ISSN 2758－3384
Vol.21 No.2 November, 2026

第 21 巻第 2 号　2026 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 ◇

乳がん患者および看護師を対象にしたペグフィルグラスチム自動投与デバイスの使用感と満足度に関するアンケート調査：多施設共同，前向き，患者団体参画型研究
相良病院　森　山　幸　代…… 3

面会制限のある病棟に来棟したきょうだいへのケア
―看護師の認識と具体的支援―
医療創生大学看護学部　八　賀　好　美…… 12

看護補助者が直面している看護師との協働上の困難
―A病院における半構造化面接による分析―
善衆会病院　後　閑　優　美…… 21

A病院における全身麻酔下で手術を受けた患者の覚醒時興奮に関連する因子の検討
山口労災病院　松　本　涼　太…… 27

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における感染管理看護師の役割ストレスに関する研究
済生会松阪総合病院　西　川　有　子…… 33

産後1か月の夫の育児行動に関する夫婦間の認識と育児共同感への影響
山梨大学医学部附属病院　吉　田　みな美…… 42

◇研究報告◇

クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連する要因の検討
国立看護大学校　髙　木　香　織…… 51

31日以内にICU再入室となった患者の背景とICUで行われた看護ケアの特徴
―看護ケア記録の後方視的調査―
岡山大学病院　石　井　かのう…… 59

A大学病院における尿道カテーテル管理方法の実態調査
―各部署の感染管理担当者に対する質問紙調査―
日本医療科学大学　土　屋　守　克…… 66

終末期看護に対する看護学生の意識変化を目指した演習の取り組み
―学生の背景と意識変化から見るロールプレイングの効果―
愛知県立総合看護専門学校　清　水　留　美…… 74

ペン型インスリン注入器の血液逆流リスクと誤投与時の感染管理に関するA病院および他施設看護師の認識差とその背景要因
―A県アンケート調査および全国公表事例の分析―
琉球大学病院　呉　屋　秀　憲…… 82

看護師が行う温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果の文献レビュー
宮崎県立看護大学　郡　　ハルミ…… 89

精神科急性期治療病棟における服薬自己管理アセスメントシートの作成
国立国府台医療センター　菊　池　敦　子…… 98

股関節手術後の患者へ視覚媒体を用いた離床ケアへの取り組み
―股関節手術患者の離床ケア―
大和高田市立病院　谷　口　　寛……107

発症後早期に再発予防指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識
倉敷中央病院　渡　邉　有　紀……115

看護師のモニターのアラームに対する実態調査
太田西ノ内病院　安　積　早　紀……121

看護学生における対人関係の特徴とメンタルヘルスの関連
九州大学病院　宇都宮　里　桜……128

市町保健師が地区診断を推進するために必要な要素
下関市立大学看護学部　原　賀　美　紀……135

検診における大腸内視鏡検査の残便および観察不良の実態とその要因
東京大学病院　石　垣　夏　子……143

骨粗鬆症自己注射中の高齢患者における治療への認識
北陸中央病院　日比野　　彩……150

育児期にある短時間勤務看護師の職業的アイデンティティとその再構築
宝塚大学看護学部　川　島　佐和子……156

こどもの入院に伴う母親の付き添いの状況および認識と入院満足度との関連
武庫川女子大学看護学部　藤　田　優　一……163

新型コロナウイルス感染症流行の蔓延状況における看護職の思い
―専門職としてのやりがいや困難感に焦点をあてて―
宮崎県立看護大学　武　田　千　穂……171

看護師養成所３年課程における看護教員のバーンアウト症候群に影響を及ぼす因子
―職業コミットメントおよび組織コミットメントとの関連―
舞鶴医療センター附属看護学校　平　井　久美子……180

我が国の潜在看護師に関する研究の動向
杏林大学保健学部　小　溝　早　紀……186

◇実践報告◇

臨地実習で活用した老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学び
宮崎県立看護大学　重　久　加代子……191

意思表示困難な患者に対するポケットエコーを活用した個別的排便ケアの事例報告
北陸中央病院　尾　﨑　侑　加……195

Ａ看護系大学卒業生の進路選択理由，進路支援ニーズと就業継続の現状
東京医療保健大学　辻　　久美子……200

◇ 原　著 ◇

乳がん患者および看護師を対象にしたペグフィルグラスチム自動投与デバイスの使用感と満足度に関するアンケート調査：多施設共同，前向き，患者団体参画型研究

森山幸代[1)]*，高江洲睦代[2)]，玉城研太朗[2)]，桜井なおみ[3)]，小峰歩美[1)]，太良哲彦[1)]

【目的】ペグフィルグラスチム自動投与デバイス（OBI）の使用感や満足度の調査。
【方法】OBI を使用する乳がん患者および使用方法の説明と装着を行った看護師を対象にアンケート調査した。
【結果】患者 57 例のうち，94.7%が装着した OBI が剥がれた／剥がれかけたことはなく，日常生活が OBI 装着のためにできなかった割合は 7.1%以下であった。82.5%以上の患者で OBI 装着部位の赤み，かゆみ，痛み，かぶれはなかった。OBI 使用の総合的な満足度は 91.2%がとても／やや満足，1.8%がやや不満であった。看護師 14 例の回答では，30～40%が OBI を使用することで従来のシリンジ製剤より業務負担が減り，40～50%は業務負担が増えていた。
【結論】患者の OBI の使用感は概ね良好で満足度は高かった。看護師へのアンケート結果からは，看護師の OBI 使用支援や看護師間での OBI 使用経験の共有が必要と考えられた。

【キーワード】ペグフィルグラスチム自動投与デバイス，使用感，満足度，アンケート調査，ディシジョンエイド

Ⅰ．はじめに

日本では男性，女性ともにおおよそ２人に１人が一生のうちにがんと診断され，がん罹患数は 2023 年推計値で約 103 万人（男性約 59 万人，女性約 44 万人），がん死亡数は約 40 万人（男性約 23 万人，女性約 17 万人）と推計されている（がん研究振興財団，2024）。手術，放射線照射や抗がん剤の投与などによるがん治療や，がん治療に伴う副作用軽減のための支持療法は，がんの進行や再発を防ぐために重要な治療であるが，患者への手術や薬剤投与に伴う副作用発現による身体毒性だけでなく，高額治療費の負担による経済毒性，そして通院や入院に時間が割かれる時間毒性などの患者負担を生じることについても，近年盛んに議論されるようになっている（Gupta et al., 2022；Itani et al., 2023）。また，多くの国民ががんに罹患するなか，そのがん治療を担う医師や看護師など医療従事者においては働き方改革の取り組みが必要になっており，医療従事者の業務負担の軽減も求められている（日本看護協会，n.d.；厚生労働省，n.d.）。がん患者および医療従事者双方への負担軽減の対策が，日本のがん治療における極めて重要な課題と言える。

発熱性好中球減少症は，がん化学療法に伴う骨髄抑制によって引き起こされる重篤な副作用の一つである（Crawford et al., 2004；Partridge et al., 2001）。発熱性好中球減少症の副作用対策として，日本のガイドラインでは治療に使用するレジメンの発熱性好中球減少症の発症リスク，がん種や患者の病態を考慮したうえで，顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）製剤の一次予防投与を行うことが推奨されている（日本癌治療学会，2022）。ペグフィルグラスチムは，持続型の顆粒球コロニー刺激因子製剤であり，がん化学療法による発熱性好中球減少症の発症抑制を適応症として使用される（協和キリン，2024）。これまで，発熱性好中球減少症の発症リスクが高い場合，患者はペグフィルグラスチムを投与するために化学療法終了の翌日以降に医療機関への再来院が必要であったが，化学療法の約 27 時間後にペグフィルグラスチムを自動投与することが可能なデバイス（on body injector：OBI）の開発が国内で進められた（図１）（Aruga et al., 2022）。2022 年７月に日本で OBI の製造販売が承認され，同年 12 月に発売された（協和キリン，2023）。OBI を装着することで化学療法終了の

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）社会医療法人博愛会相良病院　　2）医療法人那覇西会那覇西クリニック　　3）一般社団法人 CSR プロジェクト
＊ E-mail：yukiyo-moriyama@sagara21.com

© 2026 Japanese Nursing Association

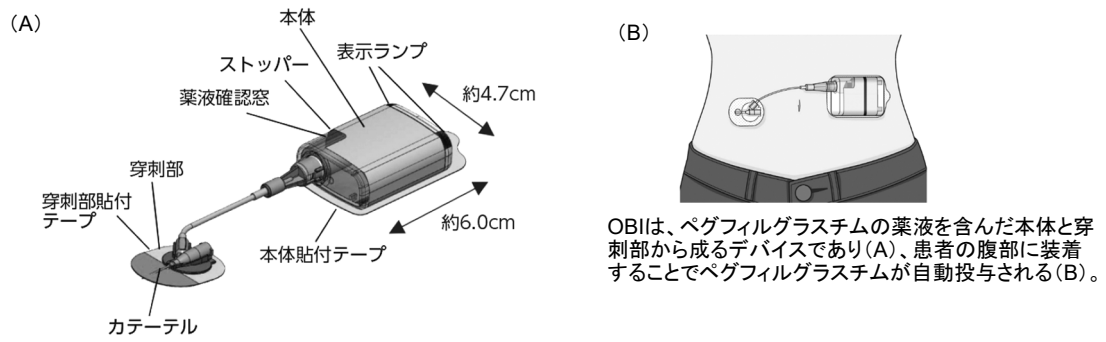


図１　ペグフィルグラスチム自動投与デバイス（on body injector: OBI）（Aruga et al., 2022）
引用文献より日本語翻訳して転載

翌日以降のペグフィルグラスチム投与のための来院が不要になり，患者においては通院負担が軽減される。医療従事者においては化学療法とペグフィルグラスチム投与が同じ日に行えることになり，別日対応では患者ごとに投薬説明，記録作成などの工程を繰り返す必要があることから，従来のようにそれぞれを別日で実施するよりも業務を効率化できて医療従事者の業務負担の軽減に繋がることが期待できる。これまでに，日本の実臨床において患者および医療従事者を対象に，OBI の使用感や満足度を前向きに調査した論文報告はない。

Ⅱ．目　　的

OBI を使用する乳がん患者および使用方法の説明と装着を行った看護師を対象に，OBI の使用感や満足度を調査した。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

社会医療法人博愛会相良病院および医療法人那覇西会那覇西クリニックの２施設共同による前向きの観察研究であり，OBI を使用する乳がん患者および看護師を対象にアンケート調査を実施した。協和キリン株式会社が OBI の治験施設の中から本研究の候補となる数施設を選定し，協力が得られたこの２施設で本研究を実施した。アンケートの質問票の作成には，医学会等でがん患者目線での発表を積極的に実施している患者団体である一般社団法人 CSR プロジェクトの代表１名が本調査実施に賛同して参画した。通院頻度などが治療と仕事の両立支援や患者の生活そのものに影響を与えることが懸念されるため，医療従事者からの視点や立場のみではなく，回答のしやすさ（言葉の表現など）や回答に要する時間などのほか，装着感，通院回数や通院時間に対する意識など，患者の視点や立場を考慮したアンケート調査にした。患者団体には OBI 使用経験者は含まれず，患者団体とのアンケート調査内容に関する議論をウェブ会議で４回実施した。なお，患者団体の研究協力者は研究の分析などには関与していない。アンケート調査の被験者となる乳がん患者の目標数を 80 人とし，看護師の目標数は設定しなかった。被験者の登録期間は 2023 年４月から 2024 年５月であった（UMIN 登録番号：UMIN000050369）。

２．被験者

本アンケート調査への参加に関して本人の自由意思による文書同意が得られ，担当医師により外来化学療法を施行されていて OBI を初めて使用する満 20 歳以上の乳がん患者，および OBI を使用する乳がん患者に対して OBI の使用方法の説明と装着を行った看護師を，本調査の被験者とした。看護師は，患者の視点や立場に立った OBI 使用の意思決定を患者にしてもらうため，そのメリットとデメリットを患者に分かりやすく説明できるよう患者団体からのアドバイスを受け，患者や家族に対して OBI 装着のディシジョンエイド*を実施した。

*：診療方針などを患者が意思決定をする際に，支援することを目的とした介入手段（大坂・山内，2018；Stacey et al., 2024）。

３．アンケート調査

１）調査方法

患者には１回目を OBI 装着前（患者背景），２回目を装着翌日（装着感），３回目を投与終了後（満足度）に速やかに回答してもらえるようアンケート調査し，さらに４回目を次回来院時（満足度）にアンケートを行った（合計４回）。３回目と４回目の満足度については，化学療法後の不安のある中，３回目を自宅で行うため，回答の欠損が生じないように，同一の調査項目で４回目を次回来院時に行った。看護師には OBI 装着終了時の１回アンケートを実施した（図２）。患者へのアンケートは紙面またはアプリ（Welby Inc.）での調査とし，同意取得時に患者自身がどちらか一つを選択した。アンケートは紙面とアプリで同一内容とした。また，アプリを使用する患者については OBI の使用および保管などに関するセルフマネジメントチェックもアプリを活用して実施し，チェック結果はアプリを介して実施医療機関にメールで通知された。紙面を選択した患者は，このアプリでの通知機能は利用できず，異常時は電話等で医療機関に連絡をした。実施医療機関の医療従事者はその通知により，セルフマネジメントチェックで問題があることを確認した場合，必要に応じて対象患者に対し適切な対応を講じることとした。

２）調査項目

患者アンケートでは，患者背景（OBI を初めて使用する際

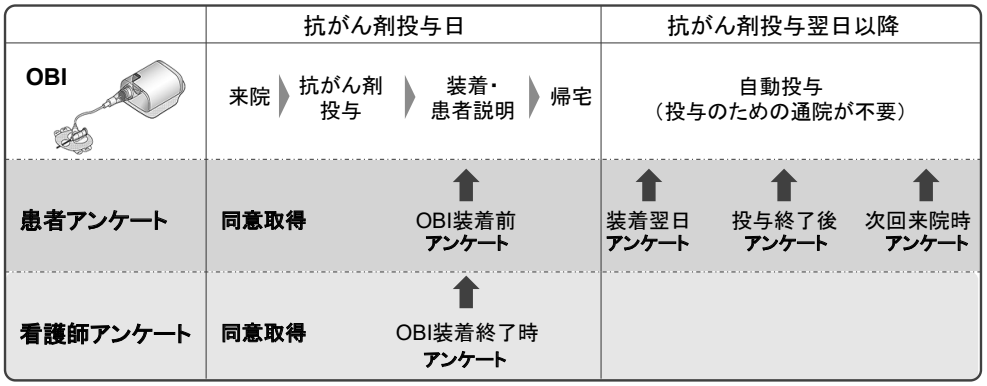


図２　アンケート調査のスケジュール

の抗がん治療レジメンおよびそのサイクル数，ペグフィルグラスチムのシリンジ製剤使用経験の有無，年齢，同居者の有無，ケアマネジャー等の訪問の有無，医療機関までの交通手段，片道通院時間および交通費），OBI の装着状況，OBI 装着による日常生活の支障，OBI 装着部位のかゆみ・痛み，OBI 使用の満足度などを調査した。看護師アンケートでは，看護師背景（性別，年齢，看護師経験年数，職位，OBI 治験時のトレーニング実地経験の有無），OBI の説明や装着の不安の有無，患者・家族への説明と理解，装着を患者が選択しなかった理由，看護師の業務負担などを調査した。

３）集計・解析

調査対象から得られたアンケート結果は，各調査項目の欠損値を除いた有効回答者数を母数とし，頻度（*n*），割合（%），平均値，標準偏差（SD），中央値，四分位範囲の要約統計量で示した。解析ソフトは SAS Release 9.4 TS Level 1 M5（64bit）以降および Microsoft Excel 365 を使用した。

４）医師や看護師による患者への説明

OBI の装着に関する各患者への説明は，診療業務のなかで協和キリン株式会社が配布している OBI のリーフレット（協和キリン，2025）を用いて行った。

Ⅳ．倫理的配慮

本調査は，ヘルシンキ宣言に基づいた倫理原則に則り，最新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を遵守して実施された。調査実施前に，実施計画について調査依頼者である協和キリン株式会社の倫理審査委員会（FL2022_021_00），ならびに社会医療法人博愛会相良病院および医療法人那覇西会那覇西クリニックの倫理審査委員会の承認を得た（22-61 および NNCE2023002）。被験者の患者および看護師から文書による同意を得て調査を実施し，被験者に登録番号（識別番号）を付与することで個人を特定できない状態にして調査データを取り扱った。被験者には本研究に参加しない場合も OBI の導入や看護師によるセルフマネジメント支援は通常どおりに受けられることを伝え，不利益を被らないことを説明したうえで，同意を得た。患者団体への研究参加の協力に対しては，患者参画の必要性を説明し，契約下で合意を得て，謝礼を支払った。

Ⅴ．結　　果

１．患者調査

１）患者背景

平均年齢 53.0 歳の乳がん患者 57 人が調査対象であった。OBI を初めて使用する際の抗がん治療レジメンは Dose-dense EC 療法が 17 人（29.8%），Dose-dense AC 療法が 13 人（22.8%）の順に多く，サイクル数は２サイクル目が 29 人（50.9%）を占めていた。ペグフィルグラスチムのシリンジ製剤使用経験がある患者とない患者の割合はほぼ半数ずつであった（表１）。アンケート結果を紙面で回答した患者は 46 人，アプリで回答した患者は 11 人であった。

２）OBI の装着状況

患者 57 人のうち，54 人（94.7%）が「装着した OBI が剥がれた／剥がれかけたことはなかった」，３人（5.3%）が「剥がれかけた／完全に剥がれたことがあった」と回答した（図３）。剥がれかけた／完全に剥がれたことがあった３人の回答では，その場面は着替え（１人），家事（１人）およびトイレ（１人）のときであり，３人すべてがテープでカバーなどして継続使用していた。OBI 装着の支障は，37 人（67.3%）が「全く支障はなかった／支障はなかった」，13 人（23.6%）が「とても支障があった／支障があった」と回答し（図３），着替え，トイレ，食事，育児などの日常生活が OBI 装着のためにできなかった患者割合は 7.1%以下であった（図４）。

３）OBI 装着部位のかゆみ・痛みなど

「OBI のカテーテル穿刺部位の赤み，かゆみ，痛みはない」と回答した患者が 82.5%以上，「本体装着部位のかぶれ，赤み，かゆみはない」と回答した患者が 89.5%以上であった。また，40 人（71.4%）で OBI を取り外すときの皮膚の痛みはなかった（図５）。

４）OBI 使用の満足度

OBI 使用についての投与終了時の総合的な満足度は，52 人（91.2%）が「とても満足／やや満足」，１人（1.8%）が「とても不満／やや不満」であった。治療前と変わらずに日常生活を行えること，通院がなくなり感染機会が減少すること，同居者の負担軽減，抗がん剤の副作用を抱えながら通院しなくて済むこと，通院に伴う費用負担がなくなることの満足度も，

表1　患者背景

区分／統計量		n (%)
有効回答者数		57
OBIを初めて使用する際の抗がん治療レジメン	dd EC療法	17 (29.8)
	dd AC療法	13 (22.8)
	TC療法	9 (15.8)
	AC療法	9 (15.8)
	EC療法	8 (14.0)
	AC→DTX療法	1 (1.8)
OBIを初めて使用する際の抗がん治療レジメンのサイクル数	1サイクル目	22 (38.6)
	2サイクル目	29 (50.9)
	3サイクル目	5 (8.8)
	4サイクル目	1 (1.8)
ペグフィルグラスチムのシリンジ製剤使用経験	あり	30 (52.6)
	なし	27 (47.4)
年齢(歳)	平均値±標準偏差	53.0±10.7
	中央値(四分位範囲)	52.0 (46～60)
	20代	1 (1.8)
	30代	6 (10.5)
	40代	14 (24.6)
	50代	21 (36.8)
	60代以上	15 (26.3)
同居者の有無	あり	45 (78.9)
	なし	12 (21.1)
ケアマネジャー等[1]の訪問	あり	0
	なし	55 (96.5)
	不明	2 (3.5)
医療機関までの交通手段(複数回答)	自家用車	49 (86.0)
	タクシー	9 (15.8)
	バス	7 (12.3)
	徒歩	6 (10.5)
片道通院時間(分)	<30	12 (21.1)
	≧30～<60	21 (36.8)
	≧60～<120	14 (24.6)
	≧120	10 (17.5)
片道交通費(円)[2]	平均値±標準偏差	1,177.7±1,758.6
	中央値(四分位範囲)	300.0 (170～1,900)

[1] ヘルパー、看護師を含む [2] 有効回答35例を対象に集計 AC:ドキソルビシン・シクロホスファミド, dd: Dose-dense, DTX:ドセタキセル, EC:エピルビシン・シクロホスファミド, TC:ドセタキセル・シクロホスファミド

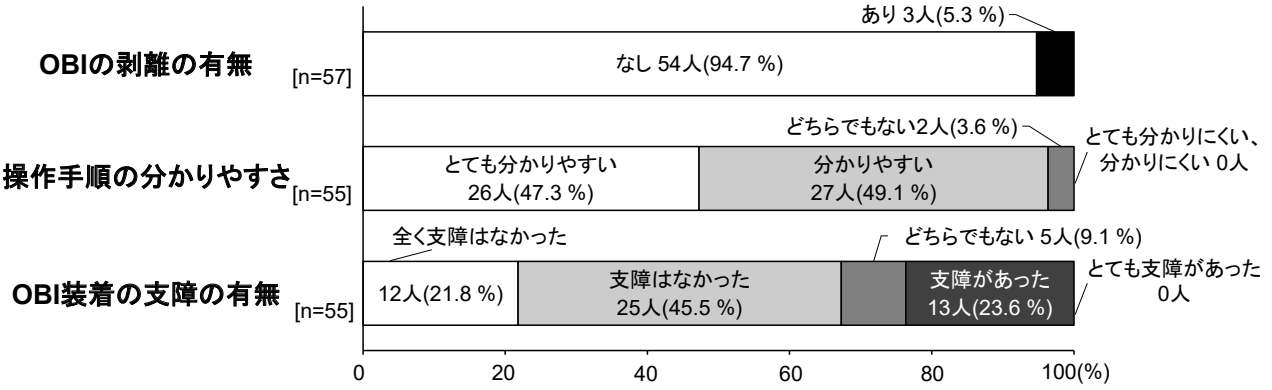


図3　OBIの装着状況
[ ] 内は有効回答者数を示す（延べ）

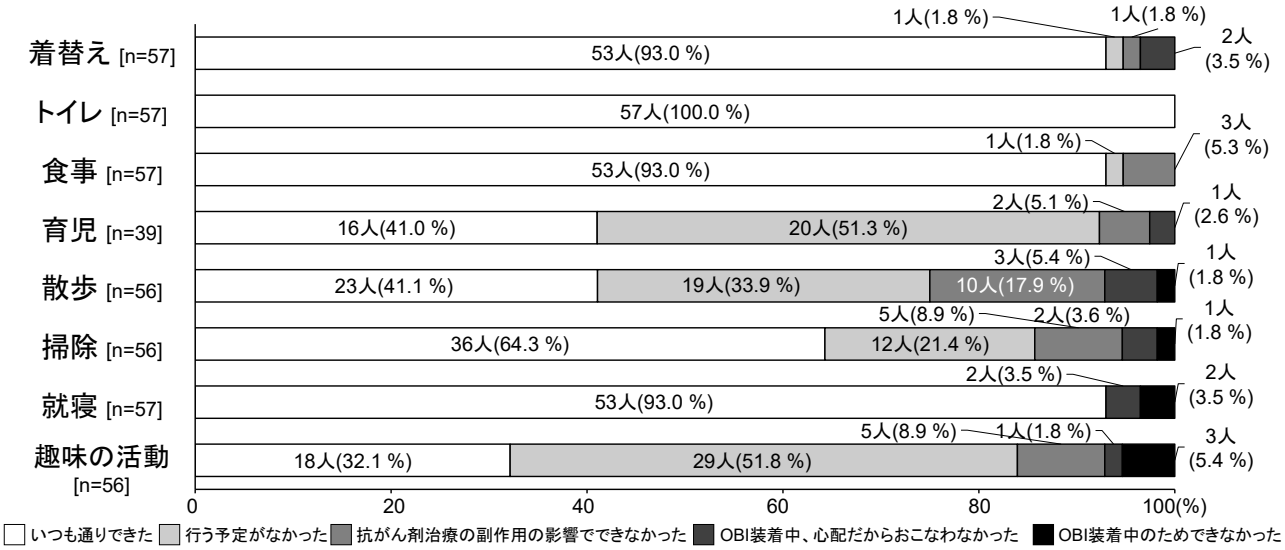


図4　OBI装着中の日常生活の支障
[ ] 内は有効回答者数を示す（延べ）。図中に例数（%）が記載されていない凡例の回答は0例であった。

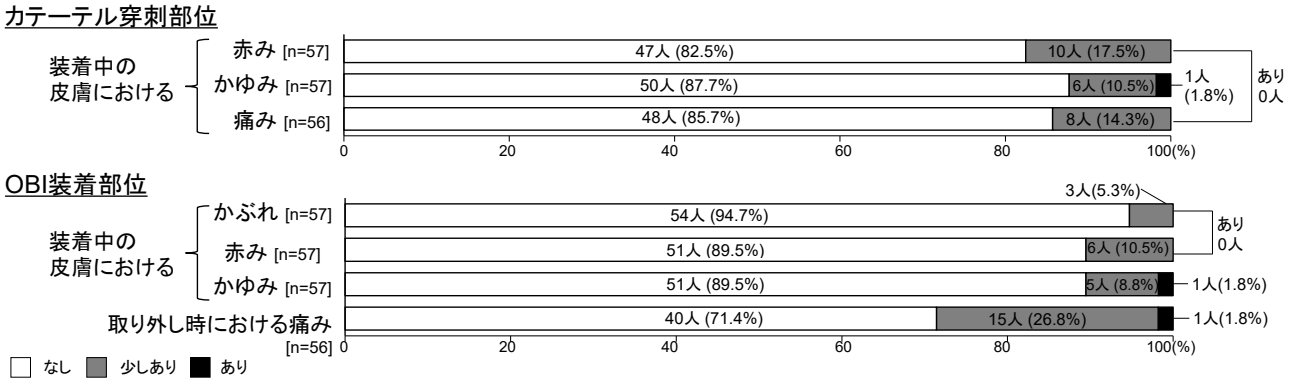


図５　OBI 装着部位のかゆみ・痛み
［ ］内は有効回答者数を示す（延べ）

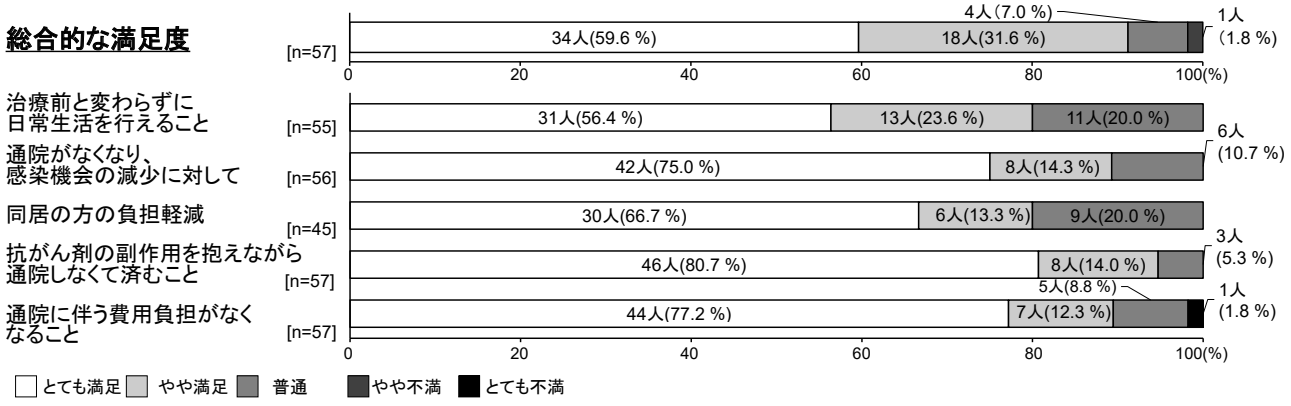


図６　OBI 使用の満足度
［ ］内は有効回答者数を示す（延べ）。図中に例数（%）が記載されていない凡例の回答は 0 例であった。

表２　看護師背景

区分／統計量		*n*（%）
有効回答者数		14
性別	女性	14（100.0）
年齢（歳）	20 代	1（7.1）
	40 代	8（57.1）
	50 代	5（35.7）
看護師経験年数（年）	平均値±標準偏差	20.7±6.8
	中央値（四分位範囲）	21.0（16.0～25.0）
職位	看護師	8（57.1）
	准看護師	1（7.1）
	不明	5（35.7）
OBI 治験時のトレーニング実地経験	あり	9（64.3）
	なし	5（35.7）

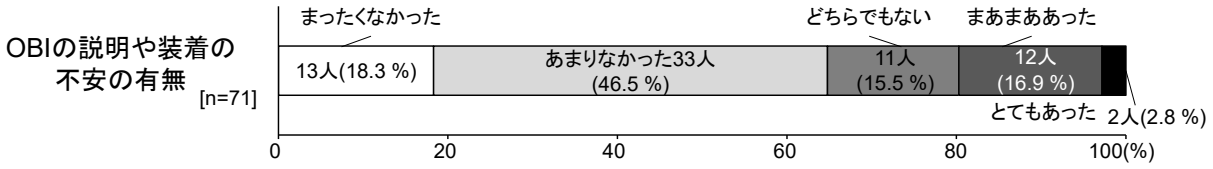


図７　OBI の説明や装着の不安の有無
［ ］内は有効回答者数を示す（延べ）

80%以上が「とても満足／やや満足」と回答していた（図６）。

２．看護師調査

１）看護師背景

看護師 14 人が調査対象であり，平均経験年数は 21 年と経験豊富な看護師が調査対象であった（表２）。

２）OBI の説明や装着の不安の有無

看護師から得られた回答のうちの 46 人（64.8%）が「OBI の説明や装着に不安がまったくなかった／あまりなかった」であり，14 人（19.7%）が「まあまああった／とてもあった」と回答した（図７）。

３）患者・家族への説明と理解

患者・家族への OBI 操作の説明時間は医師，看護師ともに「５分以上 10 分未満だった」との回答が最も多く（両者とも約 50%），OBI の説明に対する患者・家族の理解については，

「理解はすみやかで，一度の説明で十分であった」との回答が54 人（84.4%）を占めていた（図８）。

４）装着を患者が選択しなかった理由

OBI の装着を患者が選択しなかった理由として，「装着が怖い」および「近距離のため等，通院希望」が 18 人（32.1%），「装着が不安」が 12 人（21.4%），「入浴の制限」が８人（14.3%），「装着が煩わしい」が６人（10.7%）の順に多かった（図９）。

５）看護師の業務負担

看護師 14 人から得られた回答のうち，①患者・家族へのOBI の操作説明，②OBI の装着前の準備および③患者へのOBI の装着の負担に関して，それぞれ 21 人（36.8%），17 人（29.8%）および 17 人（29.8%）が「OBI を使用することで従来のシリンジ製剤より業務負担が減った」と回答した。一方，①，②および③それぞれの負担に関して，22 人（38.6%），28 人（49.1%）および 23 人（40.4%）は「業務負担が増えた」と回答した（図 10）。なお，アンケート結果をアプリで回答した患者は 11 人であったが，これらの患者ではアプリを介したセルフマネジメント支援を受けた。セルフマネジメント支援を受けた患者からは，見守ってくれている安心感があるとの報告があり，OBI の装着状況を写真で送付して知らせる患者もいたため，看護師からはセルフマネジメント支援によって患者の不安が軽減できたとの声が聞かれた。

患者・家族へのOBI操作の説明時間 (分/回)

区分 [n =33]	医師からの説明 n (%)	区分 [n =67]	看護師からの説明 n (%)
＜3	3 (9.1)	＜3	3 (4.5)
≧3～＜5	7 (21.2)	≧3～＜5	10 (14.9)
≧5～＜10	18 (54.5)	≧5～＜10	33 (49.3)
≧10	5 (15.2)	≧10～＜15	18 (26.9)
		≧15～＜20	2 (3.0)
		≧20	1 (1.5)

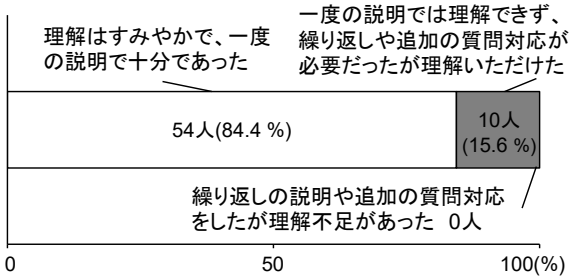


図８　患者・家族への説明と理解
［ ］内は有効回答者数を示す（延べ）

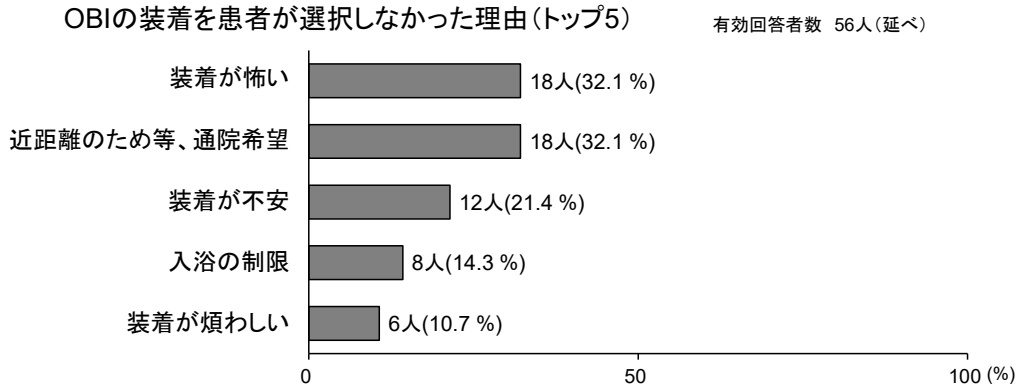


図９　OBI の装着を患者が選択しなかった理由
このアンケート調査項目のみ，回答を自由記載，複数回答可とした。

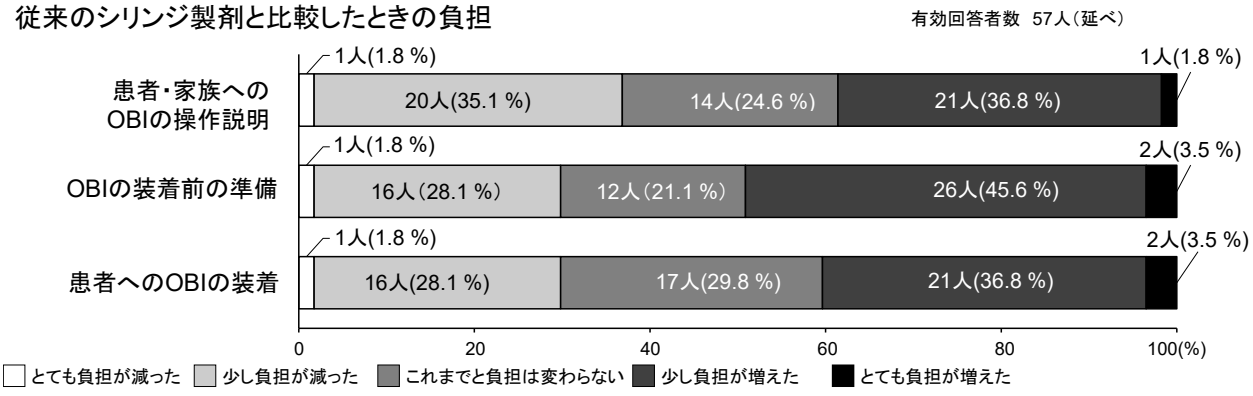


図 10　看護師の業務負担

Ⅵ. 考　　察

患者アンケートでは，「OBI が剥がれかけた／完全に剥がれたことはなかった」と回答した患者が 57 人中の 54 人（94.7%）であり，OBI 装着状態は概ね問題がなかった。ただし，３人（5.3%）が着替え，家事およびトイレのときに剥がれかけた／完全に剥がれたことがあり，テープでカバーなどして継続使用していたことから，誤って OBI を剥がしてしまい易い日常生活の場面を具体的に患者にあらかじめ説明しておく必要や，もし投与が完了する前に OBI が外れてしまったときは自ら装着部位の貼り替えや再装着は行わずに，直ちに医療機関に連絡すること（協和キリン，2025）をより丁寧に患者に事前に説明する必要がある。

OBI 装着の支障は，37 人（67.3%）の患者が「全く支障はなかった／支障はなかった」と回答し，着替え，トイレ，食事，育児などの日常生活が OBI 装着のためにできなかった患者割合は 7.1%以下であった。今回の調査では，患者団体からのアドバイスを参考にし，患者や家族に対して OBI 装着のディシジョンエイドを実施しており，担当医師だけでなく看護師からもサポートを受けて OBI 装着を決定した患者がアンケートの対象であった。看護師は OBI のリーフレットやデモ機を使用して OBI 使用に関する患者の理解度を高めるとともに，患者の理解度も対話のなかで確認しながらディシジョンエイドを実施した。また，看護師アンケートの結果では，看護師の平均経験年数が 21 年と経験豊富な看護師が患者への OBI の説明，装着やディシジョンエイドを担当していたことが示されており，個々の患者に応じたより適切な対応ができていた可能性がある。このため，患者が OBI 装着のメリットとデメリットをより詳細に理解したうえで OBI 使用を選択し，その結果として日常生活への OBI 装着の支障があったとするアンケートの回答患者割合が少なく抑えられたと考えられる。ディシジョンエイドの重要性を示唆する知見である。

OBI の国内第 1 相試験では，有害事象として掻痒感が 35 人中の 7 人（20.0%），発疹が 5 人（14.3%），湿疹が 4 人（11.4%），紅斑が 4 人（11.4%）に報告されている（Aruga et al., 2022）。今回のアンケート調査では，「OBI のカテーテル穿刺部位の赤み，かゆみ，痛みはない」と回答した患者が 82.5%以上，また「本体装着部位のかぶれ，赤み，かゆみはない」と回答した患者が 89.5%以上であったことから，患者の OBI 使用感としてこれら有害事象への不満は許容できる範囲と考えられた。一方，「本体の取り外し時の痛みがない」と回答した患者は 40 人（71.4%）であり，上記の有害事象がないと回答した患者割合より少なく，本体取り外し時に多少の痛みがあることを患者にあらかじめ説明しておくことで，OBI 使用時の患者不満を軽減させる可能性がある。

OBI 使用についての総合的な満足度は 52 人（91.2%）が「とても満足／やや満足」であり，治療前と変わらずに日常生活を行えること，通院がなくなり感染機会が減少すること，同居者の負担軽減，抗がん剤の副作用を抱えながら通院しなくて済むこと，通院に伴う費用負担がなくなることの満足度も，80%以上が「とても満足／やや満足」と回答していた。海外の G-CSF 製剤シリンジ投与のための通院に伴う患者と介護者の経済的負担の報告として，通院負担は，がん患者とその家族が負担する経済的負担総額に追加されている（Stephens et al., 2016）。また，患者アンケートの自由記載での回答では，OBI 使用に対して肯定的な回答した患者の多くが体調不安のなか通院することがなかったなど，通院による身体的負担が軽減されることを OBI 使用のメリットとして記載していた。海外の OBI 投与による患者の選好についての報告として，半数以上が OBI を選択した主な理由として時間の節約とされ（Metz et al., 2021），通院の削減が満足度に影響した可能性がある。通院負担の軽減に加えて，上記で考察したように，OBI の良好な装着状態や日常生活への影響，有害事象への不満が許容できる範囲にあったこと，看護師がディシジョンエイドを行い患者と医療従事者で OBI 装着の共同意思決定を行ったことが，このような患者の高い満足度に繋がった可能性がある。

看護師アンケートでは，OBI の説明や装着に対して，「不安がまったくなかった／あまりなかった」と回答した看護師は 46 人（64.8%）と多かったが，「まあまああった／とてもあった」と回答した看護師も 14 人（19.7%）いたことから，看護師が不安に思っている点を明らかにして，改善することが必要と考えられた。OBI の説明に対する患者・家族の理解については，「理解はすみやかで，一度の説明で十分であった」との回答が 54 人（84.4%）を占めていたことから，このような患者・家族の理解状況を看護師が知ることで OBI の説明に対する不安が軽減できる可能性がある。また，患者アンケートの結果において考察したように OBI の装着状態が良好で患者満足度が高いことを，看護師が共有することで装着に対する不安が軽減できるかもしれない。

OBI の装着を患者が選択しなかった理由として，「装着が怖い」が「近距離のため等，通院希望」とならび 18 人（32.1%）と最も多かった。「装着が怖い」のような感情的な理由に対しては OBI のリーフレット（協和キリン，2025）などを活用して装着時のイメージを患者に持ってもらうことで，安心感が得られる可能性がある。「入浴の制限」も 8 人（14.3%）と多かったが，「○○日からお風呂に入れます」といったポジティブメッセージを使用することや，清拭など実施可能なことの情報提供なども合わせて行うことで，患者の理解が得られ易くなると考えられる。

従来のシリンジ製剤と比較したときの OBI を使用することによる業務負担は，30～40%の看護師は「業務負担が減る」と回答した一方，40～50%は「業務負担が増える」と回答した。患者が OBI を使用する際のディシジョンエイドに重要な役割を担う看護師の負担軽減が，OBI を医療現場で有効に活用していくうえでの課題であることが示唆された。OBI は患者の通院負担を減らすメリットを有し，今回のアンケート調査でも患者の満足度が高かったことから，今後はさらなる看

護師の OBI 使用支援や看護師間での OBI 使用経験の共有が必要と考えられた。

今回のアンケート調査では，患者へのアンケートを紙面またはアプリで実施し，アプリで回答した患者は 57 人中 11 人であった。アプリでの回答患者が少なくその有用性をデータで検証することはできなかったが，方法の項で記載した患者のセルフマネジメント支援，回答の入力／送信が簡便に行えること，患者と医療従事者間でのデータの即時共有や医療従事者が追跡管理できることなど，アプリ使用の有用性があると考えられる。看護師からはセルフマネジメント支援によって患者の不安が軽減できたと感じられるという声も聞かれた。一方，デジタルツールの操作に不慣れな患者や，アプリ登録を面倒と思う患者もいて，そのような患者に対してアプリ利用のさらなる対策や支援が必要である。また，調査票の作成段階から患者団体が参画し，患者の立場を考慮したアンケート内容を立案した。がん患者のがん政策への参画が法定されており，がん医療を向上させるために，がん患者が臨床研究に参画していくことの重要性が論文報告されている（天野，2019）。厚生労働省は 2023 年に第 4 期がん対策推進基本計画を示し，患者・市民が参画して医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供や，患者やその家族等のサービスへのアクセシビリティ向上を推進するとしている（厚生労働省，2023）。また，医療分野の研究開発などの中核的な役割を担う機関として設立されている国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）からは，患者と研究者の協働を目指す第一歩として研究への患者・市民参画のガイドブックが示されている（日本医療研究開発機構，2019）。このような観点からも本研究にがん患者団体が参画した意義は大きいと考えている。

研究の限界として，本調査の実施施設を OBI の治験施設の中から，その開発会社である協和キリン株式会社が選定しているため，調査実施施設を選定する際のバイアスの影響が否定できない。ただし，調査実施には協和キリン株式会社は関与せず，調査の資金提供を協和キリン株式会社から受けたことを公表することを研究計画書や同意説明文書に示すなどし，調査結果への本バイアスの影響を減らす対処が行われた。

Ⅶ. 結　　論

本調査では，調査票の作成段階から患者団体が参画して，患者の立場を考慮したアンケート内容を立案したうえで，新規投与デバイス OBI の使用感や満足度を調査した。患者の OBI の使用感は概ね良好で満足度は高く，看護師による OBI の説明や装着への不安に関して大きな問題点は認められなかったことから，OBI が患者の通院負担と医療従事者の業務負担の軽減に寄与することが示唆された。ただし，OBI を使用することで業務負担が増えたとする看護師の回答が約半数みられたことから，患者が OBI を使用する際のディシジョンエイドに重要な役割を果たす看護師に対して OBI 使用支援の取り組みを行うことや，OBI 使用経験の看護師間での共有が必要と考えられた。また，OBI 装着に対する患者不安に対しては，患者の生活背景に応じた丁寧な説明と共同意思決定が必要と思われる。

*本論文について

本論文の内容の一部は，2025 年 3 月開催の第 22 回日本臨床腫瘍学会学術集会において発表された。

謝辞

本研究に参加いただいた患者・家族，医師・看護師およびその関係者，本研究に協力いただいた患者団体（一般社団法人 CSR プロジェクト）に心から感謝申し上げます。

利益相反など

著者の森山幸代，髙江洲睦代，小峰歩美は報告すべき利益相反はない。玉城研太朗は日本イーライリリー株式会社，中外製薬株式会社から講演料の支払いを受けた。桜井なおみはキャンサー・ソリューションズ株式会社の代表取締役社長である。太良哲彦は第一三共株式会社，協和キリン株式会社から講演料の支払いを受けた。

本研究は，協和キリン株式会社の資金提供を受けて実施した。アプリでの患者アンケート支援を Welby Inc.，アンケート結果の解析支援を ArkMS 株式会社（アークメディカルソリューションズ），論文作成のメディカルライティングサポートをメディカル・プロフェショナル・リレーションズ株式会社が，協和キリン株式会社からの資金提供を受けて実施した。

Ⅷ. 引 用 文 献

天野慎介．（2019）．がん治療における患者参画　患者の立場から．*癌と化学療法*，*46* (8), 1226–1229.

Aruga, T., Doihara, H., Yanagita, Y., Ishida, T., Yamashita, T., Uehara, K., Taira, T., Tsurutani, J., Takeshita, T., Tsuyuki, S., Kaneko, K., Ohtake, T., Yamaguchi, Y., Hara, Y., & Saji, S. (2022). Evaluation of a novel medical device for pegfilgrastim administration. *Cancer Science*, *113* (5), 1763–1770.

Crawford, J., Dale, D. C., & Lyman, G. H. (2004). Chemotherapy-induced neutropenia: risks, consequences, and new directions for its management. *Cancer*, *100* (2), 228–237.

がん研究振興財団．（2024）．*がんの統計 2024*. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/2024_jp.html（2026 年 8 月 4 日閲覧）

Gupta, A., Eisenhauer, E. A., & Booth, C. M. (2022). The Time Toxicity of Cancer Treatment. *Journal of Clinical Oncology*, *40* (15), 1611–1615.

Itani, Y., Obama, K., Fujimori, M., Saito, J., & Uchitomi, Y. (2023). Cancer treatment-related financial toxicity in Japan: a scoping review. *Frontiers in Psychology*, *1* (14), 1205016.

厚生労働省．（n.d.）．*医師の働き方改革*. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/ishi-hatarakikata_34355.html

（2026 年 8 月 4 日閲覧）
厚生労働省.（2023）. *第 4 期がん対策推進基本計画について*. https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001091843.pdf（2026 年 8 月 4 日閲覧）
協和キリン.（2023）. *添付文書　ジーラスタ皮下注 3.6mg ボディーポッド　2023 年 10 月改訂（第 3 版）*. https://medical.kyowakirin.co.jp/site/drugpdf/tenpupdf/glsobi.pdf（2026 年 8 月 4 日閲覧）
協和キリン.（2024）. *添付文書　ジーラスタ皮下注 3.6mg　2024 年 5 月改訂（第 5 版）*. https://medical.kyowakirin.co.jp/site/drugpdf/tenpupdf/gls.pdf（2026 年 8 月 4 日閲覧）
協和キリン.（2025）. *患者向医薬品ガイド　ジーラスタ皮下注 3.6mg ボディーポッド　2025 年 1 月更新*. https://medical.kyowakirin.co.jp/site/drugpdf/guide-for-patients/gls-obi_guide-for-patients.pdf（2026 年 8 月 4 日閲覧）
Metz, M., Semsek, D., Rogmans, G., Hutzschenreuter, U., Fietz, T., Harde, J., Zacharias, S., Hielscher, C., Lorenz, A., Zahn, M. O., Guth, D., Liebers, S., Berghorn, M., Grebhardt, S., Matillon, C. D., Egerer, G., & Potthoff, K. (2021). Patient, nurse, and physician preferences: final results of the CONVENIENCE study evaluating pegfilgrastim prophylaxis via pre-filled syringe or on-body injector in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *29* (11), 6633–6643.
日本癌治療学会.（2022）. *G-CSF 適正使用ガイドライン（改訂第 2 版）*，金原出版. http://www.jsco-cpg.jp/g-csf/（2026 年 8 月 21 日閲覧）
日本医療研究開発機構.（2019）. *患者と研究者の協働を目指す第一歩として　AMED 患者・市民参画（PPI）ガイドブック*. https://www.amed.go.jp/ppi/guidebook.html（2026 年 8 月 4 日閲覧）
日本看護協会.（n.d.）. *看護職の働き方改革*. https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/hatarakikata/index.html（2026 年 8 月 4 日閲覧）
大坂和可子，山内英子.（2018）. 乳房再建を含む乳癌術式決定における患者中心の意思決定支援とディシジョンエイド活用の動向. *Oncoplastic Breast Surgery*，*3* (3･4), 51–58.
Partridge, A. H., Burstein, H. J., & Winer, E. P. (2001). Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, *30*, 135–142.
Stacey, D., Lewis, K. B., Smith, M., Carley, M., Volk, R., Douglas, E. E., Pacheco-Brousseau, L., Finderup, J., Gunderson, J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bravo, P., Steffensen, K., Gogovor, A., Graham, I. D., Kelly, S. E., Légaré, F., Sondergaard, H., Thomson, R., . . . Trevena, L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *1* (1), CD001431.
Stephens, J. M., Li, X., Reiner, M., & Tzivelekis, S. (2016). Annual patient and caregiver burden of oncology clinic visits for granulocyte-colony stimulating factor therapy in the US. *Journal of Medical Economics*, *19* (5), 537–547.

◇ 原　著 ◇

面会制限のある病棟に来棟したきょうだいへのケア
―看護師の認識と具体的支援―

八賀好美[1)*]，鈴木由美子[2)]

【目的】面会制限のある病棟に来棟したきょうだいへのケアに対する看護師の認識や具体的支援を明らかにする。
【方法】A圏内の病床数300床以上の子どもの入院施設で働く看護職に自記式質問紙法による調査を行った。分析方法は量的データは単純集計と t 検定を行い，自由記載はカテゴリ化した。
【結果】看護職293名を対象に質問調査を行い，109名（回収率37.2%）から回答を得た。看護職はきょうだいの面会が病棟の規則で制限された場合でも，家族ときょうだいの状況から面会に柔軟に対応しており，なかでも，看護職経験や小児看護の経験を積んだ看護職が面会の実現のために行動していた。病棟の規則を守りつつ，きょうだいや入院児の最善の利益にかなうように行動していた。
【結論】きょうだいの面会は，家族中心のケアの観点から，看護師個人の判断でなく施設の組織としての取り決めによる対応が求められる。

【キーワード】きょうだい，面会制限，家族

Ⅰ．はじめに

我が国の出生数・出生率の減少に伴い，15歳未満の入院患者数や小児科を標榜する病院は減少傾向である。専門的治療を行う小児入院施設が集約化され，地域によっては小児医療を受けられる施設数が限定されている（厚生労働省，2020）。

東北地方の小児医療体制の特徴は，面積が広いこと，人口，小児科医が共に少ないことが指摘され（森ら，2015），関東・中部・関西などに比べると病院施設あたりの国土面積は２～４倍であり，疾患や治療によっては遠方まで出向かなければ適切な治療を受けることが難しい現状がある。そのため，入院する子どもは自宅から離れた病院で治療や療養することになり，家族から離れて入院せざるを得ない状況である。また，子どもの年齢が小さいなどの理由で入院の際に家族の付き添いを求められる場合がある（小林・法橋，2013；厚生労働省，2022）。

疾病の治療を目的とした入院であっても，小児の場合は成長・発達に応じた環境が求められる。小児看護領域では，特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為として，子どもと家族が一緒にいる権利や面会などについて，子どもと親の希望に応じて考慮する必要がある（日本看護協会，1999）。さらに，病院の子ども憲章では，入院中の子どもに面会する者に対して年齢を制限すべきでないと提言されている（EACH, 2006/2016）。

子どもが入院治療を受ける多くの病院や病棟では，患児やきょうだい双方の感染予防の目的で面会が制限され（藤田ら，2012），親や周囲の関心は主に疾患を持つ子どもに向けられる。きょうだいは自尊心が脅かされ，不安，抑うつ，引きこもり，身体症状，攻撃性などの問題行動を経験し（Alderfer & Hodges, 2010），小児期に慢性疾患を抱えて成人期に移行する家族の全員が互いに影響し合い，心理社会的困難に陥るリスクがあった（Waldboth et al., 2016）。

きょうだいに対する看護師の関わりは，きょうだい面会の母親への効果（平田・前田，2017），熟練看護師の積極的な面会実現のためのきょうだい支援（藤原，2015），小児集中治療室という重症児が入院し，多くの医療者や医療機器に囲まれた特殊な環境での面会中のきょうだいへの働きかけ（西名・戈木，2017）が報告されている。

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）医療創生大学看護学部看護学科　　2）一般財団法人 太田綜合病院附属太田西ノ内病院
＊ E-mail：hachiga443@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

しかし，臨床現場においては，感染対策など施設管理上の理由で面会制限が暗黙のルールになっており，きょうだい児への関わりは看護師個々の判断に委ねられていることが多く，看護師の面会制限に対する認識や具体的支援の実態は十分に明らかにされていない。

そこで本研究では，家族と共に面会に訪れたきょうだいに対する看護師の認識や具体的支援について調査する。研究結果は，子どもの入院環境の改善や面会に訪れたきょうだいへの具体的な看護実践のための基礎的資料となることが期待される。

Ⅱ．目　　的

本調査は，面会制限のある病棟に来棟したきょうだいへのケアに対する看護師の認識や具体的支援を明らかにする。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

量的記述的研究デザイン，実態調査研究。

2．研究協力者

A圏内の300床以上の病院で，小児科病棟や小児が入院できる混合病棟を有する44施設の病棟で働く看護職とした。

3．調査期間

2019年7月～9月に実施した。

4．調査内容

調査は，独自に作成した無記名の自記式質問紙法で郵送により，小児病棟もしくは小児混合病棟がある病院44ヶ所に調査を依頼した。質問項目は先行研究（宇井ら，2012；藤村ら，2004）を参考に抽出し作成した。調査内容は，看護職経験などの属性のほか，病院・病棟施設について，病棟の面会方法，面会制限の理由，面会希望時の対応，きょうだいが家族を待つ場所と過ごし方についてなどとした。

看護職の面会制限への考え方・とらえ方の質問は，①病棟管理上面会制限は必要と思う，②看護職個人としても面会制限は必要と思う，③家族や入院患児も面会制限があるのは仕方がないと感じている，④面会制限を守ることを悩む時がある，⑤きょうだいと面会できない入院患児や家族の様子に葛藤を感じる時がある，⑥面会できないきょうだいを見て気になる時がある，⑦面会できないきょうだいに対して何かしてあげたいと思った時がある，⑧面会できないきょうだいに対し行動したことがあるとした。回答を6段階のリッカート尺度，「非常に当てはまる」を1，「かなり当てはまる」を2，「どちらかといえば当てはまる」を3，「どちらかといえば当てはまらない」を4，「あまり当てはまらない」を5，「まったく当てはまらない」を6とし，高い得点（6点）を肯定的な判断とし，逆転項目（④⑤⑦⑧）は補正して回答を得た。

面会できないきょうだいに対して実施した内容の選択肢は，「あいさつ」，「待っていることに対して褒める」，「おもちゃや絵本を貸し出す」，「手紙や工作などをして一緒に過ごす」，「入院患児の様子を話し一緒に過ごす」，「きょうだいの自宅での様子を聞きながら一緒に過ごす」，「仕事をしながら，待っているきょうだいを視野に入れる（気にしてみている）」，「安全に過ごしているか確認する」とした。

自由記載欄では，「入院患児のきょうだい支援や援助についてどのように考えて関わりや配慮をしていますか」と質問し回答を得た。

5．分析方法

Microsoft Office 2019 Excelにて記述統計を求めた。単純集計と看護職の経験年数を2群間に分類し有意差を見るためにt検定を行った。

看護職の面会制限への考え方・とらえ方の回答では，「非常に当てはまる」「かなり当てはまる」「どちらかといえば当てはまる」を『行動したことがある』とし，「全く当てはまらない」「あまり当てはまらない」「どちらかといえば当てはまらない」を，『あまり行動しない，行動したことが少ない』の2群に分けた後に平均値を算出しt検定にて比較した。有意水準5％未満を有意差とした。同項目を看護職経験の中央値15年で分類比較した。小児看護職経験別では，小児看護経験の中央値3.6年で分類比較した。

自由記載の分析方法は「きょうだい支援や援助についてどのように考えて関わりや配慮をしているか」に関して『行動したことがある』と回答した人と『あまり行動しない，行動したことが少ない』と回答した人の2群に分類し，それぞれ意味の文脈を損なわないように文節で区切り，記述内容（コード）を抽出した。意味内容が類似するものを集めてサブカテゴリを作成し，さらに抽象度の高いカテゴリとしてまとめた。この過程は研究者間で検討を重ねた。

Ⅳ．倫理的配慮

事前に一般財団法人太田綜合病院生命倫理委員会の審査に於いて承認を得た（承認番号なし）。調査対象施設の看護管理責任者に文書で研究協力を依頼し，承諾を得た。小児が入院する病棟の看護師に病棟師長を通して研究協力の依頼文と調査票の配布を依頼した。研究協力者に対して質問紙の回収をもって本調査の参加の意思を確認することを文書で説明し承認を得た。

研究協力者には，参加任意性（自由意思の尊重）と匿名化の保持（プライバシーの厳守），研究結果を学会等で公表することについて文書で説明した。研究データは厳重に保管し研究者以外が閲覧できないようにした。また，調査内容の質問紙には，個人や地域，病院名が特定できない内容とした。本調査に関していつでも問い合わせできるよう研究者の所属の連絡先を明示した。

Ⅴ．結　　果

小児の入院病院である44施設に調査を依頼し22施設より研究同意の回答を得た。看護管理者より小児を担当する病棟の看護職の人数を確認し，293名を対象に質問紙調査を行い109名から回答を得た（回収率37.2%）。

表１　対象の概要

（n=109）

職種	看護師	105人　（96.4%）
	准看護師	１人　（0.9%）
	保健師	0人　（0%）
	助産師	１人　（0.9%）
	認定看護師	１人　（0.9%）
	専門看護師	１人　（0.9%）
経験年数	看護職	16.4±　11.8 年
	小児看護	4.7±　4.23年
病棟種別	小児単科病棟	39件　（37.1%）
	混合病棟	55件　（52.4%）
	決まっていない	11件　（10.5%）
	無回答	4件　（3.7%）
入院期間	7日未満	41件　（38.0%）
	7日以上	1件　（0.9%）
	どちらも	64件　（58.3%）
	無回答	3件　（2.8%）

表２　面会の状況

		n＝109
面会時間や人数などの取り決めがある	ある	103件 (94.5%)
	ない	3件　(2.8%)
	無回答	3件　(2.8%)
面会時間制限（複数回答188）	平日に制限あり	85件 (78.0%)
	土日に制限あり	76件 (69.7%)
	時間制限なし	13件 (11.9%)
	その他	14件 (12.8%)
面会人数制限	人数制限あり	10件　(9.2%)
	人数制限なし	74件 (67.9%)
	その他	17件 (15.6%)
	無回答	8件 (7.3%)

１．研究対象者の属性

看護職経験は平均 16.4 年（±11.08 年）であったが，小児看護経験は平均 4.7 年（±4.23 年）であった。勤務する小児病棟は小児単科病棟 39 件（37.1%），混合病棟（小児科と婦人科）55 件（52.4%）であった。入院期間による分類では，７日未満の短期入院が 41 件（38.0%），７日以上の長期入院１件（0.9%），短期，長期どちらも入院する 64 件（59.3%）であった（表１）。

２．面会の状況

１）面会時間や人数の取り決め

面会の時間や人数などの取り決めがあるとしたのは 103 件（94.5%），取り決めがないとしたのは３件（2.8%），無回答３件（2.8%）であった。面会時間の制限は複数回答で，平日に時間制限がある 85 件（78.0%），土日に時間制限がある 76 件（69.7%），面会の時間制限はなし 13 件（11.9%），その他として，時間外も可，小児の面会時間の指定は無い，家族は制限なし，消灯までには帰っていただくなど 14 件（12.8%）であった。また，面会人数については，制限あり 10 件（9.2%），制限なし 74 件（67.9%），その他として，きょうだいの面会と具合の悪い人は不可，制限はないが最小限で，小さい子どもは制限，希望に沿って，クリーンルームは制限ありなど 17 件（15.6%），無回答８件（7.3%）などであった（表２）。

２）面会が可能な人

面会が可能な人を複数回答で求めたところ，父母 103 件（94.5%），祖父母 99 件（90.8%），きょうだい（15 歳以上）62 件（56.9%），親戚（15 歳以上）55 件（50.5%），友人（15 歳以上）42 件（38.5%），きょうだい（15 歳未満）14 件（12.8%），親戚（15 歳未満）10 件（9.1%）であった。

３．家族からきょうだいの面会を希望された経験

入院児の家族からきょうだいの面会を希望された経験は，全くない１件（0.9%），ほとんどない 10 件（9.3%），少しある 44 件（41.1%），かなりある 46 件（43.0%），無回答９件（8.2%）であった。

４．面会制限の理由と面会希望がある場合の 15 歳未満のきょうだいへの対応

面会制限の理由は選択肢を提示し複数回答とした。「患児・面会者双方の感染リスクのため」が 92 件（84.4%），「入院児や同室者の安静保持のため」が 41 件（37.6%），「きょうだいの心理的影響に配慮のため」が２件（5.5%）などであった。

きょうだいが面会を希望した場合の対応として，「面会者の健康状態をスクリーニングして面会する」が 21 件（19.3%），「標準予防策等の感染対策を行い面会する」が 30 件（27.3%），「病棟外の面会スペースで面会する」が 25 件（22.7%），「病棟内の面会スペースで面会する」22 件（20.0%），「時間を決めて面会する」が 13 件（11.9%），「希望があっても対応できない」24 件（21.8%）などであった。

きょうだいが家族を待つ場所については，「病院施設内の待合ホールや食堂」55 件（50.0%），「病棟の前」（病棟入口付近）47 件（43.1%），「ナースステーション内」９件（8.2%），「病棟外のきょうだいが遊べるスペース」が５件（4.6%），「その他病院の外（施設外）」や「病院内の一時託児所」があったが，「面会に来ない」との回答も 42 件（38.5%）あった。

面会できないきょうだいの過ごし方は，「一緒に来た大人と待つ」90 件（81.8%），「一人で待っている」45 件（40.9%），「ナースステーションで一時預かる」15 件（13.6%），その他，「病棟外の遊べるスペースで遊んでいる」，「病院内の一時託児所で保育士やボランティアといる」という回答も見られた（表３）。

５．看護職の面会制限への考え方・とらえ方

看護職の面会制限への考え方・とらえ方については，「非常に当てはまる」から「どちらかといえば当てはまる」を『あてはまる群』とし，「どちらかといえば当てはまらない」から「まったく当てはまらない」を『あてはまらない群』の２群に分けた後に平均値を算出し t 検定にて比較した。「病棟管理上面会制限は必要と思う」の得点が一番低く 1.79（±0.874），「看護職個人としても面会制限は必要と思う」2.12（±1.07），

表３　面会制限の理由と面会希望があった場合の 15 歳未満のきょうだいへの対応（複数回答）

		n＝109
面会制限の理由（複数回答155）	患児,面会者双方の感染リスク	92件（84.4%）
	入院児や同室者の安静保持	41件（37.6%）
	きょうだいの心理的影響に配慮	2件（5.5%）
	その他	2件（5.5%）
	無回答	14件（12.7%）
面会制限がある中できょうだいの面会希望があった場合の対応（複数回答154）	健康状態のスクリーニングをして面会する	21件（19.3%）
	標準予防策等の感染対策を行い面会する	30件（27.3%）
	病棟外の面会スペースで面会する	25件（22.7%）
	病棟内の面会スペースで面会する	22件（20.0%）
	時間を決めて面会する	13件（11.9%）
	希望があっても対応できない	24件（21.8%）
	その他	19件（17.3%）
	無回答	23件（20.9%）
家族が面会中にきょうだいが待つ場所（複数回答174）	病院施設内の待合ホールや食堂	55件（50.0%）
	病棟の前(病棟入口付近)	47件（43.1%）
	ナースステーション内	9件（8.2%）
	病棟外のきょうだいが遊べるスペース	5件（4.6%）
	病院の外（施設外）	3件（2.8%）
	病院内の一時託児所	1件（0.9%）
	面会に来ない	42件（38.5%）
	その他	12件（10.9%）
	無回答	13件（11.8%）
面会できないきょうだいの過ごし方（複数回答159）	一緒に来た大人と待つ	90件（81.8%）
	一人で待っている	45件（40.9%）
	ナースステーションで一時、預かる	15件（13.6%）
	病棟外の遊べるスペースで遊んでいる	4件（3.6%）
	病院内の一時託児所で、保育士やボランティアといる	3件（2.7%）
	その他	1件（0.9%）
	無回答	1件（0.9%）

「家族や入院患児も面会制限があるのは仕方がないと感じている」2.64（±1.014），「面会制限を守ることを悩む時がある」4.13（±1.172）（$p < 0.01$），「きょうだいと面会できない入院患児や家族の様子に葛藤を感じる時がある」4.45（±1.051）（$p < 0.01$），「面会できないきょうだいを見て気になる時がある」と答えた得点が一番高く 4.51（±0.924）（$p < 0.01$），「面会できないきょうだいに対して何かしてあげたいと思った時がある」4.26（±1.115）（$p < 0.01$），「面会できないきょうだいに対し行動した事がある」3.50（±1.462）であった。「家族や入院患児も面会制限があるのは仕方がないと感じている」の得点は，「面会制限への悩み」「面会制限家族の様子に葛藤」「面会できないきょうだい気になる」「何かしてあげたいと思う」「行動したことがある」の５項目より有意に低かった（$p < 0.01$）（図１）。

１）経験年数別 面会制限の考え方・とらえ方

「面会できないきょうだいに対し行動したことがある」の得点は看護師経験 15 年以下 56 名が 3.20（±1.381）であったが 16 年以上 49 名は 3.86（±1.486）で看護師経験 16 年以上が有意に高かった（$p < 0.05$）。

16 年以上の看護師は「面会できないきょうだいを見て気になる」，「何かしてあげたいという思い」が有意に高く，「面会できないきょうだいに対し行動したことがある」の得点は 15 年以下と比較した結果，看護職経験 16 年以上の看護師が有意に行動に移していた（図２）。

「面会できないきょうだいに対し行動したことがある」の得点は小児看護経験 3.5 年以下が 3.06（±1.365）であったが 3.6 年以上は 3.96（±1.427）で小児看護経験 3.6 年以上が有意に高かった（t-test $p < 0.01$）。しかし，「家族や入院患児も面会制限があるのは仕方がないと感じている」の得点の比較では，3.5 年以下が 2.45（±0.952）であったのに対し 3.6 年以上は 2.84（±1.046）で 3.6 年以上が有意に高かった（$p < 0.05$）（図３）。

２）きょうだいの待つ場所と看護職の対応（複数選択可）

家族が面会をしている間に，面会ができないきょうだいが待つ場所は，複数回答で約５割の施設が，病院施設内の待合

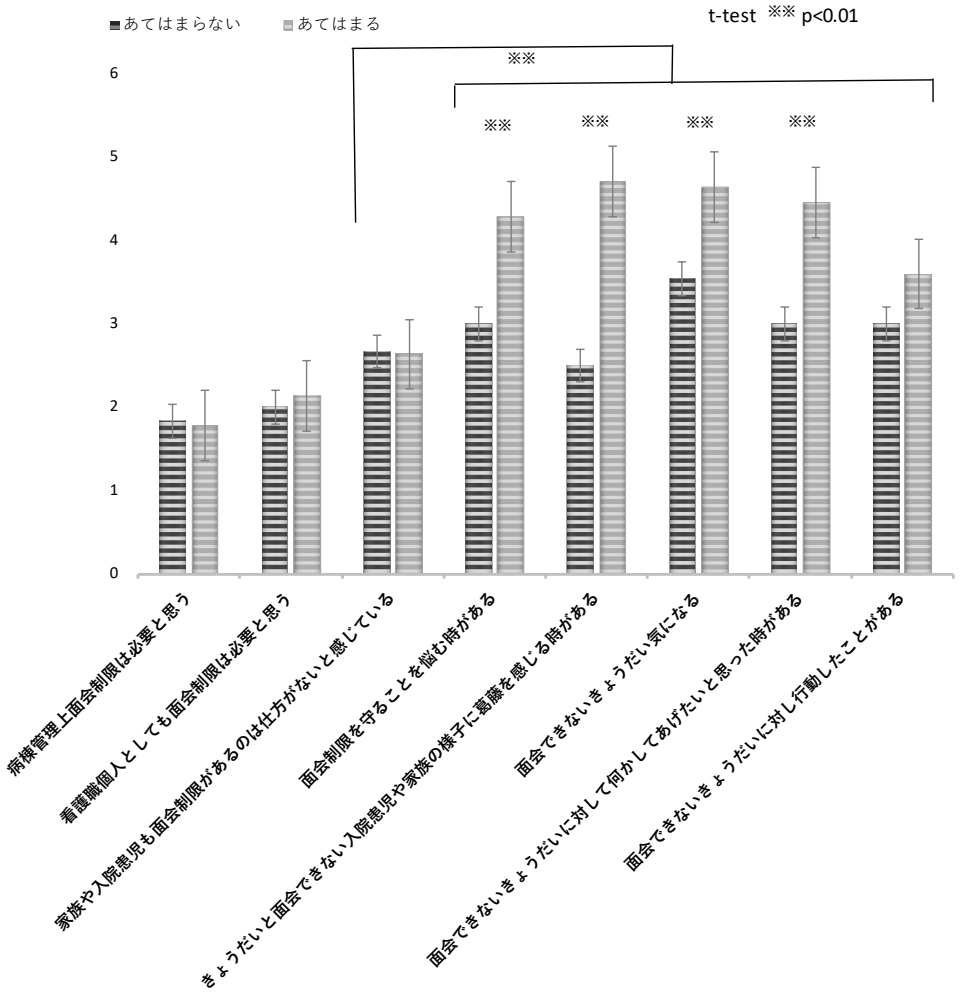


図１　看護職の面会制限の考え方・とらえ方

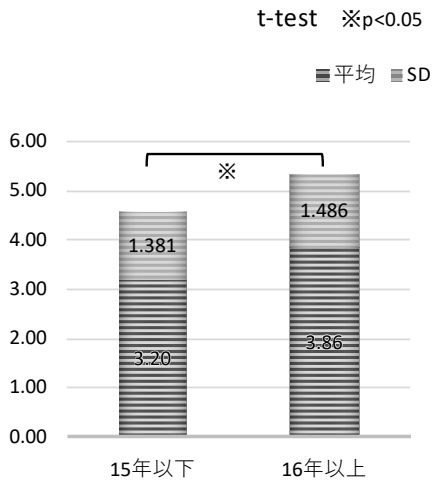


図２　看護職経験年数別　看護職の面会制限の考え方・とらえ方

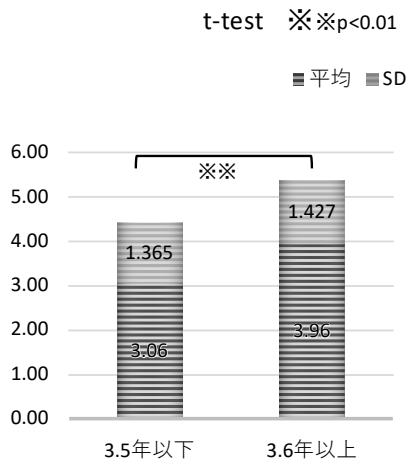


図３　小児看護経験年数別　看護職の面会制限の考え方・とらえ方

ホールや食堂 55 件（50.0%），病棟の前（病棟入口付近）47 件（43.1%），ナースステーション内 9 件（8.2%）と回答していた。面会できないきょうだいの過ごし方は，一緒に来た大人と待つ 90 件（81.8%），一人で待っている 45 件（40.9%）のほかに，ナースステーションで一時預かる 15 件（13.6%）との回答が見られた。

面会できないきょうだいに対して「行動したことがある」と答えた人は，あいさつ（89%），褒める（83%），おもちゃや絵本を貸す（44%），工作などをして一緒に過ごす（12%），患児の話をして一緒に過ごす（18%），自宅の様子等を聞き一緒に過ごす（19%），気にしてみている（46%），安全確認している（62%）との回答があったが，「あまり行動しない，行

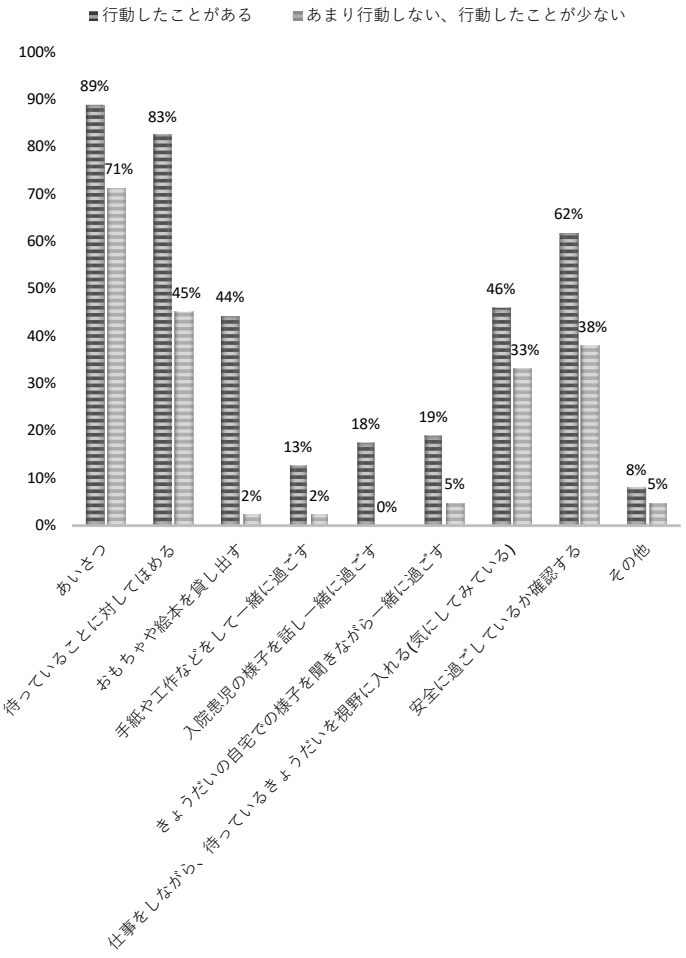


図４　面会ができないきょうだいに対する行動内容

動したことが少ない」と答えた人も，あいさつ（71%），褒める（45%），気にしてみている（33%），安全確認している（38%）との回答が見られた（図４）。

６．自由記載欄の分析

「入院患児のきょうだい支援や援助についてどのように考えて関わりや配慮をしていますか」という問いについて，「行動したことがある」と回答した人は 63 人のうち，自由記載に回答した意見は 39 件（61.9%）にみられた。「あまり行動しない，行動したことが少ない」との回答は 42 人で，そのうち自由記載に回答した意見は 15 件（35.7%）であった。サブカテゴリを［　］，カテゴリを【　】とする。

１）実際に行動した看護師のきょうだいへのケアに対する認識や具体的支援

実際に「行動したことがある」と回答した人は，感染対策上【面会制限は仕方がない】としながらも，［人手不足で対応しきれず何とも言えない気持ち］，［工夫して面会が可能とも考えるがすべてには対応困難］，［面会制限の説明をするが嫌な顔をされやるせない］，［待っている姿がかわいそう］など，【感染予防・人員不足で面会は難しいが何とも言えない気持ち】との記載があった。また，［入院児ときょうだい双方に面会が励みになる］，［きょうだいの面会は入院児の頑張りにつながる］など，【きょうだいの面会は入院児の頑張りにつながる】と考え，［病棟で待つきょうだいの安全を確保する］，［積極的に声をかける］，［家で待つきょうだいを気にする］，［きょうだいの頑張りを認める］，［ひとりで不安にならない様に対応する］，［きょうだい支援は病棟ナースの仕事と認識する］などから【面会制限を受けているきょうだいへの具体的支援】を行っていた。さらに，［短時間や予防策実施で面会は可能であり感染管理を検討する］，［共稼ぎ世帯が増加し面会制限を「仕方がない」で済ませる時代ではない］，［長期入院や終末期の児には個別検討が必要］などと考え【面会制限を検討する】としていた。

２）あまり行動しなかった看護師の認識や具体的支援

一方で，「あまり行動しない，行動したことが少ない」と回答した人のサブカテゴリは，［きょうだいへの感染予防で面会制限は必要と説明］，［面会制限を家族に納得してもらうことも大切］があり，【感染予防のための面会制限の必要性の説明】にカテゴリ化された。さらに［ねぎらいの言葉はかける］，［家族の希望を主治医に報告］，［業務が忙しくきょうだいへ支援まで手が回らない］，［長期入院児にはきょうだいの精神的フォローも必要だが病棟外での面会も難しい］，などのサブカテゴリがあり【業務が忙しくきょうだい支援まではできない】にカテゴリ化された。

また［どうしても面会を希望する場合は病棟入り口で感染

表４　自由記載のカテゴリ分類

行動したことがある（n＝63の意見39件）	
カテゴリ	サブカテゴリ
面会制限は仕方がない	感染対策上、面会制限は仕方がない。
	親戚などの協力を得られない時は当院連携のきょうだい預かりシステムを紹介
きょうだいの面会は入院児の頑張りにつながる	入院児ときょうだい双方に面会が励みになる
	きょうだいの面会は入院児の頑張りにつながる
感染予防・人員不足で面会は難しいが何とも言えない気持ち	人手不足で対応しきれず何とも言えない気持ち
	工夫して面会が可能とも考えるがすべてには対応困難
	面会制限の説明をするが嫌な顔をされやるせない
	待っている姿がかわいそう
面会制限を受けているきょうだいへの具体的支援	病棟で待つきょうだいの安全を確保する
	積極的に声をかける
	家で待つきょうだいを気にする
	きょうだいの頑張りを認める
	ひとりで不安にならない様に対応する
	きょうだい支援は病棟ナースの仕事と認識する
面会制限を検討する	短時間や予防策実施で面会は可能であり感染管理を検討する
	共稼ぎ世帯が増加し面会制限を「仕方がない」で済ませる時代ではない
	長期入院や終末期の児には個別検討が必要
あまり行動しない・行動したことが少ない（n=42の意見15件）	
カテゴリ	サブカテゴリ
感染予防のための面会制限の必要性の説明	きょうだいへの感染予防のために面会制限は必要と説明
	感染予防から面会制限が必要なため家族に納得してもらう
業務が忙しくきょうだい支援まではできない	ねぎらいの言葉はかける
	家族の希望を主治医に報告する
	業務が忙しくきょうだい支援まで手が回らない
	長期入院児にはきょうだいの精神的フォローも必要だが病棟外での面会も難しい
時にはきょうだい支援を考える	どうしても面会を希望する場合は病棟入り口で感染予防をして病室へ案内する
	入院児や家族がきょうだいに会えず辛い場面が多いため精神面のケアで病棟外での面会を勧める
	感染防止で面会制限は必要だが長期入院児が面会できないのはどうかと考える
	きょうだいに入院児も一緒に頑張っている事を伝え家族のつながりを支援する

予防をして病室へ案内する］，［入院児や家族がきょうだいに会えず辛い場面が多いため精神面のケアで病棟外での面会を勧める］，［感染防止で面会制限は必要だが長期入院児が面会できないのはどうかと考える］，［きょうだいに入院児も一緒に頑張っている事を伝え家族のつながりを支援する］などから【時にはきょうだい支援を考える】にカテゴリ化された（表４）。

Ⅵ．考　　察

１．面会制限のある病棟におけるきょうだいへの認識と具体的支援

病院の方針等によりきょうだいとの接触が制限される場合には，場所やケア方法の柔軟性がしばしば必要となる（Niinomi et al., 2022）。本調査では，きょうだいの面会は希望があっても対応できないという回答（24 件 21.8%）も見られたが，きょうだいと入院児双方の感染対策に配慮して柔軟に対応し，健康状態のスクリーニング，標準予防策等の感染対策，病棟内外の面会スペースでの面会，時間を決めて面会する等により，きょうだいの面会を実現していた。

面会に訪れたきょうだいの一時的な安全を守るために，職員室やナースステーション，ラウンジ，会議室などで預かるという報告（Niinomi et al., 2022）があり，本調査でも病棟入り口付近で待つきょうだいをナースステーション内で預かる等，きょうだいの安全を守る行動が明らかになっている。

日本の医療機関における病児のきょうだい支援の実態では，医療スタッフの個別の気づきが支援につながり，きょうだいとの良好な関係を築くために役立つ（Niinomi et al., 2022）と報告されている。本調査でも医療スタッフの個別の気づきが，面会が制限されている中で過ごすきょうだいへの具体的支援につながることが推察された。

２．面会制限ときょうだい支援の倫理的ジレンマ

同胞の面会制限について，看護師は感染症対策と同胞への支援とのジレンマを感じており（小林・法橋，2013），本調査でも【感染予防・人員不足で面会は難しいが何とも言えない気持ち】と感染症対策ときょうだい支援にジレンマを感じていた。看護師の子ども中心に考える力の発展プロセスについて，高橋（2016）は，指示のままに動き自分で考えられない段階，非言語化されたルールに従ってしまう段階，子ども中

心に考える力を形成し一歩踏み出す段階，子どもの立場に立ち皆を巻き込んで実践する段階の４段階で構成されていると報告している。本調査でも，面会できないきょうだいに対して『あまり行動しない，行動したことが少ない』と回答した群では，【業務が忙しくきょうだい支援まではできない】という非言語化されたルールに従ってしまう段階にあるが，一人で待つきょうだいの様子を観察し，【時にはきょうだい支援を考える】と，子ども中心に考える力を発展させていた。さらに，【感染予防のための面会制限の必要性の説明】をし，【業務が忙しくきょうだい支援まではできない】が，【時にはきょうだい支援を考える】としていた。きょうだい支援の取り組みがないと回答した施設でも，きょうだいからの具体的な内容に基づいて会話をするなどの対応を行う（Niinomi et al., 2022）と報告されており，本調査はこの結果を支持している。

看護経験を重ねた熟練看護師は，きょうだいが感染源であるという考えに疑問を呈し，面会禁止が同胞ときょうだいの権利を侵害していることに危機感を抱き，感染予防対策を見直しきょうだい面会を実現するために行動している（藤原，2015）。本調査でも，看護職経験 16 年以上と小児看護経験 3.6 年以上の看護師は，「面会できないきょうだいに対し行動したことがある」の得点が高く有意に行動に移していた。看護経験や小児看護経験を重ねた看護師は，子どもの権利擁護についての倫理的姿勢が醸成されていることが考えられる。個々の看護師が，チームという集団の中で違和感・ジレンマを経験し，それを改善することが患者の利益にかなうと気付いた場合であっても，行動を起こすことができない場合や行動を起こしてもチームに受け入れてもらえない場合がある（田口・宮坂，2015）。日々の倫理的ジレンマにおいても，創造性や批判的省察を用いるよりも，従来の職場の規則や規範に迎合する傾向がある（Dierckx de Casterlé et al., 2008）が，本調査では，【きょうだいの面会は入院児の頑張りにつながる】と考え，【面会制限を受けているきょうだいへの具体的支援】を行い，職場の規則を守りながらも【面会制限を検討する】，【時にはきょうだい支援を考える】とし，面会の実現に向けた行動をしていた。このことは，子どもの最善の利益（UNICEF）にかなう行動であった。

３．研究により得られた臨床への示唆と今後の課題

面会者の年齢制限は小児病棟 81.6%，混合病棟 46.6%であり，年齢制限をする施設は増加傾向で，感染防止のために厳格化されている（藤田ら，2012）。本調査でも，94.5%の施設で面会時間や人数等の取り決めがみられたが，面会の制限はきょうだいと医療の間に距離を生み出すことが指摘されている（Niinomi et al., 2022）。日本の NICU におけるきょうだいの面会は院内ウイルス感染の増加と無関係であり（Horikoshi et al., 2018），きょうだいの面会については，施設が感染制御を考慮しつつ，家族中心のケアの利点や観点から，きょうだい訪問のポリシーを検討または起草することが推奨されている（Darby & Falco, 2018）。小児集中治療（PICU）における患者・家族中心のケア（PFCC）の実践領域として，「家族の面会」，「家族中心の回診」，「侵襲的処置および心肺蘇生（CPR）時の家族の立ち会い」，「家族会議」の４点があげられている（Meert et al., 2013）。PFCC の観点からも，きょうだいを含む家族の面会は，看護職個々の判断で対応するのではなく，施設の組織としての取り決めによる対応が求められる。

本調査は，東北圏内の子どもの入院施設の看護職を対象にした質問紙調査のため一般化はできない。今後，調査地域を拡大するなどの検討が必要である。また，COVID-19 の流行前の調査であり，感染管理が厳格化した現在のきょうだいの面会の現状についての調査が求められる。

Ⅶ. 結　　論

東北地方における子どもの入院施設において，家族と共に面会に訪れたきょうだいへのケアに対する看護師の認識や具体的支援の現状が明らかになった。面会できないきょうだいに対して看護職経験や小児看護経験を重ねた看護師がきょうだいに支援する一方で，行動しない・行動したことが少ないと答えた看護師も安全確認などできょうだい支援を行っていた。

看護師は，面会制限ときょうだい支援に倫理的ジレンマを感じていたが，きょうだいの状況を認識し面会を実現していた。子どもの権利擁護について倫理的姿勢が醸成され子どもの最善の利益にかなう行動がなされていた。家族中心のケアの観点から，きょうだいの面会は看護師個人の判断でなく施設での組織としての取り決めで実施されることが求められる。

本調査は，日本小児看護学会第 30 回学術集会で発表した。研究者の所属する施設の看護研究集録集への掲載原稿に加筆・修正したものである。本調査における開示すべき利益相反は存在しない。

Ⅷ. 引 用 文 献

Alderfer, M. A., & Hodges, J. A. (2010). Supporting siblings of children with cancer: A need for family–school partnerships. *School Mental Health, 2* (2), 72–81. doi: 10.1007/s12310-010-9027-4

Darby, J., & Falco, C. (2018). Infection control and the need for family-/child-centered care. J. C. McNeil, J. R. Campbell, & J. D. Crews (Eds.), *Healthcare-Associated Infections in Children* (pp. 57–79). Springer.

Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 63* (6), 540–549.

European Association for Children in Hospital (EACH). (2006) / 八木慎一訳・解説（2016）. *病院のこども憲章 新訳*. https://hps-japan.net/wp/wp-content/uploads/2020/08/9ce76c71a3f16f5ce028342501f8a474.pdf（2026 年 8 月 5 日閲覧）

藤村真弓，金城芳秀，石川ちえみ.（2004）. 長期入院児のきょうだいに対する支援の視点. *日本小児看護学会誌, 13* (2), 40–45.

藤田優一，石原あや，藤井真理子，藤原千恵子.（2012）. 全国の総合病院における小児の入院環境の実態調査. *小児保健*

研究, *71* (6), 883–889.

藤原紀世子.（2015）. 熟練看護師による入院中の小児慢性疾患をもつ子どものきょうだい支援. *日本小児看護学会誌*, *24* (2), 72–78.

平田研人，前田貴彦.（2017）. 急性疾患で入院中の患児ときょうだいとの面会が母親にもたらす効果. *日本小児看護学会誌*, *26*, 59–64.

Horikoshi, Y., Okazaki, K., Miyokawa, S., Kinoshita, K., Higuchi, H., Suwa, J., Aizawa, Y., & Fukuoka, K. (2018). Sibling visits and viral infection in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics International*, *60* (2), 153–156.

小林京子，法橋尚宏.（2013）. 入院児の家族の付き添い・面会の現状と看護師が抱く家族ケアに対する困難と課題に関する全国調査. *日本小児看護学会誌*, *22* (1), 129–134.

厚生労働省.（2020）. *令和２年医療施設（静態・動態）調査（確定数）・病院報告の概況*.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/09gaikyo02.pdf（2026 年 8 月 5 日閲覧）

厚生労働省.（2022）. *令和４年入院患者の家族等による付添いに関する実態調査等一式最終報告書*.
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001000325.pdf（2026 年 8 月 5 日閲覧）

Meert, K. L., Clark, J., & Eggly, S. (2013). Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, *60* (3), 761–772. doi: 10.1016/j.pcl.2013.02.011

森臨太郎，惠谷ゆり，江原朗，大山昇一，長村敏生，梶井直文，清原鋼二，久保俊英，是松聖悟，中林洋介，渕向透，舟本仁一，松裏裕行，三石知左子，宮本朋幸，和田英男，渡部誠一，江原伯陽，香美祥二.（2015）. 小児医療提供体制に関する調査報告書. *日本小児科学会雑誌*, *119* (10), 1551–1556.

日本看護協会.（1999）. *小児看護領域の看護業務基準・精神科看護領域の看護業務基準第２版*. 日本看護協会.

Niinomi, K., Mihira, H., Ochiai, R., Misawa, A., Takigawa, K., Kashiki, N., Kakee, N., Takata, H., Ishida, Y., & Higaki, T. (2022). Hospital support for siblings of children with illness in Japan. *Frontiers in Pediatrics*, *10*, Article 927084.

西名諒平，戈木クレイグヒル滋子.（2017）. きょうだいを主役にする：小児集中治療室入院児と面会するきょうだいへの働きかけ. *日本看護科学会誌*, *37*, 244–253.

田口めぐみ，宮坂道夫.（2015）. 看護師がチームワークの中で経験する違和感・ジレンマについてのナラティヴ分析. *日本看護倫理学会誌*, *7* (1), 45–53.

高橋衣.（2016）. 小児看護に携わる看護師の子どもの権利擁護実践に至るプロセス. *日本小児看護学会誌*, *25* (2), 8–15.

宇井葉子，玉村有梨，北村さやか，福澤悠子，佐々木祥子，種吉啓子.（2012）. 急性疾患・短期入院患児のきょうだいに対する支援について. *日本看護学会論文集 小児看護*, *42*, 132–135.

UNICEF. (n.d.). *子どもの権利条約（児童の権利に関する条約）全文（政府訳）*.
https://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig_all.html（2026 年 8 月 5 日閲覧）

Waldboth, V., Patch, C., Mahrer-Imhof, R., & Metcalfe, A. (2016). Living a normal life in an extraordinary way: A systematic review investigating experiences of families of young people's transition into adulthood when affected by a genetic and chronic childhood condition. *International Journal of Nursing Studies*, *62*, 44–59.

◇ 原　著 ◇

看護補助者が直面している看護師との協働上の困難
―A病院における半構造化面接による分析―

後閑優美[1)]*，兵藤洋子[1)]，河内直美[2)]

【目的】A病院に勤務する看護補助者が看護師と協働する上で直面している困難を明らかにし，院内教育および業務体制整備への示唆を得る。
【方法】看護補助者33名を対象に半構造化面接を行い，得られた語りを逐語録化し，Berelson, Bの方法論を基盤とした内容分析により個別分析，全体分析を実施した。
【結果】「個別的ケアに必要な患者情報を共有できない」「業務範囲を超えた指示を受ける」「指示が看護師間で不一致」「威圧的態度により相談できない」「看護師の多忙で計画的ケアが困難」「患者が補助者のケアを受け入れない」「複数患者の同時依頼に対応できない」など10カテゴリが形成された。
【結論】円滑な協働には，①情報共有の仕組み強化，②業務委譲判断力の育成，③心理的安全性を高めるコミュニケーション教育，④計画的ケアを支える業務調整体制，⑤補助者の能力向上と評価体制の整備が必要である。

【キーワード】看護補助者，看護師，協働，困難

Ⅰ．はじめに

近年，医療従事者間のタスク・シフト／シェアが推進されている。看護の専門性の発揮に向けたタスク・シフト／シェアへの取り組みとして看護師と看護補助者の協働を推進する必要があり（日本看護協会，2022，pp.4–7），看護管理者は，両者の円滑な協働に向けて，業務実施体制の整備や必要な教育を実施する責任をもつ（福井，2013，pp.3–7）。

A病院では，看護補助者の業務内容および看護師による業務指示に関する規程や業務マニュアルを整備し，それに基づいて看護師・看護補助者それぞれに対する院内教育を実施している。しかし，看護補助者の業務範囲や報告義務が十分に遵守されず，患者の安全を脅かす可能性のある事例が散見された。その際，看護補助者からは，看護師との協働に困難を感じているとの声が聞かれた。このような状況の背景には，提供されている教育内容の不十分さが一因として考えられる。したがって，今後の教育内容の検討にあたっては，看護補助者が看護師と協働する際に直面している具体的な困難を明らかにすることが重要であると考えた。

看護師と看護補助者の協働に関する先行研究は，看護師が看護補助者との業務分担の難しさを感じている（中岡ら，2016）ことを明らかにしていた。また，精神科病棟に勤務する看護補助者が，患者援助で感じている負担感や困難（五十嵐ら，2017），看護師との関係で抱える葛藤（藤井ら，2013）を明らかにしていた。しかし，一般病院に勤務する看護補助者が直面している看護師との協働上の困難の具体的な内容を明らかにした研究の存在は確認できなかった。

以上の背景を踏まえ，本研究は，看護補助者が看護師と協働する上で直面している具体的な困難を明らかにすることを目的とする。得られた知見は，看護師と看護補助者の円滑な協働を促進し，患者へのより良い看護の提供を実現するために，院内教育の内容や業務体制の在り方を再構築する際の基礎資料として活用できると考える。

Ⅱ．目　　的

本研究は，A病院に勤務する看護補助者が看護師と協働する上で直面している困難を明らかにし，両者の円滑な協働による患者へのより良い看護の提供に向けて，A病院における

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）医療法人社団善衆会善衆会病院　　2）群馬県立県民健康科学大学
＊ E-mail：y-gokan@zenshukai.com

© 2026 Japanese Nursing Association

院内教育および業務体制の整備に関する示唆を得ることを目的とする。

Ⅲ．方　　法

１．用語の定義

看護師と看護補助者の協働：協働とは，一定の目的が共有されたうえで，協力的な作業が行われることである（今田，2012）。本研究では，看護師と看護補助者が患者個々に必要なケアを提供することを目的に，協力的に看護業務が行われることとする。

看護補助者：看護が提供される場において，看護チームの一員として看護師の指示のもと，看護の専門的判断を要しない看護補助業務を行う者（日本看護協会，2021，p.8）。

２．対象者

A病院に勤務し，研究協力に同意を得た看護補助者 33 名である。対象者は，日常的に看護師と協働して患者ケアを実施している者とした。

３．研究期間

令和X年７月～令和X年２月

４．データ収集

データ収集には半構造化面接法を採用した。質問項目は，看護補助者の業務内容および看護師との協働に関する既存文献を参照し，研究目的に沿って筆者が作成した。内容的妥当性については，文献との整合性と質問の網羅性を確認した上で使用した。看護補助者が看護師と協働する上で直面している具体的な困難を明らかにするため，「看護師と協力して患者さんへのケアを行っていく上で，困ってしまったことはありますか」「どのように困ったのですか。具体的にお話ください」などの質問項目を設定した。プレテストを３名に実施し，質問項目の適切性を確認した。

面接の日程は対象者の希望により設定し，場所は対象者のプライバシーを保護するため，A病院の面談室を使用した。面接は筆者１名が実施し，対象者が緊張感や圧迫感を感じないよう態度に注意した。また，対象者の発言に関心を示すとともに，発言内容を正確に理解するよう努めた。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。

対象者は業務の合間に面接へ参加する必要があったため，負担軽減を最優先し，短時間で回答可能な半構造化面接とした。インタビューガイドは，①看護師との協働で困った経験，②その具体的内容，③困難が生じた背景，の３項目に絞り，自由記述を促しつつも短時間で語れるよう構成した。その結果，面接時間は対象者１名につき平均５分 27 秒であったが，質問項目を限定したことで，経験した困難を簡潔に語るために必要なデータを得ることが可能であった。

５．データ分析

ICレコーダーの録音内容を基に半構造化面接への回答の逐語記録を作成し，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（舟島，2010，pp.227–261）を参考に個別分析，全体分析を実施した。個別分析は１面接を文脈単位とし，看護師との協働上の困難を語っている部分を記録単位として抽出した。

カテゴリの分類にあたっては，筆者と共同研究者１名，看護教育学を専門とする共同研究者１名がそれぞれ独立して記録単位の分析を行い，分類基準について協議を重ねた上で，文脈や発言の意図に基づいて最終的なカテゴリを確定した。飽和化の確認については，面接データを逐次分析し，新たなカテゴリが出現しなくなった時点で理論的飽和に達したと判断し，33 名での面接をもってデータ収集を終了した。

全体分析では，33 名分の記録単位を統合し，基礎分析および本分析を実施した。分析の過程では，共同研究者との継続的な検討に加え，スーパーバイズを受けながら分析を繰り返し，結果の精度向上に努めた。なお，代表的記述は，同一記録単位群の特徴を最も端的に示す記述として，基礎分析の過程で選定した。

Ⅳ．倫理的配慮

研究対象者に，研究の目的と方法，研究協力への同意は自由意志であること，同意しなくても不利益を被らないこと，同意撤回の権利，個人情報の保護，匿名性の確保を口頭および文書を用いて説明し書面にて同意を得た。本研究は，善衆会病院臨床研究倫理審査会の承認（承認番号 23030102）を得て実施した。

Ⅴ．結　　果

１．研究対象者の属性

研究対象者の年齢は，平均 50.5 歳（SD = 15.6），看護補助者経験年数は，平均 11.2 年（SD = 9.9）であった。職種構成は，介護福祉士などの国家資格を有する者が４名，無資格であっても一定の実務経験を有する者が 29 名であった。

２．看護補助者が直面している看護師との協働上の困難

個別分析の結果，看護補助者が看護師と協働する上で知覚した困難を表す 102 記録単位が抽出できた。これらを全体分析の対象とし分類した結果，看護補助者が直面している看護師との協働上の困難を表す 10 カテゴリが形成された（表１）。

本研究における「代表的記述」とは，個別分析で抽出した記録単位の中から，同一記録単位群に共通してみられた特徴を最も端的に示す記述を指す。これらは，基礎分析において同一性が確認された記録単位群を統合する過程で選定したものである。以下では，10 カテゴリを形成する記録単位の多いものから順に，代表的記述を示しながらカテゴリの内容を説明する。

【　】はカテゴリ，「　」は代表的な記述を表す。

【１．個別的なケアに必要な患者の情報を看護師と共有できない】

このカテゴリは，「看護師と看護補助者で患者の情報を共有できない」「初めて接する患者のトイレ介助を依頼された時に，歩行可否などの情報が提供されず，依頼された看護師のもとに行き確認する」「患者の痛みの程度や部位が分からな

表１　看護補助者が直面している看護師との協働上の困難

カテゴリ名	記録単位数（%）
1. 個別的なケアに必要な患者の情報を看護師と共有できない	27（26.5%）
2. 看護補助者の業務範囲を超えたケアの実施を看護師が指示する	22（21.6%）
3. 看護師から指導がなく個別的ケアの方法が分からない	15（14.7%）
4. 看護師によりケア方法に対する指示が異なる	9（8.8%）
5. 威圧的な態度をとる看護師に報告・相談ができない	9（8.8%）
6. 看護師が忙しいため業務計画に沿ってケアが提供できない	8（7.8%）
7. 看護師が担当する予定のケアを実施しない	5（4.9%）
8. 看護師からの指示が受けられずケアをタイムリーに実施できない	4（3.9%）
9. 看護補助者が実施しようとするケアを患者が受け入れない	2（2.0%）
10. 複数の患者が同時にケアを依頼してくるため個々の患者に対応できない	1（1.0%）
記録単位総数	102(100%)

い」などの記述から形成された。

【２．看護補助者の業務範囲を超えたケアの実施を看護師が指示する】

このカテゴリは，「看護補助者だけでやってはいけないケアを看護師が依頼する」「看護師が看護補助者の業務範囲をあまり理解できていない」「看護補助者だけで行っていい業務を看護師が知らない」などの記述から形成された。

【３．看護師から指導がなく個別的ケアの方法が分からない】

このカテゴリは，「患者を搬送する時に明確な指示がもらえない」「個々の患者のケアに対する注意点を予め教えてもらえない」「事前に患者の指導がないため対応が場当たりとなっている」などの記述から形成された。

【４．看護師によりケア方法に対する指示が異なる】

このカテゴリは，「同一患者へのケア方法に対する看護師の指示が違う」「看護師によって実施するケアの指示が違う」「看護師の指示で行った行為が，他の看護師に指摘され怒られる」などの記述から形成された。

【５．威圧的な態度をとる看護師に報告・相談ができない】

このカテゴリは，「きつい対応をする看護師に声がかけづらい」「怖い看護師がいて報告のやり取りに悩む」「看護師に話しかけづらい雰囲気がある」などの記述から形成された。

【６．看護師が忙しいため業務計画に沿ってケアが提供できない】

このカテゴリは，「看護師が忙しいと一緒にお願いする声掛けのタイミングが難しい」「看護師と行うケアを依頼すると『後で』と言われてしまうので，なかなかケアが進まない」「看護師の都合に合わせないといけないため，計画通りにケアを進められない」などの記述から形成された。

【７．看護師が担当する予定のケアを実施しない】

このカテゴリは，「ケア担当の看護師が，なかなかケアに入ってこない」「分担して実施する業務をすべて看護補助者に依頼する」「看護師と看護補助者で行うケアが終わっていないのに，看護師が記録をしている」などの記述から形成された。

【８．看護師からの指示が受けられずケアをタイムリーに実施できない】

このカテゴリは，「看護補助者では対応できないトイレ介助のコールがあっても看護師がすぐに行けない」「看護師を呼んでも『後から行きます』と言われ，トイレに行きたい患者を待たせている」「ケアを実施するにあたって看護師に相談すると，ちょっと待ってと言われるため，患者の対応が遅れる」などの記述から形成された。

【９．看護補助者が実施しようとするケアを患者が受け入れない】

このカテゴリは，「排泄介助の必要性を患者に説明するのが難しい」「ナースコール対応時，患者から看護師でないと何もできないと言われてしまう」という記述から形成された。

【10. 複数の患者が同時にケアを依頼してくるため個々の患者に対応できない】

このカテゴリは，「ケアをする人に対して介助する患者が多く対応が難しい」という記述から形成された。

Ⅵ. 考　　察

本研究で得られた 10 カテゴリは，看護補助者が看護師と協働する際に直面する困難を多面的に示していた。困難の内容は，情報共有の不足，指示の出し方の不統一，コミュニケーションの取りづらさ，ケアを進めるための業務の流れ，補助者自身の対応力など，複数の領域にまたがっていた。以下では，各カテゴリの特徴を踏まえながら，A病院における教育および業務体制の整備に関する示唆を検討する。

１. 個別的ケアの提供に必要な情報共有に関する教育とマニュアルの整備

【１．個別的なケアに必要な患者の情報を看護師と共有でき

ない】【3．看護師から指導がなく個別的ケアの方法が分からない】の2カテゴリは，看護師が，個別的なケアの実施に必要な情報を，看護補助者に十分に提供できていない状況を表している。看護師は看護補助者に対し，指示遂行に関する情報を確実に看護補助者が理解できるように伝達する必要がある（堀込ら，2020）。これは，看護師と看護補助者の協働による患者への個別的ケアの提供に向けて，看護師が看護補助者の業務範囲を正しく理解したうえで，看護補助者へ提供すべき情報を適切に判断し，看護補助者が理解できるように伝達しなければならないことを示している。

A病院のマニュアルには，看護師と看護補助者が共有すべき情報が明記されている。また，それに基づいて情報共有するように看護師と看護補助者の両者に教育を行っている。しかし，【1】【3】は，看護師への現在の教育内容が不足している可能性を示唆する。教育が実施されているにもかかわらず理解が進まない背景としては，教育内容が抽象的であることや，現場での実践支援が十分でないことが考えられる。そこで，現在実施している教育に，具体的な事例を用いた演習やOJT（On-the-Job Training）など，実践的な支援を組み込む必要がある。情報の共有に関しては，看護補助者の理解レベルに応じて具体的な行動を指示できるような伝達方法の工夫や，なぜこのケアが必要なのか，この患者の状態に必要な配慮点など，ケアの背景や目的を含めた情報の共有ができるような教育を再構築していく。また，双方向的かつタイムリーなコミュニケーション技術の習得として，指示の確認や復唱確認，メモをとるといった記録の習慣化が必要である。

一方，看護チームが効果的に機能するためには，看護補助者がチームカンファレンスやミーティングに出席し，情報を共有することが求められている（福井，2013，pp.8–16）。A病院でもカンファレンスに看護補助者も参加し情報共有できる機会はある。しかし，カンファレンス中のナースコール対応は主に看護補助者が担っており，途中退出により個別的ケアの提供に必要な個々の患者のADLやケアの方法などの情報を得られない場合がある。このような状況を踏まえ，情報共有の実行性を高めるためのマニュアルの改定が必要である。情報共有がどのタイミングで必要なのか，その際に情報を共有する方法はどのように実施するのか，また情報共有の責任の所在を明らかにする必要がある。特に，カンファレンス中の途中退出による情報取得の障壁に対しては，カンファレンスの記録の共有など，退出後の情報補完の仕組みをマニュアルに盛り込んでいく必要がある。

2．看護師の業務委譲の判断に関する教育の充実

【2．看護補助者の業務範囲を超えたケアの実施を看護師が指示する】【4．看護師によりケア方法に対する指示が異なる】の2カテゴリは，看護補助者が患者にケアを提供する際，看護師が看護補助者へ適切な指示や指導ができていない状況を表している。A病院の看護補助者に関する規程には，看護補助者の業務基準に関する研修を受講した看護師のみが，看護補助者への指示を出すことができると定められている。しかし，看護補助者の業務範囲を超えたケアの実施を看護師が指示するといった状況が生じている。

看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査（坂本，2019，pp.25–28）では，半数以上の施設において，看護補助者との協働を進める上での課題として，看護師の看護補助者への的確な指示と業務委譲が挙げられている。この研究成果は，看護師への業務委譲に関わる教育が困難であり，教育内容を看護補助者に的確に指示できるレベルまで理解できていない看護師が数多く存在することを示している。また，教育の方法や評価が適切に行えていない可能性もあることを示唆する。看護師が看護補助者に出す指示とは，法的責任のもと，一定の判断基準をもって委譲可能かどうか患者の状態のアセスメントを行い，また同時に看護補助者の業務の遂行能力および業務量等を含めた判断を必要とする複雑な行為である（堀込ら，2020）。したがって，看護師が看護補助者に対して適切に業務委譲できるようにするには，患者の状態，業務範囲，補助者の能力を踏まえた総合的な判断力を養う教育の充実が必要である。しかし，教育のみで個々の補助者の能力に応じた指示内容の判断過程まで習得させることには限界がある。業務範囲の理解を深める教育は重要であるが，補助者の技術習得段階や経験値を踏まえた指示の個別化には，教育に加えて仕組みの工夫が求められる。補助者ごとの技術習得状況を可視化するツールの導入や，ラダーに準じた業務範囲と能力の対応表の整備などが考えられる。これにより，看護師が指示判断を行いやすくなり，教育と仕組みの両面から支援することで，看護師の業務委譲判断の質を高め，看護補助者との協働をより安全かつ効果的に推進できると考えられる。

3．看護補助者との良好なコミュニケーションに向けた教育の必要性

【5．威圧的な態度をとる看護師に報告・相談ができない】は，看護師の威圧的な態度によりコミュニケーションが阻害されている状況を表している。このような状況は，看護補助者が不適切なケアを行い，その結果として患者に苦痛や危険が生じるなど安全が阻害される可能性がある。安全な看護の提供には看護チームの円滑なコミュニケーションによる情報共有が大変重要であり，協働推進の鍵はコミュニケーションである（髙橋ら，2022）。また，看護師には，看護補助者が安全な業務遂行に向けて，不明な点や患者の反応など気づいたことを看護師に伝えることができるような関係性の構築が求められる（安西，2014）。さらに，看護師は看護補助者とのコミュニケーションにおいて，相手が言いたくても言えないような状況をつくらないように気をつけなければならない（手島，2019，pp.147）。このような背景を踏まえ，看護師が看護補助者との良好なコミュニケーションを意識的に構築することは，患者安全の確保に直結する重要な課題である。したがって，看護師に対しては，看護補助者との関係性構築やコミュニケーション技法に関する教育的介入が必要である。

具体的な教育内容として第一に，看護補助者が看護師とのコミュニケーションをためらった結果，患者に不利益が生じ

た事例を提示することで，コミュニケーションの重要性を実感させる。第二に，ロールプレイやシナリオ演習を通じて，傾聴・共感・受容的態度の実践を促す。第三に，心理的安全性の概念を導入し，チーム内で安心して発言できる環境づくりの意義と方法を学ぶ。第四に，報告や相談に対する肯定的なフィードバック技法を習得し，看護補助者の発言を促す関わり方を身につける。

これらの教育は，単なる知識の習得にとどまらず，態度変容と実践力の向上を目的とした継続的な取り組みとして実施する。その結果，看護師が看護補助者との関係性を見直し，相談しやすい人間関係を構築することは，チーム全体の協働を促進し，安全で質の高い看護ケアの提供につながると考える。

４．計画的なケアの実施体制整備に向けた支援の方向性

【６．看護師が忙しいため業務計画に沿ってケアが提供できない】【７．看護師が担当する予定のケアを実施しない】【８．看護師からの指示が受けられずケアをタイムリーに実施できない】の３カテゴリは，看護補助者が計画的に患者へのケアを提供することができていない状況を表している。臨床現場では，適正な人員配置がなされていても，臨時入院や急変対応などにより業務が予定通りに進行しないことが多く，柔軟な業務調整が求められる。

こうした状況下で，ケアの実施体制を整えるには，誰が業務の流れを調整し，チーム全体の動きを支えるかが重要となる。部署全体の状況を把握し，業務分担を調整する役割を担うのは看護師長であり，その調整機能は円滑なケア提供に直結する。しかし今回の結果からは，看護師長の調整機能だけでなく，看護師個人の業務遂行力，チーム内の情報共有体制，看護師と看護補助者の協働意識など，複数の要因が関与している可能性が示唆された。

したがって，計画的なケアの実施体制を整備するためには，「教育」「仕組み」「意識」の３つの側面から支援を行う必要がある。特に看護師長への支援については，先行研究（酒井ら，2019）において，副看護部長による支援方法の工夫や，看護師長の主体性を育む関わり，承認の働きかけが，看護管理業務の問題解決能力向上につながったと報告されている。ただし，本研究の結果から看護師長への支援が不足していると直接的に断定することはできないため，今後は，看護師長の業務調整機能に加え，看護師個人の行動変容，チーム内の情報共有の促進，協働意識の醸成といった多角的な視点から支援を検討することが，現場における改善の方向性を見出すための基盤となると考えられる。

５．看護補助者のケア実施能力向上のための方法と評価

【10. 複数の患者が同時にケアを依頼してくるため個々の患者に対応できない】は，看護補助者が多重課題発生時に対応できていない現状を表している。Ａ病院の現在の補助者教育の一環として多重課題に関する研修を実施しているが，現場ではなお対応困難な状況が見られ，教育内容の実効性に課題があると考えられる。多重課題への困難感を軽減するために，多重課題演習が効果的である（小口ら，2020）。教育方法に，状況設定シミュレーションをなどのどの演習を取り入れ，複数患者から同時にケア依頼を受けた際の優先順位の選択や対応方法を実践的に学ぶ機会を設け，看護補助者が安全かつ的確に対応できる力を養っていく。

一方，【９．看護補助者が実施しようとするケアを患者が受け入れない】は，看護補助者がベッドサイドにおいて患者の要求に十分に応えられない現状を表している。看護補助者がチームの一員として，安全に業務を遂行するために，看護補助者の役割や業務，責任を明確にした上で，看護補助者に周知をするとともに，必要な知識，技術の習得に向けた教育の提供が求められる（日本看護協会，2021，pp.25–21）。Ａ病院では，看護補助者に対して講義や演習を通じて必要な知識・技術の指導を行っているが，患者の拒否反応が生じる背景には，補助者の対応力や説明不足に加え，患者自身の価値観や経験，看護補助者に対する先入観など，多様な要因が関与している可能性がある。そのため，看護補助者に対する教育的支援に加え，患者への説明の工夫や，看護師による補助者の役割説明，チームとしての信頼関係の構築などが重要である。

業務遂行に必要となる知識と技術を習得したことを確認するための客観的な評価を受けることは，安全に業務を行うための前提条件となる（永池，2013，p.59）。また，看護補助者が実施したケアの結果を評価すること，それを看護補助者にフィードバックすることにより，ケアの安全性や質の向上とともに看護補助者の成長につながる（堀込ら，2020）。Ａ病院では，目標設定とチェックリストによる評価を実施しているが，一部に評価基準の不明確さが見られ，習得度の確認やフィードバックが十分に機能していない可能性がある。今後は，補助者が習得すべき知識・技術の目標を明確に設定し，評価基準の妥当性を再検討する必要がある。

６．研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に，面接時間が平均５分 27 秒と短時間であったため，対象者の語りが限定され，困難が生じた背景や文脈を十分に深掘りできなかった可能性がある。本研究では，看護補助者が業務の合間に参加できるよう質問項目を限定した半構造化面接を採用したが，その結果，語られた内容の広がりに一定の制約が生じたと考えられる。

第二に，内容分析におけるカテゴリ分類の信頼性について，スコットの一致率などの信頼性係数を算出していない。本研究では研究者間で逐次協議を行い，解釈の妥当性の確保を高めるよう努めたが，数値として信頼性を示していない点は限界である。今後は，信頼性係数を用いた検証を行うことで，分析の再現性をより強固にできると考える。

第三に，本研究はＡ病院の看護補助者を対象としており，組織文化や業務体制の影響を受けている可能性がある。そのため，他施設へ一般化する際には慎重な解釈が必要である。

これらの限界を踏まえ，今後は十分な面接時間を確保した質的研究の実施や，信頼性係数を用いたカテゴリ分類の検証，複数施設を対象とした研究が求められる。

Ⅶ. 結　　論

本研究は，一般病院に勤務する看護補助者が看護師との協働において直面する困難を，10 カテゴリとして体系的に明らかにした点に新規性がある。抽出された困難は，【1．個別的なケアに必要な患者の情報を看護師と共有できない】【2．看護補助者の業務範囲を超えたケアの実施を看護師が指示する】【3．看護師から指導がなく個別的ケアの方法が分からない】【4．看護師によりケア方法に対する指示が異なる】【5．威圧的な態度をとる看護師に報告・相談ができない】【6．看護師が忙しいため業務計画に沿ってケアが提供できない】【7．看護師が担当する予定のケアを実施しない】【8．看護師からの指示が受けられずケアをタイムリーに実施できない】【9．看護補助者が実施しようとするケアを患者が受け入れない】【10. 複数の患者が同時にケアを依頼してくるため個々の患者に対応できない】の 10 項目であった。

これらの困難は，情報共有，業務委譲，コミュニケーション，ケア実施体制，補助者の能力向上という複数の要因が相互に関連して生じていた。本研究で得られた知見は，看護師と看護補助者の協働を阻害する要因を構造的に捉えることを可能にし，院内教育および業務体制の再構築に向けた基礎資料として有用である。

具体的には，①情報共有の質を高めるための教育とマニュアルの見直し，②看護師の業務委譲判断を支える教育と仕組みの整備，③心理的安全性を高めるコミュニケーション教育，④計画的なケア提供を支える組織的支援，⑤多重課題への対応力を高める実践的教育，⑥看護補助者の能力評価とフィードバック体制の強化が求められる。これらの取り組みを通じて，看護師と看護補助者の協働が促進され，患者へのより良い看護の提供につながると考える。

謝辞：本研究にご協力くださいました調査対象者の皆様に深くお礼申し上げます。

本論の内容の一部は，第 55 回日本看護学会学術集会において発表した。

また，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

安西恵梨子.（2014）. 業務マニュアルの活用と看護補助者との情報共有. *NursingBUSiNESS2014 臨時増刊. 看護補助者導入・活用パーフェクトナビ*, 58–63.

藤井和典，小斎平典子，渡邉響，後藤優子.（2013）. 看護補助者が看護師との関係で抱える葛藤と対処行動　精神科経験年数５年以上の看護補助者に焦点をあてて. *日本精神科看護学術集会誌, 56* (1), 380–381.

福井トシ子（編）.（2013）. *看護補助者活用推進のための看護管理者研修テキスト*. 日本看護協会.

舟島なをみ.（2010）. *看護教育学研究　発見・創造・証明の過程*（第２版）. 医学書院.

堀込由紀，佐々木美奈子，坂本すが，末永由理，小澤知子，本谷園子，駒崎俊剛，白瀬紗苗，菊池令子.（2020）. 直接ケアにおける看護師による看護補助者への指示に関する現状と課題. 坂本すが. *看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査*（pp.498–508）. 厚生労働行政推進調査事業費補助金分担研究報告書.

五十嵐由美子，白鳥恵美子，小見純子，島田陽介.（2017）. 看護補助者が語る看護業務への思い　グループインタビューから見えた連携への示唆. *日本精神科看護学術集会誌, 60* (1), 156–157.

今田勝規.（2012）.「協働」の項. 大澤真幸，吉見俊哉，鷲田清一（編）. *現代社会学事典*.（pp.283–284）. 弘文堂.

永池京子.（2013）. *看護職と補助者の業務整理＆補助者教育マニュアル*. 日総研出版.

中岡亜希子，三谷理恵，冨澤理恵，澁谷幸.（2016）. 急性期病院の看護師と看護補助者との協働における課題　看護師のインタビューより. *大阪府立大学看護学雑誌, 22* (1), 1–9. http://hdl.handle.net/10466/14844

日本看護協会.（2021）. *看護チームにおける看護師・准看護師及び看護補助者の業務のあり方に関するガイドライン及び活用ガイド*.

日本看護協会.（2022）. *看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト／シェアに関するガイドライン及び活用ガイド*.

小口翔平，山口大輔，松永保子.（2020）. 看護職の業務遂行における多重課題に関する研究―卓越性，熟慮性，および自己効力感との関連―. *日本看護科学学会誌, 40*, 74–81.

