副師長	60	(6.1)	
	主任・副主任	82	(8.3)	
	スタッフナース	841	(85.6)	
勤務形態	正職員:フルタイム勤務	651	(66.2)	
	正職員:時間短縮勤務	52	(5.3)	
	非常勤職員 (パートタイマー・嘱託等)	280	(28.5)	
取得免許	看護師	845	(86.0)	
	保健師	56	(5.7)	
	准看護師	82	(8.3)	
資格所有	なし	798	(81.2)	
	認定看護師	46	(4.7)	
	専門看護師	6	(0.6)	
	介護支援専門員	46	(4.7)	
	その他の資格	87	(8.8)	
同居者	なし	117	(11.9)	
	あり	866	(88.1)	

注) 表中の数値: n (%) または平均値 (±SD)

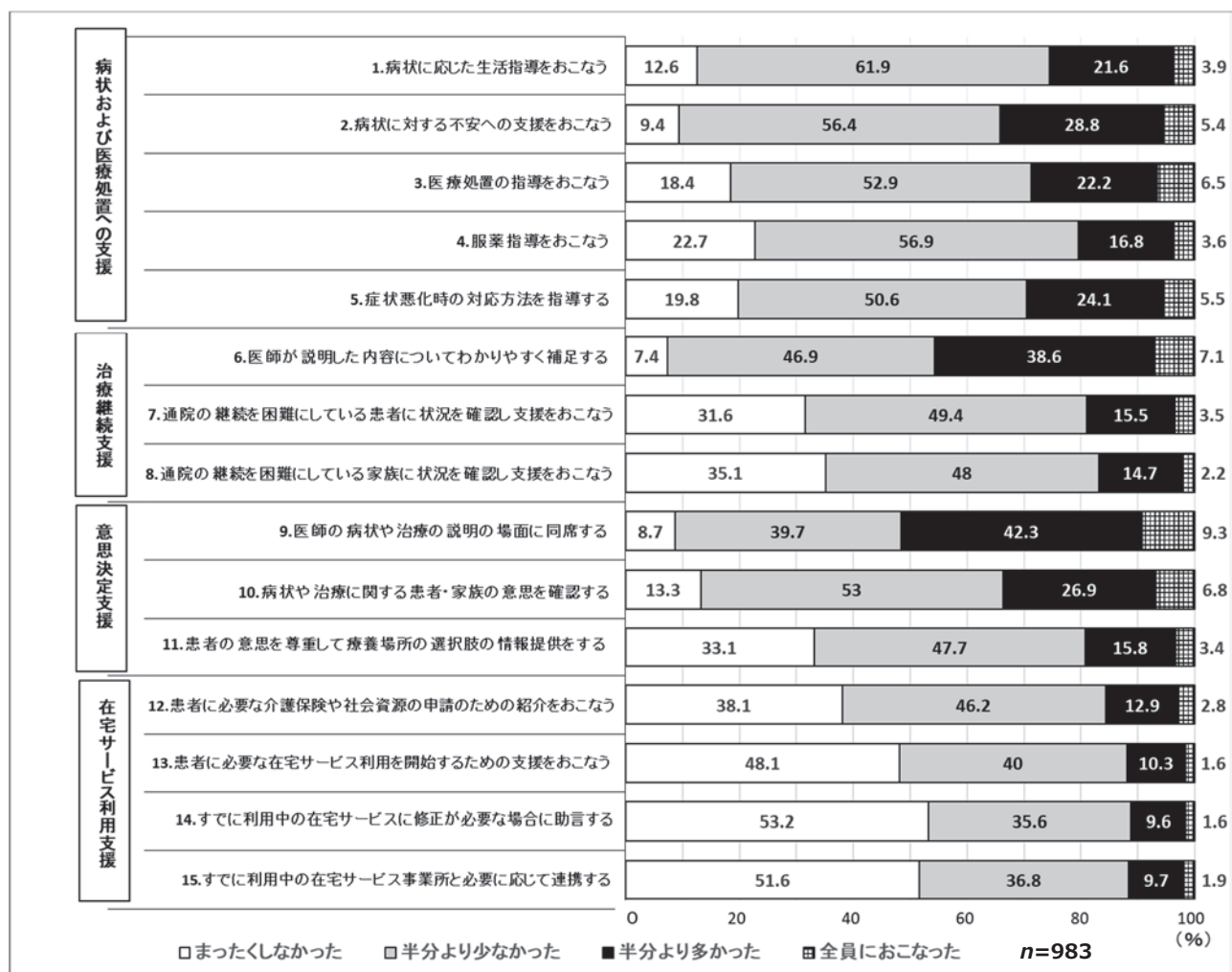


図1 外来看護師の在宅療養支援の実施状況

3. 在宅療養支援の実施と「知識」との関係

在宅療養支援の知識について、「とても知識がある」「やや知識がある」合わせて340名(34.6%),「あまり知識がない」「まったく知識がない」合わせて643名(65.4%)であった。

次に、在宅療養支援の15項目の実施状況と知識との関連を χ^2 検定より調べた結果(表2),すべての項目(「9. 医師の病状や治療の説明の場面に同席する」のみ p 値0.003,他の14項目は p 値<0.001)で統計的に有意な関連が認められた。

また、知識がある者となし者を比較してみると、「とても知識がある」者は、【病状および医療処置への支援】である「1. 病状に応じた生活指導をおこなう」「2. 病状に対する不安への支援をおこなう」「5. 症状悪化時の対応方法を指導する」3項目と、【治療継続支援】の全項目、【意思決定支援】の全項目において「半分より多かった」「全員におこなった」が合わせて50.0~66.7%であった。他の項目でも知識がある方が有意に在宅療養支援をおこなっていた。

4. 在宅療養支援の実施と「役割意識」との関係

外来の看護方針に対する役割意識について、「とても意識している」「やや意識している」合わせて782名(79.5%),「あまり意識していない」「まったく意識していない」合わせて201名(20.4%)であった。

次に、外来看護師の在宅療養支援の15項目の実施状況と役割意識との関連を χ^2 検定より調べ、期待度数が5未満のセルが20%以上となる場合はFisherの正確確率検定により有意確率を算出した。その結果(表3),14項目(p 値<0.001)が統計的に有意な関連が認められ、「9. 医師の病状や治療の説明の場面に同席する」(p 値0.165)のみ関連は認められなかった。

また、役割意識がある者となし者を比較してみると、「とても意識している」者は、「あまり意識していない」「まったく意識していない」者より、「全員におこなった」割合が最も高かった。また、「まったくしなかった」割合も低かった。そして、全ての項目で役割意識がある者は、なし者に比べ在宅療養支援をおこなっていた。

5. 外来看護師の研修・地域ケア会議への参加状況と「勤務形態」の比較

研修および地域ケア会議への参加率を図2に示した。「年に5回以上」「年に3~4回」「年に1~2回」を合わせた参加率は、在宅療養に関する院内の研修42.5%,院外の研修23.6%,地域ケア会議18.9%であった。

次に、研修および地域ケア会議の参加状況と勤務形態との関連を χ^2 検定より調べ、全項目で期待度数が5未満のセルが

表2 外来看護師の在宅療養支援と知識との比較 (n=983)

在宅療養を継続する ための支援項目			支援の割合		とても知識が ある		やや知識が ある		あまり知識が ない		まったく知識が ない		p値
					n = 30 (3.1)		n = 310 (31.5)		n = 544 (55.3)		n = 99 (10.1)		
病 状 お よ び	1.病状に応じた 生活指導をおこ なう	まったくしなかった	124	(12.6)	2	(6.7)	18	(5.8)	70	(12.9)	34	(34.3)	<0.001
		半分より少なかった	608	(61.9)	10	(33.3)	180	(58.1)	362	(66.5)	56	(56.6)	
		半分より多かった	213	(21.7)	12	(40.0)	95	(30.6)	97	(17.8)	9	(9.1)	
		全員におこなった	38	(3.9)	6	(20.0)	17	(5.5)	15	(2.8)	0	(0.0)	
医 療 処 置 の 支 援	2.病状に対する 不安への支援を おこなう	まったくしなかった	92	(9.4)	2	(6.7)	9	(2.9)	52	(9.6)	39	(29.3)	<0.001
		半分より少なかった	555	(56.5)	9	(30.0)	154	(49.7)	337	(61.9)	55	(55.6)	
		半分より多かった	283	(28.8)	9	(30.0)	124	(40.0)	136	(25.0)	14	(14.1)	
		全員におこなった	53	(5.4)	10	(33.3)	23	(7.4)	19	(3.5)	1	(1.0)	
治 療 継 続 支 援	3.医療処置の指 導をおこなう	まったくしなかった	181	(18.4)	5	(16.7)	27	(8.7)	109	(20.0)	40	(40.4)	<0.001
		半分より少なかった	520	(52.9)	11	(36.7)	162	(52.3)	295	(54.2)	52	(52.5)	
		半分より多かった	218	(22.2)	7	(23.3)	95	(30.6)	110	(20.2)	6	(6.1)	
		全員におこなった	64	(6.5)	7	(23.3)	26	(8.4)	30	(5.5)	1	(1.0)	
意 思 決 定 支 援	4.服薬指導をお こなう	まったくしなかった	223	(22.7)	7	(23.3)	37	(11.9)	131	(24.1)	48	(48.5)	<0.001
		半分より少なかった	559	(56.9)	10	(33.3)	184	(59.4)	323	(59.4)	42	(42.4)	
		半分より多かった	106	(16.9)	9	(30.0)	77	(24.8)	72	(13.2)	8	(8.1)	
		全員におこなった	35	(3.6)	4	(13.3)	12	(3.9)	18	(3.3)	1	(1.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	5.病状悪化時の 対応方法を指導 する	まったくしなかった	195	(19.8)	5	(16.7)	29	(9.4)	112	(20.6)	49	(49.5)	<0.001
		半分より少なかった	497	(50.6)	9	(30.0)	157	(50.6)	295	(54.2)	36	(36.4)	
		半分より多かった	237	(24.1)	9	(30.0)	102	(32.9)	113	(20.8)	13	(13.1)	
		全員におこなった	54	(5.5)	7	(23.3)	22	(7.1)	24	(4.4)	1	(1.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	6.医師が説明し た内容について わかりやすく補 足する	まったくしなかった	73	(7.4)	2	(6.7)	12	(3.9)	41	(7.5)	18	(18.2)	<0.001
		半分より少なかった	461	(46.9)	8	(26.7)	130	(41.9)	262	(48.2)	61	(61.6)	
		半分より多かった	379	(38.6)	12	(40.0)	141	(45.5)	211	(38.8)	15	(15.2)	
		全員におこなった	70	(7.1)	8	(26.7)	27	(8.7)	30	(5.5)	5	(5.1)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	7.通院の継続を 困難にしている 患者に状況を確 認し支援をおこ なう	まったくしなかった	311	(31.6)	3	(10.0)	46	(14.8)	194	(35.7)	68	(68.7)	<0.001
		半分より少なかった	486	(49.4)	10	(33.3)	176	(56.8)	277	(50.9)	23	(23.2)	
		半分より多かった	152	(15.5)	8	(26.7)	77	(24.8)	60	(11.0)	7	(7.1)	
		全員におこなった	34	(3.5)	9	(30.0)	11	(3.5)	13	(2.4)	1	(1.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	8.通院の継続を 困難にしている 家族に状況を確 認し支援をおこ なう	まったくしなかった	345	(35.1)	4	(13.3)	53	(17.1)	214	(39.3)	74	(74.7)	<0.001
		半分より少なかった	472	(48.0)	11	(36.7)	176	(56.8)	267	(49.1)	18	(18.2)	
		半分より多かった	144	(14.6)	10	(33.3)	73	(23.5)	54	(9.9)	7	(7.1)	
		全員におこなった	22	(2.2)	5	(16.7)	8	(2.6)	9	(1.7)	0	(0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	9.医師の病状や 治療の説明の場 面に同席する	まったくしなかった	86	(8.7)	5	(16.7)	16	(5.2)	47	(8.6)	18	(18.2)	0.003
		半分より少なかった	390	(39.7)	7	(23.3)	128	(41.3)	215	(39.5)	40	(40.4)	
		半分より多かった	416	(42.3)	14	(46.7)	134	(43.2)	238	(43.8)	30	(30.3)	
		全員におこなった	91	(9.3)	4	(13.3)	32	(10.3)	44	(8.1)	11	(11.1)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	10.病状や治療 に関する患者・ 家族の意思 を確認する	まったくしなかった	131	(13.3)	4	(13.3)	15	(4.8)	81	(14.9)	31	(31.3)	<0.001
		半分より少なかった	521	(53.0)	9	(30.0)	164	(52.9)	299	(55.0)	49	(49.5)	
		半分より多かった	264	(26.9)	7	(23.3)	107	(34.5)	135	(24.8)	15	(15.2)	
		全員におこなった	67	(6.8)	10	(33.3)	24	(7.7)	29	(5.3)	4	(4.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	11.患者の意思 を尊重して療養 場所の選択肢の 情報提供をする	まったくしなかった	325	(33.1)	5	(16.7)	44	(14.2)	211	(38.8)	65	(65.7)	<0.001
		半分より少なかった	469	(47.7)	9	(30.0)	173	(55.8)	260	(47.8)	27	(27.3)	
		半分より多かった	156	(15.9)	10	(33.3)	78	(25.2)	62	(11.4)	6	(6.1)	
		全員におこなった	33	(3.4)	6	(20.0)	15	(4.8)	11	(2.0)	1	(1.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	12.患者に必要な 介護保険や社 会資源の申請の ための紹介をお こなう	まったくしなかった	375	(38.1)	6	(20.0)	50	(16.1)	246	(45.2)	73	(73.7)	<0.001
		半分より少なかった	454	(46.2)	10	(33.0)	174	(56.1)	249	(45.8)	21	(21.2)	
		半分より多かった	127	(12.9)	8	(26.7)	73	(23.5)	42	(7.7)	4	(4.0)	
		全員におこなった	27	(2.7)	6	(20.0)	13	(4.2)	7	(1.3)	1	(1.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	13.患者に必要な 在宅サービス 利用を開始する ための支援をお こなう	まったくしなかった	473	(48.1)	7	(23.3)	74	(23.9)	311	(57.2)	81	(81.8)	<0.001
		半分より少なかった	393	(40.0)	12	(40.0)	167	(53.9)	197	(36.2)	17	(17.2)	
		半分より多かった	101	(10.3)	8	(26.7)	62	(20.0)	30	(5.5)	1	(1.0)	
		全員におこなった	16	(1.6)	3	(10.0)	7	(2.3)	6	(1.1)	0	(0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	14.すでに利用 中の在宅サー ビスに修正が必要 な場合に助言す る	まったくしなかった	523	(53.2)	7	(23.3)	94	(30.3)	336	(61.8)	86	(86.9)	<0.001
		半分より少なかった	350	(35.6)	10	(33.3)	153	(49.4)	177	(32.5)	10	(10.1)	
		半分より多かった	94	(9.6)	9	(30.0)	56	(18.1)	26	(4.8)	3	(3.0)	
		全員におこなった	16	(1.6)	4	(13.3)	7	(2.3)	5	(0.9)	0	(0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	15.すでに利用 中の在宅サー ビス事業所と必要 に応じて連携す る	まったくしなかった	507	(51.6)	7	(23.3)	94	(30.3)	323	(59.4)	83	(83.8)	<0.001
		半分より少なかった	362	(36.8)	13	(43.3)	155	(50.0)	181	(33.3)	13	(13.1)	
		半分より多かった	95	(9.7)	5	(16.7)	52	(16.8)	35	(6.4)	3	(3.0)	
		全員におこなった	19	(1.9)	5	(16.7)	9	(2.9)	5	(0.9)	0	(0.0)	

注1) 無回答を除く

注2) 表中の数値: n (%)

注3) χ^2 検定

表3 外来看護師の在宅療養支援と役割意識との比較 (n=983)

在宅療養を継続するための支援項目		支援の割合		とても意識している n=238 (24.2)	やや意識している n=544 (55.3)	あまり意識していない n=188 (19.1)	まったく意識していない n=13 (1.3)	p値
病状 お よ び	1.病状に応じた生活指導をおこなう	まったくしなかった	124 (12.6)	19 (8.0)	64 (11.8)	35 (18.6)	6 (46.2)	<0.001
		半分より少なかった	608 (61.9)	122 (51.3)	358 (65.8)	122 (64.9)	6 (46.2)	+
		半分より多かった	213 (21.7)	75 (31.5)	111 (20.4)	26 (13.8)	1 (7.7)	
		全員におこなった	38 (3.9)	22 (9.2)	11 (2.0)	5 (0.0)	0 (0.0)	
医 療 処 置 の 支 援	2.病状に対する不安への支援をおこなう	まったくしなかった	92 (9.4)	14 (5.9)	48 (8.8)	27 (14.4)	3 (23.1)	<0.001
		半分より少なかった	555 (56.5)	104 (47.3)	312 (57.4)	129 (68.6)	10 (76.9)	+
		半分より多かった	283 (28.8)	86 (36.1)	169 (31.1)	28 (14.9)	0 (0.0)	
		全員におこなった	53 (5.4)	34 (4.3)	15 (2.8)	4 (2.1)	0 (0.0)	
治 療 継 続 支 援	3.医療処置の指導をおこなう	まったくしなかった	181 (18.4)	24 (10.1)	98 (18.0)	55 (29.3)	4 (30.8)	<0.001
		半分より少なかった	520 (52.9)	128 (53.8)	284 (52.2)	99 (52.7)	9 (69.2)	+
		半分より多かった	218 (22.2)	57 (23.9)	137 (25.2)	24 (12.8)	0 (0.0)	
		全員におこなった	64 (6.5)	29 (12.2)	25 (4.6)	10 (5.3)	0 (0.0)	
意 思 決 定 支 援	4.服薬指導をおこなう	まったくしなかった	223 (22.7)	40 (16.8)	119 (12.9)	58 (30.9)	6 (46.2)	<0.001
		半分より少なかった	559 (56.9)	126 (52.9)	325 (59.7)	102 (54.3)	6 (46.2)	+
		半分より多かった	106 (16.9)	53 (23.3)	89 (16.4)	23 (12.2)	1 (7.7)	
		全員におこなった	35 (3.6)	19 (8.0)	11 (2.0)	5 (2.7)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	5.病状悪化時の対応方法を指導する	まったくしなかった	195 (19.8)	27 (11.3)	101 (18.6)	60 (31.9)	7 (53.8)	<0.001
		半分より少なかった	497 (50.6)	104 (43.7)	293 (53.9)	96 (51.1)	4 (30.8)	+
		半分より多かった	237 (24.1)	79 (33.2)	129 (23.7)	27 (14.4)	2 (15.4)	
		全員におこなった	54 (5.5)	28 (11.8)	21 (3.9)	5 (2.7)	0 (0.0)	
意 思 決 定 支 援	6.医師が説明した内容についてわかりやすく補足する	まったくしなかった	73 (7.4)	11 (4.6)	40 (7.4)	20 (10.6)	2 (15.4)	<0.001
		半分より少なかった	461 (46.9)	84 (35.3)	270 (49.6)	99 (52.7)	8 (61.4)	+
		半分より多かった	379 (38.6)	112 (47.1)	205 (37.7)	59 (31.4)	3 (23.1)	
		全員におこなった	70 (7.1)	31 (13.0)	29 (5.3)	10 (5.3)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	7.通院の継続を困難にしている患者に状況を確認し支援をおこなう	まったくしなかった	311 (31.6)	36 (15.1)	175 (32.2)	89 (47.3)	11 (84.6)	<0.001
		半分より少なかった	486 (49.4)	116 (48.7)	289 (53.1)	80 (42.6)	1 (7.7)	+
		半分より多かった	152 (15.5)	65 (27.3)	71 (13.1)	15 (8.0)	1 (7.7)	
		全員におこなった	34 (3.5)	21 (8.8)	9 (7.1)	4 (2.1)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	8.通院の継続を困難にしている家族に状況を確認し支援をおこなう	まったくしなかった	345 (35.1)	47 (17.6)	198 (36.4)	94 (50.0)	11 (84.6)	<0.001
		半分より少なかった	472 (48.0)	119 (50.0)	274 (50.4)	78 (41.5)	1 (7.7)	+
		半分より多かった	144 (14.6)	63 (26.5)	65 (11.9)	15 (8.0)	1 (7.7)	
		全員におこなった	22 (2.2)	14 (5.9)	7 (1.3)	1 (0.5)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	9.医師の病状や治療の説明の場面に同席する	まったくしなかった	86 (8.7)	15 (6.3)	47 (8.6)	22 (11.7)	2 (15.4)	0.165
		半分より少なかった	390 (39.7)	89 (37.4)	229 (42.1)	67 (35.6)	5 (38.5)	++
		半分より多かった	416 (42.3)	103 (43.3)	227 (41.7)	80 (42.6)	6 (46.2)	
		全員におこなった	91 (9.3)	31 (13.0)	41 (7.5)	19 (10.1)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	10.病状や治療に関する患者・家族の意思を確認する	まったくしなかった	131 (13.3)	19 (8.0)	62 (11.4)	45 (23.9)	5 (38.5)	<0.001
		半分より少なかった	521 (53.0)	108 (45.4)	316 (58.1)	91 (48.4)	6 (46.2)	+
		半分より多かった	264 (26.9)	76 (31.9)	138 (25.4)	48 (25.4)	2 (15.4)	
		全員におこなった	67 (6.8)	35 (14.7)	28 (5.1)	4 (2.1)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	11.患者の意思を尊重して療養場所の選択肢の提供をする	まったくしなかった	325 (33.1)	47 (19.7)	176 (32.4)	92 (48.9)	10 (76.9)	<0.001
		半分より少なかった	469 (47.7)	114 (47.9)	274 (50.4)	79 (42.0)	2 (15.4)	+
		半分より多かった	156 (15.9)	55 (23.1)	85 (15.6)	15 (8.0)	1 (7.7)	
		全員におこなった	33 (3.4)	22 (9.2)	9 (1.7)	2 (1.1)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	12.患者に必要な介護保険や社会資源の申請のための紹介をおこなう	まったくしなかった	375 (38.1)	48 (20.2)	205 (37.7)	112 (59.6)	10 (76.9)	<0.001
		半分より少なかった	454 (46.2)	116 (48.7)	269 (49.4)	66 (35.1)	3 (23.1)	+
		半分より多かった	127 (12.9)	54 (22.7)	63 (11.6)	10 (5.3)	0 (0.0)	
		全員におこなった	27 (2.7)	20 (8.4)	7 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	13.患者に必要な在宅サービス利用を開始するための支援をおこなう	まったくしなかった	473 (48.1)	68 (28.6)	265 (48.7)	128 (68.1)	12 (92.3)	<0.001
		半分より少なかった	393 (40.0)	108 (45.4)	230 (42.3)	54 (28.7)	1 (7.7)	++
		半分より多かった	101 (10.3)	51 (21.4)	44 (8.1)	6 (3.2)	0 (0.0)	
		全員におこなった	16 (1.6)	11 (4.6)	5 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	14.すでに利用中の在宅サービスに修正が必要な場合に助言する	まったくしなかった	523 (53.2)	73 (30.7)	292 (53.7)	145 (77.1)	13 (100.0)	<0.001
		半分より少なかった	350 (35.6)	102 (42.9)	209 (38.4)	39 (20.7)	0 (0.0)	++
		半分より多かった	94 (9.6)	53 (22.3)	37 (6.8)	4 (2.1)	0 (0.0)	
		全員におこなった	16 (1.6)	10 (4.2)	6 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 支 援	15.すでに利用中の在宅サービス事業所と必要に応じて連携する	まったくしなかった	507 (51.6)	80 (33.6)	278 (51.1)	137 (72.9)	12 (92.3)	<0.001
		半分より少なかった	362 (36.8)	100 (42.0)	216 (39.7)	45 (23.9)	1 (7.7)	++
		半分より多かった	95 (9.7)	45 (18.9)	44 (8.1)	6 (3.2)	0 (0.0)	
		全員におこなった	19 (1.9)	13 (5.5)	6 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	

注1) 無回答を除く

注2) 表中の数値: n (%)

注3) X²検定: +, Fisher正確確率検定 (期待度数が5未満のセルが20%以上): ++

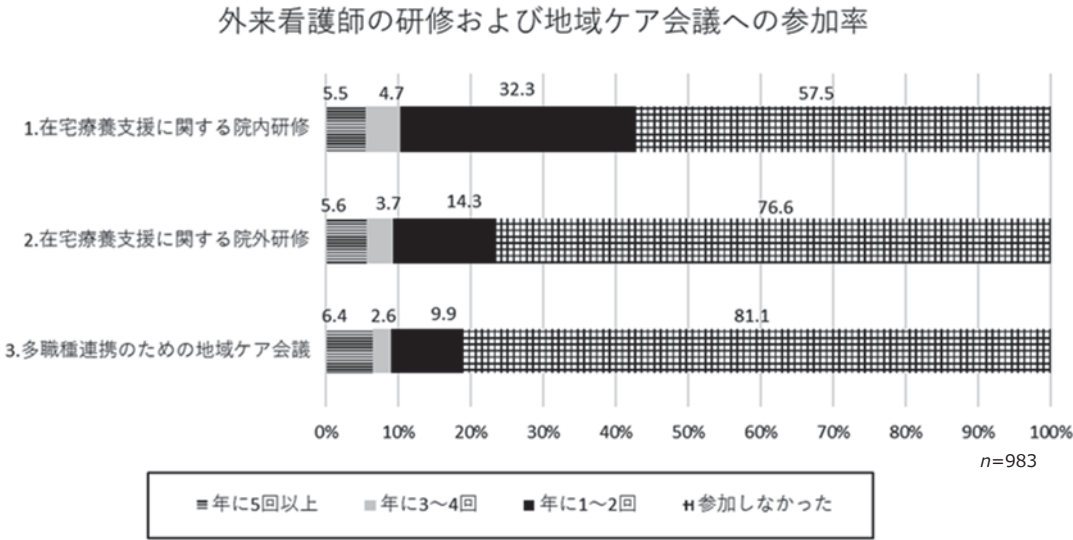


図2 外来看護師の研修および地域ケア会議への参加率（n=983）

表4 外来看護師の研修および地域ケア会議の参加状況と勤務形態の比較（n=983）

研修の項目	参加状況	フルタイム正職員	時間短縮正職員	非常勤職員	p 値
		n=651	n=52	n=280	
1.在宅療養支援に関する院内研修	年に5回以上	38 (5.8)	2 (3.8)	14 (5.0)	<0.001
	年に3~4回	38 (5.8)	2 (3.8)	6 (2.1)	
	年に1~2回	246 (37.9)	12 (23.1)	60 (21.4)	
	参加しなかった	329 (50.5)	36 (69.2)	200 (71.4)	
2.在宅療養支援に関する院外研修	年に5回以上	37 (4.7)	2 (3.8)	16 (5.7)	<0.001
	年に3~4回	29 (4.5)	2 (3.8)	5 (1.8)	
	年に1~2回	120 (18.4)	5 (9.6)	16 (5.7)	
	参加しなかった	465 (71.4)	43 (82.7)	243 (86.8)	
3.多職種連携のための地域ケア会議	年に5回以上	44 (6.8)	2 (3.8)	17 (6.1)	0.002
	年に3~4回	19 (2.9)	3 (5.8)	4 (1.4)	
	年に1~2回	81 (12.4)	1 (1.9)	15 (5.4)	
	参加しなかった	507 (77.9)	46 (88.5)	244 (87.1)	

注1) 無回答を除く
注2) 表中の数値：n (%)
注3) Fisher 正確確率検定（期待度数が5未満のセルが20%以上）

20%以上となったため、Fisher の正確確率検定により有意確率を算出した。その結果（表4），すべての勤務形態（「地域ケア会議」のみ p 値 0.002，他の14項目は p 値<0.001）で統計的に有意な関連が認められた。

そして、フルタイム正職員と時間短縮正職員，非常勤職員を比較してみると，「年に5回以上」「年に3～4回」「年に1～2回」を合わせた参加率は，フルタイム正職員が院内研修49.5%，院外研修27.6%，地域ケア会議22.1%と最も高かった。

Ⅵ. 考 察

1. A 県内における外来看護師の在宅療養支援の実態

外来看護師の在宅療養支援には，病状および医療処置への支援，治療継続支援，意思決定支援，在宅サービス利用支援がある（佐藤ら，2017）。今回，意思決定支援である医師から

の説明の場面に同席することを51.6%の外来看護師がおこなっていた。そして，治療継続支援である医師が説明した内容の補足説明も45.7%の外来看護師がおこなっていた。本研究の対象者は，複数の慢性疾患を抱える高齢者の在宅療養を支えるため，診療の補助の際に支援をおこなっていることがうかがえ，重要な役割を果たしていると推測する。

しかし，意思決定支援では，51.6%が医師からの説明の場面に同席していたが，患者・家族の意思確認がおこなえている看護師は33.7%であり，さらに，患者の意思を尊重した選択肢の情報提供は19.2%であった。また，治療継続支援では，45.7%が医師の説明した内容の補足説明をしていたが，通院を困難にしている状況の確認と支援は，患者に19.0%，家族に16.9%であった。特に，少子高齢化と核家族化が進んだ近年においては，高齢者の独居や夫婦のみ世帯の増加に伴い，通院に付き添える家族がいないなどの問題が生じている。外

来看護師は診療の補助の際に医師の説明を患者や家族へわかりやすく補足説明するだけでなく、治療継続のため通院を阻害する本人や家族の要因を探索し、解決に導くことが重要である。また、診療場面に同席した際には、治療や療養の方針について患者の意思を確認したり、病状が悪化した際の対応方法を決めたりなど意思決定支援も重要になってくる。よって、意思決定支援や治療継続支援において、患者の意思確認を始め、阻害要因の探求、問題解決への導きなどの必要性に外来看護師が気づき、患者や家族へ主体的な関わりができるような方策が必要であると考ええる。

また、外来看護師の在宅サービス利用支援は、「半分より多かった」「全員におこなった」合わせて11.2%～15.7%と低い実施状況であり、先行研究（坂井ら, 2011; 佐藤ら, 2017）と同様の結果となった。特に「すでに利用中の在宅サービスに修正が必要な場合に助言する」は11.2%と最も低かった。

支援の実施には、介護保険や福祉サービスに関する知識が必要であり、個別の相談室の確保が難しいことや短時間の関わりでの困難さ（横内ら, 2019）から、地域連携室等の相談部門へ引き継がれ、外来看護師の在宅サービス利用支援には至らなかった可能性が考えられる。また、外来の在宅療養支援に関する相談窓口の担当看護師が限定されていたり、連携が必要な患者が少なかったりしたことが、結果に反映されているのではないかと推測する。しかし、在宅療養支援は病棟や地域に携わる医療・福祉の関連職種との多職種連携が重要であり、外来看護師は在宅療養生活を理解した上で、受診時の状況を外来看護師から関連職種へ情報を発信することや、病棟と地域をつなぐ役割（横内ら, 2019）がある。そして、治療と生活の支援を一体的に行うことができる外来看護師が、患者に社会資源の紹介や助言、利用中の在宅サービス事業所との必要に応じた連携など、タイミングよく在宅サービスにつなげることは重要で今後の課題である。

2. 外来看護師の在宅療養支援の実施と知識や役割意識との関連

在宅療養支援 15 項目の実施と知識や役割意識との関連を比較した結果、知識では15項目が、役割意識では14項目が有意に関連していたことが明らかとなった。これは、先行研究（徳永ら, 2021; 2024）と同様の結果であった。

本研究の対象者は、在宅療養支援に「あまり知識がない」「まったく知識がない」合わせて65.4%であり、知識がある方がない方よりも在宅療養支援がおこなえていた。これは、知識が不足しおこなえていない可能性が考えられる。また、知識がないために支援を全くしなかった項目で高値を示したのは、在宅サービス利用支援に関する4項目、通院の継続を困難にしている患者・家族への支援、患者の意思を尊重した療養場所の選択肢の情報提供であった。したがって、外来看護師の在宅療養支援の質向上には、介護保険や介護予防、訪問診察や介護福祉施設等の社会資源に関する知識が必要である。また、病状に合わせた支援と必要な関連職種に繋げるこ

とができるように、院内の地域連携室等の相談部門の職員、地域包括支援センター職員や介護支援専門員、訪問看護師や行政の保健師等と連携する方法を習得し、知識を得ることが重要であると考ええる。

一方、外来の看護方針に対する役割意識について「とても意識している」「やや意識している」合わせて79.5%であり、役割意識がある方がない方よりも在宅療養支援をおこなえていた。外来医療や看護を取り巻く環境が大きく変化する近年において、外来の看護方針に対する役割意識が79.5%と高いことは良好な結果であり、在宅療養支援を推進していく上で大きな原動力となる。また、錦織ら（2017）は、外来に明確な方針や理念がある病院は新たな取り組みを取り入れやすいと述べている。これまで診療の補助と煩雑な事務業務が中心であった外来看護師が、主体的に患者や家族へ関わりを持ち、近年の外来看護を取り巻く社会情勢に合わせた在宅療養支援を推進していくためには、自施設に合わせた外来の看護方針を明確にした上で、個々の外来看護師の役割意識を高める院内研修が重要であると考ええる。

しかし、時間外に外来看護の研修参加が難しい看護師やワークライフバランスを優先する看護師（小室ら, 2014）が外来には多いことが予測され、本研究対象者も非常勤職員と時間短縮正職員が33.8%を占めていた。さらに、研修および地域ケア会議の参加状況と勤務形態との関連を調べたところ、すべての勤務形態で有意に関連していた。そして、フルタイム正職員と時間短縮正職員、非常勤職員を比較してみると、フルタイム正職員が最も参加率が高いことが明らかとなった。したがって、非常勤職員や時間短縮勤務正職員の研修の参加しやすさに着目したアプローチと人材育成が大きな課題である。

以上のことから、外来看護師の在宅療養支援の質向上のためには、全職員対象の院内教育システムを充実させて、在宅療養支援の知識を習得し、個々の役割意識を高めることが重要であることが示唆された。

Ⅶ. 結 論

今回、A 県内外来看護師の在宅療養支援の実態調査より、在宅療養支援の実施と外来看護師の知識、役割意識との関連を検討した。

1. 外来看護師の在宅療養支援の実施状況について、「半分より多かった」「全員におこなった」を合わせた割合が高かったのは、「医師の病状や治療の説明の場面に同席する」「医師が説明した内容についてわかりやすく補足する」で約5割を占めていた。
2. 外来看護師の在宅療養支援である病状および医療処置への支援、治療継続支援、意思決定支援、在宅サービス利用支援において、支援の実施と知識や役割意識とは関連があり、外来看護師の知識や役割意識があると回答した者の方

が、ないと回答した者に比べ在宅療養支援をおこなっていた。

3. 外来看護師の在宅療養支援の質向上を図るためには、非常勤職員や時間短縮正職員が参加しやすい全職員対象の院内教育システムの充実により、在宅療養支援の知識を習得し、個々の役割意識を高めることが重要である。

尚、ここで得られた結果は、A県内の一般病床が100床以上500床未満の病院の外来看護師に限定したこと、退院支援が入退院支援に改名され、外来と病棟・地域との連携が強化され始めた2018年の翌年に調査を実施したこと等により一般化するには限界がある。よって、今後は異なる地域や時期、外来の在宅療養支援に関する相談窓口の担当者への実態調査等により、信頼性・妥当性を検証していく必要がある。

<謝辞>

本研究にご協力下さいました調査対象者の皆様に深く御礼申し上げます。なお、本研究は2019年度国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻看護学分野在宅看護領域に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。また、開示すべき利益相反はない。

VIII. 引用文献

- 小室るみ, 黒田光恵. (2014). 子育て中の外来看護師の仕事に対する捉え方. *日本看護学会論文集 看護管理*, 44, 114-117.
- 厚生労働省. (2020). 令和2年患者調査.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/suikikanjya.pdf> (閲覧 2024-09-24)
- 日本看護協会. (2022). 2021年病院看護・外来看護実態調査. *日本看護協会調査研究報告*, 97, 69-84.
- 錦織梨紗, 永田智子. (2017). 外来看護師による在宅療養支援ニーズ把握の実態 一般病院を対象とした全国調査. *日本地域看護学会誌*, 20 (2), 29-37.
- 太田秀樹, 宇都宮宏子, 山田雅子, 秋山雅子. (2014). 在宅療養支援における看護ケアのマネジメント. 宇都宮宏子, 山田雅子 (編). *看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント* (PP.6-28). 日本看護協会出版会.
- 坂井志麻, 中田晴美, 柳修平, 犬飼かおり, 服部真理子, 大堀洋子. (2011). 特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識 経験年数別比較と病棟・外来別比較. *東京女子医科大学看護学会誌*, 6 (1), 41-51.
- 佐藤日菜, 田口敦子, 永田智子, 山内悦子, 浦山美輪, 戸村ひかり, 鷺見尚己. (2017). 特定機能病院における外来看護師による在宅療養支援の実態. *日本地域看護学会誌*, 20 (2), 80-86.
- 徳永明美, 今村桃子. (2021). 外来看護師の入院時支援における関連要因の検討. *日本看護学会論文集 急性期看護・慢性期看護*, 51, 129-132.
- 徳永明美, 今村桃子. (2024). A病院における外来看護師の入院時支援の実態と実施を促進する関連要因の検討. *日本看護学会誌*, 19 (2), 15-29.
- 横内理乃, 泉宗美恵, 依田純子, 佐藤悦子. (2019). 外来看護における在宅療養支援に関する文献検討. *山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル*, 5, 45-56.

