

大阪府立大学看護学雑誌

第22巻 第1号

2016年

研究報告

- 急性期病院の看護師と看護補助者との協働における課題 1
 —看護師のインタビューより—
 中岡亜希子・三谷理恵・富澤理恵・澁谷 幸
- NICUにおける在宅療養を目指した家族役割の調整 11
 —医療的ケアが必要な子どもをもつ母親に焦点をあてて—
 井上敦子・中山美由紀・岡本双美子
- 中堅期看護師と新人期看護師におけるコンピテンシーの構成要素とそのニーズとの関連 21
 細田泰子・石井京子・藤原千恵子
- 一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ 35
 松下由美子
- 継続教育における家族看護教育の現状と課題 45
 中山美由紀・岡本双美子

資料

- ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度原案の
 内容妥当性・表面妥当性の検討 55
 山内加絵・長畑多代・松田千登勢
- 米国における非がん患者のエンド・オブ・ライフケア
 —Arbor Hospiceにおける意思決定支援の実際— 63
 簗持知恵子・南村二美代・土居洋子
- 診断初期の男性慢性心不全患者のヘルスリテラシーの様相 69
 角野雅春・簗持知恵子
- 一人暮らし認知症高齢者を行政機関につなげる地域住民の思い 77
 松下由美子

研究報告

急性期病院の看護師と看護補助者との 協働における課題 —看護師のインタビューより—

The current issues of cooperation between nurses and assistant nurses in acute-phase hospitals — Based on interviews involving nurses —

中岡亜希子¹⁾・三谷理恵²⁾・富澤理恵³⁾・澁谷 幸⁴⁾

Akiko Nakaoka, Rie Mitani, Rie Tomizawa, Miyuki Shibutani

キーワード：看護師，看護補助者，協働，課題，急性期病院

Key words: nurses, assistant nurses, cooperation, current issues, acute-phase hospitals

Abstract

This study aimed to investigate the current issues of cooperation between nurses and assistant nurses (assistants) in acute-phase hospitals. Semi-structured interviews were conducted involving 13 nurses from 3 acute-phase hospitals. As the results of an analysis using a qualitative and inductive approach, the following four categories were extracted as the current issues to overcome regarding cooperation between nurses and assistants in acute-phase hospitals: [difficulties in cooperation between nurses and assistants], [difficulties of work sharing between nurses and assistants], [improper care that may adversely affects patients], and [nurses' concerns regarding the effects of employing assistants]. The results suggest the need to examine measures to promote cooperation and create a clear separation of operational roles between nurses and their assistants, and to explore the ideal cooperative style to maintain the quality of medical care and nursing services provided for patients.

抄 録

本研究の目的は、急性期病院における看護師と看護補助者（以下、補助者）の協働に対する現状の課題を把握することである。急性期病院の3施設から計13名の看護師に半構造化面接を実施した。質的帰納的に分析した結果、急性期病院における看護師と補助者の協働に対する現状の課題として【看護師と補助者の連携の難しさ】【看護師と補助者の業務分担の難しさ】【患者に影響を及ぼす不適切なケア】【補助者導入による看護（師）への効果に対する危惧】の4つのカテゴリが見出された。このことから、急性期病院における看護師と補助者の連携、看護師と補助者の業務分担の確立を図るための方策を検討し、患者に対するケアや看護の質を維持するための協働のあり方を模索する必要性が示唆された。

受付日：2015年9月24日 受理日：2015年12月15日

1) 大阪府立大学地域保健学域看護学類

2) 神戸大学大学院保健学研究科

3) 千里金蘭大学看護学部

4) 神戸市看護大学

I. はじめに

医療の高度・複雑化により、医学的知識を必要とする看護業務はますます拡大している。さらに、医療安全への意識の高まりなどにより看護師に求められる業務は質と量ともに増大している。そのため、「より専門性の高い看護業務に専念」することを目的として、2012年度の診療報酬改定において、急性期看護補助体制加算1（25対1）が新設された。また、日本看護協会（2010）は、急性期医療での良質な医療の継続的な提供を目的として、看護職と看護補助者（以下、補助者）の役割分担と連携に関して、適切な人員配置・役割分担がなされるべきであるという基本的な考え方を示した。このような状況に伴い、様々な施設で、補助者との適切な分業の下でのケア提供体制のあり方について模索されている（谷田部ら，2012；村田，2014）。

他の先進国でもヘルスケアアシスタントの増加に伴い、ますますヘルスケアアシスタントとの分業を看護師が受け入れる必要性があるといわれている（Thornley, 2000）。看護師との協働について、その役割やケアの分業についての研究が進められ、補助者が直接的な患者ケアに携わる機会が多くなっていることが示されている（Kummenth et al., 2001）。また、補助者導入による費用対効果に関する研究も行われており、コスト削減や患者の入院期間の短縮（Zwarenstein et al., 2009）などとの関与も示されている。

国内では、補助者の業務への意識（渡邊ら，2012；小川，2011）や、相互の役割認識や役割期待（大概ら，2004）を明らかにしている調査もある。その結果、補助者が業務への負担感や補助者の役割に葛藤を抱いている（渡邊ら，2012；小川，2011）ことが明らかになっている。しかし、これらの研究対象の施設は療養型病床や精神科病棟である。また、看護師と補助者の双方の協働に対する思いを明らかにする研究も認められる（田道ら，2006）が、認知症専門病棟に特化した調査であった。急性期病院においては、2012年度の診療報酬改定後に、現状の補助者の業務の実態調査が始まっている（伊藤，2015）が、看護師や補助者の協働に対する認識を明らかにした研究はみられていない。

急性期病院の一般病床では、重症患者に対する医療処置的なケアが多く、看護師と補助者の業務分担や協働の構造は、より複雑であることが予測される。

このような現状において、急性期病院における看護師と補助者との協働における課題を明らかにすることは、専門性の高い看護を提供するという目的に合致した補助者の導入と、そのための適切な協働の在り方を見出すことにつながると考える。

II. 研究目的

急性期病院における看護師が認識する看護師と補助者の協働に対する現状の課題を把握することである。

III. 用語の定義

補助者：看護師の業務を補助する役割として雇用されている者

協働：看護師と補助者が連絡や情報交換を行いながら、看護業務を分担して協力的に遂行すること

課題：看護師が補助者と協働して看護を実践する上で、円滑な業務の遂行や患者ケアの質の保証及び向上を阻害すると考える問題

IV. 方法

1. 研究デザイン

質的帰納的記述研究

2. 研究参加者

近畿圏内の急性期看護補助体制加算が算定されている急性期病院において、看護師や補助者の雇用形態などが異なる状況における看護師と補助者の協働に関する課題を把握するために、便宜的標本抽出法により大規模病院、中小規模の病院を選定し、研究の同意が得られた3施設の看護師を対象とした。各施設の補助者の雇用などに関わる看護部門の管理者、また、その管理者より推薦を得て同意が得られた病棟の師長、その病棟において補助者の調整役を担う看護師のうち同意の得られた13名を対象とした。

3. 調査期間

平成25年9月～平成27年3月

4. データ収集方法

研究参加者に対して半構成的インタビューを行った。インタビュー内容は、看護師と補助者の看護業務の分担や調整、情報共有などの現状、また、その現状が患者ケアの質にどのような影響が

あると考えられているか、についてであり、インタビューガイドを用いて質問した。また、各施設の管理者の立場にある看護師には、補助者の雇用形態や、補助者に対する教育の現状についても質問した。インタビューは業務に差し支えないように60分以内とし、研究参加者が所属する施設の個室を許可を得て借用し、個別に実施した。承諾を得て録音したものを逐語録に書き起こして、データとした。

5. 分析方法

逐語録に書き起こしたインタビュー内容から、看護師と補助者の協働における課題に焦点をあて、その内容を抽出しコード化した。コード化されたデータの類似性に基づいてカテゴリ化した。その際には、共同研究者間でディスカッションを繰り返しながら進めることで、厳密性を確保した。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、研究目的、研究への協力と同意は任意であること、同意がなくても管理者には

伝えられず業務に不利益を被らないこと、同意した後でも途中で同意を撤回できること、インタビュー内容は録音されること、データは匿名化し、研究の目的以外には使用しないこと、機密性を確保することについて口頭及び文書を用いて説明し、書面にて同意を得た。インタビューは、協力者の業務に差し支えない時間帯を指定してもらい、個室で個別に実施した。なお、本研究は大阪府立大学の看護学研究科倫理審査委員会の承認(申請番号25-39)を得て行った。

V. 結果

1. 研究参加者と所属する施設の概要

研究参加者の役職の内訳は、看護部長及び副看護部長である管理者3名、病棟師長2名、主任・副師長8名であった。インタビュー時間は、平均42分であった。

研究参加者の所属していた施設別に、研究参加者の職位と病院の特徴、補助者の雇用体制について表1に示した。

表1 研究参加者と所属する施設の特徴

| ID | 職位 | 所属 | 病床数(床) | 急性期看護補助体制 加算算定区分 | 補助者の 雇用基準 | 補助者の 雇用形態 | 院内での補助者に対する 研修内容 | 病棟での補助者への 指導体制 |
|----|-------|-----|--------|---------------------|-----------------------|--------------------|--|-------------------|
| A | 副看護部長 | a病院 | 980 | 25:1 | なし | 正規・パート (殆どがパート) | ・病院の職員として働くということ ・感染対策等 | 経験のある補助者からの指導 |
| B | 主任 | | | | | | | |
| C | 主任 | | | | | | | |
| D | 主任 | | | | | | | |
| E | 主任 | b病院 | 170 | 25:1 | なし ・ヘルパー2級以上に優遇がある | 正規 | ・看護の理念、責務、患者の権利 ・食事、一次救急、感染予防、安全な移乗 | 看護師と経験のある補助者からの指導 |
| F | 看護部長 | | | | | | | |
| G | 師長 | | | | | | | |
| H | 主任 | | | | | | | |
| I | 主任 | c病院 | 300 | 50:1 | なし | 委託業者からの雇用 | ・病院概要、看護部組織の説明 ・感染対策、事故防止、接遇 | 看護師と経験のある補助者からの指導 |
| J | 副看護部長 | | | | | | | |
| K | 師長 | | | | | | | |
| L | 副看護師長 | | | | | | | |
| M | 副看護師長 | | | | | | | |

表2 看護師と補助者が協働する上での課題

| カテゴリ | サブカテゴリ |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. 看護師と補助者の連携の難しさ | 看護師と補助者の互いの業務予定の把握不足 |
| | 看護師と補助者の関係の悪さ |
| 2. 看護師と補助者の業務分担の難しさ | 補助者間の協力体制の不足による業務委譲の困難 |
| | 補助者の人員不足による補助業務の依頼困難 |
| | 補助者への業務依頼方法の不適切さ |
| | 補助者に依頼する業務範囲の曖昧さ |
| 3. 患者に影響を及ぼす不適切なケア | 看護師の専門性の欠如による業務分担の不適切さ |
| | 看護師・補助者間の患者情報の共有不足による不適切なケア |
| | 補助者どうしのケア方法の伝達による危険性をはらんだ実践 |
| | 補助者の力量に委ねられた実践 |
| 4. 補助者導入による看護(師)への効果に対する危惧 | 補助者の医療従事者としての不適切な態度 |
| | 補助者導入に伴う看護の質向上に対する疑問 |
| | 補助者への過度な業務委譲による看護師の育ちにくさ |

2. 急性期病院における看護師が認識する看護師と補助者の協働に関する課題

急性期病院における看護師が認識する看護師と補助者の協働に関する課題として【看護師と補助者の連携の難しさ】【看護師と補助者の業務分担の難しさ】【患者に影響を及ぼす不適切なケア】【補助者導入による看護(師)への効果に対する危惧】の4つのカテゴリが見出された。125コード、13サブカテゴリより構成されている。4つのカテゴリと13サブカテゴリの構成は表2の通りである。

以下、1)から4)にカテゴリの内容の詳細を示す。【 】はカテゴリ、< >はサブカテゴリを示す。インタビューの語りの内容は「 」で示した。尚「 」内に()で示されているアルファベットは、表1で示した研究参加者のIDを示している。

1) 看護師と補助者の連携の難しさ

このカテゴリは、<看護師と補助者の互いの業務予定の把握不足><看護師と補助者の関係の悪さ>の2つのサブカテゴリで構成された。

<看護師と補助者の互いの業務予定の把握不足>では、「助手さんが今何してるかというのをわかっておかないと、ケアとか頼み事とかが円滑に回らない。(M)」というように、看護師が補助者の業務予定を把握していない実態が明らかになった。また、「看護補助者さんから積極的に、今日はケアの人はありますかと言ったりとか、それはないです。(K)」と語られた現状から、看護師と補助者が互いに業務予定を把握していない実態が明らかになった。

<看護師と補助者の関係の悪さ>では、「助手さんたちが、すごい看護師のこと怖がってたんですよね。(中略)人間関係ができてなかったんですよね。(G)」というような補助者が看護師に対して敬遠する気持ちを抱いていることを認識していた。一方で、「若い看護師なんかだったら、年配(の補助者)がいるからなかなかいえないところがあるんですよ。(A)」というように、ベテランの補助者に対して看護師が発言を躊躇している状況も語られた。

2) 看護師と補助者の業務分担の難しさ

このカテゴリは、<補助者間の協力体制の不足による業務委譲の困難><補助者の人員不足による補助業務の依頼困難><補助者への業務依頼方法の適切さ><補助者に依頼する業務範囲の曖昧さ><看護師の専門性の欠如による業務分担の適切さ>の5つのサブカテゴリで構成された。

<補助者間の協力体制の不足による業務委譲の

困難>では「あっちではこうしたけど、こっちでは違う。異動してこられたときっていつもそれでもめるんです。(B)」といった病棟毎の補助者の業務内容の差異に関連した補助者間の揉め事や、看護師が補助者に業務を依頼しても、「でも、私の仕事じゃないからって。で、しません。もう助手の世界はややこしいです。(A)」と補助者が、看護師の期待する業務を自分の業務だと認識しておらず、補助者間で協力し合っていない現状が明らかになった。

また、<補助者の人員不足による補助業務の依頼困難>では「もうちょっと助手さんが増えたら。清潔ケアに入ってもらいたいですし。若干、やっつけ仕事のように朝は全員の体をふく、お風呂に入らせるっていうのがわちゃってなっているので、そこをもうちょっとゆっくりできる人手がいれば。(B)」というように、補助者の人数がもっと多ければ、清潔援助にも補助者に参加してもらえるように依頼でき、そのことが、患者に丁寧なケアを提供することにつながるのに、現状ではできていないことが明らかになった。

<補助者への業務依頼方法の適切さ>では、「(業務を貼りだすなど)もうちょっとシンプルにしたら看護師の仕事が少し、補助者に依頼できる部分ができて、時間ができたら、もっと看護のことでやれることはあるのかなと思います。そこはちょっとまだ整理し切れていないところはありますね。(K)」といった補助者への業務依頼方法を簡潔にするなど、その方法を検討する必要性を認識していた。

<補助者に依頼する業務範囲の曖昧さ>では、看護師は、補助者に依頼する業務範囲について、「看護助手と看護師とってというのがどういうふうにもうまくケアを分担したりとか、お互いの専門性というところをすごく悩むんです。じゃあ、今後どうなっていけばいいのかなっていうのが。やっぱり判断が伴わないところは看護助手。(F)」とその悩みを語りつつ、専門的な知識を伴う判断を要するケアか否かを基準として、看護師と補助者の業務範囲を区別しようとしていることが明らかになった。また、「師長さんの考え方も多分、病棟によって違うから、ここまではお願いしているけど、ここはだめと言われるのがあると思うんですけど。どこまでお願いしていいのかという基準とかもないじゃないですか。(L)」というように病棟師長によっても業務委譲への判断基準が分かれており、明確な基準がないことが明らかになった。さらに、補助者側の立場を代弁して、「助手

さんも、こういう人はやっていいんかとか迷ったりとか、(補助者が)一人で(ベッドサイドに)行ってはったりとかして。(中略)重症っていう基準というのが、あいまいな感じ。(H)」と語られた。つまり、患者の重症度などの判断もつかない補助者が、その患者のケアを一人で実施してよいのかにも迷いが生じていることを看護師は認識していた。

＜看護師の専門性の欠如による業務分担の不適切さ＞では、「例えばベッドとカストレッチャー移送のときに、看護補助さんでお願いするときに、1,2年生ぐらい(の看護師)が、患者さんの頭元に補助者さんを置いて、自分は足元にいたりするので、それは基本じゃないんじゃない(K)」と移動援助の基本に則ることができない看護師の不適切な実践が指摘されていた。つまり、患者の安全を確保するために、看護師が自身の専門的知識を活用して適切に補助者と協働できていない実情があることが示された。

3) 患者に影響を及ぼす不適切なケア

このカテゴリは、＜看護師・補助者間の患者情報の共有不足による不適切なケア＞＜補助者どうしのケア方法の伝達による危険性をはらんだ実践＞＜補助者の力量に委ねられた実践＞＜補助者の医療従事者としての不適切な態度＞の4つのサブカテゴリで構成された。

＜看護師・補助者間の患者情報の共有不足による不適切なケア＞では、「申し送りがうまくいってないところがあるので、患者さんの退院の目標っていうところが、みんなで共有できてなくて、やらなくていいこともやっちゃったり。(G)」と、その患者の看護目標が両者でうまく共有できていないことによって、結果として患者に不必要なケアが提供されてしまう現状が認識されていた。

＜補助者どうしのケア方法の伝達による危険性をはらんだ実践＞では、補助者どうして患者の情報が伝達されていることによって患者に危険性が及ぼされる可能性があることも語られた。「とろみとか、嚥下障害がある方がやっぱり高齢なので。(とろみ調整粉末が)多く要る方に対してはとろみの程度だったりとか。(中略)その人の飲む食事形態だったりとかの把握をする上でお茶とかも準備したほうが私はきっと間違いがなく、そして患者さんの嚥下状態の確認もできるので一貫して(看護師が)するのが理想だとは思いますが、そこがなかなか手が回らないので。(I)」と、看護師が補助者に任せてしまっていることに

より、補助者どうしでとろみの判断を担っている現状が語られていた。また、「入った時は見よう見まねで教えるじゃないですけど、その病棟でのやり方だとか、(中略)必ず病棟にはベテラン(の補助者)がいるので、その人たちをお願いしたり。(A)」というように、病棟での補助者に対する教育が、主にベテランの補助者に依存し、補助者どうしでケア方法が伝達されていることが明らかになった。特に、配茶や配膳などの業務においては、補助者どうしでとろみの調整方法なども伝えられていくことによって、誤嚥などの重大なリスクが患者に及ぼされる可能性があることへの認識が明らかになった。

＜補助者の力量に委ねられた実践＞は、補助者に任された業務や、看護師との協働の際に、補助者個々の力量の差異によって、患者に影響を及ぼすと看護師が捉えていることが示された。以前勤務していた補助者と現在の補助者を比較して「前のヘルパーさんのとき、結構入ってもらおうようにしてたんですけど、(現在のヘルパーさんに)陰洗ボトルとかも用意しておいてくださいねと言って、用意とかはできるんですよ。陰洗でジャーとやってたら、ボトルってあれ、あくじゃないですか。ぱっとなって、じゃぼって、(シーツに)かかってしまって。(M)」と、補助者に準備してもらった陰部洗浄ボトルの蓋の閉め方が緩かったことで患者のシーツを濡らしてしまった事例において、補助者の力量により不適切なケアに至ることが語られた。

＜補助者の医療従事者としての不適切な態度＞では、「確かにコミュニケーションも助手さんうまくやってくれているんですけど、ちょっとなあなあ(馴れ合い)になりすぎるところもあるので。(B)」といった、補助者の医療者としての態度の不適切さ、「靴がパカパカ、歩き方がうるさいので。多分、そこらへんもあまり自分たちも環境の一員なんですっていう(中略)意識が欲しいと思うんですね。(C)」というような、医療現場での環境に配慮した態度に対する補助者の意識の欠如を認識していた。

4) 補助者導入による看護(師)への効果に対する危惧

このカテゴリは、＜補助者導入に伴う看護の質向上に対する疑問＞＜補助者への過度な業務委託による看護師の育ちにくさ＞の2つのサブカテゴリで構成された。

＜補助者導入に伴う看護の質向上に対する疑問＞とは、補助者が導入されたことによって、看護師

が看護実践の質を向上させることにどのくらい還元できているかという疑問であり、「助手さんを導入するに当たっては人件費がかかっていますので、それなりの成果と言いますか、やっぱり看護師として何かできるようになったことは増えているのかとか、そういうことを評価していかないといけないんですけど、なかなか難しいですね。(K)」と、その評価に対する難しさが課題として挙げられていた。

＜補助者への過度な業務委譲による看護師の育ちにくさ＞では、補助者が導入されたことによる弊害が生じていることに懸念が示されていた。「(補助者が) やってくださっているので、その分スタッフが知らないというところがあって。できるアシストさんたちがやると、両方がお互いいいように育っていけばいいんですけど、できるアシストさんがいると、できなくなるスタッフがいる。(C)」など、むしろ、ある程度信頼できる補助者が実施することで、その業務をますます看護師が把握できなくなっている実情を認識していた。また、「日常生活のケアのところを助手さんに任せっぱなしになっているので、看護師自身がトータルでその人を見れない。(A)」とも述べられており、患者の全体像を把握できなくなっている看護師に対する懸念が示された。

VI. 考察

1. 看護師と補助者との協働を阻害する要因

急性期病院の看護師は、補助者の協働について【看護師と補助者の連携の難しさ】を認識し、併せて【看護師と補助者の業務分担の難しさ】を感じていることが示された。それらの内容を鑑みると、表在化する要因として、看護師と補助者の業務分担に関することと、人員や関係性に関する連携の難しさの2点が明らかになったと考える。そして、＜看護師の専門性の欠如による業務分担の不適切さ＞で示される、看護師の専門性の欠如がその背景にある要因となる可能性にも着目する必要がある。

1点目の看護師と補助者の業務分担については、未だ＜補助者に依頼する業務範囲の曖昧さ＞があり、看護師が互いの専門性について悩み、補助者に委譲する業務基準が不明確であり、病棟師長の考え方にも依存することが明らかになった。その一方で看護師と補助者の協働において、看護師が専門職としてのリーダーシップをとれず＜看護師の専門性の欠如による業務分担の不適切さ＞があった。日本看護協会(2010)は、チーム医療

を推進するための役割分担の基本的な考え方として、看護職などの専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営・良質な看護サービスを提供することができることを唱えている。しかし、看護職の専門性を必要とする業務の範疇がいったい何か、その理解が個人によって様々であること、つまり看護職の専門性が自他ともに確立されていないことが、看護師と補助者の連携を困難にするコアとして解決すべき要因と考える。まずは、看護師個人が、その専門性に軸足をおいた実践を行うことが必要であり、自らの業務範囲、そして補助者に依頼する業務範囲を明確にすることが必要である。

次に、2点目の人員や関係性に関する連携の難しさについては、＜看護師と補助者の関係の悪さ＞において補助者が看護師を敬遠するような関係性や、看護師が年齢の高い補助者との関係性もちづらいことが示されていた。＜補助者の人員不足による補助業務の依頼困難＞は、看護師を対象にした調査でも、人員不足については常在化する現状が明らかになっている(酒井ら, 2011)。本研究では、看護職の人員不足や定着の困難さに加えて、看護師と補助者の関係性において、看護師が優位に立つような関係性が存在する可能性や、看護職の集団が、年功序列に依存する可能性があり、より質の高い看護を提供するために、看護師と補助者が何でも言い合えるような関係性がないことが示唆されたと考える。さらに、本研究では、＜補助者間の協力体制の不足による業務委譲の困難＞も明らかになっており、集団間のみならず、集団内の協力体制の不足も明らかになった。McKayら(2014)は、協働を阻害する要因として、医療組織における根強いヒエラルキーがあることを示している。Allport(1954)は、医療専門職の他職種連携において、偏見を減じるための適切な集団間の接触の条件の一つとして、対等な集団地位をあげている。我々看護職の集団において、看護師と補助者という集団における見えない優位性が存在するとすれば、それを排除していく必要がある。

これまでに、補助者らを対象としたインタビュー調査において、看護師・介護福祉士・補助者間において、補助者が認識する自身の役割の曖昧さに関する困惑感が示されている(小川, 2011)。藤井ら(2013)は、精神科病棟の補助者らが看護師の専門性やその役割の遂行に疑問を感じていることを示している。このような結果は、補助者が自身の役割と看護師の専門性を明確に区

別できにくい現状を示している。人は、自分が所属する複数の集団の中で内集団と外集団を居心地がよいところで区別しているといわれており、そのような中で社会的アイデンティティが育まれている (Geoffrey J. Leonardelli, et al., 2010)。看護職と補助者が各々の集団の社会的アイデンティティをもった上で、チーム医療の中で互いに認め合う存在になる必要がある。その中で、一定の区別を有することが必要であり、その区別となる基準として、看護師の専門性を明確にするとともに、その共通理解が看護職の集団に改めて求められている。一方で、補助者らの集団にも、そのアイデンティティの確立が課題になると考えられる。

2. 看護師と補助者の協働における課題解決への示唆

看護師と補助者との協働が波及する課題として【患者に影響を及ぼす不適切なケア】が明らかになった。これは、補助者への業務拡大により、患者に対する看護ケアの質の向上と逆行する結果といえ、直ちに対処を要する課題といえる。

【患者に影響を及ぼす不適切なケア】の内容として＜補助者どうしのケア方法の伝達による危険性をはらんだ実践＞が明らかになり、具体的には、配茶や配膳を補助者だけに任せている現状の中で、補助者どうしで、患者に必要な水分のとりみ程度などが伝達され、その調整などを誤った場合に、誤嚥など患者の生命を脅かす可能性があることが語られた。特に、配膳・下膳や病室の環境整備といった業務については、多くの病院で補助者の業務範囲として示されている現状がある (島田ら, 2010; 小賀坂, 2010)。このような補助者だけで実施する傾向にある業務こそ、＜補助者どうしのケア方法の伝達による危険性をはらんだ実践＞につながる可能性を孕んでいることを改めて認識する必要がある。補助者らは、本研究が対象とした急性期病院でも多くは無資格者であった。看護師は、食事や水分摂取という援助においても、患者の個々の嚥下状態などを考慮する必要があることを当然理解している。しかし、補助者には専門的知識がない。つまり、補助者に関わる看護師は、補助者と協働してケアをするために、何を補助者に任せるかを瞬時に判断できることが求められる。そのために、補助者にとってどのような情報が必要かを整理し、共有すべき患者情報の選定条件を設定することが、今後、看護師に要求される課題になるだろう。

松崎ら (2003) は、補助者によって生じる業務

上の事故について協働する看護師らの意識の低さを明らかにしている。補助者への業務委譲が拡大する中、なんらかの安全策を講じなければならないという危機感の高まりから、近年では、海外の先駆例から学ぶ必要性に基づいた実情調査研究も示され、補助者に対する教育として、入職後の制度や待遇面の充実などに加え、看護基礎教育課程から、補助者に頼んでよいことや頼む前に確認すべきことが盛り込まれていることが明らかになっている (佐々木ら, 2012)。補助者と協働して実施する業務がますます拡大する中で、看護師自身が、看護業務の責任に対する認識を高め、患者へのケアをマネジメントできるための実践能力を育む教育も必要になるだろう。

また、看護師は、【患者に影響を及ぼす不適切なケア】として、＜補助者の医療従事者としての不適切な態度＞について懸念していることが明らかになった。不適切な態度とは、具体的には、補助者らの患者に対する言葉遣いや、足音や身だしなみなど、医療者としてふさわしくない行動や態度であった。さらに、本研究では、補助者個々の能力に差異があり、＜補助者の力量に委ねられた実践＞も課題として挙げられた。多くの医療現場で補助者に対する研修が模索されているが、現状として、病棟で、先輩の補助者や看護師から個別に指導をしてもらっていることが明らかになっており (大西ら, 2014)、本研究で対象となった施設においても同様の現状が認められた。今後は医療者としての態度やケア技術についての研修システムの確立も必要である。

次に、看護師と補助者との協働が波及する課題として、補助者への業務拡大によって看護師の業務の効率化を図ろうとしているにも関わらず、看護師が【補助者導入により看護(師)への効果に対する危惧】を抱いていることが明らかになった。この課題の一つとして＜補助者への過度な業務委譲による看護師の育ちにくさ＞が挙げられたが、補助者導入により看護師の育成が阻まれることはあってはならず、早急にその対策に取り組む必要がある。林ら (2010) は、平成18年度の診療報酬改定後に、診療の補助業務の増加に伴い、日常生活援助について、看護師が、補助者に委ねており、それらのケアから看護師が遠ざかっている現状を明らかにしている。本研究では、日常生活援助のケア体制などの実態調査を目的とはしておらず、その詳細な把握はできていないが、本研究においても、＜補助者への過度な業務委譲による看護師の育ちにくさ＞が示されたことは、日常生活

援助技術などの補助者への委譲がさらに進んでいることを示唆していると考えられる。今後、日常生活援助技術を中心として補助者に委譲される看護技術が広がっていくことが予想され、看護師と補助者が共に実施する機会が拡大するだろう。そのような状況の中で、看護師は、補助者と共に実施するケアにおいては、看護師の責任において、リーダーシップを発揮する必要がある。つまり、看護師が医療チームのスタッフとして、補助者と共に実施する技術について、補助者をサポートするためのケア能力を身に付けていくことができるのかという新たな問題提起がなされたと考える。今後、看護師と補助者の円滑な協働システムを構築させるためには、看護の専門性に立脚した業務分担を確立させることを前提とした上で、看護師自らが、ベッドサイドケアにおいて個々の専門職としての実践能力を向上させる必要性に気づき、そのための看護基礎教育や継続教育の見直しが必要になるだろう。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、急性期病院における看護師と補助者の協働における課題を明らかにすることを試みた。しかし、【補助者導入による看護（師）への効果に対する危惧】を有する現状が明らかになり、特に＜補助者導入に伴う看護の質向上に対する疑問＞については、何が看護にとってメリットになっているかが曖昧なままであった。これまでに医療チームにおける協働のアウトカムは、患者の生存率や入院期間の減少などで評価されている(Roth et al., 2015)。看護の質の向上により、費用対効果が求められるのは必須であり、患者の生存率が延びることは社会にとっても大きな貢献である。その中で、本研究で明らかになった【患者に影響を及ぼす不適切なケア】に至らない、看護師と補助者の協働で得られるべき質の高いケアとは何かを、看護師自身が実感し、看護の質を評価できるアウトカム指標を見出すことも今後の課題だと考える。

今回対象とした急性期病院は便宜的に抽出された3施設であった。よって、急性期病院を代表する施設が選定されているとはいえ、病床数、病棟、補助者の配置数や背景、雇用体制、勤務体制など様々であり、結果の一般化はできない。今後は、病棟の特性や、各施設における補助者の勤務体制や、雇用されている補助者の背景の特徴によって課題がどのように異なるかを検討することも必要だと考える。また、急性期病院で勤務する

補助者が捉える課題の視点も踏まえて、看護師と補助者の協働システムを構築することが望まれる。

謝辞

本研究を実施するにあたり、日々の業務でお忙しい中、多大なご協力をいただいた研究参加者の皆様と、医療施設の皆様、ならびに関係者の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究は、日本学術振興会科学研究費助成事業（基盤研究（C））（課題番号：25463329）の助成を受けて行った研究の一部である。

文献

- Allport G.W. (1954) : The nature of prejudice. Cambridge, MA, AddisonWesley Pub. Co.
- Geoffrey J Leonardelli, Cynthia L Pickett, Marilyn B Brewer (2010) : Optimal Distinctiveness theory: A Framework for Social Identity. Social Cognition, and Intergroup Relations, Advances in Experimental Social Psychology, 43,63-113.
- 林千冬, 益加代子 (2010) : 医療制度改革下の医療療養病床における看護労働の変化と課題 (第2報) 平成18年度診療報酬改定の影響に関する病院調査から. 神戸市看護大学紀要, 14, 63-71.
- 伊藤 けさみ (2015) : 看護補助者の業務実施状況と教育体制の見直し. 全国自治体病院協議会雑誌, 54(5), 687-692.
- 小賀坂好子 (2010) : 補助者の自主性を高める役割分担や研修の取り組み. 看護, 62 (11), 77-80.
- 厚生労働省, 新人看護職員研修ガイドライン【改定版】. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujyohou-1080000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf, 平成26年2月
- Kummenth P., Ruiter de Hans-Peter, Capelle S. (2001) : Developing a Nursing Assistant Model: Having the Right Person Perform the Right job. MEDSURG Nursing, 10 (5), 255-263.
- 松崎麻里子, 徳田美穂, 小金美穂ら (2003) : 補助者の業務上の事故に対する現職看護師の意識調査. 日本看護学会論文集, 看護管理33号, 236-238.
- McKay C., Lynn K. Wieck (2014) : Evaluation of a collaborative Care Model for Hospitalized Patients. NURSING ECONOMIC\$, 32 (5) .
- 村田智子 (2014) : 先行事例における看護助手業務改善の取り組みの現状と課題 - 看護補助業務改善のプロセスの分析から - . 成田赤十字病院誌, 第16巻, 69-72.
- 日本看護協会 (2010) : チーム医療の推進について (チーム医療の推進検討会報告書). 平成22年3月.
- 小川めぐみ (2011) : 看護師・介護福祉士・看護補助者で構成する看護チームにおける看護補助者の職業意識. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 教員・教育担当者養成課程看護コース, 36, 178-185.
- 大西安代, 林美栄子, 山内美千代 (2014) : 補助者の教育に関する調査 民間病院における教育体制の整備に向けて. 日本看護学会論文集, 看護管理44号, 59-62.
- Roth C., Wieck K. Lynn (2015) : Hospital Nurses' Perception of Human Factors Contributing to Nursing Errors. The Journal of Nursing Administration, 45 (5), 263-264.

- 酒井一博, 毛利一平, 奥村元子他 (2011): 日本看護協会「時間外労働および夜勤・交代制勤務に関する実態調査」の自由意見欄に記載された看護師の労働・生活条件に関する訴えと改善要求. 労働科学, 87巻3号, 99-115.
- 佐々木吉子, 井上智子, 川本祐子 (2012): 米国における補助者の実務・教育等の実情. お茶の水看護学雑誌, 6 (1), 105-111.
- 島田恵, 松並睦美 (2010): 看護補助業務の組織化と効果的な運用. 看護, 62 (11), 74-76.
- 田道智治, 渡邊啓子, 渡邊貴子ら (2006): 看護師と看護補助者の協働に対する「思い」の研究 認知症専門病棟勤務者に焦点を当てて. 看護実践の科学, 31 (3), 75-79.
- 谷田部美千代, 黒嶋沙織, 村守隆史ら (2012): 病棟における補助者の業務移管により看護師業務負担軽減の試み. 恵寿総合病院医学雑誌, 第1巻, 8-11.
- Thorley C. (2000): A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS. Journal of Clinical Nursing, 9, 451-458.
- 渡邊寛, 山本きよみ, 野田照美ら (2012): 精神科病棟における医療チームの中での看護助手の思いや技能 グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて. 大阪府立精神医療センター紀要, 19-20, 18-24.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Data -base of Systematic Reviews, (3) .

研究報告

NICUにおける在宅療養を目指した 家族役割の調整 —医療的ケアが必要な子どもをもつ母親に焦点をあてて—

The Adjustment of the Family Role that Aimed at the Shifts from NICU to Home Care: A Focus on Mother of a Child Needing Medical Care

井上敦子¹⁾・中山美由紀²⁾・岡本双美子²⁾

Atsuko Inoue, Miyuki Nakayama, Fumiko Okamoto

キーワード：家族役割の調整, 医療的ケア, NICU

Key words: adjustment of the family role, medical care, NICU

Abstract

The purpose of this study is to clarify the adjustment of the family role by a mother whose child needs medical care, and necessary supports for the family aiming at a smooth shift from NICU to home care. I interviewed from August to October, 2010.

Semi-structured interviews with six mothers in such a situation were conducted respectively.

As a result, mothers seem to have coordinated the roles depending on the following three situations where; “shifting to home care is anticipated”, “setting for home care is prepared mainly by the mother”, and “supports from the family members are received.”

The roles the mothers adjusted differed according to the above situations, like “mostly done by the mother”, “urged the father to get involved with his child”, “asked for the grandmothers’ help”, “coordinated with the medical staff”, and “discussed among the family about the sick child.”

Support in promoting the cooperation from the family, and explanations and instructions to the family members beside the mother are considered as necessary aids in adjusting the family roles.

The importance of promoting the role recognition and the change of rules among the whole family members, and getting involved to encourage the whole family to participate in the preparation for shifting to home care from an early stage was suggested.