酒井美恵，志田京子，撫養真紀子.（2019）. 看護管理業務上の問題解決に関して看護師長の成長につながったと考える副看護部長への相談内容とその支援方法. *大阪府立大学看護学雑誌, 25* (1), 11–20.

坂本すが.（2020）. *看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究*. 2019 年度厚生労働科学特別研究事業総括研究報告書.

髙橋久美，佐々木理恵，中川ひろみ，金栗美紀.（2022）. 看護補助者とのよりよい協働に向けた３つの研修. *看護, 74* (12).

手島恵.（2019）. *看護管理学学習テキスト　第３巻. 人材管理論*（第３版）. 日本看護協会出版会.

◇ 原　著 ◇

A病院における全身麻酔下で手術を受けた患者の覚醒時興奮に関連する因子の検討

松本涼太[1)*]，佐伯真理子[1)]，山村美恵[1)]

【目的】全身麻酔下で手術を受けた患者が覚醒する過程において発症する覚醒時興奮に関連する因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】令和２年５月～９月にA病院で全身麻酔下手術を受けた20歳以上の患者224名を対象とした。覚醒時興奮はSASにより評価し，心理評価はHADSを用いた。カルテから基本属性，手術および麻酔情報を収集し，単変量解析ならびにロジスティック回帰分析を行った。

【結果】覚醒時興奮の発症率は11.2%であった。単変量解析では，顔面手術（$p = 0.049$）および抑うつ傾向（$p = 0.016$）が有意な関連因子であった。多変量解析では，抑うつ（OR = 4.73），顔面手術（OR = 7.81），男性（OR = 2.95）が独立した関連因子として同定された。

【結論】術前の情報共有と抑うつ患者への早期介入は予防に有用で，周術期管理の質向上にもつながると考えられる。

【キーワード】覚醒時興奮，全身麻酔，関連因子

Ⅰ．はじめに

覚醒時興奮とは，無意識から完全な覚醒への移行状態で興奮，混乱，見当識障害，活動過剰を呈する精神状態の急性変動と定義されている（Wei et al., 2021）。覚醒時興奮の発症による影響は，意図しない抜管，ドレーンなどの侵襲ルート類の偶発的な抜去，患者や医療スタッフの負傷，ベッドからの転落，医療ケアの増加など，臨床的に重大な結果をもたらす可能性がある。覚醒時興奮の発症は，せん妄の強力な予測因子であり，入院期間の長期化や術後合併症の増加，死亡率増加などとの関連が指摘されている（Fields et al., 2018；Marcantonio, 2017）。手術室での抜管時には器械出し看護師，外回り看護師，麻酔科医と少人数で実施していることが多く，覚醒時興奮が発症した際には患者の安全を守ることが困難となることがある。そのため，覚醒時興奮の予防および発症予測を踏まえた対応は，麻酔からの離脱期における重要な課題の一つであると考えられる。

Eckenhoff et al.（1961）が初めて覚醒時興奮について報告して以来，主に小児を対象とした多くの研究が行われてきた。正確なメカニズムは未だ不明であるが，全身麻酔および手術によるストレスに起因する神経炎症後の脳ホメオスタシス変化が関与しているとされる。一方，成人における覚醒時興奮のリスク因子としては，年齢，性別，麻酔方法，術後疼痛などが指摘されているが（Fields et al., 2018；Yu et al., 2010；Radtke et al., 2010），これらの多くは欧米人を対象とした研究である。また，薬剤の体内動態や反応における人種差は以前から指摘されており，異なる人種間での薬物曝露の変動が覚醒時興奮の発症傾向にも影響を及ぼす可能性がある（van Dyk et al., 2018）。よって，わが国における成人を対象とした覚醒時興奮のリスク因子に関して明らかにすることは，実臨床における予測・予防的介入を検討するうえで意義があると考えられた。

そこで今回，覚醒時興奮の発症を予測し，早期介入を行うために，全身麻酔下で手術を受けた患者が覚醒する過程において発症する覚醒時興奮の関連因子を明らかにすることを目的に検討を行った。

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）山口労災病院
＊ E-mail：remind-r@hi2.enjoy.ne.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

全身麻酔下で手術を受けた患者が覚醒する過程において発症する覚醒時興奮に関連する因子を明らかにすることを目的とした。

Ⅲ．方　　法

１．対象者

令和２年５月から９月の５ヶ月間に手術目的でＡ病院に入院した患者のうち，全身麻酔下に手術を受けた 20 歳以上の患者を対象者とした。手術室入室から，麻酔導入，気管挿管，抜管など周手術期における手術室での経過について，手術前患者訪問が行われている。

認知症の既往（認知症の診断や抗認知症薬の内服ありの場合に既往ありと判断）や脳血管疾患を患っている患者，手術後に抜管ができなかった患者は，覚醒時興奮の評価に影響を及ぼす可能性があるため，対象者から除外した。

２．調査方法

本研究は，令和２年５月～９月にＡ病院において実施した。調査は以下の４つの方法を組み合わせて行った。

１）無記名自記式質問紙調査：一般外来患者用不安抑うつ尺度（Hospital Anxiety and Depression Scale：以下，HADS）を用いて不安および抑うつを評価した。対象患者に対し，研究責任者または研究メンバーが術前訪問時に書面を用いて研究内容を説明し，同意を得た。質問紙は病室で記入し，記入日は手術前日までとした。記入日を記載する欄を設け，術前に記入されたものを分析対象とした。回収はナースステーションに設置した回収 BOX で行った。

２）全身麻酔覚醒過程の直接観察：手術終了から覚醒に至る過程を観察し，ライカー鎮静興奮スケール（Riker Sedation-Agitation Scale：以下 SAS）に基づいて覚醒時興奮の有無を評価した。

３）麻酔科医の術前診察記録：術前診察における全身状態評価を収集した。

４）電子カルテ：基本属性や既往歴，手術・麻酔時間，麻酔方法，術中薬剤などの情報を収集した。

３．調査内容

本研究では，先行研究において覚醒時興奮との関連が指摘されている要因を中心に，患者属性，周術期の麻酔管理，心理状態などの情報を収集した。特に，年齢や性別，手術部位，麻酔方法は複数の研究で関連因子とされており（Fields et al., 2018；Radtke et al., 2010），また心理的要因としての不安や抑うつについても Yu et al.（2010）などが関連性を報告している。これらの文献的知見をもとに，本研究の調査項目を構成した。

１）調査項目

年齢，性別，精神疾患の有無，診療科，手術部位，手術時間，麻酔時間，麻酔方法（air oxygen sevoflurane：以下 AOS，air oxygen desflurane：以下 AOD，total intravenous anesthesia：以下 TIVA），侵襲ルートの有無（末梢静脈ライン，持続硬膜外麻酔チューブ，尿道カテーテル，動脈ライン，ドレーン），術後疼痛コントロールの有無（帰室後の鎮痛剤使用の有無），術中使用薬剤（セボフルラン，デスフルラン，チオペンタールナトリウム，プロポフォール，フェンタニルクエン酸塩，レミフェンタニル塩酸塩，アセトアミノフェン，フルルビプロフェン アキセチル）。

２）覚醒時興奮の評価

SAS を用いて，気管挿管チューブ抜管後の興奮状態を評価した。SAS は，Riker et al.（1994）らがハロペリドールの不穏に対する影響を評価するために作成したものである。この鎮静スケールは不穏の評価が１～７に区別されており，１～３は鎮静，４は穏やかな状態，５～７は不穏状態と評価される。評価は，SAS を用いた覚醒時興奮の評価経験がある研究責任者が病棟スタッフに対してトレーニングを行った。SAS 評価を行う全てのスタッフがこのトレーニングを受けた。

３）患者の不安と抑うつ状態の評価

不安と抑うつ状態を評価するため，Zigmond et al.（1993）らによって開発され，北村（1993）によって日本語訳された HADS を用いた。この尺度は調査項目が少なく，所要時間は約５分と簡便で利用者への負担が軽いことから，制約のある外来診療や健診の場でも有用であると報告されている（八田ら，1998）。HADS は，不安（HADS-A）および抑うつ（HADS-D）の２つの下位尺度で構成され，各尺度７項目，合計 14 項目からなる。信頼性については，Cronbach の α 信頼係数が，不安尺度に関して 0.8，抑うつ尺度に関しては 0.61–0.50 とやや劣ったが，不安尺度の内的整合性は良好で，対象者の心理状態のスクリーニング法として有用性が報告されている（八田ら，1998）。

４）全身状態の評価

術前身体状態は American Society of Anesthesiologists Physical Status（以下 ASA-PS）を用いて評価した。ASA-PS は，アメリカ麻酔科学会による術前の身体状態を評価するシステムであり，周術期の罹患率と死亡率を独立して予測する優れた指標である。全身状態を６クラスに区分している（Zambouri, 2007）。クラス１は通常の健康な患者，クラス６は脳死状態を表す。

４．分析方法

Kim et al.（2013）の研究を参考に，SAS スコアが５点以上の患者を「覚醒時興奮あり」と定義し，麻酔からの覚醒過程において興奮の有無により「覚醒時興奮あり群」と「覚醒時興奮なし群」に分類した。

本研究では，覚醒時興奮に関連する因子を明らかにするため，以下の３つの視点から統計解析を実施した。統計解析には SPSS ver.27.0（IBM, USA）を用い，統計学的有意水準は５％未満とした。

１）覚醒時興奮発症率の特性

覚醒時興奮の発症と基本的な患者背景との関連を明らかにするため，年齢，性別，既往歴（精神疾患），診療科，手術時

間，麻酔時間について，「覚醒時興奮あり群」と「覚醒時興奮なし群」の２群間で群間比較を行った。カテゴリカルデータには χ^2 検定または，期待度数が５未満の場合にはフィッシャーの直接法を用いた。量的データには中央値および四分位範囲を算出し，ウィルコクソンの順位和検定を適用した。

２）単変量解析による覚醒時興奮要因の検討

一般外来患者用不安抑うつ尺度（HADS）を使用した。HADS は 14 項目からなり，不安（A項目）および抑うつ（D項目）の２つの下位因子で構成され，各項目は４段階（０～３点）で評価される。A・D各スコアは０～21 点となり，11 点以上を「不安あり」「抑うつあり」と定義し，群間の関連性を χ^2 検定で分析した。

３）多変量解析による独立した関連因子の同定

覚醒時興奮の発症に関連する要因を多変量的に明らかにするため，覚醒時興奮の有無を目的変数とし，単変量解析で有意差が認められた因子および臨床的意義があると判断した性別を説明変数としてロジスティック回帰分析を実施した。変数の選択には stepwise 法を用いた。なお，術中使用薬剤は単独使用ではなく併用されていたため，各薬剤の影響を考慮して多変量解析にて処理を行った。

Ⅳ．倫理的配慮

対象者に，文書および口頭により研究の目的，方法，任意性，断った場合の不利益がないこと，プライバシー保護の遵守，結果の公表などについて説明し，自由意思による同意を文書で得た。本研究は，山口労災病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：Yro-ri-2022）。

Ⅴ．結　　果

１．覚醒時興奮発症率の特性（表１）

268 名に質問紙を配布し，243 名から回答が得られた（回収率 91.0%）。回答に欠損が多かった 19 名を除外し，224 名を分析対象とした（有効回答率 83.6%）。対象者の年齢の中央値は 68.0 歳（四分位範囲：57.0–76.0）で，男性は 117 名（52.2%），女性は 107 名（47.8%）であった。精神疾患の既往を有する者は 25 名（11.2%）であった。

覚醒時興奮を発症した患者は 25 名（11.2%）であった。診療科別では，耳鼻科領域の手術において覚醒時興奮の発症率が有意に高かった（$p = 0.012$）。年齢，性別，精神疾患既往，手術時間，麻酔時間には有意差を認めなかった。

２．単変量解析による覚醒時興奮要因の検討（表２）

各因子について，覚醒時興奮あり群（$n = 25$）と覚醒時興奮なし群（$n = 199$）に分け，χ^2 検定または Fisher の直接法，量的データには Wilcoxon の順位和検定を用いて群間比較を行った。

手術部位別にみると，顔面手術を受けた患者で覚醒時興奮の発症率が有意に高かった（$p = 0.049$）。また，HADS で抑うつ傾向を認めた患者では，抑うつなし群と比べて有意に発症率が高かった（$p = 0.016$）。年齢や不安の有無などの項目では有意差を認めなかった

３．多変量解析による独立した関連因子の同定（表３）

覚醒時興奮の発症を目的変数とし，単変量解析で有意差を認めた因子および臨床的意義があると考えられる性別を説明変数としてロジスティック回帰分析を行い，stepwise 法で変数選択を行った。

その結果，抑うつ傾向（OR = 4.73，95%CI：1.54–4.60，$p = 0.007$），顔面手術（OR = 7.81，95%CI：1.81–33.60，$p = 0.006$），男性（OR = 2.95，95%CI：1.10–7.92，$p = 0.032$）が有意な関連因子として同定された。フェンタニルクエン酸塩の使用は OR = 2.77 であったが，有意差は認められなかった（$p = 0.121$）。

表１　対象者の属性

n=224

		全体（n=224）	覚醒時興奮あり群（n=25）	調整済み残差	覚醒時興奮なし群（n=199）	調整済み残差	p値
年齢（歳）		68.0（57.0—76.0）	66.0（46.0—72.0）		68.0（57.0—76.0）		0.136[a]
性別	男性/女性	117(52.2)/107(47.8)	17(68.0)/8(32.0)		100(50.3)/99(49.7)		0.541[b]
精神疾患	あり/なし	25(11.2)/199(88.8)	3(12.0)/22(88.0)		6(3.0)/193(97.0)		0.066[b]
診療科	外科:	67 (29.9)	6 (24.0)	−0.7	61 (30.6)	0.7	0.012[c]
	婦人科:	7 (3.0)	1 (4.0)	0.3	6 (3.0)	−0.3	
	耳鼻科:	10 (4.5)	4 (16.0)	3.0	6 (3.0)	−3.0	
	整形外科:	138 (61.6)	13 (52.0)	−1.0	125 (62.8)	1.0	
	泌尿器科:	2 (0.8)	1 (4.0)	1.8	1 (0.5)	−1.8	
手術時間（時間）		1.80（1.07—2.62）	2.07（1.59—2.49）		1.75（1.05—2.65）		0.183[a]
麻酔時間（時間）		1.99（1.18—2.89）	2.13（1.48—2.84）		1.97（1.15—2.88）		0.446[a]

年齢、手術時間、麻酔時間は中央値（全範囲=最小値—最大値）で表記、性別と診療科についてはn(%)で表記した。
[a] Wilcoxonの順位和検定を用いて比較，[b] χ^2検定を用いて比較，[c] Fisherの直接法を用いて比較

表２　覚醒時興奮に関連する因子の単変量解析

n=224

項目		覚醒時興奮あり群 *n*=25		調整済み残差	覚醒時興奮なし群 *n*=199		調整済み残差	*p*値
		n	（ % ）		*n*	（ % ）		
年齢	65歳未満	11	（ 4.9 ）		81	（ 36.2 ）		0.752[a]
	65歳以上	14	（ 6.3 ）		118	（ 52.7 ）		
手術部位	顔面	4	（ 1.8 ）	2.7	7	（ 3.1 ）	−2.7	0.049[b]
	脊椎	5	（ 2.2 ）	0.7	29	（ 12.9 ）	−0.7	
	内臓	7	（ 3.1 ）	−0.4	64	（ 28.6 ）	0.4	
	上肢	5	（ 2.2 ）	0.2	36	（ 16.1 ）	−0.2	
	下肢	4	（ 1.8 ）	−1.6	63	（ 28.1 ）	1.6	
不安	あり	1	（ 0.4 ）		9	（ 4.0 ）		0.905[b]
	なし	24	（ 10.7 ）		190	（ 84.8 ）		
抑うつ	あり	6	（ 2.7 ）		17	（ 7.6 ）		0.016[b]
	なし	19	（ 8.5 ）		182	（ 81.3 ）		
末梢静脈ライン	あり	24	（ 10.7 ）		197	（ 87.9 ）		0.219[b]
	なし	1	（ 0.4 ）		2	（ 0.9 ）		
持続硬膜外麻酔チューブ	あり	2	（ 0.9 ）		49	（ 21.9 ）		0.062[a]
	なし	23	（ 10.3 ）		150	（ 67.0 ）		
尿道カテーテル	あり	20	（ 8.9 ）		165	（ 73.7 ）		0.712[b]
	なし	5	（ 2.2 ）		34	（ 15.2 ）		
動脈ライン	あり	12	（ 5.4 ）		96	（ 42.9 ）		0.982[a]
	なし	13	（ 5.8 ）		103	（ 46.0 ）		
ドレーン	あり	11	（ 4.9 ）		76	（ 33.9 ）		0.574[a]
	なし	14	（ 6.3 ）		123	（ 54.9 ）		
術後疼痛コントロール	あり	22	（ 9.8 ）		134	（ 59.8 ）		0.059[a]
	なし	3	（ 1.3 ）		65	（ 29.0 ）		
麻酔方法	AOD	17	（ 7.6 ）	−0.6	147	（ 65.6 ）	0.6	0.207[a]
	AOS	4	（ 1.8 ）	0.7	22	（ 9.8 ）	−0.7	
	TIVA	4	（ 1.8 ）	0.1	30	（ 13.4 ）	−0.1	
ASA-PS	PS1	5	（ 2.2 ）	−0.4	46	（ 20.5 ）	0.4	0.867[a]
	PS2	19	（ 8.5 ）	0.2	148	（ 66.1 ）	−0.2	
	PS3	1	（ 0.4 ）	0.4	5	（ 2.2 ）	−0.4	

[a] χ^2検定を用いて比較，[b] Fisherの直接法を用いて比較

表３　多変量解析による関連因子の同定

因子	*p*値	オッズ比（95%信頼区間）
抑うつ	0.007	4.734 (1.535–4.600)
顔面の手術	0.006	7.805 (1.813–33.599)
フェンタニルクエン酸塩	0.121	2.767 (0.765–10.013)
男性	0.032	2.948 (1.098–7.915)

ロジスティック回帰分析により，覚醒時興奮発生の関連要因を調査した。
さらに，Stepwise法により変数選択を行った。

Ⅵ. 考　　察

１．A病院における全身麻酔下で手術を受けた患者の覚醒時興奮発症率の特性と先行研究との比較

本研究の覚醒時興奮の発症率は11.2%であった。この結果は，近年報告された覚醒時興奮の発症率（Bharadwaj et al., 2022；Gu et al., 2021；Kang et al., 2020；Lepouse et al., 2006；Yu et al., 2010）と比べてやや低い結果であった。覚醒時興奮の評価には，我々が使用したSASやリッチモンド鎮静興奮スケール（Richmond sedation–agitation scale: RASS），The motor activity assessment scale: MAASなど様々な尺度がある。先行研究で使用された尺度もそれぞれで異なるこ

とが，発症率の差異に影響しているのではないかと考えられた。

2．単変量解析による覚醒時興奮関連因子の検討

口腔内の手術や耳鼻科領域の手術を含む顔面の手術は覚醒時興奮のリスク因子であることが報告されており（Kim et al., 2015；Lepouse et al., 2006；Radtke et al., 2010；Yu et al., 2010），今回の調査においても顔面手術，特に耳鼻科領域の手術を受けた患者が有意な関連因子であった。顔面手術を受けた患者は，麻酔からの覚醒時に窒息感を感じる可能性があり，覚醒時興奮の発症率を高める可能性が考えられた。

不安は主観的な感情であり，それを捉える医療スタッフによって異なる方法で認識される可能性がある。そのため，今回の調査ではHADSを用いて評価した。不安がリスク因子であることが報告されていたが，本研究では不安と覚醒時興奮との間に関連は見られなかった。不安と判断されたのは全体で10名（4.5%）と少なかった。先行研究において，術前訪問を行う事で不安が軽減される傾向にあることが明らかとなっている（福井ら，2019）。当院では術前訪問の実施やリアリティーオリエンテーションを実施している。患者は自身の抱える不安な思いを医療スタッフに表出することができ，覚醒時興奮を惹起せずにすんだものと考えられた。

3．多変量解析による独立した関連因子の同定と臨床的意義

抑うつ傾向については，23名（10.3%）が該当した。今回の調査において抑うつは有意な関連因子であることがわかった（OR = 4.73）。多くの研究から，抑うつ状態での前頭葉機能低下が指摘されている（Drevets, 2000；Smith & Cavanagh, 2005；Tutus et al., 1998）。認知能力を司る前頭葉機能が低下することで，状況を正しく認識することができず，覚醒時興奮につながっている可能性がある。抗うつ薬は覚醒時興奮の予防因子である（Lepouse et al., 2006）との報告もあることから，手術が予定された段階で手術前スクリーニングとして抑うつ状態の評価を行い，抑うつ傾向にある患者においては，医師や薬剤師，看護師など医療スタッフ間で情報提供するなど，早期から介入が行われるよう働きかけることが重要である。また，患者の精神的な受容能力を一番把握している家族の意見は，重要な情報源となる。受容能力に応じた介入方法を検討し，必要に応じてコンサルテーションリエゾンサービスを利用するなどの関わりが重要になってくると考えられた。

男女差については，単変量解析では有意差を認めなかったものの，多変量解析において男性が有意な関連因子として抽出された。他の因子の影響を統制したことで交絡の影響が排除され，男性という因子そのものの関連性が顕在化した可能性がある。1950人の腹腔鏡下手術を受けた患者を対象としたKang et al.（2020）らの研究，あるいは，全身麻酔下の手術を受けた2000人の患者を対象としたYu et al.（2010）らの研究では，男性がリスク因子であると報告している。本研究の結果は，これを支持していると考えられた。

顔面手術については，術式として口腔内手術や耳鼻科領域の手術が多く含まれていた。麻酔方法については，両顎手術を受けた144名の成人患者を対象とした二重盲検RCT（Choi et al., 2015）や，小児患者を対象としたメタ分析（He et al., 2015）において，デスフルランはセボフルランよりも覚醒時興奮の発症が少ないという結果が報告されている。したがって，本研究においてもセボフルランは覚醒時興奮の関連因子になると予想していた。しかし，本研究ではセボフルランは関連因子とは特定できなかった。これは，対象疾患や対象者の年齢構成の違いが影響している可能性がある。Choi et al.（2015）らの研究は比較的長時間の顎顔面外科手術であったのに対し，本研究では手術時間や侵襲度が多様であり，また高齢者を含む年齢幅が広い対象であった。年齢や手術侵襲度の違いは，薬物代謝や中枢神経系の感受性に影響し，覚醒時興奮の発症率や麻酔薬の影響の現れ方を変える可能性がある。

Ⅶ. 結　　論

本研究は，覚醒時興奮の発症を予測し，早期介入を行うために，全身麻酔下で手術を受けた患者が覚醒する過程において発症する覚醒時興奮に関連する因子を明らかにすることを目的に検討を行った。覚醒時興奮の発症率は11.2%であった。覚醒時興奮あり群となし群を比較した結果，顔面手術を受けた患者および抑うつ傾向の患者で有意差を認めた。さらに，多変量解析の結果，抑うつ，顔面の手術，男性の3因子が覚醒時興奮の発症に有意に関連する因子として同定された。

これらの結果から，該当する患者に対しては，スタッフ間での情報共有や，覚醒時興奮が起こった場面を想定した安全予防策の検討が重要である。また，抑うつ状態の患者に対しては，可能な範囲で専門医へのコンサルトを行うことが，覚醒時興奮の予防につながると考えられた。

本研究の限界として，単施設での後方視的研究であり，対象患者数や手術の種類，麻酔方法に偏りがある点が挙げられる。今後は，複数施設での前向き研究を通じて，より多様な患者群や手術条件を対象に検討を行い，介入の有効性を含めたエビデンスを構築していくことが課題である。

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

Bharadwaj, S., Konar, S., Akash, V. S., Gopalakrishna, K. N., Chakrabarti, D., Kamath, S. (2022). Emergence delirium after intracranial neurosurgery: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Neuroscience*, *104*, 12–17.

Choi, G. J., Baek, C. W., Jung, Y. H., Woo, Y. C., Lee, U. L., Yang, S. Y., Shin, H. Y. (2015). Emergence agitation after orthognathic surgery: a randomised controlled comparison between sevoflurane and desflurane. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *59* (2), 224–231.

Drevets, W. C. (2000). Neuroimaging studies of mood disorders. *Biological Psychiatry*, *48* (8), 813–829.

Eckenhoff, J. E., Kneale, D. H., Dripps, R. D. (1961). The incidence and etiology of postanesthetic excitement. A clinical survey. *Anesthesiology*, *22* (5), 667–673.

Fields, A., Huang, J., Schroeder, D. R., Sprung, J.,

Weingarten, T. N. (2018). Agitation in adults in the post-anaesthesia care unit after general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, *121* (5), 1052–1058.

福井彩夏，角屋敷健太，武田未希，崎本聖美.（2019）．術前訪問の有効性の実態調査．*東京慈恵会医科大学雑誌*，*134* (2), 47–48.

Gu, W. J., Zhou, J. X., Ji, R. Q., Zhou, L. Y., Wang, C. M. (2021). Incidence, risk factors, and consequences of emergence delirium after elective brain tumor resection. *The Surgeon*, *20* (5), 214–220.

八田宏之，東あかね，八城博子，小笹晃太郎，林恭平，清田啓介，井口秀人，池田順子，藤田きみゑ，渡辺能行，川井啓市.（1998）．Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討―女性を対象とした成績―．*心身医学*，*38* (5), 309–315.

He, J., Zhang, Y., Xue, R., Lv, J., Wang, H., Zhang, Y. (2015). Effect of desflurane versus sevoflurane in pediatric anesthesia: a Meta-Analysis. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, *18* (2), 199–206.

Kang, X., Lin, K., Tang, H., Chen, J., Zhang, P., Li, J., Xu, Y. (2020). Risk factors for emergence agitation in adults undergoing thoracoscopic Lung Surgery: a case-control study of 1,950 patients. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, *34* (9), 2403–2409.

Kim, H. C., Kim, E., Jeon, Y. T., Hwang, J. W., Lim, Y. J., Park, H. P. (2015). Postanaesthetic emergence agitation in adult patients after general anaesthesia for urological surgery. *Journal of International Medical Research*, *43* (2), 226–235.

Kim, S. Y., Kim, J. M., Lee, J. H., Song, B. M., Koo, B. N. (2013). Efficacy of intraoperative dexmedetomidine infusion on emergence agitation and quality of recovery after nasal surgery. *British Journal of Anaesthesia*, *111* (2), 222–228.

Lepousé, C., Lautner, C. A., Liu, L., Gomis, P., Leon, A. (2006). Emergence delirium in adults in the post-anaesthesia care unit. *British Journal of Anaesthesia*, *96* (6), 747–753.

Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, *377* (15), 1456–1466.

Radtke, F. M., Franck, M., Hagemann, L., Seeling, M., Wernecke, K. D., Spies, C. D. (2010). Risk factors for inadequate emergence after anesthesia: emergence delirium and hypoactive emergence. *Minerva Anestesiologica*, *76* (6), 394–403.

Riker, R. R., Fraser, G. L., Cox, P. M. (1994). Continuous infusion of haloperidol controls agitation in critically ill patients. *Critical Care Medicine*, *22* (3), 433–440.

Smith, D. J., Cavanagh, J. T. (2005). The use of single photon emission computed tomography in depressive disorders. *Nuclear Medicine Communications*, *26* (3), 197–203.

Tutus, A., Simsek, A., Sofuoglu, S., Nardali, M., Kugu, N., Karaaslan, F., Gonul, A. S. (1998). Changes in regional cerebral blood flow demonstrated by single photon emission computed tomography in depressive disorders: comparison of unipolar vs. bipolar subtypes. *Psychiatry Research*, *83* (3), 169–177.

van Dyk, M., Marshall, J. C., Sorich, M. J., Wood, L. S., Rowland, A. (2018). Assessment of inter-racial variability in CYP3A4 activity and inducibility among healthy adult males of Caucasian and South Asian ancestries. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *74* (7), 913–920.

Wei, B., Feng, Y., Chen, W., Ren, D., Xiao, D., Chen, B. (2021). Risk factors for emergence agitation in adults after general anesthesia: a systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *65* (6), 719–729.

Yu, D., Chai, W., Sun, X., Yao, L. (2010). Emergence agitation in adults: risk factors in 2,000 patients. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, *57* (9), 843–848.

Zambouri, A. (2007). Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. *Hippokratia*, *11* (1), 13–21.

Zigmond, A. S., Snaith, R. P., 北村俊則（訳）.（1993）．Hospital anxiety and depression scale（HAD 尺度）．*精神科診断学*，*4* (3), 371–372.

◇ 原　著 ◇

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策における感染管理看護師の役割ストレスに関する研究

西川有子[1)]*，宮田千春[2)]

【目的】新興感染症に対し感染管理看護師（ICN）が専門性を発揮できる体制や方策を検討する為の知見が得られるよう，COVID-19 パンデミック下における ICN の役割ストレスに関連する個人属性・環境特性を明らかにし，その認識を把握する。

【方法】感染症看護専門看護師・感染管理認定看護師を対象とした関連探索的横断研究で，無記名質問紙調査を実施し，量的データは記述統計，t 検定，分散分析，重回帰分析，自由記述は質的に分析した。

【結果】看護部・感染制御部所属，専任・専従の ICN は病棟所属や兼任者より役割ストレスが高く，病棟および感染病棟勤務は役割ストレスと負に関連した。自由記述では相談・情報交換の機会，達成感，管理者の理解や役割明確化の重要性が示唆された。

【結論】ICN の役割ストレスは所属部署と従事形態で異なり，組織横断的役割を担う ICN への管理的・心理的支援体制の整備の重要性が示唆された。

【キーワード】新型コロナウイルス感染症（COVID-19），パンデミック，役割ストレス，感染管理看護師（ICN）

Ⅰ．はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）パンデミックでは，急速な感染拡大に伴う受入れ体制整備，感染管理システムの構築，サーベイランスの実践等，医療機関には平時とは異なる感染管理体制の即時構築が求められた（厚生労働省健康局結核感染症課，2020）。我が国の医療機関では，これらの役割を感染管理認定看護師（Certified Nurse in Infection Control：以下 CNIC），感染症看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in Infection Control Nursing：以下 CNSIC）の資格を有する看護師が院内の感染管理看護師（Infection Control Nurse：以下 ICN）として担い（鈴木ら，2015），中心的な役割を果たしたとされている（廣瀬，2005）。日本看護協会の調査では，CNIC・CNSIC の 76.3%が COVID-19 対応で中心的な役割を果たしたと回答し，職員からの相談対応，ゾーニングの整備・周知，感染対策マニュアルの見直し，個人防護具着脱等の研修実施などを幅広く担っていたことが報告されている（日本看護協会，2020）。新興感染症流行時の ICN は，情報収集，報告，方針策定支援，教育，助言，曝露者管理など多面的役割を担い，感染対策責任が集中しやすいことが指摘されている（Cha et al., 2017）。COVID-19 パンデミック下の ICN を対象とした海外研究では，感染管理業務の強度が高いほど職務ストレスやバーンアウト，離職意向が高まること，また社会的支援や自己効力感がその緩和要因となることが報告されており，ICN は感染拡大防止の中核を担う一方で，強い心理的負担と組織的支援の必要性を抱えていたことが示されている（Lee JE et al., 2024；Lee SJ et al., 2024）。パンデミック期の看護職のストレスに関し，看護師が高いレベルの感染恐怖を有し，その関連要因として「病院の規模」「夜勤時間」「看護師への組織的なサポートの欠如」が指摘されている（小岩ら，2021；Koubun et al., 2020）。更に，「感染への不安」「予防手順への不安」「情緒への不安」「情報への不安」「不全感」「家族の不安」「孤立感・見放された感覚」などがストレス要因として報告されている（大東・花木，2022；武用，2022）。

受付日：2025 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）社会福祉法人恩賜財団済生会松阪総合病院　　2）京都府立医科大学医学部看護学科
＊ E-mail：cn313022@mcn.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

米国では看護職が職業的ストレスを強く感じ，COVID-19 に対する恐怖度の上昇により職務満足度の低下，心理的苦痛の増加，離職意向の増加を招くこと（Labrague et al., 2021），エジプトではトリアージ病院に従事していた看護師において，仕事量の増加，死への対処，厳格な感染対策等がストレス要因であったことが報告されている（Said et al., 2021）。「看護職のストレス」は看護職が経験する心理的・身体的負担の総称であり，その中に勤務環境，業務内容，人間関係など仕事に起因する「看護職の職業的ストレス」，職業的ストレスの一側面である役割期待と実際の業務要請との不一致，役割責任範囲の不明確さ，過重な役割負担によって生じる「役割ストレス」がある（Kahn et al., 1964；Behrman et al., 1984）。先行研究の多くは看護職一般を対象とし，ICN の役割ストレスを全国規模で数量的に検討した研究は稀少である。そこで本研究では，COVID-19 対策時の ICN の「役割葛藤・役割の曖昧さ」と「量的労働負荷」に着目し，役割ストレスに関連する個人属性・環境特性を数量的に検討するとともに，自由記載から ICN の認識を補足的に把握した。これは，今後の新興感染症パンデミック時における ICN が専門性を発揮できる体制整備と支援方策を検討するための基礎的知見になると考える。

Ⅱ．目　　的

COVID-19 対策時の ICN の役割ストレスに関連する個人属性・環境特性を明らかにするとともに，役割ストレスに関する ICN の認識を記述的に把握する。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

同一調査票（無記名）を用いた関連探索的・横断的調査研究

2．研究対象者

日本看護協会に認定登録された CNSIC および CNIC のうち医療機関就業者約 2000 名を母集団とした。誤差 ± 5％，信頼係数 95%より必要サンプル数を約 320 名と見積もり，予想回収率 60%を踏まえて配布数を設定した。各施設には約 1 ～ 5 名の ICN が在籍しているため，1 施設あたりの平均在籍者数を算出したうえで必要な施設数を選択した。選定方法は層化抽出法の比例配分法と単純無作為抽出法を用いた。母集団である ICN を部分母集団として都道府県を 8 地方区分に分割（層化）し，各層の大きさに比例させて抽出した。次に単純無作為法を用いて施設を抽出し，300 施設，557 名に自記式質問紙調査票を配布した。

3．データ収集期間と収集方法

2022 年 2 ～ 3 月で，選定施設の看護部長宛てに研究依頼文書，説明書，質問紙，返信用封筒を郵送し，対象者への配布を依頼した。対象者が回答後，返信用封筒で個別投函する郵送法で回収した。

4．調査内容

質問紙は以下の 3 領域 56 項目で構成した。本研究開始前に ICN 5 ～10 名を対象とするプレテスト（対象：ICN 5 ～10 名）を行い，質問文の適切性，質問数の妥当性，調査の実施可能性を確認した。質問紙では COVID-19 流行第 2 波（2020 年第 26～39 週頃）を想起して回答するよう求めた。

1）対象者の属性

CNSIC および CNIC の資格取得後の役割に関する関連要因（所属する医療機関の基本情報や経験年数，職位など）（宮首・亀岡，2012，2013）

2）役割ストレス

NIOSH 職業性ストレス調査票を用いた。本調査票は，研究目的に応じて必要なサブスケールを選択使用できる（原谷，1997，2004）。そのため ICN の役割遂行上の負担の調査項目として①役割葛藤・役割の曖昧さ 14 項目，②量的労働負荷 11 項目を使用し，探索的指標として①②の計 25 項目の合計得点を「役割ストレス」と定義し，記述統計と関連分析に用いた。各項目は 5 ～ 7 件法で，得点が高いほど知覚が強いことを示す。構成概念，妥当性は，因子分析により，信頼性はクロンバック α 信頼性係数の算出により 0.7～0.8 以上で，検証されている（原谷，1997，2004）。

3）役割ストレスに関連する要因および ICN の認識

①COVID-19 流行第 2 波当時に ICN が経験した不安，緊張，気分の落ち込み，疲労感，いらだち等の心理的負担（以下，精神的影響）が役割ストレスに及ぼした程度，②パンデミック時の新しい体制づくりにおける ICN の役割の程度，管理者の感染管理への理解，組織内での役割の明確化と多職種連携について 5 件法で回答を得た。加えて，精神的影響への対処，精神的影響を受けないための具体策，COVID-19 感染対策で最も困難であった事を自由記載で求めた。

5．分析方法

単純集計後，個人属性・環境特性と役割ストレスとの関連を検討した。群間差には t 検定または一元配置分散分析を用い，必要に応じて Tukey HSD で多重比較を行った。欠損値はリストワイズ法で処理した。重回帰分析では，役割ストレス，役割葛藤・役割の曖昧さ，量的労働負荷を目的変数，個人属性・環境特性を説明変数とし，強制投入法を用いた。説明変数は単変量解析の結果だけでなく，先行研究に基づく理論的妥当性も踏まえて選定した。多重共線性は Variance Inflation Factor で確認し，問題のある変数は除外した。統計解析には IBM SPSS Statistics 22 を用い，有意水準は 5％とした。自由記述は質的記述的分析を行い，内容を Microsoft Excel に転記後，意味単位ごとに分割した。感染管理看護と質的研究の経験をもつ研究者 2 名が独立にコード化し，討議による合意形成を経てサブカテゴリ・カテゴリを決定した。表 4，6 の括弧内数値は記述単位数を示し，複数意味単位を含むため回答者数とは一致しない。

Ⅳ．倫理的配慮

研究対象者には研究の意義，目的，方法，参加の自由，匿名性，研究目的以外に使用しないことを文書で説明した。看護部長等により配布されるため，個別郵送回収により自由意思と匿

名性を確保した。なお，本研究は三重大学医学部付属病院医学系研究倫理委員会の承認（U2021-025）を得て実施した。

Ⅴ．結　　果

141 名から回答を得た（回収率 25.3%）。記述統計および自由記載の分析には 114 名を，役割ストレス尺度と説明変数に欠損のない 107 名を，関連分析・重回帰分析に用いた。（有効回答率 93.9%）。

１．対象者の概要（表１）

平均年齢は 42.8（*SD* = 7.6）歳で，40 歳代が 52 名（48.6%）と最多であった。看護師経験年数は平均 24.2（*SD* = 6.8）年，CNSIC・CNIC の資格経験年数は平均 7.7（*SD* = 4.6）年で，１～２年目および 16 年目以上はいずれも８%未満であった。CNIC が 98%を占め，従事形態は専従 71.0%，職位は看護師長 38.3%，副看護師長 34.6%，スタッフ 26.2%であった。所属部署は感染制御部 65.4%，看護部 18.7%，病棟 6.5%，感染病棟 1.9%，外来部門 7.5%であった。

環境特性について，病床数 100～300 床未満 33.6%，300～500 床未満 28.0%，500～1000 床未満 29.0%であった。感染防止対策加算１は 82.2%の施設が取得し，ICN 数は，２～４名 58.9%，１名 40.2%，５～９名 0.9%で，82.2%の施設に専門医が在籍していた。

２．基本属性と役割ストレスについて

１）ICN の属性と役割ストレスとの関連

役割ストレスの平均差の検定では，所属部署と従事形態に有意差がみられた（表２）。所属部署別平均は，看護部 98.1 点，感染制御部 96.9 点，外来部門 90.1 点，病棟 81.7 点，感染病棟 73.5 点であった。多重比較では，感染制御部と病棟，看護部と病棟の間に有意差（$p < .01$），感染制御部と感染病棟，看護部と感染病棟の間に有意差（$p < .05$）が認められた。従事形態別では専任 98.2 点，専従 97.0 点，兼任 89.4 点で，専任と専従の間に有意差（$p < .01$）がみられた。

年齢，資格経験年数，職位，ICN 数，病床数，加算種別，拠点地域では有意差は認められなかった。

２）精神的影響とその対処

精神的影響が役割ストレスに及ぼした程度は，「あまりない」「ほとんどない」が 71 名（62.3%）で，過半数は影響が大きくないと認識していた（表３）。対処としては【感染対策に理解のある人との情報交換，相談】，【親族・友達との交流や相談】など他者との関わり，【ICN の役割，達成感】，【休息，趣味など自分の時間】が抽出された（表４）。

３．パンデミック時の新たな体制づくりに関する認識

新たな体制づくりにおける ICN の役割について「まあまあ あった」以上は 110 名（96.5%）で，ほとんどが多くの役割を担ったと認識していた。管理者の理解については，無回答１名を除く 113 名中 106 名（93.8%）が肯定的に回答した。組織における ICN の役割が明確化され，他職種と連携できたかについては，無回答１名を除く 113 名中 82 名（72.6%）が「まあまあ出来た」「できた」と回答した（表５）。

表１　対象者の基本属性

		n =107	
		n	%
年齢	30代	15	14.0
	40代	52	48.6
	50代	35	32.7
	60代以上	5	4.7
性別	男	16	15.0
	女	91	85.0
経験年数	10年未満	1	0.9
	10年以上20年未満	24	22.4
	20年以上30年未満	55	51.4
	30年以上40年未満	25	23.4
	40年以上	2	1.9
教育背景	看護専門学校卒	80	74.8
	3年課程短期大学卒	13	12.1
	4年課程看護大学卒	6	5.6
	大学院	8	7.5
職位	看護師長	41	38.3
	副看護師長	37	34.6
	スタッフ	28	26.2
	その他(副部長)	1	0.9
所有資格	感染症看護専門看護師	2	1.9
	感染管理認定看護師	105	98.1
資格経験年数	1年目	8	7.5
	2年目	6	5.6
	3～5年目	26	24.3
	6～10年目	36	33.6
	11～15年目	24	22.4
	16年目以上	7	6.5
所属部署	感染制御部	70	65.4
	看護部	20	18.7
	病棟	7	6.5
	感染病棟	2	1.9
	外来部門	8	7.5
従事形態	専従	76	71.0
	専任	4	3.7
	兼任	27	25.2
専従経験	有	84	78.5
	無	23	21.5
専従経験年数	なし	23	21.5
	1年から2年	16	15.0
	3年から5年	27	25.2
	6年から10年	32	29.9
	11年以上	9	8.4
ICNの数	1人	43	40.2
	2人～4人	63	58.9
	5人～9人	1	0.9
専門医在籍	有	88	82.2
	無	19	17.8
病床数	100床未満	6	5.6
	100床以上300床未満	36	33.6
	300床以上500床未満	30	28.0
	500床以上1000床未満	31	29.0
	1000床以上	4	3.7
加算取得	感染防止対策加算1	88	82.2
	感染防止対策加算2	18	16.8
	取得なし	1	0.9
拠点地域	北海道地方	10	9.3
	東北地方	8	7.5
	関東地方	18	16.8
	中部地方	19	17.8
	近畿地方	21	19.6
	中国地方	10	9.3
	四国地方	6	5.6
	九州沖縄地方	15	14.0

表２　ICN の属性と役割ストレスとの関連

***n*＝107**

		役割ストレス			役割葛藤・役割の曖昧さ			量的労働負荷		
		Mean	*SD*	*p* 値	*Mean*	*SD*	*p* 値	*Mean*	*SD*	*p* 値
年齢	30代	91.53	11.50	0.123[b]	57.73	10.11	0.045[b]	33.80	4.49	0.731[b]
	40代	95.88	11.46		61.25	8.22		34.63	5.11	
	50代	97.03	11.21		63.09	8.10		33.69	5.81	
	60代以上	86.20	7.26		53.80	1.64		32.40	6.31	
性別	男	96.63	10.97	0.589[a]	61.63	8.70	0.756[a]	35.00	4.49	0.464[a]
	女	94.95	11.56		60.90	8.53		33.95	5.41	
教育背景	看護専門学校卒	95.66	11.48	0.227[b]	1.45	8.46	0.379[b]	34.10	5.50	0.354[b]
	3年課程短期大学卒	93.46	8.04		59.69	6.46		33.77	4.73	
	4年課程看護大学卒	101.00	11.23		63.67	10.42		37.33	2.42	
	大学院	89.00	14.12		56.75	10.51		32.25	5.04	
経験年数	10年未満	93.00		0.581[b]	57.00		0.513[b]	36.00		0.735[b]
	10年以上20年未満	92.50	11.16		58.92	9.02		33.58	5.09	
	20年以上30年未満	96.75	12.26		62.00	9.05		34.75	4.97	
	30年以上40年未満	94.92	9.81		61.44	6.95		33.12	6.02	
	40年以上	89.50	10.61		55.50	0.71		34.00	9.90	
職位	看護師長	94.73	10.68	0.431[b]	59.83	7.78	0.265[b]	34.68	5.31	0.671[b]
	副看護師長	94.57	11.29		61.08	8.95		33.49	4.51	
	スタッフ	96.07	12.57		62.14	8.81		33.93	6.24	
	その他(副部長)	113.00			75.00			38.00		
所属部署	感染制御部	96.91	9.93	0.000[b]	62.23	7.68	0.006[b]	34.69	5.13	0.002[b]
	看護部	98.10	12.37		61.95	10.16		35.70	3.90	
	病棟	81.71	9.29		53.71	5.62		28.00	5.69	
	感染病棟	73.50	19.09		46.00	12.73		27.50	6.36	
	外来部門	90.13	7.47		58.13	6.56		32.00	4.72	
従事形態	専従	97.07	10.46	0.009[b]	62.33	8.25	0.023[b]	34.74	4.84	0.047[b]
	専任	98.25	9.18		62.00	4.24		36.25	7.04	
	兼任	89.48	12.61		57.15	8.75		32.00	5.82	
専従経験	有	96.06	11.48	0.135[a]	61.80	8.92	0.067[a]	34.26	5.11	0.554[a]
	無	92.04	10.76		58.13	6.20		33.52	5.94	
専従経験年数別	なし	92.04	10.76	0.072[b]	58.13	6.20	0.113[b]	33.52	5.94	0.068[b]
	1年から２年	97.94	12.52		62.13	11.12		35.81	3.58	
	3年から５年	91.70	11.99		59.19	9.09		32.52	4.82	
	6年から10年	98.81	9.50		63.19	6.94		35.63	5.39	
	11年以上	96.00	12.46		64.11	10.06		31.89	5.49	
所有資格	CNSIC	108.00	8.49	0.109[a]	74.00	7.07	0.029[a]	34.00	1.41	0.978[a]
	CNIC	94.91	11.34		60.76	8.38		34.10	5.33	
資格経験	1年目	89.13	8.66	0.355[b]	54.13	4.58	0.158[b]	35.00	5.71	0.710[b]
	2年目	94.83	17.69		61.83	11.51		33.00	7.01	
	3～5年目	95.35	10.26		61.15	8.34		34.19	4.70	
	6～10年目	97.42	10.73		62.22	7.97		34.94	4.82	
	11～15年目	92.71	12.25		59.96	8.42		32.75	6.28	
	16年目以上	99.00	11.93		65.00	10.92		34.00	4.55	
専門医の在籍	有	95.98	11.23	0.128[a]	61.50	8.56	0.201[a]	34.38	5.14	0.253[a]
	無	91.58	22.79		58.74	8.17		32.84	5.39	
ICN数	1人	95.26	10.71	0.426[b]	60.84	7.99	0.837[b]	34,42	4.46	0.136[b]
	2人～4人	94.92	11.87		61.05	8.97		33.73	5.69	
	5人～9人	110.00			66.00			44.00		
病床数	100床未満	90.67	14.11	0.783[b]	57.00	10.20	0.390[b]	33.67	5.35	0.607[b]
	100床以上300床未満	96.44	12.54		61.61	7.50		34.58	4.77	
	300床以上500床未満	94.47	9.86		60.83	7.72		33.63	5.14	
	500床以上1000床未満	95.68	13.91		62.06	10.25		33.61	6.20	
	1000床以上	92.50	3.70		54.75	2.87		37.75	2.63	
加算取得	感染防止対策加算1	95.07	11.51	0.199[b]	61.02	8.63	0.245[b]	34.05	5.40	0.567[b]
	感染防止対策加算2	96.89	10.41		61.72	7.67		34.67	4.77	
	取得なし	76.00			47.00			29.00		
拠点地域	北海道地方	93.80	10.50	0.996[b]	59.20	8.60	0.954[b]	33.70	4.22	0.736[b]
	東北地方	94.50	8.69		57.88	6.77		36.63	4.03	
	関東地方	96.78	15.52		62.44	11.84		34.33	6.30	
	中部地方	95.74	12.79		61.00	8.01		34.74	7.36	
	近畿地方	94.19	9.52		61.57	6.92		32.62	4.31	
	中国地方	95.10	7.65		61.10	6.06		34.00	4.85	
	四国地方	93.50	14.27		60.83	11.70		32.67	4.32	
	九州沖縄地方	96.07	11.16		61.40	8.59		34.67	4.07	

多重比較はTukey HSDを使用

a：*t*検定．B：一元配置分散分析．

*p<.01. **p<.05.

表３　精神的影響と役割ストレス

		***n*=114**
	n	%
精神的影響は役割ストレスに影響したか		
非常にたくさん	3	2.6
たくさん	12	10.5
まあまあ	28	24.6
あまりない	31	27.2
ほとんどない	40	35.1

注）割合は小数第1位で四捨五入した。

４．COVID-19 感染対策において最も困難であると感じた事

自由記載では【感染対策のへの取り組み】【組織，管理者の感染対策への理解と協力】【精神的ストレスへの対処】が主要なカテゴリとして抽出された（表６）。

５．役割ストレスに関連する要因の重回帰分析

表７に重回帰分析の結果を示す。説明変数には，単変量で有意であった所属部署と従事形態に加え，先行研究で関連が示唆される職位，資格取得経験年数，ICN 数を投入した。職位は，看護管理職の役割葛藤・ストレス（中山ら，2020；宮

表４　精神的影響への対処および精神的影響を受けないための具体策

対処と具体策の種類	回答内容の抜粋（対処・影響を受けた内容含む）
感染対策に理解のある人との情報交換、相談など(36)	上司や同僚に話をきいてもらう、常時管理職への報告、同期やICTの仲間、上司に相談
	上司や仲間と協力、院内のサポート体制、臨床心理士を臨時で雇ってくれており相談
	他施設のICNとの連携・情報交換、ICN同期との情報共有
	理解のある友人や同僚に話す、精神科受診
親族・友達との交流や相談(9)	家族、共感できる仲間（病院以外）と話をする、家族との時間、買い物
ICNの役割、達成感(13)	専門性を発揮すること、実施しなければならないことが明確、役割は明確化
	自分の役割や責任の範囲があいまいな状況、病院管理者から受ける役割ストレス
	感謝されたり、求められたり、また社会・地域において自身の取り組みが還元され全ての否定的な感情は、緩和した
	今は有事、アンガーコントロールの書物を読み自己効力感を高める
休息、趣味など自分の時間(26)	休みを取りました、休日の気分転換、土日は何も考えない、自分が好きなことをする
	休みでも疲労が強くコロナ対応でイライラ
	職員とのコミュニケーションなど休みの日も連絡がある、常に緊張状態

注）括弧内の数は各カテゴリに含まれた記述単位数を示す。
1名の自由記述から複数の意味単位が抽出されるため、合計は自由記述回答者数と一致しない。

表５　新たな体制づくりに関する認識

		***n*=114**
	n	%
新しい体制づくりのICNの役割		
非常にたくさん	75	65.8
たくさん	23	20.2
まあまあ	12	10.5
あまりない	2	1.8
ほとんどない	2	1.8
新しい体制づくりへの管理者の感染管理への理解		
非常にたくさん	38	33.3
たくさん	43	37.7
まあまあ	25	21.9
あまりない	5	4.4
ほとんどない	2	1.8
無回答	1	0.9
ICT・本部・委員会など組織の中でICNの役割は明確化され、他職種と連携は出来ていましたか		
できた	23	20.2
まあまあ出来た	59	51.8
あまり出来ていない	25	21.9
できていない	6	5.3
無回答	1	0.9

注）無回答は別掲した。
肯定的回答の割合を本文で記載する際は、各設問の有効回答数を分母とした。
小数第1位で四捨五入したため合計が100.0%とならない場合がある。

表６　COVID-19 感染対策において最も困難であると感じた事

困難と感じた事	回答内容の抜粋
感染対策への取り組み(62)	標準予防策の順守、PPEの着脱、トリアージ、教育 マニュアルの作成、BCP作成 面会禁止の対応と理解、職員の就業制限 陽性者入院受入れへの理解 外部委託業者との交渉
組織、管理者の考え方(45)	組織への情報伝達、理解、情報共有、指揮命令系統、相談、周知、 感染対策への関心、取り組み、危機感などの温度差、協力 必要な感染対策を理解してもらい体制づくりをすること 上層部の意思決定の定まらなさ、管理職の理解 管理職が責任や調整を請け負ってくれなかったこと 感染対策の必要性の理解、コミュニケーション、調整
精神的ストレスの緩和(17)	職員の体調不良時の相談、メンタルヘルス、職員の精神的支援（ストレス対処・不安の対処）
地域の感染対策(5)	地域の感染状況をコントロールしないと当院も運営(ベッドがない)が厳しくなる 地域に出ていきたいが理解が得られなかった 地域全体の感染管理
日常業務との両立(5)	サーベイランスの継続 他のICNとの仕事分担

注）括弧内の数は各カテゴリに含まれた記述単位数を示す。
　1名の自由記述から複数の意味単位が抽出されるため、合計は自由記述回答者数と一致しない。

表７　役割ストレスおよび下位尺度に関連する要因の重回帰分析

***n*＝107**

		役割ストレス		役割葛藤・役割の曖昧さ		量的労働負荷	
		B	*p*値	*B*	*p*値	*B*	*p*値
職位	副部長	0.14	0.128	0.14	0.136	0.08	0.413
	看護師長	0.01	0.925	-0.13	0.293	0.20	0.092
	副看護師長	0.00	(参照)	0.00	(参照)	0.00	(参照)
	スタッフ	0.01	0.901	0.01	0.953	0.02	0.867
所属部署	感染制御部	0.00	(参照)	0.00	(参照)	0.00	(参照)
	看護部	0.08	0.539	0.02	0.868	0.14	0.304
	病棟	**-0.31**	**0.039**	-0.22	0.149	-0.27	0.071
	感染病棟	**-0.26**	**0.023**	**-0.26**	**0.024**	-0.11	0.317
	外来部門	-0.13	0.404	-0.09	0.583	-0.09	0.560
従事形態	専従	0.00	(参照)	0.00	(参照)	0.00	(参照)
	専任	-0.07	0.562	-0.05	0.695	-0.07	0.554
	兼任	-0.07	0.744	-0.05	0.793	-0.12	0.553
資格取得経験年数	1年目	-0.12	0.207	**-0.20**	**0.045**	0.07	0.464
	2年目	0.08	0.453	0.10	0.351	0.02	0.871
	３～５年目	0.02	0.858	0.03	0.784	0.02	0.890
	6~10年目	0.00	(参照)	0.00	(参照)	0.00	(参照)
	11～15年目	-0.12	0.292	-0.01	0.903	-0.20	0.081
	16年目以上	0.02	0.85	0.10	0.346	-0.09	0.351
ICN数別	1人	-0.08	0.464	-0.05	0.660	-0.07	0.491
	２～４人	0.00	(参照)	0.00	(参照)	0.00	(参照)
	5～9人	0.13	0.242	0.05	0.681	0.20	0.075
自由度調整済R^2		0.150		0.104		0.111	
F検定の*p*値		0.012		0.047		0.040	

太字は統計的に有意であることを示す
注）重回帰分析は強制投入法（Enter法）で実施した。

首・亀岡，2013），資格取得経験年数は，感染管理専門職の経験年数とバーンアウト（休波，2014；坂田，2016），ICN 数は専門スタッフの不足と役割負担（休波，2014）との関連が報告されているためである。役割ストレスでは，病棟（$B=-0.31$, $p=0.039$）と感染病棟（$B=-0.26$, $p=0.023$）が負に関連した。役割葛藤・役割の曖昧さでは，感染病棟（$B=-0.26$, $p=0.024$）と資格取得経験年数の１年目（$B=-0.20$, $p=0.045$）が負に関連した。

Ⅵ. 考　　察

１．対象者の特徴

本研究の ICN は，先行研究（宮首・亀岡，2013）と同様に年齢・看護師経験年数が高く，CN や CNS の就業継続状況を反映していると考えられる（日本看護協会，2022；鎌田，2021）。また，専従が 71.0%を占め，所属部署も感染制御部と看護部が大半であったことから，感染防止対策加算１取得施設では感染管理を主たる業務とする勤務形態が多いことが示された。ICN は，他分野の CN や CNS を対象とした先行研究（宮首・亀岡，2013）と同様に管理的役割を担うものが多かった。管理的役割の中でも特に副師長より師長が多かったことは，他分野の CN や CNS と異なる特徴であった。各施設の ICN 数は２～４名が最多で，一定の人的配置が伺えた。更に，全国８地方から回答が得られ，地域的広がりは一定程度確保されたと考えられる。

２．ICN の役割ストレスとの関連

感染制御部と看護部所属の ICN は，病棟や感染病棟より役割ストレスが高い傾向が認められ，一般病棟や感染病棟で兼任・専任の ICN の方が，役割ストレスが高いとした先行研究（宮首・亀岡，2013）とは異なる。これは，COVID-19 パンデミック期には，感染管理部門の ICN ほど院内全体の方針決定，調整，周知を担う必要があり，役割期待が集中したためと考えられる。自由記載でも「組織，管理者の考え方」「指揮命令系統」「管理職が責任や調整を請け負ってくれなかったこと」が困難として挙げられ，役割期待の集中と支援不足が示唆された。また役割の曖昧さの一般概念として，責任範囲や期待される行動が不明確な状態（Kahn, 1964；Behrman, 1984）がある。本研究においても COVID-19 パンデミック期は，新興感染症の実態や行政方針が目まぐるしく変化し，院内の感染対策方針や各担当者の役割も流動的となり，感染管理の専従 ICN が役割の曖昧さを経験する状況が生じていたと考えられる。更に，CN の役割ストレスは役割の明確さと関連するとの報告（宮首・亀岡，2012）や，本研究で専従と兼任の間に「役割葛藤・役割の曖昧さ」の有意差（$p<.05$）がみられたことからも，専従 ICN では役割の曖昧さが役割ストレスを高めた可能性がある。

精神的影響については，過半数は影響が大きくないと認識していた。その具体的な対処から，職場や家族等の相談できる相手の存在や，情報交換できる職場環境がストレス緩和に有効であると考えられる。また，ICN としての役割があり，役割ストレスを感じる一方で，専門性を発揮することで達成感につなげていた。COVID-19 の医療現場におけるメンタルヘルスケアとして仕事に対する満足感が，達成感，他者の評価，仕事内容，責任感など個人的成長等の「動機づけ要因」になるとされ（菊岡・尾崎，2020），管理者による ICN の役割の明確化と専門性を発揮できる職場環境の構築が役割ストレスの低減に重要であると考える。更に役割ストレスに対する知覚の強い CN がリフレッシュできないとバーンアウトを経験する恐れがあり（宮首・亀岡，2012）休息や趣味などのセルフケアも役割ストレス低減に重要である。

３．パンデミック時の新たな体制づくりの役割について

90%以上の対象者は，管理者の理解があったと肯定的に認識していた。管理者の理解や周囲の支援は，ICN の専門的実践と就業継続を支える重要な要素であり（休波，2014），ICN の意見への承認，助言や協力，職員のストレス対応などの組織的サポートは，有用であったと考えられる。更に，他職種と連携は７割以上ができたと認識していた。コミュニケーションが，他の医療従事者との連携・協力を促進し，役割の曖昧さの軽減を通して，CN 個々の役割ストレスに対する知覚の低減につながるとされ（宮首・亀岡，2012），新たな感染対策の構築や情報の不確実性により ICN の役割葛藤や役割の曖昧さの増加が予測される状況においては，多職種間での情報共有が重要であると考える。

４．役割ストレスに関連する要因について

「役割ストレス」は，病棟および感染病棟が感染制御部に比べ負の関連を示した。患者ケアに直結する現場では業務範囲と支援対象が比較的明確で，日常的な相互支援を得やすかった可能性がある。一方，感染制御部や看護部の ICN は部署横断的に感染管理を担い，多部門調整や院内周知を求められるため，役割期待が集中しやすかったと考えられる。また，COVID-19 の医療現場における職員のメンタルヘルス支援では，組織的サポートが必要であり，職員と組織の関係性への介入を求められていると報告があり（菊岡・尾崎，2020），感染制御部専従 ICN には，意思決定支援，相談体制，代替要員確保などの組織的支援が必要である。

「役割葛藤・役割の曖昧さ」では，感染病棟と資格取得経験年数１年目が関連した。専門分野の活動に専念できる環境では，職務満足度や職務効力感が向上し，役割ストレスは低減すると報告されている（舩水ら，2016）。感染病棟の ICN では，COVID-19 に関する知識や情報を患者ケアへ直接活用する役割が比較的明確であったことが影響した可能性がある。また重回帰モデルの自由度調整済み R^2 は 0.104～0.150 で説明力は高くなく，役割ストレスには自己効力感，組織風土，社会的支援，流行状況など多様な心理社会的要因が関与すると考えられる。心理社会的要因を扱う探索的研究としては一定の未説明分散が残ることは必ずしも異常ではない。

５．研究の限界と今後の課題

本研究は COVID-19 期の ICN を対象に役割ストレスを数量的に検証した全国調査であり，パンデミック下の感染管理専

門職における役割葛藤・役割の曖昧さの重要性を実証的に示した点に独自性がある。しかしながら，回収率は 25.3%と低く，調査時期が COVID-19 流行第 6 波（2021 年第 51 週～2022 年第 24 週）と重なり，協力可能な施設や感染管理体制の整った施設の回答が相対的に多く含まれた可能性，更に，想起して回答する形式であり，想起バイアスの可能性があることから一般化には限界がある。また，所属部署の構成は感染制御部・看護部に偏り，病棟，感染病棟，外来部門は少数であったため，一部カテゴリのサンプル数が少なく結果の解釈には慎重さが必要である。本研究では，ICN の実際の配置状況を反映するため所属部署を用いて分析を行ったが，感染管理 ICN の役割には部署横断的側面も含まれることから，今後は役割機能に着目した分類についても検討する必要がある。更に施設特性，組織的支援，地域流行状況などの組織レベル要因を含む多層的検討（multilevel analysis）や，流行派ごとの縦断的把握が求められる。

Ⅶ. 結　　論

本研究において以下のことが明らかになった。

1．役割ストレスは，所属部署と従事形態において有意な差がみられ，看護部や感染制御部所属，専従の ICN で高かった。

2．重回帰分析では，病棟および感染病棟は感染制御部を参照とした場合に「役割ストレス」と負に関連し，感染病棟と資格取得経験年数 1 年目は「役割葛藤・役割の曖昧さ」と負に関連した。

3．自由記載では，相談・情報交換の機会，専門性の発揮による達成感，休息や趣味などのセルフケア，ならびに管理者の理解や役割の明確化といった組織的支援の重要性が示唆された。

謝辞

本研究に御協力下さいました皆様に深く感謝申し上げます。

また本研究は，三重大学医学部付属病院医学系研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものであり，本論文の内容の一部は，第 75 回日本病院学会において発表した。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

Behrman, D. N., Perreault Jr., W. D. (1984). A role stress model of the performance and satisfaction of industrial salespersons. *Journal of Marketing*, *48* (4), 9–21.

武用百子.（2022）. 新型コロナウイルス感染症における看護師の精神的諸問題と取り組むべき課題. *日本精神保健看護学会誌*, *31* (2), 80–85.

Cha, K. S., Shin, M. J., Lee, J. Y., Chun, H. K. (2017). The role of infection control nurse during emerging infectious disease epidemic: focusing on the middle east respiratory syndrome. *Korean Journal of Healthcare-Associated Infection Control and Prevention*, *22* (1), 31–41.

大東美佐子，花木啓一.（2022）. COVID-19 患者に対応する大学病院に勤務する看護師が受けるストレスとその関連要因. *米子医学雑誌*, *73* (4–5), 73–82.

舩水裕子，安藤秀明，宮下光令.（2016）. 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因. *Palliative Care Research*, *11* (4), 274–281.

原谷隆史.（1997）. JCQ および NIOSH 職業性ストレス調査票の心理測定学的特性. *労働省平成 8 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する研究報告書*, 15–20.

原谷隆史.（2004）. 職場で活用できるストレス調査票 NIOSH 職業性ストレス調査票の活用. *産業精神保健*, *12* (1), 12–19.

廣瀬千也子.（2005）. 感染管理認定看護師（認定 ICN）制度. *INFECTION CONTROL*, *14* (5), 412–417.

Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. John Wiley & Sons, 19–25.

鎌田久美子.（2021）. *コロナ禍における看護職員確保の現状と課題. 第 4 回第 8 次医療計画等に関する検討会, 資料 1.* https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000851588.pdf（2023 年 12 月 18 日閲覧）

菊岡藤香，尾崎茂.（2021）. 新型コロナウイルス感染症（第一波）の最前線に立つ医療現場における職員メンタルヘルス支援について. *ブリーフサイコセラピー研究*, *29* (2), 90–99.

小岩広平，若島孔文，浅井継悟，高木源，吉井初美.（2021）. 我が国における看護師の新型コロナウイルス感染症への感染恐怖の規定要因. *心理学研究*, *92* (5), 442–451.

厚生労働省健康局結核感染症課.（2020）. *新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について.* https://www.mhlw.go.jp/content/000640954.pdf（2020 年 11 月 27 日閲覧）

Koubun, W., Saeko, K., Keigo, A., Daisuke, K., Kohei, K., Mayumi, S. (2020). The Japanese version of the Fear of COVID-19 scale: Reliability, validity, and relation to coping behavior. *PLOS ONE*, *15* (11), Article e0241958. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241958（2023 年 3 月 26 日閲覧）

Labrague, L. J., Santos, J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, *29* (3), 395–403.

Lee, J. E., Kim, S. R., Chun, B. C. (2024). Impact of the COVID-19 pandemic on infection control nurses: A path analysis of job stress, burnout, and turnover intention. *American Journal of Infection Control*, *52* (6), 683–687.

Lee, S. J., Park, J. Y., Kim, S. H. (2024). Effects of stress on burnout among infection control nurses during the COVID-19 pandemic: the mediating effects of social support and self-efficacy. *BMC Nursing*, *23* (1), 537. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02209-z

宮首由美子，亀岡智美.（2012）. 認定看護師の役割ストレスに関する研究. *看護教育学研究*, *21* (1), 25–40.

宮首由美子，亀岡智美.（2013）. 認定看護師の併任状況と役割ストレスとの関係. *国立看護大学校研究紀要*, *12* (1), 8–16.

中山元佳，香月富士日.（2020）. 看護管理職の役割ストレス・労働負荷とバーンアウトとの関連. *日本看護研究学会雑誌*, *43* (2), 189–198.

日本看護協会.（2020）. *看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査 結果概要.* https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/press/pdf/press_conference1222/01.pdf（2023 年 12 月 15 日閲覧）

日本看護協会.（2022）. *看護職員実態調査*. 日本看護協会調査研究報告, 98. https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf（2023 年 12 月 15 日閲覧）

Said, R. M., El-Shafei, D. A. (2021). Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research International, 28* (7), 8791–8801.

坂田真穂.（2016）. 看護師のストレスと心理的疲弊にかかわる要因先行研究からの分類を通して. *ヒューマン・ケア研究, 16* (2), 103–115.

鈴木明子, 小林寛伊.（2015）. わが国の感染制御の歴史. *医療関連感染, 8* (1), 1–9.

休波茂子.（2014）. 認定看護師が認識する感染管理の専門的実践とその影響要因. *日本環境感染学会誌, 29* (3), 172–182.

◇ 原　著 ◇

産後１か月の夫の育児行動に関する夫婦間の認識と育児共同感への影響

吉田みな美[1)*]，中本和典[2)]，佐々木美果[3)]，小林康江[3)]

【目的】産後１か月の夫婦を対象に，夫の育児行動に関する夫婦間の認識とその差異を明らかにし，それらが妻および夫の育児共同感に及ぼす影響を検討する。

【方法】産後１か月健診に来院した夫婦を対象に，夫の育児行動 18 項目および育児共同感について質問紙調査を実施した。夫婦間の回答差は Wilcoxon 符号付順位検定，育児共同感に影響する要因は重回帰分析で検討した。

【結果】夫婦間の認識は概ね一致していたが，期待と実施には差がみられた。重回帰分析の結果，妻では情緒的共有や夫の育休取得が，夫では具体的な育児行動が育児共同感に影響していた。

【結論】夫婦間の認識差は限定的であったが，育児共同感に影響する要因は妻と夫で異なっていた。育児共同感の形成には，夫婦間の認識だけでなく，それぞれ異なる要因が関与している可能性が示唆された。

【キーワード】夫婦関係，コミュニケーション，育児共同感，家族支援，ペアデータ

Ⅰ．はじめに

わが国では共働き世帯の増加と核家族化により家事・育児の多くを妻が担う状況が続いており，こうした背景から男性の育休取得が推進されている（国立社会保障・人口問題研究所，2022；厚生労働省，2023）。また，妊娠期から産後は親役割への移行期であり，特に産後１か月は男性が父親役割を形成し始める重要な時期である（中島ら，2021；長谷川ら，2010）。

夫も育児に主体的に関わるべきと考える夫婦は年々増えており，夫の育児参加に肯定的な男女は９割以上にのぼる（中央調査社，2012）。一方で，夫は育児への意欲を持ちながらも具体的な関わり方に戸惑いを感じることが指摘されている（塩野，2010）。また，夫が育児に関与していると認識しても妻がそう感じなければ負担軽減にはつながらないことが報告されており（森永ら，2015），家事・育児分担における夫婦間の認識差が指摘されている（明治安田生活福祉研究所，2018）。

夫婦が共に育児をしていると感じる「育児共同感」は妻の育児肯定感と関連し，不足すると育児不安が高まる（吉田，2012）。しかし，これまでの研究は夫または妻のいずれか一方の認識に焦点を当てたものが多く，夫婦双方の認識差に着目した研究は限られている。

そこで本研究は，産後１か月の夫の育児行動に関する夫婦間の認識とその差異が育児共同感に及ぼす影響を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，産後１か月の夫婦を対象に，夫の育児行動に関する夫婦間の認識とその差異を明らかにし，それらが妻および夫の育児共同感に及ぼす影響を検討することである。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

横断的質問紙調査

２．対象と調査方法

2023 年５月１日から８月 31 日までにＡ市内の医療機関において産後１か月健診を受診した夫婦に対し，無記名自記式質問紙を配布した。夫婦ペアデータは，照合項目として設定した誕生月日（照合用）の一致により作成し，データセット作成後は匿名化して管理した。

受付日：2025 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日

1）山梨大学医学部附属病院　　2）山梨大学医学部総合医科学センター　　3）山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系
＊ E-mail：kenkyu2023@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

３．調査内容

本研究で用いた質問紙は，基本属性６項目，夫の育児行動18項目，育児共同感１項目の計25項目で構成し，本研究の目的に基づきオリジナルの質問紙を作成した。

１）基本属性

基本属性として，子どもの人数，里帰りの有無および場所，夫婦で産後の育児についての話し合いの有無，授乳方法，夫の育児休暇の取得状況を尋ねた。

２）夫の育児行動

夫の育児行動は，情緒的サポート10項目および手段的サポート８項目の計18項目とした（表１）。

（１）情緒的サポート

情緒的サポートは，中山・三枝（2003）の概念を参考に整理し，先行研究（岡ら，2019；高木，2015；大石ら，2006；原口ら，2006；三上・掛谷，2011；大日向，1999，p.57；柳原，2007；津田ら，2020）を基に妻が望む内容を抽出し，回答負担に配慮して10項目を選定した。

（２）手段的サポート

父親の育児参加に関する先行研究（西尾，2013；脇田ら，2003；大石ら，2006；中嶋ら，2000；三上・掛谷，2011）を参考に，産後１か月の育児場面に該当する行動として８項目を選定した。

（３）測定方法

本研究では，夫の育児行動に関する夫婦それぞれの認識として，妻の期待評価・実施認識，夫の期待推測・自己評価の４側面を測定した。期待評価とは妻が夫にどの程度育児を望んでいるかを示し，実施認識とは妻が認識している夫の育児行動の実施状況を示す。また，期待推測とは夫が妻の期待をどの程度推測しているかを示し，自己評価とは夫自身による育児行動の実施状況を示す。

18項目について，妻には期待評価および実施認識を，夫には期待推測および自己評価を尋ねた。いずれも５件法を用い，期待評価・期待推測は「５＝とても望んでいる」から「１＝望んでいない」，実施認識・自己評価は「５＝よくしている」から「１＝していない」として回答を得た。

３）育児共同感

育児共同感は，中山・三枝（2003）の概念定義を基に，「夫婦で一緒に育児を行っていると感じるか」という１項目で測定した。本研究では，産後１か月という育児経験の初期段階における主観的共同感の把握を目的とし，概念の中核である「一緒に行っているという認識」に焦点を当てた。回答は５件法（５＝感じている～１＝感じていない）とし，得点が高いほど育児共同感が高いことを示す。なお，本項目は夫の育児行動に関する質問項目とともに，本研究で使用した質問紙として表１にまとめて示した。

４）差分指標（認識差）の算出

夫婦間の認識差を数量的に把握するため，次の差分指標を算出した。期待差は「妻の期待評価」から「夫の期待推測」を差し引いた値（妻の期待評価－夫の期待推測）とした。頻度差は「妻の実施認識」から「夫の自己評価」を差し引いた値（妻の実施認識－夫の自己評価）とした。いずれも正の値は妻側の評価が夫側の評価を上回ること，負の値は夫側の評価が妻側の評価を上回ることを示す。

４．統計解析

統計解析にはIBM SPSS Statistics Ver.28.0を用いた。記述統計量として平均値（M），標準偏差（SD），中央値（Mdn）および四分位範囲（IQR）を算出した。正規性を確認した結果，一部の変数に正規分布を認めなかったため，夫婦内比較にはWilcoxon符号付順位検定を用いた。効果量は $r=|Z|/\sqrt{n}$ により算出した。

育児共同感と影響する要因を検討するため，妻モデルおよび夫モデルに分けて重回帰分析を実施した。本研究は探索的検討の性質を有することから，影響要因の抽出を目的としてステップワイズ法を用いた。投入変数は先行研究および単変量解析の結果に基づき理論的妥当性を考慮して選定した。多重共線性は分散拡大係数（VIF）により確認し，VIF＜10を基準とした。有意水準は両側検定で５％未満とした。

表１　夫の育児行動および育児共同感に関する質問項目

情緒的サポート	手段的サポート	育児共同感
1 あなた（妻）の育児の話に耳を傾け親身に聞くこと	1 赤ちゃんをお風呂に入れること	1 夫婦で育児を一緒に行っていると感じますか？
2 育児の楽しさや喜びを共有すること	2 赤ちゃんのおむつ交換をすること	
3 あなた（妻）が落ち込んでいるときや不安な気持ちに気づくこと	3 赤ちゃんをあやすこと	
4 あなた（妻）の育児に関する考えや行動に共感すること	4 赤ちゃんのミルクを作ること	
5 あなた（妻）に育児の悩みや心配事があるときに相談相手になること	5 赤ちゃんにミルクをあげること	
6 育児の大変さをねぎらうこと	6 赤ちゃんの着替えをすること	
7 あなた（妻）の体調を気遣うこと	7 赤ちゃんの成長の記録を残すこと（動画や写真を撮る）	
8 あなた（妻）1人の自由な時間を持てるように気遣うこと	8 上の子の面倒をみること（※上にお子様がいる方のみ）	
9 赤ちゃんの様子を話し合える時間を作ること		
10 あなた（妻）とハグなどスキンシップを取ること		

いずれも5件法を用い，情緒的サポート，手段的サポートに対して期待評価・期待推測は「5＝とても望んでいる」から「1＝望んでいない」，
実施認識・自己評価は「5＝よくしている」から「1＝していない」，育児共同感は「5＝感じている」から「1＝感じていない」として回答を得た。

表２　対象者の概要（n = 102）

質問項目	選択肢	n	%
子どもの人数（今回出産した児を含む）	1人	48	47.1
	2人	45	44.1
	3人	8	7.8
	4人以上	1	1.0
（妻）			
妊娠期に夫婦で育児について話した	話した	92	90.2
	話していない	10	9.8
（夫）			
妊娠期に夫婦で育児について話した	話した	94	92.2
	話していない	8	7.8
里帰りの有無	里帰りした	47	46.1
	里帰りしていない	55	53.9
里帰り先	実家	45	95.7
	義実家	2	4.3
授乳方針	母乳のみ	12	11.8
	母乳とミルクの混合	83	81.4
	ミルクのみ	7	6.9
夫の育児休暇取得状況	取得している	22	21.6
	取得していた（1か月健診より前）	16	15.7
	取得する予定	9	8.8
	取得する予定がない	55	53.9

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 2649）。研究参加は自由意思によるものであり，参加しない場合でも診療上の不利益を被らないことを文書および口頭で説明した。無記名の自記式質問紙を用いて調査を実施し，個人が特定されないよう十分配慮した。研究の目的，方法，個人情報の保護およびデータの取り扱いについて文書で説明し，同意確認欄へのチェックおよび質問紙の回収をもって同意が得られたものとみなした。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の概要

質問紙は 205 組に配布し，妻 151 名（73.7%），夫 116 名（56.6%）から回答を得た。夫婦双方の回答が得られた 105 組（51.2%）のうち，妻の無効回答３件および対応する夫の回答を除外し，最終的に 102 組（204 名）を分析対象とした（有効回答率 97.1%）。

子どもの人数は１人 48 名（47.1%），２人 45 名（44.1%），３人８名（7.8%），４人以上１名（1.0%）であり，双胎出産は認められなかった。妊娠期から産後の育児について話し合いをしていたと回答したのは妻 92 名（90.2%），夫 94 名（92.2%）であった。里帰りをしていた者は 47 名（46.1%）であり，そのうち妻の実家が 45 名（95.7%）であった。授乳方法は混合 83 名（81.4%）が最多であった。夫の育児休暇取得者は 22 名（21.6%），取得済み 16 名（15.7%），取得予定９名（8.8%），取得予定なし 55 名（53.9%）であった（表２）。

２．夫婦間における育児行動の認識の特徴（表３，表４）

１）妻の期待評価および実施認識

妻が夫に最も強く期待していた育児行動は，情緒的サポートでは「育児の楽しさや喜びの共有」（M = 4.74, SD = 0.49），「体調への気遣い」（M = 4.60, SD = 0.58），「育児の悩みの相談相手になること」（M = 4.58, SD = 0.65）であった。手段的サポートでは「あやすこと」（M = 4.63, SD = 0.53），「成長記録」（M = 4.45, SD = 0.80），「おむつ交換」（M = 4.43, SD = 0.61）が高値であった。

一方，妻が認識する実施頻度では，情緒的サポートにおいて「育児の楽しさや喜びの共有」（M = 4.51, SD = 0.91），「育児の話を親身に聞くこと」（M = 4.23, SD = 1.06）が高値であり，「ハグなどのスキンシップ」（M = 3.23, SD = 1.46）が最も低値であった。手段的サポートでは，「赤ちゃんをあやすこと」（M = 4.55, SD = 0.77），「おむつ交換」（M = 4.39, SD = 1.04），「ミルクをあげること」（M = 4.16, SD = 1.19）が高値であり，「着替えをすること」（M = 3.45, SD = 1.44）が低値であった。

２）夫の期待推測および自己評価

夫が「妻が望んでいる」と推測した情緒的サポートは，「育児の楽しさや喜びの共有」（M = 4.57, SD = 0.62），「育児の話に耳を傾け親身に聞くこと」（M = 4.54, SD = 0.62），「育児に関する考えや行動に共感すること」（M = 4.52, SD = 0.66）で

表３　夫婦間における育児行動の認識の特徴と認識差の比較（情緒的サポート）（n＝102）

質問項目	妻の期待評価		妻の実施認識		p値	夫の期待推測		夫の自己評価		p値	期待差		p値	頻度差		p値
	M (SD)	Mdn (IQR)	M (SD)	Mdn (IQR)		M (SD)	Mdn (IQR)	M (SD)	Mdn (IQR)		M (SD)	Mdn (IQR)		M (SD)	Mdn (IQR)	
1.育児の話に耳を傾け親身に聞くこと	4.56 (0.65)	5 (4-5)	4.23 (1.06)	5 (4-5)	.002	4.54 (0.62)	5 (4-5)	4.21 (0.81)	4 (4-5)	<.001	0.02 (0.72)	0 (0-0)	.788	0.02 (1.09)	0 (0-1)	.622
2.育児の楽しさや喜びを共有すること	4.74 (0.49)	5 (4.75-5)	4.51 (0.91)	5 (4-5)	.005	4.57 (0.62)	5 (4-5)	4.38 (0.73)	5 (4-5)	.004	0.17 (0.68)	0 (0-0.25)	.015	0.13 (1.00)	0 (0-1)	.145
3.落ち込んでいるときや不安な気持ちに気づくこと	4.51 (0.64)	5 (4-5)	3.85 (1.15)	4 (3.75-5)	<.001	4.45 (0.75)	5 (4-5)	3.88 (0.84)	4 (3-4)	<.001	0.06 (0.84)	0 (0-1)	.472	-0.03 (1.30)	0 (-1-1)	.890
4.育児に関する考えや行動に共感すること	4.57 (0.61)	5 (4-5)	4.10 (1.00)	4 (4-5)	<.001	4.52 (0.66)	5 (4-5)	4.16 (0.71)	4 (4-5)	<.001	0.05 (0.83)	0 (0-0.25)	.613	-0.06 (1.13)	0 (-1-1)	.683
5.育児の悩みや心配事があるときに相談相手になること	4.58 (0.65)	5 (4-5)	4.15 (1.20)	5 (4-5)	<.001	4.42 (0.70)	5 (4-5)	4.08 (0.79)	4 (4-5)	<.001	0.16 (0.83)	0 (0-1)	.057	0.07 (1.31)	0 (-0.25-1)	.570
6.育児の大変さをねぎらうこと	4.57 (0.61)	5 (4-5)	4.03 (1.12)	4 (3-5)	<.001	4.45 (0.65)	5 (4-5)	4.13 (0.82)	4 (4-5)	<.001	0.12 (0.76)	0 (0-1)	.121	-0.10 (1.25)	0 (-1-1)	.328
7.体調を気遣うこと	4.60 (0.58)	5 (4-5)	3.97 (1.16)	4 (3-5)	<.001	4.46 (0.66)	5 (4-5)	4.17 (0.78)	4 (4-5)	.001	0.14 (0.80)	0 (0-1)	.056	-0.2 (1.13)	0 (-1-1)	.087
8.1人の自由な時間を持てるように気遣うこと	4.14 (1.02)	4 (4-5)	3.34 (1.28)	3 (2-4)	<.001	3.99 (0.92)	4 (3-5)	3.49 (1.06)	4 (3-4)	<.001	0.15 (1.16)	0 (-1-1)	.183	-0.15 (1.57)	0 (-1-1)	.309
9.赤ちゃんの様子を話し合える時間を作ること	4.44 (0.71)	5 (4-5)	4.01 (1.06)	4 (4-5)	<.001	4.36 (0.71)	4 (4-5)	4.11 (0.81)	4 (4-5)	<.001	0.08 (0.96)	0 (-1-1)	.492	-0.1 (1.14)	0 (-1-0)	.375
10.ハグなどスキンシップをとること	3.56 (1.18)	4 (3-5)	3.23 (1.46)	4 (2-4)	.033	3.49 (1.32)	3 (3-5)	3.20 (1.44)	2 (2-4)	.001	0.07 (1.14)	0 (-1-1)	.646	0.03 (1.25)	0 (-1-1)	.909

Wilcoxon符号付順位検定

期待差は「妻の期待評価」から「夫の期待推測」を差し引いた値（期待評価－期待推測）

頻度差は「妻の実施認識」から「夫の自己評価」を差し引いた値（実施認識－自己評価）

表４　夫婦間における育児行動の認識の特徴と認識差の比較（手段的サポート）（n＝102）

質問項目	妻の期待評価 M (SD)	妻の期待評価 Mdn (IQR)	妻の実施認識 M (SD)	妻の実施認識 Mdn (IQR)	p 値	夫の期待推測 M (SD)	夫の期待推測 Mdn (IQR)	夫の自己評価 M (SD)	夫の自己評価 Mdn (IQR)	p 値	期待差 M (SD)	期待差 Mdn (IQR)	p 値	頻度差 M (SD)	頻度差 Mdn (IQR)	p 値
１．赤ちゃんをお風呂に入れること	4.04 (0.94)	4 (4-5)	3.81 (1.55)	5 (2-5)	.123	4.20 (0.90)	4 (4-5)	3.72 (1.48)	4 (2-5)	<.001	-0.16 (0.99)	0 (-1-0)	.055	0.10 (1.05)	0 (0-0)	.359
２．赤ちゃんのおむつ交換をすること	4.43 (0.61)	5 (4-5)	4.39 (1.04)	5 (4-5)	.817	4.39 (0.69)	4 (4-5)	4.31 (0.81)	4 (4-5)	.52	0.04 (0.82)	0 (-1-0)	.789	0.08 (0.95)	0 (0-1)	.242
３．赤ちゃんをあやすこと	4.63 (0.53)	5 (4-5)	4.55 (0.77)	5 (4-5)	.571	4.42 (0.65)	4.5 (4-5)	4.26 (0.78)	4 (4-5)	.077	0.21 (0.78)	0 (0-1)	.010	0.28 (0.99)	0 (0-1)	.003
４．赤ちゃんのミルクを作ること	4.27 (0.95)	4 (4-5)	3.98 (1.43)	5 (4-5)	.029	4.13 (1.02)	4 (4-5)	3.94 (1.32)	4 (4-5)	.113	0.15 (0.96)	0 (-0.25-1)	.143	0.04 (1.03)	0 (0-0)	.810
５．赤ちゃんにミルクをあげること	4.24 (1.04)	4.5 (4-5)	4.16 (1.19)	5 (4-5)	.440	4.12 (0.89)	4 (4-5)	4.07 (1.17)	4 (4-5)	.670	0.12 (0.98)	0 (-1-1)	.251	0.09 (0.89)	0 (0-0)	.301
６．赤ちゃんの着替えをすること	4.11 (0.89)	4 (4-5)	3.45 (1.44)	4 (4-5)	<.001	4.10 (0.84)	4 (4-5)	3.60 (1.24)	4 (2.75-4.25)	<.001	0.01 (1.08)	0 (-1-1)	.922	-0.15 (1.45)	0 (-1-1)	.224
７．赤ちゃんの成長の記録を残すこと(動画や写真を撮る)	4.45 (0.80)	5 (4-5)	3.99 (1.18)	4 (4-5)	<.001	4.25 (0.75)	4 (4-5)	3.92 (1.09)	4 (3-5)	.005	0.20 (1.02)	0 (0-1)	.048	0.07 (1.24)	0 (-0.25-1)	.547
８．上の子の面倒をみること(n＝54)	4.81 (0.39)	5 (5-5)	4.78 (0.57)	5 (5-5)	.827	4.67 (0.51)	5 (4-5)	4.65 (0.55)	5 (4-5)	.782	0.15 (0.63)	0 (0-0.25)	.088	0.13 (0.70)	0 (0-0.25)	.198

Wilcoxon符号付順位検定

期待差は「妻の期待評価」から「夫の期待推測」を差し引いた値（期待評価－期待推測）

頻度差は「妻の実施認識」から「夫の自己評価」を差し引いた値（実施認識－自己評価）

表５　育児共同感の分布（n＝102）

	妻		夫	
	M(SD)	Mdn(IQR)	M(SD)	Mdn(IQR)
育児共同感	4.36(0.87)	5(4-5)	4.37(0.83)	5(4-5)

育児共同感は，「夫婦で一緒に育児を行っていると感じるか」という1項目で測定した。
回答は5件法（5＝感じている～1＝感じていない）とし，得点が高いほど育児共同感が高いことを示す。

表６　妻の育児共同感に影響する要因（n＝102）

説明変数	非標準化係数B	標準化係数β	有意確率	B の 95% 信頼区間	
				下限	上限
定数	0.79		0.048	0.01	1.57
「育児の楽しさや喜びを共有すること」の妻の実施認識	0.37	0.39	<.001	0.24	0.50
「1人の自由な時間を持てるように気遣うこと」の妻の実施認識	0.19	0.28	<.001	0.09	0.29
夫の育児休暇取得の有無	0.45	0.25	<.001	0.21	0.69
「赤ちゃんをあやすこと」の妻の実施認識	0.27	0.24	0.001	0.11	0.43
里帰りの有無	-0.26	-0.15	0.026	-0.50	-0.03
R^2		0.589			
調整済みR^2		0.567			
VIF		1.07-1.18			

重回帰分析：stepwise法

あった。手段的サポートでは，「赤ちゃんをあやすこと」（M＝4.42, SD＝0.65），「おむつ交換」（M＝4.39, SD＝0.69）が高値であった。

夫の自己評価頻度では，情緒的サポートにおいて「楽しさの共有」（M＝4.38, SD＝0.73）が高値であり，「スキンシップ」（M＝3.20, SD＝1.44）が低値であった。手段的サポートでは「おむつ交換」（M＝4.31, SD＝0.81），「あやすこと」（M＝4.26, SD＝0.78）が高値であった。

３．夫婦間における認識差の比較（表３，表４）

１）妻の期待評価と実施認識の差

情緒的サポートの全項目において，妻の期待評価は実施認識を有意に上回った（すべて p＜.05）。手段的サポートでは，「ミルクを作ること」（Z＝－2.19, p＝.029, r＝.22），「着替え」（Z＝－4.25, p＜.001, r＝.42），「成長記録」（Z＝－3.54, p＜.001, r＝.35）で有意差が認められた。

２）夫の期待推測と自己評価の差

情緒的サポートの全項目において有意差が認められた（すべて p＜.05）。手段的サポートでは，「沐浴」（Z＝－3.55, p＜.001, r＝.35），「着替え」（Z＝－4.18, p＜.001, r＝.41），「成長記録」（Z＝－2.82, p＝.005, r＝.28）に有意差が認められた。

３）夫婦間の比較

妻の期待評価と夫の期待推測を比較した「期待差」では，情緒的サポートでは，「育児の楽しさや喜びの共有」（Z＝－2.44, p＝.015, r＝.24），手段的サポートでは，「赤ちゃんをあやすこと」（Z＝－2.59, p＝.010, r＝0.26），「赤ちゃんの成長の記録を残すこと」（Z＝－1.98, p＝.048, r＝0.20）で有意差が認められた。

妻の実施認識と夫の自己評価を比較した「頻度差」では，「赤ちゃんをあやすこと」（Z＝－2.99, p＝.003, r＝.30）で有意差が認められた。

４．育児共同感の分布（表５）

妻および夫の育児共同感の得点分布を表５に示す。妻および夫はいずれも５点に集中しており（IQR 4–5），高値に偏った分布を示していた。

５．育児共同感に影響する要因

１）妻モデル（表６）

重回帰分析の結果，モデルは有意であり，R^2＝.589，調整済 R^2＝.567 であった。VIF は 1.07–1.18 であり，多重共線性は認められなかった。「育児の楽しさの共有」（β ＝.39, p＜.001），「自由時間への配慮」（β ＝.28, p＜.001），「育児休暇取得」（β ＝.25, p＜.001），「あやすこと」（β ＝.24, p＝.001）は正の影響を示し，「里帰り」（β ＝－.15, p＝.026）は負の影響を示した。

２）夫モデル（表７）

モデルは有意であり，R^2＝.638，調整済 R^2＝.598 であった。VIF は 1.07–2.88 であり，多重共線性は認められなかった。「ミルク授乳（実施）」（β ＝.50, p＜.001）が最も強い正の影響を示し，「話し合いの時間」（β ＝.39, p＜.001）等も有意な正の影響を示した。

一方，「ミルク授乳への期待」（β ＝－.35, p＝.001），「着替えへの期待」（β ＝－.31, p＝.001），「ねぎらいの期待差」（β ＝－.19, p＝.004）は負の影響を示した。

Ⅵ．考　　察

本研究では，夫婦間の認識は概ね一致していたものの，夫の育児行動に対する期待と実施には差がみられた。また，育児共同感に影響する要因は妻と夫で異なることや，育児共同感は育児参加の量のみならず，夫婦それぞれの認識にも影響を受ける可能性が示された。

１．夫婦間における育児行動の認識の特徴とその意味

本研究では，妻が夫に望む育児行動として情緒的サポート

表7　夫の育児共同感に影響する要因（n = 102）

説明変数	非標準化係数B	標準化係数β	有意確率	Bの95% 信頼区間	
				下限	上限
定数	0.26		0.595	-0.72	1.25
「赤ちゃんにミルクをあげること」の夫の自己評価	0.36	0.50	<.001	0.23	0.49
「赤ちゃんの様子を話し合える時間を作ること」の夫の自己評価	0.41	0.39	<.001	0.24	0.57
「赤ちゃんをあやすこと」の夫の期待推測	0.45	0.35	<.001	0.23	0.68
「赤ちゃんにミルクをあげること」の夫の期待推測	-0.33	-0.35	0.001	-0.53	-0.13
「赤ちゃんの着替えをすること」の夫の期待推測	-0.31	-0.31	0.001	-0.50	-0.12
「赤ちゃんの成長の記録を残すこと」の夫の自己評価	0.19	0.25	0.001	0.08	0.30
子どもの人数	0.31	0.25	0.002	0.12	0.50
「育児に関する考えや行動に共感すること」の頻度差	0.15	0.20	0.003	0.05	0.24
「育児の大変さをねぎらうこと」の期待差	-0.21	-0.19	0.004	-0.35	-0.07
「ハグなどスキンシップをとること」の夫の期待推測	0.12	0.18	0.033	0.01	0.22
R^2		0.638			
調整済みR^2		0.598			
VIF		1.07-2.08			

重回帰分析：stepwise法

が上位に挙げられ，夫が推測する妻の期待においても同様に情緒的サポートが高く評価されていた。特に「育児の楽しさや喜びの共有」は夫婦双方で高く評価されており，育児経験を夫婦で共有することの重要性が示唆された。

一方，情緒的サポートの全項目において，妻の期待評価は実施認識を有意に上回っていた。この結果は，妻が夫に対して相談相手や精神的支援としての関わりを求めているという報告（津田ら，2020；岡ら，2019）と整合する。また，夫が「どのように関わればよいか分からない」と感じやすいこと（塩野，2010）から，情緒的支援は期待が高い一方で具体的行動として表れにくい側面をもつ可能性がある。

先行研究では，育児の実施評価において夫の自己評価が妻の評価より高い場合に妻のストレスが高まることが示されている（西尾，2013）。これに対して本研究では，「赤ちゃんをあやすこと」において，妻の実施認識が夫の自己評価を上回っていた。この背景には，育児遂行に対する自信の乏しさや，妻からの評価の受け止め方が関与している可能性がある（岡田ら，2025）。

ただし，本研究では夫婦間の認識の差は限定的であり，多くの育児行動において夫婦間の認識は概ね一致していた。対象夫婦の9割以上が妊娠期から産後の育児について話し合いを行っていたことから，妊娠期からの情報共有や役割調整が相互理解を促進していた可能性が考えられる。妊娠期からのコミュニケーションは夫婦間の認識の一致を促進することが報告されており（駒井ら，2025；中野ら，2016），本研究結果もこれを支持するものと考えられる。

2．妻の育児共同感に影響する要因の特徴

妻の育児共同感には，「育児の楽しさの共有」が最も強く影響していた。産後1か月は身体的回復の途上であり外出機会も限られるため，孤立感を抱きやすい時期である（土川・山本，2022）。この時期に夫と子どもの成長や喜びを共有できることは，母親の幸福感や育児肯定感を支える要因になると考えられる。

また，「育児休暇取得」や「自由時間への配慮」「あやすこと」といった夫の関与も妻の育児共同感に影響していた。乳児期の育児では泣きへの対応などを一人で担う負担が大きいことが指摘されており（堀越ら，2016），夫が時間的・行動的に関与することが，妻にとって「一緒に育児をしている」という実感につながる可能性がある。

一方，里帰りは負の影響を示していた。里帰りにより母親からの支援が得られる一方で，夫が育児に直接関与する機会が減少し，夫婦での共同経験が相対的に少なくなる可能性がある。このことから，里帰りから戻った後の夫婦による育児経験の共有と育児共同感の形成にも着目する必要性が示唆される。

3．夫の育児共同感に影響する要因の特徴

夫がミルクをあげることや赤ちゃんの様子を話し合える時間を作ることを実際にするほど，夫の育児共同感が高まることから，夫の育児共同感と具体的な育児行動が強く影響していた。特に，母乳育児に直接関与できないことは父親の疎外感につながることが指摘されており（塩野，2010），ミルク授乳は父親が育児に参加している実感を得やすい行動であると考えられる。本研究の結果も，具体的な育児行動が父親の育児共同感に影響している可能性を示唆する。

また，「話し合いの時間」など夫婦間のコミュニケーションも影響していたことから，夫にとっては具体的行動だけでなく，育児経験を共有する対話の機会も重要であると考えられる。

一方，「妻から望まれていると認識する程度」が負の影響を示した項目も認められた。ミルクをあげることや着替えをすることへの妻の期待が小さいほど夫の育児共同感が高まることから，これらを役割圧力として夫が認識する場合は育児共同感は高まらないのではないかと考察できる。

夫の産後抑うつが一定割合で認められることが報告されていることから（Paulson & Bazemore, 2010；Yamamoto & Ikeda, 2021），夫に対する期待の伝え方や役割調整は，夫の心理的適応の観点からも重要であると考えられる。

４．夫婦間の認識と育児共同感

本研究では，妻・夫ともに育児共同感は高い値を示した。一方で，育児共同感に影響する要因は妻と夫で異なっており，育児共同感が高い夫婦においても，その背景となる要因は夫婦で異なる可能性が示された。

５．夫婦間の認識差を踏まえた育児共同感促進に向けた看護的示唆

本研究では，多くの育児行動で夫婦間の認識は概ね一致している背景に，対象夫婦の９割以上が妊娠期から産後の育児について話し合いを行っていた。これらの結果から，妊娠期からの情報共有や役割調整が夫婦間の相互理解に関与している可能性が考えられた。産前クラスや助産師の関わりは夫婦の話し合いの契機となることが報告されており（駒井ら，2025；中野ら，2016），看護職は育児における役割や関わり方を夫婦が共有できる機会を設ける必要がある。また，本研究では情緒的サポートは期待が高い一方で実施が追いつきにくい傾向が示されたことから，夫が具体的にどのように関わることができるかを提示する支援が求められる。例えば，妻の疲労や困難を言語化してねぎらう，育児の話を遮らずに聴く，育児の喜びを共有するなどの関わりを，両親学級や１か月健診の場で確認することが有効であると考えられる。実際の育児頻度について妻の実施評価に比べ夫の自己評価が低いことが示されたことから，看護職は妻に対して，夫へ感謝の気持ちを言葉に表すことや，肯定的なフィードバックを行うなどの関わりの重要性について伝えることが必要である。

さらに，育児共同感は母親の育児肯定感や育児不安と関連することが報告されており（中山・三枝，2003；吉田，2012），夫婦の相互理解を深める支援は産後早期のメンタルヘルスの維持にも寄与する可能性がある。

６．本研究の限界と今後の課題

本研究は産後１か月の夫婦を対象とした横断研究であり，対象がＡ市の医療機関受診者および夫婦双方の回答が得られた夫婦に限られているため，一般化には慎重な解釈が必要である。また，育児共同感を単一項目で測定していることから，今後は信頼性・妥当性が検証された尺度や縦断研究による検討が求められる。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，産後１か月の夫婦を対象に夫の育児行動に対する夫婦間の認識と，それらが育児共同感に及ぼす影響を検討した。その結果，情緒的サポートの全ての項目において妻の期待評価は実施認識を上回っており，夫においても同様の結果であった。多くの育児行動に関しては夫婦間の認識は概ね一致しており，妊娠期からの産後の育児について話し合いを行っていた夫婦が多かった。さらに，妻の育児共同感には，「育児の楽しさの共有」や「妻の自由時間への配慮」などの夫の関与が影響し，夫の育児共同感には「夫がミルクをあげること」や「子どもの様子について夫婦で話し合う時間をもつこと」など育児への関与が影響する可能性が示唆された。

本論文に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

本研究は山梨大学大学院総合教育部修士課程看護学専攻に提出した修士論文の一部を再構成したものであり，山梨大学看護学会学術集会（2025 年 11 月８日）にて一部を口頭発表した。

Ⅷ. 引 用 文 献

中央調査社.（2012）. *父親の育児参加に関する世論調査. 中央調査報*, 659. https://www.crs.or.jp/backno/old/No551/5512.htm（2026 年２月 20 日閲覧）

長谷川智恵子，岩﨑和代.（2010）. 父親という意識の受容過程に関する質的研究―妊娠診断から産後１か月までの父親意識の変化―. *栃木母性衛生*, *36*, 25–29.

原口雅浩，手島聖子.（2006）. 育児ソーシャル・サポートの構造. *久留米大学心理学研究*, *5*, 21–28.

堀越摂子，常盤洋子，國清恭子，高津三枝子.（2016）. 生後１ヵ月児の泣きに関する母親の認識. *The Kitakanto Medical Journal*, *66* (1), 23–30.

国立社会保障・人口問題研究所.（2022）. *第７回全国家庭動向調査*. https://www.ipss.go.jp/ps-katei/j/NSFJ7/NSFJ7_top.asp（2025 年 10 月 10 日閲覧）

厚生労働省.（2023）. *こども未来戦略～次元の異なる少子化対策の実現に向けて～*. https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_mirai/pdf/kakugikettei_20231222.pdf（2026 年８月２日閲覧）

駒井みどり，外千夏，玉熊和子.（2025）. 夫婦の家事育児における心理的な相違と協力関係に関する質的研究. *青森中央学院大学研究紀要*, *38*, 267–277.

明治安田生活福祉研究所.（2018）. *25～44 歳の子育てと仕事の両立―出産・子育てに関する調査より―*. https://www.myri.co.jp/research/report/pdf/myilw_report_2018_01.pdf（2026 年２月 27 日閲覧）

三上知美，掛谷益子.（2011）. 母親の育児ストレスと父親の育児参加に関する研究. *インターナショナル Nursing Care Research*, *10* (1), 75–83.

森永裕美子，難波峰子，二宮一枝.（2015）. 育児期における父親の親性と母親の育児負担感に関する研究. *小児保健研究*, *74* (4), 519–526.

中嶋和夫，桑田寛子，林仁実，岡田節子，朴千萬，齋藤友介，間三千夫.（2000）. 父親の育児サポートに関する母親の認知. *厚生の指標*, *47* (15), 11–18.

中島久美子，早川有子，臼井淳美.（2021）. 親への移行期における高年初産婦の夫婦が認識する夫婦の関係性の変化. *群馬パース大学紀要*, *26*, 51–57.

中野真希，高野しのぶ，清水頭あゆみ，齋藤勢津子.（2016）. 妊娠期に夫婦が妊娠・分娩・育児に関する思いを共有するきっかけ；１事例のインタビューを通して. *日本看護学会論文集ヘルスプロモーション*, *46*, 38–41.

中山美由紀，三枝愛.（2003）. １歳６か月児をもつ母親に対する父親の育児支援行動. *母性衛生*, *44* (4), 512–520.

西尾新.（2013）. 母親の育児ストレスに対する父親の育児行動の影響：育児頻度の評価及び父母間の評価の齟齬から. *甲南女子大学研究紀要人間科学編*, *49*, 59–74.

岡未奈，佐々木睦子，石上悦子.（2019）. パートナーからの情緒的サポートに対する産後１か月の初産婦の思い. *香川大学看護学雑誌*, *23* (1), 1–10.

岡田麻代，松井弘美，西村香織，三加るり子，北島友香.

（2025）．育児を行っている父親が妊娠期から育児期を通して感じた困難な状況．*日本助産学会誌，39* (1), 27–36.

大日向雅美.（1999）．*子育てと出会うとき．57*．日本放送出版協会.

大石百合子，鈴木かおり，鈴木さきゑ.（2006）．父親と児の早期接触における育児参加の実態調査．*袋井市立袋井市民病院研究誌，15* (1), 87–92.

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA, 303* (19), 1961–1969.

塩野悦子.（2010）．初めて子どもを育てる夫婦の産後３か月までの相互作用．*お茶の水医學雑誌，58* (3・4), 107–117.

高木静.（2015）．産後２～３ヵ月の母親の精神的健康とパートナーのソーシャルサポートとの関連；夫婦の相互評価の一致・不一致に焦点をあてて．*小児保健研究，74* (1), 121–129.

土川紗穂，山本弘江.（2022）．産後の母親が訴える「眠れない」という体験　初産婦の思いに焦点をあてて．*母性衛生，62* (4), 619–626.

津田充子，森恵美，坂上明子.（2020）．第２子出産後１ヵ月間における経産婦の夫からのサポート体験．*母性衛生，61* (1), 159–166.

脇田満里子，小島康生，入澤みち子.（2003）．妊娠・出産が母親の心理に及ぼす影響　夫からのサポートに着目して．*母性衛生，44* (2), 244–249.

Yamamoto, H., & Ikeda, M. (2021). The detection of postpartum depression among Japanese mothers using the Edinburgh Postpartum Depression Scale Partner (EPDS-P). *Journal of Japan Academy of Nursing Science, 41*, 106–113.

柳原眞知子.（2007）．父親の育児参加の実態．*天使大学紀要，7*, 47–56.

吉田弘道.（2012）．育児不安研究の現状と課題．*専修人間科学論集（心理学篇），2* (1), 1–8.

