

原 著

頭頸部がん患者における治療の意味

Treatment for patients with head and neck cancer

中川 さとの¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾, 松井 希代子³⁾, 堀口 智美²⁾

Satono Nakagawa¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾, Kiyoko Matsui³⁾
Tomomi Horiguchi²⁾

¹⁾京都大学医学部附属病院, ²⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ³⁾金沢医科大学看護学部

¹⁾Kyoto University Hospital

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

³⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University

キーワード

頭頸部がん, がん治療, 有害事象, 食事

Key words

head and neck cancer, cancer treatment, adverse event, meals

要 旨

本研究は、頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味について明らかにすることを目的とした。頭頸部外科病棟に入院しがん治療を受けた患者15名に参加観察および半構造的面接を実施し、分析はエスノグラフィの手法を用いて行った。

その結果、7つのテーマが導き出され、それを総括して、「頭頸部がん患者の治療は引き返すことができない一人旅の始まりであり、がんの影に怯えながら、口から食べられるものを探し求めた」が導き出された。

以上の結果より、頭頸部がん治療を受ける患者へのケアとして、1. 適切な時期と内容を見極めた情報提供による精神面の支援、2. 皮膚炎や粘膜炎のような有害事象の影響で一人旅が中断されないよう治療に専念できる環境を提供・支援、3. 苦痛が軽減され経口摂取が継続できる支援、4. 口から食べられるものを得るまで、外来と連携したケアの継続の4点が示唆された。

連絡先 (Corresponding author) : 稲垣 美智子
金沢大学医薬保健研究域保健学系
〒920-0942 石川県金沢市小立野5丁目11番80号

Abstract

This qualitative and descriptive study was conducted to clarify the meaning of treatment for patients with head and neck cancer. Participants were 15 inpatients at a department of head and neck surgery hospitalized for the head and neck cancer treatment. We conducted observation, semi-structural interviews and ethnographic analysis.

As a result, we extracted seven themes. We found that the treatment for patients with head and neck cancer meant the start of a stage of life from which they would not be able to return, fear of cancer and the search for foods that they would be able to eat.

Results suggested the importance of the following four care items for patients with head and neck cancer: (1) Psychological support through the provision of information considering the appropriate time and content; (2) Providing/supporting environments in which patients can concentrate on their treatments not being interfered with their paths due to adverse events; (3) Support by which reduction of pain and continuous oral ingestion can be possible; and (4) Continual care in cooperation with outpatient department until the patient finds foods that he or she is able to eat.

はじめに

頭頸部がん患者数は、がん患者全体の約5%程度¹⁾と少数のため、治療できる医療機関はがんセンターや大学病院などに限定されている。そして、頭頸部がんの治療範囲は、鼻・耳・口腔内・咽頭・喉頭といった密集した器官のため、どの治療法を選択しても生活への影響は避けることができない。また頭頸部がんの治療は器官によって治療法や予後に違いがある。治療後、食事や会話・呼吸が大きく障害されるという変化は、ボディイメージを受け入れるという問題のみならず、生きる上での必須事項にどう対応するかが大きな問題である。

治療による問題として、手術の場合整容的機能の変化や機能喪失や障害がある。放射線治療の場合、有害事象として皮膚炎や粘膜炎・唾液分泌・味覚障害が生じ化学療法と併用することで治療率は向上する²⁾が、これらの症状が増悪^{3) 4)}し、疼痛を伴うことで生活に影響を及ぼしている。特に食事への影響は大きく、手術の場合治療部位によって咀嚼・嚥下機能に障害が生じるため、障害に応じた食形態や摂食時の注意点など指導が行われている。化学放射線併用療法や放射線治療では粘膜炎による疼痛や唾液分泌低下・味覚障害で食思不振となり、食事摂取量低下に陥る。粘膜炎は治療終了後改善するが、唾液分泌低下や味覚障害・嚥下機能低下は個人差があり数か月で改善する場合からほぼ改善せず経過する患者もいる。

頭頸部がんの治療は、かつては救命を主とする手術中心だったため、機能喪失や障害やボディイメージの変化の先行研究や介入が行われていた。

しかし機能や整容性を考慮した術式の導入や、生活の質（以下、QOL）や機能温存を考慮した放射線治療や化学放射線併用療法に方向転換される。放射線治療は2008年以降強度変調放射線治療が適用されるようになり、先行研究は皮膚炎⁵⁾・粘膜炎⁶⁾や口腔内乾燥⁷⁾のような有害事象を焦点化したものが多いが効果的な介入は乏しい。食事に対する先行研究は、術式との関係^{8) 9)}・QOLを考慮した化学放射線併用療法で嚥下障害が遷延する¹⁰⁾ことや栄養状態の変化¹¹⁾が報告されている。大釜ら^{12) 13)}は放射線治療の照射量と食物特性・栄養状態について示しているが、化学放射線併用療法の患者は対象としていない。

頭頸部がん患者の治療はQOLに影響するが、患者数が少ないため先行研究は少なく、2012年に承認された分子標的薬であるCetuximab併用の放射線治療についての先行研究はない。食事の介入は経口摂取不良となれば、食形態の変更に疼痛コントロール、それでも摂取量が改善しなければ、経管栄養や点滴といった栄養経路の変更など対処療法が行われているのみである。そして味覚を中心に個別性が求められる食事の効果的な介入方法が確立されていない状態といえる。このような強度の有害事象や機能障害と向き合いながら闘病している患者の心理状態を詳細に描いた先行研究はなく、患者が治療を受けることは、治療に対して何らかの意味を持たせているのではないかと考え、治療の経験を詳細に描く必要があると考えた。

そこで、本研究目的は、頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味を明らかにすることである。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、エスノグラフィーの手法を用いた質的記述的研究を計画した。エスノグラフィーは文化人類学を起源とする記述民俗学的手法で、特定の文化の中で生活する個人や集団の行動パターン・考え方を記述し、その文化の中で生活する人々が何を考え、どのように行動するのかを理解する方法である¹⁴⁾。本研究の対象者は頭頸部がん治療を受ける患者である。この対象の集団は、がん患者の中でも少数であり、一般的ながん患者とは異なる特定の集団といえる。患者数が少数であるが故、研究も少なく有効なエビデンスが少ない。そのため、医療者は効果的な援助ができないと感じることが多く、頭頸部がん治療を受ける患者の援助を行う上で、彼らの治療体験から意味を探索する必要がある。したがって、この方法が適切であると考えた。

2. 研究参加者及び選定方法

研究の対象は、特定機能病院1施設(838床)の頭頸部外科病棟に入院し、根治目的の頭頸部がん治療を受けている30-79歳の患者とした。頭頸部がんは、患者数が少なく治療範囲が鼻腔・口腔内・耳・咽頭・喉頭と種類が多く、器官によって治療法が違うことから、疾患名を限定しないこととした。年齢を79歳以下と限定した理由は、80歳以上になると認知機能の低下により、面接が困難になることを考えたためである。除外基準は、終末期と言語的コミュニケーションがとれない者とした。終末期を除外した理由は、終末期では治療の方向性が異なり、患者の疾患に対する考えや受け止め方が異なると考えたためである。

研究者は、研究施設の看護部長、病棟看護師長、病棟看護師に研究の趣旨を説明し、協力への承諾を得た。病棟看護師長に研究対象者の条件を満たす患者の選定を依頼し、それらの患者に研究者自身が直接研究参加を依頼した。研究参加者数は、あらかじめ具体的には設定せずに行った。データ収集と分析を併行して行う中で、頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味を十分に描き出すことができ、その特徴を研究者が理解できたと判断した時点で、データ収集を終了した。その結果、参加者は15名となった。

3. データ収集方法

1) データ収集期間：平成25年6月～平成26年1月

2) 参加観察

研究者は、病棟看護師のケアを通して、患者の言動・表情・身体状況などについて観察を行った。観察記録は、対象者に対する観察の後に、状況を思い起こしながらフィールドノートに記述した。参加観察は病室で看護師のケア(バイタルサイン測定や点滴・注入施行、処置介助)に同行し1人最低1回～最高5回、1回に要した時間は5分～15分であり、合計34回行った。その際の看護師と患者のやり取りは治療や食事についてであった。これにより手術を受けた患者の場合は術前・術後を、放射線治療や化学放射線併用療法を受けた患者の場合は、治療開始時・治療中期・治療後期・治療終了後というように、それぞれの治療方法で全ての治療時期を参加観察できるように行った。

3) 面接

面接は半構造的面接を行った。がん治療を受けるにあたり、「がんと診断された時どのように思われましたか」「なぜこの治療法を選択しましたか」「治療中大変だったことと、その対処法はどうされましたか」「治療を受けることで食事に変化はありましたか」の4項目を基本とし、それぞれに対し自由に語ってもらった。これらに加え、参加観察を行った中で確認したい内容、患者の意図が十分に読み取れない語り、及び研究テーマに近いと研究者が感じたものに対しては、改めて質問し、それらの内容を深めるように努力した。

面接内容は、研究参加者15名全員から承諾を得て録音した。面接回数は、参加者1名につき1～2回であり、面接時間は1回につき10分から60分であった。

4) カルテ閲覧

参加者の承諾を得て、性別・年齢・既往歴・検査データ・入院中の治療及び看護についてカルテより情報収集した。

4. データ分析方法

データ分析は、エスノグラフィーの手法¹⁴⁾を参考に行った。

1) 録音した面接内容はすべて逐語録として起こした。また、その他の観察内容や研究者が感じたことも、随時逐語録にメモとして記録した。

2) 逐語録を一例ずつ何度も読み返ししながら、頭頸部がん治療を受ける患者の治療に関係していると思われる語りに注目し、その語りがどのような意味を持っているのか解釈し、その内容を要約した記述ラベルを付けた。

3) 出来上がった記述ラベルをすべて書き出し、性質が類似したものをまとめてその意味を文章化

し、テーマとした。

4) 頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味を描けるように、繰り返し逐語録に戻り確認を行い、テーマを精選した。

5) すべてのテーマを総括し、大テーマとして示した。

5. 真実性の確保

分析を含めた研究の全過程において、質的研究の経験が豊富でがん看護のエキスパートであるスーパーバイザーから定期的な指導を受けた。その中で逐語録の解釈や、解釈によって生成されたテーマが参加者の語りを十分に反映しているかを確認し、その都度逐語録に戻りながら修正を行い、テーマを精選した。また、精選されたテーマは、頭頸部がん看護に関わる経験豊富な看護師に提示し、頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味を十分に説明できているか、また、理解できるものであるかを確認した。

6. 倫理的配慮

研究者は、研究対象としての条件を満たし紹介を受けた患者に、予め研究施設より許可を得たプライバシーが保たれる面接室で、研究の趣旨、倫理的配慮などについて書面を用いて口頭で説明した。そのうち研究参加の承諾を得られた患者を対象とした。参加は自由意思によるものであり、参加に同意しないことによって治療やケアなどへの不利益は生じないこと、一旦同意しても途中で参加を取り消すことができること、個人情報保護の徹底に努めること、データは研究目的以外には使用せず、研究終了後に適切に破棄することを説明した。同意を得るまでに質問や熟考の時間を十分に確保し、研究参加同意書への署名をもって研究参加とした。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号：489)

結 果

1. 参加者の概要

15名に研究参加の依頼をし、全員から同意を得て面接を行った。分析対象者は男性14名、女性1名であった。その概要は、平均年齢61.6±9.1歳であった。治療方法は、手術療法4名、放射線治療1名、化学放射線併用療法9名、手術療法及び化学放射線併用療法1名であった。

2. 7つのテーマについて

抽出された7つのテーマについての解説を実例とともに示す。記述ラベルを《 》、テーマを【 」、テーマの実例となる患者の語りを「 」、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。なおテーマ1から5まではがん治療を受けたことで辿る経験から頭頸部がん治療を受けた患者の軌跡を、テーマ1・6・7は軌跡の中から食は特別なものとみなし頭頸部がん患者の食が示す意味を表していた。

テーマ1【患者は臓器温存したものの放射線治療の有害事象によって、食べられない状況に陥った】

機能温存・臓器温存目的で放射線治療を受けるが、治療途中から「唾液が出ないもんで、そこら辺引っ付くんです。」というように唾液分泌低下や味覚障害等の《有害事象による食事の変化》が生じ、最終的に口内炎や粘膜炎で「飲み込むときに痛くて。」と嚥下による機能障害・低下が生じていた。治療説明時《有害事象による食事の変化》について説明は受けていたが、患者の想像を上回る状態だった。そのため患者は、経口摂取を希望しても思うように摂取できなくなり、「どうにか食べるような練習ちゅうか、リハビリと一緒にですよ。」と、治療前の食事とは全く異なる《楽しい食事》を強いられていた。「食べたいんだけど食べられない苦しさがありますね。」に表されるように今までの食事の概念が覆され、苦痛へと変化するだけでなく摂取不良に陥っていた。

テーマ2【治療休止を訴えながらも休めばがんが復活するといわれ、ひたすら治療に耐えて受け続けた】

放射線治療は治療継続することで治療効果があるが、有害事象によって患者の全身状態が悪化し、治療完遂できないこともある。患者は、有害事象によって治療継続の気力を失い、医師に「少し時間をおかして欲しい」と治療中断を申し出るが、医師は患者からの申し出だけでは治療を中断しない。《がんが復活するため休めない放射線治療》は患者に多大なプレッシャーを与えるが、患者は今日まで治療に耐えてきたのだから「ここでやめるわけにいかない。」と治療完遂を決意する。そして「ちょっと越えられないハードルの高さがある。」と感じながらも「必死に超えよう。」と、辛い治療に耐えた。

テーマ3【放射線治療の辛さ経験は、出口の見えないトンネルへの迷い込みであり、人に言うことを憚った】

放射線治療の有害事象は治療が進行するにつれ増悪していき、「モルヒネのおかげで(痛みは)かなり軽減されて」に代表されるように、《医療

用麻薬による疼痛コントロール」なしでは治療完遂することができなかった。有害事象は治療終了後も遷延するため、「ようは精神的な辛さです。いつまで続くっていう感じだね。」と、「いつまで続くのかわからない有害事象」に悩まされ辛い日々を送っていた。そして、「(有害事象は)人それぞれ違うから。」と説明を受けたことで、「自分が経験しながら耐えていくしかない。」と思い「放射線治療は孤独で不安な経験」として心に刻まれ、

この経験を語ることを望まなかった。

テーマ4【放射線治療の終了は、がんがどこかに潜んでいるのではないかという不気味さをもたらした】

本研究では頭頸部がん治療を受けた患者を対象にしているが、手術を受けた人と放射線治療や化学放射線併用療法を受けた人とでは、疾患の受け止め方が違っていた。手術の場合、「いや、もう悪いところは全部取ってもらったと思ってるんで

表1 参加者の概要

ID	性別	年齢	病名	治療方法	入院期間(日)	ステージ	栄養経路	摂食障害の原因	医療用麻薬使用
1	M	70代前半	下顎歯肉癌	下顎骨辺縁切除・左頸部郭清術	90	IV	経管栄養 →経口	咀嚼機能低下	無
2	M	60代前半	上咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・化学療法PF)	143	III	経管栄養 →経口	粘膜炎	有
3	M	50代後半	上咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・化学療法PF)	148	II	高kcal輸液 →経口	味覚障害	有
4	M	60代後半	下咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・化学療法Cetuximab)	85	II	経口	粘膜炎	有
5	M	60代後半	喉頭癌	喉頭全摘・左頸部郭清術・プロボックス10mm挿入	46	IV	経管栄養 →経口	嚥下時違和感	無
6	M	60代後半	下咽頭癌	放射線治療70Gy	82	I	経管栄養 →経口	嚥下障害	有
7	M	60代後半	中咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・化学療法Cetuximab)	137	III	経管栄養 →経口	粘膜炎	有
8	M	60代後半	下咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・化学療法Cetuximab)	168	IV	経管栄養→ 経管栄養+経口	嚥下障害	有
9	M	70代後半	喉頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・動注化学療法CDDP)	68	III	経管栄養 →経口	味覚障害	無
10	M	50代後半	上咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・化学療法PF)	144	IV	高kcal輸液 →経口	粘膜炎	有
11	M	60代後半	右下顎歯肉癌	下顎区域切除・右頸部郭清・ALT 再建	84	IV	経管栄養 →経口	咀嚼機能低下	無
12	M	60代後半	下咽頭癌 (再発)	咽喉食摘・遊離空腸再建・PEG造設	144	III	経管栄養 →経口	創治癒遅延	有
13	M	40代後半	喉頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・動注化学療法CDDP)	74	III	経口	粘膜炎	有
14	M	50代後半	中・下咽頭癌	化学放射線併用療法 (放治70Gy・動注化学療法CDDP)	89	IV	経口	粘膜炎・ 味覚障害	有
15	F	30代後半	舌癌(再発)	口腔底悪性腫瘍摘出・両頸部郭清・ ALT再建術+PEG造設+化学放射 線併用療法 (放治66Gy・化学療法CDDP)	141	IV	経管栄養 →経口	嚥下・ 咀嚼障害	有

PF: シスプラチン+5FU CDDP: シスプラチン PEG:胃瘻 ALT: 前外側大腿皮弁

表2 テーマ・記述ラベル一覧表

テーマ	記述ラベル	語り
患者は臓器温存したものの放射線治療の有害事象によって、食べられない状況に陥った	有害事象による食事の変化	味覚はわからないが、唾液が出ないもので、そこらへん引付くんです。飲み込むときに痛くて。(ID 2) (口の中) ピリピリ。ちょっと食べただけでも飛び上がる。美味しいはずのものを食べてるのに、美味しく感じない。(ID10) ご飯が硬いとご飯も噛まなきゃいけない、おかずも噛まなきゃいけないと、食べてたら途中でいやなっちゃうんです。(ID13)
	楽しめない食事	どうにか食べるような練習ちゅうか、リハビリと一緒にねや。要するに苦痛やわ、早い食事来て。楽しみから苦痛に変わって。(ID 2) 食べたいんやけど食べられない苦しさがありますね。(ID 3) この口の中、こんな風になって、食事ができなくなるってものすごいことやね。(ID14)
治療休止を訴えながらも休めばがんが復活するといわれ、ひたすら治療に耐えて受け続けた	がんが復活するため休めない放射線治療	1回辛くて途中少し時間をおかしてほしいっていうたら、先生が(時間を)おけば癌細胞が復活する。だからやるときは徹底してやったほうが、いい。だから続けないと、どうしてもというのならと。ほなら頑張りますと。(ID 2) ある意味義務的、でもここでやめるわけにいかない。必死に越えようと思って。ちょっと越えられないハードルの高さがある。(ID 6)
放射線治療の辛さ経験は、出口の見えないトンネルへの迷い込みであり、人に言うことを憚った	医療用麻薬による疼痛コントロール	モルヒネのおかげで(痛みは)軽減されて。(ID 6)
	いつまで続くかわからない有害事象	ようは精神的な辛さです。いつまで続くっていう感じだね。(ID 6)
	放射線治療は孤独で不安な経験	(有害事象は)人それぞれ違うから、言い切れんなって(医療者から)言われて。だから自分が経験しながら耐えていくしかないです。(ID 2) こんな思いをね自分も二度としたくないですけど、人様もさせてあげたくないです。(ID 4)
放射線治療の終了は、がんがどこかに潜んでいるのではないかという不気味さをもたらした	手術によりがんは取り切れた	組織とってみたらがんはなかったし、いいようにしてもらうて。(ID 1) いや、もう悪いところは全部取ってもらったと思ってるんです。(ID 1)
	放射線治療は治療が終了しただけで完治ではない	再発するかもといわれてるやろ。(ID 7) 治療が終わったから治ったっていう。治ったんじゃないで、治療が終了したんじゃないですかって。(ID10)
がんと縁を切るために治療を乗り越えたものの、縁が切れない関係だと悟った	治療法はがんの部位と患者のQOLから最終的に患者が選択していた	病気を持っているので、新薬ですか、去年認可した薬で。それで治療が出来たんです。(ID 8) 手術すると一生(お腹から)食事をしないといけない可能性があるって話になって。後遺症の少ないやり方ができるっていうんで。(ID13) (手術すると)声なくなるかもしれん言われて。命もやけど声も残したい。(ID 9)
	がんと縁を切る	やっぱ治すっていう気持ちやね。(ID 2)
	治療後の目標を持つ	(趣味の鉢植えの)片付けもしとらんもんで。もう少し生けたらいいかなあ思っ。(ID 1) 1日も早く現役復帰したい。(ID 6) やっぱ家族がいるし、頑張らんなん。(ID15)
	今までの生活の楽しみを奪われる	何がショックいうたら、飯も食えん、大好きなアウトドアもできひん。(ID 8) 食べることが一番の楽しみだったり、それが熱いものが食べられなくなる。(ID12)
	がんと縁を切れない	やっぱがんちゅうのは最後まで出てくるわけでしょ。(ID 8) どっちみち再発なり、転移なりあると思うんで。(ID14)
食を受け付けられない身体は自分の頑張りだけでは手に負えない問題だった	食事はストレス	食べれん、しゃべれんて人間にとってストレスや。(ID11) (胃管留置は) ストレスなんです。(ID11)
	食事の問題は自己責任と一人で抱え込む	食べれないものは食べない。(ID14) 本人じゃないと(食べられるか)分からんから。(ID14)
	病状の認識が食事の工夫につながる	(口内炎で食べられないため注入は)逆にストレスなかった。(ID 8) 食べたいって思う時に食べる。(ID10) ちっちゃく切って。(ID11) 味覚というより匂いをイメージして(食べる)。(ID 2)
経口摂取に固執し、点滴や経管栄養に抵抗があった	経口摂取への固執	食べ物はどうだだけ鼻から入れるよりも自分ののどを通して入れないと力にならない。(ID 4) (経鼻栄養は)もう、絶対イヤ。だから何とか(口から)。(ID14)
	退院後の不安な思い	仕事に行ったら食事どうしようか。退院して(食事全てに)家内に負担かけるなあ。(ID14)

す。」との発言から、《手術によりがんは取り切れた》、完治したとの思いがあった。一方、《放射線治療は治療が終了しただけで完治ではない》というように、決してがんが完治したとは思わず、「治ったんじゃないくて、治療が終了したんじゃないですか。」という受け止めだった。放射線治療を受けた患者は特に、「再発するかも。」という思いを常に持っていた。

テーマ5【**がんと縁を切るために治療を乗り越えたものの、縁が切れない関係だと悟った**】

患者は治療を受けるため医師から治療法の提示をされるが、「声も残したい。」や「病気を持っているので、新薬ですか、去年認可された新薬で。」と自身の既往歴やこれからの生活で何に重きを置かかなど考慮して《治療法はがんの部位と患者のQOLから最終的に患者が選択していた》。そして、患者は辛い治療を受けるのは、「やっぱ治すっていう気持ちやね。」と《がんと縁を切る》ためであって、決してがんを受け入れたためではなかった。そして「1日も早く現役復帰したい。」「やっぱり家族がいるし、がんばらんな。」というように《治療後の目標を持つ》ことで治療に耐え乗り越えてきた。しかし、治療後のショックな出来事として、「飯も食えん、大好きなアウトドアもできん。」と、《今までの生活の楽しみを奪われる》ことが生じ、自身が選択した治療法であっても価値観の変更をせざるを得ないことに苦悩していた。そして「やっばがんちゅうのは最後まで出てくるわけでしょ。」と《がんと縁を切れない》ことを察するが、これからも生きていくしかないと自分に言い聞かせていた。

テーマ6【**食を受け付けられない身体は自分の頑張りだけでは手に負えない問題だった**】

「食べれん、喋れんて人間にとってストレスや。」や「(胃管留置は) ストレスなんです。」と、どの患者も治療後《食事はストレス》と捉えていた。ストレスを抱えながらの食事は、「食べれないものは、食べない。」とメニューを取捨選択、「本人じゃないと(食べられるか) 分からんから。」など《食事の問題は自己責任と一人で抱え込む》ことで苦しんでいた。できるだけ経口摂取したいという思いを持ちつつ、「(口内炎で食べられないため注入は) 逆にストレスなかった。」と代替栄養経路によってストレスが軽減されると、やがて自分に起こっている《病状の認識が食事の工夫につながる》ようになり、今の食生活に納得し、「食べたいって思うときに食べる」や「ちっちゃく切

って」、「味覚というより匂いでイメージして(食べる。)」など、どうすれば食べやすくなるかなど食の工夫を行うことで摂取量が増加していた。

テーマ7【**経口摂取に固執し、点滴や経管栄養に抵抗があった**】

治療の影響で多くの患者が経口摂取が困難になるが、《経口摂取への固執》がある患者は、「食べ物はどれだけ鼻から入れるよりも自分ののどを通して入れないと力にならない。」や「(経鼻栄養は) 絶対イヤ。だから何とか(口から。)」と、経口摂取に固執し、点滴や経管栄養で栄養管理されることを拒否していた。《経口摂取への固執》することで、「仕事に行ったら食事どうしようか。」「退院して(食事すべてに) 家内に負担かけるなあ。」と《退院後の不安な思い》があった。

3. 大テーマについて

頭頸部がん治療を受ける患者の面接で得られたデータを分析した結果、最終的に頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味を表す大テーマが導き出された。

<大テーマ>

【**頭頸部がん患者の治療は引き返すことができない一人旅の始まりであり、がんの影に怯えながら、口から食べられるものを探し求めた**】

頭頸部がん患者はテーマ2・3より治療中ひたすら治療に耐え、これを《孤独で不安な経験》と感じたこととテーマ1の《有害事象による食生活の変化》が非日常的な生活としてみなしていることから一人旅として表現された。そして治療が引き返せないのはテーマ1の《有害事象による食生活の変化》とテーマ5の治療をしても《がんと縁が切れない》ことから頭頸部がん治療という片道切符を手渡されたように捉えることができた。そしてテーマ4のように再発の不安に苛まれることはがんの影に怯えることとなり、テーマ6・7から経口摂取を求め続け、食事は退院後も継続することから、これからも生きるための手段の一つということを物語っていた。以上より、大テーマで治療の意味を表すことができた。

考 察

頭頸部がん治療を受ける患者の治療の意味について描いた本研究の結果をふまえ、1. 大テーマ、2. 頭頸部がん治療を受けた患者の軌跡、3. 頭頸部がん患者の食が示す意味の3点を考察し、4. 本研究の限界について述べていく。

1. 大テーマについて

頭頸部がんの先行研究では、対象患者は治療数か月後から数年経過したものであった。本研究のように治療直後で退院間近な状況のものはほとんどなく、頭頸部がん治療を受ける意味は、治療の影響を避けることができないがん治療という旅が始まるということを描き出した。これは本研究が導き出した新しい知見であった。

また、その後治療が終了し退院しても、その旅は終わるわけではなく、患者は治療前のように食べられないという現象そのものによって、がんを忘れることはできず再発が頭から離れないことが導き出された。患者はこの状態で同病者と交流することもなく、一人で経口摂取できるものを探す生活を送っており、それは、患者にとって孤独感を持ちながらも探し物が見つかる期待を持つ一人旅のようなものとして説明できた。そして、退院後もこの旅が続くために患者が食べられるものを得られるまで外来との連携が必要であることが示唆された。

この大テーマから一人旅を入院中から支えてきた医療者をツアーコンダクターと捉えることができる。しかし退院後はツアーコンダクターだけでは一人旅を継続していくには困難と思われるため、今までは関わりを持たなかった旅人同士が交流を持てるような企画などをツアーコンダクターとして計画することも検討していかなくてはならない。

2. 頭頸部がん治療を受けた患者の軌跡

大テーマから頭頸部がん患者の治療を受ける意味が、がん治療という旅が始まることを表したことから、ここではがん治療を受けたことで辿る経験を頭頸部がん治療を受けた患者の軌跡として考察していく。

テーマ1・2・3より放射線治療の影響について考察する。放射線治療の急性有害事象は可逆的であり、晩期有害事象は不可逆的であるといわれている¹⁵⁾。急性有害事象は、治療開始直後から治療後3か月以内に生じるものであり、晩期有害事象は、治療終了後3か月以降に生じるもので、壊死などのマクロの形態変化型と形態変化なしに機能障害が生じる機能障害型がある¹⁶⁾。そのため、今回のテーマで表された内容は、これまでは可逆的な急性有害事象とみなされ、重要視されてこなかった経緯があると考えられた。特に、テーマ1の食事の概念の変化には、有害事象から嚥下障害になり摂食不良に陥っていたことや、粘膜炎や味覚障害が改善しても食思不振が持続し、思うよう

に摂食できていなかったことがあった。これは、彼らの臓器は温存されていたが、放射線治療の影響で、臓器組織がダメージを受けていたためと考えられる。この状態を患者は、出口の見えないトンネルや迷路に迷い込んだような心境と語り、いつまで続くのかわからない症状と捉えていた。

テーマ2・3から患者は放射線治療と有害事象の酷さを語っており、有害事象に耐えることで治療完遂に至っていた。このことは、治療中断や休止することで治療効果が低下するため、有害事象に耐え続けることを選択した結果であると考えられる。この治療に耐えるための対処療法として、医療用麻薬の使用がある。放射線治療は、手術とは異なり日を追うごとに有害事象が出現し、それに伴い疼痛が増強するため、医療用麻薬の使用なしでは治療継続できない現状がある。経験したことのない有害事象と疼痛は他人には理解してもらえないという思いがあり、患者は治療後苦痛が軽減できても、この体験を他人に話すことを憚っていた。これは、放射線治療があまりに過酷であったため、治療完遂できた患者にとってこの体験がフラッシュバックするよう感じられたこと、更に自分の体験は自分にしか理解できない特有のものと捉えていたためと推測する。

そこで医療者は、重篤な有害事象が必発することを理解し、患者が心身ともに治療による脅かしを最小限にするような介入が必要である。そのためには、医療者は情報提供の時期や内容を見極める力が必要であり、適切な時期に必要な情報提供することで、患者はその情報を活かすことができると考える。医療者は、治療前半は患者の有害事象を確認し今後の経過を簡単に述べるに止める。また化学療法を併用する患者には抗がん剤による有害事象について説明も加え、特にCetuximabのように皮膚症状が出現する薬剤は治療開始時からの予防策である適切な軟膏や薬剤の使用についてしっかり説明を行い、予防策を実行しているかの確認も必要である。治療後半に差し掛かった患者には、痛みのピーク時期と疼痛コントロールの方法、皮膚炎への対応、治療中は無理に経口摂取する必要が無いことなど情報提供することで、現状と今後の起こりうることを患者は理解する。この適切な情報提供は患者の精神面の支援につながっており、治療完遂につながると考える。

次に、テーマ4・5からがん治療について考察する。テーマ4より手術を受けた患者は、がんを物理的に摘出しているためがんは消失したと感じ、

一方で、放射線治療を受けた患者は、がんは一時的な消失であって、どこかに潜んでいるのではないかという感覚を持っていることが明らかになった。

また、テーマ5から患者はがん治療を受けているが、がんを受け入れたということではなく、生きること自体を目標に持つことで闘病できたという思いの表れといえる。まだ生きたいという思いが、辛い放射線治療の完遂や手術による顔貌の変化・機能障害にも耐えることができたことと推測できる。患者はがんととの関係を断ち切りたいため根治治療を行ったが、食事を通してがん治療を思い出し、そして何となくがんととの関係は断ち切れなさと悟り、生きる目標を見失いそうになるが、それでも生きていこうとしていた。花出¹⁷⁾は、頭頸部がん患者は、生存を優先する生活から生きる関心を家庭や社会へと常に変化させていたと報告した。しかし、本研究結果は、この生きる関心について、家族と同居している人や仕事のある人は、家庭内の役割や社会的役割に向けようとするが、根本には生存を目標に持ち続けていた。これは、患者はがんを受け入れたのではなく、単に生きることから逃げないということを選択したと捉えることができた。医療者は闘病意欲を疾患の受け入れができていないと捉えがちだが、「治療を受ける=疾患を受け入れる」という式は当てはまらないと考えられた。患者が治療を受けることは、これからも生きようとしていることだということを、医療者は理解し治療に専念できる環境を提供し支援しなくてはならない。

3. 頭頸部がん患者の食が示す意味

頭頸部がん治療を受ける患者の軌跡の中でも食に関連することはこれからも生きていく上で必要不可欠な問題である。そのため軌跡の中から食は特別の位置づけが必要と考え、ここではテーマ1・6・7の3点から、頭頸部がん患者の食が示す意味について取り上げる。本研究結果より、食事は生活習慣の一つであり、どの患者も治療によって食生活が大きく変化したことに、焦りや戸惑いがあることが明らかになった。患者は経口摂取を希望するが、治療による嚥下・咀嚼機能低下や障害が生じるため、摂食・嚥下障害看護の認定看護師や言語聴覚士など専門的な介入が必要となる。経口摂取が少しでもできるよう多職種がチームで患者に対応している。この問題は、リハビリテーション（機能回復訓練：以下リハビリとする）により改善あるいは問題を解決・軽減する場合がある。

しかし、患者はリハビリを受けないと食事ができないことが受け入れられず、加えて、食事がリハビリになるということが、食事の概念の変化と考えられる。そしてこの食の問題は嚥下機能と口腔機能が関係していた。手術による機能障害のみならず、放射線治療では、嚥下機能低下や障害が唾液分泌低下や粘膜炎によって引き起こされる。加えて、口腔機能の低下や障害は唾液分泌や味覚障害、口腔内の粘膜炎（口内炎）によって生じていた。頭頸部がん以外の化学放射線併用療法では、口腔内症状発症は9%のみであり、これらの患者はすべて口腔内照射はされていなかった¹⁸⁾。このことは、放射線治療が口腔内や咽頭といった頭頸部への照射により、嚥下機能や口腔内機能が影響されるということを示しているといえる。患者の口腔内機能が障害され、食物を口に含むことができない状況は、頭頸部がん患者特有の問題と推測された。そして食の問題に対し経口摂取に固執しない患者は、点滴や経管栄養により経口摂取というストレスフルな状態から解放されることで、自分の病状に目を向ける余裕が出て、自分の問題に折り合いがつけられるようになると考えられる。それによって、患者は大きく変化した生活の活路を見出していた。この場合折り合いをつけるとは、現状を受け入れることである。これは、機能障害や機能低下を認めたのち、代替機能を取得あるいは改善するための方法を模索することであり、結果的に生活、特に食生活の工夫につながっていた。この栄養管理が行われる時期は、治療と食が分離されて、治療に専念できる時期といえる。治療に専念できることでどの患者も問題に折り合いをつけたのち、問題解決へと行動を移し治療と食が一体化され、新しい生活に適應しようとしていた。そして、問題解決を試みるには自助努力で対処しており、これは岡光ら^{19) 20)}と同様の結果であるが、患者像は本研究とは対照的であった。どちらも自助努力で食生活の工夫をしているが、岡光ら²⁰⁾の結果では「感情を調整する」として「仕方がない」・「諦める」の消極的な要素であった。しかし、本研究では、自発的に食べる食材を探すことが明らかになり、このことは、患者が食への期待や前向きな気持ちを持つことで食行動の工夫に繋がる可能性を示し、この成功体験は退院後の生活に自信を持たせていることが明らかになった。

以上より、経口摂取に固執しない患者は、経口摂取以外から栄養を得ることを受け入れ、問題に折り合いをつけることができるため、これらの患

者には、経口摂取以外のケア（点滴や経管栄養など）を積極的に提供して試みる事が可能であると考えられた。

一方、経口摂取に固執する患者は、問題に折り合いをつけることができないが故、食するという食行動のみに囚われ、栄養管理が不十分になり全身状態の悪化を招きかねないという問題点があった。そして入院中経口摂取していてもストレスフルな状態のため、治療と食は一体の状態では分離できず退院後の食生活への不安も募らせていた。したがって、経口摂取に固執する患者には、少しでも食事経路の変更を求められることがストレスとなるためそれを軽減するケアが最優先であると考えられた。具体的には、経口摂取していることを評価する。そして、治療と食が分離できないため治療に専念しづらく闘病による苦痛がより増強されると考えられる。医療用麻薬を含む鎮痛剤を用いるなどして、苦痛が軽減され経口摂取が継続できるよう支援する必要があると考える。

