

会長講演

第12回看護実践学会学術集会

看護の原点を見つめて

富澤 ゆかり

金沢赤十字病院 看護部長

日時 平成30年9月1日(土) 場所 石川県地場産業振興センター

はじめに

昨日からの豪雨にもかかわらず、このように多くの皆様にお集まりいただき、第12回看護実践学会学術集会を開催できることを心より感謝申し上げます。また、大会長という大役を仰せつかり、大変恐縮しております。このような機会を与えていただきました稲垣美智子理事長をはじめ、理事の皆様、会員の皆様に御礼申し上げます。運営委員一同、この日のために検討を重ね、準備してまいりました。皆様にとって有意義な一日となりますことを祈念しております。

1. 医療・看護を取り巻く状況変化

さて、皆さまご存じのように我が国は、少子超高齢化・多死社会へと急速に変化しています。厚生労働省の統計調査によると、平成28年、日本の出生者数は97万6千人。それに対し、死亡者数は130万7千人。平均すると一日に3,570人、実に30秒にお一人亡くなられていることとなります。

このような社会背景の中、医療を取り巻く環境も著しく変化しています。そして、人々の営みに主眼を置いた医療が重視されるにつれ、看護への期待がますます大きくなっていることを、日頃の看護実践の場で実感しておられるのではないでしょうか。

思い返せば私が看護の道を志した昭和後期は、対象を全人的に捉えることや科学的根拠に基づく看護実践が大事だと、ひたすらに教えていただいたと記憶しています。医師や看護師、それぞれの専門性の追求の時期を経て、やがてチーム医療が

強調されるようになりました。当初は、患者を中心として医療の専門職種がどのように協働し最善の医療を提供するかといったチーム医療の在り方でしたが、患者もチームメンバーであるとの考えのもと、患者を巻き込んだチーム医療へと、そのあり方も進化しています。

その頃からでしょうか、医療者主導の医療から患者の意思を尊重した医療へと変化の兆しが現れてきました。そして現在、「治す」医療から「治し、支える」医療へと医療の在り方が大きくパラダイムシフトし、それと共に地域との連携が求められる時代となりました。

2. 看護の多様性と本質

私たちは、このような社会変化や時代の要請に応えるべく、看護活動の場や看護提供体制・方法など、看護を多様に変化させ対応してきました。当面の課題と言われている地域包括ケアシステムの構築に向けても、新たな看護のあり様を模索し、実現へと邁進しなければなりません。

一方、目の前にいる対象と真摯に向き合い、そのニーズを把握し、個に適した方法で心を込めて看護実践するという看護の本質は、いつの時代も変わることはありません。

3. 心に残る恩師の言葉

私には心に残る恩師からの言葉があります。看護基礎実習Ⅰ。初めての臨床実習での出来事です。私は、慢性肝炎の急性増悪で肝庇護のために入院されている40歳代の男性患者さんを受け持たせて

いただきました。学生の私にも患者さんの方から声をかけてくださる、とても気さくなお人柄の方でした。患者さんは、点滴や安静のため臥床していることが多かったので、環境整備や全身清拭などの援助をさせていただきました。実際の場面では、「もっと力を入れて拭いた方が気持ちいいよ。」「手で支えてくれると、有難いな。」と、患者さんから教えていただくことが沢山ありました。そのたびに技術の未熟さを痛感し、これからも一層努力を重ね習得していかなければと思いました。こんな私でしたが、実習終了日には「有難う。世話になったね。これからも頑張る。」と患者さんから声をかけていただき、とても嬉しかったことを覚えています。

実習目的である療養環境整備や清潔援助行為を積極的に実践できたこともあり、私は達成感をもって実習を終えることができました。その実習記録の総評に担当教員からのコメントが記載されていました。

「看護の対象は、患者さんだよね。」

心に引っ掛かりを持ちながらも、教員からの助言の意味を分からずにいました。

その後も臨床で、多くの患者さんやご家族との出会いがありました。その時々で、看護師として最善と思う方法を医療者間で話し合い懸命に実践してきましたが、「本当にこれで良かったのか」と、腑に落ちないモヤモヤ感が生じるようになりました。

4. 糖尿病看護との出会い

現在、私のワークライフの一つに糖尿病看護があります。金沢に来てから携わるようになったのですが、当初、糖尿病患者さんに対する看護師の関わりに違和感を覚えました。

「この前も伝えたのに、やっぱり間食をやめられんげんて！」

患者さんから得た情報をもとにカンファレンスをしている最中に発せられた看護師の言葉です。良好な血糖コントロールを保つには、間食を控えることが重要です。ですが、実行できないでいる患者さんを駄目だと評価しているようにも受け取れる言葉です。看護師は食事療法の必要性や対処方法を患者さんに伝えたことで、その役割を果たしたと考えているのでしょうか。患者さんは、間食をやめられずにいることをどう思っているのでしょうか。そもそも間食をしてしまうのは何故なのでしょう。

「間食は、生きがいなの」そう話す患者さんが、間食をするようになった自身の歴史を私に打ち明けてくれました。患者さんのご主人は、仕事の関係で毎日帰宅が遅くなってしまいうようでした。二人いるお子様が幼い頃は、家事や育児にてんてこ舞いだったそうです。子どもたちと早々に夕食を済ませ、入浴した後は寝かせる。その習慣は、子供たちが巣立った後も続いていましたが、一人で食事することの虚しさは、自らが体験するようになって初めて気づいたそうです。帰宅が遅かったご主人は、ずっと一人で食卓についていたのに。それからは先に食事を済ませても、ご主人の食事時間には一緒に食卓につき、一日の出来事やニュースを話題にお茶を飲むことが日課となりました。やがて、お茶だけでは物足りなく感じ、果物や和菓子を食べるようになったそうです。

「話が弾んで楽しい時間だから、やめられなくて。でも、これからは食べるものを考えなくっちゃね。」

5. 患者の行為の意味を洞察すること

患者さんを前にして、客観的に見る時、それは事実の世界です。患者さんが体験している悩みや苦しみ、さらに心の奥底で起きている患者さんの体験は、語りとして表れます。いつもと違う服装だ。座る場所が変わった。患者さんの行為に着目することで、それをきっかけとして語りが生まれることがあります。そして、その語りの中に、かなり重要なことが潜んでいることを我々は体験の中で知っています。

一昨日のテレビドラマ「グッドドクター」のワンシーンです。人気のドラマなので、ご覧になられた方も多いのではないのでしょうか。見逃してしまった方のために説明しますね。悪性腫瘍で長期入院している病児です。辛い症状や苦しい化学療法にも耐え、頑張ったご褒美にと日曜日の外出を楽しみにしていました。しかし、前日の検査データが思わしくなく、外出許可は出ませんでした。楽しみにしていた外出ができないと分り泣きじやくっている病児に、医師が外出したい理由を訪ねているシーンです。この児の語りの中に、家族への想いが溢れていました。

「看護の対象は、患者さん」私は、患者さんの行為の意味するところに耳を傾けられる看護師でありたいと考えています。そこに「看護の原点がある」と考えるからです。

おわりに

変わるもの。変わらないもの。看護を期待される時代（とき）だからこそ、あらためて看護師一人ひとりが、自らの「看護」のあり様について省察することが大事なのではないのでしょうか。

本学会のテーマをもとに、シンポジウムでは変わりゆく姿として在宅医療を取り上げました。「在宅療養生活をデザインする」というシンポジウムのテーマのもと、地域医療を担う様々な職種の方々の視点から、これからの地域医療の在り方や在宅療養をどのように描いていくべきかについてご講演いただき、地域を巻き込む看護職に今、求められていることは何かについて、皆様と共に考えていきたいと思います。

また、特別講演では、変わらないものとして「倫理」をテーマに勝原裕美子先生にご講演いただき

ます。患者さんご家族の傍らにいて、その想いに寄り添う看護を実践したいと願う私たちの根底にある倫理観について、あらためて見つめ直す機会になるものと期待しています。

ランチョンセミナーには、看護師に絶大な人気を誇る松村啓史先生をお呼びしました。先生には、「是非、元気が出るお話を」とお願いしています。笑いと感動と、そしてハンカチが手放せない時間となるはずです。

運営におきましては、何かと不手際もあると思いますが、参加していただいた皆様と共に作り上げる学術集会になればと思っています。寛容なお気持ちと対応で、素晴らしい一日となりますようご協力をお願いして、私の講演を閉じさせていただきます。

有難うございました。

特 別 講 演

第12回看護実践学会学術集会

変革の中でしなやかにある看護実践の倫理

勝原 裕美子

オフィスKATSUHARA 代表

日時 平成30年9月1日(土) 場所 石川県地場産業振興センター

はじめに

私は倫理の研修をすることが結構多いのですが、最近倫理の研修をするときには、看護師でよかったと思う経験や日頃看護をしていて楽しいと思うことや喜びをお互いに語ってもらうようにしています。倫理的な問題を話してもらうと、うまくできなかったなどと自分が良くないという思考になっていくからです。

一昨日の研修でも「一つでいいから自分が得意だということをお互いに話してください」と言うと、ある方は、患者さんが亡くなられた後、メイクをすることにやりがいを感じ、もしかしたら自分は上手にできているかもしれないと思っているという話をしていました。亡くなられた女性のメイクをしたら、その息子さんが「こんなきれいな母を見たのは初めてだ」と言って泣かれた経験からそう思ったようです。看護師にずっと厳しい言葉をかけていた息子さんに、「感謝している」と言ってもらえたのだそうです。その話を聞いただけで、もうこの人に倫理の研修をする必要はないと思うぐらい、素敵なお話を聞くことができました。

1. プロフェッションフッド研究のきっかけ

私が看護大学の学生だった1989～1993年ごろは、看護師の職場は9Kといわれていました。9Kには「きつい」「汚い」「危険」の他に、「休暇が取れない」「規則が厳しい」「薬に頼って生きている」「給料が安い」「化粧が乗らない」「婚期が遅い」が入っていて、なんでわざわざ看護師をするのかを問わ

れる時代でした。その一方で、看護大学では、看護師がどれだけ尊い仕事かということを教えられました。本当に幸せな4年間だったと思います。

神戸大学の経営学研究科で学んだときは、金井壽宏先生に師事しました。あるとき、ゼミの先輩に「看護師はいい仕事だけど、社会学の中では専門職ではないのだ」と言われました。なぜなら、社会学でプロフェッショナルの研究が盛んに行われた1950～1960年代には、看護師は完全なプロフェッショナルではなく、セミプロに分類されていたからです。

完全なプロフェッショナルとは、医師、法律家、聖職者（牧師など）のことです。荷物を運ぶ人やガードマンはノンプロフェッショナルで、学校の先生や保育士、看護師はセミプロというくりなのですが、プロとしての要素をどれだけ満たしているかによって分かれています。ところが、多くの職業が世に出るようになって、そのような分類にあまり意味がなくなったのか、そうした研究がなされないまま1990年代を迎え、看護師は社会学の中でずっとセミプロのままだったのです。

そのことに私は憤慨し、いろいろ調べた結果、プロフェッションフッドの研究をすることを決めました。どうすれば社会学者たちに看護の仕事がすごいと思ってもらえるかと考えていたときに、当時私が助手として務めていた大学の教授が『On Nursing』（Margretta Madden Styles著）という本を紹介してくれました。その中にちりばめられていた言葉がプロフェッションフッドだったので

プロフェッションフッドを最終的に論文にできたのは、1999年の日本看護科学会誌でした。私は1997年に修士課程を修了したので、結構早くに原著論文として出たと思います。この後、2000年ごろに、Styles氏と国際看護師協会（ICN）の学会でたまたまお会いすることがありました。すると、私の心の師匠であるにもかかわらず、彼女の方から「ユミコのサインをくれないか。こんなうれしいことはない」と言われたのです。

私は看護師という仕事の尊さをプロフェッションフッドという言葉で表現したいと思っていました。Styles氏はプロフェッションフッドの定義を明確にはしていなくて、「あなたが看護師として鏡の前に立ったとき、そこに映っている姿なのだ」と非常に抽象的で情緒的に表現していました。フッドとは、専門職としての性質という意味合いです。私はプロフェッションフッドの大和言葉を随分探しましたが、見つかっていません。いい言葉があったらぜひ教えてほしいのですが、看護師になった喜びややりがいとは一体何なのかということとを純粹にプロフェッションフッドの研究で考えたいと思いました。

2. プロフェッションフッドの要素

当時の私の研究では、看護師のプロフェッションフッドを明らかにするために35項目の質問を数百人の看護師たちにインタビューし、プロフェッションフッドの要素には少なくとも五つあることが分かりました。

一つ目は「社会的意義」です。看護師を何年も続けていると、自分が看護師を始めた理由をあまり問いかけなくなります。ある20代の腎移植コーディネーターの看護師は、「患者さんたちには、一緒に病気を乗り越えてきた人と思ってほしい。自分はそういう意味で役に立ちたいです」とおっしゃいました。集中治療室に勤める20代の看護師は、「看護は安らぎとか優しさとか、自分が弱いときにそばにあってほしいものだと思って仕事をしています」とおっしゃいました。日々の仕事の中で、看護師として患者の役に立ちたいと考えている姿が分かります。

「社会的意義」の中にもサブカテゴリーと呼ばれるものがあり、看護の仕事が患者や社会全体の役に立っていることや、看護の普遍的な価値を認識することが該当します。そして、看護には終わりがなく、どこまででも可能性を追求できるという感覚、看護にしかできないことがあるという認

識、社会にとって自分たちの仕事が重要であるという確信は、社会的なイメージによってもかなりつくられているということが、当時の研究によって明らかになったことでした。

二つ目の構成要素である「最高で最上の仕事へのコミットメント」は恐らく事例を挙げた方が分かりやすいと思います。

ある28歳の乳がん患者の女性は、治療で脱毛が進み、亡くなったときには髪がほとんどない状態でした。しかし、その方のお母さんが「天国に送るにもこの姿では忍びないから、かつらをかぶせてやりたい」とおっしゃったので、かつらを付ける処置をしました。その患者は亡くなりましたが、ずっとそのことが気になっていたところ、ある医師が米国の白血病患者の事例で、鉢巻きのような物を頭に巻いたら脱毛が止まったという文献を持ってきてくれました。それを応用して、頭に巻けるようなヘアキャップやヘルメットなどをいろいろ試し、最終的にはチューリップ型のハットを作って、脱毛を防ぐことができました。1人の患者さんにうまくいかなかったような事例を、自分の中で、次の患者さんにはもっとできることがあるのではないか、自分たちの力でどうしようもなければ他の職種の人が知っているのではないかというふうに勉強するのがとても楽しかったとおっしゃっていました。「最高で最上の仕事へのコミットメント」というのは、このようにできる限りのことを質的にも量的にも精いっぱいやるという意味です。

三つ目の構成要素は「同僚性・集合性」です。これは私が聖隷浜松病院の看護部長だったときに若手看護師から聞いた話です。「初めて積極的に関わった患者さんを最期まで十分受け持つことができないまま看取りとなり、泣いてしまった。そんな私に、先輩が『ただ悲しいだけで終わらせずに、なぜ泣いているのかを考えることができれば次の看護に生かせる』と言われました。そのとき、十分に関われなかった悔しさで泣いたのだということ振り返ることができ、これからは後悔が残らないように受け持ち看護をしていこうと感じました」と話していました。悲しさもあったと思うのですが、ただ慰めてもらうだけではなくて、仲間として次の看護への道筋をつくってくれた先輩の話をしてくれたのです。

看護は一人ではできません。もちろん信頼していろいろなことを語ってくれる患者さんもいると思いますが、24時間365日、1人の看護師が見るこ

とはできませんし、毎日勤務するわけにもいきません。そんなときに、私たちがプロとして仕事をするときに、患者さんの生活にとって同僚性・集合性はとても重要です。

「私にとって、本当の意味で看護を分かっている人を増やすことが後続を育てるということなのです」と言った方もいます。良くない看護を見たときに、「なぜそんなことをするのですか」と、私なら言うような気がします。つまり、見過ごせない看護をしてしまったときに仲間がコントロールし、質を担保するのが同僚性です。同僚性は互いが対等であることが前提です。もちろん職位や経験年数、診療科は異なりますが、同じ職場で働く者として、対等であることを前提に仲間をリスペクトして成長を助け合うことが大切です。

集合性とは、看護師一人一人が共通の基盤に立っているという意識を持って一つにまとまってくことをいいます。互いにリスペクトし合うけれども、リスペクトできないような発言や態度があれば仲間を統制します。そして、自分の所属する組織を離れて、いいケアの方法を学会の発表などで聞けば、お互いを学び合える仲間づくりができます。そして、看護を通してすごく一体感を持てるのです。集合性を発揮することでパワーがより強化され、24時間365日の看護の質が維持されます。

四つ目は、「自己実現・自己成長」です。看護を提供することが自分の成長にもつながっていくという感覚や、自分の中から看護を切り離すことができないと表現する人がたくさんいます。看護は自己実現のための仕事になっているという人や、看護師をしているときが生き生きしている瞬間であり、自分にとってなくてはならないことと表現する人もいます。

五つ目は「倫理・道德規範の遵守」です。看護師はその人にとって一生に1回しかない最期の瞬間に立ち会うことができる職業です。人が生きていくこと、死んでいくこと、暮らしていくことに触れざるを得ない仕事なので、常に敬虔な態度は必要ですし、その人の人生に自分が触れているというリスペクトはとても大事だと思います。だからこそ自分の人生にも大きな影響を与えるのだらうと思います。

研究そのものは1990年代に一区切りし、幾つかの論文を書きましたが、私の中では看護師がいい仕事だというのは当たり前だけれども、プロフェッションフッドがあることをついつい忘れがちです。特に看護管理者になると、できていないとこ

ろや困ったことに何とか対応しようとしします。そうではなくて、一人一人の看護師に本当に素晴らしい看護師としての生きざまがあることを信じているから看護管理者をできたと思っています。また、病院の看護管理者をやめた今も、看護師たちを少しでも自分の身近に感じながら何らかの形で仕事をしていきたいと思っています。それぐらい、こうした問いかけから私自身が得た一人一人の言葉は、とても温かだし、優しいし、胸打つものです。

3. プロフェッションフッドを阻害する要素

しかし、プロフェッションフッドを阻害することもあるのです。それほどいい仲間ばかりではなかったときや、患者さんに「おまえの顔を見たくないから二度と自分に近づくな」と言われたりすると、社会的意義はなくなってしまい、意地悪をする先輩がたくさんいる中に新人がいると同僚性どころではありません。

そして、「倫理・道德規範の遵守」、患者さんへの本当に敬虔な態度やリスペクトできる姿勢が重要だと思います。そういうものがなければ、いくら患者さんに褒めてもらったり、自分でできたと思ったり、いい仲間だと思ったりしても、倫理的なことに向き合えないでいれば、多分全部崩れるのではないかと思います。そういう構造を感じていたので、倫理・道德を自分の中のテーマとして考えるようになりました。

インタビューは特別なナースにしたわけではなく、普通に病院勤務している人、学校で教えている人、研究に協力してもいいと言ってくれた人が話をしてくださいました。こんなに素敵な語りがたくさんあるのに、なぜ私たちはより良い看護について考えなくなるのでしょうか。

私はその理由を二つ考えてみました。一つは最近、ルールに患者を合わせるようになってきたのではないかと思います。私が聞いた例を一つお話しします。Aさんは、腹腔鏡下で子宮全摘手術を受ける決断をしました。調べると、大体どこの病院も6～7日のパスです。ところが、腕が良くて症例数も多いある病院では、パスが9日間でした。そこで、Aさんがその病院に「パスを見せてください」と言うと、外来の看護師は「病棟に許可をもらいます」と答えました。しばらくして「病棟から許可が下りたので、見せるだけなのですが、持ち帰らないでください」と言いました。でも、ホームページにはパスがちゃんと上が

っています。つまり、勝手にルールを作っているのです。パスは自分たちのものだと思われ、患者さんのためであるという意識がどこかに行ってしまうています。

私がある病院に行ったとき、患者さんのシーツが汚れていることに気がきました。そこで働く看護師に「交換された方がいいと思います」と言ったら、「明日、シーツ交換の日ですから」と言われました。しかし、明日がシーツ交換の日というのは病棟のルールであって、今この患者さんのシーツが汚れているのですから交換しなければならないと思います。

それから、ラインを自己抜去するからという理由で行動制限しているケースがありました。しかし、その病院では実際には患者さんがラインを自己抜去した例はなく、自己抜去するだろうからという理由で行動制限をしていたのです。どうすれば自己抜去せずに済むかを十分検討した上ならまだしも、検討した気配はありません。その病棟やグループのルールに合わせて、ラインを自己抜去しそうな人を行動制限しているのです。

また、電子カルテで、まだ退院していない患者さんに「軽快退院」と書いてあるケースがありました。「この患者さんは恐らく軽快退院するし、私はその日、多分忙しいから書いた」と言います。そんなことはあり得ないでしょう。同じようなことが看護計画にもあります。患者と話もしていないのに、自分で判断して看護診断が記載されているのです。不思議でしょうがありません。こんなことが続々と出てくることに恐怖すら覚えます。

4. 倫理の後退

ベイザーマンとテンブランセルの解釈によると、人は自分が非倫理的な行動をすることはないと思っています。ところが実際、そうした状況に追い込まれると、例えば時間がなくて、みんながそうしているからとか、大したことないことだからというさまざまな状況の中で倫理的なことが後退し、私が今どうしたいかだけで行動するようになります。そして、意思決定が終わってしばらくすると、何とかすべきだった自分とそうしなかった自分との間にギャップが生まれます。そのときに、「どうして自分はこんなことをしてしまったのだろう」と振り返ることができれば、倫理的な思考に戻ろうとしていることになりますが、何らかの理由を付けて正当化しようとしします。つまり、自分の中の基準を下げたり上げたりします。そうして自分

の中のバランスを取っていると考えられ、それをベイザーマンらは「倫理の後退」と言っています。

私は「組織社会化」という言葉でよく説明するのですが、社会化とは個人が社会の中に入っていくときに、その社会で適切と思われる行動様式や価値観を自分のものにするプロセスのことです。学生が初めて就職したとき、その社会で求められている価値や知識、技能、行動、態度を身に付けていく過程が社会化であり、組織社会化はその組織になじんでいく過程をいいます。最初はいろいろな人が組織の中に入っていますが、お互いをリスペクトしながら、それぞれ違うところがあるからこそイノベーションが起きたり、自分では考えも付かない問題解決方法が生まれたり、アプローチに気付いたり、違う知識をもたらしたりして、多様性を生かす方向に向かえばいいわけです。

しかし、自分の病院の理念に合う人に育ってほしい、私たちの価値観を共有してほしい、同じような態度や思いで患者さんに接してほしいと思うのであれば、個人を迎える組織の側は、いい組織なのだという自信と誇り、実際にやっていることの中での証明がなければなりません。しかし、先輩たちもやっているからとか、そうしておけば無難というふうに考えてしまうと、本当にその組織は社会化されてもよいのかということになります。

5. より良い看護を目指して

看護は、人の命や暮らしに直結する仕事なので、些細なことでも原因を追及され、ネガティブ事象のフィードバックについてはかなり強調して行います。そして、目標管理をしっかりと行います。しかし、そればかりやっていると、より良い看護をする上で大切に思っていることよりも効率化・合理化の方が優先される可能性があります。そして、そういう自分に対して自己評価が下がっていくと思います。原因を追及するばかりでなく、私たちのケアの目的は何だったかを考えるべきです。ネガティブ事象に目を向けたのであれば、同じだけのポジティブ事象にも目を向けるべきです。未達や期限切れのこともあるかもしれませんが、何かをできたことを喜ぶ風土が私たちにあるのでしょうか。たおやかに倫理について考えるには、倫理のために集まるのではなく、仲間や自分の強みを伸ばしていけたらと思えるような風土があれば、普段から尊重し信頼し合える仲間がいれば、倫理の問題をもっとスムーズに話し合えるのではないかと思います。

私たちは、たくさんの幸せを患者さんと共有しています。私たちの仕事は、ちょっとした喜びを患者さんと一緒に喜べるとてもいい仕事だと思いますし、その一つ一つに私たちの仕事の喜びのようなものがたくさんあることを自覚できたらいいと思います。それが自分からも仲間からもたくさん聞かれるようになれば、倫理の問題はすぐに話し合えるようになると思います。

6. 看護師の幸福

2012年、「ダイヤモンド・ハーバード・ビジネス・レビュー」という雑誌で「幸福の戦略」という特集が組まれました。この特集号の中で、マシュー・キリングスワースという学者の論文に、「幸福の原動力は結婚しているかどうか、どこに住んでいるかといった固定的な状況ではなく、日々の小さな事柄の中にある」と書いてありました。職場での幸福は、給料が高い方がいいかもしれませんし、ポジションがある方がいいかもしれません。しかし、幸福は、そういう固定的な状況ではなく、例えば同僚との普段の会話や、関わっているプロジェクトのちょっとした進捗、自分が今日できたことなど、一瞬ごとの経験に左右されるのです。

また、ダニエル・ギルバートは、全ての幸福研究から分かったこととして、誰かの幸福度を予測したいなら財布の中を見るのではなく、その人の人間関係の広さと絆の強さを見ればいいと言っています。私たちは一つか二つの大きな出来事が幸福に深い影響を与えると想像しがちですが、幸福は無数の小さな出来事の総和なのです。

ニック・マークスはTEDでの講義の中で、より幸せになるために毎日すべき五つのこととして、①つながりを大事にすること、②活動的であること、③周囲や自分に敏感であること、④学び続けること、⑤与えることを挙げています。どれも今日からすぐにできそうなことばかりです。五つできないときには、「今日は二つできたな」と自覚するだけでもいいと思います。そんなことを大事にしていくと、ハッピーが増えていくかもしれません。

看護師は本当にやりがいのある素晴らしい仕事なのだから、誇りを持って生き生きと看護してほしいと思うし、私自身もそうありたいといつも思っています。感情労働だといわれますが、仕事を通しての喜びが平和や安心、希望といった仕事に対する前向きな感情を生んでくれます。モチベーションを高めて、コミットメントを強めてくれま

す。それが、いい人生だと思うキャリアを歩むことにつながっていくのではないかと考えています。

今は看護師の幸せをもっと伝播したいと思っています。ですので、一人一人の看護師が「看護師で良かった」「いい看護ができた」ということをたくさん語ってほしいのです。看護師の笑顔に救われる人はたくさんいますし、同僚間でもそう思います。

私が看護部長時代、ある看護師の研究発表で聞いた話があります。「悪性腫瘍で予後の悪いある患者さんが、家族と共に告知を受け、明らかに葛藤していました。患者さんと時間を取って思いを聞く際、否定も肯定もせずにゆっくり相づちを打ちながら、本人が病気の経過を整理できるのを待ちました。患者さんにできる看護援助は、第三者として見守ること、本人の立場で味方であることだと思います。傾聴、共感、受容はすぐに到達できる技術ではありませんが、患者の衝撃が受容に向かうことができる関わりを目指して研さんしていきたいです」。

患者さんからの手紙も紹介したいと思います。「私がつらくて悲しくて、精神的にぼろぼろになって、ベッドで涙に暮れているとき、ある看護師さんが優しく慰めてくれました。別の看護師さんは、朝まで眠れなかったときに、早朝まで悩み事を聞いてくれました。一番うれしかったのは、病状が回復していくことを全ての看護師やヘルパーの皆さまがまるで自分のことのように喜んでくれたことです。重労働の仕事だとは思いますが、病める患者さんの太陽でいてください。どれほど救われるか分かりません」。私はこの手紙で泣きました。

別の患者さんからは、「とても穏やかな気持ちで入院生活を送っています。看護師のOさんはてきぱきしていて親切です。Sさんは笑顔での対応が素晴らしいです。Mさんはどのような質問にも目を合わせてきっちり答えてくれます。あまり良い患者でなかった私に一流の姿勢を見せてくださり、心からありがたく思っています。笑って退院できることに心から感謝します」という手紙を頂きました。

私たちの仕事は、患者さんの生活に大きな影響をもたらす、患者さんの救いになっていると思います。患者さんの幸福、看護師の幸福はどちらも簡単ではないけれども、毎日の中にあるかもしれません。そして、倫理を考えることとは、何かできなかったことを追及することだけでなく、人の

幸せがどうあればいいのかを考えることではないかと思います。

患者さんへのケアや援助を通して、患者さんから教えてもらうことはたくさんあります。「こんな私でも役に立てた。だから、役に立った自分をまた次の患者さんに生かしたい」というふうに仲間が成長すると、仲間もうれしいです。仲間も成長すると、一人一人が何かしらもっといい看護をしたい、もっといいキャリアを歩みたいと考えるようになって、もっといい看護ができていきます。それが看護師の幸福のサイクルだと思います。

7. 援助専門職として

私がプロフェッションフッドの研究をしていたときに出会った『援助専門職 (Helping Profession)』という本に、「援助専門職の特徴は、援助する相手への即時の反応である」と書いてあります。「痛い」と言っている患者さんに「どこが痛いですか」と聞いたり、「つらい」と言っている患者さんの側にいてあげたりすることが即時の反応です。しかし、思考して問題解決をする人間でなければなりません。活動するときの道具は自分自身です。もちろん呼吸器や体温計なども使いますが、道具は自分自身です。なぜなら、患者さんが自分を必要としているからです。

また、その本には「効果的な援助者とは、一緒にいるためのガイドとなるような、広く正確で内的一貫性のある認識、信念、価値観、見解、目標を獲得した人」と書いてあります。これがまさにプロフェッションフッドのことです。患者さんとうまく向き合えばいいのかという軸になるような、自分が大切に感じていることを獲得することで、プロフェッションフッドは育っていくのです。

私たちは科学的に物事を見て、エビデンスがあることはきちんとエビデンスを見つけながら、それを使える力（サイエンス）を持つことが大事ですが、一人一人の患者さんは異なりますから、患者さんの主観や感情、考えていることに寄り添える力（アート）も必要です。このサイエンスとア

ートの二つの症候学で私たちは援助しているのです。

援助者になるということは長い人生の過程でもあります。たくさんの小さなステップを積み上げて人間が成長、発達するプロセスを広く深く認識し、仲間の幸福にも関与しながら、より自己実現を図る人間へと成長することが私たちの仕事に求められます。このプロセスは決して終わるものではないし、自他を実現させる可能性には限りがありません。だから、倫理的なことをつまづくことがあるのは当たり前です。私たちは倫理とともに生きているのです。

インタビューでも皆さんから、看護とは患者さんにより良い人生を生きてもらうこと、患者さんの健康で楽しい生活に貢献すること、生きるつらさやしんどさを和らげること、戦時中であろうが、平和なときであろうが普遍的に必要なこと、病院を治療する場所だけでなく人間らしさを提供する場にあること、私にとってなくてはならないものという声を聞きました。また、「自分はケアや知識、技術を提供している立場であっても、看護は返ってくるものの方が大きい」「自分のキャリア上の課題や次の目標を浮き彫りにし、成長させてくれるけれども、とても奥が深くて、答えのないもの」「私は看護に育てられてきたから、私にとってはなくてはならないもの」「看護は頂上が見えないけれども、登るのが楽しみな山のようなもの」「給料をもらうための仕事だけど、選ぶべくして選んだ仕事」といった言葉も聞かれ、私はすごくエンパワーされてきました。それらの言葉から、看護に携わってよかったという看護師一人一人の幸せを感じます。

幸せは伝播すると思うのです。皆さんそれぞれの中にある看護をもっと語っていただいて、その中にたくさんある喜びややりがいをもっと引き出してほしいと思っています。私は倫理だけをつまみ上げて「これが倫理です」と言うのではなく、私たちの日常の喜びの中にも倫理がたくさんあることをお伝えしたかったのです。

原 著

医療安全に関連する職員研修の 企画・実施・評価に対する 医療安全管理者の負担感とその影響要因

Feeling of burden and the effect factors regarding a plan,
a training and an evaluation a medical safety manager does
for a staff training course

松井 康一¹⁾, 丸岡 直子²⁾

Kohichi Matsui¹⁾, Naoko Maruoka²⁾

¹⁾石川県済生会金沢病院, ²⁾石川県立看護大学

¹⁾ Ishikawa-ken Saiseikai Kanazawa Hospital

²⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

医療安全管理者, 職員研修, 負担感, 影響要因

Key words

medical safety manager, staff training course, feeling of burden, effect factor

要 旨

本研究は医療安全管理者が行う職員研修に関する負担感に着目し、その影響要因を明らかにすることを目的とし、医療安全管理者に必要な支援を検討する。全国の医療安全対策加算1（専従）または加算2（専任）を取得している病院に勤務する医療安全管理者1,000名を対象に、無記名の自記式質問紙調査を2014年7月～8月に実施した。451名から有効回答があり、専従が258名、専任が193名であった。専任、専従の両方で70%以上が負担ありと答えた業務は「教材（講義資料）の作成」、「講義の実施」、「研修内容の活用評価」であった。多重ロジスティック回帰分析の結果、専従では『着任前に院内研修のリーダー経験』があることが、負担感軽減と関連していた。専任では『医療安全に関する講習会参加への病院からの支援』があることが、負担感軽減と関連していた。以上より、病院管理者は、医療安全管理者に教育的な資質を向上させるための研修会参加や、院内の教育担当者と連携を促す必要性が示唆された。

連絡先：松井 康一

石川県済生会金沢病院

〒920-0353 石川県金沢市赤土ニ13-6

Abstract

Purpose : To find a necessary assistance for a medical safety manager by examining the relationship between the feeling of burden experienced by them in a staff training course and effect factors.

Subjects : 1,000 managers working at hospitals nationwide that are granted with an additional amount of medical fee for Class 1 (fully dedicated administration) and Class 2 (partially dedicated administration) of Medical Safety Measures.

Methods : A research by an anonymous questionnaire in free writing was conducted during July and August of 2014. The contents of the research; status of the subject, extent of burden in carrying out a plan, a training and an evaluation with a total number of 12 questions, and another 12 questions regarding an effect factor.

Results and Conclusion : There were 451 valid responses out of 1,000 subjects with 258 fully dedicated managers and 193 partially dedicated managers. Assignments for which more than 70% of both managers felt a burden were; preparing educational materials, giving lectures and an applicable evaluation on the program. Results of multiple logistic regression analysis suggested “an experience of a leader in an in-house training before” related to a reduction of burden in the 6 questions for the fully dedicated managers. Particularly, the assignments “clarification of in-house problems” and “setting a goal” showed a high rate of odds ratio. For the partially dedicated managers, “a backup by their hospital to participate in a training” related to reduction of burden in 6 questions. The assignment of “promoting participation in a training” showed a high rate of odds ratio in particular. It is suggested from the above that hospital management is required to urge their safety managers to participate in workshops in order to enhance the quality of education and cooperate with in-house persons responsible for education.

はじめに

医療安全に関する職員研修の企画・実施は医療安全管理者の主要な業務の一つで、職場の安全意識を高める取り組みとして重視されるべきものである^{1) 2)}。多くの医療機関では「入院基本料等の施設基準等」における医療安全管理体制の基準に明記されている年2回程度の職員への医療安全研修を実施しており、医療安全管理者はその直接的な担当者であると考えられる³⁾。医療安全に関する職員研修は新しい知識や技術の獲得、情報の提供、意識や行動の変容などを目的とし、組織の安全文化の醸成に重要な役割を果たしている。しかし職員研修を行うにあたって、医療安全管理者は組織風土の分析、多職種が興味を示す内容の選定、運営、教育効果の測定と評価など多岐にわたる業務を遂行する必要がある³⁻⁶⁾。その一方、医療機関に配置されている医療安全管理者はその業務内容やコストの面から、看護師が着任することが圧倒的で、1人配置であることが多い^{7) 8)}。看護師の医療安全管理者が医療安全活動を行うに当たって、孤独や他職種との関係について困難に感じていることは明らかになっている⁹⁻¹¹⁾。また1人配置で組織横断的に渡る業務を遂行することに

限界を感じている医療安全管理者も少なくないと指摘されている⁸⁾。

医療安全管理者になるには、医療安全対策に係る適切な養成研修(40時間以上又は5日程度のもの)を修了しなくてはならない¹²⁾。養成研修プログラム内容の「医療安全についての職員に対する研修の企画・運営」についての時間配分は、1.5～5時間であった¹³⁻¹⁷⁾。養成研修自体の短さは指摘されている¹⁸⁾。安全意識を高めるべき効果的な教育の必要性が求められている¹⁹⁾にも関わらず、この研修時間は十分とは言えない。そういった状況で医療安全管理者に任命され、養成研修受講後は1人で業務にかかわることは少なくない現状も指摘されている²⁰⁾。

以上のことから、多くの医療安全管理者は、その役割遂行、特に職員研修において困難や負担を感じているのではないかと考えられる。職員研修の企画・実施・評価における多岐にわたる業務に対して医療安全管理者が感じる負担感には自身の力量やネットワーク、周囲の環境などの要因が影響しているのではないかと推察される。

また医療安全管理者は医療安全対策加算により専従(加算1:入院初日に85点を算定)と専任(加

算2：入院時に35点を算定）に分けられる。これは医療機関の状況に配慮した内容である。病床規模にかかわらず、組織的な医療安全推進と質の向上が強く求められるようになっている^{7) 8)}。専従と専任では病院規模や、重視される業務内容、医療安全管理者の組織内での位置づけが異なると考える。よって、専従・専任それぞれで、負担感とその影響要因を明らかにしたいと考える。

本研究では医療安全管理者が企画・実施・評価する職員研修に関する負担感とその負担感に影響する要因について、専従・専任のそれぞれの状況を明らかにすることを目的とし、必要な支援を検討したいと考える。

用語の定義を以下のようにした。

1. 専従の医療安全管理者（以後、専従）：医療安全対策加算1（以後、加算1）を取得している病院で、医療安全管理部門に所属し専従で医療安全管理の業務に従事する者。

2. 専任の医療安全管理者（以後、専任）：医療安全対策加算2（以後、加算2）を取得している病院で、医療安全管理部門に兼務し専任で医療安全管理の業務に従事する者。

3. 負担感：医療安全に関する職員研修の企画・実施・評価に対する業務遂行において、医療安全管理者が過剰に重荷と感ずること。

方 法

1. 対象

対象は医療安全対策加算1または加算2を取得している病院に勤務する医療安全管理者1,000名である。

2. 対象の選定方法

全国の厚生労働省地方厚生局8箇所の各ホーム

ページに掲載されている各都道府県の届出受理医療機関名簿（閲覧日：2014年6月10日）から、医療安全対策加算1または2を取得している3,147病院を選別した。それらを病床ごとで4階層に区分け（20～99床：509病院、100～299床：1,514病院、300～499床：723病院、500床以上：401病院）し、階層による偏りがないよう無作為に1,000病院を抽出した。各病院の医療安全管理者の配置人数が不明なため、1病院1名を対象とした。

3. 研究の概念枠組み

文献^{3) 5) 8-11) 19) 20)}や医療安全管理者からの聞き取りから、医療安全管理者が行う医療安全に関する職員研修の負担感が、個人要因（医療安全管理者経験年数、医療安全管理者着任前の医療安全管理への関心、教育経験、自己研鑽、個人的なネットワーク）と環境要因（病床数、医療安全対策加算の区分、医療安全管理者配置人数、組織の医療安全に対する関心、組織からの支援）に影響されると考え、図1の枠組みを作成した。

負担感に影響する個人要因としてあげた項目で、教育経験は、医療安全管理者に着任する前の院内研修リーダー経験とした。自己研鑽は、医療安全系学会への所属と調査実施の前年度の医療安全に関する講習会への参加とした。個人的なネットワークは、病院内で研修について相談できる職員が存在と、他院で研修について相談できる医療安全管理者の存在とした。環境要因としてあげた項目で、組織の医療安全に対する関心は、病院職員の医療安全への関心の程度とした。組織からの支援は医療安全に関する講習会参加への病院からの支援と研修の必要経費の確保とした。

4. 調査項目

調査項目は8名（教育担当経験のある病院職員

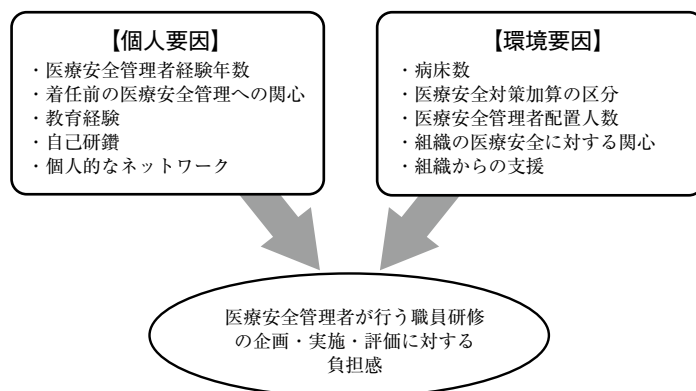


図1 研究の概念枠組み

5名、医療安全管理者3名）に対する聞き取りから得た具体的な職員研修をするにあたり必要な業務内容を参考に決定した。そして独自の質問紙を作成した。調査項目は以下とする。

1) 対象者の属性として6項目

年齢、性別、職種、医療従事経験年数、医療安全管理者経験年数、病床数を質問した。

2) 職員研修の企画・実施・評価のプロセスに沿った業務12項目に関する負担感

自施設の課題の明確化、研修目標の設定、研修方法の設定、講義の実施、アンケート内容の分析など12項目の業務の経験の有無を質問した。さらに経験者に対し、その負担感を4件法（負担、やや負担、やや負担ではない、負担ではない）で質問した。

3) 負担感に影響を与えると考えられる要因

着任前の医療安全管理への関心の有無、着任前の院内研修のリーダー経験の有無、前年度の医療安全に関する講習会の参加回数、医療安全管理者の配置人数、医療安全に関する講習会参加への病院からの支援などを質問した。

5. 調査期間

2014年7月～8月

6. データ収集方法

対象宛てに無記名の自記式質問紙調査用紙を郵送し、2週間程度で返送することを依頼した。対象者から直接、返信用封筒にて質問紙を回収した。

7. データの分析方法

1) 対象者の属性と所属病院の概要

年齢、医療従事経験年数、医療安全管理者経験年数、病床数はShapiro-Wilk検定にて正規性の確認を行う。正規分布していればスチューデントのt検定、正規分布していなければMann-Whitney U検定を用い、専従と専任を比較分析した。性別は男・女、職種は看護師・非看護師で χ^2 検定を用い、専従と専任を比較分析した。

2) 職員研修の企画・実施・評価に関する負担感（以後、負担感）

調査項目の負担感で「負担」および「やや負担」を選択した人を【負担あり】、「負担ではない」および「やや負担ではない」を選択した人を【負担なし】とした。負担感の有無について、記述統計的に分析した。また専従と専任の負担感の傾向を知る目的で χ^2 検定を用い、両者を比較分析した。

3) 負担感に影響を与えると考えられる要因（以後、影響要因）

影響要因について、あり・なしの2群に分けら

れないものは、表3-1で示したように2群に分けた。専従と専任の影響要因の傾向を知る目的で χ^2 検定を用い、それぞれを比較分析した。

4) 負担感と影響要因との関係の分析

12項目の負担感なしを従属変数、12項目の影響要因を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行い、オッズ比で関係性を分析した。各独立変数間での多重共線性の影響を考慮し、事前に Φ 係数で高い相関関係（ $|r| \geq 0.35$ ）を認めた場合、関連の強い変数を採用することとした。モデルの適合度はHosmer&Lemeshow検定を用いて判断した。

すべての分析においては欠損値を除外し、有意水準は5%とした。統計ソフトは、IBM SPSS Statistics 22、IBM SPSS Regressionを用いた。

8. 倫理的配慮

本研究はI大学倫理委員会の承認（看大第388号）を得て実施した。対象者へは、調査用紙に調査の趣旨・方法の説明とともに、回答は自由意思に基づくもの、無記名でプライバシーは保護されること、回答を拒否しても不利益を生じないことを明記し、調査への協力を求めた。対象者からの調査用紙の返信をもって、調査への同意を得たとした。

結 果

対象者1,000名中454名（回収率45.4%）から回答が得られ、病床数の記入がないものを除外した451名（有効回答率99.3%）を分析対象とした。医療安全対策加算の内訳は、加算1（専従）が258名、加算2（専任）が193名であった。

1. 対象者の属性と所属病院の概要（表1-1）

年齢は専従では 51.8 ± 5.7 （平均 $\pm$ 標準偏差）歳、専任では 49.6 ± 7.7 歳であった。性別は女性の割合は専従では87.6%、専任では69.9%であった。職種は看護師の割合が専従では92.2%、専任では82.4%であった。医療従事経験年数は専従では 29.1 ± 6.1 年、専任では 26.7 ± 8.0 年であった。専従・専任医療安全管理者経験年数は専従では 3.4 ± 2.3 年、専任では 3.2 ± 1.4 年であった。病床数は専従では 346.5 ± 219.2 床、専任では 158.4 ± 96.8 床であった。病床数の中央値は専従では300床、専任では139床であった。

Shapiro-Wilk検定の結果（表1-2）、年齢、医療従事経験年数、医療安全管理者経験年数、病床数すべてにおいて専従、専任ともに $P < 0.05$ であった。有意に正規性に従わないと判断し、Mann-Whitney U検定を用いた。年齢、性別、職種、医

表 1－1 対象者の属性と所属病院の概要

		専従 n=258	専任 n=193	P 値
年齢	mean ± SD	51.8 ± 5.7	49.6 ± 7.7	0.001*
性別	女性	226 (87.6)	135 (69.9)	0.000*
	男性	32 (12.4)	56 (29.0)	
	無回答	—	2 (1.0)	
職種	看護師	238 (92.2)	159 (82.4)	0.003*
	薬剤師	9 (3.5)	15 (7.8)	
	検査技師	1 (0.4)	7 (3.6)	
	その他	10 (3.9)	10 (5.2)	
	無回答	—	2 (1.0)	
医療従事経験年数	mean ± SD	29.1 ± 6.1	26.7 ± 8.0	0.000*
医療安全管理者経験 年数	mean ± SD	3.4 ± 2.3	3.2 ± 1.4	0.766
	3 年目以上	147 (57.0)	110 (57.0)	
	2 年目	46 (17.8)	37 (19.2)	
	1 年目	59 (22.9)	21 (10.9)	
	無回答	6 (2.3)	25 (13.0)	
病床数	mean ± SD	346.5 ± 219.2	158.4 ± 96.8	0.000*
	median	300	139	
	20~99 床	5 (1.9)	58 (30.1)	
	100~299 床	118 (45.7)	122 (63.2)	
	300~499 床	87 (33.7)	10 (5.2)	
	500 床以上	48 (18.6)	3 (1.6)	

注 1：年齢、医療従事経験年数、医療安全管理者経験年数、病床数は Mann-Whitney U 検定を行った

注 2：性別、職種（看護師、非看護師）は χ^2 検定を行った

*：P<0.05

表 1－2 対象者の属性と所属病院の概要についての正規性の検定 P値

	専従	専任
年齢	0.002	0.013
医療従事経験年数	0.000	0.031
医療安全管理者経験年数	0.000	0.000
病床数	0.000	0.000

Shapiro-Wilk 検定

表 2 職員研修の企画・実施・評価に関する負担感

		専従 n=258			専任 n=193			P 値
段階	業務内容	業務経験者	業務負担感		業務経験者	業務負担感		P 値
			あり	なし		あり	なし	
企画	自施設の課題の明確化	254 (98.4)	148 (58.3)	106 (41.7)	179 (92.7)	115 (64.2)	64 (35.8)	0.210
	研修目標の設定	254 (98.4)	139 (54.7)	115 (45.3)	181 (93.8)	102 (56.4)	79 (43.6)	0.736
	研修方法の設定	251 (97.3)	150 (59.8)	101 (40.2)	178 (92.2)	99 (55.6)	79 (44.4)	0.392
	講師の依頼	235 (91.1)	152 (64.7)	83 (35.3)	165 (85.5)	94 (57.0)	71 (43.0)	0.119
	研修の事前打ち合わせ	252 (97.7)	115 (45.6)	137 (54.4)	174 (90.2)	72 (41.4)	102 (58.6)	0.384
	研修参加の促進	248 (96.1)	175 (70.6)	73 (29.4)	182 (94.3)	115 (63.2)	67 (36.8)	0.107
	教材（講義資料）の作成	242 (93.8)	186 (76.9)	56 (23.1)	164 (85.0)	134 (81.7)	30 (18.3)	0.241
実施	講義の実施	240 (93.0)	175 (72.9)	65 (27.1)	165 (85.5)	126 (76.4)	39 (23.6)	0.435
	ファシリテーターの役割遂行	219 (84.9)	140 (63.9)	79 (36.1)	149 (77.2)	92 (61.7)	57 (38.3)	0.670
評価	アンケート内容の分析	231 (89.5)	130 (56.3)	101 (43.7)	156 (80.8)	104 (66.7)	52 (33.3)	0.040*
	研修内容の活用評価	241 (93.4)	199 (82.6)	42 (17.4)	171 (88.6)	138 (80.7)	33 (19.3)	0.628
	次の研修への課題の明確化	247 (95.7)	177 (71.7)	70 (28.3)	179 (92.7)	123 (68.7)	56 (31.3)	0.511