◇研究報告◇

クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連する要因の検討

高木香織[1)*]

【目的】クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連する要因を検討する。

【方法】ICUに勤務する看護師を対象に質問紙調査を行い，DNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連する要因について統計学的分析を行った。

【結果】DNARを終末期医療と混同している可能性のある看護師とDNARに関して繰り返し意思確認を行っていない看護師において，有意に困難感が高かった（$p < .05$）。また，DNARに関する病状説明に「必ず同席している」看護師は有意に困難感が低かった（$p < .05$）。

【結論】DNARを終末期医療と混同している可能性のある看護師が多い現状が明らかになった。DNARに関する認識，DNARの代理意思決定に関わる姿勢が，クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連している可能性が示された。

【キーワード】DNAR，代理意思決定支援，クリティカルケア

Ⅰ．はじめに

近年，めざましく発展する医療技術においても，すべての生命を救うことができるわけではない。特にクリティカルケア領域においては，患者家族は救急搬送，あるいは突然の状態変化に伴い患者の最期を看取らなければならないことがある。そのような状況下で，看護師は心の準備ができないまま生命の選択を迫られる家族の支援を行うことが予測され，クリティカルケア領域においても終末期医療，代理意思決定に関する支援が必要であると言われている（高谷ら，2022）。

また，医療界における終末期医療に対する関心は高く，「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省，2007）が作成され，終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が，最善の医療とケアを作り上げるプロセスが示された。その後，「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省，2015）へ名称変更され，ACP（アドバンスド・ケア・プランニング）の概念を盛り込み，医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「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」（厚生労働省，2018）という名称変更とともに内容が改訂された。同時期に「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～」（日本集中治療医学会ら，2014）が公表された。さらに，救急・集中治療における終末期の定義が記され，その定義を考慮した上で患者・患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると示された。

このような流れの中，臨床現場における看護師が終末期看護の実践場面で活用できる具体的なケア内容や，望ましい組織体制などを示した実践ガイドとして「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」が作成された（日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会，2019）。このガイドにおいて，終末期看護の５つの概念が示され，その中に「意思決定支援」が含まれていることから終末期看護に重要な支援の一つであることがわかる。また，立野ら（2019）によ

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）国立看護大学校
＊ E-mail：takagik@adm.ncn.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

ると，クリティカルケア領域では，終末期の治療や延命の方針を決定する際に，意識レベルの問題などにより患者自身が自己決定能力を有さないことも多々みられるため，「患者の意思をよく理解している家族らに患者の意思を確認する」場合が多いことが示された。この代理意思決定に対する支援において，看護師は困難感を抱いていることも報告されている（日本クリティカルケア学会・日本救急看護学会，2019）。

さらに，この看護師の抱く困難感への関連が示されているDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）に関する認識について，課題が示されている。それは，臨床現場において終末期医療とDNARが混同し理解されていることにより，心停止時の心肺蘇生以外にも多くの治療が終了または差し控えられている状況が認められたことである（丸藤ら，2017a）。終末期医療とDNARの混同によりDNR指示の誤用が認められたことから，「DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の考え方」（丸藤ら，2017b）と「Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示のあり方についての勧告」（西村ら，2017）が示された。これにより「DNAR指示は心肺停止時に心肺蘇生をしない指示であり，通常の医療・看護・ケアに影響を与えない」（丸藤ら，2017b）と明確に示され，「DNAR指示は心肺停止時のみに有効である。心肺蘇生不開始以外はICU（Intensive Care Unit）入室を含めて通常の医療・看護については別に議論すべきである。」（西村ら，2017）さらに「DNAR指示と終末期医療は同義ではない。DNAR指示にかかわる合意形成と終末期医療実践の合意形成はそれぞれ別個に行うべきである。」（西村ら，2017）と勧告されている。

しかし，未だにDNARに対する認識が適切ではないという報告があり，看護師が代理意思決定支援を行う際に困難を感じる要因の一つであると言われている（内藤ら，2020）。

特にクリティカルケア領域において，突然の発症や状態変化によって患者本人の意思確認ができない状況に陥ることにより家族は混乱・葛藤を抱えており，代理意思決定に際して看護師の支援を必要としている（高谷ら，2022；鮫島ら，2023；石塚，2020）。それに対して，看護師は家族の心情を受けとめ周囲の人との関係を調整，さらに連携し，意思決定プロセスの最後まで寄り添い続けていると報告されており（柳原ら，2023），患者家族もそれを救いと感じているとされている（石塚，2020）。一方で，患者家族が看護師の支援を感じにくいという報告もある（鮫島ら，2023）。そして，前述の通りに看護師も支援に困難を感じているという現状が報告されており，困難の内容としては，家族との関わりへの戸惑い，看護師間や医師との連携調整の難しさ，患者家族の状況判断の不確かさ，決断過程の曖昧さが挙げられている（森山ら，2020）。

このように，DNAR選択時の家族の体験や思い，代理意思決定支援時の看護師の体験や思いを明らかにした研究は多く存在しており，看護師の体験については困難感が伴っていることが示されている。

しかし，困難感の要因については，経験年数や医師と意見が分かれてしまうことなどの報告（井木澤ら，2020）が散見されるのみである。看護師の抱く困難感に関連する要因が明確になることは，困難感の軽減やスムーズな支援を行うための教育内容の検討材料になると考えられる。

そこで本研究は，クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連する要因を明らかにし，今後の看護師の代理意思決定支援に対する教育における示唆を得たいと考える。

Ⅱ．目　　的

クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感に関連する要因を検討する。

Ⅲ．方　　法

1．用語の定義

1）クリティカルケア領域

米国のクリティカルケア看護協会，および今村ら（1996）の定義を基に「クリティカルケアとは，ICU・CCUあるいは救命救急センターなどにおける重症患者に対する看護を含む全身的な集中治療管理を行う分野」とする。

2）代理意思決定支援

上澤・中村（2013），および下地ら（2017）の定義を参考に，代理意思決定支援は「意識の低下・消失など何らかの理由により患者自身が意思決定できない場合に，その患者をよく知る家族や近親者が治療選択の意思決定を行うことができるような支援」とする。

2．対象者

全国の救命救急センターが設置されている病院に勤める看護師の中で，突然の発症でDNR選択に関する代理意思決定支援を行う可能性が高いクリティカルケア領域の病棟で勤務する看護師を対象とした。救命救急センターが設置されている病院の集中治療部門に勤務する看護師を対象としたのは，より重篤かつ緊急度の高い患者を看護している可能性があり，「突然の発症や状態変化」という視点において，より適切な対象を抽出できると考えたからである。ただし，患者のケアを実施する機会が少ないと考えられる役職者は除外とした。

なお，対象となる病院は厚生労働省の公表している救命救急センター設置状況一覧を用いてランダムサンプリングを行った。

3．研究方法

1）調査方法

令和5年12月～令和6年2月に，郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。救命救急センター設置状況一覧（厚生労働省，2022）から乱数表を用いたランダムサンプリングを行い，抽出された対象病院の看護部長宛てに文書を用いて本研究の協力を依頼した。サンプルサイズは，G*Power 3.1（Faul et al., 2007）を用いて，両側検定，有意水準0.05，検出力0.80，効果量は尺度研究の慣例を踏まえ中等度と設定し，159名と算出された。この結果を基に，対象病院の抽出は研究承諾の回収率を30%，1病院あたりの協力者数を20名程

度，さらに個人の研究承諾率を 50%と想定し，53 病院とした。研究承諾を得られた 15 病院のクリティカルケア領域で勤務する看護師に対して，各病院の窓口となる担当者を通して依頼文及び自記式質問紙，個別返信用封筒を同封し，質問紙の回収を行った。なお，対象となる病棟や看護師の選定は対象病院の看護部に一任した。

2）調査内容

質問紙は，①属性情報（性別，年齢，看護師経験年数，所属部署における経験年数），②DNAR に関する認識，③看護学生の時の DNAR に関する講義の受講の有無，④就職後の DNAR に関する研修の受講の有無，⑤医師が患者家族へ DNAR に関して病状説明する時の同席の有無，⑥DNAR の意思決定に関して本人や家族に繰り返し意思の確認を行っているかどうか，⑦DNAR の意思決定を行う家族に関わる ICU 看護師の困難感尺度で構成した。本尺度は森山ら（2020）が開発した DNAR の意思決定を行う家族に関わる ICU 看護師の困難感（以下，IND-FDNAR）尺度であり，使用許諾を得て用いた。本尺度は，【関係性の希薄な DNAR 家族との関わりへの戸惑い】【看護師間の DNAR 家族に対するケア調整の難しさ】【DNAR 家族に対するグリーフケアの難しさ】【DNAR を決定する医師との連携調整の難しさ】【DNAR 患者の状況の不確かさ】【DNAR 決断過程の曖昧さ】の 6 因子 34 項目で構成されており，DNAR の意思決定を行う家族に関わる ICU 看護師の困難感について「全くそう思わない」（1 点）～「非常にそう思う」（5 点）の 5 件法でたずねた。

また，②DNAR に関する認識は，終末期医療と混同しやすいことが報告されている（内藤ら，2020）ため，先行研究の中で共通して記載されている内容を整理し，「心停止時は，すべての治療を行わない」「DNAR に同意した時点から，すべての治療を中止，あるいは差し控える」「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」「DNAR に同意した時点から，ICU/HCU など集中治療部門への入室はしない」の 4 項目の中から適切であると思う項目を選択する形式とした。さらに，DNAR に関する適切な知識を学ぶ機会の有無を知るために③④を調査項目として選定した。⑤～⑥の調査項目は，先行研究（松岡・河野，2022；立野ら，2019；井木澤ら，2020）において代理意思決定支援と関連している，あるいは影響があると考えられる内容から項目を作成した。なお，⑤医師が患者家族へ DNAR に関して病状説明する時の同席の有無については「必ず同席している」「時々同席している」「同席していない」をたずねた。

3）分析方法

本研究のすべての統計処理には SPSS Ver28.0 for Windows を使用した。まず，欠損値の頻度と Q-Q プロットにて正規性を確認した。次に，有効回答に対する記述統計を算出した。主要アウトカムは，IND-FDNAR 尺度の総得点とし，これに対する属性等による差の検定を主解析として実施した。一方，IND-FDNAR 尺度の各因子別の解析については，多重比較による第 I 種の過誤の増大に配慮し，探索的分析として位置づけた。なお，本研究では群間差の有無を主に検討することを目的としたため，探索的解析については効果量の算出は行っていない。差の検定に際しては，有意水準を $p < .05$ とした。正規性が確認された場合には，2 群間の比較には t 検定，多群間の比較には一元配置分散分析を用い，正規性が確認されなかった場合には，Mann–Whitney U 検定および Kruskal–Wallis 検定を用いた。

Ⅳ．倫理的配慮

対象者には，本研究の目的や方法とともに自由意思に基づく参加であることを文書により示した。また，調査票の返送は個別郵送かつ無記名とし，個人の特定につながらないことなどプライバシーの保持に配慮した。本研究で得られた情報は，電子データはパスワードを用いて保管，紙媒体は施錠可能なロッカーを使用して保管する。電子・紙媒体ともに調査終了後はデータの消去，シュレッダーにより裁断する。なお，本研究は国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター倫理審査委員会による承認（承認番号：NCGM-S-004934-00）を受けて実施した。

Ⅴ．結　　果

1．回収率と有効回答

全国の救命救急センターが設置されている病院の中から 15 病院に調査協力を得て，250 部の調査票を配布し，129 部を回収した。そのうち，IND-FDNAR 尺度の回答が記載されていなかった 9 部を除外し，120 部を有効回答とした（回収率：48.0%，有効回答率：93.0%）。

2．対象者の基本属性

対象者の概要は表 1 に示す。対象者 120 名のうち，看護師としての経験年数 1 年目が 1 名（0.8%），2 ～ 3 年目が 12 名（10.0%），4 ～ 5 年目が 8 名（6.6%），6 年目以上が 99 名（82.5%）であった。現在のクリティカルケア領域における経験年数は 1 年目が 18 名（15.0%），2 ～ 3 年目が 35 名（29.1%），4 ～ 5 年目が 28 名（23.3%），6 年目以上が 39 名（32.5%）であった。

3．DNAR に関する認識と学習機会（表 2）

対象者 120 名のうち，DNAR に関する認識において「心停止時は，すべての治療を行わない」を選択し，適切に認識していた看護師は 6 名（5.0%）であった。その他の詳細としては，「DNAR に同意した時点から，すべての治療を中止，あるいは差し控える」9 名（7.5%），「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」91 名（75.8%），「DNAR に同意した時点から，ICU/HCU など集中治療部門への入室はしない」14 名（11.7%）であった。なお，学生の時に DNAR に関する講義を受けたと回答した看護師 13 名（10.8%），受けていないと回答した看護師は 50 名（41.7%），覚えていないと回答した看護師は 57 名（47.5%）であった。また，就職後に DNAR に関する研修を受けたと回答した看護師 24 名（20.0%），受けていないと回答した看護師は 67 名（55.8%），

表１　対象者の概要

n=120

属性	カテゴリー	*n*	(%)
性別	女性	97	(80.8)
	男性	23	(19.2)
年齢	20～29歳	38	(31.7)
	30～39歳	43	(35.8)
	40～49歳	33	(27.5)
	50歳以上	6	(5.0)
看護師経験年数	1年目	1	(0.8)
	2年目	4	(3.3)
	3年目	8	(6.7)
	4年目	7	(5.8)
	5年目	1	(0.8)
	6年以上	99	(82.5)
部署経験年数	1年目	18	(15.0)
	2年目	22	(18.3)
	3年目	13	(10.8)
	4年目	18	(15.0)
	5年目	10	(8.3)
	6年以上	39	(32.5)

表２　「DNAR に関する代理意思決定を行う家族に関わる看護師の困難感」の関連要因

			n	全体		関係性の希薄なDNAR家族との関わりへの戸惑い		看護師間のDNAR家族に対するケア調整の難しさ		DNAR患者と家族に対するグリーフケアの難しさ		DNARを決定する医師との連携調整の難しさ		DNAR患者の状況の不確かさ		DNAR決断過程の曖昧さ	
				M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
経験年数	看護師経験	1年目	1	124.0		3.2	0.733	3.5	0.947	3.3	0.813	4.0	0.752	4.7	0.797	5.0	0.875
		2～3年目	12	102.1	19.379	3.2	0.821	2.6	1.115	2.5	1.087	2.9	0.493	3.6	0.793	3.8	0.723
		4～5年目	8	97.5	16.699	3.1	0.871	2.1	0.744	2.4	0.756	2.9	0.496	3.4	0.933	3.4	0.791
		6年目以上	99	98.1	19.231	2.8	0.710	2.5	0.942	2.5	0.788	3.1	0.790	3.6	0.789	3.3	0.879
	部署経験	1年目	18	103.1	15.392	3.0	0.690	2.6	0.703	2.7	0.559	3.3	0.581	3.9	0.562	3.6	0.725
		2～3年目	35	97.8	17.542	2.9	0.696	2.4	0.922	2.5	0.898	3.0	0.624	3.6	0.782	3.5	0.935
		4～5年目	28	94.7	22.799	2.8	0.750	2.3	1.018	2.4	0.745	2.9	0.868	3.6	0.948	3.2	1.020
		6年目以上	39	100.4	18.975	2.9	0.795	2.6	1.019	2.6	0.885	3.3	0.814	3.6	0.792	3.2	0.750
DNARに関する認識		適切	6	83.3	9.872	2.2	0.283	1.9	0.342	2.8	1.389	2.6	0.627	2.8	0.621	3.2	0.931
		誤認	114	99.5	19.087	2.9	0.732	2.5	0.960	2.5	0.779	3.1	0.753	3.7	0.782	3.3	0.875
学習機会	学生時代の講義	あり	13	98.2	21.072	3.1	0.633	2.2	0.814	2.5	0.948	2.8	0.854	3.7	1.140	3.2	1.146
		なし	50	97.4	16.807	2.7	0.706	2.5	0.886	2.6	0.820	3.1	0.731	3.7	0.725	3.4	0.901
		覚えていない	57	99.9	20.617	3.0	0.763	2.5	1.026	2.5	0.784	3.2	0.736	3.6	0.777	3.3	0.785
	就職後の研修	あり	24	93.7	17.776	2.7	0.814	2.6	0.949	2.4	0.639	2.9	0.690	3.4	0.904	3.1	0.891
		なし	67	100.0	19.854	2.9	0.714	2.5	1.018	2.6	0.929	3.2	0.784	3.8	0.797	3.4	0.928
		覚えていない	29	99.8	18.032	3.1	0.699	2.3	0.757	2.5	0.641	3.1	0.709	3.5	0.652	3.3	0.725
DNARに関するICへの同席		必ず同席	75	96.0	19.243	2.9	0.780	2.1	0.800	2.3	0.717	3.0	0.788	3.4	0.847	3.2	0.882
		時々同席	42	103.6	18.144	2.9	0.661	2.7	0.983	2.6	0.880	3.2	0.698	3.8	0.709	3.4	0.898
		同席しない	3	108.0	11.790	2.9	0.715	2.6	0.661	3.5	0.833	3.0	0.192	3.6	0.882	3.4	0.289
DNARに関する繰り返しの意思確認		行う	76	96.8	18.799	2.8	0.766	2.4	0.992	2.5	0.877	3.0	0.735	3.6	0.781	3.4	0.868
		行わない	44	102.0	19.222	3.1	0.631	2.5	0.873	2.5	0.697	3.2	0.776	3.7	0.832	3.3	0.892

注）1年目の看護師は1名のみであったため、統計的検定は実施せず、記述的に結果を示した。　　*：$p<.05$

覚えていないと回答した看護師は 29 名（24.2%）であった。

４．DNAR に関する代理意思決定時の家族との関わり（表２）

医師からの病状説明への同席は，受け持ち患者に関わらず病棟の体制として，「必ず同席している」と回答した看護師は 75 名（62.5%），「時々同席している」と回答した看護師は 42 名（35.0%），「同席していない」と回答した看護師は 3 名（2.5%）であった。また，DNAR の意思決定に関して本人や家族に「繰り返し意思の確認を行っている」と回答した看護師は 76 名（63.3%），「繰り返し意思の確認を行っていない」と回答した看護師は 44 名（36.7%）であった。

５．看護師の困難感との関連

IND-FDNAR 尺度において，要因と考えられる各因子の中央値，平均値，標準偏差を算出した。サンプルサイズが小さいこと，データの正規性が確認されなかったことから，ノンパラメトリック検定（２群比較は Mann–Whitney U の検定，３群比較は Kruskal–Wallis 検定）を用いた。

１）IND-FDNAR 尺度総得点との関連

主要アウトカムである IND-FDNAR 尺度総得点について，属性および DNAR に関する認識・実践状況との関連を検討した。その結果，DNAR に関して適切に認識していた看護師とそうでない看護師，DNAR に関する IC に「必ず同席する」

看護師と「時々同席」あるいは「同席しない」看護師の尺度総得点に有意な差が見られた（$p = .02$, $p = .013$）。また，実践状況では，DNAR に関する繰り返しの意思確認を「行う看護師」と「行わない看護師」において，有意な差がみられた（$p = .022$）。さらに，DNAR に関して適切に認識していた看護師と「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」と認識していた看護師との間で，尺度総得点に有意な差が認められた（$p = .04$）。

2）IND-FDNAR 尺度各因子得点との関連

（1）属性との関連（表2）

経験年数における比較では，パトリシア・ベナー看護論（Benner, 2005）に基づき，看護師としての経験年数，また所属部署における経験年数を「1年目（新人）」「2～3年目（一人前）」「4～5年目（中堅）」「6年目以上（達人）」の4段階に分けて比較した。看護師経験年数別に尺度総得点を比較したところ，1年目の看護師は1名（$n = 1$）のみであり，分散を算出できなかった。そのため，看護師経験年数別については統計的検定を行わず，記述的に結果を示すにとどめた。部署経験年数別においては，有意な差はみられなかった。

（2）学習機会との関連（表2）

学生の時に DNAR に関する講義を「受けた」と回答した看護師と「受けていない」と回答した看護師，そして「覚えていない」と回答した看護師を比較したところ，有意な差はみられなかった。また，就職後に DNAR に関する研修を受けた看護師とそうでない看護師，覚えていない看護師においても，有意な差はみられなかった。

（3）DNAR に関する認識との関連（表3）

DNAR に関して適切に認識していた看護師と，「DNAR に同意した時点から，すべての治療を中止，あるいは差し控える」「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」「DNAR に同意した時点から，ICU/HCU など集中治療部門への入室はしない」のどれかを選択した看護師をそれぞれ比較した。その結果，【関係性の希薄な DNAR 家族との関わりへの戸惑い】と【DNAR 患者の状況の不確かさ】において，DNAR に関して適切に認識していた看護師と「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」と認識していた看護師に有意な差がみられ，「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」と認識していた看護師の方が困難感は高かった（$p = .016$, $p = .007$）。

（4）DNAR に関する代理意思決定時の家族との関わりとの関連（表2）

DNAR に関する病状説明の同席について，「必ず同席している」「時々同席している」「同席していない」と回答した看護師を比較したところ，【DNAR 患者と家族に対するグリーフケアの難しさ】において，困難感に有意な差がみられた（$p = .012$）。「必ず同席している」と回答した看護師より「時々同席している」，あるいは「同席していない」と回答した看護師の方がそれぞれ困難感が高かった。また，DNAR の意思決定に関して本人や家族に繰り返し意思の確認を「行っている看護師」と「行っていない看護師」には，【関係性の希薄な DNAR 家族との関わりへの戸惑い】において有意な差がみられ，DNAR の意思決定に関して本人や家族に繰り返し意思の確認を「行っていない看護師」の方が困難感が高かった（$p = .021$）。

Ⅵ. 考　　察

本研究では，DNAR に関する代理意思決定支援を行うクリティカルケア領域看護師の困難感に関連する要因を検討した。その結果，主要アウトカムである IND-FDNAR 尺度総得点において，DNAR に関する認識の違いや実践状況が看護師の困難感に関連していることが明らかとなった。

1．属性との関連

本研究では，経験年数1年目の看護師が1名のみであったため，当該群を含めた群間の統計的検定は行わず，記述的な結果の提示にとどめた。今後，十分なサンプルサイズを確保した検討が必要である。また，今回の調査では所属部署年数において，困難感に有意な差はみられなかった。本研究では，知識や技術，経験頻度についての調査項目は含んでいなかったため，今後，困難感に関連する可能性がある項目として検討する必要があると考える。

2．学習機会と DNAR に関する認識との関連

学生の時に DNAR に関する講義を受けた，あるいは就職後に DNAR に関する研修を受けたと回答した看護師は全体の1～2割にとどまった。そして，学生時代の講義，就職後の研修ともに「受けた」と回答した看護師と「受けていない」と回答した看護師における比較において有意な差はみられず，

表3　DNAR に関する認識

	n	全体		関係性の希薄な DNAR家族との関わりへの戸惑い		看護師間の DNAR家族に対するケア調整の難しさ		DNAR患者と家族に対するグリーフケアの難しさ		DNARを決定する医師との連携調整の難しさ		DNAR患者の状況の不確かさ		DNAR決断過程の曖昧さ	
		M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
心停止時は、すべての治療を行わない	6	83.3	9.872	2.2	0.283	1.9	0.342	2.8	1.389	2.6	0.627	2.8	0.621	3.2	0.931
DNARに同意した時点から、本人や家族が望む治療のみ行う	91	100.7	20.002	3.0	0.757	2.5	0.976	2.5	0.811	3.1	0.787	3.7	0.791	3.4	0.875
DNARに同意した時点から、すべての治療を中止、あるいは差し控える	9	90.3	15.411	2.9	0.851	2.8	0.289	3.0	0.167	3.0	0.167	3.2	0.385	2.8	0.289
DNARに同意した時点から、ICU/HCUなど集中治療部門への入室はしない	14	97.7	13.402	2.5	0.366	2.2	0.125	2.0	0.236	3.0	0.344	3.4	0.419	2.9	1.250

＊ $p < .05$

講義や研修の関連は明らかにすることはできなかった。井木澤ら（2020）によると，約４割が看護基礎教育で，約３割が就職後の研修で DNAR について学んだ経験があるという調査結果を示している。それに対して，本調査では，「覚えていない」と回答した看護師が多く，特に学生時代の講義について記憶が明確ではない対象者が多く存在していた。調査項目の選定，問いの方法について精査し，今後の調査に活かしたいと考える。また，サンプルサイズが小さく，各群の人数に差があることから，有意差が検出されにくい状況であった可能性もあると考えられる。

DNAR に関する認識では，対象者 120 名のうち，適切に認識していた看護師は６名（5.0%）であり，不十分な認識のままに看護が行われている可能性が示された。加えて，「DNAR に同意した時点から本人や家族が望む治療のみ行う」91 名（75.8%）であったことから，終末期医療と混同している可能性のある看護師が多い現状が明らかとなった。このような認識の看護師は，【関係性の希薄な DNAR 家族との関わりへの戸惑い】および【DNAR 患者の状況の不確かさ】において困難感が高い結果であった。この結果は，終末期医療と DNAR を混同している可能性が代理意思決定支援を行う上で困難感を増大させている可能性があることを示唆している。DNAR と終末期医療の混同が生じやすい背景には，クリティカルケア領域における臨床状況や教育環境が影響していると考えられる。多くの臨床現場では，救命困難と判断された時期や予後不良が明らかとなった段階で，DNAR に関する説明や意思決定が行われることが多く，終末期医療への移行が検討される時期と重なりやすい。そのため，実践の場において DNAR が終末期医療の一部として捉えられやすく，両者が同義であるかのような認識が形成されやすい可能性がある。また，DNAR は本来，心停止時に心肺蘇生を行わない指示であるにもかかわらず，臨床現場では治療方針全体の説明や延命治療の継続・中止に関する話し合いと併せて扱われることが少なくない。このような説明や合意形成のプロセスにより，DNAR が治療全体の方向性を決定するものとして理解され，終末期医療と混同されやすくなっていると考えられる。

片山ら（2020）は，クリティカルケア領域の看護師が，救命困難の判断を家族に伝えることや，終末期医療と DNAR をめぐる医療者間の認識のズレに困難を感じていることを報告している。DNAR を終末期医療と混同している可能性がある看護師は，患者を取り巻く状況や今後の見通しを十分に整理できないまま家族と向き合うことになり，「状況が理解できる情報提供」が困難になるため，代理意思決定支援の中核である家族との関わりそのものに，より強い困難感を抱きやすくなると考えられる。

三島・高見沢（2020）は，代理意思決定支援の促進には，継続教育の実施や社会資源に関する研修会の開催など，組織的に支援する体制が不可欠であると指摘している。これを踏まえると，看護基礎教育課程において DNAR や終末期医療に関する基本的な知識を体系的に学ぶことに加え，就職後も臨床状況に即した継続的な学習と実践的な技術の習得を支援する教育体制の整備が求められる。

このような教育的支援を通じて，看護師が DNAR と終末期医療を適切に区別し，自身の役割を明確に認識できるようになることで，家族との関わりにおける不安や迷いが軽減され，より質の高い代理意思決定支援の実践につながる可能性があると考えられる。

ただし，DNAR と終末期医療は密接に関連しているため，両者を区別するだけではなく，理解が偏ることなく互いの知識を深める必要があると考える。

３．DNAR に関する代理意思決定時の家族との関わりとの関連

DNAR に関する病状説明に「必ず同席している」看護師は「時々同席している」あるいは「同席していない」看護師と比べて，【DNAR 患者と家族に対するグリーフケアの難しさ】において最も困難感が低い傾向にあることが示された。下地ら（2017）は，代理意思決定支援の実践の中に「偏りのない姿勢と説明の確認」を示し，病状説明の同席により説明内容や患者・家族の反応を確認することが含まれている。病状説明に同席していない看護師，あるいは時々同席している看護師に対して，必ず同席している看護師は，代理意思決定支援に対する実践意識が高い傾向にあると考えられる。また，病状説明に同席することにより，患者の状態や家族の反応を直接知る機会となり，医師との方向性の共有の場にもなり得る。つまり，病状説明に同席することで，グリーフケアに活かすことができるより多くの情報収集やアセスメントを行うことができる。そして，それらを実際にケアに活かすことは，患者と家族へのグリーフケアに関する困難感と関連している可能性があると推測される。ただし，病状説明への同席の有無には，病棟体制や役割分担，看護師の経験年数などが影響している可能性も考えられ，本研究ではこれらの要因を十分に調整できていない点に留意することが必要である。また，横断的研究のため因果関係は不明であるため，今後，縦断的研究あるいは介入研究を行う必要がある。

また，DNAR に関して繰り返し意思確認を行わないと回答した看護師は，行うと回答した看護師と比べて【関係性の希薄な DNAR 家族との関わりへの戸惑い】において，代理意思決定支援の困難感が高い傾向にあることが示された。深草ら（2021）も，最初の DNAR に関する意思確認から時間が経過した家族に対しての支援に困難を感じた場面が明らかにされている。繰り返し意思確認を行うことは家族とのコミュニケーションともなり，家族が大切にしたいことや本質的な希望を見出すためにも有効であり，代理意思決定を行う家族に必要な支援が明確になりやすいと考える。そのため，繰り返し意思確認を行わない看護師と比べて，繰り返し意思確認を行う看護師の困難感が低い可能性があると考える。

ただし，本研究の対象となる看護師が 120 名と少なかったため，結果を一般化できるとは言い難いこと，また，DNAR に関する認識を単一の選択式項目で把握しているため，看護

師の理解の深さや背景要因を十分に捉えきれていない可能性がある。さらに，適切に認識している看護師の人数が少なく，群のサンプルサイズの不均衡による推定の不安定性が生じている可能性があることは，研究の限界と今後の課題であると考える。

Ⅶ. 結　　論

クリティカルケア領域においてDNARに関する代理意思決定支援を行う看護師の困難感について関連要因を検討した。

1．DNARを終末期医療と混同している可能性のある看護師が多い現状がうかがわれ，両者を区別し適切に理解するための学習の必要性が示唆された。

2．DNARと終末期医療を混同している可能性のある看護師は，DNARに関する代理意思決定支援において，【関係性の希薄なDNAR家族との関わりへの戸惑い】および【DNAR患者の状況の不確かさ】に困難を感じている可能性があり，これらが困難感に影響していることが示唆された。

3．DNARに関する病状説明の場を，情報収集やアセスメントを行う機会として活用することにより，【DNAR患者と家族に対するグリーフケアの難しさ】に対する困難感が軽減される可能性が示唆された。

4．DNARに関する意思確認を繰り返し行う看護師は，患者・家族の意思をより明確に把握できる可能性があり，その結果として【関係性の希薄なDNAR家族との関わりへの戸惑い】に対する困難感が低下す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

Benner, P. (2005). *ベナー看護論 新訳版－初心者から達人へ*（井部俊子監訳）．医学書院（2001）．

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39* (2), 175–191.

深草美紗稀，松尾美佐，岩永里紗．(2021)．一般病棟における看護師の終末期患者のDNARに関する認識の実態．*第51回日本看護学会論文集 急性期看護・慢性期看護*，213–216.

丸藤哲，石川雅巳，貝沼関志，橋本圭司，立野淳子，木下浩作，吉里孝子，澤村匡史，則末泰博，美馬裕之．(2017a)．日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査．*日本集中治療医学会誌*，*24*（2），244–253.

丸藤哲，石川雅巳，貝沼関志，橋本圭司，立野淳子，木下浩作，吉里孝子，澤村匡史，則末泰博，美馬裕之．(2017b)．DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の考え方．*日本集中治療医学会誌*，*24*（2），210–215.

井木澤祐子，大園康文，小野充一．(2020)．蘇生措置不要指示患者の看護を行うことの困難感とその関連要因．*臨床死生学*，*25*（1），35–42.

今村明美，岡部充代，谷井康子，大西和子．(1996)．救急看護の専門化が始まった時期（昭和50～59年）．*Emergency Nursing*，*9*（6），596–599.

石塚紀美．(2020)．救命救急センターICUにおいて患者のDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）を決断した家族の体験に関する研究．*お茶の水看護学雑誌*，*14*（1），15–31.

上澤弘美，中村美鈴．(2013)．初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由．*日本クリティカルケア看護学会誌*，*9*（1），6–18.

片山香，山口恵美，井上ゆみ，永井庸央．(2020)．集中治療領域における終末期医療に関する医師・看護師の認識．*日本クリティカルケア看護学会誌*，*16*，28–40.

厚生労働省．(2007)．*終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン*．
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf
（2025年4月15日閲覧）

厚生労働省．(2015)．*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/0000079906.pdf
（2025年4月15日閲覧）

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
（2025年4月15日閲覧）

厚生労働省．(2022)．*救命救急センター設置状況一覧*．
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_32614.html
（2025年4月15日閲覧）

松岡加純，河野あゆみ．(2022)．救急・集中治療領域における看護師の代理意思決定支援と終末期ケアに対する困難度ならびに態度の関連．*日本看護科学会誌*，*42*，40–47.

三島あゆみ，高見沢恵美子．(2020)．脳血管障害患者の退院後の生活の場に関する代理意思決定の看護援助と困難　看護師が職場に求める支援．*日本脳神経看護研究学会会誌*，*42*（2），107–113.

森山美香，松本啓子，伊東美佐江，秋鹿都子．(2020)．Do Not Attempt Resuscitationの意思決定を行う家族に関わるICU看護師の困難感（IND-FDNAR）尺度の開発．*日本看護科学会誌*，*40*，412–421.

内藤綾，岡野由美，岩上雄一，木村綾子，斉藤律子．(2020)．看護職員におけるDNAR指示に関する意識調査―DNARに関連したジレンマや困難感―．*第50回日本看護学会論文集 看護教育*，139–142.

日本クリティカルケア看護学会，日本救急看護学会．(2019)．*救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド*．
https://jaen.jp/assets/file/EOL_guide/EOL_guide1.pdf
（2025年4月15日閲覧）

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～*．
http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf
（2025年4月15日閲覧）

西村匡司，丸藤哲．(2017)．Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示のあり方についての勧告．*日本集中治療医学会誌*，*24*（2），208–209.

鮫島由紀子，緒方久美子，坂梨左織．(2023)．クリティカルケア領域において代理意思決定を行った患者家族の体験．*日本クリティカルケア看護学会誌*，*19*，1–11.

下地智之，豊里竹彦，眞榮城千夏子，平安名由美子，垣花シゲ．(2017)．救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の開発．*日本看護科学学会誌*，*37*，437–445.

高谷恵理，伊東美佐江，松本啓子．(2022)．脳卒中発症時にDNAR選択を代理意思決定した家族の思い．*家族看護学*

研究, *28* (1), 42–54.
立野淳子，山勢博彰，藤本理恵，小島朗，田山聡子，中谷美紀子，比田井理恵.（2019）．わが国の集中治療領域における看護師の終末期ケアと組織体制の実態．*日本クリティカルケア看護学会誌*, *15*, 33–43.
柳原清子，小山桜利奈，熊谷理恵，今井美佳，園川雄二，藤村望.（2023）．クリティカルケア領域において代理意思決定を行う家族の体験と家族支援の相互関連モデル～メタスタディ法を用いて～．*家族看護学研究*, *28* (2), 87–100.

◇研究報告◇

31日以内にICU再入室となった患者の背景とICUで行われた看護ケアの特徴
―看護ケア記録の後方視的調査―

石井かのう[1)]，難波志穂子[1)*]

【目的】ICU再入室患者の患者背景と看護ケアの特徴を明らかにすることを目的とした。
【方法】2015年4月～2017年3月にA病院ICUに入室した患者でICU入室中の死亡患者とデータ不備患者を除いた16歳以上の患者1297人を対象に診療録から後方視的に調査し31日以内の再入室の有無を2群に分け検討した。
【結果】31日以内に再入室となった患者は39人（3.0%）であった。再入室の理由は「感染」,「肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）」が上位2項目であった。「退室時SOFAスコア」（$p=0.004$），「気管挿管や気道確保の介助」（$p=0.024$）が独立したリスク因子であった。
【結論】退室時SOFAスコアが高い患者，ICU入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要であった患者は，再入室のハイリスク患者であることを留意した継続看護が必要である。

【キーワード】31日以内，ICU，再入室，看護ケア

Ⅰ．はじめに

一般的にICU再入室率は4～14%程度と推定されている（Rosenberg & Watts, 2000）。ICU再入室は入院期間延長，死亡率上昇，医療費増大，心理的負担を引き起こすことから，再入室の要因や傾向を分析し，再入室を防ぐことは重要である。

これまで行われたICU再入室に関連した研究は，ICU退室したのちに再入室した期間を『24時間や48時間以内』『7日以内』もしくは明確に定義していないものであった（北別府ら，2016；三田ら，2018；武田ら，2016；依光ら，2009）。ICU再入室のリスク因子は，APACHEⅡスコアが高い患者，喀痰排出障害のある患者，診療科（腹部外科，頭頸部外科，その他の外科）が独立した危険因子と報告されている。特に，痰の喀出を含む呼吸器系トラブルを有する患者は重症化し，ICUの再入室率が高いことを結論づけていた（武田ら，2016）。一方で，我々の施設では，再入室患者が上記で定義される期間よりも長い期間を経て再入室する患者が一定数存在していることに気が付いた。しかしながら，中長期で再入室する患者についての報告は皆無である。特に，我々が着目した一週間以上を経過してからの再入室となった患者の要因を特定するには，病態や治療内容のみならず，ICU入室中に行われてきた看護ケアも関与している可能性があると考えた。また，厚生労働省（2010）は，チーム医療の推進を重要視しており，『質の高い医療を実現するためには，１人１人の医療スタッフの専門性を高め，その専門性に委ねつつも，これをチーム医療を通して再統合していく，といった発想の転換が必要である。』と提案している。そこで，医学的視点だけではなく，看護の専門性を活かしたICU再入室の対策も検討することが必要と考えた。そして，我々は看護必要度が必ずしも患者の病態の重症度に依存しない症例を経験してきた。例えば，病態としてはそれほど重症ではない肺炎患者が喀痰排出障害にてICUでは頻回な吸痰で対応していたが，一般病棟に転出してから数日後に排痰トラブルからICUへ再入室する場合などがある。これらは，看護師が行うケアの頻度や質によって防ぎえた再入室の可能性があると考えられる。先行研究でも，ICU再入室理由として呼吸に関連した報告が顕著である（北別府ら，2016；三田ら，2018；武田ら，2016）。これらのことから，これまでより長い期間での再入室要因を考える際に，看護の視点からICU再入室のハイリスク患者を特定することが非常に重要であると考えた。そこで，本研究では，ICUで行われた

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）岡山大学病院
＊ E-mail：namba-s1@cc.okayama-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

看護ケアや診療補助的な要素を含む検査や処置に付随した観察・介助などに着目して検討を行った。厚生労働省の「一般病床」の現状調査は1か月（30日）を目安として様々な分析が行われていることが多い（厚生労働省，2012），「30日の再入院率」は医療の質の評価指標として多く使用されている。これらのことから，本研究では，ICUを退室してから1か月（31日）を調査対象期間として，再入室の有無を調査した。

Ⅱ．目　　的

今回A病院ICUに入室した患者を対象に，31日以内にICU再入室となった患者の患者背景とICU入室中に行われた看護ケアの特徴を明らかにすることを目的とした。そして，ICU再入室が懸念される患者を看護師が予測でき，ICU退室時にサマリーや申し送り等で必要な観察やケアなど病棟連携に寄与できる可能性があるため本研究を実施した。

Ⅲ．方　　法

1．対象

A病院は，病床数約850床を有する大学附属の特定機能病院でICU病床は22床を有している。ICUは，当病棟ICU（10床）と他病棟ICU（12床）とで主に疾患や診療科，小児患者で入室患者を分けており，当病棟ICUへ入室する患者は呼吸器外科や脳神経外科，心臓血管外科，小児患者が入室することが多い。

本研究では，2015年4年1日～2017年3月31日の2年間にA病院当病棟ICU（10床）に入室した患者を対象とした。また，データ不備患者（電子カルテシステム改修に伴うシステム上の不具合により，看護記録は入力されていたものの研究時点で閲覧できなかった患者）とICU入室中に死亡した患者を除外した16歳以上の患者を対象とした。

2．調査項目

本研究は，当院での再入室の頻度が少ないこと，関連する要因を調べるためにはある程度の期間を要することから，今回は診療録（看護記録を含む）から後ろ向き観察研究とした。調査項目として，「性別」，「年齢」，「診療科」，「主病名」，「入室理由」，「退室時間」，「APACHEⅡスコア」，「退室時SOFAスコア」，「ICU滞在日数」，「再入室の有無」，「再入室までの期間」，「再入室理由」，「ICU入室中の看護ケア」について，医事課病歴管理係（診療情報管理室）のデータと重症病棟支援システムの看護記録を含む診療録から，複数名の看護師で後ろ向きに抽出した。

看護ケアは，療養上の世話から診療の補助と多岐にわたっているため，今回調査したICU入室中の看護ケア内容は，看護分類コード（平成20年調査用 p287–296）（筒井，2008）をもとに実際にICUで行われる看護ケアに合わせ，重症病棟支援システムの「経過表」に看護師が記載している記録から計61項目を調査した。看護分類コードにある検査項目も検査を実施する上で看護ケアを必要とする場面があるため集計に含めた。また，ICU入室中に「気管挿管や気道確保の介助」が必要となった患者の理由について看護師の記録を含む診療録から調査した。

なお，本研究の用語の定義において，「APACHEⅡスコア」は初回入室時のスコア，「ICU滞在日数」は，初回入室時のICU滞在日数とした。「入室理由」は初回入室時の入室理由とし，術後の全身管理を目的とした患者を「術後管理」，術後ICU入室患者を除き医師がICUで全身管理が必要と判断しICUに入室した患者を「全身管理」とした。本研究の対象者の入室理由は，「術後管理」と「全身管理」のどちらかに区分されている。

3．分析方法

ICU退室後31日以内の再入室の有無によって2群に分類し統計処理を行った。2群間の比較にはStudent-t検定，Leveneの検定結果から等分散であることを確認した。また，χ^2検定を行い，$p < 0.05$を有意水準とした。

さらに，31日以内のICU再入室の有無を目的変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。説明変数の項目は，過去の研究から目的変数と関連していると示された項目，ならびに，研究者間で日頃の観察やケアにおいて関連性が疑われるものを項目に含めることは不可欠とあると考え，ICU入室中に行われた看護ケアの項目の中で研究者間にて関連が疑われる項目を吟味し選定した。過去の研究から再入室の理由として散見されていた呼吸に問題がある報告や重症度が関与している報告（北別府ら，2016；三田ら，2018；武田ら，2016）と本研究で研究者間にて仮説として関連していると考

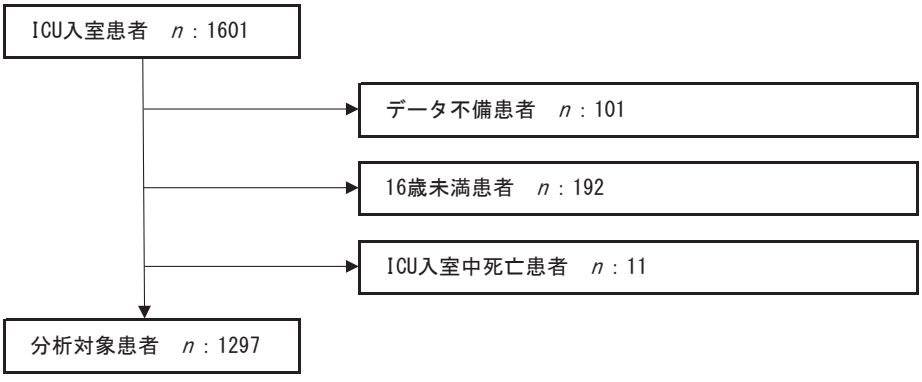


図1　分析対象患者フローチャート

えた項目を吟味した結果，患者背景から「退室時 SOFA スコア」，「ICU 滞在日数」，看護ケア項目は，呼吸，栄養・食事，離床，せん妄・問題行動，睡眠に関連した項目から「看護師による吸痰」，「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」，「経管栄養の実施」，「端座位の実施」，「抑制帯の装着」，「睡眠の援助（ICU のみ使用可能な薬剤の使用）」を選んだ。APACHEⅡスコアと SOFA スコアは，重症度スコアとして関連性が高く，本研究では，退室時の SOFA スコアを説明変数として選択した。

解析には SPSS Ver.26 を用いた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，岡山大学生命倫理審査委員会にて承認（研 1910-032）を得て実施した。本研究では，岡山大学生命倫理審査委員会で承認の得られた公開文書を岡山病院ホームページに掲載し，研究について拒否機会を設けた情報公開を行った。本研究に係わるすべての研究者は，「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。

Ⅴ．結　　果

1．入室患者の特徴（表 1）

入室患者の特徴は，人数（%），平均値（±標準偏差）で示した。2 群間比較に t 検定，χ^2 検定を用いた項目については，統計量として t 値および χ^2 値を示した。

対象患者 1297 人のうち，31 日以内に再入室した患者は 39 人（3.0%）であった。

性別は，男性は再入室群 25 人（64.1%），非再入室群 690 人（54.8%），年齢の平均値は，再入室群で 56 歳（±21.1），非再入室群で 61 歳（±16.4）であった。

診療科は，再入室群で「外科」33 人（84.6%），「内科」4 人（10.3%），非再入室群で「外科」1154 人（91.7%），「内科」47 人（3.7%）であった。

主病名は，再入室群では「心疾患，大血管疾患（腫瘍と感染以外）」12 人（30.8%），「腫瘍」10 人（25.6%），非再入室群は「腫瘍」675 人（53.7%），「心疾患，大血管疾患（腫瘍と感染以外）」165 人（13.1%）が上位 2 項目となっていた。

入室理由は，再入室群は，「術後管理」33 人（84.6%），「全身管理」6 人（15.4%），非再入室群は，「術後管理」1192 人（94.8%），「全身管理」66 人（5.2%）で非再入室群に比べ再入室群の方が「全身管理」目的で入室した患者の割合が有意に高かった（$\chi^2 = 7.42$　$p = 0.02$）。

退室時間では，「15 時～ 8 時」に退室となった患者で再入室となった患者はいなかった。

APACHEⅡスコアは，再入室群は平均 15.85（±7.4）点，非再入室群は平均 12.66（±4.7）点と再入室群で有意にスコアが高く，再入室群の重症度が高かった（$t = 4.04$　$p < 0.01$）。

表 1　入室患者の特徴

		全症例　n：1297				
		再入室群 n：39（%）	非再入室群 n：1258（%）	t / d **	χ^2/ϕ ***	p
性別：人	男性	25（64.1）	690（54.8）		1.31/-0.03	0.25
	女性	14（35.9）	568（45.2）			
年齢	平均値（標準偏差）*	56.36（21.1）*	61.59（16.4）*	-1.94/16.57		0.05
	中央値	65	66			
	最小値/最大値	16/85	16/93			
診療科：人	外科	33（84.6）	1154（91.7）			
	内科	4（10.3）	47（3.7）			
	その他	2（5.1）	57（4.5）			
主病名：人	心疾患，大血管疾患（腫瘍と感染以外）	12（30.8）	165（13.1）			
	腫瘍	10（25.6）	675（53.7）			
	感染	8（20.5）	49（3.9）			
	脳疾患（腫瘍と感染以外）	4（10.3）	153（12.2）			
	肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）	3（7.7）	55（4.4）			
	腹部臓器疾患（腫瘍と感染以外）	0（0.0）	27（2.1）			
	出血（脳出血は「脳疾患」に含める）	0（0.0）	5（0.4）			
	腎臓，泌尿器疾患（腫瘍と感染以外）	0（0.0）	7（0.6）			
	その他	2（5.1）	122（9.7）			
入室理由：人	術後管理	33（84.6）	1192（94.8）		7.42/0.08	0.02
	全身管理	6（15.4）	66（5.2）			
退室時間：人	9時～14時	39（100）	1255（99.8）		0.09/-0.01	1.00
	15時～8時	0（0.0）	3（0.2）			
APACHEⅡスコア	平均値（標準偏差）*	15.85（7.4）*	12.66（4.7）*	4.04/4.85		<0.01
	最小値/最大値	5/39	0/39			
退室時SOFAスコア	平均値（標準偏差）	2.77（1.8）	1.75（1.5）*	4.02/1.56		<0.01
	最小値/最大値	0/8	0/11			
ICU滞在日数：日	平均日数（標準偏差）*	6.72（9.1）*	3.29（3.9）*	5.00/4.21		<0.01
	中央値	3	2			
	最小値/最大値	1/50	1/46			
ICU滞在日数：人	2日以内	15（38.5）	945（75.1）		26.43/0.14	<0.01
	3日以上	24（61.5）	313（24.9）			
再入室までの期間：日	平均日数（標準偏差）*	9.95（9.1）*				
	中央値	8				
	最小値/最大値	24時間以内/31				
再入室理由	感染	10（26）				
	肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）	7（18）				
	心疾患，大血管疾患（腫瘍と感染以外）	6（15）				
	出血（脳出血は「脳疾患」に含める）	6（15）				
	その他	10（26）				

*標準偏差
**t/d（t値/Cohenのd，検定方法：t検定）
***χ^2/ϕ（χ^2値/ϕ，検定方法：χ^2検定）

退室時 SOFA スコアは，再入室群は平均値 2.77（±1.8）点，非再入室群は平均値 1.75（±1.5）点と再入室群で有意にスコアが高く，こちらも再入室群の重症度が高かった（$t = 4.02$　$p < 0.01$）。

ICU 滞在日数は，再入室群は平均 6.72 日（±9.1），非再入室群は平均 3.29 日（±3.9）で再入室群が ICU 入室期間は有意に長かった（$t = 5.00$　$p < 0.01$）。

2．再入室の状況（表 1）

再入室の理由は，「感染」10 人（26%），「肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）」7 人（18%）が上位 2 項目であった。また，「感染」10 人には，誤嚥性肺炎と膿胸が 4 人含まれていた。

再入室までの期間は，最大 31 日 1 人，最小 24 時間以内 4 人，中央値 8 日であった。24 時間以内に再入室となった患者は 4 人（10.3%），一週間以内に再入室となった患者は 19 人（48.7%）であった。

3．ICU 入室中に行われた看護ケア（表 2）

看護ケアを再入室群と非再入室群で比較した。以下の結果については，再入室 vs. 非再入室群と表記する。

1）呼吸に関連した看護ケア

呼吸に関連した看護ケアは，「看護師による吸痰」（19 人 48.7% vs. 274 人 21.8%　$\chi^2 = 15.70$　$p < 0.01$），「気管支鏡検査」（8 人 20.5% vs. 75 人 6.0%　$\chi^2 = 13.37$　$p < 0.01$），「吸入療法・ネブライザーの実施」（7 人 17.9% vs. 93 人 7.4%　$\chi^2 = 5.92$　$p = 0.026$），「人工呼吸器装着中の看護」（18 人 46.2% vs. 233 人 18.5%　$\chi^2 = 18.51$　$p < 0.01$），「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」（4 人 10.3% vs. 9 人 0.7%　$\chi^2 = 34.70$　$p < 0.01$），「気管切開後の看護」（2 人 5.1% vs. 6 人 0.5%　$\chi^2 = 13.35$　$p = 0.022$）が再入室群にて有意に割合が多かった。

また，「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」13 人のうち喀痰喀出困難や痰による気道閉塞で気管挿管となった患者は 5 人，PCO2 ナルコーシスにより気管挿管となった患者が 3 人であった。喀痰喀出障害により気管挿管となった患者の 5 人のうち 4 人は気管切開後に ICU 退室となり，気管切開後に ICU 退室となった 4 人のうち 2 人は ICU 再入室となっていた。

2）呼吸以外に関連した看護ケア

呼吸に関連した看護ケア以外の看護ケアでは，「食事摂取（経口）」（18 人 46.2% vs. 294 人 23.4%　$\chi^2 = 10.75$　$p < 0.01$），「経管栄養の実施」（9 人 23.1% vs. 76 人 6.0%　$\chi^2 = 17.93$　$p < 0.01$），「端座位の実施」（14 人 35.9% vs. 206 人 16.4%　$\chi^2 = 10.24$　$p < 0.01$），「抑制帯の装着」（17 人 43.6% vs. 243 人 19.3%　$\chi^2 = 13.91$　$p < 0.01$），「睡眠の援助（ICU のみ使用可能な薬剤の使用）」（12 人 30.8% vs. 176 人 14.0%　$\chi^2 = 8.59$　$p < 0.01$），「温罨法・冷罨法の実施」（20 人 51.3% vs. 415 人 33.0%　$\chi^2 = 5.68$　$p = 0.02$）が再入室群にて有意に割合が多かった。

3）医療的処置に関連した看護ケア

医療的処置に関連した看護ケアは，「中心静脈注射の実施」（25 人 64.1% vs. 414 人 32.9%　$\chi^2 = 16.44$　$p < 0.01$），「輸血の実施」（20 人 51.3% vs. 197 人 15.7%　$\chi^2 = 34.45$　$p < 0.01$），「外科創などの処置の介助，ケア」（13 人 33.3% vs. 228 人 18.1%　$\chi^2 = 5.78$　$p = 0.02$）が有意に多かった。一方，「硬膜外注入の実施」（3 人 7.7% vs. 467 人 37.1%　$\chi^2 = 14.18$　$p < 0.01$）のみ再入室群にて有意に少なかった。

4）検査に関連した看護ケア

検査に関連した看護ケアは，「胸部 12 誘導心電図検査」（18 人 46.2% vs. 300 人 23.8%　$\chi^2 = 10.17$　$p < 0.01$），「CT・MRI 検査」（13 人 33.3% vs. 134 人 10.7%　$\chi^2 = 19.37$　$p < 0.01$），「エコー検査」（17 人 43.6% vs. 175 人 13.9%　$\chi^2 = 26.42$　$p < 0.01$），「脳波検査」（4 人 10.3% vs. 4 人 0.3%　$\chi^2 = 60.95$　$p < 0.01$）が再入室群にて有意に多かった。

4．ICU 再入室の独立したリスク因子（表 3）

「退室時 SOFA スコア」（OR: 1.28, 95%CI: 1.08–1.52, $p < 0.01$），「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」（OR: 6.16, 95%CI: 1.26–30.01, $p = 0.02$）が独立したリスク因子であった。多重共線性を Variance Inflation Factor（VIF）にて確認したところ VIF は 1.08 から 2.3 であり，多重共線性が疑われる項目はなかった。

Ⅵ．考　　察

1．再入室患者の特徴

今回の研究での 31 日以内の ICU 再入室率は 3.0%，一週間以内の再入室率は 1.0%であり，先行文献と比較し，概ね低かった（Rosenberg & Watts, 2000；武田ら，2016；吉川ら，2021；三田ら，2018；依光ら，2009）。

入室理由では，「術後管理」目的で入室と「全身管理」目的で入室した患者で有意差を認めたのは，ICU 入室前の全身状態の重症度の違いと考える。術後管理目的で入室となった患者は，多数が予定していた手術を行い ICU 入室となっているため術前に全身状態の検査を行い，必要な場合は治療を行い全身状態を整えたうえで，手術に耐えうる全身状態であると医師が判断した患者が入室しており，術後に起こりうる合併症や状態悪化となる要因などがある程度予測・把握がしやすく，あらかじめ対策がしやすい患者が多く，また，全身状態が悪い患者はそもそも手術適応外となっており，「術後管理」目的で入室となっていない。一方で「全身管理」目的で入室となった患者は病棟で状態悪化からの緊急での ICU 入室や他院からの ICU 管理が必要な状態での転院がほとんどのため，ICU 入室の時点で全身状態がそもそも悪い患者が多いことが影響していると考える。

再入室群で APACHEⅡスコアが有意に高いスコアだったことは先行文献（武田ら，2016）と同様の結果であった。また，今回の研究では，退室時 SOFA スコアは ICU 再入室の独立したリスク因子であった。吉川ら（2021）は，退室時

表2　ICU 入室中に行われた看護ケア

	全症例　n：1297			
	再入室群	非再入室群		
	n：39（%）	n：1258（%）	χ²/φ*	p
呼吸に関連した看護ケア				
看護師による吸痰	19（48.7）	274（21.8）	15.69/0.11	<0.01
痰の自己喀出	16（41.0）	479（38.1）	0.14/0.01	0.70
気管支鏡検査	8（20.5）	75（6.0）	13.37/0.10	0.00
吸入療法，ネブライザーの実施	7（17.9）	93（7.4）	5.92/0.07	0.03
酸素吸入の実施（カヌラ，マスク，リザーバーマスク）	38（97.4）	1215（96.6）	0.08/0.01	1.00
タッピング，体位排痰法，喀痰用バイブレーダの使用	1（2.6）	22（1.7）	0.14/0.01	0.51
HFNC装着中の看護	7（17.9）	106（8.4）	4.31/0.06	0.07
NPPV装着中の看護	1（2.6）	16（1.3）	0.49/0.02	0.41
人工呼吸器装着中の看護	18（46.2）	233（18.5）	18.51/0.12	<0.01
気管挿管や気道確保の介助	4（10.3）	9（0.7）	34.70/0.16	<0.01
（※ICU入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）				
気管切開後の看護	2（5.1）	6（0.5）	13.35/0.10	0.02
栄養・食事に関連した看護ケア				
食事摂取（経口）	18（46.2）	294（23.4）	10.75/0.09	0.00
食事摂取介助	2（5.1）	25（2.0）	1.83/0.04	0.19
嚥下評価実施（問題なし）	3（7.7）	229（18.2）	2.85/−0.05	0.09
嚥下評価実施（問題あり）	5（12.8）	87（6.9）	2.00/0.04	0.19
嚥下訓練の実施	2（5.1）	24（1.9）	2.00/0.04	0.18
飲水（経口）	25（64.1）	664（52.8）	1.95/0.04	0.16
経管栄養の実施	9（23.1）	76（6.0）	17.93/0.12	0.00
離床に関連した看護ケア				
体位変換（介助要）	37（94.9）	1158（92.1）	0.42/0.02	0.76
体位変換（自立）	12（30.8）	454（36.1）	0.47/−0.02	0.50
起座位の実施	24（61.5）	594（47.2）	3.11/0.05	0.08
端座位の実施	14（35.9）	206（16.4）	10.24/0.09	0.00
ポータブルトイレへの移乗	2（5.1）	43（3.4）	3.33/0.02	0.40
立位の実施	7（17.9）	130（10.3）	2.32/0.04	0.18
車いすへの移乗	3（7.7）	34（2.7）	3.40/0.05	0.10
歩行の実施	1（2.6）	53（4.2）	2.26/−0.01	1.00
散歩の実施	0（0.0）	7（0.6）	0.22/−0.01	1.00
せん妄・問題行動に関連した看護ケア				
不潔行為に対する対応	0（0.0）	1（0.1）	0.03/−0.01	1.00
暴力行為，暴言などへの対応	0（0.0）	15（1.2）	0.47/−0.02	1.00
抑制帯の装着	17（43.6）	243（19.3）	13.91/0.10	＜0.01
せん妄の有無	7（17.9）	121（9.6）	2.95/0.05	0.10
その他の問題行動への対応	6（15.4）	111（8.8）	1.98/0.04	0.16
睡眠に関連した看護ケア				
睡眠の援助（ICUのみ使用可能な薬剤の使用）	12（30.8）	176（14.0）	8.59/0.08	<0.01
睡眠の援助（病棟でも使用可能な薬剤の使用や精神科紹介など）	6（15.4）	85（6.8）	4.32/0.06	0.05
その他看護ケア				
人工肛門のケア	1（2.6）	22（1.7）	0.14/0.01	0.51
褥瘡に対する処置，ケア	2（5.1）	17（1.4）	3.74/0.05	0.11
温罨法・冷罨法の実施	20（51.3）	415（33.0）	5.68/0.07	0.02
排便援助	4（10.3）	53（4.2）	3.29/0.05	0.09
排尿援助	1（2.6）	39（3.1）	0.04/−0.01	1.00
冷シップ・温シップ貼付	2（5.1）	127（10.1）	1.04/−0.28	0.42
医療的処置に関連した看護ケア				
透析関連の実施	0（0.0）	17（1.4）	0.53/−0.02	1.00
大動脈バルーンパンピング装着中の看護	1（2.6）	3（0.2）	6.65/0.07	0.12
人工心肺装着中の看護	0（0.0）	1（0.1）	0.03/−0.01	1.00
除細動器，AEDの使用	0（0.0）	12（1.0）	0.38/−0.02	1.00
心肺蘇生法の実施	0（0.0）	8（0.6）	0.25/−0.01	1.00
スワンガンツ挿入中の看護	5（12.8）	88（7.0）	1.93/0.04	0.19
高カロリー輸液の実施	2（5.1）	19（1.5）	3.11/0.05	0.13
中心静脈注射の実施	25（64.1）	414（32.9）	16.44/0.11	＜0.01
硬膜外注入の実施	3（7.7）	467（37.1）	14.18/−0.11	＜0.01
輸血の実施	20（51.3）	197（15.7）	34.45/0.16	＜0.01
外科創などの処置の介助，ケア	13（33.3）	228（18.1）	5.78/0.07	0.02
ドレーン挿入中の観察，ケア	30（76.9）	1028（81.7）	0.58/−0.02	0.45
腹臥位の実施	0（0.0）	2（0.2）	0.06/−0.01	1.00
検査に関連した看護ケア				
アンギオ検査	1（2.6）	16（1.3）	0.49/0.02	0.41
心臓カテーテル検査の看護	0（0.0）	4（0.3）	0.12/−0.01	1.00
胸部12誘導心電図検査	18（46.2）	300（23.8）	10.17/0.09	0.00
CT・MRI検査	13（33.3）	134（10.7）	19.37/0.12	＜0.01
エコー検査	17（43.6）	175（13.9）	26.42/0.14	＜0.01
ドップラー検査	2（5.1）	13（1.0）	5.55/0.07	0.07
脳波検査	4（10.3）	4（0.3）	60.95/0.22	＜0.01
内視鏡検査	1（2.6）	2（0.2）	9.48/0.09	0.09

表３　ICU 再入室患者を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果

		OR	95%CI	*p*	VIF
退室時SOFAスコア		1.28	1.08-1.52	<0.01	1.08
気管挿管や気道確保の介助 （※ICU入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）	「なし：0，あり：1」	6.16	1.26-30.01	0.02	1.24
ICU滞在日数		1.00	0.94-1.07	0.97	2.30
看護師による吸痰	「なし：0，あり：1」	1.87	0.75-4.69	0.18	1.89
経管栄養の実施	「なし：0，あり：1」	1.35	0.40-4.52	0.63	1.82
端座位の実施	「なし：0，あり：1」	1.46	0.62-3.45	0.38	1.53
抑制帯の装着	「なし：0，あり：1」	0.98	0.36-2.63	0.96	2.11
睡眠の援助（ICUのみ使用可能な薬剤の使用）	「なし：0，あり：1」	1.56	0.71-3.39	0.27	1.09

目的変数：「ICU再入室なし：0，ICU再入室あり：1」

SOFA スコアが高値の患者では，主治医，病棟看護師への申し送りの徹底，病棟での慎重な全身状態のモニタリングと異常時の早期介入が必要と考えられると述べている。今回の研究では，退室時 SOFA スコアは，再入室群で平均値 2.8（±1.84）と高いスコアではなかったが 2.7 以上は注意する必要がある。SOFA スコアの長所として，一般的な検査結果のみから簡易に算定できる，経時的な評価が可能であること，各臓器ごとの治療効果の判定が可能であること（武山ら，2010）があり，看護師が患者の重症度把握やケア介入の効果を判断する上でも役立てることができる。今回の研究では，退室時 SOFA スコアの合計点を調査したが，本研究の再入室理由の上位２項目が「感染」「肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）」であったことから，合計点だけでなく，SOFA スコアの呼吸器スコアにも焦点をあてた調査をするとより呼吸器系の重症化の早期発見・早期介入の指標になると考える。

ICU 滞在日数が再入室群で有意に長かったことは，患者の重症度が影響している可能性がある。

再入室の理由は，「感染」が 10 人（26%）で最も多く，次に「肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）」が７人（18%）であった。「感染」のうち，誤嚥性肺炎と膿胸が４人含まれており，この４人と「肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）」の７人を含めると再入室の理由として呼吸器系の理由が最も多く，先行研究（武田ら，2016；三田ら，2018；北別府ら，2016）を支持していた。再入室までの期間は，中央値８日となっており，一週間以内に再入室となった患者は 19 人（48.7%）であり，ICU 退室後約１週間は再入室リスクが高く，再入室となる理由は ICU 退室後早期再入室理由と同様の理由であった。一方で，本研究では約半数の 20 人（51.3%）は，ICU 退室後一週間以降から 31 日以内に再入室となっている事実がある。ICU 退室後，早期だけでなく，一週間以降も重症化，ICU 再入室のリスクが高い患者がいることを念頭におき，特に，呼吸状態や感染兆候に十分注意し観察を行い，経過をみていく必要がある。

２．再入室患者に行っていた看護ケアの特徴

ICU 入室中に行われた看護ケア（表２）で有意差を認めた看護ケア項目で多重ロジスティック回帰分析を行った結果，「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」が ICU 再入室の独立したリスク因子であった。本研究で ICU 入室中に気管挿管や気道確保が必要となった患者 13 人のうち喀痰喀出困難や痰による気道閉塞で気管挿管となった患者は５人，PCO2 ナルコーシスにより気管挿管となった患者が３人であった。喀痰喀出障害により気管挿管となった患者の５人のうち４人は気管切開後に ICU 退室となり，看護ケアとして看護師の吸痰による気道クリアランスの維持がしやすくなった状態での退室であったにもかかわらず４人のうち２人は ICU 再入室となっていたことが特徴と思われた。先行文献でも，再入室のリスク因子として，喀痰排出障害のある患者（武田ら，2016），気道や呼吸に関するものが報告されている（三田ら，2018）。今回の研究では，「看護師による吸痰」は独立したリスク因子としては抽出されなかった。一方で，「気管挿管や気道確保の介助」は独立したリスク因子として抽出された。このことから，再入室リスクと関連するのは吸痰の実施そのものではなく，ICU 入室中に気道クリアランスの維持や呼吸状態に継続的看護ケアを要した患者の特徴である可能性が示唆された。特に，ICU 入室中に気管挿管や気道確保を要した患者は，退室時に呼吸状態が安定していても，再入室リスクを有する可能性があると考えられた。これは，本研究で再入室の理由が膿胸や誤嚥性肺炎を含めると「肺疾患，呼吸・気道関連（腫瘍と感染以外）」が最も多かったことからも支持される。石川ら（2009）は，気道分泌物の除去は可能であっても，呼吸筋や咳嗽力の低下など他の因子も再挿管に影響していることが窺われ，これらの要因を改善しなければ再挿管は予防できない，再挿管となった患者で経管栄養を行っていた例が多く，胃の通過が不良で肺炎となった例も多かったと報告しており，今回の研究では，「経管栄養の実施」は独立したリスク因子とはならなかったが経管栄養を施行している患者は特に誤嚥を予防するケアを実施していく必要があると述べている。

３．再入室患者背景と看護ケアの特徴から今後の看護ケアへの示唆

今回，患者背景と再入室患者に行っていた看護ケアに着目し後方視的に調査した。北別府ら（2016）は，ICU 在室中のリスク因子の記録が少ないことを明らかにし，ICU 退室時に予測される懸念やバイタルサイン逸脱について具体的な申し送りを行う，看護問題として具体的な介入を継続看護として残すことを推奨している。また，吉村ら（2010）も患者が十分な継続看護を受けるためにも看護師間での申し送りは重要であると述べている。本研究で明らかになった再入室のリスク因子を有している患者，特に ICU 入室中に気管挿管や気道確保を要した患者は，看護師による吸痰などにより気道クリアランスが維持できるようになった状態で ICU 退室となった場合でも再入室のリスクが高いことが明確な看護ケアの特徴

として示唆された。そのため，ICU では気管挿管や気道確保が必要となる状況を予防することが求められ，そのための看護ケア介入として排痰援助，リハビリ，経管栄養の実施時の誤嚥予防などの重要性が再認識された。また，ICU 入室中に気管挿管や気道確保が必要となった場合は，その理由や経過を申し送りやサマリーに記載し，ICU から一般病棟へ退室後も呼吸器関連のトラブルを予防する看護が継続されるようにすることが重要である。さらにハイリスク患者については退室前に合同でカンファレンスを行い，看護ケア介入の内容や特に注意が必要な観察項目について事前に情報共有を行い，ハイリスク患者を病棟間の看護師で共通認識できるようにすることが ICU 再入室の予防に寄与すると考えられる。本研究で「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」が必要となった患者 13 人は，退室サマリーに気管挿管や気道確保が必要となった理由が記載され，呼吸関連についての看護問題も立案されていた。今後，立案されていた呼吸に関連した看護問題を再入室の予防に活かすためには，ICU で実施していた患者ごとのより具体的な吸痰の頻度や体位ドレナージなどの介助方法，呼吸リハビリの引継ぎ，経管栄養を実施している患者へは逆流の有無や投与時のギャッジアップ体位など詳細な申し送りが必要と考える。そして，実施している看護ケア介入の結果・効果や患者の反応，注意を要する観察項目も具体的に申し送る必要がある。また，ICU と一般病棟では看護師の人員配置基準が異なり，ICU は重症患者が多いとは言え，ICU の２対１看護体制で行っていた看護ケアや観察を一般病棟で継続的に行うにはマンパワーの関係から困難な場合もある。そのため，ICU 入室中から一般病棟でも実施可能な効率的な看護ケア介入方法を検討し確立していくこと，事前カンファレンスなどで事前に協議していくことが望ましいと考える。

今回の研究で ICU 退室時の看護サマリーや看護計画の内容の検討は行っていないため，今後は，ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要であった患者は ICU 再入室のハイリスクであることを認識した上で，立案されている呼吸関連の看護問題の内容に必要な情報が入っていたのか，また，継続看護として一般病棟で実施可能であった内容であったか検討していく必要がある。

４．本研究の限界

本研究にはいくつか限界がある。本研究は単一施設の後方視研究であり，診療録に記録されていない情報については，分析対象には入っていないことである。第二に，今回の研究では看護ケアに着目した研究がほとんどなかったことにより，広く看護ケアを検討項目として考えたかったため，再入室群の症例に対して，説明変数が多いことである。

Ⅶ. 結　　論

患者背景と実施した看護ケア内容により，「退室時 SOFA スコア」と「気管挿管や気道確保の介助（※ICU 入室中に気管挿管や気道確保の介助が必要となった患者）」が 31 日以内の ICU 再入室と独立して関連があった。退室時 SOFA スコアが高い患者や ICU 入室中に気管挿管や気道確保が必要であった患者は，再入室のリスクが高いことを病棟間で共通認識し，退室前に合同カンファレンスを行うなどし，必要な観察内容や看護ケアの介入方法，注意点を病棟へ引き継ぐことの必要性が示唆された。

本研究を行うにあたりご協力くださった富士フィルムメディカル IT ソリューションズ担当者様，医事課病歴管理係関係者様，岡山大学病院看護師，また，丁寧なご助言を下さった岡山大学病院麻酔科医師，本研究にご協力いただきました皆様に深謝いたします。

本研究の内容の一部は，日本集中治療医学学会学術集会第６回中国・四国支部学術集会において発表した。なお，本研究における利益相反は存在しない。

Ⅷ. 引 用 文 献

石川幸司，岩本満美，吉田亜子，馬渕奈津子，坂本弥香，和泉舞，市村香織，高岡勇子.（2009）. ICU における再挿管に影響を与える因子の検討. *日本集中治療医学会雑誌，16* (4), 459–463.

北別府孝輔，渋江明美，山本直子，吉武雄太，長谷川貴洋.（2016）. 当院集中治療室における再入室患者のリスク因子調査. *倉敷中央病院年報，79*, 45–50.

厚生労働省.（2010）. *チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会報告書）*. https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf（2024 年 2 月 3 日閲覧）

厚生労働省.（2012）. *「一般病床」の現状について*. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000219lgatt/2r985200000219q3.pdf（2024 年 2 月 3 日閲覧）

三田篤義，清水彩里，大津義徳，山本克己，山本高照，石田高志，中澤真奈，今村浩.（2018）. 信州大学医学部附属病院集中治療部 ICU の現状と課題. *信州医学雑誌，66* (5), 325–332.

Rosenberg, A. L., Watts, C. (2000). Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest, 118* (2), 492–502.

武田親宗，美馬裕之，川上大裕，浅香葉子，朱祐珍，植田浩司，下薗崇宏，山崎和夫.（2016）. ICU 再入室に関する危険因子の検討. *日本集中治療医学会雑誌, 23* (3), 306–311.

武山直志，田中孝也，加納秀記，野口宏.（2010）. 救急集中治療における重症度評価と臓器機能障害度指標. *日本救急医学会雑誌，21* (7), 327–342.

筒井孝子.（2008）. *看護必要度の看護管理への応用－診療報酬に活用された看護必要度*. 287–296. 医療文化社.

依光たみ枝，伊敷聖子，仲嶺洋介，兼城真帆，篠崎裕子，嘉手川康人，国吉茂，天願俊穂.（2009）. ICU・CCU から予定外退室 345 例の検討と今後の課題. *ICU と CCU，33* (12), 1009–1014.

吉川晃士郎，矢田部智昭，中村智之，栗山直英，西田修.（2021）. ICU 再入室症例における予後不良因子の検討：単施設後方視研究. *日本集中治療医学会雑誌, 28* (6), 549–551.

吉村佳也子，大石佐千恵，佐藤玉枝，安部初美，桑本真由美，岩崎香子.（2010）. ICU から一般病棟への患者情報発信―一般病棟看護師が求める情報―. *第 41 回日本看護学会論文集成人看護 I*，11–13.

◇研究報告◇

A大学病院における尿道カテーテル管理方法の実態調査
―各部署の感染管理担当者に対する質問紙調査―

土屋守克[1),2)]*，近江　冴[3)]，程島健太[3)]

【目的】A大学病院の各部署に所属する感染管理担当者を対象に，カテーテル管理方法の実態を把握することを目的とした。

【方法】感染管理担当者25名を対象に，カテーテル製品，配置，患者情報，尿量測定方法など32項目の質問紙調査を実施した。

【結果】70%を超える高い一致率を示した項目は，カテーテルの太さ，採尿バッグとカテーテルの分離型製品の使用，性別に応じたカテーテル固定方法，コレクティング・チューブの設置位置，部屋持ち看護師による尿量測定などの項目に限定された。一方，他の項目については十分な一致が見られず，カテーテル管理の実態において部署間の多様性が明らかとなった。

【結論】部署間の多様性は，関連する規定の整備が不十分であったことが一因と考えられる。カテーテル管理方法に関する規定の作成に加え，得られた知識を確認するための評価や実践状況の観察・測定などをあわせて実施することが重要である。

【キーワード】尿道カテーテル，カテーテル関連尿路感染症，CAUTI，カテーテル関連尿路感染の予防のためのガイドライン，適切な管理方法

Ⅰ．はじめに

カテーテル関連尿路感染症（Catheter-Associated Urinary Tract Infection，以下CAUTI）は，医療関連感染（Healthcare-Associated Infections: HAI）の中で占める割合は決して小さくなく（Klevens et al., 2007；Magill et al., 2018），死亡原因にもなり得る（Klevens et al., 2007）。そのため，アメリカ疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）からは「Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections（2009）（カテーテル関連尿路感染の予防のためのガイドライン2009）（Gould et al., 2010）」（以下，ガイドライン）が示されており，大きく6つの項目に分類して勧告がなされている。そのうち尿道カテーテル（以下，カテーテル）維持のための適切な手技については，停滞なく尿流を維持することについて，カテーテルやコレクティング・チューブ（ランニング・チューブ）が折れ曲がらないようにすること，採尿バッグは常に膀胱よりも低い位置で維持し，床に触れないようにする必要性などが示されている（Gould et al., 2010）。

カテーテルの管理方法の実態に関するこれまでの報告として，西田ら（2010）は，我が国における感染管理体制とカテーテル留置患者に対するケアの実態を明らかにすることを目的として，系統抽出した病院を対象に質問紙調査を行っている。この報告では，カテーテル管理方法に関して，カテーテルの種類，陰部洗浄の実施頻度，膀胱洗浄の実施頻度などの項目を調査した結果，ガイドラインの推奨項目が徹底されていない施設があることなど，施設間の相違を明らかにしている。また内海ら（2011）は，全国の病院を対象に系統抽出法による質問紙調査を実施し，病床数別の感染管理体制と教育体制，カテーテルケアの違いを調査した。その結果，病院の規模による感染管理体制の相違やカテーテルケアの相違を明らかにした。そして，病院規模が大きいほど感染管理体制・教育

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）日本医療科学大学保健医療学部看護学科　2）自治医科大学医学部救急医学講座　3）埼玉医科大学総合医療センター
＊ E-mail：m-tsuchiya@nims.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

体制が充実しており，ガイドラインに沿ったケアが実施されている傾向にあることを報告している。

以上のように，いくつかの先行研究においては，ガイドラインの推奨項目の徹底状況に施設間で相違が確認されている。しかし，ガイドラインの記述が抽象的であり，具体的な手順が示されていないため，単一施設内においても，部署間でカテーテル管理方法が異なる可能性がある。

なお，ガイドラインの記述が抽象的であり具体的な手順が示されていないという状況は現在も変わっておらず，これに起因する部署間の管理方法の多様性という課題は，新型コロナウイルス感染症（Coronavirus disease 2019：以下COVID-19）流行の前後を問わず継続していると考えられる。

そこで本研究では，A大学病院の各部署に所属する感染管理担当者を対象に，カテーテル管理方法の実態を把握することを目的として質問紙調査を実施した。各部署のカテーテル管理方法の現状を明らかにすることで，今後の適切な管理方法の検討に必要な基礎的情報を提供し，結果としてCAUTI予防に資する知見が得られると考えられる。

Ⅱ．目　　的

A大学病院の各部署に所属する感染管理担当者を対象に，カテーテル管理方法の実態を把握することを目的とした。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

横断的調査研究

2．対象者

A大学病院の各部署において，カテーテルの管理や指導を行う感染管理担当者（看護師）25名とした。質問紙に回答する対象者は各部署1名とした。

3．研究実施施設の特徴と感染管理の状況

A大学病院は36診療科からなり，ベッド数は約1,000床の総合病院であるとともに，総合周産期母子医療センターなどを有する地域の基幹病院である。また，感染制御室を設置し，感染管理者として専従の感染管理認定看護師を配置していた。感染制御室では，院内感染対策のためのマニュアルの作成・管理，各種サーベイランスの実施，院内感染管理の徹底のための定期的な院内巡回と現場での直接的指導等を実施していた。カテーテル管理については，院内感染防止対策委員会で作成した院内感染防止マニュアルに一般的な記載（カテーテル留置適応，カテーテルシステムの閉鎖性の維持，カテーテル挿入時留意点，尿廃棄と逆流防止，尿道口ケアと損傷予防，カテーテル交換など）があり，看護業務基準への記載やガイドラインに基づいた指導等は行われていた。しかし，各部署で実践する具体的な手順（尿量測定方法，カテーテル配置方法等）については，病院で統一された詳細な規定は存在しなかった。

4．調査期間

2018年6月27日から2018年7月15日とした。

5．調査方法

各部署の感染管理担当者が参加する会議終了後に，研究者が書面と口頭で研究内容について説明した。その後，研究者が対象者へ調査依頼書および質問紙を配布した。質問紙は，期日を設定して各部署に訪問して回収した。

6．調査項目

調査項目は，ガイドライン（Gould et al., 2010）および先行研究（内海ら，2011；西田ら，2010）等を参考に，カテーテル管理の実態把握に必要と思われる内容を研究者らで合議の上で抽出した。具体的には，カテーテル製品項目として，各部署で使用している採尿バッグやカテーテルの種類，太さ，採尿バッグとカテーテルの一体化の有無の4項目，尿量測定方法項目として，尿量の測定方法の規定の有無，尿量を測定する際の準備，誘導方法，測定（計測）方法，性別や製品間での測定方法の相違等の12項目，カテーテル配置項目として，カテーテルの固定方法，採尿バッグ，コレクティング・チューブの設置位置，膀胱とバッグとの高低差等の5項目，患者項目として，カテーテル挿入患者の割合，挿入期間，患者の年齢，ADL，看護必要度，診療科目等の8項目，尿量測定者項目として，受け持ち患者におけるカテーテル挿入患者数，尿量測定間隔，尿量測定者の3項目の，全32項目とした。各項目への回答方法は，単一回答法，複数回答法，自由記述法で構成されていた。

7．分析方法

質問紙の各項目の結果に対して記述統計量（部署数・割合）を算出した。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究で使用する質問紙は無記名式とし，個人が特定されることのないよう配慮した。研究の目的，意義，方法，得られたデータは本研究目的以外で使用しないこと等について文書で説明した上で，質問紙の提出をもって研究協力への同意を得たものとみなした。本研究は，日本医療科学大学研究・倫理審査委員会の承認（受理番号：2018009）を得て実施した。

Ⅴ．結　　果

質問紙は25名に配布され，22名から回答を得た（回収率88.0%）。結果を表1～5に示した。

カテーテル製品項目の結果を表1に示した。採尿バッグの種類は，クリニー®採尿バッグ（ローフロアー）が59.1%と最も高い使用率を示した。フォーリーカテーテルの種類では，バーダム®バイオキャス®フォーリーカテーテルが45.5%と最多であった。フォーリーカテーテルの太さについては，14Frが72.7%と多数を占めていた。採尿バッグとフォーリーカテーテルが一体化した製品の使用率は4.5%に過ぎず，95.5%が分離型製品を使用していた。

尿量測定方法項目の結果を表2に示した。測定方法の規定がある部署は36.4%と少数にとどまった。誘導方法は「チュー

表１　カテーテル製品項目（*N* = 22）

質問項目・回答	部署数	割合（%）
1. 採尿バッグの種類（複数回答）		
ユリンメート®	3	13.6
クリニー®採尿バッグ（ローフロアー）	13	59.1
クリニー®採尿バッグ（精密尿量計）	12	54.5
その他	3	13.6
2. 尿道カテーテルの種類（複数回答）		
バーダム® バイオキャス®フォーリーカテーテル	10	45.5
バーデックス® オールシリコン フォーリーカテーテル	2	9.1
バーデックス® バイオキャス®フォーリーカテーテル	4	18.2
バーデックス® バイオキャス®フォーリーカテーテル3WAY	1	4.5
バーディア® フォーリーカテーテル シリコンコーティング	0	0.0
腎盂バルンカテーテル	1	4.5
温度センサー付フォーリーカテーテル	3	13.6
その他	1	4.5
3. 尿道カテーテルの太さ（複数回答）		
10 Fr	0	0.0
12 Fr	3	13.6
14 Fr	16	72.7
16 Fr	4	18.2
18 Fr以上	0	0.0
その他	2	9.1
4. 採尿バッグと尿道カテーテルの一体化の有無		
一体である	1	4.5
一体ではない	21	95.5

ブを手で持ち上げる」が 54.5%と最も多かった。主な測定方法として，バッグに蓄積された尿を目視により測定する方法（31.8%），別の容器に移し替えて目視で測定する方法（36.4%），および専用の計測機器を用いる方法（27.3%）が報告された。さらに，徒手的以外での具体的な測定方法としては，ミルキング鉗子を用いてバッグ（精密尿量計）に溜まったものを目視して測定する１部署と，「尿を専用の機械に入れて計測する」を選択した部署のうち，採尿蓄量・比重測定装置「URO MINI PRO 5230」を用いた機械的測定の１部署が確認された。性別による測定方法の差異は認められず，製品間では，カテーテルの形状・柔らかさの違いや，精密尿量計の目盛り仕様の相違，重症患者向けの専用測定器具の使い分けなど，13.6%の回答者が測定方法に変化が生じると回答した。

カテーテル配置項目の結果を表３に示した。カテーテル固定位置は「男性は腹部，女性は大腿部」が 77.3%と最多数を占めた。採尿バッグの設置位置は「ベッド柵右側」45.5%，「ベッド柵左側」40.9%が多数であった。コレクティング・チューブは「大腿を跨いでベッド柵」が 72.7%と最も多かった。カテーテル挿入患者の膀胱とバッグとの高低差は，最も多い回答は 21～40cm（50.0%）であり，次いで 41～60cm（31.8%）であり，主に 21～60cm の範囲に集中していることが示された。

患者項目の結果を表４に示した。カテーテル留置患者の割合は２割と回答した部署が 68.2%と最も多く，年齢は 60～70 歳代が 68.2%と最も多かった。カテーテル挿入期間は１日が 36.4%と最多だが，１週間以上の長期留置も一定数みられた。日常生活動作（Activities of Daily Living: ADL）は「１～２時間毎の観察を要し，常に臥床」が 50%を占めた。看護必要度Ｂ項目の合計点数は，「３～５点」が 36.4%と最多であった。最も多かった診療科目は，消化器外科と救急科で５部署ずつであった。

尿量測定者項目の結果を表５に示した。受け持ち患者におけるカテーテル挿入患者数は０～１名が 59.1%と最多であった。尿量測定間隔は８時間間隔が 59.1%と過半数を占めていた。尿量測定者は部屋持ち看護師が 86.4%と大多数を占めていた。

Ⅵ. 考　　察

本研究では，Ａ大学病院の各部署に所属する感染管理担当者を対象に，カテーテル管理方法の実態を把握することを目的として質問紙調査を実施した。その結果，70%を超える高い一致率を示した項目は，カテーテルの太さ（14Fr が 72.7%），採尿バッグとカテーテルの分離型製品の使用（95.5%），性別に応じたカテーテル固定方法（男性は腹部，女性は大腿部が 77.3%），コレクティング・チューブの設置位置（大腿を跨いでベッド柵が 72.7%），部屋持ち看護師による尿量測定（86.4%）などに限定された。このうち，採尿バッグとカテーテルの分離型製品の使用率が 95.5%と高い。しかし，ガイドライン（Gould et al., 2010）ではカテーテルとチューブ接続部が予め接続・密封されたシステムの使用が推奨され

表２　尿量測定方法項目（*N* = 22）

質問項目・回答	部署数	割合（%）
1. 尿量の測定方法の規定		
ある	8	36.4
ない	14	63.6
2. 尿量を測定する際の準備（複数回答）		
カテーテル内を尿で満たす	1	4.5
物品を準備する	16	72.7
バッグの位置を変更する	1	4.5
その他	2	9.1
未回答	2	9.1
3. 尿量を測定する際に膀胱留置カテーテルに触れるか		
はい	11	50.0
いいえ	11	50.0
4.「3.」の触れる場合の理由		
尿を誘導するため	10	45.5
計測するため	0	0.0
バッグの位置を変更するため	1	4.5
その他	0	0.0
5. 尿量を測定する際の誘導方法（複数回答）		
チューブを手で持ち上げる	12	54.5
チューブ内を尿で満たし、滴下した分のみ計測する	3	13.6
ローラー鉗子等を使用し誘導する	1	4.5
バッグを移動させ、高低差をつけて尿を誘導する	9	40.9
吸引（機器を使用しても含む）し尿を誘導する	0	0.0
その他	0	0.0
6.「5.」の具体的な方法（自由記述）		
測尿器または目視		
バッグを外し確認し、その後、手で持ち上げたりもする		
チューブをもってバッグに誘導し測定する		
チューブは膀胱より上にしないように誘導する		
バッグの目盛りと尿瓶の目盛りで尿測する		
チューブを膀胱の位置より上にならないように尿を誘導する		
クレンメを開放して測定します		
カテーテル部をローラーを使用し誘導する		
カメにあけて測定		
ランニングチューブ内にある尿を誘導する		
カップに開けて尿は測定器にかけて尿を測定する		
7. 尿量の具体的な測定（計測）方法（複数回答）		
バッグ（精密尿量計）に溜まったものを目視して測定する	7	31.8
バッグの重量を測定する	1	4.5
別の容器に移し目視で測定する	8	36.4
別の容器に移し重量で測定する	4	18.2
尿を専用の機械に入れて計測する	6	27.3
その他	0	0.0
8. 徒手的以外での尿量の測定方法		
ある	1	4.5
ない	20	90.9
未回答	1	4.5
9. 徒手的以外での具体的な測定方法（自由記述）		
ミルキング鉗子		
URO MINI PRO 5230		
10. 性別間における尿量測定方法の相違		
変化する	0	0.0
変化しない	22	100.0
11. 製品間における尿量測定方法の相違		
変化する	3	13.6
変化しない	19	86.4
12. 製品間における尿量測定方法の具体的な相違（自由記述）		
カテーテルの形状や柔らかさなどに違いがあるため		
精密尿量計は術後患者が使用しているが、精密尿量計がある場合はその目盛りを使用し、尿測をしている		
重症患者、細かく尿測の必要な患者に対してはユリンメート®に細かくついた物差しを使用している		

表３　カテーテル配置項目（*N* = 22）

質問項目・回答	部署数	割合（%）
1. 身体と尿道カテーテルの固定方法（複数回答）		
男性は腹部、女性は大腿部	17	77.3
男性は大腿部、女性は腹部	0	0.0
男性・女性とも大腿部	2	9.1
男性・女性とも腹部	0	0.0
固定は行わない	1	4.5
その他	2	9.1
2. 採尿バッグの設置位置（複数回答）		
ベッド柵右側	10	45.5
ベッド柵左側	9	40.9
ベッド足側	8	36.4
ベッド頭側	1	4.5
その他	6	27.3
3. コレクティング・チューブの設置位置（複数回答）		
大腿を跨いでベッド柵	16	72.7
大腿の下を通りベッド柵	2	9.1
下腿を跨いでベッド柵	1	4.5
下腿の下を通りベッド柵	2	9.1
患者の両下肢の間	0	0.0
4. 尿道カテーテル患者の膀胱とバッグとの高低差（複数回答）		
0～20cm	4	18.2
21～40cm	11	50.0
41～60cm	7	31.8
それ以上	0	0.0
5. 患者移送や体位交換時の尿道カテーテルの移動方法（複数回答）		
そのまま移送する	5	22.7
ベッド柵（外側）にかける	6	27.3
ベッド柵（内側）にかける	2	9.1
ベッド上に置く	9	40.9
その他	1	4.5

ており，この観点からは一体型製品の使用が望ましいといえる。したがって，分離型製品の使用率が高い現状は，ガイドラインの推奨から乖離しているといえる。ただし，分離型製品であっても運用方法によってはカテーテルシステムの閉鎖性を維持することは可能であり，分離型製品の使用が直ちに開放式システムとしての運用を意味するわけではない。本研究では運用方法の詳細についてデータを収集しておらず，接続部開放の実態は明らかでないことから，分離型製品の使用がCAUTIリスクに直結するかどうかを現時点で断言することはできない。今後は製品の種類に加え，実際の運用実態を含めた評価が必要である。一方，他の項目については十分な一致が見られず，カテーテル管理の実態において部署間の多様性が明らかとなった。この理由として，病院全体で統一された詳細な規定が存在しなかったことや，各部署で尿量測定方法の規定を整備していた割合が36.4%と低かったことが挙げられる。以上より，関連する規定の整備が不十分であったことが，部署間の多様性を生む一因となったと考えられる。部署間における管理方法の多様性は，それ自体がリスクになるわけではないが，その多様性が科学的根拠に基づかない実践に起因する場合には，CAUTI発生リスクを高める可能性がある。したがって，科学的根拠に基づく標準化された詳細な規定によるカテーテル管理の実施が，患者安全と医療の質を確保するために必要と考えられる。

これまで，CAUTI予防に関連して，学習会やカンファレンスの開催などを通じた知識の共有が試みられ，CAUTI発生率の減少，カテーテル使用率の低下，カテーテル留置期間の短縮，および知識の向上などの効果が報告されている（久留野ら，2009；内田ら，2004；岡本，2019；永井ら，2014；高橋ら，2019）。したがって，A大学病院においても同様に，詳細な規定を作成した上で，学習会やカンファレンスなどの手段を通じて知識を共有することは，標準化された管理方法を可能にし，CAUTI発生率の減少等に寄与することが期待できる。ただし，これらの先行研究が対象とした部署は１～４部署に限定されており，本研究で対象とした大規模病院とは規模が異なる。例えば，新生児集中治療室（NICU: Neonatal Intensive Care Unit）と一般病棟では，必要とされるカテーテル管理方法が大きく異なることが予想される。このため，病院の規模や特性を考慮し，全体では各部署間で共

表4　患者項目（*N*= 22）

質問項目・回答	部署数	割合（%）
1. 部署における尿道カテーテル挿入患者の割合		
0割	2	9.1
2割	15	68.2
4割	1	4.5
6割	1	4.5
8割	3	13.6
10割	0	0.0
2. 尿道カテーテル挿入期間（複数回答）		
1日	8	36.4
3日間	2	9.1
1週間	4	18.2
10日間	1	4.5
2週間	2	9.1
1ヶ月間	1	4.5
それ以上	3	13.6
3. 尿道カテーテル挿入患者の年齢割合（複数回答）		
未成年	4	18.2
20～30歳代	2	9.1
40～50歳代	3	13.6
60～70歳代	15	68.2
80～90歳代	5	22.7
4. 尿道カテーテル挿入患者のADL（複数回答）		
絶えず観察を必要とし、常に寝たままの状態	5	22.7
絶えず観察を必要とするが、自力でベッド上に体を起こせる状態	0	0.0
絶えず観察を必要とするが、室内歩行ができる場合	0	0.0
絶えず観察を必要とするが、日常生活に殆ど不自由がない場合	0	0.0
1～2時間毎の観察を必要とし、常に寝たままの状態	11	50.0
1～2時間毎の観察を必要とし、自力でベッド上に体を起こせる状態	3	13.6
1～2時間毎の観察を必要とし、室内歩行ができる場合	0	0.0
1～2時間毎の観察を必要とし、日常生活に殆ど不自由がない場合	0	0.0
特に観察を継続する必要はないが、常に寝たままの状態	2	9.1
特に観察を継続する必要はないが、自力でベッド上に体を起こせる状態	1	4.5
特に観察を継続する必要はないが、室内歩行ができる場合	1	4.5
特に観察を継続する必要はなく、日常生活に殆ど不自由がない場合	0	0.0
5. 使用している看護必要度の分類		
一般評価	16	72.7
ICU評価	4	18.2
HCU評価	0	0.0
6. 尿道カテーテル挿入患者の看護必要度A項目の合計点数		
1）一般評価		
1点～3点	6	27.3
4点～6点	8	36.4
7点以上	0	0.0
2）ICU評価		
1～3点	2	9.1
4～6点	1	4.5
7点以上	1	4.5
7. 尿道カテーテル挿入患者の看護必要度B項目の合計点数		
0～2点	3	13.6
3～5点	8	36.4
6～8点	5	22.7
9～12点	1	4.5

8. あなたの部署で担当している診療科目は何ですか？（複数回答）

診療科目	部署数	診療科目	部署数
消化器外科	5	耳鼻咽喉科	3
救急科	5	口腔外科	3
消化器内科	4	産婦人科	3
肝胆膵外科	4	血液内科	2
血管外科	4	リウマチ膠原病内科	2
心臓外科	4	小児外科	2
脳神経外科	4	眼科	2
整形外科	4	小児科	2
皮膚科	4	リハビリ科	1
心臓内科	3	放射線科	1
呼吸器内科	3	麻酔科	0
呼吸器外科	3	メンタル科	0
形成外科	3	その他	5
ブレストケア科	3		

表５　尿量測定者項目（*N* = 22）

質問項目・回答	部署数	割合（%）
1. 受け持ち患者における尿道カテーテル挿入患者数		
0〜1名	13	59.1
2〜3名	8	36.4
それ以上	0	0.0
2. 尿量測定間隔（複数回答）		
30分間隔	1	4.5
1時間間隔	3	13.6
2時間間隔	2	9.1
4時間間隔	2	9.1
8時間間隔	13	59.1
12時間間隔	2	9.1
24時間間隔	0	0.0
3. 尿量測定者（複数回答）		
部屋持ち看護師	19	86.4
外回り看護師	0	0.0
リーダー看護師	0	0.0
医師	1	4.5
その他	4	18.2

通化可能な基本的な内容を具体的に規定した上で，各部署において診療科目や特性に応じた詳細な規定を整備することが現実的な方略であると考えられる。

一方で，叶谷・佐藤（2004）は，カテーテルやバッグの交換頻度に関する規定と看護職の実態を調査し，病棟によっては規定と実際の交換頻度が異なっていたことを報告している。特に，経験年数９年以上の看護師が規定通りにカテーテルを交換していなかった事実から，経験年数の多い看護師は自身の経験に基づく判断基準に従って行動する傾向があることを指摘している。さらに，感染管理に関する知識と行動の乖離について検討した研究として，Sagar et al.（2020）や Tenna et al.（2013）は，手指衛生に関する医療従事者の知識，認識，実践状況を評価し，十分な知識があるにもかかわらず実践が不十分であった事実を報告している。これらの結果は，規定を作成するだけでは適切な知識の習得や実践の促進に必ずしも結びつかないことを示唆している。したがって，カテーテル管理方法に関する規定の作成に加え，得られた知識を確認するための評価や実践状況の観察・測定などをあわせて実施することが重要である。

本研究の結果から，以下のような優先的な標準化の方向性が示唆される。第一に，採尿バッグとカテーテルの分離型製品の使用率が高い点について，製品選択の見直しを含めた運用実態の精査が求められる。第二に，尿量測定方法の規定がある部署が 36.4%に過ぎないことから，測定方法の統一に向けた規定の策定が必要である。これらの優先項目から着手することで，段階的な標準化が可能になると考えられる。

本研究の限界として，以下の点が挙げられる。第一に，単一施設での調査結果に基づいており，結果の一般化には限界がある点である。第二に，調査項目はガイドラインおよび先行研究を踏まえ研究者間の合議で抽出したが，妥当性や信頼性は検証していない点である。第三に，各部署の担当者の認識のみに基づくデータであり，実際の部署の状況を完全に反映していない可能性がある点である。第四に，データ収集が COVID-19 の流行以前に行われたため，最新の実態を反映していない可能性がある点である。ただし，詳細な運用規定の不在に起因する部署間の多様性という課題自体は，感染症の流行状況によって直接変化するものではないため，本研究の知見は現時点でも一定の意義を有すると考える。第五に，カテーテル管理の実態に焦点を当てており，それに関連する CAUTI の発生状況を合わせて検討していない点である。本研究では，管理方法の多様性を記述したものの，その多様性が CAUTI 発生率とどのような関連性を持つのかについては検討されていない。すなわち，本研究で確認された多様性の存在が，実際に患者の CAUTI 発生リスク増加に直結するのか，あるいは他の要因（患者特性，菌種，基礎疾患など）の影響がより大きいのかは，本研究からは推論できない。今後の課題として，多施設における個人のカテーテル管理方法の詳細な把握，COVID-19 流行後の実態を反映した再調査，およびカテーテル管理と CAUTI 発生率との関連性を明らかにすることが挙げられる。これらの取り組みを通じて，より効果的な感染対策の確立が可能になると考えられる。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，カテーテル管理の実態とともに，部署間の多様性が明らかとなった。その主な理由として，病院全体で統一された詳細な規定が存在しなかったこと，および関連する規定の整備が不十分であったことが挙げられる。カテーテル管理に関する詳細な統一規定を作成し，学習会やカンファレンスなどを通じて知識の共有を図ることは，標準化された管理方法を可能にし，CAUTI 発生率の減少等に寄与すると考

えられる。ただし，規定の作成のみでは，知識の習得や適切な実践行動の定着を保証するには不十分である可能性がある。したがって，規定の策定に加え，知識の定着度を評価するためのテストや実践状況を観察・測定する仕組みをあわせて実施することが重要である。

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

Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2010). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *31* (4), 319–326. https://doi.org/10.1086/651091

叶谷由佳，佐藤千史.（2004）．尿路留置カテーテルと蓄尿バッグの交換頻度に対する病棟内基準と看護職の交換の実際．*日本看護研究学会雑誌*，*27* (1), 101–105. https://doi.org/10.15065/jjsnr.20040106007

Klevens, R. M., Edwards, J. R., Richards, C. L., Horan, T. C., Gaynes, R. P., Pollock, D. A., & Cardo, D. M. (2007). Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Reports*, *122* (2), 160–166. https://doi.org/10.1177/003335490712200205

久留野紀子，小林寛伊，大久保憲.（2009）．尿道留置カテーテルにおける留置期間短縮への試み．*医療関連感染*，*2* (1), 22–24.

Magill, S. S., O'Leary, E., Janelle, S. J., Thompson, D. L., Dumyati, G., Nadle, J., Wilson, L. E., Kainer, M. A., Lynfield, R., Greissman, S., Ray, S. M., Beldavs, Z., Gross, C., Bamberg, W., Sievers, M., Concannon, C., Buhr, N., Warnke, L., Maloney, M., ... Edwards, J. R. (2018). Changes in prevalence of health care-associated infections in U.S. hospitals. *The New England Journal of Medicine*, *379* (18), 1732–1744. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801550

永井優花，前野仁美，星葉子，佐藤真由美，湯原里美.（2014）．カテーテル関連尿路感染予防策の統一に向けて．*日本農村医学会雑誌*，*63* (1), 70–75. https://doi.org/10.2185/jjrm.63.70

西田真由子，内海桃絵，牧本清子.（2010）．全国の病院における感染管理体制と尿道留置カテーテル管理についての実態調査．*日本環境感染学会誌*，*25* (1), 41–46. https://doi.org/10.4058/jsei.25.41

岡本みちる.（2019）．一般病棟でのカテーテル関連尿路感染サーベイランスとその活用．*日本外科感染症学会雑誌*，*16* (6), 636–641. https://doi.org/10.24679/gekakansen.16.6_636

Sagar, M., Sharma, S., Chaudhary, A., & Sharma, S. (2020). A mixed-method study to assess the knowledge-practice gap regarding hand hygiene among healthcare providers in a tertiary care hospital. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, *36* (3), 359–365. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_331_19

高橋久美子，市村ゆかり，平岡康子.（2019）．尿道留置カテーテルの早期抜去を目指した「留置適応検討カンファレンス」の導入．*旭川赤十字病院医学雑誌*，*31*, 31–33.

Tenna, A., Stenehjem, E. A., Margoles, L., Kacha, E., Blumberg, H. M., & Kempker, R. R. (2013). Infection control knowledge, attitudes, and practices among healthcare workers in Addis Ababa, Ethiopia. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *34* (12), 1289–1296. https://doi.org/10.1086/673979

内田美保，貫井陽子，森屋恭爾，新谷良澄，森澤雄司，新井晴代，木村哲.（2004）．介入によるカテーテル由来の尿路感染症の減少および費用効果．*環境感染*，*19* (3), 378–382. https://doi.org/10.11550/jsei1986.19.378

内海桃絵，藤田真由子，牧本清子.（2011）．全国の病院における感染管理体制と尿道留置カテーテルの管理 第２報．*日本環境感染学会誌*，*26* (6), 350–358. https://doi.org/10.4058/jsei.26.350

◇研究報告◇

終末期看護に対する看護学生の意識変化を目指した演習の取り組み

―学生の背景と意識変化から見るロールプレイングの効果―

清水留美[1)*]，千藤　愛[2)]，石澤　恵[3)]，伊藤やよい[4)]

【目的】終末期看護のロールプレイング（以下，RP）演習による学生の意識変化と学びを明らかにする。
【方法】A看護専門学校３年課程の２年生を対象に，「死別体験の有無」と「コミュニケーションに対する自己認識」に関するアンケートを実施し，特性を把握した。演習として講義とDVD視聴による事例のイメージ化をした後に終末期にある患者のRPを行い，前後にFATCOD-FromB-J（Frommeltのターミナルケア態度尺度日本版）（以下，態度尺度）を用いて意識変化を測定した。その後，RPの学びをレポートにした。レポートは内容を単文にし，データ化した。
【結果】態度尺度は総合計が上昇したが学生の特性による有意差はなかった。レポートは，自己理解，沈黙の意味，終末期看護やコミュニケーション等の８つのカテゴリが抽出された。
【結論】RP演習は，終末期看護の学習に効果があると示唆された。

【キーワード】終末期看護，ロールプレイング，看護学生

Ⅰ．はじめに

終末期看護は，患者が苦しんでいるとき，どのような意味を見出しながら関わればよいのか看護師の課題は大きい（梅川，2016）とされ，患者やその家族が抱える感情や状況に対して寄り添おうという姿勢と，それが伝わる態度が大切である。臨床でも困難さを感じる場面であり，学生時代に終末期看護を学ぶことは，その先の看護実践に役立ち，意義は大いにある。

そのため県立愛知看護専門学校では，がん専門病院で緩和ケア病棟の見学や終末期看護を実践しており，例年ほぼ100%の看護学生（以下，「学生」とする）が「終末期にある人のQOL向上のための援助を実施できる」と卒業時のアンケート調査に回答していた。しかし，病院が総合病院となり，緩和ケア病棟の見学は中止せざるを得なくなった。在学中に終末期患者を受け持つ機会が減り，その結果，前出の調査は70%代に低下した。日常生活において，人が病を抱えて終末を迎える状況に触れる機会も少なくなっている（坂下，2018）ともされ，終末期看護を学ぶ機会が減っていることは顕著である。

加えて，多くの学生は青年期にあり，患者よりも自分自身に関心が向いてしまうと言われており，患者や家族などの思いに気づくコミュニケーションが苦手な傾向にある（坂根ら，2011）とされている。実際の臨地実習においても，学生が患者との対話に行き詰まったり，沈黙になることで，気まずさという自分の感情にとらわれて患者のそばを離れてしまう姿がみられた。患者の思いや感情を受け止めるコミュニケーションは学生にとって大きな課題であり，終末期患者との関わりに積極的になれない要因となっている。

看護教育のロールプレイングは，“学生は患者の細かい心の動きや患者が看護者の一挙一動に反応することを疑似体験できる”（草柳，2002）といわれ，患者との関わりに悩む学生の意識変化を期待できる教育学習方法である。今回，ロールプレイングを取り入れた終末期看護の演習を行い，演習前後で学生の意識変化を得た。そして，死別体験に関する背景やコミュニケーションの特性による違いと本演習での学びが明らかになったため報告する。

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）愛知県立総合看護専門学校　　2）岡崎市立看護専門学校　　3）愛知県厚生農業協同組合連合会更生看護専門学校
4）愛知県保健医療局健康医務部医務課
＊ E-mail：sogokango@pref.aichi.lg.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

終末期看護についてロールプレイングの演習を行い，学生の終末期看護に対する意識変化と学びを明らかにする。

Ⅲ．方　　法

１．用語の定義

１）終末期看護

終末期にある患者の全人的苦痛を緩和し，その人らしく生きることを支える看護。看護師の意思と態度がケアに影響する。

２）ロールプレイング（以下 RP とする）

終末期患者にある看護師の関わりを想定し，看護師，患者，観察者の役割を演じること。

３）死別体験

「死」によって大切な人や存在と別れる経験（終末期患者を受け持った経験も含む）。相手との関係性や経験した時期，それが予期されたものだったかどうかは問わない。

４）コミュニケーションを得意にしている

自身がコミュニケーションを得意だと感じていること。他者の評価は考慮しない。

２．研究デザイン

態度尺度を用いた量的研究と学生レポートを用いた質的研究法を用いた。

３．対象

A看護専門学校２年生 71 名である。対象学生は，１年次に「基礎看護学概論」，「成人看護学概論」で「終末期看護の概要」を，「老年看護学概論」で「臨死期の看護」を，２年次前期に「成人看護学方法論」で「緩和ケア」を，２年次後期に「在宅看護方法論」で「在宅におけるターミナルケア」を学んでいる。臨地実習は２年次までに「基礎看護学実習」「老年看護学実習Ⅰ」を全員が終え，領域別実習を２クール行っているが，ローテーションであるため経験している実習は様々である。RP に関しては，１年次に「人間関係論」や「基礎看護学方法論」の授業で経験があるが，終末期看護に関連したものではなく，本研究の結果への影響は少ないと考える。

４．演習方法

１）成人看護学実習の時間で終末期看護演習を設けた。まず初めに終末期の定義や死生観について 90 分の講義を実施した。実際の終末期患者と看護師の関わりを知るために，講義中に NHK プロフェッショナル仕事の流儀がん看護専門看護師田村恵子の「希望は必ずみつかる」の DVD を視聴した。この DVD は，看護師と終末期患者・家族との実際の様々な関わりのドキュメンタリーである。緩和ケア病棟の見学がなくなり，終末期患者を受け持てる機会が減った状況にある中で視覚的理解を促すための教材として使用した。５～６人のグループで話し合い，終末期にある患者の特徴や看護師の役割について考える時間とし，RP への準備とした。

２）講義後，冬季休業を挟んで RP を行った。RP 直前に事例を記載した用紙を配布し，設定を読み上げて内容を確認した。その後，教員が演じた事例患者の動画を視聴した。動画は，看護師の目線で患者役のみを撮影し，具体的にイメージできるようにした。

RP は２日間，各 180 分で１事例ずつ実施した。５～６人の８グループで，３ヶ所に分かれて行った。看護師と患者が１対１で，全員が両方を体験した。その他の学生は観察者として参加した。グループ全員が体験した直後に，気づきや感じたことを個人で役毎の立場の記録をした。その後，グループ毎の学生間でフィードバックをし，教員がファシリテート役で進行した。教員間で事前に打ち合わせを行い，患者の視点，自分の行動や感情に向けた視点を引き出すように工夫し，最後に全体で学びを共有した。

３）１回目の RP の事例は，同じ疾患の友人が亡くなり，自分の死を身近に感じて不安になった患者の場面である。２回目は，病的骨折で疼痛を強く訴えつつも，帰宅願望を持つ患者との関わりの場面とした。

５．データ収集方法

令和３年 12 月から令和４年３月の期間で調査を行った。学生の背景や特性が RP の効果に影響すると予測し，「死別体験の有無」と「患者や家族とのコミュニケーションを得意にしている」の項目のアンケート調査を演習開始前に行い，学生を４つの群に分類した。死別体験あり・コミュニケーションが得意な学生をⅠ群，死別体験あり・コミュニケーションが得意ではない学生をⅡ群，死別体験なし・コミュニケーションが得意な学生をⅢ群，死別体験なし・コミュニケーションが得意ではない学生をⅣ群に分類した。

次に，「FATCOD-Form B-J（Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版）」（以下，「態度尺度」とする）を使用して，演習による学生の意識の変化を調査した。FATCOD（Frommelt Attitude Toward Care Of Dying scale）は Frommelt によって開発された，死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度である。多職種で用いることができるように，Form B という形に改訂された（Frommelt, 1991）。日本語版 Form B-J は中井らが信頼性・妥当性を確認している（中井ら，2006）。質問は 30 項目で，Ⅰ［死にゆく患者へのケアの前向きさ］，Ⅱ［患者・家族を中心とするケアの認識］，Ⅲ［死の考え方］の３つの下位尺度から成る。Ⅲ［死の考え方］は１つの質問項目のみで，開発者も使用を推奨していないため，今回の研究では用いないこととした。１項目につき５件法で得点化し，総得点は 30～150 点で，項目に対する考えや感情が積極的になるほど得点が高くなるため演習前後で得点を比較した。この研究では，態度尺度を１回目は演習前，２回目は１事例目の RP 後，３回目は２事例目の RP 後に行った。学生自身が学びとった内容を明確にするため，教員によるフィードバックの影響を受けないようにフィードバック前の RP 直後に態度尺度の調査を行った。

演習全体を通しての学びとして，「RP を実施しての学びのレポート」（以下，「レポート」とする）を演習終了１週間後に回収した。

6．分析方法

演習ごとの態度尺度の得点をExcelを用いて単純集計した。学生全員の全項目の総得点と下位尺度Ⅰ「死にゆく患者へのケアの前向きさ」，Ⅱ「患者・家族を中心とするケアの認識」それぞれの合計得点，平均点，標準偏差を算出した。得点と平均点を用いて態度変化を量的に把握し，標準偏差から態度変化の傾向を分析するためにt検定により有意性を検証した。有意水準は5％とした。また，下位尺度Ⅰ・Ⅱの項目ごとの変化を総得点で確認し，得点の上昇と下降の傾向をみて，変化の大きい項目を抽出し分析した。項目ごとの平均点ではなく，総得点の変化により傾向を把握した。

次に，学生の特性に基づき4群に分類した群ごとの得点を単純計算し増減の分布を見た。さらに「死別経験あり（ⅠとⅡ群），なし（ⅢとⅣ群）」と「コミュニケーションが得意（ⅠとⅢ群），得意ではない（ⅡとⅣ群）」の得点変化を標準偏差で比較し，得点の広がりや傾向を分析した。

レポートは，Excelで1文ずつ分割し，研究者のうち2名が各々で質的内容分析に基づいてコード化を行い，学生が表現した内容や意図に注目して共通点や類似性を検討した。曖昧な表現や意図が不明瞭なものは，研究者全員で話し合い，検討を重ねた。明確な下位区分の構成が困難であったため，本研究ではサブカテゴリを設けず，カテゴリのみとした。最終的に研究者全員の同意が得られるまで整理した。

Ⅳ．倫理的配慮

対象者に本研究の目的や参加については自由意思であること，研究への参加は研究期間中でも中断ができることを説明した。アンケート，態度尺度，レポートの記載については個人が特定されないように暗号化すること，本研究の成果を発表すること，研究参加の有無によって演習の成績評価には影響しないことを口頭と書面で説明し同意を得た。説明は研究担当者以外の教員が行い，回収箱を用いた。また，研究で回収した用紙は鍵のかかる棚に保管し，研究が終わり次第，責任をもって破棄することを伝えた。本研究は，県立愛知看護専門学校研究倫理審査委員会による承認を得ている。(承認番号なし)。

Ⅴ．結　　果

学生71名中68名から同意を得て，有効回収率は95.8%であった。

1．アンケート結果

死別体験のある学生57名（83.8%），ない学生11名(16.2%)，患者・家族とのコミュニケーションが得意な学生17名（25%），得意ではないと回答した学生51名（75%）であった。なお,「得意ではない」とは不得意である学生と,「得意」とは回答していない学生を含む。Ⅰ群15名（22.1%），Ⅱ群42名(61.8%)，Ⅲ群2名(2.9%)，Ⅳ群9名(13.2%)であった。

2．態度尺度の得点変化

全項目，下位尺度ごと，項目ごとの結果を表1に示す。

1）全項目の得点変化

総得点は，1回目，2回目，3回目と徐々に上昇し，最終的に129点上昇した。平均点も，1.85点上昇した。68人中，40人（59%）が上昇，24人（35%）が下降，4人（6％）が変化なしであった。

2）下位尺度ごとの得点変化

1回目と3回目では，下位尺度Ⅰ［死にゆく患者へのケアの前向きさ］は，総得点が59点，平均点では0.87点，下位尺度Ⅱ［患者・家族を中心とするケアの認識］は，総得点70点，平均点が1.03点上昇した。

下位尺度Ⅰは16項目中10項目が上昇し6項目が下降した。「死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる」（逆転項目）が38点,「ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない」（逆転項目）が26点に上昇した。反対に「終末期の患者の部屋に入って，その患者が泣いているのをみつけたら，私は気まずく感じる」（逆転項目）が19点,「死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない」が12点下降した。

下位尺度Ⅱは13項目中9項目が上昇し4項目が下降した。「家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである」が32点,「家族に，死にゆくことについて教育をすることは，ケア提供者の責任ではない」（逆転項目）が19点上昇した。最も下降したのは「死にゆく患者の場合，鎮痛剤への依存を問題にする必要はない」で6点下がった。

3）総得点・下位尺度ごとの有意差

総得点・下位尺度ごとの平均点の変化と有意確率を表2に示す。下位尺度Ⅰは演習前61.07点，演習後61.94点で0.87点，下位尺度Ⅱは演習前54.21点，演習後55.19点で0.98点上昇した。総得点，下位尺度Ⅰ，Ⅱにおいて総得点，平均点は全体的に上昇したが，有意差は認められなかった。

4）学生の特性ごとの得点変化

態度尺度の総得点から，演習の最初と最後の変化を学生の特性ごとに図1に示す。Ⅰ群は最大18点上昇と10点下降，Ⅱ群は19点上昇と13点下降，Ⅲ群は5点上昇と2点下降，Ⅳ群は10点上昇と11点下降した。

5）特性による傾向

死別体験の有無とコミュニケーションに関連した態度尺度の得点変化のばらつきを標準偏差を用いて図2，図3に示す。横軸は得点変化（3回目－1回目），縦軸は得点変化の標準偏差の値である。標準偏差の値が大きい場合は，学生間の得点変化にばらつきがあったと捉える。ばらつきは，同じ得点に至った学生でも得点が上がってその値になったのか，逆に下がってその値に至ったのかといった変化の仕方の違いを示し，演習を通した変化に多様性があることを意味する。逆に示した値が小さい場合は学生の得点変化が似ており，同質性があったことを表す。有意差の判断には用いていない。

図2で「死別体験あり」「死別体験なし」ともに－13点から18点の間の幅広い得点変化を示す。「死別体験あり」は

表１　演習前後の FATCOD-Form B-J（Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版）の得点変化

$n=68$

下位尺度	番号	質　問　項　目	１回目	２回目	３回目	１回目と３回目の差
Ⅰ 死にゆく患者へのケアの前向きさ	1	死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである。	299	305	306	7
	2	死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない。	279	261	267	−12
	3	死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる。※	170	161	208	38
	5	私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない。※	282	284	292	10
	6	ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない。※	281	302	307	26
	7	私は死にゆく患者のへのケアに時間をかけることはあまり好きではない。※	319	320	310	−9
	8	私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら、私は動揺するだろう。※	176	175	178	2
	9	死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい。※	246	248	245	−1
	11	患者から「私は死ぬの？」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う。※	277	281	285	8
	13	私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい。※	283	283	284	1
	14	私は死にゆく患者と親しくなることが怖い。※	238	240	241	3
	15	私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる。※	225	224	220	−5
	17	患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者との関わりを少なくするべきである。※	311	310	310	−1
	26	終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのをみつけたら、私は気まずく感じる。※	214	199	201	−13
	29	死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う。※	275	279	279	4
	30	ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる。	278	286	279	1
		下位尺度Ⅰ　小計	4153	4158	4212	59
		下位尺度Ⅰ　平均	61.07	61.14	61.94	0.87
Ⅱ 患者・家族を中心とするケアの認識	4	家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである。	311	319	312	1
	12	死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ。	294	284	290	−4
	16	死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている。	306	304	317	11
	18	家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。	282	302	314	32
	19	死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない。※	303	310	307	4
	20	家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ。	285	294	294	9
	21	死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである。	298	301	300	2
	22	死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである。	327	333	329	2
	23	ケア提供者は、死にゆく患者の融通の利く面会時間を許可するべきである。	288	298	295	7
	24	死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。	290	291	287	−3
	25	死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない。	203	199	197	−6
	27	死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである。	233	230	229	−4
	28	家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない。※	266	282	285	19
		下位尺度Ⅱ　小計	3686	3474	3756	70
		下位尺度Ⅱ　平均	54.21	51.09	55.24	1.03
		総得点（下位尺度Ⅰ＋下位尺度Ⅱ）	7839	7905	7968	129
		総得点の平均点	115.28	116.3	117.13	1.85

注１　※は FATCOD-From B-J 使用マニュアルを参考に逆配点している項目である

注２　項目 10 は使用しないことが望ましいとの記載から、対象から外している

得点変化０点から５点の範囲で標準偏差が高く，「死別体験なし」は－１点から２点の範囲で大きな変化を示す。図３では「得意」「得意ではない」の両方がわずかに上昇方向の変化があるものの，同じような変化をした。

３．レポート分析結果

演習後の RP の学びのレポート結果を表３に示す。レポートから，【自己の傾向を知る】【患者の考えを知る】【自己と他者の違いを知る】【沈黙の意味を考える】【非言語的コミュニケーションの効果に気づく】【身体的状況を把握する】【終末

表２　演習前後における態度尺度の平均点の変化と有意確率

n=68

項目	平均点		標準偏差		有意確率
	前	後	前	後	p 値
総得点	115.28	117.13	9.80	9.85	0.47
下位尺度Ⅰ 死にゆく患者へのケアの前向きさ	61.07	61.94	6.48	7.37	0.25
下位尺度Ⅱ 患者・家族を中心とするケアの認識	54.21	55.24	5.31	4.56	0.28

注：有意確率は対応のある t 検定による。

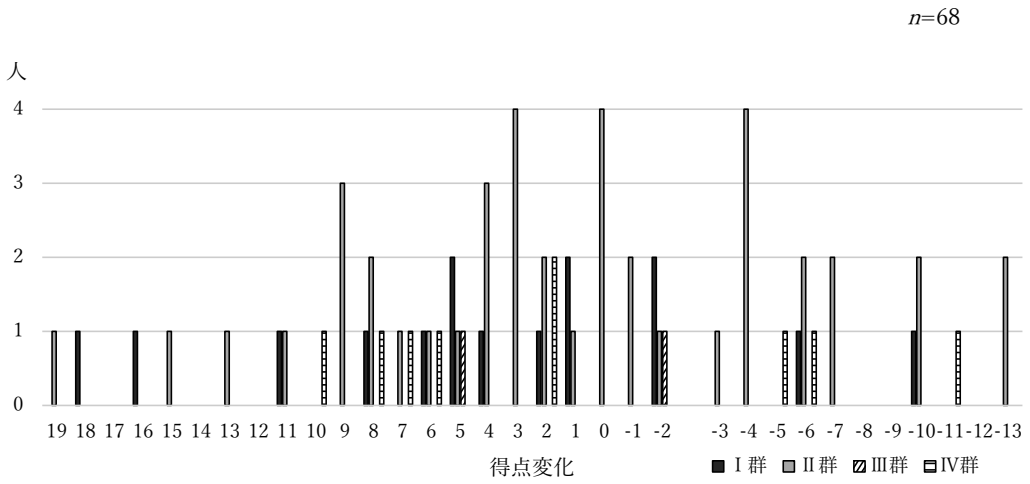


図１　４群の態度尺度の得点の増減

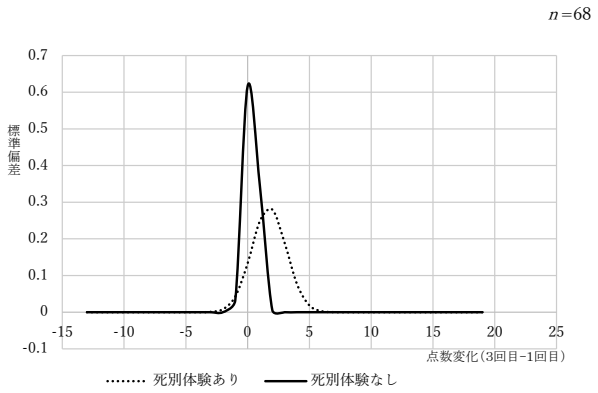


図２　死別体験の有無に関連した得点変化の標準偏差

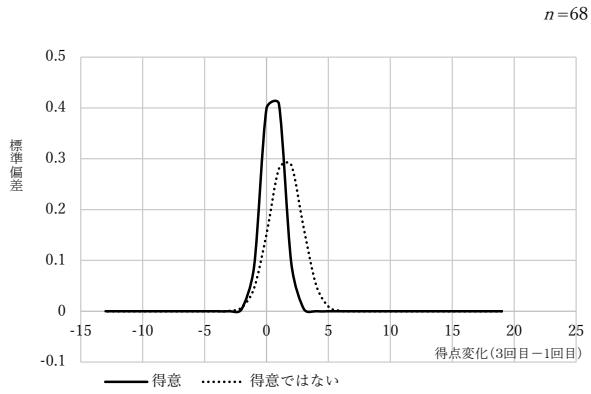


図３　コミュニケーションに関連した得点変化の標準偏差

表３　ロールプレイングを実施して得た学生の学び

項目	記述内容（一部抜粋）
自己の傾向を知る	・看護師役を通して自分自身が死について考えられていなかったと気づいた ・どうしようという気持ちから患者に質問攻めをしてしまった ・相手からどう見られるかを気にしてしまっていた ・死に恐怖を感じている患者を目の前にした時に怖気づいてしまった ・患者役や観察役の学生に意見をもらうことで自分のできたところや改善すべきところを知ることができた
患者の考えを知る	・患者が納得できる日常生活が維持され、その人らしく生き抜けるように関わっていく ・相手の話からなぜそのように考えるのか、その背景に肯定的な関心を持って聴くことが大切であり、理解しようとする姿勢が重要 ・正解を探すのではなく、患者自身が「死」をどう思っているのか聴く
自己と他者の違いを知る	・人それぞれ考え方や価値観は違うと改めて実感した ・患者の思いに共感しても実際の痛みや不安は患者にしか分からない ・死生観や生き方、考え方、性格などの個別性が尊重されるべきであり、答えは１つではなく、その対応も１つではない ・終末期にある患者の看護に正解はないけれど、その分、とても難しい
沈黙の意味を考える	・沈黙が気まずくて無理にでも話さないといけないと思って話した ・看護師役で話の間や沈黙が気になってしまい、動揺した ・看護師役では沈黙を避けようと思っていたが、患者役をして気まずいと思わず、自分の考えを整理する必要な時間だと感じた ・沈黙の時間が心地よく、誰かが傍にいてくれて安心感が生まれ、必ずしも会話が必要ではないことがわかった
非言語的コミュニケーションの効果に気づく	・ずっとそばにいてくれるだけで１人ではないと感じ、安心できた ・タッチングは人の温もりを感じた ・無理に思いを聞こうとせずに話しやすい環境を整えることが必要 ・表情や言動、環境など患者の言葉の背景をみていく
身体的状況を把握する	・患者によっては話をする余裕がない人もいるため、観察の必要があり、患者の良いタイミングで援助を提供するために、細かい観察と確認が必要 ・患者さんの全体像をとらえて、日々の変化に気づいていく力が必要。
終末期患者への声掛けの具体的方法を知る	・コミュニケーションに正解はなく、築いた関係性の中から探り続け、考え続けた先にその人に合ったコミュニケーションが表れてくる ・様々な思いの葛藤がある患者の思いを受けとめ、前向きな姿勢になるような声かけや、家族や私たちがそばにいること、一人で抱え込まずに頼って欲しいことを伝えられたら患者の安心感につながる
終末期看護に対する前向きさ	・終末期の看護に難しさを感じたと同時に、より強く興味がもてた ・患者と家族が納得した最期を迎えられる関わりをしたい ・患者が治療に前向きになり、不安や家族への心理面の影響を少しでも軽減できるように患者に寄り添った看護を提供していきたい ・不安や怖さはあるが積極的に取り組んで看護ができるように努力していきたい

期患者への声掛けの具体的方法を知る】【終末期看護に対する前向きさ】の８つのカテゴリが抽出された。

Ⅵ. 考　　察

今回の演習で，学生の「FATCOD-Form B-J（Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版）」の得点が上昇した。このことにより，RP によって学生の終末期看護への意識の変化があったと言える。しかし，全項目および下位尺度ごとの得点と平均点の変化について t 検定を行った結果，有意差は認められなかった。これにより，体験すれば誰もが得点が上昇するものではないことが示された。今回は教員の助言などの影響を受けない RP 直後に態度尺度の調査を実施したため，学生の反応がそのまま反映されている。学生によって体験の受け止め方や感じ方，理解の深まりの差が大きいと考えられる。

私たちは，学生の死別体験の有無やコミュニケーションに関連した特性が演習効果に影響すると予測をしていた。しかし，特性による明確な傾向は見られなかった。図１から，Ⅱ群の変化が顕著であるが，母数による影響を考慮する必要がある。母数の多いⅡ群は多様な変化を示し，少ないⅢ群では極端値しか算出されず，４群の差をこのデータから分析できないと判断した。そのため変化の傾向は，死別体験の有無やコミュニケーションに関連した特性別の図２，図３から述べる。

図２より，「死別体験あり」では「死別体験なし」よりも点数が上昇傾向であった。死別体験のある学生は，RP を通して自らの体験を想起するきっかけになったため，患者や家族の心理的状況に目を向けることができ，前向きな態度変化に結びつきやすかった可能性がある。しかし，ばらつきもあり否定的な感情を想起した学生もいたと予測される。一方で「死別体験なし」は，ばらつきが大きく，初めての体験に対して多様な受け止め方をしたことが表れている。どちらの学生

も様々な変化をしており，死別体験による影響は少なかった。青年期以降は，メディアや個人の死への思索などの影響が大きくなり，死別体験の有無が特定の方向で死に対する態度に変化をもたらすとはいえないようであるとされており（丹下，2004），本研究でも，それが裏付けされたといえる。

図３より，コミュニケーションについては「得意」「得意ではない」のどちらもばらつきがみられた。「得意」と回答した学生は，思うように話せず困難さを感じ消極的になったり，迷いや葛藤が振り返りの契機となって前向きさにつながったり，多様な変化をした可能性がある。一方で「得意ではない」学生は，コミュニケーションの場面を繰り返し，体験や他の学生の関わりを参考にしながら，対話の具体的な方法を理解したと考える。

学生は当たり障りのない会話では話を弾ませることができるが，まじめな話をする機会が少なく「死」などの話をほとんど聞いたことがない（小野原，2021）。またRPはどのような架空の状況設定をしても，人と人の対話が存在し，対話は話し手と聞き手の交代が頻繁に起こる（佐々木，2019）ため，終末期の患者との沈黙を含む対話は，学生にとって日常的ではない体験であったといえる。言葉のない沈黙の時間から，終末期患者との関わり方を考えるきっかけとなった可能性がある。

表１で下位尺度ごとの変化を示す。特性に分類せず全体に見た変化を考察する。下位尺度Ⅰの上昇した項目から「話す」ことに学生が関心を持ち，下降した項目から，死は最も悪いことと捉え，患者の涙に気まずさを感じる傾向がみえた。下位尺度Ⅱで上昇したのは患者を支える家族への支援に関する項目であった。家族とともに患者を支えるエピソードのDVDや，患者が家族への思いを語るRPの事例により，視覚と体験の両方から，家族への支援の重要性に目を向けることができたと考える。最も下降した項目は鎮痛剤への依存に関する項目であった。２回目のRPで事例患者が痛みを強く訴えると，直ぐに「医師に確認します」と退室する学生が続出した。事例患者の全人的な痛みを捉えることができず，「タッチング」や「思いを聴く」などの行動がみられなかった。痛みを強調した訴えに対応の難しさが際立ってしまい，下降につながったと考える。症状緩和の知識も必要な学びではあるが，学習の目的に応じた事例検討も課題である。

２回のRPを実施し振り返りを行った後のレポートは，学生の特性に分けずに考察した。「沈黙が気まずくて無理にでも話さないといけないと思って話した」「看護師役で話の間や沈黙が気になってしまい動揺した」という内容が多く，戸惑いや焦りがあった。しかし，患者役を通して「必ずしも会話が必要ではないことがわかった」「そばにいてくれるだけで１人ではないと感じて安心できた」などの記述もあり【沈黙の意味を考える】【非言語的コミュニケーションの効果に気づく】のカテゴリが抽出され，非言語的コミュニケーションの学びが多いことが分かった。一方で，実際の場面での言葉のやり取りに重きを置いている学生が多いことも浮かび上がった。前述のコミュニケーションが苦手な学生の傾向が裏付けられたといえる。

【患者の考えを知る】【自己と他者の違いを知る】というカテゴリから，他者の立場の体験することで「気まずさ」や「死について話す」が決してタブーではないこと，「沈黙」が決して悪いことではないことを学生が感じ取ったといえる。また，「看護師役を通して自分自身が死について考えられていなかった」等の自己の傾向を知った記述も見られた。RPは，順番に役割を体験する平等さから安心感があり羞恥心が薄れて自己開示できる。その結果，困難な状況に対する自身の気づきやできていなかったことに目が向けられ，【自己の傾向を知る】が挙がったと考える。カテゴリには「終末期看護の難しさを感じたと同時により強く興味をもてた」「患者と家族が納得した最期を迎えられるような関わりをしたい」と【終末期看護に対する前向きさ】が抽出された。RPは，模擬的ではあっても感情は動くものである（川野，1997，pp.73–74）とされている。事例患者とのやり取りから「何かしたい」と考え，【身体的状況を把握する】や【終末期患者への具体的な声掛けの方法を知る】につながった。困難さを感じながらも終末期看護に対する前向きさにつながった学生もいた。頭で考えたことを実際の行動に移すためには，「やってみる」ことが重要である。

臨床看護師は体験を意味づけることで看護観やケア行動を再考し，それがフィードバックされて次の体験に影響を及ぼす（野戸ら，2002）とされている。どのような経験をするかという事実よりも，その経験をした後に個人がどのような形でその事実に対処していくか，どのようにその事実を受容するかが重要である（瀧川・田中，2012）。今回，レポート提出まで演習後１週間の期間を設けた。演習時の学びに加え教員のフィードバックで客観的視点も入り，思考する時間を持つことで，体験の意味づけができ，より深い学びにつながったと考える。

看護師は，未だ経験の浅い時期の臨死の患者との出会いと別れが記憶に残り，やがて最後の「看護の本質はとは何か」という自問自答にたどり着く（陣田，2011，pp.60–61）とされる。そのため，学生時代に死生観や看護観を考える経験は，看護の基盤を養うことにつながる。実際に，演習後の臨地実習で終末期患者の受持ちを希望する学生もいた。

学びが見られた一方で，学生の困難さや戸惑いを生み出したのは，異なる２例のRPによる可能性もある。事例の難易度と違いが学生の理解段階に合っていなかった点もあり，今後は，事例の精査と演習を臨地実習に活かす方法が求められる。また，本研究では学生の特性の前提が不明瞭で母数も少なく，比較には限界があった。比較方法の検討も今後の課題である。

Ⅶ. 結　　論

今回，学生が死や苦痛に対する思いを語る患者と関わるRPを実施し，終末期看護への意識に変化が見られた。一方で，

学生の特性による影響は大きくなく，意識の変化は必ずしも前向きに変わるとは限らなかった。

しかしRPを通して，学生は自己の傾向や他者との違いに気づき，自己理解を深めた。また，「やってみる」ことで，沈黙の意味や，非言語的コミュニケーションの効果を認識できた。RPと振り返りの組み合わせは，どの学生にとっても学びにつながることが示唆された。

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

Frommelt, K. H. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, *8* (5), 37–43.