以上より、頭頸部がん患者の食が示す意味はがん治療を受ける中で治療に専念できる環境を妨げる要因にもなると考えられるため、患者が経口摂取に固執するか否かで介入方法を変えることが精神的・肉体的な苦痛の軽減となり、治療に専念できる環境の提供へとつながり、経口摂取できる環境も整えられると考える。

4. 本研究の限界

本研究の参加者は一特定機能病院で頭頸部がん治療を受けた患者であった。頭頸部がんは耳・鼻・口腔内・咽頭・喉頭と器官が多岐にわたり、それぞれの器官により治療法は異なる。口腔内がん（舌がん含む）は手術が基本となり、上咽頭がんは頭蓋底に近いので十分に切除できない可能性から化学放射線併用療法が第1選択になる。中咽頭がんや下咽頭がんの場合、QOLを考慮した術式や治療法をステージと照らし合わせながら検討される。今回の対象者は全員が頭頸部がん治療のガイドラインに基づいた治療が行われた。研究結果から共通性はあるものの、頭頸部がん治療と食は密接な関係がある。食は個別性が強くバラエティに富んでいるため、すべての頭頸部がん治療を受けた患者に本研究結果が適応するとは言えない。

結 論

本研究結果より、7つのテーマの総括として、大テーマ「頭頸部がん患者の治療は引き返すことができない一人旅の始まりであり、がんの影に怯

えながら、口から食べられるものを探し求めた。」が導き出された。

頭頸部がん治療を受ける患者の軌跡より、医療者は情報提供の時期や内容の見極める力が必要であり、適切な時期に必要な情報提供すること、患者が治療を受けることは、これからも生きようとしていることだということを、医療者は理解し治療に専念できる環境を提供・支援することが示唆された。

頭頸部がん患者の食が示す意味より、経口摂取に固執しない患者は、経口摂取以外のケア（点滴や経管栄養など）を積極的に提供し、経口摂取に固執する患者は、苦痛が軽減され経口摂取が継続できるよう支援する必要があると示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く研究への参加を承認し、ご協力くださった参加者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、この論文は平成26年度金沢大学大学院医薬保健学総合研究科修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、第30回日本がん看護学会学術集会で発表したものである。

利益相反

利益相反なし

引用文献

- 1) 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報サービス：全国がん罹患モニタリング集計，2011年罹患数・率報告，2015，[オンライン，http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/odjrh3000000hwsa-att/mcij2011_report.pdf] 国立がん研究センター がん情報サービス，4. 6. 2015
- 2) Pignon JP, le Maître A, Maillard E : Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC) : an update on 93 randomised trials and 17,346 patients, *Radiotherapy and Oncology*, 92(1), 4 -14, 2009
- 3) Zakotnik B, Smid L, Budihna M : Concomitant radiotherapy with mitomycin C and bleomycin compared with radiotherapy alone in inoperable head and neck cancer : final report, *International Journal of Radiation Oncology. Biology. Physics*, 41, 1121 -1127, 1998
- 4) Adelstein DJ, Li Y, Adams GL : An

- intergroup phase III comparison of standard radiation therapy and two schedules of concurrent chemoradiotherapy in patients with unresectable squamous cell head and neck cancer, *Journal of Clinical Oncology*, 21, 92-98, 2003
- 5) 嘉戸怜子, 城田智子, 豊田郁子, 他: 化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者の皮膚障害の発生に関する調査, *大阪大学看護学雑誌*, 20(1), 41-46, 2014
- 6) 登坂千聖, 田嶋博樹, 井上忠夫, 他: 頭頸部癌の化学放射線療法に伴う口腔粘膜炎予防に関する検討, *癌と化学療法*, 38(10), 1647-1651, 2011
- 7) 竹井友理, 荒尾晴恵: 頭頸部放射線療法後にみられる口腔内乾燥を訴える患者の日常生活における問題と対処行動, *大阪大学看護学雑誌*, 19(1), 33-38, 2013
- 8) 宮本真, 宮田恵里, 井上俊哉, 他: 当科における下顎歯肉癌切除と経口摂取状態の検討, *嚥下医学*, 1(1), 178-183, 2012
- 9) 大上研二, 戎本浩史, 酒井昭博, 他: 中咽頭癌に対する低侵襲手術と術後機能, *口腔・咽頭科*, 26(1), 19-25, 2013
- 10) 喜友名朝則, 長谷川昌宏, 比嘉麻乃, 他: 化学放射線同時併用療法を行った中・下咽頭癌に生じた嚥下障害の検討, *日本気管食道科学会会報*, 61(3), 291-298, 2010
- 11) 中原晋, 吉野邦俊, 藤井隆, 他: 高用量シスプラチンを用いた化学放射線同時併用療法における栄養状態の変化に関する検討~特に放射線単独療法との違いについて~, *日本耳鼻咽喉科学会会報*, 115(10), 902-909, 2012
- 12) 大釜徳政, 片山知美: 放射線治療を受ける頭頸部がん患者の20Gyの時期における食事に関する因果関係モデルの検討, *ヒューマンケア研究会会誌*, 1, 1-8, 2010
- 13) 大釜徳政, 片山知美, 大釜信政: 頭頸部がん患者における放射線治療に伴う有害事象と食事摂取に関する検討, *ヒューマンケア研究会会誌*, 2, 1-10, 2011
- 14) Janice M.Roper, Jill Shapira: エスノグラフィの概略, 麻原きよみ, グレグ美鈴, 看護における質的研究1 エスノグラフィ(第1版), 日本看護協会出版会, 1-12, 東京, 2003
- 15) 伊東久夫, 薦田しず江: 放射線治療による有害事象とは?, 濱口恵子, 久米恵江, 祖父江由紀子編, ベスト・プラクティス コレクション がん放射線療法ケアガイド(初版), 中山書店, 90-95, 東京, 2009
- 16) 西山勤司: 放射線治療に伴う晩期有害事象 頭頸部腫瘍, 癌の臨床, 53(5), 291-295, 2007
- 17) 花出正美: 診断後1年にわたる頭頸部がん経験する人々のクオリティ・オブ・ライフ, *日本看護科学会誌*, 23(3), 11-21, 2003
- 18) 関美幸, 北田陽子, 石川仁, 他: 頭頸部領域以外の癌化学放射線療法で発症する口腔内症状の実態と看護, *The Kitakanto Medical Journal*, 60, 339-344, 2010
- 19) 岡光京子, 大田直実, 藤田倫子, 他: 頭頸部がん患者の放射線治療中に体験する問題とその対処に関する研究, *高知医科大学紀要*, 17, 69-77, 2001
- 20) 岡光京子: 治療を終了した頭頸部がん患者の食に関する問題と対処, *人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌*, 7(1), 197-205, 2007

原 著

中堅看護師の看護実践の向上に繋がる 自己学習の仕組み

Self-learning mechanisms that improve nursing practice
in mid-level nurses

藤田 恵子¹⁾, 丸岡 直子²⁾

Keiko Fujita¹⁾, Naoko Maruoka²⁾

¹⁾独立行政法人国立病院機構本部, ²⁾石川県立看護大学

¹⁾National Hospital Organizaton Headquarters

²⁾Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

看護実践, 経験, 自己学習, 中堅看護師

Key words

nursing practice, experience, self-learning, mid-level nurses

要 旨

中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みを明らかにするために、中堅看護師17名を対象に半構成的面接を行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした質的因子探索型研究を行った。

中堅看護師は、高度な対応が求められる看護実践の中で、他者である【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】経験をきっかけにして、【中堅看護師としての自分の至らなさにハットする】ことをし、自分に向き合い【日々の看護に弾みをつける】ことに移行していた。その後、高度な対応を要する場面で、【患者対応を変化させる】ことが見られ、【看護師として洗練する】ようになっていた。この【看護師として洗練する】ことで得た評価は、再度【日々の看護に弾みをつける】ことへ繋がっていた。この過程の基盤には『ハットする経験に基づき看護実践が進歩する』という中堅看護師の自己学習方法が存在していた。中堅看護師の日常の経験や日々の看護実践そのものがスキルアップに至る経験であり、その自己の学びを看護実践に繋げていることを自覚できる支援の必要性が示唆された。

連絡先：藤田 恵子

独立行政法人国立病院機構本部 医療部 サービス・安全課

〒152-8621 東京都目黒区東が丘 2-5-21

Abstract

This study aimed to elucidate self-learning mechanisms that improve nursing practice in mid-level nurses. We conducted semi-structured interviews with 17 mid-level nurses. This exploratory qualitative research was inspired by the grounded theory approach.

Mid-level nurses were “awakened to their inadequacies as mid-level nurses” through experiences that forced them to “reflect on their self-image as nurses from external stimuli (from others).” This moved them to “provide momentum for their daily nursing” through introspection in their nursing practice that required highly skilled responses. After this process, they “changed how they handled their patients” in situations that required highly skilled responses, which “refined them as nurses.” The evaluation that they received after this “nursing refinement” was linked to “finding a secondary momentum for daily nursing.” The basis of this process consisted of “improvement of nursing practices founded on eye-opening experiences,” which was the self-learning processes of mid-level nurses. Daily experiences and nursing practices of mid-level nurses lead to improved skills. This suggests a need for support that reminds nurses that their self-learning is directly linked to their nursing practice.

はじめに

2010年の保健師助産師看護師法の改正で、「保健師、助産師、看護師及び准看護師は、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。」¹⁾とされた。専門職の条件として、「理論的知識に基づいた技術を必要とし、その獲得のために専門化された長期間に渡る教育訓練が必要」²⁾といわれており、看護師は職業活動を継続する生涯にわたり、自律的に学習を続けることが求められている。

中でも、中堅看護師は看護実践の中心的な役割だけでなく、リーダー的役割や後輩の育成なども担っており、病棟の環境作りに影響を及ぼし、病院の看護の質を左右する重要な存在である。しかし、近年の臨床現場では中堅看護師はストレスや燃え尽き状態に陥ったり、目標を見失い葛藤を抱えたりしており、仕事と家庭生活との両立に悩んでいる中堅看護師が多く存在するようになってきた^{3) 4)}。ワークライフバランス推進などの取り組みにより常勤看護師の離職率は2007年の12.6%から2016年には10.9%へ減少している⁵⁾とはいえ、中堅看護師にとって結婚・育児などのライフイベントはキャリア形成の中断を余儀なくされるものであり、公的な研修参加なども困難な状況となっている。この状況は看護管理者から自己研鑽意欲が低下していると評価されることもある。

松尾⁶⁾は「経験学習とは直接あるいは間接的な経験をすることによって、既存の知識、スキル、信念の一部が修正されたり、新しい知識、スキル、信念が追加されたりする変化」を学習と定義して

いる。Mezirowら⁷⁾は「成人学習とは未来への行動につなげるために、以前の解釈を利用しながら、自分の経験の意味についての、新しい、あるいは修正した解釈を分析するプロセスである」としている。目標を見失い葛藤を抱えたり、仕事と家庭生活との両立に悩んだり、研修に参加していない中堅看護師であっても、臨床現場で上手に患者対応している場面にしばしば遭遇する。つまり、経験も学習の機会と捉えられるのであれば、中堅看護師はまさにそうした臨床実践における経験を通して学習することが可能であるのではないかと考えた。

一般には、公的な研修に参加することやスキルアップのために専門的な資格を取得することがキャリアアップと捉えられている。実際、柿原ら⁸⁾は看護師は「職場風土の影響を受け、自身の興味ある看護の領域を見極めたり、進学・資格取得など自身の今後の方向性を見出している」というキャリアアップに関する認識を持つことを明らかにしている。また、津本ら⁹⁾は看護師のキャリア志向の実態について、ジェネラリストを目指すほとんどの看護師は研修や進学でのキャリアアップを考え、スペシャリストもほとんどが資格取得や研修、進学でキャリアアップを考えていることを明らかにしている。しかし、キャリアアップとスキルアップとは異なる。中堅看護師ともなれば、たとえ臨床教育体制に組み込まれた研修に参加できなかったり、専門的な資格を取得していなかったりしても、日々の看護実践の中で自己学習の機会となる経験をしており、看護実践のスキルアップ

に繋がっているのではないかと考えた。

先行研究を見ると、新田ら¹⁰⁾が中堅看護師を対象とした研修プログラムの効果を検証したものや、林ら¹¹⁾の教育プログラムを受講した看護師の学習ニーズと学びのプロセスを明らかにしたものなど、特定の研修受講に際しての学びについて報告されている。また、上村ら¹²⁾は看護師の実践能力の向上には実践や省察、研修参加を通じた学習など業務に関連した学習の必要性を述べるなど、中堅看護師が臨床の看護実践や研修として企画された学習から学ぶことの必要性や、重要性が報告されている。一方、吉田ら¹³⁾、内藤ら¹⁴⁾や端山ら¹⁵⁾は中堅看護師の全体性としての「看護をする力」の発展の第1～3報で、中堅看護師の経験を統合して発揮される実践に焦点をあて、影響因子として職場以外の生活体験についても述べている。しかし、中堅看護師が日常の経験からの学び（自己学習）をどのように看護実践のスキルアップに繋がっているか、そのプロセスに具体的に言及した研究は見当たらなかった。中堅看護師にとって日常の経験や日々の看護実践こそ自己学習の機会として重要であり、これも看護実践のスキルアップひいては自己研鑽（成長）と捉える必要があるのではないかと考えた。

そこで本研究では、臨床で働く中堅看護師は、どのような自己学習が看護実践のスキルアップへ繋がっているのか、そして患者への対応がどのように変化していったのかを明らかにすることを目的とした。その成果は、中堅看護師が看護実践の中でスキルアップするための自己学習方法やその支援に示唆が得られるものと考えた。

用語の定義

中堅看護師：病院での教育プログラムを修了した6年目以上、現在の所属に3年以上在籍する看護師で、自律した看護を提供しながら、指導者やリーダーとしての役割を担う中核的存在とする。この定義は、Benner¹⁶⁾による技術習得過程の段階を5段階で示すドレイファスモデルにおける4段階「中堅レベル」を「通常、類似の科の患者を3～5年ほどケアした看護師」を参考にした。

自己学習：看護師が各自の臨床の場での経験や日常の経験を意味あるものとして捉え、知識やスキル、自己の信念が変化し成長すること。

経験：知識、スキル、自己の信念の変化を促す外的な刺激のこと。自己が直接経験する直接経験と他者から話を聴くなどの間接経験を含む。

研究方法

1. 研究デザイン

質的因子探索型研究

2. 研究対象

一般病院に勤務し、病院での教育プログラムを修了した6年以上、かつ現在の病棟に3年以上在籍する中堅看護師を対象とした。なお看護管理者や専門看護師および認定看護師は除いた。

3. データ収集方法

1) 研究参加者を得るまでの手続き

まず、データ収集の場として院内で教育プログラムを運用している、K市内の2施設を選択した。この2施設は急性期病床を有する一般的な総合病院であり、1施設は600床程度の大規模病院、もう1施設は300床程度の中規模病院であり、2施設とも一般病棟入院基本料7対1を取得していた。最初に看護部長に研究対象者の説明を行った後、研究参加者の背景に偏りが見られないよう病棟を分散して参加者の紹介を依頼した。さらに比較検証を行うために、ICU・CCU、透析、外来部門までフィールドを広げ、将来認定看護師等を目指す看護師も追加して、理論的サンプリングとした。看護部長から紹介をされた看護師には文書で、研究の主旨、方法、倫理的配慮について説明し、署名により研究参加の同意を得た。最終的な研究参加者は17名となった。研究参加者の概要は表1に示した。

2) データ収集

平成24年6月～平成24年10月にかけて半構成的面接法を用いて面接を実施した。各研究参加者が

表1 研究参加者の概要

性別	女性：17名	男性：0名
年齢	32.5歳（27～51歳）	
臨床経験年数	9.8年（6～22年）	
現部署経験年数	6.5年（4～10年）	
所属部署	内科系病棟：3名 外科系病棟：2名 混合病棟：9名 ICU・CCU：2名 外 来：1名	
異動経験	有：9名	無：8名
独身・既婚	既婚：8名	独身：9名
子供の有無	有：5名	無：12名

所属施設内のプライバシーが保たれる個室で面接を行った。また、面接内容は研究参加者の了承を得て録音した。本研究では研究参加者全員から面接内容の録音に許可を得た。研究参加者が印象に残った言葉や表情、仕草、その場の雰囲気については面接中に記述し、分析に用いた。

3) 面接内容

面接では、日常の経験や臨床の場での経験からの学びを看護実践に活かしている場面について自由に話してもらい、具体的に語られた内容から、さらに研究参加者にとってその意味するところを質問した。分析にて新たに確認が必要な内容が出てくれば、次の参加者への質問とした。

面接は参加者1名につき1回実施し、面接時間は平均54(45~64)分であった。

4. データ分析方法

データ分析方法は、データから理論を生成するGlaserとStrauss¹⁷⁾のグラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に、分析手順については戈木¹⁸⁻²⁰⁾を参考にした。グラウンデッド・セオリー・アプローチの理論的枠組みはシンボリック相互作用論で、人間の行動を探求する人々と社会的役割の間の相互作用プロセスに焦点を当てた方法論である。この研究では、臨床で働く中堅看護師のスキルアップについての認識や考えだけでなく、日々の看護実践や経験を通じた自己学習がどのように作用し、患者への対応がどのように変化していったのかを明らかにすることであるため、研究参加者の語りを解釈し、その意味を読み解く、グラウンデッド・セオリー・アプローチが適切であると考えた。

まず、面接により得られた語りを逐語録におこし、一例ずつ熟読したのち、意味ある文脈ごとに切片化し、コード化を行った。その後、特性と次元を検討し、共通の特性を持つコードをサブカテゴリとして生成した。さらにサブカテゴリからカテゴリを生成したうえで、仮のカテゴリ名をつけ概念としてまとめた。カテゴリの関係を捉えるために状況・行為/相互行為・帰結で構成されるパラダイムに添って、大まかな関係を捉えたのち、関連図にした。新たな問いに対し、次の分析の焦点を定めながら、次のデータ収集を行っていき、データ収集と分析を継続しながら類似と、差異の視点で比較しながらカテゴリをまとめ、新たなカテゴリとした。特性と次元を検討し、カテゴリの関連付けを行い、概念図として統合していった。これらのカテゴリの関係を検

討した結果、研究の「主要なテーマ」²¹⁾となるコアカテゴリーを抽出しストーリーラインを作成して理論生成を行った。

分析の真実性の確保のために、研究の全過程を通して、質的研究の経験が豊富なスーパーバイザーから指導を受け、最終的に得られた結果を、臨床で働く中堅看護師3名に提示し、フィット性を確認した。

5. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認(看大第1383号)を得て、実施した。

研究協力施設の施設長および看護部長へ口頭および文章にて研究の主旨・方法・倫理的配慮等について説明したのち、研究協力施設の倫理審査を受け、承認を得た。

研究参加者に対しては、研究者が研究の主旨・方法・倫理的配慮等について文書にて説明した。説明内容は、研究への参加は自由意思であること、研究参加の中断や中止も可能であること、同意の上録音すること、匿名性の保持について、データ管理方法、論文の公表についてである。以上の内容で、同意書への署名により同意を得た。

結 果

中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みについて、分析の結果、5つのカテゴリ、17のサブカテゴリが生成された(表2)。これらカテゴリ相互の関係を検討し、ストーリーラインとして描き出し、分析結果を概念図(図1)にまとめた。さらに、複数のカテゴリからなるコアカテゴリー『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』1個が生成された。以下、最初に全体のストーリーラインを示し、さらに実際の語りの抜粋を提示しながら各カテゴリを説明する。表記には、コアカテゴリーを『 』、カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >, 語りは“ ”で記述した。なお、語りの中で、意味が通じにくい箇所は補足説明を()付けて補った。

1. ストーリーライン

中堅看護師は、中堅として高度な対応が求められるターミナルケアや急変などの看護実践の中で、患者や後輩、同僚、医師といった他者である【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】経験から、自分の<自信に疑念を抱く>ことや<患者への思い入れの浅さに気付く>ことをしていた。これをきっかけに<おごりな仕事を自覚する>ことや<患者と家族をなおざりにしていることに

表2 中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みを構成するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
外からの刺激により看護師としての自己像を省みる	自信に疑念を抱く 患者への思入れの浅さに気付く
中堅看護師としての自分の至らなさにハッとする	おざなりな仕事を自覚する 患者と家族をなおざりにしていることに気付く
日々の看護に弾みをつける	いつもの看護に学びを見出す 自分のモチベーションにする スキルを磨く
患者対応を変化させる	自分の生活歴にてらす 患者に関心を寄せる 患者を尊重する 段取りをつける 流れをつくる
看護師として洗練する	看護を磨きあげる 看護の手ごたえを求める 人望を集める 責任感を果たす 後輩を教授する

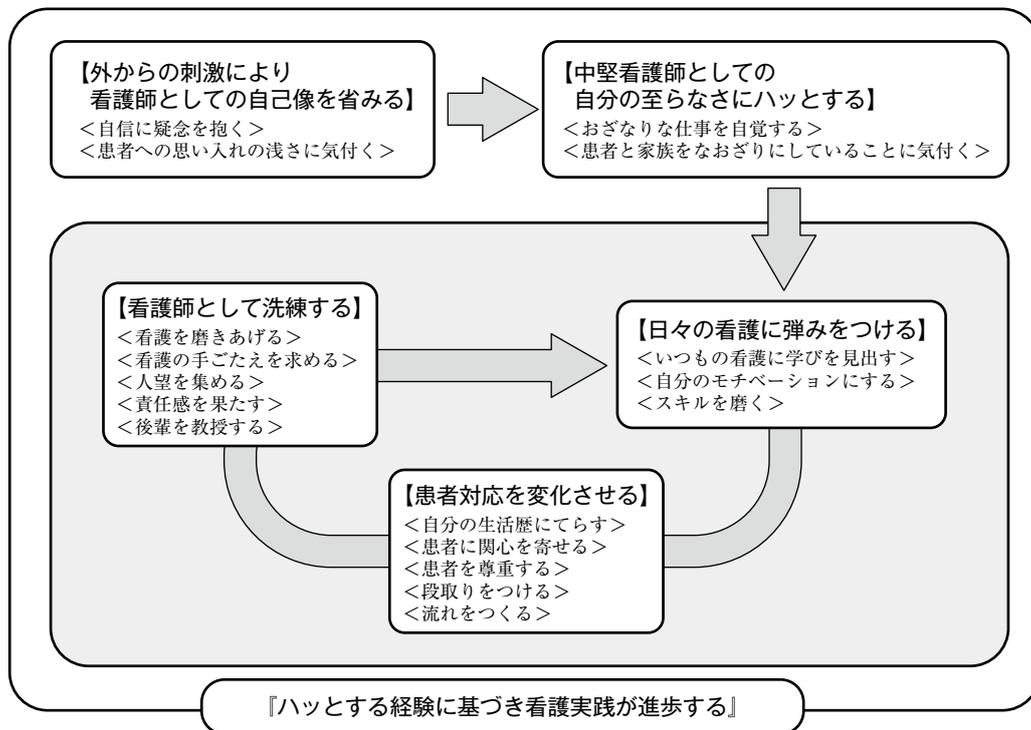


図1 中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組み

気づく>ことで、【中堅看護師としての自分の至らなさにハツとする】ことが見られ、自分に向き合い、至らない自分を知り、一旦は看護に対する自信を喪失していた。その後、<いつもの看護に学びを見出す>ことで自分の気持ちの拠り所とすることや、師長や先輩からのアドバイスや患者からの言葉、研修受講などを<自分のモチベーションにし>、<スキルを磨く>ことを行って、【日々の看護に弾みをつける】ことに移行していた。それから、中堅看護師に求められる高度な対応を要するターミナルケアや患者指導といった場面で、<自分の生活歴にてらす>こと、<患者に関心を寄せる>こと、<患者を尊重する>ことで患者への良質な看護を提供し、<段取りをつける>こと、<流れをつくる>ことで、リーダーとしての役割を果たし、【患者対応を変化させる】ことが見られていた。以後、<看護を磨き上げる>ことをして、<看護の手ごたえを求める>ことや、<人望を集める>こと、<責任感を果たす>ような行動へ繋がり、<後輩を教授する>ことができるという【看護師として洗練する】ようになっていた。中堅看護師は、この【看護師として洗練する】ことで得た評価が、再度【日々の看護に弾みをつける】ことへ繋がっていた。この仕組みにおけるすべての過程の基盤には『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』が存在していた。

2. 各カテゴリーの説明

1) 【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】

研究参加者である中堅看護師は、職場の看護実践の中心的役割を担い、必然的に難しい局面を孕んだ患者への対応や、学生指導を行わねばならない状況にあった。また、職場を異動する経験を有する看護師も多かった。そのような中で、中堅看護師として一目置かれ、自分に自信を持っていたところに、後輩や医師、患者といった他者からの指摘により、鼻を折られるような体験を通して自分自身を省み、他者に映る自分の看護師像に自分を照らし合わせることを行っていた。このカテゴリーは<自信に疑念を抱く>、<患者への思い入れの浅さに気づく>の2つのサブカテゴリーから構成され、次の様な語りがあった。

“(違う病棟に) 異動になった時に、いろんなところからアセスメントしなきゃいけないし、知識も必要だし、後輩にしっかりしてみたいなと言われて、なんにもわかってない自分に、1回鼻を折られたっていうか落ち込んだ。”

“(動脈瘤破裂の) 状況の時、私は驚いて(患者の) 顔を見ながら、どうしていいかわからんっていう顔しとったと思うんです。その方は私の顔を見ながら最後意識が無くなって、亡くなってしまって、自分の不安な顔を見たまま患者さんも不安な気持ちで、こう薄れていたのかなと思うと、自分のできなさぶり、どうしていいかわからない。”

“今までは穏やかな人やったんですけど、その時にすごく声を荒げて、お前に何がわかるんやとか、(癌に) なってもないのにわからんやろという言葉が言われた。”

2) 【中堅看護師としての自分の至らなさにハツとする】

中堅看護師は、自分の行っている看護は、日々の業務に流され、患者に向き合うことができていることに思い当たっていた。このカテゴリーは<おざりな仕事を自覚する>、<患者と家族をなごりにしていることに気づく>の2つのサブカテゴリーから構成され、次の様な語りがあった。

“業務に追われてなかなか自分の振り返り、ちょこちょこことはきくとしてはいるんですけど、意識的にはやってないなって気がする。やっつけ仕事に最近なってしまっていて。”

“担当する受け持ち患者に毎日かわれない分、知らない間に良くなって知らない間に退院していくみたいな感じで、結局、顔も名前もわからないまま退院されていくんだっていうかわりの方が多かった。”

3) 【日々の看護に弾みをつける】

中堅看護師は日々の看護実践を通しての学びを大切にすることで、自分自身を見つめなおし、モチベーションを上げて再度頑張ろうとする行動が見られ、看護実践の向上に向けて努力し、移行するプロセスをとっていた。このカテゴリーは<いつもの看護に学びを見出す>、<自分のモチベーションにする>、<スキルを磨く>の3つのサブカテゴリーから構成され、次の様な語りがあった。

“極端に言ったら、急変の場面に自分が出くわしてなくて、全くかわりがなかったら、今こういうふうに動いてないんだろなっていうのは思いますし、そういうことがあったからやっぱり基本となるBLSをもうちょっとしっかりした方がいいのかなっていう思いになっている。”

“自分の看護の仕方をどこかで見ていて、それってホントに看護って投げかけてくれる先輩

が周りに多かった。”

“師長さんからの言葉がすごい「(学生に) 教えなくてもいいのよ、一緒に考えていけばいいのよ」。”

“小さいことですけど、小さいことを積み重ねて、次は絶対先生が来るまでに時間あったらできることをしておこう。ルート確保とか。”

4) 【患者対応を変化させる】

中堅看護師は、難しい対応を必要とする場面で、看護実践のモデルとなる行動をとっていた。ここでは、中堅看護師自身の生活歴から学んだことや看護実践の省察から得たことを背景にし、患者の状況に合わせて臨機応変な対応となるよう工夫し、また、患者や家族、周囲のスタッフとの関係にも配慮して、看護実践がスムーズにいくように取り計らっていた。このカテゴリーは<自分の生活歴にてらす>、<患者に関心を寄せる>、<患者を尊重する>、<段取りをつける>、<流れをつくる>の5つサブカテゴリーから構成され、次の様な語りがあった。

“祖父が亡くなって、(生前) 胃瘻の話があって家族としては胃瘻はいやだという思いがあって、(今は) 患者さん家族に胃瘻を作るか作らないかって先生からの話があったあと、作りたくないっていう思いも踏まえて話を聴いている。”

“最近結婚したんですけど、新しい環境になって、仕事と家庭の両立の難しさから、そんな状況に置かれた人の立場に少したてるようになった。”

“茶道と華道をはじめたんですけど、それで五感を大切にしたかわりとか、人に対するおもてなしとか、深く見ることとか、プライベートと仕事はつながってるなって思います。患者さんの小さな変化にも気づけるようになった、表情の変化だったり、洋服が汚れていたら替えてあげたいとか。そういうことにも目を配れるようになってきた。”

“(子育てをして家庭を持ってから) 中学生とか高校生の子だったら、お母さんみたいに、しかるわけじゃなく、はっきり駄目なことは駄目って言ってあげられるし、年配の人だったら下手に出て、敬語もきちんと使って、(患者さんに) あんまり嫌な思いをさせずに上手に注意することができるようになった。”

“認知症(患者)を何人も見ているので、その人その人へのかかわりが、自分の中で、何と

なく学んでいたものはあったんでしょうね、きっと。認知症の患者さんは、押さえつけても結局だめなので、遠くから見守るような感じにしつつ、ずっと近くで見られながらだったら嫌になるし、遠巻きで見ながら、ふとした時にさっきのことは忘れていってなってしまうのを見計らいながら、初めて会ったかのように、「どうっ？」と感じてやっていたのはそういう見守る姿勢だったかな。”

“僕は間食せんぞってゆっとうったんですけど、少し逃げ道をつくってあげて、本人が食べてもいい時間とか、そういうのをつくってあげるのも、きっと食べることはその人にとって楽しみやったと思うし、よし止めるぞっていうのも大切かもしれんけど、頑張りすぎないで、これからの人生楽しんでもらえるように。”

“(糖尿病の患者さんが) 絶食になったら、インスリンしている患者さんだったらインスリンどうするとか、血糖測定とか、スケールはどうするとか、先生の指示をイメージしてあらかじめ確認しておく。”

“お母さんが疲れてくるとイライラして、子供にあたりとかあるんですけど、早めにお母さん休めているかなって声かけしたり、少し見てからちょっと休んでいいですよって対応していくと、お母さんも大丈夫ですって感じて和んだりとか、簡単なんですけど、結構大事な対応なんです。”

5) 【看護師として洗練する】

中堅看護師は、新たな看護実践の場や、自分の行った看護実践の成果を確認するために、自部署に留まらず行動を拡大することを行っており、患者や医師、後輩などの他者からの承認により自信を深めるとともに、チームのリーダーや後輩育成という役割や責任を果たしていた。このカテゴリーは<看護を磨きあげる>、<看護の手ごたえを求める>、<人望を集める>、<責任感を果たす>、<後輩を教授する>の5つのサブカテゴリーから構成され、次の様な語りがあった。

“嚥下が難しい方に、目標を立てて、(具体策を) 考えて、チームの人たちにもみんなに伝えて、結局それなりに食べられるようになって、これはやったなっていう感じで、(次年度) 興味があって、NSTの中でも摂食嚥下のチームに入ったんです。”

“(最後の迎え方を患者と家族に考えるように言ったことは、デスクンファレンスで) 先生

からも、「それは僕から見ていても正しかったと思う」って言って下さったので、先生から言われるとやっぱり（自分たちのターミナルケアが）良かったんだなって思います。”

“髭もすごい伸びてる人がすごく多いんですよ、でもそれも髭剃ったら家族も、ああ今日はすっきりした顔しとるねとか言われると、よしよしって、自分で私今日やったしな、みたいな、そういう小さいケアをきちんとやっていかないといけない。”

“最近フットケアの指導っていうところが少なくなってきたので、声かけしていかんなんなって思って、患者さんにどういうふうに説明してもらうかっていうところを浸透させるために勉強会開いたりしたんです。”

“(夜勤での) 急変があった時のメンバーで夜勤後に、どういふかわりがよかったかなとか、できたところやできなかったところとか、次どうしたらいいかっていうのを一緒に考える振り返りの場を持った。”

以上のように、研究参加者である中堅看護師は、日々の看護実践や日常生活を通して、さまざまな経験をしながら【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】ことで、【中堅看護師としての自分の至らなさにハツとする】ことが起こり、そこから【日々の看護に弾みをつける】へ移行し、【患者対応を変化させる】ことや、【看護師として洗練する】に至る経過をとっていた。この【患者対応を変化させる】と【看護師として洗練する】の2つのカテゴリーは中堅看護師の看護実践の向上（スキルアップ）として意味づけられるものである。以上のすべてのカテゴリーは『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』という自己学習方法を基盤にしている。よって、『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』をコアカテゴリーとし、中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みの中核を成すものと位置付けた。この中核となるコアカテゴリーは、中堅看護師をとりまく周囲、とりわけ他者との相互作用の上で成り立っており、これら経験からの自己学習によって、中堅看護師は自ら成長を成し遂げているというものであった。

考 察

1. 中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みの特徴

中堅看護師のスキルアップは、『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』という自己学習方法から導かれていた。これは、先行研究において柿原⁸⁾や津本⁹⁾が、中堅看護師が研修や資格取得を意味ある学習であると捉えているということも明らかにしたこととは異なっていた。また、林¹¹⁾は、研修プログラム（ジェネラリスト養成コース）を受講した中堅看護師は、受講によって「学習意欲が高まり」、「自分自身の現状を捉え」、「自分を認め」、「先を見」、「自分で開拓していく力を身につける」という学びのプロセスを明らかにした。しかし、この学びのプロセスは、研修プログラムの範疇に限定した学びであり、看護実践との連結はしていない。一方、端山¹⁵⁾は、中堅看護師の「看護に影響を受けたもの」、「看護実践への現われ」、「看護に対する思い」を検討し看護の発展過程についてまとめている。ここでは中堅看護師の経験と看護実践への言及があるが、新人期に見られるネガティブな「思い」は中堅看護師にはほとんど見られず、新人期から中堅看護師への発展という形で描かれている。関²²⁾はキャリア中期にある看護職者のキャリア発達の停滞において生じている現象と停滞後の過程を明らかにしており、それは「踏み出すきっかけの模索」を機に分岐していたというものである。端山¹⁵⁾の先行研究にはこの発達の停滞という概念がそもそも存在していない。本研究のハツとする経験は関²²⁾のいう「踏み出すきっかけ」に相当するものであると考える。以上のことから、本研究結果の中堅看護師の『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』自己学習方法は、中堅看護師の学習プロセスに位置付けられるものであると考える。

しかし、これを中堅看護師の独自の学習プロセスと考えることができるのかという点で、新人看護師の学習プロセスと比較するために先行研究を見てみると、大久保²³⁾は、新卒看護師が感じるストレスは、「力量不足」、「自己の自覚」、「看取り体験」、「看護師としての責任」などがあることを明らかにしている。塚本²⁴⁾は新人看護師の経験から、退職者に特徴的な経験を明らかにし、「期待される自己と現実自己の乖離知覚」や「不十分改善不可による自己への失望」があること、また、退職者・継続者にかかわらず、「未熟さ露呈の予測による露呈回避の試み」、「実践能力不足の自覚による就業継続困難」があることを明らかにしている。奥野²⁵⁾はICU新人看護師が臨床において最も必要性を感じた看護実践能力の認識の契