 χ^2 検定 *：P<0.05

表3-1 負担感に影響を与えられ考える要因

		n (%)		
		専従 n=258	専任 n=193	P 値
①専従・専任医療安全管理者経験年数	3 年目以上 1～2 年目 無回答	147 (57.0) 105 (40.7) 6 (2.3)	110 (57.0) 58 (30.1) 25 (13.0)	0.141
②着任前の医療安全管理への関心	あり なし 無回答	175 (67.8) 81 (31.4) 2 (0.8)	128 (66.3) 63 (32.6) 2 (1.0)	0.764
③着任前の院内研修のリーダー経験	あり なし 無回答	176 (68.8) 80 (31.3) 2 (0.8)	125 (64.8) 64 (33.2) 4 (2.1)	0.560
④医療安全系学会への所属	あり なし 無回答	115 (44.6) 143 (55.4) －	30 (15.5) 162 (83.9) 1 (0.5)	0.000*
⑤医療安全に関する講習会への参加 (調査前年度)	1 回以上 0 回 無回答	227 (88.0) 31 (12.0) －	150 (77.7) 39 (20.2) 4 (2.1)	0.013*
⑥病院内で研修について相談できる 職員	あり なし 無回答	214 (82.9) 44 (17.1) －	174 (90.2) 18 (9.3) 1 (0.5)	0.019*
⑦他院で研修について相談できる 医療安全管理者	あり なし 無回答	178 (69.0) 77 (29.8) 3 (1.2)	83 (43.0) 109 (56.5) 1 (0.5)	0.000*
⑧病床数	中央値以上 中央値未満 無回答	135 (52.3) 123 (47.7) －	98 (50.8) 95 (49.2) －	－
⑨専従・専任医療安全管理者の配置数	2 人以上 1 人 無回答	71 (27.5) 181 (70.2) 6 (2.3)	46 (23.8) 141 (73.1) 6 (3.1)	0.402
⑩病院職員の医療安全への関心の程度	高い 高くない 無回答	137 (53.1) 110 (42.6) 11 (4.3)	97 (50.3) 89 (46.1) 7 (3.6)	0.493
⑪医療安全に関する講習会参加への 病院からの支援	あり なし 無回答	210 (81.4) 48 (18.6) －	146 (75.6) 43 (22.3) 4 (2.1)	0.282
⑫研修の必要経費の確保	できる できない 無回答	187 (72.5) 69 (26.7) 2 (0.8)	123 (63.7) 65 (33.7) 5 (2.6)	0.084

χ^2 検定 * : P<0.05

表3-2 病院内で研修について相談できる職員の内訳

		n (%)	
		専従	専任
直属上司	138 (64.5)	82 (47.1)	
教育担当	63 (29.4)	57 (32.8)	
院長	51 (23.8)	39 (22.4)	
医療安全委員	34 (15.9)	16 (9.2)	
その他	31 (14.5)	28 (16.1)	

(複数回答)

療従事経験年数、病床数では表1-1に示すように、専従と専任に有意な違いがあった。

2. 負担感（表2）

負担ありと答えた対象者の割合が70%以上の業務は、専従では「研修参加の促進」（70.6%）、「教材（講義資料）の作成」（76.9%）、「講義の実施」（72.9%）、「研修内容の活用評価」（82.6%）、「次の研修への課題の明確化」（71.7%）であった。専任では「教材（講義資料）の作成」（81.7%）、「講義の実施」（76.4%）、「研修内容の活用評価」（80.7%）であった。また負担感の有無について、専従と専任を χ^2 検定で比較した結果、「アンケートの分析」（ $P=0.040$ ）のみ専従、専任で負担感の有無に有意な違いがあった。

3. 影響要因（表3-1、表3-2）

影響要因を専従と専任を χ^2 検定で比較した結果、12項目中4項目の影響要因で有意差があった。『医療安全学会への所属』あり、『前年度の医療安全に関する講習会への参加』1回以上、『他院で研

修について相談できる医療安全管理者』ありの割合は、専従が有意に高かった。『病院内で研修について相談できる職員』ありの割合は、専任が有意に高かった。病院内で研修について相談できる職員の割合は、専従、専任とも直属の上司が最も高く、以下は教育担当、院長、医療安全委員の順であった。なお『病床数』は専従と専任では中央値が違っており比較する妥当性がないと考え、 χ^2 検定をおこなわなかった。

4. 負担感と影響要因との関係

1) 専従の場合（表4）

『着任前の院内研修のリーダー経験』ありが、なしと比べて12項目中6項目の業務で、【負担なし】の割合が有意に高かった。特に「自施設の課題の明確化」のオッズ比が4.134、「研修目標の設定」が3.834と高値であった。一方「アンケート内容の分析」において『病床数』と『専従医療安全管理者配置数』のオッズ比が1未満となった。なお、影響要因間の Φ 係数は $|r|=0.000\sim0.340$ であり、

表4 専従の多重ロジスティック回帰分析

	オッズ比	95%信頼区間 下限－上限	P 値	Hosmer & Lemeshow 検定
◇自施設の課題の明確化				
○専従医療安全管理者経験年数	2.125	1.112－4.061	0.023	0.340
○着任前の院内研修のリーダー経験	4.134	1.966－8.689	0.000	
○病院職員の医療安全への関心の程度	2.698	1.391－5.234	0.003	
◇研修目標の設定				
○着任前の院内研修のリーダー経験	3.834	1.925－7.636	0.000	0.668
◇研修方法の設定				
○着任前の院内研修のリーダー経験	3.314	1.925－7.636	0.001	0.416
○医療安全学会への所属	2.493	1.336－4.651	0.004	
○病院内で研修について相談できる職員	2.977	1.066－8.315	0.037	
◇教材（講義資料）の作成				
○専従医療安全管理者経験年数	2.378	1.131－4.997	0.022	0.644
◇講義の実施				
○着任前の院内研修のリーダー経験	2.297	1.011－5.219	0.047	0.266
◇アンケート内容の分析				
○病床数	0.508	0.269－0.959	0.037	0.242
○専従医療安全管理者配置数	0.482	0.244－0.953	0.036	
◇研修内容の活用評価				
○着任前の院内研修のリーダー経験	3.389	1.178－9.752	0.024	0.361
◇次の研修への課題の明確化				
○着任前の院内研修のリーダー経験	2.294	1.030－5.105	0.042	0.652

注1：文頭の◇を業務内容、○を影響要因とした 注2： $P<0.05$ のみを表に記載した

表5 専任の多重ロジスティック回帰分析

	オッズ比	95%信頼区間 下限－上限	P 値	Hosmer & Lemeshow 検定
◇研修方法の設定				
○医療安全に関する講習会参加への病院からの支援	3.156	1.052－ 9.471	0.040	0.798
◇講師の依頼				
○医療安全に関する講習会参加への病院からの支援	3.917	1.248－ 12.299	0.019	0.712
◇研修の事前打ち合わせ				
○着任前の医療安全管理への関心	2.947	1.151－ 7.546	0.024	0.564
○着任前の院内研修のリーダー経験	0.299	0.110－ 0.813	0.018	
○医療安全に関する講習会参加への病院からの支援	3.399	1.206－ 9.579	0.021	
◇研修参加の促進				
○医療安全に関する講習会参加への病院からの支援	5.791	1.475－ 22.739	0.012	0.570
◇教材（講義資料）の作成				
○他院で研修について相談できる医療安全管理者	3.150	1.080－ 9.185	0.036	0.097
◇講義の実施				
○専従医療安全管理者経験年数	3.744	1.171－ 11.975	0.026	0.674
○着任前の院内研修のリーダー経験	6.253	1.445－ 27.070	0.014	
○医療安全に関する講習会への参加（調査前年度）	0.218	0.066－ 0.723	0.013	
○病院職員の医療安全への関心の程度	0.197	0.066－ 0.590	0.004	
○医療安全に関する講習会参加への病院からの支援	5.483	1.013－ 29.675	0.048	
◇ファシリテーターの役割遂行				
○医療安全系学会への所属	0.224	0.054－ 0.927	0.039	0.547
◇アンケート内容の分析				
○病院内で研修について相談できる職員	0.164	0.030－ 0.854	0.032	0.269
○研修の必要経費の確保	4.439	1.272－ 15.494	0.019	
◇次研修への課題の明確化				
○医療安全に関する講習会参加への病院からの支援	4.981	1.042－ 23.815	0.044	0.387

注：文頭の◇を業務内容、○を影響要因とした 注2：P<0.05のみを表に記載した

多重共線性に影響を与えるような高い独立変数間の相関は認めなかった。

2) 専任の場合（表5）

『医療安全に関する講習会参加への病院からの支援』があり、なしと比べて12項目中6項目の業務で、【負担なし】の割合が有意に高かった。また「講義の実施」において『着任前の院内研修のリーダー経験』のオッズ比が6.253、「研修参加の促進」において『医療安全に関する講習会参加への病院からの支援』のオッズ比が5.791と高値であった。一方、オッズ比が1未満となったものが5項目あり、「アンケート内容の分析」について『病院内で研修について相談できる職員』が0.164、「講義の実施」において『病院職員の医療安全への関

心の程度』が0.197と低値であった。なお、影響要因間の相関係数は $|r| = 0.001 \sim 0.290$ であり、多重共線性に影響を与えるような高い独立変数間の相関は認めなかった。

考 察

1. 対象者の代表性

今回の調査から、専従・専任の医療安全管理者の共通する背景として、医療従事経験年数が豊富な看護師が、1人でその業務を担っていることがいえる。医療安全管理業務は組織横断的で全職員を対象としており^{8) 21) 22)}、年齢が低く医療従事経験年数が少ないとコンセンサスを得られにくく、部門間での調整活動²¹⁾がうまくいかないと推察さ

れる。看護師は病院内で一番多く、インシデントレポートの提出が他職種よりも多い²⁾。また看護師は医療・看護の最終実施者となる可能性が高く、医療安全推進に密接に関わっており⁸⁾、看護師が医療安全管理者に着任するのは当然の流れであると考えられる。また専従と専任は年齢、性別、職種、医療安全管理者経験年数、病床数で有意な違いがあるため、専従、専任を分けて検討する妥当性があると考えられる。

専従は、比較的病床数の多い病院に勤務していた。これは病床数が多いほど職員数も多く、対象とする事例数が多いことや、専従者を配置できるほどの人的余裕があるためと推察される。また『医療安全学会への所属』があり、『医療安全に関する講習会への参加』が1回以上、『他院で研修について相談できる医療安全管理者』が割割が、専任と比べ専従のほうが有意に高かった。これは専従が、学会や院外研修、医療安全管理者のネットワークなど、外部に情報や関係を求める傾向にあることを示唆している。

一方、専任は、比較的病床数の少ない病院に勤務していた。これは病床規模にかかわらず医療安全推進活動の質が高まるよう⁸⁾、加算2が新設されており、それが表れている結果といえる。また『病院内で相談できる職員』が割割の割合が、専従と比べ専任のほうが有意に高かった。これは専任が、その資格の基づく業務を行いながらの兼任であるため、内部で完結する傾向が強いためと考えられる。

2. 医療安全管理者が感じている負担感の特徴

χ^2 検定の結果から専従、専任の負担感の傾向はほぼ同じといえる。12項目の業務のうち、「研修の事前打ち合わせ」以外すべての項目に対して、半数以上が負担ありと感じていた。中でも「教材（講義資料）の作成」、「講義の実施」、「研修内容の活用評価」が専従、専任の両方で7割以上が負担と感じていた。舟島²³⁾は、院内教育プログラムの展開は、①プログラムの全体を構造化、②全体を構成する各研修を授業として対象者に提供、③その結果を査定、④それらを反映したプログラムを再編成する、の4要素を含有する活動であると述べている。「教材（講義資料）の作成」や「講義の実施」は②全体を構成する各研修を授業として対象者に提供、「研修内容の活用評価」は③その結果を査定することに当てはまる。②全体を構成する各研修を授業として対象者に提供、③その結果を査定することは、院内教育プログラムの根

幹と言える。それらの負担感を軽減できるような、例えば教材の作成や、講義の実施、研修の評価を実際に行い経験する医療安全管理養成研修の実施が望まれる。

また現在、新人看護職員研修の努力義務化により、多くの病院では職員研修の方法等についての研修を受けた研修責任者や教育担当者が配置されている²⁴⁾。このような職員がいるのにも関わらず、病院内で研修について相談できる職員がいると答えたもののうち、専従では29.4%、専任では32.8%しか研修の企画・実施・評価などの相談を行っていない現状がみられた。新人看護師の研修責任者や教育担当者と連携した研修を行うことが、職員研修実施能力の向上および負担感の軽減につながると考えられる。

3. 影響要因からみた支援方策

1) 専従の場合

『着任前の院内研修のリーダー経験』は、院内で教育に携わり、職員研修を主体的に開催した経験を示している。このことは職員研修の企画・実施・評価に関する業務の全般で負担感を下げる要因となっていた。オッズ比の高かった「自施設の課題の明確化」と「研修目標の設定」は職員研修の企画段階でも初めのほうである。舟島²³⁾の院内教育プログラムの展開では①プログラムの全体を構造化に当てはまる。いわば問題を顕在化し、それを解決するための目標を立てる、職員研修を企画するうえで核となる業務と言える。病院管理者は、任命後に教育的な資質を向上させるための研修会の参加を促すことや、前述したような院内の教育担当者と連携できるよう配慮する必要性が示唆された。

一方「アンケート内容の分析」においては『病床数』が中央値より大きな病院であるとオッズ比が1未満となったのは、扱うデータの量が大きくなり、業務負担感が増大すると考えられる。また『専従医療安全管理者配置数』が複数であると、「アンケート内容の分析」において、双方での検討時間の確保や、意見のすりあわせの作業など、業務負担感が増大すると考えられる。

2) 専任の場合

『医療安全に関する講習会参加への病院からの支援』があることは、職員研修の企画・実施・評価に関する業務の全般で負担感を下げる要因となっていた。『医療安全に関する講習会参加への病院からの支援』は金銭や勤務調整などの直接的な支援だけではなく、病院管理者が医療安全を病院

管理の重要課題に位置づけていることを示していると考えられる。そういった風土を作ることが、「研修参加の促進」においてオッズ比が5.791と高値となる結果にも表れている。病院管理者は医療安全を病院管理の重要課題と位置づけて、専任医療安全管理者の講習会への参加を支援する重要性が示唆された。また「講義の実施」において『着任前の院内研修のリーダー経験』のオッズ比が6.253と高値であったことは、『着任前の院内研修のリーダー経験』があると、実際に講義を行い、プレゼンテーションの工夫や参加者の反応を見ながら進行するなどの経験があると思われ、業務負担感の軽減につながったと考えられる。

一方、オッズ比が1未満で特に低値になったものについて、「アンケート内容の分析」で『病院内で研修について相談できる職員』がありオッズ比0.164であった。これは病院内で研修について相談できる職員がいると、結果的に「アンケート内容の分析」が複雑なものを求められるため、業務負担感が増大すると考えられる。「講義の実施」で『病院職員の医療安全への関心の程度』があり0.197であった。『病院職員の医療安全への関心の程度』が高いと、その期待に応えるため講義内容に工夫が求められ、業務負担感の増大につながったと考えられる。求められることの高さをエネルギーに変えて、より良い講義の実施へとつなげていく姿勢が望まれる。

結 論

医療安全管理者が行う職員研修の負担感とその影響要因を明らかにし、医療安全管理者に必要な支援を検討するために、全国の医療安全対策加算1または2を取得している病院に勤務する医療安全管理者1,000名を対象に、無記名の自記式質問紙調査を行い、有効回答451名を分析対象とし、以下の結果を得た。

1. 医療安全管理者が行う職員研修の12項目の業務のうち、11項目で、半数以上が負担ありと感じており、中でも「教材（講義資料）の作成」、「講義の実施」、「研修内容の活用評価」が専従、専任の両方で70%以上が負担と感じていた。

2. 専従では、『着任前に院内研修のリーダー経験』があることが、12項目の業務中、6項目で負担感軽減と関連していた。特に「自施設の課題の明確化」、「研修目標の設定」の業務でオッズ比が高値であった。病院管理者は、医療安全管理者任命後に教育的な資質を向上させるための研修会

の参加を促すことや、院内の教育担当者と連携できるように配慮する必要性が示唆された。

3. 専任では、『医療安全に関する講習会参加への病院からの支援』があることが、12項目の業務中、6項目で負担感軽減と関連していた。特に「研修参加の促進」の業務でオッズ比が高値であった。病院管理者は医療安全を病院管理の重要課題と位置づけて、専任医療安全管理者の講習会への参加を支援する重要性が示唆された。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、調査へご協力いただきました全国の医療機関の専従・専任医療安全管理者の皆様に厚くお礼申し上げます。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 竹村敏彦, 浦松雅史, 濱野強, 他: 安全意識の変化に関する研究—国立大学病院における経年変化の比較, 日本医療・病院管理学会誌, 48(4), 243–252, 2011
- 2) 荒井有美: 【医療安全のさらなる推進に向けて】医薬品の安全管理体制 職種間連携による医療安全の向上, 公衆衛生, 77(7), 539–543, 2013
- 3) 石川雅彦: 【組織の“医療安全力”を高める人材育成】職種経験年数と状況に対応した人材育成 非医療職職員も含めた全職員対象の教育体制づくり, 看護管理, 22(8), 638–643, 2012
- 4) Kudo Y, Kido S, Taruzuka S M, et al.: Safety Climate and Motivation toward Patient Safety among Japanese Nurses in Hospitals of Fewer than 250 Beds, Industrial Health, 47(1), 70–79, 2009
- 5) 石川雅彦: 【組織の“医療安全力”を高める人材育成】医療安全管理者養成研修のプログラム 組織の“医療安全力”を高めるための活用, 看護管理, 22(8), 620–625, 2012
- 6) Smith DR, Muto T, Sairenchi T, et al.: Hospital Safety Climate, Psychosocial Risk Factors and Needlestick Injuries in Japan, Industrial Health, 48(1), 85–95, 2010
- 7) 南須原康行, 石川誠, 兼児敏浩, 他: 国立大学附属病院におけるGRM業務への医師・歯科医師参画の現状 医師GRMアンケートの結果より, 医療の質・安全学会誌, 7(2), 133–

- 141, 2012
- 8) 石川雅彦：【組織の“医療安全力”を高める人材育成】トップマネジメントの一翼を担う看護管理者への期待, 看護管理, 22(8), 614－619, 2012
- 9) 河城仁美, 橋本和子, 森田なつ子, 他：安全文化を醸成するために医療安全管理者が抱える困難, 看護・保健科学研究誌, 14(1), 11－19, 2013
- 10) 荒井有美, 出口禎子：医療安全管理者の在り方についての一考察 専従医療安全管理者を対象とした面接調査から, 医療の質・安全学会誌, 5, 157, 2010
- 11) 田村京子：看護師の医療安全管理者が認識する医療安全問題, 生命倫理, 20(1), 85－93, 2010
- 12) 厚生労働省：疑義解釈資料の送付について, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1c05.pdf>], 7. 22. 2016
- 13) 一般社団法人 医療の質・安全学会・平成28年第1回医療安全管理者養成研修, [オンライン, <http://www.gakkai.ne.jp/jsqsh/program.html>], 7. 22. 2016
- 14) 日本病院会 平成28年度「医療安全管理者養成講習会」開催のご案内, [オンライン, https://www.hospital.or.jp/pdf/08_20160406_01.pdf], 7. 22. 2016
- 15) 一般社団法人 日本臨床医学リスクマネジメント学会, [オンライン, <http://riskmanagementkenkyuukai.jp/images/sys%5Cinformation%5C20160721160342-B85FC376561D863C7A45AC56FE78681CFE15144A55296B1B638EAD58FA818B3C.pdf>], 7. 22. 2016
- 16) 長野県病院薬剤師会 医療安全管理者養成研修のご案内, [オンライン, <http://www.nagano-byoyaku.net/upimg/146491734333.pdf>], 7. 22. 2016
- 17) 東京都看護協会 平成28年度「医療安全管理者養成研修」プログラム, [オンライン, <http://www.tna.or.jp/files/6114/5576/3186/28.pdf>], 7. 22. 2016
- 18) 長尾能雅, 日本病院会医療安全対策委員会：医療安全管理者(General Risk Manager)のさらなるスキルアップのために 医療安全管理者アドバンスドプログラムの提案, 日本病院会雑誌, 59(7), 700－704, 2012
- 19) 石川雅彦：【組織の“医療安全力”を高める人材育成】 部署・部門のリスクマネジャーを育成する臨床現場のフロントラインでの活躍への期待, 看護管理, 22(8), 626－631, 2012
- 20) 石川雅彦：【医療安全のさらなる推進に向けて】 医療安全にかかわる人材育成 効果的な教育を目指して, 公衆衛生, 77(7), 535－538, 2013
- 21) 嶋森好子, 任和子編：医療安全とリスクマネジメント, ニューヴェルヒロカワ, 68－74, 東京, 2008
- 22) 高橋知子, 本山和子, 玉利英子：【医療安全管理者の働き方とその支援】 いろいろな医療安全管理者のかたち その現状とこれからの課題, 看護管理, 18(13), 1062－1067, 2008
- 23) 舟島なをみ編：院内教育プログラムの立案・実施・評価「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システム」の活用, 医学書院, 20－38, 東京, 2007
- 24) 厚生労働省 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】, [オンライン, http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf], 7. 22. 2016

原 著

断酒に向き合う患者と看護師の 相互作用から生じた意識変革 — Margaret Newman理論を踏まえた ミューチュアルアクションリサーチの実践 —

The consciousness transformation that was produced by interpersonal relations with the patients and the nurses and faced each other for total abstinence from drinks: Practice of mutual action research based on Margaret A. Newman theory

竹内 陽子^{1) 2)}, 加藤 真由美³⁾

Yoko Takeuchi^{1) 2)}, Mayumi Kato³⁾

¹⁾石川県立総合看護専門学校

²⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程

³⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾Ishikawa Prefectural General Nursing College

²⁾Doctoral course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

³⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

アルコール依存症, アクションリサーチ, 相互作用, 意識変革, マーガレット・ニューマン理論

Key words

alcoholism, action research, interaction, consciousness transformation, Margaret A. Newman theory

要 旨

【目的】 本研究の目的は、アルコール依存症の回復支援での患者と看護師の関係を検討するために、Margaret A. Newman理論を踏まえたMutual Action Research (MAR) で、断酒に向き合う患者と看護師の意識変革を目指し、ケアリング実践による相互作用のプロセスを明らかにすることである。

連絡先 (Corresponding author) : 加藤 真由美

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

【方法】参加者は患者8人と看護師5人であった。両者は断酒継続を願いとし、パートナーシップによるケアリング実践を「対話の会」という形で計画、実践、修正し、繰り返し行った。期間は両者に変革がみられた時を終結とした。

【結果】10ヶ月間に渡る相互作用により、患者の意識は酒害からとは違う、自分の人生のための断酒へと、看護師の意識は全てを受け入れる看護観へと変革した。

【結論】意識変革は、両者共に自分自身に視点が向けられたときに生じていた。アルコール依存症の回復支援で、患者と看護師はパートナーシップという協働体の立場に加え、ケアリングという相互関係が有用であった。

Abstract

Objective : This study aims to clarify the process of the interaction between the patients with alcohol dependence and nurses in the practice of caring in order to investigate the interpersonal relationship during the support of patients by nurses for the recovery from alcohol dependence towards their consciousness transformation using the Mutual Action Research, which is based on the Margaret A. Newman theory.

Method : Eight patients and 5 nurses participated in the trial. We planned, practiced, and modified the practice of caring repeatedly as a "Conversation Group", wishing the continuation of abstinence. We terminated the trial when both of us achieved the consciousness transformation.

Results : After the interaction for 10 months, the patients changed their thinking about the abstinence from the escape from alcohol poisoning to the efforts for their life. On the other hand, the nurses' thinking changed to total acceptance of patients.

Conclusion : The consciousness transformation arose when the both turned their eyes on themselves. In addition to partnership, the interpersonal relations through the caring was found to be important.

はじめに

アルコール依存症とは、アルコールという物質を飲み続けることで生じる問題があるにも関わらず、精神と行動の両面において飲酒を止めることができなくなった、飲酒のコントロール障害の状態である¹⁾。成り立ちとしては、アルコールが脳内で神経伝達物質と深く関与しており、飲酒することでγ-アミノ酪酸 (Gamma Amino Butyric Acid, GABA) のGABA-A受容体が側坐核からドーパミンを放出させ、その強化作用により飲酒の行動を強化させる仕組みとされている²⁾。治療においては回復という段階があっても、治癒という段階はなく、アルコールを一切飲まない断酒という生活を継続することが前提となっている。治療に繋がる機会が得られず、断酒を継続できない場合には、身体的に障害されるとともに、さまざまな飲酒問題から仕事や家族、命までも失っていく経過をたどることが多い³⁾。また治療に繋がり断酒の決意に至った者でも、脳が後天的に知覚した欲求に立ち向かうことは難しく、厚生労働省による断酒率は治療後2～3年で28～32%であり⁴⁾、再

飲酒に至る者が多い。

我が国では、本人や家族のみならず重大な社会問題を生じさせる危険性が高いとし、2013年にアルコール健康障害対策基本法の成立に至っている⁵⁾。この社会情勢からも医療者が患者の回復をサポートしていくことは重要な課題である。しかし、回復における現状は、断酒会やAlcoholics Anonymous (AA) など、セルフヘルプ・グループ (Self-Help Groups, SHG) への参加が主であり、医療者の関わりは補完的なサポートとなっている。

断酒の決意に至るプロセス^{6) 7)}や、断酒を継続しようとする要因など^{8) 9)}は、主にSHGでの体験談をもとに報告されており、SHGにおける回復のプロセスは既に明らかにされている。これらの知見による断酒の決意に至るプロセスで共通するのは、始めに、自分は酒に強いだけだという、飲酒に対して疑問を感じない段階から、飲酒に対し疑問を感じ始めるが否認を中心とした身体疾患に固着する段階へ移行し、病識が出現するが節酒により飲酒のコントロールを試みる段階や、飲酒のコントロール障害を認めた段階を経て、断酒の決意

に至っている。また、その中で「自分の底をついた」と自覚する体験が、断酒継続へと繋がるとされている¹⁰⁾。このSHGにおける断酒に至るプロセスからは、同じ疾患の仲間を通して患者がどのように自己決定をしていくかが明確となっており、SHGが回復のサポートとして有益なものであることが伺われる。

一方、医療者の関わりとは、アルコール・リハビリテーション・プログラム (Alcohol addiction rehabilitation program, ARP) のことであり、一定の入院期間により、認知行動療法などの知識提供とともに、SHGへの参加を促し患者を断酒の決意に導いていく関わりのものである。このARPにおける患者の意識に関する報告では、ARP参加者に対する意識調査が実施されており¹¹⁾、社会的、身体的、精神的、学習的側面のうち、身体的側面を除くほぼ全ての項目で効果が見られている。ただし、ARPで一旦断酒へと繋がった後に再び飲酒し、ARP参加のために再入院は繰り返されている。またARPに関する研究は数多く見られるものの、その多くは医療者側である看護師の患者に対する関わり方についての研究¹²⁾であり、ARPでの関わりからの患者側の断酒の決意に至るプロセスは見あたらなかった。

関わりによる断酒に至るプロセスが見あたらない理由として考えられるのは、アルコール依存症の専門分野において患者への関わり自体が難しいということである。ARPでの文献を見ると、患者の攻撃的な行動への対処について¹³⁾や、患者に関わる中で陰性感情を抱くことが多い^{14) 15)}など、患者に対する看護師の関わり方自体が研究課題となっていた。言い換えれば、ARPで焦点化されてきたのは、アルコール依存症患者と向き合う看護師の姿勢であり、本来必要とされる関わりからの断酒の決意へのプロセスには行き着いていないのである。

しかしながら、地域で断酒した生活を継続していくにはARPからSHGへ繋げていく必要があり、ARPでの関わりによって患者を断酒の決意へと繋げていくプロセスは重要である。ARPでの関わりを考えたところ、臨床現場では、患者が見せる飲酒に対しての否認や心の葛藤に対し、看護師が困惑や内省を繰り返しながらも、患者に必要と思われるアクションを起こし、双方の相互作用で患者が断酒の決意へと繋がるプロセスがあるはずである。それにも関わらず、既存の報告にそのプロセスが見あたらないのは、その相互作用を表す

適切な方法がなかったのではないかと考える。医療者が患者の回復をサポートしていくことが重要な課題である現在、相互作用を表す新たな試みが必要なのではないだろうか。

このような状況から、アルコール依存症患者と看護師における看護実践の取り組みで意識変革を目指し、それによる相互作用のプロセスを明らかにすることが今後の研究課題といえる。それにはアクションリサーチ (Action research, AR) で Holter & Schwartz-Barcott¹⁶⁾ が示す、相互を意味するミューチュアルアプローチが最適であること、また看護実践では看護ケアの質を保証するために看護理論を踏まえた取り組みを行う必要性があった。

そこで着目したのは、Margaret A. Newmanの拡張する意識としての健康の理論¹⁷⁾ (Newman理論) を踏まえたミューチュアル・アクションリサーチ (mutual action research, MAR) であった。これはミューチュアルアプローチ¹⁶⁾ から示唆を受け、遠藤が考案した方法¹⁸⁾ であり、ケアリングの看護実践により変革や改善、向上を目指す、理論と実践を兼ね備えた研究方法であった。捉え方は、問題の改善として単に結果を得ることを目指すのではなく、変革する意識のために、相互的な関係の中で内省を繰り返す実践のプロセスを重視している。それゆえ、課題の明確化は「願い」として表明し、Newman理論を踏まえた実践と内省の詳細な記述により、ケアの質の向上を目指し「願い」を遂げることを目指している。

概念となるNewman理論には、人間の存在は相互作用で影響しあうとし、看護師は患者自身が考えて意思決定できるようなパートナーとして、ケアリングにより意識の開示ならびにパターン認識のプロセスに寄り添うという特徴がある。この意識の開示とは、自身の情報をありのまま相手に伝えるということであり、パターン認識とはパターンを理解することで生まれる意識の変革や意識の成長のことである。また、Martha E. Rogersの統一体としての人間の科学¹⁹⁾ に基づき、統一的、変容的パラダイムに立ち、理論と実践と研究を結びつける実践的看護研究の必要性をNewmanが主張してきたことにより¹⁷⁾、遠藤がMARを考案した経緯となっている。先行研究は、主としてがん患者に関して行われており、パートナーシップによるケアリングの実践で意識変革がみられることは既に報告されている²⁰⁾。がん患者以外では、特別養護老人ホームでの看取りに対する意識改革²¹⁾や、

転倒予防プログラムの開発におけるスタッフの意識改革²²⁾に、方法論として応用されている。

以上により、本研究では再飲酒により幾度となく再入院を繰り返す患者において、Newman理論を基盤としたMARにより、患者と看護師間のケアリングによる相互作用を生じさせることで、ARPからSHGへの参加に繋がり、さらに地域で断酒を継続した生活を続けられるケアに繋がるということを、両者の意識変革のプロセスを通して明らかにする必要性を考えた。

そこで、本研究の目的は、アルコール依存症の回復支援での患者と看護師の関係を検討するために、断酒継続の願いを達成するためのMARにより、患者と看護師のケアリングの相互作用から生じる意識変革のプロセスを明らかにすることとした。この試みは、再飲酒により幾度となく再入院を繰り返している患者が、ARPから地域で断酒を継続した生活を続けるうえでの看護の示唆を得る意義があるのみならず、アルコール依存症患者に対する看護師の関わりにおいて新たな知見となり得る意義があると考ええる。

用語の定義

パターン：パターンとは、規則性など事象の特徴を表す意味の用語であるが、Newman理論では人間や環境の相互的交流プロセスにより現れた、その人の言動の意味を映し出すもの²³⁾としている。本研究では、患者と看護師の相互作用により語られた「思い、考え、体験」というものを、その人の言動の意味を映し出した意識の現れとして、パターンと示す。

ケアリング：ケアリングとは、一方的なものではなく患者と看護師の相互的な関係性を示すものであるが、本研究ではNewman理論に基づくものとする²⁴⁾。それは、患者の意味深い語りを十分に聴こうと看護師が心を込めて寄り添うと、患者にとって何らかの意味、すなわち安らかさや癒し、内省の促しや成長をもたらし、以前の自分との違いが生み出される。その違いによる言動の意味を映し出したパターンを、その人が理解、認識できるようにすることで、看護師もまた相互に人間的な成長がもたらされるという関わり合いである。

意識変革：変革とは物事を新しく変えることを示すが、本研究での意識変革とは、意識において以前の自分との違いを生み出すことを意味する。

混沌状態：困惑や戸惑いが生じた際を混沌状態とするが、Newman理論¹⁷⁾では混乱し頓挫してい

る混沌の期間が意識の成長の媒体として働くという仮説を提示しており、本研究においても混沌状態は、ネガティブな意味として捉えるのではなく変革の前のゆらぎの意味とする。

研究方法

1. デザイン

アルコール依存症患者と看護師における、双方の意識変革を期待したため、Newman理論を踏まえたMARによる方法を用いた。これは、患者グループ（以下、患者）と看護師グループ（以下、看護師）がパートナーシップを組み、双方が変革したい課題を「願い」として表明し、「対話の会」という形でケアリングの実践が計画され、実践、内省、計画の修正が繰り返されるプロセスを重視したデザインである。

2. MAR参加者となる対象

中部地区にある単科のA精神科病院でARPを経て外来通院している患者と、ARPに携わる看護師であった。A精神科病院ではARPによる看護実践が提供されており、病院長、アルコール依存症治療専門医、看護部長、病棟看護師長に、本研究の主旨を説明し研究協力の依頼を行うと共に、患者および、その看護に携わる看護師である基準を満たす選定を依頼した。

1) 患者の選定基準は、アルコール依存症と診断された患者のうちARPを経て断酒継続を希望する者とし、選定外基準は再飲酒している者とした。再飲酒の患者を除外した理由は、意識のプロセスを明確にしようとしている研究において、酩酊を伴う意識による語りは妥当性に欠けるためであった。

2) 看護師の選定基準はARPに携わっている者とした。

3. 研究の手順

MARの手順は、遠藤¹⁸⁾とKato M²²⁾の方法を参考に修正し用いた。また、研究者は看護師の参加者であり、コアとなる1名がMARのスーパーバイザーに指導を受け行われた。

1) MARの準備：MAR参加者となった看護師が、準備段階として3ヶ月間におけるNewman理論の基本的な学習を行った。看護師は、その期間に参加者となった患者とパートナーシップを組んだ。このパートナーシップとは、相互的なケアリングの協働体のことであり、これによりMARのグループ結成とした。

2) 願いの表明：課題の明確化として、患者と

看護師の双方で変革したい課題は何かを熟考し、双方の「願い」として表明した。

3) 計画：双方の「願い」を遂げるために、「対話の会」という形をもうけて、パートナーシップによるケアリングを毎月1回約3時間実践することとした。この「対話の会」は、初回のみ自己紹介を兼ねた対話を行い、以後のテーマはNewman理論の研究手法にある「自分の人生について語る」を主として行った。患者は人生や行動を振り返り、内省と共に気づきを踏まえて語ることを確認した。また、看護師は患者の語りを傾聴し、内省を行なうと共に、対話の会の後に、患者を支えるための看護実践の振り返りを行い、Newman理論の学びを深めることを確認した。

4) 実行と計画の修正：「対話の会」の後に、看護師が看護実践の振り返りとNewman理論の学びを深める際に、計画の修正として対話の会のテーマを修正した。それに伴いテーマは「自分とは」「自分の人生とは」「人生を踏まえてどう生きたいのか」と修正がされ、ケアリングの実践が継続された。内省による自己の振り返り、気づきや学びを通して意識変革がみられた時、すなわち以前の自分との違いが認識できた時を終結とした。

MARの実施期間は10ヶ月間であり、内訳はMARの準備段階が3ヶ月間、毎月の対話の会が7ヶ月間であった。

4. データ収集方法

1) MARの実施期間であった10ヶ月間に記載された、双方の意識を表すために必要な以下の(1)～(3)のデータは、以下とした。

(1) 準備段階で3ヶ月間学習したNewman理論の内容と、話し合われた内容を記載した学びノート。(2) 対話の会をテープに録音し、文字データとして記録した逐語録。(3) 対話の会の後に行われた、看護師の内省およびNewman理論の学びとして話し合われた内容を記載した学びノート。

2) 意識のデータとして(1)～(3)を以下に特定した。

(1)と(3)は、準備段階と対話の会の後に行われた看護師の内省およびNewman理論による学びについての話し合いであり、看護師の意識のデータとした。一方、(2)は対話であるが、患者の語りが主であり、看護師は傾聴に努め、返答は患者の語りを反復して確認するなど患者の意識の内容であることから、患者の意識のデータとした。

5. 分析方法

データから抽出された双方の意識のパターン、

局面としてのプロセス、またそれら全体の概念図の構成までの手順を以下に記す。

1) すべてのデータを精読した後、患者と看護師の意識のパターンを抽出するために、意識のデータとして特定された各データに、意識とみられる「思い、考え、体験」という文脈に下線を引いた。

2) 意識とみられる「思い、考え、体験」として下線が引かれた文脈から、探求の問いによりコードを抽出した。探求の問いは、双方ともに始めは「MARに参加した思いとは何か」とし、それ以降は対話の会のテーマ修正に伴い、そのテーマに対して「向き合う思いとは何か」が患者での問いとなり、看護師の問いは、対話の会のテーマ修正がされても視点は変わらないため、「患者の語りを聞いた思いとは何か」とした。

3) 抽出されたコードは、内容の類似性に従いサブカテゴリー、カテゴリー化し、意識の特徴を示すものとして、その意味により命名した。それは、言動の意味を映し出した意識のあらわれとし意識のパターンとして捉えた。

4) 意識のパターンは、それぞれ時系列に並べることで、意識のパターンによる意識のプロセスとした。

5) 時系列に並べられた双方の意識のパターンによるプロセスは、いつ意識の変革があったかを捉えるために、類似と相違という視点で区切りをし、その区切りは意識に変化が生じた箇所として捉え、局面とした。

6) 局面とする区切りは、時間ではなく意識の区切りであることから、再度すべてのデータを精読し、そこでの出来事を短文にして書きだし、MARのプロセスとして流れを確認した。

7) 書き出された時系列の出来事と、意識に変化が生じた区切りである局面を照らし合わせ、時系の一致をさせて、その背景を踏まえた全体の意味がわかるように表した。また、局面は双方の相互作用として捉えタイトルをつけた。

8) 全体の概念図として、横軸を時系列とし、縦軸はプロセスとして表したい内容を配置した。その際、看護師の意識のパターンに対し、支えとなったNewman理論の学びを示した。

9) これらの一連の解釈は、MAR参加者である看護師によるメンバーと違和感がないかを確認し共有をした。

6. 妥当性

データ分析は2人以上で行い、データの解釈が

妥当であるか、真実を示しているかどうか、参加者である看護師によるメンバーチェックングを行った。さらに、研究プロセスの充分な記述として、プロセスには、そこでの語りとなるコードを明記した。また、Newman理論の研究領域における知識と実践に富む指導者からスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

本研究は石川県立高松病院の倫理審査会から承認を得て実施された（承認番号：07番）。研究参加者に対する依頼は個別で行い、研究目的と意義、具体的な方法を説明し、対話の会での語りはすべて録音すること、語られた全ての事柄については守秘義務を守り参加者の不利益にならないことを保障した。また参加は自由意思であることや、同意後の中止の自由、参加しないことによる不利益は生じないこと、得られたデータは研究のデータとして使用すること、研究発表として使用すること、研究以外では使用しないこと、個人が特定できないようにすることを口頭と書面にて説明をし、同意書に署名を得た。

結 果

1. MAR参加者の概要

患者は8名（男性5名、女性3名）であり、平均年齢62.9（SD±6.1）歳、平均罹患年数3.1（SD±2.6）年、断酒継続期間は、3ヶ月2名、6ヶ月1名、9ヶ月2名、1年3ヶ月2名、2年3ヶ月1名であった。看護師は、女性のための5名であり、平均年齢43.8（SD±7.4）歳、平均病棟経験年数2.8（SD±1.9）年、平均看護師経験年数22.8（SD±7.5）年であった。

2. MARのプロセス

10ヶ月間におけるMARのプロセスを概念図として表した（図1）。概念図は上から順に、局面、時系を示す実施月、対話の会の段階、願い、患者の意識のパターン、看護師の意識のパターン、混沌状態とその答え、Newman理論の学びとした。概念図は、局面は角丸四角形で囲み、意識を表すパターンは円で囲み、これを上下に描くことで意識の昇降を示し、プロセスとして繋げて表した。意識の昇降は、「思い、考え、体験」という形に出来ないものを他者に伝えるためにイメージ化した比喻であり、Newmanはプリゴジンの散逸構造理論をもとに作図をしており、本概念図はそれを参考に作成した。Newmanは、意識のパターンの変革を意識の転換点として示している。昇降がな

い場合は「正常な予測できるゆらぎ」、降下した場合は「混乱、予測不能、不確かさの時期のゆらぎ」、上昇した場合は「より高いレベルの組織での新しい秩序の創発のゆらぎ」を示す。ゆらぎとは、エネルギーや物質の流入・流出により、安定していない意識の秩序・動揺を示す。また、看護師の混沌状態とその答えは、混沌状態となった箇所を示し、その下段に答えを四角で示し、意識変革には星を印した。なお、看護師の内省で学びを深めたNewman理論は、MARの相互作用を支えたことを表すために最下段に配置した。局面は7つとなり、患者の意識のパターンは8個、【 】として示し、看護師の意識のパターンは10個、《 》として示した。

概念図の詳細は以下に記し、語りの抜粋を〃、とした。

局面1. 意識変革に期待する両者と、変革できるのか不安となる看護師

準備段階として、看護師がNewman理論の基本学習を3ヶ月間行った。始めは「患者が断酒を継続するために看護師として良い関わりを行いたい」とした《患者に良い看護をしたい》というパターンであったが、幾度となく断酒を決意したものの再飲酒を繰り返す患者に遭遇してきた背景から、しだいに「MARをおこなうことで、断酒できなかった患者の意識が本当に変革できるのか」とした《本当に患者の意識は変革できるのか》というパターンが見られ、期待と不安は交差していた。

その不安に対して話し合ったNewman理論は、混沌状態からの意識の変革¹⁷⁾であった。それは、混沌状態の発生時期を予測することは難しいが、非均衡状態のゆらぎは、ひとりでに生じるとされていたことから、意識変革に対して気負う必要がないことを確認し合った。一方、患者は参加時に「飲んだらまたすぐ元に戻るから断酒を継続したい」とした【断酒を継続したい】と願うパターンが見られた。双方は、パートナーであることを確認しMARグループ結成となった。また課題の明確化となる願いの表明には、患者は断酒した生活を続けることが願いであり、看護師は断酒を継続する患者を支える、看護のあり方を見いだすことが願いであることから、双方の願いを断酒継続とした。この願いを遂げるために毎月1回「対話の会」が存続し、意識変革に向かって進める計画を了解しあった。

この局面1は、患者は【断酒を継続したい】と願い、看護師は《患者に良い看護をしたい》と願

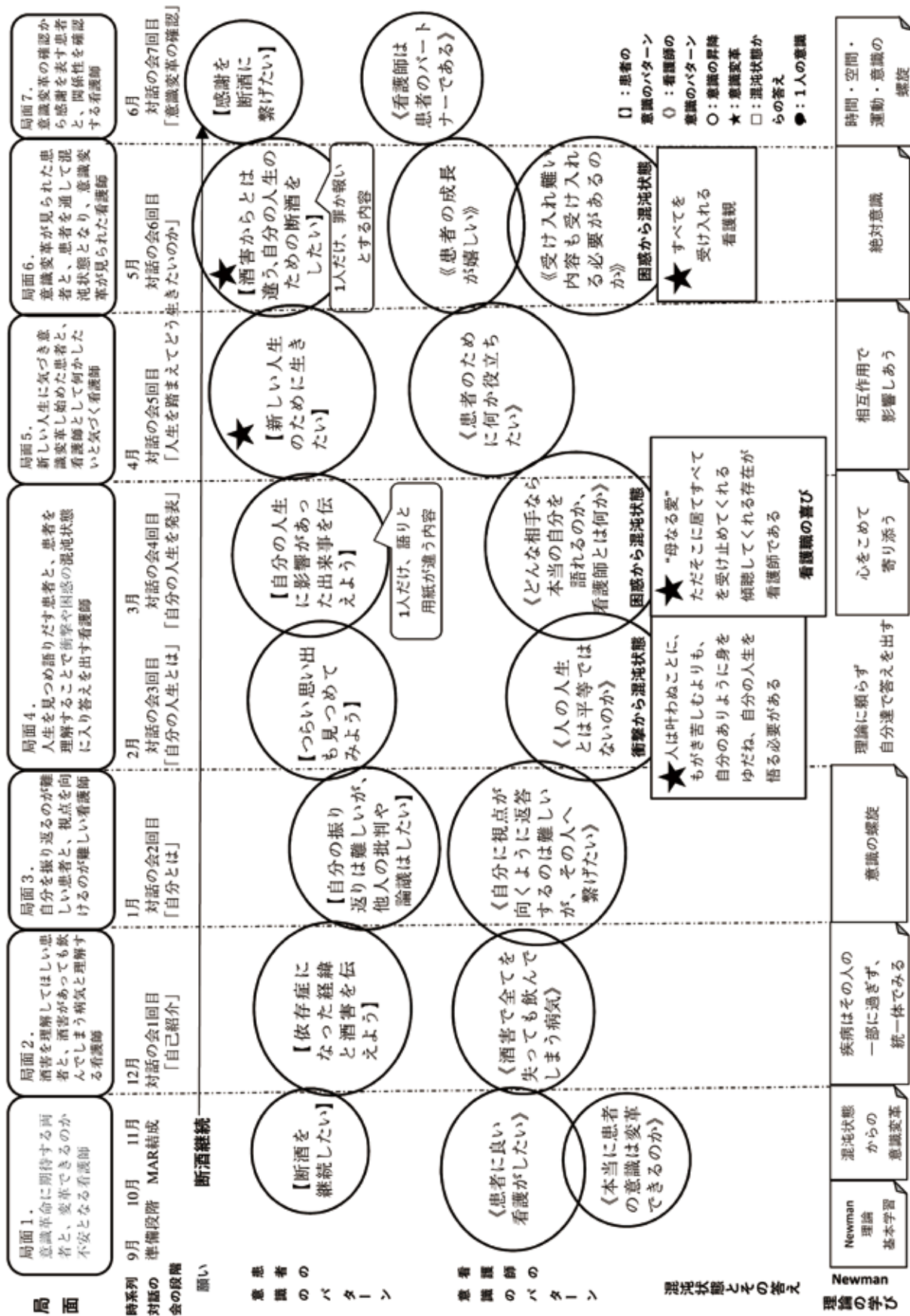


図1 相互作用のプロセス

う、両者による意識変革の期待のもとに断酒継続を願いとしたが、看護師は《本当に患者の意識は変革できるのか》という不安が生じたために、その相互作用は、意識変革に期待する両者と、変革できるのか不安となる看護師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは、混乱状態からの意識変革であった。

局面2. 酒害を理解してほしい患者と、酒害があっても飲んでしまう病気と理解する看護師

対話の会1回目は、自己紹介を行った。患者は「女房が亡くなったから寂しくて飲まずにはいられなかった。飲み続けたのは仕方ない、などの依存症になった経緯を語り、飲酒で警察に捕まって新聞に出たのです。そこから大きく狂ってきました、など、自分は酒の被害者であり、飲酒が喪失体験をもたらす害であるなど、【依存症になった経緯と酒害を伝えよう】というパターンが見られた。それは、飲酒には理由があることや、様々な失敗はすべて酒が原因であること、酒で失った害による自分は被害者であるという語りであった。また、それは酒害を理解してほしいという語りであった。それに対して看護師は「依存症にまでなるまでに、酒害としてあらゆるものを失っても、どうしても飲んでしまう病気だと改めて思った。とした《酒害で全てを失っても飲んでしまう病気》というパターンが見られた。

そこでのNewman理論の学びは、疾病はその人の一部分に過ぎず、統一体でみることであった。それは健康と疾病を二分化する見方ではなく、人間は部分の総和以上の存在であるという概念¹⁷⁾により、依存症という疾患の部分を見るのではなく、人生の総和をみる意味を学んだ。

計画の修正として、Newman理論の研究手法にある「自分の人生について語る」を主として、次回は「自分とは」を振り返ってもらうこととなった。

この局面2は、患者は【依存症になった経緯と酒害を伝えよう】と、酒害を語り、看護師は《酒害で全てを失っても飲んでしまう病気》と、患者の疾患を理解したため、相互作用は、酒害を理解してほしい患者と、酒害があっても飲んでしまう病気と理解する看護師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは、疾病はその人の一部分に過ぎず、統一体でみるであった。

局面3. 自分を振り返るのが難しい患者と、視点を向けるのが難しい看護師

対話の会2回目は「自分とは」をテーマとした

が、患者は「自分とは」というよりも、現代の若者の言動についての批判や身内の愚痴など自分以外に視点が向けられており、「自分の子でも今時の子やと思うわ。まあ何を考えているのか、など、一般的な会話内容にとどまり、【自分の振り返りは難しいが、他人の批判や論議はしたい】のパターンがみられた。それに対して看護師は「患者の話の主旨が他者に向かないよう、自分に視点が向くような返答ができれば良かった。とした《自分に視点が向くように返答するのは難しいが、その人へ繋げたい》というパターンが見られた。

そこでのNewman理論の学びは、意識の螺旋であった。意識の成長段階は各自によって違い、患者がすぐには成長に向かっていなくても、意識の成長を見守っていく確認をした。

計画の修正は、「自分とは」というテーマは難しいとし、「自分の人生とは」で対話してもらうことにした。

この局面3は、患者は【自分の振り返りは難しいが、他人の批判や論議はしたい】と自分以外を語り、看護師は《自分に視点が向くように返答するのは難しいが、その人へ繋げたい》と返答の仕方を反省したため、その相互作用は、自分を振り返るのが難しい患者と、視点を向けるのが難しい看護師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは、意識の螺旋であった。