川野雅資.（1997）. *患者-看護婦関係とロールプレイング*. 日本看護協会出版会.

草柳かほる.（2002）. 患者の視点に立ったロールプレイイングの学習効果―患者の立場と看護者の立場で考える気づきの違い―. *日本看護学会論文集看護教育*, *32*, 182–184.

中井裕子，宮下光令，笹原朋代，小山友里江，清水洋一，河正子.（2006）. Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版（FATCOD-B-J）の因子構造と信頼性の検討―尺度翻訳から一般病院での看護師調査，短縮版の作成まで―. *がん看護*, *11* (6), 723–729.

野戸結花，三上れつ，小松万喜子.（2002）. 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*, *16* (1), 28–38.

小野原雅夫.（2021）. 看護学生の観をはぐくむ（1）看護学生の"観"をはぐくむとはどういうことか. *看護展望*, *46* (1), 56–59.

坂根可奈子，平野文子，別所史恵.（2011）. がん告知後の患者対応場面演習における看護学生の学び―実習初期にロールプレイング演習を取り入れて―. *島根県立大学短期大学出雲キャンパス研究紀要*, *5*, 169–177.

坂下恵美子，大川百合子，西田佳世.（2018）. 新人看護職員研修における終末期がん患者の看取り教育の検討. *南九州看護研究誌*, *16* (1), 1–9.

佐々木智之.（2019）. コミュニケーション能力育成におけるロールプレイングの効果. *2019年度工学教育研究講演会講演論文集*, 286–287.

瀧川薫，田中智美.（2012）. 大学生の死生観形成について―看護学生と他学部生との比較―. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, *10* (1), 16–21.

丹下智香子.（2004）. 青年前期・中期における死に対する態度の変化. *発達心理学研究*, *15* (1), 65–76.

梅川奈々.（2016）. 終末期看護の本質. *佛教大学教育学部学会紀要*, *15*, 89–101.

陣田泰子.（2011）. 第2部いのちの学びの物語から. 柳田邦男，陣田泰子，佐藤紀子.（編）. *その先の看護を変える気づき 学び続けるナースたち*. pp. 55–145, 医学書院.

◇研究報告◇

ペン型インスリン注入器の血液逆流リスクと誤投与時の感染管理に関するA病院および他施設看護師の認識差とその背景要因
―A県アンケート調査および全国公表事例の分析―

呉屋秀憲[1)*]，渡慶次道太[2)]，饒平名かおり[1)]

【目的】ペン型インスリン注入器の他患者への誤投与は感染リスクを伴う。ポスター介入を行ったA病院看護師（A看）と他施設看護師（他看）の認識差と，背景要因を明らかにする。

【方法】Web調査で，1患者1ペンルールの理由と誤投与時の感染管理部門への報告意向を比較した。背景要因検討のため，全国の誤投与公表事例58件のリスク言及を分析した。

【結果】有効回答はA看154名，他看230名。ルールの理由はA看では「感染管理」，他看では「1患者1薬剤の原則」が多く，感染管理部門への報告意向はA看90.3%に対し他看67.4%と有意に低かった（$p < .01$）。感染リスクの言及率は低血糖リスクの言及率より低かった。

【結論】A看の認識向上には視覚的教育が寄与した。他看の認識不足には，2025年まで公的機関から当該リスクの具体的言及が無かったことが影響したと推察される。今後はリスクに関する視覚的教育の強化が必要である。

【キーワード】インスリン，ペン型注入器，患者間違い，血液曝露，教育

Ⅰ．はじめに

糖尿病患者の治療で広く普及しているペン型インスリン注入器（以下，ペン型注入器）には，注射時に薬液内への血液逆流リスクがある（朝倉ら，2003；Le Floch et al., 1998）。そのため，他患者への誤投与事例は，B型肝炎等の血液媒介病原体の伝播リスクを伴う「血液曝露」に該当する（日本医療機能評価機構，2015）。しかし，血液逆流リスクを十分に理解していない看護師は，この事例をインスリンによる低血糖の危険に限定して捉え，感染管理上の対応が不十分となることがある。実際，過去には知識不足から，他患者への誤投与後に針のみ交換し，本来注射すべき患者に再使用した事例も報告されている（日本医療機能評価機構，2023）。日本医療機能評価機構（以下，評価機構）が2025年に発行した報告書においても，誤投与の報告内容に感染リスクへの言及が乏しい現状を挙げ，現場における感染管理上のリスク認識が不足している可能性を指摘した（日本医療機能評価機構，2025）。

国内ではペン型注入器による他者への誤投与事例が毎年報告されており，日本医療機能評価機構（2022）は患者間違いのリスクが高い注射製剤として注意喚起を行った。通常，他の注射製剤では，薬剤部発行のバーコードと患者リストバンドのスキャン認証で患者間違いを防止している（木下，2016）。一方，同一患者で複数回使用されるペン型注入器では，その注入器が当該患者専用のものであることの確認は，投与前に本体へ貼付した患者名シールを目視する方法に依存している（日本医療機能評価機構，2014）。さらに，インスリン製剤は食事直前の繁忙帯に投与される場合が多く，多重業務による医療ミスが発生しやすい（日本医療機能評価機構，2022）。そのため，看護師には，医療安全の徹底と同時に，感染管理の観点から誤投与に伴う感染リスクを正しく捉える視点が求められる。

しかし，日本医療機能評価機構（2024a）は血液逆流リスクを認識していない看護師の存在を指摘している。この報告に先駆けて，著者らの2020年の調査でA病院看護師（以下，A看）の49.7%が血液曝露リスクを認識していないことが判明したため，全体周知と新人教育の見直し，医療安全部門と感

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）琉球大学病院看護部　　2）琉球大学医学部保健学科基礎看護学分野
＊ E-mail：staphylococcus001@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

染管理部門における情報共有の強化が行われた（呉屋ら，2022）。さらに，2024 年の調査ではＡ病院を除く他施設看護師（以下，他看）の 63%がリスクを認識していないことが明らかとなった（呉屋ら，2025）。これらから，誤投与時の感染リスク管理を十分に理解していない看護師の存在が示唆されるが，看護師の認識に焦点を当てた先行研究は見当たらない。そこで本研究では，Ａ県内の病院に勤務するＡ看と他看における感染リスク管理の認識差やその背景要因を明らかにするため，2024 年アンケート調査結果の追加分析を実施した。加えて，背景要因の客観的検証として，評価機構が公表した誤投与に関するヒヤリハット・インシデント事例の分析を行った。本研究の知見は，誤投与に伴う感染リスクに対する包括的な安全・感染管理の体制構築に向けた基礎資料となる。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，アンケート調査および全国に公表されているヒヤリハット・インシデント事例の分析を通し，ペン型注入器における血液逆流リスクおよび誤投与時の感染リスク管理について，Ａ看と他看の認識差とその背景要因を明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．アンケート調査の概要および分析方法

独自に作成した Web アンケート調査を実施した。Ａ県内の全 72 病院の看護責任者を通じて，研究参加者を募った。対象はＡ看 600 名と他看約 11,400 名（Ａ県庁，2023），調査期間は 2023 年 10 月から 2024 年３月とした。

質問は回答者の属性とペン型注入器に関する項目で構成した。属性は性別，看護師経験年数，職位，勤務病院の病床数，インスリン注射業務に携わる頻度を尋ねた。経験年数は Benner の習熟段階（Benner, 1992, pp.10–27）を参考に，病床数は診療報酬区分を基準に分類した。全回答者に「一度は患者に使用したことのあるペン型注入器」という設定を提示した上で，１患者１ペンルールの理由および他患者への誤投与時の各部門（日当直医を含めた医師，医療安全部門，感染管理部門）への報告意向を尋ねた。１患者１ペンルールの理由として「感染管理上の理由で」と回答した者には，その詳細を追加質問した。

分析には JASPver.0.18 を用い，Ａ看と他看の回答比率をカイ二乗検定で群間比較した（有意水準５%）。群間に有意差があった報告意向については，Ａ看・他看それぞれで看護師経験年数別にカイ二乗検定による群内比較を行った。

２．事例検索方法と選択基準，分析方法

評価機構の医療事故情報収集等事業の公表事例（2010～2023 年）から，「インスリン」，「患者間違い」の両語を含むヒヤリハット・インシデント事例を検索した。検索された 97 件から，重複２件，ペン型注入器の誤投与に関連しない 34 件，誤投与に至らなかった３件を除外した。最終的に残った 58 件を「使用中のペン型注入器による他患者への誤投与が発生した事例」と定義し，分析対象とした。

評価機構の公表事例では，事例内容，背景要因の概要，および改善策が記載されており，その内容から「低血糖リスク」と「感染リスク」についての言及の有無を評価した。判断基準として，低血糖リスクは「血糖測定，ブドウ糖（補糖），低血糖」の語，感染リスクは「血液検査，感染，針刺し，血液逆流」の語を含む場合と定義した。

３．Ａ病院の概要

Ａ病院は，病床数が 400 床以上で，看護師約 600 名が在籍する急性期病院である。2021 年に，看護部（日本糖尿病療養指導士）や感染管理，医療安全の部門が合同で，他患者への誤投与に伴う感染リスクを可視化したポスターを作成し，全スタッフへの注意喚起を行った（図１）。

加えて，新人看護師教育において同ポスターを活用し，視覚的な学習効果を高める取り組みを行っている（呉屋ら，2022）。万が一，他患者への誤投与が発生した際には，安全管理専任看護師が感染管理部門と連携し，当該部署へ血液曝露リスクをフィードバックする体制をとっている。

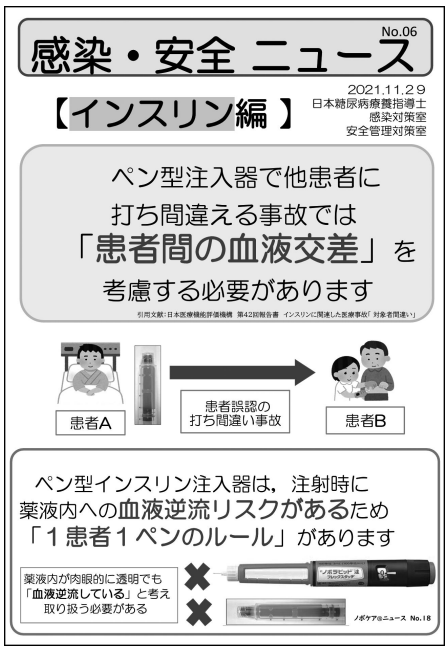


図１　他患者への誤投与が「血液交差事故」となるリスクを可視化したポスター
ペン型注入器の薬液が血液で汚染された写真を掲載し，１患者１ペンルールの根拠と，他患者への誤投与時に生じる血液曝露リスクを視覚的に認識できるよう工夫した。

Ⅳ．倫理的配慮

Web アンケートは無記名とし，研究不参加で不利益が生じないこと，結果を論文として公表すること，回答送信後は撤回できないことを画面上で説明し，回答送信をもって同意とみなした。本研究は琉球大学人を対象とする生命科学・医学系研究倫理審査委員会の承認（番号：23-2173）を得るとともに，評価機構の医療事故防止事業部より承諾を得て実施した。

表１　研究参加者（$n = 384$）の属性およびインスリン注射業務の頻度の比較

		A病院看護師		他施設看護師		χ^2
		n	%	*n*	%	
性別	男性	28	18.2	51	22.2	3.21 *n.s.*
	女性	118	76.6	174	75.7	
	非回答	8	5.2	5	2.1	
看護師経験年数	1 ～ 5年目	53	34.5 ＊	46	20.0	17.69 ＊＊
	6 ～ 10年目	33	21.4	40	17.4	
	11 ～ 15年目	23	14.9	30	13.1	
	16年目以上	45	29.2	114	49.5 ＊	
職位	管理職(部長，副部長など)	2	1.3	4	1.7	5.16 *n.s.*
	中間管理職(師長，主任など)	21	13.7	52	22.5	
	認定看護師・専門看護師	5	3.2	8	3.5	
	一般スタッフ	126	81.8	166	72.3	
勤務病院の病床数	20 ～ 200床未満	－	－	68	29.6	－
	200床以上 ～ 400床未満	－	－	112	48.7	
	400床以上	154	100	50	21.7	
インスリン注射業務に携わる頻度	1週間に1回以上	93	60.4	138	60.0	0.61 *n.s.*
	1年以内に数回程度	36	23.4	60	26.1	
	全く行わない	25	16.2	32	13.9	

研究参加者はA病院看護師（ $n = 154$ ）および他施設看護師（ $n = 230$ ）の2群に分けて分析した．
分析はカイ二乗検定による群間比較を行った．看護師経験年数については残差分析まで行った．
＊ $p < .05$　　＊＊ $p < .01$　　*n.s.* 有意差なし

表２　ペン型注入器の１患者１ペンルールの理由に関する認識の比較（A看と他看）

	感染管理上の理由で（ 血液逆流リスクがあるため ）		感染管理上の理由で（ その他 ）		1患者1薬剤の原則があるため		医療安全管理上の理由で		χ^2
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	
A看	90	58.5	9	5.8	30	19.5	25	16.2	36.39 ＊＊
他看	65	28.3	36	15.7	69	30.0	60	26.1	

A看 $n = 154$ ，　他看 $n = 230$
「感染管理上の理由で」の回答者には詳細を追加質問し，その内容を分類して回答者全体に占める割合を示した．「その他」には，ペン本体の表面が不潔，マニュアルでの取り決め，指導者からの教育経験が含まれている．それぞれの比率についてカイ二乗検定を用いて群間比較を行った．
＊＊ $p < .01$

Ⅴ．結　　果

１．アンケート回収率と研究参加者の属性

有効回答数はA看 154 名（25.7%），他看 230 名（2.0%）であった。参加者属性(表１)では経験年数に有意な偏りがみられ（$p < .01$），A看では１～５年目の割合が高く，他看では 16 年目以上の割合が高かった。性別，職位，インスリン注射業務に携わる頻度に有意差はなかった。なお，対象施設の感染管理および安全管理に関する背景として，A県内の多くの病院が感染対策向上加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している現状にある（九州厚生局，2025)。

２．ペン型注入器の１患者１ペンルールの理由に関する認識

１患者１ペンルールの理由（表２）における最多回答は，A看が「感染管理上の理由（血液逆流リスクがあるため)」(90名，58.5%)，他看が「１患者１薬剤の原則があるため」(69名，30.0%）であり，回答分布に有意差を認めた（$p < .01$)。

３．他患者への誤投与時における各部門への報告意向

誤投与時における各部門への報告意向率（図２）は，医師および医療安全部門に対しては両群とも約 100%に達した。一方，感染管理部門に対しては，A看が 139 名（90.3%)，他看は 155 名（67.4%）で，両群間に有意差が認められた（$p < .01$)。

有意差がみられた感染管理部門への報告意向率について，A看と他看のそれぞれで経験年数別に群内比較を行った結果，両群とも有意差は認められなかった（表３)。

４．評価機構の公表事例における低血糖および感染リスクの記載有無

「使用中のペン型注入器による他患者への誤投与が発生した事例」58 件における各リスクの記載率は，低血糖 28 件

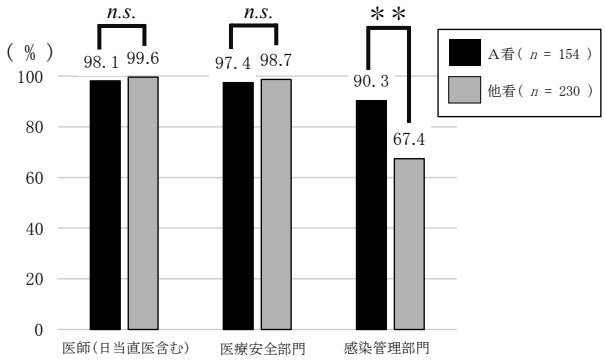


図２　ペン型注入器による他患者への誤投与事故が発生した場合の各部門への報告意向率の比較
報告意向率は誤投与事故が発生した場合に各部門に「報告する」と回答した割合を示す。
各部門の報告意向率についてカイ二乗検定を用いて群間比較を行った。
** $p < .01$ *n.s.* 有意差なし

(48.3%)，感染 12 件（20.7%）であった。また，各年の報告数とリスクの記載件数をプロットしたグラフを図３に示す。なお，抽出した事例には，誤投与が生じたものの，投与単位数は同一であったケースや，他患者のペン型注入器を意図的に借用したケースも含まれており，必ずしも低血糖リスクが生じない状況も混在している。

Ⅵ. 考　　察

１．ペン型注入器の１患者１ペンルールの理由に関する認識差について

１患者１ペンルールの理由について，A看では「感染管理上の理由（血液逆流リスクがあるため）」という科学的根拠を挙げた者が最多であったのに対し，他看では「１患者１薬剤の原則があるため」という規範的理由を挙げた者が最も多かった。

A看において前者の回答が多数を占めた背景には，過去に実施したペン型注入器に関する注意喚起が奏功したと考えられる。A病院では 2021 年に，誤投与に伴う血液曝露リスクを可視化したポスターを作成し，全スタッフへの周知と毎年の新人教育に活用している（呉屋ら，2022）。同ポスターには，薬液カートリッジ内が血液で汚染された写真を掲載しており，ルールの科学的根拠を視覚的に伝える工夫がなされている。こうしたリスクの可視化が，A看における血液逆流リスクへの深い理解と記憶の定着につながったと推察される。

一方で，「１患者１薬剤の原則」や「医療安全管理上の理由で」という規範的理由も，薬剤の誤投与を防ぐうえで重要な考え方である。しかし，ペン型注入器は血液逆流による汚染

表３　看護師経験年数別にみた感染管理部門への報告意向の比較（A看と他看それぞれの群内比較）

看護師経験年数	A看			他看		
	報告する *n*	報告しない *n*	χ^2	報告する *n*	報告しない *n*	χ^2
1 ～ 5年目	52	1		34	12	
6 ～ 10年目	29	4	6. 12	29	11	3. 71
11 ～ 15年目	19	4	*n.s.*	22	8	*n.s.*
16年目以上	39	6		70	44	

A看 n ＝ 154 ，　他看 n = 230
A看および他看それぞれにおいて，誤投与事故が発生した場合の感染管理部門への報告意向「報告する」「報告しない」の回答分布を示す.
これらの回答分布についてカイ二乗検定を用いて群内比較を行った.
n.s. 有意差なし

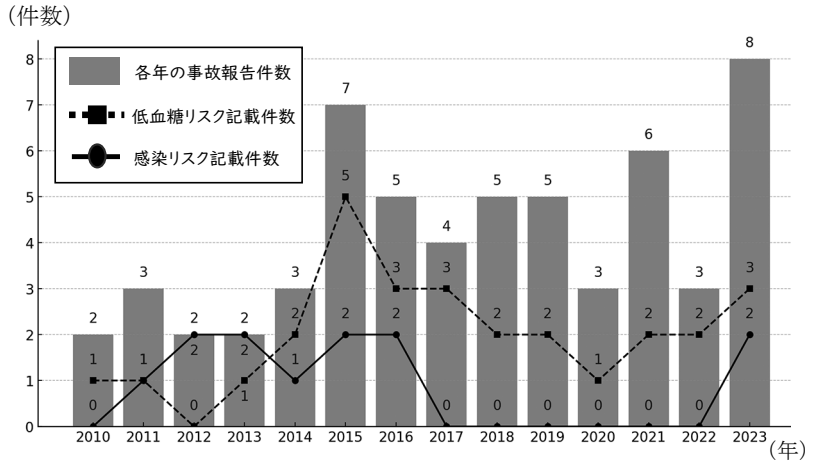


図３　公表事例におけるペン型注入器の他患者への誤投与事例数と各リスクの記載件数
日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業で公表された「使用中のペン型注入器による他患者への誤投与が発生した事例」58 件について，各年の報告件数とリスク（低血糖および感染）の記載件数をプロットした。
各リスクの記載件数の推移について，低血糖リスクは四角いマーカーと破線，感染リスクは丸いマーカーと実線で示す。

リスクを伴い，同一患者への複数回使用を前提とした設計であるため，デバイス特有のリスクに応じた安全管理に関する理解と実践が求められる。例えば，インスリン注射手技における「注入後も針を抜くまでは注入ボタンを押したままにする」という手順は，血液逆流防止を主な目的としている（朝倉ら，2003）。したがって，現場の教育においては，単なるルールの遵守を促すにとどまらず，その根拠である血液逆流リスクや，それに基づく正しい手技の意義についても明確に指導する必要がある。

２．他患者への誤投与時における各部門への報告意向にみる認識の差について

誤投与発生時において，医師および医療安全部門への報告意向率は，A看と他看のいずれも約 100%に達していた。この結果は，薬剤誤投与時の基本的対応として，患者の治療に責任を持つ医師への報告と対応策の相談，さらに医療安全部門への事故報告と改善策の提出が，看護師の責務として広く浸透していることを示している。

一方で，感染管理部門への報告意向率は，A看（139 名，90.3%）と比較して，他看（155 名，67.4%）で有意に低かった。この背景には，他看の 63%が血液逆流リスクを認識していなかったことが影響した可能性がある（呉屋ら，2025）。全国の事故事例でも同様の傾向が報告されており，当該リスクへの認識不足から，感染管理部門への速やかな報告が行われなかったケースが散見されている（日本医療機能評価機構，2024b）。事後的な対応も可能な医療安全部門への報告とは異なり，血液曝露事故への対応は，数時間以内の予防内服薬の投与など，時間的な制約を伴う緊急性の高い処置である。それにもかかわらず，感染管理部門への報告意向率は両群とも100%に達していないという事実は，A県内の一部の看護師において，緊急対応の必要性が十分に理解されていない可能性を示唆している。

次に，このリスク認識の差が臨床経験に起因する可能性を検討するため，経験年数別に報告意向率を群内比較したところ，A看・他看のいずれにおいても有意差は認められなかった。この結果は，誤投与に伴う感染リスク管理の視点が，臨床経験を積む過程で自然と獲得されるものではないことを示唆している。加えて，日本医療機能評価機構（2025）は臨床現場における当該リスク管理の認識不足を指摘し，教育の必要性を提言している。A看と比べ報告意向率が低く，かつ経験年数による差がみられなかった他看の結果は，こうしたリスク管理に関する教育的介入が十分に浸透していない国内状況の一部を反映している可能性がある。一方，A看では先行研究において 2020 年時点で血液逆流リスクの認識が 50.3%であったが（呉屋ら，2022），ポスターによる視覚的な注意喚起を継続した結果，72.1%まで向上している（呉屋ら，2025）。このことから，リスクを可視化した注意喚起を通じた認識向上が，A看において経験年数を問わず高い報告意向として表れた背景要因と解釈できる。以上より，感染リスクに対する認識の欠如が初動の報告意向を阻害する要因になりうること，そして報告意向の向上には新人からベテランまで全ての看護師を対象とした組織的かつ意図的な教育が重要といえる。

ただし，こうした報告への意識には，個人の認識や教育の有無だけでなく，病院の組織構造やマニュアル内容も影響している可能性がある。例えば，病院によっては医療安全部門と感染管理部門が統合されている場合や，院内マニュアルにおいて誤投与事例を針刺し・切創と同様に扱い，現場スタッフのみで対応を完結している場合が想定される。本研究の調査対象となったA病院と他施設の大部分が感染対策向上加算を取得しているため，加算要件である針刺し・切創時の対応手順は整備されているといえる。しかし，その手順作成にあたって参考とされる主要なガイドライン（国公立大学附属病院感染対策協議会，2020，pp.257–268；千葉大学病院，2023，pp.29–40）には，誤投与に伴う感染リスクに関する具体的な記載は乏しい。そのため，事象の危険性を独自に評価し，院内マニュアルへ反映させるかどうかの判断は，各施設に委ねられているのが実情である。今回の調査では病院ごとの手順書等の詳細を把握するには至らなかったため，組織的要因と報告意向率との関連を明らかにするには，今後さらなる調査が必要である。

３．評価機構の公表事例における低血糖および感染リスクの記載有無について

A看と他看における認識差を生じさせた背景要因の客観的検証として，評価機構が公表した誤投与に関するヒヤリハット・インシデント事例の分析を行った。分析対象とした 58 件は，すべてB型肝炎などの血液媒介病原体が患者間で伝播するリスクを伴う血液曝露事例であった。誤投与事例におけるリスク記載率は，低血糖が 28 件（48.3%），感染が 12 件（20.7%）であった。図３に各年の報告件数と低血糖および感染リスクの記載数の推移を示す。報告件数は 2015 年以降増加傾向にあり，低血糖リスクはほぼ毎年言及されていたが，感染リスクは 2017 年から 2022 年までは０件であった。この記載の偏りには，複数の要因が寄与していると考えられる。

まず，ペン型注入器の臨床現場への普及に伴い，看護師が本デバイスを取り扱う機会が増えた結果，他患者への誤投与の報告件数も増加傾向にあると考えられる。また，低血糖リスクはインスリンの副作用として糖尿病診療ガイドライン（日本糖尿病学会，2024）や添付文書に明記され，医療従事者に広く周知されている。そのため，多くの事例で低血糖対応が記載されているといえる。

一方で，感染リスクへの言及が乏しい理由として，継続的な注意喚起の欠如が挙げられる。日本では 2008 年のペン型注入器の使い回し事故を受け，厚生労働省（厚生労働省 薬事・食品衛生審議会 医療機器安全対策部会，2008）が血液逆流リスクの根拠と１患者１ペンルールに関する文書を発出したが，その後の同様の啓発活動は行われていない。実際，ペン型注入器の添付文書には「１本を複数の患者に使用しないこと」との記載にとどまり，根拠となる血液逆流リスクは明示されていない。加えて，誤投与時の感染症検査の必要性について，

各種ガイドラインに記載がなく，本邦の公的機関による具体的な言及は2025年の評価機構報告書が初であった（日本医療機能評価機構，2025）。こうした情報の空白期間が長く続いたことにより，「ペン型注入器の他者への誤投与には血液曝露リスクがあり，針刺し・切創時の対応検討が必要」という認識が十分に浸透せず，結果として感染リスクの記載率の低さにつながったと推察される。このような公的な情報発信の乏しさも，A看と他看における認識差を生じさせた背景要因の一つであると考えられる。

こうした状況の改善にあたり，本邦と同様の課題，すなわち「医療従事者へのリスク認識の浸透」に直面した米国の取り組みが有益な示唆を与える。米国では2006年から，米国食品医薬品局（Food and Drug Administration［以下，FDA］）の文書による注意喚起が行われていたにもかかわらず（FDA, 2009），2014年頃まで看護師の理解不足により全米各地で使い回し事故が相次いでいた（Olean General Hospital, 2013；Griffin Hospital, 2014）。そのため，2015年以降，FDAは添付文書に血液逆流リスクおよび共有禁止の警告文を記載すること，ペン本体のラベルに「For Single Patient Use Only」の警告を赤文字で表記することを義務化した（FDA, 2015）。同時に米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention, 2014）はポスターによる啓発を継続的に実施し，その結果，使い回し事故は大幅に減少した。

しかし，2015年を境に誤投与の報告件数が急増した（Gaunt, 2015）。Gauntはこの現象について，ペン型注入器の普及に加え，血液逆流リスクを正しく捉える看護師が増加した影響であると分析している。すなわち，看護師が他者への誤投与に伴う感染リスクに気付かず見過ごしていた事例が，認識の向上により「感染リスクを伴う事故」として新たに報告されるようになったといえる。米国の事例は，視覚的な介入や継続的な教育の重要性，そして認識の向上が安全管理行動の変化につながることを示している。

日米の医療制度や規制当局は異なるものの，「デバイス特有の見過ごされがちなリスクを，いかにして医療従事者に周知させるか」という根本的な課題は共通している。この米国の経緯は，ポスター教育を受けたA看において血液逆流リスクへの認識が高まり，それが適切な報告意向につながったという，本研究で分析した背景要因を支持するものといえる。本邦においても米国を参考に，視覚的な注意喚起や教育内容の改善を図る必要がある。

4．米国における他患者への誤投与防止策と本邦への示唆

米国では血液逆流リスクの認識が浸透した2015年以降，使い回し事故の減少に伴い，他患者への誤投与を防ぐ対策へと重点が移った。従来行われていた看護師2名による目視でのダブルチェックでは，ペン本体の患者認証ミスを完全に防ぐことが困難であったため，新たなバーコード照合技術の導入が進められた（MacMaster et al., 2019）。この仕組みはデバイス側に患者識別用バーコードを貼付し，投薬時に患者リストバンドと識別用バーコードをスキャンして照合することで，対象患者との正しい紐づけが可能となる。これにより，看護師2名による目視確認を廃止しつつも，エラー防止の精度が向上したと報告されている。

一方，日本ではペン型注入器本体に患者名シールを貼付し，投与前に本人のものであるかを看護師が目視で確認するケースが多い（日本医療機能評価機構，2014）。こうした個別デバイスの認証機能は，日本の既存の電子カルテには標準搭載されておらず，実装には多大な改修費が必要である。A病院ではコスト面から導入には至らなかったが，代替策としてポスターによる注意喚起を行い，スタッフの認識向上を通じて事故防止に努めている。システム制御による工学的対策が困難な現状において，インスリン注射業務の安全性を担保するためには，教育内容や注意喚起方法のさらなる改善を図り，安全・感染管理体制を構築する必要がある。

5．本研究の限界と今後の展望

本研究の限界として，アンケート回収率が約2.0%と低く，回答者に偏りがあった。特に他看は看護師経験年数16年目以上の層が多く，管理職や教育的役割を担う立場にある者が多いと考えられることから，若年層を含む母集団全体の傾向を正確に反映していない可能性がある。また，各施設の教育体制やマニュアル等の交絡因子は未調査であり，結果の一般化には慎重を要する。

今後は，研修会等を通じた誤投与に伴う感染リスクの周知を行うとともに，研究協力体制の構築による大規模かつ精度の高い再調査を実施していく必要がある。より正確な実態把握に基づき，実効性のある医療安全管理策の確立を目指す。

Ⅶ．結　　論

本研究では，ペン型注入器の血液逆流リスクおよび誤投与時の感染リスク管理について，A看と他看の認識差および背景要因を検討した。1患者1ペンルールの理由として，A看では「感染管理上の理由（血液逆流リスクがあるため）」という科学的根拠が，他看では「1患者1薬剤の原則」といった規範的理由が最多回答であった。誤投与発生後の感染管理部門への報告意向率は，A看（90.3%）に対し他看（67.4%）は有意に低かった。A看の認識向上には，ポスターによる視覚的な教育介入が寄与していた。また，他看の認識不足の背景要因の一つとして，誤投与時の感染症検査の必要性について，2025年の評価機構報告書に至るまで，公的機関による具体的な言及がなかったことが影響したと考えられた。実際，評価機構が公表した誤投与事例58件のうち，感染リスクへの言及は20.7%にとどまり，現場への浸透不足が示唆された。今後は，ペン型注入器を介した血液曝露リスクを視覚的に伝える教育を強化し，安全・感染管理の体制構築に努める必要がある。

本研究の一部は第41回日本環境感染学会総会・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。

Ⅷ. 引 用 文 献

A県庁.（2023）. *第3表 就業看護師数，就業場所，性・年齢階級別（報告表第45）*. 令和3年衛生行政報告例-隔年報の第1表から第11表.
https://www.pref.okinawa.jp/kensei/tokei/1016416/1016421/1022665/1022691/1016426.html
（2026年3月12日閲覧）

朝倉俊成，清野弘明，松井優花，安江尚子，添田かおり，井上正弘.（2003）. インスリン注入器カートリッジ内への血液逆流の頻度と防止対策への一考察. *Progress in Medicine, 23* (11), 3066–3071.

Benner, P. (1992). *ベナー看護論　達人ナースの卓越性とパワー*（井部俊子，井村真澄，上泉和子 訳）. 医学書院.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *One & Only Campaign*.
https://www.cdc.gov/injection-safety/media/pdfs/Dont-Share-Insulin-Pen-Poster-P.pdf（2026年3月12日閲覧）

千葉大学病院.（2023）. *病院感染予防対策 パーフェクトマニュアル*（改訂第3版）. 診断と治療社.

Food and Drug Administration (FDA). (2009). *Information for healthcare professionals: risk of transmission of blood-borne pathogens from shared use of insulin pens*.
https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/FDA_Alert_March_2009_Insulin_Pens.pdf
（2026年3月12日閲覧）

Food and Drug Administration (FDA). (2015). *FDA Drug Safety Communication: FDA requires label warnings to prohibit sharing of multi-dose diabetes pen devices among patients*.
https://fda.report/media/90757/Drug-Safety-Communication--FDA-requires-label-warning-to-prohibit-sharing-of-multi-dose-diabetes-pen-devices-among-patients-%2528PDF%2529.pdf（2026年3月12日閲覧）

Gaunt, M. J. (2015). The Current State of “Wrong Patient” Insulin Pen Injections. *Pennsylvania Patient Safety Advisory, 12* (3), 110–115.

呉屋秀憲，具志堅美智子.（2022）. ペン型インスリン注入器を介した血液曝露リスクに関するA病院看護師の認識調査. *日本糖尿病教育・看護学会誌，26* (2), 129–132.

呉屋秀憲，渡慶次道太.（2025）. A県内の病院勤務看護師におけるペン型インスリン注入器を介した血液曝露リスクと針刺し事故に関する認識の調査. *日本環境感染学会誌，40* (2), 32–39.

Griffin Hospital. (2014). *Insulin pen misuse could have infected patients with diseases*.
https://www.nhregister.com/connecticut/article/Griffin-Hospital-Insulin-pen-misuse-could-have-11724933.php
（2026年3月12日閲覧）

木下元一.（2016）. 患者安全向上のための医薬品GS1データバーの利用と課題. *流通とシステム，167*, 37–44.

国公立大学附属病院感染対策協議会.（2020）. *病院感染対策ガイドライン2018年（2020年3月増補版）*. じほう.

厚生労働省 *薬事・食品衛生審議会 医療機器安全対策部会*.（2008）. *平成20年度第2回開催資料 資料No.1-2「ペン型インスリン注入器の取扱いについて」*.
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1215-9b.pdf
（2026年3月12日閲覧）

九州厚生局（厚生労働省）.（2025）. *施設基準等の届出受理医療機関名簿（A県事務所）令和7年12月1日*.
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/000422553.pdf
（2026年3月12日閲覧）

Le Floch, J.-P., Herbreteau, C., Lange, F., & Perlemuter, L. (1998). Biologic material in needles and cartridges after insulin injection with a pen in diabetic patients. *Diabetes Care, 21* (9), 1502–1504.

MacMaster, H. W., Gonzalez, S., Maruoka, A., San Luis, C., Stannard, D., Rushakoff, J. A., & Rushakoff, R. J. (2019). Development and Implementation of a Subcutaneous Insulin Pen Label Bar Code Scanning Protocol to Prevent Wrong-Patient Insulin Pen Errors. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 45* (5), 380–386.

日本医療機能評価機構.（2014）. *医療安全情報 No96「インスリン注入器の取り違え」*.
https://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_96.pdf
（2026年3月12日閲覧）

日本医療機能評価機構.（2015）. *医療事故情報収集等事業-第42回報告書「他の患者に誤使用したペン型インスリン注入器を本来の患者に使用した事例」*.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_42.pdf
（2026年3月12日閲覧）

日本医療機能評価機構.（2022）. *医療事故情報収集等事業-第69回報告書「患者間違いに関連した事例（ア）患者Xにペン型インスリンを投与するところ，患者Yを患者Xと思い込んだ事例」*.
http://www.med-safe.jp/pdf/report_69.pdf
（2026年3月12日閲覧）

日本医療機能評価機構.（2023）. *医療事故情報収集等事業-事例検索：事例ID A5804FD40B00CFEA0*.
https://www.med-safe.jp/mpreport/view/A5804FD40B00CFEA0（2026年3月12日閲覧）

日本医療機能評価機構.（2024a）. *医療事故情報収集等事業-第76回報告書「事例紹介：ペン型インスリン製剤の残量が不足した際，他の患者のペン型インスリン製剤を使用した事例」*.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_76.pdf
（2026年3月12日閲覧）

日本医療機能評価機構.（2024b）. *医療事故情報収集等事業-事例検索：事例ID A4F06E63772751A53*.
https://www.med-safe.jp/mpreport/view/A4F06E63772751A53（2026年3月12日閲覧）

日本医療機能評価機構.（2025）. *医療事故情報収集等事業-第82回報告書「分析テーマ：ペン型インスリン注入器を他の患者に使用した事例」*.
https://www.med-safe.jp/pdf/report_82_T001.pdf
（2026年3月12日閲覧）

日本糖尿病学会.（2024）. *6章 インスリンによる治療. 糖尿病診療ガイドライン*.
https://www.jds.or.jp/uploads/files/publications/gl2024/06.pdf（2026年3月12日閲覧）

Olean General Hospital. (2013). *Olean General Alerts Patients to Possible Insulin Pen Reuse*.
https://www.infectioncontroltoday.com/view/olean-general-alerts-patients-possible-insulin-pen-reuse
（2026年3月12日閲覧）

◇研究報告◇

看護師が行う温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果の文献レビュー

郡ハルミ[1)*]，田中美智子[1)]

【目的】看護師が行う温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果を明らかにする。
【方法】国内論文は「高齢者」「温罨法」「看護」，国外は“elderly OR geriatric OR older”，“nursing”，“hot pack OR hot application OR hot compress OR heat application”の keywords で検索した。特性と効果は内容から最小単位のコードで抽出し，類似した内容をまとめ，カテゴリ化した。
【結果】高齢者の特性は，【加齢と心身の不調がもたらす影響の存在】，【疾患や症状とともにある生活】の２カテゴリ，効果は【苦痛の緩和】，【日常生活動作の拡大】，【精神的な安寧】など５カテゴリが生成された。
【結論】温罨法は高齢者の身体面・精神面・生活機能を包括的に支える看護技術としての有用性が示され，高齢者に温罨法実践を検討する上での基礎資料となる。

【キーワード】高齢者，温罨法，看護，文献レビュー

Ⅰ．はじめに

温罨法は身体の一部や全身に温熱刺激を与え，循環系，筋系，神経系に作用させる治療法（村中，2001）とされている。日本では温熱を利用した看護ケアとして広く用いられている技術である。筆者らは高齢者にむけた看護実践として，温罨法による足部機能の保持，改善への有効性を検討していることから，看護師が行う高齢者にむけた温罨法の先行研究に注目した。先行研究を検索すると国内外の文献（1983 年–2007 年）を対象にした江上（2008）の文献レビューがあり，温罨法の効果が腸蠕動の亢進効果や，痛みの緩和，自律神経バランス調整効果など多岐にわたり，実施部位は頭部以外の全身に及ぶことを報告している。また，国内の文献を対象（2008 年–2019 年）にした武田ら（2022）の文献検討では，温罨法の目的・種類・部位別の効果を報告し，中でも温罨法の種類で電気あんかやカイロを使用した研究がみられなくなり，めぐリズム（蒸気温熱シート）が出現したことを示し，時代の変遷と共に温罨法の手法も変化していることが伺えた。しかし，いずれの文献も研究対象者の年齢層は明らかになっていない。また，温罨法は局所の熱傷（発赤・水泡）が報告されている（工藤，2007）。高齢者の脆弱な皮膚に対する熱傷リスクの観点から，研究報告が少ないことが推測される。これらより，看護師が行う高齢者にむけた温罨法の先行研究について，知見を整理・統合する必要性が生じた。

よって本研究では，先行研究から看護師が行う温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果を明らかにすることを目的とし，得られた知見を整理することで，高齢者にむけた看護実践の基礎資料とする。

Ⅱ．目　　的

看護師が行う温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果を明らかにする。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

質的分析を用いた統合的文献レビュー

Whittemore & Knafl（2005）の方法論的枠組みを参考にし，既存の文献をデータとして扱い，その内容について質的

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）宮崎県立看護大学看護学部
＊ E-mail：kohri@mpu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

記述的分析を行うことで，知見の抽出・整理，およびカテゴリ化を試みた。

２．用語の操作的定義

本研究における「温罨法」とは，江上（2008）が論文中に示している「直接湯を対象の皮膚に用いず，局所表層の皮膚または全身に温熱による刺激を与える方法」とした。よって，直接湯に浸ける足浴は対象外とした。

３．研究方法

１）研究対象文献の抽出方法

2022 年５月の時点で，筆者が発行年度の制限をかけずに検索し，2007 年から 2021 年までの文献が抽出された。国内文献は医学中央雑誌 web 版（ver.5）を用い，「高齢者」「温罨法」をキーワードとして，看護，原著論文で検索した結果，73 文献が抽出された。国外文献は言語を English とし，CINAHL，MEDLINE で“elderly OR geriatric OR older”，“nursing”，“hot pack OR hot application OR hot compress OR heat application”で検索した結果，８文献が抽出された。文献のタイトルだけでは，高齢者を対象としているのか判別が困難であったため，合計 81 文献の内容を精読した。平均年齢で高齢者と判別できるもの，対象者の８割以上が 65 歳以上と認められるもの，高齢者を対象としていることが文献中に明示されているものを分析対象とした。また文献レビューや解説，温罨法の単独実施でないものは除外した結果，23 文献が分析対象となった（図１）。

２）分析方法

対象文献の概要を自作の表に「タイトル」,「著者」,「年度」,「目的」,「温罨法の種類」,「温罨法の実施部位」,「実施方法」の順にまとめ,「文献の年次推移」,「温罨法の種類，貼付部位と実施方法」について整理した。本研究の目的である「温罨法をうけた高齢者の特性」と「温罨法の効果」は方法，結果，考察，結論から該当する内容を最小単位のコードで抽出し，それぞれ意味内容の類似したコードをまとめ，カテゴリ化した。

３）分析の信頼性

文献の分析過程について，温罨法を含む看護技術の研究に携わっている研究者複数名で行った。コードの抽出やカテゴリ化の表現は，意見が合致するまで繰り返し協議し，信頼性の確保に努めた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，既存文献を対象としたレビュー研究であり，個人情報の収集を伴わないことから，倫理審査は不要と判断した。文献の使用においては出典を明示し，著作権法を厳守して実施した。また，研究内容を正確に読み取り，著者の意図に反しないように配慮した。

Ⅴ．結　　果

１．対象文献の概要

文献の概要を表１に示す。2007 年から 2021 年にわたり，23 件の文献が抽出された。年次推移件数は０件から４件で，2017 年が４件と一番多かった。温罨法の種類は，熱布温罨法９件（39.1%），玄米温罨法を含むホットパックが８件（34.8%），めぐリズム（蒸気温熱シート）６件（26.1%）であった。温罨法の貼用部位は，腰背部が７件（30.4%），下肢（膝を含む）が５件（21.7%），腹部と後頚部がそれぞれ３件（13.0%），下顎から後頚部，頚部から肩，肩，背部，上肢がそれぞれ１件（4.3%）であった。温罨法の実施方法は，貼付部位によって温罨法の種類が選択され，温めの方法は，熱いお湯で絞った方法や電子レンジを使用した方法など，様々であった。どの温罨法も準備時は 60℃ 前後，貼用時には 40～42℃ 前後で実施され，実施直前に研究者の肌で温度感覚を確認し，実施時に高齢者にも感覚を確認していた。また，開封すると発熱体の中の鉄粉が酸素とふれ，酸化することで熱を発生するシート（めぐリズム）もみられたが，熱傷などの有害事象に関する報告はなかった。いずれも貼用時間や温めを保持する方法，１日の実施回数や実施期間など同一と認められる実施方法は認めなかった。

２．温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果

温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果については，方法，結果，考察，結論から該当する内容を最小単位のコードで抽出し，それぞれ意味内容の類似したコードをまとめ，カテゴリ化した。また，高齢者の特性について，どの温罨法が選択されていたかを示す。カテゴリは【　】，サブカテゴリは＜　＞，コード化したものは〔　〕で示した。

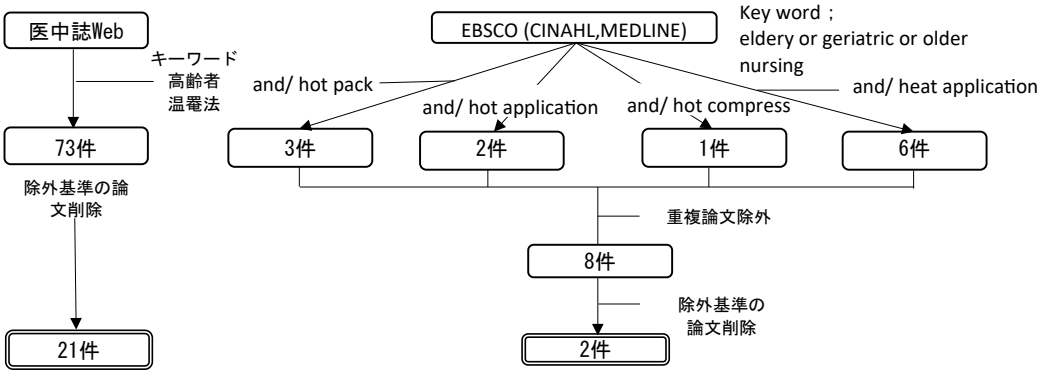


図１　研究対象文献の抽出方法

表１　対象文献の概要

文献番号	タイトル	筆者名	年度	目的	温罨法の種類	部位	実施方法
1	長時間温罨法による高齢者の排便と排尿への効果	留畑寿美江 南山 祥子 河江伸枝 他	2007	下腹部の加熱が排便と排尿に与える影響を調べる	めぐりズム（蒸気温熱シート）	腹部	コントロール期間5日間と，蒸気温熱シートを腹部に１日5時間，連続5日間貼用する
2	乾熱温罨法の有無による血液透析患者の腰部皮膚温の比較	菱沼典子 山崎好美 丸山朱美 他	2008	60℃に絞ったタオルをビニール袋に入れて貼用する温罨法施行時の皮膚温の変化を明らかにし，この方法が腸管運動を促進する温罨法として有用かどうかを検討する	熱布温罨法	腰部	4つ折りにしたタオルを２枚重ねて60℃のお湯で絞り，ビニール袋にいれるベット上にバスタオルをひき，寝衣・下着をつけて仰臥位で就床している患者のヤコビー線を中心とした腰部に，ビニール袋に包んだタオルをバスタオルとシーツの間に差し込む貼用時間は90分
3	せん妄を発症した高齢脳血管疾患患者へのホットタオルを用いた温罨法の効果	井内千沙登 高田乃利江 廣田久美子 他	2008	せん妄を呈した患者に対して，ホットタオルによる温罨法を実施し，心理的緊張を緩和し，せん妄状態を軽減するため	熱布温罨法	背部	清拭車にて40～45度に保温しておいたタオル（約40cm×25cm，３枚を重ねて縫い合わせたもの）を用い，患者の背部全体を１分間温める
4	口腔ケア時における頚部・下顎部温罨法併用による唾液分泌の効果-口腔内乾燥の改善を考える-	坂木仁代 谷口早知 山本祐子 他	2008	副交感神経を刺激する温罨法は，唾液分泌に有効であるかを明らかにする	ホットパック	下顎全体と後頚部	加温器で50℃に温めたコールドホットパックを３個使用し，耳下腺から下顎部全体と後頚部を10分間温める
5	高齢者における蒸気温熱シートによる下腹部湿熱加温の便秘改善効果	細野恵子 堀岡恒子 久光雅美 他	2010	日常生活レベルが低く便秘症状の強い高齢者を対象に，長時間の加温継続が可能な蒸気温熱シートを下腹部に貼用し，便通改善の有効性を検討する	めぐりズム（蒸気温熱シート）	下腹部（臍下5センチ）	蒸気温熱シート(めぐりズム蒸気温熱パワー肌に貼るシート:花王株式会社製)を使用し，1日5～8時間（平均6.71±0.33時間）の温罨法を7日間連続貼用する（対照期7日間，温罨法機7日間）
6	臥床状態におかれている患者の便秘症状に及ぼす影響-背部温罨法を用いて-	津崎郁弥 佐藤容子 厳野仁美	2010	臥床状態におかれている患者の便秘症状に及ぼす影響について川島らの提唱している腰背部温罨法を用い，自然排便を促す	熱布温罨法	腰背部	浴用タオル3枚を2つ折りにして6枚に重ねる70～75℃のお湯で絞り，浴用タオル3枚を2つ折りにし，熱さを確認して第4～5腰椎を中心に15分貼用する保温のためビニール袋で覆い，さらにバスタオルで覆い，腰背部に貼用する
7	経管栄養中の患者に対する腰背部温罨法の効果	桑原由美	2010	経管栄養中の患者に対して，温罨法が腸蠕動を促進し，排便を促す効果があるか明らかにする	ホットパック	腰背部	市販のホットパックを用い，電子レンジに３分入れた．専用の袋に入れ，腰背部に20分貼用する
8	膝関節痛のある高齢者への温罨法による疼痛緩和の効果	細野恵子 羽田真梨 井垣通人	2011	膝関節に疼痛やこわばり感を自覚する高齢者の疼痛緩和を検証する	めぐりズム（蒸気温熱シート）	膝	温熱シートを症状のある膝関節部に貼用し，１日5～8時間程度貼用（前半７日間を対照期，後半７日間を介入期とした）
9	変形性膝関節症患者に対して温罨法と音楽聴取を組み合わせた疼痛緩和ケアの効果　脳波指標と心理的指標を用いた研究	福満 舞子 杉本吉恵 田中結華 他	2012	慢性腰痛を自覚し地域で生活を営む高齢者への温罨法の効果を検証する	ホットパック	両膝	膝全体を覆うホットパック（モイストヒートラップジョイントラップ）を行う電子レンジ（1000W）で約2分間加熱すると約20分間の温湿熱を供給
10	慢性腰痛を自覚する高齢者への長期間継続による温罨法の効果(第2報)	山岸未希 細野恵子 村上美土里	2012	腰部に慢性腰痛を自覚しながら地域で生活を営む高齢者に温罨法を行い，疼痛緩和効果を検証する	めぐりズム（蒸気温熱シート）	腰部	温熱シート（専用ベルトのポケットに入れ，ポケット面が腰部に直接あたるように貼用）を１日8時間，2週間装着を実施する
11	慢性腰痛を自覚する高齢者への長期間継続による温罨法の効果(第1報)	村上美土里 細野恵子 山岸未希	2012	変形性膝関節症患者の膝関節痛に対する温罨法，および温罨法と音楽聴取を組み合わせたケアによる疼痛の緩和効果を検証する	めぐりズム（蒸気温熱シート）	腰部	温熱シート（専用ベルトのポケットに入れ，ポケット面が腰部に直接あたるように貼用）を１日8時間，１週間装着を実施する
12	高齢患者の便秘に対する腰背部温罨法の有効性　精神科病院に入院する66例を対象とした前後比較による介入研究	中栄加陽子 高橋 淳 福井伸彦	2013	精神科病院へ入院中の高齢患者の便秘に対する腰背部温罨法の有効性を調べる	ホットパック	腰背部	使用済みの500ml１点滴バックに水道水を注入し，ホットパック加湿器を用いて70℃に加熱して自作の専用布袋にいれたものを1人に対し1～2個用いて１日１回（午前中）腰背部に10分間貼用，２週間実施する
13	意識レベルが低く便秘症状を有する高齢患者への温罨法効果の検討　ブリストル便形スケールと日本語版便秘評価尺度による分析	細野 恵子 堀岡 恒子 久光雅美	2013	便秘症状を有し，日常の活動レベルが著しく低い高齢の入院患者に対し，長時間の温罨法による湿熱加温刺激は便通状態にどのような影響があるのかを検討する	めぐりズム（蒸気温熱シート）	下腹部（臍下5センチ）	蒸気温熱シート(めぐりズム蒸気温熱パワー肌に貼るシート:花王株式会社製)を使用し，1日6．7±0．7時間（午前9時30分～午後4時30分までの間に最低貼用時間を5時間以上）の温罨法を7日間連続貼用する
14	認知症患者の周辺症状への温罨法の効果　後頸部にホットタオルを用いた温罨法	生見千鶴 堀之内 友香 室田勝子	2014	ホットタオル温罨法で緊張を緩和させ，ストレスの蓄積などが軽減され，周辺症状の改善効果が認められるかを検証する	熱布温罨法	後頚部	タオルを60℃の湯に5分間浸し，固く絞りビニールに入れて乾いたフェイスタオルに包み，後頚部に5分間（15時）貼用，毎日２週間実施する
15	膝関節の痛み・こわばりに対するホットパックを用いた温罨法の効果－下肢の温度と疼痛・こわばりの変化-	種子島ゆかり	2016	膝関節へのホットパックを用いた温罨法による下肢温度と疼痛，こわばりの変化を明らかにする	ホットパック	膝関節	ホットパック（ナビウオームパッド膝用570×280mm）を使用し，電子レンジ600Wで60秒加熱する疼痛が強い片側の膝関節に30分間実施する
16	玄米温罨法の肩こりへの効果の検証	中西喜美子 御手洗尚美	2017	A病棟の肩こりを訴える患者に，湿熱温罨法である玄米温罨法を実施し，肩こりの改善に効果があるのかを，皮膚温，筋硬度値を調べ検証を行う	玄米温罨法（電子レンジ湿熱温罨法）	頸部～肩	玄米を綿100%の布袋に詰めたものを電子レンジで1分加熱（700W）し，38～42℃以内に温め頸部～肩がおおわれるようにし，20分　２回/１日（10時，20時）実施する
17	うつむき姿勢保持に対する温罨法およびマッサージによる苦痛緩和効果　60歳以上の健常な高齢者による検討	古鳥智恵 井上範江 長家智子 他	2017	硝子体手術後のうつむき姿勢を想定した体位の保持に伴う苦痛に対する温罨法およびマッサージの効果を検証する	ホットパック	肩部	表面温度が42℃前後になるように加熱したホットパック（ナチュラルヒート肩用）をうつむき姿勢開始45分後から30分間使用する
18	Pilot study on benefits of applying a hot towel for 10 s to the skin of elderly nursing home residents during bed baths: Towards safe and comfortable bed baths	Inaho Shishido Yano Rica	2017	清拭中に高齢者の肌に10秒間おしぼりを充てると角質層の含水量を増加させ，高齢者の皮膚バリア機能を改善するかを検証する	熱布温罨法	前腕内側	皮膚を拭く前に前腕内側にホットタオル10秒間をつけた群とつけないものの2種類の体の清拭を行う
19	Lower-limb warming improves sleep quality in elderly people living in nursing homes	Chica Oshma Yuiko Taniho Hiromi Arita et al.	2017	ホットパックによる下肢の温ためが老人ホームに住む高齢者の睡眠を改善することができるかどうかを調べる	ホットパック	両下肢	ホットパックを電子レンジで2分間42℃に加熱したホットパックを，綿タオルに包み，各脚の足底表面と前面に配置する
20	外来透析患者の下肢動脈血行障害による症状の軽減効果の検証　足部蒸しタオル温罨法とフットマッサージの比較	深田 あい 山中麻美 山下広恵	2019	外来透析患者に対し，蒸しタオル法とフットマッサージのどちらかが末梢循環の促進により，下肢動脈血行障害の症状軽減に効果的であるかを検証する	熱布温罨法	両足	清拭車（保温温度は約 60℃）で加温・加湿したフェイスタオルを両足に各 4 枚ずつ巻き，その上からビニール袋で包み，15分間保温する
21	高齢者の皮膚における腰背部温罨法の安全性の検証	安田佳永 山口真弥 杉村直孝 他	2019	高齢者の皮膚において腰部温罨法を実施することの安全性を皮膚状態および皮膚温の経時的変化から検証する	熱布温罨法	腰背部	湯（恒温槽60℃に統一した湯）で温めた２枚のタオルをビニール袋に入れた温タオル（作成したタオルの表面温度は43℃程度）を10分貼用する（丸山式）
22	不快な幻聴により頓服薬を頻回に服用する認知症患者への後頸部温罨法の効果	南延寿 本田理恵	2019	後頚部温罨法により，頓服薬に頼ることが減り，幻聴からの苦痛の軽減と患者の安楽につながる効果が得られるかを検証する	熱布温罨法	後頚部	43℃前後のお湯でタオルを軽く絞り，ビニール袋に入れ頸部にあて，そのうえから乾燥タオルをあて，そのタオルをA氏に両手で支えてもらう（A氏が満足するまであててもらう）
23	高齢女性の後頚部温罨法がもたらす入眠誘導についての基礎的検証	川原恵 片山恵 徳重あつこ 他	2021	後頚部温罨法は健康な高齢女性の入眠を誘導するか基礎的な検証をおこなう	熱布温罨法	後頚部	蒸しタオルをビニール袋に入れ乾いたハンドタオルで保護し，第一頸椎から第七頸椎までの部位の皮膚に貼用する

１）高齢者の特性と温罨法の種類

高齢者の特性と実施された温罨法の種類について表２に示した。高齢者の特性は 36 のコード，７サブカテゴリから【加齢と心身の不調がもたらす影響の存在】，【疾患や症状とともにある生活】の２カテゴリが生成された。

（１）【加齢と心身の不調がもたらす影響の存在】

このカテゴリは＜乾燥状態＞，＜認知症の周辺症状と睡眠障害＞，＜慢性的な便秘＞，＜身体的苦痛＞の４サブカテゴリで生成された。

ｉ．＜乾燥状態＞（文献４，18，21）

〔角質水分量から皮膚が乾燥状態であった〕，〔口腔内の状態

表２　温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の種類

カテゴリ（2）	サブカテゴリ（7）	コード（36）	状況	温罨法の種類	文献
加齢と心身の不調がもたらす影響の存在	乾燥状態	口腔内の状態は乾燥（していた）	入院中	ホットパック	4
		全員，角質水分含有量で乾燥肌	施設入所中	熱布温罨法	18
		角質水分量から皮膚が乾燥状態であった	在宅（自立）	熱布温罨法	21
	認知症の周辺症状と睡眠障害	せん妄を発症した者	入院中	熱布温罨法	3
		（身体合併症や）認知症治療で入院中	入院中	ホットパック	12
		入院１か月以内の周辺症状（認知症）のある患者	入院中	熱布温罨法	14
		睡眠障害がある	施設入所中	ホットパック	19
		入眠困難があると考えられる高齢者	在宅（自立）	熱布温罨法	23
		統合失調症・アルツハイマー型認知症で幻聴の訴えがある	入院中	熱布温罨法	22
	慢性的な便秘	下剤を使用している	通院中	熱布温罨法	2
		下剤や浣腸を常時使用している	入院中	ホットパック	12
		実施前から下剤を使用して（いる）	入院中	熱布温罨法	6
		強い便秘症状を有す	入院中	めぐリズム	5
		便秘症状を有し，身体活動がほとんどみられない寝たきり状態にある	入院中	めぐリズム	13
		自ら努責がかけられない	入院中	ホットパック	7
	身体的苦痛	膝関節に疼痛やこわばり感を自覚	通院中	めぐリズム	8
		膝関節症に伴う疼痛がある	通院中	ホットパック	9
		慢性腰痛を自覚	在宅（自立）	めぐリズム	10
		６ヵ月以上の慢性腰部を自覚	在宅（自立）	めぐリズム	11
		膝関節痛が3～6ヵ月以上持続して（いる）	在宅（自立）	ホットパック	15
		肩こりを感じている	入院中	玄米温罨法	16
		姿勢保持に伴う苦痛がある	在宅（自立）	ホットパック	17
		冷感，しびれ，皮膚色不良がある	通院中	熱布温罨法	20
疾患や症状とともにある生活	疾患を有しながらの生活	外来通院している	通院中	めぐリズム	1
		入院中の脳血管疾患患者	入院中	熱布温罨法	3
		寝たきり高齢患者	入院中	めぐリズム	5
		臥床状態におかれている	入院中	熱布温罨法	6
		経管栄養中の患者	入院中	ホットパック	7
		身体合併症（や認知症治療）で入院	入院中	ホットパック	12
	症状とともにある生活	疼痛やこわばり感を自覚しながら自立した日常生活を送る	通院中	めぐリズム	8
		慢性腰痛を自覚し，地域で生活を営む	在宅（自立）	めぐリズム	10
		慢性腰部（痛）を自覚し，地域で自立した日常生活を送る	在宅（自立）	めぐリズム	11
	自立した生活	日常生活が自立している高齢者	通院中	めぐリズム	1
		自立した日常生活の活動を送る	在宅（自立）	ホットパック	15
		日常生活を身体的に自立して送っている	在宅（自立）	ホットパック	17
		自立した日常生活の活動を行うことができる	施設入所中	熱布温罨法	18

は乾燥（していた）〕など，３コードで生成された。実施された温罨法の種類は多い順に熱布温罨法（66.7%），ホットパック（33.3%）であった。

ⅱ．＜認知症の周辺症状と睡眠障害＞（文献３，12，14，19，22，23）

〔入院１か月以内の周辺症状（認知症）のある患者〕，〔（施設に入所中で）睡眠障害がある〕など，６コードで生成された。実施された温罨法の種類は多い順に，熱布温罨法（66.7%），ホットパック（33.3%）であった。

ⅲ．＜慢性的な便秘＞（文献２，５，６，７，12，13）

〔下剤を使用している〕，〔強い便秘症状を有す〕など６コードで生成された。実施された温罨法の種類は熱布温罨法とホットパック，めぐリズム（各同数）であった。

ⅳ．＜身体的苦痛＞（文献８，９，10，11，15，16，17，20）

〔膝関節に疼痛やこわばり感を自覚〕，〔慢性腰痛を自覚〕など８コードで生成された。実施された温罨法の種類は多い順に玄米温罨法を含むホットパック（50%），めぐリズム（37.5%），熱布温罨法（12.5%）であった。

（２）【疾患や症状とともにある生活】

このカテゴリは，＜疾患を有しながらの生活＞，＜症状とともにある生活＞，＜自立した生活＞の３サブカテゴリから生成された。

ⅰ．＜疾患を有しながらの生活＞（文献１，３，５，６，７，12）

〔外来通院している〕，〔身体合併症（や認知症治療）で入院中〕など６コードで生成された。実施された温罨法の種類は熱布温罨法，ホットパック，めぐリズム（各同数）であった。

ⅱ．＜症状とともにある生活＞（文献８，10，11）

〔疼痛やこわばり感を自覚しながら自立した日常生活を送る〕，〔慢性腰痛を自覚し，地域で生活を営む〕など３コードで生成された。実施された温罨法の種類は，すべてめぐリズムであった。

ⅲ．＜自立した生活＞（文献１，15，17，18）

〔日常生活が自立している高齢者〕，〔自立した日常生活の活動を送る〕など４コードで生成された。実施された温罨法の種類はホットパック（50%），めぐリズム（25%），熱布温罨法（25%）であった。

２）温罨法の効果

高齢者に得られた温罨法の効果は，63コード，14サブカテゴリから【皮膚への温熱反応】，【生理機能の維持改善】，【苦痛の緩和】，【日常生活動作の拡大】，【精神的な安寧】の５カテゴリが生成された（表３）。

（１）【皮膚への温熱反応】

このカテゴリは＜皮膚温度の上昇＞，＜温かさの感覚持続＞の２サブカテゴリから生成された。

表３　温罨法の効果

カテゴリ(5)	サブカテゴリ（14）	コード（63）	文献
皮膚への温熱反応	皮膚温度の上昇	腰部の温罨法は非温罨法群に比べ明らかに（皮膚温度）上昇していた	2
		皮膚温は上昇していた	6
		有意に皮膚温が上昇して（いた）	16
		直接皮膚を温めることでの皮膚上昇効果がみられた	17
		皮膚表面温度は有意に上昇（した）	18
		皮膚温の上昇（がみられた）	20
		皮膚表面温度および皮膚深部温度はタオル貼用群より有意に高かった	21
	温かさの感覚持続	９０分後も保温効果が得られ（た）	2
		温度上昇が維持できることが示された	15
		「皮膚の温かさ」について効果を感じる意見が有意に得られた	16
		温かさが保たれたと述べた	18
		症状保有患者が減少し有意差が認められたのは冷感（他覚）であった	20
生理機能の維持改善	循環機能の安定	血圧，心拍数に有意な変化はなかった	1
		体温，脈拍，血圧に変動はなかった	4
		循環器系への悪影響もない	5
		循環機能に異常所見を示す症状や反応は示されなかった	12
		（介入しない場合と比べ）心拍数および収縮期・拡張期血圧は上昇せずに経過した	17
	排泄機能の改善	排尿回数は優位に増加した	1
		下痢の誘発はなかった	
		腸管運動を促進できる温度が得られ（た）	2
		普通便に近づく傾向が示され，便形スケール点数の有意な低下が認められた	12
		便形は，普通便に近づく傾向が示された	5
		腸音が増加・・１日の排便回数が上昇（した）	6
		浣腸を併用しなくても排便を促す事が出来た	7
		大腸刺激性下剤を減量することが可能となった	13
	唾液分泌機能の改善	口腔水分計では，実験開始前と比べ，10日目には口腔ケア開始前でも，2.1～12.7%増加し（た）	4
		温罨法直後より，温罨法60分後の方が唾液分泌量が多く（なった）	
	皮膚の保水機能の維持	角質層水分含有量は増加した	18
		経表皮水分蒸散量および角質水分量は開始時と除去後15分の間に有意差はなかった	21
苦痛の緩和	疼痛の緩和	「膝の痛みやこわばり」において有意な改善が示された	8
		膝の痛みに対するVASの値に有意な低下が認められた	15
		腰部の痛みの程度（VAS）が有意に低下し改善が認められた	11
		疼痛緩和効果は継続性を持つ	
		ケア後に有意な疼痛の軽減を示した	9
		体の痛み領域で有意な改善が認められた	10
		温罨法中に貼用している部位の疼痛は低下（した）	17
	筋肉の凝り改善	膝のこわばりが改善（した）	15
		肩のこりが改善したという意見が多く得られた	16
		筋硬度値は，左右共に有意に低下が認められ（た）	
日常生活動作の拡大	日常生活動作障害の改善	日常生活動作障害度（ADLスコア）の改善	10
		終了後においても改善効果が持続（ADLスコア）	
		ADLスコアの変化からADLの拡大に有効であることが示された	11
	身体活動の拡大	「日常生活の状態」において有意な改善が示された	8
		「日常役割機能（身体）」の改善から身体活動レベルの上昇に有効である	11
精神的な安寧	快感情の喚起	「気持ちいい」「温かい」等，ケアに対する肯定的な発言が聞かれた	3
		「あったかい」「気持ちいい」という言葉が聞かれた	4
		「気持ちがいい」「ぽっぽしている」と快感を意味する言葉が聞かれ（た）	14
		「気持ちよさ」の項目で効果を感じた意見が多く，有意な差が認められた	16
		「気持ちええし，もっとしたい」という訴えがあった	22
		「気持ちがよい」などの言葉が聞かれた	6
		「全体的健康感」の領域に有意な改善が認められた	8
		「全体的健康感」で有意な上昇が認められ，健康意識の改善が示された	11
		心地よさの認知について確認された	
		心地よさも得ていた	9
		参加者は好意的に反応した	18
	精神機能の改善	発言内容が妄想的なものから現状を認識したものへと変化し（た）	3
		興奮・うつ・無関心・夜間行動の項目で改善がみられた	14
		「抑うつ-落ち込み」では，有意に上昇し，気分の抑うつや落ち込みは和ら（いだ）	17
	睡眠の改善	ケア後に入眠に至った	3
		睡眠障害は第１週から９週にかけて有意に減少した	19
		非温罨法日と比べて温罨法日はθ帯域のパワー値の有意な増加，α帯域のパワー値の減少を認めた	23
	身体抑制・薬剤の減少	過剰な動きが消失し（た）	3
		幻聴時の頓服薬の服用回数が減っていった	22

ⅰ．＜皮膚温度の上昇＞（文献２，６，16，17，18，20，21）
〔有意に皮膚温が上昇して（いた）〕，〔皮膚温の上昇（がみられた）〕など７コードで生成され，皮膚温度は上昇していた。
ⅱ．＜温かさの感覚持続＞（文献２，15，16，18，20）
〔90 分後も保温効果が得られ（た）〕，〔温かさが保たれたと述べた〕など５コードで生成され，温かさの感覚が持続していた。
（２）【生理機能の維持改善】
このカテゴリは＜循環機能の安定＞，＜排泄機能の改善＞，＜唾液分泌機能の改善＞，＜皮膚の保水機能の維持＞の４サブカテゴリから生成された。
ⅰ．＜循環機能の安定＞（文献１，４，５，12，17）
〔血圧，心拍数に有意な変化はなかった〕，〔循環機能に異常所見を示す症状や反応は示されなかった〕など５コードで生成され，循環機能は安定していた。
ⅱ．＜排泄機能の改善＞（文献１，２，５，６，７，12，13）
〔排尿回数は有意に増加した〕，〔便形は，普通便に近づく傾向が示された〕など８コードで生成され，排泄回数や排泄物の形状変化から，排泄機能の改善が示された。
ⅲ．＜唾液分泌機能の改善＞（文献４）
〔口腔水分計では，実験開始前と比べ，10 日目には口腔ケア開始前でも，2.1～12.7%増加し（た）〕，〔温罨法直後より，温罨法 60 分後に唾液分泌量が多く（なった）〕の２コードで生成され，唾液分泌量は増加していた。
ⅳ．＜皮膚の保水機能の維持＞（文献 18，21）
〔角質層水分含有量は増加した〕，〔経表皮水分蒸散量および角質水分量は開始時と除去後 15 分の間に有意差はなかった〕の２コードで生成され，角質水分量の増加（維持）から，皮膚の保水機能が維持されていた。
（３）【苦痛の緩和】
このカテゴリは＜疼痛の緩和＞，＜筋肉の凝りの改善＞の２サブカテゴリから生成された。
ⅰ．＜疼痛の緩和＞（文献８，９，10，11，15，17）
〔ケア後に有意な疼痛の軽減を示した〕，〔温罨法中に貼用している部位の疼痛は低下（した）〕など６コードで生成され，疼痛が緩和していた。
ⅱ．＜筋肉の凝り改善＞（文献 15，16）
〔膝のこわばりが改善（した）〕，〔筋硬度値は，左右共に有意に低下が認められ（た）〕など３コードで生成され，筋肉の凝りやこわばりが軽減していた。
（４）【日常生活動作の拡大】
このカテゴリは＜日常生活動作障害の改善＞，＜身体活動の拡大＞の２サブカテゴリから生成された。
ⅰ．＜日常生活動作障害の改善＞（文献 10，11）
〔終了後においても改善効果が継続（ADL スコア）〕，〔ADL スコアの変化から ADL の拡大に有効であることが示された〕など３コードで生成され，日常生活動作障害度（ADL スコア）が改善されていた。
ⅱ．＜身体活動の拡大＞（文献８，11）
〔「日常生活の状態」において有意な改善が示された〕，〔「日常役割機能（身体）」の改善から身体活動レベルの上昇に有効である〕の２コードで生成され，身体活動が拡大していた。
（５）【精神的な安寧】
このカテゴリは＜快感情の喚起＞，＜精神機能の改善＞，＜睡眠の改善＞，＜身体抑制・薬剤の減少＞の４サブカテゴリから生成された。
ⅰ．＜快感情の喚起＞（文献３，４，６，８，９，11，14，16，18，22）
〔「気持ちがいい」「ぽっぽしている」と快感を意味する言葉が聞かれ（た）〕，〔「気持ちええし，もっとしたい」という訴えがあった〕など，最も多い 11 コードで生成され，好意的な反応効果が示された。
ⅱ．＜精神機能の改善＞（文献３，14，17）
〔発言内容が妄想的なものから現状を認識したものへと変化し（た）〕，〔興奮・うつ・無関心・夜間行動の項目で改善がみられた〕など３コードで生成され，妄想的な発言が現状を認識したものに変化したことや，気分の抑うつや落ち込みが和らいでいた。
ⅲ．＜睡眠の改善＞（文献３，19，23）
〔「眠れた」「少し眠れた」を合わせると７割以上を占めていた〕，〔睡眠障害は第１週から９週にかけて有意に減少した〕など３コードで生成され，温罨法実施後に入眠に至ったことや，睡眠障害が有意に減少し，睡眠が改善したことが示されていた。
ⅳ．＜身体抑制・薬剤の減少＞（文献３，22）
〔身体拘束が減少した〕，〔薬剤使用が減少した（せん妄）〕など３コードで生成され，身体抑制やせん妄，幻覚時の服用が減少していた。

Ⅵ．考　　察

１．高齢者にむけた看護師が行う温罨法の概要

2007 年から 2021 年の 15 年間で 23 件抽出され，2017 年が４件と一番多かったが，年次推移に偏りは認めない。高齢者にむけた看護師が行う温罨法研究の文献数は多いとは言い難いため，研究成果を積み上げていく必要がある。

温罨法の種類と貼用部位，介入回数と期間を含む実施方法は，武田ら（2022）の文献検討と同様に，温罨法の種類では熱布温罨法が一番多く，次にホットパック，めぐりズム（蒸気温熱シート）で，温罨法の選択において年齢による顕著な差は見られなかった。また貼布部位について，腰背部が７件で一番多く，次に下肢（膝を含む）が５件，腹部と後頚部がそれぞれ３件で，目的に応じた貼用部位が頭以外の全身に及んでいたことは，江上（2008）の文献レビューの結果と同様であった。どの温罨法も貼用時には 40～42℃ 前後で実施する前に研究者の肌で確認し，高齢者にも感覚を確認することが遵守され，有害事象は認められていない。よって温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果を考察する上で，温罨法

の種類や貼付部位，実施方法に年齢的な違いはなく，安全性についても問題がないことが示された。

２．温罨法をうけた高齢者の特性と温罨法の効果

１）【加齢と心身の不調がもたらす影響の存在】に対する温罨法の効果

（１）＜乾燥状態＞の特性と温罨法の効果（文献４，13，21）

高齢になるにつれ，皮膚角質層の水分量が減少し（Potts et al., 1984），皮膚は脆弱化するとともにバリア機能や感覚機能も低下する（佐々木ら，2014）。本研究では，湿熱を用いた温罨法により，皮膚の保水機能の維持と快感情の喚起が認められた。湿熱法は皮膚へ直接湿潤を与える特徴を有し（日本看護技術学会，2021），乾熱法よりリラクセーション効果が高いことが報告されている（金子・乗松，2012）。このことから，湿熱布温罨法は，高齢者の脆弱な皮膚に負担をかけることなく，皮膚の保水機能の維持や快感情の喚起を通じて精神的安寧に寄与する看護技術であると考えられる。また，高齢者では加齢や薬剤の影響により唾液分泌量が低下し，口腔乾燥を生じやすく（北川ら，2018），口腔衛生の悪化は誤嚥性肺炎の一因となる（鮫島・湯本，2010）。口腔周囲への温罨法により唾液分泌の促進が示唆され，誤嚥性肺炎予防への応用が期待される。

（２）＜認知症の周辺症状と睡眠障害＞の特性と温罨法の効果

高齢者では，入院などの環境変化や疾患・治療に伴う身体的苦痛により，認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）が出現しやすく（北川ら，2018），疾病治療の有無と睡眠障害との関連も報告されている（会沢ら，2020）。本研究では，認知症の周辺症状や睡眠障害に対する温罨法は，精神機能や睡眠の改善に有効であることが示された。これらに対しては熱布温罨法が多く用いられており，簡便に実施できる温罨法として選択された可能性が考えられる。また，有田ら（2022）は，温罨法により交感神経活動が抑制され，副交感神経活動が有意となることでリラクセーション状態がもたらされることを報告している。本研究で認められた精神機能や睡眠の改善，快感情の喚起も，このような生理学的変化が関与した可能性が考えられる。快感情の喚起は精神的安寧につながり，睡眠の改善とともに高齢者の日中の活動性や生活機能の維持につながる可能性があり，温罨法が認知症高齢者に対する非薬物療法として有用な看護技術であることが示唆された。

（３）＜慢性的な便秘＞の特性と温罨法の効果

高齢者では，加齢に伴う腸管運動の低下や活動量の減少などにより，慢性的な便秘を生じやすく，下剤に依存することも少なくない（小岡・原，2019）。本研究では，慢性的な便秘に対する温罨法により，排泄機能の改善に加え，温かさの感覚持続や快感情の喚起が認められた。これは，32～39℃の温熱刺激により温熱受容器が刺激され，腸管運動が促進されたことによるものと考えられる（菱沼ら，2010）。また，温感の持続や快感情の喚起は，副交感神経活動が亢進することでリラクセーション状態がもたらされたことによる可能性がある（菱沼ら，2010）。快感情の喚起は精神的安寧につながり，排泄機能の改善とともに高齢者の生活の質や活動性の維持に寄与する可能性があり，温罨法は自然な排便を促す非薬物療法として有用であることが示唆された。慢性的な便秘に対しては，熱布温罨法，めぐリズム，ホットパックが用いられており，期待する作用時間や貼用部位に応じて選択された可能性が考えられる。

（４）＜身体的苦痛＞の特性と温罨法の効果

高齢者の身体的苦痛は，主に膝や腰の痛み，筋肉のこりに起因していた。厚生労働省の 2022 年国民生活基礎調査では，男女ともに「腰痛」「肩こり」の有訴率が高いことが報告されている（厚生労働省，2022）。また，膝や腰の痛みは加齢に伴う運動器機能の低下に起因することが多く（堀内ら，2013），日常生活動作（ADL）や身体活動を制限する主要な要因となる。本研究の結果，身体的苦痛に対する温罨法の実施により，疼痛や筋肉のこりの軽減に加え，快感情の喚起や日常生活動作の改善，身体活動の拡大が示された。これらの効果は，温熱刺激による血流改善や筋緊張の緩和が疼痛を軽減させ，身体活動を促したことに加え，副交感神経活動が優位となりリラクセーション状態がもたらされたことが関与していると考えられる。温罨法によって症状が緩和されることは，患者の「安楽」につながる重要な要素の一つである（小澤ら，2022）。よって，温罨法による快感情の喚起が精神的安寧をもたらし，疼痛の軽減や日常生活動作の改善とともに，高齢者の活動性や生活機能の維持・向上に寄与する可能性がある。以上のことから，温罨法は単なる苦痛緩和にとどまらず，高齢者の生活機能を包括的に支える非薬物療法として有用な看護技術であることが示唆された。また，身体的苦痛に対してはホットパック，めぐリズム，熱布温罨法が用いられており，貼用部位や必要な温熱持続時間に応じて適切な手法が選択されたと考えられた。

２）【疾患や症状とともにある生活】にむけた温罨法の効果

（１）＜疾患を有しながらの生活＞の特性と温罨法の効果

高齢者は複数の疾患を有し，年齢階級が高くなるに従い通院者率も高く（厚生労働省，2022），疾患とともに生活している者が多い。本研究では，疾患を有しながら生活する高齢者に対する温罨法は，身体面・精神面・生理機能にわたる多面的な効果が認められた。武田ら（2022）の文献検討でも，研究目的以外の副次的効果が多数報告されており，温罨法は単一の症状改善にとどまらず，包括的な効果が期待される。本研究でも，苦痛の緩和や精神的安寧，生理機能の維持・改善など，高齢者の生活機能を支える効果が認められたことから，温罨法は疾患そのものへの対応だけでなく，高齢者が疾患とともに生活するための包括的な看護技術として有用であると考えられる。選択された温罨法の種類に偏りは認めず，対象者の疾患や状態に応じて適切な手法が選択された可能性が考えられる。

（２）＜症状とともにある生活＞の特性と温罨法の効果

症状とともに生活する高齢者では，慢性的な疼痛などによ

り生活機能が制限されやすい（山田ら，2022）。本研究では，温罨法は疼痛の軽減に加え，快感情の喚起や日常生活動作の改善，身体活動の拡大につながることが認められた。これらの効果は，高齢者が症状とともに生活する中で，活動性や生活機能の維持を支える可能性があり，症状緩和だけでなく生活活動を支援する看護技術として有用であると考えられる。温罨法は全てめぐリズムが用いられており，継続して使用しやすい手法が選択された可能性がある。

（3）＜自立した生活＞の特性と温罨法の効果

高齢者では，加齢に伴い身体機能や生活機能が低下しやすく（永井ら，2024），自立した生活を維持することが重要である。本研究では，自立した生活を送る高齢者に対しても，温罨法は身体面・精神面・生理機能に多面的な効果が認められた。これらの効果は，自立した生活や活動性の維持につながる可能性があり，高齢者の健康寿命の延伸を支える看護技術として期待される。温罨法ではホットパックが最も多く用いられ，活動状況や貼用部位に応じて選択された可能性がある。

以上より，本研究では，高齢者を対象とした温罨法の効果を統合的に整理した結果，対象となった高齢者は【疾患や症状とともにある生活】を営み，【加齢と心身の不調がもたらす影響】を受けていることが明らかとなった。そのような高齢者に対する温罨法は，皮膚への温熱反応にとどまらず，苦痛の緩和，生理機能の維持・改善，精神的安寧をもたらし，日常生活動作や活動性の維持・向上につながることで，高齢者の生活機能を支える可能性が示された。

3．研究の限界と課題

研究の限界として，本研究の検索データベース利用が限定していること，キーワードの語句選択によっては，高齢者にむけた温罨法の研究が他にも存在している可能性がある。これまで温罨法に関する研究は部位別・症状別に報告されることが多かった。本研究では，高齢者を対象とした温罨法を統合的にレビューしたことにより，温罨法が高齢者の身体的・精神的機能を支える包括的な看護技術である可能性が示された。しかし，本研究は文献レビューであり，実際の介入効果を検証したものではない。今後は，本研究で得られた知見を基盤として，高齢者の転倒予防を目的とした温罨法の介入研究を進め，足部機能や生活機能への効果を実証していく必要がある。

Ⅶ. 結　　論

本研究の文献レビューによって，以下のことが整理された。

1．温罨法をうけた高齢者の特性は，【加齢と心身の不調がもたらす影響の存在】，【疾患や症状とともにある生活】の2カテゴリに示され，実施された温罨法の種類は，熱布温罨法，ホットパック（玄米温罨法を含む），めぐリズムに分類された。

2．温罨法の効果は，【皮膚への温熱反応】，【生理機能の維持改善】，【苦痛の緩和】，【日常生活動作の拡大】，【精神的な安寧】の5カテゴリに示された。

本研究により，温罨法は高齢者の身体面・精神面・生活機能を包括的に支える看護技術として有用である可能性が示唆された。高齢者に対する温罨法実践を検討する上での基礎資料となりうる。

付記：本論文の内容の一部は，第7回東アジア看護学者フォーラム（EAFONS）において発表し，加筆，修正を加えた。

謝辞：本研究は，令和4年度科学研究費助成事業（研究スタート支援）学振助一第696号を受けた。

利益相反：本研究において開示すべき利益相反はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

会沢紀子，宮本雅之，丸井明美，金子昌子，石川由美子.（2020）．B町で生活する高齢者の睡眠状況と健康状態および生活習慣との関連．*獨協医科大学看護学部紀要，13*, 49–60.

有田広美，小林宏光，大島千佳，藤本悦子.（2022）．自律神経活動からみたホットパック温罨法のリラクセーション効果．*福井県立大学論集，57*, 87–94.

江上京里.（2008）.「温罨法」の統合的文献レビュー．*日本看護技術学会誌，7*(2), 4–11.

菱沼典子，山崎好美，井垣通人.（2010）．腰部温罨法の便秘の症状緩和への効果．*日本看護技術学会誌，9*(3), 4–10.

堀内ふき，大渕律子，諏訪さゆり（編）.（2013）．*ナーシンググラフィカ老年看護学①高齢者の健康と障害（第4版）*．メディカ出版.

金子眞由美，乗松貞子.（2012）．腰背部温罨法における湿熱法と乾熱法によるリラクセーション効果の比較．*日本看護研究学会雑誌，35*(4), 37–46.

北川公子，荒木亜紀，井出訓，植田恵，岡本充子，小野光美，北村有香，桑田美代子，佐々木八千代，白井みどり，末弘理恵，菅原峰子，高岡哲子，竹田恵子，長瀬亜岐，長畑多代，荻野悦子，原等子，松岡千代，…吉岡佐知子.（2018）．*系統看護学講座 専門分野老年看護学*（第9版）．医学書院.

小岡亜希子, 原祥子.（2019）.「高齢者の排便ケア」に関する文献レビュー．*島根大学医学部紀要，41*, 1–8.

厚生労働省.（2022）．*国民生活基礎調査の概況 Ⅲ世帯員の健康状況*.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/04.pdf（2025年2月3日閲覧）

工藤由紀子.（2007）．罨法におけるリスクマネジメントと卒後継続教育の実態に関する研究．*秋田大学医学部保健学科紀要，15*(2), 102–111.

村中陽子.（2001）．*基本的看護ケア-EBNの実践に向けて*．医歯薬出版.

永井隆士，笠井史人，川手信行.（2024）.【在宅におけるリハビリテーション診療マニュアル】在宅リハビリテーション各論　フレイル・サルコペニア・ロコモ．*MEDICAL REHABILITATION, 305*, 155–161.

日本看護技術学会技術研究成果検討委員会 温罨法班.（2021）．*便秘症状の緩和のための温罨法 Q&A Ver.4.0*，12–14.

小澤尚子，及川けい子，脇田泰章.（2022）．わが国における手術を受ける高齢患者の安楽（comfort）に関する統合的文献レビュー．*常磐看護学研究雑誌，4*, 1–11.

Potts, R. O., Buras, E. M., & Chrisman, D. A. (1984). Change with age in moisture content of human skin. *The Journal of Investigative Dermatology, 82*(1), 97–100.

鮫島靖浩，湯本英二.（2010）.【高齢者の誤嚥性肺炎】誤嚥と

嚥下のメカニズム　嚥下機能のメカニズム．*Geriatric Medicine*, *48* (12), 1621–1624.

佐々木英忠，鳥羽研二，荒井啓行，秋下雅弘.（2014）．*系統看護学講座 老年看護病態・疾患論（第 4 版）*．医学書院.

武田七海，藤田啓之介，大竹愛美，杉山龍之介，鐘ヶ江希，永瀬樹亜里，山本紗穂，ハーネド明香，高橋智子，内山孝子，松山友子.（2022）．2008 年から 2019 年に発表された温罨法に関する国内文献の検討．*東京医療保健大学紀要*, *17* (1), 66–74.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52* (5), 546–553.

山田恵子，藤井朋子，久保田康彦，池田登顕，花里真道，近藤尚己，松平浩，近藤克則.（2022）．日本の地域自立高齢者における慢性運動器疼痛と慢性広範囲疼痛の有病率及び地域差について　大規模横断的高齢者コホート研究（日本老年学的評価研究 JAGES2019 年調査）．*Journal of musculoskeletal pain research*, *14* (4), S41.

◇研究報告◇

精神科急性期治療病棟における服薬自己管理アセスメントシートの作成

菊池敦子[1)*]，鈴木美央[2)]，佐藤紗代[1)]

【目的】精神科急性期治療病棟において服薬自己管理アセスメントシートを作成し，アセスメントシートの妥当性および活用可能性を明らかにすることである。

【方法】第１段階では文献検討を行い，服薬自己管理アセスメントシートを作成した。第２段階では，服薬自己管理アセスメントシートを導入し，導入前後での服薬自己管理導入患者数の集計，看護師を対象とした質問紙調査を行った。

【結果】文献検討から，36 のコード，20 のサブカテゴリー，３のカテゴリーが抽出され，９つのチェック項目からなる服薬自己管理アセスメントシートを作成した。服薬自己管理導入患者数はアセスメントシート導入前後での変化はなかったが，看護師の服薬自己管理支援に対する意識は向上した。

【結論】服薬自己管理アセスメントシートを導入したことで看護師の服薬自己管理の必要性の認識が高まったことから，服薬自己管理促進における一定の活用可能性が認められた。

【キーワード】服薬支援，精神科急性期，アセスメントシート

Ⅰ．はじめに

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が加速し，精神科急性期治療の重要性が広がる中，退院後の服薬自己中断による症状再燃から再入院を繰り返すことが多いことが課題となっている。精神症状の再発や再入院予防のためには，服薬習慣の確立や服薬への積極的な動機づけの促進が必要（黒川ら，2013）だが，精神科急性期においては，重篤な精神症状のため患者の理解や判断力が一時的に低下している場合があり，治療への主体的な参加を促すためには，まずは確実な服薬ができるように服薬アドヒアランスを高めることが重要である。そのため，精神科急性期看護では，服薬自己管理の支援が重要視されている。

服薬自己管理の重要性が認識されている一方で，患者評価の判断基準がわからない，服薬自己管理の責任をとりたくない，受け持ち看護師任せになっている，服薬自己管理の導入に対して迷いがある等の服薬自己管理支援上の課題が明らかになっている（田端ら，2018）。そのため，患者の自己管理能力や支援方法の標準的な手順の開発が求められている（宮内ら，2013）。

先行研究において，精神科病棟における内服自己管理支援に関する研究として，内服自己管理パスを用いた服薬アドヒアランスの変化に関する研究や（楠ら，2015），フローチャート導入に関する取り組み（鴇田ら，2019），精神科看護師を対象とした実態調査（宮内ら，2013）が行われている。しかし，服薬自己中断による再発再燃で入院する患者が多い精神科急性期病棟を対象とした服薬自己管理導入の評価基準に関する研究は少ない。また，服薬自己管理支援の実践は，看護師の服薬自己管理支援に対する認識や有用性の理解，さらには支援に対する動機づけの程度に影響を受けるため，これらの個人差が支援の実施状況や内容のばらつきを生じさせる要因となる（Kardas et al., 2013）。そのため，服薬自己管理支援の充実には，看護師の服薬自己管理に対する認識や理解についても明らかにすることが必要である。

服薬自己管理支援の充実に向け，看護師が不安や迷いなく標準化可能な評価基準をもとに多くの患者に服薬自己管理を導入し，患者の服薬アドヒアランス向上を支援することが重要である。

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）国立国府台医療センター　　2）千葉大学大学院看護学研究院
＊ E-mail：kikuchi.at@jihs.go.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，１．精神科急性期治療病棟において，看護師が服薬自己管理を導入する際の評価基準となる服薬自己管理アセスメントシートを作成すること，２．看護師を対象とするアンケート調査から服薬自己管理アセスメントシートの妥当性および活用可能性を明らかにすることである。用語の定義として，「服薬自己管理アセスメントシート」を服薬自己管理導入のための患者の能力や環境について評価するための基準とした。

Ⅲ．方　　法

本研究は２段階で構成した。第１段階で文献検討を基に服薬自己管理アセスメントシートを作成し，第２段階で服薬自己管理アセスメントシートの妥当性および活用可能性を評価した。

１．第１段階：服薬自己管理アセスメントシートの作成

服薬自己管理アセスメントシートの項目の選定のため，文献検索を行った。

１）文献検索および対象文献の選定（図１）

対象文献の選定過程は図１に示す通りである。

最終分析対象の文献の概要を表１に示す。精神科での実践が８件，外科，内科の混合病棟での実践が２件，高齢者を対象とした実践が３件であった。研究目的は，アセスメントシートやフローチャートの効果検証に関する介入研究が９件，アセスメント指標の開発に向けた患者への質問紙調査が１件，セルフケアに関する文献検討が１件，患者の服薬行動に関する観察研究が１件，看護師の服薬自己管理のアセスメントの視点に関する質的研究が１件であった。対象者として患者を対象とした研究は７件，患者と看護師を対象とした研究は４件，看護師を対象とした研究は２件であった。対象論文を精読し，服薬自己管理アセスメントシートのアセスメント項目・運用方法・評価方法に関する記述を抽出してまとめた。

２）服薬自己管理アセスメントシートの項目選定

服薬自己管理アセスメントシートの項目は，表１で抽出した内容をコード化し，類似性に基づいて分類してサブカテゴリーを生成し，抽象度を高めてカテゴリーを生成した。また，コードが出現する文献数を算出し，サブカテゴリーに含まれるコード数が３以上のサブカテゴリーを中心に，研究者間で検討してアセスメントシートの項目を抽出した。データのコード化，カテゴリー化，服薬自己管理アセスメントシートの項目選定では，共同研究者間で話し合いの上項目を選定し，さらに質的研究の経験がある研究者にスーパーバイズを受け，分析の信頼性を高めた。

対象となる文献を質的帰納的に分析した結果，36 のコード，20 のサブカテゴリー，４のカテゴリーが生成された（表２）。コードを「　」，サブカテゴリーを《　》，カテゴリーを＜　＞として示す。

＜社会背景＞には，《退院後に自己管理する必要がある》，《経済的負担感がない》等の３のサブカテゴリーが含まれた。＜精神機能＞には，《精神症状が落ち着いている》，《理解力・判断力・記憶力の低下がない》，《服薬の必要性が李狩りできる》等の９のサブカテゴリーが含まれた。＜身体機能＞には，《文字を読むことができる》，《薬袋を開けて薬を取り出せる》等の７のサブカテゴリーが含まれた。＜主治医許可＞には，《主治医からの許可がある》のサブカテゴリーが含まれた。

分析した内容を基にアセスメント項目を選定し，服薬自己管理アセスメントシートを作成した（表３）。アセスメント項目の内容は，＜社会背景＞から，①退院後に自己管理する必要がある，＜精神機能＞から②精神症状が落ち着いている，③理解力・判断力・記憶力の低下がない，④服薬の必要性が理解できる，⑤拒薬・飲み渋りがない，⑥過量服薬の可能性がない，＜身体機能から＞⑦文字を読むことができる，⑧薬袋を開けて薬を取り出せる，⑨薬を飲みこむことができるの９項目と＜主治医許可＞の可否を選定した。対象文献および精神科急性期治療病棟での入院期間を考慮して２週間毎とした。

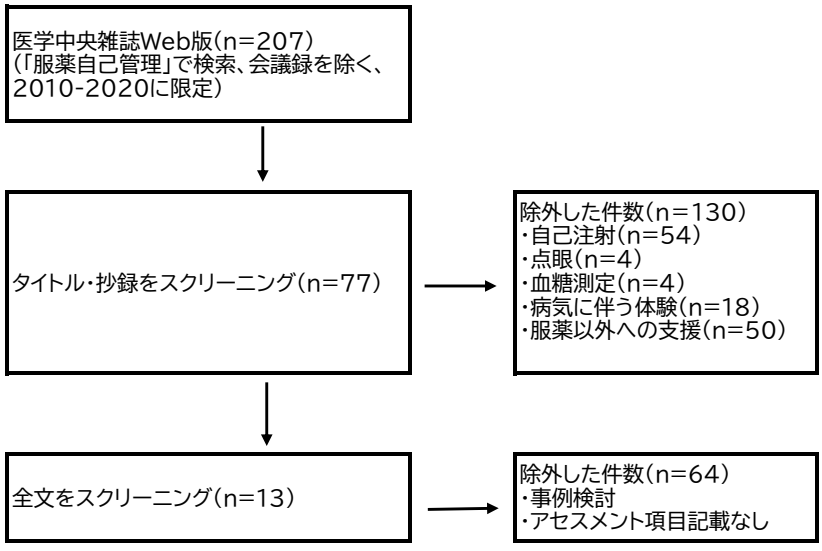


図１　対象文献の選定過程

表１　対象文献の概要および服薬自己管理アセスメントシートの項目

整理番号	著者名	発行年	タイトル	研究目的	診療科	対象者数	アセスメントシートの項目	運用方法	評価方法
1	松本有香 他	2012	内服薬自己管理開始の客観的指標作成の試み	内服自己管理移行の判断基準確立をめざし，内服自己管理スコアシートを作成，スコアシートの妥当性と有効性について検討する	精神科	女性患者47名	看護師管理/入院が理解できている/病名が理解できている/認知症，知的障害がない/判断力，理解力，記憶低下がない/薬の内容が理解できている/内服のタイミングを理解している 服薬量を知っている/薬の必要性を理解している/過去に拒薬していない/薬剤に対する不満，不信感がない/希死念慮がない/過去に自殺企図がない	評価は受け持ち看護師がそれぞれの患者に対して日頃の観察をふまえて記入し，自己管理移行への適応は項目1が2点かつ合計点が20点以上とした。	スコアシートを基に自己管理可能な患者を抽出し，経過を追った 対象者に意見を聴いた
2	伊佐新誠 他	2012	服薬自己管理へ向けて　主観的評価尺度，病識評価尺度を活用した早期介入を通して	評価尺度を用いて，治療，服薬に対する認識および病識，実際の服薬行動の評価を行い，服薬自己管理に向けた早期介入の判断基準を検討する	精神科	患者55名	dai-10/ SAI-J(最近1週間の患者の服薬態度，服薬についての患者の考え・態度，自己の疾病についての認識，精神症状についての認識)	記載なし	記載なし
3	柳瀬真弓 他	2016	段階的な内服の自己管理に向けた看護師の判断基準統一を目指して	内服薬管理アセスメントシートを作成し活用することで看護師が患者のセルフケア能力に応じた内服管理方法を選択し，段階的に変更できることを明らかにする	精神科以外	患者16名(男性6名，女性10名)	薬袋の文字を読むことができる/薬袋をあけることができ，薬が出せる/薬を口まで運ぶことができる/内服している薬の個数が言える/時間薬・曜日薬があるか認識できている/薬の作用について理解できている/病識がある	手術3日目，入院3日目に初回評価を行い，できなかったところへの介入を毎日実施する。介入例を表示する。初回評価後は1週間おきに評価する。	アセスメントシートに問題がなければ本人管理に移行する。問題があれば1日分セットとし，1週間ごとに再評価を行う。飲み忘れがなければ本人管理，あれば1日管理へ変更。
4	栗幅勇治 他	2016	内服自己管理患者のインシデント減少を目指した取り組み～内服管理アセスメントシートの活用～	内服自己管理患者の内服インシデント減少とアセスメントシート導入による効果を明らかにする	精神科以外	患者561名	自分の口までこぼさずに運ぶ動作/薬袋から薬が出せる/むせの有無/自宅で自己管理していたか/自己判断で内服の中断がない/薬の薬効，用量，用法がいえる/飲み忘れ/理解力/意識レベル/認知機能低下の有無/自己調整していないか	入院時，状態変化。インシデント発生時にフローチャートに沿って評価するとともにアセスメントシートを活用した評価も実施	項目全てに○が付く場合は自己管理 項目のいずれか1つに×が付く場合は配薬管理となる
5	和田由佳	2011	オレム看護論の10のパワー構成要素に着目した高齢者の内服自己管理能力チェックリストの考案	オレム看護論のセルフケア・エージェンシーの力(パワー)構成要素に着目した高齢者の内服自己管理能力チェックリストを考案する。	–	–	病気を良くしようという気持ち/自分の病気のことが気になる/飲んでいる薬が何であるか気になっている/日頃健康のために何かを行っている/日頃自分の健康に関して関心をもっている/内服できる体力がある/自分の体を動かせる体力がある/身体の障害が見られない/ ヒート や分包から薬を出すことができる/薬を口に入れることができる/薬を飲み込むことができる/飲み残しがないか確認することができる/薬の取りこぼしがない/錠剤が小さすぎず見やすい/形状が飲みやすい/視力障害がない/上肢の機能障がない/座位がとれる/ 自分のことは自分でしようとしている/すべて人に頼まない/自分の病気・健康は自分が管理しなくてはいけないと理解している/内服の自己管理が今後の生活に必要だと理解している/退院してからも自分で薬の管理をしないといけないことを理解している/なぜこの薬を飲むようになったのかを理解している/なぜこの薬を飲み続けなければならないか理解している/経済的に負担を感じていない/ 医療者が声をかけなくても自分で薬を飲むことができる/内服治療に同意している/継続して薬を飲むことができている/医師の指示通り薬を飲むことができている/薬の飲み方を間違えずに飲むことができる/薬の用法・用量がわかっている/内服時の注意点について知っている/どんな副作用があるか知っている/副作用が出たときの対処方法を知っている/飲んでいる薬が何の病気の薬か知っている/飲み忘れたときの対処方法を知っている/ごはんが食べられなかった時の内服の対処方法を知っている/記憶力の低下が見られない/情報提供書を活用している/ 薬についての疑問，不安，要望等を医師・看護師，薬剤師に伝えることができる/自分の病気や治療に関して，医療者に思っていることが言える/自分から薬の指導を依頼できる/薬を飲み続けると将来どのようないことがあるか知っている/症状が改善しても薬を中断することなく正しく飲むことができる/症状によって薬を調節して飲むことがない(下剤以外)/飲み忘れがない/飲み忘れ防止のために工夫することができる/保管場所・保管方法が定まっている/忘れずに薬を持って出ている/自分の生活リズムに合わせて内服の時間を決めることができる/内服することが生活習慣の一部にすることができている/お酒を飲んだい時の対処方法を考えている/必要に応じて家族等の援助を得ることができる	記載なし	記載なし
6	佐藤美沙子 他	2012	精神科における服薬自己管理判断基準表の活用とその効果	病棟独自の基準表を作成し，活用することで看護師の自己管理に対する意識の変化や戸惑った視点で導入の判断が可能かを明らかにすること	精神科	看護師:16名 患者37名	個室隔離(拘束)をしていない/発達障害，認知機能障害(疑いも含む)の診断がない/退院後自己管理の必要がある/病感があり，症状に左右されない/精神状態が落ち着いている/薬剤調整がある程度終わっている/大量服薬の可能性がない/薬の必要性が理解できている(症状を悪化させないために内服することが理解できている)/薬の内服方法がわかっている(例:リスパダールをお茶で飲まないなど)/拒薬がない/薬を自己調整する可能性がない/見当識障害がない/理解力，判断力，記憶力の低下がない/身体機能に関して介助なしで服薬できる(薬の開封，文字が読める，失禁がない)/精神状態に問題がない	初回使用日から2か月間，約2週間毎に基準表を使用する	全ての項目に○がついたら担当医に服薬自己管理の許可を確認する。全ての項目が満たされなくても可能と判断した場合も担当医に報告する。服薬自己管理開始の判断ができない場合はカンファレンスを開く。
7	六波羅佐奈枝 他	2015	閉鎖病棟における服薬自己管理への試み	フローチャートを作成し，その活用が服薬自己管理の導入に際し有用であることを明らかにする。 フローチャートを活用した服薬自己管理の導入が患者と看護師の双方に良好な認識変容をもたらすことを明らかにする。	精神科	患者56名，看護師19名	意識障害の判定/認知機能の判定/身体機能の判定/薬の理解と自己管理継続能力(服薬能力判定試験，DAI-10も含める)	FCによる評価の結果に基づき，個々の能力に合わせた服薬自己管理を実施した	記載なし
8	上谷珠代 他	2019	内服自己管理に関するスタッフの意識調査―アセスメントシート導入による効果と課題―	アセスメントシートを作成・導入がスタッフの意識にどのような変化をもたらしたのか明らかにするとともに，その効果と課題を検討する。	–	看護師23名	JRACT(高齢者に対する①聴力・視力，②服薬理解能力(薬袋)，③服薬作業能力(手先の器用さ)，④薬の管理能力(長期の管理)に関する質問形式試験)	入院当日にフローチャートに従って管理方法を選択し，アセスメントシートを記入後，翌週の検討会にかけ内服管理選択状況を紹介する。	毎週検討会を行い，以後の管理方法を点数評価に応じてカンファレンスで討議のうえ決定した。
9	鴻田百合子 他	2019	精神科における内服薬自己管理促進のための取り組みーフローチャート導入後の評価と考察ー	フローチャート導入により1週間分の内服薬を自己管理が可能な状態で退院した患者の割合の変化と変化した要因について評価を考察を行う。	精神科	対象期間に退院した患者，看護師16名	判断力/理解力/記憶力の低下/意識レベルの低下/不穏・せん妄・興奮などの精神症状/視力障害/嚥下障害/内服介助の必要性/拒薬・薬物依存の有無	入院時に内服薬自己管理能力アセスメント表を評価し，評価結果に応じた服薬管理方法を検討していく。患者の状況によって内服管理方法を再検討していく。	評価項目【患者の状態】1～7の項目すべて「ない」であれば，入院前に内服薬を自己管理していたかを確認し，かつ医師が内服自己管理を許可した場合，自宅での内服薬の管理方法と同じ方法で自己管理を継続していく。同項目ですべて「ない」に当てはまらない場合は1回分ずつ与薬から開始する。1週間ごとに患者の内服薬の自己管理能力についてアセスメントを行い，評価項目【患者の状態】1～7の項目すべて「ない」またはそれに準ずると判断されかつ医師の許可がある場合，1日分自己管理，1週間分配薬BOXでの自己管理，1週間分薬袋管理へのステップアップしていく。【患者の状態】1～7の項目すべて「ない」に当てはまらない場合や自己管理について医師の許可がない場合は，内服自己管理方法はステップアップせず，現状の管理方法を継続していく。
10	松井一三 他	2016	開放病棟での服薬自己管理拡大に向けて　服薬自己管理開始の判断基準導入による看護師の意識変化	服薬自己管理開始への判断基準を設定し，服薬自己管理の拡大を試みる	精神科	患者52名，看護師16名	見当識がある/拒薬がない/精神的に安定している/自己管理に対して意欲がある/薬袋をあける行為ができる/私物管理ができる/主治医から内服自己管理の許可を得ている	受け持ち看護師に自己管理できていない全患者について導入の可否を判断してもらう。判断が難しいとされる患者についてはカンファレンスを開き，複数の看護師の意見を聴き入評価した。対象となった患者には受け持ち看護師が中心となって服薬自己管理を勧めていく。	記載なし
11	野口奏助 他	2018	服薬自己管理開始時の評価表作成をめざして　看護師のインタビューから見えた服薬自己管理開始時のアセスメントの視点	A病棟での服薬自己管理自記のアセスメントの視点を明らかにする	精神科	看護師12名	薬包を開封できる/開口し服用したことを見せることができる/薬包の名前が見える/錠剤が見える/嚥下ができる/むせこみがない/食事摂取ができる/嚥下ゼリーで服用できる/日付がわかる/服用時間がわかる/管理場所がわかる/服用への認識，重複服用がない/医療者に不信感の発言がない/悩んでいることを話せる/服用したくない薬剤について話してくれる/拒薬がない/服薬に必要性を感じる/自己管理への意識，服薬継続できる/一包化になっている/薬剤調整が終わっている/急性期を脱している/精神症状が落ち着いている/外泊の様子/独居，同意者の協力が得られない/退院先が自己管理が必要	記載なし	記載なし
12	日比野友子 他	2018	慢性胃瘻病患者における薬物療法に対する自己管理行動アセスメント指標の開発	薬物療法の自己管理行動を強化の原理に基づいて先行刺激，行動，結果事象，強化子の観点からアセスメントする指標として薬物療法自己管理行動アセスメント指標を開発し，その妥当性と信頼性を検討すること	精神科以外	患者518名	医師の指示がある/薬を飲む必要性があると思う/薬を医師から指示された通りにきちんと飲んでいる/薬をうっかり飲み忘れることがある/体調が良いと薬を飲むのをやめる	記載なし	記載なし
13	板原雅	2011	お薬自己管理チャレンジシートの有効性　服薬アドヒアランスを高めるために	お薬自己管理チャレンジシートを作成し，その有用性を明らかにする	精神科	患者16名	患者の意思/管理能力/薬剤師による服薬指導の有無/主治医の許可の有無	入院初日または研究開始時を初回とし，以降は1週間を目安として再評価を繰り返した	記載なし

２．第２段階：服薬自己管理アセスメントシートの妥当性と有用性の検証

１）調査協力者

総合病院１施設の精神科急性期治療病棟１病棟に勤務する看護師 15 名

２）調査期間

調査期間は 2021 年 9 月 1 日～2021 年 12 月 31 日であった。

３）調査内容

（１）服薬自己管理アセスメントシートの妥当性の調査

服薬自己管理アセスメントシート使用後にアンケート調査を実施した。質問項目は，服薬自己管理アセスメントシートの各項目に対する妥当性について「妥当である」～「妥当でない」の４件法で尋ね，その回答理由について自由記載を求めた。また，評価時期について「長い」「ちょうどいい」「短い」での回答を求めた。

（２）服薬自己管理アセスメントシートの活用可能性の調査

①服薬自己管理導入件数の調査

服薬自己管理アセスメントシート使用前の２か月間，服薬自己管理導入患者数を調査した。また，調査協力者に服薬自己管理アセスメントシートの使用を２か月間依頼し，使用期間中の服薬自己管理導入患者数を調査した。

②活用可能性についての看護師の認識の調査

服薬自己管理アセスメントシートの使用後アンケート調査を実施し，服薬自己管理アセスメントシードの活用可能性，使用頻度の変化，必要性について尋ねた。活用可能性は「活用できた」～「全く活用できなかった」の４件法，導入頻度は「いつも進めている」～「全く進めていない」の４件法で服薬自己管理アセスメントシートの使用前後の状況を尋ね，必要性は「そう思う」～「全く思わない」の４件法で回答を求めた。さらに，それぞれの質問については，回答理由について自由記述を求めた。また，服薬自己管理アセスメントシートを使用してよかった点と改善点について自由記述を求めた。

表２　服薬自己管理に関するチェック項目

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献数
社会背景	退院後に自己管理する必要がある	退院先で自己管理が必要	3
		退院後に独居や同居者がいても協力が得られない	1
		自宅では自己管理していたか	1
	経済的負担感がない	経済的に負担を感じていない	1
	薬剤師からの服薬指導	薬剤師による服薬指導の有無	1
精神機能	精神症状が落ち着いている	精神症状が落ち着いている	4
		行動制限（隔離・拘束）をしていない	1
	理解力・判断力・記憶力の低下がない	認知機能の低下がない	6
		意識レベルの低下がない	3
		飲み忘れがない	2
	服薬の必要性が理解できる	服薬が必要だと理解している	10
		病識がある	5
		薬の作用について理解できる	5
		内服のタイミングが理解できる	5
		内服薬の用量・用法が理解できる	3
		入院の必要性が理解できている	1
		内服に対して意欲的	1
	拒薬・飲み渋りがない	薬剤に対する不信感・拒薬がない	8
		薬剤を自己調整しない	4
	過量服薬の可能性がない	過量服薬の既往がない	2
		自殺企図・希死念慮がない	1
	副作用への理解と対処ができる	薬の副作用への理解、対処ができる	2
	薬剤調整がある程度終わっている	薬剤調整がある程度終わっている	2
	服薬についての疑問等を医療者に伝えることができる	薬についての疑問や不安を医療者に表出できる	2
	私物管理ができる	私物管理ができる	1
身体機能	文字を読むことができる	視力障害がない	7
	薬袋を開けて薬を取り出せる	薬袋を開けて薬を取り出せる	8
	薬を飲み込むことができる	薬を嚥下できる	6
		薬を口に運ぶことができる	3
		手足の麻痺がない	2
		内服できる体力がある	2
	座位をとることができる	座位がとれる	1
	失語がない	失語がない	1
	飲みやすい形状である	形状が飲みやすい	1
	一包化されている	一包化になっている	1
＜主治医許可＞	主治医からの許可がある	主治医からの許可がある	3

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，国立国際医療研究センター臨床倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：NCGM-S-004272-00）。第１段階の調査は文献検討のため倫理的配慮を要する研究には該当しない。第２段階の調査の調査協力者には，研究目的や方法および，研究参加は自由意思であること，プライバシーの保護と守秘義務を遵守することについて，文書と口頭で説明した。アンケート調査は無記名にて実施し，匿名性を確保した。

Ⅴ．結　　果

１．調査協力者の概要

回答数 15 名（有効回答率 100%）だった。調査協力者の年齢は 20 歳代が７名（46.7%），30 歳代が４名（26.7%），40 歳代が１名（6.7%），50 歳代が２名（13.3%），60 歳代が１名（6.7%）であった。精神科病棟での経験年数は，１年以上５年未満が７名（46.7%），５年以上 10 年未満が４名（26.7%），10 年以上 15 年未満が１名（6.7%），15 年以上が３名（20.0%）であった。

表３　服薬自己管理アセスメントシート

服薬自己管理アセスメントシート

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　入院日:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

		初回評価	偶数週の毎週水曜日に評価を実施				
評価日		(　/　)	(　/　)	(　/　)	(　/　)	(　/　)	(　/　)
評価者							
項目		評価は〇か×で記入する。判断に迷う項目はカンファレンスで検討していく					
1	退院後に自己管理する必要がある（独居、服薬管理してくれる人がいない）						
2	精神症状が落ち着いている（急性期を脱している）						
3	理解力・判断力・記憶力の低下がない						
4	服薬の必要性が理解できる						
5	拒薬・飲み渋りがない						
6	過量服薬の可能性がない						
7	文字を読むことができる						
8	薬袋を開けて薬を取り出せる						
9	薬を飲みこむことができる						
※主治医許可（指示が入ってる場合は記入不要）		可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可

1～9の項目すべてに〇がつき、主治医の許可が得られたら内服自己管理を開始する

服薬管理方法	Ns管理 自己管理	Ns管理 自己管理	Ns管理 自己管理	Ns管理 自己管理	Ns管理 自己管理	Ns管理 自己管理
次回評価日	(　/　)	(　/　)	(　/　)	(　/　)	(　/　)	(　/　)

※主治医の許可は従来通り、指示コメントに服薬自己管理許可があるか確認する

＜運用方法＞

初回評価は入院時（研究開始時）に実施する。以降は偶数週の毎週水曜日に服薬自己管理をしていない患者全員を対象に、アセスメントシート（案）への記入をその日の受け持ち看護師が行う。
服薬自己管理のステップは今までと同じ「飲みに来る」→「1日管理」→「3・4日管理」→「1週間管理」で進める。ステップアップ・ダウンは今までと同様、カンファレンス等で行う。

表４　服薬自己管理アセスメントシートについての看護師へアンケート調査の結果

	妥当である	まあまあ妥当である	あまり妥当でない	妥当でない
①退院後に自己管理する必要がある	14	1	0	0
②精神症状が落ち着いている	13	2	0	0
③理解力・判断力・記憶力の低下がない	11	4	0	0
④服薬の必要性が理解できる	10	3	1	1
⑤拒薬・飲み渋りがない	11	4	0	0
⑥過量服薬の可能性がない	9	6	0	0
⑦文字を読むことができる	10	4	1	0
⑧薬袋を開けて薬を取り出せる	11	2	2	0
⑨薬を飲み込むことができる	12	1	2	0

２．服薬自己管理アセスメントシートの項目の妥当性

服薬自己管理アセスメントシートの妥当性に関する回答を表４，自由記述の回答を表５に記した。

全ての項目において87%の者が「妥当である」または「まあまあ妥当である」との回答が得られた。全ての調査協力者が「妥当である」と回答したアセスメント内容は①退院後に自己管理する必要があるであり，自由記述では“目的・意識づけとして必要”，“社会背景として必要”との回答が得られた。

④服薬の必要性が理解できる，⑦文字を読むことができるの項目については，6.7%「あまり妥当でない」，「妥当でない」

表５　服薬自己管理アセスメントシートの各項目の妥当性についての自由記述の回答

アセスメント項目	項目	自由記述の回答例
①退院後に自己管理する必要がある	目的・意識づけとして必要	退院後に自身で管理する必要があるのか把握しておくことは内服自己管理を導入するにあたって必須だと思う
		目的がないと行う意味がないため
	社会背景として必要	将来的に親亡き後を考えて、今から始めることが必要である
		退院後の服薬時に独居で他にチェックしてくれる人がいるのかが一番重要だから
②精神症状が落ち着いている	自己管理能力への査定として必要	まずは症状がおちつかないことには導入は難しいと思う
		精神症状が落ち着いてないと自己管理は難しい
		自己管理能力があるのかを評価する上で必要な項目だと思う
	拒薬のリスクの査定として必要	拒薬・薬の紛失のリスクを考えると必要である
③理解力・判断力・記憶力の低下がない	服薬習慣や意識付けとして必要	内服するにあたって必要な項目だと思う
		理解力が低いからこそ服薬習慣を身につける必要がある
		本人への意識付けに必要だと考えられる
	低下があっても服薬管理ができる	低下がなくても服用をきちんとできている患者もいる
		年齢や精神疾患による影響から衰える場合もあるので注意や観察が必要である
④服薬の必要性が理解できる	服薬継続のために必要	必要性が理解できなければ、内服習慣確立は難しい
		目的が理解できていない場合、入院中に出来ていても退院後に中断してしまう可能性があるから
		必要性の理解ができていると考えると患者も行動する気持ちになれるのではないかと思う
	理解できていなくても必要	必要性が理解できていた方がいいが、実際には難しくそれでも自己管理できている患者もいるから
⑤拒薬・飲み渋りがない	怠薬のリスクのアセスメントとして必要	内服に対する反応によって怠薬のリスクについてある程度わかる
		怠薬で入院することが多いのでその確認も必要である
	薬紛失のリスクになってしまう	薬をなくしそうで不安がある
		拒薬や飲み渋りは怠薬や薬の紛失のハイリスクだと思うから
⑥過量服薬の可能性がない	リスクがあっても必要である	拒薬の反対の選択肢があり必要だと思う
		リスクは高まるが、入院中に評価する目的行うことも必要だと思う
		過量服薬のリスクを把握することで退院後の支援や管理方法を入院中に整えておく必要がある
	必須項目ではない	あまり多くないので必ずしも必要ではない
⑦文字を読むことができる	日付や時間、内容を内服するために必要	日付、タイミングを確認するために必須であるため
		日付、時間の誤りがないか確認できる必要がある
		薬の名前を意識するきっかけになる
	個別的な管理方法へのアセスメントとして必要	薬の管理方法や薬包が適切かなど管理の練習によってわかる情報もあると思う
		文字が読めなくても色分けしたり、保管ケースを分かりやすく工夫したりと他の手段もあり
		大切だと思う、読めない程度によっては、管理方法により個別性を持たせることになるため
⑧薬袋を開けて薬を取り出せる	自己管理の評価項目として必要	薬をのむ動作の評価として必要である
		出来ないレベルだと要介助だと思うので管理の練習が必要である
		自分で薬を取り出せないと自宅で自身で薬が飲めないから
	対策の仕方によっては必須項目でない	薬袋を開けられない場合、導入前・実施中にこぼさない手段を考える必要がある
		入院中ははさみを使用できないが、家では工夫できる部分もある
		自身で内服するためには必要であるが、他人の力が必要であればその対策を考慮できる
⑨薬を飲みこむことができる	服薬継続の前提として必要	薬をのむ動作の評価として必要である
		嚥下機能が保持できているかの確認が必要である
		飲み込めることが前提である
	薬の形状の妥当性の評価として必要	飲み込めない際は薬の形状について薬剤師や主治医に相談すると思う
		内服薬の形状が妥当かチェックリストを通して振り返ることができる

と回答し，⑧薬袋を開けて薬を取り出せる，⑨薬を飲み込むことができるの４項目については「あまり妥当でない」回答が 13.3%だった。自由記述からは“必要性が理解できていなくても自己管理できる”との認識や，“対策の仕方によっては必須項目でない”との意見が得られた。また，⑥過量服薬の可能性がないのアセスメント項目については，60%が「妥当である」と回答し，40%が「まあまあ妥当である」と回答した。自由記載では“退院後の支援や管理方法を考える上で介入が必要”，“リスクがあっても自己管理は必要”との回答が得られた。さらに，⑤拒薬・飲み渋りがないの項目は 70%が「妥当である」と回答しており，30%が「まあまあ妥当である」と回答した。自由記載では“薬紛失のハイリスクとなる”との回答が得られた。

また，評価期間については，「長い」と回答した看護師が５名，「ちょうどいい」と回答した看護師が 10 名であった。

３．服薬自己管理アセスメントシートの活用可能性

１）服薬自己管理アセスメントシートの使用前後の服薬自己管理導入患者数の変化

服薬自己管理アセスメントシート使用前８件，使用後９件であった。

２）服薬自己管理アセスメントシートの活用可能性における看護師の認識

服薬自己管理アセスメントシートの活用可能性について，「活用できた」・「少し活用できた」が７名（47%），「あまり活用できなかった」・「全く活用できなかった」が８名（53%）であった。自由記載では，活用できた理由として“自身のアセスメントとアセスメントシートの２つの評価視点で見比べることができるため”との回答が得られた。活用できなかった理

由として“継続的に評価ができなかった”，“忙しかったり，服薬自己管理以外のアセスメントシートが多く忘れてしまうことが多かった”との回答が得られた。

服薬自己管理アセスメントシートの使用頻度については，服薬自己管理アセスメントシート使用前は，服薬自己管理を「いつも進めている」と回答した看護師は１名，「ときどき進めている」と回答した看護師は 12 名，「あまり進めていない」と回答した看護師は２名であった。服薬自己管理アセスメントシート使用後は，「いつも進めている」と回答した看護師が５名，「ときどき進めている」と回答した看護師が 10 名であった。

患者の服薬自己管理アセスメントシートの必要性ついては，「そう思う」と回答した看護師が 10 名，「少し思う」と回答した看護師が４名，「あまり思わない」と回答した看護師が１名であった。

服薬自己管理アセスメントシートを使用してよかった点，改善点についての自由記載欄（表６）より，調査協力者である看護師自身への効果が得られた。服薬自己管理アセスメントシートを活用してよかった点として，「根拠をもってアセスメントできた」，「患者個人に深く関わることができた」との回答が得られた。困った点や改善点として，「項目によっては捉え方が異なる」ことや「評価項目に×がついた時の対策が必要」との回答が得られた。

Ⅵ. 考　　察

１．服薬自己管理アセスメントシート項目の妥当性

服薬自己管理支援アセスメントシートの項目①退院後に自己管理する必要があるにおいて，全ての看護師が「妥当である」との認識をもっていた。入院早期からの退院支援を行っている精神科急性期では，看護師は患者の退院先や支援者の有無などの社会的背景の評価の必要性を高く認識しており，項目として妥当であると考えられる。

一方，④服薬の必要性が理解できる，⑦文字を読むことができる，⑧薬袋を開けて薬を取り出せる，⑨薬を飲みこむことができるの項目についての妥当性の認識が低かった。精神疾患では，病識が乏しいことによって服薬の必要性の理解が困難となることがあるが，そのような状態だからこそ服薬アドヒアランスを高め，服薬継続できるよう支援することが求められる。看護師は患者の服薬に対する意識を聴取してアセスメントし，患者自身が主体的に薬を内服できる方法を共に考えていくことが必要である（宮内ら，2013）。また，本研究の服薬自己管理アセスメントシートの作成においては，網羅的な項目にするために精神看護領域以外の服薬自己管理支援研究を対象文献として項目を選定したため，識字や手指の巧緻性，嚥下状態についての評価項目が選定された。しかし，精神疾患患者の場合は優先順位が低いことが推測された。今後は，精神疾患患者に特異的なアセスメント項目の特定が課題である。

⑥過量服薬の可能性がない，⑤拒薬・飲み渋りがないの項目については看護師からは服薬アドヒアランスの向上を重視する意見と安全面のリスクを重視する意見が得られた。精神疾患に起因した行動は予測がつかず，精神状態の変動による誤薬や大量服薬のリスク，薬剤調整による誤薬のリスクがあ

表６　服薬自己管理アセスメントシートのよかった点，改善点

よかった点	＜根拠を持ってアセスメント出来た＞	「この患者はできると思う」という感覚的な思いから、根拠をもって判断できるようになると思った
		あいまいな自己判断の評価が項目をもとに評価できるようになり、アセスメントしやすくなった
	＜アセスメント項目が分かりやすかった＞	できない場合にどの障害となっている点がわかりやすかった
		アセスメント項目がシンプルで見やすかった
		カンファレンスでの話し合いにも活用しやすい内容なのでよかった
		どんな患者に促したらいいかわかりやすかった
	＜服薬自己管理導入のきっかけになった＞	内服自己管理開始のきっかけになると感じた
		タイミングを逃さずに自己管理導入に取り組めると思う
	＜患者個人に深く関わることができた＞	一旦その患者について症状や状態をふりかえることができた
		患者の内服の必要性に対する思いを発言や態度を通して確認できた
改善点	＜項目によっては捉え方が異なる＞	各項目が必ず誰かが評価しても同じになった方がいいのではないかと思った
		「過量服薬の可能性がない」などは看護師によって判断が異なって難しい
		「入院前」「退院後」の服薬の仕方を記入する欄があると情報共有できる
	＜評価項目に×がついた時の対策が必要＞	明らかに9項目全てに〇がつかない場合、は使用する必要がなくなるのかなと思ったりする
		もう少し自己管理のハードルを下げられたら使いやすくなると思う
		×がついていても改善策やそれでも自己管理した方がいい場合の例が表示されるとよいかなと思った
		全てに〇がつかないと自己管理できないのではなく、いくつ以上がいいなどの判断があると良い
		アセスメントシートで当てはまる人でも本人自身が拒否している場合、どう介入したらいいか困る
		どこの部分に支援やアプローチが必要なのかが分かると患者個々の様子がわかる
	＜評価日への改善策が必要＞	転院してきた場合はどうするのか分からない
		いつ初回評価にするかわからない
		忙しいと評価日も忘れやすいため継続が難しい
		評価期間がもう少し短くてもいい気がする
	＜アセスメントシートの方法の提案＞	フローチャートに表してもいいのかなと思いました

り看護師は自己管理導入について慎重になりやすい（佐藤ら，2012）。そのため，リスクはあっても患者の服薬アドヒアランスの向上や退院後の服薬継続を重視し，患者自身が主体的に服薬することを重視したい思いと確実な服薬を行いたい思いとの間で看護師が葛藤していると考えられた（澤枝ら，2019）。

２．服薬自己管理アセスメントシートの活用可能性

服薬自己管理アセスメントシート導入による服薬自己管理支援の導入患者数の変化は少なかった。その背景として，服薬自己管理アセスメントシートをあまり活用できなかった看護師が53%と多かったことが関連していると考える。このことから多忙な業務の中でも実施できる運用方法を検討することが必要であると考えられた。鴇田ら（2019）の報告では，内服薬自己管理を促進した要因としてあげられたのは，週１回のアセスメントの定着であると示されており，評価のタイミング等の検討の必要性が考えられた。

一方，服薬自己管理アセスメントシートの使用頻度は向上し，必要性も概ね高く評価されていた。根拠を持って臨床判断できることは看護師の安心感につながるため（上谷ら，2019），服薬自己管理アセスメントシートを使用して評価することで，看護師の実践に対する不安の解消や自信の向上につながったのではないかと推測した。特に経験が浅く，患者への対応経験が少ない看護師にとって評価ツールは有効であるとされているため（栗原ら，2020），本研究における服薬自己管理アセスメントシートの使用は経験の少ない看護師にとって教育的なサポートとなり，知識や技術の向上や積極的な服薬自己管理支援への効果が期待されると考える。

３．本研究の限界と今後の課題

本研究の服薬自己管理アセスメントシートは，精神科領域で十分確立されていない服薬自己管理アセスメントシート項目を設定するにあたり，項目を網羅的な内容にするため，精神科領域のみならず，他の看護領域に服薬自己管理アセスメント項目についての文献も調査して項目として採用した。そのため，今後は精神科急性期治療病棟における服薬自己管理アセスメント項目を特定することが必要である。また，アセスメント項目の洗練に加えて，実践上の運用手順についても検討することが課題である。本研究では，服薬自己管理アセスメントシートの活用可能性の評価にとどまっているため，患者に使用することでの有用性についても信頼性・妥当性が確保された評価尺度などを活用した追加調査も必要である。また，本研究は１施設の精神科急性期治療病棟１病棟での実施・調査であり，結果の一般化には限界があるため，他施設多病棟での検証を行う必要がある。

Ⅶ. 結　　論

本研究は，服薬自己管理アセスメントシートを作成し，その内容の妥当性および精神科急性期治療病棟における活用可能性について検証した。

文献検討より，９項目の服薬自己管理アセスメントシートを作成した。服薬自己管理アセスメントシートの妥当性については一定の確認ができたが，精神科急性期治療病棟に合わせた項目を選定し洗練させる必要がある。活用可能性については，服薬自己管理導入患者数の変化は少なく，運用手順を含めた改善が必要であることが明らかとなった。服薬自己管理アセスメントシートの使用頻度は向上し，服薬自己管理の必要性の認識が高かったことから，服薬自己管理促進における一定の活用可能性が認められた。

謝辞・付記

本研究にご協力いただきました調査協力者の皆様に感謝申し上げます。本研究の内容の一部は，日本精神保健看護学会第32回学術集会において発表しました。なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はありません。

Ⅷ. 引 用 文 献

日比野友子，深田順子，鎌倉やよい，片岡笑美子，小森和子.（2018）. 慢性腎臓病患者における薬物療法に対する自己管理行動アセスメント指標の開発. *愛知県立大学看護学部紀要, 24*, 33–43.