機となった経験を「重症患者を目の前にして圧倒される」「看護が患者の生命に関わる仕事であることの自覚」であると、その獲得に向けた学習活動としては「同期看護師との学び合い」「重症集中治療やケアに熟練した他者の知識・見識を我有化する試み」「先輩看護師に媒介された内省」などがあるとしている。これら先行研究では、新人看護師は、自分自身の力不足を自覚しており、新人の学習もやはり「自己像を省みる」ことをきっかけとしているのは本研究と同様である。しかしその後の「自分の至らなさにハッとすること」では、新人の場合は自身の能力不足に起因するものであり、中堅看護師の場合は、看護に向き合う自身の姿勢（看護観）を指すものであり、ハッとすることの次元が新人と中堅看護師では一線を画していた。また、「日々の看護に弾みをつける」ためには、新人は多くを他者からの支援を得て行すが、中堅看護師はこれを自分自身でも行うということが新人との相違であると考えられる。

一方、エキスパートにおける学習プロセスについては、本田²⁶⁾は認定看護師の行動規範の内容を明らかにし、「エキスパートとしての自覚」、「エキスパートとしての新たな姿勢」、「自己のイメージの変化」などを導き出し、専門職としての自覚と価値観の変容が見られたことを述べている。岩永²⁷⁾も難病看護領域におけるエキスパートナースの看護の実際を6つのカテゴリーで示し、その一つに「看護師自身の学び」があることを明らかにしている。Robertson²⁸⁾は、実践能力の発達過程を段階的モデル、すなわち「外部からの支援」と名付けられた最初の段階、「移行の段階」と呼ぶ第二段階、「自己制御」と呼ぶ第三段階で説明し、エキスパートはこのモデルの第三段階に位置し、学習や実践のコントロールは自分でやれるようになると述べている。野島²⁹⁾はエキスパートは「自己の関心と能力を広げ、非公式にメンターを務めるようになる」と述べている。これらの先行文献からは、エキスパートは自分自身がエキスパートであるということを自覚しており、自己のイメージを変化させ、実践の中からの学び自覚しており、学びを自分自身でコントロールしていくことが可能である。このことは【日々の看護に弾みをつける】から【患者対応を変化させる】、そして【看護師として洗練する】という看護実践が向上する過程を循環し続けているといってもよい。中堅看護師が自分は学んでいないと自覚し、自信を喪失し、『ハッとすることの経験に基づき看護実践が進歩する』

という自己学習方法をとることは、エキスパートナースの学びのプロセスとは、異なっていると考える。

このように、中堅看護師の特徴は、新人ともエキスパートとも異なる『ハッとすることの経験に基づき看護実践が進歩する』という自己学習を行っていることであると考えられる。Knowles³⁰⁾は、「成人は多くの場合、現在の自分の生活状況において感じているプレッシャーへの対応という形で、学習に参加する。成人にとって教育とは自分たちが現在直面している生活上の問題に取り組む能力を向上させるプロセスであり、問題解決中心の、あるいは課題達成中心の精神的枠組みをもって教育活動に参加する」と述べている。これは中堅看護師が日常のハッとすることの経験を問題またはプレッシャーとして捉え、問題を解決しようとして【日々の看護に弾みをつける】に移行するプロセスを支持するものであると考えられる。

2. 中堅看護師の自己学習への気づきと自己学習を促す支援

本研究結果より、中堅看護師は、【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】経験をきっかけに、【中堅看護師としての自分の至らなさにハッとすること】で【日々の看護に弾みをつける】、【患者対応を変化させる】、さらに、【看護師として洗練する】という、日常の経験から看護師の内面、そして看護実践の場へ移行し、進歩していくプロセスを明らかにした。中堅看護師の『ハッとすることの経験に基づき看護実践が進歩する』自己学習方法は、日々の看護実践をスキルアップに繋げている点において、新たな知見といえる。

柿原⁸⁾、津本⁹⁾が中堅看護師自身が持つ学習の認識を明らかにしたように、教育プログラムに仕込まれているような研修を受講できないことによって、自分は学んでいないと捉えがちな中堅看護師にとって、様々なライフイベントの中で培われてきた経験や、何気なく行っている日常の看護実践の中に、スキルアップの機会が潜在していることに気づくことが重要である。これは、自分が自己学習しているという気付きは中堅看護師の自信へ繋がっていくものと考えられる。

松尾³¹⁾は内省のための材料を他者からもらい、批判にオープンな態度で未来へ向けて内省する必要性を述べている。本研究においては、この内省の材料は他者である患者・医師・同輩・後輩などから得ていることが多く、先輩看護師や看護師長からはほとんど得られていないことも判明した。

先輩看護師や看護師長は、中堅看護師が【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】機会や【中堅看護師としての自分の至らなさにハツとする】機会の重要性を見直し、直接的な支援だけでなく、内省が行われることを推進していくような環境を整えていくことが必要であると考え。さらに、本研究で明らかにした先輩看護師や看護師長のかかわりを中堅看護師は、【日々の看護に弾みをつける】時に働きかけを行ってもらったと自覚していた。撫養ら³²⁾は、急性期病院に勤務する中堅看護師の職務満足に関連する要因のひとつは他者から受ける承認であり、その中でも特に上司からの承認が最も関連が強かったことを報告している。佐々ら³³⁾も中堅看護師の職務満足感を高めるには、臨床実践力を高め、上司や医師等他者から承認されることの重要性を報告している。先輩看護師や看護師長は従来の働きかけの他に、【患者対応を変化させた】時や、【看護師として洗練した】と認識される時こそ、承認を与える機会ではないかと考える。

このように、中堅看護師のキャリアアップやスキルアップを支援する管理者は、中堅看護師が看護実践の向上に繋がる自己学習方法を持ち合わせていることを認め、中堅看護師には自ら学ぶ力があることを支援することが必要であると考え。そして、中堅看護師自身が看護実践の向上に繋げていることを自覚できるようなフィードバックを行っていく必要があることが示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究における研究参加者が2施設の中堅看護師に限られたことは限界である。今後は、複数の施設での勤務経験のある看護師、離職・再就業を経験した看護師や在宅医療に携わる看護師など多様な看護経験をもつ中堅看護師へ対象の幅をひろげてデータ収集することが課題である。また、本研究は、データ収集に面接法を用いて行ったが、参加観察法を加えるなどの工夫を行い、中堅看護師自身が気づいていない看護実践からも自己学習の仕組みを明らかにすることも今後の課題である。

結 論

中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みを明らかにするために、中堅看護師17名を対象に半構成的面接法を行い、質的因子探索型研究方法で分析し、以下の結果を得た。

1. 中堅看護師は、中堅として高度な対応が求

められる看護実践の中で、他者である【外からの刺激により看護師としての自己像を省みる】経験をきっかけにして、【中堅看護師としての自分の至らなさにハツとする】ことをし、自分に向き合い、【日々の看護に弾みをつける】ことに移行していた。その後、中堅看護師に求められる高度な対応を要する場面で、【患者対応を変化させる】ことが見られ、【看護師として洗練する】ようになっていた。中堅看護師は、この【看護師として洗練する】ことで得た評価が、再度【日々の看護に弾みをつける】ことへ繋がっていた。

2. 中堅看護師の看護実践の向上に繋がる自己学習の仕組みにおけるすべての過程の基盤には『ハツとする経験に基づき看護実践が進歩する』自己学習方法という中堅看護師独自の学習方法の特徴が存在していた。

3. 中堅看護師が、日常の経験の中に看護実践に繋がるスキルアップの機会が潜在していることや、日常の経験のなかでの自己の学びを看護実践に繋げていることを自覚できるような支援の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は石川県立看護大学大学院博士前期課程に提出した修士論文の一部に加筆・修正したことを記します。また、本論文の要旨は第18回日本看護管理学会学術集会（2014.8）で発表しました。

利益相反状態の開示

利益相反なし

引用文献

- 1) 田村やよひ：私たちの拠りどころ 保健師助産師看護師法（第1版）、日本看護協会出版会、126-141、東京、2010
- 2) 天野正子：看護婦の労働と意識、日本社会学会社会学評論、22(3)、46、1972
- 3) グレック美鈴、林由美子、池西悦子、他：看護職者のキャリアマネジメントのあり方、岐阜県立看護大学紀要、5(1)、3-9、2005
- 4) 平井さよ子：看護職のキャリア開発 転換期のヒューマンリソースマネジメント（改訂版）、日本看護協会出版会、75-77、東京、2009
- 5) 公益社団法人日本看護協会：2016年病院看護

- 実態調査, [オンライン, http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170404155837_f.pdf], News Release, 2.5.2018
- 6) 松尾睦: 経験からの学習－プロフェッショナルへの成長プロセス (初版), 同文館出版, 60, 東京, 2006
 - 7) Mezirow J: Fostering Critical Reflection in Adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning, 1-20, San Francisco, 1990
 - 8) 柿原加代子, 大野晶子, 東野督子, 他: 継続勤務している看護師のキャリアアップに関する認識, 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7(1), 153-159, 2012
 - 9) 津本優子, 長田京子, 樽井恵美子, 他: 看護師のキャリア・ニーズの実態－医療施設の検討－, 島根大学医学部紀要, 31, 25-35, 2008
 - 10) 新田麻由子, 下村陽子, 金子昌子: キャリア中期看護師研修プログラムの効果と課題: フォーカスグループインタビューを活用して, 信州大学医学部付属病院看護研究集録, 36(1), 32-39, 2007
 - 11) 林真紀子, 勝又里織, 廣山奈津子, 他: 中堅看護師の学習ニーズと学びのプロセス－社会人学び直しニーズ対応教育プログラムの評価－, お茶の水看護学雑誌, 2(1), 11-22, 2008
 - 12) 上村千鶴, 高瀬美由紀, 川元美津子: 看護師による学習行動と看護実践能力との関連性, 日本職業・災害医学会会誌, 64(2), 88-92, 2016
 - 13) 吉田礼子, 端山淳子, 内藤美恵子, 他: 中堅看護師の全体性としての「看護をする力」の発展 (第1報) 語られた看護実践への現れ, 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集, 25, 19-29, 2016
 - 14) 内藤美恵子, 磯みどり, 吉田礼子, 他: 中堅看護師の全体性としての「看護をする力」の発展 (第2報) 「看護をする力」の発展過程における“看護師の思い”, 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集, 25, 31-39, 2016
 - 15) 端山淳子, 吉田礼子, 磯みどり, 他: 中堅看護師の全体性としての「看護をする力」の発展 (第3報) その発展過程の検討および“影響を受けたもの”, 東海大学医療技術短期大学紀要, 50, 25-34, 2016
 - 16) Benner P: 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論－達人ナースの卓越性とパワー－ (第1版), 医学書院, 19-22, 東京, 2000
 - 17) Strauss A, Corbin J.: 操華子, 森岡崇訳, 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 (第2版), 医学書院, 71-296, 東京, 2004
 - 18) 戈木クレイグヒル滋子: グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論を生み出すまで (初版), 新曜社, 32-116, 東京, 2008
 - 19) 戈木クレイグヒル滋子: 実践 グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる (初版), 新曜社, 9-130, 東京, 2012
 - 20) 戈木クレイグヒル滋子: 質的研究法ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ (第2版), 医学書院, 12-15, 東京, 2013
 - 21) 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 (第1版), 文光堂, 7-17, 愛知, 2002
 - 22) 関美佐: キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討, 日本看護科学会誌, 35, 101-110, 2015
 - 23) 大久保仁司, 平林志津保, 瀬川睦子: 新卒看護師が入職後3ヶ月までに感じるストレスと望まれる支援, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 4, 26-33, 2008
 - 24) 塚本友栄, 舟島なをみ: 就職後早期に退職した新人看護師の経験に関する研究－就業を継続できた看護師の経験との比較を通して－, 看護教育学研究, 17(1), 22-35, 2008
 - 25) 奥野信行, 辻本雄大, 小西邦明: 集中治療室に勤務する新人看護師の看護実践能力の獲得に資する学習活動, 京都橋大学研究紀要, 42, 131-146, 2016
 - 26) 本田芳香: 認定看護師の行動規範に関する研究, 埼玉県立大学紀要, 8, 133-137, 2006
 - 27) 岩永真由美, 岡崎寿美子: 難病看護領域におけるエキスパートナーズの看護の実際に基づく看護診断, 千里金蘭大学紀要, 2008, 125-132, 2008
 - 28) Robertson SL: Problem Solving (Kindle edition), Psychology Press, 4544-5099, Philadelphia, 2001
 - 29) 野島良子: 第1章どんなひとがエキスパートナーズとよばれるのだろうか, 野島良子編集, エキスパートナーズ その力と魅力の構造 (第1版), へるす出版, 1-46, 東京, 2003
 - 30) Knowles MS: 堀薫夫, 三輪建二監訳, 成人教育の現代的実践－ベダゴジーからアンドラゴジ

ーへー (初版), 鳳書房, 33-67, 東京, 2002

- 31) 松尾睦: 人は経験からいかに学ぶか, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 17(1), 51-52, 2013
- 32) 撫養真紀子, 勝山貴美子, 青山ヒフミ: 急性期病院に勤務する中堅看護師の職務満足に関連する要因の分析, 日本看護管理学会誌, 13(1),

14-23, 2009

- 33) 佐々信子, 竹内朋子, 佐々木美奈子: 中堅看護師の職務満足感と臨床実践力及び他者からの承認との関連性, 東京医療保健大学紀要, 11(1), 25-31, 2016

研究報告

精神科看護師が認識する倫理的問題と 倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方

Ethical Problems Faced by Psychiatric Nurses and Solutions to Them
based on the Ethical Principles of Nursing

近藤 美也子, 井上 誠

Miyako Kondo, Makoto Inoue

県立広島大学保健福祉学部看護学科

Prefectural University of Hiroshima Faculty of Health and Welfare Department of Nursing

キーワード

精神科病棟看護師, 看護倫理, 倫理原則

Key words

psychiatric ward nurse, nursing ethic, ethic principle

要 旨

本研究の目的は、精神科看護師が援助場面で認識する倫理的問題を明らかにし、倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方を検討するための示唆を得ることである。研究方法は、3施設の精神科病院の精神科病棟に勤務している看護師149名を対象に看護倫理に関する無記名の選択式・自由記述式質問紙調査を実施した。本研究は自由記述で得られたデータを質的記述的に分析しコードを数量化した。自由記述の分析の結果、81のコードが抽出され、30のサブカテゴリに分類され、倫理的問題解決のあり方として、【善行と無害の原則の認識】、【誠実と忠誠の原則の認識】、【自律尊重の原則の認識】、【公正と正義の原則の認識】の4のカテゴリが見出された。コード数が最も多かったカテゴリは【善行と無害の原則の認識】で、最も少なかったカテゴリは【公正と正義の原則の認識】であった。看護師が直面するほとんどの倫理的問題は、価値の対立を含み、善行と無害の原則、誠実と忠誠の原則、自律尊重の原則、公正と正義の原則は、相互に対立し影響しあっていることが明らかになった。倫理的問題解決を可能にするためには、倫理原則に対する関心を高めるための倫理教育と看護師同士が倫理的問題や倫理的ジレンマについて、構えることなく話題にできる職場の良好な人間関係の構築が重要になることが示唆された。

連絡先：近藤 美也子

県立広島大学保健福祉学部看護学科

〒723-0053 広島県三原市学園町1番1号

Abstract

This study examined ethical problems faced by psychiatric nurses when supporting patients to develop solutions to them based on the ethical principles of nursing. An anonymous questionnaire survey was conducted, involving 149 ward nurses of 3 psychiatric hospitals. The questionnaire consisted of multiple-choice questions and those to be answered in a free-description style. The collected free descriptions were qualitatively and descriptively analyzed to quantify the data. As a result, 81 codes were extracted, which were classified into 30 sub-categories and 4 categories as a basis for ethical problem-solving: [attitudes toward the principle of beneficence and non-maleficence], [attitudes toward the principle of fidelity and loyalty], [attitudes toward the principle of respect for autonomy], and [attitudes toward the principle of fairness and justice]. Among the 4 categories, [attitudes toward the principle of beneficence and non-maleficence] and [attitudes toward the principle of fairness and justice] comprised the highest and lowest numbers of codes, respectively. Most of the ethical problems faced by the nurses were conflicts due to differences in values, revealing conflicts and interactions among the principles of 'beneficence and non-maleficence', 'fidelity and loyalty', 'respect for autonomy', and 'fairness and justice'. Based on the results, the development of an interest in the ethical principles of nursing through ethical education and the establishment of positive interpersonal relationships in workplaces for nurses to openly discuss ethical problems and dilemmas among them may be important for ethical problem-solving.

はじめに

精神科医療の現場では、急性期など精神症状が激しい時期には、閉鎖病棟や保護室など閉ざされた場で治療が行われることが多く¹⁾、必然的に精神科病棟の看護師は看護実践場面で倫理的問題を認識することが多くなる。それに伴い、精神科看護師は臨床において、日常的に人権擁護と安全確保の両立という倫理的葛藤に直面し、倫理的判断が求められている。つまり精神科医療の中で患者の人権をどこまで保障できるか、その鍵を握っているのは看護師である¹⁾といっても過言ではない。このような精神科医療の背景から、本学では精神看護学実習のなかで、精神看護の倫理性について考え、看護学生としての責任ある行動がとれるという目標を掲げて、看護倫理の学習に取り組んでいる。しかし、学生は実習のなかで、看護師が捉える倫理的問題や倫理的ジレンマに気づかなかつたり、精神障害者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律によって人権を守られているという倫理的視点はなかなか学習が深まらない現状がある。そこで看護倫理の視点に注目した教育内容や指導方法を検討するために、精神看護学実習を受け入れている精神科病棟の看護師が看護倫理をどのように認識し、倫理的問題をどのように捉えているか明らかにする必要があると考え、2015年に、看護学生の実習を受け入れている単科の精神科病

院2施設の精神科病棟に勤務する看護師を対象に看護倫理に関する意識調査を実施した。結果、精神科病棟に勤務する看護師は、職場環境の倫理的問題解決の必要性には高い関心を示す一方で、精神科看護倫理綱領や看護職者の倫理綱領への関心は低いことが明らかになった。また、日常の看護現場で気づいた倫理的問題を職場で話題にする機会は少なく、倫理的問題に遭遇しても個人の問題や責任として解釈し、問題を抱え込んでジレンマを抱えていることが示唆された²⁾。このように臨床現場においては、たとえ倫理的問題を倫理的問題として認識したとしても、見過ごすしかない現状も明らかになった。精神看護実習の指導にあたり、教員や臨地実習指導者、実習を受け入れている病棟看護師が、見過ごすしかない倫理的問題、あるいは見過ごされがちな倫理的問題に注目し、倫理原則を踏まえて、倫理的問題解決に向けて取り組む必要性を感じる。本研究において、倫理原則を踏まえた倫理的問題解決に向け検討するために得られた成果を学生の倫理教育に還元することは意義があると考え。以上のことから、教員は、臨地で実習指導を行うにあたって、臨床の看護師が看護実践のなかで倫理的問題をどのように認識し、どのようなジレンマを抱えているか明らかにし、倫理原則を踏まえた倫理的問題解決のあり方を検討する必要があると考えた。そこで今回、

精神科看護師が援助場面で認識する倫理的問題を明らかにし、倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方を検討するための示唆を得ることを研究目的とした。

用語の定義

1. 善行と無害の原則：善行とは患者のニーズに応え、利益を意図した行為であり、無害とは患者に起こりうる害を未然に回避する行為とする。看護師には、患者に身体的あるいは心理的な外傷をもたらすことや道徳的権利を意図的に妨げることに対するリスクを防いだり、減らす^{3) 4)}責務があるとする。

2. 誠実と忠誠の原則：誠実とは真実を告げる、嘘を言わない、あるいは他者をだまさない、忠誠はプライバシーや約束を守ることにする。看護師は、患者や家族との信頼関係を築くうえで誠実で正直であり続ける^{3) 4)}責務があるとする。

3. 自律尊重の原則：個人が自己決定し、選択できることを尊重することとする。看護師は、患者が自分で決定できるように重要な情報提供を行い、疑問に対して丁寧な説明を行う、患者に関わる人々に患者の決定に従い尊重することを求める^{3) 4)}責務があるとする。

4. 公正と正義の原則：平等な人たちは公平に扱われなければならない。つまり、類似した状況にある患者には、公平に平等に看護を提供する必要があることを意味する。しかし、看護師は、個々の患者に費やすことができる資源の範囲、提供できる看護には限界があることを認識して判断する^{3) 4)}責務があるとする。

研究方法

1. 対象者

3施設の精神科病院の精神科病棟に勤務している看護師で、役職や看護の経験年数、精神科看護の経験年数、実習指導の経験の有無は問わないこととした。

2. データ収集

研究協力の同意が得られた精神科病院の病棟に勤務する看護師を対象に、看護倫理に対する捉え方や関心、倫理的問題と認識する場面、倫理的ジレンマ、倫理教育の必要性について独自に作成した無記名の選択式・自由記述式質問紙調査票を依頼書と回答用紙を入れる封筒とともに同封して配布した。調査票は病棟に回収箱を設置して回収した。データ収集期間は2015年12月～2016年2月と

した。

1) 基本的属性：年齢、性別

2) 臨床看護師が体験している倫理的問題における悩みの程度⁵⁾の項目を参考にして、本研究が独自に無記名の選択式・自由記述式質問紙調査票を作成した。質問紙調査票は、看護師の看護倫理に関する認識を問う、39項目の選択式質問とそれに関連した自由記述で構成している。

自由記述式質問紙調査票の内容は、①看護倫理に関する認識についての選択式質問として、看護倫理研修の受講状況や倫理学習への意欲、倫理原則の認知状況、倫理的問題に対する意見交換や相談状況などの17項目に関して、「看護倫理の学習のきっかけとなった理由」、「相談や意見交換に至った理由」、「倫理教育や学習等の必要性を感じた理由」についての自由記述、②実際の援助場面で倫理的問題として認識する内容の選択式質問として、精神科特有の保護室の使用や身体拘束、病棟ルールを重視した生活指導、プライバシーの与薬などの14項目に関する「倫理的問題と認識した具体的な場面」、「ジレンマを抱いた理由」についての自由記述、③倫理的視点を意識している援助内容の選択式質問として、患者の話を聴く姿勢や患者の意思を尊重する姿勢、隔離や拘束時の人権擁護の認識、トラブルや暴力への対応、プライバシーの保護など倫理的視点を必要とする場面8項目に関する「倫理的視点を意識して行っている具体的な援助場面」についての自由記述である。

3. データ分析

本研究は、自由記述の内容のみを対象として分析を行った。全ての自由記述の内容から倫理的問題と認識した場面やジレンマを抱いた場面の記述内容を文脈単位で抽出し、言葉の意味を損なわないように1文1意味の分析単位とし、コード化したものを記録単位（コード）とした。原則として質問項目に対する自由記述の1つの文を1分析単位とした。但し、1つの文に複数の意味内容がある場合はそれぞれに分けて分析単位とした。これらの記録単位の同じ意味が述べられたものを類型化し、同一記録単位群にまとめサブカテゴリとした。さらに、倫理原則の枠組みを用いてサブカテゴリを分類し、倫理原則に準じてカテゴリ名をつけた。カテゴリを構成するコードを数量化し、カテゴリに含まれるコードの割合を示した。

4. 倫理的配慮

本研究は県立広島大学の倫理委員会の承認（第15MH051号）を得て行った。研究対象施設の施

設長および看護部長に研究目的、方法、意義、研究協力の自由意思、個人情報保護、研究成果の公表について文書と口頭で説明し書面で同意を得た。対象者に対しても施設管理者と同様に、研究目的、方法、意義、研究への参加は自由意思であること、得られたデータは研究以外には用いないこと、データの匿名化、調査票の回答をもって研究協力の同意とみなすことを文書で説明した。

結 果

1. 回収状況と対象者の属性

3施設の看護師196名に配布し、146名から回収した。回収率は(74.4%)で、全て有効回答であった。対象者の属性は、性別は女性114名、男性32名であった。平均年齢は43.6歳であった。

2. 倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方

精神科看護師の認識する看護倫理の自由記述か

ら81のコードが抽出され、30のサブカテゴリに分類された。【善行と無害の原則の認識】、【誠実と忠誠の原則の認識】、【自律尊重の原則の認識】、【公正と正義の原則の認識】の4のカテゴリが見出された。コード数が最も多かったカテゴリは【善行と無害の原則の認識】の35コード(43.2%)、次いで【誠実と忠誠の原則の認識】の23コード(28.4%)、【自律尊重の原則の認識】の15コード(18.5%)、最もコード数が少なかったカテゴリは【公正と正義の原則の認識】の8コード(9.9%)であった(表1)。

以下、カテゴリを【 】,サブカテゴリを〔 〕、コードを< >、サブコードを< >で示す

3. カテゴリの説明

1) 【善行と無害の原則の認識】

このカテゴリは、9のサブカテゴリで構成されていた。精神科看護師(以下:看護師とする)は、認知機能の低下した患者や精神機能に障害をきた

表1 倫理的問題に対する倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方

():コード数

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	サブコード
善行と無害の原則の認識 (35) 43.2%	専門職としての自覚をもって患者の権利を守る (9)	患者を尊重しない対応を目にした時は看護師間で声を上げて患者の権利を守る必要がある	認知症患者に対して周囲の看護師が相手を尊重しない対応をとることにジレンマを感じる
		患者を尊重しない言葉を耳にしたら勇気をもって声を上げて患者の権利を守る必要がある	看護師が上から視線で患者に暴力的な言葉を発しているときに注意しない自分を腹立たしく思う
		不利益を被っても患者の人権を守るために接遇の悪い看護職者の指導を優先する必要がある	看護補助者に接遇を指摘することで仕事の協力を得られなくなることを懸念し指導できない現状に悩む
		援助場面を振り返って患者の立場になって考える機会を設けて倫理的感性を養う必要がある	日々の業務に流され慣れになってきているので援助場面で何が倫理的問題か曖昧になっていると感じる
		人権擁護者としてどこまで責任を負うことができるか見極め患者の権利を守る必要がある	患者の人権を守るためという理由で安易に患者の代弁をしている看護師の行為責任を疑うことがある
		患者を自分に置き換えて考えるとともに専門職としての立場をわきまえて看護する必要がある	患者が自分の家族と思うと許せないが看護師の立場では仕方ないと考え立場を守ろうとする自分に葛藤する
		専門職として業務よりも患者が第一という認識を忘れないで患者の欲求に沿う必要がある	看護師をしていると段々と患者が物のように見えてきて、つい業務を優先してしまいがちになることがある
		患者の権利を守る立場として業務より患者対応が優先であることを常に念頭におく必要がある	患者が第一と頭では意識していても実際には業務を優先してしまう自分があることを残念に感じる
		冗談混じりの言葉であっても患者を傷つける対応は慎み患者の権利を守る必要がある	特定の患者に介助時に一言二言冗談まじりの口調で患者を傷つける言葉を言う看護師にジレンマを感じる
		隔離解除の判断など患者の人権に関わる場面で価値の対立があることを認識する必要がある	強制的な入院形態や隔離解除の判断など患者の人権に関わる場面で主治医との意見の対立がある
		患者の安全管理と自由の剥奪について倫理的視点を注目で対応する必要がある	患者の安全管理を重視するあまり病棟のルールを優先し患者の自由が剥奪されている
		人権に関わる場面で価値判断を求められる (7)	
患者の自由を尊重するか危険を回避するか倫理観をもって価値判断をする必要がある	転落防止や転倒防止のために行う援助は表裏一体で自由よりもリスク回避を優先することに疑問を感じる		
意思確認が難しい患者の隔離室使用に関しては人権を尊重して慎重に判断する必要がある	意思確認が難しい精神遅滞患者の衝動行為に対する保護室使用で安易な判断ではないか疑問を抱く		
主治医の指示だから当然の行動制限ではなく患者の人権の剥奪を認識しておく必要がある	最悪の状態の予測範囲内での行動制限であっても主治医の指示に従わなければならない自分に葛藤する		
		一般科で興奮状態のある患者の精神科転入時は患者の思いを受け止め同意を得る必要がある	身体疾患で一般科に入院中の患者が夜間の大声に対応できず精神科に転院になる時の対応に後悔する

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	サブコード
善行と無害の原則の認識 (35) 43.2%	患者の権利を守る役割を遂行する(6)	効率重視ではなく患者の立場になって患者のために時間を確保する必要がある	業務優先になり看護介入も機械的で流れ作業的な援助がみられることに疑問を感じる
		患者とかかわる時間が限られているなかでも患者のために時間を確保する必要がある	意識しているが一人一人にかかわる時間が限られているので、ゆっくりかかわることは難しいと感じる
		病院の利益より患者が恩恵をこうむる援助を一つ一つ丁寧にを行う必要がある	一つ一つの援助行為が患者の利益にならなくても、病院の利益になることにジレンマを感じる
		病院の利益より患者が恩恵をこうむる援助を目指すことを念頭においておく必要がある	在院日数や転院の関係で患者が希望しない治療を強いることは病院の都合という意味で疑問を感じる
		患者への電話制限ができない理由を家族に根拠づけて説明して理解を得る必要がある	家族からの患者の電話制限時に家族に制限できないことを説明しても理解が得れないと情けないと思う
		患者対応と業務の優先順位の決定は患者の権利を優先して対応する必要がある	患者対応についての病棟カンファレンスで患者と業務はどちらを優先するか意見交換をする
	行動制限の最小化に努めて患者の権利を守る (4)	隔離・拘束や入院形態など患者の行動の制限を最小限にとどめる責務があることを認識する	長期入院や保護室隔離、拘束など患者の権利に関わる日々の看護で疑問を感じることもある
		精神保健福祉法に基づく行動制限であっても可能な限り患者の自由を保障する必要がある	精神保健福祉法に沿った指定医の告知により患者の行動制限する場面で疑問を感じることもある
		極力行動制限は避ける必要があるのに他に代替の方法はないか検討する必要がある	安全確保のために抑制は仕方ないとはいえ極力抑制は避けたいのに他に方法はないかと悩むことがある
	患者にとって危機を回避する存在になる (3)	暴力や迷惑行為など問題行動時すぐに隔離や拘束ではなく患者の状態を見極めた対応をする	暴力や迷惑行為など問題行動があった場合すぐに隔離や拘束という発想をすることは問題があると思う
		患者の命を守る責務のある看護師でも時に患者の意に反する判断もありえることを認識する	患者の命を守る責任がある看護師は権利の擁護者ではなく時に患者の意思にそむいていると感じる
		ストレスコントロールを行いつつどのような状況においても患者の危害を回避する責務がある	おそらく看護師のストレスが原因だと思うが患者に対する暴力的な言動を聞くことがある
	患者にとって最善の方法を選択して危機を回避する (2)	患者が説明を受け入れる状況にない場合でも説明して安全に保護室に誘導する責務がある	隔離が必要な場面で説明もなく必要以上の苦痛を加えた誘導が行われた際に疑問を感じる
		安易な医療行為は避けて確実な観察やアセスメントにより必要な処置を選択する必要がある	認知症患者で排便の確認が取れない場合は確認のためと念のために洗腸を勧めることに疑問を感じる
	患者の意思を確認して生命の危機を回避する (2)	患者の安全を確保し自由の剥奪を最小限にする最善の方法を選択する必要がある	行動制限最小限化に取り組み一方でリスクを考えベッドの4点柵でベッドからの転落防止に疑問を感じる
		食事摂取を拒む患者には摂取を強いるより代替法への移行を検討する必要がある	胃ろうの造設移行期で食事摂取を拒む患者に無理やり食事を勧める行為に疑問を抱いたことがある
	患者の生命を優先し危機を回避する(1)	拒食患者の食事介助は看護師の思いを優先することなく患者にとっての価値判断が必要になる	拒食する患者の食事介助では点滴処置もあるが食べて欲しい思いで強引に勧めて不穏になることもある
		異食患者への対応では生命の危機の回避と制止による不穏への対応を検討する必要がある	異食の激しい患者は見逃すことはできないが制止させると不穏になるので対応に迷いが生じる
	患者や家族にとって最善の手段を選択する (1)	患者と家族の状況や意思を確認して両者にとって最善の手段を選択する必要がある	家族と患者の関係が希薄な状況で退院先が確保できず、施設の順番待ちで悪循環になり残念に思う
		羞恥心を伴う排泄の援助ではドアやカーテンを閉めてプライバシーを守る必要がある	オムツ交換の際にドアを開けたままカーテンを閉めずに援助をすることに疑問を感じる
誠実・忠誠の原則の認識 (23) 28.4%	羞恥心を伴う援助においては必ずプライバシーを守る (4)	下着の着脱など羞恥心を伴う援助では患者に声かけプライバシーに配慮して行う必要がある	看護師が患者に声をかけずに衣服を脱がせたりしている場面に遭遇すると残念に思う
		羞恥心を伴う入浴介助ではドアやカーテンを閉めてプライバシーを守る必要がある	入浴介助場面で出入りの多い脱衣室では開放状態でプライバシーが守られないことに疑問を抱く
	専門職としてプライバシーを守って行動する (3)	羞恥心を伴う入浴介助で女性患者の身体は女性看護スタッフが洗うのが望ましい	羞恥心を伴う入浴介助で女性患者の身体を男性看護スタッフが洗う場面を目にするに抵抗を感じる
		意思表示の難しい患者に対してプライバシーを配慮した行動をする必要がある	うつ患者で意思表示が難しい患者へのプライバシーへの配慮が欠けていることにジレンマを感じる
患者の訴えを聴きとるために誠実に対応する (3)	男性看護職者が女性患者の不穏状態を制止する場面では女性看護師の同席が望ましい	女性患者に不穏が見られた時に男性看護師が制止する場面で倫理的に問題があると思う	
	患者のプライバシーに関することは他患者のいる所で話さないように徹底する必要がある	患者の家族からの電話の内容を廊下やディールームなど他患者がいる場所で話すのは問題があると思う	
	頻回に訴えてくる患者の思いを受け止めて誠実に対応するように努める必要がある	1分間に何度も看護師に訴えてくる患者への対応をするとき精神的にも物理的にも限界を感じる	
		ナースステーションに訴えてきた患者にはできる限り迅速に対応する必要がある	看護師は患者がナースステーションの窓口に来て訴えていても対応しないのは問題があると思う
		患者の大声や頻回の訴えにも感情をコントロールして患者の思いを受け止める必要がある	笑顔の対応を心がけているが患者の大声が続く時や何度と同じ訴えがある時はさすがにイラつくことがある

