

大阪府立大学看護学雑誌

第26巻 第1号

2020年

研究報告

- 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスの概念分析 1
川勝和子・植木野裕美
- 「父親の役割」の概念分析 9
阿川勇太・中山美由紀
- 多剤耐性菌感染のリスク要因に関する ICU 看護師の認識と予防のための実践 19
瓜田裕子・佐藤淑子・田中京子・堀井理司
- 熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた
意思決定支援における問題状況 29
浅井克仁・簀持知恵子・上村里沙・中村雅美・南村二美代

資料

- 血友病患者とその家族への支援に関する文献検討 39
九津見雅美・川崎 緑・大村佳代子・西村佳子・牛尾里美
中島由記子・中塚朋子・松原千恵・蘭由岐子
- 精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整についての文献検討 47
富川順子・柱谷久美子・浮舟裕介・田嶋長子・島津聖子
- 高齢者施設ケア (LTC) 研究会の取り組みと今後の課題 57
山内加絵・長畑多代・九津見雅美・山地佳代・松田千登勢・八尾英人・島 宗充・櫻井明子
- 米国におけるシミュレーション教育に関する視察報告 63
赤崎美美・細田泰子・根岸まゆみ・片山由加里・土肥美子・北島洋子・米田真央
- 血液透析患者の食事療法の認知状況と自己管理行動 71
中村雅美・簀持知恵子
- 保健医療従事者を対象とした腰痛予防推進リーダー研修会の活動と評価 79
山口舞子・山地佳代・杉本吉恵

研究報告

小児がんの子ども・家族に関わる看護師の ストレス概念分析

Concept Analysis of the Pediatric Oncology Nurse Stressors

川勝和子¹⁾ ²⁾・植木野裕美²⁾

Kazuko Kawakatsu, Naragino Hiromi

キーワード：小児がん, 看護師, ストレッサー
Keywords: pediatric oncology, nurse, stressor

Abstract

Objective: The purpose of this paper is to present a conceptual analysis of pediatric oncology nurse stressors, including a clear definition of the stressors, a discussion of their attributes and antecedents, and their consequences.

Method: The methods used for this study were based on the conceptual analysis method by Walker and Avant (2008).

Result: (Figures of children suffering from indescribable pain) (Family unable to accept child's status) (Children not being able to express their emotions) (Death of child) and four preceding requirements. Three consequences were derived.

Conclusion: Some pediatric oncology nurse stressors were revealed to be the face of a child suffering from the side effects of treatment and the pain of the disease itself, and the death of the child. The stress response is ultimately caused by the inability to accept the child's status, and the inability of the child to express his or her emotion. The extracted attributes revealed that there is a unique pediatric oncology nurse stressor.

抄 録

目的：小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念を分析し、操作的定義を示すとともに、属性、先行要件、結果を明らかにすることである。

方法：WalkerとAvant(2008)による概念分析の方法に基づき分析した。

結果：【取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿】【家族が子どもの現状を受容できないこと】【子どもが意思を表出できないこと】【子どもの死】の4つの属性と4つの先行要件、3つの帰結が導き出された。

結論：小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念を、「治療の過程で治療の副作用や病気そのものの取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿や子どもの死に直面したり、家族が子どもの現状を受容できないこと、子どもが意思を表出できないことによってストレス反応が引き起こされるもの」と定義した。今回、抽出された属性から小児がんの子ども・家族に関わる看護師ならではのストレスがあることが明確になった。

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

1) 大阪府立大学大学院看護学研究科 博士後期課程

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

I. はじめに

小児がんは、毎年2000人の15歳未満の子どもが罹患する（真部，2014）。1970年代まで小児がんは不治の病と考えられていたが、医療の進歩により、30%であった5年無病生存率は70%を超えるようになった（神谷ら，2009）。新しい抗がん剤の開発、それを組み入れた臨床研究の実施、手術、放射線療法、造血細胞移植など侵襲度の高い治療が行われるようになり、小児がんの子どもは化学療法や放射線治療、手術の副作用による痛み、嘔吐や倦怠感といった身体的・精神的苦痛を伴う闘病体験や長期入院の経験をする中で、心的外傷後ストレス障害の症状を引き起こす（泉，2014）とされる。また、そのそばにいる親も心的外傷後ストレス障害の症状を引き起こすとされている（泉ら，2008）。そして、ケアする看護師も二次的外傷性ストレスを発症するリスクがあると言われ（Gates et al, 2008, Sabo, 2006）、ストレスが高いことが予測される。医療が進歩したとはいえ、小児がんは1～19歳までの子どもの病気による死因の上位であり、（厚生労働省，2017）小児看護領域のなかでも小児がんの子どもに関わる看護師がより子どもを看取る機会が多い。子どもの死は看護師の心的外傷経験の一つとしても挙げられており（新山ら，2006）、小児がんの子どもの死を経験した看護師の心理に関する研究（大久保ら，2018）では子どもを看取る苦悩、ケアの不全感、終末期での闘病支援の葛藤が明らかにされている。しかし、2000年代初頭より、臨床研究グループの統合による臨床試験が推進（細井，2016）され、全国レベルである程度行われる治療の均てん化が進んだこと、2000年代以降ますます少子化となり、2005年合計特殊出生率過去最低1.26まで低下、2000年には核家族は80%、就労している母親は2001年50%を超え、子どもを取り巻く治療や療養環境の変化に伴った、小児がんの病期全般にわたっての小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスに関する研究は近年なされていない。

小児がんの子ども・家族に関わる看護師ならではのストレスがあることが予測されるが、それらに関わる看護師のストレスの概念化に関する研究論文は見当たらない。小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスを明らかにし、概念化する必要があると考えた。その意義は、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスの属性が明らかになることで、ストレスの内容を共有することができる。それは、看

護師のストレスに対する意識を明確にし、看護師にとって自身のストレスの自覚につながり、コーピングを考えることに貢献できる。

II. 目的

本研究の目的は、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスの概念の分析をし、操作的定義を示すとともに、属性、先行要件、結果を明らかにすることである。

III. 方法

1. 概念分析の方法

WalkerとAvant（2008）による概念分析の方法を用いた。これは、概念固有の属性に重きを置き、看護学領域で既に概念は確認されているが明確でなく、概念を洗練し明確にする取り組みの一つとしているからである。今回、小児がんの医療の進歩に伴い、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスの操作的定義を検討したいと考えたためである。分析は、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスを定義づける属性の特定、モデル例の明示、先行要件と帰結の特定、定義づけの過程を通して行った。また、信頼性・妥当性を高めるために、小児看護を専門とした研究者よりスーパーバイズを受けた。

2. サンプルの選定

英和辞典、広辞苑、看護大辞典、医学大辞典、生物学辞典、発達心理学辞典、カウンセリング辞典、社会福祉事典の辞書、合計8件を用いて定義の特徴を整理した（表1）。

Pubmed、医中誌の2つのデータベースを使用し、検索の範囲は2004年から2018年とした。この検索範囲とした理由としては、2000年代初頭より、臨床研究グループの統合による臨床試験が推進（細井，2016）され、全国レベルである程度行われる治療の均てん化が進み、その研究の成果が表れるのは数年以上先と考え、2004年からとした。「stress」、「stressor」、「oncology」、「nursing」、「pediatric」、「nurse」、「ストレス」、「ストレスサー」、「小児がん」、「看護」のキーワードによる検索式を用いて文献検索を行った。抽出された文献のタイトル、要約を参照し、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスに関する記述のある文献を選択した。また、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスに関連すると

考えられる文献を選択した。最終的に、和文献8件、英文献7件を選出し、分析対象とした(表3)。

表1 ストレッサーの主な定義

広辞苑	寒暑・騒音・化学物質など物理化学的なもの、飢餓・感染・疲労・睡眠不足など生物学的なもの、精神緊張・不安・恐怖・興奮など社会的なものなど多様である。
英和辞典	有害因子。
看護大事典	生体に外界から加わる刺激のこと。これを受けると刺激の種類によらず、生体は視床下部-下垂体-副腎皮質を介して汎適応症候群と呼ばれる反応を起こす。刺激には物理化学的(高温、騒音)、生物学的(飢餓)、心理的(喪失体験)、社会的(不況)などの区別がされる。
医学大辞典	生体に非特異的なストレス反応を引き起こす外界からの刺激をいう。物理的・化学的・心理的ストレスが知られている。基本的にはすべての環境要因がストレスとなりうる。
生物学辞典	生体のホメオスタシスに影響を及ぼす有害因子。寒冷、騒音などの物理的因子、低酸素や栄養失調などの化学的因子、細菌感染などの生物的因子、不安などの精神的因子がある。ストレスにより副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)ーグルココルチコイド系の分泌が亢進し、種々の生体反応が生じる。
発達心理学辞典	感染・寒冷・騒音から受験・人間関係に至るまで幅広く存在するが、その種類関係なく、引き起こされる生物学的反応は一定であり、非特異的といわれる。ストレスに対し、大脳はからだの諸器官にさまざまな命令を出し、その準備態勢を整える(警告反応期)。そして、ストレスに適応しようと抵抗をくり返す(抵抗期)。これが成功すれば、からだは正常になるが、ストレスの内容が深刻であったり、長時間にわたると、抵抗力も限界に達し(疲はい期)、ついには胃かいよう・高血圧・偏頭痛などといった病気になる。
発達心理学辞典	ストレス状態を引き起こす外的作用因子。これには物理化学的なもの(寒暑の気候、騒音、酸素欠乏など)、生物学的なもの(飢餓、睡眠不足、妊娠など)、社会的なもの(人間関係のこじれ、経済危機、戦争など)があげられる。これらのストレスによって生じる生体機能反応は、警告反応期→抵抗期→疲憊(ひはい)期の3段階を経るとされるが、こうした一連の反応は、本来適応するためのものであり、「汎適応症候群」と呼ばれている。ただ、過剰反応が続くと、心身症、神経症へと発展しかねず、その場合は、ストレスと反応の双方の強度を緩める対応が求められる。
カウンセリング辞典	人間の身体は外部から刺激(特に有害刺激)を受けると、身体に生物学的歪みが生じ、また、同時に身体内部からその歪みを元に戻そうとする反応(ストレス反応)が生じる。このとき、身体に加えられた刺激をストレスという。ストレスとしては、寒冷、熱暑、騒音、絶食、飢餓、不安、恐怖などがあげられる。これら一連の反応は、いわば適応のための正常な反応である。環境からの刺激そのものが直接ストレス反応を引き起こすのではなく、刺激の有害性、制御不可能性の評価がなされることによってはじめてその刺激はストレスになる。
社会福祉事典	人間の身体は外部から刺激(特に有害刺激)を受けると、身体に生物学的歪みが生じ、また、同時に身体内部からその歪みを元に戻そうとする反応(ストレス反応)が生じる。このとき、身体に加えられた刺激をストレスという。ストレスとしては、寒冷、熱暑、騒音、絶食、飢餓、不安、恐怖などがあげられる。これら一連の反応は、いわば適応のための正常な反応である。環境からの刺激そのものが直接ストレス反応を引き起こすのではなく、刺激の有害性、制御不可能性の評価がなされることによってはじめてその刺激はストレスになる。

表2 分析対象辞書

1	小西友七(編)(1998). ジーニアス英和辞典(改訂版). 東京:大修館書店.
2	新村出(編)(2018). 広辞苑(第7版). 東京:岩波書店.
3	和田攻, 南裕子, 小峰光博(編)(2010). 看護大事典(第2版). 東京:医学書院.
4	伊藤正男, 井村裕夫, 高久史磨(編)(2003). 医学大辞典. 東京:医学書院.
5	岡本夏木, 清水御代明, 村井潤一監修(1995). 発達心理学辞典. 京都:ミネルヴァ書房.
6	八杉龍一, 小関治男, 古谷雅樹, 日高敏隆(編)(1996). 生物学辞典(第4版). 東京:岩波書店.
7	國分康孝(編)(1990). カウンセリング辞典. 東京:誠信書房.
8	社会福祉辞典編集委員会(編)(2002). 社会福祉事典. 東京:大月書店.

表3 分析対象文献

1	石川福江. (2004). 小児がん看護に携わる看護師の職務満足に関する研究 個人特性, 職場環境特性, ストレス, ソーシャルサポートとの関連から. 北里看護学誌. 6(1), 10-22.
2	松岡真里. (2009). 小児がんの End-of-Life ケアの看護師への影響とサポート. 小児看護. 32(10), 1408-1414.
3	戈木クレイグヒル滋子. (2010). 子どもの喪失による家族の悲嘆と看護師のストレス. 小児がん看護. 5, 106-110.
4	名古屋祐子. 他(2013). 看取りの時期にある小児がんの子どもとその親をケアする看護師が抱える葛藤. 日本小児看護学会誌. 22(2), 41-47.
5	石川福江. (2013). 小児がん看護に携わる看護師のメンタルケア. 小児看護. 36(8), 1152-1156.
6	高橋百合子. 他(2014). 小児がんの子どもの死を経験した看護師の思いとグリーフケアにおいて望むことに関する調査. 小児がん看護. 9(1), 63-72.
7	山口京子. 他(2014). 小児病棟における看護師のグリーフケアを目的としたカンファレンス. 小児がん看護. 9(1), 48-54.
8	大久保明子, 小山千加代. (2018). 小児がんの子どもの死を契機とした看護師の態度変容過程. 日本がん看護学会誌, 32, 29-39.
9	de Carvalho EC. (2005). Stress in the Professional Practice of Oncology Nurses. CancerNurs. 28(3), 187-192.
10	Chang A. (2007). Effect of the Clinical Support Nurse Role on Work-related Stress for Nurses on an Inpatient Pediatric Oncology Unit. J Pediatr Oncol Nurs. 24(6), 340-349.
11	Zander M. (2010). Coping and Resilience Factors in Pediatric Oncology Nurses. J Pediatr Oncol Nurs. 19(2), 183-195.
12	Lazzarin M. (2012). Moral distress in nurses in oncology and haematology units. Nurs Ethics. 19(2), 183-195.
13	Dix D. (2012). Demands and Rewards Associated With Working in Pediatric Oncology : A Qualitative Study of Canadian Health Care Providers. J Pediatr Hematol Oncol. 34(6), 430-435.
14	Heckman HM. (2012). Stress in Pediatric Oncology Nurses. J Pediatr Oncol Nurs. 30(5), 356-61.
15	Moody K. (2013). Helping the Helpers : Mindfulness Training for Burenoutin Pediatric Oncology-APilot Program. J Pediatr Oncol Nurs. 30(5), 275-284.

IV. 結果

1. ストレッサーの概念の用法

ストレッサーは、外界から体に加えられた刺激、有害となりうる要因のことをいう。ストレッサーとしては、物理化学的要因（寒暑、騒音、化学物質）、生物学的要因（飢餓、感染、疲労、妊娠、睡眠不足）、心理的要因（ライフイベント：結婚、喪失体験、転居、入学、卒業、日常生活上の出来事：仕事への不満時間の無駄使い、対人関係の悩み、感情面：不安、恐怖、焦燥、感動）、社会的要因（経済危機、戦争）などがあげられる。

以上より、ストレッサーの定義を「生体にストレス反応を引き起こし、有害性があると評価がなされた外界からの刺激」とする。

2. 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレッサーの属性

小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレッサーに関する先行文献を基盤とし、小児がん

の子ども・家族に関わる看護師のストレッサーに含まれる構成要素を統合した結果、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレッサーの概念の属性として、【取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿】【子どもが意思を表出できないこと】【家族が子どもの現状を受容できないこと】【子どもの死】の4つの属性が抽出された。

1) 【取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿】

小児がんの治療は、痛みを伴う処置や化学療法、手術、放射線治療など侵襲の強い治療などによって、子どもはさまざまな苦痛に直面し、子ども自身が神経過敏になることもある（文献12, 13）。看護師は、子どもが辛いときにもケアを行わなければならなかったり、苦痛を軽減できるようにうまく関われないと思ったりしている状況のなかで、子どもの苦痛に向き合っていかなければならない（文献1, 4, 9, 12）。

2) 【子どもが意思を表出できないこと】

看護師は、子どもは現状の理解や判断、気持ちや意思の表現が未熟であるため、本人の意思

よりも親の意見が優先されることが多く、子ども自身の考えや気持ちを確認することが成人に比べて難しいと感じている（文献6）。子どもの年齢や発達、病状、親の意向などが影響して、子どもが意思を表出できない状況にある（文献4, 5, 6）。

3) 【家族が子どもの現状を受容できないこと】

医療者は、例えば、子どもが家に帰れる状態の間に退院をした方がよいと考え提案しても、家族が子どもの現状を受け容れられずに退院を先延ばしにして、そうしているうちに子どもの病状が悪化するなど家族が子どもの現状を受け容れられないと子どもの状態がよときの時間の過ごし方にも影響する（文献4）。さらに、完治を目指すことが厳しくなり終末期への移行は、家族が子どもの現状をどのように認識しているかが影響しており、親が子どもの現状を受け止めていないなかで、子どもと親の意向に違いが生じる場合がある。

4) 【子どもの死】

小児がんの治療を行っているなかで、治療による副作用によって想定外の状況で子どもが亡くなってしまったり、長期に関わり密接な関係を築いた子どもががんの再発や病状の進行などによって子どもを看取る経験を看護師はしている（文献2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11）。

3. 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念のモデルケース

ここでは、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスを表すと考えられるモデルケースについて示す。看護師A（3年目看護師）は、脳腫瘍で、再発し治療をしている小学3年生のBくんの受け持ち看護師であった。Bくんは腫瘍増大に伴い、症状緩和目的で放射線治療を行い、予定していた治療は終了した。Bくんは頭痛、嘔気が出現し、鎮痛剤やステロイド、制吐剤、頭蓋内浮腫治療剤を使用するが、症状のコントロールがうまくいかず、「痛い。痛いー！この痛いのとってよー！」と悶えて泣き叫ぶこともあった【取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿】。母はそばでおろおろしており、看護師に「看護師さん、どうかかならないんですか。早くこの子の痛みをとってください」と訴えた。

Bくんには治すことが難しいことは伝えられていない。Bくんには同胞がおり、同胞のことが大好きで家にいるときも同胞と一緒にゲームをしたりしてよく遊んでいた。落ち着いたときは、「お

家に帰ってCちゃんと遊びたい！」と話した。症状緩和目的の薬剤は内服の薬に切り替えることができるため、Bくん、に家でも治療が続けられることを説明し、外泊を提案すると、「お家に帰るのはやめとく。」と話し、それ以上は話そうとしなかった【子どもが意思を表出できないこと】。Bくんが本当はどうしたいかわからなかった。両親は再発した衝撃が大きく、根治を目指すことが難しい現実を受け容れられず、母は医師に「治す治療はないのか、もっとちがう薬を試してほしい。」、看護師には「先生は何で別の薬を試してくれないのか。看護師さんからも先生に何とか言ってほしい。」と訴えた【家族が子どもの現状を受容できないこと】。Bくんを失うかもしれない厳しい現状にある両親に、看護師Aは、両親の思いをどう受け止め話しかけたらよいかわからずにいた。

1週間後Bくんの呼吸状態が急激に悪化し、B君は永眠した【子どもの死】。看護師Aは、Bくん、家族へのケアを振り返り、どうしたらよかったのか、何もできなかったと無力感を感じた。

4. 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスの先行要件

小児がん患者・家族に関わる看護師のストレスの先行要件として、【看護師の要因：小児がんの子ども・家族に関わる看護師として高度な小児がん看護が求められる】【子どもの要因：生命を脅かす小児がんの子どもに関わる】【家族の要因：発症期から終末期にいたるあらゆる危機に直面する家族に長期に関わる】【環境要因：子ども・家族に制限を強いる療養環境】の4つを抽出した。

1) 【看護師の要因：小児がんの子ども・家族に関わる看護師として高度な小児がん看護が求められる】

小児がん医療の進歩によって、ますます洗練された医療スキルが求められるようになり、複雑になっている化学療法管理、手術、化学療法、放射線療法、造血細胞移植と非常に侵襲度の高い治療が組み合わせられる治療を年単位で長期的に関わる（文献11, 13）。そのため、小児がんの子ども・家族に関わる看護師は、QOLを考慮した質の高い子どもの身体面、精神面、社会面、スピリチュアルな側面を捉えたトータルケアや、子どもにとって何が最善かを考え、援助していくことが重要であり、小児がん看護における高度な知識、技術判断力が求められる（文献1）。

小児がんの治療の副作用によって、痛みや嘔気など様々な苦痛な症状が子どもに出現する。看護師は、症状マネジメントに対する知識や技術、そして発達段階に合わせたケア提供方法を考えるなどが求められるが、自分の知識不足によってタイムリーに症状マネジメントに介入できず対応が遅れたり、発達段階に合っていない方法でケアを行っていることもある（文献 1, 3, 4, 9）。

小児がんは治療を受けていても、治療中や終了後に再発したり、治療の影響で急変が起こることもある（文献 2, 9, 10）。家族は危機的状況であったり、治療や生活の過ごし方などさまざまな意思決定を求められることが多く、看護師は家族支援が求められるが、能力が足りないと感じている（文献 5）。終末期になると場合によっては、家族がどんな状況であっても生命維持を継続したいという思いから、子どもの負担と便益が保たれず、子どもにとって不利益な治療が継続されることがある（文献 8, 9, 10, 13）。また、終末期のケアになると、終末期に関わる経験が少なかったり、今までの死別体験が少ないことも影響し、必要とされる子どものケアや家族支援が課題となっている（文献 2, 3）。

2) 【子どもの要因：生命を脅かす小児がんの子どもに関わる】

がんは、生命を脅かす病気であり、予後不良であったり、再発といった危機的状況にある子どもに関わることで自体に負担も大きく、さらに病名・病状告知していない場合は対応が難しい（文献 1, 3, 6, 10, 13, 14, 15）。特に10代の子どもは認知発達も大人に近づき、病気の理解をしているが、家族の意向で知らされていない情報がある状況のなかで、10代の子どもと関わることの難しさを感じている（文献 6, 9, 13）。

3) 【家族の要因：発症期から終末期にいたるあらゆる危機に直面する家族に長期に関わる】

小児がんは治療経過に伴い、発症期から終末期にいたるあらゆる危機に直面する家族に長期に関わることになる（文献 5）。小児がんと診断された家族は非常に混乱されており、どう声をかけたらいいいのかかわからず支援の難しさを感じている（文献 5, 9）。長期に関わるなかで、看護師自身が家族に信頼されていないと感じたり、家族が怒りを表出している、子どもの病状変化に伴い家族の精神状態が不安定になる場合なども非常に関わるのが難しくなっていく（文献 8, 12）。子どもの看取りの時期になると、看

護師は家族への精神的支援への必要性を感じているが、より一層関わるのが難しくなり、苦悩する家族を見ることにしんどさも感じている（文献 4, 9, 10）。

4) 【環境要因：子ども・家族に制限を強いる療養環境】

小児がんの子どもは、治療の経過の中で、白血球の減少が起こり感染しやすい状態になるため、清潔隔離が必要となり、施設の清浄度クラスによっては、長期間個室隔離になることも少なくない（文献 1）。また、看護師にとっても終末期の子どもと、完治を目指した治療を目指した子どもが同じ病棟で入院しているため、同時にケアをするしんどさがある（文献 3）。

5. 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレッサーの帰結

小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレッサーの帰結は、【子どものケアを担う重圧感】【小児がんの子ども・家族に関わることによる共感疲労】【看護師としての自己効力感の低下】の3つを抽出した。

1) 【子どものケアを担う重圧感】

小児がん医療の進歩によって、看護師は非常に複雑な化学療法・臨床試験、抗がん剤の曝露対策の管理、骨髄穿刺や髄注など苦痛を伴う処置に関わったり、治療の副作用により急性期の病状管理や症状マネジメントへの介入など治療を管理する責任が生じ、重圧感を感じている（文献 1, 10, 11, 13）。治療の複雑化に伴い、求められる子ども・家族へのケアも複雑になり、がんの進行や治療の副作用による症状マネジメントを担う責任やそのケアの方針を決定する責任の重さが生じている（文献 13）。長期にわたり子どもに関わるなかで共感できななかったり、好意的でいられない場合、子どもや家族に否定的な感情や考えをもってはならないと考えたり、「つらい、悲しい」と思うことを無理に感情のコントロールをして、看護師としてケアに取り組んでいる（文献 2, 3, 4）。

2) 【小児がんの子ども・家族に関わることによる共感疲労】

治療によって痛みや苦しみに耐えるなど過酷な体験をしている子どもに継続的に関わることによって、看護師は共感疲労を生じている（文献 14）。

また、治癒を目指して治療に取り組んでいる子どもと家族を支えてきた看護師にとって、再

発や難治性の小児がんで、終末期へ移行していく子どもと家族をケアすることは戸惑いや不全感を感じさせる（文献2）。そして、子どもの死に伴い、子ども、家族へのケアに対する無力感を感じたり、自分自身に怒りの感情さえ抱くこともある（文献6, 8）。看護師にとって子どもが亡くなるということは強い悲嘆が生じる（文献2, 5, 6, 8, 11, 14）。

3) 【看護師としての自己効力感の低下】

子どもの治療・ケアに関連するインシデントを起こした時や急変に至るまでの自分の対応や観察が足りなかったのではないかと振り返った時に自責の念が生じやすい（文献7）。また、子どもが亡くなった時に子どもや家族へのケアが十分ではなかったと自責の念を抱き（文献8）、看護師としての自己効力感が低下してしまう（文献6）。子どもや家族に関する問題が解決されないと抑うつやバーンアウトにつながることもある（文献5）。

V. 考察

1. 小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念モデル（図1）

小児がんの子ども・家族に関わる看護師のスト

レスサーは、【取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿】を目の当たりにする状況であっても、子どもの苦痛に向き合いケアを行わなければならなかったり、苦痛の軽減がうまくいかないときに【子どものケアを担う重圧感】を抱き、継続して苦痛を体験している【子ども・家族に関わることによる共感疲労】も起こっていることである。

子ども・家族が治癒を目指して治療に取り組んでいたにも関わらず、がんが再発したり、病状が悪化し終末期になってしまう状況が起こってくることもある。【家族が子どもの現状を受容できない】状況にあると、【子どもが意思を表出できず】、子どもの意思を尊重できるような関わりが難しくなる。

看取りの時期になると、看護師は子どもを穏やかに見送りたいと考え、最期の過ごし方など家族に子どもを看取る覚悟を促す関わりをしたいと考えるが、子ども・家族に寄り添ったケアをすることが難しく、不全感、無力感、怒りの感情など【小児がんの子ども・家族に関わることによる共感疲労】が積み重なっていく。【子どもの死】に直面した場合、がんに対する無力感を強く抱いたり、子ども・家族へのケアに対する自責の念が生じ、【看護師としての自己効力感が低下】する。

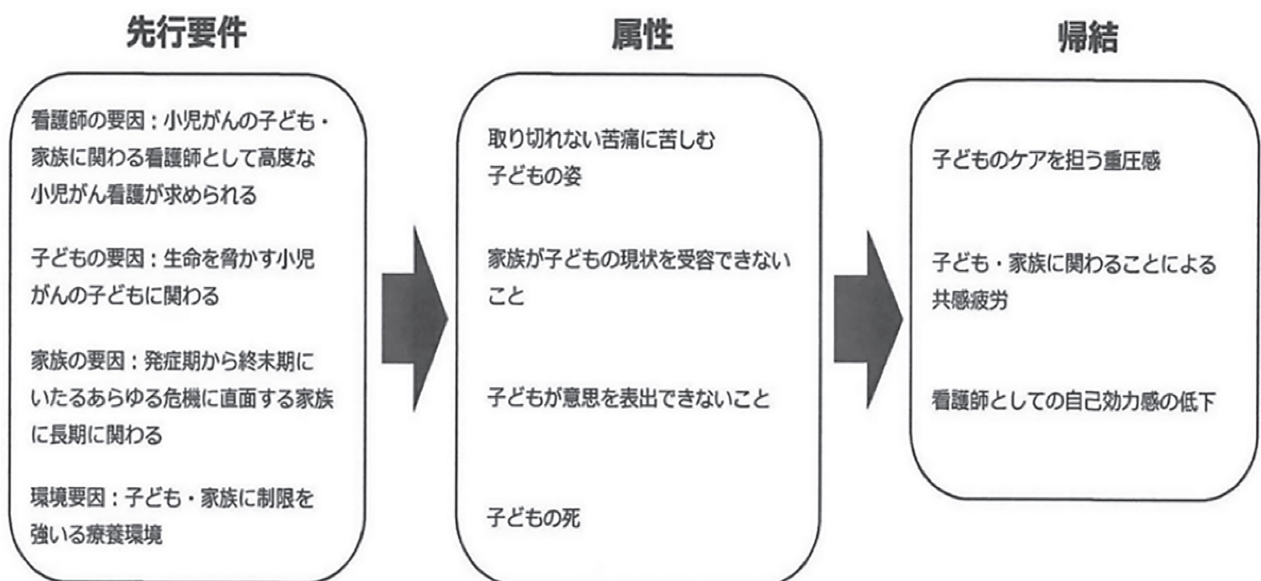


図1 「小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念モデル」の概念モデル

2. 本概念の定義

小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念を、「治療の過程で治療の副作用や病気そのものの取り切れない苦痛に苦しむ子どもの姿や子どもの死に直面したり、家族が子どもの現状を受容できないこと、子どもが意思を表出できないことによってストレス反応が引き起こされるもの」と定義した。

VI. 結論

WalkerとAvant(2008)による概念分析の方法に基づいて、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレス概念分析を行った。その結果、小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスの4つの属性と4つの先行要件、3つの帰結が導き出された。

今後は、この定義や属性を基盤とした小児がんの子ども・家族に関わる看護師のストレスを評価する測定用具の開発が課題である。

引用文献

- Gates DM, Gillespie GL. (2008). Secondary Traumatic Stress in Nurses who Care for Traumatized Women. *JOGNN*, 37, 243-249.
- Heckman HM. (2012). Stress in Pediatric Oncology Nurses. *J Pediatr Oncol Nurs*, 30 (5), 356-61.
- 泉真由子, 小澤美和, 細谷亮太, 森本克, 金子隆. (2008). 小児がん患児の両親の心理的問題. *小児がん*, 45 (1), 19-23.
- 泉真由子. (2014). 小児医療とトラウマ. *トラウマティックストレス*, 12 (1), 43-52.
- 神谷尚宏, 真部淳. (2009). 各疾患の理解－白血病－. 丸光恵, 石田也寸志編著, *ココからはじめる小児がん看護* (pp.95-106), 東京:へるす出版.
- Lorriane. O. W., Kay C. A. (2005/2008). 中木高夫, 川崎修一(訳), *看護における理論構築の方法* (第4版). 東京:医学書院.
- 真部淳. (2014). 小児がんの現状と課題: 総論. *緩和ケア*, 24, Suppl, 80-87.
- 大久保明子, 小山千加代. (2018). 小児がんの子どもの死を契機とした看護師の態度変容過程. *日本がん看護学会誌*, 32, 29-39.
- Sabo BM. (2006). Compassion fatigue and nursing work – Can we accurately capture the consequence of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.

研究報告

「父親の役割」の概念分析

A Concept Analysis of Father's Role

阿川勇太¹⁾・中山美由紀²⁾

Yuta Agawa, Miyuki Nakayama

キーワード：父親，役割，概念分析

Keywords: father, role, concept analysis

Abstract

The purpose of this concept analysis was to clarify the concept of “father’s role” by reviewing the literature and examining its characteristics. Using PubMed, CINAHL, Ichushi-Web and Google as data sources, a search was conducted using the key words “father” and “role”, restrictions to father’s role in childhood disability or illness. A total of 45 articles related to the father’s role were selected, and a concept analysis was performed with reference to Rodgers’s technique. The analysis classified three antecedents, five consequences and five attributes as “response to historical changes in social norms”, “encouragement for family structure”, “adjustment of conflict as father”, “intimating and co-parenting in the couple”, “responsibility and involvement in the relationship of father-child”. The father’s role was defined as follows: “Keeping on involvement at each level within the family structure, with responsibilities even when struggling as a father and, at the same time, responding to broader societal demands”. This definition could be used to support the acquisition of the father’s role early.

抄 録

本研究は、「父親の役割」という概念が現代ではどのように用いられているのかを明らかにし、その特徴と父親の役割獲得に向けた支援への概念活用の有用性について検討することを目的とした。CINAHL, PubMed, 医中誌Web, CiNii, Google scholarを使用し、キーワードを「Father」と「role」, 「父親」と「役割」としてそれぞれ検索した。検索の結果、45文献を対象とした。属性は【歴史的社会変化への応答】【家族システムへの働きかけ】【父親としての葛藤の調整】【夫婦関係における寄り添いと協働】【父子関係における主体的な関わりと責任】の5カテゴリーが導き出され、先行要件は3カテゴリー、帰結は5カテゴリーが導き出された。「父親の役割」は「家族システム内に存在する夫婦関係や父子関係に対し、社会の要請にも応答しつつ、父親として葛藤しながらも責任を持って主体的に関わり続ける」と定義づけられ、この定義は早期に父親の役割を獲得する支援に活用出来ると考えられた。

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

1) 兵庫医療大学 看護学部 公衆衛生看護学領域

2) 大阪府立大学大学院 看護学研究科

I. 緒言

わが国では、近年急激な核家族化が進み、今や「夫婦のみの世帯」もしくは「夫婦と未婚の子のみの世帯」が全世帯の約53%（厚生労働省，2019）を占め、約67%（労働政策研究・研修機構，2019）の世帯が共働き世帯である。それに加え、子育て世代においては地域との関係の希薄化も進んでいる（ベネッセ教育総合研究所，2016）。

少子高齢化という言葉が言われてしばらく経つが、出生数は減少の一途をたどり、平成30年の出生数は推計で92万1000人（厚生労働省，2019）である。少子化対策に関するプランの制定や子育て支援制度の充実など、様々な施策が打ち出され実施されてきたが出生数が減り続ける状況は変わらず、次なる少子化対策の一手として国に注目されたのが父親の育児参加である（松島，2015）。

日本の男性の仕事中心な生き方は1990年代のバブル崩壊を境に揺らぎ始めた（多賀，2011）。男女共同参画社会基本法が1999年に施行されると、女性の社会進出と合わせて男性の家庭進出が社会のテーマとして取り上げられるようになり、「男は外で働き、妻は家庭を守るべき」という考え方に対して、2009年に男性の反対意見が賛成意見を上回った（内閣府男女共同参画局，2019）。また、2010年にはイクメンプロジェクトがスタートし、男性の育児参加が社会の中で訴えられるようになり、父親自身も育児役割行動をする意識は高まりつつある（デッカーら，2015）。

しかしながら、父親の育児への参加という部分に関しては未だ変化がなく、先進国では最低水準である（厚生労働省，2017）。厚生労働省は2012年に父親の役割とは何かを含めた「父親のワーク・ライフ・バランス ハンドブック」（厚生労働省，2012）を出したが、実際は多くの父親が子育てに参加する必要性を理解しながらも企業と家族との板挟みの中で自分の父親としての役割とは何かに悩み、葛藤している（おおた，2016）。父親を支援し、より育児参加を促進するためには、父親役割の獲得に向けた支援が必要であり、社会と家庭の中で変化してきた現代の父親の役割を定義づけることが必要である。

そこで、本研究では「父親の役割」という概念が現代ではどのように用いられているのかを明らかにし、その特徴と父親の役割獲得に向けた支援への概念活用の有用性を検討することを目的とする。

II. 研究方法

1. データ収集方法

本研究の対象となる文献は、日本の文献だけでなく、日本の現在の父親の役割に関する議論が北米および欧州の影響を受けている（Michael et al, 2010）ことから、北米および欧州の父親の役割について述べられている海外文献も対象とした。英文献をCINAHL, PubMedのデータベースを使用して検索し、和文献を医中誌Web, CiNii, Google scholarのデータベースを使用して検索した（2017年8月18日）。キーワードは「Father」と「role」, 「父親」と「役割」をそれぞれ検索し、検索条件は「Original article」および「原著論文」とした。男女共同参画が言われ始めた1990年代後半以降、新たな父親の役割が再構築されている（岡田，2009）ため、本研究の目的と照らし合わせ、検索の範囲をその契機となった男女共同参画審議会が設置された1997年から20年間とした。

検索の結果、256件を抽出した。その中から重複文献および本研究の目的に沿わない文献（研究対象が病児、障害児、父子家庭等であるもの）を除き、Rodgers et al. (2000) の30文献または全文献の20%をランダムサンプリングする方法を参考に、後者を採用して45文献を対象とした。45文献の内訳は英文献12件、和文献32件であり、看護学14件、保健学6件、教育学5件、家族社会学4件、人間科学3件、心理学2件、育児学2件、社会関係学1件、生活科学1件、家族心理学1件、社会学1件、ジェンダー学1件、発達心理学1件、保育学1件、バイオメディカル1件であった。

2. 分析方法

本研究の概念分析における対象概念は「父親の役割」である。概念分析の手法は、対象概念が時間の経過や状況に合わせて変化するという前提に立ったものであるため、Rodgersの概念分析法を用いた。この手法を用いて分析対象の文献を「父親の役割」という用語の文脈における使われ方に着目しながら精読した。データシートを作成し、概念の特徴を構成する属性、概念に先だって生じる先行要件、概念に後続した結果として生じる帰結に関する記述を抽出した。抽出された内容は、それぞれの項目にまとめ、内容を分析しカテゴリー化を行った。そして、これらをもとに概念を定義づけた。また、定義づけた概念についてより理解を深める為、著者の父親支援における実践例から

モデルとなるケースを示す。

尚、分析の過程においては、概念分析の指導経験がある専門家からスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は文献を対象とした概念分析法であるため、著作権、盗用、剽窃などの倫理問題に関する

