

原 著

熊本地震被災地域にある医療施設に勤務する看護師の 心的外傷後ストレス障害の実態

黒田 裕美¹, 大重 育美², 菅原 直子³, 北條 智子⁴,
有安 直貴⁵, 姫野 稔子², 高橋 清美², 田村やよひ⁶

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) of Nurses with Working in Hospitals Affected by Disaster—Lessons from the Kumamoto Earthquake

Hiromi Kuroda, Narumi Ooshige, Naoko Sugawara, Tomoko Hojo,
Naoki Ariyasu, Toshiko Himeno, Kiyomi Takahashi, Yayoi Tamura

キーワード：心的外傷後ストレス障害，災害，改訂版出来事インパクト尺度

key words : post-traumatic stress disorder (PTSD), disaster, impact of event scale-revised (IES-R)

Abstract

This study is based on a fact-finding survey of post-traumatic stress disorder (PTSD) in nurses approximately 8–9 months after the Kumamoto Earthquake, with nurses working in hospitals in the disaster-stricken areas of the Kumamoto Earthquake of 2016 as subjects. There were 322 analysis subjects and 46 (14.3%) of those with a high PTSD risk. There was an association between those with a high PTSD risk to those being in a higher age group or being a nursing middle manager in a ward. In addition, there was also an association between those with a high PTSD risk to those who were on duty during the main shock and those having a partially damaged home due to the quake. It was shown that there is a need to support nurses who have experienced these events. Furthermore, those who had undergone disaster nursing training tended to suffer less from PTSD. It is thought that the disaster nursing training course contributed to promoting visualization to cope with disasters and is an effective countermeasure for PTSD in the event of a disaster.

受付日：2019年11月26日 受理日：2020年5月22日

1. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences
2. 日本赤十字九州国際看護大学 Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing
3. 日本赤十字社名古屋第二赤十字病院 Japanese Red Cross Society Japanese Red Cross Nagoya Daini Hospital
4. 一般社団法人訪問看護ステーションちはや ACT Home Nursing Station Chihaya ACT
5. 医療法人勢成会井口野間病院 Inokuchi Noma Hospital
6. 前日本赤十字九州国際看護大学 Former Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

要 旨

本研究は、2016年に発生した熊本地震の被災地域にある医療施設に勤務する看護師を対象とし、熊本地震発災約8~9か月後における看護師の心的外傷後ストレス障害（PTSD）の実態及び発災直後に仕事に関することで印象に残った内容を調査した。分析対象は322名であり、PTSDハイリスク者は46名（14.3%）であった。PTSDハイリスク者に、より年齢が高いことや、中間管理者であることが関連した。また、PTSDハイリスク者には本震時に勤務していたことや自宅被害状況が半壊であったことが関連しており、これらを経験した看護師に対する支援の必要性が示唆された。また、災害看護研修の受講経験者にPTSDが少ない傾向があった。災害看護研修の受講は災害時対応のイメージ化を促進することに繋がり、災害時のPTSDへの有効な対策となると考える。

I. はじめに

2016年4月に発生した熊本地震は、4月14日21時26分にマグニチュード6.5、最大震度7を観測した前震と、4月16日1時25分にマグニチュード7.3、最大震度7を観測した本震による2度の大地震による被害を受けた。さらに、余震が続き、2017年4月末までの約1年間に、4,000回以上の震度1以上の地震を観測した（国土交通省気象庁、2016）。日本はこれまでに多くの地震を経験しており、災害支援が行われてきた。熊本地震においても、被災地内外の多くの看護職が救援活動に参加し、被災住民の支援に携わった。

Raphael (1986/1989) は、災害時の人間の代表的な「役割」は「被災者」と「救援者」であり、救援者はまず被災者たちのなかから現れるため、一人で被災者と救援者の二重の役割を持つこともありうる（p.23）。また、災害時に援助する者の立場には、1) 自らも被災し、職務・命令である立場、2) 自らも被災し、自発的支援である立場、3) 被災せず、外部からの支援であり、自発的支援である立場、4) 被災せず、外部からの支援であり、職務命令である立場があるとされている（前田、2018, p.107）。被災地域において勤務する看護師の多くは「被災者」でありながら、職務や命令として、または自発的に「救援者」としての役割を果たしてきたと考える。

これまでに災害時の救援活動に参加した救援者に、精神的な問題が発生することはよく知られている。救援活動を行った看護師や消防隊員などの救援者における心的外傷後ストレス障害（以下、PTSDとする）の発生率は約10~30%（Chang, Lee, Connor, et al., 2003; 加藤・飛鳥井、2004; Zhen, Huang, Jin, et al., 2012; Berger, Coutinho, Figueira, et al., 2012; Kang, Lv, Hao, et al., 2015）であり、苦痛や不安の症状が災害に曝された救援者に増加することが報告されている。また、救援活動に参加した看護師の心理状況について、多くの研究が行われてきた。被災地外から救援活動に参加した看護師や医療職者の心理状況について、被災地の現実に対するショックや思い描いていた支援とのギャップ、不慣れ

で不規則な生活による疲労感、被災地から帰ることへの罪悪感があったことが報告されている（松清・上平、2013, p.20; 新福・原田、2015, p.16）。一方、被災地域に住む看護師を対象とした調査では、知人・友人や親戚が亡くなったことや家が流されたこと、避難所に入所したことなどのストレスを受けており（山崎、2013, p.5）、また、発災時に家族の安否が分からず不安であったことや看護師として活動するなかで妻や母親としての役割があり仕事と家庭の両立が困難であったこと（浦部・宮蘭、2007, pp.27-28）が報告されている。

被災地域で勤務する看護師は、被災者としてのストレスに曝されるだけでなく、救援者としての役割が求められる。以上のことから、本研究では、熊本地震の被災地域の医療施設に勤務する看護師の心的外傷後ストレス障害の実態と、居住地域や自宅の被害状況、災害看護研修の受講経験の有無との関連に着目した。さらに、看護師が発災直後に印象に残ったことを調査し、熊本地震における看護師の経験を学び、今後の看護師への支援や医療施設の災害対策について検討した。

II. 研究の目的

本研究は、熊本地震の被災地域にある医療施設に勤務する看護師を対象とし、熊本地震発災約8~9か月後における看護師のPTSDの実態を調査し、PTSDと対象者の基本属性、地震による居住地域や自宅の被害状況、災害看護研修の受講経験の有無との関連を検討した。さらに、看護師が発災直後に仕事に関する内容で印象に残ったことを調査し、発災直後に経験したことや感じたことの実態を調査した。

III. 研究方法

A. 対象者

本研究では、地震災害による被災者でありながら、看護師としての役割を持ち、直接、患者に対して看護

実践を行った看護師に着目した。

以上のことから、本研究の対象は、熊本地震において震度5強を観測した熊本県内2市に所在する100床以上の4医療施設に勤務する看護師とした。さらに、病棟や外来において看護師長や副看護師長、主任（以下、中間管理者とする）や、スタッフとして勤務する看護師を対象とした。看護部長や副看護部長などの看護管理者は病院全体の管理業務などを行っていたと考えられたため、本研究の対象から除外した。

B. 調査方法

無記名自記式質問紙を用いた。質問紙の配布は対象施設の看護管理者に依頼し、説明文書、質問紙と返信用封筒を配布した。対象者が研究の参加に同意した場合、質問紙に回答し、郵送にて質問紙を返送してもらった。調査期間は2016年12月～2017年1月であり、熊本地震発災から約8～9か月後に実施した。調査時期は、1) 自然災害における救援者を対象としたPTSDに関する文献から検討し、発災後1年以内であること、2) 地震直後に印象に残ったことについて調査するため、対象者が記憶を思い出すことが可能な時期であること、3) 選定した対象施設が調査に協力可能な時期であったことを考慮し、発災から約8～9か月後に実施した。

C. 調査項目

1. 基本属性

年齢、性別、看護師経験年数、職位（中間管理者・スタッフ）、災害看護研修の受講経験の有無、同居者の有無とした。

2. 地震に関する状況

熊本地震本震時の勤務の有無、対象者が居住する地域の被害状況の程度、自宅被害状況の程度であった。居住地域の被害状況の程度は、対象者が考えた被害状況の程度とし、「なし」「小さい」「大きい」の3択とした。自宅被害状況は、「なし」「一部損壊」「半壊」「全壊」の4択とした。

3. PTSD関連症状の実態

PTSD関連症状は改訂出来事インパクト尺度日本語版 (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) を用いて測定した。日本語版IES-Rは対象者のその時点での心理状況を客観的に判断し、PTSD関連症状のスクリーニング尺度として、信頼性と妥当性が検証されている。IES-Rは3つの下位尺度があり、侵入症状8項目、回避症状8項目、過覚醒症状6項目の合計22項目から構成される (Asukai, Kato, Kawamura, et al., 2002)。回答は0：全くなし、1：少し、2：中くらい、3：かなり、4：非常に、の5段階であり、0～4点と得点化した。全体の合計得点（得点範囲：0～88点）及び下位尺度ごとの得点を算出した。本尺度のカットオフ値は合計得点25点であり、IES-Rの合計得点が25点以上の者を“PTSDハイリスクあり”とした。

4. 本震直後の仕事に関することで印象に残ったこと
対象者が本震直後に経験したことや考えたことなどについて、仕事に関する内容で印象に残ったことを自由記載してもらった。

D. 分析方法

対象者の基本属性及び地震に関する状況は度数分布と割合(%), 中央値（第1四分位数-第3四分位数）を算出した。Kolmogorov-Smirnovの正規性の検定を行った結果、正規分布を認めなかった。PTSDハイリスクあり群となし群の2群間の比較はMann-WhitneyのU検定及びPearsonのカイ二乗検定、またはFisherの正確確率検定を用いた。PTSDハイリスクあり群・なし群と対象者の基本属性及び地震に関する状況との関連は二項ロジスティック回帰分析を用いて、オッズ比 (Odds ratio, OR) と95%信頼区間 (95% confidence interval, 95%CI) を算出した。有意確率は0.05未満とした。統計解析にはIBM SPSS Statistics ver.25を用いた。

本震直後の仕事に関することで印象に残った内容（自由記載）は、“地震直後の状況から起こった感情”について記述された内容を抽出した。記述内容の類似性に注目し、意味内容が類似している記述内容ごとに分類し、要約した内容をサブカテゴリーとした。さらに、サブカテゴリーの意味が類似したものに分類し、要約した内容をカテゴリーとした。

E. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号16-019）。本研究はヘルシンキ宣言及び人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従い、実施した。

対象者には調査の趣旨や研究目的と併せて、質問紙は無記名であること、調査協力は任意でありその可否で不利益を生じさせないこと、地震に関する状況を想起させることから回答の途中であっても参加を中止できること、学会発表や論文などで公表すること、公表の際には個人が特定されないように統計処理すること、得られたデータは適切に保管し、個人情報保護に努めることを説明した。さらに、質問紙の返送後は同意の撤回ができないことを説明した。質問紙への回答と返送をもって研究参加に同意したと判断した。

また、PTSDハイリスク者に関する結果は、本調査は無記名で実施したため、統計処理後にまとめた内容を各協力施設の看護管理者に情報提供した。

IV. 結果

864名に質問紙を配布し、362名（回収率41.9%）から返信があった。記載が不十分であった40名を除外した、322名（有効回答率37.3%）を分析対象とした。

A. 対象者の概要

年齢は37.0 (30.0–47.0) 歳であり、女性が291名 (90.4%) であった。中間管理者53名 (16.5%)、スタッフ267名 (82.9%) であった。また、災害看護研修の受講経験がある者は165名 (51.2%) であった。

地震に関する状況は、本震時に勤務していた者は41名 (12.7%) であった。自宅被害状況は「なし」及び「一部損壊」は284名 (88.2%)、「半壊」30名 (9.3%) であり、「全壊」と回答した者はいなかった (表1)。

B. 被災地域に勤務する看護師のPTSDの実態

PTSDハイリスクであった者は46名 (14.3%) であった (表1)。IES-Rの項目別にPTSD関連症状の頻度と割合を算出した。最も症状を有していた者が多かった項目は、「どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがおり返ってくる。」であり、約8割が症状を有していた (表2)。

C. PTSDハイリスクあり群・なし群による対象者の基本属性と地震に関する状況の比較

PTSDハイリスクあり群はなし群と比較し、年齢は有意に高く (p=0.035)、中間管理者の割合が有意に高かった (p=0.021)。また、PTSDハイリスクあり群は

災害看護研修の受講経験がない者の割合が高い傾向にあった (p=0.072)。

地震に関する状況は、PTSDハイリスクあり群では本震時に勤務していた者が23.9%であり、なし群10.9%と比べ有意に多かった (p=0.013)。また、自宅被害状況が「半壊」と回答した者の割合はあり群21.7%であり、なし群7.3%と比べ有意に多かった (p=0.002) (表1)。

D. 被災地域の医療施設に勤務する看護師のPTSDと基本属性・地震に関する状況の関連

PTSDハイリスクあり群はなし群と比較し、年齢が高いこと (OR=1.03, 95%CI=1.00–1.06, p=0.029) や、中間管理者であることが関連した (OR=2.30, 95%CI=1.12–4.75, p=0.024)。また、年齢、職位、災害看護研修の受講経験の有無で調整した調整済みオッズ比では、PTSDハイリスクあり群は、本震時に勤務していたこと (OR=3.53, 95%CI=1.53–8.16, p=0.003) や自宅被害状況が「半壊」であったこと (OR=3.27, 95%CI=1.36–7.86, p=0.008) が関連した (表3)。

E. 本震直後の仕事に関する事で印象に残ったこと
本震直後の仕事に関する事で印象に残ったことの記述は322名中174名から回答があった。そのなかか

表1. PTSDハイリスクあり群・なし群における対象者の属性・地震に関する状況、IES-R得点の比較 (n=322)

		全体 (n=322)	PTSDハイリスクあり (IES-R \geq 25) (n=46)	PTSDハイリスクなし (IES-R<25) (n=276)	p値
対象者の属性					
年齢		37.0 (30.0–47.0)	41.5 (32.0–51.0)	37.0 (30.0–45.0)	0.035
性別	女性	291 (90.4)	42 (91.3)	249 (90.2)	1.000
	男性	31 (9.6)	4 (8.7)	27 (9.8)	
経験年数		14.8 (7.0–23.0)	14.8 (9.8–29.0)	14.8 (6.8–22.0)	0.174
職位	中間管理者	53 (16.5)	13 (28.3)	40 (14.5)	0.021
	スタッフ	267 (82.9)	33 (71.7)	234 (84.8)	
	回答なし	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.7)	
同居者	あり	226 (70.2)	35 (76.1)	191 (69.2)	0.345
	なし (独居)	96 (29.8)	11 (23.9)	85 (30.8)	
災害研修	あり	165 (51.2)	18 (39.1)	147 (53.3)	0.072
	なし	156 (48.4)	28 (60.9)	128 (46.4)	
	回答なし	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.4)	
地震に関する状況					
本震時の勤務	あり	41 (12.7)	11 (23.9)	30 (10.9)	0.013
	なし	275 (85.4)	34 (73.9)	241 (87.3)	
	回答なし	6 (1.9)	1 (2.2)	5 (1.8)	
居住地域被害	なし/小さい	209 (64.9)	25 (54.3)	184 (66.7)	0.130
	大きい	104 (32.3)	19 (41.3)	85 (30.8)	
自宅被害	回答なし	9 (2.8)	2 (4.3)	7 (2.5)	0.002
	なし/一部損壊	284 (88.2)	35 (76.1)	249 (90.2)	
	半壊	30 (9.3)	10 (21.7)	20 (7.3)	
	回答なし	8 (2.5)	1 (2.2)	7 (2.5)	
IES-R得点					
合計点		9.0 (4.0–18.0)	33.0 (27.0–41.0)	7.0 (3.0–14.0)	<0.001
侵入症状		3.0 (1.0–7.0)	12.0 (10.0–16.0)	3.0 (1.0–5.0)	<0.001
回避症状		2.0 (0.0–6.0)	11.0 (9.0–14.0)	2.0 (0.0–4.0)	<0.001
過覚醒症状		3.0 (1.0–5.0)	8.0 (6.0–13.0)	2.0 (1.0–4.0)	<0.001

表中の数値は中央値 (第1四分位数–第3四分位数)、または頻度 (割合, %) を示す。分析はMann-WhitneyのU検定, Pearsonのカイ2乗検定, またはFisherの正確確率検定を用いた。

表2. IES-R項目別の分布 (n=322)

	全くなし	少し／中くらい	かなり／非常に
1 どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちが変わりかえてくる。	62 (19.3)	227 (70.5)	33 (10.2)
2 睡眠の途中で目がさめてしまう。	176 (54.7)	126 (39.1)	20 (6.2)
3 別のことをしていても、そのことが頭から離れない。	220 (68.3)	96 (29.8)	6 (1.9)
4 イライラして、怒りっぽくなっている。	197 (61.2)	112 (34.8)	13 (4.0)
5 そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている。	157 (48.8)	152 (47.2)	13 (4.0)
6 考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。	152 (47.2)	154 (47.8)	16 (5.0)
7 そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。	195 (60.6)	113 (35.1)	14 (4.3)
8 そのことを思い出させるものには近よらない。	216 (67.1)	98 (30.4)	8 (2.5)
9 そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。	167 (51.9)	140 (43.5)	15 (4.7)
10 神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきどきしてしまう。	144 (44.7)	154 (47.8)	24 (7.5)
11 そのことは考えないようにしている。	189 (58.7)	121 (37.6)	12 (3.7)
12 そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。	198 (61.5)	113 (35.1)	11 (3.4)
13 そのことについての感情は、マヒしたようである。	214 (66.5)	100 (31.1)	8 (2.5)
14 気がつくと、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある。	257 (79.8)	61 (18.9)	4 (1.2)
15 寝つきが悪い。	200 (62.1)	108 (33.5)	14 (4.3)
16 そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。	181 (56.2)	125 (38.8)	16 (5.0)
17 そのことを何とか忘れようとしている。	244 (75.8)	73 (22.7)	5 (1.6)
18 ものごとに集中できない。	250 (77.6)	68 (21.1)	4 (1.2)
19 そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある。	258 (80.1)	58 (18.0)	6 (1.9)
20 そのことについての夢を見る。	243 (75.5)	75 (23.3)	4 (1.2)
21 警戒して用心深くなっている気がする。	123 (38.2)	175 (54.3)	24 (7.5)
22 そのことについては話さないようにしている。	253 (78.6)	64 (19.9)	5 (1.6)

数値は頻度（割合，％）を示す。

表3. PTSDハイリスクありと対象者の属性・地震に関する状況の関連

	PTSDハイリスクあり (IES-R≥25点)	p値
モデル1		
対象者の属性		
年齢	1.03 (1.00-1.06)	0.029
女性 (vs. 男性)	1.14 (0.38-3.42)	0.817
看護師経験年数	1.02 (0.99-1.05)	0.129
中間管理者 (vs. スタッフ)	2.30 (1.12-4.75)	0.024
同居者あり (vs. なし)	1.42 (0.69-2.92)	0.346
災害看護研修の受講経験なし (vs. あり)	1.79 (0.94-3.38)	0.075
地震に関する状況		
本震時に勤務あり (vs. なし)	2.60 (1.19-5.66)	0.016
自宅被害が半壊である (vs. 被害なし／一部損壊)	3.56 (1.54-8.22)	0.003
居住地域被害が大きい (vs. 被害なし／小さい)	1.65 (0.86-3.15)	0.133
モデル2		
地震に関する状況		
本震時に勤務あり (vs. なし)	3.53 (1.53-8.16)	0.003
自宅被害が半壊である (vs. 被害なし／一部損壊)	3.27 (1.36-7.86)	0.008
居住地域被害が大きい (vs. 被害なし／小さい)	1.42 (0.73-2.76)	0.306

数値はオッズ比（95％信頼区間）を示す。分析は二項ロジスティック回帰分析を行った。モデル1は補正なし。モデル2は年齢、職位、災害看護研修受講経験の有無で補正した。

ら“地震直後の状況から起こった感情”について記載があった129の記述内容を抽出した。その結果、21のサブカテゴリー、10のカテゴリーが形成された。以下、カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを〈 〉で示す。

本震時に病院で勤務していた看護師は、《現実とは

思えない、見たことのない光景だった》と感じ、地震によって建物や機械などに〈押し潰される恐怖を抱きながら働いた〉ことや〈家族の安否が分からず、心配しながら働いた〉ことが述べられていた。さらに、《患者が増え、マンパワーが不足するなか、休む間も

表4. 本震直後の仕事に関することで印象に残ったこと

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容（一部）
現実とは思えない、見たことのない光景だった	現実とは思えない、見たことのない光景だった	<ul style="list-style-type: none"> ・現実とは思えなかった ・廊下に寝かされている患者や血まみれの所があり、地獄のような状況だった ・生き埋めや土砂崩れ、見たことのない光景だった
	地震の恐怖を感じながら、必死に働いた	<ul style="list-style-type: none"> ・夜が明け、外が明るくなるのを見て安心した ・余震に恐怖を覚えながら朝を迎え、患者が無事で本当に良かった
	押し潰される恐怖を抱きながら働いた	<ul style="list-style-type: none"> ・自分も潰されるのではないかという思いのなか、患者を守るのは大変だった
	家族の安否が分からず、心配しながら働いた	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の安全確認をしたが、すぐに連絡がとれず心配でたまらなかった ・仕事を優先し、家族の安否の確認が取れなかったことが辛かった
患者を守ることに必死だった	患者を守ることに必死だった	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事中でとにかく患者さんを守ることに必死だった ・自分も被災しているが、患者を優先した
	患者を守ることに必死だった	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事中でとにかく患者さんを守ることに必死だった ・自分も被災しているが、患者を優先した
気持ちが高ぶり、疲れを感じなかった	気持ちが高ぶり、疲れを感じなかった	<ul style="list-style-type: none"> ・気持ちの高ぶりが続いており、勤務中は疲れは感じなかった
よく覚えていない	よく覚えていない	<ul style="list-style-type: none"> ・あまりに忙しく、振り返っても覚えていないくらいである ・大変だったと思いはあるが、よく覚えていないところもある
患者に治療を提供できないことが気がかりだった	患者に治療を提供できないことが気がかりだった	<ul style="list-style-type: none"> ・（患者が）血液透析ができるのかどうか、とても不安だった ・外来治療ができないことが患者に不利益であり、気がかりだった
	患者が増え、マンパワーが不足するなか、多くの患者を受け入れることが大変だった	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は増えるが、マンパワーが不足しており大変だった ・勤務できる人が限られている中で、多くの患者の入院を受け入れなければならず困った
患者が増え、マンパワーが不足するなか、休む間もなく働いた	マンパワーが不足するなか、多くの患者を受け入れることが大変だった	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は増えるが、マンパワーが不足しており大変だった ・勤務できる人が限られている中で、多くの患者の入院を受け入れなければならず困った
	休む間もなく働いた	<ul style="list-style-type: none"> ・40時間以上ほとんど不眠のまま仕事し、限界を感じた ・夜中から救急対応に追われて、休む間がほとんどなかった
支援への感謝と受援による負担があった	スタッフやDMAT、自衛隊などの協力があり、感謝している	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフが何人か駆け、協力してくれたことが嬉しかった ・全国各地からDMATや消防、自衛隊などのたくさんの協力があり、感謝しきれない ・全国から応援に来てもらい、助かった
	救援に来た看護師へのオリエンテーションが負担だった	<ul style="list-style-type: none"> ・混乱した中で、（全国から支援に来た）院外のスタッフにその都度オリエンテーションすることは負担に感じた
経験が不足し、自分の役割が果たせなかった	新人看護師であったため、迷惑にならないように考えた	<ul style="list-style-type: none"> ・入職直後であり、他スタッフに迷惑にならないようにと思っていた ・何か行いたかったが、迷惑になるため何もしないことを決めた
	経験が不足していることへの負い目を感じた	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科しか経験がないことに負い目を感じた
	自分に何ができるのか、何をしたら良いか分からなかった	<ul style="list-style-type: none"> ・何をしたいのか分からなかった ・自分に何ができるのか、何をしたら良いのか、分からなかった ・（参集後に）どうすれば良いか、自分の役割が分かってなかった
自分自身や家族の安全が確保されないまま、病院で仕事することに葛藤した	被災者でありながら、仕事した	<ul style="list-style-type: none"> ・自分も被災しているが、患者を優先した ・自分も被災者であるが、仕事もあり大変だった
	身の安全が確保されない状況で病院に参集することに葛藤した	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事をどうしたら良いか、出勤途中の身の安全は確保できるか、死ぬかもしれないが行かなければならぬと悩んだ
	家族を置いて、病院に参集することにストレスや葛藤を感じた	<ul style="list-style-type: none"> ・家族を置いて仕事に行けなかったが、行かなくてはならないという葛藤があった ・夜中に家族を避難先の車に残して、病院に行くことへの家族に申し訳ない気持ちがあった ・家族を置いて仕事に行くことに、ストレスと不安と負担があった
	保育園・小学校が休みになり、小さい子どもを預けられないまま働いた	<ul style="list-style-type: none"> ・学校が休校となり子どもを病院に連れて行ったが、子どもは帰すように言われた。職員の家族の安全確保の不十分さを感じた ・子どもたちの学校や保育園が休みになり、預け先が無かった。子ども達を置いて仕事に行かなければならず、非常に不安な気持ちのまま仕事した
自分自身や家族の安全を考え、病院に参集しないことに葛藤した	病院に参集することができなかったことに申し訳なさやもどかしさがあった	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅の損壊があり、すぐ（病院に）行けなかったことに申し訳なさがあった ・職場までの道が安全が分からず駆けつけることができなかったが、病院に参集した人のことを知り、後ろめたさを感じていた ・病院へ集合しなければいけないことは分かっていたが、子どもを抱えて行けない葛藤があった ・病院からの参集の連絡があった際に避難所にいた。行きたくても行けない状況にもどかしさを感じていた
	家庭や自分自身の状況から、病院に参集しないことを選んだ	<ul style="list-style-type: none"> ・小さい子どもや高齢者が自宅におり、参集できなかった ・自分と家族の安全を大切にしたいと思い、すぐに出動できなかった ・夜間に病院へ行くことは道が危険と判断し、上司に相談して休んだ ・自主参集せず、家の被害に対応した
	家庭や自分自身の状況から、病院に参集しないことを選んだ	<ul style="list-style-type: none"> ・小さい子どもや高齢者が自宅におり、参集できなかった ・自分と家族の安全を大切にしたいと思い、すぐに出動できなかった ・夜間に病院へ行くことは道が危険と判断し、上司に相談して休んだ ・自主参集せず、家の被害に対応した

なく働いた」と、過酷な勤務状況が記述されていた。また、《経験が不足し、自分の役割が果たせなかった》ことが記述され、〈経験が不足していることへの負い目を感じた〉ことや〈自分に何ができるのか、何をしたら良いか分からなかった〉と発災直後に対応ができなかったことへの思いが記述されていた。

一方、本震時に勤務していなかった看護師では、《自分自身や家族の安全が確保されないまま、病院で仕事することに葛藤した》ことが記述されており、被災者でありながら救援者として活動することへの葛藤が述べられていた。また、《自分自身や家族の安全を考え、病院に参集しないことに葛藤した》ことが記述されており、〈家庭や自分自身の状況から病院に参集しないことを選んだ〉ことや〈病院に参集することができなかったことに申し訳なさやもどかしさがあった〉ことなどが記述されていた（表4）。

V. 考察

熊本地震発災から約8～9か月後の被災地域にある医療施設に勤務する看護師において、PTSDハイリスク者は14.3%であった。Berger, Coutinho, Figueira, et al. (2012) が行った救援者のPTSDに関するメタアナリシスにおいて、自然災害・人為災害を含めた災害後のPTSD発生率は10.0%であった。さらに、PTSD発生率には対象者の職業、救援活動を行った災害の種類が関係したと述べ、救急隊員は消防隊員や警察官よりも、自然災害は人為災害よりもPTSD発生率が高かったことを報告している（pp.1004-1005）。質問紙調査による自然災害、そのなかでも地震災害における救援者のPTSD発生率は、発災5か月後に消防隊員を対象とした調査で21.4%（Chang, Lee, Connor, et al., 2003, p.394）であった。さらに、発災13か月後に被災地域に勤務する消防隊員を対象とした調査では、PTSDハイリスク者は15.8%であり、被災地域外から救援活動を行った者（4.2～4.5%）よりも多かった（加藤・飛鳥井, 2004, p.54）。また、医療職を対象とした調査では、発災8か月後に医師や看護師などの医療救援者におけるPTSDハイリスク者は21.8%であり、そのうち看護師は38.9%と高く、看護師は医師と比べてPTSDが起りやすいことが報告されている（Kang, Lv, Hao, et al., 2015, pp.519-521）。さらに、発災6か月～1年後における看護師のPTSDハイリスクの発生率は30.0%（Zhen, Huang, Jin, et al., 2012, p.66）であった。これらの調査はPTSDの診断方法や災害被害状況、調査時期、対象者の特徴・活動内容が異なり、被災地域内と被災地域外を比較した調査は少ないことから、本調査との比較は難しい。しかし、被災地域の医療施設に勤務する看護師はこれまでの報告と同様に、地震による心理的な影響を受けており、約8～9か月後においても継続して

いることが明らかとなった。

PTSD関連症状には、主に侵入症状と回避症状、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化があり（飛鳥井, 2016, p.33）、本研究では、侵入症状や過覚醒症状を有する者が多かった。Tanaka, Ten-nichi, Kameoka, et al. (2019) は阪神・淡路大震災20年後に救援者を含む生存者を対象としたインタビュー調査において、生存者は感情的な反応は緩和されていたが、災害から20年後においても苦痛の感情を示した者がいたことを報告し、長期的な心理的支援の重要性を述べている。これらのことから、長期的にPTSD関連症状の実態を把握することは重要であり、心理的支援を継続することが必要であると考えられる。

災害後におけるPTSDハイリスクに影響する要因として、本震時に勤務していたことが関連した。また、本震直後に仕事に関することで印象に残ったことの記述では、患者を守らなければならない使命感や自分自身の死の恐怖、家族の安否が分からない不安、休憩がとれないまま働き続けた心身の疲労などが述べられており、本震時のこのような経験がPTSD関連症状の出現に繋がったと推測された。また、PTSDハイリスク者には自宅被害状況が半壊であったことが関連していた。熊本地震では発災初期には避難所の受援体制の不備や農山村に散在する家屋の撤去の遅れもあり、“軒先避難”や“車中泊避難”も多かった（山本, 2018, p.13）。自宅の被害が半壊であった者は自宅の倒壊の恐怖や、避難所や車中泊での避難などから、日常生活を送る生活者の側面においても多くのストレスを受けたと考える。加藤・飛鳥井（2004）は、半壊以上の自宅被害があったことや活動時のストレス、近親者の安否が不安だったことが関連した（p.55）と報告しており、救援者のPTSDには地震発生時の経験や被害状況が影響する。これらのことから、看護師が地震によって受けた経験や被害に着目することが重要であり、PTSDに対する精神的な支援とともに、住居環境を整えるための時間を調整することや、被災者支援に関する各種制度などの情報提供を行い、生活者として安心・安定を図るための支援が必要であると考えられる。

また、中間管理者であることがPTSDハイリスクであることに関連していた。浦部・宮蘭（2007）は、管理職に就いている看護職者は災害時にスタッフの勤務調整や人間関係の調整に苦勞したことを報告している（pp.27-28）。熊本地震は余震・本震ともに夜間に発生した。夜間の勤務体制は看護師の数も少なく、すぐに病院に集まることができなかった者もいた。中間管理者は通常よりも少ない人員で勤務体制を組むなどの調整が必要となったと推測された。中間管理者は災害時には初動体制を整えるためのリーダーシップや判断力が求められることから、スタッフと比較してよりストレスを感じたと考える。

災害看護研修の受講経験がない者はある者と比べ、PTSDハイリスク者が多い傾向がみられた。Raphael (1986/1989) は災害時に自分の役割が不確かなことが救援者にストレスをもたらし、自分の活動が不適切ではなかったか、自分の行動または行動しなかったことのために悪い事態を招いたり、被災者を死に至らしめたりしたのではないかと危惧することもあるだろうと述べている。さらに、この不確実性を減少させ、機能性を向上させるための一つの重要な要件は災害対策上の訓練であると述べている (pp.355-356)。災害看護研修の受講は看護師のストレスを軽減するための有効な対策であり、災害時対応のイメージ化や各自の役割の明確化の助けとなったと推測する。また、本震直後に仕事に関することで印象に残ったことに、非常時に自分の役割が分からなかったことや経験が不足していたことが記述されていた。日常から災害時を想定し、各自の役割を明確にするような訓練が求められる。また、Kang, Lv, Hao, et al. (2015) は地震発生前にメンタルヘルストレーニングを受けていた救援者はPTSDの発生が少なかったこと (p.521) を報告しており、平時からの災害教育や訓練は発災後のPTSDの予防や軽症化に繋がると考える。

最後に、本震直後に仕事に関することで印象に残ったことの記述では、“発災直後に病院に行く”ことに関する内容が多かった。すぐに病院へ行った者や行こうとした者は自分自身や家族の安全が確保されないなかで出勤することへの葛藤を記述していた。このような状況において救援者となることは難しく、特に、要配慮者である子どもや高齢者が家族にいる看護師にとって、倒壊の恐れがある家に家族を残して出勤することは強い葛藤や不安をもたらすと考えられる。今回の結果から、自分自身や家族の安全を第一とし、発災後すぐに病院に参集することができない者は無理して来なくて良いという“取り決め”を明確にしておくことが看護師の葛藤や不安の軽減に繋がると考える。一方、発災直後の初動体制を構築することや、交代で勤務し休息をとるためにもマンパワーの確保は必要である。これらのことから、日常から要配慮者を家族に持つ看護師を把握しておくことや、マンパワーを確保するための受援体制を整えておくことが重要である。さらに、託児の支援や休暇の取得など看護師自身を支援する体制を整えることも重要となると考える。

今回の調査において、熊本地震を経験した看護師のPTSDハイリスク者の発生頻度や、発災直後に看護師が経験したことや感じたことを知ることができた。このことは看護師が救援者として安心して活躍するためにも重要な情報であり、被災地域に勤務する看護師の災害時の精神的な支援に繋がると考える。

本研究は熊本地震8~9か月後に被害が大きかった被災地域内の医療施設に勤務する看護師を対象とした

質問紙による調査であった。そのため、PTSDハイリスクの診断は面接による評価や医師による診断が行われていないことや、対象者が発災後から調査までに受けた支援は様々であることから、PTSDハイリスク者の発生率や看護師が経験した内容、感じた内容に影響した可能性が考えられる。今後は縦断研究を行い、長期的なPTSD症状や支援状況を評価する必要があると考える。

VI. おわりに

熊本地震発災約8~9か月後において、被災地域の医療施設に勤務する看護師は、PTSDハイリスク者が約14%であった。PTSDハイリスク者は年齢がより高いことや中間管理者であること、本震時に勤務していたこと、自宅が半壊したことが関連しており、このような看護師に対する支援の必要性が示された。災害看護研修の受講経験者にPTSDハイリスク者が少ない傾向にあった。災害看護研修は災害時の行動のイメージ化や役割の明確化となり、看護師の災害後のPTSDの軽減に繋がると考える。

謝辞

本研究にご協力頂きました4医療施設の看護師の皆様および看護管理者の皆様へ深く感謝申し上げます。本研究は、平成29年度赤十字と看護・介護研究助成(研究代表者：大重育美)を受けて実施した。

利益相反

利益相反なし。

文献

- 飛鳥井望 (2016). メンタルヘルス関連疾患と治療 PTSD. 臨床と研究, 93(5), 621-625.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease, 190(3), 175-182.
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: A systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47(6), 1001-1011.
- Chang, C., Lee, L., Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Jeffries, K., Lai, T. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake.

- The Journal of Nervous and Mental Disease, 191(6), 391–398.
- Kang, P., Lv, Y., Hao, L., Tang, B., Liu, Z., Liu, X., Liu, Y., Zhang, L. (2015). Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry Research*, 230(2), 517–523.
- 加藤寛・飛鳥井望 (2004). 災害救援者の心理的影響 阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から. *トラウマティック・ストレス*, 2(1), 51–59.
- 国土交通省気象庁 (2016). 平成28年(2016年)熊本地震～The 2016 Kumamoto Earthquake～. https://www.data.jma.go.jp/svd/eqev/data/2016_04_14_kumamoto/index.html (2018.5.22)
- 前田潤 (2018). 被災者および援助者のストレスとこころのケア. 酒井明子・菊池志津子編, 災害看護改訂第3版 (pp.104–114). 東京: 南江堂.
- 松清由美子・上平悦子 (2013). 東日本大震災で支援活動を展開した看護師の心理状況とその背景. *日本災害看護学会誌*, 15(2), 15–24.
- Raphael B. (1986)／石丸正訳 (1989). 災害の襲うとき—カタストロフィの精神医学. 東京: みすず書房.
- 新福洋子・原田菜穂子 (2015). 東日本大震災における災害医療支援者の心理状況. *聖路加看護学会誌*, 18(2), 14–22.
- Tanaka, E., Tennichi, H., Kameoka, S., Kato, H. (2019). Long-term psychological recovery process and its associated factors among survivors of the great Hanshin-Awaji earthquake in Japan: A qualitative study. *BMJ Open*, 9:e030250, <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e030250>, 1-8.
- 浦部綾・宮菌夏美 (2007). 災害看護に携わった看護職者のストレスに関する研究—被災地看護職者が災害を乗り越えるプロセス. *鹿児島大学医学部保健学科紀要*, 17, 25–32.
- 山本捷子 (2018). 災害・災害看護の歴史. 酒井明子・菊池志津子編, 災害看護改訂第3版 (pp.4–15). 東京: 南江堂.
- 山崎達枝 (2013). 被災しながら業務を遂行した看護職への惨事ストレスの支援. *産業精神保健*, 21(1), 4–8.
- Zhen, Y., Huang, Z., Jin, J., Deng, X., Zhang, L., Wang, J. (2012). Posttraumatic stress disorder of red cross nurses in the aftermath of the 2008 Wenchuan China earthquake. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 63–70.

原 著

腰痛体操と個別アプローチによる病棟看護師の 腰痛予防対策の変化のプロセス

山本 卓真

The Process of Changing in Nurses by Low Back Pain Exercise and Individual Approach

Takuma Yamamoto

キーワード：腰痛，看護師，腰痛体操，プロセス

key words : low back pain, nurse, low back pain exercise, process

Abstract

The purpose of this study is to clarify that how ward nurses are annoyed with work associated back pain in a hospital setting and low back pain exercise could be one of the resolutions coping with that problem. This study showed that although 40% of ward nurses complain of back pain caused by work related heavy burden on the back, they are too busy to cope with it.

The follow-up period is roughly divided into four terms, in which the nurses who have practiced that exercise feel it's effectiveness gradually.

Firstly, they have been less positive about practicing the exercise. In the 2nd term, they started to practice the exercise and prepare for it. In the 3rd term, due to our intervention to make them participate in the exercise, relationship with nurses have been our binding up. In the 4th term, those who realized the effectiveness of the exercise have gradually changed coworker's attitude. Some of them actively participate in the exercise practice and appreciate the back pain strategy.

要 旨

本研究の目的は、病棟看護師の腰痛に関連する業務の実態、腰痛体操に取り組むプロセスを明らかにすることである。

結果、病棟看護師の約40%は腰痛があり、ケア場面では腰部の負担が大きい場面があり、多くの者が腰部負担を感じていた。しかし、看護師たちは、業務が忙しいため腰痛予防対策の実施に困難を感じていた。

腰痛体操を行った病棟の看護師の変化のプロセスは4つの時期を辿った。これらの時期ははっきりと

受付日：2019年8月20日 受理日：2020年7月20日

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科 Japanese Red Cross College of Nursing Graduate School

区別できるようなものではなく徐々に移行していった。第一期では看護師たちは淡々とした様子で体操を実施し、積極性はなかった。第二期では体操を続けていると看護師たちの態度に変化が見られ始めた。第三期で新たな介入を追加すると、研究者と看護師の関係性が築かれ変化が促進された。第四期では看護師の態度の変化が見られ、体操に積極的に参加する、自身で腰痛対策を行う者も現れた。

I. 緒言

「業務上疾病」とは特定の業務に従事していることよってかかる、もしくはかかる確率が非常に高くなる病気の総称で、その発生件数の6割以上を腰痛が占め（厚生労働省, 2014, p.1）、看護師を含む多くの職業で腰痛が問題となっている。また、腰痛の発生割合は保健衛生業以外の全業種において減少傾向であるのに対し、医療保健業では横ばいか微増している（厚生労働省, 2014, p.2）。

看護師の腰痛は看護業務や動作、環境、心理的なものなどその要因は多岐にわたり（厚生労働省, 2014）、先行研究でも同様な結果が明らかになっている。しかし、統一された結果は見出されておらず、看護師の腰痛には様々な要因が複雑に関連し絡み合っていると考えられる。

看護師の腰痛有訴率は54.3～75.0%（原田・西田・北原, 2015; 中野, 2013; 藤村・武田・浅田他, 2012; 房野・久保・尾崎他, 2007）である。このような看護師を含む、保健衛生業の腰痛の状況から、厚生労働省は2013年に「職場における腰痛予防対策指針」を改訂し、適用対象をそれまでの「重症心身障害児施設等における介護作業」から「福祉・医療等における介護・看護作業」全般に適用の範囲を拡大した。同指針では、作業管理、作業環境管理、健康管理と労働衛生教育の視点で腰痛予防に取り組むことを推奨している。

腰痛予防に取り組んでいる病院の割合は38.2%であり、2013年の調査の38.1%と変化はなかった（日本看護協会, 2014, p.7）。また、実施されている腰痛予防の種類については、「腰痛予防に関する教育・研修」が62.8%と最も多く、「福祉機器や補助具の使用」が52.8%で、「腰痛体操」は21.7%にとどまっていた（日本看護協会, 2014, p.7）。これらから病院などにおける腰痛対策の実施状況はまだ十分でなく、対策内容も知識提供が主であることがわかる。

腰痛予防対策の健康管理の1つに腰痛体操がある。体操は他の対策と比べ費用がかからず、大きな業務変更もないと考えられるため対策の導入として実施しやすいと考える。しかし、腰痛体操の導入や効果を明らかにしようとした文献（小林・乙黒・福島他, 2012; 澤田・林・佐藤他, 2010）では、いずれも時間が数分間～10分間程度かかってしまい、多忙な病棟業務の中で実施するのは難しいため、簡単簡便にできる体操であれば対策として適しているのではないかと考えた。実際の調査で腰痛体操を実施している病院は、何

らかの対策を実施している病院の中で約2割であり、実際の実施割合や継続割合、さらには継続される、されない理由は不明である。予防対策は継続されるものでないと有効とはいえない。しかし、ただ予防法を取り入れるだけではより忙しさを圧迫させ、負担感が増大するのみで、継続に至るには困難であると考えた。そこで予防対策の継続をするためには導入から継続に至るまでのプロセスが重要であると考えた。

そこで本研究ではアクションリサーチを用いて、腰痛予防対策として腰痛体操を導入し、継続を目指して、病棟看護師たちが腰痛体操に取り組むプロセスを探求したいと考えた。

II. 研究目的

病棟看護師の腰痛予防対策として腰痛体操の導入し、継続に至るまでの病棟看護師の腰痛予防対策の変化のプロセスを明らかにすること。

III. 研究方法

A. 用語の定義

腰痛：最下端の肋骨と殿溝の間の領域にある痛み。腰部を主とした痛みやはりや不快感などの症状の総称。下肢の症状（しびれ）を伴う場合も含む。

腰痛体操：エビデンスが認められているマッケンジー法（The McKenzie Method または Mechanical Diagnosis and Therapy；以下MDT）を元に松平氏が臨床現場で取り入れられるよう考案した腰痛体操を指す。この体操は腰椎の伸展方向の可動性を回復させ、より負荷の少ない生理的に正しい姿勢をとれるようにするものである（Matsudaira, Hiroe, Kikkawa, et al., 2015）。

B. 研究デザイン

本研究は実践者の共通意識を高揚させることで実践を改善させるアクションリサーチのエンハンスメントアプローチである。アクションの内容は松平氏考案の腰痛体操と腰痛予防のカンファレンスを中心とした。研究開始後はアクションの評価・修正を適宜行い、途中から腰痛予防などに関連した知識提供のミニプレゼンテーション、看護師のケア場面の参加観察とそのフィードバックを追加していった。

C. 研究参加者

関東圏内の300床以上を有する急性期病院で通常業務を行っている病棟に勤務する看護師を対象とし、条件に合う病棟を有するA病院を便宜的に抽出し、病棟

の選択を行った。対象病棟は施設より紹介されたB病棟で、そこで勤務する看護師を研究対象とした。参加者は病棟に所属する看護師の中に同意が得られた者で、個々の腰痛の有無は問わないが下記の項目に該当しない者とした。参加者の除外項目は特異的腰痛の者、以下の①転倒などの後に痛みが出現し、日常生活に支障がある、②安静臥床時も痛みが持続する、③鎮痛薬の使用開始後も1ヶ月以上痛みが継続する、④肛門・性器周囲の熱感、痺れ、排尿障害がある、⑤かかと歩きが困難、下肢の脱力があるに当てはまる腰痛の者、その他の疾患で医師の許可が得られない者、体操実施後、臀部から大腿にかけ痛みやしびれが発生あるいは10秒以上痛みが継続する者とした。

D. 研究期間

2016年7月から10月末日まで実施した。

E. データ収集方法

本研究では介入中の研究参加者の参加観察内容（フィールドノート）と逐語録をデータとした。

データは体操の実施状況（参加者の態度、実施時の様子）、腰痛予防に関するカンファレンスでの発言・様子、ケア場面での腰部の負担（体勢、実施状態・状況）に関し、参加観察から得た。体操実施時、ケアの実施場面にはフィールドノートをを用い、カンファレンスでは必要時にレコーダーを用い、記録した。

F. アクション内容

介入は腰痛体操として静的ストレッチであるMDTを元にしたMatsudaira, Hiroe, Kikkawa, et al. (2015)の体操を朝の勤務開始時に実施すること、月に1回程度の腰痛予防対策に関するカンファレンスの開催の2つを介入として計画した。この腰痛体操は1回3秒ほどの簡単簡便なものであり、上記文献にて効果が確認されており選択した。体操の実施方法は①肩幅よりやや広く足を開く、②臀部に両手をあてる、③息を吐きながら、ゆっくり上体を反らし（このときに膝が曲がらないようにする）、その姿勢を3秒ほど保つ。これを1日1~2回実施する。MDTは日本理学療法士学会が編纂した理学療法診療ガイドライン第1版（2011）では推奨グレードBのエビデンスレベル2である（p.59）と示されている。

Matsudaira, Hiroe, Kikkawa, et al. (2015)では介護士を対象とした比較研究で（介入群64名、対照群72名）、介入後1年の調査で介入群（体操実行度82.8%）は42.9%が改善との効果が明らかになっている。

G. 分析方法

研究参加者の行動、認識、言動、グループダイナミクスなどのデータを時系列に整理し、研究参加者の変化の有りようを分析した。参加観察のデータをもとに、体操実施の場面では体操への参加度（体操参加への積極性）と上達度（正しい体操が実施できているか）の2点を主として、参加者の態度、言動の変化を

分析した。

追加で実施したケア場面では得られたデータより腰部の負担に関連する姿勢、動作に関しての観察を行い、先行文献で示されている腰部に負担が大きい要因の有無を主に分析した。さらにカンファレンスでは発言内容や発言回数などの積極性やその変化、フィールドノートや逐語録から腰痛体操の導入後のプロセス、予防対策やその方法に関連するものについて焦点をあて、抽出した。分析過程では信頼性、妥当性を高める為、指導教員によるスーパーバイズを受け、必要時アクションの評価、修正を行った。

H. 倫理的配慮

研究は所属の日本赤十字看護大学研究倫理委員会（承認番号：2016-5）および、研究協力施設倫理審査会の承認を得たうえで研究活動を開始した。

介入開始前に対象者全員へ、研究機関の長の許可を受けている旨、研究の趣旨および内容に関して口頭および紙面にて体操の実施場面、カンファレンスの場面、参加観察への協力依頼の説明を行い、同意書の署名にて研究参加への同意を得た。介入開始前に同意が得られなかった者に対しては同意をしていなくても、体操の実施、情報提供や資料の配布、途中からでも研究への参加が可能であることを伝え、順次同意を得ていった。

病棟スタッフからの提案により開始したケア場面の参加観察については、リーダー看護師からその日の勤務者のうち腰部の負担が大きいケアを必要とする患者を受け持つ看護師を紹介してもらい、研究者が口頭および紙面にて説明を行い研究への参加はあくまで自由意志であることを伝え、同意書の署名にて研究への参加、参加観察、データ使用への同意を得た。

得られたデータは個人が特定されないよう仮称で処理し、個人情報に含まれる書類、質問紙、参加観察時のフィールドノート、カンファレンス時の音声データ・逐語録・メモ、USBは分析内容などの文書とともに、所属大学の鍵のかかる机で管理した。研究論文発表後10年間は同様の保管方法を取り、以後文書はシュレッダーにかけ、電子データは完全に消去し、個人情報流出しないようにした。匿名化にて公表時などに参加者の匿名性が保たれるようにし、データは研究以外の目的に使用しないことを確約した。

介入の安全性は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイダンス（2015年一部改訂版）を元に「軽微な侵襲」と判断した。研究参加者の腰痛の有無・程度などに配慮し、障害の悪化・発生を起ささないように体操実施時にモニタリングを実施した。また、業務への影響を最小限にするよう実施法は看護師と話し合い、十分配慮して実施した。

IV. 結果

A. 研究フィールド、研究参加者の概要

研究フィールドは300床以上の病床を有する急性期病院Aの中で40床程度の病床数で、主に脳神経系疾患の患者を受け入れ、ケア度が高い患者が多く入院するB病棟であった。この病棟では日常生活動作などの多くの場面で援助が必要な患者が入院し、病棟看護師はこれらの病室を日替わりで受け持っていた。

B病棟所属の看護師の総数は師長、フルタイムの勤務者、日勤の短時間勤務者5人と合わせて35人であった。勤務形態は変則2交代制で日勤、夜勤が中心のシフト制である。研究参加者の概要を表1で示す。

表1. 研究参加者

参加者の概要		n=31	
年齢	20代	21人	(67.7%)
	30代	6人	(19.4%)
	40代	3人	(9.7%)
	50代以上	1人	(3.2%)
男女比	女性	27人	(87.1%)
	男性	4人	(12.9%)
看護師経験	1~5年	17人	(54.8%)
	6~10年	7人	(22.6%)
	11年以上	7人	(22.6%)
看護師になってからの腰痛の有無	有	10人	(32.3%)
	無	17人	(54.8%)
	不明	4人	(12.9%)
ケアの参加観察実施	実施した	18人	(58.1%)
	実施していない	13人	(41.9%)

