

会 長 講 演

第4回看護実践学会学術集会

看護実践能力を育む『臨床教育』

田村 幸子

金沢医科大学看護学部教授

日時 2010年9月5日（日） 場所 金沢医科大学講堂

みなさま、看護実践学会第4回学術集会にご参加くださいまして、誠にありがとうございます。学術集会長を務めさせていただきます金沢医科大学看護学部の田村です。開催を担当しました企画委員・実行委員を代表して、みなさまを心より歓迎し、また今日一日が実り多い一日となりますよう祈念いたします。

今回の会長講演のテーマは、「看護実践能力を育む『臨床教育』」としました。みなさまにとりましては、すでにご承知の部分もあるかとは思いますが、＜看護実践能力＞と＜臨床教育＞につき、これらを巡る最近の状況を整理しながらお話をさせていただきます。私の話は以下の8つの項目、【社会から求められる看護実践能力】【実際の臨床現場で新人に期待される実践能力】【現場で起こっている医療事故】【看護実践能力の育成】【保助看学校養成所指定規則の改正】【臨地実習】【臨床教育】【保助看法及び人確法の改正】で構成します。

まず、【社会から求められる看護の実践能力】についてですが、これにつきましては、厚労省「看護の質の向上と確保に関する検討会」から出された5項目があります。1.「医療技術の進歩に対応できる能力」は、最近の医療機器や医薬品の開発・増加に伴って、その確実な操作・管理ができ、また患者名・使用量、使用時間等を確認して、誤りなく与薬し、その後の経過を緻密に観察できる能力です。2.「患者の高齢化・重症化に対応できる能力」は、高齢患者や重症患者の増加により、身体機能の低下や急変の予測を踏まえた

緻密な観察と生活の援助ができる能力です。3.「在院日数の短縮化に対応できる能力」は、療養生活に応じた生活指導や退院調整を行える能力、及び頻繁な入退院に対応できる能力です。4.「看護現場の複雑化・多様化に対応できる能力」は、多忙を極める医療現場にあって、複数患者を受持ち、限られた時間内に、多重の課題を抱えながら、優先度を決定して、即応できる能力です。5.「医療安全と医療倫理への配慮」は、看護師は療養上の世話及び診療の補助における最終実施者であり、その重大な責任を果たせる能力です。

しかし、以上のように社会から求められる看護の実践能力であっても、【実際の臨床現場で新人看護師に期待される実践能力】としては、1. 基本的な日常業務を遂行できる、2. 薬剤・物品を取り間違えない、3. 医療機器の基本操作ができる、4. 治療や処置を間違えない、5. 患者を取り間違えない、6. 複数患者を担当できる、7. 患者・家族とコミュニケーションできる、8. 医療チームメンバーとコミュニケーションできるなど、極めて基本的なところではないでしょうか。

【現場で起こっている医療事故】の現状については、財団法人：日本医療機能評価機構から出された「医療事故情報収集等事業の平成21年 年報」でみますと、参加登録427の医療機関における昨年（2009年）の実績において、医療事故は年間3900件が報告され、その39%は療養上の世話で発生、27%は治療・処置で発生、この2つを合わせて66%を占めます。発生要因を多いものからみますと、確認の怠り15%、観察の怠り15%、判断の

誤り14%の状況です。一方、日本看護協会の2004年実態調査では、新卒看護師が仕事を続けていく上での悩みとして「配属部署の専門的な知識技術の不足」、「医療事故を起こさないか不安である」、「基本的な知識が身についていない」等があげられています。新人看護師の実践能力の育成を考える上では、関連して捉える必要性が感じられます。

社会から求められる【看護実践能力の育成】の充実に向けての取り組みについては、最近の状況をみると、平成16年に文科省「看護学教育の在り方に関する検討会」が発足し、＜看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標＞が報告され、その中で【看護実践能力の構成の骨子】が示されました。平成18年には厚労省から「看護基礎教育の充実に関する検討会」が発足し、翌平成19年には「報告書」及び＜看護師教育の技術項目と卒業時の到達度＞が示されました。平成20年には、看護実践能力の強化を主な趣旨とする、「保助看学校養成所指定規則の改正」がなされ、いわゆる新カリキュラムとして平成21年度入学生より適用されることになったことです。また平成16年3月に文科省「看護学教育の在り方に関する検討会」から出された＜看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標＞と、その中で示された【看護実践能力の構成の骨子】をみると、Ⅰ．ヒューマンケアの基本に関する実践能力、Ⅱ．看護の計画的な展開能力、Ⅲ．特定の健康問題を持つ人への実践能力、Ⅳ．ケア環境とチーム体制整備能力、Ⅴ．実践の中で研鑽する基本能力の5群19細項目が示されています。またこの＜看護師教育の技術項目と卒業時の到達度＞では、看護師教育の技術項目として13の大項目（1～5は日常生活援助技術であり、6～13は症状・生体機能管理や診療の補助等）が示され、卒業時の到達度として4つのレベル（Ⅰ．単独で実施できる、Ⅱ．指導のもとで実施できる、Ⅲ．学内演習で実施できる、Ⅳ．知識としてわかる）が示されました。13の大項目は141の細項目で構成し、レベル別の到達度ではⅠ．単独で実施できるレベルは34項目24%、Ⅱ．指導のもとで実施できるレベルは54項目38%、Ⅲ．学内演習で実施できるレベルは21項目15%、Ⅳ．知識としてわかるレベルは32項目23%となっています。看護実践能力として捉えられる範囲の、Ⅰ．一人でできる項目24%と、Ⅱ．指導のもとでできる項目38%の、2つを合わせて62%とした卒業時到達目標です。次に技術項目を、1～5（日常生活援助技術）と6～13（その他の技

術）の視点からみますと、日常生活援助技術では、Ⅰ．単独で実施できるレベルは21項目38%、Ⅱ．指導のもとで実施できるレベルは25項目45%、Ⅲ．学内演習で実施できるレベルは3項目6%、Ⅳ．知識としてわかるレベルは6項目11%です。この場合は、一人でできる項目38%と指導のもとでできる項目45%を合わせて83%が卒業時の到達目標です。一方、その他の技術では、Ⅰ．単独で実施できるレベルは13項目15%、Ⅱ．指導のもとで実施できるレベルは29項目34%、Ⅲ．学内演習で実施できるレベルは18項目21%、Ⅳ．知識としてわかるレベルは26項目30%となっており、一人でできる項目15%と指導のもとでできる項目34%を合わせても49%が卒業時の到達目標となっています。

平成20年に出された【保助看学校養成所指定規則の改正（省令）】、いわゆる平成21年度入学生から適用された「新カリ」では、単位数は従来の93単位から97単位へ4単位の増加があり、この変化を分野別でみると、基礎分野と専門基礎分野では変化がなく、専門分野が3つ（専門分野Ⅰ、専門分野Ⅱ、統合分野）に分けられました。つまり専門分野の中の基礎看護分野が「専門分野Ⅰ」として独立させ、成人看護学・老年看護学・小児看護学・母性看護学・精神看護学を合わせて「専門分野Ⅱ」とし、在宅看護および新設された統合看護を合わせて「統合分野」として新設しています。統合看護としての授業4単位と実習2単位の合計6単位が増加し、一方で成人看護学の実習が8単位から6単位へと2単位が減少しております。主に看護実践能力の強化を趣旨として「保助看学校養成所指定規則の改正」がなされ、カリキュラム上からは「統合看護」の新設となったわけです。

さて、看護実践能力を育成する上で重要な位置を占める【臨地実習】ですが、看護基礎教育（学校教育）における臨地実習では、「患者・家族が自分の持てる力を十分活かしながら生活していけるよう、学生が主体的に看護実践能力を働かせながら直接関わり、その過程を通して看護とは何かを実感を持って理解する」ことを目指しており、専門性に立脚した職業人としての看護実践能力を育成する目的ですから、「一人の患者を受け持ち、深く関わりながら看護ニーズを判断し、看護ケアを計画・実践・評価させるやり方」をとっています。ですからここでは、実際の臨床現場で直ちに要求される「チームメンバーの一員として、複数の患者を受け持ち、臨床現場の多重課題に、優先度

を考えながら、時間内に実施する看護の実践能力」を身につけるのは困難です。そこで今回、統合看護分野が新設されることになったわけです。

ここで、看護基礎教育の臨地実習で育成する能力について考えてみますと、実習では2つの能力の育成があると思います。1つは看護過程を展開していく能力の育成であり、もう1つは看護過程を構造化していく能力の育成です。いずれも思考過程が重要で、専門性に立脚した職業人としての看護実践能力を育成する上では欠かせない極めて重要な学びです。＜看護過程を展開していく能力＞は、【観察し意味のある事象を捉え】→【捉えた事象を広げ対象の全体特性をつかみ】→【対象の立場で観念的追体験をし】→【対象の持てる能力を引き出すように働きかける】→【対象の反応を観察し自分の実践を評価する】の円環的な過程を踏んで育成されるとされています。また＜看護過程を構造化していく能力＞は、【看護過程の展開能力を働かせた看護の視点を実感することで、自己の看護過程を評価できる】ようになり、育成されるとされています。私はこれら＜看護過程を展開していく能力＞と＜看護過程を構造化していく能力＞が看護基礎教育の臨地実習で育成されたうえにおいて、はじめて統合看護が効果的に成り立つのだと考えます。さて、新設の統合看護実習についてですが、取り組みとしては、「臨床実践に近い形で、複数の患者を受持ち、一勤務帯を通した実習を、夜間や早朝の実習も取り入れて」が一般的ではないでしょうか。金沢医科大学看護学部でも、今年8月に、4年次生が一斉に1週間の統合実習を行いました。一人の学生が患者3名を受持ち、日勤帯の引継ぎから引継ぎまでを体験し、1～2日目は看護師のシャドウイングを通して学び、3～4日目は学生が主体的に関わって学びました。早朝実習も一人1回ずつ体験しました。この実習を通じて実際の看護現場への理解が広がり、就職後のリアリティショックの防止につながるよう期待したいと思います。また今後は、卒業直前に看護技術の自主トレの機会を設けることや、OSCEへの取り組みが実現されることにより、看護実践能力の育成がさらに発展することを願います。

【臨床教育】については先にも述べましたが、看護技術の卒業時到達度は、一人でできる項目が24%です。指導のもとでできる項目の38%を合わせても、62%が卒業時の到達度です。一人前の看護師として求められるのは、やはり到達度はレベ

ルⅠであり、レベルⅡ～Ⅳまでを合わせた76%の項目をレベルⅠに引き上げる教育を、卒後臨床教育において取り扱う必要性が大いに出てくるのではないのでしょうか。平成15年に厚労省「新人職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」から出された【臨床実践能力の構造】では、看護職員として必要な＜基本姿勢と態度＞、＜技術的側面＞、＜管理的側面＞の3つの側面が示されています。平成16年に文科省「看護学教育の在り方に関する検討会」から出された＜看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標＞の中で示された【看護実践能力の構成の骨子】と対比させてみると、明らかな差異がみられています。今後【臨床教育】を充実させるために、学校と臨床が連携していく上では、十分な検討が必要なところであると考えます。

最後に、今般、平成21年7月の第171回通常国会で可決された【保健師助産師看護師法及び人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律案】についてです。法律が改正され、新人看護職の卒後臨床研修が晴れて努力義務化されて、国の責務・病院開設者の責務が謳われると同時に、我々看護職の責務についても明言されております。平成22年4月（今年度）からの施行で、現在までに半年間が経過しております。法律が改正されたからといって、看護職の人員が確保されたわけではなく、現在も各現場では人不足を抱えて、臨床研修の様々な問題と取り組んでおられると思います。新人看護職員研修ガイドラインがすでに打ち出され、その基本方針としての以下の5つの柱（1. 基礎教育で学んだことを土台に、新人研修で実践能力を高め、経験し獲得したことを蓄積し自己研鑽する。2. 安全・安心な療養環境を保証するため、医療機関は組織的に職員の研修に取り組み、新人看護職員研修はその一環として位置付ける。3. 医療チームの中で、複数の患者を受持ち、多重課題を抱えながら、看護を安全に提供するための実践能力を強化する。4. 継続的に自己研鑽を積むことができる実効性のある運営体制、研修支援体制を整備する。5. 医療状況の変化、患者・家族のニーズに柔軟に対応できるよう、常に見直されていく）が示されていますが、ガイドライン通りには容易に進まない事情があるかと思います。しかしガイドラインによく目を通しますと、いずれにしても、学校と臨床現場の連携がないとうまくいかない方針や、あるいは連携があるとうまくいく方針が多いように思われます。私は、今こそ、

看護実践能力を育成するために、学校と臨床が連携して基礎教育と臨床研修を結ぶチャンスの到来と考えます。この学術集会を通して、各現場にある様々な問題を明らかにし、共通認識を深め、今後様々な問題と取り組んでいくための連携の方向性を考える機会になってくれたらと願います。

また本日の午後の特別講演では、先に述べました文科省・厚労省の検討会に深く関わられました聖路加看護大学の菱沼典子先生から、「卒後臨床研修と基礎教育の結び」をテーマに、興味深いお

話をお聞きできることと思います。また、講演の後には「卒後研修への取り組み」をテーマにシンポジウムを予定しております。4人のシンポジストの方々から、それぞれの立場における現状と問題について報告が聞けると思います。参加された皆様にとり、明日からの具体的な参考となりますよう、会場一体となって議論を深めていきたいと思っています。以上をもちまして私の話を終わります。最後までご清聴ありがとうございました。

特 別 講 演

第4回看護実践学会学術集会

卒後臨床研修と基礎教育を結ぶ

菱沼 典子

聖路加看護大学教授

日時 2010年9月5日（日） 場所 金沢医科大学講堂

はじめに

今日いただいたテーマは、「卒後臨床研修と基礎教育を結ぶ」ということです。私はずっと基礎教育の方に身を置いておりまして、臨床研修というものに直接は関与していないので、それは会場の皆さまやこの後のシンポジウムで発言される皆さまの方がお詳しいと思います。そこで、基礎教育に身を置いている立場から、卒後臨床研修をどう考えるのかという視点でお話しさせていただければと思いますが、私にとってこういうテーマでの話は初めてで、非常にチャレンジングな今日でございます。

既にご承知のように、2009年7月に、「保健師助産師看護師法」及び「看護師等の人材確保の促進に関する法律」という法律の一部改正がありました。最初の方は「保助看法」と略し、人材確保の促進に関する法律は「人確法」と略されているものです。私ははじめ「じんかくほう」と聞いたのですが、そうではなくて看護師の人材確保の法律でした。この人確法ができたことが、公立の看護系の大学ができるきっかけになったと聞いております。

その保助看法と人確法が改正になりまして、新人看護職員の臨床研修が努力義務化されたことは、皆さま既にご承知のとおりです。2010年度から施行ということで、「新人看護職員研修ガイドライン」が昨年12月に策定され、これも皆さま既にご承知のとおりかと思います。本日のテーマは、この新たに法制化された新人研修と基礎教育をいか

に結んでいくかを考えるということですが、私の基本的な考え方として、基礎教育は看護職として働く基盤づくりであると思っています。基礎教育が終わった段階で看護職として育ったかという、そうではなく、看護の現場での研鑽が加わって看護職として育つのだと思っています。基礎教育と新人研修は看護職を育成する一つのプロセスとしてつながっていなければいけないものだろうというのが、現在の私の基本的な考え方です。

基礎教育と現場の隔たり

では、なぜ新人研修と基礎教育がつながっていないかならないのでしょうか。基礎教育と現場がそれぞれ勝手にしていると、学生や新人は戸惑います。例えば、皆さまは臨床で脈拍を測るときにどれぐらいで測られますか。60秒測っていらっしゃる方？ ゼロ。では、20秒×3の方？ 1人。30秒×2？ では、15秒×4？ ありがとうございます。15秒×4が、最も多くの手が挙がりました。では、学生時代に15秒×4でいいとお聞きになったのでしょうか。多分、学生時代には「60秒数えるのですよ」と聞かれているはずですよ。

臨床に出て、先輩はなぜあんなに早くラウンドしてくるのか、私はなぜこんなに時間がかかるのか。実は20秒×3だったり15秒×4だったりしているのだということを、現場で学び取るのです。学び取るのはいいのですが、学生あるいは新人は、60秒測れと教わってきているのを変えるのは非常に気が重いのです。「こんなのでいいのだろうか」という気になってしまいます。なぜ基礎教育の間

に「60秒は基本です」と教えないのでしょうか。「60秒が基本だから、最初に出会った患者さんは60秒ちゃんと見たらいい。しかし、その方をかなり分かってきたら、必ずしも60秒でなくても判断していいのですよ」と一言言っていれば、みんなそんなに戸惑わないで済むのではないかと思うのです。

これは脈拍の話ですが、いろいろなことでそういうことがあるのではないかと思います。基礎教育では基本を教えるというのはそうなのですが、臨床でその基本をどう応用していくのかの道筋が見えないような教育をしているというのは、非常に問題ではないかと私は思っています。

また、基礎教育と現場が互いを尊重していなければ、間に入る学生や新人は戸惑います。例えば、新人のナースや実習の学生に、「こんなことも教わらなかったの？」とおっしゃったりしませんか。それは、「こんなことも教えていないのか」という教育に対する批判です。そういう言葉を受けると、学生は、自分が受けた教育を否定された、自分が受けてきたことに×を付けられたと思うわけです。ですから、そういう表現はやめた方がいいのではないかと、「どんなふうに教わったの？」「これは初めてなの？」というような形で対応していただけたらいいのではないかと思いますし、臨床現場のナースも、基礎教育にいるナースも、新人あるいは学生を育てていくことに対してお互いが協力こそすれ、お互いを脅かすようなことはしてはいけないと思います。新人研修と基礎教育がうまくつながらないと、せっかく新人研修の制度ができて、そこでまたぎくしゃくが起こってしまい、意味がありません。そこはお互いに、一緒に育てていくのだと考えたらよいと思っています。

新人看護職員研修の努力義務化の意義

新人看護職員研修の努力義務化ということで、卒後教育に関して法に規定したのは、初めてだと思います。今回の改正を待つまでもなく、既に多くの施設では新人研修を実施していたのではないかと思います。新人研修に関しては、それぞれの病院が努力しているという形で、特別な支援などはありませんでした。一方、基礎教育の方は、長い間、常に見直されてきました。基礎教育がうまくいかないから新人が育たない、あるいは新人がすぐ辞めるというようなことで、基礎教育をどう直したらいいかということばかりをずっと論議していたのが、初めて基礎教育を終わった新

人をどう育てるかというところに行ったという意味では、非常に大きな意味があると思っております。

看護の社会では、長く即戦力でなければならないということが求められてきました。しかし、そうではなく現場に出てから働けるようになるまで現場で教育しようというのが、今回の改正の大きな趣旨だと思います。即戦力というのは本当におかしいと思っているのですが、基礎教育修了時点で即戦力を求める職種がどこにあるのでしょうか。例えば、医師には2年間の研修が義務付けられています。賛否両論は別として、結局、医師は6年の基礎教育プラス2年で8年の教育期間になっているわけです。そうでなくても、すべてのいろいろな職業で、入職した時点から一人前の働きを期待されるというのは無理な話で、現場での研修は当然だと思います。いわゆる営業の方にしても、あるいはデパートの方にしても、必ず研修をしてからでなければ現場に出ていきません。それを、看護に関してはこれだけ複雑で大変なものであるにもかかわらず、即戦力というのは無理な話だと思っております。

即戦力が求められてきた背景には、看護職の育成が、いわゆる企業内教育というか、その病院で使えるナースを育てたいというような形ですとなされてきた、あるいは職業訓練としてやってきたということがあると思います。しかしながら、看護職が専門職ならば、企業内での訓練から脱却し、学問背景を持って、現場での経験を積みながら成長していくものと考えていきたいのです。日本の看護教育というのは、明治からずっと企業内教育、職業訓練として始まっております。私が今勤めている聖路加看護大学は、その中で初めて企業内教育から脱却したところですが、それは、大学の基礎になる学校をつくったトイスラーという方が、企業内教育をやめた、つまり聖路加国際病院に勤めることを義務化しなかったからなのです。そういう形で企業内教育から脱却できたわけですが、多くのところが企業内教育を行ってきたという事実があると思います。

もう一つ、こう言っては怒られてしまうかもしれませんが、看護職というのは、看護師、保健師、助産師、准看護師を含めまして、130万人もいるのです。130万人もいる職業が専門職なのかということに私は疑問を持っています。医師が27～28万人です。130万人というのはとてつもなく大きい数です。私としては、それが本当に専門職なのだ

ろうかという疑問がありまして、専門職として育てていこうと思うのであれば、その専門性を裏付ける学問背景がなければいけないのではないかと考えています。それから、専門職であればあるほど、現場の経験が必要になる。例えば専門職という一番に出てくる弁護士や医師は、研修制度があって、さらに現場での鍛錬があってから一人前になるというのが当然なのですが、看護はまだそこになかなか到達し難い状況にいてのではないかと考えています。

保健師助産師看護師法の今回の改正は、保健師、助産師、看護師、および准看護師の130万人のグループは、免許を受けた後も臨床研修その他の研修を受け、その資質の向上を図るように努めなければならない。これは保助看法で、看護師、助産師、保健師、准看護師の努力義務を書いたものです。これに対して人確法は、国、病院等の施設、看護師等の三つに義務を付けたということが大きく異なっています。保助看法だけなら看護師たちの努力義務で終わってしまったのですが、人確法の中で、国が研修等による資質向上への財政的な措置に努力するということをうたい、病院等の開設者は新たに職に就く看護師等が研修を受けられるよう配慮に努めることをうたいました。ですから、国と病院等の開設者の努力義務がここに入ったわけです。もう一つ、看護師等は研修を受けるように努めるというところは、保助看法と変わりません。

新人看護職員研修が法制化された背景

この法改正の背景には、既に皆さまご承知のことと思うのですが、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」という、卒業教育ではなく基礎教育の方の厚生労働省の検討会が2002年（平成14年）に作られました。その報告書の中で、医療の高度化、患者の高齢化・重症化、平均在院日数の短縮等により、看護業務が多様化・複雑化し、密度が高くなっている。それから、患者の人権への配慮や医療安全確保のための取り組みが強化されてきている。そして、学生が行う看護技術実習の範囲や機会が限定されてきている。そして、臨床現場が期待している能力との乖離が起こっている。それはそうですね。範囲や機会が限定されているのに、臨床現場の期待に応えられないわけがないと思います。こういう報告書が、2003年3月、基礎教育に関して抱える課題という形で出たわけです。

同じく2003年9月に、「新人看護職員の臨床看護実践能力の向上に関する検討会」という新人看護職員に関する検討会が初めてでき、2004年に、卒後1年間で達成すべき目標と指導の指針を出すべきであるとする報告書が出ました。その後、新人助産師・新人看護師の研修と指導者研修のモデル事業を厚生労働省の方でだいたいなさったようで、それを受けて「看護の質の向上と確保に関する検討会」が2008年11月～2009年3月に行われまして、新人看護職員研修の具体化が明確に打ち出されました。そして、その4月から「新人看護職員研修に関する検討会」ができ、12月に「新人看護職員研修ガイドライン」、つまり新卒後1年間でどういことができるようになればいいかというガイドラインができました。

そして、2009年7月に法改正が行われています。新人研修の努力義務化のほかに、「大学」を看護師の教育課程の1項に置くことを明示したということと、保健師と助産師の教育を1年以上にしたというのが、今回の法改正の内容です。ご承知かと思いますが、この法改正は議員立法で、いわゆる厚生労働省主導の立法ではありません。議員立法で先に改正が決まって、後から付随する内容を検討する形になりました。保健師・助産師の教育を1年以上にするというのも、では1年以上だとその教育内容はどのようなものという検討が、現在行われているところです。

新人看護職員研修ガイドラインが示していること

「新人看護職員研修ガイドライン」には、臨床実践の能力はいかなるものかということと、研修体制はどうあったらいいかという二つのことが主に書いてあります。臨床実践の能力の方は、基本的姿勢と態度、管理的側面、技術的側面、それから研修体制の方は、組織の研修体制として研修責任者、教育担当者、実地指導者を置きなさい、研修担当者はプログラム企画・運営組織の委員会的なものを組織して、その組織としてこれをやりなさいというようなガイドラインが示されたわけですね。

看護職員として必要な基本的姿勢と態度は、「看護職員としての自覚と責任ある行動」「患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立」「組織における役割・心構えの理解と適切な行動」「生涯にわたる主体的な自己学習の継続」の4項目なのですが、これをご覧いただきますと、いわゆる看護の基礎教育の中でやっていることとほと

んど変わりありません。3番目の「組織における役割・心構えの理解と適切な行動」のところがやや弱いかもしれないと思いますが、1～4とも、基礎教育の中で学生に伝えていることと全く同じことだと思います。

技術的側面は、13項目挙げられています。「環境調整技術」「食事援助技術」「排泄援助技術」「活動・休息援助技術」「清潔・衣生活援助技術」「呼吸・循環を整える技術」「創傷管理技術」「与薬の技術」。それから、「救命救急処置技術」「症状・生体機能管理技術」「苦痛の緩和・安楽確保の技術」「感染防止技術」「安全確保の技術」ということになっておりまして、これが、1人でできるとか、指導者がいたらできるとかということと対になっている。基礎教育での看護技術の実施項目とつながった形で考えていこうということになってきているわけです。基礎教育の中でどれだけこうした項目ができていて、それが現場では1年間でどれだけできていくのかということだと思います。看護技術を支える要素は、「医療安全の確保」「患者および家族への説明と助言」「的確な看護判断と適切な看護技術の提供」ということで、これらも当然基礎教育とのつながりだと思っております。

管理的な側面は七つありますが、多分、基礎教育の中で管理的側面というのは、話は聞いても実習の中で手を出すところではないと思います。技術のところは実習の中でやれることだと思うのですが、例えば麻薬を含む薬剤等の管理や業務管理などは学生はやりませんので、管理的な側面というのは、話だけを聞いていて現実的にはあまりまだ経験していないところかと思います。

新人研修実施上の課題

この新人研修について調査を行ったところ、400床以上の病院では看護の責任者も組織の責任者もそれをやると言っているし、負担感はあまり感じていないというところが多いのですが、小規模の病院はなかなかできにくいという結果が出ております。また、訪問看護ステーションや診療所など、もともと看護職員の数が非常に限られているところでは、研修のプログラムを組むこと自体も難しいし、その時間を取ることも難しいと。それで、厚生労働省では、複数の施設でグループを作って研修をやったらどうかとも提案しています。それぞれの病院でやっていらっしゃる方たちは、厚生労働省の補助金を活用されておいででしょうか。人確法に「国が予算的な措置を取る」と記載

したことで、厚生労働省がこの研修のための予算を付きました。この予算をお取りのところもあるかと思いますが。

しかしながら、新人を看護職員の頭数にして新人研修をしと言われても困るのです。新人研修の期間は、新人は頭数にならないような人材確保が本当は必要なのではないでしょうか。そのところを、例えば定年で辞める方に少し給料は下げて半年延ばしてもらうとか、何か工夫をしないと、常に新人が頭数になっている中で研修というのは、非常に難しいと思っています。

一方学生の方は、就職するに当たって、研修の充実しているところを探します。ですから、研修のプログラムを見て就職を決めていくというようなことがありますので、訪問看護ステーションはますます人が来なくなると、訪問看護ステーションの人たちは嘆いています。訪問看護ステーションは、新人のナースが来てくれて構わないのだけれど、研修システムがうまく作れないと新人が来られない、来にくくなるというようなことを危惧していると聞いています。

現場で教育をしていくためには、基礎教育の中で、自分たちは後輩を育てるのだという視点をはぐくんでおく必要があるのではないかと考えています。私が非常に不思議に思うのは、勤めている大学の隣に聖路加国際病院という病院がありまして、そこに学生がかなり就職するのですが、必ずしも後輩に優しくないのです。優しい人もいますが、みんながみんな優しいわけではなく、怖い人がいるのです。それぞれが自分が新人だったときのことを思い返せば、何もできなかったでしょうと思うのですが、1年～2年たってできるようになってしまうと、1年前にできなかったことを忘れてしまうのです。そうすると、「こんなこともできないの」式になって、怖い先輩になってしまう。しかし、専門職として伸びていくためには次々と人を育てていかなければいけない。すべての看護職が後輩の教育に当たるのだという心構えが必要なのではないか。それは基礎教育の中で言うておいていいのではないかと考えております。

それから、組織内での合意がないと、この研修はなかなかうまくできません。看護部だけが頑張ろうとしても無理で、病院のシステムの中で看護職の研修をどうするかということの合意が得られないといけないのではないかと思います。しかし、これに関して日本医師会は、この保助看法の改正で何ら変化はないというコメントを出しています。

つまり、努力義務であって、義務と言っているわけではないので、自分たちがやらなければならないというものではないと言い切っています。そういう考え方だと、組織内での合意は非常に得られにくいだろうと思います。

さらに、看護職の教育担当になる人たちの企画力が必要になってまいります。教育プログラムの企画というのは通常の看護教育の中ではやっていないので、そういうことをするときには、企画力を育てるために、研修を担当する人たちの研修がまた必要になってくると思います。どういうプログラムを立てれば、新人のナースに本当に有効なプログラムになるか、そのためにはどういう人材を集めて来るかという意味での企画力が必要になると思います。それは基礎教育の中ではやっていませんので、プラスアルファでやらなければならないのです。

また、企画に伴う資金の調達も必要です。お金がなければ、企画しただけではできません。看護職の良い点か悪い点か分かりませんが、つつい身銭を切ってというか、自分の時間を切ってやるのですが、そういうことではなく、きちんと仕事としてやるという意味では、資金をきちんと調達すべきだと思います。そうしたことをする実行力も必要です。

基礎教育が抱える課題

一方、基礎教育の課題としては、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」で、学生が行う看護技術実習の範囲や機会が限定されてきていて、臨床現場が期待している能力との乖離が起こっていると指摘されたのが2003年です。そして、2006年3月～2007年4月に「看護基礎教育の充実に関する検討会」がありまして、その報告書で、リアリティショックや早期離職の予防をしなければいけないということと、卒後研修との連携が必要だと。ここで、基礎教育の側から、基礎教育と卒後研修の連携という言葉が出てきます。それから、養成所指定規則の改正、技術項目と卒業時到達度ということが、このときに出されているわけです。

さまざまな会議で問題になっているところは、実習の空洞化というか、実習が本当に実習になっているのか、見学になっているのかというあたりなのですが、皆さま方のところはいかがでしょうか。例えば、身体侵襲のある技術は見学ですか、やりますか。注射はやりますか。薬は渡しますか。

電子カルテの場合は、電子カルテに学生がアクセスできますか。できるところと、できないところがありますね。一昔前ですと、カルテというのはそこに置いてあるので、自分の受け持ちの患者さんでなくても、どういう病気の方かカルテを見ることができたのですが、今は自分の患者さんのカルテにしかアクセスできません。そうしますと、周りのことが全く分からないのです。もちろん、情報の管理という意味では、カルテにアクセスして何でも見てしまうことがいいかどうかは別問題なのですが、何かおかしいような気もするのです。その病棟の中に学生がいて、隣の病室の人のことは全く知らない、隣のベッドの人のことは全く知らないというのはおかしくないかという思いが私としてはあります。

それから、基礎教育の中では看護過程という問題解決技法を非常に大事にされていて、アセスメントをして、問題がはっきりしたらそれに対するプランニングをして、実施して、それでどうだったかという評価まで回さなければ看護過程（プロセス）ではないのですが、学生の話の聞いていると、プランニングで終わる。つまり、実施しようと思ったら退院してしまった。日数が短いので、考えている間に患者さんの方がどんどん回復してしまって、退院指導をしようと思っていたけれども、それよりも先に退院が決まってしまったというようなことで、看護過程を実際に回すというところまでが必ずしもできていないのではないのでしょうか。

一連の看護過程を学習するためには、かなり長い時間の実習でないと無理ではないかと思います。患者さんの退院も早いのですが、私どもの大学では2週間ずつ回っています。そうすると、2週間ごとに新しい領域に行って、慣れたら終わるような形になるので、いっそのこと最初は1週間、次は2週間、次は3週間、次は4週間ぐらいにして、全部の領域を回らなくてもいいではないかと私は考えています。ところが面白いもので、総論賛成・各論反対になってしまって、どこどこは全部回らなくては、というような話になってしまうのです。しかし、一つのところにある程度時間を費やさないと、学生が動けるようにならないのではないかと思います。そういうことをしていれば、かなり実習にも意味があるのではないかと思います。今のままの実習では、どんどん何もできなくなる。しない、しない、しないの方向です。免許がないからしないのだという説明なのですが、看

護教育は昔からすごくやっていたのに、何もそこだけ医学教育をまねてやらなくなってもいいのではないかと私は思っているのですが、いかがでしょうか。もし実際に何もできなくて見学だけになるのなら、ぐっと減らしたらいいのではないかと思います。やらないならば、現場にそんなに出ることはないと思います。

そういう現状での実習の工夫なのですが、学生は1人の患者さんを受け持って看護過程を学ぶことを領域を変えて繰り返しているのですが、新人になって一度に2人、3人、4人の患者さんを看るといときに、「現実はこんなだったの?」「そんなことできない」というリアリティショックを受けるのです。優先順位を決めて、4人の方のタイムマネジメントをして仕事をしていくということが、非常に難しい。4人の患者さんのケアをどういう順番でどういう時間帯でやっていくかというタイムマネジメントができない。1人だったらできたけれども4人や5人ではできない。私は駄目なのではないかとなっていつてしまう。新人の離職率には、このリアリティショックが関係していると言われています。そうだとしたら、やはり実習のやり方を変えてなくてはいけないのではないのでしょうか。

その実習の一例として私どもの大学では、4年生のときに総合実習という実習をしております。そのときには、自分でやる領域あるいは場所を選んでいきます。総合実習の一つのやり方で、ある病棟の看護チームの一員として、夜勤や遅番を含めて実習し、徐々に受け持ち患者数を増やしていくという実習をしています。教員はもちろん、この学生が2人持てるか、3人持てるかというようなアセスメントはしているのですが、現場の看護師が、4年生の学生に対してプリセプターをやってくれて、今、これを3週間でやっています。

そうやっていきますと、学生の能力によって、2人がせいぜいという学生もいれば、3人持てる学生もいればということにはなりますが、何人かの患者さんを持ってやるということができるようになるのです。学生はできると思います。私たちが、あれも危ない、これも危ない、それも駄目と言ってやらせていないところがあるのではないかと考えていて、学生はかなりできる。それから、もちろん現場の看護師のプリセプターが非常に頑張ってくれているわけですから、そういう現場の教育的な介入がないとできないことです。この学生たちが現場に就職した後どうかというと、リア

リティショックが少ないことは少ないようです。半年もすればみんな同じになりますが、少数でも入職時にリアリティショックを受けないで、多少リーダーっぽくやってくれる人がいると、その病棟が非常に落ち着くと聞いています。この実習は4～5年続いています。実習を引き受けている病棟は、積極的にやってくれています。そこで学生を見つけているのですね。就職してきたら「ここに採るわ」みたいなことをしています。ただ、今申し上げましたように、半年で皆が同じになるという点から見ますと、それをしたかしないかが看護師の成長にどの程度影響するのかは、わかっておりません。

今後の課題

努力義務化後の課題ということなのですが、医師会が言っているように、努力義務と必修は違うのです。必修でなければやらなくてもいいという解釈になる。やらなくてもいいのだ、努力をしたと言えさえすればいいのだということになりますので、必修と努力義務の違いはとても大きなことだと思います。また、新人もベテランも頭数として同等に算定される看護職員数の決め方については、課題があると思います。

そして、看護技術そのものの課題もあると思います。例えば車いすへの移乗はみんなができればいけない技術になっているのですが、本当に適切な車いす移乗の方法は何かということになると、実はあまり分かっていないのです。ナースが車いす移乗をしているところを観察したら、一生懸命にやって患者をバーンと振り回しているの、患者の足がフットレストに当たっているという現実がある、そこはどうしたらいいのかという話もあります。急性期病棟からリハビリテーション病棟に移ったナースが、やり方が違うと言っています。急性期病棟では、全部自分がやらなければいけないという感じで、振り回して力任せにやっていた感じがするけれど、リハビリテーション病棟ではその方のできることをよくよく考えてするようになって、少しやり方が変わってきたのではないかと書いていました。車いす移乗一つ取り上げても、何が本当にいい方法なのか、新人に教える、新人がこれだけできるようになると言ったところで、どういう方法ができれば良しとするのかというあたりが、非常に難しいと思っています。

安楽という言葉もありますが、安楽を確保するとは具体的にどうすることを言うのかということ

も、考えてみると不明ですし、私たちみんながマスターしなければいけないと思っている看護技術そのものの課題は、非常に大きいと思っています。バイタルサインの測り方もそうなのですが、どう基礎教育と臨床をつなげていくのか、あるいは技術に関してどういう方法がいかの研究を積み上げていくのが、看護界の課題だと思っています。

今日の学生の特徴

もう一つが学生の変化です。学生がすごく変わってきていると思っています。これは看護学生に限らず、今日の若者は、ということなのだと思うのですが、昭和30年代からずっと学生たちの生活体験が少ないと言われてきています。そこで、私たちは本当にそうなのかと思って調査をしました。皆さまの中にも調査にご協力いただいたところがあるかと思いますが、その結果、学生のほとんどに兄弟姉妹がいる。ですから、今日の少子高齢社会の少子というのは、子どもがゼロ、いないという家庭がかなりあって、子どもがいる家庭には2～3人いるということなのです。全国の看護学生約4,500人を調査して、90%以上は兄弟姉妹がいるという結果でした。ですから、日本全体を見たら少子なのですが、彼女ら、彼らが育っている環境が少子というわけではないし、生活体験が少ないわけでもなかったのです。

そして、ITの活用が非常に得意です。教員たちに聞きますと、コミュニケーションが希薄だ、考えるプロセスよりも正解と求める、他者からの評価に敏感である、手先が不器用であるというのが、意見が返ってきます。携帯電話でのコミュニケーションが非常にうまい。皆さんは既に携帯電話世代でしょうか。私の子どもなどは「ご飯のときぐらい携帯電話を手放せよ」と言いたいぐらいなのですが、携帯電話を持って歩いていますよね。ですから、携帯でのコミュニケーションは非常によくやっているのだけれども、顔を合わせたコミュニケーションが下手だといわれている。

クラスの中で一部に伝えたら全員に伝わるのではないかと思うと、伝わらない。皆さんうなずいていらっしゃると思いますが、個別にいちいち知らせないと伝わらない。それは何なのだろうかと思いますが、そういうようなことがあります。

あるいは考えるプロセスよりは、正解は何ですかと聞いてくる。試験の前に、どこから試験が出来ますか、正解は何ですかと聞くのです。「そこま

で教えないわよ」みたいな。そういうような学生が結構います。考えていくプロセスは飛び越えて、ゴールにさえ着けばいいという形になっている。そして他者からの評価に非常に敏感です。

手先が不器用というのは、最近アンプルも減ってはきていますが、アンプルを握り締めて割ってしまう。だから、アンプルで手を傷つけるような学生たちがいる。教育の側にいる人間は、臨床の方たちに「そういう学生がここまで成長して、臨床に出ているのです。」と言いたいぐらいになってしまうのです。また、よくいわれるのは、タオルを絞れない。絞らないで、押し付ける。押し付けて、絞ったと言う。私たちは調査をしたときに失敗したと思ったのですが、「雑巾がけをしたことがありますか」「雑巾を絞ったことがありますか」と聞いてしまったのです。そうするとみんな「した」「した」と丸をしてあったのですが、「ねじって絞りますか」ということまで聞かないと、ちゃんとした答えは出なかったのだと反省しています。

この調査をする前に、机の上にコップなどがいろいろ出ている状態を、「これを片付けてください」と依頼するとどうするかを調査をしました。そうしたら、机の上のものは大体みんなきれいにしているのですが、いすが横を向いていたり外れていたりするのは、大方がそのままでした。考えてみたら、研究室に来た学生が帰った後のいすが出ている。そういうものなのかもしれないと思いますが、そういう学生たちが4年たって現場に出ていくのだということを、新人として受け取る臨床の方々にも考えていただけるといいかなと思います。

日本の生活の便利さというのは、ちょっと異常ではないでしょうか。私たちは、少子高齢社会で生活体験がなくて、学生たちがいろいろなことができないという結果を予想していたのですが、どうも兄弟姉妹がいるいないとか、家の中で手伝いをするしないとか、そういう話ではないようです。では、一体片づけられない、手が動かない等の原因はどこにあるのでしょうか。一つの仮説は、生活の便利さではないかと考えています。自動ドアの前に立てばドアは開く。手を出せば蛇口から水が出る。病院ではいいかもしれませんが、公共のトイレなどでもみんなそうですよね。動く歩道や、トイレに入ると電気がつく。ご存じですか。今、最新のマンションはこうなのだそうです。トイレに入ると電気がついて、トイレを済ますと勝手に

水が流れて、出ていくと勝手に電気が消える。そういう中で育ってしまったら、トイレの電気をつける、消す、蛇口を締める、トイレの水を流す、これはできないわけです。トイレが流されていないというようなことが、大学でありませんか。私どもの大学では、そういうことが時々あります。

少子高齢社会というよりは、私はこういった生活の便利さ、生活の背景が少し違ってきてしまっていて、このことがむしろ問題なのではないかという気がしています。これは証明されていないのですが、あまりにも便利すぎるのではないのでしょうか。最近、私は思うのですが、人間はやはり体を使わないと駄目です。ハートビル法で体の不自由な方や体に負担がかかる方のためのいろいろな設備ができています。そのこと自体は賛成ですが、例えば駅のエスカレーターも、体が不自由でない人も乗りますよね。地下鉄などでえらく深いものですと、私も乗ってしまいますが、自分の体を使って動かないと人間は衰えます。エネルギーを電気にすべて頼ってはいけないという気がしています。

おわりに

看護の実践というのは自分自身が道具になるということではないかと思います。実践能力をつけるには体が覚えるまで繰り返しやる必要があります。ベッドメイキングも、最近は敷布がみんなかぶるものになりましたよね。そうすると、ベッドメイキングを教える意味がどれだけあるかという

課題はありますが、ベッドメイキングを体が覚えるまで繰り返し練習するという経験が学生にはないのです。あるいはベッドバスを繰り返し練習するという経験が学生にはない。ですから、一つの案としては、学生時代に何か一つ「これはできる」というものを身に付けておくことがいいのではないかと思います。すべてではなく、「これはできる」というものを身に付けると、自信になりますし、どれくらいやればできるようになるかの経験もできます。繰り返しの実践で、体が覚えるということがどうしても必要です。それは今の段階では、実践に出てからになっていると思います。

ある看護部長のお話では、半年すれば大体誰もができるようになる。1年たってできないという人が何人かいるという形で、逆に言えば、技術は実践の場でやればできるようになる。実践の場で身に付けるのが難しいのは、むしろ態度と姿勢だということです。患者さんに対する姿勢・態度、看護に対する姿勢、こういったものは基礎教育によって非常に差があり、それを臨床で修正するのは難しいと言っておられました。そうなりますと、基礎教育で一番大事なものは態度や姿勢を身に付けることになります。看護は自分自身が道具になるのだということを考えて、この態度・姿勢を身に付け、そして臨床現場は、体が覚えるまでの繰り返しができる場として機能すると考えることもできます。

本日用意いたしましたものは以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

原 著

中堅看護師における 急性期意識障害患者への看護ケアの意味

Meaning of nursing care for patients with acute-phase
consciousness disorder by proficient nurses

石川 倫子

Noriko Ishikawa

東京医療保健大学東が丘看護学部看護学科

Tokyo Healthcare University, Faculty of Nursing at Higashigaoka, Division of Nursing

キーワード

中堅看護師, 急性期意識障害患者, 看護ケアの意味

Key words

proficient nurse, patients with acute-phase consciousness disorder, the meaning of nursing care

要 旨

本研究は、中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味を明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。研究フィールドは急性期医療を担う総合病院1施設で急性期意識障害患者が常時入院する2病棟、研究参加者は急性期意識障害患者の看護経験年数5年以上の看護師7名であり、半構成面接調査を行った。その結果、看護師は意識障害患者の中に【奇跡を起こす生命力】を強く感じ、その人と家族と私の心を響き合わせながら、【身体との対話】を行い、家族とその人のありようを受け止めていた。そして【過去・現在・未来のその人を描く】、【その人の善い方向を探し求める】、【その人らしく人として生き抜けるようその人に添う】ように予測しながらケアを行っていた。この中で看護師は【真のケアへの追求】をし、【自分の可能性への挑戦】をしていた。以上より、急性期意識障害患者への看護の質を高めるために必要な看護ケアが示唆された。

Abstract

This qualitative study aims to clarify what it means to provide care for patients with acute-phase consciousness disorder from the perspective of nurses experienced in this sphere. This study was conducted in two wards of a general hospital where these patients are regularly hospitalized; seven nurses with at least 5 years of experience in this particular field were interviewed. In the course of the study the nurses involved strongly felt from the patients the miracle-like will to live, observing the patients communicate with them and their families through their subtle bodily messages, from which the nurses were able to glean, with their hearts and minds resonating with each other. The nurses provided care for the patients while imagining their past, present and future and seeking a positive

direction for them, so that they could live as they were while retaining their human dignity. The nurses challenged their potentials in order to seek idea care. Through all the observations above necessary nursing care for patients with acute-phase consciousness disorder was suggested so as to improve its quality.

はじめに

20世紀後半以降における科学技術の急激な発展とそれに伴う高度医療技術の進歩と普及により、以前は救命が困難とされていた重篤な脳損傷患者がその技術を受け、生命を維持している。一方で、救命はできたものの意識の回復がみられない意識障害患者も増加している。その数は脳血管障害患者の増加に伴い増加していると予測される。そして21世紀に入り、適切かつ効果的な医療を提供するために、医療施設の体系化が進められ、急性期医療を担う病院では、平均在院日数の短縮が進められている。このような中で、意識障害患者は意識回復に期待をもちながら、転院または在宅療養へと変化する現状がある。それ故、看護師には意識障害患者への専門的知識・技術を用いて、水準の高い看護を効率的に提供することが求められる。つまり看護師が意識障害患者との関係を短期間で築きながら、意識障害から社会復帰までをイメージ化しながら対象への看護を展開できる能力¹⁾が専門職性として求められる。

これまで『意識障害』は、解明の進んでいない領域の看護として、専門的探求が強く望まれ¹⁾、主に紙屋によって意識障害患者の意識回復を目指した看護実践が追究されている。具体的には、意識は人間の意思や感情、そして行動を統合的に支配していることに着目しながら、生活する人間の行為を能力と機能レベルで捉えなおし、生活障害の克服として展開した「意識障害患者の生活援助の訓練プログラム」を開発し、患者は口から食事をし、歩き、トイレに行って排泄をし、言葉によって相互に意思を伝え合うという効果を得ている²⁾。その効果は意識障害患者に関わる看護師によっても検証³⁻⁵⁾され、日々の看護実践に活用されている。

このような看護実践の中で、看護師は、自らの意思を伝達しにくい患者を自分の立場においてみるという感情移入をすることで、患者の内的状態を感じ取って、患者の示すわずかな反応について理解しようとしている⁶⁾。しかしその行為は看護師が自分で意味づけるため、患者の反応として確信されない。このような看護師の体験を看護師は

【忍耐】⁷⁾とも認識している。

西村は看護師が遷延性植物状態患者の「生」の表現を受けとめているという実感を持ち、患者のふるまいに何らかの意味があることを客観的に証明する研究⁸⁻¹⁰⁾にこだわった。特に、関わりのための機能と手段のほとんどを失った遷延性植物状態患者と関わる看護師が、それでもなお何かを感じとろうとするとときに現れてくる『視線が絡む』『手の感触が残る』『タイミングが合う』『雰囲気をつかむ』『馴染む』という経験に注目し、ケアの経験の基盤として見いだされた『患者と共にいる』現象の意味を明らかにした。しかしながら、急性期意識障害患者と関わる看護師を対象に、このような患者の意識、存在状況をどのように認識し、どのように看護実践を展開しているか、その看護実践の意味は何かは明らかにされていない。

そこで、まずは急性期意識障害患者の看護ケア場面において、看護師が患者の反応をどのように認識し、どのように看護実践を展開しているかを記述することで、看護ケアの意味が見出されるのではないかと考えた。また、このような急性期意識障害患者の看護ケアを記述するには、この分野における中堅看護師がふさわしいと考えられる。中堅看護師¹¹⁾とは経験に基づいて全体状況を認識する。つまり予測される正常な像が出現しなくとも認識することができる。自分の思いを言語にて表出することができず、自ら動くことのできない状態にある急性期意識障害患者の看護ケアの意味を明らかにするためには、中堅看護師を対象に調査することで、専門性のある看護ケアが導き出せると考えた。

そこで本研究は患者・家族・看護師の相互作用の視点から中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味を明らかにすることを目的とする。

用語の定義

急性期意識障害患者：意識活動を表出するための運動・神経機能に障害があり、自分の思いを言語にて表出することができず、自ら動くことのできない状態にある患者である。今回は集中治療室

から一般病床に転床し、治療を受ける脳神経疾患をもつ患者、入院期間は発症から1ヶ月程度とする。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、患者・家族・看護師の相互作用の視点から、急性期意識障害患者への看護ケアの意味を明らかにするために、半構成的面接法による質的記述的研究方法を選択した。

2. 研究フィールドと研究参加者（表1）

研究フィールドには1政令指定都市の急性期医療を担う、病床数800床余りをもつ総合病院1施設で、急性期意識障害患者が常時入院する2病棟を選択した。研究参加者には、急性期意識障害患者の関わりにおいて「中堅」¹¹⁾である、急性期意識障害患者の看護経験年数5年以上の看護師を選択基準とし、看護師長に選出を依頼し、その結果、研究の主旨を理解し、同意を得られた者とした。研究参加者は7名で、平均臨床経験年数は 9.7 ± 5.2 ($M \pm S D$) 年で、そのうち急性期意識障害患者の平均看護経験年数は 6.9 ± 2.2 ($M \pm S D$) 年であった。5年目以上の看護師を選択した理由は、状況を直感的、全体的に捉えることができる「中堅」看護師になるには3～5年を要すること¹¹⁾を参考にした。

表1 研究フィールドと研究参加者の背景

性別	男性	1名
	女性	6名
平均臨床経験年数		9.7年 (SD5.2)
意識障害患者の平均看護経験年数		6.9年 (SD2.2)
看護体制		2病棟ともに固定チームナースング
主な看護内容		急性期意識障害患者に対する人工呼吸器の管理、日常生活へのケア等

3. データ収集方法

研究協力の同意の得られた看護師7名に対し、落ち着いて話ができる時間を調整し、プライバシーの保てる病院の会議室で研究者が半構成的面接を2回実施した。1回の面接時間は、1時間以内とし、許可が得られた場合は録音し逐語録として記載した。1回目の面接内容は、急性期意識障害患者に「何を思い、考え看護しているのか」を聞いた。2回目の面接内容は、1回目のインタビュー内容の確認と1回目では思い出せなかった内

容、面接を受けてから思い出した内容を追加として得ることとした。

4. 分析方法

面接により得られた全データを分析対象とした。得られたデータの中から、「看護師は急性期意識障害患者に何を思い、考え」の視点で、関連した内容を抽出し、そのデータの意味を文脈に沿って解釈し、コード化した。コードの類似性と差異性を比較検討し、同様の現象を表すコードを分類しまとめ、抽象度を上げ、サブカテゴリ、カテゴリを抽出した。カテゴリ名はできるだけデータの言葉を大切にした。

5. 真実性の確保

分析結果の信頼性は、面接を2回行い、2回目に1回目の分析内容を提示して、研究参加者の語った看護ケアの意味が反映されていることを確認した。また信用可能性の確保のため、研究参加者に結果を説明し、現実との適合性、理解しやすさについて確認した。また本研究の全過程において急性期看護、質的研究方法論のスーパーバイザーに随時、指導を受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は施設の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、文書を用いて研究目的、研究方法、調査内容、プライバシーの保護、参加を拒否しても不利益を被らないこと等を研究者が説明し、研究参加の承諾する同意書の提出によって承諾を確認した。

研究結果

1. 急性期意識障害患者への看護ケアの意味におけるカテゴリの説明と実例

看護ケアの意味は、【奇跡を起こす生命力】、【その人と家族と私の心が響き合う】、【身体との対話】、【過去・現在・未来のその人を描く】、【その人の善い方向を探し求める】、【家族とその人のありようを受け止める】、【その人らしく人として生き抜けるようその人に添う】、【真のケアへの追求】、【自分の可能性への挑戦】の9つのカテゴリに分類された（表2）。

以下に各カテゴリを説明する。（文中のカテゴリは【 】で、サブカテゴリは〈 〉で示した。その内容を表しているデータの一部を「 」で引用した。）

1) 【奇跡を起こす生命力】

看護師は医学的に絶対意識が戻らないと診断された人の意識が戻るという経験から、意識障害患

者の中に脈々と生きようとする力強さと人の命の重さを感じ、意識が戻るという奇跡が起こる期待を持ち看護を行っていた。

このカテゴリは、〈生きる力強さと命の重さ〉〈奇跡は起こる〉の2つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈生きる力強さと命の重さ〉

看護師は、患者が幾度の厳しい治療の困難に耐え、意識を回復した経験から、人の生きる力強さを感じ、患者の命を絶対に助けると一つの命の重さを感じていた。

「20～30代の人はずごく変化する。生命力の強さをも感じる。」「救命にいたときに、コイル（塞栓術）を3～4回行って、回復してきて今があるので、あの人はすごい生命力ですよ。本当にすごい。」

(2) 〈奇跡は起こる〉

看護師は医学的に絶対意識が戻らない人が意識を回復した経験から、もしかしたら回復するかも知れないと期待を持ちながら看護を行っていた。

「先生もこのままで絶対意識は戻ってこないという人の中で、2人奇跡ではないけれども、あったので、なんか起こるかもしれない。」「瞳孔を見ようとしてライトを当て、私がペンライトをつけたままで、ポケットに入れようとしたら、眼球がおったような気がして、えっ、いまおったと思って、〇〇さん眼球上向けてといったら、上向いて、オーダーがオーダーが入ったと思って、もう亡くなるといわれていた人がそうなるって」

2) 【その人と家族と私の心が響き合う】

このカテゴリは患者、家族、看護師の互いの思いが心に振動のように印象深く伝わり、一緒に生きて存在していく過程を意味していた。〈この人はわかっている〉〈心は通じている〉〈患者も家族も私も同じ心境〉〈半分以上家族の心理〉〈粗末にしない〉の5つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈この人はわかっている〉

看護師は「人は最後まで聴覚は残る」という言い伝えを信じ、これまでの患者との関わりから、声で誰なのかわかっていると実感し、患者は聞こえていると確信しながら看護を行っていた。さらに患者の身体の反応、一番は目の動きがあるところの人は意識があると確信し、患者は生きている存在と認識していた。