「出版・公表に関する倫理」を遵守した。

Ⅲ. 結果

対象となる45文献を精読し、属性、先行要件、帰結をそれぞれ抽出したうえで「父親の役割」を定義づけた。以下、カテゴリーを【 】, 内容を< >で示す。

表1 「父親の役割」の属性

カテゴリー	内容	文献
歴史的な社会変化への応答	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭や社会の状況の変化に応じてフレキシブルに役割を変化させる ・存在者としての父親に関する役割の歴史的变化を認識する ・社会における存在として求められる父親の役割に応答する 	(寺岡, 2005) (川井ら, 2008) (石井, 1997) (船橋, 1998) (平川, 2004) (William et al., 2004) (James et al., 2015) (Iwata H., 2003)
家族システムへの働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・家族システムにおけるリーダーシップの発揮 ・子どもの誕生における家族の再調整と絆の強化 ・家族が生活する収入を得てくる ・家族を守る 	(中富ら, 2011) (桑名ら, 2006) (内田ら, 2012) (黒澤, 2009) (William et al., 2004) (James et al., 2015)
父親としての葛藤の調整	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭役割と仕事役割の二分構造で葛藤しながらそれを調整する ・自分の父親や周囲の父親の影響を受け、父親像を修正する ・性別役割分業の揺らぎと父親像の揺らぎに葛藤し、調整する ・父親は育児の役割を果たすべきであるが、同時に労働という役割にも参加し続ける必要がある 	(森下, 2012) (Katarina et al., 2014) (臼井ら, 2001) (多賀, 2005)
夫婦関係における寄り添いと協働	<ul style="list-style-type: none"> ・子育てにおける責任を妻と共有する ・妻とコミュニケーションをとり、よき仲間、良き相談相手、良き理解者になる ・子どもの育児について妻と話し合う ・父親も家事と育児に参加し協働する ・そばで妻の精神的ケアを行い、励まし続ける ・人間としてケアも仕事も妻と分かち合う 	(石井, 1997) (岩田ら, 1998) (磯山, 2015) (Lengu et al., 2011) (鍋島ら, 2015) (内田ら, 2012) (船橋, 1998) (川井ら, 2008) (Nigel et al., 2011) (Gisela et al., 2010) (Hollander D., 1997)
父子関係における主体的な関わりと責任	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもに対して責任を負う ・主体的に子どもと関わる ・子どもとの時間を確保する ・子どもに知識や技術を与える ・子どもの世界観を広げるためのガイドをする ・子どもの情緒的なサポートをする ・子どものことを知ろうとする ・子どもたちを守り、安心と安全を与える ・子どもにとってのかけがえのない存在、モデルであり関わり守る 	(Higham et al., 2012) (Jean et al., 2006) (James et al., 2015) (Jennifer et al., 2014) (前徳, 2003) (川井ら, 2008) (Ngu et al., 2011) (Suize et al., 2015) (Iwata H., 2003)

1. 属性

「父親の役割」が有する特性は、【歴史的な社会変化への応答】【家族システムへの働きかけ】【父親としての葛藤の調整】【夫婦関係における寄り添いと協働】【父子関係における主体的な関わりと責任】の5つのカテゴリーがみられた(表1)。父親は【歴史的な社会変化への応答】をしながら、【家族システムへの働きかけ】を行い、【父親としての葛藤の調整】を経験しながらも、家族システムの下位システムであるそれぞれのサブシステムに対して、【夫婦関係における寄り添いと協働】【父子関係における主体的な関わりと責任】という役割を果たしていた。

1) 【歴史的な社会変化への応答】

このカテゴリーの特徴は、歴史的な時系列にお

いて家族や社会の中で変化する父親への要請に対して応答していくという属性であった。その中でも特徴的な内容が<家庭や社会の状況の変化に応じてフレキシブルに役割を変化させる>であった。父親たちは社会や家庭の中における<存在者としての父親に関する役割の歴史的变化を認識>しながら<求められる父親の役割に応答する>必要があった。

2) 【家族システムへの働きかけ】

このカテゴリーの特徴は、家族システム全体に対して<リーダーシップを発揮>しながら<子どもの誕生における家族の再調整と絆の強化>を行うという属性であった。また、その役割を果たしながら<家族が生活する収入を得てくる><家族を守る>という役割を担っていた。

3) 【父親としての葛藤の調整】

このカテゴリーの特徴は、父親として育児と仕事の両方の役割を果たそうと葛藤しながらも調整し、自己形成した父親像の修正を行うという属性であった。それぞれに特徴的な内容が＜家庭役割と仕事役割の二分構造で葛藤しながらそれを調整する＞＜自分の父親や周囲の父親の影響を受け、父親像を修正する＞であった。＜性役割分業の揺らぎと父親像の揺らぎに葛藤し、調整する＞という内容にあるように、どちらの面でも父親としての自分自身に対する葛藤を抱くが、父親の役割を遂行していくにあたってはこの役割葛藤に対して向き合い、調整していた。

4) 【夫婦関係における寄り添いと協働】

このカテゴリーの特徴は、＜子育てにおける責

任を妻と共有＞し、＜コミュニケーションを取り＞ながら＜家事と育児に参加し協働する＞という属性であった。また、協働していくために＜妻の精神的ケアを行い、励まし続ける＞という役割も担っていた。

5) 【父子関係における主体的な関わりと責任】

このカテゴリーの特徴は、＜子どもに対して責任を負い＞ながら＜主体的に子どもと関わる＞ための＜時間を確保＞し、あそびなどを通じて＜子どもに知識や技術を与え＞たりして＜子どもの世界観を広げるためのガイドをする＞という属性であった。また、＜子どもの情緒的なサポート＞などを通じて＜子どものことを知＞ったり、＜安心と安全を与える＞役割も担っていた。

表2 「父親の役割」の先行要件

カテゴリー	内容	文献
父親としての社会からの要請	・父親としての存在が社会に必要とされている	(Iwata H.,2003)
家族システムにおける父親の存在	・子どもの誕生により生物学的に父親になる ・婚姻により血は繋がらないが親になる ・家族内に父親を含めたシステムが存在する	(田辺, 2005)(勝見, 2014)(Iwata H.,2003)
父親としての自覚	・自分なりの父親としての自己像の形成 ・男性は五感で感じ取れる状況において父親であると自己認識している ・子どもの誕生により父親に親としての意識が芽生える ・子どもの誕生により喜びと同時に父親としての責任を自覚する	(森田ら, 2010)(桑名ら, 2006)(大浦ら, 2007) (佐々木, 2009)(澤紙ら, 2014)

2. 先行要件

「父親の役割」という概念に先だって生じる先行要件は【父親としての社会からの要請】【家族システムにおける父親の存在】【父親としての自覚】という3つのカテゴリーがみられた(表2)。父親が役割を遂行していくためには、その基盤となる【父親としての社会からの要請】と、妻や子どもを含めた【家族システムにおける父親の存在】が必要であった。また、父親として役割を遂行するには、自身が父親であるという【父親としての自覚】という自己認知も必要であった。

1) 【父親としての社会からの要請】

このカテゴリーは、＜父親としての存在が社会に必要とされている＞という内容で構成されていた。社会の中で父親という存在が必要とされていなければ父親としての役割が果たせないことを示す。

2) 【家族システムにおける父親の存在】

このカテゴリーは、＜子どもの誕生により生物学的に父親になる＞＜婚姻により血は繋がらないが親になる＞＜家族内に父親を含めたシステムが存在する＞という内容で構成されていた。生物学的もしくは法的に父親となり、家族システム内に父親が存在することが父親の役割を遂行するのに必要であった。

3) 【父親としての自覚】

このカテゴリーは、＜自分なりの父親としての自己像の形成＞や＜五感で感じ取れる状況において父親であると自己認識し＞たり、子どもの誕生によって＜親としての意識が芽生え＞、＜喜びと同時に父親としての責任を自覚＞したりするなど、父親の役割を遂行するために必要な父親としての自覚を表していた。

3. 帰結

表3 「父親の役割」の帰結

カテゴリー	内容	文献
子どもの成長発達の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・父子の関わりが子どもの社会化を促進する ・子どもの社会的発達に影響を与える ・子どもの運動面の発達に影響を与える 	(鍋島ら, 2015) (加藤ら, 2002) (William., 2004)
妻のウェルビーイング	<ul style="list-style-type: none"> ・妻の抑うつ傾向を予防する ・妻の心理的健康度を高める ・育児ストレスを軽減する 	(小林, 2008) (西出ら, 2011) (菅原, 2002)
父親自身のウェルビーイング	<ul style="list-style-type: none"> ・父親自身の主観的幸福度が高まる 	(黒澤, 2009)
家族の機能と関係性の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・父親の育児家事行動が夫婦関係満足度に影響する ・男性の父親役割の質が夫婦関係の質を高める ・子どもとの直接的な相互作用によって良好な父子関係を築く ・父親が家族とよくかかわることで母子関係が良好になる ・父親が子育てに積極的かつ家族員がそれに納得している場合に家族の凝集性が向上する 	(福丸, 2000) (加藤, 2002) (内田, 2012) (宮崎ら, 2007)
父親としての発達	<ul style="list-style-type: none"> ・生活や役割の変化を経験して適応する ・子どもの世界を尊重できるようになり、育児を肯定的に捉えられるようになる ・父親としての発達の变化 ・家族の役割期待を認知し、マネジメントできるようになる 	(中村, 2011) (加藤, 2002) (岩田ら, 1998) (Jennifer et al., 2006)

「父親の役割」を遂行した結果として生じる帰結は【子どもの成長発達の促進】【妻のウェルビーイング】【父親自身のウェルビーイング】【家族の機能と関係性の向上】【父親としての発達】という5つのカテゴリーがみられた(表3)。父親が役割を果たすことで【父親としての発達】をしつつ、【子どもの成長発達の促進】や【妻のウェルビーイング】が得られるだけでなく【父親自身のウェルビーイング】も得られ、【家族の機能と関係性の向上】に寄与していた。

1) 【子どもの成長発達の促進】

このカテゴリーは、父親が役割を遂行することで子どもの<社会化を促進し>、<社会的発達に影響を与え>たり、<運動面の発達に影響を与える>という結果を表していた。

2) 【妻のウェルビーイング】

このカテゴリーは、父親が役割を遂行することで<妻の抑うつ傾向を予防>したり、<妻の心理的健康度を高め>たり、<育児ストレスの軽減>という妻のウェルビーイングが得られるという結果を表していた。

3) 【父親自身のウェルビーイング】

このカテゴリーは、父親が役割を遂行することで、<父親自身の主観的幸福度が高まる>という結果を表しており、心理的な父親自身のウェルビーイングが得られるという特徴を有していた。

4) 【家族の機能と関係性の向上】

このカテゴリーは、父親が役割を遂行することで家族機能が向上したり、それぞれの関係性が向上するという結果を示していた。夫婦の関係性においては<父親の育児家事行動が夫婦関係満足度に影響し>たり、<父親役割の質が夫婦関係の質を高める>ことが示された。父子関係においては<子どもとの直接的な相互作用によって良好な父子関係を築く>という結果を示していた。また間接的な結果として<父親が家族とよくかかわることで母子関係が良好になる>ということも示された。更に、それぞれの関係性だけでなく<父親が子育てに積極的かつ家族員がそれに納得している場合に家族の凝集性が向上する>という家族機能の向上につながるという結果も示された。

5) 【父親としての発達】

このカテゴリーは、父親が<生活や役割の変化を経験して適応し>ていくことで<子どもの世界を尊重できるようになり、育児を肯定的に捉えられるようになる>などの<父親としての発達の变化>を経験し、<家族の役割期待を認知し、マネジメントできるようになる>という、父親としての発達という結果を示していた。

4. 定義

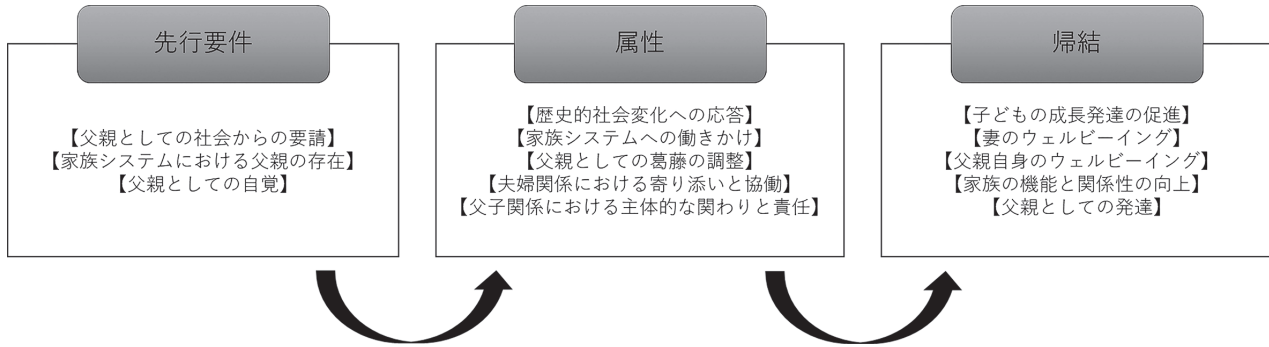


図1 「父親の役割」の概念図

概念分析の結果（図1）を受け、本研究では父親の役割を《家族システム内に存在する夫婦関係や父子関係に対し、社会の要請にも応答しつつ、父親として葛藤しながらも責任を持って主体的に関わり続ける》と定義づけた。その役割を遂行することによって得られる帰結は《父親として発達し、子どもの発達の促進だけでなく、妻や父親自身の健康や幸福が得られ、家族全体の関係性や機能が向上する》であった。

5. モデルケース

本概念の理解を深めるために著者の父親支援における実践例から事例を示す。

Aさん30代男性。今までは仕事メインの生活をしてきたが、子どもが生まれたのを機に、イクメンブームの波に乗り父親としての役割をよく考えるようになった。今まで通り仕事に励みつつも、積極的に家事育児に参加することが重要だと考え、祖父母も含めて調整を行った。

Aさんは子育てにおける責任を妻と共有したいと思い、積極的にコミュニケーションを取りながら、子育てをどうしていきたいかを話し合った。その際に、これからの子育ての不安や日々の育児における疲れなどが妻から語られたときは、それを受け止め、気持ちに寄り添った。

その後もAさんは仕事と家庭での役割を上手くこなそうとするが、家庭での役割と仕事での役割を並行して行うことで、次第に疲れてきてうまくいけなくなった。その際、育児は重要であると思いつつも、やはり仕事でも成果を出さなければいけないという葛藤がAさんを襲っていた。Aさんはこの葛藤に向き合い、どうすれば上手く仕事と家庭を両立できるのかを考え、日々の仕事や家庭での役割を見直し、調整するようになった。

子どもが生まれて間もなくはどうかかわって

いかわからなかったが、それでも子どもと触れ合える時間を確保し、積極的に育児に取り組んでいた。子どもが少しずつ大きくなるにつれて、Aさんはいろんな場所へ子どもを連れて行き、いろんな景色やモノを見せたり、自然に触れ合わせたりして、子どもの感受性を伸ばそうとした。

IV. 考察

1. 「父親の役割」の概念の変遷と特徴

本研究の目的である「父親の役割」という概念が現代ではどのように用いられているのかを明らかにするために、新たな父親の役割を考える契機となった男女共同参画審議会が設置された1997年以前の父親役割について述べられている文献と比較しながらその変化と特徴について考察する。かつて日本では父親たちによって育児がなされていた（汐見，2003）。江戸時代の下級武士の日記や尋常小学校の修身の教科書からも父親が育児をしている姿が読み取れる（太田，2017；中里，1994）。その後、戦争や高度経済成長などで父親不在の家庭が多くなり、「男性は社会で仕事をする、女性は家の仕事をする」という性別役割分業意識が強くなった（景光，2015）。父親の不在が当たり前になる中で、日本は「母性社会」（河合，1976）になり、子育ては主に母親が担うものとされ、男は仕事という性別分業的役割が父親の性的固有役割となった（猪野，1994）。これは本研究においても【家族システムへの働きかけ】に＜家族が生活するための収入を得る＞という内容で、父親の役割の属性に見られていると考えられる。しかしながら、Joivet（1997）の日本の子育て期における母親の危機に関する報告の中で、高度経済成長期の終わりと同時に新しい男性像が議論され始め、家庭での男性の役割の在り方について考

え始められているとあるように、男は仕事という性別分業的役割は、1990年代後半に男性の雇用の不安定化などの社会的変化と共に標準ではなくなった(釜野, 2013)。また、現代日本は共働きの時代に突入し、約67%の世帯が共働き世帯であり(労働政策研究・研修機構, 2019)、多くの母親が就労している。母親たちが仕事という役割を担うようになってきている社会において、稼ぐだけの父親は正当性を失っており、父親たちの性別役割分業意識と担っている役割が多様化してきている(小笠原, 2009)。今回の概念分析で抽出された属性それぞれは、その多様化している父親の役割を示していると考えられる。社会の変化と密接にあった父親は【歴史的社会変化への応答】という役割を担うようになっており、かつての役割であった稼ぎ手の役割と求められる家庭での役割という<二分構造で葛藤しながらそれを調整する>という内容は、多様化してきている父親の役割への葛藤であるとも考えられる。

本研究では【家族システムへの働きかけ】【夫婦関係における寄り添いと協働】【父子関係における主体的な関わりと責任】という家族内の関係性における父親の役割が属性として導き出されている。特に夫婦関係、父子関係はそれぞれに父親としてどのようにかわるべきかの内容からカテゴリーが導き出されている。これらは特に現代で求められている父親の役割であることが上記からもわかる。また、このように家庭での役割が求められるようになり、父親として仕事だけでなく、多くの役割を担うようになってきているため(Katarina et al., 2014)、<家庭役割と仕事役割の二分構造で葛藤しながらそれを調整する>や<性別役割分業の揺らぎと父親像の揺らぎに葛藤する>というような、父親としての葛藤と調整という役割があるというのも現代の父親の役割の概念的特徴であった。

本研究では海外と日本の文献を使用し、概念分析を行った。海外と日本の文献において、分析の結果出てきた内容を比較すると、その違いに特徴があった。海外文献では「父親の役割」における特徴を示す属性に関するものが検討されており、日本の文献では「父親の役割」を遂行することによる帰結の説明部分で使われている傾向にあった。例えば、日本の文献では父親が子どもに関わることによって社会性の発達を促される(鍋島, 2015)ことがわかっている。逆に、海外文献では、子どもの社会性を発達させるために、父親は愛情の供給と自己肯定感の育成に携わる(Jean,

2006)などのように、父親が果たす役割の中身について検討されているという違いが見受けられた。我が国において、父親として家庭での役割が求められている現代においては、今後わが国でも父親の担う役割の特徴についての研究がより必要である。

2. 概念の活用について

役割とは「地位に結びついた、期待される行動様式のこと」と定義されている(森岡ら, 1997)。森岡ら(1997)の役割モデルによると、役割を遂行するためには、期待されている行動様式を知る必要があるが、これに<存在者としての父親に関する役割の歴史的变化を認識>しながら<求められる父親の役割に回答する>という部分があてはまる。父親の役割が多様化してきている現代では、自分の役割認知と合わせて社会規範や妻や子どもが父親にどのような役割を期待するかという役割期待を知ることが重要になってきていると考えられる。この役割モデル(森岡ら, 1997)にあてはめながら父親役割について考える際に、本研究結果は重要な資料となり得る。つまり、父親の役割を考えるための支援や父親自身が父親の役割を検討し、結晶化していく段階での反省において活用できる。それにより、早期に父親役割を獲得する支援につなげることが出来ると考えられる。

最近では、父親役割獲得を促すためのシステムティックな父親同士の交流の場の提供や、父親になる夫に対する教育・立ち会い出産の導入が有用である(磯山, 2015)ことなどが示唆されており、両親学級などにおいて父親役割を取得するプロセスに注目した、父親への支援の方略が検討されている(木越ら, 2006)。その代表的なものが、現在新たなイクメンプロジェクトの事業の1つとしてスタートしている「イクメン2020(フレフレ)キャンペーン」(厚生労働省, 2019)である。このキャンペーン内容の一つに「両親学級×男性育休」がある。この両親学級では父親の役割、心構え、育児知識などの内容を含む講座が行われている(厚生労働省, 2019)。今後もこのキャンペーンのような、父親の役割について取り上げた両親学級や父親学級が検討されると考えられるが、そういった父親の役割とは何かを検討する機会の中で、本研究結果の「父親の役割」という概念を活用することは有用であると考えられる。

V. 本研究の限界と課題

本研究は、Rodgers et al. (2000) の30文献または全文献の20%をランダムサンプリングする方法を参考に、後者を採用して45文献を対象としているため、網羅的に文献を精読できていない。したがって、今後今回取り上げていない文献に関しても精読し、今回の結果と比較検討していく必要がある。

また、本研究では病気や障害を持つ子どもの父親や父子家庭に関する文献は対象外にしているため、明らかになった父親の役割の定義の使用には限界がある。医療的ケア児への支援や多様化してきている社会を考えると、これらの父親がどのように役割を担っているのかも明らかにする必要があり、いろいろな視点から父親の役割とは何かを今後検討していくことが課題である。

VI. 結語

本研究の概念分析により、「父親の役割」は《家族システム内に存在する夫婦関係や父子関係に対し、社会の要請にも応答しつつ、父親として葛藤しながらも責任を持って主体的に関わり続ける》と定義づけられた。この定義は父親の役割を考えるための支援や父親自身が父親役割を検討し、結晶化していく段階での反省において活用できる概念であり、早期に父親の役割を獲得する支援に活用出来ると考えられた。

引用参考文献

- デッカー清美, 丸山昭子 (2015) : 父親認識に関する文献研究. 日本農村医学会雑誌, 64(4), 718-724.
- 福丸由佳 (2000) : 共働き世帯の夫婦における多重役割と抑うつ度との関連. 家族心理学研究, 14(2), 151-162.
- 船橋恵子 (1998) : 育児休業制度のジェンダー効果—北欧諸国における男性の役割変化を中心に—. 家族社会学研究, 10(2), 55-70.
- Gisela, K., Margareta, E. (2010) : The Development of Relational Competence Among Young High-Risk Fathers Across the Transition to Parenthood. *Health Care for Women International*, 31, 621-635.
- Higham, S., Davies, R. (2012) : Protecting, providing, and participating: fathers' roles during their child's unplanned hospital stay, an ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1390-1399.
- 平川真代 (2004) : 父親の育児参加と家族関係—父親自身の父子関係からの視点—. 家族社会学研究, 15(2), 52-64.
- Hiroko, I. (2003) : A Concept Analysis of the Role of Fatherhood: A Japanese Perspective. *Journal of*

- Transcultural Nursing*, 14(4), 297-304.
- Hollander, D. (1997) : Teenage fathers may play larger role in child care than is often thought. *Family Planning Perspectives*, 28(2), 85-87.
- 猪野郁子 (1994) : 夫は妻の育児感情をどう認識しているのか. 日本家政学会誌, 45(11), 999-1004.
- 石井クンツ昌子 (1997) : 現代アメリカのジェンダーと家族研究—結婚, 家事労働, 母親と父親の役割についての考察—. *社会関係研究*, 3(1), 105-127.
- 磯山あけみ (2015) : 勤務助産師が行う父親役割獲得を促す支援とその関連要因. *日本助産学会誌*, 29(2), 230-239.
- 岩田裕子, 森恵美, 前原澄子 (1998) : 父親役割への適応における父親のストレスとその関連要因. *日本看護科学会誌*, 18(3), 21-36.
- James, G. L., Debra, R. W., Thabo, T. F. (2015) : Historical Role of the Father: Implications for Childbirth Education. *International Journal of Childbirth Education*, 30(1), 12-18.
- Jean, A. S., Kimberly, B., Rachel, F. S., et al. (2006) : The Meaning of "Good Fatherhood" Low-Income Fathers' Social Constructions of Their Roles. *Parenting: Science and Practice*, 6(2), 145-165.
- Jennifer, M., Jill, C., Anna, W. (2014) : Keeping the family together and bonding: a father's role in a perinatal mental health unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(4), 340-354.
- Jolivet, M. (1997) : *Japan, the Childless Society? The Crisis of Motherhood*. Routledge, London.
- 景光正明 (2015) : 家族と社会の未来を創る育児性を身につける指導の工夫. 沖縄県立総合教育センター 研究収録, 58, 1-11.
- 釜野さおり (2013) : 1990年代以降の結婚・家族・ジェンダーに関する女性の意識の変遷—何が変わって何が変わらないのか—. *人口問題研究*, 69(1), 3-41.
- 加藤邦子, 石井クンツ昌子, 牧野カツコ 他 (2002) : 父親の育児かかわり及び母親の育児不安が3歳児の社会性に及ぼす影響: 社会的背景の異なる2つのコホート比較から. *発達心理学研究*, 13(1), 30-41.
- 加藤邦子 (2009) : 育児期の父親が子どもとの関係性を高める要因—フォーカス・グループ・インタビューの質的分析—. *Proceedings*, 8, 23-35.
- 勝見吉彰 (2014) : ステップファミリーにおける親子関係に関する研究—子どもの視点からの検討—. *人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌*, 14(1), 129-136.
- Katrina, M., Orla, M. (2014) : Father Identity, Involvement and Work-Family Balance: An In-depth Interview Study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24(5), 1-15.
- 河合隼雄 (1976) : *母性社会日本の病理*. 中央公論社, 東京.
- 川井尚, 安藤朗子, 武島春乃 他 (2008) : 父親の役割に関する基礎的研究—母親の役割とも比較して—. *日本子ども家庭総合研究所紀要*, 42, 177-190.
- 木越郁恵, 泊裕子 (2006) : 周産期における夫の父親役割獲得プロセス. *家族看護学研究*, 12(1), 32-38.
- 小林佐知子 (2008) : 乳幼児をもつ母親のソーシャル・サポートと抑うつ状態との関連. *小児保健研究*, 67(1), 96-101.
- 厚生労働省 (2016) : *父親の仕事と育児両立読本*. 厚生労働省, 東京.

- 厚生労働省 (2012) : 父親のためのワーク・ライフ・バランス ハンドブック
- 厚生労働省 (2017) : 日本の一日, 2019. 6.12, <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16-3/dl/02.pdf>.
- 厚生労働省 (2019) : 平成30年人口動態調査 年間推計, 2019. 8.20, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei16/index.html>.
- 厚生労働省 (2019) : 平成30年国民生活基礎調査, 2019. 8.20, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>.
- 黒澤泰 (2009) : 父親役割意識と父親の育児行動の一致・不一致が精神的健康に与える影響. 応用心理学研究, 34(1), 48-49.
- 桑名行雄, 桑名佳代子 (2006) : 1歳6か月児をもつ父親の育児ストレス—親役割認知および性別役割態度との関連—. ころの健康, 21(1), 42-54.
- 前徳明子 (2003) : 育児における絵本の意識と父親の役割—母親との比較を通して—. 小池学園研究紀要, 2, 41-52.
- Michael E. L., et al. (2010) : The Role of The Father in Child Development 5th. Wiley, New Jersey.
- 宮崎正明, 富永ちはる (2007) : 父親の子育て態度と家族システムに関する研究 : FACESIⅢでみる現代家族の特徴. 長崎大学教育学部紀要, 71, 23-38.
- 森岡清美, 望月嵩 (1997) : 新しい家族社会学—四訂版—. 培風館, 東京.
- 森下葉子 (2012) : 仕事と家庭間で生じる役割間葛藤と父親の発達との関連—共働き家庭の父親の場合—. 文京学院大学人間学部研究紀要, 13, 155-165.
- 森田亜希子, 森恵美, 石井邦子 (2010) : 親となる男性が産後の父親役割行動を考える契機となった妻の妊娠期における体験. 母性衛生, 51(2), 425-432.
- 内閣府男女共同参画局 (2019) : 男女共同参画白書 令和元年版. 内閣府男女共同参画局, 東京.
- 鍋島和貴, 山口求, 武内龍伸 (2015) : 父親の育児参加と幼児期子どもの社会性の発達に関する研究. 藍野学院紀要, 28, 41-53.
- 中村真弓 (2011) : 育児と女性のライフコース. 尚綱学園研究紀要 人文・社会科学編, 5, 1-19.
- 中富利香, 高田哲 (2011) : 極低出生体重児を出生した家族における父親の役割形成とその関連要因. 小児保健研究, 70(2), 238-244.
- 中里英樹 (1994) : 国定修身書における二つの家族像. 京都社会学年報, 1, 13-29.
- Ngu, L., Florsheim, P. (2011) : The Development of Relational Competence Among Young High-Risk Fathers Across the Transition to Parenthood. Family Process, 50, 184-202.
- Nigel, S., Valerie, H. (2011) : Engaging and supporting fathers to promote breast feeding : a new role for Health Visitors? Caring Science, 25, 467-475.
- 西出弘美, 江守陽子 (2011) : 育児期の母親における心の健康度 Well-being に関する検討. 小児保健研究, 70(1), 20-26.
- おおたとしまさ (2016) : 父親たちの葛藤. PHP 出版, 東京.
- 太田泰子 (2017) : 江戸の親子—父親が子どもを育てた時代—. 吉川弘文館, 東京.
- 大浦梨々子, 松田かおり, 眞鍋えみ子 (2007) : 初妊婦を持つ男性の親としての変化と家事育児行動との関連. 京都母性衛生学会誌, 15, 35-40.
- 小笠原 祐子 (2009) : 性別役割分業意識の多元性と父親による仕事と育児の調整. 家計経済研究, 81, 34-42.
- 岡田みゆき (2009) : 男女共同参画社会における父親の家庭役割. 日本家庭科教育学会誌, 52(1), 18-34.
- Rodgers B. L., Knafk K. A. (2000) : Concept Development in nursing (2 ed). Saunders, Philadelphia.
- 佐々木裕子 (2009) : はじめて親となる男性の父親役割適応に影響する要因. 母性衛生, 50(2), 413-421.
- 澤紙千晶, 小西清美, 長嶺絵里子 他 (2014) : 乳幼児を持つ父親の家事・育児への意識と役割行動. 沖縄の小児保健, 41, 45-48.
- 菅原ますみ, 八木下暁子, 託摩紀子 他 (2002) : 夫婦関係と児童期の子どもへの抑うつ傾向との関連. 教育心理学研究, 50(2), 129-140.
- Suzie, S., Dale, S., Karen, M. (2015) : Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood?. British Journal of Midwifery, 23(5), 336-342.
- 汐見稔幸 (2003) : おーい父親 Part 1 —子育て篇—. 大月書店, 東京.
- 多賀太 (2005) : 性別役割分業が否定される中での父親役割. フォーラム現代社会学, 4, 48-56.
- 多賀太 (2011) : 揺らぐ労働規範と家族規範—サラリーマンの過去と現在. ミネルヴァ書房, 東京.
- 田辺昌吾 (2005) : 乳幼児の父親がもつ「父親になった」実感とその関連要因. 生活化学研究誌, 4, 1-12.
- 寺岡聖豪 (2005) : 父親研究の動向. 教育実践研究, 6, 53-60.
- 内田利広, 高橋はづき (2012) : 家庭における父親役割が子どもの母子密着及び心理的自立に与える影響. 京都教育大学紀要, 121, 141-157.
- 上村智子, 本田多美枝 (2006) : 概念分析の手法についての検討—概念分析の主な手法とその背景—. 日本赤十字看護学会誌, 6(1), 94-102.
- 白井雅美, 渡辺節子 (2001) : 父性性に関する研究—既婚男性の性別役割観の特徴と父性性に影響を及ぼす父子関係との関連について—. 母性衛生, 42(2), 360-367.
- William, L., Coleman, Craig, G. (2004) : Fathers and Pediatricians: Enhancing Men's Roles in the Care and Development of Their Children. PEDIATRICS, 113(5), 1406-1411.

研究報告

多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の 認識と予防のための実践

ICU nurses' Perceptions of Risk Factors for Infection with Multidrug-resistant Organisms and Related Prevention Practices

瓜田裕子¹⁾・佐藤淑子²⁾・田中京子²⁾・堀井理司³⁾

Yuko Urita, Yoshiko Sato, Kyoko Tanaka, Satoshi Horii

キーワード：多剤耐性菌，感染のリスク要因，看護師の認識，感染予防策

Keywords: multidrug-resistant organisms, risk factors for infection, nurses' perceptions, infection prevention practices

Abstract

Semi-structured interviews were conducted with 10 ICU nurses to clarify their perceptions of risk factors for infection with multidrug-resistant organisms and related prevention practices.

As for the perceptions, the following categories were generated: "patients in certain conditions have a high risk of colonization or infection," "basic infection control practices should be routinely followed," "infection control practices in some circumstances are not adequately followed" and others. As for the practices, the following categories were generated: "basic and routine infection control practices," "precautions by predicting a high risk of colonization and infection," "following through with cross infection prevention after a multidrug-resistant organism is detected," "nursing practices toward appropriate antimicrobial use" and others.

The results suggest it is essential to increase awareness of risk factors among nurses, to train nurses to follow basic and routine practices and take precautions based on risk assessment, and to educate nurses about best practices for appropriate antimicrobial use.