表2. 実施した介入

研究開始後の介入経過		同意者数
時期	介入	
介入前	研究計画書と体操方法の説明を実施	4名
介入中		
腰痛体操受け入れ期 1~10回	週2~3回のペースで朝の申し送り後に研究者が主導し、体操の説明をし、実施してもらう	
腰痛体操学習期 14回	体操後のミニプレゼンテーションを開始 ミニプレゼンテーション①開始（腰痛発症の多い時間について）	9名
18回	1回目カンファレンス：病棟看護師よりケアの参加観察実施の提案あり	
19回	2~3回のペースで朝の申し送り後に研究者が主導し、体操の説明をし、実施してもらう	
20回	ミニプレゼンテーション②開始（腰痛の仕事パフォーマンスへの影響）	
腰痛体操動機付け期 22回以降	ケア場面の参加観察を開始	18名
23回	ミニプレゼンテーション③開始（普段のケアでの腰部への負担）	
29回	ミニプレゼンテーション④開始（パワーポジション）、2回目カンファレンス	
腰痛体操上達期 36回	ミニプレゼンテーション⑤開始（ボディメカニクス）	31名
36~39回	2回目の質問紙を配布 3回目カンファレンスの実施	

研究参加者31名の中で腰痛の有無を確認できなかった者を除く、27名中の腰痛有訴者率は37%で、病棟では体位変換やケアを行う際には2人で看護師同士が声を掛け合い調整し、実施していた。

病棟では排泄ケア、体位変換、移乗・移動介助、シャワー浴介助、VS測定などケア時に多くの看護師が何度も前屈姿勢を取らざるを得ない場面が見られた。

B. 腰痛に関する看護師の現状と病棟看護師が体操に取り組むプロセス

腰痛体操を行った病棟の看護師の変化のプロセスは4つの時期を辿った。これらははっきりと分類できるようなものではなく徐々に移行していく経過であった。病棟看護師の腰痛体操への参加度、体操の上達度から4つの時期をそれぞれ第一期【腰痛体操受け入れ期】、第二期【腰痛体操学習期】、第三期【腰痛体操動機付け期】、第四期【腰痛体操上達期】に分類した。病棟看護師たちは初め淡々とした様子で体操を実施し、言動の変化はあまり認められなかった。介入を追加していくと、態度の変化が徐々に見られはじめ、腰痛体操実施に積極的になり、腰痛対策を意識するスタッフも現れていった。介入後の経過の概要を表2にて示す。それぞれの時期の詳細について以下に記述していく。《 》にて体操場面の具体的な場面、〈 〉にてケア場面のデータを示していく。

1. 第一期【腰痛体操受け入れ期】（1~10回）

病棟のすべての看護師が体操を1度以上経験したのは10回目頃であった。看護師たちが体操をどういものなのかを認識していく時期であり、腰痛体操受け

入れ期とした。

この時期では体操開始の声かけを師長が行う機会が多かった。参加度は初めて実施する者、体操を経験したことがある者でも、研究者の説明を受け、周りを見ながら準備を行っていた。また、上達度は体操の手技が正確にできていない、動作がぎこちない様子であった。この時期の後半になると体操を複数回経験した者も出てきて、体操を実施しやすいように広がる、手に持っている物を置くなどの準備を始めることもあった。体操のやり方が多少間違っても注意などで気持ちや削ぐことなどを考慮し、説明のみ行った。体操に拒否的な態度を示したりする者はいなかったが、積極的に取り組むような様子は見られず、淡々と行っていた。以下でそれぞれの場面の詳細を示す。

《第1回目の体操の場面》

朝の申し送りの途中で師長がスタッフに研究者の紹介をした。研究者は一步前を出て、挨拶を行うと病棟スタッフは目線を向け、また挨拶に合わせ、会釈をしていた者も数名いた。

申し送り終了後、師長がタイミングをとり、研究者は体操の説明を行った。

参加者は11名で、スタッフは資料に目を通してながら説明を聞いている。研究者は「聞きながら一緒にしましょう。まず、肩幅くらいに足を開いてもらって、お尻に手を当てます。そのまま骨盤を押し出すイメージで、手で押してグーッと反り、その姿勢を3秒間キープします。では数えます、1,2,3.」と声をかけスタッフも同様に体操を行った。「あー、反れない」と声を出し、あまり腰を反れていない、姿勢の維持ができていない者もいた。また、7人は手の位置が間違っていたり、腰を反ったときに膝が曲がってしまっていた。

《第10回目の体操の場面》

参加したスタッフは11人であった。開始タイミングは師長が声かけを行った。研究者は「それでは広がってください。」と声をかけるとスタッフは円状に広がり、手に持っている物を置いた。6人が声かけ前に準備をしていたり、体操時には説明よりも先に体操の手技を行っていた。手の位置が違っていたり、膝が曲がっている者は5人であった。

2. 第二期【腰痛体操学習期】(11~21回)

この時期はスタッフの全員が一度以上体操を経験し、実施の回数が増える毎に声かけ、説明より前に準備を始める看護師が増えていった時期であった。また、徐々に体操を正しくできるようになり体操を学習している段階と捉え、腰痛体操学習期とした。

体操開始の声かけは研究者が行うようになってい

た。参加度は実施回を重ねる毎に説明時のうなずき、笑顔になるなどの反応や、夜勤者が参加したり、場の雰囲気も和やかになる場面もあった。上達度では手の位置や膝が曲る間違いが多く、手の位置を伝えるため説明時に振り返り、見やすく、強調するようにした。

この時期では新たな参加者はいなかった。要因として、体操実施だけでは腰痛への危機感、関心を高めることが出来ないことが考えられ、14回目から体操後にミニプレゼンテーションを開始した。ミニプレゼンテーション①では前屈時の腰部負担の程度、腰痛発症しやすい時間、腰痛体操を実施すると良いタイミングを伝達した。ミニプレゼンテーション②では腰痛が仕事の生産性へ及ぼす影響について伝達した。これらは研究者が内容を検討し、構成した。以下に具体的な場면을記述する。

《15回目の体操の場面》

体操参加者は12人であった。申し送り中からステーション内に車いすに乗った患者がいた。看護師の一人が患者に話しかけていたため、研究者は患者に向かって「一緒に体操どうですか」と誘いをかけたところ、スタッフは笑ったり、笑顔浮かべるなどの反応が見られた。

研究者の体操の声掛けの前に体操を準備している者は9人であった。体操時は手の当てる位置が少し外側になっていたり、腰や腸骨のあたりにかけるように手を当てているスタッフが3人いたが、説明と動作を見せることによって、手の位置を修正していた。

体操を行った後のミニプレゼンテーションでは腰痛の発症しやすい状況に関して伝達し、スタッフたちは資料に注目し、笑顔であったり、うなずいたりしていた。

3. 第三期【腰痛体操動機付け期】(22~31回)

この時期はカンファレンスでの看護師の提案からケア場面の参加観察を開始し、スタッフの意見をもとにミニプレゼンテーションを行った。ケア場面の参加観察により研究者とスタッフとの双方向的な関わり合いが生まれ、参加観察時のフィードバックやプレゼンテーションの内容により腰痛への意識化の高揚が起り、腰痛・予防への関心・危機感の高まり、体操への意識も高まったと考え腰痛体操動機付け期とした。

この期のカンファレンスでスタッフより提案されたケア場面の参加観察を22回目から開始した。ケア場面の参加観察は当日に紹介があり、同意の得られた看護師1名に同行し、腰部への負担が高いと考えられるケア場面の観察を行った。また、時間があつた者には、観察内容などのフィードバックを行った。

ミニプレゼンテーション③では普段のケア時の腰部

負担の程度とその負担を体操でどう軽減出来るかについて伝達を行った。ミニプレゼンテーション④で腰部の負担が少ないパワーポジションの姿勢の紹介を行った。ミニプレゼンテーション③までは研究者が内容を検討していたが、より腰痛予防に関心を持ってもらい、実践してもらえよう④からはカンファレンス、参加観察時のスタッフの「姿勢が悪い人が多い、体の使い方ができていない」などの意見を参考にし、内容を検討し、構成を行った。病棟体操の参加度は看護師が7割程度の者が体操の準備始めるようになっていた。上達度は23回目から膝の正しい様子を協調した説明を始め、徐々に正しい方法でできるようになっていった。以下に体操場面、ケア場面の参加観察の場面の詳細を記述する。

〈22回目 看護師Eの排泄ケア、体位変換の場面〉

受け持ち患者（以下Pt①）は肥満体型、意識レベル3桁で日常生活動作すべてに全介助が必要であった。

排泄ケアのためEと研究者で行った。初めにベッドを平行にしたが、高さの調節は行わなかった。Eは足を軽く開いた状態で前屈姿勢（30度前後）になり、排泄の有無の確認をした。

Eは前傾姿勢のままPt①の姿勢を変え、オムツを直し、寝衣を整えていた。体位変換のためEは患者の肩、臀部に手をいれ、左方に移動させた。この時、Eは前傾姿勢（40～50度程度）で足を軽く開き、膝は軽く曲げた状態で腕などの上半身の力を使い移動を行っていた。

E以外のスタッフもケア時や作業時に20度以上の前傾姿勢にならざるを得ない場面があり、さらに足幅が肩幅より狭い、腰を曲げる、上半身だけや腕の力のみで介助を実施している場面が見られた。ベッドの高さ調整の実施は8割程度だったが、ケアが重なっているなどの多忙時はできていない場面もあった。

《29回目の体操の場面》

体操参加者は12人であった。体操の準備の場面では7割の者が声をかける前に準備を行っていた。正しく実施できている者は増えていたが2人できていない者が見られた。ミニプレゼンテーション④で腰部の負担が少ない姿勢（胸ハリぷりケツ）を紹介すると、説明を受けながらそれぞれ体勢をとる者もいた。

4. 第四期【腰痛体操上達期】（32～39回）

この時期は体操時の間違いがある箇所の説明を重点的に言い、看護師たちの体操の手技が上達していった時期であり、腰痛体操上達期とした。

体操開始時の声かけを行うと多くの看護師は何らかの準備をしており、参加度は上がっていた。また、朝の体操のタイミングで出来なかった看護師が後から自身で行うと言う、腰痛の対処などについて研究者に尋ねる者やミニプレゼンテーションの内容を実際のケアの中で実施する者も出てきた。上達度でも体操の手技を間違える者はほとんど見られなくなった。

プレゼンテーション⑤ではボディメカニクスとして足幅を大きくし、基底面を広くする、介護者の重心の移動法などについて紹介を行った。体操は研究者が主導しているのは変わりなかった。実施の拒否や不快な様子を示す者は見られなかったが、研究者がいないときには体操は実施されず、習慣化や継続には至らなかった。第四期の39回目までに参加した看護師は合計31名になった。以下に具体的な場面を記述する。

《32回目 体操の場面》

体操参加者は13人で、朝の申し送りが終わるとスタッフはそれぞれ研究者の声掛けより前に手に持っている荷物を置く、体操がしやすいように広がるなどの準備を始めていた。手の位置が違っていている者が1人いたが、説明時に正しい位置に修正していた。体操終了後、参加観察の準備をしていると途中で抜けてしまったスタッフが「あれ、体操もう終わっちゃったんですね。」と研究者に話しかけた。研究者は「すみません。さっき終わってしまいました。よかったです今一緒にやりますか。」と答えると、B「だったら大丈夫よ。後で一人でやとくから」と言って仕事に戻っていった。

〈看護師Tのケア場面の参加観察後のフィードバック〉

参加観察を行ったときの腰の負担が大きい場面と負担がかかりにくい姿勢をフィードバック時に伝えた。その後、体位変換を行う場面では「あれですね、胸張ってやるやつですね」と言いながら、姿勢を意識して体位変換をしていた。また、「研究に來てもらっていることで腰痛に気を付けなければいけないという意識ができたり、ミニプレゼンなどでいろいろな知識を身につけることができて前より腰痛の認識ができたと思います。」と自身の腰痛に対する意識の変化についての発言も見られた。

《36回目 体操前の場面》

申し送りの間に研究者が待っているとスタッフBが研究者に「なんだか急に腰痛になっちゃったみたいなんだけどコルセットつけたほうがいいの」と硬い表情で話しかけてきた。研究者は「急性期の人がコルセットつけるのはいいみたいですけど、長くつけると筋力の低下などあって良くないと言われています。」と答えると、Bは「こういうのにも体操効

果あるのですか」とさらに質問した。研究者は「もちろん全員ではないけれどやると軽減することもあります。体操したときにしびれや痛みがなければ大丈夫なので毎日やってみてください。」と説明するとBは「ありがとうございます。やってみます。」と言った。

体操参加者は10人で研究者が声掛けをするとスタッフたちは同時に体操がしやすいように準備を整えていた。研究者の掛け声とともにスタッフは体操を実施し、間違った動作を行っている者は見当たらなかった。

V. 考察

本研究では腰痛体操の導入し、継続に至るまでの病棟看護師の腰痛予防対策の変化のプロセスを明らかにすることを目的とし、看護師の言動などの様子から病棟看護師の4つのプロセスの変化を明らかにした。それらは第一期【体操受け入れ期】、第二期【体操学習期】、第三期【腰痛体操動機付け期】、第四期【腰痛体操上達期】であった。看護師は体操、ミニプレゼンテーション、ケア場面の参加観察、フィードバックを通し、体操の参加度や上達度を高めた。以下で介入による病棟看護師たちの変化とそのプロセスを検討していく。

第一期【体操受け入れ期】の初期では病棟師長が体操実施の声かけを行っていた。これは師長という役割によるポジションパワー (Hersey, Blanchard, & Johnson, 1996/2000) により集団行動に影響を与え、看護師たちは体操を行っていたと考えられる。しかし、体操実施だけでは腰痛、予防に関する「知識上の変化」や腰痛への「危機感を抱かせること」が少なく、危機感を高める (グロービス経営大学院, 2014, p.47) ことができず、スタッフは体操実施の必要性を感じず、変化が現れなかったと考えられる。

第二期【体操学習期】ではミニプレゼンテーションを開始し、後半に一期ではなかった反応をする看護師もいるなどの様子に変化が見られた。これはミニプレゼンテーションで腰痛に関する知識提供を行い、腰痛体操実施の恩恵、意識化の高揚となり、態度の変容 (Hersey, Blanchard, & Johnson, 1996/2000, p.6) を起こしたことがきっかけになったと考える。

第三期【腰痛体操動機付け期】は体操実施の回数を重ね、参加度、上達度がともに上がった。この時期からミニプレゼンテーションの内容を看護師の意見を参考に構成したことでより適したプレゼンテーションができ、さらに変化を促進することができたと考えられる。また、ケア場面の参加観察の提案からも意識の変化が起こっていたと考えられる。参加観察により研究者と病棟看護師のコミュニケーションが活発になり、

双方向的な関わり合いが生まれ、参画的な変化 (Hersey, Blanchard, & Johnson, 1996/2000, p.390) が生まれたと考える。

第四期【腰痛体操上達期】では体操を繰り返し行い、参加度、上達度がさらに上がっていた。また、参加観察を行った看護師の数も多くなり、フィードバックを行うなどにより参画的な変化がさらに進み、変化が進んでいったと考える。

実際のケア場面ではミニプレゼンテーションで伝えた動作を行う、個別に腰痛のことについて質問しに来る、個人で体操を実施しようとするなどの変化が認められた者もいた。これは個人行動の変化 (Hersey, Blanchard, & Johnson, 1996/2000, p.6) と考えられる。ただし、個別で質問しに来るのは偶然この時期に起こっただけで、他の時期でも起こりうる可能性もあるが、これは研究を通し研究者とスタッフの関係性が構築されたことで起きた場面で、変化と評価できる部分はあるのではないかと考える。

本研究では当初は全員で腰痛体操を実施するという集団に対してのアプローチのみであったが、予測していた変化は起こらなかった。そこで看護師たちの腰痛への意識を高揚させるために研究者が考えた内容でミニプレゼンテーションを開始した。しかし、それでも変容を起こす様子はほとんどなかった。そのため腰痛カンファレンスで病棟看護師と介入などについて話し合い、そこからプレゼンテーション内容を検討し、実施したり、参加観察を開始して、腰痛予防対策への関心をより高揚させるように介入を追加していくことで変化が見られ始めた。対象に則した介入を実施したことで変化が生むことができたのではないかと。ただし、体操への参加度や上達度は上がったが、目的であった体操の継続という変化を起こすまでにはいたらなかった。

目標の達成にいたらなかった原因として、まず1つ目は研究期間に原因があったと考える。行動を変容させ、継続するには6ヶ月間以上の長い期間が必要であり (津田・堀・金他, 2010)、本研究の約3ヶ月という期間では行動の変化を起こすには短かった可能性があると考えられる。

2つ目は研究者の関わり方が考えられる。今回の介入では研究者が指導することが中心的で、ティーチングがメインの関わりとなっていた。諸橋 (2011) は「ティーチングとは自分の知識や経験を教えることで、一方通行のコミュニケーションや支配・従属関係になりやすい。一方コーチングは相手の自主性を尊重して自ら考えさせ、相手の答えを引き出すもので、双方向のコミュニケーションが可能となり、パートナーシップの関係を構築することができる」(p.397) と述べている。コーチングの手法を用いることでより対象の積極性を引き出すような関わりが必要であったと考える。

3つ目は体操の効果の実感の有無が考えられる。体操の効果に関しては、研究初期やカンファレンス時に Matsudaira, Hiroe, Kikkawa, et al. (2015) の文献を配布、説明を行った。病棟看護師たちは体操の実施で心地よさを感じていた様子は見られたが、参加者の半数以上は腰痛がなく、体操の腰痛軽減・予防の効果をあまり実感できていなかったと考える。また、体操実施が研究者のフィールドワーク時のみに限られており、文献と同等の効果を得ることができなかったことが要因と考える。効果の実感などがあれば体操実施・継続ための動機付けの1つになった可能性が考えられる。本研究での介入プログラムでは毎日体操を実施するための方法が不足してしまっていたため、体操の実施に関しての介入プログラムの検討もより必要であったと考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は対象が病棟看護師に限られていること、介入の期間が3ヶ月間と短かったことと参加施設や病棟の特性、準備状況が異なればプロセスが異なることが考えられる。

今後はより腰痛予防方法の定着に適した介入法を検討し、他の対象にも同様の研究を重ね、腰痛予防対策の推進方法を洗練させる必要がある。

VII. 結論

本研究では腰痛予防対策として腰痛体操の導入とその後のプロセスを明らかにした。プロセスは4期に分けられた。残念ながら腰痛体操の定着には至らなかった。簡単、簡便な体操であっても、技術を伝えるだけでは習慣化には至らず、原因として介入の期間、介入方法、実感の有無が考えられた。また、腰痛体操を始める際には体操と教育の両方実施することと、現場に即した教育が必要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいたすべての皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成28年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した論文を一部加筆・修正したものである。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

房野絹可・久保千恵子・尾崎勝博・後藤啓輔・田島直也 (2007). 当院における腰痛実態調査. 日本

腰痛学会雑誌, 13(1), 113-120.

藤村宜史・武田正則・浅田史成・川瀬真史・高野賢一郎・澤田小夜子・廣滋恵一 (2012). 多施設共同研究による病棟勤務看護師の腰痛実態調査. 日本職業・災害医学会会誌, 60(2), 91-96.

グロービス経営大学院 (2014). グロービス MBA リーダーシップ. ダイヤモンド社.

原田清美・西田直子・北原照代 (2015). 看護師の腰痛の有無別にみた看護作業の実態調査. 日本看護技術学会誌, 14(2), 164-173.

Hersey, P., Blanchard, K. H., Johnson, D. E. (1996) / 山本成二・山本あずさ訳 (2000). 行動科学の展開 [新版]. 生産性出版.

小林たつ子・乙黒真喜・福島吉乃・中橋淳子・古屋伴仁・新藤裕治 (2012). 看護職の腰痛予防のための体操を勤務時間内に取り入れた成果の検討. 山梨県立大学看護学部紀要, 14, 21-32.

厚生労働省 (2014). 医療保健業の労働災害防止 (看護従事者の腰痛予防対策). <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyouku/0000092615.pdf> (2020/7/25)

Matsudaira, K., Hiroe, M., Kikkawa, M., Suzuki, M., Isomura, T., Oka, H., Hiroe, K., Hiroe, K. (2015). Can standing back extension exercise improve or prevent low back pain in Japanese care workers? The Journal of Manual & Manipulative Therapy, 23(4), 205-209.

諸橋勇 (2011). 実践を通じた臨床能力の開発 臨床実習 (第2回) 臨床実習指導におけるコーチングスキルの応用. 理学療法学, 38(5), 397-401.

中野千香子 (2013). 「急性期一般病院における看護職員の腰痛・頸肩腕痛の実態調査」結果. 医療労働, 563, 11-18.

日本看護協会 (2014). 2014年 看護職の夜勤・交代制勤務ガイドラインの普及等に関する実態調査. <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/2015hokoku.pdf> (2020/7/25)

日本理学療法士学会 (2011). 理学療法診療ガイドライン第1版. http://www.japanpt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/01_cover.pdf (2020/7/25)

澤田小夜子・林宏樹・佐藤恵子・海野順子 (2010). 職場で継続できる腰痛予防体操の提案. 日本職業・災害医学会会誌, 58(1), 24-28.

津田彰・堀内聡・金ウイ淵・鄧科・森田徹・岡村尚昌・矢島潤平・尾形尚子・河野愛生・田中芳幸・外川あゆみ・津田茂子 (2010). 多理論統合モデル (TTM) にもとづくストレスマネジメント行動変容ステージ別実践ガイド. 久留米大学心理学研究, (9), 77-88.

原 著

小児看護学実習における学生の「わかった！」というアハ体験 —学びへの転換—

川名 るり^{1,2}, 江本 リナ³, 吉田 玲子², 山内 朋子³,
鈴木 健太³, 楠田 智子⁴, 筒井真優美⁵

“Aha!” Moment of Undergraduate Students in Pediatric Clinical Nursing Practice: The Turning Point of Learning

Ruri Kawana, Rina Emoto, Reiko Yoshida, Tomoko Yamauchi,
Kenta Suzuki, Tomoko Kusuda, Mayumi Tsutsui

キーワード：学びへの転換, 小児看護学実習, 「わかった」体験, 学生

key words : turning point of learning, pediatric clinical nursing practice, “Aha!” moment, undergraduate student

Abstract

【Purpose】 The purpose of this research was to describe the student’s “Aha!” moment from the student’s view point that occurred during the pediatric clinical nursing practice.

【Methods】 Participants were those who had experienced the “Aha!” moment during the pediatric clinical nursing practice at a nursing college and still belong to the college. An interview was conducted with three participants based on the narrative approach.

【Results】 Student’s experience by their narrative were as follows: (1) Experience of deep understanding when she matched the family in front of me with the family in chronologically; (2) Experience of “Oh, really it was” when she noticed building relationship with a child and myself; (3) Experience of realizing that she could hear child’s voice.

【Discussions】 Student’s experiences were “Aha!” moment that accompanied the insight when their concerns, anxiety, and difficulties they had during pediatric clinical nursing practice turned to deep learning.

受付日：2019年11月25日 受理日：2020年8月5日

1. 神奈川県立保健福祉大学 Kanagawa University fo Human Services
2. 前日本赤十字看護大学 Former faculty, Japanese Red Cross College of Nursing
3. 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing
4. 日本赤十字看護大学大学院博士後期課程 Doctoral program, Japanese Red Cross College of Nursing
5. 日本赤十字看護大学名誉教授 Emeritus Professor of Japanese Red Cross College of Nursing

要 旨

【目的】本研究の目的は小児看護学実習における「わかった」というアハ体験を学生の視点から明らかにすることであった。

【方法】看護系大学の小児看護学実習で子どもと家族について「わかった」という実感を得た経験のある学生3名にナラティブアプローチに基づくインタビュー調査を行った。

【結果】学生らのナラティブから、1. 家族の時間軸が目の前で合致する「本当にわかった」体験、2. 子どもとの関係構築に「ハッ、そうだったんだ」と気づく体験、3. 子どもの声が聴こえた手応えで見方が「丸ごと変わる」体験が明らかになった。

【考察】研究者らがアハ体験と捉えていた学生の「わかった」という体験は、共通して、小児看護学実習当初に抱いていた各々の悩みや戸惑いが劇的に変化する、学生にとっての学びへの転換であったことが明らかになった。

I. 序論

近年、日本の看護系大学における小児看護学の実習環境は大きく変容してきた。小児病棟や小児科外来などの閉鎖や縮小、小児入院患者数の減少、平均在院日数の短縮化など、小児医療事情が変化している。他方、看護基礎教育では実習時間短縮に加えて看護系大学が急速に増加し続けており（日本看護系大学協議会、2019）、実習場の確保そのものが難しくなっている。

その状況下において、各大学では小児看護学実習でどのように学生の学びを達成させることができるかが課題となっている。子どもやその家族と接した経験の無い学生が増加する中で、実習前演習を充実させるなどの対策も取られているが、学生同士のロールプレイやモデル人形では子どものリアルな反応を理解することが難しい。そのため、限られた実習期間や場であっても、実際の現場で子どもと家族のリアルな反応を実際に見て感じることが出来る実習は、学生にとって貴重な学びの機会であると言える。

これまでに小児看護学実習を通して私たちは、学生が単なる学びとは異なる腑に落ちる手ごたえを感じて、実感を込めて閃きのように「わかった」と表現し、緊張が解けるような喜びを示すのを見聞きしてきた。それを背景に、私たちはそのような体験をアハ体験と呼び、実習指導経験のある小児看護専門看護師への調査を行ったところ、研究協力者となった小児看護専門看護師らもまた、実習における学生のアハ体験は学生の子どもと家族への関心や思考への変化をもたらし、看護援助を発展させる重要な第一歩であると考えていたことが明らかになった（川名・筒井・江本他、2017）。アハ体験は学習の成立に伴った快と驚きの情動反応である（牧野、2018）と言われるように、単なる体験や学びとは区別される。小児看護学実習において単なる学びとは区別される、学生の「わかった」というアハ体験が学びとして重要な意味を持つな

らば、そのような体験が得られるように学生を意図的に支援することが望まれる。

しかし、小児看護学実習での学生の学びを明らかにした先行研究では、学びを実習記録やアンケート、技術項目の到達度でみているものが多い（川名・筒井・江本他、2017）。私たちがアハ体験と呼ぶ学生の「わかった」という体験とは、学生にとってどのようなものか、実習状況でのどのような人々との関係性やかかわりの中で得られるのかは明らかにされていない。

そこで、本研究では小児看護学実習において私たちがこれまで見聞きしてきたような「わかった」というアハ体験は学生にとってどのようなものかを、学生の個別事例の経験を深く掘り下げて明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究では佐伯（2004）の議論を参考に、次のように用語を定義した。

「わかった」：自らが実感として「なるほど」と納得すること。

学び：自らの納得を経由している営みであり、考えを広げ深めること。

体験：身をもって経験すること。ここでは経験に対する意味づけも含むものとし、アハ体験を、小児看護への関心や思考の深まりがおとずれる類いの、閃きのような腑に落ちる「わかった」体験とした。

III. 方法

研究デザイン：ナラティブアプローチを参考にした。ナラティブアプローチでは、人は常に人との関係性の中で経験を得、その経験はその人の物語として位置づけられている。そして、ナラティブによってこの物語としての経験に意味づけされた世界を捉える（Clandinin & Connelly, 2000）。そこで、個別事例の「わ

かった」というアハ体験へアプローチするのに妥当であると考えた。

研究参加者：承諾が得られたA大学看護学部の学生3名。A大学の小児看護学実習では病棟実習を4日間で展開しているため、現代の短い実習期間の実情に即した知見を得ることが期待できると考えた。参加条件は小児看護学実習で「わかった」というアハ体験をしていること（定義を提示）、小児看護学に関連する実習や授業と、全ての成績評価を終えた学部4年生である。参加希望の申し出のあった3名を研究参加者として研究を実施した。

データ収集期間：2015年11月から2016年8月であった。

データ収集：ナラティブインタビューを実施した。ここで言うナラティブとは、ある時点での感情や意見を表明した言葉が、具体的な出来事の展開とセットで語られるもの（野口，2005）と考え、具体的な出来事の展開が語られることを目指した。個別に一人2回、計約80分、小児看護学実習での「あなたにとって『わかった』という体験はどのようなものでしたか」という大きな問いを投げかけて、印象に残っていることを中心に自由に語ってもらった。本人の理解を得て録音し、逐語録を作成した。

分析方法：分析はシークエンスを重視して、語られた内容に分析の主眼を置いた。特に、過去と現在だけでなく、自分の展望という未来の時制を含むものとして個別の主観的意味世界の理解を目指し、Holloway & Wheeler(2000/2006)による手順を参考に分析した。個別のデータの中にある要素から一貫性のある新しい記述を生み出すことができるように、①逐語録を精読し、語りを意味の区切りごとに要約した。②「わかった」という体験に注目して、出来事、そのときの思いや考え、思いや考えが変化したときには何がどのように関係したのかなどを考慮しながら類似する内容をまとめ、まとまりごとにテーマをつけた。③テーマを比較しながら各学生の視点で時系列に並べ、ストーリーを再構成した。④ストーリー全体を構成する体験の意味を解釈した。

分析は共同研究者間で繰り返し検討し解釈の妥当性を高めるとともに、研究参加者には語りの内容および解釈に誤りがないか確認し信憑性を確保した。

倫理的配慮：所属大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：2015-96）。研究の主旨、

参加条件、方法、倫理的配慮、連絡先を記入したポスターをA大学内で掲示して学生の参加を募った。連絡をくれた方に改めて研究参加への自由意思の保障、途中中断が可能であること、個人情報保護策、公表可能性、個人を批評することはないことなどを書面と口頭で説明し、書面にて同意を得た。なお、これらの説明と面接は直接指導的立場でかかわった経験がない研究分担者か研究協力者が行い、自由な語りを確保できるよう努めた。

IV. 結果

研究参加者（表1）の個別のストーリーを以下に記述する。ゴシック体のタイトルは「わかった」という各学生のアハ体験を示し、【 】は各学生のストーリーを構成するテーマを示した。特徴ある語りは「 」, 特に重要と思われる語りはゴシック体で文脈的に記述し“ ”は一度引用されたデータを強調する際に用いた。

A. 家族の時間軸が目前で合致する「本当にわかった」体験；A学生

【実習前に「漠然」とした思いを抱く】

子どもは年齢によって食行動や排泄行動が変化し、変化に合わせてかかわり方も違うことを小児看護学の授業で知り、そのかかわり方の違いがなんとなく面白そうに思えた。しかし、これまでに子どもとかかわった経験がほとんどなかったため、実習で実際に自分が子どもにかかわることを考えると、大人とは違い、「今からバイタル測ります、看護学生です、と言っても通用しない」、また、家族も近くにいるのでかかわり方のイメージがつかなかった。自分のこのような子どもと家族へのかかわり方への戸惑いは、「不安というより、どうなんだろう」と、「ほんやりとした漠然とした思い」になっていた。

【母親の「子どもを思う気持ち」を知る】

すでに乳幼児健診や予防接種の見学実習で、子どものことを医療者に一生懸命に質問したり、子どもの僅かな体重増加を喜んだりする母親の「子どもを思う強い親の気持ち」を目の当たりにしていた。そのため、24時間付き添う母親は、「家に帰らないほど」子どもを大事に思っている母親だと想像した。

病室での母親は子どものベッドと一緒に寝て、授乳や食事を与え、術後管理にも慣れているように見えた

表1. 研究参加者

	A学生	B学生	C学生
受け持ち児	乳児	乳児	学童
家族の付き添い	先天性疾患術後	先天性疾患	血液疾患
病棟実習日数	24時間付き添い有 4日間	付き添いなし 4日間	24時間付き添い有 3日間

ので、「完璧な母親」のように思えた。その母親を前にして、瞬く間に何をすればいいのかわらなくなったが、漠然と体験していた家族へのかかわり方への戸惑いに並行して、子どもを思う母親の気持ちが気になる自身の変化を自覚した。

【大人と子どもとの違いを実感する】

実習初日のバイタル測定において、「大人の患者は普通に手を出してくれ、おなかの音を聞かせてくださいと言えば聞かせてくれた」が、子どもの場合はその方法が通用しなかった。そのため、どうしたらいいかわからず不安が募った。

しかし、教員が子どもの関心をそらせたり手を握ったりしている間に測定してうまくいく瞬間もできた。次第に、「自分や子どもについて少し距離を置いて見つめることができるようになった」、「子どもの処置やケアには時間がかかるものだと理解できた」と、客観視しながら状況を理解していた。

2日後に予定していたMRI検査では、薬剤による鎮静の指示が出ていたものの増量しても効かず、座薬を追加しても便と一緒に出てしまい検査を始めることができなかった。これ以上鎮静薬を増量すると呼吸抑制の危険があるということで、医師と看護師は焦っているようにみえた。その後、何とか子どもは眠り検査を実施できたが、移動中も検査中も呼吸抑制がないことの観察が必要となり、自分もモニターやアラームに細心の注意を払った。この一件で、「大人であれば今から行きますね、動かないで下さいと言えば守れる」が、子どもは同じようにはいかないため、短時間で負担なく安全に検査が終わることが重要だとつくづく思った。

自分自身、その都度できることや気づきが少し増えているには感じていたけれど、この時点では、まだ学びを実感する感覚は持てなかった。

【母親の気持ちを「そのとき本当に」理解する】

実習最終日になると、ほとんどの時間を母親、祖母とともに病室内で過ごすようになった。その日、ほんの少し母親が病室を離れた合間に、医師が退院の説明のために訪室し、その場にいた祖母に退院のことを告げて出ていくのを見た。病室に戻った母親は祖母から退院の話を伝え聞き、すぐに血相を変えて病室から出て行った。「も、すごい、すごい勢いで外に出て行ったんです、タッタターと走って、看護師さん捕まえて、『さっきの先生、もう一回来てくれますか』って焦って聞いていた」ことに本当に驚き、びっくりした。

完璧だと思っていた母親の慌てた姿に子どもを思う母親の強い気持ちが現れていると感じ、このとき、子どもを思う気持ちが「本当にやっとわかった」と、単にわかったのではなく、「本当にわかったことが実感できた。この出来事を実習終了直後のケースカンファ

レンスで話したところ、実習指導者から入院当初の母親の様子について情報提供された。家族は子どもの病状について、生死にはかかわらないが良性腫瘍があることを出生直後から知らされていたこと、当時の母親は授乳も抱っこもできないほど子どもへ触れることに緊張し、添い寝もどうすればいいのかかわらずいつもビクビクしていたことなどを教えてもらった。その話を聞いて、目が覚めるようにはっと気づいた。

自分は一場面しか知らなかったけどお母さんには過程があった。だからお父さんとの一瞬一瞬を大切にしていたって思った。退院はお母さんと子どもにとって初めてのことで、だからお母さん勢いよく出て行って…。心の片隅にいつも不安があったと思った。家族にとって退院して終わりじゃない。家族は子どもの成長発達と一緒に不安ともつきあっていく。指導者さんに話を聞いて看護師さんたちは子どもが大きくなってかわり変わっていく中で、今は見守るかわり、時間軸に沿ったケアをしていたんだと思った。・・・印象に残ったんじゃないで、自分で間近で見て、強く思った。

自分が捉えていた母親の“完璧”な姿は、実習時間の中で見ていた範囲での一時点での姿でしかなかったことにはっと気づいた。これまでの過程があつての今であること、家族には“退院して終わりじゃない”ことをそのとき本当に理解できた。そして、これまでの過程とこれからを理解し成長発達していく子どもだからこそ、家族の時間軸に沿ってケアをする必要性が、単に“印象に残ったんじゃないで、間近で見て”、「ああ、そういうことか」とそのとき本当に実感した。

【子どもと家族への見方が変わる】

実習を終えた今、「今まで（の見方）とは違う」と自分自身で思う。子どもと家族の時間軸という見方を得たことによって、改めて、自分が実習で受け持っていた時期は、手を出して何かをやるのではなく、何も起こらないように見守る看護の時期だったということがわかった。だからこそ、何も起こらないよう、安全に終わるように負担にならないよう見守る、「バイタル測定、検査での観察、自分のかかわり一つ一つが全部大切だった」ことを実感できた。そして、実習で何かをやれたかを再び考えたとき、自分では迷わず、「すごいすごい学べた。子どもと家族に対する自分の見方、理解が深まった」と感じることもできた。だから、実習後、自分は小児看護の道を志すことを決めた。

B. 子どもとの関係構築に「ハッ、そうだったんだ」と気づく体験；B学生

【小児看護学実習前の「苦手」な思いと「不安」な気持ちを抱く】

小児看護学の授業で子どもが亡くなる映像を初めて

見たときに衝撃を受けた。発達過程で亡くなることは成人期や老年期と比べて迫るものがあり、「すごい世界だな、自分には絶対小児看護は無理」と思っていた。また、サークルの先輩からは小児看護学実習は子どものそばにいる親とも接しなくては行けないと聞いていた。そのため、これまで子どもとかかわった経験も少なく、子どもにも親にもどう接して良いかわからなかった自分には、実習前からすでに小児看護学実習は「苦手」で「不安」なものになっていた。

患者選定では、学童期の子どもとかかわりは難しいと思ったので、同じ疾患でお母さんも一緒に、学生二人で取り組みそうな、双子（同疾患）の乳児を受け持たないと考えた。そして、グループのもう一人の学生と相談して、一緒に双子を受け持って頑張ろうと決めた。

【不安を吐露したカンファレンスでかわりの方略を探る】

実習が始まり、B学生は子どものことは見た目がかわいいとは思ったが、全然かわり方がわからなかった。グループ内には子どもが苦手な感じの学生がおらず、自分だけが置いていかれそうな不安な気持ちになった。そこで、接し方がわからない、怖いと思っていることを、事ある毎に他の学生に伝え、初日のカンファレンスでもアピールしておこうと考えた。

カンファレンスで子どもが苦手であることをアピールすると、他の学生も実は子どもと接した経験があまりないので、どうかかわるか悩んでいたことがわかった。子どもとかかわり方について実習指導者には「『愛着をもって接することが大事』と言われた」が、意味がよくわからず、その後、学生同士で「例えば？という話になって、かわいいとか、何かいいなと思える点を見つけたらいいんじゃないか」と話し合った。

【とりあえず子どものそばにいる】

授乳やケアのときは実習指導者が一緒にいてくれたため、自分でもいろいろとやってみた。しかし、玩具を使って泣き止んでも、子どもはすぐに泣いてしまうのでどうしたらいいのかわからなくなった。その度に実習指導者に対応を聞いて、夢中であれもこれもやったりした。また、学生同士で話したことを思い出して、こういうときに笑う、ここがかわいいと思える視点を見つけようと、表情を見逃さないようずっと顔を見ているように努めた。子どもとかかわっているときは、「目の前のことしかもう考える余裕はなく」なっていた。

【子どもへの関心が広がる】

実習2～3日目、母親が面会に来た瞬間に子どもの泣き方が激しくなる姿や、近づいて手を伸ばす姿を見かけた。そこで初めて「子どもって来た瞬間にわかるんだ、すごいな」と、子どもの理解力に驚いた。一

方、言葉を話せる成人期や老年期の方とは違い、この子の場合は、「あーうーしか返ってこない」ので、「そばにいて、見て、探して発見しないと（思いが）わからない」と、ただ“わからない”と思っていた“わからない”という思いに、少し変化が起っていた。

記録に子どもがコップをつかめることを「チョロッと書いた」ら、教員や実習指導者からこれは大事と言われたので、発達の的にできることを記録するようにした。そうするうちに、子どもはこれからの可能性を秘めた存在なので、「今できていることが順調なのかが大きいんだ」と実感するようになった。

また、病棟内で他の学生が受け持ちの学童と過ごす様子を見たり、学生同士で互いに記録を見せ合ったりするうちに「(小学生と乳児では)自分とやっている清潔ケアや、全体像(記録)に書く子どもの絵や発達の状況、関連図の視点が全然違う」と感じ、「いろいろな子がいる」、「成長するって凄いな」と子ども一人一人の成長発達の違いや個性の違いに少し驚いた。

【子どもと自分との相互作用の変化に「ハッ」と気づく】

「とりあえずそばにいて、やっていく」ことを繰り返すうちに、徐々に子どもをかわいいと思うようになっていた。しかし、指導者の言う、愛着をもってやっているのかは、自分ではわからなかった。子どもとなんとなく目が合うようになったと感じるが、「正直、自分の実感としてはもてない」と、曖昧で表現しがたい感覚を抱きながら過ごしていた。

その状態を一気に変える出来事が、教員からの何気ない一言によって起こった。実習最終日、教員が学生よりも先に子どもの病室に訪室しており、次いで学生が入ったその瞬間に、子どもが(自分の)顔を見て泣き出して、手を伸ばしてきた。その様子を見ていた教員から「(子どもが自分を)受け入れているのね、認識しているのね」と言われた。そのとき、「一気に、ハッとなった瞬間」が訪れた。

びっくりした。その一言で“ハッ”てなった。自分も慣れていっているのを感じていたけれど、子どもも慣れてくれていたんだっていうのが一気にわかって、そうだったんだねっていう気持ちが強くなって、愛着が一気に湧いて、すごく優しくしたいと思った。

これまで、自分は子どもと「余裕がなくてわからないまま接してて、かわるのが実習だからやらなきゃ」とも思っていた。しかし、その“ハッとなった”瞬間に、“目が合うようになった”かもしれないという曖昧だった感覚が、“そうだったんだね(目が合っていたことを子どもに投げかける)”という実感に変わった。そして、愛着が一気に湧き上がってくるような経験をした。

【子どもに興味を持ち「一気に変わる」】

その後、「子どもとかかわるのが実習だからやらなきゃ」という思いではなく、本当にかわいい、優しくしたいと思いつつ接するように気持ちが変化した。また、実習後には小児看護にも町中の子どもにも嘘のように興味を持てるようになり、一気に自分がかわったことを実感した。この実習体験をきっかけに小児病棟への配属希望を出すことを決めた。改めて今、「自分がかわったことがすごい」と自分の変化に驚いている。

C. 子どもの声が聴こえた手応えで見方が「丸ごと変わる」体験；C学生

【「一緒に生活していない他人」なので子どもと一線を引く】

自分自身の幼少期の入院経験を通して、子どもにとって医療者は、きちんとしたことを言わなくてはいけない怖い存在であり、同時に、一緒に生活していない他人に過ぎない存在だと思っていた。そのため、海外でボランティア活動をした際にも、自分の身体が悪いという恐怖心なく走り回る子どもに対して、走ると危険だと注意することを躊躇した。子どもにとって親の言うことは絶大で、子どもに他人の言うことを受け入れてもらうのは難しいと思い、常に子どもとの間に一線を引いていた。

【ファーストコンタクトへの気がかりを持つ】

C学生は将来小児科に進みたいと思っていたため、小児看護学実習では学びを深めるために難しい病態の子どもを受け持ちを名乗り出た。成人看護学実習では「ファーストコンタクト」に失敗し、それ以降、「うまく相手の心に入れなくて」、「全くかかわることができ(ない)」ずに実習を終えた経験があった。「ファーストコンタクト」とは、教員やスタッフと挨拶に行った後に、再度一人で挨拶に行くことであり、小児看護学実習では親ではない他人である自分が、「子どもの心に入ること」はさらに難しいと考えていた。

実習初日、抗がん剤治療のために食事を取れずにいることをカルテから知り、理由が気になった。しかし、会った初日に他人に色々聞かれたら嫌ではないかと考え、まずは自分と子どもとの距離を縮めるために病室へ通うことにした。

病室では子どもに話しかけるタイミングを掴もうとしていた。しかし、上手く話せないまま、同室児と遊んでいるのを「外からみている感じ」でファーストコンタクトも実習初日も終わっていった。

【病室に通って子どもとの距離を縮める】

子どもの複雑な病態については教員に聞いた。病態と今の状態を結びつけて教えてもらい、母親が感染や出血傾向に対策していることを把握した。病態以外の生活の情報は指導者さんに聞いた。苦痛は今もあるが以前より軽減していること、長期入院中に幾度も他児

の退院を見送り、寂しそうにしていたことも教えて貰った。受け持った最初の頃は、母親が子どものそばにいて何でもやる様子を見て、自分は子どものそばにいないだろうと思っていたが、子どもの病態と過去の生活情報を知るうちに、「とにかくそばにいて」、子どもとの距離を縮めて、自分にもできることを探ってみようと自然に気持ちが奮い立った。

“外から見ている感じ”はその後も続いたが、病室に通って“とにかくそばで”見聞きすることを繰り返した。すると徐々に、今はご飯を食べたくない、病院食の匂いは苦手なことなど、子どもが母親にしか話さない情報をその場で知ることができるようになった。また、子どもが一人になるとたまに表情が暗くなる表情の変化を読み取れるようになり、他児の退院で一人残される孤独感が蘇ってしまったのではないかと察したりした。他にも、食事のとき、蓋を開けずに放置している姿から、蓋を開けられないほど匂いが気持ち悪いのかもしれないと考えるようになった。“とにかく(子どもの)そばにいた”ことによって、子どもの言動の意味がなんとなくわかるように変化した。

【子どもの言葉を聴くことができる】

一方で、子どもへのかかわりは依然スムーズにはいかなかった。実習指導者からは『きちんと約束すればこの子(受け持ち児)はケア(清潔ケア)の時間を守れる子』と聞いていたが、子どもと事前にケアの約束をしていてもいざ声をかけると同室児とトランプで遊び始めてしまいケアのできない状態は続いた。

しかし、子どものそばに居続ける中で、他児との別れを繰り返してきたこの子どもにとっては、同室児と母親の存在が大きいこと、同室児と遊ぶ時間が心地よい時間になっていることを察することができるようになった。

そこで、自分も同室児とのゲームに参加して子どもと同じ時間の流れにのり、タイミングを見計らって、「これが終わったら」ケアすることを子どもと約束した。そして、事前に母親と打ち合わせた上で、“これ”が終わったときには母親を巻き込みながら一緒に再度子どもに声をかけ、ケアへの参加を促した。すると、これまで約束してもあと1回だけとゲームが延々と続いてできなかったケアが、初めてスムーズにうまくいった。

いつも(遊びが)止まらなくて、自分では何もできないって思った。でも、できた!周りの子と遊んでいる子だったから、周りを(ケアに)巻き込んで、お母さんも入れたらどうかと思ってやった。…毎日そばにいたから自分を怖い人じゃない、かかわってもいいって思って貰えたのかも。他人である自分の言うことを受け入れて貰えた!自分も同じ立場で子どもの言葉を聴くことができた!そういうかかわりを(自分が)できた!