◇研究報告◇

クリティカルケア看護の「臨床推論力」を育成する 看護基礎教育プログラムの内容妥当性の評価

高柳智子^{1)*}, 樺澤三奈子¹⁾, 相澤達也¹⁾, 坂田智佳子¹⁾, 山岸美奈子¹⁾,
岡村典子¹⁾, 酒井禎子²⁾, 堀江正男¹⁾, 村松卓弥³⁾, 長井卓也³⁾

【目的】クリティカルケア看護における「臨床推論力」を育成する看護基礎教育プログラム案について、有識者レビューにより内容妥当性と有用性を検討し、プログラムの洗練化を図ることを目的とする。

【方法】看護系大学4年次生を学習者とする看護基礎教育プログラム案を大学教員と看護実践家が共同して作成し、クリティカルケアを専門とする看護実践家と看護系大学教員の各3名に4件法での評価を依頼した。Content Validity Index（以下、CVI）が基準値未満であった評価項目をもとにプログラムの再検討を行った。

【結果】14評価項目のうち2項目を除き妥当性ならびに有用性が示された。CVIが基準値未満であった項目は、評価理由を参考に学習目標と学習課題を見直し最終案とした。

【結論】クリティカルケア看護における「臨床推論力」を育成に寄与しうる看護基礎教育プログラムに洗練させることができた。

【キーワード】クリティカルケア看護、臨床推論力、看護基礎教育プログラム、アクティブラーニング、有識者レビュー

I. はじめに

大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会（2019）は、人口構造の変化や医療の高度化・複雑化、医療技術の進歩をはじめとした社会情勢の流れの中で、これまで以上に高い看護実践力が看護職に求められていることを指摘している。さらに、高い看護実践力を修得していくには、臨床判断力（臨床推論力）修得への期待が高く、現行の科目内容の工夫だけでなく、新規科目の可能性を検討する必要性を提言している（大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会、2019）。

Bennerら（2012）は、臨床推論とは状況の変化についての推論であり、患者の直前の情報に基づき、目の前の臨床状況を解釈し、患者の状態がどこに向かって変化しているのか推移を見通すことであると述べている。また、Tanner（2022）は、よい看護実践には臨床的な推論と判断の修得が必要であることから、臨床推論に関連した教育モデルの作成に着手し臨床判断モデルを開発した。このモデルにおいて、臨床判断は、「気づく」、「解釈する」、「反応する」、「省察する」の4段

階があり、解釈の段階では分析的・直観的・説話的の3つの推論パターンが示されている（Tanner, 2022）。

A大学は、保健師助産師看護師養成所指定規則の一部改正に伴い、令和4年度入学生から新カリキュラムを適用している。看護基礎教育検討会報告書（厚生労働省、2019）では、科学的根拠に基づいた臨床判断能力を養う重要性が指摘され、その基盤となる解剖生理学等の内容の充実として演習の役割についても言及されている。A大学の新カリキュラムにおいても、4年次前期に看護師教育課程学生の選択必修科目として、臨床推論・クリティカルケア演習（1単位 15時間）を新たに立ち上げた。クリティカルケアの場では、患者の状態は刻一刻と変化する。救急外来では、限られた情報を手掛かりに迅速で的確な臨床推論が必要とされる。集中治療の場では、全身管理が必要な重篤患者に対し集中的なモニタリングと高度な医療が提供されている。そのため、クリティカルケアに携わる看護師は、病態や治療に関する確実な知識を基盤に多くの患者情報を統合し、推論を行っていく。このようなクリティカルケアの特性から、看護学生が患者に生じている健康問題を探索し推論していくことに、困難を伴うことが少

受付日：2025年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 新潟県立看護大学 2) 新潟薬科大学 3) 新潟県立中央病院

* E-mail: takatomo@niigata-cn.ac.jp

なくない。本科目は、クリティカルケア看護における「臨床推論力」を育成する領域横断科目として配置された。研究者らは、開講に向けてクリティカルケア看護における臨床推論の特徴とその教育方法に関する国内外の文献レビュー（樺澤ら, 2024; 相澤ら, 2024）を基盤に、1単位8回（1回あたり90分）で構成するクリティカルケア看護の「臨床推論力」を育成する看護基礎教育プログラムを考案した。

Ⅱ. 目 的

本研究は、クリティカルケア看護における「臨床推論力」を育成する看護基礎教育プログラム案について、有識者レビューにより内容妥当性ならびに有用性を検討し、教育プログラムの洗練化を図ることを目的とする。

Ⅲ. 方 法

1. 用語の定義

臨床推論：臨床推論には明確な定義はなく（大西, 2021）、樋口・林（2021）は、国内の臨床推論に関する看護系論文において約8割は臨床推論の定義が示されていないことを報告している。本研究では、臨床推論に関する3文献（喜瀬, 2014; 伊藤, 2016; 河嶋, 2023）に記述された定義に含まれる要素を抽出し、「専門的知識を用いた患者情報の収集・分析から健康問題を明らかにし、その解決に向けて最適な行為を選択するための思考過程」と定義した。

臨床推論力：上記の臨床推論を的確に遂行する能力。

2. 研究期間

令和6年2月～同年8月。

3. クリティカルケア看護の「臨床推論力」を育成する看護基礎教育プログラム

1) 学習者

A大学4年次生（看護師教育課程）。学習者は、2年次にフィジカルアセスメントの基礎看護技術演習や急性期看護に関する講義を履修している。さらに、3年次の看護学演習ならびに臨床実習にて、情報収集を網羅的に進めた後に健康課題の議論を煮詰めていく過程をふむ徹底検討法（木澤, 2016）に基づく看護過程の展開を学習済みである。なお、3年次の臨床実習で集中治療室実習を2日間行っているが、救急外来での実習は行っていない。なお、本科目は、看護師教育課程の選択必修科目であるため、看護師教育課程4年次生の中でもクリティカルケア看護に興味関心を持っている学生の履修を想定し、学習者3～4名によるグループワークやデブリーフィングを基本とした少人数教育として考案した。

2) プログラムの特徴と学習目標

本科目は、生物・医学系や基礎看護学、成人看護学の教員による領域横断科目とし、1～3年次の既習知識を活かした重層的な学習支援を図るとともに、実習指導者を担っているクリティカルケア看護の実践家2名にプログラム考案段階から参画してもらい、より実践的なプログラム作成を目指した。

プログラムは、先行研究（樺澤ら, 2024）で得られた下記①～⑥のクリティカルケア看護における臨床推論の特徴6つが習得できるよう構成した。①病状の変化について「何か変だ」と気づく（直感的思考）②特徴的な症状・徴候から健康問題と緊急レベルを推測する（近道思考）③情報と根拠を照合して推測した健康問題が適切かどうかを確かめる（仮説演繹法）④系統的アセスメントにより全体像をとらえる（系統的アセスメント）⑤根拠に基づき、とるべき行為の選択肢を探す（多分岐法 アルゴリズム）⑥臨床推論における偏りのリスクを回避するための思考過程の適切性を振り返る。

また、学習目標として以下の5つを設定した。①臨床推論の思考プロセスを理解することができる。②救急外来を受診した事例に対して、問診・フィジカルアセスメントの技術を活用し、病態を推論できる。③集中治療ケアを受ける患者の事例に対して、病態・治療をふまえて必要な観察・アセスメントを行うことができる。④集中治療ケアを受ける患者の事例に対して、健康の回復を促進するための看護援助を計画することができる。⑤クリティカルケア領域における多職種チームメンバーの役割と看護師の専門性・連携の重要性について理解することができる。

3) 学習課題・教授手法

クリティカルケア看護における臨床推論力を育成する看護実践の文献研究（相澤ら, 2024）において、クリティカルケア看護の対象となる患者の特徴に即した緊急度・重症度の高い疾患・病態の主要な急性症状を呈する事例が有効であることが示されている。この研究報告を参考に、「呼吸困難により救急外来に搬送され、後に心不全の急性増悪の確定診断のもと集中治療室にて集中治療を開始する事例」を作成した。具体的には、救急外来受診・初期治療開始から、集中治療室で集中治療ケアを開始後2時間までのシナリオ事例を作成し、救急外来受診時と集中治療ケアを開始2時間後の2つの時点での臨床推論を学習課題とした。また、集中治療ケア開始2時間後については、SBAR（Situation：状況, Background：背景, Assessment：評価, Recommendation：提案）を用いて医師への報告を行うとともに、看護援助の立案までを課題とした。なお、本プログラムでは、学習者の気づきを誘い、かつ近道思考や多分岐法を用いて病態を推論し、仮説演繹法や系統的アセスメントにより検証し、時には誤った推論を導く可能性に気づく学習経験ができるよう、事例には、以下の2つの設定を組み込んだ。1つは、心不全のレッドサインの他、肺炎や閉塞性肺疾患の急性増悪などの心不全の病態と類似し鑑別が必要な全身の異常所見のセットを備えていることであり、もう1つは、心不全治療アルゴリズム（日本循環器学会, 日本心不全学会, 2021）に則った所見と治療内容としたことである。

教授手法は、上記研究報告（相澤ら, 2024）の成果を参考に、シチュエーション・ベースド・トレーニング型のプログラムとした。シチュエーション・ベースド・トレーニングは、

シミュレーション学習の手法の1つであり、臨床で遭遇する状況や状態を教材として、臨床推論やアセスメントなどの思考の強化を目指す(阿部, 2018)。具体的には、学習者の主体的な学びを促進するために、各自の思考や学習過程を可視化できるよう各回の学習展開に沿ったワークシートを記載するとともに、各回の終わりに学習目標達成に向けて課題の抽出と事前学習内容の明確化をグループで行い、次の回で学習成果を共有し相互作用により学びを深めていくことを重視した。

さらに、シナリオ事例の2場面のオリジナル動画を作成して各学習課題の導入で視聴を行うことで学習者が患者の状態や医療状況についてイメージ化を図るとともに、グループディスカッション、シミュレーターによるフィジカルアセスメント・デブリーフィングを活用し、クリティカルケア看護における臨床推論について現実味をもって体験的に学ぶことを意図した。

4. 有識者レビュー

1) 対象

Polit & Beck (2004/2010) は、一般に専門家パネルは少なくとも3名以上の専門家で構成されると述べている。本研究では、臨床看護実践と看護基礎教育の両側面からの評価を得ることが妥当と考え、機縁法を用いてクリティカルケアを専門とする看護実践家(認定看護師)3名と看護系大学教員3名の計6名に依頼した。

2) データ収集方法・評価項目

教育プログラム案を研究者が個別に説明し、評価表への記載を依頼した。評価表は、①学習目標を達成する上での本教育プログラムの妥当性(5項目)②シナリオ事例の妥当性(3項目)③クリティカルケア看護特有の臨床推論を学ぶ上での本教育プログラムの有用性(6項目)の3つの評価視点の計14評価項目と、④教育プログラム案全体の意見(自由記述)で構成した。①～③は4件法(4: と思う～1: と思うわない)とし、4以外の場合は評価理由を自由記述で依頼した。

3) データ分析方法

①～③は4又は3の評価者数の比率を Content Validity Index (以下, CVI) として算出し、0.78を基準値とした(Polit & Beck, 2004/2010, pp.438)。基準値を下回った評価項目は評価理由や④の内容を参考に研究者間で検討し、教育プログラム洗練化を図った。

IV. 倫理的配慮

本研究は、新潟県立看護大学倫理委員会ならびに学長の承認を得て実施した(新科大 023-12)。各対象に研究目的・方法、自由意思による参加であり不参加による不利益はないこと、匿名性の確保、研究成果の公表予定について、文書と口頭にて説明を行い、文書にて同意を得た。

V. 結 果

1. 対象の基本属性

クリティカルケアを専門とする看護実践家は、クリティカルケア認定看護師・救急看護認定看護師・集中ケア認定看護師それぞれ1名の計3名で、全員が看護学生への実習指導経験を有していた。看護系大学教員は、急性期看護学を担当している成人看護学教員2名とクリティカルケアを研究テーマとしている基礎看護学教員1名の計3名であった。

2. 有識者レビューによる評価(表1)

14 評価項目のうち、CVI が基準値を下回ったのは2項目(評価項目5, 評価項目6)であった。これらの2項目に対する主な評価理由は、評価項目5ではシナリオ事例に登場する職種が限られていること、評価項目6はシナリオ事例の学習課題として臨床推論を行い医師に報告するタイミングの妥当性や臨床推論に必要な情報の提示不足に関する指摘であった。また、看護基礎教育プログラム案全体への意見として、「臨床推論力を育成するうえで有用なプログラムだと思う」4名、「本シナリオ事例のみで臨床推論の思考過程すべてを網羅することは難しい」1名、「シナリオ事例と臨床での対応の迅速さに乖離がある」1名に要約された。

3. プログラムの修正

有識者レビューにより CVI が基準値を下回った評価項目5と評価項目6について、評価理由を参考に研究者間で検討した。なお、評価項目5の検討過程で、INACSL スタンダード委員会(2016)による学習目標のスタンダードに基づく具体的に測定可能な目標を考慮し、学習目標1と学習目標5の動作動詞を「理解することができる」から「説明することができる」に修正した。

1) 評価項目5の CVI に基づく修正の検討

評価項目5については、学習目標にある多職種チームメンバーの役割や連携の重要性を意図してシナリオの登場職種を増やすことにより、学習課題が複雑となり学習者の学習レディネスにそぐわないことが懸念された。そのため、自身の臨床推論を医師に SBAR を用いて報告する課題により、連携する他職種に的確かつアサーティブな情報共有を行えることを意図してシナリオを取って変更せず、学習目標5を「クリティカルケア領域において、看護師と連携する他職種の役割と看護師の専門性・連携の重要性について説明することができる。」に修正した。

2) 評価項目6の CVI に基づく修正の検討

評価視点: クリティカルケア看護における臨床推論のシナリオ事例についての評価項目である評価項目6(事例として提示されている検査・治療・患者情報にリアリティがある)を、評価理由を参考に次の2つを修正した。

表 1 有識者レビューの結果

評価視点	評価項目	CVI	評価理由(要約) ※CVI1.00 以外の項目のみ
学習目標を達成するうえでの本教育プログラム案の妥当性	1. 臨床推論の思考プロセスを理解することができる	1.00	
	2. 救急外来を受診した患者の事例に対して、問診・フィジカルアセスメントの技術を活用し、病態を推論することができる	1.00	
	3. 集中治療ケアを受ける患者の事例に対して、病態・治療をふまえて、必要な観察・アセスメントを行うことができる	1.00	
	4. 集中治療ケアを受ける患者の事例に対して、健康の回復を促進するための看護援助を計画することができる	0.83	・学生の学習レディネスを考慮すると、目標到達は難しいのではないかと(2名)
	5. クリティカルケア領域における多職種チームメンバーの役割と看護師の専門性、連携の重要性について理解することができる	0.67	・本シナリオ事例では看護師と医師の動きしか記述がないため、多職種連携を理解するのは難しい(2名) ・多職種連携まで到達できるための仕掛けが必要ではないか。
クリティカルケア看護における臨床推論のシナリオ事例としての妥当性	6. 事例として提示されている検査・治療、患者情報に、リアリティがある。	0.67	・本シナリオ事例で考えられる緊急度・重症度であれば、学習課題とする集中治療ケア開始後2時間よりも前に医師に報告するのが適切である。 ・臨床推論に必要な検査・治療の情報が不足している。
	7. 事例として提示されている検査・治療、患者の示す病態は、エビデンスに基づいている。	0.83	・クリニカルシナリオ分類をアセスメントに活用できるとよい。 ・より高度な医療が必要な病態と感ずる。(2名)
	8. クリティカルケアにおける臨床推論の思考過程を促進する事例である。	1.00	
クリティカルケア看護特有の臨床推論を学ぶうえでの本教育プログラム案の有用性	9. 病状の変化について「何か変だ」と気づく。(直感的思考)	0.83	・学生が病状の変化として「何か変」と気づくための工夫が必要。(5名)
	10. 特徴的な症状・徴候から健康問題と緊急レベルを推測する。(近道思考)	1.00	
	11. 情報と根拠を照合して推測した健康問題が適切かどうかを確かめる(仮説演繹法)	1.00	
	12. 系統的アセスメントにより全体像をとらえる。(系統的アセスメント)	1.00	・心理やクリティカルケア特有の家族情報を含む全体像の把握は難しい ・教員のファシリテートにより学びを深められるかと思う。
	13. 根拠に基づき、とるべき行為の選択肢を探す。(多分岐法 アルゴリズム)	0.83	・選択肢を探すにいたるまでの情報が本シナリオ事例にはないと感じる。
	14. 臨床推論における偏りのリスクを回避するための思考過程の適切性を振り返る	1.00	

1つは、集中治療ケア開始後も改善傾向がみられないシナリオ事例の緊急度・重症度を再検討し、事例の臨床推論を学習課題とする時期を2時間後から1時間後に修正した。

もう1つは、学習者が救急外来受診時と集中治療ケア開始後1時間の各時点で臨床推論を行うために必要な情報の再検討である。2つの時点で事例患者が示す症状や臨床所見について、既習知識を統合して病態を推論できるよう、研究者間で検討した。救急外来では限られた少ない情報の中で仮説を立て、仮説検証のために必要な情報を追加し病態を把握することが特徴である。仮説検証で仮説が否定されれば、仮説を再形成し検証する循環をたどる。また、集中治療ケアの場では急性状況にある患者の病態がどこに向かって変化しているのかを常に推論し、看護ケアを行っていくことが求められる。これらの推論プロセスを学習者が経験できるよう、事前に提示する情報は変更せず、学習者がシミュレーターのフィジカルアセスメントや問診で得られる情報をその都度提示できるように補足した。さらに、各時点での臨床推論の演習後に専門家(医師、看護実践家)による本事例の臨床推論をミニレ

クチャーで披露することで、学習者の省察を促進することとした。

3) プログラム最終案

上記の修正過程を経てのプログラム最終案を表2に示す。

VI. 考 察

1. 本教育プログラムの妥当性

1) 学習目標を達成するうえでの本教育プログラムの妥当性
この評価視点に含まれる評価項目5項目のうち4項目は、CVIが基準値を上回り、内容妥当性は確保された。CVIが基準値を下回った評価項目5については、学習者の学習レディネスを考慮して、多職種チームメンバーから看護師と連携する他職種の役割に目標を変更した。今井ら(2015)は、ICU、CCU、救命救急センターに配属された新人看護師と当該領域に1年以上の勤務経験を有する看護師に調査を行い、前者が看護基礎教育でもっと教えてほしかったのはクリティカルケア看護の専門的知識であったのに対し、後者が看護基礎教育において新人看護師に十分に教えてほしかったこと5概念の

表2 クリティカルケア看護の「臨床推論力」を育成する看護基礎教育プログラム最終案

学習目標	
1. 臨床推論の思考プロセスを説明することができる。 2. 救急外来を受診した事例に対して、問診・フィジカルアセスメントの技術を活用し、病態を推論することができる。 3. 集中治療ケアを受ける患者の事例に対して、病態・治療をふまえて必要な観察・アセスメントを行うことができる。 4. 集中治療ケアを受ける患者の事例に対して、健康の回復を促進するための看護援助を計画することができる。 5. クリティカルケア領域において、看護師と連携する他職種の役割と看護師の専門性・連携の重要性について説明することができる。	
各回の学習内容	
1回目	臨床推論の思考プロセス（講義）、救急外来を受診した事例の提示（作成動画視聴含む）と初期対応時の臨床推論のグループワーク・グループディスカッション、次回に向けての学習課題の抽出と事前学習内容の明確化
2回目	グループワーク・グループディスカッションによる事前学習成果の共有、仮説形成と観察計画の立案、次回に向けての学習課題の抽出と事前学習内容の明確化
3～4回目	救急外来を受診した事例患者の問診とフィジカルアセスメント（シミュレーター使用）・デブリーフィング、専門家レクチャー（フィジカルアセスメントと問診、診断プロセス）、集中治療開始後1時間までの事例の提示（作成動画視聴含む）と集中治療開始1時間後の臨床推論のグループワーク・グループディスカッション、次回に向けての学習課題の抽出と事前学習内容の明確化
5回目	グループワーク・グループディスカッションによる事前学習成果の共有、仮説形成と観察計画の立案、次回に向けての学習課題の抽出と事前学習内容の明確化
6～7回目	集中治療開始1時間後の事例患者の問診とフィジカルアセスメント（シミュレーター使用）・デブリーフィング、看護援助計画立案、次回に向けての学習課題の抽出と事前学習内容の明確化
8回目	看護援助計画発表、専門家レクチャー（看護計画発表の講評・クリティカルケアにおける看護師と連携する他職種の役割と看護師の専門性・連携）

1つに【報告、連絡、相談】があり、両者の認識に相違がみられたことを報告している。本研究においても、まずは基本的な学習内容の習得が必要と考え、シナリオ事例に登場する職種は医師のみに絞り、4年次生が到達可能な学習目標へと修正できた。SBARはコミュニケーションエラーが全員の生死を左右する潜水艦内のコミュニケーションツールとして考案され（川口, 2017）、S（Situation：状況）、B（Background：背景）、A（Assessment：評価）、R（Recommendation：提案）で構成される。SBARを用いることで看護師のアセスメントと提案を含む報告となるため、看護師の臨床判断力の向上（高橋ら, 2015）や医師との協働的実践に有用であったこと（田中ら, 2020）が報告されている。そのため、学習目標3ならびに5の達成に繋がることが期待できる。

2) シナリオ事例としての妥当性

シナリオ事例の妥当性の評価では、評価項目6のみCVIが基準値を下回り修正を行った。森脇ら（2013）は、医学部PBL教育においてシナリオ事例は典型例として学習者に記憶されるため、重要な位置づけにあると述べている。このことは、看護教育においても共通と考えられる。刻々と変化する患者の状態を推論し、適切なタイミングで医師に報告・相談できる典型例になるよう、シナリオ事例の見直しを行うことができた。また、学習課題である臨床推論を行うために必要な患者情報を、学習者の意図的な問診・フィジカルアセスメントにより随時提示できるよう準備することができた。シナリオ

作成において、学習者のレディネスをふまえたうえで臨床現場に即し臨場感があることが求められており（石橋, 2016）、よりリアリティのあるシナリオ事例に修正できたと考える。

3) クリティカルケア看護特有の臨床推論を学ぶ上での本教育プログラムの有用性

評価項目6項目のうち、CVIが基準値を下回った項目はなく、クリティカルケア看護特有の臨床推論を学ぶ上で有用と評価された。臨床推論の方法は直感的思考と分析的思考に大別され、優れた臨床家は状況や病態に応じて適切な配分で用いており、多くの場合は状況に応じて両者を無意識のうちに使い分けていると言われている（多田, 2021）。また、臨床推論力の発達には段階があり、初学者はどのような事例でも徹底検討法しかできないが、経験を重ねるに従い、仮説演繹法やパターン認識へと臨床推論の方法が進化していくと言われている（大西, 2021）。本教育プログラムの学習者のレディネスやシナリオ事例の状況から、病状の変化を直感的に「何か変」と気づきを得ることや治療アルゴリズムを根拠に看護援助を選択することへの難しさについて、自由記述での指摘があった。そのため、学習者が「何か変」と感知する思考過程を言語化できるようにファシリテーターが意識して関わっていくとともに、医師や看護実践家によるミニレクチャーにより、患者の病状や治療内容と連動して看護師がとるべき行為の選択肢を補っていくことが必要と考える。

2. 本研究の限界と今後の課題

本看護基礎教育プログラムは、先行研究の文献レビューを基盤に案を作成し、有識者レビューにより内容妥当性の検討を行い、洗練を図った。しかし、実際の学部教育への適用はこれからであり、教育成果の検証には至っていない。そのため、看護基礎教育プログラムを実施し、プログラム評価を行っていくことが必要である。

Ⅶ. 結 論

クリティカルケア看護の臨床推論力を育成する看護基礎教育プログラム案を作成し、有識者レビューにより内容妥当性を検討した結果、2つの評価項目を除き内容妥当性が示された。内容妥当性が基準値に満たなかった2つについては、評価理由を参考にプログラムの修正を行い、最終案を作成した。謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深謝いたします。

本研究は令和4年度新潟県立看護大学学内共同研究助成を受け実施し、本論文の内容の一部は第55回日本看護学会学術集会にて発表しました。

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はありません。

Ⅷ. 引用文献

- 阿部幸恵. (2018). 看護基礎教育におけるシミュレーション教育導入の考え方 シミュレーション教育の手法. 藤野ユリ子 (編). *看護基礎教育におけるシミュレーション教育の導入 基本的な考え方と事例* (pp.18-27). 日本看護協会出版会.
- 相澤達也, 坂田智佳子, 酒井禎子, 樺澤三奈子, 山岸美奈子, 岡村典子, 高柳智子. (2024). クリティカルケア看護における臨床推論力を育成するための教育実践の内容・方法とその効果に関する文献研究—国内外の看護基礎教育に焦点をあてて—. *新潟看護ケア研究学会誌*, 10, 32-39.
- Benner, P., Kyriakidis, H.P., Stannard, D. (2011/2012). 井上智子 (訳), ベナー看護ケアの実践知 行動しつつ考えること (第2版), 医学書院.
- 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会. (2019). *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一次報告 大学における看護系人材養成の充実に向けた保健師助産師看護師学校養成所指定規則の適用に関する課題と対応策*. http://www.mext.go.jp/content/20200616_mxt_igaku-00000363_1.pdf (検索日 2023年8月27日)
- 樋口佳耶, 林千冬. (2021). 看護学における「臨床推論」の定義の概観. *神戸市看護大学紀要*, 25, 1-7.
- 今井多樹子, 池田敏子. (2015). ICU, CCU, および救命救急センターに配属される新人看護師に必要な基礎教育内容—テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から—. *日本看護学教育学会誌*, 24(3), 39-50.
- INACSL スタンダード委員会. (2016). INACSL ベストプラクティススタンダード: シミュレーション 学習成果および学習目標, *Clinical simulation in nursing*, 12 (5), S13-S15. <https://www.janssl.jp/pdf/INACSL-01-S5-S12.pdf> (検索日 2025年7月29日)
- 石橋曜子. (2016). 臨床実践能力を養う看護教育システムを構築するためのシミュレーション教育. *福岡大学医学紀要*, 43 (2), 83-88.
- 伊藤敬介. (2016). 思考・推論のポイント. *Emergency Care*, 29 (10), 920-927.
- 樺澤三奈子, 相澤達也, 山岸美奈子, 酒井禎子, 岡村典子, 坂田智佳子, 高柳智子. (2024). クリティカルケア看護における臨床推論の実態に関する文献レビュー —臨床推論力を高めるための看護基礎教育プログラムの構築に向けて—. *新潟看護ケア研究学会誌*, 10, 22-31.
- 川口なぎさ. (2017). ドクターコール・先輩ナースへの報告の基本. *Emergency Care*, 30 (6), 518-522.
- 河嶋知子. (2023). 看護師が行う臨床推論に関する文献検討. *武蔵野大学看護学研究紀要*, 17, 11-19.
- 喜瀬守人. (2014). ナースが知っておきたい臨床推論の基本. 石松伸一 (監), *実践につよくなる看護の臨床推論 ケアを決めるプロセスと根拠* (pp.8-17). 学研メディカル秀潤社.
- 木澤見代. (2016). 一問一答でつかむ! ナースのための「臨床推論」早わかり講座. *Emergency Care*, 29 (10), 910-914.
- 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> (検索日 2023年8月27日)
- 森脇健夫, 山田康彦, 根津知佳子, 中西康雅, 赤木和重, 山紗弥加. (2013). 教員養成型 PBL 教育の研究 (その1) —対話型事例シナリオの原理—. *三重大学教育学部研究紀要*, 64, 325-335.
- 日本循環器学会, 日本心不全学会 (2021). *2021 年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療*. https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/113/4/113_683/_pdf/-char/ja (検索日 2025.7.29)
- 多田充裕. (2021). 診断における思考過程について. *日本口腔診断学会雑誌*, 34 (1), 1-6.
- 大西弘高. (2021). 質の高い看護実践の基盤は臨床推論にあり. *看護診断*, 26 (1), 26-36.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004/2010). *看護研究 原理と方法* (近藤潤子監訳; 第2版). 医学書院.
- 高橋咲紀, 出口由佳, 坂本直美. (2015). SBAR を活用したシミュレーション学習が看護師の臨床判断にあたえる影響. *日本看護学会論文集 急性期看護*, 45, 313-316.
- 田中千賀, 田中房美, 長谷川和貴子. (2020). コミュニケーションツール (SBAR) 導入が医師と看護師間の協働に及ぼす効果. *日本看護学会論文集 看護管理*, 50, 239-242.
- Tanner, C. A. (2022). 海外からのメッセージ第4回 なぜ, 臨床判断モデルか. *看護教育*, 63 (4), 405-412.

◇研究報告◇

入退院を繰り返す統合失調症患者の親が抱える困難感

伊藤文子¹⁾*, 久保田由希恵²⁾, 久末奈津紀³⁾

目的: 入退院を繰り返す統合失調症患者の親が抱えている困難感を明らかにし、親への看護援助の示唆を得ることである。

方法: 入退院を繰り返す統合失調症患者の親を対象に半構造化インタビューを行い、質的記述的に分析した。

結果: 研究参加者は 30～40 代の統合失調症患者 3 人の親であった。親が抱えている困難感は【病状と向き合うこと】【不本意な生活の容認】【入院から生じる安堵感】【わからない入院生活と支援】【少しでも長くみる覚悟】【子どもと過ごす不安と幸せ】【残す子どもの行く末の不安】の 7 カテゴリーが抽出された。

結論: 繰り返し入院していても親は見えない入院生活の心配をしている。看護師は、親の不安や知りたい情報を確認しながら、入院中の様子や行っている治療やケアについて情報共有し、退院後の生活に見通しがもてるよう支援を行う必要がある。利用可能な支援について相談先を視覚化し案内する取り組みが重要である。

【キーワード】 統合失調症患者、入退院を繰り返す、親、困難感、親への支援

1. はじめに

統合失調症は、多くが 10～20 代の思春期から青年期に発症し、幻覚・妄想・思考障害を中心とした陽性症状や、感情の平板化・思考の貧困化・意欲の低下といった陰性症状の特徴から、その経過はさまざまで、長期的な治療および生活全般にわたるケアが必要な疾患である。

2004 年に精神保健医療福祉の改革ビジョンが示され、療養の場を「入院医療中心から地域生活中心へ」とさまざまな地域移行が進められた。精神病床からの退院患者の退院後の行先としては「家庭」が 6 割と最も多いが、退院患者の約 4 割が 1 年以内に再入院している（得津，2019）。多くの精神障害者のケアは家族に委ねられているといえる。そして、わが国において、精神障害は親の責任、家系と捉える誤った認識が社会のスティグマとして長く浸透してきた。家族は精神障害に対するスティグマを感じることが多く、地域に支援を求めることをためらいがちである（野嶋，2009）。

統合失調症は症状の再燃を繰り返すたびに、寛解しにくくなると言われており、自宅での療養を支える家族の役割はと

ても大きい。医療施設は、家族を自宅で療養する患者の治療の協力者となることを期待しており、統合失調症の多くは比較的若い時期に発症することから、親がケア提供者となる傾向にある。親は子どもの現在の陽性症状に対する対応だけでなく、いつ再燃するのか、自分の対応で急変するのではないかと、今後起こるかもしれない症状に備えるなど、患者との関係性の中で多くのストレスを感じ常に緊張感が絶えない。川添（2007）は、統合失調症の子供を持つ母親は自責感、無力感に悩んでいると報告している。親は、自身の生活も安定させながら患者の症状が少しでも安定するように患者の行動や治療についての知識を習得し、後悔や自責感、無力感に悩みながら親子の関係性の中で患者の世話をしなければならない。医療が行うべき親への支援の必要性はとても高いと言える。

統合失調症患者の家族は孤立し、繰り返す再燃に耐え、患者と共に生きる覚悟と希望をもっている（高原ら，2019）。親に対する支援の乏しさは介護負担感を高める要因であり（半澤ら，2008）、親に対する介護負担感を軽減するための看護援助は、患者の再発予防のために不可欠である（半澤ら，2009）。しかし、Z 病院精神科急性期閉鎖病棟での入退院を繰り返す

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 長岡崇徳大学看護学部 2) 新潟県立がんセンター新潟病院 3) 新潟県立十日町病院

* E-mail : itou-a@sutoku-u.ac.jp

患者の家族看護は、家で患者の様子や経過などを聞き取るなど、患者のケアのためであり、家族自身が患者のケアで抱える苦悩や困難感を共有した関わりは積極的に行われていない。そのため、家族への十分なケアを提供できていない現状がある。

そこで、入退院を繰り返す統合失調症患者の自宅療養を支える親の体験による苦悩や困難感を理解し、これからも患者と生活を共にする親が求める支援を検討することが必要であると考えた。

研究の意義

精神疾患をもつ人の家族の経験について、家族の視点に立った研究は散見されるが、入退院を繰り返す統合失調症患者の家族の体験に基づく家族の視点に立った研究は見あたらない。そこで、統合失調症の急性期症状の悪化から入退院を繰り返す患者を抱え、自宅での療養生活を支える親の体験を聞き取り、親はどのようなことに困難を感じているのかを明らかにすることにより、患者と共に生きていく親の体験に応じた支援を検討することができると考える。

Ⅱ. 目 的

本研究では、入退院を複数回繰り返す統合失調症患者の親の体験による困難感を明らかにし、患者の入院中から退院後にむけた親への支援のあり方についての示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ. 方 法

1. 研究デザイン

質的記述的研究方法を用いた。本研究の目的から、研究参加者の体験を聞き取り、その体験した現象を記述することによって、その現象を理解することができる質的記述的研究方法が適切であると判断し、帰納的内容分析を行った。

2. 用語の定義

困難感：本研究における困難感とは、患者の生活全般にわたって関わることを通した、苦しみや悩みなどの主観的な感情をさす。

3. データ収集期間

2022年2月～2022年3月

4. 研究参加者

研究参加者の対象は、精神科の診療・入院に対応している病院で1年以内に入退院を複数回繰り返す3名の統合失調症患者の親である。選定方法としては、主治医から研究参加の許可が得られた患者・家族で、当事者である患者からも同意が得られること、普段から患者に関心を持ち患者のケアに関わっていること、インタビューに対応できることを前提とした。また、強制力がかからないように著者が深くかかわっていない患者・家族を選定した。

5. データ収集方法

インタビューガイドに基づき半構造化面接を行った。面接による研究参加者の身体的・心理的負担や、患者や研究参加

者の時間的余裕を考慮して1回30分程度とした。作成したインタビューガイドに基づき、「病気の始まりはどのようなことがあったか」「患者の自宅での生活の様子」「自宅で過ごす患者について悩んだり困っていること」「ご自身のことで悩んだり困っていること」「入院や入院生活での希望や不安に思うこと」などを中心に自由に語ってもらった。面接内容は研究対象者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

6. データ分析方法

親の困難感について語られたデータを抜き出し、データの文脈や意味内容の共通性に従ってコード化を行った。さらに、サブカテゴリーとカテゴリーの抽出にあたってはコードとサブカテゴリー、カテゴリー間の類似性・差異を繰り返し研究者間で検討し、抽象度を上げていった。データの解釈や分析結果の妥当性を確保するため、研究手法に詳しい研究者の指導を受けながら、研究者間で繰り返しデータに戻って確認を行いながら検討した。

Ⅳ. 倫理的配慮

研究参加者及び患者本人に研究の趣旨、方法、研究参加の自由意思の保障、参加の有無により不利益が生じないこと、匿名性の確保、研究成果の公表について文書・口頭で説明し、書面にて同意を得た。

研究参加の募集の際に、目的の対象選択として研究参加者になり得る人々に依頼したが、あくまでも自由意思による自発的な参加であることを確認した。確認は、研究参加の申し出があった際、および最終的な研究参加の同意を得る際の2度行った。研究参加者の身体的・心理的負担や時間制限を少しでも軽減し、インタビューに集中できるように患者の入院中をできるだけ避けて退院後にインタビューを行った。本研究は研究実施施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した（県精医第34号）。

Ⅴ. 結 果

1. 研究参加者の概要と面接時間

条件を満たした対象者のうち、研究協力が得られた研究参加者は3人の患者の親であった。詳細については表1に示す。面接時間は21分から51分で、平均38.3分であった。

2. 入退院を繰り返す統合失調症患者の親が抱えている困難感

親の困難感について51のコード、18のサブカテゴリー、7のカテゴリーを抽出した（表2）。

抽出されたカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〔 〕, コードを〈 〉, データである研究参加者の語りを / / で示す。

親が抱えている困難感は、【病状と向き合うこと】【不本意な生活の容認】【入院から生じる安堵感】【わからない入院生活と支援】【少しでも長くみる覚悟】【子どもと過ごす不安と幸せ】【残す子どもの行く末の不安】の7カテゴリーで構成された。

表1 研究参加者の基本属性

患者	研究参加者および年代	患者の性別 年代、発症からの経過年数	同居家族
A	父親 70代	男性 30代、発症から15年以上	両親、患者
B	母親 60代	男性 40代、発症から20年以上	両親、患者、弟
C	父親 70代 母親 60代	女性 40代、発症から20年以上	両親、患者