抄 録

多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の認識と予防のための実践を明らかにすることを目的に、ICU看護師10人に半構成的面接を実施した。

認識として、【特定の状態や状況下にある患者は多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高い】【普段から基本的な感染対策を行うことが重要】【感染対策を十分に実施することが困難な状況がある】等の9カテゴリーが抽出された。また、予防のための実践として、【普段の基本的な感染対策の実施】【患者の多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高いことを予測した介入】【患者から多剤耐性菌が検出された時の交差感染予防の徹底】【抗菌薬適正使用への関わり】等の6カテゴリーが抽出された。

看護師への教育として、リスク要因に対する認識を高め、普段の基本的な感染対策とリスク評価に基づいた早期対応をできるようにするとともに、抗菌薬適正使用における看護師の役割を示す必要性が示唆された。

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

1) りんくう総合医療センター

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

3) 京都看護大学

I. 緒言

今日、感染症治療薬に抵抗性を示す多剤耐性菌が問題となっている。Centers for Disease Control and Prevention（以下CDC）が“Nightmare Bacteria”と表現した多剤耐性菌であるカルバペネム耐性腸内細菌科細菌は、米国では治療困難な感染症の原因と認識されており、その死亡率は40-50%に及んでいる（CDC, 2013）。多剤耐性菌による感染症では、薬剤感受性菌による感染症に比べて患者の死亡率や医療費が高いと報告されており（Lee et al. 2007）、医療機関においては多剤耐性菌の発生や拡大の予防が重要な課題といえる。

薬剤耐性が生じるメカニズムには、抗菌薬の使用によるものや他菌株・他菌種に耐性遺伝子が伝達されるものがあり、多剤耐性菌の制御には、抗菌薬の適正使用と接触による水平伝播を防止することが重要である（環境感染学会, 2015）。

耐性株の伝播や存続を決定する要因には感染患者の増加があり、医療従事者の予防策への取り組みとその遵守、患者が重症疾患を持つこと等により感染しやすい状態にあることも関連している（CDC, 2006）。

このように様々な多剤耐性菌感染のリスク要因が存在する中で、予防のためにはこれらに働きかけることが必要であり、日常的に患者のケアに関わる看護師は、患者の脆弱性を考慮し、多剤耐性菌の発生や定着を最小限に留め、伝播経路の遮断に努める必要がある。Koltes（2009）はMRSA（Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*）に関する調査で、医療従事者の認識は普段の予防実践に影響することを報告しており、看護師が多剤耐性菌感染を予防するためには、実践内容に直結すると考えられるリスク要因への認識を高めることが重要である。

多剤耐性菌対策に関する看護師の認識について、Seibertら（2014）は92.9%の看護師が手指衛生や個人用防護具の着用によってMRSA伝播のリスクを減らすことができると認識していることを報告している。本邦では前田ら（2013）の感染管理担当看護師へのインタビュー調査により、耐性菌感染症に対するアセスメント能力が乏しく、標準予防策や抗菌薬に対する理解が不足している看護師がいることが報告されている。これらの報告から、手指衛生や個人防護具の着用が多剤耐性菌の伝播に影響すると認識している看護師がいる一方で、耐性菌や感染対策への理解が乏しく適切な実践につながっていない可能性があることが明らか

にされているが、スタッフ看護師を対象として、多剤耐性菌感染のリスク要因に広く着目し、看護師がリスク要因をどのように認識し、予防のためにどのような実践を行っているかについては明らかにされていない。

そこで本研究では、多剤耐性菌感染のリスク要因が多く存在し、感染率が高いとされる集中治療室（CDC, 2006）に焦点を絞り、多剤耐性菌感染のリスク要因に関する集中治療室（Intensive Care Unit, 以下ICU）看護師の認識と予防のための実践の実態について明らかにすることで、看護師に対する教育への示唆が得られると考えた。

II. 研究目的

多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の認識と予防のための実践について明らかにする。

III. 用語の定義

1. 多剤耐性菌

厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業において報告の対象となっているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌、バンコマイシン耐性腸球菌、ペニシリン耐性肺炎球菌、多剤耐性緑膿菌、多剤耐性アシネトバクター、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（厚生労働省医政局地域医療計画課, 2015）等。

2. 多剤耐性菌感染のリスク要因

患者の多剤耐性菌の保菌および感染症発症の原因となり得る行為や状況。

3. 多剤耐性菌感染のリスク要因に関する認識

多剤耐性菌感染のリスク要因について看護師が理解している内容やそれに対する考えであり、実践の内容に影響するもの。

4. 多剤耐性菌感染の予防のための実践

認識に基づいて看護師が多剤耐性菌感染の予防のために実践していること。

IV. 研究方法

1. 研究協力者

近畿圏内の感染防止対策加算1を取得している300床以上の第三次救急施設のうち、研究への協

力が得られた3施設のICUに勤務し、臨床経験3年以上で当該ICUの勤務年数1年以上のスタッフ看護師の中で、多剤耐性菌が検出された患者のケア経験を有する看護師10人から協力を得た。

2. 調査期間

2016年10月1日から11月24日

3. 調査方法

インタビューガイドに基づく半構成的面接を実施した。インタビューの内容は、多剤耐性菌感染の予防のために行動していることや工夫していることとその理由、実践したほうがよいと考えていることとその理由、ならびに実践できない理由とした。また、情報収集用紙を用いて、看護師の基本属性と施設の概要、感染管理体制について情報収集を行った。

4. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成した。多剤耐性菌感染のリスク要因に関する認識と予防のための実践を含んでいると思われる内容を抽出し、意味や内容が一つのまとまりとなるように単位化し、それを一つのコードとした。コード化した内容の類似性や相違性を吟味してサブカテゴリーを生成した。類似性をもとにサブカテゴリーを集約し、カテゴリー化した。分析にあたっては、共同研究者間で協議し、コード、サブカテゴリー、カテゴリーの精練を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は2016年度大阪府立大学大学院看護学研究科倫理委員会の承認（承認番号28-22）を得て実施した。研究協力者には研究の目的・意義・方法と研究参加の中断・拒否の自由、プライバシーや匿名性の保護、データ管理方法の厳守について口頭と書面で十分に説明し、文書で同意を得た。

V. 結果

1. 研究協力施設と研究協力者の概要

研究協力施設のICUの病床数は6～12床であり、全施設がICUに個室を有していた。研究協力者10人の臨床経験年数は平均 7.4 ± 2.3 年であり、当該ICUでの経験年数は平均 4.8 ± 3.1 年であった。多剤耐性菌に関する院内研修に参加した経験のある者は7人いたが、院外研修への参加経験のある者は1人であった。染リンクナースの経験者

は6人であった。

2. 多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の認識

多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の認識として92コードが抽出され、表1に示したように25のサブカテゴリーから9カテゴリーが生成された。

以下、カテゴリー毎に認識を述べる。なお、【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、[]はコード、「斜体」は研究協力が語った言葉とし、言葉を補った箇所は（ ）で示した。

1) 【医療環境には感染源や感染の媒介となり得る様々な人・物・状況が存在する】

ICU看護師は、患者は多剤耐性菌を保菌している可能性があること、患者周りの環境は菌で汚染されていることを認識していた。また、多剤耐性菌が検出された患者がいるだけで周りへの伝播のリスクが高まり、さらに分泌物を飛散する状況にある患者は多剤耐性菌を拡散させるリスクが高くなると認識していた。多剤耐性菌の媒介の可能性については、医療従事者が媒介する可能性があること、面会者や患者に使用する物品も媒介し得ることを認識していた。さらに、スタッフの感染対策の経験やケアの内容も多剤耐性菌の伝播に影響すると考えていた。

例えば〈医療従事者が感染の媒介となる可能性がある〉ことについて、ある看護師は「患者の免疫力低下も多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスク要因であるが、それよりも医療従事者の接触による菌の伝播が最も大きな要因である」というように、医療従事者が感染の媒介となる可能性をより強く認識していた。また、〈患者周りの環境は菌で汚染されている〉ことについて、ある看護師は「アウトブレイクの経験をきっかけに分泌物の少しの飛散でも環境が汚染されていると感じるようになった」と認識していた。

2) 【特定の状態や状況下にある患者は多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高い】

ICU看護師は、患者の全身状態や入院期間・治療背景によって、多剤耐性菌を既に保菌している可能性が高いと認識していた。また、一般的にICUに入る患者は多剤耐性菌を保菌または感染症を発症するリスクが高いと認識し、その中でも抵抗力が低下している患者や侵襲的処置が行われている患者は、多剤耐性菌を保菌または感染症を発

表1 多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー
医療環境には感染源や感染の媒介となり得る様々な人・物・状況が存在する	患者は多剤耐性菌を保菌している可能性がある
	患者周りの環境は菌で汚染されている
	多剤耐性菌が検出された患者の存在自体が周りへの伝播のリスクを高める
	分泌物を飛散する状況にある患者は多剤耐性菌を周りに拡散するリスクが高い
	医療従事者が感染の媒介となる可能性がある
	面会者も感染の媒介となる可能性がある
	物品を介した菌の伝播が起こり得る
	感染対策の経験不足や患者に密着するケアの多さが多剤耐性菌の伝播のリスクを高める
特定の状態や状況下にある患者は多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高い	全身状態や入院期間・治療背景によって患者は多剤耐性菌を既に保菌している可能性が高い
	ICU患者は多剤耐性菌を保菌または感染症を発症するリスクが高い
抗菌薬の使い方が多剤耐性菌の発生に影響し得る	抗菌薬の選択と投与期間が多剤耐性菌の発生に影響する可能性がある
普段から基本的な感染対策を行うことが重要	患者の状況に関わらず手指衛生やPPEの装着等の基本的な感染対策を行うことが大事である
	環境を介した菌の伝播を防ぐために環境整備は大事である
患者に関わるすべての人が感染対策を行うことが必要	感染対策を確実にを行うためにはスタッフ間の情報共有が重要である
	看護師だけでなく他職種も感染対策を行う必要がある
	面会者にも感染対策を行ってもらう必要がある
多剤耐性菌についての知識を持った上で感染対策を行うことが重要	感染対策を適切に行うために看護師は多剤耐性菌の種類や感染対策、その脅威についての知識を持っておくことが望ましい
患者の病態や治療内容によって接触予防策に準じた対策が必要	多剤耐性菌を保菌している可能性が高い患者や易感染患者との接触時にはPPEを追加する必要がある
看護師も抗菌薬適正使用に関わることが必要	可能なら看護師も抗菌薬適正使用に関わったほうがよい
	抗菌薬についてある程度の知識を持った上で医師からの指示受けや抗菌薬投与を行う必要がある
	細菌検査の結果から抗菌薬治療を適正化する過程に看護師が主体的に関わるべきである
感染対策を十分に実施することが困難な状況がある	緊急時は感染対策が不十分になる場合がある
	夜勤帯は感染予防を考えた看護師の配置がうまくいかない
	多剤耐性菌が検出されていても患者の状態によっては個室隔離するかどうかの判断が難しい

症するリスクが高いと認識していた。

例えば〈全身状態や入院期間・治療背景によっては患者は多剤耐性菌を既に保菌している可能性が高い〉ことについて、[ICU入室期間が長い患者は多剤耐性菌が検出されることがある]、[抗菌薬を複数投与されている患者は多剤耐性菌が検出される可能性がある]等の認識がみられた。

3)【抗菌薬の使い方が多剤耐性菌の発生に影響し得る】

ICU看護師は「広域抗菌薬から狭域抗菌薬への変更等、抗菌薬を適切に使用することは多剤耐性菌発生の予防のために重要である」というように、抗菌薬の選択や投与期間が多剤耐性菌の発生に影響する可能性があることを認識していた。

4)【普段から基本的な感染対策を行うことが重要】

ICU看護師は、多剤耐性菌の伝播を防ぐためには、手指衛生や個人防護具（personal protective equipment：PPE）の装着、環境整備等の基本的

な対策が重要であると認識していた。

例えば〈患者の状況に関わらず手指衛生やPPEの装着等の基本的な感染対策を行うことが大事である〉ことについて、ある看護師は「患者の免疫状態や菌の検出状況に関わらず、手指衛生や処置時の手袋・エプロンの装着を行うことが基本である」というように、普段から基本的な感染対策を行うことの重要性を認識していた。また、〈環境を介した菌の伝播を防ぐために環境整備は大事である〉ことについて、ある看護師は「多剤耐性菌の予防においては特に看護師が触るところを清掃することが大事である」と認識していた。

5)【患者に関わるすべての人が感染対策を行うことが必要】

ICU看護師は、感染対策を確実にを行うためにはスタッフ間で情報を共有することや、他職種や面会者にも感染対策を行ってもらう必要があることを認識していた。

例えば〈感染対策を確実にを行うためにはスタッ

フ間の情報共有が重要である〉ことについて、ある看護師は「検出菌や必要な感染対策についてはスタッフ全員が知っていないといけない」と認識していた。

6) 【多剤耐性菌の知識を持った上で感染対策を行うことが重要】

ICU看護師は、〈感染対策を適切に行うために看護師は多剤耐性菌の種類や感染対策、その脅威についての知識を持っておくことが望ましい〉と認識していた。

ある看護師は「(患者が多剤耐性菌に感染した場合) どんなことが起きるのかとか、これだけ怖いんだよっていうことを知ってもらった方が行動につながるのかなとは思いますがね」と語り、多剤耐性菌の脅威を知ることが感染対策の実施につながることを認識していた。

7) 【患者の病態や治療内容によって接触予防策に準じた対策が必要】

ICU看護師は、多剤耐性菌を保菌している可能性が高い患者や易感染患者との接触時にはPPEを追加したほうがよいと認識していた。

ある看護師は「循環動態が不安定な患者や自己免疫疾患を持つ患者、人工呼吸器管理が長くなりそうな患者との接触時には多剤耐性菌を伝播する可能性が高いため、手袋とマスクに加えてガウンを着たほうが安全である」というように、多剤耐性菌感染のリスクが高い患者に対してPPEを追加したほうがよいと認識していた。

8) 【看護師も抗菌薬適正使用に関わる必要がある】

ICU看護師は、看護師も抗菌薬適正使用に関わったほうがよいと認識していた。また、抗菌薬の知識に基づき、医師からの指示受けと投与を行うことや、細菌検査の結果から抗菌薬治療を適正化する過程に看護師が主体的に関わる必要があると認識していた。

例えば〈可能なら看護師も抗菌薬適正使用に関わったほうがよい〉ことについて、ある看護師は「(抗菌薬適正使用に) 関われるなら、関わったほうがいいんやろうとは思いますが。(中略) 先生もいてはるし、薬剤師さんともやりとりしてはったりするんで、入るとしてもどうやって入るんかなっていうところはあります」と語り、抗菌薬適正使用の主体となっているのは医師・薬剤師であり、看護師の具体的な介入方法は分からないが、看護師も知識を持って抗菌薬適正使用に関わ

るほうがよいと考えていた。また、〈細菌検査の結果から抗菌薬治療を適正化する過程に看護師が主体的に関わるべきである〉ことについて、ある看護師は「感受性がある狭域抗菌薬にできるだけ早く切り替えるため、培養結果を直ちに医師に報告することが望ましい」というように、看護師もできることをして抗菌薬適正使用に関わるべきだと考えていた。

9) 【感染対策を十分に実施することが困難な状況がある】

ICU看護師は、緊急時には感染対策が不十分になる場合があると認識していた。また、夜勤帯には看護師の配置がうまくいかないことや多剤耐性菌が検出された患者を個室に収容できない場合があることも、感染対策が十分に実施されない状況として認識されていた。

例えば〈多剤耐性菌が検出されていても患者の状態によっては個室隔離するかどうかの判断が難しい〉ことについて、「状態が良くない患者や目を離せない患者は多剤耐性菌が検出されていてもオープンフロアで管理せざるを得ないためその判断が難しい」と認識していた。

3. 多剤耐性菌感染の予防のためのICU看護師の実践

多剤耐性菌感染の予防のためのICU看護師の実践として182コードが抽出され、表2に示したように25のサブカテゴリーから6カテゴリーが生成された。

以下、カテゴリー毎に予防のための実践を述べる。

1) 【普段の基本的な感染対策の実施】

ICU看護師は、患者の状況に関わらず手指衛生やPPEの装着を行い、ルールを決めて環境整備を実施していた。

例えば〈ルールを決めて日々の環境整備を行う〉ことでは、「チェックリストの使用等、環境整備が確実に行われる方法を部署内で話し合っ決めて」という対策がとられていた。

2) 【患者の多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高いことを予測した介入】

ICU看護師は、易感染患者や長期入室またはそれが予測される患者は他の患者と距離を保ち、患者の全身状態や入院期間・治療内容によっては、標準予防策を徹底したりPPEを追加したりしていた。さらに、ケアや感染対策実施前に細菌検査

表2 多剤耐性菌感染の予防のためのICU看護師の実践

カテゴリー	サブカテゴリー
普段の基本的な感染対策の実施	患者の状況に関わらず手指衛生や必要なPPEの装着を行う
	ルールを決めて日々の環境整備を行う
患者の多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高いことを予測した介入	易感染患者または長期入室患者や長期入室が予測される患者は他の患者と距離を保っておく
	患者の全身状態や入院期間・治療背景によって標準予防策の徹底や患者接触時のPPEの追加を行う
	患者ケアや感染対策を実施する前に細菌検査の結果を確認しておく
	感染徴候が見られた場合は医師に培養検査を提案する
患者から多剤耐性菌が検出された時の交差感染予防の徹底	多剤耐性菌が検出された患者に対して手指衛生やPPEの着脱を徹底する
	多剤耐性が検出された患者と易感染患者の受け持ち看護師の配置を工夫する
	多剤耐性菌が検出された患者への接触を必要最小限にする
	多剤耐性菌が検出された患者の処置は最後に実施する
	多剤耐性菌が検出された患者と他の患者の物品の不適切な共用を避ける
	多剤耐性菌が検出された患者のリネンをそのまま部屋の外に持ち出さないようにする
	多剤耐性菌が検出された患者に対し環境整備を強化する
	多剤耐性菌が検出された患者は状態を考慮して出来る限り個室に収容する
	多剤耐性菌が検出された患者をオープンフロアで管理せざるを得ない場合には、仕切りやスペースを使って周りの患者との距離を保つ
	清掃スタッフに多剤耐性菌が検出された患者の部屋の清掃上の注意点を伝える
感染対策に関する不明確さの解消	検出菌や感染対策について分からないことを確認する
	管理者や専門家から感染対策についての助言を得る
患者に関わる人々への感染対策を向上させるための働きかけ	感染対策が徹底されるように看護師同士で声を掛け合う
	他職種に感染対策を促す
	患者情報と感染対策についてスタッフ間で共有する
	感染対策や抗菌薬治療時の確認事項について後輩看護師へ指導する
抗菌薬適正使用への関わり	面会者に感染対策に協力できるように働きかける
	医師への確認と報告を通して抗菌薬治療が適切に行われているかチェックする
	医師の指示を守り確実に抗菌薬を投与する

の結果を確認し、感染徴候がみられた場合は医師に培養検査を提案していた。

例えば〈患者の全身状態や入院期間・治療背景によって標準予防策の徹底や患者接触時のPPEの追加を行う〉ことでは、[長期入院患者や挿管患者に対して接触時にガウンを装着する]、[抗菌薬を複数投与されている患者に対して培養結果が出るまで接触時にPPEを追加する]等の対策がとられていた。

3) 【患者から多剤耐性菌が検出された時の交差感染予防の徹底】

ICU看護師は、多剤耐性菌が検出された患者に対し、手指衛生やPPEの装着を徹底し、看護師の配置を工夫したり、その患者との接触は必要最小限にし、できるだけ他の患者の後に処置が実施されるようにしていた。また、物品の共用を避け、使用後のリネンを病室からそのまま持ち出さないようにしていた。さらに、患者の状態や治療内容を考慮してできる限り個室に収容するか、個室に収容できない時には他の患者との距離を保ち、環境整備を強化したり、清掃スタッフに清掃上の注意点を伝えたりしていた。

例えば〈多剤耐性菌が検出された患者は状態を考慮して出来る限り個室に収容する〉ことでは、[痰から多剤耐性菌が検出され、それを飛散させる可能性が高い患者は優先的に個室に収容する]という対策がとられていた。

4) 【感染対策に関する不明確さの解消】

ICU看護師は、検出菌や感染対策について分からないことがある場合には自分で確認したり、管理者や専門家からの助言を得たりしていた。

例えば〈管理者や専門家から感染対策についての助言を得る〉ことでは、ICU看護師は[個室に収容する患者の優先順位に迷ったときは感染対策室に相談する]ようにしていた。

5) 【患者に関わる人々への感染対策を向上させるための働きかけ】

ICU看護師は、感染対策が徹底されるように声を掛け合い、他職種にも感染対策を促していた。また、患者情報や感染対策について他のスタッフと共有していた。後輩看護師に感染対策や抗菌薬治療時の確認事項について指導を行っている看護師や、面会者に対して感染対策への協力を得られ

るように働きかけている看護師もいた。

例えば〈他職種に感染対策を促す〉ことでは、ICU看護師は「必要な場面でPPEを装着していない医師がいたら注意する」ようにしていた。

6) 【抗菌薬適正使用への関わり】

ICU看護師は、医師とのやりとりを通して抗菌薬が適正に使用されているかチェックしていた。また、医師の指示を守り確実に抗菌薬を投与するようにしていた。

例えば〈医師への確認と報告を通して抗菌薬治療が適切に行われているかチェックする〉ことでは、ある看護師は「バイタルサインや炎症データから、抗菌薬が効いていても継続の必要性はないという感覚を持った時に医師に患者の状態を報告する」というように、医師に抗菌薬治療の効果と関連づけて患者の状態を報告していた。

VI. 考察

1. リスク要因に関する理解と予防策に対する考え

ICU看護師の認識から、多剤耐性菌感染のリスク要因に関する理解と予防策に対する考えが明らかになった。

ICU看護師は【医療環境には感染源や感染の媒介となり得る様々な人・物・状況が存在する】中で医療従事者が多剤耐性菌を媒介してしまうことを強く認識し、手指衛生やPPEの装着、環境整備等、【普段から基本的な感染対策を行うことが重要】であると考えていた。このような認識には、ICUでは患者1人あたりの処置回数が多く（国立病院機構大阪医療センター、2006）、患者同士が接触する機会が殆どないため、患者間での多剤耐性菌伝播は医療従事者が媒介している可能性が高いことが影響していると考えられる。また、アウトブレイクの経験をきっかけに環境が汚染される可能性を認識するようになった看護師がいたことから、アウトブレイクの経験は多剤耐性菌の拡がりを実感し、感染対策への意識を高める機会となり得ると考えられた。

ICU看護師は、ICUに長期入院する患者や抗菌薬が投与されている患者等の【特定の状態や状況下にある患者は多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高い】ことを理解し、自己免疫疾患を持つ患者や人工呼吸器管理の長期化が予測される患者に対してガウンを装着する等、【患者の病態や治療内容によって接触予防策に準じた対策が必要】と考えていた。ICUには全身状態の悪い患者

が入室することに加え、細菌検査の結果が確定する前から接触予防策に準じた対策をとらなければならない状況があることが窺えた。Falagasら（2006）は多剤耐性アシネトバクターと多剤耐性緑膿菌が分離された患者を対象とした研究で、人工呼吸器の使用、ICU滞在歴や滞在期間等をリスク要因としてあげている。また、New Hampshire Communicable Disease Epidemic Control Committee（2015）によれば、抗菌薬の使用や医療器具の挿入を含む侵襲的処置、免疫不全、65歳以上であることも多剤耐性菌感染のリスク要因とされる。本研究では、患者の年齢をリスク要因と認識しているという結果は得られなかったが、ICU看護師の認識はこれらの報告とほぼ一致していた。

ICU看護師は、抗菌薬の選択や投与期間等、【抗菌薬の使い方が多剤耐性菌の発生に影響し得る】ことを理解しており、実際に抗菌薬適正使用の主体となっているのは医師・薬剤師であるが、抗菌薬治療の適正化のために培養結果を直ちに医師に報告する等、【看護師も抗菌薬適正使用に関わることが必要】との考えを示していた。これは、前田ら（2013）が感染管理担当看護師を対象に行ったインタビュー調査で、一般的には抗菌薬投与は薬剤師と医師の役割で看護師は関与しないと思っている看護師が多いとの報告とは異なる結果であった。抗菌薬適正使用においては、検査結果や臨床病態の観察に基づいた抗菌薬レジメンの最適化が有効であり（二木、2017）、ICU看護師が抗菌薬適正使用に向けた関わりとして必要と考えている内容は妥当なものといえる。

しかし、その一方で看護師が抗菌薬適正使用に関わるための具体的な方法が分からず、看護師の役割に対する不明確さも感じていた。抗菌薬適正使用における看護師の役割について本邦では明らかにされていないが、抗菌薬治療開始前に確実に培養検査が行われるようにすることや日常業務として薬剤の確認をすること等を通して、看護師は抗菌薬適正使用プログラムのリーダーを支援することができる（CDC、2014）。また、抗菌薬適正使用の基本戦略である正確な微生物学的診断や、抗菌薬治療の最適化（二木、2017）においても、検体採取や患者の観察は看護師業務の一部であり、適切な検体を採ることや治療評価のために臨床症状を観察することを通して看護師が抗菌薬適正使用に関わることが可能であるといえる。これらの役割を具体的に示すことで抗菌薬適正使用における看護師の実践を促し、多剤耐性菌

感染の予防に寄与できる可能性があると考えられる。

上述のようなリスク要因に関する理解と予防策に対する考えの他に、ICU看護師は緊急時に【感染対策を十分に実施することが困難な状況がある】ことも認識していた。ICUで想定される自己抜管等生命の危機に直結するような状況では特に、それを回避することに意識が集中してしまうことが推測されるが、切迫した場面でも患者と医療従事者の安全を確保するためには最大限の感染対策が行われる必要がある。緊急時でも看護師は感染対策に意識を向けて行動できるようにしておくことが必要である。

また、〈多剤耐性菌が検出されていても患者の状態によっては個室隔離するかどうかの判断が難しい〉という認識からは、患者の危険行動や常時観察を行う必要性等から患者を個室に収容できない状況があることと、個室隔離が患者に与える影響を考慮して感染予防を実践しようとするICU看護師の考えが窺えた。どこまで厳密に個室隔離等の感染対策を行う必要があるかを決める際には、多剤耐性菌の拡散リスクや感染対策が患者に与える影響等様々なことを考慮しなければならず、その判断は容易でないことが推察される。患者の病態を把握している現場の看護師と感染予防策の実施状況やその効果を評価し、臨床現場への適切な支援を行う役割を担う感染制御チーム（厚生労働省、2014）が、感染予防がより確実に行われ、患者の不利益が最小限になる方法を共に考えることが望ましいといえる。

2. リスク要因に関する認識に基づく予防のための実践

ICU看護師は感染対策の原則に則った活動に加え、感染対策や感染症診療が適切になされるための活動を行っていることが明らかになった。

感染対策の原則に則った活動としては【普段の基本的な感染対策の実施】として、患者の状況に関わらず手指衛生やPPEの着用、環境整備等を実践し、【患者から多剤耐性菌が検出された時の交差感染防止の徹底】として、物品の共用を避け、できる限り個室に収容し、環境整備を強化していた。これらは、CDC（2007）が接触予防策として推奨している対策に適ったものといえる。

また、【患者の多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高いことを予測した介入】として、長期入院患者や挿管されている患者、抗菌薬が投与されている患者は多剤耐性菌感染のリスクが高い

と判断し、接触時にガウンを着用していた。このことから、現場ではCDCガイドラインで推奨されている血液や体液等への接触が予測される状況や接触予防策が適用される患者（CDC、2007）といった判断だけでなく、患者の入院期間や病態・治療内容も感染対策を決定する際の重要な因子とされていることが窺えた。積極的にPPEを着用することについて、Harrisら（2013）はすべてのICU患者との接触時に手袋とガウンの着用を義務づけた結果、多剤耐性菌が検出された患者のみに手袋とガウンを着用した場合と比較してMRSAおよびVRE（Vancomycin-resistant Enterococci）の感染率に有意な変化は認めなかったが、MRSA単独の感染率は低下したと報告している。この結果については、医療従事者の圧倒的に少ない日本で同様の効果や安全性が期待できるか、実行可能性も含めた検証が必要であるとの指摘（笹野ら、2014）もあるが、すべてのICU患者との接触時に手袋とガウンを着用することでMRSAの伝播を抑止できる可能性が示されたものと考えられる。多剤耐性菌の伝播の予防ためには、感染のリスクを適切に評価した上で、より必要性が高い患者をターゲットに早期から接触予防策に準じた対策をとることが望ましいといえる。そのためには、どのような患者に特に注意すべきか看護師の理解を深めておくことや、接触予防策に準じた対策が必要な患者の基準を明確にしておくことが必要である。

感染対策が適切になされるための活動としては、分からないことを調べたり、管理者や専門家の助言を得たりしながら【感染対策に関する不明確さの解消】に努め、他職種や面会者等の【患者に関わる人々への感染対策を向上させるための働きかけ】があり、これらは【多剤耐性菌についての知識を持った上で感染対策を行うことが重要】、【患者に関わるすべての人が感染対策を行うことが必要】等、予防策に対する考えに基づく実践と考えられた。

感染症診療が適切になされるための活動には、医師とのやり取りを通して不必要な抗菌薬が投与されていないかチェックする等の【抗菌薬適正使用への関わり】があり、【看護師も抗菌薬適正使用に関わることが必要】という考えに基づく実践といえる。このような感染症診療への関わりは、感染徴候が見られた場合に医師に培養検査を提案する等の【患者の多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高いことを予測した介入】にもみられており、ICU看護師は診療の補助の範囲内で

可能な実践を通して感染症診療に貢献していることがわかる。また、このような実践は、前田ら(2013)が感染管理担当看護師を対象に行ったインタビュー調査でも抗菌薬適正使用に向けた役割を果たしている看護師がいたと報告されていることから、ICUに限らず一般病棟においても行われている可能性が高いと考えられた。

Ⅶ. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究者自身がデータ収集の用具となっており、面接で得たデータに偏りが生じている可能性がある。また、研究協力者が10人のみであったことから、ICU看護師の多剤耐性菌感染のリスク要因に関する認識と予防のための実践に偏りが生じている可能性を否定できない。

今後は研究協力者を増やすとともに、スタッフ看護師に対する多剤耐性菌感染を減らすための効果的な教育方法について検討することが必要である。

Ⅷ. 結論

多剤耐性菌感染のリスク要因に関するICU看護師の認識として、【医療環境には感染源や感染の媒介となり得る様々な人・物・状況が存在する】【特定の状態や状況下にある患者は多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高い】【抗菌薬の使い方が多剤耐性菌の発生に影響し得る】【普段から基本的な感染対策を行うことが重要】【患者に関わるすべての人が感染対策を行うことが必要】【多剤耐性菌についての知識を持った上で感染対策を行うことが重要】【患者の病態や治療内容によって接触予防策に準じた対策が必要】【看護師も抗菌薬適正使用に関わる必要がある】【感染対策を十分に実施することが困難な状況がある】の9カテゴリーが抽出された。また、予防のための実践として、【普段の基本的な感染対策の実施】【患者の多剤耐性菌の保菌・感染症発症のリスクが高いことを予測した介入】【患者から多剤耐性菌が検出された時の交差感染予防の徹底】【感染対策に関する不明確さの解消】【患者に関わる人々への感染対策を向上させるための働きかけ】【抗菌薬適正使用への関わり】の6カテゴリーが抽出された。

看護師への教育として、リスク要因に対する認識を高め、普段の基本的な感染対策とリスク評価に基づいた早期対応をできるようにするとともに、

抗菌薬適正使用における看護師の役割を示すことの必要性が示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、快くご協力頂きました研究協力者の皆様、対象施設の施設長、看護管理者、看護スタッフの皆様に感謝いたします。尚、本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科博士前期課程における課題研究論文の一部を改変したものです。

文献

- CDC (2006) : Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2017年1月10日, <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MDRO/MDROGuideline2006.pdf>
- CDC (2007) : Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2017年1月10日, <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>
- CDC (2013) : Vital Signs: Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae. Morbidity and Mortality Weekly Report, 62(9), 165-170.
- CDC (2014) : The Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs, 2017年1月10日, <https://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/pdfs/core-elements.pdf>
- Falagas, M. E., Kopterides, P. (2006) : Risk factors for the isolation of multi-drug-resistant *Acinetobacter baumannii* and *Pseudomonas aeruginosa*: a systematic review of the literature. *J Hosp Infect*, 64, 7-15.
- Harris, A. D., Pineles, L., Belton, B, et al (2013) : Universal glove and gown use and acquisition of antibiotic-resistant bacteria in the ICU: a randomized trial. *JAMA*, 310(15), 1571-1580.
- 国立病院機構大阪医療センター感染対策委員会 ICHG 研究会. (2006) : 新院内感染予防対策ハンドブック. 南江堂, 東京.
- Koltes, L. A. (2009) : Healthcare workers' attitudes, understanding and perceived risk of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. [Dissertation]. North Dakota State University, Fargo, ND.
- 厚生労働省 (2014) : 医療機関における院内感染対策について. 平成26年12月19日付医政地発1219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知, 2019年11月9日, https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc0640&dataType=1&page
- 厚生労働省医政局地域医療計画課 (2015) : 院内感染対策サーベイランス事業マニュアル Ver5.0, 2017年1月19日, https://www.nihjanis.jp/about/material/janis_implementation_manual_ver5.0_20150409.pdf
- Lee N.Y., Lee H.C., Ko N.Y., et al (2007) : Clinical and economic impact of multidrug resistance in nosocomial *Acinetobacter baumannii* bacteremia. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28(6), 713-719.
- 前田ひとみ, 矢野久子, 南家貴美代他 (2013) : 地域にお

ける薬剤耐性菌拡大防止対策の実現に向けて看護職が取り組むべき課題（第1報）－300床未満の医療機関の感染管理担当看護師と行政機関の保健師に対する面接調査から－. 日看科会誌, 33(3), 46-55.

New Hampshire Communicable Disease Epidemic Control Committee : State of New Hampshire Recommendations for the Prevention and Control of Multidrug-Resistant Organisms (MDROs) and Clostridium difficile Infection (CDI) for Healthcare Agencies and Community Settings, 2017年1月10日, <http://www.dhhs.nh.gov/dphs/cdcs/hai/documents/mdro.pdf>

日本環境感染学会 (2017) : 多剤耐性グラム陰性菌感染制御のためのポジションペーパー第2版, 2019年1月18日, [http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/position-paper\(2\)_2.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/position-paper(2)_2.pdf)

二木芳人. (2017). 抗菌薬適正使用支援プログラム実践のためのガイドンス. 日化療会雑誌, 65(5), 650-687.

笹野幹雄, 林淑朗 (2014) : 最新エビデンスから学ぶICUでの感染対策のポイント. 薬局, 65(7), 92-97.

Seibert, D. J., Speroni, K. G., Oh, K. M., et al (2014) : Knowledge, perceptions, and practices of methicillin-resistant Staphylococcus aureus transmission prevention among health care workers in acute-care settings. Am J Infect Control, 42(3), 254-259.

研究報告

熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援における問題状況

Conditions in Decision-making Recognized by Skilled Nurses to Support End-of-life Patients with Chronic Heart Failure

浅井克仁¹⁾・簗持知恵子²⁾・上村里沙³⁾・中村雅美²⁾・南村二美代²⁾

Katsuhito Asai, Chieko Hatamochi, Risa Uemura, Masami Nakamura, Fumiyo Minamimura

キーワード：慢性心不全, 意思決定, エンド・オブ・ライフ

Keywords: chronic heart failure, decision-making, end-of-life

Abstract

This study aimed to clarify the conditions of decision-making that support patients who are at the end-of-life due to chronic heart failure. Semi-structured interviews were conducted with nine skilled nurses, after which a qualitative analysis was performed. The conditions supporting the decision-making of these patients were divided into two perspectives: insufficient decision-making support and barriers to decision-making support. Insufficient decision-making support was divided into three categories that included the following factors: 1) Lack of consideration of patients' thoughts in regard to treatment decision-making and 2) Inability to convince the patients' and their families in regard to decision-making. In addition, barriers to decision-making support was further divided into six categories that included the following factors: 1) Nurses' lack of time to listen to the patients' and families' thoughts, concerns, and necessary information, 2) Lack of knowledge and skills to achieve patient care choices, and 3) Insufficient evaluation of nurses' decision-making support. These results suggested the necessity of the following interventions: 1) Strengthening the coordinating role of nurses who promote team approach and share similar thoughts with the patients', their families, and medical professionals, 2) Developing an educational system of knowledge and skill that focus on listening and realizing patients' thoughts 3) Establishing an evaluation system for decision-making support, and 4) Educating diagnosed patients to consider treatment and participate in the decision-making process.

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

1) 大阪府立大学大学院看護学研究科 博士後期課程

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

3) 桜橋渡辺病院 看護部

抄 録

慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定支援における問題状況を明らかにするために、熟練看護師9名に半構造化面接を行い、質的分析を行った。慢性心不全患者の意思決定支援の不十分さとして、【治療法や療養法の決定のときに患者の思いが置き去りにされている】【患者と家族の双方が納得した意思決定ができていない】など3カテゴリーが、意思決定支援の阻害要因として、【看護師が患者や家族の思い、気がかり、必要な情報を聴けない】【患者の療養上の選択を実現するための知識や技術がない】【看護師の意思決定支援の評価が十分でない】など6カテゴリーが抽出された。患者・家族・医療者の思いを共有し、チーム医療を促進する看護師の調整役割の強化、患者の思いを聴き、実現するための知識・技術の教育や体制整備、意思決定支援の評価の体制整備、見直しをもち、療養法を検討出来、その決定に参画するための教育の必要性が示唆された。

I. 序論

2016年度の循環器疾患診療実態調査報告書によると、心不全入院患者数は年間約1万人ずつ増加しており、生活習慣の欧米化や高齢化などの影響から2035年には132万人に達すると言われている (Okura et al., 2008)。また、標準的治療の確立や心室再同期療法 (Cardiac Resynchronization Therapy : CRT)、機械的補助療法の導入により、延命治療のみならず、末期心不全状態においても、ある程度身体機能が回復する場合もあり、治療の進歩により救命率が向上している一方で、社会復帰が困難な症例や、回復の見込みのない症例も増加し、医療の現場はその対応に苦慮している (循環器疾患における末期医療に関する提言, 2010)。

心不全の終末期 (end-of-life) とは、妥当な医療の継続にもかかわらず、死が間近に迫っている状態であり、心不全末期状態 (end-stage) とは区別される。終末期での患者の意思の確認は極めて困難であり、患者の治療法や療養場所についての意思の確認や代理意思決定者の選定などを事前に行っておくことが重要である (循環器疾患における末期医療に関する提言, 2010)。

しかし、植え込み型除細動器 (Implantable Cardioverter Defibrillator : ICD) 認定施設を対象とした全国調査によると、医師の50%、看護師の73%がICD停止の選択を患者または関係者と検討した経験がなく、その理由として予後予測の難しさや多くの患者が生命予後不良であることに気付いていないこと、患者や家族の回復への期待が大きいことなどが報告されており (松岡ら, 2011)、慢性心不全患者の療養法の選択に関わる意思決定支援が十分に行われていない状況といえ

る。また、心不全診断初期の患者においても、予後について知りたいという思いがある反面、治療について質問することへの抵抗感から、患者が十分に治療への参画ができていない現状があり (角野ら, 2016)、具体的支援の充実が必要と考える。また、非がん患者の人生の最終段階における意思決定支援に関する実態調査によると、最も困難を感じた疾患として心疾患を挙げる者が多い状況が報告されている (濱村ら, 2019)。しかし、そのような状況の詳細やそれをもたらす要因については十分に明らかになっていない。McEvoyとEgan (1979) は看護介入のモデルを開発する過程において、問題状況 (conditions) を明らかにし、介入の焦点化 (intervention focus) を図ることが必要であることを述べている。そのため、慢性心不全患者や家族の療養法や療養場所などについての決定を医療者がどのように支えていくのか検討するためには、慢性心不全の意思決定支援における問題状況を明らかにし、介入の焦点化とそのための看護の役割や体制整備などの方策を検討する必要がある。

II. 目的

熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定支援における問題状況を明らかにし、支援の焦点となる事柄とそのための看護の役割や体制整備を検討することを目的とする。

III. 用語の定義

エンド・オブ・ライフ：心不全の終末期であり、

慢性的な症状機能低下が認められ、医療の継続に関わらず死が予測され、専門家、家族などの非専門家によらずケアが必要であり、治療や療養に関わる意思決定が求められる時期。

意思決定支援：患者や家族が治療法、療養の場、生活習慣の継続など療養法に関してリスクと利益を検討し、選択できるようにするためのケアであり、看護師が行う教育、相談、調整（選択を可能にするための症状緩和も含めた内部環境や外部環境の調整も含む）をさす。

問題状況（conditions）：慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定支援における不十分さやその要因となる事象をさす。

IV. 方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的記述的研究である。

2. 研究参加者

心不全は増悪と緩解を繰り返しながら徐々に進行していく疾患であり、超急性期から慢性期、終末期に渡り、あらゆる病床でのケアが必要であるため、各病期における意思決定支援の状況を確認できるよう、集中治療室と一般病棟、外来で勤務する看護師からのインタビューが必要であると判断した。慢性心不全患者ケアの経験が豊富で、意思決定支援の問題状況を把握し語るができる熟練看護師を想定し、近畿圏内の病院2施設で5年以上慢性心不全患者の看護に関わっている看護師、慢性心不全看護認定看護師、救急看護認定看護師及び急性・重症患者看護専門看護師の計9名を研究参加者とした。

3. データ収集方法と調査内容

意思決定支援にかかわる具体的事例を想起してもらい、インタビューガイド（研究参加者のプロフィール／意思決定支援に関する内容、患者と病気の経過、治療や療養法の意思決定に至るまでとその後の経過、意思決定が十分に行われていない状況やその要因となるもの等）にそって、半構造化面接を実施した。所要時間は40～60分程度とし、インタビュー時は研究参加者の同意のもと、ICレコーダーに録音した。

4. 分析方法

インタビューで得られたデータを逐語録として記述し、意思決定支援に関わる問題状況を抽出

し、コード化、カテゴリー化を行った。データの信用性を確保するために複数名で複数回、見解が一致するまで分析を行った。

V. 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学看護学研究科研究倫理委員会による承認（承認番号：28-24）、及びデータ収集施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究の依頼については、看護管理者から研究協力者となり得る認定看護師、専門看護師、病棟看護師に対して、依頼文書一式を配付してもらい、研究参加者から返送された研究参加の意思と連絡先を記述した連絡票に基づき、日時を調整し面接を行った。研究参加者には、研究目的、方法、自由意思による参加、参加の拒否や中断の保障、研究不参加による不利益を被らないこと、プライバシーの保持に努めること、研究目的以外にデータを使用しないことを説明した。これらの内容を文書及び口頭にて説明し、同意書に署名を得た。

VI. 結果

1. 研究参加者の概要と語られた対象患者及び意思決定の内容（表1）

本研究の参加者は、30歳代3名、40歳代5名、50歳代1名の計9名であり、看護師経験年数は平均20.6年、そのうち認定看護師もしくは専門看護師の資格を有する者は5名であった。語られた患者集団は、入退院を繰り返す心不全患者、終末期の重症心不全患者、先天性心疾患患者などであった。語られた意思決定の内容は、療養場所の選択、治療や療養の選択、心臓移植の登録に関する選択であった。