これまでは、医療者はあくまでも他人であると思っていたので子どもとの間に一線を引いていた。しかし、他人である自分を受け入れて貰え、子どもの言葉を聴くことができる確かな手応えを得て、見方が丸ごと変わったのだ。

子どもっていろいろ抱えていてもうまく表現できないことがあると思った。大人なら考えて表現できても、子どもはうまく表現できず思ったことをそのまま言ったり嫌だったらもう嫌となる。でもそこを大切にしたい方がよいと思った。嫌と言った意味を考えて、どうかかわっていくかが重要だになって、実習で自分がすっごい丸ごと変わった。

そして、ケア時にいつも遊びが止まらなくなったのは子どもが抱えていた思いをうまく表現できない表れだったのではないかと、子ども側の理由について思いを寄せて考えるようになった。

【子どもの声を大切にすることが重要だと学ぶ】

実習を終えた今、改めて、子どもの「うまく言葉で表現できない声を自分は大切にすることができた」と実感している。それができたのは、子どもと同じ立場になり、距離を縮めることができたからではないかと考えている。「今までそういう（子どもに近づくことができるという）視点は持ってなかったけれど、今、話してもそう思った」と見方が丸ごと変わったことを、語ることで改めて実感していた。子どもと家族についての理解を本当に実感できた実習を終えた今、小児病棟への就職に向けた熱い思いを抱いている。

V. 考察

A. 「わかった」というアハ体験の特徴

西田・北島（2005）は、学生は小児看護学実習開始前からすでに、未知なる子どもと未知なる病児への当惑、対面の脅威を感じているが、その状況を乗り越えるために根気強くかわり続けたり、看護実践を模倣したり、学生同士励まし合うといった対処をしていることを明らかにしている。

本研究においても、研究参加者3名は小児看護学実習前から大人とは異なりコミュニケーションを取ることが難しい子どもと子どものそばにいる家族に対して、戸惑いや不安、苦手意識を抱いていた。それらは各々の学生の生活体験や子どもへのイメージ、これまでの実習体験などが関係するもので、実習が開始されるとさらに具体的な悩みへと変化することが明らかにされた。そしてさらに、本研究では学生が他者に相談する、根気強くそばにいるなど対処する過程で劇的な学びへの転換が起きていたことを明らかにした。つまり、本研究における「わかった」というアハ体験は学生なりに行動を起こした延長線上にあり、自分の気がかりが解消される瞬間に危機的な悩みや戸惑いが学び

へと劇的に転換する形で身をもって経験される。そして、この体験は子どもと家族への理解を実感し、なるほどと納得する形で語られることが新たに明らかにされた。

学びへの転換が起こったときの学生らは、子どものそばにいてあげたいという親の気持ちや、自分が患児の立場だったらという仮定の話を用いて、成り代わって語っていた。あるいは、これまでは自分と子どもの目が合っているのか不確かだった感覚について、自分と子どもとの境遇に一体感を得たような感覚として語っていた。この自分が成り代わって察した思いや自分と子どもの境遇に一体感を得たような感覚の語りからは、それらが子どもや家族への看護の理解を深め、学生の看護実践に効果的に利用されているように理解できる。

佐伯（2004）は「わかった」というわかり方における「文化的価値の受容と創出の同時的な発生」（p.9）の重要性を論じている。その文化の価値を自身の自発性の下に積極的に受け入れると同時に、新たな価値を産出するわかり方が重要であるとする。そして、そこで得た新たな視点を、対話を通してさらに広げ、高まりをもたせることができれば、その人は受け身で知識を得る学びとは異なる、与えられなくても自ら高め広げられる、高次の学びの段階に達するという（佐伯、1985）。結果で述べたように、研究参加者らは小児看護で大切にされる子どもと家族への関心の向け方や価値を、実際の現場で自らの気づきを通して受け入れ、本人なりの価値を新たに見出していた。つまり、研究参加者らの実際の現場での「わかった」というアハ体験は、未来との時制において高次の学びにつながる可能性が開かれている。短い実習期間であっても、そうしたわかり方を体験できると考察される。

このように、小児看護学実習における学生の「わかった」というアハ体験は、先行研究（川名・筒井・江本他、2017）で小児看護専門看護師らが捉えていたように、小児看護への関心の変化や看護援助を発展させる重要な実習体験であり、特徴的な学びのあり方を示していることが示唆された。

B. 学びへの転換のタイミング

すでに述べたように、研究参加者らは小児看護学実習が開始されると、「わからない」という具体的な悩みを抱くようになった。彼らの語りにみられる「わからない」という悩みは、後に「わかった」へと見方が丸ごと変わるような印象ある学びへ転換された。その一連の流れにおける「わかった」体験への転機は、単にきっかけが与えられたり、教えてもらった指導により生じたのではなく、自分の行動（体験）と結びつけられて物語られている点に特徴がある。

例えば、C学生の場合、わからないと思っていた子どもの思いを理解できたという、自分の中で腑に落

ちる体験(印象ある学び)をしている。このC学生の学びへの転換は、自分が母親や周囲の人をケアに巻き込み、タイミングに合わせたという実際の自分の行動(体験)と結びついて語られている。同様に、A学生では母親が動揺した場面に自分も参加して、その様子を目の当たりにして驚いたという自分の行動とのつながりで語られている。また、B学生では子どもに自然に慣れてきた自分の行動とのつながりの中で、「わかった」という閃きのように腑に落ちる体験として語られている。このように学生にとって「わかった」という体験は、単にきっかけが与えられることで引き起こされるのではなく、あるタイミングにおいて自分の体験と結びつけられたことによって生じているのではないかと考えられる。そのため、支援を考えるには、このタイミングがいかにして訪れるかを知ることが重要になる。

しかし、現在の視点にいる学生の語りには、転換は悩みや困りの危機的な実習状況下の関係性の中で現れ、また情報や自分で悩む、行動する、人から与えてもらうといった出来事すべてが重層的に瞬時につながった重要なタイミングとして主観的に現れている。

この点について杉浦(2004)は転換の物語における今の自分は、過去のさまざまな出来事とのつながりの中で形作られた結果として理解されていると言う。本研究でも同様であり、それゆえに、学生の体験として結びつけられた出来事から一つを取り出し、それがあれば転換が訪れるとは言えない。「わかった」体験に先立つ時間の中での出来事すべてが、危機的な状況からの転換を迎えるきっかけとしてつながる事柄になり得ると解釈されるのである。

さらに、杉浦(2004)は生涯発達の視点から、自己を中心に物語の形で表される転換は成長の自己認識の手段になること、また、自己認識に伴い行動パターンの変化がもたらされることで客観的にも成長を見て取れるものにつながることを論じている。C学生の語りにみられるように、本研究において自分を中心に語られる実習体験を通して、自分なりの学びを見出し、学生は成長を自己認識していた。このように学生らは「わかった」という体験を語ることによってまた、子どもと家族への看護の理解を深めていくことが明らかにされた。

対話によりさらに高次の学びが開かれる(佐伯, 1985)ことを踏まえると、本研究で語られていた学生にとっての学びは段階的に発展している。学びへの転換のタイミングは危機的な実習状況の関係性の中で訪れ、本研究で体験を語る際にも訪れていたと理解できる。このタイミングが理解されうまく活かされたときに、学生の学びは広がり高次の学びへと高められる可能性が示唆された。

C. 小児看護学実習での学びへの転換のための支援

小児看護学実習での学生の困難感(子どもの反応への戸惑いに慣れた後)にも、次いで、援助技術で失敗することに落胆し、それを乗り越えても、子どもの疾患や発達段階を踏まえて個別性を重視した看護を展開することの壁に当たり、繰り返すとされている(西田・北島, 2006)。実習では子どもへかかわる機会を意図的に作り出すとともに(長谷川・齋藤, 2016; 清水, 2012)、その都度の壁を乗り越えるための教員や実習指導者の意図的なかかわりが求められている。

甲斐(2010)は、学生が小児看護学実習で初めて向き合う子どもの特徴を理解し、子どもの持つ力を実感するには、多くの場合、学生の力だけでは困難であり、指導する側が主導して介入する必要があると述べている。ところが、学生らのさまざまな困難を乗り越えて、学びが生じる過程を示す本研究の結果では、たとえ指導する側主導の意図的な指導があったとしても、学びを得た学生の捉えによれば学生主体で気づきを得た体験になっていることが示されている。

改めて本研究での教員や実習指導者のかかわりに注目すると、学生が大人とは異なる子どもの実際の反応から子どもの特徴を理解したりバイタルサイン測定で成功体験を得たりする際、子どもの示す反応や行動を解説し、知識と実際をつなぎ合わせる教員や実習指導者が存在していたことが語られている。つまり、学生は子どもへのかかわりモデルとなる他者の手を借りて、自分の困難を乗り越えている。また、学生が「子どもの理解」から「この子の場合」へと視点をシフトさせる際や「わかった」と閃いた際も同様に、教員や実習指導者、あるいは仲間が子どもならではの行動やサインを解説し意味づけ、ときには学生の見聞きしたことを「これは大事」と承認する役割を担っていた。学生は教員や実習指導者たちの手を借りて子どもの治療経過や生活情報を統合させている。甲斐(2010)によれば、このような教員のかかわりは、常に学生の戸惑いに関心を向けていることによって成し得る意図的な指導であり、学生の学びを導く。本研究でも学生の戸惑いにタイムリーにかかわる教員や実習指導者の姿が垣間見られており、それらは意図的な指導であったことが推察される。

しかし、同時に、教員や実習指導者の行動に意図があったとしても、その行動は学生自身の「わかった」という気づきを得る副次的な視点として認識されるに過ぎなかったことが本研究の語りには示されている。よって、「わかった」という学びの学生主体の語りにおいては、教員や実習指導者は黒衣のように裏方の学習支援者として存在し、その認識において学生は「わかった」という劇的な感覚を自ら得た確かなものへ発展させていくように理解されるのである。

現在、短い実習期間で実施できるケアや処置が減少

し、一方でベッドサイドにいかない学生も増え、子どもや家族と接する機会が学びに生かしていない現状がある(川名・筒井・江本他, 2017)。しかし、本研究を通して「わかった」体験での学びには、限られた期間であっても実際の現場で子どもと家族のリアルな反応に直接触れることがいかに重要であるかを改めて考えさせられる。また、学生の戸惑いにタイムリーに対応でき、黒衣となって子どもの反応を解説し、手本を示し、学生を承認するといった学習支援者の存在が重要だと考えられる。学生の悩みや危機的状況は劇的な学びへの転換につながる種であることを学生、支援者ともに理解し、学生が仲間とともに具体的に行動できるよう支援することが、学生主体の学びの体験を生むことを可能にすると考えられた。

VI. 研究の限界と課題

本研究の結果は、あくまで研究者らがアハ体験と呼ぶ経験を手がかりに明らかにした学生の学びに限定される。また、学生の振り返りによる語りであり、当時の状況を十分に反映できていない可能性がある。しかし、学生には時間を経過した後でも記憶に残るほど印象的であったことが語られたと考えられる。劇的な学びへの転換が起こる学生側の主観的な体験を、その背後にある教員、学生同士、その他の人々や状況を含んだ経験として理解することができた。

今後の課題は、今回の成果を踏まえて具体的な実習支援へつなげることである。また、研究者らがアハ体験と呼ぶ経験だけでなく、学生が経験している学びそのものに焦点を当て、主観的体験とその意味を明らかにすることで、学生の学びを広く理解することが可能となるだろう。

付記

本研究は文科省科学研究費補助金基盤研究(c)課題番号(25463530)の助成を受け、第3回国際ケアリング学会学術集會にて発表した。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

文献

- Clandinin, D. J., Connelly, F. M. (2000). *Narrative Inquiry*. CA; Jossey-Bass.
- 長谷川由香・齋藤啓子 (2016). 小児看護学実習におけるケア経験向上を目指した学内演習・実習指導の効果. *日本看護学教育学会誌*, 26(1), 89-96.
- Holloway, L., Wheeler, S. (2000) / 野口美和子監訳 (2006). ナースのための質的研究入門第2版. 東京: 医学書院.
- 甲斐鈴恵 (2010). 学生の認識の発展を促す実習指導に関する事例研究. *日本小児看護学会誌*, 19(3), 32-38.
- 川名るり・筒井真優美・江本リナ・太田智子・吉田玲子・山内朋子・鈴木健太 (2017). 看護系大学におけるコアカリキュラムに応じた小児看護学教育の実習コアモデルの開発. 平成25-28年度科学研究費補助金(基盤研究C)研究成果報告書.
- 牧野健一 (2018). ひらめきに付随する「アハ体験」とドパミンの神経相関. *ファルマシア*, 54(12), 1166.
- 日本看護系大学協議会 (2019). 平成30年度事業活動報告書. 日本看護系大学協議会.
- 西田みゆき・北島靖子 (2005). 小児看護学実習での学生の困難感のプロセスと学生自身の対処. *日本看護研究学会雑誌*, 28(2), 59-65.
- 野口祐二 (2005). 研究方法としてのナラティブ・アプローチ. *日本保健医療行動科学学会年報*, 20, 1-6.
- 佐伯胖 (1985). 「学び」の構造. 東京: 東洋館出版社.
- 佐伯胖 (2004). 「わかり方」の探求. 東京: 小学館.
- 清水史恵 (2012). 小児病棟以外の場における小児看護学実習での学生の学びに関する国内文献の検討. *日本小児看護学会誌*, 21(3), 71-77.
- 杉浦健 (2004). 転機の心理学. 京都: ナカニシヤ出版.

研 究 報 告

北海道オホーツク地域における男性高齢者のボランティアの特徴

藤谷 未来

Characteristics of Volunteer in Older Adult Males
in the Okhotsk Region of Hokkaido

Miku Fujiya

キーワード：ボランティア，男性高齢者，後期高齢者

key words : volunteer, older adult males, later older adulthood

Abstract

Aim: To elucidate the characteristics of elderly males' volunteer in the Okhotsk region of Hokkaido.

Method: An anonymous, self-administered questionnaire investigating differences in attributes, volunteer motivation scale, helping effects scale and volunteering frequency was distributed to 629 elderly males currently registered as volunteers.

Results: Response rate of 33.4%, with 174 responses being subject to analysis. 81.6% partook volunteer activities for the elderly. A weak positive correlation between these activities and age was found ($\rho=0.212$, $p<0.01$), and findings indicate that the old-old participated in volunteering more frequently than young-old individuals ($U=2358.5$, $p<0.01$). Moreover, individuals over 75 years of age scored significantly higher on the helping scale total score ($p=0.003$).

Discussion: Compared to young-old individuals, old-old individuals were more likely to participate in volunteer activities for the elderly. This suggests that participation in the activities was possible regardless of age. Further, it is believed that old-old individuals obtained helping effects, such as a sense of reward and fulfillment from participating in volunteer activities.

要 旨

目的：北海道オホーツク地域における男性高齢者のボランティアの特徴を明らかにする。方法：ボランティア登録中の男性高齢者629名に無記名自記式質問紙調査を行い、ボランティア活動内容、活動継続動機尺度及び援助成果尺度と、属性との差・関連を検討した。結果：回答率33.4%、174名を分析対象とした。81.6%の人が高齢者を対象としたボランティア活動をしており、この活動は年齢との弱い正の相関がみられ ($\rho=0.212$, $p<0.01$)、前期高齢者に比べ後期高齢者の方が頻回に参加していた ($U=2358.5$, $p<0.01$)。また、援助成果の尺度合計点において75歳以上が有意に多かった ($p=0.003$)。考察：高齢者

受付日：2018年4月8日 受理日：2020年2月4日

日本赤十字北海道看護大学 Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing

を対象としたボランティア活動は、前期高齢者に比べ、後期高齢者が頻回に参加していたことなどから、年齢に関係なく参加できる活動であることが示唆された。更に、後期高齢者はボランティア活動を通してやりがいや充実感といった援助成果を得ていることが考えられた。

I. 緒言

我が国の介護保険制度は、高齢者数の増加から当初の制度維持が難しく、平成27年の制度改正では、行政サービスの補完的役割にボランティアや地域の支え合いが謳われ、高齢者が支え手側に回ることの必要性も述べている（厚生労働省、2015）。しかし、全国のボランティア個人対象調査（全国社会福祉協議会、2009, p.15）では、活動者のうち60歳以上の占める割合は全体の65.7%と高齢者が半数を超えるものの、性別の内訳は男性31.0%、女性68.8%と男性が少ない結果となっている。内閣府（2011, p.224）の報告でも、過去1年間に「介護が必要な高齢者を支援する活動」などの地域・ボランティア活動をした60歳以上の男女のうち、男性が少ない結果を示していた。これらのことから、高齢者同士の互助を実現していくためには、男性高齢者のボランティア活動への参加が期待される。

先行研究において、高齢者の社会参加と身体活動量との関連性（岡本・久保田・印鑰、2015, p.53）などについての報告はみられるが、高齢者のボランティア活動に関する文献は少なく、これらの研究対象者の多くは女性であり、男性高齢者のボランティア活動の実態は明らかになっていない。男性は地域の中で孤立を招きやすい状況にあり（岸・吉岡・野尻、2011, pp.1-21）、地域保健事業などの参加が少ないことや、アプローチの難しさもある（河野・田高・岡本、2009, p.673）。

このような課題は北海道オホーツク地域でも同様に存在している。オホーツク地域は北海道の北東部に位置し、3市15町村からなる。高齢化率は33.5%で全国平均より高く、広大な土地面積に対し、人口密度は著しく低い（オホーツク総合振興局、2018a, 2018b）。これらのことから、効率よく介護保険サービスを行き届けられない現状や、自家用車が運転できなくなると生活に影響を及ぼすだけでなく、災害時の公助を適切に受けられない懸念もあるため、普段から自助・互助が必要かつ重要な地域であり、ボランティアの育成が急務な地域である。

これらのことから、オホーツク地域の男性高齢者が活動しているボランティアにはどのような活動があるのか、活動の参加・継続に必要な条件はあるのか、どのような男性高齢者が活動しているのかといった、オホーツク地域における男性高齢者のボランティアの特徴にはどのようなものがあるのか疑問を持った。

高齢者の社会活動は内容や地域によって様々な特

徴があり、それらを把握した上での支援や介入が必要（李・平川・土橋他、2010, p.79）であることから、本研究ではオホーツク地域における男性高齢者のボランティアの特徴を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

高齢者とは、一般的に65歳以上の男女を指すことが多いが、定年退職後、就労という社会とのつながりが希薄になることが考えられ、本研究では60歳以上の男女を高齢者と定義した。

ボランティアについて、自発的な意志に基づく他人や社会に貢献する活動。また、活動をする人とした。本研究において、自治会役員や民生委員・児童委員の委嘱はボランティア活動に含めなかった。

III. 研究方法

A. 研究対象者

オホーツク管内にある社会福祉協議会のボランティアセンター18か所中、同意を得た14か所においてボランティア登録をしている60歳以上の男性629名。

B. データ収集期間

平成28年7月～10月。

C. 調査方法

無記名自記式質問紙による調査。

1. 調査内容

宋（2009）の調査によると、ボランティア活動をやめたいと思った理由に一番多かったのが「体力や健康上の負担」であったことや、高齢者がボランティア活動に参加するためには属性で尋ねる疾患の有無の他に、健康であるという自覚とADLの状況が社会参加に大きく影響することが予測されたことから、属性の他に、健康感と日常生活動作能力について質問した。また、宋（2009）は、ボランティア活動の継続について、「自分自身の学びや成長のため」や、「社会貢献に参加したい」などの心理的報酬を挙げていたことから、男性高齢者がボランティア活動を継続する理由にはどのようなものがあるか、その理由となる援助成果にはどのようなものがあるのかを知ることで、ボランティア活動を推進するために、活動しやすい、または活動が継続しやすい環境を整える一助となると考えたことから、ボランティア活動継続動機と援助成果について尋ねた。具体的な調査内容について以下に示す。

a. 属性

年齢及びボランティアの活動年数、疾患の有無、仕

事の有無などを問う4項目とした。

b. 自己の健康感

介護保険制度で使用される「基本チェックリスト」から抜粋した、自己の健康感を問う7項目。尺度合計点は0点から35点である。

c. 手段的日常生活動作能力

老研式活動能力指標（古谷野・柴田・中里他, 1987, p.113）を用い、尺度合計点は0点から13点である。

d. ボランティア活動継続動機

ボランティア活動を継続する理由となる、活動を通して得る心理的な成果を言い、妹尾・高木（2003, p.118）が開発したボランティア活動継続動機測定尺度を用いた。自己志向的動機（ $\alpha=0.81$ ）5項目（尺度合計点は0点から25点）と、他者志向的動機（ $\alpha=0.81$ ）6項目（尺度合計点は0点から30点）、活動志向的動機（ $\alpha=.86$ ）5項目（尺度合計点は0点から25点）の全16項目から成る。尺度全体の合計点は0点から80点である。

e. 援助成果

妹尾・高木（2003, p.118）が作成した援助成果測定尺度によって評価される、向社会的行動において、他者との相互作用を通じて援助者自身が認知する心理・社会的な内的報酬を問う項目。尺度は愛他的精神（ $\alpha=0.86$ ）4項目（尺度合計点は0点から20点）、人間関係の広がり（ $\alpha=0.81$ ）4項目（尺度合計点は0点から20点）、人生への意欲喚起（ $\alpha=0.77$ ）3項目（尺度合計点は0点から15点）から構成される全11項目で、尺度全体の合計点は0点から50点である。

これらの尺度の妥当性については、妹尾・高木（2003）が当該尺度の概念を含むボランティアの内的心理過程モデルの検証を行っており、構成概念妥当性が支持されるものと考えられる、と述べている（八城, 2011）ことから使用可能と考えた。

f. ボランティア活動の内容と頻度

調査者が作成した15項目。社会福祉協議会から依頼のある主なボランティア活動の内容と、直近1年間の頻度を、7段階の順序尺度を用いて尋ねた。尺度合計点は15点から105点とした。

2. データ収集方法

社会福祉協議会の局長または担当者に、本研究の目的などについて口頭及び文書を用いて説明し、承諾・同意を得た。調査依頼文書や質問紙などを返信用封筒にセットし、担当者から研究対象者へ配付を依頼した。調査用紙は回答後、調査者へ返送することとした。

D. 分析方法

単純集計の後、ボランティア活動の頻度と、年齢・活動年数、活動継続動機、及び援助成果との相関については、Spearmanの順位相関係数を算出した。また、年齢は75歳で2群に分け前期高齢者と後期高齢者に差

がないかt検定を用い、年齢と活動頻度の差については、Mann-WhitneyのU検定を用いた。統計分析にはSPSS 21.0 for Windows (IBM) を使用し、有意水準は5%未満とした。

E. 倫理的配慮

研究への協力は自由意思であり、協力をしないことで不利益は生じないこと、データは厳重に管理することを社会福祉協議会担当者に口頭及び文書で説明した。また、対象者に対しても研究の趣旨と上記の内容を文書で説明した。

なお、本研究は、日本赤十字北海道看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号28-236）。

IV. 研究結果

A. 分析対象者数

対象者629名に質問紙を配付し、210名から回答があった（回収率33.4%）。このうち、大部分が無回答であった11名を除き、「現在ボランティア活動をしている」と答えた174名を分析対象とした。

B. 分析対象者の属性

対象者の平均年齢72.4（SD 6.5）歳、平均活動年数は9.8（SD 8.5）年、10年未満が54.0%、10年以上は35.5%という結果であった。職業の有無について、現在無職の人は126名（72.4%）、疾患を有する人は119名（68.4%）であった（表1）。

C. 自己の健康感

転倒に対する不安がない人が56.9%おり、自分の健康状態について、よい・とてもよいと感じている人が112名で、全体の65.5%を占めていた（表2）。

D. 手段的日常生活動作能力

日用品の買い物ができる人や請求書の支払いなど身の回りの生活行動が自立している人は99.4%おり、対象者の全員が新聞などを読むと答えた（表3）。

E. 活動継続動機

活動継続動機尺度の項目では、Cronbach α 係数は0.923であった。尺度合計点は平均点57.3（SD 16.7）、最小値0、最大値80であった。下位尺度の代表値は以下のとおり。自己志向的動機の尺度合計点は0点から25点で、平均値は16.5（SD 5.5）、他者志向的動機では、尺度合計点が0点から30点、平均値22.9（SD 5.0）、活動志向的動機の尺度合計点は0点から25点、平均値19.8（SD 3.73）となった。

F. 援助成果

援助成果尺度の項目では、Cronbach α 係数は0.935。尺度合計点の平均点は42.0（SD 7.7）であり、最小値12、最大値55であった。下位尺度の代表値は、愛他的精神では尺度合計点が0点から25点、平均値19.1（SD 3.74）、人間関係の広がりの尺度合計点4点から20点、平均値が15.6（SD 3.03）、人生への意欲喚起では、

表1. 対象者の属性

N=174			
項目	内訳	人数	%
年齢	60歳以上65歳未満	19	10.9
	65歳以上70歳未満	43	24.7
	70歳以上75歳未満	43	24.7
	75歳以上80歳未満	45	25.9
	80歳以上85歳未満	17	9.8
	85歳以上90歳未満	7	4.0
	平均年齢±標準偏差		72.4歳±6.5
ボランティア活動年数	1年未満	5	2.9
	1年以上10年未満	102	58.6
	10年以上20年未満	43	24.7
	20年以上30年未満	17	9.8
	30年以上40年未満	4	2.3
	40年以上50年未満	2	1.1
	50年以上60年未満	1	0.6
	平均活動年数±標準偏差 中央値		9.8年±8.5 7.0年
疾患の有無（複数回答）	有り	119	68.4
	糖尿病	24	13.8
	高血圧	75	43.1
	心臓病	19	10.9
	脳卒中	3	1.7
	がん	18	10.3
	呼吸器疾患	13	7.5
	腎臓病	5	2.9
	関節痛	38	21.8
	無し	42	24.1
	無回答	13	7.5
現在の仕事の有無	有り	45	25.9
	60歳以上75歳未満	33	19.0
	75歳以上	12	6.9
	無し	126	72.4
	60歳以上75歳未満 75歳以上	63 63	36.2 36.2
無回答	3	1.7	

尺度合計点は3点から15点で、平均値が11.1 (SD 9.4) であった。

G. ボランティア活動の内容と頻度

各ボランティア活動の頻度を問う項目でCronbach α 係数は0.807であった。男性高齢者の参加率が高いのは、サロン活動のボランティアで77.2%が、趣味や特技を活かしたボランティアでは69.0%の人が年1回以上活動していた。さらに、社会福祉協議会や役所の事業・行事ボランティアの年1回以上の参加率は81.3%であった。対象者別にみると高齢者を対象としたボランティアは年1回以上参加している人が81.6%、地域全体を対象としたボランティアに年1回以上参加している人が71.3%であった。

男性高齢者の参加が少ない活動は、子どもを対象としたボランティアであり(68.3%)、特に託児のボランティアについては活動中の男性高齢者のうち94.1%の人が参加していなかった。また、通院支援のボランティアは71.8%が、外出支援のボランティアは79.2%

表2. 自己の健康感

N=174			
		n	%
毎日の生活に充実感がある	まったくあてはまらない	4	2.3
	あまりあてはまらない	9	5.3
	どちらともいえない	29	17.0
	少しあてはまる	68	39.8
	非常にあてはまる	61	35.7
	計	171	100.0
これまでと同じように楽しんでたことを楽しめる	まったくあてはまらない	3	1.7
	あまりあてはまらない	10	5.7
	どちらともいえない	21	12.1
	少しあてはまる	72	41.4
	非常にあてはまる	68	39.1
	計	174	100.0
これまで楽にできていたことが億劫に感じる	まったくあてはまらない	16	9.2
	あまりあてはまらない	38	22.0
	どちらともいえない	23	13.3
	少しあてはまる	86	49.7
	非常にあてはまる	10	5.8
	計	173	100.0
わけもなく疲れた感じがする	まったくあてはまらない	18	10.5
	あまりあてはまらない	49	28.5
	どちらともいえない	20	11.6
	少しあてはまる	76	44.2
	非常にあてはまる	9	5.2
	計	172	100.0
定期的な運動をしている	まったくあてはまらない	14	8.0
	あまりあてはまらない	23	13.2
	どちらともいえない	20	11.5
	少しあてはまる	63	36.2
	非常にあてはまる	54	31.0
	計	174	100.0
転倒に対する不安がある	まったくあてはまらない	54	31.0
	あまりあてはまらない	45	25.9
	どちらともいえない	23	13.2
	少しあてはまる	43	24.7
	非常にあてはまる	9	5.2
	計	174	100.0
現在の自分の健康状態をどう感じるか	とてもわるい	1	0.6
	わるい	8	4.7
	どちらともいえない	50	29.2
	よい	100	58.5
	とてもよい	12	7.0
	計	171	100.0

が参加していなかった。

1. 年齢とボランティア活動頻度の差

前期高齢者と後期高齢者では身体的・精神的・社会的に大きく異なることから、75歳を基準に2群に分け、前期高齢者と後期高齢者に差がないかを検討した。高齢者を対象としたボランティア (U=2358.5, $p<0.01$) に月1回程度、週1回以上参加しているのは後期高齢者が有意に多かった。趣味や特技を活かしたボランティアも同様に後期高齢者が週1回以上参加していた (U=2354.5, $p<0.01$)。庭の手入れのボランティア (U=2472.0, $p<0.01$)、清掃活動のボランティア

表3. 手段的日常生活動作能力

	N=174	
	n	%
バスや電車などを使って 一人で外出ができますか	はい	166 96.0
	いいえ	7 4.0
	計	173 100.0
日用品の買い物ができますか	はい	173 99.4
	いいえ	1 0.6
	計	174 100.0
自分で食事の用意ができますか	はい	153 89.0
	いいえ	19 11.0
	計	172 100.0
請求書の支払いができますか	はい	173 99.4
	いいえ	1 0.6
	計	174 100.0
銀行預金、郵便貯金の出し入れが 自分でできますか	はい	169 97.1
	いいえ	5 2.9
	計	174 100.0
年金などの書類が書けますか	はい	171 98.3
	いいえ	3 1.7
	計	174 100.0
新聞などを読んでいますか	はい	174 100.0
	いいえ	0 0.0
	計	174 100.0
本や雑誌を読んでみますか	はい	149 86.1
	いいえ	24 13.9
	計	173 100.0
健康についての記事や番組に 関心がありますか	はい	160 92.0
	いいえ	14 8.0
	計	174 100.0
友達の家を訪ねることがありますか	はい	130 74.7
	いいえ	44 25.3
	計	174 100.0
家族や友達の相談にのることがありますか	はい	148 85.1
	いいえ	26 14.9
	計	174 100.0
病人を見舞うことができますか	はい	171 98.3
	いいえ	3 1.7
	計	174 100.0
若い人に自分から話しかけることが ありますか	はい	161 93.6
	いいえ	11 6.4
	計	172 100.0

($U=2299.5$, $p<0.05$) も週1回以上参加している後期高齢者が多いことが示された(表4).

2. 属性とボランティア活動頻度の相関

a. 年齢とボランティア活動の相関

ボランティア活動の頻度と年齢の間に相関がみられた項目は、趣味や特技を活かしたボランティア ($\rho=0.256$, $p<0.01$), 高齢者対象のボランティア ($\rho=0.212$, $p<0.01$) であり、いずれも有意な弱い正の相関がみ

られた。また、庭の手入れ、住宅掃除、清掃活動と年齢の間にも弱い正の相関があった ($\rho=0.202\sim0.324$, $p<0.01$)。これらのボランティア活動は年齢が高くなるほど活動に参加していると言える。

b. 活動年数とボランティア活動頻度の相関

活動年数と相関があったボランティアは通院支援 ($\rho=0.251$, $p<0.01$), 交通安全指導 ($\rho=0.261$, $p<0.01$), 子どもを対象としたボランティアであり ($\rho=0.221$, $p<0.01$), いずれも有意な弱い正の相関が認められた(表5)。このことから、活動年数を重ねるほど、通院支援や交通安全指導、及び子どもを対象としたボランティアに参加していると言える。

3. 活動継続動機とボランティア活動頻度の相関

活動継続動機尺度の下位尺度全てと、尺度合計に有意な弱い正の相関がみられた項目は趣味や特技を活かしたボランティア ($\rho=-0.255\sim0.304$, $p<0.01$) であった。さらに、サロン活動のボランティア ($\rho=0.178\sim0.254$, $p<0.01$), 社会福祉協議会や役所の事業・行事ボランティア ($\rho=0.196\sim0.283$, $p<0.01$), 高齢者を対象としたボランティア ($\rho=0.170\sim0.234$, $p<0.01$) と尺度合計点との間にも弱い正の相関が認められた(表6)。

4. 援助成果とボランティア活動頻度の相関

趣味や特技を活かしたボランティア活動は、援助成果尺度の全ての下位尺度と尺度合計点に有意な弱い正の相関が認められた ($\rho=0.214\sim0.289$, $p<0.01$)。この他に、尺度合計点と相関がある活動は外出支援のボランティア ($\rho=0.216$, $p<0.01$) と、社会福祉協議会や役所の事業・行事ボランティア ($\rho=0.223$, $p<0.01$) であり、これらの活動に参加するほど援助成果を得られていた。

5. 属性とボランティア活動継続動機の関連

75歳を基準に2群に分け、全下位尺度・尺度合計点に有意差があるかt検定を行った結果、「友人を得ることができる」「毎日の生活に充実感がでる」といった活動志向的動機において、75歳未満に比べ75歳以上が有意 ($p=0.033$) に多かった。活動志向的動機をもってボランティア活動をしている人が75歳以上に多くみられると言える(表7)。

6. 属性と援助成果の関連

75歳を基準に2群に分け、全下位尺度と尺度合計点に有意差があるかt検定を行った結果、下位尺度のうち、「仲の良い友達ができた」といった人間関係の広がり ($p=0.01$) と「やりがいが生まれた」などの人生への意欲喚起 ($p=0.032$), 尺度合計点 ($p=0.003$) において75歳以上が有意に多い結果であった。これらのことから、ボランティア活動を通して、人間関係の広がりや人生への意欲喚起といった援助成果を、前期高齢者より後期高齢者が感じていると言える。

表4. ボランティア活動と年齢

N=174

		活動して いない n (%)	年 1回程度 n (%)	半年に 1回程度 n (%)	3ヶ月に 1回程度 n (%)	月に 1回程度 n (%)	月に 2回程度 n (%)	週 1回以上 n (%)	合計 n (%)	U	有意確率 (両側)
サロン活動	60歳～74歳	27 (26.2)	9 (8.7)	15 (14.6)	12 (11.7)	17 (16.5)	7 (6.8)	16 (15.5)	103 (60.2)	2685.0	.009
	75歳以上	12 (17.6)	5 (7.4)	5 (7.4)	5 (7.4)	14 (20.6)	6 (8.8)	21 (30.9)	68 (39.8)		
	合計	39 (22.8)	14 (8.2)	20 (11.7)	17 (9.9)	31 (18.1)	13 (7.6)	37 (21.6)	171 (100.0)		
趣味活動	60歳～74歳	38 (36.9)	10 (9.7)	6 (5.8)	7 (6.8)	12 (11.7)	16 (15.5)	14 (13.6)	103 (61.3)	2354.5	.001
	75歳以上	14 (21.5)	1 (1.5)	5 (7.7)	3 (4.6)	7 (10.8)	15 (23.1)	20 (30.8)	65 (38.7)		
	合計	52 (31.0)	11 (6.5)	11 (6.5)	10 (6.0)	19 (11.3)	31 (18.5)	34 (20.2)	168 (100.0)		
庭の手入れ	60歳～74歳	43 (41.0)	5 (4.8)	8 (7.6)	9 (8.6)	10 (9.5)	10 (9.5)	20 (19.0)	105 (61.4)	2472.0	.001
	75歳以上	14 (21.2)	5 (7.6)	4 (6.1)	3 (4.5)	8 (12.1)	4 (6.1)	28 (42.4)	66 (38.6)		
	合計	57 (33.3)	10 (5.8)	12 (7.0)	12 (7.0)	18 (10.5)	14 (8.2)	48 (28.1)	171 (100.0)		
住宅掃除	60歳～74歳	58 (55.8)	1 (1.0)	4 (3.8)	1 (1.0)	5 (4.8)	6 (5.8)	29 (27.9)	104 (60.8)	2758.0	.014
	75歳以上	21 (31.3)	3 (4.5)	5 (7.5)	3 (4.5)	5 (7.5)	5 (7.5)	25 (37.3)	67 (39.2)		
	合計	79 (46.2)	4 (2.3)	9 (5.3)	4 (2.3)	10 (5.8)	11 (6.4)	54 (31.6)	171 (100.0)		
家事手伝い	60歳～74歳	58 (55.8)	1 (1.0)	2 (1.9)	4 (3.8)	3 (2.9)	4 (3.8)	32 (30.8)	104 (60.5)	2818.0	.015
	75歳以上	23 (33.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (5.9)	6 (8.8)	8 (11.8)	27 (39.7)	68 (39.5)		
	合計	81 (47.1)	1 (0.6)	2 (1.2)	8 (4.7)	9 (5.2)	12 (7.0)	59 (34.3)	172 (100.0)		
通院支援	60歳～74歳	78 (74.3)	3 (2.9)	1 (1.0)	8 (7.6)	12 (11.4)	1 (1.0)	2 (1.9)	105 (60.3)	3345.5	.282
	75歳以上	47 (68.1)	2 (2.9)	1 (1.4)	4 (5.8)	9 (13.0)	4 (5.8)	2 (2.9)	69 (39.7)		
	合計	125 (71.8)	5 (2.9)	2 (1.1)	12 (6.9)	21 (12.1)	5 (2.9)	4 (2.3)	174 (100.0)		
外出支援	60歳～74歳	89 (84.8)	2 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.9)	3 (2.9)	9 (8.6)	105 (60.7)	3068.5	.028
	75歳以上	48 (70.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.9)	3 (4.4)	5 (7.4)	10 (14.7)	68 (39.3)		
	合計	137 (79.2)	2 (1.2)	0 (0.0)	2 (1.2)	5 (2.9)	8 (4.6)	19 (11.0)	173 (100.0)		
送迎	60歳～74歳	78 (74.3)	0 (0.0)	4 (3.8)	5 (4.8)	6 (5.7)	3 (2.9)	9 (8.6)	105 (60.7)	3322.5	.329
	75歳以上	47 (69.1)	1 (1.5)	1 (1.5)	2 (2.9)	2 (2.9)	5 (7.4)	10 (14.7)	68 (39.3)		
	合計	125 (72.3)	1 (0.6)	5 (2.9)	7 (4.0)	8 (4.6)	8 (4.6)	19 (11.0)	173 (100.0)		
清掃活動	60歳～74歳	32 (30.5)	21 (20.0)	24 (22.9)	12 (11.4)	9 (8.6)	4 (3.8)	3 (2.9)	105 (60.7)	2299.5	.000
	75歳以上	12 (17.6)	9 (13.2)	6 (8.8)	3 (4.4)	18 (26.5)	6 (8.8)	14 (20.6)	68 (39.3)		
	合計	44 (25.4)	30 (17.3)	30 (17.3)	15 (8.7)	27 (15.6)	10 (5.8)	17 (9.8)	173 (100.0)		
託児	60歳～74歳	95 (92.2)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)	0 (0.0)	1 (1.0)	2 (1.9)	103 (60.6)	3284.5	.194
	75歳以上	65 (97.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	67 (39.4)		
	合計	160 (94.1)	1 (0.6)	1 (0.6)	5 (2.9)	0 (0.0)	1 (0.6)	2 (1.2)	170 (100.0)		
交通安全指導	60歳～74歳	79 (75.2)	5 (4.8)	5 (4.8)	6 (5.7)	3 (2.9)	4 (3.8)	3 (2.9)	105 (60.7)	3239.0	.195
	75歳以上	45 (66.2)	3 (4.4)	7 (10.3)	2 (2.9)	7 (10.3)	0 (0.0)	4 (5.9)	68 (39.3)		
	合計	124 (71.7)	8 (4.6)	12 (6.9)	8 (4.6)	10 (5.8)	4 (2.3)	7 (4.0)	173 (100.0)		
社協手伝い	60歳～74歳	15 (14.3)	19 (18.1)	21 (20.0)	15 (14.3)	16 (15.2)	12 (11.4)	7 (6.7)	105 (61.4)	3399.5	.708
	75歳以上	17 (25.8)	7 (10.6)	11 (16.7)	6 (9.1)	10 (15.2)	7 (10.6)	8 (12.1)	66 (38.6)		
	合計	32 (18.7)	26 (15.2)	32 (18.7)	21 (12.3)	26 (15.2)	19 (11.1)	15 (8.8)	171 (100.0)		
高齢者対象	60歳～74歳	20 (20.4)	10 (10.2)	14 (14.3)	15 (15.3)	8 (8.2)	12 (12.2)	19 (19.4)	98 (60.1)	2358.5	.004
	75歳以上	10 (15.4)	3 (4.6)	5 (7.7)	1 (1.5)	13 (20.0)	9 (13.8)	24 (36.9)	65 (39.9)		
	合計	30 (18.4)	13 (8.0)	19 (11.7)	16 (9.8)	21 (12.9)	21 (12.9)	43 (26.4)	163 (100.0)		
子供対象	60歳～74歳	65 (63.7)	11 (10.8)	8 (7.8)	6 (5.9)	3 (2.9)	5 (4.9)	4 (3.9)	102 (61.1)	2914.0	.111
	75歳以上	49 (75.4)	5 (7.7)	5 (7.7)	1 (1.5)	0 (0.0)	4 (6.2)	1 (1.5)	65 (38.9)		
	合計	114 (68.3)	16 (9.6)	13 (7.8)	7 (4.2)	3 (1.8)	9 (5.4)	5 (3.0)	167 (100.0)		
地域対象	60歳～74歳	28 (28.0)	15 (15.0)	22 (22.0)	13 (13.0)	9 (9.0)	3 (3.0)	10 (10.0)	100 (59.9)	3105.5	.416
	75歳以上	20 (29.9)	6 (9.0)	11 (16.4)	6 (9.0)	13 (19.4)	6 (9.0)	5 (7.5)	67 (40.1)		
	合計	48 (28.7)	21 (12.6)	33 (19.8)	19 (11.4)	22 (13.2)	9 (5.4)	15 (9.0)	167 (100.0)		

Mann-WhitneyのU検定

表5. 年齢・活動年数とボランティア活動頻度の関連

		ボランティア活動頻度														
		サロン活動のボランティア	趣味や特技を活かしたボランティア	庭の手入れのボランティア	住宅掃除のボランティア	家事手伝いのボランティア	通院支援のボランティア	外出支援のボランティア	送迎のボランティア	清掃のボランティア	託児のボランティア	交通安全指導のボランティア	社会福祉協議会や役所の事業・行事ボランティア	高齢者を対象としたボランティア	子どもを対象としたボランティア	地域全体を対象としたボランティア
年齢	相関係数	.176*	.256**	.240**	.202**	.190*	.103	.152*	.025	.324**	-.021	.085	-.065	.212**	-.154*	.072
	有意確率 (両側)	.022	.001	.002	.008	.012	.176	.046	.743	.000	.785	.264	.397	.007	.047	.353
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
活動年数	相関係数	.077	.099	.017	.091	.125	.251**	.120	.091	.165*	.033	.261**	.195*	.147	.221**	.148
	有意確率 (両側)	.318	.200	.825	.238	.102	.001	.114	.234	.030	.667	.001	.010	.062	.004	.057
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167

Spearmanの順位相関係数 *: p<.05 **: p<.01

表6. 活動継続動機・援助成果とボランティア活動頻度の関連

		ボランティア活動頻度														
		サロン活動のボランティア	趣味や特技を活かしたボランティア	庭の手入れのボランティア	住宅掃除のボランティア	家事手伝いのボランティア	通院支援のボランティア	外出支援のボランティア	送迎のボランティア	清掃のボランティア	託児のボランティア	交通安全指導のボランティア	社会福祉協議会や役所の事業・行事ボランティア	高齢者を対象としたボランティア	子どもを対象としたボランティア	地域全体を対象としたボランティア
自己志向的動機	相関係数	.254**	.287**	.154*	.170*	.132	.175*	.229**	.186*	.098	.118	.071	.245**	.170*	.219**	.201**
	有意確率 (両側)	.001	.000	.044	.026	.085	.021	.002	.014	.198	.126	.352	.001	.030	.004	.009
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
活動継続動機	相関係数	.202**	.255**	.080	.034	.017	.004	.133	.059	.067	.024	.034	.196**	.221**	.085	.064
	有意確率 (両側)	.008	.001	.299	.661	.820	.959	.082	.444	.378	.755	.656	.010	.005	.276	.414
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
活動志向的動機	相関係数	.178*	.304**	.146	.098	.092	.072	.190*	.083	.168*	.048	.121	.254**	.199*	.167*	.118
	有意確率 (両側)	.020	.000	.056	.204	.228	.346	.012	.276	.027	.538	.112	.001	.011	.031	.127
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
尺度合計	相関係数	.217**	.290**	.128	.096	.071	.095	.198**	.120	.116	.135	.086	.260**	.215**	.204**	.155*
	有意確率 (両側)	.004	.000	.096	.210	.353	.212	.009	.115	.127	.079	.261	.001	.006	.008	.046
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
愛他的精神の高揚	相関係数	.147	.214**	.056	.069	-.015	.069	.159*	.125	.137	.039	.134	.188*	.128	.083	.105
	有意確率 (両側)	.055	.005	.463	.368	.844	.362	.036	.101	.072	.614	.079	.013	.102	.286	.175
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
人間関係の広がり	相関係数	.188*	.254**	.170*	.107	.138	.166*	.196**	.060	.195*	.023	.132	.204**	.192*	.206**	.206**
	有意確率 (両側)	.014	.001	.026	.165	.072	.029	.010	.437	.010	.771	.083	.007	.014	.007	.008
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
援助成果尺度	相関係数	.141	.265**	.173*	.090	.101	.116	.233**	.044	.151*	.028	.107	.175*	.073	.082	.150
	有意確率 (両側)	.066	.001	.023	.240	.188	.126	.002	.567	.046	.722	.161	.022	.352	.290	.053
	N	171	168	171	171	172	174	173	173	174	170	173	172	163	167	167
尺度合計	相関係数	.186*	.289**	.141	.104	.076	.131	.216**	.068	.181*	.027	.135	.223**	.144	.131	.161*
	有意確率 (両側)	.016	.000	.069	.182	.326	.089	.005	.381	.018	.725	.079	.004	.069	.094	.040
	N	168	165	168	168	169	171	170	170	171	167	170	169	160	164	164

Spearmanの順位相関係数 *: p<.05 **: p<.01

表7. 活動継続動機・援助成果と年齢の比較

		75歳未満 (n=105)		75歳以上 (n=69)		有意確率 (両側)
		平均	SD	平均	SD	
活動継続動機	自己志向的動機	16.92	4.497	17.10	4.735	0.803
	他者志向的動機	18.81	3.380	19.30	3.219	0.337
	活動志向的動機	23.50	4.207	24.86	3.897	0.033
	尺度合計	59.37	10.873	61.26	9.651	0.243
援助成果	愛他的精神の高揚	14.85	3.116	15.62	2.916	0.101
	人間関係の広がり	15.10	3.260	16.30	2.505	0.006
	人生への意欲喚起	10.77	2.614	11.59	2.198	0.032
	尺度合計	40.68	8.410	43.96	6.011	0.003

t検定

V. 考察

A. オホーツク地域におけるボランティア活動をしている男性高齢者の特徴

本研究の対象者は、70歳代が最も多く、全体の約5割を占めていた。内閣府（2011, p.61）の調査によると、過去1年間にボランティア活動をしたことがある60歳以上の高齢者のうち最も多いのは60代で、70代は35.5%であった。これらのことから、オホーツク地域でボランティア活動を行っている男性高齢者は全国平均と比較してやや高齢といえる。これは、全国に比べオホーツク地域に高齢化の進展がみられることと、後期高齢者も全国の14.0%（総務省統計局, 2018）に比べ、オホーツク地域は17.4%（オホーツク総合振興局, 2018a）と、高い割合を占めていることが影響していると考えられる。

職業においては、全国調査でボランティア活動をしている人は定年退職後の人が多いと報告されており、本研究も同様に約7割の人が無職であった。仕事を有している人より余暇ができるため、ボランティア活動をしやすいことが考えられる。

本研究の対象者は7割弱が何らかの疾患を抱えているが、自身の健康状態を概ね良いと感じ、日常生活動作が自立している人が多い。佐藤・大淵・河合他（2012, p.23）の研究においても、社会活動をしている人は主観的健康感が良好であるという結果が示されており、先行研究同様の結果が示された。

B. オホーツク地域の男性高齢者がしているボランティア活動の特徴

男性高齢者が多く参加していた趣味や特技を活かしたボランティアは活動継続動機尺度と援助成果尺度の下位尺度全てと尺度合計との相関がみられたことから、趣味や特技を活かしたボランティア活動は男性高齢者にとって今までの経験を活かし、得意なことを披露する場となるなど、趣味や特技の延長として楽しめる活動と考えられる。趣味や特技を活かしたボランティア活動は男性高齢者にとってやりがいを持ち、続けやすい活動であると考えられる。他に、参加率の高い取り組みとしては社会福祉協議会や役所の事業・行事ボランティアや地域全体を対象としたボランティア、高齢者を対象としたボランティアといった活動があった。その中でも、高齢者を対象としたボランティアに参加している男性高齢者は、後期高齢者が多かった。高齢者は一般的に加齢に伴い日常生活動作や手段的日常生活動作が低下し、閉じこもりがちな生活となってしまうやすい。伏木・大西・大浦他（2012, pp.75-77）や福島（2012, p.48）の研究においても、後期高齢者に比べ、前期高齢者のほうがボランティア活動への参加意欲が高いことや、年齢が高くなるにつれ身体機能の低下が進み、参加意向の低下に結びついていることを示唆している。しかし本研究では、前期高齢者に比べ後期高齢者の参加が有意に多く、かつ頻繁に活動をしていたボランティアがあることが示された。さらに、高齢者を対象としたボランティア活動は、年齢との弱い相関もみられていることから、年齢に関係なく健康で活動的であれば継続できる活動であると考えられる。活動を通して友人を得たり、やりがいや充実感をもって活動に参加していることが一因として考えられる。高齢者を対象としたボランティア活動は高齢者同士の支え合いを意味し、今後行政サービスの補完的役割として期待されている重要な活動であることから、このような活動のより一層の活性化や、充実を目指し、地域特性に合った支援が必要であると考える。

男性高齢者の参加が少ない託児のボランティアなど、子どもを対象としたボランティアは、全国調査でも同様に、子育て（乳幼児）に関する活動は女性では23.0%であるのに対し男性は6.3%という結果を示している。このことは、長年培われた性役割意識や、育児に携わった経験の性差が影響していることがうかがえる。しかし、子どもを対象としたボランティアは活動年数と活動継続動機尺度との間に弱い正の相関がみられていることから、子どもを対象とした活動に参加している人は少ないが、活動年数を重ねる毎に子どもを対象としたボランティアに参加している可能性や、活動継続動機に繋がることを示唆された。大場（2014, p.64）は、世代間交流活動の担い手として男性

高齢者の期待は大きいと述べている。次世代に伝える役割をもってもらうと、男性高齢者も子どもを対象としたボランティアに参加しやすいのではと考えた。

送迎・外出支援・通院支援のボランティアについては、土地面積の広いオホーツク地域では活動に車の運転が必要という共通点があり、積雪地帯であることや、近年高齢者ドライバーの事故が多発していることなどから、男性高齢者は車の運転が必要な活動を避ける傾向があると考えられる。通院支援の活動をしている男性高齢者は少ないが、活動年数との相関をみると弱い正の相関がみられた。このことから、活動年数が長い男性高齢者ほど通院支援のボランティアに参加していることがうかがえる。土地面積が広く、交通機関が発達していないオホーツク地域では、高齢者の「足」の確保が喫緊の課題であるため、今後は安全に活動が参加・継続できるような仕組み作りが必要と考えられる。

VI. 本研究の限界

本研究はある一地域の特徴が明らかとなったことにもすぎず、回収率が33.4%であることからバイアスが生じている可能性があり、地域によって、ボランティア活動に差がないのかについても精査が必要である。また、対象者に女性も加え性差に焦点を当てると、男性の特徴がより明確となったと考える。

謝辞

調査にご協力頂きましたボランティアの皆様、社会福祉協議会様に厚くお礼申し上げます。さらに、日本赤十字北海道看護大学河口てる子教授、西片久美子教授につきましては、多忙な中ご指導をいただき深く感謝申し上げます。

なお、本研究は日本赤十字北海道看護大学学内研究奨励費の助成により実施致しました。

本研究は、日本赤十字北海道看護大学大学院の修士論文に加筆修正し、その要旨を第18回日本赤十字看護学会学術集会で発表しました。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

福島忍 (2012). 単身高齢者の地域活動・ボランティア活動への参加の促進に関する研究：都営住宅に居住する単身高齢者への調査を通して。目白大学総合科学研究, 8, 41-50.

伏木康弘・大西浩文・大浦麻絵・尚和里子・坂内文男・北澤一利・森 満 (2012). 地域ボランティア参加意志を持つ高齢者の特性：石狩，空知振興局

管内4市3町に在住者への調査。北海道公衆衛生学雑誌, 25(2), 139-146.

岸恵美子・吉岡幸子・野尻由香・望月由紀子・小長谷百絵・浜崎優子・野村祥平・米澤純子 (2011). セルフ・ネグレクト状態にある独居高齢者の特徴：地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より。帝京大学医療技術学部看護学科紀要, 2, 1-21.

河野あゆみ・田高悦子・岡本双美子 (2009). 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題：高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析。日本公衆衛生雑誌, 56(9), 662-673.

古谷野亘・柴田博・中里克治・芳賀博・須山靖男 (1987). 地域老人における活動能力の測定。日本公衆衛生雑誌, 34(3), 109-114.

厚生労働省 (2015). 介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針。https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000184376.pdf (2018/12/20)

内閣府 (2011). 平成23年度高齢者の経済生活に関する意識調査 第2章8 地域活動・ボランティア活動に関する調事項。https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h23/sougou/zentai/pdf/2-8.pdf (2019/1/10)

オホーツク総合振興局 (2018a). 北海道の高齢者人口の状況（市町村別）。http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/h30koureishajinnkousityousonn.pdf (2019/3/1)

オホーツク総合振興局 (2018b). 道内市町村の概要。http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/scs/gyousei/shityousondata.htm (2019/3/1)

大場宏美 (2014). 地域高齢者の generativity と社会参加活動との関連構造。生きがい研究, 20, 52-67.

岡本尚己・久保田晃生・印鑰真人 (2015). 地域在住高齢者における趣味・社会活動参加と身体活動量の関連。東海大学紀要, 45, 51-55.

李在億・平川毅彦・土橋敏孝・武田誠一 (2010). 「元気高齢者」の生きがいと社会参加：新潟市中央区「老人憩いの家」利用者調査結果から。新潟青陵学会誌, 3(1), 73-80.

佐藤むつみ・大淵修一・河合恒・新井武志・小島成実 (2012). 都市部在住高齢者における社会活動参加者の特性：介護予防の推進に向けた基礎資料。厚生 の指標, 59(4), 23-29.

宋美英 (2009). ボランティア活動の継続・発展とボランティア組織の構造：福祉ボランティア活動を事例に。北海道大学大学院教育学研究院紀要, 109, 51-80.

妹尾香織・高木修 (2003). 援助行動経験が援助者自身に与える効果：地域で活動するボランティアに見られる援助成果。社会心理学研究, 18(2), 106-118.

総務省統計局 (2018). 人口推計の結果の概要。https://

www.stat.go.jp/data/jinsui/2.html#monthly (2019/3/1)
八城薫 (2011). 5 対人行動—援助. 堀洋道監修, 吉
田富二雄・宮本聡介編, 心理測定尺度集V—
個人から社会へ〈自己・対人関係・価値観〉

(pp.223–231). 東京：サイエンス社.
全国社会福祉協議会 (2009). 全国ボランティア活動実
態調査. http://www.shakyo.or.jp/research/20140808_09volunteer.pdf (2018/10/25)

研 究 報 告

不妊治療を受けている女性による「治療の場」に関する経験

北井喜美恵

How to Stay Women Undergoing Fertility Treatment in Treatment Places

Kimie Kitai

キーワード：不妊治療, 経験, 場所

key words : fertility treatment, experience, place

Abstract

Objective: To clearly identify how women undergoing fertility treatment stay in the treatment place.