局面4. 人生を見つめだす患者と、患者を理解することで衝撃や困惑の混沌状態に入り答えを出す看護師

対話の会3回目は「自分の人生とは」で始まり、看護師は患者自身に視点が向くように返答を行った。すると患者からは「若い頃、母親に愛されたい一心でいた。母は兄を溺愛していて自分は差別され、ずっとつらかった。経験や、子供の頃はいつ父が酒を飲んで暴れても逃げられるように枕の上にはズックを置いて寝ていました。などと自分だけがなぜこのような体験をするのかという思いが語られ、【つらい思い出も見つめてみよう】というパターンがみられた。傾聴する看護師の中には涙を流す者も見られ、「人は平等であると思っていたのが、人の人生とは決して平等ではないのではないか。とした思いから、《人の人生とは平等ではないのか》というパターンが見られた。それは患者の人生から、生まれながらの貧富の差や容姿の差、親から受ける愛情、地位や名誉など、希望通りに手に入れる人と、どんなに아가いても叶わない人がいることに衝撃を受け、困惑したも

のであった。

看護師は混沌状態として、あえて理論は読み返さず、自分たちで悩みながらも答えを出した。その答えとなった気づきは「人は叶わぬことに、もがき苦しむよりも、自分のありように身をゆだね、自分の人生を悟る必要がある」であった。

計画の修正としては、次回までに各自がまとめた「自分の人生」を発表してもらうことにした。

その次回4回目では、患者による「自分の人生を発表」として「若い頃に出会った同じ釜の飯を食べたものは同士やね、その後の社会生活でも影響を受けた、などの【自分の人生に影響があった出来事を伝えよう】というパターンが見られた。そして発表後には、幼少時期から今日までの人生歴がまとめられた用紙が看護師に手渡された。殆どの患者が用紙通りに発表したのに対し、患者の1人だけは皆の前では強い姿を語り、看護師に渡された用紙には辛くて弱い姿が描かれていた。「若い時からキレる面があってね。やられたらやりかえす。売られた喧嘩は買わなね、と発表していたが、用紙では「学校後に手伝わなければ、叩かれたうえに夕食はあたりませんでした。そんな時は夜中にばあちゃんがおにぎりを作ってくれました。そんな記憶が自分です。」とあった。

それに対して看護師は、皆に見せたい自分と、看護師には見せられる本当に知って欲しい自分という二面があるのではと着目し「人が自分についてどこまで語ろうか迷うのなら、どんな相手になら本当の自分を語れるのだろうか、とした《どんな相手になら本当の自分を語れるのか、看護師とは何か》というパターンが見られた。

この困惑も混沌状態として、自分たちで悩み抜いて答えを出した。その答えとなった気づきは「母なる愛」ただそこに居てすべてを受け止めてくれる、傾聴してくれる存在が看護師である」であった。そして、人として生まれた以上、必ず死がおとずれるのであれば、死ぬまでの間に人の役に立つことが人として生まれてきた意味であるとし、看護職の喜びにも気づいた。自分たちで答えを出した後は、理論から学びを深めた。

Newman理論の学びは、心をこめて寄り添うであった。それは、他者の尊厳と選択の自由に価値を置いたケアリングが、看護師の関係性の本質とされており²⁵⁾、看護師は、患者に必要な知識を与えようと指導をするのではなく、その人自身が考えて決定することを尊重し、心をこめて寄り添う

存在であると理解した。

計画の修正は、「自分の人生」を発表したことを踏まえて「人生を踏まえてどう生きたいのか」とした。

この局面4は、患者は【つらい思い出も見つめてみよう】と自身を見つめ始め、【自分の人生に影響があった出来事を伝えよう】と自身の人生を見つめだし、看護師は患者の語りから《人の人生とは平等ではないのか》と衝撃を受け、《どんな相手になら本当の自分を語れるのか、看護師とは何か》という困惑から混沌状態に入り答えを出したため、相互作用は、人生を見つめだす患者と、患者を理解することで衝撃や困惑の混沌状態に入り答えを出す看護師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは心をこめて寄り添うであった。

局面5. 新しい人生に気づき意識変革し始めた患者と、看護師として何かしたいと気づく看護師対話の会5回目は「人生を踏まえてどう生きたいか」をテーマとして、患者からは「行雲流水、あのように生きたい。新しい人生は穏やかな気持ちで、流れに逆らわず流れのままにね、など【新しい人生のために生きたい】というパターンが見られ、過去の人生を踏まえ、これからの人生を語っていった。

それに対して看護師は「患者さんの語りを形にして伝えたい。気持ちに伝えたいし役立ちたい、とする《患者のために何か役立ちたい》というパターンが見られた。それは患者が自分に真剣に向き合っているのに対して、看護師として何か役に立って伝えたいという思いであり、次回までに患者各自の語りを図に表しお返しすることになった。

そこでのNewman理論の学びは、相互作用で影響しあうであった。人間の存在はどちらか片方だけが影響を与えるのではなく、相互に影響しあう¹⁷⁾という確認をし、患者の気持ちに伝えたいというのは、互いのもつエネルギーが波動として伝わる相互作用のパターンであったとした。また対話の会では常に相互作用で影響し合ってきたと体験からの理解をした。

計画の修正は、患者の語りを個人別にまとめ、各自にお返しするとした。

この局面5は、患者は【新しい人生のために生きたい】と意識変革し始め、看護師は《患者のために何か役立ちたい》という気づきがあったため、相互作用は、新しい人生に気づき意識変革し始めた患者と、看護師として何かしたいと気づく看護

師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは相互作用で影響しあうであった。

局面6. 意識変革が見られた患者と、患者を通して混沌状態となり、意識変革が見られた看護師

対話の会6回目では、看護師から渡された用紙を読み直し、テーマは再度「どう生きたいのか」となった。患者は「必要最低限度のものがあって元気で長生きすること。そのためには絶対に酒をやめて幸せをつかまないと。など【酒害からとは違う、自分の人生のための断酒をしたい】というパターンが見られた。ここでは以前とは別の視点から、自分の人生には最終的に断酒が必要であるという決意が確認されていた。しかし1人の患者だけ、看護師には受け入れ難い語りがあった。それは「自分が親の面倒をみるのは人生の罰や。もう親も年やし、動けなくなったら報いをうけないとね、という、親の面倒をみるのは人生の罰や報いのように語ったことであった。

看護師は「患者の多くが断酒に対して新たな決意が見られたことは嬉しい限りである」とした《患者の成長が嬉しい》というパターンとともに「患者の語りはすべて受け入れたいが、看護師として嫌な思いや受け入れ難い内容の時はどうすればいいのか、とする《受け入れ難い内容も受け入れる必要があるのか》というパターンが見られた。看護師も人間であり、嫌な感情のまま何もかも含めて全面的に受け入れるというのは難しいと感じ、混沌状態として話し合った。そして理論を読み解き、受け入れ難い内容で混沌状態となっても、それは患者の成長が嬉しいという意識の強さから、すべての患者への成長の期待が高まるゆえの混沌状態と理解したことが転換点となり、看護師とは受け入れがたい言動の意味を理解し、ありのまま患者を理解する看護師の姿勢、すなわち答えとなったのは「すべてを受け入れる看護観」へと繋がった。

そのNewman理論の学びは「絶対意識」¹⁷⁾であり、悟りという意識により全てを受け入れる“愛”をもつ意識であった。この絶対意識とは、Bentovの二元性の調和の意味、つまり様々な対照的な概念は突き詰めると調和、融合するという意味を、理解した意識のことである。看護師が理解した二元性の調和と融合とは、“好き”と言う感情がなければ“嫌い”と言う感情の存在自体が成り立たないこと、“憎しみ”も“愛する”ことから生まれて融合する状態であるということであった。この意味を理解していくうえで、悟りの二元性の理

解まで進んだことにより、看護師としての愛をもってすべてを受け入れる看護観となった。そしてそれは、過去の自分たちとの違いが生み出されたものであった。

この局面6は、患者は【酒害からとは違う、自分の人生のための断酒をしたい】という以前の自分との違い、すなわち意識変革が見られ、看護師は患者の語りから《患者の成長が嬉しい》と感じると共に、《受け入れ難い内容も受け入れる必要があるのか》とした患者を通して混沌状態となり、意識変革が見られたため、相互作用は、意識変革が見られた患者と、患者を通して混沌状態となり、意識変革が見られた看護師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは絶対意識であった。

計画の修正は、意識の変革が見られたとして確認をすることとした。

局面7. 意識変革の確認から感謝を表す患者と、関係性を確認する看護師

対話の会7回目のテーマは「意識変革の確認」となった。前回までの対話から得た学びを看護師に伝えた後に、看護師の意識が変革したことを確認した。患者からは感想と共に再度、断酒継続の確認として「始めは看護師に自分たちの苦しみなんてわからないと思っていたのが、真剣さが嬉しかったね。感謝の気持ちは断酒で返すことや、など【感謝を断酒に繋げたい】というパターンが見られ、感謝の気持ちを言葉に変えていた。そして看護師は「本当に大切なことは指導ではなく、自分で考えて決断するのを支えること、とした《看護師は患者のパートナーである》というパターンが見られた。それは、患者に意識変革が見られたことは、看護師が指導するのではなく、患者の意思決定のパートナーとして意識変革へのプロセスに寄り添ったからであるとした。

この時のNewman理論の学びは、「時間」「空間」「運動」「意識」の螺旋の理解であった。理論には、時間、空間の拡張と、運動と意識が直線的・物理的概念の限界をこえる考え方が必要となっているとされ¹⁷⁾、それに対し、対話の会での語りは、実際の目には見えなくても、その「時間」と「空間」にいた人が「意識」の中で留め、それにより次回までの間「行動」する螺旋の連続体であったとした。それはどこにいても、その時間と空間は意識の中で繋がっており、患者のことを思い、看護とは何かを自問自答し続け、行動へと繋がった体験からの理解であった。

この局面7は、意識変革の確認により、患者が

【感謝を断酒に繋げたい】と感謝をあらわし、看護師は今までの学びを確認しながら《看護師は患者のパートナーである》という関係性を確認したため、相互作用は、意識変革の確認から感謝をあらわす患者と、関係性を確認する看護師というタイトルとなった。またNewman理論の学びは、「時間」「空間」「運動」「意識」の螺旋であった。

7回目を終え、双方の意識変革を確認し合ったとし終結となった。患者の断酒継続は、MARの10ヶ月間すべての患者が診察上、断酒継続できていた。

考 察

1. Newman理論に支えられた相互作用のプロセス

局面1は準備段階であり、意識変革に期待する両者が断酒継続を願いとすなかで、看護師は期待と共に、本当に患者の意識は変革できるのかと不安が見られた。この期待と不安は、先行研究のチーム形成時をみても、「先が見えない不安と挑戦したいとする期待」²⁶⁾や、「期待と困惑の交錯」²¹⁾と表されている。つまり変革を期待するARの始まりでは、不安と期待が入り混じることが多いと示唆された。ただし本研究と先行研究の違いは、その不安に対しNewman理論の混乱状態からの意識変革¹⁷⁾を支えとし、気負うことなく進めていったことである。すなわち、始めからNewman理論を活用していたならば、未知なる挑戦に対して戸惑うことなく進んでいけると考えられた。加藤²⁶⁾による方法では、始めからチーム員が波紋を作ることを意識的に実践し、螺旋状の相互作用により意識変革へと繋げており、本研究における各局面でのNewman理論の学びも、今後、意図的に実践活用していくことで意識変革の質は高まると考えられた。

局面2は自己紹介で、患者は酒害を理解してほしいと語り、看護師は酒害があっても飲んでしまう病気であると、患者の疾患に着目していた。しかし、局面1の準備段階でNewman理論の基本学習を行っているにも関わらず、患者の疾患に着目し、統一体でみる¹⁷⁾必要性を認識できていなかったのは、基本学習は基本の学びに過ぎず、実践からの学びの必要性を示唆するものとなった。加えて、患者の疾患に着目していること自体、そこでの看護師の姿勢が浮き彫りとなったと考える。つまり、患者を知ろうとする段階において看護師は、患者を診断および治療のために病状重視の解決策

を行う、既存の医学的モデルの概念が未だに見られるということである。一方、患者は自分を知ってほしいという段階において、依存症になるまでに様々なものを失った酒害について語っているが、どれだけ酒害を曝け出したとしても、酒害とは酒からの害を受けたとする被害者的な意識であり、患者の視点が自身に向けられていないことが示されていた。またそれは、次の局面3でも見られた。局面3では、患者が自分と向き合えるように看護師が取りくむ段階へと入るが、患者は自分と向き合うのをさけ、他人の批判や論議をしており、自分と向き合えない段階が示されていた。これは、アルコール依存症が否認の病気とされている³⁾ように、元々自身に目を向けるのは容易ではないことを示していた。

局面4は、看護師が患者に対して視点が自分に向くように返答していくことで、患者は自分と向き合い始める段階へと移り、看護師も患者のつらい思い出を聞くことで混沌状態となり、自分と向き合うことで答えを出す段階へと移行した。この局面では互いに自分へ視点が向くこととなり、そこから意識は急速に変化し始めていた。つまり意識変革は、他者ではなく自分自身へと視点が向いた時に生じていたのであった。また、局面4でのNewman理論の学びは、心をこめて寄り添う¹⁷⁾意味であり、看護師がその意味に気づいたことが、その後の相互作用に変化を生み出したとも考えられた。

局面5は、患者は看護師に自分自身に視点を向けられたことで、これまでの人生を踏まえて新しい人生に気づいていく段階へと移行し、看護師はその患者の姿を見て、患者の気持ちに伝えたいと気づき、相互作用による影響が増していく段階へと移っていた。この相互作用¹⁷⁾とはNewman理論に基づく研究において、多くの報告がされており^{18) 20-22) 26)}、看護実践において重要性が高いことを認識していく必要があると考える。

局面6は意識変革、すなわち、以前の自分との違いが双方に見られた段階であった。それは、患者は当初、酒害から断酒の必要性を語っていたが、意識変革において、自分の人生のための断酒という自分と向き合った答えとなっていた。また、その意識変革が生み出されたのは、局面5で相互作用が増した成果として捉えることができる。一方、看護師は受け入れ難い感情から混沌状態となり、患者のすべてを受け入れる看護観という意識変革が生じていた。この受け入れ難いという感情とは、

アルコール依存症現場の関わりで看護師が患者に陰性感情をもつ¹³⁻¹⁵⁾などの、本来の看護師の関わりの課題として捉えることができる。つまりMARの実践により、本来の根本的な課題と直面し、現場で答えを生み出させたという、実践研究を行う意義が確認された。また、今回はNewman理論の絶対意識¹⁷⁾を読み解くことで答えへと導かれたが、理論の学びを深めることは看護師にとっての考え方や価値観を変革できることが示唆された。局面7は、意識変革を経た両者の確認の段階であるが、確認することで患者には感謝があらわれ、看護師もまた、パートナーであると互いの確認ができていた。これをもって終結となったが、すべての患者が10ヶ月間断酒継続できていたことは、Newman理論を踏まえたMARの大きな成果であったといえる。

2. 看護への適応と展望

依存症の回復支援での患者と看護師の関係を考えた際、看護師が一方的に患者を変わせようとするのではなく、相互作用で患者から学ぼうとするケアリングのパートナーシップの姿勢が、患者にとって良かったのではないかと考える。SHGに関する文献によると²⁷⁾、専門職が医学的モデルに基づく価値観で患者に接することが、患者に「生きづらさ」を感じさせている事実に対し、SHGでは同じ仲間との「わかちあい」から、自尊感情の回復とエンパワーメントが引き出されると示されている。既存のARPでは、医療者が依存症者の飲酒を自分たちがコントロールできるという間違った対応があると指摘されている³⁾ことや、今回の局面2でも看護師の姿勢に医学的モデルが見られているように、ARPの現場が医学的モデルの価値観であった可能性は否めない。一方、今回のMARはケアリングという相互関係に加え、MARのパートナーシップという協働体の関わりであり、SHGで見られる「わかちあい」という意味合いに似た関係が生じたと考えられる。

今回のプロセスで患者の意識が変化し始めたあと、なぜ患者の意識が低迷していかないのかであるが、対話を通して患者同士のエンパワーメントが生じていた可能性もあった。つまり対話の会では、患者と看護師の対話を通し、互いの語りを聞く環境でもあり、自分以外のほかの患者が語る姿や、その人の変化を感じとることができ、それが自身への内省へと繋がるという本来のSHGの効果も存在したのではないかと考える。

MARの看護への適応を考えた際、特にアルコ

ール依存症者においては仲間同士で語り合うことから意識変革が見られるとするSHGとの類似点に着目して、ARPでの看護に適応していく必要性があると思われる。MARはNewman理論を基に、患者が自分の人生を振り返る上で看護師はケアリングのパートナーとして存在し、相互作用で意識変革が生まれるというものであるが、今回のMARでは、アルコール依存症患者は次第に自分の人生の辛い過去を見つめ、自分の思いをありのまま語り、過去を踏まえ新しい人生のための断酒を決意するまでに至った。また看護師は、患者との相互作用で自分達を振り返り、患者からの受け入れられない言動に向き合い、関わりの姿勢を確認するまでになった。適応において重要となる点は、本当の自分が語れるケアリングによる相互作用であり、わかちあおうとするパートナーシップである。

現在、精神保健システムの変革の過程で、当事者を中心に位置付け、本人の志向するリカバリーを支援する精神医療の新しいモデルであるリカバリーモデルが着目されている。当事者としてその概念はアルコール依存症領域で初めに適応されているが、Newman理論¹⁷⁾との類似点を考えた際、その人の疾病をみるのではなく、人として当事者として捉える点と、本人の志向を協働体で支援する点である。また異なる点は、Newman理論に基づく協働では患者と看護師のパートナーシップに焦点があてられる一方で、リカバリーモデルでは当事者と医療の専門家など、いくつかの異なる立場の者同士が協働で、当事者のリカバリーにおいて、生涯を通して主体的な自己実現の探求を行っていく点である。病棟で行われるARPが、医学的モデルとなってしまう背景には、治療の一環として患者として捉えてしまうことから考えられ、人および当事者という位置付けで共に協働して支援していくという概念が、今後ARPで活かされるようにする必要性が考えられる。また、今回のMARではケア対象者として患者グループと対話の会を設けたが、今後は当事者と看護師という形で用いることが、より望ましい形であると考えられた。

今回の試みは、医療現場のARPからSHGへと橋渡しするために、どのような看護師の関わりが良いかを模索したものであるが、Newman理論による看護師と患者のパートナーシップの中で、共感や寄り添いによって、患者自身がエンパワーできるような援助を基盤としたうえで、リカバリーモデルにより生涯を通して当事者が主体的に探求

していけるものへと、回復を繋いでいくことができるように関わる必要性が示唆された。

研究の限界と今後の課題

本研究はA病院の患者と看護師におけるMARであり、MAR自体は一般化することを目指してはいない。今後の課題は、新人看護師が行っても同じような結果を示されるように、プログラムなどの工夫により、振り返りの方法をどの施設においてもできるようにしていく必要がある。

また、本研究の結果は患者のSHGの相乗効果で断酒できていることも考えられ、MARでの参加の有無以外にSHGの参加の有無を確認していく必要がある。

結 論

アルコール依存症の回復支援での患者と看護師の関係を検討するために、MARにより断酒に向き合う患者と看護師の意識変革を目指した。意識変革は10ヶ月間に渡る7局面を経た。両者は共に、自分自身に視点が向けられた時に意識変革が生じていた。また回復支援にはケアリング実践によるパートナーシップでの関わりが有用であることが示唆された。加えて看護師は患者にエンパワーメントが生じる環境を整えるということが、地域で生活していく患者の回復支援に繋がることが示唆された。

謝 辞

MARの方法とNewman理論の御指導をして頂くと共に、この報告のためにMargaret A. Newman博士に会わせていただきました遠藤博士に感謝の意と、多大な敬意を表します。また、MARを共に行った患者グループと看護師グループのメンバーに、心より感謝いたします。

本研究は第35回日本看護研究学会学術集会で発表したものである。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省：ICD-10（2003年版）準拠 基本分類表，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/>]，厚生労働省，5. 1. 2018
- 2) 日本生物学精神医学会：アルコール依存の生物学，洲脇寛，栗山欣也編，生物学的精神医学

- 8（初版），学会出版センター，104-105，東京，1994
- 3) 猪野亜朗：アルコール性臓器障害と依存症の治療マニュアル，星和書店，東京，1996
- 4) 厚生労働省：アルコール依存症，[オンライン，http://www.mhlw.go.jp/kokoro/disease_detail/1_01_02alchol.html]，みんなのメンタルヘルス総合サイト＞アルコール依存症経過・治療転帰，5. 1. 2018
- 5) 厚生労働省：アルコール健康障害対策，[オンライン，<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html>]，厚生労働省＞アルコール健康障害対策，2. 17. 2019
- 6) 心光世津子：断酒に至る認識変容過程 断酒会会員を例として，看護研究，35(3)，239-249，2002
- 7) 安川由貴子：アルコール依存症者の意識変容のプロセス—セルフヘルプ・グループにおける体験談を手がかりに—，京都大学生涯教育・図書館情報学研究，7，9-25，2008
- 8) 岡田ゆみ：長期断酒体験で築かれた断酒への意識，日本看護研究学会誌，29(2)，73-79，2006
- 9) 木原深雪，北岡和代：アルコール依存症者の飲酒欲求に繋がる感情体験の分析，金沢大学つるま保健学会誌，8(2)，1-10，2014
- 10) 越智百枝，酒井由紀子，高尾良子：断酒会に参加しているアルコール依存症のどん底体験とそれに至るプロセス，香川大学看護学雑誌，11(1)，57-64，2007
- 11) 岡本隆寛：アルコール・リハビリテーション・プログラム参加者の入院期間中の意識調査—アンケートによる追跡調査の結果より—，順天堂医療短期大学紀要，13，21-30，2002
- 12) 松井達也：アルコール依存症の看護における関わり—文献検討—，太成学院大学紀要，16，147-155，2014
- 13) 寺田准子，中谷久恵：アルコール病棟で働く看護職が受ける攻撃的行動とサポートの実態，精神科看護，38(7)，33-38，2011
- 14) 浦野洋子，館内由枝，佐藤エイ子，他：アルコール依存症者を看護する看護者の陰性感情に関する研究，精神看護，8(2)，88-92，2005
- 15) 片山太郎，槇健吾，山下亜矢子，他：アルコール依存症医療に従事するコメディカルスタッフが陰性感情への対処からやりがいを獲得する

- プロセス, 日本精神保健看護学会誌, 24(1), 59-67, 2015
- 16) Holter IM, Schwartz-Barcott D: Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? Journal of Advanced Nursing, 18, 298-304, 1993
 - 17) Newman AM: マーガレット・ニューマン看護論-拡張する意識としての健康-手塚恵訳, 医学書院, 東京, 1995
 - 18) 遠藤恵美子, 新田なつ子: 看護におけるアクションリサーチ ミューチュアルアプローチの方法, 看護研究, 34(6), 23-32, 2001
 - 19) Rogers ME: ロジャーズ看護論, 樋口康子, 中西睦子訳, 医学書院, 東京, 1979
 - 20) 遠藤恵美子, 千崎美登子, 新田なつ子, 他: 末期がん患者・家族の看護ケアの改善をめざして ミューチュアルアプローチのアクションリサーチ, 看護研究, 34(6), 33-44, 2001
 - 21) 小山千加代: 特別養護老人ホームで「より良い看取り」を実施するための取り組み, 日本老年看護学会誌, 16(1), 38-47, 2011
 - 22) Kato M, Izumi K, Shirai S, et al: Development of a fall prevention program for elderly Japanese people. Nursing and Health Sciences, 10, 281-290, 2008
 - 23) キャロル・ピカード, ドロシー, ジョーンズ: ケアリングプラクシス マーガレットニューマン拡張する意識としての健康の理論と看護実践・研究・教育の改革, 遠藤恵美子監訳, すびか書房, 埼玉, 2013
 - 24) 遠藤恵美子: 希望としてのがん看護, マーガレット・ニューマン“健康の理論”がひらくもの(第1版), 医学書院, 2001
 - 25) Newman AM: マーガレット・ニューマン変容を生みだすナースの寄り添い 看護が創りだすちがひ, 遠藤恵美子監訳, 医学書院, 65-77, 東京, 2009
 - 26) 加藤真由美, 水澤貞子, 中野厚子, 他: リハビリテーション患者の転倒予防プログラムの効果, 日本リハビリテーション看護学会誌, 1(1), 5-14, 2011
 - 27) 谷本千恵: セルフヘルプ・グループ(SHG)の概念と援助効果に関する文献検討-看護職はSHGとどう関わるか-, 石川看護雑誌, 1, 57-64, 2004

原 著

地域高齢者の楽しみと張り合い

Pleasure and “Hariai” among Community-dwelling Older Adults

成瀬 早苗^{1) 2)}, 加藤 真由美³⁾, 上野 栄一⁴⁾

Sanae Naruse^{1) 2)}, Mayumi Kato³⁾, Eiichi Ueno⁴⁾

¹⁾福井医療大学保健医療学部看護学科, ²⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科博士後期課程

³⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ⁴⁾福井大学学術研究院医学系部門看護学領域

¹⁾Fukui Health Science University Faculty of Health Sciences Department of Nursing

²⁾Doctor Course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

³⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

⁴⁾Division of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

キーワード

楽しみ, 張り合い, 高齢者, 地域, テキストマイニング

Key words

pleasure, “hariai”, older adults, community, text mining

要 旨

目的：地域高齢者の楽しみと張り合いの関連要因を検討し、一人暮らしと家族同居の相違を明らかにすること。

方法：地域高齢者61名を対象に、自己記入式質問紙調査を実施した。55部を分析対象とし、量的データは統計的分析、質的データはテキストマイニング（TM）を用いて分析した。

結果：回収は55部（回収率90.2%）で、すべてが有効回答であった。一人暮らし群は家族同居群と比較して楽しみと張り合いは、共に一人暮らし群が有意に低かった。影響要因を検討すると、楽しみでは、一人暮らし群は食事（内容）、家族同居群は、趣味の外出頻度、睡眠、筋骨格系疾患が抽出された。張り合いでは、一人暮らし群では抽出されず、家族同居群では睡眠、運動が抽出された。

結論：一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合いの比較から、一人暮らし群は楽しみと張り合いが低く、特に張り合いは低いだけでなく、張り合いがないことでネガティブな思いを持っていることが明らかになり、支援の必要性が示唆された。

連絡先：成瀬 早苗

福井医療大学保健医療学部看護学科

〒910-3190 福井県福井市江上町55-13-1

Abstract

Purpose: To examine factors related to pleasures and “hariai” among community-dwelling older adults and reveal differences between individuals living alone and those living together with their family members.

Methods: A self-administered questionnaire survey of sixty-one community-dwelling older adults was conducted, and 55 sets of responses were analyzed. Statistical analysis and text mining (TM) analysis were performed on quantitative and qualitative data, respectively.

Results: Fifty-five sets of valid responses were obtained (valid response rate: 90.2%). The living-alone group had significantly less pleasure and “hariai” compared to the family-living group. Factors affecting the level of pleasure were meals (menu) in the living-alone group and the frequency of going out for hobbies, sleep, and musculoskeletal diseases in the family-living group. Although factors affecting the level of “hariai,” sleep, and exercise were identified in the family-living group, none was identified in the living-alone group.

Conclusion: The comparison of pleasure and “hariai” between the living-alone group and the family-living group revealed that the living-alone group had lower levels of both pleasure and “hariai.” In particular, the living-alone group not only had a lower level of “hariai” but also a negative feeling for not having it, suggesting the necessity of support for community-dwelling older adults.

はじめに

高齢者にとって、生活意欲を持つことは、自分らしい生活続けるために重要である¹⁾。意欲は物事を成し遂げることの推進力である²⁾。高齢者は住み慣れた自宅や地域に住み続けることにより長年培ってきた習慣を継続でき、顔なじみの人々が近くにいる中で安心して暮らしていくことができると考える。そのためには、高齢者自身が生活意欲を持つことである。意欲は物事を成し遂げられるための推進力であり、自分らしい生活続けるための重要な鍵である。

生活意欲とは、自己の存在を認め、生きがいを持ち、自分らしく自分の望む生活を続けようとする意志³⁾である。高齢者にとっては、楽しみと張り合いがこの生活意欲の基盤や原動力となると考える。

楽しみとは、高齢者の意識調査⁴⁾によれば、「テレビ・ラジオ、仲間と集まったり、おしゃべりすることや親しい友人・同じ趣味の人との交際、新聞・雑誌、食事・飲食、散歩」などであると報告されている。「人生を楽しめる力」³⁾は、無くてはならない生活意欲を支える基盤要因となっており、多くの高齢者が毎日の生活を充実させることに力を入れたい(83.1%)⁴⁾という願いをもっていることが報告されている。高齢者の楽しみは、普段の生活の何気ないことや人との交流から感じとられるものであり、期待が湧き上がったり、ワ

クワクして心が弾むなど、生活の充実感を支える重要な感情であり、生活意欲を支える主要な基盤の一つとなり、生活意欲が高くなることで新たな楽しみがもてることが可能となる。

一方、張り合いは、吉沢⁵⁾は「元気で張り合いのある毎日は、いくつになっても大切だ」と述べており、高齢者が今の生活に張り合いを感じているということは、生きる目標の無い精神的に緩んだりの生活ではなく、メリハリのある生活となる⁶⁾。趙⁷⁾は、張り合いを持つことは精神的な柱となると報告している。広辞苑⁸⁾は、張り合いとは「力を尽くすかひがあると感ずる気持」と記している。張り合いは、楽しみとは異なり、何気ないことから感じるものではなく、自分の意思で行動することから生み出されることにより、力を尽くすかひが実感できる感情であり、精神的な支柱となり、活動や行動の基となる生活意欲の原動力となるといえる。

以上のことから、高齢者が自宅そして地域で住み続けたいという思いを実現するためには、楽しみや張り合いをもつことの支援が重要である。

高齢者の家族形態は、一人暮らしが急増し家族同居は減少している⁴⁾。家族形態の一人暮らしと家族同居には、それぞれのメリット、デメリットがある。一人暮らしは、自分のペースでゆっくり気楽に自由に生活できるメリットがある。反面、病気の時の心配⁴⁾、頼れる人がいないこと⁴⁾な

どの不安、また日常生活はすべてひとりで行う状況であることから悩みやストレスをもちやすく、精神的健康に問題が大きい⁹⁾などのデメリットがある。一方家族同居は、頼りになる存在が近くにいることで安心でき、家族内の役割があり、家族との楽しみが多いことがメリットとしてある。反面、生活習慣や生活リズム、食生活の好みや家族に気遣いをするなどによるストレスや、昼間は家族不在で、家族同居でも孤独感を感じる¹⁰⁾などのデメリットもある。一人暮らしの高齢者と家族と同居する高齢者では、楽しみや張り合いにおいてもまた違いがあり、強いては生活意欲にまで影響する要因と考えられる。

生活意欲に影響する要因¹¹⁾は、高齢者には加齢に伴う変化や疾患の発症による身体的問題や食事、睡眠、運動、外出状況などの生活習慣が影響要因となることが先行研究で示されている。高齢者は、喪失体験などによる精神的問題、家族形態の変化や社会とのつながりの減少により、ネガティブな感情が続くことにより生活意欲の低下を引き起こす。このことにより、社会的な孤立⁴⁾や閉じこもり¹²⁾など心身の廃用性障害になるという悪循環の関係となる。それらの帰結は、自分らしく生きることの諦めにつながり、住み慣れた地域での生活を続けていくことができなくなる。そのため、生活意欲の基盤となる楽しみと張り合いに影響する要因を検討し、介入の手がかりを得ることが必要である。

これまでの研究を概観すると、国内では、研究者により様々な概念がある生きがいについての研究や趣味や娯楽の調査、楽しみの実態については散見されるが、張り合いという概念に関する研究は見当たらなかった。楽しみと張り合いの定義がない中で、楽しみと張り合いの特徴や要因の検討はされていない。国外においても同様で、特に張り合いを表す単語も見当たらなかった。本研究では、楽しみと張り合いを操作的に定義し、これらがどのような要因と関連しているか検討する。その要因は、一人暮らしと家族同居では関連要因が異なることが考えられるため、比較検討することとした。高齢者の楽しみや張り合いの特徴を一人暮らしと家族同居別に明らかにすることで、それぞれの生活意欲の支援の手がかりを得ることが可能となる。

研究目的

目的は、地域高齢者の楽しみと張り合いの関連

要因を検討する。本研究においては、一人暮らしをする高齢者と家族と同居する高齢者によるそれらの関連要因の相違に焦点を置いて検討する。

用語の操作的定義

楽しみ：高齢者の楽しみの調査結果と広辞苑¹³⁾を参考に、個人の価値観や信念により、普段の生活の何気ないことから感じられ、期待が湧き上がった、心が弾む心理特性とする。

張り合い：広辞苑⁸⁾を参考に、「力を尽くすかがあると感じ」、充足感や手ごたえを感じる心理特性とする。

研究方法

研究デザインは、横断研究であり自己記入式質問紙調査を用いた。基本属性や基本的生活活動について尋ねる構成的質問とともに、楽しみと張り合いに関しては半構成的質問を自由記載とした。

要因を明らかにする方法として、量的データは統計的分析、自由記述の質的データはテキストマイニング（以下、TM）を用い分析した。TMは、質的データを言語のまま量的データとして扱うため誰が行っても同じ結果となる再現性がある、言語と図表で可視化することで捉えにくい思考をキーワードで捉えられる、ワードの関係性から思考を把握できる、結果の内容や傾向を知ることができるなどのメリットがある。TMは、従来の質的研究を大事にしながら、検証を重ねて信頼性・妥当性の高い分析に築き上げるのが重要¹⁴⁾である。量的データは、記述統計や単解析や重回帰分析の数値で差を表すことや要因などを数値で理解できるメリットと、個々のその背後にある思いや状況を知ることにはできないデメリットがある。研究結果の信頼性・妥当性を確保するためには、分析方法のメリット、デメリットを相補し検討することが必要である。今回、楽しみと張り合いの要因を明らかにするため、構成的質問にはない要因を質的データから抽出すること、なぜ差があるかを検討することを目的にTMを用いた。

1. 調査対象者

対象者は、65歳以上の北陸地方在住の高齢者とし、地域は人口約26万人のうち高齢者人口が7万4千人規模のA市であった。条件は、本研究の趣旨と質問内容の理解ができ、自己記述ができることとした。2014年1月～2月にA地域包括支援センター主催の研修会に参加した高齢者が対象であった。

調査票の配布は61名に行い、回収数は55部（回収率90.2%）であり、欠損データはなく、有効回答は55部（有効回答率100%）であった。

2. 調査方法

調査の手順は、研究に同意を得られた人に調査票を配布した。回収は、その場で記入し回収箱に投函する、もしくは自宅で記入し2週間以内にポストに投函するかを選択する方法とした。

3. 調査内容

量的データ：調査項目は、基本属性として、家族形態、年齢、性別、仕事の有無、肥満度、系統別疾患の有無について尋ねた。基本的な生活活動としては、食事、睡眠時間、運動頻度、閉じこもりや社会的交流の状態の検討は外出頻度について尋ねた。また健康への気遣い、楽しみと張り合いの程度について尋ねた。肥満度は、肥満度分類WHO基準¹⁵⁾を参照し、身長と体重からBMIを算出した。外出は、買い物、散歩、通院、趣味の頻度を確認した。健康の気遣いについては、「健康に気をつけていますか」と尋ね、「している」「していない」の回答から選び、楽しみと張り合いの程度は、「現在の生活に楽しみ、張り合いを感じますか」と尋ね、「とても感じる」「少し感じる」「あまり感じない」「感じない」の回答から選んでもらった。

質的データ：楽しみと張り合いの具体的内容は、「具体的に現在の生活にどのような楽しみを感じていますか」（以下、楽しみ）と「具体的に現在の生活にどのような張り合いを感じていますか」（以下、張り合い）と問う半構成的質問をA4サイズの用紙1枚に2つの回答が書けるスペースを設け、自由記述とした。

4. 分析方法

使用したソフトは、量的データの統計的分析は、IBM SPSS Base System 23.0J、自由記述データの質的データは、テキストマイニング（Text Mining Studio Ver. 5.0, NTTデータ数理システム）を用いた。TMとは、文書データから知識を発見し、客観的に評価する分析方法である。

1) 統計的分析

分析は、記述統計を行った。次に、一人暮らし群と家族同居群の項目の差について χ^2 検定を用い検討した。期待度数5未満は、Fisherの直接法を用いた。なお分析にあたって、家族形態は、単独世帯を一人暮らし群とし、二人以上世帯を家族同居群とした。肥満度は、平均値が22.1であり、BMI¹⁵⁾が22は最も疾病の少ない理想であるため、「BMI22未満」と「BMI22以上」の2群とした。

週1回以下の外出は閉じこもりと定義¹⁶⁾されていることから、外出と運動は「週2回以上」と「週1回以下」、睡眠は6時間以下に死亡リスクが高い¹⁷⁾ことから「7時間以上」と「6時間以下」の2群に分けた。健康の気遣いは、「している」1点、「していない」0点、楽しみと張り合いの程度は、「とても感じる」4点、「少し感じる」3点、「あまり感じない」2点、「感じない」1点で得点化した。次に、楽しみと張り合いに影響を与えている要因を検討するため、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。投入した独立変数は、家族形態、年齢、肥満度、疾患、食事、睡眠時間、運動頻度、外出頻度、健康の気遣いであった。また、楽しみの程度は張り合いの影響要因に、張り合いの程度は楽しみの影響要因となることを予想し、それぞれの独立変数とした。さらに、一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合いは、Kolmogorov-Smirnov検定により正規性は認められなかったため、Mann-WhitneyのU検定を用いて検討した。有意水準は5%とした。

2) 自由記述の分析

分析は、服部¹⁸⁾のTMの分析に基づき行った。

分析対象は、自由記述の分章をより適切な文節でまとめて出力する「分かち書きと係り受けと自動連結」で抽出したテキストとした。同じ意味を表す語は類義語辞書を用い統一した。自由記述のテキスト基本情報は、総行数、総文数、延べ単語数、単語種別数を抽出した。

TM分析は、ことば同士の関連性の強さを図で示すことばのネットワークを用いた。これは、アソシエーション・ルールにより分析し共起関係を抽出する分析である。アソシエーション・ルールとは、バスケット分析のことで、文にXという語が表れれば、Yという語も表れることを示す。表記は、条件付確率を表現する有向グラフとし、グラフの要素である頂点（ノード）を出現頻度に相当するように大きさで表し、方向性のある線（エッジ）で結び、信頼度が高いものは太いエッジとし、矢印にて条件付き確率の方向を示す。本研究では、関連性の指標として、出現は2回以上に設定し、同時出現の確率を用い、関連の強いもの同士をクラスターで表した。分析で抽出された語（ワード）は、原文参照機能で文の意味を確認しながら検討した。

5. 倫理的配慮

研究参加は自由意思に基づくものであり強制されないこと、拒否した場合でも不利益を被らない

こと、結果の公表において個人情報保護が遵守されること、調査票の提出をもって同意とすることなどを口頭と文書で説明した。以上について研究者の所属施設の新田塚医療福祉センター倫理審査委員会（新倫25-38号）の承認を得て実施した。

研究結果

1. 統計的分析
- 1) 対象者の特徴

一人暮らし群と家族同居群の属性の比較を表1に示す。家族構成は、一人暮らし群が3割、家族同居群が7割であった。性別では一人暮らし群と家族同居群ともに女性が9割、年齢は、一人暮らし群は後期高齢者（平均年齢 80.4 ± 6.7 歳）、家族同居群は前期高齢者（平均 73.7 ± 6.4 歳）が有意に多かった。肥満度の標準は、一人暮らし群で8割、家族同居群は7割であった。疾患は、一人暮らし群が家族同居群と比較して多かったのは筋骨格系

表1 一人暮らし群と家族同居群の属性の比較

n = 55

項目			全体 人数 n	%	家族形態				有意確率
					一人暮らし (n=15)		家族同居 (n=40)		
					n	%	n	%	
年齢	前期高齢者		28	50.9	3	20.0	25	62.5	.014 ²⁾
	後期高齢者		27	49.1	12	80.0	15	37.5	
	65～70歳未満		10	18.2	0	0.0	10	25	
	70～75歳未満		18	32.7	3	20.0	15	37.5	
	75～80歳未満		9	16.4	3	20.0	6	15.0	
	80～85歳未満		12	21.8	5	33.3	7	17.5	
	85～90歳未満		4	7.3	3	20.0	1	2.5	
	90歳以上		2	3.6	1	6.7	1	2.5	
性別	男性		5	9.1	1	6.7	4	10.0	1.000 ²⁾
	女性		50	90.9	14	93.3	36	90.0	
仕事	している		4	7.3	0	0.0	4	10.0	NA
	していない		51	92.7	15	100.0	36	90.0	
肥満度 BMI平均22.1 (BMIから3段階 に分類)	BMI22未満		23	41.8	5	33.3	18	45.0	.545 ²⁾
	BMI22以上		32	58.2	10	66.7	22	55.0	
	やせ		7	12.7	0	0.0	7	17.5	
	標準		40	72.7	13	86.7	27	67.5	
	肥満		8	14.5	2	13.3	6	15.0	
疾患 (複数回答)	循環器系	あり	31	56.4	8	53.3	23	57.5	1.000 ²⁾
		なし	24	43.6	7	46.7	17	42.5	
	筋骨格系	あり	21	38.0	9	60.0	12	30.0	.062 ²⁾
		なし	34	61.8	6	40.0	28	70.0	
	消化器系・内分泌・ 栄養・代謝障害	あり	13	23.6	1	6.7	12	30.0	.086 ²⁾
		なし	42	76.4	14	93.3	28	70.0	
	呼吸器系	あり	4	7.3	1	6.7	3	7.5	1.000 ²⁾
		なし	51	92.7	14	93.3	37	92.5	
	がん	あり	4	7.0	1	6.7	3	7.5	1.000 ²⁾
		なし	51	92.7	14	93.3	37	92.5	
	目・耳の病気	あり	18	32.7	8	53.3	10	25.0	.059 ²⁾
		なし	37	67.3	7	46.7	30	75.0	
	血液・免疫	あり	3	5.0	1	6.7	2	5.0	1.000 ²⁾
		なし	52	94.5	14	93.3	38	95.0	
	その他	あり	16	29.1	2	13.3	14	35.0	
		なし	39	70.9	13	86.7	26	65.0	

記述統計，度数分布

1) χ^2 検定によるp値

2) Fisherの直接法

色装飾は再掲

表2 一人暮らし群と家族同居群の基本的な生活活動の比較

n = 55

項目		全体 人数 n	%	家族形態				有意確率	
				一人暮らし (n=15)		家族同居 (n=40)			
				n	%	n	%		
食事 (複数回答)	規則的にとっている	42	76.3	12	80.0	30	75.0	1.000 ²⁾	
	規則的にとっていない	13	23.6	3	20.0	10	25.0		
	バランスを考えている	36	65.5	9	60.0	27	67.5	.752 ²⁾	
	バランスを考えていない	19	34.5	6	40.0	13	32.5		
	食事量を考えている	21	38.2	4	26.7	17	42.5	.359 ²⁾	
食事量を考えていない	34	61.8	11	73.3	23	57.5			
	食事内容を考えている	23	41.8	6	40.0	17	42.5	1.000 ²⁾	
	食事内容を考えていない	32	58.2	9	60.0	23	57.5		
	7時間以上	26	47.3	8	53.3	18	45.0	.763 ²⁾	
	6時間以下	29	52.7	7	46.7	22	55.0		
	9～10時間	4	7.3	1	6.7	3	7.5		
7～8時間	22	40.0	7	46.7	15	37.5			
5～6時間	28	50.9	7	46.7	21	52.5			
5時間未満	1	1.8	0	0.0	1	2.5			
運動頻度	週2回以上	27	49.1	7	46.7	20	50.0	1.000 ²⁾	
	週1回以下	28	50.9	8	53.3	20	50.0		
	毎日	8	14.5	3	20.0	5	13.0		
	週4～5日	9	16.4	3	20.0	6	15.0		
	週2～3回	10	18.2	1	6.7	9	22.5		
	週1回	14	25.5	4	26.7	10	25.0		
	週1回未満	4	7.3	1	6.7	3	7.5		
	していない	10	18.2	3	20.0	7	17.5		
外出頻度	買い物	週2回以上	43	78.2	7	46.7	36	90.0	.001 ²⁾
		週1回以下	12	21.8	8	53.3	4	10.0	
		毎日	3	5.0	0	0.0	13	32.5	
		週4～5日	4	7.0	2	13.3	8	20.0	
		週2～3回	5	9.0	5	33.3	15	37.5	
		週1回以下	30	55.0	7	46.6	2	5.0	
		していない	13	24.0	1	6.7	2	5.0	
	散歩	週2回以上	28	50.9	8	53.3	20	50.0	1.000 ²⁾
		週1回以下	27	49.1	7	46.7	20	50.0	
		毎日	11	20.0	3	20.0	8	20.0	
		週4～5日	8	14.5	4	26.7	4	10.0	
		週2～3回	9	16.4	1	6.7	8	20.0	
		週1回以下	14	25.5	4	26.7	10	25.0	
		していない	13	23.6	3	20.0	10	25.0	
	通院	週2回以上	3	5.5	1	6.7	2	5.0	1.000 ²⁾
		週1回以下	52	94.5	14	93.3	38	95.0	
		毎日	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
		週4～5日	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
		週2～3回	3	5.5	1	6.7	2	5.0	
		週1回以下	38	69.1	12	80.0	26	65.0	
していない		14	25.5	2	13.3	12	30.0		
趣味	週2回以上	23	41.8	3	20.0	20	50.0	.066 ²⁾	
	週1回以下	32	58.2	12	80.0	20	50.0		
	毎日	6	10.9	1	6.7	5	12.5		
	週4～5日	4	7.3	0	0.0	4	10.0		
	週2～3回	13	23.6	2	13.3	11	27.5		
	週1回未満	19	34.0	8	53.3	11	27.5		
	していない	13	23.6	4	26.7	9	22.5		
健康への気遣い	気をつけている	53	96.4	14	93.3	39	97.5	.466 ³⁾	
	気をつけていない	2	3.6	1	6.7	1	2.5		
楽しみ	感じる	42	76.4	10	66.7	32	80.0	.044 ³⁾	
	感じない	13	23.6	5	33.3	8	20.0		
		とても感じる	19	34.5	2	13.3	17	42.5	
		少し感じる	23	41.8	8	53.3	15	37.5	
		あまり感じない	8	14.5	2	13.3	6	15.0	
感じない		5	9.1	3	20.0	2	5.0		
張り合い	感じる	41	74.5	9	60.0	32	80.0	.035 ³⁾	
	感じない	14	25.5	6	40.0	8	20.0		
		とても感じる	18	32.7	2	13.3	16	40.0	
		少し感じる	23	41.8	7	46.7	16	40.0	
		あまり感じない	11	20.0	4	26.7	7	17.5	
感じない		3	5.5	2	13.3	1	2.5		

記述統計、度数分布 1) χ^2 検定によるP値 2) Fisher の直接法 3) Mann-Whitney のU検定 色装飾は再掲

疾患と目・耳の疾患であった。

2) 一人暮らし群と家族同居群の基本的な生活活動

一人暮らし群と家族同居群の基本的な生活活動の調査項目の比較を表2に示す。食事は、両群ともに規則的である8割、バランスを考えている6割であったが、食事量を考えているは一人暮らし群は3割と少なかった。睡眠時間は、平均6.7時間で群の差はなかった。運動頻度は、両群とも週1回以下が5割であった。外出を週2回以上でみると、買い物は、一人暮らし群5割、家族同居群9割であった。趣味は、一人暮らし群2割、家族同居群5割であった。健康への気遣いは、両群とも「気をつけている」が9割であった。外出（買い物）は有意な差があり、一人暮らし群は、家族同居群と比較し有意に少なかった。食事、睡眠、運動、外出（散歩）、外出（通院）、外出（趣味）、健康への気遣いでは差がなかった。楽しみ及び張

り合いは、「感じる」が一人暮らし群は6割、家族同居群は8割であり、楽しみ（ $p=.044$ ）と張り合い（ $p=.035$ ）は、有意な差があり、一人暮らし群は、楽しみと張り合いともに、家族同居群より有意に低かった。

3) 一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合いの要因の比較

楽しみと張り合いの影響要因は、ステップワイズ法による重回帰分析を行い、表3に示した。

楽しみの影響要因は、一人暮らし群と家族同居群別にみると、一人暮らし群は、食事の内容（標準化係数〔以下 β 〕：.556）であり、決定係数（以下 R^2 ）：.333であった。家族同居群は、趣味の外出（ β ：.353）と睡眠時間（ β ：-.288）と筋骨格系疾患（ β ：-.246）であり、 R^2 ：.335であった。対象者全体は、趣味の外出（ β ：.387）と睡眠時間（ β ：-.248）であり、 R^2 ：.210であった。

張り合いの影響要因は、一人暮らし群と家族同

表3 楽しみと張り合いに影響する要因

n = 55

				β	p 値	R	R^2	95%CI (下限 - 上限)	
楽しみ	一人暮らし	食事（内容）	考えていない 考えている n = 9 n = 6	.556	.024	.577	.333	.085	.544
		外出（趣味）	週1回以下 週2回以上 n = 20 n = 20	.353	.003			.130	.576
	家族同居	睡眠時間	6時間以下 7時間以上 n = 22 n = 18	-.288	.013	.579	.335	-.511	-.065
		筋骨格系疾患	あり なし n = 12 n = 28	-.246	.047			-.489	-.004
	全体	外出（趣味）	週1回以下 週2回以上 n = 23 n = 32	.387	.003	.458	.210	.120	.547
		睡眠時間	6時間以下 7時間以上 n = 29 n = 26	-.248	.049			-.422	-.001
張り合い	一人暮らし								
	家族同居	睡眠時間	6時間以下 7時間以上 n = 22 n = 18	-.378	.001	.599	.359	-.593	-.162
		運動頻度	週1回以下 週2回以上 n = 20 n = 20	.338	.003			.123	.552
		睡眠時間	6時間以下 7時間以上 n = 29 n = 26	-.381	.000			-.536	-.128
	全体	運動頻度	週1回以下 週2回以上 n = 27 n = 28	.345	.004	.566	.321	.098	.504
		食事量	考えていない 考えている n = 23 n = 32	.243	.041			.009	.427