2. 慢性心不全患者の意思決定支援における問題状況（表2）

慢性心不全患者の意思決定支援に関わる問題状況は、意思決定支援の不十分さと意思決定支援を阻害する要因の観点で分類された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, コードを「 」で示す。

1) 意思決定支援の不十分さ

意思決定支援の不十分さは、患者・家族・医療者が治療法や療養法に関わる情報やお互いの思いを十分に共有し、意思決定が行われていないことを示しており、【チームで意思決定支援ができていない】【治療法や療養法の決定のときに患者の

表1. 研究参加者の特徴と語られた対象患者及び意思決定の内容

看護師	年齢	性別	資格	看護師歴	対象患者	意思決定の内容
A	40歳代	女	慢性心不全看護CN	26年	心不全で入院を繰り返す 終末期の60歳代男性	自宅退院をするかどうか
B	40歳代	女	急性・重症患者看護 CNS	21年	心不全で入院を繰り返す 70歳代男性	どこまで積極的治療を行うか
					心不全とCOPD末期の 60歳代男性	どこまで積極的治療を行うか
C	50歳代	女	救急看護CN	27年	重症心不全末期の男性（年齢不明）	どこまで塩分・水分制限をするか
D	30歳代	女	看護師	15年	心不全末期で入院を繰り返す 男性（年齢不明）	療養環境や治療選択をどうするか
E	40歳代	女	看護師	22年	先天性心疾患で移植適応の 30歳代男性	移植登録をするかどうか
F	40歳代	女	慢性心不全看護CN	25年	先天性心疾患で移植適応の 40歳代男性	移植登録の選択をどうするか
G	30歳代	女	看護師	16年	自分の病気を全く知らない 30歳代男性	デバイス治療をどうするか
					病気の受け入れができず 減塩できない60歳代の男性	減塩をどうするか
H	30歳代	女	看護師	10年	先天性心疾患の20歳代の男性	療養環境をどうするか
I	40歳代	女	慢性心不全看護CN	21年	心不全で入退院を繰り返す 90歳代男性	自宅退院をするかどうか
					重症虚血性心疾患の60歳代男性	自宅退院をするかどうか

思いが置き去りにされている】【患者と家族の双方が納得した意思決定ができていない】の3カテゴリー、11サブカテゴリー、34コードから構成された。

(1) 【チームで意思決定支援ができていない】

このカテゴリーは、患者の意思決定の場面において医療者間で支援目標を共有し、支援に関わる連携・協働が不十分であることを示している。このカテゴリーは、《看護師の判断のみで患者と家族の希望を叶えた》《治療法の選択については医師に任せている》の2サブカテゴリーで構成された。

《看護師の判断のみで患者と家族の希望を叶えた》は、「医師には告げずに、家族と患者の希望を叶えた（C氏）」の1コードからなり、患者・家族の希望を叶える際に医療者間での情報共有がなされていないことが語られていた。

《治療法の選択については医師に任せている》は、「デバイス設定の決定については治療的側面が大きく、看護師は関わりにくいところなので、アプローチできていない（D氏）」の1コードからなり、ICD植え込み患者は終末期にショック機能をオフにするかどうかなどのデバイス設定に関する意思決定が必要になるが、看護師がその意思決定支援に十分に関わることができていないことが語られていた。

(2) 【治療法や療養法の決定のときに患者の思いが置き去りにされている】

このカテゴリーは、医療者には疾患の経過の予測とそれに対応した治療法に関する情報があり、それを十分に患者と共有しないまま治療法や療養法が検討され、患者の意思が十分に反映されていない状況を示している。このカテゴリーは、《医療者の治療法、療養法についての説明が不足し、患者の理解が追いつかないまま医療者主導で治療が進む》《病状について知りたいか知りたくないかの判断とタイミングが難しい》《医療者目線で治療法や療養法を勧めたり、決めたりしている》《治療法の決定を急かせてしまい、患者の気持ちがついてこない》《意思決定の際に家族の思いが優先されている》《病の経過や療養法の説明内容を医療者の価値観で決めている》の6サブカテゴリーで構成された。

《医療者の治療法、療養法についての説明が不足し、患者の理解が追いつかないまま医療者主導で治療が進む》は、「移植や心筋シートについて患者の納得する説明をされていない（E氏）」など3コードからなり、患者の意思決定を支えるための情報提供が十分にできていないことから患者の理解が追いつかず、意思決定に関わっていない状況が語られた。

《病状について知りたいか知りたくないかの判

断とタイミングが難しい」は、「患者の意思をどこまで聴いて治療するか、告知のタイミングがわからないまま、状態が悪化した（H氏）」など2コードからなり、患者が病状を知りたいと思っているかの判断や告知のタイミングの困難さが語られていた。

「医療者目線で治療法や療養法を勧めたり、決めたりしている」は、「患者の価値観や生き方を知らずに、仕事を辞めることや塩分制限の指導を行っていた（F氏）」「状態が悪くなり、医療者が自宅退院を諦め、施設に入ると方針を決めてしまっている（I氏）」など10コードからなり、患者の思いや価値観が尊重されず、医療者の判断で意思決定がなされている状況が語られていた。

「治療法の決定を急かせてしまい、患者の気持ちがついてこない」は、「患者は移植登録までに心がゆらぐが、医療者は早めにとまっていることで決断を急かされる（E氏）」の1コードからなり、患者の気持ちが整理されないまま、医療者が意思決定を急かしてしまうことが語られていた。

「意思決定の際に家族の思いが優先されている」は、「家族に頼まれ、医療者が患者に亡くなるかもしれないということを伝えずに家に帰すことがある（I氏）」など3コードからなり、意思決定の際に患者の思いよりも家族の思いが優先されている状況について語られていた。

「病の経過や療養法の説明内容を医療者の価値観で決めている」は、「医師が患者に初めから心不全の見通しを説明する医師もいれば、しない医師もいる（A氏）」など3コードからなり、患者が医療者からの説明をどこまで聴きたいかを確認することなく、医療者が説明する内容を決めてしまっていることが語られていた。

(3) 【患者と家族の双方が納得した意思決定ができていない】

このカテゴリーは、患者と家族の間で病状の捉え方や意思の相違があり、双方が納得できる意思決定ができていない状況を示している。このカテ

表2. 慢性心不全患者の意思決定支援に関わる問題状況 (conditions)

カテゴリー	サブカテゴリー	
意思決定支援の 不十分さ	チームで意思決定支援ができていない	看護師の判断のみで患者と家族の希望を叶えた 治療法の選択については医師に任せている
	治療法や療養法の決定のときに患者の 思いが置き去りにされている	医療者の治療法、療養法についての説明が不足し、患者の理解が追いつかないまま 医療者主導で治療が進む 病状について知りたいか知りたくないかの判断が難しい 医療者目線で治療法や療養法を勧めたり、決めたりしている 治療法の決定を急かせてしまい、患者の気持ちがついてこない 意思決定の際に家族の思いが優先されている 病の経過や療養法の説明内容を医療者の価値観で決めている
	患者と家族の双方が納得した意思決定 ができていない	患者の病状について家族内で共通理解になっていない 患者と家族がお互いの思いを知らない 患者と家族の意見が異なる
	看護師が患者や家族の思い、気がかり、 必要な情報を聴けない	自分が患者に与える影響を危惧する コミュニケーション技術が無い 思いを聴くための時間が作れない 患者の能力の限界を医療者が決めつけ、思いを聴こうとしない 患者が医療者に聴ける雰囲気を作ることができていない
意思決定支援の 阻害要因	患者の療養上の選択を実現するための 知識や技術がない	患者が最期を迎えるときの病院における療養環境が整えられない 患者の思いに対処するための知識や技術がない 医療者の治療についての知識や技術が不足している
	看護師の意思決定支援の評価が十分で ない	意思決定支援を振り返るときに看護師は支援が不十分なところに注目しがちである 移植の意思決定後の患者について振り返る時間がない 若い看護師にはデスカンファレンスの調整力がない
	生活や生命に侵襲的な選択を迫られる ため選択に時間がかかる	生活への侵襲が大きい治療の場合は悩む 冷静に病状を理解し、意思決定するための準備状態が整うには時間がかかる 他者の生命にかかわる治療の選択時に患者は倫理的側面を考えてしまう
	患者の病状が末期状態であることの判 断が遅れる	介入の必要性を感じたときには患者は重症化している 予後予測が困難で医療者も患者も終末期の見極めが難しい
患者が積極的に意思決定を行うという 意識が十分でない	死について考える機会が少ない おまかせ医療という風潮がある	

ゴリーは、《患者の病状について家族内で共通理解になっていない》《患者と家族がお互いの思いを知らない》《患者と家族の意見が異なる》の3サブカテゴリーで構成された。

《患者の病状について家族内で共通理解になっていない》は、「妻や子どもは夫の病気について十分に知っておらず、入退院を繰り返すようになり、気持ちがついてこれなくなった(F氏)」「本人・家族と医療者の間で病状の捉え方にずれがある(H氏)」など5コードからなり、患者と家族の間で病状の捉え方が異なることで双方が納得する意思決定ができないことが語られていた。

《患者と家族がお互いの思いを知らない》は、「家族が患者の思いを聴いていない(I氏)」など2コードからなり、患者と家族の間で思いの共有ができていないことが語られていた。

《患者と家族の意見が異なる》は、「患者は自宅退院を希望するが、現在の病状から家族が家に帰ることに不安を感じる(I氏)」「本人は家族への迷惑を考え、移植を拒否しているが、家族は移植を希望している(E氏)」など3コードからなり、患者と家族の意見が異なることで双方が納得する意思決定ができていないことが語られていた。

2) 意思決定支援の阻害要因

意思決定支援の阻害要因は、医療者・患者・家族が十分に情報や思いを共有し、納得したうえでの意思決定に向けた支援が不十分である状況の背景となる要因を示しており、【看護師が患者や家族の思い、気がかり、必要な情報を聴けない】【患者の療養上の選択を実現するための知識や技術がない】【看護師の意思決定支援の評価が十分でない】【生活や生命に侵襲的な選択を迫られるため選択に時間がかかる】【患者の病状が末期状態であることの判断が遅れる】【患者が積極的に意思決定を行うという意識が十分でない】の6カテゴリー、18サブカテゴリー、53コードから構成された。

(1) 【看護師が患者や家族の思い、気がかり、必要な情報を聴けない】

このカテゴリーは、医療者自身も終末期に関わるコミュニケーションをとることへの危惧があり、具体的な場の設定の難しさなどから、患者や家族の思いを引き出せずにいるという、意思決定支援の基盤となる情報収集が十分行えていない状況を示している。このカテゴリーは、《自分が患者に与える影響を危惧する》《コミュニケーション技術がない》《思いを聴くための時間が作れない》

《患者の能力の限界を医療者が決めつけ、思いを聴こうとしない》《患者が医療者に聴ける雰囲気を作ることができていない》の6サブカテゴリーで構成された。

《自分が患者に与える影響を危惧する》は、「自分の言葉で患者が傷ついたり、意思決定したらどうしようと思う(I氏)」「腫れ物に触るように感じ、考えすぎでずかずかと患者の気持ちの中に入れない(E氏)」など4コードからなり、自分が与える影響を考えてしまい、患者から思いや情報を聴けないことが語られていた。

《コミュニケーション技術がない》は、「患者に思いを聴くタイミングをつかめない(E氏)」「患者の思いを聴いた時の返し方の技術や自信がない(I氏)」など4コードからなり、患者の思いを聴くタイミングや聴いたときの返答の仕方がわからないことが患者の思いを聴くことを阻害していることが語られていた。

《思いを聴くための時間が作れない》は、「患者の思いや生活の変化を聴く時間が作れず聴けなため、看護師が把握できていない(G氏)」「業務に追われて思いを聴く時間がない(I氏)」の2コードからなり、業務の中で患者の思いを聴くタイミングや時間を作れないことが語られていた。

《患者の能力の限界を医療者が決めつけ、思いを聴こうとしない》は、「医療者が患者を自己管理ができていないと決めつけ、患者を知ろうとしない(F氏)」など2コードからなり、患者を知ろうとしない医療者の姿勢が思いを聴くことを阻害していることが語られていた。

《患者が医療者に聴ける雰囲気を作ることができていない》は、「医療者に移植のことをざっくばらんに聴きにくい雰囲気がある(G氏)」など2コードからなり、患者から医療者に聴きにくい雰囲気を作ってしまったことが語られていた。

(2) 【患者の療養上の選択を実現するための知識や技術がない】

このカテゴリーは、患者の療養上の期待や希望を聴いた際にそれを実現する病院内、在宅での体制を整備する知識や技術が不足しており、患者の選択をサポートできず、その実現を諦めざるを得ないと考えている状況を示している。このカテゴリーは、《患者が最期を迎えるときの病院における療養環境が整えられない》《患者の思いに対処する知識や技術がない》《医療者の治療についての知識や技術が不足している》の3サブカテゴリーで構成された。

《患者が最期を迎えるときの病院における療養環境が整えられない》は、「循環器領域では緩和ケアが浸透しておらず、スタッフはケアに自信が無い(A氏)」「病院で最期を迎えるときの環境づくりや家族への配慮が不十分である(I氏)」など4コードからなり、患者が病院で最期を迎える選択をした際に、その決定を支えるための環境を整えられていない状況が語られていた。

《患者の思いに対処する知識や技術がない》は、「患者の思いを聴いたときにそれに対処する自信がない(I氏)」など2コードからなり、患者の思いを実現するための術やその自信がないことが語られていた。

《医療者の治療についての知識や技術が不足している》は、「移植登録についての患者の思いの揺らぎに対してサポートができていない(E氏)」「モルヒネを使用することで死期を早めてしまうという恐怖感があり、使用することに看護師の抵抗がある(D氏)」など6コードからなり、移植や緩和ケアなどの知識や技術が不十分であり、患者の意思決定を支えることができないことが語られていた。

(3)【看護師の意思決定支援の評価が十分でない】

このカテゴリーは、患者への意思決定支援を適正に評価し、次の支援につなげることやそれを調整する看護師の技術不足を示している。このカテゴリーは、《意思決定支援を振り返るときに看護師は支援が不十分なところに注目しがちである》《移植の意思決定後の患者について振り返る時間がない》《若い看護師にはデスカンファレンスの調整力がない》の3サブカテゴリーで構成された。

《意思決定支援を振り返るときに看護師は支援が不十分なところに注目しがちである》は、「意思決定支援を振り返るときに看護師は悪かったところばかりに注目してしまう(I氏)」の1コードからなり、意思決定支援の振り返りで支援が不十分であった点ばかりに着目してしまい、支援ができた点が共有されにくいことが語られていた。

《移植の意思決定後の患者について振り返る時間がない》は、「移植の意思決定後の患者について振り返る時間がない(E氏)」の1コードからなり、移植を行う意思決定を行った患者は移植が可能な病院に転院してしまうため、振り返りを行うことが疎かになることが語られていた。

《若い看護師にはデスカンファレンスの調整力がない》は、「若い看護師が受け持ちだと、デスカンファレンスが開かれないうまま終わってしまう

(H氏)」の1コードからなり、看護師の経験が浅いとデスカンファレンスを開く調整力がなく、振り返りの機会がなくなってしまうことが語られていた。

(4)【生活や生命に侵襲的な選択を迫られるため選択に時間がかかる】

このカテゴリーは、心不全は増悪と緩解を繰り返す特徴により病状理解が難しいことに加え、心不全治療では移植医療など生活や生命への侵襲が大きい治療の選択を迫られるため、冷静に病状を理解しタイムリーな治療上の意思決定が困難な状況を示している。このカテゴリーは、《生活への侵襲が大きい治療の場合は悩む》《冷静に病状を理解し、意思決定するための準備状態が整うには時間がかかる》《他者の生命にかかわる治療の選択時に患者は倫理的側面を考えてしまう》の3サブカテゴリーで構成された。

《生活への侵襲が大きい治療の場合は悩む》は、「移植を待つ期間が不明確であることや合併症といった悪いイメージが強い(E氏)」など4コードからなり、移植待ちの患者などの場合は、いつまで移植を待つのか不明瞭で合併症などの悪影響を考えすぎてしまい、思いが揺れ動きやすいことが語られていた。

《冷静に病状を理解し、意思決定するための準備状態が整うには時間がかかる》は、「心不全の病みの軌跡を説明されていても、患者は自分が終末期の状態であることを認めることは難しい(A氏)」「移植のリスクを頭で考えてばかりで精神的な状態が整っていないについていけない(E氏)」など8コードからなり、患者が現在の病状を理解し準備状態を整えるための困難さが語られていた。

《他者の生命にかかわる治療の選択時に患者は倫理的側面を考えてしまう》は、「代理意思決定の際、患者の意思や経済的な問題があり、家族は悩み苦しむため選択をすることが難しい(B氏)」「人の心臓や肺をもらってまで生きていいのかという思いと子どもが二十歳までは生きたいという思いの中で揺れている(F氏)」など3コードからなり、代理意思決定や移植といった他者の生命が関わる選択に伴う倫理的側面について語られていた。

(5)【患者の病状が末期状態であることの判断が遅れる】

このカテゴリーは、これまでの増悪と緩解を繰

り返す心不全の経過と回復への期待から、医療者も患者も身体状況の適切な評価や認識が難しく、末期状態であることの判断が遅れることを示している。このカテゴリーは、「介入の必要性を感じたときには患者は重症化している」〈予後予測が困難で医療者も患者も終末期の見極めが難しい〉の2サブカテゴリーで構成された。

〈介入の必要性を感じたときには患者は重症化している〉は、「早期からの介入ができず最期だけ意思を確認している (B氏)」「患者の希望を叶えたいが、介入が遅いため、患者の希望との妥協点を見つけるしかない (A氏)」など4コードからなり、意思決定支援の介入のタイミングが遅く、最期だけしか介入できていないことが語られていた。

〈予後予測が困難で医療者も患者も終末期の見極めが難しい〉は、「心不全の症状緩和目的のモルヒネが治療効果をもたらすことがあり、緩和ケアと治療を分けることができない (A氏)」「心不全は終末期における最期の判断が難しいので、まだ頑張れるのではないかと判断する医療者もいる (H氏)」の2コードからなり、心不全の終末期であることの判断と治療の見極めの困難さが語られた。

(6) 【患者が積極的に意思決定を行うという意識が十分でない】

このカテゴリーは、社会的・文化的背景により患者が治療法や死について考え、積極的にその意思決定に関わることを避けるという状況を示している。このカテゴリーは、「死について考える機会が少ない」〈おまかせ医療という風潮がある〉の2サブカテゴリーで構成された。

〈死について考える機会が少ない〉は、「日本では死生観を考える機会が少ない (C氏)」「死ぬことを現実として考えられていない (B氏)」の2コードからなり、死が現実から遠いものであり、死について考えることが少ない文化的な特徴について語られていた。

〈おまかせ医療という風潮がある〉は、「おまかせ医療があって、自分で意思決定するということが十分にできない (C氏)」の1コードからなり、おまかせ医療という文化的背景が患者の意思決定に影響していることが語られていた。

Ⅶ. 考察

1. 研究参加者と語られた問題状況にかかわる患者及び意思決定の内容の特徴

本研究の参加者は30歳代から50歳代と年齢層の幅が広く、ジェネラリストから認定看護師もしくは専門看護師の資格を有する者、外来での看護経験のある者から急性期部門に所属する者など、様々な経験を持つ者を研究参加者としてリクルートすることができていると考える。研究参加者は先天性心疾患を持つ若年者や入退院を繰り返す患者、終末期の患者などが対象として語られていた。意思決定の内容に関しても、療養の場の選択、治療法や療養法についての選択、移植の登録の選択などについての語りを聴取できていた。以上のことから、慢性心不全患者の意思決定支援の典型的な内容が網羅されていたと考えられる。

2. 意思決定支援における問題状況から導かれた支援の焦点

ここでは語られた慢性心不全患者の意思決定支援における問題状況から、導かれた支援の焦点となる事柄とそれに関わる看護の役割や体制整備について検討する。

1) 患者・家族・医療者間の情報と意思の共有のための看護師の調整役割の強化

慢性心不全患者の意思決定支援の不十分さとして、チームで意思決定支援に取り組めていないこと、医療者主体で進んでしまうこと、患者・家族間で情報や意思の共有不足があることが明らかとなった。このことは医療者・患者・家族間、医療者間のチームでの取り組みが不十分であることを示していると考えられる。心不全末期や終末期においてもチームで患者を支援することが求められており(循環器疾患における末期医療に関する提言, 2010)、他職種連携が求められるヘルスケアシステムにおいては、看護には成員間の連携をとりもつコーディネーター(調整役)の役割が必要とされている(藤崎ら, 2012)。

特に本研究でも明らかになったが、心不全は増悪と緩解を繰り返しながら終末期に向かうため医療者も患者も病状を理解し、見極めるまでに時間を要する一方で、急速な悪化や突然死が起こり得る(Goodlin, 2009)。そのような病状の見極めの困難さから、心臓移植を含む心不全の治療においては、医療者は患者の意思決定を急ぎ、患者の意思が置き去りにされたまま治療や療養の場所が決

められてしまう状況が本研究で明らかになった。さらに従来主体であったおまかせ医療という医師の指示に従う文化も残っていることから（宗像, 1996）、医療者主体で治療が進んでいる状況があると考えられた。患者が病状を理解し整理するためには時間を要することから、医療者と患者間での認識のずれが生じていると考えられる。慢性心不全患者の多くは自身の病状が深刻であることを認識していないことも報告されており（Barclay et al, 2011）、患者が現在の身体状況を正確に解釈することは困難を伴う。そのため、診断早期から心不全の病の経過を十分に説明することが必要と考える。重症心不全患者の意思決定においては、Shared Decision Makingが推奨されており（Allen et al, 2012）、医療者と患者が病状についての共通認識を持ったうえで、患者の意思を反映し、医療者・患者・家族が共に意思決定のプロセスに参加することが重要である。さらに、チーム医療において連携・協働する上で看護師が感じる困難として、専門職間の壁やチーム内での上下関係があることが述べられており（吾妻ら, 2013）、本研究においても「治療法の選択については医師に任せている」など、看護師が他職種の領域に踏み込みにくい状況があると考えられる。そのためには看護師の調整役割が不可欠と考えられ、意思決定支援における看護師の役割の中核をなすと考える。

このような調整役割を果たす看護師に必要な能力として、心不全の病態や治療、療養法に関する基本的な知識を持つこと、他職種・看護師間で十分にコミュニケーションができるスキル、他職種を尊重する態度が前提となると考える。さらに今回、阻害要因として明らかになった【看護師が患者や家族の思い、気がかり、必要な情報が聴けない】【患者の療養上の選択を実現するための知識や技術がない】という問題に対応できるような患者や家族の思いや気がかりが十分に聴取できる能力、療養上の選択を実現するための社会資源の知識、地域・病院内でのネットワーク形成に関わる技術が必要である。そのような技術を獲得できる教育や、組織横断的な活動を行うためには、専門看護師や認定看護師などのリソースナースが活用できるような体制整備が必要と考えられる。

2) 意思決定支援の評価体制の充実

意思決定支援の阻害要因として、慢性心不全患者の意思決定支援の評価が不十分であることが示された。「意思決定支援を振り返るときに看護師は支援が不十分なところに注目しがちである」と

いう支援の評価方法に関するもの、「若い看護師にはデスカンファレンスの調整力がない」という看護師の調整力に関するものが挙げられた。意思決定支援の振り返りを行う際には、できなかった点だけでなく、支援を行えた点についても客観的に振り返り、今後の支援に活用していく必要がある。桑田（2013）は、デスカンファレンスで自分の辛さを出しきれなかった者は不全感が残り、辛さを出しできた者は自らの看護の再構築を行う成長の場となったと述べており、効果的に支援を振り返ることで看護師自身の不全感も払拭され、次の支援に繋げることが重要と考えられる。意思決定支援に関する様々な症例報告を蓄積していくことで、多様な場面における意思決定支援を検討するための知識基盤としていく必要があると考える。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、慢性心不全患者の意思決定支援における問題状況について明らかにし、その支援の方向性を導き出すことができたが、慢性心不全患者の意思決定支援の具体的内容については明らかにできていない。そのため、今後はその改善のための具体的な看護介入についても体系化していく必要性がある。

IX. 結論

1. 慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定支援における問題状況は、意思決定支援の不十分さと意思決定支援を阻害する要因の観点で分類された。
2. 意思決定支援の不十分さは、【チームで意思決定支援ができていない】【治療法や療養法の決定のときに患者の思いが置き去りにされている】【患者と家族の双方が納得した意思決定ができていない】の3カテゴリーが、意思決定支援を阻害する要因は、【看護師が患者や家族の思い、気がかり、必要な情報を聴けない】【患者の療養上の選択を実現するための知識や技術がない】【看護師の意思決定支援の評価が十分でない】【生活や生命に侵襲的な選択を迫られるため決定に時間がかかる】【患者の病状が末期状態であることの判断が遅れる】【患者が積極的に意思決定を行うという意識が十分でない】の6カテゴリーが抽出された。

3. 意思決定支援の不十分さとして、医療者・患者・家族の思いが十分に共有されていない状況が明らかになり、そのためには看護師の調整役割が不可欠であり、意思決定支援の中核をなすと考え、調整役割を担えるリソースナースの活用と体制整備、個々の看護師が患者の思いを引き出し、終末期に向けた療養法の決定に医療者・患者・家族が参画できるようにするためのコミュニケーションをはじめとする支援技術、見通しをもって患者や家族が治療法や療養法を検討できるような支援のための看護師の調整役割の強化、意思決定支援の評価体制の充実を図る必要性が示唆された。

- 認定施設の全国調査 - 日本心臓病学会誌, 6(2), 115-121.
- McEvoy MD & Egan EC. (1979). The process of developing a nursing intervention model. *Journal of Nursing Education*, 18(4) : 19-25.
- 宗像恒次. (1996). 最新 行動科学からみた健康と病気. 東京: メヂカルフレンド社.
- 日本循環器学会. (2016) : 循環器疾患診療実態調査報告書 (2016年度実施・公表).
- 野々木宏, 上田裕一, 鎌倉史郎ら. (2010) : 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008-2009年度合同研究班報告) 循環器疾患における末期医療に関する提言.
- Okura Y., Ramadan M. M., Ohno Y., et al. (2008). Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circulation Journal*, 72: 489-491.

X. 謝辞

本研究は科学研究費助成事業学術研究助成基金助成金基盤研究(c) 課題番号26463316の助成を受けた研究の一部である。

本研究の調査にご協力くださいました施設の研究参加者の皆様及び管理者の皆様へ深く感謝申し上げます。

文献

- 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴ら. (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要第7号 看護学・リハビリテーション学編: 23-33.
- Allen L. A., Stevenson L. W., Grady K. L., et al. (2012) : Making in Advanced Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 125(15), 1928-1952.
- Barclay S., Momen N., Case-Upton S., et al. (2011) : End-of-life care conversations with heart failure patients: a systematic literature review and narrative synthesis. *British journal of general practice*, e49-e62.
- 藤崎郁, 長谷川万希子, 林千冬ら. (2012). 系統看護学講座 専門1看護学概論 基礎看護学 1, 医学書院, 東京.
- Goodlin S. J. (2009) : Palliative care in congestive heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(5), 386-396.
- 濱村麻理, 藤田美賀, 青木真奈美ら. (2019) : 非がん疾患患者の人生の最終段階における意思決定支援の実態と課題. 第49回 (平成30年度) 日本看護学会論文集 慢性期看護, 243-246.
- 角野雅春, 簗持知恵子. (2016) : 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. 大阪府立大学看護学雑誌, 22(1), 69-76.
- 桑田典子. (2013). デスカンファレンスにおける看護師の体験, 日本赤十字看護大学紀要, 27: 24-32.
- 松岡志帆, 奥村泰之, 市倉加奈子ら. (2011). 心不全患者の終末期に対する心臓専門医と看護師の認識 - ICD

資 料

血友病患者とその家族への支援に関する文献検討

Literature review of support for people with hemophilia and their families

九津見雅美¹⁾・川崎緑¹⁾・大村佳代子²⁾・西村佳子³⁾・牛尾里美⁴⁾・
中島由記子⁵⁾・中塚朋子⁶⁾・松原千恵⁷⁾・蘭由岐子⁸⁾

Masami Kutsumi, Midori Kawasaki, Kayoko Omura, Yoshiko Nishimura, Satomi Ushio,
Yukiko Nakashima, Tomoko Nakatsuka, Chie Matsubara, Yukiko Araragi

キーワード：血友病患者，血友病患者家族，支援，文献検討

Keywords: hemophiliac, families of hemophiliac, support, literature review

要 旨

本研究は、血友病という病いを生まれ持った患者とその家族が日常生活を営んでいくために必要とされる血友病をマネジメントする能力獲得のために行われている支援を明らかにすることを目的とした。医学中央雑誌を用いて「血友病」「マネジメント」を組み合わせ、また「血友病」「看護／ケア」を組み合わせ「HIV」を除外して検索を行い、117件を文献検討対象とした。血友病患者とその家族への支援は【疾病理解を目的とした支援】【血友病治療製剤投与のための技術指導】【痛みを軽減する支援】【生活管理を促す支援】【心理的支援】【他職種、他機関との連携】の6つに分類されることが示された。血友病に対する製剤や治療の進歩により患者や家族の負担軽減が期待されるが、外来場面を有効活用し、ライフステージに応じた問題に多面的に対応できるよう他職種と連携をはかりながら心理的支援、教育的支援を継続的に行う必要性が示された。

I. 緒言

血友病は血液凝固第Ⅷ因子，または血液凝固第Ⅸ因子の遺伝子異常による出血性疾患である。2018年5月31日時点において我が国の患者数は血友病A（血液凝固第Ⅷ因子の欠乏）が5301人，血友病B（血液凝固第Ⅸ因子の欠乏）は1156人である（公益財団法人エイズ予防財団，2019）。

血友病の出血症状は関節内出血が特徴的で慢性的に繰り返すと、関節変形と拘縮を生じ血友病性関節症となり患者の生活の質を大きく低下させる（天野，2017）。現在は安全な凝固因子製剤の開発に伴い欠乏因子の補充を行うことで、健常人とほぼ同等の日常生活を過ごすことが可能な時代となっている（小倉ら，2009）。しかし、些細な外傷でも大出血の原因になりうるという体質ゆえ

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

- 1) 大阪府立大学大学院看護学研究科
- 2) 兵庫県立大学看護学部
- 3) 姫路聖マリア病院
- 4) 兵庫医科大学病院
- 5) 兵庫県立尼崎総合医療センター
- 6) 就実大学人文学部
- 7) 奈良女子大学国際交流センター
- 8) 追手門学院大学社会学部

に、就学・就職・結婚などの社会生活で多くのハンディキャップを背負っている（白幡，2017）ため、血友病の患者・家族が病気の基礎知識，補充療法や出血に対する治療などの正確な知識を持ち，社会で独立できるまでには多くの支援が必要となる（小倉ら，2009）。その支援は小児科や内科の血液専門医のみではなく，整形外科，リハビリテーション科，感染症科などの関連各科医師，歯科医師，理学療法士，薬剤師，看護師，臨床心理士，ソーシャルワーカーなどの多職種が連携した包括医療（小倉ら，2009）によって提供されることである。この包括医療により患者・家族が抱える様々な問題に多面的に支援することができ，さらに患者・家族の負担を軽減し，治療が中断することなく血友病患者や家族のQOLの維持，向上が期待できる。

血友病は生涯の疾患であるだけに日常生活の援助場面を通して，家族の協力を得ながら自己管理能力を培っていくところに看護の焦点がある（中ら，1986）。患者が若い頃はこの自己管理は自身で行えず家族によって行われるため，この場合は家族に血友病を管理すなわちマネジメントする能力の獲得が求められる。この能力獲得のためには医療者や周囲の人々による支援が欠かせないと考える。本稿では血友病患者やその家族が血友病と生涯に渡り付き合っていくために，医療の現場で医療者によりどのような支援が提供されてきたのかを文献検討により明らかにすることを目的とした。

II. 研究目的

血友病患者とその家族への支援に関する既存の先行研究では，血友病患者の血友病治療製剤の自己注射のスキルの指導に着眼したものが多く，そこで今回，血友病という病いを生まれ持った患者とその家族が，日常生活を営んでいくために必要とされる血友病をマネジメントする能力獲得のための支援に着眼した。本文献検討では医療の現場で行われた血友病患者と家族への支援の具体を概観することで，今後の血友病患者とその家族への看護実践への示唆を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

本稿では，我が国における血友病患者とその家族が日常生活において血友病をマネジメントする能力獲得のための支援に関する先行研究の中で，対象年齢や対象人数，マネジメント能力を獲得す

るために提供された支援について，誰（患者なのか，家族なのか，双方なのか）に対して支援が提供されたのか，どのような内容の支援が行われているのかという点に着眼した。看護師以外の職種が筆頭者となっている文献の中で看護師とともに支援が行われた内容の研究が検索されたため，支援者の職種に関わらずすべてを検討対象とした。

1. 分析対象論文

我が国における医療の現場での血友病患者への支援や看護と関連する文献を検索するために，2019年10月に医学中央雑誌のデータベースを用いて，「血友病」「マネジメント」を組み合わせ検索した。また「血友病」「看護／ケア」を組み合わせ「HIV」を除外して検索を行った。この結果前者は10件が検索され，後者は292件の文献が検索された。分析の対象とする文献を選定するために論文のタイトルを研究者2名で検討し，2名の判断がわかれた文献については抄録を検討し，必要に応じて原文にあたり内容を確認した。

その結果，重複文献および血友病に関するマネジメントと関連のない文献180件を除外し，117件を抽出した。なお文献選定にあたり，血友病が希少疾患であること，血友病患者への支援に関する発表論文数が少なく，血友病に関わる医療者が少ないことを想定して，検索対象は原著論文に限らず広く会議録も含めることとした。

2. 用語の操作的定義

日常生活を営むために必要な血友病をマネジメントする能力の獲得：血友病患者と家族が血友病に関する知識や自己注射（家庭輸注）などの技術などを習得し，健常人と変わらず日常生活を営んでいくための能力を身につけること。その能力を獲得するまでの過程は，個々の生活背景や個々の問題などにより異なるため，獲得段階は含めないこととする。

家庭輸注：血友病治療製剤の補充療法が自宅で行える在宅自己注射療法（1983年に認可）を意味する。

自己注射：血友病治療製剤の静脈注射を患者本人が行うこと。

3. 分析方法

1) 対象論文のリストを作成し，「テーマ」「掲載雑誌名」「掲載年」「研究の種類」「支援の場」「研究対象者」を項目としてあげた。

2) 文献検討対象となった文献には1論文内に複数のケアが記載されているものが多くあった。このことを踏まえ、血友病をマネジメントする能力獲得のための支援の内容に関する記載を抽出し意味内容の類似性でまとめた。

3) 倫理的配慮は、論文の著作権を侵害することがないように留意した。

IV. 結果

1. 論文の掲載年 (図1)

血友病家庭内療法の認可され、血友病専門病院などを中心に自己注射指導が始まった1983年まで

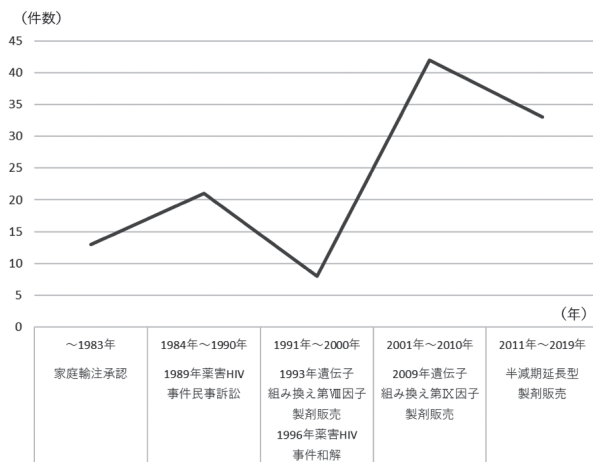


図1. 掲載年別文献件数

表2. 研究の種類別にみた研究対象者数

研究の種類 (件)	1人	2人	3～5人	6～50人	51～100人	101人以上	未記載
症例報告 (84)	48	16	12	2	1	0	5
量的研究 (21)	0	0	0	12	4	2	3
質的研究 (9)	1	3	2	2	0	0	1
混合研究 (2)	0	0	0	1	1	0	0
介入研究 (1)	0	0	0	1	0	0	0
合計	49	19	14	18	6	2	9

4. 研究対象者

研究対象者については患者のみを対象としたものが60件と半数以上を占めており、次いで患者と母を対象にしたものは16件、患者と家族を対象にしたものが11件であった。

5. 血友病患者とその家族への支援に関するテーマ内容の分類 (表3)

血友病患者とその家族が日常生活を営むための

のものが13件、1984年から1990年までのものが21件、1991年から2000年までのものが8件、2001年から2010年までのものが42件、2011年から2019年までのものが33件であった。

2. 支援の場 (表1)

外来で支援されたものが最も多く70件、次いで入院の場で支援されたものが25件となっていた。

表1. 支援の場

支援の場	件数
外来	70
入院	25
肢体不自由児施設/療育施設	5
在宅	3
入院と外来	3
キャンプ	2
入院と在宅	1
勉強会	1
記載なし	7
合計	117

3. 研究の種類別にみた研究対象者数 (表2)

最も多かったのは症例報告84件であり、量的研究が21件、質的研究が9件、混合研究が2件、介入研究が1件であった。研究対象者数をみると症例報告では1人を研究対象としたものが48件と半数以上を占めていた。量的研究では6～50人を対象としたものが12件であった。

血友病をマネジメントする能力獲得のための支援の意味内容の類似性に沿って分類を行った (表3参照)。【 】はカテゴリ、〈 〉はサブカテゴリ、()内の数字は文献数を示す。