Method: Qualitative and descriptive research design. Semi-structured interviews were conducted with the study participants: six women with either current or past experience of undergoing fertility treatment at clinics. From the interview data obtained, I created transcriptions, performed inductive analysis, and extracted core categories, categories, and sub-categories.

Results: The significance ascribed to women's experiences in these fertility treatment places was organized into two core categories: 1. *The threshold is gradually lower; the body is caught and cannot be separated.* 2. *Waiting while worrying about the surroundings.*

Conclusion: Women undergoing fertility treatment experienced high thresholds at the beginning of the treatment, but it gradually became lower, and the body of women caught up in the treatment place. Furthermore, women had distinguished the experience of staying while caring for the surroundings, especially in waiting rooms.

要 旨

本研究は、不妊治療を受けている女性が、「治療の場」に我が身を置くことにおいて、どのような経験をしているのかを明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。不妊治療の経験がある女性6名に各1回ずつインタビューをした結果、【敷居が段々低くなり、いつの間にか巻き込まれていく】と【周囲を気にしながらじっと待つ】の2つのコアカテゴリーが導き出された。

彼女らは、初めて不妊治療を受診する際、「治療の場」に足を踏み入れづらい敷居の高さを捉えていた。しかし、その「敷居の高さ」は、通院を繰り返すうちに段々低くなり、次第に行かずにはいられないほど「治療の場」に巻き込まれていった。また彼女らは、待合室で周囲を気かけながらじっと待つ経験をし

受付日：2019年6月7日 受理日：2020年5月18日

東京都立大学人間健康科学研究科看護科学域博士後期課程 Tokyo Metropolitan University Faculty of Health Sciences, Graduate School of Human Health Sciences

ていた。よって、不妊当事者が望むタイミングで、“これまで”や“これから”について自由に語れる場を、看護師が提供することは、看護実践の一助となると考えられる。

I. 緒言

1983年日本で初めての体外受精-胚移植による児が誕生して30年余りが経過した。2016年日本の生殖医学登録施設数は、604と他国と比較しても多く、生殖医療による出生児数が54,110名と全出生の5.5%を占めており（日本産科婦人科学会倫理委員会, 2018）、生殖医療を含む不妊治療は、日本に広く普及している。一方、生殖医療が急速に進歩したことによって、従来の夫婦や親子の枠組みの根幹を揺るがす事態が生じ、法律や倫理、社会的課題として関心が向けられてきた。柘植（2012）は、不妊が「不妊症」と診断され医療化された背景に、医療的に生命を操作することへの抵抗感を緩和する意図が働き、不妊が必ずしも治療を必要としないにもかかわらず、治療すべき対象であるかのように扱われてきたことに警鐘を鳴らした。

不妊治療を受ける当事者の経験についての先行研究は、女性に着目したものが大部分を占める（白井, 2012; 佐々木, 2015）。不妊治療は、検査や内診、医療処置や薬剤投与、それに伴う頻回の通院など、女性に身体的、経済的、社会的負担に加え、月経時の強い気分の落ち込みを繰り返すなど心理的負担を強い（栗井・内藤, 2009）。また、不妊であることが、夫婦に、生活を自由にコントロールできないという無力感をもたらすことが指摘されている（Imeson & McMurray, 1996）。以上のことから、不妊の経験は、これまで心理的な負担感や葛藤など負の側面が強調されることが多かった。しかしそれに対し、不妊の経験を、生涯発達の観点から捉え直し、不妊治療終了後を視野にいれた人生のプロセスとして価値づける報告（安田, 2012）や、これまで不妊治療を受けてきた当事者たちの経験の蓄積によって、日本特有の「素人の専門知識（技術）」が編み出され、独特なかたちで不妊治療に対峙する当事者経験があるとする報告（竹田, 2018）がみられるようになった。

不妊治療における看護では、「不妊治療を受けている、受けていないにかかわらず、不妊治療のプロセスに応じて不妊に悩むカップルの自己決定を支援することが大切である（中込・小林・荒木, 2019）」とされ、看護師は、治療の有無にかかわらず当事者の声を聴き、悩みに関心を向け、支援することが期待されている。また秋月（2016）も、不妊治療を受ける女性たちが、治療現場の看護師に対し【人間的温かみをもった気遣いのある対応】や【受容的態度に基づく心理的援助】を求めていることを明らかにした。しかし、大学病院で不妊治療に携わる看護師は、治療に関する煩雑な業務を安全に遂行することに精一杯である

ことや、対応する看護師の知識不足ゆえに心理的な支援に至らない実態（西嶋, 2009）、看護師が医師の診療場面に同席できない現状（鈴木・佐々木・中田他, 2007）があり、「治療の場」において、看護師と患者が対面する場面は限定的である。それ故に、看護師は、不妊当事者たちが「治療の場」においていかなる経験をしているのか理解が及ばず、思うような支援に至らない可能性がある。

また、不妊当事者の立場からの報告もある。Fine代表の松本（2014）は、これまで不妊治療の現場では患者の「身体」のみを取り上げ、患者の「心」の課題は軽視されてきたため、多くの患者は「治療の場」に「納得感」が得られずに転院する実態があると報告している。つまり、不妊当事者たちも「納得感」が得られるような「治療の場」を望んでいる。

そこで、「治療の場」において、不妊治療を受けている女性が、どのように我が身を置いているのか、何を経験し、何を感じているのかを女性の心身を分かつことなく当事者の立場から理解していく必要があると考えた。桑子はこのような「場」に相当する「空間」について、「あらかじめ与えられた普遍的な価値概念を適用することによって空間の価値を計測するのではなく、新しい価値概念の発見の場として人間が配置されたその空間に対するものでなければならない」と述べ、「発見された新たな価値概念は空間の多様な意味の解釈と人々によるその意味の共有に用いられる」（桑子, 2001, pp.87-88）と述べる。つまり、女性が身を置く位置から経験される多様な「治療の場」の意味や価値を明らかにすることは、その場に居合わせている看護師が、当事者によって様々に意味づけられた「治療の場」を発見、理解し、不妊当事者の「納得感」が得られるような「場」とするための重要な示唆が得られると考える。

II. 研究目的

不妊治療を受けている女性が「治療の場」に我が身を置きつつ、どのような経験をしているのかを明らかにする。

III. 用語の定義

「治療の場」: 女性が不妊治療のために通院し、様々な思いや出来事が生じた空間で、かつ様々な経験を蓄積してきた個人的な価値を含むような場所。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン。

B. 研究参加者

国内の不妊治療施設に通院しているまたは過去に通院した経験がある女性。女性がどのように不妊治療を経験しているかではなく、女性が患者として不妊治療に通院し、その「場」に関してどのような経験をしているのかに焦点化するため、あえて治療内容や治療期間、年齢、施設の特性的設定は行わなかった。

C. 研究参加者のリクルート

スノーボールサンプリングにて、知人の紹介者を通じ13名の候補者に研究参加依頼書を配布した。返信があった6名の候補者に、後日口頭と書面にて研究趣旨を説明し、研究参加の承諾を得た。

D. データ収集方法

調査期間は、2010年6月～8月。各研究参加者（以後参加者とする）に対し、1回約60分の半構造化面接を実施した。インタビューは、参加者の年齢、治療内容、通院した施設数などの背景とこれまでに不妊治療のために通院した「治療の場」に関して想起する思いや出来事を主軸としたインタビューガイドをもとに行ったが、参加者の自由な語りを損なわないよう留意した。インタビュー内容は、承諾を得たうえでICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。希望者には、逐語録とインタビューの内容に間違いがないか確認してもらった。

E. データ分析方法

データ分析は、Holloway & Wheeler (2002/2006) を参考に行った。①逐語録を精読し、「治療の場」について想起する思いや出来事について語られている内容を、文脈を損なわないようコードを抽出した。②抽出されたコードから参加者毎に「治療の場」の経験に関する意味のまとまりをもとにサブカテゴリーを抽出した。③個々の参加者単位で抽出されたサブカテゴリーから、横断的に見渡し、意味のまとまりをもとにカテ

ゴリーを抽出し、カテゴリー間の意味のまとまりをもとにコアカテゴリーを抽出した。④サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーが抽出されたその都度において、逐語録に立ち戻り、部分と全体の文脈が損なわれていないことを確認し、不妊治療を受けている女性による「治療の場」の経験を記述した。コード、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリー分析の精緻性を高めるため、分析の際、定期的に質的研究およびリプロダクティブヘルス領域の研究者からスーパービジョンを受けた。

F. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した (No. 2010-13)。研究者は研究協力者および参加者に対し、研究趣旨、自由意志による参加、途中辞退の権利と守秘義務の遵守について説明したうえで、同意を得た。データはすべて匿名化し、プライバシーに配慮した。参加者が妊娠に至らなかった辛い過去の体験や否定的な感情を追体験する危険性があることに留意しながら実施した。

V. 結果

A. 研究参加者の背景

本研究の参加者は、37～45歳の6名の女性、不妊治療期間は、数カ月～10年と幅があった。これまで通院した不妊治療施設数は2～5施設、タイミング療法は6名、人工授精は2名、体外受精-胚移植は3名、顕微授精は1名が経験していた。調査時の参加者の状況は、2名が不妊治療継続中、2名は子どもを得て不妊治療を終了し、2名は子どもを得ずに治療を終止してから数年が経過していた。参加者の概要を表1として示す。

B. 不妊治療を受けている女性の「治療の場」に関する経験

不妊治療を受けている女性の「治療の場」に関する経験として、23のコードから2つのコアカテゴリー【敷居が段々低くなり、いつの間にか巻き込まれてい

表1. 研究参加者の概要

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん	Fさん
年齢	40歳代前半	30歳代後半	40歳代前半	40歳代前半	40歳代前半	40歳代前半
妊娠分娩歴	1妊1産	0妊0産	0妊0産	4妊2産	2妊0産	1妊1産
不妊治療期間	4年	3年	4年	10年	4年	数か月
通院施設数	3施設	2施設	2施設	5施設	2施設	3施設
治療内容	タイミング療法 体外受精	タイミング療法 人工授精	タイミング療法 人工授精	タイミング療法 体外受精	タイミング療法 体外受精 顕微授精	タイミング療法
通院の状況	通院中	通院中	通院終了後5年	産後7カ月	治療終了後1年	通院終了後5年
子どもの有無	有	無	無	有	無	有

く】と【周囲を気にしながらじっと待つ】が導き出された。導き出された「コアカテゴリー2・カテゴリー7・サブカテゴリー18の一覧」は表2として示す。

つぎに、不妊治療を受けている女性の「治療の場」に関する経験についてコアカテゴリーに即し、カテゴリー、サブカテゴリー、生データを示しながら内容について述べる。なお本稿では、【 】はコアカテゴリー、[]はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、『イタリック文字』は生データの内容を示す。生データ文末()内のA, B, C, D, E, Fは参加者を示し、数字は逐語録のコード番号を示す。

1. 【敷居が段々低くなり、いつの間にか巻き込まれていく】

コアカテゴリー【敷居が段々低くなり、いつの間にか巻き込まれていく】は、5つのカテゴリー〔初めの一步に躊躇する敷居の高さ〕、〔次第に敷居は低くなり、通院せずにはいられない〕、〔高額な治療費を貯めては通院を続ける〕、〔通院中の拘束感とゆとりのなさ〕、〔他者に自身の身体機能を教わることで対策を講じる〕で構成されていた。

女性たちは不妊治療の受診を思い立っても、初診の手前に〔初めの一步に躊躇する敷居の高さ〕を捉えていた。具体的には、受診の手掛かりとなる情報がなく、どこを受診したらよいのか分からない《病院を探す困難さ》や、体外受精などの生殖補助技術に対し

て《自然に反する治療の抵抗感》を抱いていた。そして、いざ受診するために医療機関の入り口に立ってみると、《敷居が高くて入るのに躊躇する》。だから、《入る時には勇気が必要》であった。

『一回病院に行ったら度胸がついちゃった。最初がすごい敷居が高くてどういう風に病院探しているのか分からなかったし、どんな病院を選んだらいいのかも分からなかったので行くまでにものすごい勇気がいりました。一度えいって病院に行く敷居が低くなって二人目の時はこの病院は不妊治療しているから行ってみようと思った。』(F66-68)

しかしその敷居は、初めて受診する時は高くとも、通院の継続によって〔次第に敷居は低くなり、通院せずにはいられない〕ようになる。女性たちにとってこの敷居は、《何度も通院するうちに低くなっていく敷居》であり、次第に《唯一の頼りである病院に通院するしかない》、《可能性がある限り病院に行かずにはいられない》と前のめりの姿勢で「治療の場」に我が身を置くようになっていく。しかし、生殖補助医療には数十万単位の治療費がかかり《生活をひっ迫する高額な治療費》に対し、《公的な助成金は不十分》であり、治療費を捻出するために女性たちは《働いてお金を貯

表2. 不妊治療を受けている女性の「治療の場」の経験

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
1. 敷居が段々低くなり、いつの間にか巻き込まれていく	a. 初めの一步に躊躇する敷居の高さ	-1. 病院を探す困難さ
		-2. 敷居が高くて入るのに躊躇する
		-3. 初めて入る時には勇気が必要
		-4. 自然に反する治療への抵抗感
	b. 次第に敷居は低くなり、通院せずにはいられない	-1. 何度も通院するうちに低くなっていく敷居
	-2. 唯一の頼りである病院に通院するしかない	
	-3. 可能性がある限り病院に行かずにはいられない	
c. 高額な治療費を貯めては通院を続ける	d. 通院中の拘束感とゆとりのなさ	-1. 公的助成金は不十分
		-2. 働いてお金を貯めて通院し、足りなくなったら治療を休み働く
		-3. 生活をひっ迫する高額な治療費
e. 他者に自身の身体機能を教わることで対策を講じる	-1. 治療終結によって病院を離れた解放感	
	-2. 治療終結によって病院を離れて取り戻していくゆとり	
2. 周囲を気にしながらじっと待つ	a. 殺伐とした雰囲気身を置きじっと待つ	-1. 自身の生殖機能の状態を教わりながら分かっていく
		-2. 治療ではなく子どもを授かる具体策を試す場所
		-3. 数時間単位で待つ
	b. 妊婦と居場所を共有する息苦しさ	-1. 殺伐とした雰囲気の待合室
		-2. 待合室の物理的な圧迫感
	-3. 数時間単位で待つ	
	-1. 妊婦と一緒にいる息苦しさ	

めて通院し、足りなくなったら治療を休み働く》ことで「高額な治療費を貯めては通院を続ける」. 不妊治療を受けている女性たちは、子どもを授かる希望がある限りそこに行かないわけにはいかないと、通院にかかる治療費を捻出するために働いていた。

子どもを得ることなく治療をやめて1年経過した女性は、《治療終結によって病院を離れた解放感》と《治療終結によって病院を離れて取り戻していくゆとり》について次のように語った。

『(治療をやめた時) ああもうこれで行かなくていいんだと思うとやっぱり、なんかもうほっとしたというか。あの時気持ちはずいぶん楽になった。逆に病院に行くと「行かなくちゃ、行かなくちゃ」ってやめれないというか、自分でやめることができない状態じゃないですか病院に行くと。可能性があるような言い方、次はこうしてみましよう、だめだったら次って次は大丈夫なのかなって期待もあるじゃないですか。ずっと行ってしまっただけで自分で止められないんですよ。もう通ってないから少し今の方が普通、通っているとゆとりがないというか、もう本当にそのことだけで精いっぱいになってしまっただけで、今の方が少しもう1年たっているから。』(E107-112, 133-134)

この女性は通院をやめて1年たった今だからこそ「通院中の拘束感とゆとりのなさ」を語る事ができた。しかし、不妊治療を受けている女性たちは、通院を続けるうちに拘束感を自覚できないほど「治療の場」に巻き込まれていく。なぜなら女性たちは、自分の子宮や卵巣であるにもかかわらず、自分では状態が分からないために、専門家である「他者に自身の身体の機能を教わることで対策を講じる」必要があるからである。

『自分でもどういう状態が分からないじゃないですか。通ってみて徐々に卵巣の状態とか、妊娠しないのがどうしてとか自分の状態が分かってくることが多かったですね。そういう自分の状態を教えてくださいのような場所でした。薬なりなんなりするしかないのかな。体外受精や顕微授精をやるまでも注射を打ったり自分ではできないじゃないですか。薬とかも。だから病院に通うしかないし。そういうのを試すっていうか子どもを授かるために行う場所ですね。』(E80-88)

Eさんは、通院を続ける過程で徐々に医師に自分《自身の生殖機能の状態を教わりながら分かっていく》.そして、「治療の場」は、実は原因を同定し、悪い部分を治すような従来の意味での《治療ではなく子どもを授かる具体策を試す場所》だと語った。Eさん

は、当初「治療の場」に、どこか悪い所を治してくれるような「治療を施してくれるような場」を期待して通院していた。しかし通院するうちに、そこは、「治療」を施してくれる場というよりも、Eさんが日々通いながら子どもを得るための具体的な「実践」を積み重ねる場としての意味を帯びて現れるようになった。

以上のことから、不妊治療を受けている女性は日々通院し、「治療の場」に身を置き続けることで、当初あった【敷居が段々低くなり、いつの間にか巻き込まれていく】経験をしていた。

2. 【周囲を気にしながらじっと待つ】

【周囲を気にしながらじっと待つ】というコアカテゴリーは「殺伐とした雰囲気」に身を置き「じっと待つ」と「妊婦と居場所を共有する息苦しさ」の2つのカテゴリーで構成されていた。

女性たちが「治療の場」について語る時、特に、待合室を際立たせて語った。それは、「殺伐とした雰囲気」に身を置き「じっと待つ」自身の有り様であった。《殺伐とした雰囲気の待合室》は、物理的空間の狭さや待っている患者数に対し十分な数の椅子が配置されていないために女性がその場に居られるスペースが狭く、必然的に他者と近距離でかつ無言で過ごすことになるためピリピリと張り詰めており、《待合室の物理的な圧迫感》を感じながら診察まで《数時間単位で待つ》経験であった。

『みんな殺伐と、結構みんなギリギリな状態で、無言で何時間も待つという感じ。もうちょっと広ければ気持ちも全然違うと思うけど、常に人と人がびったりくっつくくらい長い長椅子で、間の通路にも人が真ん中に電車じゃないけれど立っている状態で。だからすごい圧迫感があってすごい感じだったの。』(A31-32, 59)

このように女性たちは待合室で過ごす数時間、周囲からの圧迫感を捉えつつ、呼び出しを逃さぬように身構えながら、見ないようにしながらも迫ってくる周囲の事柄を気にしながら待ち続けていた。また、総合病院や産婦人科を標榜する医療施設の待合室では、さらに「妊婦と居場所を共有する息苦しさ」があり、見た目にもお腹の大きさが分かる《妊婦と一緒にいる息苦しさ》を経験していた。

以上のことから不妊治療を受けている女性は、待合室において、【周囲を気にしながらじっと待つ】経験をしていた。それは、傍目にはただ雑誌を読んで時間潰しを過ごしているように見えながら、実は周囲のことが気がかりでもある。女性たちは、待合室に同じく身を置き「場」を共有する他の患者の「ギリギリな状態」が周囲の方から迫って感じられつつ待つような経験をしていた。

VI. 考察

本研究結果より、不妊治療を受ける女性は初めて受診する際、その入り口に高い敷居を捉えていた。しかしその敷居は、通院を繰り返すうちに徐々に低くなり、いつの間にか気にならなくなり、ついには「治療の場」に行かずにはいられないほど、女性たちは「治療の場」に巻き込まれ、離れられない経験をしていた。また、巻き込まれた「治療の場」において、女性にとって際立っていたのは、待合室で周囲を気にしながらじっと待つという経験であった。

この結果をうけて、「治療の場」における女性の経験について、A.「治療の場」に巻き込まれていく女性とB. 待合室で女性の身に迫りくる周囲、の2つの観点から考察していく。

A. 「治療の場」に巻き込まれていく女性

本研究の参加者たちは、不妊治療を受けようと初めて「治療の場」に足を踏み入れる時、そこに足を踏み入れにくい感じを「敷居の高さ」として捉えていた。しかし、その「敷居の高さ」は、女性たちがその後、通院を繰り返すうちに低くなってゆき、いつの間にか消失してしまう。そして、女性たちは、次第に「治療の場」に行かずにはいられなくなっていった。桑子(2001, pp.75-76)は、ひとりの人間が事物や人々と結ぶ関係を空間的に捉えたものを『身体』の配置と名づけ、人間は知る主体であるとともに、行為する主体として『身体』によって世界の事物に働きかけ、それらの配置や構造を変化させることができるという。桑子のいう『身体』は、本研究では不妊治療に通院している女性にあたり、初診の際、「治療の場」の入り口に捉えていた「敷居の高さ」が、女性がそこに行くという『身体』による働きかけを繰り返すことで消失していく。それは、彼女らが自らの『身体』と「治療の場」とを結びつけ、その配置や構造を組み換えたことを意味する。そして、「行かなくちゃ、行かなくちゃって、自分で止めることができない」ような、「行きたい」でも、「行く」でも、「行かねばならない」でもなく、「行かずにはいられない」場所として参加者に迫ってくる。

通院の目的は、子どもをもつ唯一の希望をつなぐためであったが、さらに女性たちが、医師に自分の身体機能を診て説明してもらい、教わりながら具体策を講じるためでもあった。言い換えれば、女性たちは、自分の身体機能を医師に解説してもらうことを基盤として、薬の投与や処置といった具体策を自分の身体に引き受けていた。つまり、女性たちも医師も、受胎する女性の身体そのものに関心を向け、策を講じていくのであり、女性の身体そのものを「治療の場」と解釈することも可能かもしれない。であれば、「治療の場」と女性とを不可分の関係として捉え直す視点が必

要だと考える。本研究においても、子どもをもつことなく治療を終結して1年が過ぎた参加者が、「もう通ってないから少し今の方が普通」と通院中は普通ではなかったことを滲ませることで、通院中の拘束感やゆとりのなさを表現した。このように、女性がその『身体』を「治療の場」に配置せざる得なくなっていくのは、次から次と提案され、進められていく治療を否応なくその身に引き受けるために「治療の場」に引き寄せられるのであり、その繰り返しが「治療の場」と女性の『身体』の結びつきを強固にしている可能性がある。

一方安田(2012, p.124)は、不妊治療現場において、医療従事者が不妊女性は不妊治療を受ける努力をして当然であるとみなす価値観が根底にあり、女性たちが不妊治療をし続ける以外の選択肢を阻んでいると述べる。つまり、「治療の場」において、不妊の克服に向けた努力を当然とする価値観や、治療に真面目に取り組むべきとする患者役割の期待があり、このような医療従事者の価値観が、不妊女性の『身体』を「治療の場」に配置し続けるという構図に加担している可能性がある。また、Cunningham(2014)は、不妊治療の経験を「変わってゆくことの喪失」だと述べ、不妊当事者が不確実な治療の成功を待っているうちに変わらないで居続け、周囲から取り残されてしまうと指摘する。本研究参加者も、治療によって我が子を得るという成功を「治療の場」において医療者とともに待ち続けているうちに、自らの『身体』を「治療の場」に配置せずにはいられなくなっていた。つまり、不妊女性が、「治療の場」に『身体』を配置し続けるという構図は、治療の成功を待っているうちに膠着し、その結果、女性たちに「変わってゆけないこと」をもたらしている可能性がある。本研究でEさんは、不妊治療を終結して1年経った「今の方が少し普通」であることを、通院中のゆとりのなさや精一杯だった過去と照らし合わせることによって語る事ができた。よって、女性たちが「治療の場」に『身体』を配置し続けるという構図は、女性たちが「治療の場」と物理的に距離をおいたり、誰かに自らの状況を語ったりすることによって組み換えていくことが可能と考えられた。

以上のことから、不妊治療を受けている女性たちが、「治療の場」における『身体』配置の構図を膠着させることによって、「変わってゆけないこと」がもたらされている可能性が示唆された。しかし、この「治療の場」における女性の『身体』配置の膠着化は、不妊治療を提供する医療者の価値観によって、より強化されている可能性もある。そのため、まずは不妊治療に従事する医療者自身がみずからの価値観を再考する必要があるだろう。また、通院しやすいだけでなく、通院の中断も無理なく考えられるような受診環境の整備など、女性たちが「治療の場」において緩やかな『身体』配置の構図をもてるような支援も求めら

れている。女性たちが「治療の場」において緩やかな『身体』配置の構図をもつことは、女性たちが、日々当たり前に変化していくような「普通の生活」をおくるための基盤になると考えられた。

B. 待合室で女性の身に迫りくる周囲

本研究によって「治療の場」について問うと、多くの参加者が、診察室や処置室ではなく、待合室で経験した『身体』に迫りくる周囲について語った。竹田(2018, p.416)は、不妊治療を受けている女性たちが待合室で静かにファイルを見たり、携帯電話をひたすらいじりながら、各々の感情表出を避けるのは、治療に成功した者とそうでない者との軋轢を事前に食い止めるためであると述べる。つまり、待合室は、不妊治療の成功者とそうでない者とが居合わせる「場」であり、各々がその感情を素直に表現することによって、居合わせる者同士の軋轢を生む素地があると解釈できる。だからこそ、本研究参加者は、「自分」対「周囲」との関係で待合室の殺伐とした雰囲気や圧迫感、息苦しさを表現することができた。言い換えるならば、女性たちは、待合室での自分のふるまいよりも、周囲から迫ってくる事柄の方に関心が向き、それゆえ、その迫ってくる周囲の事柄について詳細に語られたものと考えられた。

以上のことから、本研究によって、不妊治療を受けている女性が、待合室において、周囲が『身体』に迫ってくるような経験をしていることが明らかになった。そしてそれは、問われることによって、女性たちが鮮やかに語るような経験であった。

近年、不妊治療専門クリニックでは、待ち時間の短縮やWebによる問診や呼び出しサービス、男性専用フロアや二人目不妊専用フロアの設置など、当事者が通院しやすい工夫を凝らす施設も増えてきた。よって、殺伐とした雰囲気の待合室で数時間過ごすことはなくなりつつあるかもしれない。しかし、本研究において、不妊治療の待合室は、単に待ち時間を過ごすための「場」ではなく、女性がそこで居合わせる他の当事者たちを気遣い、また同様にそれは、自分自身への気遣いにもなっており、不妊当事者同士が気遣いあっているような「場」でもあった。しかしこの不妊当事者同士の気遣い合いは、その「場」に居合わせる『身体』をもって蓄積された経験であり、誰かに尋ねられれば言語化できるものの、普段はそれについて言葉にする機会が与えられないような経験であった。

VII. 看護実践への示唆

本研究参加者は、不妊治療を初めて受診する際、「治療の場」の入り口に足を踏み入れるのを躊躇するような「敷居の高さ」を捉えていた。しかしその「敷居」は、通院を繰り返すうちにはなくなり、女性たち

は、次第に「治療の場」に自身の『身体』を配置せずにはいられなくなる経験をしていた。よって看護師は、次第に「治療の場」に巻き取られていくような当事者の経験に目を向け、ステップアップといった治療上必要なタイミングだけでなく、当事者が望むタイミングで“これまで”や“これから”について自由に語れる場を提供し、今なぜ自分たちがここに居るのかについて立ち止まって考える「間」をもてるような支援をしていく必要がある。

また、本研究参加者の多くが、不妊治療の待合室に身を置くことにおいて、周囲の殺伐とした雰囲気や圧迫感が迫ってくる経験をしていた。つまり、不妊治療に通院している女性たちは、待合室であっても常に緊張感を孕んで身を置いている。したがって、不妊治療に通院する患者が、周囲に気兼ねせずゆったり過ごせるような待合室の工夫や診療待ちの時間の短縮が望まれる。また、「治療の場」は、「不妊治療の受療」に特化した機能を有するが故に、例えば、子どもをもつことに悩んでいる人、治療を受けようか迷っている人、治療を続けるか迷っている人、治療の中断や終結を迷っている人が気軽に相談できる場は少ない。そのため今後は、子どもをもつことについて様々な事情を抱えた人々が、不妊治療への躊躇や否定的な経験についても表出できるような「場」の整備が必要であると考える。

VIII. 研究の限界と課題

本研究は、不妊治療の通院を経験した6名の女性に行った1回ずつのインタビューをもとに構成されており、限られた時間で語るような「治療の場」の経験であった点において限界がある。しかし「治療の場」は、不妊治療に関与する人々がともに存在し、相互作用が生じることでより複雑で重層的な意味が付与される空間である。よって今後、研究方法を検討し、「治療の場」に身を置く様々な背景をもつ女性や男性、家族、医師、看護師、他職種など様々な人々の経験に焦点を当てたさらなる調査が必要である。

謝辞

本研究にご協力いただいたすべての皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は日本赤十字看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正したものであり、第31回日本看護科学学会学術集会において口頭発表をした一部です。

利益相反

本研究に関する利益相反はありません。

文献

- 秋月百合 (2016). 生殖医療現場における医師および看護師からの支援ニーズ. 支援的対話研究, 3, 3-14.
- 栗井京子・内藤直子 (2009). 不妊女性のナラティブ(語り)による不妊体験の感情変化とビリーフの研究. 香川大学看護学雑誌, 13(1), 55-65.
- Cunningham, N. (2014). Lost in transition: Women experiencing infertility. *Human Fertility*, 17(3), 154-158.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2002)/野口美和子監訳 (2006). ナースのための質的研究入門第2版. 東京: 医学書院.
- Imeson, M. & McMurray, A. (1996). Couple's experiences of infertility: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1014-1022.
- 桑子敏雄 (2001). 感性の哲学. 東京: 日本放送出版協会.
- 松本亜樹子 (2014). 「納得の治療」とは～患者が求める「支援対話」を考える～「病院選びのポイントアンケート」結果から. 支援対話研究, 2, 61-73.
- 中込さと子・小林康江・荒木奈緒 (2019). ナーシング・グラフィカ母性看護学①概論・リプロダクティブヘルスと看護第1版. 大阪: メディカ出版.
- 日本産科婦人科学会倫理委員会 (2018). 平成29年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告 (2016年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および2018年7月における登録施設名). 日本産科婦人科学会雑誌, 70(9), 1817-1876.
- 西嶋喜美恵 (2009). 特定機能病院における生殖補助医療の体制とケアに対する看護者の思い. 日本赤十字看護大学紀要, 23, 45-56.
- 佐々木直美 (2015). わが国における不妊治療経験者の心理に関する文献研究(2). 山口県立大学学術情報, 8, 13-18.
- 白井千晶 (2012). 不妊を語る—19人のライフストーリー—. 東京: 海鳴社.
- 鈴木佳奈子・佐々木和子・中田かおり・細野公子 (2007). 大規模周産期施設における不妊看護の現状と課題—不妊患者に関わる看護職のグループインタビューを通して—. 日本看護学会論文集: 看護管理, 38, 169-171.
- 竹田恵子 (2018). 不妊, 当事者の経験—日本におけるその変化20年. 京都: 洛北出版.
- 柘植あづみ (2012). 生殖技術: 不妊治療と再生医療は社会に何をもたらすか. 東京: みすず書房.
- 安田裕子 (2012). 不妊治療者の人生選択: ライフストーリーを捉えるナラティブ・アプローチ. 東京: 新曜社.

研 究 報 告

高齢の脳卒中患者を看る妻のレジリエンス

岡本 明子

Resilience in Wives Caring for Elderly Stroke Patient

Akiko Okamoto

キーワード：妻のレジリエンス，高齢の脳卒中患者，在宅療養

key words : resilience in wives, elderly stroke patient, home care

Abstract

This study focused on the resilience of wives looking after their elderly husbands affected by stroke, who were living at home as a couple with no other family members. The research used qualitative descriptive methods. Data collection involved participant observation and interviews. Specifically, the researcher spent time with the care provider, visiting their home several times. The participants were wives from their late 60s to early 80s who had been looking after their stroke-affected husbands for 3-5 years. The study found that these wife's resilience: confronting their despair at the possibility of losing their husband; returning to their normal pace of life; feeling unable to care for him alone due to his injuries; wanting the husband when he was fine; getting absorbed in his care; feeling strongly responsible for his care; rousing their own spirits in the face of limitations; resignation at the solo battle of caregiving; and keeping calm by his demands.

For these wife's, resilience was a process of coordinating their personal strength to endure hardship in their relationships with others, while simultaneously regaining their personal authenticity. For this reason, resilience also accompanied risks, as these wife attempted to continue caregiving despite the limitations.

要 旨

研究目的は、高齢の脳卒中患者を看る妻が、在宅に移行して夫婦だけで生活する中でどのような体験をしているのか、レジリエンスに焦点を当てて報告することである。研究方法は質的記述的デザインで、自宅に複数回訪問し参加観察とインタビューでデータ収集した。研究参加者は、脳卒中の夫を3~5年程度看っている60歳代後半~80歳代前半の妻だった。

研究参加者のレジリエンスは「夫を失うかもしれない苦悩に立ち向かう」「自分のペースを取り戻す」「障害を負った夫を一人で看ない」「元の夫を取り戻す」「無我夢中で何年か過ごした」「夫を看る責任感を強くもった」「限界を感じても奮い立たせる」「一人で闘うしかないと覚悟した」「夫の主張に振り回されない」

受付日：2019年8月30日 受理日：2020年6月9日

昭和大学保健医療学部看護学科 Showa University Department of Nursing Faculty of Health and Medical Care

であった。

以上の結果から、研究参加者は、培ってきた経験をもとに、困難を乗り越え自分らしさを取り戻していた。しかし、限界があっても介護を続けようとするレジリエンスが孕む危うさがあった。

I. 研究の動機と背景

65歳以上の要介護者の15.1%が脳卒中を原因とし、男性要介護者の23.0%が脳卒中により要介護者となっていた（内閣府，2018）。平成24年度診療報酬改定後では、回復期リハビリテーション病棟の要件が在宅復帰率6割以上から7割以上に引き上げられ（厚生労働省保険局医療課，2011），脳卒中患者や家族は在宅療養を開始せざるを得ない状況となっている。65歳以上の高齢者世帯を概観すると、夫婦のみ世帯が32.3%と最も多く（厚生労働省，2018），要介護者の男性の56.9%が配偶者に介護を頼みたいと希望している（内閣府，2018）。高齢配偶者は、困難さや苦悩が生じて初めてサポートを求めており（佐藤，2000；高橋・小林，2003），妻への援助が求められている。

脳卒中患者の在宅療養の研究については、療養生活を開始した直後の在宅移行期が、困難度合いが最も高い時期と考えられている（河原・小泉・矢島他，2000）。この時期の介護者は、身体を脅かすほどの苦悩のために、夫婦の関係性の継続が困難だと思う体験（Bäckström & Sundin, 2009, 2010; Green & King, 2009; Wallengren, Friberg, & Segesten, 2008）をしていた。在宅移行期以降については、生活の再構築のための知恵（池添，2002），キャリアの形成（池添・野嶋，2009），マネジメント行動（安藤・潮・柏木他，2010），新たな関係性の構築（鈴木・水野，2012）など、療養生活を蓄積してきた中での新たな構築の必要性が報告されている。いずれも病期ごとの報告で、さまざまな障害が残存する高齢の脳卒中患者を看る配偶者が、数年にわたる介護の過程の中で夫婦だけで生活するという状況を、どのように耐え、乗り越えてきたのかについては、研究されていなかった。本研究で、そのプロセスを配偶者のレジリエンスとして報告する。その上で、その力や強みをどのように引き出して活かしていけばよいのか、看護援助の方向性を具体的に提案する。

II. 研究目的

A. 研究目的

障害を負った高齢の脳卒中患者を看る配偶者が、在宅へ移行して夫婦だけで生活する中でどのような体験をしてきたか、特に困難状況に直面した妻のレジリエンスに焦点を当てて明らかにする。

B. 用語の定義

レジリエンス：困難な状況におかれた時に、その状況に圧倒されずに耐え、肯定的な体験と否定的な体験

を行きつ戻りつしながら、徐々に自分を取り戻していくプロセスとした。

III. 研究方法

A. 研究デザインおよびデータ収集方法

研究デザインは、質的記述的デザインである。研究参加者のレジリエンスは長年の生活様式、夫婦の関係が作り出していると考えた。そこで、普段生活している場所で行ったインタビューによって「時として思いがけない発見をもたらす」と、述べている佐藤（2002, p.227）の研究方法を参考にした。具体的には研究者が自宅に訪問し、療養生活を参加観察しながらインタビューを中心にデータ収集をした。この時、ケア提供者（訪問看護師，理学療法士，作業療法士）と共に訪問することによって、過去のことを思い出して語ることも可能だと考えた。そこで「観察者としての参加者」となり（佐藤，2002, p.70），2～3週間に1回のペースで、1人に対して4～5回訪問しデータ収集した。

参加観察の際には、訪問看護師，理学療法士（Physical Therapist；以下PT），作業療法士（Occupational Therapist；以下OT）が、患者にケアしている様子を見ている研究参加者の行動、表情、患者やケア提供者と研究参加者のかかわりを観察しメモした。訪問を重ねるごとに、参加観察中に研究参加者が自発的に語り出すこともあった。また、研究者、研究参加者だけでなく患者、ケア提供者を交えて話し語られることもあった。これらは、インタビューデータと同等に扱った。インタビューでは「夫婦でどのように困難状況を乗り越えてきたのか」について、半構成的に聞いた。参加観察の時にもこれまでの体験を話し始めた場合、メモしながら、研究参加者、患者、ケア提供者に許可を得て録音することもあった。

ケア終了後も、患者やケア提供者を交えて話すこともあったため、参加観察しながら録音の許可を取り、インタビューデータとして逐語録にした。ケア提供者の帰宅後、研究者だけは残ってインタビューをした。その際、患者も話に加わることがあったが、そのまま続行した。データ収集期間は2014年12月～2016年10月で、1回の訪問時間は一人120分から150分を要した。患者やケア提供者が話したことはデータから除外した。

B. 研究参加者

高齢の脳卒中患者を3年程度自宅で看ており、在宅移行期から夫婦だけで過ごした65歳以上の配偶者とした。患者は65歳以上の初発の脳卒中患者とし、機

能障害の重症度は問わなかった。

C. データ分析方法

1人の研究協力者に対して、訪問ごとに時系列に沿って基本的には参加観察したデータの中でも言動として語られたデータと、インタビューしたことを区別せず同等のデータとして扱い分析した。参加観察したデータは、分析する段階で参考にして解釈に加えた。データの文脈ごとに、療養生活における苦悩とそれを乗り越えてきた心情や行動を、研究参加者が表現したままの言葉を残しながらコードをつけた。コードを概観し、類似したものを集めてサブカテゴリーとした。研究参加者ごとにサブカテゴリー間の関係を見直すと、なんらかの苦悩を体験した後、徐々に自分を取り戻していた。各自のプロセスは、体験を重ねる度に変化していた。そこで、そのプロセスを明確に表すカテゴリー名をレジリエンスとした(表1)。

D. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査会の承認を得て実施した(倫理申請番号2015-21)。研究参加者に対して、得られたデータは、研究以外の目的で使用しないことなどを遵守することを同意書に記載し同意を得た。また、施設名、個人名を匿名化した。同行する訪問看護ステーションに対して、研究計画書を用いて内容を説明し同意を得た上で研究を開始した。患者に対しては、研究目的と訪問回数、看護援助やリハビリテーション中の配偶者の行動や言動を参加観察することを口頭で説明した。録音の前にケア提供者と患者の言動を生データとして使用しないことを説明し許可を得た。

IV. 結果

研究参加者は妻4名で、夫の発症直後からさまざまな苦悩を乗り越え、夫婦だけで暮らしていた。そのプロセスには個人差があったため、結果ではそれぞれに仮名を付け、各自が自分を取り戻すプロセスとしてレジリエンスを個別に記述した。ここでは、研究参加者の語りをゴシックで示した。文中の「」内も研究参加者の言葉として記述した。

A. 4名の妻のレジリエンス

1. 清水さんのレジリエンス

a. 夫を失うかもしれない苦悩に立ち向かう

発症した日、夫が重症だと聞かされた清水さんは、当時の夫の状態をあまり覚えていなかった。しかし、夫を失うかもしれないと思い、眠れなかったことを時間の経過までよく覚えていた。それでも夫が治るということだけ信じて、入院中から在宅療養の準備をしていた。当時を振り返り「自分がやらなくてはならないことだから」と、妻としての役割を自覚していた。

杖を使いたくないという夫の思いを尊重し、療養生

活初日から誰にも頼らず夫婦だけで歩行訓練をした。当時、歩行が安定しない夫を休ませるためにの椅子をもち後ろを歩いた。

早く一人で歩けるようにしてあげたい気持ちが、私も強かったし、主人も強かったから、それは大変だけど苦にならなかった。

歩行を確立するというお互いの思いが一致し、目標を共有している力強さを感じていた。そのため、訓練に伴う大変さを苦にしていなかった。

b. 自分のペースを取り戻す

在宅療養開始から1カ月後、夫が糖尿病を指摘されると食事のことで口論するようになった。食事療法、血糖測定、インスリン注射など新たなことを求められた清水さんは、医師に協力してもらい食事療法以外のことを夫ができるようにやりくりした。それでも夫の世話でストレスが溜まった清水さんは、夫を看るために止めていたスポーツを再開した。

発散!それはね…もうスポーツをしている時は、主人のこと全然考えないでいい。

清水さんは、夫のことを全く考えず解放感を味わっていた。また、ぶつける事ができない夫への怒りを友人に聞いてもらっていた。さらに、夫をヘルパーに任せて、母親の介護のために外泊して好きなように過ごしていた。

気を遣わないですむから、自分がやりたいことをやれるでしょ(中略)、テレビ見たくても主人に「またテレビ見ている」なんて言われるし(中略)。自由じゃないから。

普段から「自分の時間はあってないようなもの」と感じていた清水さんは、夫と離れて、自分のペースで行動できる自由を満喫していた。

療養生活が3年目になった頃、清水さんは「最もストレスがある」と思っていた。すぐに行動できなくなっていることを自覚していたが「主人は私を30歳ぐらいの気になっている」と苦笑いした。

ある訪問の際、夫が家事をする清水さんに暖房のスイッチを入れるよう命じた。しかし、家事を中断して呼び出された清水さんは応じなかった。その後、どちらが暖房を点けるかで言い合いになった。

「人を女中だと思っているでしょう」って言うの、「そうだ」って言うの。平気でそういうこと言うから、ストレスになっている。

夫を支えてきた夫婦の関係性を「対等」だと思う清水さんは、夫が自分を見下し、対等に見なくなったことを受け入れられないようだった。その上、自分を頼ってくる夫のために、自らのペースで行動できないと思っていた。

ある時、研究者とOTが訪問すると、夫が清水さんへの不満を訴え始めた。夫が自分の威厳を主張した瞬間に、清水さんは「対等よ」と切り返した。その流れ

のまま、お互いの不満を主張し始めた。

夫婦喧嘩に思うかもしれないけど、私たちにとっては、いつものことなのよね。ストレスを溜めないの、レクレーションですから。(中略)。人がいるから、こうして終わるけど、二人だと終わらないのよね。

他者がいるため、安心してお互いに自己主張し合うことができていた。また、夫婦の関係を対等だと強調することもできていた。

2. 青山さんのレジリエンス

a. 障害を負った夫を一人で看ない

青山さんは、夫が発症した頃の気持ちを話すことができなかつた。朦朧としている夫を看着「強くならなきゃ」と、泣きながら病院から帰ったことだけ覚えていた。円背するほどの年齢の青山さんは、障害がある夫を支えられない不安をもったまま生活を開始した。夫のベッドのすぐ側で寝ていた青山さんは、夫がトイレに行くたびに起きて声を掛けていた。

「掴まってね」なんて言って声を掛ける。そうやって、言っていると、今度は、私が眠れなくなるのよ、1時間経っても眠れない。

眠れない生活が1年も続き、徐々に疲労が蓄積し体調を崩し腎臓結石で入院となった。この頃から、一人で夫を看ることに限界を感じて、できないことを他者に委ねようと思い始めた。それでも「夫婦としてやらざるを得ない」と思っていた。

二人三脚だから、何が何でも二人で一緒に倒れているわけにはいかないから。がんばり過ぎててもいけないし、手を抜いてやっているんですけど。

夫婦として助け合って生活するために、無理せず夫を看ようと思い始めた。当時看っていた訪問看護師に相談し、PTや介護タクシーなど他者の手を借りるようになった。同時に、夫を手伝わず見守るようになった。

70歳代からパソコンやスポーツに挑戦してきた青山さんは、夫の入院中から楽器のレッスンを続けていた。楽譜を見せながら嬉しそうに仲間と演奏する楽しさを語り、新しいことに挑戦することを「トライ」と表現した。

(夫を看るために)急に(趣味を)止めたら私がおかしくなっちゃう、だから続けているわけですよ、時間的には目一杯なんですけどね。

夫を看るために趣味を中断するより、これまで通り続ける方が自分らしいと思っていた。青山さんは「人との付き合いがないと進歩がない」と、常に前進しようとしていた。

b. 元の夫を取り戻す

療養3年目になった今、後遺症が改善せず睡眠導入剤やアルコールで紛らわそうとする夫と青山さんは、しばしば口論になっていた。「私の責任になるんだか

らね」と、怒りを露わにして責任の重さを訴えた。それでも、気持ちが伝わらずやりきれないようだった。

また、行動的だった夫が何に対しても興味を示さずにいることを気に掛けていた。研究者の前で「私の面倒看てもらからね、元気バリバリにやらないとね」と、夫を奮起することもあった。

すぐに喧嘩腰になるんで「よくもまあ、あんた、喧嘩腰になるね」って言うんですよ。「そのくらの意気込みあっていいよね」って言うんですよ。

後遺症の苦悩で活気がなくなった夫を見るより口論になった方が良いと思い、夫の気持ちをコントロールしていた。

3. 野間さんのレジリエンス

a. 無我夢中で何年か過ごした

夫が発症時に「覚悟するように」言われた野間さんは、集中治療室の光景しか思い出せず、当時のことを「無我夢中で涙も出なかった」と振り返った。その後、夫が寝かされたままにされることを嫌い、一人でいつもの病院を見学し、どのように夫を看るのか模索し続けた。同時に医療ケアを身につけ、1年半後、在宅療養を開始した。

夫のベッドのすぐ横で休んでいた野間さんは、息づかいが気になると夜中でも吸引をしていた。喀痰吸引、おむつ交換に追われ「無我夢中」というのが口癖で夫に隠れて泣いていた。

一人になると、なんで泣けてくるのかわからないけど。吸引するでしょ、咳き込むでしょ、便が出るでしょ、それを3回繰り返すんですよ。そうすると言いたいようなない、自分のはけ口、向こうに行って泣いていますけどね、そういうことが何回かあるわけ、終わりがありません。

繰り返しケアする日々にやり切れなさを感じていた。当時、誰にも打ち明けられず孤独だったため、辛さが蓄積されていくばかりだった。

b. 夫を看る責任感を強くもった

療養生活を開始した頃、夫は、体調が悪くなり入院を繰り返していた。野間さんは、訪問看護師と「あうんの呼吸」でケアできる関係性を築いていた。同じ頃、医師から提案され渋々受け入れた気管切開カニューレに変え、夫が窒息しそうになった。元のカニューレに戻すよう申し出たが、聞き入れてもらえず苦々しく思っていた。それでも自らの判断を信じて、長男を巻き込んで医師と話し合いをした。

看ていれば、誰よりも主人と接しているわけだから、堂々と遠慮なく言えるじゃないですか？最初の頃、主体はあちら(病院)にありましたんで、言われるままでした。私、たくましくなったと思いますよ。

誰よりも夫を看ていることを自負していた野間さんは、経験を積み重ね、夫の生命を守るのは「私しかい

ない」という強い責任感をもつようになった。

c. 限界を感じても奮い立たせる

療養生活が長くなっても、夫は入退院を繰り返し気が抜けない状態が続いていた。デイケア、レスパイトを利用して、野間さんが泊りがけで出かけることもあったが、夫のケアを他者に委ねることに対して「緊張感がある」と思っていた。「経験がものを言う」と自らのケアに自信をもち、夫をレスパイトに預けても黙ってカニューレの内筒を洗浄していた。

研究者が訪問した日、野間さんは、髪を振り乱し訪問看護師を迎える準備のため、忙しく動きながら心境を吐露した。

今のところ体力勝負、いかに自分を前向きな気持ちにもって行くかです。後ずさりしちゃうたら辛いことになる（中略）、私の場合、沈んだら全然だめ、きついなあとってもやっちゃう、そちらの方が発散できる。

体力の限界を感じても、立ち止まらず奮起しなければ夫を看ることができないため、気持ちを奮い立たせていた。

その中でも、楽しみにしていることがあった。それは、夫を車椅子に乗せ、手芸をすることだった。この時間について「家だと自由」と言った後「お父さん、どうだい家の方がいいよね」と満足そうに夫に問いかけた。夫を車椅子に乗せて撮りためた映像を見せながら、自らは編み物をしていると「元気だった頃のようにだ」と感じていた。

自宅のあちらこちらに飾られていた作品を見せながら、手芸をする意味を語り始めた。

世間は動いているけれど、私は動いていないので、物を作っていると前に進んでる感じでしょ「あっ出来た！」という楽しみ（中略）、そうやっているのと全て忘れられる。

作品ができる達成感によって、夫を看るだけのよう思える日常が進歩していることを実感していた。

4. 新井さんのレジリエンス

a. 一人で闘うしかないと覚悟した

発症した時、夫から「状態がおかしくなった」と言われた新井さんは、一人で対応できず息子に連絡した。当時のことを「あまり覚えていない」ようで、思いつくまま断片的に話した。夫は、リハビリテーション病院に入院中、動脈梗塞のため下肢の第1趾を切断することになった。新たな障害を抱える夫を看ることを「覚悟するしかない」と、気持ちを切り替えた。転職したばかりの長男に頼ることができず、夫を看るのは自分しかいないと決心した。

夫の発症から約6カ月後、在宅療養の困難さを想像しないまま自宅に戻った。金銭的な理由からタクシーではなく、夫の車椅子を押して通院していた。

行きは3、4回休憩して良いんですけど、帰りは下

り坂だから怖いんですよ（略）。ダンプに乗っている運転手さんに、怒鳴られたりするんです。

小柄な新井さんが、何度も休みながら車椅子を押して夫を病院まで通院させると、体重が2kgずつ減少していた。それでも、介護タクシーを紹介されるまで他者に頼らず、苦しい状況に耐えながら一人で夫を通院させていた。

b. 夫の主張に振り回されない

新井さんの夫は、在宅療養を開始してすぐに、虚血性の心臓疾患を指摘された。そのため「私がやらなくちゃ」という気持ちが負担になっていった。新井さんに頼ってくる夫にも不満をもっていた。ある時、新井さんが、自らの介護体験を話していた。すると、側にいた夫がリセットボタンを押せば回復するが、医師の勉強不足で障害が残存していると主張をし始めた。

屁理屈ばかり言わないの！（略）。リセットボタンがどっかにあるって決めているの、そういうのを決めているのがいけないと言っているの。リセットボタンは自分で作るんだから、お医者さんが作るわけじゃない。