抄 録

本研究の目的は、医療的ケアを必要とする子どもの母親が、NICUから在宅療養への移行を目指して行った家族役割の調整と、必要な支援を明らかにすることである。2010年8月～9月、母親6名に対して、半構成的面接を行った。その結果、母親は、『在宅療養移行の前提となる状況』『母親中心の在宅準備状況』『家族の在宅療養への支援状況』という3つの局面に応じて、【母親が役割の多くを担う】【父親の子どもとのかかわりを導く】【祖母からの支援を引き出す】【医療者との調整を行う】【子どものことについて家族と共に考える】という役割の調整を行っていたと考えられた。

家族役割の調整に必要な家族への支援として、【家族の協力を促す支援】、【母親以外の家族員に対する説明や指導】が見出され、母親以外の家族員の役割認知・規定の修正を促し、家族全体が子どもの在宅療養移行に早期から取り組むことができるよう関わることの重要性が示唆された。

受付日：2015年9月24日 受理日：2015年12月15日

1) 社会医療法人生長会 ベルランド総合病院

2) 大阪府立大学地域保健学域看護学類

I. はじめに

近年の周産期医療の進歩および普及により、これまで生存不可能と考えられていた超低出生体重児や重症新生児の救命が可能となった。それに伴い、高度の医療的ケアを必要とする重症児の在宅移行が年々増加する傾向にある（田村ら，2013）。新生児集中治療室（以下，NICU）では，出生直後からの子どもと家族の分離に加え，医療的ケアが継続的に必要となることが，在宅療養への移行を困難にしている（前田ら，2008）。これらの状況に対する支援として，早期からの退院調整，退院後のレスパイト受け入れ（市之宮ら，2013）や，地域としてNICU退院コーディネーターの設置，後方支援施設の整備に取り組む動き（田村ら，2013）もみられている。しかし，その一方で，医療者側からみた子どもがNICUから退院できない理由として，「家族の受け入れ不良」「家族の希望がない」といった家族側の要因も依然報告されている（滝ら，2011）。医療的ケアが必要な子どもをもつ両親間の役割に関する認識の差は，コミュニケーションの悪循環や否定的な育児行動につながる（佐藤，2008）と言われ，特定の家族員に養育の負担が集中することのないよう調整することが必要であるとされている（日本看護協会，2007）。新たに子どもを迎える家族にとって，家族メンバーが新しい役割を学習すること，家族で役割の調整を行い，家族機能や家族関係を拡大することは，家族としての発達課題（野嶋，2005）である。医療的ケアを必要とする子どもの家族が主体的に役割を調整できることは，その後の家族の力ともなる。

しかし，医療的ケアを必要とする子どもの家族が，NICUから在宅療養への移行を目指して行った家族役割の調整に焦点をあてた報告は，見当たらない。そこで，主たる養育者となる母親が在宅療養を目指して行った家族役割の調整と家族役割の調整に必要な家族への支援を明らかにすることで，NICUにおける家族に対する支援の示唆を得ることができる考える。

II. 研究目的

本研究の目的は，医療的ケアを必要とする子どもの母親が，NICUから在宅療養への移行を目指して行った家族役割の調整と，家族役割の調整に必要な家族への支援を明らかにすることである。

III. 用語の定義

医療的ケア：生命を維持し，日常生活を送るために必要な医療機器の使用や医療的行為

家族役割：家族内における父親・母親，夫・妻という相互作用し合う地位に対して，期待される行動様式

家族役割の調整：母親のあるべき姿として社会から要求される社会規範，他の家族員から受ける母親役割への期待と状況により，母親が自身の役割を認知，母親としてあるべき姿を規定し，遂行する。この役割遂行に対する他者からの評価や，自己評価をもとに行う他者への役割移行や，母親自身の役割認知・役割規定の修正

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述研究

2. 研究対象

近畿圏内にある総合及び地域周産期母子医療センターの認定を受けている施設において，外来通院している以下の条件を満たす子どもをもつ母親のうち，研究の趣旨について理解が得られ，研究協力の同意が得られた母親とした。

- 1) NICUに1ヵ月以上入院し，在宅療養移行後1年以内の子ども
- 2) 在宅療養に移行後，現在も継続して日常的に医療的ケアが必要な子ども

3. データ収集期間：2010年8月～9月

4. データ収集法

子どもの在宅療養を目指して行った家族役割の調整，家族役割の調整に必要な家族への支援と，個人特性について半構成的面接を行い調査した。面接内容は，対象者の同意を得て録音した。

5. 調査内容

質問項目は，森岡ら（1997）が示した役割過程を参考に，対象者である母親が子どもの在宅療養を目指して行った家族役割の調整と，家族役割の調整に必要な家族への支援について問う次の3項目とした。

- 1) 在宅療養を目指して母親が家族役割を調整するに至った状況
- 2) 母親が行った家族役割の調整
- 3) 家族役割の調整に必要な家族への支援

母親の個人特性に関するデータは、対象者の年齢・就業の有無、家族構成、子どもの年齢・入院期間・退院後の期間・疾患名・退院後行われている医療的ケア、社会資源の利用状況とした。

6. 分析方法

面接内容から逐語録を作成し、調査内容について表現している言葉に注目し、意味のまとまりに区切りデータとして抽出した。データの類似性と差異に注目しながらコード化を行い、意味内容が類似するものを集めカテゴリー化し、名称を付けた。さらに、類似する内容について整理し、上位カテゴリーに分類して名称を付けた。これらの分析過程において、家族看護学・小児看護学を専門とする複数の研究者と各段階での確認を繰り返して、真実性と妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の趣旨と倫理的配慮について書面及び口頭で説明し、承諾書への署名をもって同意とした。面接は、対象者が話しやすくプライバシーが保たれる部屋で実施し、1回30分程度とした。対象者から得られた面接の逐語録や個人特性に関するデータは、個人が特定できないようにコード化して記載を行い、研究のすべてのプロセスが完了した後に廃棄処分した。

本研究における倫理的配慮に関しては、大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得た。

V. 結果

1. 対象者の個人特性

対象者は6名であった。対象者の個人特性を表1に示す。対象者である母親の年齢は、平均31.5 (SD=6.4) 歳であった。いずれの母親も、インタビュー実施時点において就業はしていなかった。医療的ケアが必要な子どもの年齢は、平均11 (SD=5.5) ヶ月、子どもの入院期間は、平均4.5 (SD=3.4) ヶ月、退院後の期間は、平均6.5 (SD=4.8) ヶ月であった。

2. インタビューの分析結果

逐語録から調査内容の項目ごとにデータを抽出し、コード化・カテゴリー化を行った。調査内容の項目ごとに結果を示す。なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを[]で表記した。また、母親は、“在宅療養を目指して母親が家族役割を調整するに至った状況”から、“在宅療養を目指して母親が行った家族役割の調整”をしていることが考えられ、影響を与えていると考えられる代表的な語りについて「 」で示した。

1) 在宅療養を目指して母親が家族役割を調整するに至った状況

在宅療養を目指して母親が家族役割を調整するに至った状況を表すものとして、27サブカテゴリー、10カテゴリーが抽出された。さらに、カテゴリーを状況の局面について整理した結果、3つに分類されたため【 】で表記する(表2)。

(1) 【在宅療養移行の前提となる状況】

医療的ケアを必要とする子どもと家族が、在宅

表1. 対象者の個人特性

| 母親年齢 | 家族構成 | 子ども年齢 | 子ども入院期間 | 退院後期間 | 子ども疾患名 | 現在行われている医療的ケア | 社会資源利用 | |
|------|------|-----------------|---------|-------|--------|----------------------|--|----------------|
| A | 40歳代 | 拡大家族 | 1歳2ヶ月 | 10ヶ月 | 4ヶ月 | 染色体異常 | 酸素投与 吸引・与薬 経管栄養 腹部ケア | 訪問看護 訪問リハビリ |
| B | 20歳代 | 拡大家族 | 5ヶ月 | 2.5ヶ月 | 2.5ヶ月 | 代謝性疾患 | 血糖測定 (退院時, 皮下注射実施) | 保健師訪問 |
| C | 30歳代 | 核家族 | 1歳1ヶ月 | 2ヶ月 | 11ヶ月 | 染色体異常 心奇形 外表奇形 | 経管栄養 (退院時, 酸素投与実施) | 無 |
| D | 20歳代 | 核家族 きょうだいあり | 10ヶ月 | 1ヶ月 | 9ヶ月 | 染色体異常 | 気管内吸引 (生後2ヶ月, 気管切開) (退院時, 酸素投与実施) | 無 |
| E | 30歳代 | 核家族 きょうだいあり | 5ヶ月 | 4.5ヶ月 | 0.5ヶ月 | 早産超低出生 体重 | 酸素投与 SpO ₂ モニター装着 | 保健師訪問 |
| F | 30歳代 | 拡大家族 きょうだいあり | 1歳7ヶ月 | 7ヶ月 | 1年 | 染色体異常 | 人工呼吸器装着 気管・口・鼻吸引 SpO ₂ モニター装着 経管栄養 | 訪問看護 往診 |

表2. 在宅療養を目指して母親が家族役割を調整するに至った状況

| 局面 | カテゴリー | サブカテゴリー |
|----------------|----------------------------|---|
| 在宅療養移行の前提となる状況 | 在宅療養が可能な子どもの状況 | 子どもの在宅療養には、医療的ケアが必要だった 同じ病気の子どもの経過を理解した 子どもの状態が安定傾向にあった |
| | 子どもとの絆が育まれた状況 | 子どもに主体的に触れることができた 子どもが家族の中心となった |
| 母親中心の在宅準備状況 | 父親と子どもとのかかわりが不足する状況 | 父親が仕事のため、面会が限られていた 父親の子どもの状態理解・医療的ケアの手技が不十分だった |
| | NICUの環境・体制の制限 | NICUは子どもへの刺激の少ない環境だった 両親以外の家族は、NICUに入るができなかった |
| | 母親の子育てに関する経験 | 子育ての経験があるので、ある程度の成長過程はわかる 同じ病気のきょうだいの子育て経験があった |
| | 母親が子どもの医療的ケア・世話の中心となっている状況 | 母親が子どもと一緒にいる 母親が中心の指導を受けた 母親が医療的ケア手技を習得していた |
| | 在宅療養は、母親一人では限界がある状況 | 在宅療養は、母親1人では限界があった |
| 家族の在宅療養への支援状況 | 父親の在宅療養に前向きな姿勢 | 父親に在宅療養の希望があった 父親が子どもの医療的ケア・世話を実施できた 父親がきょうだいの世話ができる |
| | 日常生活に関する両親以外の家族員からの支援状況 | 父方祖母が子どもの世話をしてくれた 母方祖母から日常生活における支援の申し出があった 母方祖母の日常生活における支援があった 家族の協力があった 入院中の祖父母の手伝いはなかった |
| | 医療的ケアに関する両親以外の家族員からの支援状況 | 退院に際して、医療者である妹の支援があった 母方祖母が医療的ケアにおける支援の依頼に応じてくれた 父方祖母に医療的ケアを任せられなかった |

療養への移行を目指す前提となる状況として捉えた局面である。

【在宅療養が可能な子どもの状況】は、[子どもの在宅療養には、医療的ケアが必要だった] [同じ病気の子どもの経過を理解した] [子どもの状態が安定傾向にあった] と、在宅療養が可能である子どもの状況を示していた。

「退院するには、血糖測定の練習をする必要があった」(B氏)

「同じ病気の子と病院で知り合って。そのママさんは結局、家の事情でお家に帰すことができなくて…で、もう、私と知り合った時は、ちょっと状態が悪かったので…。そのママさんが、今すぐ後悔してるって言って…。私、それで、ああやっぱ帰そうって…」(F氏)

【子どもとの絆が育まれた状況】は、[子どもに主体的に触れることができた] [子どもが家族の中心となった] と、子どもと家族の関係性が形成されゆく状況が示された。

「してあげれること全部してあげようって決めて、どんなことがあっても。この子が、家の中心になりました。」(F氏)

(2) 【母親中心の在宅準備状況】

在宅療養を目指して準備を進めていく中で、母親が準備の中心となっている状況を捉えた局面で

ある。

【父親と子どもとのかかわりが不足する状況】は、[父親が仕事のため、面会が限られていた] という状況と、これに付随する [父親の子どもの状態理解・医療的ケアの手技が不十分だった] ことが示された。

「父親は、子どもの様子を見ても、それが普通かどうかもわからなくて」(E氏)

【NICUの環境・体制の制限】は、[NICUは子どもへの刺激の少ない環境だった] [両親以外の家族は、NICUに入ることができなかった] と、子どもと家族にとって不利な状況であったことが示された。

「やっぱりNICUって、すごくよくしてくれてたんですけど。薄暗くって、朝昼晩ずうっと薄暗くってえ、音もなくてっていう世界だったので、ずっとここにいせんのもかわいそうだよえって、思って」(F氏)

「旦那と私だけが中に入れたんでえ、上の子をあずけるところがなかったんでねえ、ガラス越しに待ってもらってえ、んで私と旦那が交代交代で入ったりとか…」(E氏)

【母親の子育てに関する経験】は、[子育ての経験があるので、ある程度の成長過程はわかる] [同じ病気のきょうだいの子育ての経験があった] と、

母親の子育て・療育の経験が示された。

「最初の子が、一番上の子がこういう状態やったら、もっと不安やと思うんですよ。経験してるから、子育てを・・・うん・・・だからそんなに。子育てしていく上では、そんなにこう・・・初体験ではないから、ある程度はわかるからあ・・・気になるのは酸素とか、そういう面だけで・・・だいたいこれくらいだったら大丈夫よとか、わかるじゃないですか、だいたい・・・」(E氏)

【母親が子どもの医療的ケア・世話の中心となっている状況】は、[母親が子どもと一緒にいる][母親が中心の指導を受けた][母親が医療的ケア手技を習得していた]と、伝統的な母親役割と、母親が中心に指導を受け、医療的ケアを行っている状況が示された。

「基本的に私ที่บ้านにいて、子どもをみている」(C氏)

「私が、まず最初に教わって。毎日のように行っていたので」(F氏)

【在宅療養は、母親一人では限界がある状況】は、[在宅療養は、母親1人では限界があった]と、実際の在宅療養を想定し、限界があることを認識したことが示された。

「現実には、そう簡単に、元気な子じゃないから。はいそうですかってわけにはいなくて」(F氏)

「一人ではちょっとやっていかれへんから・・・お願いをしました」(D氏)

(3) 【家族の在宅療養への支援状況】

母親以外の家族員の状況を捉えた局面である。

【父親の在宅療養に前向きな姿勢】は、[父親が在宅療養の希望があった][父親が子どもの医療的ケア・世話を実施できた][父親がきょうだいの

世話ができたと、父親が子どもの在宅療養移行に関して協力的であったことが示された。

「(父親は)最初は、イヤやって言っていたのに、だんだん自信がついて、普通に全然してくれるようになったので」(B氏)

「私と同じようにできるようになった」(F氏)

【日常生活に関する両親以外の家族員からの支援状況】は、[父方祖母が子どもの世話をしてくれた][母方祖母から日常生活における支援の申し出があった]などの家族の協力が示された一方で、[入院中の祖父母の手伝いはなかった]と、支援が受けられなかった状況も示された。

「おばあちゃんは、何もでけへんから。それでも、みてる人がいるのといないのでは全然違うから。それは大きかった」(C氏)

「おじいちゃん・おばあちゃんは遠いので、手伝ってもらえなかった」(D氏)

【医療的ケアに関する両親以外の家族員からの支援状況】は、[退院に際して、医療者である妹の支援があった][母方祖母が医療的ケアにおける支援の依頼に応じてくれた][父方祖母に医療的ケアを任せられなかった]と、日常生活に関する支援状況と同様に、医療的ケアに関する支援があった状況となかった状況が示された。

「パパのおばあちゃんは高齢で、吸引とか協力してもらうには限界があった」(A氏)

2) 在宅療養を目指して母親が行った家族役割の調整

在宅療養を目指して母親が行った家族役割の調整として、19サブカテゴリー、5カテゴリーが抽出された(表3)。

【母親が役割の多くを担う】は、[医療者からの

表3. 在宅療養を目指して母親が行った家族役割の調整

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|--------------------|---------------------------|
| 母親が役割の多くを担う | 医療者からの説明のほとんどを聞くことにした |
| | 子どもへの世話のほとんどを行った |
| | 子どもへの医療的ケアを担った |
| | 父親に教えられるよう医療的ケアを覚えた |
| 父親の子どものかかわりを導く | 父親に子どもの世話を促した |
| | 父親に医療的ケアの習得の必要性を伝え、練習を促した |
| | 父親の子どもへの世話の役割分担を決めた |
| 祖母からの支援を引き出す | 祖母と子どもの接触を促した |
| | 母方祖母に支援を依頼した |
| | 母方祖母に、子どもの医療的ケアを依頼した |
| | 母方祖母が子どもの医療的ケアを習得できるよう促した |
| 医療者とのやりとり | 疑問や不安なことを医療者に聞いた |
| | 必要な医療的ケアについて医師に相談した |
| | 在宅療養をしたいという家族の思いを医療者に伝えた |
| | 母方祖母がNICUに入室できるようお願いした |
| 子どものことについて家族と共に考える | 訪問看護を依頼した |
| | 子どものことについて日常的に家族で話していた |
| | 父親に退院に関する意見を聞いた |

説明のほとんどを聞くことにした] [子どもへの世話のほとんどを行った] [子どもへの医療的ケアを担った] [父親に教えられるよう医療的ケアを覚えた] と、役割の多くを母親が担ったことが示された。また、[家族からの医療的ケアの支援は必要ないと判断した] と、母親自身が担える役割だと判断し引き受けていたことも示されていた。

「私が先に経管栄養教えてもらって。パパに教えられるようになって思って、必死に覚えました」(C氏)

「おばあちゃんに、やってもらうほどでもないかと思った」(A氏)

「始めに病名を聞いていたから、いろいろしないといけないと覚悟はしていた。だから、特に誰かに手伝ってもらうとかは考えてなかった」(B氏)

【父親の子どもとのかかわりを導く】は、[父親に子どもの世話を促した] [父親に医療的ケアの習得の必要性を伝え、練習を促した] など、母親が、父親と子どもの関係性づくりを支援し、父親が役割を果たせるよう促していたことが示された。

「これが普通やでって、正常な状態とかを言うようにした」(E氏)

「最初は、私と一緒にむつ交換とかして、だんだん1人でできるように任せていくようにした」(A氏)

「私が面会から帰ってきて、夜と一緒にカニューレ交換とか勉強した」(F氏)

【祖母からの支援を引き出す】は、[祖母と子どもの接触を促した] と、祖母と子どもとのつながりを支援し、[母方祖母に支援を依頼した] [母方祖母に、子どもの医療的ケアを依頼した] [母方祖母が子どもの医療的ケアを習得できるよう促した] と、育児経験をもつ祖母ができる支援を引き出していたことが示された。

「直接、命にかかわらないような日ごろの吸引とか、経管栄養やったら頼めるかと思って、旦那のおばあちゃんに頼んだ」(F氏)

「急変の時とかの対応は、私の母にも練習してもらった」(F氏)

【医療者とのやりとり】は、[疑問や不安なことを医療者に聞いた] [必要な医療的ケアについて医師に相談した] [在宅療養をしたいという家族の思いを医療者に伝えた] と、子どもの在宅療養移行を前提にした母親と医療者のやりとりが示された。また、在宅療養移行後の生活を想定して、[母方祖母がNICUに入室できるようお願いした] [訪問看護を依頼した] と、具体的な調整も示されている。

「どうやったら家に帰れますかって、先生とか看護師さんに聞いて、いろいろ教えてもらった」(C氏)

「早く連れて帰りたいって看護師さんに言って」(F氏)

【子どものことについて家族と共に考える】は、[子どものことについて日常的に家族で話していた] [父親に退院に関する意見を聞いた] と、母親が家族全体で子どものことを考えることができるよう働きかけていたことを示している。

「子どもが入院してる時から、ちょっとずつ退院した後のこととか話すようにしてた」(B氏)

「家族会議とか、そんな特別なことじゃなくって、自然な会話の中。退院したいなあっていう思いを話してた」(E氏)

3) 家族役割の調整に必要な支援

在宅療養を目指した家族役割の調整に必要な支援として表現されたものとして、16サブカテゴリー、8カテゴリーが抽出された(表4)。

【看護師からの誠実な支援】は、[信頼できる看

表4. 家族役割の調整に必要な支援

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|--------------------|----------------------------|
| 看護師からの誠実な支援 | 信頼できる看護師の存在 |
| | 母親の思いを理解する |
| 医療者の丁寧な説明や対応 | 子どもへの世話の詳細な説明 |
| | 媒体(パンフレット・ビデオ)を用いた医療的ケアの指導 |
| | 母乳のトラブルへの丁寧な対応 |
| 同じ経験をもつ母親からのピアサポート | 同じ経験をもつ母親との交流 |
| | 親の会などの交流の場の提供 |
| 子どもと家族の絆を深める支援 | 家族が子どもに対してできる世話を早期から勧める |
| | 子どもと家族が過ごす時間の提供 |
| 在宅療養を体験できる場の提供 | 在宅療養を体験できる場の提供 |
| 訪問看護師との調整 | 訪問看護師との調整 |
| 家族の協力を促す支援 | 他の家族員と医療的ケアの役割分担を行う必要性の説明 |
| | 家族が協力し合えるような支援 |
| 母親以外の家族員に対する説明や指導 | 父親を含めた病状説明 |
| | 子どもの育児・医療的ケアに関する父親への指導 |
| | 子どもの育児・医療的ケアに関する祖母への直接的な指導 |

護師の存在] [母親の思いを理解する] と、日々の関わりの中での支援が示された。

【医療者の丁寧な説明や対応】は、[子どもへの世話の詳細な説明] [媒体(パンフレット・ビデオ)を用いた医療的ケアの指導] [母乳のトラブルへの丁寧な対応] と、医療者の丁寧な姿勢が示された。

【同じ経験をもつ母親からのピアサポート】は、[同じ経験をもつ母親との交流] [親の会などの交流の場の提供] の必要性が示された。

【子どもと家族の絆を深める支援】では、[家族が子どもに対してできる世話を早期から勧める] [子どもと家族が過ごす時間の提供] という、子どもと家族とのかかわりを支援する必要性が示された。

【在宅療養を体験できる場の提供】 [訪問看護師との調整] は、実際に在宅療養への準備を進めていくにあたって必要なこととして示された。

【家族の協力を促す支援】は、[他の家族員と医療的ケアの役割分担を行う必要性の説明] [家族が協力し合えるような支援] が含まれ、母親以外の家族員の協力も必要であることに気付けるよう働きかけることが示された。

【母親以外の家族員に対する説明や指導】は、[父親も含めた病状説明] [子どもの育児・医療的ケアに関する父親への指導] などの、母親以外の家族員に対する指導や説明の必要性が示された。

VI. 考察

NICUから在宅療養を目指して母親が行った家族役割の調整は、母親が家族役割を調整するに至った状況の3つの局面に応じて行われていると推察されたため、この状況に沿って考察し、必要な支援について述べる。

1. 在宅療養移行の前提となる状況

個人が役割を遂行する時、役割遂行にかかわる状況を考慮に入れて、自分の役割認知に沿いつつ役割をとらえなおす(森岡, 1997)とされる。【在宅療養が可能な子どもの状況】を理解することは、自身の役割を認知することとなり、役割を修得し、調整を図っていくうえでも重要であると考えられる。F氏は、同じ病気をもつ子どもがたどった経過を知り、自身の子どもの状態と比較することで、在宅療養に向けての思いを強めていた。このように、状況把握の過程は、必要な医療的ケアや、子どもの重症度によって違いがあると考えら

れるが、母親は毎日、時に一日に数回、子どもとの面会に通い、かかわりを繰り返す中で、【子どもとの絆が育まれた状況】となり、子どもの状態理解をさらに深めていったと考えられる。看護師は、子どもの呼吸状態の安定、家族の受け入れ態勢を、子どもがNICUから在宅療養に移行する基準であると捉えていることが報告されており(上泉, 2004)、【在宅療養が可能な子どもの状況】、【子どもとの絆が育まれた状況】は、NICUに入院する医療的ケアの必要な子どもが、在宅療養へ移行する前提となる状況であると考えられる。

2. 母親中心の在宅準備状況と家族役割の調整

【父親と子どもとのかかわりが不足する状況】は、父親が家族内で経済的・社会的な機能(濱田, 2008)を果たしていることを示し、その結果として、子どもとの直接的な関わりが限られている状況であると言える。【NICUの環境・体制の制限】においては、子どもへの成長発達に応じた支援に限界があることや、面会制限による祖父母やきょうだいと子どもとの関係性形成への影響を表していると考えられる。また、【母親の子育てに関する経験】があることは、母親が子どもとの生活をイメージしやすくなり、医療的ケアが必要な子どもの在宅療養を想定しやすくなると考えられる。これらの状況から、母親が子どもとの関わりを多くもつこととなり、【母親が子どもの医療的ケア・世話の中心となっている状況】となっていた。現在では、男女とも役割が多様化し、役割期待と役割行動は著しく変化してきている(鈴木, 2006)が、伝統的な母親役割としての育児を母親が担っている状況であり(森岡, 1997)、NICUにおいても母親が中心となっていることが示された。

これらの状況や伝統的な母親役割の影響を受け、【母親が役割の多くを担う】という母親自身の役割の調整を行っていたことが推察された。濱田(2008)は、障がいのある子どもをもつ家族の家族形成プロセスとして、母親は、一義的に子どもの療育の役割を担い、“障がい児の母親役割への専念”をすると示しており、【母親が役割の多くを担う】ことは、家族形成のプロセスであると考えられる。しかし、この状況が続く場合は、母親の役割過重となり、家族の危機となる可能性がある。岡光(1998)は、母親の子ども療育に対する強い責任や抱え込みを示した「母親の気負い」と、父親の仕事役割・療育に関わる役割の「分担の限界」を、在宅療養における両親の関係調整の過程のひとつとして明らかにした。本研究におい

て母親は、【母親が役割の多くを担う】という母親自身の役割調整を行うなかで、【在宅療養は、母親一人では限界がある状況】を、子どもの入院中に認識していた。在宅療養への移行にあたっては、特定の家族員に養育の負担が集中することのないよう調整することが必要であるとされており（日本看護協会，2007），母親が自身の限界を認識することにより，他の家族員との家族役割の調整の必要性を理解することができたと考える。

3. 家族の在宅療養への支援状況と家族役割の調整

柏木ら（1994）は，母親は，子ども・育児に対して肯定面と同時に否定的な感情もあわせもち，父親の育児・家事参加度の高さは，母親の否定感情の軽減につながることを示している。【父親の在宅療養に前向きな姿勢】は，在宅療養を目指すにあたり，母親を支え，父親との家族役割の調整を行っていくことにつながったと考える。

【日常生活に関する両親以外の家族員からの支援状況】は，日常生活における支援があった状況と，逆に支援がなかった状況を捉えたカテゴリーである。

高橋（1999）は，医療的ケアを要する乳幼児の母親の情緒的サポートの内容として，母親や患児に関心を示すこと，かわいがること，患児のことを理解することと示しており，医療的ケアができなくとも家族の一員である子どもへの支援があった状況は，母親への情緒的サポートとなっていたと言える。【医療的ケアに関する両親以外の家族員からの支援状況】は，医療的ケアに関する支援があった状況と，支援がなかった状況を捉えたカテゴリーである。家族内の支援がなかった状況を，母親は，在宅療養を目指して，家族役割の調整が必要な状況として捉えたことが考えられる。

これらの他の家族員の状況に対して，【父親の子どもとのかかわりを導く】のように，子どもとの直接的な関わりを促すと共に，仕事への支障が出ないよう子どもの世話の役割分担の調整を行っていた。【祖母からの支援を引き出す】は，母親から母方祖母に対する調整を示している。母親は，日常生活だけでなく，母方祖母が恐怖感を抱いていた子どもの医療的ケアに関しても支援を依頼し，子どもの世話や医療的ケアを習得できるよう調整していた。この調整にあたり，母親は，拡大・核家族にかかわらず，祖母の年齢や受け止めの状況をみながら役割の移行を判断していた。

【子どものことについて家族と共に考える】は，特別なことではなく，日々の会話の中で子どもの

様子などを話すことで，面会の機会が母親に比べて少ない父親や，直接，子どもと接することができない家族員も，子どもを家族の一員として捉えられるよう，また必要な役割を認識できるよう家族を巻き込んでいく調整であったと考える。家族員によって，子どもの捉え方は異なる（西海，2002）ため，【子どものことについて家族と共に考える】ことで，家族員の相互理解を図ることは，在宅療養実現を目指して重要な調整であると考えられる。

本研究において母親は，『家族の在宅療養への支援状況』を認識し，【父親の子どもとのかかわりを導く】，【祖母からの支援を引き出す】，【子どものことについて家族と共に考える】という調整を試みていた。家族も母親の家族役割の調整に呼応して，それぞれの家族役割を調整していたと考えられる。家族内の役割には，相互に補い合う相補性が必要とされる（川上，2005）。家族員が互いの果たす役割や限界を理解し，母親の働きかけに応じて家族役割の調整を行い，在宅療養移行を実現できたことは，家族の相補性の強化となり，対処能力の向上につながったと考えられる。

4. 家族役割の調整に必要な支援

母親が捉えた家族役割の調整に必要な支援として分類された8つのカテゴリーは，子どものNICU入院中継続して必要な支援と，状況の局面に応じて必要となる支援であると考えられた。

【看護師からの誠実な支援】，【医療者の丁寧な説明や対応】は，家族と医療者との援助関係の形成（野嶋，2005）に重要なだけでなく，子どもの状態理解にもつながり，役割の明確化・他の家族員との役割の適合を支援することとなる。【同じ経験をもつ母親からのピアサポート】について，濱田（2008）は，母親は療育に取り組むことで，ピアサポートを得たり，役割モデルや反面教師と出会い，新たな関係性の中で，障がいのある子どもの母親としての役割を見出していくと述べており，母親の役割の明確化や目標の一助となると考えられる。これらの【看護師からの誠実な支援】，【医療者の丁寧な説明や対応】，【同じ経験をもつ母親からのピアサポート】は，子どもの入院から在宅療養移行を目指す全体を通して必要な支援であると考えられる。

【子どもと家族の絆を深める支援】は，NICU看護における親子関係形成への支援の重要性の再確認となっただけでなく，母親もこの支援の重要性を認識していたことが明らかになった。入院初期からの【子どもと家族の絆を深める支援】を継

続することで、『在宅療養移行の前提となる状況』が形成され、在宅療養移行の基盤となっていくと考えられる。

【在宅療養を体験できる場の提供】において、母親は、自身の役割の調整、家族と子どもの関わりを導くなどの家族との調整を行っていたことから、このような機会を医療的ケア技術習得だけでなく、家族役割を再調整する場として捉えて支援することの重要性が示されたと考える。

【家族の協力を促す支援】では、より円滑な家族役割の調整のために家族の関係性への支援が必要であることが示された。医療的ケアを必要とする子どもをもつ親が在宅療養を行う上で必要とされるセルフケア機能の一つとして、家族間の協力が示されており（石浦ら、2003）、家族自身が家族のもつ機能を発揮できるよう家族の関係性に働きかけることは、重要な支援であると考えられる。また、【母親以外の家族員に対する説明や指導】があったことで、他の家族員が子どもの状態や在宅療養に必要なことを理解することができたと考える。母親が子どもの状態を理解し、子どもとの愛着・関係性を構築しながら役割を担ってきたように、他の家族員にとっても、医療者からの直接的な説明や指導は、自身の役割を認知・規定することとなり、家族内での役割を修得・調整することにつながったと考えられる。渡辺（1995）が、たとえば、母親あるいは父親の一方との接点から援助を開始したとしても、援助の目標を家族の適応への過程に定め、家族全体を視野に入れた援助が必要であると述べているように、看護師は、NICUでの関わりの多くが母親であっても、【家族の協力を促す支援】、【母親以外の家族員に対する説明や指導】の必要性を認識することが重要である。そして、これらの支援を在宅療養準備の早期から行うことで、【母親が役割の多くを担う】現状、【在宅療養は、母親一人では限界がある状況】を含む【母親中心の在宅準備状況】から【家族の在宅療養への支援状況】に母親の認識の拡大を促すこととなり、家族がより主体的に役割調整に取り組むことができると考える。

Ⅶ. 結論

1. 在宅療養移行を目指して母親が家族役割を調整するに至った状況として、『在宅療養移行の前提となる状況』、『母親中心の在宅準備状況』、『家族の在宅療養への支援状況』の3つの局面が明らかになった。この状況の局面に応じた家

族役割の調整が行われたと考えられた。

2. 【母親中心の在宅準備状況】において、母親が行った家族役割の調整として、【母親が役割の多くを担う】という母親自身の家族役割の調整を行っていたと考えられた。
3. 【家族の在宅療養への支援状況】において、母親が行った家族役割の調整として、【父親の子どもとのかかわりを導く】、【祖母からの支援を引き出す】、【医療者とのやりとり】、【子どものことについて家族と共に考える】という家族、医療者に対する家族役割の調整を行っていたと考えられた。
4. 家族役割の調整に必要な支援として【子どもと家族の絆を深める支援】、【看護師からの誠実な支援】、【医療者の丁寧な説明や対応】、【同じ経験をもつ母親からのピアサポート】、【在宅療養を体験できる場の提供】、【訪問看護師との調整】、【母親以外の家族員に対する説明や指導】、【家族の協力を促す支援】が分類された。家族役割を調整するに至った状況として示された【母親中心の在宅準備状況】が起り得ることを予測し、【母親以外の家族員に対する説明や指導】、【家族の協力を促す支援】を行っていく必要性が示唆された。

Ⅷ. 研究の限界と課題

本研究のテーマである「家族役割の調整」は、母親が家族役割の調整を行ったと明確に意識していないことについての調査であり、母親が捉えた家族役割の調整の一側面である。また、対象者が限られており、重症度にもばらつきがあるため、一般化には限界がある。今後は、対象者数を増やし、他の家族員が捉えた家族役割の調整についても併せて検討することや、母集団を絞り込んでデータを収集することが必要となると考える。

謝辞

本研究のデータ収集にあたり、貴重な体験をお話いただきましたお母様方、フィールドを提供して下さいました各施設の看護管理者・スタッフ・医師の皆様様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究科に提出した課題研究の一部を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発表した。

文献

- 濱田裕子 (2008)：障害のある子どもをもつ家族のつながり—父親役割に焦点をあてて. 家族看護, 6 (1), 58-64.
- 市之宮健二, 井上文孝, 小泉亜矢ら (2013)：当院NICU入院児における在宅移行の変化に関する検討. 日本・周産期・新生児医学会雑誌, 49 (4), 1235-1239.
- 石浦光世, 大坪佳代, 浦松知美ら (2003)：在宅療養に向けた親のセルフケア機能—医療的ケアを必要とする子どもをもつ親に焦点をあてて—. 日本看護学会論文集 小児看護, 34, 80-82.
- 柏木恵子, 若松素子 (1994)：「親となる」ことによる人格発達：生涯発達の視点から親を研究する試み. 発達心理学研究, 5 (1), 72-83.
- 川上理子 (2005)：家族役割についての考え方. 野嶋佐由美, 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 100-103, へるす出版, 東京.
- 前田知己, 飯田浩一, 隅明美ら (2008)：新生児病床長期入院児の全国実態調査. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 44 (4), 1152-1157.
- 森岡清美, 望月崇 (1997)：新しい家族社会学. 90-100, 培風館, 東京.
- 森山美知子 (2001)：ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践. 64-116, 医学書院, 東京.
- 日本看護協会編 (2007)：小児慢性疾患患者の退院調整に関する指針2005年. 日本看護協会看護業務基準集. 2007年改訂版, 141-151日本看護協会出版会, 東京.
- 西海真理 (2002)：心理的サポートを必要とする親・家族のケア. 小児看護, 25 (9), 1248-1253.
- 野嶋佐由美 (2005)：家族との援助関係の特徴. 野嶋佐由美監修, 中野綾美編集, 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 37-41, 104-109, へるす出版, 東京.
- 岡光基子 (1998)：医療依存度の高い子どもの在宅ケアをしている家族に関する研究—父親 - 母親の二者関係の形成過程—. 広島大学大学院保健学研究科保健学専攻博士課程博士論文.
- 佐藤奈保 (2008)：乳幼児期の障害児をもつ両親の育児における協働感と相互協力の関連. 千葉看護会誌, 14 (2), 46-53.
- 鈴木和子, 渡辺裕子 (2006)：家族看護学 理論と実践 第3版. 48-57, 135-151, 日本看護協会出版会, 東京.
- 高橋泉 (1999)：医療的ケアを要する乳幼児をもつ母親のソーシャルサポートに対する認識. 日本小児看護学会誌, 8 (2), 31-37.
- 滝敦子, 奥起久子, 渡部晋一ら (2011)：NICUから退院できない長期人工呼吸管理患者の現状と在宅医療移行への阻害要因についての検討. 日本未熟児新生児学会雑誌, 第23巻第1号, 75-82.
- 田村正徳, 船戸正久, 竹本潔ら (2013)：NICUの後方支援 - 大阪発達総合療育センターの新たな役割. 重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の充実に関する研究 (総合) 研究報告書 平成23 - 25年度, 40-43.
- 上泉和子 (2004)：NICU離脱移行期および在宅療養に必要な看護サービスと資源のあり方. 第14回日本新生児看護学会講演集, 150-151.
- 渡辺裕子, 鈴木和子, 前原澄子ら (1995)：第1子出生による家族の適応過程. 千葉大学看護学部紀要, 17(3), 1-12.

研究報告

中堅期看護師と新人期看護師におけるコンピテンシーの 構成要素とそのニーズとの関連

Components of Competency for Mid-career and Novice Nurses and Their Relationship with the Nurses' Needs

細田泰子¹⁾・石井京子²⁾・藤原千恵子³⁾

Yasuko Hosoda, Kyoko Ishii, Chieko Fujiwara

キーワード：中堅期看護師，新人期看護師，コンピテンシー，ニーズ

Keywords: mid-career nurse, novice nurse, competency, needs

Abstract

The purpose of this study was to clarify the components of competency for mid-career and novice nurses and to investigate the relationship between these components and nurses' needs. A questionnaire survey was conducted with 994 mid-career nurses and 1,016 novice nurses from 60 hospitals with 500 or more beds. An exploratory factor analysis of the components of competency for mid-career nurses produced a seven-factor solution: (1) organization commitment, (2) cooperative relationship building, (3) agonic power orientation, (4) flexibility, (5) goal achievement orientation, (6) leadership, and (7) professional practice. Regarding the factor structure, a confirmatory factor analysis of the components of competency for both mid-career nurses and novice nurses based on structural equation modeling indicated an acceptable fit, and the internal consistency of each factor was verified for both groups. There was a significant positive correlation between the scores of the competency factors and the scores of the Nursing Career Assessment Scale, and the scores of the competency factors significantly differed between mid-career and novice nurses. The scores of certain competency items had a positive correlation with the scores of those deemed "the needs to convey to novice nurses" by mid-career nurses, and a negative correlation with scores of those deemed "the needs to learn from mid-career nurses" by novice nurses. In order to facilitate conveyance and learning of competency between mid-career and novice nurses, it is necessary to help them to understand each other's needs.