「ふっとこっち見て、『うん』と言ったときにはびっくりしましたね。この人わかっているっ

て。みんなを呼んで、『〇〇さんわかるんだよ』って。」

(2) 〈心は通じている〉

看護師は、手で患者の身体に触れ、その温かさからその人を感じ、患者と心が通じていると信じていた。

「通じていますよね。うん、通じていますって信じてやっています。」

(3) 〈患者も家族も私も同じ心境〉

看護師は、患者が急性期の時には、特に緊張し慎重な心構えが働くと感じていた。家族もまた看護師が部屋に入る抵抗を感じるほどの緊張感があると感じていた。このように患者も家族も私も同じ心境であることを感じ看護を行っていた。

「呆然と立ちつくされていたので、ご家族が。やっぱり手も触れられないっていう感じ。私も家族も一緒に、立ちつくしている感じで……」

(4) 〈半分以上家族の心理〉

意識回復の期待には、家族と同じような気持ちになって看護を行っていた。

「家族の心理かなってこれって、看護師でありながら、半分以上家族のようになっているのかなあって、この期待とかは。」

(5) 〈粗末にしない〉

看護師は、患者を看るときは目を見、身体に触れるときは「ごめんね」という気持ちを持つという身体を尊い、また患者の気持ちをわかるということは難しいと理解していた。だから自分の嫌なことはしない、その人もしてほしくないと想像し看護を行っていた。

「目を見るということは大切じゃないかと思って、絶対お粗末にしないようには心がけているんですけど、ただ簡潔に言えばそれだけです」「雑にしたくないというか、身体に触れるということは」「目は絶対に見ようと思う」

3) 【身体との対話】

看護師は、患者を知ろうという気持ちを持ち、五感を張り巡らせながら、特に患者の身体を注意してみていた。それは、意識障害患者には言葉に出さない訴えがあると認識しており、自分の身体をとおして患者の身体から苦痛、気持ちを察していた。そして患者の表情・動作のパターンを捉え、患者との対話を確立していた。また患者の身体の言葉を患者の代わりに他者に伝えるという看護者の役割も認識し看護を行っていた。〈訴えのできる患者以上にアンテナを張り巡らす〉〈身体を注意してみる〉〈身体からの訴えを感じる〉〈患

者のパターンを認識する〉〈患者の代弁〉の5つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈訴えのできる患者以上にアンテナを張り巡らす〉

その人を知ろうとする気持ちを持ち、五感をフルに使い看護を行っていた。

「それが何をしたくって何を思っているというニードをもっと知ろうとしないといけないと思う。でも言えなくても知ろうとすれば、いろんな情報も落ちているだろうし、訴えることができないから、その分訴えることのできる患者さんよりも五感をフルに使って、看護しなくちゃいけない。」

(2) 〈身体を注意してみる〉

看護師はどこかに反応がないか、その人の求めているものは何か、アラームがなる前に患者の苦痛に気づく必要があると考え、身体を注意してみている。

「私たちも今日も同じだろうっていう見方じゃなくて、何か違いはないのかとか、昨日と変わったことだとか、なんか気づくことはないのかなあって、」

(3) 〈身体からの訴えを感じる〉

看護師は、患者には言葉に出せない訴えがあると認識し、自分の身体をとおして患者の身体から気持ちを察したり、訴えを感じながら看護を行っていた。

「患者さんが言葉にださなくても、訴えがやっぱりその人の訴えがある。」「その顔面が紅潮になってきて、不随意運動が大きくなってきたりすると、何か苦しいのではないのかなあと思いますね。」

(4) 〈患者のパターンを認識する〉

看護師は、患者の善し悪しを表情、動作で捉え、その人の身体の言葉、表現のパターンを認識し、患者との意志疎通を確立していた。

「良いときはぼそぼそってしゃべってくれるので。悪いときは、日によって時間によってむらがあって、悪いときは目も開けてくれないし。」

(5) 〈患者の代弁〉

看護師は、患者の代わりに苦痛や気持ちを他者に代弁することによって、患者の気持ちや意図の表出を精一杯助けようとしていた。特に家族には、患者の気持ちや身体的状況を患者の代わりに伝えることにより、家族と患者の心をつなげていた。

「意識障害の人の代わりになって伝えてあげる、役割なんですよ。『今こういう状態ですよとか、夜間はこうでしたよ。』っていつてくれて

いるから、家族にとってやっていくべきことだなあと思っている。」

4) 【過去・現在・未来のその人を描く】

看護師は、倒れる前の患者を知っている場合は過去のその人の生き方を思い出し、その人を想像していた。知らない場合はぱっと感じるその人や自分との共通性から、過去のその人を想像していた。さらにこれから先のこの人の人生を想像し看護を行っていた。このカテゴリは〈過去のその人を思い出す〉〈ぱっと感じるその人を想像する〉〈自分との共通性からその人を想像する〉〈人との関わりからその人を想像する〉〈年齢によるその人の生活習慣を想像する〉〈この先の人生を想像する〉の6つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈過去のその人を思い出す〉

看護師は、倒れる前のその人の生き方（好み・生活習慣・考え方など）を知っているので、意識がなくても過去のその人を思い出し看護を行っていた。

「前から知っていたので、私も車椅子とかに移っているときの姿を知っているので。ケアにはいるときには、やっぱり、こう、声がかけやすいし、」

(2) 〈ぱっと感じるその人を想像する〉

看護師は、倒れた時の状態が患者の日常のそのままの形であると認識していた。出会ったその時にぱっと感じる、倒れる前のその人の日常生活、生き方を感じ、その人を想像していた。

「あの病気の前と同じには行かないけれども、患者をパッとみたときに、倒れる前はこうだったのではないのかと感じるものがある、」

(3) 〈自分の共通性からその人を想像する〉

同じ年代や立場からその人の好みや気持ちを感じ、その人を想像していた。

「すごく同じ年代なのに、すごくきれいな肌をされているから、たぶん『あの倒れる前とかは手入れしていた方じゃないですか?』って家族の方に話しかけたりして、」

(4) 〈人との関わりからその人を想像する〉

家族や面会の人の患者に接する態度から、その人たちとの人間関係やその人の生き方を感じ、その人を想像していた。

「来る人、来るんだけれども長くいない。患者に接する態度を見ると、良い関係ではなかったのかなあって、パッとみていて関係が悪くなかったんだろうなあって、そういうことでこの人ってどういう方だったのだろうと思う。」

(5) 〈年齢によるその人の生活習慣を想像する〉

一般に言われるその年代の生活習慣からその人の生活習慣を想像していた。

「お年の方はシャワーは嫌いだけれども、入浴は好きっという人もみえるから、どうなのかなあ」

(6)〈この先の人生を想像する〉

これから先のこの人の人生を想像していた。例えば、転院なのか在宅なのか、次のその人にとっての最良の生活の場を想像していた。

「若い人になるとこの人はどうなっていくのか、この先のことを考える」「その人の最良な方法が転院なのか、在宅なのか」

5)【その人の善い方向を探し求める】

看護師は、その人の善い方向を探し求めるために、経験による機能回復の確実な知識で、先の見通しを立て、本当に患者にとって善いのかいつも自分に問い、相手に問われ、その人の望むことや苦痛はなんだろうと探っていた。何度も患者の身体をみて、家族に聞いて、その人の望むことを確信していた。そしてその人らしい形を考え、チームの力を活用し、特に医師と納得いくまで話し合いを行い、患者・家族の反応から長い目でケアの評価を行っていた。このカテゴリは〈先の見通しを立てる〉〈相手に問われる〉〈いつも自分に問う〉〈なんだろうと探る〉〈家族に聞く〉〈その人らしい形を考える〉〈ケア成立の評価〉〈チームの力の活用〉〈医師と納得まで話し合う〉の9つのサブカテゴリから構成されていた。

(1)〈先の見通しを立てる〉

看護師は、特に目の動き（瞬き・眼球の動き）で予後を推測し、さらに頭部CTのヘルニアの有無と関連させて、患者の予後を予測していた。また垢の量で麻痺の程度をみるなど、機能回復を推測できる確実な知識と最新の情報を関連させて、先の見通しを立てていた。

「ちょっとでも目の動く人で、頭のCTの所見とか考えて、ヘルニアを起こしていなければ、確実に良くなっていくだろう」「あんまり動かしてなくても（患者自身が）麻痺のない方の手はきれいだし、麻痺のある手の方は汚いし、その人の動き具合を観ることができる。」

(2)〈相手に問われる〉

自分が良かれと思い行ったケアに対し、患者の表情に違うと問われているような感じを受け、自らの思考を止め、さらにその人を理解し看護を行っていた。

「『表情があれ?』自分が良かれと思ってやっている時に、表情が陰しいと思って『どうしてだ

ろう』って『そこで止まるっていうか何でだろう』、嫌なのかなあって、」

(3)〈いつも自分に問う〉

本当は患者にとってどうなのかいつも自分に問う。本当に患者は満足なのか、患者の言葉一つ一つの意味を自分に問い続けていた。

「本当にそれで患者さんが満足してくれているのか、いつも思いますし」

(4)〈なんだろうと探る〉

患者が身体から苦痛を訴えているときは、先に解決策を考え、その後苦痛の原因を探っていた。またその人の生き方を探り看護を行っていた。

「私は自分が良かれと思うことを、やってみたりすると、なんか違うと思って。なんだろうって思って“探る”ことをする。この人の入院する前の生活って、どんな人だったのだろうって思って、疑問だらけです。わからなくてなんだろうって思って探る」

(5)〈家族に聞く〉

家族に、その人の以前の好みを聞いて援助を行うと、患者の表情が笑顔になるという患者の満足のいくケアになる確信を得ていた。そのため看護師は、その人にとっての真のケアを行うために家族に聞いていた。

「でもつかみきれないところというのは、家族の方が見えたときに、その倒れる前の時のことだとか、日常の生活のペースだとか、習慣だとか聞いたりしますね。」

(6)〈その人らしい形を考える〉

その人にとっての快適な方法とその人の好みにあった形を考えていた。

「痛くないことだとか、その人の苦痛のない方法をいかにこっちでやってあげて、その方法にその人にあった形でやれるように、」

(7)〈ケア成立の評価〉

看護師は、ケアの評価を意識レベル、患者の表情や動作、家族の反応から評価していた。その際に長い目でケアの成立を望んでいた。

「自分の好きなことをされると笑顔がたまにある。後は家族の反応を見るか、」

(8)〈チームの力の活用〉

看護師はチームがお互いの信頼のもとに、一丸でケアを継続することによる力の大きさを感じていた。

「チームのメンバーの協力ってつよいですね。がんばろうっていうので、継続してできて、みんな生き生き話しかけるので、それがすごくよかつ

たなあって」

(9) 〈医師と納得まで話し合う〉

患者の苦痛の訴えを感じると医師に相談し、その人にとっての善い解決策を話し合っていた。また治療方針で医師と家族がうまくいかない場合、看護師は関係を調整し、その人にとっての善い方向を納得いくまで話し合っていた。

「医師に相談してなんとかしてうまくいかないかなあっていうのがあって」

6) 【家族とその人のありようを受け止める】

意識障害患者の看護において、患者と家族のどちらを看護しているのか、わからないほどに家族の存在は大きい。その中で看護師は、患者と家族の存在のありようを受け止めて看護を行っていた。このカテゴリは〈家族の力の偉大さ〉〈同じ人生を歩んだ家族の思い〉〈家族の明かりという身体〉〈家族の心が遠のく〉の4つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈家族の力の偉大さ〉

患者が家族の来る時間になると穏やかな表情に変わり、家族の声を聞き分け、家族とは普通に会話をするありようから、家族と過ごす時間はわずかでも家族と患者の心はつながっていて、お互いの存在は偉大であると感じ看護を行っていた。

「ご家族がみえると表情が変わったりだとか、看護師だと少し陰しい顔になって怒っている？と思ったりして、家族の力ってすごいなあって思う。」

(2) 〈同じ人生を歩んだ家族の思い〉

何年もの間、変わらない愛情で看病する家族の思い、同じ時を過ごした家族の愛情、生きてほしいと願う家族の思い、その人の存在が大きいほどに、家族への負担があることを認識し看護を行っていた。

「家族の思いって、私たちからすれば拘縮が激しいから和式寝具がよく、これを着させてほしい絶対って、どこかのメーカーの上下のパジャマであったりとか、家族の思いっていうのがあるのだろうなあって」

(3) 〈家族の明かりという身体〉

温かい身体があるだけで家族の心の支えになり、家族の明かりという存在であると認識し看護を行っていた。

「その何もできなくても、ベッドに寝ていてくれればその子どもたちに、『お父ちゃん帰ったよ』と言える、家の中の明かりなんだ」

(4) 〈家族の心が遠のく〉

患者の変わりゆく姿に、そして経過が長くなると、どれだけ大事な存在でも、家族の心が少しずつ離れていくのも事実であることを認識し看護を行っていた。

「あの変わっていく姿、経過が長くなって治らない？となると家族の足が遠のいていくのもあって、」

7) 【その人らしく人として生き抜けるようその人に添う】

看護師はその人らしく人として生き抜くために、その人に近づけ、家族の希望を聴きながらその人に添う。そして今の生活を感じるケアを行いながら、現実認知に期待し、人として普通に関わっていた。その人に善かったと言ってもらえる楽な時を過ごすケアを行っていた。このカテゴリは〈その人に近づける〉〈家族の希望を聴きながらその人に添う〉〈現実認知への期待〉〈普通の関わり〉〈楽な時を過ごすケア〉の5つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈その人に近づける〉

倒れる前を知っている時は、元気な頃のその人に少しでも近づけ、知らない時は看護師がその人を想像し、人としてきれいにし、その人に近づけていた。

「できるだけ、あの病気の前と同じには行かないけれども、それに少しでも近づけるというかしたいなあって思うものがあって」

(2) 〈家族の希望を聴きながらその人に添う〉

看護師は、家族の望みはその人の望みであると認識し、家族の望むことに応えていた。他方で家族は別人化したその人を見て、どのように患者に接すればよいかわからないので、看護師は家族のできることを少しでも見つけるなど患者が家族とともに共有する時間・空間を作り出していた。

「こっちからの意見にしてみれば、その服はちょっと着せられないなあと思ったりすることもあったのですが、でもこれを着せてほしいと思う限りは、家族のニードでそれに應えるのも必要ではないかとも思ったり」

(3) 〈現実認知への期待〉

看護師は、急性期において脳への刺激を行うことで、意識回復が促進するという確信を持ち、今の生活をその人が感じられるケアを行っていた。つまり、現実を認知できる期待を持ち看護を行っていた。

「それで毎日その患者さんがそれでちょっとでも生活のリズムというか、今日はこんな天気なん

だとか思ってくれるとうれしい」

(4) 〈普通の関わり〉

意識がある、ないに関係なく、ごく普通に関わっていた。会話することは、日常生活を送る上で人としてごく普通のことであると認識していた。

「普通に日常生活を送る中で、意識あるなしに関係なく『5階に移ってきましたよ』と言うのは、すごく普通のことだと思える。」

(5) 〈楽な時を過ごすケア〉

患者が行ってもらえて良かったと思えるような安定した楽なケア、家族がみても楽と思えるケア、その人にとって楽な時を過ごすケアを行っていた。

「全然だめだと思っていた人が良くなって。本当にたとえだめな人でも、少しでもやっぱり安楽な時間を過ごさせてあげたいという気持ちはつよくなって、」

8) 【真のケアへの追求】

看護師は、意識障害患者への看護は自己満足にすぎないと認識し、自分の行った看護がその人の望みであったかという心残りを持ち、日々葛藤していた。その中で、患者が回復していく喜びを感じるという看護の醍醐味を感じ、それを源泉に真のケアを追求していた。〈真実のケアへの葛藤〉〈自分のペースでケア〉〈看護の醍醐味が原動力〉の3つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈真実のケアへの葛藤〉

看護師は自己満足なケアにすぎないと自覚し、自分のケアが患者に適していたのか心残りを持ち、葛藤していた。

「自分のやっていることが自己満足にすぎないのかなあとおもう」

(2) 〈自分のペースでケア〉

時に看護師は自分のペースで、割り切って看護していることを自覚していた。

「周りに人がいないと、ぱっぱとやってしまうだろうなあと思いながら」

(3) 〈看護の醍醐味が原動力〉

患者の代わりになる、回復していく喜びを感じ、次のステップへというやる気を自分の中で起こしていた。看護の楽しさ、真のおもしろさを感じていた。

「できる看護を入れていきながら、治療じゃないと仕方ないのは仕方ないんですけど、そういうのができるというのは看護のやりがいですね。その人の手足、意識、その人の代わりになってやれるっていうのは。」

9) 【自分の可能性への挑戦】

看護師は自分自身を見つめ、コントロールしながら自分の可能性にかけて看護を行っていた。このカテゴリは〈成長する自分への自覚〉〈他者をとおして自分の存在を自覚〉の2つのサブカテゴリから構成されていた。

(1) 〈成長する自分への自覚〉

看護師は他者のケアから学び、自分の関わりの変化に気づき、自分にできることはしたいと責任を持って関わる自信へとつなげていた。さらに自分のできないことは他者に頼り、専門職としての自分の能力を高めていた。

「自分は今までできなかったことが、今すごくできるようになってきた自分がある。ご家族が喜ばれるので、そのときにこういうこともやってよいのだっていうことがわかった。勇気、自信に繋がった。」

(2) 〈他者をとおして自分の存在を自覚〉

自分の存在を認められる喜びを感じ、自身で存在価値を見いだしていた。

「退院するとき『〇〇さんに一言挨拶が言いたくて』とか、退院した後も、『顔見たら落ち着いた。』といわれると、すごく看護が楽しくなる。それだけです。私の喜びは。認めてもらえるっていうのはうれしいですね。」

2. 急性期意識障害患者の看護ケアの意味

患者と家族と私の対話を行い、現実を捉え、予測することを繰り返しながら、その人の真のケアへと近づけるという看護ケアの意味が描き出された。つまり、中堅看護師は、急性期意識障害患者の中に【奇跡を起こす生命力】を強く感じ、その人と家族と私の心を響き合わせながら、【身体との対話】を行い、家族とその人のありようを受け止めていた。そして【過去・現在・未来のその人を描く】、【その人の善い方向を探し求める】、【その人らしく人として生き抜けるようその人に添う】ように予測しながらケアを行っていた。この中で看護師は【真のケアへの追求】をし、【自分の可能性への挑戦】をしていた。

考 察

1. 急性期意識障害患者への看護ケアの意味

急性期意識障害患者への看護ケアの意味の特徴は、患者の奇跡を起こす脈々とした生命力を原動力に看護を行っていることである。それはインタビューした看護師全員が、医学的に絶対意識が戻らないと診断された人の意識が戻った経験を持つ

表2 中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味

カテゴリ	サブカテゴリ
奇跡を起こす生命力	生きる力強さと命の重さ 奇跡は起こる
その人と家族と私の心が響き合う	この人はわかっている 心は通じている 患者も家族も私も同じ心境 半分以上家族の心理 粗末にしない
身体との対話	訴えのできる患者以上にアンテナを張り巡らす 身体を注意してみる 身体からの訴えを感じる 患者のパターンを認識する 患者の代弁
過去・現在・未来のその人を描く	過去のその人を思い出す ぱっと感じるその人を想像する 自分との共通性からその人を想像する 人との関わりからその人を想像する 年齢によるその人の生活習慣を想像する この先の人生を想像する
その人の善い方向を探し求める	先の見通しを立てる 相手に問われる いつも自分に問う なんだろうと探る 家族に聞く その人らしい形を考える ケア成立の評価 チームの力の活用 医師と納得まで話し合う
家族とその人のありようを受け止める	家族の力の偉大さ 同じ人生を歩んだ家族の思い 家族の明かりという身体 家族の心が遠のく
その人らしく人として生き抜けるようその人に添う	その人に近づける 家族の希望を聴きながらその人に添う 現実認知への期待 普通の関わり 楽な時を過ごすケア
真のケアへの追求	真実のケアへの葛藤 自分のペースでケア 看護の醍醐味が原動力
自分の可能性への挑戦	成長する自分への自覚 他者をとおして自分の存在を自覚

ていた。例えば、インタビューの中で「瞳孔を見ようとしてライトを当て、私がペンライトをつけたままで、ポケットに入れようとしたら、眼球がおったような気がして、えっ、いまおったと思って、〇〇さん眼球上向けてといったら、上向いて、オーダーがオーダーが入ったと思って、もう亡くなるといわれていた人がそうになって」と語っていた。この経験から看護師は患者の生きようとする力強さ、奇跡を起こす生命力を確信し、看護する原動力としていた。遷延性植物状態患者では「潜在性能力の期待」⁸⁾であるが、急性期意識障害患者では、「奇跡を起こす脈々とした生命力」が看護ケアの意味の中核をなしている。

それ故に看護師は看護ケアの中で〈この人はわかっている〉と確信している。この確信は、既に遷延性意識障害患者を「分かっている可能性をほのめかす存在」「分かっているが表現できない存在」「分かっており独自の手段で自己を表現できる存在」と認識していると明らかにされている⁸⁾。しかし今回は看護師の根底にある急性期意識障害患者への捉え方をも明らかにした。つまり看護師は、「人は最後まで聴覚は残る」という言い伝えとこれまでの患者との関わりから声で誰なのかわかっていると実感し、患者は聞こえていると確信し、患者の身体の反応、一番は目の動き（瞬き、眼球の動き）があるとこの人は意識があると確信を抱くのである。このことは看護師の急性期意識障害患者を看護する根底にある。

さらに患者の目の動きを捉える看護師の目は、ただ単に五感の一つである視覚の働きとしての機能ではなく、視覚を超えた感覚として働きだしていることが考えられる。視線によって患者の心に触れる感覚である。そして手で患者の身体に触れ、そのぬくもりから看護師はその人を感じ、患者と心が通じていると実感する。患者と看護師が同じ一つの「間身体性」¹²⁾の存在、患者と看護師が一体化する。それはお互いに今をまさに生きる、意識が戻るという一つの目標に向かい、〈患者も家族も私も同じ心境〉となり〈半分以上家族の心理〉となっていくと考えられる。

【身体との対話】では、看護師はただアンテナを張り巡らすのではなく、その人を知ろうとする気持ち、いかにその人に関心を持つかが重要なのである。そのアンテナは、自ら自分の思いを他者に伝えることのできる患者以上に感度を持っていないといけない。それは医療機器のアラームがなる前に気づかないと患者は既に苦しんでいるから

である。だからこそ看護師は〈身体を注意してみる〉ことが重要になる。看護師の感覚を総動員させて患者の現象をとらえる¹³⁾ が必要である。そして〈身体からの訴えを感じる〉。自分の身体をとおして、相手の気持ち、苦痛を感じることである。この看護師の技は相手である患者をわかる(了解)という主観－主観関係(相互主観性)¹⁴⁾に基づいている。

次に【過去・現在・未来のその人を描く】この意味は、その人の真実のケアを目指していることを意味する。看護師は経験を生かし、その人に近づくために直感や自分との共通性、人との関わり、年齢による生活習慣などからその人の生き方を想像し、その人を描き出し、これから先の人生をも想像していた。野島¹³⁾は想像力とは『『私』の存在の中に積み重ねられてきた、鍛錬された経験と論理のなかで、より近く類似したできごとと、そのできごとに対して示した『私』の反応を、廻行的に探索していくときに示される洞察力と推理の道筋である』と述べている。さらに「われわれが患者を目撃することによって得た直感的な印象を分析し、それに『私』自身の解釈や意味を与えようとするとき、その『私』自身の解釈や意味を、患者自身のあるところの事実無限に近づけてゆく一つの力となるものは『私』の内にある想像力である」と人の真実の思いに近づくためには想像力が重要であることを述べている。特に自ら訴えることのできない急性期意識障害患者の真実に近づくためには、中堅看護師のもつ想像力が鍵になると考える。

さらに【その人の善い方向を探し求める】ために、看護師は〈相手に問われる〉。これは患者に、自分がその人にとって善いと考えたケアを問われることにより、さらにその人にとっての真実のケアを探すのである。池川¹⁴⁾は「看護婦が相手をわかる(了解する)という関係的状况において、一度否定されて生かされる」と述べている。意識障害患者の場合、相手の表情に問われることが否定となる。それは看護師自身で感じ取らなくては いけず、気づかないままに過ぎ去ることもある。だからこそ〈いつも自分に問う〉ことが急性期意識障害患者の看護においては重要である。〈いつも自分に問う〉ことは看護師として患者をありのままに受け入れようとする構えであり、その人の真のケアに近づけている。野島¹³⁾も「自己に問うてみようとする構えが、看護師の目に映っているそれら一つ一つの事物や現象間の関係や関係の

形をそのまま受け入れられる」と述べている。〈相手に問われる〉〈いつも自分に問う〉〈なんだろうと探る〉は、まさしくその人の善い方向を探し求める。これらの看護師の行為は、『行為の中の省察』¹⁵⁾であり、真のケアに近づけているのである。

しかし看護師の多くは急性期意識障害患者と出会い、急性期意識障害患者への看護は自己満足にしか過ぎないという思いをもつ。時に自分のペースでケアを行うこともある。一方で、意識が戻る、回復しないと思っていた人が回復するという看護の醍醐味を感じる。だからこそ看護師は真実のケアを追究するのである。その中で成長する自分を自覚し、他者をとおして自分の存在価値を見出している自分を自覚している。自分の可能性に挑戦する姿は、患者が人として生き抜く中で患者とともに見出している。

2. 急性期意識障害患者の看護への示唆

中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアから導き出された専門性として、以下の3点を私たちは学ぶことができると考えられる。

1) 家族の心理のように一体化しつつ患者との距離をおき、自分の身体を道具に直感的に全体的に患者の身体から思いを感じ取り、過去・現在・未来の時間の流れに沿ってその人を想像する技を持つ。

2) 患者と家族と私との対話を繰り返し、真実のケアを求め、患者と家族がその人らしく生き抜くためのケアを進める。

3) 自分との対話を繰り返し、ありのままの自分をも受け入れ、自己の存在の意味を探求し、自己の開発をする。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は1施設2病棟を研究フィールドとしたため、地域性の影響、施設の看護理念等の影響の可能性があり、一般化には限界がある。今後は研究フィールドと研究参加者の拡大が必要であると考える。

結 論

本研究では患者と家族と看護師の相互作用の視点から、中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味を明らかにし、以下の結論を得た。

1) 看護ケアの意味は、中堅看護師が急性期意識障害患者の中に【奇跡を起こす生命力】を強く感じ、その人と家族と私の心を響き合わせながら、【身体との対話】を行い、家族とその人のあ

りようを受け止めていた。そして【過去・現在・未来のその人を描く】、【その人の善い方向を探し求める】、【その人らしく人として生き抜けるようその人に添う】ように予測しながらケアを行っていた。この中で看護師は【真のケアへの追求】をし、【自分の可能性への挑戦】をしていた。

2) 中堅看護師の急性期意識障害患者への看護ケアの卓越した点は、自分の身体を道具に直感的に全体的に患者の身体から思いを感じ取り、過去・現在・未来の時間の流れに沿ってその人を想像する技を持ち、患者と家族と私との対話を繰り返し、患者と家族がその人らしく生き抜くためのケアを求める。同時に自分との対話をし、自己の存在の意味を探究し、自己開発をしている3点であった。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くインタビューに応じてくださった看護師の皆様は心よりお礼を申し上げます。また貴重な研究の場を提供してくださいました施設の方々に感謝いたします。

なお、本研究の一部は第30回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

文 献

- 1) 紙屋克子：自己の存在を主張する意識に関わる脳神経外科看護，臨床看護，15（10），1462－1463，1989
- 2) 紙屋克子：日常生活における看護援助の効果－意識障害患者の看護から－，保健の科学，36（6），360，1994
- 3) 大木雅美：自律神経機能の回復が困難であった意識障害患者について，BRAIN NURSING 夏季増刊，10，75－83，1994
- 4) 田中紀代美：意識改善に向けて急性期からのケアプログラムの試み，BRAIN NURSING，14（9），65－71，1998

- 5) 大久保陽子：著明な改善がみられた遷延性意識障害患者の看護事例 生活行動の視点からの分析，臨床看護研究の進歩，11，138－146，2000
- 6) 小林球記：慢性期意識障害スコアリングによる外傷性植物状態患者の評価における職種間の不一致，臨床看護研究の進歩，10，60－68，1998
- 7) Villanueva NE：Experiences of Neuroscience critical care nurses caring for unresponsive patients，Journal of Neuroscience Nursing，31（4），216－23，1999
- 8) 西村ユミ：看護介入に伴う遷延性植物状態患者と看護師との相互反応に関する検討，財団法人笹川医学医療研究財団 看護職員等研究報告，5，62－64，1997
- 9) Nishimura Y, Sato N, Yamada H, et al.：Interrelation between Nurses and Patients in Persistent Vegetative State，Proceeding of 7th Annual Meeting of the Society for Treatment of Coma，7，239－245，1998
- 10) 西村ユミ：遷延性植物状態患者の看護ケアの意味－対話・記述・解釈による現象学的接近－，日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士論文，1999
- 11) Benner, P.著，井部俊子，井村真澄，他訳：ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー，医学書院，東京，19－22，1992
- 12) M.メルロー・ポンティ：竹内芳郎，木田元，滝浦静雄他訳，シーニュ2，みすず書房，東京，17－18，1970
- 13) 野島良子：人間看護学序説，医学書院，東京，82－92，1976
- 14) 池川清子：看護実践の哲学，クリニカルスタディ，2（11），104，1983
- 15) ドナルド・ショーン：佐藤学訳，専門家の知恵，ゆみる出版，東京，216，2001

原 著

20歳代から50歳代成人における肥満と皮膚との関係

Skin physiology and skin manifestations and relationship to degree of obesity in Japanese subjects aged between 20 and 59 years

須釜 淳子^{1, 2)}, 繁田 佳映²⁾, 福田 汐里³⁾, 松尾 淳子¹⁾
北川 敦子²⁾, 紺家 千津子⁴⁾, 村澤 恵理⁵⁾, 瀬藤 美帆⁵⁾
岡田 美幸⁶⁾, 松岡 奈緒美⁷⁾

Junko Sugama¹⁾, Yoshie Shigeta²⁾, Shiori Fukuda³⁾, Junko Matsuo¹⁾
Atsuko Kitagawa²⁾, Chizuko Konya⁴⁾, Eri Murasawa⁵⁾, Miho Sedo⁵⁾
Miyuki Okada⁶⁾, Naomi Matsuoka⁷⁾

¹⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系臨床実践看護学講座

²⁾ 金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター

³⁾ 九州大学病院看護部, ⁴⁾ 金沢医科大学看護学部, ⁵⁾ 金沢大学附属病院

⁶⁾ 新潟県立病院看護部, ⁷⁾ 社会医療法人財団 慈泉会相澤病院看護部

¹⁾ Department of clinical nursing, institute of medical, pharmaceutical and health sciences,
Kanazawa university

²⁾ Wellness promotion science center, institute of medical, pharmaceutical and health sciences,
Kanazawa university

³⁾ Department of nursing, Kyusyu university hospital

⁴⁾ Department of nursing, Kanazawa medical university

⁵⁾ Department of nursing, Kanazawa university hospital

⁶⁾ Department of nursing, Niigata prefectural hospital

⁷⁾ Department of nursing, Aizawa hospital

キーワード

肥満, 肌理 (きめ), マイクロスコープ, 皮膚バリア機能

Key words

obesity, skin texture, microscope, stratum corneum barrier function

要 旨

肥満と皮膚の形態、生理機能との関連を明らかにするために、対象者の腹部皮膚の拡大画像の撮影、皮膚の生理機能 (pH、角質水量、経皮水分喪失) 測定、身体計測を行った。また、健康診査結果からメタボリックシンドローム関連血液生化学指標を収集した。対象者は20～50歳代の男女でかつ、2009年度の健康診査を受けた職業人、メタボリックシンドローム外来通院中の患者の計113名である。共分散分析の結

果、肥満に関する指標が高くなると角質水分量および凹みが低下することが明らかになった。以上より、肥満者の皮膚に対する保湿ケアの必要性が示唆された。

Abstract

To identify the relationship of skin physiology and skin manifestations to degree of obesity, a cross-sectional, multisite study of 113 Japanese subjects aged between 20 and 59 years was conducted. Skin pH, water content of the stratum corneum, transepidermal water loss, and microscopic images were measured noninvasively of each patient's abdomen. Simultaneously, anthropometric measurements were collected, and biochemical data associated with metabolic syndrome were collected from the health records in 2009. On analysis of covariance, the degree of obesity was significantly correlated with water content of the stratum corneum and area of roughness. These results suggest that moisturizing is needed to keep skin healthy in obesity.

はじめに

肥満はメタボリックシンドロームの第一要因というだけでなく、内部組織の機能や構造を変化させ、糖尿病、脳血管疾患、心疾患など健康を脅かす要因として一般に周知されている。肥満が皮膚に及ぼす影響としては、近年の海外研究により肥満に伴い皮膚のバリア機能が低下する¹⁾ことや発汗量が増加すること²⁾、リンパ管の流れが不良になること¹⁾など生理機能の変化が起こることが報告されている。一方、形態的变化では、足底部の過剰角化、黒色表皮腫、などの特異的な所見が報告されている³⁾。これら明らかな機能的変化や特異的な形態的变化が起こるのであれば、皮膚形態の基本構造である皮溝・皮丘にも変化があると考えられるが、明らかにはされていない。

そこで、本研究の目的は皮膚に影響を及ぼすと考えられる肥満と皮溝・皮丘形態、ならびに皮膚生理機能との関係を明らかにすることにある。

研究方法

1. 研究デザイン：研究デザインは横断研究である。

2. 調査対象者：対象者は20～50歳代の男女でかつ、機縁法で協力の得られた以下の集団から本研究参加に書面にて同意した者とした。①A銀行健康保険管理組合が管轄する金沢市内の銀行に勤務する者、②B大学に勤務する教職員、③金沢市内の病院に開設されているメタボリックシンドローム外来通院者、④金沢市内の病院に勤務する事務職員と看護師である。対象者の選定にあたり測定部位に皮膚病変のある者を除外した。

3. 調査項目

調査項目は、肥満指標、皮膚の形態と機能、基

本属性である。肥満指標には、身体計測値と血液生化学データを用いた。皮膚の形態と機能に関する項目は、臍左横3センチの皮膚を測定部位とし、各指標を計測した。基本属性として性別と年齢区分を問診した。肥満指標、皮膚の形態と機能、基本属性は2009年10月～11月に調査したが、血液生化学データについては記録類から情報を収集した。メタボリックシンドローム外来通院者は身体計測日に最も近い日に採血したデータを診療録から収集した。それ以外の対象者については、2009年7月から10月に実施された健康診断データから情報を収集した。

4. 調査手順

1) 調査の説明と書面による同意取得後、基本属性に関する問診を行った。

2) 身体計測を身長、体組成、腹囲の順に行った。

3) 皮膚の生理機能の測定を経皮水分蒸散量、角質水分量、pHの順に行った。

4) マイクロスコープの画像解析用を正確にするために測定部位に水性黒絵具を塗布し、マイクロスコープで皮膚の撮影を行った。

5) 汎用超音波画像診断装置を用いて皮下脂肪厚を測定した。

以上、3～5)の測定項目については、3回ずつ測定した。

5. 測定用具

1) 皮膚の形態：120倍レンズのマイクロスコープ(i-Scope USB 2.0、株モリテックス)を使用した。光源は白色LED、有効画素数は1,280(H)×1,024(V)である。

2) 画像解析：画像解析ソフト(kobalab)を使用した。皮溝の状態をピクセルを用いて数値化

するプログラムである。具体的には、まずマイクロスコプのRGB画像をグレースケールに輝度変換をする。次に十字二値化を用いて画像内の皮溝に相当する部分を黒、それ以外を白に表示させる。最後に、黒に置換された点のデータを線、つまり皮溝として表示させるために、短直線マッチングを行い、主要皮溝を抽出する。このプログラムの信頼性と妥当性は検証されている⁴⁾。

3) 経皮水分蒸散量：VapoMeter (Delfin、フィンランド) を使用した。プローブの開口部を皮膚に押し当てることで、チャンバー内が閉鎖状態となり、皮膚表面から蒸散してくる水分によって絶対湿度が上昇する。この上昇する絶対湿度変化量より経皮水分蒸散量 (TEWL) を算出する。また、閉鎖チャンバー内容積を小さくすることで外気の変動による影響を抑え、誤差の少ない測定が可能であり、本機器の信頼性と妥当性は検証されている⁵⁾。

4) 角質水分量：Corneometer[®] CM825 (Courage+Khazaka、ドイツ) を使用した。角質水分量の測定深度は30~40 μm の角質層である。原理は、静電容量法を基礎としており、皮膚の水分量変化に伴う誘電率の変化をとらえている。測定精度は $\pm 3\%$ 、数値は0~120の相対値表示であり、数値の目安としては20が乾燥、120が飽和状態である。更に、この方法による測定は瞬時にかつ無侵襲的な測定が可能である。また、様々な皮膚病変の角質水分量の測定に用いられており、信頼性と妥当性は検証されている⁶⁾。

5) pH：Skin-pH-meter[®] PH900 (Courage+Khazaka、ドイツ) を使用した。測定原理は測定電極と参照電極が一体化された混合電極がガラス膜に包まれ、それに隣接するイオン透過膜を介して皮膚表面に接続され、皮膚表面で直接pHの

測定ができるようになっている。このpH計の信頼性と妥当性は検証されている⁷⁾。

6) 体組成：マルチ周波数体組成計 (MC-190、株式会社タニタ社製) を使用した。この機器は、生体組織の電気抵抗値 (生体インピーダンス) を測定することで、体脂肪率などの体組成を推定する方法 (BIA法) を用いている。生体組織において、脂肪組織はほとんど電気を通さないが、筋肉などの電解質を多く含む組織は電気を通しやすい性質がある。電気抵抗を測ることで脂肪とその他の組織の割合を推測している⁸⁾。

7) 皮下脂肪厚：汎用超音波画像診断装置 (SSD-500, ALOKA CO., LTD) で、周波数7.5 MHz、接触子はリニア型を使用し、Bモードで観察した。この超音波と同機種を用いた皮下脂肪の損傷判定の有効性については紺家ら⁹⁾ により報告されており、信頼性と妥当性は検証されている。

6. 分析方法

1) 数量データについては、はずれ値を除去後、3回の平均値を分析に使用した。基礎情報、肥満に関する調査項目は記述統計を行った。

2) 皮膚形態：画像解析プログラムを用いて、皮溝平均太さ、太さ分散、皮溝の間隔、皮溝の平行度を数値化した。さらに、皮膚表面上に絵具が付着し、画像解析後に皮丘上に黒く抽出された部分を皮膚表面上の凹みとしてとらえ本研究の変数とした。図1で示す独自の処理にしたがいピクセル数をAdobe Photoshop Elements 6.0を用いて計測し、凹みを算出した。それぞれの数値は大きくなるほど、皮溝が太く、間隔が広く、平行となり、皮丘上の凹みが多くなることを意味する。

3) 肥満と皮膚所見との関係

肥満指標と皮膚指標との関係をspearman順位

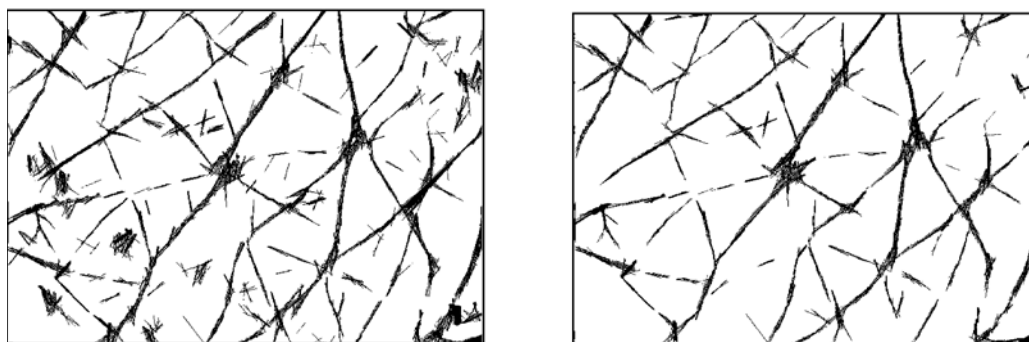


図1 凹みの数量化

左：皮溝と凹みのある2値化画像、右：左の画像から凹みを消去した2値化画像

左右画像の黒色のピクセル数の差を凹みの数量値とした

相関により評価し、 $p < 0.15$ で相関している組み合わせを抽出した。次に、候補となった皮膚指標を従属変数、肥満指標を独立変数、年齢、性別を共変量とし共分散分析を行った。統計ソフトはJMP 8.0を用いて行い、有意水準は $p = 0.05$ とした。

7. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理委員会の承認を受けて実施した（HS21-14-2）。

結 果

1. 対象者の基本属性と肥満指標

調査対象者は、銀行勤務者63名、②大学教職員43名、③メタボリックシンドローム外来通院者4名、④病院職員6名の計116名であった。分析にあたり不鮮明な画像で解析できなかった者を除外すると有効対象者数は113名であった。性別は男性59名（52.2%）、女性54名（47.5%）、年齢区分は20歳代36名（31.9%）が最も多く、次いで40歳代30名（26.5%）が多かった。またBMI25以上の者は、33名（29.2%）であった（表1）。

対象者の肥満およびメタボリックシンドローム関連指標を表2に示した。HDL、TG、血圧、血糖値はメタボリックシンドローム基準に該当しな

かった。（表2）。

2. 対象者の皮膚の形態とバリア機能

マイクロスコープ画像をもとに数量化された皮膚形態指標および皮膚バリア機能指標の記述統計を表3に示した。皮膚バリア機能の各変数においてドライスキンを示すものはなかった。

表2 対象者の肥満およびメタボリックシンドローム関連指標 N=113

指標		平均値（標準偏差）
BMI	kg/m ²	22.6 (4.4)
体脂肪率	%	23.7 (7.3)
脂肪量	kg	15.3 (7.8)
部位別脂肪率	%	23.5 (7.8)
腹囲	cm	80.0 (13.2)
脂肪厚	mm	10.1 (10.0)
収縮期血圧	mmHg	120.1 (16.2)
拡張期血圧	mmHg	76.5 (12.7)
HDL	mg/dL	64.3 (16.4)
LDL	mg/dL	115.3 (30.9)
TG	mg/dL	89.8 (67.1)
血糖	mg/dL	92.3 (17.3)
HbA1c	%	5.2 (0.5)

表1 対象者の基本属性 N=113

変数	分類	N (%)
性別	男	59 (52.2)
	女	54 (47.5)
年齢区分（歳）	20-29	36 (31.9)
	30-39	26 (23.0)
	40-49	30 (26.5)
	50-59	21 (18.6)
	≥60	20 (17.6)
BMI区分 (kg/m ²)	≤18.4	19 (16.8)
	18.5-24.9	61 (54.0)
	25.0-29.9	28 (24.8)
	≥30	5 (4.4)

表3 対象者の皮膚の形態およびバリア機能

皮膚形態	平均値（標準偏差）
皮膚太さ	7.3 (1.3)
皮膚太さ分散	31.2 (12.0)
皮膚間隔	30.5 (6.3)
皮膚平行度	21.7 (4.1)
凹み	6648.5 (3832.9)
TEWL	g · m ⁻² · h ⁻¹ 11.0 (5.6)
角質水分量	32.5 (9.8)
pH	5.0 (0.5)

表4 肥満指標（全身関連）と皮膚バリア機能・形態指標との関連

	TEWL		角質水分量		pH		太さ		太さ分散		間隔		平行		凹み	
	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P
BMI	0.058	0.539	-0.230	0.014	-0.148	0.115	-0.068	0.477	-0.067	0.483	0.220	0.020	0.227	0.016	-0.196	0.038
体脂肪率	0.028	0.771	-0.167	0.078	0.192	0.039	0.043	0.653	0.010	0.914	0.171	0.072	0.180	0.059	-0.179	0.057
脂肪量	0.039	0.681	-0.195	0.038	0.011	0.909	-0.010	0.913	-0.026	0.788	0.194	0.041	0.216	0.023	-0.211	0.025
HDL	0.005	0.958	0.180	0.077	0.033	0.742	-0.059	0.566	-0.015	0.884	-0.130	0.206	0.080	0.440	0.209	0.039
LDL	-0.156	0.125	-0.115	0.258	0.156	0.102	0.028	0.790	-0.014	0.895	0.081	0.430	-0.005	0.958	-0.188	0.064
TG	-0.029	0.782	-0.184	0.071	-0.105	0.298	0.072	0.487	0.065	0.533	0.103	0.320	-0.057	0.586	-0.168	0.100
HbA1c	0.021	0.850	-0.050	0.652	-0.020	0.859	-0.034	0.766	-0.047	0.679	-0.053	0.637	-0.050	0.657	-0.204	0.065

表5 肥満指標（局所関連）と皮膚バリア機能・形態指標との関連

	TEWL		角質水分量		pH		太さ		太さ分散		間隔		平行		凹み	
	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P	ρ	P
部位別脂肪率	0.011	0.915	-0.152	0.121	0.154	0.121	0.003	0.973	-0.030	0.763	0.156	0.115	0.161	0.102	-0.129	0.198
脂肪厚	0.031	0.747	-0.294	0.002	0.107	0.254	-0.039	0.685	-0.067	0.483	0.052	0.585	0.212	0.026	-0.076	0.422
腹囲	0.058	0.541	-0.193	0.041	-0.192	0.039	-0.028	0.770	-0.029	0.762	0.190	0.046	0.125	0.191	-0.133	0.159

表6 共分散分析結果

	TEWL		角質水分量		pH		間隔		平行		凹み	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
BMI			1.620	0.060	0.674	0.925	0.728	0.871	1.240	0.249	0.455	0.998
体脂肪率			0.733	0.844	0.930	0.612	0.498	0.998	1.000	0.526	1.205	0.323
脂肪量			1.447	0.222			0.771	0.772	0.868	0.673	2.028	0.068
HDL			0.855	0.705							1.026	0.468
LDL	0.613	0.953			0.824	0.750					1.517	0.105
TG			0.734	0.852							2.038	0.016
HbA1c											0.868	0.617
部位別脂肪率			1.338	0.301	0.691	0.833	0.639	0.877	1.163	0.418		
脂肪厚			1.094	0.385					0.984	0.533		
腹囲			3.623	0.038	1.087	0.516	0.292	0.996				

3. 肥満指標と皮膚との関連

肥満指標（全身関連）と皮膚との順位相関を表4に示した。p<0.15で皮膚バリア機能と相関していた指標は、TEWLとLDL、角質水分量とBMI、体脂肪率、脂肪量、HDL、TG、pHとBMI、体脂肪率、LDLであった。また、p<0.15で皮膚形態と相関していた指標は、間隔とBMI、体脂肪率、脂肪量、平行とBMI、体脂肪率、脂肪量、凹みとBMI、体脂肪率、脂肪量、HDL、LDL、TG、HbA1cであった。

肥満指標（局所関連）と皮膚との順位相関を表5に示した。p<0.15で皮膚バリア機能と相関していた指標は、角質水分量と部位別脂肪率、脂肪厚、腹囲、pHと部位別脂肪率、腹囲であった。また、p<0.15で皮膚形態と相関していた指標は、間隔と部位別脂肪率、腹囲、平行と部位別脂肪率、脂肪厚であった。

上述から抽出された指標に対し、独立変数を肥満指標（全身関連または局所関連）、従属変数を皮膚バリア機能または形態指標、共変量を性別・年齢として共分散分析を行った（表6）。角質水分量は腹囲と有意に相関し（p=0.038）、BMIと関連する傾向を示した（p=0.060）。また、凹みはTGと有意に相関し（p=0.016）、脂肪量と関連する傾向を示した（p=0.068）。

考 察

成人を対象に肥満と皮膚の形態および生理機能との関連を検討した。その結果、肥満の程度と角質水分量、皮丘の凹みが有意に関連していた。肥満と皮膚生理機能との関係については、肥満者はドライスキンであるという報告¹⁾があり、今回の角質水分量の低下と一致している。今回初めてBMI25~39の肥満者の皮膚の形態をマイクロスコープにて画像を獲得し、数量化を試み、肥満の程度が増すほど、皮膚の凹みが減少することが明らかになった。つまり痩せているほど増加することになる。皮膚表層に黒色絵具が残る程度の微細な傷があることが考えられるが、120倍のマイクロスコープを使用しても、明らかな傷は実証できなかった。今回は独自に考案したパラメータのため、今後さらなる検討が必要である。一方、肥満になると生じる皮溝・皮丘の形態変化は明らかとはならなかった。肥満と皮膚の形態との関係については、減量手術を受けたBMIが40以上の肥満者の腹部皮膚の組織学的所見において膠原線維と弾性線維の変性を報告するものがある^{11, 12)}。本調査の肥満者33名のうち28名のBMIは25.0~29.9であり、過去の文献と比較し程度が軽度であった。この違いが今回の結果に影響したと考える。

本研究の結果から、肥満指標増加に伴い角質水分量が低下するということが示唆された。皮膚の最外層である角層がバリアとして水分保持機能を

発揮して初めて身体内部の乾燥を防ぎ、細胞の生命活動を活性化させている¹³⁾ ので、肥満者のスキンケアにおいては十分な保湿が重要であるといえる。さらに、近年男性では肥満者が10年前と比べて増加し、女性では20歳代の2割が低体重ということ¹⁴⁾ より、脂肪増加や減少が皮膚の形態を変化させるという事実を肥満者の減量の動機付けや、低体重者の適正体重維持への意識変容に繋げていくことができると考える。

本研究の限界は、対象全体のBMIに偏りがあることで、測定した皮膚画像の数値化と対象者の属性を一般化することには限界があった。今後は、対象者を増やし、BMIの偏りがないようにする必要がある。また、血液採取日と皮膚指標採取日とに時間差があるためメタボリックシンドロームとの関連性についても言及できない。さらに、皮膚の形態または機能に影響を与える可能性がある要因として被験者の腹部に皮膚線状を生じさせる妊娠歴、肌の手入れ状況などの情報も含めた詳細な検討が今後は必要と考える。

結 論

20歳代から50歳代成人における肥満と皮膚の形態的特徴および生理機能を計測し、関係を分析した。その結果、肥満に関する指標が高くなると皮膚凹みが低下すること、また角質水分量が低下することが明らかになった。以上より、肥満者のスキンケアにおいて保湿の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の調査を行うにあたり、快く調査にご協力下さいました対象者の皆様、研究実施にあたりサポートいただきました各施設調査担当者各位に心より感謝申し上げます。また、データ収集、分析に協力した金沢大学医学部保健学科11期生五十嵐由香里さん、岡本綾子さん、高山直樹さん、山田真衣さんに深く感謝いたします。

文 献

- 1) Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A, et al. : Obesity and the skin : Skin physiology and skin manifestations of obesity. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 56 (6), 901 - 916, 2007
- 2) Löffler H, Aramaki JU, Effendy I : The influence of body mass index on skin susceptibility to sodium lauryl sulphate. *Skin Research*

Technology, 8, 19, 22, 2002

- 3) Garcia-Hidalgo L, Orozco-Topete R, Gonzalez-Barranco J, et al : Dermatoses in 156 obese adults. *Obes Res.* 7 (3), 299 - 302, 1999
- 4) Tanaka H, Nakagami G, Sanada H, et al. : Quantitative evaluation of elderly skin based on digital image analysis. *Skin Research Technology*, 14 (2), 192 - 200, 2008
- 5) De Paepe K, Houben E, Adam R, et al. : Validation of the VapoMeter, a closed unventilated chamber system to assess transepidermal water loss vs. the open chamber Tewameter. *Skin Research Technology*, 11, 61 - 69, 2005
- 6) 田上八郎 : 皮膚表面における水分計測—角層の機能検査—。 *皮膚臨床*, 25 (2), 151 - 158, 1983
- 7) Ehlers C, Lvens UI, Senderovitz T, et al. : Comparison of two pH meters used for skin surface pH measurement : the pH meter 'pH900' from Courage & Khazaka versus the pH meter '1140' from Mettler Toledo. *Skin Research Technology*, 7 (2), 84 - 89, 2001
- 8) 甲斐義浩, 村田伸, 大田尾浩他 : 地域在住高齢者女性の身体組成と身体機能との関係。 *理学療法科学*, 23 (6), 811 - 815, 2008
- 9) 紺家千津子, 真田弘美, 須釜淳子, 他 : 超音波画像による褥瘡の深度判定の有効性。 *日本褥瘡学会誌*, 1, 249 - 253, 1999
- 10) 今西修平 : はりとたるみのメカニズム、アンチエイジングシリーズ2 皮膚の抗老化最前線, 76 - 83, NTS, 東京, 2006
- 11) Light D, Arvanitis GM, Abramson D, et al. : Effect of weight loss after bariatric surgery on skin and the extracellular matrix. *Plastic and reconstructive Surgery*, 125 (1), 343 - 351, 2010
- 12) Orpheu SC, Coltro PS, Scopel GP, et al : Collagen and elastic content of abdominal skin after surgery weight loss. *Obes Surg*, 20, 480 - 486, 2010
- 13) 田上八郎 : 皮膚表面, 角層からみた皮膚科学。 *東北医誌*, 115, 7 - 12, 2003
- 14) 伊藤雅治, 上田響, 吉田易範, 他 : 保健と医療の動向, 財団法人 厚生統計協会編 : 国民衛生の動向, 55 (9), 82, 2008

研究報告

シャーマンの職能を備える僧のいる寺院を 訪問する患者の行動

Patients' behavior that visit temple priests
who have shaman functions

貴堂 浩¹⁾, 稲垣 美智子²⁾

Hiroshi Kido¹⁾, Michiko Inagaki²⁾

¹⁾ 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻

²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系看護学専攻

¹⁾ Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Science,
Kanazawa University

²⁾ Faculty of Health Science, Institute of Medical, Pharmaceutical and
Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

行動, 患者, シャーマン, 寺院

はじめに

悪性疾患や慢性疾患など現代医療では治療が困難といわれる疾患を持つ患者の民間療法の活用は従来から知られており研究もいくつか見られる。民間療法とは、医師が指示した以外の療法であればマッサージ、指圧、鍼などの専門の療法士によるものも含む¹⁾もので、古来より民間で発見され伝承されてきた方法によって行う病気の治療法をいい、木や草を用いるもの、温灸・食餌療法などさまざま²⁾と定義されている。その一つに、シャーマニズム³⁾に基づいたシャーマンの治療を行う僧侶のいる寺院を訪問する現象がある。これは「外的エネルギーによる健康回復」に分類される民間療法の一つとされているが一般的には他の民間療法ほど研究されていない。シャーマンのいる寺院を訪れるという民間療法は、他の民間療法とは異なり、シャーマンが患者に接して、いわゆる「人が人を癒し、治す」という形態をとる