新井さんは、医療者に責任転嫁しようとする夫に不満をもち、自ら回復への強い意思をもつべきだと訴えた。夫からリセットボタンと言われることについて「『そんな簡単なもんじゃない』と跳ねつけちゃう」と述べ、夫の考えと自分の考えが違うことを主張した。

療養生活が4年目となり、夫が腰椎の圧迫骨折で入院したのを期に、新井さんは体力がなくなってきたことを実感していた。退院後、ベッド上で過ごすことが多くなった夫は、活気がなくなり新井さんに頼るようになっていた。訪問看護師に身を任せて清拭される夫を見て「かかりっきりになって欲しいんだから」と声を荒げた。その後、すぐに研究者の方を向き「誰かがいないとこんなこと言えないのよ、わかるでしょ」と笑った。

甘えよ、甘え（小声で）「自分の手があるんだから、使わないと、手も使えなくなるよ」と言うんだけど。そりゃあ辛いかもしれないけど、「やるべきことはやらないとできなくなる」と言うんです、そうしないと認知症になったり、歩行ができなくなったりするからと思う。

骨折して弱気になっている夫の辛さを理解しながら、できそうなことまで援助を求めてくるのを甘えだと思っていた。今後、お互いが老いていく中で、夫を支えることができない日がくることを思い、自立させなければと意気込んでいた。

V. 考察

A. 高齢女性ならではのレジリエンス

研究参加者のレジリエンスは、困難状況でも一人で

耐える強さと、局面ごとに他者との関係を調整していくプロセスだった。さまざまな状況に耐えるだけでなく、長年培ってきた夫や他者との関係性の取り方を活用する強かさで、困難状況を乗り越えていた。発症直後、長年苦楽を共にしてきた夫を喪失するかもしれない衝撃に直面したため記憶が断片的だった。その後、回復の兆しを見せると家族や専門職に頼ることなく、状況の困難さと一人で闘っていた。

自分のやり方を通すような選択であっても、本人にとって良い結果をもたらしている行動は、レジリエンスとして報告されている (Hauser, Allen, & Golden, 2006/2011)。一人で闘う研究参加者は、一見、向こう見ずな行動であっても、良い結果をもたらすような思考で夫を支えていた。例えば、夫婦だけの歩行訓練をする、障害者の夫を一人で通院させる、夫の療養先を探し続けるなど、やや向こう見ずなやり方であった。それでも「大変だけど苦痛ではない」と、夫婦で一体化しており、一人でも闘うことができていた。

高齢の女性の場合、このよう自分なりのやり方では、体力的に限界があった。レジリエントな高齢女性の特性を忍耐力の強さの他に、人生における不幸なことに適応してきていると報告されている (Wagnild & Young, 1990)。本研究でも苦楽を共にしながら夫を支えてきた自信から、向こう見ずのやり方では長続きしないと悟り、やり方を変えていた。「共倒れになってからじゃ遅い」と老いを自覚して、体力的な限界を感じると一人で闘うことを止めていた。この局面では、専門職を巻き込みながら夫を自立させ、自らの負担を軽減して困難状況を乗り越えていた。高齢者介護において、男性介護者がサービス導入に踏み切れない (木村・谷口・和泉他, 2012) のに対して、女性介護者は家族やサービスを活用して夫婦の生活を継続している (木村・和泉, 2013) と報告され、女性の方が他者の協力を得ることに柔軟である。本研究でも、体力の限界を感じて専門職の助けを活用して夫を看ることができるよう調整していた。

在宅療養が長くなると糖尿病、心疾患などの慢性疾患を患う夫の世話で多忙になっていった。障害を負った夫が世話を求めてくるために、お互いの思いをぶつけ合い口論することもあった。この局面になると、これまで培ってきた関係性を上手く調整しながら、夫との関係を再構築していた。例えば、障害の辛さからいつまでも自分に縋りつく夫への不満を、敢えて他者がいる前でぶつけていた。いずれも長年連れ添ってきた夫婦ならではの経験と知恵を使って、夫との関係を調整していた。池添 (2002, p.48) は、病者を抱えた生活の中で培ってきたマネジメントの技により、援助の幅を広げることができると述べている。研究参加者は、これまでの夫婦関係性、夫の性格を知りつくした上で、夫を看ながら培ってきた人間関係を巧みに活用し

ていた。

研究参加者のレジリエンスは、夫のケアの質を左右することもあった。「誰よりも主人と接している」と自負するあまり、ケアを他者に任せずケアの質が下がらないよう監視し続けることが夫を守ることだと思っていた。福田 (2014) は介護経験が長くなると、培ってきたやり方を基準にしてケアの良し悪しを判断するようになり、他者の援助を受け入れにくくすると述べている。専門職として介護者が大切にしているケアを尊重しながら、介入していくことが求められている。

B. 限られた時間の中で自分らしさを取り戻す

研究参加者のレジリエンスは、夫を取り戻すと同時に、介護するだけではない自分らしさを取り戻そうとするプロセスでもあった。療養生活が長くなるにつれて、障害を抱えた夫が自分を頼るようになっていた。そのためこれまでのような対等な関係ではなくなった。それでも、自らの生活の一部に介護がある生活を大切に、自分のペースを貫こうしていた。文句を言われながら楽器の練習やスポーツする時間や友人との語らいの時間を大切に、夫から離れ自由や解放感を味わっていた。自分の人生を自分で管理するコントロール感、レジリエンスを保つ (Boss, 2006/2015) と考えられている。実際に自分だけのために使える時間に得られるコントロール感によって救われ、自らのペースで介護するだけではない自分を取り戻していた。

一方、研究参加者のレジリエンスは、自立した夫を取り戻すプロセスでもあった。たとえ障害を負っても、お互いに自立した中で生活していく夫婦の関係性をもちたいと考えていた。意図的に挑発することや弱音を吐く夫を叱咤する姿は、夫を取り戻そうとする行動であった。口論や奮起して夫を取り戻そうとするのは、被介護者が側にいるにもかかわらず、いないと感じ混沌とする曖昧な喪失 (Boss, 2011/2014) との闘いであった。療養生活が長くなるにつれて、夫との気持ちはすれ違っていくばかりだった。Boss (2011/2014) は、いることと、いないことが共存することを認めることで、曖昧な苦悩を乗り越えることができると述べている。しかし、自らも老いの苦悩を感じつつある研究参加者と障害をもつ夫との間では、口論になることの方が多かった。

高齢者のレジリエンスについて、人生で慣れ親しんできた日常生活を取り戻すことによって、自分を保持してきた基盤や生命力を取り戻すと報告されている (田中・長谷川, 2016)。研究参加者は、困難状況にありながらも、夫と一緒に生きていきたいと強く願っていた。自分らしさを取り戻すことはできていたが、大切な人との関係性を取り戻すことができず、もがいていた。

C. 高齢の夫を看る妻のレジリエンスが孕む危うさ

研究参加者は、高齢の脳卒中患者を一人で看る困難

状況にあっても、前進し続けていた。しかし、療養生活が長くなるにつれて、在宅での生活を開始した頃には予想もしなかった老いを自覚するようになり、このまま夫を看ることができると危惧していた。時には夫に頼られる自分を女中のように感じ、夫との関係そのものに苦悩していた。また、身体的な限界を感じても、他者の助けを借りながら夫との関係を再構築しようとしていた。対立するばかりではなく、時には寄り添い、盛り立てながら夫を看ていた。一方で、夫を他者に預けられず気持ちを鼓舞して状況に耐えていた。これらのことが、体力的にも精神的にも限界まで追い込むことになり、レジリエンスが孕む危うさがあることを物語っていた。被介護者への愛着（福田, 2014）や感謝（佐藤, 2000）から、介護を委譲できない状況につながる可能性も明らかとなっている。限界を感じながらも介護者であり続けようとする妻の姿勢を、単にレジリエンスとして肯定的に捉えるのは危うさがある。

危うさとは、女性介護者が自分しか夫を看る人がいないと認識する（林, 2010）あまり、自分を苦しめることである。長年生活を共にしてきた夫婦は、障害によって関係が崩壊することはない（鈴木・水野, 2012）と報告されているが、それが研究参加者を苦しめることになっていく。老いを自覚する研究参加者が、夫の要求に応えられない気持ちのすれ違いから口論、暴力に発展する危険を孕んでいた。それは、障害を負い心身共に弱くなり曖昧な喪失（Boss, 2006/2015）状況である夫に気づかず、自らの老いとも闘うことに限界があることを意味していた。

こうしたリスクもふまえて、看護職が介入し療養生活の限界を見極める必要がある。それだけでなく、サービスの増加が女性介護者の精神的健康状態の改善に貢献しない（杉浦・伊藤・九津他, 2010, p.13）、65歳以上の女性介護者には情緒的なサポートが必要である（彦・鈴木, 2014）ことをふまえて、介入していく必要がある。具体的には、療養開始時期から老いへの準備をしていく専門的見解が求められている。加えて夫婦二人だけで生活するのが困難な時期を見極め、それぞれのニーズに合った専門的な介入をしていく必要がある。

VI. 看護への示唆と今後の課題

本研究において、脳卒中患者を看る高齢の妻は、困難状況の局面ごとに関係性を調整し、自らの人生を大切にしながら夫を看ていこうとしていた。このプロセスをレジリエンスとし、それを活かす援助が重要だということがわかった。しかし、老いを自覚する頃、夫との関係性において新たな苦悩が生じることもわかった。この時期に看護師による専門的な見極めが重要で

あることを考え、レジリエンスが孕む危うさについて更なる探求が必要である。

謝辞

本研究に賛同し協力していただいた訪問看護ステーションの責任者はじめスタッフの皆様、忙しい日々の中で自宅への訪問とインタビューにご協力いただいた研究参加者の方々、研究をまとめるにあたりご指導いただいた日本赤十字看護大学の坂口千鶴教授、小宮敬子教授に心より感謝いたします。本研究は日本赤十字看護大学後期博士課程に提出した論文に修正、加筆したものである。また、本研究の一部は第38回日本看護科学学会で発表した。

利益相反

利益相反なし。

文献

- 安藤千尋・潮由美子・柏木伊織・河合真理子・澤田静香・池添志乃（2010）. 脳血管障害の療養者とともに生活する家族のマネジメント行動. 家族看護, 8(2), 130-142.
- Bäckström, B., Sundin, K. (2009). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffering a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1475-1484.
- Bäckström, B., Sundin, K. (2010). The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffering a stroke—six months after discharge from a rehabilitation clinic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 116-124.
- Boss, P. (2006) / 中島聡美・石井千賀子訳 (2015). あいまいな喪失とトラウマからの回復家族とコミュニティのレジリエンス. 東京: 誠信書房.
- Boss, P. (2011) / 和田秀樹・森村里美訳 (2014). 認知症の人を愛すること: 曖昧な喪失と悲しみに立ち向かうために. 東京: 誠信社.
- 福田峰子 (2014). 老老介護で生活している介護者の抱く思い. 金城学院大学大学院人間活学研究科論集, 14, 1-12.
- Green, T. L., King, M. K. (2009). Experience of male patient and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1194-1200.
- Hauser, S. T., Allen, J. P., Golden, E. (2006) / 仁平説子・仁平義明訳 (2011). ナラティブから読み解くレジリエンス: 危機的状況から回復した「67分の9」の少年少女の物語. 京都: 北大路書房.

- 林葉子 (2010). 夫婦間介護における適応過程. 東京：日本評論社.
- 彦聖美・鈴木祐恵 (2014). 自宅で家族を介護する者のストレス対処能力の性差にみた特徴. 日本在宅ケア学会誌, 17(2), 45-52.
- 河原加代子・小泉美佐子・矢島まさえ・伊藤まゆみ (2000). 脳血管障害者の家族の介護場面に生じる困難に対する効果的な支援方法の検討. *Kita-kanto Medical Journal*, 50(3), 267-274.
- 木村麻紀・谷口さゆり・和泉とみ代・岡野初枝 (2012). 高齢の夫が在宅で妻の介護を継続する要因. 吉備国際大学研究紀要, 22, 15-25.
- 木村麻紀・和泉とみ代 (2013). 高齢の妻が在宅で夫の介護を継続する要因. 吉備国際大学研究紀要, 23, 47-52.
- 厚生労働省保険局医事課 (2011). 平成24年度診療報酬改定による検討状況について (現時点の骨子). <http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/dl/p0118-1a.pdf> (2020.6.17)
- 厚生労働省 (2018). 統計・情報白書平成30年度国民生活基礎調査世帯, 65歳以上の者のいる世帯状況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html> (2020.6.17)
- 池添志乃 (2002). 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵. 日本看護学会誌, 22(4), 44-54.
- 池添志乃・野嶋佐由美 (2009). 生活の再構築に取り組む家族介護者の介護キャリア. 家族看護学研究, 15(2), 107-116.
- 内閣府 (2018). 健康・福祉平成30年版高齢者白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2018/html/zenbun/s1_2_2.html (2020.6.17)
- 佐藤郁哉 (2002). フィールドワークの技法：問いを育てる, 仮説をきたえる. 東京：新曜社.
- 佐藤敏子 (2000). 在宅において夫を介護する妻の well-being に関する研究. 日本在宅ケア学会誌, 4(1), 72-78.
- 杉浦圭子・伊藤美樹子・九津見雅美・三上洋 (2010). 在宅介護継続配偶者介護者における介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差の検討. 日本公衆衛生雑誌, 57(1), 3-16.
- 鈴木麻美・水野敏子 (2012). 高齢失語症者とともに生活する妻の知恵の形成プロセス. 日本看護学会誌, 32(2), 13-23.
- 高橋和子・小林淳子 (2003). 高齢者夫婦世帯における介護者のインフォーマルサポートの実態と精神的健康の関連. 老年看護学, 8(1), 5-13.
- 田中浩二・長谷川雅美 (2016). 老年期うつ病者のレジリエンス—病いと回復のストーリーから—. 日本看護学会誌, 36, 93-102.
- Wagnild, G., Young, H. M. (1990). Resilience among older Women. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252-255.
- Wallengren, C., Friberg, F., Segesten, K. (2008). Like a shadow: On becoming a stroke victim's relative. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 48-55.

研 究 報 告

特別養護老人ホームに勤務する看護師に対する看取りの
概念的知識獲得のための研修の効果

小林 尚司¹, 山下香枝子²

Study of the Effect That the Workshop to Promote the Conceptual
Understanding of End-of-Life Care for Nurses in
a Special Nursing Home for Elderly

Naoji Kobayashi, Kaeko Yamashita

キーワード：特別養護老人ホーム，看取り，看護師，研修

key words : special nursing home, end-of-life care, nurse, workshop

Abstract

In this study we developed and implemented a workshop program for nurses providing end-of-life care in special nursing care homes, to improve the understanding of long-term, continuing processes from the admission till death. This study aimed to explore and identify the reaction of nurses to the matters included in the workshop, and also the changes in nursing practice after the workshop. For the reaction of nurses to the workshop, nurses were asked about understandability, usefulness, and practicability of the matters introduced in the workshop. After the workshop period, we conducted semi-structured interviews and analyzed the data qualitatively. Eighteen out of 19 nurses regarded 'time division of each stage' and 'physical and mental characteristics of the elderly in each stage' as useful and practicable knowledge. Further, after the workshop, we extracted the following three categories as central categories in the practice reported by nine nurses who had experience of end-of-life care: 《awareness as the process of end-of-life care》, 《development of nursing based on logical thinking》, and 《evaluation of how nursing in special nursing care homes is worthwhile》. The findings suggested that the matters included in the training are valid as conceptual knowledge in end-of-life care.

要 旨

特別養護老人ホームの看護師を対象にした、看取りの概念的知識となる入所から死亡退所までの期間を通じた長期的・連続的な過程を学ぶ研修を考案し実施した。本研究の目的は、研修の講義の理解しや

受付日：2020年1月7日 受理日：2020年11月10日

1. 日本赤十字豊田看護大学 Japanese Red Cross Toyota College of Nursing
2. 元聖隷クリストファー大学 Former Seirei Christopher University

すさ、有益性、活用性の評価と、研修後の看護の変化を明らかにすることである。理解しやすさ、有益性、活用性については、質問紙で回答を得た。看護の変化は、半構成面接と質的分析を用いた。受講した19名のうち18名が、「看取り各期の名称と期間」「各期の高齢者の心身の特徴」を、有益で活用できる知識と評価した。研修後に看取りを経験したのは9名で、その内容を表す中核カテゴリーとして、《看取りを過程として認識》《論理的思考に基づく看護の展開》《特養の看護を価値づける》が抽出された。研修受講者は、看護を自ら考えて深化させていることから、今回の内容は看取りの概念的知識の獲得に有効であることが示唆された。

1. はじめに

2006年の介護保険制度改正の際、特別養護老人ホーム（以下、特養）の看取り介護加算制度が創設された。その後、加算に必要な体制を整備する特養は増加しており（池崎・池上、2012）、今後は看取りのケアの質向上が課題となる（小山・水野、2010）。ケアの質向上を図る上では、施設内唯一の常勤医療職で終末期患者の看護の知識を持つ看護師に、主導的な役割を果たすことが期待される。しかし、特養の看護師は看取りにおける看護の役割を確立できていないとの報告があることから（流石・牛田、2007）、期待される看護師にも課題があると考えられる。

特養の看取りは、ガイドライン（三菱総合研究所、2007）などで死が避けられない状態と診断された後に行われるケアととらえられてきたが、近年では入所時から死後にわたって行われるケアとする報告がある。長畑らは、入所から死後までの期間を4つの局面に区分し、高齢者を施設で看取るため、各局面に応じて、高齢者と家族への援助、介護職の支援、医師との連携が行われることを報告した（長畑・松田・山内他、2012）。また小林らは、入所期間にわたる高齢者の心身の衰退に応じて実践内容が変化する長期的かつ連続的な援助の過程が、施設で最期まで生活することを支える看護であり、これを看取りの看護ととらえた（小林・山下、2016）。これらの報告は、長期的な援助の過程を、看取りのガイドラインの雛型とする（長畑・松田・山内他、2012）ことや、職員に教育する（小林・山下、2016）ことを提言している。

筆者らは、これらの報告をもとに、特養の看護師が看取りにおける看護の役割を確立できていない背景に、終末期患者の看護の「手続的知識」はあっても、特養の看取りの「概念的知識」を持っていないことがあると考えた。「手続的知識」とは、“こういうときにはこうする”といった条件と行為の知識であり、課題解決の具体的な手順を指す。ただし、手続的知識が効果的に機能するのは、限定されたタイプの問題のみである。一方「概念的知識」は、手続きの対象を含む世界を代表するモデルを意味し、一つ一つの手順がなぜ機能するか、なぜ必要かを説明する基盤を与え、様々な条件に応じて手順を修正したり、新たに考案する上で必要となる知識を指す（波多野・稲垣、1983）。

つまり、看取りの概念的知識は、手続きの対象である高齢者の入所期間にわたる老衰の進行と、それに伴いながら生活を支える援助の過程の全体像と考えられる。そして、看護師が看取りにおける看護の役割を確立できるようになるには、終末期患者の看護の手続きの知識だけでなく特養の看取りの概念的知識の獲得が必要であり、そのための研修が必要と考えた。

特養の看取りに関する研修は模索段階（平川・植村、2013）であり、中でも看護師を対象とする研修は、勤務する特養の課題と対策を検討するもの（山地・長畑・松田他、2013）があるのみであった。今回、特養の看取りの概念的知識を獲得するための研修を考案し、実際に適用した。本研究では、研修の効果を評価するため、受講後の看護師の看護がどのように変化したのかを明らかにすることを目的とした。

II. 看取りの概念的知識獲得のための研修の作成

研修は、1回60分間の講義と、講義で学んだ内容を実践に適用することを促すため、12週間後と24週間後で自分の実践の変化を振り返ることとした。講義の目標は、①看取りを入所から退所までにわたる長期的・連続的な過程と理解できる、②各時期における看護上の課題と援助内容を理解できる、③看取りにおける看護師の役割を理解できるとした。講義内容は、先行研究（長畑・松田・山内他、2012；小林・山下、2016）をもとに、「看取りの過程の時期区分と各期における看護の概要」と「看取りにおける看護職員の役割と責務」とした。

講義の教材として、看取りの過程の時期区分ごとに「高齢者の心身の特徴」と「援助の概要」を図式化した資料を作成した（図1）。波多野は、概念的知識の伝達は、具体的な手続きの教示と、学ぶ人による手続きの背後にあるものの再構成を通して進められると述べている（波多野・稲垣、1983）。図解によって、手続きの知識である一つ一つの援助と心身機能の衰退過程との関連性を視覚的に示すことで、受講者自身によって援助の意味の再構成が促されることを意図した。資料作成にあたっては、指導プログラムを開発した経験がある老年看護学の専門家の指導を受けた。講義では、高齢者の心身の変化に応じて援助も変化する

看取りにおける看護の全体像	看取りの過程の時期区分	【維持期】 施設入所し、生命維持のための栄養摂取が可能な時期。	【下降期】 食事摂取量や体重の減少によって死が予見され、医師によって看取りの状態と診断された後から、危篤の状態になるまでの期間	【臨死期】 意識混濁や血圧低下などの症状が現れ危篤の状態となつてから亡くなるまでの期間。	【振り返り期】 看取りの振り返りを行う死後の時期
		部分的に介助を受けながらも、安定した生活を送ることができる。数年。	心身の機能が低下し、日常生活において多くの介助を要する。数週間～数か月。	活動性は失われ、生命の危険を示す重篤な諸症状が出現する。数週間～数日。	家族に、悲嘆、後悔が生じ得る時期。数週間～数ヶ月
各期における看護の概要	各期の高齢者の心身の特徴 (曲線は、人生の終焉(死)への軌跡)	心身機能	食事量減少 死の予見	危篤の兆候の出現	死
	目標	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の意思を知る 下降期に入るサイン(食事・体重減少)に気づく 看取りの場の適切性の判断 	<ul style="list-style-type: none"> 衰弱の過程の中で生活を維持する 家族が状態と今後の過程を理解する 	<ul style="list-style-type: none"> 本人が苦しまない 家族の納得を得る 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の苦痛の緩和
	高齢者の課題	死の迎え方の望みを表明していない。	誤嚥・褥瘡など二次的障害の危険	予期しない苦痛や死	
	高齢者への援助	<ul style="list-style-type: none"> 死を迎える場所の希望を表明してもらうための問いかけ 死について率直に話す機会作り 摂食状態など看取りの段階に入る身体兆候に早く気づくための観察 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りの診断のための受診の調整 栄養より嗜好を優先する食事援助 反応がある間はなじみの居場所へ誘導する バイタルサインのデータより生活の維持を重視する 状態変化時の経過観察か受診かの判断 	<ul style="list-style-type: none"> できる限りの安楽のケア 高齢者の願いに応えるケア 	
	家族への援助	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の看取りについて考えていない。 高齢者の看取りについて考えることの促し 	<ul style="list-style-type: none"> 特養における医療、老衰の進行を理解していない 高齢者の状態変化の見通しと看取りについての説明 死を迎える場所の決定の支援 家族の納得を得ることを目的とした受診調整 	<ul style="list-style-type: none"> 状態が変化する度の動揺。 高齢者に対する思いを受け止める対話 高齢者に関わることができる取組作り 様々な観点からの死期の洞察 家族の思いに基づき病院への搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 心残り・後悔 高齢者の死を草みながらケアの評価のための葬儀への参列
看取りにおける看護職員の役割と責務	看護職員との連携	情報の共有。ケア方法の相談。施設内のチームの中でリーダーとなる。			
	介護職員との連携	高齢者の状態及び今後の経過予測の説明。ケア方法(特に下降期の食事介助、臨死期の観察)の説明。夜間休日オンライン体制の明確化。			
	医師との連携	心身機能ならびに状態の変化の情報提供と診察依頼。家族との面談の設定。夜間休日を含めた死亡診断体制の確保。			
	施設管理者との調整	看護師の勤務および医療連携の体制確保のための調整。			

図1. 看取りの概念的知識獲得のための研修教材

こと、入所の段階から将来の衰退過程を見通して看護を行うことを説明した。12週間後と24週間後の振り返りは、講義後の看護実践を想起して、講義前と比べた変化を自由に記述することとした。振り返りの時期を12週間後と24週間後とした理由は、研修で得た知識を実際の業務に応用することを確認するには3~6か月程待つ必要があること（McCain, 2005/2013）に加え、過去の年間の看取り件数から看取りを1件以上経験できると考えたためである。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン。

B. 用語の定義

「看取り」は、特養に入所している高齢者が、本人および家族の意思に沿って、人生の最期まで施設内で過ごし死を迎えるための支援とした。

C. 研究対象者

高齢者を施設内で看取ったことがある特養に勤務する看護師とした。

D. 研修実施施設

研修は、中部地方にある4か所の特養で行った。施設は、定員が80から100床、開設時期は1989年から2007年で、従来型とユニット型がそれぞれ2施設あった。看取り介護加算に必要な体制を整備した時期は2006年から2009年で、2012年に看取った高齢者は1名から18名であった。講義は、4施設とも1名の研究者が実施した。

E. 倫理的配慮

本研究は、聖隷クリストファー大学研究倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号12070）。

F. データ収集期間

2013年7月から2014年4月であった。

G. データ収集と分析

1. データ収集

①研究対象者の属性：性、年齢、医療機関と特養の経験年数、特養で看取った経験数を尋ねた。

②講義の理解しやすさ、有益性、活用性：講義後に自記式質問紙を用いて、講義内容の「看取りの過程の時期区分」「維持期の援助」「下降期の援助」「臨死期の援助」「振り返り期の援助」「看護職員の役割と責務」の具体的な項目ごとに、理解しやすさ（理解しやすい）、有益性（有益である）、活用性（活用できる）を、「全くそう思う」「そう思う」「ややそう思う」「そう思わない」の4段階で回答を得た。

③研修前後の看取りにおける看護の変化：講義24週間後の振り返りの後、講義後の看取りの有無を確認し、研修前後の看護実践の変化を尋ねる半構成面接を個別に行った。面接は許可を得て録音し、逐語録を作

成した。

2. 分析方法

講義に対する評価は、「全くそう思う」と「そう思う」と回答した人を合計して「そう思う」とし、「ややそう思う」と「そう思わない」を合計して「そう思わない」として単純集計をした。

面接結果は、看護実践の変化を明らかにするため、現象の動的過程の明確化を目指す修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下, 2003）を用いて分析した。逐語録をすべて熟読して、研修前後の看取り看護の実践を表す概念を生成し、内容の類似性に沿ってそれらをカテゴリー化した。また、カテゴリー間の関係性をもとに構造図を表した。分析プロセスはワークシートを用いて明確にし、老年看護研究者と議論を繰り返して行った。分析を進め、新たなカテゴリーが生成されなくなり、カテゴリーが相互に関連付けられ、論理的にまとまった時点で分析を終了した。

IV. 結果

A. 研究対象者の概要（表1）

対象者は19名で、全員女性であった。年齢は20から60歳代で、40歳代が9名で最も多かった。特養の勤務年数は1から16年で、5年以上が9名であった。医療機関の経験は5か月から27年で、5年以上が14名であった。看取りの経験は、8件以上が7名、なしが5名であった。

講義後24週間の施設内看取りの件数は0から14件で、0件は1施設のみであった。講義後の24週間で看取った経験がなかった8名と、勤務異動した2名の計10名（表1の受講者10~19）は、実践の変化をとらえられないことから、研修後の面接対象から除外した。

B. 講義の理解しやすさ、有益性、活用性（表2）

1. 理解しやすさ

「各期の名称と期間」「各期の高齢者の心身の特徴」「下降期に入るサイン」「身体機能の低下に伴う二次的障害のリスク」「栄養よりも嗜好を優先する食事援助」の5項目で、19名全員が「そう思う」と回答した。

2. 有益性

「各期の名称と期間」「各期の高齢者の心身の特徴」「下降期に入るサイン」「身体機能の低下に伴う二次的障害のリスク」「栄養よりも嗜好を優先する食事援助」「家族に対する今後の見通しの説明」「家族に対する看取りケアの説明」「家族が関わることのできる環境作り」「家族の思いを受け止める対話」「できる限りの安楽のケア」の10項目で、19名中18名が「そう思う」と回答した。

3. 活用性

「各期の名称と期間」「各期の高齢者の心身の特徴」「下降期に入るサイン」の3項目で、19名中18名が

表1. 研修受講者の概要

	年齢	勤務経験		特養看取り経験	研修後看取り有無 (ありは面接対象)
		特養	医療機関		
1	50代	16年	9年	8名以上	あり
2	40代	4年	17年	8名以上	あり
3	40代	11年	3年	8名以上	あり
4	40代	10年	14年	8名以上	あり
5	40代	1年	20年	5~7名	あり
6	40代	5年	13年	5~7名	あり
7	30代	2年	8年	8名以上	あり
8	30代	1年	8年	1名	あり
9	20代	1年	5か月	2~4名	あり
10	50代	4年	23年	1名	なし
11	60代	8年	26年	0名	なし
12	50代	15年	11年	5~7名	なし
13	40代	9年	4年	1名	なし
14	40代	1年	6年	0名	なし
15	40代	8年	13年	0名	なし
16	20代	1年	2年	0名	なし
17	40代	1年	27年	8名以上	なし
18	50代	6年	20年	8名以上	不明
19	30代	1年	4年	0名	不明

表2. 講義の理解しやすさ, 有益性, 活用性

人数 (割合) n=19

講義内容	理解しやすさ		有益性		活用性	
	そう思う	そう思わない	そう思う	そう思わない	そう思う	そう思わない
	看取りの過程の時期区分	19(100.0)	0(0.0)	18(94.7)	1(5.3)	18(94.7)
維持期の援助	17(89.5)	2(10.5)	17(89.5)	2(10.5)	15(78.9)	4(21.1)
下降期の援助	19(100.0)	0(0.0)	18(94.7)	1(5.3)	18(94.7)	1(5.3)
臨死期の援助	16(84.2)	3(15.8)	18(94.7)	1(5.3)	17(89.5)	2(10.5)
振り返り期の援助	15(78.9)	4(21.1)	16(84.2)	3(15.8)	16(84.2)	3(15.8)
看護職員の役割と責務	17(89.5)	2(10.5)	16(84.2)	3(15.8)	16(84.2)	3(15.8)

「そう思う」回答した。

C. 研修前後の看取りにおける看護の変化

面接時間は36分から69分であった。分析の結果、看取りにおける看護を表す24のサブカテゴリーと12のカテゴリー、さらに研修後の看護を表す3つの中核カテゴリーが抽出された。また、研修後の変化は、看取りの認識、実践を導く思考と実践内容、特養の看護に対する意味付けそれぞれの変化であり、看取りをど

のように認識するかによって実践内容や看護の意味付けが変わることがとらえられた。以下に、看護の変化を説明する。ここでは、『』はサブカテゴリー、【】はカテゴリー、《》は中核カテゴリー、斜体は語りの例を示す。

1. 研修前後の変化の概要 (図2)

看護師は、研修前は看取りを【看取りの診断後の援助】ととらえ、どのような看護をすると良いかを考え

ることができず、【自らの判断に基づかない実践】を行い、【不安と孤立】を感じていた。それが研修後は、《看取りを過程として認識》し、それによって《論理的思考に基づく看護の展開》ができるようになるとともに《特養の看護を価値付ける》ようになった。

2. 看取りの認識の変化 (表3)

看護師は、研修前は、「看取り診断があった高齢者への援助とこだわっていた」というように、『回復の見込みがないと診断された高齢者に対する援助』であり、【看取りの診断後の援助】ととらえていた。

研修後は、「がんの終末期ケアとは異なる」、「老衰による死というとらえ方を自分の中に持つことができた」と、『がんとは異なり、老衰によって徐々に衰弱していく自然な過程を目指す援助』と考えるようになった。また、「講義で時期があると言われ、こういう視点が私に欠けていたと思いました」と、『老衰の時期で区分できる援助の過程』とのとらえ方は以前の自分に無かったと感じていた。以上のように、研修後の看護師は、看取りを【老衰死を迎えるための時期に応じた援助の過程】と認識するようになっていた。

3. 実践を導く思考と実践内容の変化 (表4)

研修前は、「死亡の対応とか、医療的行為はできたとするが、看取りの心構えがなく、どうしようという感じ」というように、『自分の中で特養の看取りとはどのようなものか不明』であった。そのため、「考えることができず、主任さんに言われるままに動いてい

た」、「状態について説明し、家族が受診するかどうかを決めてもらえば良い」というように、『どのように看護するかを自分で考えられず看護主任や家族が決めたことを実施』し、【自らの判断に基づかない実践】となっていた。

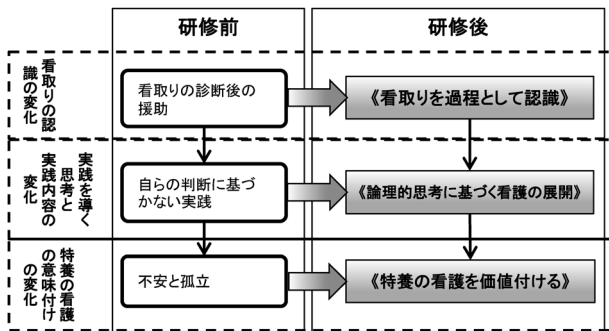
研修後は、「現場の高齢者のあの状態が、老衰のこの段階」と『今が看取り看護の過程のどの時期にあたるのかの判断』でき、「身体変化に気づく観察力と判断力の必要性を感じる」と『下降期に入る変化に気づくための観察とアセスメント』を意識するなど、【看取り過程の時期の判断】を行うようになっていた。

また、「先々までの計画を立てられるようになり」、「働きかける時期が早くなって」いるなど、『将来の心身の衰退や死に備えるための援助』ができるとともに、「本人が食事を“要らない”って言ったときに、中止できる」と『食事の減量または中止の迅速な判断』が素早くなった。また、「主任さんがこう動いているのは、こういう理由」と『行っている援助や看護主任の指示の目的や根拠の理解』ができ、【看取りにおける援助の根拠の明確化】を自覚できていた。

さらに、「日頃のケアプランの充実が、後に看取りとしての意味を持つ」と、『将来の心身の衰退や死に照らした今の援助の意味付け』ができるようになるとともに、「死亡後は、洋服など、その方が大切にしていたものを身につけてもらう」という故人の生活を知っているからできる『死亡退所の際の、高齢者への整容ケアの改善』がされるなど、【経過に照らした援助方法の検討】ができるようになっていた。

またさらに、「家族に、散歩に連れて行っていただくことを働きかける」などの『家族に対する高齢者への関わりを引き出す働きかけ』や、「家族に、“不安は当然なものですよ”と不安を受け止める」声掛けなどの『家族の精神的負担緩和のための主体的な関わり』といった、【家族への働きかけの拡充】があった。

その他にも、「食べられていないと、ほかの看護職員に相談できる」などの『看護職員間のコミュニケーションの活性化』や、「施設の看取りを理解している人とそうでない人との間で会話がずれるので、言葉の定義が、連携のポイント」といった『多職種で協働す



《 》:中核カテゴリー □:カテゴリー →:影響関係 ⇨:変化

図2. 研修前後の看取りにおける看護の変化

表3. 看取りの認識の変化

	カテゴリー	サブカテゴリー	語りの例
研修前	看取りの診断後の援助	回復の見込みがないと診断された高齢者に対する援助	今までは、看取りは医師による看取り診断があった高齢者への援助とこだわっていたために、徐々に衰退していく過程の援助という視点を持つことができずにいた。
研修後	老衰死を迎えるための時期に応じた援助の過程	がんとは異なり、老衰によって徐々に衰弱していく自然な過程を目指す援助	死が病気によるものではなく、老衰による死というとらえ方を自分の中に持つことができた。がんの終末期ケアとは異なる、高齢者の看取りの特徴が理解できた。
		老衰の時期で区分できる援助の過程	講義で「時期がある」と言われ、ああこういう視点が私に欠けていたと、すごく思いました。この研修で配られた看取りの図表を見て、「ああ、そういうことね」って。

表4. 実践を導く思考と実践内容の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの例
研修前	自らの判断に基づかない実践	<p>自分の中で特養の看取りとはどのようなものか不明 病院で亡くなることは多数経験したけど、特養の看取りとはどのようなものかわかってなかった。死亡の対応とか、医療的行為はできたと思うのですが、看取りの心構えがなくて、どうしようという感じだった。</p> <p>どのように看護するかを自分で考えられず看護主任や家族が決めたことを実施 自分がどのように動かなければいけないかを全く考えることができず、本当に自分で考えられず看護主任や主任さんに言われるままに動いていただけだった。状態について説明し、あとは家族が受診するかどうかを決めてもらえば良いのかなと思っていた。</p>
	看取り過程の時期の判断	<p>今が看取り看護の過程のどの時期にあたるのかの判断 この時期区分の資料をもらったときに、看取りについて言葉にできず漠然としていたものが、よくわかりました。現場で見た高齢者のあの状態が、ここで説明されている老衰の過程のこの段階だっというところもイメージできた。</p> <p>下降期に入る変化に気づくための観察とアセスメント 看取り（下降期）に入る身体変化に気づく観察力と判断力の大切さ必要性を感じる。高齢者の状態の見極めや、援助方法など、学ぶことがたくさんあると思う。</p>
研修後	看取りにおける援助の根拠の明確化	<p>将来の心身の衰退や死に備えるための援助 先々までの看護計画を立てられるようになりました。この時期にはこのようなお話をしよう、この時期はこれを大切にしておこうということを、考えるようになりました。看取りの状態と診断されてから慌てて家族との思い出とか、どこかへ出掛けるとか、そういうやり方をしていたのが、援助や働きかける時期が早くなっている。</p> <p>食事の減量または中止の迅速な判断 本人が要らないって言ったときに、さっと食事を中止できるようになった。その方が結局は、苦痛や負担につながらないと思うようになった。</p>
	経過に照らした援助方法の検討	<p>行っている援助や看護主任の指示の目的や根拠の理解 実際にやっていることが、主任さんがこういうふうに動いているのは、こういう理由だということがわかった。</p> <p>将来の心身の衰退や死に照らした今の援助の意味付け 機能が低下していく過程への援助を知り、今後を安楽に過ごすことを考えるようになった。日頃のケアプランの充実が、後には看取りとしての意味を持つだけのこと。</p> <p>死亡退所の際の、高齢者への整容ケアの改善 亡くなった後、当たり前のように浴衣を着せていたのですが、最近はお洋服を着てもらったり、着物を着ていただいて、帯を締めたりとか、その方が本当に大切にしていたものを身につけていただくのです。</p>
研修後	家族への働きかけの拡充	<p>家族に対する高齢者への関わりを引き出す働きかけ 家族に、散歩に連れて行っていただくことなどを、積極的に働きかけるようになったのです。</p> <p>家族の精神的負担緩和のための主体的な関わり 家族に、「今の不安は当然なものですよ」という感じで、看護師が不安を受け止めるようなことも言えるようになった。</p>
	チーム内のコミュニケーションの促進	<p>看護職員間のコミュニケーションの活性化 食べられていないというところで、ほかの看護職員に相談や、声が掛けられるようになった。研修があって、その話が医務室の中で話題が出て、看取りの人たちのケアの話になる。そのような話をお互いに聞き、アセスメントや援助内容の判断を養っていく。</p> <p>多職種で協働するためのコミュニケーションの検討 職員間の意見交換を促す方を検討するようになった。看取りとは何と言ったときに、今の施設の定義を理解している人とそうでない人との間にずれができていて、それぞれが家族の方に話をする、家族はもっとずれてしまうので、その言葉の定義を理解することが連携の大きなポイントです。</p>

るためのコミュニケーションの検討』がされるようになるなど、【チーム内のコミュニケーションの促進】があった。

4. 特養の看護の意味付けの変化（表5）

研修前は、「モニターもないので呼吸停止して発見するかもしれない。それで良いか」と『今の看取りが正しいかどうかの不安』を抱えていた。また「医師に、「もう治療はしません」と言われて、それでいいの？」と疑問を持ったり、「家族から“こんな苦しそうなら病院に連れて行って”と言われて葛藤」するなど『他職種や家族と共通認識を持つことができない』ことで、【不安と孤立】を感じていた。

研修後は、「家族の方がしっかりと理解して施設で看取り対応で亡くなった方が、病院に行くよりも良い

と思うようになった」と『特養で天寿を全うするまで生活できることの価値付け』をしていた。また、「最期の姿を見て、援助や生活を振り返り、実践を繰り返すことが大切」と、『死後の高齢者や家族の様子から入所期間の援助を評価することの意義の理解』をしていた。他にも、「最期の時期には何がいいか、どう動くことがいいか、自分がやったことは良いことかを考える場が与えられた」と『特養の看護の意味を考える機会の獲得』を感じており、【看取りの意味付けの拡大】がみられた。

さらに、「入所期間を通した関わり全体が大切。日頃の援助が、死を迎える場面で意味を持つ」と『日々の援助が最期の時期に看取りとしての意味を持つことの理解』をするとともに、「看護師の役割は、どう

表5. 特養の看護の意味付けの変化

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの例
研修前	不安と孤立	<p>今の看取りが正しいかどうかの不安</p> <p>状態が悪くなっても点滴もしない。モニターもないので呼吸停止しているところを発見するかもしれない。それで良いのかと感じた。本当にこれを老衰として捉えていいのだろうか。受診しなくてはいけないのではないかと。</p> <p>間もなく息を引きとられそうになった時に家族をお呼びしたら、こんな苦しうなら病院に連れて行ってくださいと言われ、救急車を呼んだことがあります。すごく葛藤しました。医師にもう治療しませんというようなことを言われ、それでいいの？という疑問を持った。</p>
	看取りの意味付けの拡大	<p>特養で天寿を全うするまで生活できることの価値付け</p> <p>家族の方がしっかりと理解して施設で看取り対応で亡くなった方が、病院に行くよりも良いと思うようになった。施設で看取することはあってよい。家族が満足する看取りケアをしようと考え方が変わった。</p> <p>死後の高齢者や家族の様子から入所期間の援助を評価することの意義の理解</p> <p>人の最期の姿を見て、これまでの援助や生活を振り返りながら、実践を繰り返していくことが看護に大切と思った。</p>
研修後	特養の看護師の役割の価値付け	<p>特養の看護の意味を考える機会の獲得</p> <p>最期の時期には何をやってあげることがいいことか、自分がどう動くことがいいことかなどか、自分がやったことがいいことかというようなことを考える場が与えられた。</p> <p>日々の援助が最期の時期に看取りとしての意味を持つこと</p> <p>死が近づいてきた方やその家族に寄り添うには、それまでの関わりが大切。入所期間を通した関わり全体が大切だということを感じます。皆が一生懸命やっている日頃の援助が、最後の場面で意味を持つ。</p>
	実践への動機付け	<p>看取りを主導することが看護師に求められるとの自覚</p> <p>看護師の大きな役割の一つは、どのような経過か、どうなっていくかを話し、援助の方向を示すことだと感じました。家族や介護職員はそれを求めていると思いました。</p> <p>実践への動機付け</p> <p>看取りの実践に対する確信と使命感</p> <p>実際の場面にあたり、気持ちにちょっと変化があり、経験してよかったと思えた。もっとできるのではないかと思えた。看取りは漠然と必要と思うより、自分の中に、やらなくてはいけないという気持ちが生きている。</p>

なっていくかのかを話し、援助の方向を示すこと』と『看取りを主導することが看護師に求められることの自覚』をしており、【特養の看護師の役割の価値付け】が深まっていた。その他にも、「実際の場面にあたって、経験してよかったと思えた」や「やらなくてははいけないという気持ち」と、『看取りの実践に対する確信と使命感』を持ち、【実践への動機付け】が得られていた。

V. 考察

今回、特養の看護師を対象とする看取りの概念的知識獲得のための研修を考案し、その評価を試みた。本研修は、看護師が看取りにおける看護を確立できない背景に、看取りの概念的知識がないことがあるとの仮定を基盤としている。

A. 講義内容の受け止め

調査結果から、講義内容は特養の看護師に理解され、有益で活用できるものととらえられ、中でも「各期の名称と期間」「各期の高齢者の心身の特徴」「下降期に入るサイン」といった全体的な過程および時期の判断に関する内容は、多くの看護師がそうとらえた。

特養の看護師にとって老衰は基礎的な知識であるが、その知識を持っていても高齢者に生じている症状が老衰による自然な状態かどうかを判断することは難

しい。老衰死は、死亡診断において他に考えられる原因がない場合の用語であり（厚生労働省，2019）、医師によって判断が異なるあいまいな概念（今永，2019，p.34）である。また、老衰で心身機能が衰退していく過程において、死が避けられない状態と判断する基準は明確でなく、診断のタイミングは医師によって異なる。そのため、特養の中で健康管理を担う看護師は、高齢者の健康状態が変化した際の対応に不安や迷いをもちやすい。

研修で示した、老衰により死に至る過程の時期区分およびその判断に関する知識は、衰退の過程全体を見通す視点を与えるとともに、高齢者の状態の経過から衰退過程のどの時期にあたるかを類推するための基盤となる。高齢者の状態判断に不安や迷いを持つ看護師は、看取りの状態との診断が無くても高齢者の経過を判断できるための知識が得られたと感じ、有益で活用できる内容と受け止めたことが考えられる。

B. 看護実践の変化の背景

研修前の看護師は、看取りを医師による【看取りの診断後の援助】と認識していた。このような認識は、先行研究（白岩・竹田，2013）の報告と同様であり、特養の看護師の一般的な傾向であることが示唆される。しかし研修後に【老衰死を迎えるための時期に応じた援助の過程】と認識するようになっていたことから、講義によって看取りを入所期間にわたる援助の過

程とする見方に納得し、その認識は半年間の実践を通して変わらなかったと言える。

研修前に【自らの判断に基づかない実践】をしていたことは、特養の看護師は看取りにおける看護の役割を確立できていないという報告（流石・牛田，2007）を支持する結果と言え、看護師が看取りにおいて看護を判断できない状況は少なからずあることが示唆された。また、他者の指示により医療処置や死亡時の対応はできており、これは看取りの概念的知識がなくても手続き的知識を持っていたことの表れと考える。

研修後に【看取りの過程の時期の判断】や【看取りにおける援助の根拠の明確化】がみられたことから、高齢者の状態や必要な援助を自分で考えられるようになっていくことが伺える。この背景には、高齢者の状態に対する認識の変化があると考えられる。研修前の看護師は看取りを【看取りの診断後の援助】と認識することで、診断されていない高齢者に対しては死や看取りを意識することなく、身体機能や健康の維持増進を重視した看護を行っていた可能性がある。そのために、看取りの診断後から看取りとして適切な看護を考えても、指示されたことや死後の処置といった内容以外のことを自分で見出すことができず、【自らの判断に基づかない実践】になっていた。それが研修後には、看取りの状態と診断がされていない時点であっても、将来は看取りの状態になるという先の見通しを持つことで、【看取りの過程の時期の判断】ができ、将来の心身機能低下に備えるという【看取りにおける援助の根拠の明確化】ができるようになったと推察される。

波多野らは、概念的知識を持つ例として、農業生産技術を学んだ農業従事者が、実際の耕作の過程で植物についての知識を得て、天候不順や植物の病気に適切な処置をとるなど条件に対し柔軟で効果的に対処することを示している（波多野・稲垣，1983）。研修を受講した看護師も、高齢者の施設入所期間にわたる老衰の進行とそれに応じた援助過程の知識に基づいて、看取りとしての援助の目標や根拠を論理的に考えられるようになっており、これができるようになったことは、看取りの概念的知識を獲得したことの表れと考える。

研修前、看護師が看取りに【不安と孤立】を感じていたことも、先行研究（後藤・高山・半田，2007）の結果を支持するものであった。それが、研修後に【看取りの意味付けの拡大】や【特養の看護師の役割の価値付け】【実践への動機付け】を得たことは、研修を実施した時点では想定していなかった。人が手続き的知識を遂行しつつ概念的知識を獲得すると、知識の柔軟性・適応性を達成し文化を超える（波多野・稲垣，1983）と言われる。今回の研修を受けた看護師も、未だ死が予見されない時期に行っている日常的な

援助が死を迎える場面で意味を持つと語っており、日頃の看護実践の意味付けが深まっていることが伺える。今後、看取りの概念的知識の獲得した看護師によって、特養の日頃の看護に変化がもたらされ得るのではないかと考えた。

以上、本研修を受講した特養の看護師は、論理的な看護展開ができるようになるとともに、看護の価値に新たに気づく可能性があることが示唆された。本研修は、特養の看護師が看取りにおける看護を確立できない背景に概念的知識がないことがあると仮定し、その解決に向けて取り組んだ。今回の結果は、その仮定とともに、入所期間にわたる高齢者の状態変化とそれに応じた長期的かつ連続的な援助の過程の全体像が、看取りの概念的知識になることを支持すると考える。

C. 概念的知識の獲得のための研修が必要となる背景

看護師が、看取りにおける看護を確立できにくい背景には、病院における経験の影響があると推察する。波多野らは、手続き的知識を持っていれば働きかける対象の性質を理解することなしに望む結果を得ることができるため、一般的には手続き的知識の伝達に関心が払われる（波多野・稲垣，1983）と述べている。これを看護師が実践を通して看護を学ぶことに当てはめると、病院の看護は基本的に健康の回復を目指すもので、終末期看護はそれと分けて考えることが一般的である。その中で看護師は看護の手続き的知識を学ぶ。しかし、特養の看取りでは、看護を看取りの診断前と後で区別することで、戸惑いがもたらされると考えられた。特養の看護師は、病院において10年以上の経験を持つ人が多く（日本看護協会，2016, p.50）、看取りの診断前と後で看護を区別してとらえていることに馴染んでいる人が多いと予想される。こういった背景から見ても本研修の意義はあると考える。

D. 今後の課題

近年では、新卒で特養に就職する看護師が増えており、そのような看護師には概念的知識とともに手続的知識の研修も必要になる。また、高齢者および家族の視点からの評価も必要である。

VI. 結論

特養の看取りの概念的知識獲得のための研修は、看護師による看取りの質の向上に寄与し得ることが確認できた。

謝辞

本研究にご協力をいただきました皆様に心より感謝申し上げます。

なお本稿は、平成27年度聖隷クリストファー大学大学院博士後期課程に提出した学位論文の一部を加筆修正したものであり、また、本研究の一部は第17回

日本赤十字看護学会学術集会にて発表した。

利益相反

利益相反なし。

文献

- 後藤尚子・高山成子・半田陽子 (2007). 特別養護老人ホームでの認知症高齢者の終末期ケア：援助困難点における看護職・介護職の比較. 日本看護学会論文集：老年看護, 37, 142-144.
- 波多野誼余夫・稲垣佳世子 (1983). 文化と認知—知識の伝達と構成をめぐって—. 坂元昂編, 現代基礎心理学, 7, 思考・知能・言語 (pp.191-210). 東京：東京大学出版.
- 平川仁尚・植村和正 (2013). 高齢者介護施設の教育担当者から見た終末期ケアに関する教育ニーズ. ホスピスケアと在宅ケア, 21 (1), 41-45.
- 池崎澄江・池上直己 (2012). 特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析. 厚生の指標, 59 (1), 14-20.
- 今永光彦 (2019). 老衰を診る：人生100年時代の医療とケア. 大阪：メディカ出版.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 東京：弘文堂.
- 小林尚司・山下香枝子 (2016). 特別養護老人ホームの看取りケアにおける看護職員の実践. せいれい看護学会誌, 6(2), 9-15.
- 厚生労働省 (2019). 平成31年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル. https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_h31.pdf (2019/11/26)
- 小山千加代・水野敏子 (2010). 特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討. 老年看護学, 14(1), 59-64.
- McCain, D. V. (2005) / 霜山元 (2013). 研修効果測定の基本. 東京：ヒューマンバリュー.
- 三菱総合研究所 (2007). 特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン—特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書—別冊. https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/HLUkouseih18_3.pdf (2019/11/26)
- 長畑多代・松田千登勢・山内加絵・江口恭子・山地佳代 (2012). 生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容. 老年看護学, 16 (2), 72-79.
- 日本看護協会 (2016). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査報告書. 東京.
- 流石ゆり子・牛田貴子 (2007). 高齢者の終末期 (end-of-life) のケアにおける看護職の悩み・困難：A県下の介護保険施設に勤務する看護職への調査から. 保健の科学, 49 (12), 849-854.
- 白岩千恵子・竹田恵子 (2013). 看護職者が考える特別養護老人ホームの看取りケアの開始時期. 川崎医療福祉学会誌, 23 (1), 169-176.
- 山地佳代・長畑多代・松田千登勢・山内加絵・江口恭子 (2013). 特別養護老人ホームの看護職を対象とした看取りケア教育プログラムの実施. 老年看護学, 17 (2), 58-64.