要 旨

本研究は中堅期看護師（以下，中堅）と新人期看護師（以下，新人）におけるコンピテンシーの構成要素を明らかにし，そのニーズとの関連を検討することを目的とした。500床以上の60病院の中堅994名と新人1016名を対象に調査を行った。中堅を対象に探索的因子分析を行い，【組織への参画】【協働関係づくり】【実効パワー志向】【フレキシビリティ】【目標達成志向】【リーダーシップ】【専門的実践】が抽出された。これらの因子構造について，中堅と新人ともに確認的因子分析の適合度は許容水準を示し，内的整合性が確認された。コンピテンシーは看護師の職務キャリア尺度との相関，中堅と新人の間で有意差が見られた。コンピテンシーの一定の項目は中堅の「新人へ伝える必要性」との正相関，新人の「中堅から学ぶ必要性」との負相関があった。中堅と新

受付日：2015年9月24日 受理日：2016年1月13日

1) 大阪府立大学地域保健学域看護学類

2) 大阪人間科学大学人間科学部健康心理学科

3) 武庫川女子大学看護学部看護学科

人の中でコンピテンシーを伝え、学ぶことを促進するため、互いのニーズを理解し合えるように支援する必要がある。

I. 緒言

医療の高度化や社会の健康に対する関心の高まりなどから、看護実践能力を向上させる組織的な取り組みは重要な課題となっている。平成21年の保健師助産師看護師法および看護師等の人材確保に関する法律の一部改正により、新人看護職員の臨床研修が努力義務となった。新人看護職員研修の実施内容や方法、普及方策について検討し、実施に移すことが求められており（厚生労働省, 2014）、多くの施設では研修体制を充実させるための取り組みが進められている。また、新人看護職員等を教える臨床教育者として、現任教育の企画・運営・指導等を効果的に実践できる人材育成の事業が展開されている（松谷ら, 2015）。

国内外の多くの医療施設では、クリニカルリーダーを軸にした現任教育を行っている（Burket et al., 2010; 井本ら, 2004; 大岡ら, 2002）。現任教育において看護実践能力を評価することは、キャリア開発につながり、患者ケアの質の保証においても極めて重要である。米国科学アカデミーの Institute of Medicine (2003) は、ヘルスケア専門職に求められるコアコンピテンシーとして、患者中心のケアの提供、学際的チームの協働、エビデンスに基づいた実践、質の改善、情報科学の活用を示した。コンピテンシーという概念は、McClelland (1973) の研究が起源になり、主に教育学、心理学、社会学の分野で使用されている。看護学教育にもコンピテンシーの概念が導入され、その評価のあり方が検討されている（Scott Tilley, 2008; Ross et al., 2009; 立石ら, 2013）。また、看護師の役割に焦点をあて、チーフナースのコンピテンシー（宗村, 2007）、糖尿病ケアに従事する看護師のコンピテンシー（Davis et al., 2008）、救急初療に働く看護師のコンピテンシー（作田ら, 2008）、看護管理者のコンピテンシー（本村ら, 2013）が報告されている。看護師のコンピテンシーは看護実践の文脈のなかで発揮される能力や行動特性であり、いかに評価するかは重要な課題である。

看護師の職務ストレスやキャリアに関する研究において、臨床で働く看護師の職務の現状が分析されてきた。看護師経験が3年未満の新人期看護師（以下、新人とする）は、看護ケアや人間関係

に関する職務ストレスを認知していることが示された（藤原ら, 2001）。また、新人のロールモデルや職場でのメンターとしての役割を果たす看護師経験が10年前後の中堅期看護師（以下、中堅とする）は、職務ストレスの蓄積とサポート不足があり、キャリア形成の個人差が生じていることが指摘されている（石井ら, 2003; 石井ら, 2005）。その背景として、看護師には知識や技術だけではなく、周囲の環境に働きかける能力が求められており、看護師のコンピテンシーと職務キャリアの関係を検討する必要がある。

細田ら（2011）は、中堅のコンピテンシーを施設内教育担当者の視点から質的に分析し、【組織への参画】【実効パワー】【目標達成志向】【支援的リーダーシップ】【専門的実践】【協働関係づくり】【フレキシビリティ】の7つのクラスターを抽出している。7つのクラスターのうち、【目標達成志向】以外はSpencerら（1993）の支援・人的サービスのプロフェッショナルの一般コンピテンシーモデルとの共通性が認められた（細田ら, 2011）。したがって、これらのコンピテンシーは特定の分野・領域、働く場や形態にとらわれず、あらゆる対象者に対して、従事した領域で、直接、質の高い看護サービスを提供することを志向する看護職であるジェネラリスト（日本看護協会, 2012）に求められる能力の一端をなすものといえる。中堅が発揮するコンピテンシーは、新人にとって自分の将来の姿を想像させ、今後の目標をより具現化させることになり、新人のコンピテンシーの発達に影響する要因になり得ると考えられる。そこで本研究では、中堅と新人のコンピテンシーに着目し、その構成要素を明らかにし、互いのニーズとの関連を検討する。この研究成果は、施設における教育プログラムをより効果的なものにするための重要な基礎資料になると考える。

II. 研究目的

中堅と新人におけるコンピテンシーの構成要素を明らかにし、それに関する両者のニーズとの関連を検討する。

Ⅲ. 用語の定義

本研究では、「中堅期看護師」を看護師経験が10年前後の看護師（看護師長を除く）とし、「新人期看護師」を看護師経験が3年未満の看護師とする（石井ら, 2003）。また、アンダーセン（2000）、Meretojaら（2004）、Allenら（2008）の定義を参考に「コンピテンシー」を看護実践における能力と行動特性とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

全国の一般病床数500床以上の病院より無作為抽出法で200施設を選出し、看護管理責任者に各施設の中堅15～20名程度、新人15～20名程度を対象とする調査を文書で依頼し、協力を得られた60施設の中堅と新人を対象とした。

2. 調査方法

自記式質問紙調査を行った。調査への協力を得られた施設に依頼し、調査票を対象者に配布した。回収は、対象者が返信用封筒を用いて直接投函する郵送法を用いた。調査期間は2010年1月～3月であった。

3. 調査内容

1) 看護師のコンピテンシー

コンピテンシーに関する研究（細田ら, 2011）から抽出された7つのクラスターを理論的な仮説とし、文献を参考に54項目を独自に作成し、回答形式はVisual Analog Scaleを用いた。看護師の能力や行動特性について「非常に低い」～「非常に高い」までの100mmの直線上に現状のコンピテンシーの程度を対象者が印をつける方法で回答を得た。得点が高いほど自らのコンピテンシーが高いと評価する。

2) コンピテンシーに関するニーズ

コンピテンシーの各項目について、中堅には「新人へ伝える必要性」、新人には「中堅から学ぶ必要性」の回答を「1.全く必要でない」～「4.非常に必要である」の4段階で求めた。得点が高いほど必要性の認識が高いと評価する。

3) 看護師の職務キャリア

看護師の職務キャリア形成は、看護能力を必要とする（石井ら, 2005）ことが示唆されており、職務キャリアとコンピテンシーが関連することを仮説とし、看護師の職務キャリア尺度（石井ら,

2005）を併存的妥当性の検討に用いた。この尺度は、【質の高い看護の実践と追究】17項目、【対人関係の形成と調整】12項目、【自己能力の開発】7項目、【多様な経験の蓄積】7項目から構成されている。5段階のリッカート尺度で、信頼性と妥当性が検証されている。得点が高いほど看護師の職務キャリアの認識が高いことを示す。

4) 基本属性

性別、年齢、看護職の経験年数、就業部署、看護職に関する資格などについて回答を得た。

4. 分析方法

分析には統計ソフトIBM SPSS Statistics Ver.22とAmos Ver.22を使用し、有意水準は5%とした。コンピテンシーの項目分析は、記述統計量を算出し、修正済み項目合計相関（Corrected Item-Total Correlation: CITC）を求めた。中堅のデータを用いて探索的因子分析を行い、細田ら（2011）の研究で見出されたクラスターと比較した。抽出された因子を潜在変数として、中堅および新人を対象に2次因子分析モデルを作成し、共分散構造分析による確認的因子分析を行った。モデルの適合度指標には、Goodness-of-Fit Index (GFI), Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)を用いた。各因子のCronbach's α 係数を算出した。中堅と新人のコンピテンシーの各因子に含まれる項目の合計得点を算出し、併存的妥当性は看護師の職務キャリア尺度の得点との相関係数を求めた。構成概念妥当性は中堅と新人の間でコンピテンシーの各因子の得点を比較した。コンピテンシーの各項目について、中堅の「新人へ伝える必要性」、新人の「中堅から学ぶ必要性」の得点を算出し、両者のコンピテンシーとニーズの相関係数を求めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究目的、研究への協力は自由意思であること、個人情報保護、研究結果の公表、目的外にデータを利用しないこと等を文書で説明した。回答は無記名とし、個別投函による調査票の返送をもって同意が得られたとした。

V. 結果

1. 質問紙の配布・回収状況

質問紙は看護師2010名（中堅994名，新人1016名）に配布し，1143名（回収率56.9%）から回答を得た。有効回答は946名（有効回答率47.1%）で，中堅488名，新人458名であった。なお，コンピテンシーに関するニーズの検討では，「中堅から学ぶ必要性」に無回答があった新人4名を分析対象から除いた。

2. 対象者の属性

性別は，中堅では女性468名（95.9%），男性20名（4.1%），新人では女性431名（94.1%），男性27名（5.9%）であった。平均年齢は，中堅31.8±SD2.3歳，新人24.1±SD2.9歳であった。看護職の経験年数は，中堅9.9±SD1.3年，新人1.9±SD0.7年であった。就業部署は，中堅と新人ともに成人病棟が最も多かった。看護職に関する資格をみると，中堅には専門・認定看護師の資格所持者（専門看護師0.8%，認定看護師2.3%）が含まれていた。新人は保健師の資格所持者が18.8%で，中堅より多かった（表1）。

3. 項目分析と因子分析

1) コンピテンシーの項目分析

コンピテンシーの各項目は，天井・フロア効果を示すものは認められなかった。各項目の尖度・歪度が±1以上，ヒストグラムの分布が対称性や単峰性でない項目を削除した。CITCが.30未満を示す項目はなかった。

2) 中堅のコンピテンシーの探索的因子分析

因子分析によって抽出する因子数について，仮説がある場合にはその数で分析する（山際ら,1997; 村瀬ら,2007）ことが推奨されており，本研究では，コンピテンシーに関する研究（細田ら,2011）において，7クラスターが抽出されたことから，中堅のデータを用いて7因子構造を仮定して主因子法・プロマックス回転で探索的因子分析を行った。因子負荷量が.35未満を示した項目，複数の因子で.35以上を示した項目を削除しながら分析を進め，22項目からなる7因子が抽出された（表2）。また，抽出する因子数を6因子および8因子に設定した分析も試みたが，1つの因子に多数の項目の因子負荷量が大きくなるか，あるいは1～2項目しか因子負荷量が大きくならない因子が抽出されたため，仮説と照らし，7因子を採択した。7因子22項目の全分散を説明する割合は65.155%であった。Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は.963を示し，Bartlettの球面性検定は $p<.001$ であり，因子分析を行う妥当性が確認された。

第1因子は，「自分の立場や利益にとらわれず組織の発展をめざす」など4項目で構成されており，組織にコミットメントをすることで，その発展に貢献する能力に関する内容が高い負荷量を示した。この因子は，細田ら（2011）の研究のクラスター名を適用して【組織への参画】と命名した。第2因子は，「ケアチームの目標達成に向けて協力する」など3項目で構成されており，チームワークを維持し，その一員として他のメンバーと連携する能力に関する内容が高い負荷量を示したため，共通する意味をもつクラスターから【協働関係づくり】と命名した。第3因子は，「約束

表1 対象者の属性

| | | 中堅(n=488) | | 新人(n=458) | |
|-------------------|---------------|-----------|---------|-----------|---------|
| 性別 n(%) | 女性 | 468 | (95.9) | 431 | (94.1) |
| | 男性 | 20 | (4.1) | 27 | (5.9) |
| 年齢 Mean(SD) | | 31.8 | (2.3) | 24.1 | (2.8) |
| 経験年数 Mean(SD) | | 9.9 | (1.3) | 1.9 | (0.7) |
| 就業部署 n(%) | 成人(内科系)病棟 | 105 | (21.5) | 112 | (24.5) |
| | 成人(外科系)病棟 | 126 | (25.8) | 131 | (28.6) |
| | 成人(混合)病棟 | 87 | (17.8) | 103 | (22.5) |
| | 精神科 | 9 | (1.8) | 9 | (2.0) |
| | 小児科(成人との混合含む) | 45 | (9.2) | 24 | (5.2) |
| | 産科(他科との混合含む) | 29 | (5.9) | 21 | (4.6) |
| | その他 | 87 | (17.8) | 58 | (12.7) |
| 資格 n(%) (複数回答) | 看護師 | 488 | (100.0) | 458 | (100.0) |
| | 保健師 | 27 | (5.5) | 86 | (18.8) |
| | 助産師 | 20 | (4.1) | 16 | (3.5) |
| | 専門看護師 | 4 | (0.8) | 0 | (0.0) |
| | 認定看護師 | 11 | (2.3) | 0 | (0.0) |
| | その他 | 17 | (3.5) | 2 | (0.4) |

表2 中堅のコンピテンシーの探索的因子分析の結果

| | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 | 第4因子 | 第5因子 | 第6因子 | 第7因子 | |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 第1因子 【組織への参画】 | | | | | | | | |
| 50 自分の立場や利益にとらわれず組織の発展をめざす | .726 | -.004 | .038 | .108 | .097 | -.095 | -.043 | |
| 45 リスクに関する事例を蓄積することに協力する | .692 | .110 | -.008 | .029 | .014 | -.135 | .098 | |
| 43 部署の状況を見ずえ自分が貢献できることを実行する | .635 | -.057 | -.010 | -.042 | -.127 | .301 | .191 | |
| 54 何事にも目的意識をもち能動的に取り組む | .460 | -.063 | .076 | -.012 | .220 | .091 | .098 | |
| 第2因子 【協働関係づくり】 | | | | | | | | |
| 7 ケアチームの目標達成に向けて協力する | .124 | .857 | .005 | -.043 | .070 | -.079 | .015 | |
| 8 ケアチームの方向性をスタッフメンバーに示す | .030 | .824 | -.033 | -.127 | .050 | .161 | .037 | |
| 6 他のスタッフメンバーの求めに応じて援助する | -.180 | .611 | .142 | .243 | -.126 | .026 | .115 | |
| 第3因子 【実効パワー志向】 | | | | | | | | |
| 33 約束したことを誠実に守るように心がける | -.021 | .047 | .934 | -.018 | -.099 | -.010 | -.121 | |
| 37 対象(患者)のいうことを最後まできちんと聴いて理解する | .276 | -.012 | .622 | -.068 | -.062 | -.016 | .101 | |
| 18 自分自身に割り当てられた業務に積極的に取り組む | -.105 | -.070 | .405 | .021 | .245 | .078 | .275 | |
| 第4因子 【フレキシビリティ】 | | | | | | | | |
| 16 周囲の状況の変化をすばやく認知する | -.061 | .120 | .049 | .655 | .002 | .023 | .111 | |
| 31 緊急事態に遭遇しても動じることなく行動する | .219 | -.076 | -.090 | .628 | .088 | .180 | -.129 | |
| 13 困難な状況におかれても前向きに対処する | .143 | -.070 | -.035 | .523 | .103 | -.044 | .178 | |
| 第5因子 【目標達成志向】 | | | | | | | | |
| 17 容易には達成することのできない高い目標をもつ | .026 | .000 | -.118 | .054 | .662 | -.026 | .085 | |
| 32 組織が掲げる理念や目標の実現に向けて尽力する | .348 | .100 | .154 | .163 | .439 | -.040 | -.213 | |
| 29 他の人たちが気づきにくいリソースから情報を得る | .319 | .048 | -.039 | -.103 | .376 | .257 | .036 | |
| 第6因子 【リーダーシップ】 | | | | | | | | |
| 26 スタッフメンバーから信頼を得てケアチームを統率する | -.087 | .070 | -.027 | .034 | .193 | .810 | -.069 | |
| 41 業務上必要な指示を適切なスタッフメンバーに出す | .278 | .039 | .087 | .159 | -.278 | .627 | -.040 | |
| 22 自分の意図を適切な方法で他の人たちに伝える | -.058 | .061 | .121 | .159 | .150 | .401 | .051 | |
| 第7因子 【専門的実践】 | | | | | | | | |
| 19 対象(患者)の心の動きや機微を予測して適切な行動をとる | .084 | -.014 | .139 | .154 | .112 | -.044 | .564 | |
| 1 対象(患者)がうまく伝えられないニーズを掘り下げる | .155 | .277 | -.143 | .051 | -.048 | -.058 | .471 | |
| 12 看護の専門的知識を用いて問題解決に取り組む | .099 | .198 | -.039 | .226 | .046 | -.007 | .366 | |
| 因子相関行列 | 第1因子 | 1.000 | | | | | | |
| | 第2因子 | .565 | 1.000 | | | | | |
| | 第3因子 | .645 | .514 | 1.000 | | | | |
| | 第4因子 | .685 | .600 | .669 | 1.000 | | | |
| | 第5因子 | .703 | .534 | .563 | .665 | 1.000 | | |
| | 第6因子 | .751 | .607 | .717 | .749 | .642 | 1.000 | |
| | 第7因子 | .648 | .545 | .693 | .708 | .566 | .739 | 1.000 |

n=488, 因子抽出法:主因子法、回転:Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

したことを誠実に守るように心がける」など3項目で構成されており、直接的で自主的な行動をとり、他の人たちにその影響力をもたらす実効パワー (Freedman, 1988) を発揮するための積極的な姿勢に関する内容が高い負荷量を示したため、【実効パワー志向】と命名した。第4因子は、「周囲の状況の変化をすばやく認知する」など3項目で構成されており、遭遇する状況に適応し、柔軟に行動する能力に関する内容が高い負荷量を示したため、クラスター名を適用して

【フレキシビリティ】と命名した。第5因子は、「容易には達成することのできない高い目標をもつ」など3項目で構成されており、目標をもち、それを達成しようとする姿勢に関する内容が高い負荷量を示したため、共通する意味をもつクラスターから【目標達成志向】と命名した。第6因子は、「スタッフメンバーから信頼を得てケアチームを統率する」など3項目で構成されており、スタッフメンバーを導く能動的な行動が高い負荷量を示したため、【リーダーシップ】と命名した。第7因子は、

「対象（患者）の心の動きや機微を予測して適切な行動をとる」など3項目で構成されており、看護の専門的スキルを駆使して実践する能力に関する内容が高い負荷量を示したため、クラスター名を適用して【専門的实践】と命名した。

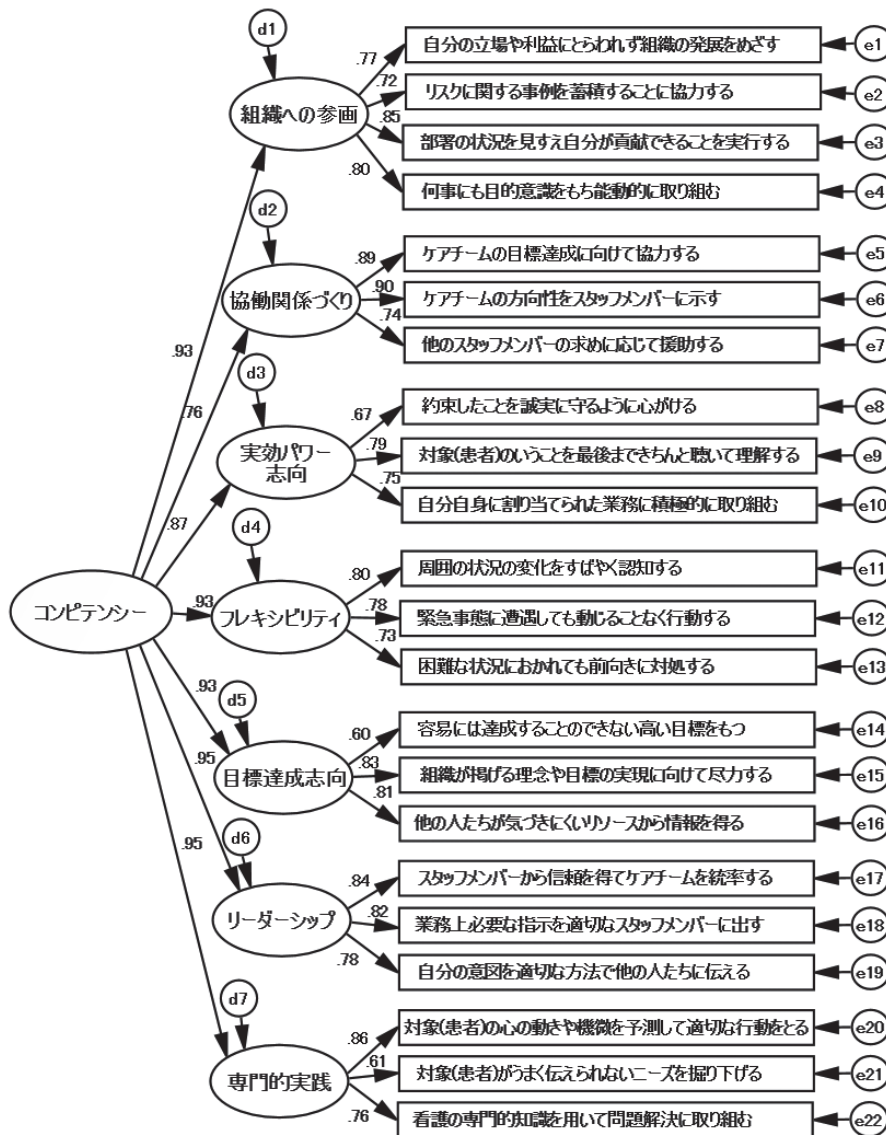
3) 中堅と新人のコンピテンシーの確認的因子分析

探索的因子分析により抽出された7因子22項目は、ジェネラリストに求められる能力の一端をなすもので、看護師のコンピテンシーとして汎用性があるといえる。コンピテンシーの因子構造を検討するため、中堅と新人のそれぞれのデータを用いて確認的因子分析を行った。2次因子分析モデルを作成し、潜在変数は【組織への参画】、【協働

関係づくり】、【実効パワー志向】、【フレキシビリティ】、【目標達成志向】、【リーダーシップ】、【専門的实践】の7因子を1次因子、コンピテンシーを2次因子とする構成とし、観測変数は、探索的因子分析で示された各因子に該当する22項目をそれぞれ投入した。分析の結果、モデルの適合度指標は、中堅ではGFI=.900, AGFI=.875, CFI=.947, RMSEA=.063 (図1), 新人ではGFI=.875, AGFI=.843, CFI=.903, RMSEA=.075 (図2)であった。

4) 内的整合性の検討

看護師のコンピテンシーの7因子のCronbach's α 係数は、中堅では、第1因子から順に α =.863, .879, .784, .812, .789, .854, .788であった。新人では、



n=488 数値は標準化推定値
 モデル適合度: GFI=.900, AGFI=.875, CFI=.947, RMSEA=.063

図1 中堅のコンピテンシーの確認的因子分析の結果

第1因子から順に $\alpha = .792, .851, .723, .752, .727, .758, .778$ であった。

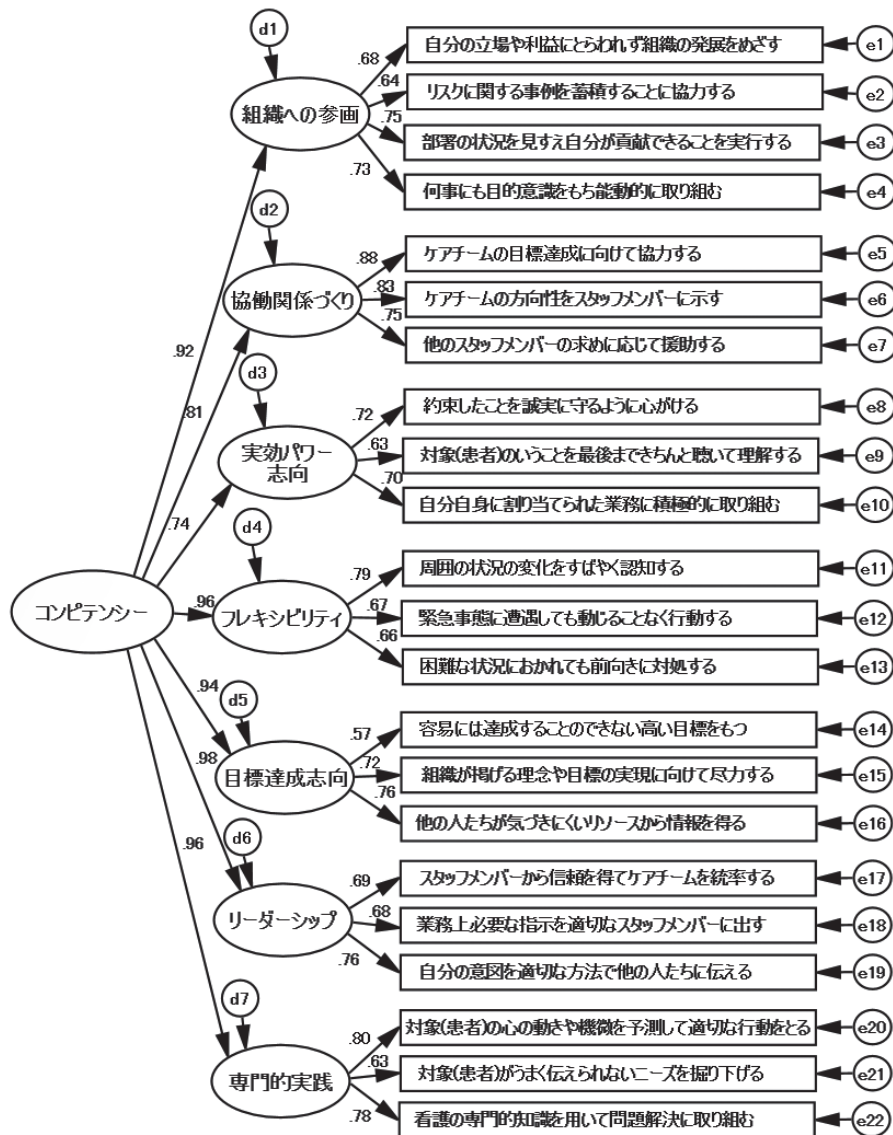
4. 妥当性の検討

1) 併存的妥当性の検討

中堅と新人のコンピテンシーの各因子の得点と看護師の職務キャリア尺度の下位尺度の得点とのスピアマンの順位相関係数を算出し、併存的妥当性を検討した。中堅の相関係数は $\rho = .305 \sim .555$ であり、.5以上を示したのは、職務キャリア尺度の「質の高い看護の実践と追究」と【組織への参画】($\rho = .555$)、【目標達成志向】($\rho = .528$)、【リーダーシップ】($\rho = .509$)、【専門的実践】($\rho = .517$)、「対人関係の形成と調整」と【リーダーシップ】($\rho = .523$)であった。新人の相関係数は $\rho = .219 \sim .590$ であり、.5以上を示したのは、職務キャリア尺度の「質の高い看護の実践と追究」と【組織への参画】($\rho = .580$)、【フレキシビリティ】($\rho = .511$)、【目標達成志向】($\rho = .553$)、【リーダーシップ】($\rho = .523$)、【専門的実践】($\rho = .503$)、「対人関係の形成と調整」と【組織への参画】($\rho = .554$)、【フレキシビリティ】($\rho = .521$)、【リーダーシップ】($\rho = .590$)、「多様な経験の蓄積」と【フレキシビリティ】($\rho = .522$)、【リーダーシップ】($\rho = .516$)であった(表3)。

2) 構成概念妥当性の検討
中堅と新人のコンピテンシーの【組織への参画】、【協働関係づくり】、【実効パワー志向】、【フレキシビリティ】、【目標達成志向】、【リーダーシップ】、【専門的実践】の構成概念妥当性を検討した。

中堅と新人のコンピテンシーの【組織への参画】、【協働関係づくり】、【実効パワー志向】、【フレキシビリティ】、【目標達成志向】、【リーダーシップ】、【専門的実践】の構成概念妥当性を検討した。



n=458 数値は標準化推定値
モデル適合度: GFI=.875, AGFI=.843, CFI=.903, RMSEA=.075

図2 新人のコンピテンシーの確認的因子分析の結果

表3 中堅と新人におけるコンピテンシーと職務キャリアの相関

| | 組織への 参画 | 協働関係 づくり | 実効パワー 志向 | フレキシ ビリティ | 目標達成 志向 | リーダー シップ | 専門的 実践 |
|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|-----------|
| 中堅 (n=488) | | | | | | | |
| 質の高い看護の実践と追究 | .555** | .382** | .455** | .452** | .528** | .509** | .517** |
| 対人関係の形成と調整 | .489** | .371** | .411** | .482** | .416** | .523** | .458** |
| 自己能力の開発 | .453** | .305** | .366** | .382** | .454** | .418** | .419** |
| 多様な経験の蓄積 | .434** | .363** | .343** | .420** | .381** | .475** | .477** |
| 新人 (n=458) | | | | | | | |
| 質の高い看護の実践と追究 | .580** | .451** | .466** | .511** | .553** | .523** | .503** |
| 対人関係の形成と調整 | .554** | .448** | .383** | .521** | .496** | .590** | .482** |
| 自己能力の開発 | .389** | .281** | .219** | .369** | .430** | .404** | .346** |
| 多様な経験の蓄積 | .413** | .389** | .325** | .522** | .452** | .516** | .432** |
| スピアマンの順位相関係数 | ** $p < .01$ | | | | | | |

表4 中堅と新人のコンピテンシーの比較

| | 中堅 (n=488) Mean ± SD | 新人 (n=458) Mean ± SD | t値 |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|
| 組織への参画 | 273.73 ± 62.78 | 206.69 ± 61.62 | 16.559 *** |
| 協働関係づくり | 231.59 ± 44.00 | 171.43 ± 53.25 | 18.876 *** |
| 実効パワー志向 | 242.78 ± 39.02 | 213.52 ± 44.12 | 10.776 *** |
| フレキシビリティ | 216.23 ± 47.07 | 142.78 ± 51.27 | 22.972 *** |
| 目標達成志向 | 177.63 ± 52.60 | 132.45 ± 47.17 | 13.925 *** |
| リーダーシップ | 219.41 ± 46.40 | 148.30 ± 53.67 | 21.737 *** |
| 専門的実践 | 214.46 ± 39.50 | 157.72 ± 46.23 | 20.232 *** |
| 対応のないt検定 *** $p < .001$ | | | |

表5 中堅と新人のコンピテンシーに関するニーズ

| | 中堅 (n=488) 新人へ伝える必要性 | 新人 (n=454) 中堅から学ぶ必要性 | |
|------------|-----------------------------|-------------------------|------------|
| | Mean ± SD | Mean ± SD | |
| 【組織への参画】 | 自分の立場や利益にとらわれず組織の発展をめざす | 2.66 ± .75 | 3.08 ± .79 |
| | リスクに関する事例を蓄積することに協力する | 2.95 ± .77 | 3.26 ± .69 |
| | 部署の状況を見ずえ自分が貢献できることを実行する | 2.92 ± .72 | 3.32 ± .65 |
| | 何事にも目的意識をもち能動的に取り組む | 3.46 ± .61 | 3.31 ± .71 |
| 【協働関係づくり】 | ケアチームの目標達成に向けて協力する | 3.35 ± .57 | 3.43 ± .61 |
| | ケアチームの方向性をスタッフメンバーに示す | 3.04 ± .78 | 3.52 ± .58 |
| | 他のスタッフメンバーの求めに応じて援助する | 3.20 ± .71 | 3.36 ± .64 |
| 【実効パワー志向】 | 約束したことを誠実に守るように心がける | 3.82 ± .41 | 2.92 ± .90 |
| | 対象(患者)のいうことを最後まできちんと聴いて理解する | 3.71 ± .48 | 3.07 ± .84 |
| | 自分自身に割り当てられた業務に積極的に取り組む | 3.60 ± .55 | 3.05 ± .80 |
| 【フレキシビリティ】 | 周囲の状況の変化をすばやく認知する | 3.19 ± .65 | 3.48 ± .68 |
| | 緊急事態に遭遇しても動じることなく行動する | 3.06 ± .74 | 3.84 ± .39 |
| | 困難な状況におかれても前向きに対処する | 3.32 ± .64 | 3.33 ± .73 |
| 【目標達成志向】 | 容易には達成することのできない高い目標をもつ | 2.25 ± .77 | 2.91 ± .87 |
| | 組織が掲げる理念や目標の実現に向けて尽力する | 3.04 ± .66 | 3.15 ± .74 |
| | 他の人たちが気づきにくいリソースから情報を得る | 2.77 ± .72 | 3.48 ± .62 |
| 【リーダーシップ】 | スタッフメンバーから信頼を得てケアチームを統率する | 2.82 ± .92 | 3.46 ± .64 |
| | 業務上必要な指示を適切なスタッフメンバーに出す | 2.66 ± .92 | 3.53 ± .63 |
| | 自分の意図を適切な方法で他の人たちに伝える | 3.36 ± .59 | 3.28 ± .72 |
| 【専門的実践】 | 対象(患者)の心の動きや機微を予測して適切な行動をとる | 3.35 ± .60 | 3.44 ± .64 |
| | 対象(患者)がうまく伝えられないニーズを掘り下げる | 3.50 ± .55 | 3.53 ± .55 |
| | 看護の専門的知識を用いて問題解決に取り組む | 3.56 ± .55 | 3.69 ± .50 |

表6 中堅と新人におけるコンピテンシーとニーズとの相関

| | 中堅 (n=488) 新人へ伝える必要性 | 新人 (n=454) 中堅から学ぶ必要性 | |
|------------|-----------------------------|-------------------------|---------|
| 【組織への参画】 | 自分の立場や利益にとらわれず組織の発展をめざす | .233** | -.013 |
| | リスクに関する事例を蓄積することに協力する | .207** | -.150** |
| | 部署の状況を見すえ自分が貢献できることを実行する | .082 | -.225** |
| | 何事にも目的意識をもち能動的に取り組む | .205** | -.015 |
| 【協働関係づくり】 | ケアチームの目標達成に向けて協力する | .177** | -.072 |
| | ケアチームの方向性をスタッフメンバーに示す | .155** | -.111* |
| | 他のスタッフメンバーの求めに応じて援助する | .046 | -.189** |
| 【実効パワー志向】 | 約束したことを誠実に守るように心がける | .264** | -.181** |
| | 対象(患者)のいうことを最後まできちんと聴いて理解する | .238** | -.091 |
| | 自分自身に割り当てられた業務に積極的に取り組む | .214** | -.131** |
| 【フレキシビリティ】 | 周囲の状況の変化をすばやく認知する | .056 | -.243** |
| | 緊急事態に遭遇しても動じることなく行動する | -.001 | -.228** |
| | 困難な状況におかれても前向きに対処する | .130** | -.220** |
| 【目標達成志向】 | 容易には達成することのできない高い目標をもつ | .261** | -.177** |
| | 組織が掲げる理念や目標の実現に向けて尽力する | .183** | -.001 |
| | 他の人たちが気づきにくいリソースから情報を得る | .070 | -.246** |
| 【リーダーシップ】 | スタッフメンバーから信頼を得てケアチームを統率する | .046 | -.214** |
| | 業務上必要な指示を適切なスタッフメンバーに出す | -.098* | -.120* |
| | 自分の意図を適切な方法で他の人たちに伝える | .167** | -.234** |
| 【専門的实践】 | 対象(患者)の心の動きや機微を予測して適切な行動をとる | .103* | -.133** |
| | 対象(患者)がうまく伝えられないニーズを掘り下げる | .062 | -.194** |
| | 看護の専門的知識を用いて問題解決に取り組む | .133** | -.075 |

スピアマンの順位相関係数 * $p < .05$, ** $p < .01$

レキシビリティ】、【目標達成志向】、【リーダーシップ】、【専門的实践】の得点を比較した結果、新人より中堅の得点がいずれも有意に高かった($p < .001$) (表4)。

5. コンピテンシーに関するニーズの検討

コンピテンシーの各項目に関する中堅の「新人へ伝える必要性」と新人の「中堅から学ぶ必要性」の平均値を算出した。平均値が3.5以上であった項目は、中堅の「新人へ伝える必要性」では、【実効パワー志向】の「約束したことを誠実に守るように心がける」($\bar{x}=3.82$)、「対象(患者)のいうことを最後まできちんと聴いて理解する」($\bar{x}=3.71$)、「自分自身に割り当てられた業務に積極的に取り組む」($\bar{x}=3.60$)、【専門的实践】の「看護の専門的知識を用いて問題解決に取り組む」($\bar{x}=3.56$)、「対象(患者)がうまく伝えられないニーズを掘り下げる」($\bar{x}=3.50$)の5項目であった。また、新人の「中堅から学ぶ必要性」では、【フレキシビリティ】の「緊急事態に遭遇しても動じることなく行動する」($\bar{x}=3.84$)、【専門的实践】の「看護の専門的知識を用いて問題解決に取り組む」($\bar{x}=3.69$)、「対象(患者)がうまく伝え

られないニーズを掘り下げる」($\bar{x}=3.53$)、【リーダーシップ】の「業務上必要な指示を適切なスタッフメンバーに出す」($\bar{x}=3.53$)、【協働関係づくり】の「ケアチームの方向性をスタッフメンバーに示す」($\bar{x}=3.52$)の5項目であった(表5)。

コンピテンシーとニーズの関連について、スピアマンの順位相関係数を算出して検討した。中堅のコンピテンシーの各項目と「新人へ伝える必要性」との間で相関係数が2以上の有意な正の相関を示したのは、【組織への参画】の「自分の立場や利益にとらわれず組織の発展をめざす」($\rho = .233$)、「リスクに関する事例を蓄積することに協力する」($\rho = .207$)、「何事にも目的意識をもち能動的に取り組む」($\rho = .205$)、【実効パワー志向】の「約束したことを誠実に守るように心がける」($\rho = .264$)、「対象(患者)のいうことを最後まできちんと聴いて理解する」($\rho = .238$)、「自分自身に割り当てられた業務に積極的に取り組む」($\rho = .214$)、【目標達成志向】の「容易には達成することのできない高い目標をもつ」($\rho = .261$)であった。また、新人のコンピテンシーの各項目と「中堅から学ぶ必要性」との間で相関係数が2以上の有意な負の相関を示したのは、【組織への参

画】の「部署の状況を見すえ自分が貢献できることを実行する」($\rho = .225$), 【フレキシビリティ】の「周囲の状況の変化をすばやく認知する」($\rho = .243$), 「緊急事態に遭遇しても動じることなく行動する」($\rho = .228$), 「困難な状況におかれても前向きに対処する」($\rho = .220$), 【目標達成志向】の「他の人たちが気づきにくいリソースから情報を得る」($\rho = .246$), 【リーダーシップ】の「スタッフメンバーから信頼を得てケアチームを統率する」($\rho = .214$), 「自分の意図を適切な方法で他の人たちに伝える」($\rho = .234$)であった(表6)。

VI. 考察

1. 看護師のコンピテンシーの構成要素の検討

細田ら(2011)の質的研究から見出されたコンピテンシーのクラスターを理論的な仮説とし、中堅のコンピテンシーの探索的因子分析を行った結果、【組織への参画】【協働関係づくり】【実効パワー志向】【フレキシビリティ】【目標達成志向】【リーダーシップ】【専門的実践】の7因子22項目が抽出された。これらの因子は、コンピテンシーのクラスターとの類似と相違が認められた。第1因子の【組織への参画】は、構成する項目に役割遂行や組織貢献の内容を含むことから、クラスターと類似する概念であると考えられた。看護師が組織のめざすものを理解し、その実現に向けて自らの行動を整合させていることが示唆された。第2因子の【協働関係づくり】は、チームワークと連携の内容が含まれており、他のスタッフメンバーとの相互関係のなかで働き創発的に活動していることが示され、クラスターと類似すると見なされた。第3因子の【実効パワー志向】は、顕在的に他の人たちに影響をもたらす行動を含むものではないため、クラスターとは相違する概念であった。その内容は日々の行動により周りの人からの信頼を獲得し、他者への積極的な影響力としての実効パワーの発揮につながるマインド(アンダーセン, 2000)を伴う行動であることが見出された。第4因子の【フレキシビリティ】は、状況適応と弾力的思考の内容を含むことから、クラスターと類似する概念を形成した。看護師が柔軟なものの見方を持ち臨床のさまざまな状況に自らを適応させていることが示唆された。第5因子の【目標達成志向】は、目標に焦点をあてて見直し、積極的アクションを起こすもので、クラスターと類似しており、これらの項目は目標達成を重視するというより、目標をめざす意識や態度を根底にし

ていることが示された。第6因子の【リーダーシップ】は、イニシアティブを取り、他の人たちを指導するといった外的で直接的な影響をもたらす内容が含まれているため、クラスターとは相違する概念であった。その内容から看護師が一定の責任を担い、リーダーシップを発揮する行動であることが見出された。第7因子の【専門的実践】は、分析的思考と技術に関する内容が含まれており、クラスターと類似する概念であると見られた。対人関係の理解は、支援・人的サービスの重要な部分を占める(Spencerら, 1993)ことが示唆されており、この概念に含まれていた。

International Council of Nurses (ICN) は、2003年に出されたICN Framework of Competencies for the Generalist Nurseを改訂し、Revised ICN Competency Frameworkのなかで「専門的、倫理的、法的な実践(Professional, ethical and legal practice)」、「ケア提供とマネジメント(Care provision and management)」、「専門性、自己、質の開発(Professional, personal, and quality development)」の3つの領域を提示している(International Council of Nurses, 2008)。ICNのコンピテンシーの枠組みは、国際的な頒布を目的としているため抽象度が高く、本研究のコンピテンシーはジェネラリストの看護師を対象にした具体的な項目をもつものであり、ICNのコンピテンシーの枠組みのどれかに分類することは容易ではない。本研究で見出された【専門的実践】、【実効パワー志向】、【リーダーシップ】、【協働関係づくり】は、ICNの「専門的、倫理的、法的な実践」と「ケア提供とマネジメント」に跨る要素ではないかと推察された。また、【組織への参画】、【フレキシビリティ】、【目標達成志向】は、ICNの「ケア提供とマネジメント」と「専門性、自己、質の開発」にかかる要素ではないかと考えられた。

探索的因子分析で抽出された7因子は、ジェネラリストに求められる看護師のコンピテンシーとして、中堅以外にも適用可能なものと考えられたため、確認的因子分析では、探索的因子分析から見出された因子構造を用いて、中堅および新人を対象に2次因子分析モデルを構成した。適合度指標のGFI, AGFI, CFIは、1に近いほど適合のよいモデルであると判断される(山本ら, 2002)。変数が30以上のパス図の場合は、GFIが.9を超えていない場合もその低さの理由だけでそのパス図を捨てる必要がないという(豊田, 2007)。RMSEAは.08以下であればAcceptable Fit, .05以下であればGood Fitと評価される(Schermelleh-

Engel et al.)。これらの適合度指標の基準値に照らし、中堅および新人のコンピテンシーの2次因子分析モデルの適合度は許容水準にあると判断された。コンピテンシーの各因子のCronbach's α 係数は、中堅と新人ともにすべての因子で.7以上であった。信頼性係数は受容可能な値を示し(DeVellis, 2012)、内的整合性が確認された。

多くの病院において、キャリア発達に看護師の実践能力の評価を組み込んだキャリア開発ラダーを用いて支援する教育プログラムが導入されている(井部ら, 2001; 日本赤十字社事業局看護部, 2008)。コンピテンシーと看護師の職務キャリアとの相関を仮定して分析した結果、中堅と新人ともに中程度から低い正相関が見られた。これらの相関が認められたことにより、キャリアを積んだ看護師によってコンピテンシーは発揮されやすいことが示唆され、併存的妥当性を支持する結果であると考えられる。また、中堅と新人のコンピテンシーの比較では、7因子すべてで有意差が認められ、中堅は新人よりコンピテンシーが高いことが示された。両者には経験の違いがあり、それがコンピテンシーの得点に反映されることが検証され、構成概念妥当性が支持されたと考えられる。

以上より、中堅と新人に適用可能なコンピテンシーの構成要素が明らかになり、その信頼性と妥当性が検証された。

2. コンピテンシーとニーズの関連

中堅のコンピテンシーを「新人へ伝える必要性」の平均値は、【実効パワー志向】の3項目が上位を占め、「約束したことを誠実に守るように心がける」がもっとも高く、次いで「対象(患者)のいうことを最後まできちんと聴いて理解する」、「自分自身に割り当てられた業務に積極的に取り組む」となっていた。これらの項目は、価値観や態度を反映するマインド(アンダーセン, 2000)であり、情意領域のコンピテンシーを重視する中堅の意識が反映されていると考えることができる。一方、新人が考える「中堅から学ぶ必要性」の平均値は、【フレキシビリティ】の「緊急事態に遭遇しても動じることなく行動する」がもっとも高く、次いで【専門的実践】の「看護の専門的知識を用いて問題解決に取り組む」、「対象(患者)がうまく伝えられないニーズを掘り下げる」、「リーダーシップ」の「業務上必要な指示を適切なスタッフメンバーに出す」が上位であった。これらは業務の成果に直接結びつく知識やスキルを含んでおり、新人は実践のなかで活用しやすいコ

ンピテンシーを中堅から学びたいと考えていると言える。小方(2001)は、パフォーマンスを規定する能力として、コンピテンシーが着目するのは「態度・自己概念・価値観」、あるいは「性格・動機」であると述べている。Spencerら(1993)は、コンピテンシーの構成を氷山モデルで表現しており、その比較的表層に位置する知識やスキルを新人は学びたいと考えているが、中堅は価値観や態度のように開発が容易ではないものの、看護師のパフォーマンスに影響するマインドを伝えることを重視するという両者の認識の違いが見られた。

中堅のコンピテンシーと「新人へ伝える必要性」との間で低い正相関を示した項目は、【組織への参画】、【実効パワー志向】、【目標達成志向】に含まれていた。これらのコンピテンシーは、中堅の自己評価が高いほど、それを新人へ伝える必要性を認識している結果といえる。一方、新人のコンピテンシーと「中堅から学ぶ必要性」との間で低い負相関を示した項目は、【組織への参画】、【フレキシビリティ】、【目標達成志向】、【リーダーシップ】に含まれていた。これらは逆相関の関係にあるため、新人自身のコンピテンシーの評価が低い場合には学習へのニーズが高まり、評価が高い場合には学習へのニーズが低い傾向をもつと考えられる。両者が互いのニーズの特性を理解することで、中堅から新人へとコンピテンシーを伝え、学ぶことを促進する可能性が示唆された。