ことに特徴がある。この関係は医師もしくは看護師と患者という人間対人間の関係を基本にする医療に類似する点があるが、医療者はシャーマンの存在の僧を頼る患者と対面した時、その対応に困惑することも多いと感じる。

そこで本研究では、そのような患者理解に役立てる目的で、人々はなぜシャーマンの存在の僧侶のいる寺院を訪れているのかを描きだすことを目的とした。

本研究の用語の説明

1) シャーマン

シャーマンとは霊的存在や霊界に直接交流することにより呪術、宗教的役割を果たす職能者⁴⁾である。日本においてはユタ、イタコなどがある。

2) 密教

密教とは、仏教の流派の一つで、インドで大乘仏教の発展の極に現れ、中国・日本のほかネパー

ル・チベットなどにも広まった。日本では、真言宗系の東密と天台宗系の台密がある⁵⁾。

3) 加持

加持とは密教において実践されている僧を通して仏（病氣治癒の場合は薬師如来等）の力を患者にもたらし治療すること。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、なぜ患者が寺院を訪れるのかという問いの研究であるため、探索型研究デザインとした。そして人間の経験についての理解を深めるためであり、また寺院を訪れるという人々（グループ）の構成員からの学びを通して共通の価値観や考え方を獲得、維持している人の特徴を描き出そうとする本研究目的であるため、質的研究を計画し、記述民俗学を分析方法とした。

2. 研究フィールド

研究フィールドは真言密宗寺院とした。この寺院は、気候や四季の変化を直接感じさせる山の裾に建っている。本堂で加持が執り行われ、病氣や各種相談事に2人の僧が対応する。

3. 選定理由

選定理由は、第1にこの寺院の密教僧がシャーマン的な病氣治療を行い、結果として効果があるという噂により多くの患者が通っている。第2にフィールド調査を行う研究者自身と僧の交流があり理解と協力が得られると考えたこと。第3にこの寺院が非営利的で、かつ真言宗という日本仏教史上、長い伝統を誇る宗派の一つであるという事実から信頼するに足ると思ったことである。

4. データ収集方法

平成18年4月30日から同年5月11日の12日間滞在し参与観察と面接によるデータ収集を行った。

1) 準備

研究者が記述民俗学的方法を用いるためには、方法熟知と技術の修得が必要であり、先入観の除去や客観的に事象を観察し、インタビューする態度の助言をスーパーバイザーから受けた。またデータの解釈に必要な真言密教の教義、考え方に偏りが生じないために、真言宗以外の宗教・思想・哲学を学んだ。研究者は2つの寺院において参与観察をした結果もスーパーバイザーに報告しその訓練と学習を1年間積んだ。

2) 参与観察

参与観察は外観とか外部から眺めた光景や人の行動に関心を抱き、それらは何かという問題提起

に至るまでのフィールド調査に入る以前の方法である。そこで感じた疑問から何かしらの仮説が生まれる。その仮説検証のために、さらにフィールド調査を行い、最初感じた疑問点を中心とした参与観察を行う⁶⁾という記述民俗学の手順に添った。参与観察は加持実践者の僧と病氣相談に訪れた情報提供者の同意と許可を得て、真言密教の加持実践現場への同席と記録を行った。同時に場面での音声記録のためのICレコーダーの使用許可も得た。

3) イーミックなフィールド調査

研究者は、データ収集する前に12日間イーミック、つまり寺院を訪れる人および受け入れる僧侶のものの見方や考え方、感じ方と同じような見方が出来て、データを理解あるいは解釈できるようにフィールドにはいり僧侶と一緒にすごした。また、そこで起こっている「現実」をその人たちの視点で解釈し、どうしてそのように行動するのかの理由を見出すために観察し、必要なときは言語による確認をしながら記述した。時間、場所、出来事、人々の行動や言動などを観察し記録した。

4) エティックな観察

研究者はエティックな見方での観察も行った。イーミックな見方が内部の人たちの視点で解釈するのに対してエティックな見方は、観察する「現実」を外から研究課題に合わせた視点での見方である。イーミックで観察、記録したことを時間と場所を変えること、文献の活用と複数（2人）からの解釈を得ることによりその視点を保つようにした。

5) 面接

面接は、主要情報提供者と情報提供者に行った。主要情報提供者はシャーマンを訪れる病氣のある人のことである。住職に紹介され、プライバシー保護を配慮して行った。その人たちには「もし現在の病状について医師による診断名があるなら教えて下さい」もしくは「病院へは行っているのですか」と言葉をかけ、これを皮切りに非構造インタビューを行った。面接中は研究課題を意識しながら情報提供者の語りを聞くことに専念し、研究者の知覚したことをその時々で情報提供者に返し、体験の詳細を引き出せるように対話を進めていった。そこで面接内容は、承諾を得て小型ICレコーダーに録音した。さらに観察された雰囲気や表情はフィールドノートに記録した。録音したインタビュー内容は、後に逐語録に書き起こした。主要情報提供者は10人で面接時間は1回平

均50分であった。

また、主要情報提供者ほど語ることは出来ないが、その人たちの理解者である人を情報提供者として、同様の手続きをとりインタビューした。情報提供者は付き添いの家族員とシャーマンである住職と加持の僧であった。情報提供者へのインタ

ビュー内容は「なぜ〇〇さんは、こちらにいらっしゃったのですか？」から聞いた。彼らにはそれぞれ1回ずつ面接した。(表1, 2)

5. 分析方法

分析はLincoln et al.⁷⁾によって示された方法に従った。

表1. 主要情報提供者

No.	主要情報提供者	情報提供者	誰についての相談か	病名あるいは状態	治療
1	性別：女 年代：20代 職業：病院勤務	女性の友人 (病院勤務)	本人	余命6ヶ月の悪性ホジキンリンパ腫	抗がん剤投与
2	性別：男 年齢：70代 職業：会社経営	妻	本人	余命2ヶ月腎臓がん	なし(本人が治療を拒否)
3	性別：男 年齢：50代 職業：会社員	妻 職業：販売店勤務	本人	15年前にC型肝炎 3年前に肝臓がん	手術 インターフェロン ラジオ波
4	性別：女 年齢：60代 職業：主婦	夫	本人	心療内科の医師により鬱の診断を受ける 脾臓の腫れ 悪性リンパ腫	抗がん剤の投与
5	性別：男 年齢：40代 職業： 病院：病院勤務	3度訪問したが最初は妻(訪問看護師)と2人で行った。 2度目は友人と訪問	本人	余命6ヶ月のすい臓がん	抗がん剤の投与
6	性別：女 年齢：50代 職業：自営業	夫	本人	交通事故による左肩下腕麻痺	静脈注射と安静、リハビリ
7	性別：女 年齢：50代 職業：主婦	夫の母	本人	坐骨神経痛	痛み止めの薬数種類(漢方薬を含む)リハビリ
8	性別：女 年齢：90代 職業：主婦	嫁 No.7の女性とは嫁姑の関係	本人	坐骨神経痛	病院で患部を温めたり冷やしたりした 病院でサポーター装着
9	性別：男 年齢：90代 職業：なし (以前は農業)	嫁(No.7)	本人	肺気腫 肺拡張症(気管支拡張症)	右肺全摘出 携帯ボンベによる酸素療法
10	性別：男 年齢：20代 職業：会社員	母(No.6)	本人	病院での医師の診断はない	なし

表2. 情報提供者

No.	情報提供者	仕事内容	経歴
1	寺院のシャーマン僧(住職) 年齢：80代 某山の真言密宗僧	主に相談全般。患者の希望があれば身体への加持も行う	会社退職後お寺を巡っている時に某寺の住職の妻に呼び止められ、行者として修行することを勧められる 現在は行わないが滝行を含む山岳修行
2	寺院のシャーマン僧 年齢：40代 高野山真言宗本山 円通律寺(真別所)出身	相談全般だが主に病氣治療(身体上の相談が多いためである)	40代半ばより寺院で修行する。後に高野山真言宗の僧数人の推挙を受けて高野山内円通律寺にて教学以外の実践的訓練(事相、作法、行法)を受ける 現在も滝行を含む山岳修行を行う また本人の考えであるが、山行に対して一般社会の学校へ資格取得に行くような訓練(里行)を積極的に行う

表3. コード化のプロセス

テーマ	記述ラベル（パターン）	コード化（記述ラベルの生成）
1) 患者は寺院の噂に興味を抱き、病氣治療の可能性のひとつと考え訪問する。	①寺院の噂に興味をわいた。 ②病氣治療の可能性のひとつと考えてここに来た。	①「噂にはこんな所あると聞いていたので興味を持った」 ②「(自分の身体の状態に満足できず) 執念だった」「(手が麻痺したままの状態) <u>こんなのいやだ</u> 」「玉川温泉も行ってるし、色々や <u>って</u> たんだけども」「マコモ、 <u>健康食</u> 、これがやっぱりね、こういう世界なんですよ」「 <u>温熱療法とか</u> 」
2) 患者は僧の信念を自分への指示と感じ取り、生活上の規律をつくる。	①僧の信念を自分への指示と感じ取る。 ②生活上の規律を自分でつくる。	①「うちのお水持って、お茶にしていから。なぜかという、活性水素がいっぱい入ってるから。活性水素、病氣好きだから、その病氣、活性水素の合致する部分の病氣が治るのね。だからそういう意味で活性水素の入った水を飲んで下さいってということなんです」「うちの水は活性水素がいっぱい、含有量が日本一で一番だからあベットボトルで汲んで、何しろ10リッターくらい持ってって、それを本当はステンレスの圧力容器を加圧して煮て、そこヘティーパックのお茶入れて飲むのが一番 <u>効く</u> ちゅうだな。胃腸にもいいし喉のもいいですよ。そういうふうによられるのが一番いいです」 ②「私この水飲めと言われたら全部、お茶もご飯もこの水じゃなきゃ嫌なんです」「お寺の水で毎日お味噌汁、便秘うそみたい、下手すると1日2度くらい」「ストレスが大きすぎる、それとらなくちゃ」と言われて「(ストレス解消のために) 気孔を始めた。1日40分ほど、川べりや木の在るところを歩く。途中で休んだり寝ころがったり、それも気孔の内に入るんです」
3) 患者は治癒のイメージが沸かず、なぜ病氣なのかの疑問が解けない中でも、今頑張る意味を見つけ出す。	①今頑張ることの意味を自分で見つける。 ②なぜ病氣であるのか疑問が解けない。 ③治癒のイメージがわからない。	①「今年二十歳にね、なった孫に、私お嫁に行くまで生きててねーって」言われて「だから、嫁にくれなくちゃ、嫁をもったら孫を見なくちゃ、孫を見たらその孫を何とか大きくするまでは、 <u>その一念できた</u> 」「目標は下の子今中1なんだけども、その子が高校生になるのが、見れるのが目標だね」 ②「 <u>なぜ</u> 痛いのかって言うのは、そりゃその病氣だから痛いんだよっていう、先生（医師）にすりゃそういう返事ですよ。患者にすりゃ同じ事ばかり聞いているから、ああそんなもんかと思うけど」「一番疑問に思ったのはねえ、C型肝炎の菌が無くなってること。普通はそれで完治ですよ。だけど <u>なんで</u> がんが出るかってことですよ」 ③「食事制限なんか先ず最初にあのー患者だっていうふうに突き付けられる内容なんですよ。あんたはもう患者なんですよと、もう普通のもん <u>たべ</u> れませんか」と「(抗がん剤点滴すると) 関係細胞まで死ぬでしょ、それだけ寿命が縮んで治るのかって言ったらそうでもない、医学的な根拠なんてないですよ」「友達もがんで死んだんですよ、抗がん剤やっても死ぬんです」「がん細胞なんてこんなちっちゃなものだね、あとはみんな健康細胞でしょ、だ <u>だけ</u> ど攻撃するってことは、攻撃するってことは結構ですよ、こっち（健康細胞）まで攻撃してんだからね、もう体力落ちるのは目に見えているからね」「20歳の子が（ブロック注射）で重椅子だし、私はピンピンになるしさ、えりゃい差があるでしょ。んなブロックなんかやらなくて良かった」
4) 患者は僧らの病氣では死なない等という断言に自信の強さを感じて治療への勇気をよみがえらせた	①断言する自信の強さ ②勇気をよみがえらせる	①「姥捨て山（姥捨て伝説のある巨岩）、おんぶして（住職におんぶしてもらって）どうとどどどどとどてやって、こういうふうによったら、ああ、もういいから <u>歩いて</u> みろとおしよさん（和尚さん）に言われて、ええーって言って、いいーから歩いてみろっておしよさんに言われて、おしよが付いてる、だから、あつ」「いい、だから医療機関の検査の機械より、これは（がんの反応）出てこないんだよ、出てこないでしょ？ 出ないんですよ。だ <u>けど</u> ここ（お寺）では解るわけ。数十倍こっちの方が正確なの、言っちゃ悪いけど。だから昨日痛かったよねー、うーん、 <u>無い</u> わ。ほとんど腸だわ。腸、ストレスで腸が痛いのこの、昨日ここにあったんだよ。ない、ない、ないないないない、うん。ゴマ粒程度の物が存在してたわけ。今日無いわ」「 <u>ないないないない、大丈夫だ、これで完治だ完治</u> 」「あんたは病氣では死なない寿命で死ぬ」「酸素あまり <u>気</u> にするな、具合悪けりゃ田んぼに <u>行け</u> 、バイクに乗ってもいい、長生きも等分できる」「 <u>がんばりゃ大丈夫だ</u> よ、とか顔見れば、あ <u>あいい</u> ねえ、 <u>大丈夫だ</u> よと言ってもらうとスカッとする」 ②「みんな女の三人姉妹の末なんですけど家を継ぐ役目がある、と言われたんです、医者は死ぬことばかり言うでしょ、生きるという言葉が聞けたのが初めてで <u>うれしかった</u> んです」「ここ（お寺で）手を当ててもらって、（腫瘍が）小さくなったと <u>言われると励みになります</u> 。いつも死ぬ夢ばかり見ていたんです、葬式出している夢とか。自分で自分の葬式出してるんです」
5) 寺院は様々な物珍しい面白い話や物事を持ち寄り寄る地域の公民館寄り合い所で、四季や気候の変化に富んだ自然の中にある。	①面白い話が聞ける。 ②いろいろなものを持ち寄り寄る。 ③地域の公民館的な寄り合い所。 ④四季や気候の変化に富んだ自然がある。	①「お前、雀の死骸見たことあるか？ 犬や猫やカラスはどうだ？ 皆自分の死期を知り、山へ行く。雀は沢に身を投げる。その方が早く腐って消えることを連中はちいやーんとして、 <u>見たことねえ</u> だろ、だから俺も死ぬ処決めてあるんだ、山の中の硫黄の出る処、秘密の場所だ」「山奥にナップザックひとつで行くと、真夜中に蔦の葉をくるくるって植物が自分で回して葉っぱを切るんだよ」「野尻湖行ったんです。悪いの、20歳位の娘だね、自殺した。で、お母さん、お母さんって半分解ってんだけど、半分、お母さん、お母さんって言ってるの。1週間ばかり具合悪くて、どうしようもなかったんですよ。うーん顔から全部が紫色で、口借りてお母さん助けて、お母さん助けて、ってほだら私自身がね、半分私なのよ、半分そっちの方で、わあーわあーって、ゆってることは解る、そういう感じ」 ②「ちょっと御萩持ってきたから <u>食べましょ</u> うよ、向こういつて」 ③「ちょうど東京から来た人がいてね、Tさん、 <u>唄</u> ってって言ったんだよー私もあん時はタクシーやってて眠い、寝不足なんだけど、すっげー声出たの。何となく唄えと思って、唄って小諸歌謡唄ったんだけど、すごい声出たの。今まで出たこと無いのにかーっ、感動しちゃってね、住職なんか泣いてたもんね、おれ自身びっくりしたもん」「家に二人で爺さん婆さんでいると笑うことも無くなっちゃうんですよ、だからね、なるべく人と接するようにして」 ④「ちょっと山へ行って、あの <u>空気を吸</u> って、んで帰りにお水無くなっちゃったから、（お寺の）お水だけでももらってね」
6) 患者にとって住職らは自分が自分であるために必要な人と映り、やさしさやあたたかさを求めて寺院に来る。	①自分が自分であるために必要な人として映る。 ②やさしさやあたたかさを求めて寺院に来る。	①「私は、縁はあると思います。そういう（不思議な）力もあると思います。でも、実感として人に触れられるのが嫌で、冷や汗が出るくらいに。怖いんです、人間が。それがT先生（僧）と握手すると <u>温かい</u> んです。友人もそうです。何回か会ったら、 <u>自分が自分であるために必要な人</u> と思えたんです、努力もなんかないね」 ②「周りの人がねえ、なんにしろねえ、明るくしてねえ、明るくしてやって <u>力</u> を与えてやってね、落ち込むじゃなくて、食べで <u>元気</u> をつけて治療すんだっていう、ことをね、皆さん教えないでね、ああだからあれだね、大変だねってどんどんどん下に来るのね。だから私はそうじゃなくて、やった（病氣）経験あるからあ、だめ、ちゃんと体力付けてがんばってりゃもーいいんだよーってね」

1) 分析の第1段階は、体験全体の意味を捉えるために、逐語録を一例ずつ通して読んだ。分析中は何度でもこの第1段階に戻った。

2) 分析の第2段階は、フィールドノートとインタビューの逐語録を検討し、コード化した。そして各コードに記述ラベルを付けた。

3) 分析の第3段階は、記述ラベルをグループ分けした。

4) この3段階の試行後、このフィールドの精神的で不可解な部分を多元的に併せ持つ性格と、複合的な現象をさらに完全に記述するために、各情報提供者のストーリーを作り、分析の第3段階から抽出したラベルと比較を繰り返しながら、ストーリーの中から共通した文脈を拾い上げ、そのパターンから主要テーマを抽出した。以上のデータの抽象化プロセスは、具象データの解釈を深めるためのものであり、本研究ではテーマの下に集積した具体的な情報こそ重要視しているため、結果でのテーマの説明的記述には、患者の思考を直接反映している言葉の持つ、微妙なニュアンスを大切に、患者の語りを可能な限り多く、直接引用するように努めた。(表3)

6. 信頼性と妥当性

1) 信頼性の確保について

記述民俗学では、長期にわたるデータ収集を行い、その中で多くの出来事を観察し、また多くの人々にインタビューするので、記述民俗学の妥当性と信頼性は高いといえる⁸⁾としている。本研究では、研究者が、この記述民俗学を行うにあたり、事前に宗教的な加持実践を行っている2つの団体内に参入し、そこで主要情報提供者の見出し方や情報の聞き出し方、違和感なく参与観察する術を実習し、この方法の精度を高めた。さらに主要情報提供者に加え、家族やシャーマンにもインタビューし信頼性を高めた。

2) バイアスコントロールについて

研究者のバイアスとして考えられたものは、この寺院をフィールドとした参入時に役立った長年の交流からの情報と研究者独自の体験から作り上げられた信念体系であった。そのために得られた情報に研究者自身の認識を投影してしまう恐れがあった。このようなバイアスを自身が持っていることを認識し、それを極力避ける方策としては、日々の内省の積み重ねと、自身の内面に潜む期待感や使命感、利己心について明らかにしておくことが重要であった。

情報提供者側のバイアスについては、語りの中

には僧にとって都合の良いことのみ、僧に媚たような発言があるのではと考えられた。その理由は、身体を治してもらったと思い、さらに今後相談に乗ってもらいたいとの利害関係が生じ、住職らの言葉に逆らえない、機嫌を損なってはならないなどの圧力が情報提供者の発言に加わった可能性があるのではと考えた。

このことに対しては、研究として得たデータの情報保護を提示し、患者の自由を可能な限り保障することを伝え、軽減に努めた。また、本研究の全過程を通して定期的に質的研究の実践と経験に富むスーパーバイザーから指導を受けた。

7. 倫理的配慮

本研究のフィールド調査を行うに際し、事前に寺院に赴き住職と密教僧に研究目的と方法の詳細を口頭と文書で説明し、許可を得て承諾書にサインと捺印を得た。患者と家族は住職から紹介された。拒否についての自由は保障し、その判断を住職らが知ることとは一切なかった。個々に研究者の所属と本研究の目的と情報の使用法について説明し、個人情報の厳守と、論文の中では個人を特定できないようにすることを説明し、本研究の結果は寺院内に設置することで閲覧可能であることを説明した。患者と家族は「聞いていただいてありがとう」と感謝の意を表した。むしろ、依頼無しでも「話そうか」と呼びかけてくれる人もいた。なお、本研究は、金沢大学医学倫理委員会において承認(承認番号: 保2)された。

結 果

シャーマンのいる寺院に患者が訪れる現象は、6つの中心的テーマと、「患者の心の中にある治療戦略上に寺院・シャーマンを位置づけ、自分の治癒のイメージ生成に関する一連の行動と思考を作り上げるという能動的で主体的行動が、本研究における希求行動である」という大テーマで説明された。

以下に6つのテーマをあげる。テーマは【 】、参加者の語りは「 」、文脈をわかりやすくするために研究者が補った言葉は()で表した。また表2にコードの抜粋例とパターンを示した。

1. テーマ1:【患者は、寺院・シャーマンの噂に興味を抱き、病気治療の可能性のひとつになればという思いをきっかけとして訪問する】

患者は、寺院・シャーマンを知るきっかけが必要であった。「当たる、当たる、非常によくみんな解かるよって言うからああ、そうって」「噂に

はこんな所あると聞いていたので興味を持った」「何かすごいことやってそう」、「妻が行くのでなんとなく、ひょこん、ひょこんと付いて行ってみた」、などの軽い気持ちで来たというものと、また自分の身体の状態に満足できず「執念だった」「人から聞いた寺院の所在を探し歩いて来た」というものであった。

2. テーマ2：【患者は、加持実践者である僧・シャーマンの信念を自分への指示として受け取り、規律もしくは生活上の規範とする。これらは僧・シャーマンが理由を説明することによって強化される】

患者は、「私ここの水飲めと言われたら全部、お茶もご飯もここの水じゃなきゃ嫌なんです。いい加減なのは嫌いな性格で」と語った。僧は自分自身の水に対する信念を「うちのお水持って、お茶にしていいいから。なぜかという、活性水素がいっぱい入ってるから。活性水素、病気好きだから、その病気、活性水素の合致する部分の病気が治るのね。だからそういう意味で活性水素の入った水を飲んで下さいってことなんです」「うちの水は活性水素がいっぱい、含有量が日本が一番だからあベットボトルで汲んで、何しろ10リッターくらい持ってって、それを本当はステンレスの圧力容器を加圧して煮て、そこへティーパックのお茶入れて飲むのが一番効くちゅうだな。胃腸にもいいし喉のもいいですよ。そういうふうにやられるのが一番いいです」と語った。

3. テーマ3：【医師による治療方針の説明により、医学的治療からは、今がんばることの意味を見出すことができず、なぜ病気であるのかという疑問も解決することができず、治癒のイメージが湧かない内容に止まっていた】

医師から、余命6ヶ月の予後を受けた女性は「病気の治療である抗がん剤に医学的根拠はない。関係のない細胞まで死んで、それだけ寿命が縮んで治るのかといったらそうでもない。友人も抗がん剤治療を受けたが死んでしまった」と語った。

腎臓がんで余命2ヶ月の予後を受けた男性は、「がん細胞なんて、こんなちっちゃなものでね、あとはみんな健康細胞でしょ、だけど攻撃するってのは結構ですよ、こっち（健康細胞）まで攻撃してんだからね、もう体力落ちるのは目に見えているからね」と言い、また彼の妻は医師の説明に「そんなばかな、こんな元気な人が。じゃあね、手術したらどのくらい生き延びられるんですかって聞いたら、解からないって言うんです。じゃあ

ねお父さん、手術はしないって、家で静養するから頼むなって言われたから私もう必死でしたもんね」と言った。

4. テーマ4：【患者はシャーマンの病気では死なないと言い切る自信の強さを感じ、治療への勇気をよみがえらせた】

ホジキンリンパ種の女性は、「僧に最初会った時にあんたは病気では死なない、寿命で死ぬ。みんな女の3人姉妹の末なんですけど家を継ぐ役目がある、と言われたんです。その時うれしかったです。医者には死ぬことばかり言うでしょ、生きるという言葉が聞けたのが初めてでうれしかったです」

肝臓がんの男性は、「がんばりゃ大丈夫だよとか、顔見れば、あぁいいねえ、大丈夫だよとか言ってもらおうとスカッとする」と話した。肺拡張症の男性は、「酸素あまり気にするな」とか「具合悪ければ田んぼに行け」「バイクにも乗っていい、長生きも当分できる」と言われて、そう言われたことが「生活の張り合いになっている」と話した。

5. テーマ5：【寺院は人生の諸問題や様々な物珍しい、面白い話や事柄を人々は持寄り、喜びや悲しみを共有しあう、地域の公民館的な寄合所の役割を果たしている。また寺院は四季や気候の変化に富んだ自然の中にあり、これら全てが人々の生活を変化に富んだ豊かなものにしている】

悪性リンパ種の女性は、「娘や主人に頻繁に寺院に連れて来てもらっている。それで泣き言いってはもう、助けられ話聴いてもらってもう、助けてもらって家に爺さん婆さんでいると笑うこともなくなっちゃうんですよ、だからね、なるべく人と接するようにしてここで他の訪問者らと話をし気晴らしして」と話した。

肝臓がんの男性は、「こういうところ来て、ストレス解消させるのもこれはすばらしいことだもんね、うん、これで明日から仕事でしょ、俺は楽しみなもんですよ」と笑う。また彼の妻は「ここに来ていい巡り合わせもあって、先生（住職）の護摩焚いている時は、にぎわかしてもらいながら話をしながらね」と色々な人との交流を楽しんでいると話した。「ちょっとおはぎ持って来たから食べましょよ、と誘い合い、食料を持ち寄りながらそれを食べて世間話をしたり、愚痴を言い合ったりして、ここを気晴らしやストレス解消の場としている」と話した。

僧は「ここには様々な悩み事や相談事が持ちかけられる。就職のことや、結婚相談、不動産、金

利や相場、家庭や教育問題など。病気の加持祈祷が終われば、子供の引きこもりや増新築の家相上の問題や、憑き物やうつ病の精神的問題に至るまでアドバイスする。就職問題は特に多い。そのため私は職業安定所にもよく通い、教育問題には学校にも出向いている」と言い、「よろず相談所だ、民間伝承や昔からの言い伝えをよく語ることにしている」と言った。

6. テーマ6：【患者にとってシャーマンは「自分が自分であるために必要な人」で、ここに来ることの意味は「やさしさ」「あたたかさ」を求めたことである】

ホジキンリンパ腫の女性は、治癒してしまっているにもかかわらず、この寺院へ水汲みの名目で月に一度訪れる。かつて病気で苦しんでいる時に「誰にも相談も話しもできませんでした。表面は笑いながら人の悪口を言ったり、陰口や噂話をして本心は恨んでるような病院スタッフは信じません、人間は誰であろうと信じてはいけなと思います」と語った。しかし病気が治ってからは「今まで一人でやってきたように思う、人間は一人じゃ何もできない」と語り、病氣中に知り合った友人や僧のことを「握手するとあたたかいんです。友人もそうです。何回か会ってたら、自分が自分であるために必要な人だって思えたんです」と語り、僧に「子供も作んなきゃいけねえしな」と言われて、笑っていた。

考 察

医療機関に行きながらもシャーマン的存在の僧のいる寺院を訪れる患者を理解することを目的として本研究を行った。その結果、6つのテーマから、患者は、「はっきりとは自覚していない、心の中にある自分のありたい姿を捜し、それを手伝ってくれる可能性をシャーマンに見出そうとして行動する、つまり“治療戦略上に寺院・シャーマンを位置づけ”、そして、寺院という環境やそこに集う人々と、人々からの話しにも影響を受け、それにより“自分が行動し、また治癒のイメージが生成されていく”という体験を得る一連の思考と行動を作り上げる」これを「希求行動」とした大テーマで説明された。

以下、1. 大テーマについて、2. 現代医療との違いについて、3. 看護との共通点、4. 看護への応用について考察する。

1. 大テーマについて

一般的に患者とは援助希求行動やサポート希求

行動においても受動的な存在と考えられているが、「希求行動」と表現された部分そのものに、患者が能動的で主体的であろうとする意志が存在していると見做した。本研究では、それが医療を受けながらも治癒の見通しが見つからない患者が、シャーマンのいる寺院を訪れ、治癒のイメージを描き、それが具体的な治療戦略として患者に位置づけられ、そのことに可能性を抱き、描いた治癒のイメージを希望持って求め続ける行動として現れることから、この誰でも潜在させる能動的、主体的意志の表現の部分が「希求行動」としてとした。

Kübler-Ross⁹⁾は「末期患者の言う言葉に耳を傾けると（中略）何かの治療法を諦めてはいない。新薬の開発とか、研究プロジェクトの土壇場での成功、などの望みは棄てていない。（中略）痛苦を耐え抜いていくのは、ひとえにこの一筋の希望にすがってなのである。（中略）苦しみも最終的には酬いられるのだらうとの気持ちが、彼らを支えているのである」と述べている。また、Travelbee¹⁰⁾は「不治の病を持つ人は、たとえ治る見込みがほとんど、あるいはまったく無いにしても、回復を希望するものである。そして希望は“勇気”“忍耐”に関係を持つ」と述べている。本研究結果は、これらの報告と共通することが多い。一方これらの報告が患者の心理的特長を述べているのに比較し、本研究で明らかになった特徴は、患者は治癒のイメージを持っており、そのための治療戦略として積極的に行動しているという点である。本研究結果は、対象者が終末期ではなく行動が取れる人であることにも関与する可能性がある。

2. 現代治療、看護との比較

1) 非科学性

現代医療は客観的事実やエビデンスに基づく科学性が求められている。民間療法が医療に受け入れられにくい背景には民間療法がこれらを説明するには困難なことが多いことが挙げられる。特に寺院やシャーマンは宗教的色彩が強く、医療だけではなく特殊な世界と見られがちである。

しかし、波平¹¹⁾は、患者は「病状が重いほどその人の過去の病気や不幸と現在の症状を結びつける傾向が出てくる」[「病気の原因とされるものが病状を示している人の身体を超えたところに求められる」と述べており、特殊な世界ではないことを示している。また沖縄地方では「ユタ半分、医者半分」¹²⁾と言われている。これは医者の治し

とシャーマンの癒しが患者を媒介として連携していることを表現したものである。このように、非科学的だとされるものの中にあっても、人が民間療法を頼ることやシャーマンを訪れることは、患者にとっての普遍的な行動として解釈される。また、Corbin & Straus¹³⁾ の病みの軌跡理論では、[がんの診断は回復過程の始まりを示し、がんを慢性疾患と捉えるならば、病気の慢性的状態は長い時間をかけて多様に変化してゆく一つの行路であり、それは予測不可能であり、不確定的である]としている。行路の多様性と予測不可能さへの対応は、医療や看護において重要視され、受容的態度、現象学的態度を持ったケアが示されている。その意味では科学性を探求しながらも非科学性を認めていくことの必要性もあると考えられた。

2) 断言と指示

本研究においてシャーマンが行う「断言」や「指示」とは、がんや慢性疾患患者への治療やケアにおいて積極的に用いない方法である。また、ユタ・イタコと言われるシャーマンは、ひたすら相談に訪れた人の話を聴いてから決定的な解決策や指示をせず、相談者の悩み事を受け止め、結論を自分で出させるという精神療法的な関わりをとってきたと考えられている¹⁴⁾。しかし、寺院のシャーマンは信念によって患者に指示をしていた。King, Figge & Harman¹⁵⁾ は、Mishelの「ミッシェル病氣不確実性尺度」を用いて、在宅看護を受けている高齢慢性疾患患者の抱く曖昧さ、不確実性を測定した。高得点患者は、日常生活に意味や喜びを見出すことが困難であり、ポジティブな思考、幸福感を得がたい状態にあり、これらの因子は処置の複雑さ、治療目的の不明瞭さ、病氣の予測不能さなどにあることが明らかにされた。以上から、患者にとって複雑性、曖昧性、不確実性が大きなストレスになっていると考えられる。シャーマンの言葉が「指示」と聞こえたのは、その背景に不確実性に満ちた世界からの脱出を求める患者の思いがあったものと考えられる。Nightingale¹⁶⁾ は、[病人には、簡潔さと決断力がなによりも必要とされる。あなたの考えを彼らに簡潔にはっきりと表明しなさい。あなた自身の心の中にあるどんな疑問や躊躇も、些細なことについてであっても、患者の心に伝えられてはならない。あなたの決断を患者に伝えなさい]と述べ、決断や意志や信念の言葉は、患者の求めるものであるとしており、本研究結果と同様である。

一方、民間療法がもつ危険性として、患者が現

在の状態から抜け出したいがために民間療法にのめり込むことが指摘されている。このことは、断言や指示がのめり込む機会となることを示している。シャーマンの言葉の影響力が、医療行動の中断にならないことを見守りながら、患者にとっての精神的な支えであるならば、看護として患者の行為およびシャーマンの役割を認めていくことが必要であると考えられた。

3. 看護との共通点

1) 環境

本研究結果から環境の重要な要素として、人と自然が示された。Newman¹⁷⁾ は「人間のエネルギー場の相互作用する波動の干渉パターン」が固有の雰囲気を生み出すと言っている。人間は集団環境で制約を受けるが、同時にある雰囲気によってその制約の強弱や意味合いが決定するものと考えられる。本研究においてシャーマンは、直接病氣に関係しないような内容の相談にも対応していた。[病氣は患者自身に一連の変化をもたらすばかりでなく、家族との関係に変化をきたす可能性がある]¹⁸⁾ ために家族が抱える様々な問題もまた、患者にとって重要なことと考えられる。また、自然環境も重要な役割を果たしていた。Nightingale¹⁹⁾ は「患者の目に入る物の形の多様さ、色の鮮やかさは、回復の実際的手段である」ものとしてその重要性を示した。

2) 重要他者

病氣で職を失うなどして社会との関係を断たれたような患者にとって寺院は、Maslowの欲求階層説²⁰⁾ の「所属と愛の欲求」を満たす場として重要であると考えられた。患者が彼らシャーマンについて表現する「自分が自分であるために必要な人」とは重要他者としての位置づけであることが考えられた。宗像は重要他者の役割を「①無条件で愛される実感、②自分を信頼できる実感、③愛する実感を与えてくれるものである」と述べ、[人間は重要他者にそのいずれかをもつことができるときにはじめて、矛盾した欲求や感情がより少ない本当の自分を取り戻すことができる]²¹⁾ と説明している。患者にとってシャーマンは、その重要他者の役割を果たしていると考えられた。

4. 看護への適応の仕方

近年医療界ではスピリチュアル・スピリチュアリティが、健康の定義そのものから哲学的、宗教的に魂や超越的存在との結び付きを含めて論じられている。これらは人間へのより“個的”な、そして“ホリズム的”なケアの必要性から生じたも

のである。スピリチュアルケアと命名されているこの種のケアは、主にホスピス・緩和ケアにおいて実践されてきた経緯を持っている。そのために一般的には理解し難い特殊なケアと思われ、宗教者やその専門家の助力を受けているのが現状である。本研究で明らかになった希求行動はシャーマンの力や寺院という環境の力を借りて維持されていた。看護でその役割を果たすためには、優れた感性を磨く教育環境を整備する必要があると考えられた。またシャーマンとのパートナーシップも今後の可能性として検討してゆく必要があると考えられる。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査に快く応じて下さった寺院のお坊様、および患者様とご家族の皆様にご心より感謝申し上げます。調査中、生活面で様々に支援していただいた近隣の方々に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 野川道子, 堂庭あづさ: 慢性病者の民間療法使用状況と民間療法に対する期待, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 6, 11-17, 1999
- 2) 財団法人新村出記念財団, 広辞苑第5版, 岩波書店, 1998
- 3) Barrie R.Cassileth: 浅田仁子, 長谷川淳史訳, 代替医療ガイドブック, 春秋社, 446, 東京, 2003
- 4) 佐々木宏幹: 神と仏と日本人, 吉弘文堂, 53-61, 東京, 2000
- 5) 財団法人新村出記念財団, 広辞苑第5版, 岩波書店, 1998
- 6) 南博文: 参加観察法とエスノメソトロジーの理論と技法, 中沢潤, 大野木裕明, 南博文編, 心理学マニュアル観察法, 北大路書房, 36-45, 京都, 2004
- 7) Jon Lofland, Lyn H Lofland: 進藤雄三, 宝月誠訳, 社会状況の分析, 質的観察と分析の方法, 恒星社厚生閣, 2004
- 8) Janice M. Roper, Jill Shapira: 浅原きよみ, グレグ美鈴訳, 看護における質的研究1 エスノグラフィー, 日本看護協会出版会, 107, 2003
- 9) E・Kübler-Ross: 川口正吉訳, 死ぬ瞬間ー死にゆく人々との対話, 読売新聞社, 173, 東京, 1997
- 10) Joyce Travelbee: 長谷川浩, 藤枝知子訳, 人間対人間の看護, 医学書院, 111, 東京, 2005
- 11) 波平恵美子: 医療人類学入門, 朝日新聞社, 64, 1998
- 12) 大橋英寿: 医療人類学の世界第4回現代医療とシャーマニズムの接点, からだの科学, 137, 116-120, 1987
- 13) Suzanne Smeltzer: 多発性硬化症患者の看護への軌跡モデルの適用, 黒江ゆり子, 市橋恵美子, 濱田穂訳, 慢性疾患の病みの軌跡-コービンとストラウスによる看護モデル, 医学書院, 108, 東京, 2009
- 14) 藤井博英, 大関信子, 角濱晴美, 他: 青森のシャーマニズム文化と精神保健, 青森保健大学紀要, 4 (1), 79-87, 2002
- 15) 増田真也: 対人的アプローチ: 社会的認知と個人の関係, 広田すみれ, 増田真也, 坂上貴之編著, 心理学が描くリスクの世界-行動意志決定入門改訂版, 慶応義塾大学出版会, 東京, 132-133, 2006
- 16) Florence Nightingale: 小玉香津子, 尾田葉子訳, 看護覚え書きー本当の看護とそうでない看護, 日本看護協会出版会, 67, 東京, 2005
- 17) Margaret A.Newman: 手島恵訳, マーガレット・ニューマン看護論ー拡張する意識としての看護, 医学書院, 62, 東京, 2005
- 18) Suzanne Smeltzer: 多発性硬化症患者の看護への軌跡モデルの適用, 黒江ゆり子, 市橋恵美子, 濱田穂訳, 慢性疾患の病みの軌跡-コービンとストラウスによる看護モデル, 医学書院, 107, 東京, 2009
- 19) Florence Nightingale: 小玉香津子, 尾田葉子訳, 看護覚え書きー本当の看護とそうでない看護, 日本看護協会出版会, 74, 東京, 2005
- 20) 鹿毛雅治: 欲求の種類と構造, 上淵寿編, 動機づけ研究の最前線, 北大路書房, 22, 2005
- 21) 宗像恒次: S A T療法, 金子書房, 14-15, 東京, 2006

研究報告

新人看護師におけるインスリンエラーの実態

Insulin-related errors in novice nurses

田口 尚美¹⁾, 坂井 恵子²⁾, 木本 未来²⁾
村田 信子¹⁾, 前野 真佐美³⁾, 稲垣 美智子⁴⁾
多崎 恵子⁴⁾, 松井 希代子⁴⁾, 村角 直子⁴⁾

Naomi Taguchi¹⁾, Keiko Sakai²⁾, Miki Kimoto²⁾
Nobuko Murata¹⁾, Masami Maeno³⁾, Michiko Inagaki⁴⁾
Keiko Tasaki⁴⁾, Kiyoko Matsui⁴⁾, Naoko Murakado⁴⁾

¹⁾ 公立羽咋病院, ²⁾ 金沢医科大学看護学部, ³⁾ 金沢医科大学病院
⁴⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Public Hakui Hospital, ²⁾ School of Nursing, Kanazawa Medical University
³⁾ Kanazawa Medical University Hospital
⁴⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University

キーワード

新人看護師, ヒューマンエラー, インスリン, 学習経験

はじめに

わが国では糖尿病患者の大幅な増加に伴い、インスリン治療を受ける患者数も増えている¹⁾。インスリン治療においては、より厳格な血糖コントロールを目指し、インスリン製剤や注射方法の多様化が図られ、さらに患者のセルフケアを主体とするために、注射器の多様性にますます幅が広がっている。

そのような背景にありインスリンエラー防止は臨床的に重要な関心事である。医療事故の約3割は注射事故であり²⁾、その中の1～2割をインスリン注射が占めていると報告されている³⁻⁵⁾。

インスリンエラーの特徴として、瀬戸⁶⁾は、インスリン注射に関わるインシデントの種類とプロセスを、インスリン注射を取り巻く環境の複雑さが背景にあることを指摘した上で、5つのエラ

ーの性質を挙げている。1つ目は、血糖値にあわせて注射量を決定するスライディングスケール使用による投与間違いである。2つ目は、投与忘れと過剰投与である。これは、インスリンが作られない1型糖尿病の病態を知識として把握されていないために基礎インスリンも投与されなかった事例がある。又、患者が自己管理しているインスリンを入院中に医療者管理にしたため、看護師が複数関わることによるエラーもある。3つ目は、単位表示による誤認識である。これは指示書に記載されるインスリン薬剤量の単位表示が、漢字で「単位」英語で「U」ドイツ語で「E」とかかれるために起こるエラーである。「単位」と表示されているところを「ml」に間違えたり、「U」を「0」に見間違えた事例もある。また、治療食として指示されている単位数をインスリンの指示単

位と思い込んでしまうといった事例も起こっている。4つ目は、インスリン製剤は、種類がいくつもあり、作用時間が様々であり、取扱いを間違えると重大なインシデントにつながる薬であるにも関わらず、保管方法の規定が明確でないことに由来するエラーである。5つ目は、インスリンやペン型インスリン注射器の種類が多く、それぞれに取扱い方法が違うことによるエラーである。

また、日本医療機能評価機構の事故防止センターは、2007年と2008年度の職種経験年数別報告において、看護師における新卒1年未満は1人で業務を行うことが少ないためか、やや抑えられているが、2年目にヒヤリ・ハット件数が最も多いと報告している⁷⁾。また、薬剤に関わる事例では約50%を新人看護師が占めている⁸⁾という実態報告もある。これらのことから、新人看護師におけるインスリンエラーの割合は、高いと推測される。新人看護師がエラーを起こす要因は、不完全な知識と慣れない環境である⁹⁾と言われている。しかし、基礎教育では、限られた時間の中で学んでおり、卒後教育では、医療機関によってその取り組みは様々な状況である¹⁰⁾。インスリン注射は、新人看護師のインスリン注射の理解に関わらず、注射手技そのものが比較的簡便なため、勤務当初から1人でインスリン注射を施行することが多く、その結果、他の注射より新人看護師がエラーを起こす危険性は高い状況となると推察される。また、エラー当事者が新人看護師である場合、エラーが新人看護師に与える精神的影響は大きいと言われ¹¹⁾、インスリンエラー防止を意識した新人教育は重要である。

しかし、インスリンエラー防止を意識した新人看護師教育方法を検討した報告はない。そこで、本研究は、医療施設における新人看護師のインスリンエラーとインスリン注射に関する学習経験の実態を明らかにし、新人教育方法を検討することを目的とした。

用語の定義

- ・新人看護師：看護師免許を取得後、看護職者として医療施設に入職し1年間または2年間勤務した看護師
- ・インスリンエラー：インスリン注射に関する事故、または未然に回避・防止されたが事故になる可能性があった出来事
- ・学習経験：見た・聞いた・行ったかのいずれかで学ぶ体験をすること

研究方法

1. 対象者

対象はA県内にある医療施設のうち、糖尿病ケアに関する研修や研究に看護師の参加が多い病院に研究参加を依頼し協力の承諾を得た8施設、304名の新人看護師である。

2. 調査期間

2009年4月23日～5月15日

3. 研究デザイン

実態調査研究

4. 調査回収方法

調査方法は、看護部長宛てに、研究参加の可否と参加可能な新人看護師の人数を問う文書を発送した。参加に同意した施設に対して、自記式調査票を参加可能な人数分を送付又は持参し、施設の看護責任者に新人看護師への配布を依頼した。記入・回収をもって主旨に賛同したこととし、調査紙は各自で回収箱に入れる方法をとった。

5. 調査内容

先行文献及び糖尿病看護に10年以上携わる看護師3名を含んだ研究者間で検討しながら、概念枠組みおよび調査項目(図1)を作成した。更に、本調査の前に、協力の得られた2名の新人看護師に予備調査を行った。そこで得られた結果を基に修正を加え、調査票を完成させた。完成した調査項目は下記のとおりである。

1) 新人看護師の属性

①年齢 ②性別 ③勤務病棟 ④糖尿病患者との接触頻度

2) インスリンエラーの経験

①発生：エラー経験の有無

②内容：注射の打ち忘れ・量の不足または過剰・薬剤名の間違い・薬剤投与時間の間違い・スライディングスケールの確認不足・点滴内の注射入れ忘れ・対象者の間違い・その他

③要因：多忙(業務の抱え込み)・知識不足・単位の思いこみ・単位の確認不足・医師の指示又は指示受けの曖昧さ・指示の伝達不備・技術不足・複数の看護師関与・看護師間の連絡ミス・その他

④エラー後の対応：上司や医師へ報告・報告書作成・事故の要因分析・患者の対応・自己学習・病棟ディスカッションに参加した・再教育・精神的フォローを受けた・その他

3) 看護基礎教育機関での学習経験

①インスリン注射関連16項目の学習経験の有無

4) 入職後の学習経験

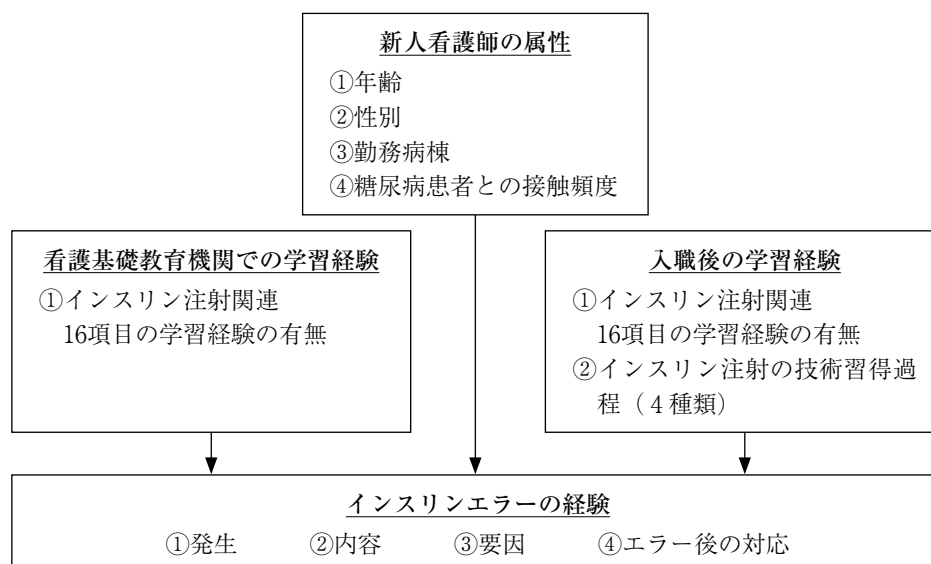


図1 概念枠組みに基づいた質問項目

- ①インスリン注射関連16項目の学習経験の有無
- ②インスリン注射の技術習得過程（4種類）

6. データ分析方法

データ分析は統計ソフトJMP 8®を用いて、単純集計を行った。エラーの発生に関連する項目を見るために、エラー経験の有無群と「新人看護師の属性」、「看護基礎教育機関での学習経験」、「入職後の学習経験」の各項目で、フィッシャーの正確確立検定を行い（ $p < 0.05$ ）で有意差をみた。

7. 倫理的配慮

研究者所属施設の倫理委員会において研究の承認を得た（番号3）。医療施設の研究参加の承諾を得られた8施設に調査票を一括送付または持参した。また、記入した情報の流出を防ぐため、両面テープ付きの封筒を同封した。研究参加者に対する説明として、研究の目的・方法とともに、自由意志での参加、無記名回答であり、施設や個人が特定されないような慎重なデータの取り扱い、研究目的以外にはデータを使用しない等の文書を添えた。調査票の提出をもって、研究参加への同意とした。

結 果

1. 有効回答数および属性

対象者304名のうち、回答数は251名（回収率82.6%）であった。そのうち、分析可能なデータは、204名（有効回答率81.3%）であった。属性については、新人看護師の性別は、「男性」11名（5.4%）、「女性」193名（94.6%）であり、平均年齢は23.9±2.8歳であった。また、勤務病棟は「代謝内科系病棟」が30名（14.7%）、「それ以外の病

棟」は174名（85.3%）であった。糖尿病患者との接触頻度は、「いつもある」45名（22.1%）、「おおいにある」127名（62.3%）、「ほとんど・全くない」32名（15.7%）であり、「いつも接触している」或いは「大いに接触している」が占める割合は85%であった。

2. インスリンエラーの経験

1) 発生

インスリンエラーの経験が「有」と回答数は45名（22.1%）、「無」は159名（77.9%）であった。

2) 内容（図2）

経験したインスリンエラーの内容は、「インスリン打ち忘れ」が最も多く14名（31.1%）であった。次いで、「薬剤量の不足又は過剰」で8名（17.8%）、「スライディングスケールの確認不足」7名（15.6%）、「薬剤名の間違い」7名（15.6%）、「薬剤投与時間の間違い」5名（11.1%）と続いた。「注射方法の間違い」や「対象者の間違い」はなかった。

3) 要因（図3）

インスリンエラーを起こした要因は、「多忙（業務の抱え込み）」が最も多く22名（48.9%）であった。次いで「知識不足」11名（24.4%）、「単位の思いこみ」9名（20.0%）、「単位の確認不足」8名（17.8%）、「医師の指示または指示受けの曖昧さ」6名（13.3%）と続いた。「技術不足」とした者は1名（2.2%）であり、「連絡ミス」はなかった。

4) エラー後の対応（図4）

インスリンエラーを起こした後の対応は、「上司や医師への報告」41名（91.1%）、「報告書の作

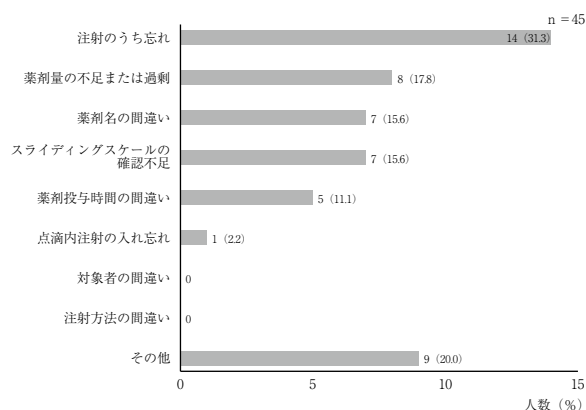


図2 インスリンエラーの内容（複数回答）

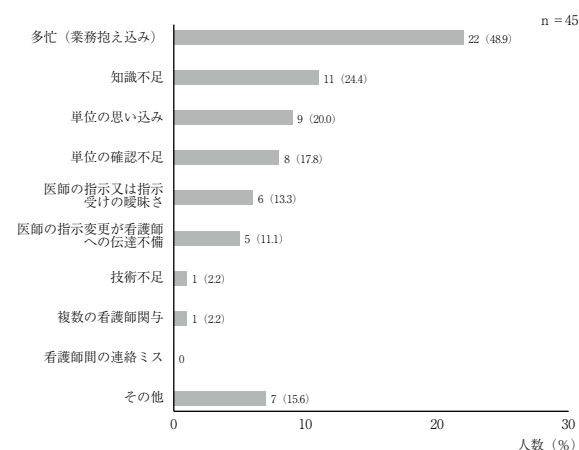


図3 インスリンエラー後の要因（複数回答）

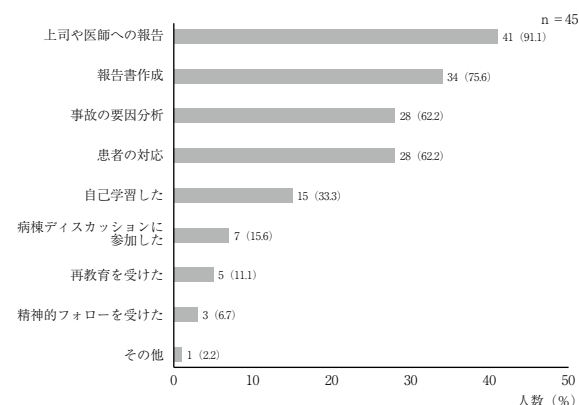


図4 インスリンエラー後の対応（複数回答）

成」34名（75.6%）、「事故の要因分析」28名（62.2%）、「患者の対応」28名（62.2%）であり60%以上を占めた。一方、50%に満たない項目は「自己学習」15名（33.3%）、「病棟ディスカッション」7名（15.6%）、「再教育」5名（11.1%）、「精神的フォロー」3名（6.7%）であった。