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	サブコード	
誠実・忠誠の原則の認識 (23) 28.4%	個人的価値と専門職としての価値の対立を認識する (2)	病院経営を視野に入れた看護管理者と患者の人權を優先する価値の対立を認識する必要がある 仲間意識を優先する関係性により見逃される社会人としての道徳的価値に注目する必要がある	看護倫理は看護管理者と看護スタッフで価値観の違いや倫理に対する考え方の違いを感じることもある 仲間意識による看護師同士の関係性が優先されることで社会人としての責任が欠如するように感じる	
	患者に正しく伝え理解を得るために誠実に対応する (2)	精神疾患だから理解力が乏しいと決めつけず理解できるように工夫して伝える必要がある 患者の理解力が乏しいと決めつけることなく十分な説明をして同意を得る必要がある	精神疾患の特性上、理解力が乏しいと思われがちで説明などが十分にされていないことが残念に思う 認知症のある患者に十分な説明をしないで洗腸をしようとしたら怒りだした場面で残念に思ったことがある	
	基本的な患者の権利を守る役割を遂行する (2)	服や布団を破り続ける患者に対して患者の基本的な権利を守るような方法を検討する必要がある 家族間の経済的な問題に立ち入ることはプライバシーに関わるけれど患者の思いを確認する必要がある	服や布団を破って破損し続ける患者に新しい服や布団を渡さない対応に疑問を抱くことがある 家族の生活費になるのか不明ではあるが家族が患者のお金をあてにして病院に取りに来ている現実違和感を感じる	
	専門職として相手を尊重し誠実に対応する (2)	たとえ患者が聞いてなくても看護スタッフ間で患者の名前を呼びすてにしないように心がける 一般科、精神科に関わらず患者を尊重することは当たり前であることを認識する必要がある	患者の名前を看護スタッフ間で呼びすてにしているのを耳にする場面で残念に思う 一般科においては患者を尊重した接し方があたりまえなのに精神科ではできないことに疑問を感じる	
	社会人としてマナーを守った対応をする (2)	患者の個人情報の保護はもちろん看護師の個人情報も患者に漏らさないようにする必要がある 認知機能低下の患者に対して入室時のマナーを守りプライバシーに配慮する必要がある	若い看護師が自分の個人的な情報を患者の前で平気で話している場面を目にすると疑問を感じる 認知機能が低下している入院患者の病棟ではノックをしないで病室に入る看護師を見かける	
	職場環境の倫理的問題の解決により看護の質を高める (1)	時間的余裕をもって患者に共感する姿勢で看護が提供できる業務体制の改善が必要である	看護は患者に共感しながら行うのが本来の姿であるが今の業務体制の中では難しいと感じることがある	
	看護師の人間としての尊厳を守る (1)	場面を振り返って自己洞察し看護師としての尊厳について考える必要がある	躁状態の患者の隔離中に要求に応じてお茶を持参した際にお茶を顔に浴びせられた原因に悩んだ	
	専門職として医療倫理を意識した行為を行う (1)	正直を要求される看護師としてブラシーボの使用は倫理観を認識する必要がある	ブラシーボを使用した場面で患者にとっての倫理的問題ではないかと疑問を抱くことがある	
	自律尊重の原則の認識 (15) 18.5%	患者の意思を尊重しニーズに応える (7)	患者の個性性を尊重して画一的な指導にならないように努める必要がある 頻回に訴える患者であってもナースコール設置は倫理的配慮として重要であると認識する 治療という理由であっても患者の思いを受け止めて納得したうえで援助をする必要がある 強制することなく患者の意思を確認して患者の求める援助を提供する必要がある 看護師の自己満足にならないように患者の求める援助を実践する必要がある	入院患者への棟生活の過ごし方の指導が画一的になっていたことで患者から苦情がでたことがある いくら頻回に訴える患者だとしてもナースコールを設置しないのは倫理的に問題があると思う 食欲不振の患者に食事介助をする場面で看護師は治療のためだという理由で無理強いしている 患者のためと思って援助を提供しようとしても拒否されると強行的な援助になることに疑問を感じる 患者のためと思って行った援助が患者の求める援助ではなく自己満足になっていることがある
		患者の意思を理解し利益となる自己決定を支える (4)	精神科では当たり前前の代理行為であっても患者の意思を尊重して行うことが重要である 病棟ルールが守れない患者に自己管理を制限するよりは自律を促すための指導が必要になる	患者の精神症状を理由に看護師が代理行為を行うことに疑問を抱くことがある 病棟の取り決めである間食摂取時間を守れない患者の間食を詰め所で管理することに疑問を感じる
患者の自己決定を支え権利を保障する (2)		患者の意思決定として認めつつも患者にとっての利益も併せて価値判断をする必要がある 拒絶的な患者であっても意思を尊重しつつ最低限の患者の権利を保障する努力が必要である 患者の将来への思いを確認して主治医や家族との調整役割を果たし患者の意思決定を支える必要がある 患者が退院を拒む理由を確認して患者にとって利益となる方向で意思決定を支える必要がある	入浴を拒否する患者に入浴の目的を説明し思いを傾聴しても拒否され強引に入浴させている 最低限の保清や環境整備を行うために患者が拒否しても必要に迫られて強制的に行うことがある 病状が安定している患者にも関わらず開放病棟への転棟も家族の受け入れもない状況にジレンマを感じる 退院しながらない患者をそのまま病院が受け入れていることは倫理に反しているのではないと思う	
		患者が医師から治療に関して説明を受けた場合は理解度を確認して補足説明をする必要がある 患者には治療を選択する権利があるため自己決定できるように支援する必要がある	患者が医師から薬や注射の説明を受けても理解しないままに治療を受けていることに疑問を感じる 治療を受けるのは患者でありながら家族が治療の全てを決定するのは問題があると感じる	

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	サブコード
自律尊重の原則の認識 (15) 18.5%	認知機能が低下している患者への自己決定を支える (1)	意思決定できない認知症患者に対して看護師が決定する場面で倫理を意識する必要がある	認知症患者の意思決定ができない援助場面で看護師が決定するのは倫理的に問題を感じる
	患者のセルフケア能力を見極めて自律を促す (1)	患者のために行う援助が患者の自立を妨げることを認識する必要がある	看護師が患者の為と行って行ったケアが実は手も足ももぎとっていることを認識する
	公平にその人らしく生きる権利を保障する (4)	長期入院している患者の社会性を維持し地域社会で生活する権利を保障する必要がある	慢性期病棟に長期入院している患者の社会性の低下と疾患による行動制限の設定にいつも悩まされる
		患者が社会復帰を望んでいるとは限らないとしても自由に生きる権利は保障される必要がある	長期入院の統合失調症患者は社会復帰を恐れて閉鎖病棟の狭い空間で一生を終えるのかと思うと悲しい
社会生活に適応することは並大抵ではないが平等に与えられた権利を保障される必要がある		社会復帰しても環境変化が精神症状を悪化させることもあり患者にとって何が幸せなのかわからない	
公正・正義の原則の認識 (8) 9.9%	職場の公平な人間関係の構築により看護の質を高める (1)	職場の公平な人間関係の構築により看護の質を高めることにつなげる必要がある	援助場面で問題が起きて、それを問われる看護師とそうでない看護師がいることに疑問を感じる
	患者が同じ状況下のときは平等に援助を提供する (1)	同じ状況にある患者には平等に対応することを前提に優先順位を決定する必要がある	患者の重症度や自立度に応じ優先順位を決定したいが自立した自己主張が強い患者の対応に追われ葛藤する
	患者や家族と公平な人間関係を築く (1)	患者や家族との相性はあるけれど可能な限り平等に対応する必要がある	家族や患者と相性も合うと合わないがあるので全員に平等に接することができないときジレンマを感じる
	平等な看護の提供を念頭において臨機応変に対応する (1)	頻尿で尿意が切迫している患者の場合はいくら順番とはいえ患者間の調整をする必要がある	頻尿の患者の排尿の訴えがあった時に介助用トイレを待つ患者が数名いると優先順位で悩む

した患者に対して患者を傷つけるような言葉遣いや態度など、接遇に倫理的問題を抱く場面、患者への対応より業務を優先する場面から、〔専門職としての自覚をもって患者の権利を守る〕責務を認識する必要性を感じていた。また、看護師は、精神科特有の治療や治療環境である強制的な入院形態や安全管理を重視した隔離や身体拘束、病棟ルールを優先し自由を剥奪する〔人権に関わる場面で価値判断を求められる〕ことへの責任、〔行動制限の最小化に努めて患者の権利を守る〕責務を認識する必要性を感じていた。患者にとって最善の方法を選択して〔患者の生命を優先し危機を回避する〕という「患者の命を守る責務のある看護師でも時に患者の意に反する判断もありえることを認識する」という価値の対立を実感する内容であった。

2) 【誠実と忠誠の原則の認識】

このカテゴリは、11のサブカテゴリで構成されていた。精神科看護に限らず〔羞恥心を伴う援助においては必ずプライバシーを守る〕ことは看護の基本である。また患者の個人情報と保護すると

いう視点でいえば、〔専門職としてプライバシーを守って行動する〕以前に社会人としての義務であると感じる内容であった。精神科において日常的に遭遇する不穏時の対応で、「男性看護職者が女性患者の不穏状態を制止する場面では女性看護師の同席が望ましい」と感じていた。また、看護師は精神疾患を有する患者であるからこそ、〔患者の訴えを聴きとるために誠実に対応する〕、あるいは、認知力や理解力が低下していると決めつけず〔患者に正しく伝え理解を得るために誠実に対応する〕必要があると感じていた。

3) 【自律尊重の原則の認識】

このカテゴリは、5のサブカテゴリで構成されていた。精神科病棟においては、患者の管理能力の低下による私物の紛失や患者間のトラブルを予防するために私物の管理を余儀なくされている現状がある。看護師は、患者の私物管理を行う際、〔患者の意思を尊重しニーズに応える〕ために、「精神科患者の個別性を尊重して画一的な指導にならないように努める必要がある」。また、「病棟ルールが守れない患者に自己管理を制限するよ

りは自律を促すための指導が必要になる」と感じている内容であった。精神科治療においては、患者の病識が乏しく、患者が納得のうえで治療を受けることは難しいため、看護師は「患者が医師から薬や注射の説明を受けても理解しないままに治療を受けていることに疑問を感じる」といった現状がある。しかし、看護師は「患者には治療を選択する権利があるため自己決定できるように支援する必要がある」と感じていた。

4) 【公正と正義の原則の認識】

このカテゴリは、5のサブカテゴリで構成されていた。看護師は、「病状が安定し退院が可能な任意入院患者であっても家族の受け入れがなく社会的入院をしている」現状から、長期入院による患者の社会性の低下を懸念して、患者の社会性を維持し地域社会で「公平にその人らしく生きる権利を保障する」必要があると感じている内容であった。たとえば社会復帰しても環境変化が精神症状を悪化させることもあり、「社会生活に適応することは並大抵ではないが平等に与えられた権利を保障される必要がある」と感じていた。また、看護師は、「職場の公平な人間関係の構築により看護の質を高めることにつなげる必要がある」と感じていた。

考 察

1. 倫理的問題と倫理原則を踏まえた倫理的問題解決のあり方

1) 【善行と無害の原則の認識】

倫理的問題解決のあり方を倫理原則の視点で分類してみると、患者に身体的あるいは心理的な外傷をもたらすことや道徳的権利を意図的に妨げることに對するリスクを防いだり、減らすことを意味している【善行と無害の原則の認識】のコードの割合は43.2%と最も高い値を示していた。これは、精神科医療の現場が精神疾患の病状特性から、精神科に特有な患者の意思決定や自由が剥奪される強制的治療、日本の精神科医療の抱える問題としての入院の長期化など、患者の権利の尊重が困難な状況の中で看護が展開されたことがもたらした結果と推察される。このような医療現場において、看護師はしばしば「患者の自由を尊重するか危険を回避するか倫理観をもって価値判断をする必要がある」とことを認識せずにはおれない現状にある。例えば、看護師は「長期入院や保護室隔離、拘束など患者の権利に関わる日々の看護で疑問を感じる」とか「暴力や迷惑行為など問題行

動があった場合すぐに隔離や拘束という発想をすることは問題があると思う」と、「患者の安全管理を重視するあまり病棟のルールを優先し患者の自由が剥奪されている」といった倫理的問題に遭遇し、患者の安全の確保と自由の保障のどちらを優先するかという、「人権に関わる場面で価値判断を求められる」。すなわち、看護師は、どの価値が最も重要であり、どの権利要求が正当なものであり、守らなければならないかの決定をしなければならない³⁾ことから、【善行と無害の原則の認識】が倫理的問題解決には重要であると捉えていると考える。

精神科特有な強制的治療環境のなかで日々の看護を実践している看護師は、「専門職としての自覚をもって患者の権利を守る」責務を重く受け止め、患者の立場になって安全管理と人権の尊重について倫理的視点で考え、「行動制限の最小化に努めて患者の権利を守る」努力を怠ってはならないと認識している。確かに患者の安全や尊厳を守ることは、看護師の責務として当然であるが、実際の臨床現場では安全を確保しながら倫理的対応をとることは難しい状況も多々あるように思われる⁵⁾。言い換えれば、善行と無害の原則を優先して身体的な外傷のリスクを妨げる行為は、患者の意に反する行為を強いることになり、自律尊重の原則と対立が生じる。このような状況においても看護師は「極力行動制限は避ける必要がある」ので他に代替の方法はないか検討する必要がある」とことを念頭において、行動制限が唯一の選択肢であるのか、他に代替策はないのかなど状況を注意深く見極め、倫理的判断を行っていくことが重要になる⁶⁾。

臨床現場で看護師は、「患者の権利を守る役割を遂行する」にあたり、「業務優先になり看護介入も機械的で流れ作業的な援助がみられることに疑問を感じる」とこともあり「意識しているが一人一人にかかわる時間が限られているので、ゆっくりかかわることは難しいと感じる」とことがある。このような倫理的問題の背景には、看護師の人員不足や看護師が安心して看護ケア提供につなげていくことが困難な看護体制やシステムに関連した問題の存在がある⁵⁾ことが推察される。しかし、患者の権利を守る役割と責務を遂行する看護師にとって、「患者とかかわる時間が限られているなかでも患者のために時間を確保する必要がある」。そのためには「時間的余裕をもって患者に共感する姿勢で看護が提供できる業務体制の改善が必要

である」と考える。

2) 【誠実と忠誠の原則の認識】

看護師が患者や家族との信頼関係を築くうえで重要となる、真実を告げること、正直であり続けること、プライバシーや約束を守ることを意味する【誠実と忠誠の原則の認識】のコードの割合は28.4%と上位の値を示した。精神科看護に関わらず看護を実践する看護師は、〔社会人としてマナーを守った対応をする〕ことや〔専門職として相手を尊重し誠実に対応する〕ことが求められる。精神疾患患者に限らず、疾患を有する全ての患者は、疾患や治療への不安、将来への不安など様々な不安を抱え、看護師の言葉や態度に敏感に反応している。ましてや精神状態が不安定な精神疾患患者は、看護師の心ない態度や看護師が意識しないで発する言葉に傷つくことがあるため、《冗談混じりの言葉であっても患者を傷つける対応は慎む必要がある》。患者に与えた影響を常に振り返り、意識して患者の立場に立った対応をすることが重要である。

看護師は、〔羞恥心を伴う援助においては必ずプライバシーを守る〕という専門職者に関わらず、当たり前な行為が疎かにされている現状に対して、倫理的問題と認識している。特に＜認知機能が低下している入院患者の病棟ではノックをしないで病室に入る看護師を見かける＞ときジレンマを抱いている。看護師として、羞恥心を伴う援助は当然のこと、個人情報保護に努め、専門職としてプライバシーを守って行動し、相手によって態度や行動を変えることのないように〔基本的な患者の権利を守る役割を遂行する〕必要がある。

看護師は、患者の＜精神疾患の特性上、理解力が乏しいと思われがちで説明などが十分にされていないことがある＞という現状から、＜患者が医師から薬や注射の説明を受けても理解しないままに治療を受けていることに疑問を感じる＞ことがある。患者の自己決定を支えるうえでも、《精神疾患だから理解力が乏しいと決めつけず理解できるように工夫して伝える必要がある》。看護師が〔患者に正しく伝え理解を得るために誠実に対応する〕ことで、患者との信頼関係の構築に繋がるとともに自己決定を支えることも可能になるといえる。

誠実の原則においては、真実を告げる、嘘を言わない、あるいは他者をだまさないと定義されている⁴⁾にも関わらず、プラシーボ治療は患者に偽薬の使用を知らせず行うため、看護師は患者に嘘

をつくことになる⁷⁾。従って、直接、患者に薬剤を与薬する看護師は、＜プラシーボを使用した場面で患者にとっての倫理的問題ではないかと疑問を抱くことがある＞。このように倫理的問題を認識しながらも、看護師はプラシーボであることを明かさずに与薬するのは、与薬した薬剤がプラシーボだと患者に知られたら、患者の医療不信を招く恐れがあることや、患者との信頼を失う可能性を秘めていることを意識した⁷⁾結果と推察できる。たとえプラシーボが患者にとって効果的な治療であるとしても、《誠実さを要求される看護師としてプラシーボの使用においては倫理を認識する必要がある》といえる。つまり患者にとって利益になる善行の原則であっても、誠実の原則と対立していることを認識する必要があると考える。

3) 【自律尊重の原則の認識】

個人が自己決定し、選択できることを尊重することを意味する【自律尊重の原則の認識】のコードの割合は18.5%と比較的低い値を示していた。精神科においては自己決定を優先することにより、善行と無害の原則が保障されない現状があることから、患者の自己決定がないがしろにされがちなのが懸念される。田中¹⁾は、判断能力に障害を来すことのある精神疾患患者への看護においては、保護主義的な原理が働きやすく「自己決定の尊重の原則」と「善行の原則」の対立がとりわけ起こりやすいと述べている。極端な例を挙げれば、自殺企図のある患者の自己決定を優先することは、善行と無害の原則との対立が生じ、生命の危機を回避できなくなる。実は、このような極端な例だけでなく、臨床においては、＜食欲不振の患者に食事介助をする場面で看護師は治療のためだという理由で無理強いしている＞、＜入浴を拒否する患者に入浴の目的を説明し思いを傾聴しても拒否され強引に入浴させている＞など、患者の意思が尊重されない場面を目の当たりにすることがある。このように患者の自己決定が尊重されない、あるいは尊重できない要因が精神科の臨床現場には多く潜んでいることが推察される。先行研究では、自己決定の阻害因子として「病識のなさ」「管理的保護的環境」「自己決定権の認識のなさ」など⁸⁾を挙げている。「自己決定権の認識のなさ」については、患者から積極的に開放病棟や地域社会へと自律に向けた自己決定がされないままに入院が継続されているケースがあり、患者は自己決定を医療者や家族に委ねていることが推察される。例えば、看護師は＜病状が安定し退院が可能な任意

入院患者であっても家族の受け入れがなく社会的入院をしている>や<病状が安定している患者にも関わらず開放病棟への転棟も家族の受け入れもない状況にジレンマを感じる>、<治療を受けるのは患者でありながら家族が治療の全てを決定するのは問題があると感じる>などジレンマを抱いている。このようなジレンマを引き起こす原因は、「病識のなさ」といった疾患の特性に併せて、身体・心理・社会的に脆弱な立場に置かれた患者の自己決定が特に困難になりやすい¹⁾状況が考えられる。しかし、自己決定の権利が侵害されやすい精神障害者のケアにこそ、自己決定の尊重が重要な焦点になる¹⁾。「管理的保護的な環境」に関しては、臨床現場で当たり前のように<患者の精神症状を理由に看護師が代理行為を行うことに疑問を抱くことがある>。しかし、代理行為を一概に患者の自己決定権を奪う行為として認識するのではなく、患者の管理能力を適切に判断するとともに、〔患者の意思を理解し利益となる自己決定を支える〕援助のプロセスとして捉える必要があるのではないかと考える。看護師が、患者の自己決定を支援するためには、<強制することなく患者の意思を確認して患者の求める援助を提供する必要がある>。まずは、患者の意思を確認することが不可欠である。患者にとって負担にならない支援として、日常生活行動の選択から自己決定を支援し、強いられる自己決定ではなく患者が安寧を脅かさないように⁸⁾、管理能力に合わせて段階的に進めることが重要になる。

4) 【公正と正義の原則の認識】

類似した状況にある患者は、公平に平等に看護を提供する必要があることを意味する【公正と正義の原則の認識】のコードの割合は9.9%と最も低い値を示していた。精神科看護においては、<入院患者への病棟生活の過ごし方の指導が画一的になってきたことで患者から苦情がでたことがある>というように、症状の特性から個別対応が難しく、平等を取り違えて一律に病棟のルールを患者に押し付けている、あるいは押しつけざるをえない状況があることが推察される。このような状況のなかでも、公平に平等を意識して看護したいと思っている看護師は、<患者の重症度や自立度に応じ優先順位を決定したいが自立した自己主張が強い患者の対応に追われ葛藤する>。確かに臨床現場では、自己主張が強いとか、自己中心的な患者など患者の気質や置かれている状況を配慮すると、一概に患者の重症度や自立度だけで優先順位を決

め難い現状がある。しかし、看護師は、個々の患者に費やすことができる看護の範囲、提供できる看護には限界があることを認識たうえて、〔患者が同じ状況下のときは平等に援助を提供する〕という公正と正義の原則を意識し、<同じ状況にある患者には平等に対応することを前提に優先順位を決定する必要がある>と考える。

看護師は、精神科慢性期病棟の入院患者に対して<長期入院の統合失調症患者は社会復帰を恐れて閉鎖病棟の狭い空間で一生を終えるのかと思うと悲しい>や<社会復帰しても環境変化が精神症状を悪化させることもあり患者にとって何が幸せなのかわからない>というように、患者の置かれている境遇に対するやるせない思いを抱いたり、患者にとっての幸せとは何かなど社会復帰の意味に苦悩している様子が伺われる。この苦悩が意味をなすためには、看護師が1人で悩むことなく、他の看護師と対話を通して問題解決の糸口を見つける必要がある。村田⁹⁾は、他の看護師の意見を聞くことで倫理的問題の解決を導く行動を発見することができる⁹⁾と述べている。患者が社会生活に適應することは並大抵ではないが、病棟から一歩踏み出せるように、看護師は〔患者や家族と公平な人間関係を築く〕ことから始めて〔公平にその人らしく生きる権利を保障する〕援助に繋げていく必要がある。

以上、述べたように看護師が直面するほとんどの倫理的問題は、価値の対立を含み³⁾、善行と無害の原則、誠実と忠誠の原則、自律尊重の原則、公正と正義の原則は、相互に対立し影響しあっていることが示唆された。倫理的問題解決にあたって看護師は、相互に対立する倫理原則を明らかにし、患者の権利と専門職としての責務の双方を考慮して、目の前に起こっている倫理的問題に倫理原則を照らし合わせて、<人権擁護者としてどこまで責任を負うことができるか見極め患者の権利を守る必要がある>。そのためには、看護師が自分自身のもつ価値観を自覚するとともに、精神科の臨床現場における倫理原則の対立を見抜く倫理的感受性をもつ必要がある。まずは、倫理原則に対する関心を高めるための倫理教育が重要になると考える。

倫理的問題解決を目指す手がかりは、看護師が患者を尊重しない対応など、倫理的問題に気づいたとき声をあげることができるか否かが倫理的問題解決の糸口になる¹⁰⁾ため、<患者を尊重しない対応を目にした時は看護師間で声を上げて患者の

権利を守る必要がある」。このように倫理的問題解決を可能にするためには、看護師同士が倫理的問題や倫理的ジレンマに関して、構えることなく話題にできる職場の良好な人間関係の構築が重要になる。

研究の限界と今後の課題

本研究は、精神科病院3施設の病棟に勤務する看護師を対象としていることから一般化はできない。今後は施設を拡大して、倫理原則に注目し、臨床現場における看護倫理教育と看護学生が実習を通して学ぶ看護倫理が連動して、共に発展していけるように調査研究を進めていきたい。

結 論

1. 看護師が直面するほとんどの倫理的問題は、価値の対立を含み、善行と無害の原則、誠実と忠誠の原則、自律尊重の原則、公正と正義の原則は、相互に対立し影響しあっている。

2. 倫理的問題解決を可能にするためには、看護師同士が倫理的問題や倫理的ジレンマに関して、構えることなく話題にできる職場の良好な人間関係の構築が重要になる。

謝 辞

研究フィールドを提供してくださいました病院関係者の皆様、快く調査に協力いただきました看護師の皆様に、心よりお礼申し上げます。

利益相反

該当する利益相反はない。

文 献

1) 田中美恵子, 濱田由紀子, 小山達也: 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値

の対立, 日本看護倫理学会誌, 2(1), 6-14, 2010

- 2) 近藤美也子, 井上誠, 淀川裕太, 他: 精神科実習病棟の看護職者が捉える看護倫理と倫理教育-看護倫理に関する意識調査から-, 日本精神看護学術集会誌, 59(2), 374-378, 2017
- 3) サラT. フライ, メガン-ジェーン・ジョンストン, 片田範子, 山本あい子訳: 看護実践の倫理的意思決定のためのガイド第2版, 日本看護協会出版会, 14-15, 28-34, 2007
- 4) 谷優美子, 今川孝枝: 看護学生が「良い看護師」と捉えた看護師の行為-倫理原則の視点から-, 日本看護倫理学会誌, 5(1), 22-27, 2013
- 5) 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子, 他: 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度, 日本看護倫理学会誌, 6(1), 53-60, 2014
- 6) 池添志乃, 田井雅子, 中野綾美, 他: 倫理的判断を基盤とした抑制についての調査-抑制実施時の倫理的判断と「説明」を重視する看護の特徴-, 日本看護倫理学会誌, 3(1), 64-70, 2011
- 7) 田中美穂, 小松明: 臨床における看護師のプラシーボ与薬の実態に関する全国調査, 日本看護倫理学会誌, 3(1), 36-46, 2011
- 8) 小山明美: 長期入院を経て退院に至った統合失調症患者の自己決定のプロセス, 日本看護倫理学会誌, 5(1), 40-46, 2013
- 9) 村田尚恵: 日常の看護実践で遭遇する倫理的問題に対する看護師の行動の背景にある思い, 日本看護倫理学会誌, 4(1), 9-14, 2012
- 10) 高田早苗: 看護倫理をどう考えるか-医療現場で生じている倫理問題から, 看護展望, 33(10), 8-11, 2008

研究報告

糖尿病性腎症患者の透析受容の関連要因の検討 — 非糖尿病性腎症患者との比較 —

Investigation of factors related to dialysis acceptance in patients
with diabetic renal insufficiency

— Comparison with non-diabetic renal insufficiency patients —

小池 美貴¹⁾, 藤田 祐子²⁾, 宮崎 彩乃³⁾, 稲垣 美智子⁴⁾, 多崎 恵子⁴⁾

Miki Koike¹⁾, Yuko Fujita²⁾, Ayano Miyazaki³⁾, Michiko Inagaki⁴⁾, Keiko Tasaki⁴⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾福井医療短期大学, ³⁾金城大学看護学部,
⁴⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

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

²⁾Fukui College of Health Sciences

³⁾Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kinjo University

⁴⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,
Kanazawa University

キーワード

透析, 糖尿病性腎症, 糖尿病, 受容, 関連要因

Key words

hemodialysis, diabetic renal insufficiency, diabetes, dialysis acceptance, related factors

要 旨

本研究は糖尿病性腎症患者68人と非糖尿病性腎症患者50人を対象として、透析受容および受容の関連要因ごとに糖尿病性腎症と非糖尿病性腎症の2群に分けて比較し、糖尿病性腎症患者の透析受容の特徴を明らかにした。方法として受容には、透析受容尺度を用い、関連要因には、年齢、性別、透析歴、同居家族を挙げた。その結果、糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比較して有意に透析受容の度合いが低かった。また、透析受容の関連要因では、性別（女性）、透析歴（3年以上）、同居家族（有、同居の子有）において糖尿病性腎症患者の方が有意に透析受容の度合いが低く、関連要因として示された。以上より、糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比較し、透析受容が低いこと、さらに透析年数が3年以上になる、

連絡先 (Corresponding author) : 藤田 祐子
福井医療短期大学 看護学科
〒910-3190 福井県福井市江上町55-13-1

同居家族があり、特に女性という要因が明らかになり、糖尿病性腎症患者に特異的なケア方法の必要性が示唆された。

Abstract

The aim of this paper was to clarify the characteristics of dialysis acceptance in diabetic renal insufficiency patients. Subjects were 68 diabetic renal insufficiency patients and 50 non-diabetic renal insufficiency patients. Diabetic renal insufficiency and non-diabetic renal insufficiency were compared by dialysis acceptance and related factors. A dialysis acceptance scale was used to measure dialysis reception; and age, sex, dialysis history, family members living together as related factors. Results revealed that patients with diabetic renal insufficiency had a significantly lower degree of dialysis acceptance than non-diabetic renal insufficiency patients did. Also gender (female), dialysis history (greater than 3 years) and cohabiting family (live with family, child) were found to be related factors in dialysis acceptance. Diabetic renal insufficiency patients with these factors had significantly lower degrees of dialysis acceptance. The above results suggested the need to establish a special method of care for patients with diabetic renal insufficiency based on related factors.

はじめに

わが国における透析患者数は1990年以降増加しており、2015年では32万人を超えている¹⁾。

透析患者は、透析中における不均衡症状の回避、生活における厳しい水分制限や食事制限、さらには定期的な通院など、身体的、心理的、社会的影響を調整しながら自己管理を行っている。また、北澤²⁾や藤澤ら³⁾は透析患者の透析受容状態が生命予後に関係する自己管理行動に影響を与えると述べており、透析受容は看護において重要な課題であると言える。そして、恩幣ら⁴⁾は透析看護における必要な要素として「透析看護の患者教育に特化した看護技術」の中に「疾病・透析受容を踏まえた関わり」を挙げている。それは慢性腎不全という疾患により一生涯透析に依拠した生活を送る患者には疾病・透析受容を踏まえた教育が必要であることや、受容ができてからの指導を行う必要性があることを含んでいる。このことから、透析患者の透析受容を把握した上での指導やケアが全透析患者に必要なことが示された。

透析患者の原疾患は、糖尿病性腎症が1位となり19年が経過し、近年の透析導入に至る患者全体の約43.7%を占めている¹⁾。赤塚⁵⁾は、糖尿病性腎症患者は糖尿病罹病歴が長く、透析に至る患者の多くは糖尿病性網膜症や高血圧性視力障害による視力低下、動脈硬化による血圧変動、自律神経障害による自覚症状の乏しさ、腎障害の進行による栄養障害などを合併している場合が多いと報告している。また、佐名木⁶⁾は、糖尿病性腎症患者

2名、非糖尿病性腎症患者2名を対象として、質的分析法によって違いを明らかにした。その結果、非糖尿病性腎症患者が透析導入前からゆっくりと透析を受容していたのに対し、糖尿病性腎症患者は透析導入後の現在においても透析を受容していない状況にあることを報告した。また浅野ら⁷⁾は透析導入期にある糖尿病性腎症患者の体験として、透析をして生き延びるよりは死んだ方がいいという思いがあると報告し、糖尿病性腎症患者の透析受容の困難さが推測されることを示していた。

これらの文献からは、糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比較すると、基礎疾患の特徴から、透析開始時にはすでに様々な合併症による身体的特徴を持つことから、透析受容が異なっていること、また糖尿病性腎症患者の受容そのものが低い可能性があることが示されていた。しかし、これらを量的に比較した報告はない。

そこで、本研究は、糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容の実態を調査し、両者を比較した。比較により糖尿病性腎症患者の透析受容の特徴を明らかにすることができ、これまで示されてきた透析患者全般のケアに加え、糖尿病性腎症患者に特徴的な透析受容に関するケアの示唆を得ることができるのではないかと考えた。

研究目的

本研究では糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容の実態を調査し、両者を比較することにより、受容の違いの有無及び、対象特性と

透析受容の関係を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

透析受容：透析により受ける障壁に対する心理的受入れ状態とし、操作上の定義には、福西が透析治療の精神的受容レベル観察者評価尺度で示した10項目⁸⁾の内容が、観察者により安定していると評価される度合で示されるものとした。

研究方法

1. 研究対象者

石川県にある透析設備のある医療機関3施設で調査を行った。認知機能に障害のある患者や会話でのコミュニケーションが困難な患者を除き、質問への回答が可能である患者の選定を施設の医療者に依頼した。その結果、研究対象者として2型糖尿病性腎症患者68名と非糖尿病性腎症患者50名が抽出され、研究者が研究の趣旨及び内容に関して説明を行い、同意を得た。なお、透析受容の原疾患が糖尿病か非糖尿病かについては施設の医療者に確認した。

2. 調査期間

平成27年2月～5月

3. データ収集方法

研究対象者に対し、その場で研究者による聞き取り質問紙調査の実施及び質問紙の回収を行った。なお、研究対象者の体調異変時には調査を終了し、医療者と対処できるよう連携をとった。

4. 質問紙の内容

1) 透析受容

福西らによって開発された透析治療の精神的受容レベル観察者評価尺度⁸⁾を使用した。(以下、透析受容尺度とする。)

本尺度構成は全10項目からなり、スコアは各項目につき、4段階（1～4点）の10～40点の範囲で評価され、得点が高いほど透析療法の受容度が低いことを示す。項目は表1に示した。

また、全10項目の評価段階について、大倉・村田⁹⁾を参考にし、項目1～9は「全然ない」「ときどき」「しばしば」「いつも」と尺度通りとしたが、項目10は「全然理解していない」「だいたい」「ほとんど」「全部理解している」とした。

本研究で、透析受容の評価のため観察者評価尺度を用いた理由は、透析患者は様々な喪失体験や心理的状况などが複雑に絡み合い、鬱状態を経験するも自覚しにくいとも言われている。そのため看護師が直接面接を行い、質問しながら確認していく本尺度は看護師と透析患者内での特有の相互作用により、患者の透析受容を深く把握できる方法として使用した。さらに、本尺度は今後臨床的にも活用は可能と考えた。

本尺度に関しては開発者及び尺度記載を行っている製薬会社に研究の趣旨を説明し、使用許可を得た。

2) 対象特性

(1) 年齢

若年者と高齢者では透析受容に違いがある¹⁰⁾ことや、精神的健康度に年齢が関連している¹¹⁾ためである。

(2) 性別

透析患者の精神症状や精神的健康度に影響する要因として性差が挙げられる^{11) 12)}ためである。

(3) 透析歴

透析歴が透析に対する精神症状に関連する要因と言われている^{13) 14)}ためである。

(4) 同居家族

表1 透析治療の精神的受容レベルの観察者評価尺度項目

1	これからさきずっと透析を受けなければならない
2	透析であと何年生きることができるか心配である
3	身体合併症が起きないか心配である
4	これからさき、仕事（家事）を続けることができるか心配である
5	これからさき、生活（経済面）がやっていけるかどうか心配である
6	どうして自分が透析を受けなければならないのかと考えると腹が立つ
7	透析を受けなければならないという状況に実感がわからない
8	透析を受けたくない、透析を受けるくらいなら死んだ方がまだ
9	透析に関する説明を主治医からどれくらい受けていますか
10	透析についてどれくらい理解していますか

4件法で評価し、得点が高いほど受容レベルが低いことを示す

透析受容に影響する要因として家族や周囲の支援が影響している¹⁵⁾ためである。

(5) 現在の職業

5. データ分析方法

1) 糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容の実態を表す分析方法

糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者に分け、透析受容尺度の総点および10項目ごとの得点の平均値および標準偏差を算出し、両者での差を有意差検定により比較した。

2) 対象特性と透析受容の関係の有無を見出す分析方法

対象特性の4つは、それぞれの要因について文献を基に群わけをして、それぞれの群における、糖尿病性腎症と非糖尿病性腎症者の透析受容得点の差の比較を行った。群わけは以下の通りであった。

(1)年齢は65歳未満、65歳以上の2群、(2)性別は男性と女性の2群、(3)透析歴は3年未満、3年以上の2群、(4)同居家族は、同居家族がいる、同居家族の中に配偶者がいる、同居家族の中に子がいるの3群に分けた。なお、(1)の年齢を65歳未満、65歳以上に分けた理由は、厚生労働省による高齢者の年齢区分が65歳以上とされているためである。また、(3)の透析歴を3年で区切った理由は、社会適応期が3年程度¹⁶⁾とされているためである。

以上の透析受容得点と各項目における糖尿病性腎症の有無にはt検定もしくはMann-WhitneyのU検定を行った。分析ソフトはSPSS statistics 22.0を用いた。

6. 倫理的配慮

研究者が参加者に対し、研究の目的や方法、内容について、文書および口頭で十分に説明した。研究への参加・不参加は本人の自由意思に基づくものであること、研究参加による負担や不利益が生じないこと、不参加の場合であっても、治療等に不利益が被らないことを保障した。また、一旦参加に同意した場合も、いつでも参加を取り消すことができることを説明した。得られた個人情報厳重に管理し、個人情報保護の徹底を行うこと、研究目的以外には使用しないこと、研究結果を公表する際は、個人が特定されないよう匿名化を守ることを説明した。説明後、聞き取り調査への回答をもって同意とみなした。