研 究 報 告

ナースプラクティショナーによる医療費削減と
患者ケア改善に向けて期待される効果
—訪問看護利用者の診察料をもとにしたシミュレーションと
訪問看護師へのインタビューから—

伊富貴初美

Effects of Nurse Practitioners on Reducing Medical Fee
and Expected Improvement of Patient Care:
Simulation Based on Consultation Fee of Visiting Nursing User
and Interview with Visiting Nurse

Hatsumi Ibuki

キーワード：医療費削減, ケア改善, ナースプラクティショナー, 訪問看護師, シミュレーション

key words : reducing medical fee, improving patient care, nurse practitioners, visiting nurses, simulation

Abstract

This research aimed at conducting a simulation of medical fee when US-style nurse practitioners (NPs) and graduates of medical procedure-specific training were introduced in the Japanese community medicine; it also aimed at revealing the problems of the Japanese community medicine and the expected improvement of patient care by introducing NPs by interviewing visiting nurses. A simulation of medical consultation fees using data of the visiting nursing records and examination records of 69 nurses who made use of the X Home Nursing Station associated with a hospital revealed that on average, using NPs reduced the long-term care insurance and the medical insurance by 29% and 21%, respectively, and using graduates of medical procedure-specific training reduced the long-term care insurance and the medical insurance by 2% and 5%, respectively. Interviews conducted with three visiting nurses affiliated with the facility revealed that they encountered problems such as being able to respond only within the scope of doctors' instructions and that they hoped sophisticated practitioners such as NPs could act as coordinators of home medicine in the future.

要 旨

本研究の目的は日本の地域医療に米国のNurse Practitioner（以下、NPとする）と特定行為研修修了者を導入した場合の診察料シミュレーションを行うこと、また訪問看護師へのインタビューを通じて日本の地域医療の課題とNP導入によって期待される効果を明らかにすることである。病院併設のX訪問看護ステーションを利用している69名の訪問看護記録と受診記録のデータを用いて診察料シミュレーションを行った結果、NP導入により平均して介護保険で29%、医療保険で21%、特定行為研修修了者導入により介護保険で2%、医療保険で5%の削減効果が確認できた。また、同施設に所属する訪問看護師3名に対するインタビューを通じて、医師の指示の範囲でしか対応できないことなど課題を感じており、NPなどの高度実践者の導入により在宅医療におけるコーディネーターとして活動するなどの効果が期待されていることが明らかになった。

I. 背景と目的

日本では2025年に団塊の世代が75歳以上となり、超高齢社会を迎え、早晚、医療および介護保険の給付と負担のバランスが崩れることが予測される。2014年の医療介護総合確保推進法を皮切りに、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを通じて、医療・介護ニーズが高い状態であっても地域で質の高い生活（Quality of Life：以下QOL）を送れる仕組みの構築が推進されている。その中で2015年に看護師の業務のうち診療の補助の範疇を拡大して、医師・歯科医師の包括的指示のもと手順書に基づいて特定の医行為を行える看護師の特定行為にかかわる研修制度が導入され、地域医療での活躍が期待されている。

米国では1950年代後半から、医師の専門分化によるプライマリケアや僻地医療を担う医師の不足と、1965年のメディケイドとメディケアの導入による受療者の増加と医療費の高騰を背景に、Nurse Practitioner（以下、NPとする）が導入された。NP教育課程は専門看護師と同じ大学院レベルであり、自律して検査を指示する、診断・処方をする裁量権を付与する州も多い。NPの実践の効果として、慢性疾患患者の病状の安定化において医師の診療とほぼ同等であること（Mundinger, Kane, Lenz, et al., 2000）、NPを交えたチーム医療により救急受診回数が減少し、医療費も削減されること（Burl, Bonner, & Rao, 1994）が明らかにされている。そしてNPの専門的実践と医療費抑制効果による医療システム全体への貢献が評価され、保険からの償還払いが行われている。

NPが誕生した背景には、今の日本の超高齢社会による医療費の高騰や医師の偏在などの問題と類似した状況がある。しかし日本の特定行為研修は必ずしも大学院教育を必要とせず、医行為を行うにあたり包括的指示や手順書を必要とするなど裁量は限られている。また特定行為研修を受けた看護職の数は平成29年度では1,200人程度に留まり、地域医療に貢献するまでに至っておらず、米国のNPとは教育課程、裁量権の

付与、診療報酬、地域医療への貢献において大きく異なっている。特定行為研修修了者が米国のNPと同様に地域医療で活躍できるかどうかは、人数と裁量権などの違いがあり効果が不明瞭である。

そこで本研究では、日本の地域医療に米国のNPと日本の特定行為研修修了者を導入した場合の診察料シミュレーション比較を行い、医療費削減効果を明らかにすること、および訪問看護師へのNP導入による期待される患者ケア改善の効果を明らかにすることにした。

II. 研究目的

本研究の目的は、日本の地域医療に米国のNPを導入した場合と特定行為研修修了者を導入した場合の診察料シミュレーションを行い、医療費削減効果を明らかにすること、NP・特定行為研修修了者の活躍が期待される地域医療に関わる訪問看護師へのインタビューを通じて日本の地域医療の現状と課題を明らかにすることにより、NPを導入した場合に期待される患者ケア改善の効果を明らかにすることである。本研究により、日本において増大する医療費を削減するための一方策としての提案ができ、NPや特定行為研修修了者などの高度実践者の教育や活用についての政策の検討資料、また、地域に暮らす患者の重症化予防をはじめ、高齢者や慢性疾患患者の健康維持・悪化予防を検討する資料となると考える。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

マルチメソッド・リサーチ。

B. 研究期間

研究期間は所属施設の看護部研究倫理審査承認（27-06）後の平成27年8月から平成28年3月までである。

C. 研究対象

1. 診察料シミュレーション

病院併設のX訪問看護ステーションを利用している69名の訪問看護記録と受診記録（年齢、性別、既往歴、受診歴、利用保険および訪問看護の種類）。

2. 訪問看護師へのインタビュー

X訪問看護ステーションに所属する全訪問看護師3名（所長は除外）。

D. データ収集方法

1. 診察料シミュレーション

人口約30万人の中核市の地域密着型急性期病院併設の訪問看護ステーションを平成26年8月から平成27年7月の1年間に利用した全利用者69名の訪問看護記録と受診記録を対象とした。

これらの記録から、受診した場合にかかる初診料（282点）と再診料（診療所および200床未満の病院72点、200床以上の病院73点）および救急受診料（通常再診料+時間外加算）（以下、診察料とする）のデータを収集した。また利用者特性を明らかにするために利用者の年齢、性別、既往歴、受診歴（定期受診・救急受診を含む）、利用保険および訪問看護の種類をデータとして収集した。

なお診察料には、受診時の検査、処置、処方および管理加算や指導料などの診察料も本来データに含めるべきところであるが、これらの記録では詳細を得ることができなかったため、本研究では分析の対象にしなかった。

2. 訪問看護師へのインタビュー

訪問看護師には、今後の日本におけるNPの効果などについて訪問看護師3名に半構成的面接法においてインタビューを実施した。内容は地域医療における現状の課題とNPが日本に導入された場合の地域医療・看護の効果について1人30分程度のインタビューを実施した。NPについての知識がない場合は、研究者がFamily NPの役割について説明してインタビューを行った。なお、対象の訪問看護師に対して、本研究への協力依頼を文書と口頭で説明を行い、同意を得てインタビューを行った。

E. データの分析方法

1. 診察料シミュレーション

a. 利用者特性

全利用者69名の年齢、性別、保険の種類、訪問看護の種類の記事統計を行った。

b. 個別の診察料シミュレーション

全利用者1件ずつの病院もしくは診療所の医師の診察に係る受診料を1点10円として算出し、医師に代わるもしくは医師と相談しながらNPが介入した場合（先行文献を参考に初診・定期受診および定期的な交換処置はNPに代替可能と仮定し、医師への相談は画像診断・治療が必要な場合と仮定した）と、医師が示

す手順書に基づいて特定行為修了者が介入した場合の受診料の削減可能性を確認し、削減率を算出した。

なおNPは米国での認定割合が47%を占めるFamily NP（高野，2011）を想定した。Family NPは入院・外来の小児科および成人科を対象とするもので、自らの判断に必要な検査オーダーや診断および処方ができ、必要に応じて医師に相談や紹介できることを前提とした（緒方，2009）。NPが診察を行う場合の診療報酬は、米国のNPの実例を元に医師の診察料（診療報酬）の85%に換算した。特定行為研修修了者は医師の包括的指示に基づき実施し、医師の診察が必要であることを前提として分析した。

c. 診察料シミュレーションによる削減率の比較

個別の診察料シミュレーションから算出された削減率を、医師、NP、特定行為研修修了者で比較した。

d. NPの介入における削減率が高い上位10件の内容分析

全件のうちNPの介入による削減率が高い上位10件の受診状況を確認しどのような要因が診察費の削減につながったかを分析した。

2. 訪問看護師へのインタビュー

訪問看護師の語りの中から日本の地域医療の課題とNPを導入した場合に期待される効果に関する部分を抽出し、分類した。

F. 分析の妥当性と信頼性

量的データの分析は、医療経営を専門とする研究者のスーパーバイズを受け、質的データの分析は質的研究を専門とする研究者のスーパーバイズを受けて行い、分析内容の妥当性と信頼性を確保した。

G. 倫理的配慮

フィールドである病院看護部倫理審査委員会の承認（27-06）を得て実施した。訪問看護利用者の訪問看護記録および電子カルテの受診記録からのデータは、個人が特定される可能性のある情報を全て匿名化し、個人が特定されない形で収集し分析した。

IV. 結果

A. 診察料シミュレーション

1. 利用者特性（表1）

利用者69名の平均年齢は71.5歳であり、65歳以上の利用者が90.5%を占めていた。利用者の既往歴（複数回答）では、10名以上を占める疾患は、心疾患19名（17.6%）、がん17名（15.7%）、筋骨格系疾患14名（13.0%）、糖尿病12名（11.1%）、脳血管疾患10名（9.3%）であった。また、訪問看護介入期間は、介護予防支援（要支援）による訪問が平均9ヶ月間（min.5-max.12）、居宅介護支援（要介護）による訪問が平均7.5ヶ月間（min.1-max.12）、医療保険による訪問が平均10ヶ月間（min.5-max.12）であり、全体で平

均8.4ヶ月間の訪問看護の介入であった。

2. 個別の診察料シミュレーション

以下に69名の診察料シミュレーション結果のうち、削減効果に特徴がみられた3名の結果を示す。

a. がん治療中であるA氏の診察料シミュレーション (表2)

A氏はがん治療中であり、外科の医師による診察が必要である。整形外科の診察は症状管理であるため

表1. X訪問看護ステーションの利用者特性

		利用者 (n=69)	%
年齢	平均(歳)	71.5	
	20歳未満(人)	7	10.1%
	20歳以上65歳未満(人)	5	7.2%
	65歳以上(人)	57	82.6%
	75歳以上(人)	46	
性別	男	29	42.0%
	女	40	58.0%
介護保険	要支援1	2	2.9%
	要支援2	6	8.7%
	要介護1	8	11.6%
	要介護2	16	23.2%
	要介護3	7	10.1%
	要介護4	9	13.0%
	要介護5	8	11.6%
	なし	13	17.4%
訪問看護	介護予防支援(要支援)	5	7.2%
	居宅介護支援(要介護)	45	65.2%
	医療保険による訪問看護	19	27.5%

表2. A氏の診察料シミュレーション

受診回数	科	受診理由	診察料 (点)	特定行為研修 修了者 介入 (点)	NP介入 (点)
1回目	整形	定期受診(骨粗鬆症)	73	-	62.05
2回目	整形	定期受診(骨折後)	73	-	
3回目	外科	初診 右乳腺腫瘍	282	-	282
	整形	定期受診	73	-	62.05
4回目	外科	定期受診	73	-	73
5回目	外科	定期受診	73	-	73
6回目	外科	ホルモン療法開始	73	-	73
7回目	整形	定期受診	73	-	62.05
8回目	外科	定期受診	73	-	73
9回目	外科	定期受診	73	-	73
10回目	外科	定期受診	73	-	73
11回目	外科	定期受診	73	-	73
12回目	整形	定期受診	73	-	62.05
13回目	外科	定期受診	73	-	73
14回目	脳	転倒したため、受診	73	-	62.05
15回目	外科	定期受診	73	-	73
16回目	整形	定期受診	73	-	62.05
17回目	歯	下顎骨髄炎のため受診	73	-	73
18回目	歯	定期受診	73	-	73
	合計		1596	1596	1457.3

※ 初診料と再診療を活用して換算

※ 特定行為研修修了者欄で診察料に関与しないと考えられる受診は「-」と示す

NPの診察に変更が可能である。転倒による脳外科受診は明らかな外傷や意識障害がない場合はNPの診察で可能と考え、異常があれば医師に紹介できると考えた。歯科は下顎骨炎の治療が必要なため歯科医師の診察が必要である。特定行為研修修了者は観察・生活支援など介入できるが薬剤処方のための医師の診察回数には影響しないと考える。したがって、NPによる削減率は9%、特定行為研修修了者による診察料の削減はなく0%となる。

b. 6診療科を受診しているB氏の診察料シミュレーション (表3)

B氏は6診療科を受診している。がんの既往はあるが、経過観察中であり、眼科は入院治療が必要であった。がんの定期受診は、診療所の診察と併せてNPが包括的に診察を行い、常に主治医に相談し、必要に応じて診察依頼すると考える。眼科は初診から退院後1ヶ月までを医師の診察と考え、その後、NPの診察が可能とする。特定行為研修修了者は観察・生活支援など介入するが薬剤処方のための受診回数に影響はないと考える。したがってNPによる削減率は24%であり、特定行為研修修了者による診察料の削減はなく0%となる。

c. 特定行為に含まれる気管カニューレの定期交換があるC氏の診察料シミュレーション (表4)

C氏は気道確保のためにカニューレを必要とし、カニューレ交換のために耳鼻科を定期受診していた。カニューレ交換は医師の作成した手順書に基づき特定行為研修修了者が交換可能となっており、カニューレ交

70歳代 女性、既往に骨粗鬆症・変形性股関節症・腰椎椎間板ヘルニアがある。既往疾患の定期受診のため、整形外科を受診していた。10月に乳腺腫瘍を発症し、12月からホルモン療法が開始になった。医師の継続した診察が必要である

【医師の診察】

200床以上病院の整形外科を受診

変形性股関節症・骨粗鬆症の定期受診(3ヶ月)

.....73点×5=365点

6月の骨折後フォロー受診(8月に終了).....73点×1=73点

同病院の外科受診・初診.....282点

診断・治療開始.....73点×9=657点

脳外科:転倒による受診1回.....73点×1=73点

歯科:下顎骨髄炎のため2回受診.....73点×2=146点

計 1596点

【特定行為研修修了者介入】

介入するが、受診回数に影響なし.....削減点数0点(0%)

【NP介入】

外科・歯科は治療のため、医師の診察

脳外科は初期診断として介入

整形外科の定期受診を医師の85%診察料で介入

(1回目と2回目の受診を1回に集約)

.....73点×0.85×6=372.3点

計 1457.3点(-9%)

表3. B氏の診察料シミュレーション

受診回数	科	受診理由	診察料 (点)	特定行為研修 修了者 介入 (点)	NP介入 (点)
1回目		R I			
2回目	耳鼻	定期受診	73	-	62.05
	外科	定期受診	36	-	
	放射線	定期受診	36	-	
3回目	外科	定期受診	73	-	62.05
4回目	耳鼻	定期受診	73	-	62.05
	外科	定期受診	36	-	
	放射線	定期受診	36	-	
	整形	定期受診	36	-	
5回目	外科	定期受診	73	-	62.05
6回目	耳鼻	定期受診	73	-	62.05
	放射線	定期受診	36	-	
	外科	定期受診	36	-	
	整形	定期受診	36	-	
7回目	眼	初診	282	-	282
	外科	定期受診	73	-	62.05
8回目	外科	定期受診	73	-	62.05
	耳鼻	定期受診	36	-	
	放射線	定期受診	36	-	
	整形	定期受診	36	-	
9回目	外科	定期受診	73	-	62.05
	眼	定期受診(術後)	36	-	73
	診療所	定期受診(10ヶ月)	1440	1440	1224
	合計		2738	2738	2075

※ 初診料と再診療を活用して換算

※ 特定行為研修修了者欄で診察料に関与しないと考えられる受診は「-」と示す

80歳代 女性 要介護2 夫と二人暮らし
既往に乳がん・肺がん・バセドウ病・両変形性
股関節症・高血圧症・白内障
既往疾患の定期受診のため、外科と呼吸器科・
耳鼻科、整形外科、眼科および放射線科を受診
している。

訪問看護は、10月開始のため10カ月を対象期
間とする。

【医師の診察】

診療所(循環器・内科)月2回受診

……72点×2×10=1440点

1回受診につき1つ目の診察料

……73点×1×8=584点

1回受診につき2つ目以降の受診から再診料は

73点の1/2の36点で換算……36点×12=432点

眼科の初診……282点×1=282点

計 2738点

【特定行為研修修了者介入】

介入するが、受診回数に影響なし

……削減点数 0点(0%)

【NP介入】

7回目の眼科初診と9回目の退院後の診察(1診
療科受診のため73点とする)は医師の診察

……282点+73点=355点

その他の定期診察は包括的に介入と仮定して、

診療所診察の85%の診察料で定期診察の介入

……72点×2×0.85=1224点

計 1720点(-24%)

換のための耳鼻科受診は気管孔の異常発生時のみとなり、診療所への定期受診で健康管理が可能と考える。したがって、特定行為研修修了者の介入による削減率は34%となる。また、C氏は症状が安定している状態であるため、NPの診察が可能とし、カニューレ交換も可能とする。したがって、NPによる削減率は44%となる。

3. 診察料シミュレーションによる削減率の比較

全69件の診察料シミュレーションより医師の診察料の合計、特定行為研修修了者およびNPの介入による各診察料を合計し、医師の診察料に対する特定行為研修修了者およびNPによる介入時の診察料の削減率を算出した(表5)。特定行為研修修了者の介入では現状の診察料より、1~5%の削減効果が確認できた。また、NPの介入では現状の診察料より、21~30%の削減効果があると予測された。

4. NP介入における削減率上位10件の受診状況と削減理由(表6)

NPの介入において、削減率が高い上位10件では、71%から42%の削減が可能であった。受診状況を確認すると、複数診療科の定期受診、残薬確認、気管カニューレの交換などの医療処置、脱水による救急受診

であった。削減理由としては、複数診療科の定期受診や残薬確認はNPによる包括的な診察が可能であり、定期処方に変更が必要ではないと診察できた場合はNPが処方できると考えられた。気管カニューレの交換・褥瘡処置などの医療処置はNPによる診察が可能であり、医療処置のための受診回数が削減でき、特定行為研修修了者にも範囲内の処置であれば医療処置が可能であり、診察料を削減できると考えられた。さらに脱水による救急受診においては、NP、特定行為研修修了者ともに速やかな対応が可能であり救急受診を回避することが可能と考えられた。

B. 訪問看護師へのインタビュー調査

1. 訪問看護師の特性

インタビュー対象者の特性を表7に示す。インタビュー時間は平均31分21秒であった。

2. 日本の地域医療へのNP導入により期待される患者ケア改善の効果と課題

インタビューによって得られた訪問看護師の語りを表8に示す。

表4. C氏の診察料シミュレーション

受診回数	科	受診理由	診察料 (点)	特定行為 研修修了 者介入 (点)	NP介入 (点)
1回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
2回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
3回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
4回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
5回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
6回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
7回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
8回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
9回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
10回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
11回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
12回目	耳鼻	カニューレ交換	73	0	0
診療所 定期受診 (12ヶ月)			1728	1728	1469
合計			2604	1728	1469

※ 初診料と再診療を活用して換算

20歳代 女性 先天性疾患あり、かかりつけ
医2回/月。気管切開しており、1回/月のカ
ニューレ交換が必要である。医療保険枠で訪
問看護を利用している。

【医師の診察】
診療所(月2回受診)
…………… 72点×12×2=1728点
カニューレ交換のため受診
…………… 73点×11=876点
計 2604点

【特定行為研修修了者介入】
手順書に基づきカニューレ交換可能
(カニューレ交換のための受診は削減可能)
…………… 73点×11=876点
計 1728点(-34%)

【NP介入】
診療所診察の85%の診察料
…………… 72点×0.85×2×12=1469点
カニューレ交換可能
(カニューレ交換のための受診は削減可能)
…………… 0点
計 1469点(-44%)

表5. 対象利用者の受診に基づく医師の診察料, 特定行為研修修了者およびNP介入時の予測される診察料と削減率

		医師		特定行為研修修了者		NP	
		診察料(¥)	介入時の診察料(¥)	削減率	介入時の診察料(¥)	削減率	
介護保険利用者 (n=50)	介護予防 (要支援) (n=5)	57,790	57,060	-1%	40,645	-30%	
	居宅介護支援 (要介護) (n=45)	594,850	577,660	-3%	430,788	-28%	
医療保険利用者 (n=19)		449,360	428,470	-5%	356,874	-21%	

※各診察料 (初診料・再診料) は利用者数の合計診察料を示す。

表6. NP介入による診察料削減率上位10件の受診状況と削減理由の比較

	NP介入に よる削減率	特定行為研修 修了者介入に よる削減率	受診状況	削減理由
a	71%	0%	4 診療科定期受診	NP が包括的に診察
b	60%	6%	6 診療科定期受診 残薬確認不足による受診	残薬確認による受診回避
c	59%	24%	3 診療科定期受診 カニューレ交換×12回	NP が包括的に診察 カニューレ交換はNP または特定行為研修修了者が実施
d	56%	100%	脱水による救急受診	NP・特定行為研修修了者は脱水症状を確認後点滴実施し、救 急受診を回避
e	55%	19%	3 診療科定期受診 尿道カテーテル交換のため定期受診	NP が包括的に診察 尿道カテーテル交換はNP または特定行為研修修了者が実施
f	52%	0%	4 診療科定期受診	NP が包括的に診察
g	49%	20%	5 診療科定期受診 褥瘡処置のための定期受診	NP が包括的に診察 褥瘡処置はNP または特定行為研修修了者が実施
h	44%	34%	2 診療科定期受診 カニューレ交換×12回	NP が包括的に診察 カニューレ交換はNP または特定行為研修修了者が実施
i	43%	0%	4 診療科定期受診	NP が包括的に診察
j	42%	0%	4 診療科定期受診	NP が包括的に診察
k	42%	0%	6 診療科定期受診	NP が包括的に診察
l	42%	0%	4 診療科定期受診	NP が包括的に診察

※ NP 診察後, 必要時医師へ紹介. 特定行為研修修了者は手順書に従い処置を実施し, 医師へ報告すると仮定した。

表7. 訪問看護師の特性

	資格	性別	訪問看護経験年数	看護師経験年数	NPの認識
A氏	看護師	女性	8か月	13年目	聞いたことはあるが詳しく知らない
B氏	看護師 ケアマネジャー	女性	11年目	36年目	知らなかった
C氏	看護師 ケアマネジャー	女性	4.5年目	15年目	知らなかった

表8. 訪問看護師へのインタビュー内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
a. 地域医療の課題	1) 医師との連絡の取りにくさ・コミュニケーションの難しさ	<p>同じところで働いている先生と看護師だったら、意思疎通とかもできやすいけど、私たち、基本外部の先生、院内でも顔も知らない先生と連絡しないといけないし、なかなかこう思っていることが伝わりにくいこともあるし。(C氏)</p> <p>開業医さんで、時間が決まってる、お昼しかないとか、先生の診察中はしゃべれないとか、なんか間の時間とかは会議とかが入るみたいで、夜にかけて、夜診のまえにかけてとか言われたりすると、その間、なかなかコンタクトがスムーズに取れなかったりする。だんだん、遅れていく。(C氏)</p> <p>状態がおかしいときに、順序を踏まないといけないときがあるから。(C氏)</p> <p>全然食べられなくて、点滴が必要かもってなっても、なかなか先生に報告しても、なかなかずっと受け入れてもらえなくて…やっぱり、絶対、先生の指示がないと私らはできないし。(C氏)</p>
	2) 医師の指示の範囲でしか対応できない限界	<p>私たちでも出来たら、患者を待たせなくてもいいかな。特に急変のとき、ドクターを待つ時間帯のことを思うと、どこまでできるかわからないですが、もうすこし救命率が上がった… お互いに有益なんじゃないかな。(A氏)</p> <p>たぶん、ポリウム不足で、補液を1本か2本入れたら、血圧も保てるだろうというアセスメントまではできるんですけど、そこでは、点滴の処方もできないし、判断ができないので、ひたすら待つ救急車で運ぶしかできない。(A氏)</p>
	3) 知識・技術の水準を高める必要があることへの思い	<p>絶対、救急車呼んだほうがいいけど、とりあえずは、主治医に電話しないと行けないって言われて、主治医に連絡して、ほんまに急変してて、危なかったらもう救急車呼ぶんですけど、判断迷うときとかは、必ず、こっちに電話して、先生に救急車やっついていわれて、救急要請とかして、ちょっと難しいなって訪問看護してて思う。(C氏)</p> <p>ただ、責任は、すごい重いし、勉強もしないといけないですよ。(C氏)</p>
b. NP導入によって期待される患者ケア改善の効果	1) 病状変化に対する早期アセスメントと対応	<p>ちょっと栄養状態も悪くて、電話して、先生にちょっとこんな状態なんで、先生ちょっと採血どうでしょうとか、点滴とかどうでしょうっていったりするんで。(C氏)</p>
	2) 在宅医療コーディネーターへの期待	<p>介護保険を持っている方はケアマネが中心になって、関わりのある業種が集まって担当者会があるんですけど、医療保険の場合はなかなかそういう機会がなくて、お母さんとかがコーディネートしてはる。(A氏)</p> <p>これから、在宅のね、こういうターミナルとか、呼吸の人とかもすごく増えてきてるし、看護師が行って、判断してできるっていうのは、ね、すごいいいんじゃないかとおもいます。そこは、そこはすごい、でもあると、在宅のシステムが変わってくるのかな。(C氏)</p>

a. 地域医療の課題

1) 医師との連絡の取りにくさ・コミュニケーションの難しさ

医師が診察中や会議などで外出中であり、タイミングよく相談ができないことがあげられた。主に利用者へ迅速な対応が必要だと考えられる状況で、利用者へのケアが遅れ、救急搬送しなければならぬなどの問題が生じていた。

訪問看護師がその場で直接観察した利用者の状態や必要と考える検査や処置などの対応を、離れた場所にいる医師に伝えることの難しさもあげられた。バイタルサインなど数値で示される観察内容とは異なり、「なんとなく変だ」「いつもより元気がない」など重要

であるが伝わりにくいものもあり、緊迫感を伝えづらい要因になっていた。医師と訪問看護師で用いる言語が異なるために、共通理解が難しいと語るものもいた。

訪問看護師と医師との関係がコミュニケーションに影響するという語りもあった。医師と訪問看護師が互いに顔が見えない関係である場合には難しいことが語られていた。

2) 医師の指示の範囲でしか対応できない限界

利用者の状態悪化を予測できており一人でも対応可能であったにもかかわらず、医師の指示がないために利用者の苦痛が増した、あるいは悪化し、救急搬送されたなどのもどかしい経験があることを語っていた。

いまま訪問看護師だけで（医師が不在でも）、十分に利用者の状態のアセスメントができ、必要な処置が行える場面があるが、限られた医師の指示に基づいてのみ対応しなければならないことが、利用者の苦痛の緩和や救命の妨げになっていると語られた。

3) 知識・技術の水準を高める必要があることへの思い

先のように訪問看護師でも十分に対応可能だと思われる場面がある一方で、もし地域における看護師の裁量権が拡大された場合に、今の看護師の知識や技術だけでは十分に責任を果たせないと語るものもいた。NPや特定行為研修修了者は、拡大された裁量権に見合うだけの高度な知識や技術が必要である。現在の看護教育にはばらつきが大きく、地域医療において十分に責任を果たせるような知識や技術の水準を高める必要はある。

b. NP導入によって期待される患者ケア改善の効果

1) 病状変化に対する早期アセスメントと対応

早期に利用者の体調の変化に気づき、状態悪化を予防することができることである。NPの導入によって、より高度な知識や技術を兼ね備えた人材が地域に配置されれば、救急搬送や高度集中治療の機会を減少させ、ひいては救命率を向上させ、医療費の削減と効果的な使用に寄与できる。利用者にとっても現在以上に受診の手間も少なく済み、本来の意思に沿ったかたちでの医療の提供が可能になると考えられる。

2) 在宅医療コーディネーターへの期待

医療保険制度のもとでの利用者のケアコーディネーターとしての期待である。現在、介護保険制度下ではケアマネジャーがケアコーディネートしているが、医療に関しては患者・家族がコーディネートを行っている状況にある。地域包括ケアシステムは介護保険制度から始まり、医療保険制度を含めて展開されているが、利用者の状況に合わせて専門職種が連携するシステムとしての整備は不十分であることがうかがわれた。

V. 考察

A. NPおよび特定行為研修修了者の導入による診察料の削減効果と患者にとっての経済的効果

NPおよび特定行為研修修了者の介入による診察料シミュレーションではそれぞれ21~30%、1~5%の削減効果が可能であると予測された。その中でもNP介入による削減効果が高いケースは、複数診療科の定期受診、病状悪化時（脱水など）の対応による救急搬送の回避、あらかじめ決められている気管カニューレなどの医療処置があげられた。特定行為研修修了者は特定の医療行為が可能であり、脱水の対応やカニューレ交換など

への介入は削減効果が期待できる。それ以上にNPはプライマリケア（初期診療）ができ、薬剤の処方ができることが診察料を削減できる強みである。医師の定期受診を受ける利用者は、定期受診時に専門診療科で必要な検査を受け、症状に変化がなければ前回と同じ処方を受けている。NPは症状が安定している場合には医師と同等の判断が可能であり（Munding, Kane, Lenz, et al., 2000）、生活背景を考慮した効果的な処方（Avorn, Everitt, & Baker, 1991; Tranmer, Colley, Edge, et al., 2015）ができており、看護の視点を活用した地域医療での活躍が期待される。このことは患者にとって、看護の視点をもち合わせ医師と同等の判断ができるNPの診察を受けることで経済的負担が軽減し、満足度も向上すると考えられる。

OECD「医療の質のレビュー 日本」（2014）によると、複数診療科受診の調整や支援が日本の医療の課題であるとしている。本研究の結果においても同様に複数診療科を受診している利用者の方がNP介入による診察料の削減率が高いこと明らかとなり、今後の日本でのNP導入は地域医療において有益であると考えられる。

B. NP導入による期待される患者ケアの改善

訪問看護師へのインタビューから、現状において看護師は医師不在の状況で、患者や利用者の状態をアセスメントし、必要と考える検査を提案し、医師に指示を求めている。この提案を医師が考慮し、適切な指示を出すプロセスがスムーズに進められている場合には問題は少なかった。しかし常時、医師が対応可能ではないこと、その場にいない医師に患者や利用者の微妙な状態変化を伝えることの難しさなどから、そのプロセスは必ずしもスムーズではない現状があった。その場合、訪問看護師は患者の状態変化にすぐに対応できず、ついには患者を救急搬送せざるをえない場合があり、患者や利用者に不利益が生じていた。

Ono, Miyauchi, Edzuki, et al. (2014) は、NPの導入によってこれまで救急搬送を余儀なくされていた発熱、骨折、胸痛や呼吸困難・肺炎などの発生を防ぐことができ、予防的介入が充実することを明らかにしている。NPによる予防的介入が充実し、救急搬送の減少だけでなく、医療費の削減にも貢献できる（Burl, Bonner, & Rao, 1994）。特にNPの予防的な健康教育は、患者や利用者が健康を維持し、住み慣れた地域で質の高い生活を送るうえで重要と考えられる。先行研究からも、NPは患者の話を時間をかけてよく話を聞くので、患者の満足度が高いことが明らかにされており（佐藤, 2019）、NPの存在は患者や利用者が地域で生活していくうえでの安心につながる可能性があることがわかる。

日本の地域医療に特定研修修了者を導入することでNPと同じような健康維持や医療における効果が望めるかは不明である。米国のNPとは教育課程が違い、

行える医行為や裁量の範囲が違い、修了者数もまだ少ない。米国NPのような自律した実践を看護師が行うには、さらに知識や技術を高めるための教育を担保することが必要である。それによって患者・利用者からの信頼も得られると考える。日本の特定行為研修のように、看護師が医師の行うアセスメントなどの学習を積むことはその一歩となり、医師とのコミュニケーションを良好にする可能性がある。それとともに、さまざまな視点をもつ専門職による協働が患者や利用者によりよいケアを提供することにつながるという観点から、看護師が医学的な知識や技術をもちながらも、看護独自の視点から患者・利用者への支援が行うことが、患者・利用者にとってさらに大きな力となり得ると考える。

訪問看護師からは、地域包括ケアシステムでは介護のコーディネーターであるケアマネジャーが存在しているが、医療のコーディネーターは不在であるという意見も聞かれた。高齢者は慢性疾患を併せ持つことが多く、医療の視点での支援を必要としている。医療と介護の両方に対応できる看護師が医療面のコーディネートをすれば、医療を必要としている患者・利用者を重篤化させず、不安を軽減できる可能性がある。同じく医療と介護がそれぞれの視点や見解の違いのもとに意見交換できれば、チーム医療を強化し、地域医療に影響を与えることができるであろう。さらに看護職が自信と責任感をもって地域医療に貢献できるなど、モチベーション向上につながると思われる。

米国においてNPが今の地位を獲得するまでに30年かかった。日本では特定研修制度がはじまり、ようやくNP導入の本格的な検討が始まったが、本研究で明らかになったようにNPは患者ケアの改善が期待され、医療費の抑制につながると思われる。看護の高等教育化が進み、専門性を有する高度実践看護師が増えることにより、看護が活躍できる場が広がり、高齢者や疾病を抱える人々にとってQOLを高める支援につながると期待される。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究では日本の地域医療において期待されるNPの活用の可能性について、1訪問看護ステーションの利用者の受診状況と訪問看護師へのインタビューをもとに診察料のシミュレーションと地域医療の現状と課題を抽出した。その結果、地域医療に特定行為研修修了者やNPが介入することにより診察料を削減できる可能性があることが確認でき、NP導入における期待される患者ケアの改善について確認することができた。しかし、本研究における診察料シミュレーションはあくまでも先行文献を参考に研究者が仮定した1事業所のシミュレーションであり限定的である。そのた

め、今回の結果が一般化できるかどうかは議論の余地がある。一方で、今回の診察料シミュレーションで得られた結果はNPが地域医療に介入することにより最大30%の診察料の削減が見込まれ、今回実施した中核市と同規模市においては効果が期待できると推察される。

また、インタビューを行った訪問看護師は1事業所に留まり、3名ともにNPの役割について知識をもち合わせていなかった。しかし、訪問看護師が現場でアセスメントし、医師の指示を待つことで生じる不要な時間や利用者の病状悪化についての語りは研究参加者が捉えている現状の地域医療における問題であり、今後ケア改善に期待される貴重なデータと考える。今後はNP・特定行為研修修了者の役割について熟知している看護師にインタビューを行い、効果を確認する必要がある。

超高齢社会を迎える日本の地域医療には、医療と介護および福祉という切り口ではなく、その人がその人らしく生きるために必要な介入方法を提案できるシステムの構築が必要である。高度な知識や技術および判断能力を身につけているNPの強みを活かし、医師および多職種と協働して質の高いケアを目指したい。

VII. 結語

日本の地域医療においてNP導入が実現すれば診察料の削減が期待でき、患者・利用者にとって適切な診察と処方が提供できると予想される。また、医療を必要とする患者・利用者にとって、特定行為研修修了者の介入のように医師の指示を必要とせず、NPの判断で対応できることが患者・利用者の待ち時間の短縮や病状の悪化の予防となり、不要な救急外来への受診の減少や患者・家族の不安を減らす効果が期待できる。さらに、NPの存在が地域住民の安心の提供にもつながることが期待できる。

利益相反

利益相反なし。

文献

- Avorn, J., Everitt, D. E., Baker, M. W. (1991). The neglected medical history and therapeutic choices for abdominal pain: A nationwide study of 799 physicians and nurses. *Archives of Internal Medicine*, 151(4), 694–698.
- Burl, B. J., Bonner, A., Rao, M. (1994). Demonstration of cost-effectiveness of a nurse practitioner/physician team in long-term care facilities. *HMO Practice*, 8(4), 157–161.
- Mundinger, M. O., Kane, R. I., Lenz, E. R., Totten, A. M., Tsai, W. Y., Cleary, P. D., Friedewald, W. T., Siu, A.

- L., Shelanski, M. L. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(1), 59–68.
- Nalor, D. M., Kurtzman, T. E. (2010). The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs*, 29(5), 893–899.
- OECD (2014). OECD医療の質レビュー 日本 スタンドアートの引き上げ 評価と提言. 33–63.
- 緒方さやか (2009). 米国におけるナースプラクティショナー (NP) の役割と日本への提言. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kouzou2/hyouka/chousa/iryoubukai18/siryous5-3.pdf> (2019年12月8日)
- Ono, M., Miyauchi, S., Edzuki, Y., Saiki, K., Fukuda, H., Tonai, M., Magilvy, J. K., Murashima, S. (2014). Japanese nurse practitioner practice and outcomes in a nursing home. *International Nursing Review*, 62(2), 275–279.
- 佐藤幸子 (2019). NPハワイ研修で学んだこと・考えたこと. *日本NP学会誌*, 3(1), 10–17.
- 高野政子 (2011). 米国のナースプラクティショナーの活動と課題—米国ナースプラクティショナー学会会長講演より—. *看護科学研究*, 9, 42–45.
- Tranmer, J. E., Colley, L., Edge, D. S., Sears, K., VanDenKerkhof, E., Levesque, L. (2015). Trends in nurse practitioners prescribing to older adults in Ontario, 2000–2010: A retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 3(3), 299–304.

実 践 報 告

災害拠点病院のない地域における ARCS モデルに基づく
災害看護研修の試み

山本 孝治¹, 大重 育美¹, 苑田 裕樹¹, 福島 綾子¹,
姫野 稔子¹, 高橋 清美¹, 田村やよひ²

Trial of Disaster Nursing Training Based on ARCS Model in Area
without Disaster Base Hospital

Koji Yamamoto, Narumi Ooshige, Yuki Sonoda, Ayako Fukushima, Toshiko Himeno,
Kiyomi Takahashi, Yayoi Tamura

キーワード：インストラクショナルデザイン，ARCSモデル，現任教育，災害看護研修

key words : instructional design, ARCS model, in-service education, disaster nursing training

Abstract

In this study, we report a disaster nursing training based on the ARCS model in an area without a disaster base hospital. The design of the program was based on the ARCS model of instructional design. In the evaluation of the training using the questionnaire, most participants answered that “information that could be practically used in the event of a disaster was obtained” and that “the content was such that I wanted to communicate it to my workplace.” was “applicable” and received high evaluation. Moreover, the training program accorded the participants the opportunity to reflect on the problems prevailing in their own facilities and realize the need to establish collaborative relationships with neighboring facilities. The study also identified that the participants varied individually in terms of their readiness for disaster training. The learning needs of the participants were also discrete with regard to aspects such as triage practices and the ways they could collaborate with their local communities. Training that accounts the characteristics and needs of the local community and in-service education support for disaster nursing should be developed.

要 旨

本研究では、災害拠点病院のない地域における ARCS モデルに基づく災害看護研修の開催を試みたので報告をする。研修はインストラクショナルデザインの ARCS モデルを参考に設計した。アンケートを用いた研修に対する評価では「災害時に活用できる情報が得られた」、「職場に伝達したい内容だった」の項目

受付日：2019年8月19日 受理日：2020年1月15日

1. 日本赤十字九州国際看護大学 Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing
2. 前日本赤十字九州国際看護大学 Formerly Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

についてほとんどの参加者が「当てはまる」と回答しており、高い評価を得た。また参加者は研修を通して、自施設の課題を振り返る機会を得たことに加え、近隣の施設間での連携の必要性も実感していた。一方、災害看護に対する参加者のレディネスには個人差があり、学習ニーズについてもトリアージの実践や地域連携の在り方など多様であることが明確になった。引き続き地域の特性とニーズを考慮した研修を検討し、災害看護に関する現任教育支援について整備していく必要がある。

I. はじめに

近年、本邦では多くの災害が発生しており、災害時に看護職に求められる役割は拡大している。日本赤十字社（以下日赤）は1893年より災害に対応できる看護師養成を開始し、1947年には「災害救助法」の制定により日赤による救護活動は公的な立場として明確化され、これまで多くの災害救護活動に従事してきた（浦田，2014）。日本看護協会においても災害支援ナースを育成し、災害発生時に現地へ派遣する制度を策定（公益社団法人日本看護協会，2014）するとともに、災害看護に関する研修の開催や各施設における防災・災害マニュアルの整備を促進するよう啓発している。発災時、被災地の病院では入院および外来患者の安全確保を最優先とし、治療継続に向けた調整を行う必要がある。さらに状況によっては、災害による傷病者を受け入れ、被災者の生活と健康を守ることが求められる。こうした災害時の看護実践には看護基礎教育の段階から災害看護を学ぶことが重要であり、全国の赤十字看護大学では災害看護に関する講義、演習が開講されている。また、2018年度に策定された看護教育モデル・コア・カリキュラム（文部科学省，2017）においても「災害時の看護実践」が明示された。しかしながら、災害看護教育が看護基礎教育に導入されたのは2008年からであり、その歴史は浅い。現任教育においても施設によって実施状況に差がある。実際に臨

床看護師は災害看護を行う上での課題を感じていることが報告されており（小林・東樹・駒形他，2009；大島・増野・奥野他，2007）、所属施設が災害拠点病院か否か、研修受講の有無によってもその知識、技術には差があると推察される。

A大学は福岡県北部に位置しており、山々や丘陵に囲まれた盆地状の地形であるため集中豪雨による河川の氾濫や西山断層帯に伴う地震など災害発生のリスクがある。また、周辺に災害拠点病院がなく（図1）、都市部に比べ高齢者世帯が多い特性がある。これらを踏まえて、九州における大学発信型の災害看護対応システムの構築と近隣の医療機関と連携した災害看護に関する現任教育の支援を検討するに至った。また著者らは医療施設で勤務する看護師へのニーズ調査を実施し（大重・菅原・黒田他，2019）、「災害の種類や特徴」、「災害サイクルの各期の特徴」、「応急処置（救護法）」などの研修に対するニーズがあり、災害看護に関する基礎的な知識を得たいと考えていることを明らかにした。これらの地域特性とニーズを踏まえつつ、臨床看護師が興味をもって受講したいと感じる災害看護研修の開催を目指し、インストラクショナルデザイン（Instructional Design; ID, 以下ID）におけるARCSモデルをもとに研修を設計した（鈴木，2015）。IDは教育実践の効果、効率、魅力を高めるための理論やモデルで、そのなかの1つであるARCSモデルは、注意（Attention）、関連性（Relevance）、自信（Confidence）、満足感（Satisfaction）の4つの領域を刺激し学習意欲を高める方略をとるもので、4つの頭文字をとりARCSモデルと称する。本研修では、参加者の動機づけを高められる研修設計と実施を目指してARCSモデルを活用した。本研究では、災害拠点病院のない地域において、参加者の動機づけを高められる研修設計と実施を目指してARCSモデルを活用した災害看護研修開催を試みたので報告する。

II. 方法

A. 調査時期

研修日となる2018年10月（第1回）、11月（第2回）。

B. 調査対象者

研修に参加した医療施設および行政機関に所属する看護職者。

C. 調査項目

アンケートの調査項目は、ARCSモデルを参考し

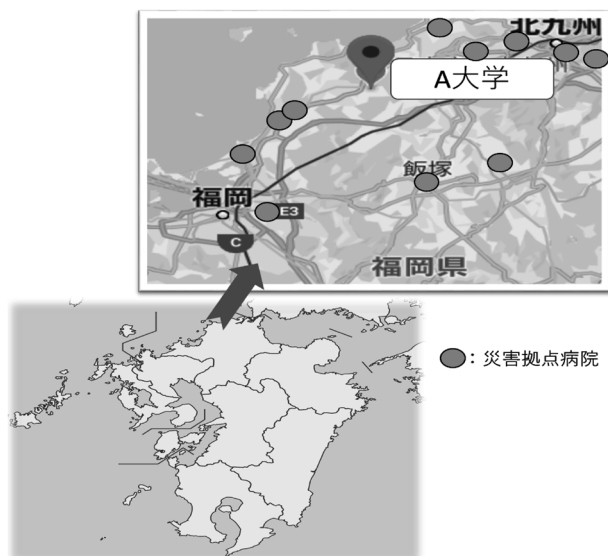


図1. A大学周辺の災害拠点病院

表1. 研修概要と構成

テーマ	いざという時に動けるワタシになるために	
研修目標	災害時に医療機関でどんな対応が必要か理解できるナースを育成する	
対象	本学近郊の看護職（30～50名）	
日程	2018年10月13日，11月10日の2日間 *両日とも13:00～16:00	
	第1回：10月13日	第2回：11月10日
モジュール	①災害看護の基礎知識	③被災者および支援者のメンタルヘルス
モジュール目標	災害時の健康課題について理解し，被災時の対応に必要な基本的知識を習得する。	ストレス反応，急性ストレス障害，PTSDの違いを理解し，日常においての備えの必要性を学ぶことができる。
事前学習	自施設の建物・立地条件・避難先を調べる。ライフラインが途絶えた際の自施設の問題点を挙げる。	被災時におけるメンタルヘルスについて，今，あなたが一番関心高いことを3つ箇条書きにして準備してください。
教育内容	<ul style="list-style-type: none"> ・災害サイクルにおける健康課題 ・災害医療対応の原則（CSCATTT） ・要配慮者の抱える健康課題 ・実災害における対応，災害時における慢性疾患の方への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の心理的变化 ・精神的ダメージに対するコミュニケーション ・ストレスマネジメント法
教育方法	講義形式，自己学習の振り返り	講義形式，一部グループワーク
モジュール	②応急処置の実施	④受援を含めた備え
モジュール目標	災害時に必要となる応急手当ができる。	円滑に支援を受けるために，ソフトおよびハード面において準備しておくべき項目を理解する。
事前学習	なし	災害時，支援チームに行ってほしいこと，各部署で準備していること
教育内容	<ul style="list-style-type: none"> ・止血の方法，包帯法 ・固定法 ・搬送法 	<ul style="list-style-type: none"> ・受援に関する概論 ・支援者の役割 ・円滑に支援を受けるためにソフト面で準備しておくこと ・一般避難所と福祉避難所の役割 ・物品等の備蓄「阿蘇地域の施設の備えの実態から」
教育方法	グループで実際の演習を通して技術を習得（実技演習）	講義形式，一部グループワーク

て著者らが作成をした。項目として，参加者の属性（年齢，経験年数，所属）の記載，研修における各モジュールのテーマについて学ぶことができたか，“研修の内容が実践に活用できるものだった”か，“職場に広めたい内容だった”かを設け，「非常に当てはまる」，「かなり当てはまる」，「あまり当てはまらない」，「全く当てはまらない」の4段階で評価をしてもらった。また，研修に対する実施前の期待度と実施後の満足度についてパーセントで回答してもらった。また，受講することによる気づき，印象に残ったこと，災害看護研修で得たい情報などについて自由記述欄を設けた。

D. 分析方法

第1回，第2回それぞれの研修において参加者に配布したアンケートを回収し，属性および研修に対する評価，研修に対する実施前の期待度と実施後の満足度は記述統計により算出した。また，研修に対する意見および災害看護に対する学習ニーズについては，自由記述欄の記述内容の分析を行った。

E. 倫理的配慮

研修の参加者には研修において討議および発表した

内容は，個人が特定されない状態にして学会などで報告することを口頭で説明し同意を得た。アンケートについては無記名自記式質問紙とし，記入および提出は自由意思であることを説明し，アンケートの提出をもって対象者の同意を得ることにした。

III. 結果

A. 災害看護研修の概要

1. 日時

第1回：2018年10月13日13時～16時。

第2回：2018年11月10日13時～16時。

2. 研修設計（表1）

研修は，発災時に自施設および地域で活躍できる看護師育成を目指して“いざという時に動けるワタシになるために”と題し，2回シリーズとした。研修の目標は，災害看護の基本的な知識の習得を目指し「災害時に医療機関でどんな対応が必要か理解できるナースを育成する」に設定した。教育内容は著者らの調査（大重・菅原・黒田他，2019）でニーズの高かった

項目を参考にモジュールを4単位とし、1回につき2単位の構成にして、2回にわたる研修とした。研修の担当は、救急看護認定看護師の資格を持ち東日本大震災と熊本地震で救護活動の経験がある教員を中心に、モジュールの専門性を踏まえて老年、慢性、クリティカル、精神の専門領域の看護教員9名が担当した。

本研修はARCSモデル（鈴木，2015）をベースにして、学習意欲に対して、注意（Attention：面白そうだ）、関連性（Relevance：やりがいがありそうだ）、自信（Confidence：やればできそうだ）、満足感（Satisfaction：やってよかった）の4つの領域で刺激、保持される方略を意図して、著者らが設計した。ARCSモデルに沿った研修設計と実施の工夫点は以下のとおりである。

注意（Attention：面白そうだ）では、本研修のテーマおよび目標について、インパクトがあり研修内容をイメージできるような表現にし、受講してみようと思えるものにした。また、講義の際、震災や支援の様子といった多くの静止画をスライドにし、応急処置の演習では救護が必要となった場面を動画にして参加者が興味をもてるようにした。

関連性（Relevance：やりがいがありそうだ）については、各回とも事前学習を提示し、主体的な学習を目指して自施設の問題点の列挙や日頃の防災に対する意識、対策を振り返る機会を作り研修へのやりがいを感ぜられるようにした。