以上のことから、中堅と新人では重視するコンピテンシーが異なるため、互いのニーズのずれに焦点をあて両者が話し合う機会を設定することが望まれる。新人の育成プログラムでは、中堅をロールモデルとしてそのコンピテンシーを取り入れられているかを判断するため、コンピテンシーの構成要素を活用した評価を行う必要がある。

VII. 研究の限界と今後の課題

質問紙の回収数に対する有効回答が相対的に低いことから、対象者がVisual Analog Scaleの回答に不慣れであることが推測され、回答方法に課題が残る。本研究では、中堅のコンピテンシーの構成要素を確信的因子分析の結果にもとづき、同じモデルを新人にも適用しているため、今後、新人のコンピテンシーの妥当性をさらに検討する必要がある。また、中堅の「新人へ伝える必要性」と新人の「中堅から学ぶ必要性」の回答には、就業部署における協働の状況が影響した可能性がある。今後、他の時期にある看護師を対象に本研究

のコンピテンシーの活用可能性を検討する必要がある。

Ⅷ. 結論

1. 中堅と新人におけるコンピテンシーの構成要素は、【組織への参画】【協働関係づくり】【実効パワー志向】【フレキシビリティ】【目標達成志向】【リーダーシップ】【専門的実践】の7因子を抽出し、一定の信頼性と妥当性があることが確認された。
2. コンピテンシーは、中堅の「新人へ伝える必要性」との正相関、新人の「中堅から学ぶ必要性」との負相関が一定の項目で認められた。両者の認識には差異が見られ、互いのニーズを理解し合えるように支援する必要性が示唆された。

謝辞

本研究の調査にご協力いただいた看護師の皆様ならびに病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は日本学術振興会科学研究費補助金 基盤研究 (C) (課題番号20592505) の助成を受けて実施した。研究の過程においてご支援いただきました大阪府立大学名誉教授 故・星和美先生に感謝いたします。

文献

- Allen, P., Lauchner, K., Bridges, R. A., et al. (2008) : Evaluating continuing competency: a challenge for nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (2), 81-85.
- アンダーセン (2000) : 戦略的コンピテンシー・マネジメント. 生産性出版, 東京.
- Burket, T.L., Felmler, M., Greider, P. J., et al. (2010) : Clinical ladder program evolution: journey from novice to expert to enhancing outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (8), 369-374.
- Davis, R., Turner, E., Hicks, D., et al. (2008) : Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), 168-174.
- Devellis, R. F. (2012) : *Scale Development: Theory and Applications*. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Freedman, R. (1988) : *Beauty Bound*. Columbus Books, London.
- 藤原千恵子, 本田育美, 星和美, 他 (2001) : 新人看護婦の職務ストレスに関する研究—職務ストレスサー尺度の開発と影響要因の分析—. *日本看護研究学会雑誌*, 24 (1), 77-88.
- 井部俊子, 吉川久美子, 佐藤エキ子 (2001) : 聖路加国際病院の「キャリア開発ラダー」—その変遷と意義. *看護展望*, 26 (7), 753-763.
- 井本寛子, 大和田恭子 (2004) : 「キャリア開発ラダー」のしくみと評価体制—自己教育力の活性化を目指した「地図」づくり—. *看護展望*, 29 (11), 30-36.
- 細田泰子, 藤原千恵子, 星和美, 他 (2011) : 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー. *大阪府立大学看護学部紀要*, 17 (1), 37-44.
- Institute of Medicine (2003) : *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. The National Academy Press, Washington, DC.
- International Council of Nurses (2008) : *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*. International Council of Nurses, Geneva.
- 石井京子, 藤原千恵子, 星和美, 他 (2005) : 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 28 (2), 21-30.
- 石井京子, 星和美, 藤原千恵子, 他 (2003) : 中堅看護師の職務ストレス認知がうつ傾向に及ぼす要因分析に関する研究. *日本看護研究学会雑誌*, 26 (4), 21-30.
- 厚生労働省 (2014) : 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000049472.pdf> (2015-8-8).
- 松谷美和子, 奥裕美 (2015) : 聖路加国際大学大学院フューチャー・ナースファカルティ育成プログラム. *看護管理*, 25 (6), 476-481.
- McClelland, D. C. (1973) : Testing for competence rather than for "intelligence". *American Psychologist*, 28, 1-14.
- Meretoja, R., Lsoaho, H., Leino-Kilpi, H. (2004) : Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 124-133.
- 本村美和, 川口孝泰 (2013) : 中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発. *日本看護研究学会雑誌*, 36 (1), 61-70.
- 宗村美江子 (2007) : チーフナースのコンピテンシー: 虎の門病院におけるコンピテンシーモデルの開発とその活用. *看護管理*, 17 (10), 843-850.
- 村瀬洋一, 高田洋, 廣瀬毅士 (2007) : SPSSによる多変量解析. オーム社, 東京.
- 日本看護協会 (2012) : 継続教育の基準 ver. 2. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf> (2015-12-23).
- 日本赤十字社事業局看護部 (2008) : 看護実践能力向上のためのキャリア開発ラダー導入の実際—指標・運用方法と施設導入のポイント—. 日本看護協会出版会, 東京.
- 小方直幸 (2001) : コンピテンシーは大学教育を変えるか. *日本高等教育学会編集委員会, 高等教育研究 第4集 大学・知識・市場*, 71-91, 玉川大学出版部, 東京.
- 大岡裕子, 稲田久美子, 美馬福恵, 他 (2002) : 看護の質向上に資する現任教育をめざして 徳島大学医学部附属病院におけるクリニカルラダーの開発. *看護管理*, 12 (2), 123-128.
- Ross, A. M., Noone, J., Luce, L. L., et al. (2009) : Spiraling evidence-based practice and outcomes management concepts in an undergraduate curriculum: a systematic approach. *Journal of Nursing Education*, 48 (6), 319-326.
- 作田裕美, 坂口桃子 (2008) : 救急初療に働く看護師のコンピテンシーの特徴—1施設における調査から—. 日

- 本臨床救急医学会雑誌, 11, 14-20.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., Müller, H. (2003) : Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures, *Methods of Psychological Research Online*, 8 (2), 23-74.
- Scott Tilley, D. D. (2008) : Competency in nursing: a concept analysis. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (2), 58-64.
- 立石和子, 中澤洋子, 原谷珠美, 他 (2013) : 成人看護学臨地実習において修得されたコンピテンシーの自己評価. *北海道文教大学研究紀要*, 37, 177-187.
- 豊田秀樹 (2007) : 共分散構造分析[Amos編]—構造方程式モデリング—. 東京図書, 東京.
- 山際勇一郎, 田中敏 (1997) : ユーザーのための心理データの多変量解析法. 教育出版, 東京.
- 山本嘉一郎, 小野寺孝義編 (2002) : Amosによる共分散構造分析と解析事例. ナカニシヤ出版, 京都.

研究報告

一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の 安定化を図る訪問看護師の働きかけ

Visiting Nurses' Approach to Stabilize Physical, Mental and Emotional Symptom for Older Single Adults with Dementia

松下由美子¹⁾

Yumiko Matsushita

キーワード：一人暮らし，認知症高齢者，訪問看護師，働きかけ

Keywords: living alone, older adults with dementia, visiting nurses, approach

Abstract

The purpose of this study was to describe visiting nurses' approach which stabilize physical, mental and emotional symptom for older single adults with dementia. The data were obtained and analyzed through semi-structured interviews from 17 visiting nurses.

As a result of the analysis, first, visiting nurses worked as "Identifying his/her characteristic symptom of disease condition change with developing eagle eye by continuous involvement." And then, according to physical status of older single adults with dementia, nurses worked as "Preventing and improving exacerbation of disease and maintaining their own normal health condition by making sure to prepare essential medical environment to older single adults with dementia." These nurses' approach suggested that they purposely managed chronic disease condition of older single adults with dementia.

Additionally nurse worked as "making arrangements to spend calm time at home, even if they were alone." This nurses' approach meant that they respected living environment and customs which older single adults with dementia keep for a long time.

These approach by visiting nurses facilitated stabilization of physical, mental and emotional symptom for older single adults with dementia.

抄 録

本研究の目的は、訪問看護師が行った一人暮らし認知症高齢者への身体的、精神的症状の安定化を図る働きかけについて記述することである。

一人暮らし認知症高齢者に携わった経験のある17名の訪問看護師にインタビューを行い分析した。結果、看護師は【日頃の関わりで養われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く】ようにし、その身体状況に応じて【必要な医療を確実に整備して、慢性疾患の悪化を予防、改善し、この人なりの体調を維持する】よう働きかけて、一人暮らし認知症高齢者の慢性疾患に対する病状管理を意図的に行っていた。

さらに看護師が、一人暮らし認知症高齢者が守り続けてきた生活空間や習慣を尊重し【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】ことは、慢性疾患に対する医療的管理を行うことに加えて、一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化をより推し進める大切な働きかけとなっていた。

I. はじめに

わが国の21世紀の高齢化問題はその進展の「速さ」だけでなく、高齢者数の「多さ」にもある（厚生労働省, 2006）。中でも特徴的なのは継続的な後期高齢者数の伸びで、総人口に占めるその割合は2015年現在で12.3%, 2060年には26.9%と、国民の4人に1人が後期高齢者と推定されている（内閣府, 2015）。また、後期高齢者世帯主に占める「単独」世帯の割合は2010年時点で36.8%, 2035年には39.7%になると推測されており（国立社会保障人口問題研究所, 2013）、わが国における後期高齢者の生活スタイルは一人暮らしが主流となりつつある。さらに、後期高齢者人口の増加に伴い危惧されるのが認知症高齢者数の増加で、その出現率は75歳未満では10.0%以下にすぎないが、80~84歳では約20%, 85歳以上では40.0%超と年齢とともに高くなり、後期高齢者における認知症の増加が推測できる（朝田, 2013）。

これらのことから、今後のわが国の高齢化問題は後期高齢者の増加によってますます顕在化し、将来的な単独世帯の増加と認知症高齢者の増加を鑑みると、一人暮らし認知症高齢者がそれに伴って増加することは避けられず、彼らの暮らしを地域でどのように支えるのかということは重要な課題となる。

そこで、この課題に対応する有効策として、既に地域に住む一人暮らし認知症高齢者へのサービス提供に実績を持つ訪問看護師に着目した。先行研究（松下, 2012）では、訪問看護師が認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図るよう援助して彼らの一人暮らしを支えており、実はこの安定した身体的、精神的症状を保持することが、認知症高齢者が一人暮らしを継続していく要となっていることを示した。そこで今回は、一人暮らし認知症高齢者に対して訪問看護師が行った支援の中でも、特に、療養者の身体的、精神的症状の安定化を図る働きかけに注目することとした。本研究で訪問看護師の“働きかけ”に着目したのは、一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図るために、訪問看護師が行った具体的な行為に止まらず、訪問看護師がどのようなことを意図して、何をを行ったのか、そのためにどのような内的行為を看護師自身が行ったのか記述することで、一人暮らし認知症高齢者の継続的な在宅生活を維持する訪問看護師の役割について示すことができると考えたからである。

II. 研究目的

本研究の目的は、認知症高齢者の継続的な一人暮らしを支えるため、訪問看護師が行った一人暮らし認知症高齢者への身体的、精神的症状の安定化を図る働きかけについて記述することである。

III. 用語の定義

本研究では各用語を次のように定義する。

1. 一人暮らし認知症高齢者

就寝から起床までの夜間、一人で過ごす生活スタイルを、少なくとも1年以上継続して自宅で暮らし、なおかつ、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症など、医師の訪問看護指示書において主な傷病名に「認知症」の記載がある65歳以上の高齢者をいう。

2. 働きかけ

働きかけとは、自分から他へ動作をしかけることをさす（広辞苑）。本研究では、認知症高齢者の一人暮らしが継続できるよう、訪問看護師が一人暮らし認知症高齢者に行う直接的および間接的の行為、さらに、この直接的および間接的の行為の達成のために、自己に対して行う準備行為のことをいう。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的デザインとした。

2. インタビュー参加者の選定条件

インタビュー参加者は、1人前の段階から質的に飛躍がみられ、中堅看護師として熟練の実践があるとされる3年以上の訪問看護経験を持ち（Benner, P, 1984）、なおかつ一人暮らし認知症高齢者の方への訪問を豊富に持つ訪問看護師とした。

3. インタビュー参加者の募集方法

インタビュー参加者の募集は、訪問看護事業所の実績と実践の質が高いと評価されている、研究者および研究者の知人が知る訪問看護ステーションの管理者から、一人暮らし認知症高齢者への豊富な訪問経験を持つインタビュー参加者となりそのような看護師を推薦してもらった。そしてさらに、研究協力の承諾を頂いた管理者から新たに研究協力を検討して頂けそうな訪問看護ステーションを

推薦してもらうというスノーボールサンプリング法を用いて行った。

4. データ収集の方法

データは半構成的インタビュー法を用いて収集した。インタビューでは特に印象に残った一人暮らし認知症高齢者の事例について、担当開始から担当終了まで、また、継続事例であれば現在までの経過についてまずは語ってもらった。その上で、当該一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図るために「どのようなことを、なぜ行ったのか、そして、どうだったのか」に焦点化して聞き取りを行った。

インタビューの回数は1名につき1回、また、インタビュー所要時間は1名に約50~70分であった。なお、インタビュー参加者に語ってもらう一人暮らし認知症高齢者は、先行研究において(松下, 2012)、看護師が行った援助内容が比較的豊かに語られていた要介護度2以上の方とした。

5. データ分析の方法

データ分析は、訪問看護師とのインタビュー内容を全て逐語に書き起こすことから始めた。次に、当該一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図るために、看護師が意図的に行ったこと、および、なぜそれを行ったのか、また、それを行うために看護師自身はどのようなことを考えたのか、思ったのかについて、逐語録を繰り返し読み、前後の意味を文脈で確認しながら抽出していった。そして、抽出したそれぞれの内容の類似性、生成に注意して、各カテゴリー間を行きつ戻りつしながら繰り返した。

また、研究者自身のバイアスを最小にするため、スーパーバイザーとして熟練した訪問看護師からの意見やアドバイスを得、在宅看護領域の研究者

および質的研究の経験を持つ研究者らと定期的に面接し、分析方法や分析結果の評価を受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

また、インタビュー参加者の推薦を訪問看護ステーションの管理者に依頼する際には、インタビューへの参加は推薦された看護師の自由意思で決定できるように留意してもらった。その上で再度、研究者からも今回のインタビューを辞退しても何ら不利益を被ることはないこと、インタビュー参加への同意、不同意、またインタビュー内容が管理者に伝わることはないことを説明し、本人から直接インタビュー参加の同意を得た。

同意が得られたインタビュー参加者には、研究の趣旨と目的、方法、インタビュー参加への辞退の自由と一切不利益は生じないこと、匿名性の保持、データは研究以外には使用しないこと、結果公表の予定について趣意書を用いて説明し、書面で同意を得た。

V. 結果

1. インタビュー参加者と語られた事例の概要

インタビューに参加した訪問看護ステーションは11施設、訪問看護師は女性17名であった。平均年齢は41.6歳(28~60歳)、看護師経験年数は20.1年(6~39年)、訪問看護師経験年数は11.5年(3~25年)であった。また、語られた一人暮らし認知症高齢者の事例は22事例で、その内、男性は6事例、年齢は73~98歳であった。要介護度は、それぞれの事例の時間経過によって変化するが、すべて2~5の範囲であった。

表1 一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の働きかけ

| 【上位カテゴリー】 | 【中位カテゴリー】 | 【下位カテゴリー】 |
|---|-------------------------------------|---|
| [1] 日頃の関わりで養われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く。 | (1) 日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく。 | [1] 基本的な「食べて、寝て(睡眠)、出して(排泄)」をざっくりみる。 [2] 視診、聴診、触診、打診を駆使する。 [3] 家庭でできる簡易測定データを大切に。 [4] あいまいな本人の訴えを大切に。 |
| | (2) この人なりの体調から逸脱を示す病状変化の兆候を注視、追視する。 | [1] 日常の中に垣間見える普段のこの人との違いに引っかかる。 引っかかった違いは、以前にもあったエピソードを引っ張り出して、この人特有の病状変化の兆候かどうかを判断する。 [2] 他者の目を借りて、病状変化の兆候を見落とししていないかチェックする。 |
| | (3) 病状変化の兆候に関する見落としを用心する。 | [1] 病状変化の兆候に関する見落としを内省する。 [2] 病状変化の兆候の見落としの原因を探索する。 |
| [2] 必要な医療を確実に整備して、慢性疾患の悪化を予防、改善し、この人なりの体調を維持する。 | (1) 今の状態に応じた医療環境を再編する。 | [1] 今必要な医療機関につなげる。 [2] 服薬はシンプルにして確実な投与を担保する。 |
| | (2) 服薬状況を見守り、その効能を維持する。 | [1] 服薬状況を確認する。 [2] 薬効を判断し、主治医につなげる。 |
| [3] 1人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える。 | (1) 長年培ってきた暮らしぶりを大切に。 | [1] 家屋はいつも同じ状態にしてなじみの住み心地を守る。 [2] 少々難はあっても、この人が長年やってきたことは制限しないで見守る。 |
| | (2) こだわりの心配事を引き起こすタネはつんでおく。 | [1] こだわりの心配事は、あらかじめ押さえておく。 [2] こだわりの心配事にはその都度対応する。 |
| | (3) この人なりにいい塩梅で一人でやれるちょっとしたお膳立てをする。 | [1] できること、できないことを見極める。 [2] 一人でできるようあらかじめ整えておく。 |

2. インタビュー分析結果（表1参照）

インタビューデータのカテゴリー化を繰り返した結果、一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る看護師の働きかけは、3つの上位カテゴリーと8つの中位カテゴリー、その下に19の下位カテゴリーとして示された。以下にこれらのカテゴリーについて記す。

なお、カテゴリーの表記方法として、上位カテゴリーは【 】, 中位カテゴリーは〈 〉, 下位カテゴリーは[]で示した。また、語りのインタビューデータは太字のゴシック調で表記した。

上位カテゴリー1. 【日頃の関わりで養われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く】

一人暮らし認知症高齢者への身体的、精神的症状の安定化を図るため、訪問看護師はまず高齢者ゆえの急激な慢性疾患の悪化や身体的機能の低下を警戒し、そうした兆候を早期に発見することを大切にしていた。そして、彼らの身体の低下や病状の悪化の変化を察知する時、この人特有の変化の兆し、固有のなにがしかのサインがあることを看護師はつかんでいた。

「この人は足に浮腫みが来るんですね。肺には水が貯まったりとかはないんですけど、悪くなるとすぐに足首がすごく浮腫むんです。あと、ひざの裏まで浮腫んできちゃう。それで、もっと浮腫むと目も浮腫んでくる」

（看護師A）

以下に【日頃の関わりで培われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く】訪問看護師の働きかけについて、中位カテゴリー〈日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく〉〈この人なりの本調子からの逸脱を示すなんとなく怪しい引っ掛かりを注視、追視する〉〈病状変化の兆候に関する見落としを用心する〉を用いて記す。

中位カテゴリー 1-1. 〈日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく〉

ここでいう〈この人なりの体調〉とは、この人に適した特有の健康レベルや体調のことを指している。つまり看護師は決められた標準的な基準や枠組みで、この人の健康度合いを測ったり当てはめたりするのではなく、この人に特別でオリジナルな健康レベルや体調があることを認識しており、日頃の何気ない関わりの中で、実はこうした〈普段のこの人なりの体調〉を看護師自身が分かっ

ておくことが大切だと考えていた。

「普通のその人の健康レベル、その人の普通の、この人の調子がいいっていうか、普通に生活できる血圧はだいたいこれぐらいなんだな、とか。食事はこういう感じで食べられているんだとか、排泄がちゃんと出て（オムツが）濡れているんだとか、というところを基礎にするっていうか。その方の本調子の体調を見るというのを基本にして…」

（看護師G）

そして、看護師は人間が健康に生活を営むためには、まず食事、睡眠、排泄の3項目がとても重要と捉えていた。それ故、療養者の食事、睡眠、排泄がうまくいっているか否かを把握することは、自分の不調をうまく言葉にして他者に的確に伝えることが難しい一人暮らし認知症高齢者の体調を推し量る目安にもなっていた。

ただし訪問看護の場合、このような療養者の食事、睡眠、排泄に関する状況が必ずしも看護師自身の目で直接観察できるわけではない。従って[食べて、寝て（睡眠）、出して（排泄）]に関する情報は、通常、療養者宅にある連絡ノートを活用して、簡単に[ざっくりみる]程度にしか把握できないでいた。

さらに、病院のような医療環境が整っていない療養者宅では[視診、聴診、触診、打診を駆使する]ことは訪問看護師にとっては重要な診療手段であり、また療養者宅で簡便に測定可能な血圧や体重、血糖値、血中酸素飽和度など数値データも今の療養者の健康状態を反映する貴重な指標として捉え、看護師がなんとなく主観的に感じる療養者の変化の兆しを、より正確に根拠を持って判断するための客観的な数量データとして扱われていた。

さらに看護師は、時に辻褄が合わなかったり内容があやふやであったりして要領を得ない[あいまいな本人の訴えを大切に]ようにして、むしろじっくり丁寧に耳を傾けたり、表情や視線、身ぶり、手ぶりなど、繰り返しられる非言語的コミュニケーションも逃すことなく注意を向けて、この人の訴えを聞くようことを大事にしていた。

中位カテゴリー 1-2. 〈この人なり体調から逸脱を示す病状変化の兆候を注視、追視する〉

このように看護師は、〈日頃の関わりの中で、普段のこの人なりの体調をつかんでおく〉ことをしながら、その一方で、〈この人なりの体調からの逸脱を示す〉ような気になる変化や違和感、い

うなれば〈病状変化の兆候〉があれば、それを捨て置かず〈注視、追視する〉ようにしていた。

「誰もね、責任を持ってこの人の身体が、病状が変化をきたしていることはみていない。ご本人もね、分からないわけですよ。だからね、ナースとしてはその人の病状、特に身体の病状ですね、病状について責任を持って把握してその変化を捉えること、そういうことをしていた」 (看護師B)

つまり看護師は、日頃から療養者と関わるうちに次第にこの人に対する観察力が養われ、その結果として、いつもとちょっと異なるこの人に対する違和感があれば「日常の中に垣間見える普段のこの人との違いに引っかかる」ようになり「引っかかった違いは、以前にもあったエピソードを引っ張り出して、この人特有の変化の兆しかどうかを判断する」ようにして「引っかかり」が、いったい療養者の何を示しているのか分かってほしい。それは、看護師自身がこれまでの療養者との関わりの中で培った過去の事柄や出来事を手繰り寄せ探索する意図的な行為であった。

さらに看護師は、療養者の変化を可能な限り正確に感知するため「他者の目を借りて、病状変化の兆候を見落とさないかチェックする」ようにして、他者の意見や観察眼も積極的に取り入れて自分の観察眼の洩れを予防するよう意図的に働きかけていた。

中位カテゴリー 1-3. 〈病状変化の兆候に関する見落としを用心する〉

〈病状変化の兆候の見落としを用心する〉とは、看護師自身が「病状変化の兆候」を見逃していないか、自分で自分の観察眼に目を光らせることをさす。具体的には、前述の「他者の目を借りて、病状変化の兆候を見落とさないかチェックする」というような、療養者に対する自らの行為や判断が誤っていないか振り返る行為があげられるが、ここでは、むしろ「病状変化の兆候に関する見落とし」がないよう「ピリピリする」(看護師H)や、「すごく神経を集中する」(看護師B)、「すごく気を使う」(看護師E)といった看護師の内的状況を示している。看護師は、療養者が一人暮らし認知症高齢者の場合には、この人の代弁者がいないという病状変化に対する情報収集の手立てが十分に整っていないが故に、高い注意力と、特別な気遣いが看護師の内面に生じていることを示すものであった。

「こっち(看護師)も、いったい何が起こっ

ているのか、わからないと気持ち悪いじゃないですか。いったい何だかわかんないまま帰ってくるっていうのが嫌なので。～中略～ わかる範囲では全部拾って『ああ、大丈夫、大丈夫なんだ』なみたい。それで、やっとなんか、安心して帰ってくる、帰ってこれる」

(看護師E)

このように看護師は「病状変化の兆候の見落としを内省」しながら自らの観察眼を自己点検し、それ故に、一人暮らし認知症高齢者の「病状変化の兆候」を見逃したり、見誤ったりして「病状変化の兆候の見落とし」でしまうと、どうしてそれが見抜けなかったのか「病状変化の兆候の見落としの原因を探索する」ことで、自分の観察眼にどのような落ち度があったのか知ろう、分かってほしい。

「あの時から元気ないなあって～中略～ただ暑かったのもそれかな？って勝手に思い込んで…。～中略～今から思うと、何となく元気ないっていうのはわかってた、わかってたはずなんだけど、それでもそれをちゃんとみてなかったんだと思う。～中略～ちゃんと他のスタッフに相談したり、ちょっと元気ないんじゃないかって、ケアマネさんやヘルパーさんにお伝えしたりね、したら良かったかもしれない」 (看護師A)

上位カテゴリー 2. 【必要な医療を確実に整備して、慢性疾患の悪化を予防、改善し、この人なりの体調を維持する】

さらに看護師は、一人暮らし認知症高齢者への身体的、精神的症状の安定化を図るために【必要な医療を確実に整備して、慢性疾患の悪化を予防、改善し、この人なりの体調を維持する】ように働きかけていた。

【必要な医療を確実に整備して】とは、一人暮らし認知症高齢者にとって欠かせない大切な医療が間違いなく滞りなく配備され、提供されるように看護師が環境を整えることをいう。この上位カテゴリーについて、中位カテゴリー〈今の状態に応じた医療環境を再編する〉(服薬状況を見守り、その効能を維持する)を用いて記す。

中位カテゴリー 2-1. 〈今の状態に応じた医療環境を再編する〉

〈今の状態に応じた医療環境を再編する〉とは、医療に関する一人暮らし認知症高齢者のセルフケア不足を補うために、その時々の変化に合わせて

〈今〉必要な医療を看護師が随時見極め、それが適切にうまく編成されるよう、看護師がこの人の医療環境をコーディネートすることをいう。

多くの場合、高齢者は訪問看護師が関わる以前から継続してかかっていた医療機関や服用していた薬剤などを持っている。しかし、それまで提供されてきた医療が、その時の療養者の状態に必ずしも合致しておらず、この人が今まさに必要な医療が十分に提供されていないこともある。看護師はこうした状況を鑑み、療養者にこれまで行われてきた医療を、今の療養者の病状や身体状況と図りながら見直し、必要があれば看護師自身が持つリソースを使って[今必要な医療機関につなげる]橋渡しをすることで、最適で最善の医療機関が首尾よくこの人に関わることができるよう働きかけていた。

また、処方された薬剤の飲み忘れあるいは自己注射のうち忘れなどを防ぐために、投薬方法を可能な限り単純、簡便なものにして、結果的に療養者に必要な服薬が間違いなく確かに行われるよう[服薬はシンプルにして確実な投与を担保する]よう働きかけていた。なお、ここでいう[服薬はシンプルにする]とは、具体的には「処方薬を1包化する」や「注射や坐薬は内服薬にする」というようなことである。

中位カテゴリー 2-2. 〈服薬状況を見守り、その効能を維持する〉

〈服薬状況を見守り、その効能を維持する〉とは、〈今の状態に応じた医療環境を再編する〉ことによって、調整できた服薬管理がうまく行え継続できているかどうかや、副作用が出現していないか注意しながら療養者の病状変化の兆候を見守ることをいう。看護師はそのために、まず処方された薬の残量を数えることで[服薬状況を確認]し、薬の飲み残しや飲み忘れが度々起こるようになれば、介護者家族や訪問介護要員など、第三者の目を入れて服薬投与が確実に実行されるように働きかけていた。

また、処方された薬剤の効き具合や副作用の出現の有無を看護師は見定めて、薬が適切に機能しているか[薬効を判断し]薬剤が療養者にとって適切に働いていないという疑いを持たば[主治医につなげる]ことで、今の状態にとって、最善の薬剤が処方されるように導いていた。

「単に、お薬を確実に飲んでもらうっていうことだけじゃなくて、薬がちゃんと効いているかどうかの判断、見極めも。そうすると先

生（医師）にも言いやすいですね。血圧がちよっと下がってきてますとか。血圧のお薬が増えたり、減ったりとかできますので、そういう意味でそこが大事っていうことですよね」
(看護師J)

上位カテゴリー 3. 【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】

さらに看護師は、一人暮らし認知症高齢者への身体的、精神的症状の安定化を図るため【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】働きかけを行っていた。変化に適応しにくい認知症高齢者にとっては、些細な不測の変化が混乱をきたす引き金となって、本来、居心地の良く安心して過ごす場である自宅が、一転して、居心地の悪い、落ち着かない場になってしまうこともある。

【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】とは、こうした状況を鑑みて、認知症高齢者が一人で自宅で生活を営んでいく中で起こる些細な変化を看護師が前もって予測して、その発生を可能な限り最小限にしようとすることである。この【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】について、中位カテゴリー〈長年培ってきた暮らしぶりを大切にする〉〈こだわりの心配事を引き起こすタネは摘んでおく〉〈この人なりにいい塩梅で一人でやれるちょっとしたお膳立てを工夫する〉を用いて記す。

中位カテゴリー 3-1. 〈長年培ってきた暮らしぶりを大切にする〉

自分が続けてきた生活習慣をこれまで通り実行したり、慣れ親しんできた物に取り囲まれて暮らしを続けることは、認知症高齢者にとって暮らしの転換や変化によってもたらされる混乱を抑制し、認知症状の出現を抑えることにつながる。〈長年培ってきた暮らしぶりを大切にする〉とは、これまでのこの人の暮らし方を看護師自身が大事に考え、尊重して、なるべくこの人がこれまでの在宅生活で築いてきた暮らし方を変えないように努めることである。

例えば、高齢者の住む家屋は時に高さのある玄関や縁側の框、また狭く滑りやすい浴室、段差や重い引き戸など、転倒や転落を誘発する危険な構造であることが多い。住宅改造とは、住宅の不都合な部分を改善することで生活者が生活しやすく、また介護者が介護しやすいよう住環境を整えることであるが、認知症高齢者の場合には、住みやすい、使いやすい環境をめざして住宅改造をす

ることが、還って認知症高齢者にとっては混乱を引き起こしかねない。そこで看護師は、家屋は住宅改造よりもむしろ「家屋はいつも同じ状態にしてなじみの住み心地を守る」ようにして、この人が住み慣れたその住環境を可能な限りいつも同じ状態にして保つように働きかけていた。

また看護師は「少々の難はあっても、長年やってきたことは制限しないで見守る」よう働きかけていた。ここでいう「この人が長年やってきたこと」とは、これまでの人生の中でこの人が長い間ずっと継続してきたちょっとした習慣や生活行動のことを指している。看護師は「長年やってきたこと」を容認する一方で、それによって、時にアクシデントに至る可能性を孕んでいることも認めていた。つまり、看護師は「長年やってきたこと」を療養者が今後も継続することでアクシデントに至るリスクがあるのではないかと懸念を抱き「少々の難はある」と認めながらも、他方ではできるだけ「制限しないで見守る」ようにすることで療養者に混乱をもたらさないよう配慮し「長年培ってきた暮らしぶりを大切にする」よう努めていた。

「そうすると、時々植木に行っ、それで転んじったりすることもあるんですけど ~中略~ この人にとってはね、それが普通なんです、ね、きっとね。お水を植木にあげたりとか、したいことだし、ずっと、普通にやってきたことだし」 (看護師M)

中位カテゴリー 3-2. 〈こだわりの心配事を引き起こすタネはつんでおく〉

ここでいう〈こだわりの心配事〉とは、他の人にはあまり気にも留まらない些細なことではあるが、本人にとっては非常に気になる、この人に特有の気がかりのことである。具体的には「痛み止めの薬の残(量)が少なくなる」(看護師A)や「診察券や薬が定位置にない」(看護師E)、「(いつも飲んでいる)牛乳が冷蔵庫にない(切れている)」(看護師H)などさまざまである。

看護師は、この人にはこの人特有のこんな気がかりを持っていることを看護師自身があらかじめ知っておく、把握しておくこと、つまり「こだわりの心配事は、あらかじめ押さえておく」ことを大切にしていた。そして、平素からこの〈こだわりの心配事〉が火種となって、一人暮らし認知症高齢者の精神的な揺れを引き起こすことのないよう配慮していた。そして、もしこの人の〈こだわりの心配事〉を些細なこととして対応を先延ばし

にし、解決を図らないままにしておくと、却って事態を悪化させてしまうことになると考える一方で、むしろ〈こだわりの心配事〉が速やかに解決されれば、精神的な揺れは少なく、事態は悪化することなく落ち着いた生活にスムーズに戻ることができることを実感していた。それ故、看護師は〈こだわりの心配事〉に関してはちょっとしたことでも引き伸ばさないで、むしろ「その都度対応する」ようにすることで、心配事の火種がそれ以上に広がっていかないよう働きかけていた。

「薬が(定位置に)ないと『ない』『ない』ってずっと電話がかかってきて。30分ごととか、もう1時間に何回もかかってきていて。(訪問から)帰ってきたら、すごい留守録(の件数)になってた、っていうこともあります(笑)」 (看護師E)

「『大家さんに(家賃の)支払いは済ませたか』って、毎回いつも聞いてくるので。『大丈夫ですよ。払いましたよ』って。その度に紙(支払済書)を見せて、一緒に見て『ほら、もう支払いは済んでますよ』って言うത്『あ、そうだな』って一旦は落ち着くので。~中略~ もうほんとに毎回なんですけど、何度も訊いてくるので…。ただ、その時それ(支払済書)を見れば、見せれば、一旦は納得して落ち着かれもするので…」 (看護師H)

中位カテゴリー 3-3. 〈この人なりにいい塩梅で一人でやれるちょっとしたお膳立てをする〉

〈この人なりにいい塩梅で一人でやれるちょっとしたお膳立てをする〉とは、一人暮らし認知症高齢者の能力を見極めて、それに応じたやり方でこの人がうまくやれるように、看護師が知恵を使って働きかけることである。

ただし、〈一人でやる〉ことを尊重して、この人が一人でやることになれば、時折「(薬が)たまに残ってたり」(看護師N)、「(頭や背中の)洗い残し」(看護師M)があたりして、全てが完全に行き届くことは難しい。それ故看護師は、多少うまくできていなかったり十分にできていない部分があったとしてもそれはそれとして容認し、だからこそ完全、完璧な出来具合や仕上がりを求めず、それよりも〈この人なりにいい塩梅でやれる〉ことを大事にして、無理なくほどほどにできている、またはできる程度を模索して、むしろこの人なりに〈一人でやる〉ことそのものを大切に考えて、そのための〈ちょっとしたお膳立て〉を看護師が提示できるよう働きかけていた。

そのために看護師は、まず「できることと、できないことを見極める」ことが重要であると考えていた。ここでいう「できることと、できないことを見極める」とは、例えば「水分なんかも、湯呑に入れてそれ（卓袱台）においてあれば、ちゃんと飲んでる、飲めてます。でも、（湯呑に入れて、卓袱台において）ないと、飲んでない。」（看護師J）というように、ある生活行動に関する能力について、大雑把にまとめてできる、できないと判断するのではなく、むしろその生活行動が成立するまでの過程を詳細に区切って、その成立過程の中でこの人ができることとできないことを、看護の目で見事細かに確認して、いったい本当のところ、この人は今、何ができていて何ができていないのか、またいったい何が差し障りとなってその生活行動が成立しなくなっているのか具体的に見極め、判断することである。

そして「できることと、できないことを見極め」た上で、この人が日々の暮らしの中で直面するであろう些細な支障や差し障りに看護師があらかじめ目を配っておいて、そうした支障や差し障りに関して一人暮らし認知症高齢者が他者の手助けを借りたり頼んだりしなくても、この人が不自由さを感じることなく上手くその差し障りを乗り越えて、自分の力でやっていけるように、前もってこの人を取り巻く環境を整えておく、つまり「一人でもできるようにあらかじめ整えておく」ように働きかけていた。

「テレビの所に、大きな字で『水戸黄門は4時から6チャンネル』とか『フジテレビは8チャンネル』とかって、もう全部書いておくんです。～中略～ 字？ 漢字で書いてます。字は全く問題ない、漢字は読めます。読めるので」（看護師F）

VI. 考察

昨今では、認知症高齢者への看護援助についてはBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) 症状に応じた対応の必要性やユマニチュードをはじめとする認知症高齢者とのコミュニケーションのあり方、また環境づくり（山田, 2007;室伏2008）といった認知症状に影響を与える社会的要因や心理的要因について論じられている。また、これら社会的、心理的要因と同じように認知症状に作用する身体的要因については、食事、睡眠、排泄、清潔をもとにした規則正しい生活づくりの必要性が示され（奥宮, 2001；

吹田, 2007）、さらに認知症高齢者が抱える慢性疾患が認知症状に与える影響やその病状管理の重要性についても参考図書において言及されている（島内ら, 2014；中島ら, 2012；小玉ら, 2003）。このように認知症状は脳の器質的な障害に加えて他の様々な身体的要因、社会的要因、心理的要因の合成された結果として表現されるものである（中島, 1992）。

また高齢者は異なった系統の疾患をいくつか抱えているという多面的な特徴を持ち、それらの症状の出現がきわめて非定型的であるために病状管理には複雑さ、困難さを呈する。そのため、セルフケア能力が低下し、一人暮らしであるが故に24時間傍らにいる他者からの支援は提供されにくい一人暮らし認知症高齢者の場合には、施設に入所している認知症高齢者や家族と同居している認知症高齢者と比較して、管理不足による病状悪化を招きやすいと考えられる。

それ故、訪問看護師が一人暮らし認知症高齢者に対して【日頃の関わりで養われる観察眼でこの人特有に表れる病状変化の兆候を見抜く】また【必要な医療を確実に整備して、慢性疾患の悪化を予防、改善し、この人なりの体調を維持する】よう関わることは、慢性疾患に関する安定的な病状管理を行うことで、認知症状の出現を可能な限り抑えその進行を遅らせようとする看護専門職としての意図的な働きかけだったと考える。

また、認知症の進行に伴い環境からのストレス刺激の閾値が低くなると不安行動や行動障害は多くなる（Hall,G.R., 1987）ことを踏まえ、訪問看護師が一人暮らし認知症高齢者のできることを見極めその能力に着目しながら、この人が守り続けてきた生活空間や習慣を尊重するようにして【一人でも自宅で落ち着いて過ごせるよう整える】よう関わることは、慢性疾患に対する医療的管理を行うことに加えて、一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化をさらに推し進め、強固にする働きかけとなっていたと考えられる。

その一方で、これまで認知症高齢者の生活を支えるわが国の施策は、訪問介護員（ホームヘルパー）、短期入所生活介護（ショートステイ）、日帰り介護施設（デイサービス）を3本柱とした介護サービスの基盤整備を中心に行われてきた（中島, 2007）。特に一人暮らし認知症高齢者の場合には、施設に入所している認知症高齢者や家族と同居する認知症高齢者と比較して慢性疾患の程度にそれほど差がないにもかかわらず（Edwards D, 2007；Wilkins C, 2007；Nourhashemi F,

2005; Ebly E, 1999) 在宅療養サービスでは、医療ニーズよりも生活ニーズが高いと見積もられる傾向があるため(厚生労働省, 2007), 一人暮らし認知症高齢者に対する訪問看護の必要性やその役割については、これまであまり注目、関心が向けられてこなかった。今回こうした現状を踏まえ、一人暮らし認知症高齢者に関わった訪問看護師に着目したインタビューにより、看護師が行う働きかけを抽出することで、認知症高齢者が安定的にひとり暮らしを継続するには介護サービスだけでなく、医療サービスの提供、中でも訪問看護師が担う役割とその重要性について提示できたと考える。

また、今回インタビュー調査により示されたカテゴリーは、身体的、精神的症状の安定化を図る援助に焦点を当てているが、good practiceに内在される看護師の働きかけを示し、一人暮らし認知症高齢者への在宅療養支援において、どのようにして働きかけることが有効なのかその概要について示すことができたと考えている。本研究で示された結果を引き継いで、今後は認知症高齢者の安定的な一人暮らしの継続を支援する訪問看護師の能力とその育成のあり方について探求していきたいと考えている。

本研究の限界

本研究の限界として、一人暮らし認知症高齢者を支援する家族や他の専門職の人たちに対する訪問看護師の働きかけについてはほとんど抽出できず、一人暮らし認知症高齢者への看護師による直接的な働きかけに関する内容が多かった。

また、今回のインタビューで語られた認知症高齢者の要介護度は、長い事例の時間経過によって変化することが多く、いったい、いつどの段階で要介護度は変化したのか、その変更に伴って訪問看護師の働きかけがどのように変わっていったのかまでインタビューでは詳細に語って頂くことは難しかった。そのため、要介護度のレベル別に訪問看護師の働きかけの違いを示すことはできず、すべてまとめて分析している。また、認知症に関する診断についても同様で、アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症など、詳細な認知症のタイプが不明な事例も多く、これらもすべてまとめて分析している。しかし、同じ一人暮らし認知症高齢者であったとしても要介護度のレベルや認知症のタイプは看護師の働きかけに反映される。

これらのことを本研究の限界とし、今後は研究

方法を洗練させ、より詳細に一人暮らし認知症高齢者に対する訪問看護師の働きかけについて明らかにしていくことを課題とする。

謝辞

本研究を行うにあたりましてインタビューにご参加頂きました訪問看護師の皆様へ感謝いたします。

なお、本研究は2010年度聖路加看護学会看護実践科学助成基金および2011年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団在宅医療研究への助成を受けて行いました。

引用文献

- 朝田隆 (2013) : 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書 (http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part3.pdf)
- Benner, P. (1984) : From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Prentice Hall, New Jersey. / 井部俊子監訳 (2005) : ベナー看護論 初心者から達人へ。医学書院, 東京。
- Ebly E., Hogan D., Rockwood K. (1999) : Living alone with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 10 (6) : 541-548.
- Edwards D., Morris J. (2007) : Alone and confused: community-residing older African Americans with dementia. *Dementia*, 6 (4), 489-506.
- Hall G.R., Buckwalter K.C. (1987) : Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1 (6), 399-406.
- 小玉敏江, 亀井智子 (2003) : 高齢者看護学。315-328。中央法規出版株式会社, 東京。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013) : 日本の世帯数の将来推計 (全国推計) 2013 (平成25) 年1月推計-2010 (平成22) 年~2035 (平成47) 年 (http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/gaiyo_20130115.pdf [2015.8.2])
- 厚生労働省 (2006) : 今後の高齢化の進展~2025年の超高齢社会像~第1回介護施設などの在り方委員会 資料4, (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> [2015.8.2])
- 厚生労働省 (2007) : 平成17年特別養護老人ホームにおける看護サービスのあり方に関する検討会報告書。
- 松下由美子 (2012) : 認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助。聖路加看護学会誌, 16 (2), 17-24。
- 中島紀恵子 (2012) : 認知症高齢者の看護。医歯薬出版株式会社, 東京。
- 中島紀恵子 (1992) : 老人看護学。改訂版, 414-421, 真興交易医学出版部, 東京。
- 中島紀恵子 (2007) : 認知症高齢者の看護。医歯薬出版, 東京。
- 内閣府 (2013) : 平成25年度版 国民生活白書。印刷通販, 東京。

- 内閣府 (2015): 平成27年度版 高齢社会白書。日経印刷, 東京。
- Nourhashemi F., Amouyal-Barkate K., Gillette-Guyonnet S., et al. (2005): Living alone with Alzheimer's disease: cross-sectional and longitudinal analysis in the REAL.FR Study. *The journal of nutrition, health & aging*, 9 (2), 117-120.
- 室伏君士 (2008): 認知症高齢者へのメンタルケア。3, ワールドプランニング, 東京。
- 奥宮暁子, 坂田三允, 後閑容子 (2001): 痴呆様症状のある人の在宅ケア。中央法規出版, 東京。
- 島内節, 亀井智子 (2014): これからの在宅看護論。137-144。ミネルヴァ書房, 東京。
- 吹田夕起子 (2007): 認知症高齢者の看護援助 認知症高齢者の看護。61-67, 医歯薬出版, 東京。
- Wilkins C., Wilkins K., Meisel M., et al. (2007): Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), 1771-1776.
- 山田律子 (2007): 認知症高齢者の生活環境づくり 認知症高齢者の看護。79-99, 医歯薬出版, 東京。

研究報告

継続教育における家族看護教育の現状と課題

Current status and issues of family nursing education in continuing nursing education

中山美由紀¹⁾・岡本双美子¹⁾

Miyuki Nakayama, Fumiko Okamoto

キーワード：家族看護，教育，継続教育

Keywords: family nursing, education, continuing nursing education

Abstract

The purpose of this study was to clarify the current status and issues of family nursing education in continuing nursing education. We investigated the perspectives of 456 persons in charge of continuing nursing education in hospitals with more than 500 beds. We mailed them questionnaires that included information about the continuing education system and current status and issues of family nursing education. In total, 141 responses were received (response rate: 33.3%). Thirty-two hospitals were found to implement family nursing education. The contents of the education were “family concepts,” “family system nursing,” “family nursing assessment,” “model of family nursing intervention,” and “skills to communicate with the family.” The issues of implementing family nursing education revealed 3 categories: “reasons making it impossible to implement family nursing education,” “the importance assigned to family nursing education” and “issues that need to be worked on.”