聞き取り調査については、対象者および協力依頼施設と相談の上で、できる限りプライバシーに配慮した場所や時間を決定した。身体的配慮とし

て、体調が安定していることを確認した上で調査を行った。

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号560-1)。

結 果

1. 対象者の概要(表2)

分析対象者は研究への同意を得られた患者であり、回答が困難であった患者は分析から除外した。その結果、最終的な分析対象者は糖尿病性腎症患者58名、非糖尿病性腎症患者38名の計96名(有効回答率81.4%)であった。対象者の概要は表2に示した。平均年齢は糖尿病性腎症患者が 66 ± 11.0 歳、非糖尿病性腎症患者が 65 ± 15.9 歳であった。透析歴が11年以上の患者はいなかった。また、両者には項目ごとに違いはなかった。

2. 糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容尺度得点の比較(表3)

1) 糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容尺度総得点の比較

透析受容尺度総得点は、糖尿病性腎症患者は平均得点が20.50点で非糖尿病性腎症患者は17.79点であり、前者の方が有意に高かった($p < .01$)。

2) 糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容尺度各項目得点の比較

透析受容尺度の各質問項目では、「透析についてどれくらい理解していますか」の1項目以外は全ての項目において、糖尿病性腎症患者の方が得点が高かった。有意差があったのは、「これから先、ずっと透析をしていかなければならない」、「透析である何年生きることができるか心配である」「合併症が起きないか心配である」「透析を受けたくない、透析を受けるくらいなら死んだ方がましだ」の4項目であった。4項目のうち、「透析を受けたくない、透析を受けるくらいなら死んだ方がましだ」については、有意差はあったが、糖尿病性腎症患者の得点は 1.37 ± 0.79 であり、非糖尿病性腎症患者は 1.08 ± 0.27 と他の項目に比較し、両者とも低かった。

また、中央値である2.00点以上の項目が非糖尿病性腎症患者では3項目であるのに比較し、糖尿病性腎症患者では5項目であった。

両者とも有意差がなく、2.00点以上の項目は「透析についての説明を受けている」「透析について理解している」に関する2項目であった。

3. 対象特性と透析受容総得点との関係の有無(表4)

全ての特性別の総得点において糖尿病性腎症患者の得点が高かった。中でも有意差があった特性は性別、透析歴、同居家族に関する3項目であり、性別では女性、透析歴では3年以上、同居家族の有無では、家族ありおよび子供ありであった。つまり3つの特性と4つの項目において有意差があ

った。4つの特性について下記に示した。

1) 年齢

糖尿病性腎症の方が平均値は高かったが有意な差はなかった。

2) 性別

女性の糖尿病性腎症患者は21.33点、非糖尿病

表2 基本属性

N=96

項目		人数	%	人数	%
糖尿病の有無 (人数)		糖尿病性腎症 (58人)		非糖尿病性腎症 (38人)	
年齢	(Mean ± SD)	66 ± 11.0歳		65 ± 15.9歳	
	24歳以下	0	0	1	2.6
	25歳以上44歳以下	4	6.9	3	7.9
	45歳以上64歳以下	19	32.8	10	26.3
	65歳以上	35	60.3	25	65.8
性別	男性	40	69.0	23	60.5
	女性	18	31.0	15	39.5
同居家族 (複数回答可)	配偶者	32	55.2	22	57.9
	親	7	12.1	6	15.8
	子	28	48.3	19	50.0
	その他	14	24.1	8	21.1
	独居	8	13.8	5	13.2
透析歴	1年目	10	17.2	8	21.1
	2年目	17	29.3	9	23.7
	3年目	8	13.8	8	21.1
	4年目	9	15.5	1	2.6
	5年目	2	3.4	4	10.5
	6年目	3	5.2	3	7.9
	7年目	3	5.2	2	5.3
	8年目	3	5.2	1	2.6
	9年目	2	3.4	1	2.6
	10年目	1	1.7	1	2.6
現在の職業	専門技術職	5	8.6	3	7.9
	管理職	3	5.2	0	0
	事務職	0	0	1	2.6
	営業・販売職	1	1.7	0	0
	サービス業	4	6.9	2	5.3
	農林漁業職	0	0.0	1	2.6
	運輸・通信職	0	0.0	4	10.5
	生産・労働職	1	1.7	1	2.6
	パート・アルバイト	1	1.7	1	2.6
	その他	0	0.0	1	2.6
	無職	43	74.1	24	63.2

表3 糖尿病の有無による透析受容尺度得点の比較

N=96

	平均値±SD		P
	糖尿病性腎症	非糖尿病性腎症	
糖尿病の有無による透析受容尺度総得点	20.50±5.32	17.79±4.38	0.020
糖尿病の有無による透析受容尺度各項目得点			
1 これからさきずっと透析を受けなければならない	2.91±1.23	2.32±1.36	0.029
2 透析であと何年生きることができるか心配である	2.17±1.27	1.66±1.05	0.042
3 身体合併症が起きないか心配である	2.12±1.21	1.47±0.73	0.013
4 これからさき、仕事（家事）を続けることができるか心配である	1.84±1.07	1.58±1.00	ns
5 これからさき、生活（経済面）がやっつけられるかどうか心配である	1.98±1.11	1.84±1.10	ns
6 どうして自分が透析を受けなければならないのかと考えると腹が立つ	1.48±0.82	1.37±0.79	ns
7 透析を受けなければならないという状況に実感がわからない	1.43±0.91	1.42±0.89	ns
8 透析を受けたくない、透析を受けるくらいなら死んだ方がましだ	1.37±0.79	1.08±0.27	0.049
9 透析に関する説明を主治医からどれくらい受けていますか	2.44±0.99	2.18±0.98	ns
10 透析についてどれくらい理解していますか	2.72±0.79	2.87±0.74	ns

4件法で評価し、得点が高いほど受容レベルが低いことを示す

ns : not significant

Mann-WhitneyのU検定

表4 糖尿病の有無による透析受容尺度総得点の比較—特性毎の検討—

N=96

特性	区分	平均値±SD		P
		糖尿病性腎症	非糖尿病性腎症	
年齢	65歳未満	20.35±4.77	18.86±6.27	ns
	65歳以上	20.60±5.73	17.17±2.75	ns
性別	男性	20.13±5.13	17.70±4.95	ns
	女性†	21.33±5.80	19.93±3.49	0.470
透析歴	透析歴3年未満	20.26±5.58	18.47±4.95	ns
	透析歴3年以上†	20.71±5.18	17.24±3.90	0.012
同居家族	家族あり	20.72±5.22	18.00±4.62	0.019
	配偶者あり	20.63±5.29	18.09±4.58	ns
	子あり†	20.32±5.40	17.58±3.50	0.040

ns : not significant

Mann-WhitneyのU検定 † t検定

性腎症患者は19.93点であった。男性では有意差はみられなかったが、女性においては女性の糖尿病性腎症患者が女性の非糖尿病性腎症患者よりも有意に得点が高かった ($p<.05$)。

3) 透析歴

3年以上の糖尿病性腎症患者は20.71点、非糖尿病性腎症患者は17.24点であり、糖尿病性腎症

患者の方が非糖尿病性腎症患者よりも有意に得点が高かった ($p<.01$)。

4) 同居家族

家族がいる糖尿病性腎症患者は20.72点、非糖尿病性腎症患者は18.00点であり、また同居している子がいる糖尿病性腎症患者は20.32点、非糖尿病性腎症患者は17.58点と糖尿病性腎症患者は

非糖尿病性腎症患者よりも有意に得点が高かった (p<.05)。

考 察

1. 糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容について

本研究結果では、透析患者の透析受容得点は40点満点中18点から20点を示していた。中でも糖尿病性腎症患者が非糖尿病性腎症患者よりも平均受容得点が高く、糖尿病性腎症患者の方が透析の受容度が低いことを示した。質的な先行研究でも糖尿病性腎症患者は、一般的な腎症患者と比較して透析を受容しにくいと言われており¹⁰⁾、本研究はこれを支持する結果となったといえる。この結果から、透析受容に対するケアの重要性があり、糖尿病性腎症患者では、より意識的なケアが重要であることが示唆された。

受容項目では、「これからさきずっと透析を受けなければならない」「透析であと何年生きることができるか心配である」「身体合併症が起きないか心配である」「透析を受けたくない、受けるくらいなら死んだ方がましだ」の項目においても糖尿病性腎症患者の得点が高い結果であった。先行研究より糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比較し、生命予後が不良であることが報告されている¹⁷⁾。また、春木¹⁸⁾は透析を行っている糖尿病性腎症患者の心理として深い抑うつや強い不安、自己評価の低下があると述べている。このことから糖尿病性腎症患者は身体状況に対する不安とうつ傾向を抱えながら透析を受けていると考えられる。したがって、医療者は糖尿病性腎症患者に対しては、より一層の身体面や予後への不安、抑うつ傾向がみられないかと細やかに観察することや、不安を抱えた患者の思いの傾聴、個々にあったケアを提供する必要があることが示唆された。

一方、「透析に関する説明を主治医から受けている」「透析について理解している」の項目は、糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者ともに得点が2.00点以上であった。この2項目の点数が高かったことは、主治医からの十分な説明や透析に対する理解度が高くても、将来的な展望についての不安は、存在することが推測できた。医療者の説明という方法以外にこれらへのケアの重要性が示唆された。

2. 対象特性との関係について

対象特性ごとに考察した。

1) 年齢について

本研究結果では、年齢を65歳未満、65歳以上に分け、糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者を比較したが、有意な差は認められなかった。したがって、高齢かそうでないかは糖尿病性腎症患者と非糖尿病性腎症患者の透析受容の違いに関連するものではないと考える。しかし、青年期、壮年期と言った若い世代の患者間での比較は今回の研究では行えなかったため、今後はデータ数を増やしそれぞれの年代における比較も検討する必要性があると考えられる。

2) 性別について

性別では、女性の糖尿病性腎症患者が非糖尿病性腎症患者の透析受容得点より得点が高いことがあった。

糖尿病患者においては、腎不全期以前の男女の食事療法実行度の調査結果によると男性より女性の方が食事療法実行度が低いことが明らかとなっている¹⁹⁾。その理由として、女性糖尿病患者は自身の糖尿病の治療より家族役割を優先すること²⁰⁾が考えられる。このことから、女性は腎不全になる以前から役割として実行していた食事等の家事が、透析への通院なども加わり、透析開始前と同様にできなくなることが推察された。さらに腎不全期での女性透析患者の思いとして「透析が奪っていくケア役割」、「母親としての挫折感」や「透析が及ぼす生活上の困難感」といった感情も報告されており²¹⁾、このことが女性の方が男性より受容得点が低い理由であると考えられた。また、非糖尿病性腎症における比較では、前述したように糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比較し生命予後が不良であることが報告されており¹⁷⁾、糖尿病性腎症患者の方が、将来への不安や自身の残された生の短さを感じていることが考えられる。

これらを踏まえると女性の糖尿病性腎症患者は、糖尿病患者として療養している時期から家族の中での役割意識が高く、血液透析はその役割を大きく変化させるものだと考えられる。加えて自身の予後不良による将来への不安を持つことになり、家族への思いが強くなることにより、非糖尿病性腎症患者に比較し、透析受容が困難になるのではないかと推察された。よって医療者は、女性の糖尿病性腎症患者が透析受容において患者の家族への思いや予後への不安により透析受容を低くしている可能性があることを考慮して関わる必要性があると考えられる。

3) 透析歴について

透析歴において、透析歴3年以上では糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者に比べ透析の受容得点が有意に高い結果であった。透析治療を長期間受けていても糖尿病性腎症患者の方が透析受容しにくい理由として、糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比べ予後が不良であることが挙げられる。透析歴5年未満では透析患者全体の約62%が糖尿病性腎症患者であるが、透析歴15年になると糖尿病性腎症患者は全体の約27%のみとなる²²⁾との報告からも糖尿病性腎症患者の生命予後不良が窺える。また、糖尿病性腎症患者は糖尿病特有の合併症の併発と腎不全・老化などの相加により促進される合併症、また長期透析による合併症により身体症状の増悪が予想される²³⁾。このように糖尿病性腎症患者は、社会適応期以降にあり、透析療養生活を自分のものとして順応してくるといわれる時期においても自身の命の短さや身体症状の増悪により透析を受容できない状況にあることが推察される。よって医療者は透析維持期にある糖尿病性腎症患者に対し、精神面のフォローを行い続ける必要があることが本研究結果から示唆された。

4) 同居者について

家族と同居している糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者に比べ透析受容得点が有意に高かった。家族の同居は、ソーシャルサポートの点からは受容を促進する要因として考えられるが、本研究では、反対の結果であった。木本²⁴⁾は、透析導入期の糖尿病性腎症患者が家族に抱く思いを報告している。その結果は「透析をしながら生きて生活していく自分として、生きていくことへの気力を失いながら、その気持ちを家族の中で一人持ち続ける」「家族メンバーとして役割を果たせない自分、自分の病に対して負い目に捉える自分が潜んでいる」であった。この報告は、糖尿病性腎症患者が家族を意識するが故の孤独感や、家族の中で役割を果たせないといった葛藤を描いていた。本研究結果でも合併症の併発など将来の不安もあり、よりその思いが強まり受容の困難さが高くなるのではないかと推察された。非糖尿病性腎症患者と比較して有意に高かった理由として、腎症以前の療養と腎症になることでの変化の大きさの違いにあると推察された。糖尿病患者は、食事療法や血糖管理などの自己管理が即座に血糖に反映されるため、自己管理の厳格さが求められる。それゆえ、家族の生活と合わせたり協力を求めるような生活となると考えられる。さらに腎症になると、

それまでの糖尿病食から腎症への食事へと変更され、修得しなければならない知識や技術も多いと考えられる。その分、家族の理解や協力も必要性が高くなる可能性があるための結果であることが推察された。

医療者は、家族がいることにより、サポートを受けることが可能であるといったプラスの面での捉え方だけではなく、透析受容の困難さに影響していることも考慮したケアを提供する必要性が示唆された。家族がいることはより一層、患者の家族への思いや今後の病状の不安などを十分に聞く必要性が示唆された。

しかしながら、非糖尿病性腎症患者の報告はないため、推測の域を出ない。よって今後この点について検討する必要性がある。

本研究の限界

本研究では対象となった患者が透析歴10年以下の者であった。そのため透析歴11年以上の患者には適応できない可能性がある。また、本研究は透析治療の精神的受容レベル観察者評価尺度により測定したものである。そのため、本人の受容を正確に測定しているかについては課題がある。

結 論

1. 糖尿病性腎症患者は非糖尿病性腎症患者と比較して透析受容の度合いが有意に低かった。
2. 糖尿病性腎症患者が非糖尿病性腎症患者と比較して透析受容の度合いが有意に低い内容はこれから先透析を受けなければならないという思い、透析であと何年生きることができるといふ不安、合併症が起きることの不安、透析を受けるくらいなら死んだ方がましだという思いであった。
3. 関連要因として性別（女性）、透析歴（3年以上）、同居家族（有、同居の子有）が見出され、いずれもこれらの要因をもつ糖尿病性腎症患者の方が非糖尿病性腎症患者と比較して有意に透析受容の度合いが低かった。

以上より、糖尿病性腎症患者への透析受容に対して、より詳細なケアが重要であり、有意差があった対象特性については、その理由について探索し、対象特性を考慮したケアについて明らかにする必要性が示唆された。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現状, [オンライン, <http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>], 日本透析医学会, 5, 22, 2017
- 2) 北澤伯子：外来透析施設におけるセルフケア行動に与える影響因子の分析, 臨床透析, 17(2), 271-275, 2001
- 3) 藤澤京子, 江崎真知子：透析の受容状態, 透析ケア, メディカ出版, 15(6), 15-18, 大阪, 2009
- 4) 恩幣(佐名木)宏美, 岡美智代, 上星浩子：透析看護における患者教育の定義と必要要素の検討, The Kitakantou Medical Journal, 59(2), 145-150, 2009
- 5) 赤塚東司雄：知る 臨床的・精神的特徴を知らればケアが変わる, 透析ケア, メディカ出版, 12-16, 大阪, 2010
- 6) 佐名木宏美, 瀧川薫：糖尿病性腎症から透析となった患者の障害に対する思い-非糖尿病性腎症の透析患者との比較-, 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 5(1), 13-18, 2007
- 7) 浅野友美, 三好茂奈, 瀧典子, 他：糖尿病性腎症で透析導入期にある患者の体験, 日本看護学会論文集成人看護II, 38, 163-165, 2008
- 8) 福西勇夫：透析治療の精神的「受容」レベルの評価尺度の開発, OFF TIME, 中外製薬, 67, 13, 2001
- 9) 大倉美鶴, 村田伸：高齢透析患者の透析受容とQOLの関係, 日本在宅ケア学会誌, 10(2), 16-23, 2007
- 10) 竹田恵子, 丸橋民子：高齢者の腹膜透析(CAPD)療法導入に至る現状について-若年群との比較から-, 川崎医療福祉学会誌, 11(1), 57-63, 2001
- 11) 橋本佳奈, 田中千枝子, 浅川達人：透析患者のthe Center for Epidemiologic Studies Depression Scaleに影響する社会生活上の諸要因の検討, 東海大学健康科学部紀要, 8, 97-103, 2002
- 12) 木村和正, 石川俊男, 吾郷晋浩：透析患者の心理的適応, 心身医, 33(7), 586-591, 1993
- 13) 浅井昌弘：人工透析の精神医学的諸問題, 精神医学, 15(1), 4-15, 1973
- 14) 道廣睦子, 浅井美穂, 原哲也：血液透析患者の精神的健康に与える要因-血液透析年数による比較-, インターナショナルnursing care research, 7(1), 11-21, 2009
- 15) 二重作清子, 石野レイ子, 藤咲美美子, 他：血液透析患者の病気の受容に影響する要因, 日本看護学会論文集成人看護II, 30, 125-127, 1999
- 16) 森本美砂子：患者教育と心の問題への対応, 斎藤明編, 最新透析ケア・マニュアル改訂版, 医学芸術社, 120-121, 東京, 2004
- 17) 中井滋：特集糖尿病と透析療法I わが国の糖尿病性腎症の透析患者の現状-日本透析医学会統計調査から-, 臨床透析, 21(1), 7-11, 2005
- 18) 春木繁一：糖尿病透析患者の精神的、社会的、心理的問題, 吉田益治郎編, 透析患者の心とケア(続編), メディカ出版, 62, 大阪, 1999
- 19) 河口てるこ：糖尿病患者における食事療法実行度の推移とその要因, 日本赤十字看護大学紀要, 8, 59-79, 1994
- 20) 高岡勝代, 大町弥生, 平良陽子：家族役割を担う女性糖尿病患者のセルフケア, 家族看護学研究, 12(1), 22-31, 2006
- 21) 二本柳玲子：血液透析を続けながら生活する女性の思い, 北海道医療大学福祉学部学会誌, 9(1), 17-25, 2013
- 22) 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現状, [オンライン, <http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2016/p054.pdf>], 日本透析医学会, 5, 22, 2017
- 23) 原茂子：糖尿病性腎症の予後と死因, 日本臨牀, 50, 203-209, 1992
- 24) 木本未来, 稲垣美智子：透析導入期にある2型糖尿病患者が家族を思い描くという現象, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(1), 23-29, 2012

研究報告

終末期がん患者の退院支援に対する 緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動

Attitudes and actions of nurses in palliative care units for discharge support of terminal cancer patients

辻 清美¹⁾, 丸岡 直子²⁾

Kiyomi Tsuji¹⁾, Naoko Maruoka²⁾

¹⁾石川県済生会金沢病院, ²⁾石川県立看護大学

¹⁾Ishikawa Saiseikai Kanazawa Hospital

²⁾Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

退院支援, 看護師, 緩和ケア病棟, 終末期がん患者

Key words

discharge support, nurse, palliative care unit, terminal cancer patient

要 旨

本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師による終末期がん患者の退院支援の経験から、患者・家族の問題に向き合いながら取り組んだ看護師の姿勢と行動を明らかにすることである。対象は13名の看護師で、半構成的面接を行い質的記述的に分析した。その結果、5つのカテゴリーを抽出した。看護師は、【終末期がん患者の思いを大切にすること】を基盤に、【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】姿勢を持ち、【患者の思いを叶える環境を家族と共につくり出す】行動をとっていた。これらの経験を基にがん【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧すること】と、【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情を生みだし、このことが【終末期がん患者の思いを大切にすること】思いにつながっていた。

連絡先：辻 清美

石川県済生会金沢病院

〒920-0353 石川県金沢市赤土町ニ13番地 6

はじめに

1990年に緩和ケア病棟の入院料が診療報酬に新設され、全国において緩和ケア病棟入院基本料届出受理施設数と病床数は増加傾向にある¹⁾。厚生労働省が行った人生の最終段階における医療に関する国民の意識調査²⁾では、死期が迫っている状態での療養場所として緩和ケア病棟になるべく早期に、または自宅療養後に入院を希望する回答は全体の4割を超え、がん終末期における緩和ケア病棟への入院期待が見られた。そして平成24年度(2012年)診療報酬改定において緩和ケアの方針は、緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る³⁾と示された。社会における緩和ケア病棟の機能と役割は、看取りをするだけの場所ではなく、がん患者の療養場所の選択として在宅への移行も支援するところへと変化した。在宅への移行にはがん患者の病状の把握と、在宅へ移行する時期の適切な判断が必要となり、医療職の支援の在り方が重要となる。

佐藤ら⁴⁾の緩和ケア病棟の利用状況を10年間(2001年と2011年)で比較した調査では、入退院数が増加し平均在棟日数の減少が見られ、さらに死亡退院割合が低かったと報告があった。緩和ケア病棟において死亡退院の割合が減少した要因として、入院中に疼痛をはじめとする症状コントロールが迅速に行われ、患者の在宅療養が可能と判断される身体レベルに早期に達することができたことがあげられる。さらに訪問診療・看護と地域の薬剤師、介護などの福祉サービスへの連携により、患者の在宅療養が可能な手段が豊富に提示できるようになったことも要因と考えられる。

一方、全国の緩和ケア病棟における在宅移行への取り組みに対する調査⁵⁾では、症状緩和後に在宅移行に積極的に取り組んでいるのは調査施設の約半数であった。在宅移行に取り組んでいない理由は患者・家族のニーズがないことが多く、在宅療養に至らなかった理由は介護力不足、患者・家族の不安であった。また終末期がん患者が在宅療養に至った要因は、点滴や酸素療法を受けていないこと、自力で食事摂取が可能であること、であった⁶⁾。つまり、医療依存度の高い終末期がん患者には、在宅療養を可能にするために介護の負担、患者・家族の不安へのサポートなど専門的な関わりが必要であるといえる。

終末期がん患者は医療依存度が高く、症状の増

悪、急変が考えられ、患者・家族にとって今後の経過や死に対する不安もある。医療依存度が高くても終末期がん患者が誰とどこで、どのように暮らしたいのか、その思いを叶えられるように、また患者の療養生活を支える家族の介護力や不安にも看護師が対処し支援することは、終末期がん患者とその家族に対して意義あることと考える。

終末期がん患者の退院支援に関する研究は、一般病棟の看護師を対象に調査した報告⁷⁻¹¹⁾があり、緩和ケア病棟における退院支援に関する研究では、退院困難事例に対する退院支援の実践報告が多かった。さらに緩和ケア病棟の看護師が、終末期がん患者や家族の状況をどのように受け止め、どのように退院支援を行ったかを明らかにした研究は見当たらなかった。

本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師が終末期がん患者に対して行った退院支援の経験を記述し、終末期がん患者・家族の支援を行う際の看護師の姿勢や行動を明らかにすることである。この研究成果から、看護師が終末期がん患者の在宅療養へ移行支援を行うための示唆を得ることができ、患者・家族への退院支援の取り組みに貢献できると考えた。

用語の定義

1. 退院支援：患者・家族が患者の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援¹²⁾。
2. 終末期：病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態¹³⁾。
3. 姿勢と行動：退院支援の際の心構え、心のありかたと実際に何かをすること。姿勢と行動は区別されるものではなく、看護師の思いから自然ととられていた行動。

方 法

1. 研究デザイン
質的記述的研究
2. 対象

対象は看護師経験3年以上で、そのうち1年以上緩和ケア病棟に所属し、かつ緩和ケア病棟において退院支援の経験を有する看護師である。なお緩和ケア病棟の看護部長は対象から除外した。13名の看護師から研究参加の同意を得た。

3. データ収集方法

調査期間は2014年4月～8月であった。

データ収集は半構成的面接法を用い、各研究参加者のプライバシーが保たれる個室で行った。研究参加者には、緩和ケア病棟における終末期がん患者の退院支援事例を想起してもらい、退院支援の内容とその経過の中で研究参加者が患者・家族との関わりで大切にしたこと、退院支援を通して気づいたことを常に質問するようにした。さらに研究参加者の承諾を得て、面接内容をICレコーダーに録音した。面接は1人1回で、面接時間は23～70分（平均51.9分）であった。

4. データ分析方法

録音内容を逐語録にした後、一例ずつ熟読し分析を行った。各研究参加者の面接内容より作成した逐語録から、研究内容に関連した文節を理解可能な最少単位として取り出しコード化した。コードの類似性と差異性を検討し、カテゴリー化しカテゴリーの抽象度をあげた。そして1例ずつの分析で得られた全対象の「終末期がん患者に対して実践した退院支援の内容とその支援を行う際の看護師の姿勢や行動、退院支援からの気づき」について、類似するものを統合しながらカテゴリーの抽象度をあげていった。カテゴリー間の関係が不動となった時点でカテゴリー間の関係性を分析し関連図を作成した。

真実性の確保として定期的に質的研究経験が豊富なスーパーバイザーのスーパーバイズを受けた。最終的に得られた結果を研究参加者3名に提示し、フィット性を確認した。

5. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理審査委員会の承認（看大第1448号）を受け、研究対象者の病院の倫理委員会の承認を得てから実施した。緩和ケア病棟の看護師長には研究対象となる看護師全員に、研究の主旨、方法、倫理的配慮を記載した説明文と同意書の配布の協力を得た。研究者に研究参加の同意書を返信した看護師を研究参加者とし、研究参加者の希望日時に基づいて面接の日程調整を行った。面接当日には、再度、研究参加は任意であること、研究の主旨、方法、倫理的配慮について口頭で説明し、研究参加を確認した。面接内容は録音とメモをとることを研究参加者の了解を得て行った。

結 果

1. 研究参加者の概要（表1）

緩和ケア病棟を有する3病院から13名の研究参加者を得た。参加者は全員女性で、年齢は26～56歳（平均年齢38.8歳）、臨床経験年数は、一般病棟で3～30年（平均経験年数12.6年）、緩和ケア病棟で1～11年（平均経験年数4.7年）であった。

2. 分析結果

研究参加者13名の面接内容を分析した結果、5つのカテゴリーと22のサブカテゴリーを抽出した。

以後、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >、語りの例を“ ”で記述する。なお、語りの中で意味が通じにくい箇所は補足説明を()をつけて補った。以下に各カテゴリーを説明する。

1) 【終末期がん患者の思いを大切にする】

このカテゴリーは<患者のやりたいことを心に留める><答えを出せなくても患者の傍にいる><その人の価値観を尊重する><患者の気持ちを慮る><患者の思いが叶う場を考える><患者の思いを伝える橋渡しをする>の6つのサブカテゴリーから構成された。

緩和ケア病棟の看護師は、様々な闘病の過程を経て緩和ケア病棟に入院している患者と関わる中で、「家で自分らしく過ごしたい」という思いを知り、また家族に遠慮して言えない状況もあることを理解していた。そして看護師は、その思いを大切に心に留めて、叶えようとする姿勢で、患者にとって楽な過ごし方や何が大事か考え、家族や医師に患者の思いを伝える努力をしていた。

表1 研究参加者の概要

看護師	年齢	性別	臨床経験年数	
			一般病棟(年)	緩和ケア病棟(年)
A	30代	女性	5	3
B	30代	女性	10	4
C	40代	女性	9	11
D	30代	女性	8	4
E	40代	女性	15	5
F	50代	女性	27	3
G	40代	女性	18	5
H	50代	女性	30	5
I	20代	女性	3	1
J	40代	女性	11	7
K	40代	女性	17	3
L	30代	女性	4	6
M	30代	女性	7	4

(1) <患者がやりたいことを心に留める>

患者には社会背景から入院中にはできない役割があり、他者に対してやりたいことや、家で自分らしく過ごしたいという思いを持っていた。看護師はその思いを大切に心に留めていた。

看護師Eは“患者さんは、書道を生き甲斐とされて、書初め大会の主催者となる方でした。1月の書初め大会の準備はできなかつたけど会場とか見に行きたいという思いを持っていた、その思いをなんとかしたいと思いました。”と語った。

(2) <答えを出せなくても患者の傍にいる>

患者が「何で生きているのか」とつらい思いを言葉に出した時に、看護師は答えに困りながらも患者の質問に逃げ出さない姿勢で傍に一緒にいることが重要と考えていた。

看護師Jは、“「いつまでこんなことが続くのかな…」と患者から言われた時に、一般病棟にいた時は何と返答するかを考えて沈黙が苦しかったのですが、今（緩和ケア病棟）は何もしゃべらなくても患者の傍に自然に居られるようになりました。”と語った。

(3) <その人の価値観を尊重する>

患者の思いを叶えようとする時に患者にとって楽な過ごし方や何が大事かを考えることを視点に、今までの患者の生活を変えないように支持する姿勢を持ち、患者の価値観を尊重して関わりをとっていた。

看護師Cは“ここ（緩和ケア病棟）では無理な検査はせずに、患者さん、本人がどうしたいか、楽であってどう過ごしたいかを中心に考えるようになりました。”と語った。

看護師Eは“患者さんのこれからを考える時には、社会とのつながりを断ち切らないように、また自分のライフワークとしていることや今までの生活をできれば変えないでいければいいなと考えます。”と語った。

(4) <患者の気持ちを慮る>

看護師は、家に帰りたいという思いを持つ患者と、緩和ケア病棟へたどり着いたという思いを持つ患者がいることを知っていた。帰りたいと思っている患者には看護師は退院支援に動き出す。

看護師Bは“治療しないなら…とここの（緩和ケア病棟のある）病院を紹介される人が多いです。そんな人はたどり着いたと思っているし、そんな背景や気持ちも考慮して今はどうしたいかを聞くより、信頼関係を築く段階だなと思っていました。でも帰りたいという思いがあるのなら、その思い

をストップかけず、すぐ動き出せる準備はできています。”と語った。

(5) <患者の思いが叶う場を考える>

看護師は、患者の思いを叶える時に患者の病状や家族の状況を考え療養場所を検討する。その選択肢は在宅や介護保険施設を選択することもあり、病状によっては緩和ケア病棟を終の棲家とすることを知っていた。

看護師Bは、“急性期病院から紹介されて、ここ（緩和ケア病棟）にたどり着いたと思っている人にとって、（家に）帰ることが絶対いいと思わなくなりました。ただここで過ごすことをどう考えているかを聞いていきたいと思う。”と語った。

看護師Iは“もともと夫婦二人でケアハウスに入所されていた方で、本人さんは静かに看取られる状態であつたら病院への移動だけでもしんどいと言われ、ここ（緩和ケア病棟）に居るよりは施設で、旦那さんの側に居る方が本人さんにとっていいと思い、施設に戻ることを提案しようと考えました。”と語った。

(6) <患者の思いを伝える橋渡しをする>

患者は帰りたい思いを伝えられない時に、看護師は医師、家族に遠慮している患者の事情を察することをを行い、家族に患者の思いを代弁していた。

看護師Dは“家族に遠慮して帰りたいと言えない患者さんの思いを聞いたらず家族に伝えます。家族に遠慮して言えない、自分の体が十分でない分、迷惑がかかると思っているところが多いので…本人の思いを叶えるのは難しいですか？と家族に聞きます。”と語った。

2)【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】

このカテゴリーは、<家族が患者のこれからをどのように考えているかを捉える><家族の介護力の程度を捉える><家族の負担を気遣う><家族の覚悟を後押しする>の4つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は終末期で限りある時間の中で患者の帰りたい思いを叶えるためには、家族に患者の退院希望に対する考えを聴くことが大事と考えている。そのためには、家族の介護力の程度を捉え、患者の病状の変化や急変に対応して家族の負担を気遣いながら、家族が決めた覚悟を後押しする姿勢を持っていた。

(1) <家族が患者のこれからをどのように考えているかを捉える>

限られた時間を持つ帰りたい患者の思いを叶え

るため、看護師は家族の思いに添わないと在宅療養に移行できないこと知っている。そのために家族と信頼関係をむすび、患者の退院希望に対する家族の考えを聴く姿勢を持っている。

看護師Dは“緩和ケア病棟から帰るとなると、患者さんは今の状態を維持できるか、ADLが落ちたりして元気で帰る人は少ないので、そうなるとう家族の協力が不可欠で、その家族はどう思っているかをいろいろ聴くようになりました。”と語った。

(2) <家族の介護力の程度を捉える>

患者の在宅療養には家族の介護力を推し量ることが看護師には必要であり、また家族の在宅療養を引き受けられない事情から家族の介護負担を予測することを行っていた。

看護師Jは“娘さんは産休に入っていたから動きやすかったと言っていましたが、本人（患者）と介護付きアパートをいくつも見てこられたのですよ。（産前の体で）大変だったと思いますよ。”と語った。

看護師Mは“奥さんとしては本当に（奥さん自身が）くたくただから入院させてほしいという一方で、妻として入院させてしまうと夫を看取ったり、介護したりしなければならない自分の役割を放棄してしまうのではないかと悩んでいました。”と語った。

(3) <家族の負担を気遣う>

看護師は家族の事情や患者の医療依存度によって、家族の負担が大変な状況であると察知し、家族をねぎらい、家族の不安を思いやるために看護師は家族と少しでも時間をとって話していた。

看護師Fは“患者さんの症状が段々ひどくなっていく中で介護する人は、日常生活のちょっとしたことが不安であったりします。そんな時はなるべく不安とか、お気持ちを出して頂くことが大事です。そのためなるべく訪室して、お話をさせて頂きます。”と語った。

看護師Kは“「本人は家に行きたいと言って、看護師さんとか先生が（家に）訪問してくれるけど、結局、家では自分が24時間看ないといけない」と奥さんから自信がないって言われて本当にそうだなと思ひ、退院が無理なケースには（退院を）進められないと思います。”と語った。

(4) <家族の覚悟を後押しする>

看護師は、家族が在宅で看取りも覚悟で引き受けたことを受けとめ支援していた。

看護師Eは“家族はおうちで看取ってやりたい

と言っていました、この状態で帰ったら大変だろうなと思います。でも今の時期だけ頑張ると家族を後押しする気持ちになりますね。”と語った。

3) 【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】

このカテゴリーは<検査データに頼らず患者をみる><家族を含めた患者の人生の終わりを考える><症状コントロールについて話し合う><患者の思いが叶う場はどこであるのか意見の一致を確認する><患者・家族とやりとりしながら支援計画を立案・実行する>の5つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は患者の思いを叶えるには患者がどこで過ごすことがいいのかを考える。そのためには検査データに頼らず患者をみることを行ひ、家族を含めた患者の人生の終わりを考える。医療チームと患者・家族と話し合い患者の思いが叶う場はどこであるのか、意見の一致を試みて確認する。また患者の症状コントロールについて話し合い、家族の状況と患者の目標に沿って患者・家族とやりとりしながら支援計画を立案・実行する。そして家族の介護負担軽減のために社会資源を調整することを家族と共に進めていた。

(1) <検査データに頼らず患者をみる>

終末期がん患者はせん妄やがん転移の部位によっては病状が変化しやすいため、患者の検査データだけで患者をみるのではなく看護師自身の目で患者の病状をつかんでいた。

看護師Dは“一般病棟にいたら心電図を見て心拍が落ちてきたら危ないと患者さんを見ずにモニターばかり見ていました。緩和ケア病棟では息の仕方や表情や顔色を見るようになりました。データは苦痛がここにあるという一つの指標として見ます。”と語った。