3. 看護基礎教育機関でのインスリン注射学習経験

1) 16項目の学習経験（図5）

看護基礎教育機関でのインスリン注射に関する学習経験16項目で、1番多かったのは「注射部

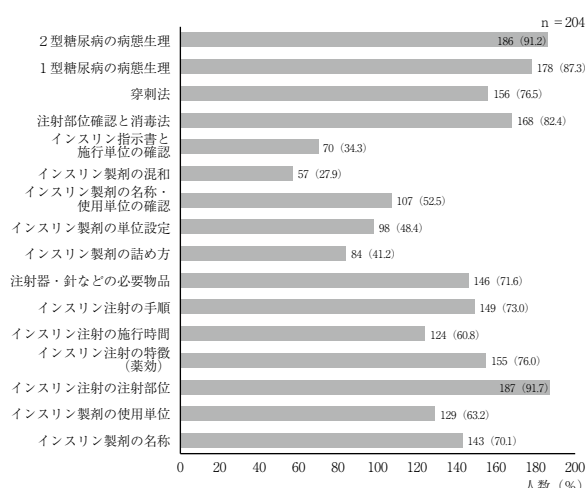


図5 看護基礎教育機関でのインスリン関連の学習経験

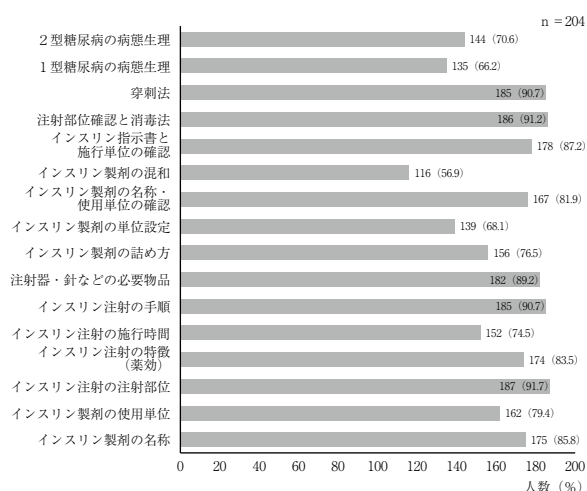


図6 入職後のインスリン注射関連の学習経験

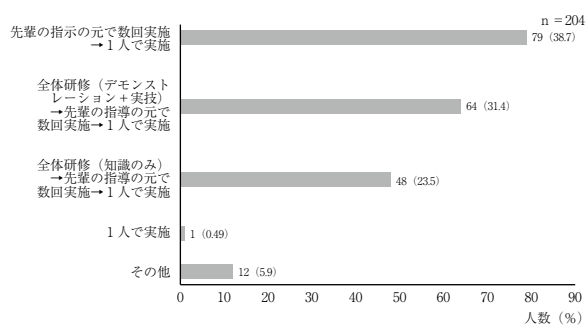


図7 インスリン注射の技術習得過程

位」187名（91.7%）であった。続いて「1型糖尿病の病態生理」178名（87.3%）、「2型糖尿病の病態生理」186名（91.2%）で80%以上が経験していた。一方割合が低かった順は、インスリンの「詰め方」84名（41.2%）、「単位設定」98名（48.0%）、「使用単位の確認」107名（52.5%）、「混和」57名（27.9%）といずれも55%未満であり、これらの項目は、実際の施注に直結する項目であった。その他の項目は60～70%程度が経験していた。

4. 入職後のインスリン注射の学習経験と技術習得過程

表1 インスリンエラー経験と糖尿病患者との接触頻度の関連

		人数 (%) n = 204		
		エラー有	エラー無	p 値
糖尿病患者との接触頻度	いつもあり	14 (31.1)	31 (68.8)	0.018
	大いにあり	29 (22.8)	98 (77.1)	
	ほとんど・全くない	2 (6.3)	30 (93.7)	

1) 16項目の学習経験 (図6)

看護職者として勤務後のインスリン注射に関する学習経験16項目では、インスリン製剤の「混和」116名 (56.9%) 以外の15項目において学習経験が有ると回答していた人数は60%を超えていたが、16項目間で比較して、学習経験ありと回答した人数が低い傾向にあったのは、「単位設定」139名 (68.1%)、「使用単位の確認」167名 (81.9%)、「混和」116名 (56.9%)、1型糖尿病の病態生理135名 (66.2%) であった。

2) インスリン注射の技術習得過程 (図7)

新人看護師が医療施設に入職後にインスリン注射の技術習得過程 (4種類) の中で最も多かったのは、「先輩の指導の元で数回実施しその後1人で実施」が79名 (38.7%) であった。次いで「全体研修 (デモンストレーション+実技) 後、先輩の指導の元で実施し、その後1人で実施」が64名 (31.4%)、「全体研修 (知識のみ) 後、先輩の指導の元で実施し、その後1人で実施」が48名 (23.5%) であった。「最初から1人で実施」は、1名 (4.9%) であった。

5. インスリンエラー経験と糖尿病患者接触頻度、学習経験との関連

新人看護師のインスリンエラーの経験と有意な関連が認められたのは、糖尿病患者との接触頻度であった ($P = 0.018$ 、表1)。また、入職後のインスリン注射の学習経験では、インスリン指示書と施行単位の確認とエラーの経験に有意な関連を認めた ($P = 0.017$ 、表2)。

また、看護基礎教育機関での学習経験はいずれも有意差が見られなかった。

考 察

本研究に参加した8施設は、A県内で糖尿病ケア共同研究チームに所属する医療施設である。そのため、今回の結果は、A県内で糖尿病ケアに関心の高い医療施設における新人看護師のインスリ

表2 インスリンエラー経験と学習経験の関連

		人数 (%) n = 204		
		エラー有	エラー無	p 値
学習経験 ¹⁾	有	44 (24.7)	134 (75.2)	0.017
	無・覚えてない	1 (3.85)	25 (96.1)	

1) 入職後のインスリンの指示量と施行単位の確認

ンエラーおよび学習経験についての実態であるといえる。本研究結果を新人看護師のインスリンエラー防止の教育方法の視点から考察した。

1. 新人看護師のインスリンエラー経験の割合について

本研究の結果、4人に1人の割合でインスリンエラーを経験していることが明らかになった。先行研究では、新人看護師のインシデント・アクシデント報告書分析の結果、エラーの内訳として注射に関するエラーが37%を占める¹²⁾ という報告、および注射技術とアクシデントの関係を調査した研究¹³⁾ はあるがインスリンエラーに限局して報告されたものおよび新人看護師本人に対して調査したものはない。この2点は本研究において新たに明らかになった実態であり、インスリンエラー防止教育の重要性が考えられる。

2. インスリン注射の打ち忘れに関する教育方法について

インスリンエラー経験の内容では、「インスリン注射打ち忘れ」が最も多かった。「インスリン注射打ち忘れ」については、患者が自己注射することが基本というインスリン注射特有のこととして、これまで注射を自己管理している患者が、療養生活を送る中で起こしやすい事として取り上げられている¹⁴⁻¹⁵⁾。本研究では、「インスリン注射打ち忘れ」が、医療施設内でも起こりやすいことが明らかになった。先行研究では、インスリンエラー対策として、インスリン指示書標準化対策を実施したが、「インスリン注射打ち忘れ」は、減少しなかったと報告されている。そしてその研究では「インスリン注射打ち忘れ」防止の具体的な対策については触れられていない¹⁶⁾。しかし、事例報告や研究者の臨床実践の経験から、インスリン注射は自己注射が基本であるにも関わらず、入院中は看護師が打つことも多く、そのため責任の所在が不確かになりやすいことによって起こるのではないかと予測される。このことから、「イン

スリン注射打ち忘れ」の防止として、新人看護師の教育の時点から、患者と医療者と共同で「インスリン注射打ち忘れ」を予防できるように、「患者への説明と教育」に視点を当て、さらにチェック機構を作る、などが必要だと考えられた。

3. エラーの要因「知識不足」に対する教育について

エラーを経験した新人看護師の約50%が、エラー要因として、「多忙（業務の抱え込み）」を回答していた。また、「知識不足」と回答していたのは、25%であった。これより、インスリンエラーの要因の第1位が「業務の多忙」であるとはいえ、知識不足の25%は少ないとはいえない。エラー後の指導において、自己学習や再教育の低さの結果も合わせて考察すると、知識不足を補う、さらにエラー後の「知識不足」を気付き、知識習得の教育の実施が必要であると考えられた。しかし、本研究では、1つ1つのエラーに対して具体的な内容まで調査しておらず、どのような知識の不足がエラーの要因になったのかを特定することはできないので、今後その特定を行う必要がある。

4. エラー後の対応について

インスリンエラー後の対応では、報告や要因分析は6割以上でなされていた。この事はインシデント報告が義務化され医療安全対策が確立してきた施設が増えたからだと考える。

一方、自己学習3割・病棟ディスカッション・再教育・精神的フォローは1割と少ない結果であった。エラーは、再発防止が重要である。報告や要因分析は組織の能力向上に貢献するが、個人の能力アップには直接作用するとはいえない。エラーを起こした人の精神的なフォローアップを充分行う一方、再教育の機会がもたれることにより個人の能力は向上すると思われる。本研究結果からは、新人看護師の個人成長への働きかけが、不足していると考えられた。エラーに対しては、個人と集団が相互で予防能力を向上していくことが必要であり、病棟全体が取り組み、新人の精神的なフォローアップを行いながら、自己学習および再教育の方法を検討していくことが必要であると考えられた。

5. 入職後の先輩による指導について

学習経験16項目において、インスリンの名称や注射部位等の一般的な知識に比べ、インスリン製剤その物に関する「詰め方」「単位設定」「使用単位の確認」「混和」は、学習経験が低い結果であった。これらの項目は、基礎教育の学習経験にお

いても低い。これらに現場の多忙さが重なって、エラーを引き起す危険がひそんでいるのではないかと考えられ、新人教育時に強化する必要性があると考えられた。

一方、インスリン注射の技術習得過程では、先輩の指導のもとで数回実施し、以後1人で実施している者が1番多くほとんどが経験のある看護師と共に行っていた。このことは指導者の役割が大きいことを示しており、その教育力の強化を行う必要があると考える。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、A県内に限った対象から得られた結果に基づくものであり、本結果を一般化することには限界がある。今後、対象とする地域および対象者数を拡大した調査が必要である。

結 論

本研究は、A県内の新人看護師304名を対象に質問紙調査を行い、新人看護師のインスリンエラー経験およびインスリン注射に関する学習経験を明らかにした。その結果以下のことが明らかになった。

1. 新人看護師の4人に1人がインスリンエラーを経験していた。
2. インスリンエラー内容はインスリン注射の打ち忘れが最も多かった。
3. エラー後の対応は、報告や報告書作成、事故要因分析が多く、再教育や精神的フォローの割合が低かった。
4. インスリン注射に関する学習経験について、基礎教育では70%程度が経験している項目が多いが、インスリン施注に直結する項目は20～40%と低い割合であった。これらの項目は入職後も他の項目に比較すると少ない傾向であった。

以上より、新人教育では、インスリンは自己注射が基本であるという特殊性を踏まえて患者と共同してエラー防止に取り組むなどの新しい方向性が見出された。またインスリンエラー再発防止策は、再教育や精神的フォローアップなど、看護師の個人成長を支援する方法を増やす必要があると示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く調査にご協力下さいました医療施設の新人看護師の皆様、看護部長様に心より感謝し、厚く御礼申し上げます。なお、本研究は、看護実践学会平成21年度糖尿病ケ

ア共同研究チームで行った研究の一部である。本結果は第3回看護実践学会学術集会にて発表した。

文 献

- 1) 曾根博仁, 井藤英喜: 日本における2型糖尿病の現状－Japan Diabetes Complications Study (JDCS) 中間結果より－, 最新医学, 59, 1826－1832, 2004
- 2) 川村治子: 組織としての医療事故防止について考える, 病院, 60, 2001
- 3) 浅間泉, 小林康子: インスリン注射におけるリスクマネジメントの検討(第一報), 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6 特別, 130, 2002
- 4) 溝上貴世美, 大工原裕之: 当院のインスリンに関するインシデントの分析, 糖尿病, 50(5), 351, 2007
- 5) 菅野一男: インスリン治療の標準化, 三宅祥三監修, 医療安全への終わりなき挑戦－武蔵野赤十字病院の取り組み, エルゼビア・ジャパン, 41－47, 東京, 2005
- 6) 瀬戸奈津子: インスリン注射に係る医療安全の取組について, 第10回ヒューマンエラー部会資料, 9, 27, 2004
- 7) 財団法人日本医療機能評価機構: 平成19年年報・平成20年年報, 医療事故情報収集等事業
- 8) 秋好美代子, 松本裕子: エラー防止につながる考え方, Nursing Today, 23(4), 27－31, 2008
- 9) 嶋森好子: リスクマネジメントにおける新卒看護師の課題, 看護展望, 34(5), 9－14, 2009
- 10) 福井トシ子: 新卒看護師の基本的看護技術習得状況に関する実態調査, 看護管理, 19(4), 254－261, 2009
- 11) 吉田みつ子: 新卒看護師のヒヤリハット/アクシデント体験と周囲の対応, 日本赤十字看護学会誌, 8(1), 1346－1346, 2008
- 12) 宗村美江子: 新卒看護師の注射・与薬関連の技術経験状況とインシデント・アクシデント報告の分析, 共済医報, 56, 87, 2007
- 13) 伊藤寿満子, 牧野浩子, 丸山ひさみ: 新卒看護師の基本的看護技術の経時的習得推移とインシデントレポート報告件数との関係 2年間の追跡調査結果より現任教育を考える, 日本看護学会論文集 看護管理, 37, 157－159, 2007
- 14) 篠原久仁子, 朝倉俊成, 虎石頭一: 糖尿病患者を対象とした多施設(病院・薬局)でのインスリン使用実態調査, 医療薬学, 33(12), 1044－1050, 2007
- 15) 近藤純一, 森美由紀, 野呂香奈子, 他: フレックスペンの使用経験－ヒューマカートキットからの切り替え時の患者評価－, 新薬と臨床, 53(4), 463－467, 2004
- 16) 鈴木節子, 佐藤志美子, 高島幹子, 他: 新しいインスリン指示書導入によるインシデント低減の効果～インシデントレポートの分析から～, 秋田大学医学部保健学科紀要, 16(2), 40－46, 2008

研究報告

糖尿病ケアにかかわる看護師の手ごたえの内容

Effectual reaction of nurses who concerned
with diabetes care

村角 直子¹⁾, 稲垣 美智子¹⁾, 高木 千絵²⁾
松井 希代子¹⁾, 多崎 恵子¹⁾

Naoko Murakado¹⁾, Michiko Inagaki¹⁾, Chie Takagi²⁾
Matsui Kiyoko¹⁾, Tasaki Keiko¹⁾

¹⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

²⁾ 前金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

¹⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical,
Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

糖尿病ケア, 手ごたえ, 看護師, 評価指標, 認識

はじめに

近年、糖尿病ケアの質保証の取り組みが積極的に実施され、認定看護師誕生¹⁾や糖尿病看護における臨床能力の高い看護師の育成²⁾など人的資源の充実がなされてきた。それに伴い、糖尿病ケアのアウトカムについて関心が高まっている。

従来、糖尿病ケアのアウトカム指標として用いられてきたのは、臨床学的検査データ、QOL尺度得点³⁾、セルフケア尺度得点⁴⁾が一般的であった。一方、2000年、米国のAADE (American Association of Diabetes Education 米国糖尿病教育者協会) が、糖尿病のアウトカムを「セルフマネジメント (Diabetes self-management)」として、その指標を糖尿病セルフマネジメント行動からとらえ提示した⁵⁾。それ以降、その教育方法 (Diabetes self-management education : DSME) として世界各国に普及し、日本においても導入されてきた⁶⁾。

しかし、示された糖尿病ケアのアウトカム指標

とされるセルフマネジメント行動は、患者の行動が変化するまでにある程度の日数を要する場合が多く、ケア実践者が、自分の1回ごとのケア評価にアウトカム指標だけを用いると変化がない、あるいは評価できない状態がおこり、患者および看護師双方にストレスfulな状態をつくる可能性がある。それに対して、看護師が、自分から意図的なかわりをおこし、それによって得ることができた患者の反応を「手ごたえ」と表現する場面がある。これは熟練看護師ほどよく使う言葉のようである。そして、看護師たちはその「手ごたえ」を活用しながらケアをしているように見える。また熟練看護師の技を明らかにしている研究⁷⁾やケアの効果や有効性⁸⁾を明らかにしている研究が多くみられる。糖尿病ケアにかかわる看護師の手ごたえの内容をケア評価としてとらえた研究は少ない。

そこで、本研究は臨床実践で看護師がとらえている糖尿病ケアに関する「手ごたえ」の内容を明

らかにすることを目的とした。

本研究の結果は、諸外国に比較し医療機関への受診および医療者からのケアを受ける頻度が高い医療システムが普及している日本において、看護師が、患者のセルフマネジメントのアウトカム達成までの過程で見出す内容は、看護ケアの効果指標として活用できる可能性として意義が大きい。

操作的用語の定義

手ごたえ：糖尿病ケアの過程で糖尿病患者の意味ある行動の変化として看護師がとらえているケアの成果や良い結果。

糖尿病ケア：看護師が糖尿病患者に必要なケアを意図して対象者への関わること、およびそのプロセス。

方 法

1. 対象

対象は、糖尿病ケアに関する研修会に参加した19名の看護師の中から研究参加の書面説明にて理解し同意が得られた7名をインタビュー対象とした。7名は糖尿病ケアに関心があり実際にケアに従事している看護師である。

2. データ収集と分析

データ収集には、グループダイナミクスを活用し、対象者が感じたままの具体的体験を語り、考えを引き出すことが可能なフォーカスグループインタビュー⁹⁾を用いた。臨床現場では「手ごたえ」はほとんど意識化される場合が少ないが、本研究の「手ごたえ」は対象者の意識を引き出すことが重要なため、グループダイナミクスを活用できるグループインタビュー法を用いた。

対象者7名を参加可能な日時に調整し、2グループに分かれた。それぞれ80分および100分、1回ずつインタビューを行った。インタビューは、2004年12月に実施した。

インタビューはインタビューガイドを作成し、次の質問の順に進めた。①糖尿病ケアの中で手ごたえを感じられた事例、②印象的だった患者と看護ケア、③糖尿病ケアへの看護師の姿勢であり、ケア中の看護師の意図や考えが導き出されるようにインタビューを行った。

インタビューのファシリテーターは、糖尿病ケア領域を専門に研究している筆者および糖尿病看護の研究を行っている大学院生1名の2名が務めた。対象者に許可を得てからインタビュー内容を録音し、後に逐語録を作成した。インタビュー終

了後すぐに、ファシリテーター2名で対象者のインタビュー時の反応や対象者が述べていた考えを話し合い、共通認識を深めた。

逐語録に起こしたインタビュー内容を何度も繰り返して読み、対象者が手ごたえを感じられた状況やその時の感情、考え方を文脈がつながるように意味のまとまりごとに抽出した。対象者が語った表現ができるだけ残るように配慮した。意味のまとまりをさらに分析し、「糖尿病ケアにかかわる看護師はなにを手ごたえとして感じているか」の視点で分析し、抽象度をあげ《コード》を抽出した。各事例に共通する《コード》をまとめ【サブカテゴリー】とし、さらに抽象度をあげて『カテゴリー』にまとめた。

3. 信頼性の確保

質的研究に長けた慢性疾患看護の研究者であるスーパーバイザー1名および糖尿病ケア領域を専門にしている研究者2名でサブカテゴリーおよびコードの質的データの妥当性を確認した。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、対象者に文書にて研究内容を説明し、インタビュー内容の録音と逐語録作成の許可を得た。研究結果によって参加者個人は特定されないことと守秘義務の厳守について伝えた。また、同意書による署名にて研究参加の意志を確認した。インタビュー開始時に再度、対象者に口頭で倫理的配慮について説明し、合意を得た。

結 果

1. 参加者の概要

看護師7名、臨床経験の平均年数は16.2年（2～28年）、糖尿病ケアに関わった平均年数は9.4年（2～17年）であった（表1）。うち日本糖尿病療養指導士の有資格者は3名であった。

表1 対象の概要

n = 7

項 目	
年齢（歳）	24～49
日本糖尿病療養指導士 資格取得（あり／なし）	3 / 4
項 目	平均（SD）
看護師としての 臨床経験年数（年）	16.3（9.3）
糖尿病ケアに 携わっている年数（年）	9.2（4.8）

2. 糖尿病患者の看護ケアにおける看護師の手ごたえ

カテゴリーで説明される「手ごたえ」は出来事として認知され①ケアの状況②行ったケア③ケアの結果の3点から述べており、その内容はカテゴリーおよびサブカテゴリーを説明するものである。糖尿病ケアにおける教育・相談機能が発揮される場面では、眼にみえる行為にケアギバーの様々な意図が働いていることより、看護師が意識的に捉えて語る反応や関係性や意図を含めて、

「②行ったケア」として表現した。また、「③ケアの結果」は看護師が手ごたえとしてとらえている状況や患者の反応・関係性を含めて表現した。

糖尿病患者の看護ケアにおける看護師の手ごたえとして16サブカテゴリーが見出され、6カテゴリーとなった。カテゴリーは『ケアによるデータ改善』、『療養に意欲を持った取り組み』、『主体的な行動』、『ケアの継続性の希望』、『看護ケアの受け入れと行動の変化』、『看護師とのよい関係性の变化』であった。カテゴリーとサブカテゴリーお

表2 糖尿病看護ケアにかかわる看護師の手ごたえの内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
ケアによるデータの改善	ケア後に客観的検査データが改善する	看護師が提示した療養の行動に患者が移した結果、血糖コントロールがよくなる ケアを受けて、血糖値、HbA1c値、体重が改善される
	客観的検査データの改善を患者が実感しているととらえる	患者が笑顔で血糖値、HbA1c値、体重、肝機能の改善を知らせる
療養に意欲を持った取り組み	糖尿病というもののイメージがつく	患者なりに糖尿病はこういうものだとして学習する
	意欲的に療養に取り組む	退院後がんばってみようと思いを示す 患者が自分に適した療養方法を選択して、継続してやっていく決意をする 糖尿病や透析について意欲的に勉強をし始める
	糖尿病を受け入れない状態から療養行動ができるようになる	真剣に糖尿病を持つ自分のことを考える 糖尿病を受け入れない状態から、自己注射、血糖自己測定ができるようになる
主体的な行動	目標設定を患者自ら行う	アルコールの量を減らしてみると自分で目標設定する
	患者自ら看護師に療養生活を語る	外来で、自分のことを言わなかった患者が療養行動について看護師に話しかける
	入院の必要性を納得し、入院する	入院の必要性が納得できなかった状態から納得して入院する
ケアの継続性の希望	外来に患者自ら継続して看護ケアを受けに来る	受診せず、看護ケアのみ定期的に受けに来る
	継続してケアを受けたいと意思を示す	退院後も継続してケアを受けたいと意思を示す 足の状態を見てもらわなくてはならないと思い、外来に継続してくる 爪を切ってもらいに来る
	家族が看護師に患者について連絡を取ろうとする	家族から看護師に患者の状態を伝えるために連絡してくる
看護ケアの受け入れと行動・表情の変化	看護師のすすめるケアを受け入れ、行動に移す	看護師の提示した血糖を測る、インシュリンをきちんと打つという療養行動に移す 看護師にすすめられた方法を行動に移す 勧めたフットケアにより足がきれいになる
	ケアの過程でよい表情の変化が見られる	外来継続ケアの過程で患者が笑顔で療養行動の効果を告げる 入院ケアを継続している中で、表情がよくなる
看護師とのよい関係性の变化	患者と看護師が新たな良い関係を築く	患者への気持ちを表現し、患者との関係がよくなる 外来での療養相談を継続していくうちに心が打ち解けて、通い合う
	看護師自身の見方が変化し、患者のセルフケアの力が見える	看護師が考えているよりすごく上手にセルフケアをしていたとわかる 看護師は絶対にインシュリン注射ができない人と思ひ込むが患者は注射をするという意志を示す

よびコードは表2のとおりであった。

下記にカテゴリーの説明とサブカテゴリー、出来事を記述する。

1) 『ケアによるデータの改善』

看護師が糖尿病の悪化予防を目指し、患者に意図した看護ケアを行った結果、客観的検査データ(HbA1c値、血糖値、肝機能、体重)が改善すること、またそのデータの改善を患者が実感していることであり、【ケア後に客観的検査データが改善する】、【客観的検査データの改善を患者が実感している」ととらえる】の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

(1) 【ケア後に客観的検査データが改善する】の出来事

看護師は血糖コントロール状態を示す客観的検査データHbA1c値が看護ケアにより改善し、手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：糖尿病の教育入院3回目の患者であった。食事でのコントロールがうまくゆかず、インシュリン注射の手技の獲得が入院目的であった。理解力がよくないと医療チームでとらえられていた。

②行ったケア：「とにかく」毎日病室に行って、インシュリン注射の時に声をかけ、指導した。指導は噛み砕いてわかりやすく心がけた。

③ケアの結果：インシュリン注射は真面目に行っている。「血糖測定を自宅に帰って3回測らなくていいんだよといってもちゃんと4回測っていた。血糖コントロールは入院時HbA1c値が11%台だったが6%台へ変化した。「意外と、ばっちりできていてうれしい。」と看護師は語った。

(2) 【客観的検査データの改善を患者が実感している」ととらえる】の出来事

看護師は患者が血糖値、HbA1c値、体重、肝機能の客観的検査データの改善を実感していることを感じ、手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：外来の療養相談でかかった患者であった。肥満が原因で肝障害が起きていると医師から言われていた。膝の痛みのため運動ができない状態であった。

②行ったケア：運動療法として拭き掃除や思い切り身体を動かすことを提案した。自宅に帰ってやる気になるか、ならないかは本人次第と考えて外来相談で継続してケアしていった。

③ケアの結果：「何回かやってくれていて、結果として笑顔で患者さんがさがったんやよって、第一声として体重もよくなった、肝機能もよくな

った…。」看護師は血糖値、HbA1c値、体重、肝機能の改善を患者が実感している」ととらえていた。

2) 『療養に意欲をもった取り組み』

看護ケアが行われる前は患者には糖尿病という病気の性質や療養方法の知識がなく、療養に取り組む意欲や療養行動が見られない状態、あるいは糖尿病という病気を自分のこととして受け入れられない状態で、療養行動や療養への取り組み方に積極性が見られない状態である。看護ケアを通して、糖尿病やその療養方法について知識を吸収し、糖尿病とどのように付き合いながら生活していったらよいかのイメージがつき、患者の行動と考え方に積極性が生まれ、意欲を持って療養に取り組んでいる姿へ変化した。【糖尿病というもののイメージがつく】、【意欲的に療養に取り組む】、【糖尿病を受け入れられない状態から療養行動ができるようになる】の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

(1) 【糖尿病というもののイメージがつく】の出来事

看護師は、看護ケアを通して患者が糖尿病という病気のイメージやどのように糖尿病と付き合っ

て療養していけばよいかのイメージがついていたことを手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：老年前期の女性の患者であった。糖尿病は前から診断されていたが、認識が薄く眼科の入院歴がある。網膜症の手術を何度も受けている。脳梗塞が見つかったが、患者はなぜ入院しなければならないのかと入院の必要性を感じていない。糖尿病と脳梗塞が結びついていなかった。網膜症は糖尿病からきていると分かっていたが逃避していた様子であった。

②行ったケア：このまま脳梗塞を何回も繰り返していくと半身不随や歩けなくなり、家事ができるかもしれないとご本人に話した。医師からも糖尿病合併症について説明してもらった。

③ケアの結果：患者は食事のことをすごく勉強したいと言い、毎日食事療法のビデオを視聴した。栄養指導を受け、食品交換表をご自分で買いに行き、意欲的であった。試験外泊で、食事記入して栄養士から見てもらい、よい感じの食事ができていた。退院時、患者は『今は運動も必要かもしれないけど、私にはできないから食事だけでいいか』と言っていた。「最初はどうかと思っていただけど、よかった。食事療法の面を学習した、患者さんなりに糖尿病というものはこういうものやと学習したと思っているんです。」と

看護師は語った。

(2)【意欲的に療養に取り組む】の出来事

患者が食事療法と運動療法の知識を吸収しようと意欲的に取り組んでいる様子を看護師は手ごたえととらえていた。

①患者の状況：糖尿病の合併症で心筋梗塞となりバイパス手術をした患者であった。患者は糖尿病より心臓に重きをおいていた。また、血糖値がよくなることより、むしろ体重のコントロールや間食を止めることに関心があつた。

②行ったケア：患者の関心事である食事や間食以外にも機を見て、血糖値に関する話を聞いてもらった。

③ケアの結果：患者は自分が知りたいこと以外にはあまり知りたくない人であった。患者にとってやせるための食事と運動なので、身体の病態よりも食事と運動を知りたいと思っていた。どんどんパンフレットを読んで、食事と運動についての知識を吸収しようとしていた。

(3)【糖尿病を受け入れない状態から療養行動ができるようになる】の出来事

看護師は患者が糖尿病を受け入れられず、毎日泣いていた状態から療養行動ができる状態へ変化したことを手ごたえととらえていた。

①患者の状況：医療体制は糖尿病の教育入院であったが、患者の認識はコレステロールが高いだけだと考えていた。入院後インシュリン分泌がないと判定され、インシュリン注射が開始された。

患者は『糖尿病なんてなんで?』と糖尿病を受け入れておらず、頭が混乱して毎日泣いていた。

②行ったケア：医療チームメンバーで見守り、距離を測りながら、強制しない方針で本人がその気になるまで待つ姿勢で患者にかかわっていった。受け入れるのには時間がかかると思っていた。受け持ち看護師とスタッフみんなで考えて患者に少しずつ話していった。

③ケアの結果：退院時「頑張ってみる。」といていた。最終的にはインシュリン自己注射、自己血糖測定をできるようになって退院した。「入院した病院の方に通院したい。一生懸命してくれたから。」という患者の言葉に看護師はうれしさを感じた。

3)『主体的な行動』

看護ケアを経て、目標の設定する、看護師に療養の様子を話す、入院を決断するなど患者が意思を持って主体的に行動を起こすことであり、【目標設定を患者自ら行う】、【患者自ら看護師に療養

生活を語る】【入院の必要性を納得し、入院をする】の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

(1)【目標設定を患者自ら行う】の出来事

看護師はケアの後、患者自ら目標設定を行っていることを手ごたえととらえていた。

①患者の状況：患者は精神障害のある中高年女性であった。子どもはいるが同居はしておらず、福祉サービスを受けていた。肥満があり、血糖コントロールは不良であった。外来の相談の場に患者は必ず通ってきていたので、患者にとって相談の場は大切な存在であると看護師は思っていた。看護師が提案した療養方法は守ることはできなかった。看護師が課題を患者に提示すると少しそれに向かってがんばろうという気持ちはあるようだが、長続きしなかった。

②行ったケア：ケアをしている中で外来通院までの2週間はこの人にとっては長い目標期間だと看護師は思えるようになった。外来の相談は次に外来に来るまでの目標を与えてくれるところと看護師は考えていた。自尊感情が低く、サポートする人おらず、食べる行為を抑制してくれる人がいない状態が明らかになってきた。患者は自分で考えることが難しく「今度来るまでに私は何をすればいいんですか」といっていた。食事の内容2週間分書いてきてほしいと2週間分の表を患者に渡した。

③ケアの結果：体重は変わらない。しかし、ビール500mlから350mlにしてみると自分で目標設定することができた。

(2)【患者自ら看護師に療養生活を語る】の出来事

療養生活を看護師に語らなかった患者が、ケアの後に通院を継続し、患者自ら服薬の継続を看護師に告げるようになったことを手ごたえととらえていた。

①患者の状況：今までたびたび通院中断や内服薬中断をしていた患者であった。血糖コントロールが悪く、3、4回目の入院であった。

②行ったケア：今までのかかわりを見直し、看護チームで「もっと患者の話を聞かないといけないのかもしれない」と話し合い教育入院プログラム学習の時間以外にも、一生懸命話を聞いた。指導的なかかわりはせずに世間話の延長の形で家族の話題を含め患者の話を聞いた。

③ケアの結果：以前、内服薬の服用について患者自ら話すことはなかった。内服薬の服用を確認すると飲んでいなかった。一方、話をよく聞いた

入院後、コントロールはよくないが、患者は通院を継続し、『薬ちゃんと飲んだぞ』『ちょっと忘れたけど飲んであるぞ』と服薬の継続を自ら告げるようになった。看護師は「自分のことをちゃんとと言わなかった人がちゃんと言ってくれるようになった」ことに効果を感じていた。

(3)【入院の必要性を納得し、入院をする】の出来事

入院が必要な身体であった患者が入院を拒否していたが、ケアにより入院の必要性を納得し、入院をしたことを看護師は手ごたえととらえていた。

①患者の状況：壮年期の男性で、入院が必要な身体の状態であったが、診察では「入院しない」の一点張りであった。

②行ったケア：患者は身体が気になるらしく、他院の検査結果を持ち歩いていることをキャッチした。肯定的に見られるところを見つけ、いいことであると前面に出した。看護師は、患者は知識を得たい人、内服薬などなにかに頼って生きている人にとらえて、患者がほしいと思われる情報を与えられるようにアプローチした。『わかった。今入院の準備をしてない。病院の最新の治療をさぐりにきただけ。また何かあったら来る』と言い残し、その場は去った。

③ケアの結果その後、患者は受診しなかったが、2、3回外来相談の看護師に会いに来た。1年後、入院となった。ケアを通して患者の気持ちの安定を図ることができたと看護師は感じていた。

4)『ケアの継続性の希望』

患者が希望して外来通院し、看護師のケアを継続して受けることや患者が継続してケアを受けたいと意思を示すことである。また、家族が療養方法の相談で、退院後も継続して看護師にコンタクトをとろうとすることである。【外来に患者自ら継続して看護ケアを受けに来る】、【継続してケアを受けたいと意志を示す】、【家族が看護師に患者のことで連絡をとろうとする】の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

(1)【外来に患者自ら継続して看護ケアを受けに来る】の出来事

看護師は患者が一番気がかりと思われたフットケアを行った後、外来に継続して看護ケアを受けに来ていたところを手ごたえととらえていた。

①患者の状況：高齢で眼が悪く、足に痺れがある人。患者は一生懸命に爪を切っているが、爪の辺縁はがたがたしていた。

②行ったケア：看護師は足を見たとき、一連の

流れで、「この人のフットケアをしなくては」と思った。外来で爪を切るケアを行った。『そんなことまでしてもらって』と患者は遠慮していたが、看護師は必要時いつでも切れること、継続して爪切りのケアを受けることができると伝えた。

③ケアの結果：その後患者は『爪を切ってもらいに来た。』と外来の看護師のところへ通ってきた。看護師は、患者にとって爪切りは一番気がかりなことで、爪を切ってもらうことがこの人にとって何かよりどころになっているのではないかと感じた。

(2)【継続してケアを受けたいと意志を示す】の出来事

看護師は患者が退院後も入院病院に通院してケアを受けたいと意志を示したことに手ごたえを感じていた。

①患者の状況：医療体制は糖尿病の教育入院であったが、患者の認識はコレステロールが高いだけだと考えていた。入院後インシュリン分泌がないと判定され、インシュリン注射が開始された。患者は『糖尿病なんてなんで?』と糖尿病を受け入れておらず、頭が混乱して毎日泣いていた。

②行ったケア：医療チームメンバーで見守り、受け持ち看護師とスタッフみんなで考えて患者に少しずつ話していった。

③ケアの結果：退院時「頑張ってみる。」といていた。「入院した病院の方に通院したい。一生懸命してくれたから。」という患者の言葉に看護師はうれしさを感じた。

(3)【家族が看護師に患者のことで連絡をとろうとする】の出来事

看護師は、患者の療養に関して連絡を取ろうとしている家族の変化を手ごたえととらえていた。

①患者の状況：70代の男性。妻を亡くしたばかりであった。外来には通院するが、入院は嫌がっていた。HbA1cは14~15%と高値、血糖自己測定の値はきれいに書いてあるが、すごくいい値であった。本人は「インシュリンを打っていました。3回血糖を測っていました。」という。前の入院で、本人はお菓子を食いたい気持でいっぱい最後には大食いをした。

②行ったケア：息子の家族に病院に来てインシュリン注射の方法を学んでもらおうとしたが、受け入れはよくなかった。

③ケアの結果：息子さんから看護師のところへ電話がかかってくるようになった。見てくれている家族がいるので、安心感があった。

5)『看護ケアの受け入れと行動・表情の変化』

ケアの結果、患者が看護ケアを受け入れて、ケア内容を取り込む行動が見られることである。また、ケアを通して患者に良い表情が表れることであり、【看護師の勧めるケアを受け入れ行動に移す】、【ケアの過程でよい表情が見られる】の2つのカテゴリから構成されていた。

(1)【看護師の勧めるケアを受け入れ行動に移す】の出来事

看護師がすすめるセルフケア方法を患者が受け入れ、継続して行っている効果が表れ、看護師は手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：外来の療養相談でかかわった患者であった。足の痺れがあり、フットケアの知識がなく、足のケアが大切な患者。視力障害はなかったが、心臓と肝臓の疾患があった。

②行ったケア：看護師は患者の足を見たときに、「フットケアをしなくては」と判断して、「一連の流れで」フットケアを行った。直接足を洗って、「ここにまめができていますし、靴下白色をはこうね。ズック履こうね。」と働きかけた。

③ケアの結果：次の療養相談で『あなたに言われたようにズックにしたよ。靴下白にしたんや』と患者は話していた。足底が固くなっていたところがきれいに改善していた。看護師は「ちゃんと守ってくれたんだというのがわかった時はうれしかった。」と語った。ケア前に患者はフットケアの知識がなく、足が痺れにあったが自己判断にてお湯で足をふやかしていたので、看護師は患者の変化に「よかったな。」と感じていた。

(2)【ケアの過程でよい表情が見られる】の出来事

看護師は看護ケア場面で、笑顔が見られ患者が変わったと感じ、手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：糖尿病腎症で糖尿病の経過が長い壮年期後半の患者についてであった。治療方針は透析導入であったが、患者は医師の説明を全然理解しておらず、透析もシャントもいやがっていた。

②行ったケア：看護師は暴飲暴食や好きなことをしてきた過去に後悔している話をただ聴こうという思いで聞いていた。すると患者の気持ちはすっきりし、変わっていた。

③ケアの結果：笑顔を見た時にいい反応だと感じ、患者が変わったと感じた。看護師は患者が真剣に自分のことを考えてもらえたと思ったのではないかととらえていた。

6)『看護師とのよい関係性の変化』

このカテゴリは、看護師と患者の関係性へ言及している。ケアを通して看護師との関係性がよくなることで看護援助関係が構築された状態である。また、患者の持っている力をケア過程で見出すことで看護者と患者の関係性が変化していた。

【患者と看護師が新たな良い関係を築く】、【看護師自身の見方が変化し患者のセルフケアの力がみえる】の2つのカテゴリから構成されていた。

(1)【患者と看護師が新たな良い関係を築く】の出来事

看護師は看護ケアを通して患者との新たな関係を見出すことができ、手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：患者は管理職の男性であった。入退院を繰り返し、入院時はいつも個室を利用していた。病状がだんだん悪化し、閉塞性動脈硬化症を患い、足の痛みがあった。患者は痛みのためにナースコールをしょっちゅう鳴らしていた。患者は看護師との関係にこだわり、足のケアをされるときに特定の看護師たちには『来るな』と言い、逆に拒否する看護師の他には『来てほしい』というときもあった。看護チーム全体がこの患者へのケアが嫌になっている時期に再入院となった。

②行ったケア：チームで意思統一をして、看護師たちが自分自身のその患者に対する気持ちや思いを「とにかく格好つけないで」患者に言ったり、書いたりして伝えた。

③ケアの結果：次の入院時に患者の症状が良くなったわけではなかったが、患者と看護師の関係がスムーズにいった。看護師は、「主に患者さんのことをいう中で結局は自分のことを言えたのかもしれない。この患者さんに勉強させてもらった。」と述べた。

(2)【看護師自身の見方が変化し患者のセルフケアの力がみえる】の出来事

看護師は患者のセルフケアの力を看護ケアの過程で見出し、手ごたえをとらえていた。

①患者の状況：心不全で入院していた患者で網膜症の視力障害のため周囲がやっとしかわからない後期高齢者であった。

②行ったケア：看護師は患者に対してADL（日常生活動作）が心もとない印象があった。患者は若い頃からインシュリン注射していたわけではなかったが、正確な手技で注射を打っていたことが看護師のかかわりで見出された。また、視力障害があるにもかかわらず、運動を行っているという意識で毎日朝晩運動を行っていたということも見出

された。つまり、今まで患者が行ってきていたセルフケアを看護師が新たにキャッチし、患者の状態をアセスメントし直した。

③ケアの結果：看護師からの患者の見方が変化したことで手ごたえを感じていた。「感心した。退院後どうしようかなって考えていたけれど、私たちが考えているよりずっと上手にしていた。」と語った。

考 察

1. 糖尿病ケアのアウトカム指標と看護師の手ごたえの性質について

本研究の結果、糖尿病ケアにおける看護師の手ごたえとして16サブカテゴリーからなる6カテゴリーが見出された。カテゴリーである『ケアによるデータの改善』は、従来の糖尿病ケアのアウトカム指標である「臨床学的検査データの改善」に類似していた。しかし、本結果は自分の行ったケアによる変化であることが特徴であり、看護師の「手ごたえ」は現象に対する満足とその現象を自分のケアで導くことが出来たという自信から語られると考えられた。

さらに本研究結果の『療養に意欲を持った取り組み』、『主体的な行動』もまた、従来のアウトカム指標である「QOL得点の改善」、「セルフケア得点の改善」に類似していると考えられた。つまり、看護師はアウトカム指標である「QOL得点の改善」、「セルフケア得点の改善」を目標にしていることにより、その達成までの過程である『療養に意欲を持った取り組み』、『主体的な行動』が患者に見られたときに、手ごたえを感じると考えられる。このことは、看護師の「手ごたえ」は、結果としてのアウトカム指標を意識しながらも、結果だけではなくそれに至る行動の変化を捉えて評価している性質があるとも考えられた。

また『ケアの継続性の希望』、『看護ケアの受け入れと行動・表情の変化』、『看護師とのよい関係性の変化』は、患者が看護者の行うケアを受け入れ、患者と看護師が関係を深めていくことを示していた。糖尿病ケアは、患者が治療を中断しないことが最重要課題である¹⁰⁾。さらに長期にわたる継続的な関係を良好に持つていくことが重要であるとされている。つまり看護師の語る「手ごたえ」には、患者と看護師が関係を深めて、患者とより良い状態をつくる事が出来たときに感じる性質があると考えられた。

2. 従来のアウトカム指標と本研究で得られた

結果が与える臨床的意義について

本研究の結果では、『療養に意欲を持った取り組み』『主体的な行動』は「手ごたえ」としてケア後の患者の変化を示していた。これらカテゴリーは疾患のイメージの変化、意欲、疾患の受け入れ、療養に取り組む意思を意味しており、従来の糖尿病ケアのアウトカム指標達成までの過程の状態であると考えられた。

「手ごたえ」を看護師が患者のセルフマネジメントのアウトカム達成までの過程で見いだした内容ととらえ、看護ケアの効果指標として活用可能性を考察する。

従来の糖尿病ケアのアウトカム指標である「QOL得点の改善」「セルフケア得点の改善」は、QOL質問紙や治療満足度の代表的な質問紙としてDQOL (Diabetes Quality of Life Measure)、PAID (Problem Area in Diabetes Survey)、ITR-QOL (Insulin Therapy Related QOL Measure)³⁾ が用いられている。ケア後の患者の変化をとらえた「手ごたえ」のうち『療養に意欲を持った取り組み』『主体的な行動』は、QOL得点の改善や治療満足度の向上にいたらない状態であっても、ケアの評価指標として使用できる可能性がある。患者の療養を左右する大きな変化はそれらの質問紙では得点に反映されるであろうが、『療養に意欲を持った取り組み』『主体的な行動』はケアの一場面や教育入院などの短期間でも評価指標として用いることが可能である。また、看護介入の時間が限られている外来でのケアにおいて、数か月から年単位の長期間での変化として評価指標に使用できる可能性がある。

また、本研究の結果『療養に意欲を持った取り組み』の中で、看護師は【糖尿病というもののイメージがつく】という手ごたえを得ていた。「糖尿病というもののイメージ」とは、患者が糖尿病という病気やどのように糖尿病と付き合って療養していけばよいかのイメージであった。教育入院を体験した2型糖尿病患者を対象にした「身体に対する感覚的な印象」の研究で、【身体を実態のあるものとしてつかむ感】¹¹⁾ が本研究結果と類似していると考えられた。つまり、教育入院を経た患者の変化として「これまで不確かだった糖尿病をもつ自分の身体が、存在感のあるものとしてはっきりと形でとらえた方に感じる感覚的な印象であり、糖尿病を持つ身体を積極的に捉えること」がかかげられている。教育入院は、医療チームメンバーのケアのもと、教育プログラムでの学習体

験や病院食を食べるという食事療法の体験、他の入院患者とコミュニケーション場であり、それらの複合された体験によって患者の認識が変化していく。教育入院後の患者の良い変化は、知識の習得や自己効力感の向上のみで表されるものでない。『療養に意欲を持った取り組み』『主体的な行動』が評価指標になりうると考える。

今後、評価指標として確立するためには、『療養に意欲を持った取り組み』『主体的な行動』がケアの受けた患者サイドから成果としての変化を検証していく必要があるであろう。

3. 患者と看護師関係からの看護師の手ごたえについて

糖尿病ケアで看護師がとらえる手ごたえとして『ケアの継続性の希望』や『看護ケアの受け入れと行動・表情の変化』『看護師とのよい関係性の变化』のように看護師の提供するケアの希求や受け入れ、関係性をあげていた。

手ごたえの『ケアの継続性の希望』は、サブカテゴリーのいずれも外来でのケア提供が関連し、患者の意思でケアを選択できる特徴がある。診療中断という選択肢がある外来ケアで自らの意思で患者が選びとってケアを受けることを望んでいる姿に手ごたえを得ていたといえよう。

一方で『ケアの継続性の希望』は、長期に療養しなければならない糖尿病患者と医療者との関係は身体をコントロールし改善させていくためのサポート活用力^{4), 12, 13)}に関与している評価指標ととらえられる。

糖尿病看護認定看護師を対象にしている研究¹⁴⁾では、患者に看護援助を提供する役割の評価指標のひとつとして「患者との援助関係の構築」をあげている。その下位項目は①患者の本音の表出（患者が糖尿病・治療・自己管理への思いを話してくれる）②看護相談・療養指導へのニーズ（患者自らが看護相談・療養相談を求める）であり、本研究の結果であるカテゴリー『ケアの継続性』や『看護ケアの受け入れと行動の変化』『看護師とのよい関係性の变化』と共通点が見られた。本研究の対象者は日本糖尿病療養指導士（CDEJ）の有資格者はほぼ半数で、糖尿病看護認定看護師の有資格者はいなかったが、『ケアの継続性』や『看護ケアの受け入れと行動の変化』『看護師とのよい関係性の变化』は糖尿病の看護ケアの中で、手ごたえをとらえ、実践の評価していくための不可欠な視点であると特徴づけられた。

これらの手ごたえは実践知より生まれた看護師

による評価指標と考えられ、看護師のケア力の向上に関連する思考過程ととることができる。実際のケア場面からの証明や患者の立場からの見た評価の視点としては不十分であり、援助場面での患者の立場を加えることにより、エビデンスを持った評価指標へ発展すると考える。

4. 手ごたえとしての看護師との関係の変化について

関係の変化は、関係のある双方のどちらかの変化によるところが大きい。本研究結果である【看護師自身の見方が変化し患者のセルフケアの力がみえる】では、患者のセルフケア行動や強みは変化していないが、看護師自身がケアを通して見えていなかった患者の姿を認識し、患者の新しい力を見出して手ごたえとして表現していた。

【看護師自身の見方が変化し、患者のセルフケアの力がみえる】は他のサブカテゴリーとの性質が異なっており、アセスメントに起因するものであった。つまり、他のサブカテゴリーがケアの途中で患者が療養行動を身につけることや主体的な行動など患者自身が力を得ている様を描いていた。一方、【看護師自身の見方が変化し、患者のセルフケアの力がみえる】は、看護師がケアの始まりでアセスメントした患者の力と、関わり後キャッチした患者の力を比較し、手ごたえとしてとらえていた。島内ら¹⁴⁾がアウトカムとは「2時点のあるいはそれ以上の時点に間に生ずる利用者の健康状態の変化」と定義し、アセスメントはアウトカムでないと述べていることより、【看護師自身の見方が変化し患者のセルフケアの力がみえる】は評価指標になりにくい。

手ごたえとしての『看護師自身の見方の変化』は、新たな患者の側面を発見し、強みを見出していくために、糖尿病ケアにおいて重要な患者の見方の変換である。この手ごたえは、患者を再アセスメントし、患者の新たな力を見出していくため、糖尿病患者のケア提供者として実践能力を高め、鍛えていくために必要な能力であると考ええる。

慢性病ケアでは患者の変化を意味ある変化として捉えることが重要であるといわれている。^{15, 16)}糖尿病ケアにおいても同様であり、患者の変化を意味あるものとしてとらえられるか否かは看護師の臨床能力や看護観に関連すると考える。看護師が感じているケアによる効果として生じた患者の変化は、ケア介入をする看護師の意味のとらえ方が反映されるといえる。今後は看護師がとらえた手ごたえが臨床能力にどのように関与しているか

明らかにしていく必要がある。

本研究の結果である手ごたえは、ベナーによる看護師の「理解や知覚のあり方を変えるような臨床のエピソード」¹⁷⁾、つまり臨床知識と範例に言及していると考えられた。本研究では手ごたえを感じる事例の語りの中で看護師が自身の看護ケアを意味づけ、何が効果的なケアであったのか反省していた。

看護師がとらえている手ごたえの内容は、看護過程において患者の変化を見出し、対策を立ててケアを行っていくため視点として重要であると考ええる。

研究の限界と今後の展望

糖尿病患者の看護ケアの過程で起こった患者の変化や患者・看護師関係の変化が手ごたえの内容として明らかとなった。しかし、その手ごたえの内容としての患者の変化は看護師の認識からとらえられた手ごたえの内容、つまり意味ある患者の変化であり、これらの医療チームの評価指標の視点の有用性あるいは患者の自己評価の側面からの有効性は証明されていない。また、看護師の特性である経験年数、日本糖尿病療養指導士および糖尿病認定看護師の資格の有無による手ごたえの内容の特徴は明らかでない。

糖尿病ケアにおいて看護師がとらえている手ごたえの内容を看護師の臨床能力の発展の観点から、糖尿病ケア現場での評価視点のフィット性を加味し、手ごたえを得る認識の背景（看護観や信念、経験年数や資格の有無などの特性）を明らかにしていく必要がある。

結 論

1. 糖尿病ケアにおける看護師の手ごたえの内容として16サブカテゴリーからなる6カテゴリー、『ケアによるデータの改善』、『療養に意欲を持った取り組み』、『主体的な行動』、『ケアの継続性の希望』、『看護ケアの受け入れと行動・表情の変化』、『看護師とのよい関係性の変化』が見出された。

2. 看護師がとらえている手ごたえの内容は看護過程において患者の変化を見出し、対策を立ててケアを行っていくための視点として重要であり、糖尿病ケアの評価指標へつながる視点が考えられた。

3. 手ごたえとしての『看護師との良い関係性の変化』は、新たな患者の側面を発見し、強みを

見出していくために、糖尿病ケアにおいて重要な患者の見方の変換であると考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、快く承諾し、貴重な時間をさいてインタビューにご協力くださいました看護師の皆様に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 瀬戸奈津子, 道又元裕, 廣瀬千也子: 認定看護師による看護ケアの評価と課題, 看護, 58 (2), 66-75, 2006
- 2) 嶋森好子, 数馬恵子, 青木美智子, 他: 特別委員会「糖尿病に強い看護師育成支援委員会」活動報告, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 12 (2), 152-156, 2008
- 3) 石井均: 第3章糖尿病, 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎他編集, 臨床のためのQOL評価ハンドブック, 医学書院, 70-79, 東京, 2001
- 4) 清水安子, 黒田久美子, 内海香子, 他: 糖尿病患者のセルフケア能力の要素の抽出-看護効果測定ツールの開発に向けて, 千葉看護学会誌, 11 (2), 23-30, 2005
- 5) Kathryn Mulcahy et al: テクニカルレビュー 糖尿病セルフマネジメント教育 コアアウトカム測定尺度, 看護研究, 37 (6), 457-482, 2004
- 6) 柴山大賀: 糖尿病自己管理教育のこれまでのevidenceと今後の課題, 日本慢性看護学会誌, 1 (1), 10-19, 2007
- 7) 東めぐみ: 糖尿病看護における熟練看護師のケアの分析, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 9 (2), 100-113, 2005
- 8) 瀬戸奈津子: 糖尿病看護における実践能力育成のための評価指標の開発(1) 実践能力の明確化と評価項目の抽出, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11 (2), 122-134, 2007
- 9) S.Vaughn: 定義, 井下理 監訳, グループインタビューの技法, 慶応義塾大学出版会, 6-10, 東京, 1999
- 10) 横田友紀, 菅野咲子, 多田純子, 他: 糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査, 糖尿病50 (12), 883-886, 2007
- 11) 油野聖子: 教育入院を体験した2型糖尿病患者の身体に対する感覚的な印象, 金沢大学大学院医学系研究科保健学科修士論文, 2008(未刊行)
- 12) 村角直子, 稲垣美智子, 早川千絵, 他: 看護

- 師がとらえた糖尿病患者の教育入院の効果－
糖尿病教育入院を経た患者の力－，金沢大学つ
るま保健学会誌，30（1），1－8，2006
- 13) 村上美華，梅木彰子，花田妙子：糖尿病患者
の自己管理を促進および阻害する要因，日本看
護研究学会雑誌，32（4），29－38，2009
- 14) 島内節：在宅ケアの評価と質改善，島内節，
友安直子，内田洋子 編集，在宅ケア アウト
カム評価と質改善の方法，医学書院，4－8，
東京，2002
- 15) 東めぐみ：看護師による患者サポートの有効
性，糖尿病ケアにおける看護効果 EB NURSI
NG，5（1），中山書店，32－38，東京，2005
- 16) 正木治恵：慢性疾患患者のセルフケア確立へ
向けての看護計画の立案と評価のポイント，臨
床看護，20（4），512－515，1994
- 17) Patricia Benner：第5段階 達人レベル（Ex
pert），伊部俊子 監訳，ベナー看護論，医学書
院，26－32，東京，2006

研究報告

新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性

The difficulties in clinical judgment that newcomer nurses experienced

平山 恵美子¹⁾, 北村 佳子¹⁾, 高田 昌美²⁾
橋爪 馨代²⁾, 馬場 直美²⁾

Emiko Hirayama¹⁾, Yoshiko Kitamura¹⁾, Masami Takada²⁾
Kayo Hashizume²⁾, Naomi Baba²⁾

¹⁾ 金沢医科大学看護学部, ²⁾ 金沢医科大学病院

¹⁾ Department of Nursing, Kanazawa Medical University

²⁾ Kanazawa Medical University Hospital

キーワード

新人看護師, 臨床判断, 困難性, 看護実践, 質的研究

はじめに

近年、わが国においては新人看護師のリアリティショックや離職の問題がクローズアップされている。その原因の一つとして、新人看護師の臨床実践能力と現場で求められる臨床実践能力のギャップの大きさが指摘されている¹⁾。そのため、臨床現場の多くは新人看護師の臨床実践能力育成に向け多大な労力を注ぎ教育訓練を行っている。

北陸地域のA病院においては、従来からプリセプター制度を取り入れ、新人看護師の技術習得を目的とした集合教育に年間73時間（都内医療施設院内集合教育時間の平均時間＝24.9時間¹⁾）をかけ取り組んでいる。さらに、2007年度より「1年次看護過程・事例検討会」を開催し、看護診断リスト・計画・実施を含んだケースレポートをもとにグループワークを通して看護の振り返りを行っている。しかし、新人看護師からは臨床実践能力に関して「判断に自信がない」、「判断できない、わからない」などの声が多く挙がっていた。研究者らは、この新人看護師の反応に疑問を持った。新人看護師へ教育プログラムを提供する前に、彼らが看護を遂行していく上でどのような臨床判断