【疾病理解を目的とした支援】【血友病治療製剤投与のための技術指導】【痛みを軽減する支援】【生活管理を促す支援】【心理的支援】【他職種、他機関との連携】の6つにまとめられた。

表3. 血友病患者とその家族への支援に関するテーマ内容の分類

カテゴリ	サブカテゴリ
疾病理解を目的とした支援	疾患の基礎知識の教育 (31) 定期補充療法 (10) クリニカルパスやパンフレット等に沿った指導 (5) 理解度を把握するテスト (4) 勉強会の実施 (3) 家庭内教育 (3) 障害医療費助成の説明 (2) フォローアップシステムを整える, 反復指導をおこなう (2)
血友病治療製剤投与のための技術指導	家庭輸注導入 (家族への製剤の静脈注射手技指導) (31) 自己注射手技習得指導 (23) 中心静脈アクセスデバイスの管理 (9) 家庭輸注/自己注射導入後の継続教育 (7) 製剤溶解・後片付け (7) 製剤投与の記録 (2) 感染予防 (1)
痛みを軽減する支援	痛みへのケア (7)
生活管理を促す支援	止血管理・出血時の対応 (11) 出血予防の方法 (10) 日常生活の中で出血要因となる行動の見直し (6) 出血の記録 (5) 口腔ケア (4) 血友病性関節症 (関節の変形拘縮) 予防方法 (3) 関節保護の工夫 (3) 運動の推奨 (2) 災害への備え (2) 玩具の選択 (2) 症状の自己申告 (1)
心理的支援	成長発達・ライフイベントに沿った介入 (15) 話しやすい存在となり, 信頼関係を確立する (11) 患者・家族間の交流, 患者会と協力し交流の場を提供する (5) 血友病という病気と向き合えるようにサポートする (4) 社会性を育めるようにサポートする (2) 患者・家族の専門的知識を尊重する (1) 患者・家族に理解しやすい内容での情報提供をする (1)
他職種, 他機関との連携	チーム医療 (33) 学校, 幼稚園, 保育所との連携 (9) 訪問看護との連携 (4) 行政との連携 (3) 装具業者との連携 (1) 親の勤務先との調整 (1)

1) 【疾病理解を目的とした支援】

〈疾患の基礎知識の教育〉, 〈定期補充療法〉, 〈クリニカルパスやパンフレット等に沿った指導〉, 〈理解度を把握するテスト〉, 〈勉強会の実施〉, 〈家庭内教育〉, 〈障害医療費助成の説明〉, 〈フォローアップシステムを整える, 反復指導をおこなう〉が含まれた。

2) 【血友病治療製剤投与のための技術指導】

〈家庭輸注導入 (家族への製剤の静脈注射手技指導)〉, 〈自己注射手技習得指導〉, 〈中心静脈アクセスデバイスの管理〉, 〈家庭輸注/自己注射導

入後の継続教育〉, 〈製剤溶解・後片付け〉, 〈製剤投与の記録〉, 〈感染予防〉が含まれた。

3) 【痛みを軽減する支援】

〈痛みへのケア〉が含まれた。これらはいずれも2000年以降の文献であり, 出血による疼痛の出現への具体的な看護介入に関する内容であった。

4) 【生活管理を促す支援】

〈止血管理・出血時の対応〉, 〈出血予防の方法〉, 〈日常生活の中で出血要因となる行動の見直し〉, 〈出血の記録〉, 〈口腔ケア〉, 〈血友病性関節症 (関

節の変形拘縮) 予防方法), 〈関節保護の工夫〉, 〈運動の推奨〉, 〈災害への備え〉, 〈玩具の選択〉, 〈症状の自己申告〉が含まれた。

5) 【心理的支援】

〈成長発達・ライフイベントに沿った介入〉, 〈話しやすい存在となり, 信頼関係を確立する〉, 〈患者・家族間の交流, 患者会と協力し交流の場を提供する〉, 〈血友病という病気と向き合えるようにサポートする〉, 〈社会性を育めるようにサポートする〉, 〈患者・家族の専門的知識を尊重する〉, 〈患者・家族に理解しやすい内容での情報提供をする〉が含まれた。

6) 【他職種, 他機関との連携】

〈チーム医療〉, 〈学校, 幼稚園, 保育所との連携〉, 〈訪問看護との連携〉, 〈行政との連携〉, 〈装具業者との連携〉, 〈親の勤務先との調整〉が含まれた。チーム医療には, 医師と看護師のみでなく整形外科, リハビリテーション, 歯科(口腔外科医や歯科衛生士含む), 臨床心理士, ソーシャルワーカー, 医療連携室等との連携が含まれていた。しかし, 遺伝カウンセラーとの連携については記載されていなかった。〈行政との連携〉には, 子ども家庭支援センター相談員や区役所のケースワーカー等が含まれた。こういった他職種や他機関との連携をはかりながら, 血友病患者やその家族が抱える様々な問題を対処していた。

V. 考察

1. 日本における血友病患者とその家族への支援に関する研究動向

研究動向の特徴をまず文献発行年の面から考察を進める。最も古い文献は1979年のものであった。その後1990年まで漸増しているが, 1983年以前の文献は家庭輸注公認前のため少ないことが推測され, 家庭輸注が認可された1983年以降に件数が増加していた。

1980年代に血友病治療を行っていた小児科医が「だから(家庭輸注が)認可される前に, もうすでに(家庭内治療に)入っていた。(中略)79年ぐらいからもう。高単位濃縮製剤の始まる前ですからAHF(クリオ製剤)の時代から」(輸入血液製剤によるHIV感染問題調査研究委員会編, 2009)と語っており, 家庭内療法認可前から血友病を診療している医師たちは製剤の発展と患者会から家庭治療を行ってほしいという要望を受け,

認可前の80年代より前から自己注射導入を行っていたことが示されている。しかし1991年から2000年まで文献件数が減少しており, これは薬害HIVの問題が発生したことが一因と推察できる。1996年に薬害HIV事件は和解しており, 2001年以降には文献数が増加していた。

支援の場として外来での研究が約6割と最も多く, このことは血友病へのケアが外来で行われていることを示していると考えられた。入院/入院と外来/入院と在宅で実施された研究29件のうち, 家庭内治療が認可される1983年以前のは8件であり, 21件は1984年以降であった。このことから家庭内治療導入後にも入院加療が必要な場合が生じていることが示された。

研究の種類では症例報告が84件と最も多く, また研究対象者数をみると1人を対象としたものが49件と最も多いことから, 血友病患者とその家族を対象とした量的研究の実施の難しさが窺えた。これは, 1施設数あたりの患者数が5人以下の血友病患者を診療している施設が186施設と最も多く(公益財団法人エイズ予防財団, 2019), 血友病患者が分散していることが研究対象者数を多く確保できない理由として考えられた。

2. 血友病患者とその家族への支援に関するテーマ内容の考察

1) 血友病患者とその家族が日常生活を営むための血友病をマネジメントする能力獲得のための支援内容の現状

本文献検討では, 【血友病治療製剤投与のための技術指導】に含まれるサブカテゴリ数が最も多かったことから技術指導に関わる内容の研究が多いことが明らかとなった。家庭療法の導入基準はもとより, 患者教育, 遵守事項, 管理項目に関して施設間に差がある上, 患者が備えるべき関連知識や注射技術の顕著な格差も生じている(血友病家庭注射療法のガイドライン, 2003)ことが指摘されている。〈クリニカルパスやパンフレット等に沿った指導〉を行うことで, 患者や家族に一貫した指導ができるものと考えられる。

血友病患者や家族への支援において直接治療に関わる【血友病治療製剤投与のための技術指導】に目が向きがちであるが, 疾患についての正しい知識を習得させることは, 将来本人が血友病を受け入れ病気と上手に付き合うための素地, すなわち自立に向けての重要な援助である(牛尾, 2009)。日常生活を営むために必要な血友病をマネジメントする能力を獲得するためには, 【血友

病治療製剤投与のための技術指導】の前に、まず〈疾患の基礎知識の教育〉を中心とした【疾病理解を目的とした支援】が十分行われることが重要である。また検討対象となった文献には1論文内に複数のケアが記載されているものが多くあり、〈話しやすい存在となり、信頼関係を確立する〉ことで患者やその家族が抱える不安や問題を把握し、【心理的支援】を行いながら、【疾病理解を目的とした支援】や【血友病治療製剤投与のための技術指導】が行われていた。このことから血友病患者やその家族のマネジメント能力獲得には【心理的支援】が欠かせないことが窺えた。

血友病の止血治療製剤は、全血輸血から新鮮凍結血漿、クリオプレシペイト製剤を経て、凝固因子濃縮製剤へと目覚ましい発展を遂げてきた(野上, 2017)。さらに凝固因子製剤は血漿由来から遺伝子組み換え製剤へと進歩し、血液を介する感染症に対して安全性が高くなると同時に、定期補充療法の導入により血友病患者のQOLは飛躍的に向上した(野上, 2017)。2014年には半減期延長型製剤が開発されたことにより、自己注射の頻度が減少してきた。これらの製剤はすべて静脈注射であったが、2018年には皮下注射薬が発売され、患者や家族の製剤投与に伴う負担軽減が期待されている。治療の進歩により〈疾患の基礎知識の教育〉や【血友病治療製剤投与のための技術指導】などの指導内容は日々変化していくため、再教育を含めた〈家庭輸注／自己注導入後の継続教育〉〈フォローアップシステムを整える、反復指導をおこなう〉ことが必要であると考えられる。

2018年から遺伝子治療の臨床試験が開始されており、遺伝子治療により血友病治療製剤の投与が不要となる期間が生じることが期待されるまでとなった。しかし、血友病は性染色体上の遺伝子の欠陥による凝固タンパクの合成障害であるから、根本的治療はない(吉岡, 1985)。この遺伝子治療により血友病治療製剤の投与を不要とする期間が生じることで患者や家族の製剤投与に関する負担は大きく減少するが、どれだけ治療が進歩しても、血友病の特徴である遺伝という課題は残存する。血友病患者の母親への支援のニーズ調査(藤井ら, 2015)でも遺伝性疾患告知時の心理的支援、子の結婚・妊娠時期の遺伝カウンセリングの必要性が指摘されており、遺伝カウンセリングを含めた〈成長発達・ライフイベントに沿った介入〉が必要であることが窺えた。

2) 血友病包括医療の現状と今後の課題

血友病における包括医療の目的を一言で表現するならば、患児が「可能な限り健常児に近いあるいは同等の生活ができるようにする」ことにある(Aledort, 1978, 稲垣ら, 1983)。血友病の治療は、血友病に関する専門の知識と技術をもったスペシャリストによってなされなければならない。また、そのスペシャリストが相互に連絡し合い、個々の症例の治療方針を決定、実施していくことが望ましく、そこで生まれてきた治療形態が包括医療と呼ばれるもので多くの専門スタッフがチームを作り同一の患児を診察、治療し、total careをしていく重要性が指摘されている(稲垣ら, 1983)。本文献検討で得られた【他職種、他機関との連携】というカテゴリに含まれる他職種との連携は、血友病の包括医療とほぼ同義であると考えられる。支援を行う際、〈チーム医療〉という連携が多くとられていたことから、血友病患者や家族に対して多面的に支援し、QOL維持・向上を図るには、他職種との連携が重要であることが窺える。しかし、血友病の患者を専門的に診ている病院は、日本全国においてそれほど多くないことや、包括医療を展開している施設も少ないことから、地域を越えた連携も必要であると小倉らは指摘している(小倉ら, 2009)。

本文献検討の中で、〈チーム医療〉に遺伝カウンセラーが含まれていないことから、現状として遺伝カウンセラーとの連携がなされているという研究報告がないことが示された。血友病という疾患が遺伝することが判明して以降、遺伝に関する相談の重要性は指摘されてきたが、血友病治療製剤の進歩と比してカウンセリングが十分に行われていたとは言い難い現状にあることが否定できないと考える。看護師は遺伝に関する悩みの相談があった際には専門的知識をもった遺伝カウンセラーと連携を図り、必要時、患者・家族がいつでも支援を受けられる体制を整えておく必要があると考える。今回の文献検討で研究報告がない理由が、遺伝カウンセラーが新しい専門職で人数が少なく連携がないためなのか、遺伝相談につながるケースの場合取り扱う内容がセンシティブであるが故に研究報告がなされていないのかはわからないため、今後遺伝カウンセラーと連携の実際に関する調査が必要である。

3) 今後の血友病患者とその家族への看護実践への示唆

血友病は先天性の疾患であり、その病期は生涯

続くことから患者のライフステージのさまざまな出来事に絡んでくる（小野，2009）。幼稚園や保育園の入園，学校での体育や遠足などの活動，クラブ活動やスポーツ参加についての相談など，日常生活での注意点や対処方法から，職業選択，結婚相手への病名告知，歯科を受診する際の相談までさまざまである（小野，2009）。そのような相談に対する支援として〈成長発達・ライフイベントに沿った介入〉といった【心理的支援】や〈チーム医療〉という連携だけでなく，〈学校，幼稚園，保育所との連携〉が支援内容として挙げられていたことから，このようなライフステージに応じた問題に対しては，医療者だけでなく他機関と連携を図りながら支援を行っていくことが必要であることが窺える。

多く支援が行われている外来場面では日常生活において出血を起こさないための【生活管理を促す支援】や関節内出血による【痛みを軽減する支援】が看護師に求められる。そのため，血友病に関連する出血の臨床診断，予防，治療・ケアと家族への指導などにおいて，看護師の果たす役割はきわめて大きい。血友病はまれな疾患ではあるが，臨床症状や年齢ごとの出血の特徴，診断法などを把握し，きめ細やかな予防指導，看護・ケアにつなげられるように，臨床症状や検査についても十分に理解しておくことが望まれる（岡，2009）。

しかし，患者や家族から寄せられるさまざまな相談に対してすべて看護師が対応できるとは限らず，また一手に担う必要もないと考える。整形外科的治療に関することなど専門的な指示を要することについては看護師が架け橋の役割を担えばよい。一生涯ともに血友病という病いと生きていくための血友病をマネジメントする能力を獲得してもらうためには，一度の教育や指導といった支援だけで完結するものではなく，〈フォローアップシステムを整える，反復指導をおこなう〉〈家庭輸注／自己注射導入後の継続教育〉など継続的なかわりが有用である。血友病患者や家族への継続支援として外来で看護師が患者や家族と関わる時間を持つことは難しいかもしれない。しかし，外来はただ血友病治療製剤を処方する場ではなく，患者や家族が血友病とうまく付き合っている在宅での生活を継続させるための看護場面であることを再認識して外来場면을有効に活用していく必要があると考える。

VI. 研究の限界

本研究においては血友病患者とその家族への支援に関する文献の中に遺伝カウンセラーとの連携がなされているという研究報告がなかった。今回の分析対象文献は医療の現場での支援に限局しており，遺伝カウンセラーとの連携が行われていないとは言い難い。今後，別のデータベースを用いて遺伝カウンセラーとの連携の実態に関する研究について再検討する必要がある。

VII. 結論

本研究により，血友病患者と家族が日常生活を営むために必要な血友病をマネジメントする能力を獲得するための支援は【疾病理解を目的とした支援】【血友病治療製剤投与のための技術指導】【痛みを軽減する支援】【生活管理を促す支援】【心理的支援】【他職種，他機関との連携】の6つに分類されることが示された。血友病に対する製剤や治療の進歩により患者や家族の負担軽減が期待されるが，外来場면을有効活用し，ライフステージに応じた問題に多面的に対応できるよう他職種と連携をはかりながら心理的支援，教育的支援を継続的に行う必要性が示された。

（注）中心静脈アクセスデバイスとは将来の自己注射に向けて幼児期の恐怖体験を増やさないために末梢静脈アクセスが困難になった乳幼児に一時的に使用する場合がある（小倉ら，2017）。

謝辞

本研究は平成27年度～令和元年度日本学術振興会科学研究費助成事業基盤C（課題番号15K11598）の助成を受け実施したものである。なお，本稿は第38回日本看護科学学会学術集会において結果の一部を発表した。

文献

- Aledort, L.M. (1978) : Current Management : The Treatment of Haemophilia, National Hemophilia Foundation.
- 天野景裕 (2017) : 血友病の症状。はじめてでも安心血友病診療マニュアル。37-38. 医薬ジャーナル社，東京。
- 藤井宝恵，古賀彩香，石川菜由子，他 (2015) : 血友病患者の母親支援に関するニーズ調査。日本遺伝看護学会誌，13(2)，83-90。
- 稲垣稔，野口正成，宮崎昭，他 (1983) : 血友病治療にお

- ける包括医療と心理学的ケア. 小児看護, 6(7): 849-856.
- 公益財団法人エイズ予防財団 (2019): 厚生労働省委託事業 血液凝固異常症全国調査平成30年度報告書.
- 中淑子, 白幡聡 (1986): 血友病の小児の日常生活と看護. 看護MOOK No19, 166-173.
- 日本血栓止血学会 血友病標準化検討部会編: 血友病家庭注射療法のガイドライン (2003年版), 2019年9月6日, <http://www.jsth.org/com/c1/c1-1/#c01>
- 野上恵嗣 (2017): 半減期延長型製剤. はじめてでも安心血友病診療マニュアル. 95-104. 医薬ジャーナル社, 東京.
- 小倉妙美, 徳田牧子, 小林正夫, 他 (2009): 小児難病・慢性疾患の基礎知識とケアのポイント 血友病こどもケア, 4(1), 52-59.
- 小倉妙美, 堀越康雄 (2017): ポート挿入. はじめてでも安心血友病診療マニュアル. 169-176. 医薬ジャーナル社, 東京.
- 小野織江 (2009): 血友病トータルケアにおける看護師の役割—ナースコーディネーターの立場から—. 小児看護, 32(12), 1585-1591.
- 岡敏明 (2009): 血友病の診断: 臨床症状と検査所見. 小児看護, 32(12), 1572-1577.
- 白幡聡 (2017): 血友病診療連携体制—欧米諸国とわが国の状況. 血栓止血誌, 28(4), 443-450.
- 牛尾里美 (2009): 血友病の子どもと家族への教育と指導 血友病の知識の教育, 小児看護, 32(12), 1592-1598.
- 吉岡章 (1985): 血友病. 遺伝性疾患への対応 その知識と実際. 76-79, 講談社, 東京. 輸入血液製剤によるHIV感染問題調査研究委員会編 (2009): 輸入血液製剤によるHIV感染問題調査研究 最終報告書 医師と患者のライフストーリー 第2分冊 資料編 医師の語り, 94, 特定営利活動法人ネットワーク医療と人権, 大阪.

資 料

精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整 についての文献検討

Discharge Care Coordination by Nurses of Psychiatric Emergency Wards in Japan : A Literature Review

富川順子¹⁾・柱谷久美子¹⁾・浮舟裕介¹⁾・田嶋長子¹⁾・島津聖子²⁾
Junko Tomikawa, Kumiko Hashiratani, Yusuke Ukihune, Nagako Tajima,
Seiko Shimazu

キーワード：退院調整, 精神科救急入院料病棟, 文献検討

Keywords: discharge care coordination, psychiatric emergency ward, literature review

抄 録

- [目的] 精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整について、文献検討から明らかにする。
- [方法] 医学中央雑誌Webで検索語を「退院調整」「精神科」及び「精神科」「退院支援」で検索した文献から、精神科救急入院料病棟及び急性期治療病棟の看護師が行う退院調整について記述のある13文献を対象にした。
- [結果] 精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整は、退院調整のスクリーニングと多職種での情報共有とアセスメント、退院支援計画の作成からなる〔入院初期に行う退院調整〕〔患者の状態に合わせた退院調整〕〔退院前カンファレンスを中心にした〕〔退院前の退院調整〕〔多職種チームの調整〕〔退院調整を円滑に行うための工夫〕であった。
- [考察] 5つの支援の具体的な内容、とくに〔多職種チームの調整〕と〔退院調整を円滑にするための工夫〕について、今後、研究にて明らかにしていく必要があると考えられた。

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

1) 大阪府立大学 大学院看護学研究科

2) 浅香山病院

I. はじめに

日本の精神科医療では海外と同様に、必要時の短期入院と地域医療で患者の地域生活を支える地域包括ケアの重要性が高まっている。精神科救急入院料病棟を算定する病棟が2002年に診療報酬で創設されて以来、精神科救急入院料病棟では患者の再入院を防止して地域生活を促進する治療とケアが行われており、このためには精神症状への治療だけでなく、患者の退院調整が重要である。

しかし、精神科救急病棟において看護師は退院調整を行うことに困難感を感じている。葉山ら(2015)は精神科救急入院料病棟に勤務する看護師21名を対象にした質問紙による意識調査において、95.2%の看護師が退院支援・調整は看護師も行う必要があると答えた一方で、47.6%の看護師が、退院支援・調整については精神保健福祉士が行うものだと答えており、退院支援に関心はあるがどんなサービスを提供していいかわからないとした人が42.9%であったことを報告している。小倉ら(2018)も精神科救急入院料病棟に勤務する7名の看護師を対象にしたフォーカスグループインタビューから、看護師は退院調整の一部である入院時カンファレンスについて困難感を持っていると報告している。中野ら(2017)も、精神科救急入院料病棟に勤務する看護師10名を対象にしたインタビューから、看護師は退院調整における、入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援・多職種間の連携について困難を感じており、看護師の持つ地域の社会資源・退院調整への知識と認識が不足しており、退院調整運営システムも不足していると感じていると報告している。三澤ら(2018)は患者の退院支援において、他職種から看護師は、情報共有や患者を支えるチームづくりの要となるよう期待されているとしており、精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整は重要と考えられるが、看護師自身は退院調整について困難だと感じている現状がある。

中野ら(2017)は精神科救急入院料病棟において看護師が行っている退院調整について、多職種による退院前カンファレンスを行っていることと、ソーシャルワークの支援を行っていることと述べているが、具体的な支援内容については述べられていなかった。精神科救急入院料病棟における看護師の退院調整について、事例研究以外で記述されている文献は少なく、精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整についてはまだ明らかになっていないと考えられる。その中で、看護師が

退院調整に困難を感じている現状についての報告は複数あることから、精神科救急入院料病棟における看護師の退院調整が明らかになることで、精神科救急入院料病棟で看護師が患者の退院調整を行う際の困難感の減少、患者の退院調整の質の向上、看護師教育に役立てることができると考えた。

精神科救急入院料病棟における看護師の退院調整について明らかにするための第一段階として、精神科救急入院料病棟で看護師が行う退院調整について文献検討から明らかにして、精神科救急病棟において看護師が行う退院調整を明らかにするための研究方法を検討する基礎的資料とするために本論文を作成した。

II. 目的

精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整について文献検討から明らかにする。

III. 用語の定義

本論文における退院調整とは「患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程」(宇都宮ら, 2011)とする。

退院支援とは「患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援」(宇都宮ら, 2011)であり、退院支援の一部に退院調整が含まれると考える。

本論文における精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整とは、日本の診療報酬上、精神科救急入院料を算定する病棟で、受け持ち看護師が入院中に行う、患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントとその過程とする。

IV. 文献検討方法

1. 文献選択方法

「精神科救急」「退院調整」の検索語で、フィールドをタイトル+抄録として医学中央雑誌Web検索を行ったところ4件のみであったため、検索語を「精神科」「退院調整」に変えてフィールドをタイトル+抄録として、2019年3月に医学中央雑誌Web検索を行った。この結果表示された53

件から入手できた文献のうち、看護師の退院調整について記述されていた文献を検討したところ、12件が残った。件数を増やすため「精神科」「退院支援」の検索語で、フィールドをタイトル+抄録として医学中央雑誌 Web 検索の結果表示された295件から、精神科救急入院料病棟入院中の退院調整について記述されている文献がないか確認を行った。さらに精神科急性期治療病棟における看護師の退院調整について記述していると考えられた文献と、転棟後でも精神科救急入院料病棟入院期間からの退院調整の記述がある入院期間6ヶ

月未満と考えられた文献も検討し、文献検討の対象を13件とした。表2から表5の退院調整内容を抽出した9件の文献とその概要を表1に示す。入院時スクリーニングのみであった須田ら(2017)、文献研究であった高田ら(2008)、退院調整についての看護師の意識についての研究であった中野ら(2017)、1事例をのぞき6ヶ月以上入院患者の退院調整についての記載であった田中ら(2010)の文献は引用で示す。表2から表5の中で示されている文献番号は、表1における文献の番号を表す。

表1 表2～表5の退院調整内容を抽出した文献

	タイトル	著者	出典	研究の概要	退院調整についての記述
1	現在の精神科病院における退院支援一ケア会議による連携システムの構築過程を検討一	久安盛太	看護・保健科学研究誌, 10巻1号, 18-23, 2010.	60歳統合失調症の1事例についての事例研究	1回目ケア会議では金銭問題についての支援, 退職手続き支援, 支援が必要なことと今後の目標共有, 2回目会議では社会生活の目標の設定と支援の明確化, 協働支援, チーム間の信頼関係の確立, 3回目ケア会議では生活能力を高める支援と役割確認, 外泊設定と訪問看護師参加, 自立支援医療給付手続き確認, 退院前カンファレンスでは退院後の支援体制の確立, 窓口の確定, 状況確認や支援要請を容易にする, 迅速で柔軟なシステムの確立, 連携継続の約束と連帯意識の強化を行った。その他退院調整としては, 入院中からデイケアなどへの通所, 退院後の院内・院外のスタッフとのミーティングを行った。
2	精神科救急入院料病棟における退院に向けた看護ケアの特徴一統合失調症と気分障害を中心に	新村順子, 田上美千佳, 山村礎, 他	精神科救急, 17巻, 131-140, 2014.	476名の看護師対象にした質問紙調査	社会資源の導入として訪問看護の利用, ホームヘルプの利用, デイケアの利用, 生活保護受給, 市区町村の障害福祉担当紹介, 保健所紹介, 地域活動支援センター紹介, 地域包括支援センター紹介が行われていた。
3	精神科急性期治療病棟における早期退院支援 多職種連携の実際	田中衣梨佳, 松永香世子	日本精神科看護学術集会誌, 57巻1号, 314-315, 2014.	任意入院, 入院期間約1か月半の統合失調症の30代男性を対象にした事例研究	2週目には精神科デイ・ナイトケア, 医師による訪問看護の説明, 3週目には精神科デイ・ナイトケアの利用と訪問看護の利用を勧めること, 4週目には精神保健福祉士の訪問看護担当者面談と精神科デイ・ナイトケア紹介を行った。訪問看護との連携として, 治療中断のリスクの検討と, 患者はこれまで地域支援を受けておらず, スタッフのかわりに対し拒否が強かったため, 患者が受けいられるように支援を行った。患者は入浴・食事面での不安があったので精神科デイ・ナイトケア導入の調整をした。
4	患者が自分らしく生きるための退院支援 スーパー救急病棟における看護師の役割	一瀬翔	日本精神科看護学術集会誌, 57巻3号, 20-24, 2014.	入退院を繰り返してきた統合失調感情障害の60歳代女性を対象にした事例研究	第1段階として, 退院後に使えるサービスを家族に説明し, 入退院を繰り返さないために訪問看護の導入を提案した。精神保健福祉士に連絡し情報共有を行った。患者の病状安定後に家族面談で退院後に必要と考える社会資源等を説明した。第2段階として患者が自分らしくいられる時間や空間を一緒に探し, 訪問看護の導入を説明する際に患者が望む地域での生活を具体的に伝えること, 訪問看護について何でも話をする工夫をした。第3段階として訪問看護導入ミーティングを実施し, 退院後の方針を決定した。訪問看護師と顔合わせを行い, 退院後の約束事を確認し, 病棟看護師と訪問看護師による患者自宅への退院前訪問を実施した。
5	精神科救急入院料病棟における退院支援を考える病棟看護師の退院支援に対する意識調査を試みて	葉山相得, 安部輝幸, 池田佳穂里, 他	日本精神科看護学術集会誌, 58巻3号, 15-19, 2015.	精神科救急入院料病棟に勤務する看護師21名を対象にした質問紙による意識調査	退院調整として実際に行っていることとして, 退院調整カンファレンスへ参加し患者に必要な支援について多職種で情報交換し検討すること, 使用できる社会資源はないか精神保健福祉士へ相談・介入依頼すること, 患者が社会復帰を行うにあたって適切なレベルを考え, 無理のない支援・調整を心がけることがあげられた。
6	退院困難な患者の退院支援について退院の方向性が何度も変更になった事例を通して	飯塚美和	日本精神科看護学術集会誌, 58巻3号, 91-93, 2015.	器質性精神病で左半身麻痺のある60歳代男性の退院調整の事例研究	入院直後の時期に多職種カンファレンスで症状回復後は自宅へ退院することと社会資源の導入を検討した。病状が安定した時期の再検討で自宅退院は難しいという判断になり, 施設を探して介護認定を受けるための手続きを開始した。地域スタッフと患者を含めたカンファレンスを行って, 借金返済のために後見人制度を利用し金銭面での問題を解決しながら施設を探すこととなった。入院から6か月後慢性期病棟へ転棟し, 施設入所まで支援が継続して行えるよう調整を図った。
7	精神障がい者の入院生活と地域生活を橋渡しするための方法を検討する入院時カンファレンスを導入し, 入院初期に多部門連携を図る	小倉圭介, 中川佑架	日本精神科看護学術集会誌, 59巻2号, 309-313, 2017.	精神科急性期治療病棟の看護師6名を対象にした質的研究	入院初期にデイケア・訪問看護スタッフと精神保健福祉士を交えて入院時カンファレンスを実施した。状態の判断と生活能力の査定, 金銭管理への介入の必要性, 入院生活の準備, 家族・キーパーソンとの関係性, 家族・キーパーソンの情報, 住居の情報, 今後の住居の検討, ADLの程度, 服薬状況の共有と薬物療法を継続するための工夫, 患者の特徴的な性格傾向, デイケアでの様子, 自分の時間の使い方, 症状を抱えながらの生活, 入院に対する意思決定, 精神科の受診状況, 支援者が入院を勧める理由, 入院に至る最近の病状の変化, 社会資源の利用状況, デイケア・訪問看護の利用方法, 社会資源・グループホームスタッフとの関係調整の必要性, 周囲の人の困り事への対処法, よりよい地域生活を送るために支援者が必要と考えていること, 退院までの見通しと検討すべき課題, 身体合併症の治療状況, 身体合併症に対する介入の必要性について話し合った。

8	精神科身体合併症の退院支援を点検する看護師の視点から急性期総合病院に併設した精神科の急性期閉鎖病棟をめぐって	濱砂央, 江藤喜樹, 山内紗子, 他	日本精神科看護学術集会誌, 60巻2号, 105-109, 2018.	精神科救急入院料病棟の看護師16名へのフォーカスグループインタビューによる質的研究	【退院支援における支援者間の連携】として〈退院支援を促進する多職種連携〉〈退院支援を促進する看護師間連携〉を行っていた。退院支援を行う際の困難として〈退院支援が困難となる病院のシステム〉〈精神科-身体科の医療連携の困難性〉があげられた。
9	受け持ち看護師がコーディネートする退院支援情報共有シートを通して	小岩ゆりあ, 伊藤ひと美	日本精神科看護学術集会誌, 61巻1号, 500-501, 2018.	60歳代, 統合失調症で20歳代から入退院を繰り返す男性についての事例研究	多職種合同カンファレンスで, 入院初期に新しいグループホーム探しと借金返済, 入居費用貯金を精神保健福祉士に依頼した。入院中期には精神保健福祉士と借金・入居費用など金銭状況の確認と見直し, グループホーム探しの進捗状況を精神保健福祉士に確認し, ヘルパー利用状況確認をケアマネジャーに依頼した。患者とグループホームでの1日の動きをシミュレーションした。施設見学時に地域スタッフに患者の生活について「退院支援情報共有シート」を用いて説明し, 地域スタッフが支援をイメージできるように伝えた。入院後期には外来受診時の支援依頼, 訪問看護と観察項目のすり合わせ・退院後の窓口の訪問看護への一本化, ケアマネジャーとヘルパー導入の決定事項の確認を行った。

2. データ収集・分析方法

入手した文献から, 精神科救急入院料病棟あるいは精神科急性期治療病棟において看護師が行っている退院調整内容についての記述を抽出した。抽出した内容について, 退院調整が行われる時期, 目的, 方法に着目しながら, 同じと考えられる支援内容をまとめて整理して示した。

V. 倫理的配慮

使用した文献の明記を行い, 個人の特定につながる情報の記載はせず, 匿名化されていることを確認してデータを使用した。

VI. 結果

精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整は文献検討から, 1. 入院初期に行う退院調整, 2. 患者の状態に合わせた退院調整, 3. 退院前に行う退院調整, 4. 多職種チームの調整, 5. 退院調整を行う時の工夫に分類された。

1. 入院初期に行う退院調整

精神科救急入院料病棟の入院初期において看護師は, 退院調整の必要性についてスクリーニングを行い退院調整が必要と判断した患者について, 多職種間で情報共有を行い, 退院までに調整が必要なことについてのアセスメントを行って, 退院支援計画を作成していた。

1) 退院支援の必要性についてのスクリーニング

実践報告ではあるが, 高田 (2008) は1病院で使用している退院調整アセスメントシートについて報告している。このシートは篠田 (2008) の一般科患者の退院支援・調整のスクリーニングについての記述をもとに作成されていると考えられ

る。退院調整が必要かどうかということと, 現在利用している介護保険や障害年金, 自立支援医療などの社会保障制度, 利用している医療・福祉サービスと, 退院時に必要な医療処置を把握するシートである。退院調整が必要かどうかをみるスクリーニングとして, 75才以上, 3ヶ月以内の再入院, ADL・IADLの低下, ADL低下のリスク, 認知症, 服薬中断による悪化, 家族の協力・介護力の不足, 独居, 高齢世帯のうち一つでもあてはまる項目があれば退院調整を開始するとしていた。

2) 多職種間での情報共有と退院支援についてのアセスメント

入院後1週間以内に, 看護師, 主治医, 精神保健福祉士に, 事例によっては訪問看護師, デイケアスタッフで多職種カンファレンスを開催, あるいは多職種カンファレンスを開催していなくても, 退院に向けて必要な患者の情報共有, 退院の方向性の確認, 退院に向けて必要な支援のアセスメントに加えて, 各職種の役割を決めていた。入院初期に多職種で共有していた情報を表2に, 入院初期に多職種で行っていたアセスメントを表3に示す。

患者への支援への必要性がまだ定まっていない時期であることから, ヘルパーや訪問看護師の具体的な支援についての話し合いはまだ行われていなかったが, 看護師と多職種チームは, 服薬継続支援, 患者の金銭問題を解決するための支援, 退院先の検討を行う支援についての退院調整を開始していた。このうち金銭問題を解決するための支援と退院先の検討の支援について看護師は精神保健福祉士に依頼していた。

表2 入院初期に多職種で共有していた情報

入院初期に多職種で共有していた情報の内容		文献
患者自身の情報	入院に至る最近の病状変化, 患者の性格, 地域での時間の使い方, 症状を抱えながらの生活, 服薬状況, 入院に対する意思決定, 精神科の受診状況	1, 6, 7, 9
家族の情報と関係性	家族・キーパーソンの情報, 退院についての考え, 患者との関係性	1, 6, 7, 9
周りの人との関係	周囲の人の困りごと	1, 6, 7
社会資源の情報	社会資源の利用状況, デイケア利用の様子, 訪問看護利用の様子, 支援者との関係	1, 6, 7, 9
地域支援者のアセスメント	地域生活支援者が入院を勧める理由, 地域生活支援スタッフが必要と考える支援	1, 6, 7, 9

表3 入院初期に多職種で共有していたアセスメント

アセスメントの視点	アセスメント内容	文献
日常生活と症状とのつきあい	患者の状態, 生活能力, 金銭管理能力, 服薬継続状況, 身体合併症と支援の必要性	1, 6, 7, 9
家族との関係性	家族関係調整の必要性	6, 7
周りの人との関係	地域生活支援者・地域住民との関係調整の必要性	1, 6, 7, 9
社会資源の調整	必要と考える社会資源, 社会資源を利用する上で対応が必要な問題	1, 6, 7, 9

3) 退院支援計画の作成

田中ら (2010) は, 篠田 (2008) の退院支援・調整のステップに沿って行った入院後5ヶ月で退院した患者の退院調整について報告しており, このステップの中で, 退院支援計画書を作成し, 患者の退院の方向性, 退院に向けて必要な支援, 各職種の役割について記載していた。

2. 患者の状態に合わせた退院調整

看護師と多職種チームは退院支援計画に沿って, 外泊や実際の社会資源利用の中での退院調整と, 社会資源導入のための退院調整を行っていた。この退院調整は表4のとおりである。

表4 患者の状態に合わせた退院調整

看護師が行っていた退院調整	文献
患者に社会資源の説明を行う	1, 3, 4, 6, 7
患者に社会資源の必要性について説明する	1, 3, 4, 6, 7
社会資源利用の申請について精神保健福祉士に患者への支援を依頼する	5
精神保健福祉士に患者が社会資源利用希望であることを連絡して手配を依頼する	4
精神保健福祉士に社会資源利用のために必要な患者の情報を伝える	1, 3, 4, 6, 7
患者が社会資源担当者の説明が聞けるように面談調整をする	1, 3, 4, 6, 7
患者と社会資源担当者との話し合いに同席する	1, 3, 4, 6, 7
社会資源担当者に患者との面談だけではわからない情報について申し送る	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9
社会資源担当者と患者の地域生活に必要な支援について話し合う	1, 3, 4, 6, 7, 9
体験利用できるものについては体験利用できるよう申し込みを支援する	1, 3, 4, 6, 7, 9
患者の理解を確認し, 追加で支援が必要なものについて適切な職種から支援を受けられるように連絡と日時調整をする	1, 3, 4, 6, 7, 9

1) 社会資源導入のための退院調整

久安 (2010) の報告のように看護師は適宜, 関係者カンファレンスを実施しながら, 患者の回復を確認して必要な社会資源について多職種と決定し, 患者が社会資源を利用できるように精神保健福祉士と一緒に調整を行っていた。