This study revealed the current status of family nursing education with reference to continuing nursing education. The results suggest that we need to provide family nursing education services to enable the utilization of consistent education for nurses who did not receive family nursing education as a part of their basic nursing education.

抄 録

継続教育における家族看護教育の現状と課題を明らかにすることを目的とし、病床規模が500床以上ある456施設の継続教育担当者を対象に、家族看護教育の実施方法・対象者・内容、家族看護教育に対する考えなどについて調査を実施し、141施設（回収率33.3%）から協力が得られた。家族看護教育を実施している施設は32施設であった。教育の内容として、「家族とは」「家族看護とは」「家族看護アセスメント・介入モデル」「家族とのコミュニケーション技術」を実施していた。家族看護教育を集団教育で実施することに関する考えでは、【実施していない理由】【重要と考える背景】【今後の取り組みと課題】の3カテゴリに分類された。継続教育において家族看護教育の実施はまだまだ少ない現状が明らかになった。基礎教育において家族看護学を受講していない看護師に対して、継続教育において家族看護教育を系統立てて行うことが今後必要である。

I. 背景

家族は社会の最小単位として、健康な個人の成長・発達を促す基盤であると同時に、様々な疾患は家族性に発生し、その経過や予後も家族のもつ問題対処能力に依存することが多い（鈴木ら, 2012; 野嶋, 2005; 森山, 2001）。家族に看護を実施する場合、家族1つの単位、つまりシステムと捉えて働きかけることが有効であるといわれている。このように家族をシステムと捉え、患者を含む家族全体を1単位として考える家族看護学の考え方が日本に広まってきたのは、1990年代後半からである（杉下, 2000）。家族看護学研究者は海外の先駆者たちから家族看護理論を学び、我国の風土、文化に適した家族看護学の理論や介入方法の構築の必要性から独自のモデルを開発してきた（法橋, 2010）。家族看護エンパワーメントモデル（野嶋, 2005）や渡辺式家族アセスメントモデル（鈴木ら, 2012）、家族同心球環境モデル（法橋, 2010）などがあり、看護基礎教育や臨床で活用されている。1999年に家族支援専門看護師の教育が開始され、2008年には専門認定されるなど日本における家族看護学の教育も約20年が経過した。現代の家族は、核家族化や小家族化など家族が多様化している。その中で家族を理解し、家族を対象とした看護を実践するための教育が重要となってきた。

看護基礎教育において、家族看護学教育を目的とした科目が設置されている学校は28.7%、他の科目に含めて教育している学校が47.7%、教育していない学校は23.6%であった（山本ら, 2009）。さらに、保健師助産師看護師学校養成所指定規則において、家族看護学は教育内容としての必要な単位に含まれていない。このことから、基礎教育において十分に家族看護学教育が行われていない現状にあると推測される。

臨床看護師対象の調査では、家族看護の学習経験のないものは家族に関わる時間や家族と相談する機会が「ほとんどない」と答え、家族看護の学習ニーズが高いと報告されている（松坂ら, 2011）。このように基礎教育で家族看護学を受講していない看護師に対して、看護継続教育（以下、継続教育とする）において家族看護教育を系統立てて行うことが必要である。しかし、家族看護教育を基礎教育で受講していない現状から、継続教育において担当するものが少ないことが推察され、教育に組み込まれているとは限らない。このように臨床において家族看護の学習ニーズがあ

るにも関わらず、教育が実施されていない現状がある。

II. 目的

本研究は、継続教育において実施している家族看護教育の現状と課題を明らかにすることである。

III. 用語の定義

継続教育：看護基礎教育での学習を基盤とし、体系的に計画された学習や個人が自律的に積み重ねる学習、研究活動を通じた学習などさまざまな形態をとる学習を支援するように計画されるもの（日本看護協会, 2012）。

IV. 研究方法

1. **対象**：病床規模が500床以上の病院（全国456か所）の継続教育担当者（各施設1名）とした。

2. 方法

- 1) 調査方法：無記名自記式質問紙
- 2) 調査内容：施設の特徴、継続教育体制、家族看護教育の実施方法・対象者・内容、家族看護教育実施上の工夫と困難な点、家族看護教育を集団教育で実施することに関する考えとした。
- 3) 実施時期：平成27年1月～2月

3. 調査手順

質問紙を施設の看護部長に郵送にて継続教育担当者に配布を依頼し、調査に承諾をしたもののみ調査票を記入し、郵送にて返送する。

4. 分析方法

質問紙調査のデータの集計はMicrosoft Excel 2010（Microsoft社）を用い統計的に処理をした。家族看護教育実施上の工夫と困難な点、家族看護教育を集団教育で実施することに関する考えの自由記述については内容分析を行った。カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, データは「 」, () はデータ数を示す。なお、分析においては複数の家族看護学研究者で検討し、妥当性を確保した。

V. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会の承認を得て実施した（申請番号26-58）。研究協力の依頼書には、研究への参加は自由意思であり、回答を拒否しても不利益は一切被らないこと、回答したくないもしくは回答しにくい質問を拒否することができること、調査は無記名であり公表する場合は、個人や施設が特定されないことを明記した。調査への同意は、質問紙を記入後、郵送にて回収するため、質問紙の返送をもって同意が得られたものと判断した。

VI. 結果

1. 家族看護教育を実施している施設の特徴

全国456か所の施設に郵送にて配布し、そのうち回答の得られた施設の継続教育担当者は、141人（回収率33.3%）であり、家族看護教育を実施している施設は32施設であった。継続教育において家族看護教育を実施している32施設の特徴を表1に示す。病床数は500～599床8施設、700～799床8施設、900床以上7施設の順で多かった。施設の特徴として、がん拠点病院25施設、災害拠点病院21施設と多く、その他として、精神科単科病院との回答が1施設みられた。平均在院日数は

表1 家族看護教育実施している施設の特徴と教育体制 n=32

| 特徴と教育体制 | 平均±SD(最小—最大) | 施設数 |
|-----------------------|---------------------|-----|
| 平均在院日数(日) | 17.79±25.49(10-150) | |
| 病床数(床) | | |
| | 500～599 | 8 |
| | 600～699 | 3 |
| | 700～799 | 8 |
| | 800～899 | 6 |
| | 900～ | 7 |
| 施設の特徴 (複数回答可) | | |
| | 特定機能病院 | 13 |
| | 地域医療支援病院 | 16 |
| | がん診療連携拠点病院 | 25 |
| | 災害拠点病院 | 21 |
| | 周産期医療センター | 14 |
| | 救命救急センター | 11 |
| | 高度救命救急センター | 7 |
| | その他 | 3 |
| 教育体制 (クリニカルラダーの活用) | | |
| | 看護協会の標準クリニカルラダー | 1 |
| | 施設独自のクリニカルラダー | 28 |
| | 用いていない | 1 |
| | その他 | 2 |

17.79±25.49日であった。施設の教育体制として、クリニカルラダーを活用している施設は29施設であった。

2. 継続教育における家族看護教育

家族看護教育受講対象者をクリニカルラダーに設定した対象者としている施設は22施設であった（表2）。対象となるレベルはクリニカルラダーの2又は3が多かったが（複数回答含む）、2施設はレベル1も対象としていた。設定していない場合は経験年数による設定や希望するものとしていた。家族看護教育の内容として、“家族とは”19施設、“家族看護とは”23施設、“家族看護アセスメント”24施設、“家族看護介入モデル”23施設、“家族とのコミュニケーション技術”16施設、その他として、“エンパワーメントモデルに基づく家族看護”などモデルに特化した看護過程の内容であった。教育の形態として、講義のみ10施設、講義と演習が21施設、e-learningが1施設であった。演習では、事例の看護過程の展開やロールプレイなどを取り入れていた。

表2 継続看護教育における家族看護教育 n=32

| 家族看護教育 | 内容 | 施設数 |
|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| 家族看護教育の 位置づけ ^{注1)} | | |
| | クリニカルラダーによる位置づけ ^{注2)} | |
| | レベル1 | 2 |
| | レベル2 | 6 |
| | レベル3 | 6 |
| | レベル4 | 4 |
| | 位置づけをしていない 自施設独自 | 6 15 |
| 家族看護 受講対象者 ^{注1)} | クリニカルラダーに設定した対象者 | 22 |
| | 規定の経験年数以上の希望者 | 4 |
| | 希望者 | 10 |
| | 特定の領域(緩和ケア・退院支援等の コースの受講者) | 4 |
| | その他 | 1 |
| 講義時間・回数 | 講義回数(平均回数) | 2.3 |
| | 時間数(平均時間) | 4.2 |
| 講義内容 ^{注1)} | 家族とは | 19 |
| | 家族看護とは | 23 |
| | 家族看護理論 | 18 |
| | 家族看護アセスメント | 24 |
| | 家族看護介入モデル | 23 |
| | 家族とのコミュニケーション技術 | 16 |
| | その他 | 6 |
| 講義形式 | 講義のみ | 10 |
| | 講義と演習 | 21 |
| | e-learning | 1 |
| 演習内容 ^{注1)・注3)} | 事例の看護過程の展開(個人作業) | 8 |
| | 事例の看護過程の展開(グループワーク) | 18 |
| | ロールプレイ(家族とのコミュニケーション) | 6 |
| | ロールプレイ(家族介入) | 4 |
| | その他(ビデオ学習) | 1 |
| 教育担当者 ^{注1)} | 自施設の家族支援専門看護師 | 6 |
| | 施設の専門看護師(家族支援専門看護師以外) | 15 |
| | 他施設の家族支援専門看護師 | 2 |
| | 家族看護学専門の大学教員 | 6 |
| | 自施設の適任者 | 6 |
| | その他 | 4 |

注1):複数回答可

注2):自施設のものも含む

注3):n=21

家族看護教育を担当するものとして、家族支援専門看護師6施設、家族支援専門看護師以外の専門看護師15施設、他施設の家族支援専門看護師2施設、家族看護学専門の大学教員6施設、自施設の適任者6施設であった（複数回答可）。

3. 家族看護教育実施上で工夫している点

家族看護教育で工夫している点があると回答したものは15名であった。得られた自由記述から31のデータが抽出され、9カテゴリに分類された（表3）。カテゴリは【身近な事例を活用した講義・演習を行う】【理論やモデルの紹介】【専門看護師の実践事例の紹介】【ロールプレイを活用し、家族の心理を理解する】【家族看護の視点について

教授する】【対応困難事例における家族支援を教授する】【地域に拡大した家族看護教育を行う】【基礎レベルから家族看護教育を行う】【対象者のニーズを検討し実施する】であった。

4. 家族看護教育実施上での困難な点

家族看護教育において困難な点があると回答したものは16名で、得られた自由記述から20データが抽出され、6カテゴリに分類された（表4）。カテゴリは【受講者が少ない】【家族看護の基本的な考えと実践を結び付けることの難しさ】【集合教育における限界】【受講者の設定が難しい】【研修時間に割り当てる時間数の確保が難しい】【適任の講師の配置が難しい】であった。

表3 家族看護教育実施上で工夫している点

n=15

| カテゴリ | 代表的な意見(抜粋) |
|--------------------------|---|
| 身近な事例を活用した講義・演習を行う(12) | <ul style="list-style-type: none"> • 身近な事例を使って具体的な介入を伝えていく • 事例を用いてグループワークを行い、倫理的視点も養うことができるようにしている • 理論よりも事例検討など実践に近い内容にし、家族のアセスメントの仕方や介入方法などを検討するようにしています • 事例は自施設での事例を活用 • 臨床で活用できる事例を用いて講義、演習を進めるようにしている |
| 理論やモデルの紹介(1) | <ul style="list-style-type: none"> • 理論やモデルを用いる。 |
| 専門看護師の実践事例の紹介(1) | <ul style="list-style-type: none"> • 専門看護師の実践事例の紹介する |
| ロールプレイを活用し、家族の心理を理解する(3) | <ul style="list-style-type: none"> • ロールプレイを入れること • ロールプレイで家族の心理を可能な限り理解 |
| 家族看護の視点について教授する(5) | <ul style="list-style-type: none"> • 家族が自らの力を発揮していくために家族の力をどのように捉え、発揮していくための状況をどのように整えていくかという視点を入れる • 患者を含めて家族を捉えることを強調すること |
| 対応困難事例における家族支援を教授する(2) | <ul style="list-style-type: none"> • 入院期間の短縮や在宅療養を医療者が勧めるが家族の形態が変化していることもあり、負担も多く、医療者とズレが生じ易い等理解が難しい患者や家族にも背景があることを伝える • 苦情や不満を訴える家族の関わり |
| 地域に拡大した家族看護教育を行う(1) | <ul style="list-style-type: none"> • 公開講座とし地域の医療従事者に来てもらう |
| 基礎レベルから家族看護教育を行う(1) | <ul style="list-style-type: none"> • 基礎レベルの研修に入れることで毎年継続して行う |
| 対象者のニーズを検討し実施する(5) | <ul style="list-style-type: none"> • 病棟のニーズに応じて勉強会として出張している • 受講者のレベルに合わせて、より実践的な研修企画内容となるよう工夫しています |

表4 家族看護教育実施上での困難な点

n=16

| カテゴリ | 代表的な意見(抜粋) |
|-------------------------------|---|
| 受講者が少ない(2) | <ul style="list-style-type: none"> • 勤務時間内に実施しているが参加者が少ない • 実施する分野の選択および、受講者が少ない |
| 家族看護の基本的な考えと実践を結び付けることの難しさ(6) | <ul style="list-style-type: none"> • 医療者が患者、家族に対して困っていることを解決するためではなく、患者家族が困っていることについての介入であること、視点を変えることに時間がかかる。 • 家族看護の基本的な考え方を、それぞれ現場に合う考え方に落とし込んでいくことが難しい • 家族をケアの対象として捉える。家族の全体性を捉える。家族理論などは知識として集合教育で学んだとしても、実践での具体的なイメージがもてにくいようです |
| 集合教育における限界(3) | <ul style="list-style-type: none"> • 集合教育のみでの限界感も感じます。家族看護過程の展開までは、短時間の研修では知識を実践につなげることを念頭において方法を模索しています。 • 研修後の成果(評価)…理解はできていても活用は困難。自信がないなどのアンケート結果から。 • 家族看護学的重要性は認識しているが、院内研修での教育には他の研修項目も多いため限界を感じている。 |
| 受講者の設定が難しい(2) | <ul style="list-style-type: none"> • 希望者も参加可能としているため対象者にばらつきがありグループワークでの話し合いに差がでる • 時間数の確保。がん看護、緩和ケアで学ぶべき内容が多いため、時間確保が難しい。本当は一日かけたい。 |
| 研修時間に割り当てる時間数の確保が難しい(3) | <ul style="list-style-type: none"> • 継続教育を1回/3日位、多くの分野で行っているため家族看護教育が重要なことは理解しているが、割り当てる時間の確保が難しい。 |
| 適任の講師の配置が難しい(4) | <ul style="list-style-type: none"> • 院内では家族看護を講師として指導できる専門家がいない。 • 主にがん看護の中で家族支援を行っているが、他疾患や小児、母性など幅広い知識が必要と思われるため講師選択が難しい |

5. 家族看護教育を集団教育で実施することに関する考え

家族看護教育を院内集合教育で実施することに関する考えについては、家族看護教育を実施していない施設の対象者も含めて意見を求めた。その結果、127名の継続教育担当者から回答を得た。そのうち家族看護教育に対する考えを記述している内容から137のデータが抽出された。継続教育として家族看護を【実施していない理由】【重要と考える背景】【今後の取り組みと課題】の3カテゴリに分類された(表5)。

【実施していない理由】は〈優先順位が低い〉〈時間の確保が難しい〉〈教育内容が分からない〉〈教育する人材がいらない〉の4サブカテゴリから構成され、〈優先順位が低い〉では、「重要だと思うが。優先順位が高くないので実施できていない」「在院日数も短く家族と十分に会う時間も確保できないので、優先順位は低い」などの意見があった。〈時間の確保が難しい〉では、「集合教育には制約があり実施は厳しい」「他の研修の実施により時間内での研修、企画が難しい」など研修の中に組み込むことの難しさを記述していた。〈教育内容が分からない〉では、「学習ニーズ調査をしていないのでどのように教育すべきかわからない」「家族看護教育の内容が明確でない」と家族看護の教育内容がわからない状況が述べられており、〈教育する人材がいらない〉では「専門的に教育されている人材がいらない」「家族看護について知識が乏しいため、まずは教育者側の研修を充実させ、臨床の現場で活かせる体制作りを行っていききたい」「家族看護について専門的に学んだものがないので難しい」と家族看護を専門的に学習している人材がいなかったことが記述されていた。

【重要と考える背景】は、〈家族も看護の対象である〉〈ニーズ・関心が高い〉〈在宅移行において重要である〉〈各看護分野においても重要である〉の4サブカテゴリから構成された。〈家族も看護の対象である〉では、「家族も看護の対象であり欠かせない」「家族形態は多様化しており適切な対応が求められている」など家族が看護の対象であり、家族看護を学ぶ必要性が記述されていた。〈ニーズ・関心が高い〉では、「家族看護学会が同県内で開催されたことから関心が高まっている」「家族看護は専門領域に関係なく、共通したスキルだと思うので、集合教育のテーマとして関心が高い」などの記述があり、〈在宅移行において重要である〉では、「在院日数の短縮化、地域完結型に向けて家族に目を向けた看護は重要」「地域

包括ケアを考える上で家族看護は重要な課題」など在宅に向けての家族看護の重要性が記述されていた。〈各看護分野においても重要である〉では、「在宅だけでなく急性期でも家族へのケアは重要」「がん看護において家族看護は重要」などと看護の各分野において重要であることが記述されていた。

【今後の取り組みと課題】は、〈事例検討を行う〉〈OJTの中で積み上げる〉〈専門看護師を活用する〉〈別の研修に含めて実施する〉〈集合教育として必要である〉〈系統立てた教育が必要である〉の6サブカテゴリで構成されていた。〈事例検討を行う〉では、「集合教育ではなく、事例検討の形で考える形式だと当院も実施できると思う」「事例などを用いながら、まずは退院支援できるようにしていきたい」と集合教育ではなく、事例検討を取り入れる方向が記述されていた。〈OJTの中で積み上げる〉では、「基礎教育、OJTの中で積み上げ行くのが望ましい」とOJTの中での学習を積み上げていく方向性や〈CNSを活用する〉など専門家の活用などの教育の在り方が記述されていた。また、〈別の研修に含めて実施する〉では、「退院支援の研修に組み込み、家族看護教育をできればと思う」「関心の高い分野とリンクさせて教育していくとより身近に感じるようになる」と関心領域から家族看護の学習を深める方法を記述していた。〈集合教育として必要である〉では、「基本的にはクリニカルラダー別教育のコースの中に取りこんでいければと思う」「継続教育の中に組み込む必要性はあると思う」などの記述されており、〈系統立てた教育が必要である〉では、「家族看護の研修は可能であれば2～3回のコースを設定したい」「もっと系統立てた研修の必要性を感じている、新人研修の中に基礎、2,3年目に応用的な内容を入れていけたら良い」などのように系統立てた研修内容について記述していた。

Ⅶ. 考察

1. 継続教育における家族看護教育の現状

本研究で得られた142施設のうち32施設(22.7%)が継続教育において家族看護教育を実施していたことが明らかになった。家族看護教育を実施している施設の教育体制は、22施設がクリニカルラダーを活用し、家族看護教育もその中に位置づけていた。対象者の看護実践習熟段階であるラダーのレベルは1から4と幅広い結果であった。ラダー2～3の実践能力は日本看護協会のクリニカ

表5 家族看護教育を集団教育で実施することに関する考え n=127

| カテゴリ | サブカテゴリ | 代表的な意見(抜粋) | |
|----------------|---------------------|--|--|
| 実施していない理由(37) | 優先順位が低い(8) | <ul style="list-style-type: none"> 重要だと思うが、優先順位が高くないので実施できていない 家族看護教育も重要であることはわかっているが、現場でのマンパワー不足により家族看護にまで手が回らない現状である 在院日数も短く家族と十分に会う時間も確保できない、優先順位としては低い | |
| | 時間の確保が難しい(13) | <ul style="list-style-type: none"> 集合教育プログラム量の制約があり、企画はできていない 講師や他の項目とのバランスの問題で教育で取りあげる余裕がない 他の研修の実施により時間内での研修、企画が難しい 集合教育には制約があり実施は難しい | |
| | 教育内容が分からない(5) | <ul style="list-style-type: none"> 学習ニーズ調査をしていないのでどのような教育をすべきかわからない 家族看護教育の内容が明確にできていない どのような研修内容で実施すればよいか分からない | |
| | 教育する人材がいない(11) | <ul style="list-style-type: none"> 家族看護学についての知識が乏しいためまずは教育者側の研修を充実させ、臨床の現場で活かせる体制づくりを行っていききたい 家族看護について専門的に学んだものがないので難しい 専門的に教育されている人材がいない | |
| 重要と考える背景(60) | 家族も看護の対象である(18) | <ul style="list-style-type: none"> 家族看護はすべての患者に対して必要 倫理的ジレンマのあるケースについて家族看護の考え方をしておくことは重要である 家族形態は多様化しており適切な対応が求められている 看護実践の中で家族を含めてのケアがとても重要 県内で家族看護学会が開かれたことで関心は高まっている | |
| | ニーズ・関心が高い(3) | <ul style="list-style-type: none"> 家族看護は専門領域に関係なく共通したスキルだと思うので、集合教育のテーマとしては関心が高いのではないかと | |
| | 在宅移行において重要である(20) | <ul style="list-style-type: none"> 在院日数の短縮化、地域完結型に向けて家族に目を向けた看護は重要 地域を含めた医療提供への方向性、家族の重要性は高い 地域包括ケア、在宅医療の推進に家族看護は重要な課題 がん看護においては家族看護は重要 | |
| | 各看護分野においても重要である(19) | <ul style="list-style-type: none"> 成人、老年領域での必要性は近年になって現実味を帯びてきた 在宅だけでなく、急性期でも家族へのケアは重要 | |
| 今後の取り組みと課題(40) | 事例検討を行う(7) | <ul style="list-style-type: none"> 退院支援等、臨床の問題とからめて学べば実践的ではあると思う 集合教育ではなく、事例検討の形で考える形式だと当院でもやれると思う | |
| | OJTの中で積み上げる(2) | <ul style="list-style-type: none"> 家族看護に関しては日々の看護の実践(OJT)の中で修得していけるのではないかと | |
| | 専門看護師を活用する(4) | <ul style="list-style-type: none"> 独立した研修企画ではなく専門看護師とのジョイントで検討していきたい 専門看護師など専門家の意見も取り入れていく必要性も感じている 退院支援の研修に組み込み、家族看護教育をできればよいと思う | |
| | 別の研修に含めて実施する(10) | <ul style="list-style-type: none"> 関心の高い分野とリンクさせて教育していくとより身近に関するようになると思う 専門コースの中で家族看護を含む内容にすればよいのではないかと、必ずしも「家族看護」というネーミングの集合教育が必要ではないと思う | |
| | 集合教育として必要である(7) | <ul style="list-style-type: none"> 基本的にはクリニカルラダー別教育プログラムのコースの中に必要に応じて取り込んでいければよいと考えている 継続教育に組み込む必要性はあると思っている | |
| | 系統立てた教育が必要である(10) | | <ul style="list-style-type: none"> 家族看護の研修は可能であれば2~3回/年のコースを設定したい 今後系統だった教育が必要だと思います |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> もっと系統だてた研修の必要性を感じている、新人研修の中に基礎、2、3年目に応用的な内容を入れていけたら良い |

ルラダーを参考にみると、ラダー2では、所属する看護職場で、日常的に必要なとされる看護実践は、ほぼ単独で実施できる。ラダー3は所属する看護職場で、高度な看護実践を行い、さらにモデル的な看護実践の教示をすることができる、となっている(日本看護協会,2012)。対象者の設定は施設によりさまざまであり、希望者となっている施設も10施設あるので、実践能力に応じて段階的に教育をしているとはいえない。しかし、希望する者は家族への看護の興味関心がある時期から

考えると、看護実践がほぼ単独ででき、実践に少し余裕が持てるようになる段階が対象者として妥当であると考えていると思われる。教育内容は、“家族とは”“家族看護とは”“家族看護理論”“家族看護アセスメント・介入モデル”と家族看護学概論の内容と家族看護過程を実施していた。これは、看護基礎教育で実施されている内容とほぼ同じである(山本,2009)。講義時間数の平均は4.2時間であり、講義と演習形式を取り入れているが、短時間で多くの内容を網羅しなければならないこ

とが推測される。また、教育担当者は専門性の高い家族支援専門看護師の活用をしているが、他分野の専門看護師を活用している施設が一番多いという結果であった。家族支援専門看護師は2015年9月現在、37名であり（日本看護協会、2015）、充分とは言えない現状から、【適任の講師の配置が難しい】という結果が導き出されたと考えられる。他分野の専門看護師教育課程にも家族への看護の内容が含まれているが、家族をシステムで捉える家族看護の内容は含まれていない（高度実践看護師教育課程認定委員会、2015）。しかし、専門家が協働することで家族看護の質向上が明らかになった報告（木田ら、2013）や専門家による継続教育の効果の得られた報告（三上、2009）もあり、各分野専門看護師が協働して家族看護教育を担うことも検討していく必要がある。

継続看護教育担当者が家族看護教育実施において工夫している点では、【対象者のニーズを検討し実施する】ことは重要な視点である。受講者を希望者としている施設もあることから、看護師が受講したい内容を工夫する必要がある。【身近な事例を活用した講義・演習をする】のように、事例を家族看護の視点でアセスメントし看護過程を展開する。このことは【家族看護の視点について教授する】ことができ、事例を通して家族看護の理解が進み、実践に還元することができる効果的な方法である。また【ロールプレイを活用し、家族の心理を理解する】というようにロールプレイングを取り入れた教育成果として、対象理解と患者・家族への支援のイメージを膨らませることが期待できること（齋藤ら、2007）や家族に対して心理的距離が近づくこと（児玉、2015）が述べられていることから、より家族看護の理解が深まると考えられる。看護師は家族も援助の対象であることは理解できても、「家族に関わるのは難しい」と感じている（野嶋、2005）ことから、実践で活用する方法を習得するために【基礎レベルから家族看護教育を行う】【理論やモデルの紹介】などのように家族看護の基盤となることを教授する。さらに臨床での困っている事例に対する看護として【対応困難事例における家族支援を教授する】【専門看護師の実践事例の紹介】などのように高度実践をしている専門看護師がロールモデルになることが必要である。さらに教育担当者は、【地域に拡大した家族看護教育を行う】のように地域の医療従事者を巻き込んだ家族看護教育を実施するなどの工夫をしていた。家族看護は全ての分野を横断する学問分野であり（鈴木、2008）、患者の

療養場所が病院から地域に移行しても看護実践は継続するものであることから、地域の医療従事者を巻き込むことで、病院で勤務する看護師は患者・家族の生活の理解が促がされるという効果が期待できる。このように教育担当者は学習効果を考慮して家族看護教育を実践しているのだろう。

継続教育担当者が家族看護教育を実施する上での困難点として【受講者の背景を設定するのが難しい】という意見が抽出されたが、対象者の看護実践能力の幅も広く、家族看護は全ての分野を横断することから、全ての看護師のニーズに応える内容を教育に取り入れることは難しい。工夫点である【身近な事例を活用した講義・演習をする】も分野が異なれば、事例も異なるため興味もなくなるので【受講生が少ない】という状況になる。このことから【研修時間に割り当てる時間数の確保が難しい】という課題が生じると考えられる。また、【集合教育における限界】として、【家族看護の基本的な考えと実践を結び付けることの難しさ】も感じていることが推測できる。これらを現状から継続教育における家族看護教育の今後のあり方の検討が必要である。

2. 継続教育における家族看護教育の課題

家族看護教育を院内集合教育で実施しているのは22.7%という結果であった。今回の調査に協力していただいたのは、家族看護教育に興味をもつ継続教育担当者である。そのため臨床における家族看護教育の実施率はさらに低いことが予測される。このことは、家族看護教育を集団教育で実施する上での考えとして抽出された【実施していない理由】の〈優先順位が低い〉〈時間の確保が難しい〉〈教育内容が分からない〉〈教育する人材がない〉が理由としてあげられる。医療制度の改革により在院期間は短縮され、家族と接する機会も少なくなっていることから、優先順位は低く、臨床でのマンパワー不足を指摘している。実際に家族と関わることに對して、Wrightら（2012）は、看護師は、家族と話をすると、他の仕事をする時間がなくなることや厄介な問題に関わる可能性があり、それに対処する時間がないと述べている。臨床ではマンパワーが不足し、家族を関わることに時間をつくる余裕がないことから、継続教育において優先順位が低くなるため〈研修時間の確保が難しい〉という結果が得られたのだろう。

家族看護教育の〈教育内容が分からない〉〈教育する人材がない〉という結果は、看護基礎教育で家族看護学教育を受講したものが少ない状況

から推測できることである。看護基礎教育機関における家族看護学教育実態調査（山本,2009）によると家族看護学として特定の科目があるのは、回答が得られた174校のうち50校であり、そのうち家族をシステム、単位として支援することを教授しているのはわずか7校であった。看護基礎教育からの家族看護学の必修化についても論議されている（原,2015）が、ここにも教育担当者の不足がある。

現代の家族形態は多種多様化であり、核家族や高齢者の独居の増加、患者、家族の医療に対する意識の変化など、それぞれに適切な対応が求められている（小瀧ら,2004）。そのため【重要と考える背景】として、〈在宅移行において重要である〉〈各看護分野においても重要である〉と家族の背景や医療制度の変化に伴う必要性の高さを教育担当者は認識している。これらの要望に応えることが必要であり、今後の取り組みとして、教育担当者が認識している【今後の取り組みと課題】から、〈事例検討を行う〉（専門看護師を活用する）は、家族看護教育を実施する上での工夫点と同じであり、集団教育の中で実施していく方法では現状から最適な方法と思われる。〈OJTの中で積み上げる〉のように、実践の中で家族看護の必要性を実感し、実践の中で積み上げていくことも1つの方法であるが、OJTに携わる指導看護師の家族看護実践能力も必要であり、OJTの指導看護師は負担も多く、OJT定着への課題もある（佐伯ら,2009）。これらも含めて〈集団教育として必要〉という結果が抽出されたのであろう。今後は〈系統立てた教育が必要である〉と認識されていることから、看護基礎教育から継続教育において一貫した教育が必要である。そのためにも、看護基礎教育において家族看護学について教育すべき内容と教授方法について、カリキュラムの内での位置づけを含めたひな形を開発し、教員を支援することなどの取り組み（山本ら,2009）により、臨床で家族看護教育を担う人材を育成していくことが継続教育の中で家族看護教育を組み込んでいくことが可能になるのだろう。原（2015）は、超高齢社会を目前に、病院の再編や地域包括ケアシステムの構築が目指されるなかで、家族看護学は選択的な1領域ではなく、共通の土台として各看護師が身につけておくべきものになっていると述べている。2009年に改正された看護師等の人材確保の促進に関する法律により、社会からの要請と期待に応える継続教育の充実が求められているという点からも家族看護を継続教育に組み込んでいくことが

求められる。

Ⅷ. 研究の限界と今後の課題

本研究は継続看護教育における家族看護教育について500床以上の病院の継続教育担当者に調査を実施した。500床以上の病院は継続教育のシステムが整っていることが予測できるとしたためである。施設規模や回収率から勘案しても家族看護教育の現状や課題は偏りがあり、一般化することに限界がある。今後病床数にこだわらずに調査し、継続教育における家族看護教育の在り方を検討することが必要である。

Ⅸ. 結論

1. 継続教育における家族看護教育を実施している施設は、141施設中32施設であった。
2. 家族看護教育の内容として、「家族とは」「家族看護とは」「家族看護アセスメント・介入モデル」「家族とのコミュニケーション技術」を実施していた。
3. 家族看護教育実施上での工夫点は、【身近な事例を活用した講義・演習を行う】【対象者のニーズを検討し実施する】【家族看護の視点について教授する】【ロールプレイを活用し、家族の心理を理解する】【対応困難事例における家族支援を教授する】【地域に拡大した家族看護教育を行う】【基礎レベルから家族看護教育を行う】【理論やモデルの紹介】【専門看護師の実践事例の紹介】であった。
4. 家族看護教育実施上の困難な点は、【家族看護の基本的な考えと実践を結び付けることの難しさ】【適任の講師の配置が難しい】【研修時間に割り当てる時間数の確保が難しい】【短時間の集合教育における限界】【受講者が少ない】【受講者の背景を設定するのが難しい】であった。
5. 家族看護教育を集団教育で実施することに関する考えでは、継続教育として家族看護を【実施していない理由】【重要と考える背景】【今後の取り組みと課題】に分類された。

継続教育において家族看護教育を実施している施設はまだまだ少ないが、家族看護教育は重要と考えられていることから、教育実施上で工夫している点を参考にしながら、家族看護教育を継続教育において系統立てて実施していくことを検討することが必要である。

【謝辞】

本研究にご理解をいただき、ご協力いただきました看護部及び教育担当者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は、平成26年度JSPS科研費（挑戦的萌芽2667092）の助成を受けて実施したものである。

【引用文献】

- 原礼子（2015）：看護基礎教育課程における「家族看護学」の必修化へ。家族看護研究, 20（2）, 55.
- 法橋尚弘編著（2010）：新しい家族看護学 理論・実践・研究。メジカルフレンド社, 東京.
- 木田かおり, 中田信枝, 北野進, 他（2013）：スペシャリスト同士が行った家族看護研修会へ参加した看護師の学び。日本精神科看護学術集会誌, 56（1）, 308-309.
- 児玉久仁子（2015）：家族看護実践センター式教育プログラムを受講した看護師の家族に対する認識の変化。福島県立医科大学看護学部紀要, 17, 23-30. 高度実践看護師教育課程認定委員会（2015）：高度実践看護師教育課程審査要項平成27年度版。日本看護系大学協議会, 協和印刷工業株式会社, 東京.
- 松坂由香里, 柳原清子, 新村直子（2011）：臨床看護師の家族看護実践および教育研修への認識と実態。東海大学健康科学部紀要, 16, 75-82.
- 三上紀子（2009）：家族看護専門家介入による継続教育としての家族看護の取り組み。青森保健大学雑誌, 10（1）, 63-66.
- 森山美知子編集（2001）：ファミリーナーシングプラクティス 家族看護理論と実践。医学書院, 東京.
- 日本看護協会（2012）：「継続教育の基準ver.2」活用のためのガイド。勝美出版株式会社, 東京.
- 日本看護協会（2015）：資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>（2015年9月17日閲覧）
- 野嶋佐由美監修（2005）：家族エンパワーメントをもたらす看護実践。へるす出版, 東京.
- 小瀧照子, 西川ひとみ, 野村弘美, 他（2004）：院内教育「家族看護コース」における取り組み。家族看護, 2（1）, 128-131.
- 齋藤美華, 森鍵祐子, 川原礼子（2007）：家族看護教育にロールプレイングを取り入れた効果 高齢者夫婦と未婚の子世帯への訪問看護場面をとおして。家族看護, 5（2）, 118-127.
- 佐伯和子, 大野昌美, 大倉美佳, 他（2009）：地域保健分野における保健師育成のOJTに対する指導者の意識と組織体制。日本公衆衛生雑誌, 56（4）, 242-250.
- 杉下知子編著（2000）：家族看護入門, メジカルフレンド社, 東京.
- 鈴木和子（2008）家族看護学に関する理論と研究, 実践。保健の科学, 50（1）, 9-12.
- 鈴木和子, 渡辺裕子（2012）家族看護学 理論と実践第4版, 日本看護協会出版会, 東京.
- Wright, L.M& Leahey M（2012）：Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention（6nd ed.）. FA DAVIS Company, Philadelphia.山本則子, 荒木暁子, 前原邦江, 他（2009）：看護基礎教育における家族看護教育の実態に関する調査報告。家族看護学研究, 14（3）, 66-74.