の困難性を体験しているのかを彼らの立場からまずは理解する必要がある。それは、新人看護師への適切な教育・支援のために不可欠であると考ええる。

2005年～2010年間の医学中央雑誌において「新人看護師」をkey wordsに検索したところ3031件がヒットした。多くは、新人看護師の育成・プリセプター制度や看護技術、医療事故、ストレスなどに関する報告であった。その中で、臨床判断に関する研究は4件のみであった。そのうち、文献的研究が1件²⁾、新人看護師の看護実践の特徴に関するもの1件³⁾、思考構造の概念化が2件^{4), 5)}であった。新人看護師の体験から臨床判断をすることの困難性に焦点を当てた研究は見当たらなかった。

そこで本研究は、どのようなことが新人看護師の臨床判断をすることの困難性となっているのか、彼らの体験から明らかにすることを目的とした。本研究の結果は、新人看護師への適切な教育・支援の示唆を得ることに繋がると考える。

用語の操作的定義

本研究で用いる用語は以下のように定義する。

臨床判断：Corcoranの定義により「患者のデータ、臨床的な知識及び状況に関する情報が考慮され、認知的な熟考および直観的な過程によって患者ケアについて決定を下すこと」⁶⁾とした。

新人看護師：本研究においては「看護基礎教育終了後、病院へ就職し病棟勤務した1年以内の看護師」と定義した。

研究方法

1. 研究参加者

平成19年4月にA病院に就職し、かつ、平成20年1月実施の院内研修会（卒後10か月目）に参加した新人看護師57名（女性55名、男性2名）のうち、本研究の承諾が得られた29名（全員女性、回収率51%）。

2. 調査期間

平成20年1月から3月

3. データ収集方法

記述的調査法（集団型宿題調査）を用いた。質問内容は、ペナールによる「重要な臨床体験を記録するためのガイドライン」⁷⁾を参考に、研究者らが作成した体験談記載用紙（あなたが、看護の実践において色々と判断に困ったり悩んだり、また提供した後もそれで良かったのか疑問を感じたり、割り切れない思いを抱いたりしたことを一つ取り上げ、誰かに話したり物語りを書くようにご自由に記載して下さい）を使用し、実際新人看護師が臨床判断をすることの困難性とはどのような体験なのかを自由に記載してもらった。記載後、期日までに看護部に設置する投入箱に添付の封筒に入れて投函してもらった。

4. 分析方法

分析は、質的研究手法⁸⁻¹¹⁾を用いた。データを分析するにあたっては、信頼性と妥当性を高めるために研究者全員が合意に達するまで検討を重ねた。分析の流れは以下の通りである。

1) 研究者ら5名で、質問紙より研究テーマである「新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性」に関連する文脈を抽出した。この時、前後の文脈の流れや新人看護師の体験全体と関連付けながら、抽出された1つの文脈を1つのデータとした。

2) 次にデータの意味を解釈し、他のデータとの関連性を見ながら意味が類似しているものを集めコード化を行った。また、データが複数集まら

なければそのデータは有効でないと判断した。

3) さらに、生成された複数のコード間の関連性を吟味しつつ、データに立ち返りながら包括的にまとめ、カテゴリーを生成した。

4) 生成されたカテゴリーと他のカテゴリーやコードとの関係を個々のカテゴリー毎に検討し、名称の修正変更を行った後、結果の図式化を行った。

5) これらの分析プロセスの中で現象の抽象化を進め、どのようなことが新人看護師の臨床判断をすることの困難性となっているのか明らかにしていった。

5. 倫理的配慮

調査依頼に際して、A病院看護部長に研究の主旨を説明し承諾を得た。対象者には研究の主旨および調査内容に関しては、プライバシーが守られること、研究の参加不参加は自由であること、承諾の後でも中断が可能であること、結果は研究目的以外には使用されないことなどを口頭及び文章で説明した。なお、看護部に設置する投入箱への投函によって研究参加の同意とした。

結 果

分析の結果、本研究のテーマに関係する5個のカテゴリーと16個のコードが生成された（表1）。以下に、ストーリーラインと結果の図式（図1）を提示する。カテゴリーは【 】、コードは< >で示す。

ストーリーライン

新人看護師が臨床判断をすることの困難性には、平常時であっても手一杯な状況であるということが根底にあった。新人看護師にとっての平常時とは平日の日勤帯の通常業務を指しており、それを彼らはきわめて困難だが時間をかけたり努力したりした結果、なんとかマニュアルに沿ってこなしていた。新人看護師は、<忙しい時間帯の無理な要望>、<手薄な状況下での患者の急変>が起ると、直ちに手一杯な状況から【多忙】となり、他のことができない状態となるため、【焦り】と同時に思考・判断の困難に陥っていた。そしてまた、【想定外の困難な出来事】、【対応に苦慮する患者】の存在も、マニュアルに沿って何とか看護を実践している新人看護師にとっては、対応の手がかりを見出すことができないため、進まない業務と【焦り】を生み出し、思考・判断の困難へとつながっていた。一方、患者のニーズ・希望などの対応や患者の苦痛緩和に関しては注意を向

表1 「新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性」のカテゴリー、コード一覧

カテゴリー	コード
多忙	忙しい時間帯の無理な要望 手薄な状況下での患者の急変
焦り	頻回な訴えで進まない業務 頻回な訴えや業務に追われて生じる焦り
対応に苦慮する患者	複雑な病態のある患者 理不尽な反応を示す患者 苦渋な思いの中にいる患者 自分を上回る知識や技量を持つ患者 ケアを拒否する患者 看護師を攻撃する患者
想定外の困難な出来事	現場を見ていない苦情への対応 自分の判断と病棟の規則とのずれ 性的行為を迫る患者の存在
決められない優先順位	患者への対応が多忙な業務の遂行かの選択の苦慮 生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ 治療上の必要性和患者の苦痛緩和とのずれ

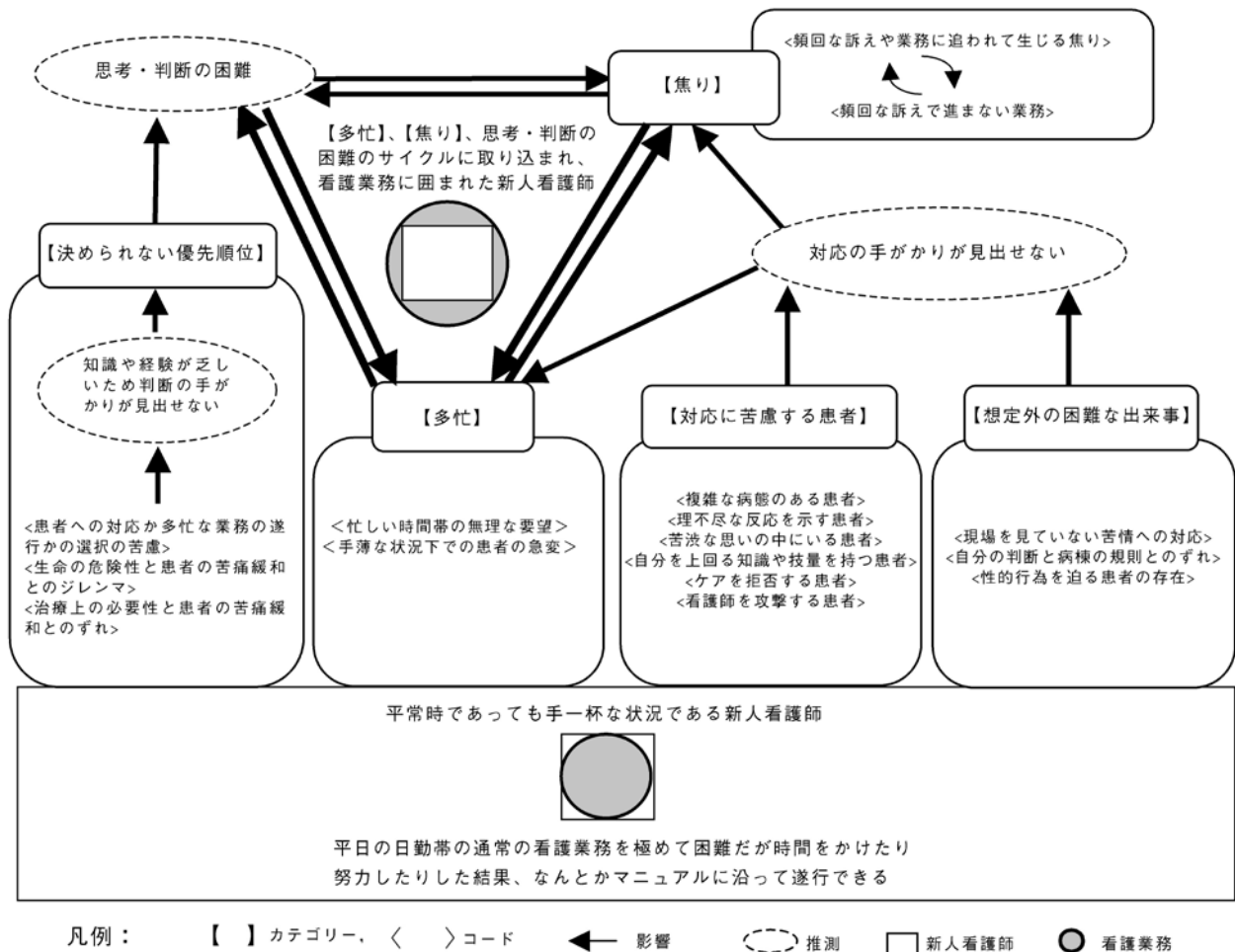


図1 結果の図式「新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性」

け、なんとか対応したいと努力をしていた。しかし、知識や経験が乏しいためにどちらを優先したらよいのか、その手がかりが見出せず【決められない優先順位】という葛藤を抱え、思考・判断の困難から、【焦り】、【多忙】へと連鎖していた。

新人看護師が臨床判断をすることの困難性には平常時であっても手一杯な状況であるということが根底にあるため、【多忙】、【焦り】、【決められない優先順位】のいずれかを体験すると思考・判断の困難を招き、それがまた【多忙】、【焦り】につながるというサイクルに取り込まれ、看護業務に囲まれる状況になっていた。新人看護師は、この状況自体を自らの臨床判断をすることの困難性と捉えていた。

以下、カテゴリー毎にコードと記述を提示しながら説明する。記載用紙に記述された言葉は、「斜体文字」で示す。なお、記述内容はなるべくそのままの形で挿入したが分かりにくい箇所は、（ ）の中に言葉を補い、・・・は中略、また紙面の関係で直接関係のないと考えられる箇所は省いた。

各カテゴリーの説明

1. 【多忙】

定義：自分がしなければならない仕事が沢山あるために他の事が出来ない。

【多忙】のコードは、＜忙しい時間帯の無理な要望＞と＜手薄な状況下での患者の急変＞であった。

＜忙しい時間帯の無理な要望＞では、新人看護師は夜間帯や早朝、休日の日勤帯をそれだけで忙しいと捉えていた。そのような忙しい時に、患者から不安を訴えられたり、特に緊急性の高くない身の回りの世話を頻回に要求されたりすると、新人看護師は他のことができなくなり、業務の滞りへとつながっていた。そして次第に時間に追われ、【焦り】、気がせいて落ち着きを失うと感じていた。ある新人看護師は、「・・・夜勤業務の朝の忙しい時間帯、シーツを伸ばして欲しい、枕を動かしてほしいといった、それほど優先度の高くない依頼を何度もされる患者さんがいた」と記述していた。別の新人看護師は「(人数配置が少ない時間帯に) 病室に行くが、気がせいて(戸口で、) また来ます、安心してください、と声はかけるが、なかなか病室へは入れなかった」と記述していた。

＜手薄な状況下での患者の急変＞では、「日曜日の日勤に出勤した時、数人の患者さんが同じ時

間帯に急変した」という記述があった。平日に比べてスタッフ数が少ない、休日の日勤帯に患者の急変が生じるとそれに対応を余儀なくされるため、＜忙しい時間帯の無理な要望＞と同様に、新人看護師は他のことができなくなり、業務の滞りへとつながっていた。

つまり、新人看護師にとっての平常時とは、平日の日勤帯の通常業務のみを指していることが伺える。

2. 【焦り】

定義：しなければならない沢山の業務が思い通りに運ばず、落ち着きを失う。

【焦り】のコードは、＜頻回な訴えで進まない業務＞と＜頻回な訴えや業務に追われて生じる焦り＞であった。

新人看護師は忙しい時間帯に頻回なナースコールがあると、自身に責任分担されていた業務が進まず、また業務に追われると自分自身の気持ちに余裕がなくなり患者の訴えをじっくり聞くことができないなど落ち着いて考えたり行動したりすることができなくなるという悪循環を認知していた。

＜頻回な訴えで進まない業務＞では、新人看護師は頻回な訴えにその都度対応しているため、業務が時間通りに進まないという現実的な悩みを抱えていた。たとえば、「1人にしないでという患者の訴えを聞き、そばに付き添っていたが自分の仕事をしなければいけないため、席を外した」や「ウーゴ君をつけると意図的にひもを引っ張り、何度もナースコールを鳴らし、そのたびに訪室していたので、その他の業務が遅れていってとても困った」という記述があった。

一方、＜頻回な訴えや業務に追われて生じる焦り＞では、「業務に追われると(自分に) 余裕がなくなり、患者の話が聞けなくなってしまう患者の訴えもじっくり聞くことができなかった」と記述されていた。

3. 【対応に苦慮する患者】

定義：どのように対応したらよいかわからず、考え悩み、思い煩う患者の存在。

このカテゴリーは、病気そのものに関する事柄やケアを拒否する患者、看護師を攻撃する患者、苦渋の中にいる患者など最も多岐に渡っており40記述であった。多くの新人看護師は対応に苦慮する患者の存在自体が臨床判断をすることの困難性と捉えていた。この特徴に示されたコードは、＜複雑な病態のある患者＞、＜理不尽な反応を示す患者＞、＜苦渋な思いの中にいる患者＞、＜自

分を上回る知識や技量を持つ患者>、<ケアを拒否する患者>、<看護師を攻撃する患者>であった。

<複雑な病態のある患者>では、主に患者の身体面に注目が集まっており、ケアや処置を講じていても症状が改善しない患者への対応に苦慮していた。たとえば「夜勤帯のときに痛みを訴えてくる患者がいて鎮静剤などを使用し、疼痛コントロールを行った。しかし、痛みの訴えは続き(自分は)どうすることもできなかった」と記述していた。また、医学的知識が狭いため「脳梗塞で左上下肢不全麻痺の患者さん」の存在自体が臨床判断をすることの困難性と捉えていた。

<理不尽な反応を示す患者>では、患者―看護師関係に焦点が当たっており、新人看護師は主に患者の言葉のみに反応し、全体的状況の把握には至っていなかった。たとえば「(鎮痛剤を使用しても痛みを訴える)患者にも夜間であるため静かにするよう説明するも理解してもらえなかった」や「(洗髪不可の)必要性を本人に説明し、理解されているが、なお訴えてくる患者に対し判断に困った」と記述されていた。

<苦渋な思いの中にいる患者>では、新人看護師は患者の立場に身を置く姿勢から以下のように記述していた。「(脳梗塞で左上下肢不全麻痺の)患者さんが菌を食いしばりながら、左手を叩いている姿を見て、どんな言葉かけをしたらいいのかわからなかった」、「運動性失語もあり、うまく思っていることを伝えられず、イライラしていることが多かった」と記述していた。

<自分を上回る知識や技量を持つ患者>では、新人看護師は、自分自身の能力の不十分さを実感させられていた。ある看護師は、「母親が付添っている小児を受け持った。その母は、元看護師でした。・・・」と記述しており、家族に元医療従事者がいることだけで気おくれしている様子が伺えた。また、別の看護師は、「教科書に載っていないことを聞かれるので、とてもびっくりして怖いと思った」と記述していた。

<ケアを拒否する患者>では、「転倒の危険があるので、ナースコール指導や夜間ウーゴ君の使用を進めるが、ナースコールは押すことなく、また体動コールも強く拒否された」や「ある夜勤の日、患者はトイレへ行った際、転んでしまい、頭部は打たなかったが、膝、腕をぶつけた。その際も、『いい!いい!』と怒鳴るなどあり、なかなか看護師の手を借りたくないという様子で拒否が

強かった」と記述されていた。新人看護師は必要なケアへの理解を示さない患者に対して、自己の立場を守る意味からも何としてでもケアを受け入れてもらわねばと思い働きかけている様子が伺われた。

<看護師を攻撃する患者>では、<理不尽な反応を示す患者>と同様、患者―看護師関係に焦点が当たっていた。新人看護師は、患者が看護師に怒りをぶつけてくる理由が把握できずどのように対応すればよいかかわからないと感じていた。たとえば、ある看護師は「ある患者は、身体的苦痛がある時はもちろんのこと、普段の何気ない会話でもいつも(どのナースに対しても)攻撃的に話す。身体的に気になることがあれば、その状態を聞くと怒る。症状を医師に伝えろと(言って)怒る。医師に伝えても毎日毎日同じことでナースを怒る」や「入院期間が長くなるほど、患者のストレスもたまり、ナースと話している時にナースが間食について注意したり、内服確認を行うと『うるさい』や『そんな自分でできる』などと怒り口調で訴えてくる」という記述がみられた。

4. 【想定外の困難な出来事】

定義：自分がこれまでどう対処するか考えたり決めたりするにあたって基としてきたマニュアルや経験が全く機能せず、思いもつかない出来事に直面する。

【想定外の困難な出来事】のコードは、<現場を見ていない苦情への対応>、<自分の判断と病棟の規則とのずれ>、<性的行為を迫る患者の存在>であった。

<現場を見ていない苦情への対応>では、たとえば「患者Bさんが多目的トイレから出てきた。入れかわりに患者Aさんと一緒に多目的トイレに入ると喫煙臭がした。患者Aさんに『この間も煙草の匂いがしたよ。入院中にそんなことしていいの?』と言われ・・・清掃業者からは『ゴミ箱に吸殻があったんだけど、どうなっているの?』と言われた。患者Bさんは禁煙外来を自己判断で中断している。・・・(チームに)報告する必要があるが、逆にチームのメンバー内で患者Bさんに対する意識、対応が変わってしまうのではないかと考えた。吸殻がゴミ箱に入っていることに対して、患者Bさんではないかもしれないのに、その人を疑ってしまう自分が駄目だと思った」という記述があった。新人看護師は、苦情に対して適切に対処することを期待されていることは感じていたが状況下の手掛かりから推論できないため、判

断のよりどころが見いだせず、引け目を感じながらもチームに報告するという行動にとどまっていることが伺われる。

＜自分の判断と病棟の規則とのずれ＞では、新人看護師にとって容易に判断できたと思ったことですら病棟の決まりごとなどで否定され、自分が患者のためにと考えた判断よりも病棟の決まりごとの方が優先され、規則と異なる行為を通すことは簡単ではないと感じていた。たとえば「・・・私は、（患児の）母親に対し（患児と）一緒に入浴することをOKした。しかし、その後・・・（他のナースから一緒に入らないように）注意されたとの報告があり、私が勝手に判断してしまったために、母親にいやな思いをさせてしまったと思った」という記述がみられた。

＜性的行為を迫る患者の存在＞では、例えば「夜間に患者から腕をつかまれ、キスを迫られたこと。（そのような行為は）やめるよう説明し、注意した」と記述されていた。新人看護師は、患者の世話をすることは看護師の仕事であり患者も同じ思いでいると思っていた。しかし、仕事として評価されず性的なことを要求されたことは心外であり、悲しかったと感じていた。

5. 【決められない優先順位】

定義：両方同時に成立しない事柄のどちらを選ぶべきか悩むがどちらも選択できず、また何が先に何が後にくるかという順位も決められない。

【決められない優先順位】のコードは、＜患者への対応が多忙な業務の遂行かの選択の苦慮＞、＜生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ＞、＜治療上の必要性和患者の苦痛緩和とのずれ＞であった。

＜患者への対応が多忙な業務の遂行かの選択の苦慮＞では、新人看護師は、二者択一的な観点のため選択に苦慮し、加えて業務にも追われているため優先順位のつけ方がわからないと感じていた。ある看護師は「患者さんのことも心配だし、でも自分のやらなければならない仕事もたくさんあるため、そのことが葛藤していた。・・・」と記述していた。別の新人看護師は、「採血、排泄介助など他の業務で追われていて、その患者さんのナースコールにすぐ対応せず、後々行っていた。しかし、もしかしたら急変という可能性がないわけではないだろうし、自分の対応はよくなかったと思う。優先順位のつけ方が分からないことが多くあります」と記述していた。

＜生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレン

マ＞、＜治療上の必要性和患者の苦痛緩和とのずれ＞では、＜患者への対応が多忙な業務の遂行かの選択の苦慮＞と同様に、新人看護師は二者択一的な観点のためどちらも選択できない状況に陥っていた。

＜生命の危険性と患者の苦痛緩和とのジレンマ＞では、「・・・（24時間モニター心電図）電極の位置もはりかえていたが、皮膚に発赤があり、患者は痒みのため外してほしいと言った。突然死のリスクを考えたならば、外せないことは予測できたが（患者の苦痛を考慮し、主治医の許可を得、モニター心電図を外した。）患者からは『何人もの看護師に言ってきたが、あんたが初めてなんとかしてくれた』と言われた。しかし、私は（外した後）疾患の特徴から突然死が一番怖いし、24hEKGがなくなるということは、突然死の発見が遅れるのではないかと思った」という記述がみられた。ここからは、患者が苦痛を感じていることに思いを傾けながらも生命の危険性を危惧している新人看護師の姿が伺われる。

それに対し、＜治療上の必要性和患者の苦痛緩和とのずれ＞では、新人看護師は、たとえ患者の苦痛を伴う治療であってもそれがその患者にとって必要な治療であるということを意識している。意識しながらも患者が苦痛を感じていることに思いを傾けている新人看護師の様子が見られる。たとえば「私は患者（ラシックス、ソルダクトンやアルブミンを使用し腹水管理をしている）に『おしっこたくさん出で大変ですけどまたお薬入れていきますね』と説明した。患者は毎日頻回に排尿するが腹水のため、歩行困難であり、ずっとうんざりした顔をしていた。そして、『どうせ俺がこう言ってもするげんろ？患者より医者言うことを優先すれんろ』と言われた。患者に利尿剤の必要性和効果が現れてきていることを説明するが、『それはわかっとな。でもひどいんや』と言われ、私は患者が排尿の機会ごとに大変な思いをしていたことはわかっていたが、治療の効果と主治医の指示にばかり気をとられていたためそれは仕方がないと思っていた」という記述がみられた。

考 察

1. 臨床判断の困難性を抱える新人看護師の理解

本研究の結果からは、平常時の通常業務であっても、手一杯な状況の中にいる新人看護師の姿が見えてきた。参加者の一人は、「人数配置が少な

い時間帯に病室に行くが、気がせいで戸口で『また来ます。安心してください』と声はかけるが、なかなか病室へは入れなかった」と記述しており、患者を気に掛けながらも、ゆとりがないため、業務を滞りなく遂行することを最優先にせざるを得ない状況が伺える。つまり、新人看護師にとって平常時での業務は忙しいことが前提になっており、そのため、平常時にマニュアルに無いことが何か1つでも発生すると途端に【多忙】になり【焦り】、思考・判断の困難という悪循環に陥っていた。このことは、経験豊富な看護師が捉える平常時とは異なると考える。経験豊富な看護師にとって平常時とは、日常的であり慣れていることを含んでいるが、本研究の参加者らは平常時とは手一杯な状況を指しており、両者間での捉えの異なりが見てとれる。

新人看護師の臨床判断の特徴として、藤内らは「医学的知識の範囲が狭い、意味ある手がかりに気付かない、看護行為の選択肢が一つ、一部分を見て判断する」²⁾と報告している。確かに本研究の新人看護師も、「・・・(24時間モニター心電図)電極の位置もはりかえていたが、皮膚に発赤があり、患者は痒みのため外してほしいと言った。突然死のリスクを考えたならば、外せないことは予測できたが(患者の苦痛を考慮し、主治医の許可を得、モニター心電図を外した。)患者からは『何人もの看護師に言ってきたが、あんたが初めてなんとかしてくれた』と言われた。しかし、私は(外した後)疾患の特徴から突然死が一番怖いし、24hEKGがなくなるということは、突然死の発見が遅れるのではないかと思った」など患者のケアに対する知識や経験が乏しいため優先順位が決められないという葛藤を抱えていた。しかし、本研究の参加者らの臨床判断の重要な特徴は、“問題となる事象”そのものではなく、“それ以前の問題”として新人看護師自身の置かれている状況に関係している。ある参加者は「(人数配置が少ない時間帯に)病室に行くが、気がせいで(戸口で、)また来ます、安心してください、と声はかけるが、なかなか病室へは入れなかった」と記述していた。つまり、臨床判断そのものの困難性というより、臨床判断を行うことへの困難性であるといえる。

参加者らが平常時でも手一杯な状況の中にある理由の一つには、複数の患者を同時に受け持たなくてはならない事だと考える。看護基礎教育の場では、条件の整った環境下で一人の患者を受け持

ち、看護を展開するという学習を行ってきた。臨床現場では軽傷の人であっても複数の人を同時に看護していくため、新人看護師にとっては初めての経験でもあり大きな負担となる。そのため、通常業務に少しでも負荷がかかると、途端に「1人にしないでという患者の訴えを聞き、そばに付き添っていたが自分の仕事をしなければいけないため、席を外した」や「ウーゴ君をつけると意図的にひもを引っ張り、何度もナースコールを鳴らし、そのたびに訪室していたので、その他の業務が遅れていってとても困った」という声に繋がっているのではないだろうか。以上のことから、看護管理者、看護指導者、プリセプター、スタッフナース全員が、新人看護師の置かれている状況を彼らの身になり理解に努めることが大切であると考ええる。

2. 新人看護師への教育の方向性

ベナーは「看護管理者の新人看護師に対する評価は常に行動を共にするスタッフナースよりも低い」と指摘しており、「看護管理者は、意図的に新人看護師を肯定的に捉える必要があり、そのことが、新人看護師の成功につながる」¹⁴⁾と述べている。つまり、新人看護師の教育の方向として、各部署の管理者は、彼らの不十分さばかりに目を向けるのではなく、一人一人の良さに着目し、支援していくことが必要である。このことが、彼らに落ち着きと自信を与え、【多忙】、【焦り】、思考・判断の困難というサイクルに留まる時間を短くすることにつながると考える。

次に、前述した新人看護師への関わり方を基盤とした具体的な教育内容について検討する。新人看護師は状況に応じて柔軟に対応することが難しいと言われている^{12, 13)}。そのため、新人看護師の教育を行う場合、まずガイドラインに沿ってケアを実施できるか否かを見極めることが必要である。次に、ガイドラインに示されていない状況であっても対応することができるような訓練を取り入れることが求められる。現任教育では理論を使ってうまく現象を説明することがキャリアを証明するものとして捉えられがちであるが、それは実践能力とイコールにはならない^{14, 15)}。また、本研究の参加者からは、「患者さんのことも心配だし、でも自分のやらなければならない仕事もたくさんあるため葛藤する」や「優先順位の付け方がわからないことが多々ある」という声が多く聞かれた。新人看護師の臨床実践能力を育成するための具体的な方法としては、上記の場合、プリセプ

ターが新人看護師に状況の局面を指摘し、特徴的な局面に基づいて優先順位の決め方を指導していくことがあげられる¹⁶⁾。しかしこの場合には、プリセプターは、状況の主要点を自分と同じように新人看護師は察知できないということを忘れてはいけない。また、新人看護師ができるだけ経験豊富な看護師と一緒に患者のケアを行うことは看護技術上のことだけでなく、新人看護師にとって良いモデルを示すことになりうる。体験から得られた経験的知識は直観的判断の基礎となる。そのためにも経験豊富な中堅レベル以上の看護師への実践的知識を体現化する教育は必須である。

結 論

1. 分析の結果、新人看護師が体験する臨床判断をすることの困難性に関するカテゴリーとして、【多忙】、【焦り】、【対応に苦慮する患者】、【想定外の困難な出来事】、【決められない優先順位】が生成された。

2. 新人看護師の臨床判断をすることの困難性には、平常時であっても手一杯な状況であるということが根底にあった。新人看護師にとっての平常時とは、平日の日勤帯の通常業務を指しており、それを彼らはきわめて困難だが時間をかけたり努力したりした結果、なんとかマニュアルに沿ってこなしている状況であった。

3. 平常時でも手一杯な新人看護師が<忙しい時間帯の無理な要望>、<手薄な状況下での患者の急変>が一つでも起こると、直ちに手一杯な状況から【多忙】という状況になった。

4. 新人看護師は、【多忙】、【焦り】、【決められない優先順位】のいずれかを体験すると思考・判断の困難を招き、それがまた【多忙】、【焦り】に派生していた。また、【対応に苦慮する患者】、【想定外の困難な出来事】に直面すると対応の手がかりが見いだせないため【多忙】、【焦り】に派生していた。そして、【多忙】、【焦り】、思考・判断の困難のサイクルに取り込まれ、看護業務に囲まれていた。新人看護師は、この状況自体を自らの臨床判断をすることの困難性と捉えていた。

謝 辞

本調査に協力してくださったA病院看護部の皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究の一部を第35回日本看護研究学会学術集会にて発表した。

文 献

- 1) 井部俊子, 田裕子, 今井 恵, 他: 看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究, 平成10年度厚生省科学研究補助金(医療技術評価総合研究事業)研究報告書, 1998
- 2) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究, 日本職業・災害医学会会誌, 53(4), 213-219, 2005
- 3) 西田朋子: 看護系大学卒業直後の新卒看護師が行う看護実践 臨床判断および医療チームでの看護実践に焦点をあてて, 日本看護学教育学会誌, 16(2), 1-12, 2006
- 4) 藤内美保, 宮腰由紀子, 安東和代: 看護師の臨床判断プロセスの概念化 健康歴聴取場面におけるケア決定までの判断, 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 29-37, 2008
- 5) 木村美恵: 看護の臨床判断における「クリティカルシンキング」の概念とその構造, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究収録, 33, 201-208, 2008
- 6) Sheila A. Corcoran: 看護におけるClinical Judgementの基本概念, 看護研究, 23(4), 4-5, 1990
- 7) Patricia Benner: 付録 重要な臨床体験を記録するためのガイドライン, 井部俊子訳, ベナール 看護論 新訳版 初心者から達人へ, 医学書院, 257-259, 2005
- 8) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂, 144-208, 2003
- 9) Anselm Strauss, Juliet Corbin: 操華子, 森岡崇訳, Basics of Qualitative Research 質的研究の基礎 グラウンデッドセオリーの技法と手順(第2版), 医学書院, 91-126, 2004
- 10) 山本則子, 萱間真美, 太田喜久子, 他: グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス, 弘光堂, 60-78, 2002
- 11) Immy Holloway, Stephanie Wheeler: 野口美和子監訳, Qualitative Research for Nurses ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで(第1版), 医学書院, 56-75, 2004
- 12) Patricia Benner: 照林社編集部編, エキスパートナースになるためのキャリア開発 Pベナール博士のナラティブ法とエラー防止, 照林社, 11, 2003
- 13) 上泉和子: 臨床能力の評価方法Part 1 看護婦のキャリア開発, Nursing Today, 9(4),

45-56, 1994

14) 上泉和子：プリセプターシップ，日本看護学
教育学会誌， 7（3），87-92, 1997

15) 上泉和子：新人オリエンテーションとしての

プリセプターシップ再考，看護管理， 8（7），
530-535, 1998

16) 鈴木まち子，加瀬イツ：柔軟な対応で効果を
生む，看護管理， 8（7），510-515, 1998

研究報告

高齢者施設における看護・介護管理者のスタッフの 職業性腰痛に対する問題意識と対策

Managerial cognition to the staffs' occupational low back pain and the
preventive measures in long-term care facilities

辻口 彩乃¹⁾, 正源寺 美穂²⁾, 井村 亜希³⁾
佐藤 啓子³⁾, 長谷川 佳菜³⁾, 横山 佳奈恵³⁾
戸田 喜久⁴⁾, 平松 知子²⁾, 泉 キヨ子²⁾

Ayano Tsujiguchi¹⁾, Miho Shogenji²⁾, Aki Imura³⁾
Keiko Sato³⁾, Kana Hasegawa³⁾, Kanae Yokoyama³⁾
Yoshihisa Toda⁴⁾, Tomoko Hiramatsu²⁾, Kiyoko Izumi²⁾

¹⁾ 金沢大学大学院医学系研究科, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系
³⁾ 金沢大学附属病院, ⁴⁾ 金沢医療センター

キーワード

腰痛, 高齢者施設, 看護・介護管理者, 予防対策, 問題意識

要 旨

本研究の目的は、高齢者施設における看護・介護スタッフの職業性腰痛に対する看護・介護管理者の問題意識、および組織的な腰痛予防対策を明らかにすることである。対象は、北陸3県にある医療・介護療養病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの看護・介護スタッフの管理者29人である。方法は、構造化面接調査を行い、職業性腰痛に対する問題意識の有無とその内容、腰痛予防教育実施の有無とその内容、腰痛保護ベルトの紹介実施の有無とその方法について、記述的に分析を行った。また、施設が所有している移乗支援機器の種類と台数、ベッドの種類と台数は、量的に施設別で記述的に分析を行った。その結果、どの施設における管理者であっても80%以上が職業性腰痛に対する問題意識をもち、理由として「腰痛が原因で欠勤・離職につながる」が多かった。また対策として、腰痛予防教育は、どの施設でも、50%以上の割合で、実施されていた。なお、腰痛保護ベルトの紹介は療養病床75.0%、老健28.6%、特養16.7%の施設で行われており、電動で高さ調節できるベッドの総ベッド台数は、療養病床32.9%、老健49.5%、特養85.3%と、これらの項目においては、施設による違いがみられた。以上より、管理者が看護・介護スタッフの職業性腰痛を定期的に把握し、スタッフ個人ではなく組織的な腰痛予防対策につなげていくため、教育内容や移乗支援機器の活用状況を継続的に評価し、検証を深める必要性が示唆された。

はじめに

近年、日本人の平均寿命は伸び続け、65歳以上の総人口に占める割合は平成17年（2005年）20.2%から平成25年（2025年）30.5%まで増加すると予想されている¹⁾。この急速な高齢化に伴い高齢者の医療・介護への社会的需要が高まり、高齢者が治療・療養することを目的とした施設の数、および入居高齢者の平均要介護度は増加傾向にある。高齢者が治療・療養する施設として代表的なものとして、病院の療養病床や介護療養型医療施設（以下、療養病床とする）、介護老人保健施設（以下、老健とする）、特別養護老人ホーム（以下、特養とする）などがある。入居高齢者の要介護度は、家庭復帰のためのリハビリテーションを担う老健に比べ、医療依存度が高い療養病床や生活全般の介護を担う特養が高い。そのため施設により高齢者のケアに携わる看護・介護スタッフ（以下、スタッフとする）のケアに伴う心身負担は異なると考えられる。

一方、高齢者のケアに携わる看護・介護スタッフ（以下、スタッフとする）の職業性腰痛が問題となっている。スタッフの腰痛有訴率は約5－8割と高く、休職や離職につながり深刻化している^{2,3)}。先行研究より、中腰や持ち上げなどの作業姿勢^{4,5)}が影響要因として指摘され、対策としてベッドの高さ調節⁶⁾や移乗介助を支援する福祉用具⁷⁾（以下、移乗支援機器とする）による腰部負担軽減が明らかにされてきた。また、「介護労働者設備等整備モデル奨励金」が導入され、移乗支援機器の導入が推奨されている（厚生労働省、2009）。これらは労働環境の問題であり、施設における管理者の視点が重要であると考えられる。しかし、スタッフの職業性腰痛を管理上の観点からとらえた研究は少ない。このため、高齢者施設における看護・介護スタッフの管理者（以下、管理者とする）の職業性腰痛に対する問題意識や組織的な対策を捉えることで、スタッフ個人の取り組みだけでは困難な労働環境や労働態様の改善につながるのではないかと考えた。

そこで本研究の目的は、管理者のスタッフの職業性腰痛に対する問題意識、および組織的な腰痛予防対策を明らかにすることである。

用語の定義

1. 職業性腰痛：職業性危険因子で発症し、労働環境、労働態様の改善によって減少する腰痛⁸⁾であり、痛みの程度、頻度にかかわらず腰部にだ

るさや痛みを生じたもので月経痛を除くもの

2. 看護・介護スタッフ：日勤帯・夜勤帯の両方に勤務している看護師、准看護師、介護福祉士、ヘルパー、その他のケア実施者

研究方法

1. 対象

高齢者の療養・治療を目的とした高齢者施設として、北陸3県のI県K市を中心に療養病床、老健、特養における看護・介護スタッフの管理者を対象者とした。選定方法は、看護・介護スタッフのうち看護師の割合が多い療養病床を中心に、電話帳に記載されている療養病床、老健、特養（計44施設）に電話し、研究協力を依頼した。その結果、同意の得られた管理者を対象者とした。

2. 調査期間

2008年9月～11月

3. 調査項目および収集方法

事前に対象者に把握したい調査項目を直接手渡しし、後日研究者2名が面接を行った。なお、承諾を得られた場合はテープレコーダーに録音した。調査項目は、①スタッフの腰痛に対する管理者の問題意識の有無とその内容、②腰痛をもつスタッフの把握実施の有無とその方法、③腰痛予防教育の実施の有無とその内容、腰痛予防教育を実施していない理由④腰痛保護ベルトの紹介実施の有無とその方法、⑤所有している移乗支援機器の種類と台数、⑥所有しているベッドの種類と台数についてであった。

4. 分析方法

スタッフの職業性腰痛に対する管理者の問題意識の有無、腰痛をもつスタッフの把握実施の有無、腰痛予防教育の実施の有無、腰痛保護ベルトの紹介実施の有無、所有している移乗支援機器の種類と台数、所有しているベッドの種類と台数については単純集計を行い、施設別に記述した。また、自由回答で得られた、スタッフの腰痛に対する管理者の問題意識の内容、腰痛をもつスタッフの把握方法、腰痛予防教育の内容、腰痛予防教育を実施していない理由、腰痛保護ベルトの紹介方法については、3つの施設を通して類似した内容に分類した。

5. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理委員会の承認を得て行った（承認番号158）。対象者のプライバシー保護に配慮し、面接は個室で行った。また、参加拒否権を保証し署名によって同意を得た上で行っ

た。データは個人・従事施設が特定できないように匿名化を行い厳重に保管し、研究目的以外に使用せず公表は学内外の発表や学術論文への投稿に用いることの了解を得た。

結 果

1. 対象者の概要

北陸3県の高齢者施設のうち、療養病床、老健、特養29施設の管理者29人とした。施設の内訳は、療養病床16施設（最小44－最大492床）、老健7施設（91－230床）、特養6施設（50－120床）であった。管理者の役職は、看護部長（総師長）17人、看護師長（科長、係長）6人、介護部長（師長）3人、介護主任2人であった。なお特養6施設中、介護部長（師長）・介護主任5人と介護職の管理者であった。

2. 管理者のスタッフの職業性腰痛に対する問題意識

スタッフの職業性腰痛に対して「問題意識をもっている」と答えた管理者は、療養病床13人（81.3%）、老健7人（100.0%）、特養5人（83.3%）であった（表1）。問題意識の内容は、「腰痛が原因で欠勤・離職につながる」が14人（58.3%）と多く、次いで「スタッフが腰痛予防対策をとらない」

5人（20.8%）、「利用者へのケアに影響が出る」、「組織的な教育や環境改善が必要である」であった（表2）。また、問題意識の内容に施設による差はなかった。

スタッフの腰痛を把握している管理者は、療養病床10人（62.5%）、老健4人（57.1%）、特養4人（66.7%）であった（表1）。把握する方法として、「師長や主任などの管理者からの報告」が、8人（34.8%）と多く、次いで「直接本人の訴えを聞く」、「健康診断時」、「現場スタッフとの日常会話」「腰痛バンドの半額補助申請書類から」であった。また、把握する方法に施設による差はなかった。

3. 組織的な腰痛予防対策

腰痛予防教育を「実施している」と答えた管理者は、療養病床9人（56.3%）、老健4人（57.1%）、特養3人（50.0%）であった（表3）。腰痛予防教育の内容は、「介護技術の実地を含めた勉強会」が、14人（60.8%）と最も多く、次いで「腰痛のしくみについての講義」、「福祉用具の学習会」であった（表4）。一方、腰痛予防教育を実施していない理由として、「スタッフの主体性に任せていて、管理の範囲ではないから」、「管理者に腰痛予防知識がないので実施できないから」、「他に優

表1 腰痛に対する問題意識と把握の有無

		人（%）		
		療養病床 n = 16	老健 n = 7	特養 n = 6
問題意識をもっている	はい	13 (81.3)	7 (100.0)	5 (83.3)
	いいえ	3 (18.8)	0 (0.0)	1 (16.7)
腰痛をもつスタッフの把握を行っている	はい	10 (62.5)	4 (57.1)	4 (66.7)
	いいえ	6 (37.5)	3 (42.9)	2 (33.3)

表2 問題意識の内容*

		n = 25
内 容	人（%）	
1. 腰痛が原因で欠勤・離職につながる ・勤務のローテーションや内容の変更をしなければならない ・仕事に支障が出て、離職や人員の不足になる ・有訴者がすごく多いことから、業務内容がハードなのではないかと思う	14 (58.3)	
2. スタッフが腰痛予防対策をとらない ・一人で行ったり、福祉用具を使う時間を惜しんで、マンパワーに頼ってしまう ・腰痛が当たり前になってしまう	5 (20.8)	
3. 利用者へのケアに影響がでる ・患者へのケアの低下が生まれる ・スタッフにも利用者にも支障 ・腰をかばうことによって行動制限をすることによって利用者とのコミュニケーションの不足が生まれる	3 (12.5)	
4. 組織的な教育や環境改善が必要である ・新採用時の研修をもっと重視したい ・施設のハード面での改良が望ましい	2 (8.4)	

* 複数回答

先すべきことがあるから」があげられた。

腰痛保護ベルトの紹介を「行っている」と答えた管理者は、療養病床12人（75.0％）に対して、老健2人（28.6％）、特養1人（16.7％）と少なかった（表3）。紹介する方法として、「サンプルやパンフレットの展示」が9人（42.9％）と多く、次いで「受診して処方してもらうよう勧める」、「口頭による紹介」、「施設側からの支給、あるいは購入代金の補助」があげられた（表5）。また、腰痛保護ベルトの紹介方法については、施設による差はなかった。

移乗支援機器として、動力を使い持ち上げ・移動を行うリフターは、天井走行式が療養病床1施設（2台）、老健1施設（1台）であり、床走行式が療養病床2施設（2台）であった。また、ベッドと車椅子間をボード上で滑らせるトランスファーボードは、療養病床4施設（10枚）、老健3施設（3枚）が所有していた（表6）。

施設の総ベッド台数における電動調節可能なベッドの占める割合は、特養424台（85.3％）が多く、老健465台（49.5％）、療養病床865台（32.9％）であった（表7）。療養病床は、手動調節可能なベッドが991台（37.6％）と電動調節より割合が多かった。一方、高さ調節不可能なベッドは、療養病床で761台（28.9％）、老健で264台（28.1％）であった。

表3 腰痛予防教育とベルトの紹介の有無

		人（％）		
		療養病床 n = 16	老健 n = 7	特養 n = 6
腰痛予防教育を実施している	はい	9 (56.3)	4 (57.1)	3 (50.0)
	いいえ	7 (43.8)	3 (42.9)	3 (50.1)
腰痛保護ベルトの紹介を行っている	はい	12 (75.0)	2 (28.6)	1 (16.7)
	いいえ	4 (25.0)	5 (71.4)	5 (83.3)

表4 腰痛予防教育の内容*

		n = 16
内 容	人（％）	
1. 介護技術の実地を含めた勉強会 ・ 移乗介助 ・ オムツ交換の技術 ・ ボディーメカニクス、古武術 ・ 腰痛体操	14 (60.8)	
2. 腰痛のしくみについての講義 ・ 柔道整復師による骨のメカニズムの講義 ・ 理学療法士、医師による腰痛の原因や腰痛のメカニズム	6 (26.1)	
3. 福祉用具の学習会 ・ 情報プラザや業者による福祉用具の体験 ・ 機器の使用方法的説明	3 (13.1)	

* 複数回答

表5 腰痛保護ベルトの紹介方法*

		n = 15
内 容	人（％）	
1. サンプルやパンフレットの展示 ・ 業者からのパンフレットや見本が病棟に回っている ・ サンプルが総看護部長室にあり、見ることができる ・ 採用時健診時に、ベルトの見本を見せて、装着してみせて推奨している	9 (42.9)	
2. 受診して処方してもらうよう勧める ・ 腰痛の症状があれば外来受診で必要であれば処方	5 (23.8)	
3. 口頭による紹介 ・ 職員がお互いに医師により勧められたベルトを紹介しあう ・ 口頭によるベルトの紹介を行う	4 (19.0)	
4. 施設側からの支給、あるいは購入代金の補助 ・ 新採用のケアスタッフには採用時に全員にベルトを配布している ・ ベルト購入代金を半額補助している ・ 採用時健診時に、ベルトの見本を見せて、装着してみせて推奨 ・ ベルトは全員支給。ベルトは受診してもらってくる	3 (14.3)	

* 複数回答

表6 移乗支援機器所有施設数

	施設数 (所有台数)		
	療養病床 n = 16	老健 n = 7	特養 n = 6
天井走行式リフター	1 (2)	1 (1)	0 (0)
床走行式リフター	2 (2)	0 (0)	0 (0)
トランスファーボード	4 (10)	3 (3)	0 (0)

考 察

1. 管理者のスタッフの職業性腰痛に対する問題意識について

管理者の80%以上がスタッフの職業性腰痛に問題意識を持っており、「腰痛が原因で欠勤・離職につながる」という内容が14人(56%)と多かった。先行研究では、特養の介護業務責任者の約70%が問題意識を持ち、スタッフの休職・離職を懸念していることが報告されている⁹⁾。本研究より療養病床、老健も同様の結果であり、管理者にとってスタッフの腰痛問題は、人員不足につながる重要事項であると考えられる。腰痛の健康診断について、「職場における腰痛予防対策指針」(厚生労働省, 1994)では、腰部に著しい負担のかかる作業に常時従事している介護者に対して、配置前とその後6ヶ月以内ごとに実施することが示されている¹⁰⁾。しかし、本結果より管理者は、腰痛をもつスタッフの把握は、約60%しか行っておらず、自己申告など曖昧な方法であった。イギリスやオーストラリアではスタッフの腰痛に対して定期的な申告を義務付けるなど法的な腰痛予防対策が取り入れられているのに対し、日本では管理方法が確立されていない。そのため、各施設に腰痛予防対策が任されており、有効な対策につながりにくいと考ええる。

一方、「スタッフが腰痛予防対策をとらない」という内容が5人(20%)だった。先行研究では、夜勤帯の排泄介助においてスタッフが腰部に過度な負担がかかる前傾や前屈、腰をひねる姿勢を繰り返すことが報告されている¹¹⁾。こうした作業による腰部負担を軽減する対策として、適宜休憩を取る、他の作業と組み合わせるなど同一姿勢を続けないことが考えられる。そのため管理者には、スタッフ個人に過度な負担がかからぬよう複数介助や休憩のとれる勤務体制作りなど労働環境や労働態様の改善が求められる。以上より、管理者が今後スタッフの腰痛を定期的に把握し、組織的な腰痛予防対策を図る必要性が示唆された。

表7 施設別のベッドの台数とその内訳

	台数 (%)		
	療養病床 n = 16	老健 n = 7	特養 n = 6
施設の総ベッド台数	2633	940	497
電動調節	865 (32.9)	465 (49.5)	424 (85.3)
手動調節	991 (37.6)	191 (20.3)	65 (13.1)
高さ調節不可能	761 (28.9)	264 (28.1)	6 (1.2)
畳または布団	16 (0.6)	20 (2.0)	2 (0.4)

2. 高齢者施設における腰痛予防対策について
どの施設でも50%以上が、腰痛予防教育を実施しており、その内容としては、「介護技術の実地を含めた勉強会」が多かった。また、腰痛保護ベルトの紹介は、療養病床75.0%に対して、老健28.6%、特養16.7%と少なく、施設により違いがあった。先行研究より、ボディメカニクスに基づく介助方法や移乗支援機器の利用が腰部負担を軽減することが報告されている^{7, 12)}。本結果から腰痛予防教育として「介護技術の実地を含めた勉強会」が多かったことから、腰痛保護ベルトの紹介よりもスタッフ個々の腰痛予防に関する知識や技術を高める方法が積極的に取り組まれていると考えられる。しかし、腰痛体操や運動などは、時間不足や方法・効果が実感できず継続が困難¹³⁾との報告もあり、教育内容や腰痛保護ベルトをケア時にどのように活用しているか、腰部負担の軽減効果などを継続的に調査し、より有効な腰痛予防対策を確立していく必要があると考える。

移乗支援機器の所有については、どの施設でも所有台数が少なかった。先行研究ではリフターに関して、使用時に乗り降りに手間がかかり、落下の危険性を感じるため使用割合が低かったと報告されている^{14, 15)}。そのため移乗支援機器を導入するだけではなく、スタッフが安心して積極的に使用できるような教育も必要であると考ええる。一方、電動調節可能なベッドの割合は特養が85.3%と、療養病床32.9%、老健49.5%に比べて高かった。特養では、終の住みかとする入居高齢者も多く、日常生活上の世話を必要とするため、医療依存度が高く治療が優先される療養病床などに比べて、可動性に優れた電動ベッドが用いられるのではないかと考える。しかし、スタッフがケア時に実際ベッド昇降する施設は約1割にすぎない¹⁶⁾との報告もあり、今後は実際の電動調節の活用状況を把握し、腰痛予防をスタッフ個人に推奨するだけでなく、組織的に腰痛をもつスタッフを支援し、効果的な腰痛予防対策を精選していく必要性が示唆された。

研究の限界と今後の課題

今回の研究では、対象とした施設が1地域の少ない施設であり、施設の特徴を明らかにすることができなかった。今後は対象施設の数を増やすとともに、それぞれの施設の平均介護度とその対策との比較を行い、より施設の特徴に効果的な対策を精選していくことが必要であると考え。また、導入されている支援機器類の活用度や、実践されている腰痛予防教育などの組織的な取り組みの現場での活用度やその効果を検討することも必要であると考え。

結 論

1. スタッフの職業性腰痛に対して問題意識をもつ管理者はどの施設でも80%以上であり、「腰痛が原因で欠勤・離職につながる」という内容が最も多かった。

2. 組織的な腰痛予防対策として、腰痛予防教育がどの施設でも、50%以上の施設で、行われており、その内容は、「介護技術の実地を含めた勉強会」、「腰痛のしくみについての講義」、「福祉用具の学習会」などであった。また、腰痛保護ベルトを紹介している施設は腰痛保護ベルトの紹介は、療養病床75.0%、老健28.6%、特養16.7%の施設で行われており、施設による違いがみられた。

3. 組織的な腰痛予防対策として、リフターやトランスファーボードを所有する施設は少なかった。しかし、施設が所有している電動調節可能なベッドは総ベッド台数の療養病床32.9%、老健49.5%、特養85.3%であり、施設によって割合に差がみられた。

以上より、管理者が看護・介護スタッフの職業性腰痛を定期的に把握し、教育内容や移乗支援機器の活用状況と合わせて検証を深めることで、スタッフ個人ではなく組織的な腰痛予防対策につながる事が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご多忙にもかかわらず快く、インタビューにご協力くださいました管理者の皆様、また、施設内での調査をご許可くださいました施設長様、共に研究を行った伊藤麻純さんに心より感謝し、御礼申し上げます。

文 献

1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生指標, 57 (9), 37-42, 厚生統計協会, 2010

- 2) 藤村 隆, 安田誠史, 大原啓志：老人ホーム介護職員における腰痛症の作業関連要因：産業衛生学雑誌, 37 (2), 89-98, 1995
- 3) 飯島昌一, 本多勇一郎：介護老人保健施設職員の腰痛罹患状況と対策：埼玉県医学会雑誌, 37 (3), 378-383, 2002
- 4) 介護事業・運送事業における腰痛予防テキスト作成委員会：介護業務で働く人のための腰痛予防のポイントとエクササイズ 第6章2. 腰痛に結びつく主な介護作業と対策例 各論, 24-35, 中央労働災害防止協会, 2010
- 5) Lee Y, Chiou W : Ergonomic analysis of working posture in nursing personnel : example of modified Ovako Working Analysis system, Research in Nursing & Health, 1995
- 6) Shogenji M, Izumi K, Seo A, et al : Biomechanical analysis of the low back load on healthcare workers due to diaper changing, Tsuruma Health Sci. Soc. 31 (2), 57-69, 2008
- 7) Daynard D, Yassi A, Cooper JE, et al : Biomechanical analysis of peak and cumulative spinal loads during simulated patient-handling activities : a substudy of a randomized controlled trial to prevent lift and transfer injury of health care workers, Applied Ergonomics, 32, 199-214, 2001
- 8) 栗原 章：職業性腰痛の現状と展望, 8 (1), 10-15, 日本腰痛学会雑誌, 2002
- 9) 西森理恵, 荒木田美香子, 白井文恵：介護職の腰痛予防への取り組みと腰痛に対する問題意識—施設管理者へのインタビューを通して—：日本地域看護学会誌, 9 (2), 68-74, 2007
- 10) 労働省動労衛生課 編集：職場における腰痛予防対策マニュアル 腰痛予防管理者用労働衛生教育テキスト 第6章1. 健康診断及び事後処置, 115-127, 中央労働災害防止協会, 1996
- 11) 正源寺美穂, 泉キヨ子, 平松知子, 他：高齢者の排泄介助におけるケアスタッフの腰痛に関する研究—夜間1人で行う排泄介助時の作業姿勢について—, 日本老年看護学会誌, 8 (1), 22-30, 2003
- 12) Garg A, Owen B, Beller D, et al : A biomechanical and ergonomic evaluation of patient transferring tasks : bed to wheelchair and wheelchair to bed, Ergonomics, 34 (3), 289-312, 1991

- 13) 澤田小夜子, 林 宏樹, 佐藤恵子, 他: 職場で継続できる腰痛予防体操の提案, 日本職業・災害医学会会誌, 58 (1), 24-28, 2010
- 14) 岩切一幸, 高橋正也, 外山みどり, 他: 高齢者介護施設における介護機器の使用状況とその問題点: 産業衛生学雑誌, 49 (1), 12-20, 2007
- 15) 百瀬由美子, 箕浦哲嗣, 白石知子, 他: 高齢者施設におけるケア提供者の健康状態と介護機器利用に関する研究, 日本看護福祉学会誌, 14 (2), 87-99, 2009
- 16) 富岡公子, 谷 信二, 小坂 博, 他: 特別養護老人ホームにおける介護機器導入の現状に関する調査報告 大阪府内の新設施設の訪問調査から: 産業衛生学雑誌, 48 (2), 49-55, 2006