一瀬 (2014) は看護師が精神保健福祉士に患者

が社会資源利用希望であることを連絡して, その社会資源を利用するための支援を依頼し, その社会資源利用のために必要と考える患者の情報の申し送りを行っていたと報告していた。

小倉ら (2017) の報告のように調整を行った社会資源としては, グループホームなどの居宅施設, ケアマネジャー, ヘルパー, 訪問看護, 配食サー

ビス、金銭管理サービス、成年後見制度、自立支援医療、デイケア利用、介護認定、生活保護があげられた。

2) 外泊や実際の社会資源利用の中での退院調整

看護師は、患者に外泊によって退院調整内容を検討し、1)で導入を検討した社会資源について、実際の見学や利用を通してわかった問題点を多職種で話し合っ、患者の地域生活の実際に合わせて退院調整内容が変更されるように調整していた。

久安(2014)は、退院前訪問看護を訪問看護師など、地域生活支援者らと一緒に行って、実際の住環境を確認しながら、多職種カンファレンスで患者の社会資源の利用と調整について話し合っている報告をしていた。

3. 退院前に行う退院調整

久安(2010)、葉山ら(2015)、小岩(2018)は患者の退院前に、退院前カンファレンスを行っている事例について報告している。退院前カンファレンスの参加者としては、患者と家族、病院内の看護師、医師、精神保健福祉士、作業療法士など支援者、病院外の医療関係者である訪問看護、デイケアスタッフと外来看護師、福祉関係者であるケアマネジャー、利用施設の精神保健福祉士、保健師、ヘルパーに加えて近隣住民の支援者が含まれていた。退院前カンファレンスあるいは退院前までの看護師の退院調整について、表5に示す。

一方、一瀬(2014)、小倉ら(2017)の報告では入院のあいだにカンファレンスは1回のみであり、退院前カンファレンスとして意図して実施されたわけではないと考えられ、入院期間が1ヶ月程度であったことがその理由として考えられた。

表5 退院前カンファレンスあるいは退院前までの看護師の退院調整

退院前カンファレンスあるいは退院前までの看護師の退院調整	文献
退院後の患者の生活について具体的に話し合う	1, 5
退院後の継続医療、外来受診について確認して必要な支援を依頼する	1, 5
訪問看護での具体的な観察項目とケアについて話し合う	1, 4
退院後に利用する社会資源で決定していることについて具体的に話し合う	1, 4
退院後の患者を支援する窓口について話し合う	1
まだ導入が済んでいない社会資源について進捗状況を確認する	1
患者の地域生活促進のために重要なことについて確認する	1
緊急時(自傷他害を中心にした問題行動やリスク)の対応について話し合う	3
緊急時の支援方法と各職種の役割について話し合う	1, 3

4. 多職種チームの調整

看護師は、退院前カンファレンスの参加者への連絡と日程調整を行っていた。この他に、ケアマネジャーにヘルパー導入の進捗状況の確認と、グループホーム探しの状況を精神保健福祉士に確認にするという、退院調整における各職種の支援と進捗状況の確認も行っていたが、多職種チームのコーディネーター機能を担っていると明確に記述した事例はなかった。

5. 退院調整を円滑に行うための工夫

退院調整を円滑にするために看護師が行っていた工夫の1点目は社会資源への申し送りの際に、退院支援情報共有シートを作成したとするものであった。患者の1日の生活行動を第3者がイメージできるよう詳細に情報を文章化したものを作成したり、須田ら(2017)はデイケア及びグループホームが求める情報についての聞き取り調査から「患者基礎情報、保護者データ、服薬、金銭・貴重品、

食事、衛生面、デイケアの利用についての項目が不足していた」ので、これらの項目を強化した情報共有シートを作成したという報告をしていた。

具体的な工夫内容ではないが、看護師が退院調整を行う時の心がけとして、葉山ら(2015)は「患者の社会復帰を行うにあたって、患者に適切なレベルを考えて、無理のない支援・調整を心がけている」、中野ら(2017)は、「患者に主体的に関わる、患者の状態や時期を見て一緒に関わる、入院時より情報収集する、3ヶ月の治療構造を意識する、精神保健福祉士の役割の重要性を意識する」ことをあげていた。

VII. 考察

ここでは本論文の結果で述べた5つの退院調整の側面について、現状の精神科救急入院料病棟における退院調整をまだ十分反映していないと考えられる内容と、今後研究で検討が必要と考える視

点について、一般病棟入院患者の退院調整と、長期入院の患者が多い精神病棟基本入院料あるいは精神療養病棟入院料を算定する病棟における退院調整についての文献との比較から考察する。

1. 入院初期に行う退院調整

井上ら（2011）は、長期入院の患者対象ではあるが、精神科に入院している患者の退院困難尺度を構成する退院困難要因として、病識と治療コンプライアンス、退院への不安、ADL、怒りや衝動性と自傷他害の問題行動、自閉的行動、身体合併症、自殺企図の可能性、家族からのサポートをあげ、退院困難要因の点数が高いほうが退院支援を要するとしている。本論文の退院調整スクリーニングでは75才以上、3ヶ月以内の再入院、ADL・IADLの低下、ADL低下のリスク、認知症、服薬中断による悪化、家族の協力・介護力の不足、独居、高齢世帯であることをあげたために、認知症と75才以上であること、3ヶ月以内の再入院、服薬中断による悪化、自閉的行動、自傷他害の問題行動、自殺企図の項目について異なっていた。長期入院患者と対象が異なることによる差は考えられるが、本論文でも退院前に自傷他害の緊急時の支援についての退院調整を行っていることから、この項目については入院時のスクリーニングが必要と考える。入院時に行うスクリーニングの項目の検討は今後必要だろう。

退院支援計画については作成する、とあったが具体的な内容については明らかではなかったことから、退院支援計画の作成方法についての検討も必要だろう。

2. 患者の状態に合わせた退院調整

一瀬（2014）の文献では、看護師は退院調整の際にまず精神保健福祉士に連絡して、患者が社会資源を利用するための支援を依頼し、その社会資源利用のために必要と考える患者の情報の申し送りを行っていたが、その後の退院調整については訪問看護の導入についてのみ記載されていた。葉山（2015）は精神科救急入院料病棟の看護師への退院調整についての意識調査の中で47.6%の看護師が「退院調整は精神保健福祉士が行うものだ」と答え、退院調整について受動的な看護師の姿勢について報告している。篠田（2012）は一般病棟入院患者の退院調整について医療依存度の高い人、介護度が高いあるいは終末期ケアが必要な人、訪問看護師や保健師との看護連携が必要な人、在宅医療においてモノ、人、お金の調整が必要な人

について、看護師が中心となって退院調整する意義があると述べている。現在の精神科救急医療においては高齢でこのような看護連携が必要な患者の入院も多いことから、看護師も訪問看護導入以外の退院調整について積極的に行う必要があると考えられる。精神保健福祉士とどのように役割分担していくかという検討も今後の研究で必要だろう。

3. 退院前に行う退院調整

井上ら（2011）は退院前にカンファレンス等で患者と各関係者が同席して退院後の生活について話し合うと述べている。末安（2015）は退院前カンファレンスで緊急時の連絡体制や患者の相談窓口、地域支援者らが患者の対応に困った時の相談体制を確認しておくこととしている。本論文でも患者・家族と各支援者らが集まり、退院前には患者の具体的な地域生活、継続医療、社会資源の実際の利用方法と各支援者の動き、患者の相談窓口、緊急時の支援について話し合うことが結果の中で述べられていたので、退院前に退院前カンファレンスを中心にした退院調整を行うことについては一般病棟への入院患者、精神科病棟に長期入院する患者だけでなく、精神科救急入院料病棟でも同じと考えられた。

ただし、一般病棟患者と精神科救急入院料病棟に入院する患者が利用する社会資源と多職種チームの構成は異なることが多いこと、患者と家族の特徴も異なることから、看護師が退院前カンファレンスを支える方法は異なる可能性がある。また、精神科に長期入院する患者の退院調整と、入院期間が3ヶ月以内の精神科救急入院料病棟に入院した患者では、患者の特徴と退院前に調整できる期間は異なると考えられるため、退院前カンファレンスを支える方法はやはり同じとは言えない可能性がある。従って、精神科救急入院料病棟における退院前カンファレンスを看護師として支える方法と効果的な退院前の退院調整については、今後研究で明らかにしていく必要があるだろう。

4. 多職種チームの調整

田中ら（2010）・小岩ら（2018）の文献など、看護師は、退院前カンファレンスの参加者への連絡と日程調整、退院調整における各職種の支援と進捗状況の確認を行っていると考えられたが、多職種チームのコーディネーターを担っていることについて明確に記述した事例はなかった。精神科病棟の退院調整について医師の視点から述べた井

上ら（2011）は多職種チームを統括するコーディネーターの役割は重要としており、多職種チームを統括する場合はどの職種であってもリーダーシップが必要としている。本論文の結果では、コーディネーター役割とリーダーシップについての結果が少なかったと考えている。看護師が行う退院調整におけるコーディネーターの役割とリーダーシップについては検討が必要だろう。

5. 退院調整を円滑に行うための工夫

本論文の結果からは情報共有シートを作成したことのみ具体的に実施されていることがわかったが、篠田（2012）は退院調整を行う看護師にはコミュニケーションと患者だけではなくチーム間で信頼関係を築くことが重要であることや、できない部分だけではなくできることに着目して活用すること、情報共有だけではない技術指導や患者にあったプログラム作成などについても述べている。コミュニケーションとチーム間で信頼関係を築くための工夫についても今後検討が必要だろう。

6. 本論文の限界

文献検討の対象となる文献数が少なかったことから、精神科救急入院料病棟だけではなく退院調整内容を含む。本論文で明らかになった精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整では、看護師が現状で行っていることはまだ十分に含まれていない可能性があると考えられる。

7. 今後の課題

精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整において、今後研究で検討が必要と考えることについて述べた。精神科救急入院料病棟における退院調整自体についての研究はまだ数が少なく、本論文では5つの大きな退院調整内容についての理解が得られたが、その実際はまだ十分明らかではないと考えられたことから、まず質的な研究を行って退院調整の実際について検討することが必要と考えられた。篠田（2012）は退院調整の質の評価について、サービスの提供体制の評価、サービスそのものの評価、サービスの結果についての視点から評価できるとしており、評価方法についても検討してから、精神科救急入院料病棟において看護師が行う退院調整の研究につなげたい。

VIII. 結論

文献検討から、精神科救急入院料病棟において看護師は退院調整として、入院初期に1. 退院調整の必要性についてのスクリーニング、多職種間の情報共有と必要な退院調整についてのアセスメント、退院支援計画の作成を行っていた。その後2. 患者の状態に合わせた退院調整として、精神保健福祉士とともに社会資源導入についての退院調整と、外泊や実際の社会資源利用の中で患者の具体的な地域生活とその問題点に合わせて適宜多職種カンファレンスを行って退院調整を行っていた。3. 退院前に行う退院調整では、患者・家族と各支援者らが集まり、患者の具体的な地域生活、継続医療、社会資源の実際の利用方法と各支援者の動き、患者の相談窓口、緊急時の支援について話し合う退院前カンファレンスを行っていた。看護師はまた、4. 多職種チームの調整と5. 退院調整を円滑に行うための工夫を行っていたが、この2点についての具体的な内容は他の3点より少なかった。

これら5つの看護師の退院調整の実際について、質的研究を行い明らかにしていくことが今後必要と考えられた。

本論文は2019年度大阪府立大学地域保健学域看護学研究科病院連携推進部会の活動として、2019年度看護学研究科実習施設等との共同研究補助金の支援を受けて実施した。

引用文献

- 葉山相得, 安部 輝幸, 池田佳穂里, 他 (2015): 精神科救急入院料病棟における退院支援を考える 病棟看護師の退院支援に対する意識調査を試みて, 日本精神科看護学術集誌58巻3号, 15-19.
- 井上新平・安西信雄・池淵恵美 (2011): 精神科退院支援ハンドブックガイドラインと実践的アプローチ, 医学書院, 69-80, 178.
- 三澤康雄, 笹本美佐, 下坂保治 (2018): 日本看護学会論文集: 精神科病院での退院支援における連携で他職種から期待される看護師の役割, 日本看護学会論文集: 精神看護, 48号, 55-58.
- 中野伸治, 稲永真人, 前田好美, 他 (2017): 精神科救急入院料病棟での退院調整の取り組みと課題, 日本看護学会論文集, 第47回, 43-46.
- 小倉圭介, 中川佑架 (2018): 精神障がい者の入院生活と地域生活を橋渡しするための方法を検討する (第2報) 入院時カンファレンス導入による病棟への影響と今後の課題, 日本精神科看護学術集誌, 60巻2号, 264-268.
- 篠田道子編, 一般社団法人全国訪問看護事業協会監修 (2008): ナースのための退院支援・調整 院内チー

- ムと地域連携のシステムづくり, 日本看護協会出版会.
篠田道子, 一般社団法人全国訪問看護事業協会監修
(2012): ナースのための退院支援・調整 院内チー
ムと地域連携のシステムづくり, 日本看護協会出版
会, 48-50.
- 須田瑞穂, 町田修宏, 関野樹里, 他 (2017): 地域生活の
ための連携サマリー 精神科救急病棟と関連施設の
情報共有, 日本精神科看護学術集会誌, 60巻1号,
152-153.
- 末安民生 (2015): 精神科 退院支援ビギナーズガイド
新版, 中山書店, 34-35.
- 高田久美 (2008): 入院時シートを精神科で活用して見え
てきたこと, 精神科看護, 35巻12号, 18-22.
- 田中美智子, 丸毛洋子, 沖好子 (2010): 精神科入院患者
の退院支援～退院調整のプロセスと看護師の役割～,
鳥取臨床科学, 2巻1号, 1-7.
- 宇都宮宏子・三輪恭子: これからの退院支援・退院調整
ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域
第一版, p.10-11, 2011.

資 料

高齢者施設ケア (LTC) 研究会の取り組みと今後の課題 Efforts and Future Activities of the Long-term care (LTC) Research Group

山内加絵¹⁾・長畑多代¹⁾・九津見雅美¹⁾・山地佳代¹⁾・松田千登勢²⁾・
八尾英人³⁾・島宗充³⁾・櫻井明子⁴⁾

Kae Yamauchi, Tayo Nagahata, Masami Kutumi, Kayo Yamaji,
Chitose Matsuda, Hideto Yao, Munemitsu Shima, Akiko Sakurai

キーワード：高齢者施設 研究会 取り組み 実践報告

Keywords: long-term care facilities, research group, efforts, practical report

I. はじめに

超高齢社会の到来，核家族化による独居老人や高齢者世帯の増加に伴い，特別養護老人ホーム（以下，特養）のニーズが高まっている．2015年4月には新規入居者は原則要介護3以上の高齢者に限定されるなど，中重度の要介護者を支える施設としての機能が求められており，実際平均介護度は3.94と年々上昇している（厚生労働省，2018）．また，90歳以上の入居者が39.0%と約4割を占め，認知症の有病率は96.7%という現状である（厚生労働省，2017）．さらに価値観の多様化により，高齢者個々のあり方を尊重したその人らしい過ごし方や苦痛なく自然に死を迎える看取りが期待され（伊藤ら，2006；櫻井ら，2009），特養の67.5%が死亡による退所であるという現実からも（厚生労働省，2017），特養は終の棲家としての役割も担っている．人生の最期を病院ではなく，住み慣れた特養で迎えたいという特養入居者と家族のニーズは今後ますます高まることが予測される．

特養の看護職は，入居者100名の場合常勤で3名以上（厚生労働省，1999）という人員配置であ

る上に，生活の場である特養では医師の常駐が義務づけられていない．そのため，看護職は唯一の医療職としての役割が求められている．さらに，高齢者の心身の状態を的確に判断し，多職種と連携しながら本人・家族のニーズに沿ったケアを提供する必要がある．

このようなことを背景に，長畑らは2009年～2011年に科学研究費補助金（基盤研究C）を受けて「生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護職に向けた教育プログラムの開発」に取り組んだ．この研究を通して以下のような課題が浮き彫りとなった．特養では，他施設との情報交換の場や研修の機会が極端に少ないこと，特に看護職同士のつながりがほとんどないこと，多職種との連携，特に介護職との連携のあり方に苦悩していること，非常勤である医師や医療機関との連携上の悩みを抱えていること，家族・本人の多様なニーズ把握とその対応に困難を抱えていること，そして基準がないなか，生活の場における看護を模索していること，看護職自身も生活の場における自然な看取りの経験が少ないこと等が明らかとなった（長畑，2012）．

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

1) 大阪府立大学大学院看護学研究科

2) 摂南大学看護学部

3) 特別養護老人ホームあんり

4) 特別養護老人ホームベルファミリア

これらのことより、情報交換や悩みの共有、地域での連携が必要であり、さらに実践の場と研究をつなぐことで特養における看護の専門性を明確にする必要性を感じ、2013年に高齢者施設ケア（Long-Term Care：LTC）研究会（以下、LTC研究会）を立ち上げることとなった。本稿では、発足から7年目を迎えたLTC研究会のこれまでの活動を報告し、今後の課題について考察する。

II. LTC研究会の概要

1. LTC研究会の目的

LTC研究会は、実践の振り返りと他施設の実践者との交流および意見交換を行う場を提供するとともに、高齢者施設におけるケアの研究を推進し、その進歩・発展・普及に貢献することを目的とした。

2. 参加対象者

2013年の研究会発足当初は、参加対象施設を特養に限定していたが、2014年の第6回目の研究会より介護老人保健施設（以下、老健）にも対象を広げて、高齢者施設ケアに携わる実践者および研究者とした。

3. 参加者募集方法

発足当初は、これまでに研究協力を得た施設や本学の実習協力を得ている施設に対し、年度初めに年間の開催日を記載した案内状を送付していたが、2017年度より毎回の研究会において、開催の1～2カ月前に案内状を送付するようにした。

4. 開催日時

開催時期や回数、集まりやすい曜日、時間帯について参加者の意向を踏まえ、年4回（5月、8月、11月、2月）の第4金曜日の19:00～20:30に開催することとした。

III. LTC研究会発足からこれまでの活動状況

これまでの研究会の活動内容を表1に示す。2013年8月に第1回目の研究会を開催して以降、2019年8月までに25回の研究会を開催した。参加人数は1回の研究会において13名～20名であった。発足当初は特養に限定していたことから、実践者は特養の看護職が多いものの、老健や医療機関からの参加もみられた。看護職以外では介護

職、生活相談員、機能訓練指導員、管理栄養士、歯科医師と職種も多岐に渡った。その他、大学教員や大学院生が参加した。

1. 研究会の立ち上げ期

この時期は第1回～第3回であり、研究会の活動の基盤を参加者とともに作っていった時期であった。参加者は特養の看護職と大学教員、大学院生であった。

研究会の第1回目は、8施設の特養の看護職12名と大学教員6名の計18名の参加があり、研究会を立ち上げた経緯を説明して研究会の趣旨に賛同を得るとともに、今後の研究会の活動の進め方について自由に意見交換を行った。開催時期や回数や集まりやすい時間帯、場所等を確認したのち、生活の場におけるケアについての思いを語り合った。その後続く第2回、第3回は4～5人のグループに分かれて、引き続き自施設のケアの現状や課題について語り合い、3回とも活発な意見交換の場となった。参加者は流動的であったため、毎回情報交換や研究会への期待・要望を出し合い、活動の方向性を探っていった。

2. 研究会の運営方法を模索した時期

2014年度の第4回～第7回は、研究会の運営方法について模索した時期であった。第4回目は、7施設の特養から14名の看護職の参加があった。同施設からの看護職の参加者が増え、大学教員6名と合わせて総勢20名と、前年度よりも参加者が増加した。第4回では実践者の意向により特養における看取りについて、実践を通して困っていることや疑問に思っていること等についてグループごとに自由に意見交換を行った。そのことにより、施設によってケア体制や看取りの方針等が異なる部分はあるものの、他施設の実践を参考にしたい、他施設の現状についての情報交換をしたいという声が上がったため、2014年度は看取りをテーマに、事例検討会や勉強会等を行っていくこととなった。4回の研究会を終え発足から1年が経過したところで、第1回目より継続して参加している3施設の特養の看護職3名と事務局の大学教員3名の計6名で、研究会の運営方法について検討する機会を設けた。事務局としては、実践者の希望やニーズに基づき、実践者にとって参加して有意義であったと思える研究会にしていきたいと考えていた。そのため、大学側のみで企画をすることや、講義・研修という受講形式ではなく、実践者が中心となって話題を提供するなど、実践者主体の研

研究会にしたいという思いを伝えた上で、今後の研究会の運営について検討した。現場の課題としては、他施設の看護職同士のつながりがなく、業務のため研修に参加できないこと、ケアの評価が難しいため自分自身の実践や自施設で実践しているケアに対する不安があること等が挙げられた。そのため、事例発表や実践報告を通して、他の実践者から助言を受けることや、よりよい方法の共有ができる場にしていくことで合意が得られた。具体的な進め方としては、輪番制で実践者より事例を提示してもらい、1回の研究会につき2事例を通して意見交換をしていくこととなった。

第5回目の研究会の最初に、研究会の運営方法について話し合われた内容を参加者に伝えて了承を得たため、第6回、第7回は看取りについてそれぞれ2事例ずつについて検討した。

また、第5回目より、看護職が同施設の介護職を誘い、共に研究会に参加するなど、看護職以外の職種への参加もみられてきた。このことにより、看護職間のディスカッションにとどまらず、他職種の認識の理解につなげることができた。

さらに、研究会発足のきっかけが特養における研究から始まったこともあり、当初は特養にのみ研究会の案内をしていたが、施設の機能の違いはあるものの情報交換や悩みの共有、ケアの工夫等参考になる部分も多いと考え、大学近辺の老健にも案内状を送付した。その結果、新たに老健の看護職への参加がみられると同時に、老健から医療機関に転勤となった後も継続して参加するなど、本研究会に意義を感じている参加者が徐々に定着してきた。

3. 研究会の運営方法の再検討と広報活動を強化した時期

2015年5月の第8回目以降は、看取りに限定せず、現場から自由に話題を出してもらうとともに、大学からも教員が取り組んでいる研究の紹介や大学院生が自らの興味分野を紹介するなどして話題を提供した。

また、90分という時間の中で2事例についてディスカッションするには時間が不足し、各事例がやや消化不良となる傾向があったため、2016年2月の第11回目からは1事例または1テーマの話題で話し合うこととした。

参加者が固定してきた一方、一度欠席するとそれ以降参加しにくくなる傾向もあり、2016年度は参加者が13～15名と最も少ない年度となった。少人数であれば意見交換がしやすい反面、多様性に

欠けることも考えられるため、過去に参加したことのある実践者に対し、日程の都合がつく範囲で気軽に参加してほしい旨を直接電話やメールにて連絡をし、参加を促した。

さらに、これまでは年度初めに年間の日程の案内状を送付するのみであったが、2017年度の第16回目からは本学の研究活動補助金を受けて、毎回の研究会において、1～2か月前に案内状を送付するなどして広報活動を強化した。その結果、新規の施設からの参加者が各会において増えるとともに、以前の参加者が再び参加するなどにより、第17回目には11施設の特養からの参加があり、総勢20名となるなど前年度より参加人数が増加し、より活発なディスカッションを行うことができるようになった。

4. 研究会の活動内容と運営方法が定着してきた時期

2016年頃より、メンバーがある程度固定されてきたこともあり、実践者の負担軽減のためにも、年4回のうち、3回は実践者より、1回は大学から話題提供を行うという流れができた。

また、参加者間、特に実践者間で自由に発言しやすいうようにと、話題提供後のディスカッションの際には、大学教員が仕切るのではなく、前回話題提供を行った参加者に司会を依頼するなどの取り組みも開始した。

職種においては看護職が多くを占めているが、話題がNST（栄養サポートチーム）の活動報告の際は同施設の歯科医師や管理栄養士も参加をして専門職としての知見を述べたり、褥瘡ケアについての話題の際は機能訓練指導員が主となって発表するなど、テーマによって多職種の参加もあった。その他大学教員や大学院生が参加して、学会で得た知見の報告や取り組んでいる研究について報告し、実践者から意見をもらえる機会となっていった。2018年度からは介護職への参加が毎回みられ、多い時には4名の参加があった。

話題についても、栄養摂取における意思決定支援についてや白癬ケアの工夫事例、多職種連携により外出支援を行った事例など多岐に渡った。

参加者が定着し、施設間の交流も深まってきた一方、毎回新規の施設からの参加があるなどメンバーも徐々に増加してきた。また、以前参加していたが、業務の多忙化や出産等のライフイベントにより一時的に不参加であった実践者も、再び参加するようになるなど、これまで以上に活発なディスカッションを行う場となっていった。

表1 研究会の活動内容

回数	開催日	参加者数	参加者内訳							内 容
			職種の内訳				施設の内訳			
			看護職	介護職	教員	その他	特養	大学	その他	
1	2013年 8月	18名	12	6			8	2	研究会立ち上げの経緯と今後の活動についての意見交換	
2	11月	15名	9	6			7	2	施設の現状に関する情報交換（グループワーク）	
3	2014年 2月	15名	10	5			7	2	施設の現状に関する情報交換（グループワーク）	
4	5月	20名	14	6			7	2	看取りケアの現状と課題の共有（グループワーク）	
5	8月	17名	10	1	6		7	2	〈大学教員による話題提供〉 老年看護学研究における実践者と研究者の協働について	
6	11月	16名	10	1	4	1 生活相談員	6	1	1 老健	〈特養における事例報告〉 看取りケアについての事例検討（2事例）
7	2015年 2月	17名	10	1	5	1 生活相談員	7	2	1 老健	〈特養における事例報告〉 看取りケアについての事例検討（2事例）
8	5月	16名	9	1	5	1 生活相談員	7	2		〈特養における実践報告〉 特養における看取りケアタクティールケアを用いた認知症ケアの取り組み
9	8月	詳細不明	-	-	-		-	-		〈大学教員による研究報告〉 特養における看護師が実践する感染症リスクマネジメント指標について
10	11月	詳細不明	-	-	-		-	-		〈大学院生による話題提供〉 高齢者ケアにおけるコンフォート薬物療法を受けている認知症高齢者へのケア
11	2016年 2月	詳細不明	-	-	-		-	-		〈老健における実践報告〉 介護老人保健施設における看取りケア
12	5月	13名	7	4	2	院生	5	2		〈特養における実践報告〉 摂食・嚥下機能向上に向けた取り組み
13	8月	15名	7	5	3	歯科医師1 院生2	5	2	1 病院	〈特養における実践報告〉 NST（栄養サポートチーム）の活動について
14	11月	13名	6	5	2	院生	4	2		〈特養における事例報告〉 足白癬対策について
15	2017年 2月	14名	6	5	3	院生	4	2	1 病院	〈大学院生による話題提供〉 老年看護学における研究課題の動向ユニット型特養の看護職に向けた看取りにおける介護職との連携実践尺度について
16	5月	16名	12	3	1	院生	8	2	1 病院	〈特養における実践報告〉 特養における看護の業務改善について
17	8月	20名	12	1	4	4 機能訓練 指導員1 院生3	11	2		〈特養における実践報告〉 特養における褥瘡ケアと今後の課題
18	11月	18名	14	3	1	院生	9	2	1 病院	〈特養における実践報告〉 吸引・胃瘻のケアにおける看護・介護職の連携について
19	2018年 2月	17名	11	3	3	院生	7	2	1 病院	〈大学院生による研究報告〉 急性期における低活動型せん妄に関する研究特養看護師のリアリティショックに関する研究
20	5月	15名	7	3	5		6	3		〈特養における実践報告〉 入居者の外出支援にかかる多職種連携
21	8月	17名	8	2	5	2 院生	6	3	1 病院	〈特養における実践報告〉 特養での栄養摂取における本人・家族の意思決定支援
22	11月	17名	10	1	4	2 院生	7	3	1 病院	〈特養における実践報告〉 特養における看取りの導入に向けて
23	2019年 2月	18名	10	1	5	2 院生	6	3	2 病院1 老健1	〈大学院生による研究報告〉 糖尿病を有する高齢者に関する研究特養の看護実践に関する研究

回数	開催日	参加者数	参加者内訳							内容
			職種の内訳				施設の内訳			
			看護職	介護職	教員	その他	特養	大学	その他	
24	5月	15名	8	1	3	3 管理栄養士1 院生2	5	1	0	〈特養における実践報告〉 特養のNST活動報告について
25	8月	17名	8	4	4	1 院生	5	2	1病院	〈特養における実践報告〉 特養における多職種による栄養チームの取り組み

IV. LTC研究会発足から6年を振り返って

研究会発足から6年が経過し、定例会も計25回の開催となった。研究会のあり方として、実践者のニーズに沿った実践者にとって有意義な研究会にしたいという思いで発足当初から取り組んできた。そのため、大学教員主体の企画や講義・研修等の受講形式ではなく、実践者の直面している出来事や施設の現状に即した内容になるよう努めてきた。また毎年、年度末である2月の研究会において、その年の研究会を振り返るとともに、次年度への要望等について意見交換を行う場を設けるなど、実践者の意向を確認しながら研究会の方向性をともに探ってきた。

高齢者施設では、それぞれの施設によって人員配置や医療機関との連携のあり方もさまざまであるため、他施設の実践状況をそのまま取り入れることは難しい。しかしそれらを含め、他の施設がどのように工夫し、どのようなケアを実践しているのかを知ることで、自施設の中だけでは気づいていない課題や改善策が見つかり、自施設にフィードバックすることで、より質の高いケアの提供につなげる一助となる（坪井ら、2007）といわれているように、研究会の場で自施設のケアを紹介し、他施設の実践者と意見交換をすることで、自らの実践を言語化することは非常に重要であると考えられる。

また、広報活動を強化した2017年度からは新規の施設からの参加が増加するとともに、会発足当初の参加者が再び参加するようになるなど、参加人数が増加することで多角的にディスカッションを行うことができた。他施設との交流が少ない高齢者施設において、他施設の現状を把握することや悩みを共有することは非常に意義深い。山地ら（2013）も述べているように、他施設とディスカッションをすることで、各施設が手探りで行っていたケアがより利用者本位のケアを実践するための

新しいアイデアや工夫につながると考える。

進め方の工夫として、事例や話題についてのディスカッションの際には、大学教員が仕切るのではなく、前回話題提供のあった参加者に司会を依頼し、参加者間、特に実践者間で議論が交わせるように取り組んだ。そのことにより、意見を出しやすい雰囲気がつくられ、研究会終了後にも他施設の実践者と情報交換をしている姿もみられるなど、研究会を重ねるごとに参加者間の交流も深まっていることがうかがえる。

参加者は実践者のほか、大学教員や大学院生が参加しており、これまでまたは現在取り組んでいる研究について報告し、現場からの率直な意見を聞くことができている。さらに、学会で得た知見を報告することで近年の動向や最新の情報について現場に情報提供できるとともに研究への興味関心を促す機会となると考える。

参加している実践者の職種においては看護職が多くを占めているが、2018年からは介護職の参加も毎回みられた。高齢者施設の看護は、主に介護職とのチームケアであり、専門性や教育課程の異なる看護と介護がいかに関係共有し、連携を図っていくことが重要である（全国高齢者ケア協会、2013；小林ら、2010；井上、2007；伊藤ら、2006）。日常の業務においては他職種、特に介護職と意見が対立することがあるが、施設を離れた研究会の場で、看護だけでなく介護の視点でも意見交換できることで改めてお互いの思いや考えを知ることができると考える。

また、テーマに応じて同施設の看護職の声掛けにより、歯科医師や管理栄養士、機能訓練指導員の参加もあったことにより、多様な視点を学び、多職種理解につながっている。そのことにより高齢者施設における看護職の役割やあり方について改めて考える機会となり、看護の専門性が明確化されてきたといえよう。



研究会の様子

V. LTC研究会の今後の課題と展望

研究会発足から7年目を迎え、本研究会の今後のさらなる発展に向けて、今後の課題と展望について述べる。

研究会の運営方法のひとつに、実践者の主体性を促す意図として運営を大学教員と実践者で共に担っていくことを視野に入れていた。しかし、実践者の負担になる可能性を鑑み、運営については大学が事務局となって進めているのが現状である。実践者のニーズに沿った実践者のための活動にしていくためにも、今後どのようなあり方が最善であるのか、ともに検討していくことも視野に入れる必要がある。

また、フェイスブックを通じて情報を発信していた時期もあったが、事務局のメンバーの入れ替わりや、フェイスブックの利用が限定的であること等もあり、フェイスブックでの発信の継続には至っていない。

発足当初から実践者と研究会のあり方について試行錯誤を重ね、年度末には振り返る場を設けて、要望等を意見交換しながら、現在の研究会の形が創られてきた。今後はこのような活動を積み重ねつつ、さらに有意義な研究会としていくためにも、研究会の場での発表・意見交換にとどまらず、話題提供のあった内容について学会での報告や論文投稿等につなげることなど、高齢者施設におけるケアを広め、ケア研究の推進につなげる支援もしていきたいと考えている。また、より充実したディスカッションができるよう、今後も新規の高齢者施設の参加者も募っていく予定である。

そして研究会発足当初同様に、今後も参加者全員で研究会の方向性を話し合って探り、現場のニーズに応じた場を提供したいと考えている。研究会立ち上げ当初の目的である情報交換や他施設との交流、自らの実践の振り返りについてはこの

6年である程度達成できたと考える。今後はより質の高い高齢者ケアの提供を目指した活発な研究会となるよう、参加者のニーズに応じた研究会のあり方を、実践者とともに探求していくことが重要であると考えている。

謝辞

日頃よりLTC研究会の運営にご協力をいただいている参加者の皆様に深く感謝いたします。

また、本研究会は本学の療養学習支援センタープロジェクト活動助成を受け、運営している。

引用文献

- 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.
- 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 (2018) : 平成29年介護サービス・事業所調査の概況.
- 厚生労働省 (2017) : 平成28年介護サービス・事業所調査の概況.
- 厚生労働省. (1999). 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準.
- 長畑多代 (2012) : 平成21~23年度 研究報告書 生活の場としての看取りを支える特別養護老人ホーム看護職への教育プログラムの開発, 科学研究費補助金基盤研究 (C).
- 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.
- 坪井桂子, 岩崎佳世, 古川直美, 他 (2017) : 特別養護老人ホームで働く看護職の研修会を通しての「連携・協働」に関する学びの分析, 岐阜県立看護大学紀要, 7(2), 73-80.
- 山地佳代, 長畑多代, 松田千登勢, 他 (2013) : 「特別養護老人ホームの看護職を対象とした看取りケア教育プログラムの実施」, 老年看護学, 17(2), 58-64.
- 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

米国におけるシミュレーション教育に関する視察報告 An Inspection Report on Simulation-Based Education in the United States

赤崎美美¹⁾・細田泰子²⁾・根岸まゆみ³⁾・片山由加里⁴⁾・土肥美子⁵⁾・
北島洋子⁶⁾・米田真央⁷⁾

Fumi Akasaki, Yasuko Hosoda, Mayumi Negishi, Yukari Katayama, Yoshiko Doi,
Yoko Kitajima, Mao Yoneda

キーワード：米国, シミュレーション教育, 視察

Keywords: The United States, simulation-based education, inspection report

I. はじめに

近年教育カリキュラムの過密化や、患者の権利や医療安全などの観点から、臨地実習（以下、実習）で学生が経験できる技術に制限があること、教育スタッフが十分に確保しにくいことで、学生のうちに臨床現場が求める実践力を培うことが困難であることが指摘されている（阿部, 2013）。看護教育の内容と方法に関する検討会報告書では、臨地実習で経験できない内容は、シミュレーション等により学内での演習で補完する等の工夫が求められることが述べられている（厚生労働省, 2011）。また、大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会（2017）が示しているモデル・コア・カリキュラムでは、学習目標を達成するための方略や評価としてのシミュレーション教育については、各大学等において取り組みが進められることが期待されている。

シミュレーションを用いた学習は、実際の状況をできるだけ再現した環境を設定し、現実の実

践のように思考して、判断し、行動するという一連の過程を体験的に学ぶ方法である（岡谷, 2019）。米国では、すでに1960年代初頭に医療用シミュレータの開発が始まり1990年代には医療過誤が多発していたことから、患者の安全を確保するため、全米各地にシミュレーションセンターを作る補助金が交付された（尾原, 2011）。看護教育におけるシミュレーションも、医療安全や、専門職としての教育、医療チームのトレーニングを目的に発展してきた（臼井, 2013）。米国では、シミュレーション教育に関する組織や団体として、National Council of State Boards of Nursing（以下、NCSBN）や、National League for Nursing（以下、NLN）、Society for Simulation in Healthcare（以下、SSH）があり、シミュレーション教育に関するエビデンスの構築や普及に貢献している。NCSBNが2011年から2013年の間に行った縦断的無作為化比較研究では、米国の看護基礎教育におけるシミュレーションの役割とアウトカムを調査しており、従来の実習における経験の最大50%を

受付日：2019年9月25日 受理日：2019年12月19日

- 1) 大阪府立大学大学院 博士後期課程
- 2) 大阪府立大学大学院 看護学研究科
- 3) 静岡県立大学 看護学部 看護学科
- 4) 同志社女子大学 看護学部 看護学科
- 5) 大阪医科大学 看護学部 看護学科
- 6) 奈良学園大学 保健医療学部 看護学科
- 7) 大阪府立大学大学院 博士前期課程

シミュレーション教育に置き換えられることを明らかにしている (Hayden et al., 2014). このように、米国では先駆的にシミュレーション教育に関する研究が行われている。

その中でもオレゴン州では、州全体のニーズから2003年に Oregon Simulation Allianceが設立されており (Seropian et al., 2006), 患者ケアの改善と安全の向上を目的に、質の高いシミュレーション教育を提供するため、州全体で教育機関を超えて協力し合っている (細田, 2013). また、これは大規模なシミュレーション教育の実施に関する包括的で成功した初めての試みだったことが示唆されている (Seropian et al., 2006). 今回オレゴン州の2大学においてシミュレーションセンターを視察し、関係者と意見交換を行った。その結果をもとに、米国オレゴン州におけるシミュレーション教育の実際について概説する。また、得られた知見は本邦の看護基礎教育において、より効果的なシミュレーション教育を検討するための参考資料になると考えた。

II. 訪問施設

2019年8月に米国のオレゴン州ポートランドにおいて、シミュレーション教育を実施している大学およびシミュレーションセンターを訪問し、看護基礎教育におけるシミュレーション教育や評価について説明を受けた。また、訪問した2大学の関係者から、視察内容の開示への承諾を得た。訪問した大学は以下の2大学である。

1. University of Portland (以下, UP)
2. Oregon Health & Science University (以下, OHSU)

III. 米国オレゴン州におけるシミュレーション教育の実際

1. 看護教育にシミュレーション教育が推進される背景

米国では2007年以降の経済状況の悪化に伴い、看護学生が増加する一方で看護師が不足し、実習施設は少なく、実習で学生が十分に学ぶことが難しい状況から、多様な学習手段が必要になっており、それは日米共通の課題でもあることが指摘されている (臼井, 2013). Nehring (2009) は、シミュレーション教育が行われてきた要因について、(1) 医療の安全性や品質が社会的に求められていること、(2) 医療従事者教育の再構築が必要となっ

たこと、(3) 倫理的な配慮が求められること、(4) 技術の進歩、(5) 専門職の不足、(6) 患者ケアを提供する状況の変化を挙げている。また Tanner (2006a) は、教員不足も指摘している。

本邦では看護技術演習の中でシミュレーション教育が用いられてきたが、それとは異なる High-fidelity (高機能) シミュレーションという概念があり、高機能シミュレータや模擬患者を活用し、臨床現場に近い状況を忠実に再現したシミュレーションが行われている (臼井, 2013). シミュレーションは、すべての看護学生に革新的な学習体験を提供し、一連のケアを通して患者ケアに関する多様な視点を提供し、シミュレーションで学習することにより、状況に応じた認知、または文脈における学習が可能になる (NLN, 2015). シミュレーションは学習者の患者との出会いや経験を標準化することができるため (Sullivan, 2019), 学習者にとって平等な学習の機会となる。また、シミュレーションは、学生が患者に対して危害を加えることなく、新しい学習を体験的に学ぶことができる (LeFlore et al., 2007).