投入した独立変数：家族形態、年齢、肥満度、疾患、食事、睡眠時間、運動頻度、外出頻度、健康の気遣い、楽しみの程度、張り合いの程度

居群別にみると、一人暮らし群では抽出されなかった。家族同居群は、睡眠時間 ($\beta: -.378$) と運動頻度 ($\beta: .338$) であり、 $R^2: .359$ であった。対象者全体は、睡眠時間 ($\beta: -.381$) と運動頻度 ($\beta: .345$) と食事量 ($\beta: .243$) であり、 $R^2: .321$ であった。

2. 一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合いのTMの比較

自由記述データで得た楽しみと張り合いの基本情報を表4に示す。延べ単語数は、楽しみでは576語、張り合いでは、530語であった。“ ” は、抽出された語(ワード)を示す。『 』は原文を示す。

1) 一人暮らし群と家族同居群の楽しみ

楽しみのことばのネットワークを図1に示した。一人暮らし群は、2つのクラスタに分かれた。1つ目は“楽しむ”と“楽しい”“人”“誘う”“暮らす”“家族”“努力”“書く”“感じる”などと共起しているクラスタであり、2つ目は“趣味-する”であった。

家族同居群は、6つのクラスタに分かれた。1つ目は“楽しむ”と“見る”“絵手紙”“成長”“会う”“地区”“曾孫”“夫婦”“70歳”“感じる”“月”などと共起しているクラスタであり、2つ目は“元気-2人-できる”、3つ目は“楽しい-人-趣味-集まる”、4つ目は“友人-旅行”、5つ目は“皆さん-会”、6つ目は“料理-作る-好き”であった。

楽しみに関する原文は、一人暮らし群には、『自分の趣味のため外出する時』『趣味にしていることが満足にできる時が楽しい』『お友達に誘われて外出ができて、外での会話がふえて楽しみを感じている』『家族と集まる努力をして、週末に集まって食事をしている』などがあった。家族同居群には、『コーラス、茶道、絵手紙、ヨガ、ガーデニングが楽しみ』『趣味での友達ができて楽しい』『テレビ、ラジオが好き』『食事を家族がおいし

いと言ってくれる』『朝、主人と2人共元気で起きておはようと挨拶ができたとき』などがあった。

2) 一人暮らし群と家族同居群の張り合い

張り合いのことばのネットワークを図2に示した。一人暮らし群は3つのクラスタがあった。1つ目は“張り合う”と“健康”“感じる”“思う”の共起と“生きる-趣味-健康-聞く”の共起のクラスタであった。2つ目は“一人暮らし-感じない”、3つ目は“主人-亡くなる-悲しむ-先-浅い”であり、2つはネガティブなクラスタであった。

家族同居群では3つのクラスタに分かれた。1つ目は“張り合う”と“曾孫”“軽い”“一人暮らし”“感じる-ボランティア”“かける”の共起、2つ目は“帰る-行く”、3つ目は“孫-成長”“楽しむ-交流”であった。

張り合いに関する原文は、一人暮らし群には、『健康とのびやかに生きることを考える』『人の手をわずらわせないで、自分の思うように生きられたら満足で感謝している』『別居の娘から得意な料理を持ってきてと言われたとき』『家族が話をしてくれる』『主人が亡くなって悲しみの中にいる』『一人暮らしなので感じていない』などがあった。家族同居群には、『散歩で健康を実感する』『健康に感謝している』『家族の食事に気を付けること』『孫の迎えに行くことが役に立っていると感じる』『孫の世話は疲れるが張り合いがある』『孫の成長を励みになる』『一人暮らしの方にお世話して感謝される』『地区や施設のお手伝い』『ボランティアで皆さんが待っていてくれている』『ジムに通い、膝の痛みが和らぎ、背筋がのびた』などがあった。

考 察

1. 対象者の概要について

対象者の属性で有意な差があったのは、年齢であり一人暮らし群では後期高齢者が多かった。これは、未婚率や離婚率の上昇、配偶者との死別後でも子と同居しない者の増加などの理由¹⁹⁾があり、さらに平均寿命の延伸で特に女性の後期高齢者の一人暮らしが増加している²⁰⁾という社会状況と一致していた。本研究の一人暮らしの対象者の割合は、27.3%であった。高齢者人口に占める一人暮らし世帯の割合は全国では31.4%⁴⁾であり、ほぼ同様の分布であった。

基本的な生活活動の比較では、外出頻度の買い物に有意な差があり、一人暮らし群が有意に低かつ

表4 自由記載データの基本情報

項目	楽しみ	張り合い
総行数	55	55
平均行長(文字数)	28.4	26.3
総文数	63	54
平均文長(文字数)	24.8	26.8
延べ単語数	576	530
単語種別数	362	339

た。趣味の外出においても一人暮らし群は家族同居群よりも2倍以上外出頻度は少なかった。この結果は、一人暮らし群は後期高齢者が多く、加齢に伴う影響や筋骨格系疾患の割合が多いことで、外での趣味ができなくなったり、外出そのものが困難になっていることが考えられた。

2. 高齢者の楽しみと張り合い

高齢者は毎日の生活を充実させることに力を入れたい(83.1%)⁴⁾ 願いをもっているなかで、本研究の対象者は、家族同居群では楽しみ及び張り合いを感じている者は約8割に対し、一人暮らし群では約6割と有意に低かった。一人暮らしには、楽しみや張り合いの低い理由があり支援の必要性が示唆された。

楽しみと張り合いは、性質が異なるものであり、互いに影響要因となることが考えられた。楽しみと張り合いは、互いに独立変数として投入し回帰分析を行い、影響要因となるかを検討した。結果は、共に影響要因にはならなかった。つまり、楽しみはあるが、張り合いはないということもあり

うる。楽しみと張り合いは、どちらも生活意欲の推進力となる。楽しみと張り合いをそれぞれに捉えることは、それぞれの副次的効果を考えた生活意欲を支援の手がかりとなると考えられた。

1) 高齢者(一人暮らし群と家族同居群)の楽しみと張り合い

楽しみと張り合いの対象者全体と家族同居群の影響要因には、睡眠時間が抽出された。一人暮らし群には抽出されなかった。睡眠時間の標準偏回帰係数はマイナスであり、楽しみや張り合いがある人は、睡眠時間が少ないと解釈ができる。これは、増田ら²¹⁾が報告した活動的な高齢者の睡眠時間は短い、活動時間と主観的睡眠感の負の相関であるという結果と一致した。つまり、一人暮らし群は楽しみや張り合いが低いため、睡眠時間が影響要因に抽出されなかったことが考えられた。増田ら²¹⁾は、午後の運動が主観的な睡眠の質を高め、疲労回復、入眠及び睡眠維持に影響することを明らかにしている。睡眠は、時間だけでなく質も重要であり、個人差も大きく、活動、精神的健康、

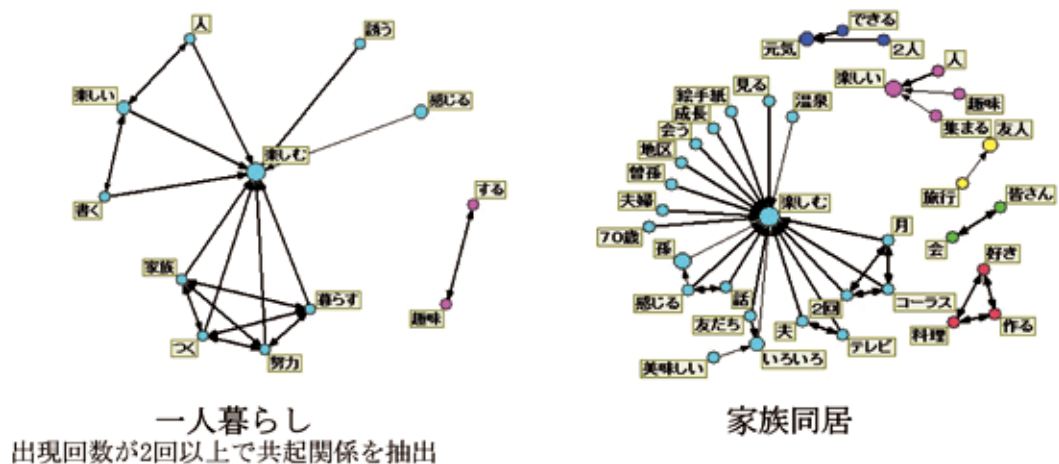


図1 一人暮らし／家族同居にみた楽しみのことばのネットワーク

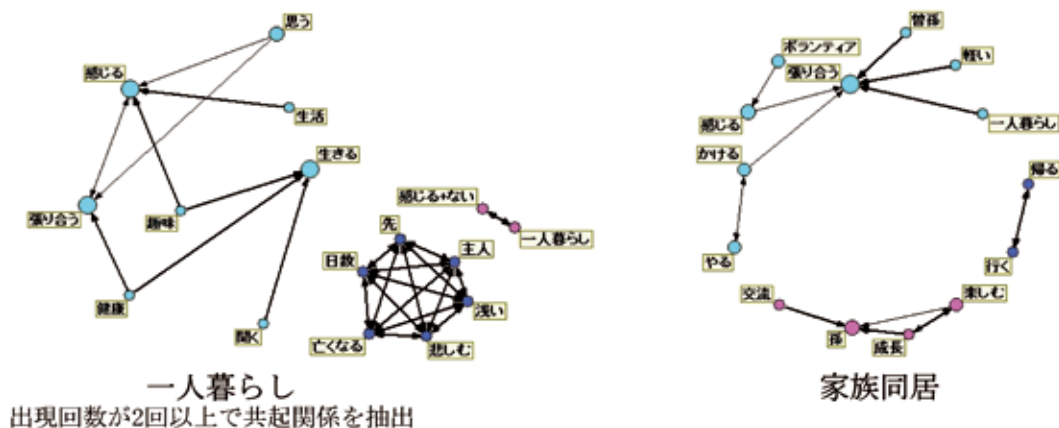


図2 一人暮らし／家族同居にみた張り合いのことばのネットワーク

環境から影響を受け、健康を左右する。楽しみや張り合いがあることは、活動的な生活となり、睡眠の質に影響することで、睡眠時間は短くなることが考えられた。

2) TMからみた一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合い

高齢者の健康の実態は、食事、睡眠、運動には有意な差がなかったが、対象者全体では健康への気遣いは97%の者がしていると答えていた。対象者は、健康の研修会の参加者であり、健康意識が高い人であった。健康への気遣いとは、健康行動につながる意識であり、健康を維持していくための行動は、自分らしく生きること、つまり未来への展望の表れでもある。ことばのネットワークでは、家族同居群の楽しみでは“2人－元気－できる”、一人暮らし群の張り合いでは“張り合う－健康－生きる”があった。原文では、両群ともに、家族の健康を願い、自分のためだけでなく、介護状態にならないようにして、家族に負担がかからないようにしたい、元気でいたいことを願っており、一人暮らし群と家族同居群の違いはなかった。それに加え、一人暮らし群は、一人で生活のすべてのことをこなすためには、健康な身体が不可欠であり、自立した生活ができることだけでなく、今の生活が続けられるために、健康を維持するために気遣いをしていることが考えられた。「健康で自分らしく生きたい」²²⁾という願いがあるように、健康は高齢者にとっての一番の願いであり、健康であるための行動そのものが楽しみや張り合いになる。健康であるからこそ、楽しみと張り合いのある生活が続けられ、自分らしく望む生活が継続できる。

3. 高齢者の楽しみについて

1) 高齢者（一人暮らし群と家族同居群）の楽しみ

一人暮らし群の楽しみの影響要因には、食事の内容が抽出された。これは、一人暮らしであるがゆえに自分の好きなメニューを選び、好きなものを食べることができる。ただ提供されるだけでなく、自分で選択し決められることも食事の内容が一人暮らし高齢者の生活の中で楽しみとなっていた。厚生労働省²³⁾は、何を、どのように、誰と食べるのかといった“食べる”、調理だけではなく、食品を選択したり、食事の準備をしたり、食卓を整えたりする“つくる”、食に関する知識や技術、情報を共有したり、学んだり、教えたりするといった“伝え合う”の3つ要素が「健康な食事」で

あることを示している。食事は、低栄養を予防した健康的な体格の維持、生きる糧としての身体機能を維持するために重要である。同居家族がいない一人暮らし群の食事において、“誰と食べるか”、“伝え合う”の要素をもてないために、“何を食べるか”の食事の内容が唯一楽しみとなっていた。家族と楽しく食卓を囲む機会がほとんどない高齢者に食事の楽しみをもてる工夫や機会が必要であることが示唆された。

対象者全体と家族同居群の楽しみの影響要因には、趣味の外出が抽出された。一人暮らし群には趣味の外出が抽出されなかったが、ことばのネットワークのクラスタをみると、一人暮らし群と家族同居群共に“趣味”が抽出されていた。趣味とは、専門としてではなく、楽しみとして愛好する事柄であり、物事から感じ取られる趣や味わいである。趣味には、自分だけで楽しむものもあるが、ことばのネットワークにあるように“楽しい－人－趣味－集まる”同じ趣味を持った人と過ごすこと、仲間の存在が楽しみともなる。また、『お友達に誘われて外出ができて、外での会話がふえて楽しみを感じている』とあるように、外出の機会となっていた。これは、家族形態が違っていてもできることである。楽しみの影響要因の趣味の外出は、一人暮らし群には抽出されなかったが、家族形態の違いはないと推察された。高齢者の楽しみは、趣味を通して人との交流や外出の機会が持てることで、期待が湧き上がったり、ワクワクして心が弾むことで生活意欲が向上することが期待できる。

家族同居群の影響要因には、筋骨格系疾患が抽出された。標準偏回帰係数はマイナスであり、筋骨格系疾患がないと楽しみはあると解釈できる。筋骨格系疾患があると活動範囲は狭くなり、外出や運動などに制限が生じる。楽しみを継続するためには、元気に歩いたり、活動できる身体が必要であり、筋骨格系疾患の予防が重要であることが示唆された。

2) TMからみた一人暮らし群と家族同居群の楽しみ

統計的分析では、一人暮らし群は家族同居群と比較して楽しみの程度は有意に低かった。一人暮らし群の楽しみが低い理由をことばのネットワークで探索し、家族の存在が考えられた。一人暮らし群には“家族”、家族同居群には“夫婦”“孫”が抽出されていた。高齢者にとって、家族の存在は一緒に暮らしていても離れて暮らしていても楽

しみの存在となっていた。家族同居群は、毎日の孫の送迎や世話が楽しみであり、家族を身近に感じていた。一人暮らし群は、家族と週末に会うことが楽しみであり、会う努力をしていた。一人暮らし群は家族同居群と比較して、家族との交流時間が少ないことが、楽しみの程度が低かった理由の1つであることが推察された。

4. 高齢者の張り合いについて

1) 高齢者（一人暮らし群と家族同居群）の張り合い

対象者全体と家族同居群の張り合いの影響要因には、運動頻度が抽出された。一人暮らし群と家族同居群の運動頻度に差はなく、両群ともに半数は運動をしていないことが明らかになった。ことばのネットワークでは運動に関するワードは抽出されていなかった。原文をみると、家族同居群の運動に関しては、スイミングやジムに通っていることに張り合いがあることが記されていた。運動による効果は、体力の向上や身体像の望ましい変化を達成できた場合、充足感、自信、有能感を高める²⁴⁾。運動は、自分の意思で行動することであることであり、それにより実感された感情が張り合いとなる。運動は、家族が不在である一人暮らしであってもできることであり、効果を実感できるように体験や継続できるような支援をすることで、張り合いとなることが考えられた。

対象者全体の張り合いの影響要因には、食事量が抽出された。これは、一人暮らし群及び家族同居群には抽出されなかった。食事量を肥満度で評価すると、一人暮らし群の標準は8割強で、やせはいなかった。家族同居群の標準は7割で、やせと肥満が3割であった。一人暮らし群は、BMIから見ると適度な量の食事が摂れており、一人暮らしだからこそ健康管理していることがうかがえた。家族同居群にやせと肥満が多かったことは、家族との食の好みが違うことで食がすすまないことや、多くの食事が並ぶ食卓で食べすぎであることも考えられた。また、消化器・内分泌疾患が3割存在していたことが影響していることが考えられた。適度な量の食事は、家族形態に関係なく健康でいたいと願う行動の表れであり、高齢者の張り合いとなることが示唆された。

2) TMからみた一人暮らし群と家族同居群の張り合い

統計的分析では、一人暮らし群は家族同居群と比較して張り合いの程度は有意に低かった。また、一人暮らし群に張り合いの影響要因は抽出されな

かった。これらの理由をことばのネットワークで探索した結果、自己有用感²⁵⁾が考えられた。自己有用感とは、他人の役に立った、他人に喜んでもらえたなど、自分に対する他者からの評価が中心であり、相手の存在なしには生まれてこないものである。一人暮らし群のTMの結果をみると、自分の生き方を考えること、今できることに感謝しながら生きているという、自分らしく生きることや生活すること、“健康”など、自分自身に対しての張り合いがあった。また、配偶者の死の悲しみや一人暮らしを理由に張り合いを感じられない人が存在していた。これは、自分の役割が見出されず、自己有用感が失われていることが考えられた。夫と死別した高齢女性は、自分の家庭内の役割を喪失することにより張り合いをなくす。張り合いをなくすことにより、ライフスタイルが変容し、食事や運動、睡眠などの健康に影響を及ぼす²⁶⁾ことが明らかになっていることから、張り合いのない高齢者の支援は急務である。

一方家族同居群では、せざるを得ない世話や家事に疲れを感じながらも家族や孫、他者に頼りにされることや自分の役割を感じる、「ありがとう」といわれること、孫との交流や成長がみられることなどに張り合いがあった。役割の効果は、満足感を得て強い精神的効果が得られ、他者や社会とのつながりを深める²⁷⁾、幸福感、快活さ、力強さ、活発さ、創意性、満足などが得られる²⁸⁾、ボランティア活動を通じて感謝や尊敬されることにより自尊心が高まる²⁹⁾ことが報告されている。ボランティアや人の役に立つことをするという行為そのものは、満足感が得られる。それ以上にその行為や自分に対して感謝などの評価があることで、自己有用感が感じられ、力を尽くしたかといった感じ、充足感や手ごたえが得られ次への意欲となる。また、その人との関係性がよくなる、自分に自信が持てるなどプラスのスパイラルを生み出す。つまり役割は、精神的効果の相乗作用を感じることににより、生きる張り合いになると考えられた。家族同居群は一人暮らし群と比較し、頼りにされることや家族内の役割を持つ、身近に孫との交流が持つ成長を見守れる祖父母としての役割を実感しやすい、感謝などの評価をうける機会が多いことが張り合いの高い理由の1つであることが考えられた。

杉井³⁰⁾は、家族内の役割よりも家族外の地域社会に貢献しているか否かによって、主観的幸福感、心理的な安定感に影響すると報告している。この

ことから、一人暮らし群の張り合いは、家族内に求められなくても、地域社会や他者に必要とされる存在となる、役割を持つことで高めることができる。その役割を通して自分を認めてくれる、感謝などで評価をしてくれる人との関わりを持つことにより張り合いが持て、意欲ある生活が可能となろう。

本研究の看護の活用

高齢者の楽しみと張り合いの特徴を捉えたこと、一人暮らし群と家族同居群の相違を抽出したことは、地域高齢者が楽しみや張り合いを持ちながら生活を継続するための支援の手がかりとなる。

一人暮らし群は、筋骨格系疾患などの健康の喪失や配偶者の喪失を体験しており、精神的に緩んだきりの生活になりやすい。そのため、生活の何気ないことから感じられ期待が湧き上がったり、心が弾むような楽しみや力を尽くすかきがあり充実感を感じられるような張り合いという心理特性に支援の介入が必要である。支援は、楽しみが持てるように外出支援や人との交流機会、張り合いが持てるように人との相互関係からみられる役割の獲得、力を尽くすかきがあると感じられる機会をつくる支援が急務である。

高齢者の楽しみと張り合いの主要な要因は健康であり、運動や食事などの健康管理の行動は楽しみや張り合いともなり相互関係にある。筋骨格系疾患があり転倒等の不安があったとしてもスタッフが見守る中で行うことで楽しみや張り合いの維持が可能となる。高齢者自らが意欲的に自分の健康を維持しようと行動することができるように看護の介入が必要である。

本研究の限界

対象者は、外出が可能であり、研修会に自ら参加できた人であり、偏りのあることは否めず、一般化には限界がある。さらに男女の違いや地域の特性による比較や、介護を必要とする高齢者などの対象者を増やして検討することが必要である。

結 論

本研究は、一人暮らしと家族同居の高齢者の楽しみと張り合いを統計的分析とTMとで検討し次のことが明らかになった。

1. 一人暮らし群は家族同居群と比較して楽しみと張り合いは、共に一人暮らし群が有意に低かった。

2. 楽しみの影響要因を検討すると、一人暮らし群では食事（内容）、家族同居群では、趣味の外出頻度、睡眠時間、筋骨格系疾患が抽出された。張り合いは、一人暮らし群では抽出されず、家族同居群では、睡眠時間、運動頻度が抽出された。

3. TMの結果をみると、一人暮らし群の楽しみが低い理由は、家族の存在、家族との交流が少ないことが考えられた。張り合いが低い理由は、ネガティブな思いが抽出され、役割の喪失があり自己有用感が持てないことが考えられた。一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合いに共通して影響する要因は健康であった。

以上一人暮らし群と家族同居群の楽しみと張り合いの比較から、一人暮らし群は楽しみと張り合いが低く、特に張り合いは低いだけでなく、張り合いがないことでネガティブな思いを持っていることが明らかになり、支援の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご承諾いただきました高齢者の皆様、研究のご協力いただいた福井北地域包括支援センターの職員様に心からお礼申し上げます。

付 記

本論文の内容の一部は、第41回日本看護研究学会学術大会にて発表した。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。
研究助成情報：本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究（C）課題番号15K11784）の助成を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 井上千津子：生活支援のための看護と介護の連携、京都女子大学生生活福祉学紀要、3、1－6、2007
- 2) 木菱由美子、高橋由美子、佐々木和人：リハビリテーションにおける患者様への効果的な声かけについて、専門リハビリテーション、3、25－29、2004
- 3) 成瀬早苗、加藤真由美：要支援高齢者の一人暮らし生活意欲測定尺度の開発、日本看護科学会誌、38、97－106、2018
- 4) 内閣府：平成27年版高齢社会白書、日経印刷株式会社、13－60、東京、2015
- 5) 吉沢久子：100歳になっても！これからもっと幸せなひとり暮らし、KADOKAWA、1－94、東京、2015

- 6) 千葉和夫：高齢者の閉じこもり予防と生きがい支援の接続に関する研究，日本社会事業大学研究紀要，56，5-21，2009
- 7) 趙弼花：高齢者のQuality of Lifeに関する研究－実証研究に向けての課題の整理－，政策科学，8(1)，117-132，2000
- 8) 新村出：広辞苑（第七版）張り合い，岩波書店，2397，東京，2018
- 9) 高野美代子，新井清美：家族形態別高齢者のQOLと社会的支援の状況，豊橋創造大学紀要，14，111-120，2010
- 10) 梶原安奈，牧正興：家族同居高齢者の孤独感に関する研究，福岡女学院大学大学院紀要 臨床心理学5，7-14，2008
- 11) 久保昌昭，横山正博：在宅高齢者の生活意欲とそれに関連する要因，老年社会科学，27(1)，34-42，2005
- 12) 若山修一，高田祐，久保田智洋，他：地域高齢者における閉じこもりと心理・社会環境的要因に関する研究－SOC（首尾一貫感覚）に注目して－，日本プライマリ・ケア連合学会誌，39，98-105，2016
- 13) 新村出：広辞苑（第七版），楽しみ，岩波書店，1821，東京，2018
- 14) 上野栄一，川野雅資：テキストマイニングの基礎と応用－暗黙知から臨床知への挑戦－，福井大学医学部研究雑誌，15(1)，1-18，2015
- 15) 日本肥満学会：肥満度分類WHO基準，[オンライン，https://www.jasso.or.jp/data/magazine/pdf/chart_A.pdf]，1. 18. 2018
- 16) 山崎幸子，藺牟田洋美，橋本美芽，他：都市部在住高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴，日本保健科学学会誌，11(1)，20-27，2008
- 17) 関奈緒：歩行時間、睡眠時間、生きがいと高齢者の生命予後の関連に関するコホート研究，日本衛生学雑誌，56，535-540，2001
- 18) 服部兼敏：テキストマイニングで広がる看護の世界，ナカニシヤ出版，京都，21-69，86-108，131-159，166-172，2010
- 19) 藤森克彦：単身高齢世帯（一人暮らし高齢者）の生活と意識に関する国際比較調査－4か国比較－，内閣府「第8回高齢者の生活と意識国際比較調査結果」，238-247，2016．[オンライン，<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h27/zentai/index.html>]，1. 18. 2018
- 20) 厚生労働省：わが国の高齢者介護における2015年の位置づけ，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3a.html>]，1. 18. 2018
- 21) 増田元香，松田ひとみ：活動的な高齢者における主観的睡眠感と運動量との関連，日本生理人類学会誌，11(4)，31-36，2006
- 22) 上原紀美子：高齢者福祉政策における生きがい論，久留米大学文学部紀要 社会福祉学科編，5，13-25，2005
- 23) 厚生労働省：日本人の長寿を支える「健康な食事」のあり方に関する検討会報告書，2014．[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129246.html>]，1. 18. 2018
- 24) 佐久間春夫：運動の心理的效果－運動習慣形成のために－，奈良女子大学文学部研究教育年報，2，49-52，2006
- 25) 文部科学省 国立教育政策研究所：「自尊感情」？それとも「自己有用感」？，[オンライン，<https://www.nier.go.jp/shido/leaf/leaf18.pdf>]，1. 18. 2018
- 26) 梅崎薫，笠島茂，関根道和，他：高齢女性の配偶者死別とライフスタイル，日本公衆衛生誌，50(4)，293-302，2003
- 27) 齋藤静：高齢期における生きがいと適応に関する研究－ネットワークの観点から－，現代社会文化研究，41，63-75，2008
- 28) 唐沢かおり，八田武志：幸せな高齢者としての生活，ナカニシヤ出版，京都，202-203，2009
- 29) 藤原佳典，杉原陽子，新開省二：ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響，日本公衆衛生誌，32(4)，293-307，2005
- 30) 杉井潤子，本村汎：高齢者の主観的幸福感をめぐる一研究－家族システムの構造的要因との関連において－，家族社会学研究，4，53-65，1992

原 著

一般病棟の認知障害高齢者へ身体拘束回避で転倒を 予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス

The process of thought and practice of the skilled nurses who prevents falls without physical restraint to older patients with cognitive impairment who are hospitalized in general wards

牧野 真弓^{1) 2)}, 加藤 真由美³⁾

Mayumi Makino^{1) 2)}, Mayumi Kato³⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾富山大学大学院医学薬学研究部

³⁾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 Department of Nursing

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

³⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

転倒・転落, 認知機能障害, 高齢患者, 身体拘束, 熟練看護師

Key words

fall, cognitive impairment, older patients, restraint, skilled nurses

要 旨

目的：一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ、身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセスを明らかにする。

方法：身体拘束を回避した転倒予防に努める経験年数10年以上の看護師18名を対象に、半構造化面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法で分析した。

結果：熟練看護師は、患者に認知障害があると判断すると、まずBehavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) を予防するために【認知症ケアモードへ切り替え】を行う。その上で、【説得せず納得を目指した信頼形成】を目指すために、出来る限りの転倒予防策を投入して【拘束フリーで見極め】を行う。さらに、患者の【“どうしたい”の解説】を行って欲求へ徹底対応する。並行して【居心地の良い環境マネジメント】を展開し、安心して安全に活動できる環境を整えるという思考と実践のプロセスが

連絡先：牧野 真弓

富山大学大学院医学薬学研究部 老年看護学講座

〒930-0194 富山県富山市杉谷2630

見出された。

結論：認知障害高齢者へ身体拘束を回避した転倒予防を行うには、パーソン・センタード・ケアの理念に基づく安心できるケアの提供と、患者の納得を目指して信頼を形成していくことが重要であると示唆された。

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to clarify the thought and practice process of the skilled nurse who prevents falls without physical restraint to older patients with cognitive impairment who are hospitalized in general wards.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 18 nurses who had at least 10 years' experience and were striving to prevent falls without the use of physical restraints and their responses were analyzed using the modified grounded theory approach.

Results: When skilled nurses judged a patient to have a cognitive impairment, they "switched to dementia care mode" to prevent behavioral and psychological symptoms of dementia. Moreover, in order to "convince the patient without persuading him/her", they added fall prevention measures as much as possible and "assessed possibilities without use of restraints". They also attempted to "interpret what the patient wanted" and made full consideration of their wishes. At the same time, they performed "comfort management" and carried out thought and practice processes to develop an environment in which the patient could live safely and securely.

Conclusion: For older patients with cognitive impairment in order to prevent falls avoiding physical restraint, it is suggested that providing reliable care based on the philosophy of person centered care and establishing confidence with the patient aiming at satisfying is important.

はじめに

一般病棟の調査（2013年）で、認知症と診断された人は17.5%、認知障害がある人は52.3%¹⁾との報告から、一般病棟に入院する高齢患者の2人に1人は、認知障害が疑われる。認知障害を持つ高齢者（以下、認知障害高齢者）は、一般病棟へ入院し治療を受ける際に、入院や手術等による急激な環境の変化、身体の不調、ケアの不足によるストレスから、徘徊・攻撃性・不穏や、妄想・幻覚・不安などの行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）を生じることで、転倒・転落（以下、転倒）につながる危険が高く、認知障害高齢者の転倒率は、非認知症患者に比べ8倍²⁾とされる。しかし、転倒予防に関して、高齢患者に効果のある方法^{3) 4)}も、認知障害高齢者には効果がみられていない⁵⁾。認知障害高齢者が、一般病棟へ入院し治療を受ける過程で、安全に安心して療養生活を送る支援が望まれる。

看護体制7：1の一般病棟において、BPSDへの対応として最小限の身体拘束（以下、拘束）が58.1%に実施されており、看護負担度の大きい

BPSDの1位は「ライン類の自己抜去」、「転倒転落につながる危険性のある行動」は3位に上がっている⁶⁾。拘束実施の判断は、緊急やむを得ないとされる判断基準が未確立なため、24時間携わる看護師に判断が委ねられることが多い⁷⁾。転倒に起因する障害として、骨折が7.2%、死亡事故が1.9%⁸⁾発生しており、看護師は、身体拘束予防ガイドライン⁹⁾が推奨する転倒予防ケアと、拘束しないことで患者が転倒し責任追及されることへの懸念との間で、ジレンマを感じながら拘束にまつわる判断を行っている¹⁰⁾。他にも拘束実施の判断には、拘束なしに完全に転倒を予防できないと考える誤解⁹⁾、代替え方法の経験不足⁹⁾、拘束に対する倫理観の鈍感化⁹⁾、弊害への知識不足⁹⁾、看護業務の緊迫化¹¹⁾などが影響している。

認知障害高齢者にとって、拘束は身体的・精神的・社会的弊害をもたらす。関節拘縮や筋力の低下、褥瘡の発生、食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの身体機能の低下や、不安や怒り、屈辱、あきらめといった精神的苦痛となり尊厳を侵し、認知症の進行や、せん妄の頻発をもたらす恐れがある¹²⁾。また、拘束された車いす

からの無理な立ち上がりによる転倒や、ベッド柵の乗り越えによる転落、拘束具による窒息などの大事故を発生させる危険すらあり、さらなる医療的処置を生じさせる¹²⁾。拘束を回避した転倒予防ケアの確立が求められる。一般病棟に入院する認知障害高齢者が、拘束を受けることなく転倒が予防されることは、拘束による弊害や、転倒に起因する障害や長期入院を回避でき、かつ長期入院により生じるフレイル（虚弱）を予防し、在宅退院率の向上につながると考える。

認知症高齢者に対する拘束しない転倒予防ケアは、介護保健施設で行われている¹³⁾が、背景が異なる一般病棟でそのまま適応可能とはいえない。一般病棟において、認知症高齢者の意思を尊重し、〈落ち着く〉ことを目指した転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセスが明らかにされた¹⁴⁾が、急性期病棟では落ち着くケアを行う前に拘束が実施される状況があること¹⁵⁾から、いかにして入院初期から拘束を回避した転倒予防を行うのかという思考と実践に特化した報告ではない。また、認知症高齢者の転倒予防看護質指標¹⁶⁾では、「患者の潜在的ニーズと現状の制限によるズレによって起こる転倒の可能性をアセスメントする」項目の実施率が、急性期病院では約4割と、介護保険施設の約9割に対して有意に低いことが明らかとなり、患者のニーズに対するアセスメントが丁寧に行われていないことが、拘束につながる可能性が示唆された。このように、認知障害高齢者へ拘束を回避した転倒予防ケアの実施に至るまでの一般病棟の看護師の思考と実践のプロセスは明らかになっていない。

認知障害高齢者への対応が、今後ますます求められる一般病棟において、熟練看護師が拘束を回避して転倒を予防するまでの思考と実践のプロセスを言語化して示すことで、一般病棟の看護師がその知見を理解し、適用可能性について検討できれば、転倒予防ケアに関連した不必要な抑制を回避軽減できるのではないかと考えた。

そこで本研究は、身体拘束を回避して認知障害高齢者に転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセスを明らかにすることを目的とした。

用語の定義

認知障害高齢者：医師が認知症または軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）と診断、もしくは看護師が患者との会話や行動の観察から、認知機能に障害があると判断した高齢患者とした。

身体拘束：身体や行動の自由を制限する身体拘束ゼロ作戦推進会議¹²⁾で示された11の行為とした。

熟練看護師：Bennerは、技能習得過程を5段階で示すドレイファスモデルにおいて、5段階の「達人レベル」の定義を「状況全体の深い理解に基づいて行動し、複雑な臨床症状に見事に対処しており、普段の業務評価基準では把握できないことがあっても看護師仲間からは達人と明らかである¹⁷⁾」としている。年数に関しては、「中堅レベル」を推定3～5年としているが、達人レベルに関する記述はみあたらない。従って本研究では、中堅レベルと区別が明瞭となる10年以上の臨床経験を持つ人とし、部署内でリーダー的役割を持ち、看護部長や看護師長より認知症看護のエキスパートであると認められた看護師とした。

研究方法

1. 対象者

対象施設は、入院する患者の4割以上が80歳以上であるA県内2ヶ所の一般病院内の、6か所の一般病棟とした。対象者は、拘束を回避した転倒予防を行うことを大切にしている一般病棟に在職中の熟練看護師で、研究の同意が得られた者とした。

2. 調査方法

対象者の属性は、構成的質問紙に記載してもらうこととし、内容は性別、年齢、臨床経験年数、職位、認知症ケアに関する資格、経験した診療科であった。

思考と実践のプロセスは、各施設の個室で60分程度の半構造化インタビューを1人1回行った。質問内容は、「高齢患者が入院してから身体拘束せずにどのように転倒を予防するに至ったのか」印象深い事例を自由に語って頂いた後に、認知機能の低下を判断した根拠、転倒を予測した経緯、どのような考えで対策を実施し、その後の患者の様子をどのように判断して対応したかについて質問をし、看護師の行動につながった思考に焦点を当てるようにした。録音は承諾があれば行った。調査期間は、2014年7月～2015年9月であった。

3. 分析方法

分析方法は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach：M-GTA）法¹⁸⁾を用いた。M-GTAは、人間行動の社会相互作用に着目し、限定された範囲内において実践的活用の理論生成が可能とされ、社会相互作用に関わる領域や、プロセス的性格を

持った領域に適している。熟練看護師は、刻々と変化する患者の身体状態や行動に対応した看護実践を行っており、患者自身もケアに反応して変化することから、相互作用とプロセス性があることを鑑みて、本手法を選択した。

分析の手順は、逐語録を作成し数名のデータに目を通してから、分析焦点者を「一般病棟に入院した認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師」、分析テーマを「一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する思考と実践のプロセス」と設定した。次に、分析焦点者の視点から分析テーマに沿って逐語録を精読し、分析テーマに関連すると考えられた熟練看護師の認識を現わす箇所（具体例）を一つの意味のまとまりとして抽出し、その意味を解釈して定義し、定義を凝縮した表現として概念を生成した。1概念につき1つの分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例を記入し、理論的メモには他の解釈案やその時々の疑問やアイデアを記入し、分析プロセスを客観的に振り返る上で参考にした。1つの概念を生成する毎に、データから他の具体例の確認と対極例の潜在的可能性を検討した。

類似例や対極例が出尽くしたところで、概念と概念の関係を起点に、中心となる概念に関する概念やカテゴリーは何か推測的、包括的思考を働かせながら、明らかになりつつある現象のプロセスや影響の方向について検討を行い、カテゴリーを生成した。最終的には、カテゴリー相互の関係と全体の結果の統合性を検討し、概念と概念やカテゴリー間の関係性をストーリーラインにまとめ、結果図を作成した。

4. データの信用性及び確実性の確保

研究対象者に分析結果を提示して、データの解釈が現場の現象として妥当であるかの確認を行い、データの信用性の保持に努めた。分析過程およびストーリーラインの作成において、老年看護学とM-GTAの専門家2名に継続的にスーパービジョンを受け、研究者の解釈が恣意的に偏らずデータに密着しているかの観点で計20回確認を受け、分析の確実性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、富山大学の倫理審査委員会の承認（利臨26-68）を得て実施した。協力病院の病院長、看護部長に研究の主旨などを書面と口頭で説明し、書面にて同意を得た。対象候補者に主旨、面接内容、所要時間、匿名性の保持、協力の任意性、い

表1 対象者の属性

n = 18

項目		n	(%)
性別	女性	18	(100.0)
年齢 (歳)	30-39	5	(27.8)
	40-49	11	(61.1)
	50-59	2	(11.1)
臨床経験年数 (年)	10-15未満	2	(11.1)
	15-20未満	7	(38.9)
	20-25未満	6	(33.3)
	25以上	3	(16.7)
職位	チームリーダー	7	(38.9)
	主任	8	(44.4)
	看護師長代理	3	(16.7)
認知症ケアに関する資格	あり	4	(22.2)
	認知症看護認定看護師	1	(5.5)
	認知症ケア専門士	3	(16.7)
	なし	14	(77.8)
経験した診療科 (複数回答)	内科系	15	(83.3)
	外科系	12	(66.7)
	回復期	4	(22.2)
	ICU*・救命・手術部	3	(16.7)

*ICU : intensive care unit.

つの時点でも辞退でき不利益のないことなどについて書面と口頭で説明し、同意書に署名をした者を対象者とした。

結 果

1. 対象者の概要

研究対象施設2ヶ所は、約200床の総合病院で、看護体制は7:1と10:1、いずれも2交代勤務であった。研究対象看護師は18名で、属性(表1)において臨床経験年数は13~38年、認知症ケアに関する有資格者は4名(22.2%)であった。1人当たりのインタビュー時間の平均は、61.7±12.2(45~89)分であった。

2. 一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス

分析の結果、11の概念、4つのカテゴリー、1つのコアカテゴリーが生成された。それらの全体的な関連について結果図(図1)と、次に示すストーリーラインにまとめた。

以後、コアカテゴリーを【 】、カテゴリーを【 】、概念を〈 〉で示す。データは、紙面の都合上特徴的なセンテンスを要約し、一例を「 」で示す。

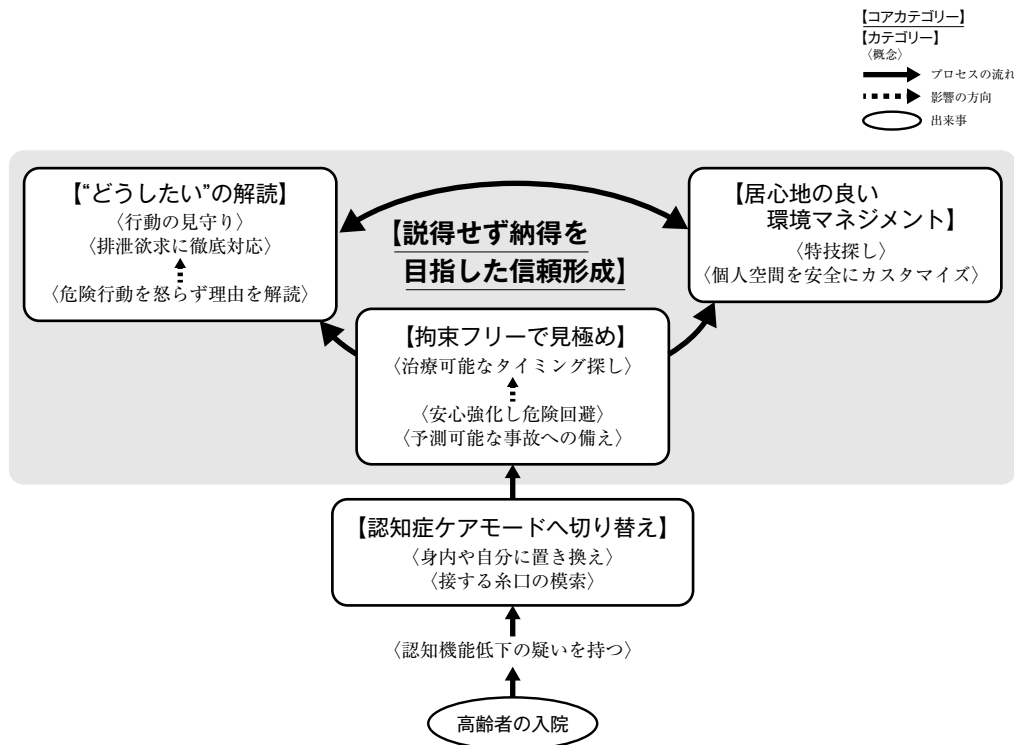


図1 一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス

1) ストーリーライン (図1)

熟練看護師は、一般病棟に入院してきた高齢者に〈認知機能低下の疑いを持つ〉と、即座に【認知症ケアモードへ切り替え】る。生活パターンや患者の性格から〈接する糸口の模索〉を行い、〈身内や自分に置き換え〉て接することで、患者が安心出来る応対に変える。そして、患者を【説得せず納得を目指した信頼形成】の入り口として、まず出来る限りの転倒予防策を投入して【拘束フリーで見極め】を行う。ライン類を隠して抜去を防ぐ、離床センサーを設置して転倒を防ぐなど、〈予測可能な事故への備え〉を万全にし、認知障害がない患者よりも〈安心強化し危険回避〉に努め、〈治療可能なタイミング探し〉を行いBPSDの発生や増強を防ぐ。その上で、患者の【“どうしたい”の解説】を行っていく。〈危険行動を怒らず理由を解説〉し、さっきトイレに行ったばかりなのにまた行きたいと訴える患者を医療的観点で諭すのではなく、トイレに行きたいという患者の〈排泄欲求に徹底対応〉し、患者がしたい行動を否定せずに〈行動の見守り〉に徹する。並行して、患者単独で安全に活動できる〈個人空間を安全にカスタマイズ〉し、排泄以外の活動に意識を向けられるよう患者の〈特技探し〉を行うことで、患者が安心できる【居心地の良い環境マネジメント】を進展させる。これらを相互に進めることは、【説

得せず納得を目指した信頼形成】ケアであり、その結果欲求が満たされ納得できた認知機能高齢者は、看護師を信頼するようになる。このことが結果的に拘束を行わない転倒予防の実現につながるため、コアカテゴリーとした。

2) カテゴリーと概念

次に、プロセスに沿って、概念、カテゴリー、コアカテゴリーの定義と具体例を説明する。

(1) 〈認知機能低下の疑いを持つ〉入院してきた高齢患者の年齢や発言内容より認知機能低下の疑いを持つと、入院前に外来で説明されている入院の目的や治療に関する説明を理解して行動できるか、自室を記憶して自分で戻れるかを観察して、判断していた。「80歳以上なら認知症を念頭に置く。『今からこんな治療が必要なので』と説明した際に、外来で聞いているはずなのに『よくわからん』と入院した経緯を自分で言えない人は、認知症かもと判断している。」

(2) 【認知症ケアモードへ切り替え】認知障害があると判断をすると、患者の人物や普段の様子に関する情報を集めて、患者が安心できる接し方に変えて、患者の意向を確認する声かけや応対を行っていた。

〈接する糸口の模索〉家族へ認知障害を裏付ける情報（物忘れや、迷子や徘徊）を確認して、最終判断をしていた。また、生活パターン、患者の

性格、趣味、日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）の状況、排泄場所・回数・時間などを聴取して、普段の様子を深く理解しようとしていた。「起床・就寝時間や、言い出したら聞かないなどの性格、家で何をして過ごしていたか、どんなことが好きかなど聞くようにしている。」

〈身内や自分に置き換え〉患者を身内や自分に置き換えることで、入院環境がどう見えるかを捉え直し、患者が安心できるように意向を確認する声かけや応対を行っていた。『「今から〇〇へ行きますよ」と状況を説明し、『どうしたいですか。疲れましたか。』など、気持ちを聞くようにした。』『トイレに行きたいのに『ダメ、オムツ内でして』と禁止されたら不穏になるのは当然だし、看護師に敵対意識を持つから、駄目という言葉や態度は極力しない。』

(3) 【説得せず納得を目指した信頼形成】思考と実践のプロセスのコアカテゴリーとして位置づけられた。まず、できる限りの転倒予防策を投入して【拘束フリーで見極め】を行う。さらに、患者の排泄欲求や行動欲求に対して、看護師が出来ない理由の説明や説得をするのではなく、全面的に受け入れ徹底して応える【“どうしたい”の解説】と、並行して、認知障害高齢者が見守られた中で自分の意思で安全に活動できるようにする【居心地の良い環境マネジメント】を相互に進めることで、患者が納得し、安心して落ち着くことができれば、拘束しないで転倒予防が実現できると考えて取り組んでいた。

【拘束フリーで見極め】熟練看護師は、患者を【説得せず納得を目指した信頼形成】には、まず拘束を回避することが重要と考えていた。出来る限りの転倒予防策で事故に備え、認知障害高齢者には頻回に訪室して見守ることで、患者を安心させ落ち着かせるように予防に努めていた。その上で、拘束フリーで治療やケアやリハビリが続けられそうなタイミングを見極めていた。

〈予測可能な事故への備え〉抑制しないで済む方法を考えて、モニター機器やライン類が視界に入りにくい環境を整える、不必要なライン類を整理する、転落に備えてベッドを低床にするなどの実践につなげていた。「足に引っかけて転倒するかもしれないから、術後不必要と思われるライン類は早く抜去する。膀胱留置カテーテルは、間欠導尿に切り替える。点滴は、手首の袖口を閉めて首の後ろから出して患者の視界に入らない様にする。ベッドは最低床にするなど、抑制しないで

出来ることをまず全てやる。」

〈安心強化し危険回避〉時間をやりくりして、認知症ではない患者よりも傍にいて安心させるようにし、身体的苦痛や精神的不安がないか観察し見守り、転倒につながる危険を回避していた。「他の患者さんの状況を考えてから、認知症の方に費やせる時間を作り出し、見守りが必要な人の所へ行く。」「夕方帰宅願望のある方には、パソコン持ってベッド横に行き、しばらく傍に居る。誰か居ればある程度落ち着かれ、拘束しなくても危険な行動には至らないから。」

〈治療可能なタイミング探し〉治療への協力が得られにくい場合や、不穏により転倒の危険が高まった場合でも、拘束はさらに危険な状態になるため実施しないと考えていた。医師に提案や確認をして、抜去可能なライン類は一時的に除去して、患者を安心させ落ち着かせることを優先し、興奮が収まり落ち着いてから、ライン類から注意を逸らす場所や、複数で見守りができる時間帯を選び、再度治療を進めていた。「心不全で酸素が必要な方が、『したくないものはしたくない』と興奮して声を荒げ、点滴を抜去し、酸素マスクも外してしまっていた。無理してもまた外すと思いしばらく離れ、興奮が収まった頃に見に行き、『しないといけないよ』と優しく話しかけるとマスクをつけてくれた。点滴も入れ直し、目につかないように服の中に通した。」「時間を空けることで上手くいくことが多いから、術後興奮して危険な人は、状態が安定していれば医師の許可を得て、膀胱留置カテーテルを抜去して、可能な限り点滴もロックして、ドレーンを全部服の中に入れて、なるべくライン類をとってしまおう。落ち着かれたらタイミングを見て、点滴を再開させる。」

(4)-1 【“どうしたい”の解説】認知障害高齢者の危険行動を怒らず、排泄など行動の理由を読み取り、先手に満たすことができれば、転倒につながる行動はおのずと減ると考えていた。

〈危険行動を怒らず理由を解説〉転倒につながる行動を否定せず、安全に行うための見守りや支援を続けながら、行動につながる理由を理解しようと試みていた。「何か絶対その人の中で理由がある。家に帰りたいなどの欲求があって行動していると思うので、欲求を察知することが一番重要。」「どうして家へ帰りたいのかを読み取る。『息子を幼稚園に迎えに行くから帰らせてほしい』との言動から、患者の生きている時代は過去で、子供の世話をしたくてベッドに寝ていられないと分か