資 料

ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける
介護職との看護連携実践尺度原案の
内容妥当性・表面妥当性の検討

Study of content and face validity of the
Collaboration Practice Scale for Nurses with
Care-Workers in End-of-Life Care Providing
Nursing Homes with Small-Scale Care Units

山内加絵¹⁾・長畑多代¹⁾・松田千登勢¹⁾

Kae Yamauchi, Tayo Nagahata, Chitose Matsuda

キーワード：ユニット型特別養護老人ホーム，看取り，看護職，介護職，連携実践尺度

Keywords: nursing home with small-scale care units, end-of-life care, nursing staff, care-worker, collaboration practice scale

Abstract

This study was designed to examine the content and face validity of a proposed “Collaboration Practice Scale for Nursing with Care-Workers in End-of-Life Care Providing Nursing Homes with Small-Scale Care Units.” This scale allows nursing staff to self-report their level of collaboration with care-workers. Self-administered questionnaires were distributed to seven nurses working at nursing homes with small-scale care units and gerontological nursing researchers. The scale items were developed based on existing literature and interviews with nurses and care-workers in nursing homes with small-scale care units. Of the 44 items in the proposed scale, 41 items had a content validity index (I-CVI) of 0.8 or higher. Three items with an I-CVI of less than 0.8 were removed and the wording of 14 items was modified based on comments from the respondents. A further seven items were added as important or necessary content. After carefully selecting the items, a 48-item scale was created with confirmed content and face validity.

抄 録

本研究は、看護職が介護職との連携を自己評価するための「ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度」原案の内容妥当性と表面妥当性を検討することを目的とする。文献検討とユニット型特別養護老人ホーム（以下ユニット型特養）の看護・介護職の面接調査により作成した尺度原案について、ユニット型特養の看護師および老年看護学研究者7名を対象に自記式質問紙調査を行った。尺度原案の44項目中41項目において内容妥当性指数（以下I-CVI）が0.8以上を示した。I-CVIが0.8未満の3項目を削除し、自由記述の意見をもとに17項目の表現を修正した。さらに重要・必要である内容として7項目を追加した。その結果、計48項目から構成される尺度を作成し、その内容妥当性、表面妥当性を確保することができたと考えられる。

I. はじめに

2025年の超高齢社会の到来に向け、終の棲家ともいわれている特別養護老人ホーム（以下、特養）における看取りケアが推進されている。その背景には、多死社会となりそれに対応できるほど病院のベッド数が今後増加することは望めないことや、入院期間の短縮、療養型医療施設の大幅な病床数削減により、施設入所者数の増加および重度化が顕著となっていることがあげられる（厚生労働省大臣官房統計情報部，2006）。また、医学の発展とともに、あらゆる治療手段を尽くすことが病院の使命であり、死を敗北と捉える傾向が強かったが、近年では、最期まで自分らしく過ごし平穏に死を迎えたいと望むなど、生活の質を重視する傾向にある（全国高齢者ケア協会，2012）。そのため、本人や家族の意向に沿いながら、身体的に負担となるような治療や医療的な処置は行わず、入所者への心身の苦痛を最小限に抑えて尊厳を保ち、日常生活の延長としての自然な看取りの実践が求められており（伊藤ら，2006；櫻井ら，2009），今後さらに特養での看取りのニーズが高まると予測されている。

特養の中でも、10名以下の小規模な生活集団の中で、家庭に近い環境で自分らしい生活を営むことを目指したユニット型特別養護老人ホーム（以下、ユニット型特養）が注目されている。ユニット型特養では、数名の介護職が固定したユニットに配置されているため、なじみの職員がケアにあたることができ、高齢者の生活歴や価値観など多くの情報を引き出して、その人らしい過ごし方を検討することができる。また、個室であるためプライバシーが確保されるなど、看取りを行う上でも有益であることが示されている（医療経済研究機構，2002）。しかしその反面、ユニット型特養ではケアが各ユニットの裁量に任せられるところが大きく（医療経済研究機構，2002），分散した配置による情報交換の難しさや、ユニットを超えた相談のしにくさなど、ユニットの孤立や連携不足も指摘されている（医療経済研究機構，2002；認知症介護研究・研修東京センター，2007）。

特養の入居者の特徴として、入居者の96.0%が認知症を有しているため（厚生労働省，2007），的確に言語でニーズを伝えることが難しく、表現される行動・言動から読み取らねばならない。さらに看取りとなると、入居者本人の意思表示が困難となるため（林ら，2004），ニーズを察知する

力やそのニーズに応じていく高度な実践力が求められる。そのため、ユニットによってケアに差が生じているのが現状である（医療経済研究機構，2002）。また、入浴など日常のケアを行うことを介護職が躊躇するようになることや、夜間看護職が不在であることへの介護職の不安など、看護職が介護職をどのように支え連携していくかについて困難を抱えている（早崎ら，2003；小野，2006；古田ら，2009）。特養の看護職は入居者がその人らしくこれまで通りの生活を送ることができるよう、健康管理上の観察点やケアのポイント等を伝えたりするなどして介護職を支え、密な情報交換を通してケアの方向性を共通認識し、入居者に対して継続したケアが提供できるよう調整していかなければならないが、複数のユニットに対して看護職1名というユニット型特養の体制において、看護職が各ユニットの介護職といかに連携を図るかが重要な課題であるといえる。特に、看取り期にある入居者は体調が不安定になるため、唯一の医療職である看護職は身体面を的確にアセスメントし、健康管理上の観察点やケアのポイント等を伝える役割があると考え、生活の場である特養においては、医療職だけでなく日常生活のケアを担う介護職とより一層連携してケアにあたることが不可欠である（林ら，2004；加瀬田ら，2005；小野，2006；流石ら，2007；井上，2007；古田ら，2009；小林ら，2010；全国高齢者ケア協会，2013）。

現在のところ、連携の具体的な内容や方法を明確にした報告は見当たらず、各施設で試行錯誤しながら実践しているのが現状である。そこで筆者らは、看護職が介護職と円滑に連携して看取りを実践することができるよう、看護職個人が介護職との連携を自己評価できる尺度を開発することが必要であると考え、看護連携実践尺度の原案を作成した。

今回、本研究では「ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度」原案の内容妥当性と表面妥当性を検討することを目的とする。

II. 尺度原案の作成過程

本尺度原案を作成するにあたり、まず文献検討により高齢者施設における看護・介護職の連携の構成概念を抽出した。文献検索ツール医学中央雑誌を用いて、「看護職」「介護職」「連携」「高齢者施設」を検索語として文献検索を行った。ま

た、抽出した文献のレファランスや関係機関の報告書、連携マニュアルから高齢者施設における看護・介護職の連携について言及している文献を選出し、構成概念の検討を行った。その結果、高齢者施設における看護・介護職の実践的要素として〈情報の共有〉〈目標の合意〉〈それぞれの専門性を踏まえた実践〉、基盤的要素として〈相互の専門性の理解〉〈関係性の構築〉の構成概念が抽出された。

次に、ユニット型特養の看取りにおいて、看護・介護職が実践する連携の内容を抽出するために、文献検討により導き出された構成概念に沿って具体的な内容について、看護・介護職を対象に面接調査を実施した。看護職と介護職の連携内容を照らし合わせて項目を作成し、介護職のみが語った連携内容については看護職が実践すべき内容として捉え、尺度原案を作成した。その結果、〈情報の共有(7項目)〉〈目標の合意(7項目)〉〈専門性を活かした協力活動(18項目)〉〈評価の共有(2項目)〉という4つの実践的要素と、〈関係性の構築(10項目)〉の基盤的要素が抽出され、44項目の連携評価尺度原案の項目を選定した。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象者

対象は、看取り介護加算を算定して、看取りを実践しているユニット型特養の常勤看護師(以下、看護師)および老年看護学研究者(以下、研究者)とした。看護師、研究者ともに学会誌・専門雑誌

等において看護・介護職の連携についての実践報告を行っている者とし、看護師は、連携に対する意識が高く連携を重視していると考えられる経験豊富な者とした。研究者は、高齢者施設ケアの評価に関する研究を専門的に行っている者とした。

2. 調査方法

調査期間は平成26年11~12月であった。郵送法における自記式質問紙調査を実施した。学会誌・専門雑誌等において看護・介護職の連携についての実践報告を行っている者を抽出し、記載されている連絡先に依頼文書を送付した。調査票へ記入後、無記名で返信用封筒にて研究者宛てに返送してもらった。

3. 調査内容

調査内容は、看護師の属性(年齢、性別、保有資格、看護経験年数、特養での経験年数、所属施設の昨年の看取り件数)、研究者の属性(研究歴、職種)、尺度原案の項目が構成概念と関連しているか、項目の表現が適切か、追加・削除項目があるかであった。構成概念の内容と尺度原案の項目の関連については、4段階で評価する内容妥当性指数(Item-Content Validity Index;以下、I-CVI)を用い、1:関連がない、2:あまり関連がない、3:やや関連がある、4:かなり関連がある、とした(Polit D.F., Beck C.T., (2004). / 近藤監訳(2010);高木(2011))。構成概念の操作的定義を表1に示す。

表1 「ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度」の構成概念の操作的定義

| ユニット型特別養護老人ホームでの看取りにおける介護職との連携の操作的定義 | |
|--|--|
| 下位概念 | 操作的定義 |
| 医師により回復の見込みがないと判断された入所者が、生活の場であるユニット型特別養護老人ホームで、日常生活の延長としてその人らしい最期を迎えるために、看護職が介護職と相互の専門性の理解に基づく関係性を築くことを基盤とし、情報を共有しながら目標の合意を図り、専門性を活かして協力し合い、評価を共有していく活動とする。 | |
| 情報の共有 | 入所者の身体的・精神的・社会的な情報や家族の情報を共有することである。 |
| 目標の合意 | 入所者・家族のニーズに沿った看取りの方針を検討して目標を統一させることである。 |
| 専門性を活かした協力活動 | 看護職の知識・技術を発揮して介護職と協力しながら活動することである。 |
| 評価の共有 | 実践しているケアを振り返り評価を共有することである。 |
| 関係性の構築 | 看護・介護職双方の専門性の理解に基づき、看護・介護職の連携を遂行する上で必要な人間関係を構築することである。 |

4. 分析方法

I-CVIは、3:やや関連がある、または4:かなり関連がある、と評定された項目の比率をみるため、I-CVI得点が0.80以上の項目を適切な内容妥当性があるとし、0.80未満の項目は削除した(Polit D.F., Beck C.T., (2004). / 近藤監訳

(2010);高木(2011))。また、自由記載の内容を反映させて、筆者らで検討を重ね、項目の表現や項目の重複、不足等を修正した。

IV. 倫理的配慮

対象者には、研究の目的、調査の概要、研究参加の任意性、匿名性の保持等を明記した依頼文書を添付し、調査票の返送をもって同意を得られたものとした。なお、大阪府立大学看護学研究倫理委員会にて承認を得て行った（申請番号26-45）。

V. 結果

1. 対象者の属性

自記式質問紙調査の回収は7件（回収率46.7%）であり、看護師が4名、研究者が3名であった。看護師は全員介護支援専門員の資格を有していた。看護師経験年数は23～30年で、特養での経験年数は3～10年未満であった。所属する施設の昨年の看取り件数は、1～10件が1施設、11～20件が3施設であった。

研究者の研究歴は7年～16年未満で、職種は教授、准教授、講師1名ずつであった。

2. 内容妥当性の検討

内容妥当性を検討するために、ICVI得点を算出した。ICVI得点と項目の修正前後一覧を表2に示し、修正個所に下線を記した。以下の文中に示される番号は表2で示している尺度項目番号と対応しており、<>は構成概念を、「」は尺度項目を示した。

尺度原案の44項目中、41項目においてICVI得点が0.8以上を示した。ICVI得点が0.8未満であった項目14、25、32の3項目は削除した。<目標の合意>の項目14は、看取りの方針は全体を統括する介護職リーダーではなく、それぞれのユニットリーダーに相談することが多いことや、また看護・介護職全員が情報共有して相談し、方針を決定できるようになるべきであるという意見より削除した。

<専門性を活かした協力活動>の項目25、32について、「25 最初は看護職がケアを実施して示し、状況に応じて介護職にバトンタッチしている」に関しては、問題がある場合のケアは必ず看護職と介護職共に行っているとの意見があった。また、状況によっては介護職から看護職にバトンタッチすることもあるなど、多様な状況が考えられるため削除した。「32 介護職が自信を持って関われるように介護職の判断を後押ししている」の項目では、介護職の判断を後押ししてよい場合と、入居者の身体状況により後押しできない場合

があるとの意見より削除した。

3. 表面妥当性の検討

分かりにくい表現や内容について、またその他重要・必要であると考えられる内容について自由記述で回答してもらい、表面妥当性を検討した。その結果、計17項目の表現を修正し、ひとつの項目内にふたつの意味内容を含む項目を分けたものを含めて7項目を追加した。

特養は暮らしの場であるため、入所者という表現ではなく入居者とするのが適切であるという意見により、生活の場であるユニット型特養での看取りに限定しているため、入所者という表現をすべて入居者に修正した。

<情報の共有>の概念においては、項目1、3、6の表現を「1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている」、「3 ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている」、「6 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している」と修正した。項目1では入居者の情報を得るための働きかけとして、カンファレンス等だけでなく普段の会話から情報を得ていることを表現するために「ユニットラウンド時」に限定していたが、不要であるとの意見からその部分を削除した。項目3は、ユニットリーダーが常に勤務しているとは限らないという意見があり、また夜間介護職は担当外のユニットも担当しなければならぬことより、「ユニット間で情報共有がはかれるように」と表現を修正した。項目6の死の徴候を共有しているという表現は、介護職も看護職同様に死の徴候を理解しているという意味合いになるという意見より、「共に確認する」と修正した。そして、これらの項目以外で重要・必要であると考えられることとして、看護職と介護職が共通言語を用い、介護職が理解し対応可能な行動レベルの情報となっているかが大切であるという意見が2件みられたため、「入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている」という項目を追加した。また、看護職から介護職への情報提供として、入居者の容態や医師の指示、看護職の判断等を介護職に分かりやすく伝える必要があるという意見が3件あったため、「医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている」という項目を追加した。

<目標の合意>の概念では、項目8、12を「8 入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を共通認識している」、「12 入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している」と修正し

表2 「ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度」項目修正前後一覧（44項目→48項目）

| 概念 | 修正前項目 | I-CVI | 修正後項目 | |
|--|---|--|---|--|
| 情報の共有 (7) ↓ (9) | 1 ユニットラウンド時に介護職から入所者情報が得られるように働きかけている | 1.0 | 1 介護職から入居者の情報が得られるように働きかけている | |
| | 2 介護職が家族から得た入所者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている | 1.0 | 2 介護職が家族から得た入居者の情報や家族のニーズを、看護職に伝達してもらうよう働きかけている | |
| | 3 ユニットリーダーからユニットメンバーへ情報や指示が伝達されるように働きかけている | 1.0 | 3 <u>ユニット間で情報共有がはかれるように働きかけている</u> | |
| | 4 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している | 1.0 | 4 指示がユニットメンバー全員に伝達されるよう、記録にて共有している | |
| | 5 入所者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している | 1.0 | 5 入居者の容態を共に確認することで、死が近づいていることを共有している | |
| | 6 死の徴候である入所者の身体面の変化を共有している | 1.0 | 6 死の徴候である入居者の身体面の変化を共に確認している | |
| | 7 日常生活における入所者のわずかな変化でも共有している | 1.0 | 7 日常生活における入居者のわずかな変化でも共有している | |
| 追加項目 | 入居者の身体状況を具体的に分かりやすく介護職に伝えている 医師の指示・見解や看護職の判断を分かりやすく介護職に伝えている | | | |
| | 8 入所者の心身の負担にならない援助の方針を共通認識している | 1.0 | 8 入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標を共通認識している | |
| 目標の合意 (7) ↓ (8) | 9 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている | 1.0 | 9 大切にしていることや目指すことを共通認識できる工夫をしている | |
| | 10 その人らしさを重視して目標を検討している | 1.0 | 10 その人らしさを重視して目標を検討している | |
| | 11 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている | 1.0 | 11 生活の場での看取りであることを念頭において目標の合意を図っている | |
| | 12 本人と家族の思いを大事にして方針を決定している | 1.0 | 12 入居者・家族の思いを大事にして目標を決定している | |
| | 13 介護職が看取れるかどうかを考慮に入れて方針を検討している | 0.86 | 13 <u>ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している</u> | |
| | | | 13 <u>看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している</u> | |
| | 14 入所者の今後の方針についての相談は介護職リーダーに一本化している | 0.57 | 削除 | |
| 追加項目 | 医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている | | | |
| 専門性を活かした協力活動 (18) ↓ (16) | 15 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している | 1.0 | 15 バイタルサインの測定が困難な場合の身体面の観察方法を分かりやすく説明し、共に確認している | |
| | 16 入所者の身体的変化の情報を得ている介護職と共にアセスメントをしている | 1.0 | 16 介護職から得た情報をもとにアセスメントをしている | |
| | 17 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている | 1.0 | 17 状態の変化に合わせて目標を確認し合っている | |
| | 18 状況に応じて臨機応変にケアを相談している | 1.0 | 18 状況に応じて臨機応変にケアを相談している | |
| | 19 今必要なことをその都度話し合って実践している | 1.0 | 19 今必要なことをその都度話し合って実践している | |
| | 20 介護職の見解をもとにケアと一緒に決定している | 1.0 | 20 <u>ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアと一緒に決定している</u> | |
| | 21 入所者・家族の状況に合わせて家族への説明方法を話し合っている | 1.0 | 21 入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討している | |
| | 22 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している | 1.0 | 22 根拠を分かりやすく説明して医療的な視点からケアを共に検討している | |
| | 23 必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している | 1.0 | 23 必要に応じて看護職が医療体制を整え介護職と共にケアを実施している | |
| | 24 入所者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている | | 24 入居者の反応から医療的な視点で判断をしてケアを共に進めている | |
| | 25 最初は看護職がケアを実施して示し状況に応じて介護職にバトンタッチしている | 0.57 | 削除 | |
| | 26 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している | | 26 介護職が困った時に一緒に考えてケアを提案している | |
| | 27 看護職不在時の介護職間の連絡方法を介護職と調整している | 0.86 | 27 看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している | |
| | 28 緊急対応できるように入所者の情報を伝え、サポートしている | 1.0 | 28 緊急対応できるように入居者の情報を伝え、サポートしている | |
| | 29 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている | 1.0 | 29 状態が悪化しないためのケアを継続できるようケア内容を具体的に伝えサポートしている | |
| | 30 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている | 1.0 | 30 オンコールの基準など報告すべき状態を具体的に伝え、サポートしている | |
| | 31 看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている | 1.0 | 31 看護職不在時は気になることがあればいつでもオンコールするよう伝え、サポートしている | |
| | 32 介護職が自信を持って関われるように介護職の判断を後押ししている | 0.57 | 削除 | |
| 評価有評価有 評価有評価有 (3) (3) 共 (3) 共 (3) | 33 入所者に適したケアが提供されているかを振り返り、共有している | 1.0 | 33 入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している | |
| | 34 今までの看取りの体験を振り返り、共有している | 1.0 | 34 今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている | |
| 追加項目 | 家族の満足度に対して双方の視点から評価している | | | |
| 関係性の構築 (10) ↓ (12) | 35 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している | 1.0 | 35 連携するためには信頼関係が必須であることを認識している | |
| | 36 相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている | 1.0 | 36 相互の考えを理解するために、介護職が気持ちを伝えてくれるような存在になるように関わっている | |
| | 37 何でも言える関係を築いている | 1.0 | 37 何でも言える関係を築いている | |
| | 38 関係性を構築するための努力をしている | 1.0 | 38 <u>各ユニットで実践しているケアを尊重している</u> | |
| | 39 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている | 1.0 | 39 気兼ねなくオンコールしてくれるように関わっている | |
| | 40 相手の意見を尊重している | 1.0 | 40 相手の意見を尊重している | |
| | 41 相互の専門性を理解した関係を構築している | 1.0 | 41 相互の専門性を理解している | |
| | 42 入所者の容態を把握できるようユニットに出向いている | 0.86 | 42 介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している | |
| | 43 連携して看取りを実践することに対する熱意を伝えている | 1.0 | 43 連携して看取りを実践することの意義を共有している | |
| | 44 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している | 1.0 | 44 ユニットケアならではのその人らしさを引き出せる楽しさややりがいを理解している | |
| | 追加項目 | ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している 介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている | | |

た。項目8は「入所者の心身の負担にならない援助の方針」とはどういうことを指すのかが分かりにくいという意見があったため具体的に表現し、また援助の方針という表現も何を指しているのかが分かりづらいという意見より、「入居者の心身の負担を最小限にした安楽なケアの目標」と修正した。項目12は、「本人と家族」という表現を、「入居者・家族」と修正した。項目13の「介護職が看取れるかどうか」という表現は、介護職に看取る意思があるか、または介護職が対応可能な範囲であるのかというふたつの意味合いを含むという意見より、「ユニットの介護職に看取る意思があるかを考慮して目標を検討している」、「看護職のサポートのもと、各ユニットで介護職が対応できるかどうかを考慮に入れて目標を検討している」と項目を分けた。そして、目標の合意を図るために、医療職である看護職はリーダーシップを発揮すべき時があるとの意見より、「医療的な判断に関して、状況に応じて看護職がリーダーシップを発揮して合意を得ている」という項目を追加した。

＜専門性を活かした協力活動＞の概念においては、項目16, 20, 21, 27を「16 介護職から得た情報をもとにアセスメントをしている」、「20 ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントし、ケアを一緒に決定している」、「21 入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討している」、「27 看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認している」と修正した。項目16の「共にアセスメントをしている」という表現では、介護職も看護職と同様にアセスメントするという意味に捉えられるため、看護・介護職それぞれの役割を明確にした表現がよいとの意見から、「介護職から得た情報をもとにアセスメント」と修正した。項目20においても、看護職の専門性が分かりにくいとの意見より、「介護職の見解をもとに」を「介護職の見解を尊重してアセスメント」と、ユニットの介護職の見解を重視しつつ看護職の専門性を強調した表現に修正した。項目21の「入所者・家族の状況に合わせて家族への説明方法を話し合っている」については、普段の生活の様子は介護職から家族に伝えることはあるが、死に近づいていることなど身体状況の変化については看護職が責任をもつ範囲であるという意見より、「入居者・家族の状況に合わせて家族への説明内容と方法を検討」と修正した。さらに、項目27の「介護職間の連携方法を介護職と調整」という表現が分かりにくいという意見があったため、看護職不在時に介護職間でサ

ポートし合えるように調整していることが分かるように、「看護職不在時の医療面に関する連絡・相談方法を介護職と確認」と修正した。

＜評価の共有＞の概念においては、「共有している」という表現では介護職からの視点が加味されていないことが懸念されるという意見があった。双方の視点から共に評価することが重要であるため、概念名を＜両職種の評価の共有＞と変更し、項目33, 34をそれぞれ「入居者に提供されているケアが適しているかを常に双方の視点から評価している」、「今後につながるよう、看取り全体を共に振り返っている」と表現を修正した。さらに、家族の感想や意見を現場に伝えて共有しているという意見より、「家族の満足度に対して双方の視点から評価している」という項目を追加した。

＜関係性の構築＞の概念では、項目38, 41, 42, 43の表現を修正した。項目38, 41は他の項目と比較して抽象度が高いという意見があった。項目38の「関係性を構築するための努力」を具体的に表現し、「各ユニットで実践しているケアを尊重している」とした。項目41の「相互の専門性を理解した関係を構築している」は、専門性を理解することが関係性の構築につながると考え「相互の専門性を理解している」と修正した。項目42の「入所者の容態を把握できるようユニットに出向いている」については、介護職との関係性を構築するための方法の項目であるため「介護職から要請があればすぐにユニットに出向き入居者の容態を確認している」と修正した方がよいという意見により修正した。項目43の「熱意を伝えている」については、熱意だけでは関係性の構築につながるとは言い難く、かえって負担を与える場合も考えられるという意見より、「連携して看取りを実践することの意義を共有している」と表現を修正した。さらに、やりがいを分かち合うことや、介護職の不安を理解することも関係性の構築につながるという意見より、「ユニットケアならではの看取りケアのやりがいを介護職と共有している」、「介護職の不安を理解し、介護職が自信を持ってケアができるように関わっている」という項目を追加した。

VI. 考察

尺度原案の内容妥当性を検討するためにI-CVI得点を算出した結果、尺度原案の44項目中、I-CVI得点0.8以上が41項目、1.0が38項目あり、項目の妥当性の高さが示された。削除した項目は、

「相談は介護職リーダーに一本化」, 「看護職がケアを実施して示し状況に応じて介護職にバトンタッチ」, 「介護職の判断を後押し」というように, 施設や入居者の状況によって変化する連携方法であることから, I-CVI得点が低くなったと考えられた。

表面妥当性については, 自由記述の内容を検討して修正を加えた。本研究の対象者である看護師からは情報の伝達システムや実践の場に即した意見があり, 研究者からは看護職の役割や専門性を明確にすること, また表現の適切性等の意見が多くみられる傾向にあった。

特養の看取りにおける看護・介護職の連携に関する研究においては, 大村(2013)により看護職の介護職との連携能力についての報告がなされており, その能力は「恐れる心を支える」「対話を紡ぐ」「医療面での補てん」「看取りに向かう」「手探りのケアプラン」「看取る力の向上」で構成されていることが示されている。「恐れる心を支える」や「医療面での補てん」については本尺度原案においても「専門性を活かした協力活動」で表現されており, 「対話を紡ぐ」については本尺度原案の「関係性の構築」, 「看取りに向かう」や「手探りのケアプラン」は「情報の共有」や「目標の合意」に相当すると考えられる。さらに大村は, 共に看取る経験を積み重ねることで「看取る力を向上」させていくことを示している。本尺度原案においても, 本人からの評価が得られにくい看取りにおいては, 看護・介護職双方からの視点で事例を共に振り返ることが重要であることが示され, そのことにより看取りケアの質の向上につなげていくことができると考える。筆者らが作成している連携実践尺度は, 連携するための実践を具体的に示していることで利用可能性の高い実践指標であるといえる。また, 介護職の連携内容を包含した項目であることから, 看取りの状態になってもその人らしい生活を送ることを重視する視点や入居者に最も近い存在である介護職から情報や目標についての意見を発信することを反映した項目となっていることが特徴である。

ユニット型特養の性質上, 自らが担当しているユニットの入居者については密に関わることができるため詳細に状態を把握しているが, 他ユニットの入居者の情報については十分把握しているとはいえず, 夜間の対応に困ったり, ケアが統一されないという点が問題であるため, 看護職が他のユニットの入居者の情報を伝達するなどして共有し, ユニット間で情報共有をはかれるように働き

かける必要性が明らかとなった。そして, 入居者の身体状況の情報のみならず, 医師の指示・看護職の判断等も共有すべき情報ととらえ, 看護・介護職で同等に理解し共有することが大切であることが示唆された。〈目標の合意〉の概念においては, 入居者の状態をよく把握しており, 普段から密な関係性であるユニットの介護職の意思を考慮した目標を検討すること, 〈専門性を活かした協力活動〉では, ユニットの介護職の見解を尊重してアセスメントすることの重要性が示された。そして, 看取りケアの評価の概念では, 特養での看取りにおいては, 医療面だけでなくその人らしい過ごし方ができていたか, そして入居者にとってよい最期を迎えることができたかを看護・介護職双方の視点から評価し共有することが大切であるため, 概念名を〈両職種の評価の共有〉とすることが適切であると考えた。連携の基盤となる〈関係性の構築〉については, それぞれのユニットの考えや思いのもと実践しているケアを尊重することが重要である。そして, 相互の専門性を理解したうえで, 住み慣れた環境でなじみの職員や入居者とともその人らしい生活を送るというユニットケアならではのやりがいを共有することが不可欠であることが示された。さらに, 各ユニットの考え方やケアを尊重して関係性を築き, 看取りという死が迫っている状況での実践に対する介護職の不安を受け止めることも, 連携において重要な実践であることが示唆された。

Ⅶ. 結論

本研究は, 「ユニット型特別養護老人ホームの看取りにおける介護職との看護連携実践尺度」原案の内容妥当性と表面妥当性を検討することを目的とした。ユニット型特養の看護師および老年看護学研究者を対象に自記式質問紙調査を行い, 以下の結論を得た。

1. 本尺度原案の44項目中, 41項目においてI-CVI得点が0.8以上をみると, 概ねの項目で内容妥当性が示された。I-CVI得点が0.8未満の3項目を削除した。
2. 表面妥当性の確保のため, 分かりにくい表現や内容について, 自由記述をもとに17項目を修正した。また, ひとつの項目にふたつの意味合いを含むなどしていた項目を分け, さらに重要・必要である内容を加えるなどして7項目を追加し, 計48項目の尺度項目を作成した。

今後は, さらに有用な尺度とするために, 尺度

の信頼性, 妥当性を検討していく必要がある。

【謝辞】

本研究の実施にあたりご協力くださいました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

【文献】

- 古田さゆり, 小野幸子 (2009). B特別養護老人ホームにおける看取り介護実現への取り組みと課題, 岐阜県立大学紀要, 10 (1), 33-41.
- 早崎幸子, 小野幸子, 坂田直美, 他 (2003). 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態 (その1) -G県下HとS地区の看護職を対象に-, 岐阜県立看護大学紀要, 3 (1), 29-35.
- 林幸子, 小野幸子, 坂田直美, 他 (2004). 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態 (その2) -G県下CとT地区の看護職を対象に-, 岐阜県立看護大学紀要, 4 (1), 45-51.
- 井上千鶴子 (2007). 生活支援のための看護と介護の連携, 京都女子大学生生活福祉学科紀要, 3, 1-6.
- 伊藤雅治, 井部俊子 (2006). 特別養護老人ホーム看護実践ハンドブック, 中央法規, 東京.
- 医療経済研究機構 (2002). 普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書.
- 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ (2005) 特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職者の悩み, 南九州看護研究誌, 3 (1), 11-21.
- 小林たつ子, 泉宗美恵, 伊藤健次 (2010). 特養・老健における看護職・介護職 連携の現状, コミュニティケア, 12 (9), 50-52.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2007). 平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概要, 財団法人厚生統計協会, 東京.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2006). 平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概要, 財団法人厚生統計協会, 東京.
- 認知症介護研究・研修東京センター年報 (2007). 認知症介護研究・研修東京センター, 東京.
- 小野幸子 (2006). 高齢者ケア施設におけるターミナルケアに関する課題, 老年看護学, 10 (2), 25-29.
- 大村光代 (2013). 特別養護老人ホームの看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造, 日本看護研究学会雑誌, 36 (4), 47-53.
- Politt D.F., Beck C.T., (2004). Nursing Research/近藤潤子監訳 (2010). 看護研究 原理と方法 第2版, p243 - 249, 医学書院, 東京.
- 櫻井紀子, 内田富美江, 岡本綾 (2009). 「死にゆく人」へのケア, 筒井書房, 東京.
- 流石ゆり子, 牛田貴子, 亀山直子 他 (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, 保健の科学, 49, 849-854.
- 高木廣文 (2011). 「概念の数量化」尺度開発の基本的な考え方, 看護研究, 44 (4), 399-406.
- 全国高齢者ケア協会 (2012). 尊厳ある最期を迎えるための看取りケアマニュアル, 高齢者ケア, 東京.
- 全国高齢者ケア協会 (2013). 介護と看護の連携のためのマニュアル改訂版, 高齢者ケア, 東京.

資 料

米国における非がん患者のエンド・オブ・ライフケア
—Arbor Hospiceにおける意思決定支援の実際—

End-of-Life Care for Non-Cancer Patients
in United States
— Care for Decision Making in Arbor Hospice —

簗持知恵子¹⁾・南村二美代¹⁾・土居洋子²⁾

Chieko Hatamochi, Fumiyo Minamimura, Yoko Doi

キーワード：エンド・オブ・ライフケア, 非がん患者, 意思決定支援

Keywords: end of life care, non-cancer patients, care for decision making

I. はじめに

近年, 生命予後を延伸するのみでなく, 終末期も含めて, 患者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を考慮した治療や療養のあり方が問われるようになってきた。2015年「人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成され (終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会, 2015), 医療行為のみでなく, 人生の最後まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指す観点が重視されてきている。

終末期医療に関連した用語にはターミナルケア, 緩和ケア, ホスピスケアなどがある。ターミナルケアは, 病気の治癒・完治が望めない状態にある患者に対して行われるケアを指し (中里, 2008), 終末期医療を総称して, 終末期ケアと表現されることも多い。また, 緩和ケアは, 世界保健機関 (WHO) の定義を用いて「生命を脅かす病気に直面している患者とその家族に対して, 診断時から人生の最後のときまで, さらには悲嘆に対しても, 痛みや症状からの解放を図り, 霊的・心理的社会的サポートを提供することでクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を改善することで

ある」とされている (日本看護科学学会看護学術用語検討委員会, 2011)。緩和ケアには終末期のみでなく, 診断時の早期からのケアも含まれ, わが国ではホスピスケアという用語と厳密に区別されず, 使用されている (日本ホスピス緩和ケア協会, 2014)。

また近年はそれらの用語に加え, エンド・オブ・ライフケアという用語が終末期の医療において使用されるようになってきている。その定義は十分に定まっていないが, 慢性的な症状や機能低下または慢性疾患があること, 専門家, 非専門家によらずケアが必要になり, 死に至るような症状や障がいがあるなどの要素を含み, 患者や代理者の選択を尊重することが中心的価値になるとされている (National Institutes of Health, 2004)。緩和ケアは主のがん患者に用いられているが, エンド・オブ・ライフケアは広くすべての死にゆく患者のケアとして用いられている (日本看護科学学会看護学術用語検討委員会, 2015)。本稿ではエンド・オブ・ライフケアを慢性的な機能障害を有し, 人生の最期までを視野に入れ, 治療も含めた療養法の選択が必要となる人に対して行われる支援ととらえる。特に慢性閉塞性肺疾患, 心不全の

受付日: 2015年9月24日 受理日: 2015年12月15日

1) 大阪府立大学地域保健学域看護学類

2) 大阪府立大学名誉教授

ような慢性疾患患者の予後予測はがん患者に比べ難しく、その意思決定支援も困難であり、エンド・オブ・ライフケアは十分に確立されていない (Woo J et.al., 2011)。米国では心疾患など非がん性疾患の死亡率が高く、施設や在宅におけるホスピスケアが行われている。その現状を把握することは、わが国における非がん患者のエンド・オブ・ライフケアの課題を検討し、その確立への基礎的資料となると考えた。そこで2014年10月、米国ミシガン州アーバーホスピスにてエンド・オブ・ライフケアの実際を把握するための視察・研修を行ったので報告する。

II. 視察・研修内容と方法

1. 米国におけるホスピスケアの現状，アーバーホスピスの概要：ホスピスChief Executive Officer (CEO)，Director of Clinical Services の講義
2. アーバーホスピスのケアの実際（多職種ケア・意思決定支援など）：多職種による臨床講義，Interdisciplinary Team Meetingへの参加，アーバーホスピスのナースやソーシャルワーカーとの同行訪問およびインタビュー

III. 米国におけるエンド・オブ・ライフケア

1. 米国のホスピスケアの実態 (National Hospice and palliative Care Organization: NHPCO, 2014)

ホスピスは予後不良の病気に直面している対象者及びその家族のニーズや希望に応じた特別な医学的ケア，疼痛管理，心理的・スピリチュアルなケアを提供する機関である。ホスピスにおけるケアは患者，家族を中心として，医師や看護師，ソーシャルワーカー，スピリチュアルカウンセラー他各種セラピスト，ボランティアなどによる多職種チームで提供されている。

ホスピスケアが提供されている機関は1974年に米国でホスピスケアが開始されて以来，2013年には50州で，約5800機関となっている。2013年のホスピスの設置形態は独立型が58.3%，施設併設型が20.5%，在宅医療機関併設型が16.7%，ナーシングホーム併設型が5.1%であった。その利用患者数と家族は2009年の134万人から2013年では約154万人と増加傾向にある。2013年のホスピスケアに関する保険の利用状況は，高齢者，障害者向けの公的医療保険であるメディケアが約87.2%であ

り，マネージドケア・個人保険が6.2%，低所得者層の公的医療保険メディケイドが3.8%，その他自己負担などが2.9%である。2013年のホスピスケアの提供期間は平均72.6日，中央値18.5日であり，7日以下が34.5%，8～14日までは14.3%で，2週間以内が約半数をしめている。ホスピス利用者の看取りの場所は，2013年では在宅（ナーシングホームを含む）が66.6%をしめ，26.4%はホスピスの外来患者用施設で，7%は急性期ケアの病院で亡くなっている。2013年のホスピス利用患者は，がん患者は36.5%，非がん患者は63.5%であり，認知症患者15.2%，心疾患患者13.4%，呼吸器疾患患者9.9%の順で多くなっている（図1）。

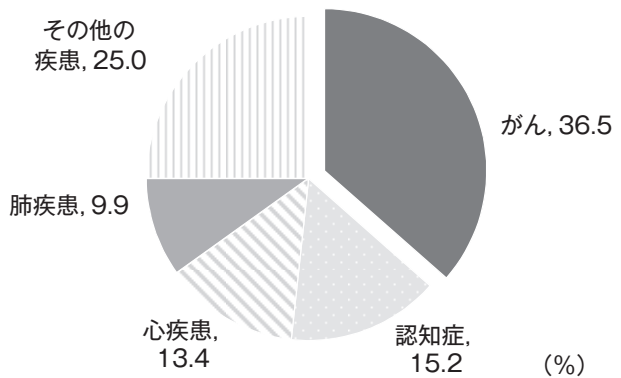


図1 2013年ホスピス利用時の診断 (NHPCO/Hospice Care in America 2014, p7データより著者が作成)

2. アーバーホスピスにおける多職種によるケア

1) アーバーホスピスの使命とケア

アーバーホスピスは1984年に非営利団体として設立され，ミシガン州ウォッシュトノー郡に位置する独立型のホスピス機関である。ホスピスでは生命に限りのある病気をもつ患者とその家族に安楽，安心，ケアを提供することやケアを通して人々を教育，育成することを使命とした活動が行われ，玄関には使命を集約したdignity, comfort, peaceという用語が掲げられている（写真1）。

アーバーホスピスでは患者，家族を中心として医療者，各種セラピストによる多職種によるチーム医療により，①訪問によるケア，②レジデンスにおけるケア（26床のホスピス施設内居住によるケア），③コミュニティの人々も含めたグリーフケア，④緩和ケア部門の運営と相談サービスなどを行っており，具体的な事業内容は表1の通りである。2013年は小児19名を含む2038名にホスピスケアを提供し，グリーフケアサポートを5341人に

提供している (Arbor Hospice, 2013)。看護師はその中で、多職種のケアを調整するケースマネージャーとして、患者や家族に関する症状マネジメントに関するケア提供者・教育者として、地域住民に対してホスピスカアの啓発活動を行う教育者として機能している。ホスピスカアにはメディケア等の保険から1日150ドルが支払われ、診療と治療、看護師・ナースエイド・様々なセラピストによるケア、レスパイトケア、グリーフケアの費用をカバーしている (対象者死亡後の家族のグリーフケアはカバーされていない)。アーバーホスピスにおけるケアの提供期間は平均約50日で、7日未満が約40%、非がん患者の割合は約半数程度である。心不全などの非がん患者のレジデンス利用者の約12%はホスピスカアにより、苦痛をコントロールし、病状が安定した結果、6ヵ月間の療養で、自宅へ戻っている状況であった。



写真1 アーバーホスピス玄関
「Dignity, Comfort, Peace to all who enter here」

表1 アーバーホスピスにおける事業内容

| 事業 | 具体的内容 |
|---|--|
| 訪問事業 レジデンスでのケア (ホスピス施設内 居住によるケア) | 他職種による包括的アプローチ *Interdisciplinary Team Meetingにより、ケア方針を決定し、各種スタッフが支援する ・主治医、ホスピスの医師:緩和ケアのトレーニングを受けた治療による疼痛マネジメント・症状コントロール ・看護師:24時間、on callでのモニタリングや安楽のケア、家族などへのケアスキルや病気の経過に応じて必要な事項の教育 ・ソーシャルワーカー:カウンセリングにより、患者や家族の心理的サポート、別れ、ライフレビュー、患者の人生の意味の確認などエンドオブライフに特徴的な問題に対処するための支援 ・チャプレン:スピリチュアルケア。宗派にこだわらない、サービス、支援、カウンセリング ・ホスピスエイド:家族や介護者の必要に応じた日常生活に関する支援 ・ボランティア:話し相手、レスパイトケア、グリーフ支援などに関する能力を備えたトレーニングされたボランティアによる支援 ・その他のセラピスト:アニマルセラピー、音楽療法、アートセラピー、マッサージセラピーなどを各セラピストが実施する |
| 緩和ケア部門の 運営と相談事業 | ・医師、ナースプラクティショナーなどによる痛み、症状コントロール、教育とケアのゴールの検討 ・コミュニティで暮らす人のグリーフケアサービス |
| コミュニティにおける ケア・啓発活動 | ・Living Willの作成などを含めてlife-limiting時の指示や意思の確認の必要性などコミュニティでの教育 |