米国では本邦と類似した背景をもち、今回視察した2大学でも同様に High-fidelity シミュレーションを用いていた。以下は、UP 及び OHSU におけるシミュレーション教育に携わる現地の関係者からの見聞に基づくものである。

2. UPにおけるシミュレーション教育

1) 導入の背景



写真1 University of Portland

UP (写真1) はカトリック系の私立総合大学であり、医療系の学部が看護学部のみであるため、看護学部がシミュレーションセンターを保有して

いる。UPでは学生数と実習施設のニーズが合わず、施設の確保が困難であったことから、シミュレーション教育の充実を図ることになった。また、シミュレーション教育における教授法の効果や、評価ツールとしてのシミュレーション教育の有効性が、エビデンスとして明らかになってきていることもシミュレーションを活用する要因であった。従来の実習では学生が学ぶ内容は不均質なものであったことが指摘されており、学生の教育に対する機会の差をなくすためにも、シミュレーション教育を取り入れている。

2) 教育の実際

UPにはSimulated Health Centerというシミュレーションセンターがあり、3名の管理者が常勤で勤務している。コアチームとして、看護学部の専任者、高度なコンピューターを操作する技術者、模擬患者が関わり、幅広い分野のシミュレーション教育が行われている（写真2）。また、UPではInternational Nursing Association for Clinical Simulation and Learning（以下、INACSL）が開発したガイドライン（INACSL, 2016a）に沿って学習を行っている。このガイドラインは、シミュレーションにおけるデザイン、学習成果や目標、ファシリテーション、デブリーフィング、学習者の評価といった多様な内容を含んでいる。さらにシミュレーションセンターで働く看護教員は、SSHが行っているシミュレーション教育者としての認定（SSH, 2019）を受けることが推奨されている。



写真2 Simulated Health Centerのシミュレーションルームの様子

学生は学内のオンラインシステムの学生用電子カルテから、受け持ち患者の情報や事例などを事前に取得する。学生6名を1グループとして教員2名が担当し、3組のペアを作る。当日はブリーフィングを20分、シナリオをもとに患者ケアを20分行う。シミュレーション中、残りの4名は、学

生が書くメモの内容まで分かるような高性能のカメラでシミュレーションの様子を見る。終わると全員でデブリーフィングを40分行う。他のペアも同様に3セット行うが、シナリオの内容はそれぞれ異なる。ブリーフィングでは、教員は学習者の精神面や心理面の安全を保障することを伝え、学生の理解を得て、学生を支援するよう関わっていく。また、学習目標に対して不十分な点はデブリーフィングで補足する。ケアを実施できていた場合でも、学生が臨床判断を行った思考過程をクリティカルシンキングで確認し、どうしてこのケアを行ったのかという振り返りを行う。他の学生も同様に思考過程を振り返ることができ、学習目標の到達や学生の自信につながる。

3) 新カリキュラムへの移行

UPの看護学部の学士号のプログラムは、2019年秋より新カリキュラムへと移行し、シミュレーション教育は2020年1月から施行される。新カリキュラムでは専門科目を統合して学ぶことができ、実習の49%をHigh-fidelityシミュレーションに変更する予定である。米国では実習をシミュレーション教育に置き換える研究が進められてきているが（NCSBN, 2014; Sullivan et al., 2019）、実際に49%という高い割合に変更するのは前衛的な試みである。UPでは学生数を増員し、2年生から4年生まで計900名が1 Semesterでシミュレーションセンターを利用する。しかし、学生の増員に対しても、実習をシミュレーションにより補うことで、実習施設数は4%の増加に留まった。今までは各科目の一部としてシミュレーションを行っていたが、新カリキュラムでは内容に重点を置き、シミュレーションに焦点を当てた科目の内容となる。実習中同じ患者を継続して見るのは難しいが、シミュレーションであれば、さまざまな経過を辿る患者のシナリオを作成することができる。例えば、同一患者で入院前から退院後の外来通院、さらに状態の悪化にて再入院するようなシナリオが作成でき、急性期看護から慢性期看護、在宅看護といったような、様々な看護の領域を横断的に全体像として学び、トランジショナルケアへの理解も深めることができる。

3. OHSUにおけるシミュレーション教育

1) 教育の特徴

OHSUは、医学部や看護学部など医療系の学部から構成される公立大学である。附属の医療施設も多く、附属病院やSimulation & Clinical Learn-

ing Center (写真3) もその1つである。学生の実習に対するシミュレーション教育の割合は10%になっており、残り90%を臨床で実習が行えるのは附属病院が実習場所として確保されていることが大きい。



写真3 Simulation & Clinical Learning Center

OHSUでは、講義やシミュレーション教育にも Concept-Based Learning Activities (以下, CBLAs) (Lasater et al., 2009) を活用している。米国では従来の科目別のカリキュラムは、看護師資格試験 (NCLE-RN) 科目に重点が置かれ、科目間の関連性が薄く、カリキュラムの内容も時代に合わせて追加されており、暗記中心の勉強となっていた (岩間, 2018)。その状況に対して、Giddens (2007) は概念的な思考と学習に習熟した新卒看護師育成のために、Concept-Based Curriculum を提唱した。OHSUにおけるCBLAsでは、全ての領域で学んだ概念を取り扱い、概念を含めたシナリオを使用する。実習は学生にとって未履修の現象が起こる可能性があるが、シミュレーション教育では、学生や患者の安全を確実にすることが重要であるため、必ず学生が履修済みの内容になる。さらに、看護学生の臨床判断を育成する試みとして、シミュレーション教育においても Tanner の臨床判断モデル (Tanner, 2006b) や、Lasater Clinical Judgement Rubric (以下, LCJR) (Lasater, 2007) を用いている。Tanner の臨床判断モデルは、目の状況を知覚的に把握する「気づき」、対処する状況の理解を十分に深める「解釈」、その状況に適切と考えられる行為を決する「反応」、実施しているときに看護行為に対する患者の反応に目を向ける「省察」の4つの様相が含まれる (細田ら, 2018)。デブリーフィングでは、ホワイトボードに Tanner の臨床判断モデルを示し、教員と学生でシミュレーションの中での気づき、解釈、反応を振り返り、即時のフィードバックにより省察を行っている。このデブリーフィングにより、学生の臨床判断における思考過程や知識を教員の発問によって判断

し、評価することができる。学習目標は学年や領域によって決まっており、シナリオの難易度はコースや学年によって異なるが、シミュレーション教育の評価には共通して LCJR を用いており、学生の臨床判断や思考過程を評価につなげている。

2) 教育の実際

OHSUでは、学部生から大学院生まで全ての学生にシミュレーション教育を行っており、実習が必要な全ての専門科目で、カリキュラムに組み込まれている。シミュレーションは、現実的な臨床でのシナリオ、看護技術、コミュニケーションスキルを学ぶシナリオ、実習ではまれなケース、臨床における緊急事態が含まれる。また、医師などの他職種を迎え、緊急時対応などのシミュレーションを行うこともある。シミュレーションのシナリオに沿って看護技術を学ぶ場合もあり、学年が上がるにつれて、患者とのコミュニケーションを学ぶために、プロの俳優の模擬患者を使う。

シミュレーションは年に8回実施されており、シミュレーションでの実習は準備時間も含め、6時間に計上される。学生が実習でシミュレーションを行う場合には、準備時間が2時間設けられる。患者情報は複数あるが、実際にどの患者を受け持つかは当日まで分からないため、全患者に対し情報収集を行い、看護計画を考えてからシミュレーションに臨む。シミュレーション開始時には、学生が看護師役として、教員に申し送りを行う。シミュレーションでは現場で使用している物品を用いて類似した環境を作る (写真4)。学生の人数はシナリオによって異なり、学生が2人もしくは3人組になってシナリオに沿ってシミュレーションを行う。シナリオは15分、デブリーフィングは45分行う。1グループ8名で4時間かけて実施する。学生それぞれのペアが行う症例は異なるため、複数の症例をみることができる。



写真4 Simulation & Clinical Learning Centerのシミュレーションルームの様子

3) 教員の役割

シミュレーションセンターの専属教員は3名であり、学生8名に対して看護学部の教員1名がシミュレーションセンターへ引率する。全ての領域を把握しているセンターの専属教員が、目標に沿ってシナリオの準備も行い、実施前には看護学部の教員にシナリオの更新や、新たなエビデンスの導入について確認し、より良いシナリオを作成している。さらに、病棟で新たに使用している物品や器材があれば、シミュレーションでも同様の物品を準備することもある。以前はシミュレーションの指導はセンターの専属教員が行っていたが、学生の理解度に対する教員の共通認識が必要であることから、2018年より看護学部の教員も、学内での研修を行ってシミュレーション教育に関わるようになった。トレーニングは4時間かけて行われ、学生に対する態度や、学生の不安の軽減や、臨床判断を促すための発問の仕方、学生が萎縮しないようなコミュニケーションについて学んでいる。

IV. 考察

本稿は、シミュレーション教育が推進されるオレゴン州の2大学の視察から得た知見を報告したものである。以下に、本邦の看護基礎教育において、より効果的なシミュレーション教育を検討するための可能性や課題について述べる。

1. ガイドラインに基づくシミュレーション教育

UPではINACSL (2016a) のガイドラインに沿って、OHSUでは臨床判断モデル (Tanner, 2006b) を用いてシミュレーション教育が行われており、両大学でも学生は臨床判断の思考プロセスを重視したデブリーフィングを行っていた。INACSL (2016a) は、シミュレーションにおける技能の発達と臨床判断について、臨床判断・批判的思考・問題解決・精神運動技能・臨床推論の5つの要素を示している。中でも臨床判断は、「The art of making a series of decisions to determine whether to take action based on various types of knowledge」(多様なタイプの知識をもとに、行動するか否かを定める一連の判断における技術である)と定義している。臨床判断は非常に複雑であり、看護における適切な臨床判断には、患者の症状と疾患の病態、生理学的及び診断的側面だけでなく、患者と家族の両方の病気の経験、および身体的、社会的、感情的な強みや対処するための資源の理解も必要とされている

(Tanner, 2006b)。また、学習者の省察の要素はシミュレーションにおいて中核になるものであり (NLN, 2015)、省察的思考は、将来の状況で応用可能な新たな知識の発見を促し、理論と実践のギャップを埋めることにつながる (INACSL, 2016a)。学生は臨床判断の思考プロセスを繰り返し辿ることで、看護師のように思考する枠組みが得られ、状況に応じた臨床判断を学べると推察される。

シミュレーションにおいて、学生の省察を促すデブリーフィングは最も重要な場面である (Campbell, 2010)。デブリーフィングの目的は、学生の質問に答えること、学生の思考を明確にすること、指導の要点を強化すること、実践とシミュレーションを結びつけること、シミュレーション中の学生の緊張を解きほぐすことを含む (Fritzsche et al., 2004)。また、教員は学生に質問して思考を刺激し、分析を通じて学習者をより深く、より徹底的な分析に導くファシリテーターまたは触媒としての役割を持つ (Russel et al., 2009)。省察を導くためには、学生が誤解したところや、患者のための必要な情報を見逃したもの、うまくいったことや次回への課題に焦点を合わせる (Rothgeb, 2008)。実際にUPでは、シミュレーションに携わる教育者としての認証を受けることが推奨されており、OHSUでも学内で教員を育成するための質の高い研修が行われていた。

さらに、INACSLのガイドラインにはシミュレーションにかかわる全員にプロフェッショナル・インテグリティが期待されていることが示されている。プロフェッショナル・インテグリティとは、シミュレーションの経験にかかわる全員に期待される倫理的な振る舞いや行動である (INACSL, 2016a)。シミュレーションには、学習者、ファシリテーター、デブリーファアなど様々な役割の人が参加するため、成績、関係性、仕事、職位や経験による互いの境界への影響を認識する必要がある (INACSL, 2016a)。学習者が学問的に安全だと感じていない教育環境は学習を助長しない場合がある (Ganley et al., 2012)。よって、学習者の思考過程を育成するためには、シミュレーションの経験にかかわる全員が、安全な学習環境を整える必要がある。特に教員は学生の役割モデルとなることが期待されており (Tippitt et al., 2009)、高度な職業意識をもった質の高い教員の育成を目指すことが重要である。

2. 本邦でのシミュレーション教育に関する課題

米国ではシミュレーション教育に関するガイド

ラインの構築や活用が進んでおり、NCSBN (2015)では基礎看護プログラムのガイドラインが示され、INACSLでは、ベストプラクティススタンダードや教育プログラム、ジャーナルの発行などが行われている。またSSH (2019)は、シミュレーション教育者を認定している。このように、米国では様々なシミュレーション教育に関するリソースが入りやすい環境にあり、教育者の認定やガイドラインも充実しているといえる。米国の看護教育制度やカリキュラムの違いを考慮して検討する必要があるが、本邦でもINACSLのベストプラクティススタンダードは邦訳されており (INACSL, 2016b)、今後の活用が期待される。その一方で、シミュレーション教育におけるエビデンスの蓄積が必要であることも指摘されており (江尻, 2019)、看護教育におけるシミュレーションが実習の単位に置き換えられる研究が進めば、実習施設不足や実習指導者不足等が解決する糸口になる可能性がある。今後シミュレーション教育に携わる大学や団体が国や都道府県と協力して大規模な研究を行って質の高いエビデンスを構築することや、エビデンスに基づく教育実践の普及が重要である。

謝辞

今回の視察にあたり、ご協力くださったUniversity of Portland, そしてOregon Health & Science Universityの関係者の皆様に心から感謝の意を表す。

本視察は、JSPS 科研費 JP19H03926 の助成を受けたものである。

文献

- 阿部幸恵 (2013) : 看護教育におけるシミュレーション教育. 阿部幸恵, 臨床実践力を育てる! 看護のためのシミュレーション教育, 21-30, 医学書院, 東京.
- Campbell, H. S. (2010) : Clinical Simulation. Gaberson, B. K. & Oermann, H. M. (Eds) : Clinical Teaching Strategies in Nursing (3rd), 151-181, Springer Publishing Company, New York.
- 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 : 看護学教育モデル・コア・カリキュラム, 2019年9月20日. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1217788_3.pdf
- 江尻晴美, 荒川尚子, 松田麗子ら (2019) : 看護基礎教育における中/高忠実度シミュレータを使用した教育に関する研究の動向. 看護科学研究, 17(2), 37-44.
- Fritzsche, J. D., Leonard, H. N., Boscia, W. M., & Anderson, H. P. (2004). Simulation debriefing

- procedures. *Developments in Business Simulation and Experiential Learning*, 31, 337-338.
- Ganley, B. J., & Linnard-Palmer, L. (2012) : Academic safety during nursing simulation: Perceptions of nursing students and faculty. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(2), 49-57.
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., et al. (2014) : The NCSBN national simulation study : A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), 3-40.
- 細田泰子 (2013) : 米国における看護学教育のインストラクショナルデザインに関するフィールドスタディ. 大阪府立大学看護学部紀要, 19(1), 111-119.
- 細田泰子, 根岸まゆみ, Lasater, K. (2018) : ラサター臨床判断ルーブリック日本語版の作成. 看護教育, 59(1), 40-47.
- INACSL : INACSL Standards of Best Practice, 2019年9月20日. [inacsl.org/INACSL/document-server/?cfp=INACSL/assets/File/public/standards/SOBPEnglishCombo.pdf](https://www.inacsl.org/INACSL/document-server/?cfp=INACSL/assets/File/public/standards/SOBPEnglishCombo.pdf)
- INACSL : INACSL ベストプラクティススタンダード, 2019年9月20日. https://www.inacsl.org/INACSL/document-server/?cfp=INACSL/assets/File/public/standards/INACSL_SOBP_Comb_Japanese.pdf
- 岩間恵子 (2018) : 米国看護教育の改革 : コンセプト・ベースド・カリキュラム. 看護教育, 59(12), 1024-1031.
- 厚生労働省 : 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書, 2019年9月20日. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>
- Lasater, K. (2007) : Clinical judgment development : Using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 496-503.
- Lasater, K., & Nielsen, A. (2009) : The influence of concept-based learning activities on students' clinical judgment development. *Journal of Nursing Education*, 48(8), 441-446.
- LeFlore, J. L., Anderson, M., Michael, J. L., et al. (2007) : Comparison of self-directed learning versus instructor-modeled learning during a simulated clinical experience. *Simulation in Healthcare*, 2(3), 170-177.
- NCSBN : NCSBN Simulation Guidelines for Prelicensure Nursing Programs, 2019年9月20日. https://www.ncsbn.org/simulationguidelines_alexander_2015.pdf
- Nehring, M. W. (2009) : History of Simulation in Nursing, Nehring, M. Wendy. & Lashley, F. R (Ed), High-Fidelity
- NLN : A Vision for Teaching with Simulation, 2019年9月20日. [http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-\(position-statements\)/vision-statement-a-vision-for-teaching-with-simulation.pdf?sfvrsn=2](http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-(position-statements)/vision-statement-a-vision-for-teaching-with-simulation.pdf?sfvrsn=2)
- Patient Simulation In Nursing Education, 1-26, Jones & Bartlett Publishers, Burlington.
- 尾原秀史 (2011) : シミュレーション教育の現状と問題点. 日本臨床麻酔学会誌, 31(5), 762-770.
- 岡谷恵子 (2019) : 看護教育のパラダイム転換. 看護教育, 60(8), 600-608.

- Rothgeb, M. K. (2008) : Creating a nursing simulation laboratory: A literature review. *Journal of Nursing Education*, 47(11), 489-494.
- Russell, J. J., & Bailey, C. (2009) : Facilitated Debriefing. Nehring, M. W., & Lashley, R. F., (Eds) High-Fidelity Patient Simulation In Nursing Education, 369-384, Jones & Bartlett Publishers, Burlington.
- Seropian, A. M., Driggers, B., Taylor, J., et al. (2006) : The Oregon simulation experience : A statewide simulation network and alliance. *Simulation in Healthcare*, 1 (1), 56-61.
- Society for Simulation in Healthcare Council for Certification, 2019年9月20日. https://www.ssih.org/Portals/48/Certification/CHSE_Docs/CHSE%20Handbook.pdf.
- Sullivan, N., Swoboda, M. S., Breymer, T., et al. (2019) : Emerging evidence toward a 2 : 1 clinical to simulation ratio: A study comparing the traditional clinical and simulation settings. *Clinical Simulation in Nursing*, 30, 34-41.
- Tanner, C. A. (2006a) : Changing times, evolving issues : The faculty shortage, accelerated programs, and simulation. *Journal of Nursing Education*, 45(3), 99-100.
- Tanner, C. A. (2006b) : Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6), 204-211.
- Tippitt, M. P., Ard, N., Kline, J. R., Tilghman, J., Chamberlain, B., & Meagher, G. P. (2009). Creating Environmentst hat FOSTER Academic Integrity. *Nursing Education Perspectives*, 30(4), 239-244.
- 臼井いづみ (2013) : 海外の看護教育におけるシミュレーション教育. 阿部幸恵, 臨床実践力を育てる! 看護のためのシミュレーション教育, 31-37, 医学書院, 東京.

資 料

血液透析患者の食事療法の認知状況と自己管理行動

Cognition of Dietary Therapy and Self-management in Patients with Hemodialysis

中村雅美¹⁾・簗持知恵子¹⁾

Masami Nakamura, Chieko Hatamochi

キーワード：血液透析，食事療法，自己管理行動，ストレス，認知

Keywords: hemodialysis, dietary therapy, self-management, stressor, cognition

I. 研究背景

本邦における血液透析（以下、透析と略す）患者は2017年末の時点で約33万人であり、年々増加傾向にある（日本透析医学会統計調査委員会，2018）。透析患者は透析療法を受けるだけでなく、食事や服薬の管理、社会生活の調整などさまざまな自己管理が求められ、身体的、心理的、社会的なストレスに直面する（Miller, 2000）。慢性病患者では、ストレスに対して効果的に対応できないと自己管理できなくなると指摘され（Lubkin, et al., 2002）、2型糖尿病患者では、ストレスの認知状況と血糖管理には関連があると報告されている（Peyrot, et al., 1992；安田ら，2002）。透析患者では、透析療法に関するストレスを強く認知するほど健康状態を悪いと捉え、透析治療を受け入れにくく、透析間体重増加率が高かった（正木ら，1990；シェリフ多田野ら，2003）。したがってストレスの認知状況は、慢性病患者の自己管理行動を支援するうえで重要な観点であると考えられる。

透析療法に関するストレスのなかでも透析に伴う食事療法は、他の治療法と比べて困難が大きく、ストレスとして強く認知されている（正木ら，1990；原ら，2004；シェリフ多田野ら，2006）。また透析に伴う食事療法は生命予後を左

右する最大要因であり（椿原，2007）、ストレスとして強く認知するほど透析間体重増加率が高いと報告されていることから、透析に伴う食事療法の認知状況への支援は、自己管理行動への支援のなかでも重要である。近年、透析患者の高齢化に伴い、フレイルやサルコペニアを合併した患者が増え（日本透析医学会学術委員会栄養問題検討ワーキンググループ，2019）、タンパク質の摂取不足による低栄養が課題となっている（菅野，2018）。また高齢化を背景に、健康な成人と透析患者の食事摂取基準は大きく変わらなくなるなど（菅野，2018）、透析患者の食事療法のあり方は変化している。さらに、世帯構造の変化、単独世帯の増加など、透析患者をとりまく社会情勢も変化しており（厚生労働省国民生活基礎調査，2019）、透析患者の身体的状況、社会的状況の変化に応じた食事の自己管理行動への支援が必要である。このように、食事療法や自己管理行動への支援のあり方が変化している状況においては、ストレスとしての食事療法の認知状況も変化していると考えられ、食事の自己管理行動を支える支援を検討する必要がある。

そこで本研究では、透析患者のストレスとしての食事療法の認知状況と自己管理行動の実態を明らかにし、透析患者の食事の自己管理行動を支援するための基礎的資料とする。

II. 研究目的

本研究の目的は、血液透析患者のストレスャーとしての食事療法の認知状況と自己管理行動の実態を明らかにし、食事の自己管理行動への支援を検討することである。

III. 用語の定義

1. ストレスャーとしての食事療法の認知状況
血液透析患者が、透析に伴う食事療法がストレスャー（自分にとって負担で安寧を危険にさらす状況）であるかを評価すること。
2. 自己管理行動
透析患者の食事療法に関する行動のことであり、食塩、水分、タンパク質、リン、カリウムの調整に関する行動と、必要な知識、態度も含む。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、血液透析患者のストレスャーとしての食事療法の認知状況と自己管理行動の実態を明らかにする、実態調査研究である。

2. 研究対象者および調査方法

研究協力の得られた外来透析クリニック4施設において外来透析を受ける、20歳以上で血液透析導入した者のうち、質問票に回答できる認知機能や身体状況であると医師が判断し、研究協力への同意が得られた患者127名を対象とした。自記式質問票調査および診療録からデータ収集を行った。

3. 調査内容と測定用具

1) 対象者の背景

性別、年齢、同居者の有無、就労の有無、透析歴、原疾患、調理担当者、外食回数を調査した。

2) ストレスャーとしての食事療法の認知状況

透析に伴う食事療法について、ストレスャーとしての認知の程度を、1因子からなる自作の尺度を用いて測定した。透析に伴う食事療法について、「まったくストレスでない」「ほとんどストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」の4段階リッカートスケールで回答を求めた。

「まったくストレスでない」と回答した者に対し、ストレスに感じない理由を、「ほとんど

ストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」と回答した者に対しては、「現在もっとも強くストレスに感じていること」を、自由記述で回答を求めた。

3) 食事の自己管理行動

①自己管理行動尺度

野澤ら（2007）が開発した「血液透析患者自己管理行動尺度」を使用した。この尺度は、3下位尺度、計33項目から構成されており、信頼性（Cronbach's α =0.919）、妥当性ともに検証されている（野澤ら、2007）。本研究は食事の自己管理行動に焦点をあてているため、下位尺度「食事療法と水分制限の遵守」22項目（Cronbach's α =0.922）を用い、「まったく実施していない」～「いつも実施している」の4段階リッカートスケールで回答を求めた。得点が高いほど食事の自己管理行動がとれることを示す。尺度使用に際し、開発者の許可を得た。

②食事の自己管理行動を示す生理的指標に関する情報収集用紙

透析前血液データ（血中尿素窒素、アルブミン、リン、カリウム）、ドライウエイトに対しての透析間体重増加率（本研究では中2日の体重増加率を用いる。以下、体重増加率とする）、1日推定塩分摂取量（以下、塩分摂取量とする）を調査した。なお塩分摂取量は、〔透析前血清ナトリウム濃度（mEq/L） \times 58.5 \times 中2日透析間体重増加量（kg）〕 \div 〔3日間 \times 1000〕で算出した（赤塚、2006）。

4. 分析方法

1) 統計解析には統計ソフトSPSS ver.25を使用し、統計学的検定における有意水準は5%とした。各変数について正規性の検定を行い、パラメトリック、ノンパラメトリック検定を行った。

2) ストレスャーとしての食事療法の認知状況について、「まったくストレスでない」と回答した者を「ストレスャー認知なし群」（以下、認知なし群とする）、「ほとんどストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」と回答した者を「ストレスャー認知あり群」（以下、認知あり群とする）とした2群に分け、背景および自己管理行動との関連の分析を行った（ χ^2 乗検定、Mann-WhitneyのU検定）。

3) ストレッサーとしての食事療法の認知状況において、自由記述により得た回答は、意味や内容をそこねないように区切り、類似した内容ごとにまとめてカテゴリー化した。

5. 倫理的配慮

所属施設倫理委員会の承認を得て研究を行った(承認番号:24-21)。研究対象者に対して、研究目的、方法、自由意思による研究参加、途中中断の保障、不参加や中断においても治療や看護に不利益はないこと、プライバシーの保護、研究以外にデータを使用しないことについて、書面と口頭で説明し、研究協力同意書への署名をもって、研究協力への同意を得た。

V. 結果

質問票配布者数は127名で、そのうち5名から途中中断の申し出があり、122名から回収した(回収率96.1%)。回答に欠損のあった12名を除外した110名を分析対象とした(有効回答率90.2%)。

1. 対象者の背景

対象者の背景を表1に示す。対象者は男性65名、女性45名、平均年齢 58.8 ± 10.9 (平均 \pm 標準偏差、以下省略)歳であった。同居者については同居者あり93名(84.5%)、なし17名(15.5%)、就労については有職者51名(46.4%)、無職者59名(53.6%)であった。

平均透析歴は 124.1 ± 97.7 ヵ月で、原疾患は糖尿病23名(20.9%)、糖尿病以外87名(79.1%)であり、糖尿病以外のほうが多かった。

表1 対象者の背景

		n=110	
項目		n (%)	平均値 \pm SD (中央値)
性別	男	65 (59.1)	58.8 ± 10.9 (61)
	女	45 (40.9)	
年齢 (歳)			
同居者	あり	93 (84.5)	
	なし	17 (15.5)	
仕事	あり	51 (46.4)	
	なし	59 (53.6)	
透析歴 (月)			124.1 ± 97.7 (106.5)
原疾患	糖尿病	23 (20.9)	
	糖尿病以外	87 (79.1)	
BUN (mg/dL)			59.6 ± 12.9
ALB (g/dL)			3.8 ± 0.3
P (mg/dL)			5.4 ± 1.3
K (mEq/L)			4.9 ± 0.6
塩分摂取量 (g/日)			7.8 ± 3.2
体重増加率 (%)			5.0 ± 1.9
調理担当	主に自分	60 (54.5)	
	主に他人	50 (45.5)	
外食回数 (回/月)			8.5 ± 14.4 (4.0)

血液データはBUN 59.6 ± 12.9 mg/dL, ALB 3.8 ± 0.3 g/dL, P 5.4 ± 1.3 mg/dL, K 4.9 ± 0.6 mEq/Lで、塩分摂取量 7.8 ± 3.2 g/日、体重増加率は 5.0 ± 1.9 %であった。

調理担当は主に自分が60名(54.5%)、主に他人が50名(45.5%)であった。

2. ストレッサーとしての食事療法の認知状況

ストレッサーとしての食事療法の認知状況について、「まったくストレスでない」20名(18.2%)、「ほとんどストレスでない」32名(29.1%)、「少しストレス」49名(44.5%)、「とてもストレス」9名(8.2%)で、90名(81.8%)はストレッサーであると回答していた。

3. ストレッサーとしての食事療法の認知状況別の背景

対象者の背景を、認知なし群、認知あり群で比較した(表2)。

平均年齢について、認知なし群は 63.5 ± 7.3 歳であるのに対し、認知あり群は 57.8 ± 11.3 歳で、認知なし群のほうが有意に平均年齢が高かった($p < 0.05$)。原疾患の糖尿病/糖尿病以外について、認知なし群では8名(40.0%) / 12名(60.0%)、認知あり群では15名(16.7%) / 75名(83.3%)であり、認知あり群は有意に糖尿病以外の者の割合が高かった($p < 0.05$)。性別や同居者の有無、就労の有無による差は認めなかった。

表2 ストレッサーとしての食事療法の認知状況別でみた対象者の背景

		ストレッサー		p値 ⁺
		認知なし (n=20)	認知あり (n=90)	
性別	男	13 (65.0)	52 (57.8)	0.552
	女	7 (35.0)	38 (42.2)	
年齢 (歳)		63.5 ± 7.3 (64.0)	57.8 ± 11.3 (59.0)	0.041*
同居者	あり	17 (85.0)	76 (84.4)	1.000
	なし	3 (15.0)	14 (15.6)	
仕事	あり	10 (50.0)	41 (45.6)	0.718
	なし	10 (50.0)	49 (54.4)	
透析歴 (月)		127.7 ± 84.7 (142.5)	123.3 ± 100.8 (105.5)	0.545
原疾患	糖尿病	8 (40.0)	15 (16.7)	0.032*
	糖尿病以外	12 (60.0)	75 (83.3)	
調理担当	自分主体	12 (60.0)	48 (53.3)	0.588
	他人主体	8 (40.0)	42 (46.7)	
外食回数 (回/月)		6.0 ± 7.2	9.1 ± 15.6	0.691

平均値 \pm SD(中央値)、またはn(%)

*平均値の比較はMann-WhitneyのU検定、割合の比較は χ^2 乗検定

* $p < 0.05$

4. ストレッサーとしての食事療法の認知に至る理由

ストレッサーとしての食事療法の認知に至る理由についての自由記述を分析した結果を、ストレッサーの認知状況に示す。カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >で表した。

1) ストレッサーでないと認知する理由
 「まったくストレスでない」と回答した理由についての自由記述を分析した結果、8サブカテゴリー、4カテゴリーを抽出した(表3)。**【食事療法が食生活に影響しない】**は、<もともと食事摂取量が少ない><任せている>という2つのサブカテゴリーからなっていた。
【食事療法を特別と捉えていない】は、<普通に生活している感覚がある><厳格にしすぎない>という2つのサブカテゴリーからなっていた。
【生活を大事にする】は、1つのカテゴリー<生活上の価値を優先する>からなっていた。

【コントロールできている感覚がある】は、<うまくいっている自信がある><目安を持つ><注意をしながら普通に食べられる感覚がある>という3つのサブカテゴリーからなっていた。

2) ストレッサーであると認知する具体的内容
 「ほとんどストレスでない」「少しストレス」「とてもストレス」と回答した者において、食事療法のなかで最もストレスに感じる内容についての自由記述を分析した結果、10サブカテゴリー、5カテゴリーを抽出した(表4)。

表3 食事療法をストレッサーでないと認知する理由

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
食事療法が食生活に影響しない	もともと食事摂取量が少ない	日頃たくさん食べる訳ではないので、リンの数値が上がることはない(以前から)食が細い 食にあまり興味がない
	任せている	家内が作ってくれる食事を信頼し、満足している うなぎ、豆など食べなくてもストレスと思わない 食事は好き嫌いなく、何でもおいしいと思い食べている 導入後はまったく食事療法をせず、何でも自由に好きな量を食べている 水分量も気にせず飲んでいるが、体重がすごく増えることはない 保存期から減塩食に取り組んでいるので、違和感はない 今の食事が普通だから 料理は苦にならない
食事療法を特別と捉えていない	普通に生活している感覚がある	もともと薄味がよく、塩分を使わなくても普通に食べられる 水分を600mlに控えても、普通に生活できる
	厳格にしすぎない	以前はまじめにリンなど気にしていたが、守る程DWがやせていくので、近頃はあまり気にしない あまり厳格に行っていない
生活を大事にする	生活上の価値を優先する	残り少ない人生だから データの値を、決められた数値に保つことに重きをおいていない 人として、いきいきと生活することが最優先
コントロールできている感覚がある	うまくいっている自信がある	ほとんど身についている 家内は栄養士、自分は調理師なので、食品の栄養についてある程度の知識はある リン、カリウムなどデータとうまく付き合っているように思う 決められた薬は必ず飲む
	目安を持つ	一生続けなければならないから、全体の量をおさえている 導入前後の計量や記録によって感覚を完全につかみ、食べても大丈夫な量が分かっている 食べても大丈夫な量が分かっているから、好きなものを食べることをあきらめることはない
	注意をしながら普通に食べられる感覚がある	食事療法をせずに普通の生活をしているが、食べすぎ、水分には注意している ほとんど考えていないが、生野菜などは控えている 健康な人より量は少ないが、何でも食べている

表4 食事療法をストレッサーであると認知する具体的内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
食べたいものを食べられないストレスがある	食事内容を制限する	カリウム・果物・生野菜を制限する リン・乳製品・肉類・大豆製品を制限する 好きな食べ物を制限する 量を制限する カルシウムを制限する
	飲水量を制限する	水分を制限する アルコールを制限する
	味付けを制限する	塩分を制限する
食事の自己管理行動に伴うストレスがある	食事の準備が苦痛である	毎日の献立を考える 食べて良いもの、だめなものを仕分ける 家族と食べるものが異なる 下ごしらえする
	不適切な自己管理行動を自覚させられる	体重が増加する かなり努力していると思っているのに、時々カリウム値が高くなり、その原因が分からない リンが上がった時に、上がったと思う
食事を楽しめないストレスがある	いつも食事療法のことを考えなくてはならない	これを食べると〇〇が悪くなってしまうといちいち考えてしまう 常に塩分量やたんぱく量などを気にしてしまう 旅行に行っても、食材のカリウムやリンのことを常に考えて食べる必要がある ほとんどストレスと感ぜないが、スポーツや外での作業の時に水分制限しなければならないと思う
	他人と同じものを食べられないつらさがある	友達との食事で、食べられないものが何個か出てくる 会合で食事の提供がある
	味覚障害がある	味覚が低下している
食事療法による身体への悪影響の不安がある	低栄養への不安がある	栄養面で不安がある
食事療法が他者との関係に与えるストレスがある	他人から干渉される	他人からいろいろ言われる

【食べたいものを食べられないストレスがある】は、＜食事内容を制限する＞＜飲水量を制限する＞＜味付けを制限する＞という3つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事の自己管理行動に伴うストレスがある】は、＜食事の準備が苦痛である＞＜不適切な自己管理行動を自覚させられる＞＜いつも食事療法のことを考えなくてはならない＞という3つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事を楽しめないストレスがある】は、＜他人と同じものを食べられないつらさがある＞＜味覚障害がある＞という2つのサブカテゴリーからなっていた。

【食事療法による身体への悪影響の不安がある】は、＜低栄養への不安がある＞からなり、【食事療法が他者との関係に与えるストレスがある】は、＜他人から干渉される＞からなっていた。

5. ストレッサーとしての食事療法の認知と自己管理行動

食事の自己管理行動得点は、認知なし群 61.8 ± 13.7 、認知あり群 58.0 ± 11.2 で、有意差を認めなかった。一方で、食事の自己管理行動を反映する生理的指標については、塩分摂取量、体重増加率に有意差がみられ ($p < 0.05$)、両者とも認知なし群のほうが認知あり群よりも有意に値が低かった。血液データの結果には、有意差を認めなかった (表5)。