伊佐新誠，興梠嘉彰，荻堂厚子，前上里千里，新崎里美，平安名常勝.（2012）. 服薬自己管理へ向けて 主観的評価尺度，病識評価尺度を活用した早期介入を通して. *日本精神科看護学術集会誌, 55* (1), 126–127.

板原雅.（2011）. お薬自己管理チャレンジシートの有効性 服薬アドヒアランスを高めるために. *日本精神科看護学会誌, 54* (3), 43–45.

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology, 4*, Article, 91.

栗幅勇治，堀美佳，永田賢子.（2016）. 内服自己管理患者のインシデント減少を目指した取り組み 内服管理アセスメントシートの活用. *信州大学医学部附属病院看護研究集録, 44* (1), 7–11.

栗原順子，伊藤恵麗，若林剛，鶴田優，矢吹久美子，西浦由洋.（2020）. せん妄アセスメントシート導入による看護師のせん妄ケアへの意識の変化と効果. *日本看護学会論文集：精神看護, 50*, 130–133.

黒川淳一，永井典子，末続なつ江，井上眞人，井奈波良一，岩田弘敏.（2013）. 精神疾患治療における服薬状況に関するアンケート調査. *日本職業・災害医学会会誌, 61* (6), 382–392.

楠瑞穂，畠稔，坂本佳世，加藤梨菜，小川外志江.（2015）. 精神科急性期病棟における内服自己管理パスに関する研究―退院後の内服アドヒアランスの変化―. *日本看護学会論文集：精神看護, 45*, 135–138.

松井一三，見正樹人.（2017）. 開放病棟での服薬自己管理拡大に向けて　服薬自己管理開始の判断基準導入による看護師の意識変化. *日本精神科看護学術集会誌, 59* (2), 350–352.

松本有香，大塚民子，田村尚子，岩田秀子，田中美智子.（2012）. 内服薬自己管理開始の客観的指標作成の試み 内服自己管理スコアシートの妥当性と有効性の検討. *日本精神科看護学術集会誌, 55* (1), 120–121.

宮内絢子，田村千秋，神戸陽，小熊真理子，鈴木淑子，大洞すみ子，宮本眞巳，美濃由紀子.（2013）. 精神科病棟における早期服薬自己管理を阻害する要因 看護師を対象とした質問紙・インタビュー調査を通して. *日本看護学会論文集：精神看護, 43*, 93–96.

野口勇助，脇平敬雄，真鳥淳子.（2018）．服薬自己管理開始時の評価表作成をめざして 看護師のインタビューから見えた服薬自己管理開始時のアセスメントの視点．*日本精神科看護学術集会誌，61* (1), 138–139.

六波羅佐奈枝，蓬田範弘.（2015）．閉鎖病棟における服薬自己管理への試み．*日本精神科看護学術集会誌，58* (1), 238–239.

佐藤美紗子，川石文子，村重仁美，加藤千恵，塩川雄也，中野圭子，板垣智恵子.（2012）．精神科における服薬自己管理判断基準表の活用とその効果．*山口大学医学部附属病院看護部看護研究集録，23*, 42–47.

澤枝香織，牧野麻紀，石本健一郎.（2019）．精神科閉鎖病棟における服薬管理に関する看護師，他職種の意識調査．*日本看護学会論文集：精神看護，49*, 94–97.

田端一成，菅谷智一，沼尻信子，森千鶴.（2018）．精神科救急病棟における統合失調症者の服薬自己管理導入に対する看護師の認識．*看護教育研究学会誌，10* (1), 3–15.

鴇田百合子，日下千恵，菅原しのぶ，田子美月，光永憲香，千葉まさ子.（2019）．精神科における内服薬自己管理促進のための取り組み―フローチャート導入後の評価と考察―．*日本看護学会論文集：看護管理，49*, 67–70.

上谷珠代，下田菊枝，池田鈴子.（2019）．内服自己管理に関するスタッフの意識調査―アセスメントシート導入による効果と課題―．*日本看護学会論文集：慢性期看護，49*, 67–70.

和田由佳.（2011）．オレム看護論の 10 のパワー構成要素に着目した高齢者の内服自己管理能力チェックリストの考案．*島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要，6*, 113–123.

柳瀬真弓，井好昭博，日高洋子，佐藤仁美.（2016）．段階的な内服の自己管理に向けた看護師の判断基準統一を目指して内服薬管理アセスメントシートの作成・活用．*日本看護学会論文集：急性期看護，46*, 282–285.

◇研究報告◇

股関節手術後の患者へ視覚媒体を用いた離床ケアへの取り組み
―股関節手術患者の離床ケア―

谷口　寛[1)*]，徳田有夏[1)]，高山理紗[1)]

【目的】股関節術後患者の離床に至る日数および看護職者の離床ケアへの意識の変化を明らかとする。
【方法】看護職者に勉強会を実施し，介入前後にアンケート調査を行い統計的に分析した。対象患者に視覚媒体を使用し，車いす移乗，尿道留置カテーテル抜去，歩行補助具の使用開始に至る日数の各３項目について介入前後の群を統計的に分析した。
【結果】各３項目の日数に有意差はみとめなかった。介入後のアンケートでは，離床のタイミングが分かりにくいと思う回答が増加（$p < 0.01$）したが，離床ケアの時間やリハビリ状況の把握，目標の意識ができていると思う回答が増加（$p < 0.01$），術後の離床が分かりにくいに対しあまり思わないと回答が増加（$p < 0.05$）し有意差をみとめた。
【結論】視覚媒体使用による離床日数の短縮はみとめなかったが，勉強会の実施および視覚媒体の使用により看護職者の離床ケアへの意識が向上したことが明らかとなった。

【キーワード】リハビリ，早期離床，股関節手術，離床ケア，視覚媒体

Ⅰ．はじめに

2025 年を迎え後期高齢者が全人口の 18%を占め，要介護者の増加，医療介護費の増大が問題となっている。厚生労働省（2022）の報告によると，要介護度別にみた介護が必要となった主な原因のうち，関節疾患が要支援の第１位，骨折・転倒が要支援および要介護の第３位を占めている。高齢者に多い関節疾患としては変形性膝関節症や変形性股関節症が挙げられ，骨折では大腿骨骨折の発生率が高い。A病院においても変形性股関節症のため人工股関節全置換術（Total Hip Arthroplasty [THA]），大腿骨骨折により人工骨頭置換術（Bipolar Hip Arthroplasty [BHA]）や観血的整復固定術（Open Reduction and Internal Fixation [ORIF]）を受ける患者が多くを占めている。

手術を受ける患者の多くは，入院や受傷前まで歩行し生活しており，退院後も入院前と同様に自宅で過ごしたいという思いをもっている。看護師もまた，患者が住み慣れた環境で自立した生活を継続できることを願っており，そのためには入院や手術による日常生活動作（以下，ADL とする）の低下を防ぎ，介護が必要な状態にならないことが重要であると考える。特に下肢疾患により手術を受けた高齢者は，術後の安静や疼痛により臥床時間が長くなる。臥床により１日あたり１～３%の筋力低下が生じるとされ，活動の低下は廃用症候群や転倒リスクの増大など多くの弊害をもたらす。そのため，臥床時間を短縮し手術後の早期離床が重要であると考えた。離床については，日本離床学会が，「手術や，疾病の罹患によって起こる臥床状態から，座位・立位・歩行を行い，日常生活動作の自立へ導く一連のコンセプト」と定義している。早期離床の考え方は示されているが，実際の臨床現場においてどの段階をもって早期離床とするか，その具体的な指標は統一されていない現状がある。

A病院では，術後１日目より理学療法士（以下，PT とする）によるリハビリテーション（以下，リハビリとする）が開始されているが，PT によるリハビリは時間が限られており早期離床を促すには限界がある。そのため，リハビリの時間以外においても，日常生活のあらゆる動作がリハビリとし

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）大和高田市立病院
＊ E-mail：5a.2023.kenkyu@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

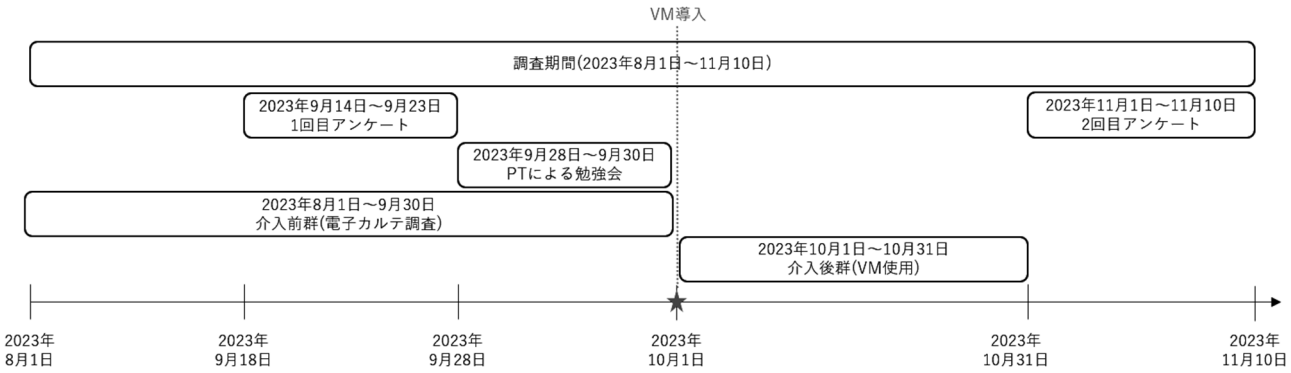


図１　研究期間および介入時期の概要

て機能するという視点が必要である。早期離床を図るには，PT によるリハビリだけでなく，日常生活の中での動作を活用した看護師の関わりによる離床ケアが必要であると考える。しかし，「離床ケア」という用語は臨床現場で広く用いられているものの明確な定義は示されていない。

A病院整形外科病棟では，患者の早期離床を目指して看護師の離床ケアに対する動機づけと病棟の離床ケアの統一が必要と考え，視覚的に患者のリハビリ状況が把握しやすいリハビリカード（以下，RC とする）を導入し，2022 年に「リハビリカードを導入した整形外科病棟看護師の離床ケアの統一」（以下，2022 年 RC と離床ケアとする）と題し，RC を使用した離床ケアの統一と離床ケアに対する看護師の意識の変化を調査した取り組みを行った。その結果，看護師の行動変容がみられ意識の変化が確認できた。また，RC の継続使用により経験年数に関わらず，看護師が同じ視点で離床を進め，統一した看護につながるのではないかと考えられた。

その取り組みを踏まえ，本研究では以下２点の介入を行った。1. 術後早期の離床ケア，離床に至るプロセスを中心とした勉強会を PT に依頼し看護職者の知識の向上を図る。2. より簡潔にリハビリ状況が把握できる視覚媒体（Visual medium [VM]）を作成し使用する。これらにより，手術後の離床に至った日数および看護職者の離床ケアに対する意識の変化を調査することとした。

Ⅱ．目　　的

看護職者への股関節術後のリハビリの勉強会と，股関節術後患者への VM を用いた離床ケアにより，患者の離床に至る日数の変化および看護職者の離床ケアへの意識の変化を明らかにすることである。

［用語の定義］

離床ケア：食事・排泄・整容・更衣・移乗・歩行補助などの生活動作を通して意図的に体動を促し，ADL 低下の予防や早期離床へつなげること。

早期離床：「手術後車いすの移乗」，「尿道留置カテーテル抜去」，「歩行補助具を使用した歩行訓練開始（平行棒内歩行を除く）」（以下，早期離床３項目とする）に到達した日数を指標とした。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

前後比較介入研究

２．調査期間

調査期間は 2023 年８月１日から同年 11 月 10 日であった。それぞれの調査期間については図１に示した。

電子カルテによる調査（以下，介入前の群とする）期間は 2023 年８月１日から同年９月 30 日であった。また，VM を使用した（以下，介入後の群とする）期間は 2023 年 10 月１日から同年 10 月 31 日であった。

３．研究対象

調査期間中に THA，大腿骨骨折に対し BHA や ORIF（以下，総称して股関節手術とする）を受けた患者 31 名およびA病院整形外科病棟に勤務する看護師および介護福祉士（以下，看護職者とする）27 名を対象とした。なお，対象患者については，介入前の期間が２カ月，介入後の期間が１カ月と期間が異なるが，月により対象手術を受けられる患者数が異なり，各手術を同程度の人数（介入前 19 名，介入後 12 名）にするため期間が異なることとなった。今回の研究では，股関節手術を受けた患者のうち早期離床３項目すべてを確認することができた患者を対象とした。そのため，入院前や手術前の歩行状態や認知症の有無による対象者の選別は行わなかった。また，関節疾患として膝関節症も含まれるが，膝関節部の手術後はドレーンの留置や免荷のためリハビリに個人差が大きくなることから本研究では対象者から除外した。A病院では変形性股関節症や大腿骨骨折の手術患者が多く，術後のリハビリに類似した経過をたどることが多いため，本研究で定める股関節疾患を対象とした。

４．研究の手続き

１）勉強会の実施

股関節手術を受ける患者のリハビリについての疑問点を看護職者に確認し，THA と BHA の違いや股関節手術後のリハビリおよび注意点，脱臼などの日常生活における注意点などの内容で PT による勉強会を対象の看護職者全員に実施した。

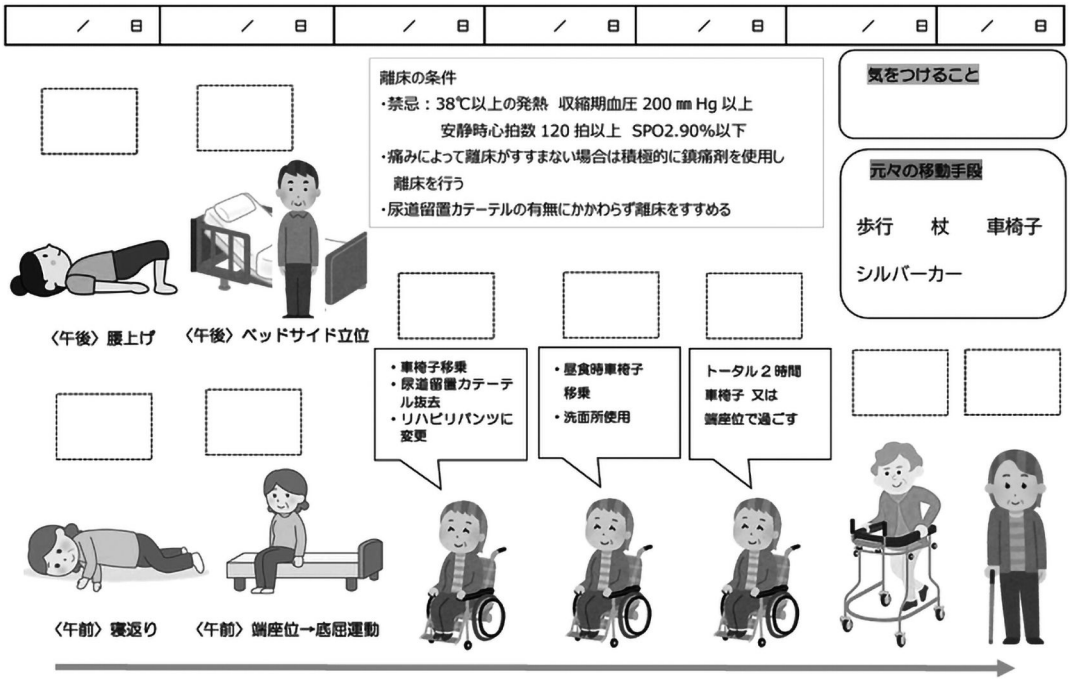


図２　リハビリカード（RC）

２）VM の導入

（１）準備

本研究の前に実施した 2022 年 RC と離床ケアにおいて使用していた RC は，日本離床学会が発行する「整形外科と早期離床ポケットマニュアル」を基に作成したものであり，下肢の手術を受けた患者に向けた離床プロセスを示した内容であった（図２）。

車いす移乗など日々の介入内容を明確に示し，基準を基に患者に介入することを示していた。臨床においてはケア時間の確保が難しいことや，患者がどの程度まで体動が可能であるか，またどのような方法で移動しているのかが把握しづらいといった課題があり，RC の継続的な活用には至らなかった。そのため，内容の変更が必要であると考えた。A 病院整形外科病棟では，患者情報の共有を目的にピクトグラム（以下，PG とする）の使用を検討していた。そこで，PG を活用した視覚的な情報共有が離床の促進につながるのではないかと考え，PG を活用した視覚的な媒体を研究者独自に作成した。離床ケアを実施するにあたり，手術部位，その患者が以前どのように過ごしていたのか，現在はどこまで体動が可能であるかを把握する必要があると考え，VM には手術部位，入院および受傷前の ADL，現在の ADL の３項目を表記した（図３）。

表記方法として，手術部位は人体シルエット図に印をつけることができるようにした。入院および受傷前の ADL，現在の ADL に関しては，PG を用いて歩行補助具の種類を表記した。また，介助量については A 病院で用いられている移送区分を採用し，全介助は赤，見守りを黄，自立を青の背景色で示したことで，PG から患者の ADL および介助量を一目で把握できるよう工夫した（図４）。

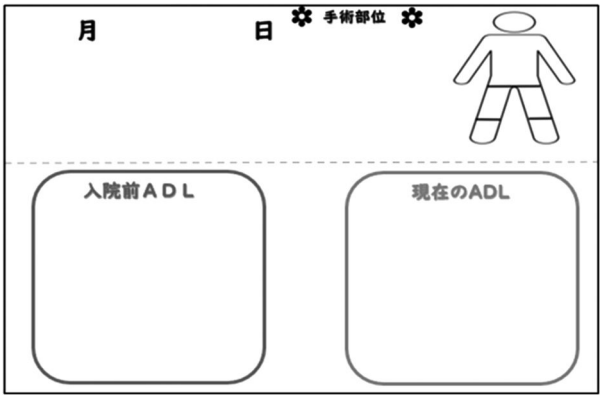


図３　視覚媒体（VM）



図４　ピクトグラム（PG）

2022 年 RC と離床ケアでは，主にリハビリの視点を中心に示していたのに対し，本研究では，リハビリよりも PG による視覚的な ADL の把握に視点を置いた。そのため，RC とは別物であることから本研究で使用した視覚的な媒体を VM と称して使用した。

（２）導入

VM の使用方法は，手術部位が分かるよう人体シルエット図に印をつけ，入院時または受傷時の ADL の PG を貼付し病室内に設置した。手術後１日目に日付と現在の ADL の PG を貼付し，現在の ADL は PT によるリハビリで変更があれ

ば看護師がPGを変更した。この使用方法を統一できるよう，VMの使用目的，対象者，使用期間，使用方法について文章で記載し実物の写真を入れたマニュアルを作成し看護職者全員にそのマニュアルを用いて説明を行った。マニュアルはいつでも確認できるようスタッフステーション内に掲示および設置した。また，VMを病室内の目につきやすい場所に吊るして設置できるよう病室内にフックの取り付けを行った。

入院時やオリエンテーション時に看護師が対象患者または家族へ患者説明文書をもとに説明を実施し，VMの使用について同意の確認を行った。VMの使用に同意を得られた患者は定型文を使用して記録を行い，退院または地域包括ケア病棟へ転棟するまで病室内にVMを設置し使用した。

５．調査方法

１）対象者の早期離床に関わるデータ収集

同意を得られた対象患者の年齢，手術内容，早期離床３項目，入院前のADL，認知症の有無を電子カルテより収集した。VM介入の効果を測定するために，VM導入前の期間（2023年８月から９月）を介入前の群として比較対象とした。

２）看護職者へのアンケート調査

（１）調査内容

アンケート調査の対象とした看護職者の属性は看護師経験年数と整形外科病棟勤務年数の２項目としアンケートは選択式とした。

アンケート内容は，「整形外科と早期離床ポケットマニュアル」（曷川・永谷，2009）を参考に研究者独自で作成した。離床ケアについて「術後早期から離床ケアをすることは大切だと思う」「毎回術後患者の離床ケアが十分にできていると思う」「離床ケアの時間が十分に取れていると思う」「患者のリハビリ状況について日々把握できていると思う」「術後早期からのリハビリゴールが意識できていると思う」「術後の離床を進めるタイミングが分かりにくい」「術後の経過においてどこまで離床していいのか分かりにくい」の７項目とし，回答は４段階（思う，時々思う，あまり思わない，思わない）の回答選択肢で尋ねた。１回目のアンケートでは，７項目に加え「患者のリハビリ状況や現在のADLをどのように把握しているか」を自由記載とした。２回目のアンケートでは，１回目と比較するために同様の７項目の質問を設定した。それに加えて，VMと勉強会についての項目を追加した。VMに関する質問として，「視覚媒体の大きさについて」「現在のADLへ変更する方法について」「視覚媒体を用いた離床ケアは有効だと思う」「視覚媒体を今後も利用していきたいと思う」の４項目とし，回答は４段階（良い，おおむね良い，あまり良くない，良くない）の回答選択肢で尋ねた。勉強会に関する質問として，「手術後のリハビリ内容を理解することができた」「勉強会の内容をケアの中で活かすことができた」「患者への手術後のリハビリ内容の説明がしやすくなった」の３項目とし，回答は４段階（思う，時々思う，あまり思わない，思わない）の回答選択肢で尋ねた。また，「勉強会の内容」「患者のリハビリ状況や現在のADLをどのように把握しているか」「離床ケアを行って感じたこと」について自由記載できるように作成した。

（２）調査の実施

介入前に１回目のアンケート調査を実施した。その後，PTによる勉強会を実施し使用方法の説明および対象患者への視覚媒体の使用を行った。視覚媒体の設置期間終了後に２回目のアンケート調査を実施した。アンケート調査は，対象者である看護職者27名に研究目的と倫理的配慮について説明を行い実施した。

６．データ分析

電子カルテから対象患者の早期離床３項目，年齢，術式，入院前のADL，認知症の有無について単純集計を行った。早期離床３項目については，介入前の群と介入後の群を比較するために早期離床３項目の日数を項目毎に情報Ⅱ統計アプリを用いて，Mann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は５％（$p < 0.05$）とした。

アンケートについては単純集計および記述統計を行った。また，１回目と２回目ともにアンケートを回収できた対象者で，Rソフトを用いてWilcoxonの符号順位検定を行った。有意水準は１％（$p < 0.01$）とした。

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受けて実施した（承認番号R5-25）。

本研究での対象患者のうち，介入後の群には入院時および手術前のオリエンテーションにて患者用説明文書を用いた説明を実施し，同意が得られたことをカルテに記載した。その際に，看護研究としての取り組みについて，研究論文として電子カルテから情報収集を行い発表すること，患者の名前などの個人が特定されることはないことを説明した。VMの設置は任意であり，設置の有無に関わらず治療や入院生活に影響を及ぼすことはないこと，患者が不利益を被ることはなく，途中で設置を中止できることを説明し，プライバシーや匿名性の保護に配慮した。また，VMを患者の病室に設置するため，VMには患者が特定される内容の記載はせずに作成した。

介入前の群については，A病院ホームページ内に研究内容や方法，個人情報の取り扱いについてオプトアウトを掲示した。電子カルテからのデータは，A病院内のパソコン内でのみ取り扱い，持ち出し可能な電子媒体への保存は行わず院外へ持ち出すことのないようにした。

看護職者へのアンケートは無記名とし，前後比較を行うために対象者自身で決めた４桁の数字を記入してもらい個人が特定されないよう配慮した。回答時間は10分程度と勤務に支障がないよう配慮し，回答期間は10日間とした。アンケート回答後は対象者が個別に封筒へ入れ，A病院整形外科病棟内に設置した回収BOXに投函し，アンケートの回収をもって研究への同意を得たものとした。アンケートの回収は研究者が行った。回収したアンケート用紙や電子媒体などのデータは，病院内の施錠が出来るロッカーで保管し研究以外の目的

表１　対象患者の基本属性

評価項目	介入前群(n=19)	介入後群(n=12)
年齢(歳),中央値[四分位範囲]	79.0[71.0-83.0]	76.0[72.3-83.0]
(参考:平均値±標準偏差)	(76.4±11.2)	(75.4±12.6)
術式,n(%)		
THA	10(52.6)	6(50.0)
BHA	5(26.3)	3(25.0)
ORIF	4(21.1)	3(25.0)
入院前ADL,n(%)		
独歩以外	3(15.8)	2(16.7)
独歩	16(84.2)	10(83.3)
認知症の有無,n(%)		
有	3(15.8)	0(0)
無	16(84.2)	12(100.0)

注：数値は人数(%)、または中央値[四分位範囲]を示す。

表２　術式別早期離床３項目の中央値［四分位範囲］と p 値

	全体			THA			BHA/ORIF		
	介入前(n=19)	介入後(n=12)	p値	介入前(n=10)	介入後(n=6)	p値	介入前(n=9)	介入後(n=6)	p値
手術後車椅子の移乗	2[1－2]	2[1－2]	0.527	2[1－2]	2[1.25－2]	0.848	2[1－2]	2[1.25－2]	0.911
尿道留置カテーテル抜去	2[3－4]	2.5[2－3.5]	0.219	2[3－3.75]	2[2－2.75]	0.064	2[3－4]	2[2.25－4.75]	0.854
歩行補助具を使用した歩行訓練(平行棒内歩行を除く)	4[3－6]	3.5[3－4.5]	0.458	2[2－5.5]	2[3－6]	0.491	2[3－8]	2[3－4]	0.077

注：各項目を達成するまでの日数の中央値[四分位範囲]を示す。介入前は8～9月、介入後は10月のデータである。
統計分析にはMann-Whitney U 検定を用いた。
*p<0.05

で使用しないこと，研究発表や論文投稿で研究内容を公表する場合は，個人が特定されるような情報公開はしないこと，研究協力は自由意志であり途中で同意を撤回できること，協力を断っても不利益を被らないことを紙面で説明し実施した。

Ⅴ．結　　果

１．VM 使用による早期離床３項目の日数の変化

調査期間で股関節手術を受けた患者 41 名のうち，両側の手術を受けた患者および感染症発症や床上安静指示により臥床時間が延長した患者，手術後に尿道留置カテーテルを挿入していなかった患者や歩行訓練まで至らなかったなどの理由で早期離床３項目全ての日数を確認できなかった患者 10 名は除外した。41 名中除外した 10 名を除く 31 名の属性を表１に示した。

手術前の移動手段は歩行可能（杖歩行，つたい歩きを含む）であった。介入前の群と介入後の群の早期離床３項目を全体，THA，BHA および ORIF に分け，中央値および介入前後の群で比較した統計結果を表２で示した。

介入前の群と介入後の群で全体，THA，BHA および ORIF すべての比較で早期離床３項目の日数に有意差はみとめられなかった。

２．看護職者へのアンケート

アンケートの対象は，A病院整形外科病棟に勤務する看護師 26 名および介護福祉士１名であった。アンケート回収率は，１回目 27 名（100%），２回目 22 名（81.5%）であった。

１）離床ケアについて

設問１～７について１回目と２回目の結果を表３で示した。「離床ケアの時間が十分に取れていると思う」（p＝0.002），「患者のリハビリ状況について日々把握できていると思う」（p＝0.001），「術後早期から患者のリハビリゴールが意識できていると思う」（p＝0.009）の３項目では，２回目に「思う・時々思う」と回答した割合が１回目より有意に増加していた。また，「術後の経過においてどこまで離床していいのか分かりにくい」（p＝0.01）では，２回目に「あまり思わない・思わない」と回答した割合が１回目より有意に増加していた。一方，「術後の離床を進めるタイミングが分かりにくい」（p＝0.003）では，２回目に「思う・時々思う」と回答した割合が１回目より有意に増加していた。

２）VM について

「今回使用した視覚媒体の大きさについて」では「良い」19 名（86%）「おおむね良い」３名（14%）であった。「現在の ADL に変更する方法について」では「良い」13 名（59%）「おおむね良い」９名（41%）であった。「今回使用した視覚

表３　看護職者のアンケート（１回目，２回目）結果

アンケート内容	思う（%）	時々思う（%）	あまり思わない（%）	思わない（%）	無回答（%）	*p* 値
設問１.術後早期から離床ケアをすることは大切だ	27 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
	22 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
設問２.毎回術後患者の離床ケアが十分にできていると思う	3 (11.1)	14 (51.9)	9 (33.3)	1 (3.7)	0 (0.0)	0.113
	3 (13.6)	15 (68.2)	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
設問３.離床ケアの時間が十分に取れていると思う	0 (0.0)	8 (29.6)	14 (51.9)	5 (18.5)	0 (0.0)	0.002*
	2 (9.1)	11 (50.0)	9 (40.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
設問４.患者のリハビリ状況について日々把握できていると思う	2 (7.4)	10 (37.0)	12 (44.4)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.001*
	9 (40.9)	9 (40.9)	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
設問５.術後早期から患者のリハビリゴールが意識できていると思う	3 (11.1)	8 (29.6)	14 (51.9)	2 (7.4)	0 (0.0)	0.009*
	7 (31.8)	11 (50.0)	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
設問６.術後の離床を進めるタイミングが分かりにくい	0 (0.0)	4 (14.8)	21 (77.8)	1 (3.7)	1 (3.7)	0.003*
	0 (0.0)	8 (36.4)	13 (59.1)	1 (4.5)	0 (0.0)	
設問７.術後の経過においてどこまで離床していいのか分かりにくい	6 (22.2)	17 (63.0)	3 (11.1)	1 (3.7)	0 (0.0)	0.01*
	1 (4.5)	7 (31.8)	12 (54.5)	2 (9.1)	0 (0.0)	

注：1回目 n =27　2回目 n =22　各設問の上段はアンケート1回目、下段はアンケート2回目の結果を示す。
統計分析にはWilcoxonの符号順位検定を用いた。
Wilcoxonの符号順位検定は両時点の回答が得られた22名を対象に実施した。
*p<0.01

媒体を用いた離床ケアは有用だと思う」では「思う」17 名（77%）「時々思う」４名（18%）「あまり思わない」１名（５%）であった。自由記載では，「視覚媒体をみて移動やトイレ介助が分かりやすくなった」「視覚媒体があることで受け持ち以外の ADL を一目で理解することができた」「体動アップしたのが本日なのか？昨日なのか？日付が以前のままになっているがその日に気づいたので変更したりしていた」という意見があった。

３）勉強会について

「手術後リハビリ内容を理解することができた」では「思う」16 名（73%）「時々思う」６名（27%）であった。「勉強会の内容をケアの中で活かすことができた」では「思う」11 名（50%）「時々思う」９名（41%）「あまり思わない」２名（９%）であった。「患者への手術後のリハビリ内容が説明しやすくなった」では「思う」11 名（50%）「時々思う」10 名（45%）「あまり思わない」１名（５%）であった。自由記載では「すごくわかりやすかった。術式によってリハビリの進め方が違うことがよく分かった」，「勉強会の中で分かりやすいスライドを患者さんへの説明で使用できたらよいのではないかとおもいました」という意見があった。

Ⅵ. 考　　察

１．勉強会や視覚媒体導入の有効性

PT による勉強会は看護職者全員が内容を理解できたと回答し，「勉強会の内容をケアの中で活かすことができた」など肯定的な意見があった。さらに，「勉強会の内容を患者さんへの説明で使用できたら」という意見もみられた。実際に，変形性股関節症診療ガイドライン（日本整形外科学会・日本股関節学会，2024）で術前の通院リハビリテーション介入は，術後疼痛軽減・術後機能改善および入院期間の短縮という点での有益性が報告されている。術前のリハビリに関しては，他職種の協力やシステムづくりが必要となるためすぐに導入することは難しいが，入院時や手術前のオリエンテーションの際に手術後のリハビリや注意点について患者や家族に説明し，到達目標を共有することで手術後のイメージにつながり，患者の主体性を高め早期離床の促進につながるのではないかと考える。

VM についてのアンケート調査では，大きさや使用方法についてすべての看護職者が「良い・おおむね良い」と回答している。また，９割の看護職者が今後も使用したいと回答していることから，VM の使用に大きな問題はなかったと考える。一方で，今後も使用したいと「あまり思わない」という回答もあり，VM の使用方法の統一が図れていなかったことが原因として考えられる。そのため，より簡潔にリハビリ状況が把握できるよう VM の改善および使用方法を統一できる仕組みづくりが必要であると考える。また，患者の状態に応じた離床ケアを行うためには，患者の ADL を適切に把握する必要がある。しかし，日々状態が変化する患者の ADL をすべて把握しておくことは難しく，VM により視覚的に ADL を把握することは，患者がもっている能力を低下させることなく離床ケアを行うために有用であると考える。そのためには，適時に PG を変更しておく必要があり，PT に VM の使用目的や方法などについて説明し，看護職者だけでなく他職種で VM を視覚的に情報共有できるツールとして使用し，連携することが不可欠であると考える。

看護職者へのアンケート調査において，術後早期から離床ケアを行うことの大切さについてすべての回答者が「思う」と回答していた。

１回目のアンケートにおいて，離床ケアが十分にできていると「思う・時々思う」の回答が多いのに対し，離床ケアの時間が十分に取れていると「思う・時々思う」の回答が少なかった。これにより，離床ケアは実施できているが，離床ケ

アの時間を設けての関わりができていないと感じている看護職者が多いことが分かった。離床ケアについては定義で示した通り，生活動作を通して意図的に体動を促すことであるが，多くの看護職者が離床ケアを行うためには，個別の時間が必要であると認識していたのではないかと考える。そのため，勉強会やVMの使用により生活動作を通した離床ケアについての認識が変化し，離床ケアの時間が十分にとれていると「思う・時々思う」の回答数の増加につながったと考える。

リハビリ状況については，把握できていると「思う・時々思う」の回答が２回目のアンケートで増加していることから，VMの使用により患者の現在のADLを視覚的に把握できたことがリハビリ状況の把握につながったのではないかと考える。また，術後早期からリハビリのゴールの意識ができていると２回目のアンケートで「思う・時々思う」が増加し有意差をみとめている。VMにリハビリのゴールを表記していなかったが，入院や受傷前のADLを表記することによって，目指すべきADLの把握につながったのではないかと考える。しかし，歩行能力の改善は骨折前の状態を目標とするが，さまざまな因子によって目標には到達せず歩行能力は低下することが多い（田中，2021，p.1，338）と述べられている。さらに，近藤ら（2003, p.96）はADLの状態に合わせて病棟リハビリの目標を設定し，患者，家族の意識化を図ることは，リハビリの達成感を得て日常生活の活性化が図られ，リハビリ意欲の向上と維持に効果があると述べている。そのため，VMによりリハビリ到達目標を可視化し明確にすることで，離床への意識が強まり，患者本人と家族，看護職者がともにリハビリに対して意欲的に取り組むことで早期離床につながるのではないかと考える。

どこまで離床していいのか分かりにくいと「思う・時々思う」が85.2%から36.3%へと減少したことから，VMによるADLの可視化が，患者がどこまで動けるのかを明確にすることができたのではないかと考える。一方で，離床を進めるタイミングについて分かりにくいと「時々思う」が，２回目のアンケートで増加している。その理由として，RCでは術後のリハビリの流れや具体的な離床ケア内容を表記していたが，VMではADLの把握に焦点をあて，離床を行うタイミングの記載がなかったことが考えられる。また，勉強会にて術後のリハビリについて説明していたが，患者の個別性に応じたリハビリ内容については含まれていなかった。そのため，術後のリハビリの進め方に加え，個別性に応じた離床を進めるタイミングについて定期的な勉強会の実施により継続的に理解を深める必要があると考える。

早期離床３項目の日数比較では，統計的な有意差はみとめられなかった。歩行補助具を使用した歩行について，大腿骨頚部骨折では車いすの移乗，受傷前に杖歩行または独歩が可能な例では，術後１～２日目で車いす，４から７日目で平行棒内立位をはじめて，以後歩行器歩行，杖歩行と進めていく（石橋，2005，p.231）とある。また，THAに関し術後１日で離床，車いす移乗や歩行器歩行，２～７日に関節可動域改善訓練，８日にT字杖歩行の練習となっている。介入前の早期離床３項目の日数は目安とされている日数に大きな違いはなかった。すなわち，介入前の群からすでに適切な時期に離床が行えていたことが示された。これは，元々歩行していた患者が多く，元の生活に戻りたいという患者の思いがリハビリに対する意欲を高めていた可能性もあるのではないかと考える。術式別にみると介入後の群で日数が短縮している項目もあり，日数比較での有意差はみとめなかったが，勉強会やVMによる効果があった可能性も考えられる。また，介入前後ともに有意差がみとめられなかった要因として，歩行能力回復に影響する主な因子は，年齢，受傷前の歩行能力，認知症の程度である（日本整形外科学会・日本骨折治療学会，2021，p.79）と言われている。対象患者の入院前または受傷前のADLが歩行可能（杖歩行含む）であったこと，認知症のある患者が少なかったことから，介入前および介入後の群全てにおいて歩行能力回復の妨げとなる要因が少なかったことが挙げられる。

尿道留置カテーテルについては，離床が可能になった段階が抜去する目安とされている。A病院整形外科病棟内においても，安全に車いす移乗が可能となってから抜去することが共通の認識として定着している。尿道留置カテーテル抜去までの日数が車いす移乗よりも長かったのは，その影響によるものと考えられる。尿道留置カテーテル抜去後はトイレ動作が必要となり，トイレまでの移動や立位保持などADLの拡大を通して離床促進につながると考える。また，尿道留置カテーテルによる感染面からみても長期留置は症候性尿路感染症のリスクとなることが報告され，術後３日程度の期間であれば，カテーテル留置群と間欠的導尿群とで細菌尿率に差がなかった（日本整形外科学会・日本骨折治療学会，2021，p.130）とされている。本研究においての尿道留置カテーテルの抜去は介入前の群は３日，介入後の群は2.5日と尿路感染予防においても有用であったと考えられる。

今回，早期離床と判断する具体的な指標がなかったため，本研究において，早期離床を評価するために設定した早期離床３項目で日数比較を行ったが，離床の定義には端坐位や立位なども含まれており，早期離床の項目内容を検討しなおすことで，日数の変化に有意な差をみとめた可能性もあると考えられる。

２．今後の課題

患者・家族および医療職者がリハビリに意欲的に取り組めるよう，リハビリ到達目標を明確にするなどVMの修正を行い，継続的な使用につなげる必要がある。それにより，患者および家族への指導や関わりを通して手術後の生活を具体的にイメージできるよう支援していくことが課題である。また，継続的な離床ケアを目的として，定期的な勉強会の実施やVMの評価，使用方法の統一を図る必要がある。さらに，PTとの連携を強化し他職種での関わりを深めることで，早期離床への効果を高めると考える。本研究は股関節手術患者を対象としたが，膝関節や下腿，脊椎など他疾患においても術後

早期から離床を促し元の ADL に近づけることが重要である。今後も患者が希望する生活を送れるよう VM を活用した離床ケアを継続していきたい。

Ⅶ. 結　　論

リハビリの専門職である PT からの勉強会は，股関節手術後のリハビリへの理解を深めることにつながった。また，VM の使用により患者の ADL が可視化され，患者の状態に応じた離床ケアを行うことが可能となった。

看護職者全員が介入前から離床ケアの大切さを理解しており，勉強会や VM の使用が看護職者の離床ケアに対する意識を変化させた。

早期離床３項目の日数比較で有意差をみとめることはできなかった。しかし，日数が短縮していた項目があることや介入前の群よりリハビリの目安とされている日数で離床を行えていたことが示され，定期的な勉強会の実施や VM の変更が今後の課題として明らかとなった。

本論文中の一部は，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。

Ⅷ. 引 用 文 献

石橋英明.（2005）. 大腿骨頚部骨折のリハビリテーション. *理学療法科学, 20* (3), 227–233.

曷川元，永谷悦子.（2009）. *整形外科と早期離床ポケットマニュアル*. 丸善プラネット.

近藤真貴子，松橋由美子，佐々木冷子.（2003）. 大腿骨頚部骨折手術患者に対する目標共有化の効果―患者・家族・医療者間でのリハビリカード活用の実際―. *日本看護学会論文集老年看護, 33*, 94–96.

厚生労働省.（2022）. *2022（令和４）年 国民生活基礎調査の概況*.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf（2026 年８月２日閲覧）

日本整形外科学会，日本股関節学会（監修）.（2024）. *変形性股関節症診療ガイドライン 2024*（改訂版第３版）. 南江堂.

日本整形外科学会，日本骨折治療学会（監修）.（2021）. *大腿骨頚部/転子部骨折診療ガイドライン 2021*（改訂版第３版）. 南江堂.

田中暢一.（2021）. 大腿骨近位部骨折の予後と不良因子. *理学療法ジャーナル, 55* (12), 1338–1343.

梅野直美，山﨑隆志，佐藤茂，小久保吉恭.（2012）. 整形外科術後の早期離床の効果. *日赤医学, 63* (2), 407–410.

山田律子，内ケ島伸也.（2022）. *生活機能からみた老年看護過程*（改訂第４版）. 医学書院.

◇研究報告◇

発症後早期に再発予防指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識

渡邉有紀[1)*]，近藤野乃花[1)]，香西智美[2)]，大森圭代[1)]，犬飼智子[3)]

【目的】壮年期軽症脳卒中患者が，発症後早期から再発予防指導を受けることによる再発予防行動に対する認識を明らかにする。

【方法】A病院から自宅退院する壮年期軽症脳卒中患者を対象に再発予防指導を行い，再発予防行動に関する認識を問う半構造化面接を実施し，質的記述的分析を実施した。

【結果】対象者は男性4名，平均年齢は51.8歳。分析の結果59コード，19サブカテゴリ，6カテゴリが生成された。患者の認識は【脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づく】，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】，【これまでの健康管理行動が効果的だったと気づく】，【再発予防行動を見出す】，【再発予防行動に対する困難感】，【再発予防のために周囲からのサポートを望む】であった。

【結論】患者の認識は，今までの自分の行動を振り返り，ストレスや困難と向き合いながら，再発予防のために自分ができることを見出そうとしていた。

【キーワード】脳卒中，壮年期，患者教育，再発予防，認識

Ⅰ．はじめに

日本は，食生活の欧米化により高タンパク・高脂質の過剰摂取に伴い，高血圧，糖尿病，脂質異常症などの生活習慣病の罹患率が増加傾向にある（厚生労働統計協会，2021）。脳卒中は，日本人の死因の第4位，脳血管疾患の患者数は174万人を超えている（厚生労働統計協会，2021）。脳卒中は，生活習慣病との関連性が言われており，再発を繰り返すたびに重症化することが明らかになっている（小林，2015）。脳卒中の累計再発率は，初回発作後10年で約50%である（Hata et al., 2005）。再発予防には危険因子の管理や生活習慣の改善が重要であり，健康増進や再発予防など早期から患者・家族への教育を行うことが推奨されている（日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会，2021）。

脳卒中患者は，発症時の再発予防に関する心理として，発症直後から生命危機の恐怖と共存し，SCUのベッド上で安静や急性期の治療を受けながら発症につながった原因や過去の生活を見直し始める（宇枝・菅野，2013）。軽症脳梗塞患者が再発予防のための自己管理の実行に至るプロセスでは，全ての患者が行動化を試みる体験をしているが，生活指導などの支援環境の充足は発症後早期の行動化を試みる段階で主に作用している（佐藤ら，2013）。このように，発症後早期からの再発予防への動機付けが重要であると考えられる。しかし，軽症脳卒中患者のなかでも壮年期患者は，セルフマネジメントよりも社会的役割の遂行を優先せざるを得ない状況にあると推測され，軽症であることが病気への脆弱性を薄れさせ，重症化につながりやすい（内田・青木，2022）ことが指摘されている。そのため，壮年期軽症脳卒中患者は役割活動が優先されることにより，再発予防行動を十分にとることが難しく，再発のリスクが高まることが予想される。軽症脳卒中患者の中には自宅退院を目指す場合もあるため，短期間で疾患や再発予防行動についての知識をつけてもらう必要がある。A病院では軽症脳卒中患者の入院期間は，クリニカルパスに基づき約10日と短期間となっている。そのため看護師は，発症後早期であるStroke Care Unit（以下，SCUと略す）入室中から再発予防指導（以下，指導と略す）を行っている。

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）倉敷中央病院　2）ハーヴィスクリニック　3）川崎医療福祉大学
＊ E-mail：yw13288@kchnet.or.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

本研究では，発症後早期に再発予防指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の再発予防行動に対する認識を明らかにし，発症後早期の指導に対する示唆を得る。

Ⅱ．目　　的

壮年期軽症脳卒中患者が，発症後早期から指導を受けることによる再発予防行動に対する認識を明らかにする。

用語の定義

1．壮年期：基礎代謝が低下して生活習慣の影響が現れる 40 歳以上から多くの雇用者が定年を迎える 65 歳以下とする。

2．軽症脳卒中患者：脳梗塞，脳出血のいずれかを発症し，意識障害がなく（Japan Coma Scale 0～Ⅰ-1），認知症がなく，入院時の National Institutes of Health Stroke Scale が 0～5点と評価され，保存的治療を行った患者とする。

3．再発予防指導：A病院で作成した「脳卒中予防パンフレット（全9ページ）」を用いて看護師が行う指導とする。内容は，疾患指導（疾患，症状，危険因子）や生活指導（血圧管理，食事療法，水分管理，体重管理，日常生活の注意点として寒暖差・便秘・禁煙・飲酒）である。

4．認識：軽症脳卒中患者が，再発予防指導後に，これまでの自分の生活習慣や病気，再発予防に向けた今後の生活について感じたこと。

Ⅲ．方　　法

1．調査期間

2023 年 9 月～10 月

2．研究参加者

脳卒中を初めて発症し，症状の進行がなく経過し，転帰の見込みが自宅退院の方針となっている壮年期の軽症脳卒中患者で，SCU 入室中から指導を開始した方。ただし，認知症や失語障害のある患者は除外する。

3．データ収集方法

上記の条件に該当する者を SCU 入室患者から選定した。A病院の軽症脳卒中患者の入院期間は，クリニカルパスに基づき約 10 日間である。そのため，この期間を発症後早期の時期とし，パンフレットによる指導は入院翌日～翌々日のどちらかの日より開始し，その日の担当看護師が実施した。脳卒中予防パンフレットの全ページの指導を終えた2～3日後に，研究への参加に同意が得られた方に，研究者が独自に作成したインタビューガイドを用いて，半構造化面接を個別に1回実施した。時間は 30 分程度とした。インタビューガイドは，「病気の受け止め」，「指導で聞いた内容や感じたこと」，「入院前の生活と指導内容を照らし合わせて改善しようと思ったこと，難しいと思ったこと，今後も継続しようと思ったこと」で構成した。

インタビューは，研究参加者の入院中にプライバシーを確保できる個室で実施し，途中で体調不良となった場合は中断できることを伝えた。また，実施前には全身状態が安定していることを確認し，本人にも 30 分程度の会話が可能か，身体症状等がないかを確認して実施した。インタビュー内容は，同意を得た上で IC レコーダーに録音した。

4．分析方法

録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。逐語録から，調査内容について語られた文脈を抽出し，コード化した。さらに，類似したコードを分類して，サブカテゴリ，カテゴリへと抽象化をはかり分析を行った。信頼性と妥当性を確保するため，質的研究に精通した指導者のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，倉敷中央病院倫理審査委員会の承認を得た（承認番号なし）。研究参加者に対して，脳卒中予防パンフレットの全ページの指導を終えた2～3日後に，説明文書に沿って研究の主旨を十分に説明した。インタビュー直前に，再度説明文書に沿って研究の主旨を説明し，研究への協力・参加に同意を得られたら，同意書への署名により同意を得た。研究への参加は自由意思に基づくものであり，研究協力の拒否により不利益が生じないこと，氏名などの個人情報は一切公表されることはなく，堅く守られることを保証した。調査用紙は，個人情報保護法に定める匿名加工基準を満たすように，個人情報を加工したものとし個人が特定できないようにした。

Ⅴ．結　　果

1．研究参加者の概要（表1）

参加者は，男性4名，平均年齢は 51.8 歳であった。疾患名は脳梗塞3名，脳出血1名で，4名とも就業中であった。既往歴は高血圧等の生活習慣病を有していた。指導開始日は入院翌日3名，入院翌々日1名であった。

表1　研究参加者の概要

	年齢	職業	疾患名	同居家族	既往歴	指導開始日	指導日数
B氏	40歳代	建築業	脳梗塞	妻	高血圧、脂質異常症、糖尿病 不整脈、失神(詳細不明)	入院翌日	1日
C氏	60歳代	会社員	脳出血	妻, 長男, 次男	高血圧、糖尿病、くも膜のう胞	入院翌日	2日
D氏	40歳代	事務	脳梗塞	妻, 長女, 長男	高血圧、アレルギー性鼻炎	入院翌日	5日
E氏	50歳代	工場勤務	脳梗塞	単身赴任	高血圧、右顔面神経麻痺	入院翌々日	1日

２．分析結果（表２）

逐語録から，発症後早期に指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識に関する内容を抽出し，59 コードを抽象化した。さらに，類似したコードを分類し 19 サブカテゴリ，6 カテゴリを生成した。得られた結果について，カテゴリを【　】，サブカテゴリを〈　〉，参加者の語りを「　」で示した。

発症後早期に指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識は，【脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づ

表２　発症後早期に指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づく	塩分摂取量など食事の内容に問題があった	発症前は野菜摂取と水分補給を意識して生活していたが足りていなかった
		普段の塩分摂取量が多いから脳梗塞になったと思った
		普段の水分摂取量は目標摂取量の半分だった
		食事に関してはノーコントロールだったと感じた
	血圧を管理していなかった	血圧管理をおろそかにしたせいで脳出血になったと思った
		今の血圧ではいけないと思った
		血圧はいつか改善できると思い管理を先延ばしにしたことがいけなかった
		病気の原因は高血圧が大きく影響した可能性があると思った
	運動不足であった	運動を心がけてはいたが実践が甘かった
		食事や水分摂取量、運動を意識はしていたが行動が伴っていなかった
再発予防につながる生活の改善に関心を持つ	これまでの生活を見直す必要がある	食生活を見直さないといけないのは分かった
		指導を受けて自分の生活を見直す機会になった
		指導を受けてダメな生活習慣が分かった
		20人に1人、10年では約半数が脳卒中を再発するというのが衝撃的だった
		パンフレットは普段あまり気にかけていない日常生活の注意点を思い直せる
		生活を改善するために何をすればいいか考えている
		どうやって再発のリスクを回避するのか今と同じ生活はしていいのか確認したい
	生活を改善しないと再発すると思う	かなり生活習慣を改善していかないと再発をすると思った
		塩分摂取量が6gを超えたら脳卒中を再発して再入院になると思った
		指導は再発予防の抑止力になるが制限を守らないと病気が再発する恐怖も植え付ける
		このまま入院前と同様の生活をしていくと，再発は間違いないと感じた
	指導を受けた内容を守ろうと思う	指導を受けてきちんと再発予防行動をやらないといけないと強化された
		症状を自覚しているタイミングで指導を聞いたほうがリアルに感じられるのでよかった
		パンフレットに書いてあることを守らないといけないと思った
		再発しないように再発予防行動を頑張ろうと思う
	指導内容を思い出せない	指導内容はパンフレットを見ないと答えられない
これまでの健康管理行動が効果的だったと気づく	これまでの生活習慣で適切であったことは継続する	血圧は元々測っていたので続けようと思う
		魚は缶詰を食べることを続けようと思う
		混ぜるや煮るぐらいの自炊はできるからこれからも続ける
		外気を防ぐような工夫をこれからも続けようと思う
再発予防行動を見出す	働き方を変更する	自分の働き方も少し変えていかないといけない
	食品の選択を適切に行う	野菜は原型で食べられるものを選ぶようにする
		実家に帰ると食形態が乱れてしまうから気をつけないといけない
		肉を摂取するときは加工品のハンバーグを食べるようにする
		パンには結構塩分があるから気をつける
	食事・塩分・脂質の摂取を制限しなければならない	1日の塩分摂取量が6gの食事内容を守ろうと思う
		中性脂肪が高いため脂質をあまり摂らないようする
		スーパーの食事は塩分が高いと認識しているから気をつける
	気温差の対策を行う	家の風呂場から部屋までが外で寒いから対策を考える
	運動習慣をつける	職場では自転車は使わずなるべく歩くようにする
		家でも土日は基本的に車を使わず１万歩を目安に歩こうと思う
		運動は億劫だが再発予防のためにやらないといけない
	体重管理を行う	純粋にできることは体重を落とすことくらいだと思う
	水分摂取を適切に行う	目標水分摂取量を教えてもらったのでいい目安になる
再発予防行動に対する困難感	禁煙や節酒を行うことは難しい	退院後の自由な生活の中でたばこを我慢しつづけられるとは思わない
		医療者に安易に「禁煙できる」と言われると逆にストレスになる
		たばこやお酒をやめたほうがいいが職場での付き合い上，ないといけない
		僕らは仕事ありきの生活という考え方だからたばこやお酒をやめることは難しい
	食生活を改善することの難しさを感じている	仕事をしながらどうやって病院食のようなバランスのいい食事を摂ればいいのかと思う
		仕事中に熱中症予防の塩分タブレットを摂取すると1日の塩分量が6gを超えないか心配だ
		子供がいるため塩分を減らすことは難しい
		子供に食事の味が薄いと言われるし自分だけ特別に作るのは難しい
		病院食だけでも血糖値が変動すると知ってどうやって血糖値を下げるのか疑問に感じた
	運動に取り組むことは難しい	自分には減量の方法についての知識がない
		仕事が忙しくなると運動を中断してしまう
		デスクワークのため運動はできていないけどこれからも難しい
再発予防のために周囲からのサポートを望む	生活習慣を改善・継続するために周囲からのサポートを求める	生活改善は妻にもぜひ協力してもらいたい
		若い歳で病気になったことで自分や家族が困ったときの相談窓口がないことに気づいた
		家族が心配してくれるのは非常に助かる

く】，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】，【これまでの健康管理行動が効果的だったと気づく】，【再発予防行動を見出す】，【再発予防行動に対する困難感】，【再発予防のために周囲からのサポートを望む】の６カテゴリであった。以下に各カテゴリについて説明する。

１）【脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づく】

このカテゴリは，〈塩分摂取量など食事の内容に問題があった〉，〈血圧を管理していなかった〉，〈運動不足であった〉という３つのサブカテゴリから構成された。

「普段の塩分摂取量が多いから脳梗塞になったと思った（Ｃ氏）」や，「血圧管理をおろそかにしたせいで脳出血になったと思った（Ｂ氏）」など，指導を受けたことによって，脳卒中発症の原因でもある食生活管理不足，血圧管理不足，運動不足が，発症の一因となっていることを理解していた。また，これまでの生活習慣を振り返り，脳卒中の発症との関連性を考えるきっかけになっていた。

２）【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】

このカテゴリは，〈これまでの生活を見直す必要がある〉，〈生活を改善しないと再発すると思う〉，〈指導を受けた内容を守ろうと思う〉，〈指導内容を思い出せない〉という４つのサブカテゴリから構成された。

「このまま入院前と同様の生活をしていくと，再発は間違いないと感じた（Ｃ氏）」や，「指導を受けて自分の生活を見直す機会になった（Ｄ氏）」など，指導を受けたことで，今までの生活を改善しなければ，再発する可能性があるといった意識の変化につながっていた。しかし，「指導内容はパンフレットを見ないと答えられない（Ｂ氏）」のように，関心は持っていても十分な知識の獲得には至っていなかった。

３）【これまでの健康管理行動が効果的だったと気づく】

このカテゴリは，〈これまでの生活習慣で適切であったことは継続する〉という１つのサブカテゴリから構成された。

「血圧は元々測っていたので続けようと思う（Ｄ氏）」のように，指導内容と今までの自分の行動が一致している部分もあり，再発予防のために必要なことを再認識していたことを表す。

４）【再発予防行動を見出す】

このカテゴリは，〈働き方を変更する〉，〈食品の選択を適切に行う〉，〈食事・塩分・脂質の摂取を制限しなければならない〉，〈気温差の対策を行う〉，〈運動習慣をつける〉，〈体重管理を行う〉，〈水分摂取を適切に行う〉という７つのサブカテゴリから構成された。

「１日の塩分摂取量が６ｇ（の食事内容）を守ろうと思う（Ａ氏）」，「家でも土日は基本的に車を使わず１万歩を目安に歩こうと思う（Ｄ氏）」，「自分の働き方も少し変えていかないといけない（Ｃ氏）」など，再発予防のためには，生活習慣の見直しや働き方の変更が必要であることを理解し，実際の行動を計画できていた。また，指導内容の中にはできないことがあっても，できることから取り組もうとする意識につながっていた。

５）【再発予防行動に対する困難感】

このカテゴリは，〈禁煙や節酒を行うことは難しい〉，〈食生活を改善することの難しさを感じている〉，〈運動に取り組むことは難しい〉という３つのサブカテゴリから構成された。

「たばこやお酒をやめたほうがいいが職場での付き合い上，ないといけない（Ａ氏）」のように，就労に伴って生じる社会的な付き合いがあるため，急に禁煙を優先できない状況であった。また，「子供に食事の味が薄いと言われるし自分だけ特別に作るのは難しい（Ｂ氏）」や，「仕事が忙しくなると運動を中断してしまう（Ｃ氏）」など，家庭生活のため自分だけ別に食事を準備できないこと，仕事があるため塩分制限やバランスの良い食事を摂取することの難しさなど，壮年期に特徴的な困難が生じていることが分かった。仕事を継続し家族と共に生活していく上で，再発予防行動がとれるかというような悩みを抱えていた。

６）【再発予防のために周囲からのサポートを望む】

このカテゴリは，〈生活習慣を改善・継続するために周囲からのサポートを求める〉という１つのサブカテゴリから構成された。

「生活改善は妻にもぜひ協力してもらいたい（Ａ氏）」のように，生活を改善し再発予防に取り組むためには，自分自身の意識の変容だけではなく，家族にも協力を求めていることを表す。

Ⅵ．考　　察

１．発症後早期に指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識

患者らは，指導によってこれまでの生活習慣を振り返り，塩分摂取等の食生活と血圧の関連，運動の重要性について認識し，【脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づく】ことができていた。この気づきを得たことで，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】に至り，生活の見直しや再発リスクの認識を高められたと考えられる。保健信念モデルでは，病気に対する罹患性や重大性の両方が高まって初めて脅威（危機感）が高まり，予防的保健行動を実行しなければという思いが強くなる（岡，2018，p.26）としている。また，急性期脳卒中患者は，生命の危機の恐怖を感じつつ，発症前の生活や行動を振り返って自分なりに発症の原因を考えている（日坂ら，2016）。これらのことから，脳卒中の症状や治療を経験したばかりで，病気や合併症への恐怖を痛感している発症後早期から指導を開始したことで，これまでの生活習慣の振り返りや行動変容への動機付けにつながったと考えられる。

一方で，指導を開始して間もないこともあり，脳卒中予防パンフレットを見ながら指導内容に関する認識を語る患者もいた。急性期脳卒中患者は，意識障害のない場合でも，はっきりと自己に起こっていることの認識ができないことがある（日坂ら，2016）。また発症早期は，障害受容や危機理論のショック期にもあたる。指導内容を思い出せない事象の背景には，これらの要因が影響していると考えられる。しかし，

指導内容を全く思い出せないわけではなく，脳卒中予防パンフレットを見ることで指導内容を思い出し，自らの認識を語ることができていた。パンフレットは患者が指導内容を具体的に理解し，記憶にとどめる上で重要である（齊藤ら，2016）。指導の内容を理解していても，時間が経つと忘れてしまう可能性があるため，パンフレットを用いた指導は，指導内容を見直し確認できる利点があると考えられる。

患者らはこれまでの生活習慣を振り返って，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】とともに，【これまでの健康管理行動が効果的だったと気づく】ことができていた。患者は自身の行動すべてが良くなかったわけではなく，脳卒中の再発予防に効果的な部分があったと認識できたことは，自己効力感の向上につながったと考える。健康管理と自己効力感には関連があり，自己効力感を高めることは，医学的治療に対するコンプライアンスを良好なものにするうえで重要な意義がある（岡，2018，p.48）。指導では，これまでの生活習慣の問題点や改善を要する点にだけ着目するのではなく，効果的な生活習慣もあったとポジティブな部分を認識できるような関わりは，患者の自己効力感の向上や健康管理の継続を促進すると考えられる。

患者らは，脳卒中発症の原因となった生活習慣として，食事・血圧管理・運動不足の問題をあげていた。慢性疾患の自己管理は，職場や家庭における社会的な役割とも密接に関係する（大池・川本，2008，p.14）。壮年期脳卒中患者は，家庭内や職場で複数の役割を担いながら再発予防行動を継続していく必要があるため，食生活の改善や運動の効果を確認しながら，【再発予防行動を見出す】と考えられる。一方で患者らは，喫煙や飲酒，食生活の改善について【再発予防行動に対する困難感】も感じていた。成人期にある人は社会的役割を果たすことも求められており，仕事や家事に追われることで食生活が簡便化しやすく，脂質や塩分を過剰摂取して栄養のバランスが偏る危険性がある（大池・川本，2008，p.6）。また，20 歳代から 50 歳代までの成人期の人々の運動習慣は，他の年齢の人々と比べて少ない（大池・川本，2008，p.7）。これらの特徴を踏まえると，壮年期である患者らも同様に，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】ことができている一方で，退院後の社会生活の中で食事改善や運動習慣などの再発予防行動を実践し継続することに対して，不安や困難感を抱きやすいと考えられる。中高年の食生活習慣は長い間に身についたものであり，自らの病気が食生活習慣に起因することがわかっていても，「好きな食事を我慢するつらさ」を負担として感じ，食事改善を指示されることに抵抗感をもつ（冨澤・冨澤，2019）。食事に限らず嗜好品であるタバコやお酒の節制，運動の継続を医療者が指導として強要することは，患者のストレスとなり不適切な行動の継続や，再発予防行動の中断につながる可能性があると考えられる。【再発予防行動に対する困難感】やストレスを軽減するためには，医療者は生活を過剰に制限することを求めるのではなく，個々の生活や価値観も尊重し，退院後の社会生活の中で実践可能な行動を共に考えていく必要がある。

患者らは，生活習慣を改善・継続するために，【再発予防のために周囲からのサポートを望む】という認識を持っていた。上述したように，壮年期軽症脳卒中患者は，家庭・社会生活の中で再発予防行動を実践し，継続していく必要がある。そのため，家族や職場の理解や協力が得られなければ，効果的な再発予防行動の実践は困難となる可能性がある。退院後は周囲の環境と誘惑から，自己管理が維持できなくなる現状がある（黒田ら，2013）。そのような状況を回避するために，退院後の生活習慣について患者・家族とともに話し合ったり，就労支援を行ったりする必要があると考えられる。また，入院中に退院後の自宅での生活をイメージすることは難しく，入院中には想像できなかった問題や疑問に直面する場合も想定される。退院後に生じた困りごとを解決するための手段や，相談窓口に関する情報提供を行い，患者の対処能力を高める医療者の関わりが必要だと考えられる。

２．発症後早期に指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の再発予防指導

本研究では，軽症脳卒中クリニカルパスの入院期間 10 日に応じ，SCU 入室期間から早期の指導による介入を開始している。壮年期にあり，軽症脳卒中の患者に対する早期介入の意義について考察する。

今回，患者らは発症後早期から指導を受けたことで，【脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づく】ことや，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】ことができていた。さらに，【再発予防行動を見出す】ことができ，これまでの生活習慣のなかで適切であったことは継続しようとする意欲も持っていた。このような患者の生活習慣の振り返りや行動改善への関心，行動変容につながる反応から，患者らは行動変容ステージモデルの無関心期から，関心期へ移行しつつあると考えられる。無関心期は行動を変える意思がなく，問題を十分に認識していない段階であり，関心期は問題を認識し，行動変容の必要性を理解し始めるものの，具体的な行動には至っていない段階とされている（Prochaska & DiClemente, 1983）。以上のことから，発症後早期から指導を行うことは，症状が軽症であっても再発予防行動につながる可能性が高くなると考えられる。

一方で，患者らは【再発予防行動に対する困難感】を抱いていた。一部の再発予防行動に対して，実践が難しい，もしくは改善に時間を要すると躊躇していることから，行動変容ステージモデルにおける準備期，すなわち実行可能な計画を立て，近い将来に行動を開始する段階に移行したとは言い難い。退院後，速やかに再発予防行動を実践していくためには，退院時に準備期へ移行していることが望ましいと考えられる。パンフレットは内容の見直しや確認などができる利点はあるが，その記載内容は一般的なものであり個別性は低い。行動変容ステージを把握し，個々の患者に合わせた変容プロセスを用いた患者教育を行うことで，退院後の行動変容につながる（福士，2022）。指導に際しては，患者の既往歴や社会的役

割，日常生活の状況および生活習慣を把握したうえで，退院後の生活を見据えた具体的な指導を行い，患者自身が実行可能な計画を立案できるよう支援する必要がある。そして，退院後の望ましい生活の維持のために，退院後生活する中で疑問が生じた時に相談できる方法を確認することや，対象者の退院後の生活状況を把握し，実行できていないことは実行できるように支援する機会を設けることは大切である（齋藤ら，2016）。退院後「自己目標の達成状況をフィードバックする面談」を行うことで，対象者の再発予防行動に影響する（植西ら，2024）。退院後，外来通院時に困りごとなどの相談ができるように指導内容について外来看護師とも共有しておくことや，困ったときの相談窓口を設置し，多職種によるチームアプローチを行うなど，継続した支援を行う必要がある。

3．研究の限界と今後の課題

本研究の限界として，対象者が男性４名のみであったこと，１施設のみの調査であることから，結果には偏りが生じた可能性がある。そのため，今後は対象者を増やし，男女差はないのか等の検討を重ねていく必要がある。

Ⅶ. 結　　論

発症後早期に再発予防指導を受けた壮年期軽症脳卒中患者の認識として，【脳卒中発症の原因がこれまでの生活習慣にあると気づく】，【再発予防につながる生活の改善に関心を持つ】，【これまでの健康管理行動が効果的だったと気づく】，【再発予防行動を見出す】，【再発予防行動に対する困難感】，【再発予防のために周囲からのサポートを望む】の６カテゴリが生成された。発症後早期から指導を受けることで，今までの自分の行動を振り返り，発症の原因に気づき，困難を感じながらも生活の改善に関心を高めていた。さらに，壮年期の特徴である仕事と家庭の両立，ストレスと向き合いながら自分ができる再発予防行動に取り組もうとしていた。そして，生活習慣を改善・継続するために家族など周囲からのサポートを望んでいることが明らかになった。

謝辞

本研究の実施にあたり，ご協力いただきました研究参加者の皆様に心より感謝申し上げます。

本論文の内容の一部は，第 50 回日本脳卒中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

福士裕紀.（2022）. 軽症脳卒中患者の行動変容ステージの変化と影響要因―減塩行動に焦点を当てた質問紙調査からの考察―. *青森中央学院大学研究紀要, 35*, 161–176.

Hata, J., Tanizaki, Y., Kiyohara, Y., Kato, I., Kubo, M., Tanaka, K., Okubo, K., Nakamura, H., Oishi, Y., Ibayashi, S., & Iida, M. (2005). Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry, 76* (3), 368–372.

日坂ゆかり，南川貴子，田村綾子.（2016）. 急性期脳卒中患者の心理・経験・体験に関する研究の現状と今後の課題. *日本ニューロサイエンス看護学会誌, 3* (2), 85–92.

小林祥泰（編）.（2015）. *脳卒中データバンク 2015*. 中山書店.

厚生労働統計協会.（2021）. *厚生の指標, 68* (9), 2–472.

黒田美樹，笠原めぐみ，渡辺明子.（2013）. 脳梗塞患者の退院後の生活状況に影響する要因と退院指導への要望. *第 43 回日本看護学会論文集成人看護Ⅰ*, 143–146.

日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会.（2021）. *脳卒中治療ガイドライン 2021*. 協和企画.

大池美也子，川本利恵子.（2008）. *根拠がわかる成人看護技術*. メヂカルフレンド社.

岡美智代（編）.（2018）. *行動変容をうながす看護*. 医学書院.

Prochaska, J., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (3), 390–395.

齊藤久美子，佐藤真由美，一戸とも子，小倉能理子，工藤ひろみ.（2016）. 慢性疾患患者の退院後の生活に対する認識と患者指導に望むこと. *保健科学研究, 6*, 41–50.

佐藤美紀子，長田京子，大森眞澄.（2013）. 軽症脳梗塞患者の再発予防に向けた自己管理の実行プロセス. *日本ニューロサイエンス看護学会誌, 1* (1), 13–21.

冨澤栄子，冨澤ゆかり.（2019）. 初発の軽症脳梗塞患者の再発予防行動の意思決定時の恩恵と負担. *日本ニューロサイエンス看護学会誌, 6* (1), 23–30.

内田香里，青木きよ子.（2022）. 壮年期にある軽症脳卒中患者のセルフマネジメント自己評価尺度の信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌, 42*, 271–280.

宇枝恵生，菅野陽子.（2013）. 壮年期脳出血患者の発症後の心理―家族役割と家族への思い―. *第 43 回日本看護学会論文集成人看護Ⅰ*, 103–106.

植西和美，中島真由美，平田美紀.（2024）. 脳梗塞患者の再発予防指導に自己目標を設定した退院後の実態調査～聞き取り調査を通して見えた患者の再発予防行動の変化～. *聖泉看護学研究, 13*, 55–64.

◇研究報告◇

看護師のモニターのアラームに対する実態調査

安積早紀[1)]*，渡邉空翔[1)]，菊池亮介[1)]

【目的】A病院の看護師のモニターのアラームに対する対応方法の実態調査をし，適切なアラーム対応や事故防止に向けての示唆を得る。

【方法】A病院の重症集中系病棟（A群集中系）看護師と一般病棟（B群内科外科系混合とC群外科系）看護師433名を対象に自記式質問紙を用いた実態調査研究。

【結果】看護師351名から回収。（回収率81%，有効回答率100%）モニター観察では，A群が「常に観察」54人（73%），B群，C群が「アラームが鳴った時観察する」40%前後。3群ともに「すぐに患者の所へ行きアラームの原因を観察」は80%であった。アラーム対応時の困ったことでは，B群が「他の患者の対応ですぐに確認が出来ずに困った」32人（17.2%）であった。

【結論】ABC群のモニター観察のタイミングは違いが生じていた。A病院の看護師の80%以上がモニターのアラーム鳴動時すぐに患者の所へ行って原因を観察する意識があった。

【キーワード】モニター，アラーム，実態調査

Ⅰ．はじめに

生体情報モニター（以下：モニターとする）は心電図・呼吸・体温・血圧・酸素飽和度などの生体情報をリアルタイムに測定・記録し，患者の容体を把握するための医療機器である。そのモニターのアラームが鳴動した場合患者の生体情報に何らかの異常があることを知らせている。アラームを放置，軽視すれば最悪の場合死に至るケースもある。土屋ら（2007）の集中治療室における看護師のアラーム反応時間に関する研究では，集中治療室内におけるモニターアラームへの反応時間を検討し，看護師の勤務人数の多寡は必ずしも反応時間に関係せず，複数の環境因子の影響を受けることを明らかにしている。

地域の中核的な役割を果たす急性期病院（以下：A病院とする）では，重症集中系病棟はもちろん，一般病棟でもモニターを必要とする患者が多い。通常，モニターのアラームは，医師の指示を踏まえ設定されているが，医師の広域指示を遵守するあまり個別性にあわず，アラームが鳴っている現状もある。石川・斉藤（2017）は医療機器のアラームに関わるインシデント・アクシデント事例からみる再発防止の検討の研究結果で，医療機器のアラームに関連した事例発生では，アラームが作動しなかった場合や，アラームが作動しても作動に気づかない，あるいは作動に気づいていても，その後の対応が適切に実施できていないことがある等，様々な背景・要因があると報告している。本来であれば，モニターのアラームは患者の状態をいち早く知り観察の一助となるが，観察する看護師が対応しきれない現状があるのではないかと考えた。またモニターを使用する病棟によって，看護師のモニターに対する意識や対応方法に違いがあるのではないかと考えた。野川ら（2008）や土屋ら（2007）は，循環器内科や救命救急センターといった，モニター使用頻度が高い病棟での看護師のモニターアラームへの対応方法の実態調査を行っていた。しかし，一般病床を含む，患者重症度やアラームの緊急度，モニターの使用台数に関係した，モニターのアラームに対する看護師の対応方法の実態調査は行われていない。本研究では，患者重症度やアラームの緊急度等と合わせて，看護師の

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院
＊ E-mail：moja28na@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

モニターのアラームに対する対応方法の実態調査をし，適切なモニターアラーム対応や事故防止に向けての示唆を得る。

Ⅱ．目　　的

Ａ病院の看護師のモニターのアラームに対する対応方法の実態調査を実施し，適切なアラーム対応や事故防止に向けての示唆を得る。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

質問紙調査による実態調査

２．研究対象者

令和５年 11 月１日時点でＡ病院に勤務する新生児・小児科・産科，外来看護師を除く，重症集中系病棟看護師と一般病棟看護師 433 名を対象とした。本研究ではデータ収集に際し，集中治療室系のＡ群，内科外科系が混合されている内科外科系混合病棟のＢ群，外科系病棟のＣ群へ調査を行った。病棟分類については一般急性病棟内でも内科系，外科系で病態に違いがあり，モニターの使用台数に違いがあると仮説を立てた。その上でＡ病院は外科系単科の病棟はあるが，内科系単科の病棟がないため，内科と外科が混合している病棟を内科外科系混合病棟とした。モニター数はナースステーション内で監視しているモニターとした。

３．研究調査期間

令和５年 11 月１日から令和５年 11 月 30 日までの１ヶ月間

４．研究方法

１）質問紙作成方法

越道ら（2022）の一般病棟に勤務する看護師の急変予測の実態と急変予測に関連する個人特性の先行研究を参考に，スーパーバイザーの指導のもと同意書兼自記式質問紙を作成。看護師２名にプレテストを実施し，回答時間や自記式質問紙の内容や表現の不明瞭な点の確認を行った。

２）データ収集方法

調査期間以前に各病棟に研究目的等を記載したポスター掲示を行い，アンケートへの参加募集を行った。その後，参加協力を得られた重症集中系病棟看護師と一般病棟看護師 433 名に自記式質問紙を配布した。対象病棟内に設置した回収箱に質問紙を投函してもらい，データを収集した。また，研究対象病棟のナースステーション内で監視しているモニターについて，調査期間中の１日の定点時間で使用したモニターの台数の調査を対象病棟へ依頼し，データ収集を実施した。

３）質問内容

所属病棟，経験年数，所属経験年数の他，モニターのアラームへの対応方法の実態（どのようなタイミングでモニターを観察しているか，対応が多かったモニターのアラームは何か，モニターのアラームにどのような対応をしたか，モニターのアラーム対応でどんなことに困ったか，モニター装着時アラーム設定しているか，モニターのアラームの緊急度に応じて対応を変えているか，苦手意識の有無など）計 22 項目とした。

５．分析方法

自記式質問紙のデータは，Excel2021 にて単純集計し，モニター使用率はナースステーション内で監視しているモニターのうち調査期間中の１日の定点時間で集計し，１日平均使用台数／各病棟の使用可能台数 × 100 で算出した。重症度医療看護必要度については，Ａ病院の許可を得て，調査期間中の集計結果を保存データより閲覧した。各項目については，2023 年度時点で厚生労働省が定める医学管理や処置等の実施状況評価（Ａ項目），患者の ADL 状況や意識レベルの評価（Ｂ項目）に関するデータを集計した。

Ⅳ．倫理的配慮

本調査は，研究者が所属する太田西ノ内病院の生命倫理審査会の承認を得て実施した（院臨床審査 2023 年度 No.12）。対象者への自記式質問紙には，回答は自由意思であり，看護師へは本研究へ参加しなくても職務上何ら不利益が生じることはなく，研究協力への同意は自由意思であることを保障した。自記式質問紙内に研究同意の意思表示ができる欄を作成し，アンケートの提出をもって同意されたものとした。ただし，無記名のアンケートのため同意した後での撤回はできないことを説明した。研究結果を論文や学会等で公表する場合，個人が特定されないことを保障し，また論文作成終了後までデータを厳重に保管することを説明した。

Ⅴ．結　　果

１．回収率と対象者の属性（表１）

研究協力を得たＡ病院の看護師 433 名に配布し，351 名から自記式質問紙の回収を得た。回収率 81%，有効回答率は 100% であった。全体の看護師経験年数は１年～５年 144 名（41%），６年～10 年 51 人（14.5%），11 年～20 年 71 人（21.1%），21 年以上 81 人（23.1%）であった。所属経験年数は１年～５年 270 名（77%），６年～10 年 62 人（17.7%），11 年～20 年 13 人（3.7%），21 年以上１人（0.3%）であった。また病棟別に分類し，Ａ群の集中治療室系は 74 名（21%），Ｂ群の内科外科系混合病棟が 186 名（53%），Ｃ群の外科系の病棟は 91 名（26%）回答あり，経験年数，所属経験年数別に集計した。

２．モニターアラームへの対応方法の実態

１）モニター観察のタイミング（図１）

Ａ群集中治療室系（以下Ａ群集中系と記載）は，常に観察 54 人（73%），アラームが鳴った時８人（10.8%），患者の状態が不安定な時６人（8.1%）であった。Ｂ群内科外科系混合病棟（以下Ｂ群内科外科系混合と記載）は，アラームが鳴った時 71 人（38.2%），常に観察 62 人（33.3%），患者の状態が不安定な時 35 人（18.8%）であった。Ｃ群外科系は，アラームが鳴った時 38 人（41.8%），常に観察 24 人（26.4%），患者の状態が不安定な時 16 人（17.6%）であった。

２）モニターのアラーム対応（図２）

アラーム対応時に患者の傍に行くかどうかの問いでは，Ａ群集中系は，すぐに患者の所へ行きアラームの原因を観察し

表１　対象者の属性

		人（%） 全体 N=351	%
経験年数			
	1～5年	144	41
	6～10年	51	14.5
	11～20年	71	21.1
	21年以上	81	23.1
所属経験年数			
	1～5年	270	77
	6～10年	62	17.7
	11～20年	13	3.7
	21年以上	1	0.3
病棟別	A群集中系	74	21
	B群内科外科系混合	186	53
	C群外科系	91	26

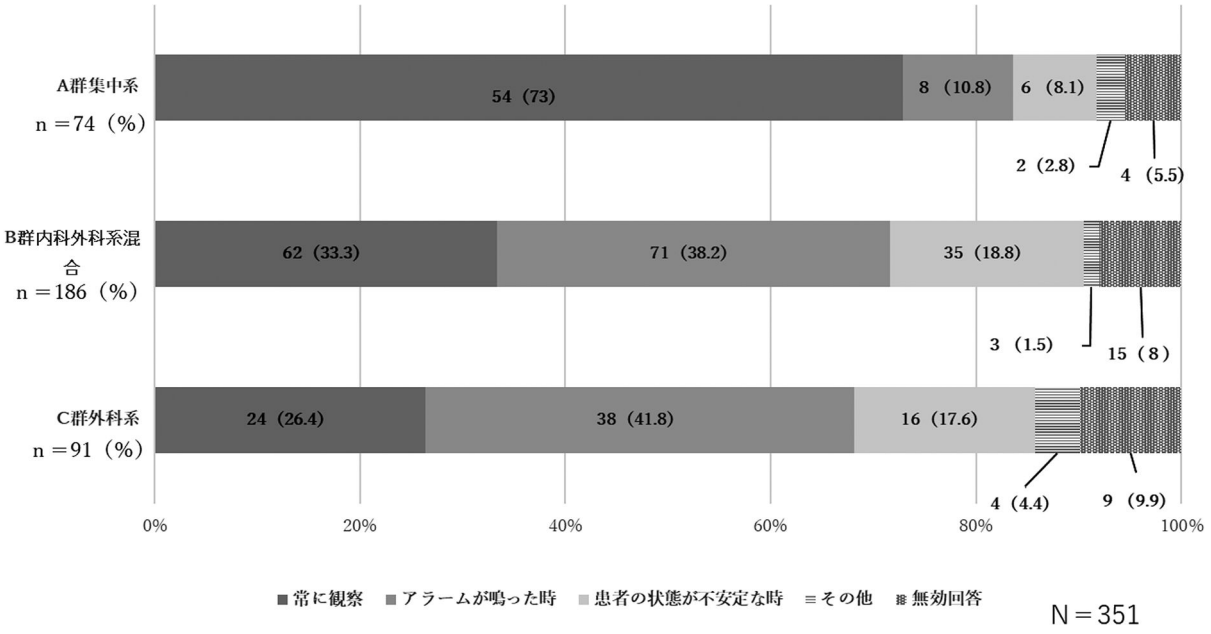


図１　モニター観察のタイミング

た 66 人（89.2%），アラームの緊急度で患者の所に行くか判断した 25 人（33.8%），モニターで確認し患者の所には行かなかった６人（8.1%），アラームを解除して特に対応はしなかった３人（4.1%）であった。B群内科外科系混合は，すぐに患者の所へ行きアラームの原因を観察した 163 人（87.6%），アラームの緊急度で患者の所に行くか判断した 66 人（35.5%），モニターで確認し患者の所には行かなかった 31 人（16.7%），アラームを解除して特に対応はしなかった９人（4.8%）であった。

C群外科系は，すぐに患者の所へ行きアラームの原因を観察した 77 人（84.6%），アラームの緊急度で患者の所に行くか判断した 33 人（36.3%），モニターで確認し患者の所には行かなかった 15 人（16.5%），アラームを解除して特に対応はしなかった２人（2.2%）であった。

アラーム対応時に誰かに相談したかの問いでは，A群集中系は上司へ相談した 17 人（23%），医師へ相談した 13 人（17.6%），同僚へ相談した７人（9.5%），B群内科外科系混合は上司へ相談した 24 人（12.9%），医師へ相談した 19 人（10.2%），同僚へ相談した 17 人（9.1%），C群外科系は同僚へ相談した８人（8.8%），上司へ相談した 10 人（11%），医師へ相談した３人（3.3%）であった。

３）モニターのアラーム対応で困ったことの有無（図３・図４）

A群集中系は，困ったことがない 52 人（70.3%），困ったことがある 18 人（24.3%）であった。B群内科外科系混合は，困ったことがない 128 人（68.8%），困ったことがある 55 人（29.6%）であった。C群外科系は，困ったことがない 63 人（69.2%），困ったことがある 25 人（27.5%）であった。困ったことがあると回答した人の中で，その具体的な内容は，A群集中系は，医師に報告するべきか困った 14 人（18.9%），アラームの原因が分からず困った５人（6.8%），その他４人（5.6%），他の患者の対応ですぐにアラームの確認が出来ずに困った３人（4.1%），アラームがなぜ鳴るのか分からず困った

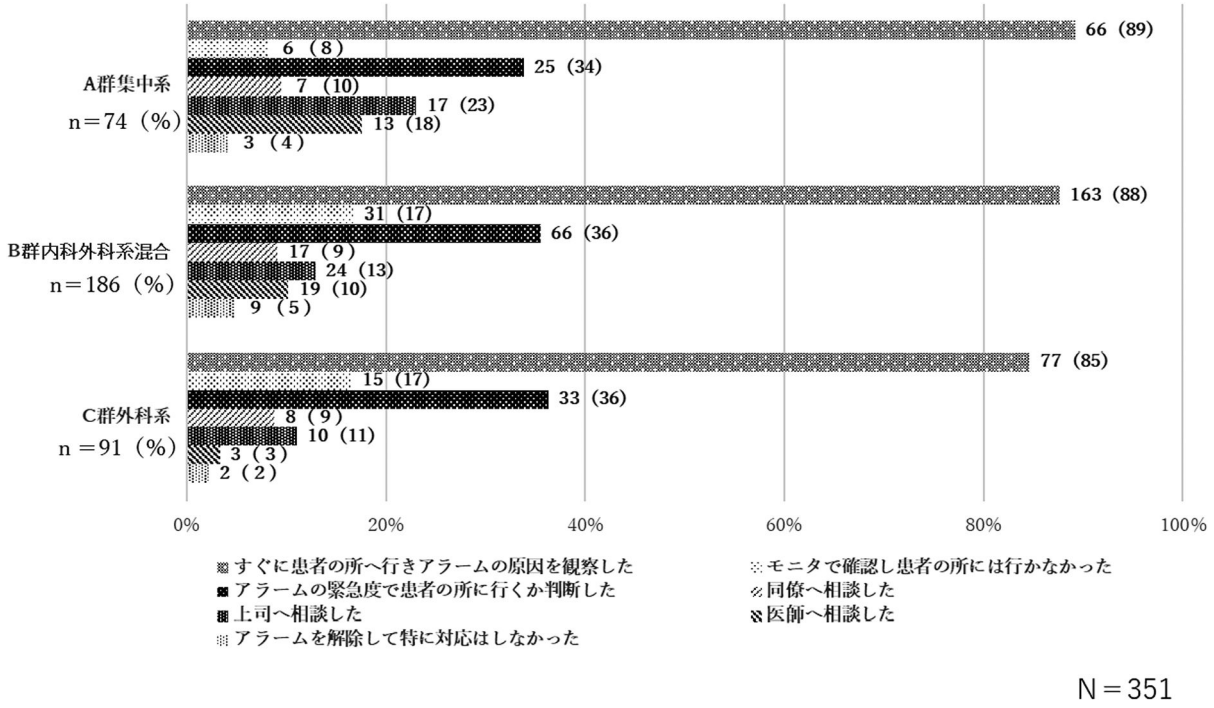


図２　モニターアラーム対応（複数回答）

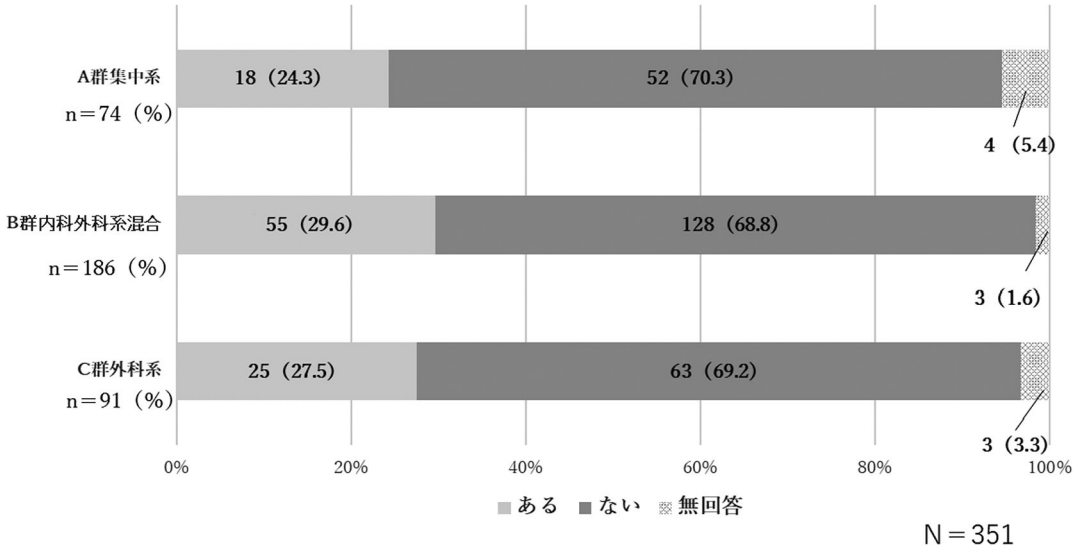


図３　モニターアラーム対応で困ったことの有無

２人（2.7%），アラームの設定が出来ずに困った０人であった。B群内科外科系混合は，他の患者の対応ですぐにアラームの確認が出来ずに困った 32 人（17.2%），医師に報告するべきか困った 17 人（9.1%），アラームの原因が分からず困った９人（4.8%），アラームがなぜ鳴るのか分からず困った８人（4.3%），その他８人（4.2%），アラーム設定が出来ずに困った１人（0.5%）であった。C群外科系は，医師に報告するべきか困った 12 人（13.2%），アラームの原因が分からずに困った８人（8.8%），他の患者の対応ですぐにアラームの確認が出来ずに困った８人（8.8%），アラームがなぜ鳴るのか分からず困った３人（3.3%），アラーム設定が出来ずに困った０人，その他１人（４%）であった。

４）モニターのアラーム対応への苦手意識（図５）

モニターのアラーム対応への苦手意識があるのは，A群集中系は 38 人（54.1%），B群内科外科系混合が 114 人（77.4%），C群外科系が 67 人（73.6%）であった。

５）モニターアラームに関する勉強会への参加（図６）

モニターアラームに関する勉強会へ参加経験があるのは，A群集中系は 30 人（40.5%），B群内科外科系混合が 61 人（32.8%），C群外科系が 34 人（37.4%）であった。

３．モニター使用率（表２）

各病棟のモニター所有台数に対するモニター使用率を１日の定点時間で１ヶ月間データ収集した。使用率は１日平均使用台数／各病棟の使用可能台数 × 100 で算出した。各病棟

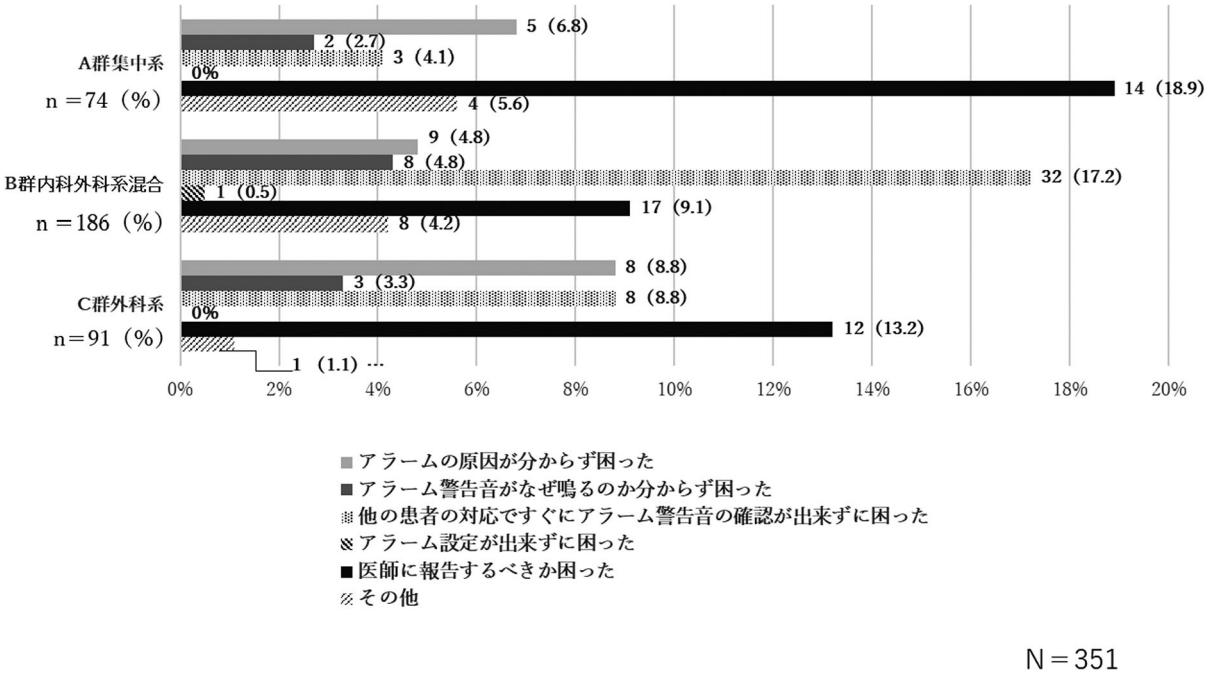


図４　モニターアラーム対応で困った内容（複数回答）

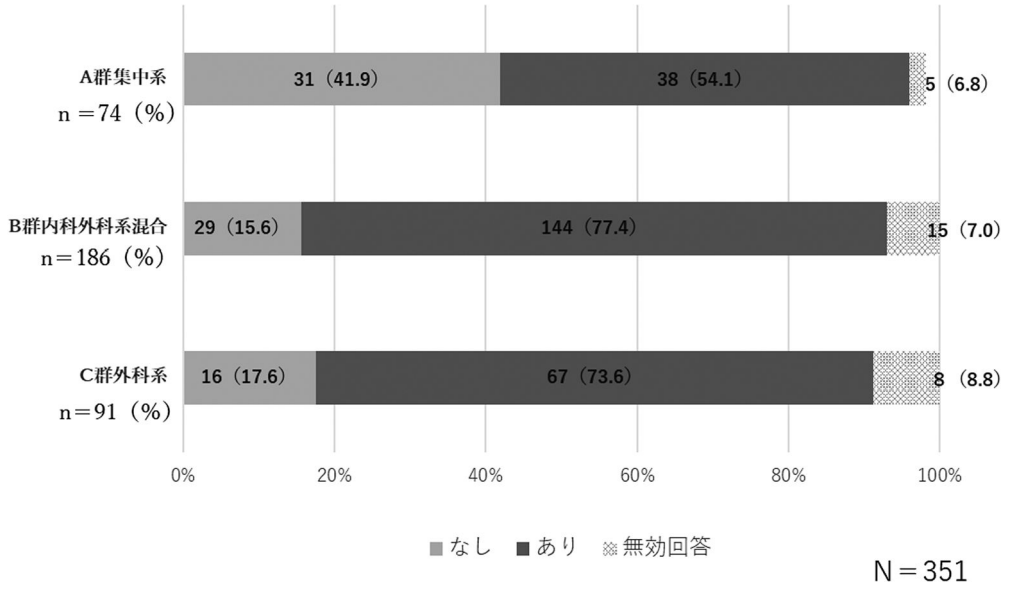


図５　モニターアラームへの苦手意識

データを大別した３つの群で集計し，A群集中系 40.5%，B群内科外科系混合 61.7%，C群外科系 45%となった。

４．重症度医療看護必要度（表３）

A群集中系 A3 以上 100%，B3 以上 97.9%，B群内科外科系混合病棟，A3 以上 35%，B3 以上 59.5%，C群外科系 A3 以上 26.6%，B3 以上 53.8%であった。

Ⅵ．考　　察

看護師のモニターのアラーム対応は，A群集中系，B群内科外科系混合，C群外科系ともに「すぐに患者のところで観察」の割合が 80%以上という結果であった。一方，モニターのアラーム観察のタイミングについては，A群集中系は「常に行っている」と回答した割合が 73%で最も多かったのに対してB群内科外科系混合，C群外科系は「アラームが鳴った時」もしくは「患者状態が不安定な時」にアラーム対応している割合が高いことが示された。これはA群集中系，B群内科外科系混合，C群外科系ともに「すぐに患者の所へ行き観察する」意識はあるが，モニターのアラーム対応方法の実態については病棟により違いがあることが明らかとなった。さらに，B群内科外科系混合，C群外科系のアラーム対応で困ったことがある内容として，「他の患者の対応ですぐにアラームの確認が出来ずに困った」では，B群の内科外科系混合は 32 人（17.2%），C群の外科系は８人（8.8%）とアラーム対応で困っている結果が示された。土屋ら（2008）の集中治療室に

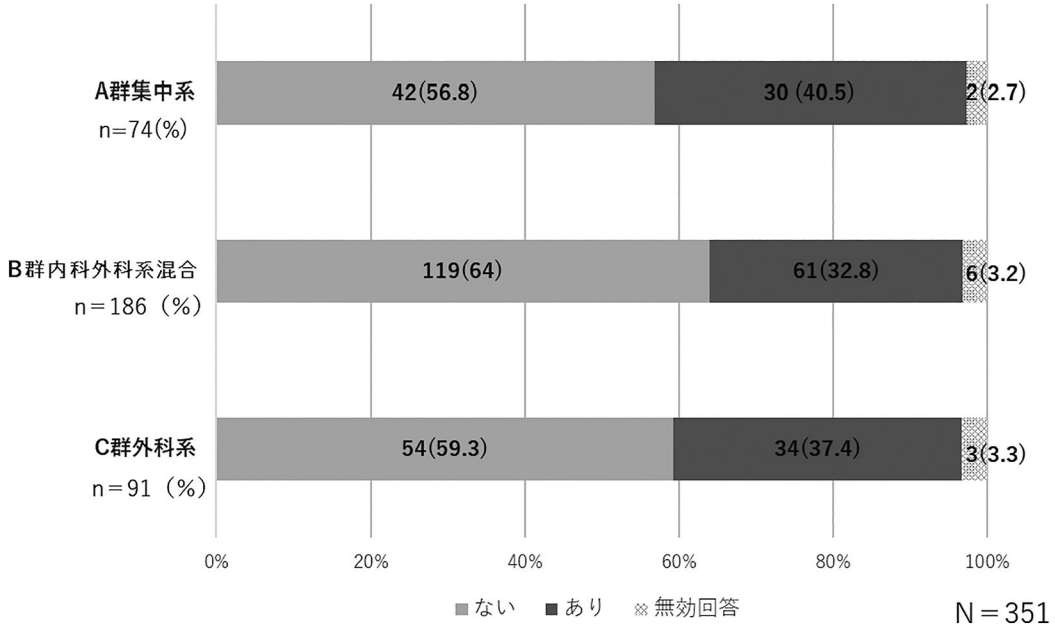


図６　モニターアラームに関する勉強会への参加

表２　モニター使用率

	1日平均使用台数	使用可能台数	使用割合a(%)
A群集中系			
A病棟	3.96	11	36
B病棟	1.8	4	45
平均		7.5	40.5
B群内科外科系混合			
A病棟	18	24	75
B病棟	19.76	23	86
C病棟	11.5	16	72
D病棟	8.46	12	71
E病棟	3.1	4	78
F病棟	1.46	8	18
G病棟	2.4	6	40
H病棟	5.23	8	65
I病棟	3.03	6	51
平均		11.8	61.7
C群外科系			
A病棟	1.23	4	31
B病棟	4.7	10	47
C病棟	4.33	10	43
D病棟	5.93	10	59
平均		8.5	45

a：使用割合＝1日平均使用台数／使用可能台数×100

表３　重症度医療看護必要度

	A3以上割合(%)	B3以上割合(%)
A群集中系		
平均	88.4	98.3
B群内科外科系混合		
平均	35	59.5
C群外科系		
平均	26.6	53

おける看護師のアラーム反応時間に関する研究で，看護師１名あたりの患者数の増加とアラーム反応時間の延長との関連があると報告している。本研究結果では，一般病床であるＢ群内科外科系混合，Ｃ群外科系病棟とＡ群集中系とでは，明らかに看護師１名あたりの患者数や病床環境も違う。そのうえでＢ群Ｃ群は「すぐに患者のところで観察」する意識はあるが，「すぐに対応できずに困っている」という結果に至っているのではないかと考えた。

モニター使用率，重症度医療看護必要度と照らし合わせ，Ｃ群外科系，Ｂ群内科外科系混合を比較すると，Ｃ群外科系はモニター使用率平均 45%，Ｂ群内科外科系混合は平均 62%と，Ｂ群内科外科系混合のモニター使用率が高い結果であった。重症度医療看護必要度はＡ項目がＣ群外科系 26.6%，Ｂ群内科外科系混合が 35%で，Ｂ群内科外科系混合が高い結果であった。Ｂ項目はＣ群外科系 53.7%，Ｂ群内科外科系混合は 59.5%とＢ群内科外科系混合の方が高い結果であった。これらの結果から，Ｂ群内科外科系混合が，モニターのアラームが鳴動しても日常生活援助にかかる時間が長く，すぐに患者の所へ行くことやアラームの種類を確認するなどの対応が出来ないことが推察された。また，Ｂ群内科外科系混合，Ｃ群外科系ともにモニター使用率が 50%以上超えていることからモニターのアラーム鳴動で少しでも早く患者の変化に気付くことが出来るようモニターを使用しているケースもあるのではないかと考えられた。野川ら（2021）が行ったモニターラウンド調査では「アラームに対応するスタッフが明確である」が 23.1%であり，「アラーム監視役ではないスタッフもモニターを監視している」が 65.4%いることを報告している。高田（2015）はアラームに対応するスタッフが不明確な場合，誰かがアラームに対応するだろうとの意識を持ちやすくなり，アラームに対する意識や反応が低下すると述べている。本研

究では，すぐに患者の所へ行くことやアラームの種類を確認するなどの対応が出来ない現状があることが考えられた。そのため少しでも早く患者の変化に気付くことが出来るようモニターを使用していることが推察された。しかし，モニターの有用性の反面，看護師のモニターのアラームへの感受性の鈍麻に繋がる可能性があるため，適正なモニター装着基準や判断を検討していく必要性が示唆された。

Ｂ群内科外科系混合，Ｃ群外科系看護師のアラーム対応で困ったことがある内容の中に，医師に報告すべきか困った，アラームの原因が分からず困ったと全体の約 30%が経験していた。Ａ群集中系であっても，医師に報告するべきか困った 14 人（18.9%）アラームの原因が分からず困った５人（6.8%），という結果であった。モニターに対する苦手意識があるのはＢ群内科外科系混合，Ｃ群外科系ともに約 70%を越えており，モニターに関する勉強会参加経験があるのは，Ｂ群内科外科系混合，Ｃ群外科系ともに約 30%であった。モニター管理に対する知識や，解決方法が備わっていないことからモニターのアラーム対応で困ることが起こり，苦手意識が発生することも考えられた。日々のモニター管理に加え，患者の個別性に合わせたトラブルシューティングを OJT で取り入れるなどして，事故防止に向けた，モニター管理の知識向上が必要であることも示唆された。

研究の限界として，調査期間が１ヶ月と限定的であったこと，事前に調査予告があったことからモニターのアラームに対する意識が普段より高くなり結果に影響した可能性が考えられた。また，Ａ病院における結果に限定されるため，一般化には限界があると考える。

Ⅶ. 結　　論

看護師のモニターのアラーム対応の実態は，Ａ群集中系とＢ群内科外科系混合，Ｃ群外科系ではモニター観察のタイミングに違いが生じていた。対応方法では，Ａ病院の看護師の 80%以上がモニターのアラーム鳴動時すぐに患者の所に行き原因を観察するという意識があった。

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はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

石川雅彦，斉藤奈緒美.（2017）. 医療機器のアラームに関わるインシデント・アクシデント事例からみる再発防止の検討. *医療機器学，87*(3), 285–291.

越道香織，岡田淳子，植田喜久子.（2022）. 一般病棟に勤務する看護師の急変予測の実態と急変予測に関連する個人特性の検討. *日本救急看護学会雑誌，24*, 33–41.

野川悟史，小池あつ子，大石竜，的場匡亮，上條由美.（2021）. 生体情報モニタ（セントラルモニタ）のアラーム教育：アラームへの迅速な反応を高めるアラーム教育. *日本医療マネジメント学会雑誌，22*(2), 65–70.

高田幸千子.（2015）. 生体情報モニタアラームのコントロール，モニタアラームに関わる問題点を整理する. *患者安全推進ジャーナル，40*, 10–17.

土屋守克，間藤卓，臼井美登里，菊地弘人，堤晴彦.（2007）. 集中治療室における看護師のアラーム反応時間に関する検討. *日本集中治療医学会雑誌，14*(4), 617–618.

土屋守克，間藤卓，臼井美登里，菊地弘人，堤晴彦.（2008）. 集中治療室における看護師のアラーム反応時間の要因. *日本集中治療医学会雑誌，15*(4), 563–564.