れば、息子さんに電話して声を聴かせてあげれば安心につながり、患者さんも落ち着いて病院に居ることが出来ると思う。」

〈排泄欲求に徹底対応〉認知障害高齢者の頻回な排泄欲求を、『行っただけ』と医療の観点から論ずことや否定をせず、行きたい欲求を満たすことで、単独で転倒につながる行動が減ると考えて対応していた。「患者さんがトイレをしたいと言った時に、『行っただけなのはどうせ出来ない』と言う人もいるけど、尿が出ることが大切なのではなく、トイレに行くことに意味がある。そわそわしていた人が、トイレに行くことでその後落ち着けるようになる。訴えを無視すれば、患者さんが怒って興奮して転倒につながるかもしれない。自分が出来ることをして患者さんと信頼関係を結び、転倒を回避することに意味がある。」「大腿骨頸部骨折術後で免荷のため、排泄動作に全介助が必要な方。骨折したことを覚えておらず、自分で歩いてトイレに行けるという認識で、10分前にトイレしたことは忘れていた状態だった。様々なスタッフにトイレを訴えるため、最終排尿時間を紙に書き、本人に確認してもらうようにした。泌尿器科で残尿はないと確認していても、その人を安心させるために訴えを尊重し、30分～1時間に1回は車椅子でトイレへ連れて行った。」

〈行動の見守り〉認知障害高齢者のしたい行動を抑えずに、したいタイミングで安全に行えるサポートに徹して、認知障害高齢者が満足し納得できるようにしていた。「歩行器が必要なのに、動きたい気持ちから一人で動いて、転倒を繰り返す人に、傍にいる担当を決めて、リハビリ・看護師・介護士が時間交代して歩きたい時に付き添うことにした。徐々に大声や、スタッフに手を出すことはなくなり、笑顔が見られ、『今日は晴れとるな』など話すようになった。睡眠時間も増え、だんだん精神的に落ち着いていった。夜中に起き上がって『そんなら歩こうか』という時もあり、センサーマットを敷いて、皆でナースコールに徹底して対応したことで、転倒はみられなくなっていった。」

(4)－2【居心地の良い環境マネジメント】認知障害高齢者に合わせてベッド周囲で単独でも安全に活動が出来る環境を整え、特技をきっかけとした日中の活動を提案して、認知障害高齢者が入院環境でも安心して居心地よく過ごせるように働きかけていた。

〈個人空間を安全にカスタマイズ〉手すりの設置、ベッドやポータブルトイレなどの位置など、

認知障害高齢者に合わせてベッド周囲で安全に活動ができる環境を整えていた。「ふらつきがあっても、夜間もトイレで排泄したい人だった。最初はセンサーマットで対応していたが、トイレが頻回で夜間回数も多く、対応が手薄になってしまった。そこで、個室に変更して、ベッドをトイレのドアが開けられるぎりぎり近くに配置したところ、壁伝いに1人で安全にトイレに行けるようになった。」

〈特技探し〉出来ない決めつけずに、認知障害高齢者が好きで取り組めることを個別に探し、排泄以外の活動にも意識を向けて、日中に活動できるように生活リズムを整えていた。「病棟では暴れていて、また点滴を抜いたと思う人だった。レクリエーションを通じて、歌も上手で塗り絵も得意で、人生の先輩として話をされるのだという気付きもあり、徐々に患者さんに信頼されるようになった。家族から洗濯物をたたむことや、箱を折るなどの作業が好きな方だと聞き、タオルたたみをお願いしたら、集中して1時間程度行えるようになり、点滴は抜かなくなった。他の看護師にも情報を共有したら、会話が续くようになった。」

考 察

転倒予防に関する代表的な看護方法には、転倒を予測するアセスメント項目が効果的に列举された転倒リスクアセスメントツールがある¹⁹⁾。また、認知症高齢者を対象とした転倒予防ケアに関する報告がある^{10) 14) 16)}。しかし、95%が認知症と判明している施設²⁰⁾と比べると、一般病棟では認知障害がある人は52.3%と過半数を占めていても、認知症と診断されていた人は17.5%¹⁾との報告より、認知障害の診断がついていない高齢者が約35%いると推定される。認知障害は転倒の重要な要因だが、入院患者の35%と推定される認知機能が未評価である高齢者の認知機能を、誰がいつどのように評価して転倒予防につなげるかについては、先行研究では明らかにされていなかった。本研究は、様々な患者が入院する一般病棟において、認知機能が未評価である高齢者の認知機能低下を早期に査定し、他の患者とは対応を変えて転倒を予防していく熟練看護師の思考と実践を明らかにした点に独自性がある。一般病棟における転倒予防ケアの特徴であるといえる。

1. 認知機能低下の疑いを持つ

プロセスの初段階で熟練看護師は、認知症と診断されていない高齢患者に対して、認知機能低下

を疑う判断を行っていた。判断の手掛かりは、患者に入院前に説明された治療内容を質問して記憶の再現性を確認することと、トイレ後に自室に戻れるかを観察することで理解力や短期記憶を確認することであった。

認知症は、挨拶やことわざなどの決まり言葉や、相手の言葉を復唱する能力は比較的保たれ、重度でも会話を取り繕うことが可能である²¹⁾。熟練看護師はこのことを理解しており、質問に対する患者の返答のみならず行動を観察して、総合的に認知機能低下を判断していた。認知機能低下が把握されないまま治療が進むと、患者にとって入院や手術による急激な環境の変化・身体の不調・ケア不足がストレスとなりBPSDが発生や増強しやすく²²⁾、拘束以外に安全を確保する方法がない‘緊急やむを得ない場合’に陥りやすくなると考える。入院初期に高齢者の認知機能低下を把握することは、‘緊急やむを得ない場合’の未然回避につながっていたと考える。よって、拘束を回避した転倒予防には、入院初期に、認知機能が診断されていない高齢者の認知障害を見極める看護師の判断が、極めて重要であったと考える。

2. 認知症ケアモードへ切り替え

熟練看護師は、家族から病歴、身体の状態だけでなく、生活環境、生活歴、性格、趣味などを丁寧に聴取して患者に〈接する糸口の模索〉を行い、患者を〈身内や自分に置き換え〉ることで、認知障害高齢者が安心出来るようにコミュニケーション技法を変えて患者に接し、BPSDの発生を防いでいた。

認知障害高齢者は「相手の言葉を受け取る力、解釈する力、自分の思いを表現して伝える力に問題が生じているため、看護師はよく観察してメッセージを注意深く受け取り、看護師自身の発する言葉やしぐさ、看護師の存在が不快なものにならないようにして、受け取りやすい刺激になるよう考えてメッセージを送る必要がある²³⁾」とされる。また、認知障害高齢者は、「ケアする側の態度を敏感に感じ取り、鏡のように跳ね返す²⁴⁾」とされる。

老人保健施設に比べ、一般病棟の看護師の多くは認知症ケアに不慣れである。そのため、重症患者や緊急入院など注意が必要な他の患者がいる中で、治療が順調に進まず、転倒のリスクが高い認知障害高齢者に、看護師が強い負担感や抵抗感を感じやすい²⁵⁾。看護師が、認知症ケアモードの切り替えを行わず、認知障害高齢者に強い負担感や

抵抗感を持って行うケアが、患者に不快な刺激となりBPSDを誘発し、看護師が‘緊急やむを得ない場合’を招く恐れが考えられた。【認知症ケアモードへ切り替え】は、看護師が意識して患者への接し方を変えようとする分岐点としての役割と考える。

3. 拘束しない転倒予防ケアを可能にする、説得せず納得を目指した信頼形成

熟練看護師は、プロセス全体を通して拘束をしないことを念頭においていた。患者の欲求を全面的に満たすことを優先に、本人が納得できる満たし方をして信頼してもらえるかを考え抜いた末、行動に移していた。治療優先の環境となりやすい一般病棟で、看護師が認知障害高齢者に対して【説得せず納得を目指した信頼形成】に基づいてケアを行うことは、拘束回避、拘束に起因するBPSDの悪化による治療中断のみならず、転倒の予防につながると考える。

一般病棟の転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセスの報告では、認知症高齢者の意思を尊重し、〈落ち着く〉ことを目指していた¹⁴⁾。本研究結果である【説得せず納得を目指した信頼形成】と、認知症を持つその人の視点を重視する点において、一致すると考える。Brooker, D.は、認知症をもつ人を一人の‘人’として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケアの考え方であるパーソン・センター・ド・ケアの定義を、4要素（VIPS）にまとめた。「ケアにあたって、その人の視点（perspective）から世界を見ること、その人の存在自体に価値（Value）を認めること、独自性（Individuality）を尊重すること、認知症の人を支える心理・社会的環境（Social Environment）を提供すること²⁶⁾」と示している。今回抽出されたカテゴリーは、パーソン・センター・ド・ケアの4要素と対応していると考えられた。「その人の視点に立つ」部分は【認知症ケアモードに切り替え】、「認知症の人の価値を認める」ための【拘束フリーで見極め】、「個人の独自性を尊重する」ための【“どうしたい”の解説】、「認知症の人を支える心理・社会的環境を提供する」ための【居心地の良い環境マネジメント】であった。このことから、熟練看護師の拘束を回避して転倒を予防する思考と実践のプロセスは、認知障害高齢者を一人の‘人’として尊重して、その人の視点や立場に立って理解して転倒予防ケアを行おうとするものであり、一般病棟の実践の場で、認知障害高齢者の転倒予防を考える

プロセスとして推奨されると考える。

1) 拘束フリーで見極め

熟練看護師は、患者を【説得せず納得を目指した信頼形成】入り口として、はじめに拘束を行わないことが信頼形成に重要であると考え、【拘束フリーで見極め】るために、出来る限りの転倒予防策を投入していた。〈予測可能な事故への備え〉を行いながら、入院の目的が記憶できず入院環境に不安を抱く患者の傍に留まり、患者の苦痛を確認し対話をするなど、関わる時間を増やすことで〈安心強化し危険回避〉に努め、治療経過を予測し、医師の理解と協力を得ながら内服への切り替えや、間欠導尿など、治療が柔軟な方法で行えるように働きかける〈治療可能なタイミング探し〉を行っていた。

看護師が、治療方法や治療のタイミングの調整を柔軟に行うことが可能になれば、患者が興奮して危険な場合は一時ライン類を抜去して、看護師が末梢点滴を再挿入するタイミングや場所を調整するなど、【拘束フリーで見極め】が可能となり、拘束回避につながっていたと考える。一度拘束が開始されると、次のシフトへ継続されやすく、解除しにくい⁹⁾とされる。医療の安全性、効率性を重視する側面から、看護業務の標準化が進んでいるが、認知障害高齢者に合わせた治療のタイミングや治療方法の工夫を行うためには、個別に拘束しない治療方法を模索し、柔軟に対応を考える看護師の思考が必要であると考え。

病棟看護師が認知障害高齢者に看護を行う際の困難の構造で、看護師が‘目が離せない認知症の人’と遭遇すると見守りの必要性が生じ、予定外の看護業務が増えることで精神的余裕がなくなり、看護業務が緊迫化する¹¹⁾との報告がある。熟練看護師は、看護業務が差し迫ることを予測し、他の患者の状況を考慮して、認知症者に使える時間がどのくらいあるか逆算して考えることで看護業務の緊迫化に陥らずに、時間をやりくりして認知障害高齢者に関わることが出来ていた。しかし、【拘束フリーで見極め】を行うためには、精神的余裕が持てるような勤務状況に関わっていることが考えられた。今回の対象施設はいずれも2交代勤務であった。2交代勤務に比べ3交代の方が4点柵による拘束実施が有意に多い²⁷⁾との報告がある。2交代勤務は3交代に比べ業務時間が長く、アセスメントや看護業務の調整が比較的行いやすいと考えられる。看護師が業務調整で精神的余裕を作り出すことが難しい場合、拘束実施につながるこ

とが考えられることから、看護管理の視点での支援も必要になると考える。

2) “どうしたい”の解説

本研究の熟練看護師は、〈危険行動を怒らず理由を解説〉において、患者の「息子を幼稚園に迎えに行く」との言動から、患者の時代は過去で、子供が心配で帰りたいのだと解説し、否定せずに電話で成人した息子の声を聴かせて、患者が納得できるようにして〈行動の見守り〉を行い、転倒を予防していた。患者の行動を理解するには、職歴・生活歴・趣味・性格傾向などを知り、その人の立場に立った内的体験の理解が必要²⁸⁾とされる。患者の内的体験を理解して患者自身が言語化できない“どうしたい”を解説することで、説得しなくても、患者の納得につながっていたと考える。

また、熟練看護師は、〈排泄欲求に徹底対応〉において、排泄欲求を的確に訴えることが難しい患者が、タイムリーにトイレに移動できないことで、失禁による不快感から、焦り、怒り、混乱が生じ転倒につながると考えていた。転倒につながる行動の過半数が排泄行動²⁹⁾と報告されており、排泄の欲求は優先して徹底的に対応して転倒を予防していたと考える。

3) 居心地の良い環境マネジメント

熟練看護師は、画一的な安全対策や、行動の制限を行うのではなく、見守るタイミング、認識しやすい手すりの位置、トイレまでの動線を短縮したレイアウトなど、〈個人空間を安全にカスタマイズ〉を施し環境を個別に整備して、〈特技探し〉を通じて、その人らしく普段の生活が継続できるように支援していた。高齢患者の16.8-59%に、退院時歩行能力の低下がある³⁰⁾ことから、転倒予防のために拘束を行うことは、下肢筋力の低下を招く。患者にとって居心地のよい環境で、特技を生かした活動を行うことは、筋力低下を予防し、その人らしい生活の維持につながっていたと考える。

4. 看護への示唆

熟練看護師が持つ、患者が納得し、信頼関係の構築を目指して転倒予防を行おうとする思考を、看護師全体に広めることにより、転倒につながる行動のみに着目して拘束を行う思考から解放され、拘束の実施に伴う倫理的なジレンマの回避にもつながると考える。

Bandura³¹⁾は、ある行動を遂行することができると自分の可能性を認識していることを自己効力感と呼び、自己効力感が強いほど実際にその行

動を遂行できる傾向にあることを示した。自己効力感は、行動決定や行動遂行に対し大きな影響を与え、そのプロセスには、結果予期と効力予期という2つの要因の組み合わせが行動に影響する。結果予期が「これまでの知識や過去の経験に基づいた推測」であるのに対し、効力予期は「ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度上手くできるかという認識」であり、自己効力感と強くかかわっているとされる。

熟練看護師は、思考と実践のプロセスを通して「患者の納得が得られる支援ができれば、拘束を回避した転倒予防が出来る」という‘転倒予防の自己効力感’を持っていたことが明らかとなった。他の看護師が転倒予防の自己効力感を持つことができれば、病棟全体で拘束を回避した転倒予防につながると考える。

自己効力感を高めるには、自分の成功体験の他に、他人が成功した代理体験も有効とされる³¹⁾。熟練看護師が拘束を回避して転倒予防を実現した成功事例を、他の看護師が共有して代理体験を積むことが可能となる体制が確保できれば、看護師の効力予期を高め、拘束回避につながると考える。

また拘束の実施には家族からの要望があることから、家族に対して、患者の意向をサポートする認知症ケアの理念や、拘束しないことで損傷するリスクについて説明し、拘束をしないことへの理解と同意を得ていくことも重要であると考ええる。

5. 研究の限界と課題

本研究の対象者は特定した地域の看護師18名のインタビュー分析であり、地域性、年齢、臨床経験年数、経験した診療科など様々な条件の差が結果に影響することは否めない。また、患者の認知機能低下の程度や、認知症の種類による影響の差は検討されていない。今後多彩な地域で、臨床経験年数などの条件の異なる看護師に焦点を当てて分析し、概念を生成する必要がある。

結 論

「一般病棟に入院してきた認知障害高齢者へ身体拘束を回避して転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス」について、一般病棟の熟練看護師18名に半構成化面接を行い、M-GTAの手法で分析した。結果、高齢者が入院した後に〈認知機能低下の疑いを持つ〉と【認知症ケアモードへ切り替え】て【拘束フリーで見極め】を行い、【“どうしたい”の解説】【居心地の良い環境マネジメント】の双方を行うことで、患者を【説得せ

ず納得を目指した信頼形成】から転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセスが見出された。

熟練看護師は、患者の納得を得て信頼されるようになれば、拘束することなく転倒は予防できるという転倒予防の自己効力感を根底に持ち、転倒予防ケアに取り組んでいた。拘束しない転倒予防を行うには、パーソン・センタード・ケアの理念に基づき、患者に安心してもらえるケアの提供と、患者の納得を目指して信頼関係を構築していくことが重要であることが示唆された。

謝 辞

インタビューにご協力下さいました協力施設の熟練看護師の皆様、看護師長、看護部長の皆様にご心より感謝申し上げます。分析においてご指導賜りました信州大学医学部保健学科准教授山崎浩司先生に感謝申し上げます。本研究は、平成26～28年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号26463446により行った研究の一部である。本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 古田光：一般病床高齢者入院患者における認知実態調査の試み，総合病院精神医学，27(2)，100－106，2015
- 2) Louise MA, Glive GB, Elise NR, et al.: Incidence and Prediction of Falls in Dementia: A prospective Study in Older People, PLoS One, 4, e5521, 2009
- 3) Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, et al.: Fall and injury prevention in older people living residential care facilities: A cluster randomized trail. Annals of internal Medicine, 21, 136(10), 733－741, 2002
- 4) 加藤真由美, 水澤貞子, 中野厚子, 他: リハビリテーション患者の転倒予防プログラムの効果, 日本リハビリテーション看護学会誌, 1(1), 5－14, 2011
- 5) Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y, et al.: Fall and injury prevention in residential care, Effects in residents with higher and lower levels of cognition. Journal of the American Geriatrics Society, 51(5), 627－635, 2003
- 6) 厚生労働省: 中央社会保険医療協議会総会(第315回) 資料－入院医療について(平成27年11月25日), [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf>], (7. 3. 2017), 2015

- 7) 倉田貞美, 牧野公美子, 村上静子, 他: 一般病院における認知症高齢者への不必要な身体拘束防止の取り組み, 日本認知症ケア学会誌, 12(4), 763-772, 2014
- 8) 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集等事業H28年年報(2017年8月28日), [オンライン, http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2016.pdf], 8, 18, 2018
- 9) 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会: 身体拘束予防ガイドライン, 1-19, 2015
- 10) 杉山智子, 湯浅美千代: 認知症看護認定看護師ならびに認知症専門病棟の看護師と介護職のとらえている認知障害高齢者に特有の転倒予防ケア, 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 10(2), 40-47, 2014
- 11) 谷口好美: 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造, 老年看護学, 11(1), 12-20, 2006
- 12) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」: 身体拘束ゼロへの手引き-高齢者ケアに関わる全ての人に, 1-15, 2001
- 13) 小山晶子, 征矢野あや子, 小山智史, 他: 介護保険施設における認知症高齢者への身体拘束しない転倒予防ケア, 日本転倒予防学会誌, 2(3), 11-21, 2016
- 14) 丸岡直子, 鈴木みずえ, 水谷信子, 他: 認知症看護のエキスパートによる転倒予防ケアの臨床判断の構造とプロセス, 日本転倒予防学会誌, 5(1), 65-79, 2018
- 15) 林周児, 大谷悦子, 谷本優子, 他: 急性期病棟における身体抑制基準の導入, 医療マネジメント学会雑誌, 4(3), 371-376, 2003
- 16) 鈴木みずえ, 丸岡直子, 加藤真由美, 他: 臨床判断プロセスを基盤とした認知症高齢者の転倒予防看護質指標の有用性, 老年看護学, 19(1), 43-52, 2014
- 17) Benner P./井部俊子監訳: ベナー看護論新訳版-初心者から達人へ-(第1版), 医学書院, 東京, 2005
- 18) 木下康二: グランデッド・セオリー・アプローチの実践-質的研究への誘い(第1版), 弘文堂, 東京, 2003
- 19) 泉キヨ子, 尾座麻理佳, 宮腰美希: 転倒リスクとリスクアセスメントツールに関する看護研究の動向と今後の課題, 看護研究, 42(3), 173-187, 2009
- 20) 厚生労働省: H28年介護サービス施設・事業所調査の概況-5(2)在所者の認知症の状況, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf], 10, 16, 2018
- 21) 飯干紀代子: 認知症の人とのコミュニケーション(初版), 中央法規, 東京, 2011
- 22) 加藤伸司: 認知症の人の視点から考えるBPSD, 老年精神医学雑誌, 27(増刊I), 157-163, 2016
- 23) 堀内園子: 認知症看護入門-誠実さと笑いと確かな技術で包む世界-(初版), 85, ライフサポート社, 横浜, 2008
- 24) 六角僚子: 認知症ケアの考え方と技術(第2版), 2015, 医学書院, 東京, 2015
- 25) 湯浅美千代: 急性期病院での認知症ケアの課題と展望, 認知症ケア事例ジャーナル, 5(2), 140-146, 2012
- 26) Brooker D/村田康子, 鈴木みずえ, 中村裕子, 内田達二: VIPですすめるパーソン・センタード・ケア(初版), クリエイツかもがわ, 京都, 2010
- 27) 森万純, 中村五月, 陶山啓子: 認知症を有する術後急性期患者における看護師の4点柵実施の判断に関連する要因, 老年看護学, 20(2), 57-67, 2016
- 28) 山口晴保, 佐土根郎, 松沼記代, 他: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント(第2版), 協同医書, 東京, 2014
- 29) 川村治子: ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本(第1版), 医学書院, 東京, 2003
- 30) 湯野智香子, 泉キヨ子, 平松知子, 他: 急性期病院における内科疾患を有する高齢患者の退院時の歩行能力低下に影響する要因, 金沢大学つるま保健学会誌, 33(2), 81-87, 2009
- 31) 坂野雄二, 前田基成編著: セルフ・エフィカシーの臨床心理学(第2版), 北大路書房, 京都, 2003

Original Article

Reliability and validity of Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care

Keiko Tasaki, Michiko Inagaki, Tomomi Horiguchi, Yuya Asada

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

Key words

nursing practices, diabetes, interdisciplinary team care, questionnaire, reliability and validity

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the reliability and validity of *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care*.

Methods: Subjects of this study were nurses engaged in patient care at Japan Diabetes Society (JDS) educational facilities for doctors and facilities employing certified diabetes nurses. A self-administered questionnaire was employed in this study. The questionnaire included 25 items covering nursing practices in interdisciplinary team care for diabetes. Validation of the team scale items was done with the social skill scale and the critical thinking disposition scale. Item and factor analysis were employed to examine data, Cronbach's alpha coefficient was used to estimate internal consistency reliability, and Spearman's rank-order correlation coefficient was used to examine criterion-related validity.

Results: Out of 1,115 replies received, 848 responses were valid (76.0%). Subjects were 819 (96.6%) females, mean age was 38.5 ± 9.5 , mean year of experience in nursing care for diabetes was 6.8 ± 5.5 . All 25 items were explained by four-factor structure through factor analysis. Alpha coefficient was 0.95 for 25 items. In terms of correlation with external standards, $r=0.51$ for the total scores of 25 items and scores in the social skill scale, and $r=0.52$ in the critical thinking disposition scale scores.

Conclusion: Construct validity and internal consistency reliability were confirmed. Correlation was observed between the two scales used as external standards, which confirmed criterion validity. The results demonstrate the reliability and validity of this questionnaire.

Mailing address : Keiko Tasaki

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

Introduction

In Japan, diabetes patients are gradually increasing, with 3.166 million people¹⁾, and the proportion of those with strongly suspected diabetes are 19.5% for males and 9.2% for females according to the National Health and Nutrition Survey in 2015²⁾. Diabetes has been said to be a national disease for Japanese, for that reason, we have to educate patients to continue desirable treatment in order to prevent complications and to ensure the quality of life. To that end, diabetes team medical care of multi-occupational collaboration has been promoted, and it is suggested that the key element is the nurse who is the closest existence for patients.

In 2000, the Certified Diabetes Educators of Japan (hereafter referred to as “CDEJ”) system was introduced to enhance the involvement of medical staff such as nurses, pharmacists, nutritionists, clinical technologists, and physical therapists in patient education. As of 2017, the number of CDEJ-certified individuals are more than 19,300³⁾. Recognizing the importance of specialists in a wide range of fields working as a team to provide diabetes care, the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) has authorized diabetic dialysis prevention guidance and management provided by CDEJ-certified individuals under the medical care system⁴⁾.

Nurses play a significant role in enhancing team care for diabetes patients. Team care involves the sharing of problems encountered by individual patients and their families among specialists and the provision of specialized knowledge and techniques with the goals of improving QOL in both patients and families, and maintaining patient motivation for treatment^{5) 6)}. In addition to pharmacotherapy, balanced diet and exercising habit are considered important in the control and treatment of diabetes. Nurses try to understand the physical, psychological, and social aspects of treatment, and provide special care for both patients and their families with the goal of improving QOL. The role of nurses in team care for diabetes patients is significant, and it is important that nurses' ideas and decisions are based on the perspective of patients and their

families. An ideal team care for diabetes patients requires not only that nurses cooperate as a team, but that they also consciously apply their unique perspectives and methods to enhance team care. With this in mind, we created *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care*, the questionnaire was based on 25 items that represented aspects of enhanced team care for patients with diabetes^{7) 8)}.

The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS)⁹⁾ was established in the US as a tool to measure awareness and cooperation among specialists in different areas of healthcare. While the IEPS has been utilized to evaluate education for students of the health profession^{10) 11)}, there existed no tool for the evaluation and improvement of team care in Japan. To address this shortcoming, we established the questionnaire for nurses engaged in interdisciplinary team care for diabetes patients, a tool developed for the evaluation of nursing care in Japan.

We intended to evaluate the reliability and validity of the questionnaire through nurses who were nursing for diabetes patients at institutions in Japan.

Methods

1. *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care* Development Process

We extracted 20 items from the previous study, which was conducted for experienced nurses in team care for diabetes to extract seven roles of nurses in team care¹²⁾, to create a draft of the *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care* with the 20 items. Then, a draft with 26 items was created utilizing the opinions of 149 certified nurses who were skilled in diabetes care⁷⁾. Afterwards, a survey on the level of agreement of 158 skilled nurses in diabetes care about each item in the draft was conducted, content validity was completed in reference to the Lynn's content validity quantification method¹³⁻¹⁵⁾, and finally a questionnaire of 25 items⁸⁾ was completed.

2. Subjects

Subjects of this study were nurses engaged in patient care at Japan Diabetes Society (JDS)

educational facilities for doctors and facilities employing certified diabetes nurses. Sampling design was convenient, with institutions distributing questionnaire to the nurses there.

3. Data collection period

Data collection took place between March and May 2013.

4. Survey method

1) Data collection method

A self-administered questionnaire was employed in this study. Nurse managers at 770 subject facilities were invited to participate in the study and questionnaires were sent to the chief nurses of 223 facilities who expressed their willingness to cooperate (response rate at the institutional level was 28.9%). The nurse managers were asked to distribute the questionnaire to individual nurses. Nurses were asked to send their responses to researchers.

2) Number of collected and valid responses

The questionnaires were distributed to 2,294 nurses, and 1,115 (48.6%) answer sheets were received in response, of which 848 (76.0%) provided responses to all 25 questionnaire items designed to confirm reliability and validity, and to all items of two scales designed to evaluate concurrent validity, and attributes.

3) Questionnaire contents

(1) Demographic characteristics

The following information was collected: gender, age, academic record, years of nursing experience, years of experience in diabetes nursing care, CDEJ certification, diabetes nurse certification, ranks, number of beds at individual facilities and location of facilities.

Subjects were 819 (96.6%) females, mean age was 38.5 ± 9.5 , mean year of experience in nursing care for diabetes was 6.8 ± 5.5 , 330 subjects (38.9%) had CDEJ certification, 71 were certified diabetes nurses (8.4%), and the rank of 590 subjects was staff (69.6%). The details are shown in Table 1.

(2) The 25 items included in the *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care*⁸⁾

Responses were provided on a 5-point scale from "1: Does not apply" to "5: Applies." A high-

er total score represents higher level of nurse's awareness and skill in promoting team care for diabetes.

(3) Questionnaire for concurrent validity evaluation

Nurses are required to have ability to establish desirable communication with patients, their families, and other staff to coordinate team care concurrently. Also, nurses need to have the ability to perceive the physical, psychological, and social conditions of patients and their families as well as the practices of other staff to make objective decisions for team care. To confirm concurrent validity, social skills were evaluated using a scale established by Higuchi et al.¹⁶⁾, while critical thinking disposition skills were evaluated using a scale established by Hirayama et al.¹⁷⁾.

① The 27 items included in the social skill scale¹⁶⁾

The 27 items were selected as an external standard to assess concurrent validity. This social skill scale was developed by Higuchi et al.(2004) as scale of social skills required to promote self-development of the recipients of human services and to prevent complacency in the providers thereof. This social skill rating scale includes 14 items related to the ability to increase self-reliability and 13 items related to the ability to express affection. The reliability and validity of the scale were previously confirmed. It was concluded that these social skill scale items would help in the evaluation of nurses' ability to communicate and coordinate with patients, their families, and other specialists. The responses were provided on a 5-point scale from "1: I never do" to "5: I always do." A higher total score represents higher level of social skill.

② The 33 items included in the critical thinking disposition scale¹⁷⁾

The critical thinking ability scale was also used as an external standard to assess concurrent validity. To ensure the appropriate selection and utilization of the information, it is important to have critical thinking ability, the ability to perceive things objectively, to examine them multilaterally, and to make decisions based on appropriate standards. This critical thinking

Table 1 Attributes of the nurses

(n=848)

Attribute Classification		Number of respondents (nurses)	Rate (%)
Gender	Male	29	(3.4)
	Female	819	(96.6)
Age (mean $\pm$ standard deviation : 38.5 $\pm$ 9.5)	20~29	186	(21.9)
	30~39	268	(31.6)
	40~49	267	(31.5)
	50~59	123	(14.5)
	60 < (years)	4	(0.5)
The number of years involved in diabetes education (mean $\pm$ standard deviation : 6.8 $\pm$ 5.5)	< 3	192	(22.6)
	3 $\leq$ n < 5	161	(19.0)
	5 $\leq$ n < 10	255	(30.1)
	$\geq$ 10 (years)	240	(28.3)
Certified Diabetes Educators of Japan (CDEJ) certification	Certified	330	(38.9)
	Uncertified	518	(61.1)
Certified diabetes nurses	Certified	71	(8.4)
	Uncertified	777	(91.6)
The post and rank	Chief nurses	56	(6.6)
	Associate chief nurses	187	(22.0)
	General staff	590	(69.6)
	Other	15	(1.8)
Location of individual facilities	Hokkaido	40	(4.7)
	Tohoku	79	(9.3)
	Kanto	183	(21.6)
	Chubu	167	(19.7)
	Kinki	166	(19.6)
	Chugoku	51	(6.0)
	Shikoku	63	(7.4)
	Kyushu (contained Okinawa)	99	(11.7)

disposition scale was developed by Hirayama et al.¹⁷⁾ to measure this. The scale consists of 13 items regarding awareness of logical thinking, 10 items regarding inquiry-mind, seven items regarding objectiveness, and three items evidence based judgment. The reliability and validity of the scale were confirmed. It was concluded that these critical thinking disposition scale items would help us to evaluate nurses' ability to objectively grasp the physical, psychological and social condition of patients and their families, and the response of other specialists. The responses were provided on a 5-point scale from "1: Does not apply" to "5: Applies." A higher total score represents higher critical thinking ability.

5. Analytical method

1) Examination of construct validity

The ceiling and floor effects were assessed, and item-total correlation analysis (I-T correla-

tion analysis) was conducted.

Exploratory factor analysis to assess the factor structure for the 25 items was conducted.

To confirm the known group validity, the questionnaire scores of the groups with abundant experience in diabetes nursing care were compared to the scores of those without.

2) Examination of internal consistency reliability

Cronbach's alpha coefficient in each item for each factor and in all items was calculated.

3) Examination of concurrent validity

Correlation was assessed for the 25 items selected in this study, 27 social skill scale items and 33 critical thinking disposition scale items utilizing Spearman's rank-order correlation coefficient to confirm concurrent validity¹⁴⁾.

Nurses were also classified into higher and lower groups of total scores, mean value for

each item in each group was calculated, and was compared through good-poor analysis (G-P analysis).

Significance was set at $p < 0.05$, and statistical processing was conducted with SPSS ver. 19.0.

6. Ethical considerations

Approval was obtained from our University Ethical Committee (Approval No. 434). The questionnaire was anonymous. Neither facilities nor individuals were identifiable. Subjects who returned questionnaire responses consented to participation in this study.

Results

1. Construct validity

1) Item analysis

Neither ceiling nor floor effects were observed. All I-T correlation analyses were between $r = 0.42$ and $r = 0.62$. None of the questionnaire items revealed inconsistency, and we conducted factor analysis on all 25 items.

2) Factor analysis

Factor analysis¹⁸⁾¹⁹⁾ was conducted utilizing the maximum-likelihood estimation and promax rotation. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was 0.95, and Bartlett's test of sphericity was significant, which showed that factor analysis would be appropriate. The data was analyzed, whose factors had an eigenvalue larger than 1 and a factor loading larger than 0.4, and 25 items and four factors were extracted. The cumulative contribution ratio before rotation was 63.9%.

These items and factors were: 13 items related to the first factor (*expressing opinions to the team from the perspective of a nurse*), four items related to the second factor (*providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle*), four items related to the third factor (*being aware of the need to include patients and their families in the team*), and four items related to the fourth factor (*respecting one another and improving as a team*). The details are shown in Table 2.

3) The known group validity

To confirm the significance of the high scores of the qualified group and the experienced group,

an independent T-test was conducted, using the presence or absence of CDEJ certification, the presence or absence of Certified Diabetes Nurse certification, and whether diabetes nursing experience was more or less than 5 years as the independent variables, and using the total scores of the 25 questionnaire items and the average of the lower scale scores of the four factors in the 25 items as the dependent variables. The results showed that the scores were significantly higher in both the qualified group and the experienced group ($p < 0.001$).

2. Criterion-related validity

1) External standards

The total scores of the 25 items in the *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care* revealed correlation with social skill scores ($r = 0.51$) and critical thinking disposition scores ($r = 0.52$). The lower scale scores of the four factors in 25 items revealed correlation with social skill scores ($r = 0.38 - 0.48$) and critical thinking disposition scores ($r = 0.33 - 0.51$). (Table 3)

2) Discriminant validity

For G-P analysis, the mean scores of the 25 items (an average of 88.9 points by counting the total of the 25 items) were calculated to classify subjects into a higher score group and a lower score group, and T-tests were performed for the scores of each item in the questionnaire. As a result, mean score for all questionnaire items in the higher score group was significantly higher than that in the lower score group, which confirmed the questionnaire's high discriminating power.

3. Internal Consistency Reliability

Cronbach's alpha coefficient in all 25 items was 0.95. The alpha coefficient in the four lower scale scores was between 0.84 and 0.92.

Discussions

Based on previous qualitative analyses of interviews with nurses involved in Interdisciplinary team care for diabetes patients, 25 items were extracted for use in the nursing practice questionnaire, and content validity was confirmed twice with certified nurses who were skilled in diabetes care⁸⁾. All 25 items were explained by

Table 2 Factor loadings of the 25 items included in the Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care

Factor / item	1	2	3	4	
Factor 1 : Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse (Cronbach's alpha= 0.927)					
When nursing care made good changes in patients, I share the contents with other professionals in an objective manner.	0.825	−0.069	−0.096	0.048	
I provide information on nursing skills that can be used by other professionals for patient education.	0.799	−0.143	−0.003	0.009	
I share my ideas as a nurse with other professionals.	0.716	0.122	−0.088	0.015	
I try my best to have doctors recognize my nursing ability.	0.619	0.255	−0.154	0.023	
When conflicting opinions with other professionals arise, I place a priority on patient safety and peace of mind, and try to coordinate opinions respecting the standpoint of the other professionals and maintain balance in the team.	0.565	−0.019	0.035	0.234	
I respect the thoughts and lifestyle of diabetes patients and share information in the team.	0.521	0.186	0.21	−0.07	
I try to develop team care for diabetes patients from the standpoint of the patient.	0.493	0.165	0.162	0.01	
I actively support patients by expressing opinions to team members on their behalf.	0.487	0.183	0.08	0.036	
I actively try to acquire knowledge and skill from other professionals.	0.468	0.06	−0.111	0.299	
I try to work with individuals engaged in departments and divisions other than the team to facilitate the activities of the team within the organization.	0.452	−0.144	0.432	−0.007	
I try my best to vitalize team activities.	0.429	−0.047	0.275	0.155	
I try to help diabetes patients live healthier and more secure lives, and share individual patient's goals with team members, including patients' families.	0.423	0.133	0.312	−0.121	
I try to maintain good communication with doctors and establish trusting relationships.	0.417	0.338	−0.107	0.097	
Factor 2 : Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle (Cronbach's alpha=0.878)					
I try to respond to patients' questions, provide support to solve their problems in order to gain patient trust.	−0.104	0.835	0.009	0.083	
I try to look at situations from the patient's point of view and provide care with professional judgment.	0.041	0.817	−0.041	−0.018	
I try to understand the physical and the psychological conditions of patients and work together with them.	0.02	0.772	0.066	−0.028	
I imagine life as a diabetes patient and help them to express their feeling to medical professionals.	0.001	0.747	0.041	−0.006	
Factor 3 : Being aware of the need to include patients and their families in the team (Cronbach's alpha=0.845)					
Team members maintain their awareness of the need to cooperate with other team members, including patients and their families.	−0.229	0.032	0.852	0.157	
Team members consider patients and their families as equal members of the team.	−0.117	0.04	0.822	0.046	
Each team member tries hard to exercise his or her maximum strength for patients considering the patients and their families as team members.	0.155	−0.052	0.611	0.132	
Team members work with patients' families to promote their understanding of life with diabetes and ask them to perform necessary roles.	0.388	0.062	0.507	−0.188	
Factor 4 : Respecting one another and improving as a team (Cronbach's alpha=0.847)					
I respect other team members and try to establish trusting relationships.	−0.153	0.092	0.104	0.848	
I tell members when team care has changed patients' conditions for the better, and share the pleasure of this to motivate the team.	0.094	0.009	0.061	0.686	
When I feel any team member's proficiency and growth as a professional, I always mention it to that member.	0.247	−0.05	0.029	0.576	
I consider the individual workload when we share work in the team.	0.194	−0.036	0.044	0.503	
	variance explained	11.97	1.71	1.18	1.11
	proportion of variance explained	47.89	6.86	4.73	4.43
	cumulative proportion of variance explained	47.89	54.75	59.48	63.92
Correlations among factors					
	1	2	3	4	
1	1.00	.705	.700	.670	
2		1.00	.548	.527	
3			1.00	.642	
4				1.00	

Cronbach's alpha for the total score was 0.954.

Table 3 Spearman's rank-order correlation coefficient with "Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care" and social skill scale as well as critical thinking disposition scale

Nursing Practice Indices in Team Care for Diabetes	Social Skill Scale	Critical Thinking Disposition Scale
Factor 1 : Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse (13 items)	0.48**	0.49**
Factor 2 : Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle (4 items)	0.44**	0.51**
Factor 3 : Being aware of the need to include patients and their families in the team (4 items)	0.38**	0.33**
Factor 4 : Respecting one another and improving as a team (4items)	0.42**	0.44**
Total 25 items	0.51**	0.52**

**p<0.01

four-factor structure through factor analysis, which confirmed construct validity. In addition, the alpha coefficient for each factor was high, between 0.84 and 0.92, and 0.95 for 25 items, which confirmed sufficient internal consistency. Each factor revealed correlation with the social skill rating scale at $r=0.51$ and with the critical thinking disposition scale at $r=0.52$, which confirmed concurrent validity. All these were statistically meaningful ($p<0.05$). These results confirmed the reliability and validity for use of this questionnaire.

The first factor was named *expressing opinions to the team from the perspective of a nurse* because items were associated with the relationship between nurses and doctors, the most important member in team care, and nurses' consideration for cooperation with team members. This factor is the most important for nurses in their involvement with team care, and it is important for them to exercise their ability considering lower items. For diabetes patients, their daily lives themselves tend to be treated as well as meals, so patients tend to feel stress in their medical treatment living. Also, the minus image of diabetes, "intolerance", makes the patients feel lonely. Patients' efforts and intentions can be hard for medical staff to notice, and patients' efforts do not necessarily lead to improvements in HbA1c levels. As a nurse, it is important to express and disseminate within the team by expressing the meaning behind the behaviors of patients²⁰⁾

which is difficult to see by doctors and other occupations.

The second factor was named *providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle* because the items were associated with practical nursing care taking into consideration the physical and psychological conditions of patients and their lifestyles, and establishing trusting relationships with patients. It is important for nurses to have the ability to provide care as specialists, ability that leads to appropriate team care for diabetes patients. Diabetes is a chronic disease, so nurses work with patients for a long span of time, and make efforts to gain their trust. Because diabetes treatment is closely related to lifestyle, especially including diet management, nurses have to exert their expertise to a great extent, with the role of guiding teams to support diabetes patients based on their physical and mental conditions.

The third factor was named *being aware of the need to include patients and their families in the team* because the items were associated with the nurses' awareness and approaches to the inclusion of patients and their families in team care. This study was based on the concept of including patients and their families in team care as team members. Patients need to control their physical and psychological conditions as well as lifestyle, their families need to cope with diabetes, and also healthcare providers need to

provide assistance to patients and their families utilizing their expertise. To date, diabetes has been considered to be a disease to be treated by the patients themselves. However, it is said that patients' self-care behavior improves when they receive family support²¹⁾. In a report that observed an improvement in diabetes education when discussions between patients and their families were included in the critical path, it is suggested that family support is particularly crucial for diabetes patients^{5) 6)}.

The fourth factor was named *respecting one another and improving as a team* because the items were associated with characteristics of nurses' roles such as coordination among team members and educational considerations. Nurses are specialists in supporting the growth and development of individuals. Subjects of care are patients and their families; however, nurses play a significant role in coordinating among members of team care, which is reflected in patient care. Since nursing professionals have a wide range of expertise in being the closest to patients, in many cases they are responsible for coordination among different types of medical professionals. Especially in diabetes medical care, a focus on patients' lifestyles is important for treatment. Thus, the authors believe that nurses have a direct impact when efforts for patient education bear fruit²²⁾, and sharing with team members leads to mutual respect and development among the team.

Implications

We hope that it will be possible to use this questionnaire in the future in providing the opportunity for nurses to review their role in Interdisciplinary team care for diabetes patients, and to understand their role in enhancing team care. In the future, it is also expected to be used as a training tool for nurses to set up interdisciplinary collaborative diabetes teams, or to revitalize stagnant team care. The environment and the system that allows nurses to fulfill their roles in team care need to be developed to provide desirable care for patients. Hopefully, this questionnaire will be useful for the development of an

environment and system that allows nurses to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients in Japan. Therefore, we would like to consider concrete ways to utilize this questionnaire as one tool to nurture nurses' awareness of enhancing team care in the future.

Conclusion

The data obtained from 848 nurses engaged in care for diabetes patients was analyzed to evaluate the reliability and validity of the *Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care*. All 25 items were explained by four-factor structure through factor analysis, and internal consistency was also confirmed ($\alpha = 0.95$), which confirmed construct validity. In addition, each factor revealed correlation with the social skill rating scale at 0.51 and with the critical thinking ability scale at 0.52, which confirmed concurrent validity. These results suggest the reliability and validity of the questionnaire investigated in this study, and it is expected that the questionnaire in team care will be utilized in the future.

Acknowledgement

We would like to express our appreciation to all senior nursing officers and all nurses of medical facilities for their understanding and cooperating with this study.

Declaration of conflicting interests

We declare that there is no conflict of interest.

This study was supported by Grant-in-Aid for Scientific Research (C) (no. 25463400) from the Japan Society for the Promotion of Science.