表2 入退院を繰り返す統合失調症患者の親が抱えている困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【病状と向き合うこと】	〔病状の受け入れ〕	〈家族なりの病状解釈〉 〈病状に支配される生活〉 〈病状に配慮した生活〉
		〈精神症状の理解〉 〈周期的な病状の波〉 〈長期にわたる病気の覚悟〉 〈見えない治療への不満〉 〈定まらない治療への不満〉
	〔病気の理解と不満〕	〈支持的対応の難しさ〉 〈些細な要求の受け止め〉 〈恐怖からの逃避〉 〈ただ離れる時間の確保〉
		〈病状を悪化させないようにする〉 〈些細な要求の受け止め〉 〈恐怖からの逃避〉 〈ただ離れる時間の確保〉
【不本意な生活の容認】	〔安寧を維持する努力〕	〈落ち着かせるための外出の付き添い〉
		〈他者との関係構築のあきらめ〉
	〔他者との関係構築のあきらめ〕	〈他者との関係構築の困難〉
		〈自由気ままに過ごす生活の容認〉 〈長続きしない仕事のあきらめ〉 〈一般的な清潔観念からの逸脱〉 〈不規則な食生活の心配〉
【入院から生じる安堵感】	〔スピーディーな入院対応の願い〕	〈不調時の受診苦慮〉 〈入院までの対応の長さの不満〉 〈不調時の医療介入欠如の不満〉 〈治療環境の依頼〉
		〈入院による安堵感〉 〈必要な充電期間〉
	〔一次的な休養とリセット〕	〈入院による安堵感〉 〈必要な充電期間〉
		〈入院による安堵感〉 〈必要な充電期間〉
【わからない入院生活と支援】	〔見えない入院生活の心配〕	〈見えない入院生活の様子〉
		〈見えない支援〉 〈第三者からの援助の希求〉
	〔わからない支援〕	〈見えない支援〉 〈第三者からの援助の希求〉
		〈見えない支援〉 〈第三者からの援助の希求〉
【少しでも長くみる覚悟】	〔家族内の役割負担〕	〈家族内に限られた支援〉 〈役割分担しながらの世話〉 〈片親にかかる負担感〉 〈内服管理の負担感〉
		〈家族内に限られた支援〉 〈役割分担しながらの世話〉 〈片親にかかる負担感〉 〈内服管理の負担感〉
	〔できるうちはやる覚悟〕	〈できるだけ自分でやる思い〉 〈かわることでの病状安定のコントロール感〉 〈通院付き添いの負担感〉 〈支援を受ける躊躇〉
		〈できるだけ自分でやる思い〉 〈かわることでの病状安定のコントロール感〉 〈通院付き添いの負担感〉 〈支援を受ける躊躇〉
【加齢による体力と気力の衰え】	〔加齢による体力と気力の衰え〕	〈自己の健康不安を抱えながらの世話〉 〈加齢による体力低下や我慢の限界〉
		〈自己の健康不安を抱えながらの世話〉 〈加齢による体力低下や我慢の限界〉
	〔入院による経済的負担〕	〈入院による経済的負担〉 〈なんとかやりくり〉
		〈入院による経済的負担〉 〈なんとかやりくり〉
【子どもと過ごす不安と幸せ】	〔病状変化の不安感〕	〈可能性のある不穏状態への不安感〉 〈不調移行への不安感〉 〈行先不明の心配〉
		〈可能性のある不穏状態への不安感〉 〈不調移行への不安感〉 〈行先不明の心配〉
	〔子どもと過ごす幸せ〕	〈落ち着いている安心感〉 〈不穏でない我が子と過ごす幸せ〉 〈回復への希求〉 〈親と子のつながりの実感〉 〈我が子の愛おしさ〉
		〈落ち着いている安心感〉 〈不穏でない我が子と過ごす幸せ〉 〈回復への希求〉 〈親と子のつながりの実感〉 〈我が子の愛おしさ〉
【残す子どもの行く末の不安】	〔身近で気軽な場の希求〕	〈気軽に参加できる場の希求〉 〈我が子の将来の居場所の模索〉
		〈気軽に参加できる場の希求〉 〈我が子の将来の居場所の模索〉
	〔子どもの行く末の不安〕	〈親亡き後の不安〉 〈近い将来の不安逃避〉 〈支援受け入れの心構え〉
		〈親亡き後の不安〉 〈近い将来の不安逃避〉 〈支援受け入れの心構え〉

1) 【病状と向き合うこと】

【病状と向き合うこと】は、〔病状の受け入れ〕〔病気の理解と不満〕〔病状を悪化させないようにする〕の3つのサブカテゴリから構成された。

〔病状の受け入れ〕では、「こういう病気の人は特に脳が休まっていなくて妄想とか幻聴がだんだん出てくるというか、頭がいっぱいいっぱいになっちゃうんですかね。調子が良い時はそれが幻聴とかそういうのはわかるんですけど、調子が悪くなるとそれがもう全然わからなくなってきちゃって」などと〈家族なりの病状解釈〉をしていた。「先生からも『（妄想は）自分の症状だって思うように』って言われても、本人は全くそういうふうには思わないですからね。（私が）それは違うんだって言っても、本人は『何かされている』って言ってくるからね」と患者本人だけでなく親も〈病状に支配される生活〉を送っていた。そして、「うちの子は音に敏感で、それで掃除するにもご飯するにもやっぱり音が出ますよね、そういう音を出さないわけにはいかないんですけど、なるべく気をつけているんですけどね」と〈病状に配慮した生活〉を送っていた。

〔病気の理解と不満〕では、「朝になると（Cが）突如起きて乗っかってきて、髪の毛引っ張ったりするんですよね。それがちょっと病気のせいだとは自分でもよくわからなくて。それから家族会に出たりして勉強させてもらって、あー、幻聴とか妄想とはこういうことなんだなというのが少しずつ、病状に対する理解もちょっとできてきて」と〈精神症状の理解〉をしていた。また、「3か月とか4か月経つとずっと調子が悪くなってくる。一定期間が過ぎちゃうと急性期が来るような気がするんですよね」と〈周期的な病状の波〉を認知していた。そして、療養期間について「かなり長いんですよね。最初は高校3年生の時の夏」と〈長期にわたる病気の覚悟〉について思いを巡らしながら語った。「この先治る見込みがあるのかどうなのかわからない状況の中で暮らしているっていうのが一番辛いんですけどね」と、この先どうなるのか〈見えない治療への不満〉があり、「薬のせいなんですけども、かなり怒りっぽくなったんです。本人も『この薬は嫌だ』って。飲んでるんだけど量を増やすのに抵抗があった」と、薬の調整について〈定まらない治療への不満〉があった。

〔病状を悪化させないようにする〕では、「なるべく本人が言うことはそうだね、そうだねって支持するような感じで対応はしているんですけども、難しい場面がありますね」と工夫しながらも〈支持的対応の難しさ〉を感じていた。また、患者からの「飲み物とパン2つ持って来っていう電話」に対応し毎日病棟に届けるなど〈些細な要求の受け止め〉をしていた。一方、病状が悪化した際には「（暴言には）もう逃げ出したくなりますね。車で出たりしたこともありましたしね、傍にいてもだめだから『壁に穴をあけるとか暴言を吐くとか』など暴力的行動に対し〈恐怖からの逃避〉や、「スーパーに出ている時が唯一離れている時間ですね」と〈ただ離れる時間の確保〉をしていた。

2) 【不本意な生活の容認】

【不本意な生活の容認】は、〔安寧を維持する努力〕〔他者との関係構築のあきらめ〕〔気ままな生活の容認〕の3つのサブカテゴリから構成された。

〔安寧を維持する努力〕では、親は「気持ちが落ち着けばいいかなってことで、一緒にコンビニ行ったりゲームセンターに行ったりして、本人がやりたいこととか行きたいところを聞いたりして車で毎日『落ち着かせるための外出の付き添い』をしていた。

「今の状態だとデイケアに行っても人が気になるし、『何かする』みたいな気持ちがあるから拒否する」など〈他者との関係構築の困難〉から〔他者との関係構築のあきらめ〕があった。

〔気ままな生活の容認〕は、患者の日常生活行動について「ほんとに何もしないっていうか、部屋にタバコ吸いに行く以外に居間でテレビ見たりくらいで『食料と一緒にスーパーへ買いに行き帰ってくるっていうような感じで、あとはお家でテレビを見たりっていう感じですね』など〈自由気ままに過ごす生活の容認〉をしていた。「自営の仕事を手伝ったこともあったんですね、ただやっぱり長続きしない。作業所も1か月も行かなかったかな」と〈長続きしない仕事のあきらめ〉と認知していた。そして、「風呂は1日2回入ることもあるし、シャワーがほとんどで1時間くらい入っていると、ものすごい水道代を使う」と〈一般的な清潔観念からの逸脱〉を認知していた。また、「食事変則的かもしれませんが、うちが寝た後に自分でご飯よそって食べたり、自分でカップラーメン作って食べたりみたいなことが結構多いですね」など〈不規則な食生活の心配〉をしていた。

3) 【入院から生じる安堵感】

【入院から生じる安堵感】は、〔スピーディーな入院対応の願い〕〔一時的な休養とリセット〕の2つのサブカテゴリから構成された。

〔スピーディーな入院対応の願い〕では、患者の病状が悪化した場合、「最近、入院するっていうことは抵抗があるので『ちょっとドライブに出かけようか』とか『買い物に行こうか』って言って連れ出して、病院に連れてくる」など〈不調時の受診苦慮〉を抱えていた。また、「いつも入院するきっかけは暴力。私も刺されそうになったり。警察に電話して、その後保健所対応なんで、その対応がものすごく長い」と〈入院までの対応の長さの不満〉と、「もう少し病院にスムーズに入院ができれば警察にお世話にならなくてもいいし、そこがスムーズになれば、事件が起こる前にうちらも対応ができるのかなっていう気がします」と〈不調時の医療介入欠如の不満〉があった。また、「一番最初にこちらに来た時にリカバリー（保護室）だったんですよね。拘束されてたって言ってたかな。だから、リカバリーに対する抵抗がものすごくんですよ。看護師さんに何げなく『そういうことばっかりしてるとリカバリーに入れられる』みたいな事を言われると、もうビビッ

ちゃって。(いつも)入院するときは私から絶対リカバリーじゃないところでお願いしますと言うんですよ」と〈治療環境の依頼〉もあった。

「もう切羽詰まったような状態で入院しているので、お互いリセットするじゃないですけども、やっぱり入院はありがたかったですね」など〈入院による安堵感〉があった。「やっぱり入院してほっとするようなところがありました。その間、ちょっと充電じゃないですけども、それはもうお互いに必要な時間だったなと思っています」など入院は〈必要な充電期間〉であり、親にとっては「一時的な休息とリセット」となっていた。

4) 【わからない入院生活と支援】

【わからない入院生活と支援】は、[見えない入院生活の心配][わからない支援]の2つのサブカテゴリーから構成された。

【見えない入院生活の心配】では「病院で大丈夫かなと気にはなります。だからジュースを持って行くのかずけて会いに行っていたというのが本音ですけど。暴れたりとか、何かしら看護師さんに迷惑かけていないのかなっていう心配もあったりしたから」「本人の様子があんまりわからないのもちょっと心配になったりするところで。行ったときに本人の様子をちょっとでも聞かせてもらえると、それはそれで安心かなと思います。あんな状態で入院して、他の患者さんとトラブルったりしてないかなとかそういうのも心配で」と〈見えない入院生活の様子〉を心配していた。

【わからない支援】では行政へ相談はしたことがないが「今全くわからない状態ですので、ちょっとでも(相談先が)わかるといいなと思う」など〈見えない支援〉が存在した。そして、「(市町村の)第三者に来ていただくとか、話をさせていただくっていうのもできればしてもらいたい」と〈第三者からの援助の希求〉が語られた。

5) 【少しでも長くみる覚悟】

【少しでも長くみる覚悟】は、[家族内の役割負担][できるうちはやる覚悟][加齢による体力と気力の衰え][入院による経済的負担]の4つのサブカテゴリーから構成された。

【家族内の役割負担】では「徘徊したり、逃亡したり、自転車でどこか行ったりしたときに、たまにうちの社員と探しに行くこともあったんですけど、それ以外は家族のことなんで、最終的にはやっぱり家族しかないのかな」「入院の時に保証人になってくれる姉はいるけど入院の援助とかそういうのは全くないです」など〈家族内に限られた支援〉が全ての研究参加者から語られた。「うちの(妻)はちょっと厳しくくらい。私はちょっと甘やかしている」「調子悪くなってくると独り言が出てくるので、(言い始めると)いつ飛び出たりするかもしれないので二人で交替で睡眠とって」など〈役割分担しながらの世話〉をして家族だけで支えていた。しかし、「お父さんに対して被害的な妄想があるので、お父さんはあんまり協力してもらえない」という〈片親にかかる負担感〉をもつ

研究参加者もいた。内服の場面では、「私が薬箱に全部入れて、本人は自分で飲むんですけど、調子が悪くなってくるとやっぱり飲んでねって言わないとちょっと無理なところがありますね」と〈内服管理の負担感〉が語られた。

【できるうちはやる覚悟】では「退院のときに相談の窓口もみんな聞いて、そこらへんのサービスのことを聞いたんですけど、退院した頃は別に他にすることもあれですから、まあ自分のできる範囲でしてればいいわって、サービスは何も結局使わなかったんですよね」といつまでできるかわからないが〈できるだけ自分でやる思い〉があった。「一日、二日顔を合わせなかったときがやっぱり顔色が違うときがあって、ちょっと私も怖いものがありますね。一日何分でも何十分でもちょっと近くに居れる時間があればいいのかなという気がします」と〈かかわることでの病状安定のコントロール感〉を体感し対応の良し悪しを判断していた。「私らも歳をとってきますし、結構病院にも来なくちゃいけないので、山で生活してたんで、決心してこちらに引っ越した」と〈通院付き添いの負担感〉から病院の近くに住まいを移すこともあった。そして、「本人の拒否が強いから、そこらへんどうしても躊躇してしまうというか。入浴サービスみたいな形でね、してもらえばあれなんですけど、そういうのを全く受けつけないですからね」と〈支援を受ける躊躇〉となっていた。

【加齢による体力と気力の衰え】では、「私も病気して、前のように動けないことがやっぱり一番大変で、家のことするのもやっと時間かけてしてますけど、そこにBのことが加わって大丈夫かなって思いながら、まあ何とかやってますけどね」と〈自己の健康不安を抱えながらの世話〉に不安を抱えていた。また、「自分たちも歳をとってきて、身体が対応できなくなってきた、我慢にも限界があって、回復するまでにちょっと時間がかかるので、(入院後)1~2か月そういう状態で」という〈加齢による体力低下や我慢の限界〉の状況にあった。

【入院による経済的負担】では「入院するとちょっときつい状態でした。紙パンツやらおやつやらお金かかりましたけども、もらっている障害年金でもうカツカツ。私たち二人とも年金生活者です」など〈なんとかやりくり〉していた。

6) 【子どもと過ごす不安と幸せ】

【子どもと過ごす不安と幸せ】は、[病状変化の不安感][子どもと過ごす幸せ]の2つのサブカテゴリーから構成された。

【病状変化の不安感】では「夜起きていると、以前の(包丁を持ち出した)ことがあるから夜本当に熟睡できないことも多々あるんですよね。これは本人の状況ではいつどうなるかわからない、そういうことがあり得るということを気持ちの中にもって寝ています」という〈可能性のある不穏状態への不安感〉をもっていた。また、「夜中に玄関から外に出たり入ったりが多々あって、何をしているのかわからないですけど、絶対に外に出ると鍵を閉めるんですよ。よっぽど自分の

家に誰か入って来ないように、そういう気持ちがあるのかもしれないですけど」と〈不調移行への不安感〉ももっていた。「夜に抜け出して帰ってこないのが一番心配。吹雪いている中歩いて行ったりして、何回か夜中まで帰ってこなかったり」と〈行先不明の心配〉があった。

〔子どもと過ごす幸せ〕では「今は暴力的なことはないのですね、落ち着いています」と〈落ち着いている安心感〉や、「落ち着いた状態でいてくれれば我々も安心してAに寄り添っていけると思っているし。逆に、一緒に子どもとずっと居られて幸せみたいな気持ちでいます」と〈不穏でない我が子と過ごす幸せ〉が語られた。また、「本人がきちんと薬飲んでくれて、ちょっとでも早く良くなればいいかなって。早く家に帰ってくれる状況になってくれればいいかなって」という〈回復への希求〉ももっていた。「車の中が二人の時間になって、些細なことしかしゃべらんですけど、それがやっぱり繋がっているのかなっていう気がしますね。それが安心感になっているのかもしれない」と〈親と子のつながりの実感〉があった。「いつでも子どもという気持ちでいるからかわいいしね、何があってもかわいいしね」と〈我が子の愛おしさ〉も語られた。

7) 【残す子どもの行く末の不安】

〔残す子どもの行く末の不安〕は、〔身近で気軽な場の希求〕〔子どもの行く末の不安〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

〔身近で気軽な場の希求〕では、「社会復帰に向けてのデイケアじゃなくて、ここにまず参加すればいいというような形のデイケア」という〈気軽に参加できる場の希求〉があった。

「最終的に安心して暮らせるような環境の場を何とか作りたいなと思って」と〈我が子の将来の居場所の模索〉が語られた。

〔子どもの行く末の不安〕では「もう不安だらけですよ、私たちが先に逝ったらどうなるか、残った者だと、どんなやって生活するんだろうって。もう不安だけです」など〈親亡き後の不安〉があった。そして、「この先、自分たちも歳とって10年後とかになったときに、どういう対応をしていけばいいのかなとふと思ったりしますけど。それ考え出すと本当に不安だらけになってしまうので、なるべく今のところ考えないように思っている」と〈近い将来の不安逃避〉をしていた。しかし、「自分自身がそういうの（行政のサービス）を使わなくちゃいけなくなったりとかいうのを考えたときにBもそういうのを使わなくちゃいけなくなるかもしれないかと思ったりしたことはある」と〈支援受け入れの心構え〉をもっていた。

VI. 考 察

本研究結果から、入退院を繰り返す統合失調症患者が自宅で療養生活を家族と送るために、親自身にどのような困難感があるのか、困難を解決するために親がどのような支援を求めているのかについて考察する。

1. 入退院を繰り返す統合失調症患者の療養生活を支える親自身の困難感

本研究において、いずれの研究参加者も患者である我が子をよく観察しており、【病状と向き合うこと】で〈家族なりの病状解釈〉を行い、患者のみならず親も〈病状に支配される生活〉や〈病状に配慮した生活〉を送っていた。そして、家庭で落ち着いた状態が長く継続できるように、親は〈落ち着かせるための外出の付き添い〉をしたり、〔気ままな生活の容認〕をしていた。家族の取り組みや家族を取り巻く周囲の環境について、自分の時間の確保や余暇活動での気分転換という仕事や趣味の活動などのケアから離れた息抜きや気分転換は、対象者に再びケアに向かう活力を与えている（小西ら、2018）。本研究の研究参加者においても、スーパーに買い物に出るなどの〈ただ離れる時間の確保〉が息抜きや気分転換となり、買い物が終われば帰宅して、子どもに向かう活力となっていたと考えられる。そして、家族は〈周期的な病状の波〉を察知し、過去の経験から想起する〔病状変化の不安感〉があった。夜間に包丁を持ち出したことがある患者の親は、夜間眠らずに行動していることが、包丁を持ち出すことを連想させ、包丁による暴力の矛先が同居する親に向かうのではないかという不安と恐怖があった。様子を見る、その場から離れるといった無理をしない〈恐怖からの逃避〉によって、急性期症状に巻き込まれる危機的状況からの一時的な回避を行っていた。そして、客観的視点に立って【病状と向き合うこと】で受診や入院が必要な状況かどうか、自分自身と向き合い〈加齢による体力低下や我慢の限界〉の判断を行い、子どもを説得しどうにかして病院に連れていく行動をしていた。Miyagiら（2014）は、統合失調症患者の不穏・粗暴行為などの急性期の精神症状が家族の心的外傷を想起し、ストレスに対する脆弱さに影響を及ぼすことや、入院による安堵と患者にとっては生活を保つことができるが、退院によって家族の心的外傷が再び脅かされるのではないかとする家族の防衛が働き、退院受け入れ意識に影響を及ぼすと述べている。しかし、本研究の研究参加者は、病状悪化による不穏や危機的状況にあっても、一時的に物理的・時間的距離を置く〈ただ離れる時間の確保〉や、【入院から生じる安堵感】から親自身の気持ちを立て直していた。そして、退院後の受け入れや将来に渡って限界まで子どもの世話を〔少しでも長くみる覚悟〕をしていた。このことは、さまざまな対処行動により繰り返し困難を乗り越えてきた事実や、かかりつけの病院に依頼し入院を受けてもらえた経験が“きつと大丈夫”“頑張れる”という自信や希望を生み出し、家族自身を支え、ケアを継続できていたのではないかと考える。小西ら（2018）は、様々な対処をしながら今までケアを続けてきたことや、辛い出来事を乗り越えられたという事実が自信となることで、ケアの継続につながる。（中略）また、子に対する愛情・責任・希望は、親にとって大きな支えであり、ケアを続けているなかでの様々な出来事を乗り越える力や糧となっていると述べている。

本研究でも、〈親と子のつながりの実感〉や、〈我が子の愛おしさ〉といった子どもとの絆や愛情が親としての大きな支えとなっていた。しかし、昔ながらのスティグマの影響を社会から受けている地域では、家族以外に頼れる親族は少なく〈家族内に限られた支援〉となっていた。そのため、〈役割分担しながらの世話〉を行い〈できるだけ自分でやる思い〉から、〈できるうちはやる覚悟〉をもって家庭内でのケアを継続しようとしていた。このような親としての役割を遂行しようとする強い責任感が、内面から自己を奮い立たせ、統合失調症をもつ子どもと共に生きようとしている。しかし、〔加齢による体力と気力の衰え〕も自覚し、〈自己の健康不安を抱えながらの世話〉をしていた。そして、〈落ち着いている安心感〉や〈不穏でない我が子と過ごす幸せ〉、〈回復への希求〉といった安心感・幸福感・希望という肯定的感情は、家族自身を支える原動力となっていたと考えられる。そして、〈親亡き後の不安〉として【残す子どもの行く末の不安】は大きな心配となっていた。藤野ら（2009）も、統合失調症患者を介護している親は、親亡き後の子の将来を考え苦悩を抱えていると報告している。統合失調症をもつ子どもと共に生きようとする親について、心理的な支えとなっている要因と危機的困難に陥っている状況を理解し、必要な支援をすることが求められる。

2. 統合失調症患者の親が求める支援

いずれの研究参加者も閉鎖的な入院環境の中での〔見えない入院生活の心配〕を抱えて過ごしていた。親は、親子関係が破綻するほど悪化した子どもの精神症状を SOS も出さずに何度も限界まで抱え込み、やっとの思いで医療機関につないだその後の子どもの状態はどうなったのか、誰かに迷惑をかけていないかと、閉鎖的な入院環境であるが故に入院の度に〔見えない入院生活の心配〕をしている。このことは、本研究で新たに示された入退院を繰り返す統合失調症患者の親が体験する困難感である。面会という口実を作って子どもから差し入れの要求があればその都度一日複数回差し入れを持って面会に行く親もいる。そのような行動の背景には、少しでも子どもの様子を知りたいと願う親の思いがある。川口ら（2014）は、子についての情報を集める努力をしている親ほど介護負担感が低いことを報告している。入院している子どもの情報集めは、親の介護負担感を無意識的に軽減することに繋がっていたと考えられる。木村ら（2020）は、家族が医療につながるまでに体験した壮絶さや、家族が自責の念を抱える苦悩を考慮すると家族もケアする対象であり、本人の回復は家族の回復につながることから少しの本人の変化でも家族に伝えていく配慮が大切であると報告している。親の来院時に患者の状態を伝えることは当然のことではあるが、そのうえで意識してもう一步踏み込み、どんな些細なことでも親が疑問に思う点はないか、他に知りたいことはないかなどを確認することは、〔見えない入院生活の心配〕に対して納得できるまで親を支援していくことである。

親は漠然とした将来の不安を抱え、これから先も自分達だけで支えていかなければならないという思いが強い。第三者からの支援の内容を知りたいと思っても、何をどこに相談したらよいのか〔わからない支援〕という認識がある。厚生労働省の平成 21 年度家族支援に関する調査報告では、信頼できる専門家に相談できるようになるまでに3年以上かかったという家族が31%で最も多く、現在信頼して相談できる精神保健・医療・福祉の専門家がいないと答えた家族も31%を占めている。本人のサービス利用・就労状況では、29.4%が「どれも利用していない」と回答している（全国精神保健福祉会連合会，2010）。地域で生活する精神疾患をもつ患者やその家族は地域で孤立しやすいことから、保健・医療・福祉の専門家の存在や支援が重要となる。例えば、退院後の継続した支援のために、入院中から PSW などの関係職種との顔合わせ、名前や似顔絵を添えたパンフレットなど相談先を視覚化して案内することは親の安心感につながる事が期待できる。直面している親の困難やニーズを多職種で共有・連携し【わからない入院生活と支援】に向けて、気軽に相談できる窓口の明確化や、きめ細かい支援の体制づくりが必要であると考えられる。

患者の早期リカバリーのため、看護師には入院初期から家族と積極的にかかわり合い家族を支援の対象に位置づけた人間関係の形成が特に重要である（岡本ら，2014）。入院時には本人のみでなく家族もケアの対象として、家族に目を向けて情報収集を行い、入院中は日頃の家族の労をねぎらい寄り添いながら共感的にかかわることで、家族が休養し退院後のケアに前向きに取り組むことができるよう支援していくことが必要である。

研究の限界と今後の課題

本研究の研究参加者は3家族であり、1施設内でのデータにとどまっている。そのため、データの内容に偏りを生じている可能性がある。今後は研究参加者数と研究実施施設を広げ、データの一般化を図る必要がある。

また、本研究は患者に関心をもち、看護師と共に患者のケアができる親を研究対象者としている。しかし、それらに該当しない親の困難感については本研究と違う研究結果が得られ、必要とされる支援はさらに多様化するのではないかと考えられる。今後は研究対象者の範囲を広げ、親の困難感と、必要としている支援についてさらに明らかにしていく必要があると考えられる。

VII. 結 論

1. 入退院を繰り返す統合失調症患者の親は、【病状と向き合うこと】【不本意な生活の容認】【入院から生じる安堵感】【わからない入院生活と支援】【少しでも長くみる覚悟】【子どもと過ごす不安と幸せ】【残す子どもの行く末の不安】という困難感を抱えていた。

2. 繰り返し入院していても、閉鎖的な入院環境であるが故に、[見えない入院生活の心配]をしている。親には些細な不安や知りたい情報がいつもあることを看護師は理解して積極的にかかわり、入院中の様子や治療、行っているケアについての情報を共有し、看護師と親が共に患者のケアに継続して取り組み、退院後の生活についての見通しが持てるよう支援を行う必要がある。
3. 親が利用可能なサービスや支援を理解できるよう、専門的相談相手として関係する多職種が入院早期から親と顔合わせし、顔写真入りパンフレットを作製する等視覚化した取り組みが重要である。親の情報や家庭で生じた困難感などを多職種で共有し、適切な時期に必要な介入を行うことが求められる。

本論文の内容の一部は、日本家族看護学会第 30 回学術集会で発表した。

本論文に関して、開示すべき利益相反関係事項はない。

謝辞

本研究にご協力いただきました患者様ご家族様、および本論文をまとめるにあたりご助言をいただきました社会医療法人崇徳会研究研修センター顧問 田邊要補先生に心より感謝申し上げます。

VIII. 引用文献

- 藤野成美, 山口扶弥, 岡村仁 (2009). 統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩. *日本看護研究学会雑誌*, 32 (2), 35-43.
- 半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博, 永井優子, 関井愛紀子, 田上美千佳, 新村順子, 稲富宏之, 太田保之 (2008). 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—家族内外の支援状況と家族機能の関連—, *日本社会精神医学会雑誌*, 16, 263-274.
- 半澤節子, 田中悟郎, 稲富宏之, 太田保之 (2009). 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—患者の性別による比較—, *精神障害とリハビリテーション*, 13 (1), 79-87.
- 川口めぐみ, 長谷川美香, 出口洋二 (2014). 退院1年未満の統合失調症患者を介護している親の介護負担感の関連要因. *家族看護学研究*, 20 (1), 2-12.
- 川添郁夫 (2007). 統合失調症の子供を持つ母親が体験する自己成長過程. *日本精神保健看護学会誌*, 16 (1), 23-31.
- 木村由美, 天賀谷隆 (2020). 統合失調症を持つ人の家族の体験の様相. *日本精神保健看護学会誌*, 29 (1), 88-96.
- 小西美里, 田村文子, 飯田苗恵 (2018). 統合失調症患者の親が認識している家族によるケアの継続を支えるもの. *精神障害とリハビリテーション*, 22 (2), 148-155.
- Miyagi, T., Toyosato, T., Takahara, M., and Yokota, T. (2014). Psychological trauma among family caregivers of individuals with schizophrenia in relation to their subjective care burden, distress and stress response. *Ryukyu Medical Journal*, 33, 45-52.
- 野嶋佐由美 (2009). *精神看護と家族ケア*, 萱場真美 (編), 精神障害者の家族と看護, 2-10, 中山書店.
- 岡本亜紀, 谷垣静子, 長江弘子 (2014). ACT プログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化. *日本看護研究学会雑誌*, 37 (2), 39-48.
- 高原美鈴, 古謝安子, 宮城哲哉, 高原大介, 豊里竹彦, 與古田孝夫 (2019). 統合失調症を患う息子に対応する母親のケア意識の変容プロセス. *琉球医学会誌*, 38 (1-4), 73-82.
- 得津馨 (2019). *精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とアウトリーチ支援に係る事業の取り組み*. https://seishinhoken.jp/files/medias_files/src/01d7480388eh1mwsfgffl6apqn.pdf (閲覧日 2023 年 11 月 6 日)
- 全国精神保健福祉会連合会 (2010). *精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究報告書*. https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousa_jigyoku/jiritsushien_project/seika/research_09/dl/result/01-23a.pdf (閲覧日 2023 年 11 月 6 日)

◇実践報告◇

複数の看護提供方式の特徴を効果的に活かすための 取り組み

田中佳代¹⁾*, 後藤由紀子¹⁾, 後田聖子¹⁾

目的：複数の看護提供方式の特徴を活かすため看護体制を検討し業務改善や医療安全対策の強化につなげる。

実践：I. 現状の問題点抽出のためのカンファレンス開催 II. 看護提供方式についての学習会・年間 PNS[®]ベアの決定・プライマリーナースの担当を病室単位に変更・固定チームの再編

結果：カンファレンスにより看護提供における現状の問題点が明確になった。それらを改善するために複数の看護提供方式の特徴を活かす看護体制を見直し実践した。実践後に師長を除く看護師に質問形式で調査した。

看護実践への示唆：固定チームの再編と PNS[®]の組み直しを行い看護ケア及び看護の質向上に繋がった。しかし、プライマリー設定を病室単位に変更した結果、重症度の偏りが生じ、受け持つ看護師のストレスが発生した。固定チームのメリットを活かす見直しが今後の課題である。

【キーワード】 プライマリーナースング、固定チームナースング、パートナーシップ・ナースング・システム[®]、看護体制、転倒転落

I. はじめに

近年超高齢化が進む中、A病院B病棟においても手術を受ける患者の高齢化が進み、転倒の件数が増加傾向にある。認知症患者や術後せん妄リスクがある患者に対して転倒転落アセスメント及び状態に応じた安全対策を実施しているA病院で導入している3つの看護提供方式は「プライマリーナースング」「固定チームナースング」「パートナーシップ・ナースング・システム[®]（以下 PNS[®]）」である。複数の看護提供方式が混在しており、それぞれの特徴を十分に活かしきれていないのではと考えた。患者が安全に過ごせるよう、看護提供における現状の問題点を明確にし、それぞれの看護提供方式の特徴を活かし取り組んだ内容を報告する。

II. 目的

複数の看護提供方式の特徴を活かすため看護体制を検討し、業務改善や医療安全対策の強化につなげる。

III. 看護実践

1. 現状の看護提供体制における問題点の抽出（令和4年5月）

転倒転落アセスメント及び状態に応じた安全対策を実施しているにも関わらず転倒件数が増加傾向にある事に危機感を感じ、現状の看護提供における問題点抽出のためのカンファレンスを開催した。その結果、「看護師の動線が悪い」「チーム間での情報共有不足」「チーム外の患者把握が不十分」などの問題点（表1）が明確になった。

2. 問題点を解決するための取り組み（令和4年6月）

A病院で導入している複数の看護提供方式についてそれぞれの特徴を理解するための勉強会を開催した。1人の患者に対し1人の看護師が入院から退院まで責任を持ち、看護計画の立案・評価を行う「プライマリーナースング」、病棟内の看護師で2つ以上のチームを編成し一定期間メンバーやリーダーを固定する「固定チームナースング」、異なる特性を持った2人の看護師がベアを組んで複数の患者を受け持ち、対等の立場でお互いの特徴や能力を活かしながら補完・協力し合う「PNS[®]」について理解した。そして、現在の看護体制に「プ

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 大和高田市立病院

* E-mail：sakuraroom.3b@gmail.com

ライマリーナーシング」の看護師の責任感や自立心を養う特徴、「固定チームナーシング」の患者に合わせた看護を提供し信頼関係を築き上げ、担当看護師が不在でもチーム内で状況を把握できるという特徴、「PNS®」の看護の質を補いあい、パートナー同士の技術や知識の補完ができるという特徴を強固なものとした。看護師の動線について検討する上で、看護師が常に患者のベッドサイドにいられるという特徴があり、異常の早期発見や患者の訴えに迅速に対応できる「セル看護提供方式」も参考にした。

これらの看護提供方式の特徴を効果的に活かすため、看護師の動線を短縮することを目的に、固定チームを2チームから3チームに再編成した。固定チームを小編成したことでチーム内の日々の患者担当が固定しやすくなり継続看護に繋がる事に期待した。またプライマリーナーシングを患者単位から病室単位の担当に変更し年間 PNS®ペアを3人体制にした。これにより PNS®で情報共有し看護の責任感を養えることを期待した(表2)。

3. 取り組みの評価(令和4年10月)

この看護体制の変更から4ヵ月後、病棟看護師に質問形式で調査を行った。質問用紙は、現状の問題点の改善の程度を評価するために、カンファレンスで抽出された問題点から独自に作成した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、大和高田市立病院倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 R4-19)。

1. A病院B病棟に勤務する看護師が対象であり、性別、経験年数、社会的地位、ライフスタイル、経済的状況、健康問題の性質によって差が生じることなく平等に調査できる内容とした。
2. 質問用紙は無記名とし個人が特定されないよう年代と経験年数に幅を持たせて設定した。また、途中で辞退しても対象者の不利益にならないよう配慮した。
3. 対象者には質問の回答をもって研究協力及び調査内容の公開に同意したものとし、完全な情報公開を得る配慮として研究の進捗状況をカンファレンス開催ごとに提示した。また、対象者が勤務上カンファレンスに参加できなかった場合においては、情報提供の手段としてカンファレンス議事録でいつでも内容確認できるようにした。
4. 対象者の自己決定権を尊重するため、質問調査の協力は自由意思とした。
5. 質問用紙の回収方法は、回収BOXをスタッフステーション内の中が見えないよう配慮した回収箱を設置し投函できるようにした。回収後の質問用紙は鍵のかかる保管庫に保管し情報の漏洩がないように管理した。
6. 回答後の質問用紙は、調査内容の漏洩がないよう研究者が責任を持ちシュレッダーを用いて破棄処理を行った。

V. 結果・成果

調査対象者はA病院B病棟に勤務する師長を除く看護師36名(女性35名・男性1名)、研究期間は令和4年6月1日～令和5年1月21日だった。

質問用紙の回収数は36枚で回収率は100%であった。

「業務」に関する質問に対しては「①休憩時間がとれる」は肯定回答が78.8%であったが「②仕事にゆとりがある」では否定回答が69.6%と半数以上であった。「③超過勤務が減少した」の肯定回答は60.4%、「④勤務の組み方に配慮があると思う」、「⑤「業務を考えて勤務希望をしている」、「⑥業務整理ができている」では肯定回答が70%を超えていた。「⑦新人・部署異動者への指導の余裕がある」は肯定回答が60.6%であった。

「情報共有」に関する質問に対しては「⑨困ったときはスタッフ同士で相談ができる」は肯定回答が100%であり「⑧カンファレンスの時間が取れている」、「⑩看護の方向性の検討がなされている」、「⑪効果的にタイムマネジメントが行えている」、「⑫ペアで看護実践の伝承、可視化ができている」、「⑬受け持ち患者の情報をパートナーと共有できている」、「⑭チームで情報共有ができている」の項目では肯定回答が70%を超えていた。

「看護ケア」に関する質問に対しては「⑮十分な看護ケアができている」、「⑯直接看護の時間がとれる」、「⑰患者に寄り添えていると感じる」、「⑱患者に安心できる環境を提供できている」の項目も半数以上が肯定回答であり「患者さんも毎回ほぼ同じ看護師が担当なので安心感があると思う」という具体的意見があった。

「看護師の動線」に関する質問に対しては「⑲病室の担当分けに配慮があると思う」の項目が肯定回答69.7%、「⑳看護師の動線がスムーズである」は肯定回答が81.8%であり、カンファレンスでも「総室の中でプライマリー患者1人だけを担当することもあったが、病室単位での担当になったのが良かった」という意見があった(図1)。

看護体制変更後の評価として日本看護協会の「労働と看護の質向上のためのデータベース事業」で制定された評価指標「Database for improvement of Nursing Quality and Labor: DiNQL」より転倒転落のインシデント件数を比較したところ、令和3年6月～9月は12件、令和4年6月～9月は12件と増減はなかった。しかし、業務改善後のカンファレンスで「同じ患者を続けて担当するため、せん妄に早く気付いて転倒予防対策のアセスメントが早期に出来るようになった」という肯定的な意見があった。

自由意見記載欄には、「チーム分けをしたことで病室を回りやすくなったが、同じ病室に術後管理の必要な患者や緊急入院患者、せん妄症状がある患者が集中している時は負担が大きい」、「医療安全の観点から、患者の安全確保のためベッドサイドでの見守り時間が多くとれるようになった」、「各チームによって患者の重症度が違い、他のチームの忙しさがわからない時がある」といった意見があった。

Ⅵ. 看護実践への示唆

看護体制変更前は、受け持ち患者が複数人の場合、離れた病室を担当すると看護師の動線が長くなっていた。また日勤帯で組む PNS[®]ペアが、異なるチームの看護師になる場合があった。看護体制変更後はチームを再編成し2チームから3チームに増やし、日勤帯で組むペアをチーム内の看護師で組むよう配慮した。受け持ち患者を PNS[®]ペアが病室単位で担当することにより互いの受け持ち患者について意識し、ペアやチームの団結力が強くなった。その結果、看護の方向性を検討するためのカンファレンスを積極的に行うようになり情報共有につながった。永瀬（2016）は「一人ひとりの支え合う気持ちをパートナーシップマインド」と定義しており、「これはチーム内の信頼関係が確立しているうえで成り立つものであり①自立した役割意識がある、②相互扶助の精神がある、③複眼的な視野で仕事に取り組む、④組織内で価値観を共有している、という4つの条件が整う必要がある」と述べている（p.55）。看護体制変更後のカンファレンスでも、「PNS[®]ペアの進捗状況がチームで共有できるのがいい」「チーム内ではどの患者のこともだいたいわかるから退院支援のことも相談しやすい」という意見があった。一方で「病室の担当分けに配慮があると思う」という質問に対し意見が分かれている。これは病室担当を PNS[®]ペアで固定してしまったため、重症度の高い病室や、看護度が高く術後管理目的や認知症やせん妄の患者を見守るためのスタッフステーションに隣接している病室を担当するスタッフの負担が多くなり、その意見が反映された結果と思われる。他に「重症度を見て担当病室を分けてほしい」「毎回重症度や看護度が高い病室を担当するのは辛い」という意見がみられた。重症度や看護度の高い患者対応のストレスについて、佐藤ら（2014）は以下のように述べている。「救命救急センターと一般内科病棟における看護師のストレスは「職場間での差はなかった」としているが、救命救急センターの重症患者の病態変化に対応しなければならない即応性へのストレスと、一般病棟の多くの患者対応や患者家族と向き合わなくてはならないという対人関係における複雑さがストレス要因に繋がっている」とある。このことより、重症患者の病態変化への対応と退院支援を含めた複雑な家族対応が担当看護師のストレスに繋がったと考える。

看護師の動線の効率化を目的として看護体制の見直しを行う中で「セル看護提供方式」を参考にした。この看護提供方式の特徴は、看護師が常に患者のベッドサイドにいられるということであり、木川（2020）は導入後の変化について「十分に看護ケアができるようになった」「異常の早期発見・早期対応がしやすくなった」「患者の訴えに対し、待たせることなく迅速に対応できるようになった」「患者指導やリハビリがしやすくなった」などを挙げている。各々の受け持ち患者数を減らし看護師の動線が短くなるよう配慮することで、ベッドサイドで患者を見守る時間が長く持てるようになった。病室

単位で受け持つことにより、病室配置により重症度の偏りはあるが、患者との関係性は深くなりリハビリや気分転換を兼ねてデイルームで共に過ごす姿が増えた。

葛田（2014）はヒューマンエラーの再発防止のための具体的な対策として「①患者の特性（個性）を把握する、②緊張感と集中力をもつ、③アレルギーを乗り越える、④当事者一人の問題ではない」と述べている（p.52-53）。病室単位で患者を担当することで、同じ患者を担当する機会が増え、患者把握が十分に出来るようになった。「ベッドサイドで患者を見守る時間が長くなったこと＝患者に関心を寄せる」ことができ、その結果、患者の変調をキャッチし危険予知について検討する機会が増えた。看護体制変更後のカンファレンスの意見でも「同じ患者を続けて担当するため、せん妄に早く気付いて転倒予防対策のアセスメントが早期に出来るようになった。」という意見があり、病室単位での担当が、医療安全の視点を養う良い機会となり転倒転落などインシデントの予防対策に繋がったと考える。

今回の取り組みは、ゆとりのある仕事や充実した PNS[®]の取り組みには繋がらなかった。しかし、看護師のモチベーションについて「①自分が提供したサービスで他者が喜んでくれた時②自分が“成長した”と自分で感じた時③医療や看護の本質に触れた時とこの3つの場面を作れば、『人は楽しい』と思い『モチベーション』を上げ『生産性を上げてくれる。』この3つの場面を満たすのは患者のそばである」と述べている（須藤、2020）。ベッドサイドで看護師が患者を見守るということは、患者にとっては常に看護師の気配を感じ安心できる環境を提供できているということである。今回の取り組みでその機会が大幅に増えた。今後もこの取り組みを続けることで、看護のモチベーションを上げ看護の質向上に繋がることを期待したい。

今回、A病院B病棟では複数の看護提供方式の特徴を活かしながら看護を提供するうえで「看護師の動線が悪い」「チーム間での情報共有不足」「患者把握が不十分」という問題点が明らかになった。それらを改善するために看護体制を見直した結果、固定チームの再編と PNS[®]の組み直しを行い、複数の看護提供方式を効果的に提供することができた。その結果、看護ケア及び看護の質向上に繋がった。しかし、入院中の看護師の担当を個人から病室単位に変更した結果、重症度に偏りが生じ、受け持つ看護師のストレスが発生してしまった。それに対応するため、「一人の負担が分散し精神的負担が軽くなる」という固定チームのメリットを活かすことが出来るような見直しが今後の課題である。

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、本研究における利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引用文献

木川真由美. (2020). セル看護提供方式導入による変化 ケアミックス病院で起きた行動変容と、看護の質向上の取り組み. *看護管理*, 30 (3), 256-261.