◇研究報告◇

看護学生における対人関係の特徴とメンタルヘルスの関連

宇都宮里桜[1)]*，鈴木美央[2)]，田上美千佳[2)]

【目的】本研究は，看護学生の対人関係の特徴およびメンタルヘルスにおける対人交流と対人不安との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】看護学生 330 名を対象に，対人関係と満足度，GHQ28，状況別対人不安尺度を調査した。

【結果】分析対象は 140 名だった。部活動等には 87%以上が所属し，95%以上が友人関係に満足していた。GHQ28 合計 7.22，下位尺度『不安と不眠』2.76 だった。GHQ28 は親および友人関係の満足度と関連し，状況別対人不安尺度と相関があった（$r = .39$, $p < .01$）。

【結論】看護学生は友人等の関係に満足しているが，満足感や対人不安がメンタルヘルスに関連していた。看護学生のメンタルヘルス支援として，対人交流を把握して相談支援を行い，授業にアイスブレイク等を活用して対人交流を促進し，人前での発言への不安を解消するコミュニケーション教育を行う必要がある。

【キーワード】看護学生，メンタルヘルス，対人関係，対人不安

Ⅰ．はじめに

大学生は，生活環境や人間関係の変化，発達や進路選択などの様々な悩みやストレスを抱えやすく，メンタルヘルスに不調をきたすことがある（加藤・大関，2017）。授業の欠席や留年，休学，退学など大学生活を継続することが困難になる場合があるため，大学での予防的な取り組みを行っていくことが重要である。

医療系大学生は他学部の学生と比較すると対人関係がストレス要因になるという報告があり（大杉ら，2001），特に看護学生において身体的・精神的不調の訴えが多い（弓場，2000）。看護師の人材確保のための看護教育の充実が推進される中で，看護学生のメンタルヘルスの問題は社会的に課題とされている。看護学生のストレス要因には，看護職になることを目的とした教育が行われることや，実習や演習，学業，人間関係，将来への不安が主に関連しており（青木・足立，2021；伊原，2023），多くのストレス要因には対人関係が関連している（加島・樋口，2005）。対人関係とは，人と人との間での言語的・非言語的なやりとり・行為である対人交流の反復と蓄積を経て得られる，相互の信頼や感情的な結びつきといった持続的な関係を示す（榎本，1983）。円滑な対人関係には，現実あるいは想像上の対人場面において，他者からの評価に直面したり，もしくはそれを予測したりすることから生じる対人不安が影響し，その傾向が強い人は，様々なメンタルヘルス不調を経験すること明らかになっている（堀，2011，p.236）。看護学生は，看護技術演習や臨地実習などで，少人数のグループからなる同級生と長い時間を共にする機会が多い。演習や実習では，普段からよく会う気の合う友人との交流ばかりでなく，交流が多くなかった同級生や教員などと学修目標を達成するための良好な対人関係を築くことが必要である。交流が多くない相手とも円滑な対人関係を築くことが必要であるため，演習などでグループワークをする機会が多い看護学生は対人不安を感じる場面に多く遭遇する可能性が高く，対人関係のストレスを強く感じてメンタルヘルス不調に影響することが考えられる。しかし，切磋琢磨して仲間同士高めあい満足できる関係性を築くことは，自己成長につながり，メン

受付日：2025 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）九州大学病院　　2）千葉大学大学院看護学研究院
＊ E-mail：utsunomiya.rio.290@m.kyushu-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

タルヘルスにとっても肯定的な影響を及ぼすとされており（姜・松田，2020），メンタルヘルスがよい状態であると対人交流スキルもよりよく発揮されてよい仲間関係が築けるという相互作用がある関係である（澤田・久住，2019）。

看護学生において対人関係はストレス要因となるが，メンタルヘルスの維持・向上のためには対人関係を築き，その関係に満足できることが重要である。看護学生における対人関係の特徴を明らかにし，メンタルヘルスの維持・向上を行い，安心して充実した学生生活が送れるように支援することが重要である。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，看護学生の対人関係の特徴，およびメンタルヘルスにおける対人関係の満足感と対人不安の関連を明らかにし，看護学生のメンタルヘルスの維持・向上に向けた学生生活支援について考察することである。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

無記名 Web 調査による横断研究

２．対象者

A圏にあるB総合大学の看護学部の学生１～４年生 330 名

３．調査期間

2023 年 9 月～同年 10 月

４．調査内容

１）背景情報

学年，性別

２）対人関係と満足度

大学で所属する部活やサークルおよびアルバイトの有無と友人の数，困った時の相談相手・気軽に話せる人の有無とその関係性，親友・友人（親友とまではいかないが親しい相手）の数，家族・親友・友人との対人関係に対する満足度（かなり満足している・満足している・あまり満足していない・満足していないの４件法）を尋ねた。

３）メンタルヘルス

メンタルヘルスの測定には日本版精神健康調査票（GHQ28）を用いた。GHQ28 は神経症症状および不安や社会的な機能不全を反映し，直近の２～３週間の心身の健康状態を評価できる。疲労感や頭痛，心気症などの『身体的症状』，よく眠れない，イライラする，不安であるなどの『不安と不眠』，生きがいや日常生活を楽しく感じるなどの『社会的活動障害』，自分は役に立たない，生きることに意味を感じないなどの『うつ傾向』の４下位尺度全 28 項目であり，０～３点の４件法で点数が高いほどメンタルヘルスが不調であることを示す。GHQ の手引き（中川・大坊，2013）に則り，０点・１点を０点，２点・３点を１点に換算し，GHQ 法にて得点を換算した。

４）対人不安

毛利・丹野（2003）が作成した，対人不安を引き起こす状況における対人不安の程度を主観的に測定する状況別対人不安尺度を使用した。人がたくさんいるところで発表するのが怖いなどの『発表・発言不安』，あまり親しくない同年代の友人に話しかけるときに緊張するなどの『親しくはない相手不安』，あまり知らない異性と話すのが怖いなどの『異性への不安』，会話が途切れがちなときに不安を感じるなどの『会話のない不安』，立場が上の人と一緒にいるとき，落ち着かない気がするなどの『目上への不安』の５下位尺度全 55 項目であり，全く当てはまらない～非常に当てはまるの５件法で調査した。点数が高いほど対人不安傾向が強いことを示す。

５．分析方法

分析には IBM SPSS Statistics Ver28 を使用し，統計学的有意水準は５％とした。対象者背景および対人関係と満足度，GHQ28 と状況別対人不安尺度の記述統計を行い，GHQ28 と状況別対人不安尺度の信頼性分析を行った。GHQ と状況別対人不安における学年による違いを見るために，Kruskal-Wallis 検定を行った。GHQ28 と対人関係と満足度の関連について Mann-Whitney U 検定を行った。Mann-Whitney U 検定は部活やサークルでの友人の有無およびアルバイトでの友人の有無について，十分にいると思う・いると思う人を友人がいる群，あまりいないと思う・いないと思うを友人がいない群として２群に分け，対人関係（家族・親友・友人）の満足度について，かなり満足している・満足しているを満足群，やや満足していない・満足していないを不満足群として２群に分けて分析した。GHQ28 と状況別対人不安尺度の関連について，Spearman の順位相関分析を行った。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は千葉大学大学院看護学研究院倫理審査委員会にて承認を受けたうえで実施した（承認番号：NR5-18）。対象者には Web 調査フォーム上で研究の目的や方法等を提示し，回答をもって同意とみなした。対象者の自由意思に基づいて匿名にて実施した。尺度の使用にあたり，GHQ28 は手引きを購入して手引き通りに使用し，状況別対人不安尺度は論文として公表され使用許諾が不要であることを確認して使用した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者の背景情報

140 名から回答が得られた（有効回答率 42.4%）。女性 134 名（95.7%），男性６名（4.3%），学年は１年生 37 名（26.4%），２年生 24 名（17.1%），３年生 40 名（28.6%），４年生 39 名（27.9%）だった。

２．対人関係と満足度（表１）

部活やサークルに所属している人は 122 名（87.1%）であり，116 名（82.9%）は友人が十分いる・いると回答した。アルバイトをしている人は 130 名（92.9%）だった。69 名（53.1%）が友人は十分いる・いると回答した。

困ったときの相談相手は，137 名（97.9%）がいると回答し，その関係性は親 80.7%，大学の友人 79.3%，高校までの友

表１　対人関係と満足度

	n	%		n	%
部活やサークルの所属			困った時の相談相手の有無		
所属している	122	87.1%	いる	137	97.9%
所属していない	18	12.9%	いない	3	2.1%
部活やサークルでの友人の有無			困った時の相談相手との関係性（複数回答）		
十分にいると思う	68	48.6%	親	113	80.7%
いると思う	48	34.3%	きょうだい	44	31.4%
あまりいないと思う	5	3.6%	高校までの友人	98	70.0%
いないと思う	19	13.6%	大学の友人	111	79.3%
アルバイトの有無			部活・サークルの友人	37	26.4%
している	130	92.9%	アルバイト先の友人	19	13.6%
していない	10	7.1%	恋人	38	27.1%
アルバイトでの友人の有無			教員	10	7.1%
十分にいると思う	25	19.2%	気軽に話せる人の有無		
いると思う	44	33.8%	いる	140	100.0%
あまりいないと思う	36	27.7%	いない	0	0.0%
いないと思う	25	19.2%	気軽に話せる人との関係性（複数回答）		
			親	105	75.0%
			きょうだい	68	48.6%
			高校までの友人	108	77.1%
			大学の友人	107	76.4%
			部活・サークルの友人	30	21.4%
			アルバイト先の友人	21	15.0%
			恋人	41	29.3%
			教員	5	3.6%

Note:*N*=140, n:人数

表２　GHQ28 と状況別対人不安尺度のクロンバック α 係数と得点

	α	平均値(SD)	平均値/項目数	中央値
GHQ28合計点(28)	.88	7.22 (5.47)	-	6.50
身体症状(7)	.71	2.14 (1.82)	-	2.00
不安と不眠(7)	.74	2.76 (2.05)	-	3.00
社会的活動障害(7)	.61	1.29 (1.43)	-	1.00
うつ傾向(7)	.80	1.04 (1.64)	-	0.00
状況別対人不安尺度合計点(30)	.94	90.40 (22.26)	-	91.50
発表・発言不安(8)	.93	25.90 (8.23)	3.24	26.00
親しくはない相手不安(8)	.88	22.68 (7.12)	2.84	22.00
異性への不安(5)	.87	14.69 (4.89)	2.94	15.00
会話のない不安(5)	.83	16.02 (4.51)	3.20	16.50
目上への不安(5)	.90	11.10 (4.16)	2.22	11.00

Note:*N*=140, ( )内は項目数

人 70.0%の順に多かった。気軽に話せる相手は，140 名全員がいると回答し，その関係性は大学の友人 76.4%，高校までの友人 77.1%，親 75.0%とほぼ同程度であった。

親友の数は２～５人未満が 65.0%，親しい友人は５人以上が 69.3%だった。対人関係の満足度については，家族との関係はかなり満足・満足しているが 86.4%，親友との関係はかなり満足・満足しているが 97.9%，友人との関係はかなり満足・満足しているが 95.0%だった。

３．GHQ28 と状況別対人不安尺度の信頼性係数（クロンバック α 係数）と尺度得点および対象者背景との関連（表２）

GHQ28 は $\alpha = .88$，下位尺度で $\alpha = .61$～$.80$ と十分な信頼性が確認された。GHQ28 合計点の平均は 7.22 であった。状況別対人不安尺度は $\alpha = .94$，下位尺度で $\alpha = .83$～$.93$ と十分な信頼性が確認された。状況別対人不安尺度合計点の平均は 90.40 であった。GHQ28 と状況別対人関係の学年による違いは認められなかった。

表３　対人関係・満足度と GHQ28 尺度の関連

	部活動やサークルの所属			部活やサークルでの友人の有無			アルバイトの有無			アルバイトでの友人の有無		
	している	していない	p	いる	いない	p	している	していない	p	いる	いない	p
GHQ28合計点	7.30	6.72	.62	7.03	8.13	.55	7.05	9.50	.62	6.93	7.18	.91
身体症状	2.14	2.11	.66	2.08	2.42	.56	2.15	2.00	.66	2.28	2.00	.46
不安と不眠	2.83	2.28	.33	2.71	3.00	.55	2.65	4.20	.33	2.41	2.92	.15
社会的活動障害	1.31	1.11	.95	1.29	1.25	.99	1.29	1.20	.95	1.23	1.36	.96
うつ傾向	1.02	1.22	.63	0.96	1.46	.45	0.96	2.10	.63	1.01	0.90	.97
	困った時の相談相手の有無			家族関係の満足度			親友関係の満足度			友人関係の満足度		
	いる	いない	p	満足	不満足	p	満足	不満足	p	満足	不満足	p
GHQ28合計点	7.10	12.67	.91	6.64	10.89	.01**	7.05	15.00	.03*	6.85	14.29	<.01**
身体症状	2.12	3.00	.46	1.98	3.11	.04*	2.10	3.67	.19	2.06	3.57	.05
不安と不眠	2.72	4.67	.15	2.60	3.74	.03*	2.70	5.33	.04*	2.65	4.71	.01**
社会的活動障害	1.27	2.00	.96	1.21	1.74	.48	1.26	2.67	.11	1.17	3.57	<.01**
うつ傾向	1.00	3.00	.97	0.84	2.32	<.01**	0.99	3.33	.01**	0.97	2.43	.02*

Note: N=140, Mann-Whitney U検定, *p<.05, **p<.01

表４　GHQ28 と状況別対人不安の相関係数

	状況別対人不安尺度					
	合計点	発表・発言不安	親しくはない相手不安	異性への不安	会話のない不安	目上への不安
GHQ28合計点	.35**	.30**	.26**	.21*	.21*	.29**
身体症状	.25**	.22*	.19*	.13*	.19*	.18*
不安と不眠	.39**	.31**	.31**	.28*	.20*	.32**
社会的活動障害	.13*	.15*	.05*	.04*	.10*	.13*
うつ傾向	.29**	.25**	.26**	.15*	.13*	.24**

Note: N=140, Spearmanの相関分析, *p<.05, **p<.01

４．GHQ28 と対人関係および満足度の関連（表３）

部活やサークルの所属と友人の有無，アルバイトの有無と友人の有無，困ったときの相談相手の有無においては，GHQ28 の得点の有意差は認められなかった。家族関係の満足度において，GHQ28 合計点は不満足群 10.89 で有意に得点が高かった（p = .01）。GHQ28 下位尺度『身体症状』3.11（p = .04），『不安と不眠』3.74（p = .03），『うつ傾向』2.32（p < .01）においても不満足群の得点が高かった。親友関係の満足度において，GHQ28 合計点は不満足群は 15.00 で有意に得点が高かった（p = .03）。GHQ28 下位尺度『不安と不眠』5.33（p = .04），『うつ傾向』3.33（p = .01）においても不満足群の得点が高かった。友人関係の満足度において，GHQ28 合計点は不満足群は 14.29 で有意に得点が高かった（p = .01）。GHQ28 下位尺度『不安と不眠』4.71（p = .01），『社会的活動障害』3.57（p < .01），『うつ傾向』2.43（p = .02）においても不満足群の得点が高かった。知人関係の満足度において，GHQ28 下位尺度『うつ傾向』において不満足群の得点が高かった（1.89, p = .04）。

５．GHQ28 と状況別対人不安尺度の相関（表４）

GHQ28 合計点と状況別対人不安尺度合計点に r = .36 の相関が認められた。GHQ28 下位尺度『不安と不眠』において，状況別対人不安尺度合計点に r = .39，下位尺度『発表・発言不安』r = .31，『親しくはない相手不安』r = .31，『目上への不安』r = .32 の相関が認められた。『不安と不眠』の下位項目「心配事があってよく眠れないこと」には，状況別対人不安尺度合計点 r = .38，『親しくはない相手不安』r = .44 において相関が認められた。「イライラして怒りっぽくなること」には，状況別対人不安尺度合計点 r = .36，『目上への不安』r = .31 において相関が認められた。「不安を感じ緊張したこと」には，状況別対人不安尺度合計点 r = .33，『発表・発言不安』r = .33，『目上への不安』r = .31 において相関が認められた。

GHQ28 下位尺度『身体症状』，『社会的活動障害』，『うつ傾向』においては，相関は認められなかった。

Ⅵ．考　　察

１．本研究における看護大学生の対人関係の特徴

大多数の対象者が部活やサークル，アルバイトをしていた。部活やサークルでは 83%，アルバイトでも 53%が友人がいると回答しており，友人を作るコミュニティとして大きな存在となっていると考えられた。親友や友人との関係性は 95～98%の者が満足感を得られていた。友人との付き合い方のスタイルは，中学・高校までは多くの人に好かれるために相手に合わせることを重要視するが，大学生からは自己開示して相互理解できる気の合う相手と深く狭い関係性を構築していくスタイルに変化し（落合・佐藤，1996），大学生の愛着対象は親以外の友人などの他者となる（白濱ら，2017）。そのため，親友や友人との関係性には高い満足感を得ることができていたと考えられる。しかし友人関係は学生に肯定的な影響を与える一方でストレッサーにもなりうるため（加島・樋口，

2005），友人関係に悩む学生は，強いストレスを感じている可能性があることも理解することが必要である。

対象者にとって，大学の友人は困ったときの相談相手や気軽な話し相手であり，大学の友人との関係性を充実させることは，学生生活を送るうえでの困りごとに対処をするうえでも重要である。大学生を含む青年期では，頼りにして心を打ち明けたい相手は対等な人間関係を築ける同世代の友人であり（落合ら，1996），大学内の身近な対人交流の場で深い人間関係を築くことも重要である。そして親との関係性については，約 14%が満足していなかった。青年期は，親から独立したい思いは高まるものの，経済的にも情緒的にも親に依存せざるをえない状況があり，親子関係における葛藤が高まる時期である（白濱ら，2017）。大学生は親子間の葛藤を認識して調整し，新たな関係性を構築していくことが発達上の課題であり，その葛藤が親との満足感の低さとして現れたのではないかと考えた。また，親との関係性にも変化が生じる発達的変化として親との関係性に悩みを抱えている可能性が考えられた。

本調査では，相談相手がいないと回答した対象者は大変少数だった。しかし，本研究における看護学生の特徴として同年代の人や目上の人への対人不安が強いことがあるため，悩みがあってもうまく話すことができずにいる可能性がある。相談相手としては教員は 7%しか認識されていなかったように，専門家や相談専門機関は相談先として選択されにくいことが明らかになっているが（大杉，2024），学生が相談しやすい環境を作り，学生を孤立させないことが大きな課題である。

２．メンタルヘルスと対人関係の関連

GHQ28 では，神経症圏のカットオフポイントは 6 点以上とされているが，大学生は得点が高く出る傾向があり，6.6～7.8 と一般健常者よりも高いとされている（中川・大坊，2013）。本研究の場合も大学生の標準的な得点の範囲内であった。１～４年生の看護学生を対象にした調査では GHQ28 合計点が 9.41 ± 5.77 であり（遠藤ら，2011），本調査のほうが GHQ28 の得点が低かった。本調査は夏季休暇期間から夏季休暇明けで授業などが少ない時期に実施したため，休暇によってリフレッシュやリラックスすることができ，メンタルヘルスの不調が少なかったと考えられた。学年による GHQ 得点の差が認められなかったことも同様の理由によるものと推測した。

GHQ 下位尺度においては，『身体症状』と『不安と不眠』がカットオフポイントの２点以上であった。本研究の対象者は頭痛や疲労感などの身体的不調や，不安やイライラ感，緊張感や不眠などの症状があると考えられた。頭痛・疲れ・倦怠感などの身体症状は男性よりも女性のほうが認識しやすく（田中ら，2016），女性は生理や月経前症候群，冷え性や不眠があることが明らかになっている（ツムラ，2023；大和・青峰，2002）。本調査では 95.7%が女性であったことから，女性が多いことによって身体的症状の自覚が高い結果であったと推察した。大学生は健康感にあふれる年代であることから，多少異常があっても我慢したり見逃したりしている場合があるが（内田・山埼，2008），健康的に見えても実際には不調を抱えている可能性があると考えられた。

一方で，『社会的活動障害』と『うつ傾向』は，カットオフポイントが１点以上であるが，先行研究と比較しても得点が低かった（遠藤ら，2012）。本調査では部活やサークル活動をしている学生が多く，学業以外の活動が充実していたと考えられる。また，女性の場合は，抑うつの改善には感情表出を伴う情動焦点型のコーピングが良く用いられるとされている（内田・山崎，2008）。本研究の対象者においては，困ったときの相談相手や気軽に話せる人は 97%以上いると回答しており，ストレスを感じたときには気の許せる友人に相談したり話を聞いてもらうことによってストレスが軽減でき，抑うつ傾向が低かったのではないかと推察した。

また，メンタルヘルスには家族，親友および友人との対人関係の満足感が関連していた。家族との関係性が良好な人の方が，家族に悩みや不安を素直に打ち明けることができ，家族が安心できる居場所，心の拠り所として機能する可能性があると考える。家族における心理的な面でのつながりは抑うつを低減する効果があるとされており（杭瀬・三澤，2003），円滑な家族関係は良好なメンタルヘルスに影響を与えている可能性があると考えられた。

親友関係においては，満足群において GHQ 下位尺度「不安と不眠」，「うつ傾向」の得点が低かった。親友との関係では，サポートを通じた結び付きの強さが抑うつ状態に陥るのを防いでストレスへの耐性を高めることができ（福岡・橋本，1997），何でも話せる関係性をもつと肯定的思考をもちやすくなるとされている（大内・森田，2001）。そのため，心を開いて悩みを相談したりできる親友との関係があることは身体的・精神的な安定につながっていたと考えられた。

友人関係においては，親友関係と同様に満足群において GHQ 下位尺度「不安と不眠」，「うつ傾向」の得点が低かったが，「社会的活動障害」の得点も低いことが特徴的であった。これは友人関係に満足している人は，学業や余暇活動への充実感や自己肯定感が高いことを意味する。友人とのつながりや関係性によって承認感や帰属感が得られることで自己肯定感が高まり，良好なメンタルヘルスに影響することが明らかになっている（Du et al., 2017）。友人との交流によって学業や余暇活動に楽しみながら取り組み，その中で自分が友人に受容されていると感じることで自己効力感が形成され，精神的な安定が得られるのではないかと推測された。

３．メンタルヘルスと対人不安の関連

状況別対人不安尺度得点は，毛利・丹野（2003）が教育・心理学系の大学生を対象に調査した結果と比較すると，全ての下位尺度において本調査の得点が高かった。大学生はコミュニケーションに対して苦手意識を持っており（飯塚，2010），特に初対面の人や親しくない人との会話，先輩などの目上の人，性格が合わない人との会話を苦手に感じている（後藤・大坊，2003）。本調査でも，親しくない相手との会話や，会話がない不安が高かった。初対面の場では，特にその後の関係

性が長期的に見通される人との関係において戸惑いや不安を感じやすいとされている（大対ら，2019）。このような対人交流の場面は，看護学生においては演習や臨地実習などで多く遭遇すると考えられる。あまり関わりが少なかった学生同士でも短期間で関係性を構築することが重要であり，演習や実習が終わるまでの間良好な関係性を維持することが求められるため，強いストレスを感じる状況にあると考えられる。

また，本調査では状況別対人不安の下位尺度の中では，『発表・発言不安』の得点が最も高く，GHQ 合計点とも関連していた。大学教育は，自分の意見を人前で述べる機会が多く取り入れられているが，大学生の人前での発表に対する意識調査によると，62%の学生が苦手意識を持ち，87%の学生が不安や緊張を感じている（松本ら，2020）。人前での発表や発言は，発表すること自体の不安だけではなく，関係性が様々な聞き手の前で，聞き手の状況や考えに気を配りながら発言し，自分の発言が聞き手にどう評価されるか等，様々な不安を想起する。看護学生においても，演習や実習等で人前で自分の意見を発表したり，発言する機会が多いため，不安を感じている状況があったと考えられる。

４．看護大学生への学生支援への示唆

看護大学生のメンタルヘルスの維持・向上に向けて，対人関係に関連した学生支援として，看護教員による支援について２点考察する。

１点目は，交友関係に注目した支援について考察する。充実した大学生活には，情緒的に満足できる交友関係が重要であり（大対ら，2019），不安や困りごとに対処するためには信頼できる交友関係を築くことが重要である。相談相手の少ない人は，得られる支援の量や種類，満足度が不足し，メンタルヘルス不調のリスクが増加するため（西田ら，2020），学生のメンタルヘルスの状況を把握する際には，学生の対人関係の状況や満足度，相談相手の有無や相手などの情報を確認し，学生が悩んだ時に孤立するリスクがないかを把握することが重要である。相談相手は，同学年の大学友人だけでなく，高校までの友人や親などのインフォーマルな関係にある人に加えて，教員や学生相談も利用できることを伝え，利用方法などを分かりやすく提示することが重要である。

また，アイスブレイクなどを活用することも教員の立場として学生の円滑な対人交流・対人関係を促す支援の一つである。授業におけるアイスブレイクや協同学習（グループワーク）の導入は，授業内での緊張を和らげ学生間の相互理解や関係形成を促すだけでなく，その後の授業外における交流や友人関係の構築にも良い影響を与えることが報告されている（Mendo-Lázaro et al., 2022）。Kavanagh et al.（2011）は，共通点探しなどのアイスブレイクを授業冒頭で導入することで授業中の雰囲気改善し，学生が授業外でも仲間を見つけて支え合うきっかけになると報告している。Mendo-Lázaro et al.（2022）は，演習などで同じ目標をもって協同学習をすることで仲間との協力的関係が強まり，授業外での学生同士のピアサポートの関係性が高まる可能性を指摘している。授業や演習等にアイスブレイクやグループワークを効果的に活用し，授業後の学生同士の対人交流を円滑にするきっかけを作ることが重要である。

２点目として，発表などに伴う不安の軽減についての支援である。松本ら（2020）は，認知行動療法とポジティブ心理学の手法を取り入れたプレゼンテーション不安軽減・技術向上プログラムを開発している。人前での発表や発言に伴う不安と緊張を軽減するため，人前での発表や発言をすることをポジティブに捉え直す認知再構成法や筋弛緩法のようなリラクゼーションを実施することで不安が軽減しており，人前での発表や発言を実施する価値の認識を高めるワークを用いることで，社交不安についても軽減されていた。演習などで人前で発言する機会が増える時期に，このようなプログラムを実施することで，看護学生の人前での発言や発表への不安の軽減にも寄与する可能性があると考える。

５．研究の限界と今後の課題

本研究は１つの大学の調査であり，一般化の点で限界がある。さらに一時点での横断調査であり，経時的および実習などの状況の違いによるメンタルヘルスの変化は明らかにできていない。そのため，今後は対象者数および大学数を増やし，縦断的な調査を行うことも必要である。さらに，対人関係の定義や対人関係の満足感は対象者の主観的な認識であり，満足感や不満足感を抱く理由や状況についても詳しく調査することで対人関係への認識を明確にすることが必要である。

Ⅶ. 結　　論

本研究は，看護学生の対人関係の特徴，およびメンタルヘルスにおける対人関係の満足感と対人不安の関連を明らかにすることを目的として，１大学 330 名の１～４年生の看護学部生を対象に調査を行い，140 名から回答を得た。

親友関係は 97.9%，友人関係 95.0%の学生が満足しており，家族関係の満足度よりも高かった。対人関係へのニーズの青年期における発達的な変化が表れていると考えられた。

家族関係の満足度（$p = .01$），親友関係の満足度（$p = .03$），友人関係の満足度（$p < .01$）において満足度が高い方が GHQ28 合計点が低くメンタルヘルスが良好であった。家族や友人との関係がよいと，安心したり相談できるサポート体制があることで精神的な安定を得られていると考えられた。

状況別対人不安尺度合計点と GHQ28 には弱い正の相関があり（$r = .35$），特に『発表・発言不安』3.24，『親しくはない相手不安』2.84 の得点が高く，メンタルヘルスには対人不安が関係していることが明らかになった。

看護学生におけるメンタルヘルス支援として，看護学生の対人関係の様相や相談相手の有無による，メンタルヘルスへの影響について知り，相談支援につなげることが必要である。さらに，対人不安を減らすためにアイスブレイク等を活用した授業を展開することや，人前での発表や発言への不安を減らすための支援を行うことが必要である可能性が示唆された。

謝辞

本研究の調査に快くご協力いただいた皆様に感謝いたします。

利益相反

千葉大学看護学部卒業論文に加筆・修正を加えたものであり，日本看護研究学会第 50 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。

Ⅷ. 引 用 文 献

青木郁子，足立久子．(2021)．看護短期大学生のストレスとストレス・コーピングの関係―１年生と３年生の学年間の相違―．*日本看護学教育学会誌，30* (3), 39–51.

Du, H., King, R. B., & Chi, P. (2017). Self-esteem and subjective well-being: The moderating role of classwide social support. *Journal of School Psychology*, *64*, 19–30. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.04.004

遠藤恭子，米澤弘惠，石綿啓子，鈴木明美，錦織正子．(2012)．看護学生の自己教育力と精神的健康との関係．*獨協医科大学看護学部紀要，5* (2), 35–50.

榎本博明．(1983)．対人関係を規定する要因としての自己開示研究．*心理学評論，26* (2), 148–164.

福岡欣治，橋本宰．(1997)．大学生と成人における家族と友人の知覚されたソーシャル・サポートとそのストレス緩和効果．*心理学研究，68* (5), 403–409.

後藤学，大坊郁夫．(2003)．大学生はどんな対人場面を苦手とし，得意とするのか？：コミュニケーション場面に関する自由記述と社会的スキルとの関連．*対人社会心理学研究，3*, 57–63.

堀洋道（監），松井豊，宮本聡介（編）．(2011)．*心理測定尺度Ⅵ―現実社会とかかわる＜集団・組織・適応＞―*．サイエンス社.

飯塚一裕．(2010)．大学生のコミュニケーション意識について―テキストマイニングによる分析―．*愛知教育大学研究報告．教育科学編，59*, 49–53.

伊原利枝．(2023)．看護学生におけるストレス因子とその対策．*人間学研究論集，12*, 71–80.

姜信善，松田栞里．(2020)．青年期における友人関係と精神的健康との関連についての検討．*富山大学人間発達科学部紀要，14* (2), 1–14.

加島亜由美，樋口マキエ．(2005)．臨地実習における看護学生のストレッサーとその対処法．*九州看護福祉大学紀要，7* (1), 5–13.

加藤ちえ，大関知子．(2017)．大学生における精神的健康状態と学生支援体制へのアクセス（第１報）．*Journal of Life Science Research*, *15*, 9–12.

Kavanagh, M., Clark-Murphy, M., & Wood, L. (2011). The first class: using icebreakers to facilitate transition in a tertiary environment. *Asian Social Science*, *7* (4), 84–92. https://doi:10.5539/ass.v7n4p84

杭瀬智子，三澤咲美．(2003)．日本における家族特性評価尺度の作成．*臨床死生学年報，8*, 30–49.

松本圭，塩谷亨，大矢寿美子，山上史野，松本かおり，伏島あゆみ，村岡智子，加々美智光．(2020)．プレゼンテーション不安軽減・技能向上プログラムの効果．*工学教育研究，28*, 116–125.

Mendo-Lázaro, S., León-del-Barco, B., Polo-del-Río, M. I., & Iglesias-Gallego, D. (2022). The impact of cooperative learning on university students' social skills and academic achievement. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1–7. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.787210

毛利伊吹，丹野義彦．(2003)．状況別対人不安尺度の作成及び信頼性・妥当性の検討．*健康心理学部研究，14* (1), 23–31.

中川泰彬，大坊郁夫．(2013)．*日本版 GHQ 精神保健調査票手引（増補版）*．日本文化科学社.

西田明日香，山口智史，東郷史治，佐々木司．(2020)．相談相手の数と不安・抑うつ症状の関連を調査した横断・縦断的研究のレビュー．*不安症研究，12* (1), 16–26.

落合良行，佐藤有耕．(1996)．青年期における友達とのつきあい方の発達的変化．*教育心理学研究，44* (1), 55–65.

大杉恵子，西村良二，西村大志，岡村仁．(2001)．医療系大学生のストレスが精神的健康に影響を及ぼす関連要因について　Coping と Locus of Control の視点から．*九州神経精神医学，47* (3-4), 137–147.

大杉尚之．(2024)．コロナ禍の学生生活を経験した大学生の援助希求と精神的健康．*山形大学人文社会科学部研究年報，21*, 211–226.

大内隆，森田敏子．(2001)．短期大学生の精神健康に関する研究―看護学生における精神健康度の現状把握―．*看護総合科学研究会誌，4* (3), 51–62.

大対香奈子，本岡寛子，堀田美保，直井愛里．(2019)．実習形式で学ぶコミュニケーションの授業における大学生の対人不安・社会人基礎力・コミュニケーションスキルの変化．*近畿大学心理臨床・教育相談センター紀要，3*, 9–18.

澤田幸子，久住武．(2019)．大学生の対面コミュニケーション能力に影響を及ぼす要因．*心身健康科学，15* (1), 13–23.

白濱あかね，江頭愛，五位塚和也，古賀聡．(2017)．進路選択における親子間コミュニケーションと大学生のアイデンティティ形成および親子関係認知の関連．*九州大学心理学研究，18*, 73–83.

田中生雅，荒武幸代，大西幸美，田中優司．(2016)．2016 年度学生定期健康診断時メンタルヘルス状況調査より学生への健康支援を考える．*愛知教育大学健康支援センター紀要，15*, 17–20.

ツムラ．(2023)．*生理や PMS に関する大学生の不調実態調査*. https://www.tsumura.co.jp/news/topics/2022/03081730.html（2025 年 10 月 3 日閲覧）

内田香奈子，山崎勝之．(2008)．大学生の感情表出によるストレス・コーピングが抑うつに及ぼす影響の予測的研究．*パーソナリティ研究，16* (3), 378–387.

大和孝子，青峰正裕．(2002)．女子大学生における冷え症と身体状況および生活環境との関連．*総合健診，29* (5), 878–884.

弓場紀子．(2000)．看護学生の健康度と生活習慣との関連（第２報）：健康管理の動機付けに対する調査票の影響．*大阪市立大学看護短期大学部紀要，2*, 21–25.

◇研究報告◇

市町保健師が地区診断を推進するために必要な要素

原賀美紀[1)*]，原　邦夫[2)]，内藤美智子[3)]，石竹達也[4)]

【目的】市町保健師が地区診断を推進するために必要な要素を明らかにする。
【方法】地区診断を実施している市町５ヶ所の保健師 16 名および未実施市町２ヶ所の保健師４名に半構造化インタビューを行い，職場の活動体制，地区診断実施上の工夫や配慮などを聴取し，質的記述的に分析した。
【結果】推進要素として，保健師教育課程での経験を活用する，定例会議を開催し取り組みを検討する，地区診断の共通フォーマットを作成し記入ルールを設定する，各種計画と関連づける，職場内外との情報共有を行う，活動報告書と計画書を作成し配布する，地区診断成果を活用する，の７カテゴリーが抽出された。未実施市町ではこれらは確認されず，実施市町との質的差異がみられた。
【結論】地区診断を推進するために必要な要素は個人，組織，制度の三層から成り，地区診断を推進する過程として示された。

【キーワード】市町，保健師，地区診断，推進，要素

Ⅰ．はじめに

少子高齢化の進行や介護・虐待予防，危機介入への対応などにより，地域保健活動は複雑化している。さらに，医療・保健資源へのアクセスや高齢化率にみられる都市農村間の格差に加え，人口構成や社会経済状況，医療・保健資源の整備状況の違いにより，地域で直面する健康課題と対応のあり方は多様化している。地域包括ケアの推進やデータヘルス計画の策定など，根拠に基づく施策立案が求められる今日，地域の実態を体系的に把握することが，これまで以上に求められている。こうした状況において，地域の特性に応じた対策を導くためには，地域社会を俯瞰し，医療，健康，経済，教育，安全など生活全体を支える諸条件を総合的に判断することが必要である（中板，2011）。その基盤となるのが地区診断である。地区診断は，地域課題を明らかにし，個人の支援にとどまらず，集団や地域への支援を通じて課題解決を図る一連のプロセス（中板，2011），あるいは系統的，総括的な情報収集と評価により，重要な健康課題を特定する地域評価（Pazzaglia et al., 2023）と定義されている。

地域における保健師の保健活動に関する指針（厚生労働省健康局長，2013）では，地域診断に基づく PDCA サイクルの実施が明記されている。さらに近年は，感染症対応を含む地域保健対策の推進や，ソーシャルキャピタルを活用した住民との協働活動の必要性が示されている（厚生労働省，2025）。これらを踏まえると，地区診断結果に基づく地域保健活動計画の立案は不可欠である。

保健師教育課程では，地区診断の目的や必要性，展開方法が教育され（牛尾・宮芝，2018；宮芝・牛尾，2019），実践で活用できるアセスメントモデルの開発（大森ら，2019）も進められている。しかし，多くの保健師は地区診断の必要性を認識（村松・須田，2020；高橋・高尾，2007）しつつも，苦手意識（村田・埴淵，2011）や実施上の困難さ（野宮ら，2019）を抱え，地区診断を実施できていない市町村保健師は50～70%にのぼる（野中・松田，2009；日本公衆衛生協会，

受付日：2025 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）下関市立大学看護学部　2）原労働衛生コンサルタント事務所　3）久留米大学医療センタープライマリ・地域医療ヘルスケアセンター
4）久留米大学医学部
＊ E-mail：haraga-mi@shimonoseki-cu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

2012；小川ら，2018)。特に，人口１～５万人の市町村に勤務する保健師の地区診断の実施率が低く（小川ら，2018)，自身の地区診断能力を十分ではないと認識する割合が，他の人口規模の市町村に勤務する保健師と比較して有意に高いことが示されている（野中・松田，2009)。これらの結果から，地区診断の実施率向上が課題となっている（小川ら，2018)。

地区診断の実施を困難にする要因としては，時間や人員の不足が繰り返し指摘され（高橋・高尾，2007；澤田・丹野，2008；村田・埴淵，2011；日本公衆衛生協会，2012；野宮ら，2019)，地区診断の推進を阻害する要因となっている。また，地区診断を実施するための方法としてアセスメントモデルが提案されているが，その活用は18.9%に留まり，未活用理由として業務の多忙が挙げられ，十分に活用されていない実態が示されている（Shiomi et al., 2022)。一方で，地区診断に関する研修受講や情報共有，指導体制整備の重要性が指摘されている（高橋・高尾，2007；小川ら，2018；Okura，2019；五十嵐ら，2020)。このように，地区診断の必要性や実施を困難にする要因，研修や指導体制整備の重要性，実施方法に関する支援は一定程度示されているものの，これらの知見だけでは，限られた資源の中で地区診断を開始し，継続的に実施するための具体的な工夫や配慮，組織的な支援のあり方は十分に明らかにされていない。時間や人員の不足といった阻害要因が存在する中でも，地区診断を実施，継続している市町村が一定数存在することから，実践上の工夫や配慮，組織的支援のあり方といった，推進要素が関与している可能性がある。そこで，市町村における地区診断の実施に関する工夫や配慮，組織的支援および，実施できていない市町村の状況を明らかにすることは，地区診断を推進するための一助になると考えられる。

Ⅱ．目　　的

市町保健師が地区診断を実施する上での工夫や配慮に関する発言から，地区診断を推進するために必要な要素を明らかにし，今後の地区診断の推進に向けた示唆を得ることを目的とした。

１．用語の操作的定義

１）地区診断

文献（中板，2011；全国国民健康保険診療施設協議会，2013；Pazzaglia et al., 2023）を参考に，本研究では地区診断を，地域社会を俯瞰的に眺め，医療，健康，経済，教育，安全等，人が生きていくために必要な諸条件を総合的に判断し，情報収集・整理，地域アセスメント，課題の整理・特定および地域保健活動計画の立案までの一連の過程と定義した。なお，課題解決の実施は地区診断には含めず，地域診断と同義語として扱う。

２）地区診断の推進

本研究では，地区診断の推進を，地区診断を開始し，継続的に実施して組織の活動として定着する一連の過程として操作的に定義した。開始とは，地区診断を実施するための体制整備や取り組みの導入を通じて地区診断が開始される段階を指す。継続・定着とは，地区診断が継続的に実施され，組織の活動として定着した状態を指す。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

本研究は，対象者の語りや経験をできる限り保持しつつ整理し，現象の特徴を明らかにすることを目的とした質的記述的研究（グレッグら，2016）である。

２．研究対象者

平成27年国勢調査（総務省統計局，2016）によると人口１～５万人の市町村数は全体の約40%を占め，令和２年国勢調査（総務省統計局，2021）においても同様である。一方，人口１～５万人の市町村では地区診断実施率が低いことが報告されている（小川ら，2018)。そこで本研究では，人口１～５万人程度の市町村の保健師を調査対象として，地区診断の推進に必要な要素を明らかにすることで，同人口規模の市町村の保健師の地区診断への取り組みを推進することにつながると考えた。また，人口規模により市町村の組織と保健師の業務形態が異なるとされるため（都筑ら，2010)，人口規模の影響を考慮し，同程度の人口規模から，地区診断を実施している市町村（以下，実施市町とする）と，地区診断を実施していないと認識している市町村（以下，未実施市町とする）を選定した。選定手順は以下の通りである。

１）雑誌や報告書等で公表されている地区診断に関する活動内容をもとに，人口１～５万人程度の実施市町を選定した。各市町の保健師に研究の趣旨を説明し，研究参加の同意を得た。次に，保健師個人の認識にとどまらず，市町単位での把握が必要と考え，研究参加の条件は「地区診断の状況が説明できる保健師」のみに限定し，各市町内で推薦を依頼した。紹介を受けた保健師に研究の趣旨を説明し，研究参加の同意を得て，研究参加者とした。

２）未実施市町での勤務経験があり，当該市町の活動状況を把握している保健師に研究の趣旨を説明し，対象者の紹介を依頼した。紹介を受けた保健師に研究の趣旨を説明し，研究参加の同意を得て，研究参加者とした。

３．データ収集内容

主なインタビュー内容は，参加者の属性，学生時代の地区診断学習経験，保健師の配置状況，職場の活動体制，地区診断に関する研修会や勉強会等への参加経験，現在の地区診断実施状況，地区診断を実施するうえでの工夫や配慮，課題であった。また，地区診断に関する具体例に加え，参加者自身の考えや意見を聴取した。

４．データ収集方法

2018年12月～2019年１月に，個別またはグループによる半構造化インタビューを実施した。個別またはグループの別，インタビュー参加者の編成は，研究参加者の要望に応じて設定した。インタビュー開始時に，本研究における地区診断の定義を説明した。グループインタビューでは回答機会が偏ら

表１　研究参加者の概要

市町		人口 2018年1月1日現在	参加者数	年代	保健師 経験年数
実施市町	A	約55,000人	1名	50歳代	31年
	B	約11,000人	2名	50歳代	33年
				40歳代	25年
	C	約57,000人	3名	60歳代	37年
				50歳代	32年
				50歳代	29年
	D	約50,000人	2名	50歳代	30年
				40歳代	26年
	E	約28,000人	8名	50歳代	34年
				40歳代	24年
				40歳代	23年
				40歳代	19年
				30歳代	16年
				30歳代	10年
				30歳代	10年
				30歳代	10年
未実施市町	F	約14,000人	1名	20歳代	4年
			1名	30歳代	12年
			1名	30歳代	9年
	G	約16,000人	1名	20歳代	3年

ないよう順番に回答を求めた。インタビュー内容は参加者の許可を得て，ICレコーダーに録音した。

５．データ分析方法

録音データから逐語録を作成し，質的記述的に分析した。逐語録を文脈ごとに分割して１つのデータとし，地区診断の推進に必要な要素に関連すると推定されるデータを，佐藤（2008）が示す「焦点を絞ったコード」として抽出した。複数のコードからサブカテゴリーを構成し，サブカテゴリーを統合してカテゴリーを抽出した。抽出したカテゴリーは，要素間の結びつきとして図示した。未実施市町については，逐語録から各カテゴリーに関連する記述を抽出し，実施市町と比較した。分析過程では逐語録を反復して精読し，研究メンバー間で検討を重ね，厳密性と妥当性の確保に努めた。

Ⅳ．倫理的配慮

研究参加者に，研究の趣旨，研究参加および途中辞退の自由，プライバシーの確保，情報の匿名化などについて口頭および文書にて説明し，同意書への記名と捺印をもって研究参加の同意を得た。研究実施にあたっては，保健師の所属長に文書で依頼し，了解を得た。本研究は産業医科大学倫理委員会の審査，承認（第H30-184号，2018年12月17日）を受けて実施した。

Ⅴ．結　　果

１．研究参加者の概要

表１に研究参加者の概要を示す。研究参加者は，実施市町は５ヶ所（Ａ～Ｅ：人口約11,000～57,000人）の保健師16名，未実施市町は２ヶ所（Ｆ，Ｇ：人口約14,000～16,000人）の保健師４名を対象とした。全員女性で，保健師の実践経験は，３～37年であった。

インタビューは，Ａ，Ｆ，Ｇ市町では個別インタビューを実施した。ＢおよびＤ市町では各２名，Ｃ市町では３名，Ｅ市町では８名によるグループインタビューで，グループは同一市町所属者で構成した。インタビュー時間は平均93分（54～126分）であった。

実施市町５ヶ所に所属する保健師数は11～31名で，３市町は保健部門だけでなく，福祉や介護保険などの各課へ保健師を分散して配置，２市町は包括支援センターと保健部門へ保健師を配置していた。５市町全て地区分担と業務分担を併用した活動体制で，職場内のマニュアルや指導・助言等のサポートがあり，地区診断の状況を保健師全員で発表，共有，検討する会議を定例で開催していた。５市町16名すべての参加者が，新人保健師およびその指導者を対象とした地区診断に関する研修会や勉強会等への参加経験があった。

未実施市町２ヶ所に所属する保健師数は６名および10名で，１市町は福祉や介護保険部門などの各課へ保健師を分散して配置，もう１市町は地域包括支援センターと保健部門への保健師配置であった。２市町とも地区分担と業務分担を併用した活動体制で，地区診断に関するマニュアルや指導・助言等はなく，定期的な会議の開催も認められなかった。また，地区診断に関する研修会や勉強会等への参加経験は認められなかった。

２．地区診断を推進するために必要な要素

表２に，複数のコードからサブカテゴリー，１～５つのサブカテゴリーから地区診断を推進するために必要な要素として抽出したカテゴリー，およびそれらを裏付ける代表的な発

表２　地区診断を推進するために必要な要素

	カテゴリー	サブカテゴリー	発言（焦点を絞ったコードに該当）
地区診断の開始に関わる要素	(1) 保健師教育課程での経験を活用する	学生時代の学習を活かした実践活動をする	・(入職時）一部の地域を重点的に地区活動で関わろうと，当時は学生と同じような流れで（地区診断を）やって《B》
	(2) 定例会議を開催し取り組みを検討する	保健師全員が同じ場で検討する	・(保健師）全員です。業務，地区活動，保健指導の技術アップ，事例検討なども定例的に（実施している）《D》
		検討会議を月一で開催する	・会議を月一とかでそれぞれ持ちながら，地域のことや，個別のことも地域会議ということで分けてやりますし，業務のこととかも，保健指導者会議ということで全体が分かっていたほうがいい内容について，そこに議題をみんなで出して，報告し合ったり，検討し合ったりというようにして《C》
	(3) 地区診断の共通フォーマットを作成し記入ルールを設定する	簡潔に記載できるフォーマットを作成する	・A4 で 1 枚のシートに入れると，量も限ったことで，それほど細かくいろいろなことまで書かなくてもいいよねということでやれた《C》
		話合いながらフォーマットを改訂する	・少しずついろいろなものを積み重ねて，今年はここが変更になったから，あとで見返したときに分かるように付け加えていこう《B》
		フォーマットの記載方法を統一する	・(地区診断の）まとめに関しては 2 枚以内に，データは別に，とか決めごとをした《C》
	(4) 職場内外との情報共有を行う	日頃から情報共有をする	・どこそこ町のこういう家に（家庭訪問に）行ってきたんだけど，こんなだった，あんなだったと常に情報共有して。（中略）情報共有というのは活発に，意図的にしている《D》
		他課との会議を行う	・自殺対策のときは，まとめたシートを庁舎内の自殺対策の町内会議で示そうと思って，それ（地区診断シート）を添付して説明させてもらった《E》
		保健所と一緒に検討する	・データの提供を受けて，保健所も積極的なので一緒に分析，検討します《A》
地区診断の継続・定着に関わる要素	(5) 各種計画と関連づける	法定計画との整合性を図る	・総合計画とかほかの計画がこの事業はこれにあたるというのを関連付けた《C》
		各種計画の作成，見直しのタイミングに合わせる	・健康増進だったり食育の推進計画，いろいろな計画づくりの一環として，地域診断をやって《E》
	(6) 活動報告書と計画書を作成し配布する	毎年，評価と次年度計画の活動報告書を作成する	・毎年，評価と次年度計画の報告書を作成しています。それは，事業ごと，地域保健分野ごと，担当地区の活動ごとに作成しています《C》
		庁舎内の関係各課や議会に配布，報告する	・庁舎内の関係各課にも（活動報告書や計画書を）配りますし，議会にも毎年報告しています《B》
		関係機関に配布する	・町内の医療機関，小中学校，保育所，保健所，いろいろな連携を図る関係機関にはおおむね（活動報告書や計画書を）配ってます《B》
	(7) 地区診断成果を活用する	健康教育や研修会で地区診断データを活用する	・健康課題とか，分析した結果は住民組織の研修会のときにお話をすることで「あっ，こういう課題があるんだ。身近なところの人たちもそうやな」と一緒に感じてもらって，動いてもらうきっかけにとてもなります《E》
		新規事業立ち上げの根拠とする	・核家族がここ周辺にそれなりにあって，（講座を地区で）やり始めた保健師がいたのですけれど，そういったことは，(地区診断の結果から）町（全体）として見られるので，事業化して，保健師が育児学級的なものを隔月でやろうと《C》
		引継ぎ時の資料とする	・地区活動が停滞しないということもあります。ベテランがいなくなって若手になったら課題がそこで途切れた，ということにならないように《C》
		同じ方向を目指して仕事をする	・この 1 冊（地区診断成果をまとめた冊子）でうちの地区診断を指定しよう（組織内で共通の進め方としよう）という，意思統一というか。《C》
		関係者，関係機関との協力体制を整備する	・地域包括ケアを進める連絡会を開催したいと思ったときも，課長に言ったら，そんな大それた起案はいらなくて，週 1 回している課長会で提案できる（地区診断成果の）資料を 1 枚作ってくれたら自分が言うからと言ってもらい，それはいいことだからぜひ，うちの職員も出すからどんどんやってくれという体制がとれています《A》

《　》：発言のあった実施市町　　（　）：情報の補足

言を焦点を絞ったコードとして示した。実施市町５ヶ所の地区診断状況から 19 のサブカテゴリー，７のカテゴリーが抽出された。さらに，７カテゴリーは，地区診断の開始に関わる要素と継続・定着に関わる要素に整理された。開始に関わる要素には，【保健師教育課程での経験を活用する】【定例会議を開催し取り組みを検討する】【地区診断の共通フォーマットを作成し記入ルールを設定する】【職場内外との情報共有を行う】が含まれ，継続・定着に関わる要素には，【各種計画と関連づける】【活動報告書と計画書を作成し配布する】【地区診断成果を活用する】が含まれた。

以下，７つのカテゴリーごとに，サブカテゴリーおよびカテゴリーの結びつきを踏まえて，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを「　」で示す。

1）地区診断の開始に関わる要素

（1）【保健師教育課程での経験を活用する】

学生時代の学習経験を手がかりとして地区診断に着手していた。入職時に学生時代の地区診断の学習経験を基盤とし，入職先の活動方針や地域の実情にあわせて重点地区を設定するなど，「学生時代の学習を活かした実践活動をする」との語りがみられた。

（2）【定例会議を開催し取り組みを検討する】

業務連絡会や保健指導者会議など保健師が集まる場を設け，月１回程度の定例会議を開催していた。「保健師全員が同じ場で検討する」「検討会議を月一で開催する」など，定例会議にて地域の状況や事例を共有しながら活動を検討する語りがみられた。

（3）【地区診断の共通フォーマットを作成し記入ルールを設定する】

地区診断用の共通フォーマットの作成や記載方法の統一に加え，運用しながら継続的に見直す取り組みがみられた。「簡潔に記載できるフォーマットを作成する」「フォーマットの記載方法を統一する」などの語りに加え，「話合いながらフォーマットを改訂する」など継続的な見直しに関する語りもみられた。

（4）【職場内外との情報共有を行う】

日常的な情報交換や他機関との連携に関する取り組みがみられた。「日頃から情報共有をする」では家庭訪問活動等で得た地域情報の共有に関する語りがみられた。また，「他課との会議を行う」「保健所と一緒に検討する」など，組織内外との情報共有に関する語りがみられた。

2）地区診断の継続・定着に関わる要素

（5）【各種計画と関連づける】

地区診断と各種計画を関連づける取り組みがみられた。市町の総合計画や健康増進計画等の「法定計画との整合性を図る」ことや「各種計画の作成，見直しのタイミングに合わせる」など，計画策定の根拠資料として地区診断を実施していたとの語りがみられた。

（6）【活動報告書と計画書を作成し配布する】

報告書と計画書の作成と配布に関する取り組みがみられた。「毎年，評価と次年度計画の活動報告書を作成する」ことにより地区診断結果を文書化し，「庁舎内の関係各課や議会に配布，報告する」「関係機関に配布する」などの語りがみられた。

（7）【地区診断成果を活用する】

地区診断成果の活用に関する取り組みがみられた。「健康教育や研修会で地区診断データを活用する」「新規事業立ち上げの根拠とする」など，住民支援への活用が語られた。また，「引継ぎ時の資料とする」「同じ方向を目指して仕事をする」など，保健師間での活動継続や方針共有に関する語りもみられた。

３．地区診断を推進するために必要な要素に関する実施市町と未実施市町の発言

表３には，実施市町の発言から抽出したカテゴリーに対し，未実施市町の発言内容を対比して示した。未実施市町では，カテゴリーに該当する語りは確認されなかった。実施市町では，学生時代に地区診断方法を習得し，就職後に活用していたとの語りがみられたが，未実施市町では記憶が曖昧で，実践には至っていなかった。また，データヘルス計画等における一部の年齢層の分析や，各種事業の実績報告にとどまっているとの語りがあり，地区診断や活動計画の作成，評価に関する発言は確認されなかった。さらに，日常的な情報共有や定例会議の実施に関する語りは確認されず，未実施理由として時間不足や先輩からの指導がないことなどが挙げられていた。

Ⅵ．考　　察

１．地区診断を推進するために必要な要素の特徴と構造

実施市町の語りから抽出された７カテゴリーは，未実施市町では確認されず，地区診断を推進するために必要な要素として位置づけられた。これらは地区診断の「開始」と「継続・定着」に関わる要素に整理され，地区診断を単発の取り組みに終わらせず，組織内外の業務や制度の中に位置づけて循環させる役割を担っていた。

本研究で抽出された各カテゴリーにみられた実践は，地区診断を個々の保健師の活動にとどめず，組織的活動として共有，活用する仕組みとして機能していると考えられる。例えば，地区診断用の共通フォーマットの作成や記入ルールの統一は，地区情報を整理し，職員間での共有をしやすくする。定例会議や職場内外との情報共有は，地区の状況や課題に関する共通理解の形成に寄与し，活動報告書や計画書の作成・配布により，地区診断結果が文書化され，関係部署や関係機関との共有が行われていた。さらに，地区診断成果は，住民への健康教育や新規事業の企画，引継ぎ資料や活動方針の共有など，保健師活動の継続性の担保にも関与している可能性がある。

さらに，地区診断を推進するために必要な要素は，個々の保健師の能力にとどまらず，専門的基盤，組織内の仕組み，行政組織における計画・業務への位置づけからなる，個人，組織，制度の階層的構造として整理された。保健師教育課程での経験は専門的基盤として機能し，定例会議や共通フォーマットは組織的仕組みを形成し，各種計画との関連づけや活動報告書・計画書の作成・配布，地区診断成果の活用は，地区診断を行政組織における計画・業務の中に位置づけ，継続的に運用する制度的基盤として機能していた。このような個人，組織，制度の各レベルから保健活動を捉える視点は，健康行動や公衆衛生実践を複数のレベルの影響として捉える社会生態学モデル（McLeroy et al., 1988）の考え方と共通している。この構造は，地区診断の推進が個々の保健師の実践のみならず，組織的・制度的基盤の整備を含めた多層的な取り

表３　地区診断を推進するために必要な要素に関する実施市町と未実施市町の発言

カテゴリー	発言（焦点を絞ったコードに該当）	
	実施市町*	未実施市町
(1) 保健師教育課程での経験を活用する	・学校の隣町にフィールドがあり，自転車でフィールドに行って地域の皆さんの声を聞いて，どんな地域か，課題があるかを実際に学生のときから実習をさせていただいていたので，地区診断はあまり違和感なく取り組めた《B》	・地区踏査をしたことは覚えているけど，まとめたりは覚えていない《F》
(2) 定例会議を開催し取り組みを検討する	・月に１回，庁舎内の保健師会議，その時に（地区診断の）報告，相談，見てもらいながら《E》	・保健師が定例で集まって会議というのは全然していないです《F》
(3) 地区診断の共通フォーマットを作成し記入ルールを設定する	・3 ページぐらいのものがあったよね。地域の組織としてはどのようなものがあるとか，統計データだったら高齢化率とか書き込めるようになっていて（自分達で作成した）《B》	・（職場に地区診断に関するマニュアル等）ないと思います《F》
(4) 職場内外との情報共有を行う	・3 課が連携をして高齢者が住みやすい地域にするにはどうしていこうかという連携会議は持っています《A》	・まとまって何かをしようという職場の雰囲気ではない《G》
(5) 各種計画と関連づける	・健康増進だったり食育推進計画，いろいろな計画づくりの一環として，地域診断をやって《E》	・成人はデータヘルス計画はやっているけど母子は全く（実施していない）《G》
(6) 活動報告書と計画書を作成し配布する	・前半部分が昨年度の実績で，後半が今年度の計画（を作成している）《B》 ・保健所にもお渡ししている《C》	・やってないです。特定健診受診率や教室の概要と参加人数は報告します《F》
(7) 地区診断成果を活用する	・地区の推進委員さんとこういうデータだったんですよと感想を聞いて，こういうデータになる状況って，この地区の人の特徴ってどのようなものかを話し合ってみたり《D》	・教室は，いまちょうど介護予防をしていこうという国の動きがあるので，それに向けて話し合いをしていたぐらい。分析も全然やっていない《F》

＊：表２のデータから一部抜粋　　《　》：発言のあった市町　　（　）：情報の補足

組みとして進める必要性を示している。図１は地区診断の推進要素を個人レベル，組織レベル，制度レベルからなる三層構造として整理し，地区診断が開始から継続・定着へと発展する過程を示した。本研究は，地区診断の推進要素を階層構造として提示することで，先行研究で指摘されてきた研修受講や指導体制整備などの条件を個人，組織，制度の観点から統合的に捉え，地区診断を推進する過程として理解する視点を提供した。

２．地区診断の推進に関する実践的意義

先行研究では，地区診断の実施に影響する要因として，意見交換や情報共有，部署内外からの助言・指導の重要性（小川ら，2018）や，成果の発表・報告の機会の必要性（高橋・高尾，2007）が指摘されている。本研究で示された【定例会議を開催し取り組みを検討する】【職場内外との情報共有を行う】はこれらの指摘と対応し，【活動報告書と計画書を作成し配布する】は成果報告機会の重要性と一致していた。また，【地区診断成果を活用する】では，住民への健康教育，新規事業化，職員間の意思統一，関係機関との協力体制整備などに活用され，PDCA サイクルに位置づけられる実践が確認された。

地区診断が実施されない背景としては，時間不足や人員不足，業務増大などが報告されている（日本公衆衛生協会，2012；村田・埴淵，2011）。一方，本研究では，限られた条件

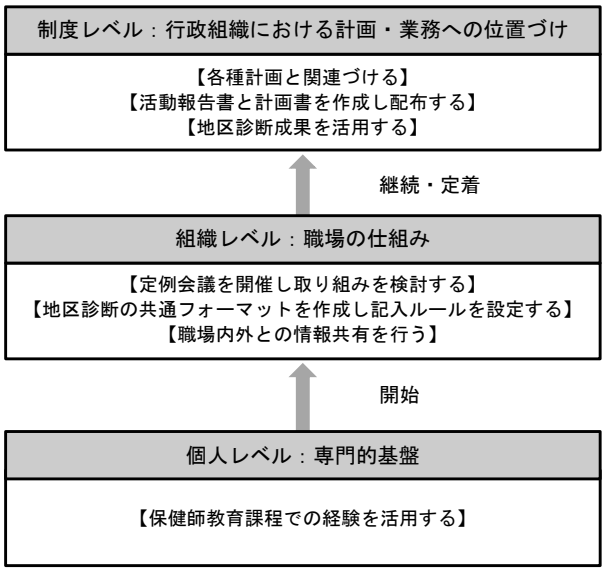


図１　地区診断を推進するために必要な要素の構造と推進過程の概念図

下でも地区診断を実施・継続している市町に着目し，その具体的取り組みを明らかにした点に特徴がある。すなわち，阻害要因の解消のみならず，組織的・制度的仕組みの構築が地区診断の推進に関与する可能性を示した点は，これまで十分に扱われてこなかった視点である。また，実施市町と未実施

市町の調査により，地区診断を推進するために必要な要素を多面的に把握できた。

本研究の独自性は，実施市町と未実施市町の保健師の語りを対比的に分析した点にある。従来の研究は，地区診断の困難要因に焦点を当てたものが多く，実施市町と未実施市町の保健師の語りを構造的に比較した研究は見当たらない。本研究では，未実施市町では地区診断に関する具体的実践や方法論が語られず，実施市町との質的差異が明らかとなった。この比較から，地区診断の有無は業務量の差だけでなく，組織的な位置づけや実施を支える仕組みの存在と関連している可能性が示唆された。

3．本研究の限界と今後の課題

本研究は少数の市町および保健師を対象とした質的研究であり，得られた結果を全国の市町に一般化することには限界がある。特に，地区診断実施市町と未実施市町では，参加者数や保健師経験年数等に差があったため，両者の対比的分析は探索的な比較にとどまり，その差を地区診断の実施状況に関連する一般的な特徴として解釈することには慎重を要する。また，個別またはグループインタビューは研究参加者の要望に応じて設定し，回答機会が偏らないよう配慮したが，年齢や職位，職場内の関係が発言内容に影響した可能性は否定できない。今後は，未実施市町を含む対象自治体および参加者数を拡大し，経験年数や職位，自治体規模，保健師の配置体制等を考慮した調査を行い，本研究で示された地区診断の開始および継続・定着に関わる要素を検証する必要がある。

Ⅶ. 結　　論

市町保健師の地区診断実施における工夫や配慮に関する発言を分析し，地区診断を推進するために必要な要素を明らかにした。実施市町および未実施市町の保健師へのインタビューを質的記述的に分析した結果，地区診断を推進するために必要な要素として7カテゴリーが抽出された。すなわち，【保健師教育課程での経験を活用する】【定例会議を開催し取り組みを検討する】【地区診断の共通フォーマットを作成し記入ルールを設定する】【職場内外との情報共有を行う】【各種計画と関連づける】【活動報告書と計画書を作成し配布する】【地区診断成果を活用する】である。これらは，個人，組織，制度の三層からなる推進要素として整理され，地区診断の推進過程として示された。以上より，地区診断の推進にはこれら三層の基盤の整備が重要である。

本研究にご協力頂いた保健師の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は科学研究費助成事業の交付（研究課題番号：26512017）を受けて実施した。本研究の一部は，第78回日本公衆衛生学会総会にて発表したものである。

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

グレッグ美鈴，麻原きよみ，横山美江（編著）.（2016）. *よくわかる質的研究の進め方・まとめ方：看護研究のエキスパートをめざして（第2版）*. 医歯薬出版.

五十嵐久人，石田史織，高橋宏子，奥野ひろみ.（2020）. 行政保健師の地域診断実施に関する調査. *日本看護学会論文集：ヘルスプロモーション，50*, 31–34.

厚生労働省健康局長.（2013）. *地域における保健師の保健活動に関する指針*.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1（2025年9月13日閲覧）

厚生労働省.（2025）. *地域保健対策の推進に関する基本的な指針*.
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001497264.pdf（2025年9月13日閲覧）

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15* (4), 351–377. https://doi.org/10.1177/109019818801500401

宮芝智子，牛尾裕子.（2019）. 看護基礎教育における地域診断演習の課題提出物を評価する基準に影響する要素. *神奈川県立保健福祉大学誌，16* (1), 47–54.

村田陽平，埴淵知哉.（2011）. 保健師による地域診断の現状と課題：「健康の地理学」に向けて. *E-journal GEO，5* (2), 154–170.

村松照美，須田由紀.（2020）. 市町村保健師が捉える地域診断実施の困難点と工夫点. *山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル，6* (1), 42–50.

中板育美.（2011）. *平成22年度地域保健総合推進事業 地域診断から始まる見える保健活動実践推進事業報告書*.
https://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_10_all.pdf（2025年9月13日閲覧）

日本公衆衛生協会.（2012）. *平成23年度市町村保健活動調査 市町村保健センター及び類似施設調査：調査結果報告書*.

野中茂子, 松田正己.（2009）. 市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因. *保健師ジャーナル，65* (6), 484–492.

野宮冨子，戸沼由紀，斎藤真澄.（2019）. 行政機関に所属する新任期保健師の地域診断の実施状況と課題. *弘前医療福祉大学紀要，10* (1), 31–40.

小川克子，安藤陽子，河原田まり子.（2018）. 行政保健師の地域診断の実践状況とその関連要因. *日本公衆衛生看護学会誌，7* (1), 32–41.

Okura, M. (2019). The process of structuring community health needs by public health nurses through daily practice: A modified grounded theory study. *Asian Nursing Research, 13* (4), 229–235. https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.08.001

大森純子，梅田麻希，麻原きよみ，井口理，蔭山正子，小西美香子，渡井いずみ，田宮菜奈子，村嶋幸代.（2019）. 活動展開技法モデル「コミュニティ・アセスメント」の提案：第6期公衆衛生看護のあり方に関する委員会活動報告. *日本公衆衛生雑誌，66* (3), 121–128.

Pazzaglia, C., Camedda, C., Ugenti, N. V., Trentin, A., Scalorbi, S., & Longobucco, Y. (2023). Community health assessment tools Adoptable in Nursing Practice: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20* (3), 1–44. https://doi.org/10.3390/ijerph20031667

佐藤郁哉.（2008）. *QDA ソフトを活用する実践質的データ分*

析入門. 新曜社.

澤田杏子, 丹野かほる. (2008). 行政保健師の地域診断における要因分析. *新潟大学医学部保健学科紀要*, *9* (1), 245–252.

Shiomi, M., Yoshioka-Maeda, K., Kotera, S., Ushio, Y., & Takemura, K. (2022). Factors associated with the utilization of community assessment models among Japanese nurses. *Public Health Nursing*, *39* (2), 464–471. https://doi.org/10.1111/phn.12967

総務省統計局. (2016). *平成 27 年国勢調査 人口等基本集計結果*. https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf (2025 年 9 月 13 日閲覧)

総務省統計局. (2021). *令和 2 年国勢調査 人口等基本集計結果*. https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/outline_01.pdf (2025 年 9 月 13 日閲覧)

高橋美美, 高尾俊弘. (2007). 保健師の地域診断実践に影響する要因に関する研究. *高知大学学術研究報告 (医学・看護学編)*, *56*, 21–29.

都筑千景, 桝本妙子, 生田惠子, 平野かよ子, 石川貴美子, 烏帽子田彰. (2010). 市町村合併が保健 (師) 活動に及ぼした影響：人口規模別の比較検討. *厚生の指標*, *57* (7), 1–7.

牛尾裕子, 宮芝智子. (2018). 地域看護学教員が参加したルーブリックモデレーションワークショップのプロセス評価. *兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要*, *25*, 31–40.

全国国民健康保険診療施設協議会. (2013). *実践につながる住民参加型地域診断の手引き―地域包括ケアシステムの推進に向けて Version 2*. https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/H24/H24%E5%9C%B0%E5%9F%9F%E8%A8%BA%E6%96%AD_%E6%89%8B%E5%BC%95.pdf (2025 年 9 月 13 日閲覧)

◇研究報告◇

検診における大腸内視鏡検査の残便および観察不良の実態とその要因

石垣夏子[1)*]，大橋優美子[1)]，阿部麻里[2)]，仲上豪二朗[3)]，山道信毅[4)]，遠藤美代子[1)]

【目的】大腸内視鏡検査は負担の大きい前処置が必要であるが，検査時に残便にて観察不良となるケースがある。予防策を検討するため，それらの割合と実態を調査した。

【方法】検診で大腸内視鏡検査を受けた者を対象とし，基本属性，問診，検査記録を収集した。残便の有無と観察不良か否かの群間比較を行った。

【結果】対象者は297名，残便あり66.7%，観察不良6.7%であった。「残便あり」は男性，高身長，LDLコレステロール低値，に有意に多かった。また「観察不良」は高齢，前日の刺激性下剤内服後に反応便がない，腸管洗浄剤の追加内服が有意に多かった。

【結論】検診で大腸内視鏡検査を実施した場合，残便ありは66.7%，観察不良は6.7%であった。観察不良の要因は高齢，前日の刺激性下剤内服後に排便がないこと，腸管洗浄剤の追加内服であった。

【キーワード】下部内視鏡検査，前処置，残便，腸管洗浄剤

Ⅰ．はじめに

2019年の国立がん研究センターの調査では，大腸がん罹患率は日本人のがんにおいて最も高く，罹患数と死亡数ともに年々増加傾向である。厚生労働省は，40歳以上の成人を対象に，大腸がん検診を対策型検診として推進しており，2022年大腸がん検診受診率は全国平均で45.9%であった。便潜血反応陽性者には大腸内視鏡の精密検査が推奨されており（国立がん研究センター，2026），大腸内視鏡検査の需要が増加している。

大腸内視鏡検査は内視鏡で腸壁を観察する検査であるため，検査時に残便がなく十分な視野を確保できる腸管であることが検査結果の質や検査所要時間の観点からも望ましい。そのために，前日の夕方から食事制限および，下剤，腸管洗浄剤を用いた前処置を実施し，大腸内に便がない状態を目指す。一方で，日本医療安全調査機構は，大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例を受けて，腸管洗浄剤の服用により腸管内圧が急激に上昇し腸管穿孔などによるリスクがあることを認識すべきであるという，医療事故の再発防止に向けた提言を2020年3月に出した（安全調査機構医療事故調査・支援センター，2020，p.3）。また大腸内視鏡を実施した患者に対し，大腸内視鏡前処置における負担感について半構造化面接によって聴取した研究では，下剤の内服について服用方法や，内服後の腹部症状，食事制限による空腹に対する不安など，多くの心理的負担が表出されたと述べている（前渋ら，2023）。このように大腸内視鏡検査の前処置は身体的にも精神的にも大きな負担がかかるため，問診の段階から前処置で予測されるリスクを念頭に置き，注意深く実施することが求められる。医療者に対して大腸内視鏡検査の前処置に関するアンケートを行った研究では，医療者全員が前処置で起こりうるリスクを認識し共有するために，事前に患者情報を得て的確に対応することを重要視しており，職種別に対応をマニュアル化しているという施設もある（田近・正木，2021）。しかし，臨床現場では，残便多量により観察不十分と判定されるケースもあり，再検査となる場合もある。診療で必要な大腸内視鏡検

受付日：2025年10月15日／受理日：2026年7月23日
1）東京大学病院看護部　2）東京大学病院看護部／次世代看護教育研究所
3）東京大学大学院医学系研究科老年看護学／創傷看護学分野　4）東京大学病院予防医学センター
＊ E-mail：suetounats-nur@h.u-tokyo.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

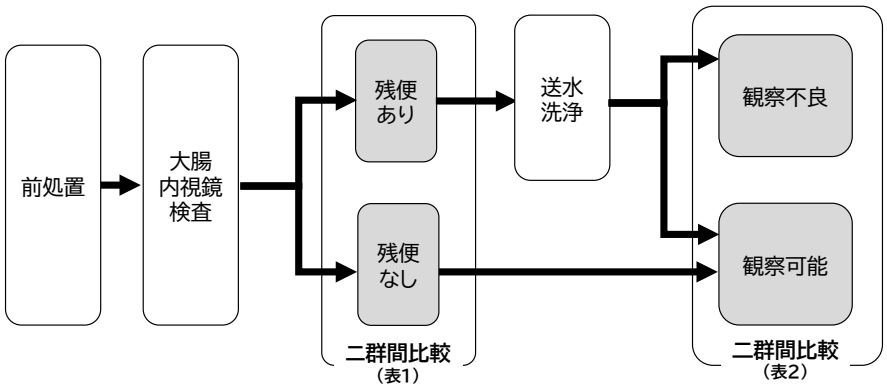


図１　残便の有無・観察可能・観察不良の関係

査の場合は，前処置不良になる要因があると医師が認めた場合に，追加での下剤処方や前日までの食事制限を数日前から行うことがある。検診では健常者を対象に行うため，検査は診療に基づくものではない。スクリーニングを目的に行われるため，数日前からの食事制限や追加の下剤の処方がないことが一般的である。

自由診療である検診のメリットに，症状がない場合も検査を実施できることがあるが，受診者の中には「便通異常症診療ガイドライン（日本消化管学会，2023，p.4）」に定義される便秘または慢性便秘症を有する場合がある。慢性便秘症は機能性や過敏性腸症候群に由来するもの，薬剤性や狭窄性器質に由来するものがある。これらのような便秘を有する場合でも，現在，検診においては便秘を有しない受診者と前処置には区別はなく，薬剤の追加処方や，食事制限を厳しくする，などの対策は行われていない。看護師は，前処置の説明時に問診を行い，情報は収集しているが，便秘などの情報があっても，対策は個々の看護師に任されており，前日の食事や排便コントロールに関しての個別指導に明確な基準がない。

先行研究では，外来にて治療が必要な場合の患者を対象に，大腸内視鏡検査の観察不良要因を調査した研究がされている。年齢，性別，ADL，前日の食事，下剤の常用の有無，普段の便の硬さ，洗腸剤の服用時間，服用量などについて調査した結果，年齢と普段の排便回数において有意差を認めたとしている（吉村ら，2021）。しかし本研究の他に検診にて健常者を対象とした研究は見当たらない。外来患者と検診における健常者の異なる属性として，年齢や ADL が当てはまると思われる。また，外来患者にとっての大腸内視鏡検査は，治療や診断のための検査であることから，前日までの生活の制限や食事制限，下剤使用などの排便コントロールについても異なるため，検診受診者における特性を明らかにすることは，根拠を基にした対策の立案に寄与すると期待される。

Ⅱ．目　　的

本研究では大腸内視鏡検診受診者を対象として，検査前処置後の残便の要因と実態，観察不良になる程度の便が残る要因と実態，双方における特性について明らかにすることを目的とした。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

大腸内視鏡検査についての記録を用いた横断的研究。

本研究は，受診者特性および前処置に関連する要因が腸管洗浄状態に影響し，その結果として残便が生じ，さらに残便が観察不良に関連する可能性があるという考えに基づいている。本研究では，この枠組みに沿って各要因と残便，ならびに残便と観察不良との関連を単変量解析により検討した（図１）。

２．研究対象

包含基準：2023 年８月１日～2024 年３月 31 日の間に東京都内のＡ大学病院の人間ドックにて大腸内視鏡検査を受けた成人。

除外基準：検査前日の眠前に前処置として処方された刺激性下剤（ピコスルファートナトリウム内用液 0.75%，岩城製薬株式会社，東京）10mL を内服しなかった者，検査当日に腸管洗浄剤ポリエチレングリコール電解質液（ニフレック®，味の素製薬株式会社，東京）２L またはポリエチレングリコール・アスコルビン酸含有電解質液（モビプレップ®，EA ファーマ株式会社，東京）１L+水 500mL をすべて内服できなかった者。

３．前処置の方法

本調査施設の人間ドックでは，大腸内視鏡検査の予約をした人に対し，前日の夕食はうどんやお粥，または検査食へ変更し，19 時までに摂取するようパンフレットを用いて，看護師が直接指導している。また，眠前に医師が処方した刺激性下剤を内服するよう説明している。検査当日は禁食で来院し，腸管洗浄剤の内服後，固形物や混濁のない排便が確認できれば，前処置は完了となる。事前に指示された腸管洗浄剤の内服後も固形便や混濁がみられる場合は，腸管洗浄剤の追加内服が指示されることもある（最大で事前指示量の倍量まで）。

４．データ収集

１）調査項目とデータソース

受診者の電子カルテより，受診者の特性〈性別，年齢，身長，体重，BMI，腹囲，eGFR，HbA1c，LDL-コレステロール，中性脂肪，尿蛋白，糖尿病，喫煙歴，アルコール飲酒の有無，開腹手術歴（腹腔鏡手術を含む）〉，大腸内視鏡検査前の問診〈大腸内視鏡検査歴，排便習慣，下剤常用の有無〉，大

腸内視鏡前処置情報〈前日の夕食，刺激性下剤内服後の排便の有無，腸管洗浄剤服用時間，腸管洗浄剤服用量〉，大腸内視鏡検査の結果〈憩室の有無，ポリープの有無，残便の有無，内視鏡医師の観察不良の記載〉について，データを収集した。

２）残便の有無・観察不良の判定基準

残便の有無は内視鏡画像にて１枚でも便塊が写っていたものを『残便あり』とした。看護師免許を持つ研究者２名が別々に画像を閲覧し，残便の有無を判定した。判定が一致しない場合は同時に画像を確認し，ディスカッションの上，判定した。観察不良とは，内視鏡医師が内視鏡レポートに残便多量にて観察不良と記載していたものを『観察不良』とした。

５．データ分析

『残便なし』と『残便あり』間でそれぞれの項目について二群間比較を行った。また，『観察可能』と『観察不良』間で二群間比較を行った。連続変数については，正規分位点プロットを用いて正規性を判定し，正規分布に従う場合はｔ検定，従わない場合はウィルコクソンの順位和検定を用いた。名義変数についてはカイ二乗検定またはフィッシャーの正確確率検定を用いた。すべての解析には JMP Pro ver.18.1.0（SAS Institute, Inc., Cary, NC, USA）を使用し，統計的有意水準は5.0%とした。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得て行った（審査番号：2498）。

本研究はオプトアウト方式を採用し，研究内容および拒否の機会については調査施設の公式 Web サイトに掲載した。

Ⅴ．結　　果

対象者は 309 名であり，うち 12 名が除外基準に該当したため，解析対象者は 297 名だった。『残便なし』群は 99 名（33.3%）で，『残便あり』群は 198 名（66.7%）であった。『観察可能』群は 277 名（93.2%）で，『観察不良』群は 20 名（6.7%）であった。

残便の有無で有意差があったものは，性別（男性：p＝0.002），身長（高身長：p＝0.012），LDL コレステロール（低値：p＝0.015）であった（残便あり群に多いもの：p値）。憩室有（p＝0.068）や高齢（p＝0.072），検査前日の夕食で，低残渣食以外のものを摂取した人（p＝0.092）に残便がある傾向が示された。食事制限を守れなかった対象者が 48.9%（134/274）であった（表１）。

表２に示す，検査時の追加洗浄も含め観察可能となった者は 277 名（93.2%）で，観察不良は 20 名（6.7%）であった。観察可能群の平均年齢は 59.2 歳，観察不良群の平均は 65.3 歳であり，観察不良群は年齢が有意に高かった（p＝0.026）。また，前日の刺激性下剤内服後の排便がなかった 49 名中８名が観察不良であり，排便のない人は有意に観察不良が多かった（p＝0.006）。「腸管洗浄剤の追加内服」をした場合，54 名中 10 名が観察不良であり，追加内服した人は有意に観察不良が多かった（p＝0.001）。有意差はなかったものの，観察可能群の腹囲平均は 84.2cm，観察不良群の平均は 79.8cm であり，観察不良群の腹囲の方が小さい傾向（p＝0.069）があった。また，中性脂肪（TG）の低値において，観察不良が多い傾向にあった（p＝0.059）（表２）。

Ⅵ．考　　察

今回の実態調査から，医師の事前指示通り下剤を内服した場合検査は実施可能であっても残便がある割合が 66.7%（198/297 名）に上ることが分かった。さらにその中で検査時に洗浄しても洗浄しきれず，観察不良になる割合は 6.7%（20/297 名）であった。

１．残便について

残便が有意に多かった項目は，男性，高身長，LDL が低いこと，であった（表１）。アンケートを用いた便通異常に関する先行研究によると，女性では便秘，男性では下痢が多いという報告がある（松崎ら，2006）。一般的に便秘がある場合の方が便は残る可能性，つまり女性に残便が多い可能性が予想される。しかし，刺激性下剤に加え，腸管洗浄剤を使用する前処置を行った人を対象とした本研究の調査では，男性に残便が有意に多かった。さらに排便が毎日ありと２日以上ない人では残便の有無に有意差がなかった。この結果から，前処置を行う大腸内視鏡検査時においては，女性であることや普段の排便習慣が残便に与える影響は少ないと考えられる。高身長であることも有意であった。高身長であることで腸の長さが長いなどの可能性も考えられるが，本研究では腸の長さのデータがないため議論が難しい。一般的に男性は女性よりも高身長であるため，本結果には性別の影響が含まれている可能性がある。したがって，高身長そのものが残便に影響しているのではなく，男性であることに起因する可能性も考えられる。山崎ら（1994）は，日本人の大腸の長さをＸ線で検証し，女性は男性に比べ横行結腸および全大腸の長さが長く，便秘は全大腸長や横行結腸，Ｓ状結腸の長さと相関することを報告している。身長，性別，腸の長さの相互の影響を踏まえた詳細な検討が必要である。関連要因を検討する上では性別，身長など項目間の交絡を考慮する必要があるが，本研究では単変量解析のみを行ったため詳細な議論は困難であった。今後はデータの蓄積と多変量解析など更なる分析が求められる。一方，2022 年度消化器がん検診全国集計調査（日本消化器がん検診学会，2026）では，職域検診の受診者数は男性が女性より多く，検診受診者には就労男性が多く含まれると考えられる。本研究も検診受診者を対象としていることから，男性就労者の割合が高かった可能性がある。山口ら（2020）は男性就労者では深夜業務従事者に要精密検査が多く，飲酒や喫煙の割合も高いことを報告している。就労者では生活習慣が乱れやすく，それが検査前日の生活や排便状況に影響し，前処置不良につながった可能性が考えられる。また，睡眠時間と睡眠の質などの関係については今回調査していないが，就労者であり多忙な場合は就寝時間も遅くなり，生活習慣の乱れを起こしやすく，前日までの排便状況に異常をきたす可能性がある。

表１　残便なし群と残便あり群の比較

		全数		残便なし n=99		残便あり n=198		p値
受診者特性								
性別 [a]								
男性		201	(67.7)	55	(27.4)	146	(72.7)	0.002
女性		96	(32.3)	44	(45.8)	52	(54.2)	
年齢 [c]		59.6 ± 11.7		57.9 ± 11.2		60.5 ± 11.9		0.072
身長 [c]		165.8 ± 8.71		164 ± 8.63		166.7 ± 8.63		0.012
BMI[c]		23.8 ± 3.93		23.7 ± 4.32		23.8 ± 3.73		0.796
腹囲 [c]		83.9 ± 10.4		83.1 ± 11.3		84.3 ± 9.93		0.369
eGFR[c]		68.9 ± 13.9		70.1 ± 14.9		68.2 ± 13.4		0.301
HbA1c[d]		5.7	(5.5–6.0)	5.7	(5.5–6.0)	5.8	(5.5–6.0)	0.262
LDL–c[c]		120.1 ± 30.7		126.2 ± 30.9		117.1 ± 30.1		0.015
TG[d]		94.0	(66.5–133.0)	99.0	(68.0–133.0)	93.0	(66.0–136.0)	0.997
尿蛋白 [a]								0.191
	有	19	(6.4)	9	(47.4)	10	(52.6)	
	無	278	(93.6)	90	(32.4)	188	(67.6)	
身体的・生活習慣に関する要因								
憩室 [a]								0.068
	有	133	(44.8)	37	(27.8)	96	(72.2)	
	無	164	(55.2)	62	(37.8)	102	(62.2)	
ポリープ [a]								0.183
	有	127	(42.8)	37	(29.1)	90	(70.9)	
	無	170	(57.2)	62	(36.5)	108	(63.5)	
糖尿病 [a]								0.413
	有	20	(14.9)	5	(25.0)	15	(75.0)	
	無	277	(85.1)	94	(33.9)	183	(66.1)	
喫煙歴 [a]								0.560
	有	124	(41.8)	39	(31.5)	85	(68.5)	
	無	173	(58.2)	60	(34.7)	113	(65.3)	
飲酒 [a]								0.455
1 回/週以上	有	171	(57.6)	60	(35.1)	111	(64.9)	
	無	126	(42.4)	39	(31)	87	(69)	
								0.104
30 分/日/週 3 回以上運動あり [a]	有	84	(28.3)	34	(40.5)	50	(59.5)	
	無	213	(71.7)	65	(30.5)	148	(69.5)	
食事回数 [a]		欠損値 3						0.839
	3 回	233	(79.3)	77	(33.0)	156	(67.0)	
	2 回以下	61	(20.7)	21	(34.4)	40	(65.6)	
								0.312
大腸内視鏡検査歴 [a]	有	226	(76.0)	72	(32.0)	154	(68.0)	
	無	71	(24.0)	27	(38.0)	44	(62.0)	
排便 [a]		欠損値 2						0.887
	毎日	216	(73.2)	73	(33.8)	143	(66.2)	
	上記以外	79	(26.8)	26	(32.9)	53	(67.1)	
								0.662
開腹手術歴 [a]（腹腔鏡含む）	有	97	(32.7)	34	(35.1)	63	(64.9)	
	無	200	(67.3)	65	(32.5)	135	(67.5)	
下剤常用 [a]								0.102
	有	30	(10.1)	6	(20.0)	24	(80.0)	
	無	267	(89.9)	93	(34.8)	174	(65.2)	
前処置に関する要因								
前日夕食 [a]		欠損値 23						0.092
	指示通り	140	(51.1)	52	(37.1)	88	(62.9)	
	指示以外	134	(89.9)	37	(27.6)	97	(72.4)	
刺激性下剤内服後の排便 [a]		欠損値 2						0.671
	有	246	(83.4)	83	(33.7)	163	(66.3)	
	無	49	(16.6)	15	(30.6)	34	(69.4)	
		欠損値 87						0.523
腸管洗浄剤服用時間 2 時間 [a]	超える	145	(69.1)	47	(32.4)	98	(67.6)	
	超えない	65	(30.9)	24	(37.0)	41	(63.0)	
		欠損値1						0.548
腸管洗浄剤の追加服用 [a]	有	54	(18.2)	16	(29.6)	38	(70.4)	
	無	242	(81.8)	82	(33.9)	160	(66.1)	

数（%）または平均値±標準偏差、中央値（第 1–第 3　四分位範囲）　a:カイ二乗検定　b:フィッシャーの正確確率検定 c:t 検定 d:ウィルコクソンの順位和検定

表２　観察可能群と不良群の比較

		全数		観察可能 n=277		観察不良 n=20		p値
受診者特性								
性別 [a]								
男性		201	(67.7)	189	(94.0)	12	(6.0)	0.447
女性		96	(32.3)	88	(91.7)	8	(8.3)	
年齢 [c]		59.6 ± 11.7		59.2 ± 11.61		65.3 ± 12.3		0.026
身長 [c]		165.8 ± 8.71		166 ± 8.61		162.9 ± 9.76		0.117
BMI [c]		23.8 ± 3.93		22.9 ± 3.96		22.7 ± 3.28		0.197
腹囲 [c]		83.9 ± 10.4		84.2 ± 10.4		79.8 ± 9.7		0.069
eGFR [c]		68.9 ± 13.9		69.1 ± 14		66.3 ± 12.3		0.389
HbA1c [d]		5.7	(5.5-6.0)	5.7	(5.5-6.0)	5.7	(5.6-6.0)	0.971
LDL-c [c]		120.1 ± 30.7		120.7 ± 30.2		111.9 ± 36.8		0.215
TG [d]		94.0	(66.5-133.0)	97.0	(68-135.0)	74.0	(54.0-115.8)	0.059
尿蛋白 [b]								0.745
	有	19	(6.4)	18	(94.7)	1	(5.3)	
	無	278	(93.6)	259	(93.1)	19	(6.9)	
身体的・生活習慣に関する要因								
憩室 [a]								0.984
	有	133	(44.8)	124	(93.2)	9	(6.8)	
	無	164	(55.2)	153	(93.3)	11	(6.7)	
ポリープ [a]								0.498
	有	127	(42.8)	117	(92.1)	10	(7.9)	
	無	170	(57.2)	160	(94.1)	10	(5.9)	
糖尿病 [b]								0.764
	有	20	(6.7)	19	(95.0)	1	(5.0)	
	無	277	(93.3)	258	(93.1)	19	(6.9)	
喫煙歴 [a]								0.869
	有	124	(41.8)	116	(93.5)	8	(6.5)	
	無	173	(58.2)	161	(93.1)	12	(6.9)	
飲酒 [a]								0.804
1 回/週以上	有	171	(57.6)	160	(93.6)	11	(6.4)	
	無	126	(42.4)	117	(92.9)	9	(7.1)	
								0.284
30 分/日/週 3 回以上運動あり [b]	有	84	(28.3)	80	(95.2)	4	(4.8)	
	無	213	(71.7)	197	(92.5)	16	(7.5)	
食事回数 [b]		欠損値 3						0.204
3 回		233	(79.3)	216	(92.7)	17	(7.3)	
2 回以下		61	(20.7)	59	(96.7)	2	(3.3)	
								0.913
大腸内視鏡検査歴 [a]	有	226	(76.0)	211	(93.3)	15	(6.7)	
	無	71	(24.0)	66	(93.0)	5	(7.0)	
排便 [a]		欠損値 2						0.183
	毎日	216	(73.2)	204	(94.4)	12	(5.6)	
	上記以外	79	(26.8)	71	(89.9)	8	(10.1)	
開腹手術歴 [b]								0.158
（腹腔鏡含む）	有	97	(32.7)	93	(95.9)	4	(4.1)	
	無	200	(67.3)	186	(93.0)	14	(7.0)	
下剤常用 [b]								0.377
	有	30	(10.1)	29	(96.7)	1	(3.3)	
	無	267	(89.9)	248	(92.9)	19	(7.1)	
前処置に関する要因								
前日夕食 [a]		欠損値 23						0.167
	指示通り	140	(51.1)	128	(91.4)	12	(8.6)	
	指示以外	134	(48.9)	128	(95.5)	6	(4.5)	
		欠損値 2						0.006
刺激性下剤内服後の排便 [a]	有	246	(83.4)	235	(95.5)	11	(4.5)	
	無	49	(16.6)	41	(83.7)	8	(16.3)	
		欠損値 87						0.261
腸管洗浄剤服用時間 2 時間 [d]	超える	145	(69.1)	133	(91.7)	12	(8.3)	
	超えない	65	(30.9)	62	(95.4)	3	(4.6)	
		欠損値1						0.001
腸管洗浄剤の追加内服 [a]	有	54	(18.2)	44	(81.5)	10	(18.5)	
	無	242	(81.8)	232	(95.9)	10	(4.1)	

数（%）または平均値±標準偏差、中央値（第 1-第 3　四分位範囲）　a:カイ二乗検定　b:フィッシャーの正確確率検定 c:t 検定 d:ウィルコクソンの順位和検定

また，LDL コレステロールが低いことが残便ありに関連していた。LDL コレステロールが低い人は，脂肪分の摂取が控えめである可能性がある。適度な脂質の摂取は，腸内細菌叢が改善し便通がよくなることが分かっており，便の潤滑剤となることが報告されている（高木・内藤，2023）。しかし，中性脂肪では差がなかったことから，LDL 値の影響を脂質と便通の関係から解釈することは難しい。また有意ではなかったものの憩室がある場合，便が残りやすい傾向を示した（p＝0.07）。これは，憩室便が腸管洗浄剤を服用しても洗浄しきれず，残ってしまうことが要因と考えられる。

検査前日の食事制限の指示を守った群と，指示を守らなかった群の間で残便の有無に有意な差はなかった。外来患者を対象とした先行研究でも，低残渣食を摂取した場合と，食事制限をしなかった場合の残便の評価を行ったが，有意差がなかったとの報告がある（高橋ら，2008）。今回は，指示通りであったか否かのみのデータを用いたため，指示通りの食事をしなかった場合の摂取内容についての検討はできていない。過度な食事制限は受診者の負担になるのみならず，普段と異なるカロリー摂取量となるため，血糖降下薬を用いた治療中の人などには，低血糖のリスクにもつながると考えられる。今後は，摂取したものの内容や量を踏まえての検討が必要と考える。

２．観察不良について

観察不良群に有意に多かったものは，高齢，刺激性下剤内服後の反応便なし，検査前の腸管洗浄剤の追加内服であった。大腸内視鏡検査を受ける外来患者において腸管洗浄不良となる場合の属性を調査した先行研究でも『高齢』と観察不良との間に関連が示されており（吉村ら，2021），本研究においても同様であった。日本人の大腸の長さと，内径に関してＸ線にて検討した先行研究において，年齢と全大腸の長さの関係について 20～30 代はその人の身長の約 1.0 倍，40 代は身長の７％増，50～60 代は身長の約 16.5%増，70～80 代は身長の約 18.5%増であった（山崎ら，1994）。これは年齢により全大腸の長さが長くなるため，便秘のリスクが高くなることを意味している。また，高齢になることで骨格筋の衰えだけでなく，腸管の平滑筋の衰えにより，腸蠕動の力が落ちる。また平滑筋の減少の結果として粘膜層が落ち込む憩室が増え，腸の柔軟性と蠕動運動が落ちるだけでなく，残便も増えやすくなることが考えられる。

前日内服の刺激性下剤に反応しにくい場合は，観察不良になるリスクが高いことを示している。排便習慣においては，毎日排便がある場合と，それ以外で差はなく，下剤の常用ありの場合でも有意差はなかった。検査前の説明時にそれらの情報を伝えた上で，前日の刺激性下剤にて反応しなかった場合は前処置が完了になる時間が長くかかる可能性を伝えることで受診者の負担の軽減につながる可能性がある。追加内服の記録があるにも関わらず観察不良を呈した症例では，上限量まで内服しても腸管洗浄が不十分であった可能性，あるいは嘔気・嘔吐などにより実際の内服量が不足していた可能性が考えられる。しかし，本研究では後ろ向き調査のため正確な内服量と観察不良の関連の議論は困難である。

３．本研究の限界と臨床応用

今回の調査において，内視鏡画像に１枚でも便塊が写っていたものを残便ありとし，残便の量については検討していない。そのため，検査に支障がない程度の残便であった場合も含まれていたことが残便有無の結果に影響したと思われる。先行研究では残便評価の基準として，内視鏡検査施行直後に BBPS（ボストン前処置評価スケール）などを用いて，内視鏡実施医と看護師が同時に評価していた（吉村ら，2021）。今回は既存のデータを用い，評価は検査時の静止画像と医師の内視鏡検査レポートの記載のみで判断したため，見落としの可能性がある。また，複数の内視鏡医師が各々独自の判断で観察不良等のコメントを記載しており，評価にばらつきが生じた可能性がある。

また本研究は多数の項目について二群間比較を行っており，有意水準５％のもとでは偶然の有意差が生じる。いくつかの結果において，機序の解釈が難しい所見も含まれるため，得られた関連はあくまで仮説生成的であり今後の多変量解析による検証を要するものである。

これらの限界はあるものの，本研究は既存のデータを用いて，大腸内視鏡前の食事制限のコンプライアンスや前処置による排便状況，検査時の残便の有無，観察不良の実態を明らかにしたことに意義がある。

今回の結果を得て，前日の刺激性下剤による反応便があると観察不良が少ないことが明らかとなった。本研究で対象者が使用している刺激性下剤（ピコスルファートナトリウム）は，腸管からの水分の吸収を抑制し緩下作用を起こすため，浸透圧性下剤に比べ水分保持作用は少ない。腸内細菌や消化管内の酵素により加水分解され活性体となり，大腸の筋層間神経叢に作用して蠕動運動を促進する（日本消化管学会，2023，p.81）。刺激性下剤を渡す際に，腸内細菌を整えるような提案をすること，十分な水分を取っておくことで観察不良予防につながることを説明しておくなど，パンフレット内容を含め，指導方法を工夫する必要性が明らかとなった。

また，男性や高齢の受診者に対しては，前処置後も残便がある可能性が示されていることから，該当する受診者においては事前の説明時に本人にも伝え，前処置の時間を繰り上げるなどの配慮ができると思われる。

Ⅶ. 結　　論

大腸内視鏡検査を人間ドックにおいて実施する場合，指示通りの刺激性下剤および腸管洗浄剤を内服しても，検査時に残便がある受診者の割合は 66.7%（198/297）であった。残便のため，観察不良となった受診者は 6.7%（20/297）であった。観察不良の要因は，高齢，前日の刺激性下剤内服後に反応便がないこと，腸管洗浄剤の追加内服であった。

謝辞：本研究のご指導を賜りました東京大学医学部附属病院予防医学センタースタッフの皆さまに心より御礼申し上げます。

なお，本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

国立がん研究センター．(2026)．*がん統計　がん検診受診率*. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html（2025 年 8 月 25 日閲覧）

前渋貴子，清水さやか，山崎大，福原俊一，脇田貴文．(2023)．大腸検査の前処置の負担感の分析―半構造化面接を用いた質的研究―．*関西大学心理学研究，14*, 71–88.

松崎圭祐，三宅勝志，田山剛崇，木平健治．(2006)．病院薬剤師を対象とした便通異常の現状と生活の質への影響に関する調査．*日本病院薬剤師会雑誌，42* (6), 751–754.

日本医療安全調査機構医療事故調査・支援センター．(2020)．*医療事故の再発防止に向けた提言　大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析（第 10 号）*．日本医療安全調査機構.

日本消化管学会．(2023)．*便通異常症診療ガイドライン慢性便秘症*．南江堂.

日本消化器がん検診学会．(2026)．*全国集計調査．大腸がん検診*. https://www.jsgcs.or.jp/files/uploads/2022zenkoku_daityou.pdf（2026 年 2 月 13 日閲覧）

田近正洋，正木久典．(2021)．医療従事者に対する大腸内視鏡検査の前処置に関するアンケート調査．*日本消化器がん検診学会雑誌，59* (6), 531–544.

高木智久，内藤裕二．(2023)．慢性便秘症．*臨床栄養，142* (6), 890–896.

高橋ひとみ，木立由美子，千葉やし子，五十嵐四津子．(2008)．効果的な腸管内洗浄を目指した全大腸内視鏡検査前処置の検討．*日本看護学会論文集（看護総合），39*, 206–208.

山口孝子，松林重幸，宮田明，小出靖，森近俊彦，大川智久，高野友爾，竹内陽子，長尾由紀，久安利枝，折坂智恵子，黒沢洋一．(2020)．男性就労者の職業別大腸がん検診成績の検討．*総合検診，47* (2), 34–44.

山崎震一，山崎健二，宮崎高明，松岡健司，丸山寅巳，八木禧得，高桜芳郎，伴野昌厚．(1994)．日本人大腸の長さと内径に関するＸ線学的検討．*日本大腸肛門病会誌，47*, 31–39.

吉村江里子，村山亜純，吉谷千晶，繁野房．(2021)．大腸内視鏡検査の腸管洗浄度不良となる患者の要因調査．*慈，1*, 66–71.

◇研究報告◇

骨粗鬆症自己注射中の高齢患者における治療への認識

日比野彩[1)]*，平桜雅子[1)]，川端洋子[1)]

【目的】骨粗鬆症と診断され，自己注射治療を継続している高齢患者の骨粗鬆症治療に対する認識を明らかにする。
【方法】A病院で「骨粗鬆症」と診断され自己注射治療を始め，半年以上経過した65歳以上の患者9名に面接調査を実施。逐語録を作成，カテゴリ分類した。
【結果】17個のサブカテゴリ6個のカテゴリが抽出された。患者は『自己注射継続の大変さ』と『見えない治療効果からの落胆』を感じ，『これ以上骨折したくないという思い』や『自己注射効果への期待』を持ちながら治療継続できていた。しかし，『最低限の情報で十分』やこれからの治療は医師に任せると『医師への信頼による受け身の治療』の状態であった。
【結論】治療を一定期間継続している高齢患者は，治療効果を実感しにくい事による落胆が生じる可能性がある。医療者は患者の思いに寄り添い，治療継続の意義や効果を継続的に共有し，治療へ前向きな認識を支援する事が重要だ。

【キーワード】骨粗鬆症，高齢患者，治療への認識

Ⅰ．はじめに

骨粗鬆症は，骨強度の低下により骨折の危険性が増大する全身性疾患であり，高齢化の進展とともにその患者数は増加している。わが国においては，40歳以上の骨粗鬆症患者は約1,590万人と推計され，そのうち女性が約1,180万人と大多数を占めていることが報告されている（日本骨粗鬆症学会，2025）。

骨粗鬆症は男女ともに発症するが，発生頻度や進行には性差がある。わが国では患者の多くを女性が占め，その理由として閉経後のエストロゲン低下により骨量が急速に減少することが挙げられる。一方，男性でも加齢や生活習慣，基礎疾患の影響により発症し，骨折リスクの増加が問題となる（日本骨粗鬆症学会，2025）。女性では比較的早期に骨密度低下が進行するのに対し，男性では高齢期に緩徐に進行する特徴がある。また，栄養状態（カルシウム・ビタミンD不足），運動不足，喫煙，アルコール摂取などの生活習慣も骨粗鬆症の発症・進行に関与する要因とされている（日本骨粗鬆症学会，2025）。

骨粗鬆症は自覚症状に乏しいことが多く，診断や治療が遅れることで脆弱性骨折を引き起こす可能性がある。特に椎体骨折や大腿骨近位部骨折は，慢性的な疼痛や身体機能の低下を招き，日常生活動作（ADL）の制限につながることが報告されている（森，2002）。骨粗鬆症の治療としては，薬物療法（骨形成促進薬や骨吸収抑制薬）に加え，運動療法や栄養管理が推奨されており（日本骨粗鬆症学会，2025），これらを継続的に実施することが骨折予防において重要である。

治療が中断されると骨粗鬆症が進行し，骨折を招いて高齢者の自立した生活を損なう可能性がある（松井・平田，2018）。そのため，二次性骨折の再発を防ぐために骨粗鬆症の評価と治療を継続的に行うことを目的として，令和4年4月診療報酬改定の重症化予防の取り組みの評価として「二次性骨折予防継続管理料」（厚生労働省，2022）が新設され支援することが医療者に求められる。

A病院整形外科外来では，令和3年度新たに骨粗鬆症と診断された患者は213人であった。月平均17人が骨粗鬆症と診断され治療を開始している。その内，65歳以上の高齢者は

受付日：2025年10月15日／受理日：2026年7月23日
1）公立学校共済組合北陸中央病院
＊ E-mail：sayaka19880823@gmail.com

© 2026 Japanese Nursing Association

194 人と全体の 91%を占めている。現在骨粗鬆症治療開始時には，整形外科医師からの治療に対する説明，看護師は自己注射の指導を行っている。治療開始１年後を目安に治療効果の評価を行い，治療方針が決定される。

先行研究では，地域で暮らす高齢者を対象に骨粗鬆症予防への介入の基礎資料を得るため，骨粗鬆症の認識と予防行動についてインタビューを行った研究において，骨粗鬆症は加齢に伴う変化として捉えられる傾向があり，運動や食事といった予防行動に関する認識はあるものの，その継続には課題があることが明らかにされている（甲谷ら，2017）。

また，外来看護における骨粗鬆症患者を対象とした質問紙調査では，治療開始時における注射への不安や生活への負担感，治療効果の理解の難しさなど，治療に伴う困難感や日常生活への思いが報告されている（中村，2014）。さらに，自己注射治療に関する研究では，治療継続には心理的負担や手技への不安が影響することが示されている（上奥ら，2022）。しかし，骨粗鬆症と診断され，自己注射を半年以上継続している高齢者を対象に，治療や今後の療養生活に対する思いを詳細に明らかにした研究は見当たらない。

そのため，本研究では骨粗鬆症と診断された高齢患者の考える骨粗鬆症の治療への認識を明らかにすることで，骨粗鬆症治療継続への指導に寄与することを目的とした。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，骨粗鬆症と診断され，自己注射治療を継続している高齢患者の骨粗鬆症治療に対する認識を明らかにすることである。

Ⅲ．方　　法

１．研究のデザイン

研究デザインは質的記述的研究である。

２．研究対象者

研究対象者は，A病院整形外科外来で，「骨粗鬆症」と診断され自己注射治療を始め，半年以上経過した 65 歳以上の高齢患者で，同意を得られた方とした。

これは，骨粗鬆症治療において一定期間の継続により治療経験が蓄積され，治療に対する認識や意味づけが形成されると考えられるためである。また，骨粗鬆症治療薬の効果判定は一般的に数か月から１年程度の継続後に評価されることが多く（日本骨粗鬆症学会，2025），治療初期に比べて治療効果の実感や継続に対する思いが変化する時期であると考えられる。さらに，自己注射治療においては導入初期に不安や困難感が強い一方で，継続に伴い習慣化や認識の変化が生じることが報告されている（上奥ら，2022）。これらを踏まえ，本研究では治療開始後半年以上経過した患者を対象とした。除外基準として，「自己注射治療を中断している者」とした。

３．研究期間・場所

調査期間は 2022 年８月１日～９月 30 日であった。

研究同意を得られた高齢患者に対し，外来の待ち合い時間や外来終了後に面接調査を依頼した。個人情報を保護するため，個室にて調査を行った。個室とは，外来診察室とは別の面接用個室である。調査は，外来診察の待ち時間を利用した。

４．データ収集方法

同意取得後，電子カルテから年齢や性別，使用製剤と自己注射歴といった基礎情報を収集した。

参加者に対して，骨粗鬆症治療への認識について 30 分程度の半構造的面接を実施した。インタビュー調査では，「骨粗鬆症とはどういう病気だと思っていますか。」，「注射が終わったら治療はどうなると思っていますか。」，「治療はどのくらい続くと思っていますか。」，「治療に対して知りたいことはありますか。」といった内容を語ってもらった。インタビューガイドの作成にあたっては，骨粗鬆症患者の認識や予防行動に関する先行研究（甲谷ら，2017）および自己注射治療に関する意思決定や心理的負担に関する研究（上奥ら，2022）を参考にし，本研究の目的に沿って内容を検討した。また，研究者間で内容の妥当性を検討し修正を行った。

５．分析方法

研究データは，質的帰納的に分析を行った。分析の手順は，以下の１）～３）とした。

１）参加者から得られたインタビュー内容を逐語録に起こし，「骨粗鬆症自己注射治療中の高齢患者における治療への認識」に関連する語りを取り出し，コード化した。

２）コードの類似点，相違点を比較しながら抽象化し，カテゴリ化した。

３）分析については，共同研究者間で共通の見解が得られるまで繰り返し検討を行った。分析結果の解釈については，質的研究の経験を有する研究者から継続的にスーパーバイズを受けるとともに，逐語録と照合しながら参加者の語りを適切に反映しているかを繰り返し検討し，真実性の確保に努めた。

Ⅳ．倫理的配慮

対象者には，研究の趣旨や方法について書面を用いて説明した。研究への協力は自由参加であること，個人情報の保護，守秘義務の遵守，不利益を被ることがないこと，同意撤回はいつでも行えることを説明し，文書にて同意を取得した。

面接は個室にて行い，個人情報の保護とプライバシーを確保した。インタビュー中に気分が悪くなった場合は，調査を中止することを事前に説明し，調査を実施した。

本研究は，公立学校共済組合北陸中央病院の倫理委員会での承認後に実施した（倫理承認番号：22004）。

Ⅴ．結　　果

１．参加者の概要

参加者は女性９名であった。参加者の平均年齢 75.6 歳であった。使用薬剤はテリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続１］８名，テリパラチド（遺伝子組換え）１名，テリパラチド酢酸塩１名であった。平均注射使用歴は１年１か月であった（表１）。

表１　研究参加者の概要

ID	年齢	性別	骨粗鬆症治療契機	注射薬剤	自己注射歴
A氏	80代	女性	原付バイクで転倒し、右大腿骨骨幹部骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	8ヶ月
B氏	70代	女性	凍結により滑って転倒し、右大腿骨頸部骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	6ヶ月
C氏	70代	女性	自転車で転倒し、左大腿骨転子部骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	1年5ヶ月
D氏	60代	女性	階段4段目から転落し、腰椎圧迫骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	1年
E氏	70代	女性	誘因なく胸部圧迫すると鈍痛があると受診し、レントゲンにて陳旧性腰椎圧迫骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	6ヶ月
F氏	70代	女性	強風にあおられ転倒し、腰椎圧迫骨折	テリパラチド酢酸塩	1年8ヶ月
G氏	70代	女性	除湿器を持って腰痛発症。MRIにて腰椎圧迫骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	1年11ヶ月
H氏	80代	女性	不明	テリパラチド（遺伝子組換え）［テリパラチド後続1］	6ヶ月
I氏	70代	女性	胸骨骨折。レントゲンで脆弱性骨折	テリパラチド（遺伝子組換え）	1年2ヶ月

平均年齢：75.6±5.5歳

平均注射歴：1年1ヶ月

２．骨粗鬆症自己注射治療中の高齢患者における治療への認識について

インタビュー調査で得られた語りから83個のコード，17個のサブカテゴリ，６個のカテゴリが生成された（表２）。以下カテゴリは『　』，サブカテゴリは＜＞，コードは［　］，参加者の語りは「　」で示す。６個のカテゴリとは，『自己注射継続の大変さ』『見えない治療効果からの落胆』，『これ以上骨折したくないという思い』，『自己注射効果への期待』，『最低限の情報で十分』，『医師への信頼による受け身の治療』であった。

骨粗鬆症自己注射治療中の高齢患者における治療への認識について，高齢患者は治療費が高くなることや毎日続く自己注射への苦痛から『自己注射継続の大変さ』を抱いていた。その反面，『これ以上骨折したくないという思い』を根底に持ち『自己注射効果への期待』を持ちながら治療を継続していた。しかし，期待を持ちながらも治療の効果の実感がないといった『見えない治療効果からの落胆』も感じていた。これからの治療への思いとしては，『最低限の情報で十分』やこれからの治療は医師に任せると『医師への信頼による受け身の治療』の状態が明らかとなった。以下にカテゴリの説明を行う。

１）自己注射継続の大変さ

参加者からは自己注射に対して「めんどくさい。必ずせんなんやろ（A氏）」，「めんどくさいよー，忘れるような気ぃして。（B氏）」と語り＜注射がめんどくさい＞という思いを抱いていた。また，自己注射に対して，［注射が怖い（A・H氏）］と語り＜自己注射手技の不安＞があった。さらに，「たぶん５年10年したら毎日じゃなくなるやろうし，薬になるか何になるかわからないですけど，５年毎日毎日今の注射するわけではないと思うから，たぶんがんばって続けんなんなって思ってるんです。寝たきりなった人みたらかわいそうで。（C氏）」と語り＜毎日続く自己注射への苦痛＞を抱いていた。自己注射の治療費については，「高いです。２ヶ月に１回来てもらっとっけど，２万ほどねいるが（I氏）」と＜治療が高い＞ことへの思いや「２年間これしなきゃ上がっていかないって思ったし，でも薬やったらもっとだらだらーって日かかるのかなーってやっぱり早めにした方がいいし，じゃあ２年間頑張ろうって。この２年間仕事やめちゃいけないなって覚悟してる。薬代のために一生懸命働いてる。（F氏）」と＜お金に換えられない治療＞という認識があり，治療費がかかるが継続していくことの必要性を認識していた。このように，自己注射そのものへの不安や継続する大変さ，治療費のことも考慮しなくてはいけないという『自己注射継続の大変さ』の認識を持っていた。

２）見えない治療効果からの落胆

参加者からは「骨粗鬆症や言わはっても目に見えるものでもないし（A氏）」，「注射しとるから，絶対に上がっとると思ってた。毎日毎日頑張っとったからある程度は上がっとるだろうと思ってたら全然だったから，それがびっくりした。（C氏）」と語り＜期待通り上がらない骨密度＞に治療の効果を不安視していた。また，［身体はあまり変わってないように感じる（E氏）］，［治療の効果っていうのはまだ自分では全く実感無い。（D氏）］と語り＜実感のない治療効果＞を抱き，『見えない治療効果からの落胆』をしていた。

３）これ以上骨折したくないという思い

参加者からは骨粗鬆症の治療に対して，「でも仕方ないかなって。自分の身体やから。自分の身体のためにがんばらなくっちゃって。（C氏）」「ぷつんと辞めてまた骨ポキンと折れるもんならあかんもん。嫌やもん。（G氏）」と語り＜自分のため治療継続＞という思いを持っていた。

治療への今後の思いについて参加者は，［死ぬまでずっと続

表２　骨粗鬆症自己注射治療中の高齢患者における治療への認識

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
自己注射継続の大変さ	自己注射がめんどくさい	めんどくさくて、忘れてしまう
		注射に時間がとられてしまう
	自己注射手技の不安	注射が怖い
		素人だから不安
	毎日続く自己注射への苦痛	注射が痛いから嫌い
		1年目はひどいと思った
	治療費が高い	治療にかかるお金が高くてびっくりした
		お給料がふぁーって飛んでいく
	お金に換えられない治療	自分の骨が強くなるがなら高い治療費でもよいと思った
		身体のためにお金には変えられない
見えない治療効果からの落胆	期待通り上がらない骨密度	もう少し骨密度が上がると思った
		骨密度の値をみてがっかりした
	実感のない治療効果	身体はあまり変わってないように感じる
		治療の効果はあまり実感がない
これ以上骨折したくないという思い	自分のため治療継続	骨強くせんなんっていう心が働く
		寝たきりになりたくないし、元気でいたい
		骨密度を上げたい
	一生涯続く治療への覚悟	死ぬまでずっと続く治療
		頑張って治療を続ける
	家族の世話になりたくない思い	家族に少しでも迷惑をかけたくない
		自分のことは自分でできるように元気でいたい
自己注射効果への期待	回復への期待	少しでも回復すればよいかなと思っている
		注射しているから骨密度が回復する期待がある
	骨密度が上がって安心	注射している時は、骨密度が増えて元気になれると思って喜んだ
		数値が上がって少し安心した
	自己注射治療効果への期待	注射をすればと骨密度が上がる
		お金には代えられない効果がある
最低限の情報で十分	たくさんの情報はいらない	いっぱいの情報はわからない
		詳しい説明は求めず、医師が勧める薬を受け入れたい
	今後のことはわからない	何も聞く気がなかったし、どの治療がよいのかよくわからない
		先のことはまだ何にもわからない
医師への信頼による受け身の治療	先生・看護師が頼り	看護師に再確認する
		主治医の先生頼みのところがある
	受け身の治療	何も知識がないから、主治医の先生に言われたようにする
		主治医の先生がよいと思った薬がよいのかと思う

く治療］や［頑張って治療を続ける］といった＜一生涯続く治療への覚悟＞を抱いていた。また，「そう。家族のもんが困るし。なるべくなら元気でおりたいから。（G氏）」，「自分が健康でいうもんか，元気でおりたい。自分で自分のことだけしたいと思うから，子供に世話になりたくないから。（H氏）」と＜家族の世話になりたくない＞と治療について前向きに考え，『これ以上骨折したくないという思い』があった。

4）自己注射効果への期待

参加者からは自己注射について「今は骨を溶かしてきれいな骨にする。きれいな骨にするために，それからこうやって上がるからあとの一年でこう回復するのかなっていう言い方されたんですけど，それを期待しているんです。（C氏）」，と語られ，［注射しているから骨密度が回復する期待がある］という＜回復への期待＞があった。

また，「数字が上がっただけで，あーちょっと密度が高まってきたのかなって。あーよかった。効果あったんだなって。（F氏）」と＜骨密度が上がって安心＞，と語られ，『自己注射効果への期待』を抱いていた。

5）最低限の情報で十分

参加者からは，「だいたい先生か看護師さんがこの人にはこんながいいなぁいうがを１つか２つほどいうてもらえれば，いいなって。（H氏）」と語られ，＜たくさんの情報はいらない＞という思いをもっていた。また，［何も聞く気がなかったし，どの治療がよいのかよくわからない］，［先のことはまだ何にもわからない］という思いから＜今後のことはわからない＞が生成され，『最低限の情報で十分』という認識が示された。

6）医師への信頼による受け身の治療

参加者からは，「だいたい先生か看護師さんがこの人にはこんながいいなぁいうがを１つか２つほどいうてもらえれば，いいなって。（H氏）」と語り，［主治医の先生頼みのところがある］と＜先生・看護師が頼り＞という思いを持っていた。また，「どれがいいかわからないから，先生が良いと思われる薬がいいのかなって思っています。（F氏）」と語られ，［何も

知識がないから，主治医の先生に言われたようにする］と＜受け身の治療＞であった。このように『医師への信頼による受け身の治療』でよいという認識があった。

Ⅵ. 考　　察

本研究では，骨粗鬆症と診断され自己注射治療を一定期間継続している高齢患者に着目し，治療に対する認識を質的に明らかにした。

1．骨粗鬆症自己注射治療中の高齢患者における治療への認識について

参加者からは，治療に対する姿勢として『最低限の情報で十分』「医師に任せる」といった発言が多くみられた。これは高齢者特有の認識であり，『医師への信頼による受け身の治療』の特徴を示していると考える。金城ら（2017）の報告においても，高齢者は医療情報を積極的に収集している一方で，情報量の多さに不満を抱く割合が65%とされており，本研究結果と一致する。すなわち高齢患者は，必要最低限の情報を医師から得ることで安心し，治療を継続する傾向にあるといえる。

既存研究では，フォルテオ注射を開始した患者において，注射の痛みや手技の困難さ，さらには骨折や寝たきりへの不安が報告されている（中村ら，2014）。また，糖尿病患者のインスリン自己注射に関する研究では，インスリン自己注射に対する不安や恐怖，自己管理への負担感が治療継続に影響することが示されている（中馬・土居，2011）。これらは自己注射治療に共通する課題であり，本研究においても同様に，自己注射に対する不安や負担感が認められた。一方で，骨粗鬆症における自己注射治療では，治療効果が自覚しにくいという特徴があり，インスリン治療とは異なる認識や意味づけが生じる可能性があると考えられる。

本研究ではそれに加え，『自己注射効果への期待』と『見えない治療効果からの落胆』が同時に存在するという二面性が明らかになった点が特徴である。対象者は自己注射を半年以上継続していたため，治療効果の実感や意味づけが今後の継続意欲に大きく影響する可能性が示唆された。

2．本研究から得られた看護への示唆

本研究からは，自己注射を行う高齢患者に対する具体的な支援の必要性が示唆された。まず，高齢患者は『これ以上骨折したくないという思い』という切実な動機を持ちながら治療を継続しているため，その思いを理解し尊重する姿勢が重要である。また，自己注射には不安や身体的負担が伴うものの，習慣化によって継続可能となることが先行研究でも示されている（上奥ら，2022）。したがって，治療導入期においては，十分な技術指導とあわせて心理的支援を行うことが不可欠である。具体的には，自己注射に対する不安や負担感を傾聴し，患者の思いを受け止める関わりが求められる。また，注射手技の習得や継続できている経験を共有することで成功体験を強化し，自己効力感の向上を図ることが重要である。さらに，骨粗鬆症治療は効果を実感しにくい特徴があるため，治療継続の意義や骨折予防との関連について患者とともに意味づけを行う支援が必要である。加えて，患者の理解度や関心に応じて情報提供の内容や方法を調整し，納得して治療を継続できるよう支援することが重要である。

さらに，情報提供のあり方については，高齢者の理解力や認知機能，情報処理能力に個人差があるため，自己注射の目的や方法など必要なポイントを絞り，過不足のない形で伝えることが求められる。特に，本研究で明らかとなったように治療効果が実感しにくい場合には，効果を評価する指標や治療の意義をわかりやすく示すことが，継続意欲の維持につながると考えられる。加えて，治療行為そのものの支援にとどまらず，転倒予防を含む日常生活全般の工夫や生活習慣に関する助言を含めた包括的な支援が必要である。

3．本研究の限界と今後の課題

本研究は女性患者のみを対象としており，男性患者に特有の認識や体験は反映されていない。また，対象者数も限られており，結果を一般化することは難しい。今後は，性別や治療期間，生活背景など多様な条件を考慮した調査が必要である。

Ⅶ. 結　　論

骨粗鬆症と診断された高齢患者は，骨粗鬆症の治療に対して『自己注射継続の大変さ』『見えない治療効果からの落胆』『これ以上骨折したくないという思い』，『自己注射効果への期待』，『最低限の情報で十分』，『医師への信頼による受け身の治療』という認識があることが明らかとなった。

治療を一定期間継続している高齢患者では，治療効果を実感しにくいことによる落胆が生じる可能性がある。そのため，医療者は患者の思いに寄り添いながら，治療継続の意義や効果を継続的に共有し，治療への前向きな認識を支援することが重要である。

利益相反

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

中馬成子，土居洋子．(2011)．２型糖尿病患者のインスリン療法に対する心理的行動的反応の変遷．*日本看護研究学会雑誌，34* (5), 59–69.

上奥麻美，大島由紀，佐伯志保．(2022)．関節リウマチ患者の生物学的製剤自己注射導入に関する意思決定プロセス．*日本リウマチ看護学会誌，3* (1), 1–5.

金城光，石井国雄，齊藤俊樹，野村信威，濱田明日也．(2017)．高齢者の医療・健康情報の入手状況と課題．*老年社会科学，39* (1), 7–20.

厚生労働省．(2022)．令和４年度診療報酬改定の概要　令和４年度診療報酬改定Ⅳ-６　重症化予防の取組の推進-②　継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設．https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000912336.pdf（2025 年 4 月 10 日閲覧）

甲谷愛子，奥山真由美，道繁祐紀恵，杉野美和．(2017)．A市在住高齢者の骨粗鬆症に対する認識．*山陽論叢，23*, 1–10.

松井宏樹，平田弘美．(2018)．日本の骨粗鬆症指導に関する文

献検討．*人間看護学研究，16*, 49–55.
森論史．(2002)．骨粗鬆症患者の椎体圧迫骨折，脊柱変形とADL 低下の関連．*腰痛学会雑誌，8* (1), 58–63.
中村節子，細矢文，高橋良恵，大曽契子．(2014)．骨粗鬆症治療薬テリパラチド（フォルテオ）治療を受ける患者の思い：外来自己注射指導の充実に向けて．*信州大学医学部附属病院看護研究集録，42* (1), 67–69.
日本骨粗鬆症学会．(2025)．*骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2025*．ライフサイエンス出版.