自信（Confidence：やればできそうだ）では、各モジュール目標について教育内容を踏まえ到達すべきゴールを明示した。モジュールは基礎知識から、応急処置（実践）、応用となるメンタルヘルス、受援へと、基本的・原則的な内容から複雑なものへ段階的に学ぶ設計にした。

満足感（Satisfaction：やってよかった）については、モジュール目標と教育内容を踏まえ、講義、グループワーク、演習で構成し、参加型の研修になるように工夫した。グループワークでは、施設間の情報交換ができる機会となるようにディスカッションの場を設定した。

B. 研修参加者の概要（表2-1, 2-2）

第1回、第2回ともに44名の参加であった。参加者の平均年齢は第1回が38.8歳、第2回が39.2歳、経験年数の平均は第1回が14.7年、第2回が15.2年であった。ほとんどが医療機関に所属する看護師で、行政の保健師が4名参加していた。

C. 研修に対するアンケート

アンケートの回収率は第1回が98%（43名/44名中）、第2回が100%（44名/44名中）であった。

1. アンケートを用いた研修に対する評価

参加者による第1回研修に対する評価は図2、第2回研修に対する評価については図3に示した。評価項

表2-1. 第1回参加者の概要

	平均	SD
年齢(歳)	38.8	8.5
経験年数(年)	14.7	8.3
	n数	%
性別		
女性	39	90.7
男性	4	9.3

表2-2. 第2回参加者の概要

	平均	SD
年齢(歳)	39.2	8.3
経験年数(年)	15.2	8.4
	n数	%
性別		
女性	41	93.2
男性	3	6.8

目は、各モジュールのテーマについての学び、「研修の内容が実践に活用できるものだった」か、「職場に広めたい内容だった」かであり、第1回、第2回ともにほとんどが「非常に当てはまる」、「かなり当てはまる」を回答していた。

2. 研修に対する期待度と満足度

参加者による研修前の期待度と研修後の満足度の変化について、第1回研修を表3-1に、第2回研修について表3-2に示した。本研修について参加者は高い期待を持ち臨んでいた、さらに受講した研修内容について高い満足感を得ていた。第1回、2回ともに満足度は期待度を上回っていた。

3. 自由記述（表4）

受講しての気づきについて、「新鮮で学びがあり、実践に活かしたい」、「具体例がありイメージしやすかった」のように、研修内容および方法について満足した評価の記述があった。また、「もしもの時のことを改めて考え、災害時の自分の行動を想像できた」、「災害に遭遇した場合、家族と仕事のどちらを優先させるか答えがでなかった」、「他病院の災害対策の情報交換の機会になった」、「受援について自分の病院の課題を考えることができた」といった記述があり、受講した情報をもとに自らの行動や自施設の課題について考える機会を得ていた。一方、「情報量が多く疲れた」、「基礎編の概念が少し難しかった」といった研修における情報、知識提示について改善の必要性を示唆する記述もあった。

災害看護で得たい情報や学びたいことについては、防災訓練やトリアージといった実践的な演習や地域での災害発生時の連携について情報を得たいとのニーズが明記されていた。

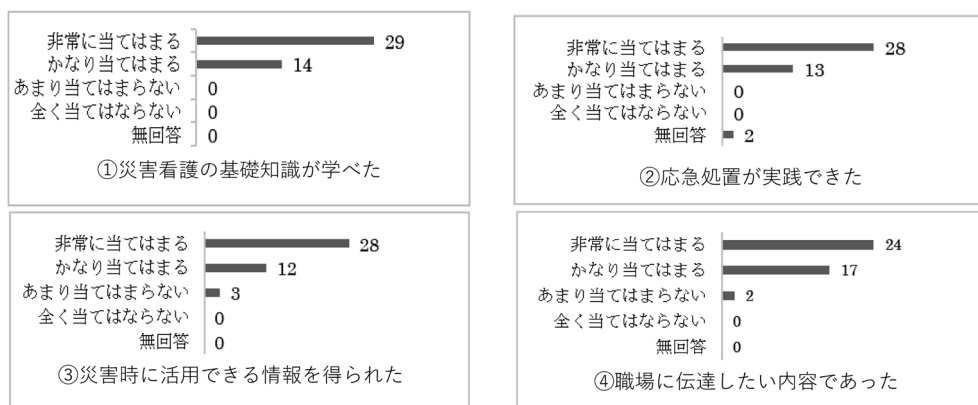


図2. 第1回研修のアンケート結果

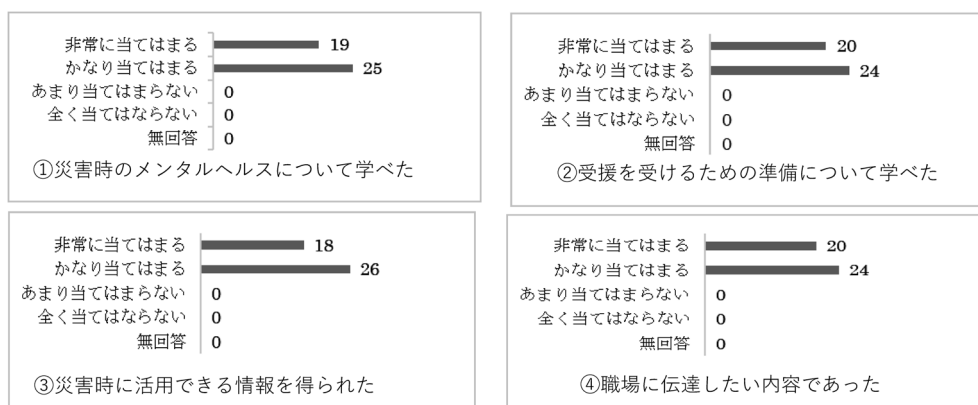


図3. 第2回研修のアンケート結果

表3-1. 第1回研修の期待度と満足度 (N=38)

	平均値(%)	SD
参加前の期待度 (N=38)	81.1	14.9
参加後の満足度 (N=38)	90.4	11.5

表3-2. 第2回研修の期待度と満足度 (N=41)

	平均値(%)	SD
参加前の期待度 (N=41)	82.9	15.2
参加後の満足度 (N=41)	86.4	15

IV. 考察

A. 地域のニーズを踏まえた災害看護研修

A 大学周辺の近隣に災害拠点病院がない地域特性とともに、著者らによるニーズ調査（大重・菅原・黒田他，2019）をもとに研修設計をしたが、研修に対する期待度とそれを上回る満足度を得られたため地域のニーズに即した研修であったと考えられる。本研修では被災地に派遣された場合に必要となる知識技術を獲得するだけでなく、自施設および住居が被災した際に対応ができる看護師育成を目指した。発災時、看護師は支援者でありながら被災者でもあるため、被災者お

び支援者のメンタルヘルスと受援を含めた備えを研修内容に含めた。参加者は受講により、被災した際に家族がいるなかで勤務先施設に向かうのか悩むのではないかなど、災害時の自らの行動を具体的に想像する機会を得ていた。また、受援については、災害に関する自施設の課題を列挙するとともに、グループワークで他施設の状況と比較検討をすることで、災害マニュアルの整備や外部からの支援を受け入れるための準備に何が必要か考える機会を得ていた。伊藤（2014）は、災害看護は日々の看護業務の延長上にあり、日常を非日常の事態への備えであると考え、基本的な看護実践能力を培うことが必要であると述べており、本研修が発災時を想定した備えを検討する動機づけになったものと考えられる。

本研修ではグループワークを多く取り入れ、他施設との交流ができるようにした。これにより他施設の看護師と顔を合わせた情報交換の機会となり、さらには地域において行政を含めた施設間で連携を図る必要性を実感したと考える。

一方、情報量が多かった、基礎編の概念が難しかったといった意見があった。これは災害看護に関する研修受講経験や所属施設における現任教育の違いなど参加者のレディネスに差があったものと考えられる。研

表4. アンケートの自由記述

受講しての気づきや印象に残ったこと	災害看護で得たい情報や学びたいこと
<ul style="list-style-type: none"> ・すべてが新鮮で学びがあり、実践に活かしたい・具体例がありイメージしやすかった ・もしもの時のことを改めて考え、災害時の自分の行動を想像できた ・家族の安全、命が最優先だと考えているが、職業人としてどうなのか考える機会になった ・災害に遭遇した場合、家族と仕事のどちらを優先させるか答えがでなかった ・他病院の災害対策の情報交換の機会になった ・受援について自分の病院の課題を考えることができた ・病院での研修は組織作りが中心で個人の技術向上ができていなかった・勉強になったが情報量が多く疲れてしまった ・基礎編の概念が少し難しかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害看護の活動報告、経験者の講演 ・自施設での災害時の対応について ・防災訓練、トリアージの実践演習 ・子どもや高齢者が実施可能な災害時の対応 ・災害時のメンタル面についてもっと学習したい ・地域の災害発生時の支援病院の役割、病院間の連携の在り方

修参加登録の際に災害看護に関する経験を問う項目を設け、レディネスを把握し、研修において解説および情報をどこまで提示するかを十分吟味する必要がある。

B. ARCSモデルに沿った検証

本研修では、関連性 (Relevance) と満足感 (Satisfaction) が得られるように事前学習として、日頃災害について意識しているか振り返る課題を提示した。大島・増野・奥野他 (2007) は災害看護の知識を理解するだけにとどまらず、自己の実践の振り返りや捉え直し、新たな課題を見出せる研修の在り方を提言している。本研修の特徴は事前学習の段階で自己の振り返りを促し、そのまとめと研修における学びとを照らし合わせるように工夫した点であり、今後の改善策の再考につながることができたと推察する。またアンケート結果で、多くの参加者が学習した知識や技術を職場に伝えたいと回答しており、参加者だけでなく所属する施設に還元される可能性の高い研修であったと評価できる。

研修実施の工夫における特徴として、自信 (Confidence) につながるようにモジュール毎に到達すべきゴールを明確にし、参加型にしたことで達成感を得られるようにした。また演習やグループワークでは9名の教員が密に関わり、適宜承認するフィードバックを行った。これらはスモールステップの原則 (向後, 2012) に当てはまり、参加者は1つ1つのモジュール目標が達成できたと認識し、やればできそうだと実感できたものと評価する。

本研究によって、臨床看護師の現任教育において ARCSモデルの活用は有用であることが示唆された。IDによる ARCSモデルを活用した現任教育では、実践を振り返り学び直すといった動機づけができ、生涯学習への意欲向上につながることが期待できると考える。

V. 今後の課題

A大学のように災害拠点病院が近隣にない地域で

は、行政を含めた施設間の連携をすすめることが必要になるが、どのように連携を図るのか、その具体的な方策を検討することは今後の課題である。

看護師の災害看護に対する学習ニーズは、トリアージの実践や地域連携の在り方のように多様であることが明確になった。引き続き地域の特性とニーズを考慮した研修を検討し、災害看護に関する現任教育支援について整備していく必要がある。

VI. おわりに

今回の研修は地域の特性とニーズを踏まえた災害看護研修であったが、参加者は学んだことを職場に還元し、災害時および災害対策に活用したいと考えていた。したがって、今回の研修は地域の看護師のニーズに即したものであったと評価する。災害では人的、物的に制限された現場で創造的に看護を実践する必要がある。看護師が災害看護について研鑽できるように、引き続き大学発信型の災害看護対応システムの構築と医療機関と連携した災害看護に関する現任教育の支援を行う必要がある。

謝辞

アンケートの記述にご協力頂きました研修参加者の皆様に心より感謝いたします。本研究は10回日本赤十字看護学会学術集会 (東京) において実践報告として発表をした。また本研究は、平成29年度学校法人日本赤十字学園赤十字と看護・介護に関する研究助成 (研究代表者大重育美) を受けて実施した。

利益相反

利益相反なし

文献

伊藤とし子 (2014). 臨床現場における災害看護の人材育成. 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 75-78.
小林恵子・東樹博美・駒形ユキ子・三澤寿美・長谷川

- たか子・田中浩之・佐藤まゆみ・栗原孝子・長部タミ (2009). 災害看護研修受講者の受講動機と学習ニーズ—受講者の被災および被災地支援経験との関連—. 日本看護研究学会地域看護, 40, 38-40.
- 公益社団法人日本看護協会 (2014). 災害看護支援ナース派遣要領. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/saigai/pdf/hakenyoryo.pdf> (2019.11.2)
- 文部科学省 (2017). 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の習得を目指した学習目標. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_iicsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf (2019.11.2)
- 向後千春 (2012). いちばんやさしい教える技術. 東京:長岡書店.
- 大重育美・菅原直子・黒田裕美・有安直貴・清末定美・福島綾子・苑田裕樹・山本孝治・姫野稔子・高橋清美・田村やよひ (2019). 災害看護研修に対する医療施設のニーズ調査. 日本赤十字看護学会誌, 19(1), 31-36.
- 大島理恵子・増野園恵・奥野信行・渡邊智恵・鶴山治・南裕子・山本あい子 (2007). 看護職向け災害看護研修の実施と評価. 日本災害看護学会誌, 8(3), 21-30.
- 鈴木克明 (2015). 研修設計マニュアル—人材育成のためのインストラクショナルデザイン—. 京都:北大路書房.
- 浦田喜久子 (2014). 日本赤十字社における災害看護の人材育成～災害看護教育の強化～. 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 79-82.

実践報告

学士課程における卒業前の看護技術演習に関する実践報告
—シミュレーション学習にOSCEを連動させて—

倉岡有美子, 大重 育美, 姫野 稔子, 高橋 清美

Conclusions from the Course Nursing Exercise Including OSCE
Integrated Simulation-Learning for Fourth-Year Nursing Students

Yumiko Kuraoka, Narumi Ooshige, Toshiko Himeno, Kiyomi Takahashi

キーワード：看護学生, 看護実践能力, シミュレーション学習, 客観的臨床能力試験 (OSCE)

key words : nursing student, nursing practice ability, simulation-learning, objective structured clinical examination (OSCE)

要 旨

A大学の4年生対象の看護技術演習に、看護実践能力の向上を目指して、シミュレーション学習と結びつけたOSCEを導入した。本稿の目的は、本演習科目について、科目の実践内容と評価を記述することである。本演習科目の学習目的は、看護職者として必要な知識・技術等の能力が身についているか客観的に評価するとともに、自らの課題解決に向けて取り組むことであった。シミュレーション学習を実施した結果、90%以上の学生が「十分できる」と回答した項目は19項目中16項目であった。また、評価表の自由記載欄の記述内容より、学生は自分の実力を見直し、卒業までに克服すべき課題を明確にしていた。OSCEを実施した結果、60点満点で平均45.4点(75.7%)であった。本演習科目は、学生の看護実践能力の向上を促進できたと考える。一方で、シミュレーション学習とOSCEを結びつけることによる学習効果を、より高められるような工夫が必要であることが示唆された。

1. はじめに

文部科学省は、看護系大学の急増と看護学教育の充実に対する社会的要請の高まりを背景に、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」(文部科学省, 2017)を発表し、各大学の学士課程における看護学教育の水準の維持向上を目指した。その中で、看護系人材として求められる基本的な資質・能力の1つとして、「看護実践能力」を挙げ、学修のねらいを「統合された知

識、技術、態度に基づき、根拠に基づいた全人的な看護実践を学ぶ」と示した。また、「看護基礎教育検討会報告書」(厚生労働省, 2019)では、わが国の医療情勢をふまえて、「看護職員が対応する対象の多様性や複雑性が増しており、看護職員にはこれまで以上に高い能力が求められている」と指摘した。そのうえで、卒業時に求められる看護技術の到達度のレベルが明確に示された。これらの報告から、看護系大学において、卒業時の学生の看護実践能力をより高めるため

受付日：2020年4月21日 受理日：2020年11月14日

日本赤十字九州国際看護大学 Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing

に、教育内容と方法を改善していくことが求められているといえる。

実践の科学である看護学において、実践能力の獲得には、体験学習が欠かせない。岡谷（2019）は、体験学習の1つとしてシミュレーション学習を挙げ、「シミュレーション学習は、学生の実習での経験を補完し、学生が最低限必要な実践能力を身につけることを可能にする」と指摘している。

また、医学教育では、1992年より、医学生を対象に客観的臨床能力試験（objective structured clinical examination: OSCE, 以下、OSCE）が導入され、看護教育では2001年頃から大学や専門学校、あるいは継続教育で用いられるようになった。OSCEは、ペーパー試験による知識や理解の確認だけでなく、技術や実践のプロセス、実践時の態度やマナー、習慣等を総合的に評価する方法として、単なる技術試験とは異なり、看護ケアの理解の程度や実践行動プロセスを確認するツールとして有効であると考えられている（中村、2011a）。

これらをふまえて、筆者らは、所属する大学の演習科目において、シミュレーション学習を導入して学生の看護実践能力を育成すること、そして、OSCEを実施して学生の看護実践能力を評価し能力の向上を促進することが必要であると考えた。看護基礎教育にOSCEを取り入れた他大学の報告を概観すると、OSCEの実施時期は、大きく実習前後と卒業前に分けられた。さらに、卒業前にOSCEを実施するメリットとして、「看護実践能力の判断力（認知）、配慮行動（情意）、看護技術（精神運動）を評価でき、自己の課題を明確化することができる」（山本、2008）と指摘されていた。そのため、筆者らは、卒業を間近に控えた4年生にOSCEを実施することを決定した。また、卒業前にOSCEを実施した多くの報告（中村・渡邊・戸田他、2016；鈴木・井上・高橋他、2018）では、OSCE単独で実施していたが、筆者らは、学生の看護実践能力を育成するためには、シミュレーション学習と結びつけて実施することでより高い学習効果を期待できると考え、シミュレーション学習とOSCEを結びつけた看護技術演習をデザインした。

本稿では、2019年にA大学4年生を対象に実施した卒業前の看護技術演習について、科目の実践内容と評価を記述することを目的とする。これによって、看護基礎教育において、シミュレーション学習やOSCEをより効果的に実施するための基礎的資料とすることができると考えた。

II. 卒業前の看護技術演習の概要

本演習の学習目的は、看護職者として必要な知識・技術等の能力が身につけているか客観的評価を行うと

ともに、自らの課題解決に向けて取り組むこととした。到達目標は、1. 自己の看護実践能力を明らかにしたうえで、課題解決および能力の向上に向け、実践的な看護を学ぶことができる、2. 状況判断が必要な事例について、学生が検討し、既習の知識や技術、経験をもとに必要な臨床技術を考え、観察、実践、報告できる、3. OSCEへの取り組みを通して、看護職者としての今後の課題を明確にできる、の3点とした。

OSCEの一般目標は、「脳梗塞で片麻痺があり、さらに肺炎を併発し発熱していた患者に対して、検査室への移動が可能か否かを判断し、患者が安全に移動できるよう介助できる」とした。行動目標は、①患者の呼吸状態が安定していることを確認する、②車いすで検査室へ行くことについて患者に説明し同意を得る、③左麻痺を考慮して車いすを配置する、④酸素チューブを付け替えて流量を確認する、⑤安全に配慮しベッド-車いす間の移動を介助する、⑥移動後に点滴速度を確認する、⑦移動後に呼吸状態を確認する、⑧移動後にベッド周囲を整える、以下は全体を通して⑨患者に必要なタイミングでこれから行うことを説明し反応を確認する、⑩酸素ルートに留意する、⑪点滴ルートに留意する、⑫点滴棒の位置を適宜安全な位置に変更する、の12項目とした。

シミュレーション学習の方法は、教員が提示する4つの事例についての学生の事前学習、事前学習に基づくグループ学習（1グループ4～5名で、患者役、看護師役等を担当する）とした。4つの事例は、看護の基盤（基礎看護）領域、メンタルヘルス領域、小児看護領域、老年看護領域の教員が1事例ずつ作成し、各事例の演習に2コマをあてた（表1）。この4つの領域を取り上げた理由は、学生が卒業後に経験する可能性が高い領域と考えたためである。また、事例は、各領域に特徴的な患者を想定して作成し、教員として学生に身につけてほしいと考える実践能力を獲得できるよう演習内容を工夫した。

各事例の演習は、シミュレーション教育の一連の流れ（阿部、2013, p.61）である、事前学習、ブリーフィングセッション、シミュレーションセッション、デブリーフィングセッション、評価・まとめセッション、を参考に演習の内容を以下のように計画し実施した。1) 事前学習、2) ブリーフィング、3) グループ内で患者情報の確認とディスカッション、4) 物品準備・練習（シミュレーション1回目）、5) デブリーフィング、6) 教員からのフィードバック、7) グループディスカッション、8) 修正した看護ケアの実施（シミュレーション2回目）、9) 教員からのまとめ、10) 自己評価、とした。デブリーフィングには、デブリーフィングガイドを使用し、学生はグループメンバーとともに振り返りを行った。各事例の演習の評価方法は、教員が、事例患者に提供する看護のプロセ

表1. 看護技術V（演習・1単位）の授業計画

回 (90分/回)	授業内容	授業 方法
1	ガイダンス 事例提示	講義
2	事例に基づく技術演習（看護の基盤領域）	演習
3		
4		
5	事例に基づく技術演習（小児看護領域）	演習
6	事例に基づく技術演習（メンタルヘルス）	演習
7		
8		
9	事例に基づく技術演習（老年看護領域）	演習
10	看護技術試験（OSCE）のオリエンテーション	講義
11	看護技術試験（OSCE）	演習
12		
13		
14		
15	まとめ 1) 技術試験のフィードバック 2) 演習を通して、自己の課題を明確にし、課題解決に向けた取り組みを考察する 3) 情報や研究成果を活用し、看護実践能力とは何かについて考察する	演習

スに沿った評価表を作成し、学生個人が、各項目に「十分できる」「不十分である」の2択で回答した。さらに、評価表には、「自己のケアを振り返っての感想や気付き」を自由に記載する欄を設けた。

本科目を履修した学生数は104名であり、開講期間は、2019年10月～11月であった。講義、グループ学習、OSCEは、全てA大学で実施した。

III. 倫理的配慮

学生には、シミュレーション学習での自己評価の結果、OSCEの評価結果、および、学生が記入する科目評価を分析し、学術誌に投稿する予定であることについて、本科目の講義時に口頭で説明し、学内ポータルサイトにて同様の内容を周知した。さらに、全ての講義が終了し、学生全員に本科目の成績を通知した後に、あらためて、研究協力依頼文書と投稿する予定の原稿を学内ポータルサイトにて周知した。

その際、学生には、評価結果はいずれも匿名化して分析しているため、個人の特定は不可能となっていることを伝え、自分の評価結果を使用してほしくない場合は使用を拒否できること、使用してほしくない場合は申し出てほしいことを伝えた。学生より使用拒否の申し出があった場合は、申し出があった学生のデータ

を取り除いて分析し直すことを約束した。

学内ポータルサイトにて周知後、学生がメッセージを読んだことを確認し、学生より使用拒否の申し出がなければ、データの使用に同意したとみなした。

本研究は、日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会にて承認を受けた（承認番号：19-028）。

IV. 各領域の事例と学生の自己評価の結果

ここでは、各領域の事例を紹介する。学生の自己評価の結果は、紙面の都合上、看護の基盤領域のみを示す。

A. 看護の基盤領域

1. 事例と演習の内容

看護の基盤領域の事例の演習目標は、1) 誤嚥リスクのある患者の食後の評価を実施できる、2) 食後の誤嚥防止ケアを実施できる、3) 転倒リスクのある患者の排泄援助を実施できる、4) 左片麻痺患者の体位の工夫ができる、とした。

患者（A氏）は、60代男性で脳梗塞発症後1週間経過した状態とし、バイタルサインはおおむね安定しており、神経学的所見は、Japan Coma Scale (JCS): I-3、従手筋力テスト（Manual Muscle Test; MMT）右上下肢：5、左上下肢：3程度（支えがあれば立位保持可能）、瞳孔径は左右とも4mmで対光反射あり、構音障害があり、左口角より流涎もみられる、とした。また、患者は、リハビリテーション療法を受けており、転院する方向である、とした。

学生には、前述した患者情報を示したうえで、食後のケアとポータブルトイレでの排泄介助を指示した。学生が、患者役と看護師役に分かれ、一通り食後のケアと排泄介助を行った後に、1つのグループに患者の食後のケアを、また別のグループに排泄ケアを実施してもらい、それを学生全体で見ても意見交換を行い、教員が助言をした。また、「教員からのフィードバック」の時間には、看護技術のDVD（菱沼・佐居、2013）「ベッドから車いすへの移乗」を視聴し、特に、片麻痺患者の移乗を支える動作について確認をした。これらをふまえて、学生は、最終的にベストと考える看護ケアの提供を行い、演習は終了した。

2. 学生による自己評価の結果

演習を終えた時点での学生の自己評価の結果を表2に示す。履修者104名のうち、自己評価を提出した学生は96名であった。90%以上の学生が「十分できる」と回答した項目は、「食物残渣がないか口腔内を観察する」等で19項目中16項目であった。

学生が「自己のケアを振り返っての感想や気付き」として記述していた内容について、内容分析を行った結果、学生は、患者の残存機能を活かすことの重要性に気付き、そのために患者に説明する必要があること

表2. 学生による自己評価の結果（看護の基盤領域事例）

評価項目	十分	不十分
1. 誤嚥リスクのある患者の食後の評価が実施できる		
・食物残渣がないか口腔内を観察する	95(99.0)	1(1.0)
・マウスケアの必要性を説明する	74(77.1)	22(22.9)
2. 誤嚥防止ケアが実施できる		
・左片麻痺を考慮したうえで物品を配置する	93(93.9)	3(3.1)
・患者の体位を整えることができる	95(99.0)	1(1.0)
・タオルなどを用いて汚染しないように患者の保護を行う	96(100)	0
・自主性を促し必要以上の介助をしない	95(99.0)	1(1.0)
・適切な声かけをする	89(92.7)	7(7.3)
・終了後に口腔内の評価をおこなう	91(94.8)	5(5.2)
・オーバーテーブルを現状復帰する	84(87.5)	12(12.5)
3. 転倒リスクのある患者の排泄援助が実施できる		
・左片麻痺を考慮したうえでポータブルトイレを配置する	96(100)	0
・ベッドのギャッチアップを利用する	95(99.0)	1(1.0)
・自主性を促し必要以上の介助をしない	93(93.9)	3(3.1)
・適切な声かけをする	87(90.6)	9(9.3)
・両足が床につき、右手で何かをつかんでいることを確認する	92(95.8)	4(4.2)
・プライバシーを配慮する	91(94.8)	5(5.2)
4. 左片麻痺患者の体位の工夫ができる		
・食後のためのヘッドアップを促す	91(94.8)	5(5.2)
・左片麻痺を考慮したうえで、ベッド上で患者が安定して座位が取れるような枕などを利用している	96(100)	0
・適切な声かけをする	92(95.8)	4(4.2)
・最後に現状の体位で座っていられるか患者に確認する	82(85.4)	14(14.6)

n=96, ()は%を示す

やアセスメントが重要であることについて思い至っていた。また、誤嚥リスクのアセスメントやボディメカニクスの重要性といった既習の内容を想起し結びつけるとともに、自身の成長を実感することができていた。

さらに、シミュレーション学習という学習形態について、学生は、「グループ内でアイデアや意見を出しながら実施して改善できたことがとてもよかった」や「他のグループの実践を見ることができ参考になった」と記述しており、学生同士で試行錯誤や意見交換をしながらベストなケアを探求することができたと評価していた。

B. 小児看護領域

小児看護領域の事例の演習目標は、1) 泣いている乳児をあやすことができる、2) 気管支喘息の主要症状を観察できる、3) 乳児の年齢に応じた声かけをしながらバイタルサインを正しい順序で測定できる、4) 入院時の情報、主要症状およびバイタルサイン結果からアセスメントできる、5) 酸素の必要性についてアセスメントができ必要物品の準備ができる、6) 指示された抗生剤の投与量を計算できる、7) 患児の周囲の環境に配慮して、安全性を確保できる、とした。

状況設定として、患児（Bちゃん）は生後8か月の女児で、本日外来を受診し、気管支喘息疑いと診断されて、そのまま入院となった。母親は荷物を取りに帰

宅するため、看護師に依頼して不在である。Bちゃんは、サークルベッドの中にいるが、あなたが近づくと泣き出した、とした。

学生には、前述した患者情報を示したうえで、受け持ち新人看護師として、バイタルサイン測定するよう指示した。さらに、演習当日、学生には、Bちゃんの主治医が指示したと設定した架空の注射処方箋を配布し、抗生剤の使用量を算出すること、Bちゃんの身長、体重から栄養アセスメントをすること、教員が用意した医療機器の一覧表からBちゃんに必要な機器を選択すること、を課した。この演習時に、教員が工夫した点として、発達段階に配慮した対応をするためにさまざまな玩具を準備して選択できるようにしたこと、気管支喘息の病態を理解したアセスメントができるように小児の胸部レントゲン写真等の視覚的教材を用意したこと、対象年齢の児の予測できない動きをイメージしやすく、教員が事前に対象同年齢の児の様子を撮影しDVDを作成し、演習当日学生に視聴させたこと、が挙げられる。

C. メンタルヘルス領域

メンタルヘルス領域の事例の演習目標は、1) 希死念慮の可能性のある患者と対話する準備ができる、2) 傾聴するためのコミュニケーション技術が実施できる、3) TALKの原則に基づく質問ができる、4) 患者の安全性を確保することができる、とした。

患者（C氏）は、50代の女性で健康診断の際に肺がんが疑われたため、検査目的で入院中とした。検査の結果、肺がんの進行度はIa期で外科的手術の適応があるため一度退院し、再度入院予定であるとした。患者の入院時の体重は1か月前と比べると5kg減少し、入院後は食事摂取量が減少し、症状として血痰と全身倦怠感、咳嗽があるとした。患者は、毎晩消灯後に「寝付けない」といって、23時に不眠時の薬を希望してくる。また、会話も少なく、時々「手術してまで長生きしたくない。いろいろと考えています、夫や娘に迷惑をかけているから。」と語る、とした。学生には、前述した患者情報を示したうえで、新人看護師として、病気に対するCさん本人の想いを聴き、Cさんの安全を確保するための看護を実践するよう指示した。

D. 老年看護領域

老年看護領域の事例の演習目標は、1) 身体可動性障害のアセスメントをすることができる、2) 1) のアセスメントに応じた更衣を実施することができる、3) 1) のアセスメントに応じた排泄介助を実践することができる、4) 複数の技術に対し、患者の安楽に配慮しながら実施できる、5) 実践した看護行為の意図や根拠を説明することができる、とした。

患者（D氏）は、90代女性で、3年前に心原性右脳梗塞を発症し、左完全麻痺とそれによる機能的尿失禁がみられる状態とした。また、左肩関節は関節可動域が狭くなっており、左肘関節に拘縮がみられ、左膝関節にも拘縮がみられる。ナースコールが鳴ったため訪室すると、シーツや寝衣が尿汚染されていた、とした。

学生には、前述した患者情報とさらに詳細な患者情報（既往歴、内服薬、日常生活自立度、改定長谷川式簡易知能評価スケール得点、関節可動域等）を示し、事前課題として、患者の状態をアセスメントし、アセスメントに基づいた看護ケアを導き出すことを課した。さらに、演習の課題として、学生には、Dさんにできるだけ身体的負担をかけないように配慮して、更衣とおむつ交換、シーツ交換を行うよう指示した。

老年看護の現場では、高齢者の身体・心理状況により、同一対象であっても援助の度合いや方法が異なるという特性がある。そのため、その時々のアセスメントとそれに対応する援助方法の変更が求められる。これらをふまえ、事前課題を課し、演習では、グループで個々の結果を共有させ、アセスメントによる援助方法の違いを認識させた。さらに、グループにおける患者設定と援助方法を決定させた。教員は、学生が実施している援助がどのようなアセスメントと患者設定に基づいているのかを問い、援助方法との整合性・適切性を伝えた。

演習課題は、就職後の比較的早い時期に経験するであろう3つの技術を複合的に組み合わせさせた。学生たち

は、試行錯誤しながらグループなりの方法を導き出していた。当該演習課題は難易度が高く、時間を要していたが、一通り最後まで到達したグループにアセスメント内容および患者設定と援助の実際を発表させ、教員がフィードバックした。また、技術面では、要所でポイントを説明しながらデモンストレーションを実施し、対象の体位や安楽さが変化すること、寝衣やシーツが整然とすること等を確認させた。

V. OSCEの内容と評価結果

A. OSCEのスケジュール

OSCEのオリエンテーションとして1コマ、OSCEの実施に4コマ、OSCE後のフィードバックに1コマをあてた。これとは別に、学生がOSCE前に自己練習できるよう演習室を3時間確保した。

OSCEは演習室で実施し、6ブースを設置した。各ブースには、試験課題と看護ケアの提供に必要な物品を置いた。学生1人あたりの実施時間は15分とし、現状復帰と評価者である教員からの個別フィードバックの時間も含めた。

B. 試験課題

担当教員間で話し合い、OSCEの事例として看護の基盤領域の事例A氏を選択した。その理由は、卒業後に学生が看護師として受け持つ可能性が高い事例であり、他大学でもOSCEにおいて、片麻痺患者の事例を採用していたり（中村・渡邊・戸田他、2016）、学生に車いす移乗を課していたりした（光木・毛利・笹川他、2011）ことを参考に適切であると考えたためである。学生には、OSCEのオリエンテーション時に、A氏の追加情報として「2日前から発熱があり、胸部レントゲン検査の結果、肺炎の徴候が確認された。A氏の水分と食事の摂取量が低下したため、現在持続点滴が開始されている。車いす移乗は可能だが、SpO₂が90%まで低下したため、ネーゼルカニューレで酸素3ℓが開始されている」と示した。学生には、ここまでの情報で、A氏に必要と考えられる看護技術を想定して自己練習しておくように伝えた。試験当日に、各ブースで、A氏のさらなる追加情報と試験課題を学生に提示した。

C. 評価結果

各ブースを担当する教員が、行動目標の12項目について、学生の到達状況を1点（全くできない）～5点（よくできる）で評価し、全て「よくできる」で60点満点とした。平均点は45.4（±6.7）（75.7%）であった。

D. フィードバック

まず、各ブースでOSCEを終えた学生に対して、退室する前に、担当した教員から不十分だった点等について個別にフィードバックを行った。次に、講義の第15回に、4年生全員を講義室に集めてフィードバック

を実施した。OSCEの際に用いた評価表を投影して学生に示し、それぞれの項目の説明と評価者として気になった点や具体的な改善点を説明した。

VI. 科目に対する学生による評価

A. シミュレーション学習に対する学生による評価

科目終了後の学生評価では、「授業の目的および到達目標を達成したか」に36% (n=88)の学生が「そうである」、41%の学生が「どちらかといえばそうである」と回答していた。自由記述として、「4月から臨床で働くことを意識して行うことができ、各領域の演習ができてとても良かった」、さらに、「課題の練習をすることで、自分に足りない技術が何であるのかを明らかにすることができた。足りない技術を卒業までに練習していきたい」とあった。

演習の改善点として、学生は、時間配分に関する課題を指摘していた。また、酸素ボンベの取り扱い、注射、吸引、点滴等の診療の補助業務に関する演習をしたいという要望を持っていた。

B. OSCEに対する学生による評価

OSCEでは、演習で実施した看護技術とは異なる技術を試験課題として課したため、学生は、「とても戸惑った」、「事前に練習しなかった」と記述していた。学生からの意見が最も多かった(有効回答88中11件)点は、人形を患者役としたことについてである。学生は、「患者役が人形だと患者のイメージができなかったため、患者役は人間の方がよかった」、「実施後に患者役の方から評価をいただき、最後の合同講義でフィードバックがほしい」と記述しており、OSCEでは、模擬患者を対象にケアすることを切望していた。

VII. 考察

A. シミュレーション学習とOSCEを結びつけた看護技術演習の有用性

本科目では、学生の看護実践能力の向上を目指して、シミュレーション学習とOSCEを結びつけて実施した。まず、シミュレーション学習について、学生の自己評価の結果より、目標をおおむね達成できたと考える。また、学生は、シミュレーション学習に積極的に取り組み、自分の看護実践能力を見直し、卒業までに克服すべき課題を明確にすることができていた。本学と同様に、4年生にシミュレーション学習を実施した報告(光木・毛利・笹川他, 2011)によると、学生は、良かった点として、「練習にもなりイメージがわく」「実践的だから」「看護師になった時の自信につながる」と記述しており、本研究との共通性がみられた。4年生を対象に卒業後の実践をみすえてシミュレーション学習を実施することの有用性が示唆され

た。

次に、OSCEについて、学生アンケートより、「OSCEに向けて自己練習に励んだ」と記述していた。また、本科目でのOSCEの評価結果は、60点中平均45.4点(75.7%)であった。OSCEの評価得点を示した先行研究(吉田・園田・伊東他, 2016)によると、2つの課題事例で、それぞれ、100点中68.8(±9.9)点、73.1(±13.6)点であった。課題事例や評価項目は、本科目とは異なるものの、先行研究と比較して得点率に大きな差はなかったと考える。このことから、学生は、シミュレーション学習を経験し、さらに、OSCEに向けて自己練習に励んだことで、看護実践能力を高めることができたと考える。

B. シミュレーション学習とOSCEを結びつけた看護技術演習の課題

本科目のOSCEで、教員は、シミュレーション学習で使用した事例と同一の患者を課題事例として用いることで、OSCE単独で実施するよりも高い学習効果を狙った。具体的には、学生には、事前にOSCEの課題として、演習で用いた事例A氏を採用することとA氏の追加情報を伝え、必要と考える看護技術を考え、練習しておくように伝えていた。これには、担当教員として、学生にA氏の状態の変化を捉え、必要な援助を発展的に考えてほしいという意図があった。しかし、学生からは、シミュレーション学習で実施した看護技術とは異なる技術を試験課題として課されたため、戸惑ったという意見があった。このことから、本科目では、シミュレーション学習とOSCEを結びつけることで狙った利点を十分に活かせなかったと考える。中村(2011b)は、OSCEの実践例として、課題は「①演習授業のなかで学生が実施しているもの、②臨地実習で体験する頻度が多い技術項目であることを基本的な考え方とし、可能な限り模擬患者を活用できる設定とした」と述べていることから(p.11)、本科目においても、OSCEの課題を、演習で実施した看護技術の中のいずれかと同一の内容とすれば、OSCEの得点の上昇がみられ、学生もより一層達成感を得られたと考える。

また、本科目では、シミュレーション学習は学生が患者役となったが、OSCEでは患者役を人形とした。この点も、シミュレーション学習とOSCEとの間に生じた相違であり、学生の混乱を招いた可能性がある。特に、OSCEの課題として、患者の移動に関する技術が含まれており、人形を相手に学生が一人で実施するには無理があった。OSCE実施の際の患者役については、さまざまな大学で模擬患者が活用されており、渡辺・工藤・山本他(2011)も「模擬患者からのフィードバックは、教員からの言葉よりも学生の印象に残りやすい」、「学生にさまざまな影響があり、実習と類似した臨場感を体験するものと思われる」と指摘してい

る。一方で、模擬患者導入の課題としては、シナリオを暗記する等模擬患者役の負担、そして、謝金等の人件費の確保が挙げられる。これらの課題もふまえて、担当教員は、シミュレーション学習とOSCEを結びつけることによる学習効果を、より高められるよう改善していく必要があることが示唆された。

VIII. 結論

本科目では、学部4年生に対してシミュレーション学習とOSCEを結びつけた看護技術演習を実施した。評価結果より、学生は、シミュレーション学習の目標をおおむね達成でき、OSCEの得点率は75.7%であった。このことより、本科目は、学生の看護実践能力向上を促進できたと考える。一方で、シミュレーション学習とOSCEを結びつけることによる学習効果を、より高められるような工夫が必要であることが示唆された。

謝辞

本稿の執筆にあたりデータの提供を承諾いただいたA大学4年生の皆様へ心より感謝いたします。

利益相反

本研究に関連する利益相反はない。

文献

- 阿部幸恵 (2013). 臨床実践力を育てる！看護のためのシミュレーション教育 (第1版). 東京：医学書院.
- 菱沼典子総監修, 佐居由美・大久保暢子・伊東美奈子・大橋久美子監修・指導 (2013). 最新基礎看護技術DVDシリーズ1 排泄・食事・移動編 第8巻. 東京：丸善出版.
- 厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (2020/11/16)
- 文部科学省 (2017). 看護学教育モデル・コア・カリ

キュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf (2020/11/16)

- 中村恵子 (2011a). OSCEの概要と看護教育における意義. 看護展望, 36(6), 516–520.
- 中村恵子 (2011b). 看護OSCE (第1版). 東京：メヂカルフレンド社.
- 中村ともゑ・渡邊聡美・戸田由美子・笹本美佐・中管理恵子・山崎歩・山本加奈子・鈴木香苗・松原みゆき・川西美佐・眞崎直子 (2016). 卒業前OSCEを通して学生が認識した自己の成長と課題. 日本赤十字広島看護大学紀要, 16, 67–76.
- 光木幸子・毛利貴子・笹川寿美・滝下幸栄 (2011). 学士課程4年生の看護実践能力向上を目指した授業の効果と課題. 京都府立医科大学雑誌, 120(10), 769–780.
- 岡谷恵子 (2019). 看護学教育のパラダイム転換：シミュレーション学習による「深く考え、行動する」看護者の育成に向けて. 看護教育, 60(8), 600–608.
- 鈴木美代子・井上都之・高橋有里・三浦奈都子・藤澤望・平野昭彦 (2018). 4年次の看護技術統合演習に客観的臨床能力試験 (OSCE) を導入した教育効果. 岩手県立大学看護学部紀要, 20, 39–52.
- 山本絵奈 (2008). 看護実践能力の評価 平成19年度卒業時OSCE (客観的臨床判断能力試験) を実施して. 京都中央看護保健専門学校紀要, 15, 47–54.
- 吉田理恵・園田裕子・伊東健太郎・村林宏・山本美紀・尾山とし子・山川京子 (2016). 本学における4年次客観的臨床能力試験 (OSCE) の現状と課題. 日本赤十字北海道看護大学紀要, 16, 21–29.
- 渡邊由加利・工藤京子・山本勝則・吉川由希子・渕本雅昭 (2011). OSCEにおける模擬患者への支援と模擬患者によるフィードバック. 看護展望, 36(6), 539–543.

資 料

緊急入院した高齢者のせん妄回復時に消失した発症要因

木村 勇喜¹, 百田 武司²

Influential Factors as They Affect Recovery from Delirium in Elderly Individuals Who Require Emergency Hospitalization

Yuki Kimura, Takeshi Hyakuta

キーワード：緊急入院, 高齢者, せん妄, 回復

key words : emergency hospitalization, elderly individuals, delirium, recovery

要 旨

目的：緊急入院した高齢者で、せん妄回復時に消失したせん妄発症要因を明らかにする。方法：緊急入院した65歳以上の患者で、せん妄評価尺度（ナース版）において、せん妄を発症した35人を対象に、診療録から調査を行った。結果：せん妄回復時に消失したせん妄発症要因は、「疼痛」、「発熱」、「血清クロールの異常」、「ベンゾジアゼピン系薬剤の使用」、「侵襲の多い検査・処置」、「経皮的酸素飽和度の異常」、「治療拒否の訴え」、「不安の訴え」、「不眠の訴え」、「時計の不設置」がせん妄発症時に比べ、せん妄回復時で有意に少なかった。結論：緊急入院した高齢者のせん妄回復時に消失したせん妄発症要因が明らかになり、せん妄発症後、せん妄回復に向けた看護援助の方向性の示唆となった。

1. 緒言

高齢者は加齢に伴い、身体機能が低下している。そのため、入院という環境の変化に適応することが困難になり、その結果せん妄を発症しやすい。American Psychiatric Association (2013/2014, pp.292-293) によると、入院患者のせん妄有病率は14-24%であり、救急科に入院する高齢者では、10-30%と報告されている。

せん妄に関する研究として、発症要因や発症パターンに関する研究（長谷川, 1999, pp.36-46, 2010, pp.50-59; 栗生田・長谷川・太田他, 2007, pp.21-31; 福田・上村, 2008, pp.26-34; 菅原, 2013, pp.28-37)

や、せん妄アセスメントツールの開発（綿貫・酒井・竹内, 2001, pp.46-63; 南川・太田・栗生田他, 2002）、発症予防の介入研究（Inouye, Bogardus, Charpentier, et al., 1999, pp.669-676）など、発症予防や早期発見についての研究が蓄積されてきた。一方、一旦発症したせん妄からの回復に関する研究として、薬物療法を含む複数の介入を行う研究（Pitkala, Laurila, Strandberg, et al., 2006, pp.176-181）は、効果を示しているものの、非薬物療法による研究では、十分なエビデンスを持つ研究成果は得られていない（Cole, Cusker, Bellavance, et al., 2002, pp.753-759）。また、効果を示した薬物療法を含む複数の介入を行う研究において、複数の介入を同

受付日：2018年7月24日 受理日：2020年4月9日

1. 広島赤十字・原爆病院 Hiroshima Red Cross Hospital & Atomic-bomb Survivors Hospital
2. 日本赤十字広島看護大学 Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

時に行うことによって、せん妄の回復を促進することは明らかになったものの、せん妄発症した者が回復までの過程の中でどのような影響を受け、せん妄の回復の促進につながったかについては検証されていない。より効果的なせん妄の回復を促進させる看護ケアを構築するためには、せん妄発症時から回復する過程に着目し、回復に影響を与える要因を明らかにする必要がある。これらの点を踏まえて、福田・上村(2008, pp.26-34)は、せん妄の回復を促進する要因とせん妄発症時に行われた看護ケアの実態を明らかにする目的で、高齢期の呼吸器疾患患者を対象に、研究を行っている。その結果、いくつかのせん妄の回復を促進する要因が示唆され、その回復の要因を基盤とした看護介入方法の構築の展望が示されている。しかしながら、福田・上村(2008, pp.26-34)の研究では、せん妄発症した対象者の診療科や人数が限定されており、緊急入院患者に焦点が当てられていない。緊急入院患者の心理的特徴として、急激な症状や危機的状況に直面することで、精神的平衡状態を保つ働きが崩れ、その結果、不安や恐怖はより強くなり、せん妄を引き起こしやすいとされる(松井・山勢, 2010, p.8)。また、高齢者は加齢に伴い、急激な環境の変化への適応が困難である(長谷川, 2010, p.57)という特徴から、予定入院以上に緊急入院した高齢者は、せん妄を発症しやすいと考える。そのため、緊急入院した高齢者に対するせん妄の予防策を実施することが重要である。ただ、予防策を講じて、全てのせん妄発症を予防することは困難であり(Inouye, Bogardus, Charpentier, et al., 1999, pp.669-676)、せん妄を発症した患者に対して、せん妄回復を促進するケアを行う必要がある。特に、緊急入院が必要と判断された重症の高齢者では、せん妄が発症しやすいため、緊急入院した高齢者へのせん妄に対するケアとして、発症予防や早期発見だけでなく、発

症したせん妄の回復を促進するケアが重要である。

そこで、本稿では、緊急入院した高齢者で、せん妄を発症した患者のせん妄回復時に消失したせん妄発症要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究の枠組み (図1)

緊急入院した高齢者は、「せん妄発症要因」が加わることによって、「せん妄発症」と「せん妄未発症」の2つに分かれるとした。急性期病院で内科的治療を受けた高齢者がせん妄を発症する場合、入院3日間以内に発症する傾向がある(長谷川, 1999, p.39)ことから、本稿では、「せん妄発症」と「せん妄未発症」を判断する期間を入院から3日間と設定した。また、せん妄発症した者は、「せん妄発症要因」の消失によって、「せん妄回復」と「せん妄持続」に分かれるとした。せん妄回復の有無について追跡して判断する期間は、せん妄が回復するまでの期間が数日から数週間であり、せん妄を発症した対象者の約半数がせん妄発症3日間で回復したとの報告(長谷川, 1999, p.39)を参考に、発症3日間と設定した。

「せん妄発症要因」は、準備因子、身体因子、誘発因子とした(Lipowski, 1990, pp.110-113)。

なお、本稿では、緊急入院し、3日間でせん妄を発症した高齢者を研究対象者として、点線で囲った部分の調査を行った。

III. 用語の操作的定義

1. せん妄回復：研究対象施設の看護師が測定したせん妄評価尺度(ナース版)(以下、DRS-Nと略す)(太田, 1998, pp.1217-1226)で12点以上から11点以下になったことをせん妄回復とした。

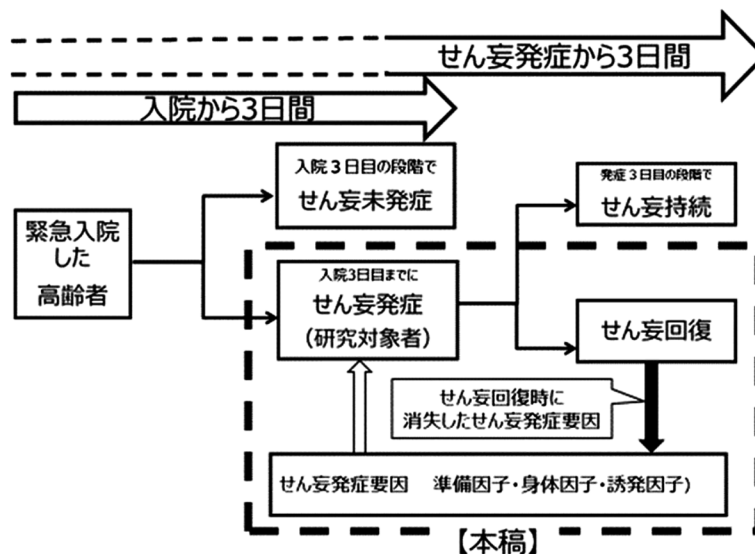


図1. 研究の枠組み

2. 緊急入院：予定入院以外の全ての入院とした。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

研究デザインは、関係探索研究デザインとした。

B. 研究対象者

中四国地方にある二次救急医療機関のA総合病院に緊急入院した患者（診療科は問わない）のうち、入院3日間にせん妄を発症した65歳以上の者（DRS-Nでせん妄と判断された者）とした。ただし、終末期と鎮静や気管挿管が実施された者は除外した。これらの条件を満たすものを、主治医より紹介してもらい、同意が得られた者を研究対象者とした。

C. データ収集期間

データ収集は、2015年4月2日から2015年6月30日であった。

D. データ収集方法

1. 使用する測定用具

せん妄の判定は、尺度開発者に使用の承諾を得た上で、DRS-Nを用いた。DRS-NはDSM-III-R分類（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. Revised Ed.）を基に作成されたDelirium Rating Scaleを一瀬らが日本語版を作成したもの（一瀬・土井・中村他, 1995, pp.1279-1285）を、看護師が評価しやすいように修正されたものである。なお、南川・太田・粟生田他（2002）によって、精神看護と老年看護の専門家および看護師、患者を対象に、信頼性と妥当性が検証されている。DRS-Nは、32点満点で、12点以上をせん妄状態であるとされ、せん妄判定は24時間の情報を基に判断される。

なお、せん妄を測定するツールは、多数存在するが、対象施設の看護師に測定の協力を得るため、研究者が、対象施設の看護師にプレテストを行ってもらい、業務に支障を起こすことなく、実施できるかについて検討を行った結果、看護師が簡便に使用できるものと判断した。また、実施するタイミングは、1日1回日勤帯午前5時の検温時に実施した。