葛田一雄. (2014). *病院の见えないリスクに「気づく」方法*. ぱる出版.

永瀬隆之. (2016). *リテンション・マネジメントの実践. 病院ブランドを高める看護組織のつくり方*. メヂカルフレンド社.

佐藤扶美代, 村上明美, 三浦怜子, 渡部智恵子. (2014). 救命救急センターに勤務する看護師のストレスと性格特性——一般病棟の看護師と比較して——. *日本救急看護学会雑誌*, 16 (2), 23-27.

須藤久美子. (2020). セル看護提供方式とは何か ムダを省き、ケアの受け手の価値を最大化するための“カイゼン”. *看護管理*, 30 (3), 212-220.

表 1 業務改善前のカンファレンスでの意見

固定チーム内での動線が悪い
チームカンファレンスがあまり開催されていない
パート勤務、時短勤務者は日勤だけなので他のチームを受け持つ機会が少なく他のチームの患者がわからない
チーム外の患者は退院支援の把握ができない
チームを超えると患者情報を把握しにくい
スタッフステーション横の観察室は転室が多く、その度にプライマリーが変わるので継続看護がしづらい
プライマリーナーシングの本来の目的がパスでの短期入院で果たされないことがある
夕方の緊急入院が多いので超過勤務が多い
師長およびスタッフは業務改善の必要性を感じている

表 2 業務改善前後の看護体制の比較

	業務改善前	業務改善後
固定チーム	2チーム制	3チーム制
	A チーム: 23 床 B チーム: 24 床	A チーム: 12 床 B チーム: 18 床 C チーム: 17 床
PNS®	2 人編成 6 組 3 人編成 7 組	2 人編成 1 組 3 人編成 11 組
プライマリーナーシング	チームは固定 患者単位	チームは固定 部屋単位で年間ペアが担当

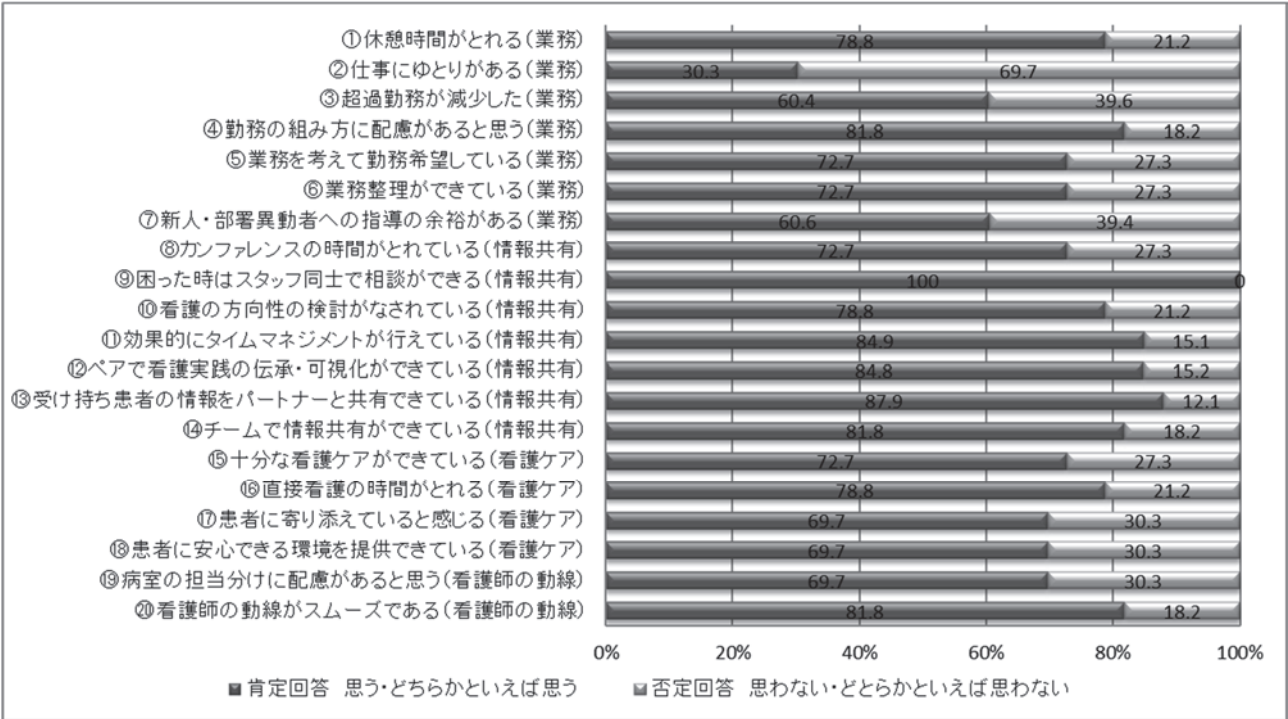


図 1 病棟看護師に質問形式で調査を行った結果

◇実践報告◇

地域・在宅看護論実習Ⅰにおける生活者の理解と実習指導の実践

— 1 年次前期に行った実習の学びと学生及び実習指導者へのアンケート調査の分析より —

越前知子¹⁾*, 坂中善恵¹⁾

【目的】 地域・在宅看護論実習Ⅰにおける学生の学び及び施設における実習指導の実践を明らかにする。

【実践】 学生は1年次6月に多様な施設に赴き、地域で暮らす人々に健康への意識をインタビューした。また、施設事業に参加し施設の役割を学んだ。最後にクラス単位で学びを深めた。

【結果】 学生は、人々は＜発達段階による健康観の相違＞を持ちながら、＜個人の健康と社会生活のつながり＞を活用し、＜多様な価値をもつ暮らし方＞を大切にしていることを学んだ。実習指導者は実習目的に沿って環境を整え、インタビューや事業への参加を支援できたが、実習記録や反省会での助言には不足を感じていた。一方、学生は支援に満足していた。

【看護実践への示唆】 本実習は各発達段階にある人々を理解するための土台と成り得ると示唆された。学生のポジティブな実習支援の認識及び学習到達度を実習指導者と共有し、施設の特性を活かした実習調整が有効と示唆された。

【キーワード】 1 年次前期、直接的経験、学生の学び、実習指導、実習調整

Ⅰ. はじめに

第5次カリキュラム改正（厚生労働省，2019）では在宅看護論が地域・在宅看護論と改名され、地域で生活する人々とその家族を対象に地域で提供する看護の基礎を学ぶ内容への変更及び修得単位が2単位増となった。また、実習施設の拡大に伴い看護職員が配置されていない施設での実習も可能となった。

3年課程の看護専門学校であるA校では、人間関係の希薄化により多様な年代の人々との交流が少ない学生に、実習経験を通して段階的に看護の対象が理解できるように臨地実習を配列した。1年次6月にスタートする地域・在宅看護論実習Ⅰでは、看護職員の配置がない施設も含め多様な場所に赴き、地域の人々から暮らし方を直接的に学び、振り返りにより反省的に学習を深める計画を立てた。対象理解の導入として地域で生活する人々を知る地域・在宅看護論実習Ⅰを位置付けた。

病院や社会福祉施設での早期体験実習により対人援助の学習や学修への動機付けとなった報告（藤代ら，2016）や地域

看護学実習における生活者の捉え方を意味づけた研究（吉田，2009）はあったが、入学間もない学生の生活者の捉え方を明らかにした研究は見当たらなかった。また、病院の実習指導者と看護教員との連携・協働を明らかにした研究（中村ら，2014；馬場・中島，2020）はあったが、施設の実習指導者と専任教員の実習調整に関する研究も見当たらなかった。

そこで、多様な施設で地域の人々と触れ合う実習経験を通じて学生は何を学んだのか、実習指導者及び学生は施設における実習指導をどのように捉え、実習指導者は専任教員にどのような支援を求め、実習調整には何が必要なのか、その実践を明らかにすることにした。

＜用語の定義＞

実習調整：学生が実習目標を達成できるように、実習指導者－専任教員間で実習運営について協議し、整えること

Ⅱ. 目的

地域・在宅看護論実習Ⅰにおける学生の学び及び施設における実習指導の実践を明らかにし、学生の学びの支援と実習指導者及び専任教員の実習調整について検討する。

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 富山市立看護専門学校

* E-mail：kangosenmon-01@city.toyama.lg.jp

Ⅲ. 看護実践

1. 地域・在宅看護論実習Ⅰの概要

1) 実習目的・目標

目的：地域で生活する人々の暮らしを知り、健康と生活のつながりを理解する

目標：(1) 人や家族の生活について理解することができる
(2) 対象を取り巻く生活の基盤である地域を理解することができる
(3) 地域で生活する人々の健康への意識を知ることができる

2) 実習施設と実習時間の設定

地域で暮らす多様な発達段階の人を理解できるように、小児期では児童館や放課後児童クラブのうち1か所で3日間、成人・老年期では健診センター・介護予防センター・生涯学習センターのうち1か所で3日間の計6日間の実習とした。

3) 実習内容

実習前に地域の特性や各年代の発達段階を事前学習し、専任教員の添削を受ける。学内実習では学生同士でインタビューのシミュレーションを行う。臨地実習で施設を利用する対象者の健康への意識を知るためにインタビューを行う。また、実習施設で行われている事業に参加し、地域住民を支える施設の役割を学ぶ。最後に学内実習で多施設での学びをクラス全体で共有し、各発達段階における対象の暮らしと健康をまとめる。

4) 専任教員による実習調整

実習前に専任教員が施設に赴き、施設利用者へ実習の周知方法やインタビュー対象者の選定等の打ち合わせを行う。また、施設行事に合わせた活動やインタビューの予定等の日程を調整する。実習中は施設を巡回し、学生に関する情報共有や報告・相談を行う。実習後は各施設に礼状と実習施設への学生の感想を送付する。

5) 実習評価

実習評価は専任教員が実習指導者から得た情報を基に評価する。

6) 地域・在宅看護論実習Ⅰと他の臨地実習の関連性

1年次の地域・在宅看護論実習Ⅰ及び基礎看護学実習、2年次前期の小児看護学実習Ⅰより対象理解を深め、2年次の基礎看護学実習Ⅱ・Ⅲより基礎的な看護実践を学び、各領域実習を経て、看護学統合実習へと段階的に学習が進む配列とした。本科目は各発達段階の人々を理解するための導入と位置付けた(表1)。

2. 学生及び実習指導者の調査

1) 調査対象

3年課程のA看護専門学校1年生40名及び実習先11施設の実習指導者

2) 調査方法

(1) 学生の学び

同意を得た学生の実習記録の内容を地域・在宅看護論実習Ⅰの実習目標に照らし、学生の学びを抽出した。

(2) -1 学生が認識した実習指導の実際

学生が実習中に受けた支援は自記式質問紙で調査した。「実習中に受けた支援」は複数回答とし、「実習中に受けてよかったサポート」や「実習中にしてほしかったサポート」、「その他」の3項目を自由記載とした。

(2) -2 実習指導者が認識した実習指導の実際

実習指導者の職種及び実習指導経験年数、実習指導の実際を調査した。実習指導内容は自記式質問紙を用い、「実習目的の確認」「実習環境の調整」「インタビュー支援」「事業への参加支援」「教員との確認・相談」「実習記録の確認・助言」「反省会での助言」の7項目について、「そう思う」「まあまあそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の5段階で回答を把握した。「困ったこと」や「支援してほしかったこと」の2項目を自由記載とした。

表1 地域・在宅看護論実習Ⅰと他の臨地実習との関連性

	時期	実習名	実習目的
1年次	前期	地域・在宅看護論実習Ⅰ	地域で生活する人々の暮らしを知り、健康と生活のつながりを理解する。
	後期	基礎看護学実習Ⅰ	看護の目的、対象の理解、看護の機能する場および看護活動に関する知識をもとに、実習を通して体験的にその理解を深める。
2年次	前期	小児看護学実習Ⅰ	家庭で生活している乳幼児の標準的な成長発達段階と関わり方を理解する
		基礎看護学実習Ⅱ	健康障害を持ち入院している対象に必要な日常生活援助を、対象の状況に合わせた方法で実施する。
	後期	基礎看護学実習Ⅲ	看護過程展開の技術を活用しながら、疾病および障害を持つ対象に必要な看護援助を実施するための知識・技術・態度を身につける。
		領域実習	様々な領域における特徴的な看護を実施するための基礎的能力を養う。
3年次	前期～後期		
	後期	看護学統合実習	看護の知識・技術・態度を統合し、より実践に近い看護の実際を学ぶ。

3. 分析方法

実習記録は質的帰納的に分析した。記述内容を精読したうえで学びの記載を抽出し、意味を損ねないよう圧縮・コード化した。それぞれのコードを類型化し抽象化した。研究者間で熟考し実習を担当した教員2名に確認を受け、妥当性を確保した。

自記式質問紙調査は単純集計及び記述統計値を算出し、傾向を検討した。

Ⅳ. 倫理的配慮

富山市民病院倫理委員会の承認を得て行った（承認番号2022-5）。本科目の評価確定後に対象者に、研究目的と方法、参加の任意性と撤回の自由、データの取り扱い、プライバシー保護と匿名性の確保、学会等での結果の公表、授業評価もしくは勤務評価等で不利益がないことを文書で説明した。実習記録の使用は同意書の提出をもって、質問紙調査は学生には質問紙の回収箱への提出をもって同意の意思を確認した。実習指導者には質問紙の返送をもって同意とみなした。実習記録は匿名化し、質問紙調査は無記名とした。

Ⅴ. 結果・成果

1. 実習記録から抽出した学生の学び

同意が得られた学生35名の記録より学びの332コードが抽出され、52の2次コード、12サブカテゴリー、3カテゴリーが生成された。以下、カテゴリー< >、サブカテゴリー[]と示す。

人々はそれぞれの暮らしの中で、[年齢に応じた健康習慣への取組み]、[親が気遣う子の健康]、[身体の衰えにより意識する健康管理]、[個々の価値による多様な健康観]といった<発達段階による健康観の相違>を持ち合わせていることに学生は気づいていた。それらの健康観は、[社会資源を活用した健康生活]、[地域社会から支えられる健康]、[家庭生活から生み出される健康]、[自然環境がもたらす健康]といった<個人の健康と社会生活とのつながり>による相互作用によって、健康を促進していることを知った。これらの健康の維持・向上は、人々が大切にしている[自分で守りたい自分らしい暮らし]、[大切な家族とともに営む暮らし]、[社会的な役割が遂行できる暮らし]、[地域とのつながりを大切にしたい暮らし]といった<多様な価値をもつ暮らし方>を継続するために、暮らしの中に取り込まれていることを理解していた（表2）。

2-1) 学生が認識した実習指導の実際

同意を得た31名（回収率77.5%）のうち有効回答率は100%だった。「反省会での助言」は29人（94%）、「インタビュー依頼時の支援」及び「毎日の実習記録の確認と助言」は25人（81%）、「施設事業参加へのサポート」は21人（68%）であり、すべての項目において半数以上が支援してもらえたと自覚していた（図1）。

学生が「実習中に受けてよかったサポート」は、実習指導者によるインタビューのサポートや実習指導者による実習終わりや反省会での助言であった。一方、学生が「実習中にしほしかったサポート」は、教員による記録の書き方の指導や実習前後の挨拶の仕方等であった。また、もう少し早い実習の周知や実習時間の有効な使い方の指導等の希望もあった。

2-2) 実習指導者が認識した実習指導の実際

11施設の実習指導者から10人の有効回答を得た。看護師や保健師等の看護職が3人（30%）、その他の職種が7人（70%）、実習指導の経験がある実習指導者は6人（60%）、ない実習指導者が4人（40%）だった。

「実習目的を確認してから学生を受け入れた」は、そう思う60%、まあまあそう思う30%の回答であった。「実習目的に照らし、事前に実習環境を整えた」は、実習を周知するチラシの掲示や人員配置の調整、スケジュールの作成等の実施から、そう思う40%、まあまあそう思う30%の回答であった。「学生が対象者へのインタビューを依頼できるように支援した」は、対象者の選定及び事前内諾等の実施から、そう思う60%、まあまあそう思う20%の回答であった。「学生が施設事業へに参加できるように支援した」は、円滑な参加への事前練習やリハーサル等の実施から、そう思う50%、まあまあそう思う40%の回答であった。「学生支援に必要なことを担当教員に確認・相談した」は、事前打合わせで疑問点を確認した等から、そう思う30%、まあまあそう思う40%の回答であった。「毎日の実習記録を確認し、対象者の理解が深まるように助言をした」は、学生の疑問や感想を理解して言葉がけを行った等から、そう思う20%、まあまあそう思う30%の回答であった。「反省会に参加し、学生の学びが深まるように助言した」は、学生の考えや思いを表出できるよう心掛けた等から、そう思う30%、まあまあそう思う30%の回答であった（図2）。

実習指導者は、多忙時の学生指導や専任教員へのタイムリーな相談等に困難を感じたと回答した。また、実習プログラムの組み方やポスター等によるインタビュー対象者への周知、インタビュー方法の具体的な指導等について支援を希望していた。

Ⅵ. 看護実践への示唆

1. 学生の学び

学生は人々と触れ合った直接的経験や実習指導者との反省会、クラス単位での振り返り等を通して、地域で生活する人々は<発達段階による健康観の相違>を持ちながら、<個人の健康と社会生活のつながり>を活用し、<多様な価値をもつ暮らし方>を大切にしていることを学んでいた。学生は、人々が健康を目的として暮らしているのではなく、自らが大切にしている暮らしを継続するために、健康に気遣っていると解釈していた。また、健康は個人的なものではなく社会生活とつながり、発達段階による特性があることも捉えていた。学

表2 地域・在宅看護論実習Ⅰにおける学び

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数
発達段階による健康観の相違	年齢に応じた健康習慣への取り組み	遊びや生活を通じた無意識による健康づくり	16
		生きがいを実現させるための健康づくり	14
		家庭内の役割や集団生活から学ぶ社会性	13
		後回しとなる自分の健康に向き合う健康診断	5
		家庭や地域から教えられ実行する身体づくり	2
	親が気遣う子の健康	早寝早起き、睡眠の確保、バランスの良い食事、手洗い等の生活習慣	22
		運動や外遊び、徒歩通学等による身体づくり	18
		五感の刺激や自己肯定感の促進等を意識した養育	5
		道徳や良心を養う、心の健康づくり	2
		早めに見つける体調の異変	1
	身体の衰えにより意識する健康管理	自分なりに気遣う食行動	13
		早期発見のための自発的な定期健康診断	13
		散歩やラジオ体操等、生活に合わせた運動	12
		適度な休息とストレス対処	5
		体温チェックや症状モニタリング	1
	個々の価値による多様な健康観	不調を調整することで感じる身体的な満足感	1
		うまく病気と付き合うことで生じる精神的な幸福感	1
個人の健康と社会生活とのつながり	社会資源を活用した健康生活	地域の施設や公園等を活用した健康づくり	16
		人との交流による心の健康の維持	9
		地域のイベントに意識的に参加する健康づくり	5
		個人に合わせた保健医療サービスの活用	5
		健康へのヘルスリテラシーと実践	1
	地域社会から支えられる健康	学校や児童クラブの教員から促されるコロナ対策	8
		施設の横のつながりで守られる住民の健康	6
		児童施設で身守られる安心	5
		保健医療サービス（施設）によるアドバイスや相談	4
		地域の住民間で守る生活と健康	2
		学校給食による栄養管理と食事	1
	家庭生活から生み出される健康	家族によって見直され改善される生活習慣	6
		家族とのふれあいから支えられる心の健康	5
		家族に見守られる身体的な健康	2
		健康情報の共有や食事への配慮	1
	自然環境がもたらす健康	レジャー活動や自然と触れ合うことで得られる充実感	7
		家庭菜園による運動時間の確保と新鮮な作物の提供	3
多様な価値をもつ暮らし方	自分で守りたい自分らしい暮らし	子や孫等、周りに迷惑をかけたくない	9
		知的好奇心を満たす活動を継続したい	8
		ずっと健康でいたい、長生きしたい	5
		趣味や好きなことをしたい	5
		自分のことは自分でしたい	2
		最期まで自分の足で歩きたい	2
	大切な家族とともに営む暮らし	家事を分担し、みんなで安らぎたい	13
		家族時間を楽しみたい	8
		家族と囲む食卓を大事にしたい	7
		子や孫の成長を楽しみながら見守りたい	7
		自分も家族も健康でいたい	3
	社会的な役割が遂行できる暮らし	町内会や学校行事で果たす役割・ボランティア活動	5
		地域のルールを守ることのできる安全	4
		仕事を継続することのできる身体と心の健康	3
	地域とのつながりを大切にしたい暮らし	施設利用を通じた情報交換や相談による安心	8
		地域の行事やしきたりを大事にする生活	7
		地域のイベントや施設プログラム等への参加	3
		近所の方や友人との交流からもらう元気	3
3	12		52 332

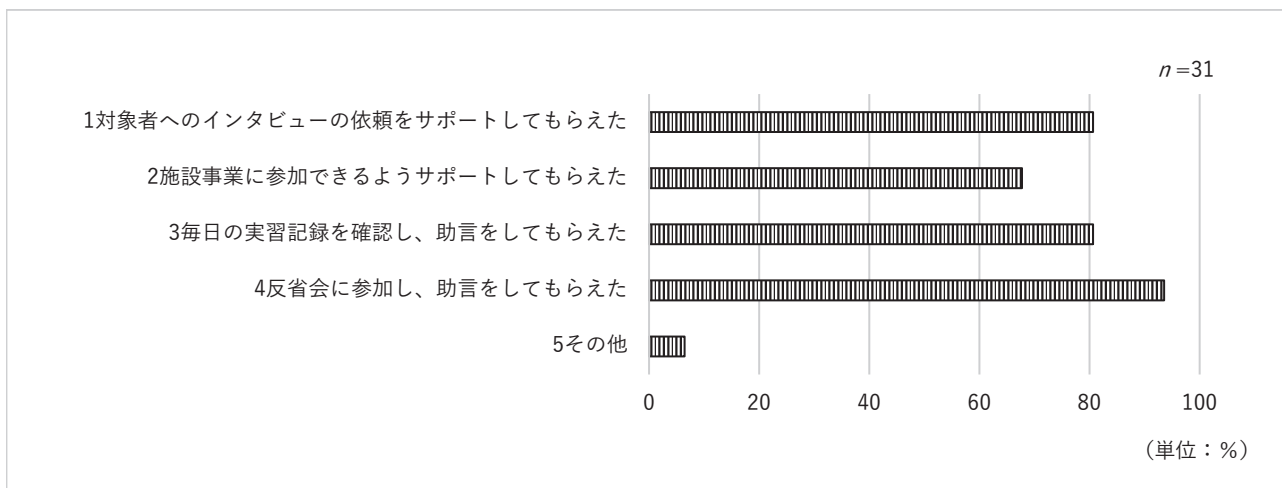


図1 学生が実習を支えられたと自覚した支援 (複数回答)

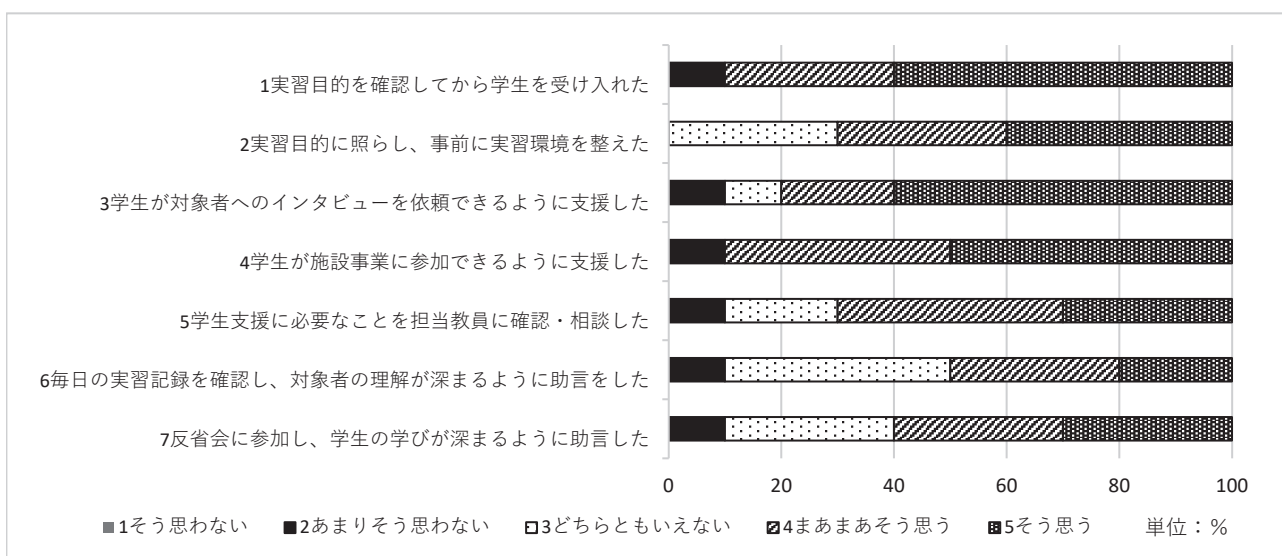


図2 各施設における実習指導の実際

生の学びには、暮らしへの思いや考え方、生活と健康のつながり、各発達段階の健康行動が含まれていたことから、本科目が専門領域で学習を深める各発達段階の人々を理解するための土台と成り得ると考えられた。浅井ら（2007）は「看護早期体験実習で直感的思考により得られた知識を、その後の実習で分析的にその概念を構成する事実と結びつけて思考する機会が必要である」と述べている。本実習で得られた学びを専門領域において思考を深められるように、段階的に看護の対象である生活者を分析する学習方法を構築することが重要である。

2. 学生及び実習指導者の認識からみえた実習調整

本実習の全施設は看護学実習の受け入れが初めてで、看護職員の配置がない施設もあった。しかし、ほとんどの実習指導者は、実習目的を確認したうえで、施設事業の日課調整や他の職員への周知・調整、インタビュー対象者への周知・同意等の実習環境を事前に整備していた。実習では施設事業への学生の参加を支援するとともに、インタビュー対象者と学生との間に入って調整し、実習目標が達成できるように支援

していた。これらの状況は、実習指導者が実践している看護教員との連携について馬場ら（2020）が明らかにした「実習における大学の意向を確認し実習内容を考える」に類似している。専任教員は実習依頼時に実習目的を明確に伝えるときにも、本研究の学生の学びで明らかになった「個人の健康と社会生活とのつながり」を、施設の特性に合わせて意図的に学習できるよう実習指導者と協議することが有効と考える。

実習指導者は実習目的の確認や実習環境の調整について80%ができたと回答していたが、実習記録の確認・相談や反省会での助言ができたのは50%の回答であり、学生の学習内容への支援ではやや不足と捉えていた。また、多忙時の学生指導やインタビュー指導等の具体的な支援に困難を感じていた。専任教員は実習中の巡回や電話、メールによる実習指導者とのコミュニケーションに努めたが、実習現場に専任教員が常年在していないことから、確認や相談がタイムリーにできない状態であった。

一方、学生への調査結果では、インタビュー依頼時の支援や実習記録の確認と助言、反省会での助言で80%以上が実習

への支援を受けたと回答していた。同項目に実習指導者は指導の不足を感じていたのに対し、学生はしてもらえたと認識し、真逆の結果となった。学生は実習指導者から日々、対象者の特性や介入方法の助言を受けることで対象者の理解を深め、実習目標を達成させていた。常に各施設で対象者に関わる実習指導者からの助言は、対象を捉えた具体的な支援であったと推察する。中村ら（2014）は「学生の学びを臨床指導者と大学専任教員が共有することで、学びが深まったり実習がスムーズに進む」ことを示唆した。実習支援に対する学生のポジティブな認識及び学習到達度を実習指導者と共有していくことで、実習指導者が自身の実習指導に対し達成感や満足感を得ることができる可能性が考えられる。今後の実習調整には学生の学びを共有し、相互に意見を出し合い相談できる関係づくりが求められる。

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、開示すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 浅井直美, 小林瑞枝, 荒井真紀子, 斎藤やよい. (2007). 看護早期体験実習における学生の意味化した経験の構造. *The kitakanto Medical Journal*, 57 (1), 17-27.
- 馬場好恵, 中島真由美. (2020). 看護系大学の臨地実習において実習指導者が実践している看護教員との連携. *聖泉看護学研究*, 9, 11-18.
- 藤代知美, 小林淳子, 渡部光恵. (2016). 看護学教育における早期体験実習での学習内容に関する文献レビュー. *四国大学紀要A (人文・社会科学編)*, 46, 183-189.
- 厚生労働省. (2019). *看護基礎教育検討会報告書*, 10-11. www.mhlw.go.jp
- 中村伸枝, 竹中沙織, 仲井あや, 上林多佳子, 若葉幸子, 和住淑子, 黒田久美子, 河部房子. (2014). 学生の看護実習を通じた学びの特徴と大学教員と臨床指導者の連携・協働のあり方. *千葉大学大学院看護学研究科紀要*, 36, 21-26.
- 吉田久美子. (2009). 地域看護学実習における課題レポートに関する分析—生活者として捉えることの意味—. *東京医科大学看護専門学校紀要*, 19 (1), 13-19.