実践報告

看護学初期学習者の高齢者理解のための 教育的方略の検討

Strategy of nursing education for beginners to facilitate suitable
understanding of elderly persons

加藤 真由美, 青木 萩子

Mayumi Kato, Hagiko Aoki

新潟大学医学部保健学科

School of Health sciences, Faculty of Medicine, Niigata University

キーワード

看護学初期学習者, 高齢者理解, 教育的方略, 高齢者イメージ, リハビリテーション看護

はじめに

より正確な対象理解は看護の質に関わることであり、看護学を学ぶ上で重要な学習課題の1つである。しかし、看護学生は高齢者に対して、「知恵をもつ」といったポジティブイメージをもっている反面、「がんこ」、「不健康」といったネガティブイメージを多数もっていることが報告¹⁻³⁾されている。誤ったイメージもしくは、ステレオタイプとよばれる固定したイメージをもつことは、対象理解のバリアとなる。看護学生が高齢者の個別性を見極める看護実践能力を築くことは勿論のこと、人として尊重した対象理解ができる能力を身に付けることは重要である。

看護学生もしくは医学生を対象とした高齢者への意識改善のための教育には、できるだけ実際の高齢者理解につなげるため模擬体験を授業に取り入れる⁴⁻⁶⁾、省察を実施する⁷⁾、高齢者の生活過程の理解を深めるため「老年に関する映画」を教材化し視聴する⁸⁾などが試行されている。兎澤ら³⁾は、高齢者理解のためのレクチャー、模擬体験、高齢者施設見学の複数のつらなった教育を行うことにより、看護学生の高齢者イメージを

「思考の連鎖により、身体的側面から健康観的側面へと学びの範囲を拡大できる」と述べている。

教育的効果からは、根底に高齢者に誤ったイメージがある状態で、もしくはあることに気付かないで実習に臨んだ場合、対象への接近が早期から適切にできず、個別性のある看護にたどりつくことが遅れることが懸念される。すなわち、看護学学習初期段階から高齢者理解への教育的方略が必要であると考ええる。そこには、学生の意識改善を押しつけるのではなく、学習の主体者である学生の主体的な学びと継続した自己フィードバックの積み重ねを通して行うことが、より効果を上げると考える。

今回は、看護学初期学習者である2年次生を対象に開講している老年リハビリテーション看護論（選択科目）において、高齢者のリハビリテーションを推進するための看護や看護師の役割を的確に考察できる能力の素地形成を教育目標に、高齢者理解を授業基盤においた主体的学習の教育的方略の評価を行うことを目的とした。

資料1 老年リハビリテーション看護論の授業概要

回目	授 業 概 要
第1回目	授業オリエンテーション、省察課題、ビデオの視聴（「車椅子から立ち上がれー脳卒中のリハビリ革命」NHK2002年放送）
第2回目	高齢者リハビリテーション・高齢者リハビリテーション看護とは（概念、高齢者の現状、高齢者のリハビリテーションを阻害すること、制度・サービスなど）
第3回目	高齢者の尊厳と高齢者の尊厳・QOLを低め廃用症候群の引き金となる虐待・身体拘束について（クラスディスカッション含む）
第4回目	高齢者のQOLを低め、廃用症候群の引き金となる転倒・転落について（移動障害のある高齢者の杖歩行・移乗動作のビデオを鑑賞後にクラスディスカッション）
第5回目	人生の統合（ライフストーリーの活用など）、エンパワメント（事例提示）、認知面のリハビリテーションとしてリアリティオリエンテーションや回想法の場面の朗読（クラスディスカッション含む）
第6回目	生活支援面のリハビリテーション看護、自助具、生活環境、他（機器操作の学習など）
第7回目	グループ課題：制度・サービス、介護予防、心理面、日常生活の支援、事故予防、尊厳の保障、施設での生活、地域での生活の8つの視点から選択し、「高齢者リハビリテーションを支えるための看護師の役割を考える」発表の資料作成・発表準備
第8回目	グループ発表会で学生が示したテーマ：①「老々介護を行う上で新潟市の制度・サービスの現状は？」②「介護予防」、③「高齢者の心理」、④「認知障害を有する高齢者の日常生活支援」、⑤「島田さんの転倒予防」、⑥「尊厳の保障－高齢者の虐待予防」、⑦「ユニットケアとその重要性」、⑧「自立した（架空）生活を送るための住環境－リフォームせずに、100円からの簡単便利な快適生活－」

研究方法

1. 対象

対象は、4年生大学における2年次生の看護学生のうち、老年リハビリテーション看護論1単位（選択科目）の履修者76名であり、最終的には研究協力に同意書を提出した70名（92.1%）であった。

2. 方法

授業目標は、“看護学生は、高齢者のもてる力を引き出すこと、生活の質（quality of life, QOL）の向上、それを低下させる廃用症候群の予防などについてリハビリテーション看護学の視点を学び、高齢者ケアおよび看護師の役割を考える”であった。授業回数は8回であり、概要は資料1の通りであった。

対象理解に対する教育的方略とは、①学生に高齢者に対する省察を行ってもらい、②リハビリテーション過程にある高齢者のビデオをみてもらい、③それぞれの授業テーマに応じて、できるだけ当事者の思いを語った手記や現状に関する資料を朗読したり、高齢者の移乗・移動場面の動画をみてもらい、それについてクラスでディスカッションを実施、④グループ発表は仮想事例を展開したテーマを挙げてよいとした。省察については、省察を体験した医学生の97%が、省察がより高齢者理解の助けになり、ケアを行う上でポジティブな効果があった⁷⁾と報告している。学生には省察として、自己の高齢者に対する考えやイメージをありのままに振り返ってもらい、その内容に対

する是非は全く問わず、省察を行う過程で生じる変化を尊重した。高齢者のビデオ鑑賞については、看護学生の高齢者理解の学習資源として活用でき、「老人力」の理解⁸⁾になり得るため導入した。手記や動画の活用は、高齢者と関わりの少ない学生が、できるだけ具体的かつ全人的に高齢者理解ができることを目的に導入した。クラスディスカッションを行ったことは、学生が手記や動画をとおして感じたことを共有することにより、理解の広さや深まりを期待したためであった。仮想事例を挙げてのグループ発表は、看護師として関心をもって対象に接近すること、および抽象的に高齢者や高齢者のおかれている現状を理解するのではなく、できるだけ当事者である高齢者理解を踏まえて考察してもらうためであった。

3. データ収集・分析

1) データ収集

データは、学生が記載した課題・感想文を活用した。学生には授業開始時において、a) 高齢者像として、自分の高齢者に対するイメージ（どう捉えているか）について決め付けや否定的イメージと思われること、b) 決め付けや否定的イメージと思われること以外のイメージ、c) 高齢者リハビリテーション看護の視点から、自分の決め付けや否定的イメージを高齢者理解に変えるにはどうしたらいいのか、何が必要かを記載してもらった。最終授業のグループ発表終了後には、d) 発表を含む授業全体を通して、高齢者に対するイメージや考えに変化はありましたか？変わらない・

少し変わった・とても変わったから最も近いと思われるものを選択してもらい、いずれの場合でもその理由を記述してもらった、e) 高齢者のリハビリテーション看護を推進するために看護や看護師に求められることを記載してもらった。

2) 分析方法

分析は学生が記述した課題・感想用紙の内容を意味が失わない単位で抽出し、それらを意味の類似性と相違性の点から検討して分類しサブカテゴリとし、さらにサブカテゴリを分類してカテゴリ化した。研究者は分析のそれぞれの過程において何度も意味単位、サブカテゴリ、カテゴリを読み返し、解釈や類似性・相違性に違和感がないか研究者間で確認した。

4. 倫理的配慮

学生には、研究協力に関する負担を十分に考慮した上で、以下のとおりの倫理的手順をつくり、研究協力の依頼をした。まず、研究協力の強制力の排除のため、学生には研究協力と授業とはまったく異なる位置付けにあることを説明し、説明の時間は授業時間外に行った。説明内容は研究目的、方法、協力はまったく任意であること、協力拒否の権利と拒否してもまったく成績に影響しないこと、予測されるリスク、倫理的配慮についてであり、説明書を用いて口頭で研究依頼を行った後、同意書を配布した。同意書の回収は、1 週間の回収期間を設け、固定式の鍵のかかるボックスに入れてもらった。研究者が当該科目責任者であったため、提出者が特定できないよう、科目担当者および研究者以外の教員が回収し、同意書を提出した学生の課題・感想文を振り分け、それをコピー機にかけ、氏名・学籍番号がない状態にして研究者に手渡した。予測されるリスクとしては、データ漏洩の可能性であり、データは鍵のかかる所に保管し、研究終了後はデータを廃棄する、研究で知りえた情報は秘密厳守する、研究以外でデータを使用しないなどを留意した。

なお、授業で活用した高齢者の動画は、看護学生への教育教材の目的のみで使用することを約束し、高齢者およびその家族から書面による同意を得て撮影したものである。

結 果

カテゴリは〈 〉、サブカテゴリは《 》、意味単位は「 」で示す。

1. 高齢者への決め付けや否定イメージ(表1)

このカテゴリは、〈機能・能力障害がある〉〈脆

弱である〉〈汚い〉〈双方向に意味の通じたコミュニケーションをとることが難しい〉〈希望がなく孤立している〉〈考え方や価値観が古い〉〈不活発な単調な生活をしている〉〈周囲の人や経済に負担となっている〉などであった。〈機能・能力障害がある〉のサブカテゴリの《障害による生活の依存》には、「介護が必要で、小さい子供に戻ったみたいに他人の手が必要」などがあり、〈双方向に意味の通じたコミュニケーションをとることが難しい〉の《話が通じにくい》には「何回も言わないと分からない」、《話が理解しにくい》には「話が聞き取りにくい」、《同じ話が多く、話が長い》には「話が要領を得ず長くなる」、《会話はあがるが一方向》には「人の話は聞かないで自分の話をしたがる」といったものがあつた。〈希望がなく孤立している〉の《希望や気力がもてないでいる》には、「リハビリを『もう良くならない』と思っている」、〈不活発な単調な生活をしている〉の《活動量・範囲が狭い》には「動くことが億劫で家に引きこもりがち」が含まれていた。

2. 決め付けや否定的以外のイメージ(表2)

決め付けや否定的以外のイメージのカテゴリは、〈長年の人生から蓄積して発展させた長所がある〉〈親しみやすい〉〈周囲に迷惑をかけないように気遣いをしている〉〈次世代を育成している〉〈老後を楽しんでいる〉〈可愛らしい〉〈健康管理をし、元気である〉であった。〈長年の人生から蓄積して発展させた長所がある〉の《人生経験から知識や知恵がある》では、「多くの壁にぶつかり、四苦八苦しながら生きたことによる知恵があることを祖母の話で分かった」などが含まれていた。〈次世代を育成している〉の《若年者に教えてくれる》では「伝統を次の世代に伝える努力をしている」や《若年者を見守ってくれる》では「次世代の幸せを願い、温かく見守っている存在」であった。なお、2名の学生にはこの欄の記載が全くなかった。

3. 否定的イメージを理解に変えるために必要なこと(省察を通して)(表3)

理解に変えるために必要なことのカテゴリは、〈高齢者の実際を知る〉〈コミュニケーションを互いに取り合い理解する〉〈高齢者の状態・状況を推察して理解する〉〈若い人が高齢者を知る機会をつくる〉〈若い人が意識のもち方をかえる〉や〈できるだけ自立を促進する〉〈ポジティブなイメージにする〉〈介護負担・負担感を減らす〉があつた。〈高齢者の実際を知る〉のサブカテゴリは、

表1 高齢者に対する決め付けや否定的イメージと思われること

カテゴリ	サブカテゴリ
機能・能力障害がある	障害による生活の依存 運動能力の低下 知覚機能の低下 体力の低下 食事動作能力の低下 認知機能の低下
脆弱である	病気や怪我になりやすく重症化しやすい 病気や苦痛がある 先が短い
汚い	外見の変貌 排泄にかかわる汚ないイメージ 臭いがする
双方向に意味の通じたコミュニケーションをとることが難しい	同じ話が多く、話が長い 話が理解しにくい 高齢者は発話が難しい 話が通じにくい 聴覚障害のためコミュニケーションがとりにくい テンポよく会話できない 会話はあがるが一方方向 聞きたくない話をする
希望がなく孤立している	孤立している 希望や気力がもてないでいる 不安に思い生活している
いやな性格	頑固 わがまま 怒りっぽい しつこい
考え方や価値観が古い	若年者に対する否定 もったいながる 無理をする 考え方が古い
不活発な単調な生活をしている	活動量・範囲が狭い 毎日ほぼ同じ生活をしている
周囲の人や経済に負担となっている	コミュニケーションをとることが負担である 依存により家族や他者に負担をかけている 若年者に経済的な負担をかけている

《加齢や高齢者に関して知識を得る》《高齢者の実際の生活や環境を知る》《高齢者の考えや意識を知る》《個人を知る》《先入観をもたないで知るようにする》《その人にとっての意味を理解する》《理由をきいて理解する》があった。《高齢者の実際の生活や環境を知る》では、「実際に話をしたり、一緒に作業をして生活様式や出来ること、出来ないことを理解する」や「街にいる高齢者や日常生活の様子などを見ることで身体的特徴や行動を理解したらよい」が含まれていた。《できるだけ自立を促進する》では、《できることを見つけて自分でしてもらう》《環境を変えてできるだけ自分でしてもらう》などがあった。ここでは、〈高齢者の実際を知る〉など学生の高齢者を知ろうとする姿勢と、〈できるだけ自立を促進する〉など

高齢者自身がポジティブイメージに変化することの関わりの側面がみられた。

4. イメージの変化とその内容

最終の授業後では、高齢者のイメージが“とても変わった”15名(21.4%)、“少しかわった”49名(70.0%)、“変わらなかった”6名(8.6%)であり、9割以上は変化していた。

変わった理由の内容(表4)は、“とても変わった”では、〈高齢者をポジティブに捉えられるようになった〉であり、《高齢者の問題を身近に考えられるようになった》《高齢者ケアをポジティブに捉えられるようになった》《制度や援助のメリット・デメリットが分かった》などであった。“少しかわった”では、〈イメージではなく高齢者の実際が分かった〉〈高齢者をより広い視点

表2 高齢者に対する決め付けや否定的イメージを除くイメージ

カテゴリ	サブカテゴリ
長年の人生から蓄積して発展させた長所がある	人生経験から知識や知恵がある 信念をもっている 特技がある 慣わしを守る 地域社会と密着している
親しみやすい	やさしい 話をしてくれる
周囲に迷惑をかけないよう気遣いしている	がまんする 常識がある
次世代を育成している	若年者に教えてくれる 若年者を見守ってくれる
老後を楽しんでいる	楽しみをもっている 楽しむ余裕がある 活動的である 前向き
可愛らしい	動作が可愛らしい 体格が可愛らしい
健康管理をし、元気である	元気がある 自分で健康管理をしている

表3 高齢者への否定的イメージを理解に変えるために必要なこと（省察を通して）

カテゴリ	サブカテゴリ
高齢者の実際を知る	加齢や高齢者に関して知識を得る 高齢者の実際の生活や環境を知る 高齢者の考えや意識を知る 個人を知る 先入観をもたないで知るようにする その人にとっての意味を理解する 理由をきいて理解する
コミュニケーションを互いに取り合い理解する	相互に理解し合う 決め付けないで歩み寄る 実際に聞いて一緒に考える
高齢者の状態・状況を推察して理解する	高齢者体験をして理解する 高齢者の状態・状況を推察して理解する 自分が高齢者になったときのことに置き換えて理解する
若い人が高齢者を知る機会をつくる	高齢者に活躍してもらう場を設け接する機会をつくる 若い人が高齢者と直接触れ合える場を提供する 高齢者について学ぶ機会をつくる
若い人が意識の持ち方を変える	人生の先輩として敬う 尊敬をもってかかわる意識をもつ 高齢者に考えがあつての行動と理解する意識をもつ 理解できない考え方や行動は加齢によるものと理解する意識をもつ 理解できない考え方や行動に対しては違う視点で考える意識をもつ 自分に置き換えて考える 先入観をもたない 高齢者に関心をもつ
できるだけ自立を促進する	できることを見つけて自分でしてもらう 環境を改善しできるだけ自分でしてもらう 寝たきりを予防する 機能低下や病気を予防する
ポジティブなイメージにする	脆弱なイメージを払拭する 生きがいをつくる 臭いの予防
介護負担・負担感を減らす	実質的な介護負担を減らす 理解により介護負担感を減らす

表4 イメージが変化した理由

	カテゴリ	サブカテゴリ
とても変わった	高齢者をポジティブに捉えられるようになった	高齢者の問題を身近に考えられるようになった 高齢者や加齢をポジティブな面でも捉えられるようになった 高齢者の尊厳が大切と分かった 加齢による影響を理解できるようになった 高齢者ケアをポジティブに捉えられるようになった 制度や援助のメリット・デメリットが分かった
少し変わった	イメージではなく高齢者の実際が分かった	実際を知ることにより高齢者を身近に感じるようになった ほんやりとしていたことがはっきりと分かった 高齢者の行動を理解できるようになった 頑固というより弱い立場であると分かった 高齢者には高齢者なりの考えがあると思うようになった 高齢者の尊厳が阻害されていることが分かった 感覚として分かるようになった
	高齢者をより広い視点で理解できるようになった	高齢者をさまざまな視点でみれるようになった 身体だけでなく、心理面へのケアも大切と分かった 高齢者や加齢をポジティブな面でも捉えられるようになった 高齢者ケアをさまざまな視点で理解することができた
	高齢者の本当の思いが分かった	依存ではなく、自立したい思いがあることが分かった 高齢者は介護を受けることを望んでいないことが分かった 障害をもちたくてもったわけではないことが分かった 高齢者にも個性があることが分かった 予想以上に高齢者には悩みや問題があることが分かった
	高齢者に強みがあることが分かった	介入により自立を進められたり、良くなることが分かった 介護負担は軽減できることが分かった
変わらなかった	高齢者に対する自分の姿勢が変わった	コミュニケーションはこちらから知ろうとする態度や配慮することが必要と分かった 授業をとおして高齢者ケアに対して関心が上がった 自分の立場に置き換えて高齢者理解を考えることができた 高齢者の尊厳が大切と分かった 体験に活かした
	従来の捉えと変わらない	自分が思っていたとおりであった 予想できることであった 高齢者になりたくない思いは変わらない 特に高齢者という考えはない

で理解できるようになった〉〈高齢者の本当の思いが分かった〉〈高齢者に強みがあることが分かった〉〈高齢者に対する自分の姿勢が変わった〉であった。〈イメージではなく高齢者の実際が分かった〉では、《実際を知ることにより高齢者を身近に感じるようになった》《頑固というより弱い立場にあることが分かった》などがあつた。〈高齢者の本当の思いが分かった〉には《依存ではなく、自立したい思いがあることが分かった》《高齢者は介護を受けることを望んでいないことが分かった》《障害をもちたくてもったわけではないことが分かった》などがあつた。“変わらなかった”は、〈従来の捉えと変わらない〉であり、《自分が思っていた通りであった》《高齢者になりたくない思いは変わらない》などであった。“とても変わった”と“少しかわった”で共通でみられたサブカテゴリは、《高齢者や加齢をポジティブな面でも捉えられるようになった》《高齢者の尊

厳が大切と分かった》であった。

5. 高齢者のリハビリテーション看護を推進するために看護や看護師に求められること（表5）

カテゴリは、〈高齢者ケアを直接的に提供する役割〉〈心理面を支持する役割〉〈連携の役割〉〈仲介の役割〉〈調整の役割〉〈代弁の役割〉〈制度・サービスの普及・充実の役割〉〈家族指導の役割〉〈尊厳を保障したケアを実践する役割〉〈看護師としての態度役割〉であった。〈高齢者ケアを直接的に提供する役割〉の《ADL自立を維持・向上する》では、「日常生活全てに手を出すのではなく、補助具の紹介など自分で出来ることを目指すようにする」が含まれていた。〈尊厳を保障したケアを実践する役割〉の《尊厳を尊重した援助を行う》では「患者にとって希望がもてる目標を立て、生活に苦痛をとまなわないうケアを行うことが看護」や「高齢者が主体的に生きられるようにする」であった。〈看護師としての態度役割〉の《尊

表5 高齢者リハビリテーション看護を推進するために看護師に求められること

カテゴリ	サブカテゴリ
高齢者ケアを直接的に提供する役割	個別性のあるケアを行う 包括的に介入する 加齢に応じたケアを行う ADL自立を維持・向上するケアを行う 認知症者へは察して看護を行う
心理面を支持する役割	心理的にサポートする 心の負担を軽減する
連携の役割	他職種、施設、家族、企業などとの連携 職種内で連携 他職種への提案
仲介の役割	他の職種の橋渡しをする
調整の役割	さまざまな職種がかかわるためリーダー的存在になる
代弁の役割	高齢者・家族の声を聞き周囲に広げる 患者に情報提供
制度・サービスの普及・充実の役割	一般にリハビリや介護予防の知識を普及する 制度やサービスを整える
家族指導の役割	家族を巻き込み看護を行う
尊厳を保障したケアを実践する役割	尊厳を尊重した援助を行う 求めていると感じ取ろうとする姿勢をもつ 信頼関係を築く
看護師としての態度役割	尊厳を尊重した態度で接する アセスメント・ケア能力を身につける

厳を尊重した態度で接する》では「無理やりやらせるのではなく、意欲を引き出し、自分からリハビリする環境をつくっていく態度」や「一番大切なのは高齢者を理解して看護にあたること」などであった。

考 察

今回の結果から、授業前は〈機能・能力障害がある〉〈脆弱である〉〈汚い〉〈双方向に意味の通じたコミュニケーションをとることが難しい〉〈希望がなく孤立している〉〈いやな性格〉〈考え方や価値観が古い〉〈不活発な単調な生活をしている〉〈周囲の人や経済に負担となっている〉といった自己の体験やメディアなどを通じて視聴覚から得られた印象をイメージとして捉えていたが、授業終了時には9割の学生にポジティブな変化がみられた。すなわち、〈イメージではなく高齢者の実際が分かった〉、〈高齢者をより広い視点で理解できるようになった〉、〈高齢者の本当の思いが分かった〉、〈高齢者に強みがあることが分かった〉など、高齢者の実像に即して対象を理解する姿勢が表れており、単なるイメージから看護師として対象を捉える視点へと変化していた。また、高齢者リハビリテーション看護を推進するために看護師に求められることは何かの問いに、

〈高齢者ケアの直接的に提供する役割〉〈心理面を支持する役割〉〈連携の役割〉〈仲介の役割〉〈調整の役割〉〈代弁の役割〉といったリハビリテーション看護の柱となる役割⁹⁾に加え、〈尊厳を保障したケアを実践する役割〉がみられた。エイジズムは対象理解のみならず、ケア提供の質へも影響する^{7, 10)}。これらの学生の反応から、今回の方略は、エイジズムを払拭した対象の捉えおよび尊厳をもったケアを提供する基盤形成につながったと考えられた。

これらの変化や効果の背景には、授業が省察からはじまったことが自己の内に、高齢者に対するエイジズムもしくは誤った捉えをもっていることを意識する起点となり、看護の担い手として改善に向けた方向へと意識を進め、各授業で具体的に高齢者の思いや生活の事実を触れることにより学生の意識の中で反復しながら高齢者理解が作り変えられていったと考えられた。エイジズムとは、バトラーにより提唱されたこと¹¹⁾をパルモアは、「ある年齢集団に対する否定的もしくは肯定的偏見または差別」であると定義¹²⁾している。市川¹³⁾が行った18歳から25歳を対象にした高齢者へのイメージ調査では、「いろいろなことをおしえてくれる」「やさしい」イメージを8割程度がもっていたが、「がんこ」「病気がち」のイメー

ジを7割、その他「手間がかかる」「くさい」といったネガティブイメージを多数もっていた¹³⁾。わが国では敬老を謳いながら、「根底には蔑視や無関心がある」¹⁴⁾という指摘がある。高齢者は一般的に脆弱で依存的であり、他の世代よりも社会的に価値が低いように思う社会規範があり、より若いうちからの意識改善の教育の必要性を提唱している¹⁵⁻¹⁶⁾。今回は2年次生に行っており、今後の高齢者看護の学習への基盤に寄与できると期待する。

さらに、エイジズムもしくは誤ったイメージを払拭できた理由には、授業内で高齢者の思いや現状を様々な視点からビデオや多数の資料などで示したことにより、学生の中で高齢者および高齢者の生活が“ありのまま”として受け止められたためと考えられた。エイジズムが生じる原因には、若年者である看護学生と高齢者のたいへん異なる社会背景における生活過程の違いによる価値観の相違や高齢者との交流不足による理解困難が挙げられる。個人差はあるものの、高齢者のたどってきた戦前・戦後の物の不足した社会背景で育まれた価値観と、高度成長後の発展した科学と産業の社会のもとで育っている看護学生とでは、相手への理解不足が生じることは否めない。加えて、核家族化と高齢者の施設入所化が進み、高齢者と接する機会が減少している社会状況から、援助につなげられるほどの適切なイメージや実際につながりにくい現状にあるといえる。65歳以上の高齢者が共に生活する3世代世帯は、昭和61年では44.8%であったが、平成10年から20%台に入り、平成20年では18.5%まで減少¹⁷⁾している。看護学生が高齢者と関わる機会は、3年次生の実習前において51%程度であり、35%はほとんど機会がないという報告¹⁸⁾がある。現に、3年次の老年看護学実習で実際に高齢者に関わることで、高齢者イメージが変化したことが報告されている¹⁸⁾。今回の結果でも、イメージが変化した理由に、高齢者の実際や本当の思いが分かったなどがあり、核家族化が進み高齢者に実際に接したり、心の内をじっくりと聞くなどする機会が少なくなり、高齢者の思いや現状を知ることができないためと考えられた。

今回、〈双方向に意味の通じたコミュニケーションをとることが難しい〉があり、《話が通じにくい》《話が理解しにくい》《会話はあるが一方方向》がみられた。看護学生と高齢者の対話問題に“かかわりへの戸惑い”“かかわりへの懸念”“かかわ

りへの偏見”“かかわりの困難さ”があり、その背景にはエイジズムが影響していると報告¹⁹⁾がある。エイジズムの背景には文化的特徴がある¹⁴⁾とされているが、わが国では近年核家族化に加え、コンピューターゲームなど1人で楽しむ娯楽の普及、電子メールなど直接対面しなくとも容易にコミュニケーションがとれる媒体の発達、インターネットにより一方的に流れてくる大量の情報を十分に吟味することなく受け入れてしまう社会のめまぐるしい動態がこのようなエイジズムを引き起こしている可能性がある。全般的に高齢者との関わり以前の、若年者の双方向のコミュニケーション不足によるコミュニケーション能力の低下があるといえ、看護学生には直接対話によるコミュニケーションの楽しさや基本的コミュニケーション能力育成の強化が必要である。

最後に、高齢者リハビリテーション看護を推進するために看護師に求められることは何かの問いに、〈高齢者ケアを直接的に提供する役割〉〈心理面を支持する役割〉〈連携の役割〉〈仲介の役割〉〈調整の役割〉〈代弁の役割〉といったリハビリテーション看護の柱となる役割⁹⁾に加え、〈尊厳を保障したケアを実践する役割〉がみられた。エイジズムは対象理解のみならず、ケア提供の質へも影響する⁷⁾。この学生の反応から、今回の方略はエイジズムを払拭したケアを提供する基盤形成につながったと考えられた。

本研究の限界は、幾つかの教育的方略を連続して実施したため、どの教育技法が、どのように、どの程度効果があったかなどは明らかにできない。今後さらに研究をすすめたいと考えている。また、本研究データの1部は感想文を使用した。今後は教育効果をより明確に確認するためデータの取り方を検討したい。

結 論

学生の授業開始前の高齢者イメージは、〈機能・能力障害がある〉〈脆弱である〉〈汚い〉〈双方向に意味の通じたコミュニケーションをとることが難しい〉〈希望がなく孤立している〉などがみられた。授業終了後のイメージは9割が変わり、“少し変わった”では、〈イメージではなく高齢者の実際が分かった〉〈高齢者をより広い視点で理解できるようになった〉〈高齢者の本当の思いが分かった〉〈高齢者に強みがあることが分かった〉などがあり、“とても変わった”では《制度や援助のメリット・デメリットが分かった》《高齢者

や高齢者ケアをポジティブに捉えられるようになった》《高齢者の問題を身近に考えられるようになった》などがあった。高齢者リハビリテーションにおける看護師の役割では〈尊厳を保障したケアを実践する役割〉がみられた。これらの変化や効果は、省察からはじまったことが起点となり、自己の高齢者に対するエイジズムもしくは誤った捉えを意識し、看護師として改善に向けた方向へと意識を進め、各授業で具体的に高齢者の思いや生活の事実に触れ、“ありのまま”に受け取ることにより、学生の意識の中で反復しながら高齢者理解が作り変えられていったためと考えられた。

謝 辞

本研究に快く協力していただきました看護学生の皆様に心より感謝いたします。

文 献

- 1) 須田厚子, 榎本朋子: 看護学生の講義・演習・実習による高齢者イメージの変化, 川崎医療短期大学紀要, 26, 29-36, 2006
- 2) 相羽利昭, 山村江美子, 板倉勲子: 高齢者模擬体験による高齢者イメージと高齢者理解の変化, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 11, 119-126, 2003
- 3) 兎澤恵子, 古市清美, 高木タカ子: 看護大学生の連続学習による高齢者イメージ変化, 群馬パース大学紀要, 3, 381-387, 2006
- 4) 鰐坂由紀, 加藤真由美: 高齢者の口腔ケア演習方法の検討ー模擬体験による患者理解と援助の気づきー, 第37回日本看護学会論文集ー看護教育ー, 288-290, 2007
- 5) 室屋和子, 佐藤一美, 出口由美, 他: 老人看護学における高齢者疑似体験による学びー対象理解と援助者の役割ー, 産業医科大学雑誌, 26, 391-403, 2004
- 6) 原沢優子, 松岡広子, 星野純子, 他: 老年看護学における高齢者理解に向けた体験学習の効果と課題, 愛知県立看護大学紀要, 10, 41-48, 2004
- 7) Westmoreland GR, Counsell SR, Sennour Y, et al.: Improving medical student attitudes toward older patients: Through a "council of elders" and reflective writing experience, The American Geriatrics Society, 57, 315-320, 2009
- 8) 小山敦代, 石鍋圭子, リボウィッツYS, 他: 「老年に関する映画」の教材化検討 14本の映画鑑賞とディスカッションを通して, 看護教育, 49, 428-433, 2008
- 9) Chin PA, Finocchiaro D, et al.: Rehabilitation Nursing Practice, McGRAW-HILL, New York, 1998
- 10) Strain JJ: Ageism in the medical profession, Geriatrics. 36 (4), 158-165, 1981
- 11) Butler RN: Age-ism: Another form of bigotry, Gerontologist, 9, 243-246, 1969
- 12) Erdman BP: エイジズム 高齢者差別の実相と克服の展望, 鈴木研一訳, 明石書店, 東京, 2002
- 13) 市川和彦: エイジズムと虐待を考える, 総合ケア, 14 (3), 21-26, 2004
- 14) Koyano W, Inoue K, et al.: Negative misconception about aging in Japanese Adults, J Cross-Cultural Gerontol, 2, 131-137, 1987
- 15) Wolf R, Daichman L, Bennett G: Abuse of the elderly, World Health Organization: World report on violence and health, Krug EG, Dahlgren LD, Mercy JA ed., 125-145, 2002
- 16) 藤原佳典, 渡辺直紀, 西真理子, 他: 児童の高齢者イメージに影響をおよぼす要因 “REPRINTS” 高齢者ボランティアとの交流頻度の多寡による推移分析から, 日本公衆衛生学会雑誌, 9, 615-625, 2007
- 17) 厚生統計協会: 厚生指針 増刊 国民衛生の動向, 56 (9), 42, 2009
- 18) 伊藤豊美, 住垣千恵子, 後藤友美, 他: 老年看護学実習における看護学生の高齢者に対するイメージの変化, 国立看護大学校研究紀要, 9 (1), 37-42, 2010
- 19) 清水裕子: 看護学生の老年者との対話問題と特徴, 老年看護学, 11 (2), 56-63, 2007

実践報告

石川県の医療施設における 看護師の糖尿病療養指導の現状

Nurses' diabete education for patients in medical institutions
in Ishikawa prefecture : A questionnaire survey

多崎 恵子¹⁾, 野村 仁美²⁾, 稲垣 美智子¹⁾, 松井 希代子¹⁾
村角 直子¹⁾, 田口 尚美³⁾, 村田 信子³⁾

¹⁾ Keiko Tasaki, ²⁾ Hitomi Nomura, ¹⁾ Michiko Inagaki, ¹⁾ Kiyoko Matsui
¹⁾ Naoko Murakado, ³⁾ Naomi Taguchi, ³⁾ Nobuko Murata

¹⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

²⁾ 金沢社会保険病院, ³⁾ 公立羽咋病院

¹⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and
Health Sciences, Kanazawa University

²⁾ Kanazawa Social Insurance Hospital, ³⁾ Public Hakui Hospital

キーワード

石川県, 看護師, 医療施設, 糖尿病療養指導, 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)

要 旨

石川県の医療施設における看護師の糖尿病療養指導の実態を明らかにすることを目的に、糖尿病看護の総括看護師を対象に自記式質問紙調査を行い、26施設より有効回答を得た。その結果、8割の施設では糖尿病患者教育システムが整っていた。しかし199床以下の施設においては、糖尿病患者教育のシステムが整備されていない割合が高く、日本糖尿病療養指導士（以下CDEJ）有資格看護師（以下CDEJ看護師）の少なさがその要因と考えられた。CDEJ看護師は、内科病棟に4割、それ以外は全体部署に配置され、6割以上のCDEJ看護師が糖尿病患者に関わっていた。CDEJ看護師の意図的スタッフ教育や存在アピール行動は5～6割の施設で行われていたが、施設や看護部のCDEJ資格取得や資格を生かそうとする配慮に比較すると、控えめな傾向であった。看護師がCDEJとしての能力を発揮するためには、保険点数等による客観的評価や、糖尿病療養指導を評価されるシステム構築の必要性が示唆された。

はじめに

糖尿病患者は年々増加しており、国民にとって大きな健康問題となっている。糖尿病療養には、食事・運動・薬物治療を柱に、細やかな生活調整が必要であり、そのセルフマネジメント能力が糖尿病コントロール状態に大きく影響することから、

糖尿病患者の療養生活を支援する看護師の役割は非常に重要である。

糖尿病チーム医療の充実のためにコメディカルに対し日本糖尿病療養指導士（以下CDEJとする）認定機構によるCDEJ取得者は看護職においても年々増加している。制度発足より10年近く経過し

た現在、看護職におけるCDEJの活動状況を把握し、その役割や機能を評価する時期にきている。看護職者の糖尿病療養指導の現状^{1,2)}やCDEJの活動状況³⁻⁷⁾については、施設や地域ごとに実践報告がなされてきている。しかし、我々が糖尿病ケアを実践している石川県内における、看護師の糖尿病療養指導の実態はいまだ明らかではない。そこで、これらを明らかにすることによって、現状を評価し、CDEJ有資格看護師（以下CDEJ看護師とする）のよりよい活用方法、および能力向上の課題を見出すことができるのではないかと考えた。

本研究の目的は、石川県内の医療施設における看護師の糖尿病療養指導の実態を明らかにすることである。

操作上の定義：「糖尿病療養指導」とは、医療チームで行っている糖尿病患者教育システム、CDEJ看護師の施設内での地位や立場、CDEJ看護師の配置や活動状況などのことである。

研究方法

1. 対象および調査方法

看護スタッフが糖尿病療養指導を実践しており研究会や研修会に積極的に参加するなど、糖尿病ケアへの関心が高いと考えられる石川県の28医療施設に依頼し、郵送による自記式アンケート調査を行った。1施設1回答とし、看護部長が看護職の糖尿病ケア総括者とみなし一任した看護師にアンケート回答を依頼した。アンケート内で施設や看護部の考えを問う項目については、糖尿病ケア総括看護師による看護部長への聞き取りも依頼した。

2. 調査内容

1) 研究の枠組み（図1）

糖尿病患者教育方法として、「スタッフ向け糖尿病院内研修会」、「教育入院プログラム」、「外来療養相談」、「集団糖尿病教室」の4要素を位置付けた。さらにこれらに関与する「糖尿病専門医の存在」「医療チームの連携」の2要素をあわせて本研究における『糖尿病患者教育システム』とした。この『糖尿病患者教育システム』には、『CDEJ看護師の意識と実践』『糖尿病看護師育成に対する看護部の姿勢』が関連していると考えた。

2) 調査内容

(1) 基本属性

①病床数、②CDEJ看護師人数

(2) 糖尿病患者教育システムとその内容について

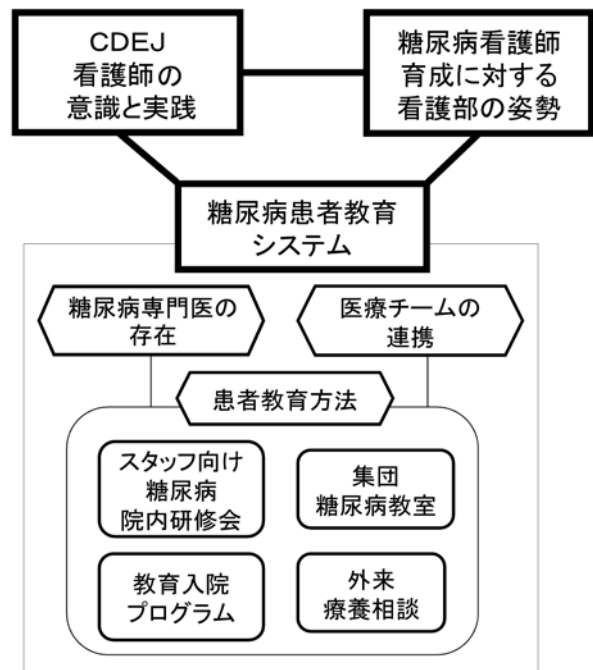


図1 研究の枠組み

て

①看護師対象の院内糖尿病研修会の有無および内容、②教育入院プログラムの有無および期間・内容、③外来療養相談の有無および頻度・内容、④集団糖尿病教室の有無および頻度・内容、⑤医療チームとしての連携（5専門職：医師、栄養士、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師との連携）、⑥糖尿病専門医の有無

(3) 糖尿病看護師育成に対する施設や看護部の姿勢について

①看護部のCDEJ資格取得に対する積極性・計画性、②看護部のCDEJ看護師への配慮

(4) CDEJ看護師の意識と実践について

①CDEJ看護師個々の勤務部署と活動状況、②CDEJ看護師の意図的なスタッフ教育の実施、③CDEJ看護師が施設やチーム内で行う存在アピールの状況

3) 研究期間

平成19年6月～7月

4) 倫理的配慮

医療施設の看護部長に研究協力の同意を得た。回答者に対して、調査は無記名であり施設や個人が特定されないこと、本研究以外にデータを使用しないこと、看護部長への聞き取りについては、糖尿病ケア総括看護師の自由裁量で実施できることを紙面にて説明し、回答者の質問票の記入及び提出をもって研究参加に同意が得られたものとした。

結 果

28施設中26施設より回答が得られ、回収率92.8%であった。

1. 施設の病床数およびCDEJ看護師数

病床数は199床以下11施設（42.3%）、200～399床以下10施設（38.5%）、400床以上5施設（19.2%）であった。

CDEJ看護師平均数は、199床以下 1.8 ± 1.49 人、200～399床 7.0 ± 5.96 人、400床以上 7.8 ± 5.01 人、全体平均数は 5.0 ± 5.03 人であった。また、200床以上の施設には2名以上のCDEJ看護師がおり、200床を境にCDEJ看護師数に差がみられた。詳細なCDEJ看護師については、不在は1施設のみであり、1名6施設、2名5施設、3名3施設、4名1施設、5名2施設、6名1施設、7名2施設、10名以上が5施設であった。最も人数の多い施設では18名との回答であった。

2. 糖尿病患者教育システムとその内容について（表1）

1）糖尿病患者教育方法の現状

（1）看護師が糖尿病について学ぶ院内研修会

20施設（76.9%）で実施していた。実施主体は、院内糖尿病委員会やチームによるものが最も多かった。実施していない理由として複数挙げられていたのは、糖尿病専門医の不在、総括看護師の不在であった。

（2）糖尿病教育入院プログラム

23施設（88.4%）で実施していた。2週間の教育入院が18施設（64.3%）と最も多く、次いで1週間4施設（14.3%）、3週間2施設（7.1%）、3～4日1施設（3.6%）、その他および無回答3施設（10.7%）であった。

（3）外来において看護師が行う糖尿病療養相談

「独立した外来として存在する」のは3施設（11.5%）、「外来業務と併行して行っている」が18施設（69.2%）、あわせて21施設（80.8%）に外来の相談システムが存在した。またその半数の10施設は固定した面接室を有していた。しかしその割には、療養相談専任の看護師がいるのは6施設（30%）と少なかった。また独立した外来をもつ3施設のうち2施設には糖尿病専門医が不在であった。またCDEJ看護師数は、その3施設中2施設では10名以上と多かったが、もう1施設では2名と少なかった。一方、外来療養相談を行っていない5施設（19.2%）の理由で複数挙げられたのは、時間的な制約、人員削減によりパート職員が大半との理由であった。

（4）集団糖尿病教室

開催しているのは22施設（84.6%）であった。そのうち20施設（90.9%）では看護師が講義を担当していた。また、糖尿病教室がない理由としては専門医不在が複数回答であった。

（5）各施設におけるこれら4つの患者教育方法の充足状況

4方法とも完備が16施設（61.5%）、3方法実施が7施設（26.9%）、1方法のみ実施が2施設（7.7%）、全く実施していないが1施設（3.8%）であり、88.4%が3方法以上実施していた。

2）医療チームの連携（図2）

5専門職におけるCDEJ看護師との連携ありの回答は、栄養士とが25施設（96.1%）と最も多く、次いで医師が23施設（88.4%）であった。その中でも、非常に連携しているとの回答は、栄養士が16施設（61.5%）と最も多く、医師の12施設（46.2%）を上回った。また、医師に次いで薬剤師21施設（80.7%）、臨床検査技師20施設（76.9%）、理

表1 病床数別糖尿病患者教育システムの現状

n=26 人数（%）

病床数	施設数	CDEJ 看護師 平均人数	専門医 がいる	スタッフ 研修会 がある	入院プ ログラ ムがある	外来療 養相談 がある	糖尿病 教室が ある	他専門職との連携がある				
								医師	栄養士	薬剤師	理学療 法士	臨床検 査技師
199床以下	11 (42.3)	1.8 ± 1.47	5 (45.5)	7 (63.6)	8 (72.7)	8 (72.7)	8 (72.7)	10 (90.9)	10 (90.9)	9 (81.8)	7 (63.6)	8 (72.7)
200～399床	10 (38.5)	7.0 ± 5.96	6 (60.0)	9 (90.0)	10 (100)	9 (90.0)	9 (90.0)	9 (90.0)	10 (100)	7 (70.0)	6 (60.0)	8 (80.0)
400床以上	5 (19.2)	7.8 ± 5.01	4 (80.0)	4 (80.0)	5 (100)	4 (90.0)	5 (100)	4 (80.0)	5 (100)	5 (100)	3 (60.0)	4 (80.0)
合計	26 (100)	5.0 ± 5.03	15 (57.7)	20 (76.9)	23 (88.5)	21 (80.8)	22 (84.6)	23 (88.4)	15 (96.1)	21 (80.7)	16 (61.5)	20 (76.9)

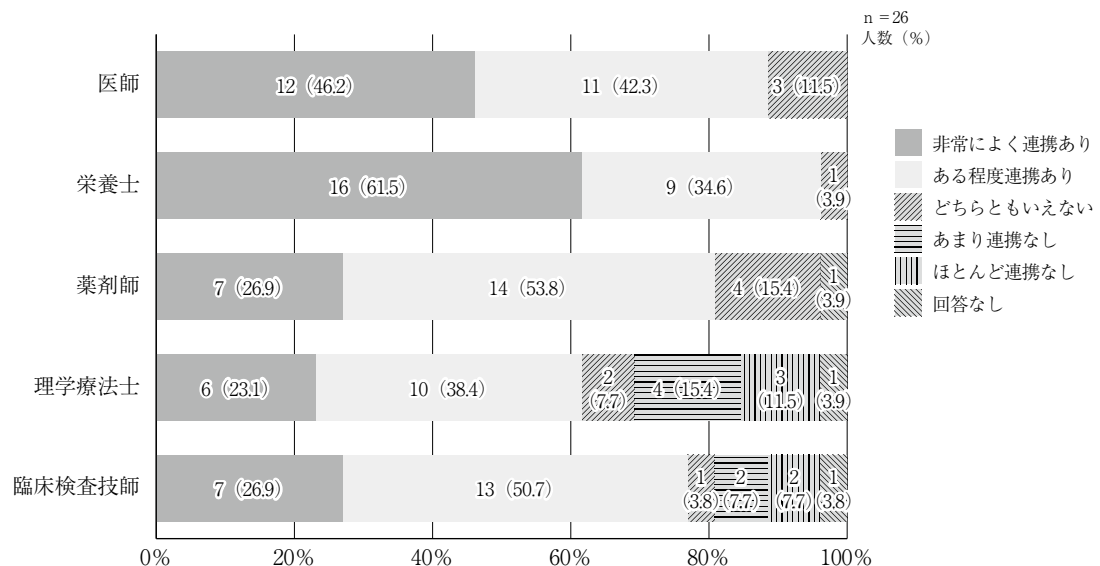


図2 医療チームにおけるCDEJ看護師と他専門職との連携

学療法士16施設（61.5%）が連携ありとの回答であった。一方で、理学療法士および臨床検査技師と連携していないのは、それぞれ7施設（26.9%）、4施設（15.4%）であった。その理由は、コストがとれない、チームメンバーに入っていないなどであった。

各施設のCDEJ看護師の各専門職との連携状況については、5職種すべてと連携ありが13施設（50%）、4職種との連携ありが7施設（26.9%）、3職種との連携ありが1施設（3.8%）であり、あわせると3職種以上の専門職と連携しているのは21施設（80.8%）であった。2種以下の専門職としか連携していない5施設のうち、3施設では医師との連携はどちらともいえないとの回答であった。

また、医療チームでのミーティングは20施設（76.9%）にて行われており、そのうち定期的に行っているのは17施設（85.0%）であり、15施設（71.4%）では月1回以上開催されていた。内容は、患者のケースカンファレンス、教育システムの検討などが多かった。

3）糖尿病専門医の有無

糖尿病専門医が常勤する施設は15施設（57.7%）であった。糖尿病専門医不在11施設（42.3%）のうち6施設が199床以下、4施設が200～399床、1施設が400床以上であった。

4）糖尿病専門医およびCDEJ看護師の存在と糖尿病患者教育方法・医療チーム連携の関係について

糖尿病専門医が不在の11施設における糖尿病患

者教育システムの存在について、CDEJ看護師も不在で患者教育方法は全く存在せず他職種とは2職種のみと連携が1施設、CDEJナースはいるが患者教育方法は1方法のみの実施が2施設、うち1施設では1職種のみしか連携していなかった。これら3施設はいずれも199床以下の施設であった。しかしその他の8施設では、いずれも糖尿病専門医が不在でもCDEJナースは1名以上存在し、2職種のみとの連携3施設が含まれるものの、患者教育方法については3方法以上実施していた。

3. 糖尿病看護師育成に対する施設や看護部の姿勢について（図3）

看護師のCDEJの資格取得を「積極的・計画的に実施している」のは6施設（23.1%）、「前向きに検討していこうと考えている」が16施設（61.5%）と、あわせて84.6%の施設がCDEJ資格取得を積極的に考えていた。しかし、4施設は前向きではない、あるいは無回答であり、これらはすべて199床以下の施設であった。また糖尿病専門医不在の11施設のうち9施設が積極的あるいは前向きに実施・検討していると回答した。一方、「計画なし」と回答した2施設（7.7%）は、いずれも199床以下の施設であった。その理由は、糖尿病専門医が常勤ではない、資格はあくまでも個人のライセンスとの回答であった。

CDEJの資格をもつ看護師の勤務配置については、「常に資格を生かせるように配慮している」が6施設（23.1%）、「極力配慮しようと努力している」が17施設（65.3%）であり、あわせると

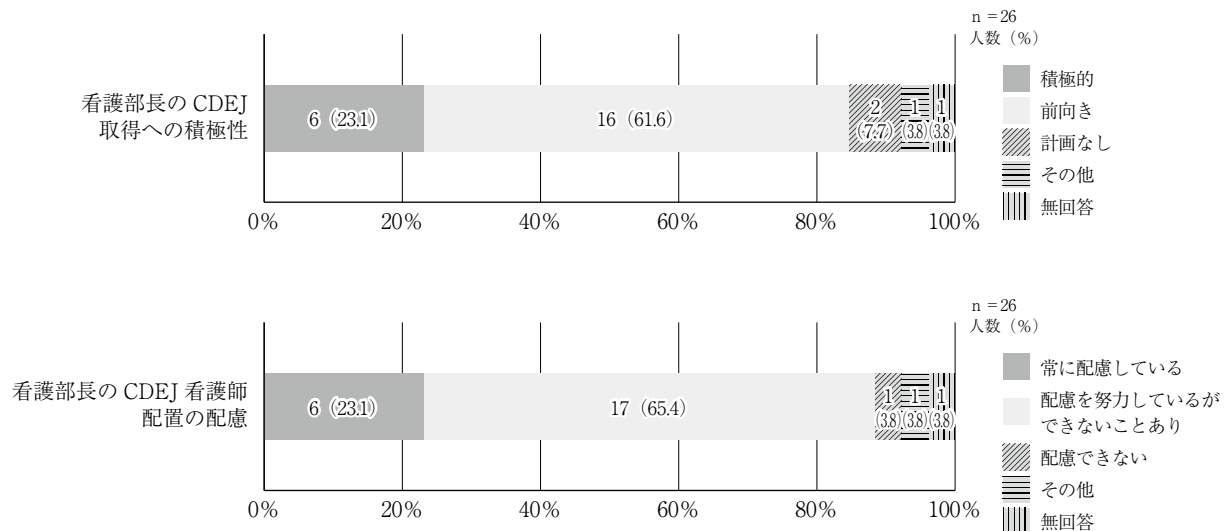


図3 糖尿病看護師育成に対する看護部の姿勢

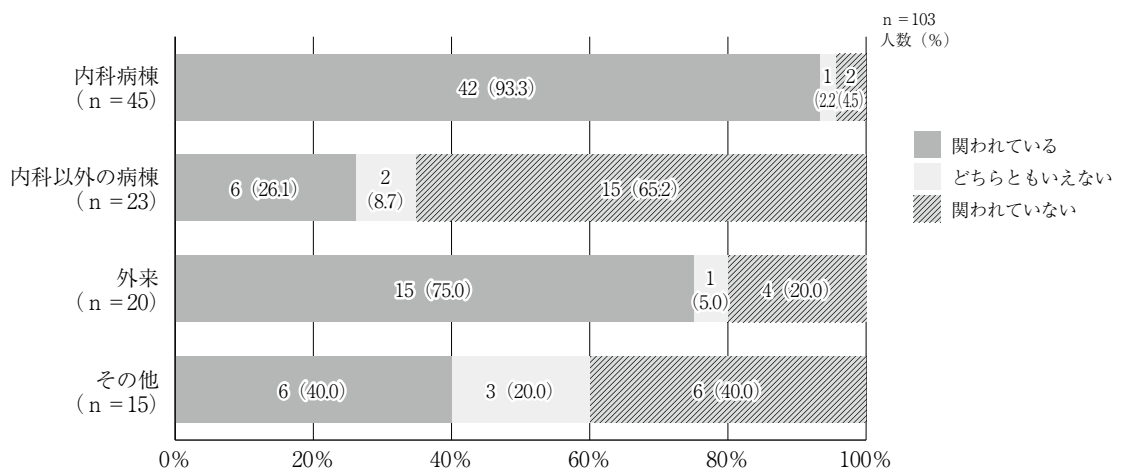


図4 CDEJ看護師の糖尿病療養指導への関与状況

88.4%の施設が勤務部署に配慮していた。CDEJの勤務配置について配慮している施設は、「糖尿病患者の多く入院する内科病棟」への配置を重んじている傾向があった。「配慮できない」との回答は2施設(7.7%)で、その理由は、人事の都合、どの部署にあっても資格は生かしてほしい、同じ部署に長くいるのは好ましくないなどであった。

4. CDEJ看護師の意識と実践について

1) CDEJをもつ看護師個々の勤務部署と活動状況(図4)

26施設において各々回答されたCDEJ有資格看護師を合計すると129名だったが、施設ごとに記載を依頼したCDEJ看護師個々の活動状況について回答のあったのは103名であった。そのうち、勤務部署は内科病棟が45名(43.7%)と最も多く、内科以外の病棟23名(22.3%)、外来20名(19.4%)、その他15名(14.6%)であった。また糖尿病

患者に対するCDEJをもつ看護師の活動状況は、69名(66.9%)が糖尿病患者に関わっていると回答していた。しかし27名(26.2%)のCDEJ看護師は関わっていないとの回答だった。部署別では、内科病棟勤務者は45名中42名(93.3%)が関わっていると回答だったが、内科以外の病棟勤務者23名中15名(65.2%)が関わっていない、7名(6.8%)がどちらともいえないと回答していた。

2) CDEJ看護師が行っているスタッフ教育と存在アピール(図5)

スタッフへの意図的な教育アプローチについて、「ある程度意図している」が16施設(61.5%)であった。「非常に意図している」との回答はみられなかった。CDEJのアピールについては、「チーム内で意図して行っている」のは16施設(61.5%)、「看護部や病院に対し意図して行っている」のは15施設(57.6%)であった。これらを意図し