2) ホスピスにおける医療

ホスピスにおける医療には緩和ケアとホスピスカアの両方が必要であり、米国では緩和ケアとホスピスカアは異なる側面を持つものとされている。ホスピスカアは家庭とレジデンス両方で提供されるが、緩和ケアは病院がベースとなることが多い。ホスピスカアの目的は Comfort Care (安楽, 安心, 超越をもたらすケア) (Kolcaba KY, 1991) であるが、緩和ケアでは Cure と症状マネジメントが目的となる。ホスピスカアは多職種による看取り、グリーフケアも含めた包括的なケアであるが、緩和ケアは主に医療職者による医学的ケアが中心であり、あくまでも Comfort Care への橋渡しである (表2)。

表2 米国における緩和ケアとホスピスカア

| 相違点 | ホスピスカア | 緩和ケア |
|-------|---|---------------------------------------|
| ケアの場所 | 家庭・施設両方 | 主に病院 |
| 対象 | 患者・家族 | 患者 |
| 目的 | Comfort Care | Cure 症状マネジメント |
| ケアの内容 | 看取り、グリーフケアも含む 包括的ケア | 薬剤等による医学的ケア が中心。Comfortケアへの 橋渡し |
| 関わる職種 | ソーシャルワーカー、牧師、 看護師、ナースエイド、 各種セラピスト、ボランティ アなど多職種 | 主に医師、看護師など |

アーバーホスピスにおける医学的治療は主に緩和ケアについてトレーニングを受けた医師2名で行っている。ホスピスカアは、2名の医師(1名は主治医、1名はホスピス医であることが多い)により、患者が予後6か月以内であると、その適用が評価された後に開始される。アーバーホスピスでは2012年から緩和ケア部門を開設し、医師とナーススペシャリストによる緩和ケアも行っている。その中で患者や家族に対し、終末期に関する教育的支援が行われ、ケアのゴールが確認され、35%の対象がホスピスに紹介される。

ホスピスにおける医療では、痛み、呼吸困難、せん妄、不安・抑うつ、倦怠感、便秘、排尿困難等の症状マネジメントが重要となる。症状に関する治療は基本的には患者共通のスタンディングオーダーが作成されており、効果がなければ、医師に報告し、指示を受けることになっている。ただし痛みに関するオピオイドの使用や痙攣、末期の喘鳴、尿閉などに関しては患者の状況とスタンディングオーダーを医師が再度確認し、サイン後に薬物療法が開始される。

呼吸困難に関してはがん患者、非がん患者に関わらず、オピオイドが処方され、心不全患者の呼

吸困難に対しても苦痛のレベルに応じて、段階的にオピオイドが使用されている（心不全患者の場合は2.5mgの少量から使用する）。まずオピオイドを使用し、副作用をコントロールしながら、マッサージ等他のセラピストによるケアを導入する。少しでも苦痛が解消し、日常生活の質が高まるのが治療の目的になる。末期では、せん妄（terminal delirium）が85%の患者に出現し、特有のうっ血・喘鳴（terminal congestion）なども生じる。これらはNear Death Awarenessとして身体の死へ向かう準備の状態であり、死期が近いこと、普通の身体反応であることを家族に伝え、安心できるようにする必要がある。そして患者を看取る家族の苦痛を軽減するために、せん妄、喘鳴などに対する薬剤を使用することもある。医療者は患者の皮膚の変化、呼吸パターン、体温、感情などについて五感を使い、観察し、家族にその状況を伝えることが重要であるとアーバーホスピスのO'Neil医師は強調していた。

同行訪問した看護師は、在宅ケアにおけるcaregiverは看護師ではなく、家族であると話していた。看護師はフィジカルアセスメントに基づき、必要な治療法や症状マネジメントの方法、日々の過ごし方に関して患者や家族に教育を行っていた。痛みコントロールに関して、痛みがなく安らかに眠っているのか、痛みや息切れに伴う疲労感で眠っているのか等を見極めるアセスメント技術が求められる。看護師はアセスメントに基づく症状マネジメントに関する教育、治療に関わる医師との調整やセラピストのケアの調整など、ホスピスケアにおいては教育者、調整者としての役割が期待されている。

3) ホスピスにおける意思決定支援

ホスピスケアにおける意思決定支援の実際については、ソーシャルワーカーや訪問看護師の在宅ホスピスケアに同行訪問し、事例を通して説明を受けた。

① “good communicator” であること

ソーシャルワーカーが受け持つ10代の脳神経機能障害のケースの場合、ホスピスケアの導入に際しては、まず大学病院の小児科専門医が緩和ケアの必要性を家族に話し、その後、大学病院の緩和ケア専門医がホスピスケアの適応性を説明した。そして、緩和ケア専門医がいくつかのホスピスを紹介し、家族がその中からアーバーホスピスを選択した。ナースが事前訪問し、ホスピスケア

の内容やメリットを伝え、サービス内容を決め、ケアが開始された。家族のホスピスケア選択の決め手になったことは、医師の説明と患者の症状悪化に伴う頻回の救命救急センターの利用、栄養摂取量の減少などの著明な心身機能の低下であった。マッサージ療法、音楽療法を受け、看護師、グリーフサポートコーディネーター、ソーシャルワーカー、ボランティアなどのケアを受け、対象者の身体状況が安定したことも在宅ホスピスケアを継続している要因となっている。多職種ケアにより、対象者のみでなく、家族の心身の状況も落ち着き、今後のケースの葬式の準備についても、話し合う予定となっていた。ソーシャルワーカーは療養の場やケアの選択の際に鍵を握るのは、医療者のコミュニケーションスキルであると話した。医療者は積極的な治療の利益と負担、cureではないcomfort careの必要性、様々な選択肢などを伝える必要がある。治療ができないのではなく、心地よい状況にするためのケアを受けるといことへ医療の焦点が変わることを患者や家族に伝えるスキルが重要であることが話された。

② 命の最期について話すタイミングを図り、意思決定のプロセスを患者・家族-医療者で共有する

アーバーホスピスにおいては患者と家族に配布されるホスピスケアガイドにはアドバンスディレクティブ（事前指示）についてのページが設けられている。そこにはアドバンスディレクティブとは何か、蘇生処置拒否指示書（Do Not Resuscitate：以下DNR）とは何か、どこで入手できるのか、そのためには何をすべきなのかなどが説明されている。アーバーホスピスではケア導入時にDNRの確認がなされる。サインをしていない患者の場合、定期的に意思確認を行うことが決められており、ケース記録にもその確認の有無のチェック欄が設けてある。訪問看護師が担当している40代の心不全のケースの場合、当初の6か月間の期間を延長し、ホスピスケアを継続していた。DNRにはサインをしておらず、定期的な確認が求められていた。しかしながら、命の最期の時や死について話をするのは非常に難しく、死に関して話ができる人もいれば、そうでない人もおり、タイミングを図り、話をするようになる。タイミングの判断は非常に難しいが、このケースの場合はパートナーが生命を脅かす病と診断された際に話ができたとのことであった。アーバーホスピスのO'Neil医師は、「非がん患者の場合は、病気は認めるが、死ぬということを認めることは

難しい。患者自身が病状が軽快したと感じなくなったらホスピスに行くタイミングだと話す。患者自身は自分の病状がどれだけ進み、重症化しているのか知っている。病気の経過や今後について話をしたいか聞き、そのニーズがある際には話を。様々な選択肢と医療者の判断も伝え、患者や家族を知り、決断できればよい。患者や家族の意思決定の結果が医療者の価値と異なるものでも、医療者の責任として、そのプロセスが重要である」と述べていた。医療者、患者・家族で療養法を決定していくというプロセスの重要性を強調していた。

4) ホスピスケアに関する教育と啓発

米国においてもホスピスはその設立経緯から死をイメージさせるものであり、積極的な治療からホスピスケアに移行することは必ずしもスムーズではない。アーバーホスピスでは地域で実施されている健康関連行事や記念日の際にコミュニティの住民に対しホスピスケアに関連する教育活動が行われていた。

ホスピスケアの目的を伝えるのみでなく、エンド・オブ・ライフに向けての自分の意思を明確にすることは周囲の人への“ギフト”となることを医学・看護学などを学ぶ学生や一般住民へ教育することの重要性が話された。

IV. 日本における非がん患者のエンド・オブ・ライフケアの課題

1. 非がん患者のホスピス・緩和ケアシステムや症状マネージメントに関する治療、ケア方法の確立およびスタッフ教育

米国と我が国の終末期医療の状況は大きく異なる。2014年の日本ホスピス緩和ケア協会によるわが国の緩和ケア施設数（緩和ケア病棟入院料届出受理施設）は全国で308病棟、6182床であった。また、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の形態は、院内病棟型が81%、院内独立型が17%、完全独立型は3%（7施設）であり（宮下ら、2015）、緩和ケアはほとんどが病院という積極的な治療を目的とする機関で提供されている。わが国では1990年に緩和ケア病棟等入院料が新設されたが、主としてがん患者、HIVの患者のみが適用とされ、HIV以外の非がん患者の治療は適用外とされている。加えて、2014年の日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録施設497施設のうち、チームメンバーに専従の医師がいる割合は43.3%、

専従の看護師がいる割合は67.8%である（宮下ら、2015）。米国に比べ、緩和ケア施設数やスタッフの配置の状況も十分とは言えない状況であり、特に非がん患者に関しては、診療報酬上も未確立の状況であるため、その整備が急務である。

また、慢性の呼吸不全や心不全など非がん患者の終末期の呼吸困難や痛みなどに対し、米国ではオピオイドが積極的に使用されている。わが国では、ガイドライン等で、オピオイドの適応についての記述はあるが（日本呼吸器学会、2013;循環器病の診断と治療に関するガイドライン2008-2009合同研究班、2010）、使用方法のコンセンサスが十分得られておらず、不適切な使用方法も報告されている（嶋田ら、2015）。非がん患者へのオピオイドの導入に際し、多職種で検討し、適用を見極める取り組みや（佐藤、2015）、欧米の緩和ケアなどに関する学習会により、知識の獲得、問題点の共有を図っているとの報告もある（大石ら、2012）。非がん患者へのオピオイドの使用も含め、症状マネージメントの具体的治療法やケア方法の確立と医師、看護師への教育が急がれている。

2. 非がん患者の意思決定支援に関わるシステムづくりと教育

現在、我が国の医療においても、エンド・オブ・ライフに向けての意思決定支援の体制整備について取り上げられるようになってきた（終末期医療決定プロセスのあり方に関する検討会、2015）。それに伴い、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）という考え方ががん医療や高齢者ケアを中心に広がってきている（竹之内、2015;吉村、2013）。アドバンス・ケア・プランニングとは、終末期に自分自身の意思を伝えられなくなった時に備えて、価値や目標、受けた医療について計画するプロセスのことである（Green MJ, et al., 2012）。同時にそのプロセスに包含されるアドバンスディレクティブ（事前指示）、DNRの在り方も問われるようになってきている（日本臨床倫理学会 DNAR（POLST）指示ワーキンググループ、2015）。患者や家族のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定に際しては、治療やケアの経験を有する医師や看護師などの丁寧な説明、情報提供が鍵を握る。DNR等も含め、医療においては、様々な意思決定モデルが適応される（中山、2013）。慢性疾患などの非がん患者のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定を支えるためには、そのプロセスも重要であり、患者・家族が医療者と話し合い、情報や選択

する理由を共有するシェアードディシジョンモデル (shared decision model) の観点で支援することが重要となると考える。非がん性疾患の場合、O'Neil医師や訪問看護師も述べているように病状の進行を患者自身が実感している時、治療薬の増量など治療法が変わる時、家族の病気などライフイベントがあった時などが医療者と患者・家族が話し合うタイミングと考える。その他、安定期外来通院中の、定期的な病状レビュー時などが今後の望む医療や生活を話すタイミングとなるとの報告もある (Allen LA, et al., 2012)。非がん患者のアドバンスディレクティブ、DNRの在り方、コミュニケーションのタイミングなど、各医療施設のシステムの整備や具体的方法に関する医療者の教育が求められている。

またがん患者に比べ、非がん患者のエンド・オブ・ライフケアに関する医療者や一般住民の認知度が十分でない現状にあり、今後、アドバンスディレクティブ等も含め、治療や療養の在り方についての教育、啓発活動も重要であろう。

謝辞

本視察研修は文部科学省科学研究費助成金 (基盤研究費 (C) 課題番号26463316, 研究代表者: 簗持知恵子) により行った。視察研修にご尽力いただきましたアーバーホスピスのCEO Gloria Brooks氏をはじめ関連各署の方々、ノースカロライナ大学余善愛先生、通訳の篠原みどり様・大崎晴子様、視察に同行し、情報共有と討議の機会をくださった慈恵会北須磨訪問看護・リハビリセンター藤田愛様、横山順子様、ティエスプラン日比高志様に深謝いたします。

文献

Allen LA, Stevenson LW, Grdy KL, et al. (2012) : Decision Making in Advanced Heart Failure A Scientific Statement From The American Heart Association, *Circulation*, 125 (15) , 1928-1952.

Arbor Hospice (2013) : 2013 Arbor Hospice Annual Report, <http://www.arborhospice.org/resources/pdf>

Green MJ, Levi BH (2012) : The era of "e" : The use of new technologies in advance cares planning, *Nursing Outlook*, 60 (6) , 376-383.

循環器病の診断と治療に関するガイドライン2008-2009合同研究班 (2010) : 循環器における末期医療に関する提言, 30-31. <http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf>

Kolcaba KY (1991) : An analysis of the concept of comfort, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

中山和弘, 岩本貴編 (2013) : 患者中心の意志決定支援, 中央法規, 11-23.

中里和弘 (2008) : 終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について, *臨床哲学*, 9, 25-37.

National Hospice and palliative Care Organization (2014) : NHPCO's facts and figures Hospice in America 2014, 1-18. [http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics Research/2013_Facts_Figures.pdf](http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics%20Research/2013_Facts_Figures.pdf)

National Institutes of Health (2004) : National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care. National Institute, <https://consensus.nih.gov/2004/2004endoflifecaresos024html.htm>, 2015.9.24.

日本ホスピス緩和ケア協会 (2014) : 緩和ケア病棟運営の手引き, 2-3. <http://hpcj.org/med/tebiki2014.pdf>

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2011) : 看護学を構成する重要な用語集, 18. <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2015) : 看護学看護学術用語の継続的な維持管理システムを考える, 看護学術用語検討委員会第12期報告書, 11.

日本呼吸器学会COPDガイドライン第4版作成委員会 (2013) : COPD診断と治療のためのガイドライン第4版, メディカルレビュー社, 101.

日本臨床倫理学会 DNAR (POLST) 指示ワーキンググループ (2015) : DNAR (POLST) 指示ワーキンググループ報告, 日本臨床倫理学会第3回年次大会抄録集, 28-45.

大石 醒悟, 観田 学, 鳥羽 敬義他 (2012) : 非がん疾患の緩和ケア 心不全終末期患者への緩和ケアの導入と実践 当院での1年間の取り組み, 第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, 146.

宮下光令, 今井涼生 (2015) : 第II部統計と解説/データでみる日本の緩和ケアの現状, 志真泰夫, 恒籐暁, 森田達也他編, ホスピスケア白書, 青海社, 72-82.

佐藤幸人 (2015) : 末期心不全の緩和ケア, *medicina*, 52 (7) , 1158-1160.

嶋田和貴, 合屋将, 松岡洋人他 (2015) : 呼吸器専門病院における非がん患者にたいするオピオイド使用の現状, *日本呼吸器学会誌*, 4, 184.

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会 (2015) : 人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編, 1-2. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000078983.pdf

竹之内沙弥香 (2015) : がん患者の意思決定支援の質を高める - 診断時から終末期までの「意思決定支援」と「アドバンス・ケア・プランニング」, *看護管理*, 25 (2) , 125-133, 829.

Woo J, Lo R, Cheng OY, et al., (2011) : Quality of end-of-life-care for non- cancer patients in a non-acute hospital, *Journal of clinical nursing*, 1834-1841.

吉村学 (2013) : 高齢者へのアドバンスケアプランニング, *Journal of Integrated Medicine*, 23 (10) , 871-873.

資 料

診断初期の男性慢性心不全患者の ヘルスリテラシーの様相

Health Literacy in Male Patients Newly Diagnosed with Chronic Heart Failure

角野雅春¹⁾・簗持知恵子¹⁾

Masaharu Kadono, Chieko Hatamochi

キーワード：ヘルスリテラシー，心不全，男性患者，診断初期
Keywords: health literacy, heart failure, male patients, newly diagnosed

I. はじめに

我が国の慢性心不全（Chronic Heart Failure: 以下，CHF）患者数は，高齢化に伴い2030年には130万人に達すると推計されている。またCHF患者は，心不全の増悪により入退院を繰り返す者が多く，退院後1年以内の再入院率は約35%と高い。特に，診断後まもないCHF患者は，病態の変化や疾患の管理不足によって増悪が危惧される。このような中，医療者は患者に対してCHFの病状や症状，薬物療法などの症状を含めた疾患管理について説明し，理解を深め実行を促すことは重要であり，CHF患者においては長期にわたり症状を含めた疾患管理を患者自らが実践するよう期待される。

CHF患者の病状や症状，日常生活上における自己管理の実践は，ヘルスリテラシー（Health Literacy:以下，HL）に影響を受けると考えられている（Morrow, D.G et al., 2006）。HLとは，健康を維持，増進するために情報を入手し，それを活用する個人の能力と動機づけを維持する，認知的かつ社会的なスキル（WHO, 2000）とされ，情報の入手だけでなく，情報活用や行動変容を伴う能力であり，疾患管理に必要な能力であると考えられる。海外では識字等の読み書き能力であるHLが注目されており，このHLが低いCHF患者

は不良な健康状態やセルフケア能力が低いこと，医療知識が少ない（Morrow, D.G et al., 2006）ことが報告されている。また，CHF患者のHLは教育環境や医療の水準などの文化，社会的状況などにも影響を受ける（Scott, Tracy L et al., 2002, David W. Baker et al., 2002）との報告もあるが，日本においては診断初期のCHF患者のHLの状況は明らかになっていない。また，高血圧患者などの慢性疾患患者においてHLについて性差があることが報告されていることから（渋谷，2011），診断初期のCHF患者においても，性別にその様相を捉える必要がある。

そこでCHFと診断され1年以内である初期のCHF患者の再入院率は高く，このような男性CHF患者のHLを明らかにすることは，HLの観点から疾患管理を行うための看護支援を検討する上で重要となると考える。

II. 目的

本研究の目的は，新たにCHFと診断された男性患者のHLの様相について明らかにし，今後の看護実践を検討する基盤とすることとした。

III. 本研究における用語の操作的定義

1. ヘルスリテラシー

Nutbeam, D (2000) とCarolyn, S (2005) の定義を活用し、本研究におけるHLは、良好な健康状態を増進し、維持する方法に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であり、情報読解力、情報理解力、意思決定力、患者役割遂行力の4つから成るとした。情報読解力とは、疾患や健康問題に関する情報や知識について読み解くことや計算する能力を示す。情報理解力とは、自分自身や自分の周囲の人や物事に関連する疾患や健康情報について情報を集め自分自身に結びつけて理解する能力を示す。意思決定力とは、疾患や健康上に関する情報を選択、評価し、活用において意思決定する能力を示す。患者役割遂行力とは、自分自身の情報や状況の報告や医療者から助言を得るために双方向のコミュニケーションを遂行する能力、および自分自身に適切に健康情報を活用して疾患や健康問題に関する状況を変化させることや医療保健システムを利用することなどの患者役割を果たす能力を示す。

2. 慢性心不全患者

1年以内に心不全の発症により治療のため入院し、CHFの診断を受け、循環器内科外来を通院している者とした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

事例研究

2. 調査期間

2012年4月～9月

3. 調査対象者

1年以内にCHFの診断を受けた循環器内科外来通院患者3名を対象とし、研究協力の同意が得られた者とした。

4. データの収集

1) データ収集方法

総合病院の循環器内科医師より対象者の紹介を受け、研究目的、研究方法の説明後に研究協力の同意を得た。インタビューガイドを用いて、1人に1回、30分～60分の半構成質問紙を用いた面接調査を実施し、ICレコーダーで録音した。

2) インタビュー内容

調査内容は、年齢、治療歴、入院歴、社会背

景、心不全に関する情報獲得の方法（どのようにして心不全に関する情報を知ったか、どのような時に心不全に関する情報を知ったかなど）、日常生活上での心不全に関する情報の活用状況（心不全に関する情報をどのように活用しているかなど）、心不全に関する情報の理解状況（心不全の情報の理解が深まったと思うのはどのような時かなど）とした。

3) データ分析方法

データはNutbeam, D(2000)とCarolyn, S(2005)のHLの考え方にに基づき、各事例から情報読解力、情報理解力、意思決定力、患者役割遂行力に関する記述を逐語録より抽出し、要約した。その後、新たにCHFと診断された男性患者各事例のHLの様相の共通性について分析、記述し、HLの特徴を考察した。

4) 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学看護学部研究倫理審査委員会、調査施設倫理委員会の承認を得て行った。インタビューは担当医が可能と判断した場合のみ研究者が実施し、自由意思による研究の参加、プライバシーの保持などについて口頭と書面で説明し、同意書により参加の同意を得た。

V. 結果

1. 各事例のヘルスリテラシー

各事例のHLの様相は要約し、【 】で示す。各事例のHLを記述し、その後3名に共通したHLの様相を分析、記述した。

1) 事例A

(1) A氏の背景

65歳。診断後3か月。既疾患は心房細動。事務管理職。心窩部痛を認め受診し、心不全の診断で入院に至った。入院前まで不整脈で循環器外来を定期受診していたが、心不全に関する情報は持っていなかった。退院後、軽度の浮腫症状を認めるが、定期受診以外に受診はしていなかった。

(2) A氏のヘルスリテラシー

A氏の情報読解力は、心不全に関連する【医療専門用語の情報を読み聞きすることはできる】が、心不全に伴う症状発生の機序までは読み解けない状況であった。A氏は得た情報をもとに、心不全を【心ポンプ機能の低下を自動車のエンジンに例えてイメージできる】が、退院後の自分自身の療養生活に向けて、【具体的な水分管理方法（計算方法や水分摂取量・内容）は獲得できていない】状況であり、疾患管理に結び付ける情報理解力は

見られなかった。A氏は心不全を発症し、退院した後に、【経験的に浮腫症状を知る】が、【心不全症状の程度を判断できない】状況であり、【症状の対処や管理に対して医療者の指示がないと自ら判断や評価できない】医療者の支援を必要とする意思決定力の段階であった。さらにA氏は病状の

変化がある場合は指示があると考えており、【入院中は医療者の指示を遵守する】ことや【退院後も定期受診時に医師からの指示や説明受け、遵守する】という依存的なレベルの患者役割の遂行であった。また、【職場では入院中のような厳格な療養法はできない】と職場では入院中のような厳

表1. 事例Aのヘルスリテラシーの様相

| HLの要素 | A氏のHLの要約 | インタビュー時の具体的な言動 |
|---------|------------------------------------|--|
| 情報読解力 | 医療専門用語の情報を読み聞きできる | 「心臓のポンプ機能はいろいろ聞いて解ったが、浮腫のメカニズムに関しては素人なので詳しくわからない。」 |
| 情報理解力 | 心ポンプ機能の低下を自動車のエンジンに例えてイメージできる | 「エンジンはもうだめな状態。もうぼんこつ状態なので、細々と生きているだけ。」 |
| | 具体的な水分管理方法（計算方法や水分摂取量・内容）は獲得できていない | 「入院中に聞いた時は漠然とした感じで聞いていた。水分の取り過ぎはよくないと言われたがシビアなことは言われなかった。お酒もビールも飲んだって分量になるのかな。何をどう飲んでいいのか、よく分からない。みそ汁やご飯1杯に含まれる分量なんて計算できるものはない。」 |
| 意思決定力 | 経験的に浮腫症状を知る 心不全症状は判断できない | 「体重測定にしても、特にむくみなんか分かりづらい。教えてくれるものと違う、そうはいかない。最近は概ね浮腫であることは分かるけど、心不全になった頃はむくみなのかもわからなかった。」 |
| | 症状の対処や管理に対して医療者の指示がないと自ら判断や評価できない | 「浮腫に関しては素人なので、どういった具合で、どの程度まで見るのか、その時に聞かないとわからない。」 |
| 患者役割遂行力 | 入院中は医療者の指示を遵守する | 「入院していた時は医師や看護師の言われた通りにしていた。」 |
| | 退院後も定期受診時に医師からの指示や説明受け、遵守する | 「指定されている日に病院に行く。なにかあれば先生が教えてくれると思う。」 |
| | 職場では入院中のような厳格な療養法はできない | 「仕事にもすぐに復帰する予定している。食事とか、運動とか、復帰してみないどのようにできるのか全く分からない。」 |

格な療養はできないと捉え十分な患者役割が果たせていなかった。（表1）

2) 事例B

(1) B氏の背景

63歳。診断後7か月。既疾患は陳旧性心筋梗塞。無職。呼吸困難を認め受診し、心不全に伴う胸水貯留により入院に至った。退院後は、浮腫症状の増悪を繰り返し認めたが、再入院には至っていない。

(2) B氏のヘルスリテラシー

B氏は書籍やパンフレットなどから、【心不全に関する病態や症状、薬理作用の情報を読むことができる】情報読解力を持ち合わせていた。B氏は退院後、書籍やパンフレット、検査結果から自ら情報を集め、【退院後の症状出現時にパンフレットを読み直し、心不全の症状を確認できる】ことや【退院後に内服薬の作用を調べることができる】。またB氏は、医療者から説明を受け【心機能の程度と自身の身体活動の変化を照らし合わせて、身体状況を理解できる】など、自身の療養生活に結び付ける情報理解力を備えていた。さらにB氏は日々の症状観察に加えて、アルコール摂取過多時においては、浮腫の【症状の程度に応じた観察強化の判断】をしており、療養生活で症状

管理を行う上で具体的な情報の活用につけていた。しかし、自己による浮腫の【症状の程度や受診の判断は困難であり、症状増強時には医療の知識を持つ他者に相談できる】ことで、判断に繋げる意思決定力を機能させていた。しかしB氏は、知人に対しては相談できていたが、医師に対しては、「治療してくれる先生には悪くて聞けない」とし、心不全の治療状況や予後に関する内容を聞いたりするなど、【予後を含めて、療養上の問題について気軽に医師に確認、相談できない】状況であった。疾患や健康問題に関する状況の変化においては【入院中は医療者に一任であったが、退院後は自ら薬剤情報を調べる】などの主体的な患者役割遂行力は認めていた。（表2）

3) 事例C

(1) C氏の背景

57歳。診断後8か月。既疾患は狭心症、心房細動。無職。呼吸困難に加え、浮腫と動悸症状の出現により受診、心不全の診断で入院に至った。前から不整脈、虚血性心疾患に伴う動悸症状について説明を受けていた。退院後、心不全の増悪なく経過している。

(2) C氏のヘルスリテラシー

C氏は、医師や看護師による説明や病院食の内

表2. 事例Bのヘルスリテラシーの様相

| HLの要素 | B氏のHLの要約 | インタビュー時の具体的な言動 |
|---------|--------------------------------------|--|
| 情報読解力 | 心不全に関する病態や症状、薬理作用の情報を読むことができる | 「心不全も結局は病名ではない。本を読むと、終末的な病気と書いている。」「退院後にパンフレットなどを読んで症状を確認したほうが多かった。」 |
| 情報理解力 | 退院後の症状出現時にパンフレットを読み直し、心不全の症状を確認できる | 「心不全のパンフレットにも浮腫の症状について書いていました。入院中に読んだというよりは退院してから読んで症状を確認したほうが多かったですね。」「退院後にパンフレットなどを読んで症状を確認したほうが多かった。」 |
| | 退院後に内服薬の作用を調べる | 「入院中に薬剤師さんから説明されても右から左に聞き流す感じでした。退院してから、自分でこの薬の作用は何だろうと調べた。」 |
| | 心機能の程度と自身の身体活動の変化を照らし合わせて、身体状況を理解できる | 「今までできていたことができなくなった。あなたの心臓は一般人の心臓の3割程度の心機能しかないって聞きました。やっぱり体が動かないからね。」 |
| 意思決定力 | 症状の程度に応じた観察強化の判断 | 「今はもう浮腫について知っている限り、むくみが無いかを確認する。アルコールの量を多く飲みすぎた時なんかは次の日に大丈夫だなと確認する。」 |
| | 症状の程度や受診の判断は困難であり他者に相談する | 「足とかはむくんできていたので、心不全が悪くなっていると思って。受療前に知り合いの元看護師に、病院に行くかどうかを相談した。」 |
| 患者役割遂行力 | 予後を含めて、療養上の問題について気軽に医師に確認、相談できない | 「先生に聞きたいですね。今薬でこうやって良い方向にいますけど、あと5年生かれますかって聞きたいけど、一生懸命に治療してくれる先生には悪くて聞けない。」 |
| | 入院中は医療者に一任であったが、退院後は自ら薬剤情報を調べる | 「自分のなった病気だけ入院時はもう任せきりだったが、退院してからは薬は調べて飲んでいます。」 |

表3. 事例Cのヘルスリテラシーの様相

| HLの要素 | C氏のHLの要約 | インタビュー時の具体的な言動 |
|---------|------------------------------------|--|
| 情報読解力 | 心不全疾患管理の情報として記録し読み返すことができる | 「心不全の治療や元には戻らないということは難しい話なので先生に説明されてもメモを取っておかないと忘れます。」「病院食の献立をどのような物を食べたかを書いておきました。薄味で1回食べてみて、体で覚えていった。」 |
| 情報理解力 | 情報を記録し自身に必要な情報として獲得する | 「先生に説明されてもメモを取っておかないと忘れます。」「病院食の献立をどのような物を食べたかを書いておきました。」 |
| | 医療者の説明により症状とその要因や意味を結び付ける | 「ちょっと歩いてもドキドキしていたことの原因が分からなかった。心不全のことをお医者さんや看護師さんの説明を聞くまでは何故かなと思っていた。」 |
| 意思決定力 | 獲得した食事療法、運動療法の情報の有効性を症状から評価できる | 「今はもう食事療法、運動療法、塩分減らしてと先生から聞いて。それで、ドキドキもましになったし、息切れもしない。」 |
| 患者役割遂行力 | 医療者の指示を遵守する | 「ただ先生のおっしゃったとおりに、塩分を減らしたり運動するくらいしかしていない。」 |
| | 症状の出現がなく、医療者への主体的にコミュニケーションはとっていない | 「今はもうドキドキすることもなし、息も苦しくなくなったので、他に知りたいことはないですね。特に自分からは積極的に話してはいない。」 |

容など、【心不全疾患管理の情報として記録し読み返すことができる】情報読解力を持ち合わせていた。C氏は、医師や看護師から説明を受けた心不全に関する【情報を記録し自身に必要な情報として獲得する】情報理解力を働かせ、獲得した情報に基づき、【医療者の説明により症状とその要因や意味を結び付ける】ことに繋げていた。さらにC氏は、情報に基づいた療養行動の実践により症状の改善、【獲得した食事療法や減塩、運動療法の情報の有効性を症状から評価できる】ことで、それらの情報を療養生活に取り入れる判断も行っていった。C氏は、【医療者の指示を遵守する】ことで心不全をコントロールできており、心不全の【症状の出現がなく、医療者への主体的にコミュ

ニケーションはとっていない】状況であり、自分自身の情報や状況を医療者に報告するとした患者役割遂行力が十分に果たせていなかった。(表3)

2. 診断初期の男性慢性心不全患者のHLの様相

3事例の情報読解力、情報理解力、意思決定力、患者役割遂行力に関する記述を抽出し、新たにCHFと診断された男性患者のHLの様相について共通具体的していた点は以下のとおりであった。

CHF患者の情報読解力は、心不全の病態、薬物療法における作用、運動療法や食事療法など心不全に関する医療情報を読むことや聞くことは十分にできていた。しかし、心不全症状の発生機序に関しては読み解くことは不十分であった。

CHF患者の情報理解力は、自分自身の身体に心不全症状の出現や増悪を認めた場合には、獲得した心不全に関する情報と症状を結び付けて理解できるが、症状の経験がない場合は、病態と十分に結びつけて理解することは困難であった。

さらに意思決定力に関して、CHF患者は日常療養の中において経験的に浮腫などの心不全症状を捉えていたが、症状の程度の評価や受療の必要性などの判断に情報を十分に活用できる能力は不十分であった。

患者役割遂行力においてCHF患者は、心不全の病勢や症状に疑問や不安などを持っている場合においても、疾患や治療、今後の療養に関することは医師や看護師などの医療者に委ねるとする依存的状況であり、意図的な医療者へのコミュニケーションをとる能力に欠けていた。しかし、苦痛な心不全症状を経験している患者の場合には、心不全の薬物療養や運動療法などの疾患管理においては自ら情報を集め、自分自身に適切に健康情報を活用して自らの療養管理に反映させる行動をとっており、患者役割遂行力は個人差が見られた。

VI. 考察

1. 慢性心不全患者の症状体験と情報読解力・情報理解力

本研究対象者は共通して、医療者の説明やパンフレット等の専門的な情報を読み、情報を読解する力を十分に持っていると考えた。しかし、A氏の場合、心不全発症時の症状は不整脈に伴う心窩部痛のみで典型的な心不全の症状はなかったことや退院後の療養生活がまだ2か月程であり心不全の増悪を体験していなかった。そのためA氏は、医師の説明により心ポンプ機能の低下を自動車のエンジン不良の状態としてイメージし捉えることはできていたが、心拍出量の低下によってもたらされる症状の出現や全身機能の低下につながる病態の理解に結び付けるまでの情報理解力のHLは十分ではなかった。A氏の場合、心不全症状を体験することなく入院、治療し、退院して療養生活を送っていた。そのため、心不全の情報を自分自身の疾患として、また療養上での具体的なイメージとして結び付けることができず、療養に必要な情報も集めることができなかつたのではないかと考える。しかし一方、B氏やC氏は、心不全発症時から呼吸困難や浮腫等があり、症状を自分自身で確認していたことから、自分の症状を医療者の説明やパンフレットなどの内容から心不全の病態

と結び付けるという情報理解力を有していたと判断できる。B氏の場合、発症時、入院後と症状を体験していたが、その時点では指導内容を、情報を自分自身に結び付けるというよりも、指導内容は入院中に遵守すべき事項と捉えていた。しかしB氏は退院後、浮腫の増悪を体験する中で、心不全の病状や症状に関する情報を入院時に得た情報を確認し、症状管理のために必要な情報を収集しながら、自分自身の症状の有無や変化と結び付けて理解していた。C氏においては、心不全と診断され入院に至る前から呼吸困難、浮腫等の苦痛を伴う症状を認めており、苦痛を伴う症状体験を経験していた。C氏は、その体験から診断入院初期から自分自身で食事管理に関する情報などを積極的に収集し、退院後の療養生活に結び付けていた。心不全の症状体験は、病態と自分の症状を結びつけることにつながり、新たな病氣管理のために情報を集める能力や意思決定力や患者役割を遂行する能力につながっていくと考えられた。加えてA氏は有職者であり、無職であるB氏やC氏は異なり、職場では入院中のような厳格な療養法はできないと捉え、情報収集、患者役割遂行などの動機づけにも影響していた。仕事を持つ男性患者の場合の認識がHLに影響することも否定できない。

我が国のCHF患者の場合、そのほとんどが読み聞きするHLは持ち合わせており医師や看護師等の医療者からCHFについての情報を得ることはできる。しかし、これらの獲得した情報を自分自身の身体で起こる症状として理解するには、症状の体験が関わっていることが推測できる。

現在、日本において急性増悪を起こす心不全患者のうち約7割が呼吸困難を呈している (Sato et al., 2010)。しかしながら、心不全患者の多くは、発症初期ではそれらを心不全症状として気づきにくく、再入院を繰り返すことが多い。HLの観点から、症状体験をいかに病状の理解につなげるかが重要であり、心不全症状体験が乏しく、症状を自覚できない患者の病状の理解をどのように促進するかが課題となると考える。また、心不全を発症し入院直後の症状を伴った時期においては、CHF患者は治療中心となっていることや症状による身体的苦痛により、疾患管理を医療者に委ねてしまうことも多い。そのようにCHF患者は、心不全発症時や症状増悪時の情報理解力を機能させることに困難さがあることも推測できる。

2. 慢性心不全患者の症状管理に関わる意思決定力の特徴

B氏の場合、療養生活上での日々の症状観察に加えて、アルコール摂取時においては症状観察を強化していたが、自分自身では適切な浮腫の程度や受診の必要性を判断できるには至っていなかった。そのため浮腫増悪時は、医療の知識を持つ他者に相談し、確認することで心不全症状の増悪を判断し、対処に繋げていた。C氏においては、心不全管理に係る食事管理や塩分制限、運動療法などの情報を自分自身の療養生活に結び付け、対処行動に繋げていた。さらに実践後には食事療法や運動療法など自分が用いた対処法が、自分自身に活用可能なものであるか評価しており、症状管理における観察、対処法などの情報の選択、活用、評価の一連のプロセスにおいて症状管理に関わる意思決定力が機能していたと考える。このように、CHF患者では、心不全症状への適切な対処を行うためには、意思決定に関するHLが十分機能することが必要である。しかしA氏の場合は、前述したように情報理解力も十分ではなく、主体的な症状管理の段階には至ってないと考えられる。

一般的に、CHF患者は心不全に関する情報の獲得には、医師や看護師、薬剤師などの医療者からの説明を受けることや医療施設から得られるパンフレット等であることが多い。しかしB氏のように浮腫症状や呼吸症状の確認、評価することは難しく、症状を体験していない場合はさらにその判断は難しいことが推測される。患者が情報を理解し、評価するためには知識や技術がないと難しいと報告もあり(中山, 2011)、心不全増悪時の症状を確認し、判断、実践、評価するための知識や技術の獲得により、治療や療養行動の実践に関わる意思決定力を強化する必要がある。

3. 慢性心不全患者の患者役割遂行力の特徴

本研究対象者に共通して、医療者との意図的なコミュニケーションを遂行することに関わる患者役割遂行力は十分であるとは言えない状況であった。

A氏は、入院中においては殆どの療養管理を医療者に任せている状況であり、退院した後も主体的な心不全管理の実践は見られていなかった。A氏は自らの心不全の状態や症状を医療者に報告したり相談したりすることよりも、必要な症状管理については医療者から説明されると認識しており、医療者からの指示を待ち、実行することを患者の役割と考えていた。B氏もまた、心不全の病

勢や予後に関して知りたいと思っているものの、治療について質問することへの抵抗があり、自分自身の考えを伝えたり、助言を得たりするための医療者とのコミュニケーションを図ることができていなかった。C氏は、医療者に指示された療法法を実践することで症状を管理できると認識し、その療養法を継続的に実践していた。それにより十分な症状管理ができていたこともあり、医療者に対して意図的に自分自身の状況を伝え、より良い療養法を求めるためのコミュニケーションをとっていなかった。このように、3者の医療者との関係の在り方は、医療者の指示を遵守するといったパターンリズムに基づくものであったと考えられる。また、性差によりコミュニケーションスタイルは異なることが報告されており、男性患者の会話はパブリック・スピーキング言われ、あまり親しくない大勢の前での会話スタイルをとり、プライベートな場であっても上下や優劣に価値を置き、心配な感情を表現しながら、個人的な会話をすることは、難しいとされている(田代, 2008; Deborah Tannen, 1994)。男性CHF患者の医療者との意図的なコミュニケーションに関する患者役割遂行力の不十分さには、医療におけるパターンリズムの考え方に加え(Ishikawa et al., 2008)、男性患者や男性医師の場合のコミュニケーションスタイルが影響しているとも考えられる。

HLの方略においては、患者が、医療者とのコミュニケーションをとり、医療保健システムを利用することによって疾患や健康問題に関する状況を変化させるといった患者役割を果たすことは重要である(Carolyn, S, 2005)。現在、CHF患者に対し入院や外来の場において、医療者により患者自身が行うべき療養行動に関わる心不全の病態や症状、服薬や食事、危険因子、体重増減、運動についてなど様々な教育が行われている。しかし、医療者による一方的な知識提供のみでは、CHF患者は療養生活指導の内容を生活に組み入れことが難しく、そのような指導内容は当事者の記憶に残らないことも報告されている(大津ら, 2008)。CHF患者が症状をコントロールし、心不全の増悪や再入院を回避するためには、知識の獲得や医療者の指示を遵守するという管理の在り方では限界がある。そのためには医療者と双方向にコミュニケーションを持ち、療養生活上の疑問や症状の変化を医療者と話し合える患者役割に関するHLを持つことが重要であると考えられる。

Ⅶ. 看護への示唆

本研究によって、HLの観点からCHF患者の疾患管理を検討した結果、心不全症状の体験に応じた看護支援の必要性が示唆された。

CHF患者の情報読解のHLは十分に持ち合わせており、現在行われているような心不全教育での基本的な情報提供の継続は必要であろう。しかしながらCHF患者の情報読解においては、心不全診断時の症状の有無、症状体験の過程に左右され、情報と症状を結び付けることに困難さを認めていた。がん患者は症状出現時に情報を獲得するHLが発揮されると報告されているが(中神ら, 2010)、心不全の場合、疾患発症時や増悪時の呼吸困難や動悸などの苦痛を伴う症状が出現したときであった。CHF患者への教育として、心不全の症状体験の状況に応じて患者自身の症状と生活を結び付けて理解できる説明や教育が必要であると考えられる。心不全の症状をほとんど体験していないCHF患者の場合には、症状がイメージできる写真などの教材を活用するなど方策も考えられた。さらに心不全症状に対する対処の意思決定に繋げるためのHLが機能するには、症状のモニタリング、判断、対処、評価についての具体的方法についての知識や技術に関する教育が必要であるが、診断初期の場合、困難さがあることが明らかになった。

このように初期CHF患者の場合、意思決定に関するHLは必ずしも十分でないため、それを獲得、向上できるように支援するためには患者—医療者間で双方向のコミュニケーションが基盤となると考える。しかしながら、CHF患者では医療者とのコミュニケーションに関する患者役割遂行力において十分なHLではなかった。そのため、医療者は知識の提供など一方的な情報提供にとどまらず、性差も考慮し、医療者との良好なコミュニケーションやパートナーシップに基づく医療者との関係構築に関する支援を行うこと、外来などにおけるコミュニケーションの場の提供などを行い、コミュニケーションに関わるHLが発揮できるように支援することが重要であると考えられる。

謝辞

本研究に参加くださいました患者の皆さま、研究実施にご協力いただいた関係機関の皆さまに、厚くお礼申し上げます。なお、本研究は平成23～24年度文部科学省科学研究補助金(研究活動

スタート支援23890184)の助成を受け行った研究成果の一部であり、18th East Asian Forum of Nursing Scholarsで発表したものを加筆修正したものである。

文献

- Carolyn, S (2005) : Health literacy: concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 50 (6) , 633-640.
- David W. Baker, Julie A. Gazmararian, Mark V. Williams, et al., (2002) : Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees, *American Journal Public Health*, 92 (8) , 1278-1283.
- Deborah Tannen (1994) : Talking from 9 to 5: how women's and men's conversational styles affect who gets heard, who gets credit, and what gets done at work, W. Morrow, USA/田丸美寿々・金子一雄(訳) (2001) : どうして男は、そんな言い方 なんて女は、あんな話し方—男と女の会話スタイル9 to 5, 講談社, 日本.
- 蝦名玲子 (2012) : クローズアップ 小児科医とヘルスプロモーション エンパワメント ヘルスリテラシー 健康教育, *小児内科*, 44 (8), 1278-1281.
- Hirono Ishikawa, Takeaki Takeuchi, Eiji Yano (2008) : Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients, *diabetic care*, 31 (5) , 974-879.
- Morrow, D.G., Weiner, M., Steinley, D., et al., (2006) : Patients' health literacy and experience with instructions: Influence preferences for heart failure medication instructions, *journal of aging and health*, 19 (4) , 575-93.
- 中神克之, 明石恵子 (2010) : 症状出現からがん発見までにおける術前消化器がん患者のヘルス・リテラシーの発揮, *日本看護科学学会*, 30 (3) , 13-22.
- 中山和弘, 岩本貴 (2012) : 患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア.中央法規出版株式会社, 東京.
- 中山健夫 (2008) : 健康・医療の情報を読み解く 健康情報学への招待 (第2版), 丸善, 東京.
- Naoki Sato, Katsuya Kajimoto, Kuniya Asai et al., (2010) : Acute decompensated heart failure syndromes (ATTEND) registry. A prospective observational multicenter cohort study : rationale, design, and preliminary data, *American Heart Journal*, 159 (6) , 949-55.
- Nutbeam, D (2000) : Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford Journals, Health Promotion International*, 15 (3) , 259-267.
- 大津美香, 森山美知子 (2008) : 慢性心不全患者の疾病の自己管理の実態と心不全の臨床指標との関連, *広島大学保健学ジャーナル*, 7 (2) , 66-76.
- Scott, Tracy L, Julie A. Gazmararian, Mark V. Williams, et al., (2002) : Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization, *Medical Care*, 40 (5) , 395-404.
- 渋谷昭子 (2011) : ヘルスリテラシーと高血圧知識, および血圧との関連に関する研究, 東北大学, 博士学位論文.