◇実践報告◇

外来で QR コード[®]を用いて乳がん検診受診行動を促す 試み

—受診に至った患者に対する構成的面接調査—

岡本裕子¹⁾*, 中根美香²⁾, 山田美穂¹⁾

【目的】 QR コード[®]を用いて情報を提供し、乳がん検診の受診行動につながった理由を明らかにする。

【実践】 乳がん検診についての情報を QR コード[®]化し配布、情報を見て受診行動を起こした対象者（女性 12 名：40 代～60 代）に構成的面接調査を実施した。

【結果】 「QR コード[®]を用いた情報提供は良い」「内容もわかりやすかった」と全員が回答し、知識獲得が受診行動の動機付けとなった。更に QR コード[®]は検診を思い出すきっかけとなり、検診の流れを理解することが不安を和らげ、乳がん検診を促すスライドが受診行動につながった。

【看護実践への示唆】 40 代～60 代には、引き続き QR コード[®]を用いて情報提供を行い、乳腺外科外来看護師として定期的に受診を促す関わりを継続していき、その他の年代では対象者に合わせた情報提供方法を検討する必要があることが明らかとなった。

【キーワード】 QR コード[®], 受診行動, 乳がん検診, 情報提供, 乳腺外科看護師

I. はじめに

2019 年の国立がん研究センター（2022）の調べでは、「日本人女性の乳がんの罹患率は年々増加傾向にあり 9 人に 1 人と報告され、がんの罹患数第一位」になっている。各都道府県で乳がん検診が受けられる体制を提供しているが、国立がん研究センター（2019）の発表によると、「2017 年度 OECD（経済協力開発機構）加盟国 30 ヶ国受診率 70% 以上に比べ、日本は 40% と最低レベル」と報告されている。

A 病院は横浜市乳がん検診（以下、市検診とする）や保険診療を行っており 2021 年度の市検診の件数は 613 件であった。実際、外来に受診した患者へ関わる中で「一度検査を受けたら受けなくてもよい・症状がない・家系的に大丈夫」など検診の必要性を感じていないと思われる発言があった。更に乳がんの症状が進行し、腫瘍部の硬結・出血が見られてから受診する症例もあった。

小林ら（2006）は、乳がん検診受診の阻害因子として「疾患についての知識不足」を挙げており「知識を普及し、受診の動機を向上させることが最重要課題」と述べている。A 病

院では、以前より乳腺外科外来の看護師が、受診した患者に院内ポスター、医師による院内教室、広報誌、口頭による説明等を行い乳がん検診に対する啓発活動を行ってきた。しかし、長年内科や整形外科等に通院している患者の中には、乳がん検診対象でも未受診の患者が多く見られた。

インターネットやスマートフォンが普及している現代において、高橋（2015）は「スマートフォンの活用は、学習内容の理解を深める可能性が示唆されている」と述べている。しかし、QR コード[®]を用いての乳がん検診啓発活動の記述は見あたらなかった。

そこで、乳腺外科以外で来院している多くの女性の患者や家族に QR コード[®]を用いて乳がん検診の知識と情報を伝えることが、乳がん検診受診行動を促すのではないかと考え実態調査をすることとした。

用語の定義：QR コード[®]は株式会社デンソーウェブの登録商標である。

Google スライド[®]は Google LLC の登録商標である。

受付日：2024 年 4 月 15 日／受理日：2025 年 7 月 22 日

1) 平和病院 2) 元平和病院

* E-mail : naika@heiwakai.com

Ⅱ. 目 的

QRコード®を用いて情報を提供し、乳がん検診の受診行動につながった理由を明らかにする。

Ⅲ. 看護実践

1. 研究期間：2022年12月～2023年7月

2. 研究場所：A病院 外来

3. A病院の特徴：入院病床146床で中小規模病院である。
2023年度外来患者数63,577名、うち70歳以上55%、40歳以下6%である。70歳以上の来院患者が半数以上を占めている。そのため、家族の受診同行が多い。
乳腺外科外来診療は、平日に毎日実施している。

4. 研究対象：乳腺外科外来に検査目的で受診した患者で、配布したQRコード®を見て来院した女性患者12名（40代7名：58%、50代3名：25%、60代2名：17%）。うち1名は、家族の受診同行で来院していた初めて乳がん検診を受けた40代女性である（以下、40代女性とする）。

5. 研究デザイン：構成的面接調査

6. 研究方法

1) 乳がん検診を促すスライド（以下、スライドとする）とQRコード®作成（2022年12月）

(1) Googleスライド®を用いて視聴スライド項目を作成

- ①タイトル「乳がん検診のすすめ」
- ②女性の罹患するがんの一位は乳がんです
- ③早期がんが発見すればほぼ治る
- ④乳がんの早期発見のために自分でもできること
- ⑤市検診について
- ⑥マンモグラフィを受けるタイミング
- ⑦市検診を受けるには（A病院の場合）
- ⑧症状がある場合は
- ⑨A病院 乳腺外科について（図1）

2) 事前調査（2023年1月）

QRコード®を用いて内容が理解出来るか30代～70代の5名に事前調査を行い、不明点を確認・修正した。

3) 本調査（2023年3月～7月）

(1) QRコード®の配布

- ① 広報誌・ホームページ・院内ポスター10か所（外来待合室・女子トイレ・受付など）にQRコード®を掲載した。
- ② QRコード®が印刷された用紙を960枚用意し、来院している患者・家族に手渡し又は、会計ファイルに入れ配布した。

外来待合室・女子トイレ・受付などに用紙を設置し自由に持ち帰れるようにした。（合計936枚配布した。）

(2) インタビュー調査の実施

配布したQRコード®を見て乳腺外科に検査目的で受診した患者に対しインタビューの協力が得られるか確認し実施した。

4) データ収集方法

(1) 対象者に研究説明用紙を配付、口頭で説明し同意を得て署名をもらった。

(2) インタビュー項目

- ①年代：40代・50代・60代
- ②受診目的：市検診・乳がん定期検査・症状があり受診
- ③直近の乳がん検診：初めて・1年前・2年前・3年以上前
- ④QRコード®の内容はわかりやすかったか
- ⑤QRコード®の内容（中身）をどこで見たか：院内・自宅・薬局・移動中・その他
- ⑥QRコード®を見た上で今回の検査を受けた動機（複数回答可）
- ⑦QRコード®の内容以外に知りたい情報
- ⑧QRコード®を用いた情報提供の方法は良かったか
- ⑨⑧の理由（複数回答可）
- ⑩その他意見感想

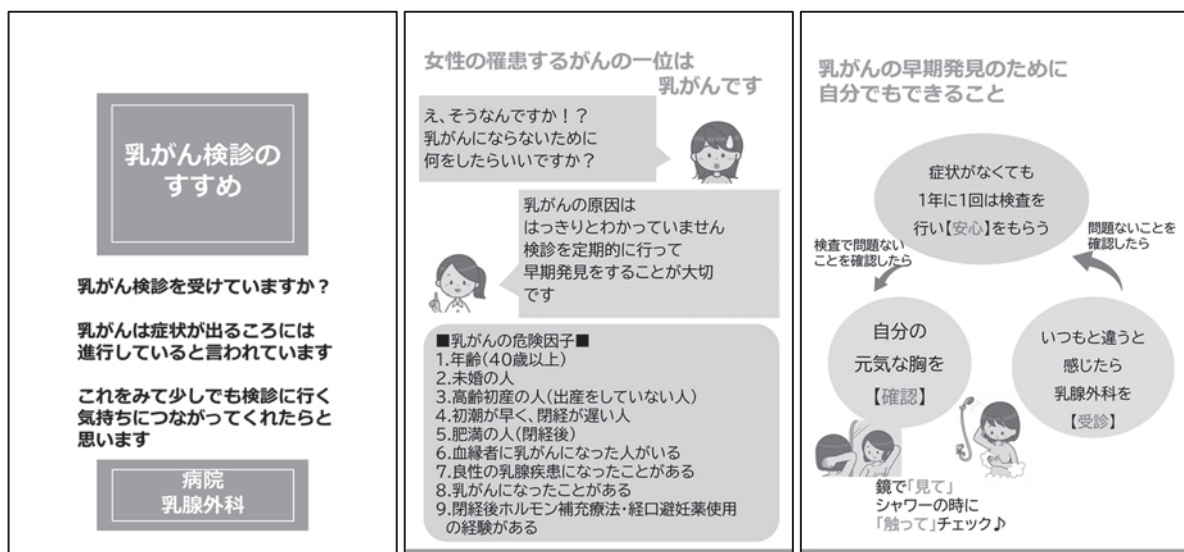


図1 乳がん検診を促すスライド（内容の一部）

(3) インタビュー方法

- ① 外来待合室にある個室で、横並びに座り行った。
- ② 時間は、5～10分程度で実施した。
- ③ 事前に準備していた(2)のインタビュー項目に沿って質問した。

5) データ整理の方法

対象者のデータを年代順に整理し、単純集計して一覧表に作成した。

- (1) 対象者の年代別人数
- (2) 対象者の検診間隔
- (3) QRコード®の内容はわかりやすかったか
- (4) QRコード®の内容(中身)をどこで見たか
- (5) QRコード®を見て検診を受けた動機
- (6) QRコード®での情報提供方法が良かったか「はい・いいえ」
- (7) (6)で「はい・いいえ」の理由
- 6) データ分析方法

インタビュー結果から、QRコード®による情報提供は受診行動につながるか、また、スライドの内容は受診行動につながるきっかけになったかを分析した。

IV. 倫理的配慮

本研究は、医療法人平和会平和病院の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:2023-01)。インタビューでは、年代などを収集するが、本人が特定されないようプライバシーを保護した。参加に関しては自由意思であり途中辞退も可とし、それに対する不利益が生じることはないこと、結果を公表する場合はプライバシーを保護することを確約した。分析中のデータについては、USBに保存し鍵のかかる場所に保管し、院外には持ち出さないこと。この研究の終了後は、USBを5年間保管し、その後使用したUSBデータは完全に消去する。

V. 結果・成果

1. 結果

1) 直近の乳がん検診

対象者の直近の乳がん検診は、3年以上前が6名:50%(40代3名・50代1名・60代2名)、2年前が3名:25%(40代2名・50代1名)、1年前が2名:17%(40代1名・50代1名)、初めて検診を受けた人が40代1名:8%であった。

2) QRコード®の内容についての感想

対象者へのインタビューでは、12名全員が「QRコード®の内容はわかりやすかった」と回答した。

3) QRコード®の内容(中身)をどこで見たか

QRコード®の内容(中身)をどこで見たかの質問に対し、「院内」が10名:83%(40代7名・50代1名・60代2名)と、「自宅」が2名:17%(50代2名)であった。

4) QRコード®を見て検診を受けた動機(複数回答)

検診を受けた動機については「検査の必要性を感じた」が9名:75%(40代6名・50代3名)であった。「検査を定期的に受ける必要性を感じた」が9名:75%(40代5名・50代2名・60代2名)であった。「QRコード®だから興味をもてた」が5名:42%(40代4名・50代1名)であった。「検診を受ける流れがわかった」が4名:33%(40代4名)であった。「検査の不安が軽減された」が2名:17%(40代2名)であった。「受診しやすい値段だった」が40代1名:8%であった。(図2)

5) QRコード®による情報提供の感想(複数回答)

対象者へのインタビューでは、「QRコード®を用いての情報提供の方法は良かったか」という質問に対して12名全員が「良い」と回答した。良かった理由として「手軽」が10名:83%(40代6名・50代2名・60代2名)、「情報量が多い」が5名:42%(40代3名・50代2名)、「操作が簡単」が4名:

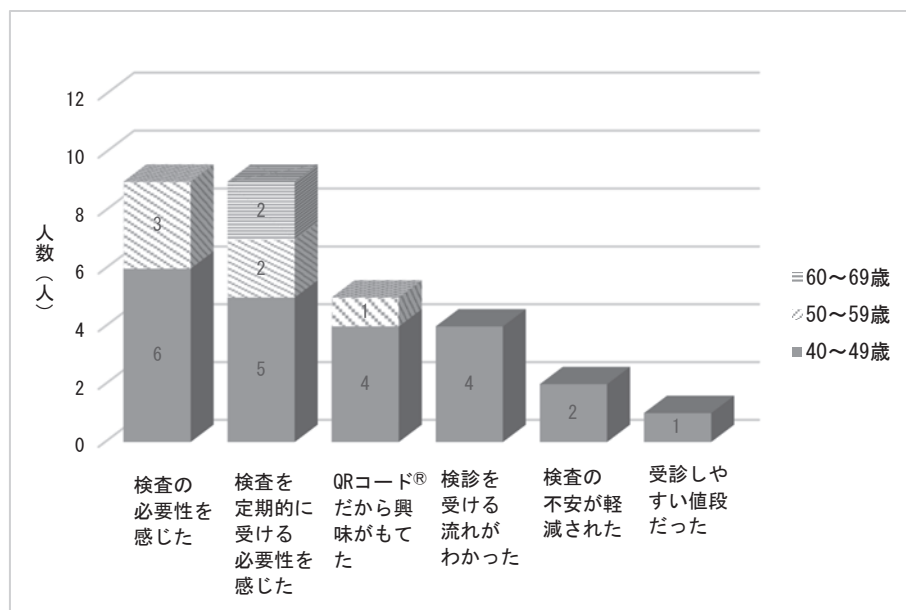


図2 QRコード®を見て検診を受けた動機

33% (40代4名) であった。その他の意見として「インターネットは怖いイメージがある」が40代1名: 8%, 「ポスターよりQRコード®の内容がわかりやすかった」が40代1名: 8%, 「QRコード®を初めて行ったが、開くと簡単に見ることができてびっくりした」が50代1名: 8%であった。

6) 40代女性の回答

今回の対象者の中で唯一初めて乳がん検診を受けた40代女性は、家族の受診同行で来院し、待ち時間にポスターを見てQRコード®を読み込み、スライドの内容から乳がん検診の必要性を理解し、視聴したその日に受診行動をとった。インタビューでは「QRコード®の内容はわかりやすかったか」に対して「はい」と回答した。受診しようと思った動機は、「QRコード®だから興味がもてた」と回答した。「QRコード®を用いての情報提供の方法は良かったか」に対して「はい」と回答し、良い理由として「操作が簡単」「手軽に見ることができる」と回答した。

2. 成果

検診を受けた動機について、対象者12名中9名は検査の必要性を感じたと答えている。田中、森島(2020)は「乳がん検診の必要性を実感するような情報などの要因が、就労・母親世代の一般女性の乳がん検診受診行動を促進していた」と述べている。今回、スライドの内容から乳がんについて早期発見、検査の必要性という知識を得ることで、受診行動の動機付けとなったと考える。対象者からは、「検診を受ける流れが理解できた」、「検査に対する不安が軽減された」、「受診しやすい値段だった」と回答があった。スライドの中では、検査技師が女性であることや、写真を掲載して受診のイメージがつきやすいように工夫した。岩田ら(2014)は「マンモグラフィ検査に関する」ことについて、「女性スタッフの対応が必要という意見」が多かったと述べている。検診に対する具体的な流れや、スタッフの情報を知ることが安心感につながり、不安が軽減されたことで受診行動をとったと考えられる。

対象者12名中11名は以前乳がん検診を受けたことがあり、その中でも半数近くが前回の検査から3年以上経過していた。河合、中西(2018)は、「乳房自己触診を実施しない理由として『忘れてしまう』が最も多かった」と述べている。対象者も日々の生活で検診することを忘れてしまっていたが、情報提供をしたことが思い出すきっかけとなった。そして、定期的な乳がん検診を受けることの必要性をスライドの内容に入れたことで受診行動につながったと考えられる。

40代女性は、受診動機について「QRコード®だから興味が持てた」、QRコード®は「操作が簡単」「手軽に見ることができる」と回答した。QRコード®の効果として、濱武ら(2012)は「QRコード®を用いた情報伝達の手段は多くの情報を迅速かつ正確に伝達できる」と述べている。40代女性はもともと検診を受けたいと思っており、家族の受診同行で来院した際、QRコード®を読み込み、スライドの内容を見て検査の必要性

や検査の予約が不要であることを知り、視聴した当日、受診行動につながった。厚生労働省によると「検診の推奨効果を高める案内方法」として、「推奨は複数回行う」とし、「一度送っただけでは対象者の受診意欲を高めるのは難しく、タイミングを見て複数回行うことが大切」とされている。40代女性も家族の受診のタイミングで複数回ポスターが目に入ったことで検診について興味を持ってもらえたと考える。掲示物を目にするのが、検診を受けるきっかけとなり、スライドの情報が受診行動への後押しとなった。A病院は来院患者の70歳以上の割合が55%と全体の半数以上を占めており、一人での通院が困難で家族などの介助を要するため、受診同行者も多い。患者だけでなく同行者にも、情報提供をする機会があると言える。診療科によっては待ち時間が長くなることがあり、掲示物を見る時間ができたり、検査で院内を移動することにより掲示物を見る機会が増える。今回、受診同行で来院した対象者が待ち時間の間に気軽に多くの情報を得ることができた。このことは、外来の情報提供の方法として有効な要因を得ることができた。

今回QRコード®は、広報誌やホームページ等に掲載・案内し、内容は全世代見ることができたが、30代以下の対象者はいなかった。これはA病院の来院患者層が、40歳以下の割合が6%と低く情報提供をする機会が少なかったためと考える。さらに、スライドの内容が40代以上の市検診対象者に向けた情報提供であり、30代以下の若い世代にとってはまだ必要性がないと思ったため、受診行動につながらなかったと考えられる。しかし、がん研究振興財団(2023)の「がんの統計」によると、人口10万に対しての乳がん罹患率が25~29歳の7.2例から30~34歳の28.2例へと30歳を境に増加している。このことから、市検診の対象に入っていない30代の若い世代には、まず乳腺のことを相談できる場があることを知ってもらうアプローチを考えていき、乳がん検診の啓発をしていく必要がある。

A病院の来院患者層は、70歳以上の割合が55%にもかかわらず、実際の対象者に70代以上がいなかった。竹本(2018)は「医療者や企業には、より詳細な情報提供や、提供方法の工夫が求められる」と述べており、今後の課題は年代ごとに情報提供の内容や方法を工夫する必要がある。

VI. 看護実践への示唆

今回の研究で、40代から60代はQRコード®を用いた情報提供を「良い」と感じ、スライドの情報から検査の必要性などの知識を獲得することが乳がん検診の受診行動の動機づけとなったことが明らかとなった。

30代以下と70代以上は対象者にはいなかった。A病院の患者の年齢層からは、若い世代への情報提供の機会も少なく、データを取ることができなかった。さらに、A病院の来院患者層は、70歳以上の割合が55%であるが、対象者に70代以上がいなかった。乳がんの罹患率は60代後半から70代前半

がピークであり、乳腺外科外来看護師として乳がん検診を勧めることが求められる。そのため、70代以上に対してQRコード®での情報提供方法を困難に感じるか確認し、対象者に合わせた方法を選択できるように、従来通りのパンフレットも含めた複数の情報提供方法を準備する必要がある。40代から60代に対しては、引き続きQRコード®を用いて情報提供を行い、定期的な受診を促す関わりを継続していく。

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

- がんの統計編集委員会（編）.（2023）. *がんの統計（2023年版）*. がん研究振興財団.
- 濱武清範, 中村暢彦, 松村千佳子, 矢野義孝.（2012）. QRコードを利用したがん化学療法における情報伝達手法の構築. *医療薬学*, 38（7）, 435-440.
- 岩田綾子, 和田清, 曾根啓司, 南京貴広, 石原修二, 堀郁子.（2014）. 医療機関で働く女性職員の乳がん検診受診率向上に向けての検討. *松江市立病院医学雑誌*, 18（1）, 33-39.
- 河合由紀, 中西伸子.（2018）. 勤労更年期女性の乳がん検診に関連する要因. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 14, 45-56.
- 小林志津子, 斉藤繭子, 片岡明美, 大野真司, 中村清吾, 福井次矢, 小山弘, 新保卓郎.（2006）. 日本人女性の乳癌検診受診行動の促進要因と阻害要因の検討. *日本乳癌検診学会誌*, 15（1）, 69-74.
- 国立がん研究センター.（2019）. *がん検診について：[国立がん研究センター がん情報サービス 医療関係者の方へ]*（ganjoho.jp）.
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html
- 国立がん研究センター.（2022）. *がん情報サービス最新がん統計*.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html,
（参照 2022-10-3）
- 厚生労働省. *チェックリストで施策を確認！エビデンスに基づく全国取り組み分析 受診率向上施策ハンドブック*（第3版）. 厚生労働省.
- 高橋文徳.（2015）. スマートフォンを用いた教育改善の試み. *尚絅大学研究紀要, B. 自然科学編*, 47, 183-190.
- 竹本信也.（2018）. 患者思考の情報提供実現のために～企業の取り組みから～. *薬学雑誌*, 138（3）, 315-323.
- 田中登美, 森島千都子.（2020）. 就労・母親世代の一般女性の乳がんに対する認識およびその検診の受診行動に影響する要因. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 16, 11-20.

◇実践報告◇

中途障害となった児への医療的ケアを含めた
在宅移行支援

—退院までの家族への支援を振り返る—

佐々木里沙¹⁾*, 根本千尋¹⁾, 渡邊順子¹⁾, 鈴木由美子¹⁾

【目的】中途障害により医療的ケアが必要となった児の母親の反応や看護実践についての意味づけを事例経過とともに検討し、家族看護や在宅移行支援の示唆を得る。

【実践】小児病棟転棟時から子どもの中途障害を受け入れる母親の反応と気持ちの変化にあわせながら関わった看護師の看護実践を照らし合わせながら、母親の変化と看護師の行動の意味付けをした。

【結果】入院経過の中で、母親の反応や言動をみながら児とのふれあう時間や環境の提供、沐浴など入院してから出来ていなかった育児体験を看護師や医師と共に実施した。揺るぎない抱きながら在宅で育てていくことの責任や覚悟を母親から感じることができた。

【看護実践への示唆】看護師は、母親の現実と期待の狭間で揺らぎながらも中途障害を持つこととなった児を育てていくこととする母親の覚悟を支えることが在宅移行に向けての支援には必要であり看護師の役割であることが示唆された。

【キーワード】中途障害児、医療的ケア、在宅移行支援

Ⅰ. はじめに

中途障害とは障害を持たず生まれてきた先天性障害とは異なり、生まれたのちに病気や事故、その他原因不明の事態によって生じた障害である。中途障害となった18歳未満の子どもに関する正確な数や障害の原因について全国調査はなされておらず、乳児から児童期に当たる子どもの詳細は明らかにされていない。何らかの原因で障害が残り中途障害となった児は、その障害の程度によっては医療的ケアを導入し日常生活を送るようになる。子どもの誕生を喜び、成長発達を感じながら子どもの健やかな成長を期待し生活していた家族にとって、子どもの突然の健康状態の変化で受ける衝撃は大きいと考える。障害を持つ子どもの親の受容過程については、Drotar et al. (1975) の段階説、中田 (1995) の障害受容の螺旋モデルなどがある。羽畑ら (2011) は、溺水による低酸素性脳症児の母親の心理プロセスで、母親は児に対しての病状回復の願望をもち続け突然の出来事によるしこりをもち続けていることを明らかにしている。家族にとって中途障害を受容することは容易ではない。家族は障害を受け入れなくては

ならないという思いと、少しでも回復するのではないかという思いで揺れ動いている。看護師は、家族の思いに寄り添いたいと思いつつも、受容段階に合わせた家族との関わり方などで困難な場面に遭遇することがあると考えられる。

今回、突然の健康状態の変化により中途障害が生じ、医療的ケアが必要となった児の在宅移行に向けての支援を行った。我が子の中途障害を受け入れようとする母親の反応や母親の気持ちの変化にあわせながら関わった看護師の看護実践の意味づけを事例経過とともに検討していくことで、家族看護や在宅移行支援の示唆を得たいと考えた。

Ⅱ. 目的

中途障害により医療的ケアが必要となった児の母親の反応や看護師の看護実践についての意味づけを事例経過とともに検討していくことで、家族看護や在宅移行支援の示唆を得る。

Ⅲ. 看護実践

1. 事例

患者：A君（以下A君と表記する。）1歳，男児

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 太田西ノ内病院

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

医学的診断：重症クループ症候群，心肺停止蘇生後

入院期間：10 ヶ月

既往歴：なし

家族構成：父，母，姉の4人暮らし

発症から小児病棟への入室までの経過：

犬吠様咳嗽出現にてA病院を受診し，クループ症候群が疑われたが発熱や酸素化不良がなく処方にて帰宅された。しかし症状改善なく，吸気性喘鳴を伴うようになりB病院を受診する。著明な吸気性喘鳴と経皮的動脈血酸素飽和度80%台の酸素化不良を認め挿管，人工呼吸器管理の適応と判断されA病院に転院搬送となる。搬送中，心肺停止となり心肺蘇生開始し心拍再開となる。ICU入室後，家族には入院時より厳しい状態であると説明されていた。ICUでは面会制限はなく，入院から1ヶ月程経過し，気管切開術施行され，人工呼吸器装着となり小児病棟に転棟となった。

2. データ収集期間 2021年4月～2022年3月

3. データ収集方法

診療記録，看護記録から我が子の中途障害を受け入れようとする母親の反応や母親の気持ちの変化にあわせながら関わった看護実践を収集した。

4. 分析方法

小児病棟転棟時からの時間の変化に沿って，母親の反応と母親の気持ちに合わせながら関わった看護師の看護実践について，それぞれどのような意味があったのかを検討して記述した。中途障害を受け入れていく母親の変化について，ひとまとまりの意味があると考えた時期に分けてテーマをつけた。

Ⅳ. 倫理的配慮

本事例研究の分析に使用する情報は，小児患者の状態や直接的な支援内容も含まれるため，あらかじめ所属長から母親に，児と家族に関わる看護実践について振り返るための研究を考えていることについて説明した。後日，研究者らが書面にて研究の目的・主旨，協力は自由意思であること，途中でやめても不利益は生じないことやプライバシーの保護などを記載したものを送付した。データの守秘性，個人情報の保護，学会等での結果の公表についても説明した。本研究への協力の意思がある場合は同意書の返信をもって承諾確認を得た。本研究は太田西ノ内病院の倫理委員会で承認を得た後に実施した（承認番号No25）。

V. 結果・成果

1. 母親の子どもの変化を受け入れない時期

小児病棟入室～1週間（表1）

小児病棟入室後に主治医より母親へA君の現在の状態や在宅療養にむけて今後看護師より医療的ケアの指導があると説明がされた。母親は医師の顔をみてうなずきながら話を聞いており，感情を乱すことなく質問している姿がみられた。母親は，必死に子どもの健康状態の変化を理解しようとしてい

たと考える。主治医からの説明後に看護師は母親の本音を聞きたいと考え，母親の思いが表出しやすいよう，母親と一対一で話ができるような状況やタイミングを見はからい訪室した。母親はベッドサイドにおりA君を見つめ触れながら看護師と会話をした。表情は硬く笑顔はほとんどなく，目線が合わなかった。母親は子どもの状態と受け入れはできず，緊張や不安を感じていたのではないかと考える。看護師は母親の現在の本心を聞くことで，気持ちの整理に繋がると考え，母親へ率直に今現在どんな思いを抱いているのかを確認した。母親は「自宅に連れて帰りたいと思っているが，不安がある。病院にいるほうが本人にとって安全ではないか。」と自宅退院やこれからの養育についての不安や葛藤の一部が吐露できた。

看護師は，母親に呼吸器などのデバイス類に注意しながら触れて良いことや，一緒にベッドで横になってA君と添い寝をしたりして過ごして良いことを伝えた。これは，看護師は意図的に，A君とのふれあいや一緒にいる時間を作ることで母親の不安の軽減に繋がると判断し母親が出来る事を伝えたと考える。さらに母親は，入院してから一度もA君を抱っこすることができていなかったため，発症後初めてA君を抱っこする機会を提供した。母親はA君を抱っこした時には，笑顔で「すごく嬉しいです。」と話された。不安のなかにいた母親は子どもを抱きしめることで安心したのではないかと考える。その後も，看護師は母親が添い寝している時はゆっくり過ごせるようカーテンを閉め2人だけの空間を提供した。添い寝後には，母親より「ちょっと休めました。」と発言があった。母親は久々の添い寝でA君を側で感じる事ができ安心につながったのではないかと考える。また母親にA君にどのようなことをしてあげたいか具体的に希望を聞きながら看護ケア内容をチームで検討した。看護師は一緒にケアを行う時間を作りA君に対する母親の思いをさらに引き出したいと考え関わっていった。

母より「いつも賑やかなところで過ごしていたので淋しがないようにしてほしい。」と発言が聞かれた。看護師は，A君を大切にしたい，A君の気持ちに沿ってあげたいという母親の思いに寄り添い，A君の病室の空間を自宅と同じように安心できる環境を提供することが，母親の安心に繋がると考え，母親と相談しながらA君の生活空間を作っていった。

母親が不在のときに検査や処置を行ったときは，母親が面会に来たときに，「今日は採血しました。痛かったと思います。でも頑張りました。」などと，A君は表情や声に出して訴えることができないため頑張ったことをありのまま具体的に伝えた。看護師は，一緒にいることが出来ない母親とA君をつなぐためにA君の様子を話そうと考え行動したと考える。母親は「よく頑張ったね。」とA君の頭や採血した手や足を撫でている姿がみられた。母親は面会時に写真をみながら「目を覚えてくれたらな。」，「このときに戻ってこないかな。」とA君の状態を理解しつつ，本音が吐露できるようになっていった。

表1 母親の子どもの変化を受け入れない時期（小児病棟転棟～1週間）

母親の言動	母親の反応の意味	看護師の対応	行動の意図
母親は主治医の顔をみてうなずきながら話を聞いており、感情を乱すことなく質問している姿がみられた。	必死に子どもの健康状態の変化を理解しようとしていた。	主治医からの説明後に看護師は母親の思いが表出しやすいよう一対一で話しができるような状況やタイミングを見はからい訪室した。	看護師は母親の本音を聞きたいと考え行動した。
A君を見つめ触れながら話す。表情は硬く笑顔はほとんどなく、目線が合わなかった。	子どもの状態と受け入れはできず、緊張や不安を感じていた。	看護師は会話の中で母親へ率直に今現在どんな思いを抱いているのかを確認した。	母親の現在の本心を聞くことで、今の母親の気持ちの整理に繋がると考えた。
「自宅に連れて帰りたいと思っているが、不安がある。病院にいるほうが本人にとって安全ではないか。」「すぐに肌が赤くなってしまうため、注意して気をつけてみてほしい」という希望や、今後のA君の養育について発言が聞かれた。	自宅退院やこれからの養育についての不安や葛藤の一部が吐露できた。	母親の思いを傾聴し、母親に呼吸器などのデバイス類に注意しながら触れて良いことや、一緒にベッドで横になってA君と添い寝をしたりして過ごして良いことを伝えた。	母親の不安や葛藤について、助言はせずA君とのふれあいと一緒にいる時間を作ることで母親の不安の軽減に繋がると判断した。
母親はA君を抱っこすることができた時には、笑顔で「すごく嬉しいです。」と話す。	受傷後、不安のなかでいた母親は子どもを抱きしめることで安心したのではないかな。	入院してから一度もA君を抱っこすることができていなかったため、医師の許可を得て、A君を抱っこできるように環境を整えた。	母親に子どもを抱きしめることで安心させたいと考えた。
		一緒にケアを行う時間を作り母親の思いを表出しやすいように関わっていった。 看護師は母親が添い寝している時はゆっくり過ごせるようカーテンを閉め2人だけの空間を提供した。	A君との距離を縮めてあげられるようにしたいと考えた。 母親のA君への思いをさらに引き出したいと考えた。 一緒にケアを行う時間を作り母親の思いを表出しやすいように関わっていった。
添い寝後には、母親より「ちょっと休めました。」と発言があった。	母親は久々の添い寝でA君を側で感じることで安心につながったのではないかな。		
A君は、母親より「いつも賑やかなところで過ごしていたので淋しがらないようにしてほしい。」	A君の状況はまだ受け止められない。A君を大切にしたい、A君の気持ちに沿ってあげたい。受傷前のA君を思い出し、母親がA君に対して今できることを言葉に出来た。	母親と相談しながらA君の生活空間を作っていた。	A君の病室の空間を自宅と同じように安心できる環境を提供することが、母親の安心につながると考えた。
A君の頭や採血した手や足を撫でながら「目を覚ましてくれたらな。」「このときに戻ってくれないかな。」と気持ちを表出がみられた。	母親の本音が吐露できた。	母親が面会に来たときは、母親が不在時のA君の様子をなるべく詳しく伝えるように努めた。	母親がA君と関われなかった時間の話を聞くことで安心感が得られ、信頼関係を深めることができ、母親は思いの表出がしやすくなると思った。一緒にいることが出来ない母親とA君をつなぐためにA君の様子を話そうと考えた。

2. 母親が現実に向かい進みだす時期

1 週間後～1 ヶ月 (表2)

小児病棟入室から1週間経過した頃より、母親から医療的ケアについて「私も吸引をやってみてもいいですか。」と希望があった。看護師は母親が何かA君のためにしてあげられることはないか模索していたのではないかと考え、一緒に吸引を実施した。母親に医療的ケアの指導を開始してからも時折涙を流したり、表情が暗く硬い時があり、看護師は、母親の精神的な揺らぎを関わりの中で感じ取っていたため、侵襲性のあるケアについては母親自身がA君に苦しい思いや痛い思いをさせてしまっていると思わないように配慮し、その日の母親の言動や表情をみながら、見学へ変更し母親への負担がないように関わった。日によって母親は感情の起伏がみられ、現実と希望のはざままで母親は揺らいでいたのではないかと考え、表情が良い時は母親から看護師へ話しかけることもあったが、表情が暗い場合は、看護師が早めに母親のいる病室へ向かい、自宅で休息できているか同胞の様子や体調などを聞き、母親の不安や気持ちを聞いていきたいと考えていた。

母親よりA君はお風呂に入ることが大好きだったと聞き、小児病棟転棟から3週間後に人工呼吸器などの医療機器を装着した状態で、医師、看護師、母親の3人で初回沐浴を実施した。入院後初めての沐浴であり、母親は不安そうな表情をみせながらも、「もっと洗ってあげてもいいかな。」と関わっていた。母親は、今までのA君との入浴に戸惑いながらも自分なりに出来る事を探し、A君を久しぶりにお風呂に入れてあげることができた喜びを感じていたのではないかと考える。

退院後の母親の介護負担を考えて、家族でA君の養育に参加できるようにしたいと、父親にもケアに参加してもらえよう指導計画を立てた。入院期間中、父親の面会が少なかったためA君との関わりを持つ機会を作ろうと考えた。父親は仕事が忙しく面会に来る回数は少なかったが、沐浴を行う時は父親の都合の良い日時に会わせて、必ず両親揃って来て頂いた。沐浴時には母親から父親へ度々教える姿もみられ、両親で協力しA君を支え今後の生活への前向きな思いに繋がったのではないかと考える。

表2 母親が現実に向かい進みだす時期 (1 週間後～1 ヶ月)

母親の言動	母親の反応の意味	看護師の対応	行動の意図
「私も吸引をやってみてもいいですか。」 母親より医療的ケア実施希望あり、看護師と共に実施した。	A君に何もしてあげられないことが母親として辛く、何かA君のためにしてあげられることはないか模索していたのではないかと。今のA君のために出来ることに対しての母親の行動。	その日の母親の言動や表情をみながら、見学へ変更し母親への負担がないように関わった。	侵襲性のあるケアについては母親自身がA君に苦しい思いや痛い思いをさせてしまっていると思わないように配慮した。
日によって母親は感情の起伏がみられ、表情が暗い時もあった。	現実と希望のはざままで母親は揺らいでいたのではないかと。	看護師が早めに母親の待つ病室へ向かい、自宅で休息できているか同胞の様子や体調を確認した。	母親の変化を注意深く観察することで母親の不安や気持ちを聞いていきたいと考えていた。
医師、看護師、母親の3人で入院後初めての沐浴練習をする。自宅での入浴との違いが大きく母親は不安になりながらも、「もっと洗ってあげてもいいかな。」と、A君の状態や沐浴時間を気にしながら笑顔で介助を行っていた。	今までのA君との入浴に戸惑いながらも母親なりに出来る事を探していたのではないかと。 A君を久しぶりにお風呂に入れてあげることができた喜びを感じられたのではないかと。		
		沐浴実施日は、医師、看護師が見守りながら両親を主体として役割分担をしながら沐浴を実施した。主介護者は母親であるが、退院後の生活を見据えて、父親にもケアに参加してもらえよう指導計画を立てた。沐浴を行う時は父親の都合の良い日時に会わせて、必ず両親揃って来て頂いた。	退院後の母親の介護負担を考えて、家族でA君の養育に参加できるようにしたいと考えた。 父親の面会が少なかったためA君との関わりを持つ機会を作ろうと考えた。

3. 母親が再び子どもを育てようと覚悟する時期

1 ヶ月～3 ヶ月（表3）

A君に関わる関連職種間で、退院支援カンファレンスを行い、母親が病棟に宿泊するなど段階的に退院に向けての具体的な準備や日時を決めていくこととなった。カンファレンスには母親、祖父母も同席し、積極的に自宅の様子やきょうだいの生活リズム、生活習慣など具体的に伝えA君が過ごしやすい環境づくりをしようとしている様子が伺えた。A君を在宅で育てていくことの責任の重さや覚悟を母親から感じる事ができ、家族が協力しながらA君の退院後の生活を一緒に考えようとしていたと考える。転棟から約3ヶ月後に、母親と父親に自宅での生活のイメージを図る目的で、病棟に宿泊してもらい、看護師見守りのもと全ての医療的ケアを行ってもらった。母親より「大丈夫そうですね。」と笑顔がみられた。A君と一晩過ごしたことで、医療的ケアを含めたケアを自分で実施できたということは母親や父親の自信につながったのではないかと考える。退院後のサポート体制を万全にしたとしても、体力的にも精神的にも母親の負担は大きいことが予測された。退院までの期間、A君と家族の生活を想定した具体的な支援について他職種とカンファレンスを重ね退院に至った。

Ⅵ. 看護実践への示唆

1. 母親の子どもの変化を受け入れない時期を支える看護実践

小児病棟入室日の母親は表情が硬く、目線も合わない状態であった。そのため看護師は母親の思いが表出しやすいよう、

タイミングを見はからい訪室し現在の思いを確認する行動を取っていた。羽畑ら（2011）の溺水後脳症児の母親の心理的プロセスを明らかにした研究では「突然の出来事による混純とした状況」から「生活の再構築の可能性にかける」という心理的プロセスを辿りながらも、母親は自責の念を持ち続けている。看護師は母親との会話中も頷きながら視線を送り、表情を観察しながら母親の思いを受け止めようとしていたのではないかと考える。看護師が母親の様子を丁寧に観察しながら関わるタイミングを見計っていたことが、自宅退院に向けての不安や今後の経過などについての負担や戸惑いについての吐露に至ったのではないかと考える。看護師は現実に向き合おうとする母親の悲嘆を寄り添い支える看護実践をしていたと考える。

看護師は発症後初めて母親がA君を抱っこや添い寝できる機会を作った。また、医療機器を装着している中での沐浴を実施し、母親は不安になりながらも「もっと洗ってあげてもいいかな。」と思いの表出がみられた。このことから、母親は、疾患により健康状態が急激に変化したA君を目の当たりにし、1ヶ月もの間A君との触れ合いが少なくなり、今まで母親として当たり前にしてきたことができなくなり、母親は自分に何かできることはないか模索している状態であったのではないかと推察される。飯塚（2013）のNICUに入院した児と母親の母子分離に関する研究で、「母子関係構築のための貴重な時間に危機的状況が発生すると母子関係の間に心理的な距離が発生するが、自由に抱っこなど母子再統合がなされると母子間の心理的距離は一気に解消する。」と報告されている。

表3 母親が再び子どもを育てようと覚悟する時期（1 ヶ月～3 ヶ月）

母親の言動	母親の反応の意味	看護師の対応	行動の意図
カンファレンスには母親、祖父母も同席し、積極的に自宅の様子やきょうだいの生活リズム、生活習慣など具体的に伝えA君が過ごしやすい環境づくりをしようとしている様子が伺えた。	A君を在宅で育てていくことの責任の重さや覚悟を母親から感じる事ができ、A君の家族が、退院後の生活を一緒に考えようとしていた。		
両親共に一連の医療的ケアの手技を獲得し、転棟から約3ヶ月後に、自宅での生活のイメージを図る目的で、病棟に1日泊ってもらい、看護師見守りのもと全てのケアを家族に行ってもらった。「大丈夫そうですね。」と笑顔あり。	はじめて、A君と一晩過ごすことで、看護師見守りの下ではあるが、医療的ケアを含めたケアを自分で実施できたという自信につながった。	退院後のサポート体制を万全にし、母親以外の家族の協力が得られたとしても、在宅で長時間子どもと1対1で過ごすことや、病状が変化したときの対応についての不安など、気が休まらず、体力的にも精神的にも母親の負担は大きいと予測された。退院までの期間、A君と家族の生活を想定した具体的な支援について他職種とカンファレンスを重ね退院に至った。	退院したとしても、母親だけの負担に感じさせないよう、さらに家族が協力してA君の療養を支えていけるように考え説明した。

よって母親は、看護師とともに少しずつ A 君のケアを体験し抱っこや沐浴など行うことで、母親が自らの手で A 君のためにできることを見つけることに繋がったのではないかと考えられた。

2. 母親が現実に向かい進みだす時期を支える看護実践

母親より A 君の成育環境を聞き、看護師らは、母親と相談しながら A 君の病室環境を整えていく支援をした。さらに、看護師は母親が不在時の A 君が頑張ったことを詳しく伝え、母親は A 君の頭や採血した手や足を撫でている姿がみられた。母親は面会時に写真を見ながら A 君に対する希望を表出するようになってきた。看護師は A 君のための安心できる生活空間の提供と考えていたが、同時に母親の A 君に対する子育てに対しての望みを叶えることに加え、母親の気持ちの整理できる環境にもなっていたのではないかと考える。加藤、清水（2018）は「看護師は家族の気持ちを知り、受容の助けとなるために、看護師が子どもへ丁寧に関わることで、家族に安心して任せられると信頼を感じてもらい、思いの表出をしやすい関係性を構築すること、また思いの表出があった際の対応をタイミングを逸さず行うことが必要」と述べている。看護師は病室の中で家族が安心できる環境を作っていたことや、母親の思いを引き出すことで、母親の緊張や不安は少しずつ軽減され、母親が現実に向きあうことを支える看護実践に繋がったのではないかと考える。

3. 母親が再び子どもを育てようとする覚悟を支える看護実践

在宅支援に向けた具体的な指導当初は、A 君をみて時折涙を流し感情の起伏がみられた。しかし、退院に向けてのカンファレンス参加時には、積極的に自宅の様子やきょうだいの生活リズム、生活習慣など母親の希望を伝えることができ A 君が過ごしやすい環境づくりをしようとしている様子が伺えた。母親は揺れ動く感情の中ではあったが、A 君を在宅で育てていくことの責任の重さや覚悟が出来てきたのではないかと考える。矢吹ら（2018）は「自らが医療的ケアをしなければ子どもの生命にかかわるという使命感の間で、家族は日々葛藤しながら在宅医療に向けて準備を進めている」と述べている。さらに、中田（1995）の障害受容の螺旋形モデルでも親の障害受容の肯定（適応）と否定（落胆）は両方の感情が常に存在すると述べている。今回、在宅移行に向けて母親は、現実に向き合い A 君のために前に進もうとしていた。健康にわが子を産み育てていた母親にとって、子どもが中途障害を持つということは母親としての役割や存在意義も揺らぐほどの出来事であると考えられる。在宅移行に向けての母親の反応は当然の反応であり、これからも現実を肯定と否定する感情が生じることが予想される。看護師は、母親の現実と期待の狭間で揺らぎながらも中途障害を持つこととなった児を育てていこうとする母親の覚悟を支えることが在宅移行に向けての支援には必要であり、看護師の役割であることが示唆された。

本事例は 1 事例のみの研究であり、今後様々な状況で中途障害を持つ事となった在宅移行支援について家族の特性に合わせた支援を検討していく必要がある。

本研究は日本小児看護学会第 33 回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

- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 56 (5), 710-717.
- 羽畑正孝, 鈴木ひとみ, 畑下博世. (2011). 溺水による低酸素性脳症児の母親の心理的プロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 34 (1), 107-115.
- 飯塚有紀. (2013). NICU への入院を経験した低出生体重児の母親にとっての母子分離と母子再統合という体験. *発達心理学研究*, 24 (3), 263-272.
- 加藤由香, 清水裕子. (2018). 急性期病院における中途障害児の家族を支える看護師の関わりの実態と課題. *日本看護学会論文集慢性期看護*, 48, 263-266.
- 中田洋二郎. (1995). 親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀—. *早稲田心理学年報*, 27, 83-92.
- 矢吹恵, 小川純子. (2018). 気管切開管理を必要とする子どもの家族の在宅移行期に関する思いに着目した文献検討. *日本小児看護学会誌*, 27, 178-185.