表5 ストレッサーとしての食事療法の認知状況別でみた食事の自己管理行動

	ストレッサー		n=110
	認知なし (n=20)	認知あり (n=90)	
自己管理行動得点	61.8 ± 13.7	58.0 ± 11.2	0.100
塩分摂取量 (g/日)	6.5 ± 2.8 (6.1)	8.1 ± 3.3 (7.8)	0.030*
体重増加率 (%)	4.2 ± 2.0 (3.7)	5.1 ± 1.9 (5.0)	0.011*
BUN (mg/dL)	55.7 ± 12.0	60.4 ± 13.0	0.151
ALB (g/dL)	3.7 ± 0.3	3.8 ± 0.3	0.279
P (mg/dL)	5.4 ± 1.4	5.4 ± 1.2	0.745
K (mEq/L)	5.0 ± 0.7	4.9 ± 0.6	0.681

平均値±SD (中央値)

+Mann-WhitneyのU検定

* $p < 0.05$

VI. 考察

1. 対象者の特徴

本研究の対象者は平均年齢 58.8 ± 10.9 歳であり、原疾患が糖尿病である者は20.9%であった。本邦における患者調査 (日本透析医学会統計調査委員会, 2018) では、平均年齢68.43歳、原疾患が糖尿病である者は39.0%であることから、本研究の対象者は年齢層が若く、糖尿病の少ない集団で

あったと考える。一方で野澤らの報告 (2007) では、平均年齢 59.0 ± 10.6 歳、原疾患が糖尿病である者は14.0%、自己管理行動得点 59.1 ± 12.8 であり、平均年齢、原疾患における糖尿病割合、自己管理行動得点とも、本研究と同程度であった。

血液データのBUN, P, Kは透析患者の基準値内におさまっており、ALBは 3.8g/dL とやや低値ではあるが、低栄養のリスクの目安となる 3.5g/dL を上回っていることから、比較的良好な自己管理行動がとれている集団であると考えられる。

2. 透析患者のストレッサーとしての食事療法の認知と自己管理行動の特徴

ストレッサーとしての食事療法の認知について、本研究の対象者110名のうち90名 (81.8%) は「ストレスである」と回答しており、食事療法を取りまく状況は変化しているが、透析患者の大部分が依然としてストレッサーとして認知していた。残りの20名 (18.2%) は、透析に伴う食事療法を「ストレスでない」と回答していた。先行研究では、透析に伴う食事療法をストレッサーとして認知しない人については調査されておらず、ストレッサーでない認知する実態が明らかとなった。

同居者の有無別で、ストレッサーとしての食事療法の認知に有意差は認められなかった。本研究では同居者の有無のみが調査対象であり、同居者の介護力やソーシャルサポートの利用状況などは把握できていない。また対象者が比較的若い年齢層であり、同居者のサポートが必要でない身体状況であることが影響している可能性も考えられるが、同居者の有無がストレッサー認知に関連しないことが示唆された。

塩分摂取量、体重増加率は認知あり群のほうが有意に多かった。「慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版」 (日本腎臓学会, 2014) によると、血液透析患者における1日食塩摂取量の基準は3g以上6g未満である。この基準値に照らし合わせると両群ともに塩分摂取量は過剰であるが、認知あり群のほうが超過量は多く、身体への負担が大きくなっていると推測される。一方で自己管理行動得点においては有意差を認めなかった。認知あり群は、認知なし群と得点の観点では変わらない自己管理行動を実施しているが、【食べたいものを食べられないストレス】【食事を楽しめないストレス】を感じながら塩分制限はより適切に行えていない実態を示している。血液検査によって把握できるBUN, ALB, P, Kと異なり、塩分摂取量は体重増加量に反映され、体重測定によっ

て把握することができる。透析のたびに体重測定によって<不適切な自己管理行動を自覚させられる>ことが、食事療法をストレスとして認知する背景に存在するのではないかと考えられる。

認知あり群は【食べたいものを食べられないストレスがある】【食事の自己管理行動に伴うストレスがある】【食事を楽しめないストレスがある】ことから、食事療法が生活の中心に据えられ、生活のさまざまな場面で支障をきたすと認知していると考えられる。一方で認知なし群は【食事療法を特別と捉えていない】ことから、食事療法を生活の中心に据えるのではなく、日常生活のなかに食事療法を組み込んでいると思われる。また認知なし群の【生活を大事にする】からは、生活上の価値を食事療法の実践によって犠牲にしない過ごし方をしていることが明らかとなった。慢性病患者は長期にわたる経過の中で、さまざまな療養法を実施する必要がある、それらを生活のなかに組みこみ、病気や生活を自分で管理するというセルフマネジメントが求められる(宮脇, 2015)。認知なし群は、食事療法を日常生活のなかに効果的に組み込み、患者独自の生活を大事にしていることから、食事療法を負担で安寧を危険にさらす状況、つまりストレスではないと認知していると考えられる。さらに認知なし群の【コントロールできている感覚がある】からは、自己効力感が高いと推測される。自己効力感は、透析患者の自己管理行動に影響を及ぼす(川端ら, 1998; 長尾, 2002; 高岸, 2008)。高い自己効力感が食事療法をストレスとして認知しない要因であることも考えられる。

3. ストレッサーとしての食事の認知状況の観点から、透析患者の食事の自己管理行動を促進する看護支援

認知あり群は食事療法を負担で安寧を危険にさらすと認知しながらも、得点の観点では認知なし群と変わらない自己管理行動を実施していることから、ストレスの認知状況に働きかける支援が必要であると考えられる。認知に働きかける支援は、セルフマネジメントを高めるアクションプランの1つである(安酸, 2013)。透析患者の自己管理行動を支える支援として、透析に伴う食事療法をストレスと認知する患者に対しては、リフレーミングを活用して問題焦点型コーピングを高めるとともに、生活上の価値を大切にす情動焦点型コーピングも高める必要性が示唆された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、比較的年齢層が若く、原疾患が糖尿病である割合が少なかった。これらの特性が、結果に影響を与えていると考える。また今後は、透析に伴う食事療法の認知に働きかける介入研究が必要である。

ストレスを「挑戦」として認知し、ストレスへのコーピング過程における成長に着目するProactive copingが提唱されている(川島, 2007)。ストレス認知を低減させる関わりとともに、成長を促進させる観点でのコーピング支援について、明らかにする必要がある。

Ⅶ. 結論

1. 透析に伴う食事療法をストレスでないと認知する者が約20%存在した。
2. 認知なし群は認知あり群よりも平均年齢が高く、原疾患が糖尿病の者の割合が高かった。
3. 透析に伴う食事療法をストレスでないと認知する理由は、【食事療法が食生活に影響しない】【食事療法を特別と捉えていない】【生活を大事にする】【コントロールできている感覚がある】であった。
4. 透析に伴う食事療法をストレスであると認知する具体的内容は、【食べたいものを食べられないストレスがある】【食事の自己管理行動に伴うストレスがある】【食事を楽しめないストレスがある】【食事療法による身体への悪影響の不安がある】【食事療法が他者との関係に与えるストレスがある】であった。
5. 認知なし群のほうが認知あり群よりも、塩分管理、体重管理を行えている。
6. ストレッサーとしての食事療法の認知の観点から、透析患者の食事の自己管理行動を促進する看護支援として、リフレーミングを活用した問題焦点型コーピングを高めるとともに、生活上の価値を大切にす情動焦点型コーピングも高める支援の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様、また、データ収集の場を提供していただきました医療機関の先生方、スタッフの皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 赤塚東司雄 (2006) : 透析ナースのための病態生理30分教室 第2回. 透析ケア, 12(9), 77-82.
- 原明子, 林優子 (2004) : 血液透析患者のストレスと対処. 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, 15-21.
- 菅野義彦 (2018) : 栄養・運動の管理—栄養管理の実態と推奨. 腎と透析, 84(6), 823-826.
- 川端京子, 石田宜子, 岡美智代 (1998) : 血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子. 日本生理人類学会誌, 3(3), 1-8.
- 川島一晃 (2007) : 成長へ結びつけるコーピング研究の理論的検討—新しいコーピング理論としてのProactive Coping Theory—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 心理発達科学, 54, 93-101.
- 厚生労働省 (2019) : 平成30年国民生活基礎調査の概況. (2019/9/20閲覧) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/index.html>
- Lubkin, I. M., Larsen, P. D. (2002) : Chronic Illness: Impact and Interventions (5th). Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA. / 黒江ゆり子監訳 (2007) : クロニックイルネス 人と病いの新たなかかわり. 医学書院, 東京.
- 正木治恵, 野口美和子, 滝本美佐子他 (1990) : 慢性血液透析患者の透析ストレスとコーピング行動について. 千葉大学看護学部紀要, 12, 21-30.
- Miller, J. F. (2000) : Coping with chronic illness: overcoming powerlessness (3rd). FA Davis, Philadelphia.
- 宮脇郁子 (2015) : 慢性看護の特徴:慢性看護とは—慢性看護の目標. 宮脇郁子・簗持知恵子編著, 看護実践のための根拠がわかる 成人看護技術慢性看護 (第2版), 2-6, メディカルフレンド社, 東京.
- 長尾佳代 (2002) : 血液透析患者の食事に関する自己効力感と管理行動の関係. 日本腎不全看護学会誌, 4(2), 75-79.
- 日本透析医学会学術委員会栄養問題検討ワーキンググループ (2019) : サルコペニア・フレイルを併じた透析期CKDの食事療法. 日本透析医学会誌, 52(7), 397-399.
- 日本透析医学会統計調査委員会 (2018) : 図説わが国の慢性透析療法の現況 (2017年12月31日現在). (2019/8/27閲覧) <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2017/pdf/2.pdf>
- 日本腎臓学会 (2014) : 慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014年版. (2019/9/19閲覧) <https://cdn.jsn.or.jp/guideline/pdf/CKD-Dietaryrecommendations2014.pdf>
- 野澤明子, 岩田真智子, 白尾久美子他 (2007) : 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 59-66.
- Peyrot, M. F., McMurry, J. F. (1992) : stress buffering and glycemic control : the role of coping styles. Diabetes Care, 15(7), 842-846.
- シェリフ多田野亮子, 大田明英 (2003) : 血液透析患者の心理的適応 (透析受容) に影響を与える要因について. 日本看護科学会誌, 23(1), 1-13.
- シェリフ多田野亮子, 大田明英 (2006) : 血液透析患者におけるストレスの認知に関する研究. 日本看護科学会誌, 26(2), 48-57.
- 高岸弘美 (2008) : 血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因とそれらの関連性に関する研究—セルフ・エフィカシー, ソーシャル・サポート, 食行動に焦点をあてて—. 山梨県立大学看護学部紀要, 10, 13-26.
- 椿原美治 (2007) : 統計調査から見たわが国の適正透析. 臨床透析, 23(10), 89-96.
- 安田加代子, 松岡緑, 藤田君支 (2002) : 糖尿病患者のQOLに影響を及ぼす要因に関する研究—食事療法に対するストレス認知と対処能力との関連—. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6(2), 95-103.
- 安酸史子 (2013) : セルフマネジメントを推進する看護方法—セルフマネジメントの過程 5援助方法. 安酸史子・鈴木純恵・吉田澄恵編集, ナーシング・グラフィカ成人看護学④セルフマネジメント (第2版), 83-89, メディカ出版, 大阪.

資 料

保健医療従事者を対象とした腰痛予防推進リーダー 研修会の活動と評価

The Activity and Evaluation of a Low Back Pain Prevention Leader Workshop for Health Professionals

山口舞子¹⁾・山地佳代¹⁾・杉本吉恵¹⁾

Yamaguchi Maiko, Yamaji Kayo, Sugimoto Yoshie

キーワード：腰痛予防, 人材育成, 保健医療従事者, 福祉用具, セーフティケア

Keywords: low back pain prevention, human resource development, health professionals, assistive devices, safety care

I. 研究背景

日本における「休業4日以上の上業務上疾病」のうち、保健衛生業においては腰痛による発生が2007年以来第1位となっている。2018年には1593件と過去最高を記録し、日本の全産業のうち約32%が保健衛生業による腰痛となっている。このような状況下にあるため、2013年に「職場における腰痛予防対策指針」(厚生労働省)が改訂され、医療・福祉分野でも腰に負担のない介助が示され、2015年には「医療保健業の労働災害防止(看護従事者の腰痛予防対策)」(厚生労働省, 中央労働災害防止協会)で、具体的な労働安全衛生マネジメントリスクアセスメントや介助法も提示されている。さらに日本看護協会においても、看護職の労働安全衛生として腰痛を取り上げて、看護職の腰痛予防について情報発信を続けている。そして、中央労働災害防止協会により改訂版「職場における腰痛予防対策指針」の普及促進のために保健衛生業の事業場を対象に全国で無料の講習会も実施されている。

しかしながら、2014年の日本看護協会の調査によると約6割の病院が腰痛予防対策に取り組んでいないこと、さらに西田ら(2016)の調査による

と近畿圏の病院では看護職員の安全衛生対策として腰痛は18%しか取り組まれておらず、腰痛予防対策として効果があるとされている福祉用具の導入もまだ進んでいない状況が報告されていた。現在では、医療施設には看護師だけでなく看護補助者、療養型医療施設には介護福祉士も多く働いており、介護老人保健施設、介護老人福祉施設などでも、日常生活援助ケアが多く行われている。また、2017年の日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)によると2065年には65歳以上の高齢者人口1人を支える生産年齢人口は1.3人(2015年では2.3人)と推計されている。生産年齢人口全員が看護職や介護職になるわけではないことから、今後は高齢の看護職や介護職も高齢者を支える必要が生じる。その際には従来の徒手の介助方法を中心としたケアでは介助者、被介助者ともに負担は大きく、安全で安楽なケアを提供するためには、福祉用具の活用が不可欠だと考えた。福祉用具の活用の負担軽減効果については、渋谷ら(2010)がベッド上での上方移動時にスライディングシートを使用すると、スライディングシートを使用せずに徒手的に介助した場合と比べ自覚的作業負担度、ならびに表面筋電図の最大随意収縮が有意に低く、介助時の負担軽減効果を報

告している。また富岡ら（2008）は、人力介助と比べると、リフト介助は介護者の上体傾斜角が有意に減少し、腰部の椎間板圧縮力を減少させ腰部の負担軽減に寄与すると報告している。このような背景から、研究者らは2015年から看護職や介護職などケア実施者を対象に、福祉用具を使って介助者の身体に負担がかからず、かつ患者・利用者にとって安全な移乗介助を行うセーフティケア（Waters, T.R., et al,2009）の知識と技術を普及するとともに、臨床において腰痛予防対策を推進していけるリーダー的人材を育成する目的で、研修会を企画・実施してきた。そこで研修会に参加している方を対象に、研修内容の評価および、研修受講後の腰痛の変化、職場での腰痛予防推進の取り組みや実施する上での困難について調査したため報告する。

II. 研究目的

本研究は看護職・介護職のための腰痛予防推進リーダー研修会の評価を行うとともに、参加者が職場で腰痛予防に取り組む上での困難について明らかにし、腰痛予防対策を臨床に普及するための方略を検討することを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象

看護職・介護職のための腰痛予防推進リーダー研修会に参加し、研究の趣旨について理解し研究参加の同意が得られた看護職・介護職等の保健医療従事者。

2. 方法

1) 研修会内容

(1) 目的

①看護職や介護職などケア実施者に腰痛予防にセーフティケアの必要な知識と技術を普及すること。具体的には、リフト、スライディングボード、スライディングシートなどを効果的に活用し、患者を移動させる（上田, 2016）。これにより、介助者は腰痛を起こす危険性が少なくなり、利用者・患者ともに安全で快適な移乗介助が受けられる。

②臨床において腰痛予防対策を推進していけるリーダー的人材を育成すること。

(2) 研修内容・方法

「看護職・介護職のための腰痛予防推進リー

ダー研修会」計3回を1つの研修会として実施した。各回では講義と演習を組み合わせ、参加者も主体的に研修に取り組めるよう意見交換の時間を設け、対象者の腰痛の現状、臨床での課題、改善のための方策などを検討した。

2) 実施時期

2017年9月から2017年11月。

3) データ収集方法

無記名自記式質問紙調査法とし、配布は3回の研修会全ての受付時に配布した。回収は、研修会の会場内に設置した回収箱にて回収した。記入にかかる所要時間は5～10分程度であった。

4) 調査内容

(1) 基本属性：年代や性別、職種、職場における立場、研修会参加動機、腰痛経験の有無。基本属性は3回の研修会後全てで回答を得た。

(2) 研修会に関すること：下記①②については3回の研修会後全てで調査を実施した。③～⑦は3回目の研修会後にのみ加えて実施した。

①あなたの腰痛予防に役立ちそうな内容かどうかとその理由。

②職場での腰痛予防対策に役立ちそうな内容かどうかとその理由。

③腰痛予防対策をする上で難しいこと。

④研修会受講後に自分の腰痛予防対策として行ったこと。

⑤職場で腰痛予防対策を進めるために行ったこと、また腰痛予防対策を進めるうえで難しいこと。

⑥1回目の研修会を受ける前と比べた時の、現在の腰痛の程度。

⑦研修会運営（研修回数、研修時間、研修時期、研修場所）の適切さ。

(3) データ分析方法

データは、統計解析ソフトExcelを使用し、記述統計を行った。また、自由記述については意味内容の類似性に沿って分類した。

3. 倫理的配慮

大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認（申請番号29-37）を得て実施した。研修会開始直前に、参加者全員に対して無記名自記

式調査票を配布し、研究協力の依頼を口頭で行った。回収された調査票にて研究参加同意を確認し、同意の得られた対象者のデータのみを分析した。

IV. 結果

1. 研修会の実際

表1に研修会日時、場所、内容、参加者数など研修会の実際について示した。1回目と2回目の研修会は大阪府立大学羽曳野キャンパス内の基礎看護学演習室で開催したが、3回目は研修に必要なリフトや吊り具が充実している株式会社ウェル・ネット研究所（兵庫県伊丹市）の施設で開催した。

表1. 研修会の実際（日時・場所・内容）

2017年9月23日（土） 参加者数27人		大阪府立大学羽曳野キャンパス基礎看護学演習室
9：30-10：00	講師・教員の紹介 研修生の自己紹介	
10：00-12：00	講義	医療保健従事者の腰痛の現状と腰痛予防の必要性 腰痛の要因 人間工学的にみた腰痛予防
12：00-13：00	昼食	
13：00-15：00	実技演習・意見交換	環境を整えることの重要性（ベッドの高さ、履物など）、背上げ、背下げ時の摩擦体験、身体の重さを実感 ベッド上での移動介助：従来実施している介助法について検討 摩擦を軽減する方法を取り入れて比較 起き上がり介助：従来実施している介助法について検討 介助者、被介助者に負担の少ない方法の検討
15：00-16：00	講義	腰痛予防チェックリストの解説
2017年9月30日（土） 参加者数21人		大阪府立大学羽曳野キャンパス基礎看護学演習室
9：30-10：30	講義	スライディングシート
10：30-12：00	実技演習	スライディングボードの使用方法 スライディングシート（ベッド上移動、体位変換など）
12：00-13：00	昼食	
13：00-14：30	実技演習	スライディングボードの使用方法 （ベッドからストレッチャー、 ベッドから車いす）
14：30-16：00	意見交換	腰痛予防対策の実際、施設でできそうなこと、研修会の感想
2017年11月11日（土） 参加者数17人		株式会社ウェル・ネット研究所
9：30-11：30	講義	リフト、吊り具などの福祉用具の使用方法
11：30-12：30	昼食	
12：30-14：30	実技演習	リフトの使用の実際 床走行リフト、スタンディングリフト 槽固定タイプリフト、吊り具の種類と特徴
14：30-16：00	演習・意見交換	腰痛予防チェックリストを実施しての感想 施設で腰痛予防に取り組むための課題 アンケート調査



2. アンケート結果

1) 対象者の属性

アンケートは1回目27人、2回目21人、3回目17人に配布し、1回目26人（回収率96.3%）、2回目21人（回収率100%）、3回目16人（回収率

94.1%）であった。対象者の特徴として、30歳代から40歳代が多く、男女比は女性の方が多かった。また、職種としては介護職、看護職の順に多く、管理職よりスタッフの参加が多かった（表2）。

表2. 対象の属性

対象者	第1回 26人	第2回 21人	第3回 16人	
年代	20代	4 (15.4%)	3 (14.3%)	2 (12.5%)
	30代	6 (23.1%)	5 (23.8%)	5 (31.3%)
	40代	9 (34.6%)	7 (33.3%)	5 (31.3%)
	50代	5 (19.2%)	4 (19.0%)	3 (18.8%)
	60代以上	2 (7.7%)	2 (9.5%)	1 (6.3%)
性別	男性	6 (23.1%)	6 (28.6%)	5 (31.3%)
	女性	20 (76.9%)	15 (71.4%)	11 (68.8%)
職種	看護職	10 (38.5%)	6 (28.6%)	3 (18.8%)
	介護職	13 (50.0%)	11 (52.4%)	11 (68.8%)
	その他	3 (11.5%)	4 (19.0%)	2 (12.5%)
職階	管理職	6 (23.1%)	3 (14.3%)	3 (18.8%)
	スタッフ	13 (50.0%)	15 (71.4%)	11 (68.8%)
	その他	6 (23.1%)	3 (14.3%)	2 (12.5%)
	不明	1 (3.8%)	-	-

2) 参加動機

表3に対象者の参加動機を示した。参加動機は腰痛予防に関心がある、上司に勧められたという順に多かった。

表3. 対象者の参加動機 (複数回答)

回答	人 (%)
腰痛予防に関心があるから	17 (37.8%)
上司に勧められたから	13 (28.9%)
職場の業務改善のため	7 (15.6%)
自分自身が腰痛を抱えているから	6 (13.3%)
その他	2 (4%)

3) 腰痛経験

対象者の腰痛経験は、腰痛経験ありが23名(88.5%)、なしが3名(11.5%)であり、腰痛経験のある対象者が非常に多かった。

4) 研修内容について (自由記述)

(1) 各回の研修が対象者本人の腰痛予防に役立つ内容かどうかに対する研修内容の評価を図1と表4に示した。研修内容が役立つかにつ

いて、「非常に思う」、「少し思う」の回答が大半であった。しかし、3回目の研修では「非常に思う」が56.3%、「少し思う」が35.7%と1回目、2回目と比べて低かった。研修内容で役立った内容として多く回答を得たのは、1回目の研修会では「今までの介助方法が間違っていたことに気づいた」、2回目の研修会では「スライディングシート・ボードの正しい使い方を勉強できた」、3回目の研修会では「身体の使い方を学べた」、「職場にリフトがあれば役立つ」の順に多かった。

表4. 参加者本人の腰痛予防に役立つ内容かについての理由 (自由記述)

研修会	自由記述の内容	件数
第1回	腰痛の要因や根拠がわかった	3
	今までの介助方法が間違っていたことに気づいた	4
	演習で実体験して理解できた	3
	どのような姿勢や動作をすればよいか分かった	3
	すぐ実践できる改善方法がわかった	3
第2回	具体的な動作の方法がわかった	6
	シート・ボードの正しい使い方を勉強できた	7
	シート・ボードの使用により腰痛予防になることがわかった	4
第3回	1回目の研修内容を実践し、腰痛が楽になった	1
	リフトを使用すると、腰への負担がなくなる	3
	身体の使い方を学べた	4
	職場にリフトがあれば役立つ	4
	リフトの使用方法が具体的に学べた	1

(2) 各回の研修が対象者の職場での腰痛予防に役立つ内容かどうかに対する研修内容の評価を図2と表5に示した。1回目と2回目の研修内容では「非常に思う」、「少し思う」の回答が大半であった。しかし、3回目の研修では「非常に思う」が25.0%、「少し思う」が43.8%、「あまり思わない」が25.0%と1回目、2回目と比べて低い結果であった。

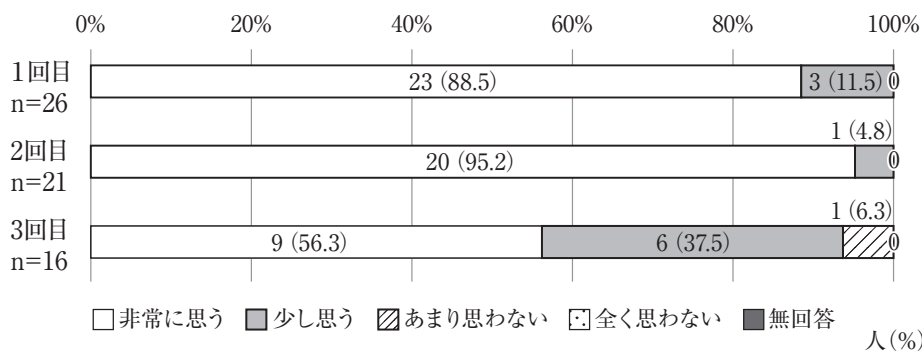


図1 参加者本人の腰痛予防に役立つ内容か

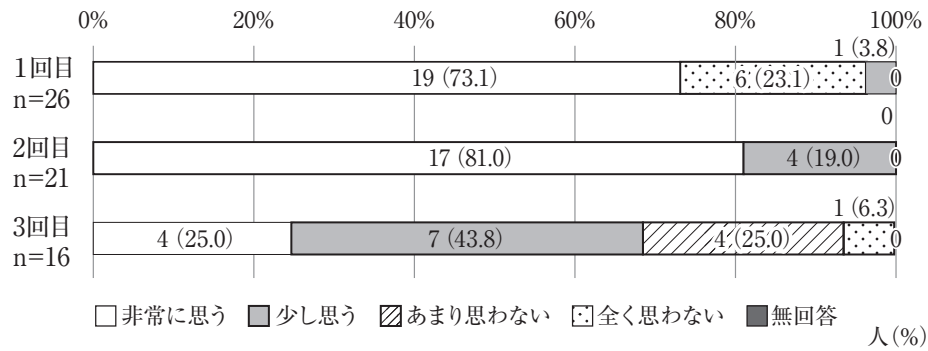


図2 職場の腰痛予防に役立つ内容か

表5. 職場の腰痛予防に役立つ内容かについての理由

(自由記述)		
研修会	項目	件数
1回目	実践にすぐに生かせる内容であった	6
	研修内容を伝達できそう	5
	動作やベッドの高さを意識すると腰痛予防につながることを実感した	4
	研修内容をうまく伝達できるか自信がない	3
	大がかりな機器の導入をするには説得にパワーが必要	1
2回目	職員の腰痛の現状と関心に合った内容だった	6
	職場での備品購入が難しい	4
	研修内容を伝達できそう	4
	職員への伝え方に迷う	1
	患者・利用者の負担軽減になるとわかった	1
	正しいボディメカニクスができれば腰痛が軽減できそう	1
3回目	リフトがない、購入が難しい	9
	研修内容を伝達したい	3
	職員全員の意識統一やハード面の変化は難しいが、意識の変化を促すことはできる	1

表6. 研修後に参加者が実施した腰痛予防対策 (自由記述)

項目	件数
介助時・作業時はベッドを上げる	11
スライディングシート・ボードを使う	4
腰を曲げない	4
足を広げる	2
正面で介助する	1

(2) 研修後に対象者が職場で実施した腰痛予防対策推進行動 (自由記述)

研修後に対象者が職場で実施した腰痛予防対策のための推進行動は、「研修内容をスタッフへ伝達した」が7件、「ケアの際はベッドを上げて行うよう声かけをした」が3件、「研修内容の実践をスタッフへ見せた」が2件の順に多かった。

(3) 職場での腰痛予防対策の推進行動をとるうえでの困難 (自由記述)

職場で腰痛予防対策を推進しようとした際に困難を感じる、または感じたことについて表7に示した。職場のスタッフへの意識改革や伝達方法、上司の理解や設備投資について困難さを感じていることが示された。

5) 研修会受講後における対象者の主観的腰痛の変化

対象者の主観的腰痛について、3回目の研修会後に1回目の研修会を受講する前と比較して回答を得た。腰痛が軽減したと回答した対象者は1人(6.3%)、少し軽減したと回答したのは14人(87.5%)、かわらないが1人(6.3%)であった。

6) 腰痛予防への取り組みについて (自由記述)

(1) 研修後に対象者が実施した腰痛予防対策について

研修後に実際に対象者が実施した腰痛予防対策について表6に示した。介助時・作業時はベッドを上げると回答した対象者が最も多かった。

7) 研修会運営についての評価

研修会回数はちょうどよい13人(81.3%)、研修時間はちょうどよい15人(93.8%)、研修時期はよかった15人(93.8%)で概ね良い評価を得られた。

表7. 職場で腰痛予防対策を推進しようとした際に困難を感じる、または感じたこと（自由記述）

項目 (件数)	記述内容
意識を変えていくこと (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・時間効率が優先されているため、手順を増やすことに対する拒否的な反応が大きい ・用具を使用することに時間がかかるという概念をなくすこと、新人指導にも必要と思いました（学生さんも含めて） ・腰痛予防するための体の使い方を教えても、今までの彼ら自身のケア方法が頭からぬけず、すぐに腰痛悪化する体勢でしてしまう ・継続的な意識の統一 ・福祉用具に対する知識量の少なさ
伝達方法が難しいこと (4)	<ul style="list-style-type: none"> ・より意識を高めるための伝達方法 ・全員に伝達するのが難しい、リフトがないので、 ・腰痛予防に対する対策をしようとする動きがなかなか起こせない。 ・全体に広まらない、腰痛予防の講習をしてない。
上司の理解が得られないこと (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・上司の意理解が得られない、必要性を感じていない。 ・物品（福祉用具購入）、ほんの少しそろえただけで、うちの施設はやっていると思っている上司の説得が難しい、使いにくいものをそろえてもらっても、実際には使用に結びつかないものもある
設備投資を進めること (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の資金面 ・経営者を説得して、腰痛対策また患者の安全安楽を提供できる設備投資を、推進していくこと

V. 考察

対象者が研修後に取り組んだ内容は、介助・作業時のベッドの高さ調節が最も多く、スライディングシート・ボードを使用、姿勢改善などもあった。その結果、対象者のほとんどは少し腰痛が軽減したと回答していた。このことは、介助・作業時のベッドの高さ調整は実践にすぐに取り入れることが可能かつ、腰部負担を軽減し、腰痛を悪化させない効果が得られる内容であったと評価できる。岩切ら (2017) は、介助方法や福祉用具の使用方法に関する職場改善の取り組みは、介護者の腰痛を悪化させない効果に繋がると述べているが、福祉用具が少ない状況においてもベッドの高さ調整の重要性を理解し現場で実践できるよう働きかけた本研修会は、対象者にとっては腰痛予防ならびに腰痛悪化予防の面においても有用であったと考えられる。

3回目の研修では、リフトを用いた介助方法について研修を実施し約6割の対象者が自身の腰痛予防に非常に役立つ内容だったと回答したが、職場の腰痛予防に役立つかという視点では、「少し思う」が43.8%、「あまり思わない」が25.0%と1回目、2回目の研修内容に比べ低い結果となっていた。これは「職場にリフトがあれば役立つ」、「リフトがない、購入が難しい」という回答から、研修会によってリフトを用いた介助の有用性を体感できたが、実際にリフトが職場にないことから実践にはつながらないという課題も明らかとなった。

中野 (2013) は、リフトなどの補助機器を積極

的に活用するための設備投資にも目を向け、予防対策の充実を図るべきと述べており、中岡ら (2018) の医療施設・介護保健施設の腰痛及び腰痛予防対策の実態調査でも、リフトが導入されていない施設は80%以上であり、各施設において福祉用具導入をためらう理由として、予算・財源の確保の困難という回答が最も高い割合を占めたと報告している。本調査結果においても、職場で腰痛予防対策を推進する際の困難として、経営者を説得して設備投資を推進することが挙げられていた。今後は研修参加者が組織を巻き込んで設備投資の導入を働きかけられるように支援をしたり、研究者らが病院経営者や管理者向けの腰痛予防対策研修会を企画することが重要である。そして福祉用具活用による腰痛予防効果や経済効果に関するエビデンスを示し、福祉用具導入の意義を伝えていくことも重要であることが示唆された。

さらに研修会の受講者がリーダーとしてスタッフへ教育を行うという点では、スタッフの用具を使用すると時間がかかるという意識を変えていくこと、福祉用具活用に関する知識や技術を伝達するための方法が難しいという回答が得られた。腰痛予防推進リーダーとして研修会参加者の活動が定着するためには各臨床現場で研修会を開催する際に専門家がサポーターとして支援するなど、継続的な研修会後のフォローアップが必要であると考えられた。これは参加者の職位はスタッフが多かったことから、管理者への働きかけが難しく、研修会企画なども困難があると考えられたためであり、今後は職場の管理者や安全衛生委員などの

参加者割合を増やし、組織的な活動ができるように支援する必要がある。

以上のことから今後は研修会という形での個人への技術教育とともに、管理者や経営者に対する腰痛予防に関するマネジメントの視点を踏まえたプログラムの導入や、臨床現場での出張研修会の開催も検討していきたいと考える。

本調査は2017年度大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センターの研究支援を受けて実施した。

謝辞

アンケートへご協力いただきました研修会参加者の皆様、本研修会実施に当たり講師としてご協力いただきました森ノ宮医療大学大学院教授 上田善敏先生、リフト研修において会場ならびに機器のご提供をいただきました株式会社ウェル・ネット研究所に厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 岩切一幸, 高橋正也, 外山みどり他 (2017): 介助方法や福祉用具の使用方法に関する安全衛生活動が介護者の腰痛症状に及ぼす影響. 労働安全衛生総合研究所特別研究報告, 47,111-116.
- 厚生労働省: 業務上疾病発生状況等調査 (平成29年). 2019年9月19日, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei11/h29.html>
- 厚生労働省: 職場における腰痛予防対策指針. 2019年9月19日, http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034et4-att/2r98520000034pjn_1.pdf
- 厚生労働省中央労働災害防止協会: 医療保健業の労働災害防止 (看護従事者の腰痛予防対策). 2019年9月19日, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyouku/0000092615.pdf>
- 中野千香子 (2013): 安心して働ける職場づくりを-腰痛対策・安全衛生活動の取り組み「急性期一般病院における看護職員の腰痛・頸肩腕痛の実態調査」結果. 医療労働, 563, 11-18.
- 中岡亜希子, 杉本吉恵, 山口舞子 (2018): 医療施設・介護保険施設の腰痛及び腰痛予防対策の実態 (第1報) 腰痛予防対策の実施状況と管理者の認識. 日本看護研究学会雑誌, 41(3), 490.
- 日本看護協会 (2014): 『看護職の夜勤・交代制勤務ガイドライン』の普及等に関する実態調査. 2019年9月19日, <https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/yakinkotai/chosa/pdf/2014hokoku.pdf>
- 西田直子, 北原照代, 富田川智志 (2016): 病院看護管理者が認識する腰痛問題と腰痛予防対策との関係. 日本看護技術学会第15回学術集会抄録集, 139.
- 渋谷晋太郎, 小榮浩次, 尾形諭香, 西田征治, 高木雅之 (2010): ベッド上仰臥位での上方移動介助における福祉用具の有効性に関する研究. 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 10(1), 97-104.

- 富岡公子, 栄健一郎, 保田淳子 (2008): 移乗介助におけるリフトの腰部負担軽減の効果-介護者の介助技術の習得度を考慮した有効性の検証-. 産業衛生学雑誌, 50(4), 103-110.
- 上田善敏 (2016): セーフティケアの介護・看護 腰痛を起ささない介助技術と福祉用具. 株式会社ヒューマン・ヘルスケア・システム, 東京都.
- Waters, T.R.et al, (2009): Safe Patient Handling Training for Schools of Nursing. 2019年9月20日, <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-127/pdfs/2009-127.pdf>

看護学類紀要委員会

委員長 田嶋 長子

副委員長 渡邊 香織

委員 南村 二美代、山口 舞子、深山 華織

大阪府立大学看護学雑誌 第26巻 第1号

2020年3月30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. 26, No.1

2020

Reports

- Concept Analysis of the Pediatric Oncology Nurse Stressors 1
Kazuko Kawakatsu, Naragino Hiromi
- A Concept Analysis of Father's Role 9
Yuta Agawa, Miyuki Nakayama
- ICU nurses' Perceptions of Risk Factors for Infection with Multidrug-resistant Organisms
and Related Prevention Practices 19
Yuko Urita, Yoshiko Sato, Kyoko Tanaka, Satoshi Horii
- Conditions in Decision-making Recognized by Skilled Nurses to Support
End-of-life Patients with Chronic Heart Failure 29
Katsuhito Asai, Chieko Hatamochi, Risa Uemura, Masami Nakamura,
Fumiyo Minamimura

Materials

- Literature review of support for people with hemophilia and their families 39
Masami Kutsumi, Midori Kawasaki, Kayoko Omura, Yoshiko Nisimura,
Satomi Ushio, Yukiko Nakashima, Tomoko Nakatsuka, Chie Matsubara,
Yukiko Araragi
- Discharge Care Coordination by Nurses of Psychiatric Emergency Wards in Japan : 47
A Literature Review
Junko Tomikawa, Kumiko Hashiratani, Yusuke Ukihune, Nagako Tajima,
Seiko Shimazu
- Efforts and Future Activities of the Long-term care (LTC) Research Group 57
Kae Yamauchi, Tayo Nagahata, Masami Kutumi, Kayo Yamaji, Chitose Matsuda,
Hideto Yao, Munemitsu Shima, Akiko Sakurai
- An Inspection Report on Simulation-Based Education in the United States 63
Fumi Akasaki, Yasuko Hosoda, Mayumi Negishi, Yukari Katayama,
Yoshiko Doi, Yoko Kitajima, Mao Yoneda
- Cognition of Dietary Therapy and Self-management in Patients with Hemodialysis 71
Masami Nakamura, Chieko Hatamochi
- The Activity and Evaluation of a Low Back Pain Prevention Leader Workshop 79
for Health Professionals
Yamaguchi Maiko, Yamaji Kayo, Sugimoto Yoshie

Published by

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