References

- 1) Ministry of Health, Labor and Welfare survey in 2014, Ministry of Health, Labor and Welfare, Statistical chart, Japan, [On-line, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/toukei.pdf> 32], Ministry of Health, Labor and Welfare, 8. 23. 2017 (in Japanese)
- 2) Outline of National Health and Nutrition Survey Results in 2015, [On-line, [— 66 —](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-</div><div data-bbox=)

- Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/kekkaigaiyou.pdf 19], Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan, 8. 23. 2017 (in Japanese)
- 3) Certification Board for Diabetes Educators in Japan, Aggregate qualified people, [On-line, https://www.cdej.gr.jp/modules/cdej/index.php?content_id=4], 8. 23. 2017 (in Japanese)
 - 4) Certification Board for Diabetes Educators in Japan, Message from the Chairman, [On-line, https://www.cdej.gr.jp/modules/about/index.php?content_id=1.], Certification Board for Diabetes Educators in Japan, 8. 23. 2017 (in Japanese)
 - 5) Inagaki M, Hiramatsu T, Nakamura N, et al. : Evaluation of the critical path including open discussion to help educate diabetic patients, *Memoirs of School of Health Sciences Faculty of Medicine Kanazawa University*, 24(2), 131 – 140, 2000 (in Japanese)
 - 6) Inagaki M, Tasaki K, Murakado N, et al. : Diabetes Education Outcome Indicator Development Process – Approaches to National Standards in Japan, *The Japanese Journal of Nursing Research*, 37, 581 – 590, 2004 (in Japanese)
 - 7) Tasaki K, Inagaki M : Creation of an original proposal for a practical index for nurses promoting team care for diabetes patients, *Journal of the Tsuruma Health Science Society, Kanazawa University*, 37(1), 47 – 54, 2013 (in Japanese)
 - 8) Tasaki K, Inagaki M : Examination of content validity for a practical index for nurses promoting team medical care for diabetic patients, *The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing*, 18, 5 – 13, 2014 (in Japanese)
 - 9) Luecht RM, Madsen MK, Taugher MP, Assessing professional perceptions : design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale, *Journal of Allied Health*, 181 – 191, 1990
 - 10) Hawk C, Buckwalter K, Byrd L, et al. : Health Professions Students' perception of Interprofessional Relationships, *ACADEMIC MEDICINE*, 77(4), 354 – 357, 2002
 - 11) Solomon P, Salfi J : Evaluation of an Interprofessional Education Communication Skills Initiative, *Education for Health*, 24(2), 1 – 10, 2011
 - 12) Tasaki K, Inagaki M, Matsui K, et al. : Roles of Nurses in Team Care for Diabetes – Recognition of Experienced Nurses, *Journal of the Tsuruma Health Science Society, Kanazawa University*, 35(2), 63 – 69, 2011 (in Japanese)
 - 13) Lynn MR : Determination and Quantification of Content Validity, *Nursing Research*, 35, 382 – 385, 1986
 - 14) Polit DF, Beck CT : *Nursing Research : Principles and Methods*, Seventh edition. printed and bound in Japan, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 427 – 459, 2004
 - 15) Yoshida R, Izumi H, Katakura Y, et al. : Identification of items for the guidelines of public health nursing practice in the promotion of long-term care prevention systems, *Japanese Journal of Gerontology*, 32(4), 443 – 452, 2011 (in Japanese)
 - 16) Higuchi N, Hashimoto S : Social Skill Measurement for Students Who Want to Become Human Service Professionals, *The Japanese Journal of Health Behavioral Science*, 19, 195 – 216, 2004 (in Japanese)
 - 17) Hirayama R, Kusumi T : Effect of Critical Thinking Disposition on Interpretation of Controversial Issues – Evaluating Evidences and Drawing Conclusions, *Japanese Journal of Educational Psychology*, 52, 186 – 198, 2004 (in Japanese)
 - 18) Oshio A, *Psychology and Research Data Analysis with SPSS and Amos*. Tokyo Tosho, Tokyo, Japan, 106 – 150, 2005 (in Japanese)
 - 19) Matsuo T, Nakamura T, *What Nobody Told Me about Factor Analysis*, Kitaoji Shobo, Kyoto, Japan, 5 – 110, 2004 (in Japanese)
 - 20) Tasaki K, Inagaki M : Nurses' frame of mind in diabetes education : Teaching styles and their formative processes, *Journal of the Tsuruma Health Science Society*, 28(1), 101 – 111, 2004 (in Japanese)
 - 21) Adachi H, Iwasaki J, Kobayashi K : The Effects of Family Support, Motivation Factors and Patient's Subjective General Evaluations in Self-Management Behavior on Motivation to Self-Manage in Outpatients with Diabetes, *Journal*

of Japan Academy of Nursing Science, 35,
118–126, 2015 (in Japanese)
22) Murakado N, Inagaki M, Takagi C, et al. :

Effectual reaction of nurses who concerned
with diabetes care, Journal of Society of Nursing
Practice, 23(1), 46–56, 2011 (in Japanese)

「多職種協働糖尿病チームケアを促進する看護実践質問表」 信頼性・妥当性の検証

多崎 恵子, 稲垣 美智子, 堀口 智美, 浅田 優也

金沢大学医薬保健研究域保健学系

キーワード

看護実践, 糖尿病, 多職種協働チームケア, 質問表, 信頼性・妥当性

要 旨

目的：独自に作成した「多職種協働糖尿病チームケアを促進する看護実践質問表」の信頼性と妥当性を検証する。

方法：日本糖尿病学会糖尿病専門医認定教育施設および糖尿病看護認定看護師の所属施設に勤務し糖尿病看護に携わっている看護師を対象に自記式アンケート調査を行った。多職種協働糖尿病チームケアを促進する看護実践質問表25項目、外的基準としてソーシャルスキル尺度、批判的思考態度尺度を用いた。項目分析、因子分析を行い、信頼性にはCronbachの α 係数、基準関連妥当性にはスピアマンの順位相関係数を用いた。

結果：1,115名（48.6%）より回答が得られ有効回答は848名（76.0%）であった。女性819名（96.6%）、平均年齢 38.5 ± 9.5 歳、平均糖尿病看護経験年数 6.8 ± 5.5 年であった。因子分析によって25項目すべてが4因子構造で説明された。 α 係数は25項目全体で0.95、外的基準との相関では、ソーシャルスキル尺度得点と $r = 0.51$ 、批判的思考態度尺度得点と $r = 0.52$ であった。

結論：構成概念妥当性、内的整合性および外的基準との併存的妥当性が確認された。以上より本質問表は信頼性および妥当性が確認された。

研究報告

学校教育系大学生における認知症についての 知識、態度、行動

Knowledge, attitudes, and behavior toward dementia in
undergraduate students of the faculty of education

長田 恭子¹⁾, 小篠 真衣²⁾, 大野 健一³⁾, 河浦 菜ノ子²⁾
棚木 佳菜子²⁾, 馬場 美乃里⁴⁾, 松林 舞⁵⁾,
河村 一海¹⁾, 北岡 和代⁶⁾

Kyoko Nagata¹⁾, Mai Ozasa²⁾, Kenichi Ono³⁾, Nanoko Kawaura²⁾
Kanao Tanagi²⁾, Minori Banba⁴⁾, Mai Matsubayashi⁵⁾
Kazumi Kawamura¹⁾, Kazuyo Kitaoka⁶⁾

¹⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ²⁾金沢大学附属病院, ³⁾大垣市民病院
⁴⁾国民健康保険 小松市民病院, ⁵⁾静岡県立大学大学院看護学研究科
⁶⁾公立小松大学保健医療学部看護学科

¹⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University
²⁾Kanazawa University Hospital ³⁾Ogaki Municipal Hospital
⁴⁾Komatsu Municipal Hospital ⁵⁾Graduate School of Nursing, University of Shizuoka
⁶⁾Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Komatsu University

キーワード

認知症, 知識, 態度, 行動, 教育系大学生

Key words

dementia, knowledge, attitude, behavior, undergraduate students of the faculty of education

連絡先: 長田 恭子

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 5-11-80

はじめに

高齢化が進む日本では認知症をもつ人が増加しており、内閣府は2025年までに65歳以上のうち5人に1人が認知症に罹患すると予想している¹⁾。地域社会では、これまで以上に認知症をもつ人に関わる機会が増えると考えられる。そのため、国も重要施策として位置づけ、2015年1月に「認知症対策推進総合戦略～認知症高齢者に優しい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定している。その中で認知症への理解を深める為の普及・啓発の推進を第1の柱として掲げ、小学校・中学校・高校・大学などの教育機関において、認知症に関する教育を推進することが提言されている²⁾。

このような認知症をもつ人と関わることを想定した社会の動きに対して、認知症の知識や態度に関連する先行研究を概観する。杉山ら³⁾が民生委員を対象に行った研究では、治療に関する知識量が多いほど認知症に対する肯定的態度が高いと報告している。また杉原ら⁴⁾は、一般高齢者を対象に認知症についての知識量やイメージを調査した結果、認知症の症状についての理解は不十分であり、認知症に対する偏見や否定的な見方が存在すると報告している。本間⁵⁾は、20歳以上の一般住民は認知症に関して誤った知識をもつことがあり、これにより認知症に対して不安を抱いていることも少なくないと述べている。大学生を対象にした研究もあり、桂ら⁶⁾は看護学生を対象に認知症高齢者に対するイメージについて調べ、学年の進行に伴い肯定感が高まることを明らかにしている。三輪⁷⁾は、認知症に対する知識と態度の形成について、看護学生1年生と4年生で比較検討し、看護教育において認知症の人に対する知識、態度は十分醸成されていること、一方で一私人としてもつべき態度の醸成の重要性を述べている。金ら⁸⁾は大学生を対象に認知症の人に対する知識と態度との関連を検討しているが、有意な関連は認められなかったと報告している。以上より、地域社会における認知症の知識や態度に関する報告はみられるが、数的に十分とはいえないこと、知識と態度との関連について一貫した知見はなく、十分検討されていないことが課題として浮上した。また、認知症と疑われる人々に対してどのような行動をとるのかという研究はみられなかった。さらに、将来認知症の教育に加担すると考えられる学校教育系大学生を対象とした研究はなかった。

そのため、学校教育系大学生を対象に、認知症

に関する知識、態度、行動に関する実態と対象者の属性との関連を検討すること、また、知識、態度、行動の3つの要素の関連を検討することを本研究の目的とした。本研究の結果が、認知症をもつ人がいる家族だけではなく、大学生や地域住民に対して、認知症についての一般知識、望ましい関わり方を教育・指導していく機会に活用されることが期待される。

対 象

某県内の1大学の学校教育系大学生計210名(2年生102名、3年生108名)を対象とした。対象学類では、「小学校及び中学校の教諭の普通免許状授与に係る教育職員免許法の特例等に関する法律」に則り、2年時に全7日間の介護等体験を実施している。実施施設は、特別支援学校または社会福祉施設である。その体験において、施設によっては認知症をもつ人と関わる機会があるため、その関わりの有無で比較できると考えた。また講義は2年時より専門科目が始まるが、前期の演習は「障害乳幼児発達支援演習」のみである。2年後期、3年前期と経るごとに専門科目や演習の数が増えていく。1年生は専門科目を履修していないため除外した。4年生はカリキュラム上、調査が実施困難であるため、除外した。

事前に学部長、専攻主任の同意を得た上で、講義担当者の協力のもと調査を行った。

2年生102名中102名(回収率100%)、3年生108名中57名(52.8%)の合計159名(75.7%)から質問紙を回収した。そのうち一部記載漏れものを除外し、2年生96名(有効回答率94.1%)、3年生49名(86.0%)の合計145名(91.2%)を分析対象とした。

方 法

1. 研究デザイン

無記名自己記入式質問紙を用いた横断調査による量的データを使用した関連探索研究

2. 調査内容

1) 基本属性

金⁸⁾の基本属性を参考にした4項目(性別、学年、認知症をもつ人との関わりの有無、認知症に関する情報収集頻度)と本研究の対象者が受講している介護等体験実習参加の有無についての1項目。これらは認知症に対する知識、態度、行動の関連要因であると想定した。

2) 認知症に関する知識

独自に作成した。金⁸⁾が開発し、信頼性・妥当性が確認された『認知症に関する知識尺度』を参考に、金⁸⁾から6問、杉原⁴⁾から3問、引用し、杉原⁴⁾、金⁸⁾、老年看護学技術⁹⁾の教科書を参考に3問作成した。認知症に関する6つの側面（一般知識、中核症状、周辺症状、行動能力、周囲の対応、治療法に関する知識）について、各々2問、計12問とした。「そう思う」「そう思わない」「わからない」で尋ね、正答に10点、誤答・分からないに0点を付与し、120点満点とした。

3) 認知症をもつ人に対する態度

金⁸⁾が開発し、信頼性・妥当性が確認された『認知症に関する態度尺度』を用いて測定した。この尺度は15項目からなり、4つの下位尺度：寛容、拒否、距離感、親近感をもつ。各質問に対し「全く思わない」「あまり思わない」「やや思う」「そう思う」の4段階で回答を求める。逆転項目の処理を行い、肯定的であるほど点数が高くなるよう各項目に1－4点を付与し、下位尺度および合計得点を算出した。

4) 認知症を疑う人に対して取る行動

老年看護を専門とする研究者のスーパーバイズを受け、老年看護学技術⁹⁾の教科書を参考に討議して2つの問を作成した。他人および身近な人が認知症と疑われる場合という2つの状況を設定し、どの行動を取るかを尋ねた。問1は『あなたが学校の帰り道に知人の家の前を一人で歩いていると想定してください。見知らぬ80歳以上と思われる高齢女性に「Aちゃん何をしているの。今からご飯よ。家に帰ろう。」と声をかけられました。あなたは自分がAさんではないことを何度説明しても、高齢女性は「Aちゃん、帰るよ。」と声をかけてきます。あなたならどうしますか?』とした。取ると予測される行動として「無視する」「『人違いです。』と言って立ち去る」「どこに帰るか聞いてみる」「警察に電話する」「ついて行ってみる」「近くのお店に連れていく」とし、一番近いものを選択してもらった。問2は認知症に対して予防的な行動がとれるかどうかをたずねるため、『最近自分の身近な人の物忘れがひどく、あなたは認知症ではないかと疑っています。あなたならどうしますか?』とした。取ると予測される行動は「かかりつけ医に連れていく」「家族に相談する」「様子を見る」「ネットで調べる」「家族以外に相談する」「市町村で介護について相談できるところに連れていく」「何もしない」とした。

3. 調査の実施

2017年7月下旬の講義前または講義終了後の時間を利用して実施した。対象学生の講義室に直接出向き、研究概要と倫理的配慮について口頭と文書で説明し、調査への協力を依頼した。その場で質問紙を配布し、回答してもらった。質問紙は他者から内容が閲覧できないように表紙をつけた状態で内側に折り、筆者らがもつ回収箱に直接投函してもらった。

4. 分析方法

基本属性は単純集計をした。

認知症に関する知識については、6側面の各得点と合計得点を算出して実態を把握した。属性による違いをみるため、ヒストグラムを作成し正規分布であることを確認した後にt検定を行った。属性は、性別（男・女）、学年（2年・3年）、介護等体験参加の有無（あり・なし）、認知症をもつ人との関わりの有無（あり・なし）、情報に接する頻度（年に数回以下・月に数回以上）とした。

『認知症に関する態度尺度』の因子的妥当性を検討するために、探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。抽出される因子を確認した後、各下位尺度得点と合計得点をそれぞれ算出し、属性による違いをみるため、ヒストグラムの作成後にt検定を行った。

認知症を疑う人に対して取る行動については、望ましい行動を取る人の割合を算出して実態を把握した後、それらの属性による違いをみるため、カイ二乗検定を行った。取る行動については、問1の「どこに帰るのか聞いてみる」「警察に電話する」「ついて行ってみる」「近くのお店に連れていく」は望ましい行動、「無視する」「『人違いです。』と言って立ち去る」は望ましくない行動に分類した。問2の「かかりつけ医に連れていく」「家族に相談する」「家族以外に相談する」「市町村で介護について相談できるところに相談する」は望ましい行動、「様子を見る」「ネットで調べる」「何もしない」は望ましくない行動とした。

認知症に関する知識と態度との相関をみるために、相関分析を行い、Spearmanの順位相関係数を求めた。さらに、望ましい行動と望ましくない行動の2グループ間の知識得点と『認知症に関する態度尺度』得点の違いをみるため、ヒストグラムの作成後にt検定を行った。

5. 倫理的配慮

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 836－1）対象者には、

研究の目的・方法、期待される成果、研究参加の自由、研究不参加や途中辞退による不利益はなく、成績には一切影響しないこと、参加した場合のプライバシーの保護の厳守をすること、対象が特定されないように無記名で調査を行うこと、収集したデータは金沢大学研究活動不正行為防止規定に則り、適切な管理者のもとで5年間保存したのち直ちに破棄すること、本研究以外に収集したデータを使用しないことについて文書および口頭にて説明した。質問紙の提出をもって本研究への同意を得たものとした。

結 果

1. 対象者の属性

表1に、対象者の属性を示す。介護等体験実習の参加状況は「参加した」が76名（52.4%）、「（まだ）参加していない」が69名（47.6%）であった。参加した76名のうち、実習中に認知症をもつ人との関わりがあったのは28名（36.8%）、なかったのは36名（47.4%）、わからなかった人は12名（15.8%）であった。アルバイトやボランティア活動も含めた普段の生活において認知症をもつ人との関わりがある・あった人は64名（44.1%）であった。

2. 認知症に関する知識について

表2に、認知症に関する知識の実態を示す。知識の合計得点の平均は120点満点中83.4（±22.5）

点であり、69.5%の正答率であった。正答率が高かったものは「コミュニケーションも治療法の一つである」（97.9%）、「日時や場所の感覚がつかなくなる症状が出る」（91.0%）であった。「認知症

表1 対象者の属性

N=145

	n	(%)
性別		
男性	49	(33.8)
女性	96	(66.2)
学年		
2年	96	(66.2)
3年	49	(33.8)
介護等体験参加状況		
参加した	76	(52.4)
参加していない	69	(47.6)
認知症をもつ人との関わりの有無		
現在あり	26	(17.9)
過去にあり	38	(26.2)
なし	81	(55.9)
認知症に関する情報に接する頻度		
週に数回以上	3	(2.1)
月に数回	55	(37.9)
年に数回	71	(49.0)
ほとんど見たり聞いたりしない	16	(11.0)

表2 認知症に関する知識の実態

N=145

		正答 n (%)	誤答 n (%)	分からない n (%)
一般知識	脳の老化によるものなので、歳をとると誰もがなる	102 (70.3)	23 (15.9)	20 (13.8)
	認知症は様々な疾患が原因となる	74 (51.0)	24 (16.6)	47 (32.4)
中核症状	日時や場所の感覚がつかなくなる症状が出る	132 (91.0)	6 (4.1)	7 (4.8)
	認知症は、昔の記憶より、最近の記憶の方が比較的保たれている	109 (75.2)	8 (5.6)	28 (19.3)
周辺症状	不安や混乱を取り除くには、なじみのある環境づくりが有効である	119 (82.0)	7 (4.8)	19 (13.1)
	身近な人にもものを取られたと訴えることがある	113 (77.9)	5 (3.4)	27 (18.6)
行動能力	早期の段階から身の回りのことがほとんどできなくなる (身の回りのこととはお金の管理、食事、着替えなどを指す)	97 (66.9)	24 (16.6)	24 (16.6)
	早期の段階から、一人暮らしはできなくなる	91 (62.8)	30 (20.7)	24 (16.6)
周囲の対応	幻覚・妄想に対しては、否定して修正を図ることが効果的である	77 (53.1)	14 (9.7)	54 (37.2)
	周囲の対応によっても徘徊（うろうろ歩き回る）などの問題行動は軽減しない	89 (61.4)	21 (14.5)	35 (24.1)
治療法	コミュニケーションも治療法の一つである	142 (97.9)	0 (0.0)	3 (2.1)
	認知症の症状の進行を遅らせる薬がある	64 (44.1)	38 (26.2)	43 (29.7)
12項目の合計得点の平均値（±SD）		83.4（±22.5）		

の症状の進行を遅らせる薬がある」の正答率は44.1%で、最も低かった。

表3に、属性による知識得点の違いを示す。学年による違いがみられ、一般知識については、3年生がより正しい知識を有していた。また、関わりの有無によって周辺症状、行動能力、周囲の対応と合計得点で違いがみられ、認知症をもつ人と関わりのある学生がより正しい知識を有していた。

3. 認知症をもつ人に対する態度について

固有値の下限を1としたとき5つの因子が抽出されたが、金ら⁸⁾と同様に理論的な4因子解と考えて、再度因子分析をした。しかし、項目4「認知症の人でも地域活動に参加した方がよい」の因子負荷が複数の因子にまたがっていたため、削除した。表4に、14項目での因子分析の結果を示す。因子ⅡとⅣは原版と同様の「距離感」と「拒否」の因子と解釈できた。しかし、因子ⅠとⅢについては原版と同様とは解釈できず、因子Ⅰを「受容」、因子Ⅲを「先入観」と新たに命名し、各得点及び合計得点を算出することにした。各因子の α 係数は因子Ⅰが.683、Ⅱが.792、Ⅲが.588、Ⅳが.537であった。

因子Ⅰの受容に関する質問項目2、3、8、11、12において、「そう思う」という回答よりも「ややそう思う」という回答が多かった。

表5に、『認知症に関する態度尺度』得点と属性による違いを示す。合計得点の平均は38.46(±4.85)点であった。距離感で学年による有意な差があり、2年生がより距離感が近かった。

4. 認知症を疑う人に対して取る行動について

表6に、取ると回答した行動を示す。問1で望ましい行動を取ると回答した人は97名(66.9%)、望ましくない行動を取ると回答した人は43名(29.6%)であった。問2では望ましい行動を取ると回答した人は104名(71.8%)、望ましくない行動を取ると回答した人は41名(28.3%)であった。

表7に示すように、行動と属性との関係を見ると、問1では、望ましい行動を取る人の割合は認知症と関わりのある人のほうが有意に高かった。問2に関しては、各属性のいずれも割合に有意な差はみられなかった。

5. 認知症に関する知識、態度、行動との関連について

表8に、知識と『認知症に関する態度尺度』との相関係数を示す。一般知識と距離感は-.191、治療法に関する知識と距離感は-.190で有意な負の相関がみられた。行動能力と態度の合計得点は.169、治療法と先入観は.180で有意な正の相関がみられた。

表3 認知症に関する知識と属性の関係

N=145

	n	一般知識 M±SD	中核症状 M±SD	周辺症状 M±SD	行動能力 M±SD	周囲の対応 M±SD	治療法 M±SD	合計 M±SD
性別								
男性	49	12.24±7.71	16.12±5.71	15.71±5.77	13.67±8.59	11.22±8.07	14.29±5.40	83.27±25.03
女性	96	12.08±7.24	16.88±5.09	16.15±6.22	12.60±8.11	11.56±7.30	14.17±5.16	83.44±21.41
学年								
2年	96	11.15±7.38	16.67±5.36	15.83±6.10	12.81±8.17	10.83±7.90	13.85±5.31	81.15±23.39
3年	49	14.08±7.05	16.53±5.22	16.33±6.02	13.27±8.51	12.65±6.70	14.90±5.05	87.76±20.54
介護等体験参加の有無								
あり	76	13.16±7.34	16.45±5.09	15.92±6.15	13.55±8.28	11.97±7.49	14.08±5.21	85.13±22.12
なし	69	11.01±7.31	16.81±5.56	16.09±5.99	12.32±8.25	10.87±7.62	14.35±5.28	81.45±23.15
認知症をもつ人との関わりの有無								
あり	64	13.28±6.91	17.03±5.25	17.19±4.87	14.53±7.75	13.44±7.61	15.00±5.35	90.47±20.96
なし	81	11.23±7.65	16.30±5.35	15.06±6.73	11.73±7.75	9.88±7.16	13.58±5.08	77.78±22.42
認知症に関する情報に接する頻度								
年に数回以下	87	12.18±7.38	15.98±5.80	15.98±6.19	12.30±8.45	11.03±7.32	13.79±5.11	81.26±24.34
月に数回以上	58	12.07±7.44	17.59±4.32	16.03±5.91	13.97±7.93	12.07±7.89	14.83±5.38	86.55±19.52

t検定, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

表4 『認知症に関する態度尺度』の因子分析結果

項目	I	II	III	IV
因子Ⅰ：受容 ($\alpha=.683$)				
項目11 認知症の人が自分の家の隣に引っ越してきてもかまわない	.661	.086	-.218	.188
項目8 認知症の人とちゅうちょなく話せる	.600	.072	.214	-.230
項目2 普段の生活でもっと認知症の人と関わる機会があってもよい	.593	-.234	-.073	.200
項目3 認知症の人が困っていたら、迷わず手を貸せる	.441	.039	.219	-.053
項目12 認知症の人に、どのように接したらよいか分からない	.423	.058	.025	-.117
因子Ⅱ：距離感 ($\alpha=.792$)				
項目10 家族が認知症になったら、近所づきあいがしにくくなる	.017	.908	-.097	-.057
項目9 家族が認知症になったら、世間体や周囲の目が気になる	-.017	.750	.013	.103
因子Ⅲ：先入観 ($\alpha=.588$)				
項目6 認知症の人はわれわれと違う感情を持っている	-.064	.001	.561	.002
項目13 認知症の人の行動は、理解できない	-.088	-.082	.556	.187
項目1 認知症の人でも周りの人と仲よくする能力がある	.029	-.108	.520	.088
項目7 認知症の人と喜びや楽しみを分かち合える	.191	.141	.393	-.111
因子Ⅳ：拒否 ($\alpha=.537$)				
項目5 認知症の人は周りの人を困らせることが多い	-.214	.183	.116	.588
項目15 認知症の人とは、できる限り関わりたくない	.365	.123	.115	.491
項目14 認知症の人はいつ何をするかわからない	.104	-.146	.011	.409
因子間相関				
I		.483	.588	.288
II			.478	.156
III				.073
IV				

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

表5 認知症をもつ人に対する態度と属性の関係

N=145

	n	受容 M $\pm$ SD	距離感 M $\pm$ SD	先入観 M $\pm$ SD	拒否 M $\pm$ SD	合計 M $\pm$ SD
全体	145	13.64 $\pm$ 2.41	5.32 $\pm$ 1.39	12.71 $\pm$ 1.63	6.79 $\pm$ 1.26	38.46 $\pm$ 4.85
性別						
男性	49	13.59 $\pm$ 2.65	5.39 $\pm$ 1.58	12.73 $\pm$ 1.85	6.57 $\pm$ 1.38	38.29 $\pm$ 5.72
女性	96	13.67 $\pm$ 2.28	5.29 $\pm$ 1.29	12.70 $\pm$ 1.52	6.90 $\pm$ 1.18	38.55 $\pm$ 4.36
学年						
2年	96	13.77 $\pm$ 2.36	5.52 $\pm$ 1.43	12.70 $\pm$ 1.72	6.74 $\pm$ 1.30	38.73 $\pm$ 4.84
3年	49	13.39 $\pm$ 2.49	4.94 $\pm$ 1.23	12.73 $\pm$ 1.45	6.88 $\pm$ 1.18	37.94 $\pm$ 4.87
介護等体験参加の有無						
あり	76	13.61 $\pm$ 2.57	5.14 $\pm$ 1.35	12.64 $\pm$ 1.66	6.84 $\pm$ 1.37	38.24 $\pm$ 5.15
なし	69	13.68 $\pm$ 2.23	5.52 $\pm$ 1.41	12.78 $\pm$ 1.61	6.72 $\pm$ 1.14	38.71 $\pm$ 4.52
認知症をもつ人との関わりの有無						
あり	64	14.05 $\pm$ 2.31	5.47 $\pm$ 1.51	12.94 $\pm$ 1.61	6.86 $\pm$ 1.37	39.31 $\pm$ 5.03
なし	81	13.32 $\pm$ 2.44	5.21 $\pm$ 1.28	12.53 $\pm$ 1.64	6.73 $\pm$ 1.17	37.79 $\pm$ 4.62
認知症に関する情報に接する頻度						
年に数回以下	87	13.41 $\pm$ 2.37	5.31 $\pm$ 1.37	12.49 $\pm$ 1.67	6.79 $\pm$ 1.17	38.01 $\pm$ 4.85
月に数回以上	58	13.98 $\pm$ 2.44	5.34 $\pm$ 1.43	13.03 $\pm$ 1.53	6.78 $\pm$ 1.39	39.14 $\pm$ 4.80

t検定。*：p<.05

表6 認知症と疑われる人に対する行動

N=145

	n	(%)
問1 望ましい行動		
どこに帰るか聞いてみる	73	(50.3)
警察に電話する	13	(9.0)
ついて行ってみる	10	(6.9)
近くのお店に連れていく	1	(0.7)
望ましくない行動		
無視する	8	(5.5)
「人違いです。」と言って立ち去る	35	(24.1)
その他	5	(3.4)
問2 望ましい行動		
かかりつけ医に連れていく	32	(22.1)
家族に相談する	66	(45.5)
家族以外に相談する	2	(1.4)
市町村で介護について相談できるところに相談する	4	(2.8)
望ましくない行動		
様子をみる	22	(15.2)
ネットで調べる	17	(11.7)
何もしない	2	(1.4)
その他	0	(0.0)

表7 認知症と疑われる人に対する行動と属性の関係

	問1 n=140 ¹⁾	望ましい行動 人数 (%)	望ましくない行動 人数 (%)	問2 n=145	望ましい行動 人数 (%)	望ましくない行動 人数 (%)
性別						
男性	47	31(66.0)	16(34.0)	49	37(75.5)	12(24.5)
女性	93	66(71.0)	27(29.0)	96	67(69.8)	29(30.2)
学年						
2年	94	62(66.0)	32(34.0)	96	67(69.8)	29(30.2)
3年	46	35(76.1)	11(23.9)	49	37(75.5)	12(24.5)
介護等体験参加の有無						
あり	74	52(70.3)	22(29.7)	76	54(71.1)	22(28.9)
なし	66	45(68.2)	21(31.8)	69	50(72.5)	19(27.5)
認知症をもつ人との関わりの有無						
あり	63	51(81.0)	12(19.0)	64	49(76.6)	15(23.4)
なし	77	46(59.7)	31(40.3)	81	55(67.9)	26(32.1)
認知症に関する情報に接する頻度						
年に数回以下	84	58(69.0)	26(31.0)	87	63(72.4)	24(27.6)
月に数回以上	56	39(69.6)	17(30.4)	58	41(70.7)	17(29.3)

 χ^2 検定, **: p<.01

1) その他を選択しているデータを除外

表 8 認知症に関する知識と
『認知症に関する態度尺度』の相関係数

	受容	距離感	先入観	拒否	態度合計
一般知識	.006	-.191*	-.036	-.076	-.072
中核症状	-.005	.087	-.041	-.031	.025
周辺症状	-.026	-.129	.027	-.040	-.027
行動能力	.078	.126	.143	.063	.169*
周囲の対応	.024	-.008	.137	.087	.074
治療法	-.089	-.190*	.180*	.008	-.015
知識合計	.028	-.070	.131	-.004	.062

Spearman の順位相関係数, *: $p < .05$

表 9 に、認知症を疑う人に対して取る行動と認知症に関する知識・態度との関係を示す。行動の問 1 において、望ましい行動を選んだ人の知識の合計得点は 88.45 (± 18.67) 点で、望ましくない行動を選んだ人の知識の合計得点の 73.72 (± 26.46) 点より、有意に高かった。問 2 において、望ましい行動を選んだ人の知識の合計得点は 86.06 (± 20.59) 点で、望ましくない行動を選んだ人の知識の合計得点の 76.59 (± 26.14) 点より、有意に高かった。態度尺度については、問 1 では受容と先入観、態度の合計において望ましい行動を取る群と望ましくない行動を取る群との間に有意な差がみられた。問 2 では差はみられなかった。

考 察

学校教育系大学生（以下、学生）を対象に、認知症に対する知識、態度、行動に関する実態調査を行い、さらにそれらとの関連要因を検討した。以下に、考察を述べる。

筆者らは、認知症に関する知識に関しては、大

学生なら正答できる可能性が極めて高い質問を作成した。しかし、120 点満点中平均 83.38 点と、正答率が 7 割を切っていた。「コミュニケーションも治療法の一つである」や「日時や場所の感覚がつかなくなる症状が出る」という質問では正答率が 9 割を超えていたが、「認知症の症状の進行を遅らせる薬がある」の正答率は 4 割程度にとどまっていた。ただし、必ずしも誤答が多いわけではなく「認知症は様々な疾患が原因となる」、「幻覚・妄想に対しては、否定して修正を図ることが効果的である」、「認知症の症状の進行を遅らせる薬がある」という質問では、わからないと回答した学生がそれぞれ 3 割程度いた。正答できなかった学生が皆間違った知識をもっているというわけではなく、確実な情報源からの正しい知識が得られていないのではないかと考えられる。これら認知症に関する知識は、学年と認知症をもつ人との関わりの経験の有無によって、違いがあった。一般知識において 3 年生の方が 2 年生と比べて、より正しい知識をもっていた。本間ら⁵⁾の研究でも、若年層の正答率が低かったという結果が得られている。2 年生と 3 年生では年齢の差はほぼないが、一年間の講義や演習などによって知識が増えることが示唆された。また、認知症をもつ人と関わった経験がある学生は、経験がない学生より認知症の症状や行動能力、対応についての正しい知識をもっていた。知識の合計得点も高いため、認知症をもつ人との関わりの経験が、認知症に対する正しい知識の習得に影響を及ぼしていると考えられる。杉原ら⁴⁾が 50 歳以上の生涯学習センターの受講生を対象に実施した研究では、認知症の介護経験の有無による知識量の差はみられなかった。年齢を重ねると関わりだけでは知識に差が出ないが、本研究の対象である学生は、高齢者と関わる経験が少ないため、関わりを通して知識を習得していくのではないかと考えた。本研究の対象者の特徴

表 9 認知症と疑われる人に対する行動と認知症に関する知識・認知症をもつ人に対する態度の関係

N=145

		知識(合計点)	受容	距離感	先入観	拒否	態度合計
	n	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD
問 1							
望ましい行動	97	88.45 ± 18.67	13.92 ± 2.45	5.38 ± 1.44	12.87 ± 1.68	6.86 ± 1.20	39.02 ± 5.02
望ましくない行動	43	73.72 ± 26.46	12.95 ± 2.22	5.14 ± 1.26	12.26 ± 1.43	6.60 ± 1.40	36.95 ± 4.04
問 2							
望ましい行動	104	86.06 ± 20.59	13.68 ± 2.29	5.33 ± 1.39	12.71 ± 1.73	6.84 ± 1.22	38.56 ± 4.88
望ましくない行動	41	76.59 ± 26.14	13.54 ± 2.71	5.32 ± 1.40	12.71 ± 1.37	6.66 ± 1.37	38.22 ± 4.81

t 検定, *: $p < .05$, **: $p < .01$

である介護等体験の参加の有無による知識の得点に有意な差はみられなかった。介護等体験では、必ずしも認知症をもつ人と関わるわけではないため、差がみられなかったと考えられる。

認知症をもつ人に対する態度に関しては、金ら⁸⁾が開発した『認知症に関する態度尺度』を用いて測定した。本研究の合計の平均は38.46 (±4.85)点であった。金ら⁸⁾は40.81点(本研究と同様の14項目とした場合に換算)と報告している。本研究の対象である学校教育系大学生は、社会福祉専攻学生が多い金らの研究の対象と比べ、認知症をもつ人への態度が十分でないと考えられる。受容的態度に対する質問に対しては、「そう思う」というはっきりとした回答よりも、「ややそう思う」という回答が多かったことから、自信をもって答えられる人が少なかったといえる。また、金ら⁸⁾の研究では性別、認知症をもつ人との関わりの有無が、態度合計得点に対して有意な関連を示していたが、本研究ではこれらの属性により態度の合計得点に有意な差はみられなかった。認知症をもつ人と関わる期間、専攻による学習内容の違いがこれらの結果に影響を及ぼしたと考えられる。

さらに、本研究においては、状況問題を独自に設定し、認知症を疑う人に対してどのような行動を取るのかについて調べた。それらの回答を研究者の意図する(学生にこの行動をとってもらいたい)基準を設けて、望ましい行動と望ましくない行動とに分類した。その結果、望ましい行動を取ると回答した学生は問1、2それぞれ97名(66.9%)、104名(71.8%)と、7割程度であった。この望ましい行動を取ると回答した学生は、より正しい知識をもっていた。正しい知識をもつことが望ましい行動に繋がることが示唆された。望ましくない行動を取ると回答した学生に対しても、正しい知識の習得が可能となる教育的機会を提供することにより、行動の変容を促すことができることが考えられる。認知症の隣接領域である精神障害者を対象とした生川¹⁰⁾は、接触経験がある人の方が精神障害者に対する直接的な関わりに積極的であり、交流する気持ちが強いと報告している。本研究の結果においては、問2(身近な人が認知症と疑われる場合)に関して違いは認められなかったものの、問1(他人が認知症と疑われる場合)に関しては認知症をもつ人と関わりのある学生のほうが望ましい行動を取ると回答した割合が高くなっていた。実際の関わりの有無が望ましい行動への影響要因と考えられる。地域住民を対象とした木

村¹¹⁾は、認知症高齢者が身近にいた場合の対応について多くの住民が支援しなくてはいけないと考えているが、どのように対応したらよいか分らないと報告している。認知症をもつ人と関わる機会を設けることに加え、認知症をもつ人への具体的な対応、サポートのあり方、介護技術の習得なども並行して普及していくことが重要である。

最後に、認知症に関する知識、態度、行動との関係について考察する。本研究においては、望ましい行動を取る学生は、より正しい知識をもち、他人が認知症と疑われる場合に良い態度をとると示唆された。他方、学生の知識と態度では、治療法と先入観、行動能力と態度合計点との間で正の、一般知識と距離間、治療法と距離間の間で負の、いずれも小さいながらも有意な相関が認められた。これらのことから正しい知識があれば、良い態度が生まれ、望ましい行動を取るというような一元的で単純な関連にはないことがわかる。これまでの研究^{3) 7)}において、知識と態度との間に一致した見解が得られていないが、このような点を反映しているとも言えよう。あるいは、態度に関する質問に答えるときと行動に関する質問に答えるときで、学生の認知症像が一貫していなかった可能性も考えられる。また知識があっても、家族や身近な人に対する態度や行動には結びつかない⁷⁾ことも考えられる。今後検討すべき研究上の課題である。

本研究より、将来教育に携わる大学生が、認知症に関する知識をどの程度もち、どのような態度や行動をとろうとしているか、その実態を把握することができた。なお、本研究は一大学の学生に限る結果であり、日本全体の学校教育系大学生の認知症に対する実態を反映しているとは言い切れないことは研究の限界である。また無記名自己記入式質問紙による調査は学生の自由意思により行うため、データに偏りがある可能性がある。本研究において用いた測定ツールの限界もある。今後はさらに対象を増やして知識、態度、行動の関連を検証し、認知症をもつ人がいる家族や地域住民に対する教育・指導内容を具体的に検討していくことが必要である。

結 論

1. 学校教育系大学生の認知症に関する知識は、正答率7割を切っていた。

2. 認知症の人に対する受容的態度に対する質問に対して「そう思う」というはっきりした回答

ではなく、総じて「ややそう思う」という回答が多かった。

3. 認知症を疑う人に対して望ましい行動を取ると答えた学生は、7割程度であった。

4. 知識と態度の関連はみられなかったが、知識と行動では正しい知識をもつ学生のほうが望ましい行動を取ると回答していた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くご協力頂きました対象の皆様、並びに対象大学の先生方に心より感謝し、御礼申し上げます。

本研究は、金沢大学医薬保健学域保健学類看護学専攻卒業研究論文を加筆・修正したものである。

利益相反

本研究において開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 内閣府：平成28年版高齢社会白書（概要版），
[オンライン，http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/sl_2_3.html]，内閣府，6. 6. 2017
- 2) 厚生労働統計協会，国民衛生の動向2015/2016・厚生の指標，一般財団法人厚生労働統計協会，2015
- 3) 杉山京，中尾竜二，澤田陽一，他：民生委員における認知症の知識量と認知症に対する態度の関連，岡山県立大学保健福祉学部紀要，21，95-103，2014
- 4) 杉原百合子，山田裕子，武地一：一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討，日本認知症ケア学会誌，4，9-16，2005
- 5) 本間昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査，老年社会科学，23，340-351，2001
- 6) 桂晶子，佐藤このみ：看護大学生が抱く認知症高齢者のイメージ，宮城大学看護学部紀要，11，49-56，2008
- 7) 三輪直之：認知症に対する看護学生の知識と態度の形成—1年生と4年生の比較—，宇部フロンティア大学人間社会学部紀要，7(1)，14-22，2016
- 8) 金高間，黒田研二：認知症の人に対する態度に関連する要因；認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成，社会医学研究，28，43-55，2011
- 9) 東村志保，大江真琴，真田弘美：第V章，高齢者に特徴的な疾患と看護；事例による展開，真田弘美，正木治恵編，老年看護学技術（第2版），南江堂，347，東京，2016
- 10) 生川善雄：精神遅滞児（者）に対する健常者の態度に関する多次元的研究；態度と接触経験、性、知識との関係，特殊教育学研究，32(4)，11-19，1995
- 11) 木村典子：一般住民の身近に認知症高齢者がいた場合の対応に関する意識；認知症についての知識・不安との関係，愛知学泉大学・短期大学紀要，43，89-94，2008

研究報告

集中治療室を退室した冠動脈バイパス術後患者の 退院後の生活への思い — 超急性期からの退院支援の検討 —

The thought of posthospital life in coronary artery bypass grafting (CABG)
patients admitted to intensive care unit (ICU).
— Study on support of hospital discharge from hyper acute period —

松本 亜矢子, 乾 早苗, 山口 彩, 越野 みつ子

Ayako Matsumoto, Sanae Inui, Aya Yamaguchi, Mitsuko Koshino

金沢大学附属病院

Kanazawa University Hospital

キーワード

冠動脈バイパス術, 退院後の生活への思い, 回復の実感, 退院指導を受け入れる準備

Key words

coronary artery bypass grafting, thoughts on life after discharge, feeling of recovery,
preparation to accept discharge guidance

要 旨

ICU入室中の超急性期に患者自身が退院指導を受け入れる心理的な準備段階にあるかどうかは明らかではない。そこで、ICUを退室したCABG後患者の退院後の生活への思いを明らかにすることを目的に、CABG後の患者に退院後の生活への思いに関する半構成的面接を行い質的に分析した。その結果、ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いは7個のカテゴリーに分類できた。患者毎に時期やきっかけは異なっていたが、【回復を実感した時に退院後の生活について考える】ようになり、その時に【まず元の生活に戻ることを優先に考えている】ことがわかった。そして、【入院前から気をつけていた生活で十分である】と病態に対する理解不足や危機感が薄い患者もいたが、ICU入室中の離床や食事の再開をきっかけに【これまでの生活を改善する必要性を実感する】患者もいた。ゆえに、超急性期においては回復の実感を促進できるような支援を基盤として、日常生活に戻る安心感をもつことができるような支援と生活改善の必要性を実感できるような支援を行い退院指導の受け入れの準備を行うことが重要であることが示唆された。

連絡先：松本 亜矢子

金沢大学附属病院

〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1

はじめに

近年、心臓血管外科の手術は格段に低侵襲化し、冠動脈バイパス術 (coronary artery bypass grafting, 以下CABG) を受けた患者の在院日数は短縮化している。CABGを受けた患者は術後短期間で心臓リハビリテーションを行い、内服・食生活などに関する退院指導を受け退院し、退院後は自ら療養行動の維持・改善に努めているのが現状である。CABGは経皮的冠動脈形成術 (percutaneous coronary intervention, 以下PCI) と同様に、虚血性心疾患の治療として施行されており、冠危険因子となる高血圧、脂質異常症、糖尿病、および喫煙は、虚血性心疾患の発症への寄与が最も大きいものとして指摘されている¹⁾。PCIを施行した急性心筋梗塞患者においては罹患早期に提供される医療者からの情報が退院後早期の行動に影響している²⁾ことや、急性心筋梗塞発症早期より患者の希望に沿った生活を送るために必要な情報の提供やセルフケアを促進するケアなどを実施していくことが必要である³⁾と報告され、実際に発症早期からの支援が行われている。同様に、CABG後においても術後早期から冠危険因子のコントロールのための療養行動に向けた退院支援が必要であると考えられる。しかし、CABGはPCIと比較し侵襲度も高く、実際に集中治療室 (intensive care unit, 以下ICU) 入室中の術後超早期においては状態変化や術後疼痛等により身体的な回復が優先され、退院指導を視野に入れた支援までは取り組まれておらず、一般病棟に戻ってから退院指導が行われているのが現状である。さらに、CABG後早期から退院指導を視野に入れたケアを提供していく必要があると述べている報告^{4) 5)}はあるものの、具体的にCABG後早期とはどのような時期であり、具体的にどのような退院支援を行うことが効果的であるかを検討した研究は見当たらなかった。

療養行動をとるには患者が健康問題について、正しい知識や理解を持つことが重要であり、計画的行動理論⁶⁾においては、人がある行動をとるためには近い将来その行動をしようと思うやる気 (行動意思) が必要であると考えられてる。患者が必要な退院指導を受け、療養行動を維持・改善しようとするためには、医療者側からの一方的な提供だけでは行動変容には結びつかず、患者側の療養行動に対する必要性の理解や行動意思が必要であると言える。循環器系疾患患者においても、患者自身の生活管理の主体性が高いことが自己管理行動に最も影響していたとの報告がある⁷⁾。そのた

め、CABG後は身体的な回復と共に、早期から療養行動に対する必要性の理解や行動意思など心理的な準備を整うことがより効果的な退院指導につながるのではないかと考えるが、実際にICU入室中の超急性期に患者自身が退院指導を受け入れる心理的な準備段階にあるかどうかは明らかではない。そのため、ICU入室中の超急性期に患者自身が退院後の生活に思いを寄せ、退院指導を受け入れる心理的な準備段階にあるのか、そして、どのようなことをきっかけにして心理的な準備を始めるのかについて検討する必要があると考えた。そこで、ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いを明らかにし、超急性期からの療養行動の動機付けを行う一助としたいと考えた。

目 的

本研究の目的は、ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いを明らかにすることである。

研究意義

ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いを明らかにすることで、患者がICU入室中の超急性期に退院後の生活に関心を寄せているのかと、どのようなことをきっかけにして関心を寄せたのか、退院後の生活へどのような思いを寄せているのかを知ることができる。それにより、身体的回復の促進と共に、超急性期から療養行動に対する必要性の理解や行動意思などの患者が生活管理を主体的に行えるようにするための心理的な準備や動機付けにつながるような看護支援方法が示唆できる。

用語の定義

本研究では、以下の用語を次のように定義する。

超急性期：ICU入室中の期間

退院指導：虚血性心疾患のリスクとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、および喫煙などに対する食事や運動、内服、禁煙などに関する具体的な指導や教育

退院支援：個々の患者に必要なサポートシステムの調整や、退院指導の動機づけから退院指導などを含む、退院後の療養生活を安定させるために行う様々な面から行う支援

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究参加者

A病院で平成26年7月～8月の間に予定、緊急を問わずCABGを施行し、術後にICUに入室した患者で一般病棟に転棟した患者

3. データ収集期間

平成26年7月～8月

4. データの収集方法

CABG後ICUを退室し患者が身体的に回復した時期に、患者に対し研究分担者が研究の目的などを説明し、同意を得た。面接は、個室にて独自で作成したインタビューガイドを用いて研究分担者2名で半構成的面接を行い、退院後の生活への意識、退院後の生活への思い、退院後の生活へ思いを寄せたきっかけ、退院後の生活改善の必要性についての理解、退院後の生活や生活改善の必要性について考えた時期などに関する8項目の質問を行った。面接所要時間は20分程度とした。面接は患者の負担を考慮し、CABG後ICUを退室し一般病棟に転棟後1週間前後で、状態が落ち着いており、ドレーン抜去、酸素療法中止となり精神的状態が安定している時期とした。カルテからは患者の概要（年齢、性別、ICU入室期間、入院日数、冠危険因子の有無）、ICU入室中に挿入されていた管類の有無や離床状況、食事に関するデータを収集した。

5. 分析方法

同意を得て録音した面接内容を逐語録に起こし、退院後の生活への思いや退院後の生活への思いを寄せたきっかけを表している内容を抽出し、コード化した。類似したコードを集めてサブカテゴリー化、カテゴリー化した。さらに、コード化の際には患者の言葉とその前後の文脈、ICU入室時に挿入されていた管類と退室時に残っていた管類の状況、ICU入室中の離床状況と食事に関するデータを指標に、退院後の生活への思いを寄せたきっかけや時期について推測しコード化した。分析は共同研究者間で合意が得られるまで検討を重ね、分析の信頼性と妥当性を高めるために質的研究の経験豊富な研究者に定期的にスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究の目的・方法・所要時間、面接内容をテープに録音すること、自由意思での参加であり研究協力の有無で治療や看護に不利益が生じないこ

と、一旦同意しても撤回できること、データは匿名化し鍵のかかる部屋で厳重な管理することを書面にて説明し、同意を得た。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会に承認された（承認番号：1572）。

結 果

1. 研究参加者の概要

同意が得られた研究参加者は7名で、年齢は平均 73.6 ± 5.2 歳、男性6名、女性1名であった。ICU入室期間は平均 8.6 ± 1.8 日、ICU退室から退院までの期間は平均 25.7 ± 8.3 日であった。面接はICU退室後平均 15.3 ± 9.8 日目に実施し、面接時間は平均12.6分であった。面接時に何らかの退院指導を受け始めていた参加者は7名中2名であった。参加者すべてが高血圧、脂質異常症、糖尿病などの冠危険因子を有していた。参加者の概要については表1に示した。

2. ICUを退室した CABG後の患者の退院後の生活への思い

インタビュー内容を分析した結果、7個のカテゴリーと19個のサブカテゴリーに分類できた。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、実際の言葉を「斜体」で示す。カテゴリー、サブカテゴリーを表2で示した。

1) 各カテゴリーの内容

(1)【回復を実感した時に退院後の生活について考える】

CABG後、ICUまたはICUから退室後にドレーンやカテーテル等の管類が抜けたことや心身の回復により患者自身が回復を実感した時、回復の実感に加えて医療者の言葉により退院や退院後の生活へ思いを寄せるようになったことを示す。〈ICUで管類が抜けたことで回復を実感し退院後の生活について考えるようになる〉〈ICUで離床時に回復を実感し、さらに医師からの言葉を聞いて退院や退院後の生活について考えるようになる〉〈ICUから退室後に管類が全て抜けたことで回復を実感し退院後の生活について考えるようになる〉〈ICUから退室後に調子がよくなったと実感し退院後の生活について考えるようになる〉から構成された。

「(ICUで) 先生方がこのいっぱい入った管(ドレーン)を全部とっていった時点で、ああ、もうそろそろ退院もできるんやなっていう感じで。その時に畑のことせんなんって考えた。」

「(ICUで) 歩けるようになったときに回復したなって。先生にもう大丈夫ですよって言われて

退院を意識するようになった。妻と2人で生活のことも考えています。」

「(ICUから退室後に) 点滴が身体から全部外れたやろ。管も全部とれて楽になって退院後の生活のこと考えた。」

「(ICUから退室後に) 管もほら、全部抜けたやろ。自分の中でもう元気になってきたし、退院できるかなって思った。一緒に生活のこと思った。」

(2)【まだ退院後の生活のことまで考えられない】

ICUから退室後もまだ退院後の生活のことまで考えられないことを示し、〈ICUから退室後も検査が残っているため退院についてまだ考えていない〉から構成された。

「検査するって言われとって、その結果次第で退院なんで、まだ退院とかは考えてない。」

(3)【まず元の生活に戻ることを優先に考えている】

退院後の生活に思いを寄せた時に、まずは入院前の日常生活に戻ることを1番に考えているとい

表1 参加者の概要

参加者	年齢	性別	冠危険因子となる疾患など	ICU入室時に挿入されていた管類	退室時に残っていた管類	ICU入室中の離床状況・食事
A	70代	男性	高血圧 脂質異常症	挿管チューブ スワングアンツカテーテル ドレーン3本 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	ドレーン2本 末梢静脈ライン	病棟内歩行開始 食事再開
B	70代	男性	高血圧 糖尿病	挿管チューブ スワングアンツカテーテル ドレーン3本 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	ドレーン1本 末梢静脈ライン	病棟内歩行開始 食事再開
C	80代	男性	高血圧 喫煙	挿管チューブ スワングアンツカテーテル ドレーン3本 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	ドレーン2本 末梢静脈ライン	病棟内歩行開始 食事再開
D	60代	男性	高血圧 脂質異常症	挿管チューブ スワングアンツカテーテル ドレーン3本 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	末梢静脈ライン	病棟内歩行開始 食事再開
E	70代	男性	高血圧 糖尿病	挿管チューブ 大動脈内バルーンパンピング スワングアンツカテーテル ドレーン 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	末梢静脈ライン	ベッドサイド立位開始 食事再開
F	70代	男性	高血圧 脂質異常症 糖尿病	挿管チューブ スワングアンツカテーテル ドレーン3本 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	末梢静脈ライン	病棟内歩行開始 食事再開
G	70代	女性	脂質異常症 糖尿病	挿管チューブ スワングアンツカテーテル ドレーン3本 中心静脈カテーテル 末梢静脈ライン	末梢静脈ライン	病棟内歩行開始 食事再開

うことを示し、〈まず入院前にしていた仕事や日課ができるようになることを考えている〉〈とりあえず入院前の通常の生活に戻りたい〉から構成された。これは参加者全員にみられた思いであった。

「私は畑専門です。入院するときに植えてほったらかしてきたから、退院したら大変やと思って。1番は畑のこと気になるし、畑のことをせんなん。」

「またリハビリをやりたいと思ってます。とりあえず元のように戻りたい（歩きたい）もんで。」

(4)【これまでの生活を改善する必要性を実感する】

CABG後、身体のことを思ったり退院後の生活

への不安、医療者の言葉等から、これまでの生活を改善する必要性を実感したことを示し、〈身体のために退院後は新たに運動をしようと思う〉〈元通りの生活にすぐに戻れる自信がないため、これまでの生活での負荷を減らそうと思う〉〈手術が必要となったことで、退院後はこれまでよりも負担が少ない生活をしようと思う〉〈ICUで離床時に医療者から言われて無理しないようにしていきたいと思う〉〈手術後にICUで食事を食べて食生活を改善する必要性を実感する〉〈手術後にこれまでも医療者から言われていたことを再認識し食生活を改善する必要性を感じている〉から構成された。

表2 ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いに関するカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
回復を実感した時に退院後の生活について考える	ICUで管類が抜けたことで回復を実感し退院後の生活について考えるようになる ICUで離床時に回復を実感し、さらに医師からの言葉を聞いて退院や退院後の生活について考えるようになる ICUから退室後に管類が全て抜けたことで回復を実感し退院後の生活について考えるようになる ICUから退室後に調子がよくなったと実感し退院後の生活について考えるようになる
まだ退院後の生活のことまで考えられない	ICUから退室後も検査が残っているため退院についてまだ考えていない
まず元の生活に戻ることを優先に考えている	まず入院前にしていた仕事や日課ができるようになることを考えている とりあえず入院前の通常の生活に戻りたい
これまでの生活を改善する必要性を実感する	身体のために退院後は新たに運動をしようと思う 元通りの生活にすぐに戻れる自信がないため、これまでの生活での負荷を減らそうと思う 手術が必要となったことで、退院後はこれまでよりも負担が少ない生活をしようと思う ICUで離床時に医療者から言われて無理しないようにしていきたいと思う 手術後にICUで食事を食べて食生活を改善する必要性を実感する 手術後にこれまでも医療者から言われていたことを再認識し食生活を改善する必要性を感じている
入院前から気をつけていた生活で十分である	入院前から気をつけている程度で十分であると思っている これまでの生活や身体の状態から生活を改善する必要性は感じていない
退院後の生活に関する具体的な情報が知りたい	退院後の生活を具体的にイメージしてから退院したい 自分に合った方法やタイミングで退院後の生活について知りたい 心身の回復と退院までの時期をみて退院後の生活について知りたい
退院後に生活を気をつけたいが、実際にできるかわからない	実際の生活に戻らないと教えられたことができるかわからない