(2) <家族を含めた患者の人生の終わりを考える>

看護師は最期までの限りある時間の中で患者がどこで最期を過ごすことがいいのかを考える。人生・生活の多様さを受け入れながら、患者の限りある人生を考えていた。

看護師Iは“患者さんが寂しい、（施設へ）帰りたいと娘さんに言っていて、ここ（緩和ケア病棟）に居るより元の施設に居た方が、本人さんの最期にとってはいいんじゃないかなと提案したんです。そこで娘さんが施設に行っても寝ているだけだから連れて帰ろうと思います、と言われました。”と語った。

看護師Jは“一人で亡くなる人もおいでますよね。その人の人生って全部はわからないですけど、それも運命なんかな…。家族に見守られてみんなに手を握られて逝かれる人って、それなりの生き方を家族にしてきた人だと思うし…”と語った。

(3) <症状コントロールについて話し合う>

看護師は患者の身体面だけでなく精神面や社会面、スピリチュアルな面、経済面にも目をむけ、症状のアセスメントを行うことや患者の症状緩和のカンファレンスを行うことにより退院後の療養、苦痛を軽減する方法を検討していた。

看護師Lは“疼痛コントロール不良な患者さんに対して、今なら痛み止めを調整したら家でもっと好きなことができるのに、麻薬とかに対する不安も強いので、なぜそう思うのか患者に聞いてみようかとみんなで話し合いました。”と語った。

(4) <患者の思いが叶う場はどこであるのか意見の一致を確認する>

看護師は、患者の思いが叶う場を考える時に医師の考えを確認することや家族が患者の退院を受けとめているかを捉え、家族と看護師、医師それぞれの意見をすり合せチームの意見を一致させることを重要に考えていた。

看護師Aは“先生（医師）は退院を渋っていたところもあったのですが、本人さんと家族さんの一致した「帰りたい」という思いを聴いて、家でいたいことがあるのだろうなと思ってチームのみんなと協力して先生に伝えたら、先生も退院を納得されました。”と語った。

(5) <患者・家族とやりとりしながら支援計画を立案・実行する>

看護師は患者の限られた時間を考え患者の目標に沿って計画することを行い、家族には患者の病状を予測した家族指導・ケアの提案を行うことや家族の負担軽減のために地域の医療・介護サービス資源の情報を伝え、調整していた。

看護師Bは“患者さんは脳メタがあり意識がクリアでなかったのですが、「帰りたい」と言われ退院を決めました。看取りも近いなと思っていたので奥さんに看取りのパンフレットを渡し説明しました。奥さんの要望を訪問看護師に伝え、なるべく奥さんの負担が少なくできるように調整できたと思います。”と語った。

看護師Hは“その方は車いすで家族と桜を観に行ってきた。旦那さんは「外出は大変だったけど、これなら家を改造したら連れて帰れるかな」と言われたのでワーカー（MSW）と相談し、

24時間の訪問看護があれば旦那さんは大丈夫と言われたので、退院時に地域の訪問看護を調整しました。”と語った。

4) 【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】

このカテゴリーは、<退院支援の知識・経験がない><業務に追われる><退院は医師の指示で進められる><患者の本当の姿に目を向けてなかった>の4つのサブカテゴリーから構成された。

緩和ケア病棟に勤務する看護師は、現在行っている退院支援を進める過程で、一般病棟の経験を回顧していたと振り返っていた。その要因は退院支援の知識・経験がないことや、業務に追われていた自分の姿があり、また一般病棟では退院は医師の指示にて進められていたと振り返っていた。

(1) <退院支援の知識・経験がない>

看護師は一般病棟に勤務していた時は終末期がん患者の退院支援の経験がないことや、緩和ケアの勉強をしたことがないことに気づいていた。

看護師Jは“がん患者さんの在宅に帰るケースに関わることは今まで経験がなかったし、介護サービスについても知らなかった。ここ（緩和ケア病棟）にきてがん終末期の患者さんに関わって勉強しました。”と語った。

(2) <業務に追われる>

看護師は一般病棟では治療上の問題を優先し医師の指示をこなすだけで、退院できると思われる患者とのやりとりが十分できなかったことを回顧していた。

看護師Dは“一般病棟ではゆっくり患者と話す時間を作るというのが、言い訳ですが、作れませんでしたね。ここ（緩和ケア病棟）と業務の流れが違います。一般病棟では検査と点滴、検温にばたばた追われる感じでした。”と語った。

(3) <退院は医師の指示で進められる>

看護師は一般病棟では退院が患者本人の意思ではなく、医師の一言で進むことを経験し、患者・家族は流れにそって退院が進められることは当然だと考えていた。

看護師Cは“一般病棟にいたら患者さんが「帰りたい」ということは優先されず、医師が「退院していいよ」という一言がなければ、何も動いてなかったと思います。”と語った。

看護師Jは“一般病棟では主治医から退院と言われたら退院は退院だし、本人も患者もいやだとか言わないし、流れに沿って退院していました。”と語った。

(4) <患者の本当の姿に目を向けてなかった>
一般病棟では看護師は患者の表情をみることもなく、検査データばかりに捉われるばかりで、患者の声を聴いていなかった。関わりたい患者も後回しにし、苦しむ患者に何もしなかったことを回顧していた。

看護師Dは“一般病棟の時は、患者さんを人間として見てなかったと思います。創部とデータと数値に表せるものばかりに目がいき、患者さんの本当の姿に目を向けてなかったと思います。”と語った。

看護師Gは“一般病棟の時はがんの患者さんにゆっくり話を聞いたり、関りたいと思うけどできなくて、「ごめんなさい、ちょっと待って」と言うことがよくあった。”と語った。

5) 【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支援にする】

このカテゴリーは、<終末期の患者の退院事例に心が和む><一般病棟に異動したら緩和ケア病棟の経験を活かしたい><在宅療養の可能性はあると信じて関わる>という3つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は退院事例を経験することで患者の思いが叶えられたことと、家族から“よかった”という言葉を書くことで、自分の関わりを肯定的に評価し、終末期の患者の退院事例に心が和む経験をしていた。そして退院支援事例の経験から一般病棟に異動したら緩和ケア病棟の経験を活かすことや、引き続き終末期がん患者に対して在宅療養の可能性はあると信じて関わることのモチベーションとなっていた。

(1) <終末期の患者の退院事例に心が和む>

看護師は緩和ケア病棟から退院した事例に関わり、患者の思いが叶ったことと家族から「よかった」という言葉を書くことで、自分の関わりを肯定的に捉え、退院事例に満足感を持つことができていた。

看護師Aは“患者さんが再入院されて最期を取った時に、ご家族の方から「退院してからお父さんと一緒に家に居ることができてよかったです」と言葉が聞けました。タイミングを見てこういう退院支援ができてよかったなと思いました。”と語った。

看護師Iは“患者さんはすごく状態が悪くなって(家へ)送り出す時も本当によかったかなと考える方で、最期は家でお孫さんとかみんなで見守って亡くなられたと家族の人から電話を頂きました

た。この人(在宅へ)帰れないから・・・と思ったんですけど、家族の方からそんな言葉を聞いて救われたと思いました。”と語った。

(2) <一般病棟に異動したら緩和ケア病棟の経験を活かしたい>

緩和ケア病棟での退院支援の経験から、在宅への移行・支援方法について学びを活かすこと考え、一般病棟に異動したら家に帰れるのに帰れない患者を救いたいという感情を抱いていた。

看護師Gは“一般病棟では終末期の患者さんのケアをしたいと希望して緩和ケア病棟へ異動したのですが、逆に今はここ(緩和ケア病棟)の経験から一般病棟に異動したいと思います。家へ帰れる人に在宅への体制を整えてあげたいと今、すごく思います。”と語った。

(3) <在宅療養の可能性はあると信じて関わる>

看護師は在宅療養に移行した事例を経験し、在宅で療養できないことはないと考えていた。終末期がん患者のこれからの過ごし方を検討する時に、入院していたら実現できないことがあることも含めて、患者・家族のどのような状況でも在宅療養の可能性はあると信じて関わることを信念としていた。

看護師Bは“余命が一月しかないと思うか、一月もあると思う人もいるし、余命がどれだけであろうが、ただ帰りたいと患者、家族の思いがあればどんな条件でも家に帰ることを支援したい。”と語った。

看護師Gは“患者さんは家に帰って、お孫さんに寿司を作ってあげたいという思いがあったので、今はまだ動けるので帰って作れるチャンスです、どうですかと長女さんに話していったのです。”と語った。

3. 終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の概念図(図1)

緩和ケア病棟の看護師は、家に帰りたいという【終末期がん患者の思いを大切にする】ことを基盤とし、在宅療養を可能にする家族の存在を重要と考え【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】姿勢を持ちながら退院支援に取り組んでいた。終末期がん患者は医療依存度が高く、在宅療養を実現するためには患者・家族の状況を把握し、患者・家族と医療チームの双方の方針を統一しなければならない。看護師が患者にとって可能な限り【患者の思いを叶える環境を家族と共につくり出す】行動をとることで、患者・家族は在宅でなければ実現できない患者の思いを叶え、残さ

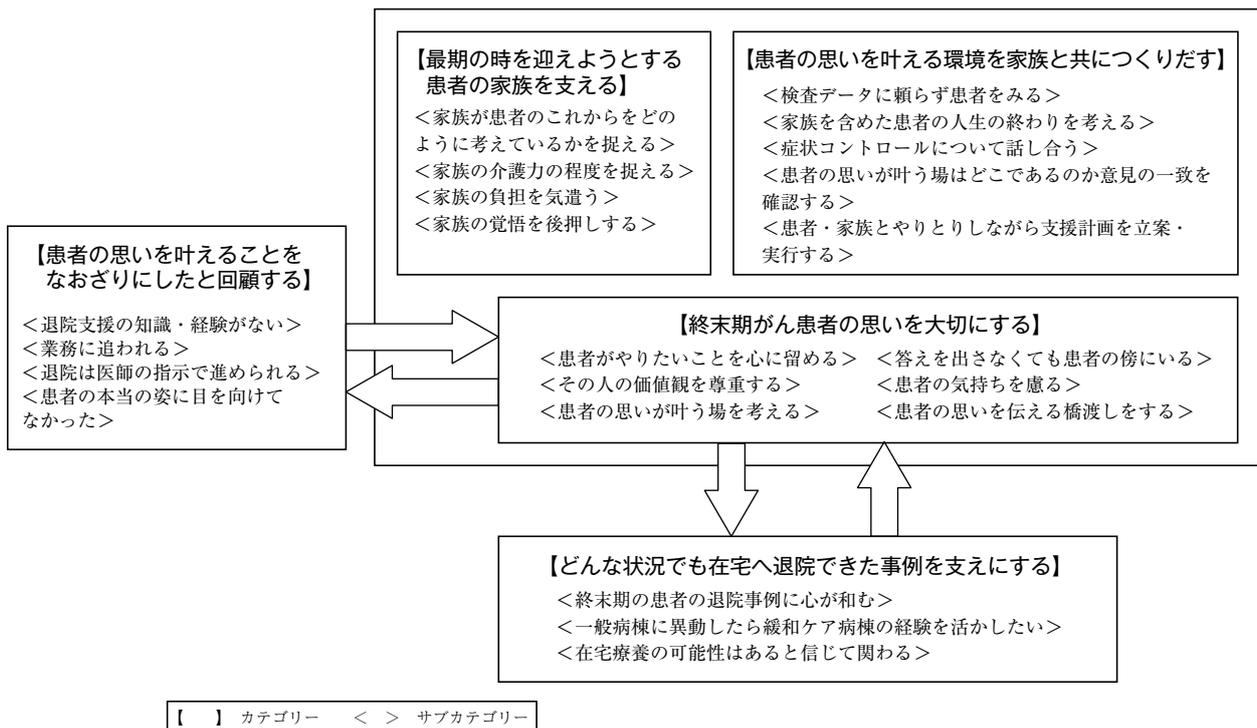


図1 終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の概念図

れた時間を有意義に過ごすことができる。看護師は緩和ケア病棟での退院支援行動や患者・家族の反応を通して、一般病棟での終末期がん【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】と共に【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情をいただき、その感情がまた次の【終末期がん患者の思いを大切にする】退院支援につながっていた。

考 察

本研究の目的は、緩和ケア病棟の看護師による終末期がん患者の退院支援における姿勢と行動を明らかにすることである。以下、終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の特徴と緩和ケア病棟で終末期がん患者に対する退院支援の経験から導き出されたことについて考察し、研究の限界と課題を述べる。

1. 終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動の特徴

1) 患者の思いを大切にする姿勢

看護師の退院支援の経験には【終末期がん患者の思いを大切にする】ことと【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】看護師の姿勢が存在していた。これは、がん患者や家族のかかえる苦悩や残された人生の目的を達成しようとする患

者、あるいはそれを支えようとする家族の思いに看護師が向き合うことであり、限られた時間の中で患者の思いを大切に考えようとする姿勢であると考えられる。

研究参加者は、退院の時期を患者・家族の状況から見極めると語っていた。それには、看護師は患者の残された人生の中で患者のやりたいことを心に留め、その人の価値観を尊重することを視点におきながら、患者の思いが叶う場を考えていた。さらに患者が家族に遠慮して家に帰りたい思いを伝えられない時に、看護師は患者の思いを伝える橋渡しをしていた。このことから看護師は限られた時間の中で、患者・家族の状況から検査データに頼らず自分の目で患者を看ることや、チームや多職種と症状コントロールについて話し合うことを行い、退院の時期を見極めることができたと考えられる。そして患者の思いを、家族や医師に伝える看護師の【患者の思いを叶える環境を家族と共に作り出す】行動には、【終末期がん患者の思いを大切にする】という看護師の姿勢が看護師自身の行動を後押ししていたと考えられた。

Takahashi¹⁴⁾らは緩和ケア病棟に入院している患者のスピリチュアルペインが癒される過程において、看護師の「残された時間を意識したケア」で患者が「自分のことを気遣ってくれている言葉

や行動」と認知した時に、状況を肯定的に捉えて癒されると報告している。【終末期がん患者の思いを大切に】という看護師の患者の気持ちを慮ることや、患者のつらい気持ちに対して「何もしゃべらなくても患者の傍に自然と居る」という姿勢が、患者にも伝わり癒しにつながると考える。退院支援において看護師の【終末期がん患者の思いを大切に】ことは重要な緩和ケアの一部となりうる可能性が示唆された。

2) 終末期がん患者の退院支援において家族を支えることの意義

緩和ケア病棟の看護師は患者の帰りたい思いを叶えるためには、家族が患者の退院をどのように捉えているか家族の思いを聴くことが大事と考えていた。終末期がん患者の家族は、患者の余命の過ごし方に不安を感じながらも看病を継続できるように自分を保つ努力を行い¹⁵⁾、また介護による疲労と無力感とともに患者の死が近いことを察知し、取り残され感と対峙する生と死の苦悩感を持っている¹⁶⁾。そしてその不安への対処を支える要因には信頼できる医療者の存在が報告されている¹⁵⁾¹⁶⁾。よって終末期がん患者の家族の不安に対処する看護師は現在の介護による家族の負担を気遣い、今後避けられない【最期の時を迎えようとする家族を支える】ことが必要である。看護師は家族を患者と同程度に重要な看護の対象と捉え、少しの時間でも意図した関わりをとることで家族と信頼関係をむすび、家族の支えとなることで、【患者の思いを叶える環境を家族と共に作りだす】ことができると思う。

そして看護師は家族の介護力の程度と患者の病状をつかみ、家族とやりとりして支援計画を立案・実行していた。終末期がん患者とその家族が相互に納得したうえで在宅療養移行を決定できる看護援助には、家族に対し「家族の現状の認識への働きかけ」と「家族の協力体制の整備」を行う看護援助が必要であったと指摘している⁷⁾。研究参加者である看護師は医療・介護サービス資源を紹介し、患者・家族の要望に応えられる多職種と連携を取っていた。看護師の家族の負担を気遣う姿勢と行動が、患者と家族の双方に納得を得て療養場所について検討し【終末期がん患者の思いを大切に】環境づくりに貢献できると考える。

3) 一般病棟と緩和ケア病棟の看護師による終末期がん患者の退院支援の共通点と相違点

緩和ケア病棟の看護師による退院支援は、限られた時間を持つ終末期がん患者のやりたいことを

心に留め、叶えようとする姿勢で家族や医師に思いを伝える橋渡しをしていた。また家族の介護負担を気遣い、チームで意見の一致を確認しながら負担軽減のため社会資源の調整を行っていた。一般病棟の看護師においても終末期がん患者の退院支援の援助は患者・家族のありのままの気持ちを支え、患者の今後の経過を見越して情報提供を行い、時には患者、家族の代弁者になりながら患者の望む療養場所に向けて院内外のチームを調整していた⁸⁻¹⁰⁾。この退院支援の援助において緩和ケア病棟と一般病棟の退院支援に共通点が見られた。

また一般病棟の看護師は終末期がん患者の退院支援に対して、看護師自身の知識・経験不足と介入時期の判断、医師との連携や意向が優先される風土を課題としていた¹⁰⁾¹¹⁾。緩和ケア病棟の看護師も一般病棟で勤務していた時は退院支援の知識・経験がなく、退院は医師の指示で進められていたと一般病棟での経験を【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧し】ていた。しかし緩和ケア病棟の看護師は業務に追われていた一般病棟の経験があるがゆえに、患者のつらい気持ちから逃げ出さず、患者の傍にいて思いに添う姿勢で退院支援に関わっていた。緩和ケア病棟では「家に帰りたい」思いがあっても患者の病状が進み、退院の時期や家族の受け入れのタイミングを逃したという事例を多く経験する。その中で看護師は高い医療依存度を持つ患者の病状の変化や家族の介護負担も予測しながら在宅療養を提案していた。そして看護師は終末期がん患者の退院事例を経験することで「心が救われた」と退院事例に満足感を持つことができ、【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情を生み出していた。そのような感情がまた【終末期がん患者の思いを大切に】思いを強め、終末期がん患者の退院支援にモチベーションを持って取り組むことに相違点があると考えられた。

2. 緩和ケア病棟で終末期がん患者に対する退院支援の経験から導き出されたこと

看護師は、緩和ケア病棟で終末期がん患者の退院支援に取り組んだ経験を通して、一般病棟での終末期がん患者や家族への関わり方を【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】ことができた。わが国で退院調整加算が診療報酬に新設されたのは2008年である。多くの研究参加者は一般病棟において退院支援体制の強化が進められ始めた時期に一般病棟に勤務していた。そのた

め緩和ケア病棟での退院支援の経験を通して一般病棟に勤務していた時は、退院は医師の指示にて進められ、「患者の本当の姿に目を向けてなかった」と語っていた。退院に際して患者には、「家に帰りたい」という本当の思いを持っているが、迷惑がかかるので家族にさえ言えないという状況がある。このことを振り返り【終末期がん患者の思いを大切にする】重要性に気づくことができたと考ええる。

緩和ケア病棟の看護師は、患者の限られた時間とその時々に関わりの大事さを意識し、今後、どこで過ごすことが患者や家族にとって有意義であるかを検討していた。宇都宮ら¹⁷⁾は退院支援とは「患者が障害をもちながら、それでも、生きようと前を向く過程を支えること」であると述べている。また、緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるよう支えていくこと¹⁸⁾である。患者だけでなく家族を含めた患者の人生の終わりを考え、つらさをやわらげ、より豊かな時間を過ごすために【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】ことは、患者、家族の思いや生きることを前向きに支えることになる。と考える。

3. 研究の限界と課題

本研究の参加者は、特定の地域にある3施設の緩和ケア病棟の看護師である。本研究の結果には緩和ケア病棟がある病院の機能、背景、地域の医療状況が影響するため、今後は地域を限定せず参加者を増やすことが必要である。また平成24年度の診療報酬改定により、緩和ケア病棟入院料において診療報酬の算定に初めて在院日数の規定が加えられた。今回の調査は診療報酬改定の翌々年のため、緩和ケア病棟の在院日数の現状は過渡期であり、看護師が感じる緩和ケア病棟に入院する患者の目的、病棟の機能の捉え方も影響を受けやすいと考えられた。期間において再検証が必要である。と考える。

結 論

終末期がん患者の退院支援に対する緩和ケア病棟の看護師の姿勢と行動を明らかにするために、緩和ケア病棟に勤務する看護師13名に半構成的面接を実施した。その語りを分析した結果、【終末期がん患者の思いを大切にする】【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】【患者の

思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】

【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】の5つのカテゴリーを抽出した。看護師は【終末期がん患者の思いを大切にする】ことを基盤に、【最期の時を迎えようとする患者の家族を支える】姿勢を持ち、【患者の思いを叶える環境を家族と共につくりだす】行動をとっていた。これらの経験を基にがん【患者の思いを叶えることをなおざりにしたと回顧する】ことと、【どんな状況でも在宅へ退院できた事例を支えにする】感情を生みだし、このことが【終末期がん患者の思いを大切にする】退院支援に取り組むことにつながっていた。

謝 辞

本研究の主旨をご理解頂き、ご協力頂きました医療機関の院長、看護部長に厚くお礼を申し上げます。また研究に参加、ご協力頂きました看護師の皆様へ心から感謝申し上げます。なお、本研究は石川県立看護大学大学院看護学研究科看護学専攻修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数年度推移，[オンライン，http://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html]，日本ホスピス緩和ケア協会，12. 30. 2014
- 2) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療に関する意識調査」集計結果（速報）の概要，[オンライン，<https://square.umin.ac.jp/endoflife/shiryo/pdf/shiryo03/03/310.pdf>]，厚生労働省，1. 31. 2014
- 3) 厚生労働省保険局医療課：平成24年診療報酬改定の概要，[オンライン，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/gaiyou.pdf>]，厚生労働省，1. 31. 2014
- 4) 佐藤一樹，志真泰夫，羽川瞳，他：緩和ケア病棟は10年間にどう変わったか－施設概要と利用状況にみられる変化と平均在院日数との関連－，*Palliative Care Research*，8 (2)，264-272，2013
- 5) 大平久美，上野史織：在宅緩和ケア推進にお

- ける緩和ケア病棟の課題, 第42回日本看護学会
論文集看護管理, 478-481, 2012
- 6) 福井小紀子: 入院中末期がん患者の在宅療養
移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・
他職種連携との関連性の検討, 日本看護科学学
会誌, 27(3), 48-56, 2007
 - 7) 脇坂彩花, 黒田寿美恵: 在宅療養移行の選択
に対する終末期がん患者と家族の納得を支援す
る看護援助, 死の臨床, 35(1), 108-112, 2012
 - 8) 森京子, 古川智恵: 在宅緩和ケアへ移行する
終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援
助, 四日市看護医療大学紀要, 9(1), 23-33,
2016
 - 9) 森京子: 積極的治療の中止と同時に療養場所を
変更する終末期がん患者の意思決定を支えるア
ドボケイトとしての看護実践, Hospice and Home
Care, 24(1), 10-15, 2016
 - 10) 井上菜穂美: 急性期病院から在宅移行する終
末期がん患者の退院支援における看護援助内容
と課題, せいい看護学会誌, 6(1), 1-7,
2015
 - 11) 広瀬会里, 生田美智子, 田島ちなみ, 他: ア
クションリサーチによる病棟看護師の終末期が
ん患者への退院支援, 愛知県立大学看護部紀要,
22, 55-63, 2016
 - 12) 宇都宮宏子, 三輪恭子編: これからの退院支
援・退院調整-ジェネラリストがつなぐ外来・
病棟・地域-, 日本看護協会出版会, 10, 東京,
2011
 - 13) 日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療お
よびケア」に関する日本老年医学会の「立場表
明」2012, [オンライン, [www.jpn-geriat-soc.
or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf)], 日本老年医
学会, 12. 30. 2014
 - 14) Takahashi M, Inagaki M: A process for
mitigating spiritual pain in patients with
terminal cancer: the experiences of patients
to help palliative care nurses, Journal of the
Tsuruma Health Science Society Kanazawa
University, 32(1), 49-57, 2008
 - 15) 久松美佐子, 丹羽さよ子: 終末期がん患者の
不安への対処を支える要因, 日本看護科学学会
誌, 31(1), 58-67, 2011
 - 16) 柴田純子, 佐藤禮子: 在宅終末期がん患者を
介護している家族員の体験, 千葉看会誌, 31(1),
1-7, 2007
 - 17) 前掲書 12) 2
 - 18) 緩和医療学会: 緩和ケアとは, [オンライン,
<http://www.kanwacare.net/kanwacare/>], 緩
和ケア. net, 12. 30. 2014

Research report

Evaluation of a sensing model to determine risk of falls in the elderly living alone based on trips to the toilet at night : Monitoring of activities and lifeline sensing during summer, autumn and winter

Miho Shogenji¹⁾, Mayumi Kato¹⁾, Kazuyo Kitaoka²⁾

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

²⁾Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Komatsu University

Key words

elderly person, sensing, fall, nocturia, lifeline

Abstract

Objective : Falls in the elderly are included in the geriatric syndromes and incidence increases with age. We analyzed the toilet at night by living alone elderly in the season using activity and lifeline sensing and investigated the risk of falls during the toilet at night.

Methods: This study was a longitudinal field study. The subjects were 16 elderly people living alone who received support at a community comprehensive support center. We captured frequency of the toilet, time spent in the toilet, water volume usage, and travel time between the bedroom and the toilet from sleeping to waking up of each subject by sensing. In addition, we also collected data based on body profile measurement and interviews.

Results : The frequency of the toilet at night was different between seasons. In the summer, frequency was 2.0 ± 1.1 times, 5.3 ± 8.8 times during the autumn and 8.2 ± 5.6 times during the winter ($p < 0.05$). The time it took to reach the toilet from the bedroom also varied between seasons. The time to reach the toilet was 34.3 ± 28.5 seconds during summer, 46.9 ± 38.7 seconds during the fall and 113 ± 102.7 seconds in the winter ($p < 0.05$).

Conclusion : It is possible to observe the toilet at night of elderly people living alone from activity and lifeline sensing by the season.

Mailing address : Miho Shogenji

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University
5-11-80 Kodatsuno, Kanazawa, 920-0942, Japan

Introduction

The aging of the Japanese population has continued to the point that those 65 or older now account for 27.3% of the population¹⁾. Along with the aging of Japan, there are now 6,243,000 elderly people living alone and elderly households account for 26.3% of all households. These numbers are expected to increase²⁾. Most of the elderly would prefer to live in familiar surroundings such as their homes or neighborhood as long as possible. There is a need to support the ability of the elderly to maintain life activities and live independently.

One of the factors leading to elderly requiring assisted living support are falls and falling down/falling-off (hereafter referred to as falls)³⁾. The rate of falls among the community-dwelling elderly people in Japan range from a little under 10% to 20%. It has been reported 9% of men and 12% of women suffer bone fractures as a result of falling⁴⁾. Falls in the elderly are included in the geriatric syndromes and incidence increases with age. Geriatric syndromes are highly associated with conditions that lead to impairment of functioning⁵⁾. Although this condition is not lethal, the concept of geriatric syndromes remains vaguely defined. Neither the elderly as well as their family may be aware of the worsening condition and regard deterioration as part of aging until the elderly requires support. Among those elderly living alone, there is no one to notice the progression of deterioration to the point where outside support is needed ; however, it is difficult to assess the health of those elderly who are withdrawn and living in solitude with low activity level.

For these reasons, there is a need for a system that objectively assesses the ability of the elderly living alone to function within a familiar environment and detect changes linked to health care problems at an early stage⁶⁾. Based on an evaluation of available sensors and other information technology-based monitoring systems for safety^{7) 8)}, emergency reporting⁹⁾ and health management¹⁰⁻¹²⁾. It has been suggested that yearly changes as well as seasonality must be factored to assess the health condition of the el-

derly¹²⁾.

With the objective of developing a daily living activity sensing model for determining risk of falling in the elderly living alone, during the period 2014 to 2017, we captured data on a longitudinal basis from wire-less home environment sensors as well as gas, water and electric using the lifeline data system. In addition, we also collected physical and psychological data based on body profile measurement and interviews. The significance of a daily living activity sensing model is maintaining privacy while facilitating early detection of safety and health condition issues¹³⁾.

The focus of daily activity monitoring was frequency of the toilet at night as the risk of falling in the elderly is linked to frequency. Falling increases the risk of femoral neck fractures two-fold and can lead to a bed-ridden state as well as negatively affect prognosis¹⁴⁾.

By maintaining privacy while implementing longitudinal monitoring, we felt that we would be able to detect risk of falling during the toilet at night at an early stage. We feel that maintaining and expanding the elderly's daily living activities will contribute to increased life expectancy.

The objective of the study was to determine the risk of falling in the elderly living alone during the toilet at night using activity and lifeline sensing.

Methods

1. Study design

This study was a longitudinal field study.

2. Study subjects

Sixteen elderly subjects living alone in City A and receiving support from a Regional Comprehensive Support Center were chosen for the study. Inclusion criteria were based on 2 criteria : self-reliant living and living with support. All participants and their supporting families gave informed consent.

Exclusion criteria were : those with dementia ; individuals with a diagnosis of high brain dysfunction who are unable to understand the point of the study or the ethical considerations associated with the study ; those with pace-makers ;

those using medical equipment at home ; those with no family care-givers making it impossible to obtain informed consent ; those with medium to large-sized pets which can lead generation of erroneous data and homes in which a municipal water meter is not available or not used.

3. Research method

1) Daily life activities and lifeline sensing

For this study, we utilized the National Institute of Information and Communications Technology's (NICT) mobile wireless bed and the Wi-Sun protocol to create a remote meter reading network for data gathering 24 hours a day, 365 days a year. The activities as well habits of each subject in the study were captured by placement of 10 wireless environmental, wireless door and power consumption sensors in the bedroom, hallway and toilet (Figure 1). In addition, using a distribution board for wireless metering of water and gas, lifeline data was generated. Each type of sensor was a prototype of NEC Solutions Innovators, Ltd. The data collected was sent over the internet to the Data Center for automated data capture, storage and management.

The International Continence Society (ICS) has defined nocturia as having to wake-up more than once¹⁸⁾. Therefore, in this study, summer is defined by July 1 to 31 (2016), autumn (October 1 to 29, 2016) and winter (January 1 to 31, 2017). During these periods, life activities were followed using lifeline to extract data including when the subject went to bed, how often the subject went to the toilet based on frequency of toilet door opening/closure and the time it took for the subject to reach the toilet from the bedroom.

2) Physical measurements and interviews

Conducted at Kanazawa University during July 2 to 3 of 2016 for the summer period, September 20 to 21 of 2016 for the autumn period and January 5 to 6 in the winter of 2017.

(1) Demographics

Information on sex, age, nursing care requirement authorization, method of mobility, medical history, occurrence of falls were obtained from subjects based on an oral response.

(2) Physical function

① Leg muscle strength : For assessment of

lower limb muscle strength, knee joint extension and bending muscle strength were utilized as these markers are highly associated with movement in daily life¹⁵⁾. A physical therapist measured using a hand-held dynamometer (μ -tas MT1 ; ANIMA Co.) maximum isometric muscle strength.

② Gripping strength : It was measured using a Grip Track Commander (Nihon Media, Ltd) was taken in the standardized positioning recommended by the American Society of Hand Therapists with sitting position with the shoulder joint angle at the neutral position, elbow positioned at 90 degrees flexion and forearm and wrist at the neutral position.

③ Balance assessment : Static balance performance was conducted with eyes open and closed using a computerized force platform Gravicoda GS-10 (Anima Co., Tokyo, Japan) to measure locus length per time (LNG/TIME). Dynamic balance ability was assessed using the Functional Reach Test (FR) which measures the maximal distance one can reach forward beyond arm's length parallel to the floor while maintaining feet planted in a standing position.

④ Walking ability : The assessment involved a 5 m distance walking time and the Timed up & go test which measures basic functional ability.

⑤ Physical build : We assessed using weight and body mass index (BMI).

⑥ Bone density : We measured of the calcaneus was measured using MARK 8800 (Sensa, Ltd for speed of sound (SOS) measurements.

3. Analysis

One way analysis of variance was used to compare seasonal mean values using SAS JMP ver.11 and IBM SPSS Statistics Base System ver.23 Statistical significance was set at under 0.05.

4. Ethical considerations

This study was reviewed and approved by the institutional review board at the Medical Ethics Committee of Kanazawa University (review number 555-1). Informed consent to participate in the study was obtained orally and on paper from subjects as well as their family care-givers after explaining the objective of the study. Be-

cause of ethical considerations, daily activity and lifeline sensing data, physical measurements and information obtained from interviews were encoded to ensure privacy and proper storage/management of personal information.

Results

1. Subject characteristics (Table 1)

The study involved 13 (21.3%) females and 3 (18.8%) men with a mean age of 78.7 ± 6.9 . Elderly subjects over 75 years of age constituted 60% of the participants. Ten (62.5%) of the subjects were certified to receive care under national health insurance nursing care authorization with 9 (56.3%) subjects receiving care under required assisted support level 1 and 1 (6.3%) subject under required assisted support level 2. With respect to mobility, 11 (68.8%) were ambulatory and 5 (31.3%) needed a cane or walker. All subjects used the toilet.

In each season, there was one fall for a total of 3 falls during the study period with 2 incidences of falling outside the home and 1 incidence of falling in the bedroom.

2. Seasonal frequency of getting up at night to urinate (Table 2)

Differences in mean frequency of the toilet at night were observed according to the season. In the summer, frequency was 2.0 ± 1.1 times, 5.3 ± 8.8 times during the fall and 8.2 ± 5.6 times during the winter ($p < 0.05$). The time it took to reach the toilet from the bedroom also varied according to the season. The time to reach the toilet was 34.3 ± 28.5 seconds during summer, 46.9 ± 38.7 seconds during the fall and 113 ± 102.7 seconds in the winter ($p < 0.05$). On the other hand, the time spent in the toilet as well as water volume used did not vary by the season.

3. Body function according to the season (Table 3)

No seasonal difference in physical ability as determined by muscle strength, balance, walking ability and bone density was observed.

Discussion

In this study, we monitored seasonality differences in daily living activities based on lifeline

sensing. By monitoring the toilet frequency of the elderly at night and the time required to walk between the bedroom and toilet, we clearly demonstrated that risk of falling differs based on the season. During the summer period, the mean frequency of the toilet at night was 2 while the frequency increased two-folds and four-folds, respectively, during the autumn and winter.

For those elderly living alone, the toilet requires the ability to execute following sequence : having the urge to urinate, recognition of the toilet and toilet bowl, mobility to the toilet, lowering one's under-garment, sitting on the toilet seat, urination/defecation, cleaning one-self, putting on one's clothes and returning to one's room. For this reason, nocturnal awakening as a result of frequent the toilet at night makes the elderly vulnerable to sleep disturbance. In addition, it can be predicted that increase of night-time the toilet during the autumn and winter increases the risk of falls.

The process of the toilet, toilet use frequency and when the toilet takes place using sensing modules has previously been reported^{11) 13)}. In this study, by combining each subject's bedtime and arising time, we were able to include the toilet at night frequency to capture the total time per day to get to the toilet as well as return to the bedroom and time spent in the toilet to evaluate the mean required time per toilet event. Our results show that the total roundtrip time between the bedroom and toilet increases 3-fold in the winter and 2-fold in the fall. On the other hand, no seasonal difference in mean time spent in the toilet was observed. As it becomes more difficult for the elderly living alone to get to the toilet from the bedroom in the winter compared to the summer and fall, our findings indicate that there is a need for continued monitoring of night time toilet usage as this is a risk factor for falls.