2. データ収集項目

a. 基本属性

「年齢」、「性別」、「入院時の主病名」、「外来時の意識障害の有無」、「せん妄発症日」を診療録から収集した。

b. 準備因子

「認知症」、「脳血管疾患の既往」、「せん妄の既往」、「視力障害」、「聴力障害」の有無とした。

c. 身体因子

「疼痛」、「発熱（腋下温で37.5度以上）」、「白血球数の異常（3,500-9,000/ μ L以外）」、「C反応性蛋白の異常（0.1mg/dL以上）」、「空腹時血糖の異常（70-110mg/dL

以外）」、「血清ナトリウムの異常（136-144mEq/L以外）」、「血清カリウムの異常（3.4-4.8mEq/L以外）」、「血清のクロール（99-109mEq/L以外）」、「尿素窒素の異常（17.0 \pm 5.6mg/dL以外）」、「血清クレアチニンの異常（0.9 \pm 0.3mg/dL以外）」、「ヘモグロビンの異常（男性12g/dL以下、女性10.6g/dL以下）」、「血清アルブミンの異常（3.1g/dL以下）」、「収縮期血圧の異常（70以下200mmHg以上）」、「ベンゾジアゼピン系薬使用」、「侵襲の大きい検査・処置（24時間以内の上部消化管検査、下部消化管検査、全身麻酔下での手術、内視鏡的逆行性胆管膵管造影、心臓カテーテル検査、非侵襲的陽圧換気療法）」の有無とした。なお、血液検査結果は、せん妄発症およびせん妄回復した時点から過去24時間以内のものとした。

d. 誘発因子

「絶飲食の指示」、「排泄方法の入院前との変化」、「便秘」、「経皮的酸素飽和度の異常（SpO₂ 94%以下）」、「治療的安静指示」、「治療拒否の訴え」、「入院に伴う不安の訴え」、「不眠の訴え」、「物理的環境の変化（個室の使用、窓の不設置、カレンダーの不設置、時計の不設置）」、「人的環境への変化（看護師への不満の訴え、家族の未面会（24時間以上）、他患者への不満訴え）」の有無とした。

3. 実施手順

研究者は、同意が得られた研究対象者について、診療録からデータ収集を行った。入院時から同意が得られるまでの情報については、同意が得られた時点で遡って、診療録よりデータ収集を行った。同意を得てからは、追跡終了期間まで、前向きに診療録からデータ収集を行った。また、研究者が、同意の得られた研究対象者の診療録から、研究実施施設の看護師が測定したDRS-Nの得点について、データ収集を行った。

DRS-Nが12点以上となった時点をせん妄発症1日目とし、対象者が保有するせん妄の発症要因について、研究者が診療録よりデータ収集を行った。次に、せん妄発症から3日間のDRS-Nの得点について、診療録からデータ収集を行った。さらに、せん妄発症3日間でDRS-Nが11点未満となった時点で、せん妄回復者と判断し、その時点で保有するせん妄の発症要因についてのデータ収集を行った。また、その時点で追跡を終了した。せん妄発症から3日間でDRS-Nが11点以下にならなかった場合は、せん妄持続者と判断し、追跡を終了した。なお、データ収集については、全て研究者が、診療録から記入した。また、診療録の記録の質を高めるために、事前に病棟の看護師に対して、研究の趣旨を説明し、データ収集項目の記入を依頼した。また、不足した項目については、可能な限り担当した看護師より聴取、データ収集を行った。

E. データの分析方法

研究対象者のうち、せん妄回復した者を分析対象と

した。上記の対象者のせん妄発症時とせん妄回復時の2時点の平均値の比較には対応のあるt検定、比率の比較にはMcNemar検定を行った。なお、分析は統計解析ソフトSPSS Statistics Ver.20を用いて行った。

F. 研究の倫理的配慮

研究実施施設の管理者に対して、研究対象者の診療録閲覧に関して、同意を得た。また、研究対象者本人または家族から、書面にて同意を得た。なお、本稿は、日本赤十字広島看護大学の研究倫理審査委員会（承認番号M-1407）および研究対象施設での研究倫理審査委員会（承認番号38）の承認を得てから実施した。

V. 結果

A. 研究対象者の概要

研究対象者となった患者は、35人であり、男性が22人（62.9%）、年齢は81.7±6.93歳であった。対象者のうちせん妄回復がみられた者（以下、せん妄回復群）が、26人（74.3%）、せん妄が持続した者が9人（25.7%）

であった。研究対象者の入院時の主病名では、肺炎が9人（25.7%）であった。また、心不全が3人（8.6%）、肝不全、腎不全、腸閉塞、脳梗塞、脳出血が2人（5.7%）であった。その他の疾患が各1人（2.9%）であった。

B. せん妄回復時に消失した発症要因（表1）

せん妄発症時とせん妄回復時のせん妄発症要因の比較では、「疼痛」（ $p=0.002$ ）、「発熱」（ $p=0.000$ ）、「血清クロールの異常」（ $p=0.031$ ）、「ベンゾジアゼピン系薬剤の使用」（ $p=0.039$ ）、「侵襲の多い検査・処置」（ $p=0.016$ ）「経皮的酸素飽和度の異常」（ $p=0.000$ ）、「治療拒否の訴え」（ $p=0.000$ ）、「不安の訴え」（ $p=0.003$ ）、「不眠の訴え」（ $p=0.000$ ）、「時計の不設置」（ $p=0.002$ ）のありの割合が、せん妄発症時に比べて、せん妄回復時の方が少なかった。

VI. 考察

A. せん妄回復時に消失した発症要因

身体因子で明らかになった因子のうち、「疼痛」、「発

表1. せん妄発症時とせん妄回復時のせん妄発症要因の比較

項目	全n数	せん妄発症時	せん妄回復時	p値
DRS-Nの得点 (M±SD)	26	15.00±2.79	3.92±2.68	.000***a
【身体因子】				
疼痛（なし／あり）	26	13/13	23/ 3	.002**b
発熱（なし／あり）	26	7/19	25/ 1	.000***b
白血球数の異常（なし／あり）	24	7/17	9/15	.754 ^b
C反応性蛋白の異常（なし／あり）	24	2/22	0/24	1.000 ^b
血清ナトリウムの異常（なし／あり）	25	15/10	15/10	1.000 ^b
血清カリウムの異常（なし／あり）	25	15/10	17/ 8	.625 ^b
血清クロールの異常（なし／あり）	25	14/11	20/ 5	.031 ^{ab}
尿素窒素の異常（なし／あり）	25	11/14	11/14	1.000 ^b
血清クレアチニンの異常（なし／あり）	25	14/11	16/ 9	.625 ^b
ヘモグロビンの異常（なし／あり）	24	10/14	9/15	1.000 ^b
空腹時血糖の異常（なし／あり）	14	1/13	3/11	.625 ^b
収縮期血圧の異常（なし／あり）	26	25/1	26/ 0	1.000 ^b
血清アルブミンの異常（なし／あり）	15	8/7	7/ 8	1.000 ^b
ベンゾジアゼピン系使用（なし／あり）	26	17/9	24/ 2	.039**b
侵襲の大きい検査・処置（なし／あり）	26	18/8	25/ 1	.016 ^{ab}
【誘発因子】				
絶飲食の指示（なし／あり）	26	15/11	19/ 7	.125 ^b
入院前の排泄方法の変化（なし／あり）	26	9/17	13/13	.219 ^b
便秘（なし／あり）	26	18/ 8	22/ 4	.125 ^b
治療的安静指示（なし／あり）	26	15/11	19/ 7	.125 ^b
経皮的酸素飽和度の異常（なし／あり）	26	11/15	25/ 1	.000***b
治療拒否の訴え（なし／あり）	26	9/17	25/ 1	.000***b
不安の訴え（なし／あり）	26	13/13	23/ 3	.003**b
不眠の訴え（なし／あり）	26	8/18	24/ 2	.000***b
個室の使用（なし／あり）	26	13/13	13/13	1.000 ^b
窓の不設置（なし／あり）	26	11/15	15/11	.219 ^b
カレンダーの不設置（なし／あり）	26	0/26	0/26	1.000 ^b
時計の不設置（なし／あり）	26	1/25	15/11	.002**b
看護師への不満（なし／あり）	26	20/ 6	26/ 0	1.000 ^b
家族の未面会（なし／あり）	26	25/ 1	26/ 0	1.000 ^b
他者への不満（なし／あり）	26	24/ 2	26/ 0	1.000 ^b

^a対応のあるt検定。 ^bMcNemar検定。 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

熱],「血清クロールの異常」,「経皮的酸素飽和度の異常」においては,緊急入院した高齢者のせん妄患者の病態を示すものである。研究対象者の主疾患では,肺炎が最も多く,「発熱」や「経皮的酸素飽和度の異常」,「血清クロールの異常」のせん妄発症要因が加わり,せん妄を発症したと考える。そのせん妄発症要因が,入院後の治療や看護ケアによって,除去・軽減していくことで,せん妄回復につながったと考える。発症したせん妄患者に対して,多職種での介入によって,持続時間の減少が報告されており(Pitkala, Laurila, Strandberg, et al., 2006, pp.176-181),看護師は,多職種と協働して,身体因子を除去する働きが必要となる。そのため,せん妄回復を促進する看護師の役割として,症状を単なる病態によるものと捉えるのではなく,せん妄の回復につながる要因として捉え,積極的にアセスメントを行い,正確な情報を多職種間で共有し,早期の除去,軽減に向けた治療や看護介入を組み立てる必要があると考える。

次に,誘発因子である「治療拒否の訴え」,「不安の訴え」,「不眠の訴え」については,研究対象者の特徴を反映したものだと思われる。緊急入院した高齢者は,予定入院に比べ,入院に対する心理的な準備でできていないまま急に,慣れない病院や医療関係者の中で生活することとなるが,若年者と比べ,その環境の変化に適応しにくいという高齢者の特徴により,「治療拒否」,「不安」といった訴えがみられたと考える。そのため,24時間患者そばにいる看護師が,その訴えを受け止め,日々の関わりの中で安心感を与えられるような心理的なケアが必要と考える。また,ベッドサイドでの心理的ケアは看護師単独でも行えるものであり,看護師が早期に提供することで,これらの誘発因子が除去・軽減でき,せん妄の回復につながると考える。

「時計の不設置」については,病態による症状や急な入院に伴う時間感覚の低下から,環境変化を適応していくにあたり,時間感覚を維持することが重要となる。そのため,時計の設置といった環境整備を行い,時間感覚を維持できる関わりが,せん妄の回復促進に必要であると考えられる。

本稿で明らかとなった,せん妄回復時に消失したせん妄発症要因について,福田・上村(2008)の高齢者呼吸器疾患患者を対象した研究との比較では,「発熱」と「不眠の訴え」については,類似した結果となった。しかしながら,今回,「疼痛」,「血清クロールの異常」,「ベンゾジアゼピン系薬剤の使用」,「侵襲の多い検査・処置」,「経皮的酸素飽和度の異常」,「治療拒否の訴え」,「不安の訴え」,「時計の不設置」があることを明らかにしたことが新たな知見である。これらは,緊急入院した高齢者の病態や特徴を反映していたものであり,せん妄を発症した場合,回復に向けて介入する際の看護ケアの方向性が示唆された。

B. 研究の限界と今後の課題

今回は,診療録からの調査であったため,調査項目に設定した以外のせん妄回復時に消失した発症要因の把握については,限界がある。また,追跡期間が,せん妄発症後3日間までであり,すべてのせん妄の回復を反映したものではなく,今後も追加で調査が必要である。今後は,今回の結果を基に,緊急入院した高齢者のせん妄回復を促進する看護介入プログラムを開発し,複数の研究対象施設で有効性を検証していきたい。

VII. 結論

緊急入院した高齢者で,せん妄を発症した患者のせん妄回復時に消失したせん妄発症要因は,「疼痛」,「発熱」,「血清クロールの異常」,「ベンゾジアゼピン系薬剤の使用」,「侵襲の多い検査・処置」,「経皮的酸素飽和度の異常」,「治療拒否の訴え」,「不安の訴え」,「不眠の訴え」,「時計の不設置」であった。

利益相反

利益相反なし。

文献

- American Psychiatric Association (2013)／染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫(2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル(pp.292-293). 東京:医学書院.
- 栗生田友子・長谷川真澄・太田喜久子・南川雅子・橋爪淳子・山田恵子(2007). 一般病院に入院する高齢患者のせん妄発症と環境およびケア因子との関連. 老年看護学, 12(1), 21-31.
- Cole, M. G., Cusker, J. M., Bellavance, F., Primeau, F. J., Bailey, R. F., Bonnycastle, M. J., Laplante, J. (2002). Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: A randomized trial. Canadian Medical Association Journal, 167(7), 753-759.
- 福田和美・上村美知留(2008). 高齢期呼吸器疾患患者のせん妄発症要因および回復時のトリガー要因と看護ケアの実態. 福岡県立大学看護学研究紀要, 6(1), 26-34.
- 長谷川真澄(1999). 急性期の内科治療を受ける高齢患者のせん妄の発症過程と発症因子の分析. 老年看護学, 4(1), 36-46.
- 長谷川真澄(2010). 急性期治療を受ける内科高齢患者の入院3日間におけるせん妄発症のリスク要因. 老年看護学, 14(2), 50-59.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T. Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Holford, T. R., Cooney, L.

- M. Jr. (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine*, 340(1), 669–676.
- 一瀬邦弘・土井英史・中村満・中川清秀・大嶋明彦 (1995). せん妄を測定するための測度. *老年精神医学雑誌*, 6, 1279–1285.
- Lipowski, Z. J. (1990). *Delirium: Acute Confusional State* (pp.110–113). New York: Oxford University Press.
- 松井幸枝・山勢博彰 (2010). 重症・救急患者と家族の心理状況. 山勢博彰編, *重症・救急患者と家族のための心のケア* (pp.8–12). 東京: メディカ出版.
- 南川雅子・太田喜久子・粟生田友子・長谷川真澄・小松浩子・橋爪可織・酒井禎子・久代和加子 (2002). 看護職者のケア場面に即したせん妄判定基準の開発. 平成12–13年度科学研究費補助金. 基盤研究C. 成果報告書.
- 大田喜久子 (1998). せん妄状態にある高齢者の看護ケアモデル—一般病院における高齢者ケアの探求. *看護技術*, 44(11), 1217–1226.
- Pitkala, K. H., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., Tilvis, R. S. (2006). Multicomponentgeriatric intervention for elderly inpatients with delirium: A randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(2), 176–181.
- 菅原峰子 (2013). 内科的治療を受ける高齢脳梗塞患者のせん妄状態出現に関連する入院初日の因子と入院の3日間のせん妄状態の変化に影響する因子. *老年看護学*, 17(2), 28–37.
- 綿貫成明・酒井郁子・竹内登美子 (2001). 日本語版 NEECHAM 混乱・錯乱状態スケールの開発およびせん妄のアセスメント. *臨床看護研究の進歩*, 12, 46–63.

資 料

集中治療室における子どもへの看護実践に関する国内文献検討

関根 弘子

A Review of Japanese Literature on Nursing Care for Children in Intensive Care Unit

Hiroko Sekine

キーワード：集中治療室，小児集中治療室，子ども，看護実践，文献検討

key words : intensive care unit, pediatric intensive care unit, children, nursing care, review of literature

要 旨

本研究は、集中治療室における子どもへの看護実践について国内文献検討を行い、研究の動向と看護実践の実際を明らかにし、今後取り組むべき課題を検討することを目的とした。医中誌Web版（ver.5）を用いて2007年から2019年8月までの国内文献を検索し、集中治療室で実際に行われている看護実践が抽出できる文献16件を得た。結果、文献数は2017年より増加傾向にあり、質的研究が7件と最も多かった。看護師は鎮静下にある子どもの覚醒徴候を生命に直結すると認識し、身体の異変を予測して更なる重症化を防ぐ、治療上の厳重な制限下にある子どものできることを引き出す、生命に直結しない子どもの個性を捉えていることが明らかになっていた。今後は、集中治療室で覚醒する子どもの生命の危険を回避し、ニーズを充足させる看護実践について、看護師の思考過程を含めた働きかけと子どもの変化を具体的に明らかにする必要がある。

1. 緒言

わが国において生命の危機に瀕した小児の重症患者は、地域ごとに医療従事者数や医療機関の分布といった医療資源の多寡、診療体制の違いなどにより、さまざまな医療体制のもとで診療を受けてきた歴史的経緯がある（植田，2013）。近年、小児の重症患者に対する医療の充実を目的として、小児集中治療室（Pediatric Intensive Care Unit；以下PICU）の増設を基軸とする小児集中治療体制の整備が進められている。2007年にPICUの設備や医療従事者の配置などを記した「小

児集中治療部設置のための指針」（日本小児科学会・日本集中治療医学会，2007）が策定され、この指針を基に2012年度から診療報酬に「小児特定集中治療室管理料」が新設された。

小児集中治療は政策医療に位置づけられた結果、PICUを有する医療施設数は2004年の全国調査では16施設（桜井・田村，2005）であったが、2017年に厚生労働省が行った調査では42施設（厚生労働省，2018）と増加傾向にある。全国調査はないものの、地域の重症な小児患者をPICUに集約して治療する体制下で、死亡率や予後が改善したと報告されている（板倉・櫻

受付日：2020年10月8日 受理日：2020年12月15日

日本赤十字看護大学大学院博士後期課程 Doctoral Program, Japanese Red Cross College of Nursing Graduate School

井・宮本他, 2018). 一方, 諸外国の調査によると, PICUにおける不安感や医療に対する恐怖感がもたらす子どもへの有害な心理社会的影響は, 数カ月に及ぶと報告されている (Rennick, Johnston, Dougherty, et al., 2002; Stowman, Kearney, & Daphtary, 2015). 小児集中治療に従事する看護師には, 生命の危機に瀕している子どもの救命と病態の安定化に加えて, 心理社会的な回復に向けて子どもとの相互関係を基盤としたかかわりも求められている.

集中治療を受ける子どもは, 侵襲的な処置や身体の症状, 家族の不在 (Carnevale & Gaudreault, 2013), 更には痛みを伴わない日常的な看護師の行為でさえも恐怖を感じると報告されている (Jones, Fiser, & Livingston, 1992). しかし一方で, 集中治療を受けた子どもは看護師を重要な支援者と捉え (Board, 2005), 看護師の言葉かけやケアなどの相互作用を肯定的な出来事と捉えていたとする報告がある (Playfor, Thomas, & Choonara, 2000). 侵襲的なケアや処置の場面での看護師と子どもとの相互作用については明らかにされているが (Iwata, Saiki-Craighill, Nishina, et al., 2018), 日常的な場面で看護師が集中治療を受ける子どもに働きかけることにより, 子どもがどのように変化したのかは示されていない. これらのことから, 先行研究を概観し, 集中治療を受ける子どもへの看護実践に関する研究の動向と看護実践の実際を明らかにし, 今後取り組むべき課題を検討する必要があると考えた.

II. 研究目的

集中治療室における子どもへの看護実践について国内文献検討を行い, 研究の動向と看護実践の実際を明らかにし, 今後取り組むべき課題を検討する.

III. 用語の定義

集中治療室: 小児集中治療を専門とするユニットであるPICU, または小児および成人患者を対象とする集中治療の専門ユニットであるICUとする. 早産児および低出生体重児を対象とする新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit; 以下, NICU) は除外する.

看護実践: 子どもに対する看護師の認識や判断, 働きかけとし, それらによる子どもの変化を含む. 終末期は除外する.

IV. 研究方法

A. 文献検索の手順

本研究における文献検索の過程を図1に示した. 小児集中治療体制について整備の方向性を示した「小

児集中治療部設置のための指針」(日本小児科学会・日本集中治療医学会, 2007) が刊行された2007年から2019年8月までを検索対象期間とした. 医学中央雑誌Web版ver.5を用いて, 「PICU」「ICU」「小児」「看護」のキーワードを組み合わせて, 「NICU」を除外した「原著論文」を検索した. 検索された文献は, (「小児ICU」or「PICU」and「看護」) not「NICU」で58件, (「小児」and「ICU」and「看護」) not「NICU」で117件, 合計175件であった.

次に, 分析対象となる文献の選定を行った. 文献の種別については, 本研究の目的である看護実践を明らかにするためには臨床における事例報告を含めて分析する必要があると考え, 事例報告も含めて選定した. また, 重篤な病態で意識のない子どもへの看護実践を捉えるためには, 家族が捉えた子どもへの看護実践を含める必要があると考え, 家族を対象とした文献を含めて選定した.

分析対象となる文献の包含基準は, 1) 全文が入手可能, 2) PICUまたはICUで治療を受ける子どももしくは/および家族, PICUまたはICUに勤務する看護師のいずれかを対象に含めていること, 3) 実際に行われている看護実践が抽出できる文献, とした. 検索された文献175件から, 図1の文献検索の過程に示した通りに文献を絞り込み, 本研究では16件を分析対象とした.

B. 分析方法

分析の対象文献16件を文献の発行年, 研究目的, 研究デザインと研究方法, 研究対象者, 子どもへの看護実践に関する記述内容について, 項目ごとに内容を抽出し, 要約表を作成した (表1). 以下, 文中の文献①~⑯の表記は表1の文献番号を示し, 表1および文中の看護師については, 集中治療室で勤務している看護師を示す.

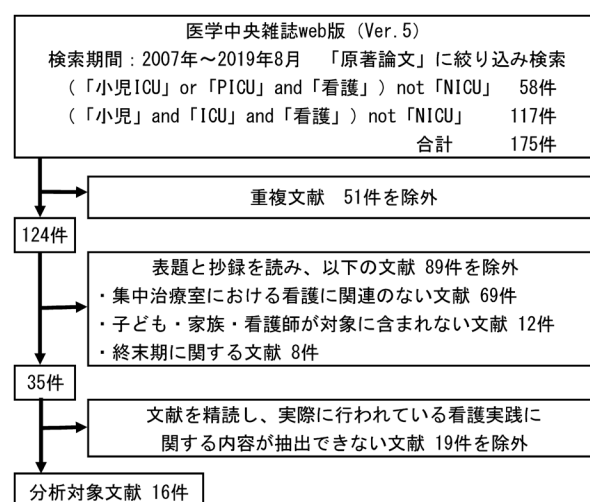


図1. 本研究における文献検索の過程

1. 研究の動向

文献数の年次推移、研究目的、研究デザインと研究方法、研究対象者について項目ごとに分類し、研究の動向を分析した。

2. 子どもへの看護実践に関する記述内容

文献の結果に記載されている子どもへの看護実践についての記述内容を抜粋、もしくは著者の意図に忠実であるように要約して抽出し、類似性に基づき整理した。1つの文献に複数の調査研究が含まれる場合、本研究の研究目的と合致する調査研究を分析対象とした。また、家族の体験を明らかにすることを目的とする調査研究では、家族が捉えた子どもへの看護実践についての記述内容を抽出した。分析の過程において、小児看護学研究者からスーパーバイズを受け、記述内容の分析を検討し、妥当性の確保に努めた。

V. 結果

A. 文献の概要

1. 文献数の年次推移

文献数の5年区分の年次推移は、2007年から2011年は4件、2012年から2016年は3件、2017年から2019年は9件であった。

2. 研究デザインと方法

量的研究が4件、質的研究が7件、事例報告が5件であった。研究デザインの記載がない文献(文献⑯)、事例研究と記載された文献(文献⑬,⑭)については、いずれも数値化されたデータを定量的に分析しているため量的研究に分類した。

年次推移を見ると、2010年以前は事例報告のみであったが、2011年以降に面接や参加観察から具体的な看護師の認識や行為の特徴、家族の体験を明らかにする質的研究が行われるようになっていた。量的研究は2016年以降に子どもの重症化や合併症を予防する看護実践の効果を明らかにすることを目的とした調査が行われていた。

3. 対象者・参加者(重複集計)

子どもを対象に含む文献は10件であり、子どもの発達段階による内訳は、乳幼児期が8件と最も多く、次いで思春期が1件、新生児期から思春期が1件であった。両親やきょうだいなどの家族を対象に含む文献は6件、看護師を対象に含む文献は3件であった。

B. 看護実践に関する記述内容(表1)

分析対象文献16件における看護実践の記述内容を類似性に基づき整理した結果、【看護師の子どもの捉え方】が2件、【看護師の働きかけ】が6件、【家族が捉えた看護師から子どもへの働きかけ】が4件、【看護師の働きかけによる効果】が4件に分類された。

1. 看護師の子どもの捉え方

看護師の子どもの捉え方に関する文献2件は、いず

れも看護師を対象に面接を行った質的研究であった。先天性心疾患術後の乳児の清拭場面における看護師の判断を明らかにした研究(文献②)では、看護師は乳児の覚醒が生命に直結する危険性を認識し、鎮静下で体の動きがない乳児の覚醒の徴候を生体監視モニターの数値から探っていた。一方、集中治療を受ける幼児の主体性を明らかにした研究(文献①)では、看護師は幼児の言葉や行動から意思やニーズを捉えていた。この研究では、幼児の状態について具体的に示されていなかった。

2. 看護師の働きかけ

看護師の働きかけに関する文献は6件であり、そのうちの1件が質的研究、5件が事例報告であった。看護師の働きかけの意図の類似性から、更なる重症化を防ぐ、極限の状況にある子どもの苦痛を緩和する、嚴重な制限下で子どもができることを引き出す、の3つに分けられたため、それらについて以下に記述した。

a. 更なる重症化を防ぐ

入室直後から鎮静薬中止後6時間までの幼児の表情を捉えた看護を明らかにした研究(文献④)では、看護師が鎮静下にある幼児の眉間や口元のわずかな表情の変化から身体の異変を予測し、病態を安定化させていた。

b. 極限の状況にある子どもの苦痛を緩和する

入室直後から約1カ月間にわたり、持続血液濾過透析を行った5歳幼児への看護に関する事例報告(文献③)では、昏睡から覚醒した段階で幼児の拒否や暴れるといった行動を、看護師は苦痛を回避する対処行動と捉え、苦痛緩和のため鎮静薬を用いて安静を保っていた。緊急手術後に開腹した状態で入室した14歳の思春期女児へ行った看護に関する事例報告(文献⑤)では、看護師は人工呼吸管理中に覚醒し、混乱に陥った思春期女児を極限の状況に置かれていると捉え、鎮痛薬と鎮静薬を用いて苦痛を緩和し、夜間は家族が隣で眠るなどの安全な空間を整えると、女児は落ち着いて過ごせる時間が増えていた。

c. 嚴重な制限下で子どもができることを引き出す

子どもの発達段階は乳児、幼児、思春期と異なるものの、治療上の嚴重な制限がある子どもに対し、発達段階に応じてできることを引き出すという共通性がみられた。気管狭窄を予防するため気管内挿管を要した10カ月乳児の事例報告(文献⑦)では、覚醒時に乳児の体の動きが増大したため、一時的に気管チューブと人工呼吸器回路の接続を外し、頭部の抑制を解除した結果、乳児は呼吸状態の悪化を来さず、母親や周囲を見渡して穏やかに過ごした。重症心不全により嚴重な運動制限のある5カ月乳児への約9カ月間にわたる発達援助に関する事例報告(文献⑧)では、心不全の増悪を回避しながら言語や社会性の発達を促す働きかけを行った結果、無表情だった乳児は人真似をして

表1. 集中治療室における子どもへの看護実践に関する文献一覧 (16件) (発行年降順)

文献番号	発行年	著者	タイトル	掲載雑誌	研究目的	対象者/参加者	研究方法	子どもへの看護実践に関連する記述内容の抜粋、もしくは要約
①	2013	本多有利子	看護師が認識する小児集中治療室に入室している子どもへの主体性	自医科大学看護学ジャーナル, 10, 3-12.	PICUに勤務する看護師が、患児に対して、看護師はどの期の子どものどのような主体性を認識しているかを明らかにする。	2施設のPICUに勤務する看護師4名	質的研究：半構成的面接／質的帰納的分析	PICUにおいて看護師が認識した患児の主体性は、積極的な希望の伝達である【こうしたい】、医療者への協力【お手伝いする】、気持ちを抑えて受け入れる【がまんする】、拒否の意思を表す【やらない】、理解や見通しが立つことによる受け入れを示す【それならいい】、の5つのカテゴリーが抽出された。
②	2011	伊達清美, 北尾良太, 小西邦明他	先天性心疾患術後急性期患児に対する適切な看護介入判断の検討	日本クリティカルケア看護学会誌, 7(3), 16-25.	先天性心疾患術後急性期の患児に対して、看護師はどのようなアセスメントをしているのかを見出す。	ICUにおいて先天性心疾患術後の小児患者への看護を6ヵ月以上経験している看護師17名	質的研究：乳児の清拭場面を提示し、面接調査／観察項目の類似性／関係性を比較しカテゴリー化	看護師は生命に直結する【覚醒・鎮静レベルをみる】、鎮静下で体の動きがない患児の【ベッドサイドのパラメータから覚醒兆候を探る】(循環動態や呼吸状態をみて介入の是非を総合的に判断する)、清拭の効果と危険性について【看護師個々の看護行為(清拭)に対する考え方を明確にする】などの6領域のアセスメントを実施していた。
看護師の働きかけ (文献数6件)								
③	2018	工藤翼, 菅川ゆり子	溶血性尿毒症症候群血症により長期持続血液濾過透析を施行した5歳児のストレス・コーピング理論を用いた看護援助の検討	日本小児腎不全学会雑誌, 38, 248-251.	長期にわたる苦痛を伴う治療を行った患児の経過について、Lazarusのストレス・コーピング理論を用いて看護介入を促す看護援助について検討する。	持続血液濾過透析と人工呼吸療法を約1ヵ月間施行した溶血性尿毒症症候群の5歳児1名	事例報告：看護記録、診療記録より抽出/3つの時期に分類して内容を分析	看護師は、気管内挿管や母子分離不安は昏睡から覚醒した患児にとっで脅威であり、暴れるなどの行動に対処している【評価し、鎮静薬を追加して安眠を保持した】、浅い鎮静下の患児に看護師が総本筋の読み聞かせをするなどの「安心出来る環境を整えた」ところ、患児に笑顔がみられ、看護師の問いかけにうなずくようになった。気管挿管中に看護師が歯磨きを促すと、患児は協力的に実施した。
④	2017	大谷尚也	小児集中治療室(PICU)に入室している鎮静下の患児の表情を捉えたケア	日本小児看護学会誌, 26, 166-172.	看護師がPICUに入室している鎮静下の患児の表情を捉え、ケアに生かしているのかを明らかにする。	看護師8名と一般情報提供者(幼児と家族9組、小児科医師5名)	質的研究：民族看護学に基づく参加観察法と面接法、分析(Leminger, 1991/1995).	PICU入室直後から鎮静薬中止後6時間までの患児の表情を観察した結果、《看護師は、急変する危うさがある子どもは眉間や目元口元のわずかな表情の変化を捉え、今後起こり得る異常を予測し、今行おうべきケアを行っていた》という大テーマが抽出された。下位の4テーマより看護師が捉えた患児の表情は、鎮静薬を減量中に閉眼して口をモコモコと動かす、鎮静薬中止後に目をうつろす等開くような表情などであった。
⑤	2016	橋本麻子, 森田幸子, 柴口裕美他	重症急性肺炎で危機に陥った児と家族を支える看護 成長発達とフィンクスの危機モデルからの一考察	日本看護学会論文集 急性期看護, 46, 208-211.	生命の危機に陥った児が病気に向き合いつつ危機を乗り越え、成長発達を促すために必要な看護介入について明らかにする。	腹腔内出血で緊急手術後、意識した状態でICUに入室した14歳の女児1名とその家族、入室期間は2ヵ月。	事例報告：術後の経過に沿って記述。	術直後、頭部の拳上制限、気管切開による会話困難、絶飲食による口喝などの「極限状態にあった児に対する身体的安楽と安全空間の確保」を行った。具体的には、表情や体の動きから苦痛を評価し鎮痛薬・鎮静薬を用いる、家族が付き添って添った環境調整などを行い、混乱に陥っていた女児は落ち着いた様子を取り戻した。また、「治療の必要性を理解し、対処行動を獲得するための関わり」を継続した結果、女児は治療や検査を納得できたと受け入れていた。
⑥	2010	深見悦子	胆道拡張症から胆道穿孔に至った患者と家族への関わりを通して	群馬県救急医療懇談会誌, 6, 42-45.	集中治療が必要ない子どもに遊びを取り入れた支援の必要性を学んだ事例を報告する。	緊急手術後にPICUに1週間入室した3歳の女児1名。	事例報告：PICU入室から退室までの経過に沿って記述	患児は母親の不在による不機嫌が持続したが、看護師が「折り紙や粘土などの遊びを通して幼児の気分転換を図る」と、幼児は一人で遊べるようになって、術後の口喝に対して看護師が「星やハートなど様々な形の氷をつくり提供」すると、幼児は楽しそうに氷を選んだ。PICU退室後に幼児は、PICUで遊んだ出来事を笑顔で話していた。
⑦	2009	永井純子, 木島久仁子, 狩野知子	身体抑制されている患児の心理・発達段階への影響を考察する	群馬県救急医療懇談会誌, 5, 14-16.	身体抑制されている小児の心理的影響と発達への影響を考察する。	内視鏡下食道異物摘出術後、PICUに1週間入室した10ヵ月の乳児1名。	事例報告：PICU入室から抜管までの経過に沿って記述	気管狭窄予防のため気管挿管中の乳児に鎮静薬の追加投与と頭部の抑制を行い、安静を保っていたが、乳児の体動が増大したため医師に相談のうえ、鎮静時は呼吸状態を継続的に観察しながら一時的に人工呼吸器を外して頭部の抑制を解除した。その結果、乳児は母親や周囲を見渡して穏やかに過ごし、鎮静薬が減量された。
⑧	2008	森神枝, 稲田早苗	心不全により運動制限がある乳児に対する発達援助 KIDSの理解言語領域、社会性に重点を置いたケア参加、及び睡眠への援助の重要性	日本看護学会論文集 小児看護, 38, 104-106.	容易に心不全が悪化する患児に対する発達援助の重要性を明らかにする。	ICUでの長期的な心不全管理を要するマルファン症候群の乳幼児期(5ヵ月~1歳)の子ども1名と同病	事例報告：看護記録等の既存の記録物より抽出/4つの時期に分類して内容を分析	わずかな運動負荷による心不全の増悪を予防しながら、「人や物の名前を声に出して口の動きを見せる」、「玩具を用いた遊びを見せる」などの言語の理解と社会性の発達を促す援助を実施した。結果、8ヵ月まで無事増量だった乳児が嬉しそうに表情をみせ、玩具に手を伸ばして掴み、1歳で頭部を持ち上げられるまでに筋力が増え、人まねをするようになった。

表1. 続き

文献番号	発行年	著者	タイトル	掲載雑誌	研究目的	対象者/参加者	研究方法	子どもへの看護実践に関連する記述内容の抜粋、もしくは要約
家族が抱えた看護師から子どもへの働きかけ(文献数4件)								
⑨	2019	戈木クレイ グヒル滋子, 西名諒平, 岩田眞幸他	PICUに子どもが入室した両親の担った役割 とした両親の担った役割 張りを支える	看護研究, 52(2), 150-165.	PICUに入室した子どもの両親がどのような体験を しているのかを明らかに する。 ※文献番号9~11 の3文獻は1つの研究プロ ジェクトによるものであつ た。	4施設のPICUに入室 後、3日以上経過した 子どもは乳児期から 思春期で平均3歳1カ 月、インテンシブユー アの在室日数は4~ 121日、平均30.0日。	質的研究: 観察とインタ ビュー/グラウンデッド ド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1998; 戈木クレイグヒ ル, 2016) ※観察場面に 看護師がこどもに関わる 場面が含まれる。	両親が担う「子どもの預け」を「子どもの状態の変化に手際よく対応しながら 両親とともに清拭や洗髪を行うことにより、両親は直接的ケアに参加できる 満足感を感じていた。また、看護師がシフト交換を行う間に両親が不安定な 状態にある子どもを一瞬でも抱く機会をつくり、両親はその手で子どもの成 長を実感していた。
⑩	2019	戈木クレイ グヒル滋子, 西名諒平, 岩田眞幸他	PICUに子どもが入室 した両親の担った役割 場のモニタ リング	看護研究, 52(1), 62-75.	PICUに入室した子どもの 両親がどのような体験を しているのかを明らかに する。 ※文献番号9~11 の3文獻は1つの研究プロ ジェクトによるものであつ た。	4施設のPICUに入室 後、3日以上経過した 子どもは乳児期から 思春期で平均3歳1カ 月、インテンシブユー アの在室日数は4~ 121日、平均30.0日。	質的研究: 観察とインタ ビュー/グラウンデッド ド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1998; 戈木クレイグヒ ル, 2016) ※観察場面に 看護師がこどもに関わる 場面が含まれる。	PICUの環境に注目して両親が行った【場のモニタリング】の概念を構成する (子どもが大切に扱われているか)において、意識のない子どもの血圧の 変動を性格を示す反応と捉えて両親との会話に盛り込む、両親が知らなかつ た子どもの身体の向きや嗜好がわかる、生命に直結しない皮膚のかぶれに目 が行き届くなど、両親は看護師によりわが子が他児とは異なる特別な存在と して扱われていると感じていた。
⑪	2018	戈木クレイ グヒル滋子, 西名諒平, 岩田眞幸他	PICUに子どもが入室 した両親の担った役割 医療のモニ タリング	看護研究, 51(7), 676-688.	心臓手術を受けた新生児・ 乳児をもつ母親のICU入室 初期の面会における体験を 明らかにし、母親への援助 の示唆を得る。	新生児・乳児期に心 臓手術を受け、ICUに 初めて入室した子ど もの母親4名	質的研究: 半構成的面接 と参加観察/質的記述的 分析	【医療のモニタリング】の概念を構成する(医療者の所作の評価)において、 両親は医療者が子どもの状態の変化に適切に対応しているのかをモニタリン グし、看護師が気管吸引後のSpO2の低下によるアラームに穏やかな表情で冷静 に対応する様子について、安心して任せられると評価していた。
⑫	2017	立石由紀子, 藤瀬幸美, 佐藤朝美	心臓手術を受けた新生 児・乳児をもつ母親の ICU入室初期の面会に おける体験	日本小児看護学会 誌, 26, 152-158.	心臓手術を受けた新生児・ 乳児をもつ母親のICU入室 初期の面会における体験を 明らかにし、母親への援助 の示唆を得る。	新生児・乳児期に心 臓手術を受け、ICUに 初めて入室した子ど もの母親4名	質的研究: 半構成的面接 と参加観察/質的記述的 分析	抽出された6カテゴリーのうち1つである【いつも子どものそばで見てくれる看 護師の配慮に支えられる】は、(看護師がいつも子どものそばにいて見てくれるの で安心する)、(看護師が子どもの好みを配慮してくれてありがたい)、(ケアをし ている看護師にしかわからないことや自分から知らない子どもの様子を知ることが うれしい)など6つのサブカテゴリーから構成された。
看護師の働きかけによる効果(文献数4件)								
⑬	2018	谷井綾 多喜端舞, 三合沙織他	PICUに入室している患 児への口腔ケアの効果 挿管中・抜管後の口腔 状態の変化から	中国四国地区国立 病院機構・国立療 養所看護研究学会 誌, 14, 145-148.	気管内挿管中、抜管後にお ける口腔ケアの効果を明 かにする。	PICUに入室してい る乳幼児10名	量的研究: 口腔ケア実施 前後で自作のアンケート 集計 ※文献には実験研 究・事例研究と記載	気管挿管中は口腔ケアの実施後に口腔内の乾燥が改善したが、抜管後は変化 を認めなかった。
⑭	2018	宮田春香, 和田由美, 笠井麻理他	PICUに入室した乳幼児 の臀部スキンケアの 予防方法の検討	国立病院機構四国 こどもとおとな の医療センター 医学雑誌, 5(1), 122-126.	PICUに入室した乳幼児(0 ~3歳)の臀部スキンケア プログラムの予防方法を明 らかにする。	心臓血管外科術後、 人工呼吸療法を実施 した0~3歳の乳幼児 15名。	量的研究: PICU入室前、 およびPICU入室期間中 におけるスキンケア実施 前後の臀部皮膚水分量 を測定/スケッチュー ト1検定 ※文献には事例 研究と記載	スキンケア導入後の臀部皮膚水分量の平均値が上昇した。術後1日目と比較 し、生理学的に臀部皮膚水分量が低下しやすい術後3~5日目の臀部皮膚水分 分量値が上昇した。
⑮	2017	森書子, 岡田千晶, 六車崇他	PICUへの早期リハビリ テーション導入による 効果と課題	日本集中治療医学 会雑誌, 24(2), 107-114.	2013年より重篤小児に対 する早期リハビリテーショ ン充実へ向けた取り組みに よる効果を検証し、課題を 提示する。	PICUに3日以上在 室した16歳未満の小 児1,138例(実施前群 519例、実施後群619 例)	量的研究: 医師・看護師・ 理学療法士の協働による早 期リハビリテーション導入 前後2群に分類し、後方を 的に診療録より10項目を 評価/合併症と転帰に影響 する因子を多変量解析	2群間の合併症および転帰の比較では、人工呼吸器関連肺炎の発症率、人工 呼吸日数、PICU滞在日数、退室時と入室時の脳機能の改善に差はなく、早 期リハビリテーション導入は合併症および転帰に影響していなかった。
⑯	2016	山内敦子, 大谷拓也, 吉川智子他	経口挿管中の小児に対 する口腔ケアの方法と 効果 口腔内の乾燥の 程度を評価して	国立病院機構四国 こどもとおとな の医療センター 医学雑誌, 3(1), 88-90.	鎮静下に経口挿管してい る小児に対する口腔ケアの 方法を検討し、その効果を 口腔内の乾燥の程度から明 かにする。	PICUに入室し5時間 以上経過し、かつ状 態が安定している鎮 静下の経口挿管中の 1か月~4歳の乳幼児 10名。	量的研究: 4時間毎の口 腔ケア実施前後で、自作 の口腔ケアアンケート シートを用いて9項目を 評価/wilcoxonの符号付 順位和検定 ※文献には研 究デザインに記載なし	口腔ケア実施後の口腔ケアアンケートの得点が有意に高く、口腔内の 乾燥が改善していた。

質的研究における中核的なカテゴリーを「」、サブカテゴリーを「」、事例報告では引用した内容を「」で示した。

自発的に遊ぶまでになった。緊急手術後に集中治療室に入室した3歳幼児の事例報告（文献⑥）では、術後の口喝や母親の不在による苦痛を訴える幼児に看護師が遊びを通じて気を逸らすように働きかけると、幼児は一人で遊べるようになっていた。同様に、鎮静薬を減量する段階にある気管挿管中の5歳幼児が、看護師の促しに応じて協力的に歯磨きを実施したことが報告されている（文献③）。思春期女児の事例報告（文献⑤）では、看護師が治療上の厳重な制限について女児が納得するまで説明すると、女児は納得できれば制限を受け入れるといった対処行動がとれるようになっていた。

3. 家族が捉えた看護師から子どもへの働きかけ

家族が捉えた看護師から子どもへの働きかけに関する文献は4件であり、いずれも子どもの家族の体験を明らかにした質的研究であった。PICUに入室した子どもの両親の体験に関する研究（文献⑨,⑩,⑪）は1つの研究プロジェクトで実施されていた。子どもの両親は、生命に直結する状態の変化に対して冷静に対応する看護師を安心して任せられると評価していた（文献⑪）。また、看護師は清拭やシーツ交換などを通じて、不安定な状態にある子どもに両親が直に触れる機会をつくり、子どものためにできることがあるという自信をもつ方向に働きかけていた（文献⑨）。

一方、看護師が意識のない子どもの血圧の変動を性格の現れと捉えるなど、生命に直結しない子どもの個性を捉えることにより、両親は子どもが他児とは異なる特別な存在として扱われていると認識していた（文献⑩）。母親のICUでの面会時の体験を明らかにした研究（文献⑫）においても同様に、看護師が子どもの好みや母親が知らない子どもの様子を捉えていたことが示されていた。

4. 看護師の働きかけによる効果

看護師の働きかけによる効果に関する文献は4件であり、いずれも集中治療を受ける子どもの合併症を予防する看護実践の効果を検証する目的で行われた量的研究であった。これらの量的研究の評価項目は口腔内や皮膚、脳機能といった医学生理的指標であり、心理社会的指標を用いた評価研究はなかった。

人工呼吸器関連肺炎を予防するための口腔ケアの効果を検証した研究（文献⑬, 文献⑭）では、口腔ケア実施後に人工呼吸療法中の乳幼児の口腔内の乾燥が有意に改善したことが明らかにされた。皮膚障害を予防するスキンケアの効果を検証した調査（文献⑮）では、スキンケアの実施後に乳幼児の臀部の皮膚水分量が有意に上昇したことが示されていた。16歳未満の小児を対象とした早期リハビリテーションの効果を検証した研究（文献⑯）では、PICUにおけるリハビリテーション導入は合併症および転帰に影響しないことが明らかにされた。この研究では、リハビリテーシ

ョンの実施率の向上や理学療法士との協力体制の構築が課題であることが示されていた。

VI. 考察

A. 研究の動向

本研究の結果より、集中治療室における看護実践が抽出された分析対象文献の数は2017年以降に増加傾向にあった。また、研究デザインについては、2011年以降に質的研究が実施され、2016年以降に看護の効果を検証する量的研究が行われていた。これらの動向は、2012年に小児集中治療が政策医療に位置づけられ、PICUの整備が進む途上において、集中治療を受ける子どもへの看護実践に対する関心が高まり、看護実践の具体的な内容とその効果を明らかにしようとしていると推察された。

B. 集中治療を受ける子どもへの看護実践の意味

本研究結果より、看護師は鎮静下で体動がない子どもの覚醒徴候を生命に直結すると認識し（文献②）、子どもの目元口元のわずかな表情の変化から身体の異変を予測して更なる重症化を防いでいたことが明らかになった（文献④）。集中治療を受ける子どもは鎮静深度の変動が大きく、医療者の予想を超える突然の覚醒により、呼吸や循環の変動が引き起こされる（小山・橘・竹内, 2015）。このことから、看護師が一般に回復の兆候である覚醒を生命の危険を孕むと認識し、身体の異変を予測することは、集中治療を受ける子どもの生命を救うという重要な意味があると考えられた。

一方で、病態の回復とともに鎮静薬を減量する段階において、看護師が厳重な水分や活動の制限下にある子どもにできることを引き出すように働きかけると、子どもらしく過ごせるようになっていたことが明らかになった（文献③,⑤,⑥,⑦）。鎮静薬の影響が残り、意識が清明ではない子どもにできることを引き出す看護師の働きかけには、看護師が子どもの行動からニーズを推測し、子どもとの関わり合いを通じてニーズを充足させるという働きかけが前段階にあることが推察された。

Mattsson, Forsner, Castrén, et al. (2013) は、PICUにおいて看護師が高度な治療や両親のニーズに重点を置くと子どものニーズが見過ごされ、子どもの苦痛が緩和されることはなかったと報告している。本研究結果では、看護師が人工呼吸管理中に覚醒した子どもの活動制限を一時的に解除する、生活習慣を維持するなど働きかけをしていたことから、子どもの反応からニーズを読み取っていたと考えられた。これらのことから、生命を救うための治療上の厳重な制限とそれらの制限がもたらす苦痛とが対峙する集中治療の場において、重篤な病態や生命維持に欠かせない高度医療機

器の管理を行いながら、意識が清明ではない子どものニーズを推測し、充足することは、集中治療室に特有の専門性の高い看護実践であると考えられた。今後は、看護師が覚醒していく子どもの生命の危険を回避しつつ、ニーズを充足させるためにどのような看護実践を行っているのかについて、具体的な内容を明らかにする必要がある。

しかし、看護師の働きかけが記述された文献の多くは、1週間から数カ月間の入室期間を通じた既存の看護記録を用いた事例報告であり、覚醒する段階で刻々と変化していく子どもの反応から、看護師がニーズを推測する思考過程は描き切れていなかった。集中治療室における子どもへの看護実践は、病態の変化や子どもの反応に即座に応じながら時間とともに変化していくという特徴がある。今後は、看護師が子どもに働きかける場面の参与観察と面接を用いて、看護師の思考過程を含めた働きかけと子どもの変化をありのままに記述することができる質的研究の集積が必要であると考えられた。

更に、本研究結果より、看護師は意識のない子どもの血圧の変動から性格を読み取るなど、生命に直結しない個性をも捉えようとしていることが明らかにされた(文献⑩, ⑫)。このことは、看護師が不安定な状態にある子どものわずかな反応を手がかりに、子どもを唯一のかけがえのない人として理解しようとしていると推察された。しかし、状態の急激な変化が起こり得る集中治療室において、看護師がどのような意図で子どもの個性を捉え、子どもへの働きかけに活かしているのかは明らかにされていない。今後は、集中治療室における子どもの個性を捉えた看護実践とそれによる子どもの変化を具体的に記述する方法を用いて明らかにし、子どもへの看護援助を検討していく必要があると考えられた。

利益相反

本研究に関連し開示すべき利益相反はない。

文献

分析対象となった文献は表1に示した。

Board, R. (2005). School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. *Pediatric Nursing*, 31(3), 166–175.

Carnevale, F. A., Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 24(1), 19–27.

板倉隆太・櫻井淑男・宮本和・小林信吾・長田浩平・

菅本健司・足立智子・北岡照一郎・阪井裕一・田村正徳 (2018). 小児集中治療室が重症患者の集約化および予後の改善に果たす意義. *日本小児科学会雑誌*, 122(8), 1303–1309.

Iwata, M., Saiki-Craighill, S., Nishina, R., Doorenbos, A. Z. (2018). “Keeping pace according to the child” during procedures in the paediatric intensive care unit: A grounded theory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 46, 70–79.

Jones, S. M., Fiser, D. H., Livingston, R. L. (1992). Behavioral changes in pediatric intensive care units. *American Journal of Diseases of Children*, 146(3), 375–379.

厚生労働省 (2018). 平成29年 (2017) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況. 表23一般病院の特殊診療設備の保有状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/09gaikyo29.pdf> (2020/7/1)

小山英彦・橘一也・竹内宗之 (2015). 小児の人工呼吸中の鎮静では、浅鎮静は可能か. *救急・集中治療*, 27, 213–222.

Mattsson, J., Forsner, M., Castrén, M., Arman, M. (2013). Caring for children in pediatric intensive care units: An observation study focusing on nurses' concerns. *Nursing Ethics*, 20(5), 528–538.

日本小児科学会小児医療改革救急プロジェクトチーム・日本集中治療医学会集中治療部設置基準検討委員会 (2007). 小児集中治療部設置のための指針—2007年3月—. *日本小児科学会雑誌*, 111(10), 1338–1352.

Playfor, S., Thomas, D., Choonara, I. (2000). Recollection of children following intensive care. *Archives of Disease in Childhood*, 83(5), 445–448.

Rennick, J. E., Johnston, C. C., Dougherty, G., Platt, R., Ritchie, J. A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(3), 133–144.

桜井淑男・田村正徳 (2005). 全国アンケート調査からみた主要な小児医療機関の集中治療の現状. *日本小児科学会雑誌*, 109(1), 10–15.

Stowman, S., Kearney, C. A., Daphtary, K. (2015). Mediators of initial acute and later posttraumatic stress in youth in a PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16(4), e113–e118.

植田育也 (2013). 集中治療システムの構築に向けて小児集中治療における近年の動向. *救急医学*, 37(4), 396–400.