◇実践報告◇

がん患者へのコミュニケーションスキル向上をめざして NURSE に視覚的学習を取り入れた学習効果

高橋慶子¹⁾*, 吉村恭子¹⁾, 轟木恵美¹⁾, 尾潟和江¹⁾, 下村桂子¹⁾

I. 目的 看護師のコミュニケーションスキル向上を目指し、NURSE に動画による視覚的学習を取り入れたがん患者コミュニケーションスキル学習プランを実践し、その学習効果を検証することを目的とする。

II. 実践 A病院B病棟に勤務する看護師 16 名を対象に、作成した学習プランを実施し、その効果を実施前後の質問用紙により評価した。比較は、ウィルコクソンの符号順位検定を用いた。

III. 結果 コミュニケーションスキルの 14 項目は介入後に上昇し、困難感の 9 項目が低下し、共に統計的有意差が確認できた。

IV. 看護実践への示唆 NURSE に動画による視覚的学習を取り入れた学習プランは、看護師のがん患者に対する困難感を軽減でき、コミュニケーションスキルの向上に繋がった。今後は異なる患者背景や治療過程に応じた学習プランを継続し、コミュニケーションスキルの向上に取り組んでいきたい。

【キーワード】がん看護、コミュニケーションスキル、NURSE、視覚的学習、タブレット

I. はじめに

A病院は、地域の中核を担う急性期病院であり、がん地域診療拠点病院として機能している。A病院のB病棟は、消化器内科、呼吸器科の混合病棟であり急性期治療から終末期のがん看護が主となっている。2021年度のB病棟におけるがん患者数は503名で入院患者の4割を占めていた。

今回、がん患者とのコミュニケーションに対する調査を実施したところ、B病棟看護師から「告知後、悲観的になっているがん患者とのコミュニケーションに困った」、「麻薬中毒になるのではないかと悩んで困った」などの意見があった。

浅沼他(2015, p.viii 序)は、「がん患者は、…病気の経過によってたびたび治療の変更の選択を迫られ、患者は不安を抱え、苦悩している。このような患者に対して、それぞれの場面で患者の気持ちに寄り添いながら感情を引き出し、それぞれの場面や状況に適応していけるよう支援していくコミュニケーションスキルとそれを駆使するための知識・技術が必要となってくる。」と述べている。そのため、短時間で患者の思いを導き出し、医療者の見解を明確に伝達する事や、医療者

自身の患者への思いを適切に伝えられるコミュニケーションスキルを習得していくことが必要であると考えた。

そこで患者体験を通して患者の気持ちに気づきを示す、看護師のコミュニケーションスキル、共感スキルとして普及してきた NURSE のスキルを参考にしたいと考えた。NURSE とは、N (Naming: 命名), U (Understanding: 理解), R (Respecting: 承認), S (Supporting: 支持), E (Exploring: 探索) の頭文字をとったもので、患者自身が自らの感情に気づき対処していけるように変容を促すことができるため、看護師のコミュニケーションスキルとして適しており、感情を探索し、表出を促進させる技法で最も効果的なコミュニケーションを構築するとされている(浅沼他, 2015, p.25)。

池田他(2018)は、「がん患者とのコミュニケーションに対する困難感には、知識教育だけでは軽減しないため、体験学習を行う必要があり、NURSE を活用したコミュニケーション演習は、看護職者のがん患者とのコミュニケーションに対する困難感の軽減に有効であった」という結果が示唆されている。

しかし、新型コロナウイルス感染防止の観点から多人数でのロールプレイや振り返りを行うことができなかった。その

受付日: 2024 年 4 月 15 日 / 受理日: 2025 年 7 月 22 日

1) 山口県済生会下関総合病院

* E-mail: kango@simo.saiseikai.or.jp

ため、学習会と少人数でのロールプレイ学習に、NURSE を用いた動画による視覚的学習を組み合わせたがん患者コミュニケーションスキル学習プランを作成し、実施した。この学習プランが、スタッフのコミュニケーションスキルの向上に繋がったか検証したので報告する。

Ⅱ. 目 的

本看護実践の目的は、看護師のコミュニケーションスキル向上を目指し、NURSE に動画による視覚的学習を取り入れたがん患者コミュニケーションスキル学習プランを実践し、その学習効果について検証することである。

Ⅲ. 看護実践

1. がん患者コミュニケーションスキル学習プランの作成 (表 1)

学習会の内容は、認定看護師による監修のもと、「NURSE を用いたコミュニケーションスキルについて」と「がん性疼痛と医療麻薬の基礎知識」と「大腸がん術前放射線治療の意思決定支援」とした。ロールプレイの事例は、臨床の場面を再現した「治療決定」「支持療法」の2場面とした。研究対象者16名のうち2名を1組として、それぞれが、看護師役と患者役を体験してもらい、研究者1名がファシリテータとして参加することとした。タブレットを使った動画による自己学習を行うために、「NURSE を用いたコミュニケーションスキル」という模範動画を研究者で作成することとした。学習会後に1回目のロールプレイを実施し、オリエンテーション5分、ロールプレイ場面を15分、デブリーフィング5分とし、同症例を患者役、看護師役の2回実施し、動画撮影することとした。ロールプレイ後に、自身の動画と模範動画を視聴してもらい、自己評価し、その後、2回目のロールプレイを実施することとした。

2. がん患者コミュニケーションスキル学習プランの評価方法

作成した学習プランの効果を評価するために、無記名自記式質問紙を2種類作成した。

1) コミュニケーションスキルについて測定する質問紙は「看護場面における人間関係をつくるためのコミュニケーション尺度」(荒添, 2004)を使用した。内容は、8つの因子で質問項目数は39項目である(表2)。回答は5段階評定とした。

2) 「看護師のがん看護に関する困難感尺度」小野寺他(2013)を参考にし、がん看護に対する困難感についての質問紙を独自に作成した。内容は、がん患者とのコミュニケーション

の困難感軽減を目的としたため、6因子のうち2因子の「コミュニケーションに関すること」13項目と、「自らの知識・技術に関すること」9項目の計22項目を使用した(表3)。回答は6段階評定とした。

3) 介入後には、がん患者コミュニケーションスキル学習プランを終えての気づきについて自由記載してもらうこととした。

3. がん患者コミュニケーションスキル学習プランの実施と評価

2021年7月から2022年3月にかけて、A病院B病棟に勤務する看護師16名を対象として、作成した学習プランに沿って学習会を実施した。学習プラン評価のための無記名自記式質問紙調査は、学習会前(以後、介入前とする)と2回目のロールプレイ後(以後、介入後とする)に実施した。質問紙はそれぞれB病棟に回収箱を設置し、自分で投函する形で回収した。質問紙2種類の介入前後の結果は、ウィルコクソンの符号順位検定を用いて分析した(Excel 統計 for Windows)。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者へ研究目的および方法を書面で説明し、所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て実施した。参加は自由意思であること、研究への協力の有無により不利益が生じないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守る事を文章で説明し、質問紙の提出をもって同意を得ることにした(承認番号 倫7)。

Ⅴ. 結果・成果

1. 質問紙の回収率および有効回答率は、介入前後ともに100%であった。

2. 学習プランの評価

1) 看護場面における人間関係をつくるためのコミュニケーション尺度の項目別平均点の比較では、介入後、14項目で上昇し、有意差を認めた($p<0.01$, $p<0.05$)(表2)。

2) 看護師のがん患者に関する困難感尺度の項目別平均点の比較では、介入後、9項目で困難感は低下し、有意差を認めた($p<0.01$, $p<0.05$)(表3)。

3) がん患者コミュニケーションスキル学習プランを終えての気づきに「患者の思いを引き出せていたか考えるきっかけになった」などの意見があった(表4)。

表1 がん患者コミュニケーション学習プラン

学習会	第1回	NURSEを用いたコミュニケーションスキル	(緩和ケア認定看護師・研究者)
	第2回	がん性疼痛と医療用麻薬の基礎知識	(緩和ケア認定看護師)
	第3回	大腸がん(直腸がん)術前放射線治療の意思決定支援	(がん放射線療法看護認定看護師)
ロールプレイ学習	1	ロールプレイ実施(学習会実施後と模範ロールプレイ動画の視聴後の計2回実施)	
	2	振り返り	
動画による視覚的学習	1	自身が実施したロールプレイ動画の視聴	
	2	模範ロールプレイ動画を視聴	

表2 看護場面における人間関係をつくるためのコミュニケーションスキル尺度の介入前後の比較

		(平均±標準偏差値) (N=16)		
項目内容		前	後	有意差
尺度Ⅰ 相手に合わせた 話し方の スキル	1. 患者の話を途中でさえぎらないようにする	4.0	4.3	ns
	2. 患者のペースに合わせて話す	3.9	4.4	*
	3. 質問攻めにしないようにする	3.9	4.3	ns
	4. 患者の体調・気分に合わせて話をし、言葉を選ぶ	4.3	4.5	ns
	5. 年齢・知的レベルによって、理解しやすい言葉を選ぶ	4.1	4.4	ns
尺度Ⅱ 言葉に出せない 気持ちを聞く スキル	6. 言葉に出せない気持ちを察して、言葉にしてあげる	3.1	3.9	**
	7. その人にとって話をしやすい環境を作る	3.4	3.9	*
	8. 話をしているときに、表情の変化をみる	4.1	4.5	ns
	9. 言葉だけでなく表情やしぐさで話をすることが伝わったのか把握する	3.6	4.1	ns
	10. 話の内容によって、向かい合ったり、または正面に座らずに横に座る	3.5	4.1	*
尺度Ⅲ 好意的な 態度を示す スキル	11. 穏やかな表情で接する	4.3	4.5	ns
	12. 話をしているときは、うなづきながらも肯定的な態度をとる	4.2	4.5	ns
	13. 目が合った時には、挨拶や手を振ったりなどの反応を示す	4.0	4.4	ns
	14. 相手の心情を知ろうとする	4.0	4.3	ns
	15. 訴えを否定せずに、まずは全てを聞く	3.8	4.3	ns
尺度Ⅳ ゆったりとした 態度を示す スキル	16. 椅子に座って話す	3.0	3.5	*
	17. ゆったりとした態度で話をし、言葉を選ぶ	3.1	3.8	*
	18. 忙しい雰囲気や前向きでないようにする	3.3	3.6	ns
	19. 見下ろさないように視線を合わせる	3.8	4.1	ns
	20. 思いや訴えを先読みしすぎないようにする	3.2	4.0	**
尺度Ⅴ 身体接触の スキル	21. 会話のあいだ、腕や背中に触れる	2.9	3.6	*
	22. 理解しているということを伝えるために肩に手を置く	2.4	3.3	**
	23. 励ますときなど、背中に手を置く	3.0	3.5	ns
	24. 不安や軽減するために手をにぎる	2.7	2.8	ns
	25. 痛みや苦痛があるときには、軽く肩や背中をさする	3.4	3.8	ns
尺度Ⅵ 話題づくりの ためのスキル	26. 緊張をほぐすような世間話などをする	3.4	3.8	ns
	27. よく眠れたかなどのお話をし、言葉を選ぶ	3.8	4.1	ns
	28. 思いを引き出すような話し方をし、言葉を選ぶ	3.2	3.7	*
	29. 関心事を聞く	3.3	3.9	**
	30. 事前にある程度の情報を持ち、何気なく会話の中に盛り込む	3.3	4.0	*
尺度Ⅶ 聞く態度が あることを示す スキル	31. 何をしてもらいたいのかが聞く	3.9	4.1	ns
	32. 困っていることはないかを聞く	4.1	4.5	ns
	33. 看護師には何でも相談してもらってよいことなどを伝える	4.1	4.5	ns
	34. 看護師はいつでもそばにいてくれることなどを伝える	3.8	4.3	*
尺度Ⅷ 初期の関係 づくりのための スキル	35. 入院した日または患者に初めて合う時、ベッドサイドに行き自己紹介をする	4.5	4.6	ns
	36. 初めて接したとき、自分の身分、立場を紹介する	4.0	4.3	ns
	37. 今日の受け持ちであることなど自己紹介する	4.5	4.8	ns
	38. 自分のことなども話することで、患者を受け入れる姿勢を示す	3.5	4.1	*
	39. 覚えてもらうために度々病室（診察室）を訪れる	3.6	4.0	ns

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ NS: not significant (ウィルコクソンの符号付き順位検定により)

表3 看護師のがん患者に対する困惑感の介入前後の比較

		(平均±標準偏差値) (N=16)		
項目内容		前	後	有意差
1.	十分に病名告知や病状告知をされていない患者さんとのコミュニケーションが困難である	4.6	4.1	*
2.	転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の患者への対応が難しい	4.6	4.4	ns
3.	患者と十分に話をしている時間がない	5.4	5.1	ns
4.	患者から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	4.5	4.2	ns
5.	患者から「死」に関する話題を出されたり、「死にたい」と言われた場合の対応に困難を感じる	4.7	4.5	ns
6.	「死にたい」と訴える患者に対する対応に困難を感じる	4.5	4.5	ns
7.	せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる	4.5	4.6	ns
8.	患者と家族のコミュニケーションが上手くいっていない場合の対応に困る	4.9	4.5	ns
9.	十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である	4.6	4.5	ns
10.	転移や予後など「悪い知らせ」を伝えられた後の家族への対応が難しい	4.5	4.4	ns
11.	家族と十分に話をしている時間がない	5.2	5.2	ns
12.	家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる	4.4	4.3	ns
13.	家族から「死」に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる	4.6	4.4	ns
14.	私は抗がん剤治療や副作用に関する知識・技術が不十分に感じる	4.4	3.8	*
15.	私は手術後の患者のケアに関する知識が不十分に感じる	4.6	4.4	ns
16.	私は放射線治療や副作用に関する知識が不十分に感じる	4.3	3.6	*
17.	私は疼痛や治療・ケア、副作用に関する知識や技術が不十分であると感じる	4.3	3.6	*
18.	私は呼吸困難のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が、不十分であると感じる	4.2	3.6	**
19.	私は倦怠感のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	4.1	3.4	**
20.	私は嘔気のアセスメントや治療・ケアに対するケアや支援に関する知識や技術が不十分であると感じる	4.1	3.4	**
21.	私は抑うつや不安などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	4.4	3.7	*
22.	私はせん妄のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる	4.4	3.8	*

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ NS: not significant (ウィルコクソンの符号付き順位検定により)

表4 がん患者コミュニケーション学習を終えての気づき

-
- ・患者の思いを引き出せていたか考えるきっかけになった。
 - ・傾聴や共感、提案などを意識して関わることができた。
 - ・コミュニケーションスキルを用いてコミュニケーションをとることは難しかった。
 - ・マスクをしていると表情が伝わりにくいため、言葉や態度を今以上に気をつけたいと思った。
 - ・看護師の緊張が伝わると、話しづらいと思った。
 - ・アイコンタクトや、タッチングで話を聞いてもらえているという気持ちになった。
-

Ⅵ. 看護実践への示唆

本看護実践では、がん患者へのコミュニケーションスキル向上を目指し、NURSE に動画による視覚的学習を取り入れたがん患者コミュニケーションスキル学習プランを実践し、効果を検証した。

看護場面で人間関係をつくるためのコミュニケーションスキル尺度では、介入後に39項目のうち14項目で上昇し、有意差を認めた。特に【身体接触のスキル】の「理解しているということを伝えるために肩に手を置く」の項目が介入前は最も低い結果であったが、介入後に上昇し、有意差を認めた。今回、NURSE を用いたコミュニケーションの学習会において、患者の体に触れるスキルとして軽いタッチングが緊張や不安を和らげ安心感を与えることを学び、患者体験を通して、そのことをより実感することができた。さらに、模範動画を視聴することで具体的なタッチング方法を学ぶことができたことから、自己評価が上昇したと考えられる。

白井(2017)は、「非言語的コミュニケーションは、時に言語的コミュニケーションを上回るメッセージになる。」と述べており、タッチングや目線といった非言語的コミュニケーションにより、患者が感情を表出しやすくなり、看護師との信頼関係を構築していく上で助けとなると考える。

次に【言葉に出せない気持ちを聞くスキル】の「言葉に出せない気持ちを察して、言葉にしてあげる」、「ゆったりとした態度を示すスキル」の「思いや訴えを先読みしすぎないようにする」、「話題作りのためのスキル」「関心事を聞く」についてが上昇し、有意差を認めた。上昇した理由として、NURSE を用いたコミュニケーションスキルは、がん医療における難しいコミュニケーションのアプローチとされる感情探索の技法であるため、学習会やロールプレイを通して、患者の思いを理解し支えようとする態度で傾聴し共感するスキルを習得できた結果と考える。がん患者コミュニケーションスキル学習プランを終えての気づきでは、「マスクをしていると表情が伝わりにくいため、言葉や態度を今以上に気をつけたいと思った」、「看護師の緊張が伝わると、話しづらいと思った」、「アイコンタクトや、タッチングで話を聞いてもらえているという気持ちになった」、「患者の思いを引き出せていたか考えるきっかけになった」、「傾聴や共感、提案などを意識して関わることができた」といった意見があった。浅沼他(2015, p.93)は、「模擬患者ではなく、あえて参加者が患者を演じる。患者役を体験する意図は、看護師とのコミュニケーションによって生じる患者の感情の変化に気づくことをねらいとして

いるためである。」と述べており、また、太湯(2002, p.167)は、「ロールプレイの目的は、患者の役割を体験することで、自分が気づかずにとっての態度や日頃の傾向を知り、患者に対する自分の気持ちを客観的に考えることである。」と述べている。ロールプレイを通して、患者の立場を体験し患者の気持ちをより深く理解することができた。また、ただ漠然と患者の話を聞いて共感し寄り添うというだけではなく、患者の意志や感情を「意図的に聴く」というスキルを身につけることができたことから自己評価が上昇したと考える。

看護師のがん患者に対する困難感尺度においては、介入後に22項目のうち9項目において困難感が低下し、有意差を認めた。特に介入後に困難感が軽減したのは、項目18, 19の「私は呼吸困難感、倦怠感のアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる」と、項目20の「私は嘔気のアセスメントや治療・ケアに対するケアや支援に関する知識や技術が不十分であると感じる」であった。次に、項目14の「私は抗がん剤治療に対する副作用に関する知識・技術が不十分に感じる」と項目16, 17, 21, 22の「私は放射線治療、疼痛や治療・ケア、副作用症状に関する知識や技術が不十分であると感じる」、「私は抑うつや不安、せん妄などのアセスメントや治療・ケアに関する知識や技術が不十分であると感じる」であった。緩和ケア認定看護師とがん放射線治療法看護認定看護師によるスペシャリストの学習会の実施によって、基礎知識と新たな知識を習得できエビデンスに基づいた実践が強化され、看護師の自信の向上につながると考える。

神津他(2010)は、「専門・認定看護師が行うべきサポートは、必要な時に速やかにアクセスでき、ケアの適切性を高められるような助言や支持が受けられること」「部署の特徴を捉えた知識の整理を目的とした事例の振り返り、終末期ケアの学習、さらに、部署でこれらの役割を担う核となる人材の育成への支援が必要だと考える」と述べている。そのため、今後より専門的な内容を加え、個性を持った看護に反映できるように認定看護師を積極的に活用し、定期的な学習会を実施していきたいと考える。

今回、複数ある視覚的学習方法の中でタブレットを用いた動画学習を選択した。タブレットを使用したことで、持ち運びができ、時と場所を選ばないといった利点があった。また、渡辺他(2011)は、「視聴覚教材を効果的に活用することは学習者の学ぶ意欲を刺激し、自主的に学ぶ環境をつくることができる。」と述べている。タブレットを用いたことで、動画の確認をいつでもでき、学習者自身の理解度に応じてフィード

バックが可能となったことから、学習効果が高くなったと考える。

本研究は、新型コロナウイルス感染防止の観点から、学習会の回数の制限や多人数でのロールプレイやグループワークを行うことができなかった。村本 (2001, p.164) は、「グループ学習では、他者の意見を聞き、自分の考えを確認し発展させながら、多角的な視点で問題と対面し判断し表現する体験ができます。」と述べている。そのため、今回の学習プランに多人数でのグループワークや振り返りを組み込むことで、より多くの人の意見を取り入れ自分の対応を再確認し、よりよい学習効果が期待できたのではないかと考える。

また、浅沼他 (2015, p.3) は、NURSE について「この技法は、どの疾患に使う、どの時期に使うというのではなく、がんの場合も病名診断時から終末期までのすべての場面で活用できる」と述べている。B病棟では、終末期で意識障害を有したりせん妄症状を有する患者に接すること多いため、そのような患者に対するコミュニケーションについても実践的な学習の機会を得られるよう取り組む必要があると考える。今後、不安を抱え、苦悩しているがん患者の気持ちを引き出し、共に考え、支えるためにはどのようなコミュニケーションがよいのかを、様々な症例のロールプレイを複数のオブザーバーと共にディスカッションしながら実施し、より良いコミュニケーションスタイルを作り上げていくことが必要であると考え。さらに、浅沼他 (2015, p.3) は、「患者とどうしてもうまくコミュニケーションがとれないと感じたときや、思いがけないことばをかけられた際に、訓練を重ねることにより、一歩踏み込んだコミュニケーションを行うための引き出しが増えることになる」と述べていることから、今後は、異なる患者背景や治療過程に応じた様々な症例の学習プランを継続していきながら、コミュニケーションスキルの向上に取り組んでいきたい。

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。

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

- 荒添美紀. (2004). 看護場面における人間関係をつくるためのコミュニケーションスキル尺度の作成. *日本看護技術研究学会誌*, 4 (1), 38-45.
- 浅沼智恵, 關本翌子, 栗原美穂, 市川智里, 源典子, 金子菜穂子, 角甲純, 小林直子, 佐々木千幸, 早坂和恵, 中林友美. (2015). *患者の感情表出を促す NURSE を用いたコミュニケーションスキル*. 医学書院.
- 太湯好子 (2002). *患者の心に寄り添う聞き方・話し方～ケアに生かすコミュニケーション～*. メヂカルフレンド社.
- 池田ゆきみ, 永井真由美, 一瀬直子, 太田久美子, 渡邊美也子, 吉田靖代, 多田信子, 石橋友子, 亀岡珠世, 高澤佳江, 落合実. (2018). がん患者の意志決定を地域で支えるためのコミュニケーション研修の実施と評価. *日本がん看護学会誌*, 32 (特別号), 197.
- 神津三佳, 光多恵子, 藤澤陽子, 大野朋加, 奥朋子, 阿部恭子, 菅原聡美. (2010). 終末期がん患者に関わる看護師の

専門看護師・認定看護師の役割に対するニーズ. *日本がん看護学会誌*, 24 (3), 45-51

- 村本淳子 (編). (2001). *討議を取り入れた学習法*. 医学書院.
- 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, 柴田弘子, 庄子由美, 仙谷美枝子, 山内かず子, 門間典子, 宮下光令. (2013). がん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8 (2), 240-247.
- 白井由紀. (2017). がん医療におけるコミュニケーション. *ファルマシア*, 53 (6), 540-544.
- 渡辺美奈, 山本洋行, 脇本寛子, 井出由美, 岩田広子, 矢野久子. (2011). ユニフィケーションによる看護実践能力向上に有用な視聴覚教材に関する文献的考察. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 10, 9-19.

◇実践報告◇

勤務開始時の肯定的な言葉の読み合わせ・掲示による 自己効力感へのはたらきかけを通した 疲労感軽減の取り組み

稲村尚子^{1)*}, 小川知也²⁾, 佐々木奈緒美²⁾, 浜田清美²⁾, 細見由加里²⁾, 塚原節子³⁾

【目的】勤務開始時の肯定的な言葉の読み合わせ・掲示による自己効力感へのはたらきかけを通した疲労感軽減の取り組みの効果を明らかにする。

【実践】3か月間、日勤勤務開始時に看護師で肯定的な言葉を読み合わせ目に入る箇所に一日掲示し、疲労感と自己効力感への効果を質問紙調査にて評価した。

【結果】肯定的な言葉の読み合わせ・掲示の導入前後で疲労感・自己効力感共に平均合計得点に有意差はなかった。しかし、疲労感の平均合計得点は減少しており、特に疲労感が強い者は半数に減少していた。また、66.7%に継続意思があり、「疲れた時に見ると助けられる」「仕事の意欲がわいてくる」等の心理面での前向きな意見が多く見られた。

【看護実践への示唆】肯定的な言葉の読み合わせ・掲示の導入前後で疲労感と自己効力感に変化はなかったが、精神的な疲労感や不安の軽減、自信・前向きな気持ちに繋がり、業務への意欲向上に繋がった可能性が考えられた。

【キーワード】看護師、疲労感、自己効力感、言語的説得

I. はじめに

医療技術の高度化と共に診療業務は複雑化し、看護師は提供する看護の質とこなす業務の量の双方が問われている。医療チームの主要な役割を持つ看護師は、看護の専門職として患者及びその家族や他職種からの様々なニーズに応え、常により良いサービスの提供を追求しているが、業務量の増加や研修会参加等で時間的負担は増大し、疲労感が蓄積しやすい状況にある。A病院B病棟は2022年4月の病棟編成での病床数削減により看護師数も削減された。しかし、業務量に変化はなく、看護師の時間外勤務は急激に増加し疲労感も増大している。疲労感の増大は判断力や注意力の低下を招き、インシデント発生に繋がる危険性が推測できるため、軽減への具体的な取り組みが急務である。

疲労感に影響を与える要因は多数あるが、市江ら(2014)は自己効力感を高めることにより身体的疲労のみならず精神疲労をも軽減できると述べ、山本ら(2009)も自己効力感は疲労感を軽減する方策を構築する際に重要だと述べている。他にも、疲労感と自己効力感に関する研究は多数報告(市江

ら, 2014; 小口, 松永, 2021) されており、自己効力感を高めることで疲労感の軽減が期待できると考える。この自己効力感を Bandura (1977) は「ある状況において、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信」と定義し、その変動に影響する要因として、自分が課題を遂行し「やっできた」という「遂行行動の達成」、他者が課題を遂行する行為を観察する「代理的経験」、「自分はやればできる」といった自己教示や他者からの説得的暗示を表す「言語的説得」、生理的な反応の変化を指す「情動的状态」の4つの情報源を挙げている。この中で今回「言語的説得」に注目し、自己教示や他者からの説得的暗示として勤務開始時に肯定的な言葉を読み合わせ・掲示を行い、疲労感及び自己効力感への効果を検討した。

II. 目的

勤務開始時の肯定的な言葉の読み合わせ・掲示による自己効力感へのはたらきかけを通した疲労感軽減の取り組みの効果を明らかにする。

受付日: 2024年4月15日/受理日: 2025年7月22日

1) 富山県立大学 2) 黒部市民病院 3) 東京医療学院大学

* E-mail: s-inamura@pu-toyama.ac.jp

Ⅲ. 看護実践

1. 用語の定義

1) 疲労感

最近1ヶ月の勤務日と休日から自覚する疲労とした。

2) 自己効力感

特定の課題や状況に依存せず、日常場面における、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信とした。

2. 対象

A病院B病棟の筆者らを除く看護師23名に協力依頼し、同意を得た23名。

3. 導入期間：2022年8月1日～10月31日の3か月間

4. データの収集方法

1) 疲労感と自己効力感について

(1) 疲労感

中央労働災害防止協会が開発した「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」(2022年6月閲覧)の自覚症状に関する部分を使用した。これは、過重労働による健康障害防止の為の総合対策の一環で疲労の蓄積をチェックするツールとして作成され、インターネット上に公開され広く活用されている。自覚症状に関する部分は、イライラする、不安だ、身体の調子が悪い等、疲労感に関連した13項目で構成される。各項目、「0点：ほとんどない」、「1点：時々ある」、「3点：よくある」と配点し、合計得点(0～39点)により、Ⅰ(0～4点)、Ⅱ(5～10点)、Ⅲ(11～20点)、Ⅳ(21点以上)の4段階に分けられる。

(2) 自己効力感

自己効力感には、特定の課題やある場面での“領域特有の自己効力感”と日常場面における行動に影響する“特性的自己効力感”の2つの水準がある。“特性的自己効力感”を向上させるには、“領域特有の自己効力感”を上昇させる必要がある(西村ら, 2012)とされるため、“領域特有の自己効力感”へ影響する情報源へのアプローチで向上効果が期待できる。

今回、特定の課題やある場面ではなく、日常的な看護業務の中で肯定的な言葉の読み合せ・掲示を行った自己効力感への効果を検討するため、成田ら(1995)が作成した「特性的自己効力感尺度」を使用した。この尺度は、性別や年齢に関わらず信頼性・妥当性が確認され、作成者により研究活動への使用が認められている。23項目で構成され、各項目「5点：そう思う」～「1点：そう思わない」の5件法(逆転項目あり)で回答を求め、得点が高いほど特性的自己効力感が高い。

2) データの収集方法について

研究の趣旨を説明し同意の得られた者に、言葉の読み合わせ・提示開始前(2022年7月)に、基本属性(年齢・性別・経験年数)、「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」の自覚症状に関する部分13項目、「特性的自己効力感尺度」23項目、肯定的な言葉としてかけられて嬉しい・気持ちが楽にな

るような言葉を2つ自由記載の欄に無記名で記入してもらった。集まった言葉は、頑張ろう・大丈夫・声をかけてね・頑張っているね・手伝うよ・ありがとう等の単語が多く、この内容を中心に、肯定的な言葉が書かれた書籍(Testosterone, 2021)を参考として筆者らが合わせて20個(1日1個、約1ヶ月で1巡)の言葉を抜粋しファイリングを行った。B病棟では平日朝の管理申し送り時に日勤看護師での倫理綱領等の読み合せが定着している。そこへファイリングした言葉を毎回1つ全員で声に出して読み合わせることを追加し、読み合わせ後ナースセンター内の目に入るホワイトボードに掲示した。3か月継続後(2022年11月)に、「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」と「特性的自己効力感尺度」、今後の継続の可否とその理由、意見・感想の欄を設けた質問紙調査を行った。記入後の質問紙は全て鍵付き回収BOXで回収した。

5. データの分析方法

統計パッケージSPSS[®] Statistics26にて、対象者の基本属性は記述統計量を算出、また「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」の自覚症状に関する13項目、「特性的自己効力感尺度」23項目の得点は導入前後で対応のあるt検定を行った(有意水準5%未満)。

Ⅳ. 倫理的配慮

参加・協力は自由意思とし、同意後も断ることができ、その際不利益を被る事はないこと、プライバシーは固く守り、記入後の質問紙や使用したUSBメモリーは鍵付きの金庫で保管し、外部に漏れないよう厳重管理を行うこと、結果はA病院での発表会の他、院外でも公表を予定していること、学会や論文で発表する場合、個人名が公表されることは一切ないことに加え目的や方法について対象者に文書で説明した。なお同意書への署名・提出をもって同意を得たものと判断した。また、研究参加への強制力が働かないよう、回答は個人で自由な時間にB病棟の休憩室に設置した鍵付き回収BOXに提出してもらった。なお、黒部市民病院看護部倫理審査委員会の承認(2022-02)を得て実施した。

Ⅴ. 結果・成果

1. 基本属性及び回収率について

調査票は導入前23名、導入後は実施期間中異動となった者2名を除く21名に配布し、導入前後とも全員から回答が得られた(導入前後共に回収率100%)。回答不備はなく、21名(91.3%)を分析対象とした。

平均年齢は33.81±11.66歳、21名全員女性であった。経験年数は新人～5年未満8名(38.1%)が最も多く、10年以上7名(33.3%)、5年～10年未満6名(28.6%)の順であった。

2. 読み合せ・掲示を行った肯定的な言葉(表1)

読み合わせ・掲示を行った肯定的な言葉を表1に示した。読み合せ・掲示は忘れそうな場合でも誰かが声をかける等の行動が見られ、3か月間継続して行うことができていた。

3. 疲労感と自己効力感の変化について（表2～4）

労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（自覚症状）の評価は、Ⅲ以上の者の割合が導入前 76.2%，導入後 66.7%であったが、特に疲労感が強いとされるⅣの者は導入前 6 名（28.6%）から導入後 3 名（14.3%）と半数に減少し、平均合計得点も導入前 15.62 から導入後 13.57 とやや減少していた。特性的自己効力感尺度の平均合計得点は導入前 63.76，導入後 64.38 とほぼ変化はなかった。疲労感・自己効力感の導入前後の各合計得点と各質問項目の得点に対応のある t 検定を行った結果、全て有意差はなかった。

4. 継続意思について（表5）

今後も肯定的な言葉の読み合わせ・掲示を継続して行いたいかの質問に、はいと回答した者は 14 名（66.7%）であった。その理由として、「朝から気持ちが前向きになれる」「疲れた時に見ると助けられる」「頑張ろうと思う気持ちになれる」「仕事の意欲がわいてくる」等の心理面での前向きな意見が多く見られた。一方、いいえと回答した者 7 名（33.3%）では「読み合わせが多くなる」「情報収集の時間がなくなる」等の業務の遅れを懸念した意見があった。

Ⅵ. 看護実践への示唆

1. 疲労感について

労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（自覚症状）の評価は、Ⅲ以上の者の割合が導入前 76.2%から導入後 66.7%と減少していたが、女性看護師を対象とした先行研究（菊地，石井，2015）の 53.1%と比較すると導入前後共に高い割合であった。また、平均合計得点は導入前 15.62，導入後 13.57 とやや減少していたが、同先行研究（菊地，石井，2015）の外科系・内科系混合病棟勤務の者の 10.0 より導入前後共に非常に高く、対象者の疲労感への早急な対策が望まれる。

山本ら（2009）は「医療職は、就業時間と私的時間を問わず、常に仕事のことが頭から離れにくく、精神面に疲労が表出されることが多い」と述べており、精神面へのサポートは疲労感軽減に重要である。今回、導入前後で疲労感の変化はなかった。しかし、本取り組みは、4 月に役割・役職の変更があった者や異動してきた者、新卒者がそれぞれ新しい環境や業務に慣れた頃である 8 月～10 月に行っており、環境の変化や業務の不慣れからの疲労感への影響は受けにくいと推測できる。そのような中で、66.7%の者に継続意思があり、心理面での前向きな変化を表す意見が多く見られた。さらに、疲労感が特に強いとされるⅣの者が導入前後で 6 名から 3 名へ減少していたことから、今回の取り組みで前向きな心理へ変化し、精神的な疲労感軽減へと作用した可能性が推察された。

2. 自己効力感について

今回、自己効力感に変化はなかった。“特性的自己効力感”は“領域特有の自己効力感”が上昇することで確信に満ちた行動となり、般化することで上昇する（西村ら，2012）とされるため、3 か月の導入期間は効果が現れるには短かったと推

察された。また、今回「言語的説得」のみへのアプローチであったため、例えば成功体験を綴ったノートを作成し看護師で共有する等、他の情報源へ同時にアプローチすることで、自己効力感向上への相乗効果が期待できると考える。

表1 読み合わせ・掲示を行った肯定的な言葉

- ・ありがとう、その言葉だけで救われる。
- ・大丈夫、心配しないで。何とかなるよ。
- ・あなたなら大丈夫！きっとできるよ！
- ・肩の力を抜いて気楽に行こう！
- ・辛い時・苦しい時こそ明るく元気に行こう！
- ・今日も自分らしく頑張ろう！
- ・頑張っているね！あなたのその頑張りが頼りになるよ！
- ・焦らないで！目の前に集中しよう。
- ・迷ったら助けを求めよう！そこに皆がいるから。
- ・自分に優しく、他人にも優しく。
- ・常に笑顔で！そうすればきっと良い事が舞い込んでくる！
- ・頑張りすぎないで！自分を大切にしよう！
- ・なんだって出来る！何にだってなれる！
- ・叱られるってことは期待されているってことだ。
- ・あなたは良くやっているよ！自分を責めないで。
- ・苦しい事があるから楽しい事が楽しく感じられる！
- ・ポジティブは自分自身で作れる！
- ・あなたが幸せならそれでいい。
- ・1 人で抱え込まないで。みんながいるよ。
- ・お疲れ様！いつも頑張っているね。

表2 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト（自覚症状）評価（ $n=21$ ）

	導入前（名）	割合（%）	導入後（名）	割合（%）
I：0～4点	2	9.5	3	14.3
II：5～10点	3	14.3	4	19.0
III：11～20点	10	47.6	11	52.4
IV：21点以上	6	28.6	3	14.3