◇研究報告◇

育児期にある短時間勤務看護師の職業的アイデンティティとその再構築

川島佐和子[1)]*，今野理恵[2)]

【目的】本研究の目的は，病棟で働く育児期にある時短看護師が，どのように自己の職業的アイデンティティを捉えているのか，その様相を明らかにすることである。

【方法】質的記述的デザインを用い，半構造化面接を実施した。対象は病棟勤務経験があり，育児を契機に短時間勤務制度を利用して，現在も病棟に勤務している看護師とした。インタビューを逐語録化し，質的記述的に分析した。

【結果】データ分析の結果，【看護師として中途半端な自分を認識する】【好きな病棟での仕事継続への期待を持つ】【周囲に気を配り調和を心掛ける】【経験を意味づけ前進しようとする気概を備える】のカテゴリーが抽出された。

【結論】育児期にある時短看護師は，育児とキャリアの間で揺れつつも，育児経験は対象理解と看護観の深まりと関連付けて語られ，職業的アイデンティティの再構築へと向かう成長の契機として意味づけられていた。

【キーワード】職業的アイデンティティ，時短看護師，育児期，就業継続，離職予防

Ⅰ．はじめに

我が国の就業看護師数は緩やかに増加傾向（厚生労働省，2022）にある一方で，30～40 歳代の離職理由は，結婚・出産・育児が上位を占めている（厚生労働省，2022）。日本の看護師の約 92%（厚生労働省，2022）が女性であり，妊娠・出産・育児といったライフイベントにより，仕事との両立が困難となりやすく，離職にもつながりやすい（日本看護協会，2021）。短時間勤務制度は，子育て世代看護師の離職防止と人材確保の手段として期待されている。ワークライフバランスの推進に伴い，今後も増加が予測される短時間勤務看護師（以下時短看護師）は，ライフイベントにより勤務形態を柔軟に選択しつつキャリア継続を可能とするモデルとして，重要な役割を果たしていくことが期待される。

職業的アイデンティティとは，どのように職業と関わり，自分らしさを育んでいくのかという公的な自己定義であり，アイデンティティ概念の一部を構成するものである（岡本，1999）。アイデンティティについて岡本（2010）は，人生の岐路における揺らぎと安定を繰り返すプロセスであると捉え，育児期にある女性は，これまで形成してきたアイデンティティと，母親として獲得すべきアイデンティティがしばしば葛藤を引き起こす（岡本，1996）と報告している。時短看護師は，勤務体制や業務内容が変化するものの，看護師としての責任は求められる（川北ら，2015）ことに加え，時間的な制約によるキャリアの見直しを迫られる危機的状況（梶ら，2019）にあると考えられる。アイデンティティの揺らぎをきっかけに，アイデンティティが再構築（岡本，2002，p.45）されることが示されている。仕事と育児の両立を目指す時短看護師は，アイデンティティの揺らぎ（梶谷，2021）を経験し，職業的アイデンティティの再構築を迫られる可能性が高いと考えられる。

看護師の就業場所として，病院は 58.3%（厚生労働省，2022）を占め，なかでも病棟勤務は 24 時間体制の交代勤務のもと，幅広い能力が求められている。病棟でフルタイム看護師の経験がある時短看護師は，時間的制約がある中でも即戦力となり得る経験を積んでいる（志水ら，2021；多久和・宮田，2023）。しかし先行研究では，時短看護師は支援を受ける立場として捉えた報告（石ら，2020；小渕・立石，2023；多久和ら，2023）が多く，時短看護師自身の職業的アイデンティティに焦点を当てた研究は見当たらない。

受付日：2025 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）宝塚大学看護学部　　2）兵庫医科大学看護学部
＊ E-mail：sawako-kawashima@takara-univ.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

本研究では，病棟で働く育児期にある時短看護師が，どのように自己の職業的アイデンティティを捉えているのか，その様相を明らかにする。

１．用語の操作的定義

１）「時短看護師」とは，育児・介護休業法に基づき（令和７年４月１日改正），１日の所定労働時間が６時間である看護師とする。

２）看護師の「職業的アイデンティティ」とは，本研究においては，職業を通して自分がどのような状態なのか，どうありたいのかに関する主観的自己認識（川北ら，2015；佐々木・針生，2006；光岡，2019）と定義する。

３）「病棟」とは，７対１入院基本料を算定している 200 床以上の病院における一般病棟とする。

Ⅲ．方　　法

１．研究デザイン

半構造化インタビューによる質的記述的研究

２．研究対象者

病棟でフルタイム看護師として３年以上の経験を有し，妊娠・出産・育児を契機に時短勤務を選択し，出産・育児休暇後も病棟に勤務する看護師を対象とした。休暇前後の配属部署が変更か否かについては問わないが，外来等への部署変更は除外とした。ベナーの段階モデルでは，同じ実践領域で概ね２–３年程度の経験で一人前に到達しうること（Benner, 2001/2005, p.21）や，３年という経験年数は，職業的アイデンティティが停滞しやすいが，その後職業を継続することで職業的アイデンティティが確立していく（鈴木，2022；竹内，2008；畑中・伊藤，2018）時期である。このことから，３年目以上では，育児期にある看護師の職業的アイデンティティが再構築のプロセスをたどっていると考えたからである。

３．研究施設

近畿圏内において，７対１入院基本料を算定している 200 床以上の病院を対象とした。

４．研究対象者候補の選定

看護部責任者に電話・メールで連絡し研究協力依頼書を郵送した。選定条件を満たす候補者の紹介を受け，研究者が個別に研究説明・同意取得を行った。

５．データ収集方法

１）データ収集期間

2023 年 4 月 27 日から 2023 年 9 月 30 日。

２）データ収集方法

インタビューガイドを用いて，半構造化インタビューを行った。インタビューは，対面と ZOOM のいずれかを対象者の希望で選択した。インタビュー前に対象者の概要をフェイスシートに，職業的アイデンティティについてイメージしやすいよう職業的アイデンティティに関連する質問に回答してもらった。インタビューでは，今の自分をどのように思っているのか，役割や責任をどのように考えているのかなど７項目について尋ねた。勤務時間内でのインタビューとなることについて看護部の承諾を得たうえで行った。

６．データ分析方法

分析方法は，質的記述的分析方法を用いて行った。

１）分析手順

録音データを逐語録化し，繰り返し読み，意味内容を把握した。続いてデータを意味内容ごとに切片化し，初期コードを付与した。コードを比較対照しながら類似性に従って分類し，抽象化を進め，ふさわしい名称を付与し，サブカテゴリー，カテゴリーへ統合した。

２）信頼性と妥当性の確保

質的研究の経験のある研究者２名とのピア・ディブリーフィングを反復し，要約やカテゴリー化およびラベリングの妥当性を検討した。不一致は討議により合意形成した。移転可能性については，研究参加者の属性や場面の情報を可能な範囲で記述した。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，兵庫医科大学倫理審査委員会および学長の承認（202306-008）を受け，研究施設の許可を得て行った。対象者へは研究参加は任意であり，途中撤回しても不利益は生じないことを説明し，書面同意を得た。録音データは逐語化後，個人につながる記述を削除し，ID を付して仮名加工情報として取り扱った。インタビューは個室などプライバシーを確保できる環境で実施した。また，対象者が多忙であることを考慮し，勤務時間内に終了できるよう調整した。さらに，研究成果は学会および論文として公表するが，その際には個人が特定されないことを説明し同意を得た。

Ⅴ．結　　果

１．研究対象者の概要

近畿圏内の４施設に勤務する，育児を理由に時短勤務となった看護師 10 名を対象とした。平均年齢 34.5 歳，平均看護師経験年数 11 年，平均フルタイム経験年数 9.6 年，平均時短勤務経験年数 2.8 年であった。中には，時短勤務中に申し訳なさを感じながらも，出産・育児休暇を再取得した対象者もいた。インタビュー平均時間は 18.1 分であった。対象者の概要を表１に示す。

２．分析

逐語録から，職業的アイデンティティに関する記述を抽出し，235 の初期コードを生成した。意味内容の類似性を比較・検討して統合し，43 のコードに整理した。コードから 12 のサブカテゴリーを抽出し，最終的に４のカテゴリーへ統合した（表２）。カテゴリー構築においては，対象者が自己の職業的アイデンティティをどのように捉えているのか，その様相を的確に反映できるよう，研究者の先入観や解釈の偏りが介在しないよう留意した。

表１　研究対象者の概要

事例 No.	年齢	フルタイム経験年数	時短勤務経験年数	子どもの人数（年齢）	インタビュー方法/時間
1	30 歳代	3 年	6 年	3 人（10 歳・5 歳・2 歳）	Zoom/26 分
2	40 歳代	23 年	3 カ月	2 人（6 歳・1 歳）	Zoom/15 分
3	20 歳代	4 年	1 年	1 人（2 歳）	Zoom/14 分
4	30 歳代	8 年	2 年	2 人（4 歳・1 歳）	Zoom/16 分
5	40 歳代	16 年	7 年	3 人（13 歳・5 歳・4 歳）	Zoom/19 分
6	30 歳代	10 年	2 年	2 人（3 歳・1 歳）	対面/19 分
7	30 歳代	5 年	5 年	1 人（5 歳）	対面/22 分
8	20 歳代	6 年	10 カ月	1 人（1 歳）	対面/17 分
9	30 歳代	10 年	1 年	2 人（4 歳・2 歳）	対面/16 分
１０	30 歳代	11 年	2 年	1 人（2 歳）	対面/17 分

表２　病棟で働く育児期にある時短看護師が捉える自己の職業的アイデンティティ

カテゴリー	サブカテゴリー
看護師として中途半端な自分を認識する	看護師としての成長と育児への専念との間での葛藤
	育児と仕事との両立の難しさを痛感する
	看護師としての役割や責任を全うできない
好きな病棟での仕事継続への期待を持つ	母親になっても、好きな病棟の仕事を続けたい
	病棟の一員として認められたい
	自分の経験を，これから出産･子育てする後進に伝えたい
周囲に気を配り調和を心掛ける	周りに迷惑をかけないよう努力する
	病棟看護師として同じ方向を向きたい
	悩みを共有できるスタッフや家族の存在に支えられる
経験を意味づけ，前進しようとする気概を備える	母親になった経験が看護に深みを増している
	今の時期に身を任せる柔軟性
	看護師としての責任を全うしたい矜持

３．カテゴリーの概要

育児期にある時短看護師が捉える自己の職業的アイデンティティの様相として，【看護師として中途半端な自分を認識する】，【好きな病棟での仕事継続への期待を持つ】，【周囲に気を配り調和を心掛ける】，【経験を意味づけ，前進しようとする気概を備える】の４つ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［　］，コードを＜　＞，実際の語りを斜体の「　」で示す。「　」内の数字は，研究対象者の ID を示す。

１）【看護師として中途半端な自分を認識する】

このカテゴリーは，育児をしながら病棟での勤務を継続するが，仕事と育児の両立は難しく，看護師として中途半端と捉える職業的アイデンティティの状態を示している。ここには，揺れる自己像と向き合いながら病棟に留まり続ける選択が現れていた。

［看護師としての成長と育児との間での葛藤］では，＜自分のやりたいことは後回しにして，仕事と育児の両立ができるよう精一杯頑張るしかない＞とし，＜子どもを育てるため，生活のための仕事であり，看護師としての自分よりも子どもが中心の生き方＞になっていた。専門領域での進学は，育児を優先したい今の状況では難しいと感じながらも，＜育児に専念すべきだと思う一方で，看護師としてのキャリアアップを諦めきれないことに許せない気持ちもある＞といった内的葛藤を抱えていた。＜仕事に熱中するのが怖い＞といった，時間の許す範囲での研修会や委員会への参加にすら躊躇してしまうといった状況のなか，看護師としてのキャリアを一時的に保留にする対処がみられた。

「今の時期はもう我慢の時期。子どものために働くって決めた以上，子どもがおらんかったら良かったのにって思いたくないので。ほんと自分のやりたいこと我慢する時期かなって，今ほんとに思ってます。（事例９）」

［育児と仕事との両立の難しさを痛感する］では，＜勤務中も家のこと，子どものことが気になり，仕事に集中できない＞が，家庭でも＜仕事のことが頭から離れず切り分けが難しい＞など仕事/家庭の境界が曖昧化していた。＜フルタイムのように働けず，子どもとの時間も十分取れない＞ことから，＜時間的制約の中，自分の思い描いている看護ができない＞という二重の不全感が語られた。なかには，＜病棟では時間

内に仕事を終わらせることが難しく，いら立ちや不安で気持ちの余裕が持てない＞ことなどが要因となり，＜時間的制約の中，自分の思い描いている看護ができない＞と，看護師としての現在のありようにジレンマを抱いていた。

「育児と仕事の両立は難しいなっていうのは，すごくひしひしと感じているところです。病棟勤務も子育ても100%になれないところがあるといいますか，中途半端だなっていつも思って仕事も育児もしていますね。（事例2）」

［看護師としての役割や責任を全うできない］では，これまでの経験から，＜チームの一員として役割を果たしたい思いはあるが，時間的な制限から難しい＞と述べていた。時短勤務ゆえに＜役割を任せられても中途半端になる心配から前向きになれない＞とし，＜役割を任せてもらえないことに疎外感を抱く＞など，病棟看護師としての自分の存在の希薄化が語られた。また，＜常勤の時のような役割や責任もない中で，看護師としての成長に不安がある＞，＜年齢の上昇に経験が追いつかず成長が停滞している＞と感じていた。さらに，＜母親になり仕事に対する責任感は増したが，時間的制約下で看護に不安を感じる＞とし，責任感は増す一方で，時間的制約により役割遂行が伴いにくい不均衡が浮き彫りになった。

「私に頼んだらいけないっていうそういう雰囲気じゃないけど（中略），自分としては役割はあんまりないんかなーって…，私がいてもおらんくっても一緒なんじゃないかなって感じることもあります。（事例9）」

2）【好きな病棟での仕事継続への期待を持つ】

このカテゴリーは，育児期であっても好きな病棟で働き続けたいという継続意図を基盤に，任され，役に立つ実感を得ることで自己の位置を確かめながら，病棟看護師としてのやりがいと周囲の承認の中で自らの役割を見出そうとする職業的アイデンティティを示している。

［母親になっても，好きな病棟の仕事を続けたい］では，＜病棟で働く自分が好きなので，できるところまで働く＞と，短時間勤務制度を活用しながら病棟での勤務を可能な限り継続したい意欲が語られた。

「やはり病棟で，患者さんとの距離が近いのもあって，そこで看護，（中略）続けていきたいという思いが強かったので，出産後も病棟での勤務を希望してきました。（事例3）」

［病棟の一員として認められたい］では，＜看護師を続けることで社会とのつながりを持ち貢献したい＞希望を持ち，＜できる範囲の役割を与えられて得られる貢献の実感＞が，＜病棟で働くことでのやりがい＞につながり，病棟への所属感を強めていた。しかし，本研究での病棟における役割付与は一人のみであった。

「子どもが頻繁に熱を出して休ませてもらったり…病棟に貢献できている自分ではないなあっていう思いがあったんですけど，（中略）自分ができることがあるんだって思うと，病棟で働いてるなあって，自分の位置というか，を見つけれたなあと…。（事例8）」

［自分の経験を，これから出産・子育てする後進に伝えたい］では，＜経験年数に伴い指導的立場の自覚が高まり時間的制約下でも学びを継続したい＞という姿勢を持ち，＜出産・育児経験を，同じ道を歩む後進に伝えることが自分の役割である＞との認識が語られた。将来的に出産した後輩が病棟で就労を継続できるよう＜病棟で働ける環境があるなら，子育てと看護師の両立を体現する自分の姿を見てもらいたい＞と，ロールモデルとしての自分に意欲を持っていた。

「若いスタッフが嫌になって辞めていくのが多くて…。（中略）特別秀でた能力がなくても，働ける人もいるのを見てもらえたらという気持ちです。（事例5）」

3）【周囲に気を配り調和を心掛ける】

このカテゴリーは，経験を共有できる同僚や家族の支えを拠り所とし，関係を編みなおして居場所を保ちながら，病棟看護師の一員として調和を心掛け働く職業的アイデンティティの在りようを示している。

［周りに迷惑をかけないよう努力する］では，＜時間内で仕事を終わらせることを大前提に全力で取り組む＞一方で，＜終われないと，周囲に迷惑をかけ申し訳ない＞という周囲への配慮が語られた。さらに，＜自分と子どもの体調管理を徹底し，急な欠勤を避けるよう心掛ける＞など，日常の予防的配慮も示された。

「時間内に終わることがないこともあるので，ペアで組んで業務をしているので，そのペアの人にちょっと申し訳ないなっていう気持ちはあるんですけど，（中略）。時間がなかなか…勤務内に終わるってのが，病棟やと難しい…。（事例4）」

［病棟看護師として同じ方向を向きたい］では，＜仕事の本質は変わらないため，お互い様で助け合って働きたい＞という意識がある一方で，時間的制約のなかで，＜フルタイム看護師と一緒に働いても一体感に欠ける＞という違和感が語られた。また，＜自分のできる範囲で活躍したいが，時短勤務への理解が一様でなく働きにくさもある＞とし，時短勤務への認識の違いが働きやすさに関係すると捉えていた。

［悩みを共有できるスタッフや家族の存在に支えられる］では，＜家族や病棟スタッフなど，周囲の協力があるからこそ勤務を続けられる＞や，同じ病棟に，＜ママナースがいて悩みを相談・共有できる＞など，同僚・家族・病棟スタッフといった身近な支えの力が語られた。＜欠勤時の上司の労いが，仕事と育児に向き合う自分を肯定してくれる＞ように，上司の言葉が心理的な拠り所になっていた。

「子どもの体調不良で休んだ時に，師長さんが「大丈夫？」「こういう時は仕方ないのよ」って言ってくれた時は，申し訳なさがすごいあるんですけど，そういう言葉をもらうとなんか救われる気がします。（事例6）」

4）【経験を意味づけ，前進しようとする気概を備える】

このカテゴリーは育児経験を成長の基盤とし，病棟看護師としての誇りをもって実践に臨む職業的アイデンティティの状態を示している。

［母親になった経験が看護に深みを増している］では，＜母親になり，時短勤務の今も自分の看護で大切にしてきたもの

は変わらない＞とし，母親として子どもと向き合う経験から，＜患者の捉え方が変化し，関わる際の気持ちに余裕が生まれた＞，＜言葉だけでは慮りきれない患者の思いに関心が高まり，理解したいと思えるようになった＞，＜視野が広がり，患者を取り巻く周囲の人々へも関心が向くようになった＞と，自分の看護がより豊かになっている自覚が語られた。そのうえで，＜出産・育児を経験して，この先に自分のやりたいことが明確になり，可能性が広がった＞と，将来展望へと発展していた。

「子どものやることってなんかよく分からないことが多くって…，（中略）しっかり現象を捉えて，まあその患者さんがどういう理由でごそごそしているのかなっていうのとか，しっかり見るようにはなりました。（事例6）」

［今の時期に身を任せる柔軟性］では，＜今の時期は母親も子どもも成長する，かけがえのない大切な時期＞である一方で，＜仕事も育児もどちらも大切で，先が見えない今は流れに乗るしかない＞，＜看護師として，母親としての自分に折り合いをつけながら，生活を組み立て直している時期＞と捉え，置かれている時期の特性を受け入れる柔軟性を示していた。

「ママ，ママって言ってくる時間は限りがあるから（中略）だからもう今は，その流れに乗るっていうか仕方ないと思って。自分がその何が大事かって，子どもが一番大事だけど，仕事も大事だし，自分の時間も大事だし，大事なものが多過ぎて訳が分からなくなってるんで，仕方がないと思ってやるしかない。（事例 10）」

［看護師としての責任を全うしたい矜持］では，＜看護師として働いている時間は，母親としての自分とは切り離して精一杯仕事と向き合う＞時間であり，看護師としての自分を明確に自覚していた。＜仕事という子どもから解放される時間があるから，育児も頑張れる＞と，看護師としての自分と，母親としての自分が相補的であることが語られた。

「働いている時間は誰々くんのお母さんではなくって看護師としての自分なので，（中略）この時間があるからちょっと解放されるっていうか，自分のアイデンティティが守れるっていう感じなのかなーと思いながら働いていて。（事例 10）」

Ⅵ. 考　　察

本研究では，病棟で働く育児期にある時短看護師が，自己の職業的アイデンティティをどのように捉えているのか，その様相を明らかにすることを目的に，半構造化インタビューを実施し，質的記述的に分析を行った。分析の結果，時短看護師の職業的アイデンティティの様相を表す【看護師として中途半端な自分を認識する】，【好きな病棟での仕事継続への期待を持つ】，【周囲に気を配り調和を心掛ける】，【経験を意味づけ，前進しようとする気概を備える】の４つのカテゴリーが得られた。

１．看護師としてありたい自分の姿と中途半端な自分という葛藤の渦中にある職業的アイデンティティ

病棟で働く時短看護師は，看護師としての成長と育児への専念，そして仕事と育児の両立の難しさに葛藤を抱え，自らを「看護師として中途半端」と捉えていた。妊娠・出産・育児といったライフイベントが生じる時期と，専門職としてキャリアを積み上げたい時期が並行するため，仕事と家庭との役割が錯綜し，葛藤を高めている（古金ら，2013）。渡邊・塚原（2013）や岩下・高田（2012）は，子どもをもつ母親は，仕事にも育児にも専念できない後ろめたさを抱くことを指摘しており，本研究でも同様の様相が認められた。先行研究の多くは 10 年以上前の報告であるにも関わらず，本研究がそれを追認したことは，働き方の多様化が進む現在においても育児期にある看護師の葛藤が持続し，職業的アイデンティティの様相に影響を及ぼし得ることを示唆している。時短看護師が認識する病棟での役割を与えられないことや，与えられても最後までやりきる自信が持てないことから看護師としての自分を中途半端と捉えている様相が明らかとなった。対象者は「中途半端感」として経験される葛藤を生む一方で，病棟看護師として留まり続ける選択を語っていた。

２．病棟での仕事を継続し，役割を果たしたいという意欲に支えられた職業的アイデンティティ

対象者は，ライフイベントに応じて一時的に短時間勤務を選択しつつ（梶ら，2019），自分らしく看護師としてキャリアを継続したい意思（小川ら，2018）を持ち，病棟での就労継続に強い意欲を示していた。病棟の一員として認められる経験は，社会とのつながりや貢献感（岩下・高田，2012；多久和ら，2023）をもたらし，やりがいに裏打ちされた職業的アイデンティティにつながっていた。しかし，時短看護師の業務内容には，意思決定機会の減少（多久和・宮田，2023）や役割や責任，業務範囲の制限（川北ら，2021）といった構造的な制約が伴う。本研究においても，委員会や病棟勉強会の担当といった役割付与は１人に留まり，先行研究を裏付ける結果となった。対象者は，与えられた役割や責任を全うできない感覚から生じる葛藤を語っており，これは同僚に負担をかけることへの申し訳なさや，やりたくてもやれないジレンマ（小野田・習田，2023）を示した報告と類似していた。看護実践能力が職業的アイデンティティに影響を及ぼす（畠中・遠藤，2016）ことが示されており，本研究の対象者も看護実践能力への不安を語っており，時短看護師が抱える実践能力への自己評価低下（川北ら，2020）と一致する結果であった。それでも対象者は病棟でのキャリアに意味を見出し，就労継続の意欲を維持していることは，時短看護師という条件下で自己の意味づけと再調整のプロセスを示すと考えられる。

また，自身の経験を後進に伝えたい，時短看護師の活躍の幅を広げたいという語りも見られた。職場風土を開拓しようとする姿勢は職場にプラスの影響を与えるとの指摘（梶谷，2021）に照らすと，対象者は，将来的に時短看護師が働きやすい風土づくりに自らの役割を見出していると考えられる。

しかし，制度の導入から約 15 年が経過した現在も，病棟で協働する時短看護師とフルタイム看護師の相互理解や協働には課題が残ることがうかがわれ，双方の期待・役割境界の可視化と役割設計の再検討が今後の課題である。

３．フルタイム看護師との協働に困難さを抱える職業的アイデンティティ

時短看護師たちは周囲に迷惑をかけないよう配慮し，フルタイム看護師と同じ方向を向いて協働できるよう努めていた。対象者は，フルタイム看護師と助け合いながら，お互い様の精神で仕事に取り組みたい意欲を示し，病棟メンバーとして受け入れられるよう努めていた。しかし時短看護師は，同僚にかける負担を感じながら（梶ら，2019）働いており，病棟スタッフとして疎外感を抱いていることが明らかとなった。フルタイム看護師の立場からの先行研究では，時短看護師のおかげで自身や職場が恩恵を受けているとは認識していない（南谷ら，2020）と報告されている。また，フルタイム看護師にとって，時短看護師との協働は負担である（梶ら，2019）との報告もあり，勤務形態の違いを乗り越えた相互理解の難しさが指摘されている。その一方で，同じ病棟に育児を経験した看護師がいることは，悩みや経験の共有だけでなく，その存在自体が仕事と育児の両立を目指す対象者の目標となり，支えとなっていた。自分の状況に理解を示してくれる上司や同僚への感謝の語りは，今後の職場内での自らの役割を見出す契機（梶谷，2021）として機能しており，多様な働き方を許容する職場風土は，時短看護師が仕事を続けていくうえで重要であり，所属感と就業継続意欲に作用していると考えられる。また，アイデンティティは自己と社会の統合（白井・杉浦，2022，p.86）であり，他者からの承認を実感することが必要である。病棟で働く看護師としての職業的アイデンティティの再構築を促すには，同僚・上司・家族など身近な他者の理解と支援が不可欠である。

４．育児経験から看護師としての再意味づけを将来展望につなげる職業的アイデンティティ

対象者の多くは，育児という経験が患者への関心・理解の深まりにつながっていると自覚していた。これは，気持ちを上手く伝えることが難しい子どもと向き合う経験が看護実践に影響するとした報告（浜田・夏原，2019）や，育児で得た経験が他者との関わりに有益とする指摘（岩下・高田，2012）とも整合する。本研究でも，母親として幼い子どもと向き合う日々の経験が，看護観の成熟に寄与している様相がうかがえた。

職業的アイデンティティは看護観と密接に関連（秋元，2021，p.72）しており，母親としての役割は看護ケアの向上に影響し，対象の理解を深め（浜田・夏原，2019），職業的アイデンティティの再構築を促す。また，対象者は子どもと離れて働く時間があるからこそ，限られた子どもとの時間を大切にできると捉えており，看護師としてのアイデンティティが基盤となり，家庭での役割が個としてのアイデンティティを支えることで，子育てを楽しむゆとりが生まれる（岡本，1999，p.122）ことが本研究からも裏付けされた。一方で，育児をしながら働く経験を意味づけているにも関わらず，自分自身を価値ある存在として認めにくい環境（多久和・宮田，2023）におかれている実態も明らかとなった。本研究において，育児経験の再意味づけが対象理解の深化と，将来展望への語りを支えていることを考えると，ライフイベントに合わせた多様な働き方を認める職場のあり方について，議論を深める必要があると考える。

持続可能な働き方の推進や職場環境の整備（日本看護協会，2021）が進むなかでも，看護師の離職理由として，妊娠・出産・育児は上位（厚生労働省，2022）となっている。また，子育て支援のしくみも整備されつつあるが，両立困難による離職は減少しておらず（松浦，2018），制度整備だけでは解決しにくい，構造的・文化的要因の影響が示唆される。岡本（1999, p.12，2010, p.45）は，アイデンティティの再構築を，「危機⇒再体制化⇒再生」の繰り返しのプロセスであると述べている。本研究の対象者は，妊娠・出産・育児という大きなアイデンティティの危機を経験し，育児期にある看護師として先の見えない混乱の中で，再構築に向け模索していた。他方で，病棟で働き続けるという選択の中から前進しようとする気概が語られ，これが自己の職業的アイデンティティの危機を乗り越え，再構築を下支えするプロセスとなっていることが考えられる。

本研究は，育児期の時短看護師を「支援される存在」としてではなく，職業的アイデンティティの再構築に向かう過程にあり，キャリア継続を模索する主体として描き出した点に新規性があると考える。職業的アイデンティティの再構築は，制度の活用により仕事と育児を調和させながら，子どもの成長に合わせてフルタイムへ移行する可能性を広げ，結果として長期的なキャリア継続に資することが期待される。これは育児期にある時短看護師への支援に留まらず，安定した看護提供体制の維持にとっても意義が大きい。

５．本研究の限界と課題

対象者の特性から，勤務時間内の短時間インタビューとせざるを得なかった。対象者の反応に応じて，より自由に話を深める半構造化インタビューの特徴を考えると，本研究でのインタビュー時間では，十分な回想と語りの深まりには限界があったと考える。一方で，対象者は看護師として，そして母親としての状況について感情を揺らしながら自らの言葉で語っており，分析に足るデータを確保できたと判断した。また，近畿圏内 4 施設に限定された便宜的サンプリングであり，結果の移転可能性には限界がある。

６．実践・研究への示唆

育児のために時短勤務を選択する看護師に対して，役割・裁量・評価の設計を見直し，職務内容や看護実践能力の適正な評価を行い，運用ルールの明確化などを通じた職場風土の醸成が重要である。研究面では，多施設・多様な雇用形態を含む設計，縦断的追跡による変化過程の把握や，量的指標との混合研究などにより，時短勤務下の職業的アイデンティティの構築・維持の様相を検討していく必要がある。

Ⅶ. 結　　論

本研究では，病棟で働く育児期の時短看護師が自己の職業的アイデンティティをどのように捉えているのか，その様相を明らかにすることを目的に，半構造化インタビューを実施し，質的記述的に分析した。分析の結果，【看護師として中途半端な自分を認識する】，【好きな病棟での仕事継続への期待を持つ】，【周囲に気を配り調和を心掛ける】，【経験を意味づけ，前進しようとする気概を備える】の４つのカテゴリーが抽出された。育児とキャリアの間で揺れつつも，育児経験は対象理解と看護観の深まりと関連付けて語られ，職業的アイデンティティの再構築へと向かう成長の契機として意味づけられていた。

付記：本論文は，修士論文に加筆・修正を加えた。本論文の一部は，第 27 回日本看護医療学会学術集会において発表した。
利益相反：開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

秋元典子.（2021）. *看護のアイデンティティ*. ライフサポート社.
Benner, P.（2005）. *ベナー看護論：初心者から達人へ 新訳版*（井部俊子監訳）. 医学書院.（2001）
浜田美幸，夏原和美.（2019）. 母親役割が看護実践能力に及ぼす影響―子育て役割を終えた看護師への調査より―. *母性衛生*, *60* (2), 412–420.
畑中純子，伊藤収.（2018）. 看護師としての職業的アイデンティティを育むための現任教育プログラムの開発. *岩手県立大学看護学部紀要*, *20*, 1–18.
畠中易子，遠藤善裕.（2016）. 看護実践能力と職業的アイデンティティの関連から見る中堅看護師の実態. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, *14* (1), 13–17.
岩下真由美，高田昌代.（2012）. 子育てのライフステージにある看護師のキャリア継続に関連する要因. *日本看護管理学会誌*, *16* (1), 45–56.
梶麻衣子，髙橋智恵子，木村好枝，渡邊裕見子.（2019）. A病院における短時間勤務制度利用に関する女性看護師の葛藤の現状. *日本看護学会論文集 看護管理*, *49*, 179–182.
梶谷麻由子.（2021）. 子育てしながらキャリア継続している看護職の困難を支えた経験. *日本医学看護学教育学会誌*, *30* (2), 18–28.
川北敬美，撫養真紀子，勝山貴美子，青山ヒフミ.（2015）. 子育て中のパートタイム看護師の職業的アイデンティティに関する検討. *大阪医科大学看護研究雑誌*, *5*, 36–46.
川北敬美，勝山貴美子，撫養真紀子，青山ヒフミ.（2020）. 先駆的に制度を導入した病院に勤務する短時間勤務看護師が認識するキャリア分析. *インターナショナル Nursing Care Research*, *19* (3), 91–98.
川北敬美，勝山貴美子，撫養真紀子，青山ヒフミ.（2021）. 先駆的に短時間正社員制度を導入した病院の看護師長が実践する短時間正社員への支援. *大阪医科大学看護研究雑誌*, *11*, 25–34.
古金祥子，蓬沢久子，戸田生子，永井安津子，住和美枝子，杉田克子，一ノ山隆司.（2013）. 中期キャリア看護師の仕事家庭間役割葛藤と看護への思い. *日本看護学会論文集 看護管理*, *43*, 411–414.
厚生労働省.（2022）. *看護師等（看護職員）の確保を巡る状況*. https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118192.pdf（2026 年 4 月 1 日閲覧）
松浦正子.（2018）. 病院組織における多様性のマネジメント. *日本看護管理学会誌*, *22* (1), 51–60.
南谷志野，藤原奈佳子，柳澤理子，深田順子.（2020）. 短時間勤務看護師とフルタイム勤務看護師の協働の実態：職場環境と就業状況，看護チーム実践状況に着目して. *日本医療・病院管理学会誌*, *57* (2), 56–65.
光岡由紀子.（2019）. 看護師における本来感と感情労働と職業的アイデンティティとの関連. *日本看護研究学会雑誌*, *42* (4), 749–761.
日本看護協会.（2021）. *就業継続が可能な看護職の働き方の提案*. https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/hatarakikata/pdf/wsr_fornurse.pdf（2026 年 4 月 1 日閲覧）
小渕美樹子，立石憲彦.（2023）. 短時間勤務看護職員と共に働くフルタイム勤務看護職員の協働意識に影響する要因. *日本看護管理学会誌*, *27* (1), 20–30.
小川明佳，篠木絵理，宮本千津子，嶋澤奈津子，荒川千春，福地本晴美，芳賀ひろみ.（2018）. 短時間勤務からフルタイム勤務に移行した看護師のキャリア継続感とその変化. *東京医療保健大学紀要*, *13* (1), 57–60.
岡本祐子.（1996）. 育児期における女性のアイデンティティ様態と家族関係に関する研究. *日本家政学会誌*, *47* (9), 849–860.
岡本祐子.（1999）. *女性の生涯発達とアイデンティティ 個としての発達・かかわりの中での成熟. 第２節*. 北大路書房.
岡本祐子.（2002）. *アイデンティティ生涯発達論の射程*. ミネルヴァ書房.
岡本祐子.（2010）. *成人発達臨床心理学ハンドブック. 第４節*. ナカニシヤ出版.
小野田舞，習田明裕.（2023）. 看護師に対する短時間勤務正職員制度の課題の考察. *日本保健科学学会誌*, *26* (2), 61–71.
佐々木真紀子，針生亨.（2006）. 看護師の職業的アイデンティティ尺度（PISN）の開発. *日本看護科学会誌*, *26* (1), 34–41.
石葵，林千冬，花井理紗，畑真紀子.（2020）. 時短勤務者を部下にもつ看護師長のマネジメント上の工夫. *神戸市看護大学紀要*, *24*, 51–58.
志水美枝，巴山玉蓮，狩野太郎.（2021）. 子育て期にある女性看護職員の在職する病院への就業継続意思に関連する要因. *群馬県立県民健康科学大学紀要*, *16*, 67–80.
白井利明，杉浦和美.（2022）. *アイデンティティ 時間と関係を生きる*. 新曜社.
鈴木智子.（2022）. 新人から一人前の段階にある看護師の職業経験の質と自我同一性，職業的アイデンティティおよびレジリエンス特性の関連. *日本看護管理学会誌*, *26* (1), 140–149.
竹内久美子.（2008）. 新卒看護師の職業的アイデンティティ形成と職務態度―縦断的研究に基づく検討―. *目白大学健康科学研究*, *1*, 101–109.
多久和有加，前田貴彦，中西貴美子.（2023）. 短時間勤務看護師の働く上での原動力. *日本看護科学会誌*, *43*, 644–653.
多久和有加，宮田千春.（2023）. 国立大学病院の一般病棟に勤務する短時間勤務看護師の専門職的自律性に関連する要因の探索. *日本医療・病院管理学会誌*, *60* (1), 13–20.
渡邊郁子，塚原節子.（2013）. ワークライフバランスに取り組む病院に勤務する看護師の職務満足度. *日本看護管理学会誌*, *17* (1), 37–47.

◇研究報告◇

こどもの入院に伴う母親の付き添いの状況および認識と入院満足度との関連

藤田優一[1)*]，北尾美香[1)]，植木慎悟[2)]，小笠原史士[1)]

【目的】こどもの入院に伴う母親の付き添いの状況および認識と入院満足度との関連を明らかにすることを目的とした。
【方法】0歳から12歳11か月までのこどもの入院に付き添った経験をもつ母親200名を対象にWebアンケートによる横断調査を実施した。
【結果】付き添い理由は「病院から必要と言われた」が最も多く約9割を占めた。約半数が付き添いの交代ができず，面会禁止は約3割であった。食事は院内の売店・コンビニで購入する母親が約7割，こどもと同じベッドで寝た母親が約半数であった。HPSQ-13による入院満足度は，付き添いの交代や面会が可能な場合，病院からの食事提供があった場合に高く，こどもと同じベッドに寝た場合では低かった。一方，こどもの年齢や入院日数との関連は認められなかった。
【結論】付き添い環境の整備をすることで付き添い者の入院満足度を高められることが示唆された。

【キーワード】小児，付き添い，母親，満足度

Ⅰ．はじめに

我が国では，小児が入院する病院のうち約半数の施設で親の付き添いが必要とされており（小林・法橋，2013），入院している小児の約7割に親が付き添っていることが報告されている（藤田ら，2012）。この状況は新型コロナウイルス感染症の流行期においても大きく変化せず，感染拡大防止のために付き添い者の交代を制限したり，面会を制限したりする施設も多くみられた（藤田ら，2021）。その結果，付き添い者の身体的，精神的負担はさらに増大したと考えられる。

これまで，付き添い者の入院環境については多くの研究がされており，付き添い者の半数以上が「眠い」「横になりたい」「肩がこる」といった疲労を感じていたこと（小林ら，2006），睡眠の質やQOLが低下していること（栗田ら，2015），食事を十分に摂れない経験をしていること（山田ら，2006）が報告されている。

さらに，キープ・スマイリング（2023）がこどもの入院に付き添った経験のある約3,000名を対象に実施した調査では，病院からの要請で付き添いを行った人が79.1%を占めた。付き添い中に体調を崩した人は51.3%に上り，体調が思わしくないにもかかわらず付き添い入院や面会を続けた人が54.0%に達していた。また，付き添い中に経済的な不安を感じた人も71.5%にのぼることが報告されている。加えて，筒井（1993）の調査では，付き添いに対する満足度が母親の心身の疲労に関与していることが明らかにされている。

近年，この付き添いに関する日本小児科学会（2024）や日本小児看護学会（2025）からの見解が各学会ホームページより公開されている。その中では，家族の付き添う権利と付き添わない権利，家族とのパートナーシップ，付き添う場合の必要な環境のあり方について述べられている。このように望ましい整備が謳われている一方で，現実ではその環境がどれほど乖離しているのか，アフターコロナによる影響とともに付き添い者の経験を確認していく必要がある。そこで本研究では，付き添い者のより良い入院環境の示唆を得るため，付き添い経験のある母親を対象に調査を実施した。

受付日：2025年10月15日／受理日：2026年7月23日
1）武庫川女子大学看護学部看護学科　　2）九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野
＊ E-mail：yfujita@mukogawa-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

こどもの入院に伴う母親の付き添いの状況および認識と入院満足度との関連について明らかにする。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

無記名の Web アンケートを用いた横断調査を実施した。

2．対象

0 歳から 12 歳 11 か月までのこどもがおり，新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症となった 2023 年 5 月以降にこどもが入院した際に付き添い（1 泊 2 日以上）をした経験のある母親 200 名を対象とした。付き添い経験のある親を対象とした調査（キープ・スマイリング，2023）では，回答者の 96.6% が母親であったため，本研究においても対象者の同質性を確保するために母親に限定した。

3．調査手順

Web アンケートは，インターネット調査会社に対象者のモニターサンプリングおよびデータ収集を依頼し，2024 年 12 月に実施した。サンプリングおよびデータ収集は，目標とする対象者数を満たすまで継続し，所定のサンプル数が集まった時点で終了した。研究説明書は Web 上に掲示し，研究協力への同意を確認したうえで，「同意する」にチェックを入れて回答・送信することで同意が得られたものと判断した。

4．調査内容

付き添いをした母親の属性として年齢，家族成員数，職業等を質問した。入院したこどもの属性として，年齢，性別，入院日数，疾患名等を質問した。

付き添いの状況として，付き添いをした理由，付き添い者の交代の可否，面会の規則，付き添い者の食事，ベッド，シャワー・入浴の状況などについて質問した。付き添いに対する母親の考えとして，病院食に支払可能な金額，付き添いの代行業者に支払可能な金額，付き添い交代の際の依頼内容，「付き添いがなくても大丈夫」と思える条件等について質問した。

付き添いや面会の規則，付き添い者への負担軽減をするための支援の質問項目については先行研究（藤田ら，2021，2026）を参考にして作成した。それらを質問紙に示し，各項目の実施にどの程度賛同するかを質問し，「5：非常にそう考える」～「1：全くそう考えない」で回答を求めた。

入院患者用満足度尺度として尾藤ら（2005）の HPSQ-13 を使用した。信頼性・妥当性が検証されている入院患者の満足度を評価する尺度である。13 項目，3 下位尺度「コミュニケーション」「アメニティ」「全体満足」から構成されている。質問項目に「1：非常にそう思う」から「5：全くそう思わない」で回答し，それぞれの下位尺度を 0 ～100 の点数で判定し，点数が高いほど満足度が高いことを示す。付き添う母親にも使用可能であるかを確認するため，確認的因子分析と Cronbach の α 係数を算出した。なお，尺度の使用にあたって著作者からの使用許可を得た。

5．分析方法

属性，付き添いの状況，付き添いに対する考えについては単純集計で分析した。入院患者用満足度尺度（以下，HPSQ-13）との関連については，独立サンプルの t 検定および相関を用いて分析した。

Ⅳ．倫理的配慮

対象者には，研究の目的，方法，プライバシー保護などの倫理的配慮について記載した研究説明書は Web 上に掲示して説明を行った。研究協力は任意であり，協力しないことによって不利益を被ることはないこと，また，研究結果は学会等で発表される可能性はあるが，個人が特定されることはないことを明示した。研究への協力は自発的な意思に基づくものであり，同意の有無にかかわらず不利益を被らないことを保障した。「同意する」にチェックを入れて質問に回答し，Web アンケートの送信をもって同意が得られたものとした。本研究は，武庫川女子大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 24-43）。

Ⅴ．結　　果

母親の平均年齢は 35.8（SD = 7.2）歳であり，家族成員数は平均 3.7（SD = 1.2）人であった。付き添い時の母親の職業は，正規雇用 83 名（41.5%），専業主婦 53 名（26.5%），パート・アルバイト 50 名（25.0%），非正規雇用 7 名（3.5%），その他 7 名（3.5%）であった。こどもの性別は男が 106 名（53.0%）であり，平均入院日数は 6.0（SD = 7.4）日，こどもの平均年齢は 3.7（SD = 3.5）歳であった。こどもの疾患名については，肺炎 31 名（15.5%）が最も多く，次いで RS ウイルス感染症 18 名（9.0%），気管支喘息 15 名（7.5%）であった。

1．付き添いの状況（表 1）

付き添いをした理由として「病院から必要と言われた」親が 176 名（88.0%）であり，そのうち「必要と言われなければ付き添いをしなかった」と回答した親は 49 名（27.8%）であった。病院の規則で入院中に付き添い者の交代が「できなかった」と回答した親は 101 名（50.5%）であった。病院の規則で付き添い者以外の者の「面会は禁止」であった親が 58 名（29.0%）で最も多く，次いで「親のみ面会が可能」であった親が 56 名（28.0%）であった。

付き添い中の親の食事は「院内のコンビニや売店で購入」したと回答した親が 142 名（71.0%）で最も多く，次いで「院外のコンビニや売店で購入」が 59 名（29.5%）であった。親が寝るベッドは「こどもと同じベッドに寝た」が 95 名（47.5%）で最も多く，次いで「簡易ベッドを病院からレンタルした」が 75 名（37.5%）であった。親のシャワー浴は「院内のシャワーを借りた（無料）」が 95 名（47.5%）で最も多く，次いで「自宅に帰って入浴した」が 80 名（40.0%）あった。

表１　付き添いの状況，付き添いに対する認識

	n	(%)
付き添いをした理由		
病院から必要と言われた	176	(88.0)
必要ではなかったが付き添いをした	24	(12.0)
必要と言われなければ付き添いはしなかったか		
はい	49	(27.8)
いいえ	127	(72.2)
病院の規則として付き添い者の交代はできたか		
交代できた	99	(49.5)
できなかった	101	(50.5)
病院の規則として面会はできたか		
面会は禁止（付き添いのみ可）	58	(29.0)
親のみ面会可能（祖父母は不可）	56	(28.0)
親と祖父母のみ面会可能	18	(9.0)
大人であれば面会可能	34	(17.0)
16歳以上であれば面会可能（15歳以下は不可）	4	(2.0)
13歳以上であれば面会可能（12歳以下は不可）	7	(3.5)
面会者の制限なし	23	(11.5)
親の食事はどのように用意したか（複数回答）		
院内のコンビニや売店で購入	142	(71.0)
院外のコンビニや売店で購入	59	(29.5)
病院から食事が提供された（有料）	39	(19.5)
病院から食事が提供された（無料）	7	(3.5)
親が寝るベッドはどのように用意したか（複数回答）		
簡易ベッドを病院からレンタルした	75	(37.5)
簡易ベッドを自宅から持ち込んだ	12	(6.0)
こどもと同じベッドに寝た	95	(47.5)
病室のソファーで寝た	25	(12.5)
親の入浴、シャワーはどうしたか（複数回答）		
院内のシャワー・浴室を利用した（無料）	95	(47.5)
院内のシャワー・浴室を利用した（有料）	19	(9.5)
こどもと一緒に入浴した	11	(5.5)
自宅に帰って入浴した	80	(40.0)
病院から食事の提供を受ける場合に1食あたりに支払可能な金額		
300円まで	44	(22.0)
400円まで	20	(10.0)
500円まで	72	(36.0)
600円まで	9	(4.5)
700円まで	21	(10.5)
800円まで	5	(2.5)
900円まで	2	(1.0)
1000円まで	2	(1.0)
利用しない（コンビニや売店を利用する）	25	(12.5)
付き添いの代行業者に依頼する場合に1日あたりに支払可能な金額		
2,000円まで	54	(27.0)
4,000円まで	28	(14.0)
6,000円まで	16	(8.0)
8,000円まで	13	(6.5)
10,000円まで	6	(3.0)
15,000円まで	2	(1.0)
20,000円まで	0	(0.0)
いくらであっても依頼はしない	81	(40.5)
付き添いをすることができなかったとした場合に考えられる理由（複数回答）		
仕事を休むことができない	82	(41.0)
きょうだい児をみてくれる人がいない	85	(42.5)
家事をしてくれる人がいない	49	(24.5)
母親の身体的・精神的な理由	22	(11.0)
理由が思いつかない	35	(17.5)
付き添いを他者に依頼しなければならなかった場合の依頼内容（複数回答）		
事故防止の見守り	107	(53.5)
病状の観察	120	(60.0)
さみしがらないようにそばにいる	150	(75.0)
食事、体拭き、着替えなどの身の回りの世話	115	(57.5)
遊び	67	(33.5)
勉強	17	(8.5)

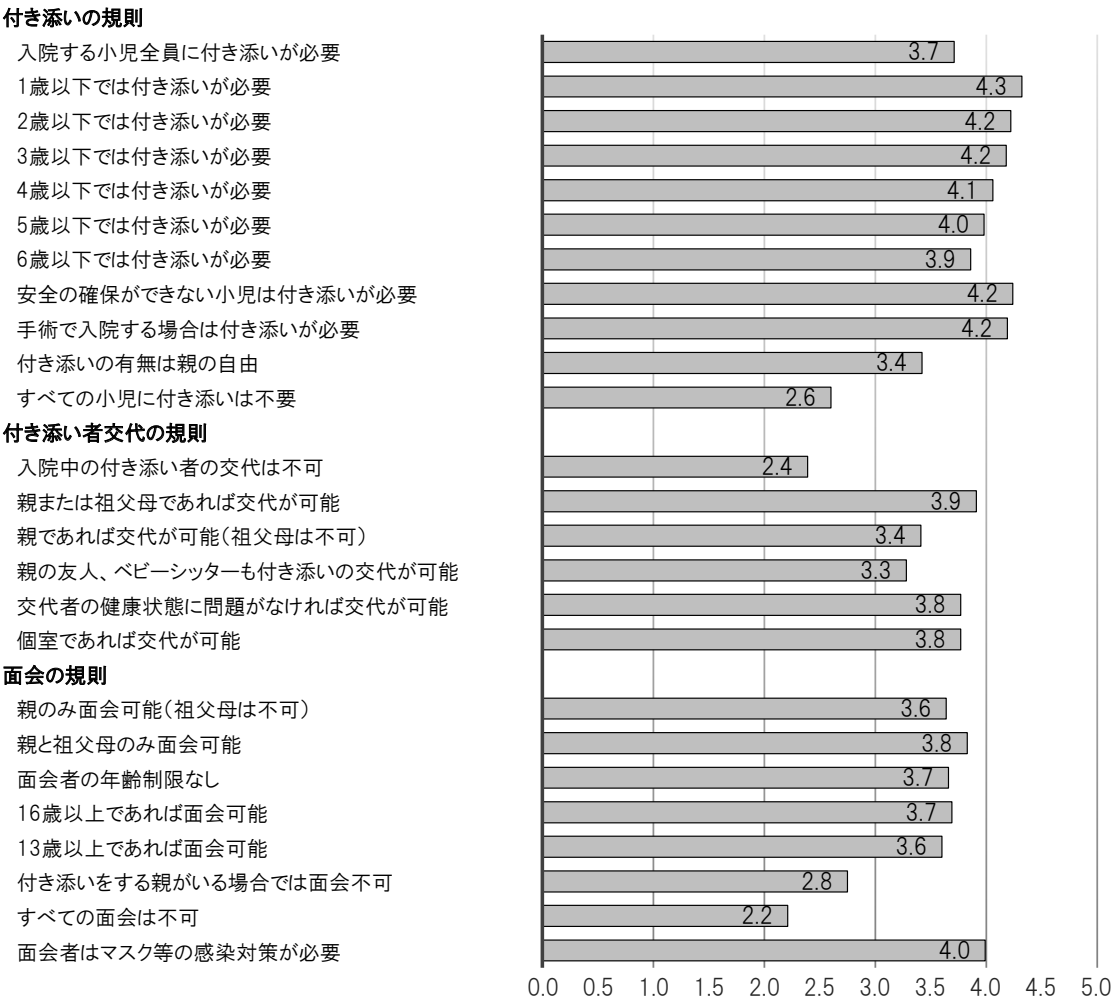


図１　付き添い，面会の規則に対する母親の賛同の程度

２．付き添いに対する認識

病院から食事の提供を受ける場合に１食あたりに支払可能な金額については，「500 円」と回答した者が 72 名（36.0%）で最も多く，次いで「300 円」と回答した者が 44 名（22.0%）であった。

付き添いの代行業者に依頼する場合に１日あたりに支払可能な金額については，「いくらであっても依頼はしない」と回答した者が 81 名（40.5%）で最も多く，次いで「2,000 円まで」と回答した者が 54 名（27.0%）であった。付き添いをすることができなかったとした場合に考えられる理由（複数回答）については，「きょうだい児をみてくれる人がいない」と回答した者が 85 名（42.5%）で最も多く，次いで「仕事を休むことができない」と回答した者が 82 名（41.0%）であった。付き添いを他者に依頼しなければならなかった場合の依頼内容（複数回答）については，「さみしがらないようにそばにいる」と回答した者が 150 名（75.0%）で最も多く，次いで「病状の観察」と回答した者が 120 名（60.0%）であった。

付き添い，面会の規則に対する母親の賛同の程度を「５：非常にそう考える」～「１：全くそう考えない」で回答を求め，それらの値の平均値を図１に示した。付き添いの規則は，「１歳以下では付き添いが必要」，「安全の確保ができない小児は付き添いが必要」の賛同の程度が高かったが，「すべての小児に付き添いは不要」については賛同の程度が低かった。付き添い者交代の規則は，「親または祖父母であれば交代が可能」の賛同の程度が高かったが，「入院中の付き添い者の交代は不可」については賛同の程度が低かった。面会の規則は，「親と祖父母のみ面会可能」，「面会者はマスク等の感染対策が必要」の賛同の程度が高かったが，「すべての面会は不可」については賛同の程度が低かった。

付き添い者の負担軽減をするための看護師の支援に対する母親の賛同の程度を「５：非常にそう考える」～「１：全くそう考えない」で回答を求め，それらの値の平均値を図２に示した。付き添い者の負担軽減をするための看護師の支援は，「付き添い者が何でも相談しやすいような雰囲気にする」「院内にフリー Wi-Fi を設置してもらい，動画視聴やビデオ通話ができるようにする」の賛同の程度が高かったが，「夜間のおむつ交換は看護師が行う」「家族同士で荷物の受け渡しを短時間でしてもらう」「新生児や乳児に付き添う場合では，夜間は看護師が授乳して付き添い者が眠れるようにする」については賛同の程度が低かった。

３．入院患者用満足度尺度 HPSQ-13 との関連（表２）

HPSQ-13 が付き添う母親にも使用可能であるかを確認する



図２　付き添い者の負担軽減をするための看護師の支援に対する母親の賛同の程度

ため，確認的因子分析を行った結果，CFI は 0.92 であった。CFI は 0.90 以上でデータとあてはまっていると判断される（豊田，2007，p.18）。また，Cronbach の α 係数は 0.80～0.92 であり，信頼性についても確認することができた。これらの結果から，本尺度は付き添う親を対象とした場合にも使用可能であると判断した。

HPSQ-13 の平均点は，「コミュニケーション」が 72.9（SD = 16.8），「アメニティ」が 67.3（SD = 18.0），「全体満足」が 73.2（SD = 18.7）であった。

病院の規則として付き添い者の交代が可能である場合，「コミュニケーション」「アメニティ」「全体満足」のすべてにおいて満足度が高く，有意差が認められた。また，付き添い者以外の面会が可能である場合には，「コミュニケーション」の満足度が有意に高かった。

親の食事については，院内のコンビニや売店で購入した場合，「コミュニケーション」および「全体満足」の満足度が低かった。一方，病院から食事が提供（有料）される場合には，すべての満足度が高く，有意差が認められた。さらに，親の睡眠環境については，こどもと同じベッドで就寝している場合，すべての満足度が低く，有意差が認められた。

なお，HPSQ-13 と母親の年齢，入院日数，こどもの年齢，家族成員数との有意な相関は認めなかった。

Ⅵ．考　　察

１．付き添いの状況

本調査による回答結果から，約９割の母親が病院から「付き添いが必要」と指示されて付き添いを行っていた。しかし，そのうちの「病院から指示がなければ付き添いをしなかった」と回答した母親は３分の１以下（176 人中 49 人）にとどまった。また，付き添いの代行業者への依頼については，「いくらであっても依頼はしない」という回答が最も多くみられた。榎本ら（2006）の調査は，付き添いをした母親の半数以上が

表2　付き添いの状況と入院満足度との関連（n＝200）

付き添い環境		n	コミュニケーション			アメニティ			全体満足		
			平均値	SD	p値	平均値	SD	p値	平均値	SD	p値
付き添いをした理由：病院から必要と言われた	はい	176	72.8	16.5	0.73	66.8	18.0	0.28	73.0	18.5	0.72
	いいえ	24	74.0	18.9		71.1	18.1		74.4	20.6	
必要と言われなければ付き添いはしなかったか	はい	49	74.8	14.9	0.30	69.1	15.3	0.29	74.7	17.4	0.45
	いいえ	127	72.0	17.1		65.9	18.9		72.3	18.9	
きょうだい児の有無	あり	95	72.2	16.0	0.55	66.4	18.0	0.48	71.4	18.5	0.22
	なし	105	73.6	17.5		68.2	18.1		74.7	18.8	
病院の規則として付き添い者の交代ができたか	交代できた	99	76.7	15.9	<0.01	70.5	18.0	0.01	76.3	18.5	0.01
	できなかった	101	69.2	16.9		64.2	17.5		70.1	18.5	
病院の規則として面会はできたか	面会可能	142	74.4	16.7	0.02	68.2	17.8	0.15	74.4	18.2	0.07
	面会は禁止	58	69.2	16.4		65.3	18.3		70.1	19.7	
親の食事は院内のコンビニや売店で購入した	いいえ	58	76.7	14.4	0.02	70.0	16.0	0.09	76.9	15.6	0.04
	はい	142	71.4	17.4		66.2	18.7		71.6	19.7	
親の食事は院外のコンビニや売店、スーパーで購入した	はい	59	73.1	18.1	0.94	65.9	18.9	0.53	74.5	19.8	0.46
	いいえ	141	72.9	16.3		67.9	17.6		72.6	18.3	
親の食事は病院から提供された（有料）	はい	39	78.0	14.2	0.04	75.0	15.5	<0.01	78.8	15.0	0.04
	いいえ	161	71.7	17.1		65.5	18.1		71.8	19.3	
親の食事は病院から提供された（無料）	はい	7	78.1	16.4	0.41	77.1	17.2	0.14	77.1	18.0	0.57
	いいえ	193	72.7	16.8		67.0	18.0		73.0	18.8	
親が寝る簡易ベッドは病院からレンタルした	はい	75	75.0	17.0	0.08	69.6	18.6	0.25	74.7	18.3	0.07
	いいえ	125	71.7	16.6		66.0	17.5		72.3	19.0	
親が寝る簡易ベッドは自宅から持ち込んだ	はい	12	79.2	17.2	0.18	72.8	20.0	0.44	77.2	23.0	0.28
	いいえ	188	72.5	16.7		67.0	18.6		72.9	17.6	
親はこどもと同じベッドに寝た	いいえ	105	75.8	15.8	0.01	70.5	17.9	0.01	75.7	17.5	0.04
	はい	95	69.8	17.3		63.9	17.5		70.4	19.7	

独立サンプルのt検定

「付き添って良かった」「再入院時にも付き添いたい」と回答していた。このように，付き添いを前向きに捉える母親は比較的多いことに加え，付き添いの代行業者への依頼を避ける傾向がみられたことから，「自分で付き添いをしたい」と考える母親が多かったと推察する。

本研究において，面会を禁止し付き添いのみを認めていたという回答は29.0%であった。藤田ら（2021）が小児入院施設を対象に実施した調査では，同様の条件（面会禁止・付き添いのみ可）の施設は19.7%であった。本研究の対象が付き添いを行っている母親であったことから，面会禁止の施設が比較的多く含まれ，先行研究よりも高い割合となったと考えられる。

2．付き添いに対する認識

病院から食事の提供を受ける場合に1食あたりに支払い可能な金額については，「500円まで」という回答が多かった。令和6年度の診療報酬改定では，入院患者の食費基準が食材費の高騰を受けて1食あたり670円に引き上げられた（厚生労働省，2024）。一方，キープ・スマイリング（2023）の調査によると，付き添い入院中の親の1日の食事回数は「3食」が70.0%，「2食」が25.4%，「1食」が4.3%であり，3食を食べなかった理由として「食べる時間がなかった」（63.9%），「院内の売店などで食べ物が手に入りにくかった」（44.7%），「節約のために食費を削った」（36.7%）が挙げられている。これらの結果から，付き添い者は時間的制約に加え，経済的理由からも十分な食事を確保できていない状況が示された。付き添い中は自宅のように調理ができず，売店やコンビニでの購入に頼らざるを得ないため，食費が高くなる傾向にある。さらに，近年の物価高騰がその負担を一層大きくしていると考えられる。そのため，付き添い者が栄養バランスの取れた食事を無理なく確保できるよう，病院による食事提供サービスや補助制度など，経済的支援を含めた体制整備が求められる。

付き添いの代行業者に依頼する場合に1日あたり支払可能な金額を尋ねたところ，「いくらであっても依頼はしない」という回答が最も多く，次いで「2,000円まで」「4,000円まで」であった。この結果から，付き添いの代行業者を利用することに対して，経済的負担の大きさや心理的抵抗感を持つ母親が多いことが示された。したがって，付き添い代行サービスの導入を現実的な選択肢とするためには，公的な経済的支援や安心して利用できる制度の整備が必要であると考えられる。

付き添いを他者に依頼しなければならなかった場合の依頼内容としては，「さみしがらないようにそばにいる」「病状の

観察」が多かった。付き添うことができなかった場合には，病状はもちろんのこと，それ以上にさみしがっていないかということも気がかりになっていることが示された。人見知りの傾向がみられる発達段階のこどもにとって，発熱などの身体的症状に加え，親元を離れて見知らぬ環境で，一人で入院することは大きな不安を伴うと考えられる。高野・本間（2007）は，母親を対象にこどもの入院に付き添う理由を調査し，こどもへの愛情や親としての責任感，安心感の獲得などを理由として挙げた回答が多かったと報告している。これらの結果から，こどもの入院時に付き添いを前向きに捉える親は多いと考えられる。一方で，付き添いが「必要と言われなければしなかった」と回答した母親もおり，付き添いができなかった場合の理由としては「きょうだい児をみてくれる人がいない」「仕事を休むことができない」が約半数を占めていた。このことから，各家庭の個別的な状況を考慮し，付き添いの有無を柔軟に判断していくことが重要であると考える。

付き添いの規則に対する母親の認識については，年齢が低いほど付き添いが必要ということに賛同する母親が多かった。特に，１歳以下や２歳以下などの年少児や，安全の確保が十分にできない小児については，付き添いが必要と考える母親が多かった。家庭内での転落や誤飲といった不慮の事故は，乳児や１歳児に多いことが報告されている（金泉ら，2009）。このような事故のリスクは，慣れない環境においてさらに高まる可能性がある。そのため，母親はさみしがっていないか，病状は大丈夫かということに加えて，安全に過ごしているかということも気がかりな点であることが示された。

付き添い者の負担軽減をするための看護師の支援に対する母親の認識としては，付き添い者が相談しやすい雰囲気にする，精神的な疲労が過度な場合では院内のカウンセリングを勧めるなど，心理的支援の実施に賛同する母親が多かった。鈴木（2024）は，緊急入院をした幼児に付き添う家族への看護師の関わりについて調査しており，看護師は付き添う家族に不安や動揺がみられる時はその原因をアセスメントし，こどもと家族が安心して治療を継続できるケア方法を考えていたと報告している。これらのことから，看護師はこどもへのケアのみならず，付き添い者の心理的側面にも配慮し，状況を的確に把握したうえで適切な支援へとつなげることが重要であると考えられる。

一方で，看護師や保育士等が付き添い者と時間調整をして，外出や一時帰宅できる時間を設けることや気分転換のためにひとりで院内のシャワーに行けるようにすることについては，賛同する母親が多かった。これに対し，夜間に保育士を配置して付き添いなしで入院できるようにすることや，夜間の授乳やおむつ交換など，こどもの世話を全面的に看護師や保育士に依頼したいと考える母親は比較的少なかった。金子・山口（2019）は，手術で入院した乳幼児に付き添う母親の思いを調査し，「病児の世話役割の責任所在の不確かさ」を感じながらも，「母親が付き添い，世話をするといった社会通念」の認識や「看護師から求められる義務としての病児の世話役割の推察」によって求められた責任を果たそうとしていたと報告している。本研究の結果も同様に，母親自身がこどもの世話を担うことを「母親としての役割」として認識している様子を示していたと考える。佐々木ら（2007）は，付き添う家族を対象に看護師に期待するケアの役割について調査しており，持続点滴中のこどもの清拭や更衣，排泄介助については，不慣れで不安があるため，看護師に依頼したいと考えていたことを報告している。これらのことから，看護師は母親が抱く「こどものそばにいなければならない」という責任感を尊重しつつ，過度な負担が生じないようにアセスメントしながら支援していく必要がある。

３．入院患者用満足度尺度 HPSQ-13 との関連

満足度は，付き添い者の交代が可能であることや，付き添い者以外の面会が可能である場合に高かった。浅井（2019）の研究でも，母親の付き添いにおいて，父親や祖父母との交代がある場合に疲労が低い傾向が報告されている。これらのことから，付き添い入院が継続すると身体的・精神的疲労が蓄積しやすく，付き添いの交代や面会といった他者からの支援が，付き添い者の満足度の向上に寄与していると考えられる。そのため，感染対策を考慮しつつ付き添い者の交代を柔軟に認める体制や，面会制限の緩和など，家族全体で支え合える環境や規則の整備をすることが重要である。

親の食事に関しては，院内のコンビニエンスストアや売店で購入した場合には満足度が低い一方で，病院から有料であっても食事の提供があった場合には満足度が高い傾向がみられた。付き添い経験のある親を対象とした調査（キープ・スマイリング，2023）では，付き添い中に体調を崩したことがある親が 51.3%に上り，病院から定期的な食事サービスがあれば有料でも利用したいと回答した親が 66.3%いたと報告されている。これらの結果から，付き添う親が体調を維持し，食事に対する満足度を高めるためにも，栄養バランスのとれた食事を確保することが重要であると考える。

親の睡眠環境については，こどもと同じベッドに寝た場合では満足度が低く有意差がみられた。小林ら（2006）は，付き添う親の疲労の実態と支援について調査しており，半数以上の親が眠い，横になりたい，肩がこると感じていた。そこで，昼間にも簡易ベッドの使用を促したことによって，横になることができ，疲労の軽減に有効であったと報告されている（小林ら，2007）。夜間にこどもと同じベッドで寝ると狭いことに加えて，昼間に親はこどものベッドで横になりにくいことも満足度を低下させた一因であると推察する。

本研究の限界として，厚生労働省（2023）の全国調査では０～14 歳の平均在院日数が 7.6 日であるのに対し，本研究の回答者では 6.0 日とやや短かった点が挙げられる。また，幼児期のこどもが多く，疾患名からも比較的急性期の患者の母親が回答している傾向があり，サンプルに偏りがあった可能性がある。そのため，在院日数が長期に及ぶ疾患で入院した患者の母親を対象とした場合には，本研究とは異なる傾向の結果が得られる可能性がある。さらに，小児のみの病棟，ま

たは成人との混合病棟であったかについては質問していなかったため，このような病棟形態の違いが入院環境や満足度に影響を与えた可能性も考えられる。

4．看護実践への示唆

付き添い者の満足度を高めるためには，付き添い者の交代や面会を柔軟に認めるなど，規則や環境の整備が重要であることが示された。付き添い入院が長期化すると身体的・精神的疲労が蓄積しやすいため，看護師は休息や睡眠環境，食事の確保といった生活面への支援に加え，付き添い者が相談しやすいような雰囲気作りをするなど，心理的支援を行うことが求められる。さらに，母親が抱く「こどものそばにいたい」という思いを尊重しつつ，過度な責任感や負担が生じないようにアセスメントし，適切な支援につなげることが重要である。

Ⅶ. 結　　論

付き添いの理由は「病院から必要と言われた」が最も多く，約９割を占めた。付き添いの交代は約半数ができず，面会が禁止されていたのは約３割であった。食事は院内の売店やコンビニで購入する母親が約７割を占め，約半数がこどもと同じベッドで寝ていた。HPSQ-13 による入院満足度では，付き添い者の交代や面会が可能な場合に満足度が高く，病院から食事の提供があった場合に満足度が高かった。こどもの年齢や入院日数と満足度との関連は認められなかった。以上より，付き添い環境の整備をすることで付き添い者の入院満足度を高められることが示唆された。

本研究は，科研費基盤研究（Ｃ）22K11051 を受けて実施した。本論文の内容の一部は，日本小児看護学会第 35 回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

浅井佳士.（2019）. 子どもの短期入院に付き添う主養育者の疲労の変化と影響要因―家族のサポート状況に焦点を当てて―. *小児保健研究, 78* (3), 245–252.

尾藤誠司，鈴鴨よしみ，福原俊一.（2005）. 入院患者用患者満足度尺度の開発：下位尺度と項目の再設定と再検証：HPSQ-25 から HPSQ-13 へ. *医療マネジメント学会雑誌, 6* (2), 423–428.

榎本美紀，小川美穂，中山聖子，佐藤京子，小林富貴子.（2006）. 小児病棟の付き添いに関する家族の意識調査―付き添い自由選択制の有用性について―. *日本看護学会論文集：小児看護, 36*, 89–91.

藤田優一，石原あや，藤井真理子，藤原千恵子.（2012）. 全国の総合病院における小児の入院環境の実態調査. *小児保健研究, 71* (6), 883–889.

藤田優一，植木慎悟，北尾美香，福井美苗.（2021）. 新型コロナウイルス感染症の拡大による小児の入院環境の変化とその対応策に関する実態調査. *日本小児看護学会誌, 30*, 205–212.

藤田優一，植木慎悟，北尾美香，福井美苗，小笠原史士.（2026）. 小児が入院する病棟における付き添い者の負担軽減をするための支援：デルファイ法による調査. *小児保健研究, 85* (3), 176–184.

金泉志保美，柴田眞理子，宮崎有紀子，中下富子，佐光恵子，星野泰栄，一戸真子，大野絢子，真鍋重夫.（2009）. 年齢別にみた家庭における乳幼児の不慮の事故実態と事故予防対策. *日本公衆衛生雑誌, 56* (4), 251–259.

金子沙世，山口桂子.（2019）. 手術を目的とした短期予定入院児に付き添う母親の思いと生活行動の実態. *日本小児看護学会誌, 28*, 69–77.

キープ・スマイリング.（2023）. *入院中の子どもに付き添う家族の生活実態調査 2022.* https://momsmile.jp/report/investigate/post-5432/（2025 年 10 月 1 日閲覧）

小林京子，法橋尚宏.（2013）. 入院児の家族の付き添い・面会の現状と看護師が抱く家族ケアに対する困難と課題に関する全国調査. *日本小児看護学会誌, 22* (1), 129–134.

小林八代枝，西村あをい，小野敏子，西田みゆき，尾崎正子，柏崎麻衣子.（2006）. 小児病棟における付き添い及び面会家族の疲労の実態と支援策の検討. *日本看護学会論文集：小児看護, 36*, 213–215.

小林八代枝，西村あをい，西田みゆき，尾崎正子，阿部祥子，柏崎麻衣子.（2007）. 小児病棟における付き添い家族の疲労に関する支援. *日本看護学会論文集：小児看護, 37*, 312–314.

厚生労働省.（2023）. *令和５年患者調査の概況 ３．退院患者の平均在院日数等.* https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/kanjya.pdf（2026 年 3 月 1 日閲覧）

厚生労働省.（2024）. *令和６年度診療報酬改定Ⅲ－１ 食材料費，光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応（参考）入院時の食費の基準の見直し.* https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001440678.pdf（2026 年 3 月 1 日閲覧）

栗田優，神谷由子，高橋紀子，本間陽子，佐藤洋子.（2015）. 入院中の子どもに付き添う母親の睡眠の実態と QOL との関連―客観的指標と主観的指標による評価―. *日本小児看護学会誌, 24* (3), 26–32.

日本小児科学会.（2024）. *入院しているこどもの家族の付き添いに関する見解.* https://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=154（2025 年 10 月 9 日閲覧）

日本小児看護学会.（2025）. *入院中のこどもへの家族等の付き添いに関する日本小児看護学会の考え方.* https://jschn.or.jp/pediatric/1334/（2025 年 10 月 9 日閲覧）

佐々木正恵，水野恵美子，森本香央里，今野みどり.（2007）. 子どもに付き添う家族の看護ケアに対する認識調査. *日本看護学会論文集：小児看護, 38*, 237–239.

鈴木翼.（2024）. 緊急入院をした急性期にある幼児と付き添う家族への看護師のかかわり. *日本小児看護学会誌, 33*, 36–45.

高野育美，本間由美.（2007）. 母親が子どもの入院に付き添う理由と付き添いについての考え方. *日本看護学会論文集：小児看護, 37*, 134–136.

豊田秀樹.（2007）. 共分散構造分析［Amos 編］構造方程式モデリング. 東京図書.

筒井真優美.（1993）. 小児看護をめぐる親の意識と実態. *小児看護, 16* (8), 1012–1016.

山田るみ，日水美佳，大井恵，高橋留美子.（2006）. 付き添い中の母親の食事に関する実態調査―現状を明らかにして今後の対策を考える―. *日本看護学会論文集：小児看護, 36*, 95–97.

◇研究報告◇

新型コロナウイルス感染症流行の蔓延状況における看護職の思い
―専門職としてのやりがいや困難感に焦点をあてて―

武田千穂[1)]*，勝野絵梨奈[1)]

【目的】COVID-19 流行の蔓延状況における看護職の思いを，やりがいや困難感に焦点をあてて明らかし，新たな新興感染症発生時の看護職の支援や，感染対策を基盤とした看護を継続するために必要な体制について検討することを目的とする。

【方法】A県内の看護職を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し，量的・質的データを収集して統合的に分析した収束型混合研究を行った。

【結果】回収数は 1,314 件（55.8%）であった。看護職は高い緊張感や精神的負担を感じる一方で，感染拡大防止への使命感や患者・家族との関係構築にやりがいを見出していた。また，感染対策とケアの両立や面会制限を強いるジレンマなどの困難が明らかとなった。

【結論】感染リスク下の看護は危機意識の向上と専門職としてのやりがいに繋がる一方，心理的負担やケアの制約が大きい。今後は面会体制やビリーブメントケアの整備，組織的支援体制の強化が求められる。

【キーワード】新型コロナウイルス感染症，蔓延，看護職，やりがい，困難感

Ⅰ．はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は，2019 年 12 月に中国・武漢市で原因不明の肺炎として報告されて以降，世界保健機関のパンデミック宣言（2020 年 3 月）や，本邦の緊急事態宣言（2020 年 4 月）を経て，変異株の出現の影響を受けながら流行を繰り返してきた。科学的知見やサーベイランスデータの蓄積により，治療法の確立や計画的なワクチン接種が進み，地域ごとに病床や療養施設が確保されるなど，医療提供体制が整備されてきた。しかし，変異株の出現により想定できない流行が蔓延する中，看護職の不安や恐怖，ストレスなどの複雑な心理状況が報告されており，組織的な支援の重要性が指摘されている（朝倉ら，2020；小岩ら，2021；倉澤ら，2021；直嶋ら，2020；山勢ら，2021）。一方で，給付金による職務満足度に関する報告があるものの（萩谷ら，2021），職務に対する肯定的な評価ややりがいに関する報告は蓄積されていない。

そこで，本研究では COVID-19 流行が蔓延する状況において，看護職がどのような思いを抱きながら看護に従事し，専門職としてどのようなやりがいや困難を認識していたのかを明らかにし，新たな新興感染症発生時の看護職の支援や，感染対策を基盤とした看護を継続するために必要な体制について検討したいと考えた。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，COVID-19 流行が蔓延する状況における看護職の思いを，やりがいや困難感に焦点をあてて明らかにし，新たな新興感染症発生時の看護職の支援や，感染対策を基盤とした看護を継続するために必要な体制について検討することである。

Ⅲ．方　　法

1．研究デザイン

無記名自記式質問紙による横断研究であり，量的・質的

受付日：2025 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）宮崎県立看護大学
＊ E-mail：beachiho@mpu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

データを同時期に収集・統合して分析する収束型混合研究法（convergent mixed methods design）を採用した。

2．研究対象

A県内の全ての病院（138 か所）に勤務する看護部門長以外の看護職とした。

3．データ収集期間

2022 年 1 月 15 日から 2022 年 2 月 28 日

4．データ収集方法

1）A県内の全病院（138 か所）の看護部門長宛てに，所属看護職（約 50%）を対象とした研究協力依頼文書を送付し説明した。

2）同意が得られた病院には，協力可能人数に基づき研究協力依頼書および調査票（2,354 部）を送付し，病棟や部署に偏りが生じないよう無作為配布を依頼した。

3）研究対象者には，研究協力依頼書および調査票により研究目的・方法を説明した。

4）重複回答を防ぐため，質問紙または Web のいずれか一方で回答するよう明記した。

5）同意は確認欄のチェックおよび調査票の返送または Web 回答の提出をもって得られたものとした。

5．調査内容

基本属性は，年代，職位，所属施設の病床数，所属部署，COVID-19 病床の有無とした。

質問票は，朝倉ら（2020）の看護職の心理的影響を明らかにした全国調査を参考に『専門職としての思いや姿勢』の 8 項目と『職務や生活における意識』の 11 項目で構成した。第 1 波から第 5 波を回想し，4 段階リッカート尺度（4．できた，3．ほぼできた，2．あまりできていない，1．できていない）で回答を求めた。

「やりがいを感じたこと・困難を感じたこと」は，自由記述とした。

6．分析方法

基本属性は記述統計を行った。

『専門職としての思いや姿勢』および『職務や生活における意識』は，看護職の思いを明確に把握することを目的に「4．そう思う/3．概ねそう思う」を「そう思う」，「2．あまり思わない/1．思わない」を「思わない」の 2 値に再分類し，COVID-19 病床の有無別にカイ二乗検定を行った。有意水準は 5 %とし，解析には IBM SPSS Statistics for Windows（ver.25）を用いた。

自由記述は，文章を文脈上の意味を損なわない範囲で区切りコードとした。コードの内容の共通性・相異性を比較・照合して抽象化し，サブカテゴリおよびカテゴリを生成した。妥当性の確保のために，質的研究に精通した研究者によるスーパービジョンを受けた。

量的結果と質的結果は，それぞれ独立して分析し，考察段階において統合的に解釈した。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は宮崎県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（2021 年第 15 号）。対象者は各病院の看護部門長の同意を得て選定した。調査への参加は自由意思とし，不参加による不利益は生じないこと，回答は無記名で個人が特定されないこと，データは厳重に管理することを説明した。

Ⅴ．結　　果

45 か所の病院（32.6%）から研究協力の同意を得た。調査票 2,354 部を配布し 1,314 部を回収した（回収率 55.8%）。調査票による回収数は 997（75.9%），Web 回収数は 317（24.1%）だった。

1．基本属性

看護職の年代は，30 代から 40 代が全体の約 60%を占めていた。職位はスタッフが 997 名（75.6%）と最も多く，999 名（76.0%）が病棟の所属だった。COVID-19 病床を有する病院に勤務する看護職は 831 名（63.2%）だった（表 1）。

2．専門職としての思いや姿勢について

COVID-19 病床有無別に比較した結果，8 項目中 5 項目で有意差を認めた。「最新の知識を取得している」，「根拠に基づく実践をしている」の 2 項目は $p < 0.05$，「看護職としての使命感を持っている」，「ウイルス持ち込み防止への意識を持っている」，「感染拡大防止への意識を持っている」の 3 項目は $p < 0.001$ だった（表 2）。「やりがいがあるか」に関する項目で，『そう思う/概ねそう思う』との回答が，看護へのやりが

表 1　基本属性（$n = 1314$）

		n	%
年代	20代	233	17.7
	30代	351	26.7
	40代	456	34.7
	50代	241	18.4
	60代以上	29	2.2
	回答無	4	0.3
職位	スタッフ	997	75.9
	副看護師長相当	185	14.1
	看護師長相当	123	9.4
	回答無	9	0.6
病床数	19床未満	6	0.5
	20床以上50床未満	136	10.4
	50床以上100床未満	187	14.2
	100床以上200床未満	304	23.1
	200床以上300床未満	224	17.0
	300床以上	443	33.7
	回答無	14	1.1
所属部署	病棟	999	76.0
	外来	158	12.0
	救急外来/病棟	22	1.7
	感染制御部門	5	0.4
	看護管理部門	12	0.9
	その他	81	6.2
	回答無	37	2.8
COVID-19	病床有	831	63.2
	病床無	446	34.0
	回答無	37	2.8

表2　専門職としての思いや姿勢/職務や生活における意識（COVID-19 病床有無別）

項目		全数（n=1314）人数（%）	COVID-19病床有（n=831）人数（%）	COVID-19病床無（n=446）人数（%）	p値	χ^2
専門職としての思いや姿勢						
最新の知識を取得している	そう思う／概ねそう思う	1041（84.3）	699（86.6）	342（79.9）	0.002	＊
	あまり思わない／思わない	194（15.7）	108（13.4）	86（20.1）		
根拠に基づく実践をしている	そう思う／概ねそう思う	1112（89.3）	744（92.0）	368（85.8）	0.001	＊
	あまり思わない／思わない	126（10.2）	65（ 8.0）	61（14.2）		
看護職としての使命感を持っている	そう思う／概ねそう思う	975（80.4）	677（85.6）	298（70.8）	0.000	＊＊
	あまり思わない／思わない	237（19.6）	114（14.4）	123（29.2）		
ウイルス持ち込み防止への意識を持っている	そう思う／概ねそう思う	1172（95.4）	775（97.1）	397（92.3）	0.000	＊＊
	あまり思わない／思わない	56（ 4.6）	23（ 2.9）	33（ 7.7）		
感染拡大防止への意識を持っている	そう思う／概ねそう思う	863（71.7）	621（78.8）	242（58.3）	0.000	＊＊
	あまり思わない／思わない	340（28.3）	167（21.2）	173（41.7）		
看護へのやりがいを持っている	そう思う／概ねそう思う	786（65.2）	526（66.5）	260（62.8）	0.201	
	あまり思わない／思わない	419（34.8）	265（33.5）	154（37.2）		
患者回復へのやりがいを持っている	そう思う／概ねそう思う	816（68.1）	548（69.7）	268（64.9）	0.088	
	あまり思わない／思わない	383（31.9）	238（30.3）	145（35.1）		
家族看護へのやりがい持っている	そう思う／概ねそう思う	725（60.5）	447（60.7）	248（60.0）	0.830	
	あまり思わない／思わない	474（39.5）	309（39.3）	165（40.0）		
職務や生活における意識						
身体的に休息できた	そう思う／概ねそう思う	747（61.7）	470（59.4）	277（66.0）	0.026	＊
	あまり思わない／思わない	464（38.3）	321（40.6）	143（34.0）		
精神的にリフレッシュできた	そう思う／概ねそう思う	563（46.3）	347（43.8）	216（51.1）	0.015	＊
	あまり思わない／思わない	653（53.7）	446（56.2）	207（48.9）		
職務中は常に緊張感が高い状況である	そう思う／概ねそう思う	1142（90.1）	769（93.2）	373（84.2）	0.000	＊＊
	あまり思わない／思わない	126（ 9.9）	56（ 6.8）	70（15.8）		
職務に対し精神的な負担を感じたことがある	そう思う／概ねそう思う	1155（90.8）	778（94.0）	377（84.9）	0.000	＊＊
	あまり思わない／思わない	117（ 9.2）	50（ 6.0）	67（15.1）		
看護職を継続するか否かについて考えたことがある	そう思う／概ねそう思う	743（58.4）	497（60.1）	246（55.3）	0.097	
	あまり思わない／思わない	529（41.6）	330（39.9）	199（44.7）		
自分が家族に感染させるのではないかと不安を感じたことがある	そう思う／概ねそう思う	1075（84.4）	718（86.6）	357（80.4）	0.004	＊
	あまり思わない／思わない	198（15.6）	111（13.4）	87（19.6）		
医療従事者であることで偏見や差別を受けたと感じたことがある	そう思う／概ねそう思う	328（25.9）	215（26.1）	113（25.5）	0.830	
	あまり思わない／思わない	940（74.1）	610（73.9）	330（74.5）		
医療従事者であることで、同居家族が偏見や差別を受けたと感じたことがある	そう思う／概ねそう思う	199（15.7）	132（16.1）	67（15.1）	0.651	
	あまり思わない／思わない	1067（84.3）	690（83.9）	377（84.9）		
家族や仲間（友人）に支えられたと感じる	そう思う／概ねそう思う	1077（84.7）	719（86.8）	358（80.6）	0.003	＊
	あまり思わない／思わない	195（15.3）	109（13.2）	86（19.4）		
上司に支えられたと感じる	そう思う／概ねそう思う	848（66.8）	557（67.4）	291（65.7）	0.549	
	あまり思わない／思わない	422（33.2）	270（32.6）	152（34.3）		
組織に支えられたと感じる	そう思う／概ねそう思う	681（53.5）	448（54.1）	233（52.5）	0.579	
	あまり思わない／思わない	591（46.5）	380（45.9）	211（47.5）		

各項目の人数は欠損値を除く　＊$p<0.05$　＊＊$p<0.001$

い 786 名（65.2%），患者回復へのやりがい 816 名（68.1%），家族看護へのやりがい 725 名（60.5%）であり，COVID-19 病床の有無別の比較で有意差は認められなかった。

3．職務や生活における意識について

『そう思う/概ねそう思う』とした割合が 90%以上の項目は，「職務中は常に緊張感が高い状況である」が 1,142 名（90.1%），「職務に対し精神的な負担を感じたことがある」が 1,155 名（90.8%）であり，COVID-19 病床別に比較した結果，有意差を認めた（$p<0.001$）。「看護職を継続するか否かについて考えたことがある」は 743 名（58.3%）であった。また，COVID-19 病床有無別に比較した結果，「身体的に休息できた」，「精神的にリフレッシュできた」，「自分が家族に感染させるのではないかと感じたことがある」，「家族や仲間（友人）に支えられたと感じる」で有意差を認めた（$p<0.05$）。

一方，COVID-19 病床の有無にかかわらず『思う/概ねそう思う』とした割合が 50%未満だったのは，「精神的にリフレッシュできた」が 563 名（46.3%）だった。

偏見や差別を受けた認識が 328 名（25.9%），同居家族が偏見や差別を受けた認識が 199 名（15.7%）だった（表２）。

4．やりがいを感じたこと・困難を感じたこと

コードを“ ”，コードの文章中の省略を…，サブカテゴリを＜　＞，カテゴリを【　】で記述する。

やりがいは，151 名（11.5%）の記述から 164 コードを抽出し，そのうち 84.8%は COVID-19 病床を持つ病院の看護職によるものだった。“…時間と人手がとられてしまうが，その分患者と向き合う時間が増えると感じた”や“…携帯端末を用いて，グリーンゾーンとレッドゾーンの間で随時やりとりをすることで患者の孤独感や不安感の軽減を図ることができた…”などのように＜患者の思いに寄り添う＞や＜短時間で深くかかわる看護＞など，【感染対策の制約下で患者や家族との繋がりを構築】することへのやりがいが挙げられた。さらに，“呼吸補助療法中の患者の回復に向けて，スタッフ全員で伏臥位の体位変換などを意識的に取り組めた”などのように＜重症化予防に向けた高度な看護＞や，“人工呼吸器から離脱して会話ができたこと”や“…無事に出産に臨めた…”などのように＜呼吸補助療法からの離脱＞や＜重症症例患者の退院＞など，【闘病と回復の過程を見届ける】ことにやりがいを感じる看護職もいた。加えて，“…「あなたたち医療者のおかげで助けられています．ありがとう」と感謝の言葉をいただき…”や“同級生に「私の故郷を守ってくれてありがとう」と言われた…”や“…不安な気持ちを聞いてくれてとてもありがたかった…”などの【労いや感謝の言葉】にやりがいを感じていた看護職もいた。

分析の結果，13 サブカテゴリと【クラスターの予防】，【感染を拡げないという使命感】を含む５カテゴリが抽出された（表３）。

困難感は，417 名（31.7%）の記述から 422 コードを抽出し，そのうち 74.4%は COVID-19 病床を有する病院の看護職

表３　COVID-19 流行の蔓延状況における看護職のやりがい

カテゴリ	サブカテゴリ	コード164[139]*　一部を掲載　*164コードのうちCOVID-19病床をもつ病院の看護職のコード[139]　内訳を[数]で示す	数
感染対策の制約下で患者や家族との繋がりを構築	患者と家族の思いを繋ぐ	施設入所中の方が入院された.病状説明を行う際に東京から息子さんが来院されたため、本来は面会禁止であったが、今回が最後になるかもしれなかったため玄関のロータリーで車内から息子さんとの面会を行った.息子さんが泣きながら手を振られていたのを見た時.	21[16]
		看取り患者とその家族がテレビ電話をすることができるように調整し、家族の時間をつくることができたこと.	
	患者の思いに寄り添う	防護服を着ている事で安心感はあるが、介護の負担が大きい患者には少し不安感を感じていた.陽性患者さんという事で、患者さん自身も、不安が強いと感じたため不安の軽減に務めることができた.	5[5]
		患者は隔離されているため、孤独や不安感が強い人が多かった.病棟専用の携帯端末を用いて、グリーンゾーンとレッドゾーンの間で随時やりとりすることで患者の孤独感や不安感の軽減を図ることができた.笑顔で退院していく患者をみることができた.	
	短時間で深くかかわる看護	一人一人にかかる時間と人手がとられてしまうが、その分患者と向き合う時間が増えると感じた.	4[4]
闘病と回復の過程を見届ける	重症化予防に向けた高度な看護	呼吸補助療法中の患者の回復に向けて、スタッフ全員で腹臥位の体位変換などを意識的に取り組めた.	2[2]
	呼吸補助療法からの離脱	呼吸状態が悪化し、ネーザルハイフローを使用して肺を休めた結果、徐々に回復し元気に歩いて退院した時.	6[6]
		人工呼吸器から離脱して会話できたこと.	
	重症症例患者の退院	人工呼吸器を着けていた患者さんが転院・退院して、日常生活に復帰出来た時.	19[16]
		圏域を超えて当院に入院された患者がいた.自分達も初めてのコロナ患者の対応でお互い不安も大きかったが、笑顔で退院されるのを見送った時涙がでた.	
	闘病と回復を見届ける	COVID-19に感染した妊婦が、無事に出産に臨めたこと.	15[13]
		死に直面しADL全介助までになった患者が歩行できる状態で退院されたこと.	
労いや感謝の言葉	地域住民からの労いの言葉	町の集団ワクチン接種に参加し、接種対象者の方から「あなたたち医療者のおかげで助けられています.ありがとう」と感謝の言葉をいただき、とても嬉しくやりがいを感じた.	9[6]
		同級生に「私の故郷を守ってくれてありがとう」と言われた時.	
	COVID-19患者からの感謝	「コロナの時はお世話になりました.声で分かります.不安な気持ちを聞いてくれて本当にありがたかったです.」と言われた.防護服で目しか見えない状態なので患者さんへ不安感や疎外感を感じさせていたのではないかと思っていたが、気持ちに寄りそえていたことを実感できた.	36[33]
		入院中は防護服で接していたにも関わらず、退院後に、関わったスタッフの名前は、声でわかると言われたこと.入院中、スタッフは名札をつけずに防護服で接しているが、患者は声で全員のスタッフの事を覚えてくださっていた.	
		COVID-19患者と関われる時間制限がある中、色々な話をすることで、名前を覚えていただいた.回復して涙ながらに退院された.看護師をしていてよかったと思った.そして頑張ろうと思った.	
クラスターの予防	全職員による対策でクラスターを予防	一人の院内感染者を出すことなく乗り切れたこと.	13[10]
		疑いのある患者のトリアージや部屋分けを適切に行い、他患者との接触を回避できた.	
		不測の事態に対して、皆が知識を得ることや持ちよることを積極的に行い、シュミレーションを事前に徹底することで、病棟での患者からスタッフ等への感染を防げたことは嬉しかった.	
	対策の適切性を確信	入院患者がCOVID-19陽性と判定する前の看護に携わった.自身が濃厚接触者として自宅待機となったが、検査結果は陰性だった.日頃から、マスク着用や手指消毒をしっかり行う事ができているという自信につながった.	21[18]
		スタッフ数が不足している状況でも、職員の感染者はゼロで、一般病棟と感染病棟を両立出来ているのは、各スタッフの努力と協力によるものだと実感している.	
感染を拡げないという使命感	職員の意識改革に繋がる指導	不平不満が多くどこか他人事だったスタッフに教育・指導していくことで、スタッフの個々の感染予防に対する認識を変えていくことができた.感染拡大防止への意識付けをすることが出来たと感じれたこと.	7[5]
		教育を受けた看護師が経験を積み、他の看護師に教育できるようになったこと.	
	感染を拡げないという使命感	防護服を着ての作業をみた患者から、「ほんとうにありがとうございます」などの声かけをしてもらった時に、自分が今頑張らなければという指命感を感じた.	6[5]
		ハイブリッド（一般患者と感染者が同一病棟に入院すること）で運営している立場上、他患者に絶対移してはいけないという使命感のようなものがあった.病棟単位ではコロナファイターとしてまとめていった.	

によるものだった。入院中の COVID-19 患者への看護では，“…頻回にトイレへ行くふらつきのある高齢者の日々の介助や転倒予防の難しさを感じた”，“患者自身が感染予防のためのマスクや手洗いを行うことができない…”，“病識がなく部屋から勝手に出てくる方がいた”のように＜認知機能が低下した患者への感染対策と安全対策の両立＞や＜防護具装着の協力が得られない患者の看護＞，＜個室管理が守れない患者の看護＞の難しさが挙げられた。これらのサブカテゴリから【感染リスクとケアの狭間で生じる葛藤】が抽出された。

分析の結果，24 サブカテゴリと【感染リスクとケアの狭間で生じる葛藤】，【感染対策に対する患者からの理解や協力の得られにくさ】，【面会制限を強いるジレンマ】，【患者や家族の精神的支援】，【スタッフ間や患者との間で生じる危機意識の相違】，【感染リスク下の持続的な心身の緊張と生活制約】，【やり場のない組織への不満】の７カテゴリが抽出された（表４）。

Ⅵ. 考　　察

寺岡（2022）は，COVID-19 パンデミック下では患者への直接的関与の有無にかかわらず看護職の労働負担が生じることを指摘している。また，明野ら（2022）は，COVID-19 患者に対応した看護職ほど不安や負担が大きいことを報告している。本研究では，約６割が COVID-19 病床を有する病院に所属していた一方，約９割が職務中の緊張感や精神的負担を認識しており，これらは COVID-19 病床の有無で有意差が認められ，先行研究と一致していた。しかし，このような高い負担状況にあっても，量的調査では看護職の約６～７割でやりがいが維持されていた。また質的調査では，自由記述 151 名（11.5%）から 164 コードが得られ，その多くは COVID-19 病床を有する病院の看護職によるものであったことから，過酷な状況においてこそやりがいがより強く認識されていた可能性が示唆された。そこで，COVID-19 病床の有無にかかわらず認められた看護職のやりがいや困難感について，量的・質的調査の結果を踏まえ，以下，１～６の項目に沿って考察する。

表４　COVID-19 流行の蔓延状況における看護職の困難感

カテゴリ	サブカテゴリ	コード　422[314]*　一部を掲載　*422コードのうちCOVID-19病床をもつ病院の看護職のコード[314]　内訳を[数]で示す	数
感染リスクとケアの狭間で生じる葛藤	感染対策によるケア制限への無力感	ケアを提供したい気持ちはあるが、感染リスクを考え患者との接触時間を減らす必要があることから十分なケアが提供できないことがあった.	45[39]
		してあげたいことはたくさんあって、できるだけ希望に沿いたいと思うが、感染対策による病院の規制などにより、思うようにしてあげられないことは辛かった.	
		入院が長期化し、症状の悪化を不安に感じている患者の精神的苦痛に寄り添ってあげることが出来なかった.	
	防護具着脱の時間的負担	すぐに部屋にかけつけたいのに、防護具を着用する時間がかかってしまう.	19[19]
	防護具によるコミュニケーションのとりづらさ	マスクを着用をすると患者に表情がうまく伝わらず、また患者の表情をうまく判断できずコミュニケーションの難しさを感じた.	7[2]
		防護具で接する際、高齢者で難聴の方や認知症で指示が入らない方なども多く、話がうまく伝わらないことや、個室に入る都度の防護具の装着に急いで入らないといけない場面など多く困難感を感じた.	
感染対策に対する患者からの理解や協力の得られにくさ	認知機能が低下した患者への感染対策と安全対策の両立	感染対策の必要性が理解できない患者やせん妄のある患者への感染対策に困難を感じた.	9[6]
		夜間に頻繁にトイレへ行くふらつきのある高齢者の日々の介助や転倒予防の難しさを感じた.	
	防護具装着の協力が得られない患者の看護	日頃から清潔ケアを拒否されることが多い患者が入院している.その方々にマスクや消毒・手洗いをしていただくことが難しかった.	24[16]
		患者自身が感染予防のためのマスクや手洗いを行うことができないこと.理解して実践することが難しいこと.	
	個室管理が守れない患者の看護	病識がなく部屋から勝手に出てくる方がいた.	16[7]
面会制限を強いるジレンマ	面会制限を強いるもどかしさ	重症患者、手術後の患者にも面会制限を強いらねばならず、家族に不安や心配を与えてしまった.	23[16]
		面会制限となった時、赤ちゃんと両親との母子分離の影響が不安だった	
		面会禁止となり、患者も家族も不安や不便さを感じていた.日々の業務に追われるなかでの精神的サポートが難しかった.家族にしかできないサポートや安心感があると感じた.	
	終末期患者の面会制限に対する倫理的ジレンマ	リモート面会の対応を行ったが、患者の側にいるのが看護師や医師であることにジレンマがあった.	11[9]
		面会制限の理解を得る為の説明を行う際に心苦しい思いがあった.会いたい人を会わせてあげられなくて辛かった.	
	家族が側で看取れないやるせなさ	患者さんが亡くなる時、家族対応を行なったが、病棟に入れないためオンライン面会でお別れをしてもらった.すぐ近くにいるのに一目も会わせることができず辛かった.	29[22]
		会わせてあげたい気持ちはあるが感染予防で会わせれないことが心苦しかった.	
		患者さんの看取りの場面で、家族から「なぜ面会できないのか」等の声を聴くことがあった.患者さん自身も会いたい知人に会えず亡くなっていくもどかしい気持ちだった.	
患者や家族の精神的支援	制限が伴う患者の苛立ちへの対応	子ども達がコロナの影響で外泊できておらず、イライラして辛い様子を見るのがきつかった.	19[12]
		個人防護具によって患者へ不安感を与えてしまい、「何でそんなものをつけるんですか！」「早く出して下さい」と興奮した患者がいた.	
	家族からの苦情への対応	他県から来院した家族に面会制限を説明しても「自分達が責任を持つ」と言って理解・納得されない方が多く、「ワクチンを接種しているから大丈夫」「自分には感染していない」と過心している人が多く困った.	21[14]
		面会が出来ないのを医療従事者のせいにされ、人質をとった様な感じに言われた.	
スタッフ間や患者との間で生じる危機意識の相違	職員間の危機意識のずれ	病院内でCOVID-19を対応している職員とそうでない職員との認識のずれがある。リリーフ(他病病棟の手伝い)にこれないのか、なんで忙しいのかがわからないと言われたりする.	20[11]
		病棟でCOVID-19対応に当たるのは基本的に若手ばかりだった.先輩に「対応が分からない」と言われることがあり、全員でCOVID-19対応することを意識して欲しいと思った.	
	医療従事者と患者の危機感の温度差	コロナ疑いの人が身近にいても内緒にして受診してくる患者がいて、診察終ってから本当の事を話す人もいる。それを指導しても「はいはい」と返事だけして、全く聞いてない人もいて怒りの気持ちが出る時もあった.	38[27]
		外来業務で患者に問診を取るが、感染症状があっても「ない」と嘘をつかれることがあり困った.	
感染リスク下の持続的な心身の緊張と生活制約	感染への不安	疑いの患者を受け持った時に自分も感染するんじゃないかという不安に加え、体力・精神的にも疲労困憊となることがあった.	20[17]
		感染防止には努めているが、やはりCOVID-19患者に関わると、本当に自分は感染していないかという不安と、もし感染していたら家族に感染させてしまうという不安と心配があった.	
	防護具装着による身体的負担	昼夜問わず防護服を装着しており、息苦しさや圧迫感があった.	18[16]
		防護具を装着している時間が長く疲労感はとても強かった.N95マスの装着は息苦しさを感じながらの看護だった.	
	気が抜けない緊張感	世の中がCOVID-19であふれても、他の病気がなくなるわけではないので、どちらに対しても気がぬけない緊張感が常にあった.	9[5]
		私生活でも注意しなければならないため、常に気が張っている.	
	私生活の行動制限	病棟に感染を持ちこまないために、友人に会うのを控えたり外出をやめたりしたため、リフレッシュできず気分が落ちこんだ事がある.	10[6]
		ほとんど自由な行動ができないためストレスとなり辛い.医療職であるがゆえに家族間でもピリピリとした空気があり辛い.	
	家族に与える負担	休校、休園となった時の子供が自宅待機となった時、すぐに休みがとれない事が一番のストレスだった.	6[5]
		自分だけでなく、自分の家族にまで気を使わせてしまうことや精神的負担が大きい.	
やり場のない組織への不満	深刻な人手不足	子供の学校で陽性者が出て、自宅待機となった子供の面倒をみるためにスタッフが勤務できなくなることが続く.勤務のやりくり、スタッフの確保などに苦慮した.	20[15]
		発熱外来の診療が一般外来の合間に行わざるを得ない状況で、患者さんを待たせてしまうことや、そしてそれに携わる医師と看護師が外来から抜けることで業務に負担を生じていることが多々ある.	
	リスクコミュニケーション不足	入院した患者が感染していたことが入院後に分かった。リスクが高いことをケアマネが伝達しておらず、必要な検査や対策ができてなかったため対応が遅れた.	18[14]
		各病棟の病床数が減少（病床数を制限）させたが、医師が減少させることの情報を知らなかったり、連携が図れず、病棟スタッフとしてかなり繁忙度が高くなった.	
	ゾーニングが難しい施設構造	陰圧システムやモニターなどの設備が整っていない状況でのスタートだった.すべて手さぐりで行ってきた為、対応する時に困乱してしまった.	12[8]
		病院の設備が古くゾーニングに困った。感染症病床がないため、カーテンにて清潔不潔の区別を行なっているが難しい.	
	情報の不確かさ	情報が下まで降りてこない.不確かな情報ばかりで現場はとても振り回された.共有ができていない.	16[16]
		日常的にコロナ患者の対応をしているわけではないため、マニュアルの厳守が困難だった.患者対応の度にマニュアルを見直し修正するため、マニュアルの周知・厳守が困難だった.	
	面会システムの複雑さ	感染対策を行いながらの面会対応には場所と人数の確保が十分にできないと難しいと感じた.	7[6]
		感染リスクが高いことによって患者の荷物対応は看護師が行うことが増え、業務に加えて大変であった	
	リスクに見合わない報酬	看護師の使命感だけでできるものではない.リスクを負う分は見返りがほしい.	7[7]
		精神的肉体的にリフレッシュができない状況のなか、高いリスクを負って看護に従事してもそれを適切に評価されずリスクに対する対価が支払われないことでモチベーションの維持が困難.	

1．感染対策の制約下における看護の困難とやりがい

患者の看護においては，＜認知機能が低下した患者への感染対策と安全対策の両立＞や＜防護具装着の協力が得られない患者の看護＞，＜個室管理が守れない患者の看護＞に難しさを感じていた。これらは，療養病棟を対象とした全国調査において，認知症患者では持続的なマスク着用や適切な距離の保持，感染予防策の理解が困難であることが示されている（杉山ら，2021）結果と一致しており，看護者は【感染対策に対する患者からの理解や協力の得られにくさ】に困難を感じていた。

そのような状況において，個人防護具を装着し，患者との接触時間を制限しながら行う看護では，＜感染対策によるケア制限への無力感＞や＜防護具着脱の時間的負担＞，＜防護具によるコミュニケーションのとりづらさ＞といった【感染リスクとケアの狭間で生じる葛藤】が認識されていた。これらは，患者との接触時間の短縮によるもどかしさや十分にケアを提供できない悔しさ（相馬，2023），さらにタッチングや傾聴がいつものように行えないことへのジレンマ（倉澤ら，2021）と同様の結果であった。

以上のような困難感を抱きながらも，【感染対策の制約下で患者や家族との繋がりを構築】にやりがいを見出していた看護職もいた。小野寺（2022）は，COVID-19 病棟での職務経験を有する看護師を対象にした研究において，感染リスクへの恐怖を抱きながら患者にかかわる「感染リスクとの対峙」の経験は，防護具を貴重な資源として捉える認識や感染予防を徹底することが患者の命を守るといったプロフェッショナリズムの醸成を促し，感染リスクを回避できる力の獲得に繋がると報告している。以上のことから，感染対策の制約下における看護には，【感染リスクとケアの狭間で生じる葛藤】が存在するものの，自身や周囲への感染拡大を防ぐための危機意識を高めた実践へと繋がっていたと考えられた。また，そのような経験を経たからこそ，やりがいを見出した看護職もいたと示唆される。高齢化社会における新たな新興感染症発生を想定すると，今後も感染対策に協力が得られない患者を含めた体制整備を検討しておく必要がある。

2．面会制限下の患者・家族ケア

病院内へのウイルスの持ち込みや感染拡大を予防するため，多くの病院では面会制限が実施されていた（杉山ら，2021）。看護職はその必要性を理解しながらも，“…重症患者，手術後の患者に面会制限を強いねばならず，家族に不安や心配を与えてしまった”といった＜面会制限を強いるもどかしさ＞を感じていた。先行研究によると，COVID-19 流行下で亡くなる患者の家族へのケアに従事した救急看護師は，家族が患者と最後の時間を共に過ごすことができるケアが実践できない葛藤を抱え，バーンアウトや抑うつのリスクを高めていたことが報告されている（伊東ら，2023）。また，相馬（2023）は，面会制限下における看取りにおいて，看護職が無力感や憤りといった複雑な感情を抱いていたことを報告している。本研究においても，終末期の患者に“リモートの面会を行ったが，患者の側にいるのが看護師や医師であることにジレンマがあった”，“…会いたい人を会わせてあげられなくて辛かった”などのような＜終末期患者の面会制限に対する倫理的ジレンマ＞が認識されていた。また，“患者さんが亡くなる時，家族対応を行ったが，病棟に入れないためオンライン面会でお別れをしてもらった．すぐ近くにいるのに一目も会わせることができず辛かった”，“…家族から「なぜ面会できないのか」と聞かれ…患者さん自身も会いたい人に会えず亡くなっていくもどかしさがあった”などの＜家族が側で看取れないやるせなさ＞を感じており，これまで経験したことのない【面会制限を強いるジレンマ】が明らかとなった。一方で多くの病院は，家族が患者の状況を把握できるよう，電話や写真，動画，オンライン面会，連絡帳などのツールを活用し，制約のある中で最大限の看護が実践されていた（飯塚ら，2023；伊東ら，2023；杉山ら，2021）。本研究でも“…玄関のロータリーで車内から息子さんとの面会を行った．息子さんが泣きながら手を振られていた…”，“看取り患者とその家族がテレビ電話をすることができるように調整し，家族の時間をつくることができたこと”などのように＜患者と家族の思いを繋ぐ＞ための工夫がなされており，【感染対策の制約下で患者や家族との繋がりを構築】へのやりがいを見出していた看護職もいた。

さらに，非対面で看取りを経験した家族は，看取りの限界を感じつつも面会制限を肯定的に捉え最善の看取りが出来たと感じていたことを明らかにしている（上坂ら，2023）。このことから，家族は制約の中にあっても最善の看取りを望んでいたと推察される。しかし，COVID-19 パンデミック下における家族ケアの事例報告では，ビリーブメントケアは家族の後悔を軽減させる意味で有意義であり重要性が示唆された一方で，その実施には，人的・物的・時間的資源の不足や感染管理上の課題があることが指摘されている（沼野井ら，2021）。本研究においても“…面会対応には場所と人数の確保が十分にできないと難しいと感じた”のような＜面会システムの複雑さ＞が示されており，マンパワー不足により家族が最善の看取りと感じられる環境整備が十分に行えなかった可能性が推察された。実際に＜制限が伴う患者の苛立ちへの対応＞や＜家族からの苦情への対応＞で示されるように，【患者や家族の精神的支援】に困難さを感じていたことも明らかとなった。

加えてオンライン面会では，家族と看護師の援助関係の形成は十分とはいえず，患者・家族・看護師間で密な情報共有が可能な面会システムの構築が求められている（飯塚ら，2023）。特に終末期においては，家族のニーズを的確に把握し，死別後の曖昧な喪失を回避するための工夫が必要である（羽生田ら，2021）。さらに，機器の準備や操作に不慣れな看護職や高齢患者への支援の必要性も指摘されている（藤谷ら，2024；上坂ら，2023）。

以上のことから，新たな新興感染症発生時においては，COVID-19 と同様に面会制限が生じることが予測される。したがって，特に終末期の患者や看取りに至る患者を想定した

うえで，多様な面会手段の整備とそれを実現する体制の構築，さらにビリーブメントケアを含めた支援体制の充実が必要であることが示唆された。

３．患者の回復過程にかかわるやりがい

相馬（2023）は，COVID-19 患者の看護において生じた肯定的な感情として，患者が回復・退院することの安堵感やチームワークのすばらしさを報告している。また，精神科看護師のやりがいを質的に明らかにした研究では，患者が回復し退院できたことや，患者・家族から信頼され肯定的な評価を得たことが報告されている（加藤ら，2023）。本研究においても【労いや感謝の言葉】に励まされ，呼吸補助療法中の患者への＜重症化予防に向けた高度な看護＞を通して【闘病と回復の過程を見届ける】ことへのやりがいを見出していた。これらは，対象者の特性にかかわらず看護職に共通して認められた結果であり，先行研究と一致していたと言える。

４．感染を拡げない使命感と危機意識の相違による困難

専門職としての思いや姿勢の項目において『そう思う/概ねそう思う』との回答では，「看護職としての使命感を持っている」975 名（80.4%），「ウイルス持ち込み防止への意識を持っている」1,172 名（95.4%）であった。感染リスクを背負いながらも“スタッフ数が不足している状況でも，職員の感染者はゼロで，一般病棟と感染病棟を両立出来ているのは，各スタッフの努力と協力によるものだと実感している”で示されるように，＜対策の適切性を確信＞しており，【クラスターの予防】や【感染を拡げないという使命感】へのやりがいを見出していた。一方で＜職員間の危機意識のずれ＞や＜医療従事者と患者の危機感の温度差＞で示されるように【スタッフ間や患者との間で生じる危機意識の相違】に対する困難感も抱いていた。これらのことから，各組織にとどまらず，地域全体で危機意識を共有し，医療提供体制を維持するための継続的な周知と取り組みが必要であると考えられる。

５．看護職の心身の負担と組織的支援の課題

第１波における看護職の心理的影響を明らかにした研究では，COVID-19 患者の対応に従事した看護職の約９割が，医療現場の緊張感の高まりや仕事上の精神的負担の増加を認識していた（朝倉ら，2020）。また，第２波における研究では，COVID-19 患者への対応の有無にかかわらず不安や負担が認識されており，とりわけ対応に従事した看護職のほうがその程度が大きいことが報告されている（明野ら，2022）。さらに第４波までを回想して回答を求めた看護職員実態調査（日本看護協会，2022）では，約 80%の看護職が自身の感染に対する恐怖や不安を抱えていたことが示されている。本研究と同時期に実施された研究においても，孤独感やストレス，辞意や苛立ちといった，看護を継続する中で生じる苦悩が明らかにされている（相馬，2023）。本研究においても，約９割の看護職が職務中の緊張感や精神的な負担を認識していたことが明らかとなった。以上の知見から，COVID-19 流行が蔓延する状況における心身の負担は明らかであり，特に，COVID-19 病床を有する病院の看護職は，＜感染への不安＞や＜気が抜けない緊張感＞に加え，＜防護具装着による身体的負担＞をより多く感じていたと推察される。さらに，職場外においても＜私生活の行動制限＞や＜家族に与える負担＞を感じており，勤務時間の増加に伴い趣味や運動の時間が減少し，生活様式が変化していたとする報告（伊藤ら，2024）と一致していた。これらのことから，【感染リスク下の持続的な心身の緊張と生活制約】に対する早期理解と，就業が継続できる組織的な支援の必要性が示唆された。

さらに，COVID-19 が蔓延する状況で救急看護に従事する看護職を対象とした全国調査では，29.6%が心理的不安定を経験し，行政や所属施設，上司に対しネガティブな感情を抱く者が多かったことが報告されている（山勢ら，2021）。本研究においても＜深刻な人手不足＞や＜リスクコミュニケーション不足＞，“情報が下まで降りてこない．不確かな情報ばかりで現場はとても振り回された…”で示される＜情報の不確かさ＞など，【やり場のない組織への不満】が明らかとなり，同様の傾向がみられた。また，＜リスクに見合わない報酬＞についても同様の指摘がなされており（相馬，2023），第１波の時点からその必要性を指摘している報告もある（朝倉ら，2020）。2020 年に実施された「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業」は，一時的なモチベーション向上に寄与した可能性が示されており（萩谷ら，2021），報酬がやりがいの一要因となり得ることも報告されている（加藤ら，2023）。これらを踏まえ，新興感染症患者の対応に従事する看護職へのインセンティブについては，専門的知識や技術の習得を前提としつつ，各組織の実情に応じた対応が必要である。

このような状況の中，看護職員実態調査（日本看護協会，2022）では，看護職の就業継続意向は 67.6%であったことが報告されている。本調査においても 743 名（58.4%）が看護職を継続するか考えたことがあると回答しており，多くの看護職が就業継続に戸惑いを感じていたことが明らかとなった。COVID-19 病棟に従事する看護師の就業継続意思に関する研究では，過酷な状況下においても看護師としての自己と対峙しながら就業継続意思を強化していたことや，上司・同僚および家族などからの人的支援の重要性を明らかにしている（鈴木ら，2024）。本研究においても 66.8%が「上司に支えられた」，53.5%が「組織に支えられた」と回答しており，これらが就業継続意思に影響していた可能性が示唆されたことから，組織的な支援体制の強化の重要性が明らかとなった。

６．偏見・差別の実態と課題

COVID-19 流行下では，医療従事者に対する偏見や差別の経験が報告されている（朝倉ら，2020；相馬，2023；度會ら，2023）。本調査では，偏見や差別を受けたと認識した者が 328 名（25.9%），同居家族が偏見や差別を受けたと認識した者が 199 名（15.7%）であり，医療従事者およびその家族に対する偏見や差別の実態があらためて浮き彫りとなった。行政や医療機関が連携し，各地域の新興感染症発生動向に応じた正確かつ迅速な情報発信や，偏見・差別を許容しない啓発を継続していくことが重要である。

本研究は単一県を対象とした横断研究であり，結果の一般化には限界がある。また，自記式質問紙による回答バイアスや多重比較による第一種の誤りが生じる可能性を考慮する必要がある。

Ⅶ. 結　　論

COVID-19 流行の蔓延状況における看護職は，持続する緊張感や精神的負担，感染への不安に加え，私生活の制約といった厳しい状況に置かれていたことが明らかとなった。そのような状況下の看護では，感染対策への協力が得られにくい患者への対応，面会制限に伴う倫理的ジレンマ，患者および家族への精神的支援，偏見・差別など，多面的な困難が存在していた。さらに，就業継続への戸惑いも認められ，人的支援および組織的支援の重要性が示唆された。

一方で，感染拡大を防ぐための危機意識を高めながら，感染対策の制約下で患者や家族との繋がりを構築することや，患者の闘病および回復過程にかかわること，さらにクラスター予防や感染拡大防止に向けた使命感にやりがいを見出していたことも明らかとなった。これらの困難とやりがいは，COVID-19 病床を有する病院の従事にかかわらず広く認められ，看護職に共通する認識であったと考えられる。

以上のことから，新たな新興感染症発生時における看護職への支援では，医療提供体制の維持に向けて地域全体で危機意識を共有し，看護職の心身を支える組織的支援体制の強化を図ることが重要である。あわせて，各地域の新興感染症発生動向に応じた正確かつ迅速な情報発信や，偏見・差別を許容しない啓発の継続が必要である。さらに，感染対策を基盤とした看護の継続に向けては，進展する高齢化社会を背景に，感染対策への協力が困難な患者を想定した平時からの体制整備が求められる。特に，終末期患者や看取りの場面を見据え，多様な面会手段の整備とそれを実現する体制の構築，さらにビリーブメントケアを含めた支援体制の整備が重要である。

謝辞

本研究にご協力いただきましたA県内の看護職の皆様に心より感謝申し上げます。

本論文の内容の一部は，第 44 回日本看護科学学会において発表した。なお，開示すべき利益相反はない。

本研究は JSPS 科研費 JP21K10552 の助成を受けたものです。

Ⅷ. 引 用 文 献

明野伸次，清水愛弓，鈴木友理子，高橋佳子，西谷桃子，井川亜希子，山中希恵．(2022)．新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている病院の看護師の業務における不安・負担．*北海道医療大学看護福祉学部紀要，29*, 35–40.

朝倉京子，高田望，杉山祥子．(2020)．新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のアウトブレイクが看護職に与える心理的影響　宮城県内の病院に勤務する看護職を対象とした実態調査．*看護管理，30* (8), 756–762.

藤谷萌，石井志摩，河野加代子，野瀬美郷，間中麻衣子，松上令子，吉田雅代．(2024)．新型コロナウイルス感染症専門病棟における終末期患者のオンライン面会に対する看護師の考えと今後の課題．*日本看護学会誌，19* (1), 110–114.

萩谷英大，三好智子，西村義人，徳増一樹，本多寛之，長谷川功，小比賀美香子，頼藤貴志，大塚文男．(2021)．新型コロナウイルス感染症対策における慰労金交付事業の影響およびその評価．*日本病院総合診療医学会雑誌，17* (6), 608–616.

羽生田悠，椿美智博，猪狩遼子，森拓也，横溝育美．(2021)．新型コロナウイルス感染症患者のリモート面会による終末期看護：ケースレポート．*グリーフ&ビリーブメント研究, 2*, 87–93.

飯塚麻紀，土屋陽子，野村美紀．(2023)．コロナ禍の面会制限の実態と家族・看護師の思い：国内文献レビュー．*駒沢女子大学看護学部研究紀要，2*, 25–34.

伊藤歩美，宮崎有紀子，小林亜由美，李廷秀，長井万恵，井出野由季，林邦彦．(2024)．新型コロナウイルス感染症パンデミックによる女性看護師の業務と生活への影響－日本ナースヘルス研究・WEB 特別調査より－．*日本健康学会誌，90* (5), 141–154.

伊東由康，椿美智博，坂口幸弘．(2023)．COVID-19 流行下での亡くなる患者の家族へのケアに伴う救急看護師の葛藤と精神的健康．*死の臨床，45* (1), 126–133.

加藤優一，千葉理恵，林佑太，廣田美里，阪本拓也，島津明人．(2023)．精神科看護師はどのような時に仕事のやりがいを感じているか：新型コロナウイルス感染症流行期の質問紙調査から．*看護科学研究，21*, 58–67.

小岩広平，若島孔文，浅井継悟，高木源，吉井初美．(2021)．我が国における看護師の新型コロナウイルス感染症への感染恐怖の規定要因．*心理学研究，92* (5), 442–451.

倉澤真美，前澤真弓，林美紀，雫田美月．(2021)．新型コロナウイルス感染症疑いの患者を受け入れた一般病棟で働く看護師の心理的影響～一般患者対応看護師と感染疑い患者対応看護師への質問紙調査の分析から～．*長野赤十字病院医誌，35*, 33–38.

直嶋美恵子，柴原直樹，井澤嘉之，遠藤正雄，永浦拡，久智行．(2020)．新型コロナウイルス感染症の流行による病院勤務者におけるストレスの検討．*神戸医療福祉大学紀要，21* (1), 55–66.