田代恵理 (2008) : 患者教育に生かす医療コミュニケーションの研究, 東北大学, 博士学位論文, 1-192.

資 料

一人暮らし認知症高齢者を行政機関につなげる 地域住民の思い

Thoughts of community resident which connects single older adults with dementia to administrative system

松下由美子¹⁾

Yumiko Matsushita

キーワード：一人暮らし，認知症，高齢者，地域住民，行政機関につなぐ思い
Keywords: single, dementia, older adults, community resident,
thoughts of making contact with administrative agency

抄 録

一人暮らし高齢者の認知症状に気づき，行政機関につなげる住民の行動は，どのような思いに動機づけられるのか明らかにすることを目的にインタビュー調査を実施した。インタビュー対象者は，50歳代男性2名，60歳代女性1名，50歳代女性1名の合計4名であった。

分析の結果，住民が一人暮らし高齢者の認知症状に気づき，行政機関につなげる思いには2つのパターンがあった。まずパターン1では〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉が基盤にあり，その関係性の中で〈徐々に変化していく一人暮らし高齢者の様子に気づく〉こと，そして《このまま放っておけない気持ち》に触発されて行政機関につながっていた。一方パターン2では，〈徐々に変化していく一人暮らし高齢者の様子〉を「迷惑行為」として捉えた住民が行政機関につながっていた。

今後は，一人暮らし高齢者が周辺住民と〈定期的な付き合い〉を育む機会を創出していくことが課題となる。

I. はじめに

諸外国の報告によると，アメリカでは認知症高齢者の約10～30% (U.S Congress, Office of Technology Assessment, 1990)，カナダでは31.5% (Tuokko H, et al., 1999)，英国では25% (Alzheimer's Society, 2003) が独居生活者である推計されている。わが国の独居認知症高齢者については現在推計されておらずその実数は不明であるが，これらの結果から概算すると，日本においても認知症高齢者の1～3割は地域で独居生活をしていると推定できる。

これまでわが国の見解は，認知症高齢者が一人暮らしをすることはたとえ直接介護の必要がない

状態であっても稀であるとされ (中島, 1992)，彼らに関する研究はほとんどなされてこなかった。しかし諸外国の研究を概観すると，軽～中等度の認知症状であれば80%以上の一人暮らし認知症高齢者が他者への被害や損害，また自損の問題を起こすことなく，安全に暮らすことができる (Tierney M, et al., 2001)。また，認知症状が比較的軽い早期段階で適切な在宅支援サービスが投入されれば，認知症高齢者も住み慣れた自宅で，つまり，なじみの家を離れるリロケーションダメージを受けることなく長期的な在宅生活が可能と考えられる。

その一方で，一人暮らし高齢者には身近で彼らを見守る同居介護者が不在であるため，初期

の認知症状は見逃されやすく (Wilkins C, et al., 2007; Cox C, et al., 2003), たとえ診断を受けたとしても「一人暮らし」をしていることから自立度が高いと評価され, 認知症の進行レベルは軽く見積もられることが多い (Cox C, et al., 2003)。また, 一人暮らし認知症高齢者の約15~30%が社会サービスに全くつながっていないことも諸外国では指摘されている (Edwards D, et al., 2007; Ebly E, et al., 1999; Webber P, et al., 1994)。

また, 一人暮らし認知症高齢者を取り囲むネットワークは血縁者よりも隣人や友人によって構成されることが多く (Edwards D, et al., 2007; Wilkins C, et al., 2007; Ebly E, et al., 1999; Tuokko H, et al., 1999; Webber P, et al., 1994), 不特定多数の支援者が関与していてキーパーソンが特定できない, あるいは支援者が見出せないことも多いという (Edwards D, et al., 2007; Tuokko H, et al., 1999; Ebly E, et al., 1999; Webber P, et al., 1994)。また, 友人, 隣人からなるネットワークは個人の善意や厚意に依るところが大きく, ネットワーク間の関係性が悪くなると支援提供は不安定になりやすいため (浅川ら, 2009; Edwards D, et al., 2007; 山本ら, 2006; 小玉, 2004; 関ら, 2002; Ebly E, et al., 1999), 時には本人不在のまま, 友人, 隣人の裁量で近世管理や経済的支援に関する意思決定が行われ高齢者の権利を脅かすこともあるという (関ら, 2002)。こうしたことから, 一人暮らし認知症高齢者を支える社会資源として近隣住民を巻き込んだネットワークは重要であるが (山本ら, 2006; 浅川ら, 2009), 近隣の善意をいかにして活用するのか今日の課題となっている (関ら, 2002)。

そこで今回は, 一人暮らし高齢者の認知症状に気づき, 行政機関につなげる住民の行動は主とどのような思いによって動機づけられるのか調査した。なお, ここでいう「思い」とは, 物事から自然に感じられる心の状態のこと (広辞苑)。

今回の調査から「住み慣れた地域での生活を継続できるよう地域社会全体で認知症高齢者の生活を支える仕組み」に向けて, ひとつの示唆を得ることができると思う。

II. 調査目的

この調査の目的は, 住民は一人暮らし高齢者の認知症状に気づき, 主としてどのような思いに動機づけられて行政機関につなげるのか明らかにすることである。

III. 調査の方法

1. インタビューデータの収集時期

インタビューデータを収集する調査は2013年1月~2014年3月に行った。

2. 調査対象地域の特性

インタビュー調査は近畿圏内にあるA市で行った。A市は, 1970年代頃から都心のベッドタウンとして開発が進み, 一時期には著しい人口増加があったが, 現在の人口増減については横ばいの状態が続いている。

インタビューを行った住民の居住地は, 高齢化率が約35%と現在入居者の高齢化が進んでいる市営住宅が並ぶ地域である。居住者間の関係は, 古くからの隣人, 友人同士で付き合いがあれば比較的親密な関係を築いているが, その一方で, 新たに入居してきた住民や, 親しかった隣人, 友人を引越しや死亡などで失った住民たちは孤立しやすく, 新しい関係を構築していくことが難しいといった特性をはらんでいる。

3. インタビューデータの収集方法

インタビューデータ収集には, 一人暮らし高齢者の認知症状に気づき, その地区を管轄する地域包括支援センターまたは市役所につなげた住民にインタビューを行う方法を用いた。インタビューでは, まずは当該高齢者の認知症状に「気づき」行政機関に「つなげた」経緯について話してもらい, その上で, 当該高齢者の認知症状の「気づき」に至った実際のエピソード, またその時に感じたこと, さらに, 行政機関に「つなげる」に至った動機や考え, またその際にどのような思いを当該高齢者に持っていたのかについても語ってもらった。

4. インタビューデータの分析方法

分析は質的記述的に行った。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音し, すべて逐語に書き起こした。

データ内容を分析する際には, 逐語録のすべてのデータを意味のまとまりごとに切片化した後, 一人暮らし高齢者の認知症状に気づいたり, 疑ったりした時, 住民はどのような思いを持って, またはどのような思いに駆られて, または動機づけられて行政機関につなげるのかという点に着目しそれに関する部分を抜き出した。次に, 前後の意味を文脈で確認し, それぞれの内容の類似性と差異性に着目しながら一人暮らし認知症高齢者を行政機関につなげる地域住民の思いを示す表示を作り出す作業を繰り返して命名していった。

また、示された結果については、当該地域を担当し、地域特性を熟知している地域包括支援センターの社会福祉士3名から意見をもらい、妥当性を検討した。

IV. 倫理的配慮

調査は、千里金蘭大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。なお調査遂行の際には、インタビュー対象者となる住民だけでなく、語られた話の中に登場する認知症高齢者に対する倫理的手続きにも留意した。そのために、調査過程で明らかとなったすべての方々の個人情報については、匿名性を保持するよう記号に置き換えて管理し、インタビューをおこした逐語録やインタビューノートは、施錠した場所で保管して管理した。

また、インタビューの依頼を行う際には事前に行政機関から調査協力の意思を確認してもらった。その上で、調査協力の意思を確認できた住民に対して、研究者から再度、今回のインタビュー協力を辞退しても何ら不利益を被ることはないことを説明し、本人から直接インタビュー協力の同意を書面で得た。さらに、協力者の都合が悪い時は調査を止める、インタビューは協力者の都合の良いプライバシーが確保できる場所で実施するなど研究協力による不利益を回避するよう留意した。また、たとえインタビューが終了した後でも、協力者が希望すればそれを分析対象としない途中辞退の確保にも留意した。なお、インタビューの語りの中で見出されたヘルスニーズに関しては同意を得た上で関係機関につなげた。

V. 調査結果

調査を行った2年10か月の期間中（平成24年5月～平成26年3月）、認知症状が疑われ、その旨の連絡が行政機関にあった一人暮らし高齢者の事例は8件であった。そのうち2件は連絡が匿名であったため行政機関につなげた住民が特定できなかった。また残り6件のうち2件は、行政機関からの調査協力の依頼の際に、協力が得られずインタビューは実施できなかった。その結果、今回インタビューが実施できたのは4件、その内訳は50歳代男性2名、60歳代女性1名、50歳代女性1名で、この4名のインタビューを分析対象とした。

表1. インタビュー対象者の属性

| 年齢 | 性別 | 一人暮らし高齢者との「定期的な関わり」の有無とその関係性 |
|----|---------|---|
| A氏 | 50歳代 女性 | 有 自営業を営む店主とその常連客（1週間に約1～2回の頻度で買い物に来る） |
| B氏 | 50歳代 男性 | 有 露天商を営む店主とその常連客（3～4年前から、毎日に話をしに店に来る、商品を買うこともある） |
| C氏 | 60歳代 女性 | 無 （居住地は近いが） それまで面識はない |
| D氏 | 50歳代 男性 | 無 （居住地は近いようだが） それまで面識はない |

4名のインタビューを分析した結果、住民が一人暮らし高齢者の認知症状に気づき、その旨が行政機関につながるには、図1が示す2つのパターンがあることが示された。なお文中の表記方法としては、《 》は認知症状を呈する一人暮らし高齢者を行政機関につなげる住民の思いを、〈 〉はそのような思いに至るまでの出来事を、また「 」はインタビューからの引用を記している。

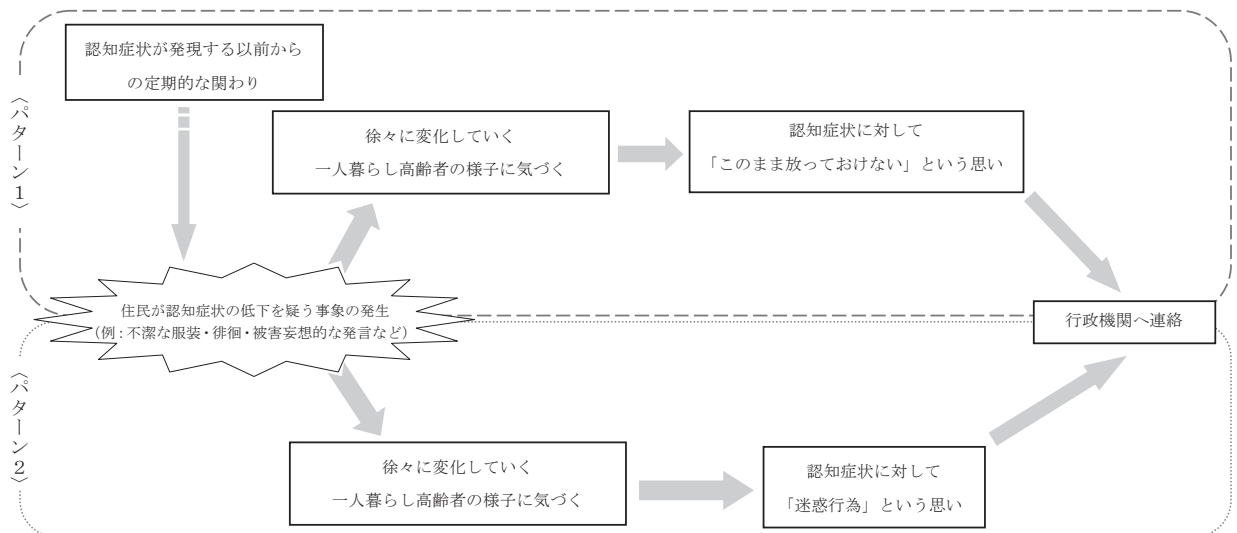


図1. 地域住民の思いによって認知症状を呈する一人暮らし高齢者が行政機関につながる経過

まずパターン1は、地域に住む一人暮らし高齢者の認知症状が発見される最初の契機として、まずは〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉が基盤にあることが示された。ここでいう〈定期的な関わり〉とは、近隣に住む近所同士としての関係や民生委員による見守り活動といったようなものではなく、例えば10年以上その地域で露天商を営んでいる人や自営業を営む人たちが「よく買い物に来る常連のお客さん」として当該高齢者を認識しているといったようなことである。このように、こうした〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉は、お互いの緊密な関係、深い関係が必ずしも成立しているわけではなく、双方が見知った人としてなんとなく分かりあっている、認識し合っているという程度のゆるやかな関係性であることも含まれていた。

「あのおばあさん（行政機関につないだ一人暮らし高齢者のこと）がどこに住んでるのかなんて詳しいことまでわかんない、名前なんてのも全然知らなかったけど、ここら辺に住んでるんだらうなってことは…。もう長いもん。そうね、5年位前からかなあ～、ほんとに週に1回？ 2回？は来てね、お惣菜買って。お店には、ずっとその前からちよくちよく来てたからね」（50歳代女性）

そして、こうした〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉を基盤にした関係性の中で、ある時〈徐々に変化していく一人暮らし高齢者の様子に気づく〉ことが、地域において一人暮らし高齢者の認知症状が発見される重要な契機となっていた。なお、ここで示す〈徐々に変化していく一人暮らし高齢者の様子〉とは、具体的には「服装（身だしなみ）が汚ない」「季節に合っていない」や「ごみの回収日が守れない」「度々迷子になっている」「（被害妄想的な）苦情を訴える」「金銭をせびる」「お釣りの計算が出来ないようでもっともたくさんのお釣りを所持している」といったようなことである。

「真冬でもそんなん（薄手のシャツと半ズボン）で、そんな具合になってきて。『寒いんちやいますか、服着な、風邪ひきませ』言うても『ええねん、大丈夫や』って、でも本人ブルブル震えてるんですよ（笑い）。

～中略～ そのうち『お金貸して』言うようになって、それがもう毎日に…。ここ（店）来たら『お金貸してくれんか』『金無いんや』って」（50歳代男性）

『これ昨日も買いはったから、きつとお家にありますよ、要らんのんちやいますか』って。『家の中探したら、あると思いますよ。買われますか？』って。それでも買って行きはるんです。『いや、ないんや』言うて。『探すんめんど（面倒）臭いから、こう（買う）とく』言うて。そんなん、絶対家に、何冊もあるんちやうかと思うんですけどね」（50歳代女性）

そして、このような高齢者の変化を目の当たりにすると〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉をしていた人たちは、長年の関係性があったが故に、高齢者のこうした状況に対して《このまま放っておけない》思いが自然と沸き起こり、見て見ぬふりのまま放置できないという内的な衝動に触発されて、自ら行政に認知症状の低下が疑われる高齢者の存在を連絡する、相談するなどの対応をしていた。そして、こうした連絡によって一人暮らし高齢者は結果的に行政機関につながっていったことが示された。

「自分の親、主人の親がそうやったらって、まあ、親でなくても自分がそうになったらって（笑い）思たらね、なんか、とてもそのまま見過ごせないっていうか、なんか放っておけないっていうか、そんな気持ちになりましてね。～中略～ そうやね。もう、ずっと長いこと来てくれてはるお客さんやし、初めての人（客）には、とてもそんなことしませんけど、もちろん、しませんけど。ずっと来てくれてはる人やから、だから、なんかそんな気持ちになったんかなあー、放つとかれへんなあーって。なんかそんな気持ちにもなったんでしょね（笑い）」（50歳代女性）

その一方で、他方のパターン2では、認知症状として表出された〈徐々に変化していく一人暮らし高齢者の様子〉が、周辺住民にむしろ〔迷惑行為〕として捉えられ、そういった場合には〔苦情〕という訴えとなって行政機関に連絡されるという経過を辿っていたことが示された。

「ごみの分別日がわからないみたいで。～中略～（当該一人暮らし高齢者のことは）知らない、ってもしかしたら見かけたことくらいはあるかもしれないけど、あんまりね、見かけない。見かけないって、こっちが知らないだけかもしれないけど。～中略～ そうするとみんなここ（道）が汚れちゃうでしょ、カラスなんかもね、あるし…。掃除も大変、

あっちこっちに散らばって。だからちょっと迷惑…、迷惑っていうか、なんかしてたね。

～中略～ それでね、(連絡)したんだ」
(60歳代女性)

「ウロウロしてるし、なんか様子が変わるから。突然『おじさん、お金貸してくれ』って変わらう。知り合いでもなんでもないのに。

～中略～ それで、そんな人が近くにいるんだなって。これは、ちょっと火(火事)でも出されたら困る、困ったなって。～中略～

これはもう(火事にでもなって)何かあったからじゃまずい、遅いと思って、(行政機関に)言ったんだ。こんな人がいるけど、大丈夫なんですかねって」
(50歳代男性)

VI. 考察

わが国では、認知症に対する誤解や偏見を払拭するさまざまな対策が進められ、認知症の人たちに対するイメージは徐々に変わりつつある(流石ら、2010)。しかしその一方で、一人暮らし高齢者が認知症を疑われると、たとえそれまでに小火などの事象がなくても近隣住民から退去を求められることもめずらしくない(沖田、2007)。今回の調査結果においても、認知症状を呈した一人暮らし認知症高齢者の行動は周辺住民から迷惑行為として捉えられ、否定的感情を伴う苦情となって表出されており、認知症に対する誤解や偏見は今なお地域に根強く残っていると推測できる。

こうした現状を踏まえ、地域住民に対し認知症に関する正しい知識を普及することは認知症に対する誤解や偏見を払拭し、地域住民による認知症高齢者への支援につながるとされ(古村ら、2010)、今日では、厚生労働省が主催する認知症サポーターキャラバンをはじめ、地域住民の認知症に対する理解を目指した研修会(流石ら、2010; 永田、2008)や啓発活動(久保ら、2009)といった取り組みが積極的に実施されている。しかしその一方で、認知症に関する知識を持っていることが認知症高齢者を支援する姿勢に必ずしも結びつくものではないとする報告もあり(木村、2008)、地域住民による認知症高齢者への自発的な支援行動を促進するには、認知症に関する知識の普及だけでなく他のアプローチも必要である。

今回の調査では、認知症状を呈した一人暮らし高齢者に対する地域住民の反応として、このような否定的感情の訴えがある一方で、他方では《こ

のまま放っておけない気持ち》という温かい情緒的感情が発起されることも少なくなく、むしろ、こうした肯定的な感情が契機となって認知症高齢者への自発的な支援行動が地域住民に促されていく可能性が考えられた。

ただし、援助を必要とする他者への《放っておけない気持ち》は、必ずしも〈定期的な関わり〉をもとにしていつも発起されているわけではなく、例えば初対面の者に対しても《放っておけない気持ち》が喚起されることが度々ある。ところが、特に認知症状の自覚を持たない認知症高齢者については、家族が受診を勧めたり(鹿野ら、2003)、また家族ではない第三者が支援につなげる相談や報告をしたりすることは、「本人のプライドを傷つける」「おせっかい」また「本当に認知症かどうか自分の判断に自信がない」といった理由から、多くの場合はためらいや躊躇を伴う(品川ら、2007)。そのため“定期的”ではない“一時的”な関わりの場合には、たとえ《放っておけない気持ち》が発起されたとしても、例えば、今回のインタビューでA氏が「初めての人(客)には、とてもそんなことしませんけど」と語ったように、行政機関につなげるというような実際の援助行動が起こされることは数少ないと推測できる。

こうしたことを踏まえると、地域住民の一人暮らし認知症高齢者に対する《このまま放っておけない気持ち》が、行政機関につなぐ実際の援助行動となるには、その前段階として、こうしたためらいや躊躇を乗り越えていけるような双方の間で積み重ねられてきた〈定期的な関わり〉特に〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉が住民と高齢者との間で既に形成されていることが大切な基盤となっていると考えられる。

ただしその一方で、今回のインタビューで示された〈定期的な関わり〉は、必ずしもお互いが相手の居住地を知っている、あるいは連絡を常時取り合っているといったような深く、親密な関係性である必要はなく、もう少し緩やかな、お互いがなんとなく顔見知りといった程度のもので〈定期的な関わり〉としての関係は成立する可能性が示された。そして、こうした緩やかさを持つ〈定期的な関わり〉であれば、プライバシーに対する干渉と認識されることが少なく(東ら、2009)、関係を構築する上でのトラブルは比較的避けられやすい。そのため、親密な関係にあるような固い絆は期待できないが、それまで培ってきた関係を破綻に導く出来事の発生は多くの場合抑えられ、そのために、緩やかながらも比較的長い付き合い

い、つまり長期的な関係の保持が形成されることが期待できる。そして、一人暮らし高齢者と誰か周辺住民との間で〈定期的な関わり〉が成立すれば、たとえ緩やかであったとしても培われてきたその長期的な関係性の中で、周囲の住民は一人暮らし高齢者の〈徐々に変化していく様子に気づく〉ことが可能であり、さらには自発的な《放っておけない気持ち》に触発されて、認知症状を呈する一人暮らし高齢者は行政機関につながっていくことができると期待できる。

以上のような結果を踏まえると、今回の調査対象地域では古くからの人間関係が継続している近隣住民の間では、おそらく自発的な援助行動が既に行われていると推測できる。その一方で、この地域に新たに参入した住民や、それまでの友人関係を失った住民たちには、たとえ緩やかなものであったとしても〈定期的な関わり〉が形成できる場を設けたり、その機会を意図的に創り出したりすることによって、一人暮らし高齢者が行政機関につながっていくことが可能になると考える。

しかしながら、今日では町内会、自治会など地縁組織活動を促す取り組みが行われているものの(中沢, 2012)、その一方で、地域住民の自治会活動に参加する頻度は低下傾向にあるという(内閣府, 2007)。そのため、一人暮らし高齢者が周辺住民と〈定期的な関わり〉を育む機会や場をいかにして作り出していくのか、今後はそうした仕掛けの創出について探求することが、今回の調査によって示唆された新たな課題と考える。

今回の調査の限界

今回の調査の限界として、インタビュー対象が4名と少なく、地域住民のどんな思いが一人暮らしをする認知症高齢者の発見につながっているのかについて、さまざまな住民の思いの一部が示されたにすぎないと考える。今後は、インタビュー対象者を増やすためにリクルート方法を検討する、また、住民同士の付き合いや関係性は都市部と農村部では異なると推測できるが、今回のインタビューではそのような地域特性について考察できていないので、これらの点を踏まえた上で、どのような思いに動機づけられて一人暮らし高齢者の認知症状に気づいた住民が行政機関につながるか、詳細に探求していく必要がある。

さらに、地域住民による一人暮らし認知症高齢者への《このまま放っておけない気持ち》は、〈認知症状が発現する以前からの定期的な関わり〉を

基盤に形成されることを示したが、住民同士が手軽に集う場の不足や、近所付き合いへの負担感、また見守りの拒否や無関心といった課題を抱える地域(舛田, 2011)において、いかにして住民同士の定期的な関わりを育んでいくのか、その点についても何ら言及できていない。今後は、地域におけるどのような活動また方略が住民同士の定期的な活動を促進するのかについても探求していきたい。

謝辞

今回、インタビューにお答えいただきました住民の皆さまには、調査にご協力いただき感謝申し上げます。また、調査の趣旨に賛同し、結果の内容検討において、さまざまご助言、見解を頂きました地域包括支援センタースタッフの方々にも、心より感謝申し上げます。

文献

- Alzheimer's Society. (2003) : Demography, Dementia worldwide. (http://www.Alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?categoryID=200167&documented=412, 2010.3.15)
- 浅川典子, 今泉たまき, 橋本志麻子, 他 (2009) : 一人暮らし認知症高齢者に対するケアマネジャーの支援に関する研究—サービス導入後のモニタリングにおける支援の特徴—. 日本老年医学会雑誌, 8(2), 197.
- Cox C., Albusu K. (2003) : The impact of caregiving for a relative with Alzheimer's disease : a comparison of those Caring for persons living alone, spousal caregivers, and co-resident adult children. Journal of Mental Health & Aging, 9(1), 23-33.
- Ebly E., Hogan D., Rockwood K. (1999) : Living alone with dementia. Dementia and geriatric cognitive disorders, 10(6), 541-548.
- Edwards D., Morris J. (2007) : Alone and confused: community-residing older African Americans with dementia. Dementia, 6(4), 489-506.
- 福川康之, 川口一美 (2011) : 孤独死の発生ならびに予防対策の実施状況に関する全国自治体調査. 日本公衆衛生雑誌, 58(11), 959-966.
- 東亜紀, 高橋謙造, 丸井英二 (2009) : 過疎農村における育児の背景—医療人類学的研究—. 母性衛生学会誌, 50(2), 381-388.
- 木村典子 (2008) : 一般住民の身近に認知症高齢者がいた場合の対応に関する意識—認知症についての知識・不安との関係. 愛知学泉大学・短期大学紀要, (43), 89-94.
- 小玉敏江 (2004) : 独居高齢者の痴呆症発症に伴う交友関係の再編とサポートネットワーク. 日本公衆衛生学会総会抄録集, 63回, 737.
- 古村美津代, 中島洋子, 草場智子 (2010) : 民生委員の認知症高齢者及び家族への意識と支援. 日本看護福祉学会誌, 15(2), 69-80.
- 厚生労働省 : 認知症サポーター100万人キャラバン.

- (<http://www.caravanmate.com/> [2015.8.2]).
- 久保昌昭, 岡本直子, 谷野秀夫, 他 (2009): 認知症のある人とのかかわり度からみた地域住民への効果的な啓発活動のための分析, 日本認知症ケア学会誌, 7 (1), 43-50.
- 舛田ゆづり, 田高悦子, 臺有桂, 他 (2011): 住民組織からみた都市部の孤立死予防に向けた見守り活動におけるジレンマと方略に関する記述的研究, 日本公衆衛生雑誌, 58(12), 1040-1048.
- 内閣府(2007): 平成19年度版 国民生活白書. 時事画報社, 東京.
- 中島紀恵子 (1992): 老人看護学 改訂版. 真興交易医学出版部, 405-432, 東京.
- 永田久美子 (2008): 認知症対策の動向と課題. 保健師ジャーナル, 64(9), 776-681.
- 中沢卓実 (2012): 「孤独死ゼロ作戦」に学ぶ自治会活動 (特集「孤独死」を克服する). 住民と自治, 596, 14-17.
- 沖田裕子 (2007): 地域で支える認知症ケア. 月刊総合ケア, 17(8), 17-20.
- 流石ゆり子, 小山尚美, 村松照美, 他 (2010): 高齢者支援組織を対象に実施した認知症ケア啓発研究会の評価. 山梨県立大学看護学部紀要, 12, 29-41.
- 関なおみ, 大越扶貴 (2002): 単身痴呆性高齢者の在宅生活支援に行政援助職が苦慮した事例の分析. 保健医療社会学論集, 13(2), 55-65.
- 鹿野由利子, 花上憲司, 木村哲朗, 他 (2003): 痴呆の早期受診はなぜ難しいのか—家族からみた障壁要因と情報提供の必要性. 日本痴呆ケア学会, 2(2), 158-181.
- 品川俊一郎, 中山和彦 (2007): 認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討—一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より. 老年精神医学雑誌, 18, 1224-1233.
- Tierney M., Charles J., Jaglal S., et al. (2001): Identification of those at greatest risk of harm among cognitively impaired people who live alone. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 8(3), 182-191.
- Tuokko H., MacCourt P., Heath Y. (1999): Home alone with dementia. *Aging & Mental Health*, 3(1), 21-27.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment. (1990): Confused minds, burdened families: Finding help for people with Alzheimer's disease and other dementias. U.S. Government Printing Office, Washington DC.
- Webber P., Fox P., Burnette D. (1994): Living alone with Alzheimer's disease: effects on health and social service utilization patterns. *Gerontologist*, 34(1), 8-14.
- Wilkins C., Wilkins K., Meisel M., et al. (2007): Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1771-1776.
- 山本志織, 鎌田頼子, 大石紀子 (2006): 認知症があってもその人らしい独居生活を続けているふたつの事例から学んだこと～我が家で楽しく生き生き～. 北海道勤労者医療協会看護雑誌, 32, 68-70.

紀要投稿要領

1. 紀要について

- 1) 本学類の紀要の名称を「大阪府立大学看護学雑誌」(Osaka Prefecture University Journal of Nursing) とする。
- 2) 紀要は年1回発行する。
- 3) 紀要は本学の学術情報リポジトリ(OPERA)で公開する。
- 4) 紀要の編集は、紀要委員会が行う。

2. 投稿資格

原稿の第一著者は本学類の教員・非常勤講師、大学院生および大学院修了者(看護学研究科)で紀要委員会が認めたものとする。

3. 原稿の種類

- 1) 原稿の種類は、論壇、総説、原著、研究報告、その他である。それぞれの内容は下記のとおりである。

【論壇】看護学に関連する問題や話題について、今後の方向性を指し示すような論述や提言

【総説】看護学に関連する特定のテーマについて、多面的に知見ならびに文献を検討し、総合的に概説したもの

【原著】看護学に関連した研究論文のうち、独創的で、新たな知見が論理的に示されているもの

【研究報告】看護学に関連した研究論文のうち、内容において原著論文に及ばないが、研究の意義があるもの

【その他】看護学に関連した資料、解説、実践記録、研究ノート等で、紀要委員会が適切と認めたもの

- 2) 投稿論文の内容は、他の出版物に掲載あるいは投稿されていないものに限る。
- 3) 投稿原稿の1編は本文、文献、図表を含めて以下の制限内にとどめることを原則とする。なお図表はA4用紙1枚の大きさを1,000字とする。

| | |
|------|-----------|
| 論壇 | 4,000字以内 |
| 総説 | 12,000字以内 |
| 原著 | 16,000字以内 |
| 研究報告 | 16,000字以内 |
| その他 | 12,000字以内 |

4. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されなくてはならない。原則として倫理委員会の審査を受けること。

5. 投稿手続き

- 1) 印字した原稿3部(うち2部は査読のため名前・所属・謝辞を削除する)を紀要委員会に提出する。採用決定後の最終原稿には電子記録媒体をあわせて提出する。
- 2) 原稿等を提出する際には封筒に入れ、表に原稿表紙の複写を添付する。
- 3) 原稿執筆の要領は、別に定める。

6. 原稿の受付および採否

- 1) 原稿の受理日は、5.の投稿手続きを経た原稿が紀要委員会に提出された日とする。
- 2) 査読者(原則として2名以上)の意見をもとに、修正を求められた原稿の著者は、内容を修正の上で、紀要委員会によって定められた期日までに再投稿する。
- 3) 原稿の種類および掲載の可否についての決定は紀要委員会において行う。
- 4) 著者校正は1回行う。校正時の加筆は原則として認めない。

7. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿は原則としてワープロソフトで作成し、A4判用紙1枚あたり、35文字×28行の横書きとする。
- 2) 原稿には表紙を付し、表題、著者名、所属先、図表の数、希望する原稿の種類を記載する。表題、著者名は英文も併記する。著者名の右肩に1)、2)と番号を付け、所属先を記載する。
- 3) 原稿の2枚目に抄録とキーワードを記載する。原著・研究報告の抄録は、和文は400

字，英文は300語以内で本文の論旨がわかるよう記述する。抄録に続いて，論文の内容を的確に表現しうるキーワード（単語または語句）を日本語と英語で3～6個記載する。

- 4) 英文の表題および抄録はネイティブのチェックを受ける。
- 5) 図，表などは，1つずつA4用紙に配置し，図1，表1（英文の場合は，Table 1, Figure 1）などの通し番号をつけ，本文とは別に巻末に一括する。また，原稿右欄外にそれぞれ挿入希望位置を朱書きで指定する。
- 6) 文献の記載方法は下記に従う

①本文中の文献表示方法

引用文献は，引用箇所に着者名と発行年次（西暦）を括弧表示する。

著者が複数の場合は，著者名は1名のみとし，「ら」または「他」をつけて略する。

同一著者に同一発行年次の文献が複数ある場合は，発行年次の後に小文字のアルファベットa, b, c…を付して区別する。

例：（小川ら，2005），（Ogawa M, et al., 2004），（鈴木，2003a），（鈴木，2003b）

②文献欄の記載方法

文献欄は，筆頭著者の姓のアルファベット順に記載する。共著者は3名まで記載し，それ以上の場合は「ら」または「他」をつけて省略する。

同一著者の文献が複数ある場合には，発行年次の早い順に記載する。

同一年次に同一著者による文献が複数ある場合には，本文中の表示に添付した小文字のアルファベット順に並べる。

③文献の記載方法の例

[雑誌の場合]

著書名（発行年次）：表題名，掲載雑誌名（List of journals indexed medicus，医学中央雑誌・収録雑誌略名表に準拠した略名も可），号もしくは巻（号），頁－頁。

[単行書の場合]

- i) 著者名（発行年次）：書名（版数 初版は省略可），出版社名，発行地。
- ii) 著者名（発行年次）：論文の表題，編者名，書名（版数 初版は省略可），頁－頁，出版社名，発行地。（欧文は編集者や監修者名の前にIn，後に（Ed）または（Eds）を記載）

[翻訳書の場合]

原著者名（原著の発行年次）：原著名，出版社，発行地。/訳者名（翻訳書の発行年次）：翻訳書名（版数），出版社名，発行地。

8. 著作権

原稿内容についての第一儀的な責任と権利は執筆者に帰属するが，原稿の編集，出版および電子情報化など二次的使用に関する権利は紀要委員会が執筆者から委託されたものとする。

9. 著者負担

論文の別刷りは，1論文あたり30部までは無料とし，それ以上の希望については著者負担とする。

(附則)

この投稿要領は，平成23年4月26日から施行する。

この投稿要領は，平成27年4月23日から施行する。

看護学類紀要委員会

委員長 田嶋 長子

副委員長 簀持 知恵子

委員 杉本 吉恵 岡本 双美子 石田 宜子

大阪府立大学看護学雑誌 第22巻 第1号

2016年3月25日 発行

編集 看護学類紀要委員会

発行 大阪府立大学看護学類

〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3丁目7番30号

TEL (072) 950-2111 (代)

FAX (072) 950-2131

印刷 株式会社 春日

〒542-0064 大阪府中央区上汐2-2-22

TEL (06) 6767-0899

OSAKA PREFECTURE UNIVERSITY JOURNAL OF NURSING

Vol. 22, No.1

2016

Reports

- The current issues of cooperation between nurses and assistant nurses in acute-phase hospitals
— Based on interviews involving nurses — 1
A. Nakaoka, R. Mitani, R. Tomizawa, M. Shibutani
- The Adjustment of the Family Role that Aimed at the Shifts from NICU to Home Care: 11
A Focus on Mother of a Child Needing Medical Care
A. Inoue, M. Nakayama, F. Okamoto
- Components of Competency for Mid-career and Novice Nurses and Their Relationship
with the Nurses' Needs 21
Y. Hosoda, K. Ishii, C. Fujiwara
- Visiting Nurses' Approach to Stabilize Physical, Mental and Emotional Symptom
for Older Single Adults with Dementia 35
Y. Matsushita
- Current status and issues of family nursing education in continuing nursing education 45
M. Nakayama, F. Okamoto

Materials

- Study of content and face validity of the Collaboration Practice Scale for Nurses with
Care-Workers in End-of-Life Care Providing Nursing Homes with Small-Scale Care Units 55
K. Yamauchi, T. Nagahata, C. Matsuda
- End-of-Life Care for Non-Cancer Patients in United States
— Care for Decision Making in Arbor Hospice — 63
C. Hatamochi, F. Minamimura, Y. Doi
- Health Literacy in Male Patients Newly Diagnosed with Chronic Heart Failure 69
M. Kadono, C. Hatamochi
- Thoughts of community resident which connects single older adults with dementia
to administrative system 77
Y. Matsushita

Published by

SCHOOL OF NURSING, OSAKA PREFECTURE UNIVERSITY
3-7-30 HABIKINO
HABIKINOSHI, OSAKA, JAPAN