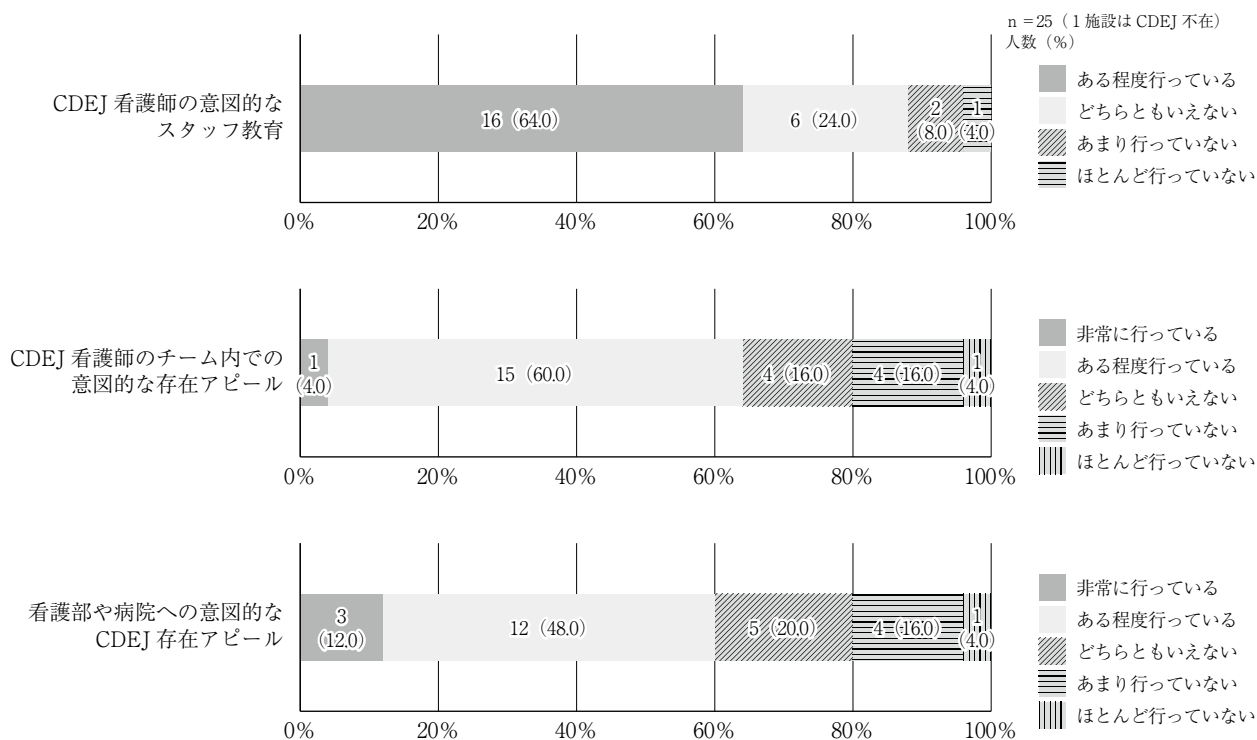


図5 CDEJ看護師のスタッフ教育と存在アピール

て行えない理由として多かったのは、CDEJとしての自信がない、時間的余裕がない、指導的立場の医師・看護師がいないなどであった。

考 察

1. 糖尿病患者教育システムとその内容について

今回の調査によって、糖尿病専門医の常勤は57.7%と半数程度であったにもかかわらず、7～9割の施設では糖尿病専門医が不在でも糖尿病患者教育システムが整っていることが明らかとなった。したがって、糖尿病患者教育システムの稼働には糖尿病専門医の存在は必ずしも必要な条件とは言えないことが明らかになった。

また、199床以下の施設においては、糖尿病患者教育のシステムが整備されていない割合が高く、その要因としては、糖尿病専門医の不在よりも、むしろCDEJをもつ看護師の少なさが患者教育システムの確立に影響していると考えられた。さらに、糖尿病専門医が不在の施設において患者教育方法が稼働せずチーム連携も十分ではないという割合は少なく、むしろ糖尿病専門医が不在でもCDEJ看護師は1名以上存在し、患者教育方法が充足しチーム連携も図られている施設の方が多かった。

これらより、糖尿病患者教育がシステムとして

成り立つには、糖尿病専門医の存在以上に、総括する看護師の存在が重要であると考えられた。

2. 糖尿病看護師育成に対する看護部の姿勢をふまえたCDEJ看護師の活動について

看護部によるCDEJの資格取得や資格を生かすための配慮が、8～9割の施設においてなされているという実態であった。CDEJの資格取得については、病床数が200床以上の施設では、糖尿病専門医の有無に関係なく前向きに取り組もうとする看護部の意向が推察された。人事等の都合により、現実的にはCDEJの勤務配置が優遇されない場合もあるが、どの部署であってもCDEJが教育システムの核となって活動していくことが重要である。

しかし、現実的には「糖尿病患者が多い内科病棟」に勤務するCDEJは、糖尿病患者にかかわる機会が多いが、「内科以外の病棟」では65%が糖尿病患者に関わっていない結果であったことから、現状のままでは看護師がCDEJとして活動し力を発揮するには困難のあることが伺える。看護職は他の専門職に比べ数年おきの勤務異動を経験し、努力して習得した資格も勤務配置により活かす機会を逸し、意欲を失うことも多いといわれており、CDEJ看護師の知識が効果的に活かされていないとの現状報告がある⁸⁾。またせっかくとった資格を評価されないなど、CDEJを取り巻く環

境の整備が遅れているため、モチベーションが低下しCDEJ更新者が減少傾向にあるのではないかとされている⁹⁾。一方で、看護師による糖尿病教育が実践されている病棟に勤務していても、重症患者や全介助が必要な患者を優先することが看護師にとっては当たり前の状況の中で、いかに質の高い糖尿病療養指導を提供するか悩んでいる看護師の報告¹⁰⁾もある。

先行研究¹¹⁾によると、糖尿病教育に携わっている看護師の思いには、「むずかしい糖尿病教育」が存在し、その理由は“看護師の力量不足”と“システムの不備”との報告がなされている。看護師は、病棟体制や看護業務の煩雑さ、マンパワー不足に悩み、看護チームの指導や他職種との連携がうまくいかないととらえており、CDEJ資格をもっている資格を活用しきれていないと感じていた。臨床の看護師には種々多様な役割が課せられており、その中でCDEJとしてどのような位置で機能していくかについては、自己努力のみでは解決できない現実も推察される。

また、CDEJをもつ看護師自らが意図的にスタッフ教育を行ったり、CDEJの存在をアピールしたりといった行動は5～6割の施設で行われていたが、施設や看護部の8割以上がCDEJ資格取得や地位の向上を努力している程度に比較すると、控えめな傾向が見出された。八幡⁹⁾が看護部長に対しアンケート調査した結果では、CDEJにはスタッフ教育や勉強会の企画立案などの医療者への教育担当も求めていると、たとえ異動しても現場で指導的立場に立ってチームをリードしてほしいと考えていた。また、CDEJの仕組みを上司や社会にもっと説明し、活躍している姿をアピールすべきと考えており、CDEJの仕事に診療報酬をつけ収益として目に見える形にすることを看護部は期待していた。

しかし、効果的な糖尿病教育を行えている看護師の7～8割が、意図的な後輩育成の意識をもっているが、自らが後輩のロールモデルとは自覚しきれないとの実態も報告されている¹²⁾。糖尿病看護師の一般性自己効力感は平均7.24点とやや低い傾向である¹³⁾ことから、看護師は自信をもちにくい現状であると推察される。

以上より、看護師がCDEJとしての能力を発揮するためには、看護師としての研鑽も必要ではあるが、それ以外に保険点数等による糖尿病療養指導に対する客観的評価の拡大や、内科病棟以外の部署で糖尿病療養指導ができ、それを評価される

システムの構築の必要性が示唆される。これによって看護師が手ごたえを得ることができれば、自信をもって自らの能力を発揮・向上できることが期待される。

3. 今後の課題

今回の調査は、看護師個人を対象としてその実態を調査したものではなく、各施設の総括看護師に回答を一任したものであり、それもその施設に所属するCDEJ看護師が糖尿病患者に関わることのできる程度と勤務部署を問うたものにすぎない。CDEJ看護師の効果的な活用方法を考える上で重要と考えられる個々のCDEJ看護師の詳細な意識と実践については今後の課題である。

結 論

1. 8割以上の施設では糖尿病患者教育方法および医療チーム連携が整っていることが明らかとなった。しかし199床以下の施設においては、これらが整備されていない割合が高く、その要因としては、糖尿病専門医の不在よりも、むしろCDEJをもつ看護師の少なさが患者教育システムの確立に影響していると考えられた。

2. CDEJをもつ看護師は、内科病棟には約4割、それ以外は全体部署に配置されており、6割以上のCDEJ看護師が糖尿病患者にある程度関わっている実態であった。

3. CDEJをもつ看護師自らが意図的にスタッフ教育を行ったり、CDEJの存在をアピールしたりといった行動は5～6割の施設で行われていたが、施設や看護部の8～9割がCDEJ資格取得や資格を生かすための配慮をしている程度に比較すると、控えめな傾向であった。

謝 辞

本研究をすすめるにあたり調査にご協力いただきました医療施設の看護部長様および担当看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。

なお本研究は、看護実践学会 平成19年度共同研究チーム「糖尿病ケアと看護研究」にて実施した研究であり、第1回看護実践学会学術集会にて発表した。

引用文献

- 1) 鈴木真貴子, 上岡澄子: 地方における看護職者のキャリア開発について—島根県糖尿病療養指導士の認定を受けた看護職者の調査から—, 日本医学看護学教育学会誌, 15, 66-70, 2006

- 2) 井上晶代, 野村亜由美, 濱野香苗: 長崎県の医療施設における看護職者の糖尿病教育の現状－日本糖尿病療養指導士認定の有無による比較－. 九州農村学会誌, 16, 2－13, 2007
- 3) 須藤明美: 地域基幹病院のCDEとしての活動を振り返って. 糖尿病ケア, 3 (1), 33－37, 2006
- 4) 杉田和枝, 本田律子: CDEが担当する糖尿病教室 糖尿病教室の工夫. プラクティス, 22 (5), 506－510, 2005
- 5) 坂山光湖, 高村 宏: CDEによる周辺医療機関スタッフへの療養指導伝達の試み. プラクティス, 22 (5), 537－540, 2005
- 6) 杉野恵都子, 小江奈美子: 糖尿病療養指導士の活動－施設における役割を通して. 糖尿病ケア, 3 (1), 26－28, 2006
- 7) 渡辺匡代: 糖尿病療養指導士としての活動と今後の展望－看護師の立場から－. プラクティス, 24 (6), 657－663, 2007
- 8) 安河内清子, 有富京子: 糖尿病非専門病棟における糖尿病療養指導士の役割－看護師糖尿病療養指導士の立場からの検討－. プラクティス, 22 (6), 705－708, 2005
- 9) 八幡和明: 糖尿病療養指導士制度の現状と問題点 (病院トップへのアンケート調査から考える). 肥満と糖尿病, 8 (4), 585－588, 2009
- 10) 住田弘子: 認定資格がうまく活かされない原因は何か?. 糖尿病ケア, 3 (1), 38－41, 2006
- 11) 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 他: 糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思い. 金沢大学つま保健学会誌, 30 (2), 203－210, 2007
- 12) 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 他: 看護師の糖尿病教育におけるロールモデルの存在と実践意欲の実態. 金沢大学つま保健学会誌, 31 (1), 61－69, 2007
- 13) 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 他: 看護師の糖尿病教育スタイル別チーム連携の意識と実践意欲の実態. 糖尿病, 51 (8), 797－802, 2008

実践報告

透析クリニックに通う高齢者の転倒体験と対処行動 － 3 事例を通して －

Fall experiences and coping behavior of three elderly patients going
to the dialysis clinic

高畑 有希¹⁾, 泉 キヨ子²⁾

¹⁾ Yuki Takahata, ²⁾ Kiyoko Izumi

¹⁾ 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Division of Health Sciences, Kanazawa University Graduate School of Medical Sciences

²⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University

キーワード

血液透析患者, 転倒体験, 対処行動

はじめに

わが国において、透析療法を実施している患者数は282,622人であり、年々増加傾向にある。その主要原疾患の割合は、1998年に糖尿病性腎症が導入原疾患の第1位となってから糖尿病性腎症患者の割合は増加の一途である。導入患者の高齢化の傾向も続いており、2008年の平均年齢は67.2歳であり、2007年と比較して0.4歳増加している¹⁾。

血液透析患者（以下を透析患者）における大腿骨頸部骨折の発生頻度は、骨の脆弱さ等により一般の人よりも骨折のリスクが高く、年齢や透析導入期間に関連があることが報告²⁾されており、さらに透析に糖尿病の要因を加えると、転倒原因は網膜症による視力低下、神経障害による知覚低下、起立性低血圧によるめまい、高血糖、低血糖による認知障害など多種に及んでいる³⁾。また、外来血液透析患者の転倒の発生率は1.18であり、虚弱な一般高齢者(0.6-0.84)よりも高く、施設高齢者(1.0-1.4)と同等である⁴⁾。そのうえ、一般に透析患者は、高齢になっても週2-3

回の血液透析に通い続けなければならない、転倒の予防行動を自分自身で意識的にとっていかなければならない。家族や医療者が当事者の転倒予防行動を支援するためにも、当事者がどのような転倒を体験し、転倒を捉え、どのような対処行動を行ったのか明らかにする必要があると考える。また、透析患者と転倒に関連する研究はいくつかある⁴⁻⁵⁾が、透析患者の転倒体験に関する研究はなく、転倒体験のほとんどが一般高齢者や大腿骨頸部骨折の高齢者が対象である⁶⁻⁷⁾。転倒を経験した高齢者の多くは再転倒の恐怖を訴えている⁶⁾。

したがって、透析患者は高齢になっても通院を要することや転倒の発生率が高いことから、透析に通う高齢者の転倒体験と対処行動に焦点をあてる必要性が高いと考えた。

そこで本研究は、透析クリニックに通う高齢者が転倒に対して、どのような体験をし、どのような対処をしているのか事例を通して明らかにすることを目的とする。

用語の定義

「転倒」とは、自分の意思からではなく、身体
の足底以外の部分が床についた状態、ベッドから
ずり落ちるから転落までを含む⁸⁾とした。

「体験」とは、個々の人間にとって知的だけで
はなく、情意的要素を含み、意識活動全体のあり
さまをさす、きわめて主観的な意味をもつもの⁹⁾
を参考に、転倒の出来事と転倒を通してのそのと
きの感情や考えとした。

「対処行動」はその人の持つ資源に重い負担を
かけるものとして評価された特定の内的・外的欲
求を処理しようとする絶え間なく変化する認知的、
行動的努力¹⁰⁾を参考に、転倒に対して、処理し
ようとする認知的、行動的努力とした。

研究方法

1. 対象

対象は、A透析クリニックに通院中でほぼ2年
以内に転倒体験のある高齢者3名である。対象の
選定は、クリニックの医師および看護師に転倒体
験のある認知症のない高齢者の紹介を受け、同意
が得られたものである。

2. 調査方法

調査はA透析クリニック、または対象者自宅で
実施し、転倒体験、対処行動、転倒に対する思い
について半構成的面接を各2回実施した。面接内
容は、許可を得てテープに録音し、面接時間は、
1名1回につき1時間程度であった。また、情報
収集については、カルテなどの記録物からも基礎
情報や透析情報を収集した。

表1 転倒体験と対処行動

	事例A	事例B	事例C
対象の概要	80代前半 男性 妻・娘の3人暮らし、 糖尿病による腎不全・視力障害、透析導 入年数：6年、透析頻度：3回/週・3 時間/回、通院：転倒後介護士による車 での送迎・約15分、歩行補助具適宜使用 (T字杖、車椅子、歩行器)	70代後半 男性 妻との2人暮らし、 糖尿病による腎不全・白内障（眼内レ ンズ）・心不全（ICD埋め込み・不整 脈）・高血圧・脳梗塞、透析導入年数： 4年、透析頻度：3回/週・3時間/回、 通院：電車と徒歩・約1時間、独歩	70代前半 女性 一人暮らし（近所に 娘家族が暮らす）、腎不全・リウマチ・ 変形性膝関節症（両側膝関節置換術）、 透析導入年数：5年、透析頻度：3回/ 週・3時間/回、通院：娘による車での 送迎・約15分、独歩（関節に痛みがあり 杖が使えない）
転倒体験	1. 通院時 帰宅中、地下道の手すりがないところで 転倒。顔面より出血し、1人で起き上が ることができない状況だった。「今度、 転倒したらと思うと恐ろしい」と話した。 2. 自宅時 屋内の暗がり、うっかり電気を付け忘 れ転倒、腰を打撲。「転ぶとイモ虫が這 っているようなもの。」と話した。	1. 通院時 帰宅中、駅の裏道でつまづいて転倒。あ ごから出血し、転んで立てない状況だっ た。それからは、足元や地面の状況を常 に観察し、段差を意識して歩いた。「も う二度と転びたくないですね。」と話 した。 2. 自宅時 2-1) 自宅敷地内での菜園中、立ち上 がり時に転倒。妻がくるまで30分程起 き上がれなかった。2-2) 玄関を出よう として血圧が下がり、突然倒れた。	1. 通院時 透析前に娘の迎えを外で待とうとし、玄 関の段差で転倒。足首を骨折。その後 「段差が怖くなった。」骨折したが、透 析をしながら手術やリハビリは負担が大 きく、手術をあきらめ入院しギブスをした。 2. 自宅時 低い不安定なイスからの立ち上がり時に 転倒。リウマチのため、手も（バーの形 で広げて）付けず、膝も手術してあるた め起き上がれず、助けも呼べない状況だ った。「凍え死にしようと思った」と 話した。
対処行動	1. 通院時 今度転倒したらと思い、クリニックに通 う時は介護士の送り迎えをつけた。 2. 自宅時 屋内では必ず電気をつけた。 視力障害のため、手すりの利用、手すり のないところでは妻（娘）が付き添った。 また、行動を制限した。	1. 通院時 足元を見て歩くようになった。「7割く らい下をみて3割くらい前を見る」。身 体の衰えを感じ、自分の体力を考えて歩 いた。ゆっくり歩く、負担の少ないルー トを選択する、タクシー・手すり等を利用 する。 2. 自宅時 2-1) 菜園作りを中止した。2-2) 毎 日の血圧測定。体調の異変時も血圧測定 をする。しばらく座って休む。	1. 通院時・自宅時を通して 玄関に手すりをつける、どうしても行か なければならぬとき（透析、法事等） は、周囲の人に支えてもらって段差を超 える、足元をみる、大きな段差を避ける、 自分で立ち上がれるような高めのイスを 使用する。近所に在住の娘や孫がほぼ毎 日訪れた。
転倒への思い	・昔はグランドゴルフをやっていたが、 視力が低下し、直線も斜めに見えるよう になった。自分で転倒しないということ は、動かないということである。転倒の ことを考えると自分一人でやれること ではないので、自信がなくて行けなくな った。 ・病院へは、車椅子ではなく、妻のこ とを考えて手押し車を使って歩く。転ん でも妻には起こせない。	・入院・検査を繰り返しているため、自 宅に帰ったときに疲れやすさや意欲・体 力の低下を感じる。庭の菜園もやる気 がなくなってしまった。病院にいる時は 気づかなかったが、家に帰ってくるとこ も（身体全体）力なくなったと感じる。 ・もともと昔にあごから血を出して転倒 した後は怖くなくなった。しかし、今回 同じように転倒した後は恐怖を感じるよ うになった。それは、足腰が弱くなって しまったからだと思っている。	・リウマチで手も使えないし、両足も人 工膝関節のため、段差や坂を上るとき は、「転ぶのか～」と思って怖くてなか なか上れない。人の家の段差も超えるこ とができないので、（地域の）班長の仕 事もできない。毎回の転倒は、手をつ くことができず、転倒したら顔や頭から怪 我をするので、つき転んだら寝たきりだ。 ・娘に迷惑はかかっているけども、これ 以上負担がかからないようにできるこ とはやるようにしている。

3. 調査期間

2009年11月19日－12月10日

4. 分析方法

データは、対象の概要、転倒体験、対処行動、転倒に対する思いの内容を事例ごとに分け、3事例の項目に沿って比較検討し、特徴をまとめた。

倫理的配慮

対象者に対して書面と口頭で、調査への参加、辞退、中断の自由があること、面接や診療録から得た情報を研究以外のことに使用しないこと、個人名が特定されないように配慮することを説明し、書面での同意を得た。面接は、対象者の体調を事前にクリニックの看護師に確認してから実施し、面接中は、20－30分ごとに休憩をとり入れた。また、心理的や精神的な負担が生じた場合、いつでも面接を中止できることを伝えた。

結 果

1. 対象の概要（表1）

透析患者は70－80歳代であり、男性が2名、女性が1名であった。家族構成は、70代の独居が1名、70代の老夫婦が1名、80代の老夫婦と子どもが1名であった。事例Cは独居であるが、近所に娘家族が住んでいた。

透析の導入年数は、3名とも5年前後であり、頻度は3回/週・3時間/回であった。透析に至った原因疾患は2名が糖尿病（事例A、B）による腎不全であり、腎以外の疾患や障害では、心不全やリウマチや視力障害がみられた。心不全のある事例Bは、突然の意識消失や不整脈から、救急車での搬送や入退院・検査を繰り返していた。リウマチのある事例Cは、歩行状態は不安定であるが、全身の関節に変形や痛みのため、歩行補助具を使用できなかった。視力障害のある事例Aは、見え方について「(ボヤッと)物があるようにしか見えない」「直線が曲線に見える」と語っていた。

通院方法は、2名が付き添いによる送り迎え（事例A、C）で、1名が電車と徒歩（事例B）で自宅から通っていた。通院所要時間はともに約15分程度であるが、事例Bは電車の座席に座るために一本遅らせているので、約1時間を要していた。

2. 転倒体験

転倒体験は、“通院時の転倒”と“自宅時の転倒”に分けられた。通院時の転倒は、透析に行こうとして、または透析が終わり自宅に帰ろうとし

た転倒を指し、自宅時の転倒は透析以外の意図での転倒を指した。

通院時の転倒は、事例Cが透析の行き、事例A、Bが透析の帰りに発生した。転倒場所は、自宅の玄関先（事例C）と駅周辺（事例A、B）であった。怪我の程度は、事例Cが足部を骨折し、事例A、Bが顔面に裂傷を負い、そのうち、2名（事例B、C）が手術や縫合などの医療措置を必要とした。転倒体験では、転倒の瞬間、とっさに手を付くことができず、身体から倒れ、転倒後もなかなか起き上がれなかったことを「一番怖い転倒」「段差が怖くなった」「もう二度と転びたくない」などと話した。

自宅時の転倒は、1人の立ち上がり時や歩行時などの日常生活動作で起きていた。転倒場所は、屋内と庭であった。損傷の程度は、主に打撲であり、医療処置を必要としなかった。この転倒体験では、普段の何気ない動作からなかなか起き上がれない転倒をし、「凍え死にするような思い」「転倒するとイモ虫が這っているようなもの」と1人ではどうにもならない思いを語った。

3. 対処行動

事例A、Cの対処行動は、転倒後、家族や介護の付き添いであり、周囲の支援を必要としていた。事例Bの対処行動は、転倒後も再転倒を起こさないように、身体の負担の少ない道順を探したり、ゆっくり歩くように意識したり、どうにかして安全に通う方法はないか試行錯誤をしていた。転倒に対する意識は、もう転びたくないという思いから「7割くらい下を見て、3割くらい前を見る」「地下道は40段ではなく、20段で上がる道順を探す」など、転倒しないことを意識し、段差の把握や足元をより注意深く観察しながら歩いていた。

通院時以外では、家族に迷惑がかけられないという思いから、対処行動は、転倒しないように行動を制限し、手すり等を利用することで、一人でも転倒しない工夫を重ねていた。

4. 転倒に対する思い

転倒に対する思いには、転倒体験や日常生活を通しての思いについて述べられた。ここでは、「疲れやすい身体」「手がつけない」「足腰が弱くなった」と転倒を通して転倒しやすい自分の身体を捉えていた。また、「転んでも（老いた）妻には（自分を）起こせない。」「娘の負担が大きいからできることはやる。」などと話し、家族や周囲の人に迷惑をかけられないという思いや、「段差が越え

られなくて（地域の）班長の仕事もできない」「転倒しないということは動かないということ」など転倒に対する恐怖感も強く語られ、転倒は自分の責任と考えていた。

考 察

1. 転倒体験について

透析クリニックの通院は、家族やヘルパーによる送迎が2名、電車が1名であった。福井県の透析患者通院方法の調査では、自分で運転する車が43.9%、次いで家族が運転する車で送迎が21.8%¹¹⁾と、家族の協力が大きい。今回、独居や老夫婦での生活であり家族の負担が大きく、周囲のサポートを得にくい状況であったと考えられる。通院時の転倒では、転倒の瞬間にとっさに手を付くことができず、顔面から倒れる体験を通して、転倒に対する恐怖感を募らせていた。Cookらは、透析患者の転倒は透析前（27%）よりも透析後（73%）に多い⁵⁾としており、今回の事例も2名は透析後であった。したがって、とくに透析後の高齢者では十分な転倒予防対策が必要である。さらに通院時は、転倒しないように足元を意識して歩くことで前のめりの姿勢になりやすく、透析の時間帯に間に合わせようと急ぐことによっても転倒や骨折等の危険が予測される。また、通院で付き添いをつけるようになったのは、家族や医療者側からの助言によるものであり、本人よりも家族が転倒の危険を察知していたともいえる。このようにそれまで自力で通っていた透析患者は、外傷を伴った転倒をしても自分でどうにかして通い続けようと努力を続けているため、再転倒を繰り返す可能性が高いと考える。

自宅での転倒は、自宅敷地内の庭と屋内であったが、どちらも立ち上がりなどの何気ない移動動作で転倒していた。3名とも大きな外傷はないが、一人ではどうしようもない転倒を体験し、転倒に対する恐怖を語った。本人なりには、転ばないように工夫をし、家族に迷惑をかけないように行動を制限していた。

転倒恐怖感とは、日常生活において“できる能力”がありながら、恐怖のため、その行動を避け、行動を制限してしまうこと¹²⁾とされる。今回、転倒に対して通院時や自宅時に関わらず恐怖感があり、行動制限をしていたことから、3名の透析患者は共に転倒恐怖感が高かったのではないかと考える。

2. 対処行動について

今回の透析患者は「疲れやすい身体」「意欲・体力の低下を感じる」「足腰が弱くなった」など、透析、加齢、入退院などによって体力の低下を実感する思いも多く語られた。すなわち、高齢の透析患者は、自分の実感としても筋力や体力の衰えを感じ、転倒しやすい不安定な身体を自覚していた。一般に透析患者は体力面では、日常生活に重要な下肢筋力が同年齢の健常者に比べ、約50%に低下し、敏捷性、バランス調整力も同様に低下し、心肺機能も同様に50%程度に低下している¹³⁾。したがって、転倒の危険を未然に防ぐためには、試行錯誤のすえ、自分なりに最善の対処行動をとっていたのではないかと考える。上月によると、透析患者のA D L（Activities of Daily Living；日常生活動作）は不完全・不十分ながらも創意工夫しておおの方法で代償させ、何とか自立させている¹⁴⁾と述べている。今回の転倒の対処行動に関しても「手すりを使う」「家族に付き添ってもらう」などの対処であり、個人の対処行動だけでなく、周囲の力を借りることでなんとか転倒せず自立した生活を保つ努力しているのではないかと考える。しかしながら、転倒に対する思いでは、転倒後も恐怖感から自信をなくし、情けないという思いから行動制限をしていた。転倒恐怖感を激しく感じる高齢者は、身体機能に対する自信を喪失し、抑うつ状態に陥り、廃用症候群を起こして再転倒するなどの悪循環を繰り返してしまう¹⁵⁾。すなわち、転倒を体験した透析患者は、その後も転倒に対する恐怖が続いているのではないかと考える。

以上の転倒体験と対処行動を通して考えられる看護は、透析後の高齢者に十分な転倒予防の必要性や状況に応じて医療者側から資源を提供し、転倒恐怖感を軽減するような働きかけを行っていくことであると考えられる。

ま と め

透析クリニックに通う転倒体験のある高齢者に転倒体験と対処行動にインタビューを実施した。転倒体験は、通院時の転倒と自宅での転倒に分けられ、通院時に骨折や裂傷を負い、恐怖感を伴う転倒を体験していた。対処行動は、再転倒を起こさないために、行動を制限し、付き添いなど周囲の協力を得ていた。

3名とも通院時に骨折や裂傷を伴う転倒を体験し、本人の努力と周囲の助けを借りることでなんとか対処していたことから、通院時の転倒予防や

資源の提供、恐怖感を軽減するケアの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の協力を快く引き受けてくださったA透析クリニックに通院されている事例の方々に心より感謝申し上げます。また、本研究にご協力下さいましたA透析クリニックの院長をはじめ、スタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、第36回日本看護研究学会学術集会（岡山）において発表した。

文 献

- 1) 社団法人日本透析医学会：図説我が国の透析状況の現状，[オンライン，<http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>]，日本透析医学会，11. 15. 2009
- 2) 池ヶ谷利浩，向井庸，四十宮公平，他：外来血液透析患者の移動動作能力の検討，理学療法学，32 (Supl.2)，594，2005
- 3) 堀内敏行：糖尿病患者における転倒のリスクとその対策，Clinical Calcium，19 (9)，1326－1331，2009
- 4) Desmet C, Beguin C, Swine C, et al. : Falls in Hemodialysis Patients : Prospective Study of Incidence, Risk Factors and Complications, American Journal of Kidney Diseases, 45 (1), 148－153, 2005
- 5) Cook WL, Tomlinson G, Donaldson M, et al. : Falls and Fall-Related Injuries in Older Dialysis Patients, Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 1197－1204, 2006
- 6) 平真紀子，泉キヨ子，河村一海，他：入院高齢者の転倒経験とその後の予防のとりえ方，日本看護研究学会雑誌，25 (2)，17－28，2002
- 7) 佐田律子，泉キヨ子，平松知子：大腿骨頸部骨折高齢者の再転倒に対する対処行動，日本看護科学会誌，27 (4)，54－62，2007
- 8) 眞野行生：高齢者の転倒の特徴，眞野行生編，高齢者の転倒とその対策，医歯薬出版株式会社，東京，2，1999
- 9) 森宏一編：哲学辞典，普及版，青木書店，東京，2000
- 10) Lazarus RS, Folkman S : ストレスの心理学，本明寛，青木豊，織田正美，実務教育出版，東京，2007
- 11) 月田佳寿美，宮崎徳子：血液透析を受けている腎不全患者の現状と認識に関する調査－福井県における調査報告－，福井医科大学研究雑誌，2 (1・2)，29－39，2001
- 12) Tinetti ME, Powell L : Fear of falling and low self-efficacy : A cause of dependence in elderly person, The Journals of Gerontology, 48, 35－38, 1993
- 13) 松嶋哲哉，松嶋肖子：透析患者の運動療法とは？，肥満と糖尿病，8 (6)，854－856，2009
- 14) 上月正博：透析患者における障害とリハビリテーションの考え方，Journal of Clinical Rehabilitation, 19 (6)，2010
- 15) 鈴木みずえ，金森雅夫，山田紀代美：在宅高齢者の転倒恐怖感とその関連要因に関する研究，老年精神医学雑誌，10，685－695，1999

実践報告

急性期病院における高齢者とのかかわり －院内ユニットケアの開設にむけて－

Challenges to set up the unit care for the older
adult patients in an acute hospital

岡野 由紀美, 橋本 陽子, 森田 明子, 山下 伸子

Yukimi Okano, Youko Hashimoto, Akiko Morita, Nobuko Yamashita

公立松任石川中央病院

Public Central Hospital of Matto Ishikawa

キーワード

高齢者, 高齢者機能評価, ユニットケア, チーム医療, 急性期病院

はじめに

高齢者では環境の変化によりせん妄をきたすことや転倒・転落や点滴の自己抜針などの事故のリスクが高い患者が多い。そのため看護師は患者を車椅子に乘せ一緒に検温に回ったり、同じ症状の患者をナースセンターに集めて、常に視界に入れながら業務をしている現状がある。しかしその対応では個別的な関わりが不十分で、さらに機能の低下をきたす場合がある。

当院では平成19年度より院内に高齢者機能評価 Comprehensive Geriatric Assessment (以下CGA) チームを設置した。毎月勉強会と事例検討を重ね、生活機能の問題点を医学的問題点と同じレベルでとり上げて、チームとして高齢者医療を目指し取り組んできた。

その中で私達の自主的な活動としてユニットケアに取り組んだのでその過程と実践を紹介する。

本来ユニットケアとは介護施設等で行われているもので「施設の居室を10部屋程度の個室で一つの生活単位(ユニット)として分け、食堂や談話スペースなどの共有部分を設け、利用者の自己決定を尊重しつつ、人間関係や社会関係といった生

活環境を維持していく」¹⁾と述べられている。

病院では人員や設備の面で限界があるため、患者を一定の場所に集めて音楽や遊びを通して、生活機能の維持向上を図ることを目的として試みた。

ユニットケア開設の目的

1. 効果的な刺激により療養期間中にADLや認知機能を低下させない
2. 機能低下がある患者の安全・安楽を確保する

ユニットケア開設までの過程

平成20年のCGA勉強会の中でユニットケアが院長より紹介された。そこでユニットケアの実践を提案されたが、看護部としては病棟の煩雑な現状からなかなか踏み出すことはできなかった。反面、病状が回復してもベッドで寝ているだけで退院できない患者もおり何とかしたいと感じていた。そこで平成21年1月ユニットケアの構想をCGAチームの看護部が中心となって取り組むことで合意した。2月師長会で看護師中心のプログラムを提案した。看護師を各病棟からユニットケアに出すことは病棟業務が滞り難しいと意見もあった。そこで対象病棟を絞り実施回数も限定し、

内科系 2 病棟 5 日間より開始した。その後 4 病棟 8 日間へと拡大的に試行した。

当院の H21 年の CGA データより、病棟別では一般外科系、循環器科が身体、精神機能両面で評価得点が高かった。一方消化器、代謝・腎内科系病棟では、身体、精神機能両面の得点が低い傾向にあり、適切な予防と悪化防止に向けた看護計画プログラムが必要であることがわかった。そのため取り組みとしては消化器、腎高血圧内科、一般内科の内科系 2 つの病棟の患者を対象とした。

方 法

対象：一般科入院中の患者で認知機能の低下のある身体疾患の回復期にある患者

場所：病棟患者食堂

時間：火曜日から金曜日の 14 時から 15 時 30 分

ユニットケア対応看護師：4 つの病棟の当番制で看護師 1 名

担当看護師長：CGA メンバー 4 人が交代で参加

手順：病棟看護師が患者を移送してくる

当日担当看護師が申し送りを受ける

1 時間 30 分患者と共にその場所でケアにあたる

ケア内容：参加者には名札を付け、病棟名と名前を記入した。患者 2 ～ 3 人に対して 1 名のスタッフが関わり、回想法、音楽療法、運動療法などを取り入れ、個別の話しかけや音楽や遊びを通して一人一人に働きかけた。

プログラムとして、風船遊び、唱歌や童謡、ぬり絵、貼り絵、魚釣りゲーム、折り紙、紐渡しなど組み合わせて行った。

倫理的配慮

試行を研究的な関与としてとらえ、参加者にはプライバシーを保護することと、拒否しても不利益や今後の治療と看護に一切影響がないことを説明し、文章で同意を得た。

実際および結果

1. 参加患者概要（表 1）

参加者の年齢は 80 歳代が 26 名（70%）を占めた。男女比は女性 29 名（72.4%）であった。

2. 参加者の CGA 状況（表 2）

表 1 参加患者の年齢と性別

	男（n = 8）	女（n = 29）	合計
年齢 70 - 79	0	4	4
80 - 89	7	19	26
90 - 99	1	4	5
100 -	0	2	2
合計（人）	8	29	37

表 2 参加患者の CGA 状況

	区分	n	%
改訂長谷川式簡易知能スケール	0 - 10	21	57
	11 - 20	11	30
	21 - 30	4	11
	不明	1	2
Bathel Index	0 - 30	21	57
	31 - 70	7	19
	71 - 100	8	22
	不明	1	2
Vitality index	0 - 7	20	54
	8 - 10	16	43
	不明	1	2

【CGA 基準値】

改訂長谷川式簡易知能スケール：20 点以下で軽度認知症の疑い

Barthel Index：絶対的な基準値はないが Granger らの報告では、60 点以下を部分自立としている

Vitality Index：7 点以下で意欲が低いと判断

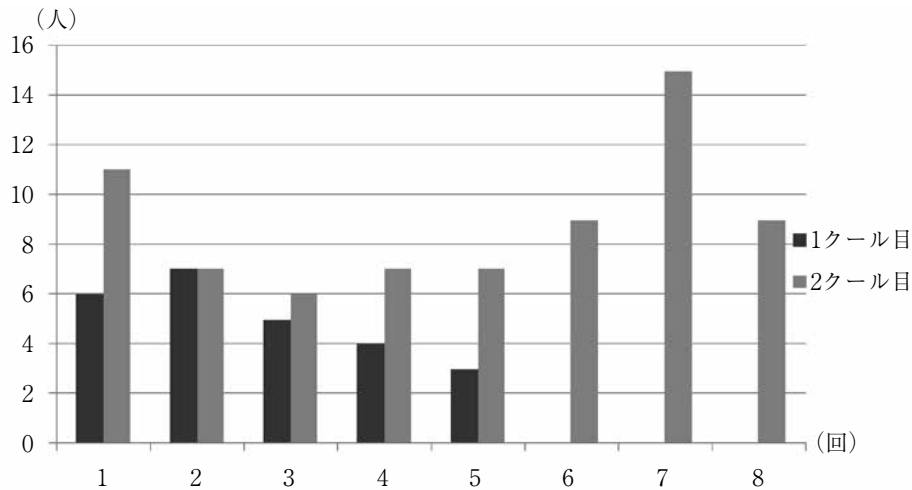


図1 参加人数の推移

1クール目：全5回のプログラムを2病棟の入院患者を対象に実施

2クール目：全8回のプログラムを4病棟の入院患者を対象に実施

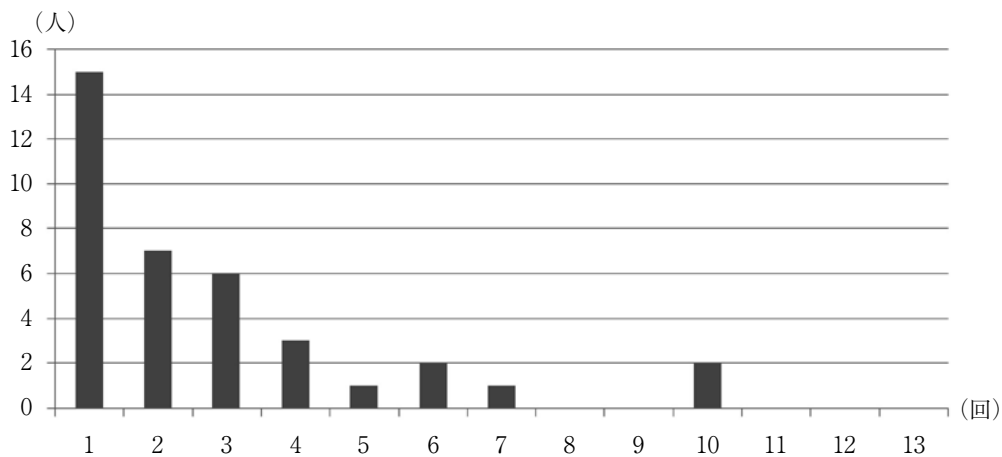


図2 参加回数と人数

認知機能（改定長谷川式簡易認知スケール）では、参加者の32名（87％）が0～20点であり低下を認めた。基本的な生活機能（Barthel Index）では、70点以下が28名で76％に生活機能の低下がみられた。意欲の評価（Vitality Index）では、20名（54％）に意欲の低下がみられた。

3. 参加人数の推移（図1）

1クール目の試行期間のH22年2月3日から2月12日までの5日間は、病棟限定もあり3～7名の参加で平均5名であった。担当スタッフを2～3人配置し、参加者一人一人に目を向け働きかけられるようにした。

1クール目施行して、担当スタッフは自分の病棟以外の患者にも対応することになるため、不安があったが常時CGAチームの師長がフォローし、

また問題があればすぐ所属病棟に連絡を取り迎えに来てもらうことを約束して関わった。

ケア時間帯については、午前中は状態観察や処置があるため部署で過ごしてもらい午後からは比較的関わりが薄くなるため刺激が必要と思われた。さらにユニットでは患者は持続的に車椅子や椅子に座っての活動となるため、負担なくできる時間の限界は2時間以内と考えた。また看護師も長時間自部署の病棟を空けておけないため、患者と看護師にとって適切な時間は昼食後の14時から15時30分までの1時間30分くらいが妥当とした。

結果的には、搬送時間も入れると患者や看護師の集中的にはちょうど良い時間であった。患者の反応には、集団で交流することにより患者同士が声の掛け合いのやりとりする場面があった。驚

表3 ユニットケア参加者の反応

参加者	主疾患	CGA結果	患者の反応
A氏 81歳女性 7回参加	肺炎	認知機能：6点 A D L：30点 意欲の評価：10点	右不全麻痺あり。しびれを訴え初日はぬり絵を介助で行ったが2日目より折り紙や貼り絵をするようになる。3日目には「今日も連れって行ってね」と楽しみにして風船遊びや歌にも積極的に参加するようになる。
B氏 86歳女性 10回参加	糖尿病 パーキンソン	認知機能：10点 A D L：30点 意欲の評価：7点	病棟では「お母さん、お母さん」と呼び続けたりしている。ケアになると嫌がらずに参加し風船遊びを行い、みんなと話をする
C氏 81歳女性 6回参加	肺炎	認知機能：0点 A D L：25点 意欲の評価：7点	車いすに乗ったまま、頸部後屈気味のためぬり絵などはできないが風船には手を出して歌は口ずさむ。
D氏 81歳男性 1回参加	心不全	認知機能：1点 A D L：20点 意欲の評価：6点	戦争のことを上手に話しされる。ぬり絵も行う。
E氏 84歳男性 2回参加	肺炎	認知機能：16点 A D L：0点 意欲の評価：5点	1回目は何とか参加されたが、2回目は「こんな年寄りの所におれん」と途中で拒否し退室。

いたのは、「自分は一番年齢がいつている」「私より若い」などと話し、年齢や名前に関心があることがわかった。そこで看護師は年齢を話題にすることで笑いを誘う場面もあり介入の一つの手段となった。また名札に年齢を記入することにした。

大きな問題もなく試行を終えることができたため、同様の方法で対象病棟を4病棟に拡大し2クール目を計画した。

2クール目の試行期間はH22年3月2日から3月12日までの8日間実施した。対象病棟を4病棟に拡大したこともあり、6～15名が参加し平均8名の参加となった。しかし15名が参加した日は、同じ2グループに分かれて行うことになった。そのため場所が狭く、ケアにあたるスタッフが集中できないことが課題となった。

しかしながら、この様に回を重ねていくと参加者も多くなり、職員間にも自然とユニットケアに参加する意識ができてきた。

4. 参加回数と人数（図2）

参加回数では、1回のみ参加が15名と最も多く、3回までの参加が28名（75%）であった。長期入院患者では10回の参加もあった。

参加者の反応（表3）として、A氏は折り紙やぬり絵をし「楽しかったあ～、病気が治るような気がする」「また連れて行ってね」と話すようになった。B氏は風船遊びになると嫌がらずに参加した。C氏のように普段声を出さなかった人が歌を口ずさんだりする場面もあった。D氏は戦争のことを上手に話してくれた。しかしE氏は参加したものの「こんな年寄りのところにおれん」と途

中で拒否され退室した。

考 察

我が国はこれまでにない高齢化社会に突入し、高齢化率は22.5%と世界第一位になっている。当院も入院患者の62%以上が65歳以上の高齢者でありその割合は今後も減少することはない。高齢者の入院は二次合併症や認知機能の低下を起こしやすいため早期の退院が必要であるが、退院可能となっても家族の介護力や受け入れ状況によって環境が整うまでは退院待ちとなるケースもある。

CGA委員会で高齢者生活機能に関する勉強会を積み重ねる中で「ユニットケア」の目的を知り、「やってみたい」と私たちの思いは強まった。

当初の計画では1日のスケジュールを組んでみた。しかし話し合いを進める中でマンパワーなどの諸問題が現実化し、最終的には1時間半のスケジュールとなった。1クールを終了すると、遊ぶ道具の使い方や音楽や歌の内容など1時間半継続することの難しさも感じた。それでもみんなで知恵を出し合いながら、2クール目を終え現場の反応や患者が楽しそうに話しをする姿や、病棟でみることのなかった患者の穏やかな表情や歌声、そして笑顔に感動を受けた。患者のもてる力を引き出すことにやりがいを感じ継続していきたいとの思いが強くなった。

山下²⁾は「認知症高齢者にとって、日常生活を送るうえで最も大切な事項に、環境因子がある。・・・環境因子でさらに重要なものは何か、言うまでもなく“人”である。病院や施設なら、看護・

介護・リハなどスタッフの関わりは、認知症高齢者の今後を左右し、その役割は大きい」と述べている。本来のユニットケアとは異なるが、急性期病院として在院日数15日前後、病床利用率91%とつい「忙しい、忙しい」と口ずさむ中で、何とかこれ以上生活機能や認知機能を低下させたくないという看護師の思いが一丸となって取り組んだように思う。

今後の展開

今回は2クルールのユニットケアの実施であった。今後も継続し定着していくために、マンパワーの問題はさけられない。看護補助者の協力を得るため、「認知症患者の効果的な関わり方」の勉強会を行った。その後5月、6月には看護補助者2名、病棟看護師1名、看護師長1～3名で8病棟に拡大し再度施行した。手ごたえを感じ11月より本格稼働を予定しており、今後はCGA委員会メンバーであるコメディカルにも参加してもらい、さらに内容の充実を図ることやボランティアの参加も

検討していきたい。

おわりに

今後も高齢者で認知機能の低下のある患者の身体治療目的の入院は増える。回復期における患者へのかかわりは1病棟単位では限界がありユニットケアのように個別にかかわることがますます重要となってくる。高齢者医療は医療者だけでなく病院スタッフがチームを組み、事例検討や勉強会を定例化しチーム医療を実践していくことが大切であると考えている。

文 献

- 1) 島根県庁高齢者福祉課：ユニットケアについて，[オンライン，<http://www.pref.shimane.lg.jp/life/fukushi/kaigo-hoken/kyo/yuni/>]，11. 1. 2010
- 2) 山下和徳：作業情報ジャーナル，4（10），933，2007

第4回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「卒後臨床研修への取り組み」

コーディネーター 坂井 恵子（金沢医科大学 看護学部）
吉野 幸枝（石川県立中央病院）

本シンポジウムの目的は、看護職者の看護実践能力を高めるための教育方略を探ることにあった。特に、基礎教育での卒業間近から新人看護師の時期に焦点をあて、それぞれの立場でチャレンジしている4名のシンポジストから発言して頂いた。

最初に登壇した丸岡直子氏（石川県立看護大学）は、基礎教育の立場から、看護実践力の向上を目指した学習プログラムを2つ紹介された。一つは『自ら学べるシナリオ学習』で、医療現場での遭遇頻度が高く、複雑・困難性のある事例を使用した。学習の際、スタートボタンを押すと、事例紹介、学習目的、学習目標の提示、アセスメント、援助の必要性和実施、まとめと学習者のレベルとペースで自学自修できるものであった。演習での活用も紹介された。もう一つは『多重課題演習プログラムの開発』であった。演習プログラムは、4人床病室で発生する看護現象であり、看護スキル・ラボにおいて看護師役・患者役を実施するものであった。学生からは企画実施は高い評価であったが、課題対処への自己評価が低く、自らの力量の判断不足が課題とされた。

テルモ株式会社に勤務する星野早苗氏は、シミュレーショントレーニングセンターの立場からメディカルプラネックスの模擬病院であるホスピタルスタジオで実施できるトレーニングを紹介された。ハード面、ソフト面からの特長を生かし、目標に応じて、新人看護師は基礎から学べる、指導者はスキルを振り返り多角的な指導方法を見つけるなど、それぞれの目標に応じた研修企画が実施できるとのことだった。

高田昌美氏（金沢医科大学病院）は、卒後集合教育の立場から発言した。従来から取り組んでいる研修として、技術項目を講義、デモンストレーション、演習、チェックといった技術確認の方法をとり、学習カード活用、クリティカルシミュレーションなどを、今年度からの研修義務化とあわせての工夫として、技術チェックリストの整備、

教育指導者研修や情報交換会といった、新人を育てるシステム作りに励んでいると説明された。課題として、新人研修として卒業生を受けるプランニングを大学教員と連動していくこと、精神的支援の重要性を示された。

最後に、佐伯千尋氏（金沢大学附属病院）は、OJT（on the job training）の立場からの登壇であった。質の高い看護を提供する虹をかける、という意味でレインボープランがあると紹介された。7つのサブプランとして、ひよこ、ハート、リーフ、オレンジ、エルダー、サポートリーダー、トータルと順次、話された。新人看護師を育てるために、見守るバディは相乗効果となり、役割モデルとなるリーフ、院内をラウンドして元気を確認するエルダーナース、5年目のプリセプターナースなど、幾十にも支え合うシステムが築かれていた。新人教育の課題として、先輩達が共通認識や認識の変化を促して取り組んでいるとのことだった。

各シンポジストの取り組みや課題・提案を受けて、会場からは、以下の質問や意見があった。

基礎教育の現場で看護実践力を向上するための看護スキル・ラボの実際と課題は何か、シミュレーショントレーニングセンターは素晴らしいが活用方法はどうか、近くで活用できる施設はあるのか、新人看護師の持てる力、強みを生かす関わりは、出身校の違いによる教育方法の工夫はあるのか、看護職の判断力の実態が弱かった調査結果から臨床現場の反省点があるのではないか、シミュレーションセンターのリピーターはインストラクターによる、また臨床と教育との連携はもっと強化して行く必要があるのではないか、などであった。

活発な討論のなかで、新人看護師の一人ひとりの良い所や個性を大事にする教育の在り方、教育と実践との連携した教育システム作り、看護独自の機能を意識的活用するといったことが課題として示された。

卒後臨床研修への取り組み ―基礎教育の立場から

丸岡 直子（石川県立看護大学）

本学において、平成21年度から開発に取り組んでいる学生の看護実践能力の向上を目指した学習プログラムを紹介した。

1. 多重課題演習プログラムの開発

卒業前学生（4年生）を対象とした多重課題に対する判断力・実践力を目指した教材（演習プログラム）を作成した。演習プログラムは、【パターン1：点滴交換と排泄誘導を希望するニードが重なった状況】（Kさんの点滴交換中に、Tさんが切迫した様子でトイレ誘導を依頼）と【パターン2：バリックス術後患者の急変と同室の狭心症患者への看護援助】（Sさんのナースコールで訪室すると、Tさんがベッド横で顔面蒼白・意識不明状態で倒れており、Sさんは表情をこわばらせて震えていた）を作成した。演習は平成21年3月に校舎を一部改修して開設した看護スキル・ラボを使用し、平成21年3月8～10日に実施した。62名の学生が参加した。学生は2名がペアを組み、看護師役と観察者役を行い、いずれかのパターンを1回ずつ経験した。患者役および応援看護師役は教員が担当した。演習実施後には、5つの視点（優先順位の判断、自己の力量の判断、他者への協力依頼、患者への説明、状況に応じた看護実践）20項目からなる評価表を用いて学生が自己評価した。また、多重課題演習の企画・実施についても評価を得た。さらに、演習後には、課題に対する看護判断や対応方法について教員からアドバイス

を行った。演習（パターン1・パターン2）の企画・実施に対する学生の評価（図1）は、演習プログラムの内容や企画・実施について高い評価を得ることができ、卒業生の実践力向上への関心の高さを現していた。一方で、各題に対する学生の到達度自己評価（図2）は低く、演習の時期や演習に臨むための事前学習の必要性が示唆された。学生の自主学習への動機づけや自信につなげるために、①演習実施時期とマンパワー確保、②事前学習や再学習が可能となる演習プログラムの修正を検討し、平成22年度も実施する予定である。

2. DVD教材の制作

『自ら学べるシナリオ学習―看護実践力の向上をめざして Step by step forward !』

看護学生や新人看護師にとって、医療現場で遭遇する頻度が高く、かつ複雑・困難性のある看護現象を取り上げて、画像（動画・静止画）によるストーリー性のある事例提示と看護展開を骨子としたDVDによるシナリオ学習教材を制作した。事例は、「患者の急変（手術後出血）による危機的状況場面」、「ターミナル期の患者を看取る家族支援」や「継続的な療養が必要となった患者の退院支援」など9事例である。この教材は、事例毎に学習内容の難度によりStep1（看護学生）、Step2（新人看護師）、Step3（3年目程度）の3段階で構成しており、看護過程展開を中心とした学習が段階的にパソコンを利用して学習が可能