表3 肯定的な言葉の読み合せ・掲示導入前後の疲労感の変化（ $n=21$ ）

		平均値±SD	t 値	p 値
合計得点	導入前	15.62±8.022	1.660	0.112
	導入後	13.57±8.207		
項目別得点				
1. イライラする	導入前	1.10±0.889	1.313	0.204
	導入後	0.86±0.854		
2. 不安だ	導入前	1.71±1.189	1.526	0.143
	導入後	1.29±1.056		
3. 落ち着かない	導入前	1.14±1.276	0.925	0.366
	導入後	0.90±0.831		
4. ゆううつだ	導入前	1.43±1.076	0.418	0.680
	導入後	1.33±1.017		
5. よく眠れない	導入前	0.95±0.973	1.451	0.162
	導入後	0.67±0.730		
6. 体の調子が悪い	導入前	1.14±1.276	0.295	0.771
	導入後	1.10±1.044		
7. 物事に集中できない	導入前	0.90±0.831	-0.826	0.419
	導入後	1.05±0.921		
8. することに間違いが多い	導入前	0.76±0.700	0.000	1.000
	導入後	0.76±0.700		
9. 仕事中、強い眠気に襲われる	導入前	0.38±0.498	1.369	0.186
	導入後	0.24±0.436		
10. やる気が出ない	導入前	1.19±0.981	1.096	0.286
	導入後	0.95±0.590		
11. へとへとだ（運動後を除く）	導入前	1.67±1.111	-0.568	0.576
	導入後	1.76±1.136		
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	導入前	1.52±0.981	1.195	0.246
	導入後	1.19±0.814		
13. 以前とくらべて、疲れやすい	導入前	1.71±1.056	1.313	0.204
	導入後	1.48±1.167		

対応のある t 検定

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

表4 肯定的な言葉の読み合せ・掲示前後の特性的自己効力感の変化 ($n=21$)

		平均値±SD	t 値	p 値
合計得点		導入前 63.76±9.974	-0.648	0.524
		導入後 64.38±9.510		
項目別得点				
1. 自分が立てた計画はうまくできる自信がある	導入前 導入後	2.48±0.680 2.57±0.676	-0.810	0.428
・ 2. しなければならぬことがあっても、なかなかとりかからない	導入前 導入後	2.10±0.768 2.14±1.014		
3. 初めはうまくいかない仕事でも、できるまでやり続ける	導入前 導入後	3.48±0.814 3.48±0.814	0.000	1.000
・ 4. 新しい友達を作るのが苦手だ	導入前 導入後	2.81±0.928 3.05±1.071	-1.096	0.286
・ 5. 重要な目標を決めても、めったに成功しない	導入前 導入後	3.00±0.775 3.19±0.680	-1.706	0.104
・ 6. 何かを終える前にあきらめてしまう	導入前 導入後	3.33±0.856 3.38±0.740	-0.370	0.715
7. 会いたい人を見かけたら、向こうから来るのを待たないでその人の所へいく	導入前 導入後	3.14±0.910 3.38±0.973	-0.865	0.397
・ 8. 困難に出会うのを避ける	導入前 導入後	2.29±0.784 2.29±0.784	0.000	1.000
・ 9. 非常にややこしく見えることには、手を出そうとは思わない	導入前 導入後	2.05±0.669 2.00±0.707	0.326	0.748
・ 10. 友達になりたい人でも、友達になるのが大変ならばすぐに止めてしまう	導入前 導入後	2.67±0.913 2.43±0.870	1.558	0.135
11. 面白くないことをする時でも、それが終わるまでがんばる	導入前 導入後	3.67±0.796 3.38±0.740	2.034	0.055
12. 何かをしようと思ったら、すぐにとりかかる	導入前 導入後	2.67±0.658 2.76±0.944	-0.525	0.605
・ 13. 新しいことを始めようと決めても、出だしてづまづくとすぐにあきらめてしまう	導入前 導入後	2.71±0.845 2.76±0.889	-0.439	0.666
14. 最初は友達になる気がしない人でも、すぐにあきらめないで友達になろうとする	導入前 導入後	2.24±0.625 2.52±0.680	-2.034	0.055
・ 15. 思いがけない問題が起こった時、それをうまく処理できない	導入前 導入後	2.71±0.845 2.71±0.644	0.000	1.000
・ 16. 難しそうなことは、新たに学ぼうとは思わない	導入前 導入後	2.95±0.973 2.81±0.680	0.826	0.419
17. 失敗すると一生懸命やろうと思う	導入前 導入後	3.90±0.700 3.76±0.700	0.767	0.452
・ 18. 人の集まりの中では、うまく振る舞えない	導入前 導入後	2.43±0.870 2.57±0.746	-1.000	0.329
・ 19. 何かしようとする時、自分にそれができるかどうか不安になる	導入前 導入後	2.00±0.707 2.14±0.793	-0.900	0.379
20. 人に頼らない方だ	導入前 導入後	2.81±0.873 2.81±0.981	0.000	1.000
21. 私は自分から友達を作るのがうまい	導入前 導入後	2.43±0.746 2.43±0.870	0.000	1.000
・ 22. すぐにあきらめてしまう	導入前 導入後	2.95±0.865 2.95±0.740	0.000	1.000
・ 23. 人生で起きる問題の多くは処理できるとは思えない	導入前 導入後	2.95±0.805 2.86±0.727	0.698	0.493
・ 逆転項目	対応のある t 検定		* $p<0.05$	** $p<0.01$

表5 肯定的な言葉の読み合せと掲示の継続意思の有無とその理由 ($n=21$)

継続意思あり 14名(66.7%)

- ・読み合わせではその言葉をかけられるとうれしい、ほっとすることがあるので。自分も声掛けができたらと思う。
- ・疲れた時に何気に見たときに助けられる言葉もあったりするから。
- ・少し気が楽になる気がする。
- ・朝から気持ち前向きになる。
- ・日中はあまり意識は出来ないが、勤務はじめに読み合わせでポジティブな言葉が聞けると頑張ろうと思う気がする。
- ・一日頑張ろうと思えるから。
- ・朝の仕事始めに前向きな気持ちになれるから。
- ・温かい気持ちになれるから。
- ・朝の読み合わせが多いので、読み合わせは省いても良いが掲示はいいのでは。目に留まれば意識付けや気持ちの切替に役立つかと思います。
- ・朝から穏やかな気持ちになった。
- ・自分であまりポジティブな言葉を発さないため読み合わせをすることで少し前向きになるから。
- ・読むことでポジティブになれると思う。
- ・朝からポジティブな言葉を発することで気分が上がり、仕事に対する意欲が上がるから。

継続意思なし 7名(33.3%)

- ・読み合わせで情報収集の時間が短くなる。掲示は見えていない。
- ・照れてしまう。
- ・掲示はいいと思うが、読み合わせは他の読み合わせもあり、多くなってしまう。
- ・朝の読み合わせだけでその後はあまり目にはしない。
- ・読み合わせよりも1対1で言ってもらえた方が頑張れる。

しかし、調査票からは前向きな意見も多く見られている。今川ら（2018）は「ポジティブな内容のセルフトークは、自信や不安軽減に関連した脳活動の活性化に効果的である」と述べている。今回はセルフトークという形ではなかったが、肯定的な言葉を読み合わせたことや掲示したことで、他者から肯定的な言葉をかけられている気分となり、自信や不安軽減・前向きな気持ちに繋がり、頑張ろうと思う、仕事に対する意欲が上がる、といった業務への意欲向上に繋がった可能性が考えられた。

3. 実践への示唆

勤務開始時の肯定的な言葉の読み合わせ・掲示による自己効力感へのはたらきかけを通した疲労感軽減の取り組みの効果を明らかにすることを目的に取り組んだ。その結果、疲労感と自己効力感に変化はなかったが、精神的な疲労感や不安の軽減、自信・前向きな気持ちに繋がり、業務への意欲向上に繋がった可能性が考えられた。継続して肯定的な言葉の読み合わせを行うことで、他者からの自然な声かけに繋がり、より効果的なものになっていくと考える。

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

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- 中央労働災害防止協会. 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト.
<https://www.jisha.or.jp/info/check/> (閲覧日 2022 年 6 月 21 日)
- 市江和子, 水谷聖子, 西川浩昭, 小西美智子, 斉藤公彦, 伊藤安恵, 加藤明美. (2014). 看護師の疲労と生活習慣・自己効力感に関する研究 (第 2 報) 一問題解決への対処行動尺度の要因の分析一. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 22, 53-59.
- 市江和子, 西川浩昭, 水谷聖子, 小西美智子, 斉藤公彦, 伊藤安恵, 加藤明美. (2014). 女性看護師の疲労感・生活習慣・自己効力感との関連性に関する研究. *聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 22, 1-14.
- 今川新悟, 松本清, 佐久間春夫. (2018). セルフトークの精神生理学的効果について. *バイオフィードバック研究*, 45 (1), 25-32.
- 菊地由紀子, 石井範子. (2015). 女性看護師の疲労の自覚症状と勤務の関係. *産業衛生学雑誌*, 57 (5), 230-240.
- 小口翔平, 松永保子. (2021). 看護職者の多重課題遂行における疲労感および達成感と充実感に関連する要因の検討. *長野県看護大学紀要*, 23, 13-21.
- 成田健一, 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 佐藤眞一, 長田由紀子. (1995). 特性的自己効力感尺度の検討. *教育心理学研究*, 43 (3), 306-314.
- 西村薫, 野村亮太, 丸野俊一. (2012). 自己効力感に関する研究の展望と今後の課題一展望的自己効力感の提唱一. *九州大学心理学研究*, 13, 1-9.
- Testosterone. (2021). *読むだけで元気が出る 100 の言葉*. きずな出版.

山本唱子, 中塚晶子, 吉村裕之. (2009). 新たな多次元測定尺度による中年有職者の疲労の評価: 疲労感と自己効力感の関連性. *日本看護科学会誌*, 29 (4), 23-31.

◇実践報告◇

看護師のみで構成された食支援チーム立ち上げのプロセスと活動の振り返り

深田郁恵^{1)*}, 佐藤加寿子¹⁾, 佐々木悠¹⁾, 田道智治¹⁾

目的：在宅療養支援病院A病院における、看護師のみで構成された食支援チームの立ち上げプロセスと活動に関わった看護師の振り返り内容を報告する。

実践：立ち上げメンバー7名を対象にグループインタビューを行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。

結果：振り返りから抽出された展望と課題は、【専門職としての自己覚知を深める】【健康と幸福への貢献と限界を実感する】【食支援体制が揺らぎ翻弄されようとも質と志を高く持ちながら拡大を目指す】【多職種・地域連携を強化する】【教育の責任者が病院との橋渡しをする】である。

看護実践への示唆：看護師のみの活動と捉えず既に所属している専門職と話し合いの場を設ける、院外研修を活用しリーダーシップを発揮できる看護師を育成する、スタッフの主体的な院内教育への参加を促進するため食支援ナースがモデル役割を果たす、退院先である地域と連携を強化する等が示唆された。

【キーワード】食支援、チーム立ち上げ、在宅療養支援病院、看護師、グループインタビュー

1. はじめに

食することは、生命の維持に必要なだけでなく、楽しみ、コミュニケーションなど、生活の質（Quality of Life）の面でも重要な意味を持っている。しかし、高齢化に伴い、摂食嚥下障害の増加、誤嚥性肺炎のリスク、経口摂取への移行の遅れなどが課題となっている。

前川、藤野（2021）は、「多くの病院が摂食機能療法に取り組み、『摂食嚥下チーム』等のチームを設立し、多職種協働による医療を提供している」「多職種間で多面的に意見交換することは、各々の専門性の向上と相乗効果が期待できる」と述べている。ここから、多職種チームの介入により摂食嚥下機能が回復し、経口摂取が可能となるなどの成果が見込めると考える。

千葉ら（2017）の研究では、510の病院を病床機能別に6つに分類し、各々の摂食嚥下障害患者に対する専門職と体制・対応を示している。そして、摂食嚥下障害への専門的対応が可能な職種は、言語聴覚士、看護師、医師、管理栄養士の順で多かった。さらに、言語聴覚士の配置率は、医療・介護療

養病床、一般・医療・介護療養病床を有する病院で高い傾向がみられた。また、看護師の配置率は、一般病床、一般と医療療養病床、医療療養病床のみにて高い傾向がみられた。A病院は、一般病床11床、地域包括ケア病床32床、医療療養病床2棟82床、特殊疾患病床58床、合わせて複合型183床の在宅療養支援病院である。これは、千葉ら（2017）の分類の「一般と医療療養病床」に該当するが、それらの病院では言語聴覚士の配置率は高いとは言えず、専門的対応が看護師に委ねられている状況がうかがえる。A病院も同様に言語聴覚士は不在であったため、多職種による食支援チームの設置は困難であると考え、看護師のみの食支援チームを立ち上げた。

これまでに看護師のみによる食支援チームの立ち上げや活動に関する報告はみあたらない。そこで、A病院の食支援チーム立ち上げや活動の振り返り内容を報告することは、摂食嚥下に特化した専門職がいない病院及び施設で、看護師のみで構成された食支援チームを立ち上げる際の参考資料となると考えた。

受付日：2024年4月15日／受理日：2025年7月22日

1) 医風会 並木病院

* E-mail: namikishokushien@gmail.com

Ⅱ. 目 的

在宅療養支援病院A病院における、看護師のみで構成された食支援チームの立ち上げプロセスと活動に関わった看護師の振り返り内容を報告する。また、振り返り内容から看護師による食支援チーム活動への示唆を得る。

Ⅲ. 看護実践

1. 食支援チーム立ち上げのプロセスと活動内容

1) 看護師のみの食支援チームの立ち上げプロセス

2019年10月に食支援に関わる外部研修を受講した看護師5名が主体となって、同年11月に食支援チーム立ち上げの企画書を作成した。この企画書が2020年4月に教育の責任者(日本看護協会(2014, p.16)の、組織及び看護部門の方針と教育理念に基づく組織的な教育活動を統括する者に該当)の目に留まり、同年5月に病院看護管理者の許可を得て、看護師7名で構成された食支援チーム(食支援ナース1期生)を立ち上げた。

教育の責任者自身も食支援について自己学習し、On-the-Job Training(以下OJTとする)による食支援の勉強会を開始した。勉強会の内容はKTバランスチャート(小山, 2015)等を参考に学習し、ポジショニングや食形態の工夫による介入が主であり、食形態については管理栄養士の助言を得て学習した。

2) 食支援チームの活動内容

2021年3月に「摂食機能療法の説明と承諾書」「摂食・嚥下障害スクリーニング検査シート」「摂食機能療法評価実施計画書」「摂食機能療法実施記録表」「摂食機能療法実施フローチャート」の作成をした。また、摂食機能療法の算定方法については医事課から助言を得た。A病院では嚥下内視鏡検査(Videoendoscopic Evaluation of swallowing: 以下VE)の実施が困難であるため、摂食機能療法算定における摂食機能障害者の該当条件のうち、「脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害がある患者」を対象とした。該当患者を確認した場合、教育の責任者が主治医に相談し摂食機能療法の指示を受けた。教育の責任者が患者・家族に承諾を得たのち、食支援チームが支援した場合のみ摂食機能療法を算定した。

3) 多職種による摂食・嚥下チームの結成と活動

2022年4月、食支援ナース2期生の育成を開始した。また、同時期に診療報酬が改定され、摂食嚥下機能回復体制加算3が新設された。そのため、算定要件である専任の医師、専任の看護師をはじめ、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、VE専任の歯科医師の7職種10名と食支援チームの看護師で摂食・嚥下チームを結成した。そして、摂食・嚥下チームのメンバーで週に1回会議を開催し、月1回以上のVEを実施した。摂食嚥下支援計画書、Functional Independence MeasureとFunctional Oral Intake Scaleによる評価を毎月行い摂食嚥下機能回復体制加算3の算定を開始した。

これにより、摂食機能療法算定における「嚥下内視鏡検査又は嚥下造影検査によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者で、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できる患者」も、A病院での摂食機能療法の対象とすることができた。

2023年4月から、食支援ナースの育成を目的として、全看護師を対象に“食べること”の意義や摂食嚥下のメカニズム、摂食嚥下スクリーニング、ポジショニング、スプーンテクニックなどに関する自作のオンデマンド教材による講義とOJTを開始した。

4) 活動実績

摂食機能療法を開始した2021年度の累計対象患者数は13名、実施回数は290回であったが、2022年度には患者数は42名、実施回数は1,117回に増加した。

また、医療療養病棟での摂食嚥下機能回復体制加算3算定要件の一つとなる「嚥下機能が回復し中心静脈栄養を終了した患者」は、A病院では2021年度2名から2022年度には7名に増加した。

2. 食支援チームの活動の振り返り

2022年11月、食支援チームの立ち上げから活動までに関わった看護師を対象に、以下のような振り返りの機会を設けた。

1) 対象者

2020年度、食支援の勉強会を修了した看護師7名のうち、同意が得られた者

2) データ収集方法

対象者全7名に対して、60分程度のグループインタビューを1回実施した。インタビューの主な内容は、「経験年数」「食支援の活動内容及び摂食機能療法に対応した患者の人数・事例(活動や課題)」「食支援の勉強会を受講してよかった点・苦労した点」「受講する前と後での食支援・口腔ケアへの意識の変化はあったか」「今後に向けて展望と課題はあるか」「多職種に期待したいことはあるか」「病院に期待したいことはあるか」等についてである。インタビュー内容は、対象者の承諾を得たうえでICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

3) データ分析方法

作成した逐語録より食支援チームの立ち上げと活動に関する内容を、今後の展望と課題という問いをかけながらカテゴリ化し質的帰納的に分析した。

Ⅳ. 倫理的配慮

本実践を報告するにあたり、医療法人社団医風会並木病院倫理委員会の承認を受けた(承認番号:2021-2)。対象者に直接グループインタビューの目的・方法について口頭と文書で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。参加は対象者の自由意思であり、参加の意思がない場合は拒否できること、一度同意したとしても途中辞退することができること、辞退しても不利益は生じないこと、得られたデータは本報告の目的以外では使用しないことについて文書に基づいて口頭で説

明をした。IC レコーダーの録音内容は逐語録にした時点で消去し、USB のデータはA病院のB病棟で厳重に管理した。本報告の全過程において個人が特定されないよう配慮した。

V. 結果・成果

1. グループインタビュー対象者の概要

対象者は7名、所属部署は、一般病棟・地域包括ケア病棟5名、外来1名、医療療養病棟1名であった。職種は正看護師6名、准看護師1名、役職は主任1名、副主任1名、スタッフ5名であった。職種の経験年数は、平均11.8年、部署の経験年数は、平均7.5年であった。

2. 看護師のみで構成された食支援チームの展望と課題

21,770文字からなる逐語録から、129のコードが抽出され、これらは38のサブカテゴリーを形成し、さらにサブカテゴリーは16のカテゴリーを形成した。このカテゴリーは、看護師のみで構成された食支援チームの活動の振り返りから抽出された食支援チームの展望と課題を説明する5つのコアカテゴリーを形成した。それらは、【「食べること」を支える専門職としての自己覚知を深める】【食支援の健康と幸福への貢献と限界を実感する】【食支援体制が揺らぎ翻弄されようとも質と志を高く持ちながら拡大を目指す】【「看護師のみ」ではなかったことを顧み、改めて多職種・地域連携を強化する】【教育の責任者が病院との橋渡しをする】である。

以下に、形成したコアカテゴリーをサブカテゴリー、カテゴリーを用いて説明する。なお、サブカテゴリーの内容は〔 〕、カテゴリーの内容は〔 〕、コアカテゴリーの内容は【 】で示す。(表1)

1) 【「食べること」を支える専門職としての自己覚知を深める】

看護師らは、〔[外部研修受講前]や[活動前]は、食事介助を基礎教育レベルで行っていた〕が、食支援ナースとしての実践を積み中で〔患者の強みを発揮し弱みを補う実践能力やそれを教育する力をつけ〕、〔「食べること」を支える看護師の価値に気づいて〕いた。

2) 【食支援の健康と幸福への貢献と限界を実感する】

食支援によって〔褥瘡の早期回復〕や〔食事以外の生活機能との相乗効果〕など〔食べることで患者の健康と幸福にもたらす影響を実感〕した。一方、〔高齢患者や認知症患者が多く、介入困難ケースや退院しても再入院するケース〕もあるなどの限界も実感していた。

3) 【食支援体制が揺らぎ翻弄されようとも質と志を高く持ちながら拡大を目指す】

〔[現状、口腔ケアやポジショニング等すら十分に行えておらず]、院内に食支援体制が整備されているとは言い難い〕。さらに〔コロナ禍でマンパワーが安定せず食支援を優先することが難しい〕が、〔[食支援の質向上への高い志を持つ]初期の食支援ナースが語り合う機会を設け、お互いに質と志を高く持ち続けたいと願う〕。その上で〔より多くの看護師、お

よび看護補助者を育成し食支援の輪を広げていきたい〕と考えるが、〔食支援ナースとして活動するためには、〔リーダー経験〕〔情報発信能力〕〔教育力〕を発揮できるキャリアが必要〕とも実感していた。

4) 【「看護師のみ」ではなかったことを顧み、改めて多職種・地域連携を強化する】

食支援ナースは、当初「看護師のみ」の活動と認識していたが〔[管理栄養士]や[歯科医師会]の支援を受けていたこと〕を顧みた。そして、〔患者・家族に最も近い看護師が調整役割を果たすこと〕で〔現在採用はないが〔言語聴覚士や作業療法士、歯科衛生士]既に所属している〔医師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー]〔歯科医師]などの主要職種〕さらには〔[退院先]など地域との連携の必要性を感じ〕強化することを望んでいた。

5) 【教育の責任者が病院との橋渡しをする】

〔教育の責任者と看護管理部門の支援を受けやすい体制に感謝〕しつつ、〔病院内の福祉食具の充実など〕病院との橋渡しを期待していた。

VI. 看護実践への示唆

1. 看護師のみの活動と捉えず既に所属している専門職に協力を要請する

当初は、看護師のみで構成された食支援チームと認識して活動していたが、管理栄養士や医事課職員、看護管理者の支援があったことを振り返った。千葉ら(2017)は、「まずは、現在、勤務している専門職らが摂食嚥下に関して、より専門的な知識・技術を有し、医療介入が可能となるよう、実務レベルで教育啓発活動を展開することが急務である」と述べている。食事には、言語聴覚士や看護師以外にも医師、管理栄養士、調理師、看護補助者などさまざまな職種が関わっている。そこで、当初から看護師のみの活動と捉えず、看護管理部門の協力を得て、勤務している専門職にも呼びかけていたならば、早急に専門的な介入ができたと考える。

2. 院外研修の活用推進により、リーダーシップを発揮できる食支援ナースを育成する

食支援チームを企画した看護師は、外部の研修を受講したことをきっかけに研修で学習した専門的な知識・技術・姿勢を実践し、食べることによる患者への健康と幸福への貢献を認識したことで、「食べること」を支える専門職として自覚していた。山本ら(2022)は、学習意欲促進の雰囲気に影響が大きいと考えられる因子の一つに院外研修をあげている。よって、院外研修を活用、推進することで、リーダーシップを発揮できる食支援ナースを育成するきっかけとなると考えられる。

3. 院内教育の充実により、食支援ナースの拡大と質を担保する

質を維持しつつ食支援体制を拡大していく手段として、場所や時間を選ばない自作のオンデマンド教育教材やOJT等

表1 看護師のみで構成された食支援チームの展望と課題

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
「食べることを支える専門職としての自己覚知を深める	以前は、食事介助を基礎教育レベルで行っていた	活動前は、食事介助を初心者レベルの知識・技術で行っていた
		外部研修を受講する前は食事介助を見様見真似、右へ倣えでやっていた
	患者の強みを発揮し弱みを補う実践能力やそれを教育する力がついた	患者をアセスメントし弱みを補い、強みを発揮させる食支援方法を立案できるようになった
		食支援に必要な専門的な知識、技術を、解剖生理や形態機能レベルから学ぶことができた
	「食べることを支えることで看護師であることの価値に気づいた	看護師、および看護補助者、新人、家族、退院先のケア提供者、学生に対して教育的役割を果たせるようになった
		患者の入院や人生をも左右する「食べることを支えることが、看護の醍醐味と実感した 食支援やその振り返りを通して、食支援に必要なスキルを身につけていることが自分自身の強みと実感した
食支援の健康と幸福への貢献と限界を実感する	患者の健康と幸福にもたらす影響を実感した	食事摂取量が増えると日常生活動作も上がり、生活機能の相乗効果を生み出すことができる 経口摂取できるようになると患者の褥瘡が早くなおったり早期退院につながったりする
		退院しても誤嚥性肺炎で再入院する患者も多い
	高齢患者や認知症患者が多く、介入困難ケースや退院しても再入院するケースがある	高齢患者や認知症のある患者が多く、食支援を進めにくかったり、効果が乏しかったり、肺炎を発症する場合がある
食支援体制が揺らぎ翻弄されようとも質と志を高く持ちながら拡大を目指す	院内に食支援体制が整備されているとはいえない	院内の現状として、食支援の基本である口腔ケアやポジショニング、食卓の環境整備すら十分に行えていない
		食支援や口腔ケアの重要性の認識が改まった
	院内のマンパワーがコロナ禍で安定せず食支援を優先することが難しい	摂食機能療法を優先すると他の患者やスタッフに業務のしわ寄せが出る
		年々新型コロナウイルス感染症が拡大し院内のマンパワーが不足している中、摂食機能療法を実施することが難しい
		新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、食支援の継続が難しくなっているが、食支援に対する志は持ち続けたい
	食支援ナースが語り合う機会を設けお互いに質と志を高く持ち続けたいと願う	看護職、特に食支援ナース同士ならば円滑に情報共有でき患者本位の食支援が継続できる
		食支援ナースの初期メンバー同士で語り合うことで、改めて意識が高まり、今後も交流の機会を持ちたい
		食支援ナースが定期的に集まる機会を正式に設けてほしい
	より多くの看護師、および看護補助者を育成し食支援の輪を広げていきたい	食支援ナースの初期メンバーが食支援の質向上への高い志をもっている
		食事介助に入る機会の多い看護補助者にも食支援の知識、技術、態度面の教育をしたい
		看護師全員に教育を施すことで、食支援ナースの輪を広げていきたい
「看護師のみ」ではなかったと願ひ、改めて多職種・地域連携を強化する	食支援ナースとして活動するためには看護師としてのキャリアが必要となる	食支援を継続していくために、食支援ナースには、他の看護師、および看護補助者と情報を共有する能力や、教育する能力がないと難しい
		看護師に食事介助方法と根拠を周知するにあたり、看護業務においてリーダー経験がないと難しい
	患者・家族に最も近い看護師は多職種連携の調整役割を果たしやすい	看護師の誰もが、食事介助方法を統一して実施できるようベッドサイドの表示を作成するなど、食支援ナースには情報発信する能力が必要である
		摂食・嚥下会議や病棟の食支援ナース間の情報共有を図ることができる能力が必要である
	主要職種の採用、多職種連携を期待する	嚥下内視鏡検査専任の歯科医師の加入で、より正確な摂食機能のアセスメントのみならず食支援や口腔ケアのポイントなどを学ぶことができるようになった
		退院先への正確な情報提供や地域向けの研修の必要性を感じる
	地域との連携の必要性を感じる	看護師は患者の24時間の生活を支えていて、患者と家族の一番近くにいる 医師をはじめとする専門職や看護補助者との調整機能が必要である
教育の責任者が病院との橋渡しをする	教育の責任者や看護管理部門の支援を受けやすい体制への感謝	病棟の食支援ナースが少なく、看護部のナースに食支援を任せきりになっている
		教育の責任者の支援を受けやすい体制が確立した
	病院側に福祉食具の充実や食支援ナースへのインセンティブを設けてほしい	病院内の福祉食具などの物品を充実させてほしい 病院から食支援ナースへのインセンティブが欲しい

の院内教育（食支援の勉強会）の導入は効果的であったと考える。当初、7名の食支援ナースで活動していたが、これにより2022年度には15名まで増員した。また、振り返り結果から、食支援ナースの初期メンバーのように主体的に参加した看護師は、食支援への志が高い傾向にあった。舟島(2007, pp.7-8)は、「魅力的なプログラムを提供して、参加率を向上させるとともに、主体的な参加を促進しない限り、院内教育の目標は達成できない」「院内教育により看護師の職業的発達が進められれば、その病院の看護の質は向上する」と述べている。よって、興味関心をもって主体的に院内教育の参加を促進するためには、食支援ナースがモデル役割を示すことが効果的であると考えられる。

4. 病院の看護管理者、他職種からアドバイスや支持を求める

今回の取り組みにおいて、看護部長や教育の責任者から支持を受けていた。また、食支援ナースは、振り返りにおいて、他職種の支持を受けていたことを顧みている。湯浅ら(2008)は、看護師の企画による業務改善の取り組みの支えとなったものとして、「病院の看護管理者からの支持」「他職種のアドバイスと支持」「患者中心の看護に関する強い信念」をあげている。例え看護師のみに委ねられている状況であっても、積極的に医師や管理栄養士と話し合いの場をもつことで取り組みが推進したと考えられる。さらに、「患者中心の看護に関する強い信念」のある看護師を育成するためには、看護管理者、教育の責任者が、前述した院内外研修を活用推進することが望まれる。

5. 入退院支援部門との連携による地域連携を強化する

食支援ナースは、退院してもケアが継続されず、誤嚥性肺炎で再入院するケースがあることから限界も実感していた。前川、藤野(2021)は、高齢者の摂食機能療養は入院中だけでなく退院後の継続介入が必要であると述べている。今後、食支援チームは院内のみならず、地域との連携を図るために、入退院支援部門と連携し、退院先施設や自宅で提供可能な食形態の確認や正確な情報提供を行い、退院後の継続介入を図る必要があると考える。

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

- 千葉由美, 山田律子, 市村久美子. (2017). 病床機能別にみた摂食嚥下障害を有する高齢入院患者への支援体制と研修ニーズとの関係. *老年看護学*, 22 (1), 29-40.
- 舟島なをみ. (2007). 院内教育プログラムの立案・実施・評価「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システム」の活用. 医学書院.
- 小山珠美. (2015). 3章口から食べるための包括的評価と支援技術. *口から食べる幸せをサポートする包括的スキル: KT バランスチャートの活用と支援*. 医学書院, 14-71.
- 前川一恵, 藤野文代. (2021). 多職種チームによる高齢者への摂食機能療養に関する活動の動向と課題. *姫路大学大学院看護学研究科論文*, 4, 89-97.

日本看護協会. (2014). 「継続教育の基準 ver.2」活用のためのガイド. 日本看護協会.

山本千代, 永野光子, 野崎真奈美. (2022). 中規模病院に勤務するジェネラリスト看護師の教育ニーズに関連する要因の検討—役職についていない臨床経験10年以上の看護師に焦点を当てて. *日本看護学教育学会誌*, 32 (2-1), 41-54.

湯浅美千代, 小川妙子, 西澤聖子, 押尾知子, 渡邊啓子, 田道智治. (2008). 認知症治療病棟におけるユニットケア導入のプロセス. *医療看護研究*, 4 (1), 110.

◇実践報告◇

急性腎盂腎炎を契機に腸腰筋膿瘍増悪が明らかになった 高齢患者に対する診療看護師（NP）の実践報告

—医師・看護師・コメディカルとの協働実践—

服部貴夫¹⁾*

【目的】本研究では、腸腰筋膿瘍の高齢患者における診療看護師（NP）の役割について症例より明らかにすることを目的とした。

【実践】症例は、90歳代女性で急性腎盂腎炎で入院となった。診療看護師（NP）は、急性腎盂腎炎に伴う腸腰筋膿瘍増悪の可能性を考え、外来診療中の医師に先行して整形外科へコンサルテーションを実施した。その結果、腸腰筋膿瘍と診断され治療が開始された。Quality of life に関しては、退院後も生活レベルが維持できることを目標に生活支援を実施した。

【結果】診療看護師（NP）が多職種と協働したことにより、患者は重症転化することなく入院前の生活レベルを維持することができた。

【看護実践への示唆】本報告では、患者が迅速に治療が受けられる環境調整の役割、QOL を維持する役割があり、診療看護師（NP）の実践における1つのモデルケースとして活用できる可能性がある。

【キーワード】急性腎盂腎炎、腸腰筋膿瘍、診療看護師（NP）、多職種連携

I. はじめに

我が国では、画像診断の進歩により過去には診断が困難であった腸腰筋膿瘍の診断に至る頻度が増加している。腸腰筋膿瘍は、敗血症等の重篤な合併症に移行する危険性があり早期診断、早期治療が求められる（Gruenwald, et al., 1992）。つまり、免疫能の低下した高齢者においてはより重篤な状態に陥る可能性があることを示しており、いかに早期診断、治療に繋げられるかが退院後の Quality of life（以下 QOL）を大きく左右することとなると言える。

米国では、総合的に患者の健康アセスメントを行い、診断・治療および教育を自律的に実践する Nurse practitioner がいる（レンデンマン, 2016）。この Nurse Practitioner は、急性疾患や生命を脅かす疾患に対する安定化・合併症の最小化、身体的・心理的健康を促進させる役割を持つ（American Association of Critical care Nursing, 2021）。このことから、医学的な知識・技能を持ち、高い看護実践能力を有する Nurse Practitioner は患者転機に影響を与える一看護職であると考えられる。

我が国においても、米国の Nurse Practitioner をモデルとした診療看護師（NP）が日本 NP 教育大学院協議会により養成され、患者のアセスメントを通して医療的処置も行いつつ、症状マネジメントにより QOL 向上をさせるチーム医療のキーパーソンとしての役割が期待されている（草間ら, 2020）。したがって、米国と同様に診療看護師（NP）は医師や多職種と協働することで患者の転帰に影響を与える可能性があると考ええる。

しかし、医学中央雑誌 Web 版において診療看護師（NP）が関与した高齢患者の腸腰筋膿瘍の報告はない。そこで今回、外来より急性腎盂腎炎の診断で入院となった患者に対し、診療看護師（NP）が医師や多職種と協働したことで、迅速に疾患の安定化を図ることに繋がり、身体的・心理的健康の促進に繋げることができた腸腰筋膿瘍の1例を経験した為報告する。

II. 目的

本報告は、腸腰筋膿瘍の高齢患者における診療看護師（NP）の役割について症例より明らかにすることを目的とした。

受付日：2024年10月15日／受理日：2025年7月22日

1) おおすきクリニック 元総合大雄会病院

* E-mail : tori.1125.tasikani@icloud.com

Ⅲ. 看護実践

1. 症例提示

【患者】90歳代、女性。

【主訴】発熱

【現病歴】難治性腸腰筋膿瘍に対し、7年前より内服抗菌薬が継続され落ち着いていた。外来2日前より発熱が出現し、施設医にて対症療法で経過観察していたが改善見られず、家族、施設職員に連れられ車椅子で外来受診となった。

【併存症】骨粗鬆症、難治性腸腰筋膿瘍、右下肢うっ滞性皮膚炎、腰部脊柱管狭窄症

【既往歴】両股関節置換術後、子宮癌術後、肺結核

【服用薬剤（1日量）】エソメプラゾール 20mg、セレコキシブ 200mg、トラマドール/アセトアミノフェン配合錠 2錠、レンボレキサント 5mg、アレンドロン 35mg、クエン酸第一鉄 100mg、葉酸 5mg、リファンピシ 600mg、レボフロキサシン 250mg

【アレルギー歴】アルコール剤で皮膚症状出現あり。

【生活歴】Activities of Daily Living（以下 ADL）は全介助である。食事のみセッティングで自己摂取可能で主食はパン食が多い。介護度は要介護4である。特別養護老人ホームに入所している。

【排泄状況】排尿、排便はおむつ内失禁である。

【入院時随伴症状】倦怠感、右側慢性腰痛、尿臭の強い膿尿あり。

【入院時現症】身長 146.5cm、体重 47.2 kg、BMI 22.1。心拍数 96 回/分 整、血圧 132/64mmHg、体温 38.8℃、呼吸数 18 回/分、SpO₂ 98%（室内気）。Glasgow coma scale（以下：GCS）E4V5M6。

頭頸部：眼球結膜黄染なし、眼瞼結膜軽度貧血あり。

胸部：胸郭挙上左右差なし、副雑音聴取なし。

腹部：平坦・軟、圧痛なし。腸蠕動生理的。costovertebral angle（以下 CVA）叩打痛なし。

四肢：両下肢圧痕性浮腫あり（右>左）。発赤・腫脹なし。

【検体検査】尿中桿菌多数集塊

2. 臨床経過

外来から急性腎盂腎炎の診断で内科入院となった。

第1病日よりセフトリアキソン 2.0g/日で感染症治療が開始された。入院時の腹部骨盤部 CT より、右腸骨筋腫大と微小のガス像を認め、第9病日に造影 CT が実施された。造影 CT では、右腸骨筋内に低吸収域がみられ、整形外科にコンサルトを行い、腸腰筋膿瘍増悪の診断となった。第12病日、膿瘍ドレナージを開始し、抗菌薬の調整がなされた。膿培養より *Prevotella bivia* が検出され感受性を考慮しセフメタゾール 1.0g/12h 毎に de-escalation し、第26病日に整形外科転科となった。整形外科転科後、第76病日に施設へ退院となった。

3. 診療看護師（NP）の介入

本症例では、内科主治医は外来診療継続中であり、入院後の評価および疾病管理を医師と協働していくことを目的に介入依頼があり、診療看護師（NP）が介入を開始した。入院時に整形外科外来で経過追跡されていた難治性腸腰筋膿瘍の併存もあり、急性腎盂腎炎に伴う腸腰筋膿瘍増悪の可能性も念頭に置き検体検査、画像検査を吟味した。

検体検査からは急性腎盂腎炎が確認でき、画像検査から右腸骨筋の腫大と微小のガス像が確認できた。その為、急性腎盂腎炎に伴う腸腰筋膿瘍増悪、それに伴う敗血症への移行が想起され、造影検査、膿瘍ドレナージといった迅速な対応の可能性を考えた。そこで、直接外来に出向き、外来の合間に自身のアセスメントを提示、緊急処置の必要有無に関して整形外科へのコンサルテーションを提案した。主治医よりコンサルテーションが承認され、整形外科にコンサルテーションを行ったことで迅速な治療介入に繋がった。

整形外科医師の診察では、腸骨筋腫大は前回評価時と比較し大きな変化はなく、腸腰筋膿瘍増悪の可能性は低いと判断され、整形外科医師と協議した内容を主治医とタイムリーに情報共有を行い慎重に経過を追跡することとした。

第9病日に 39.0℃と高熱が再燃した際には、急性腎盂腎炎の臨床経過にそぐわないと考え、造影 CT の撮影を主治医へ提案した。造影 CT では、右腸骨筋内に低吸収域が確認でき腸腰筋膿瘍増悪が考えられた為、主治医に再度整形外科へコンサルテーションの提案を行うといった診療科間の繋ぎ役を担った。