「車ばかりで。でもその車にまたすぐ乗れるかという自信はまだないのや。だから、畑は気になるけども、まだ誰かに乗せてもらって見に行くわって。」

「(ICUで) 歩けるようになった時に、先生たちの話を聞いて無理せんようにはしようと思っておるけど。」

「手術をして、あっさりとした食事に変えていかんなんのかなって。手術後に (ICUで) 食事を食べてから家で食べるとのちとまったく違って。初めはぜんぜん、味が薄くて入っていかないんですよ。味噌汁でも何でも薄味にしまったつもりですけど、それは自分がそういうつもりで思っただけでぜんぜん違いました。」

(5) 【入院前から気をつけていた生活で十分である】

入院前から自分なりの療養行動をとっていることや、検査値が問題なかったことから入院前と同じ生活で十分であると感じ、退院後に入院前に行っていた以上の生活を改善する必要性を実感していないことを示し、〈入院前から気をつけている程度で十分であると思っている〉〈これまでの生活や身体の状態から生活を改善する必要性は感じていない〉から構成された。

「(生活改善については) 今のところは思いません。食事については100%やっとならってと言われると疑問ですけど70%はやっとならつておりますから。」

「生活を改善せんなんとかは、何も思とらん。市場で仕事しとるからそれが運動になる。暇な時でも8000~10000歩歩いとるから。糖尿の気もあったけど、よくなった。」

(6) 【退院後の生活に関する具体的な情報が知りたい】

退院後の生活に対する具体的な情報を求めていることを示し、〈退院後の生活を具体的にイメージしてから退院したい〉〈自分に合った方法やタイミングで退院後の生活について知りたい〉〈心身の回復と退院までの時期をみて退院後の生活について知りたい〉から構成された。

「退院までに具体的にこういうのにしてくださいってアドバイスをいただければ。帰ったらこういうのにしてくださいというアドバイスをお願いしたいですわ。」

「退院前に看護師さんや先生の話聞くことに意味はあるし、してもらいたい。家におった時とここ(病院)での環境が違うもんやから。サッサ

ーじゃなくてペースに合わせて言ってもらいたい。ウンウンって聞いとるけれど、初めて聞く言葉もあるから、後から忘れてしまつて。」

「わからんことも聞けるから入院中に生活のことを教えて欲しい。でも、手術の前は合併症になったらどうしようと思っていましたからね。手術の後、歩けるようになって元気になったと感じた時に資料をもらえるといいね。それだと退院までの期間もありますから。」

(7) 【退院後に生活を気をつけたいが、実際にできるかわからない】

退院後に生活を気をつけていきたいと思っているが、実際の生活に戻ってみたいと退院指導で教えられた内容ができるか今の時点ではわからないことを示し、〈実際の生活に戻らないと教えられたことができるかわからない〉から構成された。

「聞くことに意味はあるし、(退院指導を) してもらいたい。今は聞いとるけれども、やっぱり紙でもらって実際の生活に当てはめて、現実の生活をしてみたいとあまり(退院指導の) 効果がないかとは思います。」

考 察

1. 退院指導を受け入れる準備の基盤としての回復を実感できる支援の重要性

ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いから、〈ICUで管類が抜けたことで回復を実感し退院後の生活について考えるようになる〉、〈ICUで離床時に回復を実感し、さらに医師からの言葉を聞いて退院や退院後の生活について考えるようになる〉、〈ICUから退室後に管類が全て抜けたことで回復を実感し退院後の生活について考えるようになる〉、〈ICUから退室後に調子がよくなったと実感し退院後の生活について考えるようになる〉と回復を実感するきっかけや時期は参加者により異なっていたものの、患者は回復を実感したことで退院後の生活について思いを寄せるようになっていたことがわかった。回復してきたと生への認識を強めたことから今後の入院生活に見通しをもつことができ、これから予定されている治療への取り組みに関心が向けられ、退院後の生活にも思いを寄せ入院生活を前向きに捉えようとする姿勢に繋がっている⁸⁾との報告がある。このことからCABG後の患者が回復を実感することは患者が退院や退院後の生活への思いを寄せたり意識し始めるきっかけとなり、そのことが退院後の生活への動機付けとなると考えられる。看護師

が進める早期離床などの援助が、術後患者の心身の回復を促進させるための重要な意義をもつ⁸⁾ため、離床などの看護援助を通して身体的な回復の促進のみならず、心的にも回復したとの実感を促進できるような関わりが必要である。今回の参加者と同様に、CABG後の超急性期であるICU入室中においても、ドレーンやカテーテル等の管類の抜去や離床による身体的な回復、日常性の回復に伴い、患者自身が回復を実感する場が多くある。また、医療者が、患者自身が回復していることを認識できるような言葉かけ、接し方をすることで、より一層回復の実感を得ることができる⁹⁾と報告されており、今回の結果においても〈ICUで離床時に回復を実感し、さらに医師からの言葉を聞いて退院や退院後の生活について考えるようになる〉参加者がいたことから、医療者の言葉が患者の回復への自信を高め、退院と退院後の生活を意識するきっかけとなっていた。退院指導を受け入れる準備の基盤として退院後の生活への思いを寄せることは重要であり、患者が回復を実感できることが退院後の生活を思い描ききっかけとなり得ると考える。ゆえに、超急性期から患者と共に回復を喜び分かち合い、身体的のみならず心から回復を実感できるような声掛けや姿勢で支援を行っていくことが重要であると考ええる。

2. 日常性の回復の促進と日常生活に戻れる安心感がもてるような支援の必要性

今回の参加者全員が退院後の生活への思いを寄せた時に、入院前の【まず元の生活に戻ることを優先に考えている】ことがわかった。退院指導を受け入れる準備の基盤として、回復を実感し退院後の生活への思いを寄せた段階では、患者はまず何よりも元の日常生活へ戻ることを想起しており生活を改善することまで考えが及んでいない。そのため、退院指導を受け入れるための基盤が整った段階で、患者が日常生活へ戻れる安心感をもつことができるようにすることが必要であると考ええる。CABG後の患者の退院後の生活管理に向けた看護師の教育的支援の方向性の1つとして、今後の生活に関心を示さない時期においては、看護師の積極的な関わりはかえって患者の精神的負担になりかねない¹⁰⁾とも報告されている。そのため、まずは元の日常生活へ戻れる安心感をもつことができるように、術後の超急性期であるICU入室中からリハビリやケアを通して日常性の回復の促進と日常生活に戻れる安心感をもつことができるような支援が必要である。日常性が回復し身の回り

のことが少しずつできるようになることで、患者が日常生活に戻ることを思い描いたり、戻れる安心感を持つことにつながると考える。それにより、早期に退院指導を受け入れる準備が整い、患者の精神的な負担とならず効果的な退院指導の開始につながると考える。

3. 退院後の生活を改善する必要性を実感できるような支援の必要性

ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いの中には、【入院前から気をつけていた生活で十分である】があった。参加者全員が冠危険因子を有していることや今回CABGという侵襲度の高い大手術を受けるに至ったにも関わらず、中には二次予防のための冠危険因子のコントロールに対する意識や生活改善への行動意思がない参加者がいた。このことは〈入院前から気をつけている程度で十分であると思っている〉、〈これまでの生活や身体の状態から生活を改善する必要性は感じていない〉ことから、病態に対する理解不足や危機感が薄いこと、自分なりに何らかの健康行動はとっているためこれまでの生活で十分であるという認識があることが考えられる。学習したいというニードは、患者自身が何かを知る必要を認めたり何かをする能力を身につけたいと思う時に始まり、動機づけられ学習への準備状態が確立したときに学習は最も効果をあげる¹¹⁾とされている。そのため、退院指導を受け入れる基盤として患者が退院後の生活に思いを寄せた段階で、患者自身に生活を改善する必要があるとの理解が得られていない状態では退院指導を受け入れる準備がまだ整っておらず、効果的な退院指導につながらないのではないかと考える。一方で、〈身体のために退院後は新たに運動をしようと思う〉、〈元通りの生活にすぐに戻れる自信がないため、これまでの生活での負荷を減らそうと思う〉、〈手術が必要となったことで、退院後はこれまでよりも負担が少ない生活をしようと思う〉、〈ICUで離床時に医療者から言われて無理しないようにしていきたいと思う〉、〈手術後にICUで食事を食べて食生活を改善する必要性を実感する〉、〈手術後にこれまでも医療者から言われていたことを再認識し食生活を改善する必要性を感じている〉と手術に関連した出来事をきっかけにしてこれまでの生活を改善する必要性を実感した参加者がいた。心臓の緊急手術を受けた患者の回復意欲に関する研究において、手術直後の逃れられない現状に苦悩する経験を想起し、辛かった手術経験を無駄にしないと

手術をきっかけに病状悪化を予防する生活を心がけていきたいと思う患者がいたという結果が報告されている¹²⁾。術前は手術に向かう気持ちや手術への不安が中心であるが、術直後は様々な苦痛や苦悩から大手術を受けたという認識や病態に対する危機感が高まる時期であると考えられる。そのような時期であるICUで離床や食事の再開をきっかけに生活を改善する必要性を実感した患者もいたことから、病態に対する危機感が高まる時期での患者の気づきを大切に、生活改善への動機付けにつなげていくことは重要であると考えられる。日常性が少しずつ回復する中でリハビリや食事等の際の会話を通して、患者の気づきを大切にしたり関わりを行うことで患者の療養行動に対する関心や必要性の理解につながり、医療者側の一方的な退院指導ではなくより効果的な退院指導につながる可能性があると考えられる。このように、超急性期から療養生活の中での患者の気づきを大切に生活改善の必要性の実感をもってもらえるよう支援することにより、早期に退院指導を受け入れる準備が整い、より効果的な退院指導が開始でき、短期間でも充実した退院指導が受けられることにつながると考える。

4. 時期に応じた継続的な看護支援の必要性

ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いから、患者は回復を実感し退院後の生活を思い描きながら、【退院後の生活に関する具体的な情報が知りたい】と思っていることがわかった。〈退院後の生活を具体的にイメージしてから退院したい〉、〈自分に合った方法やタイミングで退院後の生活について知りたい〉、〈心身の回復と退院までの時期をみて退院後の生活について知りたい〉思いがあることから、患者は各々に合わせた方法や時期に自分の生活に合わせた内容の退院指導を求めている。また、患者自身も心身の回復を実感し退院指導を受け入れる準備ができた段階での退院指導を求めていると考える。そのため、超急性期では身体的な回復の促進と回復したとの実感が早期にもてるような支援を行い退院指導を受け入れる準備の基盤を整えること、日常性の回復と日常生活へ戻れる安心感につなげる支援と退院後の生活を改善する必要性を実感できるような支援を行い効果的な退院指導につなげることが必要であると考えられる。そして、退院指導を受け入れる準備ができた状態で、患者の退院後の生活に対する不安や自信のなさがあることを理解し、患者毎の理解度や時期に合わせて退院後の療養生活を

具体的に思い描くことができるような退院指導を病棟で行っていくことが必要であると考えられる。さらには、患者は【まず元の生活に戻ることを優先に考えている】ということ、〈実際の生活に戻らないと教えられたことができるかわからない〉という思いがあることから、患者は元の日常生活に戻りつつ、入院中に思い描く退院後の生活と実際の退院後の生活とのギャップを退院後に照らし合わせながら、自ら埋めていく必要があると考えられる。そのため、入院中に行う退院支援だけではなく、退院後外来でも日常生活へと戻っていく中でのギャップを埋めるための支援および生活改善を継続できるような支援をしていく必要があると考えられる。

これらのことから、ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いを知ることは重要であり、これらを踏まえ、個別性を重要視し、超急性期であるICU入室中から、回復期、外来通院中の継続した関わりと時期に応じた支援が必要であると考えられる。

今後の展望

今回の研究では研究参加者が7名であり、今後研究参加者を増やすことでさらにデータの信頼性を高めていく必要がある。さらに、今回の結果を踏まえ、ICU、病棟、外来との連携を行い、継続的に関わるができるよう調整していくことが課題である。

結 論

ICUを退室したCABG後の患者の退院後の生活への思いに関して、以下のことが明らかになった。

1. ICUを退室したCABG後の患者の思いとして、【回復を実感した時に退院後の生活について考える】【まだ退院後の生活のことまで考えられない】【まず元の生活に戻ることを優先に考えている】【これまでの生活を改善する必要性を実感する】【入院前から気をつけていた生活で十分である】【退院後の生活に関する具体的な情報が知りたい】【退院後に生活を気をつけたいが、実際にできるかわからない】という7つのカテゴリーが抽出された。

2. 超急性期においては回復の実感を促進できるような支援を基盤として、日常生活に戻れる安心感をもつことができるような支援と生活改善の必要性を実感できるような支援を行い退院指導の受け入れの準備を行うことが重要である。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 田中太一郎, 岡村智教: 虚血性心疾患へのアプローチ その1 最新のきめ細かい実地診療, 虚血性心疾患の最近の疫学動向からみた実地診療のすすめかた, Medical Practice, 28(9), 1506-1512, 2011
- 2) 山下朋子, 大野朋子, 代宮司慶子: 救急病院短期入院中の急性心筋梗塞患者の退院時指導の効果について, 第36回日本看護学会論文集 看護総合, 118-120, 2005
- 3) 稲垣美紀, 高見沢恵美子: クリティカルケアを受けている時期の急性心筋梗塞患者の希望および希望に影響する看護援助, 日本循環器看護学会誌, 6(1), 70-78, 2010
- 4) 大友寛子, 網野真紀, 中田安妃子, 他: 心臓疾患手術後の患者への看護師による退院指導の効果, 山梨大学看護学会誌, 5(2), 67-72, 2007
- 5) 井上奈々, 松本智晴, 石田宣子: 冠動脈バイパス術(CABG)を受ける患者に必要な情報および情報提供のための看護介入に対する経験年数による看護師の認識の差異に関する研究, 大阪府立大学看護学部紀要, 21(1), 21-23, 2015
- 6) Ajzen I: From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Kuhl J, Beckmann J (eds), Action-control: From cognition to behavior. Heidelberg: Springer, 11-39, 1985
- 7) 直成洋子, 泉野潔, 澤田愛子, 他: 循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因, 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(2), 21-31, 2002
- 8) 上田稚代子: 冠動脈バイパス術を受ける患者の周手術期における体験の明確化, 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要 4巻, 19-29, 2008
- 9) 小河徳恵, 佐野涼子, 黒岩尚美, 他: 術後患者の回復意欲となる要因, 山梨大学看護学雑誌, 1(2), 29-33, 2003
- 10) 緒方久美子, 小川多賀子, 河野博之: 冠動脈バイパス術を受けた入院患者の生活管理に対する認識, せいいい看護学会誌, 3(2), 1-8, 2013
- 11) 田中弘子, 片瀬千晴, 渡部智子, 他: 虚血性心疾患患者の指導-よりよい指導時期を考える, 第27回日本看護学会集録集 成人看護Ⅱ, 78-80, 1996
- 12) 小林礼実: 心臓の緊急手術を受けた患者の回復意欲の構造, 日本クリティカルケア看護学会誌, 13(3), 113-122, 2017

Practical report

E-learning program designed to improve nursing practices to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients — Self-evaluation by participants in an e-learning program and evaluation of learning materials —

Keiko Tasaki, Michiko Inagaki, Tomomi Horiguchi, Yuya Asada

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

Key words

diabetes nursing, interdisciplinary team care, e-learning, self-evaluation, materials

Abstract

Purpose: The 25 item questionnaire was created as a learning tool for nurses to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients in the previous study. Utilizing this questionnaire, an e-learning program designed to teach nurses the required skills was developed. The purpose of this study was to obtain and analyze self-evaluations of nursing practice in interdisciplinary team care following first-time participation in an e-learning program, and a subjective evaluation of the learning materials used in the program.

Method: This study targeted nurses in diabetes patient care, who were asked to view learning materials on a website, respond to the 25-item self-evaluation questionnaire, and evaluate the materials. Quantitative data was analyzed with descriptive statistics, and open-ended answers were qualitatively analyzed.

Results: Participants were 193 nurses whose mean age was 40.8 ± 9.5 , and whose mean number of years' experience providing diabetes patient care was 8.7 ± 6.7 . The total score of items associated with "expressing opinions to the team from the perspective of a nurse" was the lowest in the self-evaluation. In addition, 139 nurses (72.0%) indicated that "The learning materials would be useful for nurses engaged in diabetes patient care."

Conclusion: For this study, the self-evaluation scores for "expressing opinions to the team from the perspective of a nurse" were the lowest out of all categories, similar to as seen in previous research, but improvement of this skill is expected through learning or re-learning. Subjective evaluation of the e-learning materials was also acquired.

Mailing address : Keiko Tasaki

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

Introduction

According to the 2016 National Health and Nutrition Survey conducted by the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) in Japan¹⁾, the number of individuals in Japan strongly suspected of having diabetes has reached 10 million, a 500,000 increase over the previous survey carried out in 2012²⁾. Because advancing diabetes leads to complications that require costly treatments, it is urgent to seek measures designed to prevent the disease from increasing in severity. MHLW established the Program for Preventing the Aggravation of Diabetic Nephropathy in April 2016 and entered into a cooperative agreement to promote the program with the Japan Medical Association's Japan Promotion Council for Diabetes Prevention and Countermeasures³⁾.

Ensuring the effectiveness of these measures requires interdisciplinary team care for diabetes patients. Nurses engaged in team care provide comprehensive support that includes both the physical and medical aspects of treatment, support that is as important as the role of the physician who serves as the leader of the team. An important role for the nurse in team care is, therefore, advocating for the patient^{4) 5)}. However, our previous study about diabetes nursing in Japan^{6) 7)} clarified that the level of satisfaction of nurses in team medicine was low, that they lacked confidence that they had the trust of physicians and other medical professionals, and that nurses do not sufficiently express their opinions to other medical staff from the standpoint of nurses. This highlights the need for nurses to gain confidence in their specializations and increase their ability to express their opinions during nursing care for diabetes patients to promote team medicine.

To achieve this, the focus was placed on e-learning. E-learning has been applied broadly in continuing education for nurses⁸⁾, and it has been reported to be a useful tool for busy nurses because it allows convenient access to material via mobile phones anytime and anywhere⁹⁾. Studies published to date include online education for students training to become medical care providers¹⁰⁾, the development and evalua-

tion of a basic program of heart disease in children¹¹⁾, improvement of nurses' evaluation skills through an e-learning program for self-evaluation in neurology¹²⁾, and the effect of an intervention program for traumatic brain injury patients and their families to develop partnership through interdisciplinary team care¹³⁾. These articles show the application of e-learning programs as a tool for medical care professionals and approaches taken to develop innovative educational programs. In addition, while a two-month online education program on diabetes care for nurses was reported to be effective¹⁴⁾, no studies have been conducted on educational approaches to increase nurses' skills in interdisciplinary team care for diabetes patients.

Therefore, e-learning materials were developed for nurses utilizing the previous study¹⁵⁻¹⁸⁾. This study was conducted to examine self-evaluation in nursing practice in interdisciplinary treatment following first-time participation in the e-learning program, and to gain a subjective evaluation of the learning materials used in the program.

Creating the e-learning method

1. The self-evaluation questionnaire to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients composed of 25 items under 4 viewpoints

The focus was first placed on the roles of nurses in interdisciplinary team care for diabetes patients and conducted a qualitative study to clarify the perspective of skilled nurses regarding their roles in diabetes team care¹⁵⁾. Results revealed that nurses perceived their role as enhancing diabetes team care utilizing their viewpoints and methods as nurses, which they believe would lead to the more desirable practice of diabetes team care. Utilizing these results, the 25-item self-evaluation questionnaire was created for nurses, designed to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients^{16) 17)}. The reliability and validity of these 25 items have been verified¹⁸⁾. This questionnaire consisted of four items on **Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle (Viewpoint 1)**, four items

on **Being aware of the need to include patients and their families in the team (Viewpoint 2)**, four items on **Respecting one another and improving as a team (Viewpoint 3)**, and 13 items on **Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse (Viewpoint 4)** (25 items in total). The list of items is shown in Table 1.

2. Structure and content of the e-learning teaching materials

The purpose of the e-learning program was to recognize and encourage the practice of the 25 items in the questionnaire, which would improve nurses' skill in enhancing interdisciplinary team care for diabetes patients. After participants watched the introduction section (3 min. 30 sec.), they were asked to evaluate their practice of enhancing interdisciplinary team care for diabetes patients. They then watched the explanatory section (16 min. 30 sec.). Participants could access the website via a mobile terminal and do self-evaluation and also view these sections as time permitted. The outline is shown in Fig.1.

Research method

1. Subjects

Subjects were nurses engaged in diabetes pa-

tient care. 944 educational facilities of the Japan Diabetes Society Board-certified Diabetologists and facilities with Certified Nurses (CN) in Diabetes Nursing were asked to cooperate with the study. The head nurses at the cooperative facilities were asked to decide which nurses to participate, and provide the e-mail addresses of participants for use as IDs. There was no set maximum number of participants for each facility. All participants were registered and were sent e-mail notifications requesting that they access the e-learning website.

2. Survey contents

Participants were asked to provide responses to the self-reported questionnaire on the above-mentioned e-learning website. For further details, see Fig. 1.

1) Attribution

Gender, age, number of years' experience in providing nursing care for diabetes patients, presence or absence of certification of Certified Diabetes Educator of Japan (hereafter referred to as "CDEJ"), presence or absence of CN in Diabetes Nursing, facility address and number of beds.

2) State of Nurses in Promoting Team Medi-

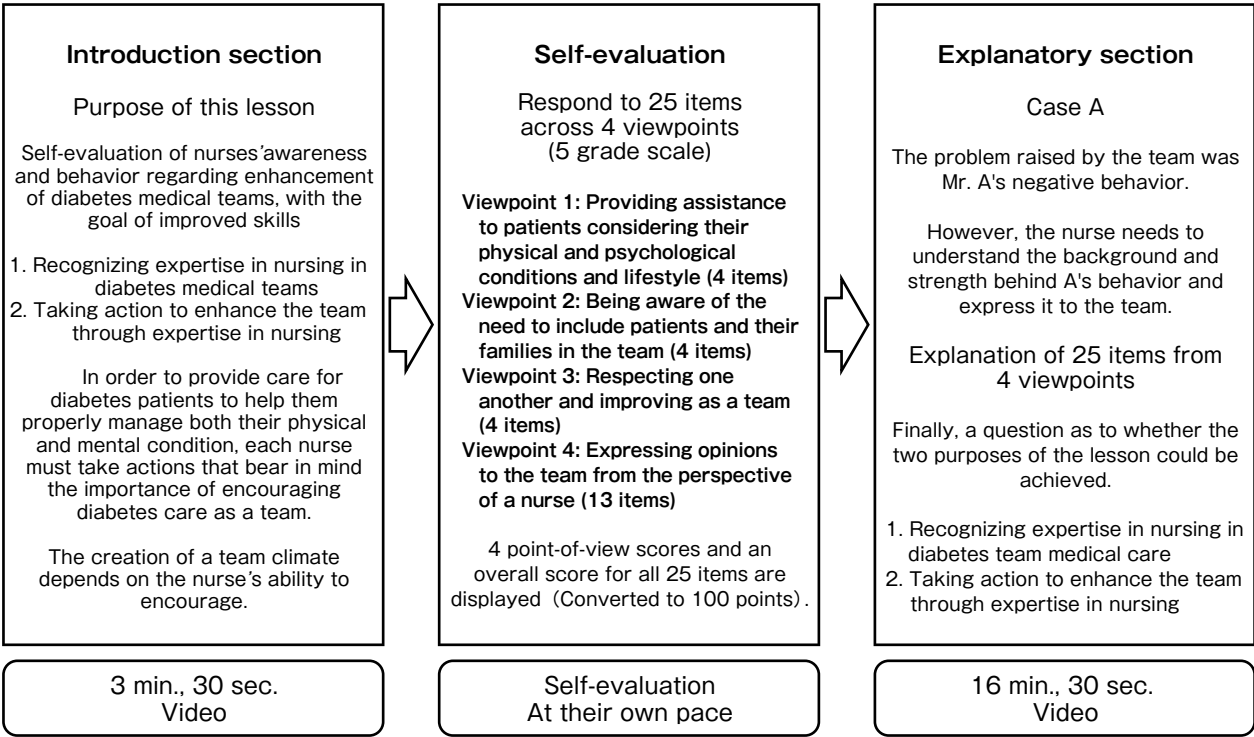


Figure 1 Structure and contents of e-learning materials

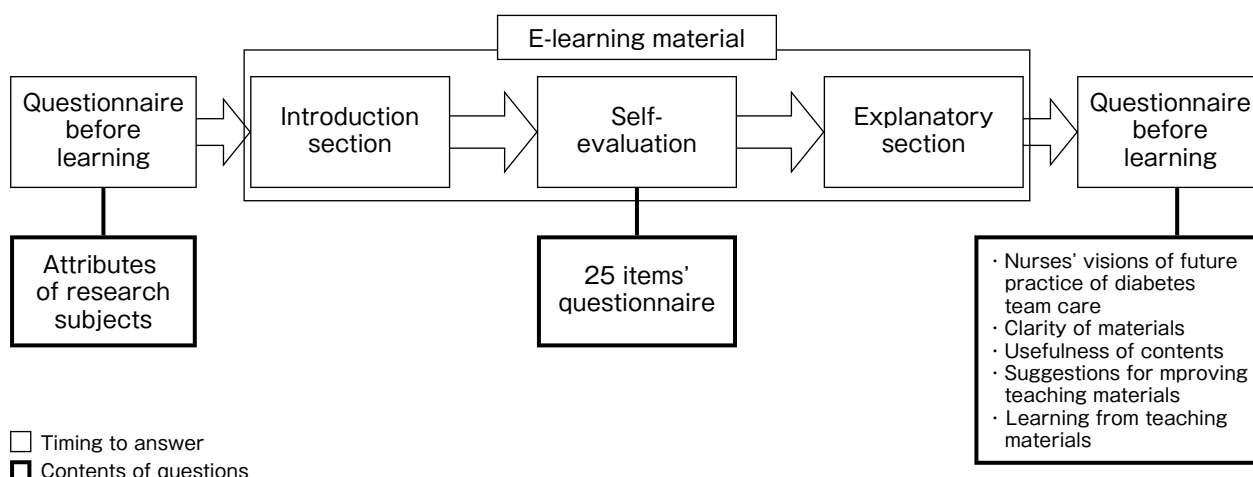


Figure 2 Procedure of data collection

cine

(1) the 25-item questionnaire on the promotion of team medicine for diabetes patients as a self-evaluation (Table 1), and (2) a 4-item questionnaire on nurses' vision of future practice of diabetes team care (the items being *I want to enhance diabetes team care from the nurse's standpoint*, *I want to engage in more discussion with other nursing staff to enhance diabetes team care from the nurse's standpoint*, *I can enhance diabetes team care from the nurse's standpoint*, and *I can encourage other nursing staff to promote diabetes team care together*) were provided, both of which applied a 5-point scale.

3) Subjective evaluation of e-learning materials by subject following first-time participation

Participants were asked to answer by 5-point scale evaluation for (1) three items regarding the clarity of materials, and (2) five items regarding usefulness of contents. They were also asked to write, as open-ended answers, (3) suggestions for improving teaching materials and (4) what they learned from teaching materials.

3. Data collection period

From March to June 2017

4. Data collection procedure

1) Just before learning (Questionnaire before learning)

Attributes of research subjects

2) After viewing introduction section (Self-evaluation)

The 25-item questionnaire on the promotion of team medicine for diabetes patients as a self-

evaluation

3) After viewing the explanatory section (Questionnaire after learning)

A 4-item questionnaire on nurses' vision of future practice of diabetes team care, subjective evaluation of e-learning materials ((1) three items regarding the clarity of materials, and (2) five items regarding usefulness of contents. They were also asked to write, as open-ended answers, (3) Suggestions for improving teaching materials and (4) what they learned from teaching materials.)

5. Data analysis

The 25 items of the self-evaluation to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients provided five answer options: "strongly agree (5 points)," "somewhat agree (4 points)," "neither agree nor disagree (3 points)," "somewhat disagree (2 points)," and "strongly disagree (1 point)." Mean score was calculated for each item. The final total of questionnaire items based on the 5-point scale was converted to a scale for which 100 points was the maximum possible total score.

Questionnaires on nurses' visions of future practice of team medicine for diabetes patients, and subjective evaluations of e-learning materials, were aggregated using a 2-point scale categorizing "strongly agree" and "somewhat agree" into "agree" and "neither agree nor disagree," "somewhat disagree," and "strongly disagree" into "disagree."

Table 1 The 25 items included in the Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care

Viewpoint 1 : Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle
1. I try to respond to patients' questions, provide support to solve their problems in order to gain patient trust.
2. I try to look at situations from the patient's point of view and provide care with professional judgment.
3. I try to understand the physical and the psychological conditions of patients and work together with them.
4. I imagine life as a diabetes patient and help them to express their feeling to medical professionals.
Viewpoint 2 : Being aware of the need to include patients and their families in the team
5. Team members maintain their awareness of the need to cooperate with other team members, including patients and their families.
6. Team members consider patients and their families as equal members of the team.
7. Each team member tries hard to exercise his or her maximum strength for patients considering the patients and their families as team members.
8. Team members work with patients' families to promote their understanding of life with diabetes and ask them to perform necessary roles.
Viewpoint 3 : Respecting one another and improving as a team
9. I respect other team members and try to establish trusting relationships.
10. I tell members when team care has changed patients' conditions for the better, and share the pleasure of this to motivate the team.
11. When I feel any team member's proficiency and growth as a professional, I always mention it to that member.
12. I consider the individual workload when we share work in the team.
Viewpoint 4 : Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse
13. When nursing care made good changes in patients, I share the contents with other professionals in an objective manner.
14. I provide information on nursing skills that can be used by other professionals for patient education.
15. I share my ideas as a nurse with other professionals.
16. I try my best to have doctors recognize my nursing ability.
17. When conflicting opinions with other professionals arise, I place a priority on patient safety and peace of mind, and try to coordinate opinions respecting the standpoint of the other professionals and maintain balance in the team.
18. I respect the thoughts and lifestyle of diabetes patients and share information in the team.
19. I try to develop team care for diabetes patients from the standpoint of the patient.
20. I actively support patients by expressing opinions to team members on their behalf.
21. I actively try to acquire knowledge and skill from other professionals.
22. I try to work with individuals engaged in departments and divisions other than the team to facilitate the activities of the team within the organization.
23. I try my best to vitalize team activities.
24. I try to help diabetes patients live healthier and more secure lives, and share individual patient's goals with team members, including patients' families.
25. I try to maintain good communication with doctors and establish trusting relationships.

The actual state was analyzed by descriptive statistics, and the open-ended answers were qualitatively analyzed and summarized by similar content. In order to see comparisons between the presence or absence of professional qualifications related to diabetes and the consciousness and behavior of nurses, a Wilcoxon rank sum test was conducted on 25 items' self-evaluation scores.

Significance was set at $p < 0.05$, and statistical processing was conducted with SPSS ver. 23.0.

6. Ethical considerations

This study was approved by the Medical Ethics Committee of Kanazawa University (No. 689). Participation in this study was voluntarily. Access to the website and response to the questionnaire were deemed consent to participation in this study. The names of the facilities to which individual nurses were affiliated and their IDs were linked and anonymized to prevent identification of participants.

Results

1. Cooperative facilities and subjects of data analysis

944 facilities were asked to cooperate with

the study, and 145 agreed (15.3%). However, 106 facilities (11.2%) and 564 nurses were registered for participation. Among the 564 participants, 343 participants (60.8%) accessed website materials, 236 participants (41.8%) finished the e-learning program, and 193 participants (34.2%) completed the self-evaluation and questionnaire after the e-learning program. The 193 participants were included as subjects of this study (Fig. 3).

2. Subject attributes

Mean age of the participants was 40.6 ± 10.0 , mean years of diabetes nursing care experience was 8.7 ± 6.8 , number of participants with CDEJ was 96 (49.7%), and number of participants with Certification of Nurse in Diabetes Nursing was 29 (15.0%). For further details, see Table 2.

3. Subjective evaluation of e-learning materials by subject following first-time participation

1) Actual state of subject practice in regard to the enhancement of team care

(1) Self-evaluation questionnaire designed to enhance interdisciplinary team care for diabetes patients

Table 3 shows the average scores of each of the 25 items in the questionnaire. Each item was

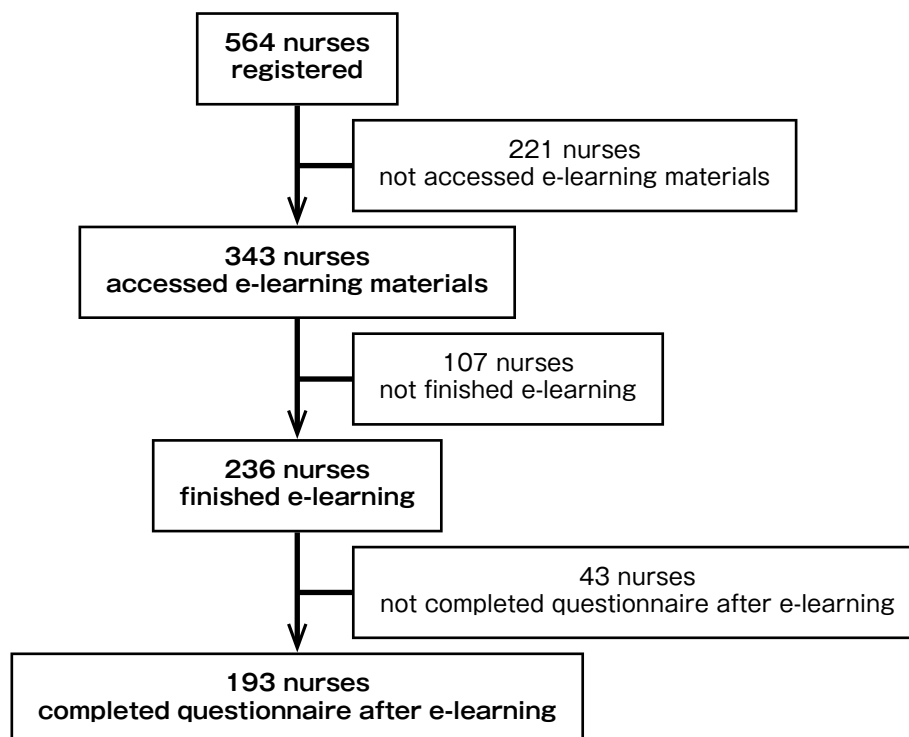


Figure 3 Participant flow diagram showing the enrolled sample and dropouts

evaluated on a scale of one to five. Three items exceeded 4 points. 5. *Team members maintain their awareness of the need to cooperate with other team members, including patients and their families averaged 4.10*, 1. *I try to respond to patients' questions, provide support to solve their problems in order to gain patient trust averaged 4.05*, and 9. *I respect other team members and try to establish trusting relationships averaged 4.02*. One item fell below 3 points. This item was 14. *I provide information on nursing skills that can be used by other professionals for patient education*, which averaged 2.95, the lowest among the items.

Table 4 shows the scores of four viewpoints of nurses converted to a 100-point scale. **Viewpoint 1, Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle**, was the highest at 78.6 ± 14.0 . **Viewpoint 4, Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse**, was the

lowest at 68.9 ± 14.3 , the only viewpoint that fell below 70 points.

(2) Nurses' vision of future practice of diabetes team care

Among subjects that indicated "agree," 165 (85.4%) selected *I want to enhance diabetes team care from the nurse's standpoint*, 161 (83.4%) selected *I want to engage in more discussion with other nursing staff to enhance diabetes team care from the nurse's standpoint*, 121 (62.6%) selected *I can enhance diabetes team care from the nurse's standpoint*, and 92 (47.6%) selected *I can encourage other nursing staff to promote diabetes team care together*.

(3) Comparison between the scores of four viewpoints of self-evaluation and the presence or absence of professional qualifications related to diabetes (Table 5).

Regarding CDEJ, **Viewpoint 2, Being aware of the need to include patients and their families in the team**, revealed no difference in scores

Table 2 Attributes of the nurses

(n=193)

Attribute Classification		Number of respondents (nurses)	Rate (%)
Gender	Male	4	(2.0)
	Female	189	(98.0)
Age (mean : 40.6 ± 10.0)	20 – 29	33	(17.1)
	30 – 39	45	(23.3)
	40 – 49	73	(37.8)
	50 – 59 (years)	42	(21.8)
The number of years involved in diabetes education (mean : 8.7 ± 6.8)	< 5	68	(35.2)
	≥ 5 (years)	125	(64.8)
Certified Diabetes Educators of Japan (CDEJ) certification	Certified	96	(49.7)
	Uncertified	97	(50.3)
Certified diabetes nurses	Certified	29	(15.0)
	Uncertified	164	(85.0)
Location of individual facilities	Hokkaido	6	(3.1)
	Tohoku	9	(4.7)
	Kanto	35	(18.1)
	Chubu	56	(29.0)
	Kinki	43	(22.3)
	Chugoku	34	(17.6)
	Shikoku	0	(0.0)
	Kyushu (contained Okinawa)	10	(5.2)
Number of beds of individual facilities	< 99	14	(7.3)
	100 – 299	62	(32.1)
	300 – 499	67	(34.7)
	≥ 500	50	(25.9)

between the subjects with and without CDEJ, and other viewpoints and overall points revealed a significant difference ($p>0.05$). Regarding Certification of Nurse in Diabetes Nursing, **Viewpoint 2, Being aware of the need to include patients and their families in the team** and **Viewpoint**

3, Respecting one another and improving as a team revealed no difference in scores while other viewpoints and overall points revealed a significant difference ($p>0.05$).

2) Subjective evaluation of e-learning materials

Table 3 The average scores of each of the 25 items on the promotion of team medicine for diabetes patients as a self-evaluation (In order of high score) (5 = strongly agree, 1 = strongly disagree)

Viewpoint	Items	mean $\pm$ SD
V 2	5. Team members maintain their awareness of the need to cooperate with other team members, including patients and their families.	4.10 $\pm$ 0.85
V 1	1. I try to respond to patients' questions, provide support to solve their problems in order to gain patient trust.	4.05 $\pm$ 0.80
V 3	9. I respect other team members and try to establish trusting relationships.	4.02 $\pm$ 0.85
V 1	3. I try to understand the physical and the psychological conditions of patients and work together with them.	3.95 $\pm$ 0.80
V 4	21. I actively try to acquire knowledge and skill from other professionals.	3.90 $\pm$ 0.94
V 1	2. I try to look at situations from the patient's point of view and provide care with professional judgment.	3.88 $\pm$ 0.89
V 1	4. I imagine life as a diabetes patient and help them to express their feeling to medical professionals.	3.82 $\pm$ 0.85
V 4	25. I try to maintain good communication with doctors and establish trusting relationships.	3.76 $\pm$ 0.96
V 2	6. Team members consider patients and their families as equal members of the team.	3.72 $\pm$ 0.93
V 3	10. I tell members when team care has changed patients' conditions for the better, and share the pleasure of this to motivate the team.	3.69 $\pm$ 1.02
V 3	11. When I feel any team member's proficiency and growth as a professional, I always mention it to that member.	3.61 $\pm$ 1.09
V 2	7. Each team member tries hard to exercise his or her maximum strength for patients considering the patients and their families as team members.	3.60 $\pm$ 0.87
V 4	20. I actively support patients by expressing opinions to team members on their behalf.	3.59 $\pm$ 0.92
V 2	8. Team members work with patients' families to promote their understanding of life with diabetes and ask them to perform necessary roles.	3.54 $\pm$ 0.97
V 4	23. I try my best to vitalize team activities.	3.54 $\pm$ 1.07
V 4	18. I respect the thoughts and lifestyle of diabetes patients and share information in the team.	3.53 $\pm$ 0.90
V 3	12. I consider the individual workload when we share work in the team.	3.52 $\pm$ 1.02
V 4	19. I try to develop team care for diabetes patients from the standpoint of the patient.	3.51 $\pm$ 1.09
V 4	15. I share my ideas as a nurse with other professionals.	3.47 $\pm$ 0.99
V 4	24. I try to help diabetes patients live healthier and more secure lives, and share individual patient's goals with team members, including patients' families.	3.45 $\pm$ 0.95
V 4	17. When conflicting opinions with other professionals arise, I place a priority on patient safety and peace of mind, and try to coordinate opinions respecting the standpoint of the other professionals and maintain balance in the team.	3.43 $\pm$ 0.93
V 4	16. I try my best to have doctors recognize my nursing ability.	3.33 $\pm$ 1.08
V 4	13. When nursing care made good changes in patients, I share the contents with other professionals in an objective manner.	3.17 $\pm$ 1.02
V 4	22. I try to work with individuals engaged in departments and divisions other than the team to facilitate the activities of the team within the organization.	3.15 $\pm$ 1.12
V 4	14. I provide information on nursing skills that can be used by other professionals for patient education.	2.95 $\pm$ 1.09

Table 4 Each score at four viewpoints (Score converted in 100 points)

Viewpoints	Mean $\pm$ SD
1. Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle	78.6 $\pm$ 14.0
2. Being aware of the need to include patients and their families in the team	74.8 $\pm$ 15.0
3. Respecting one another and improving as a team	74.2 $\pm$ 15.6
4. Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse	68.9 $\pm$ 14.3
Average of total points	72.3 $\pm$ 12.7

Table 5 Comparison between each of the four viewpoints in self-evaluation and the presence or absence of certification regarding diabetes nursing care

Viewpoints	Certified Diabetes Educators of Japan (CDEJ)	Score converted in 100 points	p-value	Certified diabetes nurses	Score converted in 100 points	p-value
1. Providing assistance to patients considering their physical and psychological conditions and lifestyle	Certified	83.7	0.001	Certified	89.1	0.001
	Uncertified	73.5		Uncertified	76.6	
2. Being aware of the need to include patients and their families in the team	Certified	75.3	0.687	Certified	78.7	0.143
	Uncertified	74.4		Uncertified	74.3	
3. Respecting one another and improving as a team	Certified	77.0	0.014	Certified	75.8	0.579
	Uncertified	71.5		Uncertified	74.0	
4. Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse	Certified	73.0	0.001	Certified	76.1	0.003
	Uncertified	64.9		Uncertified	67.5	
Average of total points	Certified	75.7	0.001	Certified	78.5	0.004
	Uncertified	68.9		Uncertified	71.1	

Wilcoxon rank sum test

(1) Clarity of educational materials

Among subjects that indicated "agree," 167 (86.5%) selected *letters used in the materials were easy to read*, 156 (80.8%) selected *narration was easy to understand*, and 135 (69.9%) selected *materials were easy to understand*.

(2) Usefulness of the contents

Among subjects that indicated "agree," 152 (78.7%) selected *I think the materials are useful for nurses engaged in care for diabetes patients*, 142 (73.5%) selected *I want to tell other nursing staff about the contents*, 139 (72.0%) selected *I think these materials are useful for me*, 131 (67.8%) selected *these materials made me aware of a new aspect of the specialization in the diabetes team care*, and 117 (60.9%) selected *these materials gave me new knowl-*

edge on the specialization in the diabetes team care.

(3) Suggestions for improving teaching materials

There were 28 open-ended answers provided in total: 22 regarding "difficulty of online operation" and 6 regarding "requests for concrete examples."

"Difficulty of online operation" included issues such as: users could not pause or rewind videos, could not hear audio, the online service did not work, users did not know how to proceed on the Web, or the screen did not open.

(4) Learning from teaching materials

There were 80 open-ended answers provided in total: 39 regarding "recognition of roles in the team as a nurse," 14 regarding "recognition of

the importance of team collaboration," 13 regarding "importance of involving patients and families," 9 regarding "how to understand patients," and 5 regarding "reconfirming what has been practiced so far."

In "recognition of role in team as a nurse": expressing and disseminating the overall picture of the patients as understood from the perspective of nursing, becoming a key person to enhance a team, involving other occupations, activating a team by taking the initiative, and providing logical explanations to doctors and other occupations. In "recognition of the importance of team collaboration": the importance of supporting patients throughout the team, and opportunities to express opinions with the team. In "importance of involvement including patients and their families": the importance of including family members, and patients and families being members of a team.

Discussions

1. Nurses' self-evaluation on the enhancement of interdisciplinary team care for diabetes patients

Subjects had high specialization in diabetes nursing care. Approximately half of the subjects were CDEJ certified, and 65% had five or more years' experience in diabetes nursing care. **Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse (Viewpoint 4)** revealed the lowest score, as was the case in the previous study⁶⁾⁷⁾. **Being aware of the need to include patients and their families in the team (Viewpoint 2)** even for CDEJ- or Certified Nurse in Diabetes Nursing-certified nurses, the scores were not significantly higher, also the same as was found in the previous study⁶⁾⁷⁾. This suggested that even nurses skilled in diabetes nursing were unaware of these two viewpoints.

Therefore, it is necessary to provide education that leads to improved awareness and behaviors regarding **Expressing opinions to the team from the perspective of a nurse**, and **Being aware of the need to include patients and their families in the team**. While motivation to enhance and discuss interdisciplinary team care

revealed 80% or more, only 60% indicated that they could enhance team care from the standpoint of the nurse, and less than 50% indicated that they could take the initiative in doing so. The previous study⁶⁾⁷⁾ also showed that nurses' confidence and sense of satisfaction were low although their motivation for cooperation on a team was high, even CN in diabetes nursing had negative recognition such as "difficulty in relation with physician" and "lack of understanding by the organization and superiors". Additionally, it is clear that the score of self-evaluation of social skills and critical thinking attitudes of nurses is not high¹⁹⁾. It is expected that increasing nurses' skill to enhance team care will lead to increased confidence and sense of satisfaction.

2. Evaluation of educational materials

Seventy to eighty percent of subjects provided positive evaluations on the clarity of materials, and approximately 70% provided positive evaluations on the usefulness of materials. Opinions expressed in open-ended answers also indicated that the materials helped them learn and realize much. These results suggested that the materials were useful for nurses engaged in team practice.

The purpose of the e-learning program was to enable nurses to recognize and practice the 25 items included in the questionnaire, which requires their mastery. However, this study was limited to subjective evaluations such as the clarity and usefulness of materials. Therefore, it was not possible to quantify the knowledge acquired. It is necessary to create a test to evaluate knowledge and examine the level of achievement.

Though 60% of registrants accessed the system, those who filled out their questionnaire after learning decreased by half, to 30% of registrants. "Difficulty of online operation," indicated by open-ended answers for "suggestions for improving teaching materials," could also be considered one factor of that, but this is only an inference.

3. Application of this result and limitations of this study

Since the subject of this result is a group with high specialty in diabetes nursing, this result is

considered applicable to such nurses.

On the other hand, since only 30% of subjects completed the questionnaire after learning, out of the nurses who registered on the Web, there is a possibility that the result reflects the biases of subjects with high interest or motivation. This is one limitation of this study.

4. Future vision

Since the subjects of this study had specializations in diabetes nursing care, they were familiar with the contents of the learning materials and wanted to have more specific examples. This highlights the need to create more practical learning materials for specialized nursing staff. Anticipating the potential usefulness of the program for nurses with little experience in diabetes nursing care, the creation of easier and more attractive materials must also be considered. The 25 items are basic knowledge for the enhancement of interdisciplinary team care for diabetes patients, which are believed to be useful as learning materials for nurses who are motivated to work on a team for diabetes patients, or for nurses who have difficulties in their current team activities and seek solutions.

Furthermore, the authors would like to develop a learning program that utilizes this e-learning material in the future. Utilizing this material as a part of the learning program is our future goal.

Conclusion

Through the survey of the nurses who participated in an e-learning program for the first time and evaluation of the learning materials designed to improve nursing skills with the aim of enhancing interdisciplinary team care for diabetes patients, this study clarified that nurses' self-evaluation on expressing opinions to team members from the viewpoint of the nurse was the lowest among 4 viewpoints, as was the case in the previous study. It was found that nurses who used the e-learning materials provided positive subjective evaluations of the materials and realized the need to conduct objective evaluations. Specific ideas for materials targeting the level of knowledge of the subjects were also

gained.

Declaration of conflicting interests

It is hereby declared that there is no conflict of interest.

This study was supported by Grant-in-Aid for Scientific Research (C) (no. 25463400) from the Japan Society for the Promotion of Science.