During our study, no falls occurred during night in our subjects. This may be explained by the physical ability of the subjects as shown by muscle strength and balance ability. However, based on continued body measuring, muscle strength and balance ability in the elderly decreases between winter and spring. The northern regions of Ja-

pan receives heavy snowfall and surfaces freeze. It has been suggested that this can lead to a less active daily life leading to decreased ability to perform daily functions¹⁷⁾. For this reason, in light of the seasonal change between winter and spring as well as aging leading to increased risk of falls, the accumulation of data by continued monitoring of daily activities and lifeline sensing has a high potential of being established as one index of a living activity sensing model.

Conclusion

By monitoring living activities and lifeline sensing to determine the toilet at night in the elderly.

1. The frequency of the toilet at night was different between seasons.

2. The time it took to reach the toilet from the bedroom also varied according to the season.

Our results show the value of a living activity model based on the toilet at night as an indicator of increased risk of falls.

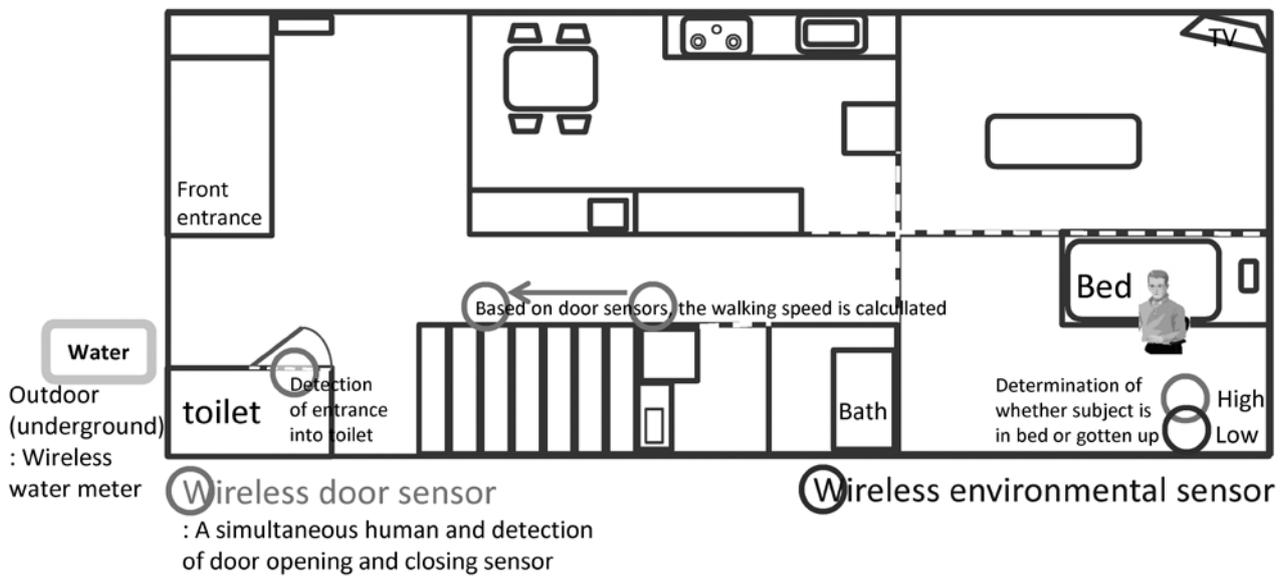


Figure 1. An example of a model for determining risk of falling in the elderly living along

Table 1. Subject characteristics

		N=16	
		n	%
Sex	Male	3	18.8
	Female	13	81.3
Age (yrs)	M±SD	78.7±6.9	
	75<	6	37.5
	75≥	10	62.5
Required support level	1	9	56.3
	2	1	6.3
	None	6	37.5
Mobility	Walking	11	68.8
	Using walking aid	5	31.3
	Cane	4	
	Walker	1	

Table 2. Mean seasonal the toilet at night frequency

	N=16			P value
	Summer (July)	Autumn (October)	Winter (January)	
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Frequency of excretion (number)	2.0 ± 1.1	5.3 ± 8.8	8.2 ± 5.6	*
Time spent in the toilet (min/session)	2.7 ± 1.6	2.4 ± 1.1	1.8 ± 0.7	ns
Water volume usage (L /session)	7.0 ± 3.2	5.3 ± 4.0	7.3 ± 2.9	ns
Time required to move (sec)				
Bedroom to toilet	34.3 ± 28.5	46.9 ± 38.7	113.0 ± 102.7	*
Toilet to bedroom	61.1 ± 67.6	81.3 ± 61.7	199.9 ± 163.3	*

ANOVA *p<0.05

Table 3. Physical ability according to season

		N=16			P value
		Summer (July)	Autumn (October)	Winter (January)	
Lower limb (kg)	Right knee joint extended	12.9 ± 3.8	14.7 ± 5.4	15.0 ± 5.1	ns
	Right knee joint bending strength	9.7 ± 2.6	9.3 ± 2.6	9.3 ± 3.6	ns
Gripping strength (kg)	Right hand	17.5 ± 6.2	19.1 ± 8.8	18.6 ± 8.8	ns
Balance ability (cm)	Locus length (Eyes opened)	1.6 ± 0.6	2.1 ± 0.9	1.8 ± 0.9	ns
	(Eyes closed)	2.0 ± 0.8	2.9 ± 2.2	2.5 ± 1.0	ns
	FR	25.8 ± 3.3	23.6 ± 4.8	22.8 ± 5.8	ns
Walking ability (sec)	5 m Gait Speed	3.9 ± 1.1	3.9 ± 1.1	3.9 ± 1.3	ns
	Timed-up&Go Test	10.0 ± 4.1	9.9 ± 3.3	9.1 ± 3.0	ns
Physical build	Weight (kg)	53.8 ± 10.6	57.2 ± 12.4	56.8 ± 11.4	ns
	BMI	23.2 ± 3.6	23.3 ± 3.3	23.2 ± 3.2	ns
Bone density	SOS	1765.3 ± 111	1797.9 ± 81.6	1812.6 ± 82	ns

Mean ± SD. One-way ANOVA

Acknowledgement

We wish to express our appreciation for those who cooperated in the study. This study was conducted during 2014 to 2017 with the support of the National Research and Development Agency and National Institute of Information and Communications Technology (grant number 178B03). There is no conflict of interest.

References

- 1) Cabinet Office, Government Of Japan : Annual Report on the Aging Society (2017), [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/sl_1_1.html], Cabinet Office, Government Of Japan, 11. 27. 2017 (in Japanese)
- 2) Cabinet Office, Government Of Japan : Annual Report on the Aging Society (2017), [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/sl_2_1.html], Cabinet Office, Government Of Japan, 11. 27. 2017 (in Japanese)
- 3) Ministry of Health, Labour and Welfare : National livelihood survey (2016), [http://www.

- mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf], Ministry of Health, Labour and Welfare, 12. 8. 2017 (in Japanese)
- 4) Japan Academy of Cosmetic Surgery, Japan fracture treatment of supervision : femoral neck/Trochanteric femoral fractures treatment guidelines Amendment 2, Nankodo, 40–42, Tokyo, 2011 (in Japanese)
 - 5) Toba K : Symptoms peculiar to the elderly, geriatric medicine text revised, 3rd edition (Japan geriatric medicine division), Medical view, 66–71, 2008 (in Japanese)
 - 6) Koike T, Nonaka K, Watanabe R, et al : Current status and issues surrounding research on elderly monitoring sensors, Japanese Journal of Gerontology, 34(3), 412–419, 2012
 - 7) Sawai K, Yoshida M : Algorithm to detect of elderly people abnormal state of the monitoring of home, Institute of Electronics, Information and Communication Engineers, 87(11), 2054–2061, 2004
 - 8) Tsuda M, Tamai M, Yamamoto K : A monitoring support system for elderly person living alone through activity sensing in living space, IPSJ SIG Technical Report, 66(16), 2013
 - 9) Shinagawa Y, Kishimoto T, Ohta S : Development of an automatic alarm system for the elderly living alone, Japan Journal of Medical Informatics, 26(1), 1–11, 2006
 - 10) Hasebe M, Koike T, Nonaka K, et al : Effectiveness of monitoring sensor device to support community living among the elderly living alone, Japanese Journal of Gerontology, 38(1), 66–77, 2016
 - 11) Mori T, Kougo M : Frailty detection by MIMAMORI monitoring sensors, Journal of Nursing Science and Engineering, 4(1), 2–14, 2017
 - 12) Shinagawa Y, Kishimoto Y, Ohta S : Analysis on human behavior of elderly people living alone focusing on seasonal variation, Kawasaki medical welfare journal, 16(1), 121–128, 2006
 - 13) Yoshimoto Y, Miki F, Hamaoka K, et al : An analysis of fall accidents in Japan based on fire department ambulance statistics : Investigation of time and Location, Japanese Journal of Public Health, 57(5), 403–409, 2010 (in Japanese)
 - 14) Kato M, Shogenji M, Asakawa Y, et al : Development of living behavior sensing model to help homebound elderly people living alone : Consider the possibility of sensing, Community Caring, 17(12), 88–92, 2015 (in Japanese)
 - 15) Kawamura H : Measures and responsibilities that analyzed fall cases, Modern Physician, 34(10), 1203–1206, 2014 (in Japanese)
 - 16) Nakagawa H, Niu K, Hozawa A, et al : Impact of nocturia on bone fracture and mortality in older individuals : a Japanese longitudinal cohort study, International Journal of Urology, 184, 1413–1418, 2010
 - 17) Muraoka K, Wakeda H : Seasonal difference in symptom scores of pre-treated male patients with lower urinary tract symptoms, The Nishinohon Journal of Urology, 75, 114–119, 2013 (in Japanese)
 - 18) Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al : The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society, Neurourol Urodynam, 21(2), 167–178, 2002
 - 19) Asakawa Y, Ikezoe T, Hazaki K, et al : Relationship of lower limb muscle strength in elderly and living and moving ability, Journal of Physical Therapy Science, 24(4), 248–253, 1997 (in Japanese)

独居高齢者の夜間排泄における転倒リスクを捉えられる
生活行動センシングモデルの開発
－夏季、秋季、冬季の生活行動・ライフラインデータを用いた検討－

正源寺 美穂¹⁾，加藤 真由美¹⁾，北岡 和代²⁾

¹⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系，²⁾公立小松大学保健医療学部看護学科

キーワード

高齢者，センシング，転倒，夜間頻尿，ライフライン

要 旨

目的：高齢者の転倒は老年症候群に含まれ、加齢に伴い増加する。本研究は、生活行動・ライフラインのセンシングにより、独居高齢者の季節による夜間排泄を明らかにし、夜間排泄時の転倒リスクを検討した。
方法：A市在住の地域包括支援センターが支援する独居高齢者16名に対し、縦断的フィールド研究を実施した。宅内のセンシングにより、就寝から起床時間における夜間排泄回数、所要時間、水道使用量、寝室とトイレ間の移動時間を捉えた。さらに身体測定と聞き取り調査を実施した。
結果：夜間排泄回数は、夏季は 2.0 ± 1.1 回、秋季は 5.3 ± 8.8 回、冬季は 8.2 ± 5.6 回と季節間で差を認めた ($p < 0.05$)。寝室からトイレへの移動時間は、夏季が 34.3 ± 28.5 秒、秋季が 46.9 ± 38.7 秒、冬季が 113 ± 102.7 秒と長く ($p < 0.05$)、復路も季節により異なった ($p < 0.05$)。一方、身体機能は維持され、季節による転倒発生状況の差はなかった。結論：独居高齢者の夜間排泄状況を縦断的に見守り、季節をふまえた生活行動センシングモデルとしての可能性が示唆された。

研究報告

臨地実習指導者が看護学実習で行う効果的な指導の特徴

Characteristics of effective teaching for clinical instructors
in nursing practical training

坂井 恵子¹⁾, 木村 尚美²⁾, 山口 美由紀²⁾, 中村 真寿美²⁾

Keiko Sakai¹⁾, Naomi Kimura²⁾, Miyuki Yamaguti²⁾, Masumi Nakamura²⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾金沢医科大学病院

¹⁾Kanazawa Medical University School of Nursing

²⁾Kanazawa Medical University Hospital

キーワード

臨地実習指導者, 看護学実習, 効果的指導, プロセスレコード, 質的研究

Key words

clinical instructor, nursing practice, effective teaching, process record, qualitative research method

要 旨

本研究の目的は、臨地実習指導者が看護学実習で行う効果的な指導の特徴を、実際の指導事例であるプロセスレコードのデータに基づいて明らかにすることである。データ収集においては、指導者27名の同意を得て、1年間の指導期間から振り返って記述したプロセスレコード28事例であった。データ分析においては、質的研究を用い、研究者間で検討し、参加者の確認を得た。分析の結果、24のサブカテゴリーが見出され、それらは【学習課題の査定】【発問】【反応に応じた多様な指導方法の活用】【指導目標を意識した形成的評価】【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】【合同注視と看護観の共鳴】という6つのカテゴリーにまとめられた。分析結果からみると、効果的な指導は、学生の実習課題を査定したうえで、専門的立場と教育的観点からの発問、多様な指導方法の活用、形成的評価といった指導過程が展開される。加えて、指導者の基本的態度として、学生と相互交流を図りつつ、学生が自己理解や患者への立場変換といった自己拡大の機会を提供していた。指導者は患者に適した看護実践を模索し実施するために、学生と同じ方向を注視し、看護観を共鳴させていた。指導者が看護学実習での実践の指導事例から導き出された本研究のカテゴリーは、指導者の効果的な指導の特徴を明らかにしている。

連絡先：坂井 恵子

金沢医科大学看護学部

〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地

Abstract

The purpose of this research is to identify the characteristics of effective teaching for clinical instructors during practical training in nursing education, based on data of actual teaching cases from process recording.

With consent from 27 instructors, retrospective data were collected from 28 process records from a one year teaching period. The data were analyzed by researchers using the qualitative research method.

As a result of the analysis, 24 items were identified and put into 6 categories: Evaluating learning tasks; Questioning; Utilizing various teaching methods depending on students' reactions; Conducting formative evaluation considering instructional objectives; Providing opportunities for students' self-expansion; Identifying with the students and enhancing their perspectives on nursing.

From the analysis of the results, in effective teaching, after the assessment of students' practical tasks, the following teaching steps were developed: Questioning from the professional and educational points of view; Applying various teaching methods; Conducting formative evaluation.

In addition, as a fundamental attitude of the instructors while interacting with students, they have provided opportunities for students' self-expansion, such as understanding oneself and putting oneself in the patient's place. In order to find and provide appropriate nursing practice, the instructors identified with the students and developed their views on nursing.

In conclusion, the categories in this study, which were determined from actual teaching cases in nursing practice, have identified the characteristics of effective teaching for clinical instructors.

はじめに

看護基礎教育において看護学実習（以下、実習）は、授業の位置づけにあり、学生が看護専門職としての役割や看護実践能力を育むために重要である。

実習を進める上で学生の課題は、在院日数短縮化により受持患者を実習期間に継続して受け持つことの困難さ、患者層の変化や権利擁護により実習での学習体験の機会の減少、課題をこなすことに手一杯で思考し行動する学習ができにくい、学習状況や生活体験による学生間の差の広がり¹⁾、生活動作の簡便化等から学生の他者への関わり方や気配りに幅がある^{2) 3)}ことがあげられている。一方、実習指導体制の課題として、看護教員と臨地実習指導者（以下、指導者）がそれぞれ役割を果たすための協働と指導の分担、人数確保が求められ⁴⁾、指導者は教員に期待しつつも口にはできない願い等を持っている⁵⁾ことが明らかとなっている。指導者の課題は、指導者としての位置づけが不明確、指導と病棟業務との兼務による量的負担、患者への医療サービス提供と同時に学生への学習機会の提供による負担感、看護職の定数配置の不十分や実習施設確保の不確定さ⁶⁾、指導者役割を担う上での力量に関する困難⁷⁾等が指摘されている。

指導者は学生の実習指導の実践をどのように行っているのか。実践とは、人間が対象に対して目的をもって意識的に働きかけて、対象を変化させたり、発展させたり、創造していく人間独自の活動である⁸⁾ことから、指導者の学生への実践的な指導、特に効果的な指導を明らかにする必要があると考えた。

本研究の主題である「指導者の実習指導の実践」に関連して、これまでどのような研究が行われてきたのか。まず指導者の役割に関する研究について確認した。指導者の役割として、中西⁹⁾は学識経験者、看護の探求者としての役割モデル、臨地実習に対する調整者、断片的な評価者の4つを示した。また、齊藤¹⁰⁾は研究を概観したうえで、指導者の役割認識は、学生と患者の関係づくりのサポート、患者の安全安楽の保障の2つは共通しているものの、役割モデルに焦点をあてた看護実践の手本、主体的学習の支援、理論と実践の統合への指導とする認識もあり、役割認識は一樣ではなかったと述べている。

次に指導者の役割行動、指導方法に関する研究について、齊藤¹⁰⁾は30件の文献から指導者が実践できている役割行動を明らかにした。共通しているのは患者とのよい関係に基づいた安全安楽な看護実践、実習目標・内容に適した教材の選定、実

習環境の整備、効果的な指導方法の模索と実行、教員との連携、誠実で支持的な態度としている。共通ではなかった役割行動としては、記録や文献活用へのアドバイス、グループダイナミクスの促進、知識・技術を伝達しスタッフナースの看護実践能力を高めること、としていた。千葉¹¹⁾は、指導の捉え方は指導者役割の初期と経験を積んだ時期では異なるとしており、指導者の指導への影響要因^{12) 13)}として年齢、臨床経験年数、指導経験、実習指導者講習会受講、看護職アイデンティティ確立、自己教育力等があげられていた。

以上の先行研究から、指導者の課題は、指導者としての役割を自他共に明確にして、意図的に指導実践にあたることであると考えられる。しかし、指導者自身が授業である看護学実習の位置づけを理解した教育方法については十分な知見が得られておらず、特に実践現場に基づいた研究が必要とされている。そこで、本研究では指導者が看護学実習において行う効果的な指導とはどのようなものか、実践現場から明らかにしたいと考えた。研修を受けた指導者が実際の指導場面である事例をプロセスレコードに記述した内容から、効果的な指導の特徴を明らかにできれば、看護学実習における指導者の実践教育上の指標となり、指導者研修プログラムに示唆が得られる。また指導者と教員の実習指導体制の協働が円滑となり、より効果的な指導が期待できるであろう。

研究目的

本研究の目的は、臨地実習指導者が看護学実習で行う効果的な指導場面をプロセスレコードに再構成し、その特徴を明らかにすることである。

研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、A大学病院の看護学実習の指導にあたる指導者で、かつ研修参加者29名のうち、研究への同意が得られた者27名であった。なお、A大学病院の指導者は、A大学看護学部における臨床講師の位置づけにあり、指導者と教員は協働して学生指導にあたっている。

2. 用語の定義

・臨地実習指導者：看護学実習で看護学生（以下、学生）の実習指導の役割にあたる現場の看護職者。
・看護学実習：学生が既習の知識・技術を基にクライアントと相互行為を展開し、看護目標達成に向かいつつ、そこに生じた現象を教材として、看

護実践能力を習得するという学習目標達成を目指す授業¹⁴⁾。

・指導方法：指導者が臨床現場で学生に用いる指導行動、および指導行動の基となる思考や意図を含むものとした。

・プロセスレコード：向き合う相手と自分の関わりの一事例で生じる言語的・非言語的相互作用を振り返り、両者の言動や観察したこと、感じたことを再構成し経時的に記述した記録様式¹⁵⁾。本研究では、指導者が学生らに対して関わった場面を再構成し記述した記録様式とした。

3. 研究デザイン

質的記述的研究。質的記述的研究は、研究者にとってではなく研究参加者にとっての事実の見方を理解しようとする、研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝えること等の特徴¹⁶⁾を有している。本研究は指導者が指導実践したプロセスレコードの記述内容から効果的な指導の特徴を明らかにする為、本デザインとした。

4. データ収集方法・収集時期

A大学病院で2015年度実施の指導者研修にて、指導者には指導の実際を振り返るために自己の指導事例をプロセスレコードに再構成して記述することを課題とした。プロセスレコードの記録様式は、実習場面、振り返りの目的、「相手の言動」「指導者の思い」「指導者の言動」を経時的に番号をふって記載し、振り返りとして考察を記載するものであった。

本研究は、研修の全課程終了後に研究依頼を口頭と文書で説明し、同意書、研究データとなるプロセスレコードは無記名として提出された。提出された学生を対象とした指導場面は、46事例（内訳は指導者自身が良い指導場面と捉えた36事例、良くなかった指導場面と捉えた10事例）であった。そのうち、研究者が「効果的な指導事例」と判断した事例は、指導者が意識的に相手に働きかけ、結果として学生の言動に『わかった』又は『できた』又は『～したい』といった良い変化や気づきの反応が認められたものとした。「効果的な指導事例」28事例、「非効果的な指導事例」18事例に分類した。それら「効果的な指導事例」28事例のプロセスレコードの記述内容を分析対象とした。あわせて、指導者の属性として年齢、性別、看護職としての臨床経験年数、指導経験年数、県主催の実習指導者講習会受講の有無を質問紙で記述を得た。データ収集時期は、2016年1月であった。

5. データ分析

1) 「効果的指導事例」28事例のプロセスレコードの「相手の言動」「指導者の思い」「指導者の言動」の記述内容を生データとし、そこから研究意図に沿ってコードとした。2) コードの共通性、差異性から、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。データ分析にあたっては、質的記述的研究¹⁶⁾のコード化の手続を適用し、指導者の思い、言動からカテゴリーを生成することを目指した。3) 抽出されたカテゴリーは、これまでの「効果的指導事例」を十分に説明できるかデータに戻って確認した。4) 分析の妥当性を確保するために、分析過程において研究者間で討議を重ねた。最終的なカテゴリーとその内容について、対象者複数名に妥当性を確認した。抽出されたカテゴリーは「非効果的指導事例」に内包されていないことを確認した。

倫理的配慮

本研究は、金沢医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号113）。研究参加者には、口頭と文書で説明した。説明内容は、研究趣旨、研究方法、研究参加は自由意思であること、研究協力の同意をしなくても不利益は受けないこと、研究参加の有無や研究結果は看護職としての勤務評価に影響しないこと、データは目的以外に使用しないこと、データは研究者以外が閲覧しないよう管理すること等であった。

結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は27名であり、平均年齢は39.8（±6.3）歳であった。概要を表1に示した。

2. 「効果的指導事例」の概要と事例

「効果的指導事例」の概要を表2に示した。28事例の内訳として実習領域は、基礎8事例、成人15事例、老年4事例、母性1事例であった。内容は、看護実践15事例、患者理解8事例、看護の価値や役割3事例、学生自身の内省2事例であった。28事例のうちの1事例とコード化を表3に示した。

3. 「効果的指導事例」のカテゴリー、サブカテゴリー

「効果的指導事例」のプロセスレコードから、24のサブカテゴリー、6つのカテゴリーが見出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >, プロセスレコードの事例番号は太字、生データの一部は“ ”と斜字で表す。なお、患

表1 研究参加者の概要

n=27

項目	人数 (%)
年 齢	39.8±6.3歳
性 別	
女性	25 (92.6)
男性	2 (7.4)
看護師経験年数	
10年以上～14年未満	7 (25.9)
15年以上～19年未満	13 (48.1)
20年以上	7 (25.9)
指導者経験年数	
初年次	12 (44.4)
1年以上～2年未満	6 (22.2)
2年以上～3年未満	2 (7.4)
3年以上～4年未満	1 (3.7)
4年以上	6 (22.2)
県主催の実習指導者講習会受講	
有り	4 (14.8)
無し	23 (85.2)

者は全てAさんと表記した。

カテゴリーは、【学習課題の査定】、【発問】、【反応に応じた多様な指導方法の活用】、【指導目標を意識した形成的評価】、【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】、【合同注視と看護観の共鳴】であった。各カテゴリーは、3～5つのサブカテゴリーで構成された（表4）。

【学習課題の査定】は、学生の<悩みの気づき>、<感情の受けとめ>、<言動と思考の確認>、<学習課題の気づき>、<学習課題の共有>の5つから構成された。

事例21では、遠く離れて見学している学生に指導者は“がん患者さんに関わって何か怖い思いとかしたことがある？”と声をかけ、“以前の実習で肺がんの患者さんを受け持って、すごく苦しそうで、ひどいひどいと助けてくれて手を強く握られて。私怖くて、離してしまって。その患者さんにあんた逃げる気かって言われて。言われたことがトラウマで”と学生の体験を聞き、そこから“辛い体験したんやね”と感情を受けとめ、同時に、がん患者への恐怖心が現在の受持患者への対応困難となっていることを学習課題として見出していた。事例13では、学生が“今日、清拭と足浴しようと思うんですけど”との実習計画に対し、指導者は“座位時でもSPO₂低下しているけど、どんな体位で行ってみる？”と思考を確認し、呼吸機能を悪化させない清潔ケアの実施を学習課題とし、

表2 効果的指導事例の概要

事例番号	実 習	場 面
1	基礎看護学	学生が受持患者へ実施した足浴について、清潔援助の意味が皮膚表面へのケアとの捉え方から循環促進の意味へと、学生の得心した理解に繋がった指導場面
2	基礎看護学	学生が受持患者へ実施した足浴について、援助技術として良かった点と改善点を振り返った指導場面
3	基礎看護学	学生が正常呼吸音と副雑音の違いを事前に体験したことで、受持患者への呼吸音聴取とその意味が理解できた指導場面
4	基礎看護学	学生が受持患者へ実施した洗髪で寝衣を濡らしてしまったことに対して、どうすれば濡れなかったか原因と改善点を振り返り、学生が納得できた指導場面
5	基礎看護学	学生が術後の受持患者へ実施した体温、脈拍、呼吸、血圧測定についてと、それ以外の観察項目とその必要性について学んだ指導場面
6	基礎看護学	指導者が実施した患者への清拭援助と患者の反応から、清潔援助が患者の闘病意欲に繋がることを実感できた指導場面
7	基礎看護学	受持患者の看護問題を「セルフケア不足」から「褥瘡リスク」と思考し、翌日の計画立案を考えることができた指導場面
8	基礎看護学	受持患者へのシャワー浴介助後のバイタルサイン測定と観察の必要性について、患者の反応から、学生の理解に繋がった指導場面
9	成人看護学	学生が受持患者の呼吸音を聴診し、実際の呼吸音とレントゲン写真の所見が一致したことで、肺炎悪化予防の援助が得心できた指導場面
10	成人看護学	学生が受持患者へ実施した清拭・陰部洗浄について、最初40分実施時間から時間短縮でき、かつ患者の状態を配慮しながらできた箇所を確認できた指導場面
11	成人看護学	学生が受持患者（ステロイド剤使用）へ清潔援助と合併症予防を目的に全身清拭した場面を、指導者が学生と共に振り返り、個別的ケアとなったか確認した指導場面
12	成人看護学	指導者と学生と一緒に実施した、意識障害があり気管切開している患者への洗髪について、目的、方法、効果について振り返った指導場面
13	成人看護学	学生が受持患者へ実施した清拭・足浴について、清潔援助に集中し、呼吸状態の観察不足（酸素チューブはずれ）について内省できた指導場面
14	成人看護学	人工呼吸器管理中の患者の感覚や思いを捉えられず行き詰まっている学生に、看護問題とコミュニケーションをとる重要性の気づきを導いた指導場面
15	成人看護学	検査終了後も症状が続き困惑している患者の言動に対し、学生自身も悩んでいる状態に対して、患者心理のアセスメントを助言し、学生の発想を促した指導場面
16	成人看護学	学生が免荷で車椅子移乗可にある術後の受持患者の状態をイメージできるように、片足での移乗体験を促したことで、患者の状態のイメージ化に繋がった指導場面
17	成人看護学	学生が受持患者へ術後離床を勧めたことで怒鳴られた場面について、指導者と振り返る中で、患者の苦痛に配慮不足であったことに気づけた指導場面
18	成人看護学	学生が乳がんの術後合併症予防のために実施した患者指導について、個別性を配慮した箇所の振り返りの指導場面
19	成人看護学	学生が失敗した清潔援助に対して、その原因と改善について、振り返った指導場面
20	成人看護学	相手に不快な思いや誤解を与えることに気付かない学生に対して、内省する機会をもち、自分の傾向を表出できた指導場面
21	成人看護学	ターミナル期のがん患者に関われず病室入口で立っている学生に対して、学生が感じていたトラウマを表出し援助に導いた指導場面
22	成人看護学	外来看護場面の見学で、抗がん剤暴露対策について、学生が理解できた指導場面
23	成人看護学	短時間の関わりの中で、外来化学療法を受ける患者の有害事象を観察し、医師へ報告し対応する看護の役割を、学生が学びとして語れた場面
24	老年看護学	指導者が受持患者へのフットケアを実施し、学生自身が患者の反応から、高齢者にとって足の観察と足浴効果を実感した指導場面
25	老年看護学	臥床状態にあり誤嚥性肺炎の受持患者の呼吸音聴取を吸痰前後に実施し、学生が吸痰実施の必要性を得心できた指導場面
26	老年看護学	学生が受持患者へ実施した清拭について、ADLを維持しながらできた点と改善点を振り返った指導場面
27	老年看護学	受持患者が注意障害によりズック装着不十分なまま歩行しようとした場面で、学生がケアを考え実施に繋がられた指導場面
28	母性看護学	NICUで泣いていた学生に対して、学生が感じた状況や思いを聞き指導者の思いを伝えたことで、学生自身が命と母親の思いを語れた指導場面

表3 プロセスレコード事例番号7：指導者

学生B：看護大学2年生。基礎看護学実習、初めて患者を受け持ち看護展開することが実習の目標である。
 患者A：意識状態クリアでベッド上生活の患者。

振り返りの場面：ミーティングは「看護問題とそれに対する計画」についての発表であった。学生Bは、ミーティング中、どの看護問題を挙げて計画すればいいか曖昧な発表であった。時間も押しており、ミーティングは終了となった。その後、学生Bが、何を看護問題としてあげるのが妥当なのか、指導した場面。

学生の言動	指導者の思い	指導者の言動	コード
①ミーティング終了後も首を傾げ考え込む表情をしている。	②Bさんだけ、どの看護問題にすればいいか迷っている。今の時点で立案できなかつたら残り3日で実践、評価するのは難しい。どう思っているのか聞いてみよう。	③臨地実習指導室の前の廊下でBさんに声をかけた。「計画立案できそうかな」	・看護問題のアセスメントに迷っていると気付く。 ・学生の迷いを確認するために声をかける。 ・自分で計画立案できそうか、確認する。
④「セルフケアで挙げているんですけど、これじゃ評価しづらいですね」(困った表情)	⑤一生懸命考えているのは評価できるな。みんなより遅れているからここで分からなかったら次に進めない。直ぐに教えるのは学習にならないから、少し時間をとって話そう。	⑥「そうだね、それで目標設定するのはこの患者さんでは難しいかもしれないね。ちょっと面談室に行こうか。」(面談室は学生が記録する場所として利用している)	・遅れているから、ここでわからないと次に進めないことが課題と考えた。 ・学生の言葉と表情から学習課題に気付いた。 ・指導するために面談室へ移動した。
⑦「お願いします」椅子に座る。	⑧今回の実習は、基本的看護技術も実践し評価もしなくてはいけない。この患者の援助の必要性についてどう捉えているんだろう。	⑨(面談室移動し椅子に座る)「Bさん、この人にとって今どんなケアが必要かな。既にBさんはシャワー浴を介助したり陰部洗浄を介助したりしているね。それはなんのために必要なのかな?」	・学生の実習目標を意識し、受持患者へのケアの必要性を意図的に質問した。
⑩「皮膚を清潔にすることです」	⑪セルフケア不足を挙げているけど、この場合の患者目標をどう考えているのか。	⑫「その場合の目標どう考えている?セルフケア不足を問題にした場合、清潔行動をどこまで出来るようになるか、が目標になると思うけど、Cさんの場合は難しいんじゃないかな」	・学生の看護目標を確認するために、思考プロセスに疑問を投げ掛けた。
⑬「そうなんです。だからどういふうに問題を挙げていいか、はっきりわからなくて……」(沈黙)	⑭Aさんに対して皮膚を清潔にする目的が曖昧になっている。	⑮「皮膚を清潔にする目的は何かな?」	・学生の援助の目的の曖昧さから、援助の目的確認のために質問した。
⑯「おむつに尿が漏れていて、きれいにしないといけないので……」	⑰少しづつ看護問題に近づいてきた。	⑱「おむつの中が汚染するとなぜ良くないのかな、Aさんになつたつもりで考えてみて」	・意図的な質問から学生の反応を確認する。 ・患者になつたつもりで考えてみて、と他者理解のための提案をした。
⑲「臭いがしたり、気持ち悪かったり、……あとは……」(首をかしげる)	⑳もう少し考えてもらおう。少しヒントを与えてみよう。	㉑「そうだよな、おむつの中がそのままだと、自分で動けないAさんの場合どういふことが問題になる?」	・考えを引出すために待つ。 ・学生の反応を確認し、患者をイメージさせたうえで看護問題について質問した。
㉒「あっ、褥瘡!」(ひらめいた表情)	㉓やっと気付いてくれた。	㉔「そうだよな。褥瘡になるリスクはあるよね。じゃそれで問題挙げて計画立案できるかな」	・学生の気付き、受持患者の看護問題の気付きを承認した。
㉕「はい、わかりました。これですっきりしました。ありがとうございます」(笑顔)	㉖理解できたようで良かった。	㉗「Bさんは実際、何度もケアの見学や介助をしているから実践しやすいんじゃないかな」	・学生の理解を喜んだ。 ・学生の今までの学習行動を承認し励ます。
㉘「計画立てて明日実践します。長い時間ありがとうございました」	㉙やる気が感じられるな。	㉚「明日計画の内容確認するね。お疲れ様」	・学生の意欲を感じ、今後の学習行動の期待を語る。

振り返り：今回、初めて受け持ちを持って看護展開する実習であり、担当教員とも相談した。どうしても理解できなければ、看護問題を教えることも必要かと思っただが、発問しながら考えを導くことで学生は気付くことができたと思う。

表4 効果的指導事例のカテゴリー、サブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
学習課題の査定	悩みの気づき 感情の受けとめ 言動と思考の確認 学習課題の気づき 学習課題の共有
発問	患者理解状況の発問 患者理解に必要な観察項目、方法の発問 見聞した事実とその知識の発問 患者ケアの目的、方法の発問
反応に応じた多様な指導方法の活用	学生の反応や患者状況に応じたケアや指導方法の選択 ケアとその根拠の説明 患者理解状況の評価と行動示唆 気づきを促すための演示
指導目標を意識した形成的評価	指導目標の設定 学習成果の承認 形成的評価の実施
看護専門職として自己拡大できる機会の提供	患者の立場に近づく方法の提示 患者、家族の事実と思いの代弁 学生の思考と別の観点からの説明 自己拡大の機会提供
合同注視と看護観の共鳴	看護実践の保証 看護実践の省察 看護者自身の看護観の語り 学生の将来への期待

学生と共有していた。事例20では、学生が突然、“Aさん外来よばれたんで行っていいですか？”の言動に対し、実習計画にあがっていないことから見学を指示すると、“自分が行くとは言っていないんですけど…”との学生の態度に指導者は学習課題を見出していた。

このカテゴリーでは、指導者は学生の言動や態度から、学生自身の悩み、困っている状況、躓き等に気づき、感情を受けとめたり、言動や思考を確認したりするなかで、指導の必要性や学習課題を見出していた。状況によって、学習課題を学生と共有していた。

【発問】は、学生に対する＜患者理解状況の発問＞、＜患者理解に必要な観察項目、方法の発問＞、＜見聞した事実とその知識の発問＞、＜患者ケアの目的、方法の発問＞の4つから構成された。