腸腰筋膿瘍増悪に対し、看護師特定行為を用いてセフトリアキソンを 2.0g/12h 毎に増量した。第12病日に尿培養より *Klebsiella pneumoniae* が検出された際は、セフトリアキソンに加えて嫌気性菌のカバーを目的としてクリンダマイシン 600mg/12h 毎の併用投与を提案し受理された。第19病日の膿培養結果では尿培養と同菌の検出を予測していたが、*Prevotella bivia* が検出された。その為、感受性を考慮しセフメタゾール 1.0g/12h 毎に de-escalation した。

医師との疾病管理の協働と同列に、入院生活における QOL 支援を実施した。

入院以前の ADL は、ベッド上の生活を主体とし移動にも介助を有するものの、食事は自己にて摂取可能であった。入院時に、患者自身に治療における説明、治療終了後の今後の方向性を確認したところ、「自分でご飯を食べて帰りたい」という意向を確認した。また、家族も同様に、元々患者が入所していた施設への退院を希望した。この患者・家族の生活目標を達成する為には、「自身でスプーンを持ち手を伸ばして食事をすくうことができる」、「すくった食事を口元に運ぶことができる」といった食事動作の維持が重要であることを病棟看護師、作業療法士ら医療チームと共有した。生活者としての目標達成に向け、地域連携シートからは読み取れない食事に必要な時間を医療ソーシャルワーカーから入所施設に確認

を依頼したところ、施設では1時間かけて食事を摂取していることが判明した。病棟看護師と情報共有・ディスカッションを行い、マンパワー的な課題も踏まえ、昼食時介助は診療看護師(NP)にて肩/肘/手関節の屈曲伸展を意識した「リーチ動作」、重力に抗する「挙上動作」および摂取状況を実施・評価していった。さらに、作業療法士の介入は2単位/日であり、患者にとって不足していると考え、午前中は作業療法士による介入、午後からは診療看護師(NP)による動作訓練と時間調整を図った上で介入を整形外科転科後も継続した。その結果、入院以前同様に摂取時間は1時間程度を要するものの、食事動作は維持された(図1)。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究実施にあたり、患者に研究参加は自由意思に基づいていること、参加しないことによる不利益は生じないことを口頭にて説明し同意を得た。また、人を対象とした実践報告である為、社会医療法人大雄会看護部倫理審査委員会において承認を得た(承認番号:2023-002)。

Ⅴ. 結果・成果

1. 迅速な治療に繋がる医師との協働

腎盂腎炎は、尿路の逆行性感染により惹起される有熱性尿路感染症で、集合管から腎実質に組織破壊が波及することで血流感染を合併しやすい(日本感染症学会ら, 2015)。また、

腎臓は腸腰筋に近接していることもあり、感染は腸腰筋に拡大する可能性もある(Taiwo, 2001)。その為、腸腰筋に感染拡大した状態である腸腰筋膿瘍や敗血症等の重篤な合併症に移行しない為に早期診断、抗菌薬、手術、CT下ドレナージといった早期治療が必要となる(Gruenwald, et al., 1992, 井上ら, 2020)。

本症例では、入院時に診療看護師(NP)に主治医より直接協働介入依頼があり介入を開始した。患者に接触した際は、身体所見および検体検査上、急性腎盂腎炎と考えられた。また、難治性腸腰筋膿瘍の患者背景や右側腰痛の自覚症状、画像所見より、腎盂腎炎を契機とした腸腰筋膿瘍増悪が考えられた。これを踏まえ、主治医の外来の合間に現状を報告し、直接指示のもと診療科間の調整という橋渡しの役割を担ったことは、患者に対し迅速に治療が受けられる環境を提供することに繋がったと考える。

このような協働介入を行う為には、「ケア方針の共有」「互いの尊重と信頼」「効果的コミュニケーション」による権限の共有、患者ケアの責任の共有、患者ケアの需要に対応する能力、個々の医療従事者の作業負担軽減、患者ケアの継続性の向上が必要とされている(Norful, et al., 2018)。

したがって、本症例においても、ケアプランを共有した上での協働介入は、より良い患者ケアに繋げる診療看護師(NP)の重要な役割であると考えられる。

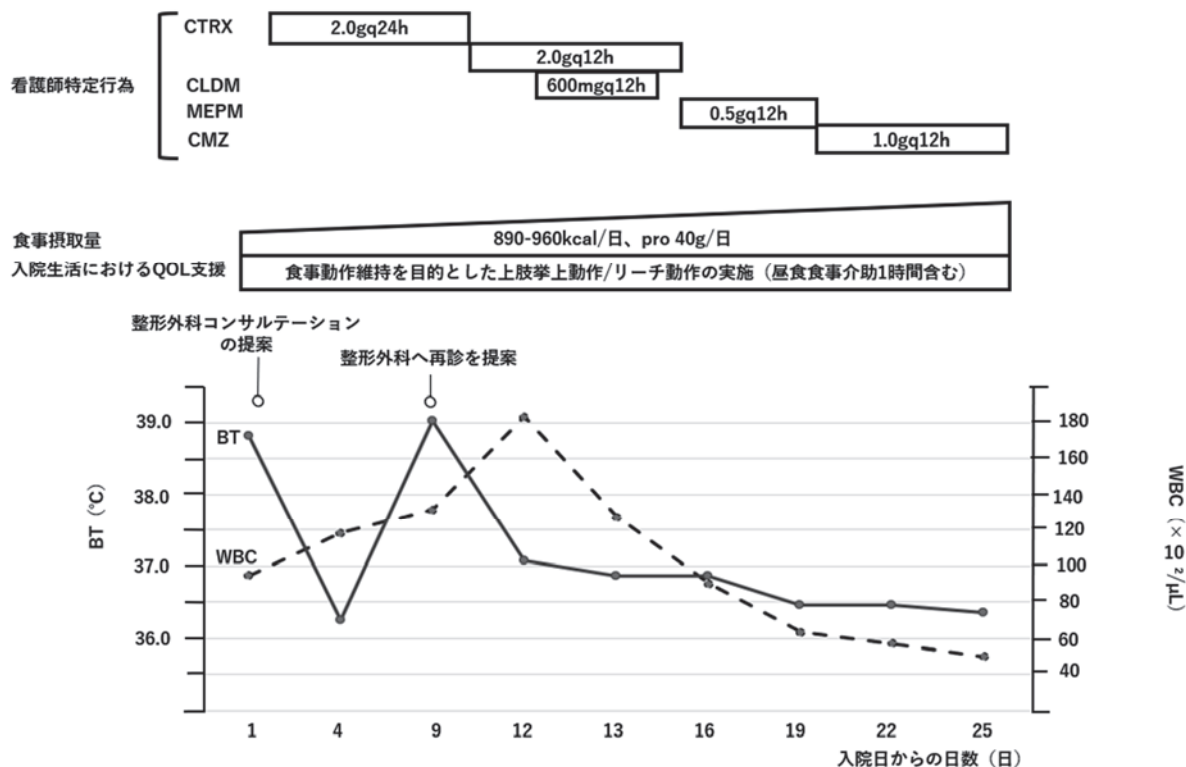


図1 入院経過と診療看護師(NP)の実践

※CTRX:セフトリアキソン, CLDM:クリンダマイシン, MEPM:メロペネム, CMZ:セフメタゾール
Pro:タンパク質, WBC:白血球(点線), BT:体温(実線)

2. 患者の代弁者として病棟看護師、コメディカルとの協働で行う生活支援

低栄養は感染早期であれば発症に起因し、晩期であれば感染の遷延化につながることは既知の事実であり、炎症に伴う消耗・食思不振による栄養状態悪化は感染が拡大する傾向にある（大下ら，2023）。このような点から、入院時より急性腎盂腎炎、腸腰筋膿瘍疑いという感染症に罹患している状況において栄養管理が重要と考えられた。患者自身は、自己摂取できる状態で退院したいという希望があり、自己摂取機能を維持しつつ、嗜好を確認し食事内容を調整するといった栄養管理が必要であった。

先行研究では、高齢患者の生活満足感、食事動作が強く影響しており、食事の自己摂取ができる喜びは、主観的幸福感向上に影響すると報告がある（伊勢崎ら，1999）。このことから、食事動作の維持による栄養状態の維持は、患者の生活満足感にも影響するものと考えられる。

診療看護師（NP）には、的確なアセスメントの実施と結果に基づく患者の症状マネジメントを通じ QOL を改善する役割が求められている（草間ら，2020）。この介入は、治療と同列に行われた患者の代弁者として重要な生活支援であったと考えられ、患者を一人の生活者として見て、診ている診療看護師（NP）ならではの介入であり、役割であると考えられる。

Ⅵ. 看護実践への示唆

本報告では、腸腰筋膿瘍の高齢患者における診療看護師（NP）の役割について明らかにした。先行研究を踏まえた検討から、患者が迅速に治療を受けられる環境を調整する役割、生活者である患者の代弁者として治療介入と並行した生活支援により QOL を維持する役割があり、診療看護師（NP）の実践における 1 つのモデルケースとして活用できる可能性があると考えられる。

本研究の限界としては、1 症例における報告であり一般化は困難である。今後更なる調査によるエビデンスの蓄積が求められる。

本論文の要旨は、第 28 回日本病院総合診療医学会学術総会（2024 年、福岡）において発表後、加筆、修正したものである。

本研究遂行において利益相反は存在しない。

謝辞

本報告にあたり、日頃より診療看護師（NP）の活動にご理解をいただいている社会医療法人大雄会総合大雄会病院消化器内科の吉田隼也先生、糖尿病・内分泌内科診療部長の橋本昌哉先生、看護部長および看護部の皆様には深く感謝いたします。

Ⅶ. 参考文献

American Association of Critical care Nursing. 2021. AACN Scope and Standards for Adult-Gerontology and Pediatric Acute Care Nurse Practitioners, 2024 年 8 月 14 日閲覧。

- <https://m.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/acnpscopeandstandards.pdf>.
- Gruenewald, I. (1992). Abrahamson, J. and Cohen, O. Psoas abscess : case report and review of the literature. *The Journal of Urology*, 147 (6), 1624-1626.
- 井上三四郎, 小玉隆男, 山口健一郎, 村中貴浩, 川崎裕平, 福里幸子. (2020). 整形外科領域における CT ガイド下穿刺. *整形外科と災害外科*, 69 (4), 858-860.
- 伊勢崎美和, 高野和美, 望月優子. (1999). 高齢患者の QOL と ADL との関係—主観的幸福感に焦点を当てて—, *山梨医科大学紀要*, 16, 71-75.
- 草間朋子, 小野美喜. (2020). 日本 NP 教育大学院協議会の定める「診療看護師（NP）に必要とされる 7 つの能力（コンピテンシー）」, *日本 NP 学会誌*, 4 (2), 29-30.
- レンデンマン美智子. (2016). アメリカにおける NP と CNS の役割と責任. *日本小児看護学会誌*, 25 (3), 116-120.
- 日本感染症学会, 日本化学療法学会. (2015). *JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2015—尿路感染症・男性性器感染症—*. 2024 年 8 月 10 日閲覧.
- https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/guideline_JAID-JSC_2015_urinary-tract.pdf
- Norful Allison Andreno, De Jacq Krystyna, Carlino Richard and Poghosyan Lusine. (2018). Nurse Practitioner-Physician Comanagement; A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Annals of Family Medicine*, 16 (3), 250-256.
- 大下優介, 江守永, 岡野市郎, 瀬上和之, 工藤理史, 白旗敏之, 神崎浩二, 豊根知明. (2023). 腰椎化膿性脊椎炎患者の Modified Controlling Nutritional Status (CONUT) Score を用いた栄養状態の検討 低栄養は膿瘍の広がりや帰宅困難に影響する. *Journal of Spine Research*, 14 (6), 903-908.
- Taiwo, B. (2001). Psoas abscess; a primer for the internist. *Southern Medical Journal*, 94 (1), 2-5.

◇実践報告◇

母性看護技術評価を公表することの有効性

森本眞寿代^{1)*}, 上野恭子²⁾

【目的】母性看護技術評価の公表に対する学生の評価を明らかにする。

【実践】4年生大学の看護学科3年生を対象とし、学内演習および実習終了後の2回、WEB入力した評価を公表した。その公表の有効性を知るために自己記述式質問紙調査を行った。分析は質問紙の信頼性・妥当性検証後に単純集計を行った。

【結果】平均得点が高い項目は順に、第4因子：評価の意義の5、他者評価は技術を磨くために必要だ 3.550 ± 0.645 、第1因子：評価制度の妥当性の10、評価制度があることで技術習得の度合いが見えるは 3.400 ± 0.619 であり、評価の意義および技術評価の妥当性に学生から高い評価が示された。

【看護実践への示唆】評価の公表を受けて、自己を振り返り、技術演習を繰り返すことで出来たという経験が掴みとれる。この認識が動機づけとなり、繰り返しの自主練習や実習での積極的姿勢の醸成に繋がると考える。

【キーワード】母性看護技術、評価制度、公表、動機づけ

I. はじめに

近年、看護職の役割拡大に伴い社会の期待は高まり、質の高い看護職が求められる。学生時代の看護技術習得機会は1990年以降、看護倫理への配慮や医療安全の観点から減少しているが、就業後の看護技術は質の担保が求められている。このことより、その乖離を埋め合わせる教育方法が課題となる。看護学は実践の科学といわれ、臨地実習時間が多いことが特徴である。この臨地実習に関し浅川（2019）は、限られた範囲で技術実践を積極的に行えば学内と統合され、より実践的な看護技術が身に付くとしている。一方で、最近の看護学生は、いかに少ない努力で単位をとるかという姿勢であるとも指摘していた。つまり、自学自習を前提とする学修が困難となっていることがわかる。また、母性看護技術は、レオポルド触診法など周産期分野に用いる技術が多く、効率良く習得しなければ他の領域で補充することができない。一方で、深井（2002, p.8）やPotthoff et al.（2022）は、学内演習を積み重ね臨地実習をイメージし、臨地実習では自律的学修姿勢で技術を実践すると高い到達度が生み出されるとしている。

この考え方を参考に効率良い学びへの動機付けが、学生の積極性の醸成に繋がると考えた。自己決定理論（Ryan & Deci, 2017）では、教師に指摘されて行動する非自己決定の段階から、自発的に行動する自己決定までの経過が示されている。この理論では、基本的欲求の自律性・有能性・関係性の欲求が満たされると程度の高い動機づけを持つと仮定されている。この考え方を参考とし、動機付けによる行動変容の方法を模索した。技術評価のWEB入力後の公表は初めてで、また、先行研究もなかったため自作の質問紙にて尋ねたところ、学生から一定の評価が確認できたので報告する。本結果は、教育方法の質改善に向けた基礎資料として活用可能性が期待できる。

II. 目的

母性看護技術評価の公表に対する学生の評価を明らかにする。

III. 看護実践

1. 対象：A大学看護学科の3年生89名
2. 研究期間：2021年4月～2022年3月

受付日：2024年10月15日／受理日：2025年7月22日

1) 佐賀大学医学部地域医療科学教育研究センター 2) 元西九州大学

* E-mail: morimot4@gmail.com

表 1 母性看護技術評価表の一部（妊娠期）

【評価方法】4：できている 3：おおむね出来ている 2：かなり不足がある 1：できていない

具体的項目	教科書	評価						課題
		1 回目		2 回目		3 回目		
		自己	他者	自己	他者	自己	他者	
妊婦健康診査（レオポルド触診法・腹囲・子宮底・血圧・体重・尿検査・浮腫）								
・妊婦健診に必要な観察内容を理解し説明することができる	p14-16							
・レオポルドにて胎児の胎位・胎向を把握することができる	p18-20							
胎児心拍数測定（ドップラー法）								
・超音波ドブラーが使用できる	p16-17							
・適切な部位で児心音を聴取することができる								

3. データ収集方法と項目：まず、学内演習では学生をペアとし自己評価および他者評価を行い、終了後に教員が助言を加えた上で最終評価とし、1：できていない～4：できているの4件法で評価した。評価票は紙媒体に記入とWEB入力と指示をした。Google Formを活用したため、データ集計、グラフ作成は自動で行われた。また、実習でも学内演習同様の指示をした。

なお、母性看護技術評価票（表1）は、妊娠期、分娩期、産褥期、新生児期合計25項目で、紙媒体には3回分の評価欄を設けた。

4. 母性看護技術評価の公表：従来、公表はしていなかったが、紙媒体の評価票とWEB入力も追加したことをきっかけに公表を行った。なお、公表とは、これまで開示されていなかった評価を「開示」「伝達」「発表」したことを指す。回数は2回、1回目は実習前のオリエンテーションで、母性看護技術評価のクラス平均をスクリーンに映し出し、習得できている技術と不十分な技術が学生に可視化できるように説明した。実習開始までの約1か月間の期間は自主練習を促し、全ての項目が「3：おおむね出来ている」となるように話した。2回目は、実習終了後であり、1回目と2回目の評価を比較し、結果が変化した理由を教員が考察し、その内容も伝達した。

5. 母性看護技術評価を公表することに対する学生からの評価
2022年3月に自己記述式質問紙調査を行った。属性では、性別、兄弟の育児経験、また、実習開始前の自主練習回数と内容を尋ねた。質問紙の構成は先行研究（沖田他, 2004；Wotton et al., 2010）を参考に、評価者に関する考え、評価を公表する効果、WEB入力の方法、評価制度の意義の各5項目、合計20項目とし、項目妥当性は母性看護学教員2名、演習補助教員、実習担当教員で検討を行った。表面妥当性は数名の学生に意見を求め表現の修正を行った。回答は、全くあてはまらない：1～非常によくあてはまる：4の4件法とし得点化した。合計得点が高いほど評価が高いと判断できる。

6. 分析方法

分析には統計解析ソフト JMPver.14.0 と IBM SPSS ver.28 を用い、尺度開発の手順に則り（松尾他, 2016, p.31-126）質

問紙の妥当性を確認した。項目分析の天井効果は $\text{Mean} + \text{SD} > 4.2$ 、床効果は $\text{Mean} - \text{SD} < 1.0$ 、I-T 相関 $r < .2$ 、I-I 相関 $r > .7$ を削除基準とし、削除後の項目を用い、サンプリングの妥当性は Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性（以下 KMO 測度）と Bartlett の球面性検定で検証し探索的因子分析に繋げた。1回目のパターン行列で因子数を決定し、2回目以降項目共通性.20 未満、因子負荷量.30 未満を削除基準とし、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った。信頼性は、項目間相関、Cronbach の α 係数、折半法を行った。各項目の得点は単純集計を行った。

IV. 倫理的配慮

目的、方法、個人情報保護、研究参加の自由意思、本調査と学修評価に関係はないこと、データは10年間保存後シュレッダーで削除することを口頭と文章で説明し、全体実習学内最終日に実習委員を通じアンケートを配布し、回収は留め置き法を行った。なお、本研究は西九州大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号：21GWH18）を得て行った。

V. 結果・成果

89名中1名は実習不参加、88名から同意が得られ、回収率は100%であったが、結果に欠損の多い2名を除く86名（97.7%）を分析対象とした。

1. 対象者の属性

女性75名（87.2%）、男性は11名（12.8%）、兄弟の育児経験ありは35名（41.0%）であった。実習前の自主練習回数は平均 3.2 ± 1.1 回（最頻値は3回）で、内容は沐浴72名（83.7%）、レオポルド触診法64名（74.4%）、腹囲・子宮底測定57名（66.3%）、おむつ交換56名（65.1%）、他であった。

2. 自作の質問紙の信頼性・妥当性

教授方法の評価に関する自作の質問紙の信頼性・妥当性の結果を、表2に示す。母性看護技術は自動生成されたグラフを視覚的に確認することで、学生が各項目の習得傾向を一目で把握できるよう工夫している。教授方法の評価に加え、紙媒体とWEBの併用による負担感についても調査した。I-I 相関では1項目が削除となった。KMO 測度は.871、Bartlett の

表2 母性看護技術評価公表に対する学生評価尺度の項目分析, 探索的因子分析, 因子間相関

項目分析						N=86
	Mean	SD	天井 効果	床 効果	I-T 相関	I-I 相関
1. 他者評価の内容は自己評価とほぼ一致している	2.980	0.686	3.666	2.294	0.586	
2. 他者評価を受け未熟な技術が知れた	3.290	0.701	3.991	2.589	0.706	
3. 学内演習の評価者は学生同士が適当である	2.940	0.831	3.771	2.109	0.519	
4. 学内演習直後の他者評価の時期は適当だ	3.270	0.710	3.980	2.560	0.664	
5. 他者評価は技術を磨くために必要だ	3.550	0.645	4.195	2.905	0.662	
6. WEBでの入力時期は適当であった	2.970	0.846	3.816	2.124	0.539	
7. WEBでの入力方法は現在に即している	3.070	0.647	3.717	2.423	0.645	
8. WEBでの入力はどこでもできた	3.150	0.775	3.925	2.375	0.592	
9. WEBでの入力はその都度行った	2.760	0.920	3.680	1.840	0.591	
10. 評価制度があることで技術習得の度合が見える	3.400	0.619	4.019	2.781	0.769	
11. 評価に教員評価を加えたことが良かった	3.550	0.626	4.176	2.924	0.547	
12. 全体評価と自分の評価を比べて見ていた	2.790	0.753	3.543	2.037	0.601	
13. 全体評価をみて自分に不足な技術を学修した	2.950	0.825	3.775	2.125	0.616	
14. 全体評価より低い項目を実習前に練習した	3.140	0.722	3.862	2.418	0.663	
15. 全体評価より低い項目を実習前に練習したい	2.990	0.775	3.765	2.215	0.688	0.718
16. 全体評価と自分の評価を比べて見ようとした	2.830	0.770	3.600	2.060	0.646	
17. 全体評価よりも低い項目を練習しようとした	3.130	0.665	3.795	2.465	0.542	
18. 全体評価を共有することは大切だと感じた	3.290	0.611	3.901	2.679	0.604	
19. 実習前に全体の到達度が知れてよかった	3.270	0.676	3.946	2.594	0.786	
20. 実習後の全体到達度を知り次の実習に活した	3.370	0.652	4.022	2.718	0.702	

注) 削除対象は、天井効果: mean+SD>4.2 床効果: mean-SD<1.0 I-T相関: r<.2 I-I相関: r<.0.7 (グレーの部)

Cronbachのα係数 全体=.831		探索的因子分析				共通性
		因子負荷量				
第1因子: 評価制度の妥当性 α=.774		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
3. 学内演習の評価者は学生同士が適当である		0.955	-0.159	-0.101	-0.065	0.606
1. 他者評価の内容は自己評価とほぼ一致している		0.690	-0.162	0.081	0.125	0.513
4. 学内演習直後の他者評価の時期は適当だ		0.493	0.012	-0.029	0.347	0.557
2. 他者評価を受け未熟な技術が知れた		0.460	0.229	-0.109	0.283	0.604
20. 実習後の全体到達度を知り次の実習に活した		0.434	0.101	0.065	0.256	0.550
10. 評価制度があることで技術習得の度合が見える		0.412	-0.038	0.209	0.376	0.687
17. 全体評価よりも低い項目を練習しようとした		0.349	0.204	-0.120	0.228	0.364
第2因子: 公表後の行動 α=.760						
12. 全体評価と自分の評価を比べて見ていた		-0.132	0.877	0.052	-0.075	0.625
14. 全体評価より低い項目を実習前に練習した		-0.118	0.854	-0.110	0.168	0.654
13. 全体評価をみて自分に不足な技術を学修した		-0.071	0.782	-0.011	0.037	0.561
19. 実習前に全体の到達度が知れてよかった		0.501	0.502	0.137	-0.388	0.660
16. 全体評価と自分の評価を比べて見ようとした		0.120	0.379	0.196	0.271	0.667
第3因子: WEB入力の方法 α=.787						
7. WEBでの入力方法は現在に即している		-0.206	0.010	0.814	0.240	0.762
8. WEBでの入力はどこでもできた		0.007	0.067	0.805	-0.107	0.627
6. WEBでの入力時期は適当であった		-0.069	-0.120	0.634	0.274	0.511
9. WEBでの入力はその都度行った		0.285	0.019	0.579	-0.137	0.493
第4因子: 評価の意義 α=.815						
5. 他者評価は技術を磨くために必要だ		0.204	-0.041	-0.065	0.764	0.705
11. 評価に教員評価を加えたことが良かった		-0.081	-0.035	0.158	0.685	0.520
18. 全体評価を共有することは大切だと感じた		0.034	0.194	0.165	0.364	0.418
初期の固有値		46.109	8.040	7.483	5.189	
累積寄与率		43.975	49.932	55.388	58.347	
因子間相関						
第1因子		-	.662**	.570**	.677**	
第2因子			-	.602**	.561**	
第3因子				-	.593**	
第4因子					-	

**: P<.01 (両側)

球面性検定は有意確率.000であった。項目分析後の19項目で主因子法, プロマックス回転を適応し因子分析を行った。まず, スクリーンプロットの傾きと固有値1を基準に4因子と仮定した。2回目で削除項目はなく, 累積寄与率は58.347%となった。因子の命名では, 質問紙作成時のカテゴリを参考に第1因子「評価制度の妥当性」, 第2因子「公表後の行動」, 第3因子「WEB入力の方法」, 第4因子「評価の意義」とし

た。また, Cronbachのα係数全体は.831, Pearson累積相関係数で因子間相関は.561~.677であった。さらに, 折半法で, Spearman-Brownの信頼性係数は $r=.884$, Guttmanの信頼性係数は $\rho=.882$ を認め, 内的整合性が確認でき, 質問紙は尺度としての基準を満たし「母性看護技術評価公表に対する学生評価尺度」と命名した。

3. 母性看護技術評価公表に対する学生評価

自己記述式質問票は、各項目4件法とし得点化して単純集計を行った。

平均得点が高い因子は順に、第4因子：評価の意義、第1因子：評価制度の妥当性、第2因子：公表後の行動、第3因子：WEB入力の方法であった。詳細項目は、第4因子の5. 他者評価は技術を磨くために必要だ 3.550 ± 0.645 、11. 評価に教員評価を加えたことが良かったは 3.550 ± 0.626 であった。第1因子の10. 評価制度があることで技術習得の度合いが見えるは 3.400 ± 0.619 、20. 実習後の全体到達度を知り次の実習に活かした 3.370 ± 0.652 であり、評価の意義と技術評価の妥当性が学生から評価された。

一方、平均得点は低い順に、第3因子の9. WEBでの入力はその都度行ったが 2.760 ± 0.920 、次は、第2因子の12. 全体評価と自分の評価を比べてみていたが 2.790 ± 0.753 であった(表2)。

なお、実習前に自主的に練習を繰り返した後の最終評価では、全ての項目が「3：おおむね出来ている」となっていた。

VI. 看護実践への示唆

1. 学生の実習評価の特徴

平均得点が最も高い因子は第4因子で、評価は学生の看護技術の到達度を示すが、評価制度を意義あると捉えていることが特徴的であった。

2. 母性看護技術評価公表に対する学生評価

平均得点の高い項目は、第4因子の5. 他者評価は技術を磨くために必要だ、11. 評価に教員評価を加えたことが良かった、また、第1因子の10. 評価制度があることで技術習得の度合いが見える、20. 実習後の全体到達度を知り次の実習に活かしたであった。これらより、評価の意義および評価制度の妥当性は十分な評価が得られた。11. 評価に教員評価を加えたことが良かったは、公表された結果の信頼性に繋がることとなった。10. 評価制度があることで技術習得の度合いが見えるは、自己評価や他者評価に教員確認後の評価を公表し、過大・過小評価は正後の自己評価を客観視する機会となった。一條他(2013)は、外部からの刺激による外発的動機づけが、学生自らの内発的動機づけに変化するとしている。教員評価を受けて自己を振り返り、母性看護技術演習を繰り返すと「できた」という経験が得られる。この経験を得ることが動機づけとなり、繰り返しの自主練習に向かう姿勢に繋がったと考える。

公表はGoogleの集計結果をスクリーンに投影させた。坂上他(2009)は、感覚を運動につなぐまでの間にさまざまな情報処理が介在し、投影による視覚的な情報は脳で処理されるとしている。その過程を経ることが刺激となり、自分を知る機会となったと考える。

平均得点が低い項目は、第3因子の9. WEBでの入力はその都度行ったであり、これは入力という習慣の問題と考える。

第2因子の12. 全体評価と自分の評価を比べてみていたでも得点は低かった。遠藤他(2014)は、学びたい気持ちが強まる学生は内発的動機づけが高く、中でも看護技術演習では、学びたい気持ちの変化との間に正の相関がみられたとしている。このことより、望む技術到達と行動レベルが一致する学生には公表という方法が動機付けとなったが、一方で欲求の低い学生には、他の内発的動機づけに繋がる方法を検討する必要があると考える。また、Deci & Ryan (1990, p.264)は、内発的動機づけが高い人は自律的に学修をすることができ、精神的に健康であると述べている。出来たという成功体験が自尊心を高め自律性・有能性・関係性の醸成に繋がり、より高度な技術に向かう機会となる。そのことから、学年開始早期から継続的に関わり、自発的な学びに移行する過程への動機付けが大切となる。

自主的に練習を繰り返した後の最終評価では、全ての項目が「3：おおむね出来ている」の学生が多かった。このことは、母性看護技術評価の公表が学生の授業参加を動機づけ、多くの学生の主体性の醸成に繋がったと考える。さらに、1回目の公表後は自主練習としたことから自己決定の機会となり、自律性育成の内発的動機づけとなる重要な方向づけとなった。Stolz et al. (2020)は、自分の努力や行動を形づくる、創造することは、結果を自己に帰結させる認知的基盤としている。努力、繰り返しの練習は、内的統制へと繋がったと考える。

実習終了後にも学年末の母性看護技術評価の公表を行った。これは、次の領域実習や次年度の実習に向けた方向づけとなった。節目で評価の公表を受け、1年間を通じ技術を習得した一連のプロセスが学生の内的統制を形成したと考える。動機付け、その後の行動において学生を主体とする学修方法が、学生から一定の評価を得ることができた。

最後に、本研究の対象者は1施設単年の評価であり、以前の方法と比較ができず十分な考察に繋がらなかった。また、質問紙の信頼性・妥当性は、データ数が少なく十分検証できていない。今後もデータを蓄積し再度信頼性・妥当性の検証に繋げていきたい。

本研究に関して、公表すべき利益相反関連事項はない。

VII. 引用文献

- 浅川和幸. (2019). 大学生の「学び」を支える考え方の現状と課題—大学生は自分の「教育キャリア」をどのように振り返ったか—. *教育学の研究と実践*, 13, 13-18.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1990). A motivational approach to self-integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237-288.
- 遠藤恭子, 関根龍子. (2014). 看護学生の内発的動機づけと授業形態別にみた学びたい気持ちの変化との関連. *獨協医科大学看護学部紀要*, 8, 1-12.
- 深井喜代子. (2002). *新体系看護学第18巻基礎看護学③基礎看護技術*. メヂカルフレンド社.
- 一條明美, 神成陽子, 升田由美子. (2013). 看護技術学習のレディネスを目指した技術評価演習での学生の学び—1

- 年次の状況設定課題終了後のレポート分析― 旭川医科大学研究フォーラム, 13, 11-18.
- 松尾太加志, 中村知靖. (2016). *誰も教えてくれなかった因子分析*. 北大路書房.
- 沖田聖枝, 岡田淳子, 阪本みどり, 岡田初恵. (2004). 学生の自己評価および教員による他者評価を取り入れた看護技術の教育方法の検討. *川崎医療短期大学紀要*, 24, 31-36.
- Potthoff, S., Kwasnicka, D., Avery, L., Finch, T., Gardner, B., Hankonen, N., Johnston, D., Johnston, M., Kok, G., Lally, P., Maniatopoulos, G., Marques, M. M., McCleary, N., Presseau, J., Rapley, T., Sanders, T., Ten Hoor, G., Vale, L., Verplanken, B., Grimshaw, J. M. (2022). Changing healthcare professionals' non-reflective processes to improve the quality of care. *Social Science & Medicine*, 298, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114840>
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
- 坂上雅道, 山本愛実. (2009). 意思決定の脳メカニズム―顕在的判断と潜在的判断―. *科学哲学*, 42 (2), 29-40.
- Stolz, D. S., Müller-Pinzler, L., Krach, S., Paulus, F. M. (2020). Internal control beliefs shape positive affect and associated neural dynamics during outcome valuation. *Nature Communications*, 11 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-14800-4>
- Wotton, K., Davis, J., Button, D., Kelton, M. (2010). Third-year undergraduate nursing students' perceptions of high-fidelity simulation. *Journal of Nursing Education*, 49 (11), 632-639.

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。
- 著者数は、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原稿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原稿は直後の投稿期間の初日に投稿したものとして扱う。
- 査読に対する修正原稿の再投稿は結果公開直後の投稿期間に行うこととする。これを過ぎた場合は、以前投稿された原稿であっても新規投稿として扱う。

6. 倫理方針

- 他誌に発表されておらず、かつ、投稿中でない原稿に限る。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、本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) 投稿完了後の確認

- 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原稿は著者へ返却する。
- 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。
- 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) 採否決定

- 2名の査読者の査読後に、論文審査・編集委員が採否判定を行い、論文審査・編集委員会において採否決定する。
- 著者へ通知する採否結果は、「掲載可」「修正後掲載可」「要再査読」「掲載不可」である。
- 2名の査読者がどちらも「要再査読」と判定した場合は、論文審査・編集委員会の協議を経ずに「要再査読」と査読者のコメントが著者へ伝えられる。
- 1原稿につき再査読は2回までとする。
- 「掲載不可」となった原稿がその後新たに投稿された場合は、事務局が査読者から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、採否結果と査読者のコメントの確認を行う。

5) 修正原稿の提出

- 「要再査読」となった原稿の著者は、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。これを過ぎて投稿された修正原稿は、新規投稿として扱う。
- 著者は査読者および論文審査・編集委員から指摘のあった点について、修正箇所の有無とその内容等について記載した回答書とあわせて修正原稿を投稿する。査読者の指摘に答えられない場合は、どのような理由で答えられないか等を記載する。修正原稿と回答書は事務局が確認し、再査読のプロセスに進むかを決定する。

6) 掲載論文の著者校正等

- 「掲載可」「修正後掲載可」となった原稿は、印刷会社への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。
- 「修正後掲載可」の原稿については、査読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。
- 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。
- 印刷会社への入稿後、著者校正を行い、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」「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の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	○		
新規性	○		
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、論文投稿・審査システム「Editorial Manager[®]」を使用して投稿する。
- 原稿は以下に示すファイルに分けて、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（Microsoft Word、PDF 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（塗りつぶし不可）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) 筆頭著者は〇〇(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. 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答えられない場合はどのような理由で答えられないか等を記載する。

11. 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/>

12. 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。

13. 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

(2025年1月27日作成)

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
安保寛明
飯野英親
猪川康恵
池田千夏
池西悦子
石川智恵
市原真穂
市村尚子
伊東美佐江
稲野聖子
乾友紀子
井上直々
井上奈枝
今井伊佐子
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
大堀昇介
大山祐介
大山裕美子
尾形由貴子
岡本双美子
小倉邦子
長内さゆり
小野五月
小山恭子
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
窪川英記
熊谷桂子
熊谷真代子
久米暢子
黒田

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
小松容子
近藤純子
佐久間佐織
櫻井敬子
佐々木吉子
佐竹陽子
佐藤真由美
佐藤美香子
佐藤美樹
佐藤幹代
佐藤淑子
柴田滋子
渋谷美香
島田裕子
霜山真一
菅谷智一
菅原えりさ
菅原美樹
鈴井江三子
鈴木幸子
鈴木央子
鈴木香子
須田果穂
角智美
隅田千絵

関	根	正	成	瀬	早	苗	藤	井	徹	也
高	木	恵	西	澤	和	義	藤	浪	千	種
高	岸	美	西	田	頼	子	藤	野	智	子
高	谷	子	西	塚	弘	子	古	原	雅	司
高	橋	智	西	村	恵	理	古	島	幸	江
高	橋	津	二	瓶	映	美	本	厩	智	美
高	橋	亮	二	瓶	洋	子	前	城	綾	子
多	喜	子	沼	口	知	恵	嶋	田	ひ	と
竹	本	香	萩		典	子	眞	嶋	ゆ	か
竹	森	穂	萩	原	結	花	松	枝	美	智
但	馬	り	橋	本	佳	奈	松	田	千	登
立	野	子	畑		吉	節	松	本	賢	勢
田	戸	美	畠	山	卓	也	三	上	千	佳
田	中	子	畑	中	あ	ね	箕	浦	洋	子
谷	郷	美	花	井	理	紗	宮	木		良
玉	熊	子	濱	吉	美	穂	村	井	文	江
田	村	子	原		等	子	村	中	峯	子
為	永	憲	原	田	理	加	餅	田	敬	司
丹	治	也	原	東	竜	三	望	月	宗	一郎
千	葉	子	坂	東	志	乃	森	永	裕	美
塚	崎	子	板	浅	孝	枝	休	波	茂	子
楓	木	子	日	口	友	裕	矢	野	貴	恵
辻		美	樋	口	美	樹	山	岸	直	子
辻	野	帆	樋	井	有	紀	山	崎	優	介
辻	本	大	平	尾	三	子	山	下	い	づ
土	屋	克	平	川	明	美	山	下	早	苗
寺	岡	郎	平	林	美	和	山	村	江	美
徳	岡	恵	平	瀬	優	子	山	本	小	奈
中	嶋	平	廣	尾	泰	子	山	本	純	子
永	谷	恵	深	井	亜	美	吉	田	紀	子
中	山	純	福	士	早	苗	米	田	昭	子
生	天	子	福	島	泰	世	米	山	雅	子
成	田	百	福	山	綾	子	渡	邊	裕	見
成	田	合	福		智	子				子
		子								

(五十音順)

2025年度 論文審査・編集委員

宇 城 令
柏 木 公 一
小 林 京 子
小 林 康 江
志 田 京 子
習 田 明 裕
末 永 由 理
高 橋 和 子
田 口 智恵美
谷 本 真理子
田 上 美千佳
玉 井 奈 緒
藤 井 徹 也
水 野 恵理子
山 田 聡 子

(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.2

2025 年 11 月 14 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