References

- 1) Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan : Results of National health and nutrition survey in 2016, [On-line, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000177189.html>], Ministry of Health, Labour and Welfare, 9. 21. 2017
- 2) NIKKEI (Japan newspaper for economy) : Diabetic patients who became the first 10 million people, [On-line, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000177189.html>], NIKKEI, 9. 21. 2017
- 3) Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan : Formulation of prevention program for severe diabetic nephropathy, [On-line, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000121935.html>], Ministry of Health, Labour and Welfare, 4. 20. 2016
- 4) Inagaki M, Hiramatsu T, Nakamura N, et al. : Evaluation of the critical path including open discussion to help educate diabetic patients. *Memoirs of School of Health Sciences Faculty of Medicine Kanazawa University*, 24(2), 131 – 140, 2000
- 5) Inagaki M, Tasaki K, Murakado N, et al. : Diabetes Education Outcome Indicator Development Process – Approaches to National Standards in Japan. *The Japanese Journal of Nursing Research*, 37, 581 – 590, 2004
- 6) Tasaki K, Inagaki M, Matsui K, et al. : Team Medicine and Cooperation for Diabetes Treatment by Nursing Staff. *The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing*, 19, 139 – 147, 2015
- 7) Tasaki K, Inagaki M, Matsui K, et al. : The actual practices of certified diabetes care nurses and their role recognitions. *Journal of Society of Nursing Practice*, 27(2), 52 – 58, 2015

- 8) Rouleau G, Gagnon MP, Cote J, et al : Effects of e-learning in a continuing education context on nursing care : a review of systematic qualitative, quantitative and mixed studies reviews (protocol), *BMJ Open*, 2017. doi : 10.1136/bmjopen-2017-018441, 2. 19. 2018
- 9) Koch LF : The nursing educator's role in e-learning : A literature review. *Nurse Education Today*, 34, 1382–1387, 2014
- 10) Grace S, McLeod G, Streckfuss J, et al : Preparing health students for interprofessional placements. *Nurse Education in Practice*, 17, 15–21, 2016
- 11) Oliveira AC, Mattos S, Coimbra M : Development and Assessment of an E-learning Course on Pediatric Cardiology Basics. *JMIR Medical Education*, 3 (1), 10–13, 2017
- 12) Shin JY, Issenberg SB, Roh YS : The effects of neurologic assessment E-learning in nurses. *Nurse Education Today*, 57, 60–64, 2017
- 13) Lefebvre H, Pelchat D, Levert MJ : Interdisciplinary Family Intervention Program: A Partnership Among Health Professionals, Traumatic Brain Injury Patients, and Caregiving Relatives. *Journal of Trauma Nursing*, 14(2), 100–113, 2007
- 14) Moattari M, Moosavinasab E, Dabbaghmanesh MH, et al : Validating a Web-based Diabetes Education Program in continuing nursing education: knowledge and competency change and user perceptions on usability and quality. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 2014. doi : 10. 1186/2251–6581–13–70, 2. 19. 2018
- 15) Tasaki K, Inagaki M, Matsui K, et al : Roles of Nurses in Team Care for Diabetes - Recognition of Experienced Nurses, *Journal of the Tsuruma Health Science Society*, Kanazawa University, 35(2), 63–69, 2011
- 16) Tasaki K, Inagaki M : Creation of an original proposal for a practical index for nurses promoting team care for diabetes patients. *Journal of the Tsuruma Health Science Society*, Kanazawa University, 37(1), 47–54, 2013
- 17) Tasaki K, Inagaki M : Examination of content validity for a practical index for nurses promoting team medical care for diabetic patients. *The Journal of Japan Academy of Diabetes Education and Nursing*, 18, 5–13, 2014
- 18) Tasaki K, Inagaki M : Reliability and Validity of Questionnaire for Nursing Practices in Diabetes Interdisciplinary Team Care. *Proceedings of the Academic Conference (34th-suppl)*, Japan Academy of Nursing Science, 512, 2014
- 19) Tasaki K, Inagaki M, Matsui K, et al : The current state of nurses' social skills and critical thinking dispositions, and their relationship with nurses' teaching styles in diabetes care. *Journal of Tsuruma Health Science Society*, 40(2), 33–44, 2017

多職種協働糖尿病チームケアを促進する看護実践e-learningプログラム ープログラムに参加した看護師による自己評価および教材評価ー

多崎 恵子, 稲垣 美智子, 堀口 智美, 浅田 優也

金沢大学医薬保健研究域保健学系

キーワード

糖尿病看護, 多職種協働チームケア, e-learning, 自己評価, 教材

要 旨

目的：先行研究にて看護師が多職種協働糖尿病チームケアを促進するための教材として25項目からなる質問表を作成した。この質問表を活用し、看護師に必要とされるスキル教育を行うため、e-learningプログラムを開発した。本研究の目的は、初回学習した看護師の自己評価の実態、および教材の主観的評価を明らかにすることである。

方法：糖尿病看護に携わっている看護師を対象とし、Webサイトでの教材視聴とチーム促進自己評価および教材評価に回答を求めた。量的データは統計学的に、自由記載は質的に分析した。

結果：分析対象者 193名、年齢 40.8 ± 9.5 歳、糖尿病看護経験 8.7 ± 6.7 年であった。糖尿病チームケア自己評価では、「看護的視点からチームへ表明し発信する」視点で最も点数が低かった。また“本教材は糖尿病ケアに携わっている看護師に役立つと思う”は139名（72.0%）であった。

結論：本研究では「看護的視点からチームへ表明し発信する」視点の自己評価が先行研究同様、最も点数が低かった。しかし本教材学習による今後のスキルアップが期待される。教材評価においては、ある程度の主観的評価を得られた。

第12回看護実践学会学術集会

シンポジウム 「在宅療養生活をデザインする」

コーディネーター 丸岡 直子（石川県立看護大学）

このシンポジウムは、「人生100年時代」を見据えて、どこに住んでも適切な医療・介護を安心して受けることができる社会の実現に向け、これからの地域医療の在り方や在宅療養をどのように描いていくべきか、そこに看護職者はどのような役割を果たすべきかを考えるために企画されました。

シンポジウムでは、さまざまな立場から5名のシンポジストをお迎えしました。

木村慎吾氏（石川県健康福祉部地域医療推進室）には、「在宅療養を充実させるために」と題して、平成28年度に策定した「石川県地域医療構想」に基づく推進に向けた医療行政の方向性や施策についてご発表いただきました。

手塚波子氏（小川医院栄養ケアセンター）には、管理栄養士の立場から「充実した食（栄養）支援を受けられるまちづくり」と題して、病院等で実施されている栄養ケアの実際と地域住民の生活の場で実施する将来展望についてご発表いただきました。

金田裕子氏（国立病院機構金沢医療センター）には退院支援看護師としてのご経験から「在宅から病院、病院から在宅へのバトンタッチ」と題し

て、在宅療養移行支援事例を通して継続看護の重要性と看護師の役割をご説明いただきました。

高道香織氏（国立病院機構医王病院）には、老人看護専門看護師として、神経難病病棟の看護師長の立場から、「セーフティネット病院における退院支援とエンドオブライフケア」について、QOL維持向上を目指した在宅療養移行支援についてご説明いただきました。

なお、学会プログラム変更のためにご発表していただけなかった中恵美氏（金沢市包括支援センターとびうめ）からは、講演集の抄録「在宅療養生活をデザインする主体へのまなざし」において、在宅療養をデザインする主体である当事者の言葉にならないニーズを引き出す看護職者の専門性と役割の重要性を伝えていただきました。

時間の都合上、会場と十分な意見交換には至りませんでした。が、“在宅療養生活をデザインするのは誰なのか”、あるいは“在宅療養生活のデザインとその具現化に果たす看護職の役割は何か”について、参加者一人ひとりが考える時間となったのではないかと思います。

医療行政の立場から ～在宅療養を充実させるために～

木村 慎吾（石川県健康福祉部地域医療推進室）

高齢者の身体機能や知的能力は10年前に比べ5～10歳若返っているとされており、今後、ますます元気な高齢者が増えることが望まれるところである。しかし、2025年には団塊の世代の方々が後期高齢者になり、要介護者や認知症高齢者など様々な支えを必要とする方が増加することは避けられないと考えられる。

県では、平成28年度に策定した『石川県地域医療構想』において、2025年のあるべき医療提供体制を検討していくための参考値として、必要病床

数を約12,000床（現在の病床数約15,000床より約3,000床少ない）、在宅医療等の患者数を約18,600人（現在の患者数約10,800人より約7,800人多い）と試算している。この推計は、療養病床の一部が介護医療院等へ転換する（注：介護医療院は在宅医療等の扱いになる）と仮定するなど一定の仮定のもとに試算されたものであるが、医療政策は、医療機関に対して、少子高齢化の進展を見据えた「病床機能の分化・連携」を促し、「在宅医療等の受け皿」を充実させていくという、地域医療構

想に即した方向で進められている。

具体的には、病床機能の分化・連携を進めるために、県では、回復期病床への転換を希望する病院などに対する支援策を講じており、県内の病院においては、地域包括ケア病棟・病床への転換、認知症ケアチームなど多職種チームの設置、入退院支援部門の強化など様々な取組が進められている。また、在宅医療等の受け皿を充実させるために、県医師会とともに、在宅療養に携わる多職種が参加する在宅医療連携グループの組織化に努めており、市町においては、在宅医療連携グループや郡市医師会等と連携しながら、在宅医療・介護連携推進事業が進められている。

この10年、訪問診療を受ける患者数は増加し、介護施設や高齢者向け住宅等の整備も進んでおり、「居宅や介護施設などに暮らしながら、訪問診療や訪問看護などを利用して生活」という選択肢が広がっている。今後、「病床機能の分化・連携」の進む中、看護職はこれまで以上に多職種を結ぶキーパーソンとしての役割を期待されることとなり、「在宅医療等の受け皿の充実」は、看護職の活躍の場を広げていくことになるとと思われる。

石川県の実情に即した形で、在宅療養を支える態勢の充実が進んでいくよう、関係者の皆様のご理解とご協力をお願いしたい。

充実した食（栄養）支援を受けられるまちづくりへ

手塚 波子（小川医院 栄養ケアセンター・センター長）

2025年には、我が国の65歳以上の高齢者人口は30.3%〈日本の将来推計人口（国立社会保障人口問題研究所）〉になると予想されていることは周知の通りである。したがって在宅療養者の増加は必至となる。私たち管理栄養士はそのような事態を踏まえ、病院や施設で行っている栄養ケアを今後は地域住民の生活の場でも実施することが求められている。まさしく地域住民に対する「アウトリーチ」と「アクセス」を抜本的に拡充していく取組を行わなければならない。

当院では、2004年6月より1名の管理栄養士を雇用し通院困難な在宅療養者を対象に在宅訪問栄養指導を開始した。2018年5月現在、管理栄養士2名体制で30名ほどの在宅療養者を訪問している。対象は、通院が困難で医師の指示を受けた糖尿病や慢性腎臓病、脳卒中や神経難病にて摂食嚥下障害のために食事形態の工夫指導や低栄養状態の予防・改善等が必要な在宅療養者である。

また終末期のがん患者も対象となる。管理栄養士の訪問は、居宅療養管理指導（介護保険）と医療保険の両方で可能であり、ケアプランの枠外となっている。

実際には、医師の指示書、契約書、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画書、

報告書などの書類が必要となり、月2回までの訪問が可能である。

療養者と家族の要望・ニーズを把握しプランに沿って訪問をおこない、状況に応じて3ヶ月または6ヶ月後に評価を行い、継続や終了の運びとなる。依頼元は、担当ケアマネージャー、所属医療機関の主治医、他医療機関のかかりつけ医、基幹病院の地域連携室（医療ソーシャルワーカー）、訪問看護師、療養者家族などで様々である。退院時ケアカンファレンスなどにも積極的に参加し、関連する多職種との連携・情報共有を図っている。

これまでの14年間の活動を振り返ると、訪問を開始した当初は認知度も低く要介護状態4～5の療養者の依頼が中心であった。しかし近年では、要支援1や2の介護予防居宅療養管理指導の依頼が増えている状況であり、少しずつではあるが早期の栄養改善と介入の重要性が認識されるようになってきたと感じている。

今後の課題は、1）在宅訪問栄養士の育成、2）地域・行政・多職種への周知と連携、3）栄養ケア・ステーションの設置（相談窓口）、4）同職種間（病院や施設）との連携、5）介護予防居宅管理指導の充実、があげられる。

在宅から病院、病院から在宅へのバトンタッチ

金田 裕子（金沢医療センター地域医療連携室
副看護師長 入退院支援看護師）

急性期病院の第一の使命は、救命医療です。入院後は安静指示や、転倒・窒息防止など安全重視のあまり、食事は看護師介助、内服も看護師管理で1回配薬、排泄介助は車いす移動となって、患者さんの日常生活レベルは低下してしまう現状があります。

当院の入退院支援は、まずは外来から始まります。入院決定時に各外来看護師から入退院支援センターへ連絡が入り、看護師や医事課職員、薬剤師なども関わり患者さん・ご家族の入院や治療に対する不安に耳を傾け、少しでも安心して入院準備ができるように関わっています。

入院後は、在宅からの情報提供もいただきながら、入退院支援看護師と医療ソーシャルワーカーとがペアとなり、院内多職種と情報や目標を共有しながら支援をさせていただいています。

病院における退院支援のプロセスとして、入院3日以内に退院支援の必要性を評価し、7日以内に患者さんやご家族と面談、患者さんやご家族の思いと入院によって起こる変化を予測し、多職種でカンファレンスをします。そのうえで退院支援計画を作成し、患者さん・ご家族の同意を得て、その目標を多職種と共有しながら退院支援を行い、退院前には、在宅スタッフも含めて退院前カンファレンスを行っています。

平成30年度の診療報酬の改定で、入院前から退院支援の必要性を考え、退院直後まで切れ目のない支援を行うことが評価されました。当院では改定前より体制を整えていましたが、今年度からは、さらに院内での情報共有や、関係機関との連携強化などを推進しています。患者さんが在宅から病院、病院から在宅へとスムーズに移行できるように、外来看護師、入退院支援看護師、病棟看護師それぞれが役割を果たす事が期待されます。看護師が、その期待に応えるために身につけ高めていかなければならない力として、私は以下のように考えています。

- ①患者さんを地域で生活する人として捉える視点と情報収集力
- ②生活を考えた医療・介護のアセスメント力
- ③患者さん・ご家族が受容・意思決定できるように支え・寄り添える力
- ④院内・院外の多職種との連携・調整するコミュニケーション能力と調整力

生活をデザインするのは患者さんご本人とご家族です。私達は、看護専門職として急性期医療を提供しつつ、身につけた力を駆使して患者さん・ご家族と共に暮らし方のデザイン・再構築をお手伝いすることが大切な役割だと考えます。

セーフティネット病院における退院支援とエンドオブライフケア

高道 香織（国立病院機構医王病院 看護師長、老人看護専門看護師）

高齢化が進んだわが国では介護保険制度が社会に定着しました。入退院を繰り返す高齢者を支えていくには、地域完結型医療や地域包括ケアシステムの考え方を取り入れ退院支援に関わる必要があります。高齢者がなじんで暮らしてきた地域や療養の場で、最期まで望み通りに過ごすために、在宅・施設で医療とケアを担う人たちと顔の見える連携をとって、本人とその家族の意向と、さらにその地域の実情に応じた医療とケアを病院で調

整し、看取りまでの大きな方向性・方針を見据えて退院支援することが必要になっていると言えます。現在私が所属する組織は、国のセーフティネット病院の役割を有する神経難病の拠点病院です。したがって、高齢者に限らず神経難病を有する人々の中長期的な療養のあり方について考えることが必要です。そうした特徴と理念を持つ組織で、高齢者の退院支援の経験を少しでも活かしたいと思い実践しています。

シンポジウムでは60代のALS患者で、TPPVを選択したA氏の退院支援に関して報告いたしました。A氏は人工呼吸器装着と経管栄養を選択され、医療依存度の高い全身状態でした。ALS患者の場合、在宅医療と病院へのレスパイト入院を続けていくことによって、本人と家族の苦痛や苦悩が軽減されるということがあります。そうした療養スタイルを獲得するよう支援するにはALSの進行に伴い自ずと生じる、難しい課題や変化に対応する知識と経験が必要だと考えます。A氏の場合、気管切開後も1時間毎に吸痰が必要でしたが、当院の呼吸ケアチームの介入により、唾液や痰を持続的に回収するデバイスの適用で、1日の吸痰実施回数が0回に一変し、身体的課題が劇的に解決されました。試験外泊も不安なくクリアし、A氏は在宅復帰を叶え、レスパイト入院も利用し療養することにつながりました。振り返ってみれば、丸岡先生が示された退院調整活動指標の6ステップのうち、ステップ4におけるシンプルケアの検討と調整が在宅療養につなが鍵だったと考えます。また、在宅復帰を叶えたA氏とその家族が、難病を有し新たに生活していくことを決心できた状況を、外泊後のA氏の表情の違いや家族の言葉から感じ取ることもできました。これは佐藤が示した、一般的にはネガティブな心持ちである、慣れる、諦める、妥協するということが、ALS患者においては自らの存在に関する、深く積極性に満ちた新

たな心境を拓いていくという意味のあるプロセスの一部ではないかと思いました。

神経難病における在宅療養のデザインを描くには、進行性で不可逆的であるという病の軌跡の特徴から、最期まで常に苦痛緩和を図りQOLの維持向上を重視するエンドオブライフケアの観点に立ち、デザインすることが必要だと考えています。そして、地域包括ケアシステムが伸展する現在、不動で良しとしない時代にも移行しました。そのシステムがよく適用されるよう院内多職種連携に基づくチーム医療を展開し、動的に療養する支援に努めていく必要があります。そのことは不動の痛み－身体的苦痛に限らない苦悩－を緩和する可能性も秘めていると思います。神経難病の人が負う特有の痛みの緩和に通じるということを看護として見出し、その人らしい療養生活のデザインに参画・貢献していきたいと思います。

参考文献

丸岡直子，洞内志湖，川島和代，他：病棟看護師による退院調整活動の実態と課題－退院調整活動指標を用いた調査から－，石川看護雑誌 8，29－39，2011
佐藤弘美：呼吸器を装着して在宅療養するALS患者と家族が療養の過程で築きあげたもの，善き看護，クオリティケア，2－26，2008

示説第1群の座長をつとめて

松田 敏恵（石川県立中央病院）

示説第1群の座長を務めさせていただきました。以下研究発表内容をまとめさせていただきます。

第1群はがん看護研修を受講した後の看護実践の変化を調査した研究でした。研修での学びを臨床にリンクさせることで、自分の成長を感じ、成功体験から看護の達成感を得る事ができ、自己にフィードバックすることで看護師として成長できる効果的な研修であったことが評価できたと思います。

第2群は経験の若い看護師が「死について語る」ことの教育面の充実に向けての研究でした。死について語ることを阻害している要因が明確になり、新人教育にどのように取り入れていくかを課題と

しているとのことで、自施設でも検討していかなければならないことだと感じました。

第3群は介護老人福祉施設で医療用麻薬を使用する患者の受け入れの現状を調査し、急性期病院が担う役割を検討した研究でした。厚生労働省が推奨している地域包括ケアシステムの壁とも思える課題が明確になり、急性期病院が患者や地域に向けて行わねばならない対策が明らかになり、お互い情報交換が密に必要であると感じた研究でした。

第4群は認知症患者への看護について看護師の意識と対応を明らかにする研究でした。認知症患者の対応困難場面での対処方法をカテゴリーに分

けて分析してありましたが、具体的にどんな時にどのようなケアが必要で、それを浸透させていくにはどうしたらいいか、それを認知症ケアチームの活動につなげていく手段はどのようにしたらよいか等、もう少し文献を活用して考察を深めたらより今後につなげていけたと思います。

第5群はプリセプター2人制の効果について検討した研究でした。開始当初は新人教育不慣れのための指導スキルの補完とモチベーションの向上が目的で、新人教育には有効であった結果が強調されていました。しかし2人制の役割分担での困

難さや相性が合わない場合などの問題については触れられていないため、少数意見も丁寧に考察していけば、さらに今後の新人教育に継続していけるのではないかと思います。

この群は日々の看護実践の中での困難感を様々な視点から検討し、看護師のスキル向上をめざした研究であり大変意義のある発表であったと思います。私も発表者の立場になって考える事ができ、大変良い機会をいただいたことに感謝しております。

示説第2群の座長をつとめて

鈴木 千尋（城北病院）

私が座長を担当させていただいた、示説では、排泄ケア・内服管理・外来での感染予防策における手指衛生の取り組み・離床センサー開発・ライン抜去予防の工夫など日頃の看護実践における苦労や課題から、課題解決・よりよい看護提供に向けた前向きな実践取り組み報告だった。

フロアからの質問も、活用に向けた提案や、それぞれの現場で取り入れるにあたり具体的な方法

や導入についての意見交換に発展する場面もみられた。学会での発表から交流につながり、全体の看護実践力量の向上に結び付く瞬間を目の当たりに感じる事ができた。

実践学会での刺激や学びは、今後の活動の励みになり、私自身にとってもとても有意義な機会となりました。

示説第3群の座長をつとめて

高野さとみ（金沢赤十字病院）

示説第3群6題を担当させていただきました。以下に、研究発表の内容をまとめさせていただきます。演題は講演集をご参照ください。

第11席は、ピアサポートの効果を一般・総合病院入院患者間の交流に発展させて効果が得られることが示唆された卒業研究の報告でした。看護師として患者間交流への働きかけを考える機会となりました。

第12席は、実習を受け入れる患者さんの思い・コミュニケーションがとりにくい中で、学生と関わろうとする姿勢・学生を受け入れる要因を明らかにし、患者・学生双方に有益な実習となるよう取り組まれている状況が伺えました。

第13席では、父親が入院しパニックになっているキーパーソンである娘さんとの関係を、渡辺式家族アセスメントモデルを用いて振り返った事例研究で、自分たちの関わりの分析・妥当性を検証し今後の援助に活かす取り組みをされていました。

第14席は、経口摂取が出来なくなったときに、経管栄養の選択をされず、老衰の形で逝かれた患者さんとの関わりを意思決定支援の観点で倫理的視点から振り返っていました。患者の思いと医療者や家族の思いが一致せず、実際、ジレンマを抱える事も少なくない事象で、医師とのコンタクトや患者の思いを家族が後悔なく受け入れられるよう支援され、患者の尊厳を守る事の大切さを再認

識した研究でした。

第15・16席は、A病院におけるせん妄初期プログラム導入の取り組みについて導入プロセスと導入後の変化に分けて、結果を報告されていました。せん妄の徴候を事前に察知することで事故を予防する取り組みを多職種が協力して進めていく姿勢と方法が示され、各施設での導入の参考にしてもらう為の取り組みが提示されました。また、導入する事で部署でのスタッフの意識や知識の変化、サポートチームの活動にも変化がもたらされ、組織が一体として取り組まれている姿に、組織とし

て目標を達成する在り方を振り返る機会となりました。

今回の演題から、患者・家族の思いに寄り添い、より望ましい関わりを提示・模索されている姿勢や、患者のQOLの向上・リスク軽減を図るために、多職種で取り組んでおられる状況を伺うことができ、自身の看護に向き合う姿勢について振り返り、いろいろな視点を学習させていただきました。このような貴重な経験をする機会を頂き、誠にありがとうございました。

口演第1群の座長をつとめて

中田 智美（石川県立総合看護専門学校）

口演第1群 看護総合①看護介入の工夫に関するもの4題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「病棟看護師と排尿ケアチームが連携した排尿自立支援－脊椎・脊髄疾患患者の排尿自立に至る過程とその効果－」は排尿ケアチームによる協働で排尿自立に繋がった2事例の検証でした。年齢・性別・疾患の異なるこの2事例において、看護師がどのような情報を元にアセスメントし介入を行ったか、患者の心理面の変化はどうか、多職種との連携の具体的な内容などが文中にあれば、他施設においても実践に繋がる研究になると思います。

第2席「無菌顎高齢者の口腔ケアにける洗口液の有効な活用の検証」は、2種類の洗口液を異なるタイミングで実施し、口腔内細菌の増殖抑制について検証、効果的な口腔ケアの方法の確立に繋げるという発表でした。結果の表のコロニー数・細菌数の変化は、発表スライドのようにグラフで可視化した方が明確であったと思われます。また、質問にもあったように方法の具体的な明記として「洗浄」「塗布」より「スポンジブラシによる清拭法」とあった方がわかりやすかったと思います。高齢者の口腔ケアは、様々な疾病の予防の観点からも重要で意義のある発表であると考えます。

第3席「TVM手術を受ける患者の碎石位に伴う疼痛（腰痛、臀部痛、股関節痛、大腿部痛）に対するストレッチの効果の検討」は、術前のスト

レッチで術中体位による術後疼痛を緩和する効果の検証でした。本研究では症例も少なく、有意差は認められなかったと報告していますが、術後の生活の質を支えるために意義のある研究だと思います。今後も検証継続されることを願います。

第4席「急性期病棟でのせん妄患者の看護～ニーチャム混乱・錯乱状態スケール使用し振り返る～」は、せん妄発生の要因と看護介入について振り返り分析しています。5事例による検証は、70歳代2名、80歳代1名、90歳代2名と高齢であり、急性期病棟でというよりも高齢者における特徴もあったのではないのでしょうか。せん妄は発症の予防が第一で、発症した場合には、早期介入が望まれます。高齢化社会において、せん妄の予防改善については関心が高く、意義のある分析だと思われます。この分析結果をもとにアセスメントし、せん妄の予防と早期改善に結びつくことを期待します。

看護実践における看護介入の工夫では、まず、看護師一人一人が患者の生活の質に関心を寄せることが重要だと思います。事実を明確にし、問題が何であるか、如何に改善していくか、常に患者にとってより良いケアを検証していくことは大切です。それぞれの発表のなかの事例に思いを馳せ、大変興味深く聞かせていただきました。このような機会を与えてくださったことに深く感謝いたします。

口演第2群の座長をつとめて

坂本 和美（金沢市立病院）

第2群は、退院支援・意思決定支援に関する5題の発表でした。

第5席「急性期心不全治療中に自宅介護を希望した家族への早期介入～病院と地域の多職種連携の重要性～」は入院4日目に自主退院を希望した心不全患者の家族に対し、急性期に関わる病院職員と在宅医療を支える多職種が連携した介入を行なったことで、患者家族の気持ちを変化させ治療の継続により安定した状態で退院させることができた事例研究でした。多職種が関わる中での連携や各職種がどのような役割を担うのかについて考えさせられる事例だったと思います。

第6席「ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術の術後合併症に対する困難と対処～退院指導の質の向上にむけて～」は、術後3か月後の術後合併症とその合併症が日常生活に及ぼす影響について患者へ半構成面接を行い質的に分析した研究でした。前年度の研究結果を踏まえての今回の研究報告でしたが、今後は退院指導の結果を外来へつなぎ効果的に活用されることに期待したいと思います。

第7席「強迫症状と日常生活全般にこだわりのある長期入院患者の自宅外出に向けた関わり～認知行動療法を取り入れてみて～」は、薬物療法だ

けでは症状の改善に至らず1年以上入院している摂食障害患者に対し、認知行動療法を取り入れたことによる言動や行動の変化についての発表でした。認知療法を取り入れることで、自主的に散歩を行い気分的にも良い方向への改善がみられ食に対する興味を示すといった興味深い結果でした。今後も継続した介入による報告が期待されます。

第8席「認知症を伴う終末期患者の意思決定支援～肝硬変末期患者の外出支援を行った事例を通して～」は、住み慣れた家で家族と過ごしたいという患者の希望を叶えるため、院内の多職種と連携すると共に家族の不安にも丁寧に対応し、外出を実現させた関わりへの事例報告でした。また第9席「外出支援が生きる力に繋がったがん終末期患者への関わり」は、ADL低下とともに意欲が低下した患者に多職種や患者を取り巻く人々が協力し外出支援を実現することで生きる力を取り戻した事例研究でした。第8席、9席ともに退院するには困難であるが、少しでも住み慣れた家で過ごすことを実現させるために参考にすべき内容が多く示唆されていました。

最後に、座長の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

口演第3群の座長をつとめて

重野かおる（国立病院機構 金沢医療センター）

口演第3群 医療安全・感染管理に関する4題の座長をつとめさせていただきました。

第10席「肝動注ポート感染に関する生活行動とポート管理における実態調査」は、ポート管理方法における患者の退院指導に繋げることを目的とされていました。結果、ポート管理に関する患者の生活行動全般に関するものでした。ポート感染に着目しての研究のため、感染に焦点を当てまとめられるとよかったと考えます。今後も患者背景を踏まえた退院指導に繋げられるようサポート体制の強化を期待します。

第11席は「危険予知訓練（KYT）実施の前後

比較によるKYT有効性の検証」は、リスク感性の醸成に向けた研修であり、リスクの予知・予測の能力の向上を業務に組み込みインシデントの低減に向け検証したことは有意義であると思います。今後も、KYTの必要性を理解するとともに、インシデント・アクシデント予防に繋がるトレーニングの継続を期待します。

第12席は「看護師の業務中断に着目した患者確認行動の分析」は、多重課題シミュレーションの確認行動の質を見るために「情報照合時の眼球運動」と「中断の対処方法」を測定・分析されたこと、データ化により教育的視点も明確化できたこ

とはとても興味深いものでした。中堅看護師における行動に関しても参考となる部分があり、教育的関わりに有効と考えます。継続した研究を期待します。

第13席は「夜間排泄時フットライトを用いた転倒・転落予防への取り組み」は、転倒・転落予防のための実践的研究であったと思います。フットライト導入におけるきっかけや看護師への動機づけが明確化されるとよかったと思います。今後も、看護実践上の課題に対して問題意識を持ち取り組

まれることを期待します。

感染予防、医療安全を充実させることは、看護の質の向上に繋がると考えます。望む看護、目指す看護を充実したものとするために、患者の背景や視点を大切に、また実践する看護を安全、安心に実践することはとても重要なことと考えます。それぞれの研究は、改めて看護を考える機会となり、このような機会を与えていただいたことに深く感謝いたします。

口演第4群の座長を務めて

前田 順子（KKR北陸病院）

第4群は、看護実践力の向上、在宅支援につながる看護師の役割、離職防止等々、多岐にわたる6題の発表で、みなさまの関心が高く会場は満員でした。

第14席「コミュニケーションスキルトレーニング後における看護師の自信の変化」は、県内の緩和ケア・がん性疼痛看護認定看護師会による発表で、NURSE-CSTの成果を半年後まで評価し、受講者のコミュニケーション能力の向上を検証できたことは、受講した看護師、また、指導した看護師共に自信につながったと感じました。認定看護師が専門性を発揮し、役割を実践していることが理解できる発表でした。

第15席「フィジカルアセスメント能力の向上を目的としたシミュレーション研修の評価」は、教育ツールを用いて、アセスメントのシミュレーションを実施する効果が理解でき、研修の在り方を再考させられる報告でした。病状の観察から、評価、判断、そして適切な報告までツールを用いた丁寧な指導方法を追加で報告していただき大変参考になりました。

第16席「入院時訪問に看護師が同行することの効果」は、近年重要視されている課題で、会場の質問から関心の高さが伺えました。訪問時の観察視点が明確になり、退院支援につながると感じま

した。

第17席「地域包括ケア病棟における看護師の役割」は、事例を丁寧に振り返り、患者を支える家族指導の課題を明確にした発表で、すぐに日々の看護の向上につながる内容だと思いました。

第18席「早期緩和ケアを目指す外来看護支援の検討」は、3年半の間に早期緩和ケアを目指すために、実際に外来で行われた取り組みを振り返り、「患者のニーズに向き合う“がん療養相談”」と「外来関係部門の看護師がチームとして患者、家族を支える意識が高まる“地域緩和カンファレンス”」が実施されていた報告で、患者、家族を支えるための外来看護支援の在り方を学ぶことができました。

第19席「病院を辞めなくなった看護師・続けたくなった看護師：その理由に関する研究」は、管理者として関心が高い発表でした。決定木分析の結果、続けたくなった人は「根付き」が強く影響しており、その「根付き」について別の資料で説明があり、研究の奥深さと、発表する際の姿勢も学ぶことができました。

それぞれの発表は大変興味深く、真摯に取り組んでいる看護師の姿勢に感銘を受けました。このような機会を与えてくださったことに感謝いたします。

交流集会Ⅰ

参加型研修で『出前保健室』を体験しよう

上野谷優子（公立能登総合病院）

高齢社会となり、医療と介護を必要な時に利用し、一人ひとりが心身のバランスに気をつけながら健康を維持していくことが求められるなかで「高齢者の方が自分の健康状態だけでなく、気軽にいろいろなことを相談できる場所はないか」「どのようにしたら地域の方々とコミュニケーションをとりながら、いきいきした暮らしを支援できるのか」と、地域住民と市役所、病院が一緒になって模索した。その結果「健康相談があったらいい」「健康相談を地域の公民館でやってもらえたら」などの意見があり、「私達看護師が地域に出向き、健康相談や予防をすることで、今の状態を維持できるような情報提供や相談を実践していこう」と、出前保健室を立ち上げた。この『出前保健室』を体験してもらうため参加型セッションとし、5プ

ース（ハンドケア、摂食嚥下について、泡ラッピング、フットケア、認知症予防について）を準備した。

参加者には、教員および学校関係が10名おり「学生の学内実習のヒントを得ることができました。ケアを創る楽しさを味わうことができました」との、評価を得ることができた。また、現場の看護師からは「早速、ケアにシャボンラッピングやフットケアを取り入れて実践していきたいと思いました」との意見もあり、今後さらに、ケアをする人も受ける人も心が満たされるケアを共有するため研鑽を重ねたいと感じた。最後に、本交流セッションの関係者およびご参加いただきました皆様に感謝申し上げます。

交流集会Ⅱ

排泄で語りましょう

太田 裕子（小松市民病院）

正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

超高齢社会を迎えた日本の急性期病院では、高齢者が大半を占めています。誰もが最期まで自立して排泄をしたいと望む一方、急性期における安易なおむつや尿道カテーテル留置管理により、排泄の介助を生涯必要とする高齢者が多くいらっしゃいます。そのため、専門的な知識や技術を有するチーム医療が求められています。

平成28年度の診療報酬改定で「排尿自立指導料」が新設され、多職種（医師、看護師、理学療法士、作業療法士など）による「排尿ケアチーム」と、病棟の主治医や看護師らが連携する、包括的な排尿自立支援が全国的に広がっています。

そこで今回は、「急性期の排尿ケアが患者のQOLを変える！」をテーマに、「排尿自立指導料に関する講義・意見交換」と「おむつフィッター演習」を企画いたしました。

1）排尿自立指導料に関する講義・意見交換

石川県において排尿自立指導料を算定している病院から、柳美知代さん（浅ノ川総合病院）、浦田知美さん（金沢市立病院）、遠藤瑞穂さん（公立松任石川中央病院）、西本由美さん（小松市民病院）、山下美樹さん（地域医療機能推進機構金沢病院）より、排尿自立支援の実際について紹介頂きました。また、親水性コーティングカテーテル、超音波を用いた残尿測定器など、最新の排泄ケア用具の展示と説明もありました。

約40名と会場一杯の参加者とともに、現状や今後の課題などを熱心に情報交換しながら、交流できる貴重な機会となりました。

2）おむつフィッター演習部門

事前にお申込み頂いた参加者約20名が、おむつフィッターの資格を有する中田晴美さん、中川明

子さん、早松千恵子さん、中田一基さん、亀丸育代さん、北村理恵さん、豊谷由美子さん（小松市民病院）らと一緒に、排尿ケアの1つとして、適切におむつを選択・使用できるよう、演習形式で学び合いました。吸水実験からは紙おむつの構造やポリマーの特性を、おむつ装着体験においては股関節の可動域を妨げない装着方法などを楽しく習得していました。また、年々進化する各種紙お

むつ（紙パンツ、尿とりパッド含む）を展示・説明するブースも大好評で、多くの方にお立ち寄り頂きました。

全国的にみて石川県は、排尿自立支援を先駆的に取り組む病院が多く、今回のような機会を通して、より多くの病院で、より良い排泄ケアが普及することを願います。

学会記事

1. 第12回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

金沢赤十字病院

学術集会会長挨拶

学術集会 メインテーマ「今こそ看護実践の時代（とき）」

日 時 平成30年 9 月 1 日（土） 9：00－17：00

場 所 石川県地場産業振興センター

会長講演 テーマ 「看護の原点をみつめて」

富沢ゆかり（金沢赤十字病院 看護部長）

座 長 藤牧 和恵（城北病院 看護部長）

特別講演 テーマ 「変革の中でしなやかにある看護実践の倫理」

講 師 勝原裕美子（オフィスKATSUHARA代表）

座 長 長 真美恵（石川県立中央病院 看護部長）

シンポジウム テーマ 「在宅療養生活をデザインする」

コーディネーター 丸岡 直子（石川県立看護大学看護学部 教授）

シンポジスト 木村 慎吾（石川県健康福祉部地域医療推進室 室次長）

中 恵美（金沢市地域包括支援センターとびうめ

センター長）

手塚 波子（小川医院 栄養ケアセンター センター長）

金田 裕子（国立病院機構金沢医療センター

入退院支援看護師）

高道 香織（国立病院機構医王病院 老人看護専門看護師）

一般演題発表数 37題（口演19題、示説16題）

座 長 中田 智美（石川県立総合看護専門学校 教務専門員）

坂本 和美（金沢市立病院 副看護部長）

重野かおる（国立病院機構金沢医療センター 副看護部長）

前田 順子（KKR北陸病院 看護部長）

松田 敏恵（石川県立中央病院 副看護部長）

鈴木 千尋（城北病院 副看護部長）

高野さとみ（金沢赤十字病院 看護師長）

講 評 河村 一海（金沢大学医薬保健研究域保健学系 准教授）

米田 昌代（石川県立看護大学看護学部 准教授）

交流集会Ⅰ テーマ 「参加型研修で『出前保健室』を体験しよう」

主 催 上野谷優子（公立能登総合病院）

交流集会Ⅱ テーマ 「排泄で語りましょう」

主 催 太田 裕子（国民健康保険小松市民病院）

正源寺美穂（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

ランチョンセミナー テーマ 「看護イノベーション」

演 者 松村 啓史（テルモ株式会社顧問・昭和女子大学客員教授・事業構想大学院客員教授）

座 長 川島 和代（石川県立看護大学看護学部 教授）

共 催 テルモ株式会社

出席数 434名（会員245名、非会員132名、学生57名）

総 会

日 時 平成30年 9 月 1 日（土）12：00－12：30

場 所 石川県地場産業振興センター

理事長挨拶

議 長 富沢ゆかり

報告事項

1）平成29年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

理事会報告

理事会 3 回開催（平成29年 4 月14日、 7 月21日、11月17日）

編集委員会報告

(1) 委員会の開催 平成29年 6 月21日、平成29年12月 7 日：掲載論文の決定

(2) 学会誌の発行

看護実践学会誌 第28巻 1 号、第28巻 2 号

(3) 投稿論文の状況

第30巻 1 号：掲載論文 6 編（研究報告 5 編、実践報告 1 編）、学会記事

第30巻 2 号：掲載論文 4 編（原著 1 編、研究報告 3 編）、大会長講演 1 編、

開催報告、学会記事

事務局会議

事務局会議 4 回開催（平成29年 4 月 7 日、 7 月14日、11月15日、平成30年 1 月31日）

2）平成29年度事業報告

事業

(1) 第11回学術集会並びに総会（平成29年10月14日～15日）

第 5 回看護理工学会学術集会、国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会

第 7 回学術集会との合同学術集会

参加人数 628名

(2) 研究スキルアップ研修会「臨床看護の実態をつかむための研究視点」の開催

1) “看護実践における疑問を研究につなげる”（平成29年 6 月17日）

参加人数23名

2) “わかりやすく実態を伝える統計の基礎”（平成29年 8 月26日）

参加人数33名

(3) 実践スキルアップ研修会の開催

1) “抑制ゼロ看護へのチャレンジ”（平成29年 7 月15日）

参加人数 73名

2) “「わが病院看護自慢」出前保健室”（平成29年 9 月29日）

参加人数 21名

(4) 研究支援

・学会主導によるデータベースの作成（学会とともに取り組む実態調査）

排尿自立指導料に関する実態調査（金沢大学医薬保健研究域正源寺教員担当）

(5) 会員募集・登録・名簿管理

平成29年度会員数 622名（平成30年 2 月 5 日現在）

（継続者470名、新規入会者152名）

平成29年度退会者 218名

(6) 平成29年度会計収支決算報告および会計監査報告

別紙のように報告され、承認された。

会計幹事 池田富三香（金沢医療センター附属金沢看護学校）

小川外志江（金沢大学附属病院）

提案事項

- 1) 平成30年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
- 2) 平成30年度計画案が承認された。
 - (1) 第12回看護実践学会学術集会の開催（平成30年9月1日）
 - (2) 研究スキルアップ研修会の開催
 - 1) “排尿自立支援とアウトカム評価”（平成30年5月26日）
 - 2) “看護研究に活かせる文献の探し方、集め方”（平成30年6月23日）
 - (3) 実践スキルアップ研修会の開催
 - 1) “「わが病院看護自慢」芳珠記念病院「継続した看護・介護で地域全体をケアする取り組み」”（平成30年8月10日）
 - 2) “せん妄予防のDELTAプログラム”（平成30年12月8日）
 - (4) プロジェクト研究「学会とともに取り組む実態調査：学会主導によるデータベースの作成」の継続
会員からテーマを募集（1テーマ5万円、3テーマ15万円の予算立て）
 - (5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - (6) 看護実践学会誌発行（第31巻1号、第31巻2号）
 - (7) ホームページの更新
 - (8) 理事会の開催：年4回予定（4月、7月、11月、2月あるいは3月頃に予定）
 - (9) 編集委員会の開催
 - (10) 事務局会議の開催
- 3) 平成30年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。
- 4) 第13回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長

日 時	2019年9月8日（日）
開催予定場所	金沢医科大学病院
学術集会長	野村 仁美（JCHO金沢病院看護部長）
テ ー マ	思いを叶える看護のチ・カ・ラ

2. 看護実践学会会計報告

看護実践学会 平成29年度会計決算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	増 減	備 考
1. 事業活動収入	3,480,000	3,151,000	- 329,000	
1) 年会費	3,410,000	3,061,000	- 349,000	会員601名×5,000円, 学生会員14名×4,000円
2) 研修会	70,000	90,000	20,000	非会員参加費
3) その他	0	0	0	
2. 寄付金	208,000	424,666	216,666	第11回看護実践学会学術集会, 広告掲載料
3. 雑収入	10,000	47,525	37,525	銀行利息, その他
4. 貸付返却	1,000,000	1,000,000	0	第11回看護実践学会学術集会から
5. 繰越金	7,700,825	7,700,825	0	
合 計	12,398,825	12,324,016	- 74,809	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	増 減	備 考
1. 事業活動費用	2,570,000	1,903,395	666,605	
1) 学会誌編集委員会	30,000	19,360	10,640	2 回開催
発行	1,800,000	1,438,063	361,937	2 回発行, テープ起こし
2) 学術集会	300,000	300,000	0	助成会
3) 研修会	70,000	48,663	21,337	1 件
わが病院看護自慢	100,000	30,603	69,397	1 件 (消耗品17,852円/1 人, お試しケア用品3,402円, 資料, 飲料等)
看護実践力向上研修会	80,000	60,706	19,294	2 件 (講師謝金30,000円/1 人, 交通費, 飲料)
看護研究力向上研修会	10,000	6,000	4,000	JADEN審査費用等
その他の他	30,000	0	30,000	
4) プロジェクト研究助成	150,000	0	150,000	HP管理料
5) 広報	1,715,000	1,265,506	449,494	
2. 管理費	200,000	123,500	76,500	名簿管理・編集関係等アルバイト代
1) 人件費	500,000	280,800	219,200	初年度ののみ必要経費
2) 会員管理システム立ち上げ	600,000	502,946	97,054	月額20,000円(9~2 月分), 次年度会員募集
3) 会員管理外部委託費	160,000	122,756	37,244	年 3 回, 学術集会総会
4) 会議費	30,000	32,089	- 2,089	
理事会	50,000	90,914	- 40,914	
5) 郵送・通信費	100,000	84,672	15,328	
6) 印刷費	75,000	27,829	47,171	消耗品等
7) その他	1,000,000	1,000,000	0	第12回看護実践学会学術集会へ
3. 貸付	5,285,000	4,168,901	1,116,099	
合 計	7,113,825	0	7,113,825	
4. 予備費	0	8,155,115		
5. 次年度繰越金	12,398,825	12,324,016	8,229,924	
総 計				

平成29年度決算報告

収入総計 12,324,016円 支出合計 4,168,901円 次年度繰越金 8,155,115円

平成29年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を書類とし、平成30年4月5日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

池田 高志香
小川 外志江

看護実践学会 平成30年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	前年度決算額	増 減	備 考
1. 事 業 活 動 収 入	3,400,000	3,151,000	249,000	
1) 年 会 費	3,310,000	3,061,000	249,000	会員650名×5,000円，学生会員15名×4,000円
2) 研 修 会	90,000	90,000	0	非会員参加費
2. 寄 付 金	218,000	424,666	- 206,666	広告掲載料，その他
3. 雑 収 入	10,000	47,525	- 37,525	医学中央雑誌刊行，銀行利息等
4. 貸 付 返 却	1,000,000	1,000,000	0	第12回看護実践学会学術集会から
5. 繰 越 金	8,155,115	7,700,825	454,290	
合 計	12,783,115	12,324,016	459,099	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	前年度決算額	増 減	備 考
1. 事 業 活 動 費 用	2,320,000	1,903,395	416,605	
1) 学会誌 編 集 委 員 会	30,000	19,360	10,640	2 回開催
発 行	1,600,000	1,438,063	161,937	2 回発行，テーブル起こし
2) 学 術 集 会	300,000	300,000	0	助成金
3) 研修会 わが病院看護自慢	100,000	48,663	51,337	2 件
看護実践力向上研修会	60,000	30,603	29,397	1 件（講師謝金30,000円/1 人，コーディネーター謝金10,000円/1 人，交通費，飲料，消耗品等）
看護研究力向上研修会	70,000	60,706	9,294	2 件（講師謝金30,000円/1 人，交通費，飲料）
そ の 他	10,000	6,000	4,000	JADEN審査費用等
4) プロジェクト研究助成	150,000	0	150,000	3 件（50,000円/1 テーマ）
2. 管 理 費	1,648,000	1,265,506	382,494	
1) 人 件 費	200,000	123,500	76,500	編集関係等アルバイト代
2) 会員管理システム立ち上げ	388,000	280,800	107,200	初年度に会員管理システム構築未実施のため
3) 会 員 管 理 外 部 委 託 費	600,000	502,946	97,054	HP保守業務，サポート業務，会員案内発送等
4) 会議費 理 事 会	160,000	122,756	37,244	年 4 回，学術集会時開催
事 務 局 会 議	40,000	32,089	7,911	年 4 回
5) 郵 送 ・ 通 信 費	100,000	90,914	9,086	
6) 印 刷 費	100,000	84,672	15,328	封筒・払込票印刷費
7) そ の 他	60,000	27,829	32,171	消耗品等
3. 貸 付	1,000,000	1,000,000	0	第13回看護実践学会学術集会へ
4. 予 備 費	7,815,115	8,155,115	- 340,000	
支 出 合 計	12,783,115	12,324,016	459,099	

3. 看護実践学会会則

第一条（名称）

本会は看護実践学会（Society of Nursing Practice）と称する。

第二条（事務局）

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。

第三条（目的）

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。

第四条（会員）

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。

第五条（事業）

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

第六条（役員）

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

第七条（役員の職務）

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。

第八条（役員の選出および任期）

1. 役員の選出は次のとおりとする。
2. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
3. 理事長は理事会の互選により選出する。
4. 幹事は理事長が推薦する。
5. 役員の任期は2年とし、再任を妨げない。
6. 役員は、総会で承認を得る。

第九条（会議）

1. 本会には理事会、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。

第十条（委員会）

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。

第十一条（学術集会）

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。

第十二条（学会誌）

本会は年1回以上学会誌を発行する。

第十三条（研修会）

本会は必要に応じ研修会を開催する。

第十四条（会計）

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。

第十五条（会則の変更）

会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

附則

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

- 1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

- 2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮し、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めない。

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の大きさを約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。刷紙媒体に必要な著者は、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 名以上の場合には始めの 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

5. 平成30年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、50音順)

理事長 理 事	稲 垣 美智子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	青 木 きみ代 (金沢医療センター)
	上野谷 優 子 (能登総合病院)
	浦 美奈子 (石川県済生会金沢病院)
	大 桑 麻由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	大 田 和 美 (つるぎ病院)
	太 田 裕 子 (小松市民病院)
	大 西 真奈美 (芳珠記念病院)
	小 川 尚 栄 (やわたメディカルセンター)
	加 藤 真由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	川 島 和 代 (石川県立看護大学)
	木 間 美津子 (心臓血管センター金沢循環器病院)
	越 野 まゆみ (石川県総合看護専門学校)
	須 釜 淳 子 (金沢大学新学術創成研究機構)
	田 淵 紀 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	長 真美恵 (石川県立中央病院)
	富 澤 ゆかり (金沢赤十字病院)
	中 瀬 美恵子 (浅ノ川総合病院)
	永 田 厚 子 (石川県立高松病院)
	中 西 容 子 (金沢市立病院)
	中 村 真寿美 (金沢医科大学病院)
	西 村 真実子 (石川県立看護大学)
	野 村 仁 美 (地域医療機構金沢病院)
	平 松 知 子 (金沢医科大学看護学部)
	藤 牧 和 恵 (城北病院)
	前 田 順 子 (KKR北陸病院)
	道 場 委希子 (加賀市医療センター)
	三 井 昌 栄 (松任石川中央病院)
	山 中 由貴子 (羽咋病院)
	吉 野 幸 枝 (公益社団法人 石川県看護協会)
	渡 邊 真 紀 (金沢大学附属病院)
監 事	池 田 富三香 (金沢医療センター附属金沢看護学校)
	小 川 外志江 (金沢大学附属病院)
事務局代表	河 村 一 海 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

看護実践学会専任査読者一覧

(平成31年 3 月現在)

赤 坂 政 樹	熊 谷 あゆ美	長 田 春 香
浅 田 優 也	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	

(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2号

発行 平成31年3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)

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 6 月 オープン

2019 年 5 月
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>



Lilly

革新的製品に
思いやりを込めて。

日本イーライリリーは製薬会社として、
人々がより長く、より健康で、充実した生活を実現できるよう、
中枢神経変性疾患、疼痛、がん、糖尿病、成長障害、筋骨格系疾患、
自己免疫疾患などの領域で、日本の医療に貢献しています。

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通 5-1-28
www.lilly.co.jp