事例13では、呼吸機能を悪化させない清潔ケアの実施を学習課題としたうえで、“Aさんは酸素下がっても自覚症状ないよね。呼吸状態はどのよ

うに見ていくの？”と指導者は意図的な質問を行い、それに学生が応え、さらに指導者が質問を繰り返していた。事例9では、学生に“術後のこの方の合併症として可能性が高いのは何かわかる？”と質問し、“無気肺です”の反応から“そうだね、無気肺ってどんな呼吸音かな？”とさらに質問し、質問－反応－質問が繰り返されていた。事例17では、痛いつて怒られた学生に対して、“離床を勧めることは大事だと思う。でも、何故、Aさんは怒ったのだろう？”と質問していた。

このカテゴリーでは学生に対する意図的な質問、つまり発問が見出された。発問の目的は患者理解状況、患者理解に必要な観察や方法、事実と知識の統合、ケアの目的や方法であった。発問のスキルは、事例13や事例9のように、評価、理解、知識といった認知的発問と、事例17のように価値づけ、内面化といった情意的発問の両方が含まれていた。発問レベルは、学生が答えやすい質問から入り、質問－反応－質問と繰り返される中で、発

問レベルが高次となっており、その間に指導者は“そうそう”“おっ、覚えていたね”“そうなんだよね”と励ましの合いの手が入っていた。

【反応に応じた多様な指導方法の活用】は、〈学生の反応や患者状況に応じたケアや指導方法の選択〉、〈ケアとその根拠の説明〉、〈患者理解状況の評価と行動示唆〉、〈気づきを促すための演示〉の4つから構成された。

事例13では、学生の患者への清拭、足浴の実施状況を見守り、適宜、声をかけたり、手を差し伸べたりしていた。事例21では、指導者は“そしたら今日は清拭もしたし、口腔ケアをしてみるからそばで見ている”と、学生をベッドサイドへ連れていき、受持患者へ口腔ケアの必要性を説明しながら実践してみせた。さらに“看護師がそばで見ているからやっていいよ”と示唆し、学生自身にケアを見守りのうえで実施させていた。その後のスタッフステーションにて“がんの状態での時期により出てくる症状も違うし、その時期でうまく苦痛に対応してあげられるようになればいいね”と本日のケア実施を振り返ったうえで、翌日の口腔ケア計画立案の助言と他の計画項目の事前学習を促していた。事例20では、患者に対し“何回か吐き気は経験したけど、脱毛してくると気持ちが悪くなってくるね”と伝えつつ、指導者は脱毛した髪の毛を拾いながらAさんの気持ちを聞くことを学生へ意図的に見せていた。

このカテゴリーでは、指導者は学生と相互交流をはかりつつ、看護実践のための発問とその後の学生の反応から、指導者自身が看護職者としての専門的知識、技術を演示したり、説明したり、また学生自身が看護ケアを実践できるよう行動の促進、示唆、指示、見まもり、そして、必要時はケアを補完するといった、指導方法を多種多様に活用していた。さらに、学生の気づきを期待し、意図的で分かり易い演示を行い、学生自らが気づけるような行動をとっていた。

【指導目標を意識した形成的評価】は、〈指導目標の設定〉、〈学習成果の承認〉、〈形成的評価の実施〉の3つから構成された。

事例13では、指導者は学生に対して“呼吸状態見ながら実施していたと思うけど、足浴の時は足浴に集中してしまったかな”と足浴はできたが、観察は不十分だったことをフィードバックしていた。学生も“はい、Aさんの様子を見ながら（足浴を）実施しなければならなかったです”と手技に集中して、患者の呼吸状態を含めた全身状態の

観察ができなかった点を反省していた。事例21では、指導者は翌日の口腔ケア実施後の学生に“凄い進歩やね、Aさんから気持ち良かったと言われたし、凄い”と、学生が受持患者に必要なケアを実践できたことを承認し、その承認を言語化していた。事例16では、“やってみたかな？”“はい、やってみました、でも全然立てなくてうまくできなかったです”と反応を確認していた。

このカテゴリーでは、学生個々に応じた指導目標を意識し、患者や看護実践といった事象を通して、指導目標の形成的評価（フィードバック）を学生自身にわかるように言語化していた。そして承認が頻回に用いられていた。

【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】は、〈患者の立場に近づく方法の提示〉、〈患者、家族の事実と思いの代弁〉、〈学生の思考と別の観点からの説明〉、〈自己拡大の機会提供〉の4つから構成された。

事例20では“見学態度が他人事で無関心な態度に見えた”“相手に誤解を与える言葉や言動があると私も思うな”として、学生自身が自分を内省する機会を勧めていた。事例21では“がん患者全部をひとくりに苦手だと踏み込めないでいることは寂しいことだな”と意識し、学生と交流する中で、患者ケアに学生自身を引き入れていた。事例16では、指導者は学生に対し“Aさんは、左の股関節の手術後で、左足に傷があって痛いんだよね、あなたのここに傷があって痛いってことだよ。おうちはベッドで寝ている？椅子はあるよね。実際にベッドから体を起こして端座位になって、そこから左足を着かずに椅子に移ってみたら、少しイメージつくかもしれないと思うんだけど、どうかな。やってみて患者さんのことを考えたらいいと思ったのよ”と、患者の気持ちや状況に近づく方法を提示していた。

このカテゴリーでは、指導者は学生が患者の立場に近づくような方法を提案したり、患者・家族の事実と思いを代弁したり、学生の思考と別の観点からの思考を示したりして、学生自身が自己理解、あるいは患者への立場変換ができようにつながることで他者理解といった、学生が看護専門職として自己拡大できる意図を含んだ行動が示されていた。

【合同注視と看護観の共鳴】は、患者の〈看護実践の保証〉、〈看護実践の省察〉、〈看護者自身の看護観の語り〉、〈学生の将来への期待〉の4つから構成された。

事例13では、学生が足浴実施中、指導者は“Aさん、酸素（カテーテル装着）しましょうか。学生さん酸素（SPO₂）測ってみましょう”と学生のケアを見守りつつ、患者へ酸素療法のカテーテルをつけるよう促しつつ、学生へは全身状態の観察を促していた。実施後、“AさんはSPO₂低下しても自覚症状があまりないんだよね。その分、私達が注意して患者さんに伝えないとね”と看護の役割を語っていた。事例16では“何でこんなこと言うかという、私も学生のときに学内実習で水枕をずっと当て続ける演習をしたことあるんよ。そしたらね、どうなったと思う。そそ、冷たくてしまいに痛くなるんよ、体験したから辛さわかるの”と、自ら体験をすることで、患者の思いに少しでも近づいたケアに繋がることを語っていた。事例21では指導者が口腔ケア後に“Aさんから気持ち良かったって言われたし、凄い”と承認後、学生は“一番辛いのは患者さんなので、そこから逃げちゃ駄目ですね”との反応に対して、指導者は“感動するわ。このまま心に仮面をしたまま患者さんと関わるような看護師さんになったら心配やったけど、良かった”と、学生が指導者自身の考えと同じように患者個々の健康状態や日常生活の改善に役立つと、患者に向き合う姿勢が持てたことを、喜びとしていた。

このカテゴリーでは、患者への看護実践を保証したり、実施した看護実践を振り返ったりを、学生と共に進めていたことが見出された。また、指導者自身が看護観を表明していたことで、学生が指導者と同じような考えや感情を持ったときに、看護観を表明していた。前述までの6つのカテゴリーは、学生を主体とした指導に関するカテゴリーであったが、本カテゴリーは、患者を主体とした指導者の看護観に基づく看護実践に学生を共鳴させているカテゴリーであった。

4. 「非効果的指導事例」について

「非効果的指導事例」18事例は、実習領域は様々であり、内容は学生の看護技術や患者との関係形成の未熟さに対する指摘、一方的な説明、学生が計画・実施した患者指導の未熟さや学習不足への注意、学生への指導が曖昧で不明確な助言等であった（表5）。

「非効果的指導事例」に本研究結果で見出されたカテゴリーが内包されているか確認したところ、いずれも含まれていなかった。指導者の中には課題を意識していた事例もあったが、査定が不十分または学生に学習課題が意識されないままであ

たため、【学習課題の査定】には含まれなかった。

考 察

研究参加者である指導者は、指導者役割の経験年数は初年次12名（44.4%）、1～2年6名（22.2%）を合わせると66.6%と経験年数が少ないものの、看護師の経験年数は全員が10年以上あることから経験豊富な看護職者で構成されているといえる。指導者は、既に保有している専門領域にかかる看護実践能力と指導者研修で得た学びを活用した指導実践をしていたと考える。

1. 本研究のカテゴリー生成を通して新たに見出されたこと

本研究では、臨地実習指導者が看護学実習で行う効果的な指導の特徴を明らかにすることを目的として、指導場面のプロセスレコードをデータ収集し分析を行った。結果、6つのカテゴリーが得られた。カテゴリー生成を通して、本研究で見出されたことは以下のとおりである。

1点目は、効果的な指導の特徴は【学習課題の査定】、【発問】、【反応に応じた多様な指導方法の活用】、【指導目標を意識した形成的評価】といった指導過程が、学生と相互交流する中で展開され、継続されていたことであった。指導者は、【学習課題の査定】をし、学習課題を学生と共有していた。続いて、学習課題に応じて意図的な質問、つまり【発問】がなされていた。あわせて、指導者は説明、示唆、演示等の【反応に応じた多様な指導方法の活用】を、臨床現場で具体的な指導が行われた。それらから、指導者自身に学生個々の指導目標が明確となり、その【指導目標を意識した形成的評価】が行われていた。KR（Knowledge of Results：結果の知識）¹⁷⁾の中では特に承認が活用されていた。

2点目は、指導過程に学生自身の自己理解、立場変換から他者理解を促す機会として【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】をしていたことであった。学生に「他人に無関心な態度に見える」と指摘し内省を促したり、「もしあなたが患者の立場だったら、どう思うかしら」、「患者の状態と同じように、こんなふうにやってみたらどう」と立場変換を促したり、と自己拡大の機会が提供されていた。

3点目は、【合同注視と看護観の共鳴】が見出され、指導者自身の看護観に基づく看護実践に、学生を引き入れて、指導者自身の目指す方向と同じ方向へ学生の目を向けていくことがなされてい

表5 非効果的指導事例の概要

事例番号	実習	場面
29	基礎看護学	学生が手洗い後、シンク周囲の水の拭き取りが不十分な為、手指衛生の方法を指摘した場面
30	基礎看護学	学生が足浴を計画、実施に際し、準備に手間取り、実施後の観察の確認でも浮腫が理解できていなかったことに指導者ががっかりしている場面
31	基礎看護学	学生と患者の関係性が成立していなかったことを、指導者が最終日に気づいた場面
32	基礎看護学	透析療法導入前の患者の不安を受けとめているかを学生に確認しているが、話を聞いて良かったで終了し、意味づけがなされなかった場面
33	成人看護学	床上安静中の患者への口腔ケアの予定が、未実施のため注意した場面
34	成人看護学	PTGBDチューブ留置中の患者の観察について学生の反応がなく、指導者が全て説明した場面
35	成人看護学	術直後の観察計画の実施を促すが、学生の反応が消極的な為、指導者が質問責めとなり、結果一方的に説明した場面
36	成人看護学	手術侵襲による変化の観察とその根拠を質問するが、学生の反応がなく、指導者が一方的に説明した場面
37	成人看護学	退院調整の必要な患者と、患者を取り巻く他職種との協働と看護師の役割について、一方的に説明した場面
38	成人看護学	ストーマ造設後患者に初回シャワー浴援助を拒否された学生に対して、代わりに環境整備を実施したが、学生が気落ちし、患者心理も看護も伝えきれなかった場面
39	成人看護学	学生に対し、退院後の生活として「転倒リスク」に着目して指導していたが、途中からリハビリや糖尿病に話題が変化して、助言にならなかった場面
40	成人看護学	透析患者への退院指導の必要性を促すが、学生へ質問するのみで、具体的な助言に至らなかった場面
41	成人看護学	労作時の呼吸困難感がある患者への呼吸法の指導について、知識確認後に患者のもとで学生が実施したが、うまく学生が実施できず、助言もできずに終了した場面
42	成人看護学	退院後のリハビリテーションに関する自主トレーニング指導の際、患者の意欲を引き出せず終了した場面
43	成人看護学	糖尿病、一人暮らしの患者への食事指導について、学生の介入を促すが、意図が伝わらず曖昧なまま終了した場面
44	小児看護学	先天性心疾患術後患児とその環境を見学した後に、感想を尋ねるが反応が少なく、指導を教員に任せた場面
45	母性看護学	学生が作成した産褥体操パンフレットについて事前確認は行ったが、学生が1人で実施したことに対して注意した場面
46	老年看護学	学生が作成した脳梗塞患者の退院指導パンフレットについて、確認から質問責めとなり具体的助言がなく終了した場面

た。

上記の6つのカテゴリーは効果的な指導の特徴であり、本研究で新たに見出された知見であったといえる。

2. 先行研究との比較にみる本研究の意義

生成されたカテゴリーを先行文献との比較によって考察する。本研究で見出された指導者が学生に行う【学習課題の査定】、【発問】、【反応に応じた多様な指導方法】、【指導目標を意識した形成的評価】には、査定、指導実践、目標と評価が内包されていた。Gaberson¹⁸⁾は「看護実践教育のプロセスは、学習の目標と成果を明らかにする、学習ニーズをアセスメントする、学習活動を計画する、学生を指導する、学習や行動を評価するという5つの段階がある」と述べている。本研究の結

果から、指導者はGaberson¹⁸⁾のいう「学生を指導する」ことを意識しており、その前段階として学生の悩みや困ったことや躓き等の状況を学習課題と査定し、指導実践のプロセスの中で、評価する際に指導目標と繋がっていったものと考えられる。

また、これら4つのカテゴリーは、相互に関連し、継続していた。例えば、事例21で指導者は「過去に体験したがん患者に対するトラウマからくる受持患者への対応困難」という学生の学習課題を意識し、まずは「現在の受持患者の清潔ケアに関われること」を本日の学習課題として、口腔ケアの実施と快の反応を得ることで、学生の患者接触への抵抗感を減らし、翌日のケア計画へ繋げ、さらに最終日には学生自身ががん患者への対応につ

いて語れるように導くといったように、目標と評価は、次の実習課題の査定に繋がっていくことから、各カテゴリーは関連し、日々、螺旋状に発展していく過程と考えられる。

また、【発問】、〈感情の受けとめ〉、〈学習成果の承認〉、〈患者理解状況の評価と行動示唆〉、〈学生の反応や患者状況に応じた指導方法の選択〉が見出されたことは、Flanders¹⁹⁾の相互作用モデルによる教師の発言、生徒の発言と矛盾しないことから、指導過程において相互作用モデルを活用していたと捉えられ、効果的な指導には学生との相互交流は欠かせない要件であったと考える。

指導過程を順に見ていく。【学習課題の査定】は、中山²⁰⁾の学生の課題に応じた指導と合致する。学生は実習中、困難や困惑といった感情を抱きながら学習活動を展開している^{21) 22)}ことが明らかにされている。谷村²²⁾は「学生の困惑するといった体験は患者に向き合おうとしているからこそ生じる感情であり、内面化に至るために学生にとっては重要な体験」と述べているように、指導者は学生の悩み、困った事、躓き等を重要視し、そこから学習課題を捉え、学生の未知、未習、未熟さを受けとめていたと考える。

【発問】について、福井²³⁾は海外文献検討の結果から看護基礎教育における問うことの意図を明らかにした。本研究結果の【発問】で見られた意図は、福井²³⁾のいう論理的思考の促し、学習過程の方向づけ、患者把握に該当し、【学習課題の査定】は学生の思考を知るに該当していたと考える。そして、発問の目的は患者理解の確認、事実と知識の統合、ケアの目的や方法の確認であることから、指導者は看護職者としての専門的立場と教育的観点から発問を行っていたことがわかる。発問のスキルは認知的、情意的発問の両方が含まれ、少しずつ高次となっていた。福井²³⁾は「低次の認知レベルの問いが8～9割以上を占め、高次の認知レベルの問いが少ない」とし、Gaberson¹⁸⁾も「質問は学生が既に理解している範囲を超えて考えを促すものでなければならない」と述べているように、発問レベルは学生の状況や反応にあわせて、次第に高次とする必要がある。さらに、「既知・既習と未知・未習の間を問うことによってこそ学習行為がはじまる、到達している水準と遂行できる水準との差へ導かなくてはいけない²⁴⁾」のように、本研究結果からも発問が効果的指導には不可欠と示唆されるため、今後、指導者研修には発問に関する教育的視点と方法を取り入れる必要があると

考える。

【発問】、【反応に応じた多様な指導方法】、【指導目標を意識した形成的評価】では、発問、説明、評価、承認が多く活用されていた。これらは高橋²⁵⁾のいう「学生の意欲が出た事例で多いものから、承認、質問、傾聴、提案、ラポール」と類似していた。この指導方法はコーチングスキルであり、現代の若者気質から有効であるとされる。本研究結果では、さらに看護実践の手本を見せるといった演示や、学生を主体的なケア体験へ導く行動示唆が見出された。このことは、看護学実習では患者が提示した現象を素材とし、患者に必要な看護実践を教材とするための演示や行動示唆は重要な指導方法と考える。様々な指導方法を適宜、活用することで、学生は未知と既知の統合、未習と既習の統合、未熟さから習熟の機会へ繋げる学習機会を得ると考える。さらに【指導目標を意識した形成的評価】は、実習が授業に位置づくことから、目標設定と評価は必要不可欠である。指導者は指導過程において、評価までを意識し、学生へフィードバックしていたことは、指導者の役割行動として評価できると考える。

また、本研究では【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】として、指導過程を展開させながら、自己拡大をはかる機会の提供が見出された。山下²⁶⁾は看護学実習における学生の学習活動の中に「学習者から援助者、援助者から学習者への立場変換の反復」をあげているように、学生は学習目標達成を目指す学習者と看護を実践する援助者との立場の切り替えを何度も繰り返す行動を示すと述べている。本研究においては、指導者は学生自身が立場変換の必要性を認識し看護職者として思考できるための機会を意図して提供していた。またこのことは、Wiedenbach²⁷⁾のいう自己拡充の原理とも相応しているものかもしれない。指導者は、看護専門職者となるために、自己理解と立場変換した他者理解を重要視した指導を行っていたといえる。

さらに、本研究の効果的な指導では【合同注視と看護観の共鳴】が見出された。澤²⁸⁾は「指導者が実施するケアは臨床の中では瞬時に生まれては消えていく思考であるために、日常的に行っている指導者のケアを学生に伝えることの意識が足りない」と述べている。本研究では指導者自身の看護実践や実践の省察に学生を引き入れ、自分の目指す方向と同じ方向へ学生の目を向けていくことがなされていた。看護実践を言語化することで備

価値観を共鳴させていたと考えられ、指導者の看護観の意識的活用である看護実践は効果的な指導過程の基盤であったと考える。このことから、指導者研修においては指導者自身の日頃の看護実践を振り返り、看護観を意識的に言語化することが必要と考える。

以上述べてきたように、本研究で明らかとなった【学習課題の査定】、【発問】、【反応に応じた多様な指導方法の活用】、【指導目標を意識した形成的評価】の指導過程は、先行研究とは矛盾せず、むしろ指導過程として、発問、演示、行動示唆を活用している点が際立っていたことから、看護実践教育として有効であることが示唆された。また指導過程に【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】によって、学生自身の自己理解、立場変換からの他者理解を認識できる関わりは、学生が看護専門職へ成長するうえで、指導者が重要視し中核目標としていたと考える。加えて【合同注視と看護観の共鳴】は、看護職者としての看護観に基づく患者主体の看護実践について、学生にも同じ方向に注視を促し、看護観に共鳴できるように支援していることが見出された。本研究結果において、指導過程に看護専門職として自己拡大できる機会の提供があること、指導過程の土台に指導者自身が合同注視と看護観の共鳴が見出されたことは、独自性のある知見と捉える。

6つのカテゴリーは、効果的な指導の特徴を帰納的に抽象化したものであり、意義がある。本研究で得られた結果から、指導者研修について考えてみる。効果的な指導には、相互作用モデルに基づく螺旋系の指導過程が展開されることから、教育力育成のために相互作用モデルを含む教育理論と具体的な指導方法として発問、演示、示唆、評価等を組み込む必要性が示唆された。また、自己拡大の機会提供のためには洞察力を磨く必要があることから、プロセスレコード活用や省察を深める機会が大切ではないかと考える。さらに、指導者には指導者役割と同時に看護職者役割が求められ、専門性のある看護実践能力が欠かせない。自らの看護観、根拠に基づく看護実践、看護の専門性を言語化、可視化できる研鑽を看護専門職として絶やさないと示唆が得られた。

研究の限界

本研究で協力を得た指導者は、看護師の経験年数は全員が10年以上あることから経験豊富な看護職者であるが、指導者役割の経験年数では2年未

満が6割と、教育者としての観点では幅があることから対象事例の偏りがあることが考えられる。指導者としての条件が一般的に曖昧であるため、指導者の条件を今後検討し、指導者の条件設定をしたうえで検討する必要がある。また、本研究のデータは、プロセスレコードに再構成した記述内容を対象としたが、インタビュー、参加観察といった多様なデータ収集方法の可能性はある。

結 論

プロセスレコード28事例を分析した結果、効果的な指導の特徴は、以下のとおりであった。

【学習課題の査定】、【発問】、【学生の反応に応じた多様な指導方法の活用】、【指導目標を意識した形成的評価】、【看護専門職として自己拡大できる機会の提供】、【共同注視と看護観の共鳴】であった。効果的な指導は、学生の実習課題を査定したうえで、専門的立場と教育的観点から発問、指導方法の活用、形成的評価といった指導プロセスが継続して展開されている。加えて、学生と相互交流を図りつつ、学生が自己理解や患者への立場変換といった自己拡大の機会を提供していた。その指導過程には、指導者自身の看護観、指導観が見出され、学生と共同注視や共鳴を図っていた。指導者が看護学実習での実践の指導事例から導き出された本研究のカテゴリーは、指導者の効果的な指導の特徴を明らかにしている。

謝 辞

本研究にあたり、快くご協力いただきました病院関係者並びに指導者の皆様に深く感謝いたします。

利益相反なし

文 献

- 1) 看護行政研究会編集：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書，平成29年版看護六法，新日本法規，1462-1471，愛知，2017
- 2) 大橋久美子，菱沼典子，佐居由美，他：看護大学入学生の生活体験，聖路加看護学会誌，12(2)，25-32，2008
- 3) 菱沼典子，佐居由美，大久保暢子，他：看護系大学1年生の生活習慣と生活体験に関する全国調査，聖路加看護学会誌，15(1)，27-34，2011
- 4) 椎葉美千代，齊藤ひさ子，福澤雪子：看護学

- 実習における実習指導者と教員の協働に影響する要因, 産業医科大学雑誌, 32(2), 161-176, 2010
- 5) 高畑和恵, 佐々木吉子, 井上智子: 看護学士課程教育における臨地実習指導での大学教員と実習指導者との共同に関する研究, 日本看護学教育学会誌, 25(2), 1-14, 2015
- 6) 文部科学省: 看護教育の在り方に関する検討会報告, [オンライン, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm], 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて, 5. 1. 2016
- 7) 細田泰子, 山口明子: 実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 27(2), 67-75, 2004
- 8) 日本教育方法学会編: 教育方法学研究ハンドブック, 学文社, 318, 東京, 2014
- 9) 中西睦子: 臨床教育論-体験からことばへ, ゆみる選書1 (初版), ゆみる出版, 286-301, 東京, 1992
- 10) 齊藤美沙: 臨地実習指導者の役割に関する研究の動向, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 9(1), 107-115, 2013
- 11) 千葉朝子, 中垣明美: 臨地実習指導者の指導時期ごとの指導観・指導方法, 日本看護学教育学会誌, 21(1), 29-37, 2011
- 12) 泊祐子, 栗田孝子, 田中克子: 臨地実習指導者の指導経験による指導のとらえ方の変化と必要な支援の検討, 岐阜県立看護大学紀要, 10(2), 51-57, 2010
- 13) 松澤由香里, 休波茂子: 臨地実習指導者の教師効力に関連する要因の検討, 日本看護学教育学会誌, 18(3), 35-45, 2009
- 14) 杉森みどり, 舟島なをみ: 看護教育学 (第6版), 医学書院, 253-254, 東京, 2016
- 15) 和田攻, 南裕子, 小峰光博総編集: 看護大事典 (第2版), 医学書院, 2596, 東京, 2002
- 16) 北素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション, 医学書院, 31-39, 東京, 2009
- 17) 古藤泰弘, 小林一也: 授業評価の基本と実際Ⅱ, 才能開発教育研究財団/教育工学研究協議会, 93, 東京, 1986
- 18) Kathleen B. Gaberson, Marilyn H. Oermann: 勝原裕美子監訳, 臨地実習のストラテジー, 51-93, 医学書院, 東京, 2002
- 19) 辰野千寿: 学習指導の心理学, 大日本図書, 13-37, 東京, 1981
- 20) 中山登志子, 舟島なをみ: 教育ニードアセスメントツール-実習指導者用の開発, 日本看護研究学会雑誌, 38(1), 73-183, 2015
- 21) 樋田小百合, 平澤園子: 高齢者看護学実習における患者のもてる力を活用する看護学生の意識と困難感, 日本看護福祉学会, 22(2), 189-202, 2017
- 22) 谷村千華, 森本美智子, 大庭桂子, 他: 看護学生の成人(慢性)看護学実習における体験の内面化のプロセス, 日本看護学教育学会誌, 21(1), 39-49, 2011
- 23) 福井里佳: 看護基礎教育における「問うこと(questioning)」に関する海外文献検討, 日本看護学教育学会, 22(1), 35-46, 2012
- 24) 吉本均責任編集: 現代授業研究大事典, 明治図書, 216-218, 東京, 1987
- 25) 高橋衣, 松本明美, 金田愛子, 他: 臨地実習における看護学生の“意欲”に関する考察-コーチング理論を用いて-, 足利短期大学研究紀要, 27(1), 67-74, 2007
- 26) 山下暢子, 舟島なをみ: 看護学実習中に取り組む学生行動の概念化-学生理解に資する指標の探求, 日本看護学会第64回大会発表集録, 208-209, 2005
- 27) Ernestine Wiedenbach: 都留伸子, 武山美智子, 外口玉子訳, 臨床実習指導の本質, 現代社, 33-81, 東京, 1972
- 28) 澤真由美: 臨地実習指導者の学生指導におけるReflectionに関する研究, 日本看護学雑誌, 16(1), 177-184, 2006

1. 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、金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域 (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

(役員の仕事)

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。

(役員を選出および任期)

第八条 役員を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. 役員の仕事は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会長があたる。
 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。

2. 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、倫理的に配慮し、その旨を本文中に明記する。投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されていることが望ましく、研究倫理審査承認番号を本文中に明記する。

4. 投稿手続き

1) 投稿時、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）と原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を添えて送付する。

2) 査読完了時、この時点での最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を送付する。

3) 掲載決定時（編集委員会を経て決定）、編集委員会からのコメント等を反映し、必要な修正を終えた最終原稿を印刷したもの1部と最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）および誓約書ならびに同意書を添えて送付する。

4) 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 大桑麻由美 宛

5. 原稿の受付及び採否

1) 上記4-1)の手続きを経た原稿の、事務局へ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。編集委員会の判定により、原稿の修正及び、原稿の種類の変更を著者に求めることがある。

3) 受付日から2週間以内に編集委員会で構成する査読責任者により査読者2名を指名する。査読者は指名より3週間以内に論文を審査する。2名査読者からの審査結果および査読責任者の審査結果が揃い次第、結果を返送する。論文の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。査読は原則2回とする。

4) 原稿の投稿後、査読結果の連絡は、E-mailで行う。連絡可能なE-mailのアドレスを投稿原稿表紙に記載する。

6. 英文のネイティブ・チェック

1) 英文投稿のみならず、英文要旨、英文タイトルは投稿前にnative speaker（英語を母国語とする人）による英文校正を受けたものを投稿する。

2) 編集委員会からnative speakerによる英文校正を求めることがある。

7. 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。

8. 原稿の枚数と記載について

投稿原稿の1編は下記の文字にとどめる（図及び表を含める）ことを原則とする。その掲載料は無料とする。なお、原稿の種類を問わず要旨は下記制限には含まない。

原 著	1編	邦文	約19,000字	総 説	1編	邦文	約16,000字
		英文	約6,000語			英文	約5,000語
研究報告	1編	邦文	約16,000字	実践報告	1編	邦文	約13,000字
		英文	約5,000語			英文	約4,500語
その他	1編	邦文	約13,000字				
		英文	約4,500語				

図表は仕上がり片段3分の1の大きさに約400字に相当

9. 利益相反

利益相反の有無については、文末に明記する。

10. 著者負担費用

- 1) 規定の文字数を越えた原稿には超過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) 掲載原稿については、印刷ファイル(pdf)の形で無料配布する。刷紙媒体で必要な著者は、別刷希望部数を有料とする。

11. 著作権

著作権は、本学会に帰属する。最終原稿提出時、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に署名し、同封すること。また掲載論文を投稿者の所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、理事長の許可が必要である。

12. 原稿執筆の要領

- 1) 所定の投稿原稿表紙（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（英語とも）、著者名（英語とも）、所属（英語とも）、図、表および写真の文字数、別刷希望部数（有料）、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。（URL <http://www.kango-ji.com/>）
- 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。
- 3) 全ての原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。図表は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。
- 4) 原著希望の場合は、英文・和文ともに400字程度の日本語要旨と250語程度の英文要旨をつける。
- 5) 英文論文の場合は、論文の種類を問わず、400字程度の日本語要旨をつける。
- 6) 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。なお、和文の場合、読点は「、」、句点は「。」（全角句点）とする。

7) 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.として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1)、2)として行の第2文字目に記す。以下、(1)、①のレベルで記載する。

- 8) 図、表及び写真はA4判用紙に1点ずつ配置する。図のタイトルは最下段左端に、表のタイトルは最上段左端に、図1、表1、写1等の通し番号とそのあとに全角スペース分あけてからタイトル名をつける。
 - ① 表はそれ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめ、本文中に表のすべての内容について論じる場合は、その表は不要である。
 - ② 表の罫線は必要な横罫線のみにとどめ、縦罫線は原則使用しない。縦罫線の代わりにスペースを設ける。
 - ③ 図表の説明文の記入位置は下部とする。

表1. 若年群と高齢群の誤差率

難度	若年群			高齢群		
	n	平均 (標準偏差)	信頼区間	n	平均 (標準偏差)	信頼区間
低い	12	.05 (.08)	[.02, .13]	18	.14 (.15)	[.08, .24]
中程度	15	.05 (.08)	[.02, .12]	14	.26 (.21)	[.15, .28]
高い	16	.11 (.08)	[.07, .18]	12	.17 (.15)	[.08, .37]

9) 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) 2)、1) 3) 6)、1-3)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。雑誌名は原則として省略しない。

- ① 雑誌の場合……著者名：表題名，雑誌名，巻（号），ページ，西暦年
 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
 2) Matsumoto M, Sugama J, Okuwa M, et al. : Non-invasive monitoring of core body temperature rhythms over 72 h in 10 bedridden elderly patients with disorders of consciousness in a Japanese hospital: a pilot study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 57(3), 428-432, 2013
- 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
 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，発行地，西暦年
 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) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定について，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>]，厚生労働省，10. 1. 2016
- ⑤ 電子雑誌/オンライン版・DOI のある場合……著者名：表題名，雑誌名，西暦出版年. doi : DOI番号xx,xxxxxx, 参照年月日（月，日，年）
 例1) Sanada H, Nakagami G, Koyano Y, et al.: Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: A prospective cohort study, Geriatrics & Gerontology International, 2014. doi: 10.1111/ggi.12405, 1. 20. 2015

10) 利益相反

利益相反の有無は、原稿の末尾（文献の前）に記載する。

例1) 利益相反なし。

例2) 本研究は〇〇の助成金を受けた。

例3) △△の測定は、〇〇からの測定装置の提供を受けた。

(2013年12月改訂)

(2015年7月改訂)

(2015年9月12日一部改訂し、実施する)

(2017年5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）		
1.	/	
2.	/	
3.	/	
4.	/	
5.	/	
原 稿 枚 数		
本文：	文字 図：	点 表： 点 写真： 点
和文要旨文字数		英文要旨使用語数
字		語
著 者		
会員番号	氏名（日本語/英語）	所属（日本語/英語）
著者（第一著者）連絡先 住所・氏名		
住所：〒 _____		

氏名： _____ Tel _____ Fax _____		
E-mail _____		
責任者（コレスポンディング・オーサー）※：連絡先 住所・氏名		
住所：〒 _____		

氏名： _____ Tel _____ Fax _____		
E-mail _____		

※著者（第一著者）とは別に投稿論文に関して全責任を持つ著者がいる場合は記載する

*受付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

看護実践学会専任査読者一覧

(平成30年3月現在)

赤坂政樹	小泉由美	中谷壽男
荒井謙一	紺家千津子	中西容子
有田広美	坂井恵子	中道淳子
石川倫子	坂本和美	中村彰子
稲垣美智子	笹野京子	橋本智美
内田真紀	真田弘美	平松知子
悦永幸代	正源寺美穂	堀口智美
大内隆	新谷恵子	松井希代子
大江真琴	須釜淳子	松井優子
大江真人	臺美佐子	松田智恵
大桑麻由美	高田貴子	松本勝
表志津子	高地弥里	丸岡直子
加藤あゆみ	高松朝男	丸谷晃子
加藤真由美	多崎恵子	宮本由香里
川島和代	田中浩二	村角直子
川島由賀子	谷口好美	村山陵子
河村一海	田淵紀子	山口恵子
川村みどり	玉井奈緒	山崎松美
北井京子	田甫久美子	油野規代
北岡和代	塚崎恵子	横井早智江
北村佳子	津田朗子	横野知江
北山玲子	土本千春	吉村洋子
木下幸子	長田恭子	
熊谷あゆ美	長田春香	

(50音順)

編集委員会

委員長：大 桑 麻由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

委員：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)
谷 口 好 美 (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 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

事務局：浅 田 優 也 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
河 村 一 海 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
正源寺 美 穂 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
臺 美佐子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
長 田 恭 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
堀 口 智 美 (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31巻 第1号

発 行 平成30年9月25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) 265-2500

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)



笑顔の毎日を、 ひとりひとりに 合わせた コントロールで

血糖変動を最小限に抑え、笑顔の毎日を家族と共に送る
それが、私たちメドトロニックの願いです

日本メドトロニック株式会社
ダイアビータイス事業部
〒108-0075 東京都港区港南1-2-70
medtronic.co.jp

Medtronic
Further. Together

がん患者さんの口腔管理 ドライマウス対策 舌苔や義歯のケアにも

お口にやさしい ペプチサル・シリーズ

唾液のチカラで健康と笑顔を



Pepti-sal (ペプチサル)とは、

「Peptide (ペプチド)」 +
「Saliva (唾液)」の造語。

唾液のチカラに着目して開発された
低刺激性のオーラルケア製品です。
デリケートなお口をやさしくケアし、
お口の環境を健康に保ちます。
要介護の方のケアにもおすすめです。

- 2種類のペプチド配合
- ラクトフェリン配合
- キシリトール配合
- 保湿成分配合
- pH 中性域
- 発泡洗浄剤無配合
- アルコール無配合
- パラベン無配合

◎成分の詳細については製品をご覧ください。 *1 ナイシン・ポリリン(清掃助剤) *2 (清掃助剤) *3 (甘味剤)

T&K ティーアンドケー株式会社

☎ 0120-555-350

受付時間: 平日9:00~18:00(土日祝日を除く)

www.comfort-tk.co.jp

安心して住み続けられるまちづくりをめざします

城北病院

新病院 2020 年春 オープン



2019 年春
緩和ケア病棟
開設予定

公益社団法人 石川勤労者医療協会
城北病院 院長 大野健次
城北診療所 所長 筋也寸志
金沢市京町 20 番 3 号 TEL251-6111
ホームページ: <http://jouhoku-hosp.com>