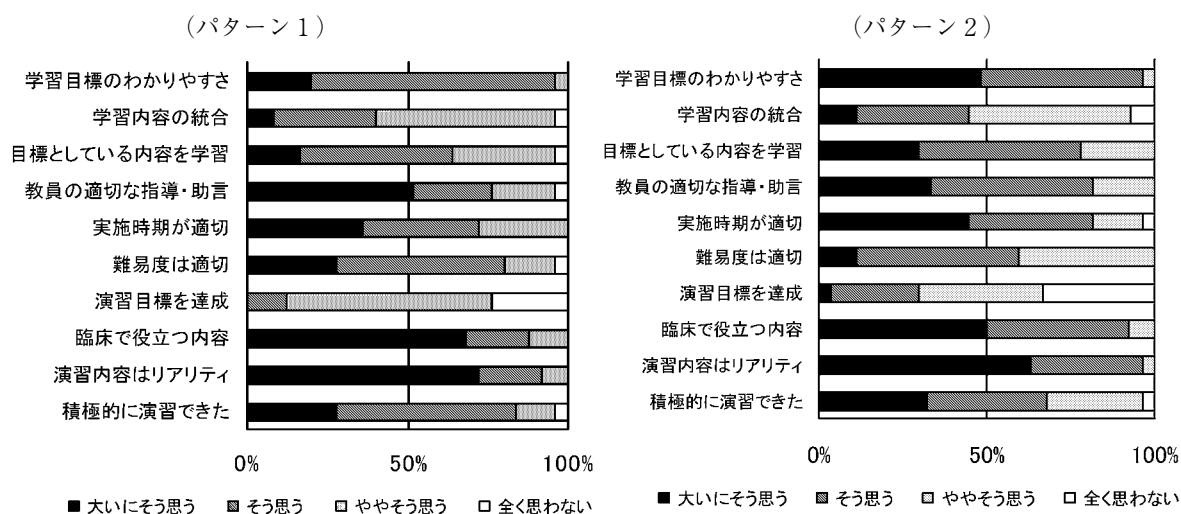


図1 演習の企画・実施に対する評価

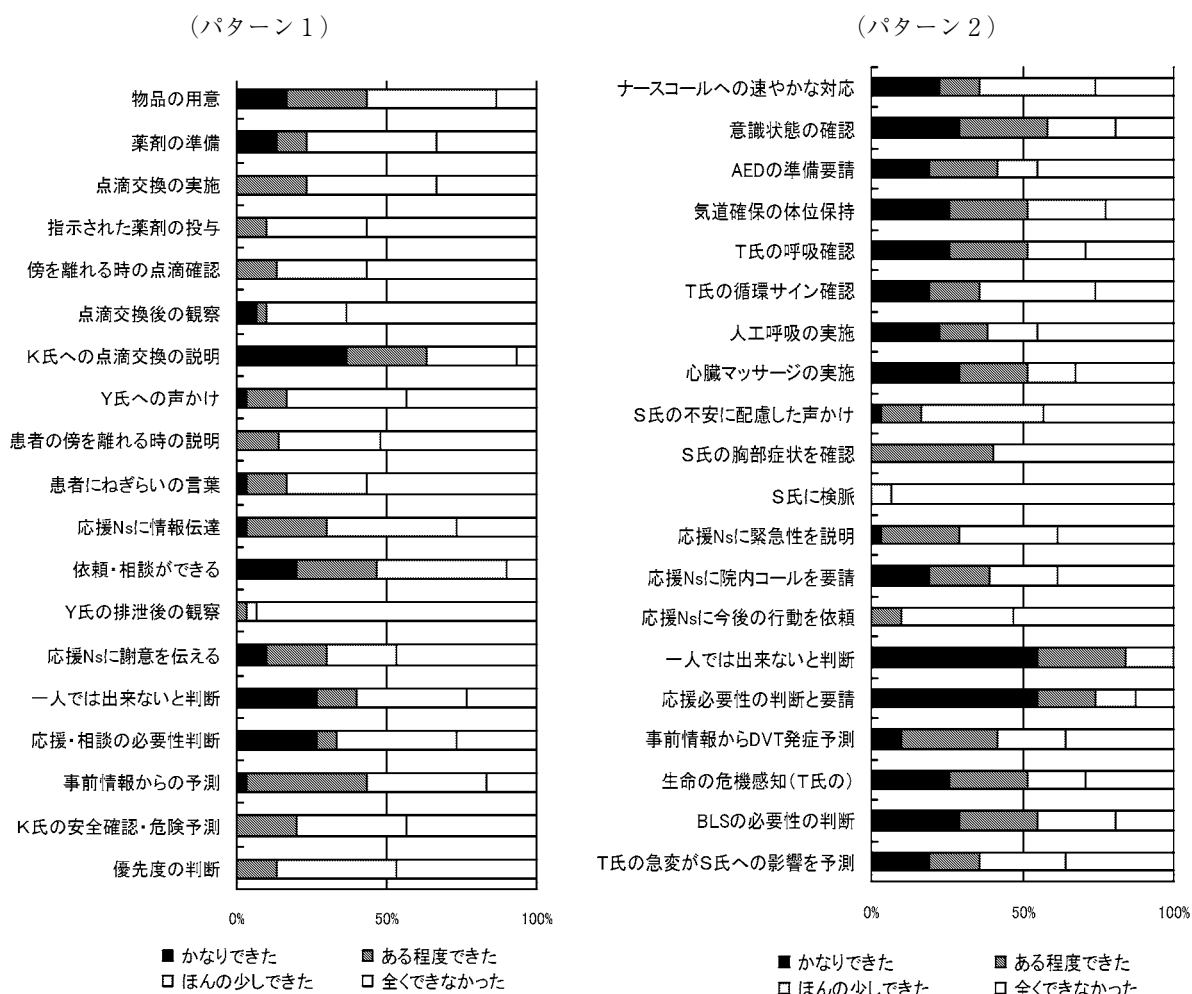


図2 演習に対する学生の自己評価

である。完成までには約1年を要し、地域住民及び多くの教職員の協力を得た。

完成したDVD教材は学部教育や継続教育において活用が始まっている。例えば、映像により提示された事例を活用したグループ討議、臨地実習前のパソコンによる自学自習、地域ケア総合センターの指導助言事業（退院調整活動検討会）において活用している。課題として、教材を有効活用

するための学習支援システムの強化や教育効果の検証があげられる。

基礎教育における看護実践能力のさらなる向上は重要な課題であり、看護職者がチーム医療を担う重要な一員としてその専門性を発揮できるような基盤を育成することを痛感している。そのためには、基礎教育と卒業後の教育との連続性や連携強化が求められると考える。

シミュレーショントレーニングセンターの立場から

星野 早苗（テルモ株式会社）

「卒後臨床研修への取り組み」というテーマをうけて、シミュレーショントレーニングセンターの立場からお話させていただきます。弊社のテルモメディカルプラネックス（以下、プラネックス）の特徴を踏まえ、企業が運営するシミュレーショ

ントレーニングセンターの役割についての考えを述べさせていただきます。

1. 教育の新しいパスウェイを考える

基礎教育で学んだ知識を実践し、さらに不足し

ている知識や新たな知識を学びながら実践を繰り返しても、実践力はなかなか身に付かないのが現状です。医療現場での実践力をあげるためには、臨床場面を再現し一連の流れの中で学ぶシミュレーションを繰り返し取り入れることが必要であり、これらによって知識、技術だけでなく態度の学びを深めることができると考えます。

2. 適正使用の情報提供から継続教育支援へ

プラネックスは「医療貢献」と更なる「新しい価値創出」の場として研究開発センターに隣接し2002年6月に新設した施設です。医療器メーカーとして安全な医療機材を提供する事は勿論ですが、正しい使い方を医療現場へ浸透させる事が重要と考え設立しました。医療の高度化、複雑化に伴い、医療現場からの意見を元に使用される機材の改善・改良が、繰り返し行われ、機材も高度化さらには複雑化してきています。同時に医療の質・安全への関心は高く、様々な負荷がかかる状況でも医療の質を高め安全に対応できる実践力が求められてきており、プラネックスでは、このような実践力を養うための継続教育を支援する体制をとっています。

3. シミュレーショントレーニングセンターに求められること

チームトレーニングを含めたシミュレーショントレーニングなど医療の現場さながらのより高度な研修が要求されています。

そのシミュレーショントレーニングの要件としては、医療現場をリアルに再現する事で臨場感のあるトレーニングが可能であること、更にはチーム医療を踏まえた流れや動きが見えるシチュエーションで行える事があげられます。また、このことを実現するための観察手段として、シミュレーショントレーニングを妨げない観察環境は重要であり、モニターできる別室などの環境が備わっている事、更には自己の行動を実施直後に観察できる設備などが必要です。

それらの点を踏まえプラネックスでは、多数のカメラを配置し室内全体を映し出す事で、点での動きではなく一連の動作や流れを検証できるようにしており、特にフリースペースを活かしたプログラムやシナリオの自由設計が可能にしています。また観察においては、プラネックスでは階段やモニター室など観察しやすい環境を設け、トレーニング直後の振り返りにおいても普段見ることで

きない自分自身の映像を見ることで、自らの気づきを導きやすい環境を提供しています。

4. シミュレーショントレーニングセンターのタスクフォース

医学部などが持つシミュレーショントレーニングセンターや教育機関では、到達目標や評価、データ分析や学会報告などを担うプログラムディレクター、更にはインストラクションし評価するといったタスクフォースの役割は重要です。

プラネックスにおいても、各施設や受講生の状況や要望に合わせたシミュレーターの選択や受講者のタイムスケジュール、更にはシナリオ作成と機材の準備などを行うプログラムプランナー、更にはトレーニング会場の設営と片付け、機材の準備と整理整頓やタイムキーパーといったタスクフォースで運営しています。それぞれが専門的な役割を持って、医療施設の方々と話し合いながら一緒にトレーニングを開催する事が重要であると考えています。

5. プラネックスから活用するメリットとは

ホスピタルスタジオと名づけた模擬病院を持つ棟は2007年4月にオープンし、病棟、ICUや手術室そしてサテライトファーマシーといった調剤室を設け、医療の現場で起こりえる多重課題に対応できるシナリオシミュレーションを可能にしています。ハード面の特徴に加え、これまで積み重ねてきたノウハウを元に最適な研修内容を医療施設と一緒に組み立てる事で、シナリオの流れや動きは勿論、環境設定を含めトータル的に臨床場面をよりリアルに再現できます。これは、病院内での限られた設備や空間で実施される研修において、医療現場のある一部の内容だけに留まったり、十分な振り返りまで至らないといった課題を解決できるものと考えています。

利用者からは、「自身の看護経験を振り返ることができ、スキルを自律的に磨ける場である」「充実した環境で効率的な研修ができ、医療安全対策にチームで取り組む機会ができる」更には「リフレッシュになる」といったプラネックス活用するメリットがあがっています。

6. シミュレーショントレーニングセンター運営に重要なポイント

シミュレーショントレーニングセンターの運営において、

- 1) 臨場感のあるファシリテーター
- 2) 本番さながらプログラムデザイン
- 3) 気づきを導くインストラクター
- 4) 効果を検証するクリニカルアウトカムを整備する事であると考えます。

開設して4年近くになり、全国の病院とのトレーニングを通じノウハウの蓄積をしてきましたが、更にそのトレーニングによる効果測定の検証方法を検討していきたいと思います。

卒後集合教育の立場から

高田 昌美（金沢医科大学病院 看護部）

昨年度の新人看護職員研修に関わる検討会を経て、今年度から新人看護職員研修が努力義務化されました。それに向けて昨年度からの取り組みを紹介します。

教育専従師長を配置しました。

看護手順書および技術チェックリストの整備は、ガイドラインの技術項目とこれまでの項目とを照合し修正しました。到達度の目安や難易度についての検討はできませんでした。

次年度における教育担当予定者の研修を1回90分で合計8回行いました。内容は、新人看護師研修ガイドラインの説明、新人看護職員をめぐる現状と課題、教育についての基本的考え方、学習理論や教授方法、評価について、また研修の一環として、1年次、2年次看護師の事例検討にオブザーバーとして参加してもらいました。

実地指導者研修は従来の研修方式で準備研修を行いました。

集合における研修は、主に講義・デモンストレーション・実技体験、内容によっては講義・グループワーク・意見交換等の一連の流れで行いました。また昨年度にシミュレーションセンターが開設され、ここでの研修が可能となり効果的な研修運営ができるようになりました。

集合研修の担当者は、その研修内容の関連領域の専門・認定看護師及び師長、主任に担当してもらっています。

技術修得については、技術チェックリストを用い部署で確認しています。手術部門など特殊性のある部署については、チェックリストにある技術の修得が不十分であり、修得状況については部署

ごとにばらつきがみられます。関係部署と連携しての技術修得には至っていません。

研修手帳については、従来使用していた「研修・学習カード」を継続して使用しています。このカードの裏面には、個人の業績も記入できる欄を設けています。個人の年間の目標は、目標管理のところで記載し、評価するようにしています。

夜勤開始については、夜勤看護加算成立との兼ね合いがあり、早目にシャドーイングを入れざるを得ない状況でした。

その他職場適応の対応として、新人看護職員同士の交流を図るために、就業前研修の実施、また研修は年間に亘っていますが、特に4月～7月の間は研修を週2回間隔で入れています。また年2回のフォローアップ研修で新人看護職員同士の意見交換会を開催しています。

また7～8月の期間に教育専従師長と新卒看護職員が面談し、職場適応の状況を確認しました。精神的なサポートとしては、相談員による「陽だまりルーム」を開設しています。「医療事故を起こさないか不安」「配属部署の専門的知識、技術が不足している」等の悩みで出勤できなくなるなど、年々相談件数は増加し対応も多様化しています。

今後の課題は、

1. 集合教育と部署教育の連動
2. 関係部署との連携の活用
3. 夜勤看護加算成立と夜勤開始
4. 精神的サポートの強化

があげられ、積極的な取り組みが必要と考えています。

卒後臨床研修への取り組み OJTの立場から

佐伯 千尋（金沢大学附属病院 看護師）

1. プリセプターの経験

私は看護師3年目と8年目の今年と2回プリセプターを経験しました。当院は大学病院であり、私が看護師として働き始めた7年前には既にOJTはシステム化され活発に取り組まれていました。最初のプリセプターを経験した時は、新人教育はプリセプターにその責任のほとんどがあるように感じ、大きな負担となりました。今年4月から新人看護職員研修事業が法的に努力義務化されました。プリセプター経験2回目の今年、当院における新人教育も変化してきていると感じています。

2. 当院の新規採用者への支援制度

当院では、新規採用者の育成を中心とした看護師相互の成長プランがあります。大学病院として質の高い看護を提供する大きな虹をかける、という意味をこめて「レインボープラン」と呼んでいます。

3. レインボープランとは

レインボープランは平成19年度より導入された教育プランです。レインボープランには「ひよこプラン」「オレンジプラン」「リーフプラン」「ハートプラン」「イノベーションプラン」「サポートリーダープラン」「トータルチームプラン」の7つのサブプランがあります。

1) ひよこプラン

臨床経験2・3年目のバディが身近な仲間として、新人看護師（以下新人）に意図的に関わり、職場環境への適応ができるように見護ります。バディはプリセプターよりもプリセプティーに年齢が近く、新人からは「相談しやすい」「バディに声をかけてもらえて嬉しい」と言った声が聞かれます。またバディ達が先輩としての自覚を育成する機会となり、相乗効果が得られていると考えます。

2) ハートプラン

新人が時間内に職務を遂行できるよう関わるフレッシュサポーターが中心となり、毎日の業務調整やスケジュール管理を行い、ライフワークバランスの適正化を図りながら、職務の充実に繋げられるよう支援しています。

3) リーフプラン

フレッシュサポーター・サービスリーダーという病棟スタッフと、エルダーナースという病棟外のスタッフなどの指導者がチームの中で相互に相乗効果が得られるよう新人を支援しています。サービスリーダーとは、自らが質の高い看護を実践する役割モデルとなり、看護の基礎となる確かな看護技術を指導し、新人のコア技術レベルを保証することを目的としています。

エルダーナースとは、新人が所属部署内で社会人・医療人として円滑に活動するために、リアリティーショックの軽減及び早期の職場適応への支援を目的とし、院内を横断的に30名が活動しています。病棟スタッフ以外の先輩看護師（以下先輩）が定期的ラウンドすることで、新人のよき相談相手となり、職場適応できるよう生活面・精神面での支援を行っています。また、リアリティーショックを最小限にして困難を乗り越えて成長できるように支援しています。私は今年度エルダーナースの一人として、毎週水曜日の13時から17時、新規採用者43名のラウンドを行っています。ラウンド前には前回のラウンドの振り返りミーティングを行い、今回のラウンドで心がけたい視点や重点的に話を聞く新人について考えています。そしてコミュニケーションスキルについて学習し、新人の思いを十分に引き出せるように配慮しています。ラウンド時にはポジティブフィードバックを心がけ、新人とともに今できていることを新人自身が認め、エルダーナースとともに看護の喜びにつながるように思いを傾聴しています。実際のエルダーラウンドでは、新人から「エルダーと話せるのが楽しい」「病棟以外の先輩と話すことができて嬉しい」「気分転換できる」といった声が聞かれます。またリアリティーショックを受け、勤務の継続を困難に感じている新人が、エルダーにその思いを打ち明けることもあります。

4) オレンジプラン

臨床経験5年目以上のプリセプターが、新人に業務を通して看護技術の手本を見せ、またメンタルケアやスケジュール管理を行います。各部署には院内トレーニングを受けた安全教育専任看護師（以下安全専任）が配置され、看護業務における医療安全の水準向上を目的に活動しています。新人教育の中心的存在であり、新人のみならずプリ

セプターにとっても機能的・精神的な支えになっていると考えます。

4. 各病棟の新人指導

各病棟では、安全専任・プリセプターが中心となり、病棟スタッフ全員で新人教育に取り組んでいます。新人が成長する姿はもちろん嬉しいのですが、2・3年目のスタッフが先輩らしく成長する姿を見ることがとても嬉しく感じています。

私の勤務する病棟では、新人1名につきプリセプター1名とパディ2名がいます。プリセプターは新人に意図的に関わり、役割モデルを示しています。同一勤務帯では新人のフォロー役となり、4月中は一緒に検温に回り、「見学」「見護りの下での実施」「一人で実施」の3段階に分けて実施・評価を行っています。また病棟では、リーダークラスの看護師が参加する新人会議を設けています。新人会議では、新人の技術習得状況だけではなく、新人一人ひとりの性格や傾向、適切な指導方法について話し合っています。加えて、2・3年目の若手看護師の教育プランについても話し合う機会を設けています。

5. 統一された方法での新人指導

当院では教育の指針として平成16年度から「現任教育実施要綱」を使用し、改訂を重ねています。また平成17年度から「キャリア開発ノート」という共通の学習・成長を記録するノートを用いて評価を行っています。加えて今年度からは「卒後看護臨床研修実施要項」「看護技術ブック」「研修ノート」の3冊が新たに作成され利用しています。

看護技術ブックの中には、技術の習得状況に関する103項目のチェックリストが記載されています。これまでは病棟独自のチェックリストを中心に用いていました。先輩は習得状況を把握し、新人が技術習得できるように配慮しています。

看護技術ブックが設けられたことで、指導する先輩達と同じ方法で指導でき、またその方法を再確認できると思います。これまで部署あるいは先輩によって指導方法や内容が異なることがありました。それにより新人は戸惑うことが多かったと思います。実際私が新人の頃は共通の指導要綱はなく、先輩によって指導内容が異なるという経験を多数しました。院内共通の看護技術ブックがあることで新人は根拠に基づいた看護技術を統一された方法で指導を受けられると考えます。

6. 今後の課題

新人教育を行う上で今後の課題として挙げられるのは以下の2点と考えます。

1点目は「やり方が分からないという新人の姿勢が「やる気がない」と先輩の目に映ること」です。新人は分からないことをうまく先輩に伝えることができず、先輩から声を掛けられるまで行動できない場合が多いと思います。しかし先輩の目には「自主性がない」「積極的でない」「やる気がない」と映ってしまう場合もあります。先輩に新人の気持ちが伝わり、共通認識できるように調整することが必要だと考えます。

2点目は「スタッフ全員で新人を育てるという認識が不十分であること」です。新人教育はプリセプターが行うものとの認識が未だ根強くあったり、新人の行う看護についてその責任はプリセプターにあると指摘する声が時に聞かれます。つまり、先輩の認識の違いによって、技術指導や熱意に差が出ているのではないかと思います。新人の現状を先輩たちが同じレベルで把握できることで、共通認識下での新人教育が可能だと考えます。そして、新人指導は大変なものではなく、「新人教育とは自分や医療チーム・組織全体の成長を促す素晴らしい機会だ」という認識の変化に繋がると 생각합니다。

第1群の座長をつとめて

松田 琴美（金沢医科大学病院）

第4回看護実践学会学術集会におきまして、第1群、一般演題3題の座長を務めさせていただきました。

第1席「人工関節置換術を受ける患者の不安の

変化－手術前後を比較して－」（発表者 金沢大学附属病院 中村真由子さん）は、人工関節置換術を受ける患者の不安の変化を不安尺度STAIと独自で作成した質問紙を用いて手術前後で比較し

た研究でした。状態不安は術後低下すること、人工膝関節置換術患者より人工股関節置換術患者の不安が高いこと、人工関節置換術の手術経験なしでは状態不安が高いことが示され、今後の術前オリエンテーションや患者支援に活かしたいとの発表でした。

第2席「看護師の疲労と余暇活動の関連」（発表者 やわたメディカルセンター 谷口博紀さん）は、看護師の疲労と休日の計画性・余暇活動状況の関係を明らかにするために、蓄積的疲労インデックス（CFSI）による疲労状況と自記式質問紙（基本属性、勤務希望数、超過勤務、余暇時間、余暇満足度）を用いた研究でした。蓄積疲労の結果は先行研究の女性医療職と女性の研究対象者と比較し、状況別として自記式質問紙に沿って2群にわけ平均訴え率を比較され、余暇の時間ではなく質が疲労状況に影響を与えていることがわかりました。臨床で働く者にとって興味深い内容でし

た。考察で述べられていたさらなる調査、余暇満足度の高い人の特性、満足できる余暇の過ごし方についての報告が楽しみです。

第3席「卒業前看護学生を対象とした多重課題演習プログラム開発（第1報）－学生の自己評価からの検討－」（発表者 金沢医療センター附属金沢看護学校 荒木真澄さん）は、卒業前看護学生を対象とした多重課題演習プログラム開発において、実施後の学生の自己評価からプログラムの改善を検討した報告です。新人看護師の臨床現場への適応については、学校側・臨床側にとって大きな課題となっています。本研究の内容は卒業前の看護学生の状況をより具体的に共有する機会となったのではないかと感じました。今回は第1報ということで、第2報以降の分析結果の発表が非常に期待されます。

最後に、座長の機会をいただきましたことに感謝いたします。

第2群の座長をつとめて

川島 和代（石川県立看護大学）

第2群口演3題の座長をつとめさせていただきました。第2群は臨床における問題意識を研究的な手法で今後の看護ケア改善に生かそうとする取り組み2題と、がんリハビリテーションに関する文献研究1題でありました。

第4席「流動食・ミキサー食を摂取した患者にインタビューを行った一考察」（発表者 杉浦恵子他 石川県立中央病院）は、療養上の理由で流動食やミキサー食を一時的に摂取しなければならない患者への食事の受けとめ方と改善への要望についてインタビューによって明らかにされた研究でありました。24時間の生活を通して回復を支援する看護職ならではの研究であると共感をもって発表を聞きました。ただ、対象の発達段階や健康障害に差異があり、食事の種類を変える目的も異なることが考えられ、研究目的にそった対象選定時の基準が示されていると良いのではないかと思います。食生活の援助に関する実践研究をさらに重ねていただけたらと思いました。

第5席「入院して化学療法を受ける婦人科がん患者の夫の思い－役割変更に焦点を当てて－」（発表者 西田牧子他 金沢大学附属病院）は、

入院して化学療法を受けている壮年期3名の婦人科がん患者の夫の思いをインタビューによって5つのカテゴリーを明らかにし、夫への介入方法を検討した研究でした。治療を受けている患者に目が向きがちになるケアに配偶者に視点をあてた研究として興味深くかつ重要であると思いながら伺いました。会場からも男性側配偶者の立場から臨床への意見も出され、家族を単位とした看護の目をそそぐ重要性がうきばりになったと思いました。時間の制約もあり話題に出来なかったセクシヤリテイに関連する内容について、討議を深めたい思いが残りました。婦人科疾患患者にとって大切な支援ではないかと思いました。今後は実践事例を増やし、介入の指針を明らかにして下さることを願っています。

第6席「がんリハビリテーションチーム医療における看護師の役割の傾向とその課題－27年間の文献を通して考える－」（発表者 佐々木栄子 埼玉医科大学保健医療学部）は、がんリハビリテーションに関する診療報酬の改定に伴い、そこに果たす看護職の役割が不明確であることを動機に取り組みされた研究でした。過去の研究文献を通し

てがんリハビリテーションに関する看護職の役割を探索された結果、「生活支援」、「高度実践」、「アナログ的看護／時の流れに寄り添う」の3分野を取り出されました。この研究を通して研究者は看護の独自の機能を他の専門職が理解できる言葉で

みえる形にしていくことが課題とも指摘されました。看護実践学会における共通の課題ではないかと思い、出席者の皆さまと共有してまとめさせていただきます。

第3群(学会企画:共同研究発表)の座長をつとめて

北岡 和代(金沢医科大学 看護学部)

第3群は、看護実践学会の共同研究チーム(褥瘡、母子保健・助産、看護管理、糖尿病ケア、転倒)による研究発表5題でした。

第7席 褥瘡に関する共同研究チームによるご発表:「腹臥位手術患者の褥瘡発生要因」(発表者 金沢医科大学病院 熊谷あゆ美さん)でした。手術室の体位別褥瘡発生率は腹臥位が最も高いという実態から、某病院において腹臥位で手術を受ける成人患者を対象に、褥瘡発生と褥瘡発生に関連する諸要因を探索した結果を報告されました。講演集に発表抄録が掲載された後、さらに詳細な分析を行ったということで、当日の発表をされました。全身麻酔下で腹臥位手術を受けた成人患者43名の褥瘡発生は、Stage I 褥瘡4名(9.3%)、反応性充血35名(81.4%)、皮膚変化なし4名(9.3%)という結果でした。また、褥瘡発生には最大体圧値とBMI(Body Mass Index)が関連していることが示唆されました。手術室では褥瘡の危険因子を持たない患者でも褥瘡が発生するため、褥瘡発生に関連する諸要因を探索し、今後の対策を立てることは有意義な研究と考えます。今後の研究の継続が期待されます。

第8席 母子保健・助産に関する共同研究チームによるご発表:「帝王切開で出生した正常新生児の体温変化と環境温の実態調査-直腸温と胸部皮膚温の測定-」(発表者 金沢大学附属病院 松田康子さん)でした。これまでの研究の取り組みから、今回は、帝王切開で出生した新生児の体温の変化と環境温との関連を調べた結果のご報告でした。某病院において、帝王切開で出生した新生児7名を対象に調べた結果、新生児の直腸温は出生時と比べ、新生児入室時、1時間値、2時間値、3時間値が全て有意に低下していることがわかりました。このように、経膈分娩時における新生児の直腸温の変化とは異なる温度変化が見ら

れたこと、胸部皮膚温と手術室温との間に関連があることが示唆されたこと等の結果が活かされ、今後、帝王切開で出生する新生児の保温ケアに繋げていくことが期待されるものでした。

第9席 看護管理に関する共同研究チームによるご発表:「地域中小病院の新人看護師教育の看護技術習得過程と望ましいかかわり方」(発表者 公立宇出津総合病院 輪島裕子さん)でした。過疎地域に位置する病院の看護師不足が叫ばれる中、就職した3名の新人看護師に対して教育を実践した過程を報告されました。特に、新人看護師の看護技術修得過程における問題点が明らかにされました。基本的な看護技術が修得されないまま病棟配属される、患者とのコミュニケーションが取れず良好な関係が築けない、スタッフの期待と新人看護師の思いにずれがある、入院取り扱いが十分にできない、看護記録の記載が十分でないという明らかになった問題点が病院側に提示され、新人看護師教育のより充実に向けて役立て、看護師の定着がなされるよう期待いたします。

第10席 糖尿病ケアに関する共同研究チームによるご発表:「外来における糖尿病初期教育場面での看護師の認識」(発表者 芳珠記念病院 由本聡登美さん)でした。外来における糖尿病初期教育を課題とした研究がほとんどないことに着目し、外来個別指導において、看護師がどのような認識で糖尿病初期教育を行っているのかを明らかにすることを目的とした研究のご報告でした。外来で糖尿病初期教育あるいは研究に関わっている看護師と看護教員を対象に、個別インタビューとフォーカス・グループ・インタビューを行い、その結果を報告されました。看護師の認識として挙げた『まずは話を聴こうと思う』、『糖尿病初期教は、初診や初期入院して患者が療養生活を確立するまでと幅が広く、時間軸があるものとして捉

えることが重要である』、『糖尿病初期教育には糖尿病を知っている看護師が、一番大事な時期に担当することが理想である』、『外来の初期教育場面で大事なことは、限られた時間の外来相談の場で、ポイントをつかむために患者の生活について把握し、患者の興味を知り、看護師が必要と思われるポイントを絞って指導することが大事だと思う』、『教育入院での患者の糖尿病の療養は仮の姿であり、外来での患者本来の姿にケアできる』を、今後に活かされていくことを期待いたします。

第11席 転倒に関する共同研究チームによるご発表：「入院1ヶ月で16回転倒を繰り返した高齢患者の経過」（発表者 金沢赤十字病院 真脇澄子さん）でした。某急性期病院において、転倒転落のインシデント・リポートが約2割と多く、特にそのうち約2割の患者が複数回転倒している現状に対して、今回は1事例を振り返られてのご報

告でした。当該患者が複数回の転倒を繰り返した背景として、転室によって転倒が助長されたこと（部屋が広がったことによる影響、看護師の監視下による患者のストレス）と、転倒に対する患者の思いと看護師の認識のずれ（ナースコールの説明に終始しているなど）があったことが考えられました。1事例からの振り返りにより明らかになった背景ではありますが、同様の患者の転倒予防を考える際に十分活かせることができるものと考えられました。

以上、5題の発表に対して、会場からの質問も活発に行われ、質疑応答の5分はすぐに経ってしまいました。ご発表いただいた発表者と会場にお越しいただいた皆さまに、感謝申し上げます。最後に、当学会の共同研究チームによる研究が今後ますます発展し、このような活発なご発表が続くことを祈念いたします。

第4群 ポスターセッションの座長を終えて

加藤 欣子（金沢医科大学 看護学部）

今回のポスターセッションは「プリセプターが捉える新人看護師の臨床判断における困難」と、「‘123マジック’ 英国子育て支援プログラムが日本の親子に与える効果」の2演題と少なかった。

「プリセプターが捉える新人看護師の臨床判断における困難」の内容は、臨床看護の現場における医療の高度発展と、それに伴って医療従事者には高度な知識・技術が要求される現状がある中で、新規採用される看護師の実践能力の低下が問題となっている昨今の事情を反映する研究であった。また、「‘123マジック’ 英国子育て支援プログラムが日本の親子に与える効果」も、少子化と子育て事情の時代的变化の中で注目されている子育て支援方法に関するものであった。

机と椅子が固定された会場だったため、ポスターを中心に聴衆が取り囲むことは困難であったが、参加者が20名ほどだったため、椅子に座ったままゆっくりと発表を聴くことができた。質疑応答も緊張を伴うことなく自由に出来たのではないかと思われる。

質疑応答の内容は、「‘123マジック’ とは何か」などの研究内容に関するものが多かったのは勿論であるが、それらの質問が終わった後に、研究発表用のポスター作成方法やその技術、及び作成にかかる費用等についての質問があり、発表者はそれに対しても丁寧に応え、なごやかな雰囲気の流れる一場面があった。現場の実践研究者の集まりらしい交流であった。

交流集会 1

「日常看護の中の倫理」を担当して

平山恵美子（金沢医科大学 看護学部）

近年、医療の発展や人々の医療ニーズの多様化に伴い、生命・医療倫理がクローズアップされています。看護においてもターミナルケアやインフォームド・コンセント、情報開示、治療選択といった患者の自律を支える看護の役割等が、課題として取り上げられることが多くなってきました。しかし、看護における倫理の問題はこのように大きなテーマばかりではなく、日常的な看護実践のいたるところに存在しているといっても過言ではありません。例えば日常生活援助（清拭や食事・排泄など）や、何気ない場面でのコミュニケーションの中にも倫理の問題は潜んでいます。日常の看護実践における倫理について、看護者が明確な認識を持っていないと、倫理的問題が生じても気づくことができなかつたり、目の前で起こっている問題を矮小化する危険性があります。まずは日常看護の中にある倫理的問題に気づくことが必要であるといえます。

今回の交流集会では、事例を基に日常看護の中の倫理的問題について、参加者の皆さまと共に考える機会にしたいと思い企画をしました。

交流集会の前半は、看護実践において何故倫理が必要とされるのか、企画者のこれまでの研究結果を基に看護の質の向上という観点から提言をさせていただきました。そして、事例の倫理的検討を行うにあたり、特に医療倫理の四原則については参加者の方々と共通理解ができるよう例題を多用し説明を行いました。

次に、倫理的検討を行う肺がんの患者さんの事例を紹介しました。事例の内容は、化学療法をしているのに副作用が出現しないため、治療の効果が無いのではと不安に思っている患者さんと、いつも明るいその方を問題のない患者と捉え、患者さんの真の思いに気づくことができない看護師です。企画者から、倫理の四原則とケアリングの観点からその事例の倫理的問題について分析を提示させていただきました。

交流集会の後半は、「あなたならこの患者さんにどのように対応したでしょう」、「事例から自己のケアを振り返りグループで話し合ってみましょう」というテーマで、参加者の方々にグループワークおよび発表をしていただきました。短い時間でしたが、「（看護師は）患者さんの立場に変換していくことをもっと考えていくべき」、「患者さんは看護師が考えている以上に遠慮している」、心を添えて患者とともに居ることが大切」、「（本交流集会に参加したことは）自己の看護を振り返る機会になった」などの意見が出されました。

本交流集会が、日々多忙な環境で看護実践を行っている看護職者の方々にとって、日常看護の倫理を考える機会となり、自己の看護の振り返りの一助になることができたならば幸いに思います。

当日は、看護職者、学生など多くの方々に参加いただき、大変感謝しております。あらためてお礼申し上げます。

交流集会 2

「心臓リハビリテーションにおける看護」を企画・担当して

山崎 松美、桜井志保美（金沢医科大学 看護学部）

日本における心血管病死亡率の過去40年間の推移をみると、脳血管疾患死亡率が着実に減少しているのに比べて、虚血性心疾患の減少はわずかでした。従来の心臓リハビリテーションは、急性心

筋梗塞後の離床と身体が本来備えているさまざまな調節機能の低下を予防することでした。しかし、近年は再発予防に重点が置かれリハビリが展開されています。そのため運動療法だけではなく、食

事指導を含めた生活全般についての包括的なリハビリが行われるようになってきており、看護師にかかる期待は大きくなっています。このような状況の中、心臓リハビリテーションに積極的に取り組んでいる看護師さんから心臓リハビリテーションを拡めたいと要望があり、今回のテーマを取り上げました。

最初に、心臓リハビリテーション指導士であるやわたメディカルセンター看護師2名（河南昌美氏、花井正美氏）より、報告と話題提供をして頂きました。循環器病棟では病態や合併症の観察のみが重視されがちであるが、患者の生命予後やQOLの観点から、生活習慣の修正とセルフマネジメント能力の向上を目指した患者教育が、非常に重要であること、その中で看護師の役割が大きいことについて、心臓リハビリテーションの概念の変遷とともに紹介がありました。そして、実際にやわたメディカルセンターでは、どのように心臓リハビリテーションが行われており、看護師はどのような役割を担っているのかの報告がありました。入院患者には、早期に個別面接を行い、目標を設定して患者教育が行われていること、また、外来心臓リハビリテーション患者に対しても、看護師が個別面接・相談を行っている等の取り組み内容でした。しかし、その中で看護師の知識レベルや意欲に個人差があり、看護師教育をどのように行っていくべきなのか、また、病棟から外来への患者情報の共有がうまくできていないと

いう問題が生じており、他施設ではどうなのかの話題提供がされました。

交流集会には15名程度の参加者があり、やわたメディカルセンターの報告の後、参加者から各職場の現状について報告しあいました。心臓リハビリテーション指導士の資格を持つ看護師はまだ少なく、どの施設もスタッフ教育や意識の向上に苦悩していることや、病棟と外来の両方のスタッフが参加してのカンファレンスを開催し、情報の共有を試みている等の意見が出されました。また病棟で勤務する看護師さんから、患者様は次に発作を起こしたらどうしよう不安を持っているので、再発予防を重視した看護が進むことで患者も看護師も自信を持って退院にのぞめるようになるとの感想が出されました。さらに、管理職の方からは、認識していなかった現場の状況がわかったので、今後の病院管理で取り組んでいきたいと前向きな発言がありました。

交流集会の参加者は、当初の見積もりより少なくどうなるかと不安もありましたが、集会終了後、互いの連絡先を交換し合っている参加者の様子を見て、このテーマを選んだことでよかったと感じるとともに、施設を越えて情報交換していくことが石川県全体の虚血性心疾患の患者様の看護の質を高めていくことにつながることを願っています。最後に、参加いただいた皆様に心からお礼申し上げます。

学会記事

1. 第4回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

金沢医科大学看護学部

学術集会長挨拶

学術集会

日時	平成22年9月5日（日） 8：40～17：00
場所	金沢医科大学本部棟
会長講演	テーマ 「看護実践能力を育む『臨床教育』」 田村 幸子（金沢医科大学看護学部）
特別講演	座 長 泉 キヨ子（金沢大学医薬保健研究域保健学系） テーマ 「卒後臨床研修と基礎教育を学ぶ」 講 師 菱沼 典子（聖路加看護大学看護学部） 座 長 田村 幸子
シンポジウム	テーマ 「卒後臨床研修への取り組み」 コーディネーター 坂井 恵子（金沢医科大学看護学部） 吉野 幸枝（石川県立中央病院） シンポジスト 丸岡 直子（石川県立看護大学） 星野 早苗（テルモ株式会社） 高田 昌美（金沢医科大学病院） 佐伯 千尋（金沢大学附属病院）
一般演題発表数	8題（口演6題、示説2題） 座 長 松田 琴美（金沢医科大学病院） 川島 和代（石川県立看護大学） 加藤 欣子（金沢医科大学看護学部） 講 評 紺家千津子（金沢医科大学看護学部）
共同研究発表数	5題 座 長 北岡 和代（金沢医科大学看護学部）
交流集会 1	テーマ 「日常看護の中の倫理」 ファシリテーター 平山恵美子（金沢医科大学看護学部）
2	テーマ 「心臓リハビリテーションにおける看護」 ファシリテーター 山崎 松美、桜井志保美（金沢医科大学看護学部）
研修セミナー	BLS（一次救命措置）研修 金沢医科大学クリニカルシミュレーションセンター、金沢医科大学病院看護部共同企画
出席数	285名（会員223名、非会員31名、学生31名）

総 会

日 時	平成22年9月5日（日） 11：30～12：00
場 所	金沢医科大学本部棟 4階講堂
理事長挨拶	
議 長	田村 幸子
報告事項	

- 1）平成21年度理事会・事務局会議報告
- 2）平成21年度事業報告
事業

- (1) 第3回学術集会並びに総会（平成21年9月6日）
出席者数 293名
- (2) “「わが病院自慢」看護実践口腔ケア”研修会の開催（平成21年10月24日）
参加人数 43名
- (3) テーマ別共同研究チームの継続
- (4) 会員募集・登録・名簿管理
平成21年度会員数 493名（平成22年3月28日現在）
（継続者402名、新規入会者91名）
平成21年度退会者 118名
- 3）平成21年度会計収支決算報告および会計監査報告
別紙のように報告され、承認された。
会計幹事 塩村 京美（金沢医療センター附属金沢看護学校）
山内由美子（金沢大学附属病院）
- 4）平成21年度編集委員会報告
 - (1) 委員会の開催 平成22年12月3日：掲載論文の決定
 - (2) 学会誌の発行
看護実践学会誌 Vol.22 No.1
 - (3) 投稿論文の状況
投稿論文数8編のうち掲載論文7編（原著2編、研究報告2編、実践報告3編）
不採用・辞退1編

提案事項

- 1）平成22年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
- 2）平成22年度事業計画案が承認された。
 - (1) 第4回看護実践学会学術集会の開催（平成22年9月5日）
 - (2) テーマ別共同研究チームの活動の継続・第5回看護実践学会学術集会での発表
 - (3) “「わが病院自慢」企画（地域連携あるいは在宅ケアの取り組み）”の新規開始（加賀地区）
（平成22年10月16日）
 - (4) 会員向け研修会（口腔ケア）の開催（平成22年9月18日、10月30日、12月4日）
 - (5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - (6) 看護実践学会誌発行（第23巻1号）
 - (7) 理事会の開催：年4回予定（4月、7月、11月、2月あるいは3月頃に予定）
- 3）平成22年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。
- 4）第5回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長
日 時 平成23年9月4日（日）
開催予定場所 未定
学術集会長 吉野 幸枝（石川県立中央病院看護部）
- 5）第5回看護実践学会学術集会長の選出について石川県立看護大学川島和代先生の推薦があった。

看護実践学会 平成21年度会計決算

【収入の部】

(単位:円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 会 計	3,060,000	3,194,000	134,000	
1. 年 会 費	2,500,000	2,495,000	- 5,000	
2. 学 術 集 会 参 加 費	560,000	635,000	75,000	会 員 238名 (@2,000円) 会員外 38名 (@4,000円) 学 生 14名 (@1,000円)
3. わが病院自慢参加費	0	64,000	64,000	会員外32名 (@2,000円)
II. 雑 収 入	500	7,585	7,085	
1. 銀 行 利 子	500	585	85	事務局
2. 寄 付 等	0	5,000	5,000	
3. 雑 誌 販 売	0	2,000	2,000	
III. 前 年 度 繰 越 金	3,051,533	3,051,533	0	
収 入 合 計	6,112,033	6,253,118	141,085	

【支出の部】

(単位:円)

項 目	予 算 額	決 算 額	差 額	備 考
I. 事 業 費	2,200,000	2,018,055	181,945	
1. 学 術 集 会 費	850,000	850,000	0	第3回学術集会収支決算別紙
2. テーマ別共同研究	150,000	150,000	0	5件
3. わが病院自慢	50,000	50,000	0	
4. 会 誌 発 行 費	1,000,000	818,055	181,945	会誌印刷
5. 次年度学術集会費	150,000	150,000	0	第4回学術集会
II. 会 議 費	185,000	170,557	14,443	
1. 理 事 会 費	150,000	157,769	- 7,769	4回開催
2. 事 務 局 会 議 費	25,000	2,268	22,732	1回開催
3. 編 集 委 員 会 費	10,000	10,520	- 520	1回開催
III. 事 務 費	760,000	370,710	389,290	
1. 印 刷 費	60,000	44,100	15,900	振込用紙印刷、封筒印刷等
2. 郵 送 通 信 費	150,000	117,199	32,801	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送等
3. 人 件 費	500,000	177,730	322,270	名簿管理、ホームページ管理等
4. 消 耗 品 費	50,000	31,681	18,319	文具等
IV. 予 備 費	2,967,033	0	2,967,033	
支 出 合 計	6,112,033	2,559,322	3,552,711	

平成21年度決算残高

収入合計 6,253,118円 支出合計 2,559,322円 差引残高 3,693,796円

平成21年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を資料とし、平成22年4月12日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

塩田京美

山内由美子

看護実践学会 平成22年度会計予算

【収入の部】

(単位:円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 会 費	3,165,000	
1. 年 会 費	2,500,000	会員500名 (@5,000円)
2. 学 術 集 会 参 加 費	520,000	会員200名 (@2,000円) 会員外30名 (@4,000円)
3. わ が 病 院 自 慢 参 加 費	70,000	会員外35名 (@2,000円)
4. 会 員 向 け 研 修 会 資 料 費	75,000	会員25名 (@1,000円 × 3 回)
II. 雑 収 入	500	
1. 銀 行 利 子	500	事務局銀行利子
III. 前 年 度 繰 越 金	3,693,796	
収 入 合 計	6,859,296	

【支出の部】

(単位:円)

項 目	予 算 額	備 考
I. 事 業 費	2,395,000	
1. 学 術 集 会 費	850,000	別に21年度予算より150,000円支払済
2. テ ー マ 別 共 同 研 究	180,000	6 件 (@30,000円)
3. わ が 病 院 自 慢	65,000	
4. 会 員 向 け 研 修 会 一 口 腔 ケ ア ー	150,000	
5. 会 誌 発 行 費	1,000,000	会誌印刷
6. 次 年 度 学 術 集 会 費	150,000	23年度学術集会前払い分
II. 会 議 費	235,000	
1. 理 事 会 費	200,000	4 回
2. 事 務 局 会 議 費	20,000	3 回
3. 編 集 委 員 会 費	15,000	1 回
III. 事 務 費	1,000,000	
1. 印 刷 費	50,000	振込用紙印刷、封筒印刷、等
2. 郵 送 通 信 費	150,000	年会費・事業・総会関係書類発送、会誌発送、等
3. 人 件 費	500,000	名簿管理、ホームページ管理、等
4. 消 耗 品 費	50,000	文具、等
5. ホ ー ム ペ ー ジ 作 成 ・ 管 理 費	250,000	ホームページ作成200,000円、維持費50,000円
IV. 予 備 費	3,229,296	
支 出 合 計	6,859,296	

3. 看護実践学会会則

(名 称)

第一条 本会は看護実践学会（Society of Nursing Practice）と称する。

(事務局)

第二条 本会の事務局は、金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護科学領域（金沢市小立野5-11-80）におく。

(目 的)

第三条 本会は、看護の実践ならびに教育に関する諸問題について研究し、その発展に寄与することを目的とする。

(会 員)

第四条 1. 本会の目的に賛同し、入会手続きをした者を会員とする。
2. 会長等、本会に貢献した会員で、理事会の承認ある者を名誉会員とする。
3. 本会に入会した者は、所定の年会費を当該年度内に納入しなければならない。

(事 業)

第五条 本会の目的に賛同するために次の事業を行う。
1. 看護に関する学術集会の開催
2. 看護の実践ならびに教育に関する情報交換
3. 学会誌の発行
4. その他、本会の目的達成のために必要な事業

(役 員)

第六条 本会に次の役員をおく。
1. 理事長 1 名
2. 理 事 20 名程度
3. 監 事 2 名
4. 幹 事 若干名

(役員の職務)

第七条 役員は次の職務を行う。
1. 理事長は本会を代表し、会務を統括する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
3. 監事は本会の会計および資産を監査し、その結果を総会において報告する。
4. 幹事は幹事会を組織し、理事を補佐し本会の業務を処理する。

(役員の選出および任期)

第八条 役員の選出は次のとおりとする。
1. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
2. 理事長は理事会の互選により選出する。
3. 幹事は理事長が推薦する。
4. 役員の任期は2年とし、再任を妨げない。
5. 役員は、総会で承認を得る。

(会 議)

- 第九条
1. 本会に理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
 2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
 3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
 4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
 5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
 6. 総会の議長は学術集会長が当たる。
 7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
 8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
 9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

(委員会)

- 第十条
1. 本会には編集委員会を置き、学会誌発行のための投稿論文の査読等の業務を行う。
 2. その他必要に応じて特別委員会等を設けることができる。
 3. 各委員会の委員長および委員は理事長が委嘱する。

(学術集会)

- 第十一条 本会は学術集会を年1回学術集会長が主催して開催する。

(学会誌)

- 第十二条 本会は年1回以上学会誌を発行する。

(研修会)

- 第十三条 本会は必要に応じて研修会を開催する。

(会 計)

- 第十四条
1. 本会の経費は、会費その他の収入をもってあてる。会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日でおわる。
 2. 本会の会費は年額5,000円とする。

(会則の変更)

- 第十五条 会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

(附 則)

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

- 1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

- 2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

4. 投稿手続き

- 1) 投稿原稿は3部；オリジナル原稿1部とオリジナル原稿のコピー2部（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）を送付する。

- 2) 原稿は封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に書留郵送する。宅配便も可。

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医薬保健研究域保健学系内

看護実践学会編集委員会 委員長 須釜 淳子 宛

5. 原稿の受付及び採否

- 1) 上記4の手続きを経た原稿の到着日を受付日とする。

- 2) 原稿の採否は編集委員会が決定する。

- 3) 編集委員会の審査によって返送され、再提出を求められた原稿は返送日（看護実践学会から発送した日）から2ヶ月以内に再投稿すること。2ヶ月以上を経過して再投稿された場合は、新規受付として取り扱われる。

- 4) 編集委員会の判定により、原稿の種類の変更を著者に勧めることがある。

6. 著者校正

著者校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は原則として認めない。

7. 原稿の枚数と記載に関する費用について

投稿原稿の1編は下記の枚数にとどめることを原則とする。その掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は印刷実費を支払わなければならない。なお、原稿の種類を問わず図及び表、要約は下記制限には含めない。

原 著	1 編	邦文	20枚	研究報告	1 編	邦文	16枚
		欧文	約4,000語			欧文	約4,000語
総 説	1 編	邦文	16枚	実践報告	1 編	邦文	12枚
		欧文	約4,000語			欧文	約5,000語
そ の 他	1 編	邦文	12枚				
		欧文	約2,000語				

8. 原稿執筆の要領

- 1) 所定の表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿の種類、表

題、英文表題、5個以内のキーワード、著者名（英字とも）、所属（英字とも）、図、表および写真の枚数、別刷必要部数、編集委員会への連絡事項および連絡先の住所、氏名、電話番号などを付記する。

- 2) 英文投稿のみならず、英文タイトル、英文要旨は投稿前にnative speakerによる英文校正を受けたものを投稿することが望ましい。
- 3) 原稿は、表紙、要旨（原著の場合）、本文、文献、表・図の順に整える。
- 4) 和文原著希望の場合には400字程度の和文要旨をつける。可能な場合は250語程度の英文要旨をつける。また英文要旨をつける場合は英語で5個以内のキーワードをつける。
英文原著希望の場合には250語程度の英文要旨と英語で5個以内のキーワードをつける。
- 5) 原稿はA4判横書き上質紙を用いて和文の場合は、35字×28行に書式設定をする。英文の場合は、上下左右の余白を2cmとし、ダブルスペースで印字する。
- 6) 図、表及び写真は、図1、表1、写1等の番号とタイトルをつけ、本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。また、図、表はA4判用紙に1点ずつ載せる。
論文の項目の区分は原則として下記の例に従う。

大項目 無記号で上を一行開け、行の第2文字目に記す。はじめに、対象、方法、結果、考察、まとめ、文献などが相当する。英語で投稿の場合は、Introduction, Subjects, Methods, Results, Discussion, Conclusion, Referencesなどである。

小項目 1., 2. として上下を開けずに行の第2文字目に記す。続いて1), 2) として行の第2字目に記す。

7) 文献記載の方法

文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に1), 1) 3) 6), 1-5) のように記す。参考文献は記載しない。

著者が3名以上の場合は始めの3名までを書き、あとは「他」または「et al.」を付け加える。

① 雑誌の場合……著者名：表題名、雑誌名、巻（号）、ページ、西暦年代

例1) 勝田仁美, 片田範子, 蝦名美智子, 他：検査・処置を受ける幼児・学童の覚悟と覚悟に至る要因の検討, 日本看護科学学会誌, 21, 12-25, 2001

例2) Derave W, Mertens A, Muls E, et al.: Effects of post-absorptive and postprandial exercise on glucoregulation in metabolic syndrome, Obesity (Silver Spring), 15 (3), 704-711, 2007

② 単行本の場合……著者名：分担項目題名、編集者名、書名（版）、発行所、ページ、発行地、西暦年代

例1) 佐美好昭：組織間質における体液と蛋白の交換, 天羽敬祐編, 集中治療医学体系（第2版）, 朝倉書店, 37-46, 東京, 1988

③ 訳本の場合……原著者名：分担項目題名、訳者名、書名（版）、発行所、ページ、西暦年代

例1) Mariah Snyder：看護介入の概観, 尾崎フサ子, 早川和生監訳, 看護独自の介入（初版）, メディカ出版, 2-49, 大阪, 1996

④ On-line information…筆者名：タイトル, [オンライン／インターネットアドレス], ホームページタイトル, 入手年月日（月・日・年）

例1) 朝日新聞：北朝鮮、「よど号」容疑者を追放の用意 米に言及, [オンライン, www.asahi.com/1009/news/international09001.html], 朝日新聞社, 10. 9. 2000

9. 著者負担費用

- 1) 規定の頁数を越えた原稿には超過頁毎に超過料金を別途請求する。
- 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
- 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
- 4) 掲載原稿には別冊30部を贈呈する。別冊の超過分には実費を請求する。

（2010年12月改訂）

看護実践学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 2. 総説 3. 研究報告 4. 実践報告 5. その他					
和文題名						
英文題名						
キーワード（５個以内、日本語／英語、原著の場合は英語も必要）						
1.		/		2.		/
3.		/		4.		/
5.		/				
原稿枚数						
本文：		枚	図：	枚	表：	枚 写真：点
別刷希望部数		和文抄録文字数			英文抄録使用語数	
部		字			語	
著者						
会員番号	氏名（日本語／ローマ字）			所属（日本語／英語）		
連絡先住所・氏名						
住所：〒 _____						
氏名：_____ Tel _____ Fax _____						
E-mail _____						

*受付年月日： 年 月 日

5. 平成22年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、五十音順)

理事長 理事	泉	キヨ子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	嵐	公 江	(羽咋病院)
	池 野	二三子	(能登総合病院)
	井 田	春 子	(鶴来病院)
	稲 垣	美智子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	浦	美奈子	(石川県済生会金沢病院)
	北 村	和 子	(小松市民病院)
	木 村	留美子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	久保出	幸 子	(加賀市民病院)
	小 藤	幹 恵	(金沢大学附属病院)
	斎 藤	きぬえ	(石川県健康福祉部医療対策課)
	島 田	啓 子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	須 釜	淳 子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	田 川	真知子	(石川県立総合看護専門学校)
	高 田	昌 美	(金沢医科大学病院)
	高 野	沙知子	(金沢医療センター)
	田 辺	礼 子	(北陸病院)
	谷 口	美登里	(金沢社会保険病院)
	田 端	恵 子	(千木病院)
	田 村	幸 子	(金沢医科大学看護学部)
	津 田	真理子	(城北病院)
	出 口	まり子	(芳珠記念病院)
	中 瀬	美恵子	(浅ノ川総合病院)
	中 田	恵 子	(やわたメディカルセンター)
	西 村	真実子	(石川県立看護大学)
	野 川	文 子	(金沢市立病院)
	長谷川	雅 美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	樋 木	和 子	(金沢循環器病院)
	細 川	久美子	(金沢西病院)
	松 本	一 美	(松任石川中央病院)
	柳 平	洋 子	(金沢赤十字病院)
	山 中	孝 子	(金沢看護専門学校)
	吉 野	幸 枝	(石川県立中央病院)
	和田出	静 子	(財団法人 石川県看護協会)
幹 事	塩 村	京 美	(金沢医療センター附属金沢看護学校)
	山 内	由美子	(金沢大学附属病院)
幹 事	庶務	河 村 一 海	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	会計	平 松 知 子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	会誌	松 井 希代子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)

6. 看護実践学会専任査読者一覧

(平成22年12月17日現在)

泉 キヨ子
稲垣美智子
大桑麻由美
表 志津子
加藤真由美
亀田 幸枝
川島 和代
河村 一海
北川 敦子
城戸 照彦
木村留美子
小泉 由美
紺家千津子

坂井 恵子
島田 啓子
正源寺美穂
須釜 淳子
関塚 真美
高田 貴子
多崎 恵子
谷口 好美
谷本 千恵
塚崎 恵子
津田 朗子
土本 千春
中谷 壽男

長田 恭子
長谷川雅美
平岡 淳子
平松 知子
松尾 淳子
松井希代子
丸岡 直子
村角 直子
諸江由起子
山岸 映子
横井早智江

(50音順)

編集委員会

委員長：須釜 淳子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

委員：稲垣 美智子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
紺家 千津子 (金沢医科大学看護学部)
多崎 恵子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
塚崎 恵子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
津田 朗子 (金沢医科大学看護学部)
西村 真実子 (石川県立看護大学)

会誌担当：正源寺 美穂 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
谷口 好美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
松井 希代子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

(50音順)

看護実践学会誌

第23巻 第1号

発行 平成23年3月3日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80

国立大学法人金沢大学

医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2552

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)