日本看護協会．(2022)．*2021 年看護職員実態調査．日本看護協会調査研究報告書 98*. https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf（2023 年 9 月 30 日閲覧）

沼野井翔太，椿美智博，猪狩遼子，田村智，中野由紀子，鈴木達彦，青木理美．(2021)．COVID-19 パンデミック下の救急外来におけるビリーブメントケアを念頭に置いた家族ケアの実践．*グリーフ&ビリーブメント研究，3*, 129–137.

小野寺美希子．(2022)．COVID-19 に関する仕事経験を通じた看護師の学習プロセス．*日本看護研究学会雑誌，45* (4), 705–724.

相馬幸恵．(2023)．新型コロナウイルス感染症患者の看護における看護師の感情労働．*日本医療大学紀要，9*, 75–90.

杉山智子，横山久美，八木範子，湯浅美千代．(2021)．療養病棟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，18* (1), 32–42.

鈴木由美，林圭子，田代恵美，成田いづみ，柴田美枝子．(2024)．COVID-19 感染症病棟に従事する看護師における就業継続意思の様相．*国際医療福祉大学学会誌，29* (1), 69–84.

寺岡征太郎.（2022）. 新型コロナウイルス流行下における看護職のメンタルヘルスに関する実態調査～東京都の医療・福祉施設に勤務する看護職を対象としたWebアンケートより～. *東京都看護協会学会誌, 2*, 5–10.

上坂真弓, 橋本茜, 黒澤昌洋.（2023）. 新型コロナウイルス感染症流行下に非対面面会による看取りを行った家族の体験. *看護科学研究, 21*, 82–90.

度會裕子, 長谷部好信, 小林房代, 木下直彦, 鈴木健司, 石上和男, 伊藤嘉高, 瀧口徹.（2023）. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者を扱う病院看護職はどのような差別あるいは激励を受けたか. *新潟医療福祉会誌, 22*(3), 91–101.

山勢善江, 山勢博彰, 明石惠子, 浅香えみ子, 木澤晃代, 劔持功, 佐々木吉子, 佐藤憲明, 芝田里花, 菅原美樹, 中村美鈴, 箱崎恵理, 増山純二, 三上剛人, 藤原正恵, 森田孝子.（2021）. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する救急看護の実態と課題―日本救急看護学会による実態調査―. *日本救急看護学会雑誌, 23*, 37–47.

◇研究報告◇

看護師養成所３年課程における看護教員のバーンアウト症候群に影響を及ぼす因子
―職業コミットメントおよび組織コミットメントとの関連―

平井久美子[1)*]，大原洋子[2)]，佐藤美春[3)]，平岡紀代美[4)]

【目的】本研究は看護教員の職業コミットメント（以下職業Ｃ），組織コミットメント（以下組織Ｃ）とバーンアウト症候群（以下 BS）の関係性を明らかにすることを目的とした。
【方法】看護師養成所３年課程 510 校の専任教員 5,030 人を対象とした。
【結果】BS に対し職業Ｃ，組織Ｃは有意な相関関係が見られた（$p < 0.001$）。重回帰分析で従属変数 BS に対し独立変数職業Ｃ，組織Ｃ共に負の標準偏回帰係数となった。51 歳以上が 31–50 歳に比べ，BS になりやすい傾向が見られた（$p < 0.01$）。教員経験年数 21–30 年が 10 年以下に比べ，BS になりやすい傾向が見られた（$p < 0.001$）。
【結論】本研究では，年齢や教員経験年数により，職業Ｃ，組織Ｃと BS が異なることが分かった。特に職業Ｃと組織Ｃの情緒的側面が低くなると BS へつながることが新たに示唆された。

【キーワード】看護教員，看護師養成所３年課程，職業コミットメント，組織コミットメント，バーンアウト症候群

Ⅰ．はじめに

近年，医療の高度化・複雑化に伴い，看護師には，より高度な実践能力と質の高い看護が求められている。これを受け，看護師養成所指定規則の改正（2025 年）など，看護基礎教育の内容も変化しており，教育を担う看護教員には，これまで以上に資質の維持・向上が求められている。

看護師のストレスやバーンアウト症候群（以下 BS）に関する研究は，これまで散見されてきた。先行研究によれば，看護師の BS に関する研究では，看護業務，組織風土，ストレス，年齢，性格などといった様々な要因が報告されている（本村・八代，2010）。

看護師の職業コミットメント（以下職業Ｃ），組織コミットメント（以下組織Ｃ）と BS に関する研究では，「所属組織に対する内在化意識の定着や愛着心を育成することは，自己の振り返りやキャリアアップなど専門職者として高いレベルの仕事を目指した自己啓発行動を促進し，BS になりにくい。さらに，職業Ｃが高いほど職務関与や職務満足度が高く，BS になりにくい」と報告されている（澤田，2009）。

一方で，看護教員もまた，学生指導や多忙な業務，教育・研究能力の向上など，多岐にわたる役割葛藤を抱えており，臨床の看護師と同様に BS に陥りやすい状況にある（久保，2007；原田ら，2012）。

特に，看護教員の職業継続意思と組織Ｃに関する研究では，「教員経験年数５年以下の看護教員は，職業継続意思のある者の割合が低く，組織Ｃも低かった」と報告されており（成田・長谷部，2017），どのような構造で影響を及ぼしているのかという点については，十分に明らかになっていない。

さらに，３年課程の養成所は全国の看護師養成の基盤を担っているが，その教員特有の背景を踏まえた検討は不足している。

したがって，看護教員の職業Ｃ・組織Ｃと BS の関連性を，年齢や経験年数等の属性も含めて詳細に分析することは，教員のウェルビーイング向上のみならず，持続可能な看護教育体制を構築するための重要な根拠になる。

受付日：2025 年 10 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日
1）舞鶴医療センター附属看護学校　　2）姫路医療センター附属看護学校
3）現所属：森ノ宮医療大学助産学専攻科　前所属：姫路医療センター附属看護学校
4）現所属：厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室　前所属：姫路医療センター
＊ E-mail：hirai.kumiko.cb@mail.hosp.go.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

本研究では看護師養成所３年課程の看護教員の職業Ｃ，組織ＣとBSの関係性を明らかにすることを目的とした探索的・仮説生成型の量的記述的研究である。

Ⅲ．方　　法

１．対象者

看護師養成所３年課程510校に在籍する看護教員5,030名（学校長，副学校長，教育主事を除く）を対象とした。対象の看護教員5,030名のうち，調査への協力に同意し回答が得られたのは760名であった。このうち，主要な変数（職業Ｃ，組織Ｃ，BS尺度）に欠損のない760名を有効回答として分析対象とした（有効回答率15.1%）。

２．データ収集方法および期間

2022年12月22日，学校長宛てに調査依頼書，無記名オンラインアンケート（questant）アクセス用QRコード用紙を郵送した。データ回収期間は，2023年１月31日までとした。

３．調査内容

１）属性

対象者の属性は，年齢，教員経験年数，在職年数，教員養成講習の受講の有無，教員になった動機とした。

組織の属性は，設置主体，教員数，学生総数，関連施設との異動の有無，主担当領域と実習担当領域の一致，年間授業担当時間数とした。

２）職業Ｃ

職業Ｃは職業コミットメント尺度（Meyer et al., 1993）日本語版を基本にしながら，情緒的組織Ｃ，規範的組織Ｃ，功利的組織Ｃを下位尺度として使用した（佐藤ら，2015）。Meyer et al.（1993）は看護学生及び看護師を対象とした研究で多次元概念としての職業Ｃを提唱しており，下位尺度を３つ設定している。

まず情緒的職業Ｃは職業への情緒的な愛着を表している。次に功利的職業Ｃは職業を辞める，転職することに伴う損失を回避する意識に基づいている。最後に規範的職業Ｃは職業に対する責任や義務感，忠誠心を表している。

３）組織Ｃ

組織Ｃは３次元組織コミットメント尺度（Allen & Meyer, 1990）原版　日本語訳を基本にしながら，情緒的組織Ｃ，存続的組織Ｃ，規範的組織Ｃを下位尺度として使用した（渡辺・野口，1999）。組織Ｃは組織に対する個人の同一化及び関与の強さで定義されており，行動科学の分野で職業継続の重要因子ととらえられている。

まず情緒的組織Ｃは組織に対する愛着や同一化である。次に存続的組織Ｃは組織を去る際の損得勘定への知覚に基づく結びつきである。最後に規範的組織Ｃは，組織に対しての忠誠心や責任感，義務感を表す。

４）BS

マスラック・バーンアウト・インベストリー（Maslach & Jackson, 1981）の３つの症状である情緒的消耗感，脱人格化，個人的達成感（逆転項目）を下位尺度として使用した（久保，2007；澤田，2009）。看護師の職務ストレスとしてBSは知られており，BSのリスク要因として個人要因と環境要因にされることから，対象者及び組織の属性を調査した。

まず，情緒的消耗感は仕事を通じて，情緒的に力を出し尽くし，消耗してしまった状態である。次に脱人格化は相手との関係を仕事上の関係として割り切る対応状態，相手に対して無情で非人間的な対応状態である。最後に個人的達成感は仕事に係わる有能感，達成感の低下状態である。つまりBSとは，仕事上日々過大な情緒的資源を要求された結果生じる情緒的消耗感であり，他の２つの尺度は枯渇状態の副次的結果であるとされている。

なお，２）－４）の尺度の因子，下位尺度の質問に対する回答はリッカート５段階尺度を用いた。

４．分析方法

まず，各変数の得点分布を確認し，尺度の内部整合性を検討するためにCronbach's α係数を算出した。次に，職業Ｃ，組織Ｃ，およびBSの３因子間，ならびに下位尺度間の関連を検討するため，ピアソンの関係係数を算出した。

属性による各尺度の得点差を検討には，２群間比較に対応のないｔ検定，３群以上の場合は一元配置分散分析を用いた。またBSを目的変数，職業Ｃ，および組織Ｃを説明変数とした重回帰分析し，その影響度を検討した。

統計ソフトはIBM SPSS statistics ver.27.0を用い，有意水準は５％（両側検定）とした。

Ⅳ．倫理的配慮

研究対象の学校長に対象者へ調査用紙の配布を依頼した。研究の趣旨・回答の任意性・結果の公表の方法・IPアドレス情報について書面で説明し，アンケートの回答をもって承諾を得られたものとした。なお本研究は姫路医療センター臨床研究等診査委員会の承認（臨2022-3）を得て実施した。

Ⅴ．結　　果

１．対象者および組織の属性

対象者の属性を表１，組織の属性を表２に示す。

年齢別では40歳代（42.6%）が最も多く，教員経験年数および在職年数はいずれも「５年以下」が最多であった。設置主体は「都道府県・市町村（33.8%）」，学生総数は「120人以下（51.1%）」の施設が約半数を占めた。

２．各尺度間の相関および記述統計

各尺度の記述統計量および相関係数を表３，表４に示す。

組織ＣとＣの間には強い正の相関（$r=0.71$）が認められた。また，BSと組織Ｃ（$r=-0.35$），BSと職業Ｃ（$r=-0.35$）はいずれも負の相関を示した。下位尺度間においても，特にBSと「職業Ｃ・組織Ｃの情緒的側面」との間に中程度の負の相関（$r=-0.63$–$r=-0.73$）が認められた。なお，各尺度の信頼係数（Cronbach's α）は0.538以上であった。

表１　対象者の属性

		N=760	
		人数	%
年齢			
	25～30歳	7	0.9
	31～40歳	136	17.9
	41～50歳	324	42.6
	51～60歳	265	34.9
	61歳以上	28	3.7
教員経験年数			
	5年以下	262	34.5
	6～10年	209	27.5
	11～15年	122	16.1
	16～20年	78	10.3
	21～25年	49	6.4
	26～30年	32	4.2
	31年以上	8	1.1
在職年数			
	5年以下	327	43.0
	6～10年	217	28.6
	11～15年	105	13.8
	16～20年	60	7.9
	21～25年	27	3.6
	26～30年	19	2.5
	31年以上	5	0.7
教員養成講習の受講			
	受講済	632	83.2
	未受講	128	16.8
教員になった動機			
	自ら進んで	130	17.1
	教育に興味	225	29.6
	上司・先輩の勧め	239	31.4
	上司の命令	64	8.4
	夜勤がない	33	4.3
	家事・育児との両立	41	5.4
	地理的条件	3	0.4
	その他	25	3.3
主担当と実習担当領域			
	一致している	469	61.7
	一致していない	291	38.3
年間担当科目時間数			
	40時間以下	86	11.3
	41～60時間	115	15.1
	61～80時間	121	15.9
	81～100時間	212	27.9
	101～120時間	123	16.2
	121時間以上	103	13.6

３．属性による BS・組織Ｃ・職業Ｃの比較

組織Ｃと職業Ｃ，BS と属性との一元分散分析による比較を表５に示す。

１）個人属性：年齢および教員経験年数において有意差が認められた。組織Ｃ・職業Ｃは「31–50 歳」や「経験５年以下」の若手・中堅層で高く，BS は「51 歳以上」や「経験 21–30 年」のベテラン層で優位に高かった（$p < 0.01$）。

２）組織属性：教員数については，指定規則より「少ない」群で組織Ｃが高く，「多い」群で BS が高い傾向にあった（$p < 0.01$）。また，関連施設への異動については，「定期的な異動がある」群に比して，「異動なし」や「希望部署への異動が可能」な群で BS が優位に高かった（$p < 0.001$）。

４．BS に影響を及ぼす要因（重回帰分析）

BS を目的変数，組織Ｃおよび職業Ｃを説明変数とした重回帰分析の結果を表６に示す。組織Ｃ（$\beta = -0.211$）および職業Ｃ（$\beta = -0.197$）はいずれも BS に対して有意な負の影響を及ぼしており（$R^2 = 0.140$），両コミットメントが高まるほど BS が低減する構造が確認された。

Ⅵ．考　　察

１．職業Ｃおよび組織Ｃと BS の関連

第１に，組織Ｃと職業Ｃには強い正の相関（$r = 0.710$）が認められた。これは Meyer et al.（1993），Cohen（2000）や近年の研究とも一致しており，看護師教育において「専門職としての誇り」と「所属組織への愛着」は相互に補完し合う

表２　組織の属性

		N=760	
		人数	%
設置主体			
	都道府県・市町村	257	33.8
	学校法人	122	16.1
	独立行政法人国立病院機構	78	10.3
	独立行政法人労働者健康安全機構	24	3.2
	独立行政法人地域医療機能推進機構	9	1.2
	日本赤十字社	32	4.2
	済生会	15	2.0
	医師会	66	8.7
	医療法人	52	6.8
	一般財団法人、公益財団法人	31	4.1
	一般社団法人、公益社団法人	25	3.3
	その他	49	6.4
教員数			
	指定規則より少ない	158	20.8
	指定規則通り	413	54.3
	指定規則より多い	189	24.9
学生総数			
	120名以下	388	51.1
	120～240名	301	39.6
	241名以上	71	9.3
関連施設異動			
	異動はない（関連施設がない場合も含む）	327	43.0
	自分の意志に関わらず定期的な異動がある	243	32.0
	自分の希望した部署への異動が可能である	190	25.0

表３　因子・下位尺度の相関係数

因子		職業C		組織C				BS			
	下位尺度	情緒的	規範的	功利的	情緒的	存続的	規範的	E情緒的消耗感	D脱人格的	PA個人的達成感R
職業C				0.71 **			−0.35 **			
	情緒的		0.38 **	0.20 **	0.51 **	0.08	0.23 **	−0.52 **	−0.43 **	−0.63 **
	規範的			0.35 **	0.51 **	0.37 **	0.61 **	−0.17 **	−0.18 **	−0.34 **
	功利的				0.33 **	0.71 **	0.36 **	−0.08 *	−0.07	−0.21 **
組織C							−0.35 **			
	情緒的					0.33 **	0.60 **	−0.37 **	−0.38 **	−0.51 **
	存続的						0.38 **	−0.05	−0.01	−0.14 **
	規範的							−0.18 **	−0.19 **	−0.25 **
BS										
	E情緒的消耗感								0.59 **	0.52 **
	D脱人格的									0.40 **
	PA個人的達成感R									

*p ＜.05，** p ＜.01

関係にある（横山ら，2019；鈴木ら，2022）。

第２に，組織Ｃ・職業ＣとBSの間には負の影響が認められた。これは「コミットメントが高ければBSを抑制する」とした先行研究（澤田，2009）と同様の結果であった。特に，下位尺度において職業Ｃ，組織Ｃ双方の「情緒的側面」がBSと強い負の影響を示した点は重要である。看護教員が自らの職務に感情的な愛着を持ち，内発的な動機づけで教育に取り組んでいる状態こそが，離職意志や精神的消耗を防ぐ鍵であることを示唆している。

２．看護教員経験年数による関連

本研究において，教員経験５年以下の群は，他の群よりも組織Ｃ，職業Ｃが高くBSになりにくいという，先行研究（成田・長谷部，2017）の「教員経験５年以下が看護教員としての達成感，充実感が得られず愛着が持てずにいる」とは異なる結果が得られた。成田・長谷部（2017）の調査当時は，教員養成所の初期段階での葛藤が強調されていたが，本研究とは異なる傾向がみられた。本研究対象の教員経験５年以下は，COVID-19の発生を受けた教育体制の変動を入職前後に受けており，そのため看護教育現場における組織的支援の充実が関連していると考えられる。また，看護職の重要性が社会的に再認識された時期に入職したことで，看護教員としての達成感，充実感，看護学校への愛着につながり，BSになりにくい要素となっていると推察される。これは，現代の若手看護教員が「困難な状況下での貢献」を通じて，組織や職業への帰属意識を強めている可能性を示唆している。

一方で，51歳以上の群でBSになりやすい傾向がみられ

表４　因子・下位尺度分析

因子	下位尺度	項目数	平均値	(SD)	Cronbach' α
組織C		24	68.1	9.3	0.803
	情緒的	8	21.4	4.1	0.710
	存続的	8	22.7	4.2	0.657
	規範的	8	24.0	3.5	0.576
職業C		9	23.2	1.5	0.659
	情緒的	2	5.0	1.5	0.677
	規範的	4	10.9	2.3	0.538
	功利的	3	7.5	2.3	0.570
BS		10	24.9	1.8	0.850
	E情緒的消耗感	4	8.2	3.1	0.833
	D脱人格的	3	8.2	2.0	0.581
	PA個人的達成感R	3	7.7	2.2	0.765

表５　因子と属性での比較

項目カテゴリー	属性・分類群	対象者数 (n)	組織C 平均値	(SD)	職業C 平均値	(SD)	BS 平均値	(SD)
年齢	25-30歳	7	72.4	7.9	25.4	2.6	23.4	6.4
	31-40歳	136	71.3 **	9.5	23.8 **	4.5	25.0	6.0
	41-50歳	324	68.7 **	9.1	23.3 **	4.3	24.5	5.9
	51-60歳	265	66.1	9.1	22.8	4.6	26.2 **	5.8
	61歳以上	28	63.8	7.0	24.6	3.6	30.2	5.3
教員経験年数	5年以下	327	70.3 *	9.0	28.0 ***	4.5	26.5	6.4
	6-10年	217	68.5 **	8.9	26.9 ***	4.2	25.9	5.4
	11-15年	105	66.6	9.5	26.4	4.9	27.8	6.1
	16-20年	6	62.1	8.6	24.5	4.6	27.9	5.3
	21-25年	27	61.8	6.7	24.3	3.3	31.9 ***	5.0
	26-30年	19	64.6	6.6	24.6	4.8	28.5	5.0
	31年以上	5	60.2	8.7	23.2	4.4	34.0	1.8
教員数	指定規則より少ない	158	69.6 **	10.7	27.5	5.0	25.9	5.8
	指定規則通り	413	68.3	8.8	26.9	4.6	26.6	6.1
	指定規則より多い	189	66.5	8.8	26.5	4.1	28.4 ***	5.8
関連施設間の異動の有無	異動はない	327	68.0	9.4	26.9	4.5	27.4 ***	5.9
	定期的な異動	243	68.8	8.9	27.4	4.9	25.5	6.1
	自身希望による異動	190	67.4	9.6	26.5	4.4	27.8 ***	5.9

*p ＜.05, ** p ＜.01, ***p ＜.001

表６　BS に影響する組織Ｃ・職業Ｃの重回帰分析結果

従属変数 BS / 独立変数	非標準化係数 B	標準化係数 β	有意確率 p
(定数)	4.31	−	＜.001
職業C	-0.28	-0.21	＜.001
組織C	-0.31	-0.20	＜.001
調整済み R^2	0.14		

た。この年代は，教員としての熟練期にあると同時に，中間管理職としての役割期待（役割ストレス）が高まる時期である。また，臨床現場への復帰に対する不安や，自身のキャリアの最終段階を見据えた心理的葛藤が生じやすいことが指摘されている。先行研究（成田・長谷部，2017；田中ら，2017）でも，ベテラン教員のバーンアウトは「組織内での役割過多」と関連することが示されており，本研究の結果もこれを裏付けている。

3．教員志望動機の変容

教員になった動機について，先行研究（成田・長谷部，2017）に比べ，「教育に興味」という回答が約２倍（29.6%）に増加していた。これは，入職前後の早い段階から自身のキャリア形成を主体的に描く看護師が増えている現状を反映していると推察される。

Ⅶ. 結　　論

1．組織Ｃと職業Ｃは相関係数 $r = 0.710$ の強い相関関係があった。
2．組織ＣとBSは $r = -0.346$，職業ＣとBSは $r = -0.350$ の弱い負の影響があった。
3．下位尺度間の中で特にBSと職業Ｃ情緒的は $r = -0.63$–$r = -0.43$ の負の影響があった。
4．教員経験５年以下は組織Ｃ，職業Ｃいずれも他の経験年数の層より高く，BSになりにくいことが示唆された。
5．年齢51歳以上は教員経験年数が増え，臨床へ戻る事への不安，再就職の機会の減少，異動した場合の新たな職場適応への不安や役割ストレスがBSになりやすい傾向になった。

以上のことから，本研究では，年齢や教員経験年数により，職業Ｃ，組織ＣとBSが異なることがわかった。特に職業Ｃと組織Ｃの情緒的側面が低くなるとBSへつながることが新たに示唆された。看護教員のBSを予防するためには，「看護教員であることに誇りを持つ」などの職業Ｃの情緒的側面，「看護学校に対する愛着」などの組織Ｃとの情緒的側面を高めることが重要である。

本論文の内容の一部は，第56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

Allen, N. J., Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology, 63* (1), 1–18.

Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: a comparison of three models. *Human Relations, 53* (3), 387–417.

原田浩二，森山美知子，小林敏生.（2012）．看護師養成所における看護教員のストレスとソーシャルサポート及びバーンアウトの関係性．*日本看護学教育学会誌，22* (1), 25–34.

久保真人.（2007）．バーンアウト（燃え尽き症候群）―ヒューマンサービス職のストレス．*日本労働研究雑誌，49* (1), 54–64.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*, 99–113.

Meyer, J. P., Allen, N. J., Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology, 78* (4), 538–551.

本村良美，八代利香.（2010）．看護師のバーンアウトに関連する要因．*日本職業・災害医学会会誌，58* (3), 120–127.

成田富貴子，長谷部真木子.（2017）．看護専門学校教員の職業継続意思と組織コミットメントに関する研究．*秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要，25* (1), 37–52.

佐藤みほ，朝倉京子，渡邊生恵，下條祐也.（2015）．日本語版職業コミットメント尺度の信頼性・妥当性の検討．*日本看護科学会誌，35*, 63–71.

澤田忠幸.（2009）．看護師の職業・組織コミットメントと専門職者行動，バーンアウトとの関連性．*心理学研究，80* (2), 131–137.

鈴木由美，田代恵美，林圭子.（2022）．日本における看護学教員の職務満足に影響を及ぼす要因．*医学と生物学，162* (3), 1–20.

田中いずみ，比嘉勇人，山田恵子.（2017）．看護専門学校教員における職業キャリア成熟の構造．*富山大学看護学会誌，16* (2), 151–171.

渡辺直登，野口裕之.（1999）．*組織心理測定論*．白桃書房．

横山ひろみ，鈴木英子，冨田幸江，千葉今日子，中澤沙織.（2019）．看護教員の看護教育に関するコミットメントの研究の動向と課題．*埼玉医科大学看護学科紀要，12* (1), 35–43.

◇研究報告◇

我が国の潜在看護師に関する研究の動向

小溝早紀[1)]*，竹内久美子[2)]

【目的】国内における潜在看護師に関する先行研究論文から潜在看護師の復職支援に関する課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】医学中央雑誌 Web 版を用いて検索し除外基準より 24 文献を対象とした。

【結果】研究対象は元潜在看護師が最も多く，研究内容は個人特性や潜在化の傾向に関するもの，復職までの過程に関するもの，復職支援の方法に関するもの，復職支援プログラムの内容検討や実施後の評価に関するもの，復職後の支援方法に関するものであった。

【結論】潜在看護師は離職後も看護職に対する憧れや尊敬の気持ちを有しており復職のタイミングを模索している。他者の復職経験や復職支援プログラムに参加し看護技術に対する不安を解消することで復職に向けた自信を取り戻すきっかけとなっている。潜在看護師の復職支援には，復職先施設での支援体制が重要であり，復職後の支援までを見通した取り組みが必要であることが示唆された。

【キーワード】潜在看護師，復職支援，キャリア発達

Ⅰ．はじめに

深刻な少子高齢化の進行に加え，生産年齢人口の減少から，2040 年に向けて，看護の担い手が減少することが懸念されている。さらに，看護職員の高齢化も進行することから，看護職員の人材確保はより深刻な状況である（厚生労働省保健師助産師看護師分科会看護師等確保基本指針検討部会，2023）。看護職員の人材確保で重要となるのが，潜在看護師の活用である。潜在看護師の復職支援は，ナースセンター事業である臨床実務研修の充実やハローワーク等との連携を促進することで，復職支援強化が行われている。看護職の復職支援を円滑に行うことを目的に，2015 年に「看護師等免許保持者の届出制度」が開始となり，離職時等に都道府県ナースセンターへの届出が努力義務化された。2020 年に新型コロナウイルス感染症の流行による急速な看護師不足に対し，この届出制度を活用し，都道府県ナースセンターが呼びかけを行ったところ，約 1.7 万人の潜在看護師が就業に至った（鎌田，2021）。これにより，感染拡大時の宿泊療養施設の運営，ワクチン接種業務に大きく貢献する結果となった。このことから，潜在看護師の復職支援を強化することは，看護職員不足の解決に影響を及ぼす重要な要因であるとの認識が高まっている。しかし，届出制度の認知度は看護職員全体の 3 割程度，届出者数は離職者数の 1 割に留まっている現状がある（厚生労働省，2019）。2021 年 2 月時点の看護師等免許保有者届け出制度の登録者数は，約 13.7 万人であり，徐々に登録者数は増加しているものの，依然として潜在看護職員の人数は把握しきれていないという課題がある（小林ら，2021）。潜在看護師の発掘は難しく，現在の居住場所や保有資格情報が不明となることで，復職を呼びかけることが困難となる。そのため，潜在看護師に対して十分な復職支援を行うことができず，看護師としての専門的な知識と技術を有している潜在看護師を活用した看護師等の人材確保に大きく影響を及ぼすと考える。そこで，国内における潜在看護師に関する研究から，潜在看護師の特徴や復職支援の実態を分析することで，復職支援強化に向けた示唆を得ることができると考える。

受付日：2026 年 4 月 15 日／受理日：2026 年 7 月 23 日

1）杏林大学保健学部看護学科看護学専攻　　2）和洋女子大学看護学部看護学科
＊ E-mail：saki-komizo@ks.kyorin-u.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，国内における潜在看護師に関する先行研究論文から，潜在看護師に関する研究内容を概観するとともに，研究内容を分析し，潜在看護師の復職支援に関する課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅲ．方　　法

文献検索エンジンは医学中央雑誌 Web 版を用いた。キーワードとして「潜在看護師」を設定し，原著論文を中心に検索したところ，29 件の論文を抽出した（最終検索日：2025 年５月５日）。抽出された 29 件全ての論文を取り寄せ，内容の精読を行った。除外基準は研究対象が潜在看護師及び元潜在看護師でないものとした。精読の結果，研究対象が潜在看護師及び元潜在看護師でないもの５件を除外し，最終的に 24 文献を対象とした。文献選定の過程を図１に示す。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は文献研究のため，倫理的配慮を要する研究には該当しない。著作権法に基づき文献の出典を明記し，著作物の論旨を損なわないよう配慮した。

Ⅴ．結　　果

１．国内の潜在看護師に関する研究の概要

対象となった論文を表１に示す。研究対象は，元潜在看護師が最も多く 12 件であり，潜在看護師を対象としている論文は６件であった。また，潜在看護師と元潜在看護師との比較や潜在看護師と就業看護師との比較をしている論文は３件であった。

対象論文で用いられていた研究デザインは，量的研究法が最も多く 13 件（文献番号２，３，４，５，８，12，13，14，15，17，18，20，21）であり，質的研究法が８件（文献番号１，６，７，９，10，11，16，19），文献レビューが３件（文献番号 22，23，24）であった。また，対象論文はすべて横断的研究デザインであった。

２．調査内容

研究内容は，個人特性や潜在化の傾向に関するもの（文献番号８，12，21），復職までの過程に関するもの（文献番号６，７，９，10），復職支援の方法に関するもの（文献番号５，17，18，20，22，23，24），復職支援プログラムの内容検討や実施後の評価に関するもの（文献番号２，３，13，14，15，16，19），復職後の支援方法に関するもの（文献番号１，４，11）であった。

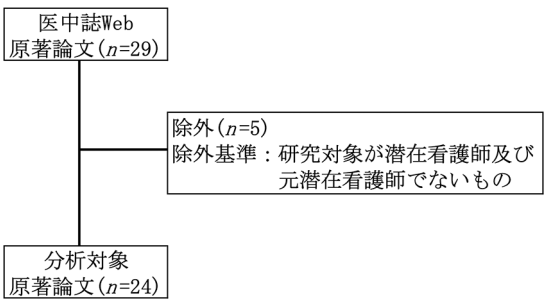


図１　文献選定の過程

Ⅵ．考　　察

１．潜在看護師の個人特性と潜在化の傾向

潜在看護師は，離職期間中においても，ある一定の看護職に対する憧れや尊敬の気持ちを維持していること（竹内ら，2024），元潜在看護師は，子育てが落ち着いたタイミングで復職をしており，結婚，妊娠・出産，子育てを機に離職した場合，３年以上離職をする傾向があること（小溝・竹内，2025），離職後５年以内に復職している元潜在看護師は，社会参加への意欲が高いこと（杉江ら，2019）を明らかにした。復職までの過程に関するものでは，植田ら（2018, 2022）は元潜在看護師の復職に至る経験と，そこから明らかになった復職に至る過程を明らかにした。また，髙ら（2021）は，潜在看護師が子育てに関するコミュニティが，復職の後押しとなり，就業継続にも影響していることを明らかにした。また，榊・深堀（2014）は，元潜在看護師が，ブランクを経た復職に伴う動揺を感じながらも，ブランクを補う取り組みを模索し，周囲の理解と協力を得ながら状況改善の感触を得ることで，復職した自分に馴染むことができることを明らかにした。このことから，潜在看護師は，離職後も看護職に対する意識を有しているが，復職が子や家族に及ぼす影響や家庭の都合が職場にもたらす不利益を考慮し，復職に踏み切れていないことが推察される。出産を機に，母親役割を獲得したことで，これまでの生活様式から子どもを中心とした新たな生活様式へ変化をした結果，家事や育児をこなしながら，看護職として復職することに対する心理的負担が大きいことを示していると考える。そのため，看護師として復職している他の母親の姿や，復職後の仕事と家庭の両立についての話を聞くことで，具体的な復職後のイメージを掴むきっかけとなっていると推察される。

２．復職支援の方法

竹内ら（2022）は，諸外国におけるリフレッシャープログラム（潜在看護師の学び直しプログラム）の研究動向の調査を行い，諸外国では，大学をはじめとする看護教育機関や病院，公立機関が主体となりプログラムを実施していることを明らかにした。また，プログラムの内容は，特定のスキル習得ではなく，広く看護教育を学び直すプログラムが構築・実践されていること，大学・病院が協働し，知識と技術を分担したプログラム開発が行われていることを明らかにした（竹内・小溝，2023）。神戸・細田（2020）は，潜在看護師と就業看護師，及び潜在化期間の長短による看護技術の自己評価を調査し，潜在看護師は就業看護師に比べ，看護技術の自己評価が低いこと，臨床経験が長い看護師であっても長期間（47 ヶ月以上）潜在化することで，自身の看護技術を低く評価する傾向にあることを明らかにした。樺澤・山口（2017）

表1　我が国の潜在看護師に関する論文の概要

文献番号	著者(発行年)	論文タイトル	掲載雑誌, 巻(号), 頁	研究種別	研究対象
1	香月英子, 野呂昌子(2008)	潜在看護師の職場復帰後の不安と支援について	日本看護学会論文集:看護管理, (38), 383-385.	質的	元潜在看護師
2	神戸美輪子, 細田泰子, 星和美(2012)	病院看護部における潜在看護師の復職研修と受け入れに関する全国調査	畿央大学紀要, 9(1), 1-12.	量的	
3	西原伸美, 鍵谷楽代, 森口直子(2012)	潜在看護師の職場復帰支援講座を通した採用の効果と課題	愛仁会医学研究誌, 43, 163-166.	量的	
4	巴山玉蓮, ByeonYoung-Soon, 北爪明子, 佐々木かほる(2012)	復職した元潜在看護職の職務満足感に関連する要因の構造分析　日韓の比較を通して	社会医学研究, 30(1), 25-34.	量的	
5	長尾匡子, 田中悠子, 木下美智子, 崎山昌代(2014)	既卒看護師が就職活動時に重視する病院ホームページ情報とは	日本看護学会論文集: 看護総合, (44), 256-258.	量的	
6	榊茜,　深堀浩樹(2014)	潜在看護師が復職後に復職をした自分になじむまでの過程	日本看護管理学会誌, 18(2), 114-124.	質的	
7	植田満美子, 舟島なをみ, 中山登志子(2018)	潜在看護師の離職から再就職に至る経験	看護教育学研究, 27(1), 23-36	質的	
8	杉江美樹, 薬袋淳子, 成順月(2019)	雇用形態別にみた潜在看護師の早期再就業に関連する要因	インターナショナルNursing Care Research, 18(4), 51-60.	量的	
9	高綾子, 末永由理, 宮本千津子(2021)	潜在看護師の復職及び就業継続における子育てに関するコミュニティの関与	日本看護管理学会誌, 25(1), 151-160.	質的	
10	植田満美子, 舟島なをみ, 中山登志子(2022)	潜在看護師の離職から復職に至る過程の解明　潜在看護師の経験の二次分析	千葉看護学会会誌, 28(1), 99-107.	質的	
11	山本久美子, 高瀬美由紀, 中吉陽子, 木佐貫尚美(2024)	元潜在看護師が職務継続する上で抱える困難感	日本職業・災害医学会会誌, 72(4), 112-121.	質的	
12	小溝早紀, 竹内久美子(2025)	潜在看護師の再就業を規定する要因	和洋女子大学紀要, 66, 139-147.	量的	
13	壹岐さより, 栗原保子, 内之倉成美, 鳥原由美子他(2007)	潜在看護師の就労支援に向けた教育プログラムの検討　看護技術力の向上に焦点をあてて	日本看護学会論文集:看護総合, (38), 460-462.	量的	潜在看護師
14	武田純爾, 樋上忍, 山片重法, 重信堯他(2009)	潜在看護師再チャレンジ講座のアンケート調査	大阪医学, 42(2), 38-43.	量的	
15	橘幸子, 清水由加里, 上野栄一(2010)	看護師学び直しプログラム病棟実習の学習効果　潜在看護師と就業看護師の比較	日本看護学会論文集: 看護管理, (40), 93-95.	量的	
16	桶河華代(2014)	潜在看護師が再就職支援講習会に参加して復帰するプロセス	聖泉看護学研究, 3, 9-18.	質的	
17	石井邦子, 川村紀子, 佐藤まゆみ, 吉田千文他(2015)	千葉県に居住する子育て中の潜在看護師における再就業に関する意向	千葉県立保健医療大学紀要, 6(1), 3-10.	量的	
18	樺澤一之, 山口浩美(2017)	潜在看護師復職支援プログラム構築のための要因分析	看護展望, 42(6), 0559-0546.	量的	
19	神戸美輪子, 細田泰子(2014)	潜在看護師の復職に向けた研修のあり方　看護師・潜在看護師のグループインタビューからの考察	畿央大学紀要, 11(2), 9-15.	質的	潜在看護師(元潜在看護師)
20	神戸美輪子, 細田泰子(2020)	潜在看護師の看護技術に対する自己評価　潜在看護師ならびに潜在した経験をもつ就業看護師に着目して	インターナショナルNursing Care Research, 19(3), 61-69.	量的	
21	竹内久美子, 小溝早紀, 小笠原祐子, 杉山由香里(2024)	潜在看護師の職業コミットメントの様相　就業看護師・元潜在看護師・潜在看護師の比較から	日本医療マネジメント学会雑誌, 24(4), 265-271.	量的	
22	中村芳子, 古城幸子(2018)	潜在看護職の復職不安と復職支援に関する研究の動向　2007年～2016年までの10年間を対象とした文献検討	インターナショナルNursing Care Research, 17(1), 101-109.	文献レビュー	文献
23	竹内久美子, 小溝早紀, 小笠原祐子, 杉山由香里(2022)	諸外国における潜在看護師リフレッシャープログラム研究の動向　潜在看護師の減少を目指す継続的キャリアを支援する取り組み	和洋女子大学紀要, 63, 135-141.		
24	竹内久美子, 小溝早紀(2023)	潜在看護師の復職支援に関する研究　潜在看護師支援に関する文献から検討する日本の課題	和洋女子大学紀要, 64, 175-183.		

は，既婚看護師，育児の手助けがない看護師，離職前に夜勤をしていた看護師は潜在化リスクが高いことを明らかにした。また，石井ら（2015）は，子育て中の潜在看護師は，子育てを中心とした生活が維持できる勤務形態を望んでいること，子どもの長期休暇中の就業が困難となることを明らかにした。また，潜在看護師は，復職先を検討する上で，教育体制，給与，休暇，看護配置，部署紹介など，自身の看護師としての成長と業務量，福利厚生などワークライフバランスに関する情報に関心を寄せていることを明らかにした（長尾ら，2014）。

復職支援プログラムの内容検討や実施後の評価に関するものは，卒業生へ調査を行い，自身や知人の潜在経験・復職経験及び潜在看護師を迎える立場から復職研修の意義・目的・方法を検討したもの（神戸・細田，2014），病院が主体となって実施した潜在看護師支援研修の評価に関するもの（西原ら，2012；神戸ら，2012），大学主体のもの（橘ら，2010），医師会立看護専門学校が主体となったもの（武田ら，2009），看護協会と大学が協働して行ったもの（壹岐ら，2007）があった。研修参加によって一定の満足度や自信が得られること（武田ら，2009），復職支援講習会に参加することで，看護職に対する意識を再認識することに繋がる一方で，研修参加により，自身の知識・技術不足を感じ不安が増強する可能性が指摘されていた（神戸ら，2012；桶河，2014）。また壹岐ら（2007）は，「講義→演習→自己学習」のステップを踏むことで，自己学習による自律を促すこと，繰り返し技術練習ができることで自信の獲得に繋がることを明らかにした。これらのことから，潜在化期間が長期化することで，自身の看護技術を低く

評価すること，臨床が求める技術レベルを高く見積もることで，復職を躊躇している可能性が高い。また，中村・古城（2018）は，勤務交代や多様な勤務形態に抵抗することへの不安や業務量の多さ，業務内容への不安，専門職としての責任の重さへの不安を負担に感じることで，復職への不安が増強している可能性を示している。離職期間が長期化することで，復職への不安が増強し，復職に対する心理的負担が増大している可能性があると考える。

３．復職支援に向けた課題

これまでの潜在看護師研究は，いかに復職に向けた支援をするか，また復職後に勤務を継続するためにどのような支援が有効かに焦点をあてられていた。そのため，復職支援研修の評価や課題に関するもの，復職までの過程の解明や復職後の支援方法に関するものが大半を占めていた。またそれらは特定の地域や特定の施設で，潜在看護師を経験後に復職している元潜在看護師を対象とした調査がほとんどであった。潜在看護師の支援に関する研究は，潜在看護師の復職の実績，復職までの過程の解明，復職支援と職場環境の整備に対して，ある一定の成果をあげてきたと考える。しかし，これらの対象者は，元潜在看護師や，復職支援研修に参加している潜在看護師であることから，復職に対して意欲がある潜在看護師であると考える。これは，潜在看護師は一度潜在化してしまうことで発掘が困難となることから，潜在看護師を調査することの難しさを表している。しかし，より効果的な復職支援を検討するためには，現在も潜在化を継続している且つ，復職支援研修等に参加していない潜在看護師の調査を行い，潜在看護師の本質的特徴を捉えることが必要であると考える。元潜在看護師は，復職後に即戦力としてみられる重圧や，人間関係の希薄化，家庭環境を維持する困難さを感じていた（山本ら，2024）。また，巴山ら（2012）は，復職後に職務満足感を実感しながら職務を継続するためには，職場環境が重要であることを指摘していた。さらに，香月・野呂（2008）は，復職後は就業時間と業務量のバランスをとることの重要性を指摘しており，入職直後は，業務内容を制限し，新しい環境に慣れることや繰り返し質問ができる環境を整えることで，元潜在看護師の復職後の不安を解消することに繋がることを明らかにした。さらに，神戸ら（2012），神戸・細田（2014），西原ら（2012），壹岐ら（2007）は，復職前の復職支援プログラムだけでなく，復職後の支援が重要であることを明らかにしており，復職先施設との連携や，復職先施設の受け入れ体制の整備の必要性を指摘していた。Williams et al.（2006）は，復職した潜在看護師の職場定着だけを優先するのではなく，現在就業しているフルタイムの看護師への配慮が重要であると述べている。管理職は，フルタイムの看護師が，自身の業務に加え，時短勤務者の業務フォローを行うなど，必然的に業務負荷が大きくなっていることを常に念頭におく必要があることを指摘している。復職者の職場定着や時短勤務者を優先するあまり，「フルタイムの看護師がフォローするのは当たり前」という慣行は，フルタイム看護師の不満を招き，新たな離職者を生み出す可能性がある。また，Casademunt et al.（2018）は，上司の支援は職務上のウェルビーイングを高める上で不可欠であることに加えて，組織全体がワークライフバランスを意識した施策や就業規則の整備が重要であると述べている。集団において，「自分が誰かを助けたら，将来同じ集団の誰かが自分を助けてくれるだろう」という期待がなくなると，人々は集団主義的行動つまり，自身が所属する組織の利益や人間関係を維持するために協力や協調を選択する行動を示さなくなる（山岸，1999）ことから，潜在看護師の復職支援は，単に復職をさせるだけでなく，復職後にいかにその職場に定着させるかを見通した支援を行うとともに，現在就業している看護師への支援を行うことで，新たな離職を予防するための組織作りが課題である。

Ⅶ. 結　　論

国内の潜在看護師に関する 24 件の先行研究から国内における潜在看護師の特徴と課題が明らかとなった。

１．潜在看護師は離職後も看護職に対する憧れや尊敬の気持ちを有しており，復職のタイミングを模索している。

２．他の潜在看護師の復職経験や復職支援プログラムに参加し看護技術に対する不安を解消することで復職に向けた自信を取り戻すきっかけとなっている。

３．潜在看護師の復職支援には，復職先施設での支援体制が重要であり，復職後の支援までを見通した取り組みが必要である。

４．現在就業している看護師に対する支援を行い，新たな離職を予防する組織づくりが課題である。

本研究は，和洋女子大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆・修正を行った。

なお本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅷ. 引 用 文 献

壹岐さより，栗原保子，内之倉成美，鳥原由美子，大力槇子.（2007）. 潜在看護師の就労支援に向けた教育プログラムの検討　看護技術力の向上に焦点をあてて. *日本看護学会論文集：看護総合，38*, 460–462.

石井邦子，川村紀子，佐藤まゆみ，吉田千文，大内美穂子，田口智恵美，塩原由美子.（2015）. 千葉県に居住する子育て中の潜在看護師における再就業に関する意向. *千葉県立保健医療大学紀要，6* (1), 3–10.

樺澤一之，山口浩美.（2017）. 潜在看護師復職支援プログラム構築のための要因分析. *看護展望，42* (6), 546–559.

鎌田久美子.（2021）. *コロナ禍における看護職員確保の現状と課題～第８次医療計画に関する日本看護協会の提案～*［第４回第８次医療計画等に関する検討会資料１］. 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000851588.pdf

神戸美輪子，細田泰子.（2014）. 潜在看護師の復職に向けた研修のあり方　看護師・潜在看護師のグループインタビューからの考察. *畿央大学紀要，11* (2), 9–15.

神戸美輪子，細田泰子.（2020）. 潜在看護師の看護技術に対する自己評価　潜在看護師ならびに潜在した経験をもつ就業

看護師に着目して．*インターナショナル Nursing Care Research*，*19* (3), 61–69.

神戸美輪子，細田泰子，星和美．(2012)．病院看護部における潜在看護師の復職研修と受け入れに関する全国調査．*畿央大学紀要*，*9* (1), 1–12.

香月英子，野呂昌子．(2008)．潜在看護師の職場復帰後の不安と支援について．*日本看護学会論文集：看護管理*，*38*, 383–385.

小林美亜，五十嵐中，池田俊也．(2021)．*新たな看護職員の働き方等に対応した看護職員需給推計への影響要因とエビデンスの検証についての研究*［令和２年度分担研究報告書］．厚生労働科学研究成果データベース．https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022038A-buntan1.pdf

小溝早紀，竹内久美子．(2025)．潜在看護師の再就業を規定する要因．*和洋女子大学紀要*，*66*, 139–147.

厚生労働省．(2019)．*医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ*．https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07927.html

厚生労働省保健師助産師看護師分科会看護師等確保基本指針検討部会．(2023)．*看護師等（看護職員）の確保を巡る状況に関する追加資料*［第２回看護師等確保基本指針検討部会資料２］．厚生労働省．https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001118187.pdf

Lucia-Casademunt, A. M., García-Cabrera, A. M., Padilla-Angulo, L., & Cuéllar-Molina, D. (2018). Returning to work after childbirth in Europe: Well-being, work-life balance, and the interplay of supervisor support. *Frontiers in Psychology*, *9*, Article 68.

長尾匡子，田中悠子，木下美智子，崎山昌代．(2014)．既卒看護師が就職活動時に重視する病院ホームページ情報とは．*日本看護学会論文集：看護総合*，*44*, 256–258.

中村芳子，古城幸子．(2018)．潜在看護職の復職不安と復職支援に関する研究の動向　2007 年～2016 年までの 10 年間を対象とした文献検討．*インターナショナル Nursing Care Research*，*17* (1), 101–109.

西原伸美，鍵谷楽代，森口直子．(2012)．潜在看護師の職場復帰支援講座を通した採用の効果と課題．*愛仁会医学研究誌*，*43*, 163–166.

桶河華代．(2014)．潜在看護師が再就職支援講習会に参加して復帰するプロセス．*聖泉看護学研究*，*3*, 9–18.

榊茜，深堀浩樹．(2014)．潜在看護師が復職後に復職をした自分になじむまでの過程．*日本看護管理学会誌*，*18* (2), 114–124.

杉江美樹，薬袋淳子，成順月．(2019)．雇用形態別にみた潜在看護師の早期再就業に関連する要因．*インターナショナル Nursing Care Research*，*18* (4), 51–60.

橘幸子，清水由加里，上野栄一．(2010)．看護師学び直しプログラム病棟実習の学習効果　潜在看護師と就業看護師の比較．*日本看護学会論文集：看護管理*，*40*, 93–95.

髙綾子，末永由理，宮本千津子．(2021)．潜在看護師の復職及び就業継続における子育てに関するコミュニティの関与．*日本看護管理学会誌*，*25* (1), 151–160.

武田純爾，樋上忍，山片重法，重信堯，野上浩實，中山堯之，高橋徳，豊田紘生，村上叡．(2009)．潜在看護師再チャレンジ講座のアンケート調査．*大阪医学*，*42* (2), 38–43.

竹内久美子，小溝早紀．(2023)．潜在看護師の復職支援に関する研究 潜在看護師支援に関する文献から検討する日本の課題．*和洋女子大学紀要*，*64*, 175–183.

竹内久美子，小溝早紀，小笠原祐子，杉山由香里．(2022)．諸外国における潜在看護師リフレッシャープログラム研究の動向　潜在看護師の減少を目指す継続的キャリアを支援する取り組み．*和洋女子大学紀要*，*63*, 135–141.

竹内久美子，小溝早紀，小笠原祐子，杉山由香里．(2024)．潜在看護師の職業コミットメントの様相　就業看護師・元潜在看護師・潜在看護師の比較から．*日本医療マネジメント学会雑誌*，*24* (4), 265–271.

巴山玉蓮，Byeon Young-Soon，北爪明子，佐々木かほる．(2012)．復職した元潜在看護職の職務満足感に関連する要因の構造分析　日韓の比較を通して．*社会医学研究*，*30* (1), 25–34.

植田満美子，舟島なをみ，中山登志子．(2018)．潜在看護師の離職から再就職に至る経験．*看護教育学研究*，*27* (1), 23–36.

植田満美子，舟島なをみ，中山登志子．(2022)．潜在看護師の離職から復職に至る過程の解明　潜在看護師の経験の二次分析．*千葉看護学会会誌*，*28* (1), 99–107.

Williams, K. A., Stotts, R. C., Jacob, S. R., Stegbauer, C. C., Roussel, L., & Carter, D. (2006). Inactive nurses: A source for alleviating the nursing shortage? *Journal of Nursing Administration*, *36* (4), 205–210.

山岸俊男．(1999)．一般的互酬性の期待としての集団主義文化．*組織科学*，*33* (1), 24–34.

山本久美子，高瀬美由紀，中吉陽子，木佐貫尚美．(2024)．元潜在看護師が職務継続する上で抱える困難感．*日本職業・災害医学会会誌*，*72* (4), 112–121.

◇実践報告◇

臨地実習で活用した老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学び

重久加代子[1)]*

【目的】臨地実習で活用した老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学びを明らかにする。
【実践】５名の学生にWeb上でフォーカスグループインタビューを行い，臨地実習で活用した学びを質的に分析した。
【結果】三重の関心を注ぐ課題学修の学びである【三重の関心をバランスよく注いだ看護実践の重要性の理解】は，【高齢者の身体的・心理的・社会的特徴を理解した看護計画の立案】や【高齢者の特徴を踏まえた看護計画に基づく実践】に活用され，【三重の関心を注ぎ高齢者のもてる力を引き出す看護の評価】に繋がっていた。また，高齢者看護で重要な【高齢者の心身の特徴を踏まえもてる力を最大限に生かした看護】の学びは，【実践による高齢者看護および家族看護の理解の深化】に発展していた。
【看護実践への示唆】講義で学修した内容を看護に必要な知識や技術として学生自身が捉え直す課題学修は，看護実践に繋がる授業方略であることが示唆された。

【キーワード】看護基礎教育，三重の関心，高齢者看護，臨地実習，授業方略

Ⅰ．はじめに

A看護大学のカリキュラムは，ナイチンゲール看護論継承により三重の関心を実践方法論として位置づけた科学的看護論を基盤に構築された（薄井ら，2002；薄井，2009）。三重の関心の第一の関心は「対象の客観的事実から，対象の全体像（立体像）を大づかみに描く」，第二の関心は「対象の生活体の反応からその時の感情を予測する」，第三の関心は「解決を要する対立を見出す」である（薄井，2014）。学生は入学時より三重の関心について学修し，４年間を通して生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえる看護を実践するために，三重の関心を注ぐことで人々の個別なニーズに応える看護を実践するための学修を積み重ねていく（薄井ら，2002）。そこで，老年看護方法の学びを実習に繋げ高齢者看護として統合していけるように，カリキュラムの特徴を活かし，三重の関心を注ぐ課題学修を導入した。

先行研究では，三重の関心等を重点課題として取り組んだ効果（田邊ら，2016）や三重の関心を活用した課題学修の学び（重久・郡，2025）に加えて，臨地実習に関する報告（西谷，2004；藤井，2019）がある。しかし，看護者にとって三重の関心は，看護を省察する上で重要な概念であるが実用には至っていない（見城，2014）ため，三重の関心の実用化や教育の成果を検証する取り組みが必要である。本論では，老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学びが，臨地実習での活用に繋がっていたのかをフォーカスグループインタビューより明らかにしたので報告する。

Ⅱ．目　　的

高齢者看護について理解を深め，看護実践に繋がる授業構築への示唆を得るために，臨地実習で活用した老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学びを明らかにすることであった。

Ⅲ．看護実践

１．老年看護方法（３年次前期：45時間１単位）の授業の概要

１）老年看護方法の目的

老年期の特徴を理解し，加齢変化による生活機能低下や健康障害をもつ高齢者の生活調整を基盤においた看護実践がで

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）宮崎県立看護大学看護学部
＊ E-mail：shigek@mpu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

きる知識・技術を修得する。また，高齢者と介護する家族に対する多職種協働による看護の役割が理解できる。

2）老年看護方法の進め方

授業は2コマ続きであり，2コマ目の最後に課題学修を7回実施した。課題は授業内容より①生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえる看護，①を実践するために必要な②第一の関心（知的な関心），③第二の関心（心のこもった人間的な関心），④第三の関心（実践的・技術的な関心）について記述する（Microsoft Foams より提出）。授業中の課題に対する所要時間は 10 分（提出期限は授業終了後 20 分）で，提出された課題は項目ごとに内容をまとめ，次の授業の冒頭で紹介し学びを共有した（10 分）。なお，本科目は 23 コマで演習5コマと試験以外はすべて双方向の遠隔授業であった。

2．3年次の実習

1）全領域に共通の実習方法

全領域の実習期間を通して対象とする人々に三重の関心を注ぎ，必要な看護を提供し，段階的に自己の看護実践能力を発展させていく。

2）老年看護学実習の概要（3年次後期：135 時間3単位）

実習目標は，高齢者とその家族の特性を理解し，より健康的な状態へと回復するために必要な看護を実践できる基礎的な知識，技術，態度を修得するであり，1名の患者を受け持ち，看護過程を展開する。

3．研究の方法

1）研究デザイン

Web 上でのフォーカスグループインタビュー法による質的記述的研究

2）データ収集期間

2022 年3月

3）研究対象

老年看護学実習を含む3年次の実習（以下，臨地実習）がすべて終了した後研究協力への同意を得られた5名。

4）データ収集方法

インタビューガイドに基づき，①老年看護方法で三重の関心を注ぐ課題学修に取り組んで学んだこと，②臨地実習で活用した学びについて話してもらい，許可を得て録画し逐語録を作成した。

5）分析方法

逐語録を精読し，課題学修での学びと臨地実習で活用した学びに関する記述を意味内容のわかる範囲で抽出しコード化した。次に，内容の類似性に基づき分類し，サブカテゴリ，カテゴリと抽象化してネーミングした。コードおよび分類の内容については5名の学生に確認してもらった。また，看護教育を専門とし本研究の手法に習熟した研究者のスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究は，宮崎県立看護大学研究倫理審査委員会の承認（第3－13 号）を得て実施した。学生には成績が確定した後，研究に関する説明書（研究協力のお願い），同意書，同意撤回書を配布し，研究の主旨，内容，研究協力の方法について文書と口頭で説明した。研究協力は自由意思であること，協力しなくても不利益を被ることはないこと，個人情報の保護について，分析によりデータを匿名化する前まではいつでも撤回できること，学会等での発表や希望する場合は調査結果の概要を知らせることなどを伝えて，同意を得た。

Ⅴ．結果・成果

Web 上でのフォーカスグループインタビューは1回で 69 分であった。抽出されたカテゴリを【　】，サブカテゴリ＜　＞，コードを“　”に示す。

1．三重の関心を注ぐ課題学修の学び

44 コード，7サブカテゴリより2カテゴリが抽出された（表1）。

表1　三重の関心を注ぐ課題学修の学び

カテゴリ	サブカテゴリ	主なコード
三重の関心をバランスよく注いだ看護実践の重要性の理解	三重の関心をバランスよく注ぐことの重要性	・三重の関心は，第一第二第三の関心のどれかが欠けても，どれかが強く働きすぎても，目の前の患者が見えなくなると学んだ。 ・三つの関心すべてを高めて，バランスよく重ねて保つことが大切だと学んだ。
	三重の関心の活用法	・どう三重の関心を注ぎ，自分でどう注げるか学んだ。 ・（2年次までは）三重の関心を具体的にどう活用したらいいかわかっていなかった。
	三重の関心に基づいた看護実践の理解	・心のこもった関心では，患者により身近な看護師だからこそ，その人がどのような人生を辿って，今どの段階で健康を障害されてしまったのか，生活背景に関心を寄せることで，看護を実践していけると学んだ。 ・知識を得てその人に関心を注いで，実際に自分がどのような技術を患者に提供するかを学んだ。
	自分で考え他の学生と共有することによる三重の関心の理解	・先生方から知識として聞いた後に，自分でも実際にどこを観察していくか，技術的な関心でもう一回アウトプットすることで，自分の学びとなると学んだ。 ・毎授業，他の人の答えた三重の関心についての考え方を知ることができて，こういう考え方もあるという自分では気づかなかった視点を学んだ。
高齢者の心身の特徴を踏まえもてる力を最大限に生かした看護	もてる力に着目しその力を最大限に生かした看護	・対象が今どのくらいできるのか，対象が今もっている力はどの程度なのかに着目して，自分はどんな看護を提供するべきなのかを考えることが大切だと学んだ。 ・対象のもてる力に着目して，そのもてる力を最大限に出せるように，どういう看護をしていけばいいかを考えることが大切だと学んだ。
	加齢変化や健康障害による高齢者の特徴を踏まえた看護	・高齢者の老化における体の変化，疾患，なりやすい疾患の知識も知っておく必要があると学んだ。 ・高齢者は成人に比べると機能が低下し，高齢者自身から発信されない症状（四肢冷感）は，看護者側が意識して見ていく必要があると学んだ。
	高齢者の不安や苦痛を踏まえた看護	・入院生活が不安や苦痛になる場合，私たち看護者が，その方を大切にした環境作りや安心できる場を作っていくことが大事だと学んだ。 ・老年看護方法でせん妄とか色んな事を学んで，入院生活がその方にとってすごく不安とか苦痛になる場合もあることを学んだ。

【三重の関心をバランスよく注いだ看護実践の重要性の理解】は，“三重の関心は，第一第二第三の関心のどれかが欠けても，どれかが強く働きすぎても，目の前の患者が見えなくなると学んだ”など＜三重の関心をバランスよく注ぐことの重要性＞や“どう三重の関心を注ぎ，自分でどう注げるか学んだ”など＜三重の関心の活用法＞を学んでいた。また，“心のこもった関心では，患者により身近な看護師だからこそ，その人がどのような人生を辿って，今どの段階で健康を障害されてしまったのか，生活背景に関心を寄せることで，看護を実践していけると学んだ”ことで，＜三重の関心に基づいた看護実践の理解＞を図っていた。加えて，“先生方から知識として聞いた後に，自分でも実際にどこを観察していくか，技術的な関心でもう一回アウトプットすることで，自分の学びとなると学んだ”など＜自分で考え他の学生と共有することによる三重の関心の理解＞より構成されていた。

【高齢者の心身の特徴を踏まえもてる力を最大限に生かした看護】は，“対象が今どのくらいできるのか，対象が今もっている力はどの程度なのかに着目して，自分はどんな看護を提供するべきなのかを考えることが大切だと学んだ”など＜もてる力に着目しその力を最大限に生かした看護＞，“高齢者の老化における体の変化，疾患，なりやすい疾患の知識も知っておく必要があると学んだ”など＜加齢変化や健康障害による高齢者の特徴を踏まえた看護＞や“入院生活が不安や苦痛になる場合，私たち看護者が，その方を大切にした環境作りや安心できる場を作っていくことが大事だと学んだ”など＜高齢者の不安や苦痛を踏まえた看護＞より構成されていた。

以上，老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学びは，三重の関心に基づいた看護実践に関する【三重の関心をバランスよく注いだ看護実践の重要性の理解】と高齢者看護に関する【高齢者の心身の特徴を踏まえもてる力を最大限に生かした看護】であった。

２．実習で活用した課題学修の学び（表２）

44 コード，９サブカテゴリより４カテゴリが抽出された。

【高齢者の身体的・心理的・社会的特徴を理解した看護計画の立案】は，“成人の実習で受け持った 80 代の方に老年看護方法で学んだ，体の特徴，高齢者の特徴とかも踏まえながら術後のアセスメントをした”など＜高齢者の身体的特徴や認知機能を踏まえ立場の変換をしてアセスメントを行う＞や“すごい何かを作ったり，腹部マッサージとかではないが，患者の安心に繋がったり，患者が理解した上で手術に臨めるような心作りとかを，促していけたらなと思った”など＜高齢者が安心して療養できる人的・物的環境をととのえる看護計画を立案する＞より構成されていた。

【高齢者の特徴を踏まえた看護計画に基づく実践】は，“その人の生活環境とか置かれている環境や立場を想像することができたから，本人と看護師に相談して，日めくりカレンダーを設置してみませんかって了承を得て，患者の目につきやすいベッドサイドの壁にカレンダーを設置した”ことや“裁縫が得意で，畑仕事とか趣味が多彩な方だったので，関わった日から，その方が大切にされていること，楽しいこと，安心できる環境を作っていこうと思って，コミュニケーションを図った”など＜高齢者の大切にしていることや安心できる環境づく

表２　臨地実習で活用した課題学修の学び

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
高齢者の身体的・心理的・社会的特徴を理解した看護計画の立案	高齢者の身体的特徴や認知機能を踏まえ立場の変換をしてアセスメントを行う	・成人の実習で受け持った80代の方に老年看護方法で学んだ，体の特徴、高齢者の特徴とかも踏まえながら術後のアセスメントをした。 ・日付けを間違え，わからないと答えていたことを，最初の頃は見当識障害がある状態で，高齢なので認知機能も低下しているのが影響していると考えていたが，よくよくベッド周りを見てみるとカレンダーが置いてないことに気付いた。
	高齢者が安心して療養できる人的・物的環境をととのえる看護計画を立案する	・すごい何かを作ったり，腹部マッサージとかではないが，患者の安心につながったり，患者が理解した上で手術に臨めるような心作りとかを，促していけたらなと思った。 ・退院するのを楽しみにしている方だから，これ以上せん妄が遷延化してほしくないため，術後の不安とか緊張もせん妄の発症に繋がっていると思うから，安心できる環境を作ってあげたいと思った。
高齢者の特徴を踏まえた看護計画に基づく実践	高齢者の大切にしていることや安心できる環境づくりを三重の関心を注いで実践する	・その人の生活環境とか置かれている環境や立場を想像することができたから，本人と看護師に相談して，日めくりカレンダーを設置してみませんかって了承を得て，患者の目につきやすいベッドサイドの壁にカレンダーを設置した。 ・裁縫が得意で，畑仕事とか趣味が多彩な方だったので，関わった日から，その方が大切にされていること，楽しいこと，安心できる環境を作っていこうと思って，コミュニケーションを図った。
三重の関心を注ぎ高齢者のもてる力を引き出す看護の評価	三重の関心を注いだ看護実践の成果を見出す	・コミュニケーションの中で趣味や大切にされている話をして，どんどん距離を縮めていった結果，退院の前日に「すごく楽しかったありがとう」という言葉を聞けた。 ・カルテや直接聞いた話より，夜間の睡眠がとれて，3日後に退院できることになったことから，その方が安心できる環境を作ることはすごく大事だ。
	三重の関心を注いだ看護実践の評価を行う	・三重の関心をバランスよくというところが頭にあったから，腹部マッサージとツボ押しをすることに軌道修正できた。 ・講義を受けた時に，患者の苦痛がどこにあるのかを知った上で，不安や葛藤を話す機会を作り，安易に励ますのではなくてそばにいて見守ることで気持ちが落ち着くように促すことも実践的技術的な関心であると定義づけした機会があったから，胸を張って技術的な関心もしっかり注げたという振り返りが，老年の実習でもできた。
	高齢者のもてる力を引き出す看護実践の評価を行う	・高齢者は長い人生を生きてきた方だから，その方が大切にしてきたことや経験を，私も尊重し大切にして話していくことで，その方が楽しいと思える時間に繋がった。 ・看護とはもてる力を最大限に引き出すことで，その方の持てる力の可能性を考えることができたから，その患者のもてる認知機能が引き出せた。
実践による高齢者看護および家族看護の理解の深化	三重の関心を注いだ看護実践に必要な知識や技術を習得する	・老年の学内実習で麻痺のある方の血圧測定をした時、その人の体のことをしっかり理解して、安全安楽安心できるケアを実践するための知識を身につけること、（技術を）修得することが大事だと学んだ。 ・第三の関心では，ケアを実践するために必要な知識を身につけることも大事である。
	家族看護の重要性を理解し実践する	・対象が亡くなったときのエンゼルケアやグリーフケアを実際に体験したことで入院していると，今の状況だと会えないので，入院中の状況を家族に伝えて，最後までその人らしくちゃんと生活できていましたよと伝えることが大切だ。 ・実際に看護師の様子をみて，関わりが5日間しかなかったが，その中で得た情報とかを伝えて，対象ではないが家族の看護ができた。
	健康の段階に応じた高齢者看護を実践する	・高齢者の中にも終末期や慢性期などいろいろな段階があるが，その段階を捉えていく中で，今の対象に必要なことは何なのかを考えていくことが大切だ。 ・大切にされている，自分が役に立っていることを，私達よりも経験の豊富な高齢者の方だからこそ引き出していけるし，そういう環境をととのえていくことは大切だ。

りを三重の関心を注いで実践する＞より構成されていた。

【三重の関心を注ぎ高齢者のもてる力を引き出す看護の評価】は，“コミュニケーションの中で趣味や大切にされている話をして，どんどん距離を縮めていった結果，退院の前日に「すごく楽しかったありがとう」という言葉を聞けた”など＜三重の関心を注いだ看護実践の成果を見出す＞や“三重の関心をバランスよくというところが頭にあったから，腹部マッサージとツボ押しをすることに軌道修正できた”など＜三重の関心を注いだ看護実践の評価を行う＞，“高齢者は長い人生を生きてきた方だから，その方が大切にしてきたことや経験を，私も尊重し大切にして話していくことで，その方が楽しいと思える時間に繋がった”など＜高齢者のもてる力を引き出す看護実践の評価を行う＞より構成されていた。

【実践による高齢者看護および家族看護の理解の深化】は，“老年の学内実習で麻痺のある方の血圧測定をした時，その人の体のことをしっかり理解して，安全安楽安心できるケアを実践するための知識を身につけること，（技術を）修得することが大事だと学んだ。”など＜三重の関心を注いだ看護実践に必要な知識や技術を習得する＞や“対象が亡くなったときのエンゼルケアやグリーフケアを実際に体験したことで入院していると，今の状況だと会えないので，入院中の状況を家族に伝えて，最後までその人らしくちゃんと生活できていましたよと伝えることが大切だ”など＜家族看護の重要性を理解し実践する＞，“高齢者の中にも終末期や慢性期などいろいろな段階があるが，その段階を捉えていく中で，今の対象に必要なことは何なのかを考えていくことが大切だ”など＜健康の段階に応じた高齢者看護を実践する＞より構成されていた。

以上，三重の関心を注ぐ課題学修の学びである【三重の関心をバランスよく注いだ看護実践の重要性の理解】は，＜高齢者の身体的特徴や認知機能を踏まえ立場の変換をしてアセスメントを行（う）＞い，＜高齢者が安心して療養できる人的・物的環境をととのえる看護計画を立案する＞【高齢者の身体的・心理的・社会的特徴を理解した看護計画の立案】や＜高齢者の大切にしていることや安心できる環境づくりを三重の関心を注いで実践する＞【高齢者の特徴を踏まえた看護計画に基づく実践】に活用されていた。また，臨地実習で＜三重の関心を注いだ看護実践の成果を見出（す）＞し，＜高齢者のもてる力を引き出す看護実践の評価（を行う）＞や＜三重の関心を注いだ看護実践の評価を行う＞ことで，【三重の関心を注ぎ高齢者のもてる力を引き出す看護の評価】に繋がっていた。さらに，高齢者看護で重要な【高齢者の心身の特徴を踏まえもてる力を最大限に生かした看護】の学びは，＜三重の関心を注いだ看護実践に必要な知識や技術を習得する＞ことの必要性を体験より再認識し，＜家族看護の重要性を理解し実践する＞＜健康の段階に応じた高齢者看護を実践する＞ことで【実践による高齢者看護および家族看護の理解の深化】に発展していた。

Ⅵ. 看護実践への示唆

老年看護方法の三重の関心を注ぐ課題学修の学びは，臨地実習で活用され，看護実践を通して高齢者看護の理解を深めていることが考えられた。A看護大学のカリキュラムは，科学的看護論を基盤に構築されていることより，カリキュラムの特徴を踏まえた授業方略として，中井が述べている学生にあった授業として，授業の質が高まったと推察される（中井，2018）。また，先行研究（重久・郡，2025）で示したように，学生は課題学修に取り組むことで，高齢者と家族を思い描き，授業で得た知識を用いて，生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえる看護とは何か，その看護を実践するためにどのように三重の関心を注ぐのかを考えることで，看護実践に繋がる学修を行っていた。

これらより，講義で学修した内容を看護に必要な知識や技術として学生自身が捉え直し学びを共有する課題学修は，高齢者看護について理解を深め，看護実践に繋がる授業方略であることが示唆された。

最後に，対象年度はコロナ禍により変則的な実習を余儀なくされたこともあり，臨地実習の進め方に制限があったことを追記しておきたい。

本研究において，開示すべき利益相反はない。

本研究にご協力いただいた学生の皆様と，ご指導をいただいた，前西九州大学大学院の岡﨑美智子先生に感謝申し上げます。

Ⅶ. 引 用 文 献

藤井洋子.（2019）. 臨地実習における学生の看護者としての認識に関する研究. *岐阜医療科学大学紀要, 13*, 29–37.

見城道子.（2014）. ナイチンゲールの著作における Threefold Interest（三重の関心）における文献的研究. *聖路加看護学会誌, 18* (1), 3–13.

中井俊樹.（2018）. 1章　授業設計とその意義を理解する. 中井俊樹, 服部律子（編）, *看護教育実践シリーズ2　授業設計と教育評価*. 医学書院. 4–5.

西谷美幸.（2004）. 基礎看護実習における理論と実践の統合に対する教育. *保健科学研究誌, 1*, 87–95.

重久加代子, 郡ハルミ.（2025）. 老年看護方法において「三重の関心」を活用した課題学修の学び　エンドオブライフケア. *日本看護学会誌, 20* (1), 185–189.

田邊三千世, 堀内晃代, 斉田まち子, 竹内尚美, 香川弘美.（2016）. 看護過程の授業開始を1年次に変更した経緯と効果. *神奈川県立平塚看護専門学校紀要, 18*, 15–24.

薄井坦子, 三瓶眞貴子, 山岸仁美, 栗原保子, 小野美奈子, 赤星誠, 阿部恵子, 寺島久美, リウ真田知子, 島川直子, 稲田夏希, 嘉手苅英子, 山本利江, 新田なつ子, 中野榮子.（2002）. 宮崎県立看護大学における教育課程の構築とその評価. *宮崎県立看護大学研究紀要, 3* (1), 1–9.

薄井坦子.（2009）. ナイチンゲール看護論の継承と発展～ヘンダーソンからM.ニューマンまで～. *日本看護歴史学会誌, 22*, 23–35.

薄井坦子.（2014）. *科学的看護論　第3版（新装版）*. 日本看護協会出版会. 28–32.

◇実践報告◇

意思表示困難な患者に対するポケットエコーを活用した個別的排便ケアの事例報告

尾﨑侑加[1)*]，窪田雅江[1)]

【目的】意思表示困難な患者に対し，ポケットエコーを使用して個別的な看護介入を実践したプロセスとその成果について具体的に示し，同様の課題を抱える臨床現場への示唆を得る。

【実践】陳旧性脳梗塞後の意思表示困難な患者に対し，ポケットエコーで直腸内便所見の有無を観察し，摘便を実施するタイミングを適正化した。

【結果】ポケットエコーを活用した排便ケアは，従来の経験的な排便ケアと比較して，個別性の高い適切なタイミングでの緩下剤の内服調整や座薬・浣腸の使用，摘便処置といった介入が可能となり，患者の苦痛軽減に繋がることが示唆された。

【看護実践への示唆】排便周期は個人差があり一般化することは難しいが，ポケットエコーから得られる客観的根拠は，画一的な排便ケアに陥りがちだった状況を是正する一助となる。今後，どの看護師も同等の技術でエコーの使用ができるように知識向上・普及に努めていくことが課題である。

【キーワード】ポケットエコー，排便ケア，意思表示困難

Ⅰ．はじめに

排便は人間の基本的な生理現象であり，自立した生活を送る上で重要な要素である。高齢化が進む現代では，認知症や意識障害，運動障害のある患者の増加に伴い，適切な排便ケアの重要性がますます高まっている。自分で排便ができなくなった時，介助を受けることは患者にとっては単なる身体的ケアではなく，大きな精神的負担となりやすく，患者自身の尊厳にも深く関わる。そのため，排便ケアにおいては単に便を排出するだけでなく，患者が安心してできる限り苦痛を軽減できるよう支援することが求められる。

A病院の療養病棟は，認知症や意識障害等により，排便の有無や便意，腹痛等の腹部症状を正確に伝えることが困難な患者が多数を占める。看護師は定期的な排便の必要性を理解しているものの，個々の判断で緩下剤の投与や座薬・浣腸の使用，摘便処置が行われている現状があった。漫然と緩下剤を使用することは，下痢や電解質異常を引き起こすリスクがあり，特に摘便は患者にとって侵襲性が高く，強い苦痛や羞恥心，時には粘膜損傷や出血といった身体的リスクを伴う処置である。失語や認知症により意思表示が困難な患者は，便意や腹部症状を的確に訴えることができない。そのため，看護師は排便の状況をおむつ内の便の付着や腹部膨満といった間接的な情報から推測するしかなく，ケアが後手に回ったり，不要な介入を行ったりするジレンマを抱えていた。

近年，携帯型超音波画像診断装置（以下ポケットエコー）の普及により，使用場所に縛られず，非侵襲的に体内を可視化する試みが様々な領域で始まっている（松本・真田，2023）。排便ケアの領域において，松本ら（2018）は，超音波検査法による直腸貯留便の性状と量の評価を試み，エコーを用いて評価した便性状・便量に基づく排便ケア選択が可能となることを報告している。さらに日本消化管学会（2023, p.56）は，便通異常症診療ガイドラインにおいて，エコーによる直腸内の便塊の可視化が，便秘の病態評価に有用であることを示唆している。しかし，失語や重度の麻痺があり，意思表示が極めて困難な長期療養患者を対象に，エコーを用いてアセスメントからケア介入までを一貫して行い，その有効性を詳細に

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）公立学校共済組合北陸中央病院
＊ E-mail：y-ozaki@h-c-h.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

報告した研究はまだ少ない。そこで本研究では，これまで目視や直腸診に頼っていた排便アセスメントにポケットエコーを導入し，直腸内の便を可視化することで，意思表示困難な患者に対して個別的で苦痛の少ない排便ケアを実践したため，その内容を報告する。

Ⅱ．目　　的

本研究の目的は，意思表示困難な患者に対し，ポケットエコーを用いたアセスメントに基づき，個別的な看護介入を実践したプロセスとその成果について具体的に示し，同様の課題を抱える臨床現場への示唆を得ることである。

Ⅲ．看 護 実 践

１．調査期間

202X 年８月～10 月

２．対象者

Ｂ氏（90 歳代／男性）

陳旧性脳梗塞後，失語と右半身麻痺後の拘縮あり。障害高齢者の日常生活自立度：C2（自力では寝返りもうてない）。認知機能については，失語のため長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は評価不可能。頷きや首振りでのコミュニケーションや簡単な閉鎖的質問での指示理解は可能であった。

３．調査方法

１）ポケットエコーを活用するための知識・技術の習得

看護師がポケットエコーを使用して排便のアセスメントをするためには，教育プログラムが必要である。研究者は，榊原らが開催する排便ケアに関する専門研修（「POO マスター養成講座」）を受講し，排便のメカニズムとアセスメント視点について学びを深めた。

ポケットエコーには，製品名：ワイヤレス超音波画像診断装置 iViz air Ver.5®，コンベックスプローブ２～５MHz，富士フイルムメディカル株式会社製を使用した。自施設の臨床検査技師より，機器の操作，プローブ操作の基本（持ち方・走査方法・画面表示の理解），直腸断面の描出方法，便の音響陰影の解釈といった実践的指導を受けた。本研究の中心的な介入は，上記の研修・指導を受けた研究者（看護師１名）が担当した。ポケットエコーによる観察は，研究者が勤務日の日中に，１日１回，約５分間行った。プローブはコンベックス型を使用し，下腹部にジェルを塗布後，膀胱の背側にある直腸断面を描出し，エコーによる画像所見から便塊の有無，その最大径，後方エコーの減衰の程度から便性状を評価した。ポケットエコーでのアセスメント結果は，電子カルテに記録するとともに，病棟カンファレンスで共有した。温罨法や腹部マッサージ，計画的な座薬・浣腸の使用，摘便処置といった一連のケアは，研究者だけでなく，アセスメント結果を共有した病棟看護師全員が協力して実践した。

２）排便フローチャートの使用

病棟看護師が共通認識を持ち，統一した看護を提供するためにはフローチャートが必要であると考え，排便フローチャート（坂田，2023）を参考に一部改編した。今回は対象者の状態に合わせ，フローチャート内の＜弛緩性便秘＞と＜直腸性便秘＞両方の項目に沿ってケアを実践した（図１）。

３）ケア方法

看護記録から，これまでの排便状況や排便ケアの内容について情報収集し，ポケットエコーを使用して直腸内便所見の有無を観察した。その上で，排便フローチャートに沿って排便ケアの内容を検討した。便性状には，ブリストルスケール（以下 BSS，１：コロコロ便，２：硬い便，３：やや硬い便，４：普通便，５：やや軟らかい便，６：泥状便，７：水様便）の指標を用いた。

Ⅳ．倫理的配慮

本研究を行うにあたり，個人情報の保護，プライバシーの尊重として個人が特定されないよう配慮を行った。対象者には，平易な言葉で繰り返し説明し，頷きによる同意の意思を確認した上で，キーパーソンである長男に研究の目的・内容・研究結果を公表すること，研究協力によって負担や不利益がないことを文書で説明し，書面による同意を得た。対象者の情報は通常診療の過程で得られた情報を匿名化して使用したため，公立学校共済組合 北陸中央病院の倫理審査規定に基づき倫理審査の対象外と判断された。

Ⅴ．結果・成果

１．介入前

Ｂ氏は失語のため便意を訴えることはできず，おむつ内にはやや軟らかい便（BSS: 5）がよく付着していた。右半身麻痺後の拘縮により，おむつ交換時には苦悶表情がみられ，苦痛を訴える様子が観察された。排便ケアとしては，酸化マグネシウムの常用と，個々の看護師の判断で不定期に週に２～３回摘便処置が実施されていた。食事は全粥 300g と副菜移行食を全量摂取，水分は１日約 1900mL 摂取していた。

２．介入開始

フローチャートに沿って，便性状や排便周期，食事内容・飲水量にまず着目した。Ｂ氏の直腸内便所見『あり』は毎日ではなかったため，はじめに弛緩性便秘として介入を開始した。便性状の正常範囲内は BSS: ３～５とされるが，Ｂ氏はやや軟らかめの便（BSS: 5）が続いていたため，主治医と相談し，常用していた酸化マグネシウムを漸減したのちに中止し，センノシドを頓用で使用した。同時に食事内容・飲水量を見直し，腸内環境を整えるため，ヨーグルトや水溶性食物繊維を積極的に取り入れた食事を実践した。脱水傾向がない場合，水分摂取量の増加による排便状態への効果を裏付ける有効なエビデンスはない（吉良，2013）ことから，体重あたりから計算して水分摂取量は１日 1,500mL とした。さらに，右半身麻痺や自力体位変換困難により腸蠕動が弱い可能性を考慮し，ホットタオルを使用した温罨法と腹部マッサージを取り入れた。腰部・腹部・心窩部の温罨法によって腸蠕動や排便・排ガスに関する症状を軽減させることについては，健

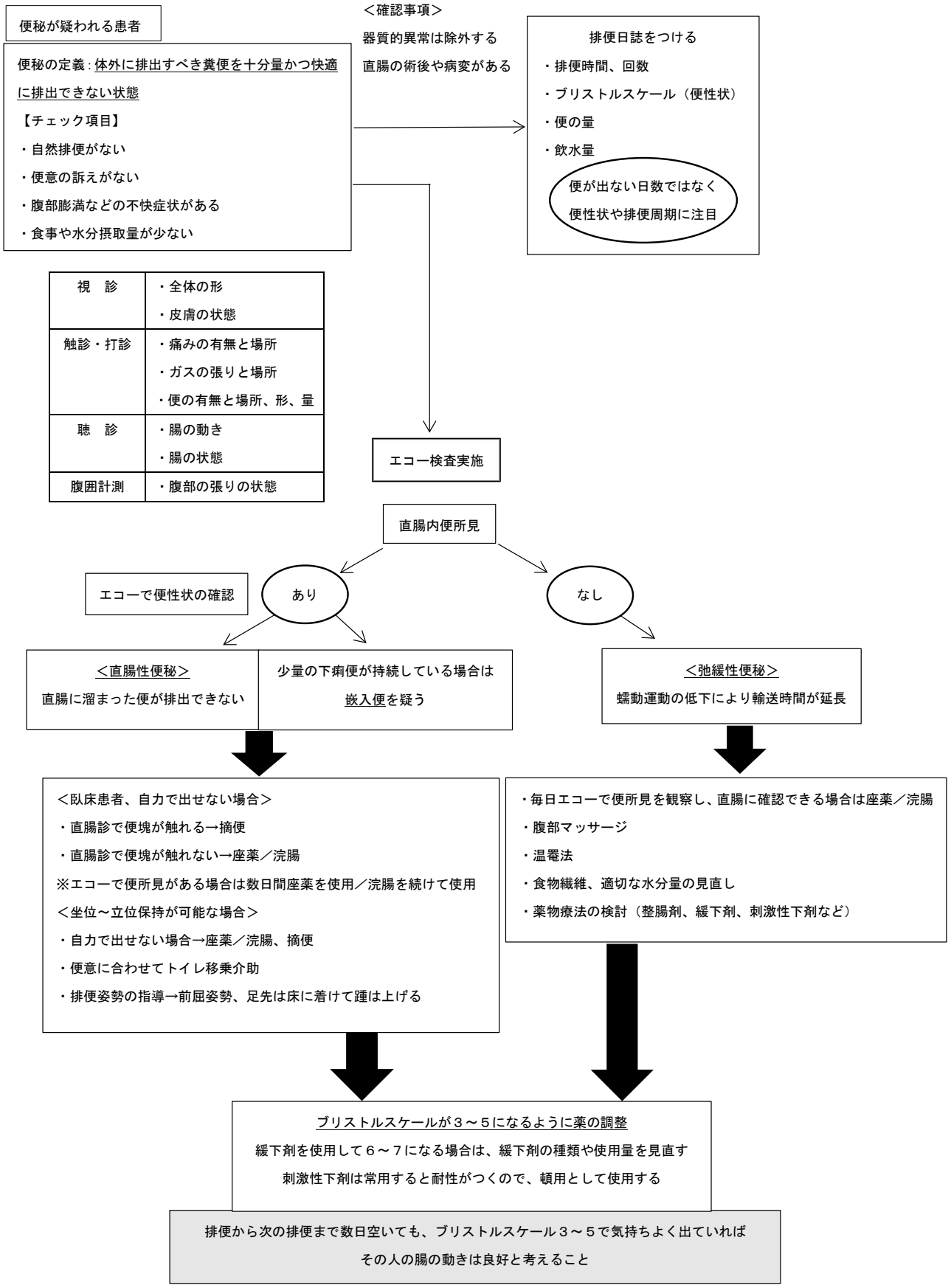


図１　排便フローチャート（坂田，2023）より引用一部改編

康な成人を対象者としたものに限らず，便秘の症状がある場合でも報告が集積している（江上，2008）。特に，失語や麻痺がある場合は温度感覚を訴えることができず，皮膚組織の損傷を起こす危険性があるため，ホットタオルを使用する際には温度を確認し，皮膚の状態を注意深く観察することを徹底した。加えて，腹部マッサージは排便を促すためだけでなく，

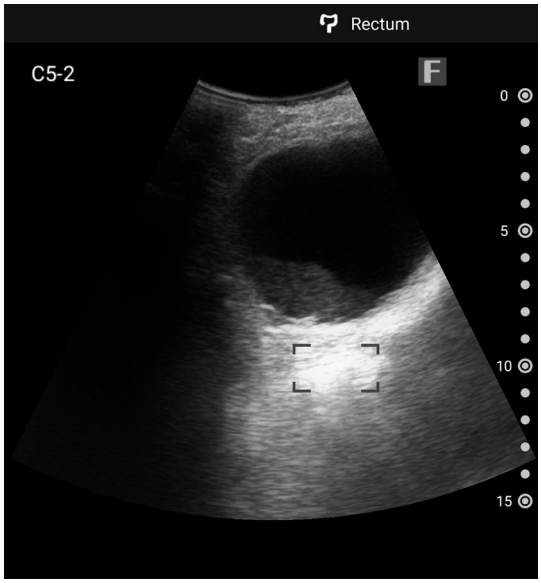


図２　介入開始後のＢ氏の膀胱直腸ポケットエコー画像
膀胱内の尿を透過して観察。直腸内便貯所見『あり』，後方音響陰影なし。

精神的安楽の側面も強く感じられる。安野ら（2009）は，「マッサージは手の温もりが良好な治療者―患者関係を形成し，両者の信頼関係を成立しやすくする」と述べているように，腹部マッサージを行うことは単なる看護技術としてではなく，患者に寄り添ってケアを行うことに繋がり，看護本来の姿を再確認することができた。腹部マッサージを行うと，Ｂ氏は穏やかな表情になり，時折，声を発することもあった。頻回なおむつ交換や不定期な摘便処置がなくなったことで，ケアの際にみられていた苦悶表情は明らかに減少したが，これらのケアを継続してもＢ氏が自力で排便をすることはできなかった。そこで，直腸性便秘に対するケアに切り替え，ポケットエコーで直腸内便所見が『あり』の時に硬便ではないこと，嵌入便がないことを確認した（図２）。

酸化マグネシウムの中止や食事内容・飲水量の見直し後も，BSS: ４～５と便性状は調整できていた。ポケットエコーで直腸内便所見『あり』を確認できた場合，便意を誘発する目的で座薬・浣腸を使用し，薬剤の反応を慎重かつ継続的に評価する目的で１週間使用を続けて観察を行ったが，自力での排便はほとんどみられないままであった。要因として，Ｂ氏は右半身麻痺や姿勢保持障害により適切な排便姿勢が取れず，充分に腹圧がかけられないこと，疾患や加齢に伴う腸蠕動と便意の低下が考えられ，これらにより著しい直腸性便秘があるとアセスメントした。「認知機能・運動機能の低下した高齢者では，若年者に比べ直腸感覚の閾値が高いため，直腸に便が貯留し続けやすく，さらには便を排出できない状態に陥っているにも関わらず，それを訴えられない状況が引き起こされている可能性がある。エコーにより直腸の便貯留を確認し，貯留がある場合は便塊排出を促すケアを優先して行うなど，エコー所見に基づいたケアが必要である」と（松本ら，2018）は述べている。そこで，ポケットエコーにて直腸内便所見が確認できた場合には，摘便を実施することをスタッフ間で共有した結果，介入前に週２～３回行われていた不定期な摘便処置は，画像上の根拠に基づいた排便周期に合わせた計画的な実施のみとなった。

３．排便ケアの個別化とその成果

ポケットエコーの活用により，腸管内の情報に加え，食事内容・飲水量，活動量，服薬状況，腹部所見などを統合した包括的アセスメントをしたことで，緩下剤の中止や排便周期に合わせた排便ケアが可能となった。右半身麻痺による拘縮が強いＢ氏にとって頻回なおむつ交換は苦痛を伴うもので，漫然と実施していた摘便の見直しも含め，効果的なケアに結びついた。ポケットエコーを活用した排便ケアは，個別性の高い適切なタイミングでの緩下剤の内服調整や座薬・浣腸の使用，摘便処置といった介入が可能となり，患者の苦痛軽減に繋がることが示唆された。

Ⅵ．看護実践への示唆

便通異常症診療ガイドライン（日本消化管学会，2023，p.56）でも，慢性便秘症の病態機能評価において体外式超音波検査は有用かのクエスチョンについて，「臨床応用した報告は少ないが有用である可能性があり，行うことを提案する」と記載されていることから，これまで試行錯誤で行われていた便秘治療が病態に沿ったものになると期待される。

意思表示が困難な患者であっても，ポケットエコーで得た画像データを用いてアセスメントをすることで，個別性の高い排便ケアが可能である。排便周期は個人差があり一般化することは難しいが，排便フローチャートを使用することによりケアの統一化を図ることができる。本研究は，これまで『便が出なければ座薬や浣腸，摘便処置を行う』という画一的なケアに陥りがちだった状況を是正する一助となる。特に意思表示困難な患者に対し，ポケットエコーという客観的根拠を用いることで，看護師は『なぜ今このケアが必要なのか（あるいは不要なのか）』を自信を持って判断し，他職種へも論理的に説明することが可能となる。これは，ケアの質の向上のみならず，看護師の専門的自律性を高める上でも重要である。今後の課題として，どの看護師も同等の技術でポケットエコーを実践できるための教育体制の構築が挙げられる。公益社団法人 日本超音波医学会が認定する超音波検査士の資格を通じて研鑽する方法以外にも，まず院内において，熟練者による技術伝播や臨床検査技師と連携した定期的な研修会・事例検討会，さらに技術チェックリストの導入等が有効と考える。ポケットエコーが看護師のフィジカルアセスメントを補助する標準的なツールとして普及することで，より多くの患者が個別的で質の高い排便ケアを受けられるようになると期待される。

本研究に際し，超音波画像診断装置に関する知識を一からご教授いただいた高宮氏に心より御礼申し上げます。

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。

Ⅷ. 引 用 文 献

江上京里.（2008）.「温罨法」の統合的文献レビュー. *日本看護技術学会誌, 7*(2), 4–11.

吉良いずみ.（2013）. 便秘ケアとしての水分摂取のエビデンスに関する統合的文献レビュー. *日本看護技術学会誌, 12*(2), 33–42.

坂田薫.（2023）. 排便ケアにおける質向上を目的としたエコー導入の実際. *看護管理, 33*(10), 876–880.

松本勝，真田弘美.（2023）. エコーに関する動向と基礎知識. *看護管理, 33*(10), 864–870.

松本勝，藪中幸一，田中志保，吉田美香子，蔦岡拓也，半田真弓，仲上豪二朗，三浦由佳，岡田晋吾，太田秀樹，須釜淳子，真田弘美.（2018）. 超音波検査法による直腸貯留便の性状と量の評価を試みた高齢患者の 3 例. *日本老年医学会雑誌, 55*(4), 657–662.

日本消化管学会（編）.（2023）. *便通異常症診療ガイドライン－慢性便秘症*. 南江堂.

安野富美子，高梨知揚，坂井友実.（2009）. 便秘に効くマッサージ. *EBNURSING, 9*(3), 314–322.

◇実践報告◇

A看護系大学卒業生の進路選択理由，進路支援ニーズと就業継続の現状

辻久美子[1)*]，近藤純子[2)]，濱田　彩[3)]

【目的】卒業生に就職支援と就業継続の状態を調査することで在学時からの就職支援ニーズを明らかにし，今後の就職支援を検討する。

【実践】A看護系大学卒業生196名を対象にweb調査を実施した。内容は就職先選択と就業継続理由及び在学中・卒業後の希望支援などの14項目とした。

【結果】回答数47部（回答率24.0%）であった。就職先選択理由は「奨学金制度がある」「実家が近い」「新人教育制度が充実している」の順に多かった。進路決定時期は大学1年生までが59%で，その79%が奨学金制度を理由としていたことが特徴的であった。また，卒後就職先での勤務継続理由は「職場の人間関係がよい」「先輩上司のサポートがある」「同期・友人の支えがある」が多かった。

【看護実践への示唆】奨学金制度を利用する学生が多い特徴を活かした支援活動の実施継続と，就業継続のために周囲の支援獲得スキルを身につける活動が必要である。

【キーワード】看護大学生，卒業生，就職支援，就職先選択理由，就業継続

Ⅰ．はじめに

看護師という専門職を選択する学生は，大学入学時から看護職として就職することを前提とした意識を持っている。学生たちが就職活動をする際，それを踏まえて各々の大学で就職支援が行われており，その就職支援の活動の示唆を得るために，卒業生の動向調査（寺下ら，2015；西野ら，2020）や進路選択の条件（矢島，2022）に関する調査が多く行われている。看護職の就職先選択については，地元や住み慣れた地域で働くこと（寺下ら，2015；遠藤ら，2020），経済的理由（上平ら，2013），新人教育における教育体制（小口ら，2011）等，様々なものが挙げられている。また，就職先選択には，実習施設であるか否か，インターンシップ・病院見学会での看護管理者の話，家族やゼミ・実習担当教員，等（西野ら，2020）が影響を受けるものとして挙げられている。それらの結果を参考に各大学がそれぞれの大学の特徴を踏まえて独自の支援の方法を検討し実施している（西野ら，2020；山本，2015）。さらに，看護職は，新人看護師の離職率が8.2%，既卒看護師では14.9%と報告されており（日本看護協会，2024），特に新人期における就業継続が課題となっている。離職率を改善するために様々な方策が各病院で取られているが，大学としては，卒業生が就職先で専門職として成長し，就業を継続することが，教育成果の社会的還元や地域医療へのより専門性の高い貢献につながることから，卒業後の就業継続が望まれる。就業継続の要因については，職場の人間関係や人的サポートが挙げられており，就職後のキャリアは挙げられていなかった（宇城ら，2010）。

A看護系大学は，高齢化が著しく進行し，県外大学進学率が全国の中でも上位である地方都市（和歌山県企画部企画制作局調査統計課企画調整班，2024）に2018年に設置された。県内からの進学者が大半を占めており，地元就職希望者が多いという特徴がある。その中でA看護系大学では，様々な大学で実施されている就職支援活動を参考に，学生が看護職での就職を目指して活動する際の支援を行っている。2022年3月に1期生が卒業し，現在，3期生まで卒業生を出し，その多くが県内の病院等施設に就職して活躍している。また，設

受付日：2025年4月15日／受理日：2026年7月23日
1）東京医療保健大学　2）大阪成蹊大学　3）東京医療保健大学
＊ E-mail：k-tsuji@thcu.ac.jp

© 2026 Japanese Nursing Association

置された地域ではこれまで国公立大学や専門学校で看護師養成が行われており，周囲の養成所より高い学費はA看護系大学の学生にとって負担となっている。それを軽減する方策として各種奨学金の利用者が多い現状がある。看護学生が利用する奨学金には，日本学生支援機構や自治体による奨学金のほか，病院が独自に実施する病院奨学金がある。特に病院奨学金は就業先と契約を伴う点で特徴的であり，就業継続との関連が指摘されている（Tei-Tominaga, 2012）ことからも，奨学金の影響を少なからず受けているであろうA看護系大学の学生の就職支援について，その特徴を踏まえた検討を進めることで，今後の支援活動に重要な示唆を得ることになると考えられた。そこで，本研究では，A看護系大学の卒業生を対象に，在学中に受けた就職支援や就職先選択の実態，就業継続状況を把握し，これらを通して在学時からの就職支援ニーズを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．目　　的

本研究では，A看護系大学の卒業生に就職支援と就業継続の状態を調査することで在学時からの就職支援ニーズを明らかにし，今後の就職支援を検討することを目的とした。

Ⅲ．看 護 実 践

１．対象者

A看護系大学の卒業生（１，２期生）で卒業後約１年が経過した196名を調査対象とした。A看護系大学は，入学生の９割が県内高等学校出身であり，自宅からの通学生が８割程度である特徴を持っている。

２．調査方法

１）調査時期

１期生は2023年２～３月，２期生は2024年２月であった。

２）調査項目

調査項目については先行研究を参考に，以下の（１）～（５）とした（宇城ら，2010；矢島，2022；上平ら，2013；村上ら，2018；大塚ら，2013）。

（１）基本属性：性別，年齢，勤務施設区分，病院勤務者における日勤受け持ち患者数，１日の平均残業時間

（２）就職先選択理由：選択肢；就職先施設の地域，経済的理由，福利厚生・労働環境，教育体制，実習やインターンシップでの印象，就職先施設の設備・特性・評判，自身の興味・関心

（３）選択に影響があった要因：選択時期，活用した項目

（４）最初の職場での就業継続状況，就業継続の理由，退職理由，相談先

（５）大学に望む在学中の支援と卒業後の支援（自由記述）

３）データ収集方法

A看護系大学の責任者に対して文書及び口頭による説明を行った後に同意を得，卒業後約１年が経過した卒業生に対し，調査への依頼文書と研究説明文書及び前述の調査項目を記載した紙ベースの質問票と，同内容をMicrosoft Formsで作成した質問票のQRコードを郵送した。卒業生には，研究説明文書を読んだうえでの研究参加への同意の有無及び質問項目にWeb上での回答を求めた。質問票は無記名とし，個人が特定される情報は収集しなかった。Web上で回収されたデータは，研究者が所属する大学内で管理されているクラウド上において，パスワードを設定して管理した。回答期間は郵送到着後約２週間とした。

３．分析方法

研究参加時に同意が得られた者のうち，回答の不備や欠損がみられたものはなく，全数にて分析を行った。実態を把握するために，基本属性及び各項目の基本統計量を算出した。

Ⅳ．倫理的配慮

研究対者への依頼文には，協力が個人の自由意思であること，不参加による不利益は生じないこと，分析は個人が特定されない方法で行うことなどを明記した。データ収集に際し，Web上で回収されたデータは，研究者が所属する大学内で管理されているクラウド上でパスワードを付けて管理した。分析については，データ管理者と分析者は別とし，個人が特定されないように管理した。実施に際して東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会の承認を得た（承認番号：教022-020A，承認日：2023年２月８日）。

Ⅴ．結果・成果

回答数（率）は，47名（24.0%）であり，得られた回答全てが有効回答（有効回答率100%）であった。

１．対象属性

性別は男性７名（15%），女性40名（85%）であり，就職先は病院45名（96%），病院以外の施設２名（４%）であった。病院勤務者における日勤受け持ち患者数は，２～３人が９名（20%），４～７人が12名（27%），８～10人が11名（24%），11～14人が９名（20%），15～20人が２名（４%），受け持ちなしが２名（４%）であった。一日の平均残業時間は，０～１時間未満17名（38%），１時間以上～２時間未満14名（31%），２時間以上～３時間未満12名（27%），３時間以上２名（４%）であった。

２．就職先の選択理由

就職先の選択理由（第３理由まで選択）は図１に示したとおり，「奨学金制度がある」25名（53%），「実家が近い」19名（40%），「新人教育制度が充実している」16名（34%）の順に多かった。選択理由の順でみると，第１理由として最も多かったのは「奨学金制度がある」18名（38.3%）であったが，次いで多いのが「実家が近い」６名（12.8%），「地元である」６名（12.8%），「家族，知人が進めてくれた」４名（8.5%），「目指す看護が実践されている」３名（6.4%）の順であった。

３．進路決定時期

進路決定時期は図２に示した。「入学前」19名（40%），「大学１年生」９名（19%），「大学４年前期」８名（17%）の順に高く，大学１年生までに決定した人の79%（22名）が就職

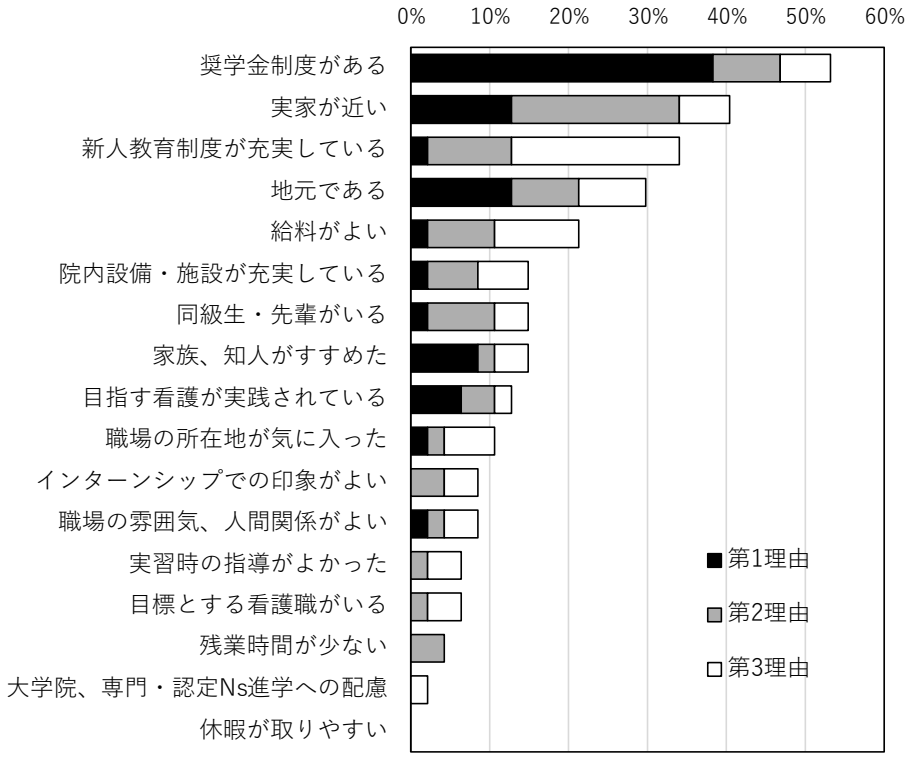


図１　就職先選択の理由（*n* = 47，第３理由まで選択可）

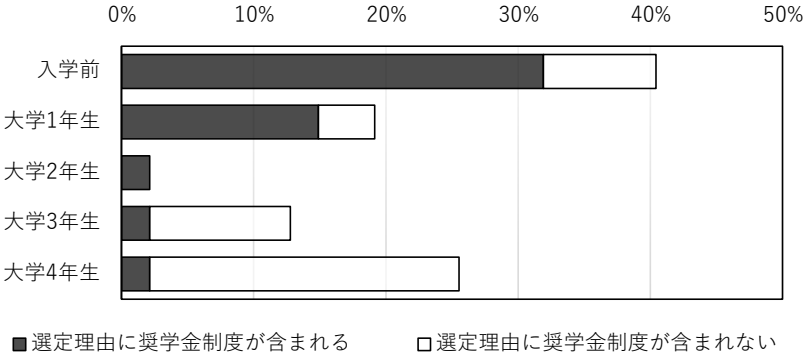


図２　進路を決定した時期（*n* = 47）

先選択理由に「奨学金制度がある」と回答していた。奨学金制度を理由に挙げていない学生の73%は，３年後期以降に進路決定していた。

４．就職先選定のための情報入手方法

就職先選定のための情報入手方法については，表１に示した。病院のホームページが42%と最も多く，次いで病院のパンフレット，大学での病院説明会，職場訪問やインターンシップでの説明，学外での就職・病院説明会の順に多かった。

５．就業継続状況と継続理由

就業継続については，１名以外は卒業後就職先での勤務を継続しており，その理由は表２に示したとおり，「職場の人間関係がよい」66%，「先輩上司のサポートがある」55%，「同期・友人の支えがある」53%の順で多かった。卒業後最初の職場を退職した１名以外は就業継続に関する相談先を回答していなかった。

６．大学に求める就職関連の支援

大学に求める支援については，表３に示した。在学中は「働いている先輩や職場の人の話を聞きたかった」30%が最も多く，卒業後は「卒業生に会える機会がほしい」17%，「気軽に相談や連絡をしたい」13%の順であった。

Ⅵ．看護実践への示唆

本研究は，A看護系大学の学生における就職先選択理由と影響要因，就業継続理由を明らかにし，学部教育や卒業生への支援への示唆を得ることを目的に行った。

本研究において最も特徴的であった点は，病院奨学金制度を理由とした早期の進路決定が多くみられたことである。約６割の卒業生が入学前から大学１年次までに進路を決定しており，その多くが病院奨学金を選択理由として挙げていた。病院奨学金は人材確保策の一つとして実施されており（富永・

表１　就職先選定のための情報の入手方法（*n* = 47，複数回答あり）

項目	n(%)
病院のホームページ	18(38%)
病院パンフレット	17(36%)
大学での病院説明会	17(36%)
職場訪問やインターンシップによる説明	11(23%)
学外での就職・病院説明会	10(21%)
家族からの情報	10(21%)
担当教職員からの情報	8(17%)
友人からの情報	5(11%)
就職情報誌や広告	4(9%)
学内の講義・実習	3(6%)
学内就職・進路セミナー	3(6%)
先輩からの情報	2(4%)
学外就職・進路セミナー	2(4%)
その他	5(11%)

表２　職場での就業継続理由（*n* = 46，複数回答可）

項目	n(%)
職場の人間関係がよい	31(67%)
先輩上司のサポートがある	26(57%)
一緒に入職した同期の支えがある	25(54%)
友人の支えがある	25(54%)
勤務体制があっている	21(46%)
仕事を続ける義務感またはやめることへの罪悪感	18(39%)
残業が少ない	15(33%)
次の職場候補がない	13(28%)
休みがとりやすい	12(26%)
教育体制が充実している	12(26%)
やりがいがある	9(20%)
手本となる看護職が存在する	6(13%)
施設がきれいである	5(11%)
家族が仕事をやめることに否定的	5(11%)
施設の立地がよい	4(9%)
職場の看護に魅力を感じている	2(4%)

表３　大学に望む支援

項目	n
在学中	
働いている先輩や職場の人の話を聞く	14
早い段階から病院、施設に関する情報	4
看護師になりたいと思うような声かけ	1
特にない	8
卒業後	
卒業生に会える機会がほしい	8
気軽に相談や連絡したい	6
卒業後勉強の機会	4
特にない	7

「大学に望む支援」についての自由回答の記載から就職関連の支援について抜粋し算出した。

西村，2015），契約時期が早く，就業先を前提とした制度であることから，私立大学で学費負担の大きいA大学においては，進路選択に強い影響を及ぼしていると考えられる。この結果は，奨学金制度が進路選択理由として上位に挙がらないとする先行研究（上平ら，2013；渡邉ら，2020）とは異なっており，A大学の地域特性や学費構造を反映した特徴的な結果といえる。

一方で，奨学金を利用しない学生では，３年次後期以降に進路決定する割合が高く，奨学金利用の有無によって進路決定時期に差があることが明らかとなった。このことから，就職支援においては，病院奨学金説明会を早期から実施する一方で，非利用者に対しても幅広く病院を知る機会を提供する支援が求められる。

就業継続に関しては，大多数が卒業後も最初の職場で就業を継続しており，その理由として「職場の人間関係」「先輩・上司のサポート」「同期の存在」といった人的支援が多く挙げられた。この結果は，新卒看護師の就業継続には職場内のソーシャルサポートが重要であるとする先行研究と一致しており（宇城ら，2010），在学中からコミュニケーション能力や対人

関係能力を育成する教育の重要性を示唆している。

また，学生は在学中・卒業後ともに卒業生との交流や大学教職員への相談のしやすさを求めていた。卒業生との交流は進路選択の具体化や就業後の不安軽減につながることから（佐居ら，2020），在校生と卒業生が継続的に交流できる機会の整備や，卒業後も相談可能な支援体制の構築が今後の課題である。

本研究の限界として，回収率は24.0%と低く，回答者が就業継続している者に偏っている可能性が否定できない。そのため，本結果がA大学卒業生全体の実態を十分に反映しているとは限らず，解釈には慎重を要する。今後は，対象者数の拡大や縦断的調査を行い，就業継続に影響する要因をより多角的に検討する必要がある。

謝辞

本研究にご協力くださいました卒業生の皆さまに心より感謝いたします。

本論文の内容の一部は，第15回和歌山保健看護学会学術集会にて発表した。

本研究に関連して開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅶ. 引 用 文 献

遠藤芳子，竹本由香里，佐藤つかさ，青柳美樹，大谷良子，作間弘美，江守陽子．（2020）．岩手県内で就業している看護職者の地元に就職した理由の調査―看護学生を地元就業に繋げるために―．*北日本看護学会誌，23* (1), 1–8.

村上眞須美，小林昭子，廣森直子，佐藤しのぶ，鄭佳紅，角濱春美，上泉和子．（2018）．A大学学生の就職先決定に影響を及ぼした要因と就職支援の課題．*日本ヒューマンケア科学会誌，11* (1), 18–27.

日本看護協会．（2024）．2023年病院看護実態調査報告書　2　正規雇用看護職員の採用と離職の状況．*日本看護協会調査研究報告，100*, 9–13.

西野毅朗，河原宣子，梶谷佳子．（2020）．京都橘大学看護学部卒業生の動向ならびに意識調査．*京都橘大学研究紀要，46*, 79–92.

小口多美子，種市ひろみ，坂哉繁子．（2011）．A看護系大学の第1期卒業生の職場選択要因の実態調査．*獨協医科大学看護学部紀要，5* (2), 129–138.

大塚眞代，古米照恵，藤野文代．（2013）．看護大学生の進路選択に影響する情報と支援ニーズ―卒業を間近にした看護学部4年次生への調査―．*ヒューマンケア研究学会誌，5* (1), 73–77.

佐居由美，坂田三允，小林真朝，平田美和，島田裕司，彦田美代子．（2020）．学部/大学院新入生・在校生と同窓生の交流の試み　新入生歓迎会報告．*聖路加国際大学紀要，6*, 119–124.

Tei-Tominaga, M. (2012). Factors related to the intention to leave and the decision to resign among newly graduated nurses: a complete survey in a selected prefecture in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine, 18* (4), 293–305.

寺下憲一郎，和田庸平，高橋美美，野村晴香，池内和代，栗原幸男，高橋永子．（2015）．高知大学医学部看護学科の卒業性動向調査－1期生から13期生を対象として．*高知大学看護学会誌，9* (1), 9–22.

富永真已，西村美八．（2015）．看護職員の人材確保の取り組みの実態と，確保と定着の困難さ及び離職率との関連　A県の施設の全数調査．*日本医療・病院管理学会誌，52* (4), 209–219.

上平悦子，三毛美恵子，橋口智子，霧下由美子，新谷恵実．（2013）．看護学科在学生，既卒者における進路に関する意識調査　看護部－看護学科連携ワーキングの活動より．*奈良県立医科大学医学部看護学科紀要，9*, 60–69.

宇城令，塚本友栄，井上映子，春山早苗，水戸美津子．（2010）．本学部卒業生の進路決定と就業継続に関する調査．*自治医科大学看護学ジャーナル，7*, 89–97.

和歌山県企画部企画制作局調査統計課企画調整班．（2024）．*令和5年度県勢編（指標からみた和歌山県のすがた）*. https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/020300/100/r5ken.html（2024年9月25日閲覧）

渡邉光代，及川裕子，堀田涼子，平井佳代，渡邉久美，西出久美．（2020）．A大学における看護学生の就職の選択基準に関する調査．*目白大学健康科学研究，13*, 105–115.

矢島直樹．（2022）．看護学生の就職先選択の条件に関する文献検討．*福井県立大学論集，57*, 111–123.

山本江里子．（2015）．看護短大における就職支援について考える．*神奈川歯科大学短期大学部紀要，2*, 85–89.

日本看護学会誌　投稿規定

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公益社団法人日本看護協会の会員であること。また、修正原稿を投稿する際にも継続して会員であること。ただし、看護職ではない共著者はこの限りではない。

○　責任著者は投稿から査読プロセス期間中の連絡責任者であること。また、原則として筆頭著者と同一であること。なお、筆頭著者と異なる場合、責任著者は公益社団法人日本看護協会の会員であること。

○　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取り扱う。

○　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、著者順の再配置等）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。
○　人を対象とする生命科学・医学系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。
○　倫理審査が不要な研究の場合、不要な理由を本文内に明記する。
○　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。
○　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。査読者の指摘に応えられない場合は、どのような理由で応えられないか等を記載する。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）ダブル・ブラインド方式の査読における匿名化について

○　個人が特定されるような情報は伏字あるいは記号(●や△等を使用。塗りつぶし不可)で匿名化し、掲載可となった際、入稿原稿に正式名称を記載する。伏字あるいは記号にするものの例としては、研究倫理審査委員会名や承認番号、謝辞内の個人名や組織の名称、論文を発表した場の名称や開催回、科学研究費助成事業の研究課題番号等。

【記載例】「A病院倫理審査委員会の承認を得た（承認番号●●●-△△）。」

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。

6）利益相反に関して

○　利益相反の申告は本文中のⅦ.結論もしくはⅥ.看護実践への示唆の最後に記載するとともに「日本看護学会誌投稿　自己申告による利益相反（COI）申告書」に必要事項を記載しシステムにアップロードする。

本文への記載例：(ない場合）なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(ある場合）筆頭著者は○○（企業名等）より、報酬を受理している。

「日本看護学会誌投稿　自己申告による利益相反（COI）申告書」は下記に掲載している。

https://jsn.nurse.or.jp/paper/contributors/

7）文献に関して

○　本文中の引用と文献リストの記載方法は「APA スタイル」とする。

雑誌、単行本、翻訳書、ホームページ等によって記載方法が異なるため、以下を参照する。

<参考ガイドライン>

米国心理学会(American Psychological Association, APA).『Publication Manual of the American Psychological Association, 7th ed.』(2019)

アメリカ心理学会(APA)著，前田樹海・江藤裕之訳(2023).APA 論文作成マニュアル(第 3 版). 医学書院.

10. 回答書について

○　「要再査読」の判定を受け、著者が査読者のコメントに沿って原稿を修正する際、査読者のコメントに明快かつ簡潔に返答を記載した「回答書」を作成し修正原稿とともにシステムに登録する。回答書には、査読者の指摘を受けて原稿の何ページの何行目から何行目までをどのように修正したか、あるいは査読者の指摘に応えられない場合はどのような理由で応えられないか等を記載する。

11. 著作権

○　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。

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

（2026 年 1 月 20 日作成）

日本看護学会誌　Vol.21 No.2
査読者

青木美香
青本さとみ
青盛真紀
浅井美千代
浅岡裕子
渥美綾子
阿部美香
天木伸子
網中眞由美
安保寛明
猪川康恵
池上千賀子
池田千夏
池西悦子
石川智恵
泉宗美恵
市原真穂
市村尚子
伊藤智美
伊東美佐江
稲野聖子
乾友紀
井上直子
井上奈々
井上真奈美
井上由紀子
今井芳枝
上田伊佐子
上野栄一
上野里美
牛田貴子
内川洋子
内野聖子
内山明子
宇都宮明美
梅田弘子
江口裕美子
江波戸和子
大江佳織
大江理英
大久保仁司
大竹眞裕美
大西麻未
大西真裕
大日向陽子
大堀昇
大山祐介
大山裕美子
岡田弘美
岡田摩理
尾形由貴子
小川圭子
小倉邦子
小倉久美子
長内さゆり
小野一惠
小野五月
小野悟
小野里衣
小山田恭子
片田千尋
片山将宏
勝山貴美子
桂川純子
加藤茜
加藤智子
加納江理
川久保愛
河田照絵
河野由理
國江慶子
久保田千景
熊谷有記
熊谷桂子
久米真代
黒田暢子
行田菜穂美
郷良淳子
越村利惠
小西由起子
小松容子
近藤彩
近藤純子
齋藤順子
佐久間佐織
櫻庭奈美
佐々木仁美
佐々木美果
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
柴田滋子
渋谷美香
島田裕子
清水いづみ
清水史恵
霜山真
菅谷智一
菅原えりさ
鈴木幸子
鈴木智子
鈴木美央
鈴木和香子
隅田千絵
住永有梨
関根正
髙木夏恵
高谷恭子
髙橋恵子
高橋奈智
高橋奈津子
高橋奈美
高橋亮
彡喜田恵子
竹本由香里
竹森志穂
立野淳子
田戸朝美
田中博子
谷郷智美
玉熊和子
田村康子
為永義憲
千葉洋子

塚崎恵子
槻木直子
辻久美子
辻野美帆
辻本雄大
土屋守克
徳岡良恵
戸沢智也
豊吉泰典
中井智子
中込洋美
中水流彩
永谷智恵
中野葉子
仲間敏春
中村江衣
中山栄純
那須真弓
生天目禎子
成田太一
成田康子
成瀬早苗
南谷志野
西澤和義
西田頼子
西村恵理奈
西山久美江
二瓶映美
二瓶洋子
沼口知恵子
野村美紀
萩典子
橋野明香
橋本佳奈子

畑吉節未
畠山卓也
畑中あかね
花井理紗
濵野初恵
濱吉美穂
原等子
原理加
原田紀美枝
原田竜三
板東孝枝
日浅友裕
樋口美樹
樋口有紀
平尾明美
平川美和子
平田良江
平林優子
廣瀬泰子
深尾亜由美
深谷由美
福井早苗
福島綾子
福山智子
藤代知美
藤浪千種
藤野智子
藤原雅司
藤原麻由礼
武用百子
古島幸江
古厩智美
本城綾子
本武敏弘

前　田　ひとみ
眞　嶋　ゆ　か
松　枝　美智子
松　田　千登勢
松　本　賢　哉
三　上　千佳子
箕　浦　洋　子
宮　木　　良
宮　原　晴　子
宮　本　いずみ
村　井　文　江
村　中　沙　織
村　中　峯　子
餅　田　敬　司
望　月　宗一郎
森　永　裕美子
休　波　茂　子
矢　野　貴　恵
山　岸　直　子
山　﨑　優　介
山　下　いずみ
山　下　早　苗
山　下　由　香
山　田　　忍
山　本　加奈子
山　本　小奈実
山　本　純　子
吉　田　紀　子
米　山　雅　子
渡　邊　裕見子

（五十音順）

2026年度 論文審査・編集委員

浅野浩子
宇城令
柏木公一
金子さゆり
木田亮平
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
田中美央
谷本真理子
田上美千佳
玉井奈緒
藤井徹也
水野恵理子
室岡陽子
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 gakkaishi（Journal of The Japan Society of Nursing）
ISSN 2758-3384

Vol.21 No.2
2026年11月15日発行　年2回（5月，11月）発行

編集　日本看護学会　論文審査・編集委員会

発行　公益社団法人日本看護協会
看護研修学校　教育研究部　学会企画課
〒204-0024　東京都清瀬市梅園1-2-3
JAPANESE NURSING ASSOCIATION
Research Conferences Planning Division
Department of Continuing Education and Research
Institute for Graduate Nurses
TEL　042-492-9120

制作　中西印刷株式会社



公益社団法人
日